

# Erteleme mâlulü genel sağlık sigortasını ve sağlık sistemini bekleyenler

Dr. Sebahattin Işık

**H**angi model olursa olsun devlet vatandaşlarının sağlık hizmeti almasını temin için sağlık kuruluşlarını açacak veya açılmasını sağlayacaktır. Bunların finansmanı da bir şekilde sağlanacaktır. Bütün çabalar daha iyi hale getirme çabasıdır; mevcut kaynaklarla optimum yarar sağlama mücadelesidir. Bu yolda rol alanlar görevlerini çok iyi yürütmek ve öncelikleri ve misyonlarından taviz vermemek zorundadırlar. Aksi takdirde bu hizmet durmayacak

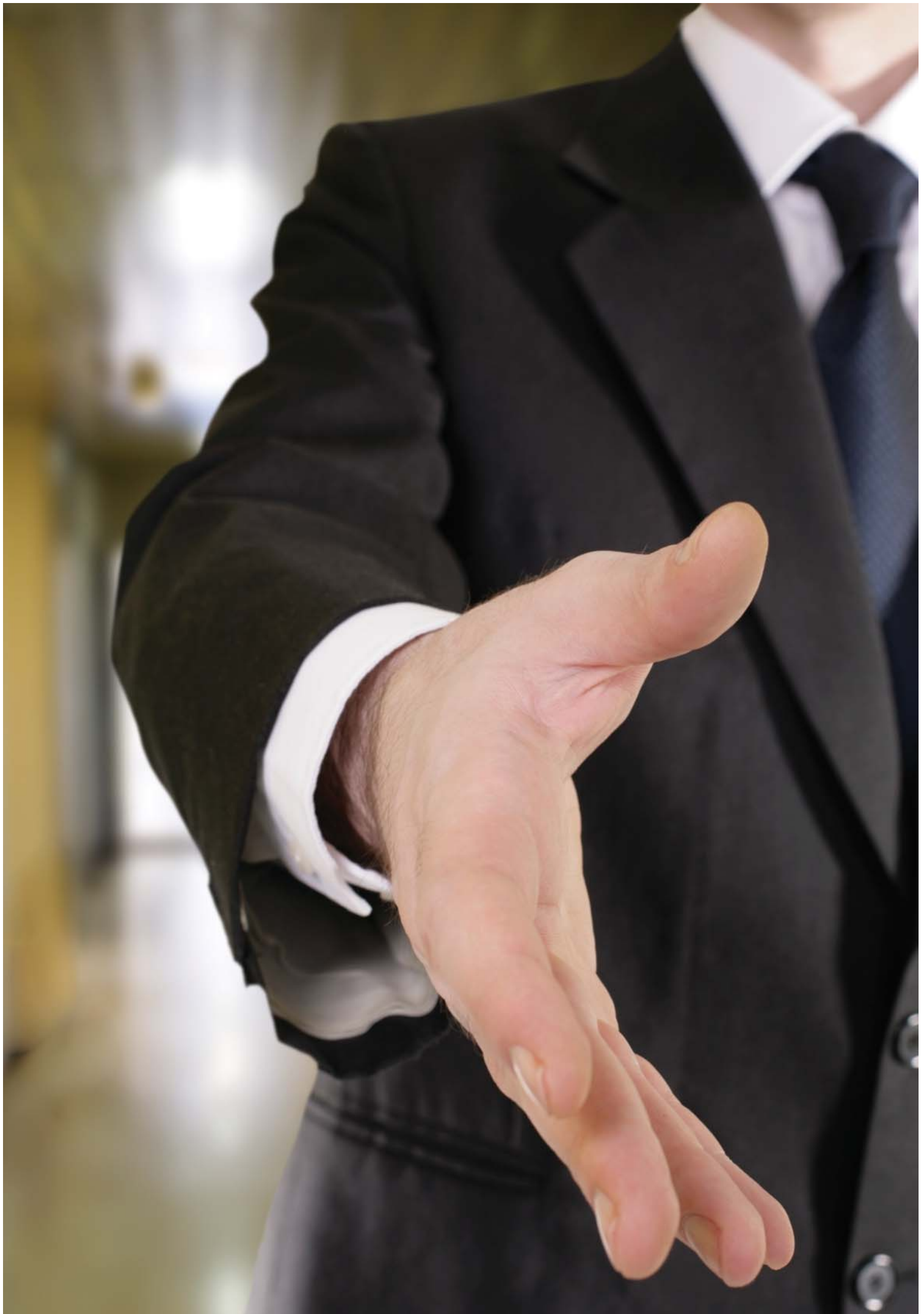
ve o işi yapan bulunacaktır.

İlk zamanlarda SSK hastanelerinin mali imkânları ve hastalara sundukları hizmetler devlet hastanelerinin üzerinde idi. Ancak zamanla SSK ana misyonu olan “mensuplarına hizmet etme” yerine, mevcut kaynakları tasarruflu kullanma ve açık vermeme, yani “mali sürdürülebilirlik” ilkesini ana misyon haline getirdi. Bu öncelik kayması hizmet araçları olan hastanelerin başka kuruma devri ile sonuçlandı.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Sosyal Güvenlik Reformu ile kurulmak is-

tenen yapı, finansman ile hizmet sunumunun birbirinden ayrılması ve iki ayrı dinamiğin iki ayrı ilkeyi ana misyon olarak korumaya çalışması idi. Hizmeti monopol olarak SGK alacak; kayıt, ortak veri tabanı, koruyucu sağlık hizmetlerinin ve aile hekimliğinin finansmanı, takip sistemleri sayesinde verimlilik sağlayacak, sorumluluğunu üstlendiği sigortalıların hak ettiği hizmeti almalarının teminatı olacak ve sürdürülebilirlik hedefini koruyacaktı. Hizmet sunan devlet, üniversite, belediye, özel sektörü kapsayan çoğulcu yapı, daha iyi hizmet ve daha uygun fiyatla hizmet sunmaya zorlanacak ve







Hangi model olursa olsun devlet, vatandaşlarının sağlık hizmeti almasını temin için sağlık kuruluşlarını açacak veya açılmasını sağlayacaktır. Bunların finansmanı da bir şekilde sağlanacaktır. Bütün çabalar daha iyi hale getirme çabasıdır; mevcut kaynaklarla optimum yarar sağlama mücadelesidir. Bu yolda rol alanlar görevlerini çok iyi yürütmek, öncelikleri ve misyonlarından taviz vermemek zorundadırlar.

hizmetin kabul edilebilir kalitede, kolay erişilebilir tarzda ve karşılanabilir fiyatta sunulması sağlanacaktı.

Bu zor ilişki düzeyinde düzenleyici, yönlendirici, standartları belirleyici rolüyle sağlık otoritesi, yani Sağlık Bakanlığı dümeni tutacaktı.

Bu ilkeler göz önüne alınarak yasal çalışmalar yapıldı, bir dizi uygulamalar hayata geçirildi.

Atılan adımlardan bu politikaların yönüne etki eden en önemli hususlardan biri, kamu hastanelerinin tek çatı altında toplanmasıdır. Bu, hastanelerin hizmet sunum tarzı ve finansman modellerinin homojenleşmesi açısından çok gerekli ve yararlı bir adımdı. Ancak bunun yerinin Sağlık Bakanlığı çatısı altında olması, Sağlık Bakanlığı'ni dümenden uzaklaşıp motorun başına geçmeye zorladı. Enerjisinin büyük miktarı buraya harcandı.

Sağlık sistemimizde büyük oranda hizmet yükü çeken devlet hastanelerinin sahibi ve yürütücüsü konumdaki Sağlık Bakanlığı, öncelikleri, uygulamaları, beyanları ve sektördeki konu-

mu nedeniyle sağlık hizmet sektörünün aktörlerinden biri olarak görülme-ye başlandı. Öyle ki, düzenleyici misyonu açısından bakıldığında aslında mülkiyet açısından olmasa da hizmet sorumluluğu bakımından "Sağlık Bakanlığı'na ait" olan üniversite hastaneleri ve özel hastaneler kendi bakanlıklarını kendilerinin düzenleyicisi ve hamisi olarak değil, rakibi olarak görmeye başladılar. İhtilaflarının karşısında muhatapları olması gereken SGK yerine Sağlık Bakanlığı rol alır oldu. Bu Sağlık Bakanlığı'nın onlar üzerindeki düzenleyici rolünü artırmak yerine zayıflatmaktadır.

Devlet hastanelerinin patronu olarak görülen Sağlık Bakanlığı, düzenleyici misyonunun aksine bir tutumla Sosyal Güvenlik Kurumu'nun yönetim kurulu-nda bile rol almadı. Hazırlanan Genel Sağlık Sigortası yasasında Sağlık Bakanlığı bir otorite olarak değil, gerektiğinde görüşüne başvurulacak kamu kurumlarından biri olarak yer aldı. Ödeme modeli ve kaynakların paylaşımına müdahale etme yetkisi olmayan bir otoritenin düzenleyici rol üstlenmesi mümkün değildir.

Kurumların bugünkü algılanış biçimleri bu değişimin bütünüyle pratiğe yansımaya engel olsa da, politikanın mevzuatlaşan teorisi bu tabloya ışık tutmaktadır. Böylece mevzuat uygulama alanı buldukça sorun büyüyecektir. Sağlık Bakanlığı her geçen gün sağlık sisteminin düzenlenmesinde zayıflayan bir varlık gösterecektir. Buna karşılık kişisel veya kurumsal tepkiler çatışma oluşturmaya devam edecektir. Yani gerçekteki rolünün, teorik olarak kurgulanan rolü ile uyumlu olması zorlaşacaktır.

SGK bu dönemde kendine biçilen rolü iyi oynayamamaktadır. Yasal düzenlemedeki teoriden sapma "yetki sarhoşluğuna" itmekte ve hizmet sunumunda olmasa da finansman tarafında eski SSK anlayışı yeniden canlanmaktadır. Öncelikle Sağlık Bakanlığı'nın düzenleyici misyonu göz ardı edilmekte, hizmet sunucularla yapılan sözleşmelerde bu misyon dışlanmaktadır. Bakanlığın ruhsatlandırması dışında talepte bulunulmaması ısrarla gündeme getirilmesine rağmen ve hatta SUT gibi uygulama rehberlerinde bu hususlar kayıt altına alınmasına rağmen, uygulamada buna uyulmamaktadır. Bakanlığın branş tanımı göz ardı edilip yoğun bakım, tüp bebek, taş kırma gibi hizmet birimleri uzmanlık dalı gibi kabul edilmekte, staf hekimlerin acil hizmeti vermesi yerine "acil doktoru" tanımlaması yapılmakta; yaş sınırı, part-time / full-time uygulaması ile sağlık insan kaynaklarını düzenleme rolü üstlenilmektedir. Bu

sözleşmelerin dışında uygulayıcıların sorumlu olmayan davranışlarına yeteri kadar müdahale edilememektedir. Mesela raporlu ilaçların reçetesiz alınması uygulaması yazılım hatası nedeniyle hayata geçirilememiş, hastalar mağdur edilmiş, SGK zarara uğratılmıştır. Fatura inceleme birimlerinde çalışanlar kendi bağımsızlıklarını ilan etmiş ve adeta sağlık sistemi düzenleyiciliğine soyunmuştur. SUT'da yer almayan garip uygulamalar ortaya çıkmıştır. Faturalarda hâlâ standardı olmayan iptaller yapılmakta, epikrizlerde SUT tanımları dışında bilgiler istenmekte; tetkik belgeleri, ameliyat defterleri talep edilebilmektedir.

En vahimi de tanı kodu ile faturadaki hizmet kalemleri ilişkilendirilerek hizmet sunucuları "ödenebilir tanı kodları" kullanmaya zorlanmıştır. Böylece Sağlık Bakanlığı'nın tanı standardizasyonu ve istatistiklerin güvenilirliğini artırmak amacıyla uygulanmasını istediği kodlama (ICD 10), amacının aksine bütün istatistiklerin güvenilmez hale gelmesine yol açmıştır. Artık sağlık istatistikleri, ülkemizin hastalık dağılımını değil, faturası kolay ödenbilir hastalıkları gösterir olmuştur.

SUT'da branş bazında sınıflama olmamasına rağmen, bazı hizmetleri bazı branşların vermesinin kabul edilmemesi, laparoskopik ameliyatlardan önemli bir kısmının ödenmemesi, MEDULA ve provizyon aksaklıkları, yerel yöneticilerin yazılı olmayan farklı yorumları gibi daha çok sayıda sıkıntı yaratan uygulama, hizmet sektörünü taciz etmeye başlamıştır. Bu doğal olarak hizmeti alanlara da yansımaktadır. Kısacası eğer SSK sağlık hizmetinde bir zor durumun çağrışımıcısı olarak hatırlanırsa, SGK SSK olma yolunda hızla ilerlemektedir. Dün sadece kendi hastaneleri ve sözleşmeli sınırlı özel kuruluşa yeten gücü bugün kamu, özel, üniversite ayırımı olmaksızın bütün sektörü kapsamaktadır. Olumsuz etkisi de o oranda büyük olacaktır.

SGK'nın gönüllü üstlendiği "zorlaştırıcı" misyon etkilerini göstermeye başlamıştır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde "yükü hafifletmek, ödemeleri kolaylaştırmak" gibi gerekçelerle Sağlık Bakanlığı ile global bütçelemeye anlaşılmış, diğer sektörle sözleşme yapılmamıştır. Böylece belediyelerde sınırlı da olsa birinci basamak sağlık kuruluşları sistem dışına itilmiştir.

Aile hekimliğinin de teşviki ile özel poliklinikler sistem dışına çıkarılmıştır. Aile hekimliği bugün genel bütçeden karşılanmaktadır. Yarın sözleşme yetkisi SGK'ya devredildiğinde bu SGK'nın tutumunun nasıl olacağı belli değildir. Sağlık Bakanlığı bugün için

ne kadar sağlık ocaklarında dijital kayıt ve faturalamaya özen gösterse de, zamanla bunun yok olmaması için hiçbir neden yoktur. Global bütçeleme, sağlık ocaklarına genel bütçe yanında ikinci bir kaynak transferi halini alacak ve sağlık ocağı yönetimi "sistem olarak" eski haline dönme riski taşıyacaktır. Geçici olarak sorun çözülmüş gibi görünse de, bu uzun vadede sağlık ocaklarını yöneten otoritenin tutumu ile ilişkili bir iyileşmedir. Sistemin kurumsallaşmış doğal seyri değildir.

Hastane hizmetlerinde sıkıntı devam etmekte ve gittikçe artmaktadır. Öyle ki, Sağlık Bakanlığı'nın genelgeleri ve SGK'nın Sağlık Bakanlığı ile uzlaşarak yayımladığı SUT'a rağmen SGK taşra yöneticileri ve özellikle fatura inceleme birimleri sağlık hizmet sunumunu regüle etme, düzenleme görevi üstlenmişlerdir. Birçok uygulama Bakanlık genelgelerine ve SUT hükümlerine göre değil, fatura inceleme birimleri inisiyatiflerine ve yorumlarına göre yapılmaktadır. Merkezi dümen tutucu otorite Sağlık Bakanlığı'ndan SGK'ya kaymakla kalmamış, SGK'nın taşra uygulayıcılarının elinde her biri başka tarafı gösteren çok sayıda dümen oluşmuştur.

SGK'nın yasa ile büyüyen, uygulama ile abartılan yetkisinin kötü yönetilmesi, aynen SSK hastanelerinde olduğu gibi SGK yetkilerinin de devri ile sonuçlanma riski taşımaktadır. Yukarıda sözü edilen birinci basamak global bütçeleme adıyla finansmanın Sağlık Bakanlığı'na devredilmesi kısmen bunun işareti idi.

Devlet hastanelerini, devlet koruma altına almak zorundadır. Bu koruma SGK'ya karşı koruma olursa kaybeden SGK olacaktır. Bunun en basit yöntemi SGK bütçesinden alınan kaynağın doğrudan hastanelere transferidir.

Transfer edilen kaynağı hangi yöntemle olursa olsun hastanelerine dağıtan Sağlık Bakanlığı yeni bir SSK olma yolundadır. Yani finansmanla hizmet sunumu Sağlık Bakanlığı çatısı altında birleşecek ve en baştaki finansmanla hizmetin birbirinden ayrılması ilkesi ve bu ilkeden beklenen yararlar ortadan kalkacaktır. Bugün sağlıkta atılım yaptığı ve başarılı olduğu kabul edilen Sağlık Bakanlığı yöneticileri bu uygulamayı nispeten iyi yöneterek sorunların azalmasına ve hastanelerin SGK taleplerini yerine getirmek için harcadıkları enerjilerini hizmete yoğunlaştırmasını sağlayabilirler belki. Ama bu geçici ve kişiye bağımlı bir durum olacaktır. Kişilere bağımlı uygulamaların uzun vadede kötüleşmesini engellemek mümkün olmayacaktır.

Ayrıca Sağlık Bakanlığı'nın sahibi ol-



duğu hastanelerin aynı zamanda finansörü olması, onun sağlık sisteminin diğer aktörlerini düzenlemedeki rolünü daha da olumsuz etkileyecektir. Şöyle ki; diğer aktörlere anlayışlı davranması ihmal ettiği izlenimi, tavizsiz davranması ise rakiplerini ezdiği izlenimi verecektir. Yani her halükârda Bakanlık uygulamaları hakkaniyetli karşılanmama potansiyeli taşımaktadır. Bu Bakanlığın dümen tutma rolünü zayıflandırmaktan başka işe yaramayacaktır.

SGK, devlet hastaneleri üzerindeki yönetim gücünü kaybedince üniversite ve özel hastanelere daha fazla ağırlık verecektir. Bugünkü uygulamalar, SGK'nın daha fazla ağırlık vermesinin bu hastanelerin işini daha da zorlaştıracağını gösteriyor.

Bu durumda eğer devlet hastaneleri global bütçeleme ile nefes alabilir ve daha iyi konuma gelebilirse, bu YÖK'ün de SGK'ya benzer taleple gelmesine yol açabilir. Yani üniversite hastaneleri de global bütçeleme yolu ile alacaklarını garanti altına almak isteyebilirler. Yönetimi işi zorlaştırmak haline getiren SGK'nın bu adımı da atması zorlanması şaşırtıcı olmayacaktır.

Bu durumda SGK yıllık sağlık harcaması bütçesinin hazırlanmasında rol alan, kamu kurumlarından alınan hizmetlere karşılık bütçesinin önemli bir kısmını kamu hizmet sunucularına doğrudan transfer eden ve özel hizmet sunucularına karşılık sigortacılık yapmaya çalışan bir kurum haline gelecektir. Prim gelirlerinin Gelir İdaresi Başkanlığı tarafından toplandığı bir uygulamada sigortacılık rolü de önemli ölçüde zaafa uğrayacaktır.

Burada bir başka riskli durum ise hizmet birim fiyatlarının gerçek anlamda sadece özel sektör hizmet sunucularını ilgilendirir hale gelmesidir. Yani bugün nasıl SUT fiyatları ile kamu hizmet sunucuları çok ilgili, fakat hastadan serbest fark ücret alabilen özel sektör az ilgili ise, yeni durumda bunun tersi olacaktır. Sınırlı fark almak zorunda bırakılan özel sektör hastaneleri, SUT fiyatlarının yükseltilmesine çalışacak, bunda başarılı olursa -ki olmak zorundadır- kamu hastaneleri bundan yararlanamayacaktır.

Bu durum sürdürülebilirlik açısından

Devlet hastanelerini, devlet koruma altına almak zorundadır. Bu koruma SGK'ya karşı koruma olursa kaybeden SGK olacaktır. Bunun en basit yöntemi, SGK bütçesinden alınan kaynağın doğrudan hastanelere transferidir.

olumlu gibi algılanabilir, ama tehlike kamu hastanelerinin aynı hizmeti daha ucuza üretmek zorunda kalması ve dolayısı ile hizmet kalitesinin ve sınırının farklılaşmasıdır. Bu kaymanın nerede duracağı, SUT fiyatları ile global bütçeleme formülleri arasındaki dengenin nasıl kurulacağına bağlıdır.

Sonuç itibarıyla finansmanın bir kısmının vergilerle, bir kısmının primlerle oluşturulduğu sağlık fonunu kullanan bir milli sağlık hizmet sistemi ve SGK'nın ödeme miktar ve yöntemleri ve Sağlık Bakanlığı'nın ruhsatlandırma ve denetim kriterleriyle hacmini belirleyecekleri özel hizmet sunucuları ortaya çıkacaktır. SGK'nın GSS kanadı da bu özel sektörden hizmet satın alan kuruma dönüşecektir. Yani tasarlanan ve ilan edilenden farklı bir sistem ortaya çıkacaktır. Ne kadar iyi olur, onu zaman gösterir. Ancak teorik kurgunun kendi içinde bütünlük göstermediğini söyleyebilirim. Zira sağlık, Bakanlık sektörü, üniversite sektörü ve özel sektörden oluşan üçlü yapı birbirinden bağımsızlaşacaktır. Uzun vadede ne Sağlık Bakanlığı beklenen dümen tutma görevini, ne SGK hizmetin kalitesini ve erişilebilirliği koruyarak verimi artırma ve sürdürülebilirliği sağlama görevini tam olarak yapabileceklerdir.

Güncel sorunlar günlük tedbirlerle aşılabılır. Ancak ilkesel sorunları bir başka ilkesel yaklaşımla aşmak mümkündür. Sorun çözmek ilkeden sapmayı getirirse uzun vadede kendimizi hayal etmediğimiz bir yerde bulabiliriz.