

Ek 2:  
OKUMA EKİ:  
**TÜRKİYE'DE "SAĞLIK REFORMU"  
ÇALIŞMALARI**

A. ERDAL

SARGUTAN

A. ERDAL SARGUTAN

Yazar'ın "Türk Sağlık Politikası - Değerlendirmeler, İlkeler, Öneriler" adlı kitabının 3. baskısından derlenmiştir. Kaynaklar, söz konusu kitabın ekindedir.

**TÜRKİYE’DE “SAĞLIK REFORMU” ÇALIŞMALARI**

İçindekiler

<b>TÜRKİYE’DE ‘SAĞLIK REFORMU’NUN BAŞLANGICI VE STRATEJİLERİ</b>	3186
Liberalizm	3186
Marksizm	3190
Sosyal Devlet	3191
Neoliberalizm	3191
İnsan Unsuru Ve Yeni Sağlık Sistemi Arayışları	3193
Dünya Bankası’nın Türkiye’de ‘Sağlık Reformu’ Yaklaşımı	3195
Türkiye’de ‘Sağlık Reformu’ Projeleri	3198
Sağlıkta Reformu Çalışmalarının Beş Stratejisi	3203
Sağlık Hizmetleri Arz Sisteminde Reform Yaklaşımlarının Kritiği	3205
Sağlık Hizmetleri Talep Sisteminde Reform Yaklaşımlarının Kritiği	3211
Sağlık Personeli Sayısı Ve Niteliği	3222
<b>AMAÇ, STRATEJİ, POLİTİKA VE TEDBİRLER</b>	3233
<b>A-Genel Amaçlar</b>	3233
Genel Gerileme	3233
İnsan Unsuru	3233
İyileşmenin Genel Olması Zorunluluğu	3234
Sağlık Hizmetlerinin Etkileri	3234
Kamu Yönetiminin Temel Sorunu	3235
Özel Olarak Sağlık Hizmetlerinin Sorunları	3235
<b>B-Ana Stratejiler</b>	3236
Sağlık Hizmetlerinin İyileştirilmesinde Dört Temel Unsur	3236
Temel Bilimsel Araştırmaların Tamamlanması	3236
Sağlık Hizmetlerinde Mevcut Sistemin İyileştirilmesi Esası	3236
Sağlık Hizmetlerinde Mevcut Sistemi İyileştirme Gerekçeleri	3237
Asıl Sağlık Hizmetlerinde Sorunlar	3237
a)Sağlık Hizmetlerinin Üretimi / Sunumu / Arzı ile ilgili temel sorunlar	3237
b)Sağlık Hizmetlerinin Talebi / İstemi / Kullanımı ile ilgili temel sorunlar	3238
Asıl Sağlık Hizmetlerinde Çözümler	3238
a)Mevcut Sağlık Sistemini İyileştirme’nin Temel Hedefleri	3238
b)Kamu Sağlık Sistemi Ve Hizmetlerine Yönelik Genel Hedefler	3239
c)Sağlık Hizmeti Arz Sistemlerine Yönelik Özel Hedefler	3239
d)Sağlık Hizmeti Talep Sistemlerine Yönelik Özel Hedefler	3240
<b>C-Temel Politika Önerileri</b>	3242
Sağlık Hizmetleri Arz Sisteminin İyileştirilmesi	3242
Sağlık İnsangücü	3242
Mevcut Kamu Sağlık Hizmetleri Arz Sisteminin Yeniden İşletilmesi	3242
Kamu Sağlık Hizmetleri Arz Sisteminin İyileştirme Esasları	3244
Kamu Sağlık Sistemini İyileştirmede Gözetilecek Çalışma İlkeleri	3244
Sağlık Bakanlığı’nın İyileştirilmesi	3245
Sağlık Bakanlığının Yürüteceği Temel Politikalar	3245
Aile Hedefliği	3246
Mahalli İdareler	3246
Halkın Katılımı	3247
Özel Sektör	3247
Sağlık Hizmetleri Talep Sisteminin İyileştirilmesi	3247
Genel Sağlık Güvencesi Kurumu	3247
Genel Sağlık Güvenliği Kurumunun Çalışma Esasları	3247
Genel Sağlık Güvencesi Kurumunun Finansmanı	3249
Hazine Ve Hazine + Prim Kaynaklı Talep Finansman Sisteminin Kritiği	3249
<b>D-Önerilen Politikalara İlişkin Tedbirler</b>	3251
<b>a-Kısa Vadeli Tedbirler</b>	3251
Temel Araştırmaların Yapılması	3251
Sağlık İnsangücü	3251

Sağlık Hizmetleri Arzında Sağlık Bakanlığı'nın Görevi	3252
Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatının İyileştirilmesi	3252
Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatının İyileştirilmesi	3252
Mahalli İdarelerin Sağlık Hizmetleri	3252
Özel Sektör	3252
Hizmetin Kabul Edilebilirliğinin Sağlanması	3252
Hizmet / Başvuru / Sevk Zinciri	3252
Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Öncelikle Verilmesi	3253
Kentlerde Koruyucu Sağlık Hizmetleri	3253
Kırsal Alanda Koruyucu Sağlık Hizmetleri	3253
Hastahanelere Talebin Azaltılması	3253
Yeni Hastahane İnşaatı Ve Donanımı	3253
Sağlık Evleri Ve Sağlık Ocakları	3253
AÇSAP Hizmetleri	3254
Beslenme	3254
Hıfzıssıhha Merkezi	3254
İlk Yardım Ve Acil Tedavi	3254
Ağız Ve Diş Sağlığı	3254
Halk Sağlığı Hizmetleri	3254
Sağlıklı Yaşama Standartları	3255
Sağlık Bilgi Sistemleri, Tıbbi Kayıt Ve Arşiv	3255
Halkın Sağlık Eğitimi	3255
Ülkelerarası İşbirliği	3255
Vakıf Ve Dernekler	3255
Profesyonel Sağlık Yönetimi	3255
İlaç Ve Eczacılık	3256
Sağlık Malzemeleri	3256
İhale Sistemi	3256
Döner Sermaye	3256
Sağlık Mevzuatı	3256
Kamu Sağlık Hizmetlerinde Arz Ve Talebin Ayrılması	3256
Sağlık Hizmetleri Talep Sisteminin Kurulması	3257
<b>b-Orta Vadeli Tedbirler</b>	3257
Genel İyileşmenin Gereği	3257
Sağlık İnsangücü	3257
Sağlık Hizmetleri Arz Sistemi	3258
Sağlık Evleri Ve Sağlık Ocakları	3258
Hastahaneler	3258
AÇSAP	3258
Çevre	3258
Halk Sağlığı	3258
Aile Hekimliği	3258
Mobil Sağlık Hizmetleri	3258
Poliklinik Hizmetleri	3258
Hizmet / Başvuru / Sevk Zinciri	3259
Akreditasyon	3259
Sağlık Bilgi / Enformasyon Sistemi	3259
Sağlık Araştırma-Geliştirme Çalışmaları	3259
Kaynak Tahsisi	3259
Kalite, Standart, Etkililik, Verimlilik, Performans	3259
Bütçe Ve Muhasebe	3259
Sağlık Malzeme Ofisi	3259
Hasta Ve Hekim / Sağlık Personeli Hakları	3259
Sağlık Hizmetleri Talep Sistemi: Sağlık Güvenliği	3260
<b>c-Uzun Vadeli Tedbirler</b>	3260

## TÜRKİYE'DE 'SAĞLIK REFORMU'NUN BAŞLANGICI VE STRATEJİLERİ

Sektörel, bütüncül veya diğer türdeki sistem teorilerinin tümü, esas olarak "insanları daha fazla mutlu etmek" ve "kendi yoluyla bu mutluluğu daha iyi sağlamak" iddialarına dayanmaktadır.

Genel olarak ve teoride, sistem önerilerinin her biri diğeri kadar iyi olabilir. Ancak, her sistemin iyi ve kötü yanlarının bulunması da kaçınılmaz olduğuna göre, yapılacak iş, bu olumsuz yanları ele alarak hata ve eksikliklerini gidermek ve iyileştirmek, daha yararlı hale getirmektir. Böyle de yapılmaktadır.

Fakat, kimi zaman bu değişiklikler, sistemin özünü bozacak ve onun kimliğini değiştirecek kadar ileri götürülebilme veya yeni bir sistem görüntüsü kazandırılmaktadır. Bu noktada, olası kayıp ve kazançlar konusunda çok dikkatli olmak gerekmektedir.

Sistem teorilerinin birbirine kıyasla daha iyi veya kötü olması, doktrinlerin içeriğinden daha çok, uygulanması sırasında ortaya çıkmaktadır. İçinde bulunduğu özel şartlar, her zaman ve yerde sistemden aynı sonucun alınmasını engelleyebilir. Bu özel şartlar değişikçe sonuçlar da değişebilecektir.

### LİBERALİZM

Dünya sosyoekonomik ve sosyopolitik fikir akımları tarihçesi gözden geçirildiğinde, güncel bir akım olarak yeniden canlandırılmaya ve yaygınlaştırılmaya çalışılan liberal / neoliberal sosyoekonomik ve sosyopolitik görüşlerin yeni ve hiç uygulanmamış, başarı ve başarısızlıkları bilinmeyen tezler olmadığı görülür.

\* Daha önce 150 yıl uygulanmış olan klasik liberal doktrin, iktidarın hükümdar, asiller ve benzerleri gibi belli ellerde toplanmasına tepki olarak doğmuş, Amerikan ihtilalinden sonra, 1789 Fransız İhtilali'nden sonra adeta Fransa'nın resmi görüşü haline gelerek uygulanma imkanı bulmuş, tüm dünyaya yayılmış, en yaygın sosyoekonomik ve sosyopolitik doktrin niteliğini kazanmıştır. XIX. Asır uygulamalarına damgasını vurmuş olup, Liberal görüşün etkisi köklü ve zamanımıza kadar uzanan bir boyutta halâ görülmektedir ve halâ güçlüdür.

Liberalizm, temelde Merkantilizme karşısında farklı düşünce biçimleri geliştiren güçlü ve kapsamlı bir siyasi, sosyal ve ekonomik görüş, bir doktrindir (dünya görüşü). Liberalizm Avrupa'nın aydınlanma çağına dayanır. Düşünce olarak eski Yunan düşünürlerinde izleri görülen 'tam hürriyet' fikrine dayanır. Genel olarak hoş görülü bakışı kasteder. Merkantilizmin sömürgecilik görüşünden, Fizyokratların kapitalist ve Liberal fikirlerinden ve diğer hürriyetçi eğilimlerden etkilenmiştir. Rasyonalist bir yönü de vardır.

1650 yılında İngiliz John Locke siyasi yönünü, 1776 yılında İskoç Adam Smith ekonomik yönünü sistemleştirmişlerdir. Mutlakiyet rejimlerine karşı Adam Smith, Montesquieu, Voltaire, Rousseau gibi düşünürlerce siyasal yönleri de geliştirilen Liberalizm, insanlara her sahada o güne kadar tanınmamış bir çok temel hak ve hürriyetin verilmesine yol açmış önemli bir düşüncedir. İyimser bir doktrin olup, uygulama gerçekte öyle olmasa da, ileri sürdüğü fikirlerin kolayca uygulanabileceğini söyler.

XVIII. Yy.daki Liberalizm kavramı bugünkü anlamından farklıdır. Bu sözcüğün siyasi, iktisadi ve filozofik (doktriner) manada ayrı içerikte kullanımları vardır ve bu üç boyut da birbiri ile ilişkilidir.

Liberalizm, ana tez olarak, fertlere her alanda hürriyet sağlamanın toplumun, devletin ve ekonomik yapının ana gayesi olduğunu, ancak bu yolla insanların ve toplumların mutlu ve zengin olabileceklerini savunur.

Liberalizm, teoride şu görüşleri savunur:

- İdari, sosyal, ekonomik vb. tüm alanlarda, tabiata da uygun olarak, tam bir serbesti hakim olmalıdır.
- Devlet sadece siyaset, vergi, iç ve dış güvenlik, düzeni koruma gibi görevleri yürütmeli, başka alanlara karışmamalıdır.
- Devlet ekonomiye müdahale etmemelidir, bu demokrasinin de gereğidir.
- Serbest rekabet, özel mülkiyet, çalışma ve teşebbüs hürriyeti temeldir.
- Kişi ihtiyaçlarını kendi yeteneği ile elde etmelidir.
- Emeğin ücreti de dahil olmak üzere tüm fiyatlar serbest piyasada arz ve talebe göre değerini bulmalıdır.
- Bu şartlara uyulursa, doğal sosyal ve ekonomik düzen kendiliğinden kurulacaktır.

Liberalizmin, insanın araç değil amaç olduğu düşüncesini, burjuvazi menfaatlerini de gözetir biçimde yaygınlaştıran bir akım olduğu söylenilebilir.

Aristokrat ve Burjuva Liberalizmi ile Demokratik Liberalizm diye ayrımlar yapılabilirse de, bu oldukça yapay bir ayırımdır. İlk Liberaller aristokrat ve burjuva kökenlidirler ve Liberalizm de bunlara dönüktü. Montesquieu, Voltaire, Hamilton aristokratik Liberallerdendir. Liberalizm, burjuva etkisiyle eşitlikçidir ve bu eşitlikçilik, kim zaman 'sınıflar içi eşitlik' anlamına da gelebilir. Ancak söz konusu eşitlik sadece siyasi hakları içerir ve bunu daha fazla yaygınlaştırmazlar. Zamanla aristokrat görüşler yerine burjuva etkisi ve görüşleri hakim hale gelmiştir.

Liberal tezlerinin geniş kabul görebilmesini sağlayan XIX. Asır boyunca, XVIII. Asrın siyasi, sosyal ve ekonomik sıkıntıları ve karmaşası ne yazık ki artarak devam etmiş, bilim ve teknolojiye gelişmelerin doğurduğu makineleşmenin sebep olduğu sosyal ve kişisel olumsuzluklar, makineleşmeden sanayileşmeye geçildiği XIX. Asır toplumlarında daha da artarak devam etmiştir. İnsanları mutlu ve müreffeh yapacağına inanılan bu düşünce ve sistem, teorideki mükemmelliğini uygulamada gösterememiştir.

Liberalizmin iyi niyetli teorisi, bilhassa ekonomik alandaki uygulamada hızla kapitalizmin kontrolü altına girerek özelliklerini kaybetmiş ve XIX. Yy. da Kapitalist Liberalizmine dönüşmüştür. Liberal tezler gerçekleşmemiş, temel tezi olan 'serbest pazar ekonomisi'nin gerçekleşmesi, pazara hakim olan kapitalist güçlerin etkisiyle, hiç bir zaman mümkün olmamış, halkın büyük çoğunluğunun aleyhine olan sonuçlar doğmuş ve sosyal çalkantıları yaygınlaştırmıştır.

Kişilerin temel hak ve hürriyetlerinde ilerlemeler gerçekleştiği halde, sosyal ve ekonomik durumlarında iyileşmelere yol açabilecek tedbirlerin alınmasıyla ilgili hiç bir devlet veya toplum faaliyeti görülüyordu. Böyle bir düşünce Liberal görüşün temel felsefesine de aykırı düşüncesinden, kişilerin hürriyetlerine müdahale anlamına gelebilecek tedbirlerden kaçınılarak, sahip oldukları temel hak ve özgürlükler ile Liberalizmin sonsuz serbestlik ortamında, fertlerin kendi dertlerinin çarelerini, en iyi şekilde yine kendilerinin bulabilecekleri, bulmaları gerektiği ifade ediliyordu.

Ancak gerçek teoriden baskındı ve ona uymuyordu. Kişilerin sahip oldukları güç, sosyal ve ekonomik zorlukları bu yolla aşmalarına yetmiyor, durumları her gün biraz daha kötüye gidiyordu. Pazarladıkları emek, piyasada, yaşamlarına yetecek kadar bile ücret sağlamıyordu. Artan nüfus ve sanayileşme emeği ucuzlatmıştı. Şehirler gibi köyler de yoksulluk ve sefalete yuvarlanıyordu.

Buna karşılık kapital sahipleri (varlıklı kesim) ve büyük şirketler bir yandan Liberalizmin prensiplerini savunurken öte yandan bunları işlerine geldiği gibi çiğniyorlar, kartel, tröst, tekel teşekkül ettirerek tam rekabet, serbest piyasa, mutlak hürriyet kurallarına uymuyorlardı. Devlet Liberalizm prensipleri gereği, bu olumsuzluklara müdahale etmiyordu.

Hürriyetçi ve Liberal teoride mülkiyet hakkı tabii bir haktı. Kutsal ve müdahale edilemez kabul edilen mülkiyet hakkından uygulamada genellikle sadece bir kısım varlıklı insanlar yararlanabiliyor, toplumun çoğunluğu bu hakkı kullanacağı birikimi elde edemiyor ve yoksulluk içinde yaşıyordu. Küçük birer mülk sahibi olan çiftçiler, zanaatkarlar, atölye sahipleri ve esnafın mülkü, güçlü kuruluşların koyduğu kurallara uyabildikleri sürece varlıklarını koruyabiliyordu.

İnsanlar arasındaki eşitliğin tek istisnası olarak çalışkanlık, yorulmazlık ve fazileti benimseyen, sadece bu kişisel ayrıcalıkları kabul eden teoriye rağmen, uygulamada bu ayrıcalıklar yerine varlık, soy, sosyal grup ve benzeri başka unsurlar ayrıcalık sebebi oluyor ve bunlar sahip olanlar hakim duruma geliyordu.

Kişisel ayrıcalıklara benzer şekilde sosyal ayrıcalıklara da temelde karşı çıkılmasına ve sadece toplumun ortak yararları gerektirdiği zaman bir sosyal ayrıcalığın (imtiyazın) varlığı geçerli sayılabileceğine dair teorik görüşlere karşın, ortak yararlarla tamamen aykırı olan güçlü mali, ticari ve sanayi kuruluşları imtiyazlı bir sosyal statüye sahip bulunuyorlar ve hakimiyetlerini sürdürüyorlardı.

Egemenlik (hakimiyet) hakkının sadece millete ait olduğu ve bu hakkı millet adına kullanan kişi, kuruluş ve kurumların iktidar yetkisini tabii ve hukuki olarak egemenliğin sahibi olan millet adına kullanabilecekleri kabul edildiği halde, çok az sayıda varlıklı kişi, kaynağını millettten almayan bir egemenliği ve iktidar gücünü kullanıyordu.

Temel kişi hak ve hürriyetlerinden olan düşünce, söz, yazı, sanat hürriyetleri dokunulamaz oldukları halde, bu hürriyetleri kullanmanın vasıtaları olan basın ve yayın araçları azınlıktaki varlıklı kişilerin elinde veya kontrolündeydi.

Feodaliteyi ve onun iktisadi sistemi olan Merkantilizmi yıkan, öte yandan Fizyokrat görüşleri de alt ederek onların yerine geçen hürriyetçi demokrasi ve Liberalizmin, kapitalizme dönüşen kötü uygulamaları sonucunda, varlığa ve büyük mülklere sahip olan kişiler, müteşebbisler ve tüccarlardan oluşan ve 'kapitalist' veya 'burjuva' diye adlandırılan, yeni tip 'feodal bey'ler demlenecek kişiler ortaya çıktılar. Bunlar, doğrudan doğruya veya iş başında olan kişileri etkilemek suretiyle, ülkenin siyaset ve ekonomisine hakim oldular.

Büyük ümitlerle savunulan Liberalizm günden güne kapitalin yararına bir uygulama haline alıyordu. Liberalizmin iyi niyetli teorisi uygulamada hızla kapitalin etkisi altına girerek özelliğini kaybedti.

XVIII. Asırda gelişmeye ve etkili olmayan başlayan Liberalizm, XIX. Asırda, kendi ekonomide görüşlerine de bir ad gibi bağlanan kapitalizmden başka görüntüsü olmayan bir uygulama haline geldi.

Uygulamada ortaya çıkan bu gelişme sonucunda 'Kapitalist Liberalizm' (kapitalistleşmiş, kapital sahiplerine hizmet eder hale gelmiş Liberalizm) veya sadece kapitalizm olarak adlandırılan ve 'vahşi kapitalizm' tanımlamasıyla özetlenen asosyal ve antisosyal bir nitelik kazandı. Sistem, ekonomik bakımdan güçlü olanların lehine, güçsüzlerin aleyhine işleyen bir uygulamaya dönüştü. Sistemin teorisi ise, sadece uygulamasının ve kapitalizmin yol açtığı toplumsal sefaletin sürüp gitmesinde savunma gerekçesi ve izah olarak kullanılıyordu.

Kapitalist Liberalizm, halkın büyük çoğunluğunun aleyhine sonuçlar doğurur iken, sanayileşme de büyük sosyal huzursuzluk ve çalkantıları iyice tahrik ederek doruk noktasına ulaştırıyordu. Liberalizmle birlikte, çalışanların ve varlıksızların kapital karşısında gün geçtikçe daha çok çaresiz kalmasının sebebi oluyordu. Sosyal çalkantılar yaygınlaştı. Kötü sonuçların yaygınlaşmasıyla, Liberalizmin 'bırakın yapsınlar' görüşü ahlak dışı sayılmaya başlandı ve çalışma hayatını düzenleyen kanunlar çıkarıldı. Bu düzenlemeler iktisadi Liberalizmle aykırıydı. Bu kargaşalı ve karanlık sosyal sefalet ortamı, Liberal teoride yer almamasına karşın, XIX. Yy.dan itibaren başta İngiltere olmak üzere ülkelerin çeşitli sosyal politikalar geliştirmesine yol açtı. Olumsuz Liberal ve kapitalist uygulamalara karşı yeni çözümler arandı. Böylece bugünkü ve gerçek anlamıyla sosyal politika gelişimi XIX. Yy.da başlamış oldu.

Bu tablo içinde durmadan büyüyen korunmaya ve yardıma muhtaç kitleler karşısında, koruma ve yardım gayretleri nispi olarak artsa da, her gün daha yetersiz, çaresiz ve düzensiz bir nitelik kazanıyordu. Sistemleştirilemeyen yardımlar etkisiz kalıyordu.

Sonuç olarak, artırılabilir bu örneklerin varlığı sebebiyle, Liberal tezler gerçekleşemedi. Liberalizmin temel ilkesi olan mutlak hürriyet, tam rekabet, ve serbest piyasa ortamları kurulmadı. Kapitalistleşen Liberalizmin toplum yapısını ve dengesini kuramadığı, bütünlüğünü ve yaşama şansını tahrip ettiği görülmüştü. Liberalizmin uygulamadaki başarısızlığının ve mutlak kapitalizme dönüşmesinin nedeni olarak, teorisinde temel olan tam rekabet, serbest piyasa ve mutlak hürriyet ortamlarının kurulamamış olması gösterilmektedir.

1917 yılına gelindiğinde, liberalizmin 125 yıllık dünya uygulaması, adeta daha önceki "merkantilist" uygulamanın devamı sayılabilecek bir gelişme göstermişti. Daha önceki "sınıflara ayrılmış" sosyal bünyeyi ve toplumun çoğunluğu aleyhine işleyen ekonomik yapıyı ortadan kaldıramamış, aksine derinleştirerek, ortalama insanların sefaletini yaygınlaştırmıştı.

Olumsuz Liberal ve kapitalist uygulamalara ve sonuçlarına karşı yeni çözümler aranmaya başlandı. İleri sürülen pek çok görüş arasında, gelişen dünya olaylarının da etkisiyle, Liberalizm ve serbest rekabetçi teori ve uygulamalar ile, toplum hayatının ihtiyaç duyulan tüm alanlarına devletin müdahale etmesini savunan görüş arasındaki tartışma ve tercihler, diğer tezlerle kıyasla öne çıktı.

Toplum hayatının olumsuz yönlerine devletin müdahale etmesini savunan görüşler etkili oldu. Teoride yer almamasına rağmen, sosyal sefaleti düzeltmek amacıyla, başta İngiltere olmak üzere, Liberal görüşün egemen olduğu ülkelerde çeşitli sosyal politika tedbirlerini uygulamaya koyuldu. Böylece, XVIII. Yy.da uygulanmaya başlanan Liberal devlet görüşünden, XIX. Yy. da bir uzaklaşma süreci başlamıştır. XX. Yy.ın ilk yarısında Marksist uygulamalara, ikinci yarısında Sosyal Devlet ve onun sosyal politika uygulamalarına geçişle bu süreç tamamlanmış olacaktır.

## MARKSİZM

\* Bu tür olumsuz sonuçları sebebiyle, liberalizme karşı pek çok yeni görüş ileri sürülmüştür. Bu görüşlerden biri olan ve liberalizme tam karşıt görüşler savunan Marksist doktrinin **Marksist-Leninist "komünist"** uygulaması, I.Dünya Savaşı içinde Çarlığı yıkarak, Rusya'da iktidarı ele geçirdi ve bütün dünyada insanlar, toplumlar, yönetimler arasında ilgi ve yönelim kazanmaya başladı.

Ancak komünizmin, liberalizme aşırı tepkiden kaynaklanarak kişisel hak ve hürriyetleri yok eden "totaliter diktatörlük" ve "otoriter düzenleyicilik" uygulamaları, kabiliyet ve niteliği ne olursa olsun tüm insanları sosyal statü ile mülkiyet ve benzeri maddi alanlarda birbirinden farksız gören, onları kısıtlayan, müteşebbis ruhlarını ve gelişme arzularını yok eden "mutlak eşitlik" uygulamaları yanında, "materyalizm" ve benzeri olumsuz uygulamalar, insanları yokluğa ve umutsuzluğa itti.

## SOSYAL DEVLET

\* I. Dünya Savaşı sonrasında dünyada artan sosyoekonomik yıkım ve kargaşalık, çözüm arayışlarını yoğunlaştırdı. 1929 yılında patlak veren büyük ekonomik çöküntü, John Maynard Keynes'in temsilciliğini yaptığı "devletin ekonomik ve sosyal hayatı, otoriter olmayan müdahalelerle düzenlemesi" içerikli tezlerinin, II. Dünya Savaşı öncesinde savaş etkilerinin hissedilmeye başlandığı dönemlere kadar yaygın olarak tartışıldığı ve kısmen de uygulamaya koyulduğu görülür.

İkinci Dünya Savaşı öncesi dünyada uygulanan Liberalizmin eksiklik ve yanlışlıklarını gidermek üzere savaş sonrasında bütün dünyada uygulamaya koyulan sistem "sosyal devlet" anlayışıdır.

Bu anlayış **45 yıldır bir anayasal ilke olarak Türkiye'nin de benimsediği** çağdaş, insancıl ve toplum yararını önde tutan bir sosyoekonomik görüş ve politika'dır.

Sosyal Devlet; **temel hak ve hürriyetlerle birlikte sosyal ve ekonomik hak ve hürriyetleri de fert, toplum ve devlet bakımından bir denge içinde mevcut ve kullanılabilir kılacak**, bu ortamı sürekli olarak geliştirecek, optimum görev, yetki, büyüklük ve güçteki demokratik hukuk devletidir. Bu görüş, sağlık hizmetinde de, devleti birinci derecede ve asli görevli ve sorumlu kılar.

Eğer günümüzde sosyal devletin başarısız olduğu bazı durumlardan söz ediliyorsa, bu başarısızlık da sosyal devletin değil, uygulayıcı insan unsurunun başarısızlığıdır.

## NEOLİBERALİZM

1970'li yıllara kadar bazı farklılaşmalarla pek çok ülkede uygulanan Keynesçi yaklaşımlar, bir yandan "sosyal devlet" gibi çok olumlu sonuçlar doğururken, öte yandan aşırı devletçi anlayışlarla, adeta "tekelci devlet kapitalizmi" tarzında uygulamalara da yol açabildi. Devletin sosyoekonomik hayata aşırı müdahalesi onu aşırı yaygın, otoriter, bürokrat, çıkarıcı, kaynakları daralmış, aşırı borçlu vb. hale sokmak yanında, kimi zaman özel teşebbüsü de aşırı baskı altına alarak teşebbüs gücünü azaltmıştır.

Bu olumsuz yönlere harici tenkitlere uğrarken, bazı büyük özel finans merkezleri, piyasalardaki devlet hakimiyetini zayıflatmak amacıyla dolaylı biçimde harekete geçerek, tepkileri yönlendirmeye başladılar. Bu kapsamda en önemli vurgu, devletlerin sosyal amaçlı korumacı politikaları ve harcamaları ile sosyoekonomik alanlardaki düzenleyiciliğini azaltmayı amaçlayan konulara yönlendirildi. Aşırı devletçiliğin zararlarını gidermek "amaç"ıyla bazı alanlarda özelleştirme yapılması şeklindeki makul bir "araç" zamanla tersine çevrilerek, özelleştirme "amaç" devletin ekonomik etkisini azaltma yaklaşımı da "araç" haline getirildi.

1970'li yıllardan itibaren, peş peşe dünya gelen petrol krizlerinden sonraki olumsuz ekonomik gidişten de yararlanarak, kendi aralarında anlaşmaya varamadıkları pek çok hususları ve önemli ölçüde farklılıkları barındıran bazı yeni liberal düşünceler, birkaç merkezden dünyaya yayılmaya başladı.

Kısaca "**neoliberalizm**" olarak adlandırılan bu görüşlerin başlıcaları şunlardır:

**Neo-Avusturya ekolü:** Temellerinde başka isimler bulunsa da, kurucusu ve öncüsü 1974 Nobel ekonomi ödülü sahibi olan Friedrich August von Hayek'tir. "**İçtihat hukukuyla sınırlı devlet:** Rechtstaat" anlayışıyla, devletin aşırı müdahalelerden kaçınması görüşünü savunur. Ancak devlete, klasik liberalizmdeki "iç ve dış güvenlik ile adalet" sınırlamasından daha geniş bir müdahale alanı tanır. Dağıtımda adaleti sağlayan değil, temel kurallarda adaleti sağlayacak bir devleti öngörür.

**Chicago ekolü:** Kurucusu, 1976 Nobel ekonomi ödülü sahibi Milton Friedman'dır. Yine kendisinin geliştirdiği "**monetarizm**" görüşünden hareket ederek tezlerini kurmuştur. Savunma, adalet, sözleşmelerin uygulanmasını sağlama, mülkiyeti koruma, rekabeti teşvik ve aksak rekabeti önleme, para politikasının çerçevesini oluşturma, teknik / doğal monopolleri çalıştırma, dışsallık problemlerinin çözümlenmesi, akıl hastaları ve küçükleri koruma ile sınırlı bir devleti öngörür. Eğitim ve sağlığı özel kesime bırakır. Zorunlu askerlik yerine profesyonel askerlik, fakirlere yardım (negatif vergi) tezlerini savunur.

**Virginia Politeknik İktisat Okulu ekolü:** Kurucusu 1986 Nobel ekonomi ödülü sahibi James M. Buchanan'dır. Anayasaların politik hükümler yanında ekonomik hükümler de taşımalarını, devletin ve ferdin ekonomik hak, yetki, görev, sorumluluk ve nürriyetlerinin belirtilmesini, bu belirlemenin kendiliğinden (spontan) bir sözleşme (contract) ile oluşmasını ve böyle bir "**sınırlı sorumlu devlet**" anlayışını savunur.

**Freiburg ekolü:** ORDO liberaller olarak da tanımlanan bu ekolün öncüleri Walter Eucken, Franz Böhm ve arkadaşlarıdır. Serbest piyasanın kendiliğinden değil, sosyal düzenleme ile devlet tarafından ve yasalarla oluşabileceği görüşünü savunurlar. A. Müller Armack'ın geliştirdiği "**sosyal piyasa ekonomisi**" görüşünü de içerir. Klasik liberalizmin pek çok tezlerine ve merkezi planlamaya karşı çıkarlar. Serbest pazarın sosyal, ekonomik ve ahlak yönünden kendi kendine işleyemediğini, devletçe düzenlenmesi gerektiğini savunurlar. Bu yüzden "serbest piyasa" yerine "sosyal piyasa" ekonomisinden söz ederler ve "aktif ve fonksiyonel" bir devlet öngörürler. Kimi zaman görüşlerini "**sosyal liberalizm**" olarak tanımlamaktadırlar. Devlet ekonomik düzen politikasını uygulamalıdır. Özel mülkiyet, para, maliye, tekel ve rekabet kurallarını koymalıdır. Ekonomide "**ahlak**" kurallarının gereğine inanırlar. Arz, talep ve piyasa devletçe kontrol edilmelidir görüşündedirler.

**Libertarianizm / Anarko-kapitalizm:** Tam / pür özgürlük yaklaşımıyla her türlü müdahaleyi reddeden, aşırı liberal görüşlerdir. Öncüsü, Amerikalı Murray N. Rothbard'dır. Devlet kurumuna bütünüyle karşı çıkarlar. İnsan ilişkilerinin temeli hukuka değil rıza ve gönüllülüğe dayanmalıdır. Devlet zor kullanma tekeline sahip olduğundan çok tehlikelidir. Temel değer bireydir, özgürlüğü sınırsız (pür negatif) olmalıdır. Bu yüzden "**devletsiz toplumu: anarşizmi**" benimsenir. Ayn Rand ve Murray Rothbard gibi anarşistler, önemli ölçüde kısıtlanmış bir "**koruyucu devlet**"i savunurlar. Bir başka anarşist olan Milton Friedman'ın oğlu David Friedman kumar, uyuşturucu, pornografi, emniyet kemeri, sosyal güvenlik dahil her türlü kurumalar ile zorunlu asker, polis ve vergiye karşı olduklarını, gönüllü yardımlara açık bulduklarını belirtir, "**Minimal devlet**" görüşlerini bu zemine oturtur.

**Post Modernizm:** Modern toplum yapılarının değiştiğini, bu yüzden yeniden yapılanması gerektiğini, sanayi sonrası topluma uygun sosyokültürel ve sosyoekonomik yapı değişimini savunurlar. Bu amaçla, sanayi sektörüne dayalı modern toplum ekonomisi yerine, hizmetler sektörüne dayalı bilgi toplumu ekonomik yapısı kurulmalı, demokrasi yerine anayasal demokrasi, refah devleti yerine "**küçük devlet**" gerçekleştirilmeli, devletin ekonomik faaliyetleri azaltılmalı, piyasa ekonomisi işletilmeli, "**toplumcu bireycilik**" (communitarian individualism) anlayışıyla, devlet ve fert yerine toplum öne çıkarılmalı, demokrasiye dönülmeli, sivil toplum, ademi merkezîyetçilik ve yerel yönetim güçlenmeli, kültürel kimlik ve etnik çokluluk anlayışı geçerli kılınmalıdır. Ancak, insan akıl ve yeteneği sınırlı olduğundan, bu değişimler daha çok kendiliğinden (spontan) bir kaçınılmazlık olarak gerçekleşmelidir.

\* Görüldüğü gibi, "liberalizm" veya "neoliberalizm" denildiğinde tek ve belli bir doktrin anlaşılmamasına imkan yoktur. İçeriği değişen bir "serbestlik" ve "devlet müdahalesinin azlığı" kavramları dışında kalan tüm kapsamda, "anayasal sınırlamalı devlet yetkisi" anlayışından "anarşizm"e kadar uzanan derin farklılıklar söz konusudur. Bu ise, liberalizmin / neoliberalizmin bir "tanımlama" olarak belirsizlik taşıdığını, içeriğinin ise bir tartışma içinde olduğunu göstermektedir.

\* Chicago ekolü ve Milton Friedman'ın görüşleri, **neoliberal ekoller arasında bugün bütün dünyada en fazla uygulama alanı bulabilmiş olanıdır**. Bunun en önemli nedeni, büyük yaptırım güçleri olan Uluslararası Para Fonu: IMF, Dünya Bankası ve benzer görüşte olanların dünya çapında uyguladıkları politikaların bu görüş temelinde şekillenmekte oluşudur. Bu görüş, libertarian görüşler bir yana bırakıldığında, çok sınırlı bir devlet yapısı çizmesi sebebiyle bugün için uygulanma ihtimali henüz doğmamış olan Neo-Avusturya ekolünden sonra gelen, "en küçük devlet yapısı"nı önermektedir.

Küçük bir devletin varlığının devam ettirmesini uygun görmenin sebebi, bir yandan görüşlerini uygulamaya koyacak ve koruyacak, öte yandan da ülkelerarası sermayeyi / finanskapitali koruyup gözetecek ve güven verecek bir devlet otoritesine olan ihtiyaçlarının halâ devam etmekte oluşudur denilebilir.

\* Liberalizmin ve neoliberalizmin temeli olan **serbest** pazar şartlarının dünyanın hiçbir yerinde ve hiçbir zaman kurulmadığı, kurulmadığı, bundan sonra da kurulamayacağı, iktisatçılarca ifade edilmektedir. Denge sürekli olarak, daha güçlü durumda olan kapital ve arz lehine bozulmakta ve serbest pazar yerine, çoğu zaman onların denetimine, üzerinde kamunun kontrol imkanının giderek etkisizleştiği veya olmadığı bir pazar oluşabilmektedir.

\* Diğer görüşlerde olduğu gibi neoliberalizme de, ona geçişte bir araç olan 'devleti küçültmek özelleşme' tezlerine de, yüzeysel olmayan gerekli bilgiyi edinmeden taraftar olmanın veya karşı çıkmanın anlamı ve değeri yoktur.

Öte yandan neoliberalizm bir teori olmaktan öte, ayrıca yüz yılı aşkın uzun bir sürede ve birçok biçimiyle uygulanmış olduğundan, sonuçları hakkında da sağlam verilere ulaşmak kolaydır. Genel anlamda liberalizmi, uygulamalarını ve sonuçlarını öğrenmek için neoliberalizm adıyla yeniden uygulamaya koyulmasını beklemeye ihtiyaç bulunmamaktadır, Bunlar kendi uygulanma tarihinden öğrenilebilir. Bunların ne olup ne olmadığı, başvurulacak siyaset, yönetim bilimi, ekonomi veya iktisat tarihi konularından biri hakkındaki ilk bilimsel kitaptan öğrenilebilir.

Komünizmin uygulamada yıkılmasından sonra, liberalizmin tüm olumsuz yanlarının ve asırlık tarihinin, hiç yaşanmamışçasına artık hatırlanmamasında ve tekrar güncel söylem olmasında, başta ekonomistler ve sosyologlar olmak üzere dünyanın toplumsal hafıza ve muhakeme kaybına saşmak mı, propaganda gücüne hayret etmek mi, yoksa yöneticiler ve sorumluların "yükten kurtulma" kolaylıklarına ve sorumluluk içermeyen teslimiyetçiliklerine hayıflanmak mı gerektiği kolayca kestirilememektedir. Liberalizm "en iyi" ise neden terk edilmiş ve yerini örneğin "sosyal devlet" anlayışı tercih edilmiştir? Bugün neoliberalizmi önerenlerin çünkü düşünceleri ne idi ve nasıl olup da sosyal devlet'i savunabiliyorlardı? Neden başkalarının liberalizmi yeniden moda yapmasını beklemiş ve başkalarının sözlerini tekrarlar hale dönüşmüş olabilirler? Neoliberalizm kadar Neoliberalleri tanımak ve anlamak için de bu konularda düşünülmesi yararlı olabilir.

## İNŞAN UNSURU VE YENİ SAĞLIK SİSTEMİ ARAYIŞLARI

Her türlü sistemin teorisi ile uygulanması arasındaki farklılıkları yaratan özel şartların en önemlisi, uygulayıcı olan insan unsurunun, birer insan olarak sahip buldukları niteliklerdir. İster devlet, ister özel sektörde olsun, nitelikleri bencillik, çıkarıcılık, ihmalcilik ve yetersizlik olan kişilerin yaptığı her iş muhtemelen kötü olacaktır. **Belirleyici unsur İNŞAN'dır. Sistemlerin etkisi ise daha az ve ikincildir.**

\* Hiçbir sistemi, sadece dayandığı sektörü dikkate alarak tenkit veya tasdik etmek, kabul veya ret etmek mümkün, akıllıca, gerçekçi, bilimsel veya yararlı olamaz. Bencillik ve çıkar ortamında, ihmalcilik ve yetersiz yönetici ve kadrolarla, kamuda da özel sektörde de hiçbir iyi sonuca ulaşılması beklenemez.

**'Bir işi devlet yaparsa kötü, özel sektör yaparsa iyi yapar' türünde bilimsel bir kural yoktur. Doğru olan kural, her yerde işleri iyi veya kötü yapan insanların olduğudur.**

Bu sadece sloganlaştırılmış, üstünkörü bir söylem olabilir. Sloganlar doğru da olabilir, yanlış da. Ancak bu slogan, iyi yapılan devlet ve kötü olan özel teşebbüs işlerini unutturup, yanıltacak kadar çok tekrarlanmış, yetersiz yöneticilerin yarar umabileceği, çaresiz kalan insanlara yönelik propagandalarla güç ve yaygınlık kazanmış bir yetersiz bir gerektir.

Çare, **sistemi veya sahibini değil, zihniyeti ve davranış biçimlerini değiştirmekte** aranmalıdır. **Her sistem, iyi uygulanabileceği gibi kötü biçimde de uygulanabilir, ancak, kötü uygulayıcıların iyi uygulayacakları mucize bir sistem geliştirilebilmiş değildir.**

\* Çok özel ve istisnai haller hariç, hiç kimse başarılı olduğu, memnun ve mutlu olduğu bir işi, mecbur değilse değiştirmeye veya devretmeye kalkışmaz. Kaçınmak, kurtulmak istenilen iş, genellikle başarısız olunan iştir.

"Şimdiki sistemi işletemedik, bir de şunu deneyelim, belki iyi olur" türünde bir gereksizlik, yahut moda akımlara uyma, kolaycılık, görev ve sorumluluktan kaçma, günü kurtarma, gösteriş, güdülenme, devredip kurtulma gibi eğilimlere göre değil, mevcut ihtiyaç, imkan, şart, alt yapı, bünye ve gerçeklere, bilimsel ve objektif kriterlere, gerçekçi araştırma ve sonuçlarına göre politika oluşturulmalıdır.

İhmalci ve yetersiz sorumlular bir yandan durumlarını korumak için gayret ederlerken, öte yandan da başarısızlıklarının ve kötülü etkilerinin kabahatini sisteme yükleyerek, sistem değişikliğine dayalı iyileşme ve reform vaatlerinde bulunmaları inandırıcı olamaz. Gündemi dolduran vaat çokluğu zaman, kaynak ve ümit israfına yol açabilir. Bütün bunların faturasını ödeyecek olanlar hastalar, aileleri ve toplumdur. Sağlık hizmeti alamayıp ölecekler ölecek, kalanlar kalacak, kimse hesap sormayacak, sorumlular ortadan çekildiklerinde günlerini kazançlı geçirmiş ve geçip gitmiş savılacaklardır.

\* Sağlık sektöründe arz, talep ve bunların finansman sistemleri konusunda çok sayıda seçenek mevcuttur. Bunların arasından kamu, özel, yardım veya karma esaslı **bir sağlık sistemini tercih etmek "temel amaç" değil, "sağlık hizmetlerimizi iyileştirmek ve toplumu sağlıklı kılmak" ana amacını en iyi gerçekleştirebilecek bir "araç" olmalıdır.**

Sistem seçme sine "amaca uygun ve iyi çalışan bir araç" olmaktan daha fazla ve daha büyük bir önem yüklenilmemelidir.

Kamu sağlık hizmetlerini vermekle görevli ve sorumlu olan siyasi ve üst kademe bürokrasi kadroları, Dünya Bankası'nın yönlendirmelerine "tek çözüm" olarak sahip çıkmamalıdır. Sağlık hizmeti verme görevlerini ve bundan doğan sorumlulukları özel sektöre ve yerel yönetimlere devrederek daha rahat bir görev ve sorumluluk ortamı sağlamak, bunun için de sistemi değiştirmek yoluna istek ve acelecilikle girildiğine dair güçlü eleştiriler vardır.

Sağlık hizmetlerindeki herhangi bir temel aksaklığın, sadece ve aslen devlet kaynaklı olmasından doğduğunu söylemek aşırı bir ifadedir.

Gereksiz, yanlış ve gerçek dışı tetkik, teşhis ve tedavi uygulamaları, usulsüz satın almalar, haksızlıklar, çıkar sağlama ve benzeri tüm yolsuzluklar, olumsuzluklar ve suçlar, en küçük muayenehane veya laboratuvarından başlayıp, bilhassa hastahane boyutunda yoğunlaşmış olarak, özel sektörde de mevcuttur.

## DÜNYA BANKASI'NIN TÜRKİYE'DE "SAĞLIK REFORMU" YAKLAŞIMI

\* IBRD: International Bank for Reconstruction and Development: Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası genellikle kısaca " Dünya Bankası" adıyla anılır. WHO, FAO, UNESCO, UNDP, UNIDO, UNICEF, GAAT, ILO, IMF gibi, Birleşmiş Milletler: UN örgütünün bir organı, bir ihtisas kurumudur. 1944 yılında kurulmuş, 1945 yılında çalışmaya başlamış, 1947 yılında 5016 sayılı Kanun'la Türkiye bu Bankaya üye olmuştur.

Banka, projelerini onaylamak şartıyla, devlete ve devlet garantisi altında özel teşebbüse kredi açar. 1956 yılında kurduğu IFO: Milletlerarası Finans Örgütü yoluyla, özel kesime devlet garantisi dışında da kredi vermeye başlamıştır. Banka'nın sermayesinin %38'i ABD, %11'i İngiltere, gerisi diğer ülkelerce verilmiştir. Gelişmiş ülkelerin toplam sermaye içindeki payı büyük bir çoğunluk teşkil etmektedir.

Dünya Bankası'nın kuruluş statüsünde belirtilen amaçları arasında özel sektör kaynaklı yabancı sermayenin ülkelerin yatırım faaliyetlerine girmesini sağlamak ve milletlerarası yatırımları teşvik etmek önemli yer tutar.

\* Banka, 1970'li yılların sonundan itibaren, amaçlarına uygun olarak, tüm dünyada devlet ve/veya kamu kuruluş ve teşebbüslerinin kapatılmalarını yahut satılma yoluyla özelleştirilmelerini, ekonomik hayatın karma veya devletçi kamu esaslı prensipler ve yapılar yerine, özel teşebbüs ve serbest piyasa nizamı esaslarına göre yeniden yapılandırılmasını tavsiye edici politikalar yürütmeye başlamıştır.

Öncelikle ve özellikle az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yürütülen bu faaliyetlerin hedefi, bütün ülkeleri ve savunmadan haberleşmeye, eğitimden sanayiye, bankacılıktan tarıma, haberleşmeye, ulaştırmaya, denizcilığe kadar akla gelebilecek bütün sektörleri kapsamaktadır. Bu politikalarını çeşitli araştırma, yayın, uzman, model uygulama, teşvik ve kredileriyle destekleyerek, toplumları ve yönetimleri etkileyip yönlendirmeye devam etmektedir.

\* Dünya Bankası, tüm ülkeleri ve tüm sektörleri hedef alan özelleştirme politikaları kapsamında, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesini de güdülemektedir.

Banka, aynı düşünce ve politikaları benimseyip uygulayan başta IMF (Milletlerarası Para Fonu), UNDP (Birleşmiş Milletler Gelişme / Kalkınma Programı), ILO (Milletlerarası Çalışma Örgütü) gibi Birleşmiş Milletler Örgütü'ne doğrudan veya dolaylı olarak bağlı olan uluslararası kuruluşlar, USAID (Birleşik Devletler Milletlerarası Gelişme / Kalkınma Ajansı), IADB (Amerikalı Arası Gelişme Bankası), EBRD (Avrupa İmar Ve Kalkınma Bankası) gibi bölgesel finansman kuruluşları, büyük milletlerarası bankalar, Oxford (New York) ve Johns Hopkins (Baltimore) öncelikle olmak üzere üniversiteler, araştırma kuruluşları, ikili yardım teşkilatları, milletlerarası büyük-küçük finansman ve kredi kuruluşları, fonlar, borsalar, baskı grupları, vakıflar, gönüllü kuruluşlar, şahıslar gibi çok güçlü destekleyiciler topluluğuyla birlikte, genel anlamda liberalizasyon: serbestleştirme ve privatizasyon: özelleştirme konularını tüm dünyada güncel bir fikir ve uygulama konusu haline getirmiş; yayın, konferans, teknik yardım, kredi desteği ve benzerleri türünde çok sayıda ve aktif çalışmalarla liberalizasyon ve privatizasyon eğilimini bütün sektörlerde yaygınlaştırmıştır.

Özelleştirme alanlarını yaygınlaştırmak ve çekicileştirmek amacıyla, sosyal devlet anlayışına sahip olsun veya olmasın bütün devletlerde bir kamu görevi sayılan eğitim ve sağlık hizmetlerinin "sosyal" niteliklerini ortadan kaldıran ve uygulamalar başlatılmış, Dünya ekonomisindeki dönemsel krizlerden de yararlanarak, "yapısal uyum, özelleştirme ve serbest piyasaya dönüşme" temeline dayalı tek tip çözüm önerilerinin, sağlık sektöründe de uygulanmasına girişilmiştir.

Banka'nın bu amaca yönelik olarak, önce kendi üst kademe personeli için  
- Health Sector Policy Paper: Sağlık Sektörü Politika Makalesi (Frederick Golladay, 1980) ve

- Health Issues and Policies in the Developing Countries: Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlık Uygulamaları Ve Politikaları (Frederick Golladay, 1980) adlı yayınları görülür. İkinci yayın daha sonra geliştirilerek

- Health Problems and Policies in the Developing Countries: Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlık Problemleri Ve Politikaları adıyla (Frederick Golladay, Bernhard Lies, 1980 ve 1985)

tekrar yayınlandı. Bu rapor sağlıkta özelleştirme konusunun temel dokümanlarından biri sayılabilir.

- 1986 yılında Cost Recovery in Health and Education-Bank Policy and Operations: Sağlık Ve Eğitimde Maliyet İyileştirmesi-Banka Politikası Ve Operasyonları (Nancy Birdeal),

- 1987'de Financing Health Services in Developing Countries-An Agenda for Reform: Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı-Reform İçin Bir Ajanda/Gündem,

- Aynı yıl The Private Provision of Public Services in Developing Countries: Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlık Hizmetleri İçin Özel (Sektör) Tedariki (Gabriele Roth)

adlı yayınlarla, Türkiye benzeri ülkelerde sağlık hizmetlerinin özel teşebbüsçe yürütülmesi gerektiğini savunarak, bu yolda teşvik edici öneriler getiriliyordu.

- 1991 yılında yayımladığı Health Financing in the Poor Countries-Cost Recovery or Cost Reductions: Fakir Ülkelerde Sağlık Finansmanı-Maliyet İyileştirme Veya Maliyet Azaltma adlı yayınıyla fakir ülkeler için teoriler ve planlar geliştirirken,

- 1993 yılında yayımladığı Public Hospitals in Developing Countries-Resource Use, Cost, Financing: Gelişmekte Olan Ülkelerde Kamu Hastahaneleri-Kaynak Kullanımı, Maliyet, Finansman (Howard Barnum, Joseph Kutzin)

adlı yayında, kamu / devlet hastahanelerinin özelleştirilmesi için teori ve tecrübelerini duyurdu.

Bu yolda etkilerine devam eden Banka, 1989 yılında, bir yan kuruluşu olan IFC=Milletlerarası Finans İşbirliği adlı kuruluşu kanalıyla yayımladığı

- Strengthening Health Services in Developing Countries Through The Private Sector: Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlık Hizmetlerinin Özel Sektör Yoluyla Güçlendirilmesi (Griffin, C.C., IFC: International Finance Corporation, Discussion Paper no: 4, World Bank, Washington D.C.)

adlı yayınıyla, teklifinin uygulandığı ülkelerdeki başarı durumunu tartışmış ve ortaya çıkan aksaklıkları gözden geçirmiştir.

Birleşmiş Milletler Örgütü ile ilişkili bir başka ihtisas kuruluşu olan Milletlerarası Çalışma Örgütü (International Labour Organization: ILO),

- Health Insurance in Developing Countries-The Social Security Approach: Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlık Sigortası-Sosyal Güvenlik Yaklaşımı (Ron, A., Smith, B.A., Tambury, G.: 1990, ILO, Geneva )

adlı yayınında, sosyal güvenlik ve sosyal yardımlaşma mantığıyla değil özel sektör mantığıyla işleyen bir sağlık sigortası kurulmasının, Türkiye benzeri ülkelerde en uygun çözüm yolu olduğunu savunmuştur.

\* Dünya Bankası'nın temel yaklaşımı ve ana çizgisi, özel teşebbüs ve serbest piyasa mekanizması olmak üzere hep aynı kalmakla birlikte, uygulama ile ilgili öneri ve teşebbüsleri, birbirinden farklı iki geçiş politikasının zemininde denemiştir.

Önceleri, 1980'li yılların ortalarına kadar, özelleşme yolunda Dünya Bankası'nca teklif edilen uygulama metodu biraz daha radikal / kökten idi ve öncelikle hizmet arzının, bunun zorlamasıyla da hizmetin talep finansmanının özelleşmesini esas alıyordu.

Hizmetin özel kişi / kurum / kuruluşlarca verilmesini, ödemelerin de doğrudan doğruya hizmeti alan kişilerce yapılmasını sağlayacak değişiklikler güdüleniyordu. Ancak, birçok gelişmekte olan ülkede olduğu gibi Türkiye'de de, mevcut kurumlardan gelen direnmeler ile, kişilerin ödeme güçlerinin sınırlı olması ve bu güçte meydana gelen gerilemelere ek olarak, sağlık sektöründe baş gösteren çok özel yüksek enflasyon sebepleriyle, talep finansmanında (ücret ödemede) özelleşme yolu tıkanı. Örnek olarak Türkiye'de, genel ekonomide %30-40 civarındaki enflasyon oranına karşılık, sağlık alanındaki enflasyon oranı %200'ü aşmıştı.

Bunun üzerine Dünya Bankası 1980'li yıllardan itibaren, öncelikle hizmet arzının özelleştirilmesine ağırlık veren, talep finansmanının (ücret ödemesinin) ise doğrudan doğruya kişiler yerine, daha sürekli ve güvenli finansman sağlayacağı düşünülen sağlık sigortalarıyla yapılmasını esas alan bir çözüm geliştirdi. Özelleşmeye geçiş böylece önce hizmet sunumunda, sonra da hizmet talebinde / satın almada olmak üzere iki kademe gerçekleştirilecek şekilde metod değişimine uğradı.

\* Dünya Bankası'nın tavsiyesi üzerine, dünyanın gelişmekte olan ülkeler grubundaki Filipinler, Güney Kore, Malezya, Nepal, Tayland, Hindistan, Şili, Arjantin, Meksika ve benzerleri gibi bazı ülkelerde genel sağlık sigortasının 1970'li yıllardan itibaren kamu sağlık hizmetleri ve hastahanelerinin özelleştirilmesinin, denenmeye başlandığı görülür.

Dünya Bankası ve WHO'ya ait olanlar da dahil olmak üzere, bu konudaki yayınlarından anlaşıldığına göre, uygulamaların yapıldığı ülkelerde sağlık hizmetleri bozulmuş, ardından finansman tıkanmış, sağlık personeli görevlerini bırakarak büyük merkezlere ve ülke dışına gitmiş, kullanıcı memnuniyetsizlik ve şikayetleri artmıştır. Örnek olarak:

**Orta ve Latin Amerika ülkelerinde** sağlık harcamaları o derecede artmıştır ki, sonuçta iki sınıflı bir sağlık sistemi oluşmuştur. Sigorta sistemleriyle, sağlık ihtiyaçları daha fazla olan fakir, geçeköndü ve kırsal kesimlere hizmet götürülmezken, riski zaten düşük olan varlıklı kesimler hizmetten daha fazla yararlanmaya başlamışlardır.

Sağlık, devletin bir zorunlu hizmeti olmaktan çıkarak, ancak para karşılığında elde edilebilen bir hizmet olarak görülmeğe başlanmış, özelleşen hastahaneler pazar imkanları devamlı, güvenli ve yüksek olan büyük merkezlere yığılmıştır. Bunun üzerine, geri bölgeler için teşvik uygulaması getirildiğinde, yığılma geri bölgelerin büyük merkezlerinde oluşmuştur.

Özelleşen hastahaneler aşılama, epidemiyolojik araştırma ve çalışma, ana-çocuk sağlığı, bulaşıcı hastalıklarla savaş, çevre sağlığı, sağlık eğitimi gibi temel ve koruyucu-geliştirici sağlık hizmetlerini kendi görev ve sorumlulukları dışında saymışlar, bunlarla ilgilenmek için yeni teşvikler istemişlerdir. Sağlık kuruluşlarının birbiriyle ve diğer kuruluşlarla eşgüdümü yok olmuştur. Personel ve kaynak dağılımındaki dengesizlik, büyük merkezler lehine iyice bozulmuştur.

**Eski "Demir Perde" ülkelerinde**, ülkelerin her birinde farklı boyutlarda görülen ekonomik ortamın olumsuz etkilerinden arındırıldığında da, ortalama halkın şikayet ve direnişleri üzerine, Kuzey Avrupa ve Asya'daki kimi ülkelerde özelleştirme uygulamalarından vazgeçilerek kamu hizmeti esasına dönülmüş, kimi ülkede uygulamalar sınırlı tutulmuş, kiminde dış yardımların desteğinde uygulamaya devam edilmiş, kimilerinde de ilerleme kaydedilmiştir.

**Güney ve Doğu Asya ile Afrika ülkelerinde** çok radikal değişmelerle başlayan uygulamalar, birçok ülkede zaten var olan sosyal sorunların büyümesine yol açmış, ortalama halk geleneksel tedavi yollarına ve reçetesiz ilaçlarla kendin tedavi etmeye yönelmiş, "demir perde" ülkelerindekilere benzer sonuçlar elde edilmiştir.

**Güney Kore** uygulaması başlangıçta en başarılı örnek olarak gösterilirken, 1978-1986 yılları arasında 23 kat artan harcamalar sebebiyle ortaya çakın finansman tıkanıklığı yüzünden, sistemde yeni değişikliklere gidilmek zorunda kalınmıştır. Ekonomik bakımdan iyi bir durumda olan ülke ve insanları için çok büyük ek yararların beklenmediği bu ülkede de değişim aşaması henüz sonuçlanmamıştır.

**Filipinler'de** sigorta sistemi 1971'de hastahane masraflarının %70'ini öderken, özelleşmeyle başlayan fiyat artışları sonucunda bu oran gittikçe düşerek, 1988 yılında sigortalının hastahane masraflarının ancak %33'ünü karşılayabilir hale gelmiştir. Büyük ölçüde ABD'nin yönetsel etkisinde olan bu ülkede de istenilen olumlu sonuçlar henüz elde edilememiştir.

Bütün bu hususlar, Dünya Bankasınınca da yumuşak bir üslupla kabul edilmektedir.

\* Sağlık hizmetlerinin ve hastahanelerin özelleştirilmesi, başta hastahaneler olmak üzere ilaç, tıbbi cihaz, malzeme, araç-gereç, donatım gibi sağlıkla ilgili alanlarda **tekeller** doğmasına ortam sağlamaktadır.

Orta ve Latin Amerika hastahanelerinin özelleştirilmesi hastahane tekelleri doğurmuştur. ABD'de ise, zaten ürkütücü boyuttaki tekellerin ülke içinde ve dışında hastahane zincirlerine sahip oldukları, sağlık alanının çeşitli kesimlerinde büyük yatırım dizilerinin olduğu, güç sınırlarının tahminleri aştığı bilinmektedir. Bu kuruluşlar, yüksek imkanı ve zengin ülkelerde de birimler kurmaktadır.

### TÜRKİYE'DE 'SAĞLIK REFORMU' PROJELERİ

Dünyada etkin kıldığı "özelleştirme" eylemleriyle, verdiği kredilerle, görevlendirdiği uzmanlarla, destek aldığı USAID, IMF, banka, şirket ve araştırma gruplarıyla Dünya Bankası, ülkelerin siyasi iktidarlarının eğilimlerine ve ihmalkar / yetersiz yöneticilerin "sorumluluktan kurtulma" isteklerine de uygun düşen söylem ve uygulamalar yürütmektedir.<sup>1</sup>

Türkiye'de de, sağlık hizmetlerinde görülen bozulma, yetersizlik, tıkanma ve bundan doğan şikayetler ile umutsuzlukların iyice arttığı ve buna karşı hiçbir tedbirin uygulanmadığı bir dönemde, tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de birer çözüm olarak Dünya Bankası projelerine yönelindiği görülmektedir.

Diğer sektörler yanında "Türkiye sağlık hizmetleri de özelleşme içerikli reformlarla iyileştirilebilir" tezi gündemimize girmiş, kredi ve uzman desteğiyle yetkili ve ilgililerin onayı sağlanarak, 1990 yılından bu yana tamamlanamayan "sağlık reformu" çalışmalarına başlanmıştır.

\* Sağlık Bakanlığı'nın **Türkiye'de** yürüttüğü "sağlık reformu" genel başlıklı (daha sonra bu adın doğurduğu tepkileri azaltmak amacıyla başka ad ve nitelemeler kullanılsa da) çalışmaları da bilimsel araştırmaların ortaya çıkardığı bir bilimsel gereklilikten kaynaklanmamaktadır.

Dünyadaki diğer ülkelerde görülenlerle aynı şekilde, IMF'nin özelleştirme temeline dayanan "yapısal uyum" politikalarıyla aynı yönlü politikaları öngören Dünya Bankası ve UNDP ile Türkiye adına Sağlık Bakanlığı'nın yaptığı anlaşmalara göre uygulamaya koyulmuştur.

<sup>1</sup> Özelleştirme akımının doğuşu, dünyadaki uygulamaları ve sonuçları için, Türk Harb-İş Sendikası yayınları arasında çıkan Brendan Martin'in çok başarılı bir çalışması olan "Özelleştirme Kamu Yararına mı?" adlı kitabına başvurulabilir.

"Sağlık Projesi" olarak adlandırılan bu uygulama, Dünya Bankası ile imzalanan bambaşka amaçlı bir kredi anlaşmasının, daha sonra imzalanan ayrıntıyla ilgili iki uygulama anlaşmasına bağlanan iki ekle, normal usul dışında ve karışık bir biçimde, adeta kamudan saklanarak yapılan değişikliklerle oluşturulmuş, Dünya Bankası'nın standart tipte bir projesidir.

\* **Dünya Bankası**, Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (United Nations Development Programme: UNDP) Türkiye Temsilciliği aracılığıyla, **Türk Hükümeti'ne (Sağlık Bakanlığı)** bir proje teklif etmiş ve görüşmeler sonunda **bir anlaşma imzalanmıştır.**

**Ana Anlaşma:** 16.8.1990 tarihinde imzalanıp **7.10.1990 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanan 3057/TU sayılı "Sağlık Projesi" adlı anlaşmaya göre:**

- Dünya Bankası 75 Milyon Amerikan Doları kredi verecek,
- Türkiye, milli bütçeden 71.7 Milyon ABD Dolarlık ilavede bulunacak,
- Böylece proje 146.7 Milyon USA \$'a yükselecek,
- Kredi faizi yıllık %7.7, Geri ödeme süresi ilk 5 yılı ödemesiz 17 yıl olacak
- Proje süresi 5 yıl öngörülmüş olup, 30.6.1997'de bitecek, 1998'e uzayabilecektir.

**Projenin Amaçları:**

- Ankara, Diyarbakır, İstanbul, Mardin, Muğla, Tokat, Sivas ve Yozgat illerinden oluşan proje bölgesinde temel sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği artırmak,
- Sağlık hizmetlerinin sunumu ve sağlık sektörünün yönetiminde etkinliği (etkililiği olması daha uygun) artıracak önlemleri almak,
- Sağlık Bakanlığı'nın teknik ve yönetim kapasitesini güçlendirmektir.

Bu tanımlamadan sonra, amaçları gerçekleştirmek için proje bölgesinde mevcut bazı sağlık birimlerinin geliştirilmesi, yenilerinin yapılması, cihaz-donanım-taşıt ile kitap ve eğitim malzemesi alınması, personel ve halkın eğitimi, ayrıca veri tabanı, hastahane yönetimi, cihaz ve taşıt kontrol, mali yönetim, personel, temel sağlık, epidemiyoloji, AÇSAP sistemlerini kapsayan bir yönetim sistemi kurulması, yurt dışı burslar, geziler, teknik hizmetler sağlanması, uzman destekli çalışma ve araştırmalar yapılması ile teknik destek sağlanması projenin kapsamı olarak belirtilmiştir.

\* **Dünya Bankası** ve UNDP bir süre sonra **Bakanlıkla iki anlaşma daha imzalamıştır.**

Bu son iki anlaşma çok önemli unsurları taşımakta ve hep **söz edilmiş I. Sağlık Projesi'nin ne olduğuna dair resmi bilgi, aslında ve sadece bu son iki anlaşmanın eklerinde dağınık bir şekilde bulunmaktadır.** "Sağlık Reformu" denilen faaliyetleri başlatan anlaşmanın parçaları önce, oldukları şekilde aşağıda verilecek, daha sonra tüm anlaşmaların tarayımızdan birleştirilen hali sunulacaktır.

**İlk Ek Anlaşma:** 28.8.1991 tarihinde imzalanıp **17.11.1991 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanan TUF/90/ROI sayılı "Dünya Bankası Kredisi ile Finanse Edilen Birinci** (bu kelime projenin asıl adında mevcut olmadığı halde Bakanlıkça kullanılmıştır) **Sağlık Projesi ile İlgili Olarak UNDP Tarafından Sağlanacak Yönetim Ve Destek Hizmetleri"** başlıklı anlaşma ile, "Sağlık Bakanlığı Yönetim Enformasyon Sistemi kurulması" ve "Merkezi Destek Sistemi Oluşturulması" başlıklı iki konunun gerçekleştirilmesi işleri **UNDP/OPS: Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı Proje Hizmetleri Bürosu'na** vermiştir. Anlaşma ile ilgili özet bilgi şöyledir:

**Adı:** I. Sağlık Projesi ile İlgili Olarak UNDP Tarafından Sağlanacak Yönetim Ve Destek Hizmetleri Anlaşması

**Süre:** 66 ay (1991-1997)

**Tutarı:** Yönetim ücreti hariç tahmini 3.929.000 USA \$ (TOPLAM 6.3 Milyon USA \$)

**Kapsamı:**

- 1- Merkezi Destek Sistemi Oluşturulması Projesi,
- 2- Yönetim Enformasyon Sistemi (YES) Kurulması Projesi.

**İkinci Ek Anlaşma:** da 17.11.1991 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanmış, Türkiye Hükümeti ile UNDP arasında yapılan, TUR/91/008/A/01/31 numaralı "Sağlık Kesiminde Satın Alma Hizmetlerine Teknik Destek" konulu proje kabul edilerek, Dünya Bankası'ndan sağlanan 75 Milyon ABD Dolarlık kredinin yurt dışı ihalelerini yürütmek ve uluslararası ihaleler için uzman yetiştirmek işi, yine UNDP/OPS ye verilmiştir. Anlaşma ile ilgili özet bilgi şöyledir:

**Adı:** I.Sağlık Projesiyle İlgili Olarak Sağlık Kesiminde Satın Alma İşlemlerinde Teknik Destek Anlaşması

**Süre:** 5 yıl (Temmuz 1991-1996)

**Tutarı:** 1.336.036 USA \$ (Toplam 1.483.000 USA \$)

**Kapsamı:**

- 1- I.Sağlık Projesi kapsamındaki donanım, malzeme, taşıt alımı için milletlerarası ihaleleri düzenleyip yürütmek,
- 2- Sağlık Bakanlığı için, milletlerarası ihale yapabilecek elemanları yetiştirmek.

\* I. Sağlık Projesi'nin içeriği, yukarıda verilmiş olan üç anlaşmanın içine dağılmış olarak, bir kısmı 3057/TU sayılı "Sağlık Projesi" adlı ana anlaşmanın kapsam ve amacı arasında, bir kısmı TUR/90 sayılı uygulama anlaşmanın ekinde, diğer bir kısmı da TUN/91 sayılı diğer uygulama anlaşmasının tanım bölümünde olmak üzere, üç parçalı, dağınık, ihtiyaç duyuldukça eklenmiş, normal yapı formatına uymayan proje / anlaşmalardan oluşmaktadır.

I. Sağlık Projesi metni sadece buralarda, bu şekilde bölük, dağınık ve karışık olarak bulunabilir. Bir oldu-bitti yapılarak, sanki TUR/90 sayılı anlaşmanın bir eki imiş gibi ve TUR/91 sayılı projenin tanımı veriliyor üslubunda bir başlık koyularak, hiçbir bağlantı kurulmadan, 16.8.1990 tarihli ve 3057/TU sayılı "Sağlık Projesi" adlı ana anlaşmanın, tanım, amaç, kapsam ve içeriği değiştirilmiş, "I. Sağlık Projesi" adı altında tanımlanmış ve yayımlanmıştır.

\* 3057/TU, TUR/90, TUR/91 numaralı **üç ayrı anlaşmada** ve farklı Resmi Gazetelerde parça parça yer aldığı için **birleştirdiğimiz "I. Sağlık Projesi"nin ana hatları** şöyledir:

**Adı:** I. Sağlık Projesi

**Süresi:** 5 yıl (1990-1995, 1998'e kadar uzayabilecek)

**Tutarı:** 75 Milyon USA \$ Dünya Bankası kredisi olmak üzere 146.66 Milyon USA \$

**Hedefleri:**

- 1- Ankara, Diyarbakır, İstanbul, Mardin, Muğla, Sivas, Tokat, Yozgat illerinin imkanları kısıtlı olan halkına temel sağlık alanında daha geniş hizmet sunarak genel sağlık düzeyini yükseltmeyi desteklemek,
- 2- Sunulan hizmetlerde verimliliği artırmak ve sağlık kesiminin finansman olanaklarını geliştirmek,
- 3- Sağlık Bakanlığı'nın yönetim kapasitesini güçlendirmek.

**Faaliyetler:**

- 16 sağlık programının uygulanması,
- Yönetimin güçlendirilmesi,
- Hasta sevk sisteminin yeniden düzenlenmesi,
- Sağlık tesislerinin kalitesini yükseltme ve yenilerinin yapılması,
- Gerekli malzeme, donanım ve taşıtların sağlanması,
- Böylece, bu 8 ildeki yetersiz sağlık hizmetlerinin yeniden örgütlenip genişletilmesi,
- Bölgedeki, 7.000 sağlık ve diğer personele hizmet içi ve yönlendirme eğitimi yapılması,
- İlkokul öğretmenlerine sağlık eğitimi verilmesi,
- Sağlık alanında sağlık insangücü beceri düzeyinin yükseltilmesi,
- 8 ilden başlamak üzere Yönetim Enformasyon Sistemi (YES) geliştirilmesi,

- Sağlık Bakanlığı'nın yönetim, planlama, izleme ve nezaretçilik kapasitesini, uygulamalı araştırmaları, Proje Koordinasyon Birimi'ni güçlendirerek, merkezi düzeyde destek sağlanması,
- Proje izleme ve değerlendirme.

**Kısa Vadeli Konular:** 8 ilde sağlık ve doğurganlık alanlarında dengesizliği azaltmak.

**Orta Vadeli Konular:** Bir dizi yeni proje kanalıyla sağlık kesiminde daha geniş sektörel hedefleri gerçekleştirmek.

**Uzun Vadeli Konular:** Ülke çapında yüksek kaliteli ve kısmen kendine yeterli sağlık sistemi kurmak.

**En Büyük Risk:** Sağlık Bakanlığı'nın yönetim kapasitesinin sınırlı olmasıdır. **Bu sebeple UNDP yardımı istenmiştir.**

**Tedavi Hizmeti:** Projeden amaçlanan, tedavi hizmeti talebine yönelik bugünkü uygulamayı terk ederek, koruma ve tedavi ihtiyacını önceden tahmin etmeye yönelik daha çağdaş bir sisteme geçmektir.

**Desantralizasyon:** İl ve yerel düzeyde sağlık hizmeti arzı için daha az merkezi yöntemler geliştirilmesi gerekecektir.

**Ferdi Ödeme:** Hizmetin bedelini kullanıcıdan tahsil etme kapasitesi için gerekli zemini oluşturacak, yalnızca koruyucu hizmetler ve yoksullara sunulan hizmetler ücretsiz olacaktır.

**Özerkleştirme / Özelleştirme:** Yaratılacak ek gelir öncelikle kendisine kaynaklık eden tesis için kullanılacak, böylelikle bir bütün olarak sistemin kendini finanse etme gücüne katkıda bulunacaktır. (Ayrıca TUR/90 projesine bakınız)

**Personel İhtiyacı:** Merkezden naklen atanarak karşılanacaktır.

**Sağlık Programları:** Anne ve çocuk sağlığı, bulaşıcı hastalıklar ve tedavi hizmeti konulu 16 (bir yerde 15 deniliyor) program uygulanacaktır.

**Eğitim Programları:** Beceri geliştirici eğitim yapılacaktır.

**Sağlık Sistemi Reorganizasyonu:** Sağlık kesiminin yeniden örgütlenmesi, programının sonraki aşamalarındaki temel oluşturulacaktır.

**İnşaat Ve Satın Alma:** Sağlık evi ve merkezi, hastahane, halk sağlığı laboratuvarı, araç bakım istasyonu, sağlık koleji ve eğitim merkezi türü yapım, onarım, iyileştirme ve tamamlama işleri, bunlar için malzeme ve donanım, kitap ve eğitim malzemesi, 330 adet araç.

**Projenin Bileşenleri:** Merkezi Destek Sistemleri Oluşturulması Projesi, Yönetim Enformasyon Sistemi (YES) Gerçekleştirilmesi Projesi.

**Faaliyetler:**

**A - Merkezi Destek Sistemi Oluşturulması Projesi: Unsurları:**

**1- S.B. Merkez Yapısının Güçlendirilmesi**

Yerel düzeyde karşılanabilecek olan temel sağlık ihtiyaçlarının ve öncelik alanlarının belirlenmesi (**Bu husus, sağlık hizmetleri sunumunun merkezi idarenin görev ve sorumluluğundan çıkarılması ile ilgilidir**).

- \* Talebi karşılayacak çalışma planlarının yapılması,
- \* Proje planlama, yönetim ve değerlendirme eğitimi,
- \* Yoksul kesime yönelik politikalar,
- \* Koruyucu sağlık eğitimine ağırlık,
- \* Politikalar planlanması,
- \* Değerlendirme ve danışmanlık hizmeti verilmesi.

**2- Hedefleri İyi Belirlenmiş Araştırma Projelerinin Uygulanması**

\* Etkinlik (etkililik olması daha uygun) ve verimlilik için sağlık hizmetleri maliyet tahlili,  
\* Hizmet etkinliği (etkililik olması daha mantıklı) ve hastahanelerin kendine yeterliliği için hastahane hizmetleri ve özerkleştirme politikaları (**Bu husus hastahanelerin özelleştirilmesi ile ilgilidir**).

\* Ulusal sağlık sigortası sisteminin planlanması ve sağlık kesiminin finansmanı (doğrusu: sağlık hizmetleri talep sisteminin finansmanı olmalı), tüm nüfusun sağlık sigortası kapsamına alınması (**Bu konular, sağlık hizmeti talebinin finansmanı ve genel sağlık sigortası ile ilgilidir**).

### 3- Proje Koordinasyon Birimine Doğrudan Destek

- \* Proje izlenmesi ve gözlenmesi,
- \* Satın alma konusunda ILO'da eleman eğitimi ve genel olarak proje elemanı eğitimi,
- \* İlk projenin koordinatörleriyle değerlendirme çalışmaları,
- \* Bu projenin son değerlendirmesi,
- \* İlk projenin devamı niteliğinde olmak üzere yeni bir projenin hazırlanması (**Bu husus, Dünya Bankası yönlendirme ve desteğindeki bu projeleri devam ettirme işleği ile ilgilidir ve yeni borçlar alınmasını gündemde tutacaktır**).
- \* Projeye idari ve destek hizmetler verilmesi,
- \* Danışman kişi ve şirketler bulunarak, bunlarla ilgili sözleşmeleri düzenlemek, ödemeleri yapmak, muhasebe raporları hazırlamak, lojistik destek faaliyetleri izlemek, rapor vermek, koordinasyon.

### B- Yönetim Enformasyon sistemi (YES) Kurulması Projesi: Unsurları :

- 1- Bakanlık bünyesinde bilgisayar ağına dayalı bir YES master planı hazırlamak,
- 2- Aşağıdaki uygulamalar için teknik yardım ve koordinasyon sağlamak:
  - \* İstatistiksel Veri Tabanı Sistemi,
  - \* Hastahane Yönetim Sistemi,
  - \* Donanım Ve Taşıt Denetleme Sistemi,
  - \* Mali Yönetim Sistemi,
  - \* Personel Sistemi,
  - \* Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) Yönetim Sistemi,
  - \* Epidemiyoloji Yönetim Sistemi,
  - \* AÇSAP Yönetim Sistemi.
- 3- Mevcut enformasyon sistemiyle entegrasyonu sağlamak,
- 4- Veri ihtiyaçları ve biçim araştırması,
- 5- Yazılım alımı,
- 6- Personel eğitimi,
- 7- Danışman kişi ve şirketlerle işbirliği,
- 8- YES Yürütme Komitesi ve YES birimi oluşturulması.

Borç alınan paraların, borç alınan yerden mal ve hizmet satın almayı öngören "sağlık reformu" adlı çalışmaların hedeflerinin yer aldığı I. Sağlık Projesi bu içeriktedir. Yine 177 Milyon ABD Dolarlık bir kredi borcunu içeren ve 1994 Aralık ayında Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren II. Sağlık Projesi de I. Sağlık Projesinin hedeflerini doğrulayıp eklemeler yapan nususları içermektedir.

75 Milyon ABD \$'lık Birinci, 177 Milyon ABD \$'lık İkinci., 18.65 Milyon ABD \$'lık Üçüncü. Sağlık Projeleriyle 270 Milyon ABD \$'lık ana para ve yaklaşık bir o kadar da faiz olmak üzere Dünya Bankası'na toplam 550 Milyon ABD\$'lık dış borç altına girildiği, bu borçlanmanın daha sonraki Sağlık Projesi borçlarıyla artmaya devam edeceği görülmektedir.

Her Türkiye Cumhuriyeti vatandaşının İlk üç Sağlık Projesi sebebiyle Dünya Bankasına en az 10 ABD \$'lık borç yüklendiği bu tablodan henüz hiçbir olumlu sonuç alınamadığı açıkça görülmektedir.

Yukarıda açıklanan I. Sağlık Projesi anlaşmalarından, Sağlık Bakanlığı'nın 1989 yılından bu yana yürüttüğü çalışmalar ile bunlarla ilgili dokümanlarından ve dünyadaki diğer örneklerden çıkarılan sonuçlar, aşağıda çeşitli başlıklar altında değerlendirilmektedir.

## SAĞLIKTA ÖZELLEŞTİRME ÇALIŞMALARININ BEŞ STRATEJİSİ

\* Sağlık hizmetlerinde liberalizm ve serbest pazar yaklaşımının, Sağlık Bakanlığı reform çalışmalarıyla Türkiye'de uygulanması düşünülen şekli konusunda söylenebilecekler, yukarıda açıklanan üç anlaşma kapsamında, kısa başlıklarla aşağıdaki gibi özetlenebilir.

Sağlık Bakanlığı'nı yönetim yetersizliği ve görev ihmalî sorunlarından olabildiğince kurtarmak yönündeki arayışlara çözüm önerisi olarak, Sağlık Projesi

**Sağlık hizmetlerinin herkes için var ve yararlanılabilir olmasında:**

**Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmet ve kurumları dahil olmak üzere Sağlık Bakanlığı'nı birinci derecede asli görevli, sorumlu ve icracı olmaktan çıkarmak,**

**Sağlık Hizmetleri Arzında:**

**Sağlık hizmeti verme sorumluluğundan çıkarılan Merkezi İdare yerine, hizmetleri özel sektöre ve yerel yönetimlere devretmek / özelleştirmek / liberalleştirmek / serbest pazar ortamında alınıp verilir / satılır hale getirmek,**

**Sağlık Hizmetlerinin Talebinde:**

**Sağlık hizmeti giderlerini Merkezi İdare kaynakları yerine, doğrudan veya primli genel sağlık sigortası kanalıyla dolaylı kişisel / hane halkı kaynaklarından karşılamak**

esaslarını önererek, **temel hizmet felsefesini ve yapılarını değiştirmeyi** amaçlayan tekliflerin hayata geçirilme ihtimali belirlemiştir.

\*Proje içeriğinden ve Bakanlık kaynaklı diğer argümanlardan çıkan sonuçlara göre, bir önceki paragrafta ifade edilen temel hizmet felsefesini ve yapılarını değiştirme amacını gerçekleştirmek üzere, Sağlık Bakanlığı'nın **5 temel ve radikal idari yapı değişikliğini benimsemiş** ve bunu gerçekleştirmek üzere de **5 ana strateji tespit etmiş** olduğu görülebilmektedir.

Bu 5 ana strateji şöylece özetlenebilir:

1- Sağlık Bakanlığı teşkilatı ve görevlerini değiştirerek sorumluluklarını daraltmak ve sağlık hizmetlerini Merkezi Hükümet / Bakanlık görev, sorumluluk ve finansmanı olmaktan çıkarmak,

2- Desantralize bölge sağlık idareleri veya benzeri örgütler kurarak, yönetim, hizmet ve finansman yükümlülüklerini Merkezi Hükümetten / Bakanlıktan alarak buralara ve/veya bir süre sonra yerel yönetimlere devretmek,

3- Aile hekimliği sistemi kurarak, primer sağlık hizmetlerinden olan kişiye yönelik koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri ile, birinci kademe tedavi hizmeti verme görev, sorumluluk ve finansmanını Merkezi Hükümetten alarak, fert veya kuruluş nitelikli özel teşebbüs olan tabiplere devretmek,

4- Hastahanelerin özleştirilme ve özelleştirilmesi yoluyla, ikincil ve üçüncül (yatakli) sağlık hizmeti verme görev, sorumluluk ve finansmanını Merkezi Hükümetten / Bakanlıktan alarak, özel sektöre devretmek,

5- Prime dayalı genel sağlık / hastalık güvencesi / sigortası sistemi kurmak yoluyla, sağlık hizmeti talep finansmanı görev ve sorumluluğunu Merkezi Hükümetten / Bakanlıktan alıp özleştirerek, fertlerin kendi ceplerinden yapacakları doğrudan veya dolaylı / prim harcamalarına devretmek.

\* Sağlık Reformu'nun bu 5 ana stratejisi incelendiğinde, **gerçekleştirilmek istenen asıl hedefin:**

- Kamu sağlık hizmetlerin tıkanmasına yol açan yönetim yetersizlikleri, görev ihmalleri, insangücü ve kaynak açığı ile yanlış kullanılmaları, talep eksiklikleri ve benzeri sebeplerle geri ve ihtiyaca cevap veremez hale geldiği için artık bir yük gibi görmeye başladığı "Devletin (Sağlık Bakanlığı'nın) sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde birinci derecede ve asli görevli ve sorumlu olduğu" ilkesinin uygulanmasını engelleyen hususları uygun, etkili, kalıcı, akılcı, araştırmalara dayalı, ülkenin ihtiyaç, şart, imkan, altyapı, bünye ve gerçekleri bakımından uygulanabilir çözümlerle ortadan kaldırarak **sağlık hizmetlerimizde ve sağlık seviyemizde gerçek bir iyileştirme / reform yapmak değil;**

- Bu görev ve sorumluluklarından kurtulacak ve sonuçta sağlık hizmetleri arzını ve arzın finansmanını özel teşebbuse, talebini ve talep finansmanını da kişilerin kendilerine bırakarak sağlık hizmetleri arz ve talebini özelleştirme amaçlarını gerçekleştirebileceği bir **"idari yapı reformu" yapmak** olduğu açıkça görülmektedir.

Kısaca **reform, "hizmet" esaslı değil, "idari yapı" temelinde planlamakta ve görevsizleşme / sorumluluksuzlaşma yoluyla özelleştirme temel amacını taşımaktadır.**

\* Sağlık idaresi konusundaki böyle bir reform / iyileştirme de şüphesiz sağlık hizmetini doğrudan ve kuvvetle etkiler, tayin edicidir, günümüzde de şiddetle ihtiyaç duyulmaktadır.

Ancak, mevcut çalışmalarda yer alan unsurlar ne sağlık idaresini ve ne de sağlık ürünlerini iyileştirmeye doğrudan yönelik görünmemektedir.

Reform taslağının diğer ana unsurları da, ikincil önemdeki diğer başka hususlar da ve en önemlisi sağlık hizmetlerinin kendisini iyileştirilmesi de, bu reform çalışmalarında birer amaç değil, temel idari yapı değişikliği amacına ulaşmak için kullanılan birer araç niteliği taşımaktadır.

İdari yapı değişikliğine bağlı olarak gerçekleştirilecek hizmetle / sağlıkla ilgili bazı iyileşmeler de görülebilir.

Sağlık hizmetleriyle ilgili olan ve asıl ihtiyaç duyulan iyileştirmeler, bu çerçeveye içine tesadüfen girebilirler ki oçüde ve ikinci derecede önemi konular olarak ortaya çıkabilir.

**Bakanlık senelerdir, yetkilerin kendisinde, görev ve sorumlulukların ise başka yerlerde olacağı,** sorunsuz, kimsenin kendisinden sağlık hizmeti beklemediği veya olumsuzluklardan sorumlu tutmayacağı, sadece kurallar koyan ve denetim yapan bir "beyin" olmayı içeren **bu "idari" yapı reformunu çok benimsemiş görünmektedir.**

Farklı içerikli çözümler ve politika önerileri Bakanlıkça kesinlikle dikkate alınmamakta ve hatta dinlenilmemektedir.

15 yılı aşkın sürede yetki alan tüm siyasi iktidarlar, bu yaklaşımı, olabilecek "tek gerçek çözüm" imiş gibi sunmaya ve farklı seslere tepkisiz kalmaya devam etmektedirler.

## SAĞLIK HİZMETLERİ ARZ SİSTEMİNDE REFORM YAKLAŞIMLARININ KRİTİĞİ

Çok dikkat çekici bir husus, sağlık hizmetlerinin özel sektöre yürütülmesi için ortaya atılan talebin ve bu talebi güdüleyen çalışmaların, özel sektörden değil, Devlettten, Devlet adına görevli yetkili ve sorumlu olduğu halde bunların gereğini yerine getirmeyen siyasetçi ve üst kademe bürokrat devlet adamlarından gelmesi, üstelik bir zorlama içeriyor olmasıdır.

Bugün için sağlık hizmetleri alanı özel teşebbüse sonuna kadar açık olduğu halde belirlemiş olan yoğun özel sektör ilgisi ve özelleştirme talebi, her türlü teşvikin kapsamını aşan bir ısrarla, yapay olarak, Devlet görevlileri tarafından yaratılmaya çalışılmaktadır.

Yine de, **özel sektörün özelleştirmeye beklenen ilgiyi göstereceği belli değildir.** "Devlet yaparsa kötü yapar" diyen Devlet yetkililerinin kendi elleriyle yapacakları bir özelleştirmenin "iyi" olacağına nasıl inanılabilir? Belki de özel sektör, bu işin de kötü olacağına dair en sağlam dayanağı bu çelişkide bulacaktır.

Liberalizmle uyuşmayan bu zorlayıcı tavır, bir çelişki olmanın da öte bazı anlamlar taşımaktadır. Düşünülp değerlendirilmesi ve projelerin yorumlanmasında dikkate alınması yararlı olabilir.

\* Özel sektörün her zaman iyi sonuçlar elde eden bir gücü bulursa ve bu diğer her şeyden önemli ve yeter bir nitelik olsa idi, devletin kendisi ve yönetimi de, çok zaman önce tümüyle özel sektör devredilmiş olurdu.

Gerçekte, devlet yönetimi ile ilgili olarak bu yönde bazı görüşler de vardır. Özel sektörcü görüşü yaygın olarak benimseyen siyasetçilerin ve kamu görevlilerinin, işin bu yönüyle ilgilenmişlerinin sebebini, konunun Dünya Bankası tavsiyeleri arasında henüz yer almayışına bağlamak mümkün olabilir. Fakat bu yönde de ciddi tezler ve girişimler gerçekten vardır.

\* **Türkiye'de halen uygulanmakta olan sağlık modelinde sağlıkta "devletçilik" değil, devletin daha yaygın ve aktif olduğu bir "karma" modeldir.** Asli görevli ve sorumlu olan Devlettir fakat, sistem özel sektöre de sonuna kadar açıktır, teşvik edilmektedir. Ancak **bu alana özel sektörün fazla rağbet etmemesinin sebebi, "kâr" ile ifade edilen çekiciliğin azlığıdır.**

Savunma, iç güvenlik, adalet, bazı KİT'ler, hayvancılık, temel hak ve hürriyetler, sosyal politikalar, sosyal güvenlik, sağlık, eğitim gibi belli bir ekonomik cazibesi olmadığı düşünülen işler, son dönemde Devlet tarafından da ihmal edilerek, adeta kötüleşmeye terk edilmiş, kötüye giden işlerin sorumlusu başkaları imiş gibi bundan şikayet edilmiş ve bilinçli olarak özelleştirme ve gerekçe hazırlanmaya çalışılmış izlenimi yaygınlaşmıştır.

Özelleştirmeyle Devletin aradan çekilmesi sonucunda, risk ve kâr şartlarının müteşebbüs lehine iyileştirilmesinin amaçlandığı görülebilmektedir. Sağlık Bakanlığı reform çalışmalarının bu tür bir cazibe artışını da hedeflediğine dair açık unsurlar içermektedir.

### Sağlık alanını özel teşebbüse daha cazip kılmak amacıyla:

- Devletin ve kişilerin gelirlerini ve sağlık harcamalarını artırmak güç, dolaylı ve uzun bir yol olduğundan, zorunlu genel sağlık sigortası sistemi (GSS) kurularak, hizmet talebindeki / satın almadaki finansman darboğazının mümkün olduğunca azaltılması; özelleştirmeler sonucunda Devletin hizmet üretmeyerek rakip olmaktan çıktığı bir ortamda, yüksek fiyatlı ve kesintisiz ödemeli bu talep / satın alma desteğinin oluşturulması;
- Özelleştirme sonucunda Devletin piyasada fiyat dengesi oluşturma niteliğinin ortadan kalkması ve GSS'nin kurulması ile hizmet fiyatlarında ortaya çıkacak yükseliş;

- En önemli cazibe artırıcı uygulama olarak, yataklı sağlık kuruluşlarını bedelsiz veya düşük bedelli olarak özelleştirerek, özel teşebbüsün kullanımına devretmek yoluyla, kuruluş sermayesi devletçe verilmiş olan hastahanelerin, sadece işletme sermayesini sağlayabilen kapital sahiplerince devralınabilmesi olanakları sağlanarak, özel sektörün sağlık piyasasına daha fazla girmesi umulmaktadır.

Bu tabloda, fertlere ve toplumun önemli bir kesimine yönelik cazibe artırıcı bir unsur görünmemektedir.

\* Sağlıkta özzerleştirme / özzerleştirme stratejisinin içeriğine göre **kamu hastahaneleri için önerilen modelin esası**, önce özzerleştirme yoluyla KİT'leşme, yani hastahanelerin yeni birer KİT haline dönüştürülmesidir. Devletçe, bir yandan elde mevcut olan KİT'lerin tasfiyesine çalışılırken, öte yandan, özzerleştirme hareketinin ilk adımı olan "sosyal sağlık işletmesi" gibi, asıl amacına tamamen ters ve gerçek dışı bir isim altında yapılacak özzerleştirme teşebbüsü, **hastahaneleri yüzlerce amatör ve verimsiz yeni KİT'ler haline getirebilecektir**. Bu işlemin, kamu hastahanelerini sosyal vasıflı / amaçlı birer kuruluş olmaktan çıkartma, salt iktisadi / kâr amaçlı birer kuruluşa dönüştürme, kurulmaları bakımından çelişkili, sağlık hizmetleri bakımından da amaç dışı bir sonuç yaratma olasılığı güçlüdür.

\* Kötü çalışan özel hastahane iflas edebilir, **Kötü çalışan sosyal sağlık işletmesi (kamu hastahanesi) iflas edebilir mi?** Sorumluların yükümlülükleri ve sınırlı mali kaynaklarının sorumlulukları karşısındaki yeterliliği nedir? Zararlar ve borçlar kamu kaynakları dışında tazmin edilebilir mi? Yeterli sayıda ehil ve tecrübeli profesyonel sağlık idarecisi ve idari personel bulunmadığına, olanlar görevlendirilmediğine ve görevlendirilenlere de ancak sınırlı yetkiler verildiğine göre, siyasal ve tanıklık ölçütlerinin uygulanması nasıl önlenecektir? Kaç "çalışan" riski göze alarak, çalıştığı hastahanelerin özzerleştirilmesi isteğinde bulunacak ve işletmecilikte de başarılı olabilecektir? Çok sayıda "çalışan" aynı hastahanelerin kendilerine verilmesini ayrı ayrı isterlerse veya personelin çoğunluğu buna karşı çıkarsa adil karar ne olacaktır? Devletin bunları finanse etmesi ne olacaktır? İstismarı ve devlet eliyle kişi zengin etmeyi önleyecek kesin tedbirler hangi güçle ve felsefeyle uygulanabilecektir? Bazı hizmetlerinin piyasadan sözleşmeli ve taahhüt eliyle temini uygulamasında, personelin onlarla ortak olmaları bugün ve o zaman nasıl önlenecektir? Herhangi bir olumsuz uygulama halinde özzerleştirme sözleşmesinin iptali sonucu doğacak hukuki, mali ve diğer sorunların hizmeti aksatması nasıl önlenecektir? Bu ve benzerlerinin sağlam ve kesin teminatları yoktur.

\* Kamu hastahanelerinden özzerleşen yarı KİT nitelikli **"sosyal sağlık işletmeleri" için sadece piyasa ekonomisi şartlarının veya para kazanma arzusunun "iyi" çalışmakta yeterli olacağını sanmak**, insan tabiatına uymayan bir beklenti olabilir. Taslaklarda yer alan "başarılı olmayanlar kapanır veya özel sektöre devredilir" biçiminde özetlenebilecek tedbirlerin, sanıldığı gibi etkili ve uygulanabilir olmadığı, mevcut KİT'lerin satışı teşebbüsleri göstermiştir. Üstelik, bir fabrika ile bir hastahanelere yaklaşımın, hem satan hem de satın alan bakımından farklı olacağı tabiidir. Özel teşebbüs kuruluşları iflas ederken, en kötü KİT'ler bile yaşatılmıştır. Üstelik, sosyal sağlık işletmelerine hazine yardımı yapılması hükmü de taslaklarda (zorunlu olarak) yer almaktadır. Bu sebeplerle, bunları pazar ekonomisi kurallarının zorlaması söz konusu bile olmayabilir.

Zarar eden özzer hastahanelerin kapanmasından asıl zarar görenler, kötü de olsa yaşamasına göz yumulan hastahanelerin hizmetlerinden tamamen yoksun kalacak olan bölge halkı olacaktır. Özzer de olsa kamu hastahanelerinin amacı taslaklarda yer alan çalışanlara kârdan pay dağıtmak veya sağlık personeline iş bulmak ve başarısız olduklarında onları cezalandırmak değil, halka sağlık hizmeti götürmektir.

\* Bu hastahaneler arasında **rekabet şartları nasıl sağlanıp uygulanacaktır.**

Devlet hastahaneleri pek çok bakımdan birbirine denk olmadığından, özleştirildikleri zaman kendi aralarında ortaya çıkması istenilen rekabet de eşit şartlarla olmayacaktır. Üstelik yanında veya civarında bir özel hastahane varsa, sermaye bakımından rekabet iyice zorlaşacaktır. İşletme ve yeni yatırım sermayesi problemi, özleştirilecek pek çok hastahanelerin sürekli sıkıntısı olacak, bu da rekabeti bazıları açısından devamlı olarak yetersiz bırakacaktır. Bu tür pek çok olumsuzluk "çok kaliteli hizmet verme arzusu" ile giderilmeyecek niteliktedir.

Hasta devri yüksek genel tip hastahaneler ile hastaları uzun süre yaayan özel dal hastahaneleri özleştirildiklerinde, aralarındaki farklılıkların giderilmesi nispeten daha kolay ise de, rekabet eşitsizliği var olmaya devam edecektir. Bir ihtimal de cüzam, akı ve ruh sağlığı vb. gibi bazı özel dal hastahaneleri için özleşme talebinin olmamasıdır. "Devlet yaparsa kötü yapar" anlayışına göre, özleşmeyen bu hastahaneler hep kötü kalacaklar demektir ki bu kabul edilemez bir durumdur. Özleştirilme işleminin personelin talip olması ile gerçekleştirileceği taslaklarda yer aldığına göre, bu tür talepler, hasta sayısı yüksek merkezi hastahanelerde daha fazla olabilir. Hastası az, şartları yetersiz, taşrada yer alan hastahaneler ya özleştirilme talep etmeyecek veya özleşmeleri olumsuz şartlarda gerçekleşecek ve sonuç da büyük ihtimale olumsuz olacaktır.

\* **Özleştirme, özleştirme ve teşvikler, tesislerin, tabiplerin ve diğer sağlık personelinin, büyük şehirlere yığılmasına bugün olduğundan daha fazla sebep olabilecektir.** Taslaklarda bu mahzuru giderecek tedbir yoktur. Rekabet şartlarının zaman içerisinde, büyük şehirlere iş imkanı azaldıkça yavaş yavaş bu meseleyi çözeceği ifade edilmektedir. Halbuki, ülkemizde sağlık alanında öncelikle ve ivedilikle çözülmesi beklenen ve "reform" veya iyileştirme çalışmalarının yapılmasını zorunlu kılın asıl problemlerin büyük çoğunluğu bu konulardadır. Bölgeler arasında, kır ile kent arasında, büyük ve küçük kentler arasında, kent merkezi ile gecekondu alanları arasında **eşitsiz durumdaki sağlık hizmeti dağılımının yarattığı meseleleri çözmek için yola çıkılıp, sorunları daha da derinleştirecek bir uygulamaya gidilmemesi beklenir.** Hiçbir şey yapmayıp, reform vesaireye kalkışılmamış olsa, işler zaten zamana terk edilmiş olduğundan, bundan daha kötü bir sonuç ortaya çıkmayacaktır. Aksine, dahi iyi sonuçların alınması ihtimali de vardır.. Çünkü, reform yapılırken eldeki kit ve bozuk imkanları da kaybedecek, tam bir başıboşluk ve kaos yaratacak eylemlere girişilmesi ihtimali oldukça yüksek görünmektedir.

\* **Personelin çalışma şartları nasıl iyileştirilecek ve çekici hale getirilecektir?** Sağlık personelinin iş bulunması ve çalışma şartlarının iyileştirilmesi ayrı ve önemli bir konu olup, bunu halletmenin biricik ve en iyi yolunun özleştirme veya özleştirme olduğunu iddia etmek mümkün değildir. Başta iş güvenliği olmak üzere pek çok derin problemin doğacağı ifade edilmektedir. Taslaklarda ve açıklamalarda, özleşecek kamu hastahanelerinin kâr amaçlarının olmayacağı söylenmektedir. Kâr ve moral amaçların olmadığı bir ortamdaki kamu hastahane personelinin, sosyal güvenlik ve statülerini feda ederek özleşme / özleştirme isteyeceklerini farz etmek dayanaksızdır. Bu şartlarda, Devletin zorlaması olmadan, üst kademe yöneticiler ve çok özel imkanları elde edecekler dışında kalan hiçbir hastahane personelinin, kendi hastahanelerinin özleşmesini kendiliklerinden istemeleri beklenilmemektedir.

Sağlık personelinin, özleşmeden sonra daha iyi bir çalışma temposu tutturacakları söylenmekte, aksi takdirde işten atılacakları belirtilmektedir. Bu, sağlık hizmeti veren personel ile, örneğin vasıfsız tarım işçisinin en güçlü güdüleyicilerinin aynı olduğunu farz etmekten doğan bir hatadır. Bütün yüksek vasıflı işlerde olduğu gibi, vasıflı sağlık personelinin de görevini iyi yapmaya sevk eden unsurlar, öncelikle moral değerlerdir. Düzenlemelerin bu esas gözden uzak tutulmadan yapılması gerekir.

\* Bütün bunlara ek olarak, tasarıları uygulamaya geçirebilmek ve özerkleştirmeyi / özelleştirmeyi gerçekleştirebilmek için **gerekli olan finansmanın / para miktarının çok büyük olacağı hesaplanmaktadır**. Bu boyutta finansman yurt içinden temin edilemeyeceği için Dünya Bankası'ndan **yeni krediler / borçlar alınması da kaçınılmaz görünmektedir**.

Söz gelimi, aile hekimliği yoluyla kişiye yönelik koruyucu-geliştirici ve birinci kademe tedavi edici sağlık hizmetleri vermek üzere açılacak özel muayenehanelerin rekabet içinde çalışabilmelerine imkan verecek güdümlü / zorunlu donatım faaliyeti için sadece "**yapılmasa, sabit yatırım ve kuruluş masrafları**" amacıyla (basına intikal eden Sağlık Bakanlığı hesaplamalarına göre) muayenehane başına **1992 fiyatlarıyla 150 Milyon ile 1,5 Milyar Türk Lirası** arasında değişen miktarlarda harcama yapılması gerekmektedir. (1 ABD \$ 2 Ocak 1992'de 5.100 TL., 31.12.1992'de 8.600 TL., 1992 ortalaması 7.000 TL., 2006 başında yaklaşık 1.400.000 TL olarak alınırsa, **2006 yılı değerleriyle muayenehane başına yapılması gereken harcama miktarı 30-300.Milyar TL. olmaktadır**. En az 25 - 30.000 adet Aile Hekimliği Birimine ihtiyaç olduğu SB tarafından belirtildiğine göre, Türkiye boyutundan genel toplam 900 Katrilyon TL. veya **900 Milyon Yeni Türk Lirası ile 9 Milyar Yeni Türk Lirası arasında** bir değer bulunmaktadır.)

Yapılacak ve çok büyük miktarlara ulaşabilecek bu yeni dış borçlara ve iç kaynaklı harcamalara ayrıca "**işletme**" giderleri için gerekli finansmanı da ilave etmek gereklidir.

\* Türkiye'nin, gerçekleştirilmek istenen bir "**reform**" için çalışması için, iç kaynakların tükenmiş ve Dünya Bankası'na **dış borç altına girmek zorunda kalmış** olduğu söylem ve uygulamasını doğru ve gerekli kabul etmek de mümkün değildir.

Böyle bir kabul, çok daha fazla paraya ve diğer kaynaklara ihtiyaç duyulacak olan, reformun asıl uygulama safhasına asla geçilemeyeceği, olumlu sonuçların alınamayacağı veya dış borç ipoteği altına girileceği sonuçlarını da kendiliğinden doğurmaktadır. Yıllardır süren ve bugün de içinde bulunduğumuz ekonomik sıkıntılarımızın, kolayca ve sorumsuzca alınıp düşüncesizce harcanan dış borçlarımızı geri ödeyememekten doğduğu herkesçe bilinir ve halktan fedakarlık istenirken, kolayca ve sorumsuzca alınacak yeni kredi borçlarını da Türk halkı defalarca fazlasıyla ve yıllarca geri ödemek zorunda bırakılmamalıdır.

\* **Sağlık hizmetlerini iyileştirmek ve geliştirmek Bakanlık için temel amaç ise**, getirilen öneriler temelsiz, etkisiz ve başka amaçlara yönelik değil; bilimsel araştırmalarla, tüm ilgili uzman kişi ve kuruluşların katkılarıyla oluşmuş, üzerinde bu boyutlarda ihtilaf olmayan, idari yapıyı değil; asıl sağlık hizmetlerimizdeki sorunları ele alan, bünye, gerçek, ihtiyaç, şart, imkan ve alt yapıya uygun, açık, bu amaca doğrudan yönelik başka öneriler olmalıdır.

\* Bütün bu hususların Bakanlık yetkilileri ve ilgilileri tarafından da bilinmekte olması gerekir. Ayrıca, ihtiyaç duyulacak politik, idari, hukuki, sosyal, ekonomik, coğrafi, antropolojik, epidemiyolojik ve benzer bilimsel ve diğer bilgilere sahip olmak veya onlara ulaşmak yahut uzmanlarla işbirliği kurmak olanakları da ellerindedir.

Ancak, böyle bir **iş birliği değil, önceden belirlenmiş hedefleri gerçekleştirecek kapalı çalışma biçimi uygulanmaktadır**.

\* Sağlık hizmetleri üretimi, arzı, talebi, karşılanması, finansmanı, iyileştirilmesi, geleceğinin planlaması, standartların yükseltilmesi gibi çok sayıdaki ana başlık altında yer alan yıllanmış sağlık meseleleriyle ilgili olarak, senelerdir "reform"lar önermekte olan Sağlık Bakanlığı'nin elinde "**reform**" çalışmalarına başlamadan **ÖNCE tamamlanmış**, ülkenin sağlık problemleri ile çözüm tekliflerine dayanak olacak, ilgililerin ve yetkililerin incelenmesine sunulmuş **tek bir resmi, ilmi ve ciddi araştırma, doküman veya yayın, yahut yaptığı çalışmalara başlangıç teşkil edecek benzeri bilimsel araştırmalara dayalı ÖNERİLER, pilot uygulamalar veya bilgiler bulunmamaktaydı**.

Sonuçlanmayan çalışmalar daha önce başlasa da, "reform" içerikli ilk somut sonuç 1987 yılında kabul edilen 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'dur. Bu tarihten önce yapılan (uluslararası kuruluşların kendileri için veya Türk makamlarının isteği ile hazırlanan dar kadrolu ve kapsamsız raporlar dahil) araştırmaların tümü Türkiye sağlık sektörünün **mevcut durumunu** olabildiğince aktaran **raporlardır**.

İlk kapsamlı çalışma olan ve Türk uzmanlarca geliştirilen çalışma Nisan 2000 tarihli olup, esaslarını Dünya Sağlık Örgütü'nün bütün dünya için hazırladığı bir dokümanın Türkiye için olan "2000 Yılında Herkese Sağlık Politikası" adlı yayınıdır ve kapsamı "reform projeleri" ile ilişkili değildir. Aralık 1990 tarihinde sonuçlanan ve Price Waterhouse adlı firma tarafından hazırlanan Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü, sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması konusunda yapılan ilk, uzun süreli, en geniş katılım ve kapsamlı çalışmadır fakat mevcut durumu tespit ettikten sonra, çalışmayı devam ettirmek ve yeni yapılanmanın ilkelerini geliştirmek için verdiği dört seçenek Türk Yetkililer tarafından değerlendirilmediği için, reform ilkeleri belirlenmeden, çalışma yarım kalmıştır.

Halen yürütülen Reform çalışmalarının ilkelerini ortaya koyan ve Dünya Bankası ile yapılan Sağlık Projesi adlı anlaşma 16.8.1990, Resmi Gazete'de yayımı ise 7.10.1990 tarihlidir. Bu ilkeleri tartışmak üzere tertiplenen I. Ulusal Sağlık Kongresi 23-27 Mart 1992 tarihlidir ve **reformun ilkelerini belirlemek için değil**, zaten olabildiğince ayrıntılı olarak belirlenmiş olan **"reform ilkeleri"nin benimsetilmesi için yapılmıştır**. Çünkü, hem bu Kongrede ve hem de bundan sonra 12-16 Nisan 1993 tarihinde yapılan II. Ulusal Sağlık Kongresi'nde katılımcıların çok büyük çoğunluğu tarafından tartışmalar sonunda **ret edilen ilkeler** ve kanun tasarıları, ilkesel hiç bir değişikliğe uğramadan, ancak genel ve açık kongrelerle değil, seçilmiş birkaç kişilik küçük, uyumlu ve homojen grupların yürüttüğü çalışmalarla, günümüzde de aynen yinelenmektedir.

Sorun, ilke, strateji, hedef, kanun taslağı, ulusal sağlık politikası, özerkleşme, özelleşme, genel sağlık sigortası, bölge sağlık idareleri, aile hekimliği, hizmet / müracaat / sevk zinciri, Bakanlığın yeniden yapılandırılması gibi bugünkü tekliflerinden hiçbiri de, yapılmış ciddi araştırmalara değil, Türkiye dışında ve bütün ülkeler için tasarlanmış genel ve farklı amaçlı ilkelere dayanmaktadır; yeni yapılan araştırmalar bunların **gerekliklerini araştırmak için değil kanun tekniğine uygunluklarını ve nasıl uygulanacaklarını** değerlendirmek için, uyumlu çalışma yapabilecek özel ekiplerce yürütülmektedir.

Dünkü ve bugünkü reform **tedbirlerinin bilimsel araştırmalara dayandırılması** gerektiği halde tam tersine, **tedbir teklifleri, yapılmakta olan araştırmaları belirlemekte ve güdülemektedir**.

Araştırmaya dayalı tedbir yerine, tedbire göre araştırma yapma metoduna bilimsel, gerçekçi, doğru veya yararlı demek mümkün değildir. **Öncelikle genel konularla ilgili temel ve belirlenecek konularla ilgili özel araştırmaların tamamlanması, seçenekli çözümler üretilip, deneme uygulamaları ve bunların değerlendirmelerinin yapılması**, kanun tasarılarının bu çalışmaların sonucunda ve belirlenen esasları gerçekleştirebilecek şekilde hazırlanması gereklidir. Bu yapılmadığı için, "reform" kapsamında neyin, ne için, nerede, ne ile, nasıl, ne zaman, ne kadar zamanda ve kim tarafından yapılacağına, sonunda ne olacağına, öncelikli ve sonraki konuların neler olduğuna dair, kısaca bir reform veya iyileştirme yapılması için gerekli planlamaya esas olacak **hiçbir bilimsel ve idari malzeme mevcut olmadan "reform"lara girilmiştir**.

Söz konusu tasarı tasarılarının sayısız kere yeniden hazırlanıp, bir o kadar da iptal edilmesinin sebebi de budur. Neyi, neden ve nasıl yapılacağı bilinmemektedirler.

**Yürütülen çalışmaların bilimsel olmadığı, eksiklikleri sebebiyle uzmanlarca ret edildiği**, fakat buna rağmen ücretlerinin ödenip dosyaların kaybolduğu da bilinmektedir. Müsteşarlık kademesince yapılan bütün aramalara karşılık dosyaların bulunamadığı basına yansımış, bir açıklama yapılmadığı gibi, soruşturma da açılmamıştır.

\* Ortaya çıkan bu tabloda, bir reform çalışması için daha başlangıç safhasında elde olmaması gereken bu kadar "yok"a rağmen hazırlanan taslaklarda reformun ana unsurları olarak ortaya koyulan ve ülkenin sağlık meselelerini bir reform boyutunda çözümlenebileceği iddia edilen genel sağlık sigortası kurulması, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi, aile hekimliğinin uygulanması ve Bakanlığın görevleri ile yapısının değiştirilmesi konularının **neden en önemli konular olarak seçildiklerini**, bunların hangi iyileştirmeleri nasıl gerçekleştirebileceklerini, başka seçenekler arasından bunların en iyileri olduklarını anlatacak ve ikna edecek en küçük bir inandırıcı unsur ve çaba görülmemektedir.

O halde bu "reform" çalışmaları nasıl yapılmış, açıklanan taslaklar neye, hangi bilimsel temeller dayalı olarak hazırlanmıştır? Cevap, çalışmaların "sağlık hizmetlerinin iyileştirmek" için değil, Dünya Bankası'nın tercihleri yönünde "idari yapı değişikliği" gerçekleştirmek amacıyla yapılıyor olduğundan, bu türden ön çalışmalara ihtiyaç duyulmamış olmasında saklıdır.

\* Görev ihmalleri ve yönetim yetersizlikleri, "reform" çalışmalarında da yoğunlukla ortaya çıkmaktadır. Siyasal, idari, mali ve diğer güçlere sahip olan Bakanlık, "bozuk düzen"den ve reform beklentileriyle oluşan kaotik ortamdan yarar sağlayan çevreleri aşır, taslaklarını yıllardır kanunlaştıramamıştır.

\* Bakanlık, bir yandan asli görevi olan kamu sağlık hizmetini yetersiz hale getirirken, bir yandan da, **kendisinin yol açtığı yetersizliği**, sanki başkasının suçu veya kendiliğinden ortaya çıkan bir hal imiş gibi kullanmaya, **"reform" tekliflerine gerekçe yapmaya gayret etmektedir.**

\* Yukarıdan beri sıralanan bütün bu hususlar kamuya açıklanan çalışmalarda ve verilen beyanatlarda da açıkça görülmektedir. Bu sebeple, **hiç kimse reform çalışmalarının içerdiklerini, bunların yarar ve zararlarını bilinçli olarak değerlendirmeden, sağlıkta özelleştirme ve reform felsefesini ve önerilerini desteklemek veya reddetmekte aceleci davranmamalıdır.**

"Mektepler olmasaydı maarifi ne güzel idare ederdim" söylemi, bazı yöneticileri tanımlamakta tekrarlanan bir darbimeseli iken, artık resmi politika olarak ve gururla söylenmekte, kastaşanesiz, sağlık kuruluşsuz, görevsiz, sorumluluksuz Sağlık Bakanlığı yaratma gayretleri ile reform denilebilmektedir.

\* Eğer **sağlık hizmetlerinin özel sektörden ve kişilerin ödemeleriyle satın alınması halkımız için mümkün, iyi ve çekici bir şey olsaydı, insanlarımız hiçbir reforma ihtiyaç duymadan bunu kendiliğinden yapardı.** Yapabilenler de bunu zaten yapmaktadırlar. Halbuki, bu kadar kötü hizmet verilirken bile, imkansızlıkları sebebiyle halkımız bunu yapmıyor, yapamıyor, **sağlık hizmeti ihtiyaçlarını bastırıp erteliyor**, bu da fert ve toplum sağlığımızı tahrip eden temel unsur olmaya devam ediyor.

\* Yapılmak istenen "idari yapı" reformu için gerekli ve asgari şartlar ve alt yapı mevcut olmadığından, **yeni sistem ancak yıkılan mevcut sistemin yığıntılarıyla inşa edilmeye çalışılacaktır.** Bu sebeple başarı şansı daha başlangıçta çok düşük olabilecek, toplum beklediği iyi sonuçları çok uzun seneler boyunca elde edemeyebilecek, ülkenin ihtiyaç, şart, imkan, alt yapı, özellik ve gerçeklerine uymayan bu teşebbüs, sonunda sahibi ve sorumlusu olmayan bir karmaşaya dönüşebilecek, bu sonuç ülkeyi ve insanlarını önce sosyal, sonra da ekonomik bakımdan geriletebilecektir.

\* Türkiye'de böyle bir değişim için gerekli ve asgari ön şartların varlığı sorgulanmalıdır. Eğer böyle bir görev değişimi için gerekli ve asgari ön şartlar henüz mevcut olmadığı halde uygulanmakta ısrar edilirse, sağlık hizmetleri daha da bozulacak, diğer sektörlerle kıyasla gerilemeye devam edecek, sağlık hizmetleri kalkınma çabalarının bir parçası ve alanı olmaktan çıkacağı gibi, üzerinde doğrudan geliştirme çabaları olmayan, dolaylı etkilenmelerle iyileşmeye terk edilmiş, ikinci derecede bir alan haline düşürebilecektir. **Kalkınmanın asıl hedefi olan "insan"ı ve kalkınmanın asli unsurlarından biri olan insan sağlığını** koruyacak ve geliştirecek çabalarını, böyle tesadüfi iyileşmelere bırakmak, kalkınmanın asıl amacına da ters düşen, kabul edilemez bir tutumdur.

Tüm bunların aksine, **Sağlık Bakanlığı, görev ve sorumluluklarından kaçınarak yerine, halkın sağlık hizmeti ihtiyaçlarını, kanunların kendisine verdiği birinci derecede ve asli görev ve sorumluluklar çerçevesinde yerine getirme gayreti içinde olmalıdır.** Fertlerin ve toplumun yararları bunu gerektirmektedir.

### **SAĞLIK HİZMETLERİ TALEP SİSTEMİNDE REFORM YAKLAŞIMLARININ KRİTİĞİ**

Türkiye'de bir genel sağlık güvencesi sistemi kurması ve bütün fertlerin bunun kapsamına alınması konusunda genel ittifak var olmakla birlikte, bunun finansmanının nasıl sağlanması gerektiği konusunda farklı görüşler ileri sürülmektedir.

Bunlar temelde iki grupta toplanabilir:

- Sistemin finansmanının primli sağlık sigortası esasıyla sağlanması.
- Finansmanın hazine / bütçe kaynaklarından sağlanması.

Bir de bu kaynakların çeşitli biçim ve oranlarda birlikte kullanılmasını savunan:

- Hazine + prim veya prim + hazine

görüşü ileri sürülmektedir.

\* Sağlık sektörü, arz ve talep sistemlerinden meydana gelen bir bütündür.

Sağlık sektörü talep sistemleri içinde yer alan sağlık güvencesi sistemleri, sağlık sektörü talep sistemlerinden ve çeşitli finans alt sistemlerinden / mekanizmalarından / yollarından oluşur. Bunun için birçok seçenek vardır ve prim temelli olan "sigorta" bu seçeneklerden sadece birisidir.

**Sağlık güvencesi / teminatı sağlamak için mutlaka sağlık sigortası uygulamak zorunluluğu yoktur ve tüm fertleri sağlık güvenliği altına almanın tek yolu mutlaka sağlık sigortası kurmak değildir.**

"Sağlık güvencesi sağlanması" kavramı ile "sağlık sigortası sistemi" kavramının aynı anlamlı / sinonim iki kavram gibi ele alınması ve güvence denildiğinde sigortadan başka bir seçenek yokmuş gibi, reform çalışmalarında sigortanın tartışmasız ve seçeneksiz olarak sunulması, eğer amaçlı değilse hatalı bir tutumdur.

\* Sağlık sektörünün istenilen seviyede gelişmesi için, aslında bir bütün olan arz ve talep sistemlerinin ayrı ayrı önemi vardır. Her biri için gerekli olan insangücü, yardımcı unsurlar, arz ve talep oluşumları, yönetim yapıları ile ilgili sistem ve alt sistemlerin de ayrı ayrı varlıklarının ve yeterliliklerinin sağlanması gerekmektedir.

Ancak, sağlık hizmetlerinde arz sistemleri karşısında talep sistemlerinin daha üstün bir belirleyicilik / güdüleyicilik özelliği var olduğu düşünülebilir. Güdülenerek yaratılan talepler dikkate alınmadığında, çoğu zaman arzın, talebe bağlı olarak ortaya çıkması ve ona bağlı olarak gelişmesi beklenir. Bu sebeple, genellikle, **sağlık hizmetlerinde talep sistemlerinin geliştirilip düzenlenmesi bir öncelik ve üstünlüğe sahip olabilmektedir.**

Aynı sebeple, talep sistemi için kabul edilen ilke ve esaslar ile sistem tercihleri genellikle daha önemli görünmektedir. Talep sistemi iyi işleyen bir yapıya sahipse, bununla ilgili prensip ve esaslar doğru belirlenmişse, arz sistemleri daha rahat ve serbest bir düzenleme içinde de çalışmalarını sürdürebilir. Hatta talep sistemlerinin baskısıyla, arz sistemleri kendi iç dinamiklerini harekete geçirerek, gerekli iyileşme ve düzenlemeleri kendiliğinden gerçekleştirebilir.

Bu sonuçtan, sağlık sektörü arz sistemlerinin önemsiz olduğu gibi bir anlam çıkarılmamalıdır. Doğru sonuç, talep ve arz sistemlerinden birincisinin ikincisi üzerindeki belirleyici etkisinin daha fazla olduğudur. Ancak bir ülkenin **sağlık hizmetleri seviyesinin belirleyicisi arz sistemleridir.**

\* Sağlık hizmetleri talep sistemlerinde bulunması gereken ilkeler dikkate alındığında, **orta gelir seviyesine sahip ülkelerde en güçlü mali kaynağa sahip sağlık hizmetleri talep ve talep finansman sistemlerinin hazine / bütçe esaslı olduğu görülmektedir.** Günümüzde üzerinde en çok tartışılan ve uygulamaları savunulan çeşitli talep mali kaynakları, bu ilkeler ışığında incelendiğinde, **orta gelir seviyesine sahip bir ülkede:**

- Doğrudan kişisel / hane halkı ödemeleriyle finansmanın, milli gelir seviyesi ve dağılımı şartlarında çok sınırlı bir kaynak olduğu ve çoğu zaman hizmet almama / alamama ile sonuçlanabileceği,

- Doğrudan ödeme nitelikleri gösteren, hizmetin kişisel veya kurumsal yardımlaşma / hayır esasıyla finansmanı halinin kısıtlı, dar kapsamlı ve süresiz olduğu gibi, kişilerin hizmet almama / alamamasına da yol açabileceği için, çağdaş ve sosyal bir devlette kabulüne imkan olmadığı,

- Prime dayalı sigorta kaynaklarının, normal olarak verdikleri vergilerden sağlık hizmetlerini de elde etmesi gereken yurttaşları, bir de, kişilerce doğrudan ödenen ek vergi: "sağlık vergisi: prim" vermek zorunda bıraktığı; ayrıca, prim ödemesinin büyük ölçüde kişilerin gelirlerine ve diğer kişisel ihtiyaç ve isteklerinin zorlamasına bağımlı bulunduğu, bu sebeple bu finansman sisteminin de kestirilmemesi, engel, güçlük ve tıkanmalar ile sağlıkta eşitsizliklere yol açabileceği; bunun da yine kişilerin sağlık hizmeti almaması / alamaması / vazgeçmesi / bastırılması / ertelenmesi sonucunu yaratabileceği.

- Sağlık hizmetleri giderlerinin mahalli idareler ve işverenlerce finansmanının, kaldırılamaz ve güvenilmez külfetler ile, dar kapsamlılık, kısıtlılık, aksama ve hizmet alamamaya, genel ekonomide ve dış ticarete zorluklara yol açabileceği,

- Hazine / bütçe gelirlerinden finansman sağlanması durumunda sağlık hizmetleri, dolaylı ödemeler mahiyetindeki vergiler yoluyla kısmen yine kişilerce ödenmiş olurken, devletin vergi dışı diğer gelirleri de bu amaca harcanabileceğinden; ortaya çıkabilecek bütün kısıtlılık ihtimallerine karşın, herkese hiç olmazsa kabul edilebilir bir asgari seviyede sağlık hizmetlerini garanti etmesi ve buna ek olarak, toplumu sağlıklı kılmak için kişilerin sağlık hizmetlerini mutlaka almaları gerektiği kuralının daha fazla uygulanabilmesi sebepleriyle en güvenilir, geliştirilmeye açık, bünyesi sade ve gerçekçi, **orta gelir seviyesi ve dağılımı açısından adeta gerekli olan bir sistem oluşturabileceği**

söylenbilir.

\* Finansmanı ister hazedenden ister primle olsun, eninde sonunda giderleri tüm fertler tarafından karşılanan **sağlık hizmetlerinin nasıl olması gerektiği hakkında söz ve karar hakkı sadece Sağlık Bakanlığı'nın değil, aynı zamanda öncelikle ve daha çok toplumundur.**

\* **Sigorta** kavramı genellikle şahısların hizmet karşılığında prim ödemelerine dayanan sistemin adıdır ve daha geniş kavram olan "**güvence**" uygulamasının özel bir finansman tipidir. Reform çalışmaları ve Kalkınma Planlarının ifadelerinden, hedefin, "primli" yani sigortacılık esaslı bir **sağlık** sigortası finansman yapısı olduğu anlaşılmaktadır. Bir diğer tip ise, hazine kaynaklı **sağlık güvenliği** sistemidir.

Türkiye'nin planlı dönemi geçtiği birkaç on yılı aşkın sürede çıkarılan 8 adet 5 yıllık planın tümünde, genel sağlık güvencesinin kurulması hedefinden söz edilmiştir. Primli sağlık sigortası genel sisteminin 40 yıldır kurulamamış olması, ülke gerçeklerine uymamasının bir göstergesi ve sonucu olarak kabul edilebilir. Sağlık sektörü talep sistemleri ve talep finansman sistemleri primli sigortacılıkla sınırlı olmadığı halde, sadece bu sistemde yarar yanlışlıklara yol açabilir.

\* **Halen prim esasıyla çalışan SSK, Bağ-Kur ve hatta Emekli Sandığı uygulamalarının olumsuzluğu, açıkça ve kuvvetle ortadadır.** Prim yoluyla yeni, sağlam ve sürekli gelir sağlanamadığı, mevcut uygulama sonuçlarının analizinden önemli ölçüde anlaşılabilir.

\* İster prim ister hazine esaslı olsun yönetim yetersizliği, görev ihmalleri, haksız ve yanlış hükümet / siyaset müdahaleleri de sistemlerde bozulmalara sebep olmaktadır. Öncelikle bu gibi unsurları bertaraf edecek, sonra da sağlam finansman kaynaklarına dayanacak bir yapı kurulmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

\* **Dünya ülkelerinin ancak zengin olan %18'inde primli sigorta sistemi uygulanmaktadır.** Geri kalan %32'si hazine / bütçe esasıyla güvence sistemi işletmekte, geri kalan %50 ise ancak sosyal yardım şeklinde sağlık hizmeti verebilmektedir. **Sigortacılıkta başarılı olan ülkeler, milli geliri ortalama 9.000 \$'ın üstünde, gelişmiş, istihdam ve kültür seviyesi yüksek, şartları elverişli ülkelerdir** (Prof. Dr. Rahmi Dirican).

\* Sağlık Bakanlığı'nın önerdiği, **Genel Sağlık Sigortası (GSS) Kurumu kurulması yoluyla yeni ve sağlam bir mali kaynak yaratılıp yaratılmayacağı** konusu tereddütler uyandırmış ve geniş tartışmalara yol açmıştır.

Halen sosyal sağlık sigortaları kapsamı dışında olduğu halde, tüm toplum GSS kapsamına alındığında, prim vermesi beklenen kişiler esas olarak:

- Sigortaya katılmak istemeyen varlıklı kişiler,
- Sigortaya katılmaya istekli ve prim ödeyebilecek kişiler,
- Sigortaya katılmak istese de istemese de, prim ödeme mekanizması kendisine kolaylıkla ulaşamadığı için prim ödeyemeyecek kişiler,
- Sigorta primini ödemek istemeyen kişiler,
- Sigorta primini ödeyemeyecek olan yoksul kişiler

olmak üzere başlıca beş grupta toplanabilir.

Bu gruplardan ikinci ve üçüncüsü, prim ödeyebileceği için cazip görüldüğü halde, prim toplama güçlüğü ve bu güçlük sebebiyle toplam prim gelirinde ortaya çıkabilecek azalma dikkate alınarak, tahminlerde gerçekçi olunması zorunluluğu vardır.

Sağlık güvencesi olmayan nüfusun, prim ödeyebilecek durumda bulunan büyük bölümü kırsal kesimdedir. Kırsal alandan prim toplamak zor ve masraflı olmaktadır, özel sorunları vardır. Nitekim, vergi toplanması işi dahi aksamaktadır. Tarım üreticilerinden ürünlerinin satışı sırasında Bağ-Kur primine karşılık bir kesinti / stopaj yapılmasına dair Hükümet kararı büyük tepkiler doğurmuştur. GSS için de stopaj yolu düşünülmekte olup, gelir vergisi kaçırmaya kadar uzanabilecek mahzurların hepsi GSS primi toplamak için de geçerlidir.

**Prim ödeme isteğinde, kişilerde düşünel veya psikolojik bir engelin varlığı görülmektedir.**

Zorunlu Bağ-Kur üyelerinden sadece %25 kadarı kendi isteğiyle sağlık sigortası kapsamına girmiş olup, bunların da az bir bölümü sağlık sigortası aidatını muntazam ödemektedir. Bağ-Kur'un toplam üyesinden %1'i düzenli, %34'ü aksak, %30'u çok az prim ödemekte, %35'i hiç ödememektedir. **Bağ-Kur hastalık sigortası için düzenli prim yatıranların sayısı, 3 Milyona yakın üyeden sadece 35 bin kişidir.**

SSK'da 4 Milyon kayıtlı iştirakçinin, bir yıl içinde tam prim ödedikleri gün sayısı ortalama olarak sadece 120 gündür. Yani 4 Milyon iştirakçi ve ayrıca bunların eş, çocuk, ana, baba gibi bağımlıları, yılın her günü sağlık hizmeti ve diğer imkanlardan yararlanabilmekte, fakat ortalama olarak sadece 120 gün için prim ödemekte, diğer çalıştığı günleri sigortaya bildirmemektedir. Böylece prim süre olarak eksik ödenmektedir. Buna ek olarak sigortalıların çok büyük bir kısmı, eksik bildirilen bu 120 günlük primi de asgari ücret üzerinden tahakkuk ettirmektedirler. Böylece prim, miktar olarak da eksik ödenmektedir. Bunlara paralel kaçınılmaz bir bağlantı olarak, işverenlerin prim payları da aynı şekilde nem süre, hem de miktar olarak az ödenmiş olmaktadır. Ayrıca hiç prim ödemeyen kaçak işçiler dolayısıyla oluşan kayıpların incelenmesine burada girilmemiştir. Böylece **SSK primleri beş yönden eksik ödenmektedir.** Bütün bunların anlamı, SSK primlerinin, aynı katılımcı sayısı ile, olması gerekenin yaklaşık 1/6' sı civarındaki bir gelire göre tahakkuk ve tahsil edilmekte olduğudur. Bir başka ifade ile, kabaca, **4 Milyon kayıtlı iştirakçi olduğu halde 670 bin iştirakçi tam yıl ve tam ücretle prim ödemiş olmaktadır.**

Bu rakamlar, prime dayalı sağlık / hastalık güvenliği uygulamalarının Türkiye'de ne kadar zor ve karmaşık bir sistem olduğunun ve olabileceğinin önemli bir göstergesidir.

\* Prime dayalı olarak kurulacak **genel sağlık sigortası**, hazine / bütçe üzerindeki baskıyı, iddia edildiği gibi, çok büyük ölçüde azaltamayacak, **belki de bugünkünden çok daha fazla bir yükü, üstelik sürekli olarak, bugün güvence dışında kalanlar için ödenecek prim biçiminde, hazineye / bütçeye yükleyebilecektir.** Böyle bir sistemin ne kadar çalışabileceğinin ve etkili olabileceğinin çok iyi değerlendirilmesi zorunludur.

**S.B. Reform Koordinatörlüğü hesaplarına göre GSS nin mali tablosu şöyledir:**

- Bugün sağlık güvencesi dışında kalanların gerçek sayısının, yaklaşık 30 Milyon kişi civarında olduğu bildirilmektedir.

- Bunların 1/3'ünün prim ödeyemeyeceği, geri kalan 2/3'ünün ise ortalama olarak yarı prim ödeyebilecekleri belirtilmektedir. Böylece, **yaklaşık 20 Milyon kişinin hiç prim ödeyemeyeceği SB nca kabul ve ifade edilmektedir.**

- Sağlık güvenliği kapsamına alınacak her kişi için SSK standartlarıyla ve 1991 fiyatlarıyla, ilaç dahil, 200.000 TL. ortalama yıllık gider hesaplandığı belirtilmektedir (1993 için bu miktar, nispi olarak kısıtlanarak 300.000 TL. öngörülmüştür). Bu durumda, kapsam dışındaki 30 Milyon kişinin sağlık sigortası kapsamına alınması halinde gerekli olan 6 trilyon lira için devlet 1991 fiyatlarıyla yılda en az 4 trilyon TL. (1993 yılı kısıtlamasıyla 6 trilyon) harcayacak, prim gelirleri ise 2 trilyon TL. kadar olacaktır. Ayrıca Devletin bu konuyla ilgili olarak yatırım, eğitim ve kamu sağlığı giderleri için yine 1991 fiyatlarıyla ekstra 1.3 trilyon TL. harcama yapacağı belirtilmiştir. Bu miktara, GSS için yatırım, donatım ve yönetim giderleri ile, artan başvuruların sigortanın yol açacağı fiyat artışlarının ve benzeri giderlerin payını da eklemek gerekir. Buna karşılık, bütçeden üniversite hastahanelerine verilen ödeneklerden 5.3 Milyar, SB ödeneklerinden 1.8 trilyon TL. tasarruf yapılması düşünülmektedir. Resmen ifade edilen bu rakamlar bir araştırmaya değil hesaplamalara dayanmaktadır. (GSS Maliyet İnceleme Raporu, SB; 1993.)

Bu hususlar dikkate alındığında GSS sisteminin, SB hesaplamalarına göre dahi önemli sayılacak ölçüde ek kaynak sağlayamayacağını söylemek doğru olur. Bu "daha iyi hizmet vermek" ümitlerini olumsuz olarak etkilemektedir.

\* **Devlet Planlama Teşkilatı'nın**, Sağlık Bakanlığı taslakları ile ilgili Mart 1993 tarihli **değerlendirmesine göre**, nüfusun %40'ı olan 24 Milyon kişi sağlık güvenliği dışındadır. 1987 tarihli gelir dağılımı araştırması verilerine göre bu 24 Milyon nüfusun tarım kesiminde olanlarından %70'i, tarım dışı kesimdekilerin %50'si prim ödeyemez durumdadır. Böylece, prim ödeyemez durumda olanların sayısı, toplam 15.5 Milyon kişi olmaktadır.

Yine DPT hesaplarıyla, 1993 bütçesinde Devlet gelirlerinden kişi başına 650.000 TL. tedavi harcaması yapılacağı hesaplanmıştır. Yatırım ve koruyucu sağlık hizmetleri için yapılan harcamalarla birlikte bu miktar 1.000.000TL. ya ulaşmaktadır. Bu durumda, ödeme gücü olmayanların sağlık güvenliği kapsamına alınmaları için Devletin, sadece ilaç ve tedavi için 10 trilyon, tüm harcamalar için 15.5 trilyon TL. kaynak ayırması gereklidir.

Eğer kapsam dışı nüfus SB hesaplarındaki 29 Milyon kişi ve prim ödememe oranı 2/3 yani yaklaşık 20 Milyon kişi olarak kabul edilirse, tüm harcama miktarı (1993 fiyatlarıyla) 20 trilyon TL.'ya ulaşmaktadır. DPT'ye göre, kapsama alınacakları prim ödeyebilecek durumda olanlar, 6.2 ila 9.5 trilyon TL. prim ödeyeceklerdir.

\* Genel sağlık sigortasının **kuruluş masrafları için bütçeden ödenek ayrılacağı** kanun tasarı taslaklarında ifade edilmektedir. Bu da Devlet için bir yük niteliğindedir.

\* Genel sağlık sigortasının işletilmesi sırasında ortaya çıkabilecek **finansman sıkıntılarının, bütçe / hazine kaynaklı yardımlarla** aşılmaya çalışılacağını gösteren hükümler taslaklarda yer almaktadır. Bu da Devlet için yük olma niteliğinin devam edeceğini göstermektedir.

\* Reform çalışmalarına göre, sağlık güvenliği için prim ödemeyen **devlet memurlarından da bu amaçla %10 veya 11 oranında prim kesilmesi** söz konusu olduğunda, bu prim, muhtemelen doğrudan doğruya memurlardan kesilmeye başlanılmayacaktır. Bunun yerine, önce maaşlar prim miktarında artırılacak, sonra da bu artış prim olarak kesilecektir. Daha önce sayılanlara ek olarak bu da Devlet için nispi bir yük olabilecektir. Devletin maaş memurlar için yaptığı sağlık harcamalarının tutarı, prim ödeme için yapılacak maaş artırımını tutarının atındadır.

\* Kanun taslaklarına göre, GSS Kurumunda, prim gelirlerinin %10'una kadar bir bölümün ve ayrıca devlet bütçesinden sağlanacak ek kaynağın **yönetim gideri** olarak harcanacağı ifade edilmektedir. Devlet bütçesi için bir başka yük de budur.

\* Türkiye'de, öncelikle ve bilhassa SSK ve buna ilaveten Emekli Sandığı'nın sağlık (hastalık) sigortası risk kolunun artı bakiye verdiği söylenmekte ve bu iddia, kurulması düşünülen genel sağlık sigortası'nın başarılı olacağına bir delili olarak da sunulmaktadır.

Konu hakkında yapılan inceleme, **SSK ve Emekli Sandığı hastalık sigortası konusunda GERÇEK bir artı bakiye olmadığını** ve sistemin "başarılı olduğu" savının başka bazı sebeplere bağlı olarak ortaya çıkan bir "durum" olduğunu açıkça ortaya koymaktadır.

- Öncelikle, prim miktarının fazla olduğu, diğer ülke kıyaslamalarıyla ortaya çıkmaktadır.

- Hizmete tam olarak yaygınlaştırılmadığı için hizmete ulaşamamakta, bir kısım hak sahibi prim ödediği halde hizmetten tam yararlanamamaktadır.

- Ulaşım imkansızlıkları, olumsuz / engelleyici meteorolojik ve coğrafi şartlar, anarşi gibi sebepler de başvuruları azaltmaktadır.

- Hizmet verilen kurumlardaki kötü şartlar ile hizmet seviyesinin düşüklüğü sebepleriyle, sigortalıların önemli bir bölümü, gerek duyduğu halde sağlık hizmeti ihtiyaçlarını bastırmakta ve ertelemektedir. Bu husus en önemli sebeptir.

- Hak sahipleri ihmalkarlık sebebiyle de sağlık hizmetine başvurmayabilmektedir.

Bu ve benzeri engelleyici sebeplerle sağlık kurumlarına başvuru sayıları düşmekte, böylece hizmet için harcama yapılmamakta, sağlık sigorta kolu prim topladığı halde vermediği hizmetler sebebiyle artı bakiye veriyor gibi görünmektedir.

Gerçekte **var olan artı bakiye değil "eksi hizmet"tir**. Bu yüzden, sağlık / hastalık sigorta kolunda söz konusu edilen artı bakiyenin olumlu bir gelişmeye bağlı olumlu bir sonuç değil, aksine yanıltıcı ve olumsuz bir gelişmeye bağlı olan kötü bir tablo olduğunu kabullenmek; buna bağlı olarak da, gerçek olmayan artı bakiye iddiasını kullanarak sağlık sigortasının "kazançlı" ve sağlam bir "iş" olduğu yanılgısını gidermek gereklidir. Kötü hizmetin olumsuz baskısı kalktığında talep normal olarak çok yükselebilecektir.

\* Daha önce 3 aktif / halen prim yatıran sigortalının 1 pası / emekli olmuş sigortalıyı finanse etmesi / masraflarını karşılayacak biçimde prim yatırıyor / bakıyor olması ile sağlanan 3/1 dengenin, 1/1 sınırına doğru gerilemekte olduğu gibi bambaşka sebeplerle de, sağlık sigortası primlerinin sağlık harcamalarını karşılayabilmesi dengesinin bozulmakta olduğu olumsuz gerçeği, ilgili herkes tarafından ve anlamının farkına varılarak bilinmektedir.

\* Genel sağlık sigortası hesaplamaları yapılırken bilinenleri gereken verilerden biri de, **fertlerin sağlık hizmetine bir yıl içinde ortalama başvuru sayısıdır**.

Türkiye'de sağlık hizmetlerine yıllık başvuru sayısı için, kişi başına ortalama 0,5 ile 4 arasında değişen çeşitli hızlar / oranlar / sayılar verilmektedir. Bu oranların hepsi de, çok dar ve kısmi araştırmalara dayalıdır.

Türk Tabipleri Birliği'ne göre, sigortalıların SSK'ya başvuru sayısı ortalama 1,4'dür ve Türkiye ortalamasının 2,5 olarak kabulü önerilmektedir. Sağlık Bakanlığı'na göre sayı 2-4 arasındadır (Sağlık Sigortası Raporu).

Ancak:

- Temel ve koruyucu sağlık hizmetlerinin geri durumda olduğu,
- Özel muayenehane ve işletmelerin, toplam sağlık harcamalarının çok önemli bir bölümünü kendilerine çektikleri, bunlara yapılan başvurular hakkında doğru ve tam bilgi elde etmenin çok zor olduğu,
- Sosyal sigorta, Yeşil Kart ve Kamu sağlık hizmetlerinden memnun olmayan kişilerin mecbur kaldıklarında özel sağlık hizmeti satın aldıkları, bunlar hakkında da doğru ve tam bilgi elde etmenin çok zor olduğu,
- Sağlık güvencesi olmayan yoksul kesimlerin çok çaresiz kalıncaya kadar kendi kendilerini tedaviye çalıştıkları,
- Coğrafi şartlara ve mevsimlere bağlı olarak hizmete ulaşamayan çok yüksek sayılara / oranlara varabilen kesimlerin varlığı

ve bunlara benzer diğer hususlar dikkate alındığında, **gerçek kişi başına sağlık hizmeti talebi yıllık ortalama sayısının (5 gibi) oldukça yüksek bir hızda olacağı tahmin edilebilir**.

Sigorta kapsamı yaygınlaştıkça, hizmet kapsamı genişledikçe, yeterli hizmet sağlandıkça sağlık hizmetleri talebinin ve başvuru sayısı normalin çok üzerinde artmaktadır. Başlangıç ve geçiş dönemlerinde bu artış oranının -normal şartlarda - üç kat olacağı bildirilmektedir.

Sağlık hizmetine başvuru sayısında 3 kat artışın görüleceği bu geçiş döneminden sonra gelen normal dönemde, sağlık hizmeti verme şartlarının yeterli olarak gerçekleşmesi halinde, 5 yıla kadar olan süre içinde ortalama yıllık başvuru sayısının 5'e çıkabileceği, halk sağlığı uzmanlarınca belirtilmektedir.

Avrupa ülkelerinde, nüfusun ortalama %3-4'ünün, günlük olarak hekime / sağlık hizmetlerine başvurdukları tespitine dayalı olarak, kişi başına yıllık ortalama 11-15 başvuru sayısı ortaya çıkmaktadır.

\* Kimi zaman öne sürülen, **SSK'da hizmet birim maliyetlerinin düşük olduğuna dair görüş** ve ifadelerin geçerliliklerinin değerlendirilmesi için de, "artı bakiye" ve "başvuru sayısı" konularında sıralanan analiz unsurlarının göz önünde bulundurulması ve değerlendirmelerin doğru yapılması gereklidir. Ayrıca, halen SSK sağlık hizmetleri birim maliyetlerinin tespiti için yapılan hesaplamalar sırasında uygulanan metotların ve esas alınan verilerin doğruluk ve yeterliliklerinin tartışmaya çok açık olduğunun bilinmesi de faydalı olacaktır.

\* Yukarıdaki analizler ve özel sektör kârları bir arada düşünülecek olursa, SSK sağlık / hastalık sigorta kolunun kârına kıyasla özel sektör kârının oransızca (yaklaşık 7 kat) büyük olduğu görülmektedir.

Özel sektör yüksek fiyatlar sebebiyle kâr sağlarken, **SSK parasını peşin olarak aldığı halde karşılığı olan sağlık hizmetlerini veremediği için "kârlı" görünmektedir.**

\* Bütün dünyada olduğu gibi Türkiye'de de ("hizmetler" ve çok daha büyük bir hızla "mallar" olmak üzere) **sağlık hizmetleri pahalılaşmaktadır.**

Toplam sağlık harcamalarındaki personel giderlerinin payı oran olarak küçülürken, diğer hastahane masrafları artmakta, ilaç masrafı ise en yüksek artışlardan birini teşkil etmektedir. İlaç fiyatlarındaki ve tedavi harcamaları içinde ilaç giderlerindeki büyük artışlar sebebiyle, sağlık güvenliği sistemlerinde ilaç harcaması kısıtlamalarına gidilmektedir. İlaç fiyatlarındaki artışın en büyük sebebinin, bu sektörde dünya çapında görülen tekelleşme eğiliminin olduğuna dair bulgular vardır. Sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi çalışmalarında üzerinde dikkatle durulması gereken en önemli noktalardan birinin de bu olması zorunlu görülmektedir.

\* Kurulacak GSS kurumunun gelirleri giderlerini karşılayamaz hale geldiğinde, sunulan **hizmet paketi kaçınılmaz olarak daraltılacak, ek primi gündeme getirecektir.**

Çok zengin olanları da dahil olmak üzere, genel sağlık sigortası uygulanan ülkelerinde sağlık hizmetleri, belirlenen bir "sağlık hizmeti paketi" kapsamında verilmektedir. Bu paket çeşitli kapsamlarda olabilir fakat gelir / prim-gider dengesi mecburiyeti dolayısıyla daima sınırlı olmak zorundadır. Bu sınırı / kapsamı aşan hizmetler, sigorta kapsamında verilmemekte ve ücreti ödenmemektedir.

Sağlık hizmet paketi kapsamlarının zaman içinde sürekli olarak daraltılması olgusu bütün dünyada yaşanmaktadır. Bu yön, sağlıktaki "sigortacılığın" çok önemli bir diğer manzurdur.

Reform taslaklarında da, kapsamı bir kurulca belirlenecek olan "paket"ten bahsedilmektedir. Bağlayıcı olmayan başka resmi kaynaklarda yer alan bazı ifadeler de, GSS sağlık hizmeti paketi kapsamının, yurt dışı hariç tüm ihtiyaçları içine aldığı söylenilmektedir. Şimdiki durumda yurt dışı tedavi pek çok sigortalı için mümkündür. Buna rağmen, taslaklardaki GSS hizmet paketi kapsamı ile ilgili olarak söylenenlere göre, tüm fertler için sadece yurt içinde verilecek eksiksiz sağlık hizmetlerinin dahi, toplanacağı hesaplanan primlerle gerçekleştirilmesine imkan olmadığı yukarıda incelenmişti.

Buna ek olarak, sigorta ve özelleştirmenin yaratacağı büyük maliyet artışları da ikinci bir engeldir.

Belirtilen bu sebeplerle, eğer gerçekleştirilebilirse, kurulacağı söylenen GSS'nin sağlık hizmet paketinin de, dünyadaki diğer benzerleri gibi mutlaka ve süratle dar bir kapsam içine çekileceği kolayca görülebilir.

Zengin ülkelerde uygulanmış kapsam daraltma işlemleri ile ilgili bazı örnekler aşağıdadır:

**ABD**'nde Medicare, sigortalının hastahane masraflarını karşılama oranını %70 ile sınırlamış, bu sınır daha sonra 1. kademe tedavi hizmeti veren hastahanelerde %48, 2. kademe %30, 3. kademe %15-18'e düşürülmüştür. Bozulan tablo, sonunda devletin sosyal harcamalarının artması programlarını gündeme ve uygulamaya getirmiştir.

**Almanya ve Fransa**'da randevu sistemi çok katılaştırılmış ileri tarihlere verilen randevularla, gerçekten ciddiyeti olmayan taleplerin caydırılmasına çalışılmıştır.

**İsveç**'te sigortada ilaçlar kısıtlıdır, kapsam içi ilaç bedellerine hasta da katılmaktadır. Bazı cerrahi uygulamalar kapsam dışıdır. Yatış süreleri sınırlıdır.

**Norveç**'te, İsveç'tekilere ek olarak, sadece kronik hastalara ve belli oranlarda ilaç bedeli ödenmektedir.

**Finlandiya**, İsveç'teki uygulamalara ek olarak ilaçları da kısıtlamıştır.

**İtalya**'da sigorta, giderlerini karşılayamaz hale gelince, borçları devlet üstlenmiş ve harcamalar kısıtlanmıştır.

**İspanya**'da nüfusun %85'ini kapsayan INSALUD, ilaç ve hastahane masrafları yüzünden ödeme güçlüğüne düşüncü kısıtlayıcı tedbirler getirmiştir.

**Meksika**, aynı sebeplerle, sadece 100 ilacı ödeme kapsamına almıştır.

**Türkiye**'de kamu kaynaklarından sosyal sigortalara yapılan yardımlar dışında, sigortalılardan muayene, tetkik ve ilaçlar için katılım payları alınması, reçete başına ilaç sayılarının kısıtlanması, ilaç ve araç-gereç listelerindeki fiyatları aşan ilaçlar ve malzeme için fiyat farkı alınması gibi uygulamalar başlatılmıştır.

\* Sağlık sigortası hizmet paketinde kısıtlamalar uygulamaya koyulduğu zaman, ardından, **ek prim** konusu gündeme gelmektedir.

Ödeme gücü olanlar ek prim ödeyerek daha kapsamlı paketler satın almaktadırlar. Bu imkan verilmeyenlerde, özel sigortacılık yoluyla ek hizmet veya fazla ödeme imkanları aranmaya başlanılmaktadır. Ancak, böyle bir ek ödemeye gücü olmayanlar için eksik hizmet ve sıkıntı söz konusu olmaktadır.

Bütün bunların doğurduğu olumsuz sonuçlar ise:

- Sağlık hizmetlerinden hoşnutsuzluk ve çok zorunda olmadıkça hizmet talep etmeme,
- Sağlık seviyesinde düşme,
- Şikayetlere çözüm olarak, kamu + özel sigortalının ödemelerinin birleştirilmesi yönünde baskılar, sistem dışı ve usulsüz ödemelerle sistemin zorlanması, tavizler, bozulmalar,
- Kaçınılmaz olarak, farklı seviyelerde sağlık hizmeti verilmesi, hizmette farklı standartların gelişmesi ve eşitsizliklerdir.

\* Sigorta sisteminin lehine söylenen bir diğer önemli üstünlük iddiası, "Sağlık sigortası **prim gelirlerinin ayrı toplanması sebebiyle tam olarak belli olduğu ve bunların başka amaçlar için kullanılmayacağı**, böylece bu gelirlere dayanılarak daha sağlıklı planlama-bütçeleme-harcama yapılabileceği" şeklinde özetlenebilir.

Ancak, sayılan bu hususlar, bir sistem tercihini tek başına belirleyecek önemde ve özellikle yeterli unsurlar olarak görünmemektedir. Pek çok başka şeye de ihtiyaç vardır. Üstelik, bu üstünlük iddialarından hiçbiri, bir başka sistemde temin edilemeyecek hususlar değildir. Hatta, bazı sistemlerde bunların önemleri azalmaktadır.

Öte yandan, Türkiye'nin ve pek çok başka ülkenin hem kamu nitelikli sayılan hem de özel nitelikli olan sigortacılık uygulamalarının incelenmesi, çoğu zaman bu iddianın tam tersinin gerçek olduğunu göstermektedir. Sigorta primlerinin, başka alanlarda beliren finansman ihtiyaçlarının karşılanmasında kullanılmasının örnekleri sayısızdır. Bu, hem Türkiye'de hem de başka ülkelerde, hem kamu hem de özel sigorta kuruluşlarında yapılmış, hatta, bu sebeple pek çok sistem çökmeleri yaşanmıştır.

SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı, prensip olarak, 3. taraf devlet primi ve/veya diğer hiç bir tür devlet yardımı almayan, bu yüzden de üzerinde devletin / hükümetin -bir işveren olarak prim ödeme dışında- hiçbir hakkının bulunmadığı kurumlardır. Hatta "resmi" nitelikleri bile tartışılacak, özel bir nitelik taşıyan, prim ödeyenlerin sahibi olması ve bağımsız olmaları gereken sigorta kuruluşlarıdır. Devlet / hükümet bu kuruluşların önce yönetiminde haksız olarak tek yetkili olmuş, sonra yetersiz ve politik uygulamalarla yapısını ve mali dengesini bozmuş, daha sonra prim gelirlerinden oluşan mali kayıplarını başka amaçlar için yoğun olarak kullanmaya başlamış, en sonra da kendi mali sorumluluklarının bir kısmını da bu kuruluşlara yüklemiştir. Bu sigorta kuruluşları üzerinde müdahale ve başka amaçlı kullanımların her türlü ve en şiddetlileri uygulanmış ve halen de uygulanmaktadır. Buna karşılık, devlet / hükümet sorumluluklarından, prim borçlarını ödemek dahil pek çoğunu yerine getirilmemektedir. Bu uygulamalar sebebiyle kurumlar iflas çizgisi kenarında dolaşmaktadırlar.

Benzer şekilde, bütün özel sigorta şirketleri de, prim gelirlerini başka yatırım alanlarında kullanmaktadırlar.

Kurulması planlanan GSS kurumunun da, SSK ve benzerleri gibi istismara uğramayacağını garanti etmek mümkün değildir.

\* Konunun bir de ters yüzü vardır. Eğer sigorta gelirlerinin başka amaçlar için kullanılmayacağı varsavılırsa, **geliri aşan ihtiyaçların devlet yardımlarıyla karşılanmaması** da söz konusu olabilir. Günümüzde pek sık karşılaşılabilen böyle durumlarda da, risk ve hizmet paketi kısıtlamalarına veya prim artırımına başvurmadan başka çözüm kalmamaktadır.

\* Güçlü bir sağlık sigortası kurulduğu takdirde, bu kurumun, talep edeceği sağlık hizmetlerini her bakımdan kontrol etmek suretiyle, "yeterli ve kaliteli sağlık hizmeti arzının doğmasına da katkıda bulunacağı" şeklindeki iddiaların da çoğu zaman yeterince gerçekçi olmadığı görülebilir.

Memurlara bütçeden yapılan harcamalar, Emekli Sandığı, SSK, Bağ-Kur, diğer sosyal amaçlı sigortalar, özel sigortalar gibi nüfusumuzun önemli bir kısmını kapsayan mevcut **sigorta sistemlerimiz, sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesi için herhangi bir etki sağlayamamışlar, kendi sağlık tesislerine sahip oldukları halde verdikleri hizmetin kalite ve niteliğini artıramamışlardır.**

Genel çizgileri ile, para mevcut olduğu halde kaliteli hizmet bir yana, çoğu zaman sıradan hizmetler dahi temin edilememektedir. Üstelik ortada, görevli ve sorumlu birkaç Bakanlık bulunduğu halde, hizmetlerden genel bir yakınma söz konusudur. Böyle bir kalite kontrolünün, bugün kanunlarla görevli olanlarca yerine getirilememesinin sebepleri, GSS için çok daha ileri boyutta söz konusu olabilecektir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık sigorta şirketlerinin yaptıkları araştırmaların sonuçlarına göre, sigortalıların hastahaneye yatışlarının %30'u (yaklaşık olarak her 3 yatıştan 1'i) gereksiz yatıştır ve yılda 2 Milyon gereksiz ameliyat tespit edilmiştir. En önemli sebebinin "kazanç" olduğu bu sayılar, sigorta kuruluşlarının çok sıkı denetim yürüttüğü bir ülkede bulunmuştur. Bunun ülkemizde ulaşacağı boyutları da düşünmek gereklidir.

\* GSS Kurumu'nun, satın alacağı sağlık hizmetlerine karşılık yapacağı ödemelere esas olacak **maliyet ve fiyat denetimi** mekanizması, en az primlerin hesabı ve tahsili ile hizmetlerin kantite ve kalitesinin denetimi kadar önemlidir. Aksi takdirde hastahanelerin fiyatı bilinemez, hastahaneler de sistemi gerçek dışı fiyatları ödemeye zorlayabilir.

\* Teklif edilen sistem **"sağlık" sigortası değil, "hastalık" sigortasıdır**. Ancak, koruyucu sağlık hizmetlerini de kapsamına aldığı takdirde "sağlık sigortası" vasfı kazanabilir. Bu yolla, ayrıca, pahalı olan tedavi hizmetlerinden tasarruf sağlanıp, çok az bir para ile "sağlıklı olma hali" korunur, insanlar, sistem ve toplum kazançlı çıkabilir.

\* **Sadece sağlık primine dayalı sistemlerin finansmanı sakıntısına düşeceğine dair görüşler vardır**. Türkiye'de mevcut sosyal sigorta kuruluşları, sağlık dahil birkaç risk alanında birden faaliyet göstermektedirler. Böylece hem yönetim giderleri azalmakta, hem de prim aksamalarında ve finans darboğazlarında ortaya çıkan nakit akışı tıkanmaları, risk kolları arasında yapılan kaynak aktarmalarıyla geçiştirilebilmektedir.

GSS kurumu ise tek bir risk alanında (hastalık) hizmet vermek üzere teşkil edilmektedir. Başbakanlıkça oluşturulan bakanlıklar arası komisyonun yayımlanan raporunda, prime dayalı ve sadece sağlık alanında hizmet verecek bir "sigorta" sisteminin finansmanına imkan olmadığı, bu sebeple sağlık vb. riskleriyle birlikte uygulanması gerektiği, sadece sağlık sigortası kurulmasının ülke şartları sebebiyle uygun bulunmadığı bildirilmektedir.

\* Fertlere **sağlık güvencesi hakkı tanınması ile, onların bu hizmete gerçekten kavuşmaları, birbirinden tamamen farklı iki şeydir**. Kağıt üzerinde kalacak, kısa zamanda tıkanacak, kaynakları tüketecek ve sonunda, ihtiyacı olan kimselere hiçbir şey veremeyecek herhangi bir sağlık güvencesi vaadinin bir anlamı ve değeri bulunmamaktadır.

\* Bu kadar olumsuzluğa rağmen primli genel sağlık sigortası sistem kurmaya kalkışmanın rasyonelelikten uzak bir macera olarak görülebilir. Türkiye'nin şart, ihtiyaç, imkan, alt yapı, bünye ve gerçeklerine uyumsuz olduğu halde sadece, "sağlık hizmetleri talebini özelleştirme" ısrarından kaynaklanmaktadır. Bu çerçevede, bizzat SB Reform Koordinatörlüğü'nün hesaplarına göre, kurulacak olan bir genel sağlık sigortasının gelirinin 2/3'ünde bir fazlasını yine hazine / bütçeden karşılayacaksa ve yeterince yeni mali kaynak yaratılmıyorsa,

- Neden genel sağlık sigortası sisteminin seçildiği,
  - Neden yeni bir kurum kurulduğu,
  - Neden yeni kuruluş ve işletme giderlerine yol açıldığı,
  - Neden birçok tehlike ihtimalini dile getiren birçok uyarıya kulak verilmediği ve
  - En önemlisi, neden taslaklarla getirilen bu modelde böylesine ısrar edildiği,
- rasyonel, bilimsel ve ikna edici verilere dayalı olarak mutlaka açıklanmak ihtiyacındadır.

Böyle bir açıklama yıllardır yapılamamıştır. Gösterilenlerin arkasındaki asıl özelleştirme gerekçesi açıklanmamıştır. Neden, sağlık hizmetlerinin talebinde fertlerin maddi gücüne dayalı "primli mecburi sigorta" yoluyla "özelleştirme" ve arzında sermaye birimine dayalı "serbest piyasa" yoluyla "özelleştirme" modellerine geçiş için ısrar ve zorlama söz konusudur?

Neden, yönetim yetersizlikleri ve görev ihmallerinin sağlık hizmetleri üzerinde yol açtığı bozukluklar giderilmeyip aksine derinleştirilmekte, bundan dolayı ortaya çıkan sonuçlar istismar edilerek, güçlü bir propaganda desteğiyle, sloganlarla, bu iki model değişikliği mutlaka gerçekleştirmek istenmektedir?

Neden, reform söylemleriyle bir bekleme ortamı yaratılarak hizmetler iyice tıkanmakta, çöküş ortamı sağlanmakta, sonra da bu iki model "tek çözüm" olarak sunulmaktadır?

Sonuç olarak, neden, devletin sağlık hizmetlerini veremediği ve vermemesi gerektiği inancını doğurmak suretiyle, sağlığı devlet görev ve sorumluluğundan çıkartarak, özel sektörün serbest piyasa metaı haline getirilmeye çalışılmaktadır ?

\* Milli sağlık politikalarının geliştirilmesi sırasında, toplumumuzun büyük çoğunluğunun çıkarları ile finansman sistemlerinden yarar sağlayanların çıkarlarının tüm toplumun sağlık, refah, mutluluk, verimlilik gibi taleplerini sağlayacak **orta çıkarlar halinde nasıl uzlaştırılabileceği** meselesinin, sağlık sektörümüzün bugünkü gündemini ve gelecekteki hizmet sistemini çözümlenecek anahtar soru ve cevaplar olarak düşünülmesi yararlı olacaktır.

\* I. Beş Yıllık Kalkınma Planı'ndan buyana, **Türkiye sağlık sisteminin talep, arz ve finansman modelleri kanunlarla belirlenmiştir**.

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilerek tüm topluma bir kamu hizmeti olarak ve eşit halde yaygınlaştırılması yanında, devlet bütçesinden finansman, kanunlarımızda yer almakta olan mevcut modellerin esasını teşkil etmektedir. Zaman içinde tümüyle bütçe esasına geçişe imkan sağlamak üzere, gerekirse bir süre bütçe ödeneklerinin primlerle desteklemesi de mevcut talep finansmanı modeli içindedir.

Bütün bu hususlar kanunlarımızda yer aldığına göre, sorgulanması gereken konu, kanunların ve planların öngördüğü modellerin kuruluş, alt yapı ve işletme gereklerinin neden yerine getirilmediği, yani kanunlara neden uyulmadığı, ihmal edildiğidir.

Kırsal alanlarda 2.000 şehir mahallerinde 5-10.000 nüfusa bir sağlık ocağı, hizmet / başvuru / sevk zinciri sistemi, kâr amaçlı rekabet yerine iş birliği ve hizmette bütünlük, tam gün çalışma, ücretsiz sağlık hizmeti, gerektiğinde prim destekli hazine finansmanı ve benzeri ilkelerin tümü kanunlarımızda var olan hususlardır. Yıllardır bu kanunların uygulanmasında neden ihmalci davranılmıştır? Kıymetli zaman neden boşa harcanmıştır? Halkın kabul edilemez ölçüde artan sağlık sorunları ve sistemin irrasyonelliği bahasına, neden özelleştirme asıl amaçmışçasına öne çıkarılmaktadır?

\* İnsanlar, kazançlarının 1/4'ünü veya fazlasını vergi olarak verdikten sonra, ikinci 1/4'ünü veya fazlasını da prim olarak ödedikleri halde, ellerinde kalan yarıdan az paradan, sağlık hizmeti elde etmek için özel sektöre üçüncü kere ödeme yapmak zorunda kalmak istememekte haklıdırlar. Vergisini ödeyenler, ödediği bu ücretin karşılığı olan sağlık hizmetlerini ve diğer hizmetleri beklemektedirler. Vergi ödeyen kişiler, neden bir de prim ödemek zorunda olduklarını, prim ödeyenler ise vergilerinin neden bu prim miktarında azaltılmadığını sorduklarında haklı olurlar.

Devletin, vergi dışı kaynakları da kullanarak zenginleşmesini, bu zenginlikten fertlerin daha adil pay almasını, vergi oranlarının azaltılmasını, kayıt dışının kayıt altına alınmasını beklerken, bir yandan daha da fakirleşip öte yandan prim şeklindeki ek vergilerle karşı karşıya kalan insanları mutlu edecek inandırıcı bir açıklama mevcut olamaz.

Üstelik bu insanların büyük kesimleri, parasını ödedikleri hizmetlerin kötülüğünden yakınmakta, mevcut finansmanın ve diğer kaynakların verimi olarak değerlendirilmesini istemektedirler.

Kaynakların kamu yerine özel kesime aktarılmasından kuşku ve huzursuzluk duyulabilir.

Hizmetleri veren sağlık insangücü ile, bunların temsilcisi olan birlikler, odalar, dernekler, sendikalar ve diğer toplum temsilcisi kuruluşlar da bütün bu haklı görüşleri ve talepleri paylaşmaktadırlar.

\* Genel sağlık güvencesi sistemi kurulması konusunda "Bakanlık tercihini sigorta yönünde yapmıştır, artık tartışmalar bu tercihin gerçekleşmesi yönünde yapılmalıdır" şeklinde bir görüşe kapılmak, tamamen tehlikeli birtakım gelişmelere yol açabileceği için yanlış olur.

**Aksine, tüm ülke insanların hayatı ile ilgili olan bu çok riskli konunun her yönüyle ve tüm boyutlarıyla tartışılmasında kesin zorunluluk vardır.**

\* Ayrıca konu siyasi ve idari olmaktan öte insani, teknik ve ekonomikdir. Uzmanların ve tüm ilgili-yetkili kişi ve kurumların katılımına ihtiyaç gösterir.

Sigorta tercihinin karşı çıkanların muhalefetleri ve gerekçeleri, ilgililerin gereken dikkatini çekerek, toplumun büyük kesiminin katılacağı çözümlerin üretilmesi, asıl önemli olan uygulama safhasının da başarılı olmasını sağlayacaktır.

\* Bu tür çok önemli ve çok boyutlu konularda toplumsal **ittifak / dayanışma, azınlık tarafından önceden seçilmiş olan bir seçeneğe taraftar kazandırılması için değil, daha başlangıçta, seçenekler arasından birinin tercih edilmesi safhasından itibaren gerekli ve önemlidir.**

Ancak o takdirde gerçek bir ittifaktan bahsedilebilir.

Sağlık güvenliği konusunda Sağlık Bakanlığı ile birlikte, konu ile ilgili olan tüm kişi ve kuruluşlar alaka, hassasiyet ve sorumluluk duymaktadır.

Bu duygular dikkate alınarak, yukarıdaki yaklaşım ve ittifakı sağlamak amacıyla, çalışmalara yeniden ve baştan başlanılmasında ve sonraki bölümde yer alan değerlendirme, öneri ve tedbirler üzerinde çalışılmasında büyük yararlar sağlanabilecektir.

### **SAĞLIK PERSONELİ SAYISI VE NİTELİĞİ**

Sağlık reformu çalışmalarında Türkiye'nin ihtiyacı olan tabip ve diğer sağlık personelinin sayı ve nitelikleri konusu temel tartışma alanlarından birini oluşturmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin dört temel unsuru olan insangücü, yardımcı unsurlar, oluşumlar ve yönetim yapılarının hiçbirinden vazgeçilemez. Ancak bunlar arasında "olmazsa olmaz" özellikte olanı, sağlık insangücü ve en başta da tabiptir.

Çağdaş batı tıbbi söz konusu olduğunda **tabip yoksa sağlık hizmeti de yok demektir.**

Bu temel gerçeğe rağmen ülkede hekim fazlası ve işsiz hekimler bulunduğu, tıp öğrencisi fazlalığının kalite düşüklüğüne yol açtığı, gereksiz yere yeni tıp fakülteleri açıldığı ve bunlara benzer iddialar ileri sürülmektedir.

Bu iddiaların tümü de tartışılabilir niteliktedir. Mesleki itibar ve imkanları korumak endişesinden, bazen da ekonomik sebeplerden kaynaklanabilmekte ve kimi zaman da aksi görüştekileri şiddetle suçlayan boyutlara ulaşabilmektedir.

Halbuki

- hastanın tabip seçme özgürlüğünün işlenmesi,
- hizmette rekabetin sağlanması,
- hizmet kalitesinin yükseltilmesi,
- hizmete ulaşılabilirliğin sağlanması,
- hizmetin etkililiğinin artırılması,
- hizmetin verimliliğinin artırılması,
- kaynakların ihtiyaçları karşılayabilir hale gelmesi,
- temel, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi,
- aile hekimliğinin kurulması,
- hizmet / müracaat / sevk zincirinin işletilmesi,
- özel sektörün sağlık hizmetleri alanına daha çok girmesi,
- sağlık güvencesinin yaygınlaştırılıp, kapsamının tamamlanması,
- sağlık göstergelerimizin yükseltilmesi,
- "Herkesine Sağlık" hedeflerine ulaşılması,
- Dünya Sağlık Teşkilatı hedef ve tavsiyelerinin uygulanabilmesi

gibi tüm **sağlık hedeflerinin gerçekleşmesi için, en başta yeterli kadar tabibin mevcut olmasının gerektiği** bir ortamda, tabip sayımızın yeterli olduğunu, hatta fazlalık bulunduğunu söylemenin, "sağlık hizmeti" dışındaki bazı endişeleri her şeyin önüne alan bir yaklaşım olarak nitelendirilmesi tehlikesi vardır.

Sağlık meseleleri ile uğraşan insanların, konu dışı bazı kaygıları bir yana bıraktıkları ve tarafsız olarak değerlendirdikleri zaman:

- Sağlık hizmetinin temel unsurunun tabip olduğunu,
- Bu sebeple, sağlık sektöründe yeterli nitelikte olmayan tabiplerin ve kalitesi düşük hizmetlerin sebebi olarak, ancak ve sadece, **tabip sayısının alt sınırından söz edilebileceğini,**
- Pazar ekonomisi / serbest piyasa şartları mevcut olsun veya olmasın **üst sınır diye bir hat çekilmesine gerek yoktur ve imkan olmadığını**

kabul etmemeleri için fazla bir sebep bulunamayacaktır.

Bir taraftan sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesini isterken, diğer taraftan salt sayısal gerekçelerle tıp fakültelerinin kontenjanlarının azaltılmasını ve daha az sayıda tabip yetişmesini talep etmek çelişkidir.

Gereğinden fazla tabip, hemşire, teknisyen ve benzeri sağlık insangücünün var olması ve göreve hazır bulunması, her an kullanılabilir bir zenginlik olarak görülmelidir.

Kabul edilmez ki: **Sağlık hizmetleri bakanlıksız olabilir fakat tabipsiz olamaz.**

\* Hekim ihtiyacımızın, sağlık hizmetlerinin Türkiye'den daha iyi olduğu ülkelerdeki hekim başına nüfus sayılarını dikkate alarak tespit etmenin yanlış bir yol olduğuna dair iddialar vardır.

Asıl yanlışlığın, bu "yanlışlık" iddiasında olduğu da söylenebilir.

Hemen her alanda başka ölçütlerle birlikte bir ölçme, kıyaslama, düşünme ve değerlendirme unsuru olarak ileri ülkelerin seviye ve standartlarını kriter ve hedef olarak alırken, tabip sayısı konusunda alınmamasını istemenin gerekçesinin çok mantıklı olması gerekir, aksi takdirde inandırıcı bulunamaz.

Ülkenin ihtiyaç, şart, imkan, alt yapı, bünye ve gerçekleri de dikkate alınarak **ileri standartları hedef olarak seçmek "tam ve yeterli" değildir fakat, "doğru ve gerekli" bir ölçüt olarak her alanda uygulanmaktadır.**

\* Türkiye'de tabip sayısının yeterli olduğu fakat bunlardan gerektiği gibi faydalanılmadığı yahut insanlarımızın tabibe başvuru sayılarının Avrupa ülkelerinden düşük olduğu iddialarının, sonucu belirleyecek kesin gerekçeler olarak takdim edildiği görülmektedir.

Gerçekte, sağlık hizmetleri gerektiği gibi verildiğinde ortaya çıkacak olan tabip ihtiyacımızdan daha fazla tabip mevcudumuz olduğuna dair, ne akli ne de ilmi, açıklanmış hiç bir kanıt ve genel araştırma yoktur, yapılmamıştır.

Aksine, tabip sayımızın yetersizliğinin delilleri olan tabipsiz kır ve şehir toplulukları, üzücü birer gerçek olarak, bu iddiaların karşısında durmaktadır. Her yerde çok sayıda tabibe ihtiyaç duyulmaktadır.

\* Uzun yıllar, daima "tabip sayımızın yetersiz" olduğu söylenile gelmiştir.

**Yaklaşık 50.000 tabibin bulunduğu ve bu sayının ihtiyaçtan fazla olduğunun kesinlikle belirtildiği bir dönemde,** (dengesiz dağılım hiç dikkate alınmadığı da dahi) **60 Milyon nüfusla tıp hekimi ihtiyacımızın 100.000'den az olmadığı** hesaplanarak bulunabilmektedir. Bu hesap, aynı ölçütler kullanılarak herhangi bir tarih için her zaman yenilenebilir.

**Türk Tabipleri Birliği,** Aralık 1992 itibarıyla bir hesaplama yapmıştır. Aşağıdaki hesaplamada da aynı hesaplama tekniği korunmuş, fakat, TTB'nin standart saydığı bazı oran ve sayılar, daha gerçekçi olduğu düşünülenlerle değiştirilmiştir.

1- Avrupa ülkelerinde nüfusun %3-4'ünün günlük olarak hekime başvurduğu tespit edilmiştir. TTB, hesabında %2 oranı esas almıştır. SSK'da yapılan bir çalışmada %3 olarak bulunan bu oranın, iyi bir sağlık hizmetleri ortamında en az %4 olacağı kabul edilebilir (kişi başına yıllık ortalama 10 başvuru). Daha iddiasız olarak, en az %3 oranı esas alındığında, **60 Milyon nüfusun günlük tabibe başvuru sayısı ortalama 1.800.000 kişidir.**

2- TTB hemen bütün yayınlarında uygun bir muayene ortamı için hekim başına ortalama günde en çok 20-25 hasta önerdiği halde, hesabında 40 hastayı esas almıştır. Bunların ortası olan 30 hasta esas alırsa, **ilk kademe** (pratisyen veya aile hekimi) **hekim ihtiyacı**  $1.800.000 / 30 = 60.000$  hekimdir. (TTB:30.000)

3- Bu sayıya eklenmesi gereken hastahane uzman hekim ihtiyacını hesaplamak için, ülke yatak ihtiyacının esas alınması en basit yol kabul edilebilir. Avrupa'da 10.000 nüfusa 100'ün üstünde yatak esas alındığı halde, Türkiye için 10.000 kişiye 100 yatak (TTB:10.000 de 50) standardı esas alınmıştır. Bu durumda en az 600.000 (TTB:300.000) yatağa ihtiyacımız olduğu ortaya çıkar (mevcut 150.000). Ortalama olarak 20 yatağa bir uzman (TTB:30 yatak) hesaplanırsa, 30.000 hastahane uzmanına (TTB:10.000) ihtiyaç olduğu bulunur. Daha iddiasız olarak, **asgari 20.000 hastahane uzmanına ihtiyacımız olduğunu kabul edilebilir.**

4- Dispanser, poliklinik, sağlık ocağı gibi yataksız sağlık kurumlarından sevk edilerek gelen hastalara bakmak için, her 10 pratisyene 1 uzman (TTB:aynı) ihtiyacı kabul edilirse  $60.000 / 10 = 6.000$  **poliklinik uzmanı gerekir** (TTB=3.000).

5- Özellikle müdahil / cerrahi branşlarda gerekli olan uzman yardımcısı / asistan için, her 6 uzmana 1 asistan (TTB:10/1) hesabıyla **5.000 asistan ihtiyacı** bulunur (TTB:1.000).

6- Zorunlu hallerde **yönetim hizmetleri için 1.000 tabip görevlenebilir.** (TTB:aynı) (Sadece hastahane sayısı 800'ü aşkındır.)

7- İyi çalışan **korucu hekimlik ve işyeri hekimliği** hizmetleri için **asgari 5.000 hekim** kabul edilmiştir. (TTB:2.000)

**Toplam olarak**, asgari başvuru sayısı ile **60 Milyon nüfus için** TTB hesaplama tekniğiyle **en az 100.000 hekime ihtiyaç vardır** denilebilir (TTB:50.000).

\* **Diş tabibi** ihtiyacının hesabı için, Avrupa'da ve SSK'da nüfusun %0.5'i günlük başvuru hızı olarak kabul edilerek, günde 300.000 başvuru ve hekim başına azami 20 hasta esasıyla, **sadece sosyal tıp hizmetleri için 15.000 diş tabibine ihtiyaç olduğu bulunur.**

\* **Hemşire** ihtiyacı hesabında, Avrupa'da 2 yatağa 1 hemşire esas alınırken, bizde 5 yatağa (TTB:10) 1 hemşire ve 10.000 nüfusa 100 yatak (TTB:50) esasıyla **120.000 hemşireye ihtiyacımız olduğu ortaya çıkar** (TTB: 30.000, Avrupa ortalamasıyla 300.000).

\* Tabip ve tabiplik kavramları ayrı ayrı düşünülüğünde, konunun özü biraz daha açık olarak ortaya çıkabilir.

**Tabip Bir İnsan'dır.** Bir meslek sahibidir. Yaşamak için ve üretim toplumunun bir üyesi olarak iyi yaşamak için, kendini geliştirmek, harcadığı yıllar için iyi bir karşılık almak, bir statü elde etmek, rekabet ortamında bir yer edinmek ve bunu korumak için tabii olarak para kazanmak isteyecektir. Tüm meslek sahipleri de, hatta doğru dürüst bir mesleği olmayan insanlar da aynı şeyi isterler. Çünkü, bugünün toplum normları, bu güdüyü sürekli bir şekilde kişinin bedenine, beynine, ruhuna enjekte etmektedir. Bu işe öğrenmeye çalışmak, çevrede müstehzi gülümsemelere ve kişinin yetersizliği konusunda şüphelere yol açmaktadır.

**Tabiplik İse Bir Meslek'tir.** Artık burada ölçütler değişiktir. Çelişki gibi görünse de, meslek sahibi kazanca yönelmişken meslek başarıya yönelmiştir, yahut yönelmelidir. Kişi, insan olarak bir tür davranırken, meslek sahibi olarak bir başka türlü davranmak ister. İkinci, üçüncü kişiler meslek sahiplerinin insanca zayıflıkların değil, mesleki etik ve gereklere uygun davranıyor olmalarını beklerler. Şüphesiz ki, insanlarla ve onların hayatlarıyla yakından ilgili meslek sahiplerine karşı beklentiler daha da yoğun ve hassastır. Bu sebeplerle, bazı meslekler açısından ele alındığında meslektaş sayısının artmaması istek ve gayretleri anlaşılabilir ve hatta kısmen tabii görülebilirse de; toplum ve ülke ihtiyaç ve menfaatleri açısından bakıldığında, bunun doğru ve haklı olduğunu söyleyebilmek mümkün olmayabilir.

Toplumumuz tabiplere çok itibarlı bir mevki vermektedir ve onlardan çok şey beklemekte, ümit bağlamaktadır. Bu statünün ve hizmetin, maddi endişelerle geriletilmesine hiçbir zaman izin verilmemelidir. Salt maddi bakış açılarıyla hareket etmek topluma ve mesleğe bir yarar sağlamayacaktır.

\* Sadece tabip değil, hemşire, sağlık teknisyeni ve benzerleri gibi sağlık insan gücü sayısının gerçek ihtiyaçtan fazla olmasının, toplum açısından, oldukça küçük olan işsizlik ihtimali dışında, ne gibi bir sakıncası olabilir?.

İşsizlik sadece tabip için değil, işsiz olan herkes için kötüdür. **Devlet, tam istihdam politikalarıyla ve insan gücü planlanmalarıyla işsizliği önemelidir.**

Sadece bir tabibin değil, bir mesleğe sahip olsun veya olmasın herhangi **bir insanın işsiz olmasının en büyük sosyal haksızlık ve çözülmesi gereken en önemli bir mesele** olduğunu biliyor ve buna inanıyorsak, meselenin ve çözümünün, meslek mensuplarının sayısını azaltmakta değil, **tam istihdam** ortamına yaklaşmakta olduğunu kabul etmek gerekir.

\* Sağlık dışındaki mesleklerde ve mesleksizlerde işsizlik ihtimali çok daha yüksektir. **Tabiplerin, ülkenin her yerinde kamu, özel veya serbest çalışma imkanları, diğer mesleklerle kıyasla en yüksek olanlardandır.** Fakat cazip görülmeyen görevlere talip çıkmamaktadır. "İşsiz" olduğunu söyleyen tabip, çoğunlukla, "istediği kamu görevini" elde edemediği için, teklif edileni de kabul etmeyen tabip olarak belirlemektedir.

\* Fazla sayıdaki tabibin **iyi doktoru sahada tutup, kötüsünü uzaklaştırma** imkanını yaratma yönünde de olumlu ve önemli bir etkisi vardır. Bu, her meslek için de, tabip için de böyle olmalıdır.

\* Bir başka önemli husus da, sağlık mesleklerinde görülebilecek işsizlik gibi **yan konuların, sağlık veya tıpla ilgili herhangi bir konuda birinci derecede bir argüman veya belirleyici olmaması** gereğidir. Sağlık alanında belirleyici unsur, sağlık insan gücüne duyulan, "gerçek" ihtiyaçtır. Bu konuda da maksatlı yorumlara yer olmamalı, işsizlik veya rekabet endişesi öne çıkarılmamalıdır.

Bir an için, tabiplerin gerçekten bir işsizlik sorunlarının olduğu varsayıldığında dahi, bu konunun **sağlık meselesi veya politikası değil, kesinlikle bir istihdam meselesi ve politikası** olduğu daima hatırdan tutulmalıdır.

Böyle bakılacak olursa konu, sağlık meseleleri ile, istihdam ve iş imkânları veya rekabet hususları birbirine katılmadan, karıştırılmadan, daha gerçekçi bir derinlikle ele alınabilir, tartışılabilir, sonuca ulaştırılabilir.

\* Yine bir an için, iddialara sıcak bakılarak, "bugün için, yeter sayıda tabip olduğu" varsayılsa dahi, bu hal de, daha fazla sayıda tabip yetişmesi gereğini ortadan kaldırmaz.

**Yetişmiş insan gücünün varlığı, ülkelerin en büyük zenginliğidir.** Bu zenginlik, herhangi bir sınır olmadan, elden geldiğince artırılmalıdır. Sınır koymak zenginliği istememek olur. Çok daha fazla sayıda tabibimizin olmasının da bir sosyal ve ekonomik zenginlik olduğuna samimiyetle inanmak gerekir.

\* Ülkemizin ihtiyacı olan tabip sayısı tartışılırken, **tabiplerin sayısına mı kalitesine mi öncelik verilmesi gerektiği** tarzında, zihin bulandırıcı bir soru da sıklıkla ortaya getirilmektedir. Sualin bu şekilde ters biçimde sorulması, temelde, "asıl sorun"un bütünüyle yanlış olarak ele almasına yol açabilecek nitelikte bir tehlikeyi içermektedir.

Sağlık insan gücünün kantitesi / niceliği yanında kalitesi / niteliğinin de **birlikte** iyileştirilmesi gerektiği konusundaki görüşler tabii ki çok yerinde, doğru, gerçekçi ve gereklidir. Ancak, bu haklı talebin, öğrenci sayısı fazlalığı gibi çok gerideki bir gerekçeyi öne çıkartarak takdiminin, **kaliteyle ilgili daha önemli nedenlerin üzerini örtebilme** tehlikesi vardır.

İnsan gücü yetiştirilmesinde sayı / nicelik / kantite ile birlikte vasıf / nitelik / kalitenin de temini arzu edilen şeydir. Esas olan, hem çok sayıda hem de vasıflı insana sahip olmaktır. Yani **genel amaç, çok sayıda ve vasıflı insandır.**

Öte yandan, bu iki konu, siyah-beyaz gibi birbirinin tam zıddı bir ilişkide de değildir. Yani sayı artınca mutlaka kalite düşmez veya kalite yükselmesi için mutlaka sayının azalması gerekmez.

**Sayı ve nitelik eksiklikleri, iki ayrı eksiklik**dir. Birinin giderilmeye çalışılması diğerini ne erteler, ne acilleştirir, ne önemsizleştirir, ne de önemini artırır. Her birinin önemi kendi içinde ve bağımsızdır. **Her birinin çözümü de ayrı ayrı aranmalıdır.** Ancak, ayrı ayrı aranan çözümler **aynı zaman diliminde** gerçekleştirilebilir ise, en iyi çözüme ulaşılmış olur.

\* Sayı ve vasıf birbirinden bağımsız, fakat birlikte geliştirebilecek, hem paralel, hem de çelişik iki konudur. Eğer şartlar bu iki eksikliği birden gidermeye elverişsizse, genellikle **önceliğin sayı eksikliğinin giderilmesine verilmesi**, ilk fırsatta da nitelik eksikliğinin giderilmesine çalışılması yolunun tercihi uygun olacaktır. Biri diğerine göre mutlaka bir öncelik taşıyacaksa, **yokluk hallerinde ve başlangıç safhalarında sayı, vasıfa kıyasla öncelik almaktadır.** Üstelik bu ihtiyaç "kritik" personel niteliğindeyse, öncelikle "var" olmalarını, mevcut bulunmalarını sağlamak gerekir. Bundan sonra vasıf geliştirmek için çalışılabilir.

Sağlık insan gücü yetiştirilmesinde ve özel olarak da tabip yetiştirilmesinde sayı / nicelik / kantite ile birlikte vasıf / nitelik / kalitenin de bir arada sağlanması, şüphesiz ki arzu edilen bir şey olmakla beraber, bu açıdan değerlendirildiğinde de, **sağlık personeli sayısının eksikliği, niteliğinin eksikliğinden çok daha ciddi ve önemli bir eksiklik**dir. Öncelikle giderilmesi gereken eksiklik sayı eksikliğidir. Çünkü **burada önemli olan, tabibin değil sağlık hizmetinin kalitesidir.**

**En sıradan bir tabip bile, tabibin mevcut olmaması haline kıyasla, ölçülemeyecek kadar kaliteli hizmet sunabilir.**

Ebe ve hemşirelik mesleklerinin gelişme seyrine bakıldığında, önceleri sadece kurs bitirmiş kimseler bu mesleği yürütürken, sonra orta okul, daha sonra lise, en sonra da iki yıl üniversite eğitimi verilmeye geçilmiştir. Günümüzde ise, sadece dört yıllık üniversite eğitimi verilmesine başlanmıştır. Diğer mesleklerde de benzer gelişmeler olmuştur. Tahsile dayalı mesleklerde artık lisansüstü eğitimin yaygınlaştığı görülmektedir. Üst ihtisas ve sürekli eğitim uygulanmaktadır. Sayı ile vasıf arasındaki ince ayırımın önemi bu seviyede belirlenmektedir.

Dünya Sağlık Teşkilatı da, başta Alma-Ata bildirisi olmak üzere, pek çok yayınında aynı yolu tavsiye etmektedir. Tabip de dahil, yeterli sayıda sağlık personeli yetiştirilinceye kadar, halk içindeki insanlardan (ebeanneler, çıkıkçılar, halk ilaç yapanlar, tabiplik taslayanlar / mütetabipler vb. gibi) yararlanılmasını, bunların sağlık teşkilatı içine alınarak bir taraftan yetiştirilip, bir yandan da sağlık hizmetlerinde çalıştırılmalarını tavsiye etmektedir. Kısaca, yokluk veya yetersizlik söz konusu olduğu sürece sayı, niteliğin önüne geçebilmektedir.

\* Batılı anlamdaki sağlık hizmetlerinin **varlığının**, onun olumlu kantite ve kalite özelliklerinin birinci **belirleyicisinin**, başta tabip olmak üzere **gereğinden fazla sağlık insan gücünün mevcudiyeti** olduğu, sayısal fazlalığın nitelikte ters orantılı olmayıp, gerçekte doğru orantılı olarak niteliği **yükseltici etkiye** sahip bulunduğu, çok daha rasyonel gerekçelere dayalı olarak ve çok daha büyük bir topluluğun yararına, ifade edilebilir.

\* Tabip sayısının çok fazla olması, sağlık hizmetlerinin en önemli ve olmazsa olmaz unsuru olan yeterli tabip sayısına ulaşılmasını sağlayarak arzu edilen iyileşmelerin temel şartını temin edeceği gibi, tabiplerin ve sağlık hizmetlerinin niteliklerinin yükseltilmesi ile ilgili iki konuda da çok olumlu etkiler sağlayabilecektir.

Öncelikle, **tabipler arasındaki rekabet şartlarını daha gerçekçi olarak sağlayabileceği** için, bu ortam, hizmetin iyileşmesini de etkileyebilecektir. Bu, göz ardı edilemeyecek önemli bir üstünlük, hatta gereklilik olabilir. Aynı şekilde, çok sayıda tabibin varlığı, **üstün nitelikli tabiplerimizin sayısının artması** şansını da büyütecektir. Bu iki husus, tabip sayısının doğru orantılı olarak ortaya çıkacak olan ve arzu edilen nitelik artışının gerçekleşmesine de katkıda bulunacaktır. Diğer mesleklerde olduğu gibi, başarısız tabipler de mesleklerini değiştirmek veya terk etmek zorunda kalabilmelidir. Bilhassa insan hayatı ile ilgili mesleklerde başarısız olanlar bu alanlarda çalışmamalıdır. Bütün tabipler, çevrelerinde çok sayıda başarısız tabip olduğunu bilir, bunları tanır ve haklarında bir şeyler yapılması gerektiğine inanır. Fakat hiçbir şey yapılmadığından, bunlar tabiplik yapmaya devam ederler.

Başarısız tabiplerin oranının, diğer mesleklerdeki başarısızlardan daha düşük veya yüksek olduğuna dair bir dayanak henüz ileri sürülmemiştir. Hangi meslekten olursa olsun, başarılı olmak için herhangi bir zorlamanın, rekabetin, seçmenin, değerlendirmenin, kısaca bir ödül veya ceza, yaptırım veya mecburiyetin olmadığı, başarısızlığın hiç olmazsa sık sık işsizliğe yol açmadığı, sahanın çok sayıda yeni insana açık olmadığı, **mesleğinde yetersiz de olsa işin kaybedilmeyeceği bir ortamda, meslek sahibi insanların başarılı olmak ve iyi hizmet vermek için özel olarak gayret harcamalarını gerektirecek şartlar bir hayli azalmış olacaktır.**

\* Aslında tabip sayısının artmamasını amaçlayan, fakat sanki bunu değil de, tabiplerin niteliklerinin artırılmasını amaçlıyor gibi bir üslup kullanarak,  
 - Yeni tıp fakülteleri açılmamasını ve  
 - Öğrenci kontenjanlarının düşürülmesini  
 isteyen etkili bir propaganda yürütülmektedir.

Bu propaganda, hekimlerin nitelikli olmaları için, tıp öğrencilerinin ve sonuçta tabiplerin sayılarının az olması gerekmiş veya çok sayıda tıp fakültesi açılmasının, eğitimin ve mezun olan tabiplerin kalitesini mutlaka düşürmüştü, tersi ise mutlaka yükseltirmiş gibi, tanınmış özel amaçlı bir mantığa dayandırılmakta ve mevcut kötü durum bu iddiaya delil olarak gösterilmektedir.

Bu iddiaların hiçbirisi yeni değildir ve Türkiye'de henüz hiçbir tıp okulu mevcut değilken başlamıştır.

**200 yıl önce**, Fransız, Alman ve Avusturya tıp okullarından yetişen hekimlerimizin kendi aralarında üstünlük-vasıfsızlık tartışmalarının olduğu, birbirlerini beğenmeyip suçladıkları bilinmektedir. Öte yandan ülkedeki tabip sayısı da, parmakla sayılacak kadar az idi. Bunların çoğu azınlıklar ve yabancılardandı. Türk hekimlerinin büyük kısmı da askerdi. **1839** yılında ilk tıp mektebimiz olan, Viyana ekolüne dayalı olarak ve Fransızca eğitim yapan Mektebi Tıbbiye-i Adliye-i Şahane (askeri tıp okulu) kurulurken, yurt dışında eğitim görmüş olan bir kısım tabiplerimiz, ülkede bu eğitimi yapmak için yeterli hoca, eğitim tesisleri, laboratuvar ve benzeri şeylerin olmadığını, buralardan mezun olanların kötü yetişeceğini söyleyerek **karşı çıktılar**. Fakat okul kuruldu, eğitim yapıldı, tabip yetiştirdi ve başarılı oldu. **1867** yılında Türkçe eğitim yapan sivil tıp okulu Mektebi Tıbbiye-i Mülkiye kurulurken, bu defa başta askeri tıp okulu mensupları olmak üzere aynı gerekçelere Türkçe tıp eğitimi yapılamayacağı tezi de eklenerek **karşı çıkıldı**. Fakat okul kuruldu, çalıştı, mezun verdi, başarılı oldu. Hatta 1870 de askeri tıp mektebi de Türkçe eğitime geçti. **1909** da askeri ve sivil tıp mektepleri Haydarpaşa'da birleştirildi. Daha sonra benzer gerekçelerle Ankara'da tıp okulu kurulurken İstanbul **karşı çıktı**, Hacıtepe kurulurken Ankara **karşı çıktı**, daha sonra her yeni tıp fakültesi kurulurken eskiler **karşı çıktı**. **1982** ve **1992** yıllarında ve daha sonra kurulan üniversiteler için de eski üniversite ve fakültelerce, benzeri gerekçelerle aynı **itirazlar yapıldı**.

Fakat yeni tıp fakülteleri kuruldu, ilk yıllarında bazı güçlükleri olduysa da çalıştılar. İlk mezunları biraz zayıf yetişmiş olsa da, şimdi hepsi hastalarına hizmet veren birer tabip oldular, ülke onlardan yararlandı.

**Bugün, mevcut tıp fakültelerinden hiç birini kapatmak mümkün değildir. Eksiklikleri olanların bu eksiklikleri de hızla giderilmektedir.**

\* Sadece ve bütünüyle tıp fakültelerimizi içine alan böyle bir ayırım ve genelleme yapmak yanlış olmakla birlikte, tıp eğitiminde bir aksaklığın olduğu, sonuçların istenilen ve gereken seviyede memnuniyet verici olmadığı iddiaları da ortadadır.

Ancak bu, özellikle fakültelerin yeni açılmış olmasıyla izah edilemez.

Öncelikle, günümüz üniversite mezunlarında yaygın olarak görülen nitelik eksiklikleri, sadece tıp fakültelerine mahsus bir durum değildir. İlk okuldan başlayıp lisansüstü eğitime kadar tüm eğitim kademelerinde ve üniversitelerin tüm fakültelerinde söz konusu olabilmektedir. **Mezunların istenilen seviyede olmaması sadece tıp eğitiminin değil, Türk eğitim sisteminin temel ve genel meselelerinden biridir.**

Konu, özel olarak tıp fakültesi mezunları bakımından araştırıldığında, söz konusu halin sadece yeni tıp fakültelerinde değil, farklı boyutlarda da olsa, yeni-eski tüm tıp fakültelerinde ortaya çıktığı görülebilir. Sorun, ortaktır.

Bir ölçüt olarak kabul edilirse, tıpta uzmanlık sınavlarının sonuçlarına bakıldığında, yeni ve eski tıp fakültelerinin mezunlarının başarı dağılımı, bu durumu desteklemektedir. Yeni fakültelerin mezunları da uzmanlık sınavlarını pekala kazanmakta, buna karşılık eski fakültelerin pek çok mezunu başarısız olabilmektedir.

\* Yeni-eski bütün tıp fakültelerimizde, öğrenci kontenjan artışına bağlı olduğu iddia edilen kalite / nitelik düşüklüğünün, gerçekte çok az bir bölümü bu nedene bağlıdır. Diğer bütün fakültelerimizde de söz konusu olan ve öğrenci sayısı fazlalığı dışında kalan **asıl ve büyük nedenin, eğitim-öğretim ortamı ile eğitici-eğitilen davranışlarına bağlı olarak gelişen, buna ek olarak, tıp fakültelerinin özel işleyiş tarzlarından kaynaklanan temel ve belirleyici başka nedenler** olduğuna dair bulgular çok daha kuvvetlidir. Bunların başlıcaları aşağıda incelenmektedir.

Yüksek kontenjanlar, **büyük ölçüde, sadece birinci sınıfları kalabalıklaştırır**. Bu sınıfta eğitim hemen tamamen kitabi / teoriktir. Fakat, **ikinci ve daha yukarı sınıflar kalabalıkça, bu, her şeyden önce, öğrencilerin kesinlikle başarıya oldukları ve hocalarının aradığı seviyeyi tutturarak ve geçer notlar alarak daha üst sınıflara geçtikleri anlamına gelir**. Bir diğer ihtimal de, hocaların çok hoşgörülü olmalarıdır ki, bunun sonuçlarının sorumlusu kontenjanlar olamaz.

\* Yeni açılan tıp fakültelerinin derslik, laboratuvar, anatomi ders ortamı, diğer eğitim hacimleri ve bunların donatımı gibi **fiziki alanla ilgili eksiklikleri en kolay giderilen eksikliklerdir**. Bütün bütçe kısıtlılıklarına karşın Devlet, binhassa tıp eğitimi için kaynak ayırmakta, eksikliklerin önemli ve temel nitelikte olanlarının öncelikle giderilmesine çalışılmaktadır.

**Uzayan yatırımlar hastahane yatırımlarıdır** ve bu konuda dahi çok olumlu bir anlayış ve destek vardır. Üniversite hastahanelerimizde, özel hastahaneleri bile kıskandıran aşırı lüks donanımları bulmak mümkündür. Kesinlikle bir israf olmakla birlikte, örneğin, tanesi bir yıllık Yardımcı Doçent Maaşı'ndan daha pahalı olan hasta karyoları alındığı görülebilmekte, hazineden sağlanan kaynaklar, çok tartışmalı yollarla döner sermayelere dönmekte ve yurt dışından doğrudan borç para alınarak, satın alma kısıtlamalarından uzak, keyfiliğe varan harcamalar daima görülebilmektedir.

**Uygulamalı sınıflarda klinik uygulama dersleri hastahanelerde yapıldığı için, sıkıntı buralardadır** ve daha büyük boyutludur. Buradaki sıkıntının kaynağı iki yönlüdür.

İlk boyut doğru dan doğruya, **yeterli bir araştırma ve uygulama hastahanesine sahip olmamakla ilgili**dir. Bazı tıp fakülteleri, böyle bir hastahaneye başlangıçta sahip olamamışlardır. Bu durumda, "tıp fakültesi" olmak iyi bir güdüleyici rol oynamış, süratle bir hastahaneye kavuşmak için ilişkiler zorlayarak, hem kendilerine ve hem de çevrelerindeki insanlara bir eğitim hastahanesi kazandırmışlardır. Eksikliklerinin giderilmesi için Devletten ve çevrelerinden olabildiğince destek ve ilgi bulmuşlardır. Uyguladıkları geçici tedbirlerle, kendi hastahanelerine kavuşuncaya kadar SB, SSK, belediye vb. hastahanelerini kullanmak imkânını sağlamışlardır. Kısaca, hastahaneye sahip olmama sıkıntısı çözülemeyecek bir dert olarak kabul edilmemiş, fakülte kurulması bu sebeple gecikmeye uğratılmamıştır.

Kazanılan yeni üniversite hastahaneleri göz önüne alındığında, sonucun büyük bir başarı olduğu inkâr edilemez. Bu başarıda yetkili makamlar kadar üniversite ve fakülte yönetimlerinin de çok büyük payları vardır. **Şüphesiz ki, hastahanenin önceden hazırlanması herkesin tercihidir**. Fakat, her zaman bunu beklemek işleri geciktirebileceği gibi, hiçbir ülkede kaynakların her şeyin birlikte ve aynı anda hazır olmasına yetmediği de ortadadır. Bazı öncelikler kabul edilerek hareket etmek mecburiyeti her zaman olacaktır.

Tıp fakültesi hastahanelerinde uygulamalı sınıfları eğitiminde karşılaşılan sıkıntının ikinci boyutu, bu **hastahanelerin kullanım şekline kaynaklanmaktadır** ve birinci boyuttan **çok daha önemli ve etkilidir**.

Asıl amacı eğitim olan bu araştırma ve uygulama hastahaneleri, büyük ölçüde bu amaçlar dışındaki amaçlar için kullanılmak zorunda kalınmakta ve döner sermaye geliri elde etmek için, büyük bir yoğunlukla günlük, sıradan hasta bakımıyla uğraşmaktadır. Birer üçüncü kademe / referans hastahanesi olmaları gerekirken, poliklinik yapmak dahil her şeyle ilgilenmektedirler. Tıp eğitiminde öğrencinin eğitim seviyesini ve mezunların kalitesini olumsuz olarak etkileyen en temel hususlardan biri, **fakülte hastahanelerinin bir eğitim hastahanesinin gerektirdiği şekilde eğitim ağırlıklı değil, bir özel hastahane gibi kazanç ağırlıklı olarak çalıştırılmak zorunda kalınmasından** kaynaklanan hastahane kullanımındaki yanlış uygulamalardır. Bu durum çoğunlukla bütçe ödeneği yetersizliklerinden kaynaklandığı gibi, döner sermayelere gelir sağlamak ve buradan hastahane çalışanlarına katkı payı / ek gelir temin edebilmek amacıyla da yapılmaktadır. Döner sermayeden personel bu tür ek ödemelerin yapılmaması halinde, kritik personelin kurumda tutulmaması ve sonuçta hizmetlerin daha fazla zarar görmesi olasılığı söz konusu olabilmektedir.

Bunun tabii sonucu olarak, vakitsizlik ve yersizlik sebebiyle, öğrencilerin eğitimi ihmal edilebilmekte, kimi zaman polikliniğe, teşhis ünitelerine, ameliyathaneye girmeleri mümkün olmayabilmektedir. Özel hastaların varlığı da, uygulamalara ancak sınırlı boyutta katılma sonucunu doğurabilmekte, bazı anlarda istenmeyen misafir muamelesi görebilmektedirler.

Bu hususlar, eski-yeni tüm tıp fakülteleri için söz konusu olabilmektedir.

\* Genel eğitim sistemimizde kapasite, kontenjan, kalabalık sınıflar, yetersiz eğitim, ortam ve donanım ile ilgili diğer aksaklıklar, hocaların ve yönetimin tutum ve nitelikleri, öğrencilerin zihniyet ve davranışları gibi konuların ve eğitim öğretim düzenindeki diğer olumsuz etkilerin giderilmesi gerektiği şüphesizdir. Bilhassa hocalardan ve yönetimden kaynaklanan sorumluluklar açıkça kabul edilmelidir.

Ancak bu gibi gerçekler tüm eğitim kurumlarımız için geçerli olduğu gibi, eğitim dışındaki pek çok kurum için de geçerlidir. Yapılacak iyileştirme çalışmalarının ilk şartı ise, meselelere öncelikle açık ve doğru tespitler ve teşhisler koymak olmalıdır. Hissi değil fakat gerçek yönleriyle incelenmeleri ve özümlemeleri gerekir. **Başka gerekçeler öne çıkarılarak, açıkça söylenmeyen amaçların perdelenmesinden veya asıl sorunların gölgede kalmasına yol açacak tutumlardan kesinlikle kaçınılmalıdır.** Aksi taktirde yanlış meselelere, yanlış teşhislerle, yanlış yerlerde, yanlış çözümler aramakla boşa vakit geçirilmiş, kaynaklar israf edilmiş, asıl konu ise derinleşmiş olur.

\* **Tabip ihtiyacı konusunda bir uzlaşma sağlanması ihtimali var mıdır ?**

İhtiyacımız olan tabip sayısının az veya çok olduğuna dair 150 senedir ortaya atılan bütün düşünce ve ifadelerin sahiplerinin, tezlerini hiç bir art niyet olmadan tam bir iyi niyetle açıkladıklarını, fakat birbirini anlayıp kabul etmekte güçlük çektikleri için, bu çatışmanın bugün de sürüp gittiğini varsayarak ve tabiplerin nicelik ve niteliklerinin birbirleri ile şöyle veya böyle işbirlikçi ve etkili olabileceğini düşünerek, karşı tezlerin doğru ve makul kısımlarını alıp, ülke gerçek ve ihtiyaçlarına uygun bir senteze ulaşmalarını beklemek belki de mümkün olabilir.

Konunun alt başlıkları şunlardır:

- İnsangücü plânlamasına temel olacak hekim sayısı (kantite) ihtiyacımız nedir?
- Eğitimin, mezunların ve sahada çalışanların nitelikleri (kalite) ne olmalıdır ve bu gerçekten nasıl sağlanır?
- İstihdam politikalarından doğan (işsizlik dahil) sorunlar nasıl giderilebilir ?

Bu çerçevede, **uzlaşma ve sentez noktaları** şunlar olabilir:

- Sağlık hizmetleri arzının temel unsuru, başta tabip olmak üzere sağlık insan gücü olduğundan, bunların mevcudu, ihtiyaç sınırının üzerine çıkarılabilir.

- İşsizlik her alanda yaygındır. Bu sebeple istihdam politikaları geliştirilmeli, tam istihdam sağlanmasına çalışılmalıdır. Genel bir işsizlik / işsiz insan problemi vardır ve bu en büyük sosyal haksızlıktır. Konunun işsiz tabip olarak takdimi yanıltıcı olabileceğinden, sorun **işsiz insan** olarak ele alınmalıdır. Tabip dışı sağlık mesleklerindeki insan gücünün işsizliği de, bir insanın ve meslek sahibinin işsizliği olarak, tabiplerin işsizliği kadar önemlidir. Bu sebeplerle, işsizlik konusunun, genelden özele doğru giden bir bütünlük içinde de ele alınarak çözüme kavuşturulması gereklidir.

- Mezunların kalitesi konusunda niteliklerle ilgili gerçekçi kriterlerin bir an önce belirlenip uygulanması şarttır. Niteliksiz tabipler, sadece yeni açılan fakültelerden çıkmamaktadır. Konu tüm tıp fakültelerimiz için ele alınmalıdır. Tıp mezunlarının niteliksiz yetişmelerinde, buna çözüm bulunmasında ve etkili olarak uygulanmasında, fakültelerin rolü ve gücü, DPT ve diğer başka etkenlerden çok daha büyük olmuştur ve bundan sonra da olmaya devam edecektir.

- Başarısız öğrencileri eleyecek tek yer fakültelerin kendileridir. Tıp fakülteleri bu amaçla, Yükseköğretim Kanunu'nun verdiği yetkileri kullanarak, başarısız öğrencinin 2. ve 4. sınıflardan sonra ön lisans ve lisans seviyelerinden mezun edilmesi dahil, eldeki tüm imkanlara başvurmalıdır. Niteliklerle ilgili kriterlerin, belli bir düzenleme içinde, sahadaki tabiplere ve diğer tüm kritik mesleklerle de uygulanması gereklidir. Bu durumda, ortaya çıkabilecek önemli ölçüdeki tabip ve hizmet açığının giderilmesi için de önceden tedbirler geliştirilmelidir.

Bu hususların, üzerinde uzlaşma sağlamak için fazla ayıkırı olmadığı kabul edilebilir. Bu uzlaşma içinde, tabip sayısının artmasını nitelemek "ihanet ve insanlık suçu" olarak niteleyenlerin kendileri, kendi suçlamalarıyla suçlanır hale düşebilirler.

**İşin özünde, tabip sayısının artmasına değil, bu artışın biraz da rasgele yapılmasına ve bir plana dayalı bulunmamasına tepki gösteriliyor olması ihtimali de, çok güçlü olarak mevcuttur.**

\* Özetlenecek olursa, **tıp eğitimi ile ilgili olarak uygulanması gereken hususlar**, şöylece sıralanabilir:

- Tıp fakültelerinin sayısının artırılması ihtiyacı,

- Tıp eğitiminde öğrenci kontenjanlarının artırılması ihtiyacı (ve talebi),

- İlk anda her şeyin eksiksiz olmasını istemek kadar, önce fakülteyi açılım gerekenleri sonradan yaparız demek de hatalı olacağından, tıp fakültesi açılmasının, tıp eğitiminin ve tabiplik niteliklerinin mutlaka mevcut olması gereken **asgari** şartların standartlaştırılması, bu standartları gerçekleştirmede gecikmeden fakülte açılması, bu konuda kuruluşunu tamamlamış tıp fakülteleri ile diğer kurumların imkanlarından yararlanılması,

- Temel tıp bilimleri sınıflarında, istenilen öğrenci seviyesini temin edecek tarzda eğitim verilmesi, aranılan seviyeyi kazanamayan öğrencilerin üst sınıflara geçirilmemesi,

- Tıp fakültelerinin başarısız öğrencileri için 2547 sayılı Kanun'un verdiği yetki kullanılarak, önlisans ve lisans seviyesinde öğrenci mezun edecek kurulların işletilmesi,

- Klinik bilimler eğitiminde, fakülte hastahanelerinin eğitim hastahanesi amaç ve gereklerine uygun şekilde çalışması, döner sermaye ağırlığının önlenmesi,

- Tıp eğitimi programlarının ülke ihtiyaç ve imkanlarına uygun olarak, temel ve koruyucu-geliştirici hekimlik uygulamalarına öncelik verecek şekilde yenilenmesi,

- Tıp eğitimi süresinin uzatılması eğilimlerinden vazgeçilerek, eğitimin gereklerinden taviz verilmeden süresinin kısılması imkanlarının incelenmesi, buna ek olarak sürekli eğitim sisteminin öncelikle ve etkili olarak kurulması,
- Tıp fakülteleri dahil kamu görevlisi tüm öğretim üyeleri / elemanlarının ve tüm kamu görevlisi tabiplerin tamgün mesai yapması, kamu görevlilerine aynı zamanda serbest çalışma hakkı verilmemesi,
- Tıp fakültelerinin, kendi yörelerinin sağlık seviyesini yükseltme sorumluluğunun gündeme getirilmesi,
- Tabip yanında hemşire, ebe, teknisyen, yönetici ve diğer sağlık insan gücü sayısının da artırılması,
- Bunların niteliklerinin yükseltilmesi için gerekli tedbirlerin alınması,
- Öncelikle tıp fakülteleri olmak üzere eğitim kurumlarının öğretim elemanı, fiziki imkan ve araç-gereç eksikliklerinin hızla giderilmesi.

A. ERDAL

SARGUTAN

## AMAÇ, STRATEJİ, POLİTİKA VE TEDBİRLER

### A- GENEL AMAÇLAR

Türkiye sağlık sektörü arz ve talep sistemlerindeki sorunların çözümü çalışmalarında genel amacın, sağlık hizmetleri arz ve talep sistemlerinin genel ve özel amaçları olarak aşağıda belirtilen amaçlarla uyumlu, onları gerçekleştirmeye ve sürdürmeye yönelik olması, beklenen yararın sağlanmasına olanak verecek içerikte, aşağıda yer almaktadır.

### **GENEL GERİLEME**

Bir ülkede hemen bütün sektörlerde, kesimlerde ve konularda genel bir bozulma veya gerileme yaşanırken, tek bir sektörde iyileştirme ve kalkınma sağlamaya çalışmak ancak kısa vade için geçici olumlu sonuçlar verebilir. Orta ve uzun vadede başarısızlığa mahkum olacağı için, gerçekçi **çözüm, genel iyileşme uygulamaları içinde yer alacak özel iyileştirme programları geliştirip uygulamaktır.**

Değerler sistemi ile kişisel ve toplumsal niteliklerde değişime ve değersizleşmenin yaşandığı toplumlarda, toplumsal düşünce ve gayretlerin yerine geçen ferdiyetçi / kendi merkezli / çıkar merkezli / indüvialist / otosantrik yaklaşımlar, sadece kendini düşünüp, öncelikle ve her şeye rağmen kendi yararını koruyup kollama gayretleri, geri dönüşü kolay olmayacak gibi görünen ümitsiz ve ürkütücü boyutlara varma endişesini artırmaktadır. Bütün bunlar atılım, çağdaşlaşma, modernleşme, gelişme, ilerleme, globalleşme, her alanda sonsuz serbesti, hürriyet, tam liberalizm ve benzerleri gibi hoş gördürücü ve özendirici teşvikler içinde çekici hale sokularak, çarpıcı şekilde de sunulabilmekte; beceriklilik, işini bilirlik veya daha güncel olan başka çarpıcı sözlerle övülerek güçlendirilebilmekte; düşünme ve değer yaratma yerine slogancılık itibar görebilmektedir. İyi davranış kalıplarına uymak yahut tarafsız kalıp kendini korumak çok zor olduğu gibi, insanların tutunup güç alacağı sağlam sosyal / toplumsal kurumlar da, günden güne silikleşip, etkisizleşebilmektedir. Toplumda bencilliğin, fırsatçılığın ve çıkarıcılığın yükselen değerler halinde olduğu bir ortamda, öncelikle toplumsal yaşamın zorunlulukları olan ahlak / etik değerlerini yeniden gündeme ve uygulamaya girmesi, en önemli ve öncelikli toplum meselesi haline gelmektedir.

Toplumların bütün kesimleri bu akıma kapılmış gibi görünebilmektedir. Bu durum kamu idari yapısına, yönetim biçimlerine, felsefelerine ve ürünlerine (mal, hizmet, eylem, işlem) de yansımabilmektedir. Asıl korkutucu olan husus, kamuyu / toplumu / devleti korumak, ona karşı yönelen tehlikeleri önlemek, bunu yapanlara engel olup cezalandırmak olan yapıların ve bu yapılarıdaki görevlilerinin de, bir sürüklenme ve baş dönmesi içinde, en azından ilgisiz birer seyirci durumuna gelmeleridir. Sonuçta kimse kimseden ve hiçbir şeyden çekinmemekte, korkmamakla, "yapanın yanına kâr kaldığı" inancı yaygınlaşabilmektedir.

### **İNSAN UNSURU**

Her sosyal yapının ve işleyişin temel faktörü olan "insan" unsurunda bir bozulma ve gerileme söz konusu olduğu zaman, onun işlettiği "sistem"lerde ve bu sistemlerin işlemesi sonucunda üretilen mal / hizmet / ürünlerde, sayı / nicelik / kantite veya vasıf / nitelik / kalite bakımından bir iyileşme umudu ve/veya reform gerçekleştirme ihtimali de zayıflayacaktır. Bu sebeple sektörlerle, sistemlere, yapılara vb. yönelik iyileşmelerle birlikte, hatta bunlardan daha **öncelikli ve önemli olarak, "insan"a yönelik iyileştirme ve geliştirmelerin gerçekleştirilmesi zorunlu görünmektedir.** Aksi takdirde, kağıt üzerindeki en mükemmel düşünce ve planlar dahi, uygulamada başarısızlığa uğramaya mahkum olabilir.

Genel olarak teorilerin ve özel olarak da yeni sistemlerin kurulmasıyla ilgili teorilerinin uygulanma sırasındaki başarısını belirleyen şey, uygulama ortamının taşıdığı "özel şartlar"dır. Bu özel şartlar çok sayıda olabilir. Fakat, hangi teori veya sistem uygulanırsa uygulansın, özel şartlar arasında, **uygulamanın başarısını en fazla ve en büyük kuvvetle etkileyen, hemen her zaman, uygulamacı olan "insan unsuru"nun, bir insan olarak nitelikleridir.**

### İYİLEŞMENİN GENEL OLMASI ZORUNLULUĞU

Bu çerçevede ele alındığında, diğer hizmet ve sektörlerinde aksaklık ve bozulmalar sürüp giderken, sadece sağlık alanında gerçekleştirilmeye çalışılacak hiçbir iyileştirme çabası da, gerçek anlamda ve kalıcı bir iyileştirme sağlayamayabilecektir. Ülkenin birey, kurum ve sektörleri bir bütün teşkil ettiğinden, genel bozulmuşluk ortamının özel iyileştirme çabalarını etkisiz kılmaması için, tüm sektörlerde genel ve dengeli bir iyileştirme olması gereklidir. Tek tek sektörel iyileştirmeler de ancak bu yolla sağlanabilir.

**Sağlık hizmetlerinde görülebilecek herhangi bir iyi gelişme de, ancak genel iyileştirme / gelişmenin bir parçası olarak ve insan unsurundaki niteliksel / kalitatif gelişmelere bağlı şekilde gerçeklik, imkan ve başarı kazanabilir.** Sağlık hizmetlerinin, arz ve talepten meydana gelen bütünündeki bozukluk ve gerilemenin sebepleri ve çözümleri ile ilgili teşhis ve uygulamalar da, bu esaslara dayandırılmadığında, iyi ve kalıcı sonuçlar yaratma olanağını kaybedebilir.

### SAĞLIK HİZMETLERİNİN ETKİLERİ

Sağlık hizmetlerinin gerekli miktar ve nitelikte var olmaması ve/veya herkes tarafından uygun şartlarda ve yeterince yararlanılamaması, sadece ihtiyacı olan kişiyi olumsuz etkilemekle kalmamaktadır. Hasta insanın yol açacağı sosyal ve ekonomik değer kayıpları, artan tedavi masrafları, salgınlar ile sefalet tehditleri yanında, ekonomik ve sosyal kalkınmanın asil ve tek hedefi olan "mutlu ve güçlü fert ve toplum yaratmak" hedefinin, "sağlıksızlık" sebebiyle engellenmesi de söz konusu olabilir.

Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı: UNDP, daha önce kullandığı ekonomik esaslı kalkınmışlık ölçütlerini / endekslerini değiştirerek, 1990 yılından itibaren bunların yerine kullanmaya başladığı "insani esaslı kalkınma" ölçütlerinin en başta gelenleri, ülkelerin sağlık ve eğitim göstergeleriyle ilgili olanlardır. Türkiye, UNDP'nin her yıl yayımladığı raporlarda yapılan sıralamalarda, 170'i aşkın ülke arasında 60-80'inci sıralarda, ortadan biraz daha iyi seviyelerde yer almaktadır. Bu oldukça geri durumun sebebi olarak, ekonomik gelişmişliğin çok gerisinde kalan sosyal gelişmişlik göstergelerinin ve bu kapsamda sağlıkla ilgili geri seviyelerin varlığı gösterilmektedir.

Bu sebeplerle, temel bir Anayasal nitelik olan sosyal devlet anlayışı uygulansın veya uygulanmasın, sağlık hizmetlerinin eldeki en iyi şartlarla toplumdaki tüm fertlere verilmesi yoluyla, kişinin ve toplumun sağlığının korunması, diğer fertlerin, sektörlerin ve tüm toplumun çıkarına uygun olduğundan, bu görev ve sorumluluk sahipsiz bırakılamaz, mutlaka bir otoritenin müdahale ve düzenlemelerine ihtiyaç gösterir.

Sağlık hizmetlerinin karmaşıklığı ve özel bir bilgiye dayalı olması, onu mutlaka bir danışman kişi / sağlık uygulayıcısı / hekim nezaretine alınmasını gerektirmektedir. Kişi bu bakımdan bağımlıdır ve ihtiyaçlarını serbest pazar şartlarında karşılarken bilinçli bir şekilde seçme, ihtiyaç, kalite, rekabet, pazarlık gibi unsurları kullanamamaktadır. Öte yandan, üretim unsurlarını ellerinde bulunduran arz edicilerin pazara hakim olmaları sebebiyle, serbest pazar şartları hiçbir zaman, yer ve şekilde tam olarak gerçekleşmemektedir. Bu sebeplerle, sağlık hizmetleri bütünüyle serbest pazar şartlarına uymamakta, devletin sağlık hizmetleri arz ve talep ortamlarına, fert ve toplum yararına müdahalelerle düzenlenmesi gerekmektedir.

Benzer sebeplerle, sağlık hizmetleri "kamu malı" olma niteliğini taşıdığından ve bu hizmetleri üreten / arz eden kim olursa olsun, bunların yeterli nitelik ve nicelikte mevcut bulunmasından ve ihtiyacı olanlarca en uygun şartlarla, ihtiyacı olduğu kadar elde edilip kullanılabilmesinden "devlet" sorumlu olmalıdır.

Bu görev ve sorumluluklar devredilemez ve vazgeçilemez niteliktedir. Devlet, sağlık hizmetlerini ister kendisi bizzat üretsın, ister başkalarının üretmesine imkan yaratsın, belirtilen şartlarda "mevcut bulundurmak" ve ulaşılabilir, yararlanılabilir kılmak zorundadır.

### KAMU YÖNETİMİNİN TEMEL SORUNU

Sağlık hizmetlerimizin iyileştirilmesi dahil olmak üzere, tüm alanları da kuvvetle ve olumlu olarak etkileyecek en önemli tedbir, şiddetle ihtiyaç duyulan, güçlü ve kapsamlı bir **vergi reformu** ile, **gelir dağılımı dengesinin düzeltilmesini** de içeren, fertlerin ve Devletin gelirlerini artıracak **ekonomik ve sosyal iyileştirmelerin** ülke çapında gerçekleştirilmesidir.

Bunların, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesinden bağımsız ve eş zamanlı birer çalışma olarak öncelikle gerçekleştirilmeleri gerekmektedir.

Ancak, bu şart olumsuz değil, orta vadeli bir sürenin ve iyi niyetli bir yaklaşımla çaba gösterilmesini içeren olumlu bir ön şartı olarak ele alınmalıdır (37/20; 39/6-8).

### ÖZEL OLARAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN SORUNLARI

Sağlık sistemimizin en yukarisından en uçtaki elemanlarına kadar kamu ve özel bütün kişi, kurum, kuruluş ve sistemlerinde görülebilen **görev ihmalleri ve yönetim yetersizliklerinin** yaygın olduğu söylenebilir. Bu ihmal ve yetersizlikler, ülkenin sağlık hizmetleriyle aslı ve birinci derecede görevli ve sorumlu olan üst yönetin kademelerinde görüldüğünde etkileri çok daha güçlü ve olumsuz olabilmektedir.

Kişilerde kendini veya günü kurtarma eğilimleri arttıkça, bozulmaları düzelterek ciddi çalışmaların giderek zayıfladığı, ihmal ve yetersizliklerin yoğunlaştığı görülebılır. Sonuç olarak sağlık hizmetleri üretim ve arzındaki bozukluklar sistemi tıkayabilir, insanlar hizmet alamaz ve şikayetçi hale gelebilir.

Üst yönetimlerde de, sağlık hizmetlerimizdeki yetersizlik, bozukluk ve tıkanmanın asıl sebeplerinin yönetim yetersizlikleri ve görev ihmallerinden kaynaklandığını şüphesiz ki bilmektedir. Ancak, çok ciddi çalışma ve emek isteyen, doğru olmasına karşın zor da olan **"yetersizlik ve ihmalleri gidermeye çalışmak" yerine sadece uluslararası yönlendirmelere ve sloganlara bağlanmak, zaman kaybına yol açmaktadır.**

Sağlık hizmetlerindeki yetersizlikler, pek çok sektörden daha fazla ciddi ve tehlikelidir. Benzer ve ileri ülkelere kıyasla demografik, epidemiyolojik ve diğer sağlık göstergelerimizdeki oransal olarak gerileme eğilimi, uygulamaların yetersizliğinin de göstergeleridir.

● **Price Waterhouse** araştırma grubunun Türk Devleti hesabına yaptığı sağlık hizmetleri araştırmasında, **muhtemel başarısızlık ve yetersizlik kaynakları** olarak sıraladığı:

- Uygunsuz / yetersiz strateji ve politikalar,
- Planların etkili hazırlanmaması ve eşgüdümünün olmaması,
- Sağlık hizmetleri yapı ve organizasyonunun hedef ve kaynaklara uymaması,
- Yönetimin zayıf ve yanlış olması,
- Kaynakların yetersiz ve etkisiz kullanılıyor olması,
- Personel beceri ve eğitiminin yetersizliği ve uygun işlerde çalışmaması,
- Alt yapı yetersizliği veya uygun olmayan gelişimi

şeklindeki hususlar da yönetim yetersizliği, görev ihmali, kaynak yetersizliği ve israfı olarak belirtilen temel aksaklık sebeplerini doğrulamaktadır.

## **B- ANA STRATEJİLER**

### **SAĞLIK HİZMETLERİNİN İYİLEŞTİRİLMESİNDE DÖRT TEMEL UNSUR**

**Sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi çalışmaları**, sağlık hizmetlerinin arzının da talebinin de **dört temel unsur** olan **şu alanlarda yürütülmelidir**:

- Sağlık hizmetlerinin en temel unsurları olan, başta tabip olmak üzere hemşire, sağlık teknisyeni ve diğerleri bakımından, ihtiyacın üzerindeki sayıda ve gerekli vasıfta "yetiştirilecek" ve "istihdam edecek" yeterli **sağlık insan gücü sistemlerinde**;

- Sağlık hizmetleri arzı ve talebindeki kuruluş, işletme, üretim, arz ve talep gibi her türlü faaliyet için gerekli olan; arzda Devlet görevi, talepte hazine finansmanı esaslarına dayalı, yeterli **yardımcı unsurları sağlayacak sistemlerde**;

- İnsangücü tarafından yardımcı unsurlar kullanılarak üretilen sağlık ürünlerini, Devletin birinci derecede ve asli görev ve sorumluluğu altında üretilip sunacak yeterli **arz oluşumu sistemleri** ile, bu ürünlerin, başlangıçta hazine + prim, orta vadede nihai amaç olarak bütünüyle hazine finansmanına dayandırılarak, fertlerce kullanılmasını sağlayacak **talep oluşumu sistemlerinde**;

- Bu üç temel unsuru

- . Sağlık hizmetlerini üretim / arz ve talep / tüketim amacıyla,
- . eldeki kaynakları en iyi biçimde kullanarak,
- . tıp bilimine en uygun,
- . ihtiyaç ve amaçlar için en elverişli,
- . yeterli nicelik ve niteliklere sahip,
- . yönetim yetersizlikleri ve görev ihmalleri olmayan,
- . sağlık idaresi bilimine en uygun şekilde

yönetmek / çalıştırmak / işletmek üzere, profesyonel sağlık idarecilerinin görev yaptığı

- . üst kademe sağlık idaresi,
- . sağlık hizmetleri idaresi,
- . sağlık kurumları / işletmeleri idaresi

hizmet kademelerinde yer alacak arz ve talep mekanizmalarının yeterli **yönetim yapıları ile ilgili sistemlerde**

iyileştirmeler yapılmasına ihtiyaç bulunmaktadır.

### **TEMEL BİLİMSEL ARAŞTIRMALARIN TAMAMLANMASI**

Sağlık sektörünün ve Asıl Sağlık Hizmetlerinin iyileştirilmesinde durum ve ihtiyaçların tespiti ve gerekli iyileştirmelerin yapılmasına temel oluşturmak üzere Ülke çapında, ayrıntılı ve bilimsel "**Türkiye Sağlık Sektörü Arz ve Talebinin Araştırılması Ve Geliştirilmesi Projesi**" öncelikle başlatıp tamamlanmalıdır.

Sağlık hizmetleri arzında **hizmetin varlığı kadar verilmiş biçimi ve alınabilir / kullanılabilir olması da çok önemli** olduğundan, bu alanda da demografik, psikolojik, sosyolojik, antropolojik kullanım araştırmaları yapılmalı ve esas alınmalıdır.

### **SAĞLIK HİZMETLERİNDE MEVCUT SİSTEMİN İYİLEŞTİRİLMESİ ESASI**

**Sistem değişikliği gibi radikal ve muhtemel zararları / riskleri çok yüksek** teşebbüslere kalkışılmadan, sağlık hizmetlerinin yeterli nicelik ve nitelikte, herkesin ulaşım yararlanabileceği bir sistem içinde verilmesinden **kamu adına Devletin görevli ve sorumlu olduğu** ve bunun uygulandığı **mevcut sistemin devamı ve gerektiği gibi çalışmasının sağlanması**, iyileştirme çalışmalarının **temel esasını** oluşturmalıdır.

**SAĞLIK HİZMETLERİNDE, MEVCUT SİSTEMİ İYİLEŞTİRME GEREKÇELERİ**

Bugün istenilen seviyede hizmet üretemez hale gelmiş olan **Türkiye sağlık sistemi, yaklaşık 150 yılda ülkenin ihtiyaç, şart, imkan ve alt yapı, bünye ve gerçeklerine uygun olarak şekillendirilmiş, zaman zaman yapılan düzenleme ve iyileştirmelerle yeniden güç, uyum ve etkililik kazandırılmış, eksiklikleri olmasına karşılık kendi tecrübe ve birikimleriyle dolu, yapay / dışarıdan yönlendirilmiş olmayan, kendi tabii sistemlerine, yapılarına, kurumlarına ve ürünlerine sahip sistem ve alt sistemlerdir. Kendi dinamiklerinden kaynaklanan olumlu gelişme potansiyeli, büyümeye elverişli uçları, imkanları, kapasitesi ve gücü vardır.**

Mevcut sağlık sistemi 20 yıl öncesine kadar gösterdiği gelişme ve başarıları dünyada takdir edilen bir seviyeye ulaşabilmiştir.

**Mevcut sistemi yıkıp** ters çevirerek, onun malzemeleriyle **yeni bir yapı kurmak**, en az 30 yıllık bir **yapılaşma ve deneme süresine ihtiyaç gösterecektir**. Bunun anlamı, en azından, insanlarımızın daha uzun yıllar sağlık hizmeti yerine umutla yetinmek zorunda kalabilecekleridir. Örnek olarak sadece aile hekimliğini kurmak yıllara ve dış borçlara bağlıdır.

Buna karşılık, uzun bir süreçte Ülkenin sağlık hizmeti ihtivaç, şart, imkan, alt yapı, bünye ve gerçeklerine göre oluşmuş, ancak başta görev ihmalleri ve yönetim yetersizlikleri olmak üzere çeşitli sebeplerle işlevini istenildiği gibi yerine getiremez hale gelmiş olan **mevcut sistemi düzeltecek en köklü iyileştirmeler en fazla 5 yıllık bir süre içinde gerçekleştirilebilir**, maliyeti düşük ve riski azdır.

Bu sebeple, **sağlık hizmetlerini iyileştirme çalışmaları mevcut sistem üzerinde uygulanmalıdır**.

Her sistem geliştirilmek ve yeniden düzenlenmek ihtiyacındadır. Ancak, niteliği "yönetim yetersizliği ve "görev ihmali" olan idarelerin, bu olumsuzlukların gidermeden, şekilde ve idari yapıda reformlar deneyerek olumlu sonuçlar elde etmesi beklenilmemelidir.

**ASIL SAĞLIK HİZMETLERİNDE SORUNLAR**

Türkiye Sağlık **Sektörünün** genel sorunları "Mevcut Durum" başlıklı bölümde ele alınmıştır.

Sağlık sektöründeki sorunlar arasında sağlık sistemini en fazla etkileyenler, önemi sebebiyle, Asıl Sağlık Hizmetleri ile ilgili olanlardır.

Sağlık sektörünün "hedefi" ve sonuç "çıktı"sı olan "sağlık" elde etmeyi amaçlayan **Asıl Sağlık Hizmetlerindeki sorunların temel nitelikte olanları** şöyle sıralanabilir:

**a) SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÜRETİMİ / SUNUMU / ARZI İLE İLGİLİ TEMEL SORUNLAR**

- Hizmet arzının yeterli ve yaygın **ulaşılabilirlik ve kullanılabilirliğinin olmaması**,
- Özel ve özellikle kamu sektörü sağlık hizmetleri arzında yoğunlaşarak tüm sistemi güçlü ve olumsuz olarak etkileyen ve artarak devam eden **yönetim yetersizlikleri**,
- Tüm sektörde yoğun şekilde görülen ve artarak devam eden (başboşluk, denetimsizlik, standartsızlık, plansızlık, nicelik-nitelik yetersizlikleri vb. tüm aksaklıkları içeren) **görev ihmalleri**,
- **İnsangücü ve kaynak yetersizlikleri** ile, mevcutların yanlış / israfçı kullanımı,

- Sağlık hizmetlerinin temeli olan **Koruyucu Sağlık Hizmetlerine gereken önem ve önceliğin verilmemesi,**
- Yıllardır sonuçlanmayan "sağlık reformu" söylemlerinin yarattığı karmaşanın, mevcut sisteme eklediği tahribat ve tıkanmalar.

#### **b) SAĞLIK HİZMETLERİNİN TALEBİ / İSTEMİ / KULLANIMI İLE İLGİLİ TEMEL SORUNLAR**

- **Mevcut sosyal güvenlik ve sosyal sigorta sistemlerinin** yönetim ve kaynaklarına siyasal iktidarların olumsuz müdahaleleri sonucunda bozulan idari ve mali yapıların yol açtığı **yetersizlikler ve bunun yarattığı hizmet tıkanlıkları.**
- Bu kurumların sağlık güvencesi hizmet paketlerinin koruyucu sağlık hizmetlerini kapsamayıp, sadece tedavi hizmetlerini içeren "**hastalık sigortası**" olması,
- Önerilerin ülke ihtiyaç, imkan, alt yapı ve gerçekleri ile örtüşmemesi sebebiyle, yaklaşık 40 yıldır **tüm fertleri kapsayan yeterli bir sağlık güvencesi sisteminin kurulamamış olması,**
- Ağırlıklı olarak arzda ve daha azı da talepte görülen sorunların, kişilerin ve toplumun sağlık hizmetlerinden yararlanmasını engellemesi sonucunda, kişilerin **yeterli hizmet talebinde bulunmamaları**

#### **ASIL SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÇÖZÜMLER**

Asıl Sağlık Hizmetlerimizdeki sorunlar incelendiğinde, öncelikle sağlık sorunlarımızın esas ve ağırlıklı kaynağı olan arz sisteminde büyük çapta olmak üzere, tüm sistemin iyileştirilmesi gereği açıkça ortaya çıkmaktadır.

#### **a) MEVCUT SAĞLIK SİSTEMİNİ İYİLEŞTİRMENİN TEMEL HEDEFLERİ**

Arz ve talep sistemleriyle ilgili başlıklar altında sıralanacak 'Hedefler'i gerçekleştirmek üzere, sağlık sektörünün:

- **Mevcut yapısıyla** ele alınarak,
- Aksaklıkların ve bunların sebeplerinin **bilimsel olarak araştırılıp** tespit edilmesi,
- Bu araştırmalara bağlı olarak, başta insan unsuru olmak üzere, **mevcut sistemlerin ve hizmetlerin yeniden düzenlenip iyileştirilmesi,**
- **Devletin / Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmetlerindeki birinci derecede ve asli görev, yetki ve sorumluluğunun** devam etmesi,
- Yönetim yetersizliklerini, görev ihmallerini, sağlık insangücü dahil kaynak eksikliği ve yanlış kullanımlarını giderecek, akılcı, etkili, kalıcı çözümler, bakış açısı değişiklikleri ve yönetim biçimlerinin geliştirilmesi,
- Vatandaşların tümünü kapsayacak **genel sağlık güvencesi sisteminin kurulması** ve bastırılmış olan **talebin rahatlatılması,**
- **İdari yapı reformu denemesi yerine, hizmet iyileştirmelerinin gerçekleştirilmesi** değerlendirilmelidir.

Bu ilkelere dayalı olarak, Asıl Sağlık Hizmetlerinde aşağıda belirtilen üç alandaki hedeflerin dikkate alınmasıyla yapılacak düzenlemelerle, mevcut sağlık hizmetleri sistemi istenilen nitelik ve nicelikte, kamu yararına görev yapacak şekilde, yeniden çalışır hale getirilebilir.

## b) KAMU SAĞLIK SİSTEMİ VE HİZMETLERİNE YÖNELİK GENEL HEDEFLER

- Kamu sağlık sistem ve hizmetlerinin **mevcut yapılarıyla yeniden ele alınması**,
- **Kanunlarla** verilmiş olan kamu görevleri yerine getirebilmesini ve sistemin amacına ulaşmasını engelleyen, içinde bulunduğu tıkanıklığa yol açan, yönetim yetersizlikleri ve görev ihmalleri ile kaynak yetersizlikleri ve savurganlıklarını doğuran aksaklıkları ve etkilerinin belirlenmesi için kapsamlı **bilimsel araştırmalar** yapılması,
- Bu araştırmanın sonuçlarına ve

### Ülkenin sağlık hizmeti

- \*ihtiyaç,
- \*şart,
- \*imkan,
- \*alt yapı,
- \*bünye ve
- \*gerçeklerine;

### Temel kriterler olarak

- \*Sağlık hizmetlerinin **devlet görev ve sorumluluğu** olarak kabul edilmesi,
- \*Kamu imkanlarının temel alınması,
- \***Özel sektörün** hizmet arzının eşitlik, adalet, rekabet ve kamu yararı şartlarında, tamamen açık ve serbest olması,
- \*İhtiyaç oranında ve geçici olarak **kişisel kaynakların katkısına** başvurulabilmesi esaslarına;

### Sağlık hizmetlerinin amacı olan

- \*Toplumun **tüm fertlerine**, ihtiyaçları olan bütün **sağlık hizmetlerini** coğrafi, sosyal, maddi ve diğer imkan ve unsurlarla mümkün olduğunca sınırlı olmayan ve iyi çalışan yapılar içinde, eşit, ihtiyaçlarına uygun, kaliteli, ucuz, ulaşılabilir, yararlanılabilir ve iyi çalışan sistemlerle, **gerekli ve yeterli şekilde vermek**,
- \*Fert ve topluma sağlıklı yaşama **bilgi, şuur, istek ve davranışı** kazandırmak,
- \***Sağlıklı** kişisel, çevresel ve toplumsal **ortamlar sağlamak** yoluyla,
- \***Fertlerin, toplumun ve son hedefte dünyanın sağlıklı olmasını sağlamak**, ilkelerine

dayalı ve uygun olarak planlanacak **çözümlerin, yine bilimsel olarak araştırılıp belirlenmesi**,

- Belirlenen iyileştirme ve geliştirilmelerin **uygulamaya koyulması**,
- **Sistemin yeniden çalışır**, ihtiyaca cevap verir, kendisini sürekli olarak yeniler, **profesyonel sağlık yönetim bilimine uygun olarak yönetilir hale getirilmesi**

değerlendirilmelidir.

## c) SAĞLIK HİZMETİ ARZ SİSTEMLERİNE YÖNELİK ÖZEL HEDEFLER

Türkiye nüfusunun en az %50'si aktif, pasif ve bağımlı olarak sağlık sigortası ve güvenliği kapsamı içindedir. Fakat hem bu güvenceliler, hem yoksul oldukları için yeşil kart vb. gibi başka kaynakları kullanan %7-8'lik nüfus ve hem de hizmeti doğurca cebinden para ödeyerek satın alanlar, yani **halkın hemen tamamı, sağlık hizmetlerinin arzından** çeşitli sebeplerle **şikayet etmektedir**.

**Sıkıntılarının temeli sağlık hizmetlerinin talebinde değildir.** Hizmeti satın almak için gereken kaynağı vatandaşların büyük bir çoğunluğu şu veya bu şekilde bulabilmektedir.

Bu sebeplerle, **sağlık güvencesi kapsamı dışında kalan kişilerin de kapsam içine alınmasıyla veya iyi bir talep finansman kaynağı bulunmasıyla meselelerin büyük ölçüde hemen ve kolayca çözüleceğini iddia etmek, kesin ve büyük bir yanılma, daha da önemlisi, yanılmadır.**

Sağlık sektörü dışında da daima görülen, talep ve talep kaynağı var olduğu halde arz edilen mal ve hizmetin yeterli nicelik ve nitelikte olmaması olgusu, bugünkü sağlık hizmetlerimizin de darboğazını teşkil etmektedir.

Teşhis doğru koyulmalıdır: Talep ve talep finansmanı mevcut olduğu halde, bilhassa kamu kesiminden kaynaklanan nedenlerle, **sağlık hizmetleri arzımızın sorunları, sistemin sorunlarının en önemlilerini belirlemektedir.**

Sağlık hizmetlerindeki sorunların asıl ve ağırlıklı kaynağı, sağlık hizmetleri arzının çeşitli boyutlarında ortaya çıkmakta olduğundan, **iyileştirme çalışmalarına da öncelikle ve ağırlıklı sağlık hizmetlerimizin arzından başlanması önemlidir.**

Bu amaçla:

- Sağlık hizmetleri arz sistemlerinin **mevcut yapısıyla yeniden ele alınarak**, Kamu Sağlık Sistem Ve Hizmetlerimize Yönelik Genel Hedefler’de belirtilen **araştırmalar** çerçevesinde sorunlarının belirlenmesi,
- Genel Hedef’in amaç, ilke, uygunluk, çözüm ve uygulama esasları çerçevesinde ve
- Bir kamu malı olan “**sağlık hizmetlerinin**” mevcut ve yararlanılabilir olması yanında, bir kamu görevi olan “**toplumun sağlıklı kılınması**” görevlerinden **kamunun / devletin sorumlu bulunduğu** ilkesinden hareketle,

\* Sağlık hizmetlerimizin arzında toplum adına, üst otorite yetkisiyle **Devletin / Sağlık Bakanlığı’nın birinci derecede ve asli görevi ve sorumlu olması,**

\* Bu esasın uygulanmasında

**Kamu sektörü ile**

**Yerli ve yabancı özel sektörün**

**birlikte sağlık hizmeti arz edeceği bir karma yapı geliştirilmesi** temellerinde çözümler geliştirilmesi,

- **Uygulamaya koyulması,**
- **Sistemin yeniden çalışır, ihtiyaçları karşılar, profesyonelce yönetilir hale getirilmesi**

değerlendirilmelidir.

#### **d) SAĞLIK HİZMETİ TALEP SİSTEMLERİNE YÖNELİK ÖZEL HEDEFLER**

Sağlık hizmetlerinin bir **kamu malı ve kamu / toplum sağlığının da bir kamu görev ve sorumluluğu** olduğu ilkesine, sağlık hizmetlerimizin **arzında kamu adına Devletin birinci derecede ve asli görevli ve sorumlu** olduğu ön kabulüne ek olarak:

- Sağlık hizmetleri talep sistemimizin **mevcut yapısıyla** yeniden ele alınarak, Kamu Sağlık Sistem Ve Hizmetlerimize Yönelik Genel Hedefler’de belirtilen **araştırma** çerçevesinde sorunlarının belirlenmesi,

- 'Genel Hedef'in amaç, ilke, uygunluk, çözüm ve uygulama esasları çerçevesinde ve
  - Sağlık hizmetlerinin bir kamu malı, toplum sağlığının bir kamu görev ve sorumluluğu olduğu, sağlık hizmetlerimizin arzında kamu adına Devletin birinci derecede ve asli görevli ve sorumlu bulunduğu göz önünde tutularak,
  - Bu temeller üstüne
    - \* Sağlık hizmetlerinin talebinde de toplum / kamu adına Devletin / Çalışma Ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın (üst otoritenin) birinci derecede ve asli görev ve sorumlu bulunduğu,
    - \* Hiçbir kompozisyon içinde **sağlık hizmeti arz sistemleri ile aynı yapı bünyesinde yer almayan,**
    - \* Amacı, **herkesin koruyucu ve tedavi edici tüm sağlık hizmetlerine, kişinin kendi mali gücü ile sınırlı olmadan, eşit şartlarda ve biçimde, adil olarak, ihtiyacı olduğu zaman, ihtiyacı olduğu kadar, ulaşım yaralanabileceği** sağlık hizmetleri **talep sistemlerini** kurup çalıştırmak olan
    - \* **Tüm fertleri kapsayan,**
    - \* **Finansmanı başlangıçta hazine + prim** esasıyla **orta veya uzun vadede tümüyle hazine kaynakları**ncı sağlanan,
    - \* Sağlı hizmetlerini **tüm fertler için öncelikle "kamu sektörü"** olarak talep eden,
    - \* Tüm **resmi nitelikli mevcut sağlık güvenliği ve sigortası kurumlarının sağlık riski kollarının da,** gerekli iyileştirmeler yapılarak **orta vadede bir yapı içinde toplanacağı, risk kapsamları, yükümlülükleri, karşılıkları ve hakları standartlaştırılmış ve eşitlenmiş,**
    - \* **Yakın ve ilgili sigorta risklerinin** de uzun vadede **dahil edilmesi planlanmış,**
    - \* Sağlık Hizmetleri Talep Sistemlerinde Bulunması Gereken **Temel Niteliklerle İlgili İlkeye** uygun,
    - \* **Talep ertelenmesi / bastırılması / eksikliğine yol açmayacak,**
    - \* **Mevcut resmi nitelikli sağlık sigortası uygulamalarının** aksaklıklarının tekrarlanması için **gerekli düzenlemelerin yapıldığı,**
    - \* **Özel sektörün ayrıca ve ek hizmetler sunabileceği**
  - **Uygulamaya koyulması,**
  - **Sistemin çalışır, ihtiyaçları karşılar, profesyonelce yönetilir hale getirilmesi**
- değerlendirilmelidir.

Bu hususlar esas alınarak, aşağıdaki Temel Politika İlkeleri önerilebilir.

### **C- TEMEL POLİTİKA ÖNERİLERİ**

#### **SAĞLIK HİZMETLERİ ARZ SİSTEMİNİN İYİLEŞTİRİLMESİ**

Sağlık hizmetlerimizin arz sistemindeki meseleleri çözümlmek için, onları kamu görev ve sorumluluğu olmaktan çıkarmak zararlı sonuçlar doğuracağından, toplum / kamu ve fertlerimiz için en yararlı, gerçekçi, ucuz, kolay, hızlı ve etkili çözüm, bu hizmetleri amaç ve niteliklerine uygun hale getirecek, çok önemli olan "sağlık hizmetleri bir bütün olmalıdır" ilkesini çalıştıracak, sosyal devlet anlayışının bir uzantısı olan "sosyal sağlık hizmetleri" anlayışının uygulamasına imkan verecek olan; bütün bunlara ilaveten, mevzuatımızda da defalarca açıklıkla ifade edilen "öncelikli, temel ve vazgeçilmez bir kamu / toplum / devlet görev ve sorumluluğu olma" niteliğine uygun unsurları bünyesinde bulunduran **çözüm, mevcut sağlık sistemlerimizin ve yapılarımızın iyileştirilerek tekrar çarşır ve hizmet üretir hale getirilmesidir.**

Ancak, bu ifadedden, **sağlık hizmetlerinin mutlaka devletçe ve her nalde / şartta onun eliyle verilmesi gerektiği sonucu çıkarılmamalıdır.**

Devlet bu amaca uyan çok farklı araçları değişik biçimlerde kullanabilir. Devlet, Sağlık Bakanlığı vasıtasıyla ülke sağlık hizmetlerini yurt çapında planlayıp yönlendirirken, hizmetleri ya bizzat üretebilir veya gerekiyorsa uygulama ve/veya uygulama sahasında, öncelikle sağlık hizmetleri arzında olmak üzere, terdih diğer kamu kuruluşlarından ve gerektiğinde özel sektörden hizmet satın alabilir. Fakat usul / yol / sistem / uygulama ne olursa olsun, **temel görev ve sorumluluk Devlete ait kalmaya devam etmelidir.**

#### **SAĞLIK İNSANGÜCÜ**

**Sağlık insangücü sayılarını** ihtiyacın üzerine çıkaracak, büyük şehirlere yığılmalarını önleyecek, yurt çapında daha dengeli dağılımlarını sağlayacak, niteliklerini artıracak, görev ve nitelik tanımlarını yapacak, standartlarını belirleyecek, özlük hakları, ücretleri, diğer hakları, çalışma ve sosyal şartlarını iyileştirecek, sürekli eğitimlerini sağlayacak tedbirler alınmalıdır.

**Tıp fakültelerinin sayısı ve öğrenci kapasitesi** artırılmalı, yeni tıp fakültelerinin açılmasının asgari şartları standartlaştırılmalı, mevcut olanların eksiklikleri giderilmeli, eğitim standartları ciddiyetle uygulanmalı, yetersiz öğrenciler fakülteden uzaklaştırılmalı, fakülte hastahaneleri eğitim esaslı faaliyet göstermeli, eğitim programları temel ve koruyucu-geliştirici hekimlik uygulamalarına öncelik verecek şekilde yenilenmeli, eğitim süresi uzatılmamalı ve kısaltılma imkanları araştırılmalı, sürekli eğitim sistemi öncelikle ve etkili olarak kurulmalı, öğretim elemanları ve kamuda görevli sağlık personelinin tamamının tamgün / full-time çalışacağı ve serbest hekimlik / görev yapamayacağı imkanlar araştırılmalı, tıp fakülteleri kendi yörelerinin sağlık seviyesinin yükselmesine zorunlu katkı vermelidirler.

#### **MEVCUT KAMU SAĞLIK HİZMETLERİ ARZ SİSTEMİNİN YENİDEN İŞLETİLMESİ**

Yeni liberalizm ve onun uygulama aracı olan özelleştirme akımı, artık etkisini ve taraftarlarını kaybetmeye, yerini Peter F. Drucker'in "yeni sosyal devlet" yaklaşımlarına ve benzerlerine bırakmaya başlamıştır.

Ancak, bazı uluslararası merkezlerin güçlü direnişi ve kredi / borç verme gücü sebebiyle yeni liberalizmin etkileri halâ devam edebilmektedir. Bu etkinin bir süre daha devam etmesi, sonraki on yıl olumsuz etkilerinin tartışılıp çareler ve alternatifler aranması, bunu takiben, yeniden sosyal devlet ve hatta aşırı devletçi görüşlere eğilimin artması beklenilebilir.

\* Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısını ve görevlerini değiştirmek yoluyla görevsizleştirme / disfonksiyonizasyon uygulamaları sonucunda sorumluluk alanının daraltılmasını sağlayacak **idari reformlar** yerine, **Devletin** ve onun adına Sağlık Bakanlığı'nın **sağlık hizmetlerinde birinci derecede ve asli görevli, sorumlu ve yetkili olması hali devam etmelidir.**

Sağlık hizmetleri alanında Devletin görevlerini kısıtlayan ve özelleştirme taleplerine dayanak olarak gösterilen **Anayasa'nın 56. Maddesi**, yukarıdaki amaç doğrultusunda **gözden geçirilmelidir.**

Alt yapı, yapı, işletme, yönetim, ekonomi, sosyal yapı, gelişmişlik, gelir dağılımı, eğitim, ulaşım, personel ve benzerleri gibi akla gelebilecek pek çok bakımdan **gerekliliği olan tüm şartlar ve yapılaşma unsurlarının var olması sağlanamadığı ve iyileşmesi gerçekleşmediği sürece, Devletin sağlık hizmetlerindeki birinci derecede ve asli görev ve sorumluluğu devam etmelidir.** Aksi takdirde fertlerimiz, toplumumuz ve devletimiz bundan zarar görebileceklerdir.

Bu bütünlüğe zarar verilmeden **özel sektörün de sağlık hizmetleri arzına daha büyük ölçüde katılması**, kâra ve istismara değil **hizmet esasına dayalı olarak teşvik edilmelidir.**

\* Sağlık hizmetlerinin bir bütün olduğu prensibi ve bu prensibe uyan uygulamaların başarıya ulaşacağı da dikkate alınarak, sağlık sistemini iyileştirmeye yönelik tekliflerin, sistemin bütünü ile uyumlu ve onu parçalamayacak nitelikte olması gerekmektedir.

**Sağlık hizmetlerinin bütünlüğü dört alanda söz konusudur:**

- Sağlık hizmetleri öncelikle doğrudan, dolaylı ve uzak etkili / ilgili kamu, özel ve yardımlaşma türü arz ve talep sistemlerinin yer aldığı bütün sektörleri kapsayan alanlarda, **sektörler arası / intersektörel bir bütündür.**

- Sağlık hizmetleri, sağlık sektörünün içinde yer alan ve sağlıkla doğrudan doğruya etkili / ilgili olan arz ve talep sistemleri, alt sistemleri, alt sektörleri / sektörleri kapsayan alanlarda, **sistemler arası bir bütündür.**

- Başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere, sağlık hizmetleri arz ve talep sistemleri içinde yer alan, sağlıkla ilgili tüm merkezi ve mahalli idarelerle birlikte kamu, özel, yardımlaşma vb. esaslı birimleri kapsayan alanlarda, **kurumlar ve kesimler arası bir bütündür.**

- Sağlık hizmetleri, temel, koruyucu ve geliştirici, tedavi (ve rehabilite) edici doğrudan / asli sağlık hizmetlerini kapsayan alanlarda, **asıl sağlık hizmetleri arası bir bütündür.**

Bu kadar karmaşık bir yapıda ve dört alanda birden faaliyet gösterilmesi sebebiyle, sağlık hizmetlerinin bir bütün olduğu prensibi, ancak Devletin bu hizmetlerin tümünden birinci derecede ve asli görevli, sorumlu ve yetkili olması halinde gerçekten uygulanabilir.

\* Öte yandan, zannedildiğinin aksine, (birkaç başka alan da dahil olmak üzere) sağlık hizmetlerinden Devletin birinci derecede ve asli görevli ve sorumlu olması prensibi, bu hizmetlerin özel sektöre devredilmesi görüşünden ve eğiliminden çok daha yaygın olarak kabul edilen, yeniden ve hızla benimsenip yayılan bir temel yaklaşımdır.

Özel ve/veya özelleştirilmiş sağlık hizmetleri ile ilgili olarak bütün dünyada yaşanan olumsuz tecrübeler de, bu değişime destek kazandırmaktadır. Bir şeyin iyi ve doğru olduğuna, ancak Amerika ve Avrupa'da bu konuda olumlu bir tavır varsa inanan ve kendisi üretmek yerine tekrarları yetinenler, bunlara bakarak doğruyu -yine de başkasının penceresinden- görme imkanını elde edebilirler.

Sağlık hizmetlerinin ürün, arz, talep, fiyat ve niteliğini elinde tutabilen, her an "ben vazgeçtim sağlık hizmetini kim verirse versin" diyebilecek, Türkiye'de enflasyon %50'lerde seyrederken sağlık enflasyonunun %200'ü aştığı dikkate alındığında, Sağlık Bakanlığı'nın hesaplarına göre hizmet fiyatlarını en az 3 misli artıracak, sağlık hizmetini alınıp-satılan bir "nesne" haline sokacak, tarihte denenmiş ve zararlı olmuş, günümüzdeki dünya uygulamaları olumsuz, ülkemiz ihtiyaç, şart, imkan, alt yapı bünye ve gerçeklerine uyumsuz ve ön şartları mevcut olmayan, Anayasamızın sosyal devlet ilkesine aykırı, sadece belli kişileri ve kesimleri mutlu edebilecek, sağlık hizmetlerinin kendi iç özelliklerine ve çağdaş uygulama prensiplerine aykırı, sonuçları uzun yıllar sonra alınabilecek ve büyük ölçüde riskli, fertlerin ve toplumun büyük kesimlerinin zararına yol açabilecek, sonunda vazgeçilmeye çalışılacak, fakat sonuçları, diğer alanlardaki ve ekonomik karar ve konulardaki kötü sonuçlar gibi sınıya çekilmekle geçiştirilemeyecek kadar büyük olabilecek, uygulanması için dış baskılar ve bir kısım yetersiz ve ihmalkar yetkiliden başka hiçbir mecburiyetimizin olmadığı özelleştirme, liberalleşme, özel sektöre devretme gibi **İdari Yapı Reformu** denemeleriyle elde edebilecek ciddi, kalıcı ve iyi bir sonuç beklenilmemelidir.

**Yapılacak şey, her yönüyle bizim olan ve istenilen düzeyde yeterli sağlık hizmetleri verme imkanına sahip bulunan, atıl ve tıkalı hale getirilmiş, mevcut kamu sağlık hizmetleri arz sistemlerimizi iyileştirerek tekrar çalışır ve hizmet üretir hale getirmektir.**

#### **KAMU SAĞLIK HİZMETLERİ ARZ SİSTEMİNİ İYİLEŞTİRME ESASLARI**

**Kamu sağlık hizmetlerimizin en önemli sorunu kaynak yetersizliği değildir.** Genel ve kamu sağlık hizmetlerimizdeki sıkıntının asıl / temel / kilit sebebi yönetim yetersizlikleri, görev ihmalleri ve kaynakların verimsiz kullanımı sonucu kamu sağlık hizmetleri arzında ortaya çıkan ve göz ardı edilen başıboşluk ve tıkanıklıklar yüzünden hizmet üretilmemesi / üretilememesi; kısaca, sağlık hizmetleri arzının köklü olarak iyileştirilmesi zaruretidir.

Bu sebeple, kamu sağlık hizmetlerimizin arz ve talebinde sadece finansman ve diğer kaynakları artırmak, kendiliğinden veya sistemli bir iyileşme sağlayamayacaktır.

Ancak, sağlık hizmetleri arz ve talebinin dört temel unsurundan biri olan yardımcı unsurlardan biri ve bunlardan pek çoğunun temin aracı olan finansmanın önemi inkar edilemez.

Sağlık hizmetlerinin arzı ve talebi için gerekli olan finansmanın temin edilebileceği kaynaklardan biri olan kişilerin doğrudan veya sigorta primi yoluyla dolaylı ödemeleri, kaynak yetersizliği sebebiyle her fert bakımından mümkün olmamakta ve hizmet talebini büyük ölçüde kısıtlamaktadır. Gelişmekte olan orta gelir seviyeli ülkelerde yeterli, güçlü ve sürekli mali kaynaklara ancak devlet sahip olabilmektedir. Bu sebeplerle, kamu sağlığını temin ve korumak endişesiyle, öncelikle temel ve koruyucu-geliştirici sağlık hizmetleri için olmak üzere, Devlet, kamu gelirlerinden sağlık hizmetlerinin bütün arz ve talep alanlarına daha fazla kamu finansman kaynağı ayırmalı ve bu kaynaklar etkili ve verimli kullanılmalıdır.

#### **KAMU SAĞLIK SİSTEMİNİ İYİLEŞTİRMEDE GÖZETİLECEK ÇALIŞMA İLKELERİ**

İnsanlar ihmalcı ve yetersizse, bütün sistemler kötü ve yetersiz kalacaktır. **Sistemi ve sahibini değil, yetersiz ve ihmalcı yapı ve davranış biçimlerini değiştirmekle çözüme ulaşılabilir.**

Sağlık hizmetleri sistemlerimizin iyileştirilmesi için yapılacak çalışmalarda şu **çalışma prensipleri** dikkate alınmalıdır:

- Çalışmalar, **mevcut sistemin iyileştirilerek kullanılmaya devam edileceği** esasına göre düzenlenmelidir. Bu sistemin aksaklık sebeplerinin bulunması, tedbir tekliflerinin **geliştirilmesi ve iyileştirmelerin yapılması** amaç olmalıdır.

- Çalışmaların tüm safhaları, **ilgili bütün kişi ve kuruluşlara açık olmalı**, bilimsel araştırma, veri ve değerlendirmelere dayandırılmalı, ampirik bilgi, "ben bilirim"ci tavır ve merkezîyetçi **baskıdan uzak olmalıdır**.

- Majik / sihirci değil lojik / akılcı esaslar uygulanmalıdır.

- **Öneriler** de katılım, araştırma ve bilimsellikte geliştirilmeli, ihtiyaç, alt yapı, şart, imkan, bünye ve gerçeklerimize uygun olmalı, **uygulayıcılar ve vatandaşlar tarafından benimsenebilmelidir**.

- **Aykırı görüşler mutlaka ve etkili olarak çalışmalara katılmalıdır**.

- Master plan ve uygulama planları, detaylı safhalara ve **deneme-değerlendirme uygulamalarına dayandırılmalıdır**.

- **İlaç, tıbbi cihaz ve malzeme** konuları da çalışmalara dahil edilmelidir.

- Referans, performans ve kalite **standartlarının geliştirilmesini içermelidir**.

- Kesinleşmemiş konularda kanun niteliği olmayan yasal düzenlemelerle yetinilmelidir.

- Sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesindeki asıl amaç **"Toplumun Sağlık Seviyesinin Yükseltilmesi"**dir. **Bu sebeple** "asıl sağlık hizmetleri" dışında kalan ve sağlığa uzak, dolaylı ve doğrudan etkili olan çevreye ve topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, sağlık mevzuatı, ülke ve dünya sağlık ve sosyal göstergeleri, genel sistem ve genel kamu yönetimi, toplumun eğitimi ve bilinçlendirilip biçimlendirilmesi, sosyal, kültürel, etnolojik, ekonomik, siyasal / politik yapılar gibi **pek çok konunun birlikte düşünülüp, ele alınıp, geliştirilmesinin bir mecburiyet olduğu** hatırlanmalıdır.

#### **SAĞLIK BAKANLIĞI'NIN İYİLEŞTİRİLMESİ**

Sağlık hizmetlerini kamu adına yürütmekle görevli olan ve yönetim yetersizlikleri ile görev ihmalleri sebebiyle sektörde olumsuzlukların en fazla görüldüğü Sağlık Bakanlığı, bu hizmetleri iyileştirmek amacıyla **öncelikle, kendi görevlerini yerine getirecek mantığı, dinamizmi ve kapasiteyi yeniden kazanmalıdır**.

Bakanlığın içinde bulunduğu yetersiz hal, onun eşgüdüm, denetim, geliştirme, amaçlara yönelme, kaynak temini, bunları verimli etkili ve ekonomik kullanma, planlama, politika oluşturma ve uygulama, istenilen kalite ve kantitede yeterli hizmet üretip sunma / arz etme ile, ihtiyaç olan kullanıcı / tüketici tarafından ulaşılabilecek talep edilmesini / kullanılmasını sağlama görevlerini de yapamaması sonuçlarını doğurmaktadır. Bakanlık bu görev ve fonksiyonlarını tam olarak gerçekleştirebileceği dinamizme ve işlerliğe kavuşturulmalıdır.

Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatı olarak, hizmetlere ve yurttaşla yakın olan **il ve ilçe teşkilatlarını kurup güçlendirmeli**, bunlara ve taşra birimlerine **yetki devrini** / dekonsantrasyonu sağlamalı, yapı değişikliklerini gerçekleştirmeli, **bölge** sağlık idareleri gibi halktan uzak ve genel kamu idaresi yapımıza aykırı yeni bürokratik kademelere teşebbüs etmemelidir. Taşra birimlerinin bilimsel yönetim, donanım ve kaynak ihtiyaçları giderilmelidir.

#### **SAĞLIK BAKANLIĞI'NIN YÜRÜTECEĞİ TEMEL POLİTİKALAR**

Devlet adına Sağlık Bakanlığı, **sağlık hizmetlerinden birinci derecede ve asli yetkili ve sorumlu olmanın gereğini yerine getirecek anlayış, dinamizm, yapı, kapasite ve işlerliği yeniden kazanmalıdır**.

Bakanlık ilk olarak, sistem değişikliği söylentilerinin kamu sağlık hizmetleri arzında doğurduğu bekleme ve hizmet kapasitesi düşüklüğünü gidermek için, personel ve kamu nezdinde gerekli uyarıları yapmalı ve öncelikle sistemi, hiç olmazsa mevcut kapasitesiyle tekrar çalıştırmalıdır.

Bakanlık, **asıl hedef olarak, MEVCUT SİSTEMİN iyileştirilmesini ve geliştirilmesini benimsemeli**, bunun gereğini bilimsel olarak yerine getirmek üzere harekete geçmeli ve gerekli maddi ve moral desteği sağlamak için bunu kamuya duyurmalıdır.

Sağlık Bakanlığı'nın kamu sağlık hizmetlerini iyileştirme ve geliştirme faaliyetlerinde, ana hatlarıyla **şu konuları ağırlıklı olarak kapsayan stratejiler geliştirilmelidir**:

1- Sağlık hizmetleri **kamu arz sistemlerinin çalıştırılması, yapı ve ürünlerinin iyileştirilmesi**, yönetim yetersizlikleri, görev ihmalleri, kaynak yetersizlikleri ile verimsiz kullanımlarının giderilmesi, yetki devri / dekonsantrasyonun sağlanması;

2- **Bilimsel yönetimin fonksiyon ve faaliyetleri olarak**: ihtiyaç ve amaçların tespiti, politikaların tayini ve geliştirilmesi, planlama ve enformasyon, kaynak temini, organizasyon, yönetim sistemlerini geliştirme, sevk ve idare / yöneltme / yürütme faaliyetlerini iyileştirme, amaçlara yöneltme, standartlar geliştirip uygulama, hizmet üretim ve arzını iyileştirme, ulaşılabirlik, yaralanabilirlik, ekonomiklik, verimlilik, etkililik sağlama, eşgüdüm, denetim, analiz konularını içeren **modern profesyonel sağlık yönetimi anlayışını hayata geçirme**;

3- Kamu sağlık hizmetleri organizasyonunun çok başlılığını giderme, etkili bir işbirliği ve eşgüdüm ile işbölümü sağlama, tekrarlar ve boşluklar ile israf ve atıl kapasiteyi giderme, bu suretle ilgili **sektörler arasında ve sağlık sektörü içinde sağlık hizmetlerinin planlanması, eşgüdümü ve kontrolü konularında görev ve yetki kullanımını sağlayacak konum ve uygulamayı gerçekleştirme**;

4- **Tüm kamu sağlık hizmetleri arz sistemlerini tek çatı altında Sağlık Bakanlığı'nda toplanması** konusunda araştırma ve uygulama;

5- Çalışma Ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın **genel sağlık güvencesi kurumu kurma ve tüm vatandaşları bu kurum kapsamı içine alma** çalışmalarına katkıda bulunma,

Bu beş konuda belirlenenek stratejilere dayalı olarak, sağlık hizmetlerimizin yapı ve ürünlerinin iyileştirilmesi için, aşağıda sıralı kısa, orta ve uzun vadeli tedbirler uygulanmalıdır.

### **AİLE HEKİMLİğİ**

Aile Hekimliği uygulaması için gerekli olan eğitim, personel, donanım, kaynak, zihniyet, sistem ve diğerleri gibi, bu sistemin ihtiyaç, imkan, alt yapı ve şartlarının hazırlanmasını sağlayacak **orta ve uzun vadeli geçiş planları uygulanıp olumlu sonuçlar alınmadan, aile hekimliği sisteminin uygulanmasına kalkışılmamalı**, o zamana kadar, sağlık evi ve sağlık ocağından başlayan hizmet zincirinin çalıştırılmasıyla bu ihtiyaç karşılanabilir.

### **MAHALLİ İDARELER**

Devletin **diğer merkezi ve mahalli idare / yerel yönetim organları sisteme katılabilmelidir**.

Ana çerçevedeki görevleri Sağlık Bakanlığı'nda kalmak üzere, diğer bakanlıkların ve mahalli idarelerin devralması gereken birtakım görevler de, **tabii sahiplerine bırakılmalıdır**.

**Mahalli idareler / belediyeler, halen kanunlarla yükümlü kılındıkları** çevreye ve topluma yönelik sağlık hizmetlerini gereği gibi yerine getirmek üzere gerekli tedbirleri almalıdır.

Bu görevleri memnuniyet verici seviyede yerine getirmelerinden sonra, ihtiyaç ve imkanlar oranında diğer sağlık hizmetlerine "katkıda" bulunabilmeli, kişiye yönelik koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri ile tedavi edici hizmetlerin "tümüyle" belediyelere devri gibi, her türlü güçlerini aşan, gösteriş ve prestij amaçlı aşırı maceralara kesinlikle kalkışılmamalıdır.

#### HALKIN KATILIMI

Sağlık hizmetleri arzına halkın katılımı, bir amaç değil bir teknik ve taktik araç olarak, özel bir anlamda ve özel olarak primer sağlık hizmetlerinin çevreye ve topluma yönelik temel koruyucu ve kişiye yönelik koruyucu-geliştirici sağlık hizmetleri alanlarında, karar ve uygulama safhalarında söz konusu olmalı ve bu alanda uygulanması yaygınlaştırılmalıdır. Tedavi edici sağlık hizmetlerinin hiçbir kademesinde ve üst kademe sağlık idaresinde bu uygulama için zorlamalara kalkışılmamalıdır.

#### ÖZEL SEKTÖR

Özel sektör, sağlık sektörüne ve sağlık hizmetlerinin arz ve talebi alanlarına, asli görev ve sorumluluk Devlet'te kalmak üzere, alabildiğine sınırsız olarak katılabilmeli, gerektiğinde bu amaçlarla, kâr ve istismara kapalı ve hizmet esaslı olarak teşvik edilebilmelidir.

#### SAĞLIK HİZMETLERİ TALEP SİSTEMİNİN İYİLEŞTİRİLMESİ

Sağlık hizmetlerimizin talep sistemlerindeki meseleleri çözebilmek için, bu hizmetlerin amaç ve niteliklerine uygun olarak, tüm fertleri kapsamak üzere sağlık güvencesi sisteminin gerçekleştirilmesi öncelik taşımaktadır.

#### GENEL SAĞLIK GÜVENCESİ KURUMU

Tüm fertleri kapsayacak sağlık güvencesi sistemini kurmak amacıyla, sağlık hizmetleri talep sisteminin ana yapısını da teşkil etmek üzere, arz sistemlerinden kesinlikle ayrılmış, özerk yapıda bir sağlık güvencesi sistemi ve kurumu kurularak Çalışma Ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlanmalıdır. Kurumun yönetimine, hizmetten yararlananların da katılımı sağlanmalıdır.

Orta vadede, mevcut sosyal sigorta kurumlarının sağlık (hastalık) risk kolları da bu yapı içinde birleştirilmeli, mükellefiyetler ve haklar bakımından eşitlenmelidir. Bu birleşme sırasında mevcut kurumların sağlıkla ilgili insangücü eğitimi, ilaç üretimi, sağlık tesisleri gibi doğrudan güvenlik amacı taşımayan kuruluşları, birleşme dışında tutulmalıdır.

Özel sektör, sağlık güvenliği / hizmet talebi alanına ayrıca ve ek olarak girebilmelidir.

#### GENEL SAĞLIK GÜVENCESİ KURUMUNUN ÇALIŞMA ESASLARI

Kurulacak genel sağlık güvenliği kurumu'nun finansman (kamu sağlık hizmeti talep finansman) sistemi:

- Başlangıçta, halen prim ödeyenlerin ve emsallerinin prim ödemeye devam edeceği ve diğer giderlerin, kişilerin ödeme gücü oranındaki primleri ve hazine finansmanı ile karşılanacağı "hazine + prim" esaslı,

- Orta vadede hiç prim toplanmadan bütün finansmanın "hazine" tarafından karşılanacağı, herkesin ihtiyacı kadar ve eşit şartlarda hizmet alacağı, "sosyal sağlık hizmeti" esaslı olarak düzenlenmelidir.

Kurulacak sağlık güvenliği kurumunda

- Tek kurumda toplanacak yurttaşların hepsine, daha önceki farklı uygulamalar yerine, eşit mükellefiyetlerle eşit hak, norm ve standartlarda hizmet verilmeli, ek veya farklı güvenlik seçenekleri sunmamalıdır.

- Sadece "hastalık" ve tedavi hizmetleri ile sınırlı olmayıp, fertlerin koruyucu-geliştirici ve birinci basamak tedavi edici sağlık hizmeti ihtiyaçlarını da talep edip finansmanını sağlayacak gerçek "sağlık güvenliği" kapsamında hizmet vermeli, hizmet paketi kısıtlamalarına mümkün olduğunca gidilmemelidir.

- Kurum, gerektiğinde özel sektörden de hizmet satın alabilmelidir.

Böylece sağlık hizmetlerinin talebi ve arzı "bütün" bir kamu / devlet hizmeti olma niteliği kazanmalıdır.

Bütünüyle hazine esaslı finansman sistemi kuruluncaya kadar, kısa vadede, geçici olarak uygulanacak olan hazine + prim sisteminde, primlerle ilgili olarak şu düzenleme ve uygulamalar da ayrıca gerçekleştirilmelidir:

- Şimdi olduğu gibi aktif / çalışan üye başına değil, kapsam içindeki her fert için ayrı ayrı prim alınmalıdır.

- Prensip olarak ve mutlaka gerekmedikçe hiçbir sosyal güvenlik kuruluşu emeklisinden sağlık primi / katkısı / katılım payı alınmamalıdır.

- Prensip olarak ve mutlaka gerekmedikçe, hak sahiplerinden, masraflar için ayrıca bir katılım payı alınmamalıdır.

- Değişik miktarlardaki primler karşılığında farklı hizmet paketleri değil, eşit ve tek prim miktarı karşılığında herkes için aynı olan, tam kapsamlı ve tek tür hizmet sağlanmalıdır.

- Ödeme gücü olduğu halde primini ödemeyenin hizmet almasının engellenmesi yanlış ve amaç dışı olduğundan, "toplum yarar" esaslı uygulanarak hizmet verilmeye devam edilmeli fakat, faiz ve cezalı tahsilat ile diğer yaptırımlar uygulanmalıdır.

- Tespit ve uygulama zorluklarına karşılık, imkan bulunduğu, tek ve eşit hizmet temini için "gelir seviyesi ile orantılı prim" alınması, sosyal devlet, gelirin yeniden dağılımı ve sosyal adalet ilkelere uygun olacaktır.

- Primlerin dağılımı esasıyla kullanılmasından süratle vazgeçme imkanları sağlanarak, hak ve imkanların yükseltilmesi ve prim oranının düşürülmesine imkan verecek nemalandırma esaslı tedbir uygulamaya koyulmalıdır.

- Sağlık dahil tüm sosyal güvenlik programlarında çalışan ve çalıştıran yanında devletin de üçüncü taraf devlet payı olarak prim ödemesi, devletçe doğrudan yapılan yardımlara ek olan, sosyal devlet, sosyal adalet ve sosyal gelir transfer / gelirlerin yeniden dağılım ilkelerinin gereği bir uygulama olarak kabul edildiğinden, Devletin üçüncü taraf devlet payı primi ödemesi sembolik olarak da olsa başlatılarak, tüm sosyal güvenlik alanlarında yerleşmesi sağlanmalıdır.

Sağlık güvenliği kuruluşunun talep edeceği hizmetler dışında kalan çevreye ve topluma yönelik temel-koruyucu ve diğer sağlık hizmetler, başta Sağlık Bakanlığı, belediyeler / mahalli idareler ve il özel idareleri olmak üzere, kanunlarla görevli olan diğer devlet kurum ve kuruluşları tarafından finansmanı yapılarak, sunulmaya devam edilmeli, gerektiğinde yeni hukuki, idari, mali düzenlemeler yapılmalıdır.

Genel sağlık güvenliği kurumu dışında, isteğe bağlı özel sağlık sigortacılığı yoluyla veya doğrudan kişisel / hane halkı ödemeleriyle ikinci veya ek sigorta uygulamaları yahut diğer özel sektör uygulamaları ayrıca mevcut olabilmelidir. Özel sağlık / hastalık sigortalarının, ancak kamu sağlık güvenliği / sigortası kurumlarının var olduğu ortamlarda faydalı olabildikleri hatırlanmalıdır.

Kurum, talep sistemi içinde

- Tıbbi kayıtlar
- Kişilerin sağlık kütüğü / sicili
- Hizmet / müracaat / sevk zinciri
- Maliyet analizi
- Rasyonel hizmet, kaynak, malzeme kullanım araştırmaları
- Personel, hizmet ve kurum kalite ve performans standartlarını geliştirme
- Sağlık enformasyon ve araştırma sistemi

hizmetlerini verecek birimlerinin, Sağlık Bakanlığı'ndan ayrı olarak, bilgisayar ortamlarından da yararlanılarak, ülke çapında kurulup, gerçek anlamda işletilmesiyle de görevli olmalıdır.

Kurum, siyasi etkilerin en az, yetki devri, ekonomiklik, verimlilik, inisiyatif, rekabet, etkililik gibi unsurların en yüksek seviyede olacağı bilimsel ve modern yönetim sistemlerine sahip olmalıdır.

#### GENEL SAĞLIK GÜVENCESİ KURUMUNUN FİNANSMANI

Ülkedeki tüm fertlerin sağlık hizmeti taleplerini düzenleyecek / sağlayacak olan bu yeni kurumun, **sağlık hizmetleri talebinin finansmanında, nihai hedef olarak, mümkün olduğunca bütünüyle kamu kaynaklarından / hazineden kaynak sağlanması düşünülmelidir.**

Bu, sosyal devlet ve sosyal sağlık hizmeti ilkelerine en uygun ve sağlıklı yol olduğu gibi, tüm kişi ve kesimlerin hizmetlerden ihtiyaçları olduğu miktarda eksiksiz yararlanmasında ve kaynak yetersizlikleri ile talep eksikliklerinin giderilmesinde de diğer finansman kaynaklarına kıyasla en "güçlü", sade ve uygulanması kolay olan şekildedir.

Ancak, ülke ekonomik imkanları ve diğer sektörlerdeki ihtiyaçlar da göz önünde bulundurularak, **finansman başlangıçta** halen prim ödeme durumunda olanların ve benzer durumda olanların prim vermeye devam ettikleri **hazine + prim kaynaklı olarak başlatılmalıdır.**

**Ülkenin iktisadi bakımdan geliştirilmesine de paralel olarak, orta vadede bütünüyle hazine kaynaklı finansman sistemine geçilmesinin ilke / hedef olarak benimsenmesi düşünülmelidir.**

#### HAZİNE VE HAZİNE + PRİM KAYNAKLI TALEP FİNANSMAN SİSTEMİNİN KRİTİĞİ

Sağlık hizmetlerinde **mümkün olan çeşitli talep finansman kaynakları**, "Talep Sistemlerinde Bulunması Gerekli İlkelerle İlgili Temel Prensipte" ışığında incelendiğinde

- Doğrudan ferdi / kişisel / hane halkı
- Yardımlaşma / hayır
- Prime dayalı sigorta

- Mahalli idareler
- İşveren

esaslı mali kaynaklara kıyasla, hazine ve/veya hazine + prim esaslı kaynakların, "temel prensip"te yer alan ilkelere çok büyük ölçüde uyum gösterdiği, ülkedeki gelir dağılımı ve seviyesi, kısıtlılık, dar kapsamlılık, süreksizlik, ek vergi niteliği taşıma gibi sebeplere bağlı olan aksama / hizmet alamama / ihtiyacı bastırma türü ihtimalleri en aza indirebildiği; bunlara ek olarak kaynak güçlülüğü ve herkese hiç olmazsa kabul edilebilir bir asgari seviyede hizmeti garanti edebilmesi sebepleriyle en güvenilir, gelişebilir, bünyesi sade ve gerçekçi, mevcut yapımıza en uygun, gelir seviyemiz ve dağılımı açısından en adil olduğu daha önce incelenmişti.

Sağlık güvenliği, hazine / bütçe kaynaklarından sağlandığında, (vergi adaletinin ve etkili bir vergi toplama sisteminin varlığında, teorik olarak vergiler kazançla oranlı bir şekilde alındığı halde, sağlık hizmeti herkese ihtiyacı kadar ve eşit olarak verilebilmektedir.

Buna ilaveten, devlet gelirleri yalnız vergilerden değil, diğer mal ve hizmet gelirlerinden de oluştuğu için, bütçeli sistemde devlet, sağlık harcamaları için düşük gelirli olanların vergilerinden elde ettiği payı bir anlamda subvans ederek, onlara katkıda bulunmuş olmaktadır.

Ödenen vergilere ek olarak diğer gelirlerinden de daha kolay yararlanma imkanı olduğu için, primli sisteme kıyasla bütçeli sistemde sağlık hizmetlerine nispeten daha yüksek pay ayrılması kolaylaşmaktadır.

Bütçe kaynaklı sistem, prim gelirlerinin yetersiz kaldığı, tahsilatın aksadığı veya maliyet / fiyat yükselmelerinin olduğu durumlarda başvurulan kapsam daraltması, ek prim ve masrafa katılma gibi mecburiyetlere daha az ihtiyaç gösterebilmekte, daha güvenilir, güçlü ve kolay uygulanır olabilmektedir.

Bütün bu sebeplerle, bütçe esaslı finansman sistemleri, sağlık harcamalarına daha fazla pay ayırabildikleri ve gelir dağılımındaki bozukluğu bir noktaya kadar dengeledikleri için daha adil oldukları gibi, sosyal devlet, sosyal adalet ve sosyal politika anlayışlarına da daha uygun olabilir.

Böylece, kişilerin veya sigortanın maddi gücü ile sınırlı olmayan, ancak devletin tüm kaynakları ve imkanları ile sınırlandırılabilen sağlık hizmetlerini, herkesin ihtiyacı kadar ve eşit şartlarda elde etmesi ve bunun finansmanının sağlanması mümkün olabilecektir.

Primi şeklindeki doğrudan vergilerle çalışan sağlık sigortası sisteminde, ekonomik durumu ne olursa olsun, herkes aynı primi ödemekte ve ihtiyacı ne olursa olsun, sağlık hizmeti paketiyle sınırlanan aynı hizmeti almaktadır.

**Genel sağlık güvencesi kurumu**, sağlık hizmetleri arz ve talep sistemlerinin birbirinden ayrı olması prensibi uyarınca, **kesinlikle sağlık hizmeti üretmemeli ve/veya üretim/arz sistemleriyle hiçbir kompozisyon içinde aynı yapı bünyesinde yer almamalıdır.**

Kurum, tam bir sağlık güvencesi sağlayabilmek için, **tedavi hizmetleri ile birlikte, kişiye yönelik koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri talep ve finansmanını da sağlamalı**, hizmetlerin hizmet zinciri içinde alınmasını, **kişilerin sağlık sicili / kütüğünün tutulmasını temin etmeli, sağlık bilgi sistemlerine sahip olmalıdır.**

## **D- ÖNERİLEN POLİTİKALARA İLİŞKİN TEDBİRLER**

### **a-KISA VADELİ TEDBİRLER**

#### **TEMEL ARAŞTIRMALARIN YAPILMASI**

Ülke çapında, ayrıntılı ve bilimsel nitelikte "Türk Sağlık Sektörü Arz ve Talebinin Araştırılması ve Geliştirilmesi Projesi" tamamlanıp, sağlık sektörünün ve Asıl Sağlık Hizmetlerinin iyileştirilmesi çalışmalarında bu araştırmanın sonuçları değerlendirilmeli, buna uygun tedbirler geliştirilip uygulanmalıdır.

#### **SAĞLIK İNSANGÜCÜ**

Sağlık hizmetlerinin kantite ve kalitesini belirleyen unsur olan sağlık insangücünün yetiştirilmesi, sayısı, vasıfları, özlük hakları, ücreti, diğer hakları, çalışma ve sosyal şartları iyileştirilmelidir.

İnsangücü eğitimi, öncelikle koruyucu-geliştirici sağlık hizmetleri olmak üzere, ülkenin ihtiyaç duyduğu tipteki personeli yetiştirecek hale getirilmelidir. Eğitim-öğretim plan ve programları ülke imkan ve ihtiyaçlarına uygun, temel ve koruyucu-geliştirici sağlık hizmetleri amaçlarına uyumlu hale dönüştürülmelidir.

Başta tabip olmak üzere hemşire, ebe, teknisyen ve diğer sağlık insangücü açığı, yeni eğitim kurumları açılarak, kontenjanlar artırılarak giderilmelidir. Sağlık insangücünün sayı ve vasıflarının yükseltilmesi, eksikliklerinin ortadan kaldırılması, hizmetlerin iyileştirilmesinde en temel ve belirleyici bir unsur olduğundan, bu konudaki tedbirler öncelikle alınmalı, mevcut eğitim kurumlarının öğretim elemanı, fiziki imkan ve araç-gereç eksiklikleri giderilmeli, fakülte hastahaneleri döner sermaye değil, eğitim ağırlıklı olarak çalışması sağlanmalıdır.

Kamu sağlık hizmeti görevine atanmada ihtiyaç, liyakat, dengeli dağılım ve hizmet gereği kriterleri esas alınmalı, politik etkiler, baskılar, sübjektif idari kararlar en aza indirilmelidir. Personele ve göreve uygun olmayan yanlış atamalar önlenmeli, zararlı olan yüksek personel hareketliliğinin önlenmesi bakımından gereksiz, keyfi veya ceza niteliğindeki tayinlere gidilmemelidir. İnsan kaynaklarının / kadroların yurda dağılımı dengeli ve ihtiyaca göre tahsis edilmeli, gereksiz ve aşırı yığılmalar ile açıklar önlenmelidir.

Hekim dahil tüm kamu sağlık personelinin muayenehane, laboratuvar vb. gibi özel işyerlerinde özel / serbest çalışmaları kesinlikle yasaklanmalı, tamgün / full-time çalışmaları mutlaka sağlanmalı, önemli ve zaruri hallerde sakıncaları azaltılmış ve esasları iyi belirlenmiş sözleşmelerle tam ve kısmi zamanlı hizmet satın alınması / personel çalıştırılması yoluna gidilmelidir.

Özel / serbest çalışan veya sözleşmeli sağlık personelinin / kişileri ve tesislerin, özel çalışmalarını kamu sağlık kuruluşlarının imkanlarını kullanarak yürütmesi kesinlikle önlenmelidir.

Sağlık konularında siyasi müdahale, gerçek "toplum yararı" ve "hizmet gereği" kriterlerini aşmamalıdır.

Sağlık yönetiminde öncelikli hedef ve stratejiler, bilimsel gerçeklere ve gerekçelere dayalı olarak tespit edilmeli ve politik amaçlarla taviz verilmemelidir.

Değişmeyen ana sağlık politikaları belirlenmeli ve hizmet amacı dışındaki politik müdahalelerle değişiklik veya ihmale uğratılmamalıdır.

### **SAĞLIK HİZMETLERİ ARZINDA SAĞLIK BAKANLIĞI'NIN GÖREVİ**

Bakanlık, tüm sağlık hizmetleri arzını, bütün yurttan verimli, etkili, eşit, dengeli, yeterli, ulaşılabilir, kullanılabilir nitelikte, uygun kalite, kantite ve fiyatla sunulmasını sağlayabilmelidir.

### **SAĞLIK BAKANLIĞI MERKEZ TEŞKİLATININ İYİLEŞTİRİLMESİ**

Sağlık Bakanlığı görev ve sorumluluklarını yerine getirecek bakış açısını ve ülke sağlık hizmetlerinin yönetim ve sunumunu etkili şekilde sağlayacak konum ve işlerliği / dinamikliği yeniden kazanmalı; merkez teşkilatını, görev ve hizmetlerine uygun matris organizasyonla yeniden düzenlemelidir. Halen Sağlık Bakanlığı'nca yürütülen adli hekimlik, çevre sağlığı, gıda kontrolü ve benzeri görevlerden uygun olanlar, ilgili diğer bakanlık ve mahalli idareler gibi doğal sahiplerine devredilmelidir.

### **SAĞLIK BAKANLIĞI TAŞRA TEŞKİLATININ İYİLEŞTİRİLMESİ**

Bakanlık taşra teşkilatı güçlü bir il sağlık yapısına dayanmalı, il teşkilatlarının hizmete en yakın uzantıları olarak kurulup geliştirilecek ilçe sağlık teşkilatları, Bakanlığın temel taşra yönetim birimleri haline getirilmelidir. Böylece ilçe seviyesindeki görev çatışmaları, sahipsizlikler ve belirsizlikler giderilebileceği gibi, hizmetlerin en uç birimlerin çevresindeki insanlara daha yakın, etkili ve onların katılımıyla götürülmesi sağlanabilecektir.

Güçlü il yapılarını sağlamak üzere, il ve ilçe sağlık idareleri ile, buralarda yer alan sağlık birimlerine, özellikle hastahanelere, yönetim ve hizmet kapasitelerini artıracak, aktif ve etkili hale getirecek yetki devri / dekonsantrasyonu gerçekleştirilmeli, yetki genişliği içinde çalışabilecekleri bütçe, harcama, planlama, personel gibi merkezi idarenin güç ve yetkileriyle donatılarak, il seviyesinde çok başlılık, tekrarlar ve hizmet boşlukları önlenmelidir.

Ülke sağlık sektörü planlamasında, genel planlar içinde il seviyesindeki kamu sağlık hizmetleri arz ve talep planlamaları daha etkili şekilde yer almalıdır.

### **MAHALLİ İDARELERİN SAĞLIK HİZMETLERİ**

Belediyeler ve il özel idareleri de dahil olmak üzere, diğer kamu kuruluşları, kanunlarla kendilerine verilmiş sağlık hizmeti arz ve talebi ile ilgili görevleri yerine getirmeli, bu amaçla, gerektiğinde yeni hukuki, idari ve mali düzenlemeler yapılmalı, ancak bu alanın, sağlık hizmetleri ile ilgili tüm sorumlulukları üstlenecek şekilde genişletilmesine teşebbüs edilmemelidir.

### **ÖZEL SEKTÖR**

Sağlık hizmetleri arzı, özel sektörün her türlü faaliyetine de sonuna kadar açık olmalı, özel sektör "hizmet amaçlı" olarak teşvik edilmelidir.

### **HİZMETİN KABUL EDİLEBİLİRLİĞİNİN SAĞLANMASI**

Sağlık hizmetlerinde "hizmetin varlığı kadar onun veriliş biçimi ve alınabilirliğinin sağlanması da önemlidir" esası uyarınca, arz ve talep sistemleri ürünlerinin kişilerce ve topluca kabul edilir, alınabilir ve benimsenir bir nitelik ve şekilde sunulmasını gerçekleştirmek üzere, gerekli psikolojik, sosyolojik ve antropolojik arz ve talep araştırmalarının yapılarak sonuçlarının dikkate alınması sağlanmalıdır.

### **HİZMET / BAŞVURU / SEVK ZİNCİRİ**

Öncelikle sağlık güvenliği sistemine dahil olan fertlerden başlamak üzere, tüm fertlerin, sistemin uç noktalarından itibaren sağlık hizmet (müracaat, sevk) sistemi / zinciri içinde olmalarını sağlayacak sistemler kurulmalı ve işletilmelidir. Bu hizmet zinciri hasta için müracaat, hizmet birimleri bakımından da sevk zinciri niteliğindedir.

### **KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİNE ÖNCELİK VERİLMESİ**

Temel ve koruyucu-geliştirici sağlık hizmetlerimiz çok geri seviyededir. Bu durum, genel sağlık seviyemizi düşürmekte ve kısıtlı olan kaynaklarımızın pahalı tedavi hizmetleri için verimsiz olarak kullanılmasına yol açmaktadır. Kamu kaynaklarının ve faaliyetlerinin önceliği tedavi edici sağlık hizmetlerinden koruyucu sağlık hizmetlerine çevrilmeli, insangücü, hizmet planlama ve uygulamaya kadar her alanda bu öncelik gözetilmelidir.

### **KENTLERDE KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ**

Coğrafi ve bölgesel sebeplerle kırsal alanda görülen aksaklıklara ek olarak düzensiz, hızlı ve dengesiz şehirleşme ve yüksek nüfus artış hızı sebebiyle, kentlerdeki sağlık hizmetleri, kimi zaman kırsal alandan daha kötü durumdadır. Bu sebeple Bakanlık, şehirlerde de koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik vermektedir.

### **KIRSAL ALANDA KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ**

Kır ve kent alanlarında koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri ile birinci kademe tedavi hizmetleri entegre edilmeli, ikinci ve üçüncü kademe tedavi hizmetlerine olan ihtiyacın azaltılması gerçekleştirilmelidir.

### **HASTAHANELERE TALEBİN AZALTILMASI**

Koruyucu-geliştirici ve ilk kademe tedavi hizmetlerinde etkinliği azaltan görev ihmalleri, organizasyon yetersizlikleri, personel eksiklikleri, norm ve standart birliği olmaması, makine, teçhizat ve vasıta noksanlıkları giderilmelidir.

Koruyucu-geliştirici ve ilk kademe tedavi hizmetlerinde farklı hizmet türlerine ihtiyaç duyulması, büyük il ve hastahanelere akıma sebep olduğu için, bunu gidermek amacıyla personel ve malzeme açığı ile hizmet eksikliklerinin ortadan kaldırılması sağlanmalıdır.

### **YENİ HASTAHANE İNŞAATI VE DONANIMI**

Çok gerekli olmadıkça yeni hastahane inşaatı ve donanımı yatırımlarına gidilmemelidir.

### **SAĞLIK EVLERİ VE SAĞLIK OCAKLARI**

Sağlık evleri ve ocakları vasıtasıyla, hizmetin en uç noktalara kadar ulaştırılması hedefi yeniden işler hale getirilmelidir.

Öncelikle sağlık evleri ve ocaklarının görev, kuruluş, idare, işletme, yetki, sorumluluk, mevzuat yönünden yeniden yapılandırılmasına ihtiyaç vardır.

Sağlık evi kadroları, ebeye ek personel de görevlendirilecek şekilde genişletilmelidir.

Sağlık evi ve ocaklarının yer seçimi, politik değil hizmet gereklerine uygun olarak yapılmalıdır.

Şehir tipi sağlık ocakları için hizmet bakımından bir "tip model" geliştirilmeli, çok bozuk olan şehir kenar semtleri sağlık ihtiyacının giderilmesinde bunlar görevlendirilmelidir.

Kır ve kentlerde merkez sağlık ocakları (kamu sağlık merkezleri) ve semt poliklinikleri kurulması konusu yeniden değerlendirilmeli ve bunların uygun olanlarından başlamak üzere sağlık ocaklarına laboratuvar ve teşhis birimleri kurulmalıdır.

Yerel yönetimlerin sağlık ocağı kurma ve hizmet / başvuru / sevk zincirini işletme anlayışına sahip çıkması teşvik edilmelidir.

Toplu yerleşim alanları kuran belediye ve kooperatifler dahil tüm kişi ve kuruluşların, sağlık ocağı binası inşa ettirmesi şartının getirilmesi düşünülmelidir.

**AÇSAP HİZMETLERİ**

AÇSAP hizmetlerinde, en doğurgan illere öncelik ve ağırlık verilmeli, hizmetler entegre edilip güçlendirilmeli, hizmetlerin ihtiyacı olan herkese ulaştırılması, tüm yurdu kapsamı, köylerde ve büyük illerin geçekundu bölgelerinde hizmete ağırlık verilmesi, teçhizat ve personel açığının giderilmesi konularındaki darboğazlar aşılmalı, ana ve çocuk sağlığı seviyeleri yükseltilmelidir.

Aşılama hizmetleri, kampanyalar yerine, koruyucu geliştirici sağlık hizmetlerinde sürekli hale getirilmelidir.

**BESLENME**

Yetersiz ve dengesiz beslenme sorunları ile daha etkili savaşılmalıdır.

**HIFZISSIHA MERKEZİ**

Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi'nin merkez ve taşra hizmetleri yeniden ele alınıp aktif hale getirilmelidir.

**İLK YARDIM VE ACİL TEDAVİ**

İlk yardım, acil tedavi, kaza, trafik kazası ve ambulans merkezleri ve sistemleri iyileştirilmeli, yaygınlaştırılmalı, eşgüdümleri için gerekli tedbirler alınmalıdır.

Üniversite hastahaneleri de dahil olmak üzere, belirlenecek ölçütlere sahip tüm kamu ve özel hastahanelerin, belirlenecek nitelik ve nicelikte ilk yardım ve acil tedavi merkezleri kurup çalıştırma mecburiyetleri getirilmelidir.

Bu konuda yerel yönetimlere sorumluluk verilmeli ve özel sektörle birlikte teşvik edilmelidir.

**AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI**

Kamu ağız ve dış sağlığı hizmetlerinde darboğazların devam etmesi sebebiyle kamu dış tabibi kadroları ve sayıları, başlıca sorunlar olan çürük ve dişeti hastalıklarıyla mücadele ve koruyucu hizmetler için birkaç misli artırılmalı, taramalar sistemli hale getirilmeli, hekim ve teknisyen dağılımındaki dengesizlikler düzeltilmeli, makine-teçhizat açığı ve dengesizliği giderilmelidir.

Bakanlık merkezinde bu amaçla etkili bir birim kurulmalı, koruyucu hekimliğe önem ve öncelik verilmeli ve 6-12 yaş çocuklarına bu hizmet ücretsiz sunulmalı, merkezi ağız-diş sağlığı klinikleri kurulmalı, mahalli idarelerin bu hizmetlere aktif olarak katılmaları sağlanmalı, diş hekimliği ve diğer insangücü kapasitesi hızla şimdikininkin çok üzerine çıkarılmalı, diş hekimliği fakültelerinin sayısı ve öğrenci kapasiteleri artırılmalı, diş hekimleri için geliştirici eğitim programları açılmalı, özel diş hekimlerinin kamu hizmetlerine katılmasını sağlayacak uygulamalar geliştirilmelidir.

**HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ**

Halk sağlığı hizmeti uygulamaları, gerçek fonksiyonlarını yerine getirecek biçimde canlandırılmalı, etkili hale getirilmeli, saha çalışmalarından kopuk ve kendi alanı dışında masa başı yönetim işlerine duyulan eğilim ortadan kaldırılmalı, çok önemli / hayati / vazgeçilmez ve halkın yararına olan bu sağlık alanının halkın beklediği ve ihtiyaç duyduğu asli görevlerini yerine getirmesi sağlanmalıdır.

Bu alanda hizmet açığı çok yüksektedir ve aile hekimliği veya başka hizmet türleriyle giderilmeyecek niteliktedir.

### **SAĞLIKLI YAŞAMA STANDARTLARI**

Sağlığa zararlı alışkanlıklarla savaş ve sağlıklı yaşama standartlarını yükseltilmesi konuları daha profesyonelce ve halkın aktif katılımıyla ele alınıp işlenmelidir

### **SAĞLIK BİLGİ SİSTEMLERİ, TIBBİ KAYIT VE ARŞİV**

Başta hastahaneler olmak üzere sağlık birimlerinde tıbbi kayıt ve arşiv sistem ve hizmetleri ile sağlık bilgi sistemleri mutlaka işletilmeli, sağlık sicili / kütüğü ile irtibatlı olarak çalıştırılmalıdır.

### **HALKIN SAĞLIK EĞİTİMİ**

Sağlık ocağı çalışmalarında halkın sağlık eğitimi ve personelin hizmet içi eğitimi eksikliklerinin giderilmesine özen gösterilmelidir.

Halkın ve bilhassa çocukların sağlık eğitimlerinde, başta televizyon olmak üzere basın-yayın organlarından daha aktif ve etkili olarak yararlanılmalıdır.

### **ÜLKELERARASI İŞ BİRLİĞİ**

Sağlık hizmetleri alanında başta diğer Türk Devletleri, komşu devletler ve ileri ülkeler olmak üzere işbirliği ve yardımlaşma konuları / politikaları düzenlenip geliştirilmeli, belli esaslara bağlanmalıdır.

### **VAKIF VE DERNEKLER**

Sağlık birimlerinde faaliyet gösteren vakıf, dernek ve benzerlerinin bütçe ve döner sermaye gelirlerini kendilerine aktaran ve gerçekte kaynak yaratıcı olmayan, kullanıcı maliyetlerini artıran, denetimsiz ve keyfi faaliyetlerine öncelikle son verilmelidir.

### **PROFESYONEL SAĞLIK YÖNETİMİ**

Kamu sağlık hizmetleri, siyasi etkilerin en az, yetki devri, verimlilik, inisiyatif, rekabet, etkinlik, ekonomiklik gibi niteliklerin en yüksek derecede mevcut bulunacağı modern ve bilimsel yönetim, organizasyon ve işletme sistemlerine kavuşturulmalıdır. Hizmet talep ve arz sistemlerinde modern ve bilimsel sağlık idaresi sistemleri kurulmalı, profesyonel sağlık idarecileri etkili olarak yönetimde görev almalıdır.

Öncelikle yataklı sağlık kurumlarından başlamak üzere tüm sağlık hizmetlerinde yönetim mekanizmaları ve yönetim görevleri profesyonelleştirilmelidir. Belirlenecek standartlara uyan hastahanelerin yönetimleri profesyonelleştirilerek, yönetim ve işletmecilik prensiplerini uygulayabilecek hale getirilmeli, ancak bu gelişme yeterli yönetim kadrolarının varlığına ve etkili olarak görev yaptırılmaları şartına bağlı olarak uygulanmalıdır.

Profesyonel sağlık idareciliğinin eğitimi, istihdamı, mesleğin ve uygulamalarının geliştirilerek yaygınlık kazanması sağlanmalıdır. Böylece kurumlar sadece sevk ve idare / yöneltme fonksiyon ve faaliyetleriyle sınırlı olmayan, yönetim biliminin tüm fonksiyonlarını uygulayan idari yapılara kavuşturulmalıdır. Hizmetlerin, modern sağlık idareciliği bilimine uygun yönetilmesi ve işletmecilik kurallarına uygun olarak çalıştırılması amacıyla, yöneticilerin yetkileri ve güçleri artırılmalı, böylece hizmet talebi olumlu olarak etkilenmelidir.

Profesyonel görev ve bilgi alanları tıp olan tabiplerin, yabancıları oldukları yönetim görevlerinde amatörce çalışmaları suretiyle oluşan insan gücü ve kaynak israfı ile yanlış kullanımı engellenmeli, bu görev profesyonel sağlık idarecilerince yürütülmelidir.

Kamu ve/veya resmi sağlık hizmeti veren kurumların teftiş kurullarında, sağlık yönetimi ve işletmeciliği amaçlı teftişlerde görev yapmak üzere sağlık idarecileri görevlendirilmelidir.

## İLAÇ VE ECZACILIK

Sağlık harcamalarının %40'ünün yapıldığı ilaç ve eczacılık hizmetlerini içinde bulunduğu darboğazdan kurtarılmak üzere öncelikle "akılcı ilaç kullanımı" esasları uygulamaya koyulmalı, eşdeğer ucuz ilaç kullanımı, temel ilaç listesi, jenerik ilaç sistemi, ucuz ve ufak ambalaj, sınırlı tanıtım giderleri, açık ve anlaşılır prospektüs ve benzeri tedbirler uygulamaya geçirilmelidir.

İspençiyari Ve Tıbbi Müstahzarat mevzuatına dayalı olan mevcut ulusal ilaç politikamız, milli çıkarlarımıza uygun şekilde geliştirilmeli, tespit edilecek temel ve stratejik hammadde ve ilaçlardan başlamak üzere dışa bağımlılığın kırılması için, gerçekten yerli olan ham ve mamul madde üretimi gerçekleştirilmelidir. Patent konusu bu esasa ele alınıp şekillendirilmeli, temel ve uygulamalı Ar-Ge çalışmalarına büyük önem verilmelidir. %50'den fazlası üç büyük ilimizde bulunan eczahane sayısını, yurt çapında yeterli ve dengeli hale getirecek teşvik, kısıtlama, yönlendirme ve ikame yolları uygulanmalıdır.

## SAĞLIK MALZEMELERİ

Mali kaynakları yetersiz ve dışa bağımlı olunan araç, gereç, cihaz, malzeme, teknoloji, ilaçlar vb. konularında kaynakları artırıcı, dengeli ve ihtiyacı uygun dağıtıcı, rasyonel, ekonomik, etkili ve verimli kullanımı sağlayıcı tedbirler alınmalıdır.

Tıbbi cihaz, araç-gereç, donanım ve malzemelerin önemli kalemlerinde, özel sektördeki de dahil olmak üzere envanterlerin tutulması ile, bunların imal, ithal, dağıtım, satış, işletme, bakım, onarım, fiyat, nitelik, kalite gibi yönleriyle denetlenmesi, standart temel teknik özellikler ile kılavuz, rehber, idari ve teknik şartname niteliklerinin ortak kullanım amaçlı olarak hazırlanması, satın alma, bakım, onarım, ikmal sistemlerinin kurulması, tür ve marka karmaşasının ülke çapında önlenmesi için gerekli düzenlemelerin yapılması, tüm bu konular için gerek duyulan etkili bir kurumlaşmanın gerçekleştirilmesi süratle sağlanmalıdır. Biyomedikal mühendislik eğitimi ve istihdamı yaygınlaştırılmalıdır. Ar-Ge faaliyetlerine, teknik ve teknoloji yaratılmasına, yerli üretim konularına büyük önem ve destek verilmelidir.

## İHALE SİSTEMİ

İhale sistemi ve satın alma mekanizması iyileştirilmelidir.

## DÖNER SERMAYE

Sağlık biriminin döner sermaye işletmelerinin gelirleri düzenlenerek ve işleyişlerindeki aksaklıklar giderilerek daha etkili ve güçlü olmaları sağlanmalı, denetimleri güçlendirilmelidir. Ancak kamu sağlık birimlerinin amacının kâr değil, hizmet etmek ve varlığını sürdürmek olduğu unutulmamalıdır.

## SAĞLIK MEVZUATI

Sağlık mevzuatımız gerekli düzeltme, düzenleme ve geliştirmeye tabi tutulmalı, tüm sektörü içine alacak bir birliğe kavuşturulmalıdır. Gümrük ve Avrupa birliği ile uyumu sağlayacak mevzuat değişiklikleri tamamlanmalıdır.

## KAMU SAĞLIK HİZMETLERİNDE ARZ VE TALEBİN AYRILMASI

Kamu sağlık hizmetlerimizde talep ve arz sistemleri birbirinden mutlaka ayrılmalı ve ayrı ayrı birer çatı altında toplanmalıdırlar.

Sağlık hizmetlerinin arz ve talebi ayrı işlevlere sahip olduğundan, her birinin ayrı ayrı yapıları, kurumları, finansman kaynakları, harcama yerleri, sunucuları, kullanıcıları vb. gibi diğer alt sistem, statü ve unsurları vardır / olmalıdır.

Aynı çatı altında olmanın getirdiği hizmetin pahalılaşması, kalitesinin düşmesi, denetlenememesi, gereği gibi sunulup kullanılamaması ortadan kaldırılmalıdır.

### **SAĞLIK HİZMETLERİ TALEP SİSTEMİNİN KURULMASI**

Temel Politika Önerileri-Genel Sağlık Güvenliği Kurumu başlığı altında açıklanan ilkelere uygun olarak çalışacak, tüm vatandaşları kapsayacak ve Çalışma Ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlı fakat özerk yapıda görev yapacak bir genel sağlık güvenliği kurumu kurulmalı, mevcut sosyal sigorta kurumlarının sağlık / hastalık sigortası risk kolları kısa vadede bu yeni Kurumda birleştirilmelidir. Kurumun yapılaşmasında, SSK sağlık (hastalık) sigortası birimlerinin çekirdek olarak alınması, kuruluşu çabuk ve güçlü kılacak yararlı bir yaklaşım olabilir.

### **b-ORTA VADELİ TEDBİRLER**

#### **GENEL İYİLEŞMENİN GEREĞİ**

Ülke sağlık sistemi ve ürünlerinin iyileştirilip toplumun sağlıklı kalkınması amacıyla, sağlık alanında yapılacak düzenleme ve uygulanacak tedbirlerin başarılı olması için, ülkedeki genel bozulma ve diğer sektörlerdeki gerilemeleri de, iyileştirici tedbirlerin uygulanıp iyileştirilmesi gereklidir.

Hepsinden önemli olan ve şiddetle ihtiyaç duyulan güçlü ve kapsamlı bir vergi reformu ile, gelir dağılımı dengesinin düzeltilmesini de kapsayan, fertlerin ve Devletin gelirlerini artıracak ve diğer alanları da olumlu etkileyecek olan ekonomik ve sosyal iyileştirmelerin ülke çapında gerçekleştirilmesi, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi çalışmalarından bağımsız ve eş zamanlı birer çalışma olarak mutlaka başarılması, sağlık hizmetlerinde beklenen iyileşmelerin de ön şartlarından biri niteliğindedir.

#### **SAĞLIK İNSANGÜCÜ**

Personel nitelikleri, görev tanım ve talimatları, norm kalite ve hizmet standartları, yetki alanları açık, bilimsel ve kesin olarak belirlenip tanımlanmış olmalı, bu niteliklere uygun insangücü eğitimi ve istihdamı gerçekleştirilmelidir.

Sağlık insangücü yetiştirilmesinde tüm meslekler liseye dayalı ve en az önlisans seviyesinde olmak, daha alt eğitim kurumları kaldırılmalı, önceki mezunlarından gerekenler geliştirme eğitiminden geçirilmelidir.

Hastane, hastabakıcı gibi iş gruplarının da normal bir mesleki eğitim almaları sağlanmalıdır.

Eğitimin kalitesini düşürmeden, tıp eğitiminde sürenin azaltılması konusu gerçekçi olarak araştırılmalıdır.

Hekimlerin uzmanlaşma yönündeki şiddetli eğilimlerine karşı, genel pratisyenlik, aile hekimliği, halk sağlığı hekimliği gibi alanlara özendirici tedbirler alınmalıdır.

Genel pratisyenlik ve pratisyen hekimlik, eğitim kademesinden başlamak üzere güçlendirilip öne çıkarılmalıdır.

Genel pratisyenlik ve aile hekimliği uygulamalarına imkan vermek üzere, ülke şart ve imkanlarına uygun eğitim, mevzuat ve uygulama düzenlemeleri gerçekleştirilmelidir.

Personelin temel, hizmet öncesi, uyum, hizmet içi, adaptasyon, geliştirme ve sürekli eğitimleri, bütün profesyonel sağlık mesleklerinde sistemleştirilmeli ve ciddiyetle yürütülmelidir.

Her türlü eğitim programlarının yapılmasında, Devlet insangücü planlamacıları, eğitim-öğretim kurumları, belli başlı istihdam kurumları ile meslek kuruluşları birlikte çalışmalıdırlar.

#### **SAĞLIK HİZMETLERİ ARZ SİSTEMİ**

Merkezi idarenin merkez, taşra, bağlı, ilgili, özel bütün kurum ve kuruluşlarına ait olanlarla birlikte, SSK ve Türk Silahlı Kuvvetleri sağlık tesisleri ve personelinden uygun olanların, uygun vadede, genel kapsamlı kamu / resmi sağlık hizmetleri arz ve talep sistemlerine, öncelikle sulh zamanlarında entegrasyonu imkanları araştırılmalıdır.

#### **SAĞLIK EVLERİ VE SAĞLIK OCAKLARI**

Sağlık evi ve ocaklarının sorumlu oldukları nüfus alanları daraltılmayı, yenileri kurularak sayıları artırılmalı, bu ağ geliştirilmelidir. Gerekliğinde, aile hekimliği yapan hekimlerin bu birimlerden hizmet satın almaları sağlanmalıdır.

Sağlık evi ve ocaklarının personel, motorlu araç, lojman, tıbbi donanım, haberleşme imkanları ve döşeme gibi unsurları bir bütün olarak değerlendirilip eksiklikleri giderilerek, beklenen hizmetleri verebilir hale getirilmelidir.

#### **HASTAHANELER**

Verimsiz olan küçük hastahanelerden uygun olanların merkez sağlık ocağı haline getirilmesi konusu değerlendirilmelidir.

#### **AÇSAP**

Gebeliği önleyici araç, ilaç ve aşıların, yurtdışı üretimleri sağlanmalıdır.

#### **ÇEVRE**

Çevrenin sağlığa olumsuz etkilerinin önlenmesi için daha entegre ve güçlü mücadele şekilleri uygulamaya koyulmalıdır.

#### **HALK SAĞLIĞI**

Askeri, üniversite, SSK ve benzerleri de dahil olmak üzere, belirlenecek nicelik ve niteliklere sahip kamu hastahaneleri, buldukları / sorumlu tutulacakları bölgenin koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetlerinin verilmesi ve seviyenin yükseltilmesinden, bu görevin asıl sahibi olan kurum ve birimlerle eşgüdümlü olarak ve onlarla birlikte sorumlu tutulmalıdır.

#### **AİLE HEKİMLİĞİ**

Aile hekimliği uygulamasını kademeli olarak başlatabilmek için gerekli imkan ve alt yapının yeterli seviyede varlığı halinde pilot uygulamalara geçilmesi değerlendirilmelidir.

#### **MOBİL SAĞLIK HİZMETLERİ**

Öncelikle kırsal alanda olmak üzere, mobil kamu sağlık hizmetleri kurulup işletilmeli, bu konuda özel sektör teşvik edilmelidir.

#### **POLİKLİNİK HİZMETLERİ**

Öncelikle büyük illerde olmak üzere, büyük hastahanelerde koruyucu-geliştirici ve birinci kademe tedavi hizmetleri veren poliklinikler kaldırılmalıdır.

Bu amaçla, gerektiğinde hastahane dışında, hastahane ile irtibatlı birimler de kurularak, hizmetler hizmet zinciri içinde ve öncelikli asli görevli olan sağlık ocakları, poliklinik ve dispanserlerce verilmelidir.

### **HİZMET / BAŞVURU / SEVK ZİNCİRİ**

Tedavi kurumları ücretsiz ve hizmet zinciri dışında hasta bakımı zorlamalarının etkisinden kurtarılmalıdır.

### **AKREDİTASYON**

Mesleki ve gönüllü kuruluşların akreditasyon yetkileri uygulamaya geçirilmelidir.

### **SAĞLIK BİLGİ / ENFORMASYON SİSTEMİ**

Sağlık Bakanlığı sağlık enformasyon sistemi, bilgisayar destekli olarak kurulmalıdır.

### **SAĞLIK ARAŞTIRMA-GELİŞTİRME ÇALIŞMALARI**

Sağlık Bakanlığı'nda sağlık hizmetlerimiz ve sağlık yönetimimize ilgili, sürekli araştırma-geliştirme faaliyetlerini yürütecek sistemler ve birimler kurulup etkili olarak işletilmelidir. Teknoloji yaratma çalışmaları desteklenmelidir.

### **KAYNAK TAHSİSİ**

Kamu sağlık hizmetleri ve kaynak tahsisleri, ihtiyaçların rasyonellik analizleri yapılmadan verilmemeli, başta kaynak kullanımı olmak üzere hizmetin planlanması, arzı ve değerlendirilmesindeki aksaklıklar giderilmelidir.

### **KALİTE, STANDART, ETKİLİLİK, VERİMLİLİK, PERFORMANS**

Kamu sağlık hizmeti birimlerinin kalite etkililik ve verimlilik ölçümlerini yapmak üzere sistem ve birimler geliştirilmelidir.

Sağlık insangücü, hizmet ve kurumlarının nitelik ve normları ile referans, kalite ve performans standartları ve değerlendirme sistemlerini belirleyip, sürekli olarak gerçekleştirmek ve denetimini yapmak üzere ilgili meslek gruplarının da katılımıyla, merkezi bilimsel kurullar teşkil edilmelidir. Böylece, kamu kurumları öncelikli olmak üzere, sağlık birimlerinin tümünde hizmet norm, kalite ve standart farklılıklar giderilmelidir.

Merkezi kurulların belirlediği standartlara göre birimlerde verilen hizmetlerin kalite standartlarını sürekli olarak ölçmek ve değerlendirmek üzere, tıbbi ve idari bilimsel kurullar kurulmalı ve ilgili meslek grupları bu kurullarda temsil edilmelidir. Geliştirilen hizmet standartlarına dayalı olarak, çalışmalarda performans ölçme ve değerlendirme sistemleri geliştirilip uygulanmalı, denetlemelerde bu ölçekler ağırlık kazanmalı, personelin performans analizlerine dayalı fiyat sistemi kurulmalıdır.

### **BÜTÇE, MUHASEBE**

Birimlerde bütçe / muhasebe sistemleri kurulmalıdır.

Hizmet maliyetlerini hesaplamak için maliyet muhasebesi sistemi kurulup uygulanmalı, kaynak yönetimi, performans ve verimlilik analizleriyle fiyat tarifeleri, gerçek maliyetler esas alınarak düzenlenmelidir.

### **SAĞLIK MALZEME OFİSİ**

Cihaz, malzeme ve benzerleri için tıp ve diş hekimliği malzeme ofisi kurulması konusu etüt edilmelidir.

### **HASTA VE HEKİM / SAĞLIK PERSONELİ HAKLARI**

Hasta hakları ve sorumlulukları konusu geliştirilip, hukuki esaslara bağlanmalıdır.

Hekim, sağlık personeli ve kurumlarının / birimlerinin hak ve sorumlulukları düzenlenmelidir.

Hizmet kusuru / malpraktis konusunda hukuki düzenlemeler yapılmalıdır.

### **SAĞLIK HİZMETLERİ TALEP SİSTEMİ: SAĞLIK GÜVENLİĞİ**

Genel sağlık güvenliği kurumu, sadece hazine kaynaklarından talep finansmanı uygulamasını başlatmalıdır.

Kurum, tedavi hizmetleri yanında kişiye yönelik koruyucu-geliştirici sağlık hizmetlerinin talep ve finansmanını da başlatarak, tam ve gerçek sağlık güvenliği uygulamasına geçmelidir.

Sağlık güvenliği sistemi sağlıklı olarak işlemeye başladıktan sonra kişilerin tabip ve kurum seçme imkanlarını sağlayacak düzenlemeler araştırılmalıdır.

### **c- UZUN VADELİ TEDBİRLER**

\* Kısa ve orta vadeli tedbirler, uygulanma sonuçlarına göre değerlendirilip revize edilmeli ve geliştirilmelidir.

\* Yeni hedef ve politikalar uygulamaya koyulmalıdır.

(Sargutan A. E. (2006) **Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri**, Hacettepe Üniversitesi yayını, Ankara)

A. ERDAL

SARGUTAN

A. ERDAL SARGUTAN