

GELİŞMEKTE OLAN ÜLKELERDE STRATEJİ: SAĞLIK SİSTEMİNDE SEVK ZİNCİRİ

Yazar / Author: Emel BAŞOL*

Özet

Sağlık bir ülke için vazgeçilmez unsurdur. Sağlık sadece hastalık durumu değil, psiko-sosyal açıdan da tam bir iyilik durumudur. Sağlıklı toplumlar sağlıklı bireylerden oluşmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerin özelliklerine bakıldığında en göze çarpan özellik; ülke ekonomisinin sanayileşmesi ve sağlık alanında eksiklikleri fark etmek ve ardından bu eksiklikleri gidermektir. Strateji, bir işletmenin iç kaynakları ve yetenekleriyle dış çevrenin fırsat ve tehditleri arasında uyum sağlamaktır. Her ülke ayakta kalabilmek için mutlaka tüm alanlarda strateji belirlemelidir. Sağlık sistemindeki en önemli stratejiyi sevk zinciri olarak belirlemek mümkündür. Sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli sunumunda dünyada genel kabul gören yöntem, hizmetin uygun basamakta verilmesidir. Bu çalışmanın amacı sağlık sistemi ve sevk zincirinin önemi vurgulamak ardından gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık sistemi, strateji ve politikaları değerlendirerek sevk zinciri için strateji önerilerini sunmaktır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Sistemi, Strateji, Sevk Zinciri

DEVELOPING STRATEGIES IN DEVELOPING COUNTRIES: DELIVERY CHAIN IN HEALTH SYSTEMS

Abstract

Health is an indispensable element for a country. Disease health status and not a psycho-social perspective in favor of the government. Healthy communities healthy individuals consists of. The most obvious feature when looking at the characteristics of developing countries; industrialization and the country's economy and then to notice the deficiencies in the field of health to remedy these deficiencies. Strategy is an organization's internal resources and capabilities to fit between external opportunities and threats of the environment. Each country should determine a strategy in order to survive necessarily in all areas. The most important strategy in the health system it is possible to determine the referral chain. The effective and efficient provision of health services in the world, the generally accepted method of service is given at the appropriate stage. The aim of this study highlight the importance of the health care system and health systems in developing countries, then the referral chain, is to offer suggestions on strategies and policies by evaluating the strategy for the referral chain.

Key Words: The Health Care System, Strategy, Referral Chain

* Amerikan Hastanesi, Eğitim Hemşiresi, emelb@amerikanhastanesi.org

1.Giriş

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlık, yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, bedenen, ruhen ve toplumsal yönden tam bir iyilik durumu olarak tanımlanmaktadır. Sağlık, Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımının da anlaşılacağı üzere sağlıklı olmak ruhsal ve zihinsel iyiliği de kapsamaktadır. Bu kapsamda sağlıktan bahsedebilmek için yalnızca fiziki bir sorunun olmaması yeterli değildir, sağlıklı bedeni sağlıklı zihin ve ruh hali tamamlamalıdır. Dolayısıyla sağlık sisteminde strateji kurarken bu yöne de önem verilmelidir.

Sevk zinciri sağlık sistemini oluşturmak ve sürekliliğini sağlamak açısından önemlidir. Hastanelerde yığılmaları ve gereksiz rekabeti önlemektedir. Birinci basamağın önemi bu noktada daha nettir. İyi bir strateji ile oluşturulan sevk sistemi zamanla sağlık sistemindeki eksiklikleri belirlemede sinyal verecektir. Bu durumda eksik olan alana yönelmemizi sağlayacaktır.

Günümüz dünyasında küreselleşme, yüksek karmaşa, yeni tanı-tedavi yöntemleri ve yeni teknolojiler, gittikçe yaşlanan nüfusa bağlı olarak artan kronik hastalıklar ve fiziksel yetersizlikler, artan rekabet, değişen müşteri tercihleri, ekonomik ve politika yapıların farklılaşması, öğrenme eğrisi sonuçları ile sağlanan gelişim, gittikçe artan toplum beklentilerinin sağlıkla ilgili harcamaları yükseltme yönündeki etkisi, şirketlerin yeni koşullara hızla uyum sağlama mücadelesi, daha hızlı cevap verme ve endüstrileri yönetirken proaktif davranma ve bunun gibi nedenlerle şirketlerde ya da kurumlarda strateji geliştirmek ve bu stratejinin de sürdürülebilir ve uygulanabilir olması çok önemlidir.

1. Sağlık sistemi

Bir ülkenin sağlık sistemi ve bu sistemin performansı; ülkenin değerler yumağının biçimlendirdiği tarihsel, kültürel, sosyal, ekonomik, teknolojik ve inanç gibi değişkenlerin bir yansıması olmaktadır.

Avrupa teorisinde/felsefesinde ve pratiğinde “sağlık doğuştan kazanılan bir haktır” ve “sağlık hizmetlerinin nevi şahsına münhasır özellikleri diğer mal ve hizmetler gibi sağlığın piyasa koşullarında alınıp satılmasını sekteye uğratar” dolayısıyla “finansör”, “hizmet sunucu” veya “düzenleyici” olarak devlet müdahalesi kaçınılmazdır bakış açısı hâkimdir. Kısaca, insanın yaşam hakkının ve sağlıklı hayat sürdürebilmesinin güvence altına alınması sosyal devlet anlayışının temel göstergelerinden bir tanesidir.

Sağlık sektörü genel anlamda diğer sektörlerden farklı özellikler taşır. Diğer mal ve hizmetler için geçerli ekonomik kurallar ve uygulamalar çoğunlukla bu sektör için geçerli değildir. Sağlık sektöründe finansman açısından en önemli risk olan “belirsizlik”, hastalık ve sakatlık hali ile ne zaman, nerede, nasıl karşılaşılacağına bilinmemesi ve sağlık hizmeti maliyetlerinin karşılanamaması riski gibi kendine özgü özelliklerinin bulunmasıdır.

Sağlık hizmetleri çoğu kez kar amaçlı olmayıp sosyal amaçlıdır. Dolayısıyla maliyet, fayda ve karlılık gibi piyasa ekonomisinin temel kavramları sağlık sektöründe farklı bir anlam kazanmaktadır.

Sağlık hizmetleri, emeğin yoğun olduğu soyut hizmetlerdendir. Ertelenemez ve acildir, uzmanlaşma düzeyi yüksektir. Sağlık hizmetlerinde asimetric bilgi hakimdir. Yani, sağlık hizmeti alanlar hizmeti verenlere birçok açıdan bağımlıdır. Ayrıca, sağlık hizmetlerinde çıktı net olarak ölçülemez. İkamesi yoktur.

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.

2. Sağlık sistemlerinde sevk zincirinin önemi

Sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli sunumunda dünyada genel kabul gören yöntem, hizmetin uygun basamakta verilmesidir. Birinci basamak sağlık hizmetlerine öncelik vererek sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmak ve bu hizmetleri herkesin ihtiyacı oranında, eğitimli ve coğrafi açıdan dengeli dağılmış sağlık ekipleri tarafından sunmak bugün çağdaş sağlık sistemlerinin önemli amaçlarından birisi haline gelmiştir (WONCA Europe). Bu ilkelerin hayata geçirilmesi, ikinci basamakta yığılmayı engelleyecek ve gerçekten ikinci basamakta tedavi edilmesi gereken hastalara yeterince zaman ayrılmasını sağlayacaktır.

Her bireyin sağlığının bir takipçisi olması, hastaların doktora kolay erişebilmesi ve hızlı hizmet alabilmesi, hastaların sağlık hizmetine erişebilmek için başvurmak zorunda kaldığı sistem dışı erişim yollarını da ortadan kaldıracaktır.

Sevk zincirinde basamaklandırma vardır. Bunların da kapsamaları bellidir. Bunlar incelendiğinde;

- **Koruyucu Sağlık Hizmetleri** ve kapsadığı hizmetler; Sağlık evi, sağlık ocakları, ana-çocuk sağlığı merkezleri, revir, çevre sağlık birimi, halk sağlığı merkezi, okul sağlığı, gezici sağlık birimleri, aile hekimliği merkezleri gibi. İnsanlara içebilecekleri temiz suyun sağlanması, çevre sağlığı, sigara tütün alkol gibi zararlı alışkanlıklardan koruması, sıtma ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele, bağışıklama, erken tanı, beslenme, obezite, aile planlaması, sağlık eğitimi gibi toplum tabanlı konular koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında ele alınarak fertlerin hastalıklara yakalanmadan sağlıklı bir yaşam sürmeleri hedeflenmektedir.
- **Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri** ve kapsadığı hizmetler; tedavi hizmetlerini kapsar ve birinci basamağın yetersiz kaldığı durumda aile hekimi bu basamağa sevk eder. Özel muayeneler, hastane poliklinikleri, hastane acil servisi, ayaktan cerrahi hizmetler, evde bakım, diyaliz merkezleri, yataklı hizmetleri (özel ve devlet hastaneleri, üniversite hastaneleri, hemşirelik bakım merkezi, terminal dönem bakım merkezleri) kapsar. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri, hastalık ortaya çıktıktan sonra muayene ve tedavisini kapsayan hizmetler olup üç basamakta ele alınmaktadır:

Birinci basamak sağlık hizmetleri, hastalıkların tedavisi için hastaneye yatışın gerekli olmadığı, uygulanan tedavinin evde ya da ayakta verildiği, daha çok iyileştirici ve koruyucu sağlık hizmetleridir. Hastalar öncelikle birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurup gerektiği takdirde hekimin uygun görmesiyle bir üst basamağa sevk edilmektedirler.

İkinci basamak sağlık hizmetleri, hastaların sağlık merkezlerine yatırılarak teşhis ve tedavi hizmetlerinin verildiği hizmetlerdir.

Üçüncü basamak sağlık hizmetleri, üniversiteler, dal hastaneleri gibi genellikle belli bir hastalığın tedavisi ile ilgilenilen, en yüksek tıp teknolojilerinin uygulandığı gelişmiş tedavi merkezlerinde verilen sağlık hizmetleridir.

- **Rehabilitasyon Hizmetleri** ve kapsadığı hizmetler; bedensel ya da ruhsal yönden sakat kalmış olanların başkalarına bağımlı olmaksızın yaşayabilmelerini sağlayabilmek için yapılan bütün çalışmaları kapsar. Tıbbi ve sosyal rehabilitasyon vardır. Tıbbi rehabilitasyon ile bedensel sorunların mümkün olduğunca azaltılması amaçlanır. Fizik tedavi hastaneleri örnek gösterilebilir. Sosyal rehabilitasyon ise, kişiye yeni iş ve beceri kazanma olanağı sağlar. Özürlü çocuklara yönelik açılan merkezler bu hizmete örnektir.

Sağlık sistemindeki bu basamaklandırılmış yapı, sistemin verimliliğini sağlarken kaynakların gereksiz kullanımını da önlemektedir.

2009 WHO'ya göre, sağlık hizmetlerinin temel girdileri, insan kaynakları, sermaye, teknoloji, hammadde yani alet ve ekipmanlardır. Sağlık sisteminin çıktıları ise, yaşam süresinin uzatılması, hayatta kalma, hastalıkların tedavisi ve bu konudaki gelişmelerdir.

3. Gelişmekte olan ülkelerin sağlık sistemlerinin değerlendirilmesi

Ülkelerin sağlık alanında reform kapsamında yaptıkları çalışmalar incelendiğinde, bütün ülkelerde görülen ortak özelliğin uzun yıllara yayılmış, sabrı, ısrarı ve mücadeleyi gerektiren, inişleri ve çıkışları olan bir programlama olduğu görülmektedir. Bundan dolayı, gelişmiş ülke örneği 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 mükemmeye 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 desteklenmediği, 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 görülmektedir.

Başarıyı getiren diğer 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 iticilik, inançsızlık veya ümitsizlik oluşmaktadır.

İngiliz Sağlık Sistemine baktığımızda; sistem her İngiliz vatandaşının bir genel pratisyenin listesine üye olma esasına dayanan, tamamen vergilerle finanse edilen bu sistemde, hizmeti kullanma sırasında ücretsiz olarak tüm birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı vermektedir. Bu hizmetler ev ziyaretleri, aşılamalar, tetkik ve tedavi hizmetleri yanında, gerekli olduğundan ikinci basamak hizmetleri için bir uygun hastane departmanı ile temas kurma, gerekli bilgileri aktarma, randevu alma ve ikinci basamak ile ilgili işlemler tamamlandıktan sonra hastanın sürekli takibini içerir.

Burada genel pratisyenler özel statüde olup, kamu tarafından finanse edilirler. Her genel pratisyen listedeki kişi sayısı, koruyucu hekimliğe yönelik olmak üzere, gerçekleştirdiği bazı uygulamalar gibi kriterlerin göz önüne alındığı bir formüle göre hesaplanan bir gelir elde eder. İngiliz sistemi (NHS; Ulusal Sağlık Hizmetleri) kamu finansmanı ve kamu hizmet sunumunun tipik ve başarılı örneklerinden biridir.

Sistemin yürütülmesi kamunun sorumluluğundadır bu da öncelikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkili örgütlenmesini getirmiştir. İngiliz sisteminde 2. ve 3. Basamak hizmetler de kamu tarafından finanse edilmekte ve hizmet kamu hastaneleri tarafından verilmektedir. Tamamen vergilerle finanse edilen bu sistemde her İngiliz vatandaşı tüm hastane hizmetlerinden faydalanma hakkına sahiptir.

1980'li yıllarda pek çok Avrupa ülkesinin sağlık sistemini gözden geçirmesine sebep olan reform rüzgârları İngiltere'yi de etkilemiştir. 1991 yılında uygulamaya

konulan NHS reformlarına kadar devletin sistemin merkezinde olduğu ve sağlık hizmetlerini kamunun temel sorumluluklarından biri olarak kabul eden İngiliz modeli, serbest piyasa modelinin olumlu kabul edilen yönlerini NHS yapısı içinde bütünleşmiştir. Reformun ana hedefi hizmet sunucular arasında kontrollü bir rekabet yaratmaktır. Bu nedenle hizmetin sunumu ve finansmanını kurumsal olarak birbirinden ayırdı.

Sağlık idareleri sorumluluk alanlarındaki nüfusun sağlık ihtiyaçlarını tespit eden, hizmeti refakat eden kurumlardan satın alan ve hizmet kalitesini ölçen birimler haline gelirken, NHS hastaneleri vakıf yapısına bürünerek özerkleştiler, hizmetlerini satar hale geldiler.

İngiltere bu şekilde hizmet sunucuların çok daha maliyet etkili çalışmak zorunda kalacağını, yüksek performansı hedefleyeceklerini öngörmektedir. İngiltere'nin sağlık giderlerinin GSMH'ye oranı 1993 yılı verilerine göre %7,1'dir (OECD 1995), bu oran %8 olan Batı Avrupa ülkelerinin altındadır. Ancak İngiliz sistemi içinde de küçük oranda özel hastaneler ve özel sigortalar mevcuttur.

İngiltere'de 1948 yılında NHS'nin oluşturulması ile aile hekimliği bütün vatandaşların sağlık hizmetlerine ulaşması ve hastane hizmetlerinden yararlanması için ilk başvuru birimi haline gelmiştir. İngiltere'de herkes kendi aile hekimini seçebilmektedir. Aynı şekilde aile hekimi de başvuru yapan kişiyi listesine alıp almama hususunda serbesttir. İngiltere'de bir hasta ortalama yılda 5 defa aile hekimi ile görüşmektedir. Bu görüşmelerin %12'si hastanın evinde, kalanı ise ofiste veya telefonla gerçekleşmektedir. Aile hekimleri tek başına çalışabilecekleri gibi, diğer aile hekimleri ile birleşerek grup çalışması da yapabilmektedirler. Sabit maliyetlerin paylaşılması açısından bir araya gelen aile hekimleri (genelde 3-5 kişi), aynı aile hekimliği biriminde aynı aile sağlığı elemanları ile çalışmaktadır. İngiltere'de grup çalışması %80 oranındadır. İngiltere 2008 yılı verilerine göre GSYH'sinin %8,7'sini sağlık harcamalarına ayırmakta ve kişi başına 3.129 \$ tutarında sağlık harcaması yapılmaktadır.

İngiltere'de olduğu gibi **Almanya**'da da aile hekimliğine dayanan bir yapı vardır. Ancak Almanya'da İngiltere'den farklı olarak koruyucu sağlık hizmetleri bağımsız aile hekimlerince/uzmanlarca verilirken, tedavi edici sağlık hizmetleri hastanelere bırakılmıştır. OECD verilerine göre, Almanya'da kişi başına sağlık harcaması 3.737 \$ ve toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı ise %10,5'dir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemli bir önceliği olan **Hollanda**'da kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve tedavi hizmetleri aile hekimleri tarafından verilmektedir. Ayrıca nüfusun yaşlanması sebebiyle evde bakım hizmetleri talebi artmıştır. Aile hekimlerinin %47'si serbest veya tek başına çalışmaktadır. Gittikçe daha fazla hekim takımlar halinde, sağlık merkezlerinde grup çalışması veya ortaklıklar şeklinde çalışmayı tercih etmektedir. Bir kişi ortalama yılda 5 kez aile hekimine başvurmaktadır. Bir aile hekimine düşen kişi sayısı ortalama 2.300'dür. Vakaların yarısında sorun telefon ile çözülürken, %35'i sağlık merkezine çağrılmakta, %15'ine ev ziyareti yapılmaktadır. 2008 yılında, OECD rakamlarına göre Hollanda'da kişi başına düşen sağlık harcamaları 4.063\$ ve toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı %9,9 olarak gerçekleşmiştir.

İsveç'te birinci basamak hizmetleri aile hekimleri ile yürütülmektedir. Ülkede hastalar buldukları il sınırları içinde istedikleri aile hekimini seçebilmektedir. Aile hekimleri, ekip çalışmasının olduğu birinci basamak sağlık merkezlerinde çalışmaktadır. Bu merkezlerde aile hekimleri, hemşireler, fizik tedavi uzmanı, sosyal çalışmacı ve psikologlar çalışmaktadır. Hekimlere kişi başına ödeme yapılmakta olup, hizmet başına ödeme ve hedefe yönelik ödemeler de yapılmaktadır. İsveç aile hekimliği sisteminin en tipik özelliği, zorunlu sevk zincirinin uygulanmayıp, bunun yerine aile hekimine

başvurmadan üst basamaklara giden hastalar için farklılaştırılmış katılım payı sisteminin uygulanıyor olmasıdır. Katkı payı, ülkede sağlık hizmetlerinin her basamağında hastalardan alınmaktadır. Ancak birinci basamağı teşvik amacıyla aile hekimine başvuruda alınan katkı payı, diğer basamaklara doğrudan yapılan başvurularda alınan katkı payından daha düşüktür. Aile hekimine yapılan başvurularda yaklaşık 10 Avro ödeme yapılmaktadır. Ancak başka bir uzmana ya da hastane aciline doğrudan başvuruda bulunulursa, ödenmesi gereken katkı payı 30 Avroya yükselmektedir. Aile hekimi sevk yaptığı sürece özel merkezlere gidilse dahi ek ücret ödenmemektedir. Direkt olarak ikinci basamak merkezlerden randevu alındığında, bekleme sürelerinin uzun olması sebebiyle birinci basamak hastalar tarafından daha çok tercih edilmektedir.

Finlandiya'da sağlık Sosyal İşler Bakanlığı hizmetlerin genel koordinasyonundan sorumludur. Sağlık hizmetlerinden esas sorumlu makam belediyelerdir. Finansman genel vergi ve genel bütçe ile sağlanır. Bu vergilerin bir kısmı merkezi hükümet diğer kısmı da belediyeler aracılığı ile toplanır. Sistem aile hekimliğine dayalıdır. Büyük çoğunluğu kamu istihdamı şeklindedir.

İrlanda'da sağlık hizmetleri Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından yürütülür. Hizmetler resmi ve özel kuruluşlarca sunulur. Finansman merkezi hükümet bütçesi ile yapılır. Halkın %38'i tüm hizmetlerden ücretsiz yararlanır (birinci grup sigorta). %47'si birinci basamak hizmetleri ve bazı hastane hizmetlerinden ücretsiz yararlanır (ikinci grup) ve geriye kalan %15'in gebelik ve çocuk bakımı hariç tüm hizmetleri ücretlidir.

İspanya'da merkezi düzeyde sağlıktan esas sorumlu bakanlık; Sağlık ve Tüketici ilişkileri Bakanlığıdır. Entegre bir ulusal sağlık sistemi vardır. Çalışma Bakanlığı, Eğitim Bakanlığı ve Milli Savunma Bakanlığının da çeşitli yetkileri vardır. Finansmanda geçmişte temel kaynak Ulusal sağlık sigortası iken günümüzde genel vergilere kaymıştır. Ayrıca cepten katkı da alınmakta olup özel sigorta uygulaması da vardır. Ulusal sağlık sigortası birinci basamak kuruluşları ve hastaneleri çalıştırmaktadır. Kamu istihdamı ağırlıkta olmakla birlikte özel istihdam da mevcuttur.

İtalya'da sağlıktan esas sorumlu bakanlık Sağlık Bakanlığıdır. Bir Ulusal Sağlık Sistemi vardır, hizmet birimleri ve hastanelerin büyük çoğunluğu kamuya bağlıdır. Son yıllarda temel sağlık hizmetlerine önem verilmektedir. Finansman tamamen vergiye dayalıdır. Hizmet birimlerinde ücret uygulaması çok ender ve küçük bir orandadır. Birinci basamak hizmetler pratisyenler ve çocuk uzmanlarınca yürütülür. İstihdamın büyük çoğunluğu kamu tarafından yapılır. Serbest çalışan hekimlerin sistem içindeki oranları çok azdır.

Fransa ve Hollanda'da kamu sağlık harcamalarının tamamına yakını sosyal güvenlikle finanse eden iki Avrupa ülkesidir. Fransa'da kamu sağlık harcamaları içinde kamu sigortalarının payı %96,8'dir. Bu pay Hollanda 'da %94'tür. Buna karşılık her iki ülkede de sağlık harcamaları oldukça yüksektir. Bu özel harcamaların büyük çoğunluğu da özel sigortalar aracılığı ile yapılmaktadır. Özel sağlık harcamaları içinde özel sigortanın payı Fransa'da %52,7, Hollanda'da ise %55,7'dir.

Hollanda'da sağlıktan esas sorumlu bakanlık; Sağlık Bakanlığıdır. Ulusal sağlık sistemi, Sosyal Güvenlik kuruluşlarının kendi hizmet birimleri ve özel sektör üçlüsü hizmet üretir. Hizmetlerin çoğu özel kuruluşlarca sunulur. Sistem pratisyen hekimliğe dayalıdır. Pratisyen hekim sevk vermeden hastanelere gidilemez. Hizmetlere %70 kamudan, %30 özel sağlık sigortalarından kaynak ayrılmaktadır. Hizmetlerin omurgasını genel pratisyenler oluşturur ve herkesin bir pratisyene kayıt olma zorunluluğu vardır. Ulusal sağlık sistemi, sosyal güvenlik kuruluşlarının kendi hizmet birimleri ve özel sektör üçlüsü hizmet üretir. Hizmet sunumunda ağırlık özel sektördedir. Hem özel hem de kamu istihdamı vardır.

Çek Cumhuriyeti ve Danimarka'da esas sorumlu bakanlık Sağlık Bakanlığıdır. Bir ulusal sağlık sistemi vardır, Ancak hizmetler desantralize edilmiş olup yürütme yetkisi yerel yönetimlere bırakılmıştır. Bu nedenle de yerel yönetimler sağlık hizmetinde önemli bir insiyatif ve işleve sahiptir.

Hizmetlerin finansmanı büyük oranda genel bütçeden karşılanır ve halkın %95'i buna dahildir (birinci grup sigorta). Halkın geri kalan %5'i ikinci tip sigortaya dahildir. Bunlar ekstra bir prim öderler ve karşılığında hekim seçme hakları vardır. Hizmetler özel hekimler, şehir hastaneleri ve belediye sağlık servisleri üçlüsü ile sunulur. Pratisyen hekimlik sistemin omurgasıdır.

Sağlık hizmetlerini sosyal sigorta yoluyla finanse eden ülkelerin hepsinde uygulamanın çeşitli farklılıkları vardır. Örneğin; Almanya, Belçika ve Hollanda'da hastalık sigortası kuruluşunu kişi kendisi özgürce seçebiliyor. Buna karşılık Fransa, Lüksemburg ve Avusturya'da ise, kişinin çalıştığı iş onun kayıt olacağı sigortayı zorunlu olarak belirliyor.

Ulusal sağlık sisteminin var olduğu ülkelerde, ilke olarak tüm vatandaşlar bu sistem aracılığı ile güvence altına alınıyor. Lüksemburg, Belçika, Fransa ve Avusturya gibi sosyal güvenlik sisteminin hâkim olduğu ülkelerde ise kendi veya başkası hesabına çalışan herkesini kendisini sigortalatması zorunludur.

Küba gelişmekte olan bir ülke olmasına rağmen sağlık alanında gösterdiği performansa iyidir. 1959 devriminden sonra halk sağlığı konusunda kısa sürede hedeflerine ulaşmıştır. Düşük tüberküloz, yüksek aşılama oranları ve düşük bebek ölümleri birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkin verildiğinin göstergesidir. Kanalizasyon probleminin çözülmesi, temiz su temini bulaşıcı hastalıkların önlenmesine katkıda bulunmuştur. Dünyadaki 189 ülke arasında, sağlık göstergeleri en iyi olan 30 ülkeden biridir.

Küba, yüksek aşılama oranına sahiptir. Verem aşısında % 99, DBT' de %100, Polio' da %93, Kızamık' da %94' lük aşılama oranlarına sahiptir. Yine, ishali bebekler için kullanılan ağızdan sıvı tedavisini yaygınlaştırarak, bu alandaki sorunları azaltmıştır. Sağlığın iyileştirilmesinde, bir başka etken, kadınların doğurganlığının azaltılmasıdır. 1960' da 4,2 olan toplam doğurganlık oranı, bugün 1,6' tır. Bölgede bu oran, 2,8'dir. Sağlık personeli ile yapılan doğumları % 90' a çıkaran Küba, bu şekilde bebek ve anne ölümleri konusunda olumlu bir gelişme sağlamıştır. Bir de, tüm bu gelişmeleri sağlayacak bir sağlık örgütlenmesi oluşturmuştur. 1980' li yılların ikinci yarısından itibaren de, sağlık alanına, bütçenin %23' ünü aktarmıştır. Bölgedeki diğer ülkelerde bu oran, ortalama % 5'dir.

Devrim öncesi diğer Latin Amerika ülkelerinde olduğu gibi büyük kentlerde orta sınıfa paralı hizmet veren büyük özel sağlık kuruluşları ile diğer kesimlere yönelik hizmet sunan küçük sağlık kuruluşları mevcuttu. Bu da hekimlerin kentlerde yoğunlaşarak eşitsiz dağılımına neden olmakta idi. 1960'dan sonra daha çok koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık veren devletin sağlık hizmetleri Sağlık ve Sosyal Refah Bakanlığı ile daha kapsamlı bir yapıya ulaşmıştır. 1980'li yıllarda yaşanan bazı olumsuzluklar sağlık alanında sıkıntıların yaşanmasına neden olmuştur. Ekonomik sıkıntılar sağlık hizmetlerinin arzını da etkilemiştir.

Özellikle **ABD**'nin ambargosunun sağlık alanındaki etkileri de ciddi şekilde hissedilmiştir. Bunları sıralayacak olursak; gıda maddelerinin yeterince bulunmaması insanların beslenmesini etkileyerek sağlıklarının bozulmasına neden olmuştur. Tedavi hizmetleri açısından ambulansların benzin ve yedek parça sıkıntısı bu hizmetlerin yeterince verilememesine neden olmuştur. Sağlık personeli de, işe geliş gidişin uzamasından fazla çalışmak zorunda kalmaya, sağlık dışı işlerle uğraşmak durumunda kalmaktan eksik malzeme ile mesleklerini yapmak konumunda olmaya kadar birçok sıkıntı ile karşı karşıya kalmıştır.

Diğer yandan, ilaç hammaddesi ithalindeki sıkıntılar, tedavide kullanılan ilaçların sayısını azaltmakta, önemli hastalıklarda kullanılan ilaçların bulunmamasına yol açmaktadır. Tıbbi bilgiye ulaşmada sorunlar yaşanmaktadır. Döviz sıkıntısı ve ambargo nedeni ile Kübalı hekimler ve bilim adamları mesleki birikimlerini geliştirme olanaklarından yoksun kalmaktadırlar. Eczanelerde rafların boşalması, sağlık kurumlarında sunulan hizmetin kalitesinin düşmesinin yanı sıra, temel gereksinimlerini karşılama konusunda sıkıntılarla karşılaşan Küba halkı, stresin yaşamında önemli sorun olduğunu görmektedir. Ambargonun yanı sıra 1993'de yaşanan Asrın Fırtınası, hastanelerin tahrip olmasına, içme suyu ve gıda depolarının tahrip olmasına yol açmıştır. Bu faktörlerin tümü, devrimden sonraki en büyük krizini yaşayan Küba'nın bu yıllarında yan yana gelmiştir. Devrim boyunca elde edilen kazanımların ciddi tehlikede olduğu bu dönemde, sağlık hizmetlerinin aynı kalitede sürdürülmesi mümkün olamaz hale gelmiştir. 30 yıllık ABD ambargosunun Kübalılara maliyeti, yaklaşık 40 milyar dolar olmuştur.

Sağlık sektörünün finansmanı açısından bakıldığında, finansmanın tamamen devlet tarafından karşılandığı görülmektedir. Halk sağlığı, ücretsiz ve evrenseldir. Devlet kısıtlı olanaklara rağmen koruyucu hekimlik hizmetlerini, tanısal testleri, hastane 135 hizmetlerini ve yatan hasta ilaçlarını ücretsiz olarak sunmaktadır. Cepten harcamaların oranı düşüktür. Örnek vermek gerekirse, ayakta reçete edilen ilaçlar, işitme cihazları, diş ve ortopedik protezler, tekerlekli sandalyeler cepten ödenir. Düşük gelir gruplarına bu hizmetler de ücretsiz olarak verilir. Sağlık kurumlarının tamamı kamuya aittir ve personelin tamamı ücretli çalışmaktadır. Toplam sağlık harcamalarının % 90 ı genel bütçeden karşılanmaktadır. (Ateş, 2011, s.97)

Birinci basamak sağlık hizmetleri aile doktorları tarafından verilmektedir. Bir aile doktoruna 1000 kişi kayıtlıdır. Kişinin aile hekimini seçme hakkı vardır. Aile doktorunun aşılama, koruyucu sağlık hizmetleri, yaşam tarzının iyileştirilmesi, beslenme eğitimi, egzersiz, tütün ve alkol kullanımının azaltılması gibi sağlığı geliştirici hizmetler ve rehabilitasyon hizmetleri olmak üzere dört temel görevi vardır. Aile hekimliği uygulamasında rekabet veya ödüllendirme yoktur. (Ateş, 2013,s.111)

Türkiye'de ise, Türk Sağlık Sistemi Refah Yönelimli bir sağlık sistemi olmaya çalışmaktadır. Yani gelişmekte olan / orta gelirli ve refah yönelimli sağlık sistemi Türk Sağlık Sisteminin temel tipidir. Kamu sektörü sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde asıl unsurdur. Özel sağlık sigortacılığı ve özel sektör sistemde daha çok yer almaya çalışmaktadır. Sağlık hizmetleri talebi ve arzında karmaşık yapı ve çok başlılık vardır.

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, Bakanlığın merkezci tutumu nedeniyle, hastanelerin bir kısmında, elektronik kayıt sistemleri hiç kurulamamıştır.

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.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin tedavi ve rehabilitasyon açılarından istenilen düzeyde olmaması, bu görevlerin daha çok ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları tarafından üstlenilmesine yol açmıştır. Ayrıca mevcut durumda zorunlu sevk zincirinin bulunmaması sebebiyle de ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında ciddi oranda hasta yoğunluğu yaşanmaktadır. Hasta insanların birinci basamakta tedavi edilebilecek rahatsızlıkları için hizmet maliyetleri daha yüksek olan ikinci ve üçüncü basamağa yönelmeleri, yüksek miktarlarda sağlık harcamaları yapılmasına ve dolayısıyla kamu kaynaklarının israfına, birinci basamak için kullanılacak kaynakların atıl kalmasına sebep olmaktadır. İnsanların başvurdukları birinci basamak sağlık kuruluşlarından tatmin edici tedavi hizmeti alamadıkları durumlarda, aynı rahatsızlık için üst basamaklara başvuruda bulunmaları, tekrarlayan harcamalara yol açmaktadır.

4. Strateji kavramı ve politikalar üzerindeki etkisi

Strateji, işletme amaç ve hedeflerinin tespiti, işletme ile çevresi arasındaki ilişkilerin analiz edilmesi ve amaçlara ulaşmak için gerekli faaliyetlerin planlanması ve gerekli kaynakların dağıtımı işlemidir.

Strateji, uzun dönemli amaçlara ulaşmak üzere geliştirilen, geniş kapsamlı ve genel bir planlama türüdür. Örgütsel stratejiler, pazarlama, finansman, üretim, araştırma ve geliştirme ile personel gibi alanlarda oluşturulur.

Stratejik düşünme, kısa ve orta dönem yerine uzun döneme, parçalar yerine bütüne, olaylar yerine yapı ve sistemlere, sonuçlar kadar sebeplere, tek boyutlu düşünceden çok boyutlu düşünceye odaklanmak, eylem ve faaliyetleri bu düşünce düzeyine göre şekillendirmektir.

Stratejik yönetim ise, örgütsel amaçların başarılmasına yardımcı olacak stratejilerin oluşturulmasına yönelik, karar ve eylemlerin belirlenmesine ilişkin bir süreçtir. Stratejik yönetim sürecinde örgütün ihtiyaçlarına en uygun stratejilerin geliştirilmesine çalışılır.

Stratejik Yönetimin Unsurları;

- 1-Üst yönetimin fonksiyonudur,
- 2-Uzun dönemlidir,
- 3-Örgütün bütününe ilişkindir,
- 4-Çevreyle uyumu amaçlar (atılımcı, tepkimece),
- 5-Sürdürülebilir rekabet üstünlüğünü amaçlar.

Stratejik Yönetimin Aşamaları;

- 1-Çevrenin analizi,
- 2-Örgütsel yönelimin belirlenmesi,
- 3-Stratejinin oluşturulması,
- 4-Stratejinin uygulanması,
- 5-Stratejik kontrol.

Stratejik zaman yönetimi: Zamanın etkin kullanımını sağlayan yöntem ve tekniklerin bir kısmı şunlardır:

- Zaman tutanağı hazırlama
- Öncelikleri belirlemek
- Yöneticinin kendini yönetmeyi bilmesi
- Zamanı programlama
- Yetki devretmek ve tersine yetki devrinden kaçınmak
- Çalışma zamanındaki kesintilerin ortadan kaldırılması
- Etkili iletişim
- İşlerin sürüncemede bırakılmaması
- Yöneticinin hayır demeyi öğrenmesi.

5.1 Taktik ve politika

Stratejilerin uygulanması süresinde karşılaşılan rekabete ve değişen şartlara uygun olarak yapılan dinamik, genellikle nihai sonuca odaklı olmayan ve daha kısa dönemleri kapsayan, olası rakip davranışlarını dikkate alan faaliyetler ve kararlara **taktik** denir. Örgütlerde arzulan amaçlara ulaşılabilmesi için belirlenen stratejilerin uygulanması sürecinde, çalışanların vermesi gerekli olan kararlara ve yapılması gerekli faaliyetlere yol gösteren düşünce tarzına da **politika** denir.

Öncelikli olarak stratejik yönetim sağlık alanındaki önemli sorunları “hızlı” çözecek bir teknik değildir. “Kırtasiye işlerini” tamamlama süreci değildir. Danışmanların veya küçük bir grup personelin sorumluluğuna bırakılamaz. Uygulanmadığı sürece, çalışanlar süreci ve etkilerini anlayamaz, yaparak öğrenilir.

Stratejik düşünme bireysel bir düşünme şeklidir/entelektüel süreçtir. Sağlık sektöründe hızlı değişim hiper rekabet sürekli değişim gerektirir. Bu yüzden yaptığımız bir şey dün bize başarı getirirken, bugün başarısızlığımızın nedeni olabilir. Başarılı stratejik yönetim örgütteki herkesin stratejik düşünmesini gerektirir.

Sağlıkta stratejik yönetim için; genel amaç, örgütünü veya kurumunu çevresinde uygun bir konuma getirmektir. Spesifik amaçları; diğer örgütlerin yarattığı bilgi akışını sınıflamak ve sıralamak, örgütü etkileyecek mevcut önemli konuları belirlemek, örgütü önemli ölçüde etkileyecek olası konuları belirlemek, örgütün misyonu, vizyonu, değerleri, amaçları, içsel analizi ve stratejisi için organize bilgi elde etmek, örgüt genelinde stratejik düşünmeyi teşvik etmektir.

5.2 Sağlık kurumlarında stratejik yönetimin kısıtları ise;

Çevresel analiz geleceği söyleyemez, bilgiye zamanında ulaşmak zor/ımkânsız olabilir. Bilgi mevcut olsa da, yönetimin yorumlaması ve yanıt vermesi gereken hızda olmayabilir. Yöneticilerin çevresel olayları belirleme ve rasyonel olarak yorumlamada kişisel kısıtlılıkları olabilir.

Genel Çevre Unsurları; Örgüt ve bireyler farklı birçok endüstriyi, hatta bireysel örgütleri doğrudan etkileyebilecek konularda değişim yaratır ve bilgi üretir. Bunlar; Teknolojik, Sosyal, Regüle edici, Politik, Ekonomik, Rekabet unsurlarıdır.

Sağlık hizmetleri ile ilgili olarak çevresel unsurlara örnekler olarak: Genel ekonomik kriz, sağlık hizmetlerinde geri ödeme politikaları, bireylerin sağlık hizmetleri hakkındaki tutumu, davranış ve beklentileri, yaşlı nüfusun artması, sağlık hizmetleri kullanımı ve sağlık harcamalarıdır.

5.3 Sağlık çevresi unsurları:

i) Birincil ve ikincil hizmet sunucuları planlayan ve düzenleyen kurumlar, Sağlık Bakanlığı, DPT, Gönüllü akreditasyon kurumları (JCAHO)...

ii) Sağlık hizmeti sunan kurumlar (birincil hizmet sunucular), Hastaneler, poliklinikler, görüntüleme merkezleri...

iii) Sağlık sistemine kaynak sağlayan kurumlar (ikincil hizmet sunucular), Eğitim kurumları, Geri ödeme kurumları, İlaç-tıbbi araç-gereç ve malzeme firmaları

iv) Birincil ve ikincil hizmet sunucuları temsil eden kurumlar, Türk Tabipleri Birliği, Özel Hastaneler Derneği, Sağlık Yöneticileri Derneği, İlaç Üreticileri Birliği...

v) Bireyler ve hastalar, Bağımsız bir sağlık kurumunda çalışan bireyler, hastalardır.

Sağlık sektöründe genel ve sağlık çevresi analiz süreci stratejik yönetim açısından aşağıdaki gibidir:

Tarama ve izleme:

- Dış çevreye ait bilgiyi incele (yayın, örgüt, hasta vb)

- Bilgiyi istenilen kategorilere ayır (teknolojik, sosyal, politik vb)
- Her bir kategorideki konuları belirle (trend, gelişme, ikilem vb)
- Çevre ile ilgili veri tabanına ekle
- Her bir konunun değişim hızını belirle

Tahmin

- Konuyla ilgili trendleri, gelişmeleri, ikilemleri, olası olayları tahmin et
- Alternatif projeksiyonlar geliştir (senaryolar geliştir)

Genel ve Sağlık Çevresi Analiz Teknikleri ise aşağıdaki gibi ele alınabilir;

- Trend analizi
- Delfi tekniği
- Nominal grup tekniği
- Beyin fırtınası
- Diyalektik
- Paydaş analizi
- Senaryo yazma

Hizmet alanı varsayımlarının geçerliliğini değerlendirmek için stratejik düşünme haritasında ise aşağıdaki sorulara cevap aramak gerekir;

1. Strateji rekabet çevresi ile uyumlu mu?
2. Rekabetin doğru ve dürüst şekilde değerlendirmesi yapıldı mı?
3. Hizmet kategorisi/alanında rekabet koşulları değişti mi?
4. İkame ürün/hizmetlerin sayısında değişiklik oldu mu?
5. Pazar payı, rekabetçi gücü koruma ve makul bir karlılığa ulaşmak için yeterli mi?

İçsel varsayımların geçerliliğini değerlendirmek için stratejik düşünme haritası ise aşağıdaki unsurlardan oluşur;

1. Güçlü ve zayıf yanlar doğru tanımlandı mı?
2. Strateji, güçlü yanları maksimize ve zayıf yanları minimize ediyor mu?
3. Rekabet avantajı hizmet alanındaki hizmet birimleri ile ilişkili mi?
4. Kısa ve uzun dönem rekabet avantajımızı koruyor muyuz?
5. Rekabet, avantajlarımızı zayıflatacak stratejik hareketlere neden oluyor mu?
6. Yeni rekabet avantajı yaratıyor muyuz?

5. Sağlık sistemlerinde sevk zinciri stratejisinin geliştirilmesi ve karşılaştırılmalı stratejiler

Ülkeler arasında karşılaştırma yapabilmek için;

1. Yön belirleyici stratejiler
2. Uyum sağlama stratejileri
3. Pazara giriş stratejileri
4. Rekabet stratejileri

Stratejik alternatifler hiyerarşisi yön belirler;

Misyon • Vizyon • Değerler • Amaçlar

- Uyum sağlama;

- Büyüme: çeşitlendirme, dikey entegrasyon, pazar geliştirme, ürün geliştirme
- Küçülme: tasfiye, varlıkların satılması, hasat toplama, tasarruf sağlama
- Stabilizasyon: iyileştirme, statüko

- Pazara giriş, satın alma;

- Ele geçirme, lisans hakkını alma işbirliği: birleşme, ittifak kurma,
- Ortak girişim gelişme: içsel gelişme, içsel girişim
- Stratejik duruş: savunmacı araştırmacı, analiz edici reaksiyon gösterici pozisyon

- **Rekabet Pazarı;**

- o Genelinde maliyet liderliği, farklılaşma pazar segmentinde, odak/maliyet liderliği, Odak / Farklılaşmadır.

6. Sevk sistemi için çözüm önerileri;

“Kapı tutucu”, yani hastaların sevk edilmeleri halinde üst basamaklara ulaşılabilirdiği bir sevk sistemi, dünyada çok başarılı örnekleri olmasa da teorik olarak savunulabilen ve ekonomik olarak fayda umulan bir modeldir. Ancak, altyapı ve işleyişte zorunlu koşulların sağlanmasıyla uygulanabilir. Bu zorunlu haller;

- a) Tetkik, görüntüleme, girişimler dahil her tür sağlık hizmetindeki israfın önlenmesi ve böylece bu işlemlerin birim fiyatlarının nispeten makul düzeylere yaklaştırılması için hasta ile ilgili bütün işlemleri kayıt altına alabilen ve ilgililerce paylaşılabilen bir elektronik kayıt sisteminin kurulması gereklidir. Ancak böyle bir alt yapı ile birlikte uygulanırsa “kapı tutucu” sevk modeli etkili olarak hayata geçebilir.
- b) AHBS oldukça yaygın olarak kullanılmakla birlikte hastane veri tabanları ile yeterli iletişim kurabilecek bir yapıda değildir. Öncelikle bu hastane AH (aile hekimliği) iletişim alt yapısı kurulmalı ve birlikte sevk zincirinin uygulanması şarttır.
- c) Sevk zincirinin sağlıklı biçimde işleyebilmesi için bir AH birimi en fazla 2000 kişiden sorumlu olmalıdır. AH Birimi sayısını olması gereken düzeye ulaştırmak ve buralarda çalışacak AH uzmanlarını yetiştirmek için gerekli önlemler alınmalı, AH uzmanlık eğitimine hız verilmeli ve AH’lerinin hastanelerde değil sahada uygulama yaparak yetiştirilmeleri sağlanmalıdır.
- d) SUT fiyatları hasta ağırlığına göre derecelendirilmeli, sevkli gelen komplike hastaları kabul eden hastanelerin mağduriyeti önlenmelidir.
- e) Kapsamlı birinci basamak sağlık hizmetini verebilecek ekipte görev alacak diğer sağlık mesleklerinin yetiştirilmesi için üniversiteler sorumluluk üstlenmeli, YÖK ve SB iş birliği ile bu konuda hızla projeksiyon ve planlamalar yapılmalıdır.

Yukarıdaki bütün şartların sağlanması sonucunda sevk zinciri uygulandığında üniversite hastanelerinin gelir kaybına uğramaması için:

- Günümüzde eğitim hastanesinin sağlık hizmetlerinin basamaklandırılmasında ölçüt olarak kullanılması yeterli değildir. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri yeniden tanımlanmalı ve sadece bazı özel hizmetlerle sınırlandırılmalıdır. İl dışı sevklerde o ildeki eğitim hastanelerine prosedür içinde yer verilmelidir.
- Azalan ayaktan hasta yüküne karşılık hastanelerin kaliteli hizmet yürütebilmesini teminen hastane hizmetleri birim fiyatları yükseltilmeli, başta üniversite hastaneleri olmak üzere hastanelerin sürdürülebilirliği güvence altına alınmalıdır.
- Eğitimin yapıldığı hastanelerde eğitim ölçütleri belirlenmeli ve bu eğitim yüküne paralel olarak genel bütçeden ayrı bir ödenek ayrılmalıdır.

Yukarıdaki modele uygun bir sevk zincirinin hayata geçirilebilmesi zaman ve kapasite artışına ihtiyaç duymaktadır. Bu açıklar kapatılıncaya kadar sevk zincirini özendirici tedbirler hayata geçirilmelidir.

- Bunun için birinci basamak özendirilmeli ve başvuru için hiçbir caydırıcı müdahale yapılmamalı, katkı payı, ücret vs. alınmamalıdır.
- Hasta olmaksızın yılda en az bir kez AH'e başvurmayı sağlayacak, zorunluluk, teşvik, ödüllendirme vs. yapılmalıdır.
- Hastaların farklı basamaklardan hizmet almasına yasak getirilmeksizin, onları önce birinci basamağa yönlendirecek, doğrudan 2. Basamağa başvurmayı caydıracak teşvikler uygulanmalıdır. Bunun için hastanelerde sevkle gidenlerden düşük, sevksiz başvuranlardan yüksek (en az 2 veya 3 katı) katkı payı alınabilir.
- Tanımlanan yeni 3. Basamak (özel rehabilitasyon vs.) hizmetlerin yapıldığı yerlere sevk yapıldığında yine düşük katkı payı alınırken, doğrudan baş vurularda bu katkı payları yüksek tutulmalıdır.
- Her basamakta ilaç kullanımında katkı payında ısrar edilmelidir. Kronik hasta tedavileri kanıta dayalı olmak koşuluyla katkı payından muaf tutulmalıdır. Bu reçetelerin AH'lerince yazılması teşvik edilmelidir.

7. Sonuç

Ülkemizde sevk zinciri uygulamasının henüz zorunlu olarak uygulanmaması sebebiyle, hastaların birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuruda bulunmadan üst basamak sağlık kuruluşlarına gitmelerinde yasal olarak bir engel veya kural yoktur. Ancak sağlık harcamalarının sürdürülebilirliği açısından, en basit düzeydeki rahatsızlıklar için dahi ikinci ve üçüncü basamağa başvuruda bulunulması, uzun vadede ciddi sıkıntılara yol açabilecektir. Buna göre gerekli alt yapılar sağlandıktan sonra zorunlu sevk zincirine geçilmesi, tedavilerin daha pahalı olan üst basamaklardan birinci basamağa kaydırılmasıyla, kamu bütçesi üzerindeki yük de hafifleyecektir.

Kaynakça

- Belek, İlker. 2001, *Sosyal Devletin Çöküşü ve Sağlıkın Ekonomi Politikası*, Sorun Yayınları 3. Baskı, İstanbul.
- Kurucu H. "Yönetim Bilimi Ders Notları", 2014.
- Metin Ateş, Sağlık Sistemleri, 2011, s.97
- Metin Ateş, Sağlık Sistemleri, 2013, s.111
- ÖZTEK, Zafër. "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri", Yeni Türkiye Dergisi, Sağlık Özel Sayısı 1, Yıl 7, Sayı 39, Mayıs-Haziran 2001.
- Politika Analiz Raporu, "Türkiye'de aile hekimliği uygulaması", Ankara, 2011.
- Sevk Zinciri ve Çözüm önerileri, www.uhbd.org/useruploads/files/sevk_zinciri.doc, (09.04.2015).
- Sülkü N. S., "Türkiye'de sağlıkta dönüşüm programı öncesi ve sonrasında sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı ve sağlık harcamaları, Ankara, 2011.
- Swayne, L.E. et al. "Strategic Management of Health Care Organizations", 2006.
- Ülgen-Mirze, Stratejik Yönetim Kitabı, 2004.
- Yurdadoğ Volkan, "Sağlık Karma Malının Tahsisinde Etkinlik Sorunu ve Türkiye'de Sağlık Reformu" Doktora Tezi Ankara, 2006.
- İngiltere sağlık sistemi, Toplum ve Hekim Dergisi, 1994.
- Küba'nın sağlık sistemi; <http://www.odevsel.com>, 2011, (09.04.2015).