



TÜRKİYE SAĞLIK REFORMU SAĞLIKTA MEGA PROJE



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü**

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ

GİRİŞ

1. MEVCUT DURUM

1.1. DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	1-1
1.2. EPİDEMİYOLOJİK ÖZELLİKLER.....	1-5
1.3. HİZMET SUNUMU	1-6
1.4. FİNANSMAN.....	1-9
1.5. SAĞLIK İNSANGÜCÜ	1-16
1.6. YÖNETİM PROBLEMLERİ.....	1-24
1.7. SAĞLIK MEVZUATI	1-25
1.8. SAĞLIKLA İLGİLİ BİLGİ EKSİKLİĞİ.....	1-25
1.9. SAĞLIKLA İLGİLİ BİLİMSEL DESTEK EKSİKLİĞİ.....	1-26

2. SAĞLIK REFORMU

2.1. HİZMET SUNUMU REFORMU	2-1
2.2. FİNANSMAN REFORMU	2-7
2.3. SAĞLIK İNSANGÜCÜ REFORMU	2-20
2.4. YÖNETİM REFORMU	2-21
2.5. MEVZUAT REFORMU	2-22
2.6. SAĞLIK ENFORMASYON SİSTEMİ.....	2-23
2.7. ULUSAL SAĞLIK AKADEMİSİ	2-24

SONUÇ

ONSOZ

Ülkemizin sağlık sorunlarına kalıcı çözümler bulabilmek için uzun vadeli bir Ulusal Sağlık Politikası'nın oluşturulması gereksiniminden hareketle yaptığımız çalışmalarda çok önemli mesafeler kat edilmiştir. Toplumun büyük kesiminin üzerinde mutabakata vardığı sağlık sektörünün köklü bir reforma duyduğu ihtiyacı karşılayacak çalışmalarımız meyvelerini verecek noktaya ulaşmıştır. Sektörü içinde bulunduğu sorunlardan bir plan içerisinde çıkaracak, halkımızın daha yüksek bir sağlık düzeyine ulaşmasını sağlayacak olan Sağlık Reformu Mayıs 1993'de uygulamaya konulabilecektir. Hedefimiz süratli, planlı ve bilimsel çalışmalarla sonuca ulaşmak Türkiye'yi 2001 yılına sağlıkta sorunlarını çözmüş olarak sokmaktır.

Yıldırım AKTUNA
Sağlık Bakanı

GİRİŞ

2001 yılı sadece 21. yüzyılın başlangıcı değil aynı zamanda üçüncü bin yılın da ilk senesidir. Dünya yeni bir bin yıla giriyor... Ufuklarımız yüzyılların genişliğinde değil, bin yılların enginliğinde açılmalıdır.

Sağlıkta üçüncü bin yılı umutla karşılayacak heyecanlı bir çalışma içerisindeyiz. Yerli, yabancı yüzlerce uzman, bilim adamı ve teknisyenle çalışarak, tartışarak ortaya koyduğumuz Sağlık Reformu Projesinin ülkemiz koşullarına uygun, özgün bir çalışma olduğu inancındayız.

Reformun ana fikri "Herkesin Sağlık" politikasında olduğu gibi hakkaniyet ilkesine dayanmaktadır. Herkesten gücü oranında katılım sağlayarak, herkese ihtiyacı oranında sağlık hizmeti sunmak şeklinde özetleyebileceğimiz temel mantığımız sağlıklı bir insan hakkı olarak ele almaktadır.

Sağlığa yatırım insana yatırımdır; insana yatırım geleceğe yatırımdır. İnsani bir gelişme için üçüncü bin yıla yatırım yapıyoruz.

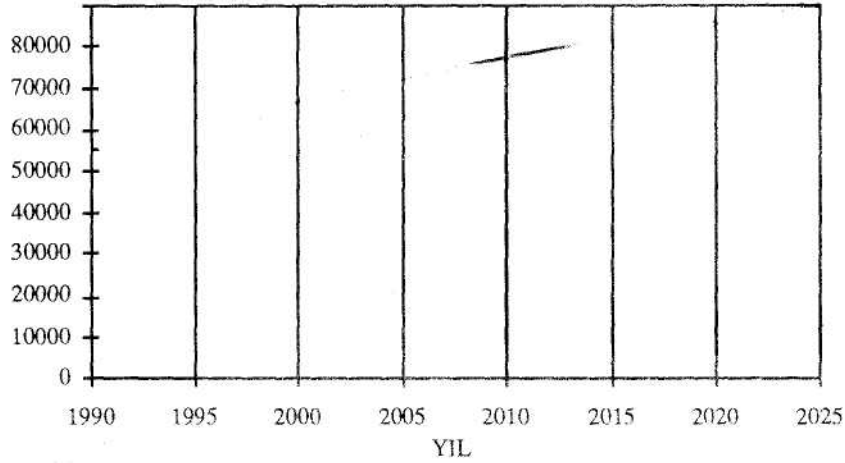
Sağlıkta üçüncü bin yıla hazırlanıyoruz...

Dr. B. Serdar SAVAŞ
Müsteşar Yardımcısı
Sağlık Projesi Genel Koordinatörü

İ. MEVCUT DURUM

1.1. DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Türkiye nüfusu hızla artan bir ülkedir. Yapılan projeksiyonlar nüfusun 2000 yılında 66 milyon, 2025 yılında 90 milyon civarında olacağını göstermektedir.



TÜRKİYE NÜFUS PROJEKSİYONU

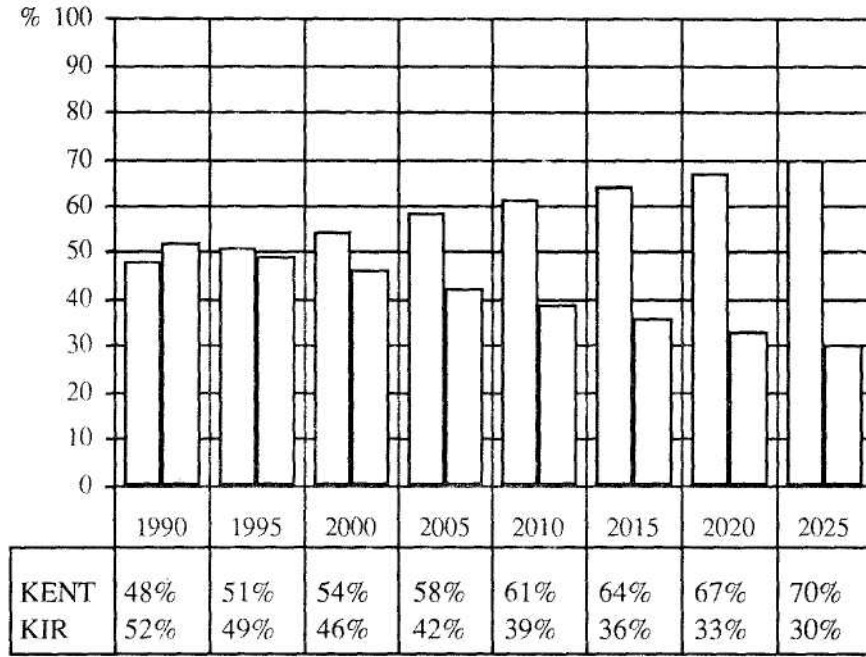
NÜFUS (milyon)

90000

Kaynak: Birleşmiş Milletler 1988

Nüfus artışının özellikle kentsel alanlarda olacağı ve bugün bir-biri ile eşit olan kır-kent oranının kentler lehine bozulacağı öngörülmektedir.

KIR VE KENT NÜFUSLARININ PROJEKSİYONU



— KENT — KIR

Kaynak: Birleşmiş Milletler

Ancak yukarıdaki grafik yanıltıcı olmamalıdır. Oransal olarak kırsal nüfus azalıyor gibi görünmesine karşın mutlak kır nüfusu hemen hemen aynı kalmaktadır.

KIR VE KENT NÜFUSLARININ PROJEKSİYONU ('000)

YIL	KENT	KIR
1990	26298	28688
1995	31332	29818
2000	36188	30434
2005	41366	30454
2010	46713	29928
2015	52033	29135
2020	57277	28154
2025	62545	27105

Türkiye nüfusunun önemli bir özelliği genç yapısıdır. Bugün 0-14 yaş grubu toplam nüfusun % 35'ini oluştururken 65 yaş ve üstü % 4.3 civarındadır. Oysaki bu durum nüfus transizyonu ile değişmekte ve Türkiye nüfusu da yaşlanmaya başlamaktadır.

YAŞ GRUPLARINA GÖRE NÜFUS ORANLARININ PROJEKSİYONU

	0-14		65+	
YIL	DPT	Birleşmiş Milletler	DPT	Birleşmiş Milletler
1985	33.7	36.4	4.2	4.2
1990	35.8	34.8	4.2	4.3
1995	34.1	33.3	4.7	4.9
2000	34.1	31.7	5.3	5.6
2005	29.8	29.8	-	6.0
2010	-	27.6	-	6.3
2015	-	25.6	-	7.8
2020	-	24.0	-	7.7
2025	-	22.9	-	9.0

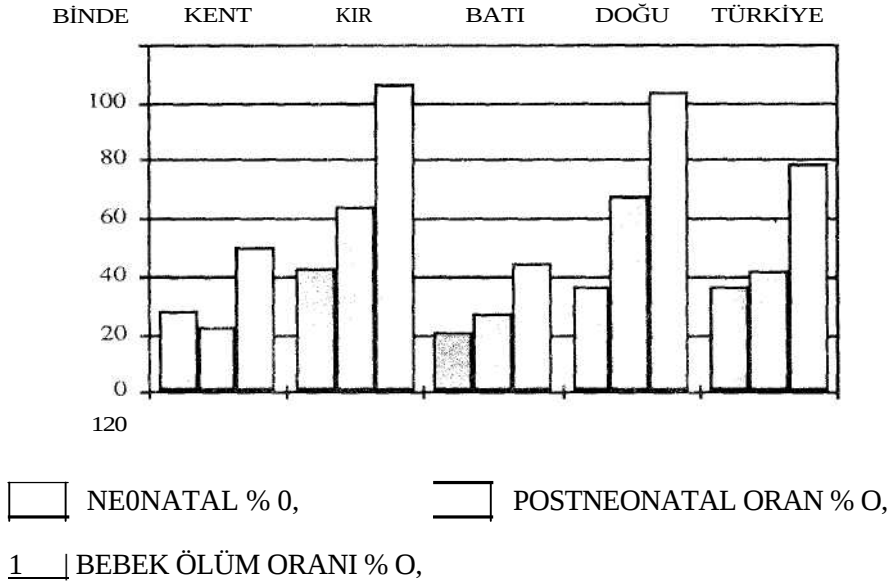
Türkiye'nin bugünkü sağlık hizmetleri sistemi ülkenin demografik yapısı ile uyum göstermemektedir. Ne nüfus artışı ile paralel hizmet arzı artışı, ne özellikle kentlerdeki yığılmayı çözecek bir model, ne de şu anda genç ama 21. yüzyılda yaşlanmaya başlayacak nüfusun özelliklerini göz önüne alan bir sektör yapısı mevcut değildir.

1.2. EPİDEMİYOLOJİK ÖZELLİKLER

Türkiye erken ölümlerin yüksek olduğu bir ülkedir. Ölüm paternlerine bakıldığında şu özellikler göze

Bebeklik çağı	çarpar:
1-5 yaş grubu	Enfeksiyon hastalıkları ve perinatal hastalıklar
20 yaş grubu	Enfeksiyon hastalıkları ve beslenme bozukluğuna bağlı komplikasyonlar
25-44 yaş grubu	Kazalar ve diğer sebepler
45-64 yaş grubu	Kalp hastalıkları ve kazalar
	Kalp hastalıkları

Türkiye'de bütün ölümlerin yarısı 5 yaş altında meydana gelmektedir. Bebek ölüm hızının yüksekliği en önemli sorunlardan birisidir.



Kaynak: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdları Enstitüsü, 1988

Bebek ölümleri toplumun genel sağlığı açısından ele alınacak olursa, ülkenin kırsal ve kentsel alanları ile doğu ve batısı arasında önemli farklılıkların bulunduğu görülür. Çok büyük ölçüde önlenabilir nedenlere bağlı olan bu ölümler gereken düzeyde ortadan kaldırılamamaktadır. Doğum ve doğuma bağlı nedenlerden kaynaklanan anne ölümlerinin de yüz binde 100'ün üzerinde bir orana sahip olduğu tahmin edilmektedir.

Nevarki sağlık sektörünün bugünkü yapısı öncelikli problemlere önem veren bir özellik göstermemektedir.

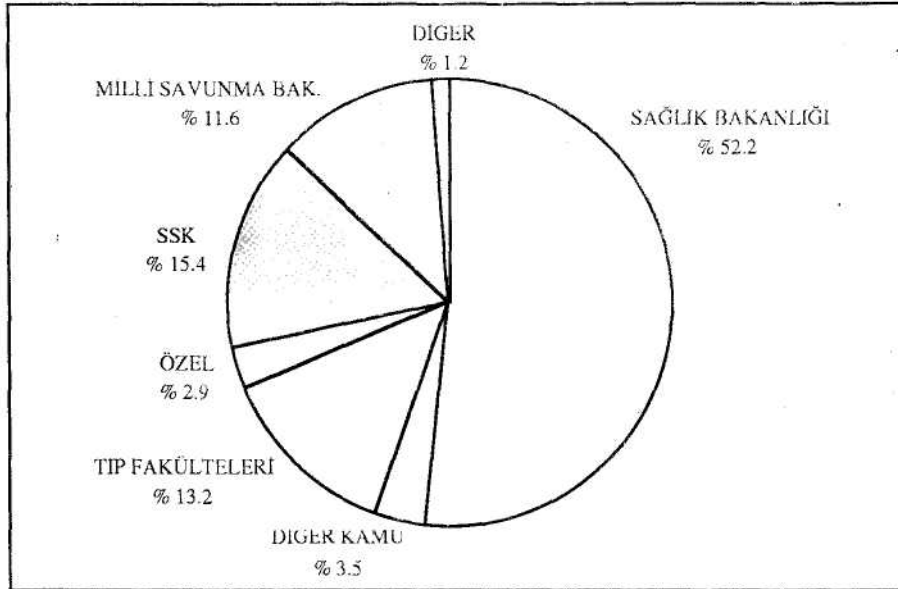
1.3. HİZMET SUNUMU

Ayaktan teşhis ve tedavi ile koruyucu sağlık hizmetlerinin verileceği bir "birinci basamak sağlık hizmet sistemi" gereken şekilde ve düzeyde gelişmemiştir. Birinci basamak hizmet vermek üzere planlanmış olan sağlık ocakları malzeme ve personel eksikliği, personelin motive olmayışı, yer seçiminde yapılmış olan hatalar gibi nedenlerle verimli çalışmamaktadırlar. Bütün dünyada kabul edilmiş olan birinci basamakta entegre hizmet verme anlayışı gelişmemiştir. Sağlık ocağı ve sağlık evleri entegre hizmet vermek üzere kurulmuşken bunların yanında hala Ana Çocuk Sağlığı Merkezi» Verem Savaş Dispanseri, SSK Dispanseri, Milli Eğitim Dispanseri, özel muayenehane ve poliklinikler, hastane poliklinikleri v.b. gibi kuruluşlar mevcuttur. Bu yapı hizmette duplikasyonlara yol açmakta kimi zaman da bazı hizmetlerin hiç kimse tarafından verilmeyişine neden olmaktadır. Aşılama, aile planlaması, dengeli ve sağlıklı beslenme eğitimi gibi koruyucu hizmetlerde ulaşılması gereken hedeflerin gerisinde bulunmaktadır.

Hizmet sunumunun ikinci basamağı hastanelerdir. Hastaneler birinci basamakta çözülememiş sağlık sorunlarının çözümü için planlanmış kuruluşlardır. Ancak ülkemizde birinci basamak hizmetler gerektiği gibi gelişmemiş ve hasta sevk zinciri kurulmamış olduğundan hastalar doğrudan hastanelere başvurmaktadır. Aslında vakaların %

90-95'inin birinci basamakta sonuçlandırılıp % 5-10'unun hastaneye sevk edilmesi gerekirken bugün hastalar hiçbir sınırlamaya tabi olmaksızın en küçük sorunları için bile doğrudan hastaneye başvurmakta, bu da kalabalıklara, kuyruklara neden olmaktadır. Türkiye'deki hastanelerin sayıca yetersiz olduğu konusundaki kanı doğru değildir. Dengesiz dağılımın getirdiği bazı problemler varsa da bunların çözümü zor değildir. Ne var ki mevcut hastane yataklarının kullanımında ciddi problemler vardır. Yatak kullanım oranları %, 45-50'ler civarındadır. Bu da Türkiye'deki her iki hastane yatağından .birisinin boş olduğunu göstermektedir.

YATAKLI TEDAVİ KURUMLARININ KURULUŞLARA GÖRE YATAK DAĞILIMI, 1990



Bu günkü durumda hastanelerle ilgili en önemli sorun verimsizliktir. Yatak kullanım oranlarının dklg bunun en belirgin örneğidir.

Bunun yanında kimi hastanelerde yetimi insan gücünün bulunmasına rağmen bunların kullanacağı tıbbi cihaz ve malzemenin olmayışı kimi hastanelerde cihaz ve malzeme bulunmasına karşın personel olmayışı, hastane çalışanlarının yeterli hizmet içi eğitim almamaları, maliyet kavramının ve maliyet hesaplama yöntemlerinin gelimemi olması verimliliği düşüren başka nedenlerdir. Ancak verimsizliğin en önemli  nedeni;

- . Aşırı merkeziyetçilik
- . Profesyonel hastane yöneticiliğinin gelimemi olması ve
- . Hastaneler arasında rekabet unsurunun olmayışıdır.

Hastanelerin büyük bir bölümü kamu kuruluşlarına aittir ve tek merkezden yönetilmeye alıılırlar. Bu da alınan yönetim kararlarının irrasyonel olmasına yol açmaktadır. Hastane yönetimlerinden bu konuda hiç eğitim almamış olan bahekimler sorumludur. Bahekimin hastane yönetmesi hem hekimlerin kıymetli zamanını israf etmekte hem de kendine özgü bir işletme olan hastanenin profesyonelce yönetilmesini engellemektedir. Yönetim performansını değerlendirecek veri-bilgi sistemi de yoktur. Mevcut sistem hastanelerin hiçbir dış etki olmaksızın verimli çalışmalarını sağlamaya yönelik değildir; çünkü rekabet ve kaybetme tehlikesi yoktur.

Yeni hastane yapılacağı zaman olurluk (fizibilite) çalışmaları yapılmamaktadır. Aynı yerleşim biriminde Sağlık Bakanlığı, SSK, Üniversite ve diğer kamu kuruluşlarına (D.D.Y. gibi) bağlı hastaneler inşa edilebilmekte her birimin yatak kullanımı oranları yüzde 30-40'larda bulunarak büyük bir kaynak israfına yol açılmaktadır. Bu hastaneler ayrı ayrı cihaz almakta, ayrı ayrı personel çalıştırmakta ve bunlardan tam kapasite ile yararlanılmaktadırlar.

1.4. FİNANSMAN

Türkiye'de GSMH içinde sağlık harcamalarının payı düşüktür.

Dünya Sağlık Teşkilatı ideal oranın % 5-7 civarında olduğunu belirtirken, Türkiye'de % 3-3.5 civarındadır. Toplam harcamalar içinde kamusal nitelikte olanlar da düşük bir miktar oluşturmaktadır. (Burada bir yanlış anlaşılmayı önlemek açısından belirtmek gerekir ki, kamu harcamalarının yüksek olması hizmetlerin kamu kuruluşları eliyle verilmesini gerektirmez. Batı Avrupa ülkelerinde örneği görülen sosyal sağlık sigortası kurumları topladıkları primlerle özel sağlık kuruluşlarından hizmet satın almakta ve böylece kamu eliyle yapılan harcamalar yüksek düzeyde bulunurken özel kuruluşların gelişmesi sağlanmaktadır.)

**SAĞLIĞA AYRILAN TOPLAM MİKTAR VE
KAMU HARCAMALARI (SEÇİLMİŞ ÜLKELERDE)**

ÜLKE	YIL	TOPLAM HARCAMA % GSMH	KAMU HARCAMASI % GSMH
DÜŞÜK GELİRLİ			
Etiyopya	1981	2.0	1.1
Uganda	1982	4.2	0.8
Çin	1981	2.8	1.9
Sri Lanka	1982	3.2	1.9
ORTA GELİRLİ			
Zambiya	1981	5.4	2.7
Endonezya	1982	2.6	1.0
Mısır	1977	5.2	2.2
Peru	1981	5.3	2.8
TÜRKİYE	1987	3.5	1.4
ENDÜSTRİLEŞMİŞ ÜLKELER			
İtalya	1987	6.9	5.4
Japonya	1987	6.8	5.0
İsveç	1987	9.0	8.2
ABD	1987	11.2	4.6

Kaynak: Dünya Bankası (1987)
OECD, Health Data File (1989)

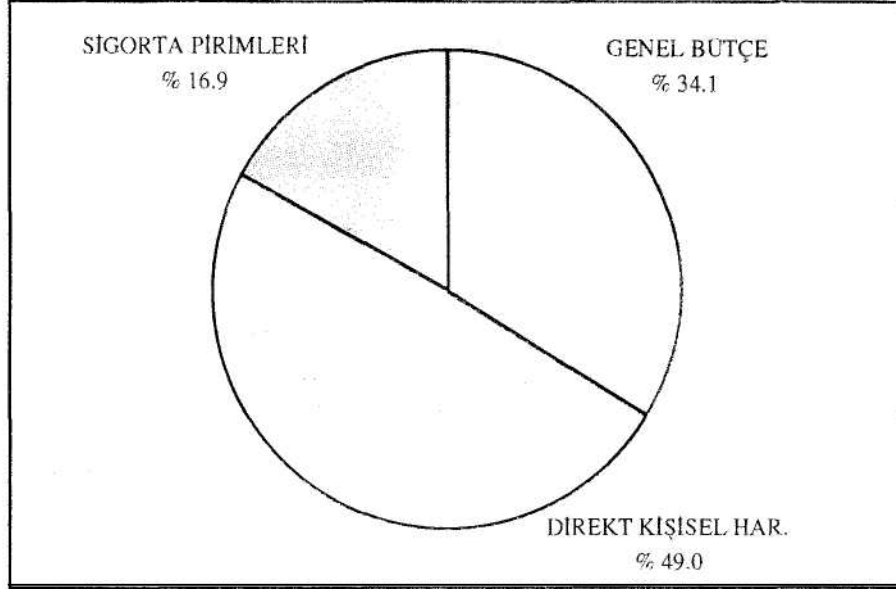
Toplam sağlık harcamaları üç kaynaktan karşılanmaktadır. Bunlar genel bütçe, sigorta primleri ve direkt kişisel harcamalarıdır.

SAĞLIK HİZMETLERİNİN TOPLAM FİNANSMANINDA
KAYNAKLAR, 1987 (MİLYAR TL)

KAYNAKLAR		
1. GENEL BÜTÇE	683.7	% 34.1
Sağlık Bakanlığı		361.5
Yüksek Öğretim Kurulu		58.6
Milli Savunma Bakanlığı		131.1
Aktif Devlet Memurları		93.5
Emekli Devlet Memurlarına		
Sübvansiyon		4.2
2. SİGORTA PRİMLERİ	339.7	% 16.9
SSK		273.4
BAĞ-KUR		6.0
Emekli Sandığı		39.3
Özel S sigorta Şirketleri		21.0
3. DİREKT KİŞİSEL HARCAMALAR	938.8	% 49.0
TOPLAM HARCAMALAR	2007.2	% 100.0

Görüldüğü gibi direkt kişisel harcamalar toplam harcamalar içinde % 49 gibi önemli bir miktar oluşturmaktadır.

SAĞLIK HİZMETLERİNİN TOPLAM FİNANSMANINDA
KAYNAKLAR, 1987



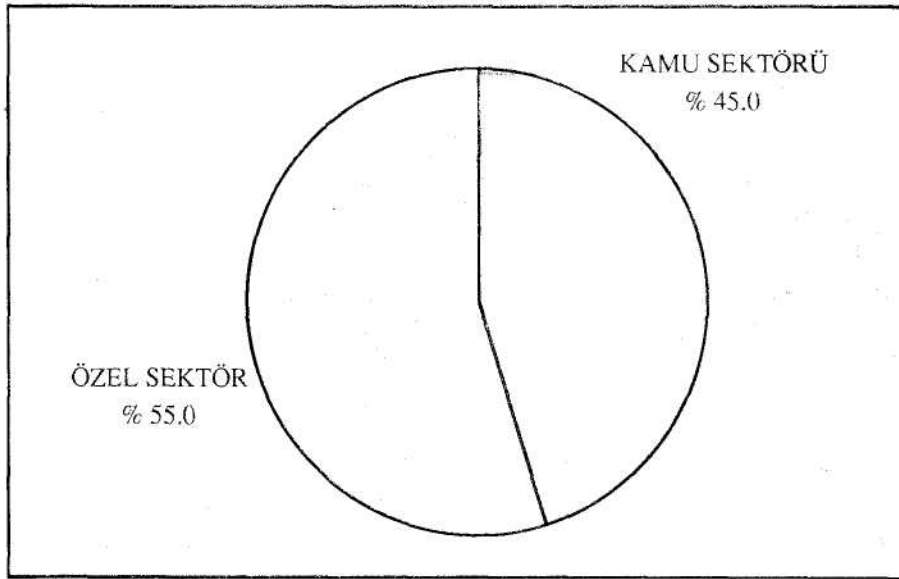
Kaynak: PW, 1990

Bu kaynakların nasıl harcandığına bakıldığında direkt kişisel harcamaların çok büyük bir bölümünün sektöre yapıldığı görülmektedir.

KAYNAKLARIN HARCANMASI

KAYNAKLARI N HARCANMASI	KAMU SEKTÖRÜ	ÖZEL SEKTÖR
1. GENEL BÜTÇE		
Kamu Sektörüne	586.0	
Sigorta Kurumlarına Transfer	97.7	
2. SİGORTA KURUMLARI		
SSK Direkt Hizmet Sunumu	223.3	
Döner Sermayelere	59.1	
Özel Sektöre		155.0
3. DİREKT KİŞİSEL HARCAMALAR		
Döner Sermayeler	34.6	949.2
Özel Sektöre		949.2
TOPLAM	903.0	1104.2
		2007.2

KAYNAKLARIN HARCANMASI



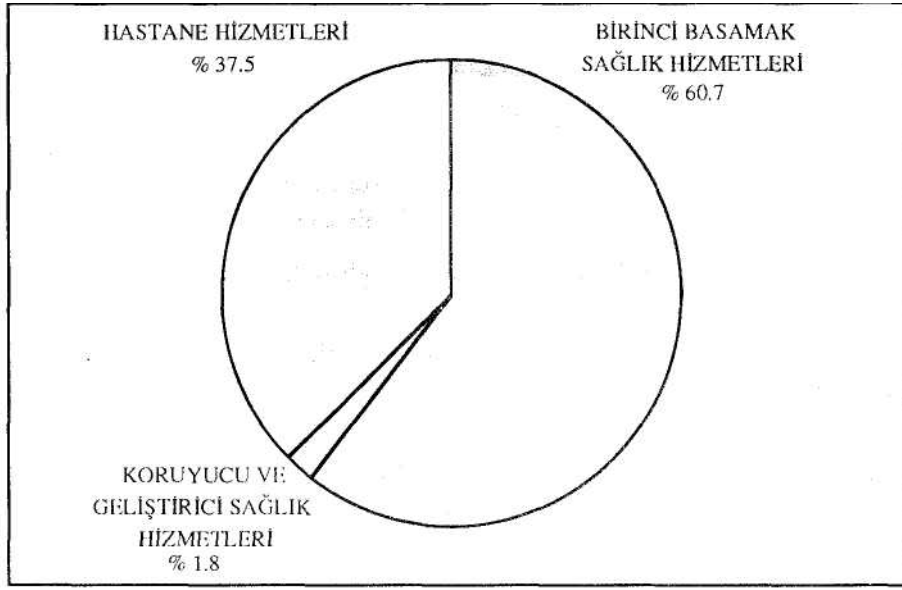
Kaynakların harcanmasında sağlık hizmetlerinin türüne göre bakiıldığında ülke ihtiyaçlar ile paralellik göstermeyen bir yapı ortaya çıkmaktadır.

**HİZMET TÜRÜNE GÖRE SAĞLIK HARCAMALARI,
1987 (Milyar TL.)**

	KORUYUCU VE GELİŞTİRİCİ SAĞLIK HİZMETLERİ	SAĞLIK	BASAMAK HİZMETLERİ	BİRİNCİ HASTANE TOPLAM HİZMETLERİ
KAMU SEKTÖRÜ				
* Sağlık Bakanlığı	35.8	113.9	211.8	361.5
- Genel Bütçe			40.0	42.0
- Döner Sermaye				
* Üniversite Hast.			58.6	58.6
- Genel Bütçe			45.6	45.6
- Döner Sermaye				
* SSK		55.8	167.5	223.9
* MSB			131.1	131.1
* Diğer kamu			40.9	40.9
TOPLAM (Kamu Sektörü)	35.8	169.7	697.5	903.0
Kamu Sektörü (%)	% 4.0	%18.8	% 77.2	% 100.0
ÖZEL SEKTÖR				
* özel Hastaneler			55.1	55.1
* Diğer Ö./el		1049.1		1049.1
TOPLAM (Özel Sektör)		1049.1	55.1	1104.2
Özel Sektör (%)		% 95.0	%5.0	% 100.0
TOPLAM				
(SAĞLIK SEKTÖRÜ)	35.8	1218.8	752.6	2007.2
TOPLAM HARCAMA (%)	% 1.8	% 60.7	% 37.5	% 100.0

Kaynak: PW 1990

HİZMET TÜRÜNE GÖRE SAĞLIK HARCAMALARI, 1987



Görüldüğü gibi GSMH'dan sağlığa harcanan miktarın ancak % 1.8'i sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmetlere gitmektedir. Oysaki ülkenin epidemiyolojik özelliklerinden söz ederken belirtildiği gibi ölümlerin yansı 5 yaş altındaki çocuk nüfusunda görülmektedir ve ölüm nedenleri çok büyük ölçüde koruyucu hizmetlerle önlenabilir niteliktedir.

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunulduğu ve finansmanı kamu sektöründe aynı elde toplanmıştır. Gerek Sağlık Bakanlığı, gerek SSK hem finansman kuruluşlarıdır hem de hizmet sunmaktadırlar. Bu durum kurum için verimsizliği artıran bir nedendir.

Hizmetlerin finansmanı ile ilgili olarak belirtilmesi gereken bir diğer önemli nokta ise kamu kuruluşlarında üretilen sağlık hizmetlerinin gerçek maliyetlerin çok altında bir fiyatla sunulmasıdır. Yapılan çalışmalar gerçek maliyetlerin hemen hemen 2/3'ünün Devlet tarafın-

dan sübvansiyonla edildiğini göstermektedir. Şu halde bu hizmetleri kullananlar kamusal kaynaklarca desteklenmektedir. Öte yandan yapılan araştırmalar sağlık açısından dezavantajlı durumda olup risklere maruz kalan toplum kesiminin sağlık hizmetlerinden yararlanmadığını ortaya koymuştur. Demek ki Devlet sübvansiyonu toplumun daha iyi durumda bulunan kesimini desteklemektedir. Yani kamu kaynakları daha çok ihtiyacı olan yerine daha iyi durumda olana kaymaktadır ki bu sosyal adalet ilkeleri açısından olumlu bir sonuç değildir.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı ile ilgili mevcut durum özetlenecek olursa:

. GSMH'dan sağlığa harcanan kaynak miktarı Dünya Standartlarından düşüktür.

. Sağlığa harcanan kaynak içinde vatandaşların doğrudan yaptığı harcamalar % 50'ye yakın bir miktarı oluşturmaktadır.

. Vatandaşların yaptığı harcamaların hemen tamamı birinci basamak özel muayenehane ve ilaç giderleriyle kullanılmaktadır.

. Koruyucu ve sağlığı geliştirici hizmetlere, sağlığa GSMH'dan ayrılan payın ancak % 1.8'i harcanmaktadır.

. Kamu sektöründe hizmet sunumu ve finansman aynı elde toplanmıştır.

. Hizmetlerin sübvansiyonuna dayalı olan sistem sosyal açıdan adaletsiz bir tablo yaratmaktadır.

1.5. SAĞLIK İNSANGÜCÜ

Sağlık insan gücü ile ilgili nitelik ve nicelik problemleri devam etmektedir, Türkiye'nin rasyonel bir sağlık insan gücü planlaması yoktur.

Birçok sağlık meslek grubunun görev ve yetkileri tanımlanmamış, sorumlulukları belirlenememiştir.

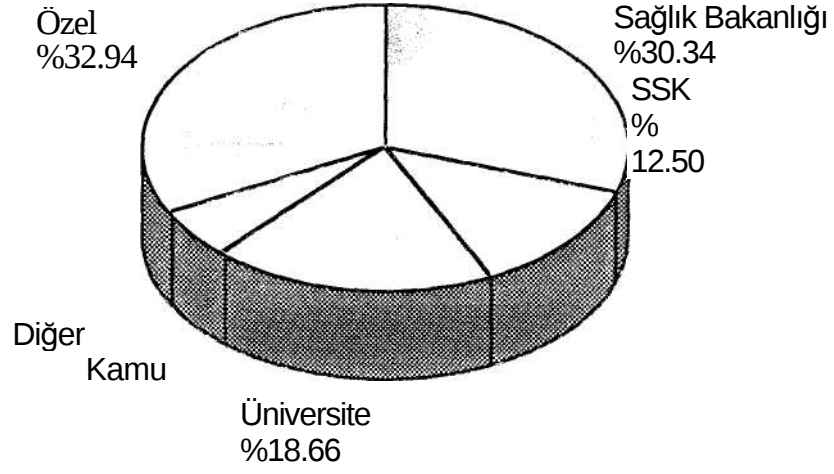
Birçok meslekte sayısal yetersizlik sürerken, hekim sayısının yeterliliği veya eksikliği sonuca ulaşmayan bir tartışma olarak devam etmektedir.

TÜRKİYE'DE SAĞLIK İNSANGÜCÜ

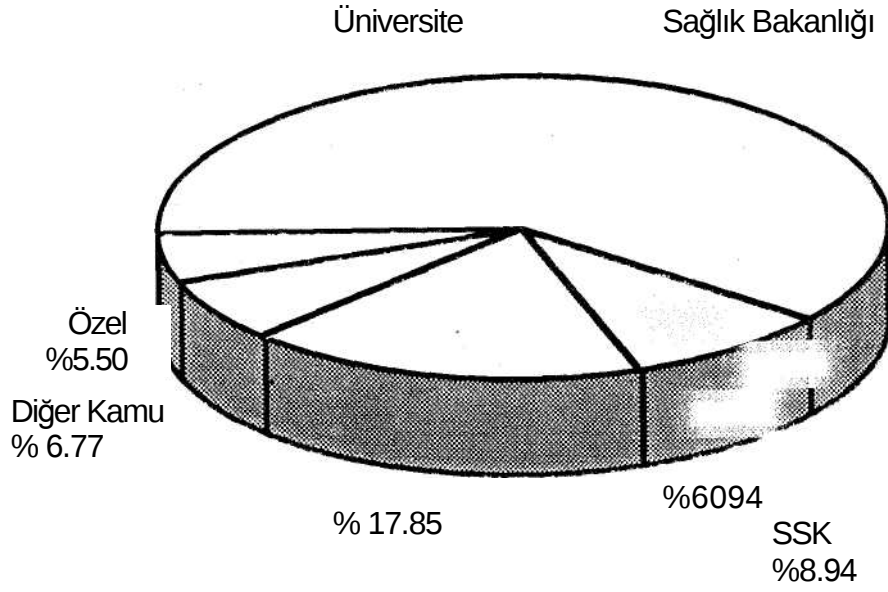
Personel tipi	OPLAM SAYI	SAĞLIK BAKANLIĞI	SSK	ÜNİVERSİTELER	DİĞER KAMU	ÖZEL
Hekim	42502	16622	4660	6479	4238	10903
Uzman	22318	6239	2848	2635	1388	9208
Pratisyen	20184	9983	1812	3844	2850	1695
Diş hekimi	9639	1538	405	450	636	6610
Eczacı	14567	985	757	342	320	12163
Sağlık Memuru	18831	13753	906	1797	1528	847
Hemşire	38903	26233	4552	5012	2418	688
Ebe	25665	23382	494	83	134	1572

Sağlık meslek gruplarının eğitim kalitelerine yönelik endişeler hala mevcuttur. Diş hekimleri ve eczacılar dışında sağlık personelinin büyük bir bölümü kamu sektöründe istihdam edilmektedir.

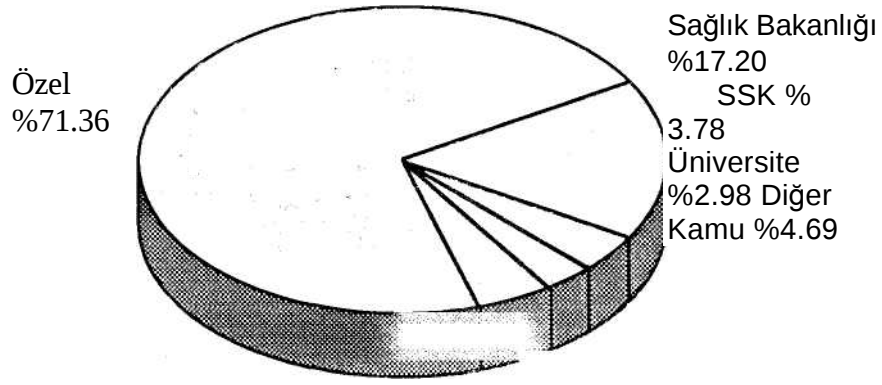
UZMAN HEKİMLERİN ÇALIŞTIĞI KURUMLARA GÖRE
DAĞILIMI



PRATİSYEN HEKİM



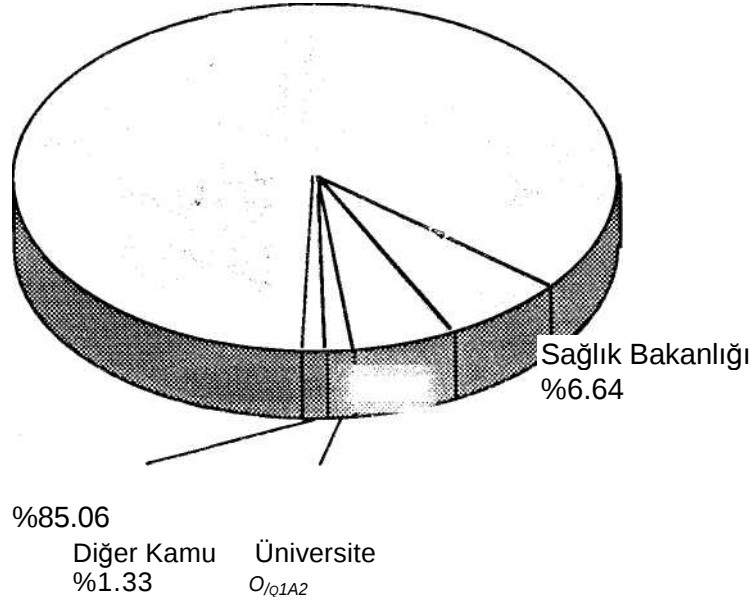
DİŞ HEKİMLERİ



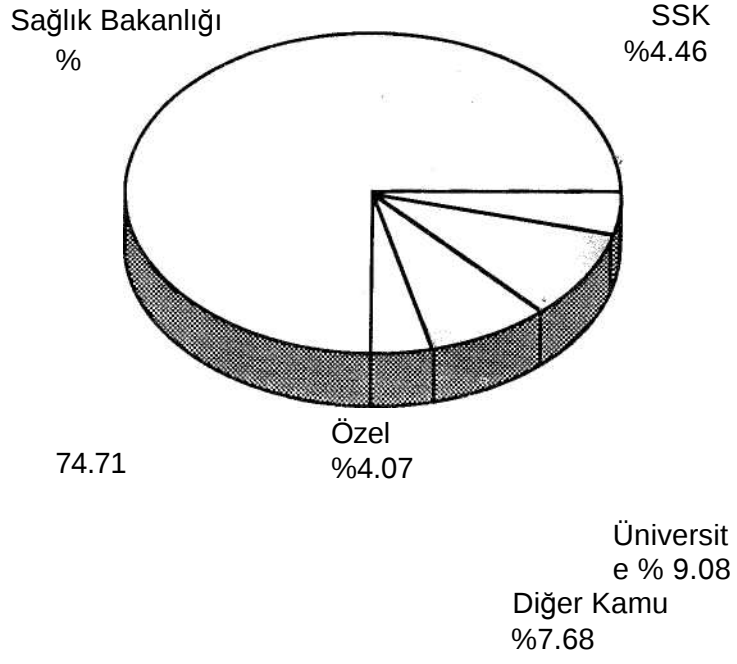
ECZACILAR

Özel

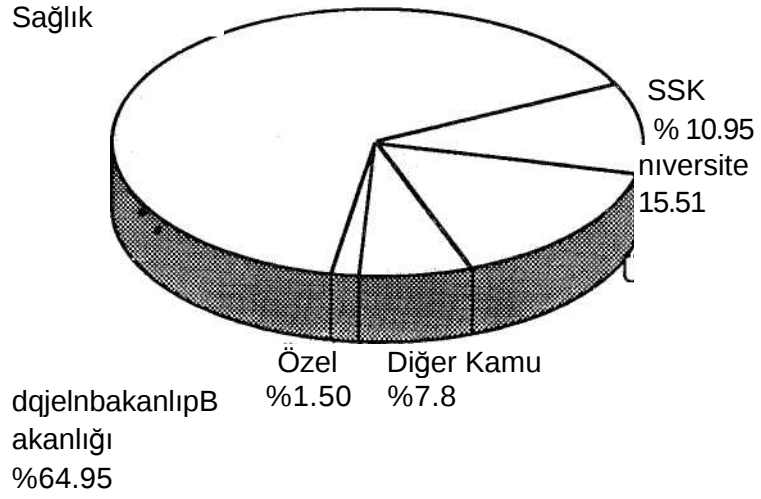
SSK
%5.36



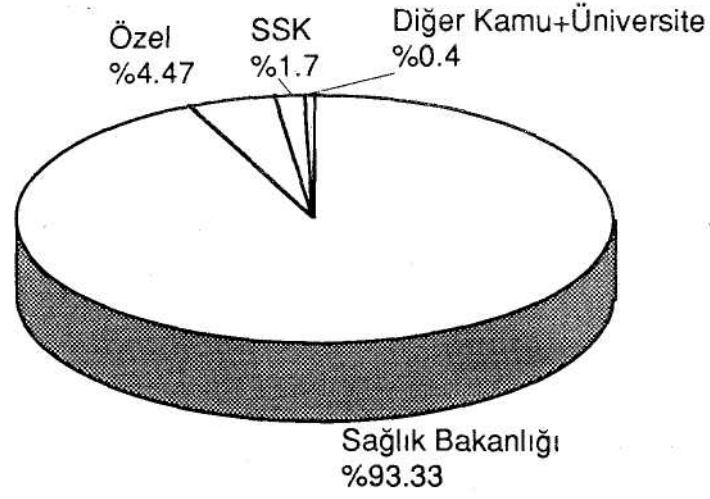
SAĞLIK MEMURLARI



HEMŞİRELER



EBELER

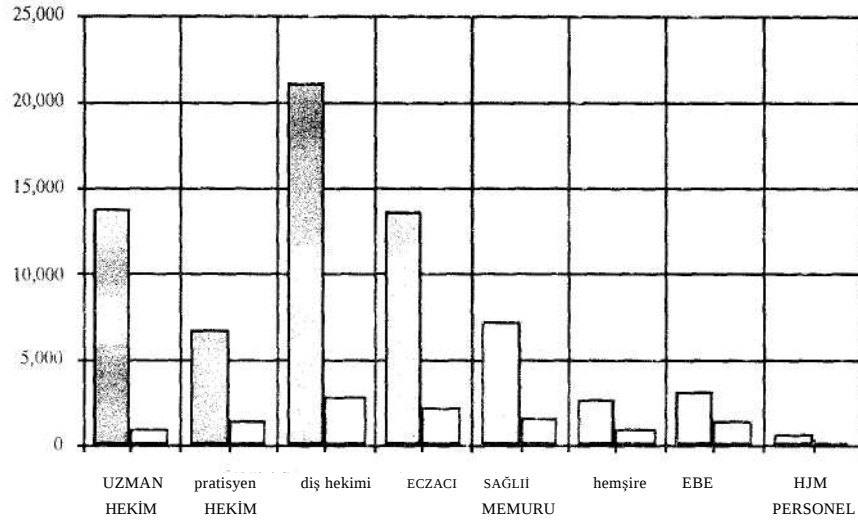


Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 1991

Kamuda çalışan sağlık personelinin ücretlendirilmesinde sorunlar vardır.

Sağlık insan gücü ile ilgili önemli bir sorun da dengesiz coğrafi dağılımdır. Ülkenin farklı coğrafi yöreleri arasında önemli farklılıklar vardır.

7 ANAHTAR PERSONEL KATEGORİSİNE GÖRE SAĞLIK PERSONELİN NÜFUSA ORANLARI



HAKKARİ	13.850	6.676	21.118	13.596	7.159	2.760	3.164	0.677
İSTANBUL	1.005	1.439	2.844	2.213	1.612	0.989	1.457	0.265

HAKKARİ İSTANBUL

Dağılımdaki bu dengesizliği bir ölçüde açıklayabilecek nedenler vardır: İstanbul eğitim hastanelerinin yoğun olduğu bir kenttir; İstanbul'daki sağlık kuruluşları Anadolu'nun birçok kentinden gelen insanlara da hizmet vermektedir vb. gibi. Ne var ki bu ve benzeri açıklamalar bu denli bir farklılığın yeterli nedenleri değildir.

Coğrafi dağılımdaki bozukluğun yanında bir diğer sorun alanı meslekler arasındaki oranlardır. Normal şartlar altında sağlık insangücü piramidinin şu şekilde olması beklenir:

HEKİM
HEMŞİRE
EBE
SAĞLIK MEMURU

Oysa ki: Türkiye'de bu piramit neredeyse tersine dönmüştür.

HEKİM
HEMŞİRE
EBE
SAĞLIK MEMURU

1 hekime düşen hemşire, ebe, sağlık, memuru sayısının 1'den fazla olması gerekirken Türkiye'de tam tersi bir durum vardır.

1.6. YÖNETİM PROBLEMLERİ

Sağlık hizmetleri çok başlı, aşın derecede merkeziyetçi, yetkilerin üst seviyelerde toplandığı bir yönetim ve örgüt yapısına sahiptir. Koordinasyon eksikliğinin yol açtığı duplikasyonların yanısıra yetki kargaşası vardır.

Sağlık Bakanlığı'nın merkez ve taşra teşkilat yapısı fonksiyonel olarak hizmet vermeye elverişli değildir. Merkez organizasyon yapısında bir yerde Tedavi Hizmetleri, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlükleri gibi hizmet modeline dayalı birimler oluşturulmuşken, diğer yandan Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması gibi belirli nüfus gruplarına özgü sağlık problemlerine yönelik bir yapı geliştirilmiştir. Aynı zamanda hastalıkla mücadeleyle yönelik Verem Savaş, Sıtma Savaş ve Kanseri Savaş Daire Başkanlıkları gibi dikey örgütlenme modelinin kalıntıları hala teşkilat yapısında yer almaktadır. Bu yaklaşımların her biri çeşitli zamanlarda uygulanmış, o günün koşullarına göre yararlı da olmuşlardır. Ancak birbirinden çok farklı temel prensiplere sahip yönetim modellerinin aynı anda, aynı örgüt yapısı içerisinde uygulanmaya çalışılması ciddi sorun ve duplikasyonlara yol açarken, bir çok hizmetlerin de hiçbir birimin alanına girmeme sonucunu doğurmuştur.

Taşra teşkilatında ise İl Sağlık Müdürlüklerinin yapısı merkez ile uyum göstermemektedir. İlçe düzeyinde yönetim örgütlenmesi yoktur. Çeşitli nedenlerle yürümemiş olup Sağlık Grup Başkanlığı sisteminin yerine ilçelerde "sorumlu hekimlik" adı altında hukuki yapısı olmayan çözümler getirilmeye çalışılmıştır. İl teşkilatlan ile Bakanlık merkezi arasında herhangi bir kademenin olmaması yönetim güçlüklerine yol açmaktadır.

Sağlık yönetimi için yetiştirilmiş eleman sayısı çok azdır, bunlar da amaca yönelik görevlerde istihdam edilmemektedir. Profesyonel yönetim teknikleri, çağdaş araçlar kullanılmamakta, yönetim istatistiği bilgiye dayanmamaktadır.

1.7. SAĞLIK MEVZUATI

Türkiye'nin sağlık mevzuatı oldukça eski, dağınık ve karışıktır. 1920'lerin sonu ile 30'lann başında hazırlanmış olan birçok yasal düzenleme yürürlükte. 1930 tarihli "Umumi Hıfzıssıhha Kanunu" o günün koşullarına göre hazırlanmış sağlığın anayasası niteliğinde bir yasadır. Ne var ki üzerinden geçen 60 küsur yıl yasanın dinamizmini yok etmiş, bugünün ihtiyaçlarına cevap verir olmaktan çıkarmıştır. 1928 tarihli "Tababet ve Şubatı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun" sağlık personelinin görev, yetki ve sorumluluklarını tanımlamaktadır. Ancak 1928 yılının tıp bilimi ile bugünkü bilim arasında büyük farklılıklar vardır. 1928 yılının sağlık meslek gruplarının bir çoğu bugün için mevcut değildir. Buna mukabil ülkemizde son 30 yıl içinde gelişmiş fizyoterapistlik, diyetisyenlik, psikologluk gibi meslekler de 1928 yılında mevcut olmadığından bu kanunda yer almamışlardır.

Mevzuattaki çeşitli düzenlemeler arasında çelişkiler vardır. Örneğin 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun ile 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu arasında birbirini nakzeden hükümler vardır. Mevcut mevzuatta Sağlık Bakanlığı'nın organizasyonunu gösteren bir kanun yoktur.

Mevcut yasaların birçoğu son derece ayrıntılı hazırlanmış olup uygulamacıya insiyatif tanımamaktadır. Oysa ki bütün dünyadaki gelişmeler çerçeve niteliğinde yasalar hazırlayıp uygulamayı yönetme-liklerle günün şartları doğrultusunda yapmak yönündedir.

1.8. SAĞLIKLA İLGİLİ BİLGİ EKSİKLİĞİ

Türkiye'de sağlık ve sağlık hizmetleri ile ilgili ciddi bir bilgi eksikliği vardır. Toplumun sağlık durumunun göstergesi olan mortalite (ölüm) ve morbidite (hastalık) istatistikleri yetersizdir. Sağlık hizmetlerine yönelik olarak kullanım hızları, halkın tercihleri, aşılan oranları, çeşitli sağlık programlarının halka ulaşması gibi konularda sürekli ve sistematik veri toplanmamaktadır. Hizmetlerin maliyetine yönelik bilgiler yok denecek kadar azdır. Yöneticiler kararlarını bilgiye (enfor-

mayon) dayanarak alma alışkanlığı kazanmamışlarda. Sonuçta toplanan verilerin kalitesinin düşük olduğu, doğruluk ve güvenilirliklerinin denetlenmediği, bir geri besleme (feedback) yapısının olmadığı, kullanılmayan fakat toplanan bir çok veri olduğu ancak bilgisayar desteğinden yoksun olunduğu, eldeki bilgisayarların da verimli bir şekilde kullanılmadığı bilinmektedir.

1.9. SAĞLIKLA İLGİLİ BİLİMSEL DESTEK EKSİKLİĞİ

Sağlık sadece sağlık sektörünün değil, hemen bütün sektörlerin katılımı ile ulaşılabilecek bir iyilik halidir. Bu nedenle tıp ile sağlığı özdeşleştirmek yanlıştır. Toplumun ve bireylerin sağlıklı olması tıp dışında bir çok bilim dalının konusunu oluşturmaktadır. Sağlık sektöründe de ekonomiden, finansmana, hukuktan bilgi teknolojisine, sosyoloji ve antropolojiden tarihe kadar bir çok bilimsel disiplinden faydalanması gerekmektedir. Gelişmiş batı ülkelerinde sağlık ekonomisi, sağlık finansmanı,, sağlık hukuku, sağlık mimarisi, sağlık sosyolojisi gibi birçok arabilim dalları ortaya çıkmıştır. Ancak Türkiye'de sağlık, tıp fakülteleri içerisinde kalmış, sağlığın sosyal yönü yine tıp fakültelerindeki halk sağlığı bölümleri tarafından ele alınmıştır. Fakat bu bölümlerin ilgi alanları da sınırlı kalmış ve sağlığın disiplinler arası gelişimine olanak tanıyacak bilimsel alt yapı oluşmamıştır.

Sağlıkla ilgili araştırmalar tıp fakülteleri kliniklerinde gelişmiş, toplumun sağlığına yönelik konularda araştırmalar çok kısıtlı boyutlarda kalmıştır. Ülkenin sağlık politikalarının geliştirilmesi, değişen koşullara göre çözüm önerilen getirilmesi, hükümetlerin çalışmalarına ve programlarına ışık tutacak yönlendirmelerin yapılması alanlarında faaliyet gösterecek bu- bilimsel kuruluş gelişmemiştir.

Ülkede sağlıkla ilgili insan gücünün eğitimi ve planlaması epedemikolojik ve demografik özellikler doğrultusunda müfredat programlarının yönlendirilmesi yapılmamaktadır. Hizmet sunumunda standartların geliştirileceği ve referans bir kuruluş olarak sağlıkla ilgili

herhangi bir konuda son bilimsel değerlendirmeyi yapabilecek kurum-sallaşma sağlanmamıştır.

Sağlık konusu bütün dünyada güncelliğini korumakta, çeşitli ülkelerde yeni uygulamalar, sistem değişiklikleri yapılmaktadır. Ne var ki Türkiye bu gelişmeleri sistemli bir şekilde takip etmemekte, bu tür çalışmalar bireysel çabalar olarak kalmaktadır.

2. SAĞLIK REFORMU

Mevcut durumda kısaca özetlenmeye çalışılan tablonun düzeltilmesi mümkündür. Bu amaçla sağlık sektörünün bugünkü yapısı, ülkemiz gerçekleri ve Türkiye'nin geleceği ile birlikte değerlendirilerek akılcı, gerçekçi ve kapsamlı bir sağlık reformu yapılması gereklidir. Aşağıda bu reformun ana başlıkları ve uygulama ilkeleri sunulmuştur.

2.1. HİZMET SUNUMU REFORMU

Hizmetlerin etkinliği ve verimliliği prensiplerinden hareketle birinci basamak hizmetlerine "özel bir önem verilmesi, hizmetlere ulaşılabilirliğin artırılması uygun teknoloji kullanımı ile kalitenin yükseltilmesi" hizmet sunumundaki reformun ana hatlarını oluşturmaktadır.

Hizmet sunumu yapısının öncelikli sağlık sorunlarımıza yönelik olarak dizayn edilmesi öngörülmektedir. Sistemin bazı önkoşulları vardır:

1. Hizmet sunum sistemi koruyucu hizmetlere ağırlık vermelidir.
2. Bireylerin düzenli ve sürekli sağlık sicilleri tutulmalıdır.
3. Birinci basamak hizmetler kuvvetlendirilmeli, hastanelere olan gereksiz yığılmalar önlenmelidir.
4. Sağlık personelinin ülke sathında ihtiyaca göre dengeli dağılımı sağlanmalıdır.
5. Hastanelerin verimli çalışacağı bir sistem geliştirilmelidir.

Reform çalışmaları çerçevesinde bütün bu şartların yerine getirileceği ve temel prensiplerden taviz vermeden oluşturulacak bir sistemin iki ana özelliği ortaya çıkmaktadır. Bunlar birinci basamak hizmetlerinin aile hekimliği ile güçlendirilmesi ile kamu hastanelerinin özerkleştirilmesi ve zaman içerisinde özelleştirilmesidir. Amaç verimliliği artırmak ve hizmet sunumunda rekabeti sağlamaktır. Sağlık Bakanlığı genel halk sağlığını koruyucu, standart ve norm koyucu bir ye-

pıya kavuşacak, doğrudan hizmet üreten bir kuruluş olma vasfını zaman içerisinde kaybedecektir.

Planlanan hizmet sunumu modelinde 224 sayılı kanunla kırsal alan için öngörülen sistem hemen hemen aynen muhafaza etilmektedir. Sağlık evleri kırsal alana hizmet götürecektir, her köy bir sağlık evinin hizmet alanı olarak belirlenecek, sağlık personeli yetersizliği gibi nedenlerle bu mümkün olamıyorsa tespit edilecek nüfus birimini aşmayacak şekilde birden fazla köy bir sağlık evi alanını oluşturabilecektir.

Sağlık evinde bir ebe ya da ebe hemşire görev yapacak, gereğinde bir sağlık memuru da atanabilecektir. Sağlık evi, doğum ve ölümlerin tespiti, sağlık eğitimi, ilk ve acil yardım, bulaşıcı hastalıklarla savaş, hasta takibi, ana çocuk sağlığı hizmetleri, aile planlaması çalışmaları ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri görevlerini üstlenecektir.

Sağlık evleri, nüfus, ulaşım ve coğrafi şartlar göz önüne alınarak sağlık ocaklarından birine bağlanacak ve böylece sağlık ocaklarının hizmet alanı belirlenecektir.

Kırsal sağlık ocağının kadrosu bir pratisyen hekim, bir hemşire, bir ebe, bir tıbbi sekreter, bir sağlık memuru, bir şoför ve bir hizmetli-den oluşacak ve görevleri şunlar olacaktır: Sağlık eğitimi, ilk ve acil yardım, bulaşıcı hastalıklarla savaş, hasta takibi, ana çocuk sağlığı hizmetleri, aile planlaması çalışmaları çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, okul sağlığı hizmetleri, birinci basamak tedavi hizmetleri, laboratuvar hizmetleri.

Kentsel alanda kişiye yönelik koruyucu hizmetler ve birinci basamak tedavi hizmetleri aile hekimleri ve sağlık ocakları tarafından verilecektir. Aile hekimi asgari standardı tespit edilmiş bir muayenehanede serbest çalışan hekim olacak ve kendisine kayıtlı her kişi için hizmet verdiği ilçenin coğrafi ve sosyoekonomik durumuna göre değişen miktarlarda kişi başına (Per kapata) ücret alacaktır.

Birinci basamak tedavi hizmetleri, ikinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetinin evde veya ayakta takibi, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, laboratuvar hizmetleri, periyodik muayene, ilk ve acil yardım hizmetleri aile hekiminin görevlerini oluşturacaktır.

Bu sistemde başvurular sevk zinciri içerisinde gerçekleşecek, aile hekimi uygun gördüğü takdirde kişileri uzman hekime veya hastaneye ikinci basamak tedavi hizmeti almak üzere sevk edecektir. Gereğinde kişiler üçüncü basamak tedavi hizmeti veren hastanelere sevk edileceklerdir.

Aile hekimliğine geçirte amaçlardan birisi muayenehanelerin koruyucu hizmetlerin de verildiği, kamusal kontrol içinde çalışan müesseseler haline gelmesidir. Kişiler kendi çevrelerinde arzu ettikleri bir aile hekiminin listesine kaydolacaklar ve ilk önce ona başvuracaklardır. Böylece sevk zincirinin ilk. basamağı kuvvetli bir şekilde oluşacaktır.

Aile hekimi olarak çalışmak için mutlaka "Aile sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı" olmak şart: değildir. Asıl olarak pratisyenlerin bu görevi yerine getirmesi beklenmektedir. Zaman içerisinde bu görevi yapacak hekimlerin Aile Sağlığı ve Hastalıkları ya da başka bir deyişle Genel Pratisyenlik alanında uzmanlaşmalarını sağlayacak bir gelişme öngörülmektedir,

Kentsel alanda sağlık ocakları da faaliyetlerine devam edecek, burada çalışan hekimlere de kişilere yönelik verdikleri hizmetler için perkapita ödeme yapılacak ayrıca ürettikleri genel halk sağlığını koruyucu hizmetler için de ücretlendirileceklerdir. Bu uygulama kırsal sağlık ocakları için de geçerlidir.

Bireyler diledikleri aile hekimini veya sağlık ocağı hekimini seçmekte serbest olacaklar, kendilerine en uygun buldukları hekimin listesine kaydolacaklardır. Hekim verdiği hizmetler için bireylerden hiçbir ücret talep etmeyecek, ücretini belirtildiği gibi perkapita olarak bölge sağlık idarelerinden alacaktır. Böylece hekim-hasta arasındaki para ilişkisi ortadan kalkacak ve ödeme hizmet başına yapılmadığından gereksiz maliyet artışları, önlenmiş olacaktır.

Sağlık ocakları röntgen, diş ünite ve gelişmiş birinci basamak laso-
ratuvar imkanları ile donatılacak, eczane bulunmayan yerlerde ilaç satabi-
leceklerdir.

Birinci basamak hizmetlerde hekim ve diğer sağlık personelinin
(özellikle ebe, hemşire ve sağlık memuru) sağlık sisteminin bütünlüğü
ve temel sağlık hizmetlerinin entegrasyonu ilkelerinden hareketle bir-
birlerinin işlevlerini tamamlar nitelikte faaliyet göstermeleri sağlana-
caktır. Hekim dışı sağlık personelinin kendi disiplinlerinde ürettikleri
hizmetlerin birey ve toplum sağlığını geliştirecek şekilde yönlendiril-
mesi sağlanacaktır.

Ağız ve diş sağlığı hizmetleri sağlık ocaklarında veya muayene-
hanelerinde çalışan diş hekimlerinden sağlanacaktır. Bu hizmetler ak-
tuariyel dengelerin elverdiği ölçüde sigorta fonlanınca finanse edile-
cektir. Sistemin ilaç ihtiyacı ilke olarak serbest eczaneler eliyle temin
edilecektir.

Hizmet sunumu reformunun ikinci ana ögesi hastane desantrili-
zasyonudur. Desantrilizasyon özerkleşme ve özelleşme olarak iki ana
grupta düşünülmektedir. Amaç mevcut durum tanımlanırken belirtilen
dezavantajları ortadan kaldırmaktır. Özel sektörün konuya ilgi duyması
halinde Sağlık Bakanlığı hastanelerinin işletmesinin devri veya belirli
bir süre için kiralanması ya da intifa hakkı tesis edilmesi gibi usullerle
özel hukuk gerçek veya tüzel kişilerince çalıştırılması sağlanacaktır.
Özerkleşme kavramı içinde ise hastanenin kamu tüzel kişiliğini sürdü-
rerek yönetilmesi ancak bu yönetimin bütün unsurları hastane bünye-
sinde toplanması öngörülmektedir. Bu durumda hastaneler kendi yö-
netim yapısını oluşturabilen, kendi personelini istediği sınıftan,
istediği miktarda işe alabilen ve sözleşme yaparak maaş ödeyen ku-
rumlar haline gelmektedirler. Hastaneler kredi alabilen, mal varlığı
edinip bunları satabilen mali yapıya sahip olacaktır. Sistemde bütün
hastaneler bireylere Bölge Sağlık İdareleri ile yaptıkları anlaşmalar
çerçevesinde hizmet verecek ve ücretlerini Bölge Sağlık İdarelerinden
alacaklardır. Hizmet sözleşmesi yapmak açısından kamu ve özel has-

tanelerin hiçbir farkı olmayacak, Bölge Sağlık İdareleri kaliteli ve kalitesi oranında uygun fiyatla hizmeti sunan hastane ile sözleşme yapacaktır. Bu durum hastaneler arasında hizmet açısından rekabet yaratacaktır.

Reform çalışmaları çerçevesinde hastanelerin mikro düzeyde yönetim kapasitesini geliştirecek önlemler alınmaktadır. Profesyonel hastane yöneticilerinin yetiştirilmesi, hastane yönetim yapılarının işletmecilik anlayışına uygun olarak değiştirilmesi, hastanelerde maliyet muhasebesi sistemlerinin geliştirilmesi, hastane yönetim enformasyon sistemlerinin oluşturulması bunlardan bazdandır.

Sağlık Bakanlığı hastanelerde fiziki ve hizmet standartlarını koyan ve denetleyen bir fonksiyona sahip olacak özel ve zorunlu hallerde hizmetin sunumunu sağlayacaktır.

Bu sistemde amaç maksimum verimliliği elde etmektir. Genel Sağlık Sigortasının kurulması ile bütün bireyler sağlık açısından güvenceye kavuşacaklarından hizmetin yeterli olmadığı yörelerde hastane yatırımları gerçekleşecektir. Şu anda kamu hastanelerinde maaşların genel bütçeden ödenmesi nedeni ile gereksiz personel istihdamından zarar görmeyen hastaneler, özerk veya özel hale geldiklerinde personel giderlerini kendileri karşılayacağından verimli ve üretken olmayan kişiler hastanelerde çalıştırılmaya devam etmeyecektir. Bu durumda bu tür fazla personel diğer ihtiyaç duyulan yörelere kayacak veya verimsiz çalışan kişiler üretken olmak zorunda kalacaklardır.

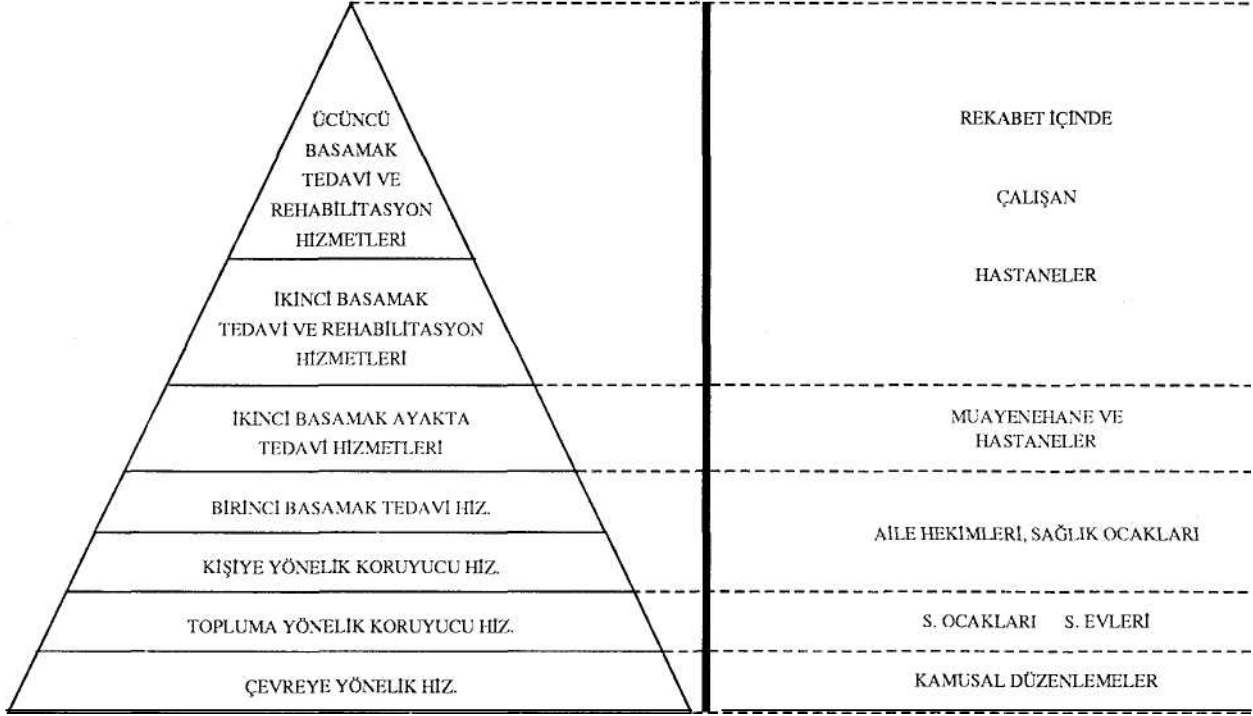
Böylece Desantrilizasyon gerçekleştiğinde hastanelerde maliyet/verimlilik hesapları önem kazanacak, rekabet unsuru nedeniyle hizmet sunumunda kalite artışı olacak, sağlık personelinin akılcı istihdamı ile yurt düzeyinde dengeli dağılımı sağlanırken aynı zamanda tatmin edici ücret almaları temin edilecektir.

Hastanelerin Desantrilizasyon ve yönetim yapılarının geliştirilmesi 6 yıllık bir program çerçevesinde 1993 Mayısından itibaren uygulamaya konulacaktır.

HİZMET SUNUMU MODELİ

SAĞLIK HİZMETLERİ

SUNULACAK OLAN KURUM



2.2. FİNANSMAN REFORMU

Bütün reform süreci sağlık hizmetleri sisteminde etkinlik ve eşitliğin artırılması yolu ile bireylere daha iyi sağlık koşullarının sunulması amacıyla tasarlanmıştır. Sağlık sektöründe kaynak kullanımının nüfus dağılımı ile ilişkilendirilmesi ilke olarak benimsenmiştir.

Mevcut durumda da belirtildiği gibi bugün Türkiye'deki nüfusun sağlık koşullarında çok büyük farklılıklar vardır. Bu farklılıklar, etkin hizmetlere coğrafi ve mali erişebilirlikle bağlantılıdır. Dolayısıyla, ortalama sağlık koşullarının iyileştirilmesinde en büyük kazanç, bugün için en az erişebilirliğe sahip nüfusun hizmetlere erişebilirliğinin artırılması olacaktır. Bu nüfus, genellikle yoksullar, halen hiçbir sigortası olmayanlar, kırsal alanda ve ülkenin doğu yörelerinde yaşayanlardır. Reformlar bütün nüfusun yararlanacağı şekilde tasarlanmıştır. Ancak, kısa vadede en fazla yararın, şu anda sağlık hizmetlerinden en düşük düzeyde yararlanan kitleler tarafından elde edilmesi hedeflenmektedir.

Sağlık Reformu çerçevesinde yapılan çalışmalar sonucunda, sağlık sigortasının Türk halkının % 100'üne yaygınlaştırılması, hedef olarak belirlenmiştir. Şu anda sağlık sigortası olmayan nüfusun büyük bir bölümü mevcut sağlık sigortası veya sosyal yardım sistemlerinden (SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve aktif devlet memurları) yararlanabilecek durumda değildir. Dolayısıyla, burada amaç sağlık sigortası olmayan kitleyi sigortalayacak yeni bir yöntem tasarlamak şeklinde ortaya çıkmaktadır.

Bu amaçla bir Genel Sağlık Sigortası (GSS) modeli tasarlanmıştır.

GSS Modelinin Temel İlkeleri Ve Özellikleri

Model, sosyal sigorta ilkelerine dayalı olacaktır.

Sistem ilk aşamada, şu anda hiçbir sağlık sigortası ya da sosyal yardım programından yararlanamayan bütün Türk vatandaşlarına açık olacaktır. Zaman içerisinde mevcut diğer sistemlerin de önerilen yeni sisteme entegrasyonu sağlanabilecektir.

Sistem, birinci basamak ve koruyucu hizmetlerden üçüncü basamak tedavi hizmetlerine kadar çeşitli hizmetleri içeren kapsamlı bir teminat paketi sağlayacaktır. Sistemin işleyişinde kaynakların akılcı ve verimli kullanımı ilkesi ile hareket edilecektir.

Primler, üyelerin ödeme gücüne göre belirlenecek, ödeme gücü tümüyle yetersiz olanlardan hiçbir katkı alınmayacaktır. Kendilerinden hiç prim alınmayacak nüfus kesimine Yeşil Kart verilmektedir.

Sistemden, primini ödeyen üye ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler yararlanacaktır.

Sistem, yeni kurulacak bir kurum tarafından idare edilecek, bu kurum başlangıçta mevcut sağlık sigortası ve sosyal yardım sistemlerinden ayrı olarak işleyecek, ancak uzun vadede bütün sigorta sistemlerinin uyumlu hale gelmesi ve bütünleşmesine olanak verecektir.

Yeni sistem üyelerden ve genel bütçeden katkıları toplayacak, ancak üyelerine doğrudan hizmet sunmakla yükümlü olmayacaktır. Sistemde toplanan primler, sigortalı nüfus adına, hizmet sunanlarla anlaşma yapacak olan Bölge Sağlık İdarelerine aktarılacaktır.

Sistemin nihai işleyişinde, tüm hizmet maliyeti, prim gelirleri ile gerekli olduğu oranda kamu finansmanı katkılarından karşılanacaktır.

Finansman düzenlemeleri, üyelerin kullandıkları hizmetlerin maliyetlerine kısmi katkılarını içerebilecektir.

Sistemin Nihai İşleyişi

Mevcut sistemden yeni sisteme geçişin, her il için aşamalı bir şekilde 3.5 yıl alacağı öngörülmektedir. Sistem, pilot ildeki uygulama başladıktan 6 yıl sonra tüm illerde tam olarak uygulanmaya başlanacaktır. İlk yıl içinde, başlangıçta bir il, daha sonra bir bölge sisteme dahil edilecektir.

Bu bölümde anlatılanlar, bütün illerde son aşamaya varılmış olduğu varsayılarak sunulmuştur. Aşamalı geçiş süreci ile ilgili düzenlemeler ayrı bir bölümde anlatılacaktır,

Sigorta Kapsamı

1999 yılına kadar Türk vatandaşlarının hemen hemen % 100'ü bir sigorta sistemine dahil olacaktır. Bu noktaya varıldığında, toplam Emekli Sandığı üyeleri ile devlet memuru sayılarının aynı düzeyde kalacağı varsayılmıştır. Öte yandan, SSK'nın üye sayısının ise aşağıdaki nedenlerden dolayı artması beklenmektedir. Birincisi, Türk ekonomisinin işgücü yapısı sürekli değişmekte ve gittikçe daha fazla oranlarda çalışan yasal olarak SSK'ya kayıtlı olması gerekmektedir. İkinci olarak, sağlık hizmetleri bedelleri en az gerçek maliyetler düzeyine çıkarıldıktan sonra, sigortası olmayanların ödemesi gereken sağlık hizmetleri bedelleri yükselecek; bu durumda, üyelikten kaçman işçi ve işveren sayısı azalacaktır. Bağ-Kur'un sağlık sigortası kapsamındaki üye sayısının ise azalacağı tahmin edilmektedir. Sonuç olarak, Türkiye nüfusunun yaklaşık yarısının yeni Genel Sağlık Sigortası'na üye olması beklenmektedir. Özel sağlık sigortası yaptırımların sayısında da bir artış olabilir. Birçok durumda bu kişiler aynı zamanda SSK gibi başka sistemlere de dahil olabilirler. Özel sigorta onlara ek yararlar sağlayacaktır.

Teminat Paketi

Yeni sisteme üye olanlar, bu sistemin öngörülen teminat paketinden yararlanacaktır. Bu paket şunları kapsayacaktır:

* Üyenin kayıtlı olduğu bir aile hekimi veya sağlık ocağı aracılığıyla, tedavi ve kişisel koruyucu hizmetler de dahil olmak üzere birinci basamak sağlık hizmetleri. (Kişilerin, birinci basamak sağlık hizmetini alırken Bölge Sağlık İdarelerinin anlaşmalı olduğu hizmet sunan birimler arasından seçme şansı olacaktır.)

* Hastanın kayıtlı olduğu birinci basamak sağlık birimi tarafından yazılan reçete ile alınacak olan, sınırlı ilaç listesindeki ilaç ve diğer tıbbi malzemeler.

* Kayıtlı olunan birinci basamak sağlık biriminin şevki ile, hastanelerde yataklı veya ayakta tedavi. (Hastanın daha ileri düzey te-

davi için uzman hekim onayı ile üniversite hastaneleri gibi üçüncü düzey tedavi kuruluşlarına şevki de mümkündür. Yurtdışı tedavi sisteme dahil değildir.)

* Dış, göz hizmetleri ve çeşitli protezlerin belirli bir kısmı.

Yukarıda tanımlanan hizmetler Bölge Sağlık İdarelerinin anlaşmalı olduğu aile hekimleri ve sağlık kuruluşları tarafından verilecektir. Bu kuruluşlara SSK hastaneleri ve özel hastaneler de dahil olacaktır. Hizmet kullanımında çok yoksul gruplar dışındaki kişilerin kısmi katkısı (co-payment) söz konusu olacaktır.

Katkılar

Ortalama bir ailenin ödemesi gereken aktüaryel primler her yıl hesaplanacaktır. Herhangi bir ailenin ödemesi gereken miktar o ailenin ödeme gücüne göre belirlenecektir. Şu anda yeşil kart kapsamındaki aileler düzeyinde geliri olanların katkısı sıfır olacaktır. Başlangıçta, SSK sağlık primlerinin, sunulan hizmetlerin aktüaryel primleri ile aynı ve da çok yakın olduğu düşünülerek, ortalama bir SSK üyesinden daha yüksek gelir düzeyindekiler için katkının, aktüaryel primin % 100'ü olması gerektiği hesaplanmıştır. Bu iki gelir düzeyi arasında çeşitli gelir dilimleri olacak ve bu dilimler içinde yer alan aileler, sisteme aktüaryel primin değişik oranlarında katkıda bulunacaklardır. Katkı miktar ile aktüaryel prim arasındaki fark kamu finansmanı yolu ile karşılanacaktır. Böylece GSS sisteminin, her sigortalı ailenin sağlık harcamalarını ödeyebilecek geliri olması sağlanacaktır.

Yeşil Kart uygulamasından alınacak sonuçlara, Türk vergi sisteminin sağladığı imkanlara ve dünyadaki uygulamaları göre, GSS primleri için esas alınacak gelir düzeyini saptayacak bir yöntem pilot il uygulamasında ortaya konulacaktır.

Primlerin toplanması için PTT, bankalar, vergi daireleri, pul sistemi veya GSS Kurumu yerel büroları kullanılabilir. Katkıların aylık ödeneceği varsayılmasına rağmen, bazı gruplar için yıllık toplam miktar ödemek daha uygun olabilir. Üyelik kartı geçmişteki ödemele-

rin yapıldığının kanıtlanması durumunda yenilenecektir. Üyelik kartlarının yenilenebilmesi için bütün ödemelerin (gecikme cezaları da dahil) yapılmış olması gerekecektir.

Sistemin Yönetimi

GSS Kurumu, yeni bir "kamu kuruluşu" olarak oluşturulacak ve üç önemli fonksiyonu olacaktır. Birinci fonksiyon, üyelere alınacak katkıların hesaplanması, toplanması ve kamu finansmanı katkısının miktarı ile ilgili tahminlerin oluşturulması ve elde edilmesi; ikincisi prim ödeme kayıtlarının tutularak üyelik kartlarının verilmesidir. Mevcut diğer sigorta sistemlerinden farklı olarak, GSS Kurumu prim gelirlerinin harcanmasından sorumlu olmayacaktır. Harcamalar Bölge Sağlık İdarelerinin görevi olacaktır. Üçüncü bir fonksiyon olarak GSS Kurumu, prim gelirlerini her ildeki üye sayısı ile orantılı olarak ilgili Bölge Sağlık İdarelerine aktaracaktır.

GSS Kurumu teşkilatında, kurum politikaları ile aktüaryel primleri belirleyecek ve Sağlık Bakanlığı ve Maliye Bakanlığı ile ilişkileri kuracak bir merkez organizasyon olacaktır. Merkez organizasyonun GSS Kurumunun şubelerine hizmet verecek veri işlem, gelir yönetimi, personel ve halkla ilişkiler gibi uzmanlaşmış destek bölümleri olacaktır. Ayrıca, Bölge Sağlık İdareleri ile bağlantıyı kuracak bölge müdürlükleri de kurulacaktır. Bütün işlemler bilgisayarda yapılacak ve GSS Kurumu idari birimleri arasında bilgisayar bağlantısı olacaktır.

GSS Kurumu, üye sayısının yüksekliğinden dolayı büyük bir kuruluş olmak durumundadır. Ancak, kurum yönetiminin ekonomik olması çok önemlidir. İdari maliyetin açıkça belirlenebilmesi için bağımsız olarak finanse edilmesi ve aktüaryel primlerin idari maliyetleri kapsamaması sağlanacaktır.

Sözleşmeler

SSK hastaneleri ve poliklinikleri çok büyük ölçüde SSK üyelerinden ve işverenlerinden toplanan prim gelirleri ile finanse edilmektedir. Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastaneleri ise, Sağlık Bakanlığı ve

ilgili kurumlarının bütçelerinden tahsis edilen paylar ile alınan ücretlerden finanse edilmektedir. Sağlık Bakanlığı bünyesindeki kurumların halen uygulamakta oldukları fiyat yapısı ortalama olarak gerçek maliyetlerin üçte biri düzeyindedir. GSS sistemi tümüyle uygulamaya girdiğinde, bu kurumlarının mevcut gelirleri, Bölge Sağlık idareleri ile yapılan sözleşmeler çerçevesinde elde edilen gelir ile yer değiştirecektir. Bu durumda, sadece sigorta kapsamı dışındakiler ve sigorta sevk zinciri dışında hareket edenler, kullandıkları hizmetlerin gerçek maliyetlerinin tümünü kendileri karşılayacaktır. Bölge Sağlık idareleri, GSS Kurumundan ve diğer sigorta sistemlerinden her ildeki üye sayısı ile orantılı olarak prim geliri elde edecektir. Her Bölge Sağlık prim gelirlerini sigortalı nüfusun ihtiyaçlarının karşılamak için kullanacak ve kaliteli ve ucuz hizmet sunan hastane ve birinci basamak sağlık kuruluşları ile sözleşmeler yapacaktır. Bunlar Sağlık Bakanlığı, üniversite hastaneleri, SSK hastaneleri ve poliklinikleri, özel hastane ve doktorlar veya sözleşme yapmak isteyen diğer sağlık kuruluşları olabilir. Değişik gruplarla anlaşmalar yapılması hizmet sunucular arasında rekabet yaratacak ve bu durum çeşitli yararlı sonuçlar doğuracaktır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri için ödemeler " Per kapata" (kişi başına) esasına göre yapılacaktır. Bu düzenlemeye göre, sağlık ocağı veya aile hekimi kendisine kayıtlı her üye için her ay belirli bir ücret alacaktır.

Hastanelere ödemeler başlangıçta blok sözleşmeler yoluyla olacak, daha sonra ise değişik sözleşme şekilleri geliştirilecektir. Sözleşmeler yapma yetkisinden ötürü, Bölge Sağlık İdarelerinin sigortalı nüfus adına hizmetin bedelini ödeyen ve nüfusun ihtiyaçlarına göre hizmetlerin geliştirilmesinin planlanmasından ve denetiminden sorumlu olan kuruluşlar olarak ikili bir rolü olacaktır. Bölge Sağlık İdareleri, gelişmesi arzu edilen hizmet sunucularla sözleşmeler yapmak ve mevcut ihtiyaçlarının karşılanmadığı yerlerde yatırımları gelişmesi istenilen hizmetlere yönlendirmek yolu ile gelişme ve yatırım planlandı yönlendireceklerdir.

Finansman

Mevcut durum açıklanırken Türkiye'de sağlık harcamalarının bugünkü düzeyi ile iki saptama yapılmıştı: Kendi ekonomik düzeyindeki bir ülke için, Türkiye'nin toplam sağlık harcamaları çok düşük (GSMH'nın % 2,5-3 kadarı) bir düzeydedir. Toplam harcamaların içinde kamu harcamalarının payı da olması gerekenden küçüktür (% 50 civarında). Ayrıca, mevcut harcama şekli, eşitlik ve etkinlik kriterlerine göre de çok başarılı değildir. Sağlığa yapılan kamu harcamalarının göreceli olarak küçük bir bölümü yoksul ve kırsal nüfus için kullanılırken, büyük bir oranı büyük şehirlerde yaşayan ve göreceli olarak daha iyi koşullarda istihdam edilmiş olan nüfus tarafından kullanılmaktadır.

Reformların asıl amacı bu koşulların değiştirilmesidir. İki ana kaynaktan karşılanarak, toplam harcamaların miktarı artırılabilecektir: genel bütçeden sağlığa ayrılan payın artırılması ve GSS kapsamına girenlerden toplanacak primler. Bütçeden gelecek sübvansiyonun Sağlık Bakanlığı aracılığıyla aktarılacağı varsayılırsa, bu durumda Sağlık Bakanlığı bütçesinin artırılması gerekecektir. Her ne kadar Bakanlık, hastanelerin işletme bütçelerini karşılamak durumunda olmayacaksa da, kullanım oranları ve hizmet standartları yükseleceğinden sistemin toplam maliyeti artacaktır. GSS'na yapılacak sübvansiyonun, işletme maliyetinden yapılacak tasarrufu geçeceği tahmin edilmektedir. ayrıca, reform sürecini desteklemek için Bakanlık bütçesinde artırılması gereken başka kalemler de vardır:

Bina ve donanım için sermaye yatırımları Sağlık
personelinin eğitimi Genel kamu sağlığını koruyucu
hizmetler Sağlık enformasyon sisteminin işletilmesi
Kalite güvencesi ve sağlık hizmetleri araştırmaları

Düşük yoğunluklu ve uzak illerdeki hizmetlerin işletme maliyetlerini desteklemek için sübvansiyonlar.

Sağlık Bakanlığı bütçesindeki artış, hem toplam harcamaları, hem de toplam sağlık sektörü harcamaları içinde kamu harcamalarının payını artıracaktır. Bölge Sağlık Müdürlüklerine aktarılan prim gelirleri her ildeki nüfusa orantılı olacağı için harcamaların coğrafi dağılımı da daha eşitlikçi olacaktır. GSS uygulaması ile, mevcut "Hizmetlerin Sübvansiyonu" yaklaşımından "Kişilerin Sübvansiyonu" sistemine geçileceği için, kamu tarafından karşılanan sübvansiyonların dağılımı da iyileştirilmiş olacaktır. Her kişinin elde edeceği toplam sübvansiyon miktarı açık bir şekilde kişinin gelir düzeyine bağlı olacaktır. Yoksullar, durumu daha iyi olanlara göre daha fazla sübvansiyon edilecektir. Böylece sistem, toplumdaki gelir dağılımı üzerinde düzeltici bir etki yapacaktır. GSS sistemi, harcamaların etkinliğini de iki nedenden ötürü artıracaktır. Birincisi, hizmet sunanlar arasındaki rekabet onları daha ucuza daha iyi hizmet vermeye yönlendirecektir. İkincisi, Bölge Sağlık İdareleri aracılığı ile gereksiz hastane kullanımı kısıtlanarak birinci basamak sağlık hizmetinin geliştirilmesi teşvik edilmiş olacaktır. GSS sisteminin uygulamaya konulması ve buna bağlı sağlık hizmetleri reformları Türkiye'de sağlık finansmanındaki değişimin bir göstergesi olacaktır.

GSS, günlük hizmet alımları için yeterli finansmanı oluşturacak kadar prim toplayacak, gerekenden fazla prim toplayarak rezerv biriktirmeyecektir. Nüfusun yaşlanması nedeniyle gelecekte sağlık hizmetleri kullanımının veya tedavi masraflarının artacağı bekleniyorsa, artan maliyetler daha yüksek primler veya daha fazla sübvansiyonla karşılanacaktır. Sistem, sadece sağlık hizmeti sunanların gerçek maliyetlerini karşılayacak şekilde tasarlanmıştır. Ancak, ileride sermaye maliyetleri de dahil edilecek şekilde düzenlenebilecektir.

GSS'nin prim geliri, aktüaryel primin düzeyi ve üyelik sayısına bağlı olacaktır. Aktüaryel prim, sağlık hizmetlerinin ortalama kullanım düzeyinde, ortalama hizmet paketinin gerçek maliyetini kapsaya-

cak miktarda olacaktır (primler, yönetim ve sermaye maliyetleri ile rezervleri kapsamayacaktır). Primlere ek olarak, satın alınan çeşitli hizmetlere kişinin katkısı, sistem için esnek bir regülatör olarak kullanılacaktır. GSS Kurumunun prim geliri, her ildeki üye sayısı esas alınarak Bölge Sağlık İdarelerine aktarılacaktır. Dolayısıyla prim hesabı kendiliğinden dengelenen bir hesap olacaktır.

GSS'mın Diğer Sigortalılara Etkisi

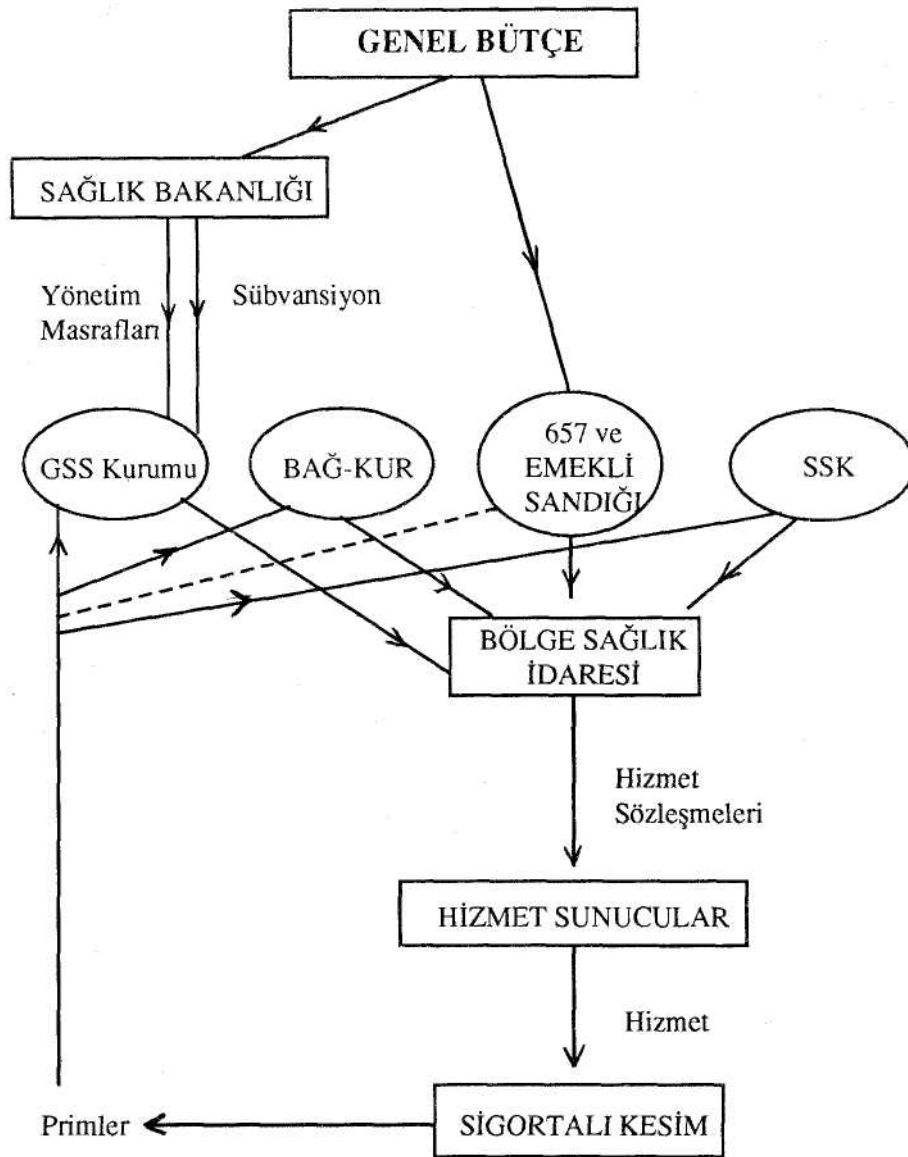
GSS Kurumunun bir sigorta kuruluşu olarak SSK'ya etkisi, geçiş düzenlemeleri bölümünde tanımlanan tam bütünleşmeye geçişe kadar az olacaktır. Sistemin SSK üzerindeki en önemli etkisi, hizmet ücretleri gerçek düzeyine çıkacağından ve dolayısıyla ciddi biçimde artacağından SSK'ya borçların ödemeyen veya üyelikten kaçanların üyelik için başvurmaları olacaktır. Sistemin Emekli Sandığı ve aktif devlet memurlarının kapsandığı sistemler üzerindeki etkisi ilk aşamada daha hissedilir olacaktır. Artan maliyetlerin kamu finansmanı veya üyelerin katkılarının artırılması yolu ile karşılanması gerekecektir. Bağ-Kur da aynı şekilde etkilenecektir. Ancak Bağ-Kur'un daha yüksek hizmet ücretlerini karşılayabilmesi için primleri yükseltip yükseltmeyeceği konusu çok açık değildir.

GSS'nın Hizmet Verenler Üzerindeki Etkisi

Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastaneleri, yeni düzene geçişten ilk etkilenenler olacaktır. Sonuçta bütün kamu sektöründe hizmet sunan kuruluşların gelirleri, büyük ölçüde Bölge Sağlık İdarelerinden sözleşmeler yoluyla elde edecekleri kazançlara bağlı olacaktır. Hizmetlerin finansmanındaki bu değişiklikler hizmet sunucuların yönetimini de etkileyecektir. Hizmet sözleşmelerinin, mevcut uygulamadaki bütün kamu sektöründe hizmet verenlerin tüm kontrolünü elinde bulunduran merkezi yönetimle değil, yerel kurum yöneticileriyle yapılacağı açıktır. Yönetim sorumlulukları ve işleyiş şeklinde de büyük değişiklikler olacaktır. Bu kapsamda, Sağlık Bakanlığının, hastanelerini özertleştirmek, ve özelleştirmek konusunda hazırlık içindedir. Yeni mülkiyet biçimleri ile sağlık çalışanlarının farklı bir yasal statüde ol-

malan. Bu değişikliklerin uzun vadeli bir sonucu olarak sağlık personeli için daha liberal bir işgücü piyasası sistemi ortaya çıkacaktır. Bu durumda, sağlık çalışanları emeklerinin karşılığını almak için pazarlık etme gücüne sahip olacaklardır. Sistemin idari yapısındaki düzenlemeler ve "merkezi bütçe yolu ile kontrol" düzeninden, "sözleşmeler yolu ile kontrol" düzenine geçiş, Sağlık Bakanlığı'nın kendi rolünde de önemli değişiklikler yaratacaktır.

GSS SİSTEMİNİN NİHAİ İŞLEYİŞİ



Geçiş Dönemi Düzenlemeleri

Geçiş dönemi düzenlemelerinin başlıca iki yönü vardır: her ilin kendi içindeki aşamalı geçişi ve GSS'nın aşamalı olarak diğer iller ve bölgelere yaygınlaştırılması. Öncelikle pilot ilde olmak üzere, her ilde aşağıdaki aşamalar öngörülmektedir:

Aşama 1 Bu aşamada, GSS, aile hekimleri ve sağlık ocaklarına yapılacak ödemeler (Per kapata) ile hastane hizmetlerine mevcut fiyatlar üzerinden yapılacak ödemeleri karşılayacak ölçüde prim toplayacak; Bölge Sağlık İdareleri sadece GSS üyeliği için ve çoğunlukla Sağlık Bakanlığı kuruluşları ile anlaşmalar imzalayacaktır. (Aşamanın süresi: 18 ay)

Aşama 2 Aile hekimliği uygulaması Aşama 1'deki şekli ile devam edecek, fiyatlar hastanelerin gerçek maliyetlerinin % 60'ı civarına, primler yeni ücret düzeyini karşılayacak şekilde yüksетilecek. Bölge Sağlık İdareleri Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve devlet memurları yönünden ilgili kamu kurum ve kuruluşları ile de anlaşmalar imzalayacak bazı SSK ve özel sağlık kuruluşları ile de anlaşmalar yapılabilecektir. (Aşama süresi: 24 ay)

Aşama 3 Fiyat düzeyi hastanelerin gerçek maliyetlerinin % 100'ü düzeyine yükseltilirken, primlerde orantılı olarak yükselcektir; Bölge Sağlık İdareleri bütün hizmet sunanlarla tüm sigortalı nüfus adına anlaşmalar imzalayacaktır.

Hedef tarih, Mayıs 1993'te pilot ilde 1. Aşama başlatılacaktır. Daha sonra sistem tedrici olarak diğer illere yayılacaktır.

GEÇİŞ DÖNEMİ AŞAMALARI

AŞAMALAR	HİZMET FİYATLARI VE PRİM DÜZEYİ	BSİ SORUMLULUK ALANI	SÖZLEŞME KAPSAMI
AŞAMA 1(18 AY)	Mevcut Hizmet Fiyatları (Maliyetlerin 1/3 kadarı); Fiyatları Karşılacak Düzeyde Prım	Sadece GSS Üyeleri	Aile Hekimleri ve Sağlık Bakan lığı Kuruluşları
AŞAMA 2 (24 AY)	Hizmet. Fiyatları Maliyetlerinin 2/3 Kadarı; Yeni Fiyatları Karşılacak Düzeyde Prım	GSS Üyeleri, Bağ-Kur, Emekli Sandığı, Aktif Devlet Memurları	Aşama 1'e Ek Olarak SSK ve özel Sağlık Kuruluşları
AŞAMA 3	Hizmet Fiyatları Maliyetlerin % 100'ü; Maliyetlerin Tümüni Karşılacak Düzeyde Prım	Tüm Sigortalı Nüfus	Tüm Hizmet Sunucuları

GEÇİŞ DÖNEMİNE İLİŞKİN DÜZENLEMELER

BÖLGELER	GEÇİŞ DÖNEMİ AŞAMASI						
	1903	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Pilot il	1	1	2	2	3	3	3
Pilot Bölge		1	1	2	2	3	3
Tüm iller			1	1	2	2	3

2.3. SAĞLIK İNSANGÜCÜ REFORMU

Reform çalışmaları çerçevesinde Türkiye'nin 25 yıllık projeksiyonlarla sağlık insan gücü planlaması yapılmaktadır. Sayısal (nüfus/personel) esasları değil, işgücü esasına dayanan bu planlarda epidemiyolojik, demografik verilerle hizmet kullanımı araştırmalarına dayanılmaktadır. Bu planlama ile sağlık insan gücü piramidi düzeltilecektir.

Sağlık personelinin eğitimi temel sağlık hizmetleri göz önüne alınarak irdelenmekte, müfredat programları yeniden hazırlanmaktadır. Bu kapsamda tıp eğitiminin ülkemizin yeni sağlık sistemine uyum sağlayacak tarzda düzenlenmesi için gereken değişiklik hazırlıkları yapılmaktadır. Hemşirelik ve ebelik eğitimi liseye temellendirilmektedir.

Sağlık meslek gruplarının görev, yetki ve sorumlulukları yeniden düzenlenmektedir.

Sağlık insan gücü istihdamında merkeziyetçilik bırakılmakta liberal bir işgücü pazarı oluşturacak sözleşmeli personel anlayışına dayalı bir sistem geliştirilmektedir. Ücretlendirme politikası personelin ülke geneline dengeli dağılımı sağlayacak şekilde hazırlanmaktadır. Amaç hiçbir zorlayıcı önlem kullanılmadan ülkenin sağlık açısından dezavantajlı yörelerinin ihtiyacını karşılamaktır.

Mezuniyet sonrası sürekli eğitimin kurumsallaştırılması için meslek örgütleri ile işbirliği içinde programlar geliştirilmesi sağlanacaktır. Bu programların kredilendirme esasına dayanması planlanmıştır.

Türkiye'nin çok ihtiyaç duyduğu yeni tip sağlık insan gücünün geliştirilmesi için çalışmalar planlanmıştır. Sağlık planlamacıları, sağlık finansmanı uzmanları, sağlık ekonomistleri, sağlık enformasyon uzmanları gibi hemen hemen hiç bulunmayan insan gücü yanında epidemiyolog, tıbbi istatistikçi, hastane yöneticisi gibi az bulunan insan gücü tiplerinin yetiştirilmesine yönelik tedbirler alınmaktadır.

Sağlık insan gücü de ilgili reform çalışmalarının en önemli bölümünü planlama metodlarının ve kriterlerinin geliştirilmesi oluşturmaktadır. Sağlık insan gücü tip ve miktarının ihtiyacını dinamik olarak belirleyecek planlama teknikleri ve bu planlamayı yapacak uzmanlık alanları geliştirilmektedir. -

2.4. YÖNETİM REFORMU

Sağlık Bakanlığı'nın merkez ve taşra örgütü yeniden organize edilmektedir. Temel ilke yönetimin yerinde sağlanmasıdır. Dünya'da ve Türkiye'deki hızlı demokratikleşmenin başlıca gereği olan yeriden yönetimin gerçekleştirilebilmesi için gerek planlama ve kaynak dağılımında, gerek kaynakların kullanımında yerel karar mekanizmalarının çalıştırılması öncelikli bir şarttır. Halkın sağlık yönetimine katılması bu kapsamda geliştirilmektedir.

Sağlık Bakanlığı'nın idari anlamda ilçe düzeyinde örgütlenmesi için İlçe Sağlık Müdürlükleri kurulmaktadır. Nüfus kriteri olmaksızın, idari teşkilat yapısında ilçe olarak belirlenmiş her birimde İlçe Sağlık Müdürlüğü kurulacaktır. İl Sağlık Müdürlüklerinin de merkezin yeni yapısına uygun olarak şekillenmesi sağlanmaktadır. (Aslında merkez ve taşra örgütlerinin organizasyonu karşılıklı olarak birbirini etkilemektedir.)

Yönetim reformu ile birlikte bugün bulunmayan bir yönetim seviyesi yaratılmaktadır: Bölge Sağlık İdareleri.

BSİ' nin kimi fonksiyonları hizmet sunumu ve finansman reformları anlatılırken açıklanmıştı. Bölgeler oluşturulurken nüfus, coğrafi şartlar, ulaşım, optimum yönetilebilirlik büyüklüğü, sağlık koşulları, ekonomik ve sosyal faktörler, mevcut sağlık alt yapısı, sağlık insan gücü gibi kriterler göz önünde tutulmuştur. Amaç sevk zinciri içerisinde üçüncü basamak hizmetleri de içine alacak bir bütünlük oluşturmak ve merkezdeki karar yoğunluğunu desantrilice etmektir. TSİ'leri sigorta kuruluşlarından aktarılan fonlarla bölgedeki sigortalılar için hizmet sac-

2.6. SAĞLIK ENFORMASYON SİSTEMİ

Reform çalışmaları çerçevesinde bir sağlık enformasyon sistemi kurulmaktadır.

Yönetim süreci içerisinde önceliklerin belirlenmesi, eldeki para, insan gücü, malzeme gibi kaynakların bu önceliklere göre nasıl kullanılacağına yönelik kararlar silsilesi vardır. Yöneticiler bu kararları alırken gereken bütün bilgilerle donanmış olmalıdır. Bilgi ise toplanan verilerden elde edilir. Öncelikle hangi karar için hangi bilgiye ihtiyaç olduğunun tespiti, bu bilgiyi elde etmek için hangi verilerin toplanacağına ortaya konulması gerekir. Daha sonra bu veriler toplanır, işlenerek bilgi haline getirilir ve her düzeydeki yöneticinin kendi sorumluluk alanları ile ilgili kararları almaları için kullanılır. İşte bu sistemin tümüne Sağlık Enformasyon Sistemi (SES) denir.

* Her kademedeki sağlık yönetim kararları bilgiye dayanmalıdır. Sübjektif gözlemler, kişisel kanılarla, objektif nedenlere dayanmayan yönetim kararlarından uzak kalınmalıdır. Veriler, zamanında, doğru, tam olarak toplanmalı, bunlardan elde edilecek bilgiler yararlı ve kullanılabilir olmalıdır. Çok fakat gereksiz veri yerine, seçilmiş ve etkili veri toplanmalıdır. Bilgi izleme sürecinde maliyet/etkililik esaslarına bağlı kalınmalıdır.

* Kurulacak olan SES, diğer ulusal kurumlardan gerekli verileri alabilecek ve onlara da aktarımda bulunabilecektir. Sistem dağıtılmış (distributed) bir yapıya sahip olacak bilgilerin gerekli hız ve sürede yayılması (dissemination) sağlanacaktır.

* Hastalık, sakatlık, sunulan hizmetlerin kalitesi, ulaşılabilirliği, uygunluğu gibi konularda daha iyi göstergeler geliştirmek amacıyla sağlık durumunun ve sağlık kaynakları ile bunların kullanımı konularına ilişkin olarak olağan veri toplama faaliyetlerinin enformasyon ihtiyacını karşılamadığı durumlarda sayım, anket vb. gibi araştırmalar yapılacaktır.

* Bilgiler halkın, araştırmacıların, planlamacıların kullanımına açık olacak, başka ülkelerle sağlık enformasyonu alışverişinde bulunulacaktır.

* Bu amaçlarla Sağlık Bakanlığı'nda bu fonksiyondan sorumlu bir birim oluşturulmaktadır.

* Sağlıkla ilgili tüm veri toplama ve bilgi işlem prosedürleri gözden geçirilerek bir SES master planı hazırlanmaktadır.

* SES için gerekli olacak yazılım ve donanım birimlerinin teknik özelliklerinin belirlenebilmesi için teknik olurluk, sistem analizi, sistem tasarımı ve gerçekleştirim aşamalarından geçilerek modüler olarak büyüyebilir özellikte sistemler oluşturulmaktadır.

* Kurulacak olan sistemin diğer ülkelerle özellikle Dünya Sağlık Teşkilatı'nın Avrupa bölgesi ülkeleriyle uyumlu olması sağlanacak, Türkiye'nin bu konudaki bilgi birikimi diğer Türk Cumhuriyetleri'ne aktarılacaktır.

SES'nin stratajik planlama çalışması 1992 yılı içinde bitirilmektedir. 1993 yılı içerisinde alt sistem detaylandırılmalan yapılırken sınırlı pilot uygulamalardan sonra 1994 yılında sistem yapılmaya başlanacak 1997 yılına kadar tüm ülkede işler hale getirilecektir.

2.7. ULUSAL SAĞLIK AKADEMİSİ

Sağlık reformlarına gerekli bilimsel desteğin sağlanabilmesi, Ulusal Sağlık Politikasının günün koşullarına göre değerlendirilerek yönlendirmelerin yapılabilmesi amacı ile Sağlık Bakanlığı bünyesinde, bilimsel olarak özerk, katma bütçeli bir bağlı kuruluş niteliğinde "Ulusal Sağlık Akademisi" kurulmaktadır.

Ulusal Sağlık Akademisi'nin esas fonksiyonları şunlar olacaktır:

Vatandaşların sağlık hakları ile ilgili düzenleme ve gelişmeleri takip etmek.

Ulusal Sağlık Politikası çerçevesinde stratejiler geliştirmek.

Sağlık Politikası'nın dinamik bir yapıya kavuşmasını sağlamak üzere geriye yönelik değerlendirmeler yapıp geleceğe yönelik alternatifler hazırlamak.

Politika ve strateji geliştirme ve öncelikleri tespit amacıyla gerekli araştırma sahalarını belirlemek, araştırmalar yapmak ve yapılmasını teşvik etmek.

Her dalda sağlık insangücüne yönelik planlamaları yapacak kriterleri tespit etmek, eğitim standartları geliştirmek, mezuniyet sonrası eğitim programları düzenlemek.

Gıda, ilaç, biyolojik ürünler, çeşitli kimyasallar gibi insan sağlığı ile ilgili maddelerin kontrolünü yapmak ve yaptırmak, bunlarla ilgili standartları geliştirecek düzenlemeler yapmak ve bu konuda referans kuruluş olmak.

Sayılan bu fonksiyonları yerine getirirken ülke içinden ve dışından kurum ve kuruluşlarla koordinasyon ve işbirliği kurmak.

Ulusal Sağlık Akademisi yeni halk sağlığı konseptinin Türkiye'ye taşınmasında ve uygulanmasında rol oynayacak sağlık pencerelerini bütün dünyaya açacaktır.

Akademinin fizibilite çalışmaları 1993 yılı içinde bitirilecek, 1997 yılında tüm fonksiyonları ile hizmet vermesi sağlanacaktır.

SONUÇ

Türkiye, halkının daha sağlıklı ve uzun bir ömür sürmesi için gereken sağlık hizmetlerini sunacak imkanlara sahiptir. Bu imkanların kullanılarak gerekli kaynakların harekete geçirilmesi akılcı politikaların uygulanmasına bağlıdır. Akılcı bir politikanın ön şartları şunlardır:

- a) Bulunulan noktayı doğru tespit etmek,
- b) Amaçları doğru tespit etmek,
- c) Bulunulan noktadan amaca yönelik en kısa, en ucuz ve en etkili yolu bulmak; bu yolu bulurken kaynaklar arası optimum dengeyi sağlamak,
- d) Katedilecek mesafe için gereken kaynak ihtiyacını (zaman, insan gücü, para, malzeme vb.) gerçekçi olarak hesaplamak,
- e) İhtiyaçların sonsuz, kaynakların sınırlı olduğunu göz önünde bulundurarak öncelikleri ülke koşullarına göre en doğru şekilde tespit etmek,
- f) Aksiyon planlarını gerçekçi olarak hazırlamak,

Yukarıda sayılan 6 aşama sağlıklı bir planlama çalışmasının temel unsurlarıdır.

Türkiye Sağlık Reformu bu ana mantıkla hazırlanmış toplumdaki sağlık açısından eşitsizlikleri ortadan kaldıracak mekanizmaları geliştirecek tarzda planlanmıştır. Başarıya ulaşmak için gereken tek şey reform çalışmalarına süreklilik kazandırmak ve bu reformu bir Devlet Politikası haline getirmektir.