

Birinci basamak sağlık örgütlenmesinde süreklilik

Olca Özgen



2005 yılında Anadolu Üniversitesi İstatistik Bölümünden mezun oldu. Sağlık Yönetimi yüksek lisansını 2015 yılında İstanbul Medipol Üniversitesinde tamamladı. Halen aynı üniversitede Sağlık Yönetimi doktora eğitimi devam etmektedir. Bir süre özel sektörde çalıştıktan sonra 2010 yılından itibaren Medipol Üniversitesi Rektörlük Özel Kalemi olarak görev yapmakta, 2014 yılından bu yana da öğretim görevlisi olarak çalışmalarına devam etmektedir.

Cumhuriyet Dönemi sağlık politikaların başında; ilk Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam'ın dönemlerindeki "hıfzıssıhha" merkezli politikalar ve ardından Dr. Behçet Uz'un farklı dönemlerde hayata geçirmeye çalıştığı plan ve programlar dikkat çekmektedir. Bunlarla birlikte en fazla iz bırakanların başında 1960 yılından sonra uygulamaya konan sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi projesi gelmektedir. İki binli yılların başından sonra birinci basamak sağlık hizmetleri örgütlenmesinde sağlık ocaklarının yerini aile hekimliği almıştır.

Milli Sağlık Planı ve Sağlık Programı, Sağlıkta Sosyalleştirme ve Aile Hekimliğini içine alan Sağlıkta Dönüşüm Programının ilke ve hedeflerini birlikte değerlendirdiğimizde, köylerden başlayarak bütün ülkede entegre bir sağlık örgütlenmesini sağlamak, koruyucu sağlık hizmetlerine önem vermek, mevcut il ve ilçe hastanelerini günü şartlarına göre modernleştirmek ve sağlıkta yeterli ve yetkin insan kaynağı yetiştirmek gibi ortak hedeflere sahip olduklarını görürüz (1-4)

Gerek Milli Sağlık Plan ve Programı, gerek Sağlıkta Dönüşüm Programı ülkeyi sağlık bölgelerine ayırarak kendi içinde performans hedefleri olan ve kendine büyük oranda yeter olacak sağlık bölgelerini oluşturmayı hedeflemiştir. Sosyalleştirme ise buna benzer bir yaklaşımı ilçe, il ve bölge hastaneleri hiyerarşisi içinde ortaya koymaya çalışmıştır. Son zamanlarda gündemde olan ve birbiri ardına açılmakta olan entegre sağlık kampüslerinin (şehir hastaneleri) başlangıçtaki planlaması bu bölgeler gözetilerek yapılmıştır. Ne var ki, her zaman teori ve pratiğin uyuşmadığı bilinmektedir...

Sağlıkta sosyalleştirme ile birlikte Sosyal Sigortalar Kurumu hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na hukuken ve bilabedel devredilmiş olduğunu da belirtmek gerekir (2). Bu amir hükmün uygulanması için 45 yıl geçmiş ve aynı konu Sağlıkta Dönüşüm Programıyla tekrar ele alınmak zorunda kalmıştır. 2005 tarihli 5283 sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun ile kamu kurum ve kuruluşlarına ait tüm sağlık birimleri; bunlara ilişkin her türlü görev, hak ve yükümlülükler, taşınırlar, taşınmazlar ve taşıtlarla birlikte Sosyal Sigortalar Kurumuna ait olanlar rayiç bedeli karşılığında Sağlık Bakanlığına devredilmiştir (5).

Hem sosyalleştirme hem de dönüşüm programı prensip olarak kamuda hekimlerin tam gün çalışmasını benimsemiş ve halkın hekim seçme özgürlüğünü ilkesel olarak ön plana çıkarmıştır (2, 6). Gerçi tababette hekimlerin tam gün çalışması hep tartışılmalı ve amaçlanan başarılamamıştır.

Her iki uygulama da birinci basamak sağlık hizmetlerini teşvik etmeyi ve ülke geneline yaygınlaştırmayı amaçlamıştır. Sosyalleştirme 80'li yıllara kadar sadece kırk civarında ilde uygulanabilmiş, seksen darbesinden sonra başta büyük iller olmak üzere tüm ülkeye teorik olarak yaygınlaştırılmıştır. Ancak İstanbul gibi büyük illerde birinci basamak yapılanmasının tam olarak sağlanamadığı ve bunun yerini özel sektörün doldurmaya çalıştığı bilinmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı, mevcut sağlık hizmetleri kültür ve altyapısını avantaj olarak kullanıp aile sağlığı merkezleri ve toplum sağlığı merkezleri şeklindeki birinci basamak örgütlenmesini tüm ülkede kısa sürede yaygınlaştırmıştır.

Sağlık finansmanı konusunda Milli Sağlık Planı sosyal sağlık bankası ve sağlık sandıkları gibi sosyal sigorta arayışları ortaya koyarken, sosyalleştirme ilke olarak mali kaynağın devlet tarafından ayrılmasını öngörse de bunun sürdürülebilirliği konusunda tereddüt göstererek Kanun Taslağında "sigorta aidatı ödenmesine" ve "vasıtalı ve vasitasız vergilere" ilişkin maddelere yer vermiştir. Ancak bu hükümleri içeren kanun maddeleri yürürlüğe girmemiştir. Bu maddelerin yasalaşmamış olmasının sistemin sürdürülebilir bütünlüğüne ve uygulanabilirliğine olumsuz etki ettiği açıktır. Böylece ön görülen ek vergiler hayata geçirilememiş, sosyalleştirme kapsamında daha önce Milli Sağlık Planında da öngörülen mecburi sigorta gündeme alınamamıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ise Genel Sağlık Sigortası adı altında genelde prim esaslı ancak doğrudan katkılar ve primsiz ödemeler adıyla devletin üstlendiği genel bütçe katkısının da olduğu bir karma model hayata geçirmiştir. 5510 Sayılı Kanunun genel sağlık sigortalısı sayılanları tanımlarken harcamaları, taşınır ve taşınmazları ile bunlardan doğan hakları da dikkate alınarak Kurumca belirlenecek test yöntemleri ve veriler kullanılarak tespit edilecek aile içindeki geliri kişi başına düşen aylık tutarı asgari ücretin üçte birinden az olan vatandaşlarla gelir tespiti yapılmaksızın genel sağlık sigortalılığı ya da bakmakla yükümlü olduğu kişi bulunmayan Türk vatandaşlarından 18 yaşını doldurmuş çocuklarını genel sağlık sigortası kapsamında saymaktadır (7). Kanunun bütünü incelendiğinde aktüeryal dengelere dayalı bir sağlık sigortacılığı yerine hizmet alacak toplumun kapsandığı ve sunulacak hizmetin sınırlarının belirlendiği, sadece prim gelirlerine bağlı olmayan bir sosyal sağlık sigortasının tasarlandığı anlaşılmaktadır.

Genelde sağlık finansman modelleri, kaynağın toplama biçimi esas alınarak vergi tabanlı ya da prim esaslı olmasına göre ayrıştırılmaktadır. Sağlık ve finans sektörünün örgütlenme biçimi, kaynakların dağıtım mekanizmaları, kapsama alınan hizmetin niteliği ve miktarı gibi hususlar sağlık reformlarının ana konusu olmaktadır. Ayrıca kaynağa ilişkin reformlarla vergi ve zorunlu ya da isteğe bağlı prim esaslı kaynakların mobilize edildiği karma sistemler doğmuştur. Bu itibarla "vergi tabanlı" sistem ya da "sosyal sağlık sigortası" sistemi gibi temel ayırmalar teorik planda anlaşılmalı kolaylaştırılmalı da gerçek sağlık finans sistemlerini yeterince kavramamıza yardımcı olmayacaktır. Hatta sağlık finansman sistemindeki bu kategorik yaklaşım, bütün olarak topluma ve sisteme odaklanmaktan ziyade model içindeki kritik uygulamaların başarı ve başarısızlıklarına odaklanılmasını kısıtlamakta ve muhtemel politika alternatiflerinin geliştirilmesini zorlaştırmaktadır (8).

Hem sağlıkta sosyalleştirme hem de aile hekimliği mevzuat metinleri hizmetlerin ücretsiz olduğunu beyan etmektedir. Sağlık hizmetlerinin ücretsiz olması konusunda genelde politik söylemlerde yanıltıcı bir algı oluşmuş durumdadır. Oysa ne sosyalleştirmenin ne de bugün uygulanan sağlık politikalarının herkese, her aşamada, tamamen ücretsiz sağlık hizmeti sunulduğu gibi bir iddiası bulunmamaktadır.

224 sayılı Kanunun 2. Maddesi, primden ve masrafinin bir kısmına iştirakten bahsetmektedir. Beşinci madde, eğer sağlık personeli veya müesseseyi seçme hakkını kullanacaksa, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde yaşayanların ücretini şahsen ödemelelerini şart koşmaktadır. Yine Kanunun 14. Maddesi paralı durumları saymaktadır (2). 5258 Sayılı Aile Hekimliği acil haller ve mücbir sebepler dışında, aile hekiminin sevki olmaksızın sağlık kurum ve kuruluşlarına müracaat edenlerden katkı payı alınacağından bahsetmektedir (1).

Her iki uygulama da birinci basamak sağlık hizmetlerini teşvik etmeyi amaçlamış ve hastaya maliyet paylaşımı sorumluluğu yüklememiştir. Burada maliyet paylaşımının bir gelir kaynağı olarak değil, sağlık sisteminde hastayı amaca uygun yönlendirme amaçlı bir kontrol aracı gibi kullanmanın daha uygun olduğu düşünülmektedir (8).



Sağlıkta sosyalleştirme ile yapılmak istenenleri özetlediğimizde; merkezi organizasyon ve planlama yapmak, sağlık personelinin ülkeye dengeli dağılımını temin etmek, sağlık yönetim sisteminde yerelin etkisini artırmak, köylere kadar ulaşabilen sağlık hizmet ağı kurmak, evde tedaviyi öngörmek, koruyucu hizmetlere önem vermek, kamu görevlisi hekimlerin tam gün esasına göre çalışmasını sağlamak, ancak sistem dışındaki hekimlerin serbest meslek icra etmesine fırsat vermek şeklinde sıralanabilir. Bütün bunları Sağlıkta Dönüşüm Programıyla hayata geçirilen Aile Hekimliği uygulaması için de tekrarlamak mümkündür. Cumhuriyet Dönemindeki farklı dönemlere ait sağlık politikalarının aynı temayı hedef olarak seçtiği görülmektedir.

Önemli olan sağlık sisteminin hedeflerine ulaşmasını sağlayacak yapısal örgütlenmeyi kurmaktır. Sistemin hedeflerini göz ardı edip organizasyonu ya da kurumsal yapıları vazgeçilmez unsurlar gibi görmek, değişen zamana karşı bu yapıların kendilerini yenilemelerine ve günün şartlarına göre güncellemelerine engel olmaktadır. Süreçte sağlıkta sosyalleştirme ile kurulmak istenen birinci basamak örgütlenmesi ile Sağlıkta Dönüşüm Programı ile hayata geçirilen aile hekimliği uygulamasının birbirlerinin karşıtı olan sistemler gibi sunulması, her iki modelin de detaylarına inmemize, başarılı ve başarılı yönlerini analiz etmemize ve nihayet bu sistemler içinde kalınarak yapılması gereken reformları doğru olarak öngörmemize engel olmaktadır (9).

Hem sağlıkta sosyalleştirme hem de aile hekimliği mevzuat metinleri hizmetlerin ücretsiz olduğunu beyan etmektedir. Sağlık hizmetlerinin ücretsiz olması konusunda genelde politik söylemlerde yanıltıcı bir algı oluşmuş durumdadır. Ne sosyalleştirmenin ne de bugün uygulanan sağlık politikalarının herkese, her aşamada, tamamen ücretsiz sağlık hizmeti sunulduğu gibi bir iddiası bulunmamaktadır.

Kaynaklar

- 1) Aile Hekimliği Kanunu, Resmî Gazete, 9/12/2004 /25665
- 2) Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, Resmî Gazete, 12.06.1961/10705
- 3) Uz, Behçet, Birinci On Yıllık Millî Sağlık Planı, İdeal basım ve Ciltevi, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Sayı:124, Ankara, 1946
- 4) Uz, Behçet, Millî Sağlık Programı Ve Sağlık Bankası Hakkında Etüdler, Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti Neşriyatı, No: 177, Ankara, 1954
- 5) Bazı Kamu Kurum Ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun, Resmî Gazete 19.01.2005/25705
- 6) Akdağ Recep, "Turkey Health Transformation Program Assessment Report," Ankara, 2012
- 7) Sosyal Sigortalar Ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, Resmî Gazete 16/6/2006 / 26200
- 8) Kutzin Joseph, "Conceptual Framework For Analysing Health Financing Systems And The Effects Of Reforms". Implementing Health Financing Reform. Lessons from countries in transition. European Observatory on Health Systems and Policies 2010, Ch 1. Pp 3-24
- 9) Özen Olcay, "Sağlıkta Sosyalleştirmeden Aile Hekimliğine Giden Yolun Tarihsel Arka Planı: Türkiye Birinci Basamak Sağlık Örgütlenmesi", İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Yönetimi AD.,2015