



TÜRKİYE CUMHURİYETİ SAĞLIK BAKANLIĞI

European
Observatory
on Health Systems and Policies

Politika Belgesi **Sağlık Hizmetlerinde** **Kapasite Planlama**

Uluslararası Deneyimlerin İncelenmesi

Stefanie Ettelt
Ellen Nolte
Sarah Thomson
Nicholas Mays
ve Uluslararası Sağlık
Hizmetleri Karşılaştırma Ağı

REFİK SAYDAM HIFZISSIHHA MERKEZİ BAŞKANLIĞI
HIFZISSIHHA MEKTEBİ MÜDÜRLÜĞÜ

Politika Belgesi

Sağlık Hizmetlerinde Kapasite Planlama

(Uluslararası Deneyimlerin İncelenmesi)

Stefanie Ettelt

Ellen Nolte

Sarah Thomson

Nicholas Mays

ve Uluslararası Sağlık

Hizmetleri Karşılaştırma Ağı

Sağlık Hizmetlerinde, Kapasite Planlama: Uluslararası Deneyimlerin İncelenmesi başlıklı bu kitap, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi tarafından Avrupa Sağlık Sistemleri ve Politikaları Gözlemevi adına 2008 yılında İngilizce olarak basılmıştır.

© Dünya Sağlık Örgütü 2008, Avrupa Sağlık Sistemleri ve Politikaları Gözlemevi adına

Bu çeviri Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi ile Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü arasında yapılan anlaşma uyarınca yayımlanmaktadır.

Çevirinin doğruluğu, bu yayının çevirisini yapanlara aittir,

© Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, 2010

Issued in English by the WHO Regional Office for Europe, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies in 2008 under the title Capacity planning in health care: a review of the international experience.

© World Health Organization 2008, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies

This translation is published in accordance with the agreement made with WHO Regional Office for Europe and The Ministry of Health of Turkey, Refik Saydam Hygiene, Center Presidency, School of Public Health.

The translator of this publication is responsible for the accuracy of the translation,

©The Ministry of Health of Turkey, Refik Saydam Hygiene, Center Presidency, School of Public Health, 2010

Tüm hakları Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğüne aittir. Kaynak gösterilmeksizin alıntı yapılamaz. Alıntı yapıldığında kaynak gösterimi: "editör/yazar adları, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı, basım yeri, basım yılı" belirtilmesi şeklinde olmalıdır. 5846 sayılı yasa gereği Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğünün onayı olmaksızın tamamen veya kısmen çoğaltılamaz.

ISBN No : 978-975-590-309-5

Sağlık Bakanlığı Yayın No : 785

HMM Yayın No : 2010-22

Baskı : Onur Matbaacılık Ofset Tanıtım Hizmetleri Ltd. Şti.
Matbaacılar Sitesi 35.Cad. 558 Sk. No:47 İvedik/Ankara
Tel: 0 312 394 08 90, Faks: 0 312 394 08 91



Baş Editör

Prof. Dr. Recep AKDAĞ

Editörler

Dr. Salih MOLLAHALİLOĞLU

Dr. Hakkı GÜRSÖZ

Uz. Dr. Banu AYAR

Yayına Hazırlayanlar

Dilek GENÇER ÖZTEKİN

Hüseyin KOCAKULAK

Redaktörler

A. Arzu ÇAKIR

Hüseyin GÜÇ

Ayşen OCAKTAN

Sunuş

Sağlık doğuştan kazanılan bir haktır ve sağlık hizmetinin herkese eşit olarak ulaştırılacak bir biçimde örgütlenmesi zorunludur. Sosyal güvenlik, adalet ve eşitlik ilkelerine uygun olarak herkese sosyal sağlık güvencesi sağlanmalı; herkes sağlık hizmetlerine kolay erişebilmeli; kişilere verilen sağlık hizmetleri çağdaş düzeyde ve etkili olmalıdır.

Kapasite planlama, sağlık hizmeti sunumunu gerçekleştirmek üzere gerekli insan, makine ve fiziksel kaynakları tespit etme sürecidir. Kapasite, bir sistemin bir işi yapabileceği en iyi değer olarak belirlenmektedir. Kapasite planlama ise, eldeki mevcut kapasitenin ölçülerek, sağlık hizmeti üretim ihtiyaçları ile uyum içinde olacak şekilde kaynakların uygun seviyelerinin belirlenmesi sürecidir.

Kapasite kontrolü, sağlık sisteminin çıktılarının takibi, mevcut kaynakların planı ile karşılaştırılması, değişikliklerin önceden belirlenen tahminleri aşıp aşmadığının belirlenmesi ve düzeltici faaliyetlerin yapılmasını sağlama süreci olarak tanımlanabilir. Mevcut kapasitenin hangi hizmet gruplarında ne düzeyde yer alacağı, ülke çapında coğrafi olarak hangi oranlarda dağıtılacağı ve hizmet sunumu esnasında nasıl çalışması ve yönetilmesi gerektiği, politika yapıcılar için kapasite planlama sürecinde alınması gereken önemli kararları oluşturmaktadır.

Birçok ülkede, sağlık hizmeti ile ilgili kapasite planlama; hükümetin sağlık sistemleri içindeki çeşitli kademelerini yansıtabacak biçimde ulusal, bölgesel ve yerel düzeyde gerçekleştirilmektedir. Kavramsal olarak planlama, iki farklı işlev ile ilişkilendirilir: stratejik planlama ve operasyonel planlama. Stratejik planlama, çerçeve oluşturmayı, sağlık sisteminin ilkelerini ve genel yaklaşımını tanımlamayı kapsar. Operasyonel planlama, stratejik planlamanın faaliyete dönüştürülmesidir.

Kapasite planlama kararları, toplumun ihtiyacı olan sağlık hizmetleri talebini karşılamak amacıyla, arza ait kaynakların ülke sathında uygun bir şekilde örgütlenerek, sağlık ihtiyacının etkili ve verimli bir şekilde karşılanması açısından önemli bir araçtır. Aynı zamanda bu kararların, değişen zaman ve farklılaşan ihtiyaçları karşılayacak şekilde esneklik taşıması, süreçte yaşanan zorluklara göre değiştirilebilir olması da önem taşımaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) vizyonundaki Sağlık Bakanlığı; politikalar geliştiren, standartlar koyan ve denetleyen bir konumda olup ülkemizin, kamu veya özel, sağlığa ayırdığı kaynakların etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde kullanılmasını sağlamak üzere yönlendirmeler yapacaktır. Bu anlayışın bir ürünü olarak, Sağlık Bakanlığına bağlı kuruluşların yerinden yönetim ilkeleri doğrultusunda yapılandırılması sağlanacak ve Bakanlık, planlama yapan stratejik bir örgüt yapısına kavuşturulacaktır. Böylece Sağlık Bakanlığı, Anayasa’da tanımlandığı şekli ile, devletin sağlık sektörünü “tek elden planlama” görevini yerine getirecektir.

Ülkemizin sağlık seviyesinin yükseltilmesi ve toplumun sağlık ihtiyacının en uygun şekilde karşılanması amacıyla, kapasite planlama konusunda hem uluslararası deneyimlerden faydalanmak hem de yurt içindeki bilgi birikimini faaliyete geçirerek, ülkemiz için günün ihtiyaçlarına cevap verecek bir model oluşturmak SDP’nin öncelik verdiği konulardan biridir.

Sağlık Bakanlığımız tarafından uygulanmakta olan SDP kapsamında yapılacak çalışmalarda kaynak olarak kullanılması açısından bu kitabın faydalı olacağına inanıyoruz. Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü ihtiyaç duyulan konularda, bu tür yayınları Türkçeye kazandırmaya devam edecektir.

Prof. Dr. Recep AKDAĞ
Sağlık Bakanı

Ön Söz

Tüm sağlık sistemlerinin temel amacı; sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği ve bu hizmetlerden eşit yararlanmayı artırıp birinci basamak sağlık hizmetlerine öncelik vererek kişilerin yaşam kalitelerini ve hayat standartlarını yükseltmektir.

Yüksek gelirli ülkelerin çoğunda sağlık sistemleri, nüfusun tamamına kapsamlı bir dizi hizmet sunmayı; kalite, eşitlik ve duyarlılık standartlarını korumayı amaçlar. Yaklaşımlar arasında geniş ölçüde farklılıklar olmasına rağmen, sağlık hizmetlerine finansman sağlanmasına ve bu hizmetlerin düzenlenmesine ilişkin genel bir çerçeve oluşturulması ile ilgili sorumluluk, çoğu zaman merkezi yönetime aittir.

Sağlık hizmetleri sahip olduğu temel özellikleri nedeniyle kamu otoritesinin planlama ve denetim alanına dahildir. Hastalıkların tedavisinin hastaya sağladığı özel yarar yanında toplumsal yararının da olduğu ortaya konulmuştur. Sağlık hizmeti kamu ekonomisi alanı içerisinde devlet tarafından planlanmaktadır. Tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetleri hem kamu sektörü hem de özel sektör marifetiyle topluma sunulmaktadır.

Ancak, sağlık sisteminin yönetimi, çoğu kez bölgesel idarelerce de paylaşılır. Gelişmekte olan ülkelerin temel amacı; sağlık hizmetlerinin yaygın, hakkaniyetli olmasını ve kısıtlı bütçelerine rağmen daha etkin olmasını sağlamaktır.

Sağlık hizmetinin toplumsal ve küresel özellikler taşımasına bağlı olarak etkinlikle sunulması ve bu alanda sahip olunan kaynakların uygun şekilde dağılımı oldukça önemli bir konudur. Sektör analizleri ve saha çalışmaları bu konuda etkinliği sağlamada yardımcı olabilmektedir. Diğer yandan, sağlık hizmetinin sunumu için yapılan sağlık harcamaları, politika belirleyicilerin üzerinde önemle durması gereken bir konu olarak özellikle son yıllarda büyük önem kazanmıştır. Devletin sağlık hizmetinin sunumu için yaptığı harcamalar ile birlikte; bu alanda yaptığı araştırma ve geliştirme harcamaları da önemli bir yere sahiptir.

Sağlık sektörünün finansmanı ve sunumu için ayrılan kaynakların, tüm ülke düzeyinde eşit biçimde, etkili, verimli, ekonomik nitelikte sağlık hizmeti üretecek ve sağlık göstergelerini çağdaş ülkeler düzeyine yükseltecek bir biçimde kullanılması da sağlık sektörü reform çalışmalarının temel amacını oluşturmaktadır.

Sağlık sektörü kaynaklarında planlama, rasyonel bir yönetim biçiminin temelidir. Sağlık sistemi adına karar alıcılar ve politika yapıcılar, bu yöntem sayesinde ne yapacağını ve neler yapmak istediğini önceden düşünme olanağı bulur. Bu nedenle planlamayı “çalışma planını önceden belirten bir analiz” olarak da düşünmek mümkündür. Planlı çalışma benimsendiği zaman, isabetli karar almak için düşünme ve değişik çözüm yollarını inceleme olanağı bulunur.

Bu politika belgesinde, sağlık hizmeti yönetiminin çok önemli bir birleşeni olan kapasite planlama konusundaki yaklaşımlar incelenmektedir. Ayrıca bu belgede Kanada, Danimarka, İngiltere, Finlandiya, Fransa, Almanya, İtalya, Hollanda ve Yeni Zelanda gibi çeşitli ülkelerdeki sağlık hizmetlerine finansman sağlanması ve bu hizmetlerin düzenlenmesine ilişkin bir dizi yaklaşım gösterilmektedir.

Sağlık Reformu ile ilgili çalışmalar yürütmekte olan Sağlık Bakanlığımız ve ilgili sektör çalışanları tarafından kaynak olarak kullanılması açısından bu kitabın faydalı olacağına inanıyoruz. Bu kitabın yayına hazırlanmasında emeği geçen herkese teşekkür eder, çalışmalarında başarılar dileriz.

Teşekkür

Bu eserin Türkçeye çevrilmesi ve yayımlanmasına katkılarından dolayı;

Sağlık Bakanı Sayın Prof. Dr. Recep AKDAĞ, Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Sayın Prof. Dr. Nihat TOSUN, Sağlık Bakanlığı eski Müsteşarı Sayın Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR, Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı Sayın Prof. Dr. Adnan ÇİNAL, Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı Sayın Dr. Yasin ERKOÇ, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanı Sayın Doç. Dr. Mustafa ERTEK, Strateji Geliştirme Başkanı Sayın Memet ATASEVER, Proje Yönetimi Destek Birimi eski Direktörü Sayın Adnan YILDIRIM ve Proje Yönetimi Destek Birimi Direktörü A. Celalettin TARHAN'a;

Hıfzıssıhha Mektebi Müdürü Dr. Salih MOLLAHALİLOĞLU, Müdür Yardımcıları Dr. Hakkı GÜRSÖZ, Dr. Mustafa KOSDAK ve Mektep Genel Sekreteri Dilek GENÇER ÖZTEKİN'e;

Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü çalışanları Uz. Dr. Banu AYAR, Aydanur SARAÇ DİRİMEŞE, A. Arzu ÇAKIR, Hüseyin KOCAKULAK, Hakan Oğuz ARI, Hüseyin GÜÇ ve Ayşen OCAKTAN'a;

ve çalışmada emeği geçen herkese teşekkür eder, başarılı çalışmalarının devamını dileriz.

Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü

Politika Belgesi

Sağlık Hizmetlerinde Kapasite Planlama (Uluslararası Deneyimlerin İncelenmesi)

GİRİŞ

Yüksek gelirli ülkelerin çoğunda sağlık sistemleri, nüfusun tamamına kapsamlı bir dizi hizmet sunmayı; kalite, hakkaniyet ve duyarlılık standartlarının korunmasını sağlamayı amaçlar. Yaklaşımlar geniş ölçüde farklılık gösterse de sağlık hizmetlerine finansman sağlanması ve bu hizmetlerin düzenlenmesine ilişkin genel çerçevenin oluşturulması ile ilgili sorumluluk çoğu zaman merkezi yönetime aittir. Ancak, sağlık sisteminin yönetimi, çoğu kez merkezi ve bölgesel idarelerce de paylaşılır.

Bu politika belgesinde, sağlık hizmeti yönetiminin çok önemli bir bileşeni olan kapasite planlama konusundaki yaklaşımlar incelenmektedir. Kanada, Danimarka, İngiltere, Finlandiya, Fransa, Almanya, İtalya, Hollanda ve Yeni Zelanda gibi çeşitli ülkeler üzerine yoğunlaşarak, sağlık hizmetlerine finansman sağlanması ve bu hizmetlerin düzenlenmesine ilişkin bir dizi yaklaşımı göstermeyi amaçlamaktayız; çünkü bu faktörlerin her ikisinin de kapasite planlamaya ilişkin yaklaşımlar üzerinde etkisi vardır.^a

Birçok ülkede, sağlık hizmeti ile ilgili kapasite planlama; hükümetin sağlık sistemleri içindeki çeşitli kademelerini yansıtacak biçimde ulusal, bölgesel veya yerel düzeyde gerçekleşmektedir. Ancak, bu kademeler arasındaki fark her zaman açık değildir. Örneğin, bölgesel ve yerel idareler nüfusun büyük farklılıkları olan kuruluşları denetleyebilirler. İncelediğimiz ülkelerin çoğunda sağlık hizmetine ilişkin kapasite planlama, bölgesel düzeyde gerçekleşmeye başlamıştır. (Bu da çoğu kez, sağlık hizmetinin düzenlenmesine ilişkin sorumluluğun devredilmesini ifade etmektedir). Ancak, Danimarka ve Finlandiya'da yerel idareler, sağlık hizmetine ilişkin kapasite planlamada önemli aktörler olarak görülmektedir.

^a Bu inceleme, Birleşik Krallık Sağlık Bakanlığı tarafından finanse edilen *Uluslararası Sağlık Hizmeti Karşılaştırmaları Konusunda Bir "Çağrı/Nöbetçi" Hizmeti Araştırma Projesine* (Hibe Numarası: 0510002) dayanmaktadır. Yazarlar, Projenin kapasite planlama konusundaki çalışmasına katkılarından dolayı aşağıda ismi verilenlere minnettardır: Reinhard Busse, Berlin Teknik Üniversitesi; Carl-Ardy Dubois, Montreal Üniversitesi; Isabella Durand-Zaleski, Hôpital Henri Mondor, Paris; Niek Klazinga, Amsterdam Üniversitesi; Allan Krasnik, Kopenhag Üniversitesi; Walter Ricciardi, Roma'daki Kutsal Yürek Katolik Üniversitesi; Juha Teperi, Refah ve Sağlık ile ilgili Ulusal Araştırma ve Geliştirme Merkezi (STAKES), Helsinki.

Tablo 1. Kapasite Planlama Konusundaki Başlıca Sorumluluk

Ülke	Kapasite Planlama Konusundaki Başlıca Sorumluluk
Kanada	Planlama, illerin/yönetim birimlerinin sorumluluğunda olup bazı durumlarda yerel idarelerin de katılımıyla ulusal çerçeveler tarafından yönlendirilir.
Danimarka	Bölgeler ve belediyeler, farklı sağlık hizmeti alanlarını özerk olarak planlar; bir parça merkezi denetim vardır.
İngiltere	Ulusal ve bölgesel planlama, merkezi yönetim tarafından yerel idarelerin katılımıyla idare edilir.
Finlandiya	Planlama, belediyelerin ve belediyeler tarafından oluşturulan hastane idaresinin sorumluluğundadır.
Fransa	Bölgesel hastane kurumları, bölgesel ortaklar ile iştişare ederek, merkez tarafından belirlenen çerçeve dâhilinde hastane hizmetini planlar.
Almanya	Eyalet yönetimleri, bölgesel ortaklar ile iştişare ederek, ulusal ve bölgesel yasalara dayanarak hastane kapasitesini planlar.
İtalya	Bölgesel yönetimler, ulusal bir sağlık planını rehber olarak kullanmak suretiyle sağlık hizmetini (hastane hizmeti başta olmak üzere) planlar.
Hollanda	Hizmet sağlayıcı bölgesel kuruluşlar, akut hastane hizmetini planlar (ancak bu planlamayı merkezi yönetimin onaylaması gerekir).
Yeni Zelanda	Planlama ile ilgili sorumluluk merkezi yönetim ve DHB (Bölge Sağlık Kurulları)'ler arasında paylaşılmıştır.

Bölgesel/yerel planlama yapan kuruluşlar, bölgesel/yerel siyasi yapılarla çakışabilir (örneğin, Danimarka'daki^b bölgeler) ya da Fransa'daki bölgesel hastane kurumları ve Yeni Zelanda'daki DHB'ler gibi yalnızca sağlık hizmeti için kurulan bölgesel/yerel yapılar olabilir (Tablo 1).

Hollanda, sağlık hizmeti kapasite planlamasını büyük oranda liberalleştirmiş olması bakımından bu genel tablodan ayrılmaktadır. Bu nedenle, merkezi yönetim genel sağlık sisteminden sorumlu olmasına rağmen, ne merkezi yönetim ne de onun bölgesel ve yerel kademeleri doğrudan sağlık hizmeti planlamaya dâhildir. Hükümet, planlama konusundan 1980'lerde giderek geri çekilmeye başlamıştır. Bu durum, merkezi yönetim ve denetime karşı, hükümetin denetimi

b Ocak 2007'de Danimarka'nın 14 idari bölgesi, beş bölge altında birleşmiştir ve belediye sayısı 270'ten 98'e düşürülmüştür. Sağlık sisteminin idaresi, bölgelerin ana sorumluluk alanıdır.

altındaki piyasa güçlerini destekleyen bir siyasi ortamı ortaya çıkarmaktadır. 2006'da zorunlu genel sağlık sigortası ortaya çıktığı için akut sağlık hizmetinin planlanması sorumluluğu, bölgesel hastane birliklerine (sağlık sigortacıları ile iş birliği içinde) geçmiştir. Merkezi yönetimin onayı yalnızca, yeni bir hastane ile ilgili gelişmeler gibi daha büyük yatırımları kapsayan planlar için gereklidir.

Hizmet sağlayıcı kuruluşların aktif bir şekilde planlama sürecine dâhil olması, hem Fransa hem de Almanya'nın, kurumsal bir geleneğe sahip iki ülkenin, belirgin özelliğidir. Kamunun ve sağlık uzmanları gibi diğer ortakların çoğu kez istişare yoluyla dâhil edilmesi; İngiltere, İtalya ve Yeni Zelanda'daki planlama sürecinin ayrılmaz bir parçasıdır. Danimarka'da ve Finlandiya'da kamunun planlamaya dâhil edilmesi, çoğu kez bölge ve belediye kurullarından seçilen üyeler ile kamunun temsil edilmesi yoluyla gerçekleşir.

Sağlık Planları ve Planlama Türleri

Hollanda'nın hariç tutulması muhtemel olmakla birlikte; tüm ülkeler sağlık planlarını, başlıca planlama aracı olarak kullanırlar. Kapasite planlamaya dâhil olan çeşitli yönetim kademeleri ile uyum içinde ulusal, bölgesel veya yerel düzeyde sağlık planları geliştirilir.

Kavramsal olarak, planlama iki farklı işlev ile ilişkilendirilir: stratejik planlama ve operasyonel planlama.¹

Stratejik planlama, çerçeve oluşturmayı, sağlık sisteminin ilkelerini ve genel yaklaşımını tanımlamayı kapsar. Stratejik planlama, merkezi sağlık bakanlığı (İngiltere, Fransa, İtalya ve Yeni Zelanda) ya da desantralize sistemlerindeki ilgili bölgesel veya yerel kademe (Kanada'daki il/bölge yönetimleri ve Bölgesel Sağlık İdareleri (RHA'lar) ve Almanya'daki federal eyaletler (yalnızca hastane hizmeti) gibi en üst düzey sağlık sistemi yönetimi idareleri tarafından üstlenilir. Bunun aksine, Danimarka ve Finlandiya, stratejik planlamayı bölgesel ve yerel idarelere bırakmıştır. Daha alt düzey yönetimlerin stratejik planlamaya dâhil olma derecesi, büyük oranda özerklikleri ve karar alma güçleri ile belirlenir.

Operasyonel planlama, stratejik planlamanın faaliyete dönüştürülmesidir. Bu etkinlikler, bütçe ve kaynakların tahsisi, hizmetlerin düzenlenmesi, personelin, tesislerin ve donanımın temin edilmesi de dâhil olmak üzere sağlık hizmeti sunmaya ilişkin tüm işlemleri içerebilir. Bu işlev, çoğunlukla bölgesel idareler tarafından yerine getirilir; fakat aynı zamanda Kanada'daki Bölgesel Sağlık İdareleri, Danimarka ve Finlandiya'daki belediyeler ve İngiltere'deki birinci basamak sağlık hizmetlerine ait vakıflar gibi yerel idareleri de kapsayabilir. Bazı ülkelerde bölgesel ve yerel planlama doğrudan ulusal sağlık planlarından bilgi alır ve bölgesel idarelerin, ulusal yönetmelikler ile bölgesel sağlık planlarını

Kutu 1 – İtalya’da Sağlık Hizmetinin Planlanmasıyla İlgili Dikey Entegrasyon

İtalya’da sağlık hizmetinin planlanmasına ilişkin sorumluluk, merkezi yönetim ve bölgeler tarafından paylaşılmıştır. Sağlık Bakanlığı, temel çerçeveyi oluşturur ve bölgelerin de dâhil olması ile üç yıllık bir ulusal sağlık planı geliştirilir. Plan, sağlık hizmetinin amaçları, hedefleri ve performans göstergelerinin tanımı da dâhil olmak üzere, ulusal sağlık stratejisini ortaya koymaktadır. Ülkedeki tüm vatandaşların ulaşabilmesi gereken fayda paketi (*Livelli Essenziali di Assistenza*), merkez tarafından tanımlanır ve düzenli olarak güncellenir.² Ulusal sağlık planı sonuçlandırıldığında ise Bölgesel Sağlık İdareleri bağlayıcıdır ve uygulanışı Sağlık Bakanlığı tarafından izlenir.

Bölgesel sağlık bakanlıkları, ulusal planı bölgesel sağlık planlarına dönüştürür. Bölgeler, ulusal planda belirtilen hedeflere ulaşmak koşuluyla, ulusal çerçeve sınırları içerisinde, hizmeti kendi ihtiyaçları doğrultusunda düzenlemekte ve kendi amaçlarını belirlemekte özgürdür. Ulusal amaçların hepsi bağlayıcı değildir; ancak, bölgesel sağlık bakanlıklarının çoğunlukla kendi bölgesel ihtiyaçlarına ve siyasi gündemlerine³ uygun olan hedefleri benimsemeleri önerilmektedir. Bu durum, geniş ölçüde desantralize bir sağlık sisteminde merkezi hedef belirlemenin zorluğunu ortaya koymaktadır.

birleştirmesini gerektirir (“dikey entegrasyon”). İngiltere, Fransa (sayfa 33-36), İtalya (1. Kutu’ya bakınız) ve Yeni Zelanda’da (sayfa 51-55) ve aynı zamanda Kanada’da Bölgesel Sağlık İdarelerinin il veya bölge yönetimleri tarafından geliştirilen sağlık planlarını benimsemesi ve uygulaması gereken durum bu şekildedir (sayfa 9-16).

Danimarka ve Finlandiya’da bölgesel ve yerel planlama, öncelikle operasyoneldir. Danimarka’da sistemin farklı kademeleri, farklı sağlık hizmeti sektörlerinden sorumludur: Bölgeler, hastane hizmetini ve bazı birinci basamak sağlık hizmetlerini planlar; belediyeler ise rehabilitasyon, uzun vadeli sağlık hizmeti ve diğer birinci basamak sağlık hizmetlerini planlar. Günümüzde planlama konusunda çok az dikey entegrasyon olmasına rağmen, bu durum, yeni bir idari düzenlemenin sonucu olarak meydana gelmesi beklenen, sorumlulukların yeniden dağıtılması² doğrultusunda değişebilir.

Tablo 2. Planlama Kapsamı ve Sektörler

Ülke	Kapsam ve Sektörler
Kanada	Hastane hizmetinin planlanması (kamu sektörüne ve özel sektöre ait hizmet sağlayıcıları), ayakta sağlık hizmetleri ile ilgili herhangi bir planlama yok.
Danimarka	Ayaktan bakım hizmetleri de dâhil olmak üzere tüm sağlık hizmeti alanlarına ilişkin planlama, bağımsız çalışan doktorlar ve devlet hastanesi sağlık hizmetleri tarafından sağlanır.
İngiltere	Hastane ve ayakta sağlık hizmetlerinin planlanması, Ulusal Sağlık Hizmeti tarafından sağlanır.
Finlandiya	Devlet hastanelerindeki sağlık hizmetinin planlanması ve ayakta sağlık hizmeti ile ilgili planlamanın bir kısmı bağımsız çalışan doktorlar tarafından sağlanır.
Fransa	Yalnızca hastane hizmetlerinin planlanması (devlet hastaneleri ve özel hastaneler)
Almanya	Yalnızca hastane hizmetlerinin planlanması (devlet hastaneleri ve özel hastaneler)
İtalya	Yalnızca hastane hizmetlerinin planlanması (devlet hastaneleri ve özel hastaneler)
Hollanda	(Akut) hastane hizmetine ilişkin sınırlı planlama
Yeni Zelanda	Kamu sektörü tarafından hastane hizmetinin ve ayakta sağlık hizmetinin bağımsız çalışan doktorlar tarafından sağlanması planlanır.

Planlama Kapsamı ve Sektörler

İncelediğimiz ülkelerin hepsinde, planlama hastane hizmetine odaklanmaktadır. Ayaktan tedavideki sistematik planlama; sadece Danimarka, İngiltere, Yeni Zelanda ve bir dereceye kadar Finlandiya’da görülmektedir (Tablo 2).

Ülkeler, planlamanın hem kamuya hem de özele ait (kâr amaçlı ya da kâr amaçlı olmayan) hizmet sağlayıcıları için ne dereceye kadar geçerli olduğuna göre farklılık gösterir. Bu durum çoğunlukla, özel hizmet sağlayıcılarının, sundukları hizmetlere ilişkin kamu iadesi almaya hak kazanıp kazanmadıkları ile ilgili olarak farklı gelenekler ortaya koymaktadır. Kanada, Fransa, Almanya ve İtalya’daki hastane ve sağlık planları hem kamu hastanelerini hem de özel hastaneleri kapsar. Özel kuruluşların sahip oldukları ve işlettikleri de dâhil olmak üzere hastaneler, hizmetlerini genişletmek isterlerse planlama izni gerekecektir. Bunun aksine Danimarka, İngiltere, Finlandiya ve Yeni Zelanda’da planlama, esasen kamu hizmetlerini ilgilendirmektedir.

Hastane Kapasitesinin Planlanması

Hastane kapasitesinin planlanmasının birden fazla boyutu vardır. Bunlar, mevcut hizmetlere sermaye yatırımı ve yeni gelişmeler; pahalı donanım ve teknolojiye (manyetik rezonans görüntüleme tarayıcıları) yatırım; hizmet sunma; insan ve mali kaynak tahsisidir. Sağlık hizmetinin düzenlenmesi ile ilgili yaklaşımların çeşitliliği nedeniyle, planlamanın her bir boyutuna verilen ağırlığın ülkelere göre farklılık göstermesi şaşırtıcı değildir. Ülkelerin çoğu, hastanelerin sayısını planlar; ancak kapsamı ve detay düzeyi farklılık gösterir. Bazı sağlık planları genellikle mevcut altyapıya dayanarak, sadece hizmetlerin sayı ve yer açısından ana hatlarını çizer. Başka planlar ise planlamayı daha da ileri götürür ve uzmanlık alanlarının sayısını, projelerini ve belirli bir yönetim birimindeki coğrafi dağılımını da detaylı bir biçimde belirtir.

Geleneksel olarak, yatak kapasitesi, hastane hizmetine ilişkin planlamanın tercih edilen bir birimi olmuştur. Finlandiya, İtalya ve Yeni Zelanda gibi ülkelerde ve Kanada'nın birçok ilinde/yönetim biriminde ve Almanya'daki Eyaletlerde hala bu şekildedir. Bunun aksine, İngiltere ve Fransa son dönemlerde bu yaklaşımdan uzaklaşmıştır; hizmetin miktarı ve etkinliğini dikkate alarak planlamaya doğru ilerlemektedirler (bakınız sayfa 33-36'da bulunan Fransa'daki vaka çalışmaları).

Sermaye Yatırımı Planlaması

Hastane altyapısına yapılan büyük ölçekli sermaye yatırımı çoğu zaman operasyonel süreçlerden ve (uygulandığı yerlerde) operasyonel bütçelerden ayrı olarak düzenlenir ve planlanır. Danimarka, Finlandiya, Almanya (devlet hastaneleri başta olmak üzere) ve İtalya'da, hastane ile ilgili yeni gelişmelere ve büyük ölçekli yeniden yapılanma projelerine bölgesel düzeyde; örneğin, sırasıyla bölgesel konseyler, hastane yönetimleri, eyalet sağlık bakanları ve bölgesel sağlık bakanlıkları tarafından, finansman planlanmaktadır ve sağlanmaktadır. Fransa, Yeni Zelanda ve Hollanda'da, hastane ile ilgili yeni gelişmelerin, merkezi yönetimden onay alması gerekmektedir. Birçok ülkede, bölgesel (bazen ulusal) idareler de büyük ölçekli yatırımların finanse edilmesine dâhil olur. Ancak Hollanda'da hastane ile ilgili yeni gelişmeler tamamıyla özel olarak finanse edilir. Özel yatırımın öneminin giderek arttığı diğer ülkelerde de görülebilir: Örneğin Kanada'da hastane yatırımı çoğu kez bireysel hastanelerle ilişkili yardım fonları tarafından desteklenmektedir.

Sermaye yatırımı planlama süreci ülkeler arasında farklılık gösterir, birçok ülke uzun vadeli ve kısa vadeli yatırımlar için farklı mekanizmalar uygulamaktadır. Bu nedenle, Finlandiya'da uzun vadeli yatırımlar (10 yıla kadar olan süreler için) planlanıp, hastane yönetimleri tarafından denetlenirken, kısa vadeli (çoğu zaman

daha küçük) yatırımlar ise alt yönetim birimi düzeyinde yapılır ve yalnızca ilgili hastane yönetiminin onayı gereklidir. İngiltere’de daha küçük miktarlardaki sermaye yatırımları yerel birinci basamak sağlık hizmetleri vakıfları tarafından, Birleşik Krallık Sağlık Bakanlığı’nın belirlediği çerçevede planlanmaktadır. Daha büyük miktarlardaki sermaye yatırımları (25 milyon Sterlin’e kadar (37 milyon EURO) olanlar) için anılan Bakanlığın onayı gerekmektedir. Bakanlık aynı zamanda özel sektörün bazı satın alma işlerine de dâhil olur. Örneğin özel finans teşebbüsleri (PFI) şeması aracılığıyla özel konsorsiyum (çoğu zaman büyük inşaat firmalarını içeren) ile yeni projeleri tasarlamak, inşa etmek ve bazı durumlarda yönetmek üzere sözleşme yapılması gibi.⁴ 100 milyon Sterlin’den (148 milyon EURO’dan) fazla yatırım içeren projeler için Hazine Bakanlığı’nın onayı gerekmektedir.

Sağlık Hizmeti Kapasite Planlama Konusundaki Gelişmeler

Dokuz ülkedeki sağlık hizmeti ile ilgili kapasite planlama deneyimlerine kısa bir genel bakış, planlamaya ilişkin yaklaşımların, bir ülkenin sağlık sisteminin kurumsal, yasal ve düzenleyici çerçevesini fazlasıyla yansıttığını göstermektedir. Buna karşılık, bu durum siyasi, sosyal, ekonomik ve kültürel durumu daha geniş bir şekilde yansıtmaktadır. Sonuç olarak, kapasite planlama çoğu kez ihmal yüzünden şartların değişmesinden etkilenir. Bölgeler ve belediyeler arasında sağlık hizmeti sorumluluklarının tekrar dağıtılmasını içeren idari sistem reformunun uygulama aşamasındaki Danimarka bu konuda bir örnek teşkil edebilir.⁵ Bu gelişmelerin, sağlık hizmeti sektöründe kapasite planlama üzerinde, uzman doktor hizmetleri dağılımı hususunda önemli bir etkisinin olması muhtemeldir.

Kapasite planlama aynı zamanda sağlık sektöründeki idari desantralizasyondan da etkilenir. Bu nedenle, İtalya’da bölgeselleştirme, planlamaya ilişkin asıl sorumluluğu merkezden bölgelere aktarmıştır. Benzer şekilde, Fransa’da, sağlık hizmetinin planlanması ve düzenlenmesine ilişkin sorumluluk merkezi Sağlık Bakanlığı’ndan bölgesel idarelere aktarılmıştır.⁶ Ancak, Fransız Hükümeti genel yönlendirme rolünü kaybetmemiştir.

Diğer taraftan, katı bir desantralize geleneğe sahip bazı ülkeler, merkezi yönetimin, ağırlıklı olarak bölgesel ve yerel konulara müdahale etme düzeyinin arttığına tanıklık etmişlerdir. Yine Danimarka örneğindeki merkezi yönetimin, alt birimi olan Ulusal Sağlık Kurulu aracılığıyla sağlık hizmetini planlama ve sunma konusundaki denetleyici rolünü artırma çabasını temsil ettiği düşünülebilir. Finlandiya’da, merkezi yönetimin sağlık hizmeti konusunda yerel olarak alınan kararlar üzerindeki etkisi, bloke bütçeler ve belirli projelerin belediyeler tarafından uygulanması için finanse edilmesi yoluyla, geçtiğimiz on yılda giderek daha çok göze çarpmaya başlamıştır. Bu iki ülkede, merkezi

müdahalenin artması eğilimi, sağlık hizmetindeki bölgesel eşitsizliklerin (siyasi) kabul edilebilirliğine ilişkin farkındalığın yükseltilmiş olmasıyla birlikte bu konuda (bir düşüş) olduğunu göstermektedir. Finlandiya’da aynı zamanda mevcut Sosyal Refah ve Sağlık Hizmeti Hedef ve Hareket Planı’nın rolünün, merkezi bir yönlendirme aracı geliştirilmesi amacıyla, güçlendirilmesi gerekip gerekmediği hakkında da bir tartışma vardır. Bu plan, 1999 yılında ortaya atılmış olup yeni seçilen ulusal hükümetlerin her biri tarafından dört yıllık bir süre için hazırlanır. Belediyeler, sivil toplum kuruluşları ve sağlık hizmeti alanındaki meslek sahipleri ile iş birliği içinde, Sağlık Bakanlığı’nın himayesi altında geliştirilir. Sağlık Bakanlığının oynadığı rol sağlık sisteminin tüm ortaklarının katkıda bulunduğu hedefler belirlemesi ve bu hedefler arasında ilişki kurması sebebiyle, daha çok stratejik hale gelmiştir.⁷

Sağlık hizmeti reformlarının da, finansman sağlama mekanizmaları ve sağlık hizmeti sunma konusunda yeni modellerin ortaya çıkarılması ile ilişkili olması sebebiyle, planlama üzerinde etkisi vardır. Örneğin diğer ülkeler gibi Almanya, hastanelere finansman sağlamak için tanıya dayalı tedavi grupları uygulamasını başlattı. Finansman konusunda yapılan bu yeniliğin eyalet düzeyinde hastane planlamaya ilişkin yaklaşımlar üzerinde etkisinin olması beklenmektedir.⁸ Finlandiya’da, ağırlıklı olarak devlet elinde olan birinci basamak sağlık hizmeti sektöründe özel hizmet sağlayıcı görevlendirmesinin başlatılması, planlama metodolojileri konusunda daha ileri gelişmelere öncülük edebilir. Hollanda’da 2006 yılında gerçekleştirilen sağlık sigortası reformunun, özel sağlık sigortacıları ve hizmet sağlayıcıları arasında bireysel sözleşmeleri başlatarak, hizmet sağlayıcıların yapısını yeniden şekillendirmesi muhtemeldir. Bu bağlamda, Yeni Zelanda ilginç bir vaka teşkil etmektedir: Piyasalar ve rekabet ile ilgili deneyimlerin ardından, hükümet, 1990’lı yıllarda yürürlükten kaldırdığı sağlık planlarını ve planlama çerçevelerini 2000 yılında tekrar başlatmıştır.

Bu örnekler, cevap verilebilirlik ve verimliliği artırması amaçlanan desantralizasyon, rekabet ve hizmet sağlayıcıların çoğulculuğu gibi politikalarla hükümetin; hakkaniyetli, karşılanabilir ve erişilebilir sağlık hizmeti sunma sorumluluğu arasında uzlaşma sağlamada yaşadığı zorluğu göstermektedir. Planlama ile ilgili yaklaşımların çeşitliliği (bazı sektörlerde ya da ülkelerde, planlamamaya ilişkin), bir tarafta yerel, bölgesel ve merkezi karar alma ve bir tarafta hizmet sağlayıcıların rekabeti ve yönetmelik arasında denge kurmanın zorluğunu ortaya koymaktadır.

1. KANADA

Arka Plan Bilgisi

Kanada'nın sağlık sistemi, federal, il/ yönetim birimi ve bölge gibi çeşitli düzeylerde yönetilir. Her bir yönetim birimindeki/ildeki sağlık hizmetlerini kapsayan ve 1984 yılında çıkan federal Kanada Sağlık Yasası ile belirlenen 13 tek ödeyici, evrensel şemalar (sağlık sigortası olarak bilinir), ağırlıklı olarak eyaletlerden ya da illerden alınan genel vergilerle finanse edilir. Sağlık hizmeti, özel kuruluşlar (kâr amaçlı ya da kâr amaçlı olmayan) ve kamu kuruluşları ("piyasa koşullarına uygun" ya da devlet tarafından işletilen) yoluyla sağlanır.⁹

Sağlık hizmeti, kente ait bir sorumluluktur. Federal yönetim, kendi sağlık bakanlığı aracılığıyla, sağlık hizmetinin sunulmasını desteklemek için, Kanada Sağlık Yasası'nın (1984) ilkelerine bağlı kalmaları şartıyla, illere fonlar aktarır. Ayrıca, silahlı kuvvetler, gaziler, göçmenler ve kayıtlı Kızılderililer gibi belirli gruplara yönelik sağlık hizmetlerine de finansman sağlar ve illere ya da topluluk gruplarına hibeler sağlayıp sağlık araştırmasını da finanse ederek ulusal sağlık konularını ele alır.

Sağlık hizmeti kapasite planlaması, büyük ölçüde üç yönetim biriminin ve on ilin sorumlulukları arasındadır. Son dönemlerde, planlama, iki yönetim birimi (Yukon, Nunavut) ve iki il (Ontario, Prince Edward Island)¹⁰ hariç hepsinde Bölgesel Sağlık İdarelerinin oluşturulmasıyla daha fazla desantralize hale gelmiştir, Bölgesel Sağlık İdarelerini ilk ortaya çıkaran il Quebec'ti (1988). Desantralizasyon süreci, devolasyon (planlama, bütçeleme ve karar alma yetkisinin, il düzeyinden Bölgesel Sağlık İdarelerine transferi) ve yeniden merkezileşme (sağlık hizmetinin planlanması ve yönetimi bireysel kuruluşlar ya da kurumlardan Bölgesel Sağlık İdarelerine geçmiştir) olarak ikiye ayrılabilir. Aynı zamanda federal yönetim, sağlık alanında iş gücü tedariki gibi temel konular hakkında ulusal planlama yapmak için çok çaba harcamıştır. Ancak ildeki bağımsızlık, federal yönetimin, tüm illerin ve yönetim birimlerinin desteğini alan ulusal programları ortaya koymasını zorlaştırmıştır. Bunun yerine, federal yönetim, münferit yönetimlerle ikili anlaşmalar yapmıştır. Bu, "asimetrik federalizm" diye adlandırılan bir uygulamadır ve en yaygın olduğu il Quebec'tir.

c. Ontorino'da bölgeselleşmeye ilişkin farklı bir yaklaşım seçilmiştir. Bu yaklaşım, "yerel sağlık entegrasyonu ağırları" uygulamasının başlamasına öncülük etmiştir (bakınız alt kısım). Prince Edward Island eyaleti 1993'te RHA'lar kurmuştur; ancak 2005 yılında, RHA'lar da dâhil olmak üzere bölgeselleşmiş sağlık hizmetleri yapısını terk etmiştir.¹⁰

Planlama Sürecinde Rol Oynayan Aktörler

Sağlık hizmeti planlamasında federal yönetimin yasal bir rolü yoktur. Ulusal planlama girişimleri, Federal/Eyalet/Bölge Sağlık Bakanları Konferansı ve Federal/Eyalet/Bölge Sağlık Bakanı Yardımcıları Konferansı (her ikisi de yılda bir düzenlenir) himayesinde gerçekleşir. Hükümetler arası danışma komiteleri ve çalışma grupları bu konferanslara bilgi verir. "Piyasa koşullarına uygun" hükümetler arası kurumlar da sektöre dayalı planlamanın içinde yer almaktadır. Bu kurumlar arasında Kanada İlaçlar ve Sağlıkta Teknoloji Kurumu, Kanada Sağlık Bilgisi ve Yönetim ve Hesap Verebilirlik⁹ konusundaki Federal/Eyalet/Bölge Danışma Komitesi vardır. Kanada Sağlık Bilgileri Enstitüsü, sağlık ve sağlık hizmetleri konusunda bilgi sunarak tüm hükümetlerin planlama çabalarını desteklemektedir.

Sistem çapında planlama, eyalet düzeyinde gerçekleşir ve her sağlık bakanlığı bir politika yürütür ve planlama birimi planlama ile ilgili düzenli danışmanlık sağlamaktan sorumludur. Eyalet sağlık bakanlığı genel yönergeyi, öncelikleri, beklentileri ve yasama bağlamında eyalet sağlık sistemine ilişkin standartları ve eyaletin yönetim programını belirlemekten sorumludur (bakınız Kutu 2). Bakanlık, planlamayı, politikayı, yasamayı ve standartların çerçevesini geliştirir, sağlık konusundaki yetkililer sağlık hizmetlerini bu çerçeve dâhilinde planlayıp düzenlenmektedir.

Eyaletteki planlama sürecini, örneğin, kanıt ve bilgilerin daha fazla kullanılmasıyla, sistemler yönetimini ve bilgi teknolojisi altyapısını güçlendirmek için çeşitli girişimler tasarlandı. Bölgesel Sağlık İdarelerinin kurulması belki de "sistem çapında planlamadaki tek en önemli girişim" olarak görülmüştür.⁹

Bölgesel Sağlık İdareleri, bir il ya da alan içerisinde belirlenen bir coğrafyadaki sağlık hizmeti yönetiminden sorumlu, "özerk sağlık hizmeti kuruluşlarıdır"¹⁰ Yönetim kurullarının çoğu il düzeyindeki sağlık bakanı tarafından atanır. Sadece birkaç ilde Bölgesel Sağlık İdareleri yönetici kurullarını seçmiştir ve sadece birkaç kurulda (Örneğin Britanya Kolombiya'da) sağlık hizmeti sağlayıcılarının temsilcileri bulunmaktadır. Bölgesel Sağlık İdareleri kaynakların tahsisinden ve bölgelerdeki kamu ve kurumsal sağlık hizmetlerinin sunulmasından sorumludur. Bölgesel Sağlık İdareleri sağlık bakanlığı ve hizmet sağlayıcılar arasında orta seviyede faaliyet gösterirler ve hizmetin, aynı coğrafi alanda bulunan birçok sağlık hizmeti kuruluşu arasındaki koordinasyonunun ve devamlılığının artırılması için planlama yetkisine sahiptir.⁹

Kutu 2 - Britanya Kolombiya'daki Sağlık Hedefleri

Britanya Kolombiya Hükümeti 1997 yılında toplam altı sağlık hedefi tanımlamıştır. O zamandan beri bu hedefler bir politika çerçevesi oluşturmuş ve sağlık hizmeti sunulmasına rehberlik etmiştir.¹¹ İl düzeyindeki sağlık hedefleri, erişebilirlik, karşılanabilirlik, sürdürülebilirlik, kalite, yönetim ve hesap verebilirlik de dâhil olmak üzere, sağlık hizmeti sunulmasına ilişkin temel ilkelerin ve çalışma ortamının sınırlarını belirler. Sağlık hedefleri, sağlık bakanlığı tarafından geliştirilen stratejik sağlık planına bilgi sağlar,¹² stratejik plan, sağlık hedeflerini, stratejinin yönünü ve içeriğini belirleyen sağlık amaçlarına ve alt amaçlara ayırır. Stratejide hedef yer almaz.^d Mevcut strateji, il düzeyindeki sağlık görevlisinin, toplum sağlığı konusunda kaydedilen ilerleme konusunda, sağlık hedefleri ile karşılaştırarak, yıllık rapor vermesini gerektirir. Aynı şekilde, sağlık bakanlığı sağlık sisteminin performansına ilişkin yıllık bir rapor hazırlar. Britanya Kolombiya'nın stratejik planı da, Bölgesel Sağlık İdarelerinin performansı ve sonuçlar ile ilgili raporu değerlendirmek için ne yapması gerektiğini ana hatlarıyla belirler. Örneğin, üç yıllık bir sağlık planı, yıllık sermaye planları, yıllık bütçeler ve ticari kuruluş planları.¹²

Bölgesel Sağlık İdarelerinin sahip olduğu karar alma gücünün derecesi iller/ yönetim birimleri arasında farklılık gösterir. Bazı illerde, Bölgesel Sağlık İdareleri özel, il düzeyinde belirlenmiş idari ve mali kısıtlamalar dâhilinde faaliyet gösterirken (Nova Scotia, Manitoba, Britanya Kolombiya), diğerlerinin daha fazla özerkliği vardır (Alberta, Saskatchewan, Prince Edward Island).¹⁰

Kanada'daki Bölgesel Sağlık İdareleri büyüklük, yapı ve yoğunluk açısından önemli ölçüde farklılık gösterir ve sayısı her ilde/yönetim biriminde 5 ile 18 arasında değişmektedir ve 1000 ile neredeyse 2 milyon arasında değişen nüfusu kapsamaktadır. Ayrıca sunulan hizmetlerin kapsamı da çeşitlilik gösterir. Tüm Bölgesel Sağlık İdareleri genellikle hastane hizmetini denetlemekten ve Bölgesel Sağlık İdarelerinin çoğu uzun vadeli sağlık hizmeti, toplum sağlık hizmetleri ve halk sağlığı programları düzenlenmek ve sunmaktan sorumludur. Birçoğunun aynı zamanda, bazı hizmet sağlayıcıların sahibi/yöneticisi olarak, akut sağlık hizmetleri (çoğunluğu) gibi hizmetlerin sunulmasında doğrudan bazı rolleri vardır ve diğer sağlayıcılar ile sözleşmeleri vardır. (Örneğin, ayaktan tedavi konusunda uzman hizmetlerin sunulması ile ilişkili bazı özel hizmet sağlayıcıları.^e) Ancak, Bölgesel Sağlık İdareleri doktorların sunduğu hizmetler,^e ilaçların reçeteye yazılması, kanser için sağlık hizmeti ve il/ yönetim birimi düzeyindeki yönetimler tarafından finanse edilen ve merkezi olarak yönetilen üzerinde uzmanlaşmış bazı hizmetlerden sorumlu değildir; bu hizmetler Bölgesel Sağlık İdareleri planlamasından ayrı tutulmaktadır.

^d Amaçlar ve hedefler nispeten genişler – örneğin 4. amaçta "Britanya Kolombiya ihtiyacı karşılayacak yeterli sağlık hizmetlerine sahip olacaktır" şeklinde yazılmıştır ve 4.1. amaçta "Sağlık hizmeti pratisyenlerinin sayısının yeterli olmasını ve il içinde hakkaniyetli dağılımlarının yapılmasını sağlamak" şeklinde yazılmıştır; altı hedef 4.1.1'de ise "Uygun sayıda ve çeşitli, eğitilmiş, istihdam edilmiş ve toplumun sağlık hizmeti ihtiyaçlarını karşılamak için Britanya Kolombiya'nın her tarafında görevlendirilmiş sağlık hizmeti sunucularını destekleyecek yaklaşım ve programlar yürütmek"⁵ şeklinde yazılmıştır.

^e Hem uzmanların hem de pratisyenlerin çoğu, doğrudan il düzeyindeki bakan ile görüşülen hizmet programları ve çalışma düzenlemeleri ile ilgili ücretler temelinde çalışırlar.

Kutu 3 – Calgary Sağlık Bölgesinin Sağlık Planı

Calgary Sağlık Bölgesine ilişkin 2006-2009 yılları arasındaki sağlık planında, 12 akut hizmet alanı, 40 hizmet merkezi ile çeşitli toplum ve devamlı hizmet alanları da dâhil olmak üzere 100'den fazla yerde, 1.2 milyonluk bir nüfusa hizmet sağlanırken, "kaliteli sağlık hizmetlerinin sunulmasına öncelikle odaklanarak, kanunla belirlenen sorumluluğunu yerine getirirken atacağı adımları stratejik düzeyde" (s.3) tanımlamaktadır.¹³ Planda aynı zamanda, hizmetlerin kullanılabilirliği ve yatak sayıları/yer durumları ve ana hatlarıyla eğilimleri ve gelecekteki gereksinimleri, bölgesel bir sağlık ihtiyaç analizine dayanılarak tanımlanmaktadır. Ayrıca, faaliyetler, önlemler, esas alınan göstergeler, hedefler ve münferit stratejiler; her bir hizmet sektörü için tanımlanmaktadır ve bu plan akıl sağlığı strateji planı, kırsal sağlık planı ve uzun vadeli sağlık hizmeti kapasitesi planı gibi her bir sektör için faaliyetleri ve stratejileri belirleyen diğer planlama dokümanları ile bağlantılar sağlar.

Bölgesel Sağlık İdareleri normalde, bölgeye ilişkin stratejik yönergeyi ve öncelikleri (sermaye ve kapasite gereksinimlerini de kapsayan) ortaya koyan üç yıllık bir sağlık planı hazırlar. Bazı illerde bu planlar, bakanlık ve Bölgesel Sağlık İdareleri arasında yapılan ek anlaşmalarla tamamlanır (örneğin, Quebec'te bu anlaşmalar "yönetim anlaşmaları" olarak adlandırılır). Sağlık planına, illerin Bölgesel Sağlık İdareleri yasası, ilgili sağlık bakanlığının yönergeleri, bakanlığın iş planı ve sağlık bakanı tarafından bildirildiği şekilde yönetimin il düzeyindeki beklentileri rehberlik eder.¹³ 3. Kutuda, üç yıllık bir bölgesel sağlık planının temel özelliklerine ilişkin bir özet yer almaktadır, burada Calgary Bölgesel Sağlık İdareleri için hazırlanan 2006-2009 sağlık planı örnek olarak kullanılmıştır.

Çoğu zaman hizmet sunulan nüfusa ilişkin daha önceki harcama düzeylerine dayanan global bütçeler yoluyla, Bölgesel Sağlık İdarelerine, il/ yönetim birimi düzeyindeki yönetimden finansman sağlanır. Bölgesel Sağlık İdareleri, önceliklerini yıllık olarak il düzeyindeki yönetimlere sunulan bütçelenmiş planlara dönüştürür; bu planlar zaman zaman çok yıllık planlarla tamamlanır. İle ait bütçe sonuçlandırılmadan ya da ile sağlanan finansman ile ait bütçede duyurulduktan sonra sunulmadan önce bütçe bildirimleri gerekebilir. Bazı illerde, üniversite hastaneleri ve il kurumları gibi sağlık kuruluşları, Bölgesel Sağlık İdareleri ve sağlık bakanlıklarına planlar ve yıllık raporlar sunarak, bölgesel planlama sürecini destekler.

Bölgesel Sağlık İdareleri düzeyindeki planlama sürecine çoğu zaman çeşitli istişare süreçleri yoluyla sağlık uzmanlarının temsilcileri de dâhil olur. Sağlık uzmanları ile ilgili düzenleyici yapılar, Bölgesel Sağlık İdareleri ve il yönetimleri ile birlikte, il sağlık sisteminde kalitenin garantilenmesinden sorumludur. Üniversiteler, sağlık vakıfları ve araştırma fonları kuruluşları gibi diğer yapılar da planlama sürecine katkıda bulunurlar.

Resmi açık celseler^f ve diğer kamu danışma türleri halkın planlama sürecinde yer almasına olanak sağlar.¹⁴

Halk sağlığı hizmetine yapılan yatırım ve bu yatırımın dağılımı hem il/ yönetim birimi düzeyinde hem de federal yönetim düzeylerinde planlanır.⁹ İllerin çoğu altyapı ve pahalı donanım ve teknolojiye yapılan önemli yatırımlar için belirli çerçeveler tanımlamıştır. Altyapı ile ilgili bazı kararları alma yetkisi il düzeyindeki bakanlar tarafından Bölgesel Sağlık İdarelerine verilmiştir; ancak önemli yatırım kararlarının çoğu uygun bakanlık ile birlikte alınacaktır. Çünkü sonuçta, sağlık bakanlarının, ilgili yargı mercileri karşısında genel sağlık sistemine ilişkin uzun vadeli planlama için sorumluluğu vardır.

1984 Kanada Sağlık Yasası ile, sigortalanmış bir hizmet olarak tanısız hizmetlerin sağlanmasına ilişkin olarak verdikleri taahhüdün bir parçası olarak, esasen il ve yönetim birimi yönetimleri, bilgisayarlı tomografi tarayıcıları ve manyetik rezonans görüntüleme tarayıcıları gibi pahalı teknolojinin satın alınmasını finanse eder. Hastanelerin kendi bütçeleriyle pahalı donanımlar satın almaya ilişkin mali kapasiteleri çoğunlukla kısıtlıdır; çünkü bütçelerin çoğunda açıklar vardır. Birçok hastane teknoloji satın alabilmek için fon sağlamak üzere vakıflar kurmasına rağmen, il düzeyindeki sağlık bakanlıkları çoğu zaman daha büyük yatırımlara katkıda bulunur; böylece sermaye planları ilgili bakanlığın onayını gerektirir.^f

Bölgesel Sağlık İdareleri, çok ayrıntılı bir şekilde olmasa da, yatak kapasitelerini planlar. Örneğin, Calgary sağlık planı yalnızca mevcut yatak kapasitesini ana hatlarıyla ortaya koyar ve gelecekteki sermaye yatırımıyla kaç yatak ekleneceğini kabaca gösterir.¹³ Ancak 1995 ve 2000 yılları arasında Kanada'da azımsanmayacak kadar çok sayıda hastane kapanmış, birleşmiş ya da diğer hizmet türlerini sunmak üzere değişmiştir (gittikçe yükselen masrafları kısma ve rasyonalizasyona ilişkin daha kapsamlı bir sürecin bir parçası olarak); bu durum mevcut kapasitenin daha verimli kullanılmasına daha fazla ihtiyaç duyulduğunun altını çizmektedir.

Son Dönemlerdeki Gelişmeler

Bu zamana kadar bölgeselleştirmenin etkisine ilişkin kapsamlı ve sistematik bir değerlendirme yapılmamıştır. Ancak, 2002 yılında Kirby Komitesi Kanada'nın sağlık sistemindeki federal role ilişkin bir rapor sunmuştur, bu raporda aynı zamanda Bölgesel Sağlık İdarelerine ilişkin bir inceleme de yer almaktadır.¹⁰ Raporda, Bölgesel Sağlık İdarelerinin "bölgelerindeki insanlara yönelik sağlık hizmetlerinin birleştirilmesi ve düzenlenmesi ile ilgili övgüye değer bir iş" başardığı açıklanırken (s.63), Bölgesel Sağlık İdarelerinin planlanmasında ve

^f Tıbbi görüntüleme donanımlarının çoğu hastanelere yerleştirilmiştir; ancak bazıları serbest kliniklerde, esasen sağladıkları finansmanın büyük kısmını özel kaynaklardan alan kâr amaçlı özel kliniklerdedir. Bu finansman sağlama; cepten ödemeler ve özel sigorta paraları yanında çalışanların tazminat ofisi ödemelerinden gelen küçük bir miktar geliri de kapsar (ve bazı durumlarda, Medicare hastalarına haftada belirli saatlerde hizmet verilmesinden dolayı il düzeyindeki hükümetlerden gelen gelir).²

kaynakların bütçelendirilmesindeki birçok eksiklik de belirtilmiş ve raporlamadaki bazı boşlukların altı çizilmiştir. Raporda, bazı durumlarda yıllık bütçelerin/ planların çok genel olduğu, plandan çok rehber benzedikleri ve belirli hizmetlere ilişkin belirgin hedeflerden ve harcama tavanlarından yoksun oldukları ifade edilmektedir. Raporda ayrıca, şeffaflığın ve hesap verebilirliğin artırılması için, il düzeyindeki yönetim ile yapılan yıllık anlaşmalarda, bütçelerini yönetemeyen ya da performans hedeflerine ulaşamayan Bölgesel Sağlık İdarelerinin karşılaşılabilecek sonuçların açık bir şekilde tanımlanması gerektiği ileri sürülmektedir (ayrıca 4. kutuya bakınız).¹⁰ Raporda aynı zamanda, Bölgesel Sağlık İdarelerinin il düzeyindeki yönetim tarafından belirlenen bütçeler ve öncelikler nedeniyle gereksiz yere kısıtlandığı ve Bölgesel Sağlık İdareleri düzeyinde çok az esneklik bırakıldığı bildirilmiştir. Bölgesel Sağlık İdarelerinin karşı karşıya kaldığı bir diğer zorluk da, doktorlara ödenen ücret ya da ilaç reçetesine finansman sağlanmasının kontrolü ve idaresinin il/ yönetim birimi düzeyinde bir sorumluluk olarak kalması gerçeği ile ilişkilidir, bu durum hizmetlerin entegrasyonunun artırılması konusundaki çabaları önemli ölçüde engellemektedir. Bu nedenle, bu raporda Bölgesel Sağlık İdarelerine daha fazla sorumluluk verilmesi önerilmektedir.

Birkaç il Bölgesel Sağlık İdarelerinin yapısında çok sayıda değişiklik yapmıştır. 2002 yılı itibarıyla, Britanya Kolombiya, 52 sağlık idaresinden oluşan orijinal ağını daraltmış ve Bölgesel Sağlık İdarelerinin sayısını 11'den 5'e düşürmüştür (bu 5 Bölgesel Sağlık İdaresi şu anda toplam 16 adet sağlık hizmeti sunum alanını yönetmektedir), bunun yanında bir il sağlık idaresi il çapındaki hizmetlerden sorumludur.⁹ 2005 yılında, Kanada'daki en az popüler il olan Prince Edward Island, sağlık hizmetlerinin bölgeselleştirilmiş yapısını (1993 yılında kurulmuştu) bırakmıştır.

2006 yılında, Ontario, 14 yerel sağlık entegrasyonu açısından oluşan bir sistem başlattı. Bu sistem, belirli bir coğrafi alan içerisinde, hastaneler, toplum sağlık hizmeti erişim merkezleri, evde sağlık hizmeti, uzun vadeli sağlık hizmeti ve akıl sağlığını da kapsayan yerel sağlık hizmetlerine ilişkin planlama, entegrasyon ve fon tahsis etmeden sorumludur. Yerel sağlık entegrasyonu ağlarının uygulanması, aşamalı bir süreçtir. Ancak bu uygulamadan 2008 yılı itibarıyla beklenmektedir: i) Sağlık hizmeti planlamasını ve ilde sunumunu geliştirmek üzere yerel hizmet sağlayıcılar ile hesap verebilirlik ve performans yönetimi anlaşmalarını gerçekleştirmiş olacaktır. ii) Toplumun endişelerine ve gereksinimlerine cevap veren stratejiler geliştirmiş ve uygulamaya koymuş olacaktır. Özel olarak sağlık konusunda yerelde var olan ihtiyaçları ele almak için yerel hizmet sağlayıcılar ile çalışıyor olacaktır. iii) Yerel sağlık sistemlerinin performansını değerlendirme ve bunu rapor etme sorumluluğu olacaktır. iv) Yerel sağlık hizmeti sağlayıcılarına fonlar tahsis etmenin yanı sıra, il düzeyindeki sağlık bakanlığına yerel sermaye ihtiyaçları hakkında tavsiyelerde bulunacaktır.¹⁶ Planlama, il düzeyinden bölgesel düzeye aktarılacaktır.

Kutu 4 – Alberta’da Bölgesel Sağlık İdarelerinin Hesap Verebilirliği

Alberta’daki dokuz Bölgesel Sağlık İdaresi, sermayeyi planlama, ihtiyaç analizi, hizmeti planlama ve işi planlamayı da kapsayan, bir hesap verebilirlik çerçevesinde çalışmaktadır.¹⁵ 2003 yılında, ilk defa olarak, Alberta Yönetimi, önemli sermaye ve altyapı projeleri ile ilgili taahhütlerinin ana hatlarını belirten üç yıllık bir döner sermaye planı yayımlamıştır. Alberta Hükümeti 2005 yılında, etkili sermaye planlama, karar almayı sağlamak ve artırmak için *Sağlık Alanında Sermaye Planlama El Kitabı’nın* incelenerek değiştirilmiş versiyonunu piyasaya çıkarırken, Bölgesel Sağlık İdarelerine, sermaye yatırımı ile ilişkili kararlarda daha fazla sorumluluk ve özerklik vermiştir. Bu el kitabı, aynı zamanda alternatif sermaye fonlarına ilişkin düzenleyici bir çerçeve de ortaya koymuştur. Örneğin, kamu-özel ortaklıkları (Kanada’da “P3s” olarak bilinmektedir).⁹ Hesap verebilirlik çerçevesinin bir parçası olarak, il düzeyindeki yönetim, organ nakilleri, açık kalp ameliyatı, ağır travma ve yanık bakımı ve kompleks beyin cerrahisi gibi il çapındaki bir dizi hizmet ile ilgili olarak iki Bölgesel Sağlık İdaresi ile hedeflenen yıllık miktarlar konusunda mutabakata varmaktadır. Hedefler, sağlığın durumu, sağlık koşullarının ve sağlık eğilimlerinin ortaya çıkış sıklığına dayanarak belirlenmektedir; Bölgesel Sağlık İdarelerinin hedeflere ve hedeflerle ilişkili sağlık çıktılarına ulaşma becerisi yıllık olarak izlenmektedir.¹⁰

Diğer iller, sağlık hizmeti sunulmasına ilişkin olarak yerel sorumluluğun güçlendirilmesi için son dönemlerde benzer yaklaşımlar geliştirmeye başlamışlardır. Bu, çoğu kez sağlık hizmeti kapasitesinin planlanmasını içerir. Quebec’te 2004 yılında, 18 bölgede 95 yerel hizmet ağı kurulmuştur. Bu kuruluşlar, ilgili coğrafi bölgeler içerisinde yaşayan insanlara karşı ortak bir sorumluluğu paylaşmaktadır. Alberta’da, yerel düzeyde yönetilen toplum sağlık merkezleri, sahip oldukları finansmanın önemli bir oranını ilgili Bölgesel Sağlık İdareleri ile yaptıkları sözleşmelerden sağlamaktadırlar. Aynı zamanda Bölgesel Sağlık İdaresi düzeyindeki ilgili üst düzey planlama ve ortaklık komitelerine de katılmaktadırlar.

Geçtiğimiz yıllarda, eyalet ve il düzeyindeki politika, bekleme zamanlarını azaltma ve sağlık hizmetine erişimi artırma konularına ağırlık vermiştir; bu gelişme, kapasite planlamaya olan ilginin artmasına katkıda bulunmuştur. 2004 yılında, il ve yönetim birimi düzeyindeki mevcut yatırımları artırmak için ve yargı mercilerine bekleme zamanlarını azaltmaya yönelik çeşitli girişimlerinde yardımcı olmak için eyalet düzeyinde Bekleme Zamanlarını Azaltma Fonu kurulmuştur. Bu fon esasen yargısal öncelikler için kullanılmaktadır. Bu öncelikler şöyle sıralanabilir: ilave sağlık uzmanları yetiştirilmesi ve istihdam edilmesi,

birikmiş işlerin temizlenmesi, bölgesel mükemmellik merkezlerine yönelik kapasite geliştirme, uygun ayaktan tedavinin genişletilmesi ve toplum sağlık hizmeti programları, bekleme zamanlarının yönetilmesine yönelik araçların geliştirilmesi.

Yargı mercileri aşağıdaki yollarla, bekleme zamanlarının azaltılması konusundaki ilerleme ile ilgili bilgi toplamak ve sunmak konusunda mutabakata varmıştır. Bu yollar:

- Sağlık hizmeti uzmanları ile teşhis ve tedavi süreçlerine erişime ilişkin karşılaştırılabilir göstergeler geliştirerek,
- Eyalet, il ve alan düzeyindeki sağlık bakanları tarafından geliştirilecek bir süreç yoluyla tıbbi açıdan kabul edilebilir bekleme zamanları –kanserden başlayarak, kalp rahatsızlıkları, tanısal görüntüleme işlemleri, eklem protezi ve görmeyi iyileştirme- ile ilgili kanıta dayalı ölçütler kullanarak,
- Öncelikli ölçütlere ulaşmak için çok yıllık hedefler kullanarak,
- İllerin/alanların vatandaşlarına sundukları ve bekleme süresine ilişkin çok yıllık hedeflere ulaşmada elde edilen ilerlemeyi ana hatlarıyla belirten yıllık raporlar kullanarak.

Bekleme süresi konusu, sağlık sektörünün belirli alanlarında ulusal planlamaya ilgisinin artmasını bir dereceye kadar örneklemektedir.

2. DANİMARKA

Arka Plan Bilgisi

Vergilerle fon sağlayan Danimarka sağlık sisteminin önemli bir özelliği, sağlık hizmetinin düzenlenmesinde yüksek düzeyde desantralizasyon olmasıdır. Hizmetlerin neredeyse tamamı halka açıktır ve sadece birkaç tane kâr amaçlı hastane (çoğunlukla Kopenhag'da) bulunmaktadır. Planlama; büyük ölçüde, bölgesel düzeyde ve belediye düzeyinde üstlenilmektedir ve yetkili konsey ile hizmet sağlayıcı birlikler (birinci basamak sağlık hizmeti) arasındaki sözleşmeli anlaşmaları içerir. Önceki 14 ülkeyi, her biri 0,6 ile 1,6 milyon insandan oluşan beş bölgede birleştiren 2007 yılındaki yapısal reform sonrasında, şimdi bunun değişmesi muhtemeldir. Belediyelerin sayısı 271'den 98'e düşürülmüştür.

Yapısal reform aynı zamanda sorumlulukların kısmen yeniden dağıtılmasını da içerir: Bölgeler sağlık hizmeti alanlarının çoğunun sorumluluğunu almış ve belediyeler koruyucu hekimlik, sağlığın geliştirilmesi ve (hastanede olmayan) rehabilitasyondan sorumlu olmuştur.¹⁷ Daha büyük bölgelerin oluşturulmasının hem idari masrafları, hem de vergilendirmede⁹ ve sağlık hizmetinin sunulmasında meydana gelen coğrafi farklılıkları azaltacağı beklenmektedir. Bunun yanı sıra, yapısal reformdan daha geniş hizmet alanları, sağlık sektöründe gelecekte oluşacak zorluklara daha esnek bir şekilde cevap verilebilme yönünde bir beklenti vardır. Ayrıca, Ulusal Sağlık Kurulu gibi merkezi idarelerin; bölgelerin güçlü konumlarını dengeleyerek ve Danimarka içinde tekdüzen standartlar oluşturarak sağlık hizmetini düzenleme ve denetlemede daha güçlü rolü olacağı da tahmin edilmektedir.

Planlama Sürecinde Rol Oynayan Aktörler

Merkezi yönetim, daha çok yasama yoluyla sağlık hizmetinin planlanması ve sunulmasına ilişkin genel çerçeveyi belirler. Sağlık Bakanlığı ve ona bağlı bir yapı olan Ulusal Sağlık Kurulu sağlık hizmetinin düzenlenmesini ve sunulmasını bölgesel düzeyde ve belediye düzeyinde denetler; sağlıkla ilgili seçilen konularda öneriler sunar. Ulusal bir sağlık planı yoktur; ancak, bölgeler ve belediyeler kendi sorumluluk alanları ile ilgili planlar geliştirir.

Yakın zamana kadar, planlamaya ilişkin merkezi denetim (esasen hastanede sağlık hizmetine odaklanma) büyük ölçüde resmi değildi ve kanunla belirlenmemişti. Ulusal Sağlık Kurulu'nun rolü genellikle uzman sağlık hizmetinin bölgesel dağılımını ilçe meclisi, tıbbi birlikler ve hizmet sağlayıcı kuruluşlar ile tartışmak ve öneriler sunmakla sınırlıydı. İlçelerin bu tür önerilere bağlı kalması gerekmemesine rağmen, pratikte çoğu zaman bu önerileri uygulamışlardır.

⁹ İlçe düzeyindeki daha önceki yerel vergi sisteminin aksine, bölgeler vergi toplamazlar; fakat belediyelerden gelen bazı katkılar ile birlikte devlet hibeleri tarafından bölgelere fon tahsis edilir.

Ancak, 2007 yılı Ocak ayından beri, bölgeler ve belediyelerin, bölgelerin düzenlediği (örneğin hastane hizmeti) ve belediyelerin sunduğu (örneğin rehabilitasyon hizmetleri) hizmetler arasında özel koordinasyonun olduğu altı alanda, resmi bir anlaşma yapması gerekmektedir.¹⁷ Bu anlaşmalar şimdi genel rolü önemli ölçüde güçlendirilmiş olan Ulusal Sağlık Kuruluşu tarafından onaylanmak zorundadır. Onay, bu anlaşmaların, ihtiyaç analizi, kalite standartları, eğitim ve araştırma gereksinimleri gibi yönleri içine alan bir grup gereksinimi karşılayıp karşılamamasına bağlı olacaktır. Onaya ilişkin belirli gereklilikler ve işlemler halen gelişme halindedir.

Ulusal düzeyde çok az sistematik planlama olmakla birlikte, ulusal hükümet ve bölgeler arasındaki yıllık anlaşmalarla bazı öncelikleri belirleme ulusal düzeyde üstlenilmiştir. Bu nedenle, Sağlık Bakanlığı ve Maliye Bakanlığı, Danimarka Bölgeleri (bölgelerin ortak çıkarlarını temsil eden bir yapı) ve Yerel İdareler Ulusal Birliği ile yaptığı görüşmelerin ardından sağlık hizmeti masrafına ilişkin ortak hedefler belirler. Ancak, bu hedefler yasal olarak bağlayıcı değildir. Yıllık bütçe görüşmeleri aynı zamanda, yerel vergilere ilişkin olarak önerilen maksimum düzeyler de dâhil olmak üzere kaynak tahsisini, bölgelere ve belediyelere aktarılabilecek devlet yardımlarını, belediyeler arasındaki dağılım miktarını ve öncelikli alanlar için ayrılan hibelerin büyüklüğünü belirler. Merkezi yönetimin, bu görüşmeleri, sağlık hizmetinin gelişme yönünü etkilemenin bir yolu olarak giderek daha fazla kullandığı bildirilmektedir.¹⁸

Yukarıda belirtildiği gibi, bölgeler ve belediyeler; sağlık hizmetinin planlanması, organize edilmesi ve sunulmasındaki başlıca aktörlerdir. Her dört yıl için (örneğin her seçim turunda), sağlık hizmeti sektörünün (bölgeler, hastane ve özel sektör tarafından sağlanan birinci basamak sağlık hizmeti; belediyeler, rehabilitasyon, evde verilen hemşirelik hizmeti, halk sağlığı hemşireleri, çocuklar için diş sağlığı hizmeti) tüm alanlarını kapsayan bir sağlık planı üretmeleri gerekmektedir. Sağlık planları, tüm koruyucu ve tedavi edici hizmeti kapsar ve bir dereceye kadar sağlık ve sosyal hizmeti arasındaki kesişim noktası ile ilgili planlamayı içerir. Planlama süreci, bölgeler arasında farklılık gösterir; ancak, genelde belirli konulara odaklanan toplantıları, seminerleri ve ortak kurulları içerir.

Bölgesel sağlık planları, çoğu zaman nüfusun sağlığına ilişkin bir değerlendirmeyi ve sağlık hizmeti ihtiyaçlarını içerir. Bu planlar, aynı zamanda kullanılabilir hizmet çeşitlerini tanımlar ve belediyeler ile diğer bölgeler arasındaki iş birliğinin yapısını ve düzeyini değerlendirir.

Planlar daha sonra görüşleri alınmak üzere Ulusal Sağlık Kurulu'suna sunulur; kurulun önerileri bağlayıcı değildir.

Hastane Planlama

Bölgeler esasen, hastane çalışmalarının miktarını, yapısını ve maliyetlerini ayrıntılarıyla belirten bütçeler yoluyla, hastane hizmetini düzenler ve planlar.^h Her bir bölge, bünyesindeki her bir hastane tarafından sunulacak hizmet çeşidini belirler. Ancak, bölgelerin hastane kapasitesini planlayabilmeleri, hastane fonlarının etkinlik temelli fonlara doğru kaymasından giderek daha fazla etkilenmektedir. Bu fonların kayması, hastanenin sunduğu hizmetin miktarını daha az tahmin edilebilir kılmaktadır. Günümüzde, belediyeler hastane planlamaya dâhil olmamaktadır. Ancak, idari reformun ardından sorumlulukların yeniden dağıtılmasının bir sonucu olarak, bu sürece dâhil olma oranlarının artabileceği tahmin edilmektedir.

Ulusal Sağlık Kurulu, pahalı cihazların dağılımı ile uzman ve ileri düzeyde uzman hizmetlerin sunulmasını planlar; bu hizmetler hastaneye gelen tüm hastaların yaklaşık %10'unu etkilemektedir. Uzman müdahaleler, her bölgede bir hastanede (tüm uzmanlık hizmetleri için aynı hastanede olmak zorunda değildir) ve ileri düzeyde uzmanlık hizmetleri ilçedeki üç hastaneden birinde (hizmete bağlı olarak) gerçekleştirilmektedir. Tüm kamu hastanelerinde olduğu gibi, uzmanlık ve ileri düzeyde uzmanlık işlemler uygulayan hastaneler bölgesel düzeyde işletilir ve finanse edilir.

Yakın zamana kadar, kâr amaçlı özel hastaneler planlamaya dâhil olmamıştır. Özel hastaneler, kamu iadesi almaya hak kazanabilmek için Danimarka Bölgeleri ile bir anlaşma yapmak zorundadır. Yeni sistemde, uzmanlık ve yüksek düzeyde uzmanlık hizmetler sunmak isterlerse özel hastanelerin ve kamu hastanelerinin, Ulusal Sağlık Kurulu'na başvurmaları gerekmektedir. Ulusal Sağlık Kurulu, sunulan hizmetlerin miktarını ve söz konusu müdahaleyi uygulayabilmek için gerekli diğer hizmetlerin kullanılabilirliğini dikkate alarak, her bir uzman müdahale ve yerine ilişkin desantralizasyonun derecesini belirler.ⁱ Bu gereklilik, potansiyel olarak hem kamu hem de özel hizmet sağlayıcılara uygulanabilir. Ancak, Ulusal Sağlık Kurulu, özel hizmet sağlayıcıların piyasaya girmesini teşvik etmek amacıyla şu anda özel hizmet sağlayıcıların uzmanlık ya da yüksek düzeyde uzmanlık müdahalelerde bulunmasını düzenlememektedir. Örneğin tüm özel hastanelerin koroner by-pass ameliyatı hizmeti sunmasına izin verilmektedir; ancak sadece beş tane kamu hastanesinin bunu yapmasına izin verilmektedir.

^h Hastaneler, bölge ile yapılan bir sözleşmeye dayanan bir bütçe alır. Bunun yanı sıra, hastanelere, giderek artan bir biçimde hizmet başına ücret temeline ödeme yapılmaktadır. Harcamaların kontrol altında tutulmasını sağlamak için miktar tavanı ve karışık vakaların yer aldığı sistemler gibi koruyucular uygulamaya konmuştur. Hastaneler arasındaki ve bölgeler arasındaki ödemeler için tanıya dayalı tedavi grupları kullanılmaktadır.

ⁱ Bu durum "uzman işlev" olarak adlandırılır. "Teknoloji ve donanım gibi yüksek düzey kaynaklar gerektiren, nadir, ve karmaşık koşullarda uzman hizmetleri sunma" anlamına gelmektedir.

Hükümetin hastaların seçme şansını artıran taahhüdü hastaların ikamet ettikleri bölgenin sınırları dışındaki hastanelerde de hizmet aramaya çalışmalarına olanak tanıdığı için bölgesel ve belediye düzeyinde planlama giderek daha karmaşık hale gelmiştir. Planlama aynı zamanda, ulusal bekleme süresi güvencesinden de etkilenmektedir. Bu durum hastanelerin belirli müdahaleleri tercih etmesini gerektirmektedir.

Eskiden bölgesel çeşitlilik olarak hoş görülen bölgesel farklılıklar ve eşitsizlikler giderek daha az kabul edilebilir olmaktadır. Bu durum, hem merkezi yönetimin hem de Parlatentonun benimsedikleri görüşlerde kendini göstermektedir. Hükümet, şimdi sağlık hizmetinin standardını ve eşitliğini artırmak için birçok girişim başlattı. Hükümet, hem yasal araçlarla hem de merkezi olarak yapılan anlaşmalar yoluyla sağlık sektöründeki bölgesel kademelerin gücünü azaltmıştır.¹ Örneğin, en yüksek bekleme süreleri iki aydan bir aya indirilmiştir. Hasta sayıları ve gereken hizmet daha az tahmin edilebilir olacağından, bu durum bölgelere ilişkin mali kesinlik üzerinde olumsuz bir etki yaratabilir.

¹Bölgelerde uygulanan ve hastaneye gelen her bir hasta için hastanede yattığı süre boyunca tedavinin tamamı ile ilgili olarak tek bir iletişim kişisi görevlendirilmesini gerektiren bir yönetmelik bu duruma örnektir.

3. İNGİLTERE

Arka Plan Bilgisi

Sağlık hizmeti ağırlıklı olarak genel vergilendirme ve işverenler ile çalışanlar tarafından ödenen ulusal sigorta katkı payları yoluyla finanse edilmektedir. Devlet tarafından finanse edilen sağlık hizmeti genellikle devlet hastanelerinde görev yapan maaşlı doktorlar ile hemşireler (Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS) vakıfları ve kuruluş vakıfları^k) ve serbest çalışan pratisyen hekimler tarafından sunulmaktadır. Devlet tarafından finanse edilen hizmetin bir bölümü ise özel ve gönüllü hizmet sağlayıcılar tarafından verilmektedir. NHS tüm vatandaşları kapsar; kamu, özel ve gönüllü hizmet sağlayıcıların bir araya gelmesiyle oluşur.

İngiltere'deki sağlık planlaması ve sunumu sistemi, hiyerarşik bir yapıya sahiptir. Sağlık Bakanlığı, sağlıkla ilgili tüm konulara ilişkin genel bir politika çerçevesi çizmekle yükümlüdür. Stratejik Sağlık İdareleri (SHA'lar, 2002 yılında kurulmuştur) yerel stratejik liderlik görevini üstlenmiştir. Coğrafi olarak sınıflandırılmış nüfuslardan sorumlu olan Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Vakıfları (PCT'ler, 2002'de kurulmuştur) yerel sağlık hizmetlerini karşılayabilmek için sağlık hizmetleri satın almaktadır. PCT'ler bunu temel olarak, serbest çalışan pratisyen hekimlerin işlettiği merkezler ile sözleşmeler imzalamak ve hastanelerle hizmet düzeyi anlaşmaları (faaliyet temelli ödeme yöntemini esas alan anlaşmaların sayısı gittikçe artmaktadır) yapmak suretiyle gerçekleştirmektedir. PCT'ler doğrudan bazı birinci basamak ve toplum sağlığı hizmetleri de sunabilmektedir. Toplam NHS bütçesinin yaklaşık % 85'i Sağlık Bakanlığı tarafından PCT'lere tahsis edilmektedir. 2006 yılında, NHS'lerin kurumsal yeniden yapılanması çalışmaları kapsamında, SHA'ların sayısı 28'den 10'a ve PCT'lerin sayısı 302'den 152'ye düşürülmüştür.¹⁹

Planlama Sürecinde Rol Oynayan Aktörler

NHS planlaması, Sağlık Bakanlığı tarafından kademeli olarak SHA ve PCT'lere devredilmiştir. Sağlık Bakanlığı, yönlendirici bir rol üstlenmiştir. Bakanlık, planlama çerçevesini oluşturur; ulusal sağlık hedeflerinin ana hatlarını belirler ve NHS'nin sağlık hizmeti sunumu sırasında karşılaması gereken ilkeler, standartlar ve öncelikleri belirler. Aynı zamanda, sağlık hizmetlerinde mali performansa ve Hükümetin bakanlık bütçelerine yönelik üç yıllık gözden geçirmesinde (Harcama Gözden Geçirmesi olarak bilinmektedir) ortaya konan hedeflere ulaşmak yolunda kaydedilen ilerlemeye ilişkin olarak Parlamento ve kamuya yılda iki kez rapor verir. Harcama Gözden Geçirmesine bağlı kalmak suretiyle, planlama çerçeveleri üç yıllık bir süre için hazırlanır.²⁰ Bu çerçeveler, yerel hizmet sağlayıcının gerçekleştirmiş olduğu faaliyetlerin, ulusal hedeflere ve "hastanın tercihi veya hizmetin toplum geneline yaygınlaştırılması" gibi politikalara katkıda bulunmasını sağlamayı amaçlar. Planlama (merkezi olarak hazırlanmış olan) Ulusal Hizmet Çerçevesi veya Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmeliyeti Enstitüsü tarafından hazırlanan rehberler gibi iyi uygulama örnekleri dikkate alınarak hazırlanır.

^k Kuruluş vakıfları, daha büyük bir mali ve yönetsel özerkliğe sahip NHS hastaneleridir.

Geçerli Planlama Çerçevesi (2005/06-2007/08), NHS hizmeti sunan tüm kuruluşların uyması gereken sağlık hizmeti standartlarını ortaya koyar.²⁰ NHS kuruluş vakıfları ile NHS finansmanlı hizmeti sunan özel ve gönüllü hizmet sağlayıcıları da kapsayan Sağlık hizmeti kuruluşlarının yedi alanda ulaşması gereken kalite düzeyini de belirler. Bu yedi alan şöyledir: güvenlik; klinik etkinlik ve maliyet etkinlik; yönetim; hasta odaklı hizmet; erişilebilir ve duyarlı hizmet; hizmet ortamı ve olanakları; halk sağlığı. Çerçeve bu alanların her biri için bir temel sonuç, temel standartlar (kuruluşun bu standartları karşılaması zorunludur) ve geliştirme ile ilgili standartlar (kuruluşun bu alanda ilerleme kaydetmesi beklenmektedir) belirler. Bir önceki planlama döneminde²¹ 2004 Harcama Gözden Geçirmesi 2005-2008 Kamu Hizmet Anlaşmasını temel alan ulusal hedeflerde ortaya konan mevcut taahhütler ve hedeflerin yanı sıra mevcut planlama döneminde ortaya konan standartların da karşılanması gerekmektedir (Kutu 5).²²

Sağlık Bakanlığı, üç yıllık planlama çerçevesini temel alan yıllık bir çalışma çerçevesi hazırlar. Bu çerçevede, hizmet sunumu önceliklerine ve genel planlama çerçevesine uygun ulusal hedeflere yer verilir. Bu çerçeve aynı zamanda, kilit politika belgelerinde yer verilen ve “hastanın tercihi veya hastane sağlık hizmetinin faaliyet temelli finansmanı (sonuca göre ödeme olarak adlandırılmaktadır) uygulamasının yaygınlaştırılması” gibi reformları kapsayan genel sağlık reformu takvimi dikkate alınarak hazırlanmaktadır.^{19, 25, 26} Buna ek olarak, çalışma çerçevesi yerel kuruluşların dikkate alması gereken parametreleri tanımlar; böylece, ilgili NHS sağlayıcı kuruluşlar ve özellikle PCT’lerin yerel hizmet sunumuna yönelik planlar yoluyla ulusal hedeflere ulaşmak için çaba göstermesi sağlanır (bakınız; aşağıda verilen bilgiler). En güncel 2007/08 çalışma çerçevesi, yerel planlamaya ilişkin olarak süregelen reformların temel aşamalarını belirleyen bir takvim sunmuştur.²⁷

2003’ten bu yana PCT’lerin üçer yıllık yerel hizmet sunumu planları (LDP) hazırlaması gerekmektedir. Bu planlarda Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen hedeflere nasıl ulaşılabileceği ortaya konmalıdır. Süreç aşağıda özetlenmiştir.

- Sağlık Bakanlığı PCT’lere fon tahsis eder.
- PCT’lerin yerel makamlar, NHS vakıfları, NHS kuruluş vakıfları, diğer NHS kuruluşları, özel ve gönüllü kuruluşları da kapsayan geniş bir paydaş çevresiyle iş birliği yaparak bir iş gücü planını içeren bir LDP hazırlaması beklenmektedir. LDP, yerel ihtiyaçları hedef almalı ve Sağlık Bakanlığı Kamu Hizmeti Anlaşmasında ortaya konan ulusal önceliklere de yer vermelidir.

Kutu 5 – Sağlık Bakanlığı Kamu Hizmeti Anlaşmaları, 2005-2008

İlki 1998 yılında yürürlüğe giren kamu hizmeti anlaşmalarının amacı kamu kaynaklarından verilen paranın değerinin alınabilmesini sağlamak ile Hükümetin seçtiği yol ve hedefler konusunda kamuyu aydınlatmak suretiyle şeffaflık ve hesap verebilirliği artırmaktır. Bakanlıkların hedeflere ilişkin performanslarını rapor etmesi gerekmektedir (yılda iki kez halka duyurulması şeklinde).

Sağlık Bakanlığı 2005-2008 Kamu Hizmeti Anlaşması ulusal hedeflere dönüştürülen dört öncelik alanı ortaya koymuştur. Bunlar:

- *Nüfusu daha sağlıklı bir hale getirmek:* 2010 yılında İngiltere’de doğumda yaşam beklentisini erkekler için 78.6 yıla ve kadınlar için 82.5 yıla çıkarmak;
- *İnsanları uzun vadeli koşullarla desteklemek:* En riskli grupta yer alan hassas insanlar için kişiselleştirilmiş hizmet planları sunmak ve acil servis yatak günü sayısını 2008 itibarıyla % 5 azaltmak;
- *Hizmete erişimi artırmak:* 2008’den itibaren bir hastanın pratisyen hekim tarafından hastaneye sevkı ile hastane tedavisinin başlaması arasında geçecek sürenin 18 haftayı aşmamasını sağlamak; bağımlılık yapan belirli ilaçları reçetesiz kullanan hastaların tedavi programına katılımlarını 2008 itibarıyla % 100 artırmak;
- *Hasta/kullanıcı deneyimlerini artırmak:* Bireylerin kendi sağlıkları ile hizmet sağlayıcının seçimi de dâhil olmak üzere ilgili kararlara tam katılımını sağlamak; hassas yaşlıların evlerinde yaşayabilmeleri için gerekli desteği sağlamak; metisiline direnç geliştirmiş olan Staphylococcus aureus ve diğer sağlık hizmeti ilgili enfeksiyonların görülme düzeylerini aşağıya çekmek.^{23, 24}

Sağlık Bakanlığı Kamu Hizmeti Anlaşması, yerel makamların planlama takvimlerine paraleldir ve kaynakların nasıl kullanılması gerektiğini ortaya koyan bir mali strateji ve plan içerir.

- SHA’lar, PCT’lerin LDP’leri ile NHS vakıflarının iş planlarını bir araya getirerek ilgili bölge için üç yıllık süre içinde gerçekleştirilmesi planlanan sağlık ve hizmet iyileştirmelerini ayrıntılı bir şekilde ortaya koyan SHA düzeyinde bir (toplam) hizmet sunumu planı hazırlar.
- SHA düzeyindeki LDP’ler, NHS ile Sağlık Bakanlığı arasındaki yönetim ilişkilerinin temelini oluşturur ve ulusal hedeflere ulaşmak noktasında yerel düzeyde kaydedilen gelişmeleri izlemeye kullanılabilecek bir araç görevini görür.
- LDP’ler Hükümetin harcamaları gözden geçirme dönemleri ile uyumlu olacak şekilde hazırlanır ve bir yıllık bir çıkışma ile iki yılda bir güncellenir (bir başka deyişle geçerli planın üçüncü yılı yeni planın ilk yılı olur. Örneğin 2003-2006 ve 2005-2008).

Aslında, ulusal düzeyde hastane hizmetlerine yönelik merkezi bir planlama söz konusu değildir. Ancak, Hükümet Sağlık Hizmeti Komisyonu¹ aracılığıyla NHS kuruluşlarının performansı ile ulusal hedeflere yerel ve bölgesel düzeylerde ulaşıp ulaşılamadığını izler.²⁸ Sağlık Bakanlığı, ulusal hedeflere ulaşamayan veya diğer mevcut taahhütleri yerine getiremeyen NHS kuruluşlarına karşı geri alma çalışmasını başlatma hakkını saklı tutar. Böylesi bir davanın getirebileceği en kötü sonuç ilgili kuruluşun üst düzey yönetiminin değiştirilmesi olabilir.

Hastaneler (NHS vakıfları), tahmini faaliyet hacimlerini hesaplarken bir önceki yılın faaliyet düzeylerini ve bekleyenler listesinin yanı sıra 18 aylık bekleme süresi hedefini tutturmak için gerekli faaliyet düzeylerine ilişkin tahminleri temel alırlar. Tahmini faaliyet hacimlerini PCT'lerle görüşürler ve bu rakamlar daha sonra kuruluşlar arasında hizmet düzeyi anlaşmalarında belirtilir. Hastaneler ve PCT'ler arasında yapılacak müzakereler, sürece dâhil olan PCT'lerin sayısı ve müzakere edilen hizmet miktar ve türlerine bağlı olarak uzun ve karmaşık bir hal alabilir. Hastaneler ve PCT'ler arasında imzalanan hizmet düzeyi anlaşmaları daha sonra SHA'lara sunulur ve yerel hizmet sunumu planlarına dâhil edilir.

Sermaye Yatırımlarının Planlaması

Büyük sermaye yatırımlarının planlanması sorumluluğu son yıllarda gözden geçirilmiştir. Büyük çaplı yatırımlar, doğrudan Hükümet tarafından başlatılabilir (örneğin, NHS Planında verilen "2010 yılında 100 hastane daha yapılarak yeni hastane binalarının sayısı artırılacaktır." taahhüdü).²⁵ Onay prosedürleri ve yatırım eşiklerine ilişkin yeni rehberler, 2003 yılında yürürlüğe girmiştir. Yatırım ihtiyacının belirlenmesi ve mali taahhütleri doğrulamak için bir "eksiksiz iş durumu" hazırlanmasına ilişkin sorumluluk temelde NHS vakıfları ve PCT'lere aittir. Bir iş durumu geliştirme süreci, önceden tanımlanmış bir dizi planlama adımının izlenmesi suretiyle merkezi olarak yönlendirilmektedir (bakınız; aşağıda verilen bilgiler).²⁹

¹ Sağlık Komisyonu, İngiltere'deki her bir NHS vakfının performansını değerlendirdiği ve derecelendirdiği bir yıllık sağlık kontrolü yapar. Bu kontrol esnasında, hizmetin genel kalitesinden (hasta güvenliği, temizlik ve bekleme süreleri dâhildir) vakıfların finansmanı nasıl yönettiğine kadar bir dizi faktör dikkate alınır. Sonuçlar Komisyonunu web-sitesinde yayınlanır ([http:// www.healthcarecommission.org.uk](http://www.healthcarecommission.org.uk))

Sermaye yatırımları planlama prosedürleri, yatırımın boyutuna bağlı olarak değişmektedir. Genel olarak, NHS vakıfları ve PTC'ler; SHA veya Sağlık Bakanlığının önceden onayını almaksızın yapım planları, bilgi teknolojileri ve pahalı cihazlar için 10 milyon Sterlin'e (£) kadar yatırım yapabilir. Ancak, harcanacak tutar performansa bağlıdır. Böylece, Sağlık Komisyonunun yıllık performans değerlendirmesinde en iyi dereceleri alan vakıflar ("mükemmel" veya "iyi") önceden izin almaksızın 100 milyon Sterlin'e (£) kadar yatırım yapabilirken, daha düşük bir performans sergileyen vakıflar ise ("orta" veya "zayıf") önceden izin almaksızın sadece 1 milyon Sterlin'e (£) kadar yatırım yapabilirler.³⁰ Finansal kiralama işlemleri yoluyla finanse edilmesi gereken yatırımlar için onay eşiği daha düşük olabilir. Performans temelinde belirlenen alt sınır ile maksimum 25 milyon Sterlin'lik (£) bütçe hacmi arasında kalan yatırımlar SHA onayı gerektirmektedir. Bu eşik tesisler ve bilgi teknolojilerine yapılan yatırımlar ile PFI (Özel Finans Girişimi) yoluyla finanse edilen yatırım projeleri için geçerlidir. SHA'lar kendi tanımladıkları yatırımlar için 5 milyon Sterlin'lik (£) harcama yapabilir.³⁰ 25 milyon Sterlin'i (£) aşan tüm yatırımlar Sağlık Bakanlığı onayına tabidir. 100 milyon Sterlin'i (£) aşan yatırımlar ise Hazine Bakanlığı (Maliye Bakanlığı) onayını gerektirir.³⁰

NHS kuruluş vakıfları, sermaye yatırımları konusunda daha büyük bir özgürlüğe sahiptir. Özellikle, özel sektör (ve kamu sektöründen) borç alma yoluyla sermayelerini artırmalarına ve faaliyetlerinden elde ettikleri herhangi bir fazla miktarı yatırım amacıyla kullanmalarına izin verilmektedir.²⁹ Kuruluş vakıflarını düzenleyen bağımsız yapı olan "Gözetim Birimi"^m her bir kuruluş vakfı için "makul borç alma limiti" tahsis eder: Bu limit, vakfın bir borcu geri ödeyebilme kapasitesine yönelik olarak yapılan tahmini temel almaktadır. Özel finansman piyasalarından borç alma uygulaması Sağlık Bakanlığı tarafından kurulan bir "Borç Birimi" tarafından desteklenmektedir. Bu birim kuruluş vakıflarına finansal kapasitelerine ilişkin bir beyan sunar. Borç Birimi, uzun vadeli kamu borçlarına erişim imkânı da sağlamaktadır. Bu borçların vadeleri, ticari sektörde geçerli olan vadelere yakındır.²⁹

PFI-financemanlı yapım planları, 1997 tarihli NHS (Özel Finansman) Yasasında ortaya konan özel düzenlemelere tabidir. PFI planı, diğer şekillerle yapılması halinde kamu gelirleri veya kamu borçlanmasına bağımlı olacak olan kamu projelerinin özel sektör yatırımları yoluyla finansmanını desteklemek amacıyla 1992 yılında hayata geçirilmiştir. NHS, PFI planı çerçevesinde; özel yatırımcılardan oluşan konsorsiyumlar; hastanelerin klinik dışı bölümlerinin yapım ve yönetimini kapsayan 30 yıllık veya daha uzun süreli yatırım projeleri için teklif vermek üzere davet edilmektedir. 2006 yılı itibarıyla faaliyette olan 57 hastane geliştirme projesinden (NHS Planında hedeflenen sayı 100 idi) 48'i PFI planı yoluyla finanse edilmiştir.²⁹

^m Gözetim Birimi 2004 yılında kurulmuştur. Temel görevi "yüksek performans" sergileyen NHS vakıflarına kuruluş vakıfları gibi faaliyet göstermelerine imkân tanıyacak bir ruhsat vermek ve söz konusu vakıfların ruhsatları dâhilinde faaliyet göstermeleri için gerekli düzenlemeleri yapmaktır.

PFI planlarının onaylanması sorumluluğu, Hazine Bakanlığı bünyesinde çalışan Sağlık Harcamaları Ekibine aittir.³¹ Bu sorumluluğun büyük bir bölümü Sağlık Bakanlığına devredilmiş olsa da, Hazine Bakanlığı (sermaye değerine bakılmaksızın) “yeni” veya “tartışmalı” olma özelliği gösteren PFI planlarının onaylanması yetkisini hâlen elinde bulundurmaktadır. Tahmini değeri 25 milyon Sterlin veya üstü olan bir PFI planı için; ilgili NHS vakfının görevlendirmeyi yapan esas SHA (veya PCT) ile iş birliği içinde bir “Stratejik Gelişim Çerçevesi” hazırlaması gerekmektedir. Stratejik Gelişim Çerçeveleri; büyük çaplı yatırımların, yerel sağlık ihtiyaçları, yerel sağlık stratejileri ve mevcut yerel kaynaklarla uyumlu olmasını sağlar.³¹ Stratejik Gelişim Çerçeveleri; daha sonra Sağlık Bakanlığı tarafından koordine edilen ve yönlendirilen bir teknik ekibin bir bölümü olarak faaliyet gösteren diğer SHA’lar tarafından emsal değerlendirmesine tabi tutulur. Teknik ekip Bakanlığın yönetim kuruluna rapor sunar ve söz konusu kurul bakanlara önceliklendirmeye ilişkin bir tavsiye sunar.³²

Önceliklendirmeye ilişkin bir plan seçildikten sonra, NHS vakfı ve SHA bir araya gelerek, ilgili NHS Bölgesel İcra Ofisi tarafından onaylanması gereken³¹ bir “İş Durumu” hazırlar. İş Durumu, tercih edilen yatırım seçeneğinin aşağıdaki alanlarda çok dikkatli bir şekilde değerlendirildiğini göstermelidir: alternatif finansman planlarının değerlendirilmesi (bir kamu-sektör karşılaştırması geliştirmek suretiyle); parasal ve parasal olmayan maliyet ve faydaların analiz edilmesi; ilgili (klinik) paydaşların plan geliştirme aşamasına katılımı. Onaylanan İş Durumlarının NHS vakfı tarafından bir ay içinde yayımlanması gerekmektedir. Resmi ihale prosedürleri, Avrupa Birliği kamu ihalesi kuralları çerçevesinde düzenlenir ve projenin *Avrupa Toplulukları Resmi Gazetesinde* resmi olarak ilan edilmesini kapsar.³³ NHS vakıflarının, potansiyel teklif sahiplerini bulmak ve özel yatırımcıları plana dâhil etme ihtimalini değerlendirmek için piyasa araştırması yapması tavsiye edilmektedir. İlgili teklif sahipleri belirlenir ve müzakereler için davet edilir (müzakere dönemi, şartların belirlenmesi ve uygun teklif sahibinin seçimi süreçlerinin çeşitli aşamalarını kapsayan bir dönemdir). Sermaye değeri 25 milyon Sterlin (£) veya üstü olan planlar için resmi müzakere daveti Sağlık Bakanlığının onayına tabidir.³³

Son teklif sunumları; NHS vakıf yönetimi, görevlendirmeyi yapan SHA’lar ve/veya PTC’ler, klinisyen temsilcileri ve NHS vakfının yasal, mali ve teknik danışmanlarından oluşan bir değerlendirme ekibi tarafından değerlendirilir. Değerlendirmede; tasarım ve hizmetler, alım gücü, sermaye giderleri, risk paylaşımı, verilen paranın değeri, finansal olmayan faktörler, ödeme mekanizmaları, sözleşme hükümleri, garantiler, koşullu planlar ve esneklik/ seçenekler gibi faktörleri içeren kriterler temel alınmaktadır.³³ Teklif veren konsorsiyumlar arasından en uygun olanının seçilmesinden sonra, vakıf, finanse edenler ve proje firması bir araya gelerek planın ayrıntılarını müzakere eder. Bu temelde NHS vakfının, proje hakkında nihai mali kararın verilmesinden önce, Sağlık Bakanlığı (ve uygun olduğu hallerde Hazine Bakanlığı) onayı gerektiren bir “eksiksiz iş durumu” geliştirmesi gerekmektedir. PFI sözleşmelerinin Dış

İşleri Bakanı veya onun olmadığı durumlarda ise onun yerine vekalet eden bir üst düzey kamu görevlisi tarafından onaylanması gerekmektedir. Bu sözleşme 1997 tarihli NHS (Özel Finansman) Yasasında düzenlendiği şekliyle "dışarıdan finanse edilen kalkınma anlaşması" niteliğindedir. NHS vakıflarının sözleşme düzenlemelerinin eksiksiz gözetildiğinden ve uygulandığından emin olmak için bir "Gözetim Birimi"ni görevlendirmesi tavsiye edilmektedir.

4.FİNLANDIYA

Arka Plan Bilgisi

Finlandiya’da sağlık hizmeti planlaması, büyük oranda desantralize bir yapı gösterir. Bu yapıda, sağlık hizmetlerinin planlanması ve düzenlenmesi büyük oranda belediyelerin sorumluluğundadır. Belediyeler birinci basamak sağlık hizmetlerini ve hastane idareleri yoluyla (toplam 20 hastane idaresi mevcut olup bazıları birkaç belediyeden oluşmaktadır) ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini düzenler. Belediyeler herhangi bir hastane idaresine katılabilecekleri gibi diğer hastane idareleri veya özel tedarikçilerden de hizmet alabilirler.ⁿ

1993 yılına kadar belediyelerin, devlet sübvansiyonu alabilmek için her yıl bölgesel sağlık makamlarına beş yıllık dönemsel planlar sunması gerekmektedir. Bu planlar çok katı kurallar çerçevesinde düzenlenmekte ve Ulusal Sağlık Kurulunun hazırlamış olduğu ulusal sağlık planına dâhil edilmekteydi. Ancak, Kurul ve merkezi planlama 1993’de gerçekleştirilen devlet sübvansiyonları reformu kapsamında feshedilmiştir. O zamandan bu yana, belediyelerin her biri, merkezi yönetimden sağlık hizmeti için toplu bir sübvansiyon almaktadır. Sübvansiyon aşağıdaki beş hizmet kategorisinin her biri için farklı bir sayısal formül kullanılarak hesaplanmaktadır: yaşlı sağlık hizmeti ve uzun süreli hastanede sağlık hizmeti; birinci basamak hekimleri ve hemşireleri ile konsültasyonlar; koruyucu hizmetler ve iş sağlığı hizmetleri gibi diğer birinci basamak sağlık hizmetleri; uzmanlaşmış sağlık hizmeti; akıl sağlığı hizmeti. Teoride, belediyeler sübvansiyonları sağlık hizmeti ile ilgili olmayan herhangi bir amaç için (örneğin, eğitim veya yerel iş piyasasını sübvansiyon etmek için) kullanabilmektedir.

Sağlık hizmetinin planlanması ve sunumu sorumluluğunun devredilmesinin sağlık hizmetine erişim noktasında bölgesel eşitsizlikler yaratabileceği endişesi doğmuştur. Ancak, 1993 reformundan bu yana bölgesel eşitsizliklerde herhangi bir artış yaşanmadığına dair bir gösterge yoktur. Hastane idareleri güçlenen konumlarından etkili bir şekilde yararlanmayı başarmıştır. Bunu yaparken, sağlık hizmetinin diğer sektörlerine nazaran ikinci basamak sağlık hizmetlerinin rolünü artırmışlardır. 1993’ten bu yana hekim sayısında görülen net artışın neredeyse tamamı uzmanlaşmış hizmete tahsis edilmiştir.

Şubat 2005’te, Hükümet “belediyelerin sorumlu oldukları hizmetler için sağlıklı bir yapısal ve mali temel hazırlayarak bu hizmetlerin gelecekte de gerekli kalite, etkinlik, mevcudiyet, verimlilik ve teknolojik ilerleme standartlarını karşılayacak şekilde sunulmasını sağlamak” amacıyla belediye yapısında reforma gitme teklifinde bulunmuştur.³⁴ Söz konusu teklif, belediyelerin yaşlanan nüfusun sağlık ihtiyaçları ile sosyal ihtiyaçlarını gidermede karşılaştıkları mali zorluklara ve

ⁿ Uygulamada, belediyeler bir hastane idaresinden nadiren ayrılmakta ve başka bir hastane idaresine nadiren dahil olmaktadır. Uzmanlık hizmetlerini harici hizmet sağlayıcılardan satın alabilirler, ancak, bu genellikle uzmanlık hizmetlerinin küçük bir bölümü için tercih edilir.

sağlık hizmeti iş gücünün mevcudiyeti konularına yönelmektedir. Reform, hizmet sunumu için daha geniş bir popülasyon tabanı oluşturmak amacıyla belediyelerin birleştirilmesini öngörmektedir. Reform hayata geçirildikten sonra kamu hizmetlerinin yasal ve idari yapısını ciddi düzeyde değiştirmesi beklenmektedir. Bu durumun ise, sağlık hizmetinin düzenlenmesi açısından önemli etkiler getireceği tahmin edilmektedir.³⁵

Ülkenin çeşitli bölgelerinde sağlık hizmetinin düzenlenmesine ilişkin olarak değişik yaklaşımlar geliştirilmektedir. Bu yaklaşımlar genellikle, birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetinin (ve çoğunlukla yaşlılar için sosyal hizmeti) farklı boyutlarını birleştirmesi amaçlanan “sağlık hizmeti idareleri” şeklinde hayata geçirilmektedir. İlgili girişimler halihazırda çeşitlilik göstermektedir. Ancak sağlık hizmetinin birleştirilmesi için ortak bir çerçevenin geliştirilmesini sağlamak amacıyla uyumlaştırma çabalarına başlanması beklenmektedir (örneğin 1972 tarihli Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Yasası ve 1989 tarihli Uzmanlaşmış Tıbbi Hizmet Yasasını birleştirerek).³⁶

Planlama Sürecinde Rol Oynayan Aktörler

Sağlık hizmetlerinin planlanması ve düzenlenmesi sorumluluğu temel olarak 416 belediyeye devredilmiştir. Sosyal İşler ve Sağlık Bakanlığı tarafından temsil edilen merkezi yönetimin rolü, büyük oranda ulusal mevzuat yoluyla sağlık hizmetinin düzenlenmesi ve ilkelerine ilişkin genel bir çerçevenin çizilmesiyle sınırlıdır. Merkezi yönetim, sağlık ve sağlık hizmetleri hakkındaki karşılaştırmalı veriler ve bağlayıcı özellik göstermeyen tavsiyeleri belediyelere yayınlr (“bilgi aracılığıyla yönlendirme”). 2006 yılında Maliye Bakanlığı, bu strateji ve bu stratejinin sağlık hizmetleri de dâhil olmak üzere seçilen sosyal hizmet sektörleri üzerindeki etkilerine ilişkin bir değerlendirme yapmıştır.³⁷ Söz konusu çalışma bir dizi zorluğu gözler önüne sermiştir. Bu zorluklardan biri, farklı iletişim kanalları arasında ara sıra yaşanan koordinasyon eksikliği ve bir diğeri de bilgi aracılığıyla yönlendirme ve diğer düzenleyici mekanizmalar (örneğin, çerçeve oluşturma ve mali yönlendirme mekanizmaları) arasındaki potansiyel gerginliktir.

2002 yılında, Hükümet Sağlık Hizmetinin Geleceğini Koruma Altına Almak için bir Ulusal Program başlatmıştır. Bu programın esas gerekçesi, yaşlanmakta olan nüfusun demografisiyle, teknolojik gelişmelerle, halk sağlığı alanında ortaya çıkan tehditler ve iş gücü becerilerinin iyileştirilmesi için yapılan talepler ile ilgili konularda karşılaşılan zorluklar için hazırlık yapmaktır. Bakanlık programın bir parçası olarak yerel hizmet sunumunda kaydedilen gelişmelerin yönlendirilmesi noktasında gittikçe daha büyük bir katılım göstermeye başlamış ve bunu ise çoğunlukla hedeflenen münferit projeleri finanse ederek gerçekleştirmiştir.^o

^o 2003'ten bu yana, bu tür projelerin yüzlercesi başlatılmıştır. Bu projeler temelde beş kilit alan üzerinde odaklanmaktadır: birinci basamak sağlık hizmetleri ve koruyucu sağlık hizmetleri; tedaviye erişim; personelin varlığı ve uzmanlığı; fonksiyonel ve yapısal reform; sağlık hizmetinin sürdürülebilir finansmanı.

Ancak, proje temelli yaklaşımın verimliliği konusunda çeşitli kaygılar söz konusudur: bu yaklaşım, “tabandan tavana” proje faaliyetinde yerel ve bölgesel düzeyde parçalı yapıya neden olabilir ve sektör çapında reformlara hitap edemeyebilir. Halen var olan ancak yeterince kullanılamayan Sosyal Refah ve Sağlık Hizmeti Hedefi ile Hareket Planının rolünün yeniden tanımlanması amacıyla görüşmeler yapılmaya başlanacaktır. Çünkü söz konusu Plan bugüne kadar geniş çaplı stratejik hedeflerin ana hatlarını çizmiş; ancak fiili hizmet sunumu üzerinde oldukça az bir etki yaratabilmiştir. Bu belge, yerel ve bölgesel düzeylerde uygulamaya yönelik standart bir ulusal reform takvimi için çerçeve planı şekline dönüştürülebilir.

Hastane Planlama

Hastane sektöründe karar alma sorumluluğu, hastane idarelerinin konseyleri ve yönetim kurullarına aittir. Hastane idarelerinin konseyleri ve yönetim kurulu üyeleri, belediye seçimlerini müteakip dört yıllık süreyle seçilir ve üye bileşimi her bir siyasi parti için verilen oylara oranla belirlenir. Planlamaya ilişkin temel mekanizma hastane idareleri ve münferit belediyeler arasında yılda bir kez yapılan müzakereler ile anlaşmaları kapsar. Fiili karar alma ve planlama süreci bir hastane idaresinden diğerine ve bir belediyeden bir başka belediyeye değişir. Coğrafi alan ve nüfus ile tesis sayısındaki farklılıklar veya benzeri faktörler sürece yansır.

Hastane idareleri 100.000 – 1.2 milyon nüfusu kapsarlar ve belirli bir bölgede tüm uzmanlaşmış, yatan ve ayakta sağlık hizmetlerinin verilmesinden sorumludurlar. Hastane idareleri, yatan hasta tedavi hizmetleri için yatak kapasitesi de dâhil olmak üzere hastane hizmetini planlarlar. Hastane sektöründe kapasite planlama konusunda birkaç genel standart mevcuttur ve yatak kapasitesi konusunda herhangi bir ulusal norm yoktur. Hastane çıktısı, önceden yatak-gün sayısı temelinde hesaplanırken artık genellikle tanıya dayalı tedavi gruplarını temel alan dönemler şeklinde hesaplanmaktadır.

Ulusal Refah ve Sağlık Araştırma ve Geliştirme Merkezi (STAKES), hastane idareleri ve iki vakıf hastanesi 1997’de Hastane Karşılaştırma Projesini başlatmış ve söz konusu Proje zamanla kamu tarafından ülke genelinde sunulan uzmanlaşmış sağlık hizmetlerinin neredeyse tamamını kapsayacak şekilde genişletilmiştir. Karşılaştırma verileri, 2006 yılından bu yana ulusal istatistiklere dâhil edilmekte; teknik verimlilik açısından birim ve servislerin geliştirilmesi gereken alanlarının belirlenmesinde kullanılmaktadır.³⁸ Bu veriler kişi başı maliyet, teşhis ve bir sağlık hizmet epizodu boyunca yapılan tüm işlemlerle ilgili verilerden oluşmaktadır (yatan hasta kabulü ve ayakta tedavi vizitelerine ilişkin bilgiler de dâhildir). Projenin geliştirilmesi süreci hâlen devam etmektedir ve aynı zamanda hizmetlerin maliyet etkililiği konusunda karşılaştırma bilgilerinin sunulmasına yönelik planlar yapılmaktadır.

Büyük hastane idarelerinde planlama birkaç belediyeden oluşan alt idareler tarafından yürütülmektedir. Ancak, hastane idareleri ile alt idarelerin çıkarları çatışabilir: alt idareler kendi alanlarındaki hastane kapasitelerini artırmak isterken, hastane idareleri verimliliği artırmak için fazlalık olan kapasiteyi azaltmak (bu amaç alt idarelerle iş birliğini gerektirir) ve faaliyetleri bir dizi alt idarede toplamak isteyebilir. Belediyeler genellikle uzmanlaşmış hizmetin en yakın hastanede verilmesini tercih ettikleri için, karar alma sürecine yönelik bu tür yaklaşımlar zaman zaman hastane idareleri ve belediyeler arasında gerginliği yol açmaktadır.

Hastane idareleri; belediyeler veya belediye grupları ile sunmaları gereken hizmetlere ilişkin hedefler konusunda da müzakereler yapmaktadır ("anlaşma yoluyla yönlendirme" yaklaşımı). Hedefler ayaktan hasta ve yatan hasta tedavi hizmetlerine yönelik olup genellikle cerrahi müdahale sayısı, yatan hasta tedavi sayısı ve süresi, ayaktan hasta tedavi başvuru sayısı da -bazı alanlarda, demografi ve morbidite oranlarında gerçekleşmesi beklenen değişiklikler de- dâhil olmak üzere hizmet kullanımı konusundaki geçmiş rakamlar dikkate alınarak belirlenir. Bir çok hedef vakaya dayalı sınıflandırma temelinde tanıya dayalı tedavi grupları kullanılarak tanımlanır. Hedef anlaşmaları kalite göstergelerine daha çok yer vermektedir. Ancak, kalite göstergelerinin kullanılması uygulaması hâlen gelişmeye devam eden bir süreçtir. Anlaşmaların resmi bir sözleşme niteliğinde olmadığına akıldaki tutulması gerekmektedir.⁷

Sermaye Yatırımlarının Planlanması

Sermaye yatırımları, hastane idareleri tarafından hastane idaresi konseyleri ve yönetim kurulları yoluyla üye belediyeler ile istişare sonucu planlanır. Uzun vadeli yatırımların planlanması süreci (örneğin, yaklaşık 10 yıl süreler) genellikle hastane idareleri tarafından başlatılır ve yine idareler tarafından plan taslağı hazırlanır. Taslak hazırlanırken, mevcut altyapıya ilişkin bir değerlendirme temel alınır ve genellikle 10 yıllık bakım/yenileme programına uygun olarak hareket edilir. Program dokümanı hastane idareleri tarafından hazırlanan bir hareket planıdır ve hastane tesislerinin yeterli altyapı ile donatılmasını amaçlar. Bu plan, nüfusta görülmesi beklenen demografik değişiklikleri (yaş dağılımı, hareketlilik ve morbidite biçimleri gibi) dikkate alır ve teknolojik değişiklikleri de (örneğin, hastanede kalma süresinde görülen değişiklikler veya yeni ayaktan tedavi prosedürleri) önceden tahmin etmeye çalışır. Söz konusu plan hastane idaresi ve idarenin üye belediyeleri tarafından gerçekleştirilen ortak yatırımların düzeyine ilişkin kararlar için de temel oluşturur.

Kısa vadeli yatırımlar genellikle bir hastane idaresi bünyesindeki alt idareler tarafından önerilmekte ve söz konusu alt idarelerin kendi bölgelerindeki hastanelerin ihtiyaçlarını karşılamayı amaçlamaktadır. Hastane idareleri, yatırım önerisi geldikten sonra, bu yatırımların uzun vadeli yatırım planına uyup uymadığına karar verir. Tüm önemli yatırımlara ilişkin nihai kararlar hastane idaresi konseyi tarafından verilir.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Planlanması

Birinci basamak sağlık hizmetleri sektöründe planlamaya ilişkin herhangi bir ortak mevzuat veya standart yoktur. Belediyeler birçok farklı planlama ve kaynak tahsis yöntemi kullanmaktadır. Bazı büyük şehirlerde, birinci basamak sağlık hizmetleri için devlet sübvansiyonlarının verilmesinde kullanılan formül kullanılmaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunu değiştiren bir dizi gelişmenin, gelecekte planlamada da değişikliklere neden olması beklenmektedir. Bazı şehirlerde, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda alternatif hizmet sunucularının katılımını artırmak için pilot projeler başlatılmıştır. Yenilikçi yaklaşımlar, kamu sektöründe dahili yarı piyasalar oluşturmak, bazı birinci basamak sağlık hizmetleri fonksiyonları için dışarıdan hizmet alımı (genellikle bekleme ve telefon temelli ön büro hizmetleri) ve belirli bir coğrafi alan için kâr amaçlı sağlayıcılar/şirketlere yönelik eksiksiz temel sağlık hizmetleri paketlerini satın alma gibi uygulamaları kapsar. Geniş bir alana yayılmaları durumunda bu tür yaklaşımlar, yeni bir hizmet planlaması gerektirecektir. Aslında kamu ve özel hizmet sağlayıcıların bir araya getirilmesini düzenleyen yeni yöntemler halihazırda denenmektedir. Ancak, bu gelişmelere ilişkin değerlendirmeler henüz yapılmadığı için bu konuda çok az kesin bilgi vardır.

5. FRANSA

Arka Plan Bilgisi

Fransa sağlık sistemi, temel olarak sosyal sağlık sigortası (SHI) -*Sécurité Sociale* katkı payları ve vergi gelirleri yoluyla finanse edilmekte olup tüm vatandaşlar için geniş çaplı bir kapsam sunar. Sağlık hizmeti kamu sağlayıcıları ve özel sağlayıcılar tarafından sunulmakta olup ayaktan tedavi hizmetleri (pratisyen ve uzman) genellikle muayenehane hekimleri tarafından verilmektedir. Hastaneler devlet hastaneleri veya özel hastanelerden oluşmaktadır; devlet hastaneleri genellikle büyüklükleri ve uzmanlık düzeylerine göre bölgesel, genel veya yerel hastanelerdir.⁶

Sistem kademeli olarak bölgesel düzeyde desantralize bir özellik kazanmaktadır. Sağlık sisteminin hastane hizmeti ve halk sağlığı boyutları -SHI sisteminde finansman da dâhil olmak üzere- merkezi yönetimden bölgelere devredilmiştir. Planlama faaliyetlerinin çoğu, Sağlık Bakanlığı'ndan bölgesel idarelere devredilmiş³⁹ ve bölgelere verilen yetkiler gittikçe artırılmıştır: 22 Bölgesel Sağlık İdareleri (*agences régionales d'hospitalisation*, bölgesel hastane idaresi) hastanelerin finansmanından sorumludur. Bu süreç ayaktan tedavi hizmetini kapsamamaktadır. Ancak ARH'lerin görev alanı genişletilerek belirli bir bölgedeki sağlık hizmetini denetleme görevinin de verilmesine yönelik planlar gündemdedir. Desantralize yapıya dönüşüm sürecinin potansiyel bölgesel eşitsizlikleri artırabileceği endişesi nedeniyle, Sağlık Bakanlığı sağlık sektörünün bazı alanlarının kontrolünü elinde tutmaktadır (örneğin, kanser taraması ve tedavisi ile Hepatit C taraması). Bakanlık aynı zamanda bölgelerin sunması gereken bir dizi hizmeti de açıkça tanımlamaktadır (bakınız; aşağıda verilen bilgiler).

Planlama Sürecinde Rol Oynayan Aktörler

Sağlık sistemi kaynakları ve kapasitesinin planlanması, Sağlık Bakanlığı tarafından temsil edilen merkezi yönetim ve ARH'lerin sorumluluğundadır. Özel hastaneler ve devlet hastaneleri federasyonları, meslek kuruluşları, sağlık sigortası fonları ve kamu temsilcileri gibi diğer aktörler de planlama sürecine katılır ve müzakereler sırasında önemli bir rol oynayabilir.

Planlama büyük oranda bölgesel düzeyde yapılır, bölgesel sağlık konferansları ve ARH'leri kapsar. Sağlık Bakanlığı bu süreçte yönlendirici bir rol oynar, bölgelerin planlarına dahil etmesi gereken sağlık hizmetlerine ilişkin bir katalog hazırlar. Bu katalog ulusal ihtiyaç değerlendirmelerini ve ulusal öncelikleri (bu öncelikler bazen siyasi temellerde belirlenir) temel alır. Geçerli katalogta genel tıp; cerrahi; perinatal bakım; rehabilitasyon; yoğun bakım; tıbbi görüntüleme; psikiyatri; palyatif bakım ve yaşlılar, çocuklar, ergenler gibi nüfus grupları için bakım; kronik böbrek yetmezliği ve kanser gibi belirli durumlara ilişkin bakım gibi önemli alanlarda sunulması gereken hizmetleri kapsar.

Bölgesel sağlık konferansları (*conférences régionales de santé*), sağlık hizmetinin düzenlenmesi, finansmanı ve sunumuyla ilişkili tüm bölgesel aktörleri -sağlık hizmeti fonları, hastane federasyonları, sağlık hizmeti personeli ve hasta temsilcileri- bir araya getirir. Konferanslar, bölgesel sağlık ihtiyaçlarını değerlendirir; hizmet sunumu ve uygulama stratejilerine ilişkin bölgesel öncelikleri tartışır ve belirir. Örneğin; 10 bölge “yeterli hizmet alamayan nüfusu” öncelik olarak tanımlamış ve 24 saat bakım erişimi sağlayan 300 merkezin kurulmasını sağlamışlardır.^P Konferanslar, her bölgede yapılmaktadır ve sonuçları bölgesel planlama sürecinde kullanılmaktadır. Konferanslar, bölgesel konular ve sağlık ihtiyaçları hususlarında ulusal sağlık konferansı ve Sağlık Bakanlığını da bilgilendirmektedir.

Strateji, Bölgesel Stratejik Sağlık Planı (SROS) (*Schéma Régional d'Organisation Sanitaire*) yoluyla fiilen uygulanmaktadır. Söz konusu Plan, ARH tarafından yukarıda sayılan bölgesel aktörlerle istişare temelinde hazırlanmaktadır.³⁹ SROS, en önemli bölgesel planlama aracıdır; hastane planlaması ve hastane ortamlarında sunulan pahalı tedaviler ve teknolojilere odaklanır. SROS'ler belirli bir bölgedeki sağlık hizmeti sunumuna ilişkin stratejik hedefleri ortaya koyar; öncelikleri, amaçları, hedefleri tanımlar ve nicel hedefler ile sağlık hizmeti tesislerinin dağılımını belirler (bakınız; aşağıda verilen bilgiler).

2003'ten bu yana, SROS'ler bir önceki “Ulusal Tıp Haritasını” (*Carte Sanitaire*) da dikkate almaktadırlar. Tıp haritası, Sağlık Bakanlığının nicel bir planlama aracı olup her bir bölgeyi sağlık hizmeti sektörleri ve psikiyatri sektörlerine ayırmakta ve belirli bir coğrafi alan içindeki temel disiplinler ile yatak/nüfus oranları için normları belirlemektedir. Ulusal ortalamalara dayanan bu harita hastaneler veya diğer merkezlerde kullanılan (tanı ve tedavi amaçlı) pahalı ekipmanlar ve rehabilitasyon ile uzun süreli bakıma ilişkin verileri içermektedir.

Ancak, önceki ulusal planlama normlarının aksine, SROS'lerin amacı, sağlık hizmeti sunumunu yerel nüfusun ihtiyaçlarına daha başarılı bir şekilde uyarlamaktır. Bir SROS, beş yıllık bir dönemi kapsar. Üçüncü nesil bölgesel planlama (“SROS 3”), Haziran 2006 tarihinde başlamıştır ve 2006-2010 dönemini kapsamaktadır. Stratejik planlama ARH'lerin, nüfusun sağlık hizmeti ihtiyaçlarını; bölgesel sağlık hizmetinden faydalanma verileri, mortalite ve morbidite oranına ilişkin demografik veriler temelinde değerlendirmelerini gerektirir. Her bölgenin verisi diğer bölgelerin verileriyle talep ve aşırı arz/yetersiz arz durumlarını belirlemek için analiz edilir ve karşılaştırılır. Gelecekte yaşanacak talep eğilimleri ve teknolojik değişiklikler konusundaki uzman tahminleri çoğunlukla diğer ülkelerde (özellikle de ABD’de) kaydedilen epidemiyolojik veriler ve eğilimleri temel alır; bu, değerlendirmelerde dikkate alınır. Uzmanlar genellikle alanlarının fikir öncüleridir ve ARH tarafından seçilir; planlama üzerinde oldukça etkili olduklarına inanılmaktadır. Planlama sürecinin merkezinde yer alan hastane bölümlerini temsil ettikleri için, söz konusu uzman etkilerinin; kazanılmış hakların sürdürülmesini de sağlayabileceği tartışılmaktadır.

^P Burada “yetersiz hizmet alan nüfus” ile kastedilen; yetersiz tedarik sağlanan coğrafi alanlar ve sağlık hizmetine sınırlı erişimi olan sosyo-ekonomik açıdan marjinal nüfus gruplarıdır.

Hastane Planlaması

Fransa'da hastane planlaması; hastaneler, kâr amaçlı özel hizmet sağlayıcılar, kâr amacı gütmeyen özel hizmet sağlayıcılar ve kamu hizmet sağlayıcılarına eşit şekilde uygulanan standart bir çerçeve tarafından düzenlenir. Hizmetler -hizmet sağlayıcının türü ne olursa olsun-, Sağlık Bakanlığı tarafından yetkilendirilmeleri koşuluyla, SHI tarafından geri ödenir.

ARH'ler genellikle hizmetlerin planlanmasından ve SHI sistemi kapsamında hastanelere hizmet sunma yetkisi vermekten sorumludur. Aynı zamanda ARH'ler, yeniden yapılanma ve birleşmeler de dâhil olmak üzere mevcut hastane altyapısında meydana gelen her türlü değişikliği kontrol eder; yeni hastaneler -hem özel hem devlet- ve kapsamlı acil servis merkezlerinin geliştirilmesi istisnai bir durum olup Sağlık Bakanlığı onayına tabidir.⁹

Daha önce de belirtildiği üzere, SROS'ler hastanelerin planlanması noktasında kilit araçlardır. Çünkü her bir hizmet bölgesi ve alt bölgesinde (genel tıp, cerrahi, anne sağlığı, kaza bakımı ve acil bakım, neonatal bakım, radyoterapi, kardiyolojik yoğun bakım ve psikiyatrik bakımın yanı sıra manyetik rezonans görüntüleme tarayıcıları gibi pahalı teknik ekipmanlar da dâhil olmak üzere) yer alan tesis sayısını ortaya koyarak kapasiteyi belirlemektedirler. SROS'ler belirli hizmet türleri için hacimleri ve geçmiş hacimlerle gelecekte görülecek olası hacimleri karşılaştırarak belirlerler. Hizmet hacmi ile hasta sayısı, alan, gün (yatış süresi), yapılan işlemler ve hastaneye kabul gibi birimler kast edilmektedir. Hacimler maksimum veya minimum hizmet sayıları veya oranlar şeklinde ifade edilirler ve önceki hacimlerle karşılaştırıldığında mevcut hacimde meydana gelen artış/azalışları sayı cinsinden verirler (Bakınız: Ile de France için SROS'ler⁴⁰).

Planlamanın (daha önceki ulusal tıp haritası sisteminde olduğu gibi) yatak/nüfus oranları temeli yerine hizmet hacimleri temelinde yapılmasının arkasındaki gerekçe, Paris ve güney Fransa gibi bölgelerde ciddi bir sorun olarak karşımıza çıkan aşırı arzın sınırlandırılmak istenmesidir. Harcamanın kontrol altına alınmasına yönelik bir araç olmasının yanı sıra, hizmet hacimlerine dayalı planlamanın, hizmet sağlayıcılarının performansını ve sonuç olarak da hizmetin kalitesini artırması beklenmektedir.

⁹ Fransa'da sadece birkaç tane yeni hastane geliştirme projesi söz konusudur. Örneğin Paris'teki Pampidou Hastanesi. Bu projelerin önemi hastaneleri, akut hizmet birimlerinden rehabilitasyon veya uzun süreli hizmet birimlerine dönüştürmek suretiyle yeniden yapılandırmaktadır. Kontrol konusunda daha iyi oldukları ve yerel ihtiyaçları karşılamada daha kapsamlı donanımlara sahip oldukları düşünüldüğünden, hastane dönüştürmeleri bölgesel makamlar tarafından denetlenmektedir.

2005'ten bu yana SROS'ler, hastaneler ile ARH arasında ilgili bölge için yapılan hedef anlaşmalarının (*contrats d'objectifs et de moyens*) da resmi dayanağını oluşturmaktadır. Hedef anlaşmaları, her bir hastanenin tesis sayı ve türüne ilişkin sorumluluklarını ve sunulması gereken hizmetlerin hacmini belirler. Sözleşmeler genellikle üç veya beşer yıllık dönemler için müzakere edilir ve hastanelerin (pahalı sağlık teknolojileri de dâhil olmak üzere) sundukları hizmetler için ARH'den izin almalarını gerektirir. Sözleşmeler mevcut kapasitenin ve hizmet hacimlerinin değerlendirilmesini de gerektirmektedir. Bu değerlendirmenin, geçerli sözleşmenin süresinin dolmasına en fazla 14 ay kala yapılması gerekmektedir.

Hedef sözleşmeleri, Hastane Federasyonu tarafından "hizmet hacimlerinin tanımı, hastanelerin talep değişikliklerine (bölgedeki bir hastanenin kapanması gibi durumlarda ortaya çıkabilecek değişiklikler) cevap verebilme esnekliğini kısıtlıyor" gerekçesiyle eleştirilmektedir. Bugüne dek hedef sözleşmelerinin ihlali, herhangi bir cezai yaptırım getirmemiştir. Ancak bu tür ihlaller karşısında para cezası verilmesi yönündeki tartışmalar sürmektedir. Sağlık Bakanlığı ve Hastane Federasyonu arasında görüşülen SROS 3'e yönelik yeni bir sözleşme modeli Nisan 2007'de yürürlüğe girmiştir.

6. ALMANYA

Arka Plan Bilgisi

Almanya sağlık sistemi, temel olarak çalışanlar ve işverenlerden alınan katkıları temel alan Sosyal Sağlık Sigortası (SHI) yoluyla finanse edilmektedir. Nüfusun % 88'i SHI kapsamında; yaklaşık % 10'u tamamlayıcı özel sağlık sigortasına üyedir. %1'den küçük bir kısmının ise herhangi bir sağlık sigortası yoktur.⁴¹ Hizmet kullanıcıları hem ayaktan tedavi ve hastane hizmeti hem de (1996'dan bu yana) hastalık fonlarını istedikleri (sözleşmeli) hizmet sağlayıcıyı seçmekte özgürdürler.

Hastaneler çok çeşitli kamu kuruluşları, hayırsever/dini kuruluşlar ve kâr amaçlı özel şirketlerin mülkü olup yine onlar tarafından işletilmektedir. Ayaktan tedavi hizmeti, temel olarak pratisyen hekimlerin ve uzman hekimlerin muayenehanelerinde verilmektedir (Bu hekimlere, hastane dışında hizmet sunmak konusunda tekel olma hakkı verilmiştir). Ancak bu sistemden, son yıllarda kademeli olarak vazgeçilmektedir.⁴¹

Kâr amaçlı özel hastanelerin oranı, son yıllarda gittikçe artmakta ve gelecekte daha da artması beklenmektedir. 2002'de tüm hastanelerin % 23,7'si kâr amaçlı özel kuruluşlara aitken bu oran 2005'te % 26,6'ya yükselmiştir. Aynı zamanda, kâr amaçlı özel hastanelerde yatak oranı, aynı yıllar için % 8,9'dan % 12,4'e yükselmiştir. Özel hastane yatak sayısındaki bu artış, hayırsever kuruluşlar ve devlete ait hastanelerde yatak sayısında görülen artıştan daha hızlı bir artışa işaret etmektedir.⁴²

Almanya'da sağlık sektöründe karar alma sorumluluğu federal hükümet, eyaletler (*Länder*) ve diğer şirket aktörleri arasında paylaştırılmaktadır. (bakınız; aşağıda verilen bilgiler). Sorumluluklar, Almanya sosyal sağlık sigorta sisteminin düzenleyici çerçevesini oluşturan Sosyal Yasa Kitabı'nda (*Sozialgesetzbuch*) ortaya konmuştur. Karar alma konusunda benimsenen genel yaklaşım çerçevesinde kapasite planlama, çok sayıda aktörü kapsayan desantralize sorumluluklar çerçevesinde şekillendirilir. Böylece, merkezi planlama, nadiren karşılaşılan bir olgu haline alır ve planlama faaliyetlerinin büyük bir bölümü eyaletler düzeyinde gerçekleştirilir.

Planlama, özellikle hastane sektöründe oldukça önemlidir; ancak, ayaktan tedavi hizmeti genellikle planlamaya tabi değildir. Bu durumun tek istisnası, belirli bir coğrafi alanda her uzmanlık alanına göre görev yapmalarına izin verilecek olan maksimum hekim sayısının belirlenmesine izin verilmiş olması uygulamasıdır.

Planlama Sürecince Rol Oynayan Aktörler

Federal hükümet, genellikle genel kanuni çerçevenin oluşturulmasından sorumludur. Ancak, bu düzeyde bir düzenleme kalite güvencesi gibi sadece belirli alanlarla sınırlıdır. Bu noktada, Almanya'nın kendi kendini yöneten sağlık sisteminin en yüksek karar alma mercii olan Federal Ortak Komite (*Gemeinsamer Bundesausschuss*)⁵ (organ nakli ve diz eklemi protezleri gibi belirli kanserler dahil olmak üzere) elektif cerrahi işlemlerinin minimum hacimlerini müzakere eder ve tanımlar. Geri ödemenin alınabilmesi için bu işlemlerin bir hastanede gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Bu hükümler, yasal sistem kapsamında (SHI'ye dâhil olan hastalara) sunulan tüm hizmetler için yasal olarak bağlayıcıdır. Bu tür federal düzenlemelerle nadiren karşılaşmakta ve bu düzenlemeler genellikle kalite güvencesi önlemleri ile sınırlandırılmaktadır. Federal Ortak Komitenin, gelecekte bu sürece daha fazla dâhil olması beklenmektedir.

Federal mevzuat, hastane planlamasının eyaletlerin sorumluluğunda olmasını gerektirmektedir. 1972 tarihli Federal Hastane Finansmanı Yasasına göre, her bir eyaletin hastane planında yer alan ve kendi toprakları içinde bulunan tüm hastaneler için mali sürdürülebilirliği teminat altına alması; hastane hizmetinin nüfusa ödenebilir fiyatlar üzerinden sunulmasının sağlaması; bunu yaparken de sağlayıcı çeşitliliğine saygı göstermesi gerekmektedir. Hastane Finansmanı Yasası, aynı zamanda akut hastane sektöründe "çifte finansman" ilkesini de getirmiştir. Yani, yatırım maliyetleri hem eyalet düzeyinde hem de federal düzeyde (vergi yoluyla) finanse edilmektedir. İşletim maliyetleri, sağlık sigortası fonları veya (geri ödemesi genel olarak özel sağlık sigortaları tarafından yapılan) özel hastalar yoluyla finanse edilir.

Federal mevzuat sınırları dâhilinde, her bir eyalet kendine özgü hastane mevzuatları, bir hastane planı ve yatırım programlarını içeren düzenleyici bir hastane çerçevesi geliştirmiştir. Bu nedenle, planlamanın özellikleri, kapsamı ve benimsenen planlama yaklaşımı Eyaletten Eyalete değişiklik gösterir. Aynı zamanda, planların hedefini oluşturan birimler (kurumlardan bölümlere -bazı Eyaletlerde ise- kesin yatak sayısının belirlendiği bir ayrıntı düzeyine kadar) değişiklik gösterebilmektedir.

Planlamanın, hastane finansmanı ile yakın ilişki içinde olması ve SHI sigortası kapsamındaki tüm hastalara hizmet sunan tüm hastaneler (ister devlet hastanesi, ister kâr amacı gütmeyen veya güden özel hastaneler olsun) için geçerli olması önemli hususlardır. Bir Eyalet hastane planı kapsamındaki tüm hastaneler, federal hükümetten uzun vadeli yatırımlar için finansman alma hakkına sahiptir. Plana dâhil olmak, bir hastanenin SHI'den geri ödeme alabilmesi için bir ön koşuldur.⁵

⁵ Federal Ortak Komite 2004'te kurulmuş; yasal sistem kapsamındaki sosyal hakları belirlemek-ten ve ayaktan hasta, yatan hasta ve sektörlerarası sağlık hizmetine ilişkin kalite standartlarını tanımlamaktan sorumlu tutulmuştur. Yasal sağlık sigortası fonlarına ilişkin federal birlik; federal hizmet sağlayıcı birlikleri (SHI hekimleri, dış hekimleri ve hastaneler, hasta örgütleri ve hizmet sağlayıcı veya ödeyen tarafından aday gösterilen bağımsız üyeler tarafından temsil edilmektedir.

Sermaye yatırımı, toptan hibeler (*Pauschalförderung*) ve özel hibeler (*Einzelförderung*) yoluyla sağlanmaktadır. Hibeler, ilgili eyalet mevzuatında yer alan hedefler ve prosedürlere uygun olarak verilmektedir. Ancak, bir devlet hastanesi planında yer alan tüm hastaneler, finansman hakkına sahip olsa da fiili finansman düzeyi, eyalet hükümetlerinin bütçeleri ve siyasi önceliklere dayanacaktır (Ayrıntılı bilgi, aşağıda Kuzey Rhine Westphalia eyaleti örneğinde verilmiştir).

Hastane hizmetinin finansmanı veya sunumu sürecinde yer alan şirket aktörleri, hastane planlama sürecinde genellikle aktif bir rol oynamaktadır. Planlama, ilgili eyalet makamı (örneğin, Sağlık Bakanlığı) ile bölgesel hastane birlikleri, yasal hastalık fonlarına ilişkin bölgesel birlikler, SHI doktorlarının bölgesel birlikleri ve özel sağlık sigortalarının temsilcileri arasında yapılan uzun müzakere süreçlerini kapsar.

Hastane finansmanına tanıya dayalı tedavi gruplarının dâhil edilmesi (2003'ten bu yana kademeli olarak sürdürülmektedir) uygulamasının hastane sektöründe planlama kapsamı ve prosedürleri üzerinde etkili olması beklenmektedir. Hastane planlama sürecine dâhil olan uzmanlarla 2003'te yapılan bir çalışmada, 57 katılımcıdan 39'u bölgelerde sunulmakta olan hizmetlerin genel bir yeniden yapılanma sürecine tabi tutulması gerektiğini ifade etmiş; artan rekabet ve maliyet baskıları karşısında bazı hastaneler veya hastane servislerinin kapatılması gerekebileceğini dile getirmiştir.⁸ Tanıya dayalı tedavi gruplarının kurulmasının hastane sektöründe verimliliği artırması amaçlanmıştır; bu yapı, uzmanlaşma ve bölgeselleşme yolunda atılan adımları hızlandırmıştır. Böylesi bir durum, Eyalet hastane planlamasının en temel hedefi olan nüfusun ihtiyaçlarına uygun, güvenli bakım hizmetinin sunulmasını sağlamayı zayıflatma potansiyeline sahiptir. Bu nedenle hastane yatırımlarının çelişen hedeflerin ışığında tekrar düşünülmesi gerekebilir.

Kuzey Rhine Westphalia Eyaletinde Hastane Planlaması

Kuzey Rhine Westphalia (NRW) eyaletinde[†], hastane planlaması NRW Hastane Yasası (*Krankenhausgesetz*) ile düzenlenmektedir. Söz konusu yasa, en son şekliyle 1998'de yürürlüğe girmiştir. Söz konusu yasa olup, halka ihtiyaçları temelinde erişilebilir, etkili bir bakım sunmak kapsamında hastane ve eğitim tesislerinin mevcut durumu ve tahmini gelişimlerini ortaya koyan- NRW hastane planının kapsamı ve özelliklerini belirler.⁴³

⁸ Uzun vadeli yatırımlar, hastane binalarına yapılan yatırımlar ile bakım ve yeniden yapılanma yatırımlarının yanı sıra (üç yıldan uzun süreyle kullanılan) ekipmanların yatırımlarını kapsar. İşletim maliyetleri ve üç yıldan kısa süreli kısa vadeli yatırımlar, sağlık sigortası fonları tarafından karşılanmaktadır. Kısa bir süre önce sağlık sigortası fonlarının hastane yatırım bütçesine %1,1'lik bir katkı yapması koşulu getirilmiştir.

[†] North-Rhine Westphalia Eyaleti yaklaşık 18 milyon nüfusa, 54 şehir ve ilçeye sahip olup 16 Almanya eyaletinin en büyüğüdür.

NRW Sağlık Bakanlığı, hastane planlamasının genel çerçevesini ortaya koyan hastane planını hazırlamakla yükümlüdür. Hastane planı; bölgesel hastane birlikleri, sağlık sigortası fonları, Protestan ve Katolik kiliselerinin temsilcileri,^u özel sağlık sigortacıları birliği, yönetimin üç düzeyini -şehir, ilçe ve belediye (*Städte- und Landkreistag, Städte- und Gemeindebund*) ve NRW örneğinde bölgesel idareler (*Landschaftsverbände*)- kapsayan ilgili paydaşlarla istişare yoluyla gerçekleştirir. Paydaşların katılımıyla Eyalet Hastane Planlaması Komitesi (*Landesausschuss für Krankenhausplanung*) kurulur. Bu Komite, paydaşlar arasında tartışma ve fikir birliği kurma amacına yönelik bir forumdur. Komite aynı zamanda öncelik alanları, hizmetin yapısı ve düzenlenmesi konularında tavsiyelerde bulunur.

1972’de çifte finansman uygulamasına geçilmesiyle birlikte, hastane planlama süreci ve yatırım finansmanı koşulları önemli düzeyde değiştirilmiş; hastaneler ile sağlık sigortası fonlarının konumu güçlendirilmiştir. Hastane hizmetinin planlanması süreci, NRW’nin ilk kez 1995’te belirlenen 10 sağlık hedefinden de etkilenmektedir.⁴⁴

NRW planı, hastane planlaması (*Rahmenvorgaben*) konusunda bir çerçeve sunar; öncelikli alanları (*Schwerpunktfestlegungen*) belirler ve bölgesel planlamaya (*regionale Planungskonzepte*) yönelik modeller geliştirir.⁴⁵ Çerçeve, genel planlama ilkeleri ve bu ilkelerin hastane hizmetinin tüm alanlarına ilişkin yasal dayanaklarının ana hatlarını belirler. Söz konusu ilkeler hizmet sağlayıcıların uygunluk, verimlilik, etkililik, erişilebilirlik, kalite ve çoğulluğu ile mülkiyet gibi ilkeleri kapsar. Çerçeve, yatak kapasitesinin belirlenmesi amacıyla bölgesel dağılım, hasta kabul sayısı, yatakların doluluk oranı ve yatış süreleri gibi bir dizi nicel göstergiyi tanımlar. Planlama kavramları, her bir uzmanlık dalı için yatak kapasitesinin hesaplanmasında Hill-Burton formülünün kullanılmasını gerektirir (nüfus x hasta kabul oranı x ortalama yatış süresi x 100) / (doluluk oranı x 100 x 365).^y Yatak ve tedavi kapasitesi şartlarının hesaplanması, bölgesel planlama modellerinde ayrıntılı olarak tanımlanmıştır.

^u Almanya’da Katolik ve Protestan kiliseleri, geleneksel olarak sağlık ve sosyal bakım hizmetlerinin sunumunda önemli bir rol oynamaktadır. NRW’de hastanelerin büyük bir bölümü, kiliselerin mülkü olup onlar tarafından işletilmektedir. Söz konusu iki kilise kamunun temsilcileri olarak sosyal sektöre dâhil olmaktadır.

^y Yatak doluluk oranı, normatif olarak belirlenmiş olup eyaletler ve uzmanlık dallarına göre değişiklik göstermektedir. NRW’de oranlar % 68 (anne bakımı) ile % 90 (psikiyatrik bakım) arasında değişmektedir. Bu durum, ortalama hastanede kalış süreleri arasındaki farkı yansıtmaktadır. Oranlar, ilgili Eyaletin Sağlık Bakanlığı ile çeşitli paydaşlar arasında yapılan müzakereler sonucunda belirlenir. Düşük oranlar, planlanması zor olan yüksek cirolu uzmanlıkların (kalış süreleri kısa olduğu için) çok sayıda “boş” yatağa sahip olmasını sağlayarak hastane için bir imtiyaz verilmesi şeklinde algılanabilir. Bu imtiyaz, Almanya’da hastane yataklarının sayısındaki düşüşün yavaş olmasının nedenlerinden biri olarak kabul edilebilir.

Hill-Burton formülü, uzmanlaşmış perinatal ve obstetrik bakım; organ ve ilik nakli; kalp ameliyatı; ciddi yanıkların ve ciddi beyin hasarlarının tedavisi; belirli bulaşıcı hastalıkların tedavisi; madde bağımlılığı için belirli bazı uzmanlaşmış tedaviler; klinik farmakoloji; inme üniteleri; epileptik cerrahi ve elleri, ayakları felç olan kişilerin bakımı gibi oldukça uzmanlaşmış ve pahalı tedaviler hariç tutulmak üzere, hastane hizmeti birçok alanına uygulanmaktadır.⁴⁶

Hastane planı, seçilen öncelik alanlarında -obstetrik bakım, transplantasyon ve palyatif bakım gibi- bakım hizmeti sunumunun kurumsal yapısını ayrıntılandırmaktadır -örneğin; iş birliği yapılması gereken hizmet sağlayıcı türlerini belirleyerek ve hizmetin sağlık/sosyal hizmet ara yüzü ile entegrasyonuna ilişkin yaklaşımları açıklığa kavuşturarak-. Özellikle seçilen elektif hizmetler için 2002'den bu yana minimum hizmet hacimlerini^W belirleyen federal kanuna tabi olan alanlar başta olmak üzere, hastane hizmetinin bölgeselleştirilmesi yönündeki genel eğilim devam etmektedir.⁴⁷ Uzmanlaşma ve bölgeselleşme yönündeki eğilimler, daha önce belirtildiği gibi tanıya dayalı tedavi gruplarının kurulmasıyla birlikte daha da hızlanmıştır.⁸

Hastaneler, NRW'ye özgü olan ve idari birim -ilçe düzeyinde- ile eyalet arasında bir konumda faaliyet gösteren bir dördüncü düzey idare (*Bezirksregierung*) tarafından hastane planına dâhil edilip edilmedikleri konusunda resmi bir bildirim (*Planungsbescheid*) alırlar. Söz konusu bildirim, aynı zamanda her uzmanlık dalının gerektirdiği yatak ve tedavi kapasitelerinin yanı sıra, hastanenin sunması gereken hizmet türlerini (hastanenin eğitim ve öğretim yükümlülükleri, iç ve dış kalite kontrolüne ilişkin sorumlulukları da dâhil olmak üzere) de ortaya koyar. Hastane, bildirimde yer alan bazı koşullara belirli bir süre zarfında itiraz etme hakkına sahiptir; ancak, söz konusu süre içinde itiraz etmezse, koşullar bağlayıcı nitelik kazanır. Bildirim, eyaletten talep edilecek yatırım finansmanı için yasal dayanak da oluşturmaktadır.

^W 21 Mart 2006 itibarıyla, karaciğer nakli (yılda hastane başına 20 işlem); böbrek nakli (yılda hastane başına 25 işlem); özofagus kanseri (10) ve pankreas kanserine yönelik (10), ilik ve kök hücre nakli (25); diz eklemi protezleri (50); zor cerrahi işlemleri için minimum hizmet hacimleri belirlenmiştir.

Diğer bazı eyaletlerde (ör: Bavaria and Baden-Württemberg) olduğu gibi, NRW’de de uzmanlaşmış hizmet, genellikle üç kademede düzenlenmektedir. En düşük uzmanlaşmışlık seviyesindeki hizmetler, temel hizmet tesislerinde; üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise bölgesel düzeyde veya eyalet düzeyindeki hizmet tesislerinde verilir. Her hastanenin temel annelik bakımını (1. kademe) vermesi gerekmektedir. Daha karmaşık vakalar ise 26 obstetrikneonatal merkezinden (2. kademe) veya 16 perinatal merkezinden (3. kademe) biri tarafından verilir. Obstetrikneonatal merkezleri en az bir obstetrik tesis, neonatal yoğun bakım için minimum dört yatağa sahip en az bir pediatri kliniği ve temel bakım hizmeti sunan bir kuruluşa gelen; ancak komplikasyonlar nedeniyle sevki gereken neonatallerin zamanında nakledilmesi için bir neonatal acil ambulansından oluşur. Bu hizmetler, ilgili hastaneler ve kliniklerin katıldığı bir ağ yoluyla düzenlenebilir. Bir obstetrikneonatal merkezinin, 50 km’lik bir alanda yılda en az 3000 doğuma ev sahipliği yapması gerekmektedir. Bir perinatal merkezi, yoğun neonatal bakımı için en az 10 tane yatağa sahip olmalı; çoğunluğunun yüksek riskli olması beklenen minimum 5000 doğuma ev sahipliği yapmalıdır.

Üç kademeli sistem, Almanya’daki bebek ölüm oranlarının diğer sanayileşmiş ülkelerden daha yüksek olduğunun anlaşılması üzerine 1989’da uygulamaya geçirilmiştir. 2001 NRW hastane planına göre, üç kademeli sistem bakım hizmeti sunumunu iyileştirmiş olmalıdır. Ancak, obstetrikneonatal ve perinatal merkezlerinde uzman hizmet olmasına rağmen, riskli doğumların üçte biri uzmanlaşmamış hastanelerde gerçekleşmektedir. Bu durum, sistemin uygunluğu konusunda bazı endişelerin doğmasına neden olmaktadır. Neonatal acil ambülans hizmetleri gibi hizmetlerin, bu soruna bir çözüm olması beklenmektedir.⁴⁶

7. İTALYA

Arka Plan Bilgisi

İtalya’da sağlık hizmeti, büyük oranda ulusal ve bölgesel vergilerle finanse edilmekte ve ulusal bir sağlık servisi (*Servizio Sanitario Nazionale*) tarafından sunulmaktadır. Sağlık hizmetinin düzenlenmesi ve finansmanına ilişkin sorumluluk 19 bölge ve iki özerk ile aittir. Söz konusu idari yapılar gerekli yasal, idari ve düzenleyici yetkilerle donatılmış; sürdürülen hükümet politikaları bu yapıların özerkliğini artırmıştır.³ Ancak, münferit bölgeler bu özerkliği çok farklı şekillerde kullanmaktadır. Kuzey bölgeler, genellikle sağlık hizmeti sunumu konusunda güney bölgelere göre etkili yapılar geliştirmede, yönetim ve izlemede daha başarılı olmuşlardır. Bu durum, bölgeler arasındaki siyasi, kültürel ve sağlık sistemiyle ilgili farklılıkları yansıtmakta ve artırmaktadır.⁴⁷

Bölgeler, sağlık hizmeti da dâhil olmak üzere, kamu hizmetleri için bölgesel vergiler ve kullanıcı ücretleri yoluyla kaynak elde eder. Mali bir eşitleme mekanizması (Ulusal Dayanışma Fonu), ulusal fonların yeterli finansmanı yaratamayan bölgelere yardım etmek için, (ulusal KDV gelirlerinin % 25.7’sini oluşturmaktadır) bölgelere transferine izin vermektedir.

Bölgesel sağlık birimleri, bölgeleri dâhilindeki yerel sağlık birimleri(bakınız; aşağıda verilen bilgiler), devlet hastanesi vakıfları ve akreditasyonlu özel hastaneler tarafından sunulan sağlık hizmetlerini denetler; hizmet sağlayıcıların faaliyet gösterdikleri ve hizmet sunumunun kalite, uygunluk ve etkinliğe ilişkin performanslarını izledikleri idari çerçeveyi belirlerler. Aynı zamanda, nüfuslarının sağlık ihtiyaçlarını değerlendirmekle ve Sağlık Bakanlığı tarafından tahsis edilen ve bölgesel vergiler yoluyla toplanan kaynakları yönetmekle sorumludurlar.^x

Bölgeler kapsamında; yerel sağlık birimleri (*Aziende Sanitarie Locali, ASLs; 1992’ye kadar, Unità Sanitarie Locali*), sağlık hizmetlerinin büyük bir bölümünü düzenlemekle yükümlüdür. ASL’ler akut hizmet devlet hastaneleri ve rehabilitasyon hastaneleri; birinci basamak sağlık hizmetlerinden sorumlu olan “sağlık bölgeleri”; sağlığın iyileştirilmesi, toplum sağlığı hizmeti ve hastalıklardan korunma ile ilgili “sağlık geliştirme birimleri” yoluyla sağlık hizmeti sunmaktadır. ⁴⁸ Kaynak yönetimi ve hizmetlerin düzenlenmesi konusunda önemli bir özerkliğe sahip olan ASL’ler, merkezi Sağlık Bakanlığı ve bölgesel Sağlık Bakanlıkları tarafından tanımlanan bir planlama çerçevesi tarafından yönlendirilirler. ASL’lerin toplam sayısı 1978’de 659 iken kademeli olarak azalarak 2007’de 195’e düşmüştür. Bu durum, idari verimliliğin artırılması yönünde yapılan baskıların bir göstergesi olabilir. Bölge başına birim sayısı günümüzde 22 (Lombardy’de) ile 1 (ale D’Aosta ve Trento’da) arasında değişmektedir.⁴⁹

^x Ulusal fonların tahsisi; nüfusun boyutu ve yaş dağılımı, morbidite, bölgeler arası hareketlilik, perinatal ve infant mortalitesi ve önceden yapılan sağlık hizmeti harcamalarını dikkate alan karmaşık bir formülü içermektedir.

Ulusal Sağlık Hizmetleri kapsamında sağlık hizmeti, genellikle yüksek uzmanlık düzeyine sahip büyük hastaneler olan (üniversite eğitim hastanelerini de kapsayan) serbest devlet hastanesi vakıfları ve özel hizmet sağlayıcılar (kâr amacı gütmeyen ve güden özel hastaneler, evde bakım için kâr amacı gütmeyen sosyal bakım hizmeti sağlayıcılar ve radyoloji laboratuvarları) yoluyla da sağlanabilmektedir. Özel hizmet sağlayıcılarının, kamudan geri ödeme alabilmek için bölgelerden akreditasyon almaları gerekmektedir.⁴⁷

Planlama Sürecinde Rol Oynayan Aktörler

Sağlık hizmeti planlama sorumluluğu, merkezi yönetim ile bölgeler arasında paylaşılmaktadır. Sağlık Bakanlığı Sağlık Planlama Dairesi, temel çerçeveyi oluşturur ve üç yıllık bir ulusal sağlık planı hazırlar. Ülkedeki tüm vatandaşları kapsayacak bir sosyal hak paketi (*Livelli Essenziali di Assistenza*, Esas Bakım Düzeyi), merkezi olarak tanımlanmıştır. Bu sosyal hak paketi, düzenli olarak güncellenmektedir.² Ulusal sağlık planı, ulusal sağlık stratejisini ortaya koyar ve sağlık hizmeti, amaçlarını, hedeflerini ve performans göstergelerini belirler: örneğin, sağlıklı davranışlar ve yaşam tarzlarının geliştirilmesi, önemli hastalıklarla mücadele, hassas grupların korunması, çevrenin iyileştirilmesi ve hizmet kalitesinin artırılmasıdır (1998-2000 ulusal planında olduğu gibi).³ Her amaç, bölgesel makamlarca hayata geçirilmesi gereken belirli hedeflere ayrılır (müdahale önceliğine sahip alanlar). Birçok hedef, belirli nicel göstergelerle ilişkilidir.⁴⁹

Bütçeler ve stratejilerin yanı sıra amaçlar, hedefler ve göstergeler, bölgesel sağlık bakanlıklarının temsilcileri ile müzakere edilmektedir. Bölgeler, aynı zamanda ulusal plana dâhil edilmek üzere belirli konular ve stratejiler teklif edebilir. Ulusal sağlık planı, nihai şekli verildikten sonra, Bölgesel Sağlık İdareleri için bağlayıcı bir hal alır ve planın uygulanması Sağlık Bakanlığı Sağlık Planlama Dairesi tarafından kurulan bir gözlem birimi tarafından izlenir.

^Y 1998-2000 planında, beş amaçtan sadece ikisi ("sağlıklı davranışlar ve yaşam tarzlarının geliştirilmesi ve önemli hastalıklarla mücadele) nicel hedeflere dâhil edilmiştir. Diğer hedefler, yapılması gereken faaliyetlerin belirlenmesi açısından çok özgün değildir. 2000'den bu yana hedeflerin büyük bir bölümü, mortaliteyi esas almaktadır.

Bölgesel Sağlık Bakanlıkları ulusal sağlık planını, bölgesel sağlık planlarına dönüştürür. Bölgeler, hizmeti -ulusal çerçeve dâhilinde- kendi ihtiyaçlarına göre düzenler ve kendi amaçlarını belirler. Ancak bu durum, tüm ulusal amaçlar bağlayıcı nitelikte olmadığı için, bölgesel sağlık bakanlıklarının, seçilen ulusal sağlık hedeflerinden sadece kendi bölgesel ihtiyaçları ve siyasi gündemlerine uygun olanları uygulamak isteyebilecekleri yönünde bir endişeyi doğurmuştur.³ Diğer bir endişe kaynağı ise veri yetersizliği nedeniyle ulusal ve bölgesel sağlık makamlarının, amaçlara ulaşmada kullanılan uygulama stratejilerini izlemede sınırlı kapasiteye sahip olmalarıdır.³

ASL ve serbest hastane vakıflarının, bölgesel sağlık planlarında yer verilen amaçlarla uyumlu üç yıllık stratejik planlar hazırlamaları gerekmektedir.⁴⁸ ASL ve hastane vakıfları kapsamında, ilgili bölgesel Sağlık Bakanlığı tarafından atanan genel müdürler, stratejik planın amaçlarına belirli bir bütçe dâhilinde ulaşılmasını sağlamakla yükümlüdür. Hem plan hem de bütçe, ASL veya hastane vakfı ile bölgesel Sağlık Bakanlığı arasında müzakere edilir. ASL'ler bölgesel Sağlık Bakanlığı ile iş birliği yaparak Ulusal Sağlık Hizmeti tarafından akreditasyon verilen hizmet sağlayıcılar arasından, kalite ve maliyetin karşılaştırmalı değerlendirmesi temelinde bir seçim yapar. Daha sonra, hizmet sağlayıcılar ile ASL'ler arasında sözleşme anlaşmaları konusunda müzakereler başlar. Anlaşmalar, her bir hizmet sağlayıcının sunacağı hizmetlerin hacmi, fiyatı ve kalitesinin yanı sıra, anlaşmadaki hacimlerin aşılması halinde uygulanacak cezaları da belirler.⁴⁹

Bölgesel Sağlık Bakanlıkları sermaye yatırımını, pahalı sağlık teknolojilerini ve yatak kapasitesini planlar. Hastane kapasitesi planlaması, genellikle hem devlet kuruluşlarını hem de (kâr amacı güden ve gütmeyen) özel kuruluşları kapsar.^z Bölgesel planlamanın ayaktan tedavi hizmetlerine yönelik etkisi artacak olsa da ayaktan tedavi sektöründe sunulan hizmetler, genellikle planlanmamaktadır. Aynı zamanda, maliyet indirimine ilişkin baskı dışarıdan hizmet alınması gibi kurumsal değişiklikleri hızlandırmıştır. Bu durumun gelecekte planlama üzerinde çeşitli etkileri olabilir.

^z Tüm kamu ve özel hizmet sağlayıcılarının akreditasyona sahip olması gerekmektedir. Bölgesel Sağlık Bakanlıkları, yeni hizmet sağlayıcılara iki kriter temelinde akreditasyon vermektedir: (i) Hizmet sağlayıcının, kurumsal, yönetsel ve teknolojik altyapı kalitesinin ve sağlık çalışanlarının beceri ve deneyimlerinin değerlendirilmesi. (ii) Hizmet sağlayıcının, bölgenin belirli bir bütçe dâhilinde hizmet paketini sunabilme kapasitesine kattığı değerın değerlendirilmesi. Ancak, bir hizmet sağlayıcının akreditasyonunun olması hizmetlerin kamu tarafından finanse edileceği anlamına gelmez.

Bölgesel Sağlık Bakanlıkları, Ulusal Sağlık Bakanlığına karşı sorumludur. Bölgesel sağlık planları ve bunların uygulamaları Daimi Federasyon Konferansı, Bölgeler ve Özerk İller tarafından tartışılmaktadır. Konferans, Bölgesel İşler Bakanlığı tarafından idare edilmekte; 21 bölge ve özerk il başkanını bir araya getirmektedir. Konferansta, temelde merkezi ve bölgesel idareler arasındaki idari stratejiler, amaçlar ve bütçeler konusunda siyasi müzakereler üzerinde durulmaktadır.

8. HOLLANDA

Arka Plan Bilgisi

Hollanda sağlık sistemi, sağlık sigortasını tüm vatandaşlar için zorunlu hale getiren 2006 reformunun ardından, büyük bir yeniden yapılanma sürecine girmiştir. Yeni çerçeve kapsamında, tüm vatandaşların aynı kapsamlı hizmet hakları paketine erişim hakkı vardır. Vatandaşlar, bu paketi özel sağlık sigortacılarından temin etmektedir.^{aa} Vatandaşlar, ek hizmetler için gönüllü sağlık sigortası da yaptırebilmektedir. Sağlık hizmetleri genellikle hem ayaktan tedavi hem de hastane sektörü kapsamında özel hizmet sağlayıcılar tarafından sunulmaktadır. Hastaneler, genellikle kâr amacı gütmeyen özel kuruluşlara ait olup yine onlar tarafından işletilmektedir. Ancak 2006 reformundan bu yana, kâr amacı güden özel hizmet sağlayıcılarının piyasaya girişine izin verilmektedir. Bu kuruluşlar, bağımsız tedavi kuruluşları adı verilen ve bazı elektif hizmetler sunan kuruluşlardır; ancak, kâr amacı güden özel hizmet sağlayıcılarının piyasa payının gün geçtikçe artması beklenmektedir.

Hollanda sisteminin kilit özelliklerinden biri de sağlık hizmeti de dâhil olmak üzere birçok sektörde politika üretme ve karar verme aşamalarında desantralize bir yaklaşımın benimsenmiş olmasıdır. Hükümet, yasal çerçeveyi belirler; ancak, sağlık hizmetine ilişkin kararların büyük bir bölümü sağlık çalışanları, sigortacılar ve -bazen de- hastaların yanı sıra ulusal ve bölgesel kuruluşlardan oluşan aktörler ile yapılan müzakerelere tabidir.

Hollanda, hükümetin sağlık sisteminin genel sorumluluğunu üstlendiği ve sağlık hizmetinin düzenlenmesinin piyasanın sorumluluğuna bırakıldığı; ancak, söz konusu düzenlemenin hükümet ve alt kuruluşları (Hollanda Sağlık Hizmeti Örgütleri Kurulu gibi, *College Bouw Zorginstellingen*) tarafından yapılacak denetimlere tabi olduğu, kendine özgü bir düzenli sağlık hizmeti piyasasına sahiptir. 2006 reformu, hizmet sağlayıcıları ve sigortacılara sağlık hizmetinin düzenlenmesinde daha büyük bir özerklik vermiştir. Ancak, sistemin hizmet sunumunda başarısız olması halinde hükümet uygun görürse ilgili aktörlerin almış oldukları kararları hükümsüz kılabilir.

Planlama Sürecinde Rol Oynayan Aktörler

Kapasite planlaması, 1970’lerde önemli bir konu haline gelmiş; sosyal sistemde yapılan harcamaların kontrolüne ilişkin endişeler ve imkânların doğru şekilde tahsil edilmediğine dair kamuoyu bu konunun gittikçe önem kazanmasına neden olmuştur.⁵⁰ Bu endişe ve düşüncelere cevaben, hükümet uzmanlık dalı/yatak

^{aa} Özel sağlık sigortası fonları, önceki sosyal sağlık sigortası fonlarını kapsamaktadır.

kapasitesi gibi normları temel alan (özellikle hastane sektörü için) ayrıntılı sağlık planları hazırlamıştır. 1971 tarihli Hastane Hizmet Sunumu Yasası, hükümete tüm hastane ve sağlık hizmeti kuruluşlarının yapımını düzenleme görevini ve uygulamayı il düzeyindeki sağlık makamlarına devretme hakkı tanımıştır.^{bb}

1980'lerin ortalarından bu yana planlama, sağlık hizmeti sektöründe yenilik ve gelişmenin önünü tıkayan bir şey olarak görülmüştür (bakınız, 1987 tarihli Dekker Raporu^{cc}). Kapasite planlaması giderek yerini, üst yönetimden alt yönetim için planlama yerine, çerçeve oluşturma ve piyasa düzenlemesine dayanan daha çok piyasa odaklı bir yaklaşıma bırakmıştır. Bugün, ulusal düzeyde planlama, sadece birkaç alanla sınırlıdır: örneğin yeni hastanelerin yapımı, hâlen resmi izin gerektirmektedir. Politikada görülen bu değişiklik, otoriter yönlendirici rolünü bırakıp stratejik çerçeve oluşturma, düzenleme ve denetleme görevlerini üstlenmeye başlayan Sağlık Bakanlığına da yansımıştır. Bakanlık önceden sağlık hizmeti planlamasında aktif bir katılım gösterirken bu katılım, artık yerini Sağlık Hizmeti Müfettişliği (*Inspectie voor de Gezondheidszorg*) tarafından denetlenen performans değerlendirmesi ve kalite güvencesine bırakmıştır.

Hastane Planlama

Son zamanlara dek, il yönetimleri, hastane hizmeti planlarının hazırlanmasından sorumluydu: bu tür planların her biri, mevcut tesis ve imkânlarla ilişkin bir değerlendirmeyi ve plan döneminde sunulacak hizmetlerin düzenlenmesine ilişkin bir taslağı kapsıyordu.⁵⁰ 2006 tarihli Sağlık Hizmeti Sağlayıcıların Kabulü Hakkında Yasa ile (WTZl) planlama süreci, sağlık sigortacılarıyla iş birliği yaparak akut hastane hizmeti planları geliştirmeleri istenen bölgesel sağlık hizmeti sunacak sağlayıcı kuruluşlara devredilmiştir. Planların daha sonra özellikle de yeni yapım projeleri gibi önemli girişimler söz konusu olduğunda Hükümet tarafından onaylanması gerekmektedir. Bugüne dek, söz konusu bölgesel planların ayrıntıları ve kalitesi hakkında ya da yeni hizmet sağlayıcı temelli planlama sürecinin etkililiği hakkında oldukça az sayıda güvenilir veri elde edilebilmiştir.

Hastane geliştirme ve yeniden yapılandırma işlemleri, Sağlık Bakanlığı tarafından yapılacak bir yetkilendirme gerektirir ve bu sürecin hastane hizmet sağlayıcılarının düzenlenmesinde önemi gittikçe artan bir rol oynaması beklenmektedir. Yetkilendirme prosedürü, genellikle her bir durum için ayrı ayrı belirlenir ve bölgesel sigortacılar ve hastane birlikleri gibi bölgesel aktörlerle

^{bb} Hollanda'da üç düzey yönetim vardır. Merkezi yönetim, il yönetimi ve yerel/belediye yönetimi.

^{cc} 1987 yılında Dekker Komitesi "Değişim İçin Gönüllü Olmak" başlıklı bir rapor yayımlamıştır. Komite, Hollanda sağlık sisteminin yapısı ve finansmanını değerlendirmek üzere, hükümet tarafından görevlendirilmiştir. Raporda, sağlık hizmetindeki büyümeyi (hacim olarak büyüme) kontrol etmeyi amaçlayan tavsiyelerde bulunulmuş ve sağlık sigortası sisteminin yeniden yapılandırılması ve serbest bırakılması önerilmiştir.

yapılacak bir müzakere sürecine tabidir. İhtiyaç değerlendirmesi gibi faktörlerin başarılı bir yetkilendirme sürecini nasıl ve hangi düzeyde etkileyeceği yeterince açık değildir.

Hastane sektöründe yapılan tüm yatırımlar özel kaynaklardan finanse edilir ve hizmet sağlayıcı genellikle mali sorumluluğu üstlenir. Bu nedenle, hastane yöneticileri gelecekte yapılacak işlemler, kullanım düzeyleri ve yatırım ihtiyaçlarına yönelik tahminler sunan ayrıntılı iş planları geliştirmek konusunda oldukça kuvvetli teşviklere sahiptirler. Düzenleyici örneğin, Sağlık Bakanlığı veya alt kuruluşları tarafından müdahale yapılması teorik olarak mümkün olsa da nadiren karşılaşılan bir durumdur. Sistemin yeni olduğu, hizmet sağlayıcılar ve sağlık hizmetinin düzenlenmesi üzerindeki olası etkileri dikkate alındığında; gelecekte hükümet müdahalesinin artıp artmayacağını bugünden kestirmek zordur. Ancak, gittikçe özel örgütlenmeye kavuşan sağlık sisteminin kaliteli bakımı, karşılanabilir ve hakkaniyetli bir şekilde sunamaması halinde, düzenleme fonksiyonunun güçlendirilmesi olasılığı vardır.

Sağlık teknolojisi alanında yapılan yatırımlar, merkezi olarak planlanmamakta; bu durum da hastanelerin pahalı teknolojilerin temini konusunda birkaç kısıtlama ile karşı karşıya kalmasına neden olmaktadır. Yeni tedaviler ve yeni ilaçlar gibi teknolojilerin, yasal sigorta sistemi kapsamında geri ödenmesi için Sağlık Hizmeti Sigorta Kurulu (*College voor Zorgverzekeringen*) ve Sağlık Bakanlığının ortak onayı gerekmektedir. Resmi olarak temel onay kriterleri, maliyet ve etkinliktir. Sağlık Hizmeti Sigorta Kurulu tarafından yapılan maliyet etkililik analizi karar verme sürecinde önemli bir rol oynar. Sağlık hizmeti maliyetlerine ilişkin tahminler, Hollanda Sağlık Araştırma ve Geliştirme Kurumu tarafından değerlendirilir. Ancak, tek kriter maliyet etkililik olmayabilir. Çünkü diğer çıkarlar da (kamuoyu ve mesleki tercihler gibi) kararın sonuçlarını etkileyebilir.

Hükümetin hâlen planlama kapsamında merkezi bir rol oynadığı, birkaç durumda bu rolü oynamasını sağlayan araçlardan biri de 2000 tarihli Özel Tıbbi İşlemler Yasası'dır. Söz konusu yasa, daha önceleri çok sayıda tıbbi müdahaleyi düzenlemek için kullanılıyor olsa da günümüzde belirli hizmetler ve sağlık teknolojilerine uygulanmaktadır. Bu hizmetler, Sağlık Bakanlığı izni gerektirir veya bir hastanenin belirli bir hizmeti sunmasını gerektiren bir yönerge yoluyla Bakanlık tarafından hayata geçirilir. Hastanelerin organ nakli (hemopoietik kök hücresi nakli de dâhildir), radyoterapi, bazı nöroşirürji türleri, açık kalp ameliyatı, otomatik defibrilatör implantasyonu, kalp ritim ameliyatları, cilt altı translüminal koroner anjiyoplasti, genetik danışmanlık, in-vitro fertilizasyon ve neonatal yoğun bakım birimlerine ilişkin hizmetleri sunabilmek için böyle bir izne ihtiyaçları vardır.

Hakkında yönerge hazırlanması gereken hizmetler, pediatrik yoğun bakım ünitelerinde verilen hizmetleri, hemofili tedavisi hizmetlerini, travma bakımını, ağır rehabilitasyonunu, kohlear implantlara ilişkin tedavileri ve HIV/AIDS hastalarının tedavisi için tedavi merkezlerinde sunulan hizmetleri kapsayabilir. Bakanlık, hastanelerden organ bağıışı için özel ekiplerin kurulmasına destek vermelerini de isteyebilir. Hem izinler hem de yönergeler genellikle ihtiyaç değerlendirmesine yer verir. Bu müdahaleler, hükümetin genellikle sağlık hizmetindeki yeni teknolojilerin dengeli bir dağılımını sağlamak için, hizmet sunumunu etkileyebilmesini sağlayan bir “nihai yaptırım” niteliğindedir.

9. YENİ ZELANDA

Arka Plan Bilgisi

Yeni Zelanda sağlık sistemi, genel vergiler ile birlikte belirli hizmetler; kaza ve yaralanmalara karşı yaptırılan zorunlu sosyal sigortaların kullanıcı ücretleri yoluyla finanse edilir. 2000 tarihli Yeni Zelanda Halk Sağlığı ve Maluliyet Yasası ile birlikte, sağlık ve sosyal bakım hizmetlerinin büyük bir bölümünün düzenlenmesi ve planlanması sorumluluğu, merkezi yönetimden yeni oluşturulan 21 bölgesel idareye (DHB'ler) devredilmiş ve daha önce sağlık hizmeti kaynaklarının tahsisinden ve ulusal düzeyde hizmet alımından sorumlu olan Sağlık Finansman İdaresi feshedilmiştir.⁵¹

DHB üyelerinin önemli bir bölümü, halkoyuyla seçilmektedir. DHB üyeleri seçim nedeniyle yerel topluma ve yasal açıdan Sağlık Bakanlığına karşı sorumludurlar.^{dd} DHB'ler kendi bölgelerindeki mali kaynakların yönetiminden ve kamu tarafından finanse edilen sağlık hizmeti ve uzun süreli bakım hizmetlerinin satın alınmasından sorumludur. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin çoğunu sunan, akut bakım ve akıl sağlığı devlet hastanelerinin mülkiyeti ve işletim hakkı DHB'lere aittir.⁵² Aynı zamanda, DHB'lerle sözleşmeler yapan veya bağımsız çalışan bazı özel hastaneler de mevcuttur (özellikle elektif cerrahi ve laboratuvar hizmetleri alanlarında). DHB'ler, 2001 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Stratejisinin uygulamaya girmesinin ardından, 2002'de kurulan ve "kişi başı" temelinde faaliyet gösteren özel birinci basamak sağlık kuruluşları (PHO'lar) ile sözleşmeler imzalayarak birinci basamak sağlık hizmetlerinin giderek artan oranda kısmını, PHO'lardan satın almaktadır. 81 PHO birinci basamak sağlık hizmetlerinin kamu tarafından finanse edilen bölümlerini düzenler ve (Haziran 2005 itibarıyla) nüfusun % 93'ünü kapsayan pratisyen hekimlik hizmetlerine düşük maliyetli erişimi sübvans eder. PHO üyeliği hastalar ve hizmet sağlayıcılar için gönüllü olarak yapılmaktadır. Ancak, Hükümet birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcıların bir PHO'ya katılmalarını sağlamak için (Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Stratejisi kapsamında) ek finansman sağlamak suretiyle büyük bir mali teşvik sunmuştur. Amaç, PHO'lar tarafından yönlendirilen sağlık hizmeti sunumu ve kullanımında süregelen eşitsizlikleri göstermektir.

DHB'ler sözleşme müzakereleri, sözleşme yönetimi ve ihtiyaç değerlendirmesi gibi alanları kapsamak üzere yeni kurulmuş olan dört "hizmet paylaşımlı kuruluş" tarafından desteklenmektedir.

^{dd} Her bir DHB, 11 üyeden oluşmaktadır. İlgili topluluğun yapısı ve etnik çeşitliliğini yansıtmak, bir dizi uzmanlık becerisinin bir kompozisyonunu sunmak ve bakanlık tercihlerini temsil etmek-bakanlıktan en fazla dört üye atayarak amaçlanmıştır. Kurulların her birinin topluluk ve toplum sağlığı, hastaneler ve maluliyet yardımcıları için danışma komiteleri kurması gerekmektedir.

Planlama Sürecince Rol Oynayan Aktörler

2000 reformlarının ardından, sağlık hizmeti yönetimi, merkezi yönetim ile DHB'ler arasında paylaştırılmıştır. 2000'de merkezi yönetim oldukça kapsamlı bir strateji olan Yeni Zelanda Sağlık Stratejini geliştirmiştir: Sağlık hizmeti sunumuna yönelik olarak 10 yıllık bir vizyon ve DHB'lerin faaliyetlerini sürdürecekleri bir politika çerçevesi geliştirilmiştir. Söz konusu Ulusal Sağlık Stratejisi sağlık sisteminin ilkeleri, amaçları ve hedeflerini ortaya koyar ve öncelikli alanları belirler. Bu alanlar kanserin önlenmesi ve tedavisi, diyabet, obezite, sigara kullanımı ve Maori (Yeni Zelanda yerli halkının) sağlığı gibi alanlardır. Strateji, belirli hedeflere nasıl ulaşılabileceğine veya nasıl hizmet sunulacağına dair herhangi bir bilgi sunmaz. Strateji, sadece Hükümetin ilave stratejiler veya bazı durumlarda da eylem planları geliştirdiği belirli öncelikli alanlarda ("araç takımı") hedeflere nasıl ulaşılabileceğine açıklık getirmektedir. Ancak "araç takımı" bağlayıcı kurallar veya hedefler yerine politika rehberliği sunar. Bu nedenle, hedeflerin nicelikleri çok nadiren bildirilir ve genellikle teşvik edilmezler.

Ulusal sağlık stratejisi, bir yasal çerçeve temelinde geliştirilmiştir. Diğer sağlık sektörü stratejileri ve halk sağlığını etkileyen diğer daha geniş çaplı sektörler arası stratejiler ile (ailelerin güçlendirilmesi veya yol güvenliğinin artırılması gibi) ilişkilidir. DHB'ler ve Sağlık Bakanlığı, faaliyetlerini, diğer kurumlar ve kuruluşların faaliyetleri ile koordinasyon içinde yürütmek durumundadır.

Genel çerçeve, DHB'lerin hesap verebilirlik yükümlülüklerini ortaya koyan bir faaliyet politikası çerçevesini kapsamaktadır. Söz konusu yükümlülükler, beş yıllık bir stratejik sağlık planının hazırlanması, her yıl niyet beyanında bulunulması, yıllık faaliyet planı ve bu yıllık plana uymak noktasında kaydedilen ilerlemeyi ölçmek için aylık ve üç aylık raporların hazırlanması yükümlülüklerini kapsar. Stratejik planların her 5-10 yılda bir hazırlanması gerekmektedir. Bu planlar kamuya istişareyi gerektirir ve Sağlık Bakanlığı onayına tabidir.⁵² Niyet beyanı, bir DHB'nin parlamentoya sunduğu en temel "hesap verebilirlik" belgesidir. DHB ilgili nüfusun sağlığını iyileştirmek için yapacağı işleri, ana hatlarıyla ortaya koyar ve performans ölçütlerine yer verir. Yeterli performansı gösteremeyen DHB'ler veya söz konusu DHB'lerin her bir üyesi, Sağlık Bakanlığı tarafından cezalandırılabilir. Bakanlığın, DHB'leri yönlendirme; kurulun performansı hakkında Bakanlık bilgilendirmek için bir Devlet İzleme Kurulu oluşturma; kurulu bir kurul üyesi ile değiştirme; kurul üyelerini görevden alma ve kurulun başkanı veya başkan yardımcısını değiştirme yetkisi vardır.⁵³ Merkezi kontrolün DHB'nin planlama ve karar alma özerkliğini tehlikeye soktuğu ve bu yüzden mantıklı bir planlamanın oluşturulmasını ve DHB'lerin eylemlerinden sorumlu tutulmasını engelleyebileceği iddia edilmektedir.

Bir idari bölgenin yıllık faaliyet planı, DHB ile Bakanlık arasında yapılacak finansman anlaşmalarının temelini oluşturur. Plan, ilgili coğrafi bölgede sunulacak sağlık hizmetlerine ilişkin yöntem ve öncelikleri tanımlar ve genellikle

Kutu 6 - Canterbury DHB Yıllık Planı

Counterburry idari bölgesinin yıllık planı beş “temel alana” yönelik stratejileri belirler:

- (i) Toplum sağlığını iyileştirmek
- (ii) Birlikte çalışmanın daha iyi yollarını bulmak
- (iii) Hizmetlerin birleştirilmesi konusunda yenilikçi modeller geliştirmek
- (iv) Canterbury sağlık hizmeti işgücünü geliştirmek
- (v) Yeni Zelanda hastane ve sağlık hizmetlerine öncülük etmek

Stratejiler kamuyla istişare temelinde müştereken belirlenmiştir. Plan, stratejik hedeflere ulaşmak için atılması gereken adımlar hakkında bir genel bakış açısı sunmaktadır. Her bir eylem bir takvime ve çeşitli sonuç göstergeleri ve performans ölçütlerine bağlanmıştır. Plan, aynı zamanda ulusal stratejik önceliklerin uyarlanması, sağlık hizmeti finansmanı ve mali kaynakların yönetimi hakkında da bilgiler sunmaktadır.

sağlık hizmetinin tüm alanlarını kapsar (hastane, ayaktan tedavi ve halk sağlığı hizmetleri gibi). Bir idari bölgenin yıllık planı, bir diğerinin yıllık planından oldukça farklıdır bu durum kısmen, yerel ihtiyaçlardaki ve bu bölgelerin sağlık hizmetlerini etkili ve verimli şekilde düzenleme ve yönetme becerilerindeki farklılıkları yansıtmaktadır (bir örnek için bakınız, Kutu 6).

Yıllık faaliyet planları, DHB’nin halkın sağlık ihtiyaç değerlendirmesi yaparak sağlığı olumsuz yönde etkileyebilecek faktörleri tanımlamasını ve sağlık hizmetinin sağlık sonuçlarına etkilerini değerlendirmesini gerektirmektedir.⁵⁴ Bu tür bir değerlendirmenin ayrıntı düzeyi ve hizmet planlaması ile önceliklerin belirlenmesi noktasında kullanılma oranı değişebilir. Sağlık ihtiyaç değerlendirmesinin getirmesi beklenen olumlu gelişmelere rağmen, söz konusu değerlendirmeler bugüne dek planlama ve satın alma kararlarını göreceli olarak çok az etkilemiştir.⁵³

DHB’ler, yıllık anlaşmalar için özel PHO’ların yanı sıra sözleşmeli özel hastaneler ve diğer bağımsız tedarikçilerle müzakereler yapar.⁵² Bir DHB’nin parçası olan devlet hastaneleri (örneğin, DHB tedarikçisi olarak hizmet verenler) söz konusu ise DHB, diğer DHB’lerin tedarikçi kısımları ile iç hizmet düzeyi anlaşmalarını müzakere eder ve sözleşmeler imzalar. Sözleşmeler ve hizmet düzeyi anlaşmaları sunulacak hizmetin türü ve hacmi (bazı durumlarda da, yeterli hizmet sağlanamayan alanlara yönelik tedarik hedeflerini de kapsar) finansman anlaşmaları ve bazı durumlarda seçilen PHO hizmetleri için “performansa göre ödeme” sözleşmeleri gibi kalite göstergeleri hakkında bilgi sunar (bu hizmetler halen geliştirilmektedir). Hükümet, sözleşmelerin düzenlenmesi sürecine doğrudan dâhil olmasa da, belirlenen alanlarda performansı artırmak için ek mali teşvikler sunarak bu süreci etkileyebilir. Kamu ve özel sektör hizmet sağlayıcılarına eşit

muamele edilmesini sağlamak amacıyla, DHB'lerin Bakanlığa rapor sunması zorunluluğu getirilmiştir.⁵²

2006'da hükümet, bir DHB tarafından verilen bir kararın diğer DHB'lerin kaynaklarıyla ilgili sonuçlar getirmesi halinde, müşterek karar verme sürecini koordine edecek bir çerçeve önermiştir.⁵⁵ Çerçeve, bölgeler arası veya ulusal etkilere neden olabilecek yeni sağlık müdahaleleri, sermaye yatırımı ve hizmetin yeniden yapılandırılmasını kapsar ve yatırımların elden çıkarılması tekliflerinin müştereken değerlendirilmesine de imkân tanır.

Son 15 yılda, ülkenin sağlık sisteminde görülen yapısal değişiklikler ve son zamanda benimsenen desantralize satın alma yaklaşımları dikkate alındığında, yeni teknolojilerin planlanması veya düzenlenmesi konusunda çok az yol kat edildiği ortaya çıkmaktadır. Ancak, 1997 yılında oldukça uzmanlaşmış hastane hizmetlerinin durumu ve boyutuna ilişkin olarak büyük bir ulusal gözden geçirme yapılmıştır.⁵² Bu hizmetleri sunan dört büyük hizmet sağlayıcı (Auckland, Wellington, Christchurch ve Dunedin), DHB'lerin pahalı sağlık teknolojilerinin yeri ve kullanımı konusundaki görüşlerini koordine etmeye çalışmaktadırlar.

Büyük sermaye yatırımları ayrı düzenlenmekte ve *Sermaye Yatırımları Rehberinde* (2003) ana hatlarıyla ortaya koyulmaktadırlar.⁵⁶ Sağlık Bakanlığı Ulusal Sermaye Planı, 10 yıllık bir süre için sağlık sisteminin kamu bölümünün uzun vadeli yatırım gerekliliklerini ortaya koymakta ve büyük sermaye yatırımlarını (örneğin, yeni hastaneler veya mevcut hastanelerin büyütülmesi) tanımlayıp önceliklendirmektedir. İdari bölgeler düzeyinde her bir DHB, yatırım kararları hakkında yeterince bilgi toplamak ve sağlamak amacıyla beş yılı kapsayan bir Stratejik Varlık Finansman Planı ve yıllık Stratejik Varlık Yönetim Planı hazırlamakla yükümlüdür. DHB'ler tarafından yapılan sermaye yatırımları, aşağıdaki durumlarda Sağlık Bakanlığı ve Hazine Bakanlığı'nın onayı gerektirir:

- Yatırımın 10 milyon NZ\$ [5.3 milyon €] veya DHB'nin toplam varlıklarının % 20 sini aşması;
- Yatırımın Kraliyet hakkaniyet kaynakları (bir başka deyişle hükümet sermaye sübvansiyonu) yoluyla desteklenmesi ihtiyacının doğması;
- Yatırımın DHB'nin performansını etkileme ihtimalinin olması;
- Yatırımın, Sağlık Bakanlığı ve/veya Hazine Bakanlığı tarafından yüksek riskli olarak tanımlanmış olması.

Bilgi sistemleri ve iletişim teknolojileri alanındaki yatırımlar, aşağıdaki durumlarda Sağlık Bakanlığı onayı gerektirir:

- Yatırımın 3 milyon NZ\$ [1.6 milyon ₺] aşması;
- Yatırımın sağlık sektörü Bilgi Sistemleri Strateji Planına uymaması;
- Yatırımın bir Bölgesel Sermaye Grubu tarafından desteklenmemesi^{ee} (500.000 NZ\$ [267.000 ₺] aşan herhangi bir yatırımın bir Bölgesel Sermaye Grubu tarafından desteklenmesi gerekmektedir).⁵⁶

500.000 NZ\$ - 3 milyon NZ\$ (1.6 milyon) arasındaki teknolojiye yapılan tüm yatırımlar Sağlık Bakanlığı onayına tabidir.⁵⁶

^{ee} Ülkenin her bölgesinde bir Bölgesel Sermaye Grubu kurulmuştur. Amaçları, DHB'ler arasında karar alma sürecinde koordinasyonu artırmaktır; bu gruplar ilgili bölgede yer alan her bir DHB'nin temsilcilerinden oluşmaktadır.

REFERANSLAR

1. Figueras J. Effective health care planning - the role of financial allocation mechanisms. London; University of London, 1993.
2. France G, Taroni F. The evolution of health-policy making in Italy. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 2005;30:169-187.
3. France G, Taroni F. Starting down the road to targets in health. The case of Italy. *European Journal of Public Health* 2000; 10:S25-29.
4. Department of Health. Private finance initiative (PFI). Available from <http://www.dh.gov.uk/en/Procurementandproposals/Publicprivatepartnership/Privatefinanceinitiative/index.htm>, accessed 1 May 2007.
5. Ministry of the Interior and Health. The local government reform -in brief. Available from http://www.im.dk/publikationer/government_reformjn_brief/index.htm, accessed 2 August 2006.
6. Sandier S, Paris V, Polton D. Health care systems in transition: France. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
7. Jaervelin J. Health care systems in transition: Finland. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2002.
8. Muller U, Offermann M. Krankenhausplanung im DRG-System. Expertenbefragung des Deutschen Krankenhausinstituts. Dusseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut, 2004.
9. Marchildon G. Health systems in transition: Canada. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2005.
10. The Standing Senate Committee on Social Affairs Science and Technology. The health of Canadians: the federal role (Final report vol 6). Available from <http://www.parl.gc.ca/37/2/parlbus/commbus/senate/com-e/soci-e/rep-e/repoct02vol6-e.htm>, accessed 5 July 2006.
11. Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors. Health goals for British Columbia. Victoria (BC): Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors, 1997.
12. Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors. Strategic directions for British Columbia's health services system 1999-2002. Victoria (BC), 1999.

13. Calgary Health Region. Leading the way. Calgary, 2006.
14. Canadian Policy Research Networks and Ascentum. Trends in Public Consultation in Canada. A paper prepared for the Parliamentary Centre and the Research Office of the National People's Congress and Provincial People's Congresses of the People's Republic of China. Ottawa: Canadian Policy Research Networks and Ascentum, 2005. Available from <http://www.parlcent.ca/asia/Docs/CPRN%20paper.pdf>.
15. Alberta Health and Wellness. Health capital planning manual. Available from http://www.health.gov.ab.ca/regions/Health_Capital_Planning_Manual.pdf, accessed 29 July 2007.
16. Local Health Integration Networks. Introducing Local Health Integration Networks. Available from <http://www.lhins.on.ca/english/main/aboutLHINs.asp>, accessed 3 August 2006.
17. Ministry of the Interior and Health. The local government reform - in brief. Copenhagen: Ministry of the Interior and Health, 2005. Available from http://www.im.dk/publikationer/government_reform_in_brief/index.htm, accessed 2 August 2006.
18. Strandberg-Larsen M, Bernt Nielsen M, Vallgarda S, Krasnik A, Vrangbaek K. Denmark: Health system review. *Health Systems in Transition*. Forthcoming.
19. Department of Health. Health reform in England: update and next steps. London; Department of Health, 2005.
20. Department of Health. National standards, local action. Health and social care standards and planning framework 2005/06 - 2007/08. London: Department of Health, 2004.
21. Department of Health. Improvement, expansion and reform: the next 3 years priorities and planning framework 2003 - 2006. London: Department of Health, 2002.
22. Department of Health. Autumn performance report 2004. London: Stationery Office, 2004.
23. HM Treasury. 2004 Spending Review. London: HM Treasury, 2004. Available from http://www.hm-treasury.gov.uk/spending_review/spend_sr04/psa/spend_srQ4_psaindex.cfm, accessed 19 July 2007.
24. Oonagh Gay (Parliament and Constitution Centre). Public service agreements. London: House of Commons, 2005. Available from <http://www.parliament.uk/comrnons/lib/research/notes/snpc-03826.pdf>, accessed 19 July 2007.

25. Department of Health. The NHS plan: a plan for investment. A plan for reform. Presented to Parliament by the Secretary of State for Health. London: Department of Health, 2000.
26. Department of Health. Our health, our care, our say: a new direction for community services. London: Department of Health, 2006.
27. Department of Health. The NHS in England: the operating framework for 2007/08. London: Department of Health, 2006.
28. Healthcare Commission. About the Healthcare Commission. London: Commission for Healthcare Audit and Inspection, 2005.
29. European Observatory on Health Systems and Policies. England. Health system review. *Health Systems in Transition*. Forthcoming.
30. Department of Health. Delegated limits for capital investment - revision to cover use of leases. Available from http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Lettersandcirculars/Dearcolleagueletters/DH_4127849, accessed 25 April 2007.
31. NHS Executive. Public-private partnerships in the National Health Service: the Private Finance Initiative. Good practice, Section 1: the selection and preparation of schemes. Available from http://www.dh.gov.uk/en/Procurementandproposals/Publicprivatepartnership/Privatefinanceinitiative/PFIguidance/DH_4108133, accessed 8 May 2007.
32. Department of Health. The strategic outline case(SOC). Guidance regarding 2004 prioritisation round. Available from http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/idcplg?ldcService=GET_FILE&dID=5590&Rendition=Web, accessed 23 August 2007.
33. NHS Executive. Public-private partnerships in the National Health Service: the Private Finance Initiative. Good practice. Section 2: the PFI procurement process. Available from http://www.dh.gov.uk/en/Procurementandproposals/Publicprivatepartnership/Privatefinanceinitiative/PFIguidance/DH_4108133, accessed 8 May 2007.
34. Ministry of the Interior. Project to restructure municipalities and services. Memorandum, 9 May 2005. Available from [http://www.intermin.fi/intermin/hankkeet/paras/home.nsf/files/muistio_englanti/\\$Fiie/muistio___englanti.pdf](http://www.intermin.fi/intermin/hankkeet/paras/home.nsf/files/muistio_englanti/$Fiie/muistio___englanti.pdf), accessed 2 August 2006.
35. Javelin J and Pekurinen M. Project to restructure municipalities and services. *Health Policy Monitor*, 2006. Available From <http://www.hpm.Org/survey/fi/a7/l>, accessed 2 August 2006.

36. Ministry of Social Affairs and Health. Strategies for Social Protection 2015. Towards a socially and economically sustainable society. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health, 2006. Available from <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2006/06/html157626104009/passthru.pdf>, accessed 5 March 2007.
37. Stenvall J, Syvajarvi A. Does knowledge exist? The state's information guidance on tasks to enhance community wellbeing (Onks tietoo? Vallion invormatio-ohjaus kuntien hyvinvointitehtavissd). Helsinki: Valfiovarainministerio, 2006.
38. National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES). Hospital benchmarking. Available from <http://info.stakes.fi/benchmarking/EN/benchmarking.htm>, accessed 2 August 2006
39. Republique Francaise. Projet de loi de financement de la Securite sociale 2005. Available from <http://www.sdnte.gouv.fr/html/dossiers/plfss/2005/annexe/annc.pdf>, accessed 5 May 2006.
40. Agence Regionale de l'Hospitalisation due -de-France. Schema Regional de l'Organisation Sanitaire de Troisieme Generation 2006-2010. Paris: ARHIF, 2006. Available from [http://www.parhtage.sante.rr/re7/idf/site.nsf/\(WebPub\)/SROS_3](http://www.parhtage.sante.rr/re7/idf/site.nsf/(WebPub)/SROS_3), accessed 5 May 2006.
41. Busse R, Riesberg A. Health care systems in transition: Germany. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
42. Statistisches Bundesamt. Grunddaten der Krankenhauser 2005. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, 2006. Available from <https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cis?cmspam=struktur,vollanzeige.csp&ID=1019676&CSPCHD=0001000100014306y!H000553427881>, accessed 27 July 2007.
43. Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen - KHG NRW (1998). Available from http://www.kommunale-gesundheitskonferenz.de/Grundlagen/Gesetzestexte/KHG_NRW.pdf, accessed 27 July 2007.
44. Miniaterium fur Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen. Gesundheitsbericht NRW. 10 Jahre Gesundheitsziele Nordrhein-Westfalen 1995-2005. Eine Bestandsaufnahme. Dusseldorf: MGSFF, 2005.
45. Deutsche Krankenhausgesellschaft. Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundeslndern. Berlin: DKG, 2006. Available from <http://www.dkgev.de/dkgev.php/cat/59/titile/Krankenhausplanung>, accessed 5 July 2006.

46. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit. Krankenhausplan 2001 des Landes Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf: MFJFG, 2001.
47. France G, Taroni F, Donatini A. The Italian health-care system. *Health Economics* 2005;14:S187-S202. (İtalyan Sağlık Hizmeti Sistemi)
48. Donatini A, Rico A, D'Ambrosio MG, et al. Health care systems in transition: Italy. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems, 2001.
49. Donatini A. Purchasing - case study Italy. European Observatory on Health Systems and Policies. In: Figueras J, ed, internal document.
50. den Exter A, Hermans H, Dosljak M, Busse R. Health care systems in transition: The Netherlands. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
51. Ministry of Health. The Primary Health Care Strategy Wellington: MoH, 2001. Available from <http://www.moh.govt.nz>, accessed 24 July 2006.
52. French S, Old A, Healy J. Health care systems in transition: New Zealand. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems, 2001.
53. Coster G, Mays N, Cumming J, Scott C. The impact of health needs assessment and prioritisation on District Health Board planning in New Zealand. Unpublished manuscript, 2007.
54. Canterbury District Health Board. Canterbury Health Needs Assessment 2004. Christchurch: CDHB, 2004. Available from <http://www.cdhb.govt.nz>, accessed 5 July 2006.
55. District Health Boards New Zealand and Ministry of Health. Service planning and new health intervention assessment. Framework for collaborative decision-making. Wellington: DHBNZ and MoH, 2006. Available from [http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/059C8A39579C7B8BCC25710700746FC2/\\$File/service-planning.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/059C8A39579C7B8BCC25710700746FC2/$File/service-planning.pdf), accessed 5 July 2006.
56. Ministry of Health. Guidelines for capital investment. Wellington: MoH, 2003. Available from <http://www.moh.govt.nz>, accessed 5 July 2006.



TÜRKİYE CUMHURİYETİ SAĞLIK BAKANLIĞI

Politika Belgesi

Sağlık Hizmetlerinde Kapasite Planlama

Uluslararası Deneyimlerin İncelenmesi



ISBN No: 9789755903095
Sağlık Bakanlığı Yayın No: 785
HMM Yayın No: SB-HM-2010/22

Rüzgarlı Caddesi İbrahim Müteferrika Sokak No: 5 06030 Ulus / ANKARA

Tel: + (90) 312 309 12 24 Fax +(90) 312 309 73 87

www.tusak.saglik.gov.tr

e-mail: tusak@tusak.saglik.gov.tr