

SAĞLIK HİZMETLERİNDE YENİDEN YAPILANMA VE SAĞLIK HİZMETLERİNDE ETKİNLİK¹

Yrd.Doç.Dr. Esmeray Alacadağlı

*Bayburt Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Kamu Yönetimi Bölümü,
ealacadaagli@bayburt.edu.tr*

ÖZET: Sağlık hizmetlerinin ve hekimliğin temel amacı, kişileri hastalıklardan korumak, sağlıklı ve mümkün olduğu kadar uzun yaşamalarını sağlamaktır. Yapılan tüm çabalara karşın insanlar hastalandıklarında, bu kez sağlık hizmetlerinin tedavi, rehabilitasyonu kapsayan diğer amaçları devreye girer. İlk amacın koruma/korunma olması dikkate alındığında, sağlık hizmetleri, temel ve vazgeçilmez bir hak, giderilmesi/sağlanması gereken hayati, zorunlu bir ihtiyaçtır. Kişi bakımından temel bir hak olan bu hak, devlet bakımından temel bir görev ve sorumluluk, toplum bakımından hem hak hem de görev ve sorumluluktur.

Ülkelerde sağlık sistemleri; ülkenin sağlıkla ilgili değer yargıları, ulusal sağlık politikası, toplumun sağlık ihtiyacı, sağlık kaynakları ile bu kaynakların niteliksel ve niceliksel özelliklerine bağlı olarak oluşmaktadır. Ülkemiz, daha Cumhuriyet bile ilan edilmeden 3 Sayılı Kanun’la Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı-SB’ni kurarak sağlık hizmetini devlet görevi olarak kabul etmiştir. TBMM’nin kuruluşundan İkinci Dünya Savaşı’nın başlamasına kadar olan dönemde sağlık hizmetlerinin sunumunda temel ilke, “koruyucu hizmetlere öncelik” verilmesidir. Dönemsel kopuşlar olsa da 1980’ne gelene kadar Türk Sağlık Sektörünün temel yapısı, bu hizmetin devlet tarafından sunumunu temel alan “devletçilik” ilkesine dayalı olarak oluşturulmuştur.

Bu çalışmanın amacı, 1980 sonrasında dünyadaki küreselleşme rüzgarlarına paralel, ülkemizde yeniden yapılanma çalışmalarının gerçekleştiği sektörlerden biri olan sağlık sektöründe, mevcut yapı ve politikaları kökten değiştiren ve Sağlık Reformu ya da Sağlıkta Dönüşüm Programı-SDP olarak adlandırılan çalışmaların öngörülen amaç ve hedeflere ulaşamadıklarını aksine sağlık hizmetlerine ulaşmada soruna, sağlık giderlerinde de artışa yol açtıklarını ortaya koymaktır.

Bu çalışmada öne sürülen hipotezler, hem literatür taramasıyla edinilen bilgilerle hem de bir Sağlık Bakanlığı Bağı kuruluşu olan Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığında bu sürecin uygulanmasına yönelik bilgi ve belgelere dayanılarak doğrulanmaya çalışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Hizmeti, Yeniden Yapılanma, Özelleştirme, Etkinlik

REORGANIZATION AND EFFICIENCY IN HEALTH SERVICES

ABSTRACT: The main purpose of health care and medical sciences is to protect people from diseases and ensure that they are healthy and live as long as possible. In spite of all the efforts made, when people get sick, then other purposes of the health services including treatment and rehabilitation are put into use. Taking into consideration that its first objective is protection, health services is a vital and indispensable right, and a compulsory need that must be provided. This right, which is a fundamental right for a person, is a fundamental duty and responsibility for the state, both right, and duty and responsibility for the society.

Health systems in countries are based on value judgement of the country regarding health, national health policy, health needs of the society and the qualitative and quantitative characteristics of these resources. Our country, before even declaring the republic, established the Ministry of Health and

¹ Bu makale 26-27 Kasım 2016 tarihlerinde İstanbul’da düzenlenmiş olan International Congress of Management, Economy and Policy adlı kongrede bildiri olarak sunulmuştur.

Social Assistance by Law Number 3 and accepted health service as a state duty. The main principle in the provision of health services from the establishment of the Turkish Grand National Assembly to the beginning of the Second World War is to give "priority to protective services "Despite periodical breaks, the basic structure of the Turkish Health Sector was based on the principle of "statism" until 1980, which is based on presentation of this service by the government.

The aim of this study, in parallel with the globalization winds in the world after 1980, is to reveal the fact that the efforts which radically change the existing structures and policies, and named as Health Reform or Health Transformation Program, have not reached the goals and the objectives, on the contrary, they have led to the problems in reaching health services and the increase in the health expenditures in the health sector.

Hypotheses suggested in this study have been tried to be confirmed with both the information obtained by literature search, and the information and documents regarding the implementation of this process under the Presidency of Refik Saydam Hıfzısıhha Health Center, a subsidiary of the Ministry of Health.

Key Words: Health Service, Reorganization, Privatization, Efficiency

GİRİŞ

Sağlık sistemleri, insanın yaşamına ve esenliğine katkıda bulunan temel sosyo-ekonomik sistemlerdendir. Sağlık hizmetlerinin ve hekimliğin temel amacı, kişileri hastalıklardan korumak, sağlıklı ve mümkün olduğu kadar uzun yaşamalarını sağlamaktır. Yapılan tüm çabalara karşın insanlar hastalandıklarında, bu kez sağlık hizmetlerinin tedavi, rehabilitasyonu kapsayan diğer amaçları devreye girer. İlk amacın koruma/korunma olması dikkate alındığında, sağlık hizmetleri, temel ve vazgeçilmez bir hak, giderilmesi/sağlanması gereken hayati, zorunlu bir ihtiyaçtır. Ancak, "Sağlık Hizmetleri", temel ve vazgeçilmez bir hak, giderilmesi gereken hayati, zorunlu bir ihtiyaç olmasına rağmen, temel ihtiyaç değildir. Sağlık halinde bozulma ortaya çıktığında başvurulan bir bakım, koruma hizmetidir.

Ülkelerde sağlık sistemleri; ülkenin sağlıkla ilgili değer yargıları, ulusal sağlık politikası, toplumun sağlık ihtiyacı, sağlık kaynakları ile bu kaynakların niteliksel ve niceliksel özelliklerine bağlı olarak oluşmaktadır. Bu açıdan Türk sağlık sisteminin bugünkü yapısını ve bu yapıya nasıl ulaştığını anlamak için, tarihsel gelişimini incelemek ve devletin örgütlenme ve işleyişini düzenleyen Anayasa belgeleri ile sağlık mevzuatına bakmak gerekir. 2 Mayıs 1920'de 3 sayılı kanunla Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı-SB'nı kurarak sağlık hizmetini devlet görevi olarak kabul eden ülkemizde, Sağlık hizmetlerinin yapılanmasına genel olarak bakıldığında; TBMM'nin kuruluşundan İkinci Dünya Savaşı'nın başlamasına kadar olan dönemde sağlık hizmetlerinin sunumunda temel ilke, "koruyucu hizmetlere öncelik" verilmesidir. 1950'li yıllar sonrasında koruyucu hizmetlerden tedavi hizmetlerine önceliğe yönelimi başlatan bir politika değişikliği yaşanmıştır. Ancak dönemsel kopuşlar olsa da 1980'ne gelene kadar Türk Sağlık Sektörünün temel yapısı, bu hizmetin devlet tarafından sunumunu temel alan "devletçilik" ilkesine dayalı olarak oluşturulmuştur.

SAĞLIK HİZMETİNDE GELİŐMELER VE TEMEL İLKELER

Ülkemiz, Kurtuluş Savaşı sonrasında daha cumhuriyeti bile ilan etmeden, Sağlık Bakanlığı - SB'yi kurarak sağlık hizmetini devlet görevi olarak kabul eden ve "sağlık ve sosyal yardım"

kavramını bir Bakanlığın adında birleştiren ilk ülkelerden biridir. Anayasası'nın 56. Maddesi ile sağlığı temel bir hak ve devlet görevi olarak tanımlayan ülkemizde; sağlık sektörünün, sağlık hizmetlerinin gelişmesi ve durumunu, ilkelerinde ve sunuluşunda farklılıklar içeren dört döneme ayırarak değerlendirilebilir.

1.1. Birinci Dönem

TBMM'nin kuruluşundan İkinci Dünya Savaşı'nın başlamasına kadar olan ilk dönemde, sağlık hizmetlerinin sunuluşunda benimsenen temel ilke "koruyucu hizmetlere öncelik" verilmesidir. Bu kapsamda, 1930 yılında "Umumi Hıfzıssıhha Kanunu" çıkarılmış, sağlıkta insan gücünün yetiştirilmesi için büyük çaba sarf edilmiş, sağlık sorunları da dikkate alınarak sağlık hizmetleri örgütlenmesi yapılmış ve bu hizmetin tüm ülkeye yayılması için çalışılmıştır. Bu dönemde benimsenen bir diğer ilke olan "Önemli Hastalıklarla Savaşma Öncelik" ilkesi çerçevesinde de o dönem sorun olan hastalıklarla savaşmak için ayrı örgütler kurulmuştur. Bu dönemde sağlıkta insan gücü eksikliğinin kapatılması için yapılan çalışmalarla; 1923 yılında 554 hekim (19.860 kişiye bir hekim) sayısı, 1930 yılında 1182'ye, 1940'da 2387'ye çıkarılmıştır. O yıllarda sağlığa ayrılan bütçe hiç de azımsanmayacak ölçüdedir. (1927 yılında sağlık harcaması 2.9 milyon liradır. Bütçenin % 6.9'u). Bu dönemin en önemli başarılarından biri de bugün çoğu hala yürürlükte olan pek çok yasanın çıkarılmasıdır.²

1.2. İkinci Dönem

1940-50'li yılları kapsayan ikinci dönemde, bir yandan koruyucu hizmetlerin geliştirilmesine çalışılırken diğer yandan yataklı tedavi hizmetlerinin de Sağlık Bakanlığının sorumluluğu olduğu ilkesinin benimsenmesiyle tedavi hizmetlerine yönelim başlamıştır. Salgın ve bulaşıcı hastalıklarla savaş ve koruyucu hizmetler, hem de tedavi hizmetleri için "Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı" da hazırlanmıştır. Genel olarak bu dönemde, koruyucu hizmet önceliği yerine tedaviye yönelim sonrası Bakanlık hastane açılımına ağırlık vermiş ve değişen sağlık işgücü ücret politikasıyla uzmanlar, pratisyen hekimlere kıyasla daha fazla ücret almaya başlamıştır. Bu arada uzman hekim oranı artmaya başlamış, koruyucu hizmetlerin aleyhine bir gelişme başlamıştır.

1.3. Üçüncü Dönem

1960 İhtilali sonrasındaki üçüncü dönemde, Devlet Planlama Teşkilatı (DPT)'nin kurulması sonrasında, kalkınma için, Türkiye'deki nüfus artışının kontrol edilmesi görüşleri doğrultusunda "Nüfus Planlaması Hakkında Kanun" çıkartılmıştır. Bu dönemde gerçekleştirilen bir diğer önemli olay, 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanunu'nun yürürlüğe girmesidir. Bu kanun, yalnızca sağlık hizmetlerini örgütleyen bir kanun olmayıp, ülkede sağlık hizmetlerinin genelini düzenleyen bir ilkeler kanunudur. 1961'de kabul edilen Kanun, 1963 yılında Muş'ta uygulamaya konulmuş, Ocak 1984 sonrasında tüm Türkiye'de uygulanmaya başlanmıştır. Ancak, içinde yer alan zorunlu sağlık sigortası sisteminin yasalaşma sürecinde metinden çıkarılmasıyla mali kaynağından yoksun kalmış ve öngörülen birçok amacına ulaşamamıştır. (Öztek, 2001: 60-63).

²Bkz. Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, UHK, Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun vd

1.4. Dördüncü Dönem

1980 yılında başlayan dördüncü döneme gelindiğinde, sağlık hizmetinin; çok sektörlü, birçok kurumca sağlık hizmeti sunulan, karmaşık bir örgütlenme³ yapısı içinde ve son derece merkeziyetçi bir şekilde verilmeye çalışıldığı görülmektedir. Ayrıca birçok kurum ve özel sektörce sağlık hizmeti sunulmakta; bu karmaşık yapı içinde yönetim ve denetim güçlükleri yaşanmakta, hizmet sunumunda verimlilik ve etkinlik sağlanamamaktadır. Sosyalleştirme Yasası yürürlükte ama çıkarılan yeni düzenlemelerle uygulanabilirliği ortadan kaldırılmıştır. Bakanlıkça hazırlanan mevcut durum raporlarında yapılan saptamalara göre Bakanlıkta; görev ve fonksiyonların yerine getirilmesinde çok yoğun ve yaygın biçimde görev ihmalleri, ileri derecede yönetim yetersizlikleri yaşanmakta ve sağlıkta hizmet sunum maliyeti giderek yükselmektedir. Bu nedenle daha etkili ve verimli hizmet sunumunu sağlamak üzere sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması gerekmektedir.

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI VE SAĞLIK HİZMETLERİNİN YENİDEN YAPILANMASI

2.1. SDP'nin Amacı, Nedenleri ve 1990-2000'li Yıllar Sağlık Verileri

Türk Sağlık Sektörünün yapısında ve sağlık hizmeti sunumundaki politikalarda köklü değişim ve dönüşüm, 1980 sonrasında, devletin ekonomideki rolünün dönüşümüne paralel olarak yapılan düzenlemeler ve politika belgeleriyle başlamıştır. Bu amaçla yapılan düzenlemeler, başlatılan proje ve programlar ise gelecekteki sağlık sistemini tasarlamaya yönelik bu dönüşümün araçlarıdır.

Bu çerçevede çıkarılan ilk düzenleme; kamuya ait sağlık kuruluşlarının sağlık işletmesine dönüştürülmesini öngören ve sosyal güvenlik kuruluşlarının primlerini, bu kuruluşlardan birinde/yeni bir kuruluşta toplamak için Bakanlar Kurulunu yetki veren ve çeşitli maddeleri Anayasa Mahkemesi'nce iptal edildiği için uygulanamayan 1987 tarihli "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu"dur. Eşzamanlı gerçekleşen ve sağlıkta reform hareketinin başlangıcı olarak kabul edebileceğimiz diğer iki çalışma; "2000 Yılında Herkese Sağlık, Türkiye Milli Sağlık Politikası" ve DPT tarafından yaptırılan Sağlık Master Planı'dır. (Tatar & Tatar, 1998:131)

Bu dönemde dünyada estirdiği özelleştirme rüzgarlarıyla ve verdiği kredilerle Dünya Bankası, reform adı altındaki özelleştirme çalışmalarının güdümlenmesidir. Dünya Bankası, 1990 yılında hazırladığı "Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Projesi" adlı çalışma sonrasında sağlık sektöründe yapısal uyum temelli projelere kredi desteği sağlamıştır. Bu kapsamda yapılan üç proje kapsamında Türkiye 240 milyon dolar kredi kullanmış ve bu amaçla SB bünyesinde bir birim (Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü) oluşturulmuştur. Bu kapsamda yürütülen projelerin amacı; koruyucu hizmetlere erişilebilirliği artırmak, sağlık hizmeti sunumu ve etkinliği için gerekli önlemleri almak, SB'nin teknik ve yönetim kapasitesini artırmaktır. (Alacadağlı, 2001:13)

³Bazı bakanlıklar, PTT, Demiryolları, bazı bankalar, Silahlı Kuvvetler, üniversiteler, bazı belediyeler, SSK gibi kurumlar kendi hastane ve dispanserlerinde sağlık hizmeti vermektedirler. Bunlardan bakanlıklara bağlı olanlar 2005'te, 5283 sayılı Kanun'la, TSK'ya ait olanlar ise 669 sayılı Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Tedbirler Alınması ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Hükmünde Kararname kapsamında, 15 Ağustos 2016'da SB'na devredilmiştir.

DB ile imzalanan son ikraz anlaşmasının tarihi 11 Haziran 2004'tür. 49.4 milyon Euro kredili "Sağlıkta Dönüşüm Programı-SDP"; sağlık hizmetlerinde büyüyen hakkaniyetsizliklere ve parçalı hizmet sunumuna dikkat çekmekte, sağlık sisteminin tasarlanışında değişikliğe gidilmesini, SB'nın sorumluluklarının kapsamının değişmesini "daha fazla dümen daha az kürek" sloganıyla ifade etmektedir (SB PYDB, 2004:6-7). SDP'ye göre, Bakanlık, birincil görevleri olarak nitelendirdiği sağlık hizmetleri sunumu ve finansmanı ayırmalı; kendini, sağlık politikalarını belirlemek, sağlık işgücü ve sağlıkla ilgili konularda gereken düzenlemeleri yapmak, toplumu bilinçlendirmek ve sağlık çalışanlarının yaygın eğitimini yapmak görevleri ile sınırlayarak sistemin yönetimine odaklanmalıdır. Bu kapsamda Aile Hekimliği Kanunu ile aile hekimliği uygulaması getirilir. Tam olarak altyapısı hazırlanmadan, Şubat 2005'te çıkarılan bir kanunla Bakanlıklara bağlı sağlık kuruluşları ve SSK'ları SB'na devredilir. Genel Sağlık Sigortası-GSS Kanunu yürürlüğe sokulur. SDP'le hem sağlık hizmeti sunumunda etkinlik ve verimlilik hem de sağlık göstergelerinde iyileşme sağlanacaktır.

Sağlık sektörünün 1990 sonrasındaki genel olarak durumuna baktığımızda; sektörün hizmetin sunumu ve finansmanın talebi, sağlık insan gücü noktasında sorunlar yaşadığı ve bunlara bağlı olarak toplumsal sağlık göstergelerinin gelişmiş ülkelerin gerisinde olduğu görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanının, değerlendirilmesinde kullanılabilecek en önemli göstergelerden birisi olan genel bütçe içindeki Sağlık Bakanlığı payının oranı çok uzun bir süredir % 3 civarında (bu oran 1960'da %6 ya yakın ve en yüksek düzeyde) seyretmektedir. Oysa DSÖ'nün Türkiye gibi ülkeler için önerdiği oran %10 olup Türkiye bu konuda kendi gelir grubundaki ülkeler arasında sağlığa en düşük kaynak ayırandır. Ülkemizde toplam sağlık harcaması miktarı da son derece düşüktür. OECD ülkelerinde toplam sağlık harcamalarının GSMH içindeki ortalama oranı %7.2 iken Türkiye'nin ki %3.7' dir. Türkiye'de toplam sağlık harcamaları içinde koruyucu sağlık harcamalarının payı ancak binde 9'dur. Yani ülkemizde sağlığın korunmasına verilen önem yaklaşık %1'dir ve Bakanlık asli görevine bu payı ayırmaktadır. Geri kalan %99 tedavi edici hizmetlere gitmektedir. Türkiye'de özel hastane sayısı özellikle 90'lı yıllar sonrasındaki politikalara dayalı olarak hızla artmıştır; 1993-129, 1994-155, 1997-184, 2003-246 (SB, 2003: 48-52). Sayıdaki bu hızla artışa karşın sunulan hizmetin toplam yataklı tedavi hizmeti içindeki oranı son derece düşüktür. Hizmet sunumunda bir sorun da var olan sevk zincirinin işletilmemesidir. Sosyalleştirilme Hakkındaki 224 sayılı Kanununun 13. Maddesi gereği, sağlık ocakları/polikliniklerde muayenesi yapılmadan hiçbir hastanın hastaneye başvurmaması gerekirken bu sistem işletilememektedir (Sağlık Mevzuatı, 1987:216-217). Sağlık insan gücü bölgeler arasında dengesiz dağılmıştır. Bu konuda en iyi durumda Marmara, İç Anadolu ve Ege Bölgeleri, en kötü ise, Güneydoğu Anadolu'dur. "Toplumsal Sağlık Göstergeleri" açısından sektörü değerlendirdiğimizde; gelişmiş ülkelerin çok gerisinde olduğu görülmektedir. Örn.; Avrupa ülkeleri içinde çocuk ve bebek ölümleri en fazla Türkiye'dedir.

2.2. SDP Sonrası Sağlık Verileri

2004 Nisan ayında başlayan SDP kapsamında yapılan çalışmaların da bir sonucu olarak, 02.11.2011 tarihinde 663 Sayılı "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK" ile SB ve bağlı kuruluşlarının teşkilat, görev, yetki ve

sorumlulukları yeniden dñzenlenir. Bakanlık, temel olarak yñrñtmekte olduğu gñvlerin bñyñk bir kısmını bağlı kuruluşları eliyle yñrñtmek ùzere yeniden yapılanır. Bu kapsamda yeni birimler oluşturulur, birimler yeni hizmet binalarına yerleşirler ve birimler arası bñyñk boyutlu personel hareketliliği yaşanır. Bu geçiş sñreci; hizmetin yñrñtñlmesi, sunumunda bñyñk aksama ve sorunlara yol açar. Bu sñreç, hem çalışanları hem de hizmet alanları olumsuz olarak etkiler. Bu etkilenmeye de dayalı olarak, performans gñstergelerine ulaşma, izleme ve raporlamada sorunlar yaşanır ve bu durum Dış Denetim Raporlarına⁴ da yansır (SB Çalışma Raporu, 2015: 35).

SB Çalışma Raporu verilerine gñre; 2002 yılında yñzde 3,8 olan kamu sağlık harcamalarının Gayri Safi Yurt İçi Hâsıla (GSYİH)'ya oranı 2012 yılında yñzde 4,2 seviyesine yñkselmiřtir. Ancak 2002'de %1.5 olan SB bñtçesinin GSYİH içindeki oranı, son ùç yılda değişmeyeerek % 2,4 olarak kalmış ve Bakanlıkça alınan toplam òdenegñn % 65'i sağlık hizmet binalarının yapımının finansmanında kullanılmıştır. Kamu-özel tüm hastaneler için; 10.000 Kişiye Dñřen Hastane Yatağı Sayısı, 2002'de %24,8 iken, 2014'te %26.6'dır. SB hastanelerinde kaba òlüm hızı 2002'de %14.8 iken 2014'te %15.8'e çıkmıştır. Birinci basamak hizmetlerine mñracaat sayısı 219.205.605 iken ikinci ve ùçñncñ basamak hizmetlerine mñracaat sayısı 424.786.425'tir. Kişi başı sağlık harcaması, 1999'da 54 Dolar iken 2013'te 98 Dolar'dır. Kamu Sağlık Harcamaları 2003'te 17.462 Milyon TL, 2013'te yaklaşık 3.6 kat artarak 62.447 Milyon TL olarak gerçekleşmiştir (SB, 2014: 77-177).

2.3. SDP Kapsamında Refik Saydam Hıfzısıhha Başkanlığı'nın Yeniden Yapılanması İle İlgili Bulgular

Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı-RSHMB, Ùlkemizde halk sağlığının korunmasına yñnelik ùretim, kontrol ve tanı ile ilgili temel laboratuvar hizmetlerini yñrñtmek ùzere 1928 yılında ve 1267 sayılı Yasa ile kurulmuştur. 181 sayılı Kanun Hñkmñnde Kararname ile adı "Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı "olarak değiştirilmiş ve SB bağlı kuruluşu haline getirilmiştir. Kurum, sağlık alanında tek Ar-Ge kuruluşu ve aynı zamanda SB'nın referans laboratuvarıdır. Kurum sñreç içinde, Yasaya gñre yapması gereken bazı gñvleri òrn. aşı ùretimi, yapamaz hale gelirken gelişen ve değişen hizmet taleplerine paralel ve başkalarınınca yapılmadığı için, Yasasında tanımlanmayan bazı gñvleri de yapmak durumunda kalmıştır. Ayrıca gñnñmñz koşullarında oluşan yeni kurumsallaşmalar, yasal dñzenlemelere dayalı olarak hizmet alanında gñrev çakışma ve çatışmaları yaşamaktadır. Sñzñ edilen bu sorunları çñzmemek ve Ùlkenin politika belgelerinde⁵ yer alan taahhñtleri sağlamak ùzere, 1995'li yıllardan itibaren, yeniden yapılanmaya yñnelik çalışmalara başlanmıştır. Bu yıllar sonrasında, yukarıda belirtilen amaçla, birçok çalışma yapılmış, kanun taslakları hazırlanmıştır.

⁴ Sayıştay Başkanlığınca yapılan performans denetiminde; SB Stratejik Plan ile Performans Programı arasında performans gñstergeleri bakımından önemli òlçñde farklılık bulunduğu, 2014 Yılı Faaliyet Raporunun Őekil, içerik ve tam açıklama ilkesi itibarıyla Faaliyet Raporları Hakkında Yñnetmeliđe uygun olmadığı saptanmıştır.

⁵ Ùlkenin gelecek planlaması ve hedeflerinin belirlendiği "Kalkınma Planı", bilim ve teknoloji politikalarının ortaya konduğu "Bilim ve Teknoloji Yñksek Kurulu" kararları ve Avrupa Birliği uyum çalışmalarına yñnelik taahhñtlerini içeren "Tñrkiye Ulusal Programı" nda Kurumun yeniden yapılanması gerekliliği yer almaktadır. "Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı"nda da, Başkanlığın;"Laboratuvar ve kontrol hizmetlerinde ulusal referans kurumu haline getirileceği" hñkmñ bulunmaktadır. "Tñrkiye Ulusal Programı"nda "RSHMB'nin, AB mevzuatına uygun olarak yeniden yapılandırılması ve Kuruluş Kanunu hazırlanması, orta vadede gerçekleştirilecek" diye taahhñt edilmiştir.

SB bağılı kuruluşu olan RSHMB'nın yeniden yapılanma çalışmaları, 2004 yılı sonrasında, Bakanlığın SDP yeniden yapılandırılması çalışmalarına paralel ve entegre olarak sürmüştür. RSHMB, “Yeniden Yapılanma” ve “Sağlık Hizmetlerinde Kalite Altyapısının Oluşturulması” bileşenleri altında, Bakanlığın ülke genelinde sağlık hizmetlerinin sunumu ve halk sağlığının korunması amacıyla aldığı kararlar ve izlediği politikalar ile kendisine biçilen rol paralelinde kendini yeniden tanımlamıştır.

Bu kapsamda yapılan çalışmalarla, Kurumun yeni kanun taslağı ve örgütlenme modeli; Mevcut Durum/Swot analizleri, Benchmarking ya da Kıyaslama yöntemleri, konuyla ilgili paydaşların katıldığı çalıştaylar, benzer kurumlara yapılan inceleme gezi sağlanan veri ve bilgilere dayalı olarak; oluşturulmuştur. Ülkenin Kurumdan beklentileri, özellikle ilgili tarafların katılımının sağlandığı atölye çalışmaları ile belirlenmiştir.

Kurumla benzer misyona ve bu alanda uluslararası arenada belli bir isme sahip benzer kuruluşlar incelenmesi için bir çalışma grubu oluşturulmuş ve 13 ülkeden 16 benzer kuruluş ele alınmıştır. Bu ekip tarafından bu kuruluşlar; “Genel Amaçlar, Çalışma Alanları, Kurumsal Yapı, İdari Yapı, Bütçe, Ar-Ge Yapısı vd” şeklinde Kurumun sorumluluk alanlarıyla bağlantılı olarak tanımlanan 11 ana başlık altında ayrıntılı bir biçimde incelenmiştir. Bu inceleme sonrasında seçilen üç ülkedeki benzer kurumlar yerinde de incelenmiştir. Tüm bu çalışmalar sonrasında hem ulusal hem de uluslararası alanda ortak sorumluluklar üstlenen bakanlıkların temsilcilerinin, uluslararası benzer enstitülerinin genel direktörlerinin ve sağlık sektörü temsilcileri ile bilim adamlarının katıldığı bir Çalıştay düzenlenmiş, öneri ve beklentiler belirlenmiştir. RSHMB'nın yeni misyonu oluşturulurken, RSHMB'nin de kurucu üyesi olduğu Uluslararası Ulusal Halk Sağlığı Enstitüleri Birliği'nin önerisi de dikkate alınmıştır.

SDP kapsamında yeniden yapılanması planlanan Bakanlık teşkilatı, Bakanlık makamına bağlı merkez teşkilat yanı sıra uzmanlık hizmeti vermesi beklenen bağılı ve ilgili kurum ve kuruluşlardan meydana gelmektedir. RSHMB, “Ulusal Halk Sağlığı Kurumu (UHSAK)” olarak Sağlık Bakanlığı ilgili kurumu olarak öngörülmüştür. Kurumun amacı, halk sağlığını korumak, hastalık risklerini azaltmak ve önlemek, sağlığın geliştirilmesini, yaşam kalitesinin artırılmasını sağlamak üzere, referans düzeyde inceleme, izleme, araştırma, kontrol ve denetim, danışmanlık, eğitim ve üretim faaliyetlerinde bulunmak olarak tanımlanmıştır. Öngörülen UHSAK, hem çevre hem de sağlık alanında uzman bir kuruluş olup koruyucu sağlık hizmeti sunacak, Ulusal ve bölgesel düzeyde toplum ve çevre sağlığı üzerindeki faktörlerin etkilerini değerlendirme ve izleme görevini üstlenecektir. Yapılanmada, temel prensip olarak desantralizasyon ilkesi benimsenmiş ve UHSAK'ın hizmetlerini üretirken verimliliği düşürmeyecek, yaratıcılığı ve araştırmacılığı engellemeyecek şekilde yapılanması önerilmiştir. Uzun soluklu ve ulusal, uluslararası tüm paydaşların katılımıyla ortaya çıkarılan “Kanun Taslağı ve Yeniden Yapılanma Raporu”na karşın siyasi müdahaleler ve Meclisteki görüşmeler sonrasında, öngörülen yapı ile 663 sayılı KHK ile oluşturulan yapı ne yazık ki aynı olmamıştır. Koruyucu sağlık alanında merkez, bölge olarak yapılanarak yereldeki Bakanlık birimleriyle koordineli çalışacak şekilde örgütlenmesi öngörülen RSHMB içine Bakanlığın temel sağlık, kanser, aile hekimliği, verem savaş gibi birimlerinin merkez ve taşradaki tüm yapıları entegre

edilerek daha esnek ve efektif çalışacak bir yapı yerine merkezde 1429, taşrada 98.197 kişinin çalıştığı küçük bir Bakanlık oluşturulmuştur.

ÇALIşMANIN AMACI VE YÖNTEMİ

Bu çalışmanın amacı, 1980 sonrasında dünyadaki küreselleşme rüzgarlarına paralel, ülkemizde yeniden yapılanma çalışmalarının gerçekleştiği sektörlerden biri olan sağlık sektöründe, mevcut yapı ve politikaları kökten değiştiren ve Sağlık Reformu ya da Sağlıkta Dönüşüm Programı-SDP olarak adlandırılan çalışmaların öngörülen amaç ve hedeflere ulaşamadıklarını aksine sağlık hizmetlerine ulaşmada soruna, sağlık giderlerinde de artışa yol açtıklarını ortaya koymaktır.

Bu çalışmada ne sürülen hipotezler, hem literatür taramasıyla edinilen bilgilerle hem de bir Sağlık Bakanlığı Bağlı kuruluşu olan Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığında bu sürecin uygulanmasına yönelik bilgi ve belgelere dayanılarak doğrulanmaya çalışılmıştır

SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Yapılan bu çalışma ile ulaşılan bulgular bize, yeniden yapılandırma çalışmalarına rağmen sağlık sektörünün; hizmetin sunumu, finansmanı, talebi, sağlık insan gücü noktalarında sorunlarının devam ettiğini göstermektedir. Ayrıca halen, toplumsal sağlık göstergeleri de gelişmiş ülkelerin gerisindedir. Bu bağlamda, geçmişte bu gerekçelere dayalı olarak, DB desteği ile sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanını yeniden yapılandıran ve tedavi yönelimli politikalardan koruyucu hizmet ağırlıklı politikaları uygulamaya sokması amaçlanan dönüşüm programı (SDP) hedeflerine ulaşamamıştır.

Çalışmada belirtildiği üzere, 2004 yılında başlayarak SB'nı yeniden yapılandırmak üzere SDP kapsamında pek çok çalışma yürütülmüştür. Bu çalışmalarda temel amaç olarak koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik dile getirilmekte ve bu kapsamda hedefler yer almaktadır. Ancak bu çalışmalar sonrasında, 2011 yılında çıkarılan ve Sağlık Bakanlığı ile bağlı kuruluşlarını yeniden yapılandırılan 663 sayılı KHK ile Bakanlık daha önce olduğu gibi tedavi hizmetleri sunucusu olarak aktif rol almakta olup, KHK'de yeniden yapılanmaya gerekçe olan koruyucu sağlık hizmetlerine önceliği yansıtan bir ifade/düzenleme görülmemektedir. Kanunda, özellikle tedavi hizmetleri ve temel sağlık hizmetleri uygulamalarının, merkez ve taşrada Bakanlık ilgili kurumları eliyle yürütüleceği bir örgütlenme modeli öngörülmektedir. Bu kapsamda yeni yapılar oluşturulur. SB referans laboratuvarı olarak hizmet sunan RSHMB'de ngrlendenden farklı bir biçimde değişerek Türkiye Halk Sağlığı Kurumu olarak, Bakanlığın merkezdeki temel sağlık hizmeti ile birimlerini içinde barındıran bir yapıya dönüştürülür. Siyasi ve bürokratik etkiler sonrasında, Kurum, katılımcı yöntemlerle hazırlanan ve sahadan gelen sorunlara zm üretmek üzere öngörülen zmler dikkate alınmadan yapılandırılır. Bu yapılanma sonrasında oluşan personel hareketliliği, hizmet sunumunu aksatacak şekilde nitelikli personelin yer değişimine, emekliğine neden olur. Sayıştay raporlarında da ifade edildiği üzere, veri üretiminde sorunlar oluşur ve benzer konular Bakanlık raporlarında farklı olarak sunularak veri güvenliği konusunda tereddütlere yol açar.

Yeniden yapılandırma sonrasındaki verilere baktığımızda Bakanlık bütçesinin %80'i yine tedavi hizmetlerine ayrılmaktadır. Koruyucu hizmetleri sunan THSK'na ayrılan pay %18 olup bu bütçenin büyük bir kısmı zaten yaklaşık 100.000 kişinin çalıştığı Kurumun personel giderleridir. SB'nın GSYİH içindeki oranı 2013-2015 arasında hiç değişmemiş %2.4 olarak kalmıştır. Daha kaliteli hizmet sunumu için yeniden yapılandırılan SB hastanelerinde, kaba ölüm hızı 2002'de %14.8 iken 2014'te %15.8'e çıkmıştır. Birinci basamak hizmetlerine müracaat sayısı 219.205.605 iken ikinci ve üçüncü basamak hizmetlerine müracaat sayısı 424.786.425'tir. Kişi başı sağlık harcaması, 1999'da 54 Dolar iken 2013'te 98 Dolar, Kamu Sağlık Harcamaları 2003'te 17.462 Milyon TL, 2013'te yaklaşık 3.6 kat artarak 62.447 Milyon TL olarak gerçekleşmiştir (SB,2014: 77-177).

Sayıştay'ca hazırlanan "2015 Yılı Düzenlilik Denetim Raporu"nda; sağlık tesislerinin; likit durumlarının ve kısa vadeli borçlarını ödeme gücünün yetersiz olduğu, çok ciddi bir borç yükü altında bulunduğu ve mali bağımsızlığının düşük olduğu, faaliyet durumu açısından etkin olmadıkları ve yaptıkları iş ve işlemler sonucunda zarar ettikleri, mali durum ve işletme açısından yıllar itibariyle daha da kötüye gittiği, bildirilmektedir.

Tüm bu veriler dikkate alındığında sağlık hizmetinin kamu hizmeti olarak sunumuna son verilerek SB hastanelerini Kamu Hastane Birlikleri adı altında döner sermaye işletmesine dönüştüren uygulamanın hüsrana sonuçlandığı ve Sayıştay Raporu'nda özetle belirtilen "Sağlık tesislerinin mali gücünün yetersizliği, çok ciddi bir borç yükü altında ve kısa vadeli borçlarını karşılayamaz durumda olduğu" tespiti ile sağlık işletmeleri politikasının da iflas ettiğini söylemek sanırım yanlış olmayacaktır.

Sağlık sektörünün içinde bulunduğu duruma çözüm üretmek için; öncelikle, masa başında uygulayıcıdan kopuk üretilen çözümler yerine, işi yapanların ve sahadan uzmanların önerilerinin dikkate alınması, halen yürürlükte olan ve sağlık hizmet sunumunda son derece kapsamlı ve ülke gerçekleriyle daha bağdaşan düzenlemeler getiren 224 sayılı Sosyalleştirme Yasası'nın, eksik bırakılan mali ve yönetsel mekanizmalarının tamamlanarak uygulanması; sağlık politikalarının tedaviye değil, sağlığın korunmasına öncelik verilecek şekilde oluşturulması ve bütçeden sağlığa ayrılan payın en az % 8-10 seviyesine çıkarılması, kamu yararının sağlanması açısından bizce izlenmesi gereken yol ve seçenektir.

KAYNAKÇA

Alacadağlı, E.(2001). Sağlık Hizmetlerinde Yeniden Yapılanma, (Yayınlanmamış Doktora Seminer Ödevi) AÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Alacadağlı E.(2008). "Kamu Yönetimi Raporu; Sağlık Hizmetleri Yönetimi" Türkiye'nin Geleceği İçin Yeni Arayışlar Sempozyumu', Ankara, Çankaya Kültür ve Sanat Vakfı Yay.

DPT, (1990). Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü Nihai Rapor, Price Waterhouse ve Ankon Danışmanlık Hizmetleri A.Ş, Ankara.

DPT, (2001). Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik, Sağlık Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Ankara,

Fişek, Nusret (1985). Halk Sağlığına Giriş, Ankara: Hacettepe Yayınları

- Gözübüyük, Şeref (1987). İdare Hukuku, Ankara: Ekin Yayınları
- Özsarı, Haluk S.(2016, 20 Ekim), Ülkemizde genel sağlık sigortası süreci, Erişim Tarihi: 20 Ekim 2016, http://www.tisk.org.tr/isveren_sayfa.asp?yazi_id=1151&id
- Öztek, Zafer(2001):Türkiyede sağlık hizmetleri, Yeni Türkiye Dergisi, Yıl 7 Sayı 39, Ankara.
- Özdemir, Yusuf (2001). Sağlık reformları”, Yeni Türkiye Dergisi, Mayıs-Haziran 2001, Yıl 7 Sayı 39, Ankara.
- Özdemir, Y.(2001). Cumhuriyet dönemi sağlık politikaları, Yeni Türkiye Dergisi, Yıl 7 Sayı 39, Ankara.
- Proje Yönetimi ve Destek Birimi-PYDB, DB Proje İşletim Kılavuzu, 31 Temmuz 2004, Birinci Bölüm, Ankara
- Sartugan, Erdal(1997).Türk Sağlık Hizmetleri Yapı ve Ürünlerinin İyileştirilmesi, Ankara:Türk İş Yayınları
- SB, (2004, 2014). Sağlık İstatistikleri, Ankara:SB Yayınları
- SB, (2015). Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu. Ankara:SB Yayınları
- Tatar, T. ve Tatar, M.(1998).Yerel Yönetimler ve Sağlık, Ankara: Türk Belediyecilik Derneği, Konrad Adauer Vakfı Yayını
- THSK (2015). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Faaliyet Raporu. Ankara:SB Yayını
- TTB (1999). Türkiye Sağlık Sektörünün Durumu. Ankara: TTB Yayını
- <http://www.birgun.net/haber-detay/saglik-bakanligi-hastaneleri-iflas-mi-ediyor-136520.html>, Erişim Tarihi:25 Kasım 2016