

'Sağlık yönetimi'nde güçler ayrılığı

Dr. S. Haluk Özşarı



1984 Cerrahpaşa Tıp Fakültesi mezunu olup, Hacettepe Üniversitesi'nde, "Sağlık Yönetimi" alanında yüksek lisans ve doktora yapmıştır. 1984-1999 yıllarında, Sağlık Bakanlığı'nda; il sağlık müdürü, Dünya Sağlık Projeleri'nde genel koordinatör, bakan müşaviri ve müsteşar yardımcılığı görevlerinde bulunmuştur. Türkiye sağlık reformları sürecinde; değişik hükümetler ve yasama dönemlerinde hazırlanan reform kanun tasarı tasaklarının teknik çalışmalarında yer almış, DPT Kalkınma Planları Sağlık İhtisas Komisyonu'nda ve Cumhurbaşkanlığı Devlet Denetleme Kurulu'nda Sağlık konulu Rapor'da görev almıştır. 2000 yılından bu yana, özel sektörde çeşitli şirketler ve sivil toplum kuruluşlarında sağlık yönetim danışmanı ve yönetim kurulu üyesi olarak çalışmış ve Johns Hopkins Bloomberg Halk Sağlığı Okulu Danışmanı sıfatıyla TÜSİAD Sağlık Raporu yazarlarından biri olarak görev yapmıştır. Halen Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketler Birliği Danışmanı olarak çalışmaktadır.

Ülkemizde 'sağlık yönetimi' çok bilinen bir alan değildir. Bugün dönüp geriye baktığımızda, aslında tarih boyunca insanlığın yönetim uygulamalarında bulunduğunu görürüz. Ancak bilimsel anlamda yönetimin insan yaşamına girmesi, diğer bilimler gibi, binlerce yıl-

lık bir geçmişe sahip değildir. Yönetimin bir bilim haline gelmesi, yani araştırmalara ve birbirini bütünleyen bilgilere dayanması, aslında yaklaşık son iki yüzyıllık bir süreçtir. 'Sağlık yönetimi' ise, dünyada yarım yüzyılı biraz aşan, Türkiye'de ise 25-30 yıllık bir geçmişe sahiptir. Bir yazarımız "Cumhuriyet'ten sonra diğer tüm sektörlerde yönetim vardı ama sağlıkta yir-

mi yıl öncesine kadar yönetimin öneminin anlaşılabilmesi için yapılacak bir şeydir" demişti. Görev yaptıkları dönemlerde, merhum Refik Saydam ve Nusret Fişek gibi yeri doldurulması imkânsız sağlık yöneticilerimizin 'sağlık yönetimi' adına unutulmaz hizmetler verdiklerini ayrı bir yerde tutarsak, kurumsal anlamda 'sağlık yönetimi' açısından sözünü ettiğim yazarımızın hak-







Sağlık Bakanlığı verilerine göre, sağlık harcamalarının gayri safi yurtiçi hasılamıza oranı 2006 yılı itibarıyla yüzde 5.7'lere ulaşmıştır.

OECD ülkeleri ortalaması da yüzde 8.9'dur. Yani sağlığa harcadığımız kaynak aslında çok da az değildir.

Önemli olan bu kaynağı verimli ve etkili olarak kullanabilmemizdir.

sızlık ettiğini düşünmek pek de mümkün görünmemektedir. Son yıllarda, gerek kamu ve gerekse özel sağlık sektöründe, 'sağlık yönetimi'ne, hizmette etkililik ve verimlilik adına önemli katkılarda bulunduğu bir gerçektir. Doğaldır ki, sağlık sektörü de bu süreçten olumlu etkilenmektedir.

'Sağlık yönetimi'nin neden sağlık sektöründe çok önemli olduğunu biraz daha açmak gerekir. Yönetim bilimi elbette her sektör için önemlidir. Ancak sağlık sektöründeki önemini anlatan çok önemli ölçütler bulunmaktadır. Çünkü hem sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı, organizasyonu ve mevzuatı kendine özgü özellikleri içinde barındırır, hem de 'sağlık yönetimi' insan yaşamı üzerinde çalıştığı için hata kabul etmez. Öte yandan, sağlık aynı zamanda bir hizmet sektörü olduğu için de, üretildiği anda tüketilir. Dolayısıyla, sağlık hizmeti, sıfıra yakın bir hata ile hatta hatasızlıkla üretilmeli ve sunulmalıdır.

Sağlık hizmetlerinin genel amacı, toplumun sağlık düzeyini yükseltmektir. Bu amaca yönelik olarak kullanılacak araçların tamamı, bu hedefe

ulaşabilmenin yollarıdır. Genel amaca yönelik olarak hedefler; sağlık hizmetlerinin kapsayıcılığını, ulaşılabilirliğini, hakkaniyetini, etkililiğini, verimliliğini yükselterek, ihtiyacı olana ihtiyacı olduğu kadar ama kaliteli sağlık hizmeti sunulmasını sağlamak, olarak özetlenebilir.

Sağlık hizmetlerinin kendine özgü nitelikleri dendiğinde, aslında ilk akla gelenler, sadece teorik değil aynı zamanda pratik olarak da hep yaşadıklarımızdır. Bu ilk akla gelenleri sıraladığımızda, sağlık hizmetlerinin;

- hem emek yoğun hem de teknoloji yoğun olması nedeniyle arzının pahalılığını,
- talebinin her geçen gün artarken, tüketici tarafından belirlenmediğini ve aynı zamanda esnekliğinin de katı olduğunu,
- toplumsal olup, sadece kar amaçlı olmadığını,
- tesadüflüğünü,
- ikamesinin bulunmadığını,
- ekip anlayışı ile verildiğini

saymamız gerekir. Dolayısıyla, sağlık hizmetini sunma ve bu hizmetten yararlanmanın bedeli, bu kadar sınırlılıklara sahip olunca, ülkeler, kendi sağlık politikalarını belirlerken; kalite, etkililik, verimlilik, harcanana değer olma gibi genel ekonomik değerlendirme kavramlarını sağlık sektöründe de tartışır ve hatta uygulamaya hale gelmiştir.

Sağlık hizmetlerinde arzın pahalılığı, hizmetin kendinden kaynaklanır. Çünkü sağlık hizmetleri bir yandan en az hata ile verilebilmek için teknoloji ağırlıklıdır; ama öte yandan hizmet sunumunda insan faktörüne dayanması açısından da emek yoğunudur. Sağlık insan gücü maliyetleri, toplam sağlık hizmet maliyetlerinin içinde ortalama olarak hep yüzde ellinin üstündedir. Sağlık Bakanlığı 2008 Bütçesi'nde bu oran yüzde 68'dir. 2009 Bütçesi'nde ise yüzde 62 olacağı, TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu'na sunulan tasarıda öngörülmüştür. Teknoloji kullanımı ise, hem zaten fazladır, hem de her geçen gün oluşan bilimsel ilerlemelere ayak uydu-

rabilmek için yeni teknolojiler gerektirir.

Sağlık hizmetlerinin talebi, çok daha karmaşık ilişkilere sahiptir. Öncelikle, toplumların sosyoekonomik düzeyleri geliştikçe, sağlık hizmetlerine olan talebin arttığını ve her geçen gün de çeşitlilik gerektirdiğini belirtmek gerekir. Sağlık hizmetini kullananlar, örneğin tedavi edici sağlık hizmetinden yararlanıldığında, talebi belirleyemezler; bilgi asimetrisi, sağlık hizmet talebinin her zaman için sağlık meslek mensupları yani profesyoneller tarafından (sıklıkla da hekimler) tespitini gerektirir. Bu da ekonomistlerin deyişiyle, oligopol hatta yer yer monopol oluşumunu gündeme getirir.

Sağlık hizmetleri talebinde, aynı zamanda talep esnekliğinin katı olduğu da bilinmektedir. Sağlık ekonomistlerinin bir deyişi olan talep esnekliğinin katılığı, sağlık hizmetine ihtiyacı olanın cebindeki paraya bakmadan o hizmete ulaşma ihtiyacı olarak ifade edilebilir. Yani bir mal veya hizmete ulaşmak için cebinizdeki paraya uygun olarak karar verebilirsiniz ama sağlık hizmetinde bu geçerli değildir. Dolayısıyla, sağlık hizmet talebi her ne şart altında olursa olsun gerçekleşen talep olmak zorundadır. Ayrıca, sağlık hizmetinin yerine konulabilecek başka bir hizmeti tercih şansı yoktur yani ikamesi bulunmamaktadır.

Sağlık hizmetleri, aynı zamanda, toplumsal veya ekonomik ifadesiyle dışsal (eksternalitesi olan) hizmetlerdir. Çünkü sağlık hizmetlerine ulaşanlar kadar ulaşamayanlar da o hizmetten yararlanırlar. Örneğin, özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinde bir kişinin aşı olması diğerlerini de hastalığa yakalanmaktan korur. Bu yüzden de, sağlık hizmetleri toplumsal hizmetlerdir ve sadece kar amaçlı olamaz.

Sağlık hizmet talebinin bir başka önemli özelliği de, tesadüflüğüdür. Yani kişinin ne zaman, nerede ve nasıl bir sağlık hizmetine ihtiyacı olacağı önceden kestirilemez. Dolayısıyla sağlık hizmetleri durmaz, sürekli ve her

türlü tedbirin her an alınmasını gerektirir. Geleneksel sağlık hizmetlerinde tek kişinin verdiği hizmetler daha fazla öne çıkarken, çağdaş sağlık hizmetleri bir ekip tarafından verilmektedir.

Sağlık hizmetlerinde kalite kavramının önemi artmaktadır. Çünkü sağlık hizmetleri sayılan bu özellikleri nedeniyle, hizmet sunumundan kaynaklanan yetersizlik ve hataların doğurabileceği insan yaşamı ile ilgili ciddi risklere sahiptir. Sağlık hizmetlerinde kalite, bu hizmetler için ayrılan kaynakların ve verilen hizmetlerin belirlenmiş standartlara ne ölçüde uyulduğunun göz önünde bulunması gerekliliğini gösterir. Bir başka deyişle, sağlık hizmetlerinde kalitenin amacı, sağlık sisteminin yararlarını ve maliyet etkililiğini arttırmaktır. İşte bu yüzden sağlık hizmetlerinde kalite güvencesinden toplam kalite yönetimine kadar giden bir süreç yaşanmıştır.

Sağlık harcamalarındaki artış, sadece ülkemizde değil gelişmiş, gelişmekte olan ve az gelişmiş ayrımlı olmakta, tüm dünya ülkelerinde, 'sağlık yönetimi'nin çok önemli bir gündem maddesidir. Ortalama yaşam süresinin uzaması ile ekonomik anlamda tüketici konumunda bulunan yaşlı nüfus artışı gibi nüfus yapısı değişiklikleri, sağlık sektöründe insan gücü maliyetinin artışı, hizmet arzına yönelik nitelik artışı ile talebinin teknolojide gösterdiği maliyet artışları gibi nedenler sağlık hizmetlerinde maliyet artışının göze çarpan ana nedenleridir.

Tüm bu değişkenler bağlamında, sağlık hizmetini; planlarken, parasını verirken, sunarken ve denetlerken iyi yönetmeli ve sağlık alanındaki sorunların çözümünde, odağımıza 'sağlık yönetimi'ni koymalıyız. Çünkü ülkemizde sağlık alanındaki sorunlar ve çözüm seçeneklerinin neler olduğu, yıllardır, belli başlıklar altında, teknik-akademik-siyasi her türlü platformlarda ve de doğaldır ki TBMM çatısında, hep tartışılmaktadır. Ama sonuçta, Sağlık Bakanlığı 2007 yılı verilerine göre;

- İnsanlarımız, gelişmiş ülkelerde 78 yılı aşan ortalama yaşama süresinde, 71.7 yıl ortalaması ile en az 6 yıl daha az yaşamaktadır,
- Bir yaşını doldurmadan ölen bebeklerimiz, gelişmiş ülkelerde binde 5.1 olan bebek ölüm hızı ile karşılaştırıldığında, binde 18.7 ile en az 3 misli daha fazladır,
- Ülkemiz, içinde sağlık/egitim/refah göstergelerinin bulunduğu Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) İnsani Kalkınma Endeksi sıralamasında, 1975 yılında 55., 1985 yılında 65., 1995

yılında 74., 2005 yılında ise 84.sırada bulunmaktadır, yani sadece son on yılda 10 sıra gerilemiş durumdadır.

Dolayısıyla, ülkemizin sağlık sorunları ve çözüm önerilerinde, 'sağlık yönetimi' bakışıyla, aşağıda bazıları sıralanan ana başlıkları daha fazla tartışmamız gerekmektedir:

- Sağlık Bakanlığı verilerine göre, sağlık harcamalarının gayri safi yurtiçi hasılamıza oranı 2006 yılı itibarıyla yüzde 5.7'lere ulaşmıştır. OECD ülkeleri ortalaması da yüzde 8.9'dur. Yani sağlığa harcadığımız kaynak aslında çok da az değildir. Önemli olan bu kaynağı, verimli ve etkili olarak kullanabilmemiz yani hakkaniyetle, kaliteli ve sürdürülebilir bir sağlık hizmetine dönüştürebilmemizdir. İşte tam bu noktada, iyi yönetme sorumluluğu ile karşı karşıyayız.

- Türkiye'de 1990'lı yıllarda hazırlıklarına başlanılan sağlık sistemi değişiminde, sağlık hizmetlerine ulaşım ve finansmanda yeni açılımlar gerçekleşmiştir. Ödeme gücü olmayanlara "Yeşil Kart" uygulamasının başlaması ve bu uygulamanın sadece yatarak tedaviyi değil ayakta tedavi ile ilaç alımını da kapsar hale gelmesi, belirli kısıtlayıcılıklarla her türlü sözleşmeli kurumdan herkesin sağlık hizmeti alımına geçilmesi, eski adıyla SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devri, yine eski adıyla SSK'lıların serbest eczanelerden ilaç alımı, sağlık hizmetleri KDV'sinin yüzde 18'den yüzde 8'e inmesi, Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası'nın çıkması ve SSK/Emekli Sandığı/Bağ Kur'un Sosyal Güvenlik Kurumu'na devredilerek tek çatıda birleşmesi gibi başlıklar bu açılımın önemli ayaklarını oluşturmaktadır.

- 'Sağlıkta devletin rolü' konusunda, tam uygulamaya geçilemese de; hizmet sunumunda, kural koyarak yönlendiren, gözetleyen ve denetleyen bir yapıya ilişkin hazırlıklarda önemli mesafeler kaydedilmiştir.

- Devletin vatandaşlarına vermekle yükümlü olduğu temel haklardan biri, sağlıklı yaşam hakkı olmalıdır. Bu hakka ulaşmada; finansal veya coğrafi olarak güçlük çekenlere, 'gerçek bir sosyal devlet' tabii ki destek olmalıdır. Gerekirse bu amaçla, öngörülebilir ve yönetilebilir bir kaynak ihtiyacı olduğunda da, mutlaka kaynağını bulmalıdır.

'Sosyal devlet' kavramını nereye kadar götürürsek, sağlık alanında 'Gerçek bir sosyal devlet' olabiliriz? İşte kritik soru budur? Sadece ülkemiz sağlık sistemi için değil, tüm dünyada da cevabı aranan soru budur. Yani, sağlık hizmetlerini kim ve nasıl finanse etsin, kim ve nasıl sunsun? Bu sorunun cevabı

Sonuç olarak, Genel Sağlık Sigortası özelinde aklaya gelen tüm bu soruları, sağlık sisteminin genelinde de hiç kimse kimseye sormamalı, hatta aklından bile geçirmemelidir. Çünkü 'sağlık yönetimi'nde de güçler ayrılığı bu işin en akılcı çözümü olacaktır.

bu tek değildir ve zaten tek olmamalıdır. Dolayısıyla, cevap; ne sadece devlet, ne sadece üniversiteler, ne de sadece özel sektördür, olamaz da... Doğru olan; devletin neyi, ne kadar ve nasıl yapacağına ve hatta neyi yapmayacağına, kendi koşullarına göre doğru karar verebilmesi ve verdiği bu kararın tutarlı bir biçimde uygulayabilmesidir.

Artık sadece sloganları değil, gerçekleri tartışabiliyoruz. Nedir tartışacağımız? Tartışacağımız, kaynaklarımızı ülkemiz insanların sağlık statüsünü yükseltmeye yönelik olarak; daha etkili, daha verimli ve her şeyden önemlisi daha hakkaniyetli kullanabilmek olacaktır. Bu tartışmanın, bazı olmazsa olmaz ilkelerini, olabildiğince ödün vermeden, başlangıçta altı çizilen sağlık hizmetlerinin kısıtlılıklarını da hiç unutmadan yapmalıyız.

Olmazsa olmaz denilebilecek bazı ilkeleri, dünya deneyimlerini de göz önüne alarak, şu ana başlıklarda özetleyebiliriz;

- 'Sağlık yönetimi'nde de güçler ayrılığı ilkesi hâkim kılınmalıdır,

Kamu-özel ayrımı gibi mülkiyet tartışmalarında boğulmaksızın **kamu yararı gözetilmelidir,**

Yıllık, altı aylık, aylık ve hatta günlük değişen politikalar yerine, çocuklarımızın oynadığı legolar gibi, **parça bütün ilişkisini kuran, uzun dönemli, bilgiye dayalı, katılımcı, istikrarlı ve her şeyden önemlisi ortak akıl temelinde sağlık politikaları uygulanmalıdır.**

vBu ilkesel başlıkları, bir örnek ile irdelenmek gerekirse, Genel Sağlık Sigortası'ndan başlamak daha doğru olacaktır. Genel Sağlık Sigortası konusunda, dünya ve ülkemizde bugüne kadar yaşanan deneyimler ışığında ve bugün bulunduğumuz noktada yapılan tercih; gerek sağlık finansman meka-



Sağlık hizmetleri bir yandan en az hata ile verilebilmek için teknoloji ağırlıklıdır. Ama öte yandan hizmet sunumunda insan faktörüne dayanması açısından da emek yoğunudur. Sağlık insan gücü maliyetleri, toplam sağlık hizmet maliyetlerinin içinde ortalama olarak hep yüzde ellinin üstündedir.

nizmalarının çok başlılığı ile standart eksikliği ve gerekse sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlikteki eşitsizlikler açısından, doğru bir sağlık finansman sistemi olduğudur. Sorunları çözebilecek teorik dayanaklara sahiptir ama sorunların çözülebilmesi için şu üç ön koşul hiç unutulmamalıdır;

Birincisi, Genel Sağlık Sigortası sadece bir finansman biçimidir ve ülkemizdeki sağlık sorunlarını tek başına ve hemen yarın çözemeyecektir,

İkincisi, gerçekten ve doğru bir sosyal sağlık sigortacılığı yapılabilmesinin tüm araçlarını iyi bir şekilde kullanmayı becerebilmemiz gerekmektedir,

Üçüncüsü de, kamu yararını gözetmenin hassas dengelerini; hem hizmeti kullananlar hem de sunanlar nezdinde ve eşit koşullarda kurabilmemiz şarttır.

Bu sorumluluğu, sağlık hizmetleri finansman modeli konusunda 1967 yı-

lındaki 30'uncu Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti'nden bu gün 60'ıncısı kadar hemen bütün Türkiye Cumhuriyeti hükümetlerinin, neredeyse devlet politikası şeklinde vaat ettiği bir konuda, yani Genel Sağlık Sigortası'nda; artık tercihini yapmış, sisteminin yasal altyapısını tanımlamış bir ülkenin sektör çalışanları olarak, her an ve her aşamada göstermeliyiz.

Bu sorumluluklarımızı göstermek için kullanabileceğimiz ilk araç, hizmetin parasını ödeyenle hizmeti sunanların birbirleriyle eşit koşullar altında, ama sosyal bir devlet olmanın da gereğine uygun olarak, kamunun koyduğu kurallara uymaktır. Eşit koşullar demek; hem parayı veren, hem kuralı koyan, hem hizmeti sunan, hem denetleyen, hem de tüm bunların üstüne hizmeti sunanlara ruhsat veren yapının aynı elde toplanmamasıdır. İşte,

'sağlık yönetimi'nde de güçler ayrılığı bunun sağlanabilmesinden geçer. Yani sağlık hizmetinde parayı verenle hizmeti sunan; ister kamuda ister özel sektörde olsun, birbirleriyle 'en kaliteli' hizmeti 'en iyi fiyat'a verebilmek ve/veya alabilmek adına, bilgiye dayalı olarak müzakere edebilmelidirler. Bunu eşit şartlarda yapamadıkları sürece, ya hizmetin kalitesinde ya da fiyatında doğruyu bulmak mümkün olmayabilecektir.

Sağlık hizmetlerinde geri ödeme kurumları, tüm dünya ülkelerinde; ya tümüyle 'özerk'tir ya da ülkemizde 2005 yılı öncesi SSK'nın durumunda olduğu gibi, aynı zamanda hizmet sunucu yapıları da yönetebilmektedir. 5502 sayılı yasada öngörülen 'özerk' ve tek bir kamu geri ödeme kurumu yapısı (yani SGK) göz önüne alındığında, aynı zamanda hizmet sunan sağlık kurumu bulunmayacağı da anlaşılmaktadır. Zaten bu yüzden, 16 Mayıs 2006 tarih ve 5502 sayılı yasadaki önce, 6 Ocak 2005 tarih ve 5283 sayılı yasa ile başta

SSK hastaneleri olmak üzere, **kamu kuruluşlarına ait sağlık birimleri Sağlık Bakanlığı'na devredilmişti.** Öte yandan,

dünyada geri ödeme sistemleri içinde, tedavi edici sağlık hizmetlerinde sadece hizmet başına ödeme yapan hiç bir mekanizma kalmadığı da bilinmektedir. Ülkemizde yıllardır uygulanmakta olan, önceki adıyla Bütçe Uygulama Talimatı (BUT) yeni adıyla Sağlık Uygulama Tebliği (SUT), tedavi edici sağlık hizmetlerinde sadece hizmet başına ödeme yapan bir mekanizmadır. Son bir kaç yıldır, Sosyal Güvenlik Kurumu'nun hazırladığı SUT, hemen hemen her yenilenen versiyonunda yargıya taşınmakta ve bazen kısmen bazen de özünü etkileyecek şekilde iptal edilmektedir. Ne yazık ki, bu haliyle geri ödeme mekanizmalarımız, sık sık alınan yargı kararlarının gerekçelerinde yer aldığı ifadeyle 'bilimsel yöntemlere dayanmayan' bir biçimde bütünlükten yoksun hale gelmiş olmaktadır. Bunun nedenini ve sonuçlarını, önümüzdeki günlerde, hem yaşayarak öğreneceğiz hem de daha sık tartışacağız.

Bir adım daha ileri gidersek, yapılacak harcamanın baştan sabitlenmesi dolayısıyla kamu harcamalarının kontrol altına alınması adına uluslararası kuruluşların desteklediği söylenen; bilimsel adıyla global bütçe, 17 Nisan 2008 tarih ve 5754 sayılı yasanın 45'inci Maddesi 8'inci Fıkrasında geçen haliyle de Sosyal Güvenlik Kurumu'na 'kamu idarelerince verilecek sağlık hizmetleri' için 'fatura ve dayanağı belge göndermeksizin' götürü bedelde ödeme sistemini, tüm boyutlarıyla tartışmamız gerekir. Gerek 'kamu idareleri' kapsamının sınırının henüz tam olarak bilinmemesi ve gerekse 'usul ve esasların Sağlık Bakanlığı ile Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından müştereken' belirlenmemiş olması yüzünden, yorum yapmak er-

ken olabilir. Ancak, 5754 sayılı yasanın çıkmasının üzerinden altı ayı aşkın bir süre geçmesi ve yeni bir yıla girmemiz konunun önemini arttırmaktadır. 'Kamu İdaresi' olarak değerlendirilecek hastanelerin içine sadece Sağlık Bakanlığı hastaneleri girerse, ülkemizdeki hastanelerin sayı olarak üçte ikisini yatak kapasitesi olarak da yaklaşık yüzde yetmişini konuşmamız gerekir. Sosyal Güvenlik Kurumu 2008 yılı ilk dokuz aylık açıklanan verilerine göre; 19 milyar YTL olan toplam sağlık harcamasının 10.5 milyar YTL'si tedavi harcaması olup, bunun da yüzde 53.25'i devlet hastanelerine aittir. Üniversite hastaneleri için ödenen ise, 2008 yılı ilk dokuz ayında toplam tedavi harcamasının yüzde 15.5 olarak gerçekleşmiştir. Dolayısıyla, 5754 sayılı yasanın bu ilgili maddesi yasalaştığı biçimde uygulanırsa ve 'kamu idaresi' olarak sadece Sağlık Bakanlığı hastaneleri değerlendirilirse, toplam tedavi harcamasının yüzde 53.25'i, üniversite hastaneleri de 'kamu idaresi' olarak değerlendirilirse, yüzde 68.75'i 'fatura ve dayanağı belge göndermeksizin' götürü bedelden ödenebilecektir. Bu toplamlar ve yüzdeler içinde, 2008 yılı Temmuz ayında yapılan bir başka yasa değişikliği ile kendilerine tanınan üç yıl kadamlık geçiş dönemi nedeniyle, devlet memurları ile Yeşil Kartlıların sağlık harcamaları bulunmamaktadır. Bunlara bir de, son yayınlanan SUT ile getirilen sağlık hizmeti teşhis ve tedavi kısıtlamalarını da eklediğinizde, Genel Sağlık Sigortası'nda hedeflenen ne kadar ulaşılabileceğini ayrıca tartışmak gerekecektir.

Tüm bu gelişmeler ve tespitleri bir yana koyarak aşağıda sadece bazıları sıralanan soruları sorulara "siz haksızsınız, çünkü..." diye başlayan cümleleri kurabilmeye ne kadar hakkımız olduğunu bir düşünelim;

Yasanın verdiği götürü bedelde ödeme yöntemi hakkını 'kamu idarelerince verilecek sağlık hizmetlerini' sunanlar için kullanabilecek ve ayrıca devlet memurları ile Yeşil Kart sahiplerini de üç yıla kadar daha dışarıda bırakabilecek bir Sosyal Güvenlik Kurumu, Genel Sağlık Sigortası'nı sadece özel hastaneler ve cepten sağlık harcaması yapanlar için mi uygulayacaktır?

Dolayısıyla, ağırlıklı prim bazlı olduğu bilinen 5510 ve 5754 sayılı Genel Sağlık Sigortası, sosyal sağlık sigortacılığı yerine vergi bazlı bir sisteme doğru mu kayacaktır?

6 Ocak 2005 tarih ve 5283 sayılı yasa ile başta SSK hastaneleri olmak üzere, **kamu kuruluşlarına ait sağlık birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na devredilmesinde yer alan gerekçelerden**

acaba uzaklaşmış mıdır?

5502 sayılı yasa gereği standart ve norm birliği içinde tek çatı altında toplanması öngörülen geri ödeme kurumlarının yapısı ne zaman tek çatı olarak tamamlanacaktır?

Yaklaşık son 20 yıldır, siyasi parti ve hükümet programları ile DPT Kalkınma Planları'nda yer alan, 'Hizmeti sunan ile finanse edenin birbirinden ayrılması' ilkesinden vazgeçilmekte midir?

Sosyal sağlık sigortacılığında yaygın olarak kullanılan 'Primini öde, benim kurallarımla hizmet al' anlayışı yerine 'prim öde, benim istediğim yerden hizmet al' anlayışına doğru mu gidilmektedir?

2000'de 13 milyar dolar olan, 2006'da 31 milyar dolara ulaşan toplam sağlık harcamaları, 2008 için City of London College uzmanlarının Nisan 2008'de tahmin ettikleri gibi 50.9 milyar dolar olarak gerçekleşirse, Genel Sağlık Sigortası'nın aktüeryal dengesi ile finansal sürdürülebilirliği sıkıntıya düşecek midir?

2003'den bu yana yüzde 50'yi aşan bir oranda azalarak 2007'de yüzde 16.5'e düşen cepten sağlık harcamaları, yaşanan bu süreç nedeniyle artarsa, sağlık alanında kayıt dışılığı da arttırmaya yönelik bir tehdit olacak mıdır?

Bu bağlamda, son yayınlanan ve sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik adına ciddi tartışmalara yol açan SUT'daki teşhis ve tedavi ile ilgili kısıtlamalar, 2009 içinde yeni ve başka kısıtlamaları da beraberinde mi getirecektir?

Dolayısıyla bu kısıtlamalar, 1993'de 2.4, 2003'de 3.2 ve 2008'de ise 6.3'e yükselen hekime yıllık başvuru sıklığını ne yönde etkileyecektir?

Sonuç olarak, Genel Sağlık Sigortası özelinde akla gelen tüm bu soruları, sağlık sisteminin genelinde de hiç kimse kimseye sormamalı, hatta aklından bile geçirmemelidir. Çünkü **'sağlık yönetimi'nde de güçler ayrılığı** bu işin en akılcı çözümü olacaktır. Böylelikle sağlık yönetiminde görev alan tüm güçler; birbirlerinden ayrılarak kendi başlarına her şeyi yeniden kurmakla sadece her birinin tek başına gördüğü bir fotoğraf karesi yerine fotoğrafın tamamında bir arada olarak, "Ortak Akıl" ile uzlaşıp kaynakları sağlık statüsünü yükseltmeye yönelik verimli ve hakkaniyetli kullanılabilir olacaklardır. Yoksa değerli bir akademisyenimizin deyişiyle 'tavana bakarak olsa olsa yöntemi (TBOY)' ile gelecek öngörülerini yapmakla, bilgi ve deneyimi paylaşarak sinerjiye dönüştürememekle, kaynak-

larımızın hakkaniyetli dağıtımına ve dolayısıyla sağlık statüsünün yükseltilmesi genel amacına, istemeyerek de olsa, mevcut potansiyelimizden daha az hizmet etmiş oluruz.

Kaynaklar

Akdağ, R., "İlerleme Raporu, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, Ağustos 2008", T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını No: 749, ISBN: 978-975-590-273-9, Ankara, 2008,

Akdağ, R., "T.C.Sağlık Bakanlığı 2009 Mali Yılı Bütçesinin TBMM Plan Bütçe Komisyonuna Sunumu", Ankara, 13 Kasım 2008,

City of London College Uzmanları Tahmini, Hospital Manager Dergisi, S:48, Ankara, Nisan 2008

Çelik, F., "T.C.Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı 2009 Yılı Bütçe Kanunu Tasarısının TBMM Plan ve Bütçe Komisyonuna Sunumu", Ankara, 18 Kasım 2008,

DPT, "Sağlık Sektörü Master Planı Etüt Çalışması", Ankara, 1990,

DPT, "Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1996-2000", DPT, Ankara, 1995,

DPT, "Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 2001-2005", DPT, Ankara, 2000,

DPT, "Dokuzuncu Kalkınma Planı 2007-2013", DPT, Ankara, 2006,

Özsarı,S.H., "Sağlık ve Sigorta", Sigorta Dünyası Dergisi, 472.Sayı, s:20-26, İstanbul, Nisan 2000,

Özsarı,S.H., "Genel Sağlık Sigortası Özel Sağlık Sigortacılığı İlişkisi", Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, Aralık-Ocak-Şubat 2006-2007 Kış, 1. Sayı, s:42-47, ISSN 1307-2358, Medipolitan Sağlık Platformu Yayını, İstanbul, 2007,

Özsarı,S.H., "Sağlık Hata Kabul Etmez", Türkiye Gazetesi, Alternatif Bakış Yazı Dizisi Mülakatı, İstanbul, 19 Kasım 2007,

Özsarı,S.H., "Genel Sağlık Sigortası Esasta Prim Bazlı Bir Sistem Olarak Uygulanabilecek mi?", Hospital Manager Dergisi, Ekim 2008, 4.Sayı, s:58, ISSN 1307-9425, UHS Yayıncılık, Ankara, 2008,

TÜSİAD, "TÜSİAD Sağlıklı Bir Gelecek: Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri", Morlock, L., Waters, H., Lyles, A., Özsarı, S.H., Aktulay, G., ISBN : 975-8458-72-8, İstanbul, Eylül 2004,

United Nations Development Programme (UNDP), "Human Development Report 2007/2008", ISBN : 978-0-230-54704-9, New York, 2007,

16 Mayıs 2006 tarih ve 5502 sayılı Yasa,

31 Mayıs 2006 tarih ve 5510 sayılı Yasa,

6 Ocak 2005 tarih ve 5283 sayılı Yasa,

17 Nisan 2008 tarih ve 5754 sayılı Yasa,

29.09.2008 günü yürürlüğe konulan 2008 Sağlık Uygulama Tebliği,