

Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Bakanlığı'nın Değişen Rolü



T.C. SAğLIK BAKANLIğI



Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Bakanlığının Değişen Rolü



ANKARA 2007



SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM SERİSİ - 6
SAĞLIK BAKANLIĞI YAYINIDIR.

EDİTÖR

Prof. Dr. Sabahattin AYDIN

TEKNİK HAZIRLIK

Betül Faika SÖNMEZ

Dr. Hasan BAĞCI

Dr. Aytaç KÖSTE M

Dr. Rifat PAMUK

Kibar ALTUNAL

Emine Işık BORA

Sebahat ÇİTAK

Dr. Ufuk AKDIKAN

Dr. Hasan GÜLER

Dr. A.Esra TİRYAKIOĞLU

Bu kitap Sağlık Bakanlığı
Proje Yönetim Destek Birimi tarafından
5000 Adet Bastırılmıştır.
Ankara, 2007

ISBN 978-975-590-225-8

Basım Yeri:

BMS Matbaacılık Ltd.Şti.

Tel: (0.312) 342 40 38-39

İçindekiler

Sunuş.....	5
Önsöz.....	7
Katılımcılar.....	10

Birinci Bölüm

Zamanı durduramazsınız/ Recep AKDAĞ.....	13
--	----

İkinci Bölüm

Sağlık Bakanlığı'nı Etkili Stewardship için Yeniden Yapılandırma Planlarımız ve Uygulamadaki Zorluklar/Sabahattin AYDIN.....	19
Birinci Oturum / Tartışma / Yönetici: Rifat ATUN.....	31
Julio FRENK.....	32
Viroj TANGCHAROENSATHIEN.....	40
Dorjan MARUSIC.....	43
Csaba DOZSA.....	46
Hüseyin ÇELİK.....	49
Sabahattin AYDIN.....	51
Joseph KUTZIN.....	53
Julio FRENK.....	55

Üçüncü Bölüm

Genel Sağlık Sigortasına Geçiş Hazırlıkları / Tuncay TEKSÖZ	61
İkinci Oturum/Tartışma/Yönetici: Joseph KUTZIN.....	70
Csaba DOZSA.....	71
Dorjan MARUSIC.....	74
Viroj TANGCHAROENSATHIEN.....	76
Rifat ATUN.....	79
Joseph FIGUERAS.....	80
Tuncay TEKSÖZ.....	81
Hüseyin ÇELİK.....	81
Viroj TANGCHAROENSATHIEN.....	83
Dorjan MARUSIC.....	85
Csaba DOZSA.....	86
Yıldırım RAMAZANOĞLU.....	88
Tuncay TEKSÖZ.....	89
Viroj TANGCHAROENSATHIEN.....	94
Rifat ATUN.....	97

Dördüncü Bölüm

Toplantıdan Notlar.....	101
-------------------------	-----

Sunuş

Sağlık hizmetlerinden gittikçe daha fazla yararlanmak isteyen toplumlarda, bu gayretlerine paralel olarak sağlık sistemleri sorgulanmaya başlamıştır. Gelişmiş ve gelişmekte olan bütün ülkeler bu açıdan sağlık sistemlerine eleştirel yaklaşmakta, kaynaklarını verimli kullanma ve daha iyi çıktılar elde etmeyi hedeflemektedir. Dünya Sağlık Örgütü de son yıllarda sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi konusunu ajandasına almıştır. Ülkemizde geçtiğimiz dönemde doğrudan sistem sorgulanmasının yapıldığını ileri sürmek doğru olmasa da, Cumhuriyet tarihimiz boyunca sağlık sisteminde çeşitli değişiklikler olagelmıştır. Bu süreç, yetkilerin merkezde toplanması veya kısmen yerel otoritelere devredilmesi şeklinde zaman zaman gelgitler yaşanmasına yol açmıştır.

Bir sağlık sisteminin gücünü gösteren önemli göstergelerden birisi finansal koruyuculuktur. Yani sistemin gücü, toplumun sosyal güvence altına alınan kesiminin büyüklüğü ile paraleldir. Ülkemiz son birkaç on yılda bu konuda iyi ilerlemelere şahit olmuştur. Ancak kamu sosyal sigortacılığı altındaki parçalı yapı, eşitsizliklerin yaşanmasına ve vatandaşlar arasında devlet tarafından ayrımcılık yapılmasına yol açmıştır.

Yıllardır tartışılan, erişilmez bir hedef gibi görülen Genel Sağlık Sigortası Anayasamızın 56. maddesinden güç alarak atılmış cesaretli bir adımdır. Bu adım sosyal güvenlik kurumları arasındaki farklılıkları ortadan kaldıracak, sağlık

hizmetleri karşısında vatandaşları eşit hale getirecek ve finansal koruyuculuğu en üst düzeye çıkaracak son derece radikal bir karardır. Sağlık hizmetlerinin tek alıcısının olduğu bir ortamda hizmet sunucularının da kendilerini yeni sisteme hazırlaması gerekir. Hatta sağlık sisteminde hem otorite hem de hizmet sunucusu olarak var olan Sağlık Bakanlığının kendi pozisyonunu tamamen gözden geçirmesi gerekmektedir. Nitekim bütün bunlar, yani genel sağlık sigortası. Bakanlığın yeniden yapılanması ile idari ve mali özerk sağlık hizmet sunucularının oluşturulması Sağlıkta Dönüşüm Programının önemli yapı taşlarını oluşturmaktadır. Bu konularda hemen icraata geçilmeden önce enine boyuna tartışmalar yapılmakta, ülke öncelikleri gözden geçirilmekte, ulusal ve uluslararası uzmanların bilgi ve birikimlerinden yararlanılmaktadır.

Elimizdeki kitap böyle bir çalışmanın ürünüdür. Sağlık politikaları konusunda yapılan beyin fırtınalarının, uçup giden söz olmaktan öte kayıtlı birer belge olarak geleceğe bırakıldığı miraslardan birisidir. Sağlık politikalarına ilgi duyanların yararlanması dileğiyle...

Prof. Dr. Recep AKDAĞ
Sağlık Bakanı

Önsöz

İçinde genel sağlık sigortasını da kapsayan Sosyal Güvenlik Yasa Tasarısının Bütçe Plan Komisyonundan da onaylanarak geçtiği günün hemen ertesinde İstanbul'da çok sayıda ulusal ve uluslararası uzmanların katılımı ile bir toplantı gerçekleştirildi. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın iki ana başlığı olan "Sağlık Bakanlığının Yenden Yapılanması" ve "Genel Sağlık Sigortası" konuları masaya yatırıldı. Bu toplantıda çok sayıda uzmanın görüşlerini ve farklı ülkelerin deneyimlerini izleme imkânı bulduk. Aslında bu iki konunun birbiri ile olan yakın ilgisi o kadar çok ki, birinin varlığı diğerini şekillendirmektedir adeta. Bir yanda Sosyal Güvenlik Reformu yürürken bir yanda da bunun getireceği yeni ilişkiler düzeyi ve sağlık hizmetinin sunumu ile satın alınması ortamında Sağlık Bakanlığının yeniden yapılandırılması baştan beri planlanan ve üzerinde çalışılan stratejilerin bir parçasıdır. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bu önemli konularının masaya yatırılarak uzmanlarınca enine boyuna tartışılmasının çok önceden planlandığı günden bir gün önce Sosyal Güvenlik Yasa Tasarısının Komisyonda kabul edilmesinin güzel ve özel bir "rast gelme" olduğunu düşünüyorum.

Dünyada bu konuda birikimi olan, söz sahibi olan çok değerli uzmanların davet edildiği böyle bir toplantının gerçekleştirmesini fırsat bilerek, Bakanlığımızın ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığımızın karar mekanizmalarında rol alan arkadaşlarımızla bu değerli uzmanları, değerli

misafirlerimizi bir araya getirip âdeta bir beyin fırtınası yapmak, aynı konular üzerinde tartışmak ve birikimlerinden yararlanmak amacıyla ilk gün (31 Mart 2006), bir çalıştay, ya da yuvarlak masa toplantısı diyebileceğim bir tartışma platformu oluşturuldu. Yapmak istediğimiz işleri, atmak istediğimiz adımları tartışmaya açıp gerektiğinde öz eleştirilerimizi açıkça yapabileceğimiz dar çerçeveli, samimi bir ortamda geçmesini düşündüğümüz bu toplantıyı planladık.

İlk oturumda benim yaptığım "Sağlık Bakanlığını Etkili Stewardship İçin Yeniden Yapılandırma: Planlarımız ve Uygulamadaki Zorluklar" başlıklı sunum etrafında Rifat Atun yöneticiliğinde tartışmalar yapıldı. Öğleden sonraki ikinci oturumda ise Sosyal Güvenlik Kurumu Başkan Vekili Tuncay Teksöz "Genel Sağlık Sigortasına Geçiş Hazırlıkları" adlı bir sunum yaptı. Bu konu ile ilgili tartışmalar da Joe KUTZIN yöneticiliğinde yürütüldü. Gerçekten de sağlık politikalarına zihin yoranların yararlanacağı birbirinden değerli görüşlerin, eleştirilerin ve uyarıların ortaya konduğuna ilerleyen satırları okudukça siz de hak vereceksiniz.

Görüleceği üzere kitabın ana konusu Genel Sağlık Sigortası ve Bakanlığın yeni rolünün tanımlanması ve özellikle de "stewardship" kavramı üzerine yoğunlaşmıştır. Aslında oluşacak yeni sistemin dinamikleri bu kavramda gizlidir. Bu yüzden sağlıklı değerlendirmeler yapabilmemiz ve isabetli kararlar alabilmemiz için hepimizin kavramlardan aynı şeyleri anlıyor olmamız gereklidir. Sözlüklerde karşılığı kâhyalık, vekilharçlık olarak yer almaktadır. Sağlık yönetiminde yüklendiği anlamlar kelime anlamının oldukça ötesine taşmıştır. Bu kavramın mevcut Türkçe kelimelerle karşılanması ne yazık ki, sınırlayıcı olmaktadır. Belki zamanla kullanmakta olduğumuz bazı kelimeler bize aynı çağrışımları yapabilecektir. En azından bugün için bunun zorluğunu yaşıyoruz. Bu yüzden, gerek Türkçe sunumlarımızda gerek tercümelerde kelimeyi olduğu gibi kullanmayı uygun buldum. Okuyucularımızdan özür diliyorum.

Ana toplantının açılışında Sayın Bakanımızın yaptığı konuşmanın genel bir çerçeve çizmesi, ana vizyonu ortaya koyması ve tartışmaların yapıldığı konulara açıklık getirmesi bakımından ilginizi çekeceğine ve tartışma konularının kolay

anlaşılır olmasına ışık tutacağına inanıyorum. Teknik ağırlıklı tartışma konularına okuyucuyu hazırlaması bakımından, bu konularla ilgili sunum ve tartışmalardan önce bakanımız Prof. Dr. Recep Akdağ'ın konuşma metnini ilginize sunuyoruz.

Aslında bu çalıştay kendimiz için bir beyin fırtınası niteliği taşıyordu. Özellikle sunum sahipleri olarak bizler, bu ortamı oluşturacak soruları biraz da cömertçe sormaya gayret ettik. Düzenleme anında konuşmaları yayınlamak gibi bir düşüncemiz olmamıştı. Ne var ki, alanında değerli uzmanların görüş ve eleştirilerini sadece kendimize saklamanın bencillik olacağı düşüncesiyle ilgilenenlerin istifadesine sunmayı bir borç biliyoruz.

Editör

Katılımcılar*

Allfabetik olarak soyadı sırasına göre dizilmiştir.

- **Kibar ALTUNAL/**
Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkan Yardımcısı
- **Dr. Lütfü ARITAN/**
Tanaka Business School Imperial College, Dünya Sağlık Örgütü Uzmanı.
- **Dr. Rifat ATUN/**
Tanaka Business School Imperial College,
Sağlık Yönetimi Merkezi Direktörü ve Uluslararası
Sağlık Yönetimi Öğretim Üyesi, Dünya Sağlık Örgütü Uzmanı.
- **Dr. Sabahattin AYDIN/**
Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı
- **Dr. Hasan BAĞCI/**
Sağlık Bakanlığı Proje Uygulama Birimi Yöneticisi
- **Dr. Sabahattin CEVAHİROĞLU/**
Kadıköy Sağlık Grup Başkanı
- **Dr. Ali COŞKUN/**
Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı
- **Dr. Hasan ÇAĞIL/**
Sağlık Bakanlığı Saha Koordinatörü
- **Hüseyin ÇELİK/**
Çalışma Bakanlığı Genel Sağlık Sigortası Danışmanı
- **Csaba DOZSA/**
Macaristan sağlık Standardizasyonu ve
yönetiminden sorumlu Devlet Müsteşar Yardımcısı
- **Dr. Josep FIGUERAS/**
Avrupa Sağlık Sistemleri ve Politikaları İzleme Başkanı ve
Brüksel'de bulunan Dünya Sağlık Örgütü
Avrupa Sağlık Politikası Merkezinin Başkanı
- **Dr. Julio FRENK/**
Meksika Sağlık Bakanı

- Dr. Savaş Başar KARTAL/
Üsküdar Sağlık Grup Başkanı
- Mehmet KONTAŞ/
Dünya Sağlık Örgütü Türkiye İrtibat Ofisi Başkanı
- Dr. Joseph KUTZİN/
Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi,
Sağlık Sistemleri Finansmanı Danışmanı
- Dr. Dorjan MARUSIC/
Slovenya Sağlık Bakan Yardımcısı
- Haydar MEZARCI/
Sağlık Bakanlığı Proje Yönetim Destek Birimi Yöneticisi
- Dr. Süleyman Can NUMANOĞLU/
Sağlık Bakanlığı Müşaviri
- Dr. Haluk ÖZSARI/
Sigorta Reasürans Şirketleri Birliği Danışmanı
- Dr. Yıldırım RAMAZANOĞLU/
Çocuk Sağlığı Hastalıkları ve Nöroloji Uzmanı
- Dr. Ulvi SARAN/Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı
- Betül Faika SÖNMEZ/
Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı Uzmanı
- Dr. Yunus SÖMLET/
İstanbul Tabip Odası Yönetim Kurulu Üyesi ve
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi
- Dr. Viroj TANGCHAROENSATHIEN/
Tayland Uluslararası Sağlık Politikaları Direktörü
- Dr. Tuncay TEKSÖZ/
Sosyal Güvenlik Kurumu Başkan Vekili



Prof. Dr. Recep AKDAĞ
Sağlık Bakanı

ZAMANI DURDURAMAZSINIZ

Değerli meslektaşlarım, hanımefendiler, beyefendiler,
"Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Bakanlığının Yeniden Yapılandırılması" konulu toplantıda sizlerle birlikte olmak benim için büyük bir mutluluktur. Aramızda Dünya Sağlık Örgütü'nün bölge direktör yardımcısı Sayın Nata Manabde var. Bugün bu göreve getirilişinin ilk gününde, Türkiye'de bu toplantıda bizimle beraber olmasından büyük bir memnuniyet duyuyoruz. Değerli dostum Meksika Sağlık Bakanı Julio Frenk aramızda. Bu toplantımızı şereflendirdikleri için kendilerine çok teşekkür ediyorum. Kısa bir süre önce Meksika'da birlikte sağlık sistemlerini tartışabildiğimiz uzunca süre bir görüşmemiz olmuştu ve kendisinden gerçekten çok istifade etmiştim. Macaristan'dan, Slovenya'dan, Tayland'dan, İngiltere'den ve Dünya Sağlık Örgütü'nün Avrupa bölgesinden değerli arkadaşlarımız bizimle birlikteler.

Bugünün, tecrübelerimizi paylaştığımız, birikimlerimizi birbirimize aktardığımız önemli bir gün olarak tarihe geçmesini diliyorum. Gündemimize aldığımız konular.

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde atmakta olduğumuz adımların seyrine yön verecek çok önemli konulardır. Bu itibarla bu alanlarda katkıda bulunacak her ifadeyi, bizi daha iyiye götürmeyi hedefleyen her eleştiriye çok önemsiyorum.

Şunu özellikle ifade etmek istiyorum ki, son birkaç yıldır, özellikle son iki yıl içerisinde Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık sistemlerini güçlendirme konusunu önemli bir başlık olarak öne çıkarması kanaatimce çok yararlı bir başlangıç olmuştur. Kuşkusuz uluslararası örgütler ve Dünya Sağlık Örgütü bu konuyla öteden beri ilgileniyordu ama bugün ajandanın önemli maddelerinden biri haline gelmiştir. Böylelikle, birçok ülke bir araya gelerek aramızda tecrübelerimizi paylaşmak ve bu husustaki adımlarımızı birlikte atmak imkanına daha kolaylıkla sahip olacağız diye düşünüyorum.

Kuşkusuz ki sağlıkta bir dönüşüm programı uygulamak, reform gerçekleştirmek, hakikaten bu işin teorisini yapmak kadar kolay değildir. Her ülkenin kendine ait özellikleri vardır, kendine ait şartları vardır ve her zaman işaret edildiği gibi ortak bir model de mevcut değildir. Ülkenizin kültüründen, geçmiş tecrübe ve birikiminden faydalanarak günün ihtiyaçlarına cevap verecek modelinizi oluşturacaksınız. Bir taraftan bu modelin teorik alt yapısını, mevzuat alt yapısını oluştururken, bir taraftan da hayata geçirmek, uygulamaya sokmak zorundasınız. Zamanı durdurarak bir sağlık sistemini değiştirmek mümkün değildir. Ben bunu şuna benzetiyorum: Yoluna devam eden bir tren katarı düşününüz. Bir taraftan yol alırken, bir taraftan da bu trende yük alıp yük indirecek, restorasyonlar yapacak hatta bazen vagonları değiştireceksiniz. Her türlü değişikliği yolda yapmak zorundasınız. Bir istasyonda durup sağlık hizmetine ara veremezsiniz, çünkü sağlık hizmeti hiçbir gerekçeyle ertelenemez, işin herhalde en can alıcı kısmı bu. Bunun için iyi plan yapmak, olabildiğince doğruları belirlemek ve duraksamaksızın dinamik bir süreç takip etmek gerekiyor.

Biz ülkemizde üç buçuk sene önce başlattığımız Sağlıkta Dönüşüm Programımızda böyle bir yol izliyoruz. Dünyanın tecrübelerinden yararlanarak, kendi tecrübe birikimimizi zenginleştiriyor ve ülkemize has bir model oluşturuyoruz. Bu

modelin uygulanması sırasında dinamik değişiklikler yaparak yolumuza devam ediyoruz. Müsaadenizle birkaç örnek vermek isterim.

Ülkemizde sağlık çalışanlarının ücretlendirilmesi konusuna bir yenilik getirdik. Buna performansa dayalı ödeme modeli diyoruz. Bütün kamu çalışanlarının belli ve sınırlı maaşları var ülkemizde. Bu modelimizle sağlık çalışanları, kendi çalıştıkları kurumun performansı ve kendi performanslarına göre, maaşların üzerine ilave kazançlar elde etmeye başladılar. Bugün bu kazançlar, özellikle sistemde takım lideri konumunda olan hekimlerin sabit maaşlarının birkaç katına kadar ulaşabilmektedir. Kamuda alışan uzman hekimlerimiz % 90 oranında part-time çalışma biçimi içindeydiler. Kalan sürede kendi mesleklerini özel olarak yürütüyorlardı. Doğal olarak hasta vatandaşlar, kamudan talep ettikleri sağlık hizmetini almada zorlanınca, aynı zamanda kamuda çalışmakta olan değerli hekimlerimizin özel muayenehanelerine başvurarak kamu hizmetine ulaşma arayışına giriyorlardı. Uygulamaya koyduğumuz performansa dayalı ödeme sisteminden sonra aynı zamanda özel sektörde çalışmaya devam eden uzman doktorlarımızın oranı % 45'e düştü. Böylece hekimlerimiz, hiçbir zorlama olmadan, kamuda çalışmayı daha fazla tercih eder oldular. Kamu kuruluşlarımızda potansiyelimiz önemli ölçüde arttı.

Ülkemizde hekim sayımız çok yetersizdir. Dünya Sağlık Örgütünün Avrupa bölgesinde 52 ülke var, biliyorsunuz. Hekim başına düşen nüfus bakımından Türkiye 52 ülke içerisinde sonuncu sıradadır. Dolayısıyla bizim ülkemizde hekimin çok verimli bir şekilde çalışması lazım ki vatandaşlarımıza hak ettikleri sağlık hizmetlerini ulaştırabilelim. Bu nedenle kamuda tam zamanlı çalışma bizim için çok önemliydi; bunu büyük ölçüde böyle bir dönüşümle gerçekleştirebildik.

Sağlık Bakanlığı olarak Üniversiteler dışındaki kamunun bütün sağlık kuruluşlarını tek çatı altında topladık. Hepsini aynı kurallarla işleyen ve ayırım yapmaksızın bütün topluma hizmet sunan kuruluşlar haline getirdik. Bildiğiniz gibi ülkemizde sağlık hizmetlerini finanse eden büyük kamu

sağlık sigorta kurumları vardır. Bunlardan en önemlisi Sosyal Sigortalar Kurumudur. Eğer siz eskiden Sosyal Sigortalar Kurumuna bağlı bir işçi idiyse, yanı başınızdaki Sağlık Bakanlığına bağlı bir hastaneden faydalanamıyordunuz. Mutlaka kurumunuza ait olan hastaneye gitmeniz gerekiyordu. Böylece bu zorluk ortadan kalkmış oldu. Artık sağlık hizmetlerinde vatandaşlarımız arasında ayrımcılık ortadan kalkmıştır; vatandaşlarımız kamuya ait hastanelerden istediği gibi faydalanabiliyorlar. Gerçekten bu üç buçuk yıllık kısa süre içerisinde vatandaşlarımızın sağlık hizmetine kolay erişmesinde büyük mesafeler aldık. Devlet İstatistik Enstitüsü'nün 2003 ve 2004 yılı memnuniyet anketleri bize bu gelişmeleri somut olarak göstermektedir.

Bakanlığın çatısı altında topladığımız hastanelerimizi kamuya ait özerk işletmeler haline getirmek için çalışmalara devam ediyoruz. Hastanelerimizi dinamik kararlar alabilen, güçlendirilmiş yerinden yönetim esasına göre yönetilen, vatandaşlarımızın talebini gözetken daha verimli özerk kamu kurumları haline getirmek için yoğun çalışmalar yürütüyoruz. Kamunun sağlık alanından çekilmesi söz konusu değildir. Önümüzde ölçülü bir desantralizasyon planlamamız var. Kamu sağlık işletmelerimizi özerk hale getirirken. Bakanlığın belirlediği ulusal politikalardan ayrılmamalarını sağlayacak bir model üzerinde çalışıyoruz. Aksine uygulamaların diğer ülke tecrübelerinde görüldüğü gibi bir karmaşaya yol açabileceğini de biliyoruz. Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetinin sunumu ile ilgili kuralları belirleyecektir. Kuşkusuz ki bu bir süreç dahilinde olacaktır. Bakanlık bu işletmelerin yerinden yönetim birikimi kazanma sürecinde rehberlik yapacak ve dönüşüm gerçekleştikten sonra da rehberliğine devam edecektir. Daha sonra da, koyduğu kurallar ve bu rehberlikler çerçevesinde denetlemelerini sürdürerek kaliteli sağlık hizmetinin verilmesini ve kalitenin devamını sağlayacaktır.

Diğer taraftan, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığımızın çatısı altında oluşturulmakta olan genel sağlık sigortası var, biliyorsunuz. Sosyal güvenlik reformu, emeklilik ve sağlık sigortasının tek çatı altında toplanmasını öngörüyor. Bu bakanlığımıza bağlı olarak Sosyal Güvenlik

Kurumu oluşturuluyor. Bu değişimlerin yasalaşma süreci hızla devam ediyor. Böylece Sosyal Güvenlik Kurumu kamu sigortacılığını yapacak, üniversite hastaneleri, özerk kamu işletmeleri ve özel sağlık kuruluşları sağlık hizmetini sunacak, biz de Sağlık Bakanlığı olarak tamamen kürek çekmekten uzaklaşarak dümeni tutan bir bakanlık haline dönüőeceęiz. Meseleyi bu şekilde geliştirmek için çalışmalarımıza devam ediyoruz.

Sosyal Sigortalar Kurumuna bağlı vatandaşlarımızın ilaçlarını serbest eczanelerden alabilir olması, toplumun yoksul kesimini kapsayan bir kamu sigortası olan Yeşil Kartın hizmet kapsamının genişletilerek ilaç dahil bütün teşhis ve tedavileri kapsar hale gelmesi, bu süreçte atılan diğer radikal adımlar olmuştur.

İlaç konusunda gerçekten çok ciddi bir dönüşüm gerçekleştirdik. Türkiye'nin yarıdan fazlasını oluşturan Sosyal Sigortalar Kurumuna bağlı yurttaşlarımız ayakta muayene- neden sonra alması gereken ilacı çok az sayıda hastane eczanesinden alabiliyordu. Ancak şimdi yirmibine yakın eczaneden ilaçlarını alabiliyorlar. Bu çok büyük bir kolaylık getirdi. Önceden hasta, ya da hasta yakını olarak ilaç almak için uzun kuyruklarda beklemek zorundaydınız. Bu kuyruklar artık tarih oldu. Biz bu gelişmeyi sağlarken ülkemizde ilaç harcamaları konusunda çok büyük bir artışın olacağı iddia edildi. İlaç fiyatlandırması ile ilgili oluşturduğumuz yeni modellerle böyle bir artış olmadı. Bu uygulamalar sonunda kamu ilaç harcamasında reel olarak sadece % 3,5 oranında bir artış oldu.

Kuşkusuz ki bütün bu çalışmalar sırasında, sağlık hizmetlerinin ve özellikle de koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi için büyük gayret sarf ettik. Bağışıklama programı kapsamını genişletme, kızamık eradikasyon programı, yeni doğan tarama programları, ücretsiz demir ve D vitamini desteği, yoksul halkımıza sağlık hizmetine karşılık şartlı nakit desteği gibi bir dizi uygulamalara imza attık. Bireye yönelik sağlık hizmetlerinin güçlenmesinde ve bunun toplumsal sağlık hizmetlerine dönüşmesinde aile hekimliği artık modern dünyanın olmazsa olmazı haline gelmiştir. Kendi modelimizde aile hekimlerini bireye yönelik sağlık

hizmetlerini yürüten kişi olarak, toplum hekimlerini de toplumsal sağlık hizmetlerini yürüten, aile hekimlerinin görevlerini gözetten ve denetleyen kişiler olarak rgtlyoruz.

Düzce ilimizdeki aile hekimliği konusundaki pilot çalışmalar başarı ile devam ediyor. Memnuniyet bakımından ciddi artışlar oldu. Vatandaşlarımızın birinci basamak sağlık hizmetlerine teveccühü arttı. Bu pilot uygulamaya 10 ilimizde daha bu sene başlıyoruz.

Yeni uygulamalar yeni problemlere yol amıyor mu? Beklendiği gibi, açıyor tabii. Ama bunu süreç içerisinde değerlendirerek yolumuza devam ediyoruz. Geri bildirimde her zaman açığız ve her adımıımızın uygulayıcılar tarafından algılanışını ve olumlu olumsuz yansımalarını dikkatle takip ediyoruz. Bu geri bildirimler bazen bizim hareketlerimize yn veriyor, bazen de yolumuzda daha büyük bir heyecanla ilerlememiz hususunda bizi cesaretlendiriyor.

Dünyanın farklı bölgelerinden alıştay ve toplantımıza katkıda bulunmak için gelen konuklarımıza bu vesileyle bir kez daha teşekkürlerimi ifade etmek isterim. Tüm katılımcıların değerli görüşlerinden istifade edecek ve Sağlıkta Dönüşüm Programımızın uygulanması sürecinde bunlardan yararlanacağız. Bizler de bu vesileyle kendi uygulamalarımızdan edindiğimiz tecrübeleri sizlerle paylaşmış olacağız.

Yurt içinden ve dışından iştirak eden herkese başarılar diliyor, saygılar sunuyorum.

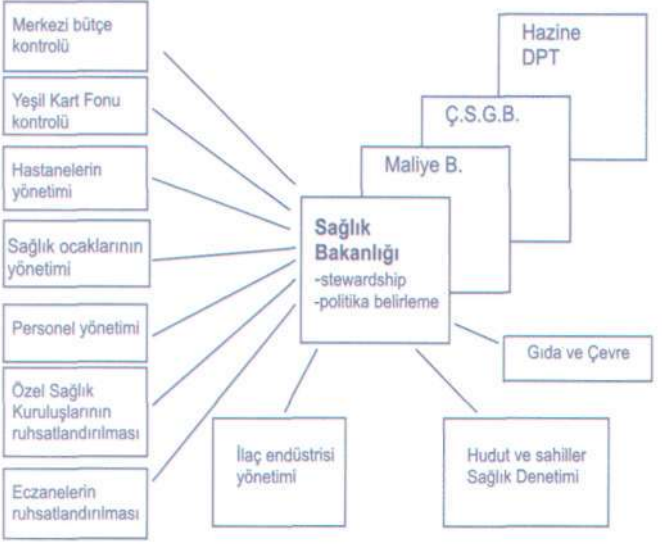


2 BÖLÜM

Prof.Dr. Sabahattin AYDIN
Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı

SAĞLIK BAKANLIĞINI ETKİLİ STEWARDSHIP İÇİN YENİDEN YAPILANDIRMA: PLANLARIMIZ VE UYGULAMADAKİ ZORLUKLAR

Bugün Sağlık Bakanlığımızın içinde bulunduğu çerçeveyi kısaca hatırlatarak konuya girmek istiyorum. Sağlık Bakanlığı her ne kadar müstakil hizmet alanına sahip gibi görülse de, birçok bakanlıkta, hatta bütün bakanlıklarda olduğu gibi üstlendiği görevlerini yürütebilmesi için hükümetin hatta devletin diğer önemli kurumlarını destek olarak arkasına almak zorundadır. Bir anlamda hizmetler bu farklı kurumların işbirliği ile gerçekleşmektedir. Dolayısıyla Maliye Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Hazine Müsteşarlığı ve Devlet Planlama Teşkilatı ile bir şekilde ortak bir görüş oluşturarak adım atmak zorundadır. Birçok icraatının, desteğinin arkasında hem mali hem de diğer birçok iş açısından bu kurumlar yer almaktadır.



Şekil 1: Sağlık Bakanlığının başlıca görev alanları ve ilişkileri

Sağlık Bakanlığı yeniden yapılıyor. var olan birçok işlev ve sorumluluk alanını yukarıdaki tablodan teker teker silerek değişimleri gözünüzde canlandırmaya çalışacağım. Bugünkü Sağlık Bakanlığımızın sorumluluk alanı içinde başlıca yatırım, personel gideri ve koruyucu sağlık uygulamalarını karşılamak üzere kendisine ayrılan merkezi bütçenin yönetimi, kontrolü vardır. "Yeşil Kart" uygulamamız bir sigorta kurumu gibidir; şu anda 10 milyonu aşmış katılımcısı ile aslında bir sağlık sigortacılığı fonudur. Sağlık Bakanlığı bu fonun yönetimini üstlenmiş durumdadır. Bine yakın devlet hastanesinden oluşan bir hastaneler grubunun işletilmesi, personel yönetimi, finansal yönetimi ve yine 6.000'den fazla birinci basamak sağlık kuruluşunun yönetimi var, görevlerin içinde. 300.000'i aşkın personelin yönetimi bu bakanlığın kontrolünde. Yine, sağlık sistemimizdeki payı henüz çok büyük bir oran tutmasa da, daha küçük ölçekli oldukları için sayıları oldukça çok olan özel sağlık kuruluşlarının ruhsatlandırılması, denetimi sorumlulukları var. 20.000 civarında eczanenin denetim ve ruhsatlandırılması

sorumluluklarımız arasında. Bütünüyle ilaç endüstrisinin kontrolü, denetimi, ilaçların ruhsatlandırılması, yani bu konudaki bütün politikaların belirlenmesi ve uygulamaya konması görevlerimiz arasında.

Uluslararası anlaşmalardan kaynaklanan ve bugüne kadar gelen Türkiye'nin bütün sahillerinde, bütün hudut kapılarında, sınır kapılarındaki sağlık denetimi ve kontrolü, Türkiye'nin karasularından geçen bütün gemilerdeki sağlık ile ilgili kontroller ve denetimlerin sorumluluğunu üstlenmiş bir kurumuz. Geçtiğimiz yıl içinde, aslında büyük oranda devretmiş olmamıza rağmen, gıda ve evre konusunda da çok kapsamlı sorumlulukları vardı. Yeni yapılanma sürecinde bunların ilgili bakanlıklara devri kısmen gerçekleştirilmiş oldu.

Sağlıkta reform niye yapılır, ya da bir sağlık sisteminden beklenen nedir? Sağlık sisteminin birçok hedefleri vardır, ama kaba bir bakışla iki ana başlık altında toplayabiliriz sanıyorum. Bunun birincisi yüksek performanslı, ıktıları çok daha iyi olan, her zaman mevcut durumundan daha ileriye götürülmüş bir sağlık hizmetinin sunulmasıdır. ikinci olarak sistem sözü edilen hedefe ulaşmak için mutlaka sürekli artma eğiliminde olan sağlık harcamalarını kontrol altında tutma sorumluluğu taşır. Dolayısıyla yaptığımız birçok planlamalar bu stratejik hedeflere yöneliktir, işte bu, iki hedefi göz önünde bulundurarak çoğunuzun benimle kıyaslanmayacak derecede bu sahanın yetkin uzmanları olduğu bilinci içinde tartışmayı açmak istiyorum.

Bu iki ana unsuru, yani "hizmetteki performans durumu" ile "sağlık harcamasını" iki ayrı değişken, iki ayrı işlev olarak ele aldığınızda karşınıza birkaç alternatif model çıkmaktadır. Bu farklı seçenekleri şöyle kısaca özetlemeye çalışalım. Birincisi sağlık hizmetlerindeki maliyeti olabildiğince azaltmayı ön plana çıkarır, bunun için gerekirse sağlık hizmetinin performansını feda edebilirsiniz, bu bir yaklaşım tarzıdır. İkinci bir alternatifte, tasarrufu yine olduğa ön plana alır ama bunu mümkün olduğunca sistemin performansını koruyarak, kötüye götürmeden yapmak gibi bir hedefi kendinize çizebilirsiniz. Biraz daha sağlık yönünden duyarlı olur, maliyeti azaltmaya çalışırken aksine

performansı korumak değil, yükseltecek argümanlar geliştirmek gibi bir sorumluluk üstlenebilirsiniz. Mevcut bütçenin performansını azamiye çıkarmaya çalışarak, yani aslında mevcut bütçe içinde kalarak sistem performansını arttırma gibi bir gayret içine girebilirsiniz. Bir başka alternatif de, sistemin performansını arttırmayı ana ilke olarak belirlemeniz, bunun için gerekirse bazı maliyetlere katlanmayı göz önüne almanızdır. Sonuçta bu iki önemli değişkenin ağırlıkları bu tercihleri belirlemektedir. Bu görüşlerin tamamen bana ait olmadığını tablodaki dipnottan fark ediyorsunuzdur.

1-Maliyeti anlamlı oranda azaltmak uğruna bir miktar performansı feda etme	↑	↓
2-Performansı azaltmadan mümkün olduğunca tasarruf yapma	↑	→
3-Maliyeti azaltırken performansı arttırmak için çare arayışına girme	↑	↑
4-Mevcut bütçenin performansını azamiye çıkarmaya çalışma	→	↑
5-Performansı arttırmak için daha fazla harcamaya gönüllü olma	↓	↑

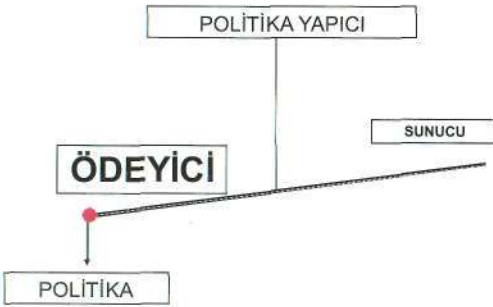
Tablo 1: Maliyet ve performans ilişkisi seçenekleri *

*: Roberts MJ, Hsiao W, Berman P, Reich MR: *Getting Health Reform Right (Draft)*, October 2001

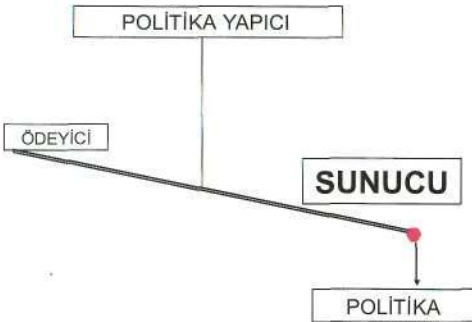
Bu alternatifler arasındaki ilişkiyi daha fazla anlaşılır kılmak için kendimce bir model oluşturmaya çalıştım. Politika yapıcı otoritenin, yani Sağlık Bakanlığının etkileşim içinde olduğu ve güç paylaştığı kurumlarla bir araya gelerek bir denge sağlaması gerekiyor. Politika yapıcının etkili, etkin bir politika yapabilmesi için ağırlığı bu beş seçenekten bir yere oturtması gerekir herhalde. Şekilde görüldüğü gibi, geri ödeme kurumu ve hizmet sunucuların karşılıklı yer almaları ile oluşan bu terazi kefelerinde denge sağlanması hedeflenmektedir. Terazi kefeleri arasındaki denge ve bu dengeye bağlı olarak politika odağının hangi noktada duracağı bundan sonraki politikanın mahiyeti ve seyri açısından son derece önemlidir. Eğer, ödeyici kurumu çok aktif, baskın, karar veren, dediğini yaptırabilen bir güç haline getirmeyi başarırırsak, hizmet sunucularının burada temsiliyetini azaltır, sistemde rollerini hafifletir, etkin olmaktan uzaklaştırırsak doğal olarak yukarıda sayılan beş seçenekten tasarruf sağlama politikaları öne çıkacaktır.



Finansmanla Hizmetin Ayrılması: Güçler Dengesi



Senaryo A: Güçlü Ödeyici Kurum



Senaryo B: Güçlü Sunucu

Şekil 2: Finansman ile hizmet arasında güçler dengesi

Sağlık hizmetinin, sağlık sisteminin performansını yükseltme kaygıları azalacaktır ve böylece sistemin kurgusunda ilk seçeneğe doğru bir kayış olacaktır. Aksine ödeyici kurumları edilgen hale getirerek hizmet sunucularının taleplerinin sınırsız karşılanması şeklinde bütün yetkileri onlara devredersek beşinci seçeneğe doğru bir kayış olacaktır. Hizmet sunucuları daima daha fazla hizmet verme, daha kaliteli hizmet verme gayreti içindeyken finansman kontrolünde ciddi bir zafiyet yaşanmış olacaktır.

Belki haddimi aşarak bu dengeleri sorguluyorum, özür dilerim, ama Bakanlığın yeni rolünde böyle bir tabloda acaba nasıl politika yapacağız? Bu politika ibresini nerede tutabileceğiz? Bu soruyu dikkatinize sunabilmek için bu terazi modelini göstermeye çalıştım.

Şimdi tekrar Bakanlığımızın bugünkü resmine bakarsanız, biz reform adımlarıyla teker teker Bakanlığın görevlerini, özellikle icraya dönük görevlerini olabildiğince farklı desantralizasyon modelleri kullanarak desantralize etmeye ve bazılarını doğrudan ilgili kurumlara devretmeye çalışıyoruz. Bunu yaparken Bakanlık olarak elimizde tutmaya çalıştığımız görev, "stewardship" görevi. Acaba şu anda atmaya çalıştığımız adımlarla bunu başarabilecek miyiz? Merkezi bütçe yönetimi ile ilgili rolümüzü daha çok bir bakanlık merkez teşkilatına indirgeyerek büyük oranda azaltacağız ve asli rolümüz olan koruyucu sağlık konusuna daha fazla ağırlık vereceğiz.

Yeşil Kart bir sigortacılık fonudur ve bu yapılanmada zaten Sağlık Bakanlığının asli görevi değildir; doğal olarak ilgili sigorta çatısı altına gitmesi gerekir. Hastanelerin yerinden yönetim ilkeleri çerçevesinde özerk hastane birliklerine dönüştürme hazırlığı içindeyiz. Dolayısıyla hastaneler de doğal olarak doğrudan Bakanlık tarafından işletilen kurumlar olmaktan çıkacaktır. Sağlık ocakları zaten "aile hekimliği" yapısı içinde şu anda bile desantralize olmaya başlamış durumda. Genel sağlık sigortası kurulduğunda, sözleşmeler bu kurumla yapılacaktır. Hastanelerin, sağlık ocaklarının ve diğer taşra kuruluşlarının yeni yapılanmada yer alması halinde 300.000 personeli doğrudan yönetmek gibi sorumluluğumuz da kalmayacaktır.

Ruhsatlandırma işlemleri, doğudan batıya, kuzeyden güneye ekiplerin uzun seyahatini gerektirerek ve merkezi denetim zafiyetine yol açarak bugün için dahi ciddi bir sorun teşkil ediyor. Şu anda bile bu görevleri desantralize edip iller düzeyine kaydırmaya çalışıyoruz. Dolayısıyla sorumluluk ve yetki devri konusunda somut adımlar atılarak taşra teşkilatlarımıza hali hazırda yerinden yönetim yeteneği kazandırılmaktadır. Hastanelerde durum böyle iken, 20.000 civarındaki eczanenin ruhsatlandırılması ve denetiminde merkez teşkilatından doğrudan yetki kullanımı zaten düşünülemez. Bağımsız, kendi ayakları üzerinde duran ve siyasal etkilerden çok fazla etkilenmeyen "Ulusal Tıbbi Cihaz ve İlaç Kurumu" kurarak ilaç endüstrisinin yönetimini ve denetimini merkez teşkilat sorumluluğundan ve yetkisinden büyük oranda çıkarmaya çalışıyoruz. Hudut ve sahillerle ilgili olay ne kadar Sağlık Bakanlığının görevidir, onu zaten takdir edersiniz. Bugüne kadar da Sağlık Bakanlığından oldukça bağımsız götürülmeye çalışılmış bir iştir bu. Kaldı ki, son yasal düzenlemeyle sadece sahiller bırakılıp hudut kapıları Sağlık Bakanlığı sorumluluğu dışına çıkarılmaya çalışıldı. Gıda ve çevre konusuna daha baştan değinmiş, bu konuları ilgili bakanlıkların görev alanına devrettiğimizden söz etmiştim.

Sağlık Bakanlığı, kürek çekmeyi bırakıp dümenin başına oturmak ve "stewardship" görevini etkili olarak üstlenmek istiyor. Peki, bunu nasıl yapacağız? Teorik olarak istediğimiz kadar bu görevi öne çıkaralım, bundan sonraki süreç ve yapılanmalar belirleyici olacaktır. Reform süreci sonunda Sağlık Bakanlığı'nın politika yapıcı, denetleyici, standartlar koyucu bir rolü üstlenmesini. Genel Sağlık Sigortası Kurumu'nun sağlıkta finansmanı sağlama ve geri ödeme mekanizmalarını düzenlemesini, harmonize edilmiş özerk yapılar şeklindeki kamu kuruluşlarının, yerel yönetimlerin ve özel sektörün hizmetleri sunmasını planlıyoruz. Yani sistemin aktörlerinin yeni rollerini kabaca bu çerçevede üstlenecekleri düşünülmektedir.

Yine bir bilgi naklederek, burada da bir eleştiri yapmak istiyorum; sağlık sistemini, daha doğrusu sağlık reformunu kontrol eden, yöneten ana mekanizmalar vardır. Mark Roberts bunları kontrol düğmeleri olarak tanımlıyor. Bu

mekanizmalar finansmanı sağlama, geri ödeme mekanizmaları, organizasyon, düzenlemeler gibi başlıklarda toplanıyor. Biraz önce belirttiğim rollerle eşleştirdiğimizde, finansman sağlama Genel Sağlık Sigortasının, geri ödeme yine Genel Sağlık Sigortasının, hizmet ve organizasyon yerinden yönetimlerin, yerel yönetimlerin veya özel sektörün sorumluluk alanına giriyor. Geriye gerçekten Sağlık Bakanlığı'nın düzenlemelerle ilgili bir görevi kalmaktadır.

SİSTEM KONTROL MEKANİZMALARI

Finansman sağlama ⇒ G.S.S
Geri ödeme ⇒ G.S.S
Organizasyon ⇒ Yerel İdare
Düzenlemeler ⇒ Sağlık Bakanlığı
Davranış / İkna ⇒ G.S.S

Tablo 2: Sistem Kontrol düğmeleri*

*: Roberts MJ, Hsiao W, Berman P, Reich MR: *Getting Health Reform Right (Draft)*, October 2001

Sağlık Sistemini kontrol eden mekanizmalar bunlardan ibaretse, bu rolü etkili olarak hangi kurum üstlenmektedir? Rol sahipleri arasındaki çatışmanın önüne nasıl geçilecek; eşgüdüm nasıl sağlanacak? Bu kontrol düğmelerine hâkim olabilecek miyiz? Ya da sistemi kontrol etme gibi bir görev üstlenmiyor muyuz? Bu soruları biraz da abartarak ısrarla soruyorum; zira amacım Dünya Sağlık Örgütü kaynaklarından alıntılar yaparak, "acaba görevimiz ne olmalıdır?" tartışmasını açmaktır. Dünya Sağlık Örgütü'nün "Sağlık Sistemleri Performansı Çerçevesi" diye belirlediği ve daha çok bir sağlık sisteminin yürüttüğü işlevlerle bunların çıktılarının nasıl olacağı, nelerin çıktı olarak karşımıza çıkacağını göstermeyi amaçlayan bir şemadan söz ediyorum. Muhtemelen birçoğumuzun aşına olduğu, çok sık gördüğü bir şema bu.

DSÖ'nün sağlık sistemleri performansı çerçevesi:
işlevler ve hedefler



Tablo 3: Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği sağlık sistemleri performans çerçevesi*

**Strengthened health systems save more lives/ The key to improving health system functions. WHO-EURO*

Şimdi bu tabloya dikkatinizi çekmek istiyorum; bu tabloya göre biraz önce sözünü ettiğim, bir sistemin bütün kontrolü, yürümesi neye bağlıdır? Görüldüğü kadıyla "girdi" altında tanımlanan işlevlere bağlı olmalıdır. Bu girdiler kaynak yaratma, hizmet sunumu, finansman ve "stewardship" işlevlerinden oluşmaktadır. Anlatmaya çalıştığım sistemin Sağlık Bakanlığı açısından ana girdisi "stewardship" olacaktır. Sağlık Bakanlığı'nın rolü olarak olaya baktığımızda, yukarıda sözünü ettiğim sistem kontrol düğmeleri ile örtüşmektedir. Sistem çıktıların elde edilmesinde, dolayısıyla yüksek seviyede herkese eşit bir sağlık hizmeti sunumunda, insanların sadece tıbbi değil, yüksek hayat düzeyi gibi tıbbi hizmetler dışı beklentilerinin de karşılanmasında ve "finansal koruyuculuk şemsiyesinin" olabildiğince geniş olmasında Bakanlık rol almak zorundadır. Sağlık sisteminin bu hedeflere ulaşmasında stewardship rolünün yeri ve önemi tartışılmaz. Ancak bütün rolümüzün bu noktaya odaklanmış olması, sistemin diğer girdilerini kontrol edebilme yeteneğimizi zayıflatacak bir yapılanma riski ile mi bizi yüz yüze getirecektir? Tartışılması gereken ana sorunun bu olduğunu düşünüyorum.

Şimdi yine Dünya Sağlık Örgütü kaynaklarından alıntı yaparak "stewardship" rolünün nasıl olması gerektiğini sorgulamak, daha doğrusu vurgulamak istiyorum. Tabloda bu metnin özetini görmektesiniz. Bu metinden kelimeler seçerek stewardshipi anlamaya ve anlatmaya çalışacağım.

Stewardship ve yönetişim:

- Stewardship düzenlemeyi daha geniş bir kavramdır.
- Bir kişinin yönetimine bırakılan bir şeyin dikkatli ve sorumlu idaresi olarak tarif edilebilir.
- Sektör içindeki etkili olan, toplum sağlığını etkileyebilecek tüm politikalar ve hareketleri içerir.
- Stratejik politika yönlendirme, iyi düzenlemeler oluşturma ve bunları uygulamak için araçlar geliştirmeyi garanti altına alma kabiliyetine ve güvenilirlik ve şeffaflığı temin etme adına sağlık sistemi performansı hakkındaki gerekli bilgiyi temine işaret eder.
- Her ülkede bu işlevin uygun yeri Sağlık Bakanlığı'dır.

Temel konular ve zorluklar:

- Sağlık sisteminin ana hedeflerine ulaşmak için koordinasyon sağlarken, birbiri ile rekabet içindeki birçok unsuru denge halinde tutmak.
- Toplumsal ilgileri gözden kaçırmadan net politik öncelikler belirlemek.
- Gerekli düzenlemelerin garanti altına alınması
 - fiyatlar,
 - teminat paketi ve hasta katılım payları,
 - sağlık hizmet sunucularının eğitimi,
 - lisanslama ve akreditasyon vasıtasıyla mesleki uygulamalar v.b hakkında
- Şeffaflık ve güvenilirlik ortamı içinde
 - performans değerlendirmesi ve
 - bilgi teminivasıtası ile katılımcı aktörlerin davranışlarını etkilemek.

Tablo 4: Dünya Sağlık Örgütü kaynaklarında stewardship ve yönetişim*

**EUR/RC55/9Rev.1, +EUR/RC55/Conf.Doc./5, 8August2005, Next phase of the WHO Regional Office for Europe's Country Strategy: Strengthening health systems*

Düzenleme görevi ile dikkatli ve sorumlu bir idarenin ön planda olduğu görülüyor ve dikkat edilirse düzenlemeden daha geniş bir kavram olduğuna vurgu yapılıyor. Sadece düzenleme değil, sağlık sektörü içindeki, toplum sağlığını etkileyebilecek bütün hareketler ve politikalardan bahsediliyor. Politikaları yönlendirme, düzenlemeler oluşturma hatta bunları uygulayabilmek için araçlar geliştirme, güvenilirlik ve şeffaflığı temin etme ve bütün bunlar için de gerekli bilgiyi temin etme bu kavramın kapsamında ele alınmaktadır.

Bu tanımdan sonra, stewardship ile ilgili temel zorluklarımıza, yani bir anlamda esas önümüzde bekleyen sorunlara dikkatinizi çekmek istiyorum. Burada bana göre çok dikkatli olmamız gereken kritik bir hususu göz önüne serip tartışmayı bir noktaya getirmek amacındayım. Zira yasa taslağının detaylarına inildiğinde Genel Sağlık Sigortası konusunda tam da bu noktada bir belirsizlik içinde olduğumuza ilişkin bir kanaat var içimde.

Sağlık sisteminin ana hedeflerine ulaşmak için bu sistemde rol alan bütün aktörlerin görevlerinin "koordinasyonunu" sağlamak ve bunları bir "denge" halinde tutma görevi var. Sistemdeki aktörlerin her biriyle bir şekilde iyi bir iletişim ve hatta bu aktörlere karşı bir yaptırım gücü elde etmediğiniz müddetçe böyle bir dengeyi nasıl sağlayabilirsiniz, çok iyi bilmiyorum. Politika önceliklerini belirleme görevi kolay anlaşılır bir husus. Diğer yandan gerekli düzenlemelerin garanti altına alınması için fiyatlar, teminat paketi ve hasta katılım payları, sağlık hizmet sunucularının eğitimi, lisanslama ve bunun gibi konularda da bir sorumluluk veriyor stewardship rolü. Bütün katılımcı aktörlerin davranışını etkileyebilecek bir sorumluluk ve güçten söz ediyoruz. Bu sorumluluk teorik olarak son derece yerinde, aksi takdirde diğer aktörlere müdahale edemeyen bir otoritenin stewardshiplik rolünü burada tanımlandığı şekilde üstlenmesi mümkün değildir.

Eğer Sağlık Bakanlığı böyle bir rolü üstleniyorsa, bu gücü nasıl, nerede, hangi araçla elde edecektir? Benim fazla abarttığım düşünülerek böyle bir güce ihtiyaç olmadığı ileri sürülebilir mi? Ya da bu rolün kim tarafından üstlenileceği ayrıca tartışma konusu yapılabilir mi dersiniz? Burada Dünya

Sağlık Örgütüne ait tanımın altında yer alan, "her ülkede bu işlevin uygun yeri sağlık bakanlığıdır" ifadesini hatırlatmakla yetiniyorum.

Bir sağlık sisteminin dört ana işlevi vardır; bunlar: kaynak oluşturma, hizmet sunumu, finansman ve stewardship. Biraz önce anlattığım Dünya Sağlık Örgütünün performans çerçevesindeki girdiler bunlar. İşte bu dört ana görevi yerine getiren kuruluş ve kurumları tasarlama, yerleştirme, değerlendirme ve yeniden düzenlemek zorundadır, sağlık sistemi. Yani sağlık sistemini bir bütün olarak düşünmek ve tasarlamak zorundayız. Sözü edilen çıktıları elde etmek için bir görev üstlenmemiz gerektiğinin bilincindeyiz. Ancak bu bütünlüğü nasıl, kiminle, hangi yapı içinde, nasıl sağlayacağımızı sorgulamak zorundayız.

Umarım yol haritamızın güçlü ve zayıf noktaları açısından görmemiz gereken noktaları fark etmek ve bunları tartışmaya açmak amacıyla yaptığım bu sunum hedefine ulaşmıştır.



Birinci Oturum TARTIŞMA

Prof.Dr. Rifat ATUN

Saygıdeğer meslektaşlarım, bayanlar baylar, bakanlar ve bakan yardımcılar,

Böylesine önemli bir oturumun yöneticiliğini yapmanın kıvancını ve mutluluğunu yaşıyorum. Sabahattin Bey çok güzel bir şekilde kilit noktaları önümüze serdi. Bu kilit noktalar bildiğiniz gibi, sözü edilen işlevleri yerine getirmek üzere sistemde kimin rol oynadığı, sistemi kimin kontrol ettiği, düzenlediği veya yönettiğidir; bu işlevin içeriğinin ne olduğudur.

Sabahattin Bey bu işlevin tanımına dikkatimizi çekti ve Bakanlığın bu tür işlevin bir parçası olarak Dünya Sağlık Örgütü tanımları kapsamında ne yapıyor olması gerektiğine de vurgu yaptı. Bu kavram çerçevesinde bu rolün kapsamının ne olması gerektiği, örneğin merkezleşme derecesi ile desantralizasyon derecesi arasındaki noktada bu rollerin dengesini ve desantralizasyon derecesi ne olmalıdır? Bunu tartışmaya açtı. Bu nedenle, yapmak istediğim, dinleyiciler arasındaki bazı uzmanlara farklı ülkelerde bu geçişin nasıl yönetildiğini sormaktır.

Meksika'nın iyi bir başlangıç noktası olduğunu düşünüyorum. Julio Frenk'in burada olması bir ayrıcalıktır, çünkü Julio aynı zamanda Dünya Sağlık Örgütü 2000 yılı Performans Çerçevesini geliştiren ekibin bir üyesiydi. Bu nedenle, tanım konularına çok hakim ve ayrıca Meksika Sağlık Bakanı olarak bu kavramları uygulamaya geçirdi. Meksika yapısı içerisinde bu geçişin nasıl olduğu ve ne tür

derslerin alındığı ve bu derslerin Meksika ile pek çok benzerliği olan Türkiye için nasıl yararlı olabileceği konusundaki yorumlarını dinlemek için sözü Julio'ya bırakıyorum.



Dr. Julio FRENK

Öncelikle, Sağlık Dönüşüm Planına olan genel güvenden nasıl etkilendiğimi belirtmek istiyorum. Bence, sağlık sistemleri ve hizmetleri nüfus gruplarından çok işlevler etrafında yapılandırma anlayışı içerisinde davranılması ve bu yapıda sağlık bakanlıklarının rolü üzerinde düşünülmesi öncelikli olarak ele alınması gereken bir husustur. Türkiye ve Meksika gibi ülkelerde, sağlık sistemini nüfus gruplarına göre belirlemek gibi çok eski bir geleneğimiz vardır. Genel kural, ilkelere işlevlere göre bakmaktır; bence kesinlikle bu en doğru yöndür. Bu nedenle benim ilk yorumum, Türkiye Sağlık Bakanlığını ilerici vizyonu için kutlamak olacaktır. Şu anda buradaki soru açıkça geçiş sorunudur, bu yeni yapıya nasıl geçileceğidir. Bence, en temel hedefi akılda bulundurmak en önemlisidir. Sağlık Bakanlığının misyonu nedir? Sağlık Bakanlığının genel misyonu nedir, sorusunun birinci başlangıç noktası olduğunu söylemek istiyorum.

Meksika'daki tecrübelerimizi anlatmama izin verin. Meksika'da Anayasamızda "sağlık koruma" hakkı vardır; sağlığın korunması için kullandığımız bir kavramdır bu. Daha sınırlı bir kullanımı ve daha dar bir bakış açısı olan toplum sağlığında koruma kavramından daha geniş bir anlayıştır. "Korumanın" bence üç ana boyutu olan daha geniş bir bakış açısı vardır. Birincisi insanları, nüfusu sağlık risklerine karşı korumaktır ki, bu her devletin birincil görevidir. Devletin görevi vatandaşlarını her tür tehlikeye karşı korumaktır;

bizim alanımızda bu tehlike sağlıkla ilgilidir. Bu birinci boyuttur. İkincisi ihtimam ve daha fazlasını arama ve elde etme sürecinde ortaya çıkan sağlık hizmetlerini kullananların hakkını korumaktır. Ve korumanın üçüncü boyutu, her zaman dahil etmediğimiz, mali korumadır yani insanları kötü sağlığın ekonomik sonuçlarına karşı korumadır.

Şimdi misyonun bu üç bileşenini yani üç boyutunu düşünürseniz, ve yine bizim durumumuzda, yani Anayasada vatandaşların sağlıklarının korunması hakkının yer alması durumunda, bu kavramı işlevsel hale getirmeniz gerekmektedir. Bence, bu boyutlar bu işlevselleştirmenin üç ana esasıdır. Bu yüzdendir ki burası ayrılma noktasıdır. Eğer sağlık sisteminde stewardship rolü üstlenecekseniz, bu sorunların idarecisi olduğunuzdan ve stewardship rolünde en azından bu üç boyutta Sağlık Bakanlığının misyonunu yerine getirdiğinizden emin olmanız gerektiğini bu nokta anlamınıza yarar.

Öncelikle ilk boyutu, yani nüfusu sağlık risklerine karşı koruma konusunu ele alalım. Sağlıkla etkileşim içinde olan ve toplumu ilgilendiren ortak malların çoğu, kriminolojik surveyansla ilgili bütün mallar, çeşitli risk faktörlerinin kontrolü, çevresel risk faktörleri, işle ilgili, meslek gereği maruz kalınanlar, bildiğiniz gibi düşük kaliteli ilaçların varlığı ve diğerleri korunması gereken risk alanını oluşturur, insanları bu sağlık risklerine karşı koruma konusunda bütün olarak düzenleyici faaliyetler vardır.

ikinci boyut, Bakanlığın aktif olarak üstlendiği hastaların savunulması, haklarının korunmasıdır. Örneğin mahremiyet hakkı, bir kişinin sağlık statüsü hakkındaki bilgilerinin gizli tutulması hakkı ki böylece o kişi sağlık statüsüne bağlı olarak bir ayrımcılığa maruz kalmaz karar verme sürecine katılma hakkı, kişinin itibarına uygun olarak güvenli ve etkin ihtimamı alması hakkı gibi haklardır bunlar. Ve üçüncüsü, mali korumadır; bir hastalığa sahip olduğunuzda fakirleşmeme hakkıdır.

Meksika'da Sağlık Bakanlığını yeniden organize etme yöntemimiz şöyledir; biz bu üç boyutu kapsayan yarı özerk bir varlığa sahibiz. Bu yarı özerkliği biraz açmak istiyorum; tam olarak otonom değildir. Bunlar yarı özerk, üç komisyondan oluşmaktadır. Bir komisyon, sağlık risklerine

karşı koruma ile ilgileniyor; bu riskler çoğunlukla klasik kamu sağlığı ile ilgili malları kapsıyor, ikincisi adeta ombudsmanlık görevini yapmaktadır. Umdukları gibi gitmeyen tedavi ile ilgili şikayeti olan hastaların gidip sorunlarına adli sürece girmeden çözüm buldukları bir ombudsmandır ve bunun sonucunda hizmet sağlayıcılara bazı yaptırımlar ortaya çıkar. Üçüncüsü ise Bakanlığın bir kolu olan fakat tam olarak Bakanlığın dışında olmayan sağlık hizmeti işidir. Bu, bizim stewardship işlevini gerçekleştirme şeklimizdir.

Şimdi hizmetin yürütülmesi işlevi, özellikle de icra işlevi yaklaşık 20 yıl öncesinden beri eyaletlere verilen desantralize bir görevdir. Türkiye'nin aksine Meksika bildiğiniz gibi federal bir cumhuriyettir. Ülkemiz 32 bağımsız eyaletten oluşuyor, bu yüzden de süreç 20 yıl alan yavaş ilerleyen bir süreçti.

Hastanelerin ve kliniklerin yönetimini, bağışıklama ve erken teşhis kampanyaları gibi toplum sağlığı uygulamalarının çoğunun sorumluluklarını eyaletlere, ulusal hükümetin altındaki ikinci düzeydeki eyalet hükümetlerine devrettik. Bizim tecrübeyle yaşadığımız olay devretme (devolusyon) konusunda çok ileri gitmemizdir. Eğer desantralizasyon işlemi politika araçlarını elinde tutmaksızın yapılırsa çok kaotik bir sağlık sistemi ile karşı karşıya kalabilirsiniz. Ve eğer Meksika örneğinin olumsuz bir tecrübesi varsa, o da tam merkezîyetçiliğin veya çok fazla desantralizasyonun iyi olmamasıdır. Eğer bu çizgide çok ileri giderseniz, sonuçta çok fazla parçalanmış ve çok adaletsiz bir sistemle karşılaşabilirsiniz.

Özellikle, başlangıçta Meksika'da gördüğüm ülkenin büyük bölgesel farklılıklarının olmasıydı ve bu durum Türkiye için de geçerli. Sizin doğu ve batı arasında sahip olduğunuz eşitsizliğe biz Meksika'da kuzey ve güney arasında sahibiz. Meksika ve Türkiye birbirine çok benziyor, çünkü her ikimizin de yansı dünyanın en zengin kısımlarına bakarken, diğer yansı dünyanın fakir kısımlarına bakıyor, yani bir yansı çok gelişmiş diğer yansı ise gelişmemiş dünyaya bakıyor. Bu durum ikimiz için de tam olarak aynı.

Bu nedenle, başlangıç noktasının eşitsizlikten olumsuz olarak nasibini almış bir bölge olması, hizmeti desantralizasyon işlevinin sonuçta çok hakkaniyetsiz olmasına ve var olan adaletsizliği derinleştirmesine neden



olabilir. Bu nedenle, stewardship kuralının, bölgeler arasında hizmet ve kaynakları eşitleme konusunda proaktif olması gerektiğini düşünüyorum. Kural ve standartlar koymaktan - ki hizmet sunucuları ve tedarikçileri akredite etme, norm ve standart koyma stewardshipin önemli elementleridir- ayrı olarak hizmet sunumu işlevine gelindiğinde bile, başlangıçtaki adaletsizliği gidermeye yönelik olarak kaynakları dengeli bir şekilde dağıtma ve gerçekte ülkenin iyi durumda olan kısımlarına göre mevcut olan farklılıkları ortadan kaldırma amacına yönelik genel bir stratejik planlama sürecinin olması zorunludur.

Bu nedenle, Sabahattin beyin sunumundaki gibi. Bakanlığın değişik kısımlarının yok olduğunu gördüğüm zaman, sistemin bu parçaları için genel sorumluluğun kesinlikle iyi işlemesi halinde, bunun doğru olduğunu düşünüyorum. Stewardshipin özü, hastanelerin işlemlerini ve birinci basamak sağlık hizmetlerini güvence altına

almaktır. Bunlar çok iyi çalışıyorlar ve bence sunumdan bu net bir şekilde anlaşılmaktadır. Sahip olduğumuz araçlar, sanırım daha önce bunlardan bahsettik, atın dizginlerini elde tutabilmektir. Ben bundan, yani kontrollü metafordan daha fazla hoşlanırım. Çünkü, bildiğiniz gibi sağlık sisteminin kontrolü zordur. Eğer her biri farklı yönlere giden 32 farklı atınız varsa, sanırım bizim başımıza gelen kaçınılmazdır. 20 yıllık desantralizasyondan sonra, bizim tecrübemizde biz sadece atların koşmasına izin vermedik, aynı zamanda dizginlerin ucunu da kaçırdık. Dizginleri kontrol altında tutmanız gerekmektedir. Bu dizginler bütüncül olarak politikanın yönlendirmesini sağlamak ve bunu bir stratejik plana dönüştürmektir.

Örneğin, önceden desantralize yapımız dolayısıyla eyaletler tesisler inşa edebiliyorlardı, bu da sonuçta kullanılmayan, doğru yerde bulunmayan, daha çok politik baskılar veya ekonomik çıkarlara bağlı olarak yapılan inanılmaz miktarda çok tesisin inşa edilmesine neden oluyordu. Şu anda ihtiyacın belgelenmesi olarak adlandırdığımız, eyaletlerin taleplerini yaptığı, fakat aşmaları gereken merkezi bir süreç uygulanmaktadır. Böylece, desantralize otorite tarafından bir tesisin inşasına karar verilmeden önce, bunların bir master sağlık planının parçası olması gerekmektedir. Bu sağlık planları 32 sağlık otoritesinin ve federal otoritenin uzlaşması ile yapılmaktadır. Bu dizginlere hakim olmak otoriter bir yaptırım değildir; fikir birliğine dayalı bir süreçtir. Bu tür stratejik planlama çok önemlidir. Aynı stratejik planlamaya teknoloji, teknoloji ihtiyacını belirleme, yüksek teknolojik ürünlerin satın alınması için de ihtiyaç vardır. Aynı şey insan kaynakları stratejik planlaması için de geçerlidir; ne tür uzmanın hangi zaman dilimi için görevlendirileceği belirlenmelidir. Bu nedenle, stratejik planlama esas bileşendir.

İkinci olarak, stewardshipin en güçlü aracı olarak gördüğüm şey, "karşılaştırmalı performans değerlendirmesi" ve karşılaştırmalı değerlendirmeyi kamuoyu ile paylaşmaktır. Böylece, Meksika'da daha önce hiç yapılmamış bir şeyle başladık, çünkü çok fazla direnç vardı ve bütün eyaletlerin sağlık otoriteleri ile uzlaşma sağlanmalıydı. Yaklaşık 40 tane ortak gösterge (indikatör) yine tüm eyaletler

düzeyindeki sağlık sekreterliklerinin fikir birliği ile belirlenmiştir. şu anda 32 eyaletin sıralamalarını her yıl yayınlamaktayız ve bu yayın, kamuoyuna açıklanmaktadır. Bu suretteki performans değerlendirmesinin inanılmaz derecede güçlü bir araç olduğunu düşünüyorum, çünkü hiç kimse eyaletini bu listenin alt sıralarında görmek istememektedir.

Son olarak, stewardshipin çok önemli hususiyetlerinden birinin eyaletlerle teknik işbirliği olduğunu söylemek istiyorum. Merkezi bakanlık, uzmanlıkların çekirdeği olarak bir rol taşır ve eyaletlerin ihtiyaçları durumunda bu potansiyel değerlendirilir. Son bir yorum olarak stewardship odaklanmanın sürdürölmesi ve daha sonra hizmet sunumunun çoğunlukla yerel hükümet veya sivil toplum kuruluşu gibi kenar birimlere devredilmesi, sağlık hizmet sunucuları ve finansörlerini de kapsayan ortak bir karar verme veya politika yapma organının elde tutulmasına vurgu yapmak istiyorum.

Bizim durumumuzda, eyaletleri desantralizasyona göre düzenlemeye başladığımızda. Ulusal Sağlık Konseyi olarak adlandırdığımız. Federal Sağlık Bakanlığı başkanlığında 32 eyaletin sağlık sekreterlerinin bir araya geldiği bir organ oluşturduk. Yılda dört defa toplanarak, her üç ayda bir, bir buçuk günlük yoğun oturumlar gerçekteştiriyoruz. Çok yoğun geçiyor ve ulusal politikamızı burada oluşturuyoruz. Bu nedenle, ben hep, 32 tane eyalet sistemi değil, tek bir ulusal sağlık sistemimiz olduğunu söylüyorum. Katkısı olanların ve özellikle hizmet sunanların katılımını sağlayan bir mekanizmaya sahip tek bir ulusal sistem, tek bir ulusal politikamız var. Çünkü hizmet sunumu herkesi kucaklayan bir işlevidir.

Sonuçta stewardship işlevi ile tüm finansman ve kaynak geliştirilmesi işlevleri bir toplumun ihtiyacını karşılamak üzere hizmetleri alabilmesi içindir. En nihai amaç sağlığı geliştirmektir. Sağlığı geliştirmek için en öncelikli işlev, hizmet sunumu işlevidir. Finansman işlevi, kaynak yaratma işlevi ve stewardship işlevi hep birlikte bireysel sağlıkta bir bireye veya toplum sağlığında bir topluma güvenli, etkili, yüksek kalitede ve bir ihtiyacı karşılayacak şekilde sağlık hizmeti sunulmasını garantilemek için vardır. Bu yüzden

stewardshipi ne için yaptığımız konusundaki vurguyu kaybetmemeliyiz. Hizmet sunumunda görev alan her kimse, politika oluşturma mekanizmasının çok önemli bir parçası olmak zorundadır. Bizim örneğimizde elde ettiğimiz sonuç, hizmet sunumunda doğrudan eyalet hükümetleri sorumlu oldukları için, bu tür kolektif bir mekanizmaya sahip olmaktır.

Son yorumum; Sağlık Bakanlığının tam olarak rolü stewardshiptir, fakat bu onun en merkezi işlevi değildir. Stewardship, Dünya Sağlık Örgütü çerçevesinde, bir meta-fonksiyon olarak tanımlanmıştır; işlevlerin işlevidir. Böylece, stewardship, finansman ile ilgili bir işlevdir; nasıl finanse edildiği, finansman kurallarının ne olduğu ile ilgilidir. İkinci olarak stewardship insan kaynağı geliştirme, insanların nasıl eğitildiği, araştırma politikasının nasıl olduğu ve bunun gibi hususlarla da ilgilidir. Tabii ki stewardship hizmet sunumundan da bağımsız değildir. Sağlık hizmet sunumu söz konusu olduğunda, oyunun kurallarının ne olduğu, hastaların haklarını nasıl koruyacağınız, hizmet sunuculara nasıl teşvikler uygulayacağınızı ve bunun gibi hususlarla ilgilidir.

Stewardship aslında, işlevlerle ilgili işlevin bir meta-işlevidir ve özellikle de finansman işlevi ile ilgili olarak çok önemli olan bir şey, finansmanın dizginlerini de elimizde bulundurmamızdır. Finansmanın kontrolü olmadan stewardship, bildiğiniz gibi, en fazla ahlaki ikna veya vaaz olur. Eğer para ve teşvik araçlarına sahip değilseniz, stewardship etkili olamaz; bizim örneğimizde finans mekanizmalarına işlevsel ve idari anlamda bir dereceye kadar otonomi vermemizin nedeni budur. Buna rağmen Sağlık Bakanlığı hala Finansman Program Kuruluna başkanlık etmektedir. Bakanlık fonu günü birlik yürütmez. Bakanlık kurula başkanlık eder ve bunu kesinlikle gerekli buluyoruz.

Bu konudaki en ilginç örnek Kolombiya'dır. Türkiye'deki durumu çok iyi bilmiyorum; bu nedenle de sadece Latin Amerika ülkelerinden bahsediyorum. Pek çok ülkede olduğu gibi, hem Kolombiya hem de Meksika sadece sağlık değil, hastalık ve yaşlılık nedeniyle emeklilik, işle ilgili riskler gibi diğer alanları da finanse eden sosyal sigortaya sahiptir. Ve

sadece sağlık fonu olmaması nedeniyle, Sağlık Bakanlığının etki alanının dışında olma eğilimindedir.

Kolombiya'nın yaptığı bence çok zekice bir karardı, sosyal güvenlik kurumunda iki kurul oluşturdular. Kurullardan biri sağlık sigortası ile ilgilidir ve Sağlık Bakanlığı tarafından idare edilir. Diğer hususlarla, hastalarla, işle ilgili risklerle ilgili diğer kurul, alışma Bakanlığı tarafından idare edilir. Fakat, Meksika'da olduğu gibi Kolombiya'da da sosyal sigortanın % 60'ı sağlık bakımına, % 40'ı hastalara ve diğer faydalara gitmektedir; bu nedenle tavır mantıklı gelmektedir. Paranın stewardship rolünden tam olarak ayrılmaması ancak bu şekilde mümkün olmuştur.

Yine Türkiye ile pek ilgili olmayabilecek bir deneyimi, uluslararası bir deneyimi paylaşmak isterim. Sadece bizim lkelerimizde değil, Avrupa lkelerinde, diğer yüksek oranda endüstrileşmiş ülkelerde bile her zaman, finansman işlevi ile ilgili stewardship pozisyonun ne olduğu sorunu olmuştur. Eğer stewardship işlevi aynı zamanda finansman hakkındaki kontrolü kapsamıyorsa, o zaman bu çok g bir görev haline gelir. Çünkü hizmet sunucular arasında davranış değişikliğine yol açabilen teşvikleri ve ücret mekanizmalarını finanse eden önemli bir enstrümanı kaybedersiniz.

Bunlar, Meksika Sağlık Bakanı olma onurunu aldığımdan bu yana edindiğim birkaç düşüncedir. Türkiye'deki Sağlıkta Dönüşüm Programından gerçekten çok etkilendim. Bence, doğru bir vizyonla tam olarak doğru bir yoldasınız ve kesinlikle doğru yönde ilerlemektesiniz. Bunlar, elde ettiğimiz bazı tecrübelerle ilgili birkaç yorumum; bunlardan Türkiye ile ilgili çıkarımlar yapabilirsiniz.

Rifat ATUN

Meksika ile ilgili tecrübelerinizi bizimle paylaştığın için çok teşekkür ederiz. Sunumunuzdan aldığım ana mesajlar şunlar: Öncelikle, bu tür işlevi Meksika Anayasasında belirtildiği şekilde yapışık bileşenler halinde açık ve şeffaf bir şekilde ayırmak, daha sonra uygun yapıları geliştirmek, bu tür bir rolü işlevsel hale getirmek için uygun araç ve mekanizmaları yerine koymak.

Ayrıca çok önemli iki noktayı belirttiniz. Bu yapılar, araçlar ve mekanizmalar olmadan desantralizasyona hızlı bir

şekilde veya erken geçmemek ve Sabahattin beyin daha önce bahsettiği bu kontrol düzeyleri hakkında düşünmek. Bildiğiniz gibi bu tür işlevler, sizin de söylediğiniz gibi meta-fonksiyonlardır. Böylece bu işlevlere dahil olmak, fakat nasıl? Bu nedenle, hizmetlerin doğrudan operasyonunda değil fakat bir kurula başkanlık etmek gibi bir mekanizma aracılığıyla müdahil olunabildiğini belirttiniz. Bakanlık bu tür bir işlevi etkili bir şekilde yürütebilir; bu nedenle, sanırım bu konu etrafında çok tartışmalar olacaktır.

Oturuma başkanlık etme ayrıcalığı ile, her ülkenin temsilcisinden tecrübelerini kısaca anlatmalarını rica ediyorum. Daha sonra panel üyelerinden bazı sorular alınız. Bu nedenle, Viroj'dan Tayland'daki geçiş tecrübelerini bizimle kısaca paylaşmasını rica ediyorum.



Dr. Viroj TANGCHAROENSATHIEN

Türkiye ve Tayland oldukça benzer nüfus miktarına ve ekonomik kalkınmaya sahipler. Birbirine çok benzeyen sosyo-ekonomik ve demografik yapıları vardır, ayrıca benzer kamu sağlığı sistemine sahiptirler. 2002 yılının başında genel sağlık sigortasına geçtik. Bundan önce Türkiye'ye çok benzeyen parçalanmış bir sisteme sahiptik. Öncelikle, ortak noktalarımız var; pahalı ve maliyeti çok yüksek sigorta yükü, hükümet işveren konumunda ve bunların emeklileri önemli bir yük. Özel sektör çalışanı için üç ayaklı bir sağlık sigortamız var; işveren, çalışan ve hükümet katkı sağlamaktadır. Fakirler için sizin Yeşil Kart uygulamanıza benzer bir gelir programımız var. Gelir programında isteğe bağlı kamu sübvansiyonlarımız var; bu 2002'den önce %20 civarındaydı. Daha sonra güçlü politik destekle sabit gelir ile isteğe bağlı

kamu sübvansiyonlarını bir program haline dönüştürdük. Sonra özel sektör, çalışanı, belirttiğim kamu programı ve nüfusun geri kalanı üç paralel program haline geldi.

Hazırlanan Ulusal Sağlık Güvenliği Kanunu kabul edildi. Sonunda, ne zaman gerçekleşeceğini bilmiyoruz ama, kanunen kabul edilmiş birleştirilmiş bir sigorta programımız olacak artık. Sistemin hazırlanmasına gayret edilmektedir. Bugün artık az çok bir programımız var diyebilirim, çünkü genel sağlık sigorta programı teminat paketiyle sosyal destek arasındaki teminat paketi uyumlaştırılarak tamamen benzer hale getirildi. Neredeyse ortak kamu sübvansiyonları düzeyini aynı şekilde uyumlaştırdık. Böylece, bugün iki paralel programımız var aslında. Bunlardan birincisi, çok fazla dirence rağmen uygulamaya geçen ortak sigorta programıdır; nüfusun % 10' u olan 6 milyon kişiyi kapsamaktadır. Tabi orana bakıldığında bu rakamın az olduğunu söyleyebilirim. En azından bu haliyle henüz sağlık sistemi üzerinde negatif bir etkisinin olamayacağını söyleyebilirim. Çünkü bu tür bir sağlık geçiş programı ile genel sigorta programını ve kontrat yapısını uygulayan çok az sayıda ülke vardır.

Yasal olarak hızlı bir süreç yaşanmaktadır. Sağlık sistemindeki ulusal sağlık sigortası ofisi hizmet icrasından daha az sorumludur ve bu kurula Sağlık Bakanlığı başkanlık etmektedir. Ayrıca, bu kurulun sivil toplum veya hükümet örgütlerinden üyeleri de vardır.

Kanun hastaların tıbbi açıdan ihmale maruz kalması halinde, tüketicinin haklarının korunması için, tazmin edilmesini şart koşturmaktadır. Hizmet sunumları kanun gereği sağlık hizmeti organizasyonlarına bırakılmıştır, ilçelerdeki sağlık merkezleri, hala Sağlık Bakanlığının yetkisindedir, il düzeyinde sayıları 7 yüzü bulan genel hastaneler vardır. Geleneksel olarak, Tayland tüm açılardan ve özellikle de sağlık açısından çok merkezi bir sisteme sahiptir; gelişmiş bir kanunumuz var ama henüz tam olarak uygulanmamaktadır

Kanunen, tüm sağlık hizmetleri 8 bin sağlık otoritesine aittir, fakat bunlar bu görevi yerine getirmeye hazır değiller. İlçe hastaneleri belediyelere ait olacak, il hastaneleri ise il sağlık otoritelerine bağlı çalışacaktır. Ancak bu henüz çok uzaktır. Julio'nun da söylediği gibi sonuç, 75 sistemli ve 8 bin

sistemli parçalanmış bir yapı olacaktır. Uzlaştırma işlemi, Sağlık Bakanlığı dışında olan 12 veya 19 otonom sağlık hizmet sunucusunun müdahil olması ile olacaktır. Şimdi, söylediğiniz gibi, Sayın Sağlık Bakanı, mali açısından, en azından bütçenin % 80'i ortak kullanılmaktadır; şu anda sadece bütçenin %20'si toplum sağlığı hizmetlerine ayrılabilir. Ayrılabilir.

Eğer desantralizasyon kanunu, devretme kanunu tam olarak uygulanırsa, Bakanlığın sahip olduğu bütün hizmet birimleri yerel hükümetlere ait olacaktır. Buna işaret etmiyorum; reformcuların çoğu da bunun çok uzak olduğunu söylüyorlar. Bunun sonucu parçalı bir yapı olur; o zaman bugün uygulanmakta olan geçiş dönemi iyi politika üreterek yönetilmelidir. Yönetim kurullarında Sağlık Bakanlığı, yerel hükümetler ve diğerlerinin rol aldığı özerk kurumların rolü önemlidir. Daha iyi bir stewardship görevi için Sağlık Bakanlığının politika geliştirmedeki rolü hala geçerlidir. Bugün sahip olmadığı yetenekleri geliştirmek gerekmektedir. Öncelikle politika analizi yapmayı gerektirecek yeteneğe dikkat çekmek istiyorum. Geçiş yönetecek bir politika analizi, iyi politika analizi yapabilmek için güçlü kanıt elde etme, politikayı izlemek ve değerlendirmek için ulusal istatistik konseyi ile çalışma, fakir ile zengin arasında ve farklı coğrafi bölgeler arasında sağlık statüsünün dengesi konusundaki bilginin oluşturulması için kanıt oluşturma gibi yeteneklerden söz ediyorum. Kapasitenin olması gerekir. Özel hastanelerin ve özel tedarikçilerin lisans verme suretiyle görevlendirilmesi, sağlık bakım hizmetinin aşırı arzını engellemek için kamu ve özel yatırımların planlanması çok önemlidir. Bu hastanenin saygınlığı için çok önemlidir. Şu anda hastanelerin akreditasyonu için Sağlık Bakanlığı dışında. Sağlık Akreditasyon Kurumuna sahibiz. Sağlık Bakanı aynı zamanda bu kurumun yönetimine başkanlık etmektedir.

Sonuçta olan ileri teknoloji ihtiyacını belirleme ve yönetme kapasitesi çok önemlidir. Ne yazık ki, tüm bunlar Sağlık Bakanlığında mevcut değildir; bu da Tayland için büyük bir tehlikeydir.

Rifat ATUN

Tayland deneyiminden sadece ana mesajları kısaca özetlemek istiyorum. Buradaki konu yine desantralizasyon konusudur. Bu geçişin yönetimi özellikle önemlidir ve söz konusu olan özerk hizmet sunucuların oluşturulması olduğunda, Bakanlığın bu geçişi etkili bir şekilde yönetmek için akreditasyon işlevini nasıl bir araç olarak kullanabileceği de önemlidir. Yine Sağlık Bakanlığının başkanlığında bir kurulun oluşturulması etkili bir yapı ve mekanizmadır. Fakat Tayland örneğinde yeni olan şey bence vatandaşların kurulda doğrudan temsil edilmesidir ve kanımca Viroj'un üzerinde konuştuğu yapı araçları ve mekanizmaları, Bakanlığın sahip olması gereken "öp-öldür" türündedir. Politika analizi çok önemlidir ve bu politika güçlü bir bilgi edinme ve analiz işlevini gerektiren, kanıtlarla desteklenmiş bir politikadır. Bu analiz kapasitesi Sağlık Bakanlığının izleme ve değerlendirme işlevinin kapsamındadır. Bu nedenle, kanıt elde etme kapasitesi, özel sektörü düzenleme kapasitesi ve sağlık teknolojilerini değerlendirme kapasitesi temel yeteneklerdir. Viroj'a çok teşekkür ediyor ve Slovenya'ya geçiyoruz.



Dr. Dorjan MARUSIC

Slovenya'nın son 15 yıldaki yol haritasını genel hatları ile sunmaya çalışacağım. Türkiye ile karşılaştırmalı olarak veya Türkiye'den farklı olarak, yaklaşık 2 milyon vatandaşın yaşadığı küçük bir bölgede bulunan bir ulusuz. Bu nedenle, büyük ülkelere göre bölgesel olarak güçlüyüz. Bununla beraber, anayasamızda anayasal bir hak olarak iki ana değerimiz var. Bunlar hakkaniyet ve birliktir. Bu önemli noktalardan başlayarak, bu yoldaki önemli noktalara

değineceğim. 1992 yılında Sosyal Sağlık Sigorta Programını başlattık ve özet olarak vatandaşlarımızın % 98'ini kapsar hale geldik. Böylece, % 98 sosyal sağlık sigortası kapsamına alınmıştır. Fakat biz geri kalan % 2 için endişeleniyoruz. Anayasamıza göre herkes bir şekilde sosyal olarak sigortalanmalıdır.

Sağlık sistemini oturtma konusunda en başarılı ülkelerden biri olduk. Ana reformdan bir iki yıl sonra, isteğe bağlı sağlık sigortası programını başlattık. Bu program geri kalan % 2'yi kapsamaktadır; böylece herkes sepete girmiş olacaktır. Yaklaşık % 85 ila % 90 vatandaşın bu programlara dahil olduğu düşünülürse, yine de çok başarılıyız. Böylece zorunlu veya isteğe bağlı sağlık sigortasına dahil olarak vatandaşlar sağlık hizmetlerine ulaşabilmektedirler. Her vatandaş için sabit bir fiyat talep ettiği için isteğe bağlı sigorta programı, dayanışma ilkesine oldukça ciddi bir saldırı oluşturmaktadır.

Gelecek yıllarda, bazı değişiklikler yapmak istiyoruz ve diyebilirim ki 2000 yılından 2002 yılına kadar yapılan değişiklik ve reformlar vatandaş sağlık sisteminin merkezine oturtacaktır. Böylece, sistemde uygulanan her değişiklik, vatandaşın sağlık sisteminde temel role sahip olmasını sağlamaktadır.

2000 yılında yapılan, zorunlu ve isteğe bağlı sağlık sigortasını bir arada tutmayı hedefleyen reform başarılı olmadı. Hükümetin iki yıl önce yaptığı değişikliklerle, eşitlik programını uygulamaktayız, böylece isteğe bağlı sağlık sigorta programını yürütmekteyiz. Bu şekilde, Sağlık Bakanlığının rolü olan finans bu günlerde oldukça dengededir. Tabii ki stratejik planlama da Sağlık Bakanlığının görevidir. Sağlık Bakanlığı gelecek 7 yıl için ulusal planı hazırlamak zorundadır; bu nedenle 2013 yılı için plan hazırlanmaktadır.

Bakanlıkta sağlık politikasının geliştirilmesi ve uygulanması üzerinde düşünmek zorundayız. Koruyucu hekimlik için bazı özel kurullarımız vardır. Bazı sosyal gruplar için özel rol alan, düzenlemeler yapan ve mali kaynakları araştıran özel kurullara sahibiz. Son olarak, hala ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerinin planlanması ve yatırım görevini yürütüyoruz. Desantralizasyon bakımından birinci basamak

sağlık tesisleri yerel otoritelerin yönetimi altındadır. Genel hatları ile hikayemizin üzerinden geçtiğimi düşünüyorum.

Neredeyse reform bile olmayan başka bir reform ile karşı karşıyayız. Sağlığın her zaman ileri gitmesi gerektiğini ve son hükümet veya son bakanlık veya son yıllarda yapılmış olan hataları göz önünde bulundurarak, bu hatalı adımları değiştirmek için bütün o temel değerleri ortaya koymak gerektiğini düşünüyorum. Bu anlamda, yeni kanuna ihtiyacımız olmadı. Bu nedenle, yaklaşık olarak sadece vatandaşların % 5'lik bir kısmı dayanışma anlamında sosyal sağlık sigortasının kapsamında olacağından ve her hangi bir isteğe bağlı sağlık sigortasına ödeme yapmak zorunda olmayacakları için sadece dayanışma kısmını ön planda tutacağız. Yavaş yavaş gerçek özel sigorta programlarına kapımızı açacağız.

Rifat ATUN

Slovenya'nın komşusu olan Macaristan'a geçmeden önce ana noktalara değinmek istiyorum. Öncelikle, "vatandaş merkezli sağlık sistemi", çok ilginç bir kavram. Güven ve sağlığın korunması gibi Julio'nun bahsettiği vatandaş haklarını hukukun içine koyan mekanizmalar nelerdir ve yine vatandaşları korumak için ne tür yapılar koyacağız? Bir ombudsmanımız mı olacak, yarı özerk bir kurum mu olacak ya da doğrudan Bakanlık mı yönetecektir? Bunlar bazı önemli sorunlar. Slovenya'dan aldığım diğer bir önemli mesaj, Meksika uyarısında olduğu gibi, stratejik planlamanın önemli olduğudur. Ve üçüncü olarak, mülkiyet değişiminde çok önemli tutuculuk mevcut ve hatta politikaları geri çevirme eğimi olabiliyor. Böylece, politikaların birlik sağlama hedefine, güçlü analitik işleve sahip olması gereken politikalara ve politikaların özellikle eşitliği nasıl etkilediğine ve bunu başarmak için uygun mekanizmaları oluşturma konusuna kendimizi hazırlamış bulunuyoruz. Böylece, dinamik doğal politika oluşturulmasına ve geçişin dinamik doğasına atıfta bulunuyoruz.



Csaba DOZSA

Bu toplantıya davet edilerek tecrübelerimiz hakkında konuşmak, onları sizlerle paylaşabilmek benim için iyi bir fırsat oldu. Yarınki sunumumda problemler, ihtimaller ve fırsatlar hakkında daha ayrıntılı bilgi vereceğim. Bugün sadece birkaç önemli hususa değinmek istiyorum.

Biz aşırı merkeziyetçi bir modelden geldik. 1980'lerden, bu geçiş tarihten sonra Parlamento özerk sosyal güvenlik sistemi ile ilgili yeni bir kavramı kabul etti; özerk yönetim biçimi ve sağlık sigorta fonunu denetlemek için ayrı denetim mekanizması oluşturuldu. Çok net bir ayırım yapıldı; düzenlemenin Sağlık Bakanlığının rolü olduğu ve satın alma ve finansmanın Sağlık Sigorta Fonu Yönetiminin sorumluluğu olduğu belirlendi. Sağlık hizmetinin sunumu yerel hükümetin ana görevi oldu. Bu teorik olarak çok şeffaf bir modeldir, fakat problem bütçeydi. Bu şekilde bütçeyi belirli bir sınırlarda tutamadık ve dört-beş yıllık bir tecrübeden sonra bu ayrıştırılmış özerk sistemde, hükümet özerk yönetim mekanizmasını iptal etti ve bütünüyle desantralize bir sisteme çevirdi. Bu arada Maliye Bakanlığının sisteme çok güçlü bir müdahalesi sıkıntısıyla karşılaştık.

Diğer bir problem, Macaristan'da yerel hükümetlerin yönetimine devredilen hastane sektöründe büyük bir aşırı kapasite varlığıydı. Bu özerk ve demokratik sistemde, kapasite üzerinde bir baskı oluşturmak için sahip olduğumuz tek araç, ayrıntılı ödeme metodunu hazırlamak ve hizmet sunucularına kapasitelerini değiştirmeleri için, örneğin genel hastane yapısından yaşlı hasta bakımına geçiş gibi, baskı yapacak bir teşvik sistemiydi. Bizimi 5 yıllık deneyimimiz sorumlulukların sürekli değişimini göstermektedir. Bu çok ilginçtir; böylece sürekli olarak en iyi modeli arama çabası içindeyiz.

Ancak bu programların başında sistemimizde bazı avantajlarımızın olduğunu düşünüyorum. Çok ayrıntılı ulusal standart bilgi sistemine sahibiz ve bu tüm sağlık hizmet sektörünü biçimlendirmiştir. 1990'ların başında, hastane sektöründe DHA sistemine başladık. Alman skor sistemi; eski sistemdeki hizmetleri ve diğer küçük ödemeleri kodlandırarak ödeme skorları oluşturan bir yapı. Şimdi, on yıldan daha fazla bir sürede bütün sistem hakkında, farklı yıllarda neler olduğuna dair veri elde etme imkanına sahibiz. Eczaneden GPS'e, GPS'den birinci basamağa, ikinci basamağa kadar hastanın geçmiş i ile ilgili bilgileri tüm sistemden takip edebilirsiniz. Şu anda. Bakanlıkta tüm analitik kapasitelerin geliştirilmesi ve tüm sistemin işletilmesi hakkında ayrıntılı analiz yapabilecek personelin eğitilmesi konusunda çalışmaktayız. Eski model kliniklerde hasta başvurularının sayısının belirlenmesi ve hastaların tanımları ile gelişmiş hastane verilerinin bileşimini yapabilmeyi kastediyorum.

Tecrübelerimize göre, teorik olarak çok iyi, çok hoş modeller oluşturabiliriz, fakat Sağlık Bakanlığına sadece düzenleyici rolü bırakırsak, bu çok zayıf bir model olur. Size sistemdeki karar verme mercii olarak güncel süreçleri kontrol etme imkanı verecek ve sisteme en iyi müdahaleleri yapmanızı sağlayacak, standardize edilmiş, ulusal ve tek bir bilgi sistemine sahip olmak çok önemlidir. Net olarak ayrıştırılmış bu modelde, Sağlık Bakanlığının sistem hakkında ayrıntılı bilgi olmaksızın ve tüm sosyal güvenliğin nasıl çalıştığını bilmeden iyi düzenleyici kararlar alamadığını görüyoruz.



On yıldan bu yana Sağlık Sigorta Fonu idaresinde çalışmaktayım ve bir yıl önce Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığına atandım ve kendi tecrübelerime göre söyleyebilirim ki, sistemin farklı düzeylerindeki personelini bir araya getirebilerseniz veya karşılıklı personeli değiştirebilirseniz çok iyi olur, çünkü bu diğer insanların bakış açısından düşünebilmeniz için size iyi bir fırsat vermektedir. Bu anlattığım, problemlerin teorik çözüm yolu değildir, fakat çok pratik bir çözümdür. Bizim karşılaştığımız ve belki sizin de karşılaşmakta olduğunuz diğer bir problem, doğrudan politik baskılar ve sisteme müdahalelerdir, medyadan ve endüstrinin farklı kesimlerinden gelen sağlık hizmet ve gereçlerinin geri ödeme yapılarını değiştirmek için yapılan baskılardır.

Bu bağlamda, diğer ülke örnekleriyle aynı şeye ışık tutacağım. Diğer ülke örnekleri, şeffaf bir karar verme sürecine sahip olmanın daha iyi olduğundan ve ancak o zaman başka ülkelerden ve sağlık sisteminizden elde edilecek kanıtları iyi bir şekilde değerlendirebileceğinizden bahsettiler. Ben, ayrıca, ileri teknolojinin değerlendirmesi ve epidemiyolojik değerlendirme yeteneklerinden bahsetmek istiyorum. Sağlık Bakanlığındaki, sağlık sigorta idarelerindeki veya merkezi yönetimdeki personeli detaylı analiz yapabilecek ve karar vericiler için ayrıntılı, etkili önerilerde bulunabilecek şekilde eğitmek çok önemlidir. Bu ayrıntılı bilgi ve veri konusuna özellikle değinerek konuşmamı bitirmek istiyorum. Daha önce sunum yapan arkadaşların tekrarı olacağı için diğer alanlara pek girmiyorum; bence bu çok önemli bir konudur.

Rifat ATUN

Macaristan tecrübesini özetlemek gerekirse, verilen ana mesajlar, öncelikle uygun yapılar olmadan ki, Macaristan örneğinde bu bilgidir, erken desantralizasyonun riskleridir. Desantralizasyon kararının ve entegre bilginin önemi ile politikaları yönlendirmek ve sürekli değişim yoluyla sistemi en iyi noktaya getirmek, bunun için kanıt oluşturmak, elde edilen bilgiyi kullanabilmek için analitik kapasitenin geliştirilmesi hususları öne çıkmaktadır. Tecrübelerinizi paylaştığınız için teşekkür ederiz.

Sanırım, konuyu tartışmaya açabilirim ve belirlediğimiz konularla ilgili soruları alabilirim. Örneğin, mevcut liderler nelerdir, kimlerdir? Bakanlığın rolünü nasıl değiştirebiliriz? Değişime karşı çıkan odaklar neler olacaktır ve bunlar nasıl yönetilecektir? Oturum başkanlığı önceliğini kullanarak Hüseyin beye sormak istiyorum. Genel sosyal sigortayı oluşturmak için ilk önemli aşama olan hukuk süreci nasıl olacaktır? Sağlık fonu ve sosyal sigorta fonunun rolünü Sağlık Bakanlığı ile ilişkili olarak nasıl görüyorsunuz? Sabahattin Bey Bakanlığa ait bütün fonksiyonların teker teker ortadan kaybolmalarını çok hoş bir mizansenle bize gösterdi; bunların hepsi size mi geliyorlar? Ya da ne olacak?

Hüseyin ÇELİK

Türkiye'de şu anda uzun yıllardan beri gündemde olan ve artık yasalaşması için en yakın noktada olduğumuz Genel Sağlık Sigortası, temel felsefede sağlık riskini yönetmeyi hedefliyor. Meksika Sağlık Bakanı gerçekten çok güzel üç ana başlık koydu, üç ana başlığın Anayasa'da olmuş olması çok daha kalıcı bir kazanıma da dönüştürüyor, ama biz bunu yasal düzeyde de büyük ölçüde hayata geçirmeye çalıştık. Ben kendi adıma oyunun dengesi nasıl değişecek diye baktığımda, Sağlık Bakanlığının hizmet sunumundan çekildiği ve sunumdan ne kadar çok çekilirse, iki Bakanlığın işbirliği yapma fırsatlarının o kadar çok arttığını görüyorum. Çünkü iki şapka. Sağlık Bakanlığını finansman rolünün birleştiği noktada zaman zaman çatışmalara yola açabiliyor, ama sunumdan ne kadar çok çekilirse ve çekildiği ölçüde aynı kaygıları, aynı öncelikleri paylaşma ihtimalinin artacağını umuyorum.

Şimdi kanunun temel ilkelerine baktığımız zaman, Sigorta, SSK örneğinde uzun yıllar olduğu gibi hizmet sunumundan çekiliyor; finansman kurumu artık yasada çok net bir şekilde, "ben hizmet sunumunu yapmayacağım, bunu kamu ya da özel ayrımı da olmaksızın satın alma yolu ile yapacağım" diyor. Peki, bu satın almayı yaparken temel belirleyici unsur, fiyat; hizmeti kaçta alacak, bu fiyatı nasıl belirleyecek? Bu fiyatın belirlenmesi konusunda Sağlık Bakanlığı'nın da içinde yer aldığı bir komisyon oluşturuldu. Bugünkü uygulamada Maliye Bakanlığı'nın bunu tek başına

belirlediği bir durumdayız ama yeni dönemde Maliye'nin, Sağlık Bakanlığı'nın, Genel Sağlık Sigortası'nın (GSS) ve Hazine Müsteşarlığının içinde olduğu bir komisyon tarafından fiyat belirlenecek ve bu fiyat yürürlüğe girecek; bir başka makamın onayı olmaksızın yürürlüğe girecek. Bir anlamda Sağlık Bakanlığı fiyatların belirlenmesinde, o düzenlemelerde söz sahibi olacak, rol sahibi olacaktır. Hizmet satın alma aşamasına baktığımız zaman da, kamu ya da özel ayrımcılığını kaldırıyor ve onları eşit rekabet koşullarına zorluyor. Özerkleşme gerçekten GSS içinde hayati önemde çünkü, uzun yıllar Türkiye'de sağlığın sunumu kamu ağırlıklı olarak yürütülecektir. Kamunun verimli bir şekilde işliyor olması, hizmet maliyetlerini ve satın alma fiyatlarını da tabiki, doğrudan etkileyecektir. O nedenle de hizmet sunumundaki etkinleşme Sabahattin beyin söylediği ve bahsettiği projeksiyonla örtüşüyor. GSS bu rolün, daha etkin ve hızlı hayata geçirilmesinde motivasyon gücü taşıyacak diye düşünüyorum.

Denetim aşamasına baktığımız zaman da, finansman rolü üzerinden oyununun kurallarına uymayanlara yönelik birtakım idari ve cezai yaptırımlar getiriliyor. Bu Türkiye'de bir ilk; bu düzeyde, yasa düzeyinde tanımlanan hem sözleşmeyi gerektiğinde feshedebilme veya birtakım cezai kurallarla, birtakım parasal cezalarla kurala uymayı zorlayan bir yapıda tasarlanmış. Yine Sağlık Bakanlığı'nın bahsettiği rollerle örtüşen bir denetim fonksiyonu da var finansman rolünün getirdiği motive edici unsurlarla.

Ben kendi adıma şunu söyleyebilirim; Sabahattin beyin tanımladığı stewardship fonksiyonu içerisinde GSS'nin birçok bileşeni örtüşüyor ama yol ayrımı sanki şurada: bu rol Sağlık Bakanlığı çatısı altında mı olmalı yoksa Çalışma Bakanlığı çatısı altında mı devam etmeli? Bunu tartışacağız, uygulamayla da somut şeyleri göreceğiz, olumlu ya da olumsuz yönlerini göreceğiz. Aslında GSS rolünü 2003'e kadar hep Sağlık Bakanlığı yürüttü, GSS'nin yasa tasarılarını, çalışmalarını hep Sağlık Bakanlığı yürüttü, 2003 yılına kadar. İlk defa 2003 yılından sonra Çalışma Bakanlığı bu rolü üzerine aldı ama o rolde bir husus vardı. Sağlık Bakanlığı hem sunumu üstleniyordu çok yaygın bir şekilde, bir taraftan da finansman rolünü üstlenmeye çalışıyordu. Bence bu



Joseph KUTZIN

Bu tartışmayı çok ilginç bulduğumu söylemeliyim. Herhangi bir ülkeyi temsil etmiyorum ve ortaya konan kanıtların, ülke uzmanlarının söylediklerinin altını net bir şekilde çizdiğini belirtmeliyim. Stewardship örneğinde çalışmaya başladık ve sonunda desantralizasyon dediğimizi, hem desantralizasyon hem de yeniden bir merkezde toplama (resantralizasyon) dediğimizi gözlemledik. Çünkü örneğin İskandinavya ülkelerinin desantralizasyonda ilk yola çıktıklarını gördük; onlar şimdi gücü tekrar ele geçirmeye çalışıyorlar, sadece gücü değil bildikleri merkezi güç aracılığıyla stewardship fonksiyonlarını da. Finliler bu işi daha zor buluyor ve bilgiyle yönlendirilmekten bahsediyorlar. Burada, performansla, köşe taşlarıyla, politika analiziyle ilgili birçok görüşün belirtilmesinin önemini vurgulamak istiyorum. Finliler stewardshipi sağlamanın tek yolunun merkezi düzeyde çok güçlü bir bilgiye sahip olmakla olabileceğini söylüyorlar.

Bence bu anahtar bir nokta ve çok heyecan verici; bu yüzden burada olmak benim için bir ayrıcalık. Daha önce birçok defa bu ülkeye gelme fırsatım oldu. Bu seferkinin oldukça değerli olduğu görünüyor. Parlamentoda Komisyonun yasayı onayladığı günün ertesi günü buradayız; yasanın onaylanması benim için heyecan verici, oldukça heyecan verici. Orta Asya'da sigorta şirketlerinin sadece ödeyici durumda olduğu bazı ülkeler var. Bunun işin esası olup olmadığını göreceğiz. Bu yapının tabii ki, Bakanlık altında olması iyi bir model değil. Batı Avrupa'da bunun gibi başka ülkeler de var; Sağlık Bakanlığının ve Sosyal Sigortalar Kurumunun ilişkiler açısından aynı probleme sahip olduğu,

birbirlerine bilgi aktarmadığı ve çoğunlukla herhangi bir stewardship rolünü üstlenmeksizin birbirlerinden uzak durduğu Avusturya'yı bir ölçüde örnek verebiliriz.

Bence stewardshipin alt başlıkları hoş bir şekilde masaya yatırıldı. Ancak şunu kendimize hatırlatmalıyız; kürek çekmek dümeni tutmaktan daha kolaydır. Merkezileştirmek ve hizmetleri doğrudan vermek de, yönlendirmekten daha kolaydır. Bazen bazı ülkelerde, dümene geçmeden önce kürek çekmeye devam etmelerini söyleme cesareti gösteriyorum, çünkü dümene geçmek çok daha karmaşık bir iş. Türkiye'nin yapması gereken şeyin tam olarak bu olduğunu söylemiyorum. Ancak bunun farkında olmamız gerekir.

Bana göre net bir konsensüse ulaşmış görünüyoruz. Eğer teminat paketini düzenlerseniz Sağlık Bakanlığından çok daha fazla güce sahip olacaksınız. Bir ilke olarak bunu öğrendik. İspanya'yı ele alalım; İspanya Sağlık Bakanlığı serbest bırakıyor. Bölgeler arasında, farklı teminat paketleri ve üst üste çakışan problemleriyle beraber sistemde parçalanma olmaktadır. Söylediğiniz gibi fiyat düzenlemesi, akreditasyon esastır. Parasal kaynakların dağıtımında coğrafik bölgeler için formüller uygulanmaktadır. Sanırım bazı İskandinavya ülkeleri bunu yaptılar; bölgeler arası dağıtım formüllerinin dışında sistemin dengesini sağlayabilmek için kullanabilecekleri ekstra finans kaynağını elde tuttular.

Şeffaflık bilgisi üzerinde fazla düşünmedim, makro politika geliştirilmesiyle de ilgili bir fikrimiz yok. Ben eski kafalıyım. Bakanlığın öncelikli rolünün hala politika ve hedeflerle ilgilenmek olduğuna inanıyorum. Farklılık yaratan hedefler çok tartışılmaktadır ve İngiltere bu hususta daima öne çıkmaktadır. Ancak arkadaşım Rifat beyin tam olarak katılıp katılmadığını bilmiyorum. Herkesin dikkate alındığı açık şeffaf hedefler, uygulamaların sürdürülebilirliğine olan güven, bütün mekanizmayı yönlendirmede büyük bir fark oluşturur.

Çok fazla konuşuyorum. Ancak kapasite konusuna ve bürokrasinin kazancına dikkat etmeliyiz. Bakanlık memurlarından onlara güvenimiz tam - icrayı başarmayı bırakıp yönlendirme rolüne kaymalarını istemek çok zordur.

Bu çok büyük bir değişim. Bakanlıkta düzenleyici konumda görev yapanlara verilen ek ödemeler gördüğümüz kadarıyla çok az; bu kapasitede gerilmeye yol açıyor ve özel sektör onları çok çabuk kendine çekiyor. Sağlık Bakanlığında iyi ödeme yapılmayan ve motive edilmeyen zayıflatılmış bir düzenleyici kadro var. Bunun yanı sıra işlevler açık; istediğiniz, ihtiyacınız olan ve sahip olmanız gereken şeyi kontrol edebiliyorsunuz. Bakanlığın stewardship rolüne sahip olması gerektiği çok açık; bunu yapacak olan en iyi organ. Bütünüyle anlayışın değişikliği ihtiyacı ve yeni kabiliyetlere olan ihtiyaç nedeniyle Bakanlık kadrosunu değiştirecek ve akreditasyonu yapabilecek kapasitesinin oluşumunu sağlayacaktır. Belki işlevlerin yürütülmesiyle bunlardan daha az ilgilenmek zorunda kalacaktır.

Ne kadar mutlu ve tatmin olmuş hissettiğimi ve bunun bir ayrıcalık olduğunu düşündüğümü söylememe izin verin; uzun zamandır bu sistemi takip ediyorum ve sistemin şu an, iyi ve doğru bir yönde ilerlediğini görmekten dolayı çok memnunum.

Rifat ATUN

Teşekkürler Joseph. Meksika Sağlık Bakanı, buyurun, söz sizde.



Julio FRENK

Bu konuda çok önemli şeylerin söylendiğini görüyorum. Anlatılanların aşırı gitmeye karşı çok önemli uyarılar olduğunu düşünüyorum. Joseph'in söylediği gibi, hizmeti doğrudan vermek stewardship görevi yapmaktan çok daha

kolaydır. Bu yüzden değişime daima bir direniş vardır. Sağlık bakanlıklarında çalışanların çoğunu doktorlar oluşturur. Ben de tıp doktoruyum, bu yüzden meslektaşlarımı eleştirmeyeceğim, ancak bizlerin hizmet sunmaktan haz aldığımız bir gerçektir. Bakanlıkları doğrudan hizmet sunucu olmaktan steward olmaya yöneltecek kültürel değişim çok karmaşık ve çok zordur. Bu yüzden ki, bizim örneğimizde, sağlık bakımının, hizmet alanları ve personelle ilgili yönetsel işlevlerin eyalet düzeyine devredilmesi çok yararlı olmuştur. Çünkü yapılan iş, Federal Bakanlıktan eyalet düzeyindeki sağlık bakanlıklarına doğru net bir görev kaymasıdır. Böylece süreç sadece devletin bir düzeyinden bir başka düzeyine kayma şeklinde işlemiş oldu.

Ancak sonra, sorun, sizin de söylediğiniz gibi. Federal Sağlık Bakanlığının ortadan kaybolması şeklinde mi, gelişti? Bence bu önemli bir soru ve daha önce de geriye ne kaldığının sorulduğu benzer sorularla karşılaştım. Bence bıraktığımız çok şey var. Kavramlaştırılırsa, stewardship beş alt işleve sahiptir. Kısaca özetlemek istiyorum, çünkü burada bazı hususlar çok önemli bir anahtar görevi görür.

İlki sistemin geliştirilmesi olarak adlandırılabilir, yani tüm sistemi gözden geçirmek ve geliştirmek diyebiliriz buna. Bunun birçok bileşeni vardır. Öncelikle sistemin geliştirilmesi politika oluşturmayı içerir; örneğin ulusal sağlık planı ve ulusal politika enstrümanları, belirli alanlarda stratejik planlama, hizmet alanı planlanması hep bu kapsamdadır.

İkinci olarak, -burada ben de eski kafalı olduğumu söylemeliyim- piyasanın tam olarak iyi kararlar vereceğini kabul edemezsiniz. Eğer işi piyasa dinamiklerine bırakırsanız, kapasite aşımıyla karşı karşıya kalırsınız. İnsan kaynaklarının, yüksek maliyetli teknolojilerin ve tesislerin stratejik planlamasını yapmak zorundasınız.

Üçüncü öncelik, Joseph'in de kısaca değindiği gibi, belki ana konu olan teminat paketini tasarlamaktır. Bu kesinlikle çok önemlidir; eğer teminat paketini, belirlerseniz kontrolün önemli bir kısmını elde tutarsınız, çünkü hareket alanını bu tayin eder. Bunun sadece girişimler paketi olmadığını, aynı zamanda bu paket dahilinde ilaçların da, ilaç formüllerinin de olduğunu biliyoruz.

Dördüncüsü, üzerinde ısrar etmemiz gereken önemli bir rol olan sektörler arası ikna gücüdür. Örneğin, Maliye Bakanlığı'na gidip tütüne daha fazla vergi konması için tartışabilen güçlü bir bakanlık önemlidir. Bu tavır tütünden gelecek gelirle ilgili olduğumuz için değil, tütün vergilerindeki artışın tüketimi azaltmakta en iyi yol olduğunu bildiğimiz içindir. Ya da Ulaştırma Bakanlığı'na gidip onları, hız sınırı koymaları gerektiği konusunda ikna etmek veya emniyet kemeri kullanımına zorlayacak düzenlemeler yaptırmak ya da hükümetin sağlık belirleyicileri ile ilgili diğer birimlerine gitmek önemlidir. Bu yüzden, diğer sektörlerdeki sağlık politikalarını teşvik etme rolü stewardshipin ana unsurunu oluşturmaktadır.

Sistemi geliştirmenin önemli bir alt işlevi de sosyal mobilizasyondur. Sosyal mobilizasyon, sağlığı teşvik etmek, sağlık için çalışmak üzere sivil toplumun proaktif olarak örgütlenmesidir. Yönetimler özellikle demokrasilerde sivil toplumdan etkilenir. Eğer toplumun gücünü yanınıza alırsanız sağlıkla ilgili işlerin iyi yürümesi kolaylaşır. Örneğin sigara içmeyenlerin haklarını savunmak için sivil toplumu örgütleriz ve böylece sigara firmalarının gücüne karşı koyarız. Bu stewardın en meşru rolüdür.

Sistem gelişiminde rol alan diğer bir husus, sağlık bakımın standartlarının oluşturulması ve sağlık hizmetinin standardize edilmesidir. Bu, kaliteyi sağlamanın temel bir kuralıdır ve performans ölçme sorumluluğunda olan stewardshipin alanına girer. Kıyaslama yapmadan performansı değerlendiremezsiniz.

Son olarak, sistem geliştirilmesi kapsamında kapasiteyi güçlendirmek vardır; hatta sağlık hizmet sunucularında bile kapasite güçlendirilmelidir. Özellikle hastane yöneticileri, klinik yöneticileri için yönetim eğitimleri verilmeli ve teknik eşgüdüm sağlanmalıdır. Demek istediğim, Bakanlık, federal ya da ulusal olsun, bu manada Dünya Sağlık Örgütünün diğer ülkelerle ve çevre kuruluşlarla olan etkileşimi gibi bir yapı kazanmalıdır. Biz Bakanlık olarak teknik bir destek ve kapasite güçlendirme birimi halini alırız. Bunların hepsi sistem geliştirme dediğimiz büyük bir bileşendir.

İkinci büyük bileşen eşgüdümdür; eğer hizmet sunumunu bırakırsanız, özellikle iki hususu koordine

etmeniz gerekir. Toplum sağlığı kampanyaları ki, Meksika'da gerçekten iyi sonuçlar elde ettiğimiz ulusal bağışıklama günlerinin düzenlenmesi büyük ölçekte bir eşgüdümdür; herkese açık olan halk sağlığı evlerinin organizasyonu da öyle. İkinci eşgüdüm yüksek teknolojinin kullanımı alanındadır. Çok fazla bölgede yüksek teknolojinin kullanılması konusu ele alınmalıdır ve bir yer bunun ölçülü dağılımını belirlemek zorundadır. Yine Çalışma Bakanlığı ile olan ilişkilerde çok kritik bir nokta olan finansal düzenlemelere değinmek isterim; finans mekanizmasının dizaynından bahsediyorum, operasyonundan değil. Eşgüdümde önemli olan birkaç kritik nokta daha eklemek isterim. Maliye Bakanlığı ile eşgüdüm kurulması kaynakların ne olduğunu görmenizi sağlayacaktır. Genel vergiler veya ödenen primlerden hangi kaynağı kullandığınıza bağlı olarak makroekonomik sonuçlar ortaya çıkar. Bunun aynı zamanda sağlık otoritesi açısından kaygı duyduğunuz eşitlik sorularına cevap vermede önemli rolü vardır. Böylece sağlık hizmetine yakın dururken finansal kaynağa tamamen uzak kalmazsınız. Kişi başı ödeme yöntemini seçerseniz, harcama ne olur? Kişi başı ödeme ne kadar olacaktır? Kişi başı nasıl tayin edilecektir? Bunlar teminat paketi belirlenmesinin öncelikleri içinde olacaktır. Böylece paketin detaylarını tanımladıktan sonra kişi başı ödemelerin neye mal olacağını kestirebilirsiniz.

Stewardship ile ilgili bazı temel noktalar sadece finansal değil, genel davranışları da etkileyecektir. Örneğin, katkı payı ödemesi yapacak mısınız? Çünkü katkı payı ödemesi sadece gelir getirmekle kalmaz, davranışları istemeyebileceğiniz bir yönde değiştirebilir. Şöyle ki, koruyucu hizmetler için katkı payı uygularsanız, davranışlar üzerinde etkisi olumsuz olacak ve yararlanım düşecektir. Bunların hepsi, finansal konular olmasına rağmen, yönlendirici etkilere sahiptir ve bana göre, Meksika tecrübesinde olduğu gibi, hepsi Sağlık Bakanlığı tarafından kontrol edilmelidir.

Bölgeler arası kaynakların paylaştırılmasında formüller nasıl olacaktır? Yine finansal bir soruya değiniyoruz, ancak finansman ülkede sağlığın daha eşit düzeylere ulaştırılması için bir araçtır. Doğrudan operasyon, yani paranın ödenmesi ve finans sisteminin organizasyonu değil, ama finansal

tasarım, stewardshipin üçüncü bir alt işlevidir.

Dördüncü alt işlev doğru düzenlemedir. Burada birkaç çeşit düzenlemeye dikkat çekebiliriz. Sanitasyon düzenlemeleri örneğin, havadaki, sudaki, çeşitli gıdalardaki maddelere maruz kalma düzeyleri ve temel halk sağlığı konuları ile ilgili düzenlemeler. Sağlık hizmet sunumu ile ilgili düzenlemeler, başlıca sağlık hizmet sunucuların sertifikasyonu ve hizmet alanlarının akreditasyonu bu işlevin esaslarıdır.

Son olarak, stewardshipin bir başka alt işlevi tüketiciyi korumadır. Sağlık bakanlıklarının tüketicilerin savunucuları olması gerektiğine çok kuvvetli bir şekilde inanıyorum. Bu, doğrudan hizmet sunumundan çekilme gereğinin esas sebebidir. Aksi takdirde çıkar çatışması olur. Eğer hizmet sunucu iseniz, aynı zamanda tüketicinin savunucusu olamazsınız. Biz, Meksika'da kliniklerin, sağlık merkezlerinin ve hastanelerin yönetim sorumluluğunu eyaletlere devretmeden önce Sağlık Bakanlığı asla hastaneleri akredite etmek istemedi, çünkü hiç akredite edilemeyecek hastanelerin Bakanlık hastaneleri olduğunu biliyorlardı. Net bir çıkar çatışması olduğu görülüyor. Bence bu, stewardshipin hizmet sunumundan daha zor olduğunun anlaşılması için çok önemlidir. Ama bu durum, kritik soruları da içermektedir. Bu yüzden tüm hizmet sunumunu eyaletlere devrettiğimiz zaman Bakanlık şimdi ne yapacak diye biz de sorduk? Yukarıdaki listeyi yaptığınız zaman Bakanlığın çizgisini belirliyorsunuz.

Sonuç olarak düşünürseniz, stewardship bütünüyle dışarıda olan şeylerle ilgili bir yaptırımlar manzumesidir. Burada dışarı çok önemlidir. Bana sorarsanız iç içe üç daire gibi, kamu sistemindeki hizmet sunucuları ve yatırımcılar, sonra özel sektör, bunlar stewardshipin objeleridir. Ve en dışta uluslararası daire, çünkü dürüst olmak gerekirse, git gide çok önemli boyutlara sahip oluyoruz. Her ne surette olursa olsun bir dalgalanma olduğu zaman, Türkiye'nin şu an içine daldığı konular, burada olduğu gibi, tartışmanın önemli bir paçası olmaktadır.

Stewardship diğerleri üzerinde nüfuz kullanan bir kurumsal yapıdır. Ben stewardshipi sadece yönlendirme ve düzenleme olarak değil, yapmalarını istediğiniz şeyleri başkalarına yaptırmak olarak da tanımlıyorum. Çünkü

diğerleri üzerinden işlemektedir. Bu diğerlerinin sadece kamu sisteminin geri kalan kesimi olmadığını, özel hizmet sunucuları ve uluslararası kuruluşlar da olduğunu net olarak bilmeliyiz.

Son bir yorum, sigortacılıktaki dönüşümü ele alırsak, bizim için anayasamızdaki büyük kavramsal dönüşüm ilk sosyal sigortayı hayata geçirdiğimiz 1943 yılında oldu; sosyal sigorta işle ilişkili bir hakti. Kırk yıl sonra, 1983'te anayasada bunu sosyal vatandaşlık hakkı olarak değiştirdik. Bu çok büyük bir dönüşüm olmuştu. Bu, işle ilgili bir hak olduğunda, çalışanları etkileyen istihdamla ilgili bir hak olmaktadır; vatandaş olmakla ilgili sosyal bir hak ise, bir ülkedeki tüm insanları ilgilendirir. Artık işle ilgili bir hak değil, sosyal bir haktır. İş ile ilgili bir hak mı, yoksa herkese uygulanacak sosyal bir hak mı olup olmadığı birçok ülkede büyük bir soru olmaya devam etmektedir. Sağlık sigortası işlevlerini nasıl tasarladığınıza bağlı olarak farklı sonuçlar ortaya çıkmaktadır.

Rifat ATUN

Bu interaktif oturum için tüm katılımcılara teşekkür etmek istiyorum. Öğleden sonra, genel sağlık sigortasının hayata geçirilmesine odaklanarak oturuma devam edeceğiz; bu konular tekrar tartışılacaktır sanıyorum. Çok teşekkür ederim.



GENEL SAĞLIK SİGORTASINA GEÇİŞ HAZIRLIKLARI

Genellikle kriz dönemleri köklü reformlar için fırsat dönemleri olarak da kabul edilir. Türkiye 2001 yılında yaşadığı çok ağır ekonomik krizin ardından ciddi bir dönüşüm, reform sürecine girdi. Bu kapsamda konumuzla ilgili iki önemli reform eşzamanlı olarak başlatıldı.

İlki, Sağlık sektöründe sağlık hizmet sunumunun etkinliğini ve verimliliğini arttırmaya yönelik Sağlıkta Dönüşüm Programı. Sağlıkta Dönüşüm Programını bir bütün olarak düşünürsek, buradaki temel amaç Türkiye'nin sağlık hizmeti sunumuna yönelik üretim faktörlerini (ilaç, tıbbi malzeme, bina, hastane, eğitilmiş insan gücü, doktor, hemşire gibi) daha verimli kullanabilmektir. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel amacını bu şekilde algılıyorum. Onun için aile hekimliği sistemini kurmaya çalışıyoruz, onun için hastaneleri işletmeye dönüştürmenin yollarını arıyoruz, onun için ilaç ve tıbbi malzeme kurumunu kurmaya çalışıyoruz. Yani sağlık hizmetini daha verimli üretmenin yollarını arıyoruz.

Genel Sağlık Sigortasının Sağlıkta Dönüşüm Programı İle İlişkisi

Sistemin mali olarak sürdürülebilirliği, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile GSS'nin bir arada şekillendirilmesine ve verimli sağlık hizmeti sunum yapısının kurulmasına bağlıdır. Bu haliyle SDP'nin bileşenleri olan

- Temel Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Sistemi
- Basamaklandırılmış Sağlık Hizmeti Sunumu
- Bilgi ve Beceri İle Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü
- Sağlık Hizmeti Sunumu ile Finansmanı Arasında Yönetim Bilgi Sistemlerinin Entegrasyonu
- Hizmet Alımında Kalite ve Akredite Edilmiş Kurumların Teşvik Edilmesi
- Sağlık Hizmeti Sunan Kuruluşların ve Sağlık Profesyonellerinin Yetkilendirilmesi. Ruhsatlandırılması ve Denetimi
- Ulusal İlaç ve Cihaz Kurumlarının Kurulması
- Özerk Sağlık Kuruluşu Yönetimi

GSS için de hayati öneme sahiptir,

Bu anlamda Genel Sağlık Sigortası, Sağlıkta Dönüşüm Programının önemli bir bileşenidir. Çünkü az önce anlatmaya çalıştığım gibi sağlık hizmeti üretim faktörlerinin daha verimli kullanılabilmesini desteklemek, yönlendirmek ve hatta bazen zorlamak için bir stratejik geri ödeme kurumuna ihtiyaç var. Genel Sağlık Sigortasının Sağlıkta Dönüşüm Programı içindeki işlevi kısaca bu şekilde anlatılabilir. Bu anlamda Genel Sağlık Sigortası, Sağlıkta Dönüşüm Programının vazgeçilmez bir parçası. Eğer böyle bir ödeme mekanizmamız yoksa bu yapının diğer unsurlarını da sağlıklı çalıştıramayız.

Ama sadece bu kadar değil; Genel Sağlık Sigortası aynı zamanda bir başka önemli reformun, sosyal güvenlik reformunun da çok önemli bir parçası. Sağlıkta Dönüşüm Programı açısından önemi, az önce anlattığım gibi verimlilik artışını ödeme kuralları aracılığı ile yönlendirebilecek bir araç olması. Sosyal güvenlik reformu açısından önemi de sosyal güvenlik sisteminin bütünlüğü içinde nüfusun tümüne eşit kapsam ve düzeyde sağlık güvencesi sağlayabilmek. Bu noktada sosyal güvenlik reformunun temel hedefi ve bileşenleri ile konuyu açmamızda yarar var.

Evet, Sosyal Güvenlik Reformunun 4 temel bileşeni var. Bunlardan ilki "Sosyal Sigortalar"; Türkiye'deki 5 farklı emeklilik rejimini, sadece emeklilik değil tabi, ölüm, maluliyet, iş kazası gibi diğer sigorta kollarını da birleştiren, nüfusun tümünü tek ve eşit emeklilik rejimine tabi kılan bir yapı.

Reformun ikinci bileşeni; Genel Sağlık Sigortasının kurulması. Türkiye'de halen kamunun yürüttüğü, hak ve yükümlülükleri açısından birbirinden oldukça farklı beş sağlık finansman sistemi var. SSK, BAG-KUR, Emekli Sandığı, Yeşil Kart ve devlet memurları için de Maliye Bakanlığı'nın yönlendirdiği bir sistem. Bunları birleştiren, standartları tekleştiren ve nüfusun tümünü kapsama alan bir sistem kurmak.

Reformun üçüncü bileşeni çalışma ilişkisi çerçevesinde sosyal sigorta kapsamına giremeyen kesime sosyal güvenliğin ulaşmasını sağlamak amacıyla bütünleştirilmiş ve etkinleştirilmiş bir sosyal yardım sistemini oluşturmak. Özetle ulusun tümünü kapsayacak sosyal güvenlik sisteminin bütün unsurlarını yeniden dizayn etmek. Tabi bu sistemi hayata geçirecek, uygulayacak yeni bir kuruma da ihtiyaç var. Bu anlamda belki Türkiye'nin en köklü dönüşümlerinden bir tanesi hedefleniyor; 1950'lerde kurulmuş çok büyük üç kurumu: SSK, BAG-KUR ve Emekli Sandığını, birleştirerek yeni bir sosyal güvenlik kurumuna dönüştürmek. Reformun dördüncü bileşeni, kurumsal yapıdaki dönüşümdür.

Genel Sağlık Sigortası bu anlamda sosyal güvenlik reformunun dört temel bileşeninden birisi. Ben sizlerle özellikle Sosyal Güvenlik Kurumu içinde genel sağlık sigortası ile ilgili yapılanma süreçlerini paylaşmak istiyorum. Öyle bir kurum kuralıyız ki, bu kurum ödeme kuralları ile sağlık hizmet sunumundaki verimliliği artırıcı bir rol üstlenmeli. Biz buna "stratejik satın alma" diyoruz. Aksi halde başarısız oluruz.

Faturaları daha iyi kontrol edip daha az ödeyelim yaklaşımından vazgeçip daha iyi kontrol edip daha az yanlış yapılmasını sağlamamız lazım.

Yani gerçekleşmiş bir sağlık harcamasını gereksiz veya kuraldışı bulup ödemeseniz bile o harcama yapılmış olur, ülke olarak o kaynağı harcamış oluruz. Bu harcamayı.

Kurumun ödememesi yeterli değil. Eğer bu harcama gereksizse hiç gerçekleşmemesini sağlamamız lazım. Buna yönelik mekanizmaları kurmamız lazım. Görüldüğü gibi Genel Sağlık Sigortasının sağlık hizmeti sunumunu yönlendirebilecek önemli bir etkisi var. Bu rolü başarılı bir şekilde kullanabilecek yetkinlikte bir kurumsal yapı kurmamız lazım. Bunu başaramazsak eğer, Genel Sağlık Sigortasını aslında tüm fonksiyonları ile hayata geçirememiş oluruz.

Sağlık Hizmeti Üretiminde Verimlilik Artışı

- Koruyucu Sağlık Hizmetleri
 - Aile Hekimliği
 - Sevk Zinciri
 - Özerk Hastane İşletmeciliği
 - Sağlık Hizmeti Kullanımı Veri Tabanı
 - Veriye Dayalı Karar Destek Sistemleri
- için Stratejik Satın Alma...

Bunun için atmamız gereken adımlardan en önemlisi mevcut parçalı yapıyı kaldırmaktır. Bunu yapıyoruz. Peki, kurumsal dönüşümü nasıl yapacağız?

Üç büyük kurumumuz var; SSK, BAG-KUR ve Emekli Sandığı. Bunların kendi içinde ana hizmet birimleri ve diğer bölümleri var. Biz bu 3 kurumu kullanarak Genel Sağlık Sigortasına ilişkin, Sosyal Sigortalara ilişkin ve sosyal yardımlara ilişkin birer organizasyon oluşturacağız. Hali hazırda Emekli Sandığı devlet memurları için, SSK işçiler için ve Bağ-Kur esnaflar için bu üç temel fonksiyonu gerçekleştiriyor. Fonksiyon bazında bütün süreçlerin aşamalı olarak entegre edilmesi hedefleniyor. Elbette bu dönüşümün çok iyi yönetilmesi lazım. Mevcut durumu analiz etmek, ortak iş süreçlerini geliştirmek, uygulama yazılımlarını geliştirmek, yeni bir süreçle uyumlu hale getirmek, bilgi

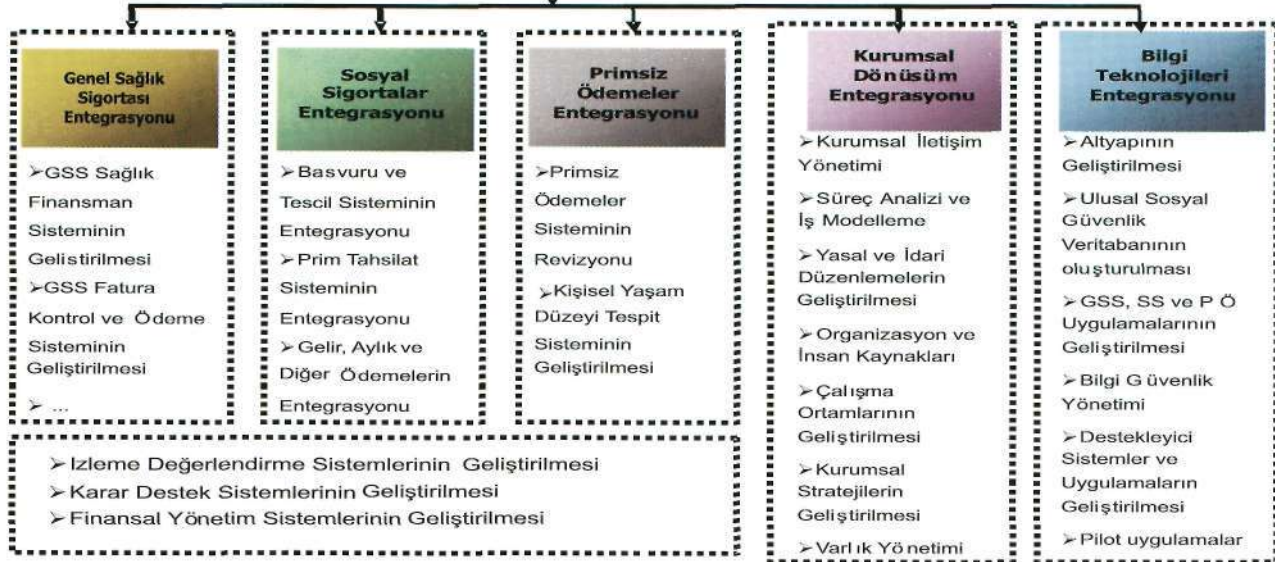
teknolojileri alt yapılarını hazırlamak; testi, pilotu, geçiş öncesi hazırlıkları gibi bir dizi alt başlıklar var. Ancak bu zaman içinde aşamalı bir geçiş olacak.

Örneğin üç kurumun ilaç geri ödeme altyapı ve birimlerinin tekleştirilmesini ele alalım. Öncelikle yeni kurumdaki ilaç geri ödeme sisteminin süreçleri tasarlanacak, onu yürütecek kişilerin iş tanımları hazırlanacak, bu tanımlara uygun kişiler seçilecek, eğitimleri sağlanacak, atamaları yapılacak, gerekli yazılım, donanım ve fiziksel ortam hazırlanacak ve bu aşamadan sonra SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı ilaç geri ödeme aktivitelerini durdurup yeni kuruma devredecek.

Bunun gibi bütün fonksiyonları birer birer tekleştirip yeni kuruma alacağız. Üç yıllık bir dönemde entegrasyonun tümüyle gerçekleşmesini planlıyoruz.

Dönüşüm sürecinde 15'e yakın alt projeyi eş zamanlı olarak yürütmek durumundayız. Bunlar genel sağlık sigortası için, sosyal sigortalar için, primsiz ödemeler için bir dizi entegrasyon projeleri ama bunların hepsinin ortak üç alanı var. İlki, izleme değerlendirme sistemlerinin geliştirilmesi, ikincisi, karar destek sistemlerinin geliştirilmesi ve sonuncusu, finansal yönetim sistemlerinin geliştirilmesi.

DÖNÜŞÜM YÖNETİMİ



Şimdi, GSS uygulama alt yapısı için proje kapsamı neler onlara bakalım. Öncelikle yasal ve idari düzenlemelerin yapılması gerekiyor. GSS kanununun 15 maddesine ilişkin yönetmeliklerin hazırlanması gerekiyor. Yasa tasarısının kabulünün ardından yönetmelik çalışmaları başlayacak. Yönetmeliklerin hazırlanması aslında yeni kurumun süreç tasarımlarıyla ve otomasyon sistemi ile yakından ilişkili.

Öte yandan sağlık hizmetleri, ilaç ve tıbbi malzeme finansman modellerini oluşturmamız gerekecek. Bunun alt başlıkları ilaç finansman sistemi, tıbbi malzeme finansman sistemi, sağlık bakım hizmetleri finansman sistemi ve tabi fatura kontrol ve ödeme sistemleri.

Bu alanda 5 temel projemiz var. İlaç finansmanı uygulamalarının tekleştirilmesi; bu çok yakın zamanda muhtemelen 2006 yılı Ekim ayı içinde devreye girecek. Tek provizyon sistemi sağlık harcamalarına dair birçok analizi yapabilmemizi olanaklı kılacak.

Yine tıbbi malzemeye ilişkin bir altyapı çalışmamız görülüyor. Bu da son derece kompleks bir alan. On beş bin civarında tıbbi malzemenin kodlanması ve standartlarının oluşturulması çalışması. Çok önemli bir bölümü gerçekleşmiş durumda. Her şeyden önce GSS kullanılan tıbbi malzemeleri izleyebilecek. Geri bildirim, analiz ve bilgiye dayalı politika üretebilmek için önemli bir imkân doğacak.

Sağlık bakım hizmetlerinin finansman yapısı için de ayrı bir projemiz var. Bu proje sözleşme ve ödeme modellerini içeriyor. Fatura kontrol ve ödeme sistemini çok daha etkinleştirmemiz gerekiyor. Sağlık Bakanlığı ile yakın bir çalışma içindeyiz bu anlamda. Şimdiki yöntemleri tümüyle değiştirecek bir mekanizma kuruyoruz. Buradaki ortak amacımız geri ödeme kurumuna gönderilen faturaların önceden sağlık hizmet sunucusu tarafından ödeme kuralları açısından kontrol edilebileceği bir araç geliştirilerek GSS'na olabildiğince hatasız fatura gönderilmesine çalışmak. Hata bulmaktan çok hata oluşmasını engelleyecek bir yapıya geçebilmek. Bu tabi hastaneleri bilgi sisteminden, kodlama kapasitesinden, elektronik altyapılarından başlayarak bir dizi yenilikçi anlayışı hayata geçirmemizi zorunlu kılıyor.

Son projemiz ise finansal yönetim sisteminin oluşturulması. Önümüzde çok büyük bir tehdit var: kapsamı çok

genişletilmiş bir sağlık sisteminin finansmanı sorunuyla karşı karşıyayız. Bu finansal yönetim sorunu ile başa çıkmakta kullanabileceğimiz yeni bir aracımız olacak. Bu araç yukarıda anlatmaya çalıştığım bilgiye dayalı politika üretme kabiliyeti. Bu bilginin finansal yönetimde etkin olarak kullanılmasını önümüzdeki dönemin önemli bir avantajı olarak görüyorum.

GSS Alt Projeleri

- GSS.01 -İlaç Finansmanı Uygulamalarının Tekleştirilmesi, izleme Değerlendirme ve Denetim Sisteminin Geliştirilmesi Projesi
- GSS.02-Tıbbi Malzeme Finansmanı Uygulamalarının Tekleştirilmesi, izleme Değerlendirme ve Denetim Sisteminin Geliştirilmesi Projesi
- GSS.03 - Sağlık Bakım Hizmetleri (ayaktan ve yatarak tedavi) Finansmanı Uygulamalarının Tekleştirilmesi, İzleme Değerlendirme ve Denetim Sisteminin Geliştirilmesi Projesi
- GSS.04 - Fatura Kontrol ve Ödeme Sisteminin Geliştirilmesi Projesi
- GSS.05 - Finansal Yönetim Sisteminin Geliştirilmesi Projesi

Evet, peki hâlihazırda neredeyiz? İlaç geri ödeme sistemlerinin tekleştirilmesi için proje planı tamamlandı. Bütçe Uygulama Talimatı ya da bundan böyle geri ödemeye esas sağlık hizmetlerinin listesi demek daha doğru, çalışması önemli bir aşamaya geldi.

Türkiye'deki 5 finansman kurumunun ortak bir kural ve fiyat listesi kullanması sağlandı. Bu önemli bir adımdır. Bunun yanında İlaç bilgi bankası önemli bir aşamada hayata geçti ve sürekli yenileniyor, genişletiliyor. Diğer yandan ilaçların seçim kriterleri, ödeme modelleri ve izleme değerlendirme sisteminin oluşturulması çalışmaları son aşamasına geldi.

Evet, tıbbi malzeme ile ilgili yine az önce sözünü ettiğim bilgi bankası oluşturuluyor. Burada tekil bir tanımlama numarası üzerinde özellikle duruyoruz. Tıbbi malzeme bilgi bankasının oluşturulmasının yanında idamesi ve güncel tutulması da son derece önemli.

Bu sebeple Tıbbi Malzeme Kurumunun yapısına Sağlık Bakanlığı ile birlikte karar vermemiz gerekiyor. Yine benzer şekilde tıbbi malzemede de ilacın biraz gerisinde olmakla birlikte proje için gerekli kaynaklar ayrılmış, çalışmalara başlanmış durumda.

Ayaktan ve yatarak tedavide finansman modelleri bir diğer önemli başlığımız. Bunun için özellikle sözleşme modelleri, sağlık hizmet sunucularının tanımları, tekil tanımlayıcı kodlar gibi çalışmalar, doktor kodları, koruyucu sağlık hizmetleri tanımları, kişisel koruyucu sağlık hizmetlerinin teşvik edilme yöntemleri bu alandaki önemli çalışma konularımız. Bu konulara ilişkin hazırlık ekipleri oluşturuldu ve çalışmalar başladı. Ama 2007 başında bu alanlarda çok radikal değişiklikler beklemiyoruz.

Evet, bir diğer orta-uzun vadeli projemiz Türkiye'de tanı ilişkili gruplara (DRG) dayalı maliyetlendirme çalışması altyapısını oluşturmak. DRG çalışmaları Hacettepe Üniversitesi ve Avustralya Sağlık Komisyonu ile beraber 8 aydır yürüyor. Bu çalışmanın ikinci fazını da hayata geçiriyoruz: 10 hastane ile yürüyen çalışmayı, 40 hastaneye yaygınlaştırıyoruz. Bu projeden çok kısa vadeli bir getiri beklemiyoruz. Ama orta vadede hizmet başına ödeme modellerine alternatif ödeme modelleri geliştirebileceğimizi düşünüyoruz.

Bu projeler hayata geçmekle birlikte önümüzdeki dönemi de çok detaylı planlamamız gerekiyor. 1.1.2007 de kanunlar yürürlüğe girecek ve üç yıllık dönüşüm süreci başlayacak.

Şu anda bir takım psikolojik bariyerlerle karşı karşıyayız ve bunu da aşip çok daha hızlı bir uygulama sürecine girebileceğimizi düşünüyoruz. Bundan sonraki oturumdaki tartışmalarda da sizlerin görüşleri bizim için çok değerli, ben ve arkadaşlarım burada sizleri dinliyor olacağız. Katkılarınız için şimdiden teşekkür ediyoruz. Benim sunumum burada bitiyor.



Yönetici:
Joseph KUTZIN

Bu ilginç sunumu için Sayın Teksöz'e teşekkür ediyorum. Görülüyor ki, çok iddialı bir geçiş programı ve çok sayıda planlayıcı otorite oluşturulmaktadır. Bundan önceki oturumda Rifat bey'in tarzını devam ettirmek ve yabancı uzmanlarımıza tecrübeleriyle ilgili yorumlarını sorarak başlamak istiyorum. Türkiye için yararlı olabilir. Biraz önce dinlediğimiz sunumla ilgili soruları sorabiliriz. Ayrıca, değinilecek birkaç kilit konu vardır. Kurum nasıl dönüştürülecektir, bu ne kadar hızlı gerçekleşebilir, ülkelerinizdeki satın alma birimleri ve sigorta fonuyla benzerlikler kurulabilir mi? Bununla birlikte personel ve teçhizat açısından ne tür yatırımlara ihtiyaç duyanız?

Ekonomik ve politik açıdan kritik olan konulardan biri de, tüm ülkelerin karşılaştığı gibi -Türkiye'de de öyle olduğunu sanıyorum- sürekli hizmet kapsamını artırmak ve bunu sabit mali kaynaklarla gerçekleştirmek için politik baskılar ve bu baskıyı yönetme kabiliyetidir.

Tanımlayabildiğimiz konularda öncelikleri ve sınırları belirleyebilmek için şeffaf bir süreci yönetecek olan merkez nedir? Ortaya konulması gerektiğini düşündüğüm başka birçok konu var, bunlarda neyin santralize edileceği, neyin desantralize edileceği hususları ile ilgili. Mesela, ülke geneline yaygınlaşması gereken sosyal sigorta şubeleri; müşterinin uğrayacağı, kaydolabileceği, şikayetini yapabileceği kısacası beklemeden işinin görüleceği yerler nasıl olacak? Böyle uygulamalarla ilgili tecrübeleriniz varsa, bunların da faydalı olacağını sanıyorum. Diğer ülkelerden

gelen uzmanların katılımıyla bilginin ve kanıtın rolünün ne olduğunu ortaya koymanın önemli olduğunu düşünüyorum. Sizin bilgi sistemlerinizden, hem uygulamayı desteklemede hem de kamunun anlaması ve güvenilirlik bakımından bilgiyle ilgili analizlerinizden söz edebiliriz. Böylece birkaç konuyu gündeminize almaya çalışıyorum. Macaristan'dan Csaba Dozsa ile başlayabiliriz. Buyurun lütfen.



Csaba DOZSA

Daha önce de bahsetmiştim, Macaristan sağlık sistemi farklı iki yol arasında net bir ayrım yapmıştır. Bu yollardan biri hizmet sunumudur, diğeri de finansman sistemi. Gördüğüm kadıyla siz de, bizim 15 yıl önce yaptığımız gibi bu iki yolu birbirinden ayırıyorsunuz.

Sağlık alanında tek alıcı olan birleştirilmiş bir sosyal sigorta oluşturduk. Macaristan'daki tüm insanlar aynı teminat paketi çerçevesinde hizmet alma hakkına sahiptir. Hizmet açısından söylüyorum bunu, yoksa işçi olanlar veya serbest meslek icra ederek sisteme doğrudan katkıda bulunanlar ile ilgili süregelen problemlerimiz oluyor. Öyle ki, sosyal güvenlik primini azaltmak zorunda kaldık. Macaristan'daki ekonomiye ve yatırımlara yoğunlaştık. Sistemi koruyabilmek için 90'ların ortasında sağlık vergisi denen bir vergi uygulaması başladı, işverenler tarafından işçi sayısına bağlı olarak ödenmekte olan sabit miktarda bir paradır bu. Burada da bahsettiğimiz önemli bulduğum bir başka konu da, şu

anda yaygın olarak kullanmakta olduğumuz farklı geri ödeme metotlarıdır. Burada aynı zamanda ülke çapında tek bir kimlik numarası kullanıyoruz. Bu, sizin konseptinizle aynı diye düşünüyorum ve bunun çok iyi bir sistem olduğunu söyleyebilirim.

Ülkemde, bu sistemin diğer bir avantajı destinasyon programları hariç bütün hizmetlerin, aynı fondan karşılanmasıdır. İlaç yatırımları, tıbbi malzeme yatırımları, maluliyet emekli aylıklarının bir kısmı ve hasta ödemeleri gibi çok çeşitli hizmetler bu fondan ödenmektedir. Ülkemdeki bu uygulama, hizmetin iki tarafı arasındaki güçlü bir kontrata dayanmaktadır. Örneğin, iyi ödeme yapabildiğimiz iyi bir sisteme sahipsek, nakit tarafında da tasarruf sağlayıp kâra geçebiliriz. Bu ilginç bir bağlantıdır.

Diğer konu da, burada nasıl olduğunu bilmiyorum ama, birçok ülkedeki gibi bütün gelirlerin ulusal tek otoritenin altındaki vergi ofislerince toplanması hususudur. Bu uygulamaya Macaristan'da 1999'da başlandı ve şimdi sigortalıdan ve işverenden dolayı olarak neredeyse tüm gelirler sağlık sigortası fonunun vergi ofislerince toplanmaktadır. Bu durumda ciddi bir bağımlılık sorunu ortaya çıkıyor ve şimdi biz vergi ofisleri ile sağlık sigortası fonu yönetimi arasındaki bilgi sistemini geliştirmeye çalışıyoruz.

Gördüğünüz gibi bunlar, sizin burada önerdiğiniz yapıyla benzer şekildedir; doğrudan gözetleme ve denetleme Sağlık Bakanlığına aittir. Ancak Maliye Bakanlığı üzerinde ve bazen de İçişleri Bakanlığı üzerinde çok önemli bir etkisi vardır. Çünkü İçişleri Bakanlığı yerel yönetimlerin işlemesinden ve mali anlamda desteklenmesinden sorumludur. Rakamlara baktığımızda ciddi bir açık problemi olduğu görülmektedir. Genel bütçeden bu açığı kapatmak üzere sağlık sigorta bütçesine kaynak nakli yapılmaktadır. Politikacılar bazen sağlık sigortası fonunu doğrudan yüksek oranda desteklerken bazen buna yanaşmamaktadır. Ancak biz şimdi, gelir ve gider arasında açık bir denge oluşturmak ve bütçe desteğini ortadan kaldırmak için yeni bir politika başlattık. Fakat on yıllık geçmişimiz büyük ya da küçük bütçe açıkları ile dolu; bu yüzden bu husus, ülkemde hala problem olmaktadır.

Son konu denetlemedir. Peki, mevcut durumumuz nasıl? Organizasyonumuzda çok fazla departman, çok fazla birim var. Müsteşar Yardımcısı olarak 6 ay önce Bakanlığın yapısında bir değişiklik yapılmasını önerdim. Sağlık sigortasından sorumlu olan, sigortayı denetleyecek, sağlık sektöründe analizler yapacak büyük bir birimin oluşturulmasını teklif ettim. Makroekonomik ihtiyaçlar ve Sağlık Bakanlığındaki eğilimler Bakanlıkta ekonomistlerin sayısını gittikçe artırmaktadır. Üç yıl önce ihtiyaç anında sağlık ekonomisti bulunmazken, şimdi Sağlık Bakanlığı'nda istihdam edilen ekonomist sayısı bir düzineden fazladır. Bu hususta ben tarafsız olamam, çünkü kendim sağlık ekonomistiyim. Ancak, bu büyük bütçenin işleyebilirliğini kavramak ve makroekonomik durumun nasıl olduğu, sektörde hangi etkilerin test edildiğini anlamak için bu konunun önemli olduğunu düşünüyorum. Ne yazık ki, Sağlık Bakanlığı'nda şu ana kadar denetleme işi merkezileştirilemedi. Hala doğrudan sigorta sistemi ile ilgilenen çok sayıda birim görev yapmaktadır. Bizim bu denetleyici rolümüzü geliştirmemizin gerekli olduğu kanısındayım.

Joseph KUTZIN

Çok teşekkürler. Bazı noktaları kısaca özetleyerek sözü Slovenya'dan Dr. Dorjan Marusic'e bırakacağım.

Anahtar hususlardan bazılarının burada açık bir şekilde konumuzla ilgili olduğunu düşünüyorum. Kayıt dışı ekonomi sektöründeki insanları ve serbest çalışanları kapsayan kesimlerden prim ve vergi toplamanın ne kadar güç olduğunu, katkı temelli bir sistem içine bu insanları çekmenin zorluğunu görüyoruz. Bu durum ne sadece Macaristan'da, ne de sadece Türkiye'de vardır. Bugün, genel bütçe gelirleriyle ilgili veya halk adına bütçe katkısının kullanılmasıyla ilgili farklı yaklaşımlar duyacağız. Sonuç olarak, Dozsa'nın vurgu yaptığı finansal açık konusunun önemli olduğunu tekrar belirtmek istiyorum.

Özellikle bu sabahki konuşmalar, sağlık sigortası fonuyla ilgili politikalar açısından Sağlık Bakanlığı'nın rolü ve sorumluluğuyla ilgiliydi. Türkiye örneği ile ilgili sorunlara geldiğimizde bazı şeyleri tekrar gündeme taşımak istiyorum. Bu, durum nasıl öngörülüyor? Genel sağlık sigortasının

yönetim yapısı içinde Sağlık Bakanlığı'nın rolü nedir? Biraz önceki sorunla ilgili benzer bir politika işlevi üstlenmekte midir? Sözü Dr. Dorjan'a bırakıyorum.



Dr. Dorjan MARUSIC

Öncelikle sizi tebrik ediyorum; aşağı yukarı aynı yolu takip ediyorsunuz ve Slovenya'dakine benzer formülleri uyguluyorsunuz. Buradaki rolüm 1992'den beri şahit olduklarımızı size aktarmak. Biz benzer bir modeli uygulamaya koyduk. Bu yüzden sabah oturumunda sizlere sağlık sigortası tablosunu kapsayan, tüm sağlık hizmetlerini, hakları kapsayan gönüllü sağlık sigortasıyla birlikte sağlık sigortacılığındaki yapısal değişimleri sağlayan 1992 reformlarını sundum. Gönüllü sağlık sigortası, farklı hizmetler için maliyetin sıfırdan % 70'ine kadarını kapsamaktadır.

İkinci önemli husus, bugün birçok kez ifade edildiği gibi, üçlü görüşmedir. Her yıl sigorta kurumu ile anlaşma yapılmadan önce Bakanlık, sağlık sigorta kurumu ve bütün hizmet sunucular bir ortak müzakere süreci geçirmektedir. 1992'de kurulan sağlık sigortası, kar amaçlı olmayan ve tek kamusal ödeyici kurumdur. Bu kurumun gücü, Slovenya'daki sağlık sigorta şirketlerinin payının yıllık bütçenin % 2'sinden az olmasından kaynaklanmaktadır.

Toplanan paradan sağlık sigorta kurumunu işletmek için fazla harcamayız. Görevi, görüşme süreci sonucunda farklı hizmet sunucularla anlaşmaları sonuçlandırarak kapsayıcı bir sigorta sağlamaktır. Bazı denetleyici idari görevler ile sağlık sigortası işlerliği ve istatistikler için veri tabanını kurup işletmek de görevidir.

Sağlık sigortası idaresinin bazı organları çok önemlidir; sağlık sigortası kuruluşunun yönetim kurulu ve genel kurulumuz vardır. Yönetim kurulu yıllık olarak finansal bir plan ve rapor hazırlamak zorundadır. Ancak yine de hükümetin bu yıllık finansal planı onaylaması gerekir. Hükümetten bahsederken Sağlık ve Maliye Bakanlıklarından bahsediyorum. Sonunda, hükümet yıllık finansal planı onaylayacaktır. Bütçeden gelen katkı oranı, oranın yükselmesi ya da azalması hükümet tarafından teklif edilebilir. Ancak finansal plan hükümet düzeyinde onaylanır, katkı oranı parlamentoda onaylanmak zorundadır.

Slovenyalıların yaklaşık % 98'inin Genel Sağlık Sigortası kapsamına dahil olduğunu belirtmiştim. Bu yüzden, biz yaklaşık toplumun % 2'sinin nerede bulunduğu ve devlet mi, yerel yönetimler mi, kimin bunlar için ödeme yapacağı kaygısını taşıyoruz. Ayrıca % 100'ü kapsayan bazı hizmet alanları da bulunmaktadır. Gençler, öğrenciler, bazı hastalık grupları ve tüm acil durumlar için bu durum söz konusudur. Çeşitli hizmetlerin % 5'inden % 70'ine kadar gönüllü sağlık sigortası tarafından karşılanmaktadır. 2000 yılında sağlık sigortası fonu yıllık bütçe açığının % 8'ini kapatmıştır, bu yüzden Avrupa Birliğine girerken, Slovenya uyum programında açığı kapatmak için zor bir durumdaydı. Ayrıca şunu belirtmeliyim ki, 1 Ocak 2008'e kadar sağlık sigortası kurumunun açık vermemesini sağlamak zorundayız. Bu yüzden sağlık bütçemiz gelecek yıllarda çok dikkatli idare edilecektir. Gönüllü sağlık sigortası aracılığıyla tamamlayıcı sigorta primlerimizin nüfusun bir kısmı için çok yüksek olduğunu gördük. Geçtiğimiz yıl bazı tedbirleri uygulamaya koyduk; böylece yaklaşık 60-80 bin Slovenya vatandaşı -ki nüfusun %4-5'ini oluşturmaktadır- sağlık sigortası sisteminin kapsamı altına girmiş olacaktır.

Sağlık hizmetlerini sunanlar arasında bir rekabet eksikliği olduğu gibi bizim geri ödeme sistemimizle ilgili bazı zayıflıklarımız da var. Bu yüzden 2003'te dijital bilgi sistemi kurduk. Birinci basamakta büyük değişimler başardık.

Uygulama öncesinde yasanız açısından sizi tebrik ediyorum, ancak uygulama sürecinin çok önemli olduğunu vurgulamak isterim. Son 34 yıldır Slovenya sağlık sisteminde büyük değişimler oldu. 1992'de yasal olarak uygulama

başladı. Hala yeterince güç, toplumsal kabul ve uygulamaları hayata geçirecek takım yaklaşımı sağlanabilmiş değildir. Mesela biz, bütün hizmet sunucularla birlikte, birinci basamakta ciddi ve önemli değişimler sağlıyoruz. Belirli hastalıklarla ilgili çalıştaylar düzenledik. Ulusal planımız kapsamında belli bazı programları hayata geçirdik. Bu yüzden, uygulama safhasıyla ilgili biraz düşünmeniz gerekir. Önemli paydaşları sürece dahil etmek ve onların hem yasal değişikliklerinizi hem de stratejilerinizi geliştirirken katılımlarını sağlamak yararlı olacaktır.

Joseph KUTZIN

Macaristan örneğinde olduğu gibi, ortaya çıkan sosyal güvenlik açığı problemini bütün örneklerde duyacağız. Bu açık baskısını merkezi olarak dengeleyecek ve yönetecek mekanizmalar nelerdir? Mevcut kaynakların sınırları içinde hizmet sunumunun genişletilmesine devam edilmelidir. Her iki durumda da, satın alma işlevinin daha etkili olarak yürütülmesi ve harcanan paraya daha iyi bir değer sağlama çabalarını duyduk.

Gösterilen slaydın alt köşesinde sosyal haklarla ilgili bir kelime vardı. Bu sağlık sigortasının işgücü ile ne derece birlikte yürüdüğü sorusunu aklıma getirdi. Bunun Türkiye için de bir sorun olduğunu düşünüyorum. Bir yanda işgücüne bağlı sosyal güvenlik katkıları bir yanda sosyal haklar, bunların dengelenmesi ve gerekli finansmanın karşılanması konuları hep düşünmemiz gereken hususlar.

Türkiye'de genel sağlık sigortasına geçiş süreciyle çok benzerlikler gösteren Tayland tecrübesi bakalım bize ne gibi alternatifler sunabilecek? Çünkü sabah da dinlediğimiz gibi, başlangıç noktası ve idari yapılanmalar bakımından çok benzerlikler taşıyor. Buyurun, söz sizde.

Viroj TANGCHAROENSATHIEN

Sizin de belirttiğini gibi aynı başlangıç noktasına sahibiz. Kayıt dışı sektörden toplanacak katkıların üzerine hesap yapmak çok pratik değil. Kayıt dışı sektörden hızlı bir şekilde pirim toplamının bir yolu olmadığını biliyoruz. 2001'in başlarında öne çıkardığımız bütün politikalar, sağlık sigortasına kayıtlı olmayan, özel sektörde çalışmayan ve

genel istihdam içinde görünmeyen nüfusun fonlanması için genel vergilerin kullanılması tarzındadır. Böylece sistemin etkisi az çok merkezi olmaktadır; hakim olan genel vergi sistemidir. Nüfusumuzun % 15'i sosyal sağlık sigortası kapsamındadır. Üç bölümlü bir katkı ile işçi, işveren ve hükümet- oluşan bir finansman ortaya çıkmaktadır. Bunların her birinin katkısı milli gelirin % 1,5 kadardır. Böylece sosyal sağlık sigortası teminat paketinin toplam finansmanı milli gelirin %4,5'ini oluşturmaktadır.

Biz kişi başı ödeme yöntemini (kapitasyon) kullandığımızdan son 10-12 yıldır maliyetlerimiz kontrol altında. Macaristan'la kıyaslarsak, onlar milli gelirin % 15'ini harcıyorlar. Thai sistemine göre bu çok yüksektir. Böyle bir sigortada kapitasyon sadece 40 dolardır. Yani Thai sistemi, yılda kişi başına 40 dolarla idare edilmektedir. Bu tabii ki, sağlık hizmet kalitesini koruyacak bazal şartı sağlamaktadır. Ayaktan ve yatan hastayı da kapsayan kabul edilebilir bir sistemdir. Sigortaya kayıtlı olamayan ve belirli bir işi olmayan geri kalan nüfus için vergi kaynaklı finansmana dönüyorum. Burada kayıt dışı sektörden pirim alamayacağımızı bildiğimiz için genel vergilerden faydalanıyoruz.

Genel vergiyi kullandığımızda, 10-15 yıllık sosyal sağlık sigortası tecrübesinden öğrendiğimize bakarak nüfusun kalanı için kontrat yapıyoruz. Başlangıçta fazla ödememiz oluyor, ama farklı ödeme modelleri uyguluyoruz; kapitasyon, global bütçe ve vaka bileşimi (DRG) gibi ödeme modelleri. 1992'den beri farklı DRG uygulamamız var. Şu anda dördüncü versiyonu devrede. Global bütçeleme de yapıyoruz. Global bütçeleme vaka durumları ve sayılarına bağlı DRG ortalamalarını her zaman tutturmamaktadır, ama yine de, ayaktan ve yatan hasta ayırmadan toplamda kişi başı hemen hemen yılda 40 doları bulmaktadır.

Sizin kurmaya çalıştığınız birleşmiş sistem, mevcut Bağ-Kur, SSK, ve Yeşil Kart değerinin altında olmayacaktır; bunların bir geliri vardır. Türkiye'nin sunumunda beni endişeye sevk eden finansal sistemdir. Zira birleşik sigorta az çok bu günkü emeklilere eşit, cömert bir teminat paketi sağlayacaktır. Benim önerim mütevazî başlamak ve yavaş yavaş genişletmektir. Sonradan teminat paketini daraltamaz ve geremezsiniz; yoksa gazetelerde her gün itiraz ve

gürültüler yükselir. Son dört yıldır gazetelerde biz her gün tepkiler görüyoruz. Buna rağmen bence biz kamuoyunu da yeterince yönetiyoruz; bağımsız kamuoyu oluşuyor. Tayland'da genelde toplum sağlık sigortasına ılımlı bakıyor. Toplumsal açıdan bu çok önemlidir; genelde halk uygulamanızı benimsiyor ve arkanızda duruyor.

Görüyorum ki, finansal tahminleri yapmışsınız. Biz de 20 yıllık finansal projeksiyonumuzu yaptık. Yeni ekonomik darboğazlarda bile kamunun desteğinin sağlanmasını hesapladık. Cenevre'deki ekibimle birlikte çalıştık. 20 yıllık tahminimizde kişi başı maliyetler ve toplam harcama pek çok Asya ülkesi. Güney Kore, Tayvan ve Filipinler ile karşılaştırıldığında, ki bunların hepsi sağlık hizmetinde önemli ülkelerdir, iyi bir rotada olduğumuzu gösteriyor. Tayland'ın deneyimi hizmet sunucuya ödeme metodu açısından çok yararlı olabilir. Ayrıca, hizmetin kalitesi ile de çok ilgiliniz; hemen ve daha sonraki izlemelerle de. Çünkü biliyoruz ki, kapitasyon metodu yetersiz tedaviye yol açabilecektir. Bu nedenle bunun yerine bazı özellikli hizmetlerde DRG'yi kullanıyoruz.

Son yorumum, politikanın verilerini yorumlamak veya harekete geçmek için kanıt üreten Tayland'ın ulusal kapasitesidir. Bizim politikayı beslemek için çok fazla aracımız mevcuttur. Eğer Bakan kanıtı dikkate almazsa, kanıtı medyaya sızdırırız. Gazetecilere, bunlar gidip politikacılara soracağınız sorulardır, diye bilgi veririz. Eğer yeterince açıklayamazlarsa, zor durumda oldukları pozisyonu kendileri oluşturmuş olur. Bu özel bir taktiktir ve herkes bilginin bu birimden sızdığını bilir. Bu yolla politikacıyı yönlendiriyoruz, çünkü hesap verebilir olmak zorundadırlar.

Joseph KUTZIN

Tamam, son noktadaki açık sözlülüğünüz için teşekkür ederim. Anlattıklarınız benim çalıştığım teşkilata benziyor. Tüm anlatılanlardan bazı önemli mesajlar aldığımızı düşünüyorum, fakat bu konuda birkaç mesaj çok öne çıktı. Bu mesajlar sadece sosyal güvenlik kurumları için değil Sağlık Bakanlığı için de önemlidir.

Buradaki ülkelerin hepsi, örneğin sabah Meksika'yı dinledik, sigorta kapsamını genişletmek için farklı yollar

izlemişler. Uluslararası tecrübelerden aldığımız derslerden biri, kullandığımız etiketlere karşı çok dikkatli olmamız gerektiğidir. Örneğin Tayland'da anlatıldığı şekliyle, genel bütçe gelirleri ile genel sağlık sigortasına doğru bir gidiş vardır. Ancak, buradaki ana nokta hizmet sunuculara basitçe daha fazla para vermek değildir, ki bu yöntem içlerinde Türkiye'nin de olduğu birçok ülkede uygulanmıştır. Sanırım, bütün ülkelerde uzlaşılan husus, bütçe finansman rolünün sadece hizmet sunanlara sübvansiyon sağlamak yerine, insanlar lehine hizmetlerin satın alımını sübvansiyon etmeye, yani doğrudan kişileri desteklemeye doğru bir gidiş olmasıdır. Türkiye'de bence tartışılması gereken konulardan biri şudur; tek bir geri ödeyici sigorta kurumuna doğru gidiş mantığının hakim olduğu durumda artık Sağlık Bakanlığının, geçmişte yaptığı gibi, sağlık tesisleri için bütçe ayırma gibi bir işlevi olmamalıdır. Sorulardan biri, devlet kurumları arasında yer değiştiren bütçe sübvansiyonlarının şu anda hizmetlerin satın alınması için sigorta kurumlarına aktarılıp aktarılmayacağıdır. Bu, uygulamada öngörülmekte midir? Yine, aynı şekilde Sosyal Güvenlik Kurumunun Sağlık Bakanlığı ile olan ilişkisi ve bu meyanda mali dengeyi sağlayabilme ile birlikte sağlık sisteminin performansını koruma konusundaki yeteneği ve kararlılığı gereklidir. Macaristan, Slovenya ve diğer ülkelerin tecrübelerinden bu dengeyi korumanın ne kadar zor olduğu görülmektedir.

Bu yüzden, bu konuyu burada bırakalım, belki sonra geri dönebiliriz. Başka katkılarınız ve sorularınız varsa, buyrun.

Rifat ATUN

Stratejik bir soru sormak istiyorum. Tuncay Bey entegrasyon projelerinden ve kurumsal yapıya Sağlık Bakanlığı ile birlikte karar verileceğinden bahsetti. Ortak stratejik planlama ve ortak ihtiyaç belirleme çalışmaları, tüm bunlar Sağlık Bakanlığının bugünkü rolü ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının planlama işlevi çerçevesinde nasıl olacak? Beş yıllık kalkınma planlarına bağlı gayri resmi bir birim altında mı devam edecek, yoksa Julio Frenk'in de bahsettiği gibi, Sağlık Bakanlığının başkanlığını yürüttüğü mevzuatla belirlenmiş resmi bir yapı mı olacak?

Joseph FIGUERAS

Sorudan ve yine süreçteki noktalardan hareketle, bu ortak hükmi yapının nasıl çalışacağı ve aynı anda bu uygulamayı nasıl gerçekleştireceğiyle ilgili söz söylemek istiyorum. Bu ülkelerdeki sosyal güvenlik açıkları iyi yönetilmelidir, çünkü eğer Sağlık Bakanlığı, planlamada sınırlamalarla, akreditasyonla, sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesiyle, toplum sağlığı çalışmalarıyla harcamaların kısıtlamasının arkasında durup sigortayı desteklerse, sistem çok güçlü olur.

Sigorta sistemleri mali yönetimde oldukça başarılılar. Ancak, sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesine sahip çıkma, sağlık önceliklerinin ve akreditasyon kalitesinin sağlanması çerçevesinde, bazı ülkelerden bahsetmek istiyorum. Neyse, ülke ismi vermeyeyim. Şöyle, eğer hizmet sunucular sizin tarafınızdan yani Çalışma Bakanı tarafından köşeye sıkıştırılırsa, doğrudan Sağlık Bakanına koşarlar ve "bakın hastanelerinizi kapatmak istiyorlar, sizin kurduklarınızı değiştirmek istiyorlar, Bakan karşı çıkıyor, biz bunları istemiyoruz", diyerek şikayette bulunurlar ve ardından da basına giderler. Bu nedenle bu durum sadece ortak yönetimle ilgili değil, patronlarla ilgili bir durumdur. Eğer onları sıkıştırmaya başlarsanız, akreditasyonla, sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesi ile ilgilenmezler.

Şunu öğrendik ki, mali kısıtlama tek başına yeterli olmamaktadır. Tam bir siyasi kısıtlamaya ihtiyacınız vardır; bunu da sadece Sağlık Bakanlığı size sağlayabilir. Diğer ülkelerde hakları kısıtlayan zor politik bir durum ortaya çıktığında. Sağlık Bakanları'nın bu durumdaki eğilimi - Türkiye'yi bilmiyorum- şu şekilde olmaktadır: "sigorta böyle işte" demektedirler. Tabi hastaneleri zora düşürmeme, kaliteli sağlık hizmeti verme çabaları devam edecektir. Eğer hükümet içinde birlikte, yan yana hareket etmeyi başaramazsanız ve icraatları uyum içinde uygulayamazsanız, kurmakta olduğunuz ve hakkında çok şey konuşabileceğimiz tüm bu muhteşem sistemlerin sonucunu göremezsiniz, çünkü hizmet sunucular sizinle oynayacaktır. Onlar sizinle karşı karşıya gelmek istemektedir ve bunu da başaracaklardır. Her hastane daima sigortacıyı atlatır ve her hastanenin daima Sağlık Bakanlığı'na yakınlığı vardır. Bu nedenle eğer oyunu birlikte oynamazsanız, onların da

birbirlerine karşı oyun oynayacağını düşünmeyin. Daha pek çok örneğim var, ama burada dile getirilebilecek şeyler değil.

Tuncay TEKSÖZ

Gerçekten çok güzel bir nokta, çok da önemli bir konu. Türkiye bunun acısını o kadar uzun süre çekti ki son 3 seneyi saymazsak benim bildiğim yaklaşık 13 senedir ilgili kamu kurumları arasındaki koordinasyon eksikliğinden çok şey kaybettik. Tek parti iktidarı bu iletişimsizliği aşacak önemli bir fırsat oldu. Sosyal Güvenlik Reformundaki aşamaları da ondan sonra kaydedebildik aslında.

Ancak Sosyal Güvenlik Kurumu bir uygulama birimi, bunun yanında etkin bir strateji birimine de ihtiyaç var. Hâlihazırda Sosyal Güvenlik Reformu Yönlendirme Komitesi ile bu ihtiyacı karşılamaya çalışıyoruz. Bu komiteye Sosyal Güvenlik Kurumu, DPT, Hazine Müsteşarlığı, Maliye Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı aktif olarak katılıyor, reformu yönlendiriyor ve sürece sahip çıkıyor. Ancak o zaman başarılı olunabiliyor. Sosyal Güvenlik ve Sağlık alanı gerek çalışma hayatı içindeki yeri, gerek toplumun tümünü yakından ilgilendirmesi, gerek çok büyük miktarda mali transferlere sahne olması nedeni ile sadece bir kurumun ilgi alanına girmiyor. Ortak davranmak zorundayız. Bu kültür de çok kolay oluşmuyor aslında. Bunu oluşturacak kurumsal yapılar düşündük. Mesela bu kurumun içinde bir üst kurul var, bu kurulun adı Sosyal Güvenlik Danışma Kurulu. Kurul ilgili bakanlık ve sivil toplum kuruluşlarının temsilcilerinden oluşuyor. Altı ayda bir toplanıp stratejik kararları veriyor.

Hüseyin ÇELİK

Öncelikle yurt dışından gelen konuklarımıza gerçekten deneyimlerini paylaşma konusundaki cömertliklerinden dolayı teşekkür ediyorum. Tayland'dan gelen misafirimiz kısa bir eleştiride bulundu. Bu riski çok da düşündük aslında; sağlık hizmet kapsamının geniş tutulması ile ilgili bir risk. İlk defa böyle bir sistem kuruyor olsa idik, bir şeyleri farklılaştırma şansımız vardı. Yaklaşık 50 yıllık süreçte bütün finansman kurumlarının kapsamında neredeyse yok yok. Başlangıç çitasının kapsamı daraltarak yol almak ve yola başlamak başka bir riski getiriyordu. Bu projenin tümüyle

yaşama geçmesini riske ediyordu. Bu proje hayata geçmeyince sizin sistemi yönetme şansınız kalmıyor. Yani masada yoksunuz, böyle bir projeyi hayata geçiremezseniz masada olmuyorsunuz. Çok bölük pörçük bir yapı ve yönetilemeyen bir yapı var elinizde. Bu yüzden bu riski bilerek göze aldık.

Bir deneyim de yaşadık bu arada. Yeşil Kartlılar yani fakir olanların harcamalarını karşılayan sistem sadece yatarak tedaviyi kapsıyordu. Daha sonra hükümetin aldığı yine radikal bir kararlarla ayakta tedaviyi de kapsayacak duruma geldi. Ama başlangıçta özellikle ilaçta katılım payı da yoktu. Hem kapsamı genişletti bu anlamda, ciddi bir hizmet talebi potansiyeli taşıyan bir durumdu ve üstelik hem de harcamaların büyük bölümünü oluşturan ilaçta katılım payı alınmıyordu. Aradan 2 ay geçti, çok değil 2 ay sonra toplumsal bir deneyim oluştu. Hizmeti kullanan insanlar bile, "bu değirmenin suyu nereden gelecek, bu iş böyle gitmezi", demeye başladı, iki ay sonra yapılan yasal düzenlemeyle % 20 katılım payı geldi. Ne muhalefetinden, ne bu hizmeti kullanan hastalardan, ne de toplumdan bir tepki gördük. Çok sessiz sedasız konan % 20 katkı payı şu anda yaklaşık 1 yıldır uygulanıp geliyor.

Şimdi ben bazen bunu bir çocuğumuzun yaşamına ilişkin aldığımız sorumluluklara benzetiyorum. Yani çocuğumuzun bir takım hataları yapmasına, bir takım yaşamı deneyimlemesine fırsat vermediğiniz zaman hep talepleri oluyor sizden, sürekli sizi tahrik ediyor bir takım şeyler yapma konusunda, yeni şeyler isteme konusunda. Aynen bireyde gördüğümüz bu yaşanmış deneyimin toplumsal anlamda da geçerli olduğunu düşünüyorum. Bu anlamda sizin yorumunuzu da almak istiyorum açıkçası.

Eğer genel sağlık sigortası projesinde biz kapsamı daraltmış olsaydık, negatif bir mesajla yola çıkacaktık. Tayland örneğinde de bahsedildiği gibi, kapsamın daraltması uzun yıllar hep tartışılacaktı. Şu anda öncelikle sistemin çok daha farklı alanlarında çok ciddi anlamda kazanılabilecek şeyler, iyi yönetimle sağlanabilecek çok ciddi kazanımlar var. Bu tür kısıtlamalarla yola çıksaydık bu kazanımları bile yaşama şansımız olmayacaktı.

Biz riskin farkındayız; bu riskin gelecek aşamada toplumun deneyimi ile de birlikte, toplumun Yeşil Kart örneğindeki deneyimine benzer şekilde dengeye geleceğini varsayıyoruz. Çünkü bu projelerin hayata geçmesi için siyasetin desteği çok önemlidir. Siyaset desteğine eşittir halkın desteği olarak bakmak lazım.

Şimdi ben kendi adıma, Sosyal Sigortalar Kurumu'nda uzun yıllar çalıştım; deneyimim, tecrübem oldu. Hepimiz çok iyi biliyoruz ki, bir devletin, bir işletmenin, bir kurumun asıl varlık nedenini unutmaması veya bunun gereğini yerine getirememesi en büyük risktir. SSK'nın da en büyük hatası kendisini var eden sigortalıların önceliklerini, taleplerini karşılayamaması oldu. Kurum bütün algılarını, hassasiyetlerini, önceliklerini finansmana yükledi. Hep fiyatı kısmak yoluyla, harcamaları kısmak yoluyla tedbir almak istedi; bu da tabi ki insanların hizmete ulaşımını kısımaya dönüştü. Kapalı bir sistem kurdu; kendi sistemini kullanmayan insanların yok saydı ve yavaş yavaş kendisini var eden insanların taleplerini karşılayamaz hale geldi ve bir gün hastanelerin devri gündeme geldiği zaman, toplumsal hiçbir sorun yaşanmadan -insanlar bundan daha kötüsü olamayacağını düşünüyorlardı çünkü- çok rahatlıkla bu devir gerçekleşti.

Sözü şuraya getirmek istiyorum. Taylandlı konuğumuz, ya da varsa diğer konuklarımızın da katkısını almak isterim. Her koşulda vatandaşın veya sigorta kapsamındaki insanların taleplerinin öncelenmesi, sizi bizatihi diğer politikalarınızın uygulanmasında da güçlü kılan bir argümandır. Eğer siz finansman rolünü çok daha belirgin hale getirirseniz, toplum nezdinde önceliğinizin kendisi değil de ondan beklediğiniz harcama ya da gelir olduğu algısını yaratırsanız, bu sefer siz tartışılmaya başlıyorsunuz. Bu bir ikilem; bu ikilemin çözümü konusunda deneyimlerinizi bizimle paylaşabilirseniz sevinirim.

Viraj TANGCHAROENSATHIEN

Sanırım öncelikle reform hedeflerinin politikasıyla başlamalıyız. Tayland'ın reform hedefi bağlamında üç kilit konudan bahsedebiliriz. Bunlardan birincisi, uzun vadede sürdürülebilir finansmandır, ikincisi, başta yoksullar olmak üzere, cepten harcamalardan dolayı insanlara minimum

hasar vermektir. Bunların hepsi, sisteme etkilidirler. Bu hedeflere en iyi şekilde ulaşabilmek için, bugün cebimizde ne kadar para olduğuna bakmalı ve önümüzdeki yirmi yıl için tahminde bulunmalıyız. Eğer ayaktan tedaviyi ve yatarak tedaviyi içine alan kapsamlı bir paketi uygun bir kapitasyonla sunabilirsek, halkın geneli bu kapsamlı paketi alabilecek düzeyde olur ve ayaktan tedavi, yatarak tedavi ve koruyucu sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanabilir. Öncelikle tedavi hizmetleri çok pahalı ve kapsamlı bir pakettir ve yine de kamu olarak bu paketi karşılamaya gücümüz yetmektedir.

Vatandaşların hizmetlerden ücretsiz olarak yararlanmalarına imkan sağlayan sigorta teminat paketlerinin uygulanmasında acı bir deneyim yaşadık. Harcamalar her yıl hemen hemen % 15, % 17 arttı. Daha sonra bunun Tayland sistemi için daha fazla sürdürülemez olduğunu belirterek harekete geçtik. Sizlere önerim, teminat kapsamını destekleyecek uzun vadeli finansman kapasitesi konusunda dikkatli olmanızdır. Eğer bunu yaptınızsa uzun dönemde nasıl kontrol edeceğinizi de ortaya koymalısınız. Eğer sistem, öyle ya da böyle, hizmet başı ödeme modeli kullanıyorsa, biliyorsunuz rekabetçi bir yönü vardır. Belki Joseph sizlere bu ödeme sisteminin farklı ülkelerde harcamalara ve sistemin verimliliğine nasıl etki ettiğine ilişkin örnekler verebilir.

Hizmet başı ödeme ile birlikte uygulayacağınız katkı payı, genel sağlık sigortası için bir tasarruf oluşturmayacaktır. Katkı payını alan, kaynakları yöneten hizmeti sağlayıcılardır. Etkili olması veya olamaması, bütünü ilgilendirmelidir, sadece talep tarafını değil. Son iki yıl içerisinde Çin'de yaşananları dikkatle inceledim. Yeni ortak katılımlı bir sağlık sistemine sahipler. Çok yüksek ödemeler gerekiyor ve yine kapsam içinde çok fazla katkı payı alıyorlar. Böylece ödemesi yapılan kişiye bütün hizmetleri sunuyorlar. Bunun ötesinde bizde de katkı payı sistemi var. Fakat davranış değişikliği, reçete yazmada değişiklik yapma gibi bir etkisi görünmüyor; araştırmalar doktorların ve hastanelerin kar etmesi yönünde eğilim olduğunu gösteriyor.

Sonuçta benim asıl eleştirim, hizmet sunucularına yapılan ödeme yöntemi üzerinedir. Bu yöntemler karşımıza oldukça olumsuz bir tablo çıkarıyor. Güney Koreli dostumla

konuştüğümüzda, bunun uzun vadeli bir sorun oluşturacağı konusunda hemfikir olduk. Genel sağlık sigortasına geçmiş olmalarına rağmen, zor bir muhalefetlerle karşı karşıyalar; özellikle de tüm sistem kar amaçlı özel sektörün egemenliği altındayken.

Burada sizin durumunuz hakkında fazla fikrim yok. Eğer kamu hala güçlüyse, uzun vadeli harcamaların sınırlandırılması konusunda çok fazla endişem olmaz. Asıl endişelerim, hizmet sunucularından hizmet satın alma yöntemleri ya da geri ödeme yöntemleri üzerindedir; bunun da çok önemli bir mesele olduğunu düşünüyorum.

Dorjan MARUSIC

Birkaç noktaya değineceğim. Büyük bir ekonomik çöküntü yaşayan bir toplumu, yeni bir alana çekme ihtiyacını tam olarak anlıyorum. Çek Cumhuriyeti, ödeme sistemlerine bağlı olarak, mali sıkıntılar ve enflasyon gibi büyük bir sorun yaşamaktadır. Bu şekilde mali sorun yaşayan ülkelerin hemen hemen hepsinde hizmet başına ödeme sisteminin olduğunu görüyoruz. Kişi başına belli bir üretim var, fakat ilk adım hizmet satın almada son derece cömert davranmak şeklinde gelişti. Bütün alanlarda sıkıntı oluştu ve bir yıl içinde geri ödeme sisteminde reform yapma ihtiyacı doğdu. Aslında tüm alanlarda sorunlar yaşandı ve bu gibi ülkeler ödeme sistemlerini bir yıl içerisinde düzene sokmak zorunda kaldılar.

Şimdi konuları tek tek masaya yatırabiliriz. Bu genel bir fenomendir. Eğer hizmet sunucularının daha fazla para ihtiyaçları ile toplumun büyük beklentilerini birleştirirseniz, kesinlikle enflasyonist bir yapı oluşur. Peki, bu konuda çözümler yok mu? Tabii ki var; birincisi ödeme sistemi konusunda dikkatli olmanız, ikincisi iletişim, iletişim ve iletişimdir. Halkın ve hizmet sunucularının yönetimden beklentileri çok önemli kilit noktalardan biridir.

Bakanların basına, televizyon ekranına çıkıp, durumun nasıl olduğunu, nasıl gittiğini açıklamaları modelin başarıya ulaşması için gereklidir. Üçüncüsü, hizmet sunanlara doğrudan değil ama hizmet satın alıcılar üzerinden yüksek mali sübvansiyonlar altına girmekten korkmayın. Batı Avrupa bu hususta eğitici olabilir; Avrupa'da bireysel sigorta

uygulayan ülkeler sisteme vergi yardımı oranını epeyce yüksek tutuyorlar. Şu anda Türk ekonomisinde de mevcut olan ekonomik verimlilik ve rekabet üzerindeki baskı söz konusu. Belki bu konuda Macaristan yorum yapmak isteyebilir. Orada primlerin oranı çok yüksektir ve ülke ekonomisi için sürdürülebilir bir noktaya kadar da artırılmıştır. Fransa da bu dersi alarak sigorta sistemine önemli bir vergi desteği sağladı. Ayrıca Belçika ve Almanya'da, tipik sigorta sistemlerinin çoğu gibi, yüksek oranda vergi katkısına başladı. Ancak bunların hepsi de, hizmet sunucularını değil, hizmet satın alıcıları sübvansetmiştir. Çünkü ekonomileri, hem sağlık sigortası hem de emekli maaşlarından kaynaklanan yüksek sigorta harcamalarıyla baş edebilecek durumda değildir. Bu ekonomilerdeki olumlu yön, olabildiğince hızlı ve iyi bir şekilde gelişiyor olmalarıdır.

Sizin de istihdam alanında yer alan iyi genç bir nüfusunuz var. Bu yüzden geniş bir sigorta paketini karşılayabilmeniz mümkün olabilir. Eğer toplumla iyi iletişim kurarak desteğini sağlayabilirsiniz, geri ödeme yöntemlerine eğilir ve ödeme güçlüğü'nün önüne geçebilirsiniz; sağlık sigortası fonuna gidebilecek epey bir miktarda para potansiyeline sahip olabilirsiniz.

Csaba DOZSA

Macaristan'daki harcamaları kısma politikaları konusunda bir kaç söz söyleyebilirim, sanırım daha önce bunu dile getirmedim. Harcamaların kısılması ve sağlık hizmetlerinde provizyon konusundaki başarımızdan bahsetmeliyim. Hastanelere farklı alt bütçeler uyguluyoruz; kronik tedaviler için, akut tedaviler için, hasta nakli için ve teşhis için farklı alt bütçeler kullanıyoruz. Yirmi farklı alt bütçemiz mevcut ve bunların çoğu aylık olarak ödeyebileceğimiz açık hesap halinde.

Akut tedavi giderlerinin ödenmesine yönelik sağlık sigortası bazlı hastane finansmanı ile ilgili pek çok sorun yaşıyoruz, iki yıl önce "hacim sistemi" denen bir modeli uygulamaya koyduk. Böylece hastaneler belli sayıda hasta yüküne bağlı olarak hacim sisteminin belirli bir limitine kadar sağlık sigortası fonundan geri ödeme alabilmektedirler.

Mesela 1000 ya da 2000 vakaya hizmet verilebilir. Bu durumda % 100 ödeme yapılır. Ama sonrasında azalan oranda ödeme yapılmaktadır. Hatta bunu daha da geliştirmemiz gerekiyor. Çok yavaş ilerleyen DHI, paketlerle oynanması ve her yıl gittikçe artan vaka bileşeni ile problemler yaşadık. Her şey olup bittikten sonra durumu kontrol altına almak oldukça zor oluyor.

Şimdi de kamu sağlık harcamasının % 30'unu aşan ilaç harcamalarını nasıl kontrol altına alacağımız konusunda sorunlar yaşıyoruz. Henüz daha yasalaşmamış olan yeni bir düzenleme ile referans fiyat uygulaması ve harcamanın doktorlara geri yansıtılmasına ilişkin bir politika getiriyoruz. Reçete yazma hakkına sahip olan doktorlara baskı oluşturacak bir etki oluşturamazsak bu alanda başarılı olamayacağımızı görüyoruz. Çünkü ilaç firmaları pek çok durumda doktorları yönlendirebilecek etkili tekniklere sahiptir. Sanırım yasal olmayan metotlar da kullanıyorlar; belki bu durum sizin ülkenizde de biliniyordur, bilemiyorum.

Diğer konu ise tıp profesyonelleri ile ilgili politikalar; bundan kastım, toplumu etkileyen temel kronik hastalıklardır. Şu anda kanser tedavisi, kanser kontrol programı ve ayrıca kalp hastalıkları programı üzerinde yoğunlaşmaktayız. Çünkü ülke genelinde kanıta dayalı tedaviyi uygulayıp düzenleyebilirsek, bütçeyi sadece mali baskılarla yapabildiğimizden daha fazla kontrol altında tutabiliriz. Bu nedenle yoğunlaştığımız noktalar daha çok profesyonel tıp ve profesyonel halk sağlığı programları üzerinde olmaktadır. Burada anlatmak istediğim, bu programların oldukça akıllı uygulamalar olduğu, son 2 yıl boyunca uygulamakta olduğumuz ilkel parasal teknikler gibi aptalca programlar olmadığıdır.



Yıldırım RAMAZANOĞLU

Değerli konuklarımızın yapmış oldukları sunumlarda benim özellikle dikkatimi çeken husus, Genel Sağlık Sigortası modeli içerisinde toplanan primlerin miktarıyla ortaya çıkan sağlık giderleri arasında bir fark olduğudur. Primlerin sağlık giderlerini karşılamaması nedeniyle bir açık olduğu dikkatimi çekiyor.

Ben bu noktadan hareketle Tuncay Bey'in yapmış olduğu sunum kapsamında kendisinin bazı öngörülerini, özellikle birkaç önemli konuda, öğrenmek istiyorum. Özellikle son derece güzel bir şekilde özetlediği gibi, mevcut eski yapıların yeni bir üst yapı içerisinde birleştirilmesi ve fonksiyonların tedricen yeni yapıya aktarılacak suretiyle mevcut eski yapıların fonksiyonsuz bırakılarak tasfiye edilmesi şeklinde bir dönüşüm modeli söz konusu. Bu çerçevede içerisinde bu eski yaptıkları, ki sistemde ortaya çıkan sağlık giderleri ile tek çatı altında toplandıktan sonra ortaya çıkan entegrasyon sonucundaki sinerjinin faydası ile oluşan yeni sağlık giderleri arasında ciddi bir tasarruf olabileceğini çeşitli şekillerde biz duyuyorduk.

Tuncay Bey'den benim öğrenmek istediğim birinci husus bu konuyla ilgili muhtemel bir tasarruf miktarı rakamsal olarak belirlendi mi veya bir tahmini öngörü var mı? ikincisi de tabii yeni bir tek çatı altında toplanarak fonksiyonların daha optimal bir şekilde gerçekleştirilmesi vatandaşlarımızın hizmete ulaşmasını da kolaylaştıracığından dolayı, daha fazla sağlık hizmeti talebi cevap bulabilme imkanına kavuşacaktır. Bu da relatif olarak sağlık giderlerinde bir artışa yol açacaktır. Böyle bir artışla, biraz önce sormak istediğim tasarruf arasında bir rakamsal karşılaştırma imkanı oldu mu?

Bir başka önemli unsur da şu: bu örnek olarak gösterilen ülkelerdeki toplanan primlerle yapılan harcamalar arasındaki defisit acaba bizim ülkemizde de aynı şekilde mevcut olacak mı ve bu bir görev zararı kapsamı içerisinde kabullenilebilir bir gider olarak katlanılacak mı, yoksa bunun da sıfırlanması düşünülüyor mu?

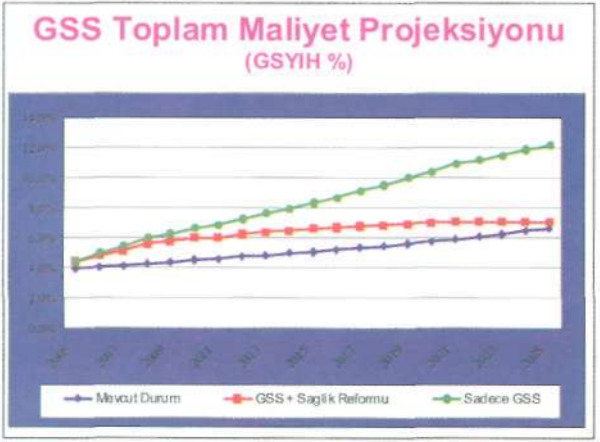
Son bir husus da şu: biraz önce konuşmacılarımız özellikle iletişim konusunda, halkın bu konuda bilgilendirilmesi konusunda önemli mesajlar vermeye çalıştılar. Ben Tuncay Beyin "Ekimde inşallah tek provizyona geçeceğiz" diye vermiş olduğu bilgiden, açıkçası bir uygulamacı olarak, çok heyecanlandım, çok sevindim. Şimdi burada acizane benim bir önerim var. Ekim ayında tek provizyona geçilmesi, birleşik sisteme start verilmesi anlamına geliyor. Bunun da acaba bir şekilde daha spesifik, noktasal bir tarih tespit edilmek suretiyle kamuoyuna deklere edilmesi uygun olmaz mı? Eğer böyle bir deklarasyon düşünülüyorsa, Sosyal Güvenlik Kurumumuzun işini kolaylaştırmak bakımından bir esneklik kazandıracak süre bırakılabilir. Mesela, 1 Ekim'de start verilip, provizyon denemesine başlanır ama kesin olarak artık yeni sisteme dönüş 31 Aralık itibariyle tamamlanmış olur. Bu geçiş dönemini rahatlatmak için arada geçen sürede de bir süre eski yapı ile yeni yapı birlikte çalışır.

insanların en çok korktuğu şey, bu geçiş döneminde yaşanabilecek olan problemlerden kaynaklanıyor sanıyorum. Belki böyle bir esnek geçiş dönemi öngörülerek kesin tarihlerin topluma deklere edilmesi muhatapları, uygulamacıları rahatlatacaktır, diye düşünüyorum. Teşekkür ederim.

Tuncay TEKSÖZ

Öncelikle soru için çok teşekkürler. Elbette işin mali boyutu tartışmak gerekiyor. 2005 yılı itibariyle GSMH'nın oranı olarak bakarsak kamunun sağlık finansmanındaki harcamaları toplamı Milli Gelirimizin % 4'ü kadar. Genel Sağlık Sigortasına geçiş ile birlikte ilk aşamada kamu sağlık harcamalarının % 4,5'e çıkacağını düşünüyoruz. Burada önemli olan bundan sonraki süreç. İlk yılda yaşanacak % 0,5'lik artış sonraki yıllarda artarak devam mı edecek yoksa sabit mi kalacak?

Eğer Genel Sağlık Sigortasına geçişle birlikte Sağlıkta Dönüşüm Programı olarak adlandırdığımız ya da sağlık hizmeti sunumundaki verimlilik arayışının diğer unsurlarını da başarıyla hayata geçirebilirsek; örneğin, "sevk zinciri"ni uygulayabilirsek, maliyet artışını yıllık % 0,5 gibi makul seviyelerde tutmak mümkün olabilecek. Ancak Genel Sağlık Sigortasına geçiş, Sağlıkta Dönüşüm Programında başarılı olamazsak kontrolsüz bir geçiş olur ve ilave maliyet her yıl katlanarak artar. % 4,5'lardan 2025 yılında % 12'lere çıkabilir.



Bu riskli bir yapı ancak sağlık harcamasındaki mevcut kontrolsüz yapıyı devam ettirirsek zaman içinde sigortalı kapsamındaki nüfusun artması ile bu risk zaten gerçekleşecek. Yani hiç bir şey yapmama seçeneğimiz bizi mali olarak rahatlatmıyor. Ama Genel Sağlık Sigortası ile Sağlıkta Dönüşüm Programını birlikte yürütebilirsek başlangıçta ilave bir maliyete katlanarak 2020li yıllarda şimdikinden daha etkin bir mali yapıya kavuşmamız mümkün gözüküyor.

GSS Finansman Açığı Projeksiyonu GSYİH (%)



Konuya başka bir açıdan bakalım şimdi. Milli gelirimizin artış hızını uzun vadede yıllık % 5 olarak kabul edebiliriz. Eğer sağlık harcamalarımız yıllık % 5 'ten daha yüksek bir oranda artıyorsa, mevcut durumda böyle oluyor, bu da sürdürülemez bir yapıya işaret ediyor. Genel Sağlık Sigortasının finansman yapısındaki hedefimiz gerekiyorsa başlangıçta belli bir artışı göze alarak yıllık artış hızının Milli Gelirin artış hızından daha yüksek olmasını engelleyecek bir yapıya kavuşmak. Çok sık yanlış anlaşılabiliriz, bizim temel uğraşımız sağlık harcamaları başlangıçta artsa bile artış hızını yani ivmeyi zaman içinde kontrol edebilecek araçlar geliştirmek ve bunları hayata geçirmek. Kişisel koruyucu sağlık hizmetlerinin koşulsuz finansmanı, aile hekimliğinin kurulması gibi başlangıçta maliyet unsurları içeren uygulamalar ama orta-uzun vadede sürdürülebilir bir finansman yapısı için vazgeçilmez unsurlar.

Bu bakış açısıyla bakıldığında rolümüz netleşiyor. Bizler sadece Kurumun mali yapısını korumakla görevli değiliz aynı zamanda ülkede sağlık için harcanan kaynakların da verimli ve etkin kullanılmasından sorumlu hissediyoruz kendimizi. Bu nedenle kamunun sağlık finansmanı alanındaki bütün sistemlerini birleştirip tek ve güçlü bir geri ödeme otoritesi oluşturmaya çalışıyoruz. Genel Sağlık Sigortasının finansman açısından başarılı tek başına geliri ile gideri arasında kuracağı denge ile değerlendirilemez. Başarı; gerek GSS kaynaklarından, gerek vatandaşların cepten ödemelerinden ve gerekse özel sağlık sigortası veya başka bir

şekilde sağlık için harcanan kaynakların toplamının artış hızındaki kontrol ile ölçülmelidir.

Çoğu zaman Dünya örnekleri ile yanlış olarak kıyaslanıyor ve GSS'nin özel sigortacılığa benzer primli bir sistem olduğu düşünülüyor. Oysa GSS için toplanan prim bizim vergi benzeri gelirler dediğimiz, çalışanların gelirine oranlı olarak hesaplanan harcama alanı önceden tanımlanmış bir tür vergi. Sağlanacak hizmetin düzeyi ile veya sigortalının risk profili ile prim miktarının hiçbir ilgisi yok. Diğer taraftan bu verginin miktarını arttırmaya yönelik hiçbir önemli yenilik de getirmiyor GSS kanunu. GSS harcamaları neticede prim ve bütçeden yapılacak transfer ile finanse edilecek. Geliri arttırmak Genel Sağlık Sigortasının birincil uğraş alanı değil. Gelir, temelde ülkedeki kayıtlı istihdamın artmasına, ücret düzeyinin artmasına, ekonomik büyümenin hızına ve benzeri faktörlere bağlı ve gelir bacağından Sosyal Güvenlik Kurumu'nun Sosyal Sigortalar Genel Müdürlüğü sorumlu.

Bir finansman kurumu olarak GSS gelirden çok harcamaların etkinleştirilmesinden sorumlu. Yoksa her zaman sağlık harcamaları bu ülkenin ürettiği gelirlerle finanse edilecek. Önemli olan harcamaların düzeyini makul seviyelerde tutabilmek.

Yıldırım RAMAZANOĞLU

Tuncay Bey, bu ortak provizyona geçilmesi demek, start verilmesi demek, anladığım kadarıyla artık yeni sistemin kullanıma sunulması demektir. Yine anladığım kadarıyla bu bir süreç gerektirecektir; hani bir gecede geçilmeyecek herhalde. Acaba bu sürecin başlangıç ve bitiş tarihlerini ilan etmek suretiyle uygulayıcıların da bir an önce kendilerini bu sürece göre hazırlamaları sağlanabilir mi?

Tuncay TEKSÖZ

Aslında Genel Sağlık Sigortasının fiilen hayat geçirilmesi 2004 Ocak ayından bu yana aşama aşama gerçekleşiyor. Hatırlayalım isterseniz, SSK'lılar için Sağlık Bakanlığı hastaneleri ile protokol yapıldı, bütün hastaneler SSK'lılara açıldı. 2005 başında SSK hastane işletmeciliğinden çekildi, SSK'lı hastaların serbest eczanelerden ilaç temini olanaklı

hale getirildi, yeşil kartlıların ayaktan tedavilerinde de ilaç verilmesine başlandı. Son olarak geri ödeme kurallarında yeknesaklık sağlandı. Bütçe Uygulama Talimatı kuralları tüm finansman kurumları için geçerli kural seti haline dönüştürüldü. Maliyet arttırıcı büyük dönüşümlerin önemli bölümü zaten zaman içinde gerçekleşti.

Önümüzdeki dönem Genel Sağlık Sigortasının güçlü bir otomasyon sistemi ile hasta-hastane-eczane-doktor-diğer hizmet sunucuları ilişkilerini takip eden, elektronik provizyon, sevk ve ödeme mekanizması ile politika geliştirmeye yönelik bilgi üreten bir yapıya dönüşümü süreci olacak. Geldiğimiz noktada, gerekli teknik altyapı ve süreç tasarımlarını gerçekleştirmiş durumdayız. Önümüzdeki aylar teknik tasarımdan çok daha zor bir fazın, sistemlerin hayata geçirilmesi fazının, yaşanacağı bir dönem olacak.

Burada kendi teknik altyapımızın dışında sağlık hizmeti sunucularının da teknik yeterlilikleri son derece kritik, örneğin elektronik fatura gönderebilecek mi? Elektronik faturanın içerdiği bilgiyi minimum tutmaya çalışıyoruz ama yine de ülke çapında sağlık hizmetlerinin ortak bir terminoloji ile doğru olarak kodlanması zaman alacak. Ancak elektronik kontrol ve bilgi üretmek için kodlamanın başansı kritik.

Köklü bir anlayış değişikliğinden söz ediyoruz. Halen milyonlarca faturayı tek tek inceleyip hata bulmaya çalışıyoruz, bulduğumuz hata kadar eksik ödüyoruz. Fatura kontrol birimlerindeki yüzlerce arkadaşım gece gündüz bu zorlu işi yetiştirmeye çalışıyor. Fakat bulunan hatalar (bazen de anlayış farklılıkları) çoğu zaman sağlık hizmeti sunucusuna algılanabilir bir geri bildirim olarak dönmüyor. Bu durumda geri ödeme otoritesi karşılamasa bile harcama yapılmaya devam ediyor. Oysa daha önce değindiğim gibi eğer bu harcama yerinde değilse geri ödeme otoritesi harcamanın hiç gerçekleşmemesini sağlamakla da sorumlu olmalı, eğer yerinde bir harcama ise elbette bunu da ödemeli. Kurulacak yeni provizyon sisteminde kural setlerini elektronik olarak kontrol edilebilir yapıda oluşturup, fatura kuruma gelmeden önce ödenebilirlik açısından sorgulanabilmesini sağlamak istiyoruz.

Viroj TANGCHAROENSATHIEN

Tuncay Bey, bu gördüğümüz, bahsini ettiğiniz gayrisafi yurt içi hasılanın yüzdesi olarak sağlık sigortasının mali açığıdır, değil mi? Risk değerlendirilmesi konusunda bu açık oldukça önemli bir göstergedir. Yapmak istediğiniz reformların, harcamaları kısıtlaması konusunda güçlü bir etkiye sahip olması gerektiği anlamına gelmektedir. Reformlarınız olarak tanımladığınız tüm çalışmaların bir listesini çıkarmalısınız. Anladığım kadarıyla, aile sağlığına yönelik sistem yani aile hekimliği, bir kamu hizmeti olarak başlamaktadır; koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanılması ve ilaç kullanımı gibi hizmetleri kapsamaktadır. Burada sistematik bir risk değerlendirmesi yapılmaktadır, ancak bu reformun hedefine ya ulaşabilirsiniz ya da ulaşamazsınız. Başarı arz tarafında geçerli olabilir. Bu durumda müdahaleleri arz tarafına yapmanız gerekir; ya da bir başka alternatif olarak bu müdahaleleri talep tarafına koymanız gerekir. Talep tarafında sonuç elde etmek çok zordur. Talep açısından sistemin başarısı, daha çok hastalar tarafından bakıldığında görülen aile hekimliğinin pasif kalitesine dayanmaktadır. Doktorların hastalara davranış şekillerinde önemli bir değişim olmuyorsa, gürültü çıkaracaklar, şikayet edecekler ve sağlık sigortalarını kendi hizmetlerini başka yollarla finanse etmeye zorlayacaklardır. Hizmetlerin bedelini karşılamamak sigorta kurumu için zor bir durumdur. Bütün bunlar, kendi matriksiniz içerisinde hesaba katmanız gereken risklerdir. Açığı kapatmak için, diyelim ki, % 50-70 oranında bir başarı şansına sahip olduğunuzu ve % 50'nin altında başaramama riski olduğunu görmemiz ve başarı faktörlerinin neler olduğunu iyi analiz etmemiz gerekir. Maliye Bakanı, her zaman açığı sübvansetmek mümkün değil, diyecektir. Bu da reform için yıkıcı bir durum. Bu nedenle reform için öne sürdüğünüz bütün bu değişimler temel ilaçlar gibidir. Uygulama, gözetim ve denetimle reformun güçlü belirteçleri olarak ele alınmalıdır. Bu da, pek çok şeyi, pek çok güçlü politika mesajını ve uygulamaları kapsamaktadır.

Joseph KUTZIN

Şundan kesinlikle eminim ki, bu tarz çizelgelerin arkasında, yapılmış olan pek çok planlama ve varsayım mevcuttur. Ancak sanırım bu sabah duymuş olduğumuz tüm mesajlar, uygulama sürecinin bir kısmının da gözlemlene süreci, yani bir şekilde değerlendirme süreci olması gerektiği anlamını taşımaktadır. Uygulama sürecine başladığımızda, burada yapılmış olan varsayımlar doğrultusunda gerçekten nelerin meydana gelebileceğini, planlandığı şekilde gidip gitmediğini izleyecek bir değerlendirme sistemi gereklidir.

Özetlemem gereken birkaç konu var, çünkü bugün burada pek çok konu üzerinde durduk, çok sayıda konuya yüzeysel olarak değindik. Aslında birkaç gün daha devam etmeliydik tartışmalara, ama ne yazık ki, sona yaklaşıyoruz. Joseph ve Rifat'ın da üzerinde durduğu birkaç noktadan hareketle, yeşil ve kırmızı çizgilerin arasındaki fark, yani sosyal güvenlik sisteminin desteklenmesi gereken açığı, aynı zamanda reform yoluyla sistemi daha etkili hale getirebilme miktarını göstermektedir. Sahip olduğunuz kaynakları daha etkili kullanma açısından hem bu sabah, hem de öğleden sonra açıkça ortaya çıkan mesaj, bunun sadece mali araçlarla ya da sadece hizmet satın alanlarca yapılabilecek bir şey olmadığıdır. Bu, birlikte yönetimle başarılabilecektir; ortak bir girişim olmalıdır. Diyelim ki, sağlık hizmet sunumunun nasıl olacağı ile ilgili mastır planla ve kullanılan planlama mekanizmalarının tamamlayıcısı olan mali teşviklerle de ilgili bir şey değildir bu.

Bahsedilen en önemli meselelerden birisi de oldukça büyük bir açığımız olduğudur ve Bakanlık ve Sağlık Sigortası Fonu bu açık için birbirlerini işaret edip birbirlerini suçlama potansiyeli taşımaktadır. Bu açığın kontrol edilebilir olmasını sağlayacak tek yol, birlikte hareket etmektir, birbirleriyle kavga etmek yerine ortak bir girişim sağlamaktır, çünkü hiçbir kurum kendi başına başarıya ulaşamaz.

Diğer bir önemli mesaj, sanırım Tuncay Bey de dile getirdi, gelir konusunu sigortadan ayırmaktır. Gelir konusu, sosyal güvenlik fonunun bir parçası olan sağlık sigortasının sorumluluğu altında değildir. Harcama açısından, doğrudan Sağlık Bakanlığınca verilen hizmetin bir anlamda satın

alınıyor olması sorumluluğu Bakanlığa yüklemektedir. Şimdi, son zamanlarda hakkında okumakta olduğum en zengin ülkelerden bir tanesinden bir örnek vereyim. İsviçre, sağlık sigorta fonlarının hizmet sunuculara karşı uygulamaya koyduğu yeni ödeme metotlarından dolayı büyük bir verimsizlik sorunuyla karşı karşıyadır. Ancak hizmet sunucular, yerel hükümetlerinin yönetimindedir ve ne zaman mali açıyla karşılaşırsalar, yerel sağlık bakanlıkları bu açığı kapatacak mali destek vermektedir.

Böyle bir süreç, sigorta fonları yoluyla verilen mali teşvikleri baltalama eğilimindedir. Bu yüzden fon kaynaklarını, hem pirim bazında hem de genel bütçe gelirleri bazında ayırma ihtiyacı doğmaktadır. Bu paranın nasıl aktığı, hizmet satın alanlara mı, yoksa doğrudan hizmet sunanlara mı gittiği ayrımı etkili bir hizmet sunu için çok önemlidir.

Bir diğer örnek ise Güney Kore ile ilgili. Güney Kore'de, hala oldukça yüksek miktarda kontrolsüz harcamaların ve kapsamlı mali korumanın olduğu bir sistem mevcuttur. Burada çarpıcı olan nokta, bu ülke yıllar önce genel sağlık sigortasını kurmuştur. Daha önce Koreli birinin yapmış olduğu açıklamaya göre, bu genel sağlık sigortası bir başlangıçtı, son değildi. Sanırım buradaki önemli husus, sigorta kapsamında yer alan kişilerin yüzdesinin önemli bir ölçüm aracı olmakla birlikte, bu oranın mali koruyuculuk anlamında bir hedef olmaması gerektiğidir. Burada izleme ve değerlendirmenin önemli bir sonucu ortaya çıkıyor: sağlık hizmeti almak üzere insanları sigortalarken fakirleştirmemelidir.

Son olarak, bu çalıştayda yapmaya çalıştığımız şey, sizler için önceliği olan bazı kilit konuları uluslararası deneyimler ışığında tartışma fırsatını yakalamaktır. Aynı zamanda birkaç seçilmiş ülkeden hareketle, ülke deneyimlerini de görebilmeyi istedik. Şunu da biliyoruz ki, reformlar ithal edilemez ama diğer farklı deneyimlerden bilgi ve fikir alınabilir. Umuyoruz ki, bu tür deneyimlerden hareketle politika konularını şekillendirme fırsatları yakalayabiliriz.

İzninizle Rıfat Beyin bir özetleme konuşması ile oturumu bitirelim.

Rifat ATUN

Oldukça zengin bir tartışma ortamına girmemize rağmen kısa bir konuşma ile Sağlık Bakanlığı ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığınca yapılan sunumlarda gördüğümüz ileriki aşamalara yönelik bazı alanlara uluslararası deneyimler ve yapmış olduğumuz tartışma kapsamında dikkat çekmek istiyorum. Açıkçası, Türkiye’de, devam etmekte olan oldukça güçlü bir reform süreci mevcuttur. Bu durum sadece sağlık sektöründe değil, hükümetin diğer çalışma alanlarında da kendini göstermektedir. Sabahattin Bey ile Tuncay Bey’in bugün yapmış olduğu sunumlardan bariz olarak çıkarılan şey, her iki kurumun da reform bağlamında sahip olduğu vizyonun netliği ve açıklığıdır.

Şimdi, Macaristan, Meksika ve diğer ülkelerdeki örneklerde de karşımıza çıkan bir sorun oluşmaktadır. Bu sorunu şu şekilde tanımlayabiliriz. Reform çerçevesinde yasal düzenleme ve alt yapının oluşturulması çalışmaları büyük bir hızla ilerlerken, bu reformlara uyum sağlayabilecek bir sindirebilme kapasitesi ihtiyacı ortaya çıkmaktadır. Her iki sunumdan ve yürüttüğümüz tartışmalardan, iki tarafta da bu sindirebilme kapasitesinin gelişmekte olduğu görülmektedir. Ayrıca hizmet sunumu yönünde, teşviklere kolayca tepki verebilecek şekilde gelişen, reform sürecinin aynı zamanda tasarlayıcıları olarak reformla birlikte yürüyen bir gelişme söz konusudur.

Ancak burada bir asimetri riskinin ortaya çıkma ihtimali vardır. Tuncay Bey’in grafiğini kullanırsak, reformun bir gidişatı var; burada biz de yer alıyor ve çok hızlı bir şekilde ilerliyoruz. Yeni yapılara uyum sağlama ve durumunu güçlendirme anlamında hizmet sunucular ve Bakanlık düzeyinde de sindirebilme kapasitesi gelişmektedir. Bunlar iyi yönde ilerlemenin sadece bir kısmıdır. Biz hızlı bir şekilde ilerlerken karşılaşacağımız olasılıklardan bir tanesi, diğer alanlarda bu değişime ve kapasite geliştirmeye ayak uydurulamamasıdır.

Riskleri bertaraf etmek üzere ileriki aşamalar için en fazla üzerinde yoğunlaşacağımız beş alanı tanımlarsak, bunlardan birincisi hiç kuşkusuz kurumlar arası stratejik planlama konusudur, yani ortak yönetim çalışmaları ve ortak ihtiyaç

belirlemeleri ile ortak planlamadır. Bu alanda daha fazla çalışma yapılmalıdır. Diğer ülkelerin de deneyimlerine göz atılmasında fayda olabilir. Burada açıkça ortaya çıkan bir konu da, güçlü bir stratejik hizmet satın alıcı olmak amacıyla altyapılarını kurmakta olan genel sosyal sigorta yolunda kaydedilen etkileyici ilerlemelerdir.

Umut verici olan şey de, stratejik satın alma inisiyatiflerine karşılık vermeye hazır olan ortağın, yani hizmet sunucularının varlığıdır. Bununla ilgili olarak İngiltere'de yaşadığım bir deneyimden bahsetmek istiyorum. Fonu yönetmekte olan stratejik bir satın alıcı olmama rağmen, hizmet sunucuları buna karşılık verememekteydi. Fazla bir rekabet ortamı yoktu, ne sattıklarını bilmiyorlardı ve ben de stratejik satın alıcılığa karşılık bulamayarak ortaklığı bitirmek zorunda kaldım. Birkaç husus tartışma konusudur burada. Birincisi, yapısal fonksiyonu çerçevesinde Sağlık Bakanlığının, bu özerk birimlerin gelişim sürecini hızlandırması gerekmektedir, ancak satın alma fonksiyonu ile etkileşim kurabilecek bilgili sunucular yaratmak için uygun akreditasyon kriterleri ile akreditasyon süreçlerine ihtiyaç vardır. İkincisi budur; bu konuda da çalışmalar yürütülüyor, ama daha fazla birikim gerekmektedir.

Üçüncüsü, hizmet satın alıcı ile hizmet sunucunun kontrat araçları üzerinden etkileşim kurabilmesini sağlamaktır. DRG, kişi başı ödeme, bunlar yeterli değildir; kast ettiğim stratejik plan çerçevesinde stratejik hizmet alımı yapabilmektir. Bu yüzden, sözleşmeleri hizmetlerin bedelini ödemek için değil, sistemin yapısal değişimlerini ve dönüşümünü sağlamak için kullanıyoruz. Mesela, ikinci basamaktan hastaların birinci basamağa kaydırılması, kalitenin artırılması, sevk ve geri bildirim sistemlerinin oluşturulması, harcamaların kontrol altına alınması bu sayede yönetilebilir. Bu değişimleri sağlamak için, hizmet sunuculara ödeme sistemlerini de içeren sözleşmeleri araç olarak kullanmamız gerekmektedir.

Dördüncü alan, Sağlık Bakanlığı'nın işlevi ile stewardship rolünü daha iyi yorumlamaktır. Bu, yönetsel bir kavramdır ve Dünya Sağlık Örgütü bunu yönetim literatüründen almıştır. Yönetim literatürü, yirmi yıl önce bu kavramdan bahsediyordu, fakat daha sonraları bile dümen tutmanın,

kürek çekmenin ne anlam ifade ettiğini anlayabilmek zor olmaktaydı. İnsanlar için pek fazla şey ifade etmiyordu. Peki gerçek eylemler çerçevesinde ne anlama geliyor bu kavram? Meksikalıların, anayasalarında yer alan üç öncelikle birleştirilerek Julio Frenk'in bahsettiği beş kilit alanı duymak gerçekten bir açılım getirdi. Buna bağlı olarak Frenk, bu üç işlevin altında yer alan beş kilit alandan ve tüm bunların alt başlıklarından söz etti. Bu işlevleri gerçekleştirmek üzere Sağlık Bakanlığı bünyesinde birimler kurulmuş. Bence bu, son on yıldır duymuş olduğum en pratik yönetim yaklaşımı. Yapısal işlevin daha net bir biçimde açıklanması belki de bazı örneklerle mümkün olabilir.

Beşinci alan, çok önemli bir konu olan kapasite geliştirme konusudur; stewardship işlevini güçlendirmek amacıyla kapasite geliştirilmesine yönelik daha fazla yatırım yapılmasıdır. Kapasite geliştirmeye yönelik bir diğer alan, ortak izleme ve değerlendirmedir. Bu şekilde analitik sonuçlar, hem ortak koordinasyon kurulu, hem de ortak koordinasyon birimi yoluyla, sosyal güvenlik ekipleri, stratejik satın alıcılar ve plan yapanlar tarafından ortak bir biçimde kullanılabilir. Böylece, satın alama çalışmaları doğrultusunda yorumlayabileceğimiz bir kanıta dayalı karar alma olgusuna sahip olabiliriz.

Joseph'in de dediği gibi, iletişim stratejisi göz ardı edilmemelidir. Hem plan yapanlarla, hem de hizmet alanlarla iletişim kurmak çok önemli bir konudur.

Son olarak risk hakkında konuştuk. Açıkça biliyoruz ki, bu kararlılığı engelleyebilecek, bu vizyonların gerçekleşmesine engel olabilecek riskler vardır. Bu risklerden bir kısmı kendi iç dinamiklerimizden bir kısmı da süreci takip kapasitemizden kaynaklanabilir. Bu riskleri ikiye ayırabiliriz. İstihdam azalması gibi üstesinden gelinmesi çok uzun zaman alacak olan sistematik bir risk söz konusu ise, bunu aşmak çok zordur. Bu durumu değiştirebilmek için çok şey ihtiyacınız vardır. Ancak yine de, sözleşme yaparak ya da sözleşmeyi değiştirilerek ortadan kaldırılabileceğimiz belirli riskler vardır. Riskler nelerdir, bunlardan hangileri değiştirilebilir, bunlardan hangilerinin Sağlık Bakanlığı düzeyinde, hangisinin Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı düzeyinde ele alınması veya bunların ötesine geçirilerek

kabine içinde veya başbakan düzeyinde ele alınması gereğini ortaya koyacak bir risk haritalamasının yapılması yararlı olacaktır.

Daha fazla ileri gitmeden önce, böylesi interaktif bir oturum için ve bugünkü toplantıya katkıda bulunmama olarak sağladığınız için hepinize teşekkür ederim.

TOPLANTIDAN NOTLAR

TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANINDA GENEL SAĞLIK SİGORTASI VE SAĞLIK BAKANLIĞI'NIN YENİDEN YAPILANDIRILMASI

Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamında, Dünya Sağlık Örgütü destekli "Sağlık Bakanlığı'nın Yeniden Yapılandırılması" başlıklı A1 alt bileşeni çalışmaları çerçevesinde. Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığınca 31 Mart-01 Nisan 2006 tarihleri arasında İstanbul'da organize edilen "Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Bakanlığı'nın Yeniden Yapılandırılması" başlıklı Uluslararası bir toplantı düzenlenmiştir.



Toplantının 31 Mart günü gerçekleştirilen bölümün gündeminde "Daha etkili bir yönetim ve Genel Sağlık Sigortası reformunun uygulanması amacıyla Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılması için Türkiye'nin uygulaması gereken planlara ait ana hedeflerinin belirlenmesi ayrıca, etkin bir reformun hem bariyerlerini hem de yol göstericilerini tanımlayarak; Sağlık Bakanlıklarının yeniden yapılandırılması ve Genel Sağlık Sigortası uygulamasına istinaden ilgili uluslararası deneyimleri ve kanıtları paylaşmak" anlamında önemli aktarımlar gerçekleştirilmiştir.

Toplantının 01 Nisan 2006 gününde ise bütün bu konuların daha detaylı görüşüldüğü daha geniş bir katılım grubuna yer verilmiştir.

Genel Sağlık Sigortası düzenlemesi sürecinde sağlık hizmetlerinin finansmanında oluşacak değişiklikler ile bu düzenlemenin Sağlık Bakanlığı üzerindeki etkilerinin tartışılması ve bu süreç içerisinde Sağlık Bakanlığının yeniden yapılanmasına ilişkin ülke örneklerinin paylaşılması toplantının ana amacını oluşturmakta idi.

Buradan hareketle; söz konusu toplantıya TC Sağlık Bakanı Sayın Prof. Dr. Recep Akdağ, TBMM Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyon Başkan Vekili AK Parti Kocaeli Milletvekili Sayın Nevzat Doğan, Komisyon Üyesi AK Parti Aksaray Milletvekili Sayın Ahmet Yaşar, Komisyon Üyesi Ak Parti Uşak Milletvekili Sayın Alim Tunç, Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Sayın Prof. Dr. Necdet Ünüvar, Meksika Sağlık Bakanı Sayın Dr. Julio Frenk, Slovenya Sağlık Bakan Yardımcısı Sayın Dr. Dorjan Marusic, Macaristan Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Sayın Csaba Dozsa, DSÖ Avrupa Bölge Ofisi Direktör yardımcısı Sayın Dr. Nata Menabde, Tayland Uluslararası Sağlık Politikaları Direktörü Sayın Dr. Viroj Tangcharoensathien, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Ofisi Sağlık Sistemleri Finansmanı Bölge Danışmanı Sayın Dr. Joseph Kutzin, Avrupa Sağlık Sistemleri ve Politikaları Gözlemevinin ve Brüksel'de bulunan Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Sağlık Politikası Merkezinin Başkanı Sayın Dr. Josep Figueras, Londra'da Tanaka Business School Imperial College'da, Sağlık Yönetimi Merkezi Direktörü ve Uluslararası Sağlık Yönetimi Öğretim Üyesi Sayın Dr. Rifat Atun ile Sağlık Bakanlığı, Başbakanlık Kanunlar ve Kararlar Genel

Müdürlüğü, Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı ile Başbakanlık Dış Ticaret Müsteşarlığı Başbakanlık DPT, Başbakanlık Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü, Çalışma Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu, Bazı Üniversitelerin Fahri Öğretim Üyeleri, Ulusal İstişare Kurulu Üyeleri, Sivil Toplum Kuruluşları, Özel sektör kuruluşları, DSÖ Türkiye İrtibat Ofisi, İstanbul Büyük Şehir Belediyesi, KKTC Sağlık Bakanlığı üst düzey yetkilileri katılmıştır.

Söz konusu toplantıda, Sağlık Bakanlığı'nın idari ve fonksiyonel yeni yapılanma içinde aldığı rol ve üstlendiği görev olarak hedefin sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için sunum, kaynak, yüksek kalite ve güvenlik gibi kriterlerin önemi vurgulanmıştır.

Diğer yandan, önemle üzerinde durulan hususlar şunlardır. Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılması gerçekleştirilirken; sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunumu sırasında sosyal devlet anlayışı çerçevesinde koruyucu hizmetlere öncelik verecek birinci basamak sağlık hizmetleri güçlendirilecektir. Sağlık Bakanlığı'nın başlıca görevi ve sorumluluğu politika hazırlamak ve düzeni denetlemek olacaktır. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın odaklanması gereken diğer alanlar arasında; kalite kontrolü ve tüketicinin eğitilmesi gelmektedir. Sağlık Bakanlığı, bundan böyle sağlık sektörü için önceliklerin belirlenmesi, kalitenin izlenmesi ve düzenlenmesi, kurumların akreditasyonu ve uzmanlara lisans verilmesi, genel sağlık sigortasının düzenlenmesi ve denetimi, halk sağlığı işlevlerinin yönetimi ve salgın hastalıkların gözetimi v.b. konularda odaklanacaktır.

Adı geçen toplantının diğer önemli bir ayağı da Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında Genel Sağlık Sigortasıdır. Çalışma Sosyal ve Güvenlik Bakanlığı Yetkililerince de bu konuda ülkemizde yürütülen çalışmalar hakkında bilgi verilmiştir.

Yurt dışından gelen farklı ülke temsilcileri de kendi ülkelerinde yürütülen Sağlık Bakanlığı'nın Yeniden Yapılandırılması ve Genel Sağlık Sigortası ve Finansman boyutlarını katılımcılar ile paylaşmışlardır. Meksika, Macaristan, Slovenya ve Tayland ülke örneklerinin

görüşüldüğü toplantıda kendi ülkelerinde yaşanan tecrübeleri aktarırken ülkemiz tecrübelerinden de istifade etmişlerdir.

Sağlık Bakanı Sayın Prof. Dr. Recep Akdağ'ın "Sağlık Bakanlığı Kürek çeken değil dümen tutan bir yöne doğru ilerleyecektir." Mesajı bundan sonra Sağlık Bakanlığı'nın idari ve fonksiyonel anlamında yeniden yapılanma konusuna bakışını kısaca özetleyebilmektedir. Konu ile ilgili yerli ve yabancı tarafların üst düzeyde katılımının gerçekleştiği söz konusu toplantı hedeflenen amacına uygun olarak sonuçlandırılmıştır.

Bu program Strateji Geliştirme Başkanlığı Uzmanı Betül Faika SÖNMEZ tarafından koordine edilen ekipçe hazırlanmıştır.



ISBN 978-975-590-225-8

