

### 3. ULUSAL SAĞLIK SİSTEMİMİZİN DEĞERLENDİRİLMESİ ve ÖNERİLER

1978 yılında Dünya Sağlık Örgütü ve UNICEF'in Alma-Ata'da ortaklaşa düzenlediği "Uluslararası Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı"ndaki deklarasyonda; "Hükümetler halkın sağlığından sorumludur. Hükümetlerin temel sosyal hedefi, insanların sosyal ve ekonomik olarak üretken bir yaşam sürdürebilmelerine olanak sağlayacak koşulların sağlanması olmalıdır" denilmiştir. Bu deklarasyonun tümü gözden geçirildiğinde, bir toplumun sosyal ve ekonomik yönden sağlıklı bir yaşam sürdürebilmesi için tedavi edici sağlık hizmeti kadar koruyucu sağlık hizmetinin de büyük önemi olduğu anlaşılır.

Ülkemizdeki duruma bakacak olursak sağlık hizmetleri:

- a) Özel sağlık hizmetleri;
- b) SSYB;
- c) Sosyal Sigortalar ve diğer kurumlara yürütülmektedir.

1961 yılında çıkarılan 224 sayılı yasayla "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi" kabul edilmiştir. Buna rağmen "Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetleri Modeli" ülkemizde tam işlerliğe kavuşamamıştır. Bunun çeşitli nedenleri vardır, burada belirtebileceğimiz başlıca nedenler:

- a) Yasanın çıkışından bu yana sorumluluk alan yöneticilerin, konunun felsefesini kavrayamamaları ya da benimsememeleri;
- b) SSYB dışındaki kurumların da sağlık hizmeti sunmaları nedeniyle, özellikle SSK ve Üniversite Hastaneleriyle gerekli işbirliği ve eşgüdümün sağlanamaması;
- c) Sistemin gerektirdiği eğitimi almış sağlık personelinin yetiştirememiş olması;
- d) Sağlık insangücü potansiyelinin tam ve rasyonel olarak değerlendirilememesi;
- e) Sağlık hizmetine ilişkin kriter ve standartların belirlenmesine ve bunlara ne ölçüde uyulduğunun izlenmesine yeterince özen gösterilmemesidir.

Özel sağlık hizmetinin alt grubu olan özel hekimlik (muayenehane hekimliği) yoluyla sağlık hizmeti sunulması, tedaviye yönelik bir hizmettir. Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde, hizmetin yurt çapında dengeli dağılması için uygun değildir. Buna ek olarak, devlete çok pahalıya malolan uzman hekimin daha üst düzeyde sağlık hizmeti vermesi de engellenmektedir.

İçinde bulunulan sistemsizliğin bir sonucu olarak, günümüzde hekimlerin (uzman, pratisyen) ve eczanelerin yaklaşık % 60'ı, hasta yataklarının ise yaklaşık % 90'ı üç büyük ilimizde yoğunlaşmıştır. Oysa, bu illerimiz nüfusunun genel nüfus içindeki payı ancak % 25 dolayındadır. Yalnızca

bu rakamlar bile, sağlık hizmetlerinin toplumdaki potansiyel talebe göre değil, yeterli satın alma g¼c¼yle desteklenen talep doğrultusunda y¼n-  
lendiğini a¼ık¼a ortaya koymaktadır.

Sağlık hizmetinin gereken yerde, gereken zamanda ve istenilen nite-  
likte s¼rd¼r¼lebilmesi a¼ısından, "Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetleri Mo-  
deli" benimsenmelidir. Bug¼n 64 ilde uygulama aşamasında olan bu mo-  
delin amacına ulaşabilmesi i¼in:

- a) Sağlık hizmetleri tek elden y¼netilmelidir. SSSB dışındaki sağ-  
lık kuruluşları bu Bakanlığın b¼nyesinde birleştirilmelidir;
- b) Sağlık hizmetlerinde eğitim ve ilgili mevzuat, modelin gerektir-  
diği doğrultuda yeniden d¼zenlenmelidir;
- c) Tam s¼re ¼alıřma ilkesi benimsenmelidir. Bu ama¼la, sağlık ele-  
manlarının moral ve maddi gereksinimlerinin yeterince karşılan-  
masına ¼zen g¼sterilmelidir;
- d) ¼zel sağlık hizmetlerinin (muayenehane hekimliği, eczane gibi)  
model ile eřg¼d¼mlenmesine y¼nelik gerekli d¼zenlemeler yapıl-  
malıdır;
- e) Modelin finansmanı i¼in ger¼ek¼i ¼oz¼mler bulunmalıdır.

Bu ¼nerilerin ayrıntıları ilerideki b¼l¼mlerde daha a¼ık olarak tartış-  
ılacaktır "Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetleri Modeli"nin finansmanında  
sağlık sigortasından yararlanılması'd¼ř¼n¼lebilir. Sağlık sigortası, kişilerin  
sağlık hizmetleri finansmanına gelirleri oranında katılmaları esasına daya-  
nır. Alman primler ayrı bir fonda toplanır ve yapılacak sağlık harcamaları  
bu fondan ¼denir. Primler giderleri karşılamıyor ise, devlet bu a¼ıđı kapa-  
tır ya da prim ¼deyemeyecek durumda olanların primini ¼deyerek sigorta  
finansmanına katkıda bulunmuş olur. Temelde sağlık sigortası, sağlık hiz-  
metinin bedelinin bu hizmeti kullananlar tarafından ¼denebilmesinin bir  
g¼vencesidir. Oysa, hastanın bulunduğu y¼rede sağlık hizmetlerinin daha  
iyi olacağı ve daha ¼st d¼zeyde sunulması gibi temel konulara hi¼bir kat-  
kısı yoktur. Bu durumda, "Sigorta"lanan kesin, hizmetten yararlanacak  
olan hastalardan ¼ok bedeli paylaşacak olanlardır.

G¼zden ka¼ırılmaması gereken bir husus, sağlık sigortasının yalnızca  
bir finansman aracı olduğu, kesinlikle bir "model" olmadığıdır. Bir  
finansman kaynağından ibaret olan sağlık sigortası uygulanması sırasında  
"Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetleri Modeli" ikinci plana atılacak olursa,  
temel sağlık hizmetlerinin bir b¼t¼n olarak y¼r¼t¼lmesi ilkesi zedelenir.  
Ayrıca, sağlık hizmetleri bir ekip ¼alıřması gerektirir. "Sosyalleştirilmiş  
Sağlık Hizmetleri Modeli" uygulanmaksızın sağlık sigortasına ge¼ilmesi,  
¼zel sağlık hizmetlerini ve hekimlikte uzmanlaşmayı ¼zendirecektir. Bu-  
nun sonucu, koruyucu sağlık hizmetleri ikinci plana d¼řecek ve ekip  
¼alıřmasından uzaklaşılacaktır.