

Sağlık bilişimi ile SGK, sağlıkta tek aktör olmaya doğru ilerliyor

İlker Köse



1977 Nevşehir'de doğdu. İstanbul Üniversitesi Elektronik Mühendisliği'nden mezun oldu. Yüksek lisansını, Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü Bilgisayar Mühendisliği bölümünde 2003'te tamamladı. Halen aynı enstitüde doktora eğitimine devam etmektedir. 1999-2004 yılları arasında İstanbul Büyükşehir Belediyesi Ulaşım A.Ş.'de değişik görevlerde bulundu. 2003'ten itibaren Sağlık Bakanlığı'nın bilişim projelerinde danışman ve koordinatör olarak çalışmaktadır. Üzerinde çalıştığı projeler: Aile Hekimliği Bilgi Sistemi ve Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi'dir.

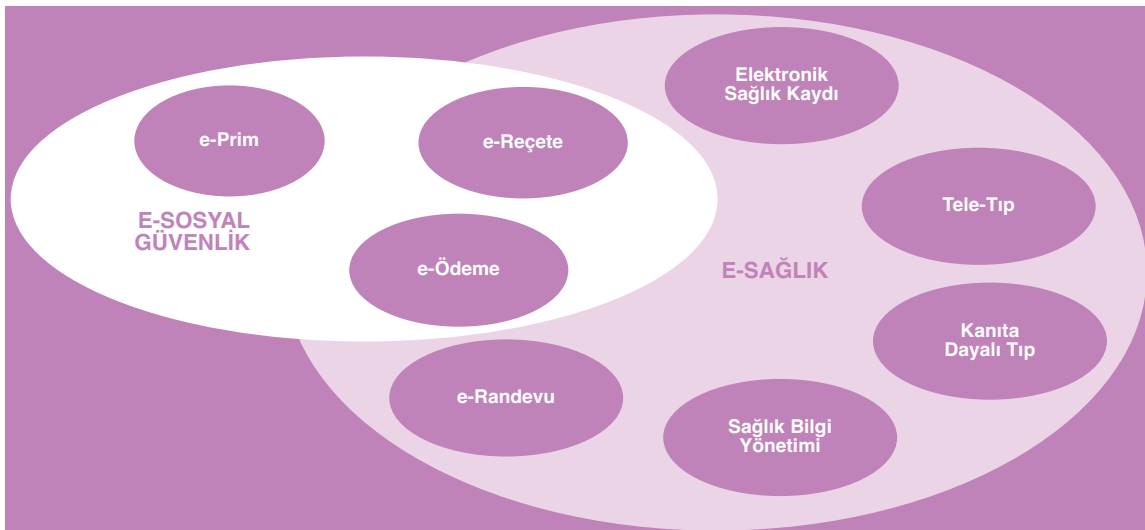
SGK'nın ve Sağlık Bakanlığının sağlık sektöründeki rolleri ve hedeflerini değerlendirirken, alışılmışın dışında çıkarak, bu iki kurumun hizmet politikalarına değil de, yürüttükleri bilişim projelerine bakmak, bizlere farklı bir bakış açısı sunmaktadır. Nitekim hem Sağlık Bakanlığı, hem de Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (Sosyal Güvenlik Kurumu), orta ve uzun vâdeli hedefleri için devâsa büyüklükte bilişim projeleri başlatmışlar ve belirli bir noktaya da gelmişlerdir. Bu bilişim projeleri, her iki kurumun hedefleri açısından çok önemli ipuçları vermekte ve or-

taya koydukları uygulamalarla, yetki sınırları konusunda bir karmaşıklık olduğunu gayet açık bir şekilde sergilemektedir. Bu açıdan baktığımızda, SGK'nın yürüttüğü projelerde, Sağlık Bakanlığı'nın yetki, görev ve sorumluluk alanına girdiğini ve bu yönde hızla ilerlediğini gözlemliyoruz. Hatta diyebiliriz ki, daha dün SSK hastanelerini Sağlık Bakanlığı'na devreden yeni adıyla SGK, yakın zamanda tüm hastaneler üzerinde eskisinden daha güçlü ve hakim duruma gelmeye başlayabilir.

Bu yargıya, SGK'nın politikalarının birer yansıması olarak kabul ettiğimiz bilişim projelerinin içeriğine ve isimlendirmelerine bakarak varyoruz. Yani neticeden

başlangıca doğru bir çıkarım yapmış oluyoruz. Nitekim SGK, yürüttüğü projelere içeriği ile uyumlu olmasa da "e-sağlık" adını vermektedir. Halbuki, eğer bu projeler birer e-sağlık projesi ise, tüm dünyada olduğu gibi bunları Sağlık Bakanlığı yapıyor olmalıdır. Yok eğer e-sağlık projesi değilse, o zaman başka bir isim kullanılmalıdır. Buradaki durum, acaba sadece basit bir kavram kargaşası mı, yoksa gerçekten yanlış giden bir şeyler mi var?

Öncelikle bu iki kurumun yürüttükleri bilişim projelerine, vizyonlarına ve hedeflerine kısaca göz atalım. Ardından da, her zaman olduğu gibi, olması gerekenlerle ilgili görüşlerimize dile getirelim.



Sosyal Güvenlik Kurumu Bilişim Projeleri

Medula

Medikal Ulak (MEDikal+ULAK), yani sağlık ağı anlamına gelen MEDULA, Sosyal Güvenlik Kurumu'nun yürüttüğü en önemli bilişim projelerinden birisidir. Resmi internet sitelerinde ve Wikipedi-a'daki tanımlara göre, "Medula, Genel Sağlık Sigortası (GSS) ile sağlık tesisleri arasında, sağlık tesislerinin iç süreçlerine müdahale etmeksizin,

- fatura bilgisini elektronik olarak toplamak,

- hizmetlerin ödenmesini gerçekleştirmek için oluşturulmuş bütünlük sistemidir." Yani, aslında tanıma bakarsak içerisinde kişisel sağlık verilerinin de yer aldığı bir veri toplama mekanizması yok; sadece ödeme ve fatura bilgileri var. Ancak uygulamada, Medula'nın bundan çok daha fazlasını yaptığını şimdiden görmekteyiz. Nitekim Medula'da halen çalışan servisleri şunlardır:

- Hak Sahipliği ve Sözleşme Doğrulama
- Reçete, Tetkik ve Sevk Bildirimi
- Ödeme Sorgusu
- Ödeme Durum Kontrol
- Fatura Bilgisi Kayıt
- Rapor Bilgisi

"Reçete, Tetkik ve Sevk Bildirimi" ile "Rapor Bilgisi" servisleri, doğrudan kişisel sağlık verileri arasında yer alan ve literatürde Elektronik Sağlık Kaydı (Electronic Health Record) olarak geçen verileri içermektedir. Yani, sağlık bakanlıkları tarafından yürütülen e-sağlık çalışmalarının temeli olan elektronik sağlık kayıtları... Medula, bu verileri toplamayı, ödeme kurallarını işletebilmek için zaruri olarak görse de, dünyadaki diğer uygulamalar böyle değil. Gelişmiş ülkelerdeki örneklere baktığımızda, ödeyici kurumların, literatürde "claim processing" şeklinde geçen ve sadece hak sahipliği ve fatura işlemleri için gerekli verilerin toplanabildiği sistemler kurduklarını görmekteyiz. Nitekim Avrupa Birliği normlarına göre de elektronik sağlık verisinin sahibi, bizzat hastanın kendisi olup hastanın rızası (patient consent) olmadan erişilmesi yasal değildir. Bu konuda istisna olan tek kurum, gizlilik esaslarına tabi olmak ve hastanın rızasını almak kaydıyla veriyi bizzat üreten sağlık kurumları ve sağlık bakanlıklarıdır. İnternet teknolojisi kullanılan her projenin başına bir "e" harfi eklemek, aslında literatürde özel anlamları olan e-sağlık gibi kavramları yıpratmamıza neden olmaktadır. E-

sağlık kavramını yazının ilerleyen bölümlerinde açıklayacağız.

Medula'nın mevcut durumu dahi, aslında bir yetki karmaşasına işaret etmektedir. Ancak, hem şimdiki hem de bir önceki Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanları'nın yaptıkları açıklamalar, Medula'nın hedeflerinin, daha büyük bir karmaşaya neden olacağına işaretlerini veriyor. Nitekim her iki bakanın beyanına göre, hastaneye giden bir vatandaşın daha önce yaptırdığı tetkik sonuçları, raporları ve benzer "sağlık kayıtları" Medula üzerinden ilgili hastaneye gönderilecek ve bu işlemlerin yeniden yapılmasına gerek kalmayacak. Böyle bir proje tarifi, dünyada kabul gören ve sağlık bakanlıkları tarafından yürütülen e-sağlık projelerinin tanımı ile aynıdır. Bu durum, aslında teknolojinin ve e-sağlık konseptinin, koşulsuz bir şekilde Sosyal Güvenlik Kurumu'na hizmet eder hale getirilmesinden başka bir şey değildir. İlk bakışta tasarruf sağlayacak bir gelişme gibi görünen bu söylem, bir süre sonra hastanelerde atılan her adımın SGK'ya rapor edilmesini, verilen sağlık hizmetinde tamamen ödeme kurallarının hakim olması sonucunu ve ödeyici kurumların kontrolünde bir sağlık hizmeti anlayışını doğurmaz mı? Neden biz dünyanın yaptığının tam tersine doğru ilerliyoruz? Benzer şekilde, daha dün SSK ve diğer kurum hastanelerini Sağlık Bakanlığı'na devrederek hizmette tek yönetim sağladık derken; bu yaklaşım, bütün hastanelerin hizmet verme esaslarını ve hatta denetimini tamamen ödeyici kurumların tasarrufuna bırakmak demek değil midir?

Bu soruları daha vurgulu hale getirmek için SGK'nın içinde yer aldığı başka bilişim projelerine de bakalım.

DRG (Diagnosis Related Groups) - Tanı İlişkili Gruplar Çalışması

Son 4 yıldır Hacettepe Üniversitesi Araştırma Projesi (HÜAP) olarak adlandırılan, Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı ve SGK'nın içinde yer aldığı bir DRG çalışması yürütülmektedir. Projenin amacı, "Sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin kontrol altına alınmasını ve sağlık bakım kurumlarının verimli birer işletme olarak yönetilmesini sağlayacak finansman yönetimi yöntemleri geliştirmek için araştırma ve altyapı geliştirme çalışmaları gerçekleştirerek kamu maliyesinin güçlendirilmesine katkıda bulunmak" şeklinde belirtilmektedir. DRG çalışması, hastanelerde özellikle yatan hastalara verilen hizmetin maliyetlerinin, hastalık türlerine göre ve detaylı bir şekilde hesaplaması için geliştirilen bir yöntemdir. İki fazdan oluşan bu çalışmanın birinci fazında bu üç kurum birlikte çalıştılar. Tüm paydaş kurumların projeden beklentilerinin, diğer ülkelerde olduğu gibi hastanelerin ve



Avrupa Birliği normlarına göre elektronik sağlık verisinin sahibi, bizzat hastanın kendisi olup hastanın rızası olmadan erişilmesi yasal değildir. Bu konuda istisna olan tek kurum, gizlilik esaslarına tabii olmak ve hastanın rızasını almak kaydıyla veriyi bizzat üreten sağlık kurumları ve sağlık bakanlıklarıdır. İnternet teknolojisi kullanılan her projenin başına bir "e" harfi eklemek, literatürde özel anlamları olan e-sağlık gibi kavramları yıpratmamıza neden olmaktadır.

rimli birer işletme haline gelerek maliyetlerini düşürmeleri ve finansman yönetimi yapabilme kabiliyetlerini artırmak olmasını bekleriz. Ancak bazı kurumların beklentileri bundan biraz daha fazla... Mesela SGK, GSS Genel Müdürü'nün projeden beklentileri arasında şunlar ifade ediliyor: "Tanı İlişkili Gruplar Projesinin Sosyal Güvenlik Kurumu açısından sağlayabileceği kazanımlardan bir diğeri de, hasta kayıt verilerinin bilgisayar ortamına taşınarak sağlık bilgi sisteminin oluşturulmasıdır..." Buradaki anahtar ifade, "sağlık verilerinin elektronik ortama aktarılması" ve "sağlık bilgi sisteminin kurulması" dır. Çünkü daha önce de belirttiğimiz gibi, elektronik sağlık kaydı (ESK), sağlık bakanlıkları tarafından yürütülen e-sağlık çalışmalarının ayrılmaz bir parçasıdır. "Sağlık bilgi sistemi" de zaten bizzat e-sağlıktır. Diğer taraftan, Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen e-sağlık projesinin adı da Ulusal Sağlık



Bilgi Sistemi'dir. Aynı ismin kullanılması tuhaf değil mi?

Halen 49 hastanede pilot uygulaması devam eden ve iki fazdan oluşan DRG projesinin, ilk fazında saydığımız tüm kurumlar birlikte çalıştılar. Ancak, çalışmalarda fiilen yer alsada, ikinci fazdaki protokolda her nasılsa Sağlık Bakanlığı'nın imzasının olmadığını görüyoruz. Resmi anlamda SGK projeye yalnız devam etmektedir. Halbuki ilk protokole göre projenin tüm çıktıları Sağlık Bakanlığı'na devredilecekti. Ancak şimdiye kadar teslim edilen bir şey yok! DRG çalışmasının sonuçları da, ileride Medula sistemine dahil edilirse hiç şaşırılmayalım. Medula ile, sadece verilen sağlık hizmeti verilerini değil, bu hizmetin kaçta mâl edildiğinin de istendiğini düşünabiliyor musunuz?

Ulusal Bilgi Bankası (UBB)

Ulusal Bilgi Bankası (UBB), Türkiye'de kullanımına ruhsat verilen tıbbi cihazların kodlanması amacıyla başlatılan ve yukarıda belirtilen Hacettepe Araştırma Projesi'nin ikinci fazında geliştirilen bir proje... Projede Sağlık Bakanlığı'nın Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün bir şubesi dahil olsa da, sistemin veritabanı ve işletmesi Sağlık Bakanlığı'nda değil. Yapılan protokol gereği SGK, hangi hastanenin hangi tıbbi cihazları nasıl kullandığını takip edebilecek. Projedeki gelişmeler, bunun gerçekleşeceğine işaret ediyor. Yani zamanında SSK hastanelerinin envanterinden yeterince haberdar olamayan SGK, bu defa tüm hastanelerin tıbbi cihaz envanterini tutacak.

Kamu İhale Kurumu ile hastanelerin e-ihale projesi

UBB projesi ile kodlanan tıbbi cihazların alımını kolaylaştırmak için, KİK'in yürüttüğü bir e-ihale projesi mevcuttur. Bu projede tıbbi cihaz alımı yapacak olan hastane, hangi cihazı alacağını UBB'deki kodu ile seçerek bu sisteme girmektedir. KİK, ihaleyi elektronik ortamda yürütmekte ve ihale sonucuna göre cihazlar hastaneye satılmaktadır. Buraya kadar her şey gayet normal... Garip olan SGK'nın KİK ile 30.11.2007 tarihinde bir işbirliği Protokolü imzalamış olması. Bu protokole göre SGK, hangi hastanenin, hangi tıbbi cihazları, ne zaman ve hangi maliyete aldığını öğ-

renecek. Hastanelerin kendi alımlarını kendilerinin yapabileceği ve yarı özerk oldukları mevcut yapıda, Sağlık Bakanlığı bile böyle bir bilgiyi bu derece yakından takip etmiyorken (belki de edemiyorken); hizmet satın alan bir kurum olan SGK'nın bu bilgilerle nasıl bir işi olabilir? Aslında SGK tarafında her şeyin makul nedeni var: "Hastaneler bizi kandırmasın, doktorlar bizi aldatmasın, maliyetleri azaltalım, kaçakları engelliyelim, prim ve ödeme yönetiminde gelişme sağlayalım... vs." Peki az çok her ülkede geçerli olan bu nedenler, başka hiçbir ülkede olmayan bu tür uygulamaları hayata geçirmemize dayanak olabilir mi? "Bilgiye dayalı yönetim" anlayışını getirelim derken, yetkimiz olmayan bilgilere ve hatta kişisel sağlık verilerine de ulaşmamız doğru ve yasal mı?

Tıbbi cihazların gümrük girişlerinin takip edilmesi

Şimdilerde, hem UBB projesi hem de e-ihale projesinin bir uzantısı olarak, SGK ile Gümrük Müsteşarlığı'nın görüşmeleri devam ediyor. Planlanan yapıya göre, UBB'de kodlanmış olan tıbbi cihazlar ülkeye girişlerinden itibaren SGK takip altında olacaklar. SGK böylelikle KİK ile imzaladığı protokoldeki imkânlarını daha da genişletip cihazları gümrükten itibaren izleyebilecek.

"Tehlikenin farkında mıyız?"

Tıbbi cihazlar gümrükten girince SGK'nın haberi olacak. Hastane bunları satın alınca SGK'nın haberi olacak. Bu tıbbi cihazla kaç defa hizmet verildiği, kimlere verildiği, ne zaman verildiği de yine Medula üzerinden SGK'ya iletilecek. Vatandaş, hastaneye gittiğinde, sağlık verileri de dahil olmak üzere SGK'ya bildirilecek. Vatandaş yeniden hastaneye giderse, daha önce yaptırıldığı tetkikler, aldığı sağlık hizmetine dair bilgiler de yine Medula üzerinden hastaneye bildirilecek ve bu işlemler yeniden yapılmayarak tasarruf sağlanacak. Sağlık ve sosyal güvenlik yönetimi konusunda uzman değilim; ancak sağlık bilişim konusunda az bir şey biliyorsam bu kadar örneklerle şunu söyleyebilirim ki, SGK'nın yürütmeye çalıştığı bu çalışmalar, dünyadaki tüm örnekleri itibarıyla doğrudan sağlık bakanlıkları tarafından politikası geliştirilen ve yürütülen e-sağlık çalışmalarından başka bir şey değildir.

Yazımın başında ifade ettiğimiz görev, yetki ve sorumluluk karmaşası, kurumların yürüttüğü bilişim projelerinde kendini gayet açık bir şekilde göstermektedir. Şayet, SGK'nın sosyal güvenlik politikası, yürüttüğü bilişim projeleriyle paralelse (ki öyle olmalı), SSK hastanelerini Sağlık Bakanlığı'na devrettikten sonra, bu defa SGK'nın tüm hastanelerin kontrolünü, denetimini ve

hatta yönetimini ellerine almak üzere olduğunu söyleyebiliriz.

Sağlık Bakanlığı ne yapıyor?

Bütün bu gelişmeler olurken, Sağlık Bakanlığı'nın süreçte yeterince etkin olmadığını söyleyebiliriz. Neticede Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın getirdiği bu hızlı değişimde, bir nevi "kapanın elinde kalır" stratejisiyle hareket edilirken, Sağlık Bakanlığı'nın çok daha proaktif olması gerekirdi. Halbuki, Sağlık Bakanlığı, Medula'nın tam ve kesin destekçisi olmuş, UBB projesinde ve DRG çalışmasında elindeki bilgi ve tecrübeyi koşulsuz paylaşmıştır. Herhalde bu projelerin bir gün birleşerek entegre bir e-sağlık sistemi haline gelebileceğini öngörememiştir. Bir şekilde projelerin gelişmesini yönetememiş ve neticeleri aleyhine çevirmiştir. Üstelik Sağlık Bakanlığı'nın yürüttüğü ve literatürdeki anlamı ile örtüşen, Tele-TIP, Elektronik Sağlık Kaydı, e-randevu gibi e-sağlık çalışmaları varken... Bu açıdan bakınca SGK, aslında Sağlık Bakanlığı'nın bıraktığı boşlukları doldurmuştur diye düşünebiliriz.

Sağlık Bakanlığı, aile hekimliği uygulanan illerdeki projesi olan Aile Hekimliği Bilgi Sistemi ile ilk ciddi e-sağlık projesini tamamlamıştır. Son 2 yıldır ise, Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü, Minimum Sağlık Veri Setleri ve Sağlık Kodlama Referans Sunucusu gibi standart çalışmalarını tamamlamış ve Sağlık-NET projesi için yaptığı ihalenin de teslimatlarını almıştır. Kasım 2007'de yayınlanan bir genelgeye göre, hastanelerin de veri gönderebilmesi ve gereken çalışmaların tamamlanması için Eylül 2008'e kadar süre tanınmıştır. Yani 2008 sonunda Sağlık-NET devreye alınmış olacaktır. Diğer taraftan halen 18 hastanede ve 12 ilde pilot uygulaması devam eden Tele-Radyoloji projesi ve yazılım aşaması tamamlanmış e-Randevu projesi de diğer önemli e-sağlık projeleri arasındadır.

Diğer bir deyişle, Sayın Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanımızın Medula namına vaat ettiği fonksiyonlar, bu yılın sonundan itibaren Sağlık-NET tarafından yerine getirilecektir. Yani vatandaşın sağlık verileri, gerektiğinde yasal çerçeve dahilinde yine hastanelerle paylaşılacaktır. Ama bu çalışma Medula ile değil, Sağlık-NET ile olacaktır. Medula ve Sağlık-NET'ten yan yana bahsetmek ironik oluyor değil mi? Ne de olsa içeriklerinin aynı olmasının yanı sıra, açılımları da aynı (MEDikal ULAK = Sağlık-NET)...

Esas kıyamet, bu projeler tamamlanıp da, SGK'nın projeleri ile kapsam kesişmesi yaptıklarında ortaya çıkacak. Bel-

ki de bu mücadeleyi klasik devlet anlayışımıza uygun şekilde "elinde para olanlar" kazanacaktır, kim bilir?

Çözüm...

Kavramlara göz atalım;

Pek çok kişi, çözüm için öncelikle kurumların genel politikalarının düzelmesi gerektiğini söyleyebilir. Ancak biz bilişim penceresinden baktığımız için, bu karmaşanın içinde kullanılan kavramları açıklayıp doğru olanı ortaya koymaya çalışalım ki, kurumlar bilişim projelerini doğru yöne kanalize ederek aslında uygulamada genel politikalarını da bir şekilde düzeltilmiş olsunlar. Bunun için de öncelikle e-sağlık kavramının literatürdeki karşılığına bakarak kendimize bir normal belirleyelim:

e-sağlık

Bir e-sağlık araştırmacısı olan Gunter Eysenbach'a göre e-sağlık, "Internet ve benzer teknolojilerin, hizmete ait verilerin elde edilmesi, aktarılması ve geliştirilmesi suretiyle sağlık hizmet kalitesinin geliştirilmesini sağlayan ve medical informatik, sağlık hizmetleri ve süreçlerinin kesişim kümesini oluşturan önemli bir alandır. Daha geniş anlamıyla ele alırsak, sadece teknik gelişmeyi adresleyen değil, yerel ve genel sağlık hizmetlerinin gelişmesi için bilgi ve haberleşme teknolojilerinin kullanılmasını gerekli gören bir düşünce tarzı, anlayış ve kavrayıştır". Eysenbach, e-sağlık ifadesindeki "e" harfinin sadece "elektro-nik" anlamı taşımadığını söyler ve "e" ile başlayan 10 önemli özellik daha (Efficiency, Enhancing quality, Evidence based, Empowerment, Encouragement, Education, Enabling information exchange, Extending the scope of health care, Ethics, Equity) ekler.

E-sağlık için birbirlerine yakın anlam taşıyan pek çok tanım vardır. Hepsinin ortak noktası, teknolojiyi sağlık hizmetinin "yanında" duran değil; teknolojiyi sağlık hizmetinin "içinde" bir parçası sayan ve hatta sağlık hizmet yönetiminde "merkeze oturtan" bir unsur olarak görmeleridir.

Bu yönüyle bakarsak, aslında e-sağlık bir şemsiye kavramdır ve altında pek çok alt terimleri barındırır. Dünyada kabul gören e-sağlık uygulamaları aşağıdaki başlıklar altında toplanabilir:

- Elektronik sağlık kayıtları,
- Tele-tıp,
- Kanıta dayalı tıp,
- Vatandaş odaklı bilgi servisleri,
- Tıp bilgisi yönetimi,
- Sanal sağlık ekipleri,

- Ortak e-sağlık ağı kullanan tıbbi araştırmalar.

Görüldüğü üzere, teknolojinin sağlığın hizmetine sunulması, öncelikle sağlık hizmetinin verim ve kalitesinin artırılmasını amaçlamaktadır. Sağlık hizmet kalitesinin ödeme sistemi ve sosyal güvence kurumları ile yakın ilişkisi nedeniyle, içinde teknoloji barındıran sosyal güvenlik ve ödeyici kurumlarla ilgili olan projeleri de e-sağlık kapsamında değerlendirilmektedir. Nitekim e-sağlık alanında verilerin tanımlanması, saklanması ve transferi konusunda geliştirilen tüm standartlar, ödemeyle ilgili süreçleri de düzenlemektedirler. Bunu, ANSI (ABD) standardı olan HL7'de ve AB standardı olan IHE'de görmekteyiz. Ancak, bu durum, e-sağlık'ı ödeme sisteminin iyileştirilmesinden ibaret görmemize neden olmamalıdır ki, bu önemli bir anlam kayması olur. Bu nedenle, içinde internet teknolojilerinin kullandığı sosyal güvenlik projelerinin de kavram incelemesini yapmakta fayda vardır.

e-sosyal güvenlik

Sosyal güvenlik kurumlarının da internet teknolojilerini kullanarak yaptıkları projelerin başına da bir "e" harfi eklenebilmektedir. Kimi zaman bu isim "e-sosyal güvenlik" olmakta, kimi zaman ise ödeme süreçlerinin sağlık sistemi ile olan yakın ilişkileri nedeniyle "e-sağlık"... Baktığımızda, literatürde "e-sosyal güvenlik" adında müstakil bir kavram olmadığını görüyoruz. Demek ki "e-sosyal güvenlik", diğer kurumların yaptığı gibi, sadece projenin bir teknoloji projesi olduğunu ifade etmekten öte bir amaç taşımıyor ki bu, kabul edilebilir bir nitelendirme. Ancak ödeyici kurumların yürüttükleri projelere "e-sağlık" ismini vermeleri iki yönden mahsur oluşturuyor;

Birincisi, e-sağlık yukarıda da açıkladığı üzere, pek çok yönü olan şemsiye bir kavramdır. Sosyal güvenlik kurumlarıyla entegre çalışan e-fatura ve e-reçete gibi uygulamalar, aslında birer e-sağlık uygulaması olsalar da, e-sağlık sadece ödeme esaslı projeleri nitelendirir bir kavram değildir.

İkincisi, tüm dünyada e-sağlık projelerinde politika belirleyici kurum, ödeyici kurumlar değil, sağlık bakanlıkları ya da onlara bağlı yarı özerk kurumlardır. Ödeyici kurumlar ise, e-sağlığın her alanında değil, sadece ödemeye ilişkin olan e-sağlık projelerinde yer alırlar ve "uygulayıcı" rolünü üstlenirler.

Notice

SGK tarafından yürütülen projelerin birer e-sağlık uygulaması olarak nitelendirilmesi, bilmeyerek de olsa zamanla e-sağlık kavramında anlam daralması



E-sağlık için birbirlerine yakın anlam taşıyan pek çok tanım vardır. Hepsinin ortak noktası, teknolojiyi sağlık hizmetinin "yanında" duran değil; teknolojiyi sağlık hizmetinin "içinde" bir parçası sayan ve hatta sağlık hizmet yönetiminde "merkeze oturtan" bir unsur olarak görmeleridir.

na neden olabilmektedir. Hele hele, sosyal güvenlik kurumlarının e-sağlık konusunda politika belirleyici olmaya kalkışması, tüm sağlık hizmet yönetimini ödeme sistemine endekslene hale getirmeye başladığımız anlamına gelir ki, bu yaklaşımın modern sağlık yönetiminde yeri yoktur. Bu nedenle, ödeyici kurumlar e-sağlık projelerinde politika belirleyici değil, sadece uygulayıcı olmalıdır. E-sağlık kapsamına girmeyen projeler (elektronik prim ödeme sistemleri, eczane geri ödeme sistemleri... vb.) için ise, e-sağlık dışında, e-sosyal güvenlik, e-sigorta gibi başka ifadeler kullanmamalıdır.

Sonuç olarak SGK, görevi ve yetkisi olmadığı halde, e-sağlık bileşenlerini ayrı ayrı yürütüp birleştirmek ve e-sağlık konsepti sayesinde "bilgiye sahip olmak" suretiyle, önemli bir güce sahip olmaya ve sağlık hizmetindeki rolünü oldukça hızlı bir şekilde artırmaya başlamıştır. Şayet, ülkenin sağlık politikası buna müsaade ediyorsa, söylenecek hiçbir sözümüz yoktur. Ancak, bu durum, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın getirdiği hızlı değişimin bir yan etkisi ise, bir an evvel toparlanmak ve önlem almak gereklidir.

Kaynaklar

www.hl7.org www.ihe.net

ABD, İngiltere, Kanada, Avustralya... vb. AB ülkelerindeki durum için bkz. <http://www.ehealth-era.org/database/database.html>

Bulgaristan, Romanya (bkz. <http://www.ehealth-era.org/database/database.html>)