

Sağlık Reformu Yasası Genel Sağlık Sigortası ve Sistemin Eczanelere Olası etkisi

Dr. Ecz. Ahmet Reha KARACA

1. SAĞLIK REFORMU

Bugünkü durumu değiştirmek için ülkemiz gerçekleri ile Türkiye'nin geleceği ile birlikte değerlendirilerek akılcı, gerçekçi ve kapsamlı bir sağlık reformu yapılmalıdır.

1.2. HİZMET SUNUMU REFORMU

Hizmet sunumu reformunun ana hattını hizmet sunumu yapısının öncelikle sağlık sorunlarımıza yönelik olarak dizayn edilmesi öngörülmektedir. Sistemin ön koşulları şunlardır:

- Hizmet sunum sistemi koruyucu hizmetlere ağırlık vermemelidir.

- Bireylerin düzenli ve sürekli sağlık sicilleri tutulmalıdır.

- Birinci basamak hizmetler kuvvetlendirilmeli, hastanelere olan gereksiz yığılmalar önlenmelidir.

- Sağlık personelinin ülke yüzeyinde ihtiyaca göre dengeli dağılımı sağlanmalıdır.

- Hastanelerin verimli çalışacağı bir sistem geliştirilmelidir.

Bu koşullarda oluşacak bir sistemin iki ana özelliği ortaya çıkmaktadır.

1. Birinci basamak hizmetlerinin aile hekimliği ile güçlendirilmesi,

2. Kamu hastanelerinin özzerkleştirilmesi ve zaman içinde özelleştirilmesi.

- Amaç verimliliği artırmak, rekabeti sağlamak,

- Sağlık Bakanlığı genel halk sağlığını koruyucu, standart ve norm koyucu bir yapıya kavuşacak, doğrudan hizmet veren kuruluş vasfını zaman içinde yitirecek.

1.2.1. ÖRGÜTLENME

Birinci Basamak Kuruluşlar:

Kırsal Alanda Sağlık Evi: Bir veya nüfus durumuna göre birden fazla köyde açılacak. En az bir ebe veya hemşire. Sağlık evinin görevleri: Doğum ve ölümlerin tesbiti, sağlık eğitimi, ilk ve acil yardım, bulaşıcı hastalıkla savaş, hasta takibi, ana, çocuk sağlığı hizmetleri, aile planlaması çalışmaları ve çevreye yönelik kuruyucu hizmetler. Sağlık evleri nüfus, ulaşım coğrafi şartlar



gözönünde bulundurularak sağlık ocaklarına bağlanacak.

Kırsal Alanda Sağlık Ocağı: Bir pratik hekim, diş hekimi, hemşire, ebe ve diğer. Görevleri: Sağlık eğitimi, ilk ve acil yardım, bulaşıcı hastalıklarla savaş, hasta takibi, ana çocuk sağlığı hizmetleri, aile planlaması, çevreye yönelik koruyucu hizmetler, okul sağlığı hizmetleri, birinci basamak tedavi hizmetleri, laboratuvar hizmetleri.

Kentsel alanda aile hekimleri: Asgari standardı tesbit edilmiş bir muayenehanede serbest çalışan hekim. Kendisine kayıtlı

her kişi için hizmet verdiği ilçenin coğrafi ve sosyo-ekonomik durumuna göre değişik miktarlarda kişi başına (per kapita) ücret alacaktır. Görevleri birinci basamak tedavi hizmetleri, ikinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetinin evde veya ayakta takibi, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, laboratuvar hizmetleri, periyodik muayene, ilk ve acil yardım.

Başvurular sevk zinciri içinde olacak aile hekimi gerek duyarsa uzman hekime veya ikinci, üçüncü basamak tedavi hizmeti veren hastanelere sevk edileceklerdir.

Bireyler diledikleri aile hekimini veya sağlık ocağı hekimini seçmekte serbest olacaktır. Seçilen hekimin listesine kayıt olunacak, hekim verdiği hizmetler için bireyden hiçbir ücret almayacak, hekim ücretini Bölge Sağlık İdarelerinden alacak, böylece hekim-hasta arasına para ilişkisi girmeyecektir.

Ağız ve diş sağlığı hizmetleri aile diş hekimi muayenehaneleri veya Sağlık Ocaklarında çalışan diş hekimlerince sağlanacak. Bu hizmetler aktüryel dengelerin elverdiği ölçüde sigorta fonlarınınca karşılanacaktır. Sistemin ilaç ihtiyacı ilke olarak serbest eczanelerden karşılanacaktır.

İkinci Basamak Kuruluşlar: Sosyal Sağlık İşletmeleri. Burada uzman hekimler görev yapacak.

Üçüncü Basamak Kuruluşlar: Özel ihtisas ve Üniversite hastaneleri.

1.2.2. HASTANELERİN DESANTRALİZASYONU

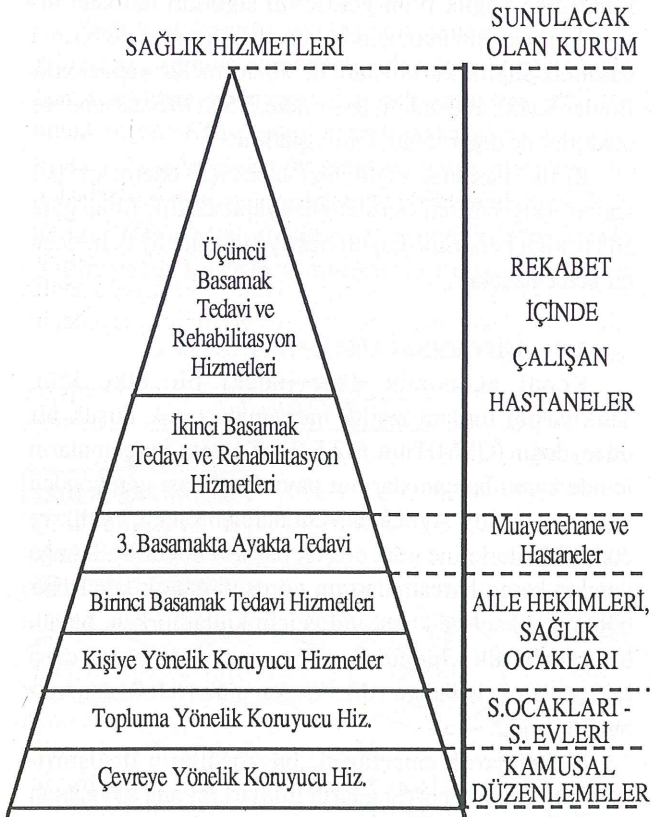
- Desantralizasyon özzerkleşme ve özelleşme olarak iki ana grupta düşünülmektedir.

- Özerkleşme kavramı içinde hastanenin kamu tüzel kişiliğini sürdürerek yönetilmesi ancak bu yönetimin bütün unsurları hastane bünyesinde toplanması öngörülmektedir.

- Sistemde bütün hastaneler bireylere Bölge Sağlık İdareleri ile yaptıkları anlaşmalar çerçevesinde hizmet verecek ve ücretlerini Bölge Sağlık İdarelerinden alacaklardır.

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

HİZMET SUNUMU MODELİ



2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

İlke olarak; sağlık sektöründe kaynak kullanımının nüfus dağılımı ile ilişkilendirilmesi ilke olarak benimsenmiştir.

Böylelikle ülkenin doğu yörelerinde yaşayan ve hiç bir sigortası olmayan yoksul kesimin hizmetlere ulaşabilmesi büyük kazanç olacaktır.

Amaç bugün sosyal güvenlik şemsiyesi altında olmayan kitleyi sigortalayacak yeni bir yöntem tasarlamaktır. Bu amaçla (GSS) modeli tasarlanmıştır.

2.1. GSS MODELİNİN TEMEL İLKELERİ VE ÖZELLİKLERİ

Model, sosyal sigorta ilkelerine dayalı olacaktır.

Sistem, şu anda hiçbir sigortası ya da sosyal yardım programından yararlanmayan bütün Türk vatandaşlarına açık olacaktır. Zaman içinde diğer sistemler GSS'ye entegre olacaktır.

Primler üyelerin ödeme gücüne göre belirlenecek, ödeme gücü tümüyle yetersiz olanlardan hiçbir katkı alınmayacaktır.

Sistemden prim ödeyenler ve bakmakla yükümlü olanlar yararlanacaktır.

Sistem yeni kurulacak bir kurum tarafından idare edilecek. Üyelerden ve genel bütçeden gelen katkılar Bölge Sağlık İdarelerine aktarılacaktır.

Hizmet maliyetleri prim gelirleri ile gerekli olduğu oranda kamu finansmanı ile karşılanacak, üyelerin kullandıkları hizmetlerin maliyetlerine kısmi katkılarına içerebilecektir.

2.2. SİSTEMİN NİHAİ İŞLEYİŞİ

Mevcut sistemden yeni sisteme geçişin her il için aşamalı bir şekilde 3,5 yıl alacağı öngörülmektedir. Sistem pilot ildeki uygulama başladıktan 6 yıl sonra tüm illerde tam olarak uygulanmaya başlanacaktır. İlk yıl içinde, başlangıçta bir il, daha sonra bir bölge sisteme dahil edilecektir.

GEÇİŞ DÖNEMİNE İLİŞKİN DÜZENLEMELER

Bölgeler	GEÇİŞ DÖNEMİ AŞAMASI						
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Pilot İl	1	1	2	2	3	3	3
Pilot Bölge		1	1	2	2	3	3
Tüm İller			1	1	2	2	3

2.3. SİGORTA KAPSAMI

1999 yılına kadar T.C. vatandaşlarının hemen hemen %100'ü bir sigorta kapsamına dahil olacaktır. Emekli

Sandığı üyeleri ile memur sayısı değişmeyecektir. SSK'nın üye sayısı artacaktır. Çünkü ekonomimizin işgücü yapısı sürekli değişmektedir, ayrıca sistemin yürümesi ile sağlık hizmetlerinin bedelleri en az gerçek maliyetler düzeyine çıkacaktır (Bugün 1/3). Böylelikle sigortalı işçi sayısı artacaktır. Bağ-Kur ise azalacaktır.

2.4. ORTAK TEMİNAT PAKETİ

Bu paket şunları kapsayacaktır:

* Üyenin kayıtlı olduğu bir aile hekimi veya sağlık ocağı aracılığıyla, tedavi ve kişisel koruyucu hizmetler de dahil olmak üzere birinci basamak sağlık hizmetleri.

* Birinci basamak sağlık birimi tarafından yazılan reçete ile alınacak ilaç ve diğer tıbbi malzeme.

* Birinci basamak sağlık biriminin sevk ile hastanelerde yataklı veya ayakta tedavi (Daha ileri tedavi için uzman hekim onayı ile üniversite hastanelerine sevk).

Diş, göz hizmetleri ve çeşitli protezlerin belirli bir kısmı.

Yukarıdaki hizmetler BSİ'nin anlaşmalı olduğu aile hekimleri ve sağlık kuruluşları tarafından verilecektir. Bu kuruluşlara SSK Hastaneleri ve özel hastaneler de dahil olacak. Hizmet kullanımında çok yoksul gruplar dışındaki kişilerin kısmi katkısı (co-payment) sözkonusu olacaktır.

2.5. KATKILAR

Ortalama bir ailenin ödemesi gereken aktüaryel primler her yıl hesaplanacaktır. Ailenin ödeme gücüne göre prim belirlenecektir. Yeşil kart sahibi olanlar prim ödemeyecektir.

Ortalama bir SSK üyesinden daha yüksek gelir düzeyinde olanların katkıları aktüaryel primin %100'ünü oluşturacaktır. Çeşitli gelir dilimleri içinde yer alan aileler, sisteme aktüaryel primin değişik oranlarında katkıda bulunacaklardır. Katkı miktarı ile aktüaryel prim arasındaki fark kamu finansmanı yolu ile karşılanacaktır.

2.6. SİSTEMİN YÖNETİMİ

GSS kurumu yeni bir kamu kuruluşu olarak oluşturulacak ve üç önemli fonksiyonu olacaktır.

1. Üyelerden alınacak katkıların hesaplanması, toplanması ve kamu finansmanı katkısının miktarı ile ilgili tahminlerin oluşturulması ve elde edilmesi.

2. Prim ödeme kayıtlarının tutularak üyelik kartlarının verilmesi. (GSS prim gelirlerinin harcanmasından sorumlu olmalıp, harcamalar Bölge Sağlık İdaresince yapılacaktır)

3. GSS kurumu prim gelirlerini her ildeki üye sayısı ile orantılı olarak ilgili Bölge Sağlık İdarelerine aktaracaktır.

2.7. SÖZLEŞMELER

Bugün SSK hastaneleri ve poliklinikleri çok büyük ölçüde SSK üyelerinden ve işverenlerden toplanan prim gelirleri ile finanse edilmektedir. Sağlık Bakanlığı ve Üniversite hastaneleri ise ilgili kurumların bütçelerinden tahsis edilen paylar ile, alınan ücretlerden finanse edilmektedir. Sağlık Bakanlığı bünyesindeki kurumların halen uyguladıkları fiyat yapısı ortalama olarak gerçek maliyetlerin üçte biri düzeyindedir. GSS sistemi tam olarak yürürlüğe girdiği zaman hastane fiyatları gerçek maliyetine yükselecektir. Bu durumda sigorta kapsamı dışındakiler ve sevk zinciri dışında hareket edenler, kullandıkları hizmetlerin gerçek maliyetini ödeyecektir. BSİ, GSS kurumundan ve diğer sigorta sistemlerinden her ildeki üye sayısı ile orantılı olarak prim geliri elde edecektir. Her Bölge Sağlık prim gelirlerini sigortalı nüfusun ihtiyaçlarını karşılamak için kullanacak, hastane ve birinci basamak sağlık kuruluşları ile sözleşmeler yapacaktır. Bunlar Sağlık Bakanlığı, üniversite, SSK, özel hastane ve doktorlar ile diğer sağlık kuruluşlarıdır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri için ödemeler "per kapita" (kişi başına) esasına göre yapılacaktır. Buna göre aile hekimi kendisine kayıtlı her üye için her ay belirlenen bir ücret alacaktır.

2.8. FİNANSMAN

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

Reformlarda amaçlanan, bu koşulların değiştirilmesidir. Toplam harcamaların miktarı iki ana kaynaktan karşılanarak artırılacaktır. Bunlar Genel Bütçeden sağlığa ayrılan payın artırılması ve GSS kapsamına girenlerden toplanacak primlerdir.

Sağlık Bakanlığı bütçesindeki artış, hem toplam harcamaları, hem de toplam sağlık sektörü harcamaları içinde kamu harcamalarının payını artıracaktır. Bölge Sağlık Müdürlüklerine aktarılan prim gelirleri her ildeki nüfusa orantılı olacağı için harcamaların coğrafi dağılımı da daha eşitlikçi olacaktır. GSS uygulaması ile, mevcut "Hizmetlerin sübvansiyonu" yaklaşımından "Kişilerin

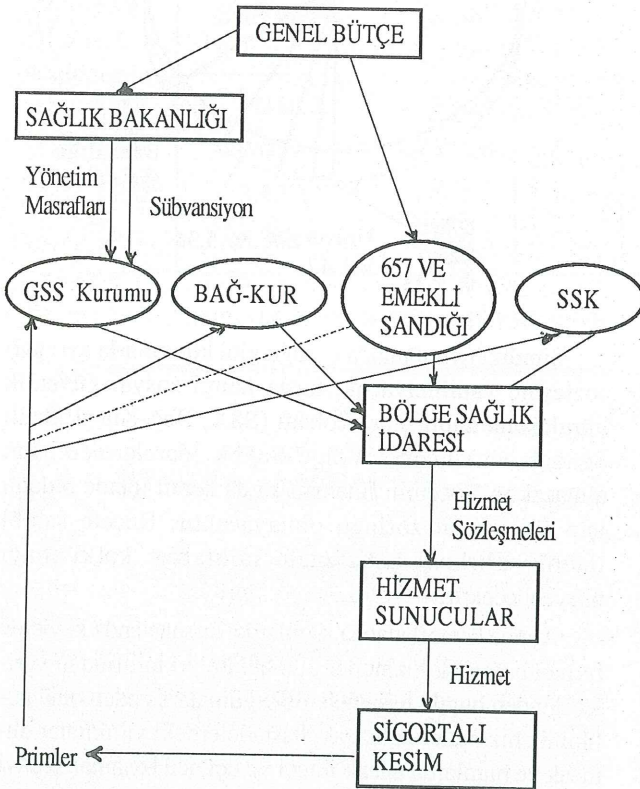
Sübansiyonu" sistemine geçileceği için, kamu tarafından karşılanan sübvansiyon miktarı açık bir şekilde kişinin gelir düzeyine bağlı olacaktır. Yoksullar durumu daha iyi olanlara göre daha fazla sübvansiyon edilecektir.

2.9. GSS'NİN DİĞER SİGORTALARA VE HİZMET VERENLER ÜSTÜNE ETKİSİ

GSS Kurumunun SSK'ya etkisi tam bütünleşmeye geçişe kadar az olacaktır. Sistemin SSK üzerindeki en önemli etkisi, hizmet ücretleri gerçek düzeyine çıkacağından ve dolayısıyla ciddi biçimde artacağından SSK'ya üyelikten kaçanların üyelik için başvurmaları olacaktır. Sistemin Emekli Sandığı ve aktif devlet memurlarının kapsadığı sistemler üzerindeki etkisi ilk aşamada daha hissedilir olacaktır.

Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastaneleri, yeni düzene geçişten ilk etkilenenler olacaktır. Sonuçta bütün kamu sektöründe hizmet sunan kuruluşların gelirleri büyük ölçüde Bölge Sağlık İdarelerinden sözleşmeler yoluyla elde edecekleri kazançlara bağlı olacaktır. Bu değişiklikler hizmet sunucularının yönetimini de etkileyecektir. Hizmet sözleşmeleri merkezi yönetimle değil, yerel kurum yöneticileri ile yapılacaktır.

GSS SİSTEMİNİN İŞLEYİŞİ

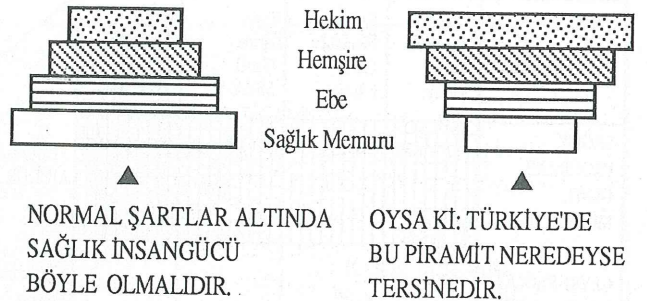


GSS'YE GEÇİŞ DÖNEMİ AŞAMALARI

AŞAMALAR	HİZMET FİYATLARI VE PRİM DÜZEYİ	BSİ SORUMLULUK ALANI	SÖZLEŞME KAPSAMI
AŞAMA 1 (18 AY)	Mevcut Hizmet Fiyatları (Maliyetlerin 1/3 kadar); Fiyatları Karşılacak Düzeyde Prim	Sadece GSS Üyeleri	Aile Hekimleri ve Sağlık Bakanlığı Kuruluşları
AŞAMA 2 (24 AY)	Hizmet Fiyatları (Maliyetlerin 2/3 kadan) Yeni Fiyatları Karşılacak Düzeyde Prim	GSS Üyeleri Bağ-Kur, Emekli Sandığı, Aktif Devlet Memurları	Aşama 1'e ek olarak SSK ve Özel Sağlık Kuruluşları
AŞAMA 3	Hizmet Fiyatları (Maliyetlerin %100'ü) Maliyetlerin tümünü Karşılacak Düzeyde Prim	Tüm Sigortalı Nüfus	Tüm Hizmet Sunucuları

3. SAĞLIK İNSANGÜCÜ REFORMU

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



Sağlık meslek gruplarının görev, yetki ve sorumlulukları yeniden düzenlenmektedir. Mezuniyet sonrası sürekli eğitimin kurumsallaştırılması için meslek

örgütleri ile işbirliği içinde programlar geliştirilmesi sağlanacaktır.

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

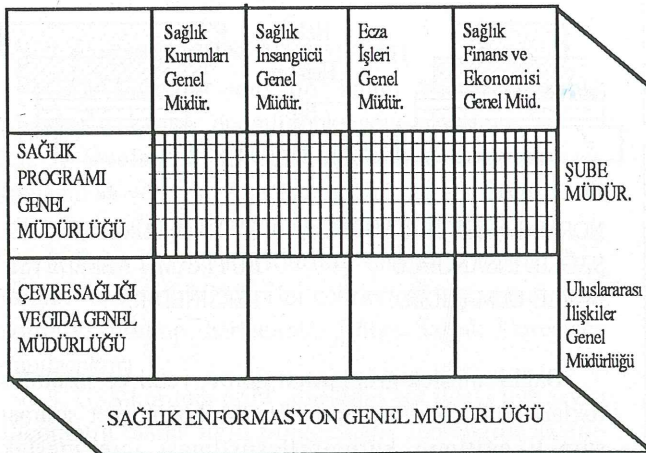
4. YÖNETİM REFORMU

Temel ilke yönetimin yerinde sağlanmasıdır. Dünyada ve Türkiye'de hızlı demokratikleşmenin başlıca gereği olan yerinden yönetimin gerçekleştirilebilmesi için gerek planlama ve kaynak dağılımında, gerek kaynakların kullanımında yerel karar mekanizmalarının çalıştırılması öncelikli bir şarttır. Halkın sağlık yönetimine katılması bu kapsamda geliştirilmektedir.

Nüfus, coğrafi şartlar, ulaşım, ekonomik ve sosyal faktörler vb. kriterler gözönünde tutularak bölgelerde Bölge Sağlık İdareleri (BSİ) oluşturulmuştur. Amaç sevk zinciri içinde üçüncü basamak hizmetleri de içine alacak bir bütünlük oluşturmak ve merkezdeki karar yoğunluğunu desantralize etmektir. BSİ'nin yönetiminde finansman kuruluşlarının, hizmet sunanların, Sağlık Bakanlığının ve halkın temsilcileri bulunacaktır.

Sağlık Bakanlığı merkez örgütü de reorganize edilmektedir. Dikey örgütlenme modeli yerini, taşrada entegrasyon, merkezde koordinasyon anlayışına bırakmaktadır.

SAĞLIK BAKANLIĞI ÖRGÜTLENMESİ



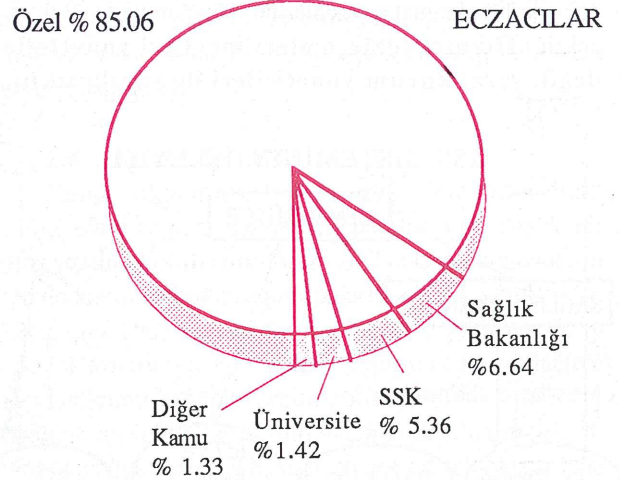
FONKSİYONEL REFERANS MODEL
(= MATRIX ORGANİZASYON)

5. SİSTEMİN ECZANELERE ETKİSİ

Başlangıçta itirazlara ve tepkilere neden olan Sağlık Reformu Yasa Taslaklarındaki İlaç ve Eczacılıkla ilgili bölümler Türk Eczacıları Birliğinin girişimleri ile taslaklardan çıkarılmıştır. Böylelikle 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkındaki kanun ile; 1262 sayılı İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarat Kanunu yürürlükte kalmıştır. Şimdi bu kanunlar günümüz şartlarına göre yeniden düzenlenecektir.

Genel Sağlık Sigortası sistemi içinde "İlaçların serbest eczaneler" kanalıyla temin edilmesi kanunda yer almıştır. Hastanede yalnızca yatan hastaya ilaç verecek eczane bulunacaktır.

Sistem toplumun tüm kesimlerini sosyal güvence altına almayı hedeflediği için sonuçta toplumun ilaç ihtiyacı serbest eczanelerden sistem tarafından satın alınacaktır. Eczaneler sağlık hizmetini satın alacak Bölge Sağlık İdareleri ile anlaşma yapacak ve parasını bu kurumdan alacaktır.



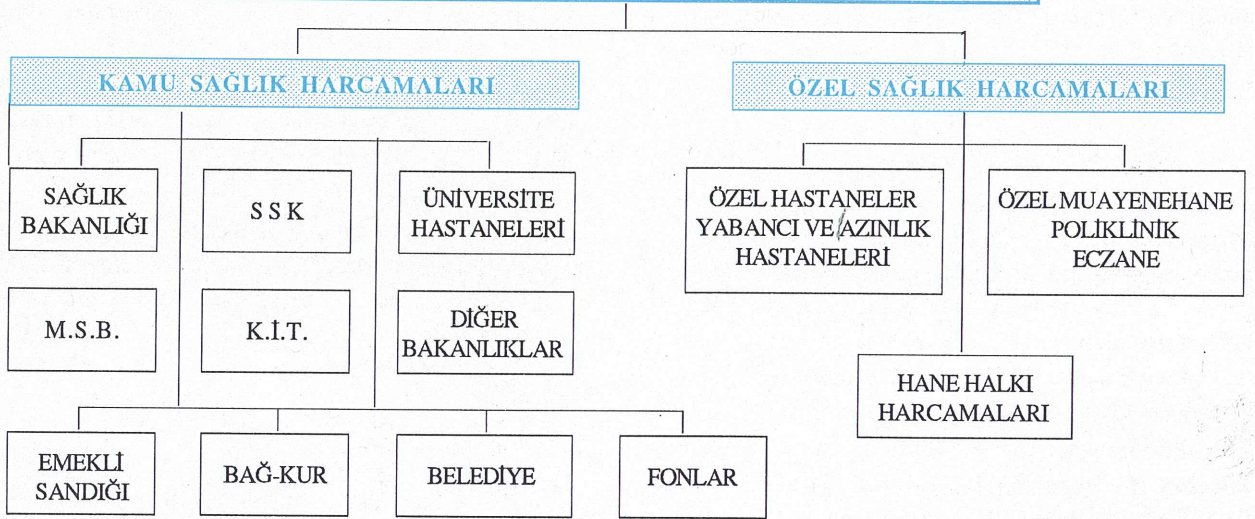
Şimdiki uygulamada olduğu gibi kurumlarla ayrı ayrı sözleşme yapılmayacak, hasta hangi sosyal güvenlik kuruluşuna dahil olursa olsun (SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı vb.) hizmet Bölge Sağlık İdarelerince satın alınacaktır. Sistemin finansmanı da kendi içinde olduğu için finansman zorluğu olmayacaktır. Reçete sahibi ilacını alırken belirlenen miktarda katkı payı ödeyebilecektir.

Ayrıca kentsel alanda semtlerde, kırsal alanda köylerde birinci basamak hizmetler aile hekimleri tarafından verileceğinden bugün hastanelerde yığılmalara neden olan poliklinik hizmetler kalkacak, hastanelerdeki yığılmalar duracak ve buralarda ancak ikinci ve üçüncü basamak tedavi

hizmetleri verilecektir. Böylece eczanelerin aile hekimlerinin ve sağlık ocaklarının bulunduğu bölgelere kayacağı, hastane karşısındaki yoğunluğun azalacağı söylenebilir.

Sistemin iyice oturduğu 2000'li yıllarda semt eczanelerinin ve aile hekimlerinin bulunmasına bağlı olarak kırsal alanlarda eczane açılışının yaygınlaşması beklenmektedir.

TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETİ VEREN KURULUŞLAR



(milyar TL)

Yıllar	Toplam İlaç Satış Bedeli	İLAÇ HARCAMALARI					
		Kamu Sektörü	%	Özel Hastaneler	%	Doğrudan Özel Sektör	%
1988	1.216.8	436.4	35.9	6.4	0.5	774.0	63.6
1989	2.032.9	987.6	48.6	19.9	1.0	1.025.4	50.4
1990	3.438.0	1.641.4	47.7	32.0	1.0	1.764.6	51.3
1991	5.368.0	2.886.5	53.8	59.5	1.1	2.422.0	45.1

TOPLAM İLAÇ SATIŞ DEĞERİ VE İLAÇ TÜKETİMİNİN SEKTÖRLERE GÖRE DAĞILIMI

TEB HABERLER

Sahibi
Ecz. Ahmet Yüksel URAS ✓
Başkan

Yazı İşleri Müdürü
Ecz. Güral ŞAHİNOĞLU ✓
Genel Sekreter

MERKEZ
Farabi Sok. No.35
06690 Kavaklıdere / ANKARA
Tel: 467 25 12 / 4 Hat
Fax : 467 75 85

MERKEZ HEYETİ

Ecz. Halit Altan DOĞAN ✓
Ecz. M. Yıldırım SİDAR ✓
Ecz. İbrahim GÜVEN ✓
Ecz. Adnan ÜLKÜ ✓
Ecz. Erkal KÖKTENER ✓
Ecz. Edip ATALAN ✓
Ecz. Remzi KUTLUOĞLU ✓
Ecz. Mecit BİNGÖL ✓
Ecz. Doğan OĞUZKAYA ✓

DİZGİ
NorM Dizgi
Tel: (4) 425 80 26

BASKI
**KILIÇASLAN
MATBAACILIK**
Hanımeli Sk. No: 15/B
Sıhhiye-ANKARA
Tel: (4) 229 82 23

Bültendeki yazılardan, Bülten adı gösterilerek yararlanılabilir. Yazılardaki görüşlerden yazarı sorumludur. Bülten, üyeleri parasız gönderilir.

Ecz. Ali Ayşen