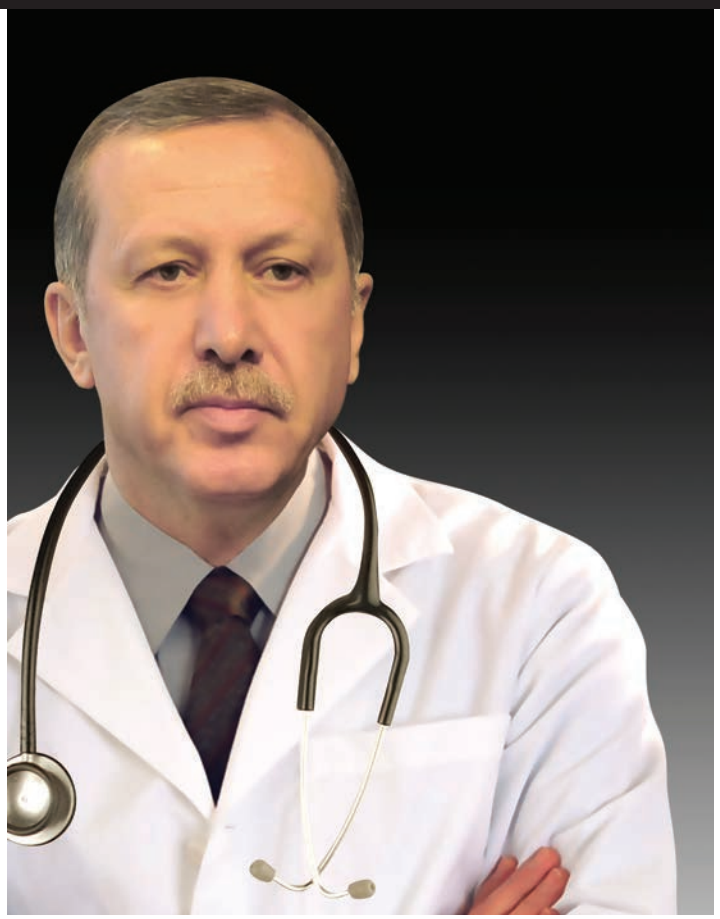
hospital manager

ocak 2010

sağlık profesyonelinin dergisi

sağlık reformu...

Uzmanlar Türkiye'nin istikrarlı ve sağlam bir sağlık sistemine kavuşabilmesi için kapsamlı bir sağlık reformu gerekli görüyor



6

Sağlık Sisteminde Kapsamlı bir Reform İhtiyacı Artıyor

Başbakan Erdoğan sağlıkta gerçek bir reforma hazır mı? Sağlık Sistemi parçalı iyileştirmelerle yamalı bohçaya mı döndü? Halkın ve sektörün bileşenlerinin tamamını kapsayacak kapsamlı bir sağlık reformu Başbakan'ın insiyatifiyle başlatılabilecek mi?

içindekiler



16

Sağlıkta Reformunu Yıldırım Aktuna Başarabilirdi

Yirmi yıl önce Yıldırım Aktuna zamanında hazırlanan Sağlık Reformu projesi rafa kalktı. Siyasi istikrarsızlıklardan dolayı yasalaşamayan hazırlıklar AK Parti döneminde ele alınmaya çalışıldı. Ancak yirmi yıl öncesinden bu yana değişen fazla bir şey yok aslında.

24

Siyasi Partilerin Sağlık Sistemine Bakışı

CHP beklenenin aksine özel sektörün sağlık sistemi içinde yaşatılması görüşünü savunuyor. Demokrat Parti sağlıkta daha liberal politikalardan yana. DSP sağlığa ayrılan kaynaklarla şu andakinden çok daha iyi sonuçlar alınabileceğini savunuyor. AK Parti ise kısmi düzenlemelerle sistemi revize etmeye devam ediyor.



28

AK Parti'nin Sağlık Politikaları

Akademisyenler AK Parti hükümetinin sağlıkta radikal değişiklikler adı altında aslında popülist politikalar uyguladığını savunuyor. Sivil Toplum Örgütleri ise her gün yapılan mevzuat değişikliklerinin sistemi dejenere ettiğini iddia ediyor.



Sağlık Sistemimiz Reform Bekliyor

Yirmi yılı aşkın süredir hükümetler ülkemizdeki sağlık sistemini çağdaş, yaygın, ulaşılabilir, kaliteli, ekonomik ve sürdürülebilir bir boyuta taşımaya çalışmakta ancak halen bugün gelinen nokta itibariyle parçalı bazı çözümler getirilmiş olsa da bütüncül bir başarı sağlanamamış gözükmektedir.

Sağlık sistemimizi çağdaş standartlara çıkarmak için daha yapılması gereken çok şey var. Bunlar özetle;

1. Sağlık sistemi sadece sağlık bakanlarının kişisel bakış açılarına bırakılamayacak kadar karmaşık ve çok boyutlu bir oluşumdur. Dolayısıyla bakanlıklar arası koordinasyonun oluşturulması gerekir.

2. Sağlık Bakanlığının görev tanımı tam olarak yapılmalı ve başta sağlık işletmeciliği olmak üzere bugünkü bazı fonksiyonlarının varlığı tekrar değerlendirilmelidir.

3. Etkili ve verimli işleyen bir birinci basamak hekimlik hizmeti kurulmalıdır. Bu sistem belirli performans kriterleri ile değerlendirilmelidir.

4. Devlet hastanelerinin yönetimleri özerkleştirilmeli ve bugünkü "ekmek elden su gölden" yapıları kaynakların sorumluluk içinde ve profesyonelce kullanıldığı bir yapıya dönüştürülmelidir.

5. Sağlık hizmetlerinde tüketimi rasyonalize etmek amacıyla kullanıcılardan katkı payı alınmalı, SGK tüm özel sağlık kuruluşları ile anlaşma yapmalı ve özel sağlık kuruluşlarını tercih edenlerin ödeyecekleri farklarla ilgili sınırlama uygulanmamalıdır.

6. Sağlık alanında sivil toplum, özel girişim, ar-ge ve üniversitelerde yapılacak eğitim ve araştırma programları teşvik edilmeli ve gerektiğinde belirli bütçeler ile desteklenmelidir.

Bu sayıda 1989 yılından günümüze kadar sağlık alanında yapılmak istenen reform çalışmalarında emeği geçmiş sağlık bakanları, üst düzey bürokratlar, akademisyenler, uzmanlar ve diğer sektör temsilcilerine yer verildi. Tüm anlatılanlar ışığında önümüzdeki dönemlerde sağlık alanında kapsamlı bir reform gerçekleştirilmesi mümkün olabilecektir. Bu Türkiye'nin sağlık sorununu kaliteli, ekonomik, kalıcı ve sürdürülebilir bir şekilde çözebilmesi için mutlak gerekli bir girişim olacaktır.

Yönetim
UHS Yayıncılık Ltd. Şti. adına İmtiyaz Sahibi
Pelin Soydaş

Yönetim Adresi
Kuleli Sokak No: 57/1 G.O.P. Ankara
T. 0312 446 91 14 F. 0312 446 91 17
info@hospitalmanager.net

Sorumlu Yazı ileri Müdürü
Pelin Soydaş

Reklam Pazarlama Koordinatörü
Seçil Kırdemir

Reklam Rezervasyon
T. 0312 446 91 15
F. 0312 446 91 17
info@hospitalmanager.net

Katkıda Bulunanlar
Dr. S. Haluk Özsarı, Çağda Zırh,
Beril Öngen

Görsel Tasarım
Seçil Kırdemir

Yayın Türü
Yerel Süreli

Basım Yeri
Tşof Plaka Matbaacılık A.Ş.
Sincan 1. Organize Sanayi Bölgesi
Dr. Orhan Işık Cad. No:3
Sincan / ANKARA

Baskı Tarihi
Ocak 2010

Hospital Manager UHS Yayıncılık Ltd. Şti. tarafından T.C. yasalarına uygun olarak yayımlanmaktadır. Derginin isim ve yayın hakkı Pelin Soydaş'a aittir. Dergide yayınlanan yazı ve fotoğrafların her hakkı saklıdır. İzinsiz ve kaynak gösterilmeden alıntı yapılamaz. Reklam sayfalarının içeriği ve markalar konusunda sorumluluk reklam verene aittir.

hospital
manager
sağlık profesyonelinin dergisi

ilan ve abonelik için



0312 446 91 14
www.uhs-tr.com

Sağlık Profesyonellerinin Dergisine
BUGÜN ABONE OLUN,
sağlık sektöründeki gelişmelerden anında haberdar olun!

Ad/Soyad :..... .....

Kurum/Kuruluş :..... .....

Adres :..... .....

:..... .....

Tel :..... e-mail: .....

Lütfen bu formu aşağıdaki banka hesaplarından herhangi birine yatırmış olduğunuz abonelik ücreti dekontunu da ekleyerek 0312 446 91 17 nolu faksa gönderiniz.

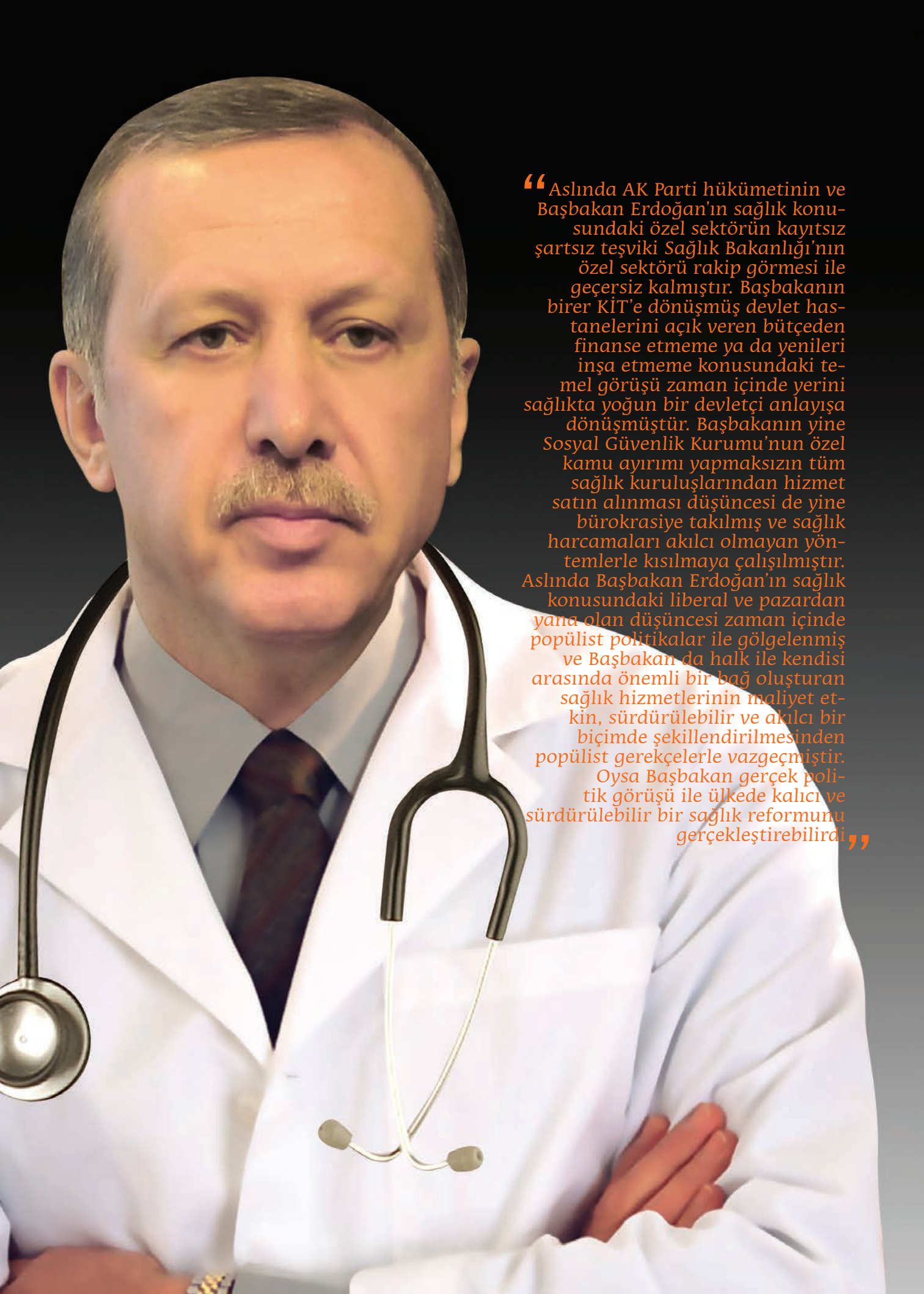
Hesap Numaraları:
Garanti Bankası Emek Ankara Şb. No: 778-6299330
İş Bankası Köroğlu Ankara Şb. No: 4234-0325584
Yapı Kredi G.O.P. Ankara Şb. No: 822-81481601
Diğer ödeme şekilleri için lütfen 0312 446 91 14 nolu telefonu arayınız.

uhs Yayıncılık Ltd. Şti.
Kuleli Sokak No: 57/1 G.O.P. Ankara
Tel: 0312 446 91 14 * www.uhs-tr.com

Türkiye'nin Ciddi Bir Sağlık Reformuna Olan İhtiyacı Her Geçen Gün Artıyor

Tüm dünyada sağlık hizmetlerinin sunumunda reform niteliğinde revizyonlar yaygınlaşıyor. Bunun temel nedenleri; nüfusun yaşlanması, sağlık sorunlarının daha karmaşıklaşması, sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin artması ve özel sektörün artan fonksiyonları ülkeleri sağlık reformu gerçekleştirmeye zorluyor. Hollanda'da sosyal demokrat hükümet sosyal güvenliği özelleştirirken, yine İngiltere'de İşçi Partisi ülke tarihinin en yüksek katkı paylarını yürürlüğe sokmuş, Çin özel hastane ve özel sağlık sigortacılığına batıda dahi görülmeyen yoğunlukta teşvik vermeye başlamış ve son günlerde güncelliğini koruyan ABD'de sağlık sisteminde köklü bir revizyona gidilmiştir.

Ülkemizde de son yirmi yıldır sürdürülen reform çalışmaları son yedi yılda yapı değiştirmiş, kısmi ve acil çözümlerle sistem parçalı bir şekilde revize edilmeye çalışılmıştır. Aslında AK Parti hükümetinin ve Başbakan Erdoğan'ın sağlık konusundaki özel sektörün kayıtsız şartsız teşviki Sağlık Bakanlığı'nın özel sektörü rakip görmesi ile geçersiz kalmıştır. Başbakanın birer KİT'e dönüşmüş devlet hastanelerini açık veren bütçeden finanse etmeme ya da yenileri inşa etmeme konusundaki temel görüşü zaman içinde yerini sağlıkta yoğun bir devletçi anlayışa dönüşmüştür. Başbakanın yine Sosyal Güvenlik Kurumu'nun özel kamu ayırımı yapmaksızın tüm sağlık kuruluşlarından hizmet satın alınması düşüncesi de yine bürokrasiye takılmış ve sağlık harcamaları akılcı olmayan yöntemlerle kısılmaya çalışılmıştır. Aslında Başbakan Erdoğan'ın sağlık konusundaki liberal ve pazardan yana olan düşüncesi zaman içinde popülist politikalar ile gölgelenmiş ve Başbakan da halk ile kendisi arasında önemli bir bağ oluşturan sağlık hizmetlerinin maliyet etkin, sürdürülebilir ve akılcı bir biçimde şekillendirilmesinden popülist gerekçelerle vazgeçmiştir. Oysa Başbakan gerçek politik görüşü ile ülkede kalıcı ve sürdürülebilir bir sağlık reformunu gerçekleştirebilirdi. Bunu yapamamasının diğer bir önemli nedeni de böylesine büyük bir ekonomik faaliyet alanını hekim olan Sağlık Bakanının inisiyatifine bırakmış olmasıdır.



“Aslında AK Parti hükümetinin ve Başbakan Erdoğan’ın sağlık konusundaki özel sektörün kayıtsız şartsız teşviki Sağlık Bakanlığı’nın özel sektörü rakip görmesi ile geçersiz kalmıştır. Başbakanın birer KİT’e dönüşmüş devlet hastanelerini açık veren bütçeden finanse etmeme ya da yenileri inşa etmeme konusundaki temel görüşü zaman içinde yerini sağlıkta yoğun bir devletçi anlayışa dönüşmüştür. Başbakanın yine Sosyal Güvenlik Kurumu’nun özel kamu ayırımı yapmaksızın tüm sağlık kuruluşlarından hizmet satın alınması düşüncesi de yine bürokrasiye takılmış ve sağlık harcamaları akılcı olmayan yöntemlerle kısılmaya çalışılmıştır. Aslında Başbakan Erdoğan’ın sağlık konusundaki liberal ve pazardan yana olan düşüncesi zaman içinde popülist politikalar ile gölgelenmiş ve Başbakan da halk ile kendisi arasında önemli bir bağ oluşturan sağlık hizmetlerinin maliyet etkin, sürdürülebilir ve akılcı bir biçimde şekillendirilmesinden popülist gerekçelerle vazgeçmiştir. Oysa Başbakan gerçek politik görüşü ile ülkede kalıcı ve sürdürülebilir bir sağlık reformunu gerçekleştirebilirdi”

Dünyada ciddi ve etkili sağlık reformları sürerken, Türkiye'de Dünya Bankası'nın desteğiyle 1980'li yılların sonlarında başlayan sağlık reformu çalışmaları siyasi istikrarsızlıklarla kaybedilen zaman ve arpa boyu kadar katedilemeyen mesafeden sonra 2000'li yılların başlarında güçlü Ak Parti hükümetinde Sağlıkta Dönüşüm adı altında bütünsel bir yaklaşımdan uzak, parçalı çözümler getiren ancak yine de radikal sayılabilecek uygulamalara dönüşmüştür. Son yedi yıldır Sağlık Bakanı Recep Akdağ'ın programı olarak yürütülen Sağlıkta Dönüşüm bugün itibariyle sağlık sisteminin paydaşları ve tarafları tarafından henüz kabul görmüş ve uyum sağlanmış gözükmemektedir. Bu uyumsuzluğun temel sebebi ise Dönüşüm Programının sağlığın ekonomik, finansal ve piyasa etkileşimleri açısından eksik ele alınması ve de ağırlıklı olarak Sağlık Bakanlığının sağlık sistemindeki işletmeci rolünün güçlendirilmesine yönelik olmasıdır.

Mevcut dönüşüm programının özünde verimli işletilemeyen, kamu kaynaklarının ehil olmayan kişiler tarafından kontrolsüzce kullanıldığı, yönetim modeli olmayan ve adeta KİT (Kamu İktisadi Teşebbüsü) mantığında korunan devlet hastanelerinin SGK ve Maliye Bakanlığından daha fazla kaynak alması ve daha sonra bu kaynakların profesyonel işletmecilik mantığından uzak başhekimlere teslim edilmesi bulunmaktadır. Oysa devlet hastanelerinde bugün itibariyle hasta memnuniyeti, verimlilik, maliyet kontrolü, kalite yönetimi ve benzeri profesyonel kriterler göz önüne alındığında uluslar arası kriterlerde bir başarı görmek mümkün değildir. Dolayısıyla dönüşüm programının bugün başrolünde olan devlet hastaneleri Türkiye'nin sağlığını ekonomik ve kaliteli bir şekilde çözmekten çok uzaktır.

Aslında AK Parti hükümetinin ve Başbakan Erdoğan'ın sağlık konusundaki özel sektörün kayıtsız şartsız teşviki Sağlık Bakanlığı'nın özel sektörü rakip görmesi ile geçersiz kalmıştır.

Dönüşümün diğer önemli bir unsuru olan yaygın birinci basamak hekimlik sistemi de henüz çözülmemiş ve bu görev ağırlıklı olarak özel tıp merkezleri ile çözülmeye çalışılmış ancak maliyetlerin kontrolünde önemli rol oynayan etkin birinci basamak hekimlik sistemi kontrolsüzlük yüzünden SGK bütçesi üzerinde önemli bir yük oluşturmuştur.

Dönüşüm programı içinde toplum sağlığı ve koruyucu hekimlik boyutunda ulusal programlar yürürlüğe sokulmamış bu alandaki çalışmalar bir iki kapsamlı kampanya ile sınırlı kalmıştır. Oysa ülkemizde ileriki yıllarda sağlık harcamalarına büyük yükler getirecek temel sağlık programlarına yönelik geniş bütçeli ve uzun soluklu programların hazırlanması gereği büyüktür.

Sonuç itibarıyla Sağlık Bakanlığı temel görevleri olan koruyucu hekimlik, toplum sağlığı, etkin birinci basamak hekimlik sistemi ve tüm hizmet sunucuların denetimi yerine sağlık işletmeciliğine ağırlık vermiş, sosyal güvenlik sistemini bu önceliğine göre yönlendirmiş ve de özel ve üniversite hastaneleri adeta sistemin dışında bırakmaya çalışmıştır.

Türkiye'nin dönüşüm programı ile yamalı bir şekilde oluşturulan sağlık sisteminin bugün itibariyle acil bir reforma ihtiyacı vardır. Bu reform programı sağlık sistemini bir bütün olarak ele almalı ve içindeki tüm unsurları ve dinamikleri olumlu bir şekilde harekete geçirmelidir.

Önümüzdeki dönemlerde hükümetlerin sağlık alanında gerçekleştirmeleri gereken konular özetle şu şekilde sıralanabilir;

1. Sağlık sistemi sadece sağlık bakanlarının kişisel bakış açılarına bırakılamayacak kadar karmaşık ve çok boyutlu bir oluşumdur. Dolayısıyla bakanlıklar arası koordinasyonun oluşturulması gerekir.
2. Sağlık Bakanlığının görev tanımı tam olarak yapılmalı ve başta sağlık işletmeciliği olmak üzere bugünkü bazı fonksiyonlarının varlığı tekrar değerlendirilmelidir.
3. Etkili ve verimli işleyen bir birinci basamak hekimlik hizmeti kurulmalıdır. Bu sistem belirli performans krterleri ile değerlendirilmelidir.
4. Devlet hastanelerinin yönetimleri özerkleştirilmeli ve bugünkü "ekmek elden su gölden" yapıları kaynakların sorumluluk içinde ve profesyonelce kullanıldığı bir yapıya dönüştürülmelidir.
5. Sosyal Güvenlik Kurumu yeniden yapılandırılmalı, sağlık hizmetlerinin satın alımında akılcı, tutarlı ve sürdürülebilir politikalar izlenmelidir. Bunun garanti altına alınabilmesi için gerekirse sistemin özelleştirilmesi de değerlendirilmelidir.
6. Sağlık alanında sivil toplum, özel girişim (özel hastanecilik ve özel sigortacılık), ar-ge ilaç, tıbbi sarf ve tıbbi cihaz) ve üniversitelerde yapılacak eğitim (sağlık meslek grupları) ve araştırma programları teşvik edilmeli ve gerektiğinde belirli bütçeler ile desteklenmelidir.

Aksi halde günlük politikalar ve rasyonel olmayan gider kısıtlamaları sisteme fayda değil ciddi bir güvensizlik ortamı oluşturacaktır. Sağlık alanında yapılması gerekenlerin bir an önce yapılmaması durumunda Türkiye'nin sağlığı gerek organizasyonel gerek finansal ve gerekse de sağlık göstergeleri açısından onarılamayacak yaralar alabilecektir.

Türkiye'nin sağlığına kalbini verenler...



Sağlıkta Sosyal Sorumluluk Ödülleri - 2010

Sağlık Gönüllüleri, Sağlıkta Sosyal Sorumluluk Ödülleri'ne aday olacak projeleri son başvuru tarihi olan 30 Nisan 2010 tarihine kadar beklemektedir.

Sağlık Gönüllüleri ülkemizin sağlığına katkıda bulunan tüm kurum ve kuruluşlarımızı projeleri ile ödüllere aday olmaya davet etmektedir.

Saygılarımızla
Oğuz Engiz / Sağlık Gönüllüleri Yönetim Kurulu Başkanı

Sağlıkta Sosyal Sorumluluk Ödülleri - 2009 sahiplerini buldu.

Sağlıkta Sosyal Sorumluluk Büyük Ödülü
Dumansız Hava Sahası – T.C. Sağlık Bakanlığı

Sosyal Sorumluluklarını En İyi Yerine Getiren Sağlık Kuruluşu Ödülü
Annemle Biz Kanseri Yeneriz - Novartis

Sosyal Sorumluluklarını En İyi Yerine Getiren Sivil Toplum Kuruluşu Ödülü
Kalbini Sev Kırmızı Giy – Türk Kardiyoloji Derneği

Mansiyon
Hepatit B'yi Paylaşmayın - Sudler&Henessey

Mansiyon
Gezici Sağlık Çalışmaları - Ayhan Şahenk Vakfı

Teşvik Ödülü
0-6 Yaş Grubu Çocuklarda Ev Kazalarını Önleme Projesi - Denizli İl Ambulans Servisi

Sağlığa En Fazla Gönüllü Katkıda Bulunan Kişi Ödülü
Şafak Akın – Türkiye İnsan Kaynakları Vakfı (TİKAV)

Sağlık Gönüllüleri Onur Ödülü
Prof.Dr. İhsan Doğramacı

Türkiye'ninKalbi
Sağlıkta Sosyal Sorumluluk Ödülleri 2008

Sağlık Gönüllüleri | Kuleli Sokak No: 57/1, G.O.P, ANKARA | T 312 446 91 14 F 312 446 91 17 | www.saglikgonulluleri.org | info@saglikgonulluleri.org

Dünden bugüne ülkemizde sağlık sistemi

Yard. Doç. Dr. S. Haluk Özsarı
İstanbul Üniversitesi
Sağlık Yönetimi Öğretim Üyesi



3 Mayıs 1920 tarihinde 3 Sayılı Kanun ile kurulmuş olan Sağlık Bakanlığı, düzenli hiçbir kaydın olmadığı bu dönemde; bir yandan sağlık mevzuatı geliştirmekle uğraşırken, öte yandan da cepheden gelen yaralıları tedavi edip, iç ve dış göçmenleri yerleştirmeye çalışmıştır. Bu dönemdeki Sağlık Bakanı Dr. Adnan Adıvar olup, merhum Adıvar aynı zamanda Türkiye Cumhuriyeti'nin ilk Sağlık Bakanıdır.

10 Mart 1921'de Sağlık Bakanlığına, daha sonra bu görevi aralıklı toplam 15 yıl yapacak olan Dr. Refik Saydam atanmıştır. 4 Temmuz 1922'de bugün de Bakanlık binası olarak hizmet vermekte olan Sıhhıye'deki bina inşaatı başlatılmıştır. Bugünkü Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatının temeli, 1930 yılında yasalaşan 1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ve 1936 yılında yasalaşan 3017 Sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat ve Memurin Kanunu ile atılmış olup, daha sonra çıkan ekleme ve değişikliklerle bu güne kadar yürütülmektedir.

Refik Saydam dönemi

Dr. Refik Saydam 1937 yılına kadar süren Bakanlığı süresince, ülkemizin sağlık hizmetlerinin kuruluşunda ve gelişmesinde büyük katkılar sağlamıştır. Dr. Refik Saydam'ın Bakanlığı döneminde; 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu (1930), Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat ve Memurin Kanunu (1936), 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (1928) gibi halen yürürlükte olan kanunlar çıkarılmıştır. Sağlık hizmetlerinin plan ve programı ile yönetiminin tek elden yürütülmesi ve koruyucu hekimliğin devlet görevi, tedavi edici hekimliğin ise yerel yönetimlerin hizmeti olması gerektiği prensibini savunan Refik Saydam, 1946 yılına kadar; bir yandan, sağlık insan gücü ihtiyacını karşılamak üzere tıp fakültesi mezunlarına mecburi hizmet uygulaması, yatılı tıp talebe yurtları gibi uygulamaları yürürlüğe sokarken, diğer taraftan da sıtma, frengi, trahom, verem, cüzzam gibi bulaşıcı hastalıklarla mücadele programları başlatmıştır. Yapılan yasal düzenlemelerle; koruyucu hekimlik kavramı getirilmiş, yerel yönetimlerin hastane açmaları teşvik edici hizmetler yerel yönetimlere bırakılmış, her ilçede hükümet tabipliği kurulmuş, o gün için sağlık sorunu olan konularda dikey yapılanma olarak tanımlanan verem-sıtma-frengi-trahom-cüzzam gibi bulaşıcı hastalıklara yönelik programlar yürütülmüştür. Aynı dönemde dünya pratiğine bakıldığında da tek amaçlı, sağlık yapılanmasına uygun düzenlemelerin ağırlıklı olduğu görülmektedir.

Behçet Uz dönemi

1946 yılında Sağlık Bakanlığı'na atanan Dr. Behçet Uz, Milli Sağlık Politikası çalışmaları yapmış, nüfusa düşen yatak sayısının arttırılması gereği üzerine oturttuğu politikasında, yaklaşık 40.000 nüfusa 10 yataklı Sağlık Merkezleri kurarak koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin bir arada verilmesini sağlamıştır. Özetle, İkinci Dünya Savaşı sonrası dünyada, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin entegre verilişi genel anlayışına paralel olarak, ülkemizde de; nüfus esaslı entegre sağlık hizmeti vermek üzere sağlık merkezleri kurulmuş, hastanecilik hizmetleri sağlık hizmetlerinin özelliğinden ve sağlık personelinin hizmet sunumundaki öneminden dolayı yerel yönetimlerden alınarak Sağlık Bakanlığına verilmiş, tüm bunlara ek olarak sigortacılık hizmetlerinin sağlanması için SSK kurularak sağlık yapılanmasına gitmesine ve işletmesine yetki verilmiştir.

Behçet Uz döneminde, nüfusa düşen yatak sayısının arttırılması çerçevesinde yaklaşık 40 bin nüfusa 10 yataklı sağlık merkezleri kurularak koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin bir arada verilmesi sağlandı

1960'lı yıllar

1960 yılından sonra sağlık sektöründe iki önemli düzenleme getirilmiş olup, bunlar; "224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun" ile "554 sayılı Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun" lardır. 1961 yılında çıkarılan 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun'la;

- nüfusa dayalı,
- yaygın,
- sürekli,
- entegre,
- kademeli,

il içinde bütün ve katılımlı sağlık hizmeti ilkeleri çerçevesinde,

sağlık evleri-sağlık ocakları-ilçe ve il hastaneleri şeklinde bir yapılanmaya gidilmiştir. Uygulama 1963 yılında Muş İli'nden başlatılarak 1984 yılına kadar tüm illerde kademeli olarak yaygınlaştırılmıştır.

1961 yılında çıkarılan Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun ile sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri şeklinde yapılanmaya gidildi

1980'li yıllar

1980'li yılların ikinci yarısında SAĞ KUR ile başlayan "Sağlık Reformu" sürecinin ana çerçevesi, 1980'li yılların sonunda Sağlık Bakanlığı ve Devlet Planlama Teşkilatı tarafından yürütülmüş olan Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması ile tespit edilmiştir. Master Plan Etüdü, sağlık sektörünün mevcut durumunu tanımlamış ve gelişimi için ana strateji seçeneklerini ortaya koymuştur. Aynı dönemde Sağlık Bakanlığı tarafından Milli Sağlık Politikası da geliştirilmiştir.

Master Plan Etüdü, "Sağlık Reformu" için dört ana strateji seçeneğini ortaya koymuştur:

1. Mevcut Statü'nün İyileştirilmesi,
2. Serbest Pazar Stratejisi,
3. Ulusal Sağlık Hizmetleri Stratejisi,
4. Uzlaştırma Seçeneği.

Bu stratejiler arasından DPT tarafından benimsenen Uzlaştırma Seçeneğinin ana özellikleri; hizmeti satın alanın ve sunanın ayrılması, Sağlık Bakanlığının rolünün değişmesi, hizmetlerin sözleşme yoluyla tedariki için yerel bütçelerin bulunması, hizmet ihtiyaçlarının karşılanması için yerel planlama yapılmasıdır.

1990'lı yıllar

1992 yılında, bu çalışmalar, ilgili kurumlar, sektörler, üniversiteler, meslek kuruluşlarından yaklaşık 500 katılımcının 34 çalışma grubu halinde tartıştıkları bir platform olan, Birinci Ulusal Sağlık Kongresinde paylaşılmış, ortaya çıkan görüşler çerçevesinde Ulusal Sağlık Politikası ve Sağlık Reformu Yasa Tasarı Taslakları hazırlanarak, 1993 yılında yapılan İkinci Ulusal Sağlık Kongresine sunulmuştur. İkinci Ulusal Sağlık Kongresinden sonra, Hazine Müsteşarlığı koordinatörlüğünde hazırlanan Yapısal Uyum Programı ile Sağlık Reformunun bağlantılandırılması gerçekleştirilmiş, Sağlık Reformu 1995 yılında Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Temel Yapısal Değişim Projeleri içinde yer almış, 1995/1996/1997/1998 yıllarında Bakanlar Kurulu'na ve/veya TBMM'ne buna ilişkin yasa tasarı/taslakları sunulmuştur. 2000 yılında, sağlık finansmanı ile ilgili olarak, "Sağlık Sandığı" adı altında tanımlanan bir yasa tasarı taslağı Bakanlıkların görüşüne gönderilmiştir.

Sağlık reformunun ana bileşenleri

Görüleceği gibi, Master Plan Etüdü'nü izleyen yaklaşık yirmi yıllık sürede, sağlık sisteminin bütününe yönelik reformların uygulanabilmesi için, 49.Türkiye Cumhuriyeti Hükümetinden 60. Türkiye Cumhuriyeti Hükümetine kadar süren, değişik Hükümetler döneminde, değişik versiyonlar biçiminde üretilen yasa tasarıları kamuoyunda tartışılmıştır. Bu süreçte, "Sağlık Reformu" konu başlıkları aşağıda sıralanan ana bileşenlerde yoğunlaşmış bulunmaktadır:

1. Sağlık Finansmanı Reformu ile mevcut sağlık sigorta programları kapsamında olmayan kişilerden başlayarak Genel Sağlık Sigortası'nın kurulması ve sağlık hizmetleri finansmanında SSK, Emekli Sandığı, Bağ Kur gibi kurumların tek çatı altında toplanması,

2. Birinci basamak sağlık hizmetleri reformu ile hizmete erişilebilirliği ve kaliteyi artıracak bir aile hekimliği sisteminin oluşturulması,

3. Hastane ve sağlık işletmeleri reformu ile yataklı tedavi kurumlarının özerk sağlık işletmelerine dönüştürülmesi,

4. Organizasyon ve yönetim reformu ile Sağlık Bakanlığının, kurallar tanımlayarak hizmet sunumunu düzenlemesi, denetlemesi, gözetlemesi, koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik vermesi şeklindeki yeni rolünü üstlenmesi.

Sağlıkta Dönüşüm Programı

2002 yılı genel seçimler sonrası 58.Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti tarafından hazırlanan ve 59 ve 60. Hükümetler tarafından da temel alınan "Acil Eylem Planı" ve buna ilişkin uygulamanın bir parçası olarak Sağlık Bakanlığı tarafından başlatılan "Sağlıkta Dönüşüm Programı" temel prensipleri şu ana başlıklardan oluşmaktaydı:

- İnsan merkezlilik,
- Sürdürülebilirlik,
- Sürekli kalite gelişimi,
- Katılımcılık,
- Uzlaşmacılık,
- Gönüllülük,
- Güçler ayrılığı,
- Desantralizasyon,
- Hizmette rekabet,

"Sağlıkta Dönüşüm Programı"nın bileşenleri şunlardır;

- Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı,
- Herkesi tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası
- Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi
  - Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri,
  - Etkili, kademeli sevk zinciri,
  - İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri,
- Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insangücü,
- Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,
- Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,
- Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma
- Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık Bilgi Sistemi

2006 yılında çıkan 5502 ve 5510 ve 2008 yılında 5754 sayılı Yasalar kapsamında Genel Sağlık Sigortası uygulaması 2008 yılında uygulanmaya başlamış, 2004 yılında çıkan 5258 sayılı Yasa ile Aile Hekimliği Pilot Uygulaması yürürlüğe girmiştir. ●

www.stericool.com



Düşük Maliyetli 160Lt Çift Kapılı Aktarmalı Plazma Sterilizasyon Çözümünü Sunuyor

Günümüzün yoğun Merkezi Sterilizasyon Ünitelerinde sterilizasyon öncesi paketlenmiş yükler ile sterilzasyonu tamalanmış yüklerin karıştırılmasının engellenmesi gereklidir. Steril saklanan yüklerin yeniden kontaminasyonu önlenmelidir. Sterilizasyon öncesi ve sterilizasyon sonrası tanımlanmış alanlar, belirli sterilizasyon işlemlerinden sorumlu olmayan kimselerin geçişlerine kapalı olmalıdır.

Çift kapı aktarmalı STERICOOL® modern merkezi sterilizasyon ünitelerinin bu gereksinimlerini karşılamaktadır.

Akıllı STERICOOL® yazılımı sterilizasyon yükü trafiğini yöneterek, yükleme ve boşaltma kapılarının eş zamanlı açılmasını önler, iptal edilen döngülerde sterilizasyon yükünü sterilizasyon hazırlık alanına yönlendirir.

En Düşük İşletme Maliyetli Düşük Sıcaklık Sterilizasyon Çözümü

Stericool Sistemleri yüksek maliyetli H_2O_2 kartuşları yerine, uygun tedarikçilerden temin edilebilen 5 litrelik solüsyon bidonları ile çalışır, son derece ucuz düşük sıcaklık sterilizasyon çözümünü sunar.

- Personel ve çevre güvenliği
- Toksik kalıntı, zararlı yan ürünler olmadan
- Sterilizasyon yüklerine zarar vermeksizin
- Yüksek etkinlik
- Çabuk ve kolay işletme, yüksek döngü sayısı
- Düşük maliyetli kolay kurulum

STERICOOL®

Gelişmiş Plazma Sterilizasyonu

“Bakanlık hastane işletmekten vazgeçmeli”


Halil Şıvgın
Sağlık Eski Bakanı

“Nasıl oteller sınıflara ayrılıyor, hastanelerin de sınıflarına göre yapılandırılması lazım; sınıflandırma yapılmalı, isteyen istediği hastaneye gidebilmeli. Tüm hastanelerin eşit hizmet vermesi mümkün değil. Sağlık Bakanlığı, hastaneleri işletmekten vazgeçmeli. Tüm hastaneler kamu hastaneleri çatısı altında birleştirilerek kamu hastaneleri işletmeciliği adında bir anonim şirketinin kurulması lazım.

Aile hekimliği müessesesi oluşturuluncaya kadar sağlık ocakları aile hekimliğine yardımcı müessese olarak kullanılmalıdır; Eğer bu takviye yapılır, sevk zinciri kurulursa sistem düzenlenir”

31 Mart 1989 – 23 Haziran 1991 tarihleri arasında, Turgut Özal ve Yıldırım Akbulut Başbakanlığında kurulan Hükümetlerde Sağlık Bakanlığı yapan hukuk kökenli Halil Şıvgın, Hospital Manager’in sorularını yanıtladı.

Bakanlık yaptığınız dönemde sağlık sisteminde yaşanan süreci anlatır mısınız?

Sağlık Bakanlığı yaptığım dönemde, 1989 ile 1991 yılları arasında, o zamanki Avrupa Birliği (AB) üyesi olan ülkelerin sağlık sistemlerini inceledik. O yıllarda AB üyesi ülkelerin sayısı bu kadar değildi. Özellikle doğu bloğu ülkelerinden katılım henüz yoktu. AB’yi eski NATO üyesi ülkeler olarak gördüğümüz bir yapı vardı. O yapı içinde Avrupa’da çok farklı sağlık sistemlerinin olduğunu gördük. Bunları iki grup altında toplamak mümkündü. Bir, sistemini kurmuş ve Genel Sağlık Sigortası (GSS) çerçevesini oluşturmuş ülkeler; bir de İngiltere gibi tüm sağlık hizmetlerinin bedelini doğrudan doğruya hükümetin karşıladığı yapı vardı. GSS sistemini uygulayanlar da kendi içinde farklı uygulamalar yapabiliyordu. Kişi bir sigorta ücreti ödüyor ve karşılığında bir sağlık hizmeti alıyordu. Bu alımlar ülkelere göre farklılık gösteriyordu.

Türkiye hangi sistemi benimsedi?

Biz AB üyesi olmak isteyen bir ülke olarak hangi ülkelerle işbirliği yapabileceğimizi araştırdık. Alman sisteminin bizim açımızdan daha uygun olduğuna karar verdik. Çünkü Almanya’da da aile hekimliği sistemi var. Kişi aile hekiminin kontrolünde sağlık hizmeti alıyor ve aile hekimince yönlendiriliyor. Buna benzer bir sistemi yapımızda uygun şekilde oluşturmaya karar verdik. Bazı prensipler belirledik. Buna göre, 1. basamak sağlık hizmetlerinin kuvvetlendirilmesi gerekiyor. Çünkü problemin çoğunun 1. basamakta çözümlenmesi mümkün görünüyor. İkinci olarak bir sevk zincirinin kurulması gerekiyor. Hastanelerin gerçekten hastaneye

gitmesi gereken vakalara bakması lazım. Bunun için hastayı sevk zinciri içinde hekimin yönlendirmesi lazım; işte bu da aile hekimliğidir. Türkiye'de daha önce kurulmuş bir sağlık evleri var. Hastanın sağlık evlerinden sağlık ocağına sağlık ocağından hastaneye gitmesi lazım. Bizde sağlık evi, sağlık ocağı kurulmuş ama sevk sistemi kurulmamış. Bundan dolayı hastanelerde ciddi yığılma oluyor. Erzurum'daki bir hasta, doktordan randevu almadan Hacettepe Üniversitesi'ne gelip kuyruklarda bekliyor, vakit geçiriyor. Böyle bir karmaşamız var. Bu karmaşa çözülebilmiş değil.

Diğer sorunlar nelerdi?
Sağlık hizmeti sunanla finanse eden kuruluşların ayrı ayrı olması sorunlu bir durumdu. Bunu GSS yapısı içinde çözdüler. Eskiden hem Sağlık Bakanlığına bağlı devlet hastaneleri hem de sigortaya bağlı hastaneler hizmet veriyordu; hem de bazı bakanlıkların ayrı ayrı hastaneleri vardı. Şimdi tüm hastaneler tek çatı altında buluşturuldu. Sağlık Bakanlığına bağlı olarak bir araya getirildi. Finansman yapısı da Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının içinde bulunduğu yapıya verildi ki bu doğru bir yapıdır. Ama aksaklıklar var mı var, devam ediyor. Bunların çözüm bulunacağına inanıyorum.

Sistemin sağlıklı işlemesi için neler yapılması gerekiyor?
Ana reform yapıldı. Hastaya bakan yapı ayrı; sağlık ocakları, sağlık evleri, dispanserler vs. gibi hizmet veren birimler de tamam. Burada sevk zincirinin oluşturulması, aile hekimliği müessesinin oturtulması gerekiyor. Aile hekiminin hastayı, hatta annenin hamile kaldığı zamandan itibaren çocuğun hasta olmasını önleyici yönde varlık göstermesi lazım. Yani koruyucu sağlık hizmetlerinin verilmesi lazım. Koruyucu sağlık hizmetleri iyi verilebilirse hastaneye gidenlerin sayısı hem azalacak, hem de kaliteli bir sağlık hizmeti sunumu mümkün hale gelecek. Mevcut reform yapısı içinde işlemeyen aksayan yönlerin düzeltilmesi iyileştirilmesi gerekiyor.

Harcamalara ilişkin nasıl tedbirler alınmalı?
Özellikle devlet açısından söylüyorum, gereksiz cihaz kullanımının önüne geçilmesi lazım. Bir tespit yaptığımızda, depolara gelip de ambalajı açılmayan çok sayıda cihaz bulmuştuk. Çok eski yıllara ait cihazlar; 1950 –60-70'lerden kalma, ambalajı açılmamış cihazlar. Türkiye o kadar zengin değil. Cihazlar-teknoloji gelişiyor, çok yüksek ücretli cihazlar var; bunların her yerde olması gerekli değil. Nerelerde olması gerektiğine dair bir kurul oluşturup doğru yerlerde kullanmamızın sağlanması lazım. Biz şu anda Türkiye'de sigortalı olmayan vatandaşlarımızın sorununu henüz çözemedik. Hala ellerinde yeşil kartı olan var. Bu yeşil kartlıların büyük bölümünün yeşil kartlı olmaması gerekiyor. Ciddi geliri olup da yeşil kart kullananlar var. Zamanında çok komik olaylara da rastladık. Bu sistem maalesef hala devam ediyor, Türkiye'nin bundan kurtulması lazım.

Hükümetin sağlık politikasını nasıl değerlendiriyorsunuz?
Türkiye'de Hükümet, doğru kararlar aldı. Uygulamada özellikle aile sistemini oturtmakta zorlanıyor. Benim önerim şu: Aile hekimliği müessesesi oluşturuluncaya kadar sağlık ocaklarının aile hekimliğine yardımcı müessese olarak kullanılması yönünde tedbir alınmasıdır. Eğer takviye yapılır, sevk zinciri kurulursa sistem düzenlenir. Şu anda hala bir hasta birden fazla doktora gidebiliyor. Bunu kontrol edecek müessesimiz yok. Hükümet bu sistemi oturttuğu zaman Türkiye, Avrupa ülkesi standardıyla eş değer hizmet üretecek konuma gelmiş olur. Hekimlerimiz son derece zeki ve başarılı hekimlerdir; Yeter ki onlara imkân tanınsın.

Hekimlere ne tür imkân tanınmalı?
Hekimler maalesef yıpratılıyor, çok para kazandıkları iddia ediliyor. Bakın gelir ortalamalarına; Türkiye'de en uzun eğitim alan kişiler hekimlerdir. Fakülte bitince bile bitmez eğitimleri. Süre son derece uzundur. Bu uzunluğa rağmen hekimlerin kaçı zengin diye bakarsınız, çok fazla zengin sayısı çıkmaz. Yüzde 10 bile değildir. Hekimlerin korunması lazım.

Vatandaş adına yapılması gerekenler neler?
Vatandaşların tamamının sigortalanması lazım; sigortası olmayan vatandaşların bedelinin de devletçe karşılanması lazım; doktorların da sigortalanması lazım. Bu sistem yok henüz. Sistemin bile sigortalanması lazım. Sağlık Bakanlığı, hastaneleri işletmekten vazgeçmelidir. Tüm hastaneler kamu hastaneleri çatısı altında birleştirilerek kamu hastaneleri işletmeciliği adında bir anonim şirketinin kurulması lazım.

Bakanlığın hastaneleri standart dahilinde denetlemesi lazım. Fakat kendine ait olursa denetim yapamaz. Nasıl oteller sınıflara ayrılıyor hastanelerin de bu yapılara göre ücretlendirilmesi lazım; sınıflandırma yapılmalı, isteyen istediği hastaneye gidebilmeli. Tüm hastanelerin eşit hizmet vermesi mümkün değil. Bir kere hastanelerin kendi bünyesinde eğitim hastaneleri var, eğitim hastaneleri farklı, üniversite hastaneleri farklı hizmet verecek. Özel hastanelerin de standartları aynı değil. Batılı ülkelerle yarışabilecek çok büyük özel hastanelerimiz var. Sağlık sektörü Türkiye için çok büyük bir sektördür. ●

Sağlıkta dönüşümün mihenk taşı: Dr. Yıldırım Aktuna

Günümüz sağlık politikasının temel argümanını oluşturan Sağlıkta Dönüşüm Programı, 1990'lı yıllarda ilk kez Sağlık Bakanı Yıldırım Aktuna zamanında tüm bileşenleriyle kamuoyuna açıklandı. Doktorların performansına ve çalışma koşullarına göre ücretlendirilmesi gerektiğini düşünen Aktuna zamanında ihtiyaç sahipleri için yeşil kart uygulaması başlatıldı. Aynı zamanda nöropsikiyatri uzmanı olan Aktuna, halkın ruh sağlığı alanında bilinçlendirilmesine yönelik önemli çalışmalara imza attı

Sağlıkta Dönüşüm Programı aktif olarak ilk kez 1996-1997 yıllarında Sağlık Bakanı Dr. Yıldırım Aktuna tarafından gündeme getirildi. Bakan Aktuna bu projeyi yüzyılın milenyum projesi olarak Bakanlar Kuruluna "2000 Sağlıkta Dönüşüm" adıyla sundu. Proje, Sağlık Bakanlığı dışında Dünya Bankasının finanse ettiği bir ekiple hazırlandı. Aktuna, Bakanlığı döneminde sağlık reformu çerçevesinde 1. ve 2. Ulusal Sağlık Kurultaylarını topladı.

Aktuna: Mecburi hizmet kaldırılmalı

Aktuna'nın sağlık reformu yedi ana başlıktan oluşuyordu; bunun içinde sağlık finansman reformu, hizmet sunma reformu, Sağlık Bakanlığında insan gücü reformu, ulusal sağlık akademisi reformu, yönetim reformu, mevzuat reformu, sağlık enformasyon sistemi reformu ana başlıkları mevcuttu. Sağlık finansman reformunun içinde Genel Sağlık Sistemi yer alıyordu. Sisteme özel hastanelerin de katılarak kamu sektörüyle rekabetinin gündeme alınması öngörülüyordu. Aktuna, şu an yürürlükte olan mecburi hizmet uygulamasının da "adaletli ve yararlı" olmadığı inancındaydı. Gazete arşivlerine bakıldığında Aktuna'nın, Mecburi Hizmet Yasasını kaldıracakları yönündeki demeçleri görülebilir. Doktorların performansına ve çalışma koşullarına göre ücretlerinin belirlenebileceğini düşünen Aktuna doktorların sözleşmeli olarak çalışabilecekleri inancındaydı. (25/11/1991 Milliyet)

Aktuna, Doğu ve Güney Doğu Anadolu'da sağlık personeli gereksinimini karşılamak amacıyla mecburi hizmet yerine sözleşmeli personel istihdamını düşündüklerini, uygulamaya da 1992 yılı içinde geçeceklerini bildiriyordu. (16/02/1992 Milliyet)

Sağlık Bakanı Aktuna'nın sağlık reformu içinde, umuma açık kapalı yerlerde sigara içilmesini ve sigara reklamının yasaklaması yer alıyordu. (18/071996 Milliyet)

Yeşil kart uygulaması hayata geçti

Sosyal güvencesi olmayan vatandaşların sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanması için getirilen "yeşil kart" uygulaması ilk kez Sağlık Bakanı Aktuna eliyle yaşama geçirildi. DYP'nin 20 Ekim seçimlerinden önce vaat ettiği yeşil kart uygulamasını Kızılcahamam'da yapılan bir törenle vatandaşlara veren Aktuna, "Yeşil kart, hükümetimizin yoksul insanına açtığı kredi kartıdır" diye konuştu. (25/02/1992 Milliyet)

Yine 1992 yılında Milliyet Gazetesine verdiği demeçte ulusal sağlık politikası hazırlamayı amaçladıklarını belirten Aktuna hedeflerini; Sağlık Bakanlığının teşkilat yapısında değişiklik yapmak, aile hekimliği uygulamasını kurmak, Genel Sağlık Sigortasını ve performans sistemini oluşturmak şeklinde özetliyordu. Aktuna'nın bir başka hedefi de Genel Sağlık Sigortasının ardından devlet hastanelerini önce özerkleştirmek ardından özelleştirmekti.



Dr. Yıldırım Aktuna
Sağlık Eski Bakanı

Gündemde yine tam gün vardı

Bakan Aktuna'nın gündeminde, şu sıralar TBMM gündeminde yer alan tam gün yasası da bulunuyordu. Yine Milliyet Gazetesine verdiği bilgilerde Aktuna, hekimlerin veya üniversitelerdeki öğretim üyelerinin seçimlerine göre ya özel hastanede ya da devlet hastanesinde tam gün çalışması yönünde düzenleme yapılacağını anlatıyordu. (19/01/1992 Milliyet)

Askeriyeden Bakanlık Hastanesine

Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Başhekimliği görevinde de bulunan ve halkın ruh sağlığı alanında bilinçlendirilmesine yönelik önemli çalışmalara imza atan Dr. Yıldırım Aktuna 30 Eylül 2007 tarihinde İstanbul'da vefat etti.

Aktuna, Türkiye'de ilk olan "Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Tedavi ve Araştırma Merkezi"ni kurdu.

Dr. Yıldırım Aktuna, 1930 yılında İstanbul'da doğdu. 1948'de İzmir Karşıyaka Lisesini bitirdikten sonra aynı yıl İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesine giren Aktuna, öğrenimini askeri öğrenci olarak tamamlayarak 1954'de tabip teğmen rütbesiyle mezun oldu. Aktuna, 1958-1959 yılları arasında ABD'ye giderek, San Antonio'daki Brook Army Hastanesinde genel sağlık konularında eğitim yaptı. Gülhane Askeri Tıp Akademisinde 1959'da nöropsikiyatri ihtisasına başlayan ve 1962 yılında bu dalın uzmanı olan Aktuna, Türk Silahlı Kuvvetlerinin çeşitli kademelerinde ve yurdun çeşitli yörelerinde hekimlik görevini sürdürdü. 1967-1969 yıllarında Afganistan'daki Kabil Askeri Hastanesinde 2 yıl öğretim görevlisi olarak çalıştı. 1970 yılında kendi isteğiyle Türk Silahlı Kuvvetlerinden yarbay rütbesiyle emekliye ayrılan Aktuna, Sağlık Bakanlığının


Dr. Yıldırım Aktuna

açtığı sınavı kazanarak, Şişli Etfal Hastanesi Nöroloji Kliniğine önce şef muavini, ardından da klinik şefi oldu. Aktuna, 1972-1973 yılları arasında Viyana Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Kliniği'nde 1 yıl süreyle nörolojideki gelişmelerle ilgili incelemeler ve EEG üzerinde ileri çalışmalar yaptı.

Ruh sağlığı politikası için çalıştı

28 Kasım 1979'da, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Başhekimliğine ve aynı hastanenin nöroloji kliniği şefliğine atanan Aktuna, halkın ruh sağlığı alanında bilinçlendirilmesi ve çağdaş bir ruh sağlığı politikası oluşturulması için çalıştı. Uyuşturucu tehlikesini önleme konusunda gösterdiği çabalardan dolayı 1986 yılında Türkiye Halk Sağlığı Derneği Hizmet Ödülünü kazanan Aktuna, 14 Mart 1987'de Türk tıbbına yaptığı hizmetlerden ötürü İstanbul Tabip Odası Hizmet Ödülü ile İstanbul Sağlık ve Sosyal Yardım Müdürlüğü Üstün Hizmet Ödülüne, ayrıca İstanbul Valiliği Başarı ve Hizmet Takdirnamesine layık görüldü.

Sağlık Reformu Programı hazırladı

30 Aralık 1988'de görevinden ayrılan Aktuna, SHP'ye girdi ve 26 Mart 1989'da Bakırköy Belediye Başkanı seçildi. 2.5 yıl süren Bakırköy Belediye Başkanlığından sonra 27 Ağustos 1991'de görevinden ayrılarak DYP'ye katılan Aktuna, 20 Ekim seçimlerinde 1. bölgeden İstanbul Milletvekili seçildi.

49. hükümette Sağlık Bakanı olarak görev alan Aktuna, Bakanlığı döneminde Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesine aktif desteğini sürdürdü. 50. hükümette Devlet Bakanı ve Hükümet Sözcüsü olarak görev yapan Aktuna, 7 Mart 1996'da 53. hükümetin Sağlık Bakanı olarak atandı ve 54. hükümette de aynı görevi sürdürdü. DYP'den 30 Mayıs 1996'da ayrılan Aktuna, yasama görevine kısa bir süre İstanbul Bağımsız Milletvekili olarak devam etti. Aktuna, 1 Temmuz 1997'de Demokrat Türkiye Partisine katılarak Genel Başkan Yardımcılığına getirildi. 55. hükümette de Devlet Bakanı olarak görev alan Aktuna, 24 Kasım 2001'de yeniden DYP'ye döndü. Liberal Demokrat Partiye 2003 yılında katılan Aktuna, bu partide de Genel Başkan Yardımcısı olarak görev yaptı. Bir çocuk babasıydı. ●

"Hükümet sektörü serseme çevirdi"

1993-97 yıllarında Sağlık Bakanlığı Müsteşarlığı yapan Demokrat Parti (DP) Genel Başkan Yardımcısı Dr. Aytun Çıray, Hospital Manager'ın sorularını yanıtladı.



Dr. Aytun Çıray
DP Genel Başkan Yardımcısı

"Sağlık Bakanlığının ve SGK'nın ileriyi görmeden aldığı ve sürekli değiştirdikleri genelgeleri, kararları sağlık sektörünü serseme çevirdi. O kadar ileri gidildi ki, özel sağlık kuruluşlarının doktorlarını bile tayin eder hale geldiler. Bunlar sürdürülemez sağlık hizmetlerinin sadece bir kısmı. Özel sağlık sektörü şu anda mali bir kriz içinde... Yürürlükteki sistemle kriz derinleşecek. Hükümet IMF ile anlaşma yapmasa bile el altından aldığı tavsiyeleri yerine getirecek ve sağlık harcamalarını kısacaktır. Köklü ve bütüncül reform şart"

Türkiye sağlık sistemi, Avrupa Birliği ve diğer medeni ülke standartları çerçevesinde nerede değerlendirilebilir?
Söylediklerimin daha iyi değerlendirilebilmesi için, DP Genel Başkan Yardımcısı olmadan önce teknik görevlerde bulunduğumu ifade etmeliyim. 1993–97 yıllarında Sağlık Bakanlığı Müsteşarlığı ve daha sonra da sağlık ve sosyal güvenlik konularında Başbakanlık Danışmanlığı yaptığımı söylemeliyim. O çalışmalarımız sırasında şimdi Ankara Medicana Genel Direktörü olan değerli Oğuz Engiz'in de çok katkıları olduğunu ifade etmeliyim. Türkiye, kişi başına düşen yıllık kamu sağlık harcamasında 232 dolarla OECD ülkeleri arasında en az sağlık harcamasıyla Meksika'dan sonra ikinci sırada yer alıyor ne yazık ki! OECD ülkelerinde ise kişi başı kamu sağlık harcama ortalaması 2 bin 23 dolar iken bizde 232 dolar dersem ne demek istediğimi anlarsınız herhalde. Türkiye hala gelişmiş birçok ülkenin gerisinde bulunuyor.

Son 20 yılda sürdürülebilir bir sağlık sistemi oluşturma çabalarında yaşanan zorluklar sizce neler?
İşsizlik sigorta gelirlerini olağanüstü düşürürken, sağlık harcamalarındaki artış kaliteye yönlendirilemedi. Aktüeryal denge kurulamadı. Devlet hastaneleri ile özel sağlık kuruluşları arasındaki haksız rekabet önlenmedi. Devlet hastanelerini yönetenler ise kendilerine sağlanan avantajları kötüye kullandılar. Sağlık Bakanlığının ve SGK'nın ileriyi görmeden aldıkları ve sürekli değiştirdikleri genelgeleri, kararları sektörü serseme çevirdi. O kadar ileri gidildi ki; özel sağlık kuruluşlarının doktorlarını bile tayin eder hale geldiler. Bunlar sürdürülemez sağlık hizmetlerinin sadece bir kısmı.

Türkiye'de, gelecek nesillerin garantili bir sağlık sistemine sahip olmaları için radikal reformlara ihtiyaç var mı? Varsa bu reformların temel yapı taşları neler?
Ekonomik ve sosyal nedenlerle bu ihtiyacın olduğu açıktır. Kamu fonlarından sağlık sektörüne ayrılan pay verimli ve etkili bir biçimde kullanılamadığı gibi sağlık sektörü için mevcut olan fon ve kaynaklar hakkaniyetli bir şekilde dağıtılamamaktadır.

Hükümetin sağlık alanındaki reformlarını nasıl değerlendiriyorsunuz? Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu ihtiyaçları karşılar nitelikte mi yoksa yeni ihtiyaçlara mı gebe?
Her şey ortada… Reform ihtiyacı açık. Sistem çöktü. Sağlık çalışanları sokaklarda... SGK prim toplayamıyor.

Özel sağlık sektörü için düzenlemeleri nasıl değerlendiriyorsunuz? Uygulamaların uzun vadede yansıması nasıl olabilir?
Özel sağlık sektörü şu anda mali bir kriz içine girmiştir. Bu sistemle kriz derinleşir. Hükümet IMF ile anlaşma yapmasa bile el altından aldığı tavsiyeleri yerine getirecek ve sağlık harcamalarını kısacaktır. Köklü ve bütüncül reform şarttır.

Sağlık harcamalarının artışından endişe ediliyor ve tasarruf tedbirlerinden söz ediliyor. Sağlıkta tasarruf tedbirleri alınabilir mi? Hangi alanlarda bu mümkün olabilir?
Sağlıkta tasarruf tedbirleri olmaz. Sağlık harcamalarının kontrolü olur. O da sektörün arz talep dengesini oluşturan özelliğinden dolayı. Biliyorsunuz sağlıkta talep isteğe bağlı değildir. Kontrol edilmesi gereken arzın maliyetleridir.

uhs

uhs uluslar arası konferans ve eğitim alanında yaratmış olduğu markası **Global Health Conferences** olarak **City of London College** işbirliği ile sağlık yönetimi ve işletmeciliği alanında diplomalı eğitim programları düzenlemektedir.

uhs sağlık profesyonelleri ve yönetici hekimlerin kariyerlerine, yönetim becerilerinin gelişimine ve yaşam tarzlarına ilişkin tüm güncel konuları, haberleri ve olayları bulabilecekleri **hospitalmanager** dergisini yayınlamaktadır.

Eğitim

Yayıncılık



Danışmanlık

uhs sağlık sistemimizde karşılaşılan sorunların aşılması, uzun vadeli sağlam sağlık politikaları oluşturulması ve ayrıca sağlık işletmelerimizin rekabet avantajlarını geliştirip, pazar paylarını arttırarak, etkili ve verimli işleyen sağlık kuruluşları olmaları için gerekli tüm danışmanlık ve eğitim hizmetini vermektedir.

uhs ülkemizde sağlık yönetim bilgi ve becerilerinin gelişimi ve sağlıklı politika üretimi için **Global Health Conferences** olarak ulusal ve uluslararası konferanslar düzenlemektedir.

Konferans

Global Health Conferences

hospitalmanager

City of London College

Kuleli Sokak No: 57/1,
G.O.P. / ANKARA
Tel : 0 312 446 91 14
Faks : 0 312 446 91 17
info@uhs-tr.com
www.uhs-tr.com

DSP: Sağlığa ayrılan bütçe fazla bile!

İstanbul Üniversitesi tıp ve hukuk fakülteleri yanı sıra London School of Economics'de sağlık planlaması ve finansmanı eğitimi alan DSP Başkan Yardımcısı Dr. Serdar Savaş, Hospital Manager'in sorularını yanıtladı.

Günümüz sağlık politikalarını nasıl değerlendiriyorsunuz?
Sağlık, insanları daha sağlıklı kılmak için var olması gereken bir sektör. Buna gelmeden önce insanları hasta etmeyecek politikalar oluşturulması lazım. Oysa bugünkü politikalar, planlanmış gibi "insanları nasıl hasta ederiz" üzerine kurulu. Buna ben "planlanmış verimsizlik" diyorum. Bu da başarıyla uygulanıyor. Türkiye'de yaşam süresi kısa, bebek ölümleri konusunda Avrupa ülkelerinin çok önünde. Ülkemizin sağlık göstergeleri çok kötü. Sağlık sektörünün amacı insanları sağlıklı hale getirmektir. Önce insanı hasta olmaktan korursunuz, sonra hasta olmaktan koruduğunuz insanın sağlığını geliştirirsiniz.

Sağlıkta Dönüşüm Programını nasıl değerlendirmek gerekir? Yapılması gerekenlerle yapılanlar ne kadar örtüşüyor?
Bu programda hastanelerin tek çatı altında birleştirilmesi vardı ve yapıldı. Ancak onun arkasından gelen hastane işletmeciliği, özerk yapılanma işleyişi yapılmadı. Bu yapılmayınca hastane verimliliği rafa kalktı. Genel Sağlık Sigortasının (GSS) tüm topluma yaygınlaştırılması vardı ancak tüm topluma yayılmadı. İşin organizasyon kısmını yaptılar ancak asıl ruhunu hayata geçirmediler. 1. basamak sağlık hizmetle-rinin aile hekimliğine dayandırılması, 1. basamaktan geçmeyen kişinin hastaneye gitmeme durumu vardı. Ancak 1. basamak sistemi hiç kurulmadı. Hastane polikliniklerinin önü açıldı. Böylece ilaç harcamaları tavana vurdu. Bu defa ilaç sektörünü karşılarına aldılar, suçu eczacıya attılar. Eczacının ne suçu var? Sağlık yönetimi için kurulması öngörülen Sağlık Akademisi kurulmadı. Bu akademi Türkiye'ye sağlık yöneticisi yetiştirecekti. Çünkü buradaki öneri nedir? Toplum bazında nüfusa dayalı sağlık yönetimi yapacak ne de hastane işletmeciliği yapacak insanlar Türkiye'de yetiştirilmiyor. Son derece sınırlı sayıda hastane işletmeciliği programı var, modern yönetimden uzak eski müfredat uygulanıyor.


Dr. Serdar Savaş
DSP Başkan Yardımcısı

"Sağlıkta bütçe açığı yok, sağlıkta bütçe fazlası var. Onun için bütün o 'para yok' söylemleri yalan... Sağlıkta para fazlası var. Ama bu paranın kimin cebine gittiğini biz şu anda bilemiyoruz.

Bugün Türkiye'de toplanan sağlık primlerinin toplamı Türkiye'nin sağlık harcamalarından fazla. Peki bu para nereye gidiyor? Devletin cebine giren para miktarı ihtiyaç duyulan sağlık harcamasının üzerinde. Bu para nerede? İzahının yapılması lazım"

Sağlıkta Dönüşüm Programının hazırlayıcılarından birisiniz. Uygulama neden sorunlu olabilir?
Bugün Hükümetin uyguladığını iddia ettiği, Sağlıkta Dönüşüm Programını uyguluyor dersek yanlış olur. Sağlıkta Dönüşüm Projesinin esası 1988-1993 yılları arasında Sağlık Bakanlığında yapılmış sağlık reformu çalışmalarına dayanır. O zaman sağlık projesi koordinatörlüğü kurulmuştu; o koordinatörlük 5 yıl boyunca önce Turgut Özal, sonra da Süleyman Demirel Hükümeti zamanında ve DYP-SHP koalisyonu sırasında bu reformları hazırladı. AKP iktidara geldiğinde bu reformları hazırlayan ekiple temasa geçti ve bugün yayınlanmış olan programı hazırladı. Yazılı olan bu program çok doğru bir uygulamadır. Ama uygulamaya geçildiğinde yazılı olana hiç bağlı kalınmadı. Kamu kaynakları iktidar paydaşlarına peşkeş çekilecek şekilde bir sağlık sistemine geçildi.

Nasıl?
Bugün tüm vatandaşlar sağlık hizmetine ulaşıyor mu? Hayır. Türkiye'de şu anda bir, 1. sınıf sağlık hizmetleri; bir de 3. mevki sağlık hizmetleri var. 2. mevki hiç kalmadı zaten. 1. sınıfta parasını veren ve iktidara yakın hastanelerden hizmet alanlar gayet güzel hizmetlerden faydalanıyor. Buna erişim gücü olmayan insanlar da 3. mevkide hizmet almaya çalışıyor. Acil bir kalp sorununuz var diyelim, gidiyorsunuz hastaneye, size 4 ay sonraya randevu veriyorlar. Adam 4 ay içinde öldüğü için de sağlık hizmetlerine talep azalıyor Türkiye'de.

Peki, bunun Türkiye'nin Avrupa Birliğine geçiş süreciyle bir bağlantısı var mı? Çok var. Çünkü Avrupa'nın sağlıkta ortak bir şartı var. Türkiye şu anda bu anlaşma şartına uyacak hiçbir şeyi yapmamaktadır. Çünkü sağlık hizmetlerinin hakkaniyete dayalı, tüm vatandaşların ulaşacağı bir yapıda kullanılmasına yönelik bir politika Türkiye'de uygulanmamaktadır. Hakkaniyet ilkesi ne der? Herkes ödeme gücü kadar katılsın, ihtiyacı kadar faydalansın oysa Türkiye'de böyle bir şey yok. Herkes ödeme gücü kadar hizmet satın alır, ihtiyacıyla orantılı bir şekilde hizmete ulaşamaz.

Programla asıl amaçlanan neler?
Dönüşüm programıyla 1. basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, bilgisayar yazılımlarıyla, hekimlerin hizmet içi eğitimlerle güçlendirilmesi gerekirken hükümet aile hekimliğini tamamen bir tarafa bıraktı ve şu anda olduğu gibi hastanelere yöneldi; aile hekimliği sistemi pilot bölgelerde son derece zayıf kaldı. Bunun da arkasında maddi menfaatler var.

Geçtiğimiz süreçte de Çalışma Bakanı Ömer Çelik yaptığı açıklamayla eczaneleri Türk Eczacıları Birliğinden (TEB) koparma yöntemini anlattı. Bakan diyor ki aslında, "Ben sağlıkçıların örgütlenmesi, sağlıkçıların kendi aralarında güç birliği edip haklarını savunmaları gibi örgütlü yapılarını yıkacağım. Sizi darmadağın edeceğim." Bundan en fazla bir buçuk yıl sonra, bu hükümet gitmeden önce çıkartacağı yasayla Türkiye'de eczane zincirlerinin kurulmasına izin verecek. Şu anda sağlık sektöründe hastane işletmeciliği yapan, iktidara yakın hatta Başbakanın ve çevresinin ortaklığı olduğu söylenen hastanelerden bir tanesi Türkiye'de eczane zinciri kuracak. Tüm eczaneler kapatılacak ve iktidarın eczane zincirinden ilaç satışı başlayacak.

Bunun önüne geçilmesi için yapılması gerekenler neler?
Türkiye'deki sağlık sektörünün düzelmesi için öncelikle sağlıktaki hırsızlığın önlenmesi lazım. Bugün sağlık sektöründe vatandaşın cebinden yasal para hortumlaması yapılmaktadır. Bunu vergiler ve primlerle yapmaktadırlar. Bugün Türkiye'de toplanan sağlık primlerinin toplamı Türkiye'nin sağlık harcamasından fazladır. Peki bu para nereye gidiyor? Nasıl açık veriliyor? Tahakkuk eden demiyorum, toplanan yani devletin cebine giren para miktarı ihtiyaç duyulan sağlık harcamasının üzerinde. Bu para nerede? İzahını yapsınlar. Sağlıkta bütçe açığı yok, sağlıkta bütçe fazlası vardır. Onun için bütün o "para yok" söylemleri yalandır. Sağlıkta para fazlası vardır. Ama bu paranın kimin cebine gittiğini biz şu anda bilemiyoruz. Bunu hükümetin sağlık bakanlarının açıklaması lazım.

Bu çok büyük bir iddia...
Evet öyle. Ben sağlık ekonomistiyim. Londra Üniversitesinde sağlık ekonomisi okumuş Türkiye'nin bu işte eğitim görmüş tek adamıyım. Hesabını kitabını biliyorum. Türkiye'de sağlık harcamalarında fazlalık vardır. Eksiklik yoktur. Bu paralar peşkeş çekilmektedir. Bu peşkeşin de ne olduğunu Sayın Sağlık Bakanının açıklaması gerekmektedir.

İstatistikler bikini gibidir. Her yeri gösterir, en önemli yeri göstermez. O istatistiklerde diyeceksiniz ki, "Bana bir sürü rakam vermeyin. İki rakam soruyorum. Türkiye'de toplanan sağlık sigortası primlerinin miktarı nedir?" Bu kadar. Sonrasında bu rakamı sağlık harcamasıyla karşılaştırın. Primlerin daha fazla olduğunu görürsünüz. Aradaki paranın nereye gittiğini de hükümete sormak lazım. Bu kadar özel hastane zincirinin nasıl finanse edildiğini hükü-mete sormak lazım. Eczacılarla neden bu kadar uğraşılıyor, neden TEB darmadağın edilmeye çalışılıyor bunu hükü-mete sormak lazım. Türk Dişhekimleri Birliği, Türk Tabipleri Birliği aynı şekilde yok edildi. Neden demokratik bir toplumda haklarını örgütlü şekilde savunan insanların örgütleri bombardımana tabi tutuluyor? ●

CHP: Tam gün yasası çıkartılmalı

CHP İstanbul Milletvekili ve CHP Grup Başkanvekili Kemal Kılıçdaroğlu, Hospital Manager'in sorularını yanıtladı.

Türkiye'deki sağlık sistemini Avrupa Birliği ve diğer gelişmiş ülke standartları kapsamında değerlendirdiğinizde nerede görüyorsunuz?

Türkiye'deki sağlık sistemini AB standartları ile karşılaştırdığımızda pek çok açıdan sorunlu olduğunu söyleyebiliriz... Sorunların birden fazla yönü var. Örneğin, politik olarak baktığımızda çok sık değişen ilkelerden yola çıkılarak reform yapma istemi dile getirilmiştir. Reform isteminin siyasal partiler açısından farklılık göstermesini doğal karşılamak gerekir. Ama aynı siyasal parti içinde bakanların tercihlerine göre değişen ilkeler sağlık reformu söylemlerinde istikrarsızlığı gündeme getirmiştir.

Bir başka önemli farklılık, ekonomide yaşanan kayıt dışı çalışmanın yaygınlığıdır. Bugün Türkiye'de en iyimser tahminler, kayıt dışı çalışanların en az kayıtlı çalışanlar kadar olduğudur. Bu tablo sistemin sağlık finansmanının önündeki en büyük engeldir. Kayıt dışı çalışmanın bizdeki yaygınlığı hiçbir AB ülkesinde yoktur.

Sağlıkta etik değerler, AB'deki kadar gelişmemiştir. Dolayısıyla bu konuda duyarlı bir kitlenin varlığı bilinmekle birlikte, bu duyarlılığın geniş kitlelerce içselleştirildiğini söylemek mümkün değildir.

Sağlık alanında yaşanan diğer sorunlar neler?

Sağlık hizmeti sunumunda yeşil kartlıların tablosu insan onuruyla bağdaşmamaktadır. Kişilerin yoksulluğu afişe edilerek sağlık hizmeti verilmemelidir. Koruyucu hekimliğe bugüne değin gerekli önem ve ağırlık verilmemiştir. Bu tablo aslında gelecekte maliyetleri artıran bir unsur olarak, sağlık hizmeti sunumunda karşımıza çıkmaktadır. Prim borçlularına sağlık hizmeti verilmemesi, insan haklarına aykırı bir uygulamadır. O kadar ki, sağlık hizmeti verilmemesi sadece prim borçlusunu kapsamıyor, aynı zamanda borçlunun eşini ve bakmakla yükümlü olduğu anne ve babasını da kapsamaktadır. Bu tablo AB ülkelerinde yoktur...

Türkiye'nin reform konusunda başarılı olduğunu söylenebilir mi?

Sağlık Bakanlığı, 1930'larda çıkan yasalarla yönetilmektedir. Sağlık yönetiminde şayet bir reform yapılacaksa, bu reformun Sağlık Bakanlığından başlaması gerekir...

Reform sadece söylemle olmuyor. Söylemin gerekçelendirildiği sağlıklı bir çalışmanın olması gerekiyor. Türkiye bu konuda başarılı bir ülke değil. Siyasetçi sadece kendisinin baktığı pencereden gördüğü sorunları çözmeye çalışıyor. Oysa sağlık çok boyutlu bir olay... Sağlık çalışanları, hastalar, sağlık ürünleri (ilaç dahil) üreticileri, sağlık ürünlerinin fiyatlandırılması, sağlığın finansmanı, sağlık yönetimi... gibi karmaşık ilişkiler zincirinin çözümlenmesi gerekiyor. Sağlıklı çözümleme için de tablonun tümünün dikkate alınarak verilerin toplanması ve bilimsel yaklaşımı esas alan çalışmaların yapılması gerekiyor. Özetle sağlıkta çözümlerde "analitik düşünmeyi" egemen kılmalıyız...



Kemal Kılıçdaroğlu
CHP İstanbul Milletvekili ve
CHP Grup Başkanvekili

“Sağlık sisteminin finansmanında yaşanan en büyük sorun kayıt dışı çalışmadır. Bu konuda sağlıklı bir politika ise şu ana kadar maalesef oluşturulamadı. Hekimler açısından “tam zamanlı çalışma” esası getirilmelidir. Ancak bu düzenleme yapılırken, hekimin toplum içindeki sosyal konumuna uygun bir ücretlendirme rejimi kabul edilmelidir. Yeşil kart uygulaması kaldırılarak, Uluslararası Çalışma Örgütünün de kabul ettiği “Aile Sigortası” yasalaştırılmalıdır. Böylece yoksulların sağlık sorunu ve yoksullukla mücadele insan onuruyla bağdaşır bir zemine oturtulmalıdır.”


Kemal Kılıçdaroğlu

Son 20 yılda sürdürülebilir bir sağlık sistemi oluşturulma çabalarında yaşanan zorlukların neler olduğunu düşünüyorsunuz?

İki temel neden sayılabilir; bunlardan ilki siyasaldır. Siyasal açıdan temel neden, istikrarlı ve kararlı bir politikanın oluşturulamamasıdır. Çünkü uzun erimli sağlık politikaları oluşturulmamış, güncel sorunların içinde siyasal iktidarlar boğulup gitmişlerdir. İkinci temel neden ise sistemin finansmanında gelinen açmazdır. Geçmişte sistem şu veya bu şekilde finanse edilirken, gelecek sağlıklı sorgulanamamıştır. Bir başka anlatımla gelecekte finansman açısından ortaya çıkacak olumsuz tablo zamanında görülmemiş, yeterince algılanamamıştır. Çözümler, maalesef sistemin kendi kendini finanse edemediği süreçte akla gelmiştir. Daha da üzücü olanı çözümün IMF tarafından dayatılmış olmasıdır.

Yukarıda da değindiğimiz gibi, sistemin finansmanında yaşanan en büyük sorun kayıt dışı çalışmadır. Bu konuda sağlıklı bir politika ise maalesef şu ana kadar oluşturulamamıştır...

Türkiye'nin sağlık alanında gelecek nesillerin garantili bir sağlık sistemine sahip olmaları için radikal reformlara ihtiyacı var mı? Var ise bu reformların temel yapı taşları nelerdir?

Aslında yaptığımız eleştirilerden öneriler de ortaya çıkıyor. Ama özetle yapılması gerekenleri şöyle sıralayabiliriz...

- Sistemin sağlıklı finansmanı için kayıt dışı istihdamı önlemede tutarlı ve uzun erimli bir politika oluşturulmalı.
- Yeşil kart uygulaması kaldırılarak, Uluslararası Çalışma Örgütünün (ILO) de kabul ettiği "Aile Sigortası" yasalaştırılmalı. Böylece yoksulların sağlık sorunu ve yoksullukla mücadele insan onuruyla bağdaşır bir zemine oturtulmalı.
- Hekimler açısından "tam zamanlı çalışma" esası getirilmeli. Ancak bu düzenleme yapılırken, hekimin toplum içindeki sosyal konumuna uygun bir ücretlendirme rejimi kabul edilmeli.
- Sağlık personeli dağılımında bölgesel eşitsizlikleri gidermek için norm kadro uygulamasına geçilmeli.
- Sağlıkta iyi çalışan bir sevk zinciri oluşturulmalı, sağlık, oy kaygısıyla ve "seçime kadar" anlayışıyla geçici politikalara endekslenmemeli.
- Hastane yönetimleri çağdaş anlamda yeniden yapılandırılmalı, yöneticilere daha fazla yetki verilerek, sağlıkta savurganlığa yol açan uygulamalar sonlandırılmalı.
- Koruyucu hekimliğe gerekli önem verilmeli, bu alan tümüyle vergilerle finanse edilerek, yurttaşlar açısından ücretsiz kılınmalı.
- Tıbbi araçların üretiminde, dünyadaki oligopol piyasası dikkate alınarak, Sağlık Bakanlığınca sağlık teknolojileri yakından izlenmeli ve fiyatlandırılmalı... Bu konuda TÜBİTAK ve üniversitelerle işbirliği yapılmalı.
- Özel hastaneler kamu açısından rakip olarak görülmemeli, onların da bir kamu hizmeti sunduğu anlayışı ile işbirliği geliştirilmeli...
- Kuşkusuz, Sağlık Bakanlığı çağdaş anlamda yeniden yapılandırılmalı...
- Yanlış tanı ve tedavi uygulanması sonucu hastanın uğradığı zararların tazmin edilmesine olanak verecek düzenlemeler (hekim sigortası) yapılmalı.

hospital **manager**



Yılın Başarılı Sağlık Girişimcisi ve Yöneticisi Ödülleri

Hospital Manager dergisi her yıl sağlık sektöründe başarı gösteren yönetici ve girişimcileri ödüllendiriyor. Sağlık sektöründe işletmeci ve yönetici olarak çalışanlar bu ödüllere bizzat başvurabiliyor ya da aday gösterilebiliyorlar.

Ödülün Amacı

Ülkemizde sağlık sektöründe başarılı yöneticileri teşvik etmek ve sağlık kuruluşlarında yönetim becerilerinin gelişimini desteklemektir.

Kimler Katılabilir

Kamu ya da özel sağlık kuruluşlarında yönetici pozisyonunda bulunan tüm çalışanlar ve özel sektör girişimcileri bizzat başvurabilir ya da aday gösterilebilir.

Başvuru Yöntemi

Başvurular kişinin kendisi ya da aday gösteren tarafından adayın aşağıda değerlendirme kriterlerinde belirtilen tüm özelliklerini içeren dosyasını yedi kopya olarak 30 Mayıs 2010 tarihine kadar aşağıdaki adrese ulaştırması yeterli olacaktır.

Başvuru Adresi

Hospital Manager
Kuleli Soğak No: 57-1 G.O.P. Ankara Tel: (312) 446 9114

Son Başvuru Tarihi

30 Mayıs 2010

Ödül Kategorileri

1 Yılın En Başarılı Sağlık Yöneticisi
2 Yılın En Başarılı Sağlık Girişimcisi
3 Yılın En Başarılı Kamu Sağlık Yöneticisi
4 Yılın En Başarılı Hemşire Yöneticisi

Ödül Gecesi

Ödüller Haziran 2010 'da İstanbul'da düzenlenecek gecede sahiplerine ulaştırılacaktır.

Ödül Kriterleri

i) Yöneticinin eğitim geçmişi, aldığı yönetim eğitimi, katıldığı seminerler, eğitimler, kongreler ve konferanslar
ii) Yöneticinin sağlık yönetimiyle ilgili yayınları, verdiği konferanslar, eğitimler, seminerler ve yaptığı konuşmalar
iii) Yöneticinin profesyonel ve sivil toplum kuruluşu üyelikleri
iv) Yöneticinin kuruluşuna/topluma kazandırdığı başarılar; yenilikler, gelir artışı, büyüme, ödül, vb.
v) Girişimcinin ortaya koyduğu büyüme, gelir artışı, ödüller

Ödül Jüri Üyeleri


Prof. Dr. Barış Diren


Prof. Dr. Metin Çakmakçı


Prof. Dr. Melih Bulut


Yaşar Yıldırım


Bülent Kıymır


Oğuz Engiz


Meri Bahar

Akdağ: "Devasa bir sağlık reformunu hayata geçirdik"

"Bir ülkenin gelişmişlik düzeyinin en önemli göstergelerinden biri de o ülkede sağlık için harcanan paranın miktarıdır. Sağlık harcamalarında görece bir artıştan söz edilebilir.

Sağlıkta tasarruf ve verimlilik için çok önemli adımlar attık. Ülkemiz sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı %5,7'dir ki, OECD ülkelerinde bu ortalama % 8,9'dur.

Önümüzdeki dönem; Tam Gün Yasası, Kamu Hastane Birlikleri Yasası ve Teşkilat Yasasının çıkarılması; kamu-özel ortaklığı sistemi ve sağlık kentlerinin hayata geçmesiyle, sağlık sistemimiz açısından gerçek bir dönüşüme tanık olacaksınız"

Sağlık Bakanı Recep Akdağ, Hospital Manager'in sorularını yanıtladı.

Avrupa Birliği ülkeleri ve diğer gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında Türkiye, sağlık alanında nerede yer alıyor? Sistemin geldiği noktayı nasıl değerlendiriyorsunuz?

2008 yılında OECD'nin "Sağlık Sistemleri İncelemesi-Türkiye" raporu yayınlandı. OECD üyesi ülkelerin sağlık sistemlerinin güçlü ve zayıf yönlerini tanımlayan, sağlık alanında gerçekleştirilen reformları ve bu reformların sağlayacağı faydaları değerlendiren bir çalışmaydı bu.

Bu raporda diyor ki, "Türkiye sağlık alanında 'devasa' bir reformu etkili bir şekilde hayata geçirebilen birkaç ülkeden biri olmuştur. Türkiye bu haliyle aynı meselelerle mücadele etmekte olan diğer ülkelere iyi bir uygulama örneği teşkil etmektedir."

Bu tespitler önemlidir, çünkü sağlık sistemimizin dışarıdan bir bakışla değerlendirilmesidir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile 7 yıl içinde sağlık alanında "Yapılamaz" denilen işleri yaptık, çok önemli uygulamaları hayata geçirdik. Vatandaşlarımızın gelişmiş ülke standartlarında sağlık hizmeti alması için çalıştık.

Kısaca özetler misiniz?

Öncelikle Sağlık Bakanlığının planlama, düzenleme ve denetleme rolünü güçlendirdik. Bunun için SSK ve diğer kurumlara bağlı hastaneleri Bakanlığımız çatısı altında topladık. Sağlık hizmetlerini, ayrım gözetmeden ve farklı uygulamalara meydan vermeden bütün vatandaşımıza ulaştırmaya çalıştık. Böylece vatandaşlarımız, üniversite hastaneleri ve özel hastaneler dâhil, istediği her hastaneye gidebilme imkânı elde etti.

Performansa dayalı ek ödeme sistemini getirdik. Bu sayede, hekimlerin büyük çoğunluğu hastanelerde tam gün çalışmaya başladı, vatandaşlarımızın özel muayenehanelere uğrama mecburiyeti büyük ölçüde azaldı. Aile hekimliği uygulamasına başladık. Uygulama çerçevesinde, şu anda, 35 ilimizde 22,5 milyon vatandaşımıza hizmet sunmaktayız. Aile hekimliği uygulamasına geçtiğimiz illerde, muayene için hastaneye başvurma oranı gerilerken, birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurma oranı artmış; hastanelerdeki lüzumsuz yığılmalar önemli oranda azalmıştır.



Recep Akdağ Sağlık Bakanı

2010 yılı sonuna kadar uygulamayı tüm ülkeye yaymayı planlıyoruz. Sağlık hizmetlerinin ülke genelinde dengeli dağılımı için tesis, insan gücü ve tıbbi cihaz planlamalarını sağlayan politikalar oluşturduk. İlaçtaki KDV oranını düşürdük, ilaç fiyatlandırma sistemini değiştirdik. Böylece ilaç fiyatlarında önemli oranda indirim sağlanmış ve ilaç harcamalarının hem kamu hem de vatandaşa olan yükü büyük ölçüde hafifletilmiş oldu. Bu düzenlemeler, ilaca erişimin yaygınlaştırılmasında da önemli rol oynadı. SSK'lı ve yeşil kartlı vatandaşlarımızın ilaçlarını serbest eczanelerden alabilmelerini sağladık.

2002 yılında 618 olan kara ambulans sayısını 2.250'ye yükselttik ve mevcut tüm ambulansları "Avrupa Kara Ambulans Standardı"na uygun hale getirdik. 2002'de 481 olan 112 acil istasyonu sayısını bugün itibarıyla 1460'a çıkardık. Coğrafya ve iklim şartları sebebiyle ulaşımda güçlük çekilen bölgelerde kullanılmak üzere "kar paletli ambulans"ları, "deniz ambulansları" ve "helikopter ambulansları" hizmete soktuk. Ayrıca, afetlere yönelik olarak Avrupa'nın en büyük tıbbi kurtarma ekibini kurduk.

Kanser taramaları konusunda da önemli mesafeler aldık. Kısaca KETEM dediğimiz Kanser Tarama Erken Teşhis ve Eğitim Merkezleri bugün bütün illerimizde faaliyet gösteriyor. Kanserli hastaların özel hastaneler de dâhil olmak üzere ücretsiz tedavi edilmesini sağladık. Bu çalışmalarımız sonucunda Türkiye, Dünya Sağlık Teşkilatı tarafından yayınlanan 2008 Kanser Raporu'nda, kanser kontrol stratejisi açısından "**örnek ülke"** ilân edilmiştir.

1980 yılında hedef çocuk nüfusunun aşılama oranı yurt genelinde %42, 2002'de %78 iken bugün bu oran %96'ya ulaşmıştır. Bugün dünyada sadece gelişmiş ülkeler bu orana ulaşmıştır.

Ülkemiz artık sıtmayla, tifoyla, kızamıkla boğuşan bir ülke olmaktan çıkmıştır. 2001 yılında ülkemizde kızamık vaka sayısı 30 bin civarında iken bugün vaka sayımız sıfır olmuştur.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile başardıklarımızı özetledim. Bu kadarı bile sağlık sistemimizin geldiği noktayı açıkça ortaya koymaktadır. Kamuoyumuz da bu gelişmeleri çok iyi görüp takdir etmektedir.

Sağlık harcamalarının artışından endişe ediliyor ve tasarruf tedbirlerinden söz ediliyor. Sağlıkta tasarruf tedbirleri alınabilir mi? Hangi alanlarda bu mümkün olabilir?

Bu konuda görece bir artıştan söz edilebilir. Meseleye şöyle bakmak lazım, bir ülkenin gelişmişlik düzeyinin en önemli göstergelerinden birisi de o ülkede sağlık için harcanan paranın miktarıdır. Daha önce de kısaca belirttim, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile vatandaşlarımızın sağlık kuruluşlarına ve ilaca erişimini kolaylaştırdık; aldığı sağlık hizmetinin kalitesini artırdık. 18 yaş altındaki tüm vatandaşlarımızı Genel Sağlık Sigortası kapsamına aldık. Yine acil durumlarda, salgın hastalıklarda, iş ve meslek hastalıklarında sağlık hizmetini ücretsiz sunmaya başladık. Bunlar elbette, sağlık harcamalarının artmasına sebep olacak hizmetlerdir. Doğrusu, bunu bekliyorduk, hazırlıklarımızı yapmıştık.

Sağlıkta israfın ve suiistimalin önlenmesi amacıyla, öncelikle yeşil kart sistemini masaya yatırdık. Bu konuda çok ciddi bir çalışma gerçekleştirdik. Yine, bu çerçevede, akılcı ilaç ve malzeme kullanımını temin etmek amacıyla referans fiyat sistemini hayata geçirdik, geri ödeme komisyonları oluşturduk. Özetle, sağlıkta tasarruf ve verimlilik için çok önemli adımlar attık. Şunu da belirtmek isterim ki, söz konusu artış eğilimine rağmen, ülkemiz sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı %5,7'dir ki, OECD ülkelerinde bu ortalama % 8,9'dur.

Gelecek nesillerin daha kaliteli ve sürdürülebilir bir sağlık sistemine sahip olabilmeleri için hangi adımlar atılmalı? Önümüzdeki dönem için planlarınız neler?

Sağlıkta Dönüşüm Programının esas hedefi halkımıza layık olduğu çağdaş sağlık hizmetini verebilmek ve ülkemiz için güçlü bir sağlık sistemi oluşturmaktır. 7 yıldır uyguladığımız bu programla bu hedefi büyük ölçüde gerçekleştirdik. Bunlara ek olarak mesela, ülkemizin sigara açısından "Dumansız Hava Sahası" haline gelmesi için çok etkili bir mücadele yürüttük. Bu mücadelemiz, dünya çapında takdir gördü, başka ülkelere örnek oldu. Yine, çağımızın en büyük sağlık sorunlarından olan obezite ve kalp-damar hastalıklarıyla mücadele için ulusal eylem planları hazırladık. Önümüzdeki dönemde, bu planlar çerçevesinde, bu iki alanda, Bakanlığımız önderliğinde, ülkemizde çok etkin bir mücadeleye şahit olacaksınız. Aynı şekilde, diyabetle mücadele konusunda da bir ulusal eylem planı hazırlığı içerisindeyiz.

Önümüzdeki dönemde, Tam Gün Yasasının, Kamu Hastane Birlikleri Yasasının ve Bakanlığımızın, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile belirlenen yeni çerçevesine uygun biçimde örgütlenmesini sağlayacak Teşkilat Yasasının çıkarılması ile kamu-özel ortaklığı sistemi ve sağlık kentlerinin hayata geçmesiyle, sağlık sistemimiz açısından gerçek bir dönüşüme tanık olacaksınız.

City of London College

Sağlık Yöneticisinin Başucu Dosyası

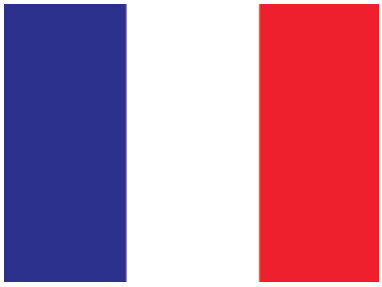


Ülkelere göre sağlık sistemleri nasıl işliyor?

Ülkelere göre sağlık sistemleri nasıl işliyor?

Türkiye'de yapılan sağlık reformlarını ele alan Hospital Manager, diğer ülkelerde sağlık sisteminin nasıl yürütüldüğüne ilişkin kısa bir derleme yaptı. İşte ülkelere göre sağlık sistemlerinin ana hatları:

Fransa



Fransız sağlık sistemi ağırlıklı olarak gelir vergileri, çalışan ve işverenlerden gelen sosyal sağlık sigortası katılım payları ile finanse ediliyor. Sağlık hizmetleri tedariki ve ödemeleri, sağlık sigortası programları ve devlet tarafından ödeniyor ve özel hekimler ile kamu ve özel (kâr-amaçlı ve kâr-amaçsız) hastaneler tarafından sunuluyor.

2000 yılında ortalama kişi başı sağlık harcamaları 253 euro olarak belirlendi ve bunun içinde hekim muayeneleri için ödenen katkı paylarına yönelik ortalama harcama 10 euro oldu. Tüm katkı payları, tamamlayıcı isteğe bağlı sağlık sigortası (VHI) poliçeleri kapsamında geri ödenebiliyor. Geri ödemenin miktarı poliçeye göre belirleniyor. Fransa'da yasal olarak ikamet eden herkes kamu sağlık sigortası kapsamında. Nüfusun sigortadan çıkması söz konusu değil.

Belçika



Merkezi düzeyde sağlıktan esas sorumlu Bakanlık; Halk Sağlığı, Sosyal İlişkiler ve Çevre Bakanlığıdır. Ayrıca Milli Eğitim ve Kültür Bakanlığı ile belediyelerin de sağlık ve çevre konularında bazı görev ve işlevleri vardır. Sağlık hizmetlerini, hem kamu hem de özel kurumlar veriyor. Hizmet sunumu büyük ölçüde özel sektör tarafından sağlanıyor.

Sağlığın finansmanı konusunda yetkili kurum, zorunlu sigortacılık hizmeti veren Hastalık ve Sakatlık Sigortası Kurumudur (Institute of Sickness and Disability Insurance). Kişi de hizmet aldığı kurumda bir miktar cepten ödeme ile sisteme katkıda bulunuyor. Bu ödeme masrafın %25'inden fazla olamaz.

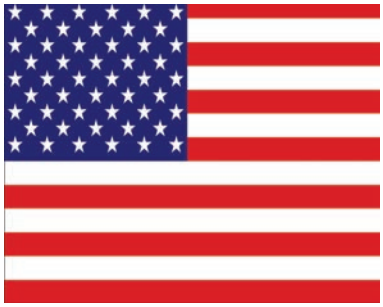
İngiltere



Her İngiliz vatandaşının bir genel pratisyenin listesine üye olması ve tamamen vergilerle finanse edilen sistem, hizmeti kullanma sırasında ücretsiz olarak tüm 1. basamak sağlık hizmetlerinden faydalanma imkanı veriyor. Genel pratisyenler özel statüde ancak kamu tarafından finanse ediliyor. Her genel pratisyen listesindeki kişi sayısı, koruyucu hekimliğe yönelik olmak üzere, gerçekleştirdiği bazı

uygulamalar gibi kriterlerin göz önüne alındığı bir formüle göre hesaplanan bir gelir elde ediyor. 2. ve 3. basamak hizmetler de gene kamu tarafından finanse ediliyor ve hizmet 1991'de ortaya çıkan küçük bir nüansla, kamu hastaneleri tarafından veriliyor. Tamamen vergilerle finanse edilen bu sistemde her İngiliz vatandaşı tüm hastane hizmetlerinden faydalanma hakkına sahip.

ABD



Amerika Birleşik Devletlerinde karşımıza büyük ölçüde özel sigortalar tarafından finanse edilen ve özel sağlık kurumlarına dayanan bir model çıkıyor. Nüfusun büyük çoğunluğu özel sağlık sigortasına sahip ve hizmet sunumu büyük ölçüde özel sağlık kuruluşları ve serbest çalışan hekimler tarafından veriliyor. 1. basamak sağlık hizmetleri örgütlenmesi çok kuvvetli değil ve kişi başına düşen sağlık harcamaları son derece yüksek.

Sağlığa ayrılan payın GSMH'ye oranı %15'ler düzeyinde. Bu oran OECD ortalamasının yaklaşık iki katına denk geliyor.

Ekonomik düzeyi düşük kesimler ise 1. basamak hizmetlerinin iyi organize edilmediği bu modelde son derece yetersiz koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri ile karşı karşıya. Bu ciddi sorunu aşmak için iki program devreye sokuldu. Bunlar emekliler ve gelir düzeyi düşük kişilerin sağlık giderlerini üstlenen Medicare ve Medicaid programları. Bu iki program ağırlıkla özel finansmana dayanan ABD sağlık sistemi içinde yer alan kamu finansmanına birer örnek.

Letonya



Letonya'da sağlık hizmetlerinin sunumu belediyeler ve Refah Bakanlığı arasında paylaşılmış durumda. Sağlık sisteminin yapılanmasında temel ilke, yerel yapıların rolünü geliştirerek sağlık hizmetlerinde desantralizasyonun sağlanmasıdır. Letonya'da kamu sağlık hizmetlerinin finansmanı genel vergilerden karşılanıyor.

Almanya



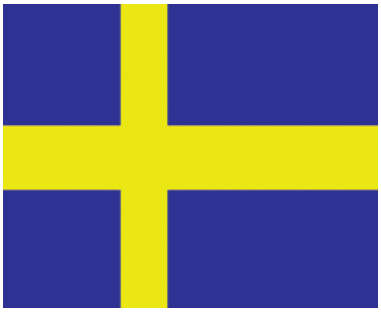
Almanya'da, bazı özel klinikler hariç sağlık sigortası olan herkes, istediği hastaneye başvurabiliyor. Hastalar normal durumlarda bir doktor tarafından hastaneye havale ediliyor. Hastane masrafları hastalık sigortası tarafından ödeniyor. Hastane masraflarının bir miktarı ise hasta tarafından karşılanıyor. Almanya'da hemen hemen herkesin, pratisyen olan bir ev doktoru var. 1/1/2004 tarihinden itibaren doktor muayenesine gidildiğinde kişi yasal bir sağlık sigortası üyesi ise yılın her üç aylık dönemi için 10 euro ödenmek zorunda. Pratisyen veya uzman doktor veya fizyoterapist ziyaretlerinde bu ücret ödeniyor. Sevk durumunda bu ücret ödenmiyor.

İsveç

Sağlık hizmetlerinin tüm nüfus için sağlanması ve finanse edilmesi devletin sorumluluğundadır. İl kurulları, tüm hizmetlerin kontrol edilmesi ve toplanan vergiler yoluyla gereksinim olan finansal kaynakları sağlamak ile görevlidir. Böylece İsveç'te sağlık hizmetlerinin sorumluluğu 26 coğrafi bölgedeki yerel politikacılar (yöneticiler) tarafından üstlenilmiştir.

1993 yılında sağlık harcamalarının maliyeti ilaç ve diş sağlığı hizmetleri dahil olmak üzere 16.5 milyar dolardır. Bu genel bütçenin %7,6'sıdır. Bu harcamaların %90'ı il kurulları ve 3 büyük belediye tarafından yapılmaktadır. İl kurullarının ve belediyelerin gelirlerinin %74'ü vergilerden, %12'si hükümet bütçesinden, geri kalanı ise hasta ödemelerinden karşılanmaktadır.

İsveç'teki sistem hasta yararına olan bir sistemdir. Hastane bakımı 16 yaşından küçük çocuklar için ücretsizdir. Hastanede bir gün kalmanın ücreti 12 dolardır. Her il kurulu kendi bölgesindeki ayaktan hasta tedavi ücretini kendisi belirler. Bu 9 ile 21 dolar arasında değişmektedir. Hastanede bir uzmanın konsültasyon ücreti veya özel doktor muayene ücreti ise 15 ile 39 dolar arasında değişmektedir. Hastaların ödediği ücreti sınırlandırmak için tavan bir ücret vardır. Tıbbi bakım ve ilaç için en az 270 dolar ödeyen bir hastanın, yılın kalan zamanlarında sağlık hizmeti alması gerekirse tıbbi bakım ve ilaç ihtiyacı ücretsiz karşılanmaktadır.



Estonya



Estonya'da Sosyal İşler Bakanlığı, ülkedeki sağlık politikasının ve hizmetlerinin sunumundan sorumlu tek yetkilidir. 1993 yılında, Sağlık Bakanlığı ile Sosyal Refah ve Çalışma Bakanlığının birleştirilmesiyle oluşturulan Sosyal İşler Bakanlığı, tüm sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetlerden, bu alanlarda politika oluşturulmasından, planlamadan ve veri toplamadan sorumludur.

Güney Kıbrıs Rum Yönetimi



Güney Kıbrıs'ta sağlık hizmetlerinin finansmanı genel bütçeden karşılanıyor. Son yıllarda özel sağlık kuruluşlarına talebin artması, uzmanlaşmış tedaviler sunan birçok özel kliniğin de sektörde yer almasına yol açtı. Bu durum, Güney Kıbrıs'taki kamu sağlık harcamalarına ayrılan payın, tüm sağlık harcamalarına ayrılan payın %40'dan daha düşük bir seviyede olması sonucunu doğurdu.

İrlanda



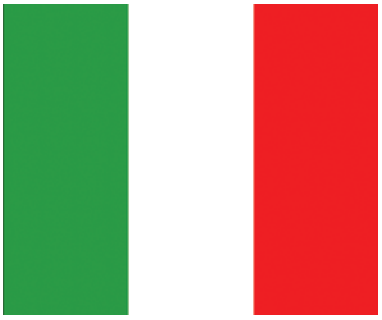
Merkezi düzeyde sağlıktan esas sorumlu Bakanlık Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığıdır. Hizmetler resmi ve özel kuruluşlarca sunulmaktadır. Sağlığın finansmanı, merkezi hükümet bütçesinden karşılanmaktadır. Halkın %38'i tüm hizmetlerinden ücretsiz yararlanmaktadır. Hem kamu hem de özel istihdam söz konusudur.

Litvanya



Sağlık Bakanlığı, ülkedeki bütün sağlık sisteminin denetiminden sorumludur. Litvanya'da sağlık sektöründe özel kesim oldukça önemli bir yer tutuyor. Özellikle diş tedavisi, kozmetik cerrahi, psikoterapi ve jinekoloji alanında özel sektörün rolü büyüktür.

İtalya



Merkezi düzeyde sağlıktan esas sorumlu Bakanlık Sağlık Bakanlığıdır. Bir ulusal sağlık sistemi vardır ve hizmet birimleri ve hastanelerin büyük çoğunluğu kamuya bağlıdır. Son yıllarda temel sağlık hizmetlerine büyük önem verilmektedir.

Sağlığın finansmanı konusunda vergiye dayalı bir finansman sistemi vardır ve hizmet birimlerinde ücret uygulaması çok ender görülmektedir. Hizmet sunumunda istihdamın büyük çoğunluğu kamu tarafından yapılmaktadır.

Avusturya



Avusturya'da karmaşık bir sistem vardır. Sağlık Bakanlığı yalnızca bir koordinatör konumundadır. Sistem, sağlık sigortaları aracılığıyla finanse edilmektedir. Birinci basamakta çalışan hekimlerin büyük çoğunluğu serbest olarak çalışmaktadır. Hizmetlerin sunumunda büyük çoğunlukta özel istihdam söz konusudur.

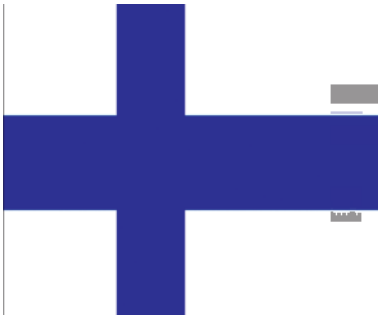
Polonya

Sağlık ve Sosyal Refah Bakanlığı genel olarak ülkedeki ulusal sağlık politikasının uygulanmasından ve büyük çaptaki sermaye yatırımlarından sorumludur. Kamu sağlık sektörü büyük ölçüde gelirlerden alınan primlerle finanse edilmektedir. Çalışanlar, ücretlerinden sosyal sigorta primleri kesildikten sonra kalan brüt gelirleri üzerinden %7,5 ödemektedir. Sakatlık, emeklilik gibi diğer teminatlar da prim kesintisine tabidir.

Polonya'da da, sağlık hizmetlerinin sunumunda desantralizasyon modeli benimsenmiştir. 1999'da yeni bir ulusal sağlık sigorta sistemini uygulamaya koyan Polonya'da aile hekimleri, temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesinde önemli bir paya sahip olmuştur.



Finlandiya



Merkezi düzeyde Sağlık ve Sosyal İşler Bakanlığı hizmetlerin genel koordinasyonundan sorumludur. Sağlık hizmetlerinden esas sorumlu makam belediyelerdir. Sistemin finansmanı genel vergiler ve genel bütçe yoluyla karşılanmaktadır. Bunların bir kısmı merkezi hükümet, diğer bir kısmı da belediyeler aracılığıyla toplanmaktadır. Sistem pratisyen hekimliğe dayalıdır ve büyük çoğunlukla kamu istihdamı söz konusudur.

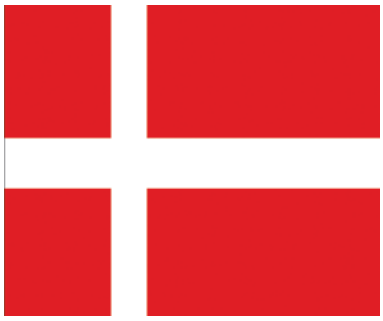
Macaristan



Sağlık hizmetlerinin sunumu anayasal bir zorunluluk olarak devletin sorumluluğundadır. Devlet, tüm vatandaşlarının sağlık hizmetlerine erişimini sağlamak zorundadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı Sağlık Sigortası Fonu tarafından karşılanıyor. Hükümet, sağlık hizmetlerinin temel düzenleyicisi, Sağlık Sigortası Fonunun denetleyicisi ve Ulusal Sağlık Sigortası Fonu Yönetiminin kontrolünü elinde tutan otoritedir.

Temel sağlık hizmetlerinin sunumunda belediyeler asıl görevlidir. 2. ve 3. basamak sağlık hizmetlerinin sunumu ise; belediyeler, yerel yönetim birimleri, ulusal hükümet ve küçük çapta da olsa özel sektör tarafından yürütülüyor.

Danimarka



Merkezi düzeyde sağlıktan esas sorumlu Bakanlık Sağlık Bakanlığıdır. Bir Ulusal Sağlık Sistemi vardır, ancak hizmetler desantralize edilmiş olup yürütme yetkisi yerel yönetimlere bırakılmıştır. Bu nedenle de yerel yönetimler sağlık hizmetlerinde önemli bir inisiyatif ve işleve sahiptir.

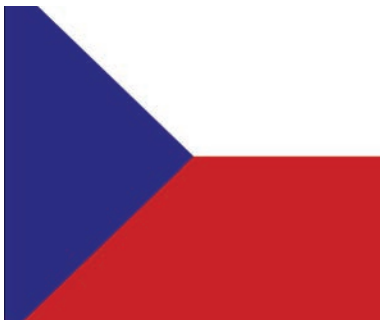
Sağlık hizmetlerinin finansmanı büyük oranda genel bütçeden karşılanır ve halkın %95'i buna dahildir (birinci grup sigorta). Halkın geri kalan %5'i ikinci tip sigortaya dahildir. Bunlar ekstra bir ücret (prim) öderler ve karşılığında hekim seçme hakları vardır.

Slovakya



Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetlerinden ve sağlığın korunmasından sorumlu temel birimdir. Halk sağlığı politikasının önceliklerini belirler, sağlık hizmetlerini yönetir ve hizmetlerin sunumunu gözetmekle yükümlüdür. Sağlık hizmetlerinin korunmasını, sürekliliğini ve geliştirilmesi amaçlayan ulusal programların uygulanması da Sağlık Bakanlığının sorumluluğundadır. Ayrıca, sağlık eğitiminin yürütülmesi ve kontrolü de Bakanlığın sorumluluğundadır.

Çek Cumhuriyeti



Sağlık hizmetlerinin finansmanı, Sağlık Bakanlığı denetiminde bulunan sağlık sigortası şirketleri tarafından sağlanıyor. Hastaneler genellikle Sağlık Bakanlığının ya da belediyelerin elinde, ancak sınırlı sayıda da olsa özel hastane mevcut. Belediyelerin temel sağlık hizmeti veren ayrıca kendi sağlık merkezleri ve poliklinikleri var.

Bütün sağlık sigortası şirketleri ve sistem devlet garantisi altında ve devlet sağlık sigortası şirketlerinin teftiş kurullarının yönetimine katılmakta.

Sağlık hizmetleri temel olarak zorunlu kamu sağlık sigortası üzerinden sağlanıyor. Kamu sağlık sigorta sistemi 9 sigorta şirketinden oluşuyor. Sistem (hastalık fonu) yasal olarak belirlenmiş standart sağlık bakım paketi sağlıyor. İlave olarak bireyler sözleşmeli sağlık sigortası yaptırabiliyor.

Lüksemburg





Merkezi düzeyde sağlıktan esas sorumlu Bakanlık Sağlık ve Sosyal Güvenlik Bakanlığıdır. Sistem, sağlık sigortaları aracılığıyla finanse edilmektedir. Hizmetlerin sunumunda hem kamu hem de özel istihdam söz konusudur.

Amerika Birleşik Devletleri Reformunu Arıyor

Beril Öngen



İnanması zor değil mi? 2001 yılından sonra politik nedenlerle azalan hasta akışını saymazsak, senelerdir dünyanın her köşesinden ödeme gücü olan hastaların en iyi tedaviler, en iyi hekimler ve en son teknolojiler için akın akın gittiği Amerika Birleşik Devletleri (ABD), sağlık sistemini reforme etmeye çalışıyor. İyi de, yanlış olan, yolunda gitmeyen, düzelmesi gereken nedir ki? Buradaki kilit nokta sağlık sisteminin genel performansı ile dünyaca ünlü, sayılı tıp merkezinde verilen hizmetin kalitesinin birbirinden apayrı hususlar olduğu. Ve evet, dünyanın en iyi hastanelerinin bulunduğu ülke dünyanın en iyi sağlık sistemine sahip olmayabilir.

Ülkelerin sağlık sistemlerini değerlendirmenin birçok yolu vardır; birkaç farklı açıdan yaklaşılarak perfomans ölçülebilir. En sık kullanılan ve yorumlanması en kolay yöntem, "benzeşlerle karşılaştırma"dır. Bu bağlamda, ABD sağlık sistemi diğer gelişmiş/sanayileşmiş/yüksek gelir düzeyindeki ülkelerle karşılaştırılmaktadır. Bu ülkelerin hepsini bir arada Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü'nde (OECD) bulmak mümkün. Türkiye'nin de aralarında bulunduğu 30 üyesi olan OECD, 40 yılı aşkın süredir ekonomik ve sosyal konularda güvenilir ve karşılaştırılabilir veri üretip, analiz edip, trendleri takip etmektedir. (Üye ülkelerin arasında ABD, Avustralya, İngiltere, Norveç, Kanada, Japonya, İsveç, İsviçre, Hollanda, Danimarka da bulunmaktadır). Gelişmiş diğer ülkelerle ABD'ini karşılaştırırken ortaya çıkan en önemli ve şaşırtıcı durum sağlığa kişi, başına herkesten fazla harcamasına rağmen, sağlıkla ilgili sonuçlarının herkesten iyi olmadığıdır.

2007 yılında ABD'inde kişi başına sağlığa $7,290 (US $ PPP) harcanırken, bu rakam Kanada'da $3,895, Hollanda'da $3,837, Avustralya'da $3,357, İsviçre'de ise $4,417 olarak karşımıza çıkmaktadır. Aynı yıl, GSMH'nın yüzde kaçı sağlığa ayrılmış diye baktığımızda ABD gene açık ara öndedir: %16. Bu oran sadece Fransa'da %10'un üzerindedir, o da %11! Tabi ki bir ülkede salt sağlığa ne kadar bütçe ayrıldığına bakarak işlerin yolunda gitmediğini söylemek doğru olmaz.



Barack Obama
ABD Başkanı

“Başkan Obama’nın sağlık reformunda bundan sonraki adımı; Temsilciler Meclisi ve Senato’dan çıkan yasa tasarılarının bir konferans komitesinde birleştirilip, nihai hale getirilmesidir. 2010 yılının ilk ayları, reform programına son şeklin verileceği çetin pazarlıklarına sahne olacak gibi görünüyor. Sağlık güvencesi olmayanların kapsam dahiline alınması, ödeme gücü sebebiyle hizmete erişimde karşılaşılan engellerin ortadan kaldırılması, sistemdeki verimsizliklerin giderilmesi, maliyetlerin kontrol altına alınması ve sağlıkla ilgili sonuçların diğer gelişmiş ülkeler düzeyine çekilmesi hedeflerine ne derece ulaşılabileceğini hep beraber izleyip, göreceğiz”

Nihayetinde, bu durum toplumsal öncelikler, sosyo-politik tercihler ve devletin sektördeki geleneksel rolü gibi açılardan izah edilebilir. Fakat, resme bu harcamaların karşılığında alınan (ya da alınamayan) sonuçlar eklendiğinde anlamlı bir performans değerlendirmesi yapmak mümkün olacaktır. Bu noktada OECD verilerine ek olarak Dünya Sağlık Örgütünün 192 ülke için yayınladığı göstergeler de tamamlayıcı olarak kullanılabilir. İşte ülkeler arasındaki bu farklar ülkelerin sağlık sektör ve sistemle-rinin performanslarına ışık tutmaktadır.

ABD en son yayınlanan verilere (2005-2006 yıllarına ait) göre 30 OECD ülkesi arasında, doğumda beklenen yaşam süresinde 24. sırada; bebek ölüm hızında 28. sırada; anne ölüm oranında 26.sırada; ve düşük doğum ağırlığında ise 26. sırada yer almaktadır. (1. sıra en başarılı sonuçlara sahip, 30. sıra ise grup içinde en kötü durumda olan ülke anlamına gelmektedir). Dünya Sağlık Örgütü'nün 1990 yılında yarattığı, ülke genelindeki prematür mortalite ve tam sağlıklı olmamak sebebiyle kaybedilen yılların toplamını gösteren DALY (Disability Adjusted Life Years) komposit indikatörüne baktığımızda ise, sağlığa dünyanın en fazla para harcayan ülkesi ABD'nin 35. sırada olduğunu görüyoruz.

2007 yılında Commonwealth Foundation tarafından 7 OECD ülkesinden toplam 12,000 kişi arasında yapılan ankete göre: Amerikalıların %34'ü sağlık sistemlerinin tamamen yenilenmesi/değişmesi gerektiğine inanırken, bu oran Hollanda'da %9, Kanada'da %12 olarak çıkmış. "Geçtiğimiz yıl içinde maliyet sebebiyle bakıma erişmekte sorun yaşadınız mı?" sorusuna ise ABD'indeki anket cevaplayıcılarının %37si "evet" derken, Hollanda'da %5, İngiltere'de %8 ve Kanada'da %12 bu soruya "evet" cevabı vermiş.

Halk arasında yaygın olan bu hissiyatler politikacılar tarafından da paylaşılmaktadır: 2008 başkanlık seçim kampanyasında her iki adayın da en önemli konu ve seçim vaadlerinden biri, sağlık reformu idi. Barack Obama başkanlığının ilk senesindeki bir numaralı domestik önceliğin sağlık reformu olduğunu söylemek de yanlış olmayacaktır. **www.healthreform.gov** ve **www.whitehouse.gov/issues/health-care** sitelerinden sağlık sisteminin yeniden yapılandırılmasıyla ilgili vizyonunu ve taahhütlerini paylaşan Obama yönetiminin reform çalışmalarına geçmeden önce ülkede sağlık reformu çabalarının geçmişine değinmek gerekir. Gelişmiş ülke-ler arasında tüm vatandaşlarını kapsayan bir sigorta sistemi olmayan tek ülke ABD'nde bu anlamdaki ilk adım, Başkan Roosevelt tarafından 1935 yılında hayata geçirilen sosyal güvenlik programıyla atıldı. 1965 yılında baş layan, 65 yaşının üzerindekileri kapsayan federal program Medicare ve gelir düzeyi düşük vatandaşların faydalandığı federal/eyalet ortak programı Medicaid bugün toplam 95 milyon Amerikalının sağlık güvencesidir. 160 milyon kişi ise, sistemin belkemiği olan, işveren aracılığıyla yapılan sağlık sigortasından faydalanmaktadır. Medicare'den faydalanmak için yeterince yaşlı, Medicaid'ten faydalanmak için yeterince fakir olmayan; fakat istihdam edildikleri küçük ve orta ölçekli işverenleri tarafından da kendile-rine sağlık sigortası sunulmayan 45 milyon civarındaki kişinin ise hiçbir güvencesi bulunmamaktadır. İşte bu kitle, günümüz reform çabalarının da, 1993 yılında Bill Clinton yönetimi tarafından gerçekleştirilmeye çalışılan (fakat hezimetle sonuçlanan) reformun da ana hedefidir.

ABD Başkanı sosyalist içerikli nitelendirilebilen sağlık reformunu hayata geçirebilicek mi?

Bugünün Dışişleri Bakanı, o günün First Lady'si Hillary Clinton önderliğinde hazırlanan 240,000 kelimeden oluşan 1993-1994 sağlık reformu yasa taslağı Cumhuriyetçiler, sigorta şirketleri ve diğer güçlü lobiler tarafından tarihe gömülmüştür. 2009 yılı yazına geldiğimizde, Obama yönetimi tarafından önce ilaç sektörüyle masaya oturarak ve karşılıklı çeşitli taahhütlerde anlaşılarak başlayan reform çalışmaları ve kongrenin çeşitli komitelerinde yapılan görüşmeleri takiben, sağlık reformu yasa tasarıları 7 Kasım'da Temsilciler Meclisi'nde, 24 Aralık'ta ise Senato'dan geçmiştir. Bu iki ayrı tasarı arasındaki en büyük fark, 45 milyon kişinin sağlık güvencesine ve sağlık hizmetlerine erişimini sağlamak üzere devletin oynayacağı rol; Temsilciler Meclisi'nde geçen tasarı devletin de özel sigorta poliçeleriyle rekabet edecek, daha ucuz bir sigorta alternatifi sunmasını öngörüyor. Senatonun yasa taslağında ise devlet yerine kar amacı gütmeyen bir kooperatif ya da sigorta borsası oluşumunun regülasyonu ve faaliyeti öngörülüyor. Taslaklar arasındaki bu kritik fark Demokratlar ve Cumhuriyetçiler arasındaki önemli prensip ve fikir ayrılığıyla da paralellik gösteriyor. Cumhuriyetçiler devletin daha fazla büyümesine ve sağlık sigortacılığında bir oyuncu olmasına şiddetle karşı çıkarken; Demokratlar sistemdeki majör aksaklıkların ancak devletin özel sektör dinamiklerine müdahil olmasıyla giderilebileceğine inanıyor.

Başkan Obama'nın sağlık reformunda bundan sonraki adımı; Temsilciler Meclisi ve Senato'dan çıkan yasa tasarılarının bir konferans komitesinde birleştirilip, nihai hale getirilmesidir. 2010 yılının ilk ayları, reform programına son şeklin verileceği çetin pazarlıklarına sahne olacak gibi görünüyor. Sağlık güvencesi olmayanların kapsam dahiline alınması, ödeme gücü sebebiyle hizmete erişimde karşılaşılan engellerin ortadan kaldırılması, sistemdeki verimsizliklerin giderilmesi, maliyetlerin kontrol altına alınması ve sağlıkla ilgili sonuçların diğer gelişmiş ülkeler düzeyine çekilmesi hedeflerine ne derece ulaşılabileceğini hep beraber izleyip, göreceğiz.









KURT & KURT

www.kurt.com.tr

Sağlığa atılan teknolojik imza

* Bilgisayarlı Tomografi
* Açık Manyetik Rezonans
* Ultrason
* Kemik Densitometre
* Mamografi
* Röntgen Sistemleri
* PACS Sistemleri
* Endoskopi
* Lazer Kamera
* CR Sistemleri

Türkiye'nin ilk medikal firmalarından olan **Kurt & Kurt A.Ş.**, uzun vadeli çözümlerin ve hizmetlerin partneri olarak, üstün kalite, güven, sürekli gelişim ve başarıyla verdiği hizmeti 30 yılı aşkın tecrübesiyle devam ettirmektedir.

HITACHI
PENTAX
NORLAND
VILLA
METALTRONICA
SECTRA
KONICA MINOLTA

AIRIS *Elite*

dwt | mandalina

Çağda Zırh



İngiltere'de Sağlık Reformlarına Genel Bir Bakış

NHS (National Health Service - Ulusal Sağlık Hizmeti) olarak anılan İngiltere sağlık sistemi 1948 yılında genel hastane hizmetleri, diş, oftalmik, eczacılık ve aile hekimliği servislerinin tek çatı altında toplanmasıyla kurulmuş ve çeşitli yeniden yapılandırmalarla günümüze değin gelmiştir. NHS'in geçirdiği dönüşümleri temel olarak üç dönemde ele almak mümkündür.

İlk önemli reform dönemi 1976 ve 1989 yılları arasında yaşanır ve gelişmiş teknolojinin sağlık hizmetlerine uygulanması ve yaşlı nüfusun artmasıyla yükselen giderleri düşürmeyi amaçlamaktadır. 1973 ve 1979 Petrol Krizleriyle yaşanan ekonomik krizlerle mücadele, IMF ile yapılan anlaşmalar çerçevesinde verimliliğin geliştirilmesi bu döneme damgasını vuran diğer reformlara işaret etmektedir.

1989 ve 1997 yılları arasını kapsayan ikinci reform dönemi Muhafazakar Parti'nin iktidarını pekiştirdiği yıllardır ve sağlık sektöründe bir "iç pazar" yaratma hedefiyle hızlı bir özelleştirme programı uygulanır. Hizmet sunumu ve hizmetin finansmanı kurumsal olarak birbirinden ayrılır. Böylece sağlık idareleri ve aile hekimleri "hizmet alıcısı", hastaneler ise "hizmet sağlayıcısı" olarak özelleştirme ile oluşturulan bu iç pazarda rekabet eden kurumlar olarak yeniden yapılandırılır. 1997 yılında İşçi Parti'sinin iktidarıyla başlayan üçüncü dönemde ise birinci basamak sağlık hizmetleri yetkileri genişletilerek, sağlık hizmetlerine ulaşmakta hastalara tercih hakkı tanınmaya başlanır. 2000 yılında yayınlanan 10 yıllık NHS çalışma planında hasta odaklı bir sağlık sistemine geçişin hedeflendiği belirtilmiştir. Bu raporun hemen ardından 2005 yılında yayınlanan "İngiltere'de Sağlık Reformu Raporu" ile yeni reform süreci başlar. Bu dönem içinde sağlık hizmetlerine ulaşmada hastalara seçim hakkı tanınması, hastane bekleme sürelerinin kısaltılması, hastanelere yapılan ödemelerde yeni düzenlemelere gidilmesi, güvenilir, eşit ve yüksek kalitede hizmet sunumu başlıca hedefler arasında yer alır.

Mevcut veriler ışığında 2005 yılı reformunda belirtilen hedeflerin günümüzde ne kadar gerçekleştirilebildiğine bakacak olursak: 2006 yılıyla birlikte hastalara acil olmayan tedavilerinin gerçekleştirilmesi için en az dört hastane seçeneği sunulmaya başlanmıştır. Hastane ödeme planlarında yapılan yeni düzenlemeler ile standart ücretlendirme üzerinden yapılan blok kontratlar yerine hastayı takip eden para akışı sağlanmış ve hastanelere tedavi gören hasta sayısına göre ödeme yapılmaya başlanmıştır. Böylece hastalar tarafından en çok tercih edilen hastanelerin en yüksek geliri elde etmesi sağlanmıştır. Ek olarak Eylül 2009'da Cooper ve McGuire'in British Medical Journal'da yayımlanan araştırmasına göre 1997 ve 2007 yılları arasında katarakt, kalça ve diz artroplastisi ameliyatları için olan bekleme sürelerinde gözle görülür bir düşüş kaydedilmiş ve farklı sosyo-ekonomik gruplar arası bekleme süresi farkları azalmıştır.

Son yıllardaki bu başarılı reform sürecine hız vermek amacıyla Aralık 2009'da 5 yıllık yeni bir döneme başlandığını belirten Sağlık Bakanlığı Genel Sekreteri Andy Burnham, 2010-2015 döneminde NHS hizmetlerini daha koruyucu, hasta odaklı ve üretken kılacak bir yapılandırma ile "iyiden mükemmele" çıkaracaklarının altını çizmektedir.

Hedefimiz sağlık statüsünü yükseltmek

Türkiye'de sağlık sisteminde yaşanan sorunlara ilişkin çözüm önerileri sıralayan İstanbul Üniversitesi Sağlık Yönetimi Öğretim Üyesi Yard. Doç. Dr. S. Haluk Özsarı, Hospital Manager'in sorularını yanıtladı.


Yard. Doç. Dr. S. Haluk Özsarı
İstanbul Üniversitesi
Sağlık Yönetim Üyesi

"Sevk zinciri modelleri kurulmasına öncelik verilmeli, tüm hizmet sunucular için dünyada uygulanan DRG türü geri ödeme yöntemleri uygulanmalı, bağımsız denetim kurumları oluşturulmalı, 'Global Bütçe' uygulaması ile ortaya çıkabilecek sakıncalar konusunda Genel Sağlık Sigortası hizmet sunucularıyla her türlü paylaşıma hazır olmalı, sağlık hizmeti finansmanını sağlayan ve sunanlar için kaynak çeşitliliği oluşturmak adına; kamu-özel işbirliği (PPP=public private partnership) modeli devreye sokulmalı, SUT fiyatları ile hizmet verilemeyeceği dikkate alınmalı, Genel Sağlık Sigortası ile birlikte 'Tamamlayıcı Sağlık Sigortası' uygulaması ivedilikle başlatılmalıdır"

Türkiye sağlık sistemini, Avrupa Birliği ve diğer gelişmiş ülke standartları kapsamında değerlendirdiğinizde nerede görüyorsunuz?

Genelde bu tür ülke kıyaslamalarında; OECD, Dünya Sağlık Örgütü, UNDP, UNICEF gibi uluslararası kuruluşların sağlıkla ilgili verilerinden yararlanılmaktadır. Bu yanlızca ülkemizde değil, tüm dünya ülkelerinde uygulanan bir yöntemdir. Tüm bu uluslararası kıyaslamalarda, sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı, organizasyonuna yönelik ölçütlerden yararlanılır. Bunlar arasında; sağlık hizmetlerinin kullanımına yönelik başvuru sıklığı gibi göstergelerle, sağlık hizmetlerinin sunuluş performansını gösteren bazı epidemiolojik ölçütler olduğu gibi, toplam sağlık harcamaları ve bunların alt kırımları ile sağlık insan gücünün dağılım ve iş yüküne ilişkin bazı parametreler yer alır.

Türkiye, 2008 yılı, Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) İnsani Kalkınma Endeksi sıralamasında, 177 ülke arasında 96. sırada bulunmaktadır. Yine 2008 verilerine göre; Avrupa Birliği ortalaması 78.1 yıl olan ortalama yaşam süresi ülkemizde 71.7 yıl, Avrupa Birliği ortalaması binde 5.1 olan bebek ölüm oranı ise 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'na göre binde 17'dir.

Bu verileri nasıl değerlendirmek gerekir?

Tüm bunlara bakıldığında Türkiye'nin göstergelerinin; sadece hizmet sunumuna ilişkin olanlarda değil kaynak kullanımında da, yine sadece gelişmiş ülkelere göre değil gayri safi yurtiçi hasıla ve buna ilişkin bileşenler açısından benzeri olan ülkelere göre de, ortalamaların altında olduğu görülmektedir.

Ancak, sağlık gibi sosyal sektörlerde bu kıyaslamaların, yıllarla değil on yıllarla yapılmasının durum değerlendirmesi yapmak için daha doğru olduğu da unutulmamalıdır. Bu bakışla göstergelere bakıldığında ise, 1990'lı yıllarla 2000'li yıllar arasında, Türkiye'ye ilişkin

ciddi ilerlemeler olduğu belirgin biçimde ortaya çıkmaktadır. Bunu, sadece doğal bir süreç olarak değerlendirmek ne kadar yanlışsa, yanlızca gelinen noktayı vurgulamak da o kadar eksik bir değerlendirme olacaktır. Burada önemli olan, tek başına sayısal değerlendirmelerin değil, bütüncül olarak yaşam statüsüne kazandırılan artıların da ölçülebilir olmasına yönelik çok boyutlu etki analizlerinin ortaya konulabilmesidir. Sonuç olarak; sağlık ve sağlıkla ilişkilendirilebilen tek bir göstergeyi alıp, "Türkiye şu konuda şu kadar geridedir veya ilerdedir" demek yerine, asıl olarak yaşanan süreç ve bu sürecin bütünsel etkisi değerlendirilmelidir.

Son 20 yılda sürdürülebilir bir sağlık sistemi oluşturma çabalarında yaşanan zorluklar sizce neler olabilir?

Dünyadaki sağlık sistemlerine baktığımızda, hiçbiri tek başına uygulanmayan, değişik yoğunlukta karma bir anlayış içerisinde kullanıldığı başlıca üç sistemi görmekteyiz:

- Birincisi, vatandaşlık bağı ile hak kazanılan, finansmanın vergilerle sağlandığı ve İngiltere, Kanada, İsveç gibi ülkelerde uygulanan Beveridge sistemidir.
- İkincisi, Fransa, Almanya, Japonya, Avustralya ve Hollanda gibi kayıtlı istihdamın yaygın olduğu ülkelerde sağlıklı bir şekilde işlemekte olan Bismark modeli olarak bilinen sosyal sağlık sigortacılığı sistemidir ve zorunlu, ödenen primlerle sağlık hizmetlerinden yararlanılır.

Son yıllarda, özellikle Batı Avrupa ülkelerinde; bekleme süresi kısalığı, tedavinin zamanını belirleyebilme olanağı, hekim ve hastane seçme şansı ve daha fazla rahatlık gibi nedenlerle ek özel sağlık sigortası yaptırma talebi artmıştır.

- Üçüncüsü de, en geniş anlamda ABD'de uygulanan, ödeme gücü olan bireylerin primleriyle hak kazandıkları sağlık hizmetleri sistemi olan özel sağlık sigortacılığıdır. Bu sistemin değiştirilerek, daha kamusal bir ağırlıkla sosyal sağlık sigortacılığına geçiş, son bir kaç yıldır ve özellikle de Başkanlık seçimi sonrası ABD gündeminde yer almaktadır. Demokratlar ve Cumhuriyetçiler aslında bu tartışmaya yeni başlamadılar, 1990'lı yılların ilk yarısında Başkan Clinton ile başlatılan bu tartışma, Başkan Obama'nın seçilmesiyle, sadece teknik platformlarda değil artık siyasi alanlarda da yapılır oldu.

Türkiye'de, gelecek nesillerin garantili bir sağlık sistemine sahip olmaları için radikal reformlara ihtiyaç var mı? Varsa bu reformların temel yapı taşları neler?

Sosyal alanlarda reform yapmak hem zordur, özellikle de sağlık sisteminde... Hem tek başına ülkemizi ve hem de tek başına ülkemizdeki sağlık sektörünü ilgilendirmez. Çünkü, sağlık sektörü de; globalleşen dünyada, uluslararası ilişkilerden sermaye hareketlerine, bulaşıcı salgın hastalıklardan sağlık hizmetlerinin finansmanına kadar her türlü etkileşime açıktır. Öte yandan, kamu veya özel sektör olsun farketmeksizin, sağlık hizmetini finanse edenlerin, sunanların ve kullananların her anlamda uzlaşabileceği bir reform yapmak da zordur, hatta imkansızdır.

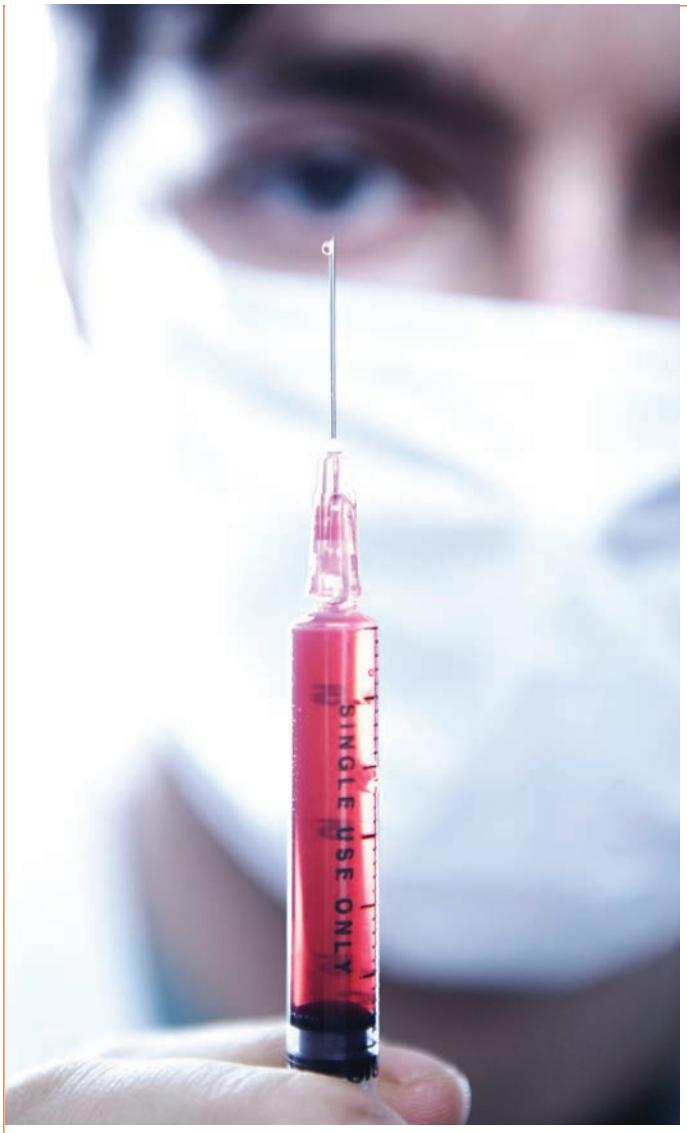
Ama sağlık alanında bir başka gerçek daha vardır, o da yükselen maliyetlerle artan beklentiler; her ülkeyi kendi kaynakları ve öncelikleri doğrultusunda, sistemlerini gözden geçirmeye, bazen radikal reformlar bazen de yenilikler yapmaya zorlamaktadır. İşte, bu noktada sürdürülebilirlik öne çıkmaktadır. Dolayısıyla, sistem bütünlüğü içinde bakarak, bugünden yarına değil ama, bir plan çerçevesinde, sanki fotoğrafın karelerini tek tek düzenlerken resmin tamamını da düşünüyormuş gibi bir tasarım ihtiyacı doğmaktadır. Tüm bunları dikkate aldığınızda, bu güne kadar sürdürülebilir bir sağlık sistemi kurmanın zorlukları arasında; ülkemizin ekonomik yapısı, sağlık hizmetleri kullanımı, siyasi irade ve onun öncelikleri, teknik anlamda yeterli hazırlık gibi değişkenlerin hepsi, bu bütünün ayrı ayrı ve herbiri en az bir diğeri kadar önemli parçaları olarak sayılabilir.

Reform yapmanın önündeki engeller neler olabilir?

Hemen her platformda tekrarlamaya çalıştığım ve bundan yaklaşık on dört yıl önce ülkemizde yapılan "Sosyal Güvenlik ve Sağlık Reformu" konulu bir panelde sunulan bir tebliği hatırlatmak istiyorum. Tebliği sunan, Dünya Bankası Kıdemli Sağlık Ekonomisti Mr. Alex Preker. Kendisi, dünya deneyimlerinden derleyerek oluşturduğu ve Hazine Müsteşarlığı Dergisi'nde 1996 yılında yayınlanan bu tebliğinde, "Bir Reformun Yapılması İçin 10 Engel"i şöyle sıralıyor;

- Önümüzdeki seçime kadar ertelemek,
- Sendikacıların hoşlanmayacağını söylemek
- Fikir birliği sağlanan dek beklemek
- Yürümeyecekmiş gibi davranmak
- Reform yapanlara saldırmak,
- Tartışmak üzere komisyonlara sunmak,
- Pahalıya mal olacağını söylemek
- Destekliyormuş gibi davranmak
- Pilot çalışma başlatmak,
- Duyarsız kalmak.

Mr. Preker'ın tebliğinde ortaya koyduğu 10 başlık, Türkiye deneyimini içermiyordu, başka ülkelerin deneyimlerinin özetiydi. Ama bu tebliğ, sadece Genel Sağlık Sigortası özelinde düşünüldüğünde bile, Genel Sağlık Sigortası'nın neden 1967 yılındaki ilk hazırlık döneminden başlayarak 2006 yılına kadar geçen sürede ve hatta şimdi bile, ülkemizde tartışılıyor olduğunun, geçerli sayılabilecek alt başlıkları sıralanmış gibi geliyor insana...



Hükümetin sağlık alanındaki düzenlemelerini nasıl değerlendiriyorsunuz?

Dünyada ve ülkemizde yaşanan deneyimler; sürdürülebilir bir sağlık sisteminde ulaşılması gereken asıl hedefin, kişilerin sağlık statüsünün yükseltilmesi olduğu noktasında herkesi birleştirmelidir. Bu açıdan bakıldığında, ülkemiz ekonomisinin yapısı, gelir dağılımı, kayıtdışılığın fazlalığına ek olarak; demografik, ekonomik ve sosyal koşullarımızı ve bence daha da önemlisi vatandaşlarımızın değişen sağlık hizmet kullanım alışkanlıklarını görmezden gelmemeliyiz. Yani, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğine yönelik ön koşul; ülkemiz kaynaklarını kamu özel ayrımı yapmadan, öngörülebilir, maliyet etkili ve sürdürülebilir bir tasarımla yönetmek olmalıdır. Zaten bu tasarımı hedefleyen görüşler, özellikle son 20 yılda, sadece ilgili tek bir tarafça değil bu konuda çalışan çalışmış olan birçok tarafça belirtilmiştir. Örneğin; Sağlık Bakanlığı ve DPT'nin sağlık reformları ile ilgili 1990'lı yıllardan bu güne kadar hazırlanan dokümanlarından ve Sağlıkta Dönüşüm Programına, 2004 yılında yayınlanan TÜSİAD Sağlık Raporundan, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından yayınlanan Beyaz Kitap'a kadar konuyla ilgili bir çok yayında bu görüşler konunun değişik taraflarınca da hep ifade edilegelmiştir.

Sağlık alanında öncelikle yapılması gerekenler bağlamında nelerden bahsedilebilir?

Sağlık hizmetlerinde yapılmakta olan çalışmalara yönelik olarak, çok genel anlamda, bir kaç başlığı vurgulamakta özellikle yarar görüyorum;

- Hem kamu hem de özel sektörde sağlık hizmeti sunanlara yönelik olarak, alınan ve uygulamaya sokulan kararlarda,
  - Tıbbi ve hukuki tutarlılık esas alınmalı,
  - Sık değişen uygulamalardan kaçınılmalıdır,
- Koruyucu sağlık hizmetlerinin kamu ağırlığıyla sunulması ile gerçek ve doğru uygulanan bir sevk zinciri modelleri kurulmasına öncelik verilmelidir,
- Sağlık hizmetlerinde; overuse/misuse/underuse olarak ifade edilen, fazla (gereksiz) kullanım, kötüye kullanım, az kullanıma yol açabilecek müdahale alanları, bunları kontrol edecek modellerle sürekli ve geriye değil ileriye dönük olarak uygulamaya konmalıdır,
- Sağlık hizmetlerinde bir yandan gerçekçi maliyetlere ulaşma yolları zorlanırken, diğer yandan tüm hizmet sunucular için dünyada uygulanan DRG türü geri ödeme yöntemleri ivedilikle ve pilot uygulamalarla ülke geneline yaygınlaştırılmalıdır,
- Sağlık hizmetinde sadece rakamsal büyüklükler değil, daha da önemlisi olarak hizmet kalitesi ve bunların etkilerini analiz edebilen bağımsız denetim kurumları oluşturulmalıdır,
- "Global Bütçe" uygulaması ile ortaya çıkabilecek sakınca ve sorunlar ile hizmetleri sürdürebilmenin asgari gerekleri konusunda, Genel Sağlık Sigortası hizmet sunucularıyla her türlü paylaşıma hazır olmalı, sadece tahsis edilen bütçe miktarı değil aynı zamanda sunulan hizmetin de takip edilmesi sağlanmalıdır,
- Hem sağlık hizmetinin finansmanını sağlayanlar hem de sunanlar için kaynak çeşitliliği oluşturmak adına,
  - Sağlık hizmeti sunan kamu ve özel kurumların verimliliğini arttıracak mekanizmalar ile gerçek bir kamu-özel işbirliği (PPP=public private partnership) modeli devreye sokulmalıdır,
  - Başta üniversite hastaneleri ile özel hastaneler olmak üzere, verilen sağlık hizmetlerinin kapsam ve farklılığı nedeniyle SUT fiyatları ile hizmet verilemeyeceği dikkate alınmalı,
  - Genel Sağlık Sigortası ile birlikte "Tamamlayıcı Sağlık Sigortası" uygulaması ivedilikle başlatılmalı ve böylelikle "Gerçek Sosyal Devlet" tesisi ile, Genel Sağlık Sigortası aktüeryasına karşı olası fiyat arttırıcı ve kapsam genişletici müdahalelerin önüne geçilmelidir.

“Sağlık sisteminin temeli 1. basamaktır”

“1. basamağı güçlendirmeden sağlık hizmeti kurulamaz. Sistemin temeli 1. basamaktır. Hükümetin politikasındaki en büyük yanlış sevk zincirini kaldırmasıdır. Fakat bu sevk sistemi Türkiye’de çok iyi çalıştı mı? Hayır. Hükümet politikalarının amacı, özel sektörü desteklemek değil baltalamak. Oysa 4 yıl önce yola çıkarken umut verildi insanlara. İnsanlar elindeki parayı hastaneye yatırdı, tıp merkezi açtı. Bu, reform mu? Aklı başında bir iş mi? Hayır. Tam bir kaos”

Hükümetin Sağlıkta Dönüşüm Programını ele alan Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Başkanı ve Halk Sağlığı Enstitüsü Müdürü Prof. Dr. Zafer Öztek, sevk sistemi, aile hekimliği, performans sistemi, global bütçeye ilişkin sorularımızı yanıtladı.



Prof. Dr. Zafer Öztek
Hacettepe Üniversitesi
Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Başkanı
ve Halk Sağlığı Enstitüsü Müdürü

Türkiye’deki sağlık hizmetini ve Hükümetin Sağlıkta Dönüşüm Programını nasıl okumak gerekir?

Sağlık bir haktır. Hak derken, herkesin ihtiyacı olduğu zaman ve ihtiyacı olduğu kadar sağlık hizmeti almakta eşit olmasını kastediyoruz. Siz tutar da sağlık hizmetlerini kentlerde yoğunlaştırırsanız bu hakça olmaz. Kırsal kesimdekiler kentte yaşayanlarla eşit derecede sağlık hizmetine erişemez. Eğer, sağlık hizmetini özelleştirirseniz ve “parası olanlar bu hizmeti alsın” derseniz bu da hakça olmaz; çünkü parası olan hizmet alır. Eğitim de, adalet de bir haktır. Eşitliği de devlet sağlar. Devlet vatandaşın ortak ihtiyacını karşılamak için var. Eğitim, sağlık ortak ihtiyaçtır ama mesela buzdolabına sahip olmak ortak ihtiyaç değildir. Sağlık hizmeti başka, tıbbi hizmet başkadır.

Nasıl bir farklılık var?

Sağlık hizmeti üç unsurdan oluşur: Koruyucu, tedavi hizmetleri ve rehabilitasyon. Koruyucu hizmetleri de; kişiye ve çevreye yönelik olarak ikiye ayırıyoruz. Sağlık hizmetleri sadece sağlık personelince verilecek hizmetler değildir. Öğretmen de sağlık hizmeti veriyor; okulda diş fırçalamanın iyiliğini anlatması mesela bir sağlık hizmetidir. Camideki imam da sağlık hizmeti veriyor; “doğum kontrolü dinimize aykırı değildir” diyor. Tıbbi hizmetler daha çok tedavi hizmetleridir ki bunu da üç basamakta ele alıyoruz.

Sevk sistemi neden işletilmiyor?
Eğer 1. basamağı kurmamışsanız, ki 1960'tan önce böyleydi, o zaman herkes hastaneye gider. Ne olur? Hastaneler ana baba günü olur. Hastanedeki uzman çok basit hastalıklara bakar. Türkiye'deki durum bu… 1. basamağın adı var, kendi yok. Sağlık ocaklarında sevk zinciri iyi-kötü işliyordu. 1960-70'li yıllarda çok iyiydi. Sonradan bozuldu.

Hükümet seçimlerden 15 gün önce bir genelge yayınladı ve dedi ki: "İsteyen istediği doktora başvurabilir." Durum böyle olunca başı ağrıyan insan beyin cerrahına gitmeye başladı. Halk nazarında bu hoş olabilir. Herkes istediği doktora gitmek isteyecektir tabi. İnsanları bu kadar serbest bırakırsan kimse bundan fayda görmez. Sistem pahalı, Hasta doktor doktor dolaşıyor. 1. basamağı güçlendirmeden sağlık hizmeti kurulamaz. Sistemin temeli 1. basamaktır. Hükümetin politikasındaki en büyük yanlış sevk zincirini kaldırmasıdır. Madalyonun diğer tarafına bakalım. Bu sevk sistemi Türkiye'de çok iyi çalıştı mı? Hayır. Sorunları çözerek sevk zincirini çalıştıracaksınız. Aksi takdirde buna ne SGK'nın parası yeter, ne de Türkiye Cumhuriyetinin bütçesi yeter.

Performans sistemi hekimleri nasıl etkiliyor?
Performans sisteminde "çok hasta görmek iyi hizmettir ve çok para kazanmayı gerektirir" mantığıyla yola çıkarsanız hastaneleri rezil edersiniz. Hastane mantığını yok edersiniz. Doktorları da birbirine düşman edersiniz; "Sen çok para kazandın, ben az para kazandım" diye. Hekimleri eğitim için davet ediyoruz bazen ve gelmiyorlar. Geldikleri takdirde hasta bakmayacaklar. Asistanlar TUS'a giriyorlar ve en çok para kazanılacak alanları tercih ediyorlar. Artık hekimlik çığırından çıktı. Çünkü hekimliği paraya endeksledi.

Üniversite ve Sağlık Bakanlığı hastaneleri sistemden nasıl etkileniyor?
Bu sistem üniversiteleri çökertti. Şu anda bizim hastanemizde hematoloji bölümünde asistan yok. Kimse oraya yan dal için gelmek istemiyor. Çünkü para az orada. Ve bizde hastayı ilk gören kişi doçent seviyesinde... Böyle bir sistem olabilir mi?

Aile hekimliği sistemi için neler söyleyeceksiniz?
Ben Sağlık Bakanlığında 1982–83 yıllarında Temel Sağlık Genel Müdürlüğü görevi yaptım. 1961 yılında Sosyalizasyon Kanunu çıktı. 1978'de Dünya Bankası, Sağlık ve Beslenme Dairesi açtı. Bir banka sağlık hizmetleriyle neden ilgileniyor? Çünkü sağlık sektörü en zengin 3. sektör. Dünya Bankası, 80'li yıllarda hemen her ülkeye giderek ülkenin sağlık durumunu incelemeye başladı ve rapor hazırladı, kongreler düzenlendi. Sonunda Dünya Bankası sorunları çözümlemek adına kredi vermeyi önerdi. Fakat aile hekimliği sistemi ve Genel Sağlık Sistemini (GSS) kurulması şartıyla. Türkiye de sanırım 1999 yılıydı bu krediyi aldı. Aile hekimliği kuruldu. 2004'te bir kanun çıktı, aile hekimliği pilot kanunu. Yani geçici bir kanun... Şu anda 35 ilde uygulanıyor ve 81 ile yayılacak. Yani tüm Türkiye pilot olacak. Kanun hazırlanırken çok önemli bir konu unutuldu. Aile hekimlerinin yapmadığı işleri kim yapacaktı? Mesela okul sağlığı, verem- sıtma savaşı, aile planlaması, bölgesel sağlık planlaması, adli hekimlik... Pilot kanunda bunlar unutuldu. Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) diye bir yapılanmaya gidildi ve şimdi TSM'lerin yönetmelik yerine yönergesi var. Reform mu şimdi bu? Reform denilen olay, planlıdır. Sağlık sistemi öyle bir yalpalıyor ki, değişikliklerden başımız döndü. Şimdi de global bütçeyi çıkarttılar.

Global bütçe uygulamasını nasıl değerlendiriyorsunuz?
SGK taban bir para koyacak. 100 milyon TL mesela. Tedavi giderlerine 100 milyon verecek. Pasta bu kadar. Bu parayı tüm hastaneler paylaşacak. Diyelim sizin bir özel hastaneniz var. Nasıl para alacaksınız? 2007 ve 2008 yıllarındaki cironuza bakacak ve size kapasite biçecek. Ama şu an kamu çalışanları için emeklilerden farklı bir ödeme modeli kullanılıyor. Memurlara hizmet başına, emeklilere paket fiyat üzerinden ödeme yapılıyor. Emekli için 25–30 lira veriyorsa memurda aynı hizmet bu 50–60 liraya mal oluyor. Memura bakmak özeller için daha karlı. Fakat bu durum değiştiriliyor. Şu anda baktığınız hastadan iki misli fazla hasta bakmanız lazım ki geçen yılki ortalamanızı tutturabilesiniz. Fazla kazandığınız takdirde de Kurum size ödeme yapmıyor, gelecek seneki limitinizi arttırıyor. Bunun amacı, özel sektörü desteklemek değil baltalamaktır. Oysa 4 yıl önce yola çıkarken umut verdin insanlara. İnsanlar elindeki parayı hastaneye yatırdı, tıp merkezi açtı. Bu, reform mu? Aklı başında bir iş mi? Hayır. Ortalık sis duman içinde. Tam bir kaos.

Türkiye'deki hekim yetersizliği iddiasına katılıyor musunuz?
Hayır. Hekim yetersiz değil, dağılımı yetersizdir. Bizim özendiğimiz Almanya'da hekimlerin yüzde 16'sı işsiz. Bizi Almanya'ya çağırdılar ve Almanya'da okuyan Türk öğrencilere ne kadar ihtiyacımız olduğunu ve Türkiye'de hekimlik yapmalarını rica etmemizi istediler. Hatta Türkiye'ye dönmeleri için para bile veriyorlardı. Çünkü Almanya'da hekim fazlası var. Meksika'da Tabipler Birliği var ve bir de İşsiz Tabipler Birliği var. Hekim sayısı değil önemli olan; hekimi nasıl kullandığınız ve kalite önemli. Sağlık hizmeti hekimlik hizmeti değil, en kıymetli eleman bana göre ebedir.

"Sevk zinciri işler hale gelmeli"



Prof. Dr. Mehtap Tatar
Hacettepe Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
Sağlık İdaresi Bölümü Başkanı

"Sevk zincirinin kaldırılması ve performansa dayalı ödeme sisteminin, üzerinde çok düşünülmeden uygulamaya konulması Hükümetin eksileri arasında yer alıyor. Hükümet, özel sağlık sektöründeki büyümeyi kontrol etmek amacıyla önlem almaya başladığında yatırım yapan, planlarını kamudan gelen sinyallere göre şekillendiren özel sektör zor duruma düştü. Aslına bakarsanız devlet, sağlık sektöründe kontrol mekanizmalarının ne kadar önemli olduğunu yeni yeni algılıyor. Fakat kontrol mekanizmalarının gelişimiyle ilgili somut adımlar hala atılmıyor"

Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık İdaresi Bölümü Başkanı Prof. Dr. Mehtap Tatar, Hospital Manager'in sorularını yanıtladı.

Türkiye sağlık sistemini, Avrupa Birliği ve diğer gelişmiş ülke standartları kapsamında değerlendirdiğinizde nerede görüyorsunuz?

Öncelikle şunu belirtmekte fayda var, dünyanın hiçbir ülkesinde herkesin memnun olduğu bir sağlık sistemi yok. Her sistemin kendine göre iyi ve kötü yönleri var. Bu nedenle herhangi bir ülkeyi model seçip kendi sistemimizi o sisteme göre yargılamamız çok doğru değil. Ayrıca her ülkenin sahip olduğu parametreler de farklı olduğu için bir ülkede iyi işleyen bir uygulama başka bir ülkede aynı sonucu vermeyebilir. Bugün baktığımızda her ülkenin temel problemleri çok benzer. Örneğin her ülkede sağlık hizmetlerinde artan maliyetler önemli bir problem. Aynı şekilde sağlık hizmetlerine erişimi artırmak, herkese sağlık hizmeti ihtiyacı ile orantılı adil bir sağlık hizmeti sunmak, bu hizmetleri kabul edilebilir bir kalite ile sunmak ve kaynakları etkili ve verimli bir şekilde sunmak her ülkenin gündeminde. Henüz bunların tümünü ya da bir bölümünü başarabilmiş bir ülke yok. Bu da sağlık hizmetlerinin karmaşıklığından kaynaklanmakta. Ben şu anda Türkiye'de sağlık sistemini AB üyesi ülkeler ile eskiye göre daha karşılaştırılabilir görüyorum ve bu karşılaştırmada da Türkiye çok kötü bir konumda değil.

Son 20 yılda sürdürülebilir bir sağlık sistemi oluşturma çabalarında yaşanan zorluklar sizce neler?

Aslına bakarsanız 1989–2009 arasında geçen dönemi 2003 öncesi ve sonrası diye ayırarak analiz etmekte fayda var. 1989–2003 arası, Türkiye'de de dünyadaki gelişmelere paralel olarak sağlık sektöründe reform çalışmaları var. Bu dönemde yapılan tüm politika dokümanlarını incelerseniz bugün zaman zaman karşı çıkılan tüm öneri ve uygulamalar o dönemden başlayarak gündeme gelmiş ve tartışılmaya başlanmış. Ancak 2003 yılına kadar özellikle yaşanan politik istikrarsızlık ve ekonomik kriz nedeniyle bu önerilerin hiçbiri somutlaştırılamamış. Bence bugün sürdürülebilir bir sağlık sistemi oluşturma çabalarında yaşanan en önemli güçlük, belirlenen politikaların ve bunların uygulama sürecinin olası sonuçları çok tartışılmadan ve gerçekten bu konuda uzman kişilerin görüşünü almadan uygulanmaya çalışılması. Çok basit bir örnek performansa dayalı ödeme sisteminden verilebilir. Bu sistemin kullanımı etkileyeceği ve arzın gereksiz talep yaratması ile sonuçlanabileceği hem teorik hem de pratik olarak beklenmesine karşın Türkiye'de bu sonuçlar hiç tartışılmadan ve alınması gereken önlemler alınmadan uygulanmaya kondu. Bugün hastalar açısından sağlık sisteminin en önemli sorunlarından biri, kendilerine gereksiz işlem uygulamayacağından emin olduğu bir sağlık hizmeti sunucusu bulmak.



Türkiye'de, gelecek nesillerin garantili bir sağlık sistemine sahip olmaları için radikal reformlara ihtiyaç var mı? Varsa bu reformların temel yapı taşları neler olabilir?

Bence radikal reformlar önemli ölçüde atıldı. Artık atılan bu adımların sağlıklı işlemesini sağlamak ve reformlarda yer almasına karşın uygulamaya geçmeyen ancak sürdürülebilir bir sistemin olmazsa olmazı olan noktalara eğilmek gerekli. Bence bunlar arasında en önemli olan sevk zincirinin işler hale gelmesi ve aile hekimliği sisteminin tüm yurda yaygınlaşması. Ancak sevk zinciri uygulamasına geçmeden aile hekimliğinin tek başına bir anlamı yok.

Hükümetin sağlık alanındaki uygulamalarını nasıl değerlendiriyorsunuz? Özel sağlık sektörüne yönelik 2008'den itibaren yapılan düzenlemelerin uzun vadede getirisi neler olabilir?

Uygulamaların hem artı hem de eksileri var. Artı hanesinde bence en önemlisi, farklı Sosyal Güvenlik Kurumu kapsamındakilerin sağlık hizmetlerine erişiminin önündeki eşitsizliklerin kaldırılması ve Genel Sağlık Sigortasının kurulması sayılabilir. Bunun yanı sıra SSK hastanelerinin devredilmesi, aile hekimliği pilot uygulamasının başlaması ve yaygınlaşması da artı haneler arasında sayılabilir. Ancak yukarıda da sözünü ettiğim gibi sevk zincirinin kaldırılması, performansa dayalı ödeme sisteminin sonuçları çok düşünülmeden uygulamaya konması da eksi haneler içinde yer alıyor. Hükümetin özel sektör ile ilgili yaptığı en önemli yanlışlık bence yine yukarıda örneğini verdiğim sonuçlarını çok öngörmeden politika geliştirmek ile ilgili. Yine bütün teorik bilgiler ve uygulamalar, bir sistemde hizmet sunumunda özel sektörün rolünün, gerekli kontrol mekanizmaları ile paralel olarak geliştirilmemesinin sistemin sürdürülebilirliği ile ilgili önemli problemlere neden olabileceğini göstermekte. Türkiye'de özel sektöre kamu tarafından giden yanlış sinyaller, sistemde değişiklik yaparken aynı zamanda etkin kontrol mekanizmalarının da kurulmaması ve özel sektöre sanki sınırsız destek verileceği gibi bir algılama özel sağlık sektörünün büyümesine yol açtı. Kamu bu büyümeyi kontrol etmek amacı ile önlemler almaya başladığında da yatırımlarını yapan, gelecek planlarını kamudan gelen sinyallere göre şekillendiren özel sektör zor duruma düştü. Aslına bakarsanız devlet, sağlık sektöründe kontrol mekanizmalarının ne kadar önemli olduğunu ve sağlık sektöründe hiçbir konunun kendi haline bırakılamayacağını da yeni yeni algılamakta ancak halen kontrol mekanizmalarının gelişimi ile ilgili somut ve uygulanabilir adımların atıldığını söylemek mümkün değil.

Siemens: Hasta çıktısına dayalı ödeme sistemi geliştirilmeli

Siemens Tıp Çözümleri Direktörü Ufuk Eren, Hospital Manager'in sağlık sistemine ilişkin sorularını yanıtladı.

Türkiye sağlık sistemi, Avrupa Birliği ve diğer gelişmiş ülke standartları çerçevesinde nerede değerlendirilebilir?

Konu sağlık sistemi olduğunda dünyanın her ülkesinde iyileştirilmesi, çözülmesi beklenen birçok konu ve problemler mevcuttur. Bu bağlamda "Ben en mükemmel sağlık sistemine sahibim" diyebilecek hiçbir ülke yoktur. Ülkemizde de sağlık hizmetlerinin finansmanından sağlık hizmeti sunumuna kadar daha iyileşmesi gereken birçok konu vardır. Kabaca bir değerlendirme yapılması gerekirse, bazı alanlarda Avrupa Birliği ve gelişmiş diğer ülkelerden iyi olmamıza rağmen bir çok alanda da iyileştirme ve geliştirme potansiyeli mevcuttur.

Son 20 yılda sürdürülebilir bir sağlık sistemi oluşturma çabalarında yaşanan zorluklar sizce neler olabilir?

Sağlık hizmeti çok kompleks ve birçok halkadan oluşmuş bir zincir olması nedeniyle son 20 yılı değerlendirdiğimizde çeşitli zorluklardan bahsedebiliriz. Burada çok detaya girmek yerine konuyu aşağıdaki gibi özetleyebiliriz;

-Sağlık sunumunun hızla değişen ve gelişen teknoloji, teşhis ve tedavi metotları ülkemizin demografik, sosyo-ekonomik yapısı, epidemiyolojik değişimler,

-Değişen hükümetler, değişen bakanlar ve sağlığa bakış açıları.

Bu yoğun değişen faktörler nedeniyle sağlık hizmetleri sunumu ve bunu besleyen girdiler dinamik ve kısa – orta – uzun vadeli olarak planlanmalı ve planlananlar da uygulamaya sokulmalıdır.

Türkiye'de, gelecek nesillerin garantili bir sağlık sistemine sahip olmaları için radikal reformlara ihtiyaç var mı?Varsa bu reformların temel yapı taşları neler?

Kalite indikatörlerine dayalı, hasta emniyetinden taviz vermeyen, hasta odaklı bir sağlık sistemine geçilmelidir. Gelecek, kişiye özgü tıpla şekillenecektir. Uzun, kaliteli ve toplam maliyet düşürücü sağlık hizmeti için erken teşhisin önemi ciddi bir şekilde artacaktır. Bu bağlamda yapılacak her türlü reform geleceğimizi sağlık hizmetleri konusunda garanti altına alacaktır.

Hükümetin sağlık alanındaki reformlarını nasıl değerlendiriyorsunuz? Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu ihtiyaçları karşılar nitelikte mi yoksa yeni ihtiyaçlara mı gebe?

Mevcut hükümet birçok alanda önemli kararlar almış ve bunların bir kısmını hayata geçirmeyi başarmıştır. Bunların en başında SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı bünyesinde kısa zamanda ve başarılı bir şekilde birleştirilebilmesi gelmektedir. Bunun gibi başka örnekler de verilebilir fakat Sağlıkta Dönüşüm Programında yer alan ve henüz hayata tam anlamıyla geçirilmemiş birçok uygulama da vardır. Bunların da başında aile hekimliği ve sağlıkta e-dönüşüm projeleri gelmektedir. SGK tarafında da Genel Sağlık Sigortasının oluşturulmasıyla önemli bir reform yapılmıştır. Fakat sağlık hizmeti kalitesi ve hasta çıktılarına dayalı ödeme sistemleri konusunda önemli bir gelişme ihtiyacı potansiyeli mevcuttur.



Ufuk Eren
Siemens Tıp Çözümleri Direktörü

Özel sağlık sektörüne yönelik yapılan düzenlemelerin uzun vadede yansıması nasıl olabilir?
Alınan bu reformist kararlar kısmen doğru ama sağlık sektörünü uzun vadeli görememe ve planlayamama sonucu ortaya çıkmıştır. Sağlık sektöründeki gelişmelerin daha yakından izlenip bu tür reformist kararların aniden alınmaması yolunda çaba gösterilmesi doğru olacaktır.

Sağlık harcamalarının artışından endişe ediliyor ve tasarruf tedbirlerinden söz ediliyor. Sağlıkta tasarruf tedbirleri alınabilir mi? Hangi alanlarda bu mümkün olabilir?
Sağlıkta tasarruf önlemleri yukarıda da belirttiğim gibi sağlık hizmeti sunucusu, sağlık hizmetleri denetleyicisi ve sağlık hizmetleri finansmanını yapan paydaşların farklı kurumlar olması şarttır. Ayrıca erken teşhisin toplam sağlık maliyetleri içerisinde ciddi bir düşürücü etkisi olması nedeniyle önemi daha vurgulanmalı ve sağlık zincirinde bu halkaya daha fazla önem verilmelidir. Koruyucu sağlık hizmetleri arttırılmalı ve bu konuda da halkın bilinç düzeyi arttırılmalıdır. Teknoloji daha etkin kullanılmalı ve ayrıca sağlık hizmetlerinin etkin yönetimi konusunda daha fazla sayıda sağlık yöneticisi yetiştirilmelidir.

“Sağlıkta Dönüşüm Programında yer alan ve henüz hayata tam anlamıyla geçirilmemiş birçok uygulama var. Bunların başında aile hekimliği ve sağlıkta e-dönüşüm projeleri geliyor. SGK tarafında Genel Sağlık Sigortasının oluşturulmasıyla önemli bir reform yapıldı. Fakat sağlık hizmeti kalitesi ve hasta çıktılarına dayalı ödeme sistemleri konusunda önemli bir gelişme ihtiyacı potansiyeli mevcut”

OHSAD: Sağlık cazip yatırım alanı olmaktan çıkacak



Dr. Reşat Bahat
OHSAD Genel Başkanı

"SGK açısından sürdürülmesi zor bir finansman açığı oluştu. Sistemi en çok rahatlatacak olan özel sektör ise gel-git uygulamalar ile can çekişiyor. Fark sınırlaması, maliyetini dahi karşılayamayan paket ücretler, özel sektörü sıkıntıya sokabilecek global bütçeleme çalışmaları ve kazanımı olmayan hastane sınıflaması reformlara gölge düşürür nitelikte. Özellikle mülkiyet farklılığına dayalı (kamu ve özel gibi) kanunlar ve katılım bedeli gibi eşitsizlikler sektörde hayal kırıklığı yaratıyor"

Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği (OHSAD) Genel Başkanı Dr. Reşat Bahat, Hospital Manager'in sorularını yanıtladı.

Türkiye sağlık sistemi, Avrupa Birliği ve diğer gelişmiş ülke standartları çerçevesinde nerede değerlendirilebilir?
Son Genel Sağlık Sigortası (GSS) Kanunu gereği, Türk sağlık sistemini, dünyada ve Avrupa'daki en son sağlık sistemlerinden biri olarak kabul edebiliriz. Hastanın gönlünce istediği sağlık kurumu ve kuruluşunu, istediği doktoru seçebilmesi, yoğun bakım, diyaliz, acil ve bir sürü hizmetlerde katkı bedeli dahi ödemeden özel sektör dahil yararlanabilmesi çok ileri sağlık hakkı anlamına gelir.

Son 20 yılda sürdürülebilir bir sağlık sistemi oluşturma çabalarında yaşanan zorluklar sizce neler?

En büyük sıkıntı sağlığın finansmanında, sistemin sürdürebilirliliğinde, doktor ve yardımcı sağlık personelinin yetersizliğinde görülmektedir. Sürekli değişen yasa ve yönetmelikler sektörün en hızlı yatırımcısı olan ve hızla büyüyen özel sağlık sektörünü bıktırma noktasına gelmiş olup, kötü ve geç kalmış bir planlama ile durma noktasına getirmiştir. Bizce sorun bugünde değil; bu sıkıntılar giderilmez ve iyi bir planlama yapılmazsa çok yakın gelecekte görülecektir.

Türkiye'de, gelecek nesillerin garantili bir sağlık sistemine sahip olmaları için radikal reformlara ihtiyaç var mı? Varsa bu reformların temel yapı taşları neler?

Türkiye genç bir ülke… Bu sebeple dışarıda bir sürü işsiz genç varken, binlerce doktora, yüz binlerce sağlık personeline ihtiyaç varken sektörün halini sorgulaması lazım. Özel sektör yatırımı geleceğe yapar. Bugünkü yaşananlar gelecek için ümitsizlik ifade ediyorsa haklı olarak yatırımlar durur. Sağlık Bakanlığının sağlık politikaları üreteceği, hizmet kalite ve standartlarını denetleyeceği; Çalışma Bakanlığının ise kaynak yaratarak halkımız için bu hizmeti en kaliteli ve ekonomik şekilde satın alacağı, sağlık hizmetinin ise Sağlık Bakanlığının dışında kamu ve özel sektör tarafından verilmesi gerektiğine inanıyoruz.

Hükümetin sağlık alanındaki düzenlemelerini nasıl değerlendiriyorsunuz? Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu ihtiyaçları karşılar nitelikte mi yoksa yeni ihtiyaçlara mı gebe?

Çok başarılı (özel sektörün muhatap olması, güçlü devlet hastanelerinin inşa edilmesi ve SGK'nın ve Sosyal Güvenlik Yasasının oluşturulması gibi) reformlar yapılmıştır. Ama planlamada geç kalınmış, sıkıntılar devam etmekte… İhtiyaçların çoğu Sağlıkta Dönüşüm Programı ile karşılansa bile SGK açısından sürdürülmesi zor bir finansman açığı oluşturmakta. Sistemi en çok rahatlatacak olan özel sektör ise sürekli git-gel yapılan uygulamalar ile can çekişmektedir. Özellikle fark sınırlaması, maliyetini dahi karşılayamayan paket ücretler, özel sektörü çok sıkıntıya sokabilecek global bütçeleme çalışmaları ve kazanımı olmayan hastane veya sektör sınıflaması reformlara gölge düşürür niteliktedir. Özellikle mülkiyet farklılığına dayalı (kamu ve özel gibi) farklı kanunlar ve katılım bedeli gibi eşitsizlikler hayal kırıklığı yaratmaktadır.

Hükümetin özel sağlık sektörü için yaptığı düzenlemelerin uzun vadede yansıması nasıl olabilir?

Orta ve uzun vadede sağlığın, özellikle özel sektör açısından yatırım yapılacak cazip bir saha olmaktan çıkacağını bekliyoruz. Her kim neyi nasıl yapacaksa mutlaka yapacağı şeyleri ana çatı değişmeyecek şekilde en az 5 yıllık program halinde bizlerin de görüşünü alarak bildirmelidir. Genç nüfusu ve çılgın yatırımcıları ile Türkiye, eğer yukarıda söylediklerimizin bir kısmı gerçekleşirse değil kendi halkını tedavi eden, komşularını ve Avrupalıları tedavi edebilir hale gelecektir. 20 yıl önceki Türkiye'nin turizm potansiyeli ile bugünkünü kıyaslayanlar bunların sağlıkta ziyadesiyle yapılabileceğini daha iyi anlarlar.

Biz Sayın Başbakanımızın, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanımızın ve çok kıymetli bürokratlarımızın sıkıntıların farkında olduklarını biliyor ve çözeceklerine dair ümidimizi hep muhafaza ediyoruz.



TTB: 2015'te kamu ve özel sektör rekabet içinde olacak


Dr. Eriş Bilaloğlu
TTB Genel Sekreteri

"Sosyal Güvenlik Reformu ne yazık ki adı ile çelişmektedir. Bugün ve gelecekte sosyal güvenlik giderek vatandaşın cebinden daha fazla kaynak ayırarak satın almak zorunda olacağı ve hiçbir zaman da tam anlamıyla ulaşamayacağı bir hayal olacak.

Oysaki Türkiye'de yapılması gereken, herkesin sağlık hizmetine ulaşımının nüfus cüzdanı güvencesinde olmasıdır. Bu tercih, finansın adil bir şekilde toplanan vergilerle oluşan genel bütçeden sağlanabileceğini kabul eder. Mevcut eşitsizliklere dezavantajlı gruplar lehine müdahale eden bir ekonomik politika toplumun sağlıklılığı açısından da en temel müdahale ve iyileştirme başlığını oluşturmaktadır"

2015 yılında Türkiye sağlık ortamına ilişkin saptamalarda bulunan Türk Tabipleri Birliği (TTB) Genel Sekreteri Dr. Eriş Bilaloğlu, Hospital Manager'in sorularını yanıtladı.

Türkiye sağlık sistemini, Avrupa Birliği ve diğer gelişmiş ülke standartları kapsamında değerlendirdiğinizde nerede görüyorsunuz?

Türkiye'nin sağlık sistemine yönelik değerlendirme yapabilmek bir yanıyla doğrudan Türkiye değerlendirmesi yapmak anlamı taşıyor. Çünkü hepimiz çok iyi biliyoruz ki, sağlığı sosyal belirleyenlerinden ayırarak konuşmak mümkün değildir. Böylesi bir durumda olsa olsa "hastalıkları" konuşabiliriz. Bu nedenle değerlendirme amacıyla bakılabilecek ölçütlerden biri İnsani Gelişme İndeksi (İGİ) olabilir. İGİ'yi kısaca hatırlatmakta yarar var:
"Ekim ayının başında UNDP 2009 yılı İnsani Gelişme Raporunu yayınladı. Bu son raporda kullanılan veriler 2007'ye ait. Yani henüz son ekonomik krizin başlamadığı döneme…İnsani Gelişme İndeksi 0 ile 1 puan arasında bir değer alan ve,

1) yaşam umudu,
2) erişkin okur yazarlık oranı,
3) ilk, orta eğitimlerine katılma oranı ve
4) kişi başı ulusal gelirin birleştirilmesinden elde edilen bileşik bir göstergedir.

Puan 1'e ne kadar yakınsa durum o kadar iyidir… Bu analizde, esas önemli olan, ülkelerin ham insani gelişme puanlarına göre sıralanması değil, her ülkenin bu puana göre dünya ülkeleri arasındaki sırası ile kişi başı ulusal gelire göre sırası arasındaki farka bakmaktır. Eğer bir ülke insani gelişme bakımından (kişi başı gelirdeki konumuna göre) daha yukarılarda yer alıyorsa, bu o ülkenin insani gelişmedeki performansının olumlu olduğunu, yani gelirine göre daha iyi bir insani gelişme düzeyi elde ettiğini gösterir. Türkiye geçen seneki verilerle İGİ sıralamasında 76. sıradaydı, 2009 raporunda 79. sıraya geriledi.

ABD ve Türkiye'nin insani gelişme performansları gelirlerine göre beklenenden daha kötüdür. ABD bu bakımdan yüksek gelirli ülkeler içinde tektir. 182 ülke arasında performansı Türkiye'den daha kötü olan ülke sayısı yalnızca 27'dir. Bu bilgi ışığında Türkiye'nin halinin ne yazık ki iyi olduğunu söyleyebilmek zordur.

Son 20 yılda sürdürülebilir bir sağlık sistemi oluşturma çabalarında yaşanan zorluklar sizce neler olabilir?
Son 20-30 yıl Türkiye'nin piyasacı modeli tercih ettiği, sağlığın ticarileştirildiği bir süreç olarak yaşanmıştır, yaşanmaktadır. Dolayısıyla bugün yaşanan ve sürdürülebilirlik açısından soru(n)lar doğuran "hal" mevcut üretim ilişkileri zemininde zorluğun kaynağıdır. İşsizi bol, asgari ücreti düşük, beslenmesi kötü/yetersiz, açlık ve yoksulluk sınırında-altında yaşayanların milyonla ifade edildiği bir ortamda sağlığı konuşanlar açısından zorluklar bu duruma müdahale edilmemesi, böyle bir iradenin kullanılmamasıdır.

Türkiye'de, gelecek nesillerin garantili bir sağlık sistemine sahip olmaları için radikal reformlara ihtiyaç var mı? Varsa bu reformların temel yapı taşları neler?
Türkiye'de gelecek nesillerin garantili bir sağlık sistemine sahip olmaları için ne yapılması gerektiği üç aşağı beş yukarı bellidir. Elbette bunları yapabilmek için "radikal" olmak gerekebilir. Ancak talepler ya da yapılması gerekenler bütünüyle insani olup her insanın doğumdan başlayarak bugün ve gelecek güvencesinin olmasıdır. Ne var ki mevcut sistem bunun tam aksi bir anlayış üzerine inşa edilmiştir. İnsanların bugün ve geleceklerini "satın almaları" gerekmektedir ki, bu durumda bile bir güvence yok ya da bir başka deyişle güvencenin bile cebinizdeki paranıza göre farklı düzeyleri vardır. Bu durum vergi, üzerine prim, hizmet esnasında katkı-katılım payı ödeme, tamamlayıcı sigorta gibi "kademeler"de garanti aramaya dönüşmüştür. Oysaki Türkiye'de yapılması gereken herkesin sağlık hizmetine ulaşmasının nüfus cüzdanı güvencesinde olmasıdır. Bu tercih finansın adil bir şekilde toplanan vergilerle oluşan genel bütçeden sağlanabileceğini kabul eder. Koruyucu hizmetler ağırlıklı bir sağlık hizmet sunumu, birinci basamağın güçlendirilmesi, sevk sisteminin kurulması, Türkiye'nin kendi kaynaklarını ve birikimini gözeterek ilaç ve teknoloji politikasını yönlendirmesi, kamucu/toplum yararına bir anlayışla finans ve hizmet sunumunu tek elde toplayarak toplu alımlara yönelmesi ilk elde sayılabilecek adımlar olarak söylenebilir.

Hükümetin sağlık alanındaki reformlarını nasıl değerlendiriyorsunuz? Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu ihtiyaçları karşılar nitelikte mi yoksa yeni ihtiyaçlara mı gebe?
Temel hedef bir hat olarak hizmetin ticarileştirilmesi ve halkın devlete "yük" olmaktan çıkarılmasıdır. Bilindiği gibi söylenmek istenen devletin kaynaklarının sermaye için kullanılmasıdır; "vatandaşın devlete yük olması" anlayışı son 20 yılın yüz karası dilidir. Bu nedenle hizmet taşeronlaştırılmakta, Bursa'da yaşanan grizu "kazalarının" benzerleri sağlıkta fark edilmeden vuku bulmakta, ancak yine Bursa'da yaşanan hastane yangını gibi görünür olmaktadır.

Özel sağlık sektörü için yapılan düzenlemelerin uzun vadede yansıması nasıl olabilir?
Özel sağlık sektörü son 20-30 yılın desteklenen, teşvik edilen alanıdır. Zaman zaman bu durumla çelişir gibi gözüken karar ve uygulamalar aslında yine temel tercihin sonucudur. Hükümetin politikası ve piyasanın gereği sermaye daima tekelleşme eğilimindedir ve "küçükler" tasfiye edilecektir. Global bütçe uygulaması da bu amaca hizmet edecek şekilde yaşanacaktır. Gündemde olan kamu hastane birlikleri yasa tasarısı, kamu-özel ortaklığı girişimleri göz önüne alındığında "uzun vadeyi" tahmin etmek mümkündür. Aralık 2005'te toplanan ve mevcut politikalar sürdüğü koşullarda 2015 Türkiye sağlık ortamını tahmin eden bir çalıştayda yapılan saptamalar bu açıdan anlamlıdır. 2015 itibariyle;

-Kamu ve özel sağlık hizmetlerinin rekabet içinde hizmet sunduğu yapı işliyor olacak,
-Sağlık hizmet sunumunda rekabet uluslararası düzeyde işlemekte olacak,
-Katılım payı uygulaması yaygınlaşmış olacak, giderek daha fazla ilaç geri ödeme kapsamı dışına çıkacak ya da katkı payı oranı-miktarı artacak,
-Tamamlayıcı özel sağlık sigortaları nüfusun %15 ini kapsamış olacak,
-Özel sektör ağırlık kazanacak, hastaneler hizmetlerle birlikte özelleşecek,
-Özel sektör 7-8 yıl içinde gelişecek fakat büyük zincirlerin daha güçlenip küçük grupları kendine katması söz konusu olacak,
-Özel sağlık sektörüne yabancı sermaye girecek, uluslar arası gruplar özel sektör büyümesiyle karlı kısımlara yoğunlaşacak..

Tüm bunları GSS'nin ve böylece "kişi bazında sağlık riskinin yönetildiği yapının" işlemekte olduğu koşullarla (yani artık paran kadar sağlığın tamamen geçerli olduğu durum) birlikte değerlendirdiğimizde vatandaşın var olan sağlığını da parasını da kaybedeceği açıktır. ●

TÜSİAD: "Bakanlık ya hizmet versin ya da düzenleyici olsun"

TÜSİAD Sağlık Çalışma Grubu, Türkiye'deki sağlık sistemine ilişkin Hospital Manager'in sorularını yanıtladı.

Türkiye sağlık sistemini, Avrupa Birliği ve diğer gelişmiş ülke standartları kapsamında değerlendirdiğinizde nerede görüyorsunuz?

"OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye" raporuna göre; bebek ölümleri ve anne ölümleri konusunda kişi başına GSYİH ve sağlık harcaması bakımından benzer ülkelere göre Türkiye'nin ortalamanın altında olduğu görülmektedir. Türkiye, OECD bölgesinde kişi başına en düşük sağlık harcamasına sahip; sağlık harcamalarının GSYİH'deki payı açısından da %5.6 ile en düşük orana sahip ülkelerden biridir. 2006 itibariyle kamunun toplam sağlık harcamaları içindeki payı %72'ye ulaşarak, %73 olan OECD ortalamasının hemen altında yer almıştır. Sağlık harcamalarının karşılanmasında kamunun payı son yıllarda hızla artmış ve 2008 yılında %83 seviyesine ulaşmıştır.

Son 20 yılda sürdürülebilir bir sağlık sistemi oluşturma çabalarında yaşanan zorluklar neler olabilir?

Türk sağlık sisteminde kaynak yetersizliği, mevcut maddi/insan kaynağının bölgeler ve hizmet türleri arasında ihtiyaçları karşılayacak şekilde dağılmamış olması, sağlık hizmetlerine ulaşımda güçlükler gibi sorunlar vardır. Sistemde "sağlığı koruma" anlayışının yerleşmesi, profesyonel yönetim anlayışının geliştirilmesi alanlarında çalışmaların devam etmesi gerekmektedir. Sağlık sektöründe planlama ilkelerinin belirsizliği nedeniyle kaynak israfı olmaktadır. Ayrıca planlama amacıyla yapılan değişiklikler, piyasa düzenlemesi (market regulation) niteliği taşımaktadır. Sağlık Bakanlığının hizmet sunumu rolü devam edecek ise düzenleme rolü Sağlık Bakanlığı dışında bir kuruma/kurula verilmeli ve planlamanın tasarımı sürecine sivil

> "Kamu-özel ayrımı yapılmaksızın rasyonel maliyet ve geri ödeme yöntemleri esas alınmalı; bütçe tahsisi kadar sunulan sağlık hizmeti kalitesini de önceleyen ve sonuçlarını bağımsız denetim mekanizmasıyla izleyen bir sistem kurulmalıdır.
>
> 'Tamamlayıcı Sağlık Sigortası' uygulaması ile SGK üzerindeki fiyat ve daha kapsamlı hizmet talebi baskısı azaltılmalıdır. Sağlık Bakanlığının hizmet sunumu rolü devam edecek ise düzenleme rolü Sağlık Bakanlığı dışında bir kuruma/kurula verilmeli ve planlamanın tasarımı sürecine sivil toplum kuruluşları, üniversiteler ve özel sektör temsilcileri dahil edilmelidir. Sağlık Bakanlığı düzenleyici kurum olarak kalacak ise, hizmet sunumu görevini devretmesi sağlanmalıdır"



toplum kuruluşları, üniversiteler ve özel sektör temsilcileri dahil edilmelidir. Sağlık Bakanlığı düzenleyici kurum olarak kalacak ise, hizmet sunumu görevini devretmesi sağlanmalıdır. Sektörde altyapı, teknoloji ve insan gücü yatırımları ile ilgili kalıcı bir planlama konseptinin geliştirilmesi gereklidir. Ayrıca karmaşık ve eski tarihli hükümler barındıran sağlık mevzuatı konsolide edilerek tek bir Genel Sağlık Yasası hazırlanmalıdır.

Türkiye'de, gelecek nesillerin garantili bir sağlık sistemine sahip olmaları için radikal reformlara ihtiyaç var mı? Varsa bu reformların temel yapı taşları neler?

Sağlık ve sosyal güvenlik reformları çok köklü reformlardır. Bu kapsamda pek çok temel yapı taşı henüz emekleme aşamasında bulunmaktadır. Gelecek nesiller bugünlerde oluşturulan yeni sistemin sonuçlarını yaşayacaklardır. Kaynak daralmasının olumsuz etkilerini azaltmak için eşzamanlı olarak sağlık hizmeti üretim faktörlerinin verimliliğini artıracak önlemlerin sektör ile birlikte geliştirilmesi ve sağlık harcamaları kontrol meka nizmalarının daha aktif devreye girmesi gerekmektedir. Bu doğrultuda kamu-özel sektör işbirlikleri, sağlık hizmetinin her aşamasında gerçekleştirilmeye çalışılmalıdır. Sağlık hizmetinin nitelik/niceliğini arttıracak her türlü üretim faktörünün kullanımını sağlamaya yönelik olarak, kamu-özel ayrımı yapılmaksızın, rasyonel maliyet ve geri ödeme yöntemleri esas alınmalı, bütçe tahsisi kadar sunulan sağlık hizmeti kalitesini de önceleyen ve sonuçlarını bağımsız denetim mekanizmasıyla izleyen bir sistem kurulmalıdır. "Tamamlayıcı Sağlık Sigortası" uygulaması ile SGK üzerindeki fiyat ve daha kapsamlı/kaliteli hizmet talebi baskısı azaltılmalıdır. Aile hekimliği rasyonel işleyecek şekilde yapılandırılmalı, koruyucu sağlık hizmetleri teşvik edilmeli, sevk zinciri altyapı çalışmaları da dikkate alınarak uygulanmalıdır.

Hükümetin sağlık alanındaki reformlarını nasıl değerlendiriyorsunuz? Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu ihtiyaçları karşılar nitelikte mi yoksa yeni ihtiyaçlara mı gebe?

Sağlık sektörü, reform süreci nedeniyle değişen düzenlemelere ve koşullara adapte olma sürecindedir. Ancak herkesi kapsayan bir sağlık sistemi, beklendiği gibi bütçe yükünün artmasına ve bunun takibinde finansman sorunlarına sebep olmuştur. Sosyal güvenlik reformunun temel parametrelerinin korunması ve Genel Sağlık Sigortasının sürdürülebilir bir yapıda olması önem taşımaktadır. 5510 sayılı Kanun ilk çıkarıldığında yer alan ancak 2008 yılında yapılan değişiklikte çıkarılan ve bireylerin hastanesini ve hekimini seçme özgürlüğünü sağlayan hükümler yeniden yasalaştırılmalıdır.

Özel sağlık sektörü için getirilen düzenlemelerin uzun vadede yansıması nasıl olabilir?

15 Şubat 2008 tarihli yönetmeliklerle, yerleşim yeri itibariyle Bakanlık tarafından planlanan özel sağlık kurumu sayısından fazla talep olması halinde, hak sahiplerinin noter huzurunda gerçekleştirilen kura yoluyla belirlenmesi kuralı getirilmiştir. Ancak bu kural sadece özel sağlık kurumu açmak isteyenler için söz konusudur. Belirlenen coğrafi alanda yatırım yapma önceliği özel sağlık kurumlarına tanınmalı, talep olmaması halinde kamu sağlık yatırımı yapmalıdır. "Global Bütçe"nin, hizmet kapsam ve farklılığını dikkate almaksızın sadece ödeneni hedefleyen bir bakış açısıyla uygulanmaya hazırlanılması; sunulan hizmetin kalitesine başta olmak üzere, ciddi sakıncaları beraberinde getirecektir. "Global Bütçe" uygulaması 5510 sayılı Yasa'nın 2006'da yasalaşan ilk haline, SGK'nın ödediği bedelin sabitlenip fark alınması uygulamasına geri dönülmesi ile birlikte düşünülmelidir. Zira birçok yatırımcı bu kanuna göre öngörülerde bulunmuş ancak kanunun değiştirilmesi nedeniyle yatırımlar rasyonalitelerini yitirmiştir. ●

TOBB: Savurganlık önlenmeli ama global bütçe çözüm değil

"Kamunun sağlık hizmeti sunumundaki rolünün yeniden tanımlanmalı; kamu sağlıkta kürek çeken konumdan dümen tutan, kural koyan, denetleyen konuma çekilmelidir. Kamu hastane birlikleri yasası buna öncülük edecektir diye ümit ediyorum.

Sağlık giderlerinin kontrol altına alınması ve savurganlığın önlenmesi elbette herkesin arzu ettiği bir konudur. Ancak, sağlıkta global bütçe uygulaması işletmelerde ciddi sıkıntılara yol açacaktır. Zaten finansal modellemede, SUT fiyatları oldukça düşük ve reel anlamda ihtiyaçları karşılamaktan uzaktır. Buna bir de hasta katılım paylarına getirilen sınırlamaları eklerseniz sıkıntının boyutu bir kat daha artmaktadır. Sınıflandırma ile hasta katılım paylarının teorik olarak biraz daha artırılıyor olması yine pratikte çözüm olmayacaktır"

Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği (TOBB) Türkiye Sağlık Kurumları Meclis Başkanı Dr. Seyit Karaca Hospital Manager'in sorularını yanıtladı.

Türkiye sağlık sistemi, Avrupa Birliği ve diğer gelişmiş ülke standartları çerçevesinde nerede değerlendirilebilir?
Bu soruyu, son 6-7 yıla kadar ayrı, sonrasında ayrı ele alarak cevaplamanın daha uygun olacağı kanaatindeyim. Yılların ihmalleri ile fiziki planlama ve insan kaynağı planlaması başta olmak üzere, sağlık hizmeti sunumuna, sosyal güvenlik sistemindeki birçok yanlışa kadar son derece geri kalmışlık örnekleri sergileyecek manzaraları görmek mümkündü. Son yıllarda ise yapılan çalışmalarla, vatandaşın sağlığa ulaşımının kolaylaştırılması ana ekseninde ciddi gelişmeler yaşandı. Sosyal güvenlik sisteminin devrim niteliğindeki çalışmalarla iyileştirilmesi sonrasında birçok alanda ciddi iyileşmelerin yaşandığı da muhakkaktır. Sayısal göstergeler itibariyle belli alanlarda oldukça önemli düzeyler yakalanmıştır. OECD raporuna bile yansıyacak bu olumlu gelişmeler uzun vadede daha olumlu sonuçlar doğuracak ümidindeyim.

Son 20 yılda sürdürülebilir bir sağlık sistemi oluşturma çabalarında yaşanan zorluklar sizce neler olabilir?
Sağlık yatırımları alanında yaşanan plansızlıklar gereksiz yere kamu kaynaklarının heba edilmesine yol teknolojiden daha önemli olarak insanla verilir. İnsan kaynağının yeterli olmadığı bir yerde teknoloji hiçbir anlam ifade etmeyebilir. Ülkenin gelişen koşullarına uygun yeterli insan kaynağı planlaması yapılmadığı da aşikardır. Ülke kaynaklarının sınırlılığı da belki sınırlayıcı etkenlerdendir, ancak geçmişte kaynakların nerelerde kullanıldığı iyi değerlendirilirse bu konunun bahane edilemeyeceği görülür. 2000-2001 krizinde bankaların kurtarılması için harcanmak zorunda kalınan kaynaklar, unutulmamalıdır ki bazı ailelere veya bazı zümrelere tanınan ayrıcalıklardan dolayı harcanmıştır.

Türkiye'de, gelecek nesillerin garantili bir sağlık sistemine sahip olmaları için radikal reformlara ihtiyaç var mı? Varsa bu reformların temel yapı taşları neler?
Son Genel Sağlık Sigortası (GSS) Kanunu ile bu anlamda önemli adımlar atıldı. Ancak, sistemi tehdit eden en temel unsur, sigorta primlerinin tahsilatı ile ilgili yaşanan sıkıntılardır. Ekonomik krizler de bu problemi tetiklemektedir. Fakat, sadece ekonomik krizlerde değil, normal zamanlarda bile sistemin en önemli tehdit unsuru kayıt dışılıktır. Kayıt dışılığa yol açan en önemli sebep ise, ödenebilirlik anlamında primlerin yüksekliğidir. Daha ödenebilir rakamlar sonrasında kayıt dışılıkla yapılacak ciddi bir mücadele, sistemin indirimden kaynaklanan kaybını telafi edecekve ciddi artılar sağlayacaktır kanaatindeyim. Dolayısıyla, vergi ve prim sisteminin düzenlenmesine ilişkin ciddi çalışmalara ihtiyaç vardır.



Dr. Seyit Karaca
TOBB Türkiye Sağlık Kurumları
Meclis Başkanı

Hükümetin sağlık alanındaki reformlarını nasıl değerlendiriyorsunuz? Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu ihtiyaçları karşılar nitelikte mi yoksa yeni ihtiyaçlara mı gebe?

Hükümetin bu alandaki çalışmalarını takdirle karşıladığımı ifade etmek isterim. Yapılamaz denilen birçok husus, kararlılıkla halledildi. Ancak, sistemler ne kadar iyi olursa olsun, kötü uygulayıcıların elinde olumlu sonuçlar veremeyebilirler. Bu nedenle, bürokrasinin de bu yeni anlayışa ayak uyduracak tarzda kendini yenilemesi lazım. Ayrıca, sağlık hizmeti sunumunda kamunun rolünün yeniden tanımlanması ve sağlıkta kamunun kürek çeken konumdan, dümen tutan, kural koyan, denetleyen konuma çekilmesi lazım. Kamu hastane birlikleri yasası buna öncülük edecektir diye ümit ediyorum. Sosyal güvenlik alanında ise, bir önceki soruya verdiğim cevapta dile getirdiğim hususların yerine getirilmesi uygun olur düşüncesindeyim.

Özel sağlık sektörüne yönelik yapılan düzenlemelerin uzun vadede yansıması nasıl olabilir?

Özel sağlık sektörü olarak bu kararlardan olumsuz etkilendik. Özellikle 15 Şubat kararları, sektörde hem insan kaynağı, hem de yatırım anlamında yenilenmelerin önünü tıkamıştır. Sağlık Bakanlığımız, özellikle hekim insan kaynağı açısından kamunun hizmet vermesinde sıkıntıya yol açacak gelişmeleri gördüğü için bu denli sıkı ve acil kararlar aldığını ifade ediyor. Geriye dönüp baktığımız zaman, bu alanda oluşan tabloda özel sağlık sektörünü suçlu ilan etmenin doğru olmadığını düşünüyorum. Çünkü, açılan her işletme Bakanlığımız tarafından ruhsatlandırılmaktadır. Tıp merkezi, dal merkezi gibi işletme ruhsatları, kamu personel kaynağından hekim ayrılışını hızlandıran en önemli etkenlerdir. Daha sonra, hastaneleşmeleri halinde kolaylıklar sağlanacağı belirtilen bu yapılar, şu anda hem sayı olarak hem de istihdam ettiği insan kaynağı olarak, ciddi rakamlara ulaşmışlardır. Eş zamanlı olarak SGK tarafından geliştirilen finansman modellemesi ile, finansal açıdan tüm özel sağlık sistemi aktörleri zor durumda kalmıştır. sağlık hizmeti sunumunda kamunun rolünün yeniden tanımlanması ve sağlıkta kamunun kürek çeken konumdan, dümen tutan, kural koyan, denetleyen konuma çekilmesi lazım. Kamu hastane birlikleri yasası buna öncülük edecektir diye ümit ediyorum. Sosyal güvenlik alanında ise, bir önceki soruya verdiğim cevapta dile getirdiğim hususların yerine getirilmesi uygun olur düşüncesindeyim.

Sağlık harcamalarının artışından endişe ediliyor ve tasarruf tedbirlerinden söz ediliyor. Sağlıkta tasarruf tedbirleri alınabilir mi? Hangi alanlarda bu mümkün olabilir?

Her alanda tasarruf olabildiği ve olması gerektiği gibi sağlıkta da tasarruf olabilir, olmalıdır. Ancak, sağlık hizmetinin genelinde tasarruftan bahsetmek doğru bir terminoloji olmaz. Sağlık hizmetini bileşenlerine ayırıp, ondan sonra tasarrufu konuşmak daha doğru bir yaklaşım olur. Hekim tarafından veya sağlık personeli tarafından bizzat yerine getirilen işlemlerde tasarruftan bahsetmek zordur. Muayene işlemi veya ameliyatın tasarrufu olamaz. Ancak bu işlemler esnasında kullanılan çeşitli argümanların tasarrufu konuşulabilir. Hizmet sunarken, gereksiz talep oluşumu gibi suistimalleri konumuz dışında bırakarak ancak bunları ifade ediyorum. İlaç alanında ve medikal malzemeler alanında, son yıllarda tasarrufu destekleyen ciddi adımlar atılmıştır. Sektörlerin istihdam anlamında yoğun istihdam sağlayan kurumlar olduğunu da dikkate alarak, sistemlerini sürdürülebilir kılacak şartlarla, daha fazla tasarruf olup olmayacağı ile ilgili sektörlerle konuşulabilir. ●

AİFD: İstikrara ihtiyacımız var



Engin Güner
AİFD Başkan Yardımcısı

"Yatırımlar yapıldıktan sonra değiştirilen politikalar, yatırımcıları zor duruma sokmaktadır. Yeni fiyat kararnamesi buna bir örnektir. Şimdi bütün firmalar 2010 iş planlarını yeniden gözden geçirmekte, küçülmeye, kadrolarını daraltmaya hazırlanmaktadırlar. Kararlar Aralık ayı başında yapılan bazı küçük iyileştirmelere rağmen, hastalarımız açısından da sıkıntılar yaratabilecek, etkin ilaç ve tedavilere erişimi zorlaştırabilecektir"

Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği (AİFD) Başkan Yardımcısı Engin Güner, ilaç sanayi ve sağlık sisteminin içinde bulunduğu duruma ilişkin Hospital Manager'in sorularını yanıtladı.

Türkiye sağlık sistemini, Avrupa Birliği ve diğer gelişmiş ülke standartları kapsamında değerlendirdiğinizde nerede görüyorsunuz?

Türkiye sağlıkta son yıllarda önemli adımlar attı. Ancak bu adımların yeterli olduğunu söylemek mümkün değil. Şöyle bir örnek vermek isterim: Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü OECD'nin hazırladığı 2008 yılı Sağlık Raporuna göre, Türkiye'de kişi başına düşen sağlık harcamaları satın alma paritesine göre 591 dolar seviyesinde iken, OECD ortalaması 2824 dolar olarak gerçekleşti. Dolayısıyla Türkiye'de kişi başına sağlık harcamaları OECD ülkeleri ortalamasının yaklaşık beşte biri düzeyinde gerçekleşti. Bu rakamlar değişse bile oranlar yaklaşık olarak aynı kalmaktadır. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinde gelişmiş ülkelerin gerisinde bulunuyoruz.

Çıtayı yükseltmek nasıl mümkün hale gelebilir?

Sağlık sistemimizin uluslararası standartlara kavuşması açısından, hastalarımızın ilaca erişiminin güçlenmesine katkıda bulunan, küresel rekabet gücü yüksek, ileri teknolojiye ve Ar– Ge' ye dayanan bir ilaç endüstrisinin ortaya çıkması büyük önem taşımaktadır. Endüstrimiz bugüne kadar önemli bir gelişme göstermekle birlikte, potansiyelimizi tam olarak yerine getirmemizi zorlaştıran sıkıntılar bulunmaktadır. Bunların başında sağlık ve ilaç alanındaki politikaların açık, net ve öngörülebilir kriterlere ve bazen sektörle diyalog içinde oluşturulmaması; şeffaf ve istikrarlı bir şekilde uygulanmaması gelmektedir. Oysa sektör olarak bizim, ruhsatlandırmadan, fiyatlandırmaya kadar çeşitli alanlarda uzun vadeli, şeffaf ve istikrarlı politikaların uygulanmasına ihtiyacımız bulunmaktadır.

Aksi takdirde önümüzü görmemiz, orta ve uzun vadeli yatırım planları yapmamız mümkün değildir. Yeni fiyat kararnamesi, sektörümüzün temel dinamiklerine ve dengelerine zarar veren ani politika değişikliklerine önemli bir örnektir. Önünü göremeyen bir sektörün gelişmesi, küresel rekabet gücü kazanması ve hastalarımıza uluslar arası standartlarda hizmet sunması da zor olmaktadır.

Son 20 yılda sürdürülebilir bir sağlık sistemi oluşturma çabalarında yaşanan zorluklar sizce nelerdir?
Türkiye'nin en önemli sorunu kaynak sorunudur. Son yıllarda Hükümetimizin uygulamaya koyduğu reform süreci hastalarımızın ilaca ve sağlık hizmetlerine erişimini güçlendirmiş, çok iyi bir sağlık sistemi ortaya çıkarmıştır. Ancak bu sistemin sürdürülebilirliği, kaynak sıkıntısı nedeni ile zora girmektedir. Özellikle bütçe açıklarının artması Hükümetimizi de kısa vadeli çözümler aramaya itebilmektedir. Bu tür yaklaşımlar ise sektörümüzün temel dinamiklerine ve hastalarımızın ilaca, sağlık hizmetlerine erişimine zarar verebilmektedir. Bunun sonucu da genel sağlık faturasının kabarması olmaktadır.

Ne yapılmalı?
Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği (AİFD) olarak ülkemizin kaynaklarının en etkin şekilde kullanılması ve gerçek anlamda tasarruf sağlanması açısından akılcı ilaç kullanımının önemini her zaman vurguladık. Bu yaklaşım, hastaya en etkin ilaç ve tedavinin zamanında ve doğru dozda verilmesi anlamına gelmektedir. Bu yapıldığı takdirde tedavi süreci kısalacak, yatarak tedavi ve ameliyat masrafları azalacak, iş günü kayıpları ciddi bir oranda düşecektir. Böylece toplum için gerçek anlamda değer yaratmak ve tasarruf sağlamak mümkün olacaktır.

AİFD ülkemizde sağlık alanında akılcı ilaç kullanımı yaklaşımının egemen olmasını sağlamak için Hükümetimizle ve sektörümüzdeki diğer paydaşlarımızla işbirliği içinde çalışmaya ve çözüm üretmeye hazırdır.

Türkiye'de, gelecek nesillerin garantili bir sağlık sistemine sahip olmaları için radikal reformlara ihtiyaç var mı? Varsa bu reformların temel yapı taşları neler?
Türkiye'nin ilaç ve sağlık sektöründe uluslararası standartları uygulaması gerekmektedir. Sektörümüzle ilgili politikaların sektör temsilcileriyle diyalog ve uzlaşma içinde oluşturulması; öngörülebilir kriterlere dayanılarak, şeffaf biçimde, istikrarlı ve uzun vadeli uygulanması çok önemlidir. İlaç endüstrimizin Ar – Ge yatırımlarını artırmak ve ileri teknolojiye geçişini desteklemek için fikri mülkiyet haklarının da uluslararası standartlarda uygulanması şarttır. Reform sürecini başarıya, ilaç ve sağlık sektörünü geleceğe taşıyacak temel yapı taşları bunlardır.

Hükümetin sağlık alanındaki reformlarını nasıl değerlendiriyorsunuz? Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu ihtiyaçları karşılar nitelikte mi yoksa yeni ihtiyaçlara mı gebe?
Son yıllarda Hükümetimiz, toplumun sağlık hizmetlerine ve ilaçlara erişimini desteklemek yönünde önemli adımlar attı. Bugün sigortalılar ve Yeşil Kart sahipleri eczanelerden ilaç alabiliyor ve özel hastanelerde tedavi olabiliyorlar. Ancak bu sistemin sürdürülebilirliği sıkıntılı görünmektedir. Bunun görünür nedeni kaynak sıkıntısıdır. Küresel rekabet gücüne sahip güçlü, daha fazla değer yaratan bir ilaç ve sağlık sektörü, kaynak sıkıntısının aşılmasına katkıda bulunacağı gibi, reformların başarıya ulaşmasının da en önemli güvencesi olacaktır. Sağlık sektöründe yenilikçiliği, Ar – Ge'yi destekleyen, uluslararası standartlarla uyumlu ve uzun vadeli politikaları istikrarlı bir şekilde uygulamak bu açıdan büyük önem taşımaktadır.

İlaç sektörünün öncelikli ihtiyaçları neler?
Sektörümüz fiyatlandırma, ruhsatlandırma gibi temel alanlarda uygulanan politika ve stratejileri değerlendirerek yeni yatırım yapma ve istihdam yaratma kararları almaktadır. Ancak yatırımlar gerçekleştikten sonra politikaların, uygulamaların değiştirilmesi yapılan yatırımları zor duruma sokmaktadır. Yeni fiyat kararnamesi buna bir örnektir. Şimdi bütün firmalar 2010 iş planlarını yeniden gözden geçirmekte küçülmeye, kadrolarını daraltmaya hazırlanmaktadırlar. Kararlar aralık ayı başında yapılan bazı küçük iyileştirmelere rağmen, hastalarımız açısından da sıkıntılar yaratabilecek, etkin ilaç ve tedavilere erişimi zorlaştırabilecektir. Türkiye'nin güçlü bir ilaç sektörüne sahip olması ve hastalarımızın ilaca erişiminin güçlenmeye devam etmesi açısından en büyük ihtiyacımız istikrardır. Ülkemizde ilaç ve sağlık politikaları bütün sektör temsilcileriyle diyalog ve uzlaşma içinde oluşturulduktan sonra şeffaf ve istikrarlı bir şekilde uzun vadeli olarak uygulanmalıdır. ●



Sağlıkta Dönüşüm Programının kısa panoraması

Hükümet, Sağlıkta Dönüşüm Programını sağlıkta dönüm noktaları olarak kaydedilen Refik Saydam dönemi (1923), Behçet Uz dönemi (1946) ve sosyalizasyon dönemine (1963) kronolojik olarak eklemliyor. Peki Sağlıkta Dönüşüm Programı hedefleri nelerdi ve ne ölçüde hayata geçirildi?

16 Kasım 2002 tarihinde açıklanan Acil Eylem Planı, "Herkese Sağlık" argümanıyla yola çıktı. Söz konusu Planın 2003 yılında açıklanan Sağlıkta Dönüşüm Programının kabaca ana unsurlarını oluşturduğu söylenebilir. Bu Plan içinde; tüm vatandaşların Genel Sağlık Sigortası (GSS) kapsamına alınması, sağlık kuruluşlarının tek çatı altında yapılandırılması, hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması, aile hekimliği uygulamasına geçilmesi, özel sektörün sağlık yatırımlarının özendirilmesi, sağlık personeli eksikliğinin giderilmesi yer alıyordu. İlk iki hedef, eksileri ve artılarıyla, Hükümetin planladığı yönde gerçekleşti. Sağlık programlarının uygulanma aşamasında belki de, güçlü bir yan etki olarak kabul edilebilecek "ülkelerin kendi şartları" kendini en çok da birinci basamak sağlık hizmetlerinde gösterdi. 2009 yılı itibariyle aile hekimliği uygulaması duraklama dönemine girdi. Sevk zinciri ise neredeyse başlamadan rafa kaldırıldı.





Aile hekimliğini ekonomik kriz vurdu

Türkiye'yi teğet geçmesi istenen ekonomik kriz, sağlıkta tasarruf tedbirlerinin gerekliliği üzerinden kendini gayet güçlü hissettirdi. Sağlık Bakanlığı ilk faturayı aile hekimliği uygulamasına kesti ve 2009 itibariyle 59 ile yayılması beklenen uygulama 40 İlle sınırlandı. Pratisyen hekimlere göre daha yüksek ücret alan aile hekimleri için bütçeye uygun bir meblağ konulması gerekiyordu ki yapılamadı. Kriz nedeniyle bütçe tasarruf tedbirleri devreye girdi. Bakanlık, Maliye Bakanlığı ile yapılan görüşmelerde uygulamanın 2009 itibariyle 40 ilde kalmasına karar verdi.

Aile hekimliğinin maliyeti yanı sıra işlerliği de tartışma konusu oldu. Eleştiriler, aile hekimliğinin gelişmiş, gelir dağılımı bozuk olmayan, sağlığa yeterince para ayıran ve de yetişmiş aile hekimliği uzmanı, yardımcı sağlık personeli ve sekreteri olan ülkelerin sistemi olduğu üzerinde yoğunluk kazandı. Türkiye için önerilen yegâne model 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası'nın getirdiği sistem olarak işaret ediliyor.



Sevk zinciri başlamadan bitti

Sağlıkta Dönüşüm Programının uygulama aşamasında, Bakanlığın yanı sıra belirleyici konuma yükselen Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) üzerinde de durmak gerekiyor. Kurumun sağlık alanında alınan kararlarda sadece maliyet hesabı yapılmaması gerektiğini fark etmeye başladığını vurgulamak yerinde olacak. Sevk zinciri konusunda Bakanlıkla yaşadığı fikir ayrılığında, diretmelere karşın sevk uygulaması askıya alındı.

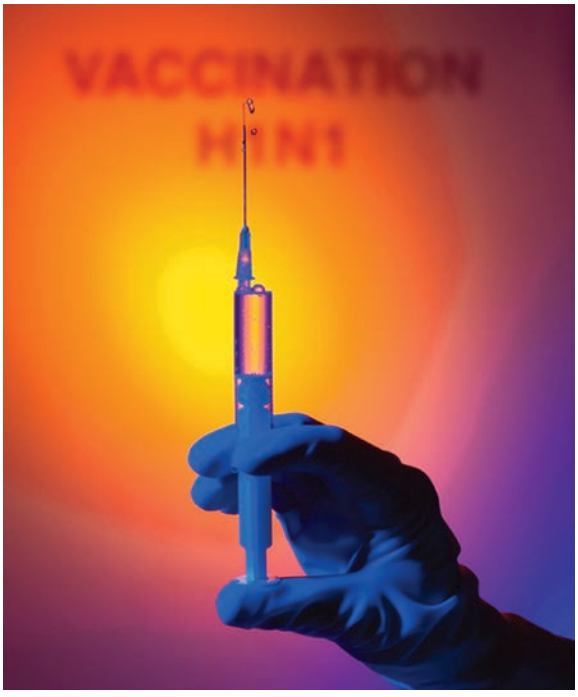
Aile hekimliği uygulanan tüm illerde hayata geçirilmesi planlanan sevk zinciri sadece Isparta, Denizli, Bayburt ve Gümüşhane illerinde kısa bir süreliğine uygulanabildi. Sonuç tam anlamıyla hüsran oldu.

Sağlık Bakanlığından yapılan açıklamada da sevk zincirinin iptal edilmesinin yerinde bir karar olduğu; uygulamada ortaya çıkan en önemli problemin, hekimin baktığı günlük hasta sayısının anormal ölçüde artması olduğu belirtildi.

Tam gün çıkıyor mu?

Sağlık Bakanlığının Sağlıkta Dönüşüm Programında belirttiği özel sektörün sağlık yatırımlarının özendirilmesi hususu, 15 Şubat 2008 tarihiyle birlikte adeta "tarih oldu." Bakanlık, yapılan teşviklerin abartıldığını düşünerek ani bir frene bastı ve yatırımların sadece işaret ettiği bölgelerde yapılabileceğini belirterek kamudan özele hekim transferinin yapılamayacağını açıkladı. İthal hekim formülü rafa kaldırılan Bakanlık, kamu hastanelerindeki hekim eksikliğini özel sektöre hekim transferini engelleyerek ve tam gün yasa tasarısını gündeme alarak eksiği gidermeye çalışıyor.





Kamuoyunda büyük ses getiren tam gün yasa tasarısı 2 yıldır Bakanlığın neredeyse en radikal gündem maddesini oluşturuyor. Titizlikle gribe odaklanan Bakanlık, gereken kamuoyu desteğini Başbakanın sürpriz falsosuyla tam olarak alamadı. Meraklıları için müjdelemek gerekirse, Sağlık Bakanı Recep Akdağ Meclis Genel Kurulu bütçe görüşmelerinde, soğumaya bırakılan tam gün tasarısını 2010 yılının öncelikli hedefi olarak açıkladı.



Sıra bekleyen uygulamalar neler?

Tam gün yasası, hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulmasının amaçlandığı Kamu Hastane Birlikleri Yasa Tasarısı da yine TBMM'de epeydir bekleyen bir başka uygulama. Yine, mevzuat altyapısı hayata geçirilen, "yap-kirala-devret" şeklinde özetlenebilecek Kamu Özel Ortaklığı (Public Private Partnership-PPP) modelinin, Bakanlık Programının çok da yakın olmayan bir geleceğinde yer aldığı söylenebilir. ●