BELGE

DÜNYA BANKASI SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROJESİ DEĞERLENDİRME BELGESİ*

Dünya Bankası'nın 27717 No'lu ve 21 Nisan 2004 tarihli ***"SağlıktaDönüşüm Programı'nın İlk Evresine Destek OlarakTürkiye Cumhuriyeti'ne Sağlıkta Geçiş Projesi İçin 49.40 Milyon Avro Miktarında Önerilen Kredi Hakkında Proje Değerlendirme Belgesi"****nin giriş ve ana bölümleri ile Sağlık ve Çalışma Bakanları tarafından kredi başvurusu için Dünya Bankası'na yazılan başvuru mektuplarının gayriresmi çevirilerini belge olarak yayınlıyoruz.*

A. STRATEJİK BAĞLAM VE RASYONEL

1. Ülke ve sektör başlıkları

Türkiye sağlık bakımının kapsamını genişletmek ve kilit sağlık göstergelerini iyileştirmek açısından hatırı sayılır bir ilerleme kaydetmiş olmakla birlikte, sağlık statüsü ve tıbbi bakıma erişim açısından, çoğu orta-gelir grubu ve AB üyesi ülkenin oldukça gerisindedir. Yaşam beklentisi OECD ortalamasından yaklaşık on yıl geridedir ve çocuk ve anne ölüm oranları orta-gelir grubundaki ülkeler arasındaki en yüksek oranlar arasında yer almaktadır. Türkiye'deki sağlık sektörü sosyo-ekonomik gelişme düzeyi ve GSYİH'nın yaklaşık %6.9'unu oluşturan sağlık bakım harcamalarıyla uyumlu sağlık çıktıları elde etmek bakımından düşük performans sergilemektedir. Ülke, Avrupa sağlık ve hizmet standartlarını ve 2015 itibarıyla Milenyum Kalkınma Hedeflerini yakalayacaksa, kapsamlı ve devamlı bir çaba harcanmalıdır.

Yakın zamanlarda yapılmış olan, "Daha İyi Erişim ve Etkinlik İçin Sağlık Sektörü Reformu" başlıklı bir Dünya Bankası çalışması (2003 Mayıs ayında yayınlanan Rapor No: 24358-TU), düşük performansın altında yatan nedenler olarak aşağıdakileri saptamıştır:

Sağlık ve tıbbi bakıma erişimdeki eşitsizlikler. İnsani ve mali kaynakların dağılımına ilişkin dikkatli bir analiz, çoğu hekimin, özellikle de uzman hekimlerin, batıdaki ve büyük kentsel alanlardaki yoğunlaşmasıyla birlikte, sağlık personelinin dağılımında yaygın oransızlıklar olduğunu açığa çıkarmaktadır. Benzer biçimde, kamusal sağlık harcamalarının dağılımı da eşitlikçi değildir; daha zengin bölgeler kişi başına sağlık bakımına daha fazla kamusal kaynak harcamaktadır. Sağlık sigortasının kapsamına gelince, nüfusun daha geniş katmanlarının, özellikle de kırdakilerin ve işsizlerin, yeterli sağlık sigortası yoktur. Çoğunluk, Hükümetin, birinci basamak tıbbi bakıma ya da ilaçlara değil, sadece hastanelere parasız erişime izin veren Yeşil Kart uygulamasından yararlanmaktadır. Çoğu sağlık göstergesi açısından, kentsel ve kırsal bağlamlarla, Türkiye'nin farklı parçaları arasındaki uçurumlar varlığını sürdürmektedir.

Kaynak dağılımındaki etkinsizlikler. Önleyici bakıma ve anne ve çocuk sağlığına giderek daha az harcama yapılmaktadır. Giderek daha fazla kullanıcı ödemelerine dayanan, birinci basamak tıbbi bakım sistemi yetersiz biçimde fonlanmaktadır. Genel olarak kırsal alanlardaki ve özel olarak da ülkenin Doğu ve Güney Doğu Anadolu'sundaki önemli sayıdaki sağlık merkezinde yetersiz personel mevcuttur. Genel hastanelerin çoğunluğu, hatırı sayılır kaynak israfıyla birlikte, etkin olmayan biçimlerde işletilmektedir.

**Belgenin İngilizce orjinaline http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2004/05/03/000090341_20040503130553/Rendered/PDF/27717.pdf adresinden erişilebilir.*

Yetersiz yönlendiricilik sistemi ve yönetişim. Sağlık Bakanlığı (SB) geçmişte sağlık politikalarının, ölçütlerinin ve standartlarının belirlenmesi bakımından, kilit yönlendiricilik ve düzenleyicilik fonksiyonlarının etkin biçimde sergilenmesinde sınırlı bir ilgiye ve kapasiteye sahipti. Yakın zamanlara kadar, her ikisini de, tıbbi bakımın hem finansmanından hem de sunumundan sorumlu olan SB ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (ÇSGB) arasında geleneksel olarak çok az koordinasyon mevcuttu.

2. Banka ilgisinin rasyoneli

Banka'nın Türkiye'deki sağlık sektörüne yönelik önceki ilgisi, sistemik reform yaratma açısından çok etkin olmamakla birlikte, bu yeni partnerliğin zamanlaması ve çapı, mevcut hükümetin sağlık sektöründeki yaygın reformlar aracılığıyla, özellikle sağlığın kapsamını tüm nüfusa doğru yaymak ve hizmetlere erişim ve bunların kullanımı açısından ülke çapında var olan eşitsizliklerin azaltılmasına yönelik kararlılığı nedeniyle, son derece şanslı görünmektedir. Aslında, hem Acil Eylem Planı (UAP) hem de Sağlıkta Dönüşüm Programı (PHT), gerekli yasal ve kurumsal reformlar açısından katı sonlanma tarihleri belirlemiş ve zaten sosyal güvenlik sisteminin yeniden yapılandırılmasına, Genel Sağlık Sigortası'nın (GSS) kurulmasına ve SB ile bağlı kurumlarının yeniden örgütlenmesine yönelik bazı yeni yasa tasarıları da hazırlanmıştır. Bu yasa tasarılarının çoğu şimdi kamusal incelemeye açılmakta ve hükümet organları, sivil toplum ve öteki ilgililer tarafından yaygın biçimde tartışılmaktadır. Kamu Yönetimi Çerçeve Yasası'nın geçmesinden sonra, Ulusal Meclis'te tartışmaya sunulacaktır.

Sağlık bakım sisteminin gündelik işleyişine gelince, hasta seçimine yönelik seçenekleri çoğaltan birçok olumlu değişim çoktan yürürlüğe konulmuştur. Bütün bunların içinde en önemli olanı ise, hastaların şu anda, emeklilik hak edişlerine bakılmaksızın, SB ya da ÇSGB hastanelerine başvurabilmeleridir, ki bu da hem sembolik hem de operasyonel sonuçları olan büyük bir değişikliktir. Bir başka önemli köşe taşı ise, hekimlerin ilk kez olarak, eksik hizmet alan bölgelerdeki görevlendirmeyi teşvik etmek üzere, SB tarafından sözleşmeli temelde istihdam edilmeleridir. Hükümetin böylesine kapsamlı değişimler yaratmak üzere sergilediği güçlü politik irade ve niyet gösterisi tarafından çoktan oluşturulmuş olan ivme, benzeri görülmemiş bir durum oluşturmakta ve sektöre yönelik Banka desteğinin sürmesi açısından benzersiz bir fırsat penceresi sunmaktadır.

3. Projenin katkıda bulunduğu daha yüksek hedefler

Yakınlarda yayınlanmış olan CAS[1] ve 2002 Kasım ayında, göreve gelmekte olan yeni hükümete yardımcı olmak, Hükümet'in, 2003 Ocak ayında yayınlanmış olan kendi UAP'ına ve bunun sektörel uzantısı durumundaki PTH'sine yardımcı olmak üzere yayınlanmış olan "Türkiye: Sosyal Adaletle Daha Fazla Refah" başlıklı Politika Notu, bunların tümü; parça parça değişimler karşısında, temelli bir alt üst oluşa ihtiyaç bulunduğunu ve sistemin "dönüştürülmesi" gerektiğini belirtmektedir. Bu dönüşümün en azından aşağıdaki kalemleri içermesi gerektiği üzerinde de genel bir konsensüs bulunmaktadır: (i) daha etkin bir kaynak dağılımı ve kullanımı elde etmek üzere sağlık bakımının sunumu ile finansmanının ayrılması; (ii) eşitliği ve sağlık hizmetlerine erişimi güvence altına almak üzere genel bir kamusal sağlık sigortasının başlatılması; (iii) teknik etkinliği iyileştirmek ve yönetimi güçlendirmek üzere kamu hastaneleri için mali ve idari özerklik; (iv) birinci basamak sağlık hizmetinin yatan hasta bakımıyla bütünleştirilmesi ve sürekli sunumunun sağlanması ve sağlık bakımında kapsayıcılığı ve sürekliliği güvence altına almak üzere aile hekimliğinin başlatılması; ve (v) anne ve çocuk sağlığının iyileştirilmesi üzerindeki vurgunun artırılması. Bu program özellikle dolaysız biçimde PHT'nin sekiz temel hedefine denk düşecek ve bunlara katkıda bulunacak biçimde tasarlanmıştır.

B. PROJE TANIMI

1. Borç verme enstrümanı

Programatik Uyum Borcu (APL) aşağıdaki nedenlerden dolayı uygun borç verme enstrümanı olarak görülmüştür: (i) proje, Türkiye Hükümeti'nin, tüm sağlık sektörünü reformdan geçirmeyi hedefleyen yaygın bir hedefler dizisine sahip, geniş-kapsamlı bir program olan kendi PTH'sına destek vermek üzere tasarlanmıştır; (ii) farklı sağlık bakım fonksiyonları üzerinden ve birbirini izleyen bir tarzda olsa da, uyum içinde çalışan, iki yürütücü organ mevcuttur; (iii) programın tam olarak yürürlüğe konulması birbiri peşi sıra etkinlik kazanacak olan ve ilgili bileşen altındaki büyük yatırımlardan önce gelmesi gereken bir dizi yeni yasa ve yönetmelik paketinin geçmesini gerektirmektedir; ve (iv) PTH'nın tam olarak yürürlüğe konulması vakit alacak olmakla ve düzenlemeler kuşkusuz sürece paralel olarak yapılacak olmakla birlikte, Evre II'nin, GSS'nin yürürlüğe konulmasına paralel biçimde uygulanabilmesi için, doğru zamanlama açısından esnekliğe ihtiyaç bulunmaktadır.

Hem SIL hem de SECAL, olası alternatifler olarak ele alınmıştır, ancak yatırım ve teknik yardım ihtiyaçlarının bileşimi ve genel olarak da, GSS'yi de içeren, Sosyal Güvenliği kapsayan, önerilen Birinci Programatik Kamu Sektörü Uyum Borcu'nun (PPSAL-I) boyutları veri alındığı zaman, bu enstrümanlar uygun görünmemektedir.

Önerilen mali vadeler Alıcı'nın tercihini yansıtmaktadır ve Banka'nın Türkiye portföyüne uyarlanabilir olan vadelerle paraleldir.

2. Program hedefi ve Evreler

Toplam program hedefi Türkiye'deki sağlık bakım sisteminin yönetişimini, etkinliğini, kullanıcı ve sunucu açısından tatmin ediciliğini ve uzun vadeli mali sürdürülebilirliğini iyileştirmektir. Böylesine bir dönüşüm, Türkiye ile AB ülkeleri arasında sağlık hizmetlerine erişim, bunların kalitesi ve kullanımı konusunda varolan uçurumu daraltmaya yönelik daha uzun vadeli sektörel amacın elde edilmesine yönelik bir ilk adım olacaktır. Kapsamlı ve iç

bağlantılı reform öğeleri yelpazesinin eşlik ettiği bu Program, teknik açıdan anlamlı olmakla birlikte, yine de son derece hırslıdır. Bu açıdan, kısmen yürürlüğe konulması bile, halihazırdaki son derece parçalı ve etkin olmayan sağlık bakım sistemi açısından büyük bir ilerleme olacaktır. Diğer OECD ve orta gelir düzeyindeki ülkelerde yaşanmış olan deneyim, bu tür reform inisiyatiflerinin başarı hanelerinin, politik ekonomiye bağlı olarak, gerek başarı öyküleri gerekse "öğrenilen derslerle" dolu olduğunu ve eşitsiz uygulamalara sahip olduklarını göstermektedir. Yine aynı deneyim, kapsamlı bir sağlık reformuna yönelik bir fırsat penceresinin kendisini özellikle Türkiye'de nadiren rastlanan bir olay olan, hükümetin dar anlamdaki politika alanında ifade etmesi halinde, tasarımın, sağlık finansmanı, hizmet sunumu ve sistem yönetişiminin tüm kilit fonksiyonlarını içeren, tam ve karşılıklı olarak güçlendirilebilir bir reform gündemini kucaklaması gerektiğini de göstermektedir.

Evre I: (MY05-MY08) TH'ye şu açılardan yardımcı olacaktır

(i) SB'nın daha etkin yönlendiricilik ve politika oluşturuculuğu için yeniden yapılandırılması;

(ii) aile hekimliğinin birinci basamak sağlık bakım hizmetlerinin sunumu için bir model olarak tasarlanması ve pilot uygulama haline getirilmesi;

(iii) tüm kamu hastaneleri için mali ve idari özerkliğin başlatılması;

(iv) genel sağlık sigortası fonunun kuruluş temellerinin atılması; ve

(v) sağlık ve sosyal güvenlik sistemi için bir "enfoyapının" tasarlanması ve pilot uygulama haline getirilmesi. Yatırım Evre I'in tahmini maliyeti yaklaşık olarak 49.40 milyon avrodur.

Evre II için dört adet tetikleyici olacaktır:

(i) Genel Sağlık Sigortası Yasası Ulusal Meclis tarafından benimsenmiş;

(ii) sosyal güvenlik sistemi, özellikle de GSS ve ortak bir veri tabanını ve teknolojik platformu kullanan birleşik[2] bir emeklilik sistemi için kurumsal düzenlemelerin yapılmasına yönelik tatmin edici ilerlemeler kaydedilmiş;

(iii) yeni sosyal güvenlik organları için "enfoyapı" pilot uygulama olarak test edilmiş ve değerlendirmeye alınmış; ve

(iv) Aile Hekimliği pilot çalışmasına dayalı yeni bir Birinci Basamak Sağlık Bakımı (PHC) örgütsel modeli test edilmiş ve değerlendirmeye alınmış olacaktır (tanımlar ve ayrıntılar için lütfen Ek 4'e bakınız).

Evre II TH'ya şu açılardan yardımcı olacaktır: :

(i) aile hekimliğinin birinci basamak sağlık bakım hizmetlerinin sunumu için model haline getirilmesi;

(ii) kamu hastaneleri için tam mali ve idari özerklik;

(iii) genel sağlık sigortası fonunun tam anlamıyla işlevsel olması; ve

(iv) sağlık ve sosyal güvenlik için tam anlamıyla bilgisayarlı bir enformasyon sistemi. Evre II'deki yatırımın tahmini değeri yaklaşık olarak 114 milyon avrodur.

Evre II Hükümet'in reform gündemini ilerletmekte başarısız olması halinde yatırımları ve etkisi açısından kendisini karşılayacak biçimde tasarlanmıştır. Aslında, operasyonun büyüklüğü, kurumsal kapasite inşası ve pilot çalışmalar aracılığıyla sistemik değişikliklere zemin yaratmak üzere gerekli olan, ancak yine de politika değişikliklerinin kaldıracı olarak hizmet edebilecek yeterliliğe sahip bulunan ne varsa onun tarafından etkilenmiştir. Reform sürecinin kesintiye uğraması halinde, proje yine de arkasında daha iyi eğitim almış profesyonel kadrolar ile finansman ve hizmet sunumu açısından alanda test edilmiş pilot çalışmalardan elde edilmiş deneyimler bırakacaktır.

Projenin toplam hedefi ve tasarımı CAS'ın "sağlık sektöründe radikal reformlar gereklidir" teşhisi ve onun, Hükümet'in UAP'sı ile sağlık sektörü hedeflerini destekleme amacı ile tam olarak uyumludur.

3. Proje gelişme hedefi ve kilit göstergeler

Evre I'in hedefi Hükümet'in sistem yönlendiriciliğini, modernleştirilmiş finansmanı ve hizmet sunumunu iyileştirecek ve sağlık sigortasının kapsamını, mali açıdan sürdürülebilir bir tarzda, tüm nüfusu kapsayacak biçimde genişletecek kurumsal kapasiteyi inşa edecek olan kendi PTH'sının yürütülmesine yönelik kurumsal ortamın güçlendirilmesine olanak sağlamaktır. Program bir kez tam olarak yürürlüğe konulduğu zaman, nüfusun tüm kesimleri temel sağlık bakım hizmetlerine, bir aile hekimine yönelik özgür seçime ve daha şeffaf ve eşitlikçi bir havale sistemine tam erişime sahip olacaklardır.

Hükümetin PTH'sı ile uyumlu biçimde belirlenmiş olan özgün hedefler, TH'ya aşağıdaki konularda yardımcı olmayı içermektedir:

(i) SB'nın daha etkin yönlendiricilik ve politika oluşturuculuğu için yeniden yapılandırılması;

(ii) genel bir sağlık sigortası fonunun kurulması;

(iii) aile hekimliğinin birinci basamak sağlık bakım hizmetlerinin sunumu için model olarak başlatılması;

(iv) mülkiyetinden bağımsız olarak tüm hastaneler için mali ve idari özerkliğin güvence altına alınması; ve

(v) tamamen bilgisayarlı bir sağlık ve sosyal güvenlik enformasyon sisteminin kurulması. Programın sona erişiyle birlikte, SB'nın, sistem yönlendiriciliği konusundaki yenilenmiş emirnamesine, yani "daha fazla dümencilik yapıp daha az kürek çekerek" ya da sağlık diliyle konuşmak gerekirse, kamu sağlığı programları (Tüberküloz, HIV/AIDS vs.) hariç olmak üzere, hizmet sunumu yükümlülüğüne sahip olmaksızın, daha çok politika oluşturma ve düzenleyicilikle meşgul olduğu durumla uyumlu bir kaynak tabanı ve vasıf bileşenleri ile birlikte, daha küçük ve daha zayıf bir organ haline gelmesi beklenmektedir.

Benzer biçimde, ÇSGB'nın da, hizmet sunum fonksiyonundan kendisini kurtararak, artan biçimde gelirleri ve harcamaları dengeleyen temel sigortacılık işlevlerindeki; yani risk belirleme, aktuaryal analiz, temel bir hizmet paketinin tanımlanması, prim belirleme ve sunumcularla sözleşmeler yapmak gibi alanlardaki uzmanlaşmasını artırması ve kurumsal kapasitesini inşa etmesi beklenmektedir.

4. Proje bileşenleri

Önerilen projenin altı bileşeni bulunmaktadır:

Bileşen A: SB'nın Etkin Yönlendiricilik İçin Yeniden Yapılandırılması (Taban Maliyet 9.60 milyon avro). Bu bileşen SB'nın, kilit kamu sağlığı fonksiyonlarını korurken, bir hizmet sunumculuğundan politika oluşturuculuğu ve hizmet sunumu düzenleyiciliğine doğru kurumsal geçişini destekler. Bu bileşenin dört alt bileşeni mevcuttur: (i) SB'nın yeniden yapılandırılması; (ii) bir Ulusal İlaç ve Tıbbi Araçlar Organı'nın (NPMDA) kurulması; (iii) sağlık hizmetlerinin kalite güvencesi ve akreditasyonu; ve (iv) PTH için bir İzleme ve Değerlendirme (M&E) Kapasitesi'nin kurulması.

Bileşen B: Sağlık Sigortası ve Sosyal Güvenlik Kurumlarının Kapasitesinin İnşası (Taban Maliyet 3.00 milyon avro). Bu bileşen halihazırda varolan dört sağlık sigortası programını konsolide ederek ve erişimini, tam olarak kapsam altına alınamayan tahmini ek 22 milyon yurttaşa doğru genişleterek, tek bir sağlık sigortası fonunun kurulmasını destekler.

Bileşen C: Sağlık Bakım Hizmetlerinin Sunumunun Yeniden Örgütlenmesi (Taban Maliyet 15.67 milyon avro). Bu bileşenin dört adet alt bileşeni bulunmaktadır:

(i) aile hekimliğinin ayakta tedavi ya da birinci basamak sağlık bakım hizmetlerinin sunumu için örgütsel bir model olarak başlatılması;

(ii) SB ve SSK hastanelerinin daha fazla özerklik yönünde uyumlulaştırılması;

(iii) sistem hiyerarşisini takviye etmek üzere etkin bir hasta havale sisteminin geliştirilmesi; ve

(iv) hastalık nezareti, anne ve çocuk sağlığı, bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıkların (NCD'ler) önlenmesi ve kontrolü dahil, halk sağlığı programlarının güçlendirilmesi. Yeniden örgütlenme, Evre I sırasında büyük kentlerdeki pilot uygulamalarla birlikte ve ikinci evrede ulusal çapta yaygınlaştırılmak üzere, aşamalı biçimde yürürlüğe konulacaktır.

Bileşen D: İnsan Kaynakları Kapasitesinin Güçlendirilmesi (Taban Maliyet 8.72 milyon avro) Sağlık işgücünün vasıf ve yeterliliğini, SB ve bağlı kurumlarının değişen rolüne paralel bir biçimde, geliştirmeyi hedefler. İki adet alt bileşeni bulunmaktadır:

(i) sağlık ve sosyal güvenlik insan kaynakları politikası ve planlaması; ve

(ii) Kamu Sağlığı Okulu'nun, SB açısından bir savunma, eğitim ve araştırma mükemmeliyeti merkezi haline gelecek biçimde güçlendirilmesi.

Bileşen E: Sağlık ve Sosyal Güvenlik için Enfoyapının İnşası (Taban Maliyeti 15.13 milyon avro). Bu bileşen gerek SB, gerekse ÇSGB'ndaki kurumsal rol ve sorumlulukların yeniden düzenlenmesine paralel ulusal standartların geliştirilmesini destekler. Bu da, öncelikle standartların geliştirilmesi ve önce sosyal güvenlik sisteminde, daha sonra da sosyal güvenlik sistemi ile hastaneler arasında bir kayıt ve enformasyon ağının kurulması ile birlikte, aşamalı olarak gerçekleştirilecektir. İki alt bileşeni mevcuttur:

(i) sağlık enformasyon sisteminin inşa edilmesi; ve

(ii) sosyal güvenlik enformasyon sisteminin inşa edilmesi .

Bileşen F: Proje Yönetimi (Taban Maliyet 2.60 milyon avro). Bu bileşen proje yönetimine yönelik etkinliklerle ilgilidir. Her iki bakanlık arasındaki proje koordinasyonunu destekleyeceği gibi, her bir bakanlık içindeki proje uygulamasını da destekleyecek ve hem PTH, hem de projenin kendisi açısından, toplam proje kılavuzluğu ve politika desteğindeki toplam bir denetim mekanizması oluşturacaktır. Mali yönetim ve tedarik dahil olmak üzere proje yönetimi için olduğu kadar, Proje Yönetim Destek Birimi'nin (PMSU) desteklenmesi için de ihtiyaç duyulacak olan teknik yardımı da fonlayacaktır.

HTP, sosyal güvenlik sisteminin toplam reformuna bütçe desteği sağlayacak olan, önerilen PPSAL'a paralel biçimde tasarlanmıştır ve ona paralel biçimde yürütülecektir. Her iki proje arasındaki sinerjiler ve karşılıklı bağlantılar Hükümet'in sağlık reformu gündemi açısından hem yatırım, hem de bütçe desteği sunacaktır.

5. Proje tasarımında öğrenilen ve yansıtılan dersler

Sağlıkta Geçiş Projesi Banka'nın Türkiye'deki HNP sistemindeki dördüncü angajmanı olacaktır.

Önceki Birinci Sağlık (1991) ve İkinci Sağlık (1994) projeleri, ülkeye yönelik sağlık hizmeti sunumunu güçlendirmeyi amaçlayan yatırım projeleriydi. Birinci Basamak Sağlık Bakım Hizmetleri Projesi ise (1997) Türkiye'de aile hekimliğini başlatmayı amaçlayan bir reform-yönelimli projeydi. Gerekli yasaların geçirilmesindeki zorluklara bağlı olarak, proje yürürlüğe konulamadı. Borç daha sonra ödeme yapılmaksızın iptal edildi.

Banka'nın Türkiye'deki sağlık sektöründeki geçmiş deneyimi, geçmişteki makroekonomik istikrarsızlık, belirsiz politik ortam ve sınırlı SB etkileme kapasitesinin, optimalden-daha düşük proje uygulamalarının arkasında yatan temel nedenler olmasıyla birlikte, biraz olumsuzdu. Benzer biçimde gerek Banka, gerekse Hükümet açısından geçerli olan karşılıklı fonlama gecikmeleri, sayısız politika

ve personel değişiklikleri, projelerin zamanında uygulanmasını engelleyerek, sayısız proje sarkmalarına yol açtı.

Büyük bir parlamento çoğunluğuna sahip bir tek parti hükümetinin varlığı, geçmişte yaşanmış olan bazı sorunları hafifletebilir. Ancak, başka konular hala projenin etkin biçimde uygulanmasını engelleyebilecektir. Bunlar arasında aşağıdakiler bulunmaktadır:

(i) proje hafızasının ve vasıflarının sonuç olarak ortadan kaybolmasıyla birlikte, yüksek derecedeki görevli devr-i daimi;

(ii) Banka projelerinde genellikle daha uzun saatler çalışmak zorunda olan kamu görevlilerine yönelik ek mali teşviklerin olmaması ve sınırlı kariyer fırsatları;

(iii) dış tedarik ajanslarına bağımlılık ve Hükümet'in kendi kural ve yönetmeliklerinde sonuç olarak ortaya çıkan uygunluk sorunları; ve

(iv) SB'nın teknik ve operasyonel görevlileri ve yeteneklerinin proje tasarımı ve operasyonları ile sınırlı düzeyde bütünleşmesi ve SB görevlilerinin proje etkinlikleri açısından sahipliğinin potansiyel olarak ortadan kaybolması ve ilgisizlik.

Bu konuların çoğu Türkiye'ye özel olmayıp, özellikle sosyal sektördeki çoğu Banka operasyonunun etkinliğini etkilemektedir. Yukarıda belirtilmiş olan sorunları hafifletmek üzere, hem önerilen proje yönetim yapısı bakımından (lütfen daha fazla ayrıntı için C.2 ve Ek 6'ya bakınız) hem de projenin hazırlanma biçimi bakımından bazı önlemler alınmıştır. Örneğin, anlamlı olan tüm SB teknik birimleri Proje'nin boyutları ve hedefi ile tanımlanan proje etkinlikleri konusunda tam olarak bilgilendirilmişler. Ek olarak, yeni kamu tedarik yasası geçmişteki bazı sorunları hafifletebilir. Önerilen proje ağırlıkla teknik yardıma dayalı olması ve alt yapı ile teçhizat alanında yatırım yapmaktan çok, sistem reformu üzerine odaklanmasıyla birlikte, doğası açısından tipik bir yatırım operasyonundan oldukça farklıdır. Nihayet, bir Proje Yönetim Danışma Firması (MCF) PMSU'ya sürekli teknik ve lojistik destek sunacaktır.

6. Ele alınan alternatifler ve reddedilme nedenleri

İki alternatif ele alınmış ve aşağıdaki nedenler yüzünden reddedilmiştir:

1. Yeni bir sağlık projesi yapmamak. Banka tarafından finanse edilen sağlık operasyonlarının maruz kaldığı iptaller ve gecikmelerle ilgili geçmiş öykü veri alındığında, bu seçenek saf ve dar bir operasyonlar perspektifinden bakıldığında ciddi biçimde ele alınmıştır. Ancak, yukarıda da belirtildiği üzere, UAP'ın, 8. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nın ve PTH'nın açık ve bütünsel bir parçasını oluşturan Türkiye'deki sağlık sektörü reformu bakımından, benzersiz bir fırsat penceresi mevcuttur. Aslında, sağlık sektörünü reformdan geçirmeye yönelik kararlılık ve politik irade veri alındığında, Hükümet Banka'nın mali desteği olmaksızın da kendi programını uygulamakta ısrarcıdır. Üstelik, en son CAS ve önceki sektör çalışmaları, kapsamlı bir reform ihtiyacını açıklıkla işaret etmekte ve neredeyse tamamen Hükümet'in kendi programıyla çakışmaktadır. O halde, bu seçenek, Banka'nın mali ve bunun sonucundaki teknik ilgisinin, yeni Hükümet'e reform stratejisini zamanında ve kapsamlı biçimde uygulaması için gerekli olan ivme, fon ve desteği sunabileceği gerekçesiyle reddedilmiştir.

2. Bir Başka Sektör Yatırım Kredisi ya da saf Teknik Yardım Kredisi. Bu seçenekler aşağıdaki nedenlerden dolayı uygulanabilir görülmemiştir:

(i) Sağlık sektöründeki geçiş, tutarlı ve sürekli destek gerektiren uzun bir süreçtir. Herhangi bir reform inisiyatifinin boyutları, bileşenleri ve seyri ile uygulama yönü, muhtemelen zaman içinde bir dizi politik, sosyal, ekonomik ve diğer nedenlere bağlı olarak değişecektir.

(ii) Türkiye'deki sağlık sektöründeki geçiş, yeni kurumların yaratılması, rollerin ve sorumlulukların yeniden tanımlanması ve kilit finansman, hizmet sunumu ve idare ile ilgili yetki ve sorumluluk hatlarının yeniden belirlenmesiyle birlikte, birçok tarafın "kazananlar" ve "kaybedenler" haline gelmesi sonucunda, karmaşık bir süreç olacaktır. Uzun bir süreç olacaktır ve o halde de uygun bir biçimde evrelendirilmesi ve bu evrelerin birbirini izlemesi gerekecektir.

(iii) Proje boyut, tasarım, bileşenler ve etkinlikler bakımından önceki projelerden önemli ölçüde ayrılmaktadır. Sağlık tesisleri ve teçhizatına yönelik hiçbir yatırım olmayacaktır; bunun yerine kapasite inşasına, kurumsal güçlendirmeye destek sunulacak ve süreç içinde ortaya çıkan ihtiyaçlara ve politikalara uyum sağlanarak, münferit teknik yardım sağlanacaktır.

Önerilen operasyon, boyutu ve girişilen değişimlerin doğası açısından hırslıdır. O halde, teknik bir yardım kredisi uzun vadeli, birbirini takip eden ve göreceli olarak karmaşık bir reform inisiyatifinin desteklenmesi bakımından uygun bir enstrüman olmayacaktır. APL enstrümanı da birinci evrenin sonunda hükümetin sektörde gerekli olan değişiklikleri yapacak biçimde sürekli ve sürdürülebilir ilgisini sağlamaya yönelik ivmeyi sunacak tetikleyiciler sağlamaktadır. Bu bakımdan, APL, bir yandan en sonunda GSS'yi kuracak ve her iki bakanlığın, özellikle de SB'nın rol ve sorumluluklarında değişiklik yapacak olan kilit yasaların çıkartılmasını teşvik ederken, bir yandan da hem politika diyalogu ve kurumsal destek sürecini, hem de alandaki gerçek reform uygulamasını desteklemek üzere en uygun enstrüman olarak ele alınmıştır. APL'nin tasarımı kilit tarafların kararlılığının ortadan kaybolması ve Hükümet'in sağlık reformu gündeminin inandırıcılığını yitirmesi riskini hafifletirken, bir yandan da yavaş yavaş, önce Evre I sırasında daha mütevazı biçimlerde ve nihayet, GSS Yasası bir kez yürürlüğe konulduktan ve mali sürdürülebilirliği sağlandıktan sonra daha ağırlıklı bir biçimde yatırımda bulunulmasını sağlayacaktır.

C. UYGULAMA

1. Partnerlik düzenlemeleri

Diğer uluslar arası ajanslardan herhangi bir paralel ya da ortak finansman olmayacakken, hem AB hem de WHO ile aşağıdaki bakımlardan ilkesel anlaşmaya varılmıştır: (i) AB'nin SB'na sosyal güvenlik enformasyon platformu ve ağını inşa etmesi için yaklaşık 50 milyon avroluk hibede bulunması yoluyla sağlanacak olan kapsamlı teknik ve mali destek; ve (ii) WHO'nun SB ile CY 04-05 için İki Yıllık İşbirliği Anlaşması. (Biennial Collaborative Agreement). Buna göre, hem AB hem de Banka, herhangi bir mükerrerliği önlemek ve karşılıklı yatırımlarının birbirini tamamlamasını güvence altına almak üzere, çalışmalarının boyutları bakımından ve ÇSGB'na yönelik malların ve danışmanlık hizmetlerinin sağlanması ve tedariki açısından gerekli bilgileri paylaşacaklardır. Benzer biçimde, WHO da Bileşen A altında mali destek de alacak olan SB'na, PTH M&E'si için teknik yardımda bulunmayı kararlaştırmıştır.

2. Kurumsal ve uygulama düzenlemeleri

Proje SB ve ÇSGB tarafından ortaklaşa olarak yürütülecektir. Mevcut Organlar Arası Yönlendirme Komitesi (IASC) yürürlükte kalacaktır ve proje izlenmesi, proje performansı ve organlar arası koordinasyondan sorumlu olacaktır. Her bir bileşen ve/ya da alt bileşen için oluşturulacak olan Teknik Çalışma Grubu (TWG), TOR'ların hazırlanması, önerilerin gözden geçirilmesi ve teknik danışmanlık ile Proje Yöneticisi'ne ve IASC'ye yardım gibi teknik konulardan sorumlu olacaktır.

Bileşen B ve alt bileşenler D.I ve E.2, ÇSGB tarafından ve Bileşenler A, C ve D ile Alt bileşen E.1, SB tarafından, PMSU'nun yardımıyla yürütülecektir. Her iki bakanlık içinde de, Bir Proje Uygulama Birimi (PIU) kurulacak ve bakanlık düzeyindeki etkinlikler bakımından tedarik, ödeme ve mali yönetimden sorumlu olacaktır.

Proje Yöneticisi başkanlığındaki bir PMSU, Dünya Bankası'yla bağlantıların kurulması ve her bakanlık içindeki PIU proje yöneticileri aracılığıyla, her iki bakanlıktaki proje uygulamasının koordinasyonu dahil olmak üzere, projenin uygulanmasındaki tüm sorumluluğu üstlenecektir. PMSU aynı zamanda proje açısından itibari sorumluluğu da üstlenecek, SB içinde kurulu olacak ve IASC'ye düzenli biçimde rapor verecektir.

Her iki bakanlıktan altı teknik görevliden oluşacak olan bir Organlar Arası Çalışma Grubu (IAWG), Proje Yürütücüsü'ne tam zamanlı teknik destek sunmak üzere atanacaktır. IAWG çalışma planlarının hazırlanmasından, etkinliklerin zamanlamasından ve TWG'lerle koordinasyon içinde, TOR'ların hazırlanmasından sorumlu olacaktır. Her bir TWG'nin bileşen ya da alt bileşenden sorumlu bakanlıktaki ilgili teknik birimden gelen bir kamu görevlisi ile birlikte bir odak noktası olacak ve teknik girdi ve koordinasyon için IAWG ile bağlantı içinde olacaktır.

Projenin bütçesi (hem karşılıklı fonlama, hem de Dünya Bankası finansmanı) ilgili bakanlıkların yıllık bütçelerine dahil edilecektir. Türkiye Merkez Bankası'nda proje için tek bir Özel Hesap (SA) olacak ve PMSU bu hesabın yönetiminden sorumlu olacaktır. İlgili bakanlıklar karşılıklı fonların yönetilmesinden sorumlu olacaklardır.

3. İzleme ve çıktıların/sonuçların değerlendirilmesi

SB ve ÇSGB, çıktıların ve sonuçların izlenmesiyle ilgili temel veri kaynağı olacaklardır. Ek olarak, proje, Alıcı'nın projenin etkisini dolaysız biçimde değerlendiren düzenli idari veri sistemlerinden bağımsız olarak, ek veriler üretecek olan mali değerlendirme anketlerini finanse edecektir. Bu değerlendirme anketleri aşağıdakileri içerecektir:

(i) hekim, sağlık ve kullanıcı anketleri; ve

(ii) proje altında finanse edilen çeşitli pilot uygulamalarla ilgili değerlendirme anketleri. Nihayet, PMSU, düzenli uygulama gelişim raporları, özellikle de, proje uygulamasının statüsü hakkında dört aylık niceliksel veriler ve bilgiler sunacak ve bir sonraki rapor döneminin uygulama ve mali kaynak gereksinimleri ile ilgili tasarımlamalarda bulunacak olan Mali İzleme Raporları (FMR) sağlayacaktır.

4. Sürdürülebilirlik

Türkiye'deki sağlık sektöründeki önceki reform çabaları, toplam politik ekonomi ile bağlantılı nedenlerden dolayı, nüfusun sağlık statüsünü iyileştirmek açısından marjinal olarak başarılı olmuştur. Mevcut hükümet, kamu sektöründeki reform platformuna dayalı biçimde ve bunu uygulayacak bir çoğunlukla birlikte, yönetime geldi. Önemli yasa parçalarından birisini oluşturan, Kamu Yönetimi Yasası, sahneyi tüm bakanlıkları ve hükümet kurumlarını reforme etmek üzere hazırlayacak olan organik yasadır. SB ve ÇSGB da dahil olmak üzere, tek tek organlar ve bunların bağlı organları ile ilgili bir dizi yasa da hazırlık halindedir.

Sağlık sektörüne gelince, reform kararlılığı PTH'nin başlatılmasıyla birlikte kamuoyuna açıklanmıştır. Bir dizi yasa tasarısı Ulusal Meclis tarafından gözden geçirilmektedir. GSS yasasının çıkartılması ve daha sonra da düzenleyici temelinin benimsenmesi, Türkiye'de mali ve kurumsal açıdan sürdürülebilir bir sağlık ve sosyal güvenlik reformunun güvence altına alınması için kritik önemdedir. Ancak, yasanın Ulusal Meclis tarafından kabul edilmesi öncesinde, ÇSGB ile SB'nın çeşitli senaryolara göre gelecekteki gelir ve maliyetleri tahmin edecek çalışmalar ve aktuaryal analizler yürütmesi gerekmektedir. ÇSGB aynı zamanda genel sağlık sigortasının ve sosyal güvenlik programlarının etkin biçimde uygulanması için enformasyon platformunu tasarlamak, geliştirmek ve pilot uygulamaları başlatmak durumunda olacaktır.

5. Kritik riskler ve olası tartışmalı yönler

Türkiye sağlık sektöründe büyük bir projenin uygulanması, önerilen HTP açısından dikkatle incelenmesi gereken riskler sunmaktadır. Kilit potansiyel riskler ve proaktif ve önleyici çareler aşağıdakileri içermektedir:

Risk Oranlaması- H (Yüksek Risk), S (Önemli Risk), M (Ilımlı Risk), N (İhmal Edilebilir ya da Düşük Risk)

Risk	Risk oranlaması	Risk asgarileştirme önlemleri
Genel Riskler (örn. Makroekonomik ve yapısal reform riskleri, politik istikrarsızlık, vs.)	S	Makroekonomik: Makroekonomik göstergeler sürekli iyileşmekle birlikte, TH yatırım bütçesini ciddi biçimde kısıtlamıştır ve mevcut mali yıl içinde GSYİH'sının %6.5'u kadar bir faiz dışı fazla vermek durumundadır. Toplam borç/GSYİH oranı, hükümet bütçesinin önemli bir oranının borç servislerine ayrılmasıyla birlikte, hala yüksektir. Banka önerilenGSS'nin mali ve kurumsal sürdürülebilirliği ile ilgili tam bir değerlendirme yapılmasını ve etkin hale gelmeden önce de bir mali planın tartışılmasını kuvvetle tavsiye etmektedir. Geçici bir çalışma Banka tarafından zaten yapılmıştır. Politik: Birçok iç ve dış politik konu hükümetin sağlık sektöründe geniş kapsamlı bir reformu yürütme istek ve politik iradesini muhtemelen test edecektir. HTP bu riski Evre II'ye yönelik tetikleyiciler yoluyla hafifletmeye çalışmaktadır ve kendisini karşılayabilen bir yatırım operasyonu olarak tasarlanmıştır.
SB ile ÇSGB arasında koordinasyon	M	**SB ile ÇSGB arasındaki koordinasyon,** bir önceki hükümet dönemindeki duruma kıyasla önemli ölçüde iyileştirilmiştir. Ancak, başlangıçtaki iyi niyet ve işbirliği arzusunun, yasa tasarıları oluştukça ve/ya da yasalar değiştikçe ve rollerle sorumluluklar değiştikçe erimesi mümkündür. Bu da uygulama sırasında dikkatle izlenmelidir. Proje tasarımı, bileşenleri her bir Bakanlık için ayırma yoluyla bu riski hafifletmeye çalışmaktadır.
Tarafların direnişi	S	**Tarafların,** özellikle Türk Tabipler Birliği'nin (TTB), özellikle de statükoyu devam ettirme yanlısı olanların, yani hekimleri kamu bordrosunda tutmak isteyenlerin **direnişi** devam edecek gibi görünmektedir. Proje bu tür taraflarla tartışmalar ve diyalog, kamusal farkındalık kampanyaları ve direnişin derecesini ve nedenlerini belirlemeye yönelik hekim anketleri yoluyla ilgilenecek ve aile hekimliğinin Türkiye'de yaşayabilir bir seçenek olduğunu göstermek üzere pilot çalışmalar yürütecektir. Bir başka potansiyel direniş kaynağı, birleşme ve onu takip eden görevli ve operasyon konsolidasyonu ve modernleştirilmesi konusunda tereddütlü olan çeşitli sağlık sigortası kurumları olacaktır.
Kurumsal Kapasite	M	**Kurumsal kapasite,** özellikle SB'nda sınırlıdır. Üstelik, ÇSGB da Banka ile herhangi bir ön deneyime sahip değildir. Proje tasarımı (itibari ve teknik fonksiyonların) uygulanmasında PMSU'ya yardım edecek ve kapasite inşa edecek bir MCF'nin tedariğini içermektedir.

6. Borç/kredi ve akitler

Görüşme koşulları: Görüşmelerden önce aşağıdaki koşullar yerine getirilmiştir: (i) Ana PMSU (Proje Yöneticisi, Tedarik Görevlisi, Mali Yönetim Görevlisi) ve Bakanlık PIU Proje Görevlileri atanmış ve büro alanları hazırlanmıştır; (ii) Proje Operasyonel El Kitabı (POM) hazırlanmıştır; ve (iii) Yönetim Danışma Firması İçin Teklifler İstemi hazırlanmıştır.

Kurul sunumu öncesinde aşağıdaki koşullar da yerine getirilmiştir: (i) Proje Operasyonel El Kitabı'nın PMSU ve PIU'lar tarafından benimsenmesi; ve (ii) PMSU ve PIU'lar tarafından fonksiyonel bir mali yönetim sisteminin kurulması.

Ödeme koşulları: (i) Banka ile birlikte Halk Sağlığı Hibesi (Population Health Grant) altındaki fonlama için başvuru ve hak ediş kriterlerinin kararlaştırılması ve kredi dilimlerinin

Alt bileşen C.4 altında ödenmesi öncesinde benimsenmesi; (ii) Kamu Sağlığı Okulu Yasası'nın Alt bileşen D.2'deki malların tedariki öncesinde çıkartılması; ve (iii) Banka, kredi dilimleri projenin Bölüm C.1,2,3 ve E'si altında ödenmeden önce, pilot alt projelere yönelik itiraz yok onayını gözden geçirmeli ve sağlamalıdır.

Diğer koşullar: (i) PMSU ve PIU'lar Proje boyunca nitelikli görevliler ve yeterli kaynaklarla yürütülecektir; (ii) IASC Proje boyunca tatmin edici referans terimleriyle yürütülecektir; (iii) POM Proje boyunca sürdürülecektir; (iv) 31 Mart 2006'dan daha geç olmamak kaydıyla bir ara-vade gözden geçirme gerçekleştirilecektir; ve (v) Halk Sağlığı Hibeleri (Population Health Grants) Banka ile kararlaştırılan vadeler ve koşullar altında uygulanacaktır.

D. DEĞERLENDİRME ÖZETİ

1. Ekonomik ve mali analiz

Önceden de belirtildiği gibi, HTP, TH'nin, sağlık sektöründeki kilit politika başlıklarını özetleyen ve sağlık bakımı ile sağlık sistemlerinin, finansman, sunum, yönetim ve örgütlenme dahil olmak üzere tüm cephelerini hedef alan UAP ve PHT'de belirlendiği biçimiyle, sağlık reform inisiyatifini destekler. HTP'nin sağlık hizmetlerine erişim ve bu hizmetlerin kullanımı üzerinde olumlu bir etkisinin ve böylece de nüfusun sağlık statüsü üzerinde olumlu bir etkisinin olması beklenmektedir. GSS'nin uygulanmasının, tüm nüfusa, özellikle de halihazırda herhangi bir sigorta biçimine sahip olmayan tahmini 22 milyon ya da yaklaşık insana sağlık için mali kapsayıcılık sağlaması beklenmektedir. Aile hekimliği modelinin uygulanması sadece bakımın sürekliliğini iyileştirmeyecek, aynı zamanda önleme ve eğitime olan vurguyu artıracaktır. Ek bir yarar da maliyet azaltma potansiyelinden kaynaklanmaktadır, çünkü pahalı uzman bakımına ve yatan hasta bakımına ayrılan mevcut harcamalar, aile hekimliği altındaki daha yaygın kapsayıcılığı takiben azalacaktır. İyileşen yönlendiricilik ve daha iyi politika oluşturuculuğu da sağlık sektöründeki kıt kaynakların dağılımında önceliklerin belirlenmesini kolaylaştıracaktır. Ek olarak, SB ile ÇSGS arasındaki daha iyi koordinasyon ve işbirliği de, hastalar tüm kamu tesisleri arasında daha iyi erişim ve tercihe sahip oldukları zaman, maliyet indirimi ve mükerrerlikten kaçınma potansiyeline sahiptir. Bilgi toplama ve analizin sadece sağlık alanındaki değil, sosyal güvenlik alanındaki kurumları da kapsayarak genişletilmiş ve kapsamlı bir ağ yoluyla modernleştirilmesi de, politikaların daha bilgi temelli biçimde oluşturulmasını ve daha iyi hasta idaresini kolaylaştıracaktır. Uzun vadede, daha düşük toplam yönetim maliyetlerine bağlı olarak önemli tasarruflar beklenmektedir.

Aynı zamanda, özel bir meydan okumayı temsil eden bazı alanlar bulunduğu hatırda tutulmalıdır. Özellikle, GSS altındaki harcama analizlerinin gösterdiği gibi, GSS'nin yaygınlaştırılmasına eşlik eden artan maliyetler ciddi bir kaynak sorununu temsil etmektedir. Halihazırda sigorta kapsamında bulunmayanların sayısı gerçekten de 22 milyonsa, o halde, halihazırda sigorta kapsamında olmayan bu kadar çok insanın sigorta kapsamına alınmasının, benimsenen önlemlerin düzeyi ve boyutlarından bağımsız olarak, artan yükünün yüksek olacağı dikkate alındığında, Bileşen B: Genel Sağlık Sigortasının ve Sosyal Güvenlik Kurumlarının Kapasitesinin İnşası'nın mali etkisi kısa vadede olumsuz olacaktır. Banka tarafından SB ve ÇSGB ile işbirliği içinde yürütülen bir ön çalışma, GSS'nin başlatılmasının, GSS'nin yanı sıra başka reform önlemlerinin benimsenmesi ve uygulanmasına bağlı olarak, 2002 için 3 826 trilyon TL ila 6 462 trilyon TL arasında değişen ek devlet harcamasını gerektireceğini bulmuştur. Çalışma, nihai ayrıntılar bir yana, GSS'nin başlatılmasının, sadece sağlık sektöründeki etkinlik-artırıcı reformlara ek olarak sosyal güvenlik sisteminin gelirler bölümünde anlamlı iyileşmelerin sağlanması halinde, mali açıdan ayakta kalabilir olduğu sonucuna varmaktadır.

Toplamda, projenin potansiyel faydaları (sadece Evre I; Evre II altındaki bileşenler ve etkinlikler yalnızca Evre I'in tatmin edici biçimde bitirilmesinden sonra değerlendirilebilir) anlamlıdır ve proje bileşenlerinin erişim ve kullanımı kolaylaştırması ve sağlıktaki bilinen piyasa başarısızlıklarının bazılarını hafifletmesi oranında, ekonomik açıdan ayakta kalabilir bir proje haline gelecektir.

Mali etki

Projenin kendisi, sağlık hizmetlerinin üretimi ve sunumunda etkinliği artırmayı hedefleyen sistemik sağlık reformlarının uygulanmasını desteklediği için, uzun vadede net pozitif bir mali yarar sağlayacaktır.

GSS'nin başlatılması, esas olarak mali korumayı mevcut halde sigortalanmamış olanlara genişleteceği için kısa vadeli bir mali etki yaratacaktır. Ancak, uzun vadede GSS'ye eşlik edecek olan ve her ikisi de proje tarafından desteklenen aile hekimliği ve hastanelerin özerkleştirilmesi gibi önlemlerden elde edilecek olan etkinlik kazanımlarının önemli karşılıklar yaratması beklenmekte ve GSS ile birlikte sağlık sisteminin mali açıdan sürdürülebilir hale gelmesi beklenmektedir.

Türkiye Hükümeti proje maliyetlerine, 3.5 yıla yayılmış bir biçimde 11.86 avro katkıda bulunacaktır. Azami katkının projenin 3. yılında (yani 2006'da) olması ve yaklaşık 4.0 milyon avro olması beklenmektedir. Bu miktar beklenen toplam SB bütçesi bakımından ihmal edilebilir bir miktardır (%1'den küçük) ve bu nedenle de hükümet üzerinde mali bir yük yaratması beklenmemektedir.

2. Teknik

Projenin kavramsal ve teknik temelleri yıllarca, raporlarda, politika notlarında ve ulusal konferanslarda sürekli olarak tartışılmış ve raporlanmıştır. Bu anlamda proje Türkiye'de herhangi bir yeni fikir tecrübe etmemekte, ama, mevcut Hükümetin Acil Eylem Planı ile bunu izleyen PTH'yı kullanarak, yaklaşık yirmi yıl boyunca süren kapsamlı reform inisiyatifinin temel bloklarını içeren bir çap kazanmaktadır. Belirtilmelidir ki önerilen tasarım,

tüm sistemin dönüştürülmesine yönelik etkisiyle, "Daha İyi Erişim ve Etkinlik İçin Sağlık Sektörünü Reformdan Geçirme" başlıklı Sektör Notu'ndaki tavsiyeleri harfiyen yerine getirmektedir.

Uluslar arası düzeyde, çoğu sağlık sektörü reform inisiyatifi dört düzeydeki değişiklikleri içerir: (i) erişimdeki eşitsizlikleri azaltmak ve sistem etkinliğini artırmak üzere, sistemik; (ii) rollerin ve sorumlulukların finansman ve hizmet sunumu gibi kilit fonksiyonları temelinde yeterli biçimde dağılımını garanti altına almak üzere, kurumsal; (iii) hizmetlerin üretilme ve sunulma biçimlerindeki teknik etkinliği artırmak üzere programatik, ve (iv) sistemin enformasyon ve istihbarat tabanını güçlendirmek ya da inşa etmek üzere enstrümantal. HTP'nin tasarımı benzeri büyük çaplı sektörel reformlar geçirmiş olan ülkelerdeki benzer yaklaşımları izlemektedir.

2003 yılı başlarında açıklanan PTH, Türkiye'deki sağlık ve sağlık bakımındaki büyüyen eşitsizliklere ve yüksek derecede parçalanmış olan finansman ve hizmet sunum yapısının uzun vadeli mali sürdürülebilirliğine açık atıfta bulunmakta ve dört düzeyde de müdahaleler ve etkinlikler önererek sistem tasarımında gerçek bir değişimi savunmaktadır. Öncelikle, Hükümetin halkın tamamının kapsam altına alınması için GSS'yi başlatma politik iradesini desteklemektedir. Ancak, (neredeyse) parasız sağlık bakımının tahmini bir %66'lık kapsamdan ani biçimde genişletilmesi yasal değişimler, kurumsal düzenlemeler, mali sürdürülebilirlik değerlendirmesi ve yükümlülük ve sorumlulukların yeniden tanımlanmasını içeren kapsamlı hazırlık gerektirmektedir. Proje bütün bu etkinlikleri destekleyecek, ama böylesine büyük çaplı bir sağlık ve sosyal güvenlik sisteminin işlemesi için gerekli olan "enfoyapıyı" finanse de edecektir.

İkincisi, Program SB'nın sorumluluklarında "daha az kürek çekip daha çok dümen tutmak" sloganıyla ifade edilen bir değişimi savunmaktadır. Bakanlık önceden temel fonksiyonları olarak ele alınan finansman ve hizmet sunumu fonksiyonlarının çoğundan çekilecek ve fonksiyonlarını sağlık ve sağlık bakımında politika oluşturmak; sağlık, ilaç, tıbbi araçlar ve diğer sağlık ilişkili bakım işgücünün düzenlenmesi; kalite güvencesi ve denetimi; halk sağlığı programlarının sağlanması; ve sağlık profesyonellerinin enformal eğitimi ile sınırlandırarak, sistem yönlendiriciliğine yoğunlaşacaktır. Yine aynı önemde olan şey, SB dahil kamu yönetiminde, kilit planlama, kaynak dağıtımı ve yönetiminin il ve/ya da yerel yönetimlere, muhtemelen de kapasitenin daha büyük olduğu yerlerdeki bazı belediyelere devrini içeren köklü reform önerisidir. Böylece SB bundan böyle sağlık tesislerine sahip olmayacak, bunları yönetmeyecek ve işletmeyecek ne de bunu yapacak bir bütçeye sahip olacaktır. Proje bu süreci destekleyecektir. ÇSGB'na gelince, mevcut yapısında önemli değişimler de sosyal güvenliğin her bir temel direği için Yasa taslakları paketinde önerilmiştir. Sağlık sigortası için, mevcut dört kurum kendi yönetim yapısına sahip olacak yeni bir NHIF yaratmak üzere birleştirilecektir. Emeklilik, Sosyal Yardım ve İşsizlik programları için de benzer değişiklikler yapılacaktır. Bunların her biri herhangi bir çapraz sübvansiyon olmaksızın bağımsız olarak yürütülecek ve yeni ve özerk bir Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından denetlenecektir. SB'de olduğu gibi, ÇSGB da ideal olarak artık hastaneleri işletip finanse etmeyecek, daha çok, organları aracılığıyla, adını vermek gerekirse risk değerlendirme, aktuaryal analiz, tedarikçilerle stratejik alım ve sözleşme gibi çeşitli sigortacılık fonksiyonlarında uzmanlaşacaktır. Proje, önerilen PPSAL ile birlikte, bu süreci desteklemektedir.

Üçüncüsü, önleyici, birinci basamak ve yatan hasta sağlık bakım hizmetlerinin sunulma biçiminde köklü bir değişim olacaktır. Aile hekimliğinin başlatılması (i) genel pratisyenlerin ve aile hekimlerinin önleyici ve ayakta hasta küratif hizmetlerinin sunumunda bağımsız tedarikçi ve kapı görevlisi haline getirilmesini; (ii) hizmet kullanımı ve hasta havalesinin modernleştirilmesini; ve (iii) ailelerin tedarikçilerini seçmelerine izin verilmesini sağlamalıdır. Aile hekimlerinin yavaş yavaş, temsilcileri aracılığıyla, hizmetlerinin tedariki için NHIF ile sözleşmeli anlaşmalar yapmaları beklenmektedir. Hastane sektöründe de tüm kamu hastanelerinin yavaş yavaş il ve yerel otoritelerin yönetimi altındaki özerk birimler haline gelmeleri beklenmektedir. Proje bu süreci desteklemektedir.

Son olarak, proje (i) bir İzleme ve Değerlendirme Birimi kurarak; (ii) kalite güvencesi ve denetimi için merkezi laboratuarların kurulmasını destekleyerek; (iii) Kamu Sağlığı Okulu'nun canlandırılmasını destekleyerek; ve (iv) sağlık ve sosyal güvenlik yönetimi enformasyon "enfoyapısını" inşa ederek, sağlık bakım sisteminin enformasyon ve istihbarat temelini inşa etmeye geniş yatırımlar yapacaktır.

3. İtibari

Mali Yönetim. Bir mali yönetim belirlemesi, değerlendirmeyle birlikte yapılmıştır. Önerilen PMSU görevli yapısı, bir Mali Yönetim Koordinatörünü kapsamaktadır. Koordinatör PIU'nun mali görevlileriyle birlikte çalışacaktır. Koordinatör Banka açısından tatmin edici referans terimleriyle atanmıştır.

Özel Hesap Türkiye Merkez Bankası'nda açılacaktır ve PMSU bu hesabın yönetiminden sorumlu olacaktır. İlgili bakanlıklar karşılıklı fon ödemelerinin yönetiminden ve SB Ödemeler Daire'sinin Özel Hesap'tan yapılacak olan ödemeler için onayını almaktan sorumlu olacaklardır. Karşılıklı fonlarla ilgili ödeme belgelerinin bir kopyası proje muhasebe amaçları için PMSU'ya sunulacaktır.

PMSU her bir uygulamacı bakanlık için nakit temelinde ayrı bir hesap tutacaktır. Banka açısından tatmin edici teknik özelliklerdeki bir muhasebe sistemi PMSU tarafından dört aylık FMR'lerin zamanında sunulmasına olanak veren biçimde, gerekli olan Hesaplar Çizelgesi ile birlikte, proje Kurul tarihinden daha geç olmamak koşuluyla hazırlanacaktır. FMR'nin formatı ve içeriği, Banka ve PMSU tarafından tartışılmış ve formatı, içeriği ve rapor periyodu ile ilgili bir anlaşmaya varılmıştır. Mali bir yönetim el kitabı

da hazırlanmaktadır ve Kurul sunumu itibarıyla kullanılmak üzere hazır olacaktır.

Tedarik Yönetimi. Her bir bakanlığın PIU'su kendi tedarik itibari fonksiyonlarını PMSU'nun tedarik koordinatörü ile koordine edecektir. Hem PMSU hem de PIU'lara sözleşme yönetimi ve gözetiminde yerli ve uluslar arası danışmanlar yardımcı olacaktır. SB iki sağlık projesi uygulamış olmakla birlikte, tedarik performansı tatmin edici düzeyin altındadır. Her iki bakanlık da Banka'nın tedarik süreçlerini yerine getirmek açısından sınırlı kapasiteye sahiptir. Kurumsal kapasitelerini inşa etmek için, uygulayıcı organlarda tedarik için atanmış olan kamu görevlileri Banka tarafından finanse edilen projelerdeki tedarik süreçleri ve gereklilikleri konusunda alışkanlık kazanmaları için eğitime gönderileceklerdir. Ek olarak, bir Yönetim Danışmanlık Firması ve bir tedarik uzmanı da Alıcı tarafından PMSU ve PIU'lara atanan kamu görevlilerine yardım ve destek sunmak üzere istihdam edilecektir.

4. Sosyal

Sosyal Etki. Projenin hazırlanması sırasında dört ilde (Ankara, İstanbul, Erzurum ve Osmaniye) sosyal değerlendirmede bulunulmuştur. Değerlendirmenin temel bulguları şunlardı: (i) kapsamlı ve sürdürülebilen bir sağlık politikasının yokluğu; (ii) sağlık sektöründe planlama, koordinasyon ve yönetimin mevcut olmaması; (iii) sağlık sektörünün merkezi yapısı hizmet sunumunu engellemektedir; iv) sağlık işgücünün yetersiz eğitim ve öğrenimi; (v) önleyici bakımda yatırım yokluğu; (vi) fonksiyonel olmayan havale sistemi; (vii) hizmet sunumcularına düşük ödemede bulunulmaktadır; (viii) mevcut sistem suiistimal ve enformal ödemelere açıktır; (ix) yoksullar için sağlık hizmetlerine mali erişimin olmaması; ve (x) özellikle yoksullar açısından, nitelikli sağlık bakım hizmetlerine erişimin olmaması. Bu dört il Türkiye'yi tamamen temsil etmediği için, TH değerlendirmenin dört kente daha genişletilmesini kabul etmiştir (Rize, Malatya, Muğla ve Diyarbakır).

HTP yukarıda belirtilmiş olan tüm konuları dolaylı ya da dolaysız olarak ele alacaktır. Ancak, HTP'nin esas olarak sağlık sistemindeki geçişin temellerini oluşturacağı ve bu geçişin de tam anlamıyla Evre II sırasında GSS'nin başlatılması ve Aile Hekimliği'ne yönelik yeni piyasaların açılmasıyla gerçekleşeceği unutulmamalıdır. Yani Evre I asgari bir sosyal etkide bulunacaktır. Ancak, Evre II'deki toplam sağlık bakım sistemi dönüşümünün, yaşamsal bir önleyici ve küratif sağlık bakım hizmetleri paketine genel mali erişimi sağlamasının bir sonucu olarak, tüm nüfusu etkilemesi beklenmektedir.

Taraflar ve Katılımcı Öğeler. TH, 2003 Haziran ayında, proje kavram notunun son revizyonu öncesinde 150 kadar tarafın katılımıyla bir taraflar danışma atölye çalışması düzenledi. Ek olarak, TH, "politika yapıcısı" aracını kullanarak bir taraflar değerlendirmesi yürütmekte ve PHRD hibesi altında finanse edilen bir hekim anketi düzenlemektedir. Bu çalışmalar Evre I sırasındaki kamuoyu farkındalık kampanyalarının tasarımına yardımcı olacaktır.

İzleme. Sosyal etki Bileşen A'ya göre kurulacak olan M&E Birimi tarafından izlenecektir. Üstelik, pilot çalışmalar da içerden izleme ve değerlendirmeye sahip olacaktır.

5. Çevre Kategori: C

Proje hiçbir sivil çalışma ya da doğal kaynak kullanımı içermemektedir ve çevre üzerinde herhangi bir olumsuz etkide bulunması beklenmemektedir.

6. Emniyet politikaları

Proje tarafından Tetiklenen Emniyet Politikaları	Evet	Hayır
Çevresel Değerlendirme (OP/BP/GP 4.0 1)	[ ]	[X]
Doğal Habitatlar (OP/BP 4.04)	[ ]	[X]
Zararlı İdaresi (OP 4.09)	[ ]	[X]
Kültürel Varlık (OPN 11.03, OP 4.1 1 olarak revize edildi)	[ ]	[X]
Gönüllü Olmayan Yeniden Yerleştirme (OP/BP 4.12)	[ ]	[X]
Yerli Halklar (OD 4.20, OP 4.10 olarak revize edildi)	[ ]	[X]
Ormanlar (OP/BP 4.36)	[ ]	[X]
Barajların Güvenliği (OP/BP 4.37)	[ ]	[X]
Tartışmalı Bölgelerdeki Projeler (OP/BP/GP 7.60)*	[ ]	[X]
Uluslar arası Su Yolları Üzerindeki Projeler(OP/BP/GP 7.50)	[ ]	[X]

Bu Programın Evre I'i herhangi bir emniyet politikasını tetiklemeyecektir.

** Banka, önerilen projeyi destekleyerek tarafların tartışmalı alanlar üzerindeki nihai belirlemesi konusunda önyargıda bulunma niyetinde değildir.*

7. Politika Beklentileri ve Hazır Oluş

Bu proje için herhangi bir politika istisnası bulunmamaktadır. Uygulanabilir olan çoğu hazır oluş ölçütü zaten belirtilmiştir, bunlar aşağıdakilerdir:

(i) zaten bütçelendirilmiş olan, karşılıklı fonlar;

(ii) PMSU'nun kurulması ve ana proje görevlilerinin atanması, görüşmelerle tamamlanmıştır;

(iii) birinci yıl tedarik planı, zaten tasarlanmıştır; ve

(iv) mali yönetim ve tedarik düzenlemeleri yine görüşmelerle tamamlanmıştır.

TÜRKİYE CUMHURİYETİ SAĞLIK BAKANLIĞI

Sağlık Projesi Genel Koordinasyon Birimi

10 Mart 2004

SAYI: B100SK PPK.../452
KONU:

Sayın James Wolfensohn
Başkan Dünya Bankası
181 8 H. Street, N.W.
Washington, D ,C. 2043 3
ABD

Sayın Wolfensohn,

Konu: Sağlıkta Dönüşüm Programı Destek Projesi Bakımından Sektör Politikası Mektubu

Son on beş yıl içinde; Türkiye'deki çeşitli hükümetler Türkiye toplumunun evrimleşen sağlık ve sağlık bakım ihtiyaçları ile beklentilerine yanıt vermek üzere sağlık hizmetlerinin sunumunu ve finansmanını yeniden yapılandırmak için kayda değer çabalar sarf etmişlerdir. Aynı zaman dönemi içinde, Dünya Bankası sağlık bakım sistemini iyileştirmek üzere üç sağlık projesine mali destek sağlamış ve bu projeler, bazı sorunlara rağmen, tatmin edici biçimde uygulanmıştır.

Ancak, sınırlı bazı değişimler ve iyileştirmeler daha zayıf sistem yönetişim ve yönlendiricilik sorunlarını, kronik mali açıkları, sınırlı kaynakların dağılımındaki etkinlik zafiyetlerini, bakıma erişim konusundaki eşitsizlikleri ve halkın, sistemin toplam performansı hakkındaki tatminsizliğini gidermeye yeterli olmayacağı için, Türk sağlık bakım sisteminin büyük bir değişime ihtiyaç duyduğuna inanıyorum. 58. ve 59. Hükümetler tarafından hazırlanan "Acil Eylem Planı" Türk halkının, düzgün sağlık koşullarının bir parçasını oluşturduğu yaşam standartları ve yaşam kalitesini anlamlı biçimde iyileştirmeyi hedeflemektedir. Bu hedefe ulaşmak üzere, Acil Eylem Planı sağlık bakımının finanse edilmesi, yönetilmesi ve sunumunda önemli değişiklikler öngörmektedir. Bu nedenle, Bakanlığım, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (ÇSGB) ile işbirliği içinde, aşağıdakileri hedefleyen, "Sağlıkta Dönüşüm" isimli yeni bir program başlatmıştır:

- Sağlık Bakanlığı'nın (SB) rol ve sorumluluklarını yeniden tanımlamak ve kurumsal yapısını yeni emirnamesi ile politik ve idari fonksiyonlarına paralel biçimde yeniden yapılandırmak;

- Tüm nüfusa genel sağlık sigortası sunmak;

- Sağlık finansmanını tek ve genel bir sağlık sigortası programı altında birleştirmek;

- Tüm hastaneler için mali ve idari özerklik sağlamak;

- Aile hekimliğini birinci basamak sağlık bakım hizmetleri için örgütsel bir model halinde başlatmak;

- Anne ve çocuk sağlığını iyileştirmek;

- Önleyici bakım hizmetlerini güçlendirmek;

- Sağlık sektöründeki özel sektör yatırımlarını teşvik etmek;

- Çoğu teknik ve idari yetkiyi alt-ulusal düzeylere transfer etmek;

- Sağlık işgücünü güçlendirmek ve kalkınmada öncelikli bölgelerdeki dağıtım eksikliklerini azaltmak;

- Sağlık bakım ve sağlık sigortası alanlarında e-dönüşümü sağlamak.

Bu çerçevede, Hükümet'in "Sağlıkta Dönüşüm" Programı'na destek veren yeni bir projenin boyutları ve hedefi ve Dünya Bankası'nın program hedeflerimize ulaşmamıza yardımcı olmak açısından bizlere nasıl bir teknik ve mali destek sunduğu konusundaki görüşlerimi sizinle paylaşmaktan mutluluk duyuyorum.

Proje'nin arkasındaki dürtü sağlık sigortasının kapsamını tüm Türk halkına yaygınlaştırarak ve sağlık bakımına erişimdeki eşitsizlikleri, özellikle yoksullar ve kırsal ve çevresel alanlarda yaşayanlar bakımından azaltarak, Türkiye ile diğer orta-gelir grubundaki ülkeler ve Avrupa Birliği arasındaki sağlık hizmetlerine erişimdeki ve bu hizmetlerin niteliği ve kullanımındaki uçurumu daraltmaktır. Proje, hedefine ulaşmak üzere, hepsi birlikte, Hükümetin Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın çekirdeğini oluşturmakta olan dört adet temel sütuna sahip olacaktır:

- SB'nın daha etkin sektörel yönetişim ve yönlendiricilik için güçlendirilmesi ve yeniden yapılandırılması;

- Genel Sağlık Sigortası'nın başlatılması için kurumsal, insani ve enformasyon temelinin inşa edilmesi;

- Aile-temelli birinci basamak sağlık bakımı ve özerk yatan hasta hizmet sunumu ilkelerinin devreye sokulması;

- Avrupa Birliği üyesi ülkelerdekilerle uyumlu bakım standartları sunmak üzere uzman ve yüksek derecede motivasyona sahip sağlık işgücü.

Hem Program'ın hem de Proje'nin tam olarak uygulanması, açıktır ki, yürürlükteki mevcut bazı yasalarla, kararname ve yönetmeliklerde değişiklikleri gerektirdiği kadar, yeni yasalara da ihtiyaç yaratmaktadır. Parlamento'da görüşülmekte olan ve tüm hükümet organlarının fonksiyonlarını ve idari yapısını yeniden tanımlayan Kamu Yönetimi Çerçeve Yasa Tasarısı'na ek olarak, bakanlığım da Çerçeve Yasa'nın geçmesi sonrasında ve onunla paralel bir biçimde "Dönüşüm"ün başlatılması için gerekli olan bir tasarılar paketi hazırlamıştır.

Yasal sürecin, SB'nın enerjisini kürek çekmeye değil, daha çok sağlık bakım sisteminin seyrini doğru yönde belirlemeye ve yönlendirmeye ayırmasını sağlayacak temel değişiklikleri yaratacağını umuyoruz.

Değişim programını ve sürecini desteklemeye yönelik doğru enstrümanın iki-aşamalı bir Program Uyum Kredisi olduğuna inanıyoruz ve bunun beş ila yedi yıl kadar sürmesini bekliyoruz. Buna göre, muhtemelen iki yıl sürecek olan ilk evre, esas olarak Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılmasına ve Türkiye'de aile pratiğinin başlatılmasına yönelik yasal ve örgütsel altyapının kurulmasına odaklanacaktır. İkinci evre temel olarak, Genel Sağlık Sigortası ve Sosyal Güvenlik ile birlikte, e-sağlık altyapısının kurulmasına yönelik yatırımları içerecektir.

Bu proje, SB ile ÇSGB arasında ilk kez olarak, aynı hedefe ulaşmak üzere çalışmayı esinleyen iki yürütücü organ olarak bir partnerlik kurmasıyla, oldukça benzersiz bir nitelik de taşımaktadır. Buna göre, Bakanlığım sektörel yönlendiricilik, hizmet sunumu ve insan kaynaklarının geliştirilmesi ile e-sağlık konusundaki proje bileşenlerinden yükümlü olacakken, ÇSGB da Genel Sağlık Sigortası'nın başlatılması ve Sosyal Güvenlik için kurumsal yapılandırmanın sağlanmasıyla ilgili olanlar konusunda sorumluluk üstlenecektir. Bu bağlamda, bakanlıklarımız dan ve diğer devlet organlarından (DPT ve Hazine Müsteşarlıkları) yüksek yöneticiler tarafından oluşturulan bir Organlar Arası Yönlendirme Komitesi (IASC), proje hazırlığından yükümlü olan Organlar Arası Çalışma Grubu'na (IAGW) başkanlık etmek üzere oluşturmuştur. Yine, her bir Bakanlıktan katılımla kurulacak olan Proje Yönetim ve Destek Birimi'ne ek olarak, IASC ve IAGW'yi, proje etkin hale gelir gelmez fonksiyonel hale getirmeyi hedefliyoruz.

Dünya Bankası'nın mali ve teknik desteğinden yararlanmanın ne denli önemli olduğunu ve Sağlıkta Dönüşüm Program'ımızın uygulanmasında ilerleme kaydettikçe işbirliğimize ne kadar değer verdiğimizi vurgulamak isterim.

Dünya Bankası tarafından Birinci ve İkinci Sağlık Projeleri boyutu içinde teknik ve mali destek yoluyla sunulan yatırımlar ve hizmetler, ülkemizdeki kamu sağlık hizmetlerine olduğu kadar, bu hizmetlerin etkinlik ve etkilerine önemli katkılarda bulunmuştur. Dünya Bankası'nın bu yeni proje altındaki sürekli mali ve teknik desteğinin şu ana kadar elde edilmiş olanları güçlendireceğine ve bunların değerini artıracağına ve böylelikle de Türkiye'nin Avrupa Birliği ile bütünleşmesini tamamlamak üzere kendi önümüze koymuş olduğumuz hedeflere ulaşma çabamızı ilerleteceğine inanıyorum.

Saygılarımla

Prof. Dr. Recep AKDAĞ
Sağlık Bakanı

05/03/2004

Mr. James Wolfensohn
Başkan Dünya Bankası 1818
H Street, N.W. Washington,
D.C. 20433 ABD

SOSYAL GÜVENLİK MEKTUBU

Sayın Wolfensohn,

İlgi: Türkiye Hükümeti'nin Sağlıkta Dönüşüm Program'ına Destek İçin Sektör Politikası Mektubu

Bu sektör politikası mektubu Hükümet'in Sosyal Güvenlik Reformu'nun ve önerilen yapının temel özelliklerini tanımlamakta ve Dünya Bankası'nın mali ve teknik yardımı talep edilen Sosyal Güvenlik Proje'sinin ulusal öncelikleri hakkında bilgi sunmaktadır.

Türkiye'de, yıllar içinde çeşitli yapı ve kurallarla, görev, hak ve yükümlülük ölçütlerine tabi farklı rejimler içinde çeşitli programlar geliştiği için, tek bir sosyal güvenlik sisteminden söz edebilmek zordur. Bu süreç sosyal hizmetlere erişim açısından önemli ölçüde eşitsizlik ve dengesizliklerle, sınırlı kaynakların ve idare kapasitenin israfı ile mükerrer hizmet gibi niyet dışı sonuçlar yarattı. Sonuç olarak, artık bu hizmetler mali disipline ve idari basitliğe uygun olmadıkları için, sosyal güvenlik hizmetlerini sürdürülebilir halde devam ettirmek son derece zorlaşmıştır. Aslında, mevcut olan tüm programlar prim toplama, fon idaresi ve gelecekteki harcamalarla ilgili gerçekçi aktuaryal tahminlerde bulunmak açısından aşılamaz sorunlarla karşı karşıyadır. Sonuç olarak, sistemin yaklaşık dokuz milyar ABD doları katkı toplama yeteneğine karşın, sosyal güvenlik ve sağlık hizmetlerinin sürdürülebilmesi, Hükümet bütçesinden, açığı kapatmaya yönelik önemli ödemeleri gerekli kılmaktadır. Aslında, geçen on yıl içinde, bu ödemeler 2003 yılında GSMH'nın %4.54'üne ulaşan ya da genel bütçenin %10'una denk düşen taşınamaz bütçe açıklarının arkasında yatan temel nedeni oluşturmaktadır. Sağlık harcamaları tipik olarak toplam sosyal güvenlik harcamalarının yaklaşık üçte birine denk düşen, 2002 fiyatları temel alındığında toplam 17 milyar ABD doları anlamına gelmektedir.

Hizmet sunumu açısından bakıldığında, maliyetler tırmanmış ve kullanıcılar sağlık hizmetlerine erişim ve bu hizmetlerin kalitesi hakkında şikayetçi hale gelmişlerdir. Halihazırda, sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak hükümetin sağlık kurumları tarafından sunulmakta ve kaynak kullanımından fiyatlandırmaya kadar uzanan tüm etkinlikler merkezi otorite tarafından yönetilmektedir. Sağlık Bakanlığı (SB), düzenleyici, denetleyici, lisans dağıtıcı ve fiyatlandırıcı rollerinin yanı sıra sağlık hizmetlerinin sunumunda da temel bir rol oynamakta; onu , daha çok ya kendi tesislerinde hizmet sunmakta ya da bu hizmetleri diğer özel ya da kamu sağlık kurumlarından satın almakta olan, Sosyal Sigortalar

Kurumu (SSK) izlemektedir. Emekli Sandığı ve Bağ-Kur gibi diğer sosyal güvenlik kurumları bakımından hizmet satın alma normu geçerlidir. Her iki durumda da sistem idaresi ve yönetişimi açısından, performansı artırmak, hizmet sunumundaki etkinliği ve tüm sigorta kurumlarının mali sürdürülebilirliğini yükseltmek üzere, düzenlenmiş rekabet ve kalite kontrolü ilkelerine dayalı önemli iyileşmeler sağlanmıştır. Mevcut aktif/pasif oranının 1.86 ve bağımlılık oranının 3.86 olduğu verili koşullarda, bu çok daha önemlidir ve hedefimiz halihazırdaki 69 milyonluk sigortalı kapsamını tüm Türk halkını kapsayacak biçimde genişletmektir.

Mali disiplini güvence altına almak üzere, popülist politikaların terk edilmesi ve aktuaryal muhasebenin başlatılması için ciddi çabalar gösterilmiş olmakla birlikte, bu çabalar kurumsal karmaşaya ve hükümetin parçalanmış yapısı ile standartlarda birlik olmamasına bağlı olarak palyatif önlemler olarak kalmıştır.

Sosyal Güvenlik Sistemi'nin içsel zayıflıklarının bilincinde olan 58. ve 59. hükümetler, Acil Eylem Planları'nda aşağıdaki ilkeleri benimsemişlerdir:

- Sağlık hizmetlerinde hizmet sunumunun finansmandan ayrılması;
- Genel Sağlık Sigortası programının ve organlarının kurulması;
- Tüm sosyal güvenlik kurumlarında norm birliğinin sağlanması;
- Birleşik bir sosyal güvenlik ağı ile kurumsal yapısının oluşturulması;
- Uzun ve kısa vadeli sigorta hizmetlerinin ayrılması;
- Tüm kamu emeklilik programlarının yeni bir Emeklilik fonu altında konsolidasyonu;
- Birleşik bir sosyal hizmetler ve yardım ağının ve kurumsal yapısının oluşturulması;
- Sigortalanmış hizmetlerin hak edişi ve bunlara erişim için katkı sağlamayan ödemelerin ortadan kaldırılması .

Sonuç olarak, Bakanlığım tarafından Sosyal Güvenlikle ilgili mevcut yasaların değiştirilmesi ya da yeni bir yasa tasarısının hazırlanması için yasal bir süreç başlatılmıştır. Yasa tasarıları diğer bakanlıklarla yaklaşık 150 hükümet dışı örgüte gözden geçirmeleri ve geri bildirimde bulunmaları için sunulmuştur ve bu tasarılar çok yakın bir gelecekte de Parlamentoya sunulmak üzere gözden geçirilmektedir.

Yeni yasal ve kurumsal çerçevenin aşağıdakileri sağlaması beklenmektedir:

- Hizmet sunucuları arasındaki rekabeti artırmak;
- Kaynak kullanımı ve dağılımındaki etkinliği iyileştirmek;
- Katkılar ve yükümlülüklerdeki eşitliği artırmak;
- Sağlık bakım kapsamını tüm halka yaygınlaştırmak;
- Sözleşmeler, düzenleme ve hizmet standartlarının belirlenmesinde tek biçimlilik yaratmak ve ortak bir "enfoyapı" yoluyla idari basitliği sağlamak;
- Mükerrer işlemleri ve israfı farklı programların konsolidasyonu yoluyla azaltmak;
- Modernleştirilmiş ve şeffaf sözleşmeler ve kullanıcı ödemeleri yöntemleri yoluyla, sosyal hizmetlere ulaşımda nesnel ölçütlerin ve daha yüksek kullanıcı ve sunucu tatmininin elde edilmesi;
- Primlerini ödeyemeyenlere yönelik transferlerdeki hükümet katkılarının sınırlandırılması;
- Aktuaryal prim belirleme, gerçekçi hizmet maliyetlendirmesi ve azalan toplam maliyetler sayesinde mali sürdürülebilirliğin artırılması; ve
- Tüm sosyal güvenlik hizmetleri için tek bir prim toplama organının sorumluluğu altında prim toplamadaki kapasite ve yeterliliğin artırılması.

Açıktır ki, yasal çabalarımız sağlık sigorta ve sağlık hizmet sunumu arasındaki bağlantılar sayesinde Sağlık Bakanlığı ile yakın işbirliği içinde sürdürülmektedir.

Sosyal güvenlik reformunun başarıyla uygulanması iki yaşamsal alandaki teknolojik ve enformasyonal iyileşmelere bağlıdır. İlk olarak, ilgili tüm faaliyetlerin koordine edilmesi ve hızlı, güvenilir, etkin ve etkili sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerinin sunulabilmesi için ortak bir veri tabanının ve bir idare enformasyon sisteminin kurulması yolunda acil bir ihtiyaç bulunmaktadır. İnanıyoruz ki, bu adım reform çalışmalarımızdaki en önemli adımı oluşturmaktadır. İkinci olarak, sağlık sigorta primleri Devlet tarafından ödenecek olan vatandaşları saptamakta kullanılabilecek etkin, güvenli, nesnel, tekrarlanabilir ve sürdürülebilir bir "araç denetim" mekanizmasının kurulması da eşit öneme sahiptir.

Yukarıda belirtilmiş olan sosyal güvenlik "enfoyapı"sına yönelik yatırım öngörülmüş mali ve teknik yardımı gerekli kılacaktır. Sağlık enformasyon sistemi ile bütünleştirilebilecek ve böylelikle de Avrupa Birliği ülkelerindeki benzer kurumların standartlarını yakalamış planlı modern bir genel sağlık sigortası programını başarıyla uygulayabilecek bir sosyal güvenlik enformasyon sisteminin kurulması hayati bir önem taşımaktadır. Böylesine büyük bir yatırımın Bakanlığım ile Sağlık Bakanlığı arasındaki yakın işbirliğine olumlu katkıda bulunacağına ve Dünya Bankası'nın Sağlıkta Dönüşüm Projesi altındaki mali ve teknik desteğinin bu bakımdan paha biçilmez bir değeri olduğuna inanıyorum.

Saygılarımla

Murat Başeskioğlu
Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı

DÜNYA BANKASI BELGESİ

Rapor No: 27717-TU

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI'NIN İLK EVRESİNE DESTEK OLARAK TÜRKİYE CUMHURİYETİ'NE SAĞLIKTA GEÇİŞ PROJESİ İÇİN 49.40 MİLYON AVRO MİKTARINDA ÖNERİLEN KREDİ HAKKINDA PROJE DEĞERLENDİRME BELGESİ

21 Nisan 2004

İnsani Gelişme Birimi
Avrupa ve Orta Asya Bölgesi

DÖVİZ KURU EŞDEĞERLERİ (Döviz Kuru Efektif, 22 Mart 2004)
Döviz Birimi: Türk Lirası

1,333,333 = 1 ABD doları - 1.47589 ABD doları= 1 SDR
1.22685 ABD doları = 1 Avro
MALİ YIL
1 Ocak- 31 Aralık

KISALTMALAR VE SİMGELER

Kısaltmalar ve Simgeler*

AB	Avrupa Birliği	OECD	Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
APL	Programatik Uyum Borcu	OPV	Oral Çocuk felci Aşısı
CAS	Ülke Destek Stratejisi	PHC	Birinci Basamak Sağlık Bakımı
COA	Hesaplar Çizelgesi	PHCSP	Birinci Basamak Sağlık Bakım Hizmetleri Projesi
ÇSGB	(MOLSS) Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı	PIU	Proje Uygulama Birimi
DPeT	Difteri, Boğmaca ve Tetanoz	PMR	Proje Yönetim Raporu
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı	PMSU	Proje Yönetim ve Destek Birimi
FMM	Mali Yönetim El Kitabı	PPP	Satın alma Gücü Paritesi
FMR	Mali İzleme Raporu	PPSAL	Programatik Kamu Sektörü Uyum Kredisi
FMS	Mali Yönetim Uzmanı	PTH	Sağlıkta Dönüşüm Programı
GSYİH	Gayrı Safi Yurtiçi Hasıla	RfP	Teklifler İstemi
GSS	(UHI) (Evrensel) Genel Sağlık Sigortası	SA	Özel Hesap
HNP	Sağlık Beslenme Popülasyonu	SB	(MOH) Sağlık Bakanlığı
HTP	Sağlıkta Geçiş Projesi	SECAL	Sektörel Uyum Kredisi
IASC	Organlar Arası Yönlendirme Komitesi	SIL	Özel Yatırım Kredisi
IAWG	Organlar Arası Çalışma Grubu	SPH	Kamu Sağlığı Okulu
IT	Bilgi Teknolojisi	SOE	Harcamalar Açıklaması
MCF	Yönetim Danışma Firması	SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
MDG	Milenyum Kalkınma Hedefleri	TH	Türkiye Hükümeti
M&E	İzleme ve Değerlendirme	TTB	Türk Tabipler Birliği
MIS	Yönetim Enformasyon Sistemi	TOR	Referans Terimleri
NAB	Ulusal Danışma Kurulu	TWG	Teknik Çalışma Grubu
NCD	Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar	UAP	Acil Eylem Planı
NHIF	Ulusal Sağlık Sigorta Fonu	WHO	Dünya Sağlık Örgütü
NPMDA	Ulusal İlaç ve Tıbbi Araçlar Organı		

** [Bazı kilit kısaltmalar İngilizce olarak da gösterildi ve Türkçe'de çok kullanılan kısaltmalar dışındakiler, metnin içinde Rapordakiyle aynı biçimde bırakıldı, ç.n.]*

Başkan Yardımcısı: Shigeo Katsu
Ülke Direktörü: Andrew N. Vorkin Sektör
Direktörü: Charles C. Griffin Sektör
Yöneticisi: Armin Fidler
Görev Ekip Lideri: Enis Barış

TÜRKİYE SAĞLIKTA GEÇİŞ PROJESİ PROJE DEĞERLENDİRME BELGESİ
AVRUPA VE ORTA ASYA ECSHD

Tarih: 21 Nisan 2004
Ülke Direktörü : Andrew N. Vorkmk
Sektör Direktörü: Charles C. Griffin
Sektör Yöneticisi: Armin H. Filde

Ekip Lideri: Enis Barış
Sektörler: Sağlık (% 100)

Temalar: Sağlık sistemi performansı (P); Yaralanmalar ve bulaşıcı olmayan hastalıklar (S); Öteki sosyal koruma ve risk idaresi (S); Adem-i merkezileşme (S); İdari ve sivil hizmet reformu (S)
Çevresel tarama kategorisi: C Emniyet tarama kategorisi: S3

Proje ID: PO74053
Borç verme enstrümanı: Uyum Program Kredisi

Proje Finansman Verileri

[X] Borç [ ] Kredi [ ] Hibe [ ] Garanti [ ] Diğer:

Borçlar/ Krediler / Diğer İçin:
Toplam Banka finansmanı: (49.40 milyon avro)
Önerilen vadeler: 4 yıllık uygulama vade dönemi ve 17 yıllık alacak vadesi ile VSL

Finansman Planı (milyon avro)

Kaynak	Yerel	Yabancı	Toplam
Alıcı	7.84	4.02	11.86
Uluslararası Yeniden Yapılanma ve Kalkınma Bankası	29.83	19.57	49.40
Toplam:	37.67	23.59	61.26

Alıcı: Türkiye Cumhuriyeti

Hazine Müsteşarlığı

Ankara, Türkiye

Tel: 90-312-213 0297;

Faks: 90-312-212-8550

e-mail: hazine@hazine.gov. tr

www.hazine.gov.tr

Sorumlu Organlar:

Sağlık Bakanlığı

Ankara, Türkiye

Tel: 90-312-4357100 e-mail: sabahattin@saglik.gov.tr

www.saalik.gov.tr

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı

Ankara, Türkiye Tel: 90-312-212 0257

Tahmini Ödemeler (Banka MY/ milyon avro)

MY	2005	2006	2007	2008
Yıllık	6.84	20.00	17.61	4.95
Kümülatif	6.84	26.84	44.45	49.40

Proje CAS'tan içerik olarak ya da öteki önemli bakımlardan ayrılıyor mu?

Ref. PAD A.3 [ ] Evet [X] Hayır

Proje Banka politikalarından herhangi bir istisna gerektiriyor mu?

Ref. PAD D.7 [ ] Evet [X] Hayır

Bunlar Banka yönetimi tarafından onaylandı mı? [X] Evet [ ] Hayır

Kuruldan herhangi bir politika istisnası istendi mi? [ ] Evet [X] Hayır

Proje "önemli" ya da "yüksek" oranda herhangi bir risk içeriyor mu?
Ref. PAD C.5 [X] Evet [ ] Hayır
Proje yürürlüğe hazırlık açısından Bölgesel ölçütlere uyuyor mu ?
Ref. PAD D.7 [X] Evet [ ] Hayır

Proje yürürlük dönemi: 20 Mayıs 2004'te başlar Son: 30 Haziran 2007

Beklenen yürürlük tarihi: 5 Haziran 2004

Beklenen bitiş tarihi: 31 Aralık 2007

Proje gelişme hedefi *Ref. PAD B.2, Teknik Ek 3*

Program'ın nihai hedefi Türkiye'deki tıbbi bakım sisteminin yönetişimini, etkinliğini, kullanıcı ve sağlayıcı açısından yarattığı tatmini ve uzun dönemli mali sürdürülebilirliğini iyileştirmektir.

Evre I'in hedefi sistem yönlendiriciliğini, modernleştirilmiş finansmanı ve hizmet sunumunu iyileştirecek ve sağlık sigortasının kapsamını nüfusun tamamına, mali olarak sürdürülebilir bir tarzda, genişletecek olan kurumsal kapasiteyi inşa edecek olan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın yürütülmesine yönelik kurumsal atmosferi güçlendirmekte Hükümet'e yardımcı olmaktır.

Evre II'nin hedefi Hükümet'in ulus çapında aile hekimliğine geçiş ve genel sağlık sigortasının yürürlüğe konulmasındaki mali ve kurumsal hazırlıklarını tamamlamasına olanak sağlamaktır.

Proje tanımı *Ref. PAD B.3.a, Teknik Ek 4*

Hükümetin PHT'sine paralel olarak belirlenmiş olan özel hedefler, şunlardır: (i) SB'nın daha etkin yönlendiricilik ve politika oluşturmak üzere yeniden yapılandırılması; (ii) genel bir sağlık sigortası fonunun kurulması; (iii) birinci basamak sağlık bakım hizmetlerinin sunumuna yönelik bir model olarak, aile hekimliğinin başlatılması; (iv) tüm hastaneler için mülkiyetine bakılmaksızın, mali ve idari özerkliğin güvence altına alınması; ve (v) tamamen bilgisayar temelli bir sağlık ve sosyal enformasyon sisteminin kurulması

Bileşen A: Sağlık Bakanlığı'nın Etkin Yönlendiricilik için Yeniden Yapılandırılması. Bu bileşen, SB'nın kilit sağlık fonksiyonlarını elde tutarken, esasen bir hizmet sunumcusundan politika oluşturucusu ve hizmet düzenleyicisi haline kurumsal geçişini destekler.

Bileşen B: Sağlık Sigortası ve Sosyal Güvenlik Kurumlarının Kapasitesinin İnşası. Bu bileşen tek bir sağlık sigortası fonunun kurulmasını destekler.

Bileşen C: Tıbbi Bakım Hizmetlerinin Sunumunun Yeniden Örgütlenmesi. Bu bileşenin dört alt-bileşeni mevcuttur: (i) ayakta bakım ya da birinci basamak tıbbi bakım hizmetleri için aile hekimliğinin örgütsel bir model

olarak benimsenmesi; (ii) SB ve SSK hastanelerinin daha fazla özerkliğe yönelik biçimde bütünleştirilmesi ve uyumlulaştırılması; ve (iii) sistem hiyerarşisini yeniden güçlendirmek için yeni bir hasta havale mekanizmasının inşa edilmesi.

Bileşen D: İnsan Kaynakları Kapasitesinin Güçlendirilmesi sağlık işgücünün vasıf ve yeterliliğinin geliştirilmesini hedefler.

Bileşen E: Sağlık ve Sosyal Güvenlik için Bir Enfoyapı İnşa Edilmesi. Bu bileşen uluslar arası rollerin ve sorumlulukların yerine getirilmesine paralel olarak ulusal standartların geliştirilmesini destekler.

Bileşen F: Proje Yönetimi. Bu bileşen toplam proje yönetişimi için, iki bakanlık arasındaki proje koordinasyonu için destek sağlar.

Eğer varsa, hangi emniyet politikası tetiklendi? ***Re$ PAD***

D. 6, Teknik Ek 10 Yok

Ref. PAD C.7 için, **eğer varsa**, önemli, standart-olmayan koşullar:

Kurul mevcudiyeti:

Yok. Tam Kurul Mevcudiyeti.

Borç/kredi etkinliği:

Ödeme koşulları:

1. Fonların alt-bileşen C.4 altında sağlanabilmesi için Halk Sağlığı Hibesi (Population Health Grant) altındaki fonlamanın tatbikatına ve hak edişine yönelik ölçütler;

2. Alt-bileşen D.2 'nin altında sayılan malların tedariki öncesinde Kamu Sağlığı Okulu Yasası'nın çıkartılması; ve

3. Banka projenin Bölüm C. 1,2,3 ve E'si altındaki Pilot alt-proje kategorisine yönelik borç ödemesi dilimlerine yönelik itirazsızlık durumunu gözden geçirmeli ve onaylamalıdır.

Diğer koşullar:

1. PMSU ve PIU'ler Proje boyunca vasıflı uzmanlar ve yeterli kaynaklarla sürdürülmelidir;

2. Proje boyunca yürütülecek olan IASC tatmin edici referans terimleriyle gerçekleştirilmelidir;

3. POM Proje boyunca korunmalıdır;

4. 31 Mart 2006'yı geçmeyen bir tarihte bir vade-ortası gözden geçirmesi gerçekleştirilmelidir; ve

5. Halk Sağlığı Hibeleri Banka tarafından kabul edilen vadeler ve koşullar altında sağlanmalıdır.

DİPNOTLAR

1 Kurul Belge No. R-2003-0181. Kurul tarihi: 6 Kasım 2003-Rapor No. 267560-TU

2 "Birleşik" çeşitli emeklilik programları arasındaki yükümlülükler, sorumluluklar ve faydalar açısından norm ve standartların uyumlulaştırılması anlamına gelmektedir.