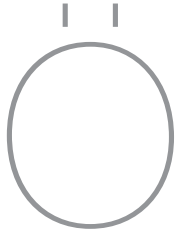


Sağlık sisteminde bakanlığın misyonu ve vekilharçlık*

Dr. Julio Frenk Mora



Meksika Ulusal Üniversitesinden 1979 yılında mezun Tıp Doktorudur. 1980 yılında Michigan Üniversitesinde Toplum Sağlığı konusunda yüksek lisans, 1981 yılında sanat ve sosyoloji konusunda yüksek lisans yapmış ve Sağlık Hizmeti Organizasyonu ve Sosyolojisi alanında doktora unvanı kazanmıştır. 1998 de Dünya Sağlık Örgütü'nde Politika İçin Kanıt ve Bilgi Bölümü yöneticiliğine atanmıştır. 2000 yılından beri Meksika Sağlık Bankalığı görevini yürütmektedir. 2006 Eylül ayında Dünya Sağlık Örgütü Başkanlığına aday oldu.



ncelikle, Türkiye'de sağlık alanında atılan radikal adımlardan çok etkilendiğimi belirtmek istiyorum.

Bence, sağlık sistemlerini ve hizmetleri nüfus grupları değil, işlevler ekseninde yapılandırma yaklaşımı ve bu yapıda sağlık bakanlıklarının rolü öncelikli hususlardan birisidir. Türkiye ve Meksika gibi ülkelerin sağlık sistemini nüfus gruplarına göre belirlemek gibi çok eski bir geleneği vardır. Genel kural ise ilkelere ve işlevlere göre bakmak olmalıdır, bence kesinlikle en doğru yol budur. Ancak, burada önerilen bu yeni yapıya nasıl geçileceği, daha açıkça söylersek geçiş sorunu

karşımıza çıkar. Bence en önemlisi, temel hedefi akıldan hiç çıkarmamaktır. Sağlık bakanlığının genel misyonu nedir? Bu soru başlangıç noktası olmalıdır.

Meksika'daki tecrübelerimizden bahsetmek istiyorum. Meksika'da anayasamızda "sağlık koruma hakkı" vardır; sağlığın korunması için kullandığımız bir kavramdır bu. Sağlık koruma hakkı, sınırlı bir kapsamı ve daha dar bir bakış açısı olan toplum sağlığını koruma kavramına göre daha geniş bir anlayıştır. Bu korumanın bence üç ana boyutu vardır: Birincisi insanları, nüfusu sağlık risklerine karşı korumaktır ki, bu her devletin birincil görevi olmalıdır. Devletin görevi vatandaşlarını her tür tehlikeye karşı korumaktır; bizim alanımıza sağlıkla il-

gili olan tehlike girer. İkincisi ihtimam ve daha fazlasını arama / elde etme sürecindeki sağlık hizmetlerini kullananların hakkını korumaktır. Ve korumanın üçüncü boyutu, her zaman göz ardı edilen mali korumadır, yani insanları kötü sağlığın ekonomik sonuçlarına karşı korumadır.

Anayasada vatandaşların sağlıklarının korunması hakkının yer aldığı bizim gibi ülkelerde, misyonun bu üç bileşeni veya boyutu düşünüldüğünde, bu kavramı işlevsel hale getirmek zorunluluk olmaktadır. Bence, bu boyutlar bu işlevselleştirmenin üç ana esasıdır. Bu yüzdendir ki burası ayrılma noktasıdır. Eğer sağlık sisteminde vekilharçlık rolü üstlenecekseniz, bu sorunların idarecisi konumuzla ve vekilharçlık rolü-



nüzün gereği olarak en azından bu üç boyutta sağlık bakanlığının misyonunu yerine getirdiğinizden emin olmalısınız.

Öncelikle ilk boyutu, yani nüfusu sağlık risklerine karşı koruma konusunu ele alalım. Sağlıkla etkileşim içinde olan ve toplumu ilgilendiren ortak malların çoğu (kriminalolojik surveyansla ilgili bütün mallar) çeşitli risk faktörlerinin kontrolü, çevresel risk faktörleri, işle ilgili, meslek gereği maruz kalınanlar, düşük kaliteli ilaçların varlığı vb etkenler koruma gerektiren risk alanlarını oluşturur. İnsanları bu sağlık risklerine karşı koruma konusunda bütün olarak düzenleyici faaliyetler bulunmaktadır.

İkinci boyut, bakanlığın aktif olarak üstlendiği hastaların savunulması, haklarının korunmasıdır. Örneğin mahremiyet hakkı, bir kişinin sağlık statüsü hakkındaki bilgilerinin gizli tutulması hakkı – ki böylece o kişi sağlık statüsüne bağlı olarak bir ayrımcılığa maruz kalmaz –, karar verme sürecine katılma hakkı, kişinin itibarına uygun olarak güvenli ve etkin bakımı alması hakkı gibi haklardır bunlar. Ve üçüncüsü, mali korumadır; bir hastalığa sahip olduğunuzda fakirleşmeme hakkıdır.

Meksika'da sağlık bakanlığını yeniden organize etme yöntemimiz şöyledir; bizim bu üç boyutu kapsayan yarı otonomluğumuz vardır. Bu yarı otonomluğu biraz açmak istiyorum. Yarı otonom sistemimizde üç komisyonumuz var. Bir komisyon, sağlık risklerine karşı koruma ile ilgilendir; bu riskler çoğunlukla klasik kamu sağlığı ile ilgili olanları kapsıyor. İkincisi bir tür ombudsmanlık görevi yapmaktadır. Tedavilerinden beklemedikleri sonucu alamayan hastaların şikayetlerini ilettikleri ve bu sorunların adli sürece girmeden çözüm buldukları bir ombudsmandır. Bu komisyon hizmet sağlayıcılara bazı yaptırımlar uygulayabilir. Üçüncüsü ise tam olarak bakanlığın dışında olmadan bakanlığın bir kolu gibi yapılanmış sağlık hizmeti işidir. Bu, bizim vekilharçlık işlevini gerçekleştirme şeklimizdir. Sağlık hizmeti işlevi, özellikle de icra işlevi, yaklaşık 20 yıldır eyaletlere verilmiş desantralize bir görevdir. Türkiye'nin aksine Meksika bildiğiniz gibi federal bir cumhuriyettir. Ülkemiz 32 bağımsız eyaletten oluşuyor, bu yüzden de yapılanma sürecimiz 20 yıla uzamıştır.

Hastanelerin ve kliniklerin yönetimini, bağışıklama ve erken teşhis kampanyaları gibi toplum sağlığı uygulamalarının çoğunun sorumluluklarını eyaletlere, ulusal hükümetin altındaki ikinci düzeydeki eyalet hükü-

metlerine devrettik. Bizim tecrübeyle edindiğimiz sonuç, devretme konusunda fazla ileri gitmiş olduğumuzdur. Eğer desantralizasyon işlemi politika araçlarını elinde tutmaksızın yapılırsa çok kaotik bir sağlık sistemi ile karşı karşıya kalınabiliyor. Ve eğer Meksika örneğinin bir tecrübesi varsa, o da tam merkezîyetçilik gibi çok fazla desantralizasyonun da iyi olmadığıdır. Eğer desantralizasyon çizgisinde çok ileri giderseniz, sonuçta çok fazla parçalanmış ve çok adaletsiz bir sistemle karşılaşabilirsiniz.

Özellikle, başlangıçta Meksika'da gördüğüm ülkenin büyük bölgesel farklılıklarının olmasıydı ve bu durum Türkiye için de geçerli. Sizin doğu ve batı arasında sahip olduğunuz eşitsizliğe biz Meksika'da kuzey ve güney arasında sahibiz. Meksika ve Türkiye birbirine çok benziyor, çünkü her ikisinin de yarısı dünyanın en zengin kısımlarına bakarken, diğer yarısı dünyanın fakir kısımlarına bakıyor, yani bir yarısı çok gelişmiş diğer yarısı ise gelişmemiş dünyaya bakıyor. Bu durum iki ülke için de aynı.

Başlangıç noktasında bölgeler arasındaki eşitsizliğin aşırı olması, hizmetin desantralizasyonu çok hakkaniyetsiz sonuçlara ve varolan adaletsizliğin derinleşmesine neden olabilir. Bu nedenle, vekilharçlık kuralının, bölgeler arasında hizmet ve kaynakları eşitleme konusunda proaktif olması gerektiğini düşünüyorum. Kural ve standartlar koymaktan -ki hizmet sunucuları ve tedarikçileri akredite etme, norm ve standart koyma vekilharçlığın önemli unsurlarıdır- ayrı olarak hizmet sunumu işlevine geldiğinde bile, başlangıçtaki adaletsizliği gidermeye yönelik olarak kaynakları dengeli bir şekilde dağıtma hedeflenmelidir. Ülkenin iyi durumda olan bölgelerine göre mevcut olan farklılıkların ortadan kaldırılması amacına yönelik genel bir stratejik planlama sürecinin olması zorunludur.

Sistemin alt parçaları için genel sorumluluğun kesinlikle iyi işlemesi halinde bakanlığın değişik icra birimlerinin devredilmesinin doğru olduğunu düşünüyorum. Vekilharçlığın özü, hastanelerin işlemlerini ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulmasını güvence altına almaktır. Bunların çok iyi çalışmasını temin etmek gerekir. Sahip olduğumuz araçlar, atın dizginlerini elde tutmaya yarar. Ben bundan, yani kontrollü metafordan daha fazla hoşlanırım. Çünkü, bildiğiniz gibi sağlık sisteminin kontrolü zordur. Eğer her biri farklı yönlere giden 32 farklı atınız varsa, sanırım bizim başımıza gelen kaçınılmazdır. Bizim tecrü-



Bizim tecrübeyle edindiğimiz sonuç, devretme konusunda fazla ileri gitmiş olduğumuzdur. Eğer desantralizasyon işlemi politika araçlarını elinde tutmaksızın yapılırsa çok kaotik bir sağlık sistemi ile karşı karşıya kalınabiliyor. Ve eğer Meksika örneğinin bir tecrübesi varsa, o da tam merkezîyetçilik gibi çok fazla desantralizasyonun da iyi olmadığıdır. Eğer desantralizasyon çizgisinde çok ileri giderseniz, sonuçta çok fazla parçalanmış ve çok adaletsiz bir sistemle karşılaşabilirsiniz.

benizde 20 yıllık desantralizasyondan sonra, biz sadece atların koşmasına izin vermedik, aynı zamanda dizginlerin ucunu da kaçırdık. Dizginleri kontrol altında tutmanız gerekmektedir. Bu dizginler bütüncül olarak politikanın yönlendirilmesini sağlamak ve bunu bir stratejik plana dönüştürmektir.

Örneğin, önceden desantralize yapımız dolayısıyla eyaletler kurumlar inşa edebiliyorlardı, bu da sonuçta kullanılmayan, doğru yerde bulunmayan, daha çok politik baskılar veya ekonomik çıkarılara bağlı olarak yapılan inanılmaz miktarda çok tesisin inşa edilmesine neden oluyordu. Şu anda ihtiyacın belgelenmesi olarak adlandırdığımız, eyaletlerin taleplerini yaptığı, fakat aşmaları gereken merkezi bir süreç uygulanmaktadır. Böylece, desantralize otorite tarafından bir tesisin inşasına karar verilmeden önce, bunların bir master sağlık planının parçası olması gerekmektedir. Bu sağlık planları 32 sağlık otoritesinin ve federal otoritenin uzlaşması ile yapılmaktadır. Bu dizginlere hakim olmak otoriter bir yaptırım değildir; fikir birliğine dayalı bir süreçtir. Bu tür stratejik planlama çok önemlidir. Aynı stratejik planlamaya teknoloji, teknoloji ihtiyacını belirleme, yüksek teknolojik ürünlerin satın alınması için de ihtiyaç vardır. Aynı şey insan kaynakları stratejik planlaması için de geçerlidir; ne tür uzmanın hangi za-

Sistemin alt parçaları için genel sorumluluğun kesinlikle iyi işle-
mesi halinde Bakanlığın deği-
şik icra birimlerinin devredilme-
sinin doğru olduğunu düşün-
yorum. Vekilharçlığın özü, has-
tanelerin işlemlerini ve birinci
basamak sağlık hizmetlerinin
sunulmasını güvence altına al-
maktır.

man dilimi için görevlendirileceęi belirlen-
melidir. Bu nedenle, stratejik planlama
esas bileşendir.

İkinci olarak, vekilharçlığın en güçlü aracı
olarak gördüğüm şey, "karşılaştırmalı per-
formans değerlendirmesi" ve karşılaştırmalı
deęerlendirmeyi kamuoyu ile paylaşmak-
tır. Böylece, Meksika'da daha önce hiç ya-
pılmamış bir şeye başladık, çünkü çok fazla
direnc vardı ve bütün eyaletlerin sağlık
otoriteleri ile uzlaşma sağlanmalıydı. Yaklaşık
40 tane ortak gösterge yine tüm eyaletler
düzeyindeki sağlık sekreterliklerinin fikir
birliği ile belirlenmiştir. Şu anda 32
eyaletin sıralamalarını her yıl yayınlamakta-
yız ve bu yayın, kamuoyuna açıklanmakta-

dir. Bu suretteki performans deęerlendir-
mesinin inanılmaz derecede güçlü bir araç
olduğunu düşünüyorum, çünkü hiç kimse
eyaletini bu listenin alt sıralarında görmek
istememektedir.

Son olarak, vekilharçlığın çok önemli hu-
susiyetlerinden birinin eyaletlerle teknik iş-
birlięi olduğunu söylemek istiyorum. Mer-
kezi bakanlık, uzmanlıkların çekirdeği ola-
rak bir rol taşır ve eyaletlerin ihtiyaçları du-
rumunda bu potansiyel deęerlendirilir. Son
bir yorum olarak vekilharçlığa odaklanma-
nın sürdürülmesi ve daha sonra hizmet su-
numunun çoğunlukla yerel hükümet veya
sivil toplum kuruluşu gibi kenar birimlere
devredilmesi, sağlık hizmet sunucuları ve
finansörlerini de kapsayan ortak bir karar
verme veya politika yapma organının elde
tutulmasına vurgu yapmak isterim.

Eyaletleri desantralizasyona göre düzenle-
meye başladığımızda, Ulusal Sağlık Konse-
yi olarak adlandırdığımız, Federal Sağlık Ba-
kanlığı başkanlığında 32 eyaletin sağlık
sekreterlerinin bir araya geldięi bir organ
oluşturduk. Yılda dört defa toplanarak, her
üç ayda bir, bir buçuk günlük yoğun otu-
rular gerçekleştiriyoruz. Çok yoğun ge-
çiyor ve ulusal politikamızı burada oluşturu-
yoruz. Bu nedenle, ben hep, 32 tane eya-
let sistemi değil, tek bir ulusal sağlık sistemi-
miz olduğunu söylüyorum. Katkısı olanları

ve özellikle hizmet sunanları dahil eden bir
mekanizmaya sahip tek bir ulusal sistem,
tek bir ulusal politikamız var. Çünkü hizmet
sunumu herkesi kucaklayan bir işlevidir.

Sonuçta vekilharçlık işlevi ile tüm finans-
man ve kaynak geliştirilmesi işlevleri bir
toplumun ihtiyacı olan hizmetleri alabilme-
si içindir. En nihai amaç sağlığı geliştirmek-
tir. Sağlığı geliştirmek için en öncelikli işlev,
hizmet sunumu işlevidir. Finansman işlevi,
kaynak yaratma işlevi ve vekilharçlık işlevi
hep birlikte bireysel sağlıkta bir bireye veya
toplum sağlığında bir topluma güvenli, et-
kili, yüksek kalitede ve bir ihtiyacı karşılaya-
cak şekilde sağlık hizmeti sunulmasını ga-
rantilemek için vardır. Bu yüzden vekilharç-
lığı ne için yaptığımız konusundaki vurgu-
yu kaybetmemeliyiz. Hizmet sunumunda
görev alan her kimse, politika oluşturma
mekanizmasının çok önemli bir parçası ol-
mak zorundadır. Bizim örneğimizde elde
ettiğimiz sonuç, hizmet sunumunda doğ-
rudan eyalet hükümetleri sorumlu oldukları
için, bu tür kolektif bir mekanizmaya sa-
hip olmaktır.

Son yorumum; Sağlık Bakanlığının tam
olarak rolü vekilharçlıktır, fakat bu onun en
merkezi işlevi değildir. Vekilharçlık, Dünya
Sağlık Örgütü çerçevesinde, bir meta-
fonksiyon olarak tanımlanmıştır; işlevlerin
işlevidir. Böylece, vekilharçlık, finansman





ile ilgili bir işlemdir; nasıl finanse edildiği, finansman kurallarının ne olduğu ile ilgilidir. İkinci olarak vekilharçlık insan kaynağı geliştirme, insanların nasıl eğitildiği, araştırma politikasının nasıl olduğu ve bunun gibi hususlarla da ilgilidir. Tabii ki hizmet sunumundan da bağımsız değildir. Sağlık hizmet sunumu söz konusu olduğunda, oyunun kurallarının ne olduğu, hastaların haklarını nasıl korunacağı, hizmet sunuculara nasıl teşvikler uygulanacağı ve bunun gibi hususlarla ilgilidir.

Vekilharçlık aslında, işlevlerle ilgili işlevin bir meta-işlevidir. Bu noktada özellikle finansman işlevi ile ilgili olarak çok önemli olan bir nokta, finansmanın dizginlerini de elimizde bulundurumuzdur. Finansmanın kontrolü olmadan vekilharçlık, bildiğiniz gibi, en fazla ahlaki ikna veya vaaz olur. Eğer para ve teşvik araçlarına sahip değilseniz, vekilharçlık etkili olamaz; bizim örneğimizde finans mekanizmalarına işlevsel ve idari anlamda bir dereceye kadar otonomi vermemizin nedeni budur. Buna rağmen Sağlık Bakanlığı hala Finansman Program Kuruluna başkanlık etmektedir. Bakanlık fonu günü birlik yürütmez. Bakanlık kurula başkanlık eder ve bunu kesinlikle gerekli buluyoruz.

Bu konudaki en ilginç örnek Kolombiya'dır. Türkiye'deki durumu çok iyi bilmiyorum; bu nedenle de sadece Latin Amerika ülkelerinden bahsediyorum. Pek çok ülkede olduğu gibi, hem Kolombiya hem de Meksika sadece sağlık değil, hastalık ve

yaşlılık nedeniyle emeklilik, işle ilgili riskler gibi diğer alanları da finanse eden bir sosyal sigortaya sahiptir. Sadece sağlık fonu olmaması nedeniyle, Sağlık Bakanlığının etki alanının dışında olma eğilimindedir.

Kolombiya'nın yaptığı bence çok zekice bir karardı, sosyal güvenlik kurumunda iki kurul oluşturular. Kurullardan biri sağlık sigortası ile ilgilidir ve Sağlık Bakanlığı tarafından idare edilir. Diğer hususlarla, hastalarla, işle ilgili risklerle ilgili diğer kurul, Çalışma Bakanlığı tarafından idare edilir. Fakat, Meksika'da olduğu gibi Kolombiya'da da sosyal sigortanın % 60'ı sağlık bakımına, % 40'ı hastalara ve diğer ihtiyaçlara gitmektedir; bu nedenle tavrı mantıklı gelmektedir. Paranın vekilharçlık rolünden tam olarak ayrılması ancak bu şekilde mümkün olmuştur.

Yine Türkiye ile pek ilgili olmayabilecek bir deneyimi, uluslararası bir deneyimi paylaşmak isterim. Sadece bizim ülkelerimizde değil, Avrupa ülkelerinde, diğer yüksek oranda endüstrileşmiş ülkelerde bile her zaman, finansman işlevi ile ilgili vekilharçlığın pozisyonun ne olduğu sorun olmuştur. Eğer vekilharçlık işlevi aynı zamanda finansman hakkındaki kontrolü kapsamıyorsa, o zaman bu çok güç bir görev haline gelir. Çünkü hizmet sunucular arasında davranış değişikliğine yol açabilen teşvikleri ve ücret mekanizmalarını finanse eden önemli bir enstrümanı kaybedersiniz.

Bunlar, Meksika Sağlık Bakanı olma onurunu aldığımdan bu yana edindiğim birkaç düşüncedir. Türkiye'deki Sağlık Dönüşüm

Planından gerçekten çok etkilendim. Bence, doğru bir vizyonla tam olarak doğru bir yoldasınız ve kesinlikle doğru yönde ilerlemektesiniz. Anlattıklarım, elde ettiğimiz bazı tecrübelerle ilgili birkaç yorumum; bunlardan Türkiye ile ilgili çıkarımlar yapabilirsiniz.

*Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Bakanlığının Yeniden Yapılandırılması Çalıştayında Julio Frenk'in yaptığı konuşmadır. 31 Mart 2006, İSTANBUL

**Vekilharçlık: stewardship, Dünya Sağlık Örgütü tarafından "kürek çekmek değil, dümen tutmak" olarak tanımlanan bir yönetim kavramı