

SUNUŞ

AK Parti iktidarının ilk gününden beri, bir hususun altını ısrarla çizmekteyiz.

Bu husus, Türkiye fotoğrafının tamamına bakma anlayışımızdır. Biz fotoğrafın tamamına bakarak, Türkiye'nin problemlerini birbirine paralel ve birbirini destekleyecek şekilde çözmeye özel bir önem atfetmekteyiz.

Amacımız, Türkiye'de yaşayan her vatandaşın yaşam kalitesini yükseltmek, bunun için ülkenin imkanlarını en akılcı biçimde kullanmak ve kaynakların hakkaniyete uygun bir şekilde dağılımını sağlamaktır.

Bu nedenle yıllardır halkımızın ertelenmiş taleplerini yerine getirmek, bunu yaparken de en kısa zamanda en verimli çözüm yolunu bulmak mecburiyetindeyiz.

Adaletli bir kalkınmayı gerçekleştirebilmek için, kamunun bütün kurumlarını yeni bir anlayışla, çağdaş dünya normlarına uygun bir biçimde yeniden yapılandırmak durumundayız.

Bu çerçevede, "Sağlıkta Dönüşüm Programı" , kamuyu yeniden yapılandırma anlayışına uygun olarak, sağlık alanının yeniden düzenlenmesini sağlama yolunda atılmış çok önemli bir adımdır.

Bu projenin amacı, her alanda olduğu gibi, sağlık alanında da vatandaşlarımızın yaşam kalitesini yükseltmek ve sağlığını güvence altına almaktır. Vatandaşın yaşam hakkının ve sağlıklı hayat sürdürebilmesinin güvence altına alınması sosyal devlet anlayışının temel göstergelerinden bir tanesidir.

Geçmiş yönetimler döneminde sağlık alanında iyileştirme için kimi teşebbüsler olsa da, maalesef bu çalışmaların hiçbiri istenilen düzeyde başarılı olamamış, sağlık alanındaki sıkıntıları giderebilecek veya azaltabilecek gelişmeleri gösterememiştir.

AK Parti iktidarı ise, hem seçim öncesi halkımıza verdiği sözün gereği olarak hem de halkımızın verdiği siyasi gücün farkında olarak, artık sağlık alanında beklemeye tahammül kalmadığına inanarak; bilimsel, dünya standartlarına uygun, aynı zamanda ülke gerçeklerini gözetecek önemli adımlar atmaya karar vermiştir.

İşte, amacı, kapsamı ve nasıl uygulanacağı elinizdeki kitapçıkla anlatılan "Sağlıkta dönüşüm Programı" böyle bir anlayışın ve kararlılığın adıımıdır.

Bilindiği gibi Devlet Hastaneleri, Sigorta Hastaneleri ve Kurum Hastaneleri birleştirilip tüm vatandaşlarımızın ortak kullanımına açılarak, Sağlıkta Dönüşüm Programının ilk adımı atılmış bulunmaktadır. Bunu takiben, aile hekimliği uygulaması ile birinci basamak sağlık hizmetleri güçlendirilecek, hastanelerimizi idari ve mali özerkliğe kavuşturulacak, Sağlık Bakanlığı planlayıcı ve denetleyici bir rol üstlenmek üzere yeniden yapılandırılacaktır. Nüfusun genelini kapsayacak bir genel sağlık sigorta sistemi hayata geçirilecektir.

Hükümetimiz beklemeye tahammülü olmayan öncelikli alanlarda acil ve somut adımlar atarken, bir yandan da hukuki altyapıyı hazırlayacak yasaların çıkmasını sağlamaktadır.

Kuşkusuz her alanda olduğu gibi sağlık alanında yapılacak yeni düzenlemelerin de başarılı olabilmesi için, sisteme dahil olan tüm kurumların ve toplumun tamamının programa destek vermesi gerekir.

Bu toplumsal bilincin artık oluştuğuna, dolayısıyla programın başarıyla uygulanacağına inanıyorum.

Bu nedenle bugüne kadar ülkemizde sağlığa ve sağlık sistemlerinin gelişmesine katkıda bulunan haleflerimize, bakanlarımıza, bürokratlarımıza, bilim adamlarımıza, sağlık çalışanlarımıza, gönüllü kuruluşlarımıza, destek veren uluslararası kuruluşlara teşekkür ediyor, bundan sonra da bu konuda katkı sunacak herkese başarılar diliyorum.

Recep Tayyip Erdoğan
Başbakan

ÖNSÖZ

Sağlık, hayatımızın en temel yapı taşıdır. Aldığımız her nefeste, attığımız her adımda, bütün bir ömürde sağlık değişmez paydamızdır. Öyle ki, hayatın bütün değişkenleri bu temel yapının içinde saklıdır. Bir ömür boyu yaşadığımız her detay bu değişmez paydaya göre hesaplanır. Beyaz renkle sembolize ettiğimiz sağlık, beyaz renkte olduğu gibi içinde her rengi barındırır, her renge hayat verir.

Şimdi, hayatımızın temel yapısı olan sağlık konusunda gerçek bir dönüşüm programıyla karşınızdayız. Hayatımızın değişmezi olan sağlıkta, hep birlikte, yeni ve heyecanlı adımlar atmaya hazırlanıyoruz. Dönüşüm ve değişimler zordur. Dönüşüm, yerleşik olanı rahatsız eder. Değişim, alışılmış olanı terk etmeye zorlar. Zor ve güçlüklerle dolu bir atılımı yapmayı göze almakla, şimdi yaşamakta olduğumuz birçok önemli problemi çözmeyi amaçlıyoruz. Dönüşüm ve değişimi göze almakla, hayatımızın temel yapısı olan sağlık sektörünü daha sağlam bir sisteme kavuşturmayı hedefliyoruz. Sağlığımızın beyazında, hayatın bütün renklerini göstermek ve yaşatmak istiyoruz.

“Sağlıkta Dönüşüm Programı”, sağlık sektöründe şimdiye kadar çözülmemiş, çözülmedikçe büyümüş, bu nedenle de asla değiştirilemez olarak algılanan sorunlara yeni bir bakışla çözüm bulmayı amaçlıyor. Sağlıkta Dönüşüm Programı, uzun zamandır var olduğu için, artık sistemin bir parçası olarak kabul edilmiş sürekli sorun çıkartan kalıplar üzerinden hareket etmiyor. Ancak sorunun buralardan başlayarak çözüleceğini temel çıkış noktası olarak görüyor. Sağlıkta Dönüşüm Programı çalışmalara ne geçmişte yapılanları hiçe sayarak sıfırdan başlıyor, ne de kısa vadeli planlara geleceği hiçe sayıyor.

Sağlıkta Dönüşüm Programı, daha önceden yapılan bütün çalışmaları, yasa taslaklarını ve oluşan görüşleri bir atlama taşı kabul ederek, ülkemiz insanlarının emekleriyle ortaya koyduğu bütün değerleri dikkate alan bir anlayışla hazırlandı. Geçmiş reddederek değil, geçmiş değerlendirerek yeni bir gelecek inşa etmeye çalışıyoruz. Bu amaçla çıktığımız yolda, dönüşümün her aşamasında ortak değerimiz olan sağlığa katkıda bulunan ve bulunması muhtemel herkesi yanımıza çağırıyoruz.

Bugüne kadar ülkemizde sağlığın ve sağlık sistemlerinin gelişmesine emeği geçen bütün hükümetlerimize, bakanlarımıza, bürokratlarımıza, bilim adamlarımıza, sağlık çalışanlarına, gönüllü kuruluşlarımıza, ülkemize destek veren uluslararası kuruluşlara, ilgili özel ve tüzel kişilere ve bu vesile ile teşekkürü borç biliyoruz.

Ayrıca gece gündüz yoğun bir biçimde, tatil yapmadan çalışıp yolumuzu açan sayın milletvekillerimize, birlikte mesaiden onur duyduğum sayın bakanlarımıza, çok önemli adımları hızlı bir biçimde atmamızı sağlayarak bu başarının en önemli mimarlarından

olan TBMM Sağlık Komisyonu üyelerine, değerli görüş ve önerileriyle çalışmalarımıza çok önemli katkılarda bulunan Başbakanımız Sayın Recep Tayyip Erdoğan'a minnet duygularımızı sunuyoruz.

Başarıya hep birlikte "Biz, hepimiz" olarak imza atmak istiyoruz. Bu doğrultudaki çabamızın, başta milletimiz olmak üzere tüm insanlığın mutluluğuna önemli katkılar sağlayacağını bilerek çalışıyoruz. Hep beraber daha iyiye gideceğimizin inanç ve umuduyla hepinize saygılar sunuyorum.

Prof.Dr.Recep Akdağ
Sağlık Bakanı

İÇİNDEKİLER

1	SUNUŞ
2-3	ÖNSÖZ
6-8	1. GİRİŞ
9-11	2. DÜNDEN BUGÜNE SAĞLIK POLİTİKALARIMIZ
	2.1 1920-1938 Dönemi
	2.2 1938-1960 Dönemi
	2.3 1961- 1980 Dönemi
	2.4 1980'den Bugüne
12-25	3. MEVCUT DURUM
	3.1 Demografik ve Epidemiyolojik Özellikler
	3.2 Sağlık Düzeyi
	3.3 Sağlık Hizmetlerinin Organizasyonu ve Sunuluşu
	3.4 Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı
	3.5 İnsan Kaynakları
	3.6 Bilgi Sistemleri
	3.7 İlaç Politikası
	3.8 Sağlık Bakanlığının Mevcut Yapısı
26-28	4. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI
	4.1 Neden Sağlıkta Dönüşüm Programı?
	4.2 Amaçlar
	4.3 Temel İlkeler
29	5.SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ GENEL ÇERÇEVESİ
30-42	6. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ BİLEŞENLERİ
	6.1 Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı

	6.2 Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası
	6.3 Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmeti Sistemi
	6.3.1 Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri
	6.3.2 Etkili, Kademeli Sevk Zinciri
	6.3.3 İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri
	6.4 Bilgi ve Beceri ile Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü
	6.5 Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları
	6.6 Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon
	6.7 Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma
	6.7.1 Ulusal İlaç Kurumu
	6.7.2 Tıbbi Cihaz Kurumu
	6.8 Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim: Sağlık Bilgi Sistemi
43-44	7.SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ UYGULAMA SÜRECİ
	7.1 Kavramsallaşma
	7.2 Yasalaşma
	7.3 Kontrollü yerel uygulamalar
	7.4 Türkiye Geneline Yaygınlaştırma
45	8.SONUÇ
45	KAYNAKLAR

1.GİRİŞ

Sağlık hizmetlerini iyileştirme çalışmaları, sadece Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerin değil, gelişmiş ülkelerin de temel ve öncelikli gündem maddesi olmaya devam etmektedir. ABD ve İngiltere gibi gelişmiş ülkelerde bile seçim çalışmalarında, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, bir başka deyişle sağlıkta reform

ihtiyaçları üzerinde durulmaktadır. Bu gerçek, sağlık hizmetleri sunumu konusunda bütün dünyanın yeni arayışlar içinde olduğunu göstermektedir. Gelişmişlik düzeyi ile bağlantılı olarak farklılıklar gösterse de, genel anlamda sağlık sorunlarını tamamen zmiş bir ülke tanımlamak zordur.

Sağlık hizmeti özünde hep bir sorun olarak yer almıştır. Cumhuriyetimizin ilk yıllarından itibaren sağlık hizmetlerinin sunumu ve sağlık verilerinin iyileştirilmesi için hükümetlerce birçok çalışma yapılmıştır. 1923-1937 yılları arasında Refik Saydam, sonrasında Behçet Uz dönemi, tıp tarihimizde derin izler bırakan, çalışma ve reformların etkili olduğu yıllardır. Nusret Fişek önderliğinde 60'lı yıllarda uygulamaya başlanan Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi de en önemli çalışmalardan biridir.

1980'li yıllara kadar geçen dönem, hizmetin iyileştirilmesi, sağlık alt yapısı ve örgütlenmenin düzenlenmesi ile ilgili uygulamalara tanık olmuştur.

1983 sonrası yıllar, sağlık politikalarında önemli değişimlerin yaşandığı yıllardır. Bu yıllarda, “mevcut durumun, sorun olduğu anlayışı” na dayanan “reform” çalışmaları hız kazanmıştır.

1990 yılı sonunda Dünya Bankası desteğinde yürütülen projeler temel olarak sağlıkta reform çalışmalarını konu edinmiş ve bu dönemde reform çalışmalarının adı “sağlık projeleri”ne dönüşmüştür.

Sağlıkta reform arayışlarının hedefi sadece hasta memnuniyetini arttırmaya yönelik olmamalıdır. Günümüzün modern yönetim anlayışı içinde, daha kaliteli hizmeti daha uygun maliyetle sunmak ya da satın almak temel hedeflerden biri olmalıdır.

Ülkelerin sağlık alanında reform kapsamında yaptıkları çalışmalar incelendiğinde, bütün ülkelerde görülen ortak özelliğin uzun yıllara yayılmış, sabrı, ısrarı ve mücadeleyi gerektiren, inişleri ve ıkışıları olan bir programlama olduğu grlmektedir. Bundan dolayı, gelişmiş ülke rneği olarak sık sık belirtilen İngiltere’de bile yıllardan beri sağlık reformu çalışmaları sürmekte, sistemde çok ciddi iyileştirmeler yapıldığı halde, hala ısrarla yeni reform ihtiyaçlarından söz edilmektedir.

Neticede sağlık hizmetlerinde mükemmele ulaşmak mümkün değildir. Günün şartları içinde ortaya çıkan ihtiyaçların giderilmesi ve sorunların sınırlı kaynaklarla çözülmesi gerekmektedir. Yine sağlık reformları incelendiğinde, başarıyı etkileyen unsurların başında mevcut hükümetin istikrarlı olup olmadığı, hükümet içerisinde ortak görüşün bulunup bulunmadığı, başbakan ve bakanlar tarafından bu çalışmaların desteklenip desteklenmediğı, hükümetlerin görev süreleri, yeni görev başına gelen hükümetlerin geçmişte başlatılan çalışmalara ve birikimlere yaklaşımı gelmektedir. Ayrıca bürokrat ve teknokratların konuya sahip çıkıp çıkmaması, yapılacak çalışmalardan elde edilecek sonuçlarla ve bu sonuçlardan etkilenecek veya faydalanacak kesimlere bunun çok iyi bir şekilde anlatılarak onların desteklerinin sağlanması, çalışmanın sosyal pazarlaması ve buna ilişkin medya tanıtımının önemli olduğu görölmektedir. Başarıyı getiren diğerk önemli bir yöntem de, sistemde asıl sorunun belirlenerek belki küçük ama etkili müdahalelerin yapılarak, tamamen yeni bir oluşum yerine eksik işleyen noktalarda gerekli düzenlemeleri gerçekleştirmek ve adım adım sürekli iyileştirmenin sağlanabilmesidir. Gelişmekte olan ülkelerle gelişmiş ülkelerdeki sağlık reformları arasındaki en önemli fark budur. Sağlık reformlarının başarısını etkileyen temel faktörü bu fark oluşturmaktadır. Bundan dolayı gelişmekte olan ülkelerde adım adım ve sürekli bir iyileştirme olmadığı için bazı kesimlerde sağlık reformlarına antipati, inançsızlık veya ümitsizlik oluşmaktadır.

Elinizdeki bu doküman, hükümetimiz tarafından ilan edilen Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın kamuoyuna toplu olarak sunulan ilk çerçevesidir. Program, kamuoyumuzdan yapılacak telkin ve yönlendirmelerle, yapacağımız araştırma ve tartışmalarla gelişecektir. Bununla birlikte uygulamaya geçmek için gereksiz detaylarla zaman geçirmiyoruz ama mükemmeli aramak adına da iyiye ulaşmayı ertelemiyoruz.

Sağlıkta Dönüşüm Programı, geçmişteki “reform çalışmaları” ile “sağlık projesi” çalışmalarındaki birikimin mirasını değerlendirerek, gelecekte geçilmesi düşünülen sağlık sistemini tasarlayacak ve tasarlanan sisteme geçişi kolaylaştıracaktır. Mevcut sistem içinde yapılan küçük ama etkili müdahaleler, hazırlık adımlarının bir an önce atılmasını sağlayacaktır. Ancak bu sayede sürekli değişim ve gelişim elde edilebilir ve başarı sağlanabilir.

Bölüm 1’de Cumhuriyetimizin kuruluşundan bugüne kadar geçen süre içinde sağlık politikamızın serüveni ana hatları ile ele alınmıştır. Bölüm 2’de Türkiye’nin bugün içinde bulunduğu sağlık durumu ve sağlık sektörüyle ilgili veriler kısaca özetlenmiştir. Bölüm 3’de programın amaç ve ilkeleri açıklanmakta, bölüm 4’te ise programın bileşenlerinin çerçevesi çizilmektedir. Bölüm 5’de uygulama mantığı ile ilgili esaslardan söz edilmekte, sonuç bölümünde ise bu programın ancak oluşturulacak ulusal katılım ile başarılı olacağı vurgulanmaktadır.

2. DÜNDEN BUGÜNE SAĞLIK POLİTİKALARIMIZ

2.1 1920-1938 Dönemi

Kuruluşu 1920 yılında gerçekleştirilmiş olan Sağlık Bakanlığı 1920-38 yılları arasında birçok alanda yasal düzenlemeler yapmıştır. Günün koşulları dikkate alındığında öncelik arz eden bu düzenlemelerin hedefleri;

- Savaş sonrası problemlerin çözülmesi,
- Sağlık personelinin nicelik ve nitelik bakımından desteklenmesi,
- Merkezden başlayarak köylere kadar ulaşan örgütlenmenin oluşturulması,
- Koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması biçiminde şekillenmiştir.

Bu dönemde başlatılan başta sıtma, frengi, trahom olmak üzere bulaşıcı hastalıklarla ilgili dikey örgütlenmeler, şu anki yapılanma içinde de mevcudiyetini sürdürmektedir.

O günün özelliklerine göre kurulan, Merkez Hıfzısıhha Enstitüsü ve Okulu, Dispanser, Sağlık Merkezi ve Sağlık Oağı gibi yapılanmalar değişikliğe uğramadan günümüze uygulama alanı bulmuştur.

Yine aynı dönemde çıkarılan;

- 1920 tarih ve 38 sayılı Tababet-i Adliye Kanunu,
- 1927 tarih ve 992 sayılı Bakteriyoloji ve Kimya Laboratuvarları Kanunu,
- 1928 tarih ve 1962 sayılı İспенçiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu,
- 1928 tarih ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatların Tarz-ı İcrasına Dair Kanun
- 1930 tarih 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu,
- 1936 tarih ve 3017 sayılı Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti Teşkilat ve Memurin Kanunu
- 1937 tarih ve 3153 sayılı Radyoloji Radyum ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun,

çeşitli değişikliklere uğramakla beraber günümüz mevzuatı içinde yerlerini hala korumaktadır.

2.2 1938-1960 Dönemi

Bu dönemde merkezi yapıyı kuvvetlendirici ve sosyal içerikli politikalar geliştirmeye yönelik yasal düzenlemeler ve uygulamalar yapılmıştır.

İkinci Dünya Savaşı sonrası oluşan sıtma, çiçek, frengi ve cüzam gibi hastalıkların salgınları ile mücadeleyi temel alan “Olağanüstü Sıtma Savaş Kanunu” çıkarılmış, hastalıklara özgün hastalık merkezli dikey örgüt yapılanmaları daha da

yaygınlaştırılmıştır. 1945 yılında Sosyal Sigortalar Kurumunun başlangıcını oluşturan İşçi Sigortaları Kurumu oluşturulmuş, böylece Sağlık Bakanlığının ülkedeki hizmet ve istihdam alanındaki tekeli kaldırılmıştır.

Emekli Sandığının oluşumuyla ilgili çalışmalar da bu dönemde yapılarak sosyal güvenlik kapsamı genişletilmeye başlanmıştır. İl özel idareleri ve yerel yönetimler tarafından yürütülen hastane hizmetleri Sağlık Bakanlığı bünyesine aktarılmıştır. Bölgesel örgüt yapılanmaları bu döneme rastlar. Bölge numune hastaneleri, doğum, çocuk, verem, ruh ve sinir hastalıkları hastanelerinin kurulması da bu dönemin eserlerindendir. Köyden başlayarak, sağlık ocaklarının yaygınlaştırılması yine aynı yıllarda ivme kazanmıştır.

O yıllarda çıkarılan birçok yasa şu anda yürürlükte olup sağlık yapılanmalarımızın temelini oluşturmaktadır.

- 1940 tarih ve 3958 sayılı Gözlükçülük ve Gözlükçüler hakkında kanun,
 - 1953 tarih ve 6023 sayılı Türk Tabipler Birliği Hakkında Kanun,
 - 1953 tarih ve 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun,
 - 1954 tarih ve 6283 sayılı Türk Eczacılar Birliği Kanunu,
- bu yasaların başlıcalarını oluşturmaktadır.

2.3 1961-1980 Dönemi

Bu dönemde değişik sağlık politikaları tartışılmaya başlanmış, ancak sağlık hizmetlerinin sosyalizasyonu görüşü benimsenmiştir. 1961 yılında 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun yürürlüğe girmiş, 1963 yılından itibaren de uygulama alanı bulmuştur. 1980'e kadar uygulanan sağlık politikaları bu yasa çerçevesinde şekillenmiştir.

Dikey örgütlenmeler kısmen azaltılıp farklı nitelikte sağlık hizmetleri veren yapılar sağlık ocağı bünyesinde entegre hale getirilmiştir. Sosyalleştirme pilot uygulamalarla başlamış ve bu kapsamda çalışan doktorların serbest olarak çalışması yasayla engellenmiştir. Sosyalleştirmenin on beş yılda tüm ülke geneline yayılması öngörülmesine rağmen başarılı olunamamıştır. Sosyalleştirme yasasının mimarı Nusret Fişek'e göre de başarısız bir uygulama şekline dönüşmüştür.

1960 sonrası planlı döneme geçilmiş ve 5 yıllık kalkınma planları bu tarihten itibaren sağlık politikalarının belirlenmesinde en önemli unsurlardan biri haline gelmiştir. 1.

Beş Yıllık Kalkınma Planında da sosyalleştirme politikalarını esas alan programlar oluşturulmuştur.

Yıllarca sözü edilecek olan Genel Sağlık Sigortası kavramı üzerindeki tartışmalar, bu yıllarda başlatılmıştır. İlk olarak Genel Sağlık Sigortası yasa taslağı 1967 yılında hazırlanmış, ancak bakanlar kuruluna sevk edilememiştir. 1969 yılında 2. Beş Yıllık Kalkınma Planında Genel Sağlık Sigortası kurulması öngörülmüş, 1971 yılında Genel Sağlık Sigortası tasarısı TBMM'ye sunulmuş, ancak kabul edilememiştir. Tasarı 1974 yılında TBMM'ye yeniden sunulmuş, ancak görüşülememiştir.

Bu dönemde hazırlanan bütün yasa, tüzük ve genelgeler, sosyalleştirmenin ana temeline dayanan düzenlemeleri hedeflemiştir.

2.4 1980'den Bugüne

1982 Anayasası, sağlık hizmet ve yönetiminde 1961 Anayasasına paralel düzenlemeler içermektedir. 60. maddesi herkesin “sosyal güvenlik hakkına sahip olduğunu ve devletin bu sorumluluğu üstlendiğini” içerir. Genel Sağlık Sigortası 1982 Anayasasının 58. Maddesinde “Genel Sağlık Sigortası kurulabilir” ifadesiyle yer almıştır.

Seksenli yıllar, 1961'de başlayan sosyalleştirme politikalarının genişletilmesi gayretlerine şahit olmuştur. Sağlıkta finans yönetiminin öneminin artmasıyla genel sağlık sigortası 1987 yılında tekrar gündeme gelmiş, ancak bu husustaki hukuksal düzenlemeler gerçekleştirilememiştir. Aynı yıl Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu çıkarılmıştır. Ancak, bu kanunun hayata geçirilmesini sağlayacak düzenlemeler günümüze kadar hazırlanamamıştır.

1990 yılında DPT tarafından sağlık sektörü ile ilgili mastır planı hazırlanmış ve bu plan doğrultusunda 1. Ulusal Sağlık Kongresi 1992 yılında toplanmış, bu toplantı ile yeniden yapılanma süreci başlatılmıştır. 1993 yılında toplanan 2. Ulusal Sağlık Kongresinde ulusal sağlık politikaları belirlenmiş diğer yandan aynı yıl sosyal güvenlik şemsiyesi kapsamı dışında kalan yoksul bireyler için Yeşil Kart uygulamasına geçilmiştir.

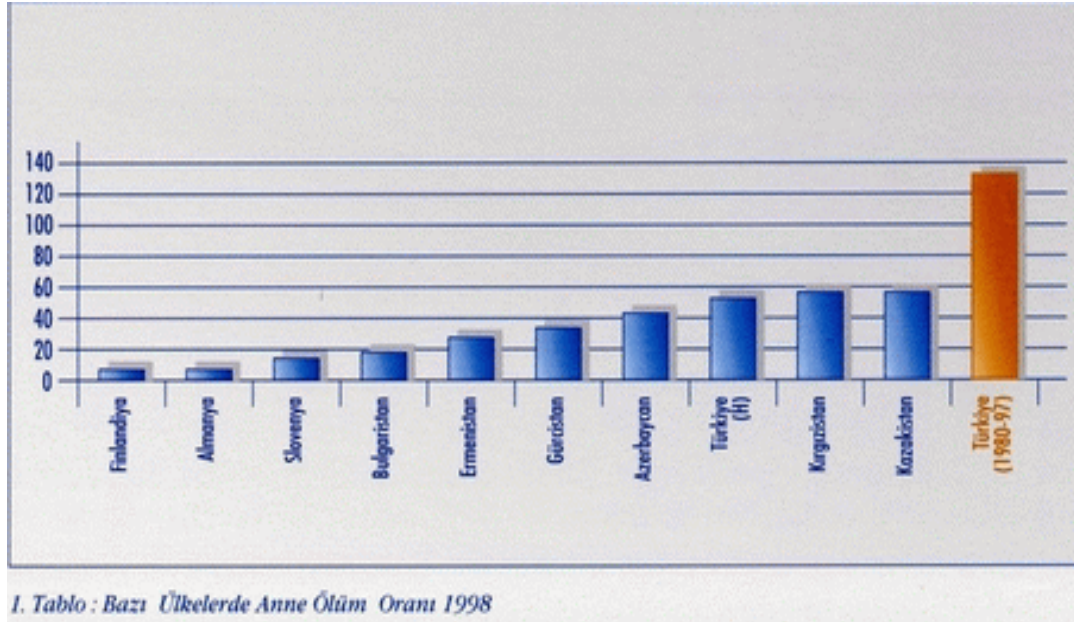
1993 yılında toplanan 2. Sağlık Kongresinde alınan kararlar paralelinde günümüze kadar gelen birtakım düzenlemeler yapılmış, ne yazık ki istenilen sonuçlar alınamamıştır. Hastanelerin özerkleşmesi ve özelleşmesi konusunda yapılan çalışmalar sonuçsuz kalmıştır.

3. MEVCUT DURUM

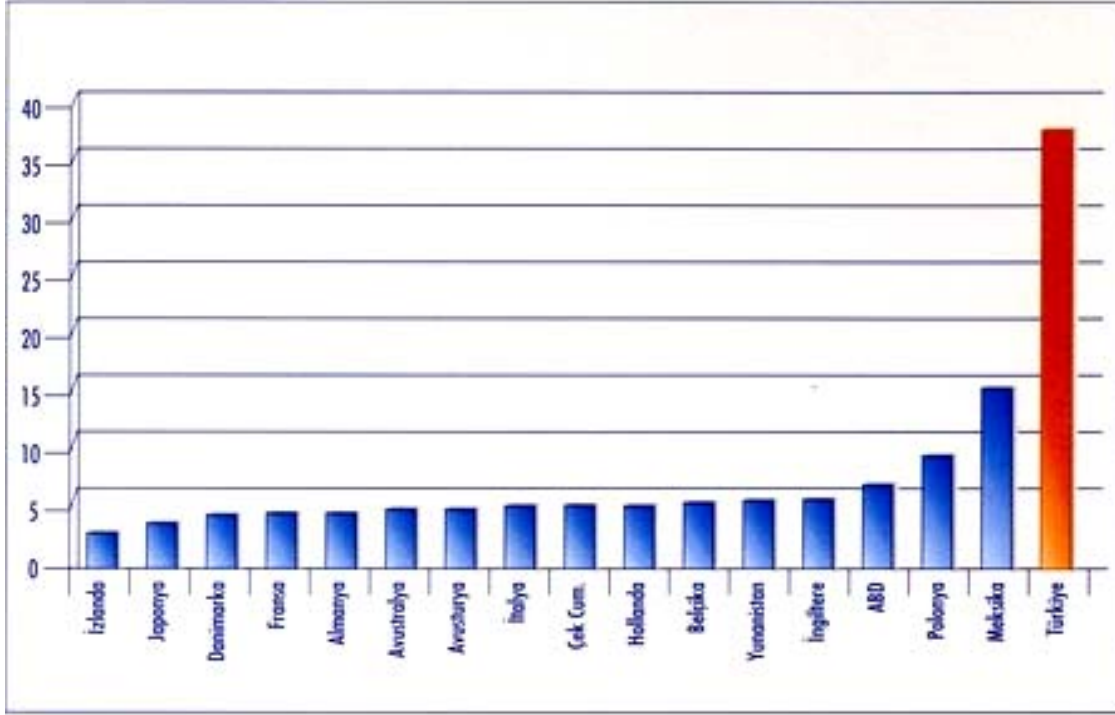
3.1 Demografik ve Epidemiolojik Özellikler

67,85 milyon nüfus barındıran ülkemiz dünyanın en kalabalık 20 ülkesinden biridir. Geçmişteki yüksek doğurganlık ve büyüme oranları sonucunda genç bir nüfus yapısı ortaya çıkmıştır. Nüfusun % 30'u 15, yaklaşık %11'i beş yaş altındadır. 17,8 milyondan fazla (%38) kadın 15-49 yaş arasında doğurgan olan yaş grubundadır. Ancak bu oranlarda düşme eğilimi gözlenmektedir. Toplam doğurganlık sayısı, 1970'lerin başlarında kadın başına ortalama 5 çocuk iken, bu sayı 1990'larda 3'ün altına düşmüştür.

Türkiye nüfusunun sağlık durumunun, hem mutlak olarak hem de aynı gelir düzeyine sahip diğer ülkelerle karşılaştırıldığında iyi düzeyde olmadığı bir gerçektir. Sektör baştan aşağı sorunludur ama, bazı sorunların öncelikli bir biçimde acil olarak ele alınması gerekmektedir. Bunların en başında hala çok yüksek olan anne ölüm oranı (1.Tablo) gelmektedir.

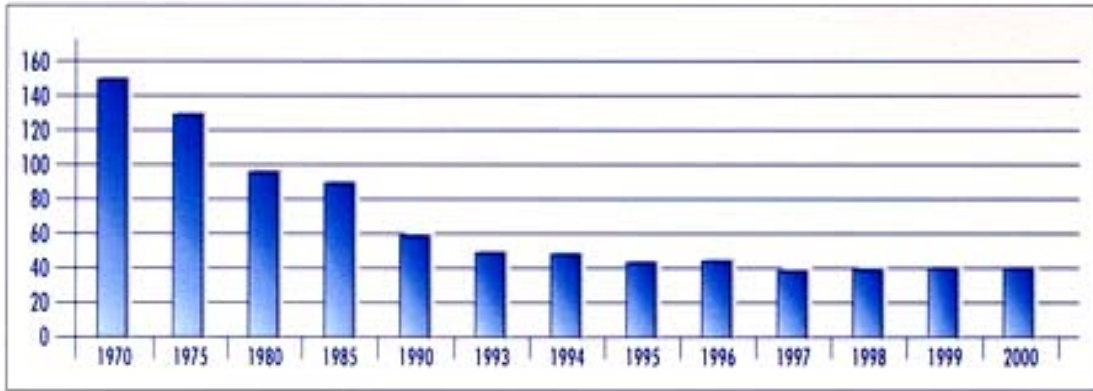


İkinci önemli bir sorun da bebek ölüm oranlarının yüksekliğidir. Her ne kadar bu oran 1970 yılında 1000 canlı doğumda 150 üzerinde iken, 1998 yılında 1000 canlı doğumda 40 civarına indirilmiş ve son yıllarda biraz daha aşağılara çekilmişse de, Türkiye hala Avrupa'daki diğer birçok ülkeden kötü durumdadır (2. Tablo).



2.Tablo: OECD Ülkelerinde Ortalama Bebek Ölümü Hızı (1000'de) - 1998

Aşağıda yıllara göre bebek ölüm oranlarındaki değişim görülmektedir



3. Tablo: Her 1000 Canlı Doğumda Bebek Ölüm Oranı

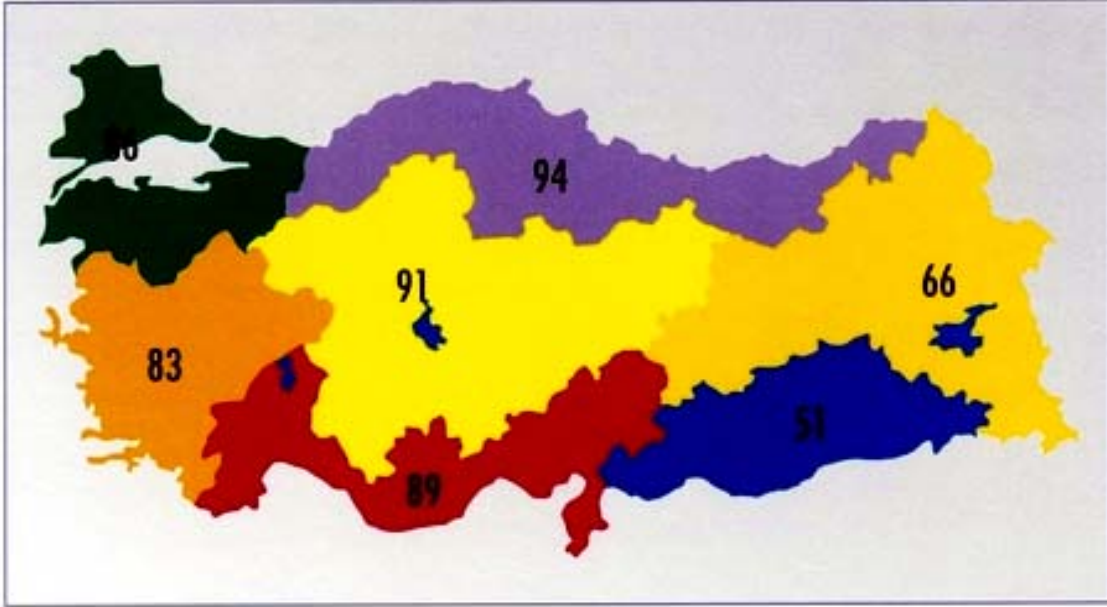
(3. Tablo).

Gebelerin yeterince takip edilememesi, doğum sırası ve sonrasındaki tıbbi müdahale ve bakım yetersizlikleri gibi faktörler bebek ölüm oranlarının yüksek olmasının nedenlerinden sadece bazılarıdır.

Diğer öncelikli bir başka husus, hem kırsal ve kentsel yerleşim bölgeleri arasında, hem de bölgeler arasında sağlık göstergelerinde büyük farklılıklar bulunmasıdır. Sağlık politikalarını geliştirirken ve planlarken bu noktaların önemle dikkate alınması gerekmektedir.

Koruyucu sağlık hizmetlerinde önemli bir yer tutan bağışıklama oranlarımız da bu çerçevede yeniden değerlendirilmelidir. (1.şekil)

Türkiye geneli % 81



1.şekil: Çocuklarda 12 aydan önce bağışıklama durumunun bölgesel dağılımı, Türkiye, 2000 (%)

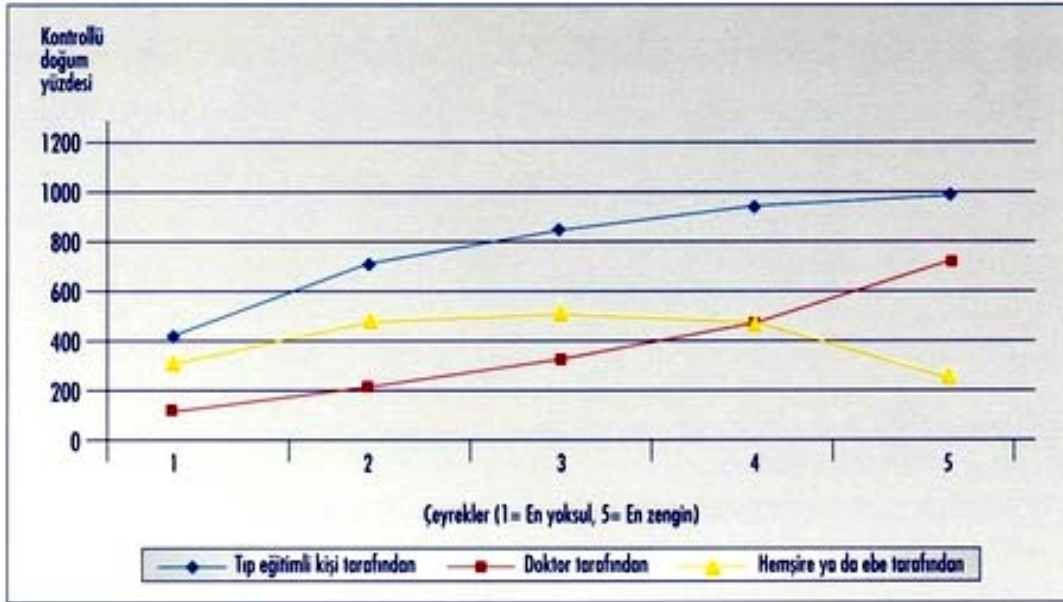
2000 yılı genel nüfus sayımına dayanarak yapılan nüfus projeksiyonları, ülkemizin 2010 yılında 78, 2015 yılında ise 92 milyonluk bir nüfusa ulaşacağını göstermektedir. Ülkemizin yıllık nüfus artışı binde 18 olarak ortaya çıkmaktadır. Bu rakam, birçok ülkeye göre yüksek bir oranı ifade etmektedir. Nüfus yapısında gözlenen değişim, nüfusun yaşlanması beraberinde getirmektedir. Geçmişteki eğilimlere bakarak, nüfus piramidinde önemli değişiklikler beklenmektedir. Gelecek 20 yılda 20-54 yaş grubu nüfusun iki katına çıkacağı ve yaşlı nüfus oranının % 10'a ulaşacağı tahmin edilmektedir.

Doğuşta beklenen yaşam süresi erkekler için 66, kadınlar için 71 civarında olup, bu süre OECD ülkeler ortalamasının 10 yıl altındadır.

Bugün nüfusumuzun % 65'i kentlerde yaşamakta; yapılan projeksiyonlar ise kentsel oranın yakın gelecekte %80'i bulacağını göstermektedir. Ülkemizin yaşadığı hızlı kentleşme süreci çeşitli sorunlara yol açmış, alt yapı ve şehircilik hizmetlerinin sunuluşu gerektiği gibi sağlanamamış ve gecekondu semtleri ortaya çıkmıştır. Buna paralel olarak da sağlık hizmetlerinin sunumundaki sorunlar katlanarak büyümüştür.

1.2 Sağlık Düzeyi

Yakın geçmişte kaydedilen önemli ilerlemeler rağmen, Türkiye hala sağlık düzeyi bakımından orta gelirli ülkelerin çoğunun gerisindedir. Bütün annelerin üçte ikisinden az bölümü doğum öncesi bakım almakta ve üçte birinden az bölümüne de tam doz tetanos toksin enjeksiyonları verilebilmektedir. Ortalama olarak 5 doğumdan sadece 2'sinde (%40) doktor hazır bulunmaktadır. En yoksul kesimdeki kadınların sadece % 11.6'sı, buna karşılık en zengin kesimdeki kadınların % 72.3'ü kontrollü doğum yapmaktadır. Orta gelirli ülkelerde bu oran % 90'ın üzerindedir (4. Tablo).



4. Tablo: Eğitilmiş Kişilerin Kontrolündeki Doğumlar

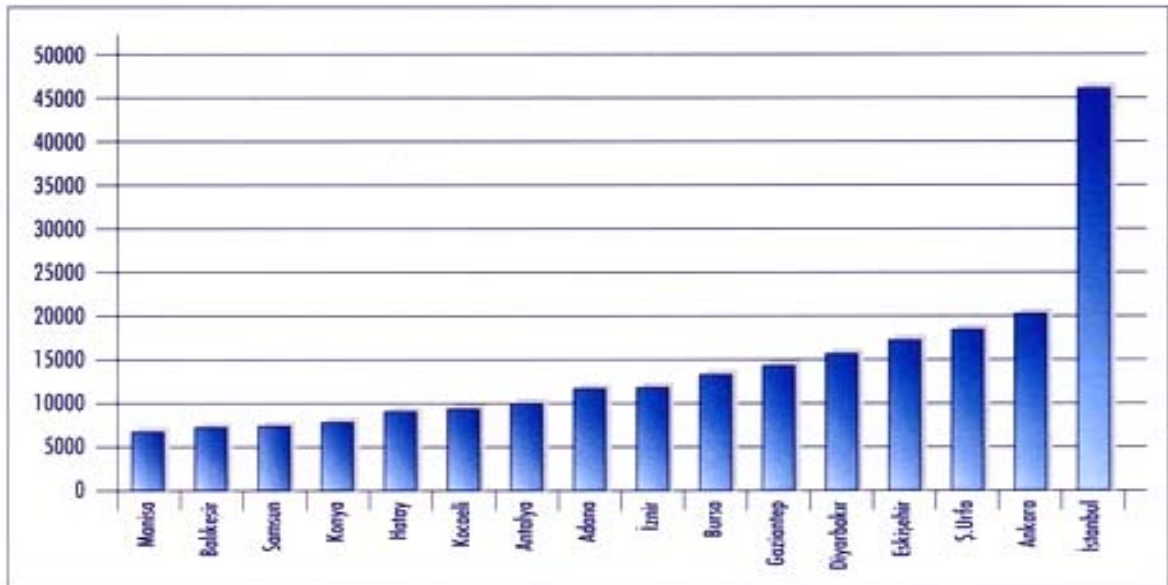
5 yaş altında ölüm nedenlerinin başında, perinatal sebepler gelmektedir. 5 yaş üzeri ölüm nedenlerinde ise kalp hastalıkları, beyin-damar hastalıkları, şeker hastalığı ve kanser gibi hastalıklar ön plana çıkmaktadır. Bu veriler, bin yandan önceleri baskın olan enfeksiyon hastalıklarının ağırlığı ve öneminin azaldığını, bir yandan da kronik hastalıklara doğru epidemiyolojik bir geçişin yaşandığını göstermektedir. Bu geçiş döneminde, hem bulaşıcı hastalıklara hem de kronik hastalıklara sağlık planlayıcılarının aynı önceliği vermesi gerekmektedir. Yukarıda da belirtildiği gibi, sağlık göstergeleri açısından kırsal alanlarımız ile kentlerimiz, doğu bölgemiz ile batı bölgemiz arasında önemli farklılıklar vardır. Bu farklılıklar, büyük şehirlerin merkez semtleri ile gecekondu kesimleri arasında bile kendisini çarpıcı bir şekilde göstermektedir.

Ülkemiz ekonomik bir güç olarak dünya ölçeğinde 17. sırada yer alırken sağlık ve sağlık ve eğitimin içinde olduğu sosyal göstergelere göre hazırlanan insani gelişim indeksinde 86. sırada yer almaktadır.

3.3 Sağlık Hizmetlerinin Organizasyonu ve Sunumu

Sağlık hizmetleri sektörü karmaşık ve çok başlı bir yapı olarak karşımıza çıkmaktadır. Sektörde “stratejik yönetim” ciddi bir eksiklikler. Sağlık Bakanlığı, daha çok kendi kurumlarında hizmet vermeye yoğunlaştığından politika geliştirme ve sektöre yön vermekte yetersiz kalmaktadır.

Bakanlık, SSK, üniversite hastaneleri, kurum hastaneleri ve özel hastaneler arasında etkili bir koordinasyon olmadığından, hizmet ve yatırım planlamaları toplumsal ihtiyaçlarımızla paralel olarak yapılamamaktadır. Sağlık yatırım ve planlamalarında demografik ve epidemiyolojik özellikler göz ardı edilmektedir (5. tablo). Hizmetlerin yapılandırılması yönündeki “birinci basamak” yeterince güçlü olmadığından temel sağlık hizmetlerinin verilmesinde arzu edilen düzeye henüz ulaşamamıştır. Sağlık ocaklarımız yapılanmasını kırsal alanda büyük ölçüde tamamlamıştır. Ancak, hekimlerin bu alanda hizmet vermek üzere yetiştirilmemiş ve yönlendirilmemiş olması ayrıca sağlık ocağı işletmesinin kurumsallaşmamış olması, etkili bir hizmet sunumuna engel oluşturmaktadır. Kentsel alanlarda, özellikle de büyük şehirlerde sağlık ocağı alt yapısı yetersizdir.



5. Tablo: Bazı illerde sağlık ocağı başına düşen nüfus

Daha önce Verem Savaş Dispanseri, Aile Planlaması ve Ana Çocuk Sağlığı Merkezi gibi özel amaçla kurulmuş birçok birinci basamak sağlık kuruluşları ya görevlerini tamamlamış ya da gereken önemi korumada yetersiz kaldıkları için atıl duruma düşmüşlerdir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev alan pratisyen hekimlerimiz içinde bulundukları çalışma şartları, sosyo-ekonomik durum ve uzmanlık beklentileri nedeniyle kendi hizmetlerine yeterince odaklanamamaktadır. Diğer yandan vatandaşlarımız da sağlık hizmetini bu seviyede alma konusunda büyük isteksizlik görülmektedir. Sonuçta insanlarımız doğrudan hastaneye gitme eğilimindedir.

Hastane hizmetlerinin sunumunda önemli ölçüde verimsizlikler söz konusudur. Birinci basamaktaki yetersizlikler ve sevk zincirinin çalıştırılmaması hastanelerde yığılmalara sebep olmakta ve hizmet maliyetlerini yükseltirken hizmet kalitesini düşürmektedir. İşletmecilik anlayışından uzak bir şekilde yönetilen hastanelerde politik kaygıyla yapılan dengesiz yatırımlar da eklenince yatak işgal oranları düşük kalmaktadır. Emekli Sandığı, BAĞ-KUR, SSK üyeleri gibi farklı sosyal güvencikapsamı altındaki kesimlerin, sistemde sadece belirli hastane gruplarından hizmet alabiliyor olması da bu verimsizliği arttıran nedenler arasındadır. Sağlık Bakanlığı ve SSK hastanelerinin merkeziyetçi yapısı, esnek ve akılcı olmayan malzeme ve personel yönetimi, verimsizliklerin artmasında önemli bir etkidir. 1 Temmuz'dan itibaren 6 ilde başlattığımız çalışma başarıyla sürmekte ve SSK'lı vatandaşlarımız artık Bakanlığımız kurum ve kuruluşlarından hizmet alabilmektedir.

Yakın bir gelecekte ülkemizin tamamına yaygınlaştıracığımız bu uygulama hem 1.basamak sağlık hizmetlerinin kullanım alışkanlığını artırmış hem de SSK Hastanelerindeki yığılmanın önüne geçmiştir.

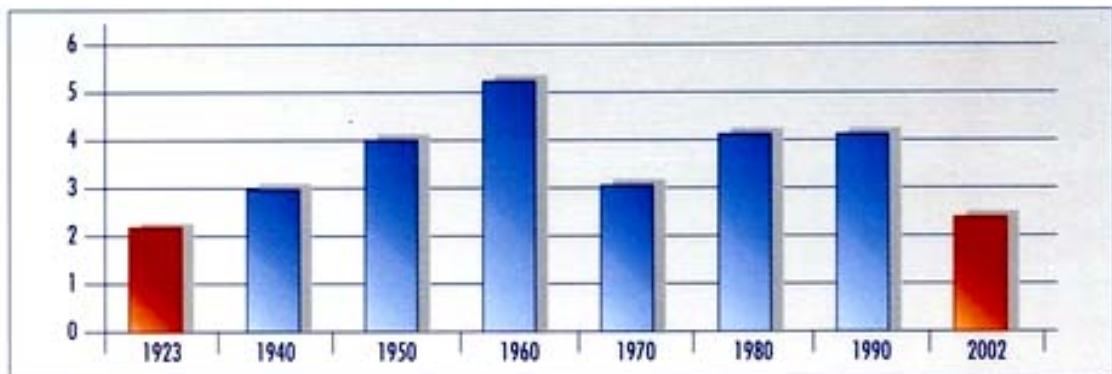
Sağlık hizmetlerinde sözü sıkça edilmesine rağmen "kalite" kavramının içi doldurulamamıştır. Bu kavramın doğru algılanmasının sağlanarak yaygınlaştırılması, kalite uzmanlarının yetiştirilmesi ve sektörde istihdam edilmesi gerekmektedir. Özellikle tıbbi hizmet kalitesinin, yani sağlık hizmetlerinin hastaların sağlık düzeyini ne kadar yükselttiği ile ilgili sonuçların ölçülmesine dayalı yaklaşımlar, yok denecek kadar azdır. Sağlık hizmeti sunucularının kuruluş aşamasında uyması gereken standartlar konusunda önemli ilerlemeler kaydedilmesine rağmen, hizmet süreci ve hizmetin sonuçlarının ölçülmesi yolunda somut adımlar atılamamıştır. Bununla ilişkili olarak, ruhsatlandırma ve akreditasyonla ilgili kavram kargaşası halen devam etmektedir.

3.4 Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Sağlık hizmetlerinin finansmanında iki temel model söz konusudur. Bunlardan biri finansmanın tamamen kamu kaynaklarından karşılanması, diğeri ise hizmeti talep eden bireyler tarafından karşılanmasıdır. Türkiye bu iki uç arasında karma bir yapıya sahiptir. Türkiye’de sağlık harcamalarının devlet bütçesi, sosyal güvenlik kurumları ve bireylerin kişisel harcamaları olarak üç temel kaynağı vardır. Ülkemizde sağlık hesaplarının rutin olarak tutulmasını ve izlenmesini sağlayan bir “ulusal sağlık hesabı sistemi” olmadığından, bu hususta doğru verilere ulaşmak mümkün olamamaktadır. Sağlık finansmanının şekli ve durumu ile ilgili başlıca tespitler şunlardır;

- Türkiye’de sağlığa ayrılan kaynaklar, oransal olarak OECD ülkelerinin altındadır.
- Bu kaynaklar, koordinasyon eksikliği sonucunda verimsiz bir biçimde kullanılmaktadır.
- Ülkemizin bütün bireylerini kapsayan bir genel sağlık sigortası mevcut olmayıp, mevcut sigorta kurumları da çok farklı rejimlere sahiptir.
- Şu andaki mevcut sigortalı sayısı tam olarak bilinmemektedir. Bu miktarın bütün OECD ülkelerinden daha yüksek bir oranda olduğu, hatta % 50’ler civarına ulaştığı tahmin edilmektedir.
- Sağlık hizmet maliyet hesabının yapılamaması ve cepten harcamanın tam olarak belirlenememesi, ileriye yönelik projeksiyon yapma ve planlama imkanını ortadan kaldırmaktadır.

Gelişmiş ülkelerden farklı olarak ülkemizde sağlık finansmanında en önemli yer tutan kamu finansmanı karmaşık ve kontrolsüz bir şekilde oluştuğundan, bütçe



6. TABLO: Sağlık Bakanlığı bütçesinin devlet bütçesine oranı (%)

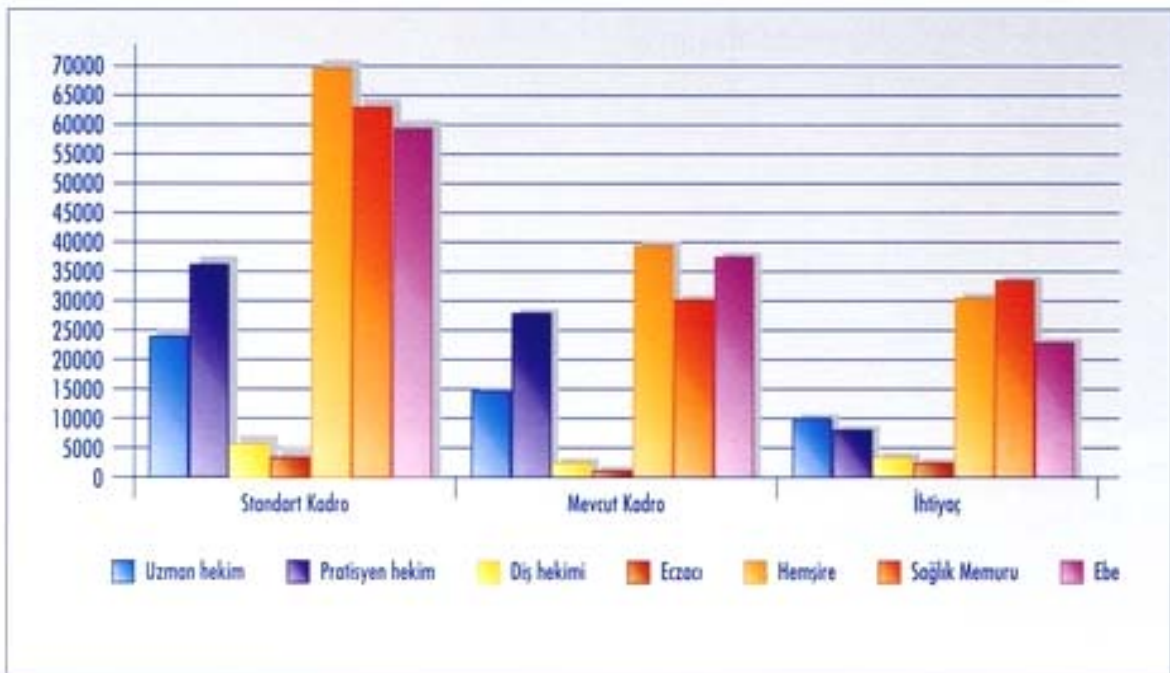
üzerindeki yükü dolaylı olarak artırmıştır. Diğer taraftan sağlık harcamalarının GSMH'den gerektiği ölçüde pay alması da sağlanamamıştır. Bir başka deyişle Türkiye'de sağlık finansmanı ve hizmetini ağırlıklı bir şekilde devlet yüklenmiştir. (6. Tablo).

Devlet, bir taraftan ağırlıklı olarak sağlığı finanse ederken diğer taraftan da hizmet sunumunu gerçekleştirmeye çalışmaktadır. Devlet dolaylı olarak, tahmin edilenin çok üstünde kaynağı bu sektöre aktarmaktadır. Sektörün karmaşık yapısı ve yönetiminden dolayı bu kaynakların kullanımı kontrol edilememekte ve kaynak ihtiyacı sürekli artmaktadır. Artan ihtiyaçlar da sürekli açık veren bütçeden karşılanmaya çalışılmaktadır.

Bakanlığımız tarafından yürütülen Ulusal Sağlık Hesapları Araştırması, yukarıda bahsedilen konularla ilgili olarak bize daha güvenilir veriler sağlamıştır.

3.5 İnsan Kaynakları

Sağlık sektöründe insan gücümüzdeki sayısal yetersizliklerin yanında, personelin ülke geneline yayılmasındaki dengesizlikler ve nitelik sorunları ön plandadır. Hekimlerin dengeli dağılımı, zorunlu hizmet uygulamaları ile sağlanmaya çalışılmış fakat, başında “zorunlu” ibaresi bulunan her uygulama gibi başarıya ulaşamamıştır.



7.Tablo: Sağlık Personeli Sayısal Dağılımı

Sağlık çalışanları arasında hekim/hemşire ve uzman hekim/pratisyen hekim oranlarında hemşireler ve pratisyen hekimler aleyhine dengesizlikler vardır. (7.Tablo). İnsan kaynaklarının planlanması, eğitimi ve kullanımı ayrı ayrı kuruluşlar tarafından gerçekleştirilmektedir. Planlama DPT, eğitim üniversiteler, istihdam Sağlık Bakanlığı ve SSK tarafından yapılmaktadır. Bunlar arasında etkili bir koordinasyon olmadığından sorunlar yaşanmaktadır.

Son 10 yılda tıp fakültelerinin sayısındaki hızlı artış, yetersiz alt yapı ve pratik eğitim olanaklarının sınırlı oluşundan dolayı tıp eğitiminin kalitesi hakkında ciddi endişelere yol açmıştır. Sağlık meslek lisesi mezunlarının yanında ön lisans ve lisans mezunu hemşirelerin aynı sistem içinde yer alması sorunlar doğurmakta, “hemşirelik eğitiminin üniversite düzeyinde olması gerektiği” tartışmaları da devam etmektedir. Yine hekim dışı sağlık meslek elemanı yetiştiren okullarımızdan mezun olan birçok meslek gurbunun mesleki tanımları yasalarda yer almadığından bu iyi yetişmiş elemanlarda kamuda yeterince yararlanma imkanı bulunamamaktadır.

Sağlık yönetimi ile işletme yönetiminin birbirinden ayrılmamış olması, nitelikli yönetici teminindeki güçlükler ve yöneticilerin eğitimindeki eksiklikler sistemi zayıflatmaktadır. Sağlık politikası geliştirme, nüfusa dayalı sağlık yönetimi, hastane yönetimi ile ilgili yeterli bilgi ve becerilerle donanmış yöneticiler ve bunları yetiştirmeye yönelik eğitim programları nicelik ve nitelik bakımından sınırlıdır. Sağlık çalışanlarının devlet memuru statüsünde olmasının mahzurları görülmektedir. Birinci sakınca, çalışanlar arasında bölge, şehir farkı olmadan sabit ücret uygulanmasıdır. Ayrıca merkezden yapılan müdahaleler çalışma güvenliğini azaltmaktadır. Bu durum siyasi etkilerin yoğunlu ile birleştiğinde sorun daha da büyümektedir.

3.6 Bilgi Sistemleri

Sağlık Bakanlığı sektörün bütününe bilgi sağlamak yerine, sadece kendi kurumları ile ilgili istatistik üretmektedir. Farklı birimler kendi ihtiyaçları doğrultusunda farklı veriler toplamakta, bu veriler il sağlık müdürlüğü aracılığıyla Sağlık Bakanlığına ulaştırılmaktadır. Veriler ilgili birim tarafından toplanmakta ve bu veriler Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Kurulu tarafından derlenip istatistik yılı olarak çıkarılmaktadır. Ancak bu veriler bilgiye çevrilmemiş ve yönetim amacıyla kullanılamamıştır. Veri toplanmasında ve akışında yeterli denetim sağlanamadığı

için istatistiki sonuçlar güvenirlik açısından sorgulanmaktadır. Bu sorgulama ve oluşan güvensizlik, verilerin karar mekanizmalarında kullanılmasını engellemektedir.

Bireylerin sağlık kayıtları birçok yerde poliklinik kartı düzeyini aamamakta, hastanelerde tutulan düzensiz dosyalar da bazen arivlerde kaybolmaktadır. Açıkçası bulunan dosyaların içeriğini de anlamak pek mümkün olmamaktadır. Bireylerin sağlık kayıtlarının tutulacağı bütüncül bir sistem olmadığı gibi, epidemiyolojik verileri toplayıp analiz edecek bir hastalık kayıt ve bildirim yapısı da tam olarak oluturulamamıştır.

Türk sağlık sisteminin parçalı yapısı, hasta kayıt sistemlerindeki dağınıklık ve her durumun kendi sistemini oluşturmaya çalışması karmaşık bir yapıya yol açmıştır. Kısacası birinci basamaktan başlayarak bireylerin sağlık kayıtlarının düzenli ve sürekli tutulduğu bir tıbbi kayıt sistemi mevcut değildir.

Oluşan teknolojik gelişmelere paralel olarak kurulan elektronik hastane bilgi sistemleri daha çok muhasebe kayıtlarının tutulduğu bir yapı arz etmektedir. Bu programların çoğunda stok takibi, malzeme yönetimi ve maliyet analizlerinin yapılabilmesini sağlayacak otomasyon anlayışı söz konusu değildir. Hasta kayıtlarının tutulduğu hastane bilgi sistemleri ise nerede ise hiç yoktur. Bu özelliğe sahip olan programlarda veri saklanması yönünde hastane çalışanlarının davranış değişikliği de sağlanabilmiş değildir. Bunlara ilave olarak, Bakanlığımızın merkezci tutumu nedeniyle, hastanelerimizin bir kısmında, elektronik kayıt sistemleri hiç kurulamamıştır.

Maliye muhasebe ve faturalama konularında hastane bilgi sistemlerinde belli standart bir yapı söz konusu olsa da tıbbi hasta kaydı için temel standartlar geliştirilmemiş olup farklı uygulamalar entegre bir veri analizini mümkün kılmamaktadır. Bugüne kadar bilgi sistemlerinin kullanımı tamamen kayıt toplama ve depolama aşamasında kalmış ve böyle olduğu için de bilgi sistemlerinin asıl fonksiyonu olan verinin bilgiye dönüştürülmesi, analiz edilmesi, bu bilginin kullanılması ve yönetime destek olması gibi faydaları sağlanmamıştır. Bu durum bilgi sistemlerini genellikle bir iş yükü haline getirmiştir.

Sağlık bilgi sistemlerinde en önemli sorun ihtiyaç analizinin zorluğu, ihtiyaçların zaman içinde değişmesidir. Böylece bilgi sistemi kısa sürede hatta proje tamamlanmadan bile eski teknoloji haline gelebilmektedir.

Bilgi sistemlerini kurmak kadar çalışır halde sürekliliğini sağlamak da önemlidir. Bunun için eğitimli sağlık personeli ve teknik personel gerekmektedir. Ancak, personeldeki hızlı değişim, yeni personelin eğitilememesi ciddi sorunlar oluşturmaktadır.

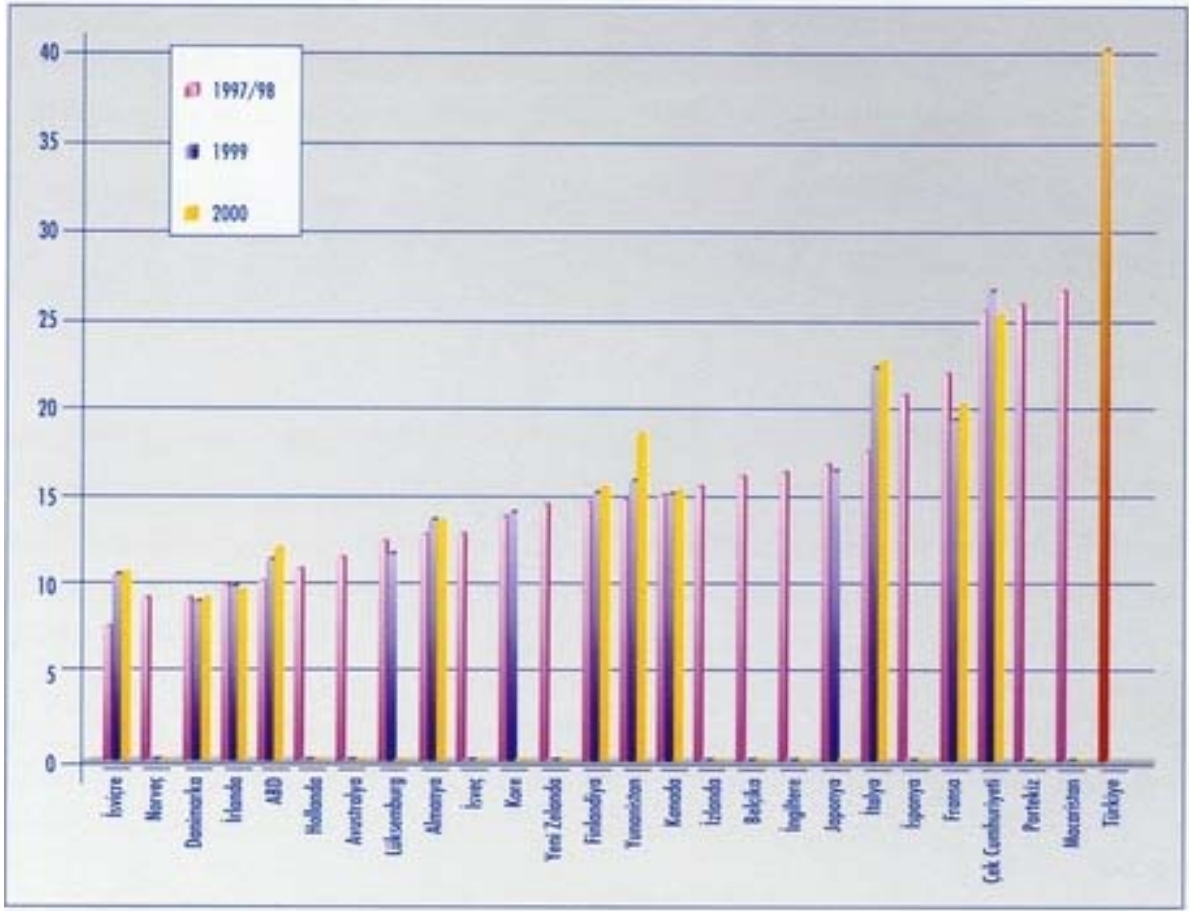
3.7 İlaç Politikası

Sınırları belirlenmiş ulusal ilaç politikasının olmamasının sıkıntıları bu alanda kendini göstermektedir. Avrupa Birliği müktesebatında her ülkenin kendi idari yapısı ve ekonomisini korumaya yönelik uygulamalar ön görülmekte ise de belli standartların yürürlüğe konması gerekmektedir.

İlaç denetim ve ruhsatlandırma komisyonlarında görev alan bilim adamları gönüllülük esasına göre çalışmıştır. Bu durum, komisyonların dinamizmini azaltmakta son derece aktif ve çabuk bir şekilde yapılması gereken uygulamalar gecikmektedir.

Sağlık sektörünün önemli bir bileşenini oluşturan ilaçlarla ilgili olarak sorunlar sadece bununla kalmamaktadır. İlaçların ruhsatlandırılması, üretimi, fiyatlandırılması, satışı, ihracatı, tanıtımı, kontrolü, rasyonel kullanımı, araştırma geliştirme faaliyetleri, fikri mülkiyet haklarıyla ilgili yaşanan sorunların yanında, artan ilaç harcamalarının devlet bütçesine ve sosyal güvenlik kuruluşlarına getirdiği yük, güncel sorunlar arasında ön plana çıkmaktadır. Son zamanlarda Emekli Sandığı, SSK ve BAĞ-KUR gibi sosyal güvenlik kuruluşları bu konuda etkin düzenlemeler yapsalar da daha rasyonel çözümlere ihtiyaç vardır.

Gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında ilaç tüketimi ilk bakışta çok yüksek görülmemekle birlikte, sağlık harcamaları içindeki payı nerede ise iki kat fazladır. Sosyal güvenlik kurumları arasında farklılıklar vardır ve genel sağlık harcaması içerisinde ilaç giderleri %40'ı bulmaktadır (8.Tablo). Bütün bunlardan anlaşılacağı üzere sağlık sektörü tüm alanları itibariyle derin sorunlar yaşamaktadır. Bu sorunlar, uzun yıllar içerisinde birbirlerinin üzerine binerek daha ağırlaşmış, karmaşık bir hal almış ve ciddi dar boğazlar oluşmuştur.



8. Tablo: OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamaları İçerisindeki İlaç Giderleri Oranı

3.8 Sağlık Bakanlığının Mevcut Yapısı

Türk sağlık sisteminde Sağlık Bakanlığının sorumlulukları şunlardır:

- Herkesin hayatını bedenlen, ruhen ve sosyal bakımdan tam iyilik hali içinde sürdürmesini sağlamak için fert ve toplum sağlığını korumak ve bu amaçla ülkeyi kapsayan plan ve programlar yapmak, uygulamak ve uygulatmak, sağlıkla ilgili her türlü tedbiri almak, gerekli teşkilatı kurmak ve kurdurmak.
- Bulaşıcı, salgın ve sosyal hastalıklarla savaşarak koruyucu, hasta olanları sağaltarak tedavi edici hekimlik ile yaşlı ve sakatlara hizmet götürerek de rehabilitasyon hizmetleri vermek.
- Anne ve çocuk sağlığının korunması ve aile planlaması hizmetlerini gerçekleştirmek.
- İlaç, uyuşturucu ve psikotrop maddelerin üretim ve tüketimini her safhada kontrol etmek ve denetlemek; farmasötik ve tıbbi madde ve müstahzar üretim ve dağıtım yerlerinin açılış ve çalışmalarını esaslara bağlamak, denetlemek.

- Aşı, serum, kan ürünleri ve ilaçların üretimini yapmak, yaptırmak ve gerekirse ithalini sağlamak.
- Gıda maddelerini ve bunları üreten yerlerin sağlık açısından kontrol hizmetlerini yürütmek,
- Mahalli idareler ve diğer ilgili kuruluşlarla işbirliği suretiyle çevre sağlığını ilgilendiren gerekli tedbirleri almak ve aldirmek.
- Bulaşıcı, salgın insan hastalıklarına karşı kara hudut kapıları, deniz ve hava limanlarında koruyucu sağlık tedbirlerini almak.
- Kanseri, verem ve sıtma ile savaş hizmetlerini yürütmek ve bu alanda hizmet veren kurum ve kuruluşların çalışmalarının koordinasyonunu ve denetimini sağlamak.

Sağlık Bakanlığı yukarıda belirtilen sorumluluklarını yerine getirmek üzere kurum ve kuruluşlar oluşturmuş, ülke çapında yaygın bir örgütlenme gerçekleştirmiştir. Bu örgütlerin işletilmeleri, yatırımları ve insan kaynakları merkezi, planlama ve denetimle yürütölmek istenmiştir. Halihazırda birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri için belirli dikey yapılanma sistemine sahiptir. Sıtma ile mücadele için müstakil Sıtma Savaş Dairesi, veremle mücadele için Verem Savaş Dairesi, ana çocuk ölümlerini azaltmak için Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü kurulmuştur.

Hastalıkların kontrolü ve mücadelesinde bu yapılanmanın önemi görmezlikten gelinemez, ancak günümüzdeki çağdaş yaklaşım entegre sağlık hizmetleridir. Ayrı personel, ayrı bina, ayrı araç, ayrı konularda çalışıp entegre sağlık hizmetlerinin oluşturulamaması hem insan gücü hem de mali yönden israfa yol açmaktadır, bu durum elde var olan imkanlarla daha iyi hizmet verilmesini engellemektedir.

Merkez teşkilatı bu hizmetleri yürütöbeliecek şekilde planlanırken, düşük verimli insan kaynaklarının oluşturduğu, görev ve sorumluluk alanları birbiri içine geçmiş, durağan bir yapı kazanmıştır. Merkez teşkilatının işleyişini kilitleyen hususların başında ülke genelindeki personel atama ve nakilleri gelmektedir. Sağlık kurum ve kuruluşlarının finansman, yatırım ve insan kaynaklarının temini konusunda yoğun çaba harcanırken bu kurumların devamlılığının temini sağlanmakta, yani sağlık hizmetleri Bakanlık eliyle verilmektedir. Diğer yandan dolaylı da olsa, Yeşil Kart

uygulamaları ile hizmeti de finanse eden duruma geçmiştir. Verilen bu hizmetin standartlarını koymak, denetlemek gibi görevler düşünöldüğünde birbiri ile çatışan sorumluluk alanları olduğu görölecektir. Bu yüzdendir ki, iftihar edebileceğimiz dengeli bir yatırım, kaliteli bir hizmet ve sürekli dinamik bir denetim söz konusu olamamaktadır.

Sağlık alanında hizmet sıralamasında ikinci sırada yer alan SSK sağlık kurumlarının durumu, bu kargaşayı daha fazla yaşamakta ve daha fazla olumsuzluklar taşımaktadır.

En başta gelen görevi fert ve toplum sağlığını korumak ve bu amaçla ülkeyi kapsayan plan ve programlar yapmak olan Sağlık Bakanlığı, halkın beklentilerine yeterli cevap verememiştir. Bakanlığın hizmet kapasitesi politika oluşturma, sağlık sektörü önceliklerini belirleme, hizmet standartlarını tespit etme, kurumların akreditasyonu ve denetimi konularına odaklanma açısından yeterli olamamıştır.

Ölkemiz bütün bu sorunları çözecek güce ve kaynaklara sahiptir.

Çözümün kapsamlı bir program yaklaşımı içerisinde

ve sistematik bir şekilde, her bileşenin birbiriyle ilişkisi kurularak

hayata geçirilmesi gerekmektedir. Sorunların çözümünde

takip edilecek sıra ve bunların birbiriyle olan işlev ve ilişkilerinin

bir proje mantığı ile kurgulanması ön şarttır. Hükümetimiz,

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI ile sektörü bir bütün olarak ele alıp

bu sorunları tek tek çözmeye kararlıdır.

4. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

4.1 Neden Sağlıkta Dönüşüm Programı ?

Bu güne kadar Bakanlığımız bünyesinde ulusal ve uluslar arası katılımı ile yapılmış çok sayıda çalışma ve proje ortaya konmuş ve bu projeler “reform” olarak adlandırılmıştır. Farklı adlarla da olsa, bu kurumun aynı amaca hizmet eden çok sayıda projeye ev sahipliği yaptığını biliyoruz. Bu gün bir reformdan söz etmeyişimiz, tamamen yeni bir görüş ortaya koymadığımızın bilincinde olduğumuz içindir. Uygar dünyanın uygulama ve arayışları ile Bakanlık olarak geçmişten aldığımız yararlı mirası değerlendirmemiz gerekiyor. Ancak, bu güne kadar, defalarca reform iddiası ile ortaya konan benzer çalışmaların uygulama alanı bulamamış olması kamu oyunun güvenini sarsmıştır. Ayrıca mevcut gidişatı tamamen sonlandırıp yeni bir sisteme geçmek iddiası çok da gerçekçi değildir.

Özlenen değişimi gerçekleştirmek için, mevcut yapıyı tahrip etmeden planlanan hedefe doğru dönüştürmek gerekir. Bu dönüşümü yapmaya kararlıyız. Bu yüzden kamunun reform adı altında ümitsizliğe dönüşmüş olan arzularını yeniden alevlendirmek ve geniş katılımı ile tüm tarafların sahiplenebileceği ve aktif rol alacağı bir eylem dizisini kararlılıkla başlatıyor ve bunu “Dönüşüm Programı” olarak adlandırıyoruz.

4.2 Amaçlar ve Hedefler

Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın amaçları sağlık hizmetlerinin *etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde*;

- organize edilmesi,
- finansmanının sağlanması,
- sunulmasıdır.

Etkililik, uygulanacak politikaların halkımızın sağlık düzeyini yükseltilmesi amacını ifade etmektedir. Sağlık hizmetinin sunumundaki en büyük hedef hastaları tedavi etmek yerine insanların hastalanmasının önlenmesi olmalıdır. Bu amaca ulaşmak, epidemiyolojik göstergelerde sağlanacak ilerlemelerle mümkün olacaktır. Anne ve çocuk ölümlerinin azaltılması ve doğuştan beklenen yaşam süresinin arttırılması bu amaca ulaştığımızın en somut kanıtı olacaktır.

Verimlilik, kaynakları uygun şekilde kullanarak maliyeti düşürüp, aynı kaynakla daha fazla hizmetin üretilmesidir. İnsan kaynaklarının dağılımı, malzeme yönetimi, akılcı ilaç kullanımı, sağlık işletmeciliği ve koruyucu hekimlik uygulamaları bu esas çerçevesinde değerlendirilmelidir. Ülkenin tüm sektörel kaynaklarının sistem içine alınması ve entegrasyonunun sağlanması verimliliği arttıracaktır.

Hakkaniyet, bütün insanlarımızın sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde ulaşmalarının ve hizmetlerin finansmanına mali güçleri oranında katkıda bulunmalarının sağlanmasıdır. Gerek farklı sosyal gruplar, gerek kırsal - kent, gerekse doğu - batı arasındaki sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık göstergeleri ile ilgili farklılıkların azaltılması, hakkaniyet amacı kapsamında yer almaktadır.

4.3. Temel İlkeler

Sağlıkta Dönüşüm Programını temel ilkeleri şunlardır:

- **İnsan merkezlilik:** Bu ilke, sistemin planlamasında ve hizmetin sunumunda hizmetten faydalanan bireyi, bireyin ihtiyaç, talep ve beklentilerini esas almayı ifade etmektedir. Sağlığın aile ortamında üretildiği gerçeğinden hareketle birey “aile sağlığı” kavramı çerçevesinde ele alınmaktadır.
- **Sürdürülebilirlik:** Geliştirilecek olan sistemin ülkemiz koşulları ve kaynakları ile uyumlu olması ve kendini besleyerek bir devamlılık arz etmesi ilkesini ifade etmektedir.
- **Sürekli kalite gelişimi:** Vatandaşlarımıza sunulan hizmetlerde ve elde edilen sonuçlarda ulaşılan noktayı yeterli görmeyerek, hep daha iyiyi aramayı, sistemin kendi kendisini değerlendirerek hatalarından öğrenmeyi sağlayacak bir geri bildirim mekanizması oluşturulmasını ifade etmektedir.
- **Katılımcılık:** Sistemin geliştirilmesi ve uygulanması sırasında, ilgili tüm tarafların görüş ve önerilerinin alınmasını, yapıcı bir tartışma ortamı sağlayacak platformların oluşturulmasıdır. Ayrıca bu ilke, sağlık sektörünün bütün bileşenlerinin sistemin kapsamı içine alınarak uygulamada kaynak birliğinin sağlanmasını amaçlamaktadır.
- **Uzlaşmacılık:** Demokratik bir yönetimin gereği olarak sektörün farklı bölümleri arasında karşılıklı çıkarları gözeterek ortak noktalarda buluşma arayışlarıdır.

Çıkar çatışmasına dayalı bir uygulama yerine, yöntem, standartlar ve denetim mekanizmalarında birlik sağlanması ve tarafların buna uyması hedeflenmektedir.

- **Gönüllülük:** Hizmette arz veya talep eden, birey veya kurum ayırımı yapmaksızın sistem içerisinde yer alacak bütün birimlerin belirlenen amaçlara yönelik davranmalarını sağlama yöntemidir. Sistemde hizmet üreten ve hizmet alan kesimlerin zoraki değil, teşvik edici önlemler doğrultusunda gönüllü bir şekilde yer almaları şarttır.
- **Güçler ayrılığı:** Sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayan, planlamasını yapan, denetimi üstlenen ve hizmeti üreten güçlerin birbirinden ayrılması ilkesidir. Bu şekilde çıkar çatışması olmayacak, daha verimli ve daha kaliteli hizmet sunumu sağlanacaktır.
- **Desantralizasyon:** Kurumlar, merkezi yönetimin oluşturduğu hantal yapıdan kurtarılmalıdır. Değişip gelişen koşullara ve çağdaş anlayışa uygun olarak yerinden yönetimin hayata geçirilmesi hedeflenmektedir. İdari ve mali yönden özerk işletmeler hızlı karar mekanizmalarına sahip olacak ve kaynakları daha verimli kullanabilecektir.
- **Hizmette rekabet:** Sağlık hizmet sunumunun tekel olmaktan çıkarılıp belli standartlara uygun farklı hizmet sunucularının yarışmasının sağlanması ilkesidir. Böylece sürekli kalite gelişimi ve maliyet azalmasına yönelik bir teşvik ortamı oluşacaktır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı, belirtilen ilkeler çerçevesinde yukarıda sayılan amaçlara ulaşırken, Dünya Sağlık Teşkilatı'nın "21. Yüzyılda Herkese Sağlık" politikasını, Avrupa Birliği tarafından açıklanan "Katılım Ortaklığı Belgesi" ve ülkemiz tarafından hazırlanan "Ulusal Program" doğrultusunda Türk sağlık mevzuatı'nın, Avrupa Birliği sağlık mevzuatı ile uyumlu hale getirilmesi ihtiyacını ve diğer uluslararası deneyimleri de dikkate alacaktır.

5. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ GENEL ÇERÇEVESİ

Sağlıkta Dönüşüm Programı, sektörü bütün boyutları ile kavramak üzere şekillendirilmiş toplam 8 bileşenden oluşmaktadır. Her bileşen bir diğeri ile ilişkilendirilmiş olup, programın bütünlüğü içinde uygun olabilecek çözümleri içermektedir.

Sağlık sistemde rol alan unsurların kendi açılarından tanımladıkları “mükemmel”i elde etmeleri, sistemin bütünlüğü açısından mümkün olmayabilir. Bu durumda yapılması gereken, ülkemizin imkan ve kaynakları doğrultusunda önemli ve öncelikli ihtiyaçlara cevap verecek en uygun çözümleri üretmektir. Bununla birlikte sistemde yer alan hizmet birimlerinin kendi tanımladıkları mükemmeli oluşturmaları için onlara, sisteme zarar vermeyecek bir biçimde hareket etme serbestliği ve şansının sağlanması önemlidir. Yani hizmet unsurları, ana sisteme katkı sağlayacak biçimde bir davranış özgürlüğü içinde olmalıdır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı bu anlayışla hazırlanmıştır. Programı oluşturan her bir parça tek başına ele alındığında, her parçanın kendisinden daha gelişmiş bir yapıyı tanımlaması ve oluşturması mümkün olabilir. Ancak o zaman, programın bir bütün olarak işleminin zorluğu ortaya çıkmaktadır. Hatta, tek bir parçadaki mükemmeli elde etme kaygısının, geçmişteki başarısızlık hanemizi yeterince zenginleştirdiği bilinmektedir.

Sektör içinde bulunan çeşitli grupların Sağlıkta Dönüşüm Programının bileşenleri ile ilgili farklı görüşlere sahip olmaları doğaldır. Bu noktadaki beklentimiz, parça ile ilgili farklı görüşlerin bütün üzerindeki etkisinin göz önünde bulundurularak değerlendirilmesi, öneri ve eleştirilerin bu bilinç içerisinde yapılmasıdır. Bu çerçevede bütünü bozmayacak, amaç ve ilkelerden sapmayacak, programın bütünselliği içindeki önerilere daima açık olduğumuzun bilinmesi gerekmektedir.

6. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ BİLEŞENLERİ

6.1 Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı

Sağlıkta Dönüşüm Programı 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 olmak üzere, Sağlık Bakanlığına bağlı kuruluşların yerinden yönetim ilkeleri doğrultusunda yapılandırılması sağlanacak ve Bakanlık, planlama yapan stratejik bir örgüt yapısına kavuşturulacaktır. Böylece Sağlık Bakanlığı, Anayasada tanımlandığı şekli ile, Devletin sağlık sektörünü “tek elden planlama” görevini yerine getirecektir.

Bu hedefe ulaşabilmek için Sağlık Bakanlığının dikey yapılanmayı ortadan kaldıran ve entegre sağlık hizmetini ön plana çıkaran bir yapılanma modeliyle;

- Stratejik planlama, insan kaynakları politikası, personel yönetimi, kaynak dağılımı, malzeme yönetimi konularında yeni misyonunu, amaçlarını ve görevlerini tanımlaması için yapısını gözden geçirmesi,
- Sağlık sektöründe daha aktif liderlik görevi üstlenmesi sırasında mali ve yönetsel kontrol ve denetimi taşra teşkilatına aktarmasına yardımcı olacak şekilde yeniden yapılanması,
- Misyonunu, sektör politikalarını, örgütsel yapısını ve merkez ve taşra düzeyinde fonksiyonlarını yeniden tanımlaması, sağlık sistemini ve hizmetlerini modernleştirmesi ve iyileştirmesi,
- Yönetim organları, rolleri, politikaları ve usulleri ile merkez ve taşra yetkililerinin sağlık hizmet ağının yönetim ve işletiminde daha büyük sorumluluklar almalarını sağlayacak bir yönetim modeli geliştirilmesi,
- Mezuniyet öncesi ve sonrası sağlık eğitiminin planlanmasında aktif rol alabilecek, sağlık işletme sisteminin değişik düzeylerindeki personeli eğitmek için eğitim programları geliştirmesi, uygulaması ve denetimini yapabilecek şekilde yeniden yapılanması gerekmektedir.

Sağlık Bakanlığı yeniden yapılanmasını gerçekleştirirken ve sağlık hizmetlerini planlama ve sunumu sırasında sosyal devlet anlayışı içerisinde koruyucu hizmetlere öncelik verecek, birinci basamak sağlık hizmetleri güçlendirilecektir.

Sağlık Bakanlığının başlıca görevi ve sorumluluğu politika hazırlamak ve düzeni denetlemek olacaktır. Türkiye’de Sağlık Bakanlığının odaklanması gereken diğer alanlar arasında kalite kontrolü ve tüketicinin eğitilmesi gelmektedir. Sağlık Bakanlığı bundan böyle, sağlık sektörü için önceliklerin belirlenmesi, kalitenin izlenmesi ve düzenlenmesi, kurumların akreditasyonu ve uzmanlara lisans verilmesi, sigortanın düzenlenmesi ve denetimi, halk sağlığı işlevlerinin yönetimi ve salgın hastalıkların gözetimi üzerine odaklanmalıdır

6.2 Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası

Sağlıkta Dönüşüm Programının hakkaniyet amacı doğrultusunda, vatandaşlarımızın ödeme gücü ile orantılı olarak katkıda bulunacakları ve hizmetleri ihtiyaçları ölçüsünde kullanacakları bir sigorta modeli oluşturulacaktır. Bu yaklaşım, sosyal devlet olmanın temel gereksinimlerinden birisi olup, Anayasa’mızın 56. maddesinde de yönlendirici bir hüküm olarak yer almaktadır. Günümüzde Sosyal Sigortalar Kurumu, BAĞ-KUR ve Emekli Sandığı bu amaç doğrultusunda görev yapan kurumlarımızdır. Her ne kadar bu kurumlar, sağlık ve emeklilik sigortalarının birbirinden ayrılmadığı, açıklarının bütçeden karşılandığı, rasyonel olmayan düzenlemeler nedeniyle profesyonel sigortacılık anlayışından uzaklaşmış bir durum sergilese de, toplumun önemli bir kısmını sigortacılık kapsamı altına almışlardır. Bu kuruluşlarımızın standart birliği sağlayamamış olması, farklı düzey ve yollarla hizmet üretmesi veya satın alması sonucu oluşan tablo bilinmektedir. Ayrıca, sigortalı olmayan önemli bir kesim bulunmaktadır. Bunların bir kısmı Yeşil Kart uygulaması ile kısmi bir sağlık sigortası içine alınmıştır. Ancak yaşanan sorunlar herkes tarafından bilinmektedir.

Hizmet kalitesini arttırmak, her hastaya eşit düzeyde temel sağlık hizmetini sunmak ve hasta ile doktor arasındaki para ilişkisini ortadan kaldırmak için toplumun bütününe kapsayan zorunlu sağlık sigortacılığı sistemine ihtiyaç vardır. Böyle bir sigortacılık sistemi, sağlık harcamaları maliyetini düşürme gayreti içinde, koruyucu

hekimlik uygulamalarının da teşvikçisi ve zorlayıcısı olacaktır. Genel Sağlık Sigortası Kurumunun denetim ve yaptırımları, sağlık giderlerinde gittikçe artan oranlarda yer işgal eden ilaç ve tıbbi malzeme israfını azaltacaktır. Fiyat kontrolü ve sağlık hizmetlerinin finansmanı tek elden karşılanmalı ve artık hasta-hekim ilişkisi parasal bir ilişki olmaktan çıkmalıdır.

Şu anda toplumumuzun tamamını sağlık açısından güvence altına alacak bir Genel Sağlık Sigortası'nın kurulması için Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında aşağıdaki hususlarda çalışmalar yürütülmektedir.

- Ödeme gücü olmayanları tespit etmek üzere bir fakirlik sınırı belirlenecektir . Vatandaşların ödeme gücünü belirlemeye yarayacak bir değerlendirme sistemi kurulacaktır.
- Ödeme gücü olmayanların primlerini kısmen veya tamamen kamu kaynakları ile karşılamak üzere kaynak oluşturulacaktır.
- Şu anda sosyal güvencesi bulunmayanların primlerini toplamaya yönelik bir sistem kurulacaktır.
- Sağlık primleri havuzu sosyal güvenliğin diğer dallarından ayrılarak, kendi iç dengeleri kurulacaktır.
- Sağlık hizmetlerinde temel teminat paketi belirlenecektir.
- İl ve gerektiğinde ilçe düzeyinde, sağlık hizmet ihtiyacını belirlemeye yönelik demografik ve epidemiyolojik özelliklere dayalı olarak ihtiyaç tespiti yapacak bir yapı oluşturulacaktır.
- Belirlenmiş ihtiyaçlar doğrultusunda, birinci basamak sağlık kuruluşları ve hastanelerden hizmet satın almak için sözleşmeler yapmak üzere mekanizmalar oluşturulacaktır.
- Alınan hizmetlerin tanımlanan niteliklere uygun olup olmadığını, “yerindelik ve uygunluk” denetimleri yaparak belirleyecek bir yapı oluşturulacaktır.

Bunların yanında Türkiye’de sağlık finansmanı ile ilgili bilgi eksikliğini gidermeye yönelik olarak bir “Ulusal Sağlık Hesabı” sistemi kurulacaktır. Böylece sağlık sektöründe kaynakların nereye ve ne kadar harcandığı yıllık bazda takip edilebilecektir.

Genel Sağlık Sigortası'nın kurulması yanında özel sağlık sigortacılığının da gelişimi desteklenecek, özel sigortaların tamamlayıcı bir rol ile sistemde bulunmaları sağlanacaktır. Zorunlu Genel Sağlık Sigortasının kapsadığı temel teminat paketine ilave olarak hizmet almak isteyenler özel sigorta yaptırabilecekler ve hizmetlerini bu özel sigortalar aracılığıyla alabileceklerdir. Bu anlamda özel sigortacılık teşvik edilecektir.

Mevcut sosyal güvenlik kuruluşlarındaki emeklilik sigortası ve sağlık sigortası birbirinden ayrılacak, sağlık sigortası işlemleri tek çatı altında toplanacaktır.

Genel Sağlık Sigortası konusunda önemli gördüğümüz noktalar şunlardır:

- Her Türk vatandaşı sigorta kapsamına alınacak ve tek numara sistemi benimsenecektir. Bu numaranın MERNİS numarası olması ekonomik bir yaklaşım olacaktır.
- Sağlık sigortası mutlaka diğer sigorta sistemlerinden ayrılacaktır.
- Primi yatırma veya sigortasız olma sorununun muhatabı sağlık kuruluşları olmayacak; sigorta kurumu bunu takip edecektir.
- Hizmet üretenlere geri ödeme tek elden düzenli ve zamanında yapılacaktır.

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının koordinatörlüğünde bu çalışmalar başlatılmıştır.

6.3 Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmet Sistemi

Her hangi bir ülkede uygulanan bir programı ülkemize aktarabilmek mümkün olamayacağı gibi, ülkemizin sosyoekonomik ve coğrafi yapısı nedeniyle tek düze homojen bir sistemi bütün ülkeye yaymaya çalışmak da gerçekçi değildir. Bir kaç hanelik mezrasından, iklim şartları nedeniyle sınırlı zamanlarda ulaşılabilen köylere; kent nüfusunu aşan ilçelerinden dünya kenti olmuş metropolüne kadar, her biri kendine özgü çözümler bekleyen bir heterojen yapı söz konusudur. İnsanımızın hak ettiği, çağdaş normlara uygun sağlık hizmetini sunmayı hedeflerken bu özellikleri göz önünde bulundurmak zorundayız.

1961 yılında 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun ile oluşturulmuş olan sağlık ocağı ve sağlık evi hizmet modeli zamanın en gelişmiş, en

modern sistemlerinden biridir. Ancak bu yasa ile amaçlanan hedeflerin gerçekleştiğini ya da yasanın yeterince uygulanabildiğini söylemenin zor olduğunu hepimiz biliyoruz.

Düzensiz nüfus artışı, köyden kente sürekli göç ile gittikçe büyüyen ve adeta şehirlerin karakteristiğine damgasını vuran varoşlar ve gelir dağılımındaki korkunç uçurumlar geçmişi aynen kabul etmek yerine günümüze uyarlamak zorunda olduğumuzu bize göstermektedir. Bugün bizlere düşen, 1960'ların sosyoekonomik, demografik ve epidemiyolojik yapısına uygun olan bu sistemin mantık yapısını 21. yüzyıl Türkiye'sinin değişmiş olan şartlarına uyarlamaktır.

Bu hedef doğrultusunda sağlık hizmeti vermeye talip bütün dinamikleri sistem içine alan bir anlayış içinde hizmette rekabet ortamının yaratılması gerektiğini düşünüyörüz. Sosyalizasyon politikasının bu öлкеye armağan ettiği sağlık ocağı ağını güçlendirirken, vakıf ve dernekler başta olmak üzere özel teşebbüsün de hizmet ağında yer alması ön görölmektedir. Bu anlayış öлке kaynaklarının verimli kullanımına yol açacağı gibi, herkesin kolayca erişebileceği bir hizmet sunumuna fırsat tanıyacaktır.

Sağlıkta eşitsizlikleri azaltmayı hedeflemeyen hiçbir programın, bu öлке insanı açısından anlamı olmayacaktır. Kır-kent eşitsizliğine kıyasla doğu– batı eşitsizliği daha fazla derinleşmiştir. Bu durum ekonomik gerekçelerle açıklanabilecek kadar basit değildir. Bu eşitsizlikleri azaltmak için, her bölgede eşit oranda kamu sağlığı olanaklarının kısılması ve özel sektöre devredilmesi gibi bir anlayış içinde değiliz. Aksine ihtiyaç olan yerlerde kamu olanaklarının geliştirilmesi, niteliğinin arttırılması ve özel sektör imkanları ile hizmet yarışına girilmesi hedeflenmektedir.

6.3.1 Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri

Temel sağlık hizmetleri alanında, iyi tasarlanmış ve performansa yönelik bir sağlık sisteminin anlayışı bulunmamaktadır. Temel sağlık hizmetlerinin kurumsal konumu, diğer hizmet düzeyleri üzerinde yetki ve kontrol sahibi olacak bir yapıya kavuşturulacaktır. Bu konuda yapılacak dönüşümlerin çıkış noktası, genelde

toplumu oluşturan bireylerin, özelde ise hastaların ve sağlık çalışanlarının göreceli durumlarını iyileştirmek olacaktır.

Kırsal bölgelerde sağlık ocaklarının üstlendiği topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin desteklenmesi yanında, kentlerde yetersiz kalan bu hizmetler -kamu sağlığı merkezlerince yaygın, örgütlü ve disiplinli bir şekilde yürütülecektir. Bu kurumsal yapılanmaya sağlık sektöründeki diğer hizmet birimlerini de yönlendirecek bir konum kazandırılacaktır.

Temel sağlık hizmetlerinde sorumluluk paylaşımı ve bireye “tek pencere” sistemi ile yaklaşım başarıyı arttıracak önemli faktörlerdir. Bu yüzden bireye yönelik koruyucu hizmetler ile birinci basamak tanı ve tedavi hizmetlerinin, bireylerin kendi seçeceği doktorlar tarafından yürütülmesi amaçlanmaktadır. Bu sayede doktor ve aile üyeleri daha yakın ve kişisel ilişkiler kuracak ve sağlık eğitiminde, hastalıkların önlenmesinde ve sağlığın düzeltilmesinde doktor önemli rol oynayacaktır. Koruyucu dış hekimliği uygulamaları birinci basamakta yerini alacaktır. Bireylerin sağlık kayıtlarının birinci basamak hekimlerince tutulması kontrol, takip ve risk analizlerinin yapılabilmesinde önemli ilerlemeler sağlayacaktır.

Böyle bir amacı gerçekleştirme yolunda, farklı kesimlerce sürdürülen “aile hekimi” veya “genel pratisyenlik” tartışmalarının yersiz olduğu kanısındayız. Bir uzmanlık dalı olarak aile hekimleri ülkemizde zaten sayıca yetersizdir. Uygulamaya mevcut pratisyen hekimlerin kısa süreli bir eğitimden geçirilerek başlanması ve uygulama süresi içine yayılmış sürekli eğitim ile desteklenmesi en pratik çözüm olacaktır. Böyle bir başlangıç, ülkemizde kimlik ve prestij kaybına uğramış pratisyen hekimliğin yeniden itibar kazanmasını sağlayacaktır. Uzmanlık eğitimi almış olanların sistemde yer alması daha kolaydır.

Kırsal bölgelerde yaygın olan sağlık ocağı alt yapısı bu tür uygulamalara zemin oluşturacaktır. Yetersiz alt yapının olduğu kentlerde serbest hekimlik uygulamaları ve özel sağlık merkezleri sistemde yer alabilecektir.

6.3.2 Etkili, Kademeli Sevk Zinciri

Etkili bir sevk zincirinin kurulabilmesinin ön şartı, hastanın kendi seçtiği ve güvendiği bir hekimden birinci basamak hizmeti almasıdır. Bu da, yukarıda sözü edildiği şekilde temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesine ve birinci basamak hizmeti sunan aile hekiminin hastasına sunduğu hizmetin durumuna bağlıdır. Yani kısaca, hasta memnuniyetini esas alan bir “aile hekimliği uygulaması” sistemin esasını oluşturmaktadır.

Bu hedefe yönelik olarak planlama ve teşvik yapılması, birinci basamakta bir çok hastanın tutulmasını sağlayacaktır. Hastaların büyük çoğunluğunun sorunlarının birinci basamakta çözülebilir olduğu ve hastane polikliniklerinin bu tür hastalarla dolu olduğunu biliyoruz. Sistemin etkili hale getirilmesi, hem hastanelerimizdeki gereksiz yığılmaları azaltacak ve tedavi hizmetlerinin kalite artışına hizmet edecek, hem de sağlık harcamalarındaki israfı azaltacaktır. Sevk sistemi tek yönlü bir yol değildir. Tanı ve/veya tedavi için ikinci veya üçüncü basamak kuruluşlara sevk edilen hastaların çoğu tedavinin devamı, izleme ve bakım için daha alt seviyedeki kurumlara geri gönderilmelidirler. Hastanın kayıtlarını tutmakla sorumlu olan hekimin sevk ettiği hastasına ikinci basamakta verilen konsültasyon hizmetinin geri bildirimi tıbbi kayıt sistemini güçlendirecektir. Böylece, bireylerin aile hekimlerince sürekli izlenmesi mümkün olabileceği gibi, kaliteden ödün vermeksizin daha kısa sürede ve düşük maliyette sağlık hizmetinin sunumu mümkün olabilecektir.

Sevk zincirine girmek istemeyen hastaları kimse zorlayamaz. Sevk zincirine uymaksızın hastaneye baş vurmaya tercih eden hastanın katlanacağı ek maliyet sosyal devlet anlayışına ve hasta haklarına aykırı bir uygulama olmayacaktır.

6.3.3 İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri

Ülkemizdeki hastanelerin tümü, aralarında hiçbir ayırım yapılmaksızın, sigorta kurumu ile sözleşme yapmak ve sevk sistemi esaslarına uymak kaydı ile bütün vatandaşlarımıza hizmet verebileceklerdir. Hastanelerimiz bu hizmeti verirken hizmet kalitesi ve sözleşme esaslarına uygun fiyat uygulamaları açılarından denetim

altında tutulacaktır. Sağlık finansmanında kurumlar değil, bireyler desteklenecektir. Bu hizmeti sunan kurumlar ürettikleri hizmet oranında pay alacaklardır.

Kamu hastanelerinin bu değişen yapıya uyum sağlaması, daha verimli işletmeler haline dönüşmesi ve sektörün diğer aktörleri ile rekabet edebilmesi için şu andaki merkeze bağımlı yapısından kurtulması gerekmektedir. Hastanelerin verimliliğini iyileştirmek için, tüm Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu hastanelerine hem idari ve mali açıdan, hem de sağlık hizmetlerini üretip yönetmek için gereken girdilerin temini bakımından özerklik tanınacaktır. Tüm kamu sağlık kuruluşları Sağlık Bakanlığı denetiminde özerk kurumlar haline gelecektir. Öncelikle bu hastanelerde bir hizmet sunumu birliği sağlanacak, ikinci aşamada her tesise ayrı ayrı özerklik tanınacaktır. Sağlık kuruluşları devlete direkt bağlı olmak zorunda değildir. Belediyeler özel şirketler, vakıflar, il idareleri, üniversiteler sağlık kuruluşu kurabilecektir. Kamu sağlık kuruluşlarının kendilerini finanse etmeleri istenecek daha fazla kar için hizmet kalitesinden ödün veren pahalı kurumlar olmasına izin verilmeyecektir.

Bu yapının doğal bir sonucu olarak her hastane kendi yönetim kararlarından hizmet kalitesinden ve verimliliğinden sorumlu olacaktır. Ülkemizde homojen olmayan demografik dağılım ve mahrumiyet bölgeleri dikkate alınarak ekonomik anlamda verimli olmayan sağlık kuruluşları hizmetin sürekliliği ve kalitesi için desteklenecektir. Sağlık kuruluşları öncelikli olarak kar amacı gütmeyen, her türlü yatırım ve planlamada gereklilik ve verimliliği ön planda tutan kuruluşlar olacaktır. Yerel dinamiklerin karar mekanizmasında rol aldığı müşteri odaklı organizasyon yapılmasına geçilecektir.

Atanmış statik yöneticilikten performans yönetimine geçmek zorundayız. Performans göstergeleri belirlenecek ve performansa bağlı ödeme sistemleri geliştirilecektir.

Maliyetten tasarruf etmek ve hizmet sunumunda kolaylıklar sağlamak için yatarak tedaviye gerek görülmeyen kişilerin ayakta tedavisinin yapılmasını sağlayacak örgütlenmeye fırsat tanınması gerekir. Gelişmiş poliklinikler ve laboratuvarlar, ayakta müdahale ve gündelik cerrahi merkezleri bu amaçla ikinci basamakta yer alacaktır.

Özürölürler için ve tedavi sonrası gerekli rehabilitasyon hizmetleri, tedavi edici hizmetlerden bağımsız fakat bağlantılı şekilde ihtisaslaşmış sağıık merkezlerinde yapılmalıdır. Bu amaçla kurulacak rehabilitasyon merkezleri teşvik edilecektir.

6.4 Bilgi ve Beceri ile Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağıık İnsan Gücü

Dönüşümlerin başarılı olarak gerçekleştirilmesi, uygun nitelikli ve gerekli insan kaynaklarının mevcudiyetine büyük ölçüde bağııdır. Program çerçevesinde öncelikle sağıık sektöründe çalışan profesyonellerin Avrupa Birliğı'ne uyum süreci de dikkate alınarak, görev yetki ve sorumluluklarının tanımlanması sağıılanacaktır. Bu çerçevede uzun yıllardır görev alanları konusunda bir netliğe kavuşturulmamış olan hastayla bire bir çalışan meslek mensuplarının da görev ve yetkileri tanımlanacaktır. Hekimlerin mezuniyet öncesi eğitimlerinin ölkemiz ihtiyaçları doğrultusunda verilmesi amacıyla üniversitelerimizle geliştirilecek iş birliğinin yanında, birinci basamakta hizmet yapacak hekimlerimizin uzmanlaşması (aile hekimliğı) için yeni bir müfredat programının oluşturulması sağıılanacaktır.

Toplumumuzun ağıız ve diş sağıığı açısından bilinçlendirilmesi, eğitiminin sağıılanması ve koruyucu hekimlik çalışmalarıyla tedaviye yönelik yapılanmalar başta gelen görevlerimizdendir. Birinci basamak sağıık hizmetleri içerisinde tüm Diş Hekimlerimizden azami faydalanılacak uzman Diş Hekimleri ise ikinci ve üçüncü basamak sağıık hizmetlerinde yer alacaklardır.

Hemşirelik eğitiminin üniversiteye temellendirilerek uluslararası standartlara çekilmesi ve hemşirelik hizmetlerinin hasta bakımına yönelik olarak bilimsel bir disiplin halinde gelişmesi için düzenlemeler yapılacaktır. Sağııkta Dönüşüm Programının özünü oluşturan “aile sağıığı” kavramının güçlenerek yaşama geçmesi için “aile sağıığı hemşireliğı” geliştirilecek ve bu hizmetin birinci basamak içerisinde güçlü bir şekilde yer alması sağıılanacaktır.

Sağııkta Dönüşüm Programının amaçlarına ulaşabilmesi etkili bir yönetici kadrosuna sahip olmakla mümkündür. Hekimlerin işletme yöneticiliğinde istihdam edilmesi hem hekime yapılan yatırımın amacı dışında kullanılmasını sağıılamakta, hem de

deneyimsiz yöneticiler ortaya çıkarmaktadır. Sağlık sistemi yöneticiliğinin hekimlikten bağımsız bir disiplin olarak güçlenmesi için gereken planlama, araştırma ve eğitim faaliyetlerine önem ve öncelik verilecektir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlık çalışanlarının ülke geneline dengeli dağılımını teşvik edici gönüllü politikalarla sağlayacaktır. Bu yaklaşımın sonucu olarak zorunlu hizmet kaldırılacaktır. Kamu kurumlarında daha istekli ve verimli çalışmayı özendirecek tedbirler alınacaktır.

Yerel yönetimler, sivil toplum örgütleri ve meslek dernekleri sistemde aktif olarak yer almalıdır. Desantralize insan kaynakları planlaması ve yönetim yeteneği oluşturulacak, sağlık yönetimlerinin insan kaynakları planlamasına aktif katılımları sağlanacaktır.

6.5 Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları

Dönüşümü gerçekleştirmek ve başarıyı sürekli kılmak için, halk sağlığı bilgi ve becerisine sahip, özellikle sağlık politikası, sağlık işletmesi, sağlık ekonomisi ve sağlık planlaması konularını bilen insanlara ihtiyaç olduğu inkar edilemez. Ülkemizde sektörel analizleri yapabilecek, araştırmalar planlayacak, hükümetlere danışmanlık yapacak ve sektörün ihtiyaç duyduğu insan gücüne mezuniyet sonrası eğitimler verecek bir kuruma ihtiyaç vardır.

Halk sağlığı bilimini gelişmiş teknikler kullanarak, multidisipliner bir yaklaşımla uygulayacak ekiplerin yetişmesi ve uygulamaların planlanması için, böyle bir kurumun yokluğu ciddi bir eksikliktir. Üniversitelerimizde bulunan halk sağlığı anabilim dalları, daha ziyade tıp fakülteleri bünyesinde oluşturulmuş toplum hekimliği uygulamalarına yönelik birimlerdir. Oysa halk sağlığı, toplum hekimliğini de içine alan bundan çok daha geniş, farklı disiplinleri bir araya getiren bir bilim dalıdır. Sağlıkta Dönüşüm Programının öncelikli hedefleri arasında ülkemize böyle bir kurumu kazandırmak vardır.

Aslında Cumhuriyetimizin kuruluşu ile birlikte var olan fakat zamanla sadece yasalarda varlığını sürdüren Hıfzıssıhha Okulu'nu çağdaş bir anlayışla ve

günümüzün ihtiyaçlarına cevap verecek tarzda yeniden canlandırmak ayrıca bir vefa borcumuzdur.

Tıp eğitimi, tıpta uzmanlık sınavına hazırlık eğitimi olmaktan çıkarılıp, hekimleri Sağlıkta Dönüşüm Programı doğrultusunda hizmet vermeye yönlendirecek bilgi ve birikimle donatmayı hedeflemelidir. Tıpta uzmanlık eğitimi müfredat programlarının meslek örgütlerinin de katılımı ile geliştirilip denetlenmesi gerekir. Eğitim hastanelerinin yeniden organize edilip, verilmekte olan tıpta uzmanlık eğitimini planlayacak, standardize edecek ve denetleyecek kurumsal bir yapı oluşturulacaktır. Bu uygulamalar Sağlık Akademisi veya Sağlık Uzmanlık Kurumu çatısı altında akademik bir yapıya kavuşturulacaktır.

6.6 Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon

Sağlık sektöründe hizmetin kabul edilebilirliği ve standardı, en az kullanılan sarf malzemesi ile tanı ve tedavi araçlarının kalitesi kadar önemlidir. Hizmet biriminin belli standartlara uygunluğu tek başına yeterli değildir. Hizmet sunum süreci ve elde edilen çıktıların değerlendirildiği bir mekanizmanın kurulması gerekir. Son zamanlara kadar kalite, ihmal edilmiş bir konu olmasına rağmen bugün hem hizmet sunucuları hem de finansal kaynak sağlayıcıları tarafından daha fazla dikkat çekmeye başlamıştır

Sağlıkta Dönüşüm Programı, ülkemizin şimdiye dek gündeminde yeterince yer almamış bir ihtiyaca öncelik vermektedir. Kurulacak olan “Ulusal Kalite ve Akreditasyon Kurumu” bugün bir kavram kargaşası içinde bulunan ruhsatlandırma, sertifikasyon ve akreditasyon konularını olması gerektiği gibi düzenleyecektir. Bu kurumun özerk bir yapıda, sektörün taraflarının yönetiminde söz sahibi olduğu bir şekilde kurulması, gelişmiş ülkelerdeki örneklerle benzer şekilde faaliyete geçmesi amaçlanmaktadır. Kurum sağlık sonuçlarını ölçmek için sistemler geliştirecek ve bu sonuç ölçümlerini sağlık hizmet sunucularına performans göstergeleri oluşturmak amacıyla kullanacaktır. Böylece hizmet sunucuların performanslarını içeren eden veri tabanları oluşturulacak ve iyi uygulamaların tanımlanması ile uygulanabilir performans göstergelerinin belirlenmesini sağlayacaktır.

Ayrıca sağlık hizmetlerinin sunumunda etik değerlerin korunabilmesi esastır. Bu da ancak gl yaptırım yetkisi olan bir etik kurulun kurulması ile başarılabilir. Kurum sektrn çeşitli temsilcilerinin katkıları ile oluşmalı ve geniş yetkilerle donatılmalıdır.

6.7 Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma

İlaç, malzeme ve tıbbi cihazların standardizasyonu, ruhsatlandırması ve bunların akılcı yönetimi konularında uluslar arası normları yakalayacak kurumsal oluşumlara ihtiyaç vardır. Bu kurumların siyasal kaygı ve yaptırımlardan bağımsız, özerk kurumlar halinde örgütlenmesi sağlanacaktır. İlaç ve Tıbbi cihaz konusunda uzman olacak bu kurumları ayrı ayrı veya tek çatı altında toplamak mümkündür.

6.7.1 Ulusal İlaç Kurumu

Oransal olarak Türkiye’de ilaçlara ve farmasotik ürünlere yapılan harcamalar çok yüksektir. Sosyal güvenlik kurumlarının mevcut politikaları yüzünden nüfusun çok büyük bir bölümü ilaç fiyatlarına karşı oldukça duyarsızdır. İlaç fiyat artışlarının bilimsel bir temele oturmadığını biliyoruz. Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde, sağlık hizmetlerinin en önemli girdilerinden olan ilaçla ilgili uzun yıllardır yaşanan sorunların bilimsel esaslar çerçevesinde, tarafların karşılıklı diyalogu ve uzlaşmacı yaklaşımları ile çözülmesine yönelik bir platform oluşturulacaktır.

İlaçla ilgili temel politikaların belirlenmesi, ilacın ruhsatlandırılması, üretimi, tanıtımı, satışı, araştırma geliştirme faaliyetlerinin yönlendirilmesi gibi konularda düzenleyici ve destekleyici olmak üzere “Ulusal İlaç Kurumu”nun oluşturulması sağlanacaktır. Bu kurum, her türlü etkiden uzak olarak bağımsız bir şekilde ulusal politikalar doğrultusunda uygulamalarda bulunacaktır.

İlaçların ruhsatlandırmasıyla ilgili sürecin daha etkili, daha şeffaf ve daha sratlı bir hale getirilmesi sağlanacaktır. İlaç fiyatlandırmasıyla ilgili olarak, tüm tarafların üzerinde mutabakat sağlayacakları bir yöntem geliştirilmesine ihtiyaç vardır. Türkiye’de üretilen ilaçların dış pazarlara açılması, Türkiye ilaç sanayinin yurt dışında yatırım yapması da, Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında ele alınacak

önemli ve öncelikli konular arasındadır. İlaçta fikri mülkiyet haklarının korunmasını ulusal çıkarlarımız, uluslar arası hukuk ve taahhütlerimiz çerçevesinde ele alarak, ilgili taraflarla bir diyalog zemininde uzlaşılması temel amacımızdır.

Kamunun ilaç alımlarını farmakoepidemioloji ve farmakoekonomi biliminin ışığı altında geliştirilecek yöntemlerle yönlendirmek temel ilkemizdir. Yine ilaç tüketiminin bilimsel kriterler göz önünde bulundurularak yönlendirilmesi ve esasa bağlanması gerekmektedir.

6.7.2 Tıbbi Cihaz Kurumu

Tıbbi cihaz ve sarf malzemede bu güne kadar daha çok ithale dayalı bir malzeme akışı mevcuttur. Denetim, kalite belgesi ve kalibrasyon gibi konularda daha çok yurt dışı referanslar dikkate alınmaktadır. Uluslararası referansların yanında ulusal standartların belirlenmesi ve kalite belgesini tanzimi yerli üretime kolaylık sağlayacaktır. Ayrıca kullanılan cihazların periyodik kalibrasyonu tanı ve tedavi güvenilirliğini ve verimliliği arttıracaktır.

Tıbbi sarf malzeme ve cihaz konusunda da standardizasyon ve denetim vazgeçilmez öneme sahiptir. Hastanelerdeki klinik mühendislik hizmetlerine odaklanan ulusal düzeyde denetleyici, eğitici ve düzenleyici yetkilere sahip olarak tasarlanmış bir Tıbbi Cihaz Kurumunun kurulması planlanmaktadır. Bu kurum, bilgi veri tabanları oluşturacak, tıbbi cihaz planlaması ve satın alımı, tıbbi cihazların karşılaştırmalı değerlendirmesi, güvenlik programları, klinik mühendislik uygulamaları, kanunlar ve düzenlemelere dair bilgi sağlayarak uygulama yapacaktır. Yine on-line ve sürekli eğitim programlarını üstlenmek veya üçüncü şahısları bu doğrultuda finanse etmek ile uygulamalı araştırmaları desteklemek bu kurumun görevleri arasındadır.

Hizmetlerde kullanılan cihaz ve tıbbi sarf malzemelerin uluslararası normlara uygun olarak standardize edilmesi hizmet verimini artırır. Zaman ve malzeme israfını önler, kalite yükselmesine yol açar. Uluslar arası sağlık hizmet yolunu açarak ekonomiye katkı sağlar. En önemlisi de, insanımıza uluslar arası standartlara uygun bir sağlık hizmeti sunulmasını güvence altına alır.

Bugün ülkemizde küçümsenmeyecek ölçüde plastik ve elektronik sanayi alt yapısı mevcuttur. Bu sektörler teşvik edilerek tıbbi teknolojiye yönelik üretim yapacak yatırımlara yönlendirilmelidir. Standartları belirlenmiş ürünlerin üretilmesi, bunun mevzuat ve ekonomik yönden kolaylaştırılması sadece kaynak israfını önlemekle kalmayacak, bu konuda ihracat yapan bir ülke konumuna gelmemizi sağlayacaktır.

6.8 Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim: Sağlık Bilgi Sistemi

Sağlık sistemi politikalarının ve yönetim kararlarının bilgiye dayanması gerektiği inancını taşımaktayız. Doğru bilgiye dayanmayan kararlar istenmeyen sonuçlar doğurur. Doğru bilgi ise ancak iyi seçilmiş, doğru ve iyi analiz edilmiş veri ile elde edilir. Sağlıkta Dönüşüm Programının bütün bileşenleri arasında uyumun sağlanabilmesi için entegre bir sağlık bilgi sistemine ihtiyaç vardır. Sağlık hizmeti sunan kademelerde dikey işlemesi gereken bilgi akışı, hizmet sunumu ve finansman bilgilerinin değerlendirilmesi noktasında yatay bir entegrasyona ihtiyaç göstermektedir.

Sağlık hizmetlerinde eş güdüm, sağlık envanterinin oluşturulması, bireylerin tıbbi kayıtlarının korunması, sevk basamakları esnasında bilgi transferi ve temel sağlık uygulamalarındaki verilerin toplanması amacıyla Sağlık Bilgi Sistemi kurmak istiyoruz. Sağlık kayıtlarının güvenilir ve sürekli bir şekilde tutulmasını sağlamak, hizmetlerin verimliliğini geliştirmek , kaynakların nerelerde ve nasıl kullanıldığını takip etmek ancak etkili bir bilgi sisteminin kurulması ve işletilmesi ile mümkündür. Yaklaşımımız, gelişen teknolojiler doğrultusunda modüler yapılarla gerektiğinde büyüyeabilen, kullanıcı-hizmet sunucu ilişkisine en az ihtiyaç gösteren bir yapı oluşturmaktır.

Sağlık bilgi sistemi, sağlıkla ilgili politikaların belirlenmesinde, sağlık sektöründe sorunların ve önceliklerin belirlenmesinde, önlemlerin alınmasında, sektör kaynaklarının, çalışma ve yatırımların planlanmasında, sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesinde, bilimsel araştırma ve çalışmalarda kullanılmak üzere yeterli veri toplayacak ve işleyecek bir fonksiyon üstlenecektir.

Bu sistem, günümüz iletişim olanaklarını kullanarak uygulanabilecek bir ortak veri tabanı üzerinden işleyecektir. Sevk zinciri bu sistemle daha etkin, hızlı ve güvenilir bir hale gelecektir. MERNİS numarası gibi özgün bir referans numarasının tüm sağlık veritabanlarında ek bir öge olarak benimsenmesi, sigorta sistemindeki verilerle sağlık hizmetlerinin kullanımına ilişkin verileri eşleştirmeyi kolaylaştıracaktır. Her Türk vatandaşına verilen bu numaranın kullanılması farklı veri tabanlarında tutulan verilerin karşılıklı eşleştirilmesine fırsat verecek, tedavi için başvuran hastaların sigortalı olup olmadıklarını hızlı olarak teyit edecek ve birden fazla sigorta sisteminin imkanlarından yararlanan kişileri tespit edebilecektir.

Sağlık bilgi sisteminin ana hatları şöyledir:

- Web teknolojisine dayalı, aile hekimliği, hastane ve diğer bileşenlerin bağımsız yazılımlarından standart veri transferi yapılabilmesi.
- Karar mekanizmasında rol alacak yeterli ve gerekli bilgiye merkezden ulaşılabilmesi.
- Hastalık yüküne ve sağlık harcamalarına yönelik, epidemiolojik ve demografik analizler yapılması sağlanmalı.
- Ülke düzeyinde sağlıkla ilgili verilerin toplanması ve sağlık hizmeti sunumunda elde edilen verilerin doğrultusunda da hizmet planlanması yapılabilmesi için bilgi ve iletişim teknolojilerinin sağladığı olanakları kullanarak veri toplanması, toplanan bu verilerin kurumsal bir yapı dahilinde değerlendirilmesi ve aksayan noktalarda sorun gidermeye yönelik geri bildirim mekanizmasının oluşturulmasını desteklemeli.
- Ulusal Sürveyans sistemini destekleyecek uygulamalar ile sağlıkla ilgili olaylarda erken uyarı sistemlerinin oluşturulmalı ve uluslararası sistemlerle entegrasyonunu sağlamalı.
- İlaç provizyon sistemleri ile ilaç denetimine imkan tanınmalı.
- Sağlık hizmeti sunumunda dağılımı ve doluluğu denetleme imkanı vermeli.
- MERNİS ile entegre kişisel referans kaydını esas almalı
- Aile hekimlerini kendi hastaları ile ilişkilendirmeli ve sistemde yetkilendirmeli.
- Vatandaş odaklı olmalı ve hasta memnuniyetini sağlayarak “elektronik randevu” gibi asgari hizmet sunumuna olanak vermeli.

7. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ UYGULAMA SÜRECİ

Dönüşüm için atılacak her adımda bütüncül yaklaşıma özen göstermek zorundayız. Sağlık sisteminin bütün aktörlerini dikkate alarak ve fotoğrafın bütününe görerek politika ve program geliştirmemiz gerekmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programının hayata geçişi, her bir bileşeni ile ilgili, olabilecek küçük değişikliklerle birlikte, temel olarak dört aşamada gerçekleşecektir.

7.1 Kavramsallaşma

Birinci aşama “kavramsallaştırma” aşamasıdır. Hükümetimizin hedeflerini ve geçmişteki birikimleri dikkate alarak hazırlanmış olan bu doküman, bir ön taslak çalışması ve bu aşamadaki ürünlerin ilkidir. Bu dokümanda yer alan her bileşenle ilgili amaçlar, ilkeler, geliştirme uygulama süreci, kavramsal olarak ortaya konacak, konunun ulusal ve uluslararası uzmanları ile tartışılarak netleştirilecek ve geliştirilecektir.

7.2 Yasalaşma

Kavramsallaşmaya paralel olarak, faz farkı ile arkadan gelecek olan ikinci aşama “yasalaşma” sürecidir. Kavramsal netliğe kavuşmuş ve mevzuat (yasa, yönetmelik, bakanlar kurulu kararı gibi) ihtiyacı gösteren alanlarda gerekli düzenlemeler yapılacaktır.

7.3 Kontrollü Yerel Uygulamalar

Programı bir paket olarak hayata geçirmenin gerçekçilikten uzak bir yaklaşım olduğu bilinmektedir. Bu aşamada program çerçevesinde oluşturulan bazı yeniliklerin ve iyileştirmelerin Türkiye geneline yayılmadan önce sınırlı ve kontrollü uygulamaları yapılacaktır. Kavramsallaşma ve yasalaşma aşamalarına gerek göstermeyecek kadar belirgin iyileştirme uygulamalarını ana ilkeler doğrultusunda bu kapsamda ele almak mümkündür. Ancak esas olarak aşamaların konusunu programın bileşenleri oluşturmaktadır. Böylece, sistemlerin işleyen ve işlemeyen taraflarını görmek, hatalardan ders alarak düzeltmeler yapmak mümkün olacaktır.

7.4 Türkiye Geneline Yaygınlaştırma

Dördüncü aşama, Türkiye genelinde uygulamaya geçiştir. Doğal olarak, her bileşen için bu dört aşamadan geçmek gerekli olmayabilir. Her bileşenin bütün aşamalarının, aynı zaman dilimleri içersinde gerçekleşmesi gerekli değildir. Birbirini beklemeden ilerleyecek kısımları olduğu gibi, birbirini beklemek zorunda olan bölümler de vardır.

Sağlıkta Dönüşüm Programının hazırlık ve uygulama süreci boyunca şeffaf bir yönetim tarzı sergilenecektir. Özel hazırlanacak bir web sitesi ile, yapılan çalışmalar sürekli olarak kamuoyuna duyurulacak ve bu sitede her türlü görüşe yer verilecektir. Amacımız, ortak doğruları bulmaktır.

Süreç içerisinde bilim adamlarımızın, meslek örgütlerimizin, sendikalarımızın, endüstriyel kuruluşlarımızın, iş dünyasının, özel sektör sağlık girişimcilerinin, gönüllü kuruluşlarımızın, siyasi partilerimizin, parlamenterlerimizin ve en önemlisi halkımızın görüşlerini almaya ve çalışmalarımızı bu görüşlerle zenginleştirerek optimum çözümleri üretmeye özel bir gayret sarf edilecektir.

Sağlıkta Dönüşüm Programının dünyadaki gelişmelerden kopuk olmaması için, Dünya Sağlık Örgütü başta olmak üzere sağlıkla ilgili uluslar arası kuruluşların, dünyanın önde gelen uzman ve akademisyenlerinin de bilgi ve tecrübelerinden faydalanacak mekanizmalar oluşturmaktayız. Bu kapsamda Avrupa Komisyonu fonlarından ülkemize sağlanan kaynakların etkili bir şekilde kullanılması ve bu projelerin başarıya ulaşması için etkili bir iş birliği sergileyeceğiz.

Doğal olarak Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ilgili çalışmalar Hükümetimizin sağlık alanındaki rutin uygulamalarında bir aksaklık meydana getirmeyecektir. Aksine bütün uygulamaların mümkün olduğunca Sağlıkta Dönüşüm Programının kavramları doğrultusunda olmasını sağlamaya özen gösterilecektir. Kısa ve orta vadede alınacak bir çok önlemle mevcut sistemdeki düzeltmeler de bir yandan yapılacaktır.

Sağlıkta Dönüşüm Programının çalışmalarını halkımıza anlatmak, onları bilgilendirmek ve bu çalışmalarda desteklerini almak üzere özel bir çaba sarf edeceğiz. Böylesine büyük bir dönüşüm programının ancak halkın desteğini alarak başarılı olacağına inanıyoruz.

8. SONUÇ

Sağlıkta Dönüşüm Programı, bugüne kadar yapılmış bütün çalışmaları dikkate alan, katılımcı ve demokratik karar süreçleri ile en uygun çözümler üretmeyi amaçlayan kapsamlı bir programdır. Programın başarısı, bu alanda sorumluluğu olan herkesin kendi üzerine düşenleri yapmasına bağlıdır. Hükümetimiz kendi üzerine düşenleri büyük bir hassasiyet ve kararlılıkla yerine getirmeye çalışacaktır. Bu alanda yaratacağımız ulusal sinerji, halkımızın güveni ve desteği ile arkamıza alacağımız rüzgar bizi başarıya taşıyacaktır.

Sonuç olarak bilmeliyiz ki, Sağlıkta Dönüşüm Projesi insanımızın ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerini hakkaniyete uygun, kaliteli, ulaşılabilir ve sürdürülebilir bir biçimde sunacak, sağlık çalışanlarının da meslek onurunu zedelemeyen performansa dayalı gelir düzeyinde artışı öngören bir sistem olacaktır. Hedefimiz halkımızın layık olduğu hizmete kavuşmasıdır.

Keşfedilmişleri yeniden keşfetme çabasına girmeden, kendi bilgi ve birikimimizle başkalarının hatalarından aldığımız derslerle titiz ve dikkatli bir şekilde yol almak zorundayız. Değişime ve dönüşüme bir an önce başlayacağız, zira yolumuz uzun . Tüm ihtiyacımız iyi niyetli, azimli, kararlı ve uzun soluklu çalışan insanlardır. Bu var.... ve başaracağız.

Kaynaklar

1. VII. Beş Yıllık Kalkınma Planı Özel İhtisas Komisyon Raporu,1986
2. VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı Özel İhtisas Komisyon Raporu,2000
3. Sağlık Reformu ile ilgili Kanun Tasarısı Taslakları,2001
4. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık Reformu, 2000
5. Fişek N.H. Halk Sağlığına Giriş, Ankara, 1985
6. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, Sağlık Hizmetlerinde 50 yıl, Ankara
7. Ministry of Health, Health Sector Reform in Turkey, Ankara, 1997
8. Özsarı S. H. Birinci ve İkinci Sağlık Projesi Çalışmaları (kurs eğitim materyali),Ankara
9. Türkiye Sağlık Reformu, Sağlıkta Mega Proje, Ankara, 1992
10. Sağlık Bakanlığı, Ulusal Sağlık Politikası, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, 1993
11. Yeni Türkiye, Sağlık Özel Sayısı, Cilt 39, 40, 2000
12. World Health Organization, The European Health Report, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2002
13. Yemtsov, R. Living Standards and Economical Vulnerability in Turkey between 1987 and 1994. World Bank Discussion Paper No.253, January 2001.
14. Turkey: Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency, Document of World Bank Report No:24358-TU,2002
15. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Sağlık Kuruluşları ve Hastanelerde Finansal Yapı. Sağlıkta Strateji Dergisi, Sayı:3, Eylül 1994
16. Akdağ R., Ünüvar N., Sağlık Reformu Önerisi, 2002 (Yayınlanmamış Rapor)
17. Aydın S, Sağlık Sancısı, 1998 (Yayınlanmamış Rapor)

(EK BİLGİ SAYFASI)

“ KOŞAR ADIM”

SAĞLIKTA GERÇEKLEŞTİRİLEN İYİLEŞTİRMELER

1- Sağlık Yatırımlarının Teşviki: Yapılan yönetmelikler ile sağlık yatırım yapmak isteyen özel sektör temsilcilerinin önü açılmıştır. Bürokratik işlemler en aza indirilmiş ve bir cazibe merkezi haline getirilmiştir. Sağlık sektörünün taşınması gereken kamu yararını gözetme ve sosyal boyutlar da özenle korunmuştur.

2- Sağlık Harcamalarında Tasarruf: Taniya dayalı fiyat uygulamasına geçilmiştir. Bundan böyle hizmete dayalı abartılı tahlil ve tedaviler içeren faturalar kabul edilmeyecektir. Sağlık kuruluşlarının gönderdikleri tüm faturaları inceleyen kontrol üniteleri oluşturulmuştur.

3- Kamu Personelinin Özel Sağlık Kuruluşlarından Faydalanabilmesi: Yapılan yönetmelik değişikliği ile devlet memurlarına özel sağlık kuruluşlarında muayene ve tedavi olma imkanı sağlanmıştır. Böylelikle fazladan bir maliyete katlanmadan devlet hastanelerinin yükü azaltılmış ve kamu personelinin zaman ve işgücü kaybına neden olmadan sağlık hizmeti almasının temelleri atılmıştır.

Bu aynı zamanda Devlet hastanelerinin özerkleşmesi ile birlikte bir rekabet ortamı doğuracak ve hizmet kalitesini pozitif yönde etkileyecektir.

Hastalar artık hastaneye değil, ilgili uzmanlık dalına sevk edilmekte, hastanın hastane ve hekim seçme özgürlüğüne işlerlik kazandırılmaktadır.

4- Hizmet Veriminin Yükseltilmesi: Gerçekleştirilen düzenlemeyle kamu kuruluşlarımıza büyük yatırım gerektiren tıbbi cihazları satın almak yerine, bu cihazlara sahip olan özel sektörden makul bedellerle hizmet satın alınabilecektir. Kısıtlı kamu kaynaklarını zorlamadan ve yetişmiş personel teminindeki güçlükleri yaşamadan hizmet sunmanın en ucuz ve pratik yolu olan hizmeti satın alma uygulamasıyla, belli konularda oluşan ve aylarca süren sıralar derhal eritilecektir.

5- Performansa Dayalı Kazanç ve Hekim Seçme Özgürlüğü: Başarılı sağlık personelimize, performansına bağlı olarak döner sermayeden ek ödeme alabilmesinin yolu açılmıştır. Hastaların hekim seçme özgürlüğü ile birlikte bu işleyiş hasta merkezli bir memnuniyeti ön plana alarak hazırlanmıştır. Hastasını memnun eden çalışkan bir personel daha fazla kazanacaktır. Başlatılan pilot uygulama yıl içinde yaygınlaşarak devam edecektir.

6- Çağdaş Bir Sağlık Bakanlığı Yapılanması: Bakanlığımıza ait teşkilat yasası ve yasada sözü edilen Akreditasyon Kurumu, Tıbbi Cihaz ve İlaç Kurumu, Sağlık Akademisi, Halk Sağlığı Okulu gibi bağlı kuruluşların da kuruluş yasaları hazırlanmış ve meclise sevk edilecek hale getirilmiştir.

7- Acil Sağlık Hizmetlerinde Yeniden Yapılanma: 149 adet tam donanımlı yeni ambulans dağıtılmış ve 112 Acil Sağlık ambulanslarının tamamı yönetmeliklere uygun hale getirilmiştir. İstanbul Büyükşehir Belediyesi ile işbirliği yapılarak belediyeye ait 20 adet ambulans personeli ile birlikte Bakanlığımız komuta ve koordinasyonuna alınmıştır. 1. Ordu Komutanlığı ve Bağcılar, Küçükçekmece, Bakırköy, Silivri, Sarıgazi Belediyeleri ile personel ve istasyon işbirliği sağlanmıştır. Ayrıca Trafik Vakfından ambulansların bakım ve onarımı için maddi destek sağlanmıştır.

8- Temel Sağlık Hizmetlerine Öncelik:

- Çocuk Sağlığı Programları Çerçevesinde;

Hemoglobinopati kontrol programı, ulusal yeni doğan tarama programı, ulusal yeni doğan tarama programı, emzirmenin korunması, özendirilmesi ve desteklenmesi programı, demir yetersizliği anemisinin önlenmesi programı, kızamık eliminasyon programı ve neonatal resusitasyon programı başlatılmıştır.

Neonatal resusitasyon programının hedefi, yurt çapında doğum sürecinde rolü olan tüm sağlık personelinin standart ve yeni doğan canlandırma eğitimini alması, bu becerilerin belli aralıklarla yenilenmesidir. Böylelikle ülkemizde yüksek olan yeni doğan ölüm oranı aşağılara çekilebilecektir.

- Ana sağlığı programları çerçevesinde;

Birleşmiş Milletler ve AB destekli üreme sağlığı programı ile mezuniyet öncesi, hizmet içi asistan ve yöneticilerin eğitimi, nüfus ve kalkınma göstergelerinin geliştirilmesi ve veri bankasının oluşturulması hedeflenmektedir.

- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması;

Kamu personelinin özel polikliniklere başvurabilmesinin serbest bırakılması ile sağlık hizmetlerinde 1. basamak kullanım sıklığı artırılmaya çalışılmaktadır.

9- Sağlıkta Yerinden Yönetim: Kurumların merkezden yönetiminin beraberinde getirdiği hantal yapıdan kurtulmak ve değişen koşullara gecikmeden uyum sağlayabilmek için alt kademelere ve taşra teşkilatına yetki devri yapılmıştır. Bundan böyle eczane ruhsat ve denetim işlemleri tamamen illere bırakılmıştır. Özel hastaneler, özel dal merkezleri, tıp merkezleri ve diyaliz merkezlerinin ruhsatlandırma işlemleri de illere devredilmek üzeredir.

10-Mecburi Hizmet Yerine Gönüllü Hizmet: Şu sıralar mecliste görüşülen yasa teklifi ile bölgeler arası sağlık personeli dağılımındaki adaletsizlik kaldırılacak ve kamu kaynaklarının kötü kullanılmasının önüne geçilecektir. Bu yasa ile 26 ilimizde çakılı sözleşmeli sağlık personeli uygulaması başlatılacaktır. Ayrıca bakanlığımıza bağlı tüm sağlık kurum ve kuruluşlarındaki personel istihdamının hizmet gereklerine uygun yapılmasını sağlamka amacıyla, norm kadro çalışması sona ermiştir.

11-İlaç Üretimi ve İhracatını Teşvik: Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasını özendirmek için bürokratik işlemler azaltılmış, fason ilaç üretimi ve ihracatı kolaylaştırılmıştır. Ruhsatlandırma süresinin herkesce kabul edilebilir bir seviyeye çekilmesi için yoğun çalışmalar sürmektedir.

12- Diyaliz Merkezlerinin Denetimi: Bu merkezlerin açılış, işleyiş, personel ve hizmet standartları ile ilgili yönetmelik yayımlanma aşamasındadır. Böylece denetim, standartlar ve eğitim konularında ilerleme sağlanacaktır.

13-Yeşil Kartta Düzenleme: Yeşil Kart fotokopili karne haline dönüştürülmüştür. Böylece haksız ve yersiz kullanımın önüne geçilecek, ilaç kullanımındaki israf sona

erdirilecektir. Yeşil Kart'lılar bu değişim sırasında yeniden değerlendirilecek ve gerçek hak sahipleri tespit edilecektir.

14- Sağlık Hizmetlerinde Ortak Sunum: Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumuna ait tüm sağlık kurum ve kuruluşlarının; tesis, sağlık insan gücü, tıbbi ve teknolojik imkanlarını; Bağ-Kur, Emekli Sandığı mensupları, aktif devlet memurları ile Yeşil Kart sahiplerinin müşterek kullanımını sağlamak amacıyla hazırlanan protokol, 1 Temmuz 2003 tarihinde yürürlüğe girmiş ve Ankara, İstanbul, İzmir, Sivas, Rize ve Yalova illerinde başarıyla uygulanmaktadır. Amacımız en kısa zamanda bu uygulamayı ülkemizin tamamına yaygınlaştırmaktır.

15- Sağlık Envanter Çalışması: Ülke genelindeki atıl kapasitedeki sağlık yatırımlarının, sağlık insan gücünün tıbbi cihaz ve donanımı belirlenerek, ülke kaynaklarının doğru ve isabetli planlanması amacıyla, 81 il genelinde yerinde tespitlerle ülkemizin bir sağlık profilinin çıkarılması çalışmaları tamamlanmıştır.

Bu ve benzeri tamamlanan çalışmalara, yapmayı planladığımızda birer birer eklenince, ülkemizin sağlık alanında yeni ve iyi bir çehreye kavuşacağından eminiz. Herkesi, halkımızın geleceği için yaptığımız bu çalışmalara katkıda bulunmaya ve destek olmaya çağırıyoruz.