

Genel sağlık sigortası yolundaki anaförler...

Prof. Dr. Sabahattin Aydın



1959 yılı Bolu doğumlu. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1985 yılında mezun oldu. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimi tamamlayarak 1992 yılında üroloji uzmanı oldu. 1994 yılında Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'na yardımcı doçent olarak atandı. 1996 yılında doçent, 2003 yılında profesör oldu. Başhekim Yardımcılığı, Ana Bilim Dalı Başkanlığı, Cerrahi Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı ve Dekan Yardımcılığı görevlerinde bulundu. 2001-2002 yıllarında İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğü görevini yürüttü. Ayrıca 1998 yılında başladığı doktora çalışmalarını tamamlayarak 2003 yılında Klinik Mikrobiyoloji dalında bilim doktoru unvanı aldı. 2003 yılında Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı görevine atandı. 2006'da Dünya Sağlık Örgütü İcra Kurulu üyesi oldu.

Kontrollü güçlerin karşılaşması her zaman çatışma nedeni olmak zorunda değildir. Birbiriyle karşı karşıya gelen güçlerin birleştiği noktada önce bir sarsıntı, sonra bir denge arayışı başlar. Deniz veya akan bir sudaki anaför da bunun somut bir göstergesi gibidir. Denizlerde anaförler genellikle ters yönlü gelgit dalgalarının, akıntılarının ya da rüzgârların karşılaşması sonucunda ortaya çıkarlar. İrmaklarda ise kıyının çıkıntı yaparak suya dairesel bir dönme hareketi verdiği yerlerde küçük anaförler görülebilir. Bir anaforda sular dairesel bir hareketle dönerken merkezkaç kuvvetinin etkisiyle çevreye doğru itilir ve dairenin ortasında bir girdap oluşur. Önemli olan bu anaför girdabının büyüklüğünü ve gücünü kestirebilmek ve gemiyi yüzdürürken bunları hesaba katabilmektir.

Anayasa Mahkemesi'nin kısmi iptalin-

den sonra askıya alınmış olan 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun tekrar tartışılmaya başlandığı ve Meclis gündemine getirilme hazırlıklarının yürütüldüğü bugünlere sağlık sektörümüz belirsizliklerin te-dirginliği altına girmiştir. Düzenlenen mevzuatta küçük ve önemsiz gibi görünen küçük adımlar, sağlık sektörünün aktörlerini çok derinden etkileme potansiyeli taşımaktadır. Bu yüzden dar çerçeveden kaynaklanan, mikro planda sektörel menfaatlerinden etkilenerek atılabilecek küçük adımlar, sağlık sisteminde geleceğin büyük problemlerine gebe olabilir. Sağlık alanında çok sektörlü sorumluluk anlayışını öne çıkarmak ve sistemin temel hedeflerinde bütün sektörleri buluşturmak zorundayız. En veciz haliyle halkın sağlık düzeyini yükseltmek olarak ifade edebileceğimiz ana hedefe giden yolda engel oluşturabilecek her türlü uygulama, yararı ne olursa olsun, kimin çıkarına hizmet ederse etsin feda edilmeye mahkûm-

dur. Bu açıdan sorunların üstesinden gelmek için yapılacak düzenlemelerin sistemin bütün aktörleri tarafından tartışıldıktan sonra hayata geçirilmesi beklenmektedir. Aktörlerde bir tarafın görev ihmalı, yönetilmesi zor ve son derece büyük krizlere yol açabilmektedir. Tarafların da, sağlık sisteminin hedeflerini göz önünden uzaklaştırmaması gerekir.

Ülkemizde sağlık hizmeti kamu ve özel sağlık kuruluşları eliyle verilmektedir. Sosyal Güvenlik Kurumu, kamu sigortalılığının sorumluluğunu üstlenerek bu hizmetleri ihtiyacı olan sigortalılara adına satın almaktadır. Sağlık hizmetinin sunumu ile satın alınması arasındaki ilişkinin düzenlenmesi halkın sağlık hizmetine erişimi açısından çok büyük önem arz etmektedir. Sağlık Bakanlığı asli görevi gereği sistemi düzenleyici ve kontrol edici rol üstlenmekle birlikte, özel sağlık kuruluşlarının ruhsatlandırılmasını ve hizmet denetimini yaparak, devlet hastanelerini ise bizzat işleterek sağlık hizmeti sunumunda önemli derecede



rol almaktadır. Bu açıdan düzenleyici rolün ikinci plana itilmesi riskine dikkat çekmek isterim.

Sağlık hizmet sunumu ile bu hizmetin vatandaşlar adına satın alınmasına olumlu veya olumsuz etkili olan ve bu ilişkiyi adeta şekillendiren çok sayıda faktör vardır. Bu ilişkinin sağlıklı bir şekilde kurulabilmesi için sözü edilen faktörleri göz önünde bulundurmak gerekir. Yasal düzenleme sürecinde görüş oluşturan tarafların ve karar mevkisinde bulunanların bu faktörlerin artı ve eksilerini iyi değerlendirmeleri gerekir.

Arz talep dengesizliği

Mevcut sağlık kuruluşları ve mevcut sağlık personelinin, optimum şartlarda yani kalabalık olmadan, her doktorun kabul edilebilir, yeterli vakit ayırarak sınırlı sayıda hasta baktığı bir ortamda çalışması halinde yetersiz kaldığı kesindir. Sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırıldığı son yıllarda bu yetersizlik bütün sektör tarafından fark edilir hale gelmiştir. Kamu yatırımlarının artması ve özel sektördeki yatırım patlaması sağlık kuruluşu açığının kapatıkça insan gücü açığı daha fazla ortaya çıkmaktadır.

Uygulanan politikalar ve yeni sağlık hizmet sunucularının devreye girmesi her geçen gün sağlık hizmetine erişimi artırmakta fakat yetersiz sağlık personeli nedeniyle kendi içinde yetersiz müesseseler meydana çıkmaktadır. Bu yetersizliğin üstesinden gelmek için hemşire, fizyoterapist ve doktor gibi sağlık personeline talep artmakta ve kontrolsüz personel kaymaları olmaktadır. Maaş, iş gücü ve iş güvencesi değişkenliğine bağlı olarak özel sektör içinde, özellikle az kârlı kuruluşlardan daha çok kârlı kuruluşlara, yatırım ve işletme maliyeti yüksek kuruluşlardan yatırım ve işletme maliyeti düşük kuruluşlara personel göçü olmaktadır. Bu göç düşük ücret ve yoğun mesai ile istihdam edilen hemşire göçünde olduğu gibi nadiren özelden kamuya, ama daha çok kamu sektöründe maaş ve ek ödemenin özel sektörle kıyaslanamayacak kadar kısıtlı ve hasta yükünün fazla olmasından dolayı göç daha dramatik bir şekilde kamudan özele olmaktadır. Son dönemlerde ülkemizde bu durum belirgin bir hal almıştır.

Bilgi ve hizmet asimetrisi

Sağlık hizmeti, talepci (hasta) ile sunucu (hastane, doktor) arasında bir hizmet alışverişi gibi düşünülebilir. Ancak hiçbir alışverişte olmadığı kadar bilgi asimetrisi vardır. Hizmeti sunan neredeyse bütün alışveriş boyunca hizmeti alan adına karar vermekte ve hizmetin kapsamını tayin etmektedir. Neredeyse tek taraflı bir karar otoritesi mevcuttur.

Bu durumda hizmet, sunucunun çıkarları doğrultusunda yönlendirilebilme, gerekli fakat zahmetli ve riskli işlerden kaçınılmakta, gereksiz fakat kolay ve kârlı işlere yönelmek mümkün olabilmektedir.

Bu asimetrik ilişkide hizmet kontrolü tam olarak sağlanmadığı gibi, piyasa şartlarına bırakılmış fiyat kontrolünün de sağlıklı bir yapılmasının oluşması beklenmemelidir. Talep karşılanırken rekabet unsurlarının devreye girerek bu kontrolü sağlaması yetersiz kalmaktadır. Daha kapsamlı ve belki daha kaliteli hizmet sunma veya fiyatları düşürme gibi rekabetçi unsurlar, yukarıda sözü edilen arz talep dengesizliğinden dolayı yeterince oluşmamaktadır. Sadece hasta memnuniyetini artırıcı uygulamaların sağlık hizmeti kalitesi ile paralel olmadığı bilinmektedir.

Rutin olmayan, medya araçları kullanılarak hastalara tanıtılan veya sınırlı sayıda hastanın ihtiyacı olan alanlarda (örneğin green light prostatektomi), yüksek kârlılığı nedeniyle hizmet yaygınlaşabilmekte ve sınırlı talebe karşılık hizmet sunucu çoğaldığı zaman rekabet kuralları işleyebilmektedir. Ancak sağlık hizmetlerinin tümü ele alındığında bu rekabetin etkisi sınırlıdır. Sonuçta asimetriden yararlanarak bilgiyi elinde bulduran hizmet sunucunun yönettiği bir hizmet ve harcama yapısı ortaya çıkmaktadır.

Bilgi asimetrisi, sunulan hizmetin evsafi ve kapsamı hakkında yetki verdiği gibi, hizmetler arasında tercih hakkı da vermektedir. Şöyle ki, masraflı, riskli, zor, sonucu yüz güldürmeyecek hizmet alanları yerine, kısa sürede ve çoğunlukla sonucu mutlulukla biten, riski az, masrafı düşük hizmet alanları tercih edilebilmektedir. Bu konuda hizmet alanı tanımlı yapılsa dahi aynı vaka grubunda komorbidite (beraberindeki riskler ve hastalıklar) ve komplikasyonu (muhtemel istenmeyen durumlar) çok olan hastalar tercih edilmeyerek bu hastalar teşekküllü devlet hastanesi veya eğitim/üniversite hastanesi gibi reddedemeyecek olan hizmet sunucularına yollanmaktadır. Bu hem işletmede yönetim kolaylığı sağlamakta hem de verimliliği artırmaktadır. Mevcut ödeme sisteminin bunu önleme şansı yoktur. Kaldı ki bu uygulama temelde yanlış da değildir. Bu yüzden temiz ve kârlı hizmetler küçük, kendi kendine karar verme yeteneği olan, yetersizliğini kolayca deklare edebilen, bu konuda hastayı ikna etmesi kolay olan "özel" sağlık kuruluşlarında, riskli, sonuçsuz olan, masraflı, yorucu hizmetler hastaya gönderebilecek yeri olmayan başta eğitim hastaneleri ve üniversite hastaneleri olmak üzere büyük "kamu" hastanelerinde olmaktadır.



Arzın talebi teşviki

Aslında yaygın sağlık hizmetlerinde arz talep dengesizliği bulunmasına rağmen, işletmeler az yatırımla maksimum kâr elde edebilmek için yatırım yaptıkları özellikli alanlarda (tıbbi görüntüleme, tüp bebek, green light, fako vs.) tanıtım yapmakta, promosyon ürünleri ve hatta prim dağıtarak talebi artırmaktadır. Bu artmış suni talep sağlıklı insan gücünün çok daha elzem olduğu alanlara kârına kaymasına yol açmakta, yukarıda sözü edilen dengesizliğe katkı yapmaktadır. Mevzuatımızdaki reklam yasağı bu durumu önlemeye yetmemektedir. Kişisel ilişkiler ve çeşitli medya iletişim yöntemleri bu durumu her geçen gün artırmaktadır.

Hastaların sorumluluk altına sokulmadığı bir sistemde bu teşvikin sınırlanabilmesi çok kolay değildir. Hastaların katkı payı ödeyerek aşırı talebi frenlemesi bir yöntem olmakla birlikte, bunun hastayı çaresizliğe itmeyecek sınırları çizilmelidir. Nitekim ilaç ödemelerinde benzer bir yöntem uygulanmaktadır.

Burada denge kurmak oldukça zordur. Bazen sağlık hizmetine erişimin kolaylaştırılması ile ilgili olarak alınan tedbirlerin ve yapılan reformların, suni sağlık hizmeti talebinin yaratılması ile sonuçlanması çok şaşırtıcı değildir. Sağlık hizmeti talebinin sınırlı olduğu ülkemizde bu durum şimdilik yeteri kadar önemli görülmesi de, sağlık personeli sıkıntısının farkına varılması ile birlikte dikkat çekmeye başlamıştır. Ayrıca bu durum sağlık harcamaları açısından Sosyal Güvenlik Kurumu'nun gündemini her geçen gün daha fazla işgal edecektir.

Sağlık hizmet sunucuları arasında görev ve kapasite farklılıkları

Sağlık hizmeti sunucuları temel başlıklar olarak birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak sınıflanmaktadır. Birinci basamakta yer alanlar muayenehaneler, özel poliklinikler, ana çocuk sağlığı merkezleri, verem savaş dispanserleri, sağlık ocakları ve pilot uygulama illerinde aile hekimleri ile toplum sağlığı merkezleridir. Sosyal Güvenlik Kurumu'nun birinci basamaktan hizmet alımı kısaca sadece kamu sektörü ile sınırlıdır. Aile hekimliği dışında kamu birinci basamak kuruluşlarından 2007 yılında global bütçeyleme yoluyla hizmet alınmaktadır. Aile hekimliği ise sistemi gereği kapasite ve performansına göre ücretlendirilmektedir. Bu yüzden şimdilik birinci ba-



samak sağlık hizmetlerinin satın alınmasında sorunlar gündeme gelmemektedir.

İkinci basamak sağlık kuruluşları özel tıp merkezleri, özel dal merkezleri, ilçe-belde entegre hastaneleri, küçük ölçekli devlet hastaneleri, büyük ölçekli devlet hastaneleri, dal hastaneleri, tıp fakültesinin eğitim verdiği bölge dışındaki vakıf üniversitesi hastaneleri (SUT'a göre) ve spesifik alanlarda ruhsatlandırılmış tedavi merkezlerinden oluşmaktadır. Sosyal Güvenlik Kurumu bunların hemen hepsinden hizmet satın almaktadır. Bu sağlık kuruluşları arasında yatırım, istihdam, hizmet sunum tarzı, hizmet kalitesi ve en önemlisi hizmet verilen hasta grubunun risk ve maliyetleri açısından büyük farklılıklar olabilmektedir. Bu yüzden ikinci basamak, hizmet satın almada en fazla ihtilaf alanını oluşturmaktadır.

Üçüncü basamak sağlık kuruluşları Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastaneleri (dal hastaneleri dahil), üniversite hastaneleri ve vakıf üniversitelerinin tıp fakültesi eğitiminin verildiği bölgedeki hastanelerinden (SUT'a göre) oluşmaktadır. Bu kuruluşların hepsinden istisnasız hizmet alınmaktadır. Bu kurumların hasta portföyü ve kurumsal yapıları gereği maliyet artırıcı unsurlar fazla olduğundan vakıf üniversite hastaneleri dışındakiler finansal sıkıntı çekmektedir.

Yukarıda belirtilen farklı hizmet sunucularının baktıkları hastaların standart olması düşünülemez. Hastaların yaşı, taşıdığı risk faktörleri, hastanın beklenti düzeyi, hastanenin faaliyet alanı ve imkânları, riskli ve komplike hastayı sevk edebilme yeteneği veya her halükârda kabul etme zorunluluğu, asistan ve öğrenci eğitiminin getirdiği ilave zaman ve iş gücü ihtiyacı, hastanenin yönetici ve personel istihdam modeli ile personelini seçebilme yeteneği, mal ve hizmet satın alma yöntemleri, vergilendirmeler, zorunlu kesintiler, yatırım fizibilitesinin isabetli veya isabetsiz oluşu, vakıf, konsolide bütçe subvansiyonları ve tahsilat zamanı gibi çok sayıda değişken göz önünde bulundurularak sunulan sağlık hizmetlerinde maliyet analizi yapılmak zorundadır. Hizmetlerin fiyatlandırılmasında bu derecede kapsamlı bir veriye dayanılmadığı aşikârdır. Buradaki belirsizlik, farklı kurumların farklı verilerle kendi durumlarını izah etme gayretine yol açmakta ve bu alanı uzlaşılması zor hale getirmektedir.

Hastanelerin sınıflanarak farklı fiyat uygulanması talepleri kısmen yukarıdaki ana gruplar içinde yapılabilmekte an-

cak aynı basamak hastanelerinin kendi aralarında sınıflanarak farklı fiyat uygulamaları tatminkâr olamamaktadır.

Rekabet ortamının eşitsizliği

Sağlık hizmet sunucuları arasındaki görev ve kapasite farklılıklarından başka bu kurumların farklı mevzuatlar çerçevesinde hizmet veriyor olmaları, benzer hizmetleri farklı şartlarda vermelerine yol açmaktadır.

Yukarıda sözü edilen hizmet maliyeti unsurları bütünüyle göz ardı edilmeyecek bilhassa özel sektörden hizmet alınırken esnek davranılmış ve birim fiyatların üzerine fark almalarına fırsat tanınmıştır. Üniversite ve eğitim hastanelerinin risk, yük ve hasta kategorileri göz önünde bulundurularak hizmet birim fiyatlarında % 10'luk bir artış öngörülmüştür. Ayaktan hasta hizmetlerinde vaka başı ödeme modelinde, hastaneler kapasitelerine göre sınıflanmış, eğitim hastanelerine farklı fiyat uygulanmış ve kamu subvansiyonları dikkate alınarak ve kârlılık temin edilmek üzere özel sektöre % 20 ilave fiyat verilmiştir. Ancak bütün bu yapılar bilimsel, analitik verilere dayanmamaktadır. Sadece farklı şartlar arasında bir denge oluşturma gayretine yönelik tahminlere dayalı, palyatif önlemlerdir.

Kamu ve özel sektörün farklı alanlarda avantajları ve dezavantajları vardır. Yatırım bölgesinin ve hizmet alanının tercihi, yatırımda kamu desteği, istihdam miktar ve şekli, yönetici tayini, idari yargının sisteme müdahalesi, mal ve hizmet alımları, hasta seçebilme esnekliği, vergilendirme ve zorunlu kesintiler, kamu alacaklarının tahsili gibi hususlar sağlık işletmelerinin verimliliğinde büyük rol oynamaktadır. Bu hususların hemen hemen hepsi kamu ve özel sektörde ayrı dinamiklere bağlıdır. Vakıf üniversite hastaneleri ise kamu ve özel sektör alanının avantajlarını birlikte kullanabilmektedir.

Sonuçta bu avantaj ve dezavantaj dengesizliği hakkaniyete dayalı bir rekabet ortamı oluşturamamaktadır.

Kâr amaçlı sağlık yatırımları

Sağlık hizmetlerinde hizmet başı veya vaka başı ödemelerde hizmet sunucu, kârını maksimize edebilmek için hizmet hacmini veya sunduğu hizmetin birim fiyatını artırmak zorundadır. Eğer sabit ve düşük bir fiyat politikası uygulanırsa, hizmet sunucu hastaya yeterli kadar zaman ayırmaksızın, kaliteyi göz ardı ederek çok sayıda hizmet üretmeye çalışacaktır. Eğer hastaya zaman ayırmaya zorlanır, kalite denetimleri başarılı olursa bu sefer birim fiyatlarını yükseltmeye zorlanacaktır.

Birinci yöntemin çok yaygın olarak kullanılması, olabildiğince çok sayıda kişinin sağlık hizmetine erişebileceği, kuyrukların, bekleme listelerinin olmadığı ancak verilen sağlık hizmetinin kalitesinin tartışılır olduğu bir durum ortaya çıkarmaktadır.

İkinci yöntemin yaygınlaşması ise yükselen hizmet fiyatlarını karşılayabilen toplumun belli kesimlerinin daha kaliteli ve saygın hizmet alma fırsatı elde ettiği, buna karşılık ek ücret ödemediği hizmet alan kesimin hizmet aldığı alanda arz ve talep arasındaki açığın daha da büyüdüğü, bu alanda hizmet veren sağlık personelinin daha fazla yük altına girdiği ve kalitenin daha fazla bozulduğu bir durumla karşılaşmak kaçınılmaz olmaktadır.

İkinci yöntem yaygınlaştıkça bu dengesizlik daha da büyüyecek hatta toplumun diğer kesiminde bekleme listeleri ve kuyruklar oluşacak ve memnuniyetsizlik artacaktır. Sektörün bir kısmı, az fakat kaliteli ve kârlı bir sisteme zorlanırken sektörün diğer kısmı çok fakat kalitesiz kuyrukların olduğu, memnuniyetsizliğin giderek arttığı bir pozisyona itilecektir. Bu durumda mağdur olan nüfus hemen her zaman avantajlı kesimden daha fazla olacaktır.

Bu yüzden ki, sosyal politikaları öne çıkarmayı amaçlayan bir yapıda, sağlık hizmeti alanında yatırım yapan özel sektörün diğer ticari alanlarda olduğu gibi sadece "kâr amaçlı işletmeler" oluşturma hedefi, özel sağlık kuruluşlarının sistemde yaygın olarak rol almasının önünde önemli bir engel haline gelmektedir. Özel sektörün sistemde sağlıklı bir şekilde ve daha fazla rol alması, "kâr amacı gütmeyen" prestij amaçlı, kamu teşvikli ve vakıf destekli özel sağlık kuruluşlarının geliştirilmesi ile mümkün olabilecektir.

Sağlık hizmetlerinde kamu ve özel sektör paylaşımı

Sağlık, ülkenin temel gelişmişlik düzeyini gösteren ve aynı zamanda toplumların ekonomik kalkınmasında da rol alan önemli faktörlerin başında gelmektedir. Ülke ekonomileri içinde sağlık sektörü önemli derecede bir pay sahibidir. Bu yüzden kaliteli hizmet üretimi hedeflenirken kit kaynakların verimli kullanımı diğer alanlarda olduğu gibi önem kazanmaktadır. Sınırlı kaynakların, sağlık kurumlarının ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde en uygun olarak dağıtılması gerekmektedir. Ancak bu dağıtım, sağlık kurumlarının sundukları hizmetin hacmi ve kalitesi ile paralel olmak zorundadır. Finans kaynakları ve sundukları hizmet açısından hastaneleri kabaca üniversite ve eğitim hastaneleri, devlet hastaneleri ve özel hastaneler diye tasnif eder-

sek, sektörün bu üç aktörünün kalite ve kapsam bakımından hizmet paylaşımının tespiti ve kıt kaynakların bunlar arasında hakkaniyete uygun olarak dağıtılması karşımıza pratik bir problem olarak çıkmaktadır.

Sağlık hizmeti insan hayatının kalitesi ile doğrudan etkili bir sorumluluk alanı oluşturduğundan bu sektördeki finansal veya yönetsel zafiyet, diğer sektörlerdeki gibi sadece üretim düşüklüğü ile sonuçlanmayıp aynı zamanda insan hayatının kalitesinde düşme ve toplumun sağlık düzeyinin bozulması anlamına gelmektedir. Kısacası bu sektördeki kötü yönetimin bedeli insan hayatıdır. Bu yüzden ki, diğer sektörlerin aksine sağlık sektörü için sadece piyasa şartlarının ve serbest rekabet ortamının oluşturacağı bir sistem savunulamamaktadır.

Bu alanda, korumacılık, destekleme, kontrollü dağılım, istihdam dengesi, hizmet standardizasyonu, karşılıksız hizmet ve kâr amacı güdülmemesi gibi faktörler ön plana çıkmaktadır. Bu noktalar liberal düşüncede ısrarlı olan kesimler tarafından bile göz ardı edilememektedir. Nitekim, Sağlık Düşüncesi dergisinin geçen sayısında yer alan bir söyleşideki "sosyal devlet bir noktada olacaksa, sağlıkta olmalı" yargısı bu düşünce sahiplerine aittir.

Bu yargılar sağlık hizmetlerinin sadece kamu kurumları eliyle yürütülmesi sonucunu doğurmamalıdır. Sağlık alanındaki bilgilerin değişimi ve yeni teknoloji gelişimi çok hızlıdır. Bunların transfer edilmesini sağlayacak dinamik yapılar kurulmak zorundadır. Sınırlı kaynaklara endekslenmiş sabit fiyatlarla üretilen hizmetlerin sınırlılığı kaçınılmazdır. Kaynağı ne kadar artırırsak artıralım, yeni gelişmelerle birlikte, halkın sağlık bilincinin yükselmesi, talep şeklinin ve hacminin artması, endüstriyel gelişmenin ve yaşlanan nüfusun doğuracağı yeni sağlık talepleri bir sınır çizmemizi kaçınılmaz kılmaktadır. Hangi düzeyde olursa olsun, böyle bir hizmet sınırı, bu sınır ötesinde hizmet talep eden bir kesimin var olmasını yok edemez. Kendi kaynaklarını kullanarak bu hizmeti talep eden bir kesim olacaktır. Yurtiçinde bu hizmete erişemeyenler, yurtdışında hizmet arayışına girecektir.

Kamu sağlık hizmet sektörünün, yaygın olma, toplumun her kesimi tarafından erişilebilir olması, dengeli dağılım kapasitesi bulunması, kâr kaygısı bulunmaması, devlet güvencesi nedeniyle daha sınırlı maaşla personel istihdam edebilmesi gibi avantajları vardır. Bu yüzden sağlık siteminde varlığı ve ağırlığı kaçınılmaz olmaktadır. Nitekim, her türlü özerkleşme ve desantralizasyon girişimlerine rağmen, kamu sağlık hizmetlerinin sistemdeki ağırlığının yarıya düş-

tüğü bir ülke örneği bilmiyorum. Ancak kamu kuruluşlarının hantallığı, hızlı kararlar verememesi, dinamik bir şekilde yapılanamaması gibi dezavantajları bulunduğundan, bu hususlar yetki devirleri ve kamu kurumu yetki ve kontrolünde sunulan bazı alt hizmetlerin özel sektör aracılığıyla (outsourcing) daha dinamik olarak sağlanmasıyla aşımaya çalışılmaktadır. Ülkemizde de kamu hastanelerinin hizmet alımları, bu amaca yönelik önemli bir yarar sağlamaktadır.

Kısacası özel sektör, kamu sağlık hizmetleri içinde dinamik ve rekabetçi gücüyle ve kamunun kontrolü altında yer alabilmekte ve bu yönüyle kamunun ürettiği sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Bu alandaki mevzuat kısıtlılıklarının ve idari yargı kararlarının olumsuz etkileri olsa da, süreçte bunun daha iyileşeceğini umuyorum.

Özel sektörün kendi yatırımı ile oluşturduğu sağlık kuruluşları aracılığı ile hizmet vermesinin, diğer önemli bir rolü olmaktadır. Özel sağlık kuruluşlarının, sistemde yer alırken, uygun fizibilite ile gerçek ihtiyaç alanlarını belirleyerek yatırım yapabilmeleri, daha verimli ve kârlı alanlarla hizmetlerini sınırlayabilmeleri, yatırım, mal ve hizmet alımlarında kamunun sınırlayıcı mevzuatına takılmadan dinamik davranabilmeleri, istihdam şeklinde, personel ve yönetici seçimindeki esneklikleri, verimlilik ve performansına göre ücret verebilmeleri gibi avantajları vardır. Ancak bu avantajların yanında, özel hastaneyi tercih eden hastaların beklenti düzeyinin yüksek olması, kamu iş güvencesi olmadığı için daha cazip olacak yüksek maaş verme zorunluluğu, yönetim zaafı ve hızlı değişen kurallardan etkilenerek iflas etme riski, yatırım sermayesinin kâr beklentisi gibi dezavantajları da mevcuttur.

Özel sağlık kuruluşları sağlık hizmet sektöründe rol alırken yukarıda sözü edilen yaygın kamu sağlık hizmetleri sınırı içinde kalarak yer edinecek veya bu sınırın üstüne çıkarak farklılık yoluyla sistemde varlığını sağlayacaktır.

Birinci alternatifte kamu sağlık hizmet yükünü paylaşması beklenir. Ancak kamu ve özel sektör arasındaki avantaj ve dezavantaj farklılıkları bu hizmetlerin karşılığı olan fiyatların belirlenmesinde hakkaniyet sağlanmasını güçleştirmektedir. Şartların iki sektör arasında tamamen aynı olduğunu varsaysak bile, kâr etme ihtiyacı, ilave bir harcama kalemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Aynı birim fiyatlarla hizmet vererek bu ilave yükü karşılayabilmek için özel sektör hizmet hacmini artırmak ve verimliliğini kamu sektörünün üzerinde tutmak zorundadır. Böyle bir durum özel sektörü tercih etmede yüksek beklenti düzeyi olan yurttaşların beklentisinin aksine bir du-



rum oluşturmaktadır. Özel sektörün bu yüzden böyle bir modeli tercih etmesi yaygın olamamaktadır. Nitekim kapsamlı sağlık hizmeti veren özel sağlık kuruluşlarında kamu kuruluşları ile kıyaslanabilecek bir hizmet yüküne ulaşılmadığı bilinmektedir.

Bu modelle hizmet sunmaya çalışan ve hasta beklentisini göz ardı eden özel hastaneler olsa da, gelirlerini artırıcı alternatifler deneme ve daha önce sözü edilen bilgi asimetrisini kullanarak hasta başı sağlık harcamalarını yükseltme veya hasta başı maliyetleri düşürecek şekilde verilen hizmeti kısıtlama riski taşımaktadırlar.

Özel sağlık kuruluşlarının önemli bir kısmı bu itibarla diğer alternatifi, yani belirlenen sınırın dışına taşarak sağlık hizmeti sunma yolunu tercih etmektedir. Aynı özellikteki sağlık hizmetini sunsalar da, farklı düzenlenmiş mekânlarda, hastalara daha fazla vakit ayırarak, hastaların beklentilerini daha iyi karşılayacak tarzda hizmet sunma gayreti içindedirler. Bu ilk planda birim hizmet için daha fazla hizmet alanı, daha fazla yatırım miktarı ve daha fazla personel istihdamı anlamına gelmektedir. Bununla birlikte Sosyal Güvenlik Kurumu'nun bedelini karşılamayı taahhüt etmediği hizmet alanlarına yatırım yaparak, oluşan ek talebi karşılama yoluna gitmektedirler. Her durumda sosyal güvenlik şemsiyesinin taahhütlerini aşan bir finansman ihtiyacı doğmaktadır. Bunu da doğrudan hastadan veya özel sağlık sigortalarından alarak karşılamaktadırlar.

Eğer doğrudan hizmet sunan özel sektörün sistemdeki oranı yükselirse, doğası gereği, daha fazla ücret ödeyerek daha fazla personeli kendine çekecektir. Ancak bu personelin özel sektöre geçtiğinde kamuda olduğu kadar hizmet üretmesi beklenmemelidir. Bu da her geçen gün arz ve talep dengesi açığının büyümesine yol açacaktır. Bu durum sosyal devlet anlayışı ile bağdaşmamaktadır. Kâr amacı gütmeyen özel hastaneleri açmayı başarsak bile, kamu hastanelerinden bir farklılığının bulunmadığı bir hizmet tarzı, bunların varlıklarının gerekçesini ortadan kaldıracaktır. Her halükârda kamu hizmet sunucularından özele personel göçünü durdurmayı başarabilirsek, özel sektörün bu alandaki varlığını sınırlamış olacağız. Yani diğer bir deyişle, özel sektörün sağlık sektöründeki varlığı belli sınırdan olmak zorunda kalacaktır. Bütün dünyada da örnekler farklı değildir.