

Sağlıkta Dönüşüm'ün Neresindeyiz? Bundan Sonra, Bizi Neler Bekliyor?

Ata Soyer*

Özet

Makalede 2003'de gündeme gelen Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)'nin gerekçeleri ifade edilmiş, bu gerekçelerle atılan adımlar sıralanmıştır. Daha sonra 2003-2009 yılları arasında sağlıkta atılan adımlar, 2009 yılında yayınlanan OECD-DB Raporu'nun değerlendirilmesi ile ele alınmış, yine aynı Rapora göre önümüzdeki dönem atılması olası adımlar belirtilmiştir. Özellikle içinde bulunulan kriz ortamında, yukarıdaki değerlendirmelerin ne anlama geldiği açıklanmaya çalışılmıştır. Bu çerçevede, SDP'nin finansal olarak sürdürülebilirliği tartışıldıktan sonra, bu konuda yapılan önerilerin SDP'nin sürdürülmesinin yolunun, finansal yükün topluma yüklenmesi anlamına geldiği açıklanmıştır. Sonuçta ise, tartışmanın SDP'nin finansal yönü üzerine yoğunlaşması söz konusu olurken, aslolanın sağlığın piyasalaşması olduğu vurgusu yapılmış, bu piyasalaşmanın bileşenleri açıklanmaya çalışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlıkta Dönüşüm Programı, Sağlık.

Where are we at The rationales of Health Transition Project (HTP) ? Where are we going from this?

The rationales of Health Transition Project (HTP) coming up since 2003 are mentioned in the article, the steps are classified taken for these rationales. Afterwards, the steps taken between 2003 and 2009 are addressed with evaluating 2009 OECD-WB Report and the possible steps are pointed out according to the same report again in the next period. What the meaning of the considerations above especially in the crisis are clarified. After discussing the sustainability of financing HTP in this framework, the suggestions to sustain HTP means the financial burden will place a load on the community are tried to explain. Although the discussion is concentrated on the finance of HTP, emphasizing the basic issue is marketing of health sector and dynamics of marketing is tried to explain in the conclusion.

Key Words: Health Transition Project, Health.

Türkiye, 2003 yılından bu yana yeni bir sağlık sistemini yaşıyor. Yaşanan bu yeni sistemin adı, Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP). Burada, SDP'nin gerekçeleri, SDP kapsamında atılan adımları, bazı sonuçları ve yakın dönem için öngörülen bazı gelişmeleri ele almaya çalışacağız.

Sağlıkta Dönüşüm, Hangi Gerekçelerle Gündeme Geldi?

SDP gündeme gelmeden önce, Türkiye sağlık sisteminde 2002 öncesine ilişkin bazı belirlemeler yapıldı. Neydi, bu belirlemeler? Belirlemeler, özetle şu şekildeydi:

- Sağlık finansmanı ve hizmet sunumu yapısı parçalıdır (Emekli Sandığı, SSK, Bağ Kur, Yeşil Kart, devlet memurları.../ Sağlık Bakanlığı, SSK, Üniversite, Kamu Kurumları, KİT'ler, Belediyeler...).
- Halkın önemli bir bölümünün, sağlık güvencesi yoktur. Var olan güvence rakamları güvenilir değildir.
- Sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizlik söz konusudur.
- Sağlık harcamalarının önemli bölümü, hastanelere (birinci basamak ve koruyucu hizmetlere değil) gitmektedir. Bu da, sağlık kaynaklarının verimsiz kullanılması anlamına gelmektedir.
- Sevk sistemi çalışmıyor.
- Kayıt dışı ödemeler, aşırı düzeydedir.
- Hastaneler verimsiz çalışıyor.
- Sağlık sektöründeki idari düzenlemeler çok parçalı bir yapıdadır.
- Nüfusun çoğunluğu sağlık sigortası kapsamına görünüyor ve birinci basamak sağlık hizmetleri ve acil sağlık hizmetleri ücretsiz olmasına karşın, hizmet sunumunda ciddi sorunlar vardır.
- Birinci basamak sağlık hizmetleri ve kamu sektöründe, hizmet kalitesi düşüktür. Nüfusun koruyucu hizmetleri ve birinci basamak sağlık hizmetlerine talebi de düşüktür. Dolayısı ile çoğu ayaktan tedavi/bakım başvurusu, hastanelere başvuruyor.

Bu "saptamalar" ışığında, SDP 2003 yılında açıklandı. SDP ile nelerin gündeme geleceği şöyle açıklanmıştır:

- Sağlık Bakanlığı, bir planlama ve denetleme kurumu haline gelecek,
- Tüm vatandaşlar tek bir sosyal güvenlik çatısı altında olacak,
- Sağlık hizmet sunumunun genişletilmesi ve erişimin kolaylaştırılması sağlanacak,
- Sağlık personelinin motivasyonunun iyileştirilmesi için adımlar atılacak,
- Akılcı ilaç kullanımı ve tıbbi malzeme-cihaz yönetiminin uygulanması yapılacak,
- Etkili bir sağlık bilgi sistemi-karar almayı etkinleştirmek için oluşturulacak,
- Sistemi destekleyen bilimsel ve eğitim kurumları kurulacak,
- Kalite ve akreditasyon sistemlerinin sağlanılması yapılacak.

Aslında ifade edilmek istenen, özetle şuydu:

Sağlık finansmanında tüm kamu finansman kurumlarının birleştirilerek tek bir kamu sağlık finansman kurumu oluşturulması ve Genel Sağlık Sigortası uygulamasına geçilmesi; Sağlık Bakanlığının icracı yanının giderek düzenleyici/koordine edici yanıyla değiştirilerek, yeniden yapılandırılması; kamu hastanelerinin işletme haline getirilmesi; birinci basamakta aile hekimliğine geçilmesi; sağlık çalışanlarının ücretlendirilmesi (performansa göre) ve istihdamında (sözleşmeli çalışma) yeni tercihlerde bulunulması.

SDP Adımları

Saptamalar, belirlemeler, iddialar bunlardı. Pekiyi, sonrasında hangi adımlar atıldı, SDP bünyesinde?

- Devlet hastanelerinin çoğu tek çatı altında birleşti (özellikle SSK hastanelerine el konuldu).
- Her vatandaş, tüm kamu sağlık kurumlarına gidebilir hale geldi.
- Sosyal güvenlik kurumları da, tek çatı altında birleştirildi (SGK).

* Yard. Doç. Dr., Halk Sağlığı Uzmanı, Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Balçova - İzmir. E-mail: ata.soyer@deu.edu.tr

- Daha önce sağlık güvencesi olmayanların, kapsama alınması sağlandı. Bunun anlamı yaklaşık 5.5 milyon kişi demektir.
- Teminat paketleri arasındaki farklılık azaltılmaya çalışıldı. Farklı sosyal güvencesi olanların haklarının uyumlaştırılması konusunda adım atıldı (Yeşil Kartlılar ayaktan bakımda da, yatarak elde ettikleri haklara kavuştular, ilaçlarını serbest eczanelerden alabilir hale geldiler, SSK'lılar diğer hastanelere gitme hakkı elde ettiler, ilaçlarını serbest eczanelerden alabilir hale geldiler, tüm sosyal güvenceliler özel sağlık kurumlarına gidebildiler...).
- Sağlık hizmetlerinin satın alıcısı ve sağlık hizmetlerinin sunucusu birbirinden ayrılmış oldu.
- Hizmet sunucularına ödeme mekanizmaları değiştirildi (performansa göre, ileriye yönelik...).
- SSGSS kanunu çıkarıldı; ülke çapında kamu hastaları için tek bir ödeyici sistem oluşturulmuş oldu.
- 81 ilin 33'ünde aile hekimliği modeline geçildi.
- Devlet hastanelerine kaynak tahsisi konusunda daha fazla özerklik tanındı.
- “Çakılı kadro” yasası ile “mahrumiyet” bölgelerinde çalışan sağlık personeline daha yüksek maaş verilmeye başlandı.
- Hekimlere mecburi hizmet yeniden konuldu ve uzun süre doktor görmeyen yörelere doktor gönderilmesi mümkün oldu.

SDP çerçevesinde atılan adımlar çeşitli raporlarla değerlendirildi. Bunlardan biri de, 2009 yılında OECD ve Dünya Bankası (DB) tarafından hazırlanan “Sağlık Sistemi İncelemeleri-Türkiye” başlıklı rapordur. Raporun özet değerlendirmesi şu şekildedir:

- [SDP çerçevesinde atılan adımlarla] ...sağlık durumu iyileşmekte; ama “ortalama yaşam süresi (OYS) halen düşük ve bebek ölüm oranı da yüksektir.
- Sağlık harcamaları yüksektir, ancak henüz karşılanabilir düzeydedir.
- GSS, yoksullar için erişimde hakkaniyeti arttırmıştır.
- Mahrumiyet bölgelerinde sağlık personeli sayısında önemli artış vardır.
- Hemşire/doktor oranı halen düşüktür.
- Hekimlerin sadece %30'u pratisyendir, bu durum birinci basamağın zayıflığının temel nedenlerinden biridir.
- Performansa dayalı ödeme, hekimlerin durumunda iyileşme yaratmıştır (sağlık ocağı hekimleri hariç).
- İlaç tüketimi artmıştır.
- Hekime başvuru, yani hekim üretkenliği artmıştır.
- Halen hastanelere başvuru, birinci basamağa başvurudan daha yüksektir.
- Hastanelerde ortalama kalış süresi kısadır.
- Aşılama oranları yüksektir.
- Hizmet memnuniyeti -daha az bekleme vb nedenlerle artmıştır.

Önümüzdeki dönem, neler olabilir?

SDP, 2003-2009 arası oldukça hızlı ve toplumu etkileyen bir süreç oldu. Bundan sonra ne olacağına ilişkin, yine OECD-DB raporuna başvurabiliriz. Raporun, “önümüzdeki dönem zorluklar” başlıklı bölümünde şunlar yazıyor:

“Eski zorluklar devam edebilir; ‘sağlık durumu, nasıl daha fazla iyileştirilebilir’ meselesi önemli; kamu sağlık harcamalarının sürdürülebilirliği, kritiktir.”

Sağlıkta dönüşümün sürmesi için asıl meselenin kamu sağlık harcamalarının sürdürülebilirliği olduğu Raporda ifade ediliyor. Deniliyor ki; “ekonomik büyüme hızında meydana gelebilecek düşüşler, durumu daha da kötüye götürebilir...” Türkçesi şu; sağlık finansman durumu kötü, ama bu kötü durum özellikle kriz dönem(ler)inde (ekonomik büyüme hızında meydana gelebilecek düşüşler diyerek ifade edilen süreç) daha da kötü olabilir.

Raporun gelecek kurgusu, özel olarak kriz döneminde neler yapılabileceğine ilişkin. Kriz için şu başlıklarda önerilerde bulunuluyor:

- Sağlık harcamalarının büyüme hızında kontrol, (“SGK'nin sağlık harcamaları üzerinde sıkı bir üst denetim uygulamak!” “Ya sağlık hizmetleri hacmini, ya sağlık hizmeti fiyatlarını veya her ikisini denetlemek”. “SGK'nin sağlık harcamaları üzerinde sıkı bir üst denetim uygulamak!” “SGK'nin aktif bir satın alma uygulaması yapması”.
- “Performans yönetimi sistemini uygun bir şekilde değerlendirmek.”
- “Sevkiyet sisteminin hayata geçirilmesi ve sevksiz gidişlerde katkı payı alınması”.
- “İlaç fiyatlarında daha fazla indirim ve ilaç tüketiminin daha akılcı hale getirilmesi”.
- “Doktor önce sayısını gerektiği şekilde artırma, sonra tekrar mesleğe girenlerinin sayısının azaltılması”.
- Verimlilikte daha ileri iyileştirmelerin teşviki (“Aile hekimliğini yaygınlaştırmak ve koruyucu hizmetleri geliştirmek”, “İkinci basamakta hizmet satın almanın SGK'ye devrinin tamamlanması”).
- Bu arada “daha iyi bilgi-bilişim teknolojileri, sağlık teknoloji değerlendirmesi, hemşire işgücünün boyutu ve becerileri, hizmet kalitesinin ölçülmesi, sağlık harcamalarının izlenmesi ve öngörülmesi, teknolojiye yaşanan değişikliklerin değerlendirilmesi” konularında “boşluklar” olduğu saptaması yapılmış.
- Erişimde hakkaniyet sağlanmasına yönelik daha fazla ilerleme ve mali koruma alanında ulaşılan yüksek düzeyi koruma (Sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyete daha fazla ilerleme sağlanması için, “para, hastayı takip edecek” sistemi önerilmekte ve “Doğu'da ve İstanbul'da sistemin kapasitesini güçlendirmek için ‘arz yönlü harekete geçilmesi’ saptaması yapılmaktadır”).
- GSS'nin ödeme gücünü temin etmek için, yeterli gelirin elde edilmesi (GSS'ye daha fazla gelir sağlanması çerçevesinde de “Sağlık sigortasına kaydolma oranını arttırmak; Katkı payı elde etme yolları bulmak; Vergi-katkı payı-kayıt dışılık dengesine dikkat etmek” önerilmekte).

Sağlıkta Dönüşüm Programının Sürdürülebilirliği

SDP'nin sürdürülebilirliği, her şeyden önce yeni getirilen finansman modelinin sağlamlığı ile ilgilidir. Kabaca 40 milyar dolar civarında bir paranın söz konusu olduğu (2008), bunun yaklaşık %70'inin kamusal kaynaklardan karşılandığı, bu kamusal finans kaynakları arasında ise, SGK'nun giderek aslan payını temin ettiği bir sağlık finans tablosundan söz ediyoruz. SGK sağlık harcamalarının 2002-2008 arasında, yaklaşık 3.5-4 kat artışı var. SGK ile birlikte yeşil kartlıların sağlık harcamalarının arttığı, buna karşın Sağlık Bakanlığı bütçesinin ve devlet memurlarının sağlık harcamalarının gerilediği bir durum söz konusu. Burada iki tercih öne çıkmış oluyor: Devlet bütçesi yerine, yani vergi gelirlerinin kullanılması yerine, prim gelirleri ile

sağlanan bir tercih; yoksulları önceleyen ama bu öncelikle yaparken kaynağı işçi sınıfının güvence ve yaşam düzeyi daha iyi kesiminden aktararak yapan ikinci tercih.

SGK harcamalarının %80-85'i ilaç ve tedavi harcamalarına gidiyor. Ve bu, yıllar içinde giderek büyüyen bir görünüm çiziyor. İlaç harcamaları, 2002-2008 yılları arasında 2.3 kat, aynı dönemde tedavi harcamaları 5 kat artış göstermiştir. 2009 yılının ilk altı ayında ise gerçekleşen 14.2 milyon TL'lik sağlık harcamasının %46'sı ilaç ve teknolojiye, %54'ü de tedaviye harcanmıştır.

Tüketimi denetlenemeyen bir SDP'nin sürdürülebilirliği, önemli ölçüde SGK'nın durumuna bağlı görünüyor. SGK'nın gelir-giderleri arasındaki fark, 2000 yılında 2.6 milyar TL'den, 2008'de 25.9 milyar TL'ye çıkmış, yani yaklaşık 8 kat artmış görünüyor. Bu açığın, kurumlara göre dağılımına bakıldığında, aslan payı %88 ile SSK'ya ait.

2008 yılı SGK gelir ve giderlerine göz atalım. Gelirleri 67.3 milyar TL. Burada, önemli pay, prim gelirlerinde ve 47.9 milyar TL. Giderler ise, 93.2 milyar TL kadar. İki büyük gider kalemi var: emekli maaşları 58.9 milyar, sağlık harcamaları 25.4 milyar. Emeklilik yaşının yükseltilmesi ile bu alana ciddi bir müdahale yapıldı ve orta vadede bu müdahalenin sonuçları görülecek. Ancak, yakın dönemin problemi, sağlık harcamalarının "fazlalığı". Böyle bir "açık" tablosu karşısında devlet bütçesinden SGK'ya her yıl 35 milyar civarında bir transfer yapılmakta.

OECD-DB Öneri/Öngörülerinin Anlamı Ne?

Şimdi bu tablo zemininde, yukarıda ifade edilen OECD-DB öneri/öngörülerinin ne anlama geldiğini yorumlamaya çalışalım.

- SDP ile gündeme getirilen sağlık finansman sistemi, yani GSS, başka deyişle SGK'nın sağlık hizmeti satın almada tek belirleyici olduğu sistem sürdürülebilir görünmemektedir. Prime dayalı sistemlerde, primlerin toplanabilmesinin düzenli ve sürekli istihdam olanakları ile mümkün olduğunu biliyoruz. Kriz ve işten çıkarmalarla derinleşen işsizlik sorunu, daha önce de var olan prim gelirleri sorununu da derinleştirdi. Hükümet, daha fazla bütçe transferi yapmamak için, daha çok giderleri azaltma yönünde önlemler almayı hedeflemiştir.
- Bu bağlamda, "Sağlık harcamalarının büyüme hızı üzerinde kontrol" ifadesinin ne anlama geldiğini değerlendirelim. Bu ifadenin arkasında, şöyle iki ibare daha var: "SGK'nın sağlık harcamaları üzerinde sıkı bir üst denetim uygulamak!"
- "Ya sağlık hizmetleri hacmini, ya sağlık hizmeti fiyatlarını veya her ikisini denetlemek". Bunun anlamı hizmet kapsamının, yani temel teminat paketinin, gelir-gider dengesine göre ayarlanmasıdır, bir yanı sıra. Çoğunlukla da, hizmet kapsamının daralması anlamına gelmektedir. Ya da bu hizmetlerin fiyatının, SGK tarafından istenilen düzeyde tutulması demektir. Yahutta her ikisinin birlikte uygulanması önerilmektedir. Türkçesi, vatandaşın prim ödeyerek hak kazandığı sağlık hizmetlerinin kapsamını daraltılmasıdır, yani bazı hizmetler GSS kapsamı dışında olabilecektir. Yine, SGK'nun istediği sağlık kurumundan, istediği sağlık hizmetini, istediği fiyattan alması ve bu süreci tek başına belirlemesidir.

• OECD-DB Raporunun sözünü ettiği denetim, hem kamu hem özel hastaneler için geçerlidir. Global bütçe uygulanmasının devlet hastanelerini kapsamı ve üniversite ve özel hastanelere dayatılmasının anlamı buradadır. Önerilerin tümü, sağlıkta dönüşümün olası maliyetinin, kamu üzerindeki alınması, dahası toplama yüklenilmesi anlamına gelmektedir. Şöyle ki, başlangıçta istisnai gibi gösterilen "katkı payı", bir finansman biçimi haline gelmektedir. Yani, olan cepten harcamanın meşrulaştırılmasıdır, üstelik vergi ve prime ek olarak. Yukarıdaki madde ile bu başlığı değerlendirdiğimizde, zamanla bazı sağlık hizmetlerinin kapsam dışına çıkarılması ve bunların para karşılığı alınabilmesi ve/veya bazı "maliyeti yüksek" hizmetlerin katkı payı/cepten harcama ile elde edilmesi öngörülmektedir.

• Bu arada ilaç maliyetlerinin azaltılması için seçilen yol da, tıpkı özel sağlık kuruluşlarına da dayatılan "global bütçe" seçeneğidir. Özünde ilaç tüketimini artıran bir sağlık sistemi kurarsanız, ilaç tüketiminin azaltılması konusunda somut hiçbir adım atmazsanız, giderek ilaç satışları ve bu satışların maliyeti yük haline gelir. Bu yükün azaltılmasının yolu olarak da, ilaç şirketlerine global bütçe, halka ise katkı payı olarak çıkar. Doktor sayısı ile ilgili saptama ise, oluşan sağlık piyasasını ucuz emek kaynağı olacak hekimlerle doldurmak, sonra da denetimli bir piyasanın gerekleri doğrultusunda hekim arzını ayarlamak olarak yapılmıştır.

• Sağlık harcamalarının, birinci basamak ve koruyucu hizmetlere değil de, hastanelere ve tedavi hizmetlerine ağırlıklı olarak gitmesi, ülkemizde öteden beri önemli bir sorun ve buna tahsisat verimsizliği deniliyor. Kaynakların verimli kullanılabilmesi, birinci basamak ve koruyucu hizmetler öncelikli bir değişimle mümkün. OECD-DB Raporu da, bu noktada, aile hekimliğinin yaygınlaştırılmasını çözüm olarak önermekte. Gerçi, bu yaygınlaştırmanın, başlangıçta bir "maliyet baskısı"na yol açacağı uyarısını yapıyor ama, uzun dönemde istenilen sonuca ulaşılacağı öngörüsü var. Oysa, ülkemizde uygulanan aile hekimliği modeli, koruyucu hizmetleri temel alan bir uygulama değildir. Hatta bırakın koruyucu hekimliği, işyükü fazlalığı nedeniyle, tedavi hizmetlerini bile layıkıyla yerine getirmek zor olmaktadır. Dolayısı ile de, halen halk, ağırlıklı olarak, yataklı tedavi kurumlarını, sağlık sorunları için ilk seçenek olarak görmeye devam etmektedir.

"Puzzle" ı Birleştirince Ortaya Ne Çıkıyor?

Sağlıkta dönüşüm tartışması, özünde güncel bir sağlık "reformu" tartışmasıdır. Ancak, bizim de zaman zaman ıskaladığımız, bu tartışmayı önemli ölçüde "kamu finansmanı" tartışmasına sıkıştırmaktır. Doğal ki, Türkiye de dahil olmak üzere, küreselleşme ile gündeme gelen sağlık "reformları", bir yanı ile maliyet boyutuna sahiptir. Ancak maliyet merkezli "reformlar", 1970'li yıllarda başlayan, ülkemiz için 1980 24 Ocak kararları ile gündeme gelen, kamu sektörünün sınırlanmasını hedefleyen, özünde sistemi yapısal olarak değiştirmeyi içermeyen değişiklikleri kapsar. Maliyet-merkezli "reformlar", toplumun oldukça iyi bildiği sağlık bütçesinin/fonlarının kısılması, hastane yataklarının sayısının azaltılması, bazı ilaç ve hizmetlerin kapsam dışına çıkarılması, gerek ilaçta gerekse sağlık hizmetlerinde katkı payı/cepten ödemelerin yaygınlaşması uygulamalarıdır.

Türkiye'de 1980'den itibaren yaygın biçimde uygulanan bu "reformlara" halen de başvurulmaktadır.

Ancak, artık “reform” denilince, akla gelmesi gereken piyasa-tarzı “reformlar”dır. Biz önde maliyet tartışmalarına yoğunlaşırken, arkada bir sağlık piyasası, adım adım yerleştirilmektedir. Piyasa-tarzı “reformlar”, öncelikle ideolojik yönelimlidir. Salt sağlık alanında değil, genel olarak kamu yönetimi alanındaki gelişmeleri içerir. Kamunun “eşitlikçi” yanı ile, özelin “verimli” yanını kaynaştırma hedeflidir. “Kamu-özel ortaklığı, sözleşmeli iş verme, yerel özerklik, rekabet, kullanıcı tercihi ve kullanıcının güçlendirilmesi, piyasalaştırma uygulamaları” başlıkları, bu “reform” çatısı altında sıralanmaktadır.

Piyasa-tarzı “reformlar”ın amacı, bir sağlık piyasası oluşturmaktır. Bu piyasa oluşturma sürecinin en kritik müdahalesi, “satın alıcılar-sunucular” arasında sözleşme ilişkisi oluşturmaktır. SGK’nın oluşturularak, tek hizmet alıcı kurum haline getirilmesi, kamunun hizmet sunan sağlık kurumlarının SGK’ya hizmet sunar hale getirilmesi ile bu adım tamamlanmıştır. Bu bizzat kamunun yaptığı iki faaliyetin (finansmanı sağlamak ve hizmeti sunmak) birbirinden koparılmasıdır. Bu kopuşla birlikte, merkezi sistemin komuta zinciri kırılmış ve piyasa oluşturma en önemli adımı atılmış olur. Kamuda söz konusu olan dayanışma ilişkisi, yerini sözleşme ilişkisine terk eder. Bu sözleşme; kamu hizmeti ve sosyal dayanışma kavramından uzaklaşmanın bir adımıdır. Takip eden adım ise, “sağlık hizmetinin alınıp satılır bir meta haline gelmesidir”.

Sağlık hizmetinin alınıp satılan bir meta haline gelmesi, diğer yandan hizmet satın alınanın önünün açılması demektir ve hizmet satan kurumun, “özerkleşme-işletmeleşme-giderek şirketleşme” sürecine girmesi ile birlikte seyrederek. Satın alma-satma ilişkisinin gelişmesi, kamu sağlık finansmanında bütçe anlayışından, farklı ödeme sistemlerine geçiş demektir. Bu “alış-veriş”in bir diğer çıktısı, özel sektörden hizmet satın alınanın mümkün hale gelmesi, daha doğrusu aslolan hizmet satın alma olunca, kamu ya da özelden satın alınanın farksızlaşmasıdır. Bu sürecin olmazsa olmaz bir bileşeni de, rekabettir. Birbirleri ile hizmet satma konusunda rekabet etmek, yani dayanışma yerine yarışmanın geçirilmesi, merkezi devlet hizmeti ve denetimi, planlamacılık, geleneksel kamu hizmeti kavramından kopuş anlamındadır.

Piyasalaştırmanın tamamlanması konusunda, kamunun özelleştirilmesinin ciddi bir yeri vardır. Kamunun özelleştirilmesi, sadece mülkiyet düzeyinde değil, aynı

zamanda idari sorumluluk, hizmet sunumu, sağlık finansmanının özelleştirilmesi biçimlerinde olur. Bunların hangilerinin, hangi düzeylerde yaşanacağı ülkeden ülkeye değişmektedir.

Üzerinde en çok konuşulan mesele, yani finansman bu adımlarla birlikte ele alınınca süreç daha iyi anlaşılacaktır. Sağlık finansmanının da mümkün olduğu kadar özel olması, piyasalaştırma sürecinin bir hedefidir. Ancak, bu hemen ve çok kapsamlı bir şekilde gerçekleşmeyebilir. Bu noktada, önce sigorta modeline geçiş, daha sonra cepten ödeme/kullanıcı ödentilerin yaygınlaşarak, bir finans biçimi haline sokulması, daha sonra tamamlayıcı sigorta aşamaları söz konusudur.

Hizmet metalaştı, bir piyasa ve piyasayı oluşturan temel aktörler sahneye çıktı. Eksik olan ne? Eksik, tüketici ya da piyasa adıyla müşteri, daha doğrusu tüketicinin/müşterinin güçlendirilmesidir. Başka bir deyişle, hak sahibi vatandaşın, ihtiyacını piyasada karşılamak konusunda inisiyatif sahibi tüketiciye geçişten söz ediyoruz. Olay şu; tüketici piyasaya çıkacak, kendisi ve ihtiyacı için “en uygun” sunucuyu “serbestçe” seçecek. Bu “işlem”, piyasanın oluşması için çok kritiktir. Çünkü, hasta tercihi, kamu-özel arasındaki sınırların parçalanması için gerekli temel bir adımdır. Özellikle, piyasa-tarzı “reformlar”ın başlangıcında, oturtulması sürecinde, kısırtılmış bir tüketimcilik, kamunun tüm halka bakma yükümlülüğüne karşı, bireysel tercihlerin öne çıkarılması ve böylece planlamanın yıkılmasıdır.

Şimdi dönüp, başımızı da kaba/ince maliyet hesaplarından/kaygılarından kaldırıp, tablonun bütününe bakalım. Ne görüyoruz? “Puzzle”ın hangi parçaları eksik? Eksikler, hangi zamanda, hangi yollarla tamamlanmaya çalışılabilir? Bu soruların yanıtlarını bulmaya, tabloyu tümüyle okumaya başladığımızda, nereye, nasıl, hangi güçle müdahale edilebileceği daha iyi düşünülebilir.

Kaynaklar

- Lister, J. (2008). *Sağlık politikası reformu*. İstanbul: İnsev Yayınları.
 OECD-World Bank (2009). OECD sağlık sistemi incelemeleri. Erişim: 02.10.2009. www.oecd.org/publishing/corrigenda
 T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu (2009). SGK verileri. Erişim: 02.10.2009. www.sgk.gov.tr