



TÜRK SANAYİCİLERİ VE İŞADAMLARI DERNEĞİ

SAĞLIKLI BİR GELECEK:  
SAĞLIK REFORMU YOLUNDA  
UYGULANABİLİR ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

**Eylül 2004**

**(Yayın No. TÜSİAD-T/2004-09/380)**

Meşrutiyet Caddesi, No.74 80050 Tepebaşı/İstanbul  
Telefon: (0212) 249 07 23 • Telefax: (0212) 249 13 50

© 2004, TÜSİAD

*Bu rapor, JHI (Johns Hopkins International) tarafından  
TÜSİAD'ın kullanımı, basımı ve yayımı amacıyla hazırlanmıştır.*

*TÜSİAD dışında hiç kimse bu rapora dayanarak  
hiçbir hak iddia edemez veya raporu kullanamaz.*

*Bu raporu herhangi bir amaçla kullanan kişi, raporun içeriğinden ötürü  
zarara uğradığını iddia edemez. Raporun yayınlanmış olması,  
içeriğine ilişkin teminat verildiği anlamına gelmez.*

*Ne JHI, ne TÜSİAD, ne de JHI ve/veya TÜSİAD'ın,  
hangi yetki kademesinde olursa olsun, çalışanı, yöneticisi veya  
temsilcisi raporda yer alan herhangi bir bilgi veya  
ifadeden dolayı hiçbir şekilde sorumlu tutulamaz ve bu kişilerin  
yukarıda bahsedilenlere ilişkin olarak herhangi bir teminat verdiği  
veya beyanda bulunduğu iddia edilemez.*

*Tüm hakları saklıdır. Bu eserin tamamı ya da bir bölümü,  
4110 sayılı Yasa ile değişik 5846 sayılı FSEK uyarınca,  
kullanılmadan önce hak sahibinden 52. Maddeye uygun  
yazılı izin alınmadıkça, hiçbir şekil ve yöntemle işlenmek, çoğaltılmak,  
çoğaltılmış nüshaları yayılmak, satılmak,  
kiralananmak, ödünç verilmek, temsil edilmek, sunulmak,  
telli/telsiz ya da başka teknik, sayısal ve/veya elektronik  
yöntemlerle iletilmek suretiyle kullanılamaz.*

ISBN : 975-8458-72-8

# ÖNSÖZ

*TÜSİAD, özel sektörü temsil eden sanayici ve işadamları tarafından 1971 yılında, Anayasamızın ve Dernekler Kanunu'nun ilgili hükümlerine uygun olarak kurulmuş, kamu yararına çalışan bir dernek olup gönüllü bir sivil toplum örgütüdür.*

*TÜSİAD, demokrasi ve insan hakları evrensel ilkelerine bağlı, girişim, inanç ve düşünce özgürlüklerine saygılı, yalnızca asli görevlerine odaklanmış etkin bir devletin varolduğu Türkiye'de, Atatürk'ün çağdaş uygarlık hedefine ve ilkelerine sadık toplumsal yapının gelişmesine ve demokratik sivil toplum ve laik hukuk devleti anlayışının yerleşmesine yardımcı olur. TÜSİAD, piyasa ekonomisinin hukuksal ve kurumsal altyapısının yerleşmesine ve iş dünyasının evrensel iş ahlakı ilkelerine uygun bir biçimde faaliyette bulunmasına çalışır. TÜSİAD, uluslararası entegrasyon hedefi doğrultusunda Türk sanayi ve hizmet kesiminin rekabet gücünün artırılarak, uluslararası ekonomik sistemde belirgin ve kalıcı bir yer edinmesi gerektiğine inanır ve bu yönde çalışır. TÜSİAD, Türkiye'de liberal ekonomi kurallarının yerleşmesinin yanısıra, ülkenin insan ve doğal kaynaklarının teknolojik yeniliklerle desteklenerek en etkin biçimde kullanımını; verimlilik ve kalite yükselişini sürekli kılacak ortamın yaratılması yoluyla rekabet gücünün artırılmasını hedef alan politikaları destekler.*

*TÜSİAD, misyonu doğrultusunda ve faaliyetleri çerçevesinde, ülke gündeminde bulunan konularla ilgili görüşlerini bilimsel çalışmalarla destekleyerek kamuoyuna duyurur ve bu görüşlerden hareketle kamuoyunda tartışma platformlarının oluşmasını sağlar.*

*TÜSİAD Sosyal İşler Komisyonu bünyesinde yer alan Sağlık Çalışma Grubu'nun koordinasyonunda yürütülen "Sağlıklı Bir Gelecek: Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri" başlıklı bu rapor, TÜSİAD ile Johns Hopkins International (JHI) arasında yapılan anlaşmaya dayanarak, Johns Hopkins Üniversitesi Bloomberg Halk Sağlığı Okulu öğretim üyeleri Prof. Dr. Laura Morlock, Yrd. Doç. Dr. Hugh Waters ve Prof. Dr. Alan Lyles ile JHI yerel danışmanı Dr. S. Haluk Özseri ve JHI araştırma asistanı Dr. Göksenin Aktulay tarafından hazırlanmıştır.*

*Bu çalışma, 1. kategori sponsorlar olarak alfabetik sırayla Anadolu Hayat Emeklilik A.Ş., Anadolu Sağlık Merkezi, Doğan Emeklilik A.Ş., Koç Allianz Hayat ve Emeklilik A.Ş., Pfizer İlaçları Ltd. Şti., Siemens Tıp Çözümleri; 2. kategori sponsorlar olarak alfabetik sırayla Hedef Alliance Holding A.Ş., İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası, Novartis Sağlık Gıda ve Tarım Ürünleri San. ve Tic. A.Ş., Vehbi Koç Vakfı Amerikan Hastanesi; 3. kategori sponsorlar olarak alfabetik sırayla Aventis Pharma San. ve Tic. Ltd. Şti., Fako İlaçları A.Ş., İncekara Holding A.Ş. ve Johnson & Johnson Medikal Türkiye'nin maddi katkılarıyla gerçekleştirilmiştir.*

**Eylül 2004**

# ÖZGEÇMİŞLER

## **Prof. Dr. Laura MORLOCK**

Profesör Laura Morlock, Ph.D., Johns Hopkins Üniversitesi Bloomberg Halk Sağlığı Okulu Sağlık Politikaları ve Yönetimi Bölümünde, Sağlık Yönetimi Programları konusunda görev yapmaktadır. Sosyolog olan Morlock'un temel çalışma alanları; örgütsel ve yönetsel unsurların, sağlık hizmetlerinin kalitesine ve maliyetlerine olan etkileridir. Halen üzerinde çalışmakta olduğu araştırma projeleri kapsamında bazı kalite geliştirme ve hasta güvenliği girişimlerinin değerlendirilmesinin yanı sıra hastanelerin ve kamu sağlığı merkezlerinin klinik performanslarının ve finansal yapılarının geliştirilmesi gibi konular bulunmaktadır. Aynı zamanda sağlık sigortası kapsayıcılığının genişletilmesi ve sağlık hizmeti sunum sistemlerinin yeniden tasarımı çabalarının değerlendirilmesi konularında da çalışmalar yapmaktadır. Son dönemde; Tayvan, Hindistan, Çin, Türkiye, Ekvator ve ABD'de yürütülen projelerde çalışmıştır/çalışmaktadır. Çok sayıda basılı makale ve monografisi bulunmaktadır.

## **Yrd. Doç. Dr. Hugh WATERS**

Sağlık ekonomisti olan Dr. Hugh Waters, Johns Hopkins Üniversitesi Bloomberg Halk Sağlığı Okulu Uluslararası Sağlık Bölümü'nde görev yapmaktadır. Dr. Waters'in uzmanlık alanları: Sağlık sigortası ve sağlık finansman reformları; sağlık finansman mekanizmalarının ulaşılabilirlik, hakkaniyet ve kalite üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi ve sağlık hizmetleri müdahalelerinin maliyetlendirilmesi ve maliyet ile kalite arasındaki ilişkilerdir. Sağlık hizmetlerinin sonuçlarının modellenmesi, istatistik ve ekonometrik analizler konusunda deneyimlidir. Sağlık hizmetleri sunucuları için dolaylı maliyetlerin yansıtılmasına yönelik olarak, faaliyete dayalı maliyetlendirme dahil olmak üzere, yenilikçi yaklaşımlar uygulamıştır. Dünya Sağlık Örgütü, Dünya Bankası ve Birleşik Devletler Uluslararası Kalkınma Ajansı sağlık projelerinde danışman olarak önemli deneyime sahiptir. Halen karşılaştırmalı sağlık finansman sistemleri üzerine ders vermektedir. Dr. Waters, Bloomberg Halk Sağlığı Okulu'nda Halk Sağlığı Ekonomisi doktorası ve Georgetown Üniversitesi'nde Uluslararası Ekonomi mastırı yapmıştır.

## **Prof. Dr. Alan LYLES**

Eczacı olan Alan Lyles (ScD, MPH) sağlık hizmetleri sunumu, kamu politikaları ve uygulamalı araştırmalar alanında geniş deneyim sahibidir ve Johns Hopkins Üniversitesi'nde yöneylem araştırmaları/sağlık politikaları ve yönetimi konusunda doktora yapmıştır. Dr. Lyles; Baltimore Üniversitesi Sağlık Sistemleri Yönetimi Bölümü'nde Kamu, Özel ve Kar-amaçsız Ortaklıklar konusunda kürsü sahibi olup, Johns Hopkins Üniversitesi Bloomberg Halk Sağlığı Okulu Sağlık Politikaları ve Yönetimi Bölümü'nde öğretim üyesi, Hoffberger Mesleki Etik Merkezi'nde ve Maryland Üniversitesi Eczacılık Fakültesi İlaç ve Kamu Politikaları Merkezi'nde kıdemli akademik üyedir.

Dr. Lyles'ın mesleki çalışma ve araştırma alanları kapsamında üst düzey sağlık hizmetleri yöneticiliği, akademik çalışmalar ve kamu politikaları yer almaktadır. Maryland Eyalet Meclisi Ekonomik İşler ve Çevre Sorunları Komiteleri'nin ortak oturumlarında ve Senato'nun ilaç maliyetleri ve ulaşılabilirlik konusundaki Finansman Komitesi'nde bilirkişilik ve Maryland Eyaleti İlaç Kullanımı Değerlendirme Kurulu Başkanlığı yapmış, Dünya Bankası ve Birleşik Devletler İlaç Kodeksi Delegasyonu gibi önde gelen bazı sağlık kuruluşları ve örgütlerde danışman olarak görev almıştır. Dr. Lyles halen ilaç tedavisi konusunda uluslararası bir yayın olan "Clinical Therapeutics" dergisinin ilaç ekonomisi ve sağlık politikaları bölümünün editörlüğünü de yapmaktadır.

## **Dr. S. Haluk ÖZSARI**

Tıp doktoru olan Dr. Özsarı; Hacettepe Üniversitesi'nde, sağlık yönetimi alanında mastır ve doktora yapmıştır. Uzmanlık alanı sağlık politikaları ve yönetimi, sağlık finansmanı ve sağlık sigortacılığı ile sağlık reformları olan Dr. Özsarı, Sağlık Bakanlığı'nda çalıştığı dönemde; il sağlık müdürü, Bakanlığın yürütmekte olduğu Dünya Bankası kredili sağlık projelerinde Koordinatör Yardımcısı ve Genel Koordinatör, Bakan Müşaviri ve Müsteşar Yardımcısı görevlerinde bulunmuştur. Türkiye sağlık reformları sürecinde; değişik hükümetler ve yasama dönemlerinde hazırlanan reform kanun tasarı taslaklarının teknik çalışmalarında yer almış, DPT'nin Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması'nda, VII. ve VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planları Sağlık Alt Komisyonu ile Cumhurbaşkanlığı Devlet Denetleme Kurulu'nca hazırlanan "Ülkemizin Sağlık Sorunları ve Çözüm Önerileri" konulu raporda Sağlık Bakan-

liğı'nı temsilen çalışmıştır. Özel sektörde sağlık yönetimi ve sağlık sigortacılığı alanlarında çeşitli şirketlerde st düzey danışman olarak görev yapan zsarı, halen bir özel sağlık sigortası şirketinde yönetim kurulu yeliği ile sağlık alanında faaliyet gösteren bir şirkette danışmanlık yapmakta olup, Sağlık Yöneticileri Derneği gibi çeşitli sivil toplum kuruluşlarında da görevlidir. Sağlık hizmetlerinde kalite, sağlık insangücü planlaması, sağlık yönetimi, sağlık sigortacılığı konularında makale, tebliğ ve araştırma türü yayınları bulunmaktadır.

### **Dr. Göksenin AKTULAY**

Tıp doktoru olan Dr. Aktulay, uzun yıllar Sağlık Bakanlığı'nın farklı birimlerinde hem hekim hem de yönetici olarak çeşitli görevlerde bulunmuş ve Hacettepe niversitesi'nde, Sağlık Kurumları Yönetimi alanında mastır programına devam etmiştir. Çalışma alanı sağlık yönetimi ve finansmanı olan Aktulay, Ana ocuk Sağlığı Aile Planlaması Genel Müdürlüğü'nün yanısıra, Sağlık Bakanlığı'nın yürütmekte olduğu Dünya Bankası kredili sağlık projeleri ve sağlık reformu çalışmaları kapsamında teknik personel ve yönetici olarak görev yapmıştır. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü'ndeki görevleri sırasında sağlık reformu teknik tasarımının yanısıra, sağlık mimarisi-sağlık teçhizatı-sağlık enformasyon sistemi altyapısı, Dünya Sağlık Teşkilatı-Dünya Bankası-Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı gibi uluslararası kuruluşlarla ilişkiler konularında uluslararası ve ulusal sorumluluklar ve temsiliyetler üstlenmiştir. Özel sektörde; sağlık yönetimi ve acil sağlık hizmetleri alanlarında çeşitli şirketlerde danışman ve yönetici olarak bulunan Aktulay, halen özel sektörde sağlık enformasyon sistemleri dalında faaliyet gösteren bir şirkette proje yöneticisi olarak görev yapmaktadır.





# SUNUŞ

“Sağlıklı Bir Gelecek: Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri” başlıklı bu rapor birçok kişinin ve grubun çabalarının ürünüdür. TÜSİAD üyesi Ethem Sancak’ın başkanlığında TÜSİAD Sağlık Çalışma Grubu’na (Ek 9) ve özellikle, çalışma grubu bünyesinde oluşturulan Yönlendirme Komitesi Başkanı Dr. Murat Dayanıklı, üyeler Prof. Dr. Erdal Akalın ve Doç. Dr. Melih Bulut’a içtenlikle teşekkür ediyoruz. Yönlendirme Komitesi üyeleri, veri toplama sürecinde değerli bilgiler sağlamanın dışında raporun ilk taslakları ve önerileri konusunda yapıcı katkılarda bulunmuşlardır. Çalışma süresince, mükemmel bir şekilde idari destek sağlayan TÜSİAD Genel Sekreteri Dr. Haluk Tükel, Genel Sekreter Yardımcısı Ebru Dicle, Sosyal Politikalar Bölümü Sorumlusu Aslı Ulusoy ve Bölüm Uzman Yardımcısı Fecir Alptekin’e ayrıca teşekkür etmek istiyoruz. *NBBJ Danışmanlık*’tan Dr. Oktay Çini de projenin durum saptama aşamasında destek sağlayarak, değerli yorum ve katkılarda bulunmuştur.

Ayrıca, 29 Eylül - 4 Kasım 2003 tarihleri arasında, İstanbul ve Ankara’da bizimle görüşmek için vakit ayıran kişilere de minnettarız. Proje ekibi söz konusu haftada İstanbul ve Ankara’da 23 toplantıya katılarak kamu ve özel sağlık hizmetleri sektöründeki ilgili grupları temsil eden üst düzey yetkililerle görüşme fırsatını yakalamıştır. Bu kuruluşların ve kişilerin listesi Ek 8’de verilmiştir.

Chrisa Arcan, MBA, bu raporun hazırlanmasına yönelik araştırmalarda önemli katkıda bulunmuştur. *Johns Hopkins International (JHI)* ve *The Johns Hopkins Bloomberg Halk Sağlığı Okulu*’nun; bu çalışmayı gerçekleştirmemizi mümkün kılan ve proje süresince lojistik ve idari destek sağlayan personeline - özellikle Mark Shaver, Dr. Mohan Chellappa ve Mary Wisniewski’ye - teşekkür ediyoruz.

Ayrıca, bu çalışmada Dünya Bankası’nın *"Turkey: Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency"* (Rapor No. 24358-TU, Mart 2003) başlıklı raporundaki bazı tablo ve şekillerdeki veriler kullanmıştır. Dünya Bankası’ndan Dr. Mukesh Chawla’ya, söz konusu tabloları bu raporda kullanmamıza izin verdiği için teşekkür ederiz.



## KISALTMALAR

AB	Avrupa Birliği
ABD\$	Amerikan Doları
AEP	Acil Eylem Planı
AİFD	Araştırımcı İlaç Firmaları Derneği
AK	Avrupa Komisyonu
Bağ-Kur	Esnaş ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız alışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
BBG	Birinci Basamak Grup alışması
BBH	Birinci Basamak Hekimi
CON	İhtiyaç Belgesi (Certificate of Need)
CPT4	Güncel Süreç Terminolojisi 4. Baskı (Current Procedural Terminology 4th Edition)
ÇSGB	alışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
DBT	Difteri Boğmaca Tetanoz
ĐİE	Devlet İstatistik Enstitüsü
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
DRG	Teşhise Dayalı Hastalık Sınıflandırması (Diagnostic Related Groupings)
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DUR	İlaç Kullanım Araştırması (Drug Utilization Review)
EFPIA	Avrupa İlaç Endüstrileri ve Birlikleri Federasyonu
EMA	Avrupa İlaç Ajansı (European Agency for Evaluation of Medicinal Products)
ES	Emekli Sandığı
FDA	Gıda ve İlaç Kurumu (Food and Drug Administration)
G10	İlaçlarda Araştırma ve Sunum için Üst Düzey Grubu
GSMH	Gayri Safi Milli Hasıla
GSS	Genel Sağlık Sigortası
GSYİH	Gayri Safi Yurt içi Hasıla
ICD-10	Uluslararası Hastalık Sınıflaması 10. Sürüm (International Classification of Disease Version 10)
IT	Bilgi Teknolojisi (Information Technology)
İEİS	İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası

İLÜ	İyi Laboratuvar Uygulamaları
İÜÜ	İyi Üretim Uygulamaları
JCAHO	Sağlık Kuruluşlarının Akreditasyonu için Ortak Komisyon
JHI	Johns Hopkins International
KDV	Katma Değer Vergisi
KİT	Kamu İktisadi Teşekkülü
KOBİ	Küçük ve Orta Ölçekli İşletmeler
MB	Maliye Bakanlığı
NCQA	Ulusal Kalite Güvencesi Komitesi (National Committee for Quality Assurance)
OECD	Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı (Organization for Economic Cooperation and Development)
PERF	Tüm Avrupa Düzenleyici Forumu (Pan European Regulatory Forum)
RBRVS	Kaynağa Dayalı Bağlı Değer Skalası (Resource Based Relative Value Scale)
SB	Sağlık Bakanlığı
SBK	Sağlık Bilgi Kurumu
SBS	Sağlık Bilgi Sistemi
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Projesi
SGP	Satınalma Gücü Paritesi
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
STD	Sağlık Teknoloji Değerlendirmesi
TDH	Toplam Doğurganlık Hızı
TL	Türk Lirası
TPA	Tarafsız Kurum Yönetimi (Third Party Administration)
TSE	Türk Standartlar Enstitüsü
TTB	Türk Tabipleri Birliği
TÜFE	Tüketici Fiyat Endeksi
TÜRKAK	Türk Akreditasyon Kurumu
TÜSİAD	Türk Sanayicileri ve İşadamları Derneği
UİK	Ulusal İlaç Kurumu
UİP	Ulusal İlaç Politikası
UNDP	Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (United Nations Development Program)
USH	Ulusal Sağlık Hesapları
YİD	Yap-İşlet-Devret

# İÇİNDEKİLER

<b>YÖNETİCİ ÖZETİ</b> .....	<b>17</b>
<b>BÖLÜM 1 - GİRİŞ</b> .....	<b>37</b>
1.1 Türkiye’de Sağlık Sistemi Reformuna Yönelik Kamu-Özel Sektör Vizyonu.....	39
1.2 Temel Konular.....	41
<b>BÖLÜM 2 - SÜREÇ</b> .....	<b>43</b>
2.1 Geçmişten Günümüze Sağlık Reformu Çabaları.....	45
2.2 Ekonomik ve Demografik Yönelimler.....	47
<b>BÖLÜM 3 - TÜRK SAĞLIK SİSTEMİNİN TEMEL KONULARI</b> .....	<b>51</b>
3.1 Finansman Seviyesinin Düşüklüğü.....	53
3.2 Sağlık Harcamalarının Yapısı - Tahsis Verimliliği.....	55
3.3 Sağlık Sigortasının Kapsayıcılığı.....	55
3.4 Maliyet Paylaşımı.....	60
3.5 Hizmet Sunum Sisteminin Örgütsel Yapısı ve Yönetimi.....	60
3.6 İnsan Kaynakları.....	68
3.7 Bilgi Sistemleri.....	73
3.8 Hizmet Sunucu Ödemeleri.....	78
3.9 İlaçlar.....	80
3.10 Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Geliştirilmesi.....	96
<b>BÖLÜM 4 - TÜRK SAĞLIK SİSTEMİ REFORMUNA YÖNELİK GÖRÜŞLER</b> .....	<b>101</b>
4.1 İlgili Tarafların Bakış Açıları.....	103
4.2 Uluslararası Karşılaştırmalar.....	114
4.3 Sağlık Sektöründe Maliyet Kontrol Stratejileri.....	115
4.4 Konu ile İlgili Uluslararası Reform Modelleri.....	120

## **BÖLÜM 5 - TÜRK SAĞLIK SİSTEMİ İÇİN BİR EYLEM PLANI**.....127

5.1 Genel Sağlık Sigortası ve Bütünleştirilmiş Bir Kamu Sağlık Sigortası Programı.....	129
5.2 Sağlığa Ayrılan Kaynakların Artırılması.....	130
5.3 Özel Sağlık Sigortalarının Rolü.....	131
5.4 Maliyet Paylaşımı Düzenlemeleri.....	131
5.5 Hizmet Sunucu Ödemeleri.....	132
5.6 Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Kamunun ve Özel Sektörün Rollerini.....	133
5.7 Temel Sağlık Hizmetlerinin Güçlendirilmesi.....	134
5.8 Kamu Hastanelerinin Daha Fazla Özerklik Verilerek Güçlendirilmesi.....	136
5.9 İnsan Kaynakları.....	137
5.10 İlaçlar.....	139
5.11 Tıbbi Gereçler.....	142
5.12 Sağlık Hizmet Kalitesinin İzlenmesi ve Geliştirilmesi İçin Bir Çerçeve.....	143
5.13 Bilgi Sistemleri.....	145
5.14 Sağlık Reformunun Desteklenmesi İçin Gerekli Yasal Çerçeve.....	147

## **KAYNAKLAR**.....153

Ek 1. OECD Karşılaştırmalı Tablolar (2001).....	163
Ek 2. Uluslararası Örnekler.....	181
Ek 3. Avrupa Komisyonu'nun İlaçlarda Araştırmacılık ve Tedarik İçin Üst Düzey Grubu (G10)'nun Eylem İçin Önerileri.....	197
Ek 4. Ulusal İlaç Politikasının Unsurları.....	201
Ek 5. Sağlıkta Teknoloji Değerlendirmesi İçin Kaynaklar.....	202
Ek 6. Kamu Hastanelerinin Özerklik Seviyesine Yönelik Karar Matriksi.....	204
Ek 7. Kamu-Özel Sektör Ortaklıkları Çerçevesi.....	207
Ek 8. Proje Kapsamında Temasa Geçilenler.....	208
Ek 9. TÜSİAD Sağlık Çalışma Grubu Üyeleri.....	211

## ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1.	Türkiye Nüfus Piramidi, 2003.....	49
Şekil 2.	İlaç Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Oranı (OECD 1997-98).....	84
Şekil 3.	TÜFE ve İlaç Fiyatlarındaki % Değişimin Yıllık Ortalaması, Türkiye, 1994-2001.....	91
Şekil 4.	İlaçların Fiyatlarına Göre Dağılımı, Türkiye, 2000-2001.....	92
Şekil 5.	İlaca Yapılan Sağlık Harcamalarının Oranı (%), Türkiye, 1998-2002.....	92
Şekil 6.	Gelir Seviyesine Göre Kişi Başı Sağlık Harcaması, 2001 (ABD \$).....	114
Şekil 7.	Gelir Seviyesine Göre Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi, 2001 (ABD \$).....	115

## TABLO LİSTESİ

Tablo 1.	Karşılaştırmalı Temel Ekonomik Göstergeler, 2003.....	48
Tablo 2.	Ulusal Sağlık Hesapları Araştırması Ön Sonuçları 2003 (ABD \$).....	54
Tablo 3.	Türkiye'deki Sağlık Sisteminin Kapsayıcılığı, 2000.....	56
Tablo 4.	Doktor ve Ebe Bulunmayan Sağlık Ocağı ve Sağlık Evleri, Türkiye, 2002.....	62
Tablo 5.	Hizmet Sunucu Türüne Göre Hastane ve Hekimlerin Dağılımı, Türkiye, 2000.....	66
Tablo 6.	Hizmet Sunucu Ödeme Mekanizmaları ve Hizmet Sunucu Davranışları.....	79
Tablo 7.	İlaç Ürünlerinin Kişi-Başı ve Toplam Tüketimi, Türkiye, 1998-1999.....	83
Tablo 8.	İlaç Endüstrisinin İhracat ve İthalatı, Türkiye, 1995-2000.....	86
Tablo 9.	İlaç Endüstrisinde Hammadde Üretimi, Türkiye, 1995-2000.....	86
Tablo 10.	İthal Edilen ve Ülkede Üretilen Hammaddelerin Değeri, Türkiye, 1998.....	87
Tablo 11.	Mamül İlaç Üretim Durumu, Türkiye, 1995-2000.....	87
Tablo 12.	Türkiye ve Diğer Ülkelerde Üretilen İlaç Sayıları.....	88

Tablo 13. İlaç Endüstrisinde Yatırımlar, Türkiye, 2002 (milyon ABD\$).....	89
Tablo 14. Düzenlemeye Dayalı ve Piyasa Ağırlıklı Maliyet Kontrolü Stratejileri.....	119
Tablo 15. AB'ne Yeni Katılan Ülkelerde Temel Tedarik Yöntemleri.....	124
Tablo 16. Toplam Doğurganlık Hızı (kadın başına doğum).....	163
Tablo 17. Kişi Başı GSMH, SGP (ABD\$).....	164
Tablo 18. Kişi Başı Sağlık Harcaması (ABD\$).....	165
Tablo 19. GSYİH'nin %'si Olarak Özel Sağlık Harcamaları.....	166
Tablo 20. GSYİH'nin %'si Olarak Kamu Sağlık Harcamaları.....	167
Tablo 21. GSYİH'nin %'si Olarak Toplam Sağlık Harcamaları.....	168
Tablo 22. 1,000 Nüfusa Düşen Hastane Yatağı Sayısı.....	169
Tablo 23. Bağışıklama, DBT (12 aydan küçük çocukların %'si).....	170
Tablo 24. Bağışıklama, Kızamık (12 aydan küçük çocukların %'si).....	171
Tablo 25. Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi, Kadın (yıl).....	172
Tablo 26. Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi, Erkek (yıl).....	173
Tablo 27. Bebek Ölüm Hızı (her 1,000 canlı doğumda bir yaş altı ölümler).....	174
Tablo 28. Çocuk Ölüm Hızı (her 1,000 canlı doğumda beş yaş altı ölümler).....	175
Tablo 29. 1,000 Nüfusa Düşen Hekim Sayısı.....	176
Tablo 30. Nüfus Artış Hızı (yıllık %).....	177
Tablo 31. Toplam Nüfus (milyon).....	178
Tablo 32. Kentsel Nüfus Yüzdesi.....	179



# YÖNETİCİ ÖZETİ



## YÖNETİCİ ÖZETİ

### 1. Genel Sağlık Sigortası ve Bütünleştirilmiş Bir Kamu Sağlık Sigortası Programı

Türkiye’de üç ana sosyal güvenlik kurumu mevcuttur: *SSK* (nüfusun yaklaşık %52’si), *Bağ-Kur* (nüfusun yaklaşık %23’ü) ve *Emekli Sandığı* (nüfusun yaklaşık %15’i). Bu kurumlara ve Yeşil Kart uygulamasının varlığına rağmen yaklaşık 10 milyon Türk vatandaşı sağlık hizmetlerine ulaşamamaktadır. Tarım sektöründe istihdam edilen nüfus, yasal olarak sisteme dahil olmasına rağmen tümüyle kapsam altında olamaması nedeniyle özellikle sıkıntılı durumdadır. Ayrıca mevcut sosyal güvenlik sistemlerinin ve Yeşil Kart uygulamasının kapsamaları ve sağladıkları imkanlar oldukça farklıdır ve standart değildir. Bu sistemlerde kişi başına düşen sağlık harcamaları eşit değildir. Sağlık durumu ve hizmetlere ulaşılabilirlik açısından da coğrafi dengesizlikler mevcuttur; sağlık göstergeleri genel olarak kırsal bölgelerde ve sağlık ocaklarının %20’sinde hekim bulunmayan doğu bölgelerinde daha kötüdür.

#### **Öneriler:**

- Türkiye’nin mevcut çok parçalı sağlık finansman yapısı; ücret ve/veya gelir seviyesine dayalı primlerle finanse edilen ve genel vergiler kanalıyla desteklenen bütünleştirilmiş bir kamu sağlık finansman sistemi ile değiştirilmelidir. Sosyal güvenlik açısından sağlık sigortası programlarının (ES, SSK, ve Bağ-Kur) mevcut rolleri, Yeşil Kart uygulamasında Maliye Bakanlığı’nın (Sağlık Bakanlığı kanalıyla) sağlık finansmanı işlevleri tek bir kamu ödeme kurumu (Genel Sağlık Sigortası - GSS) altında toplanmalıdır. Sadece askeri sağlık hizmetleri sistemi bu oluşumun dışında bırakılabilir.

- GSS tüm nüfus için zorunlu olmalı ve finansmanında ücretlerden ve/veya gelirlerden alınan primler ile genel vergiler birlikte kullanılmalıdır. Primler aşamalı olmalı; belirlenecek bir ücret ve/veya gelir seviyesinin altında kalan hak sahipleri prim ödememelidir.

- Kamu ve özel sağlık sigortaları için düzenleyici bir kurul oluşturulmalıdır. Bu kurulda GSS, SB, Hazine, özel sağlık hizmet sunucuları, özel sigortacılar ve tüketiciler temsil edilmelidir. Bu kurul özel sigortacılar tarafından teklif edilen teminat paketlerini ve prim miktarlarını kontrol etmeli, sigortacılar ve hizmet sunucular arasındaki sözleşmeleri kolaylaştırmalı ve tüketici şikayetlerini incelemelidir.

- GSS kapsamında standart bir teminat paketi tanımlanmalı ve bu paket aktüeryal açıdan tutarlı olmalıdır. GSS tarafından teminat altına alınan hizmetler kapsamında; muayeneler, kadın hastalıkları, gebelik ve aile planlaması hizmetleri, doğumlar, sağlam çocuk muayeneleri, bağışıklamalar, acil hizmetler, hastane yatışları, cerrahi girişimler, kemoterapi ve ışın tedavisi, cerrahi sonrası evde bakım, ruh sağlığı ve madde bağımlılığı, rutin göz muayeneleri, işitme gereçleri, laboratuvar hizmetleri, röntgen ve reçeteli ilaçlar (varsa jenerik ilaçlar) yer almalıdır.

- Teminat paketinin alınabilirliğini, prim seviyelerini ve zaman içinde GSS'nın kullanabileceği finansman durumunu belirlemek için bir aktüerya çalışması yapılmalıdır. Bu çalışma; Türkiye'deki ana sağlık hizmet sunucularına belirli sağlık hizmetlerinin sunulmasındaki gerçek maliyetleri göstermek amacıyla, dolaylı maliyetleri de dikkate alan faaliyet bazında maliyetlendirme tekniklerinin kullanıldığı derinlemesine bir maliyetlendirme bileşeni içermelidir. Aktüerya çalışması tamamlandıktan sonra, yukarıdaki paragrafta önerilen paket doğrultusunda maliyet-etkililiğe ve koruyucu hizmetlere öncelik verilerek, temel teminat paketi tanımlanmalıdır.

- GSS hak sahipleri (en sonunda tüm nüfus) bu hizmetlerden hem kamu hem de özel sunucular kanalıyla yararlanabilmelidir.

- Malüllük, emeklilik ve hayat sigortaları da dahil olmak üzere uzun dönemli sigortalar idari yönden GSS fonlarından ayrı tutulmalıdır.

## **2. Sağlığa Ayrılan Kaynakların Artırılması**

Türkiye'de kişi başına 112\$ veya 202\$ arasında ölçülen toplam sağlık harcamaları yetersizdir ve sosyo-ekonomik açıdan benzer konumda olan ülkelere göre çok düşüktür.

### ***Öneriler:***

- Türkiye; hem kamu hem de özel sektörde sağlık hizmetlerine çok daha fazla finansman sağlamak durumundadır. Özellikle, kamu harcamalarının artması gerekecektir. Sağlık Bakanlığı sağlık harcamalarının yaklaşık %78'i maaşlara ayrılmaktadır ve SSK hastanelerinde de benzer bir durum söz konusudur.

- Sağlığa daha fazla kaynak aktarılması ihtiyacı zamanla daha belirgin hale gelecektir. Sağlık hizmetleri sisteminin finansal sürdürülebilirliği önemlidir. Türkiye'nin bağımlılık oranı (%51.5) AB ülkeleri ile karşılaştırıldığında yüksektir ve henüz 15-44 yaş grubunda olan büyük nüfus dilimi yaşlandıkça bu durum daha da

kötülecektir. Eğer mevcut emeklilik yaşı sınırı korunursa, önümüzdeki 10-15 yılda Türkiye’de emeklilik fonları, sosyal güvenlik ve kamu sektörü yardım programları konusunda ciddi sıkıntılar başgösterecektir.

- Kamu sağlık finansmanında sağlanacak artış yeni kaynaklardan elde edilmelidir. Bu amaçla kamu borçlarının artırılması, önerilen bir seçenek değildir. Sağlık sistemi için önerimiz; ücrete ve/veya gelire dayalı zorunlu prim ödemesi ve ek olarak genel vergi gelirlerinden yapılan devlet sübvansiyonunun birlikte olduğu finansman modelidir. Önerilen teminat paketinin, teknolojik gelişmelere bağlı olarak sağlık harcamalarında gelecekte beklenen artış ve demografik değişiklikler açısından ücretlerden yapılan kesintinin aktüeryal olarak tutarlı bir seviyede olması gereklidir. Ayrıca, GSS’nin finansmanı, Türkiye’deki özel sektörün ekonomik etkinliğine gereksiz bir yük ilave etmemelidir. Genel vergi gelirlerinden yapılan devlet sübvansiyonu; primlerden ve maliyet paylaşımı katkı paylarından muaf olacak nüfus gruplarının, bu prim ve katkı paylarını ve ayrıca GSS Programı tarafından kapsanmayan önemli halk sağlığı işlevlerinin idaresini ve yürütülmesini karşılayacak düzeyde olmalıdır.

- Kısmen yetersiz miktarlardaki finansmana bağlı olarak, Türkiye’deki sağlık harcamalarının seyri, önemli ve oldukça etkili halk sağlığı programlarının yetersiz finansmanı ile sonuçlanmaktadır (tahsis verimliliği sorunları). Kamu sağlık harcamalarının önemli bir kısmının maaşlara ve ilaçlara gitmesi nedeniyle, Türkiye sağlık sisteminde koruyucu ve gerekli tedavi edici hizmetlere ayrılan pay çok sınırlıdır. Sağlık için yapılan toplam harcamalardaki kamuya ait koruyucu hizmetlere yönelik pay 1996’da %12.1 iken 2001’de %6.3’e düşmüştür.

- Türkiye; Fransa, Polonya, Macaristan ve Tayvan modellerini dikkate alarak sağlık sistemini temel olarak ücretlerden ve/veya gelirlere alınan primler ve bunu destekleyecek genel vergilerle finanse edebilir. Sosyal güvenlik reformu için hazırlanan kanun taslağı, yaklaşık %6.5’i işveren, %6’sı çalışan tarafından ödenmek üzere, sağlık için %12,5’lik bir prim öngörmektedir. Bu tip bir sistemle bile; kendi adına çalışanların işveren katkı payları, kayıtdışı çalışanlar ve işsizler ile bunların ailelerini kapsamak üzere başka finansman kaynaklarına ihtiyaç olacaktır.

### **3. Özel Sağlık Sigortalarının Rolü**

Türkiye’de özel sağlık sigortacılığı açısından güçlü bir potansiyel olmakla birlikte mevcut durumda özel sigortalı sayısı nüfusun yaklaşık %1’i kadardır. Kısıtlı re-

assürans piyasası büyüme açısından muhtemel bir engel teşkil etmektedir. Türkiye’de sadece üç yerli reassürans şirketi faaliyet göstermekte olup, bazı yerli sigorta şirketlerinin uluslararası yatırımcılarla ayrı reassürans düzenlemeleri vardır. Veri-kodlaması ve faturalandırma sistemleri de özel sigortacılığın büyüme potansiyelini sınırlayan sorunlar arasındadır.

### ***Öneriler:***

- İsteğe bağlı özel sigortalar; ek imkanlar sunabilir, GSS’nin maliyet-paylaşımı düzenlemelerini (muafiyetler, katkı payları ve paralel sigorta gibi) karşılayabilir ve GSS teminat paketi kapsamında olmayan teminatları kapsayabilirler ancak kamu teminat paketinin içinde yer alan teminatları sunmamalıdır.

- GSS’nin tüm toplumu kapsayacağı zamana kadar geçen bir başlangıç döneminin ardından, dileyenlerin sistemden çıkabilmelerine ve esas sigortaları olarak özel sigorta yaptırmalarına imkan tanıyan bir seçeneğin de düşünülmesi önerilmektedir. Böylece, halen hem kamu hem de özel sigortası olanların aynı teminatlar için mükerrer prim ödemeleri örneğinde olduğu gibi, bu kişilerin GSS primi ödemeleri gerekmeyecektir. Özel sağlık sigortasının, bu raporda bahsedilen temel teminat paketini sunacağı için, temel sigorta yerine geçeceği böyle bir durumda; düzenleme mekanizmaları ile GSS havuzunun gelir kaybını telafi edecek finansman mekanizmalarına önem verilmesi gerekecektir.

## **4. Maliyet Paylaşımı Düzenlemeleri**

Türkiye’de uygulanmakta olan tüm sağlık sigortası programları, Yeşil Kart uygulaması istisna olmak kaydıyla, bir şekilde hasta katkı payı veya maliyet paylaşımı unsurunu içermektedir. Tüm sağlık kuruluşlarında alınacak ücretler Maliye ve Sağlık Bakanlıkları ile TTB tarafından belirlenmektedir. Örneğin; SSK hastaları ayakta tedavi hizmetleri için %20 katkı payı öderken yatarak tedaviler için katkı payı ödemezler. Özel sağlık poliçeleri değişkenlik göstermektedir ancak genel olarak ayakta tedaviler, doğum hizmetleri ve ilaçlar için %20’lik katkı payı içerirken yatarak tedaviler için katkı payı yoktur.

### ***Öneriler:***

- Maliyet paylaşımı düzenlemeleri; sağlık hizmetleri sisteminin akılcı kullanımını teşvik amacıyla katkı paylarını ve muafiyetleri de içermelidir. Bu katkı payları ödeme gücü olmayanlardan alınmamalıdır.

- Katkı payı ödeyemeyecek olanların belirlenmesi için, bir sistem oluşturulmalıdır. Devlet, her vatandaşa tek bir kimlik numarası vermeyi planlamıştır. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın hazırlamış olduğu kanun taslağında da belirtildiği gibi, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın bünyesindeki Sosyal Hizmetler ve Sosyal Yardım Kurumu bu konuda çalışarak prim ve katkı paylarını ödeyecek durumda olmayanların tespiti için objektif kriterlere dayalı bir sistem oluşturmalıdır.

## **5. Hizmet Sunucu Ödemeleri**

Sağlık Bakanlığı hastaneleri fonlarının yaklaşık %80'ini, devlet genel gelirlerinden yapılan transferler kapsamında Sağlık Bakanlığı'ndan almaktadır. Sağlık Bakanlığı hastaneleri Sağlık Bakanlığı'ndan gelen fonları bütçe kalemlerine tahsisli olarak alırlar. Bakanlığın hastanelerinin gelirlerinin %15 kadarı; kişilerin veya sigorta şirketleri dahil, üçüncü tarafların doğrudan döner sermayelere yaptıkları ödemelerden kaynaklanır. Bu fonlar hastanelerde kalır. SSK sağlık kuruluşları ise, temel olarak sosyal güvenlik primleri ile finanse edilmektedir. Modifiye bir teşhise-dayalı-ödeme sistemi (DRG) uygulama planları, hasta teşhislerini ve ödeme bilgilerini takip edecek sistemlerin mevcudiyeti açısından, sınırlılıklarla karşı karşıyadır. Ancak Emekli Sandığı son yıllarda hizmet paketlerini esas alarak, özel hastanelere ödeme yapmaktadır.

Sağlık Bakanlığı ICD 10 (Uluslararası Hastalık Sınıflaması - 10. Sürüm)'u tercüme ettirmiş ancak henüz tümüyle kullanıma sokamamıştır. Bilgi sistemleri birbirinden kopuktur. Emekli Sandığı ve Türk Eczacılar Birliği'nin ilaçlar için Dünya Bankası yardımı ve AB hibeleri katkısıyla geliştirilmiş ayrı pilot bilgi sistemleri vardır. Maliye Bakanlığı ve Hacettepe Üniversitesi; hizmet-başına-ödeme sisteminden teşhise-dayalı-hastalık sınıflandırması (DRG) sistemine geçiş için pilot bir ödeme projesi uygulamasını başlatmıştır. İlk sonuçların 2004 yılı sonunda alınacağı düşünülmektedir. Bağ-Kur ve SSK'nın da hizmet sunucu ödemeleri için yürütmekte oldukları pilot projeler mevcuttur.

### **Öneriler:**

- Geniş bir hizmet sunucu ağı GSS tarafından kapsam içine alınana kadar, GSS ile kamu ve özel farklı hizmet sunucular arasındaki sözleşmeler sisteme yavaş yavaş dahil edilmelidir. Ödemeler, kaliteli hizmetleri teşvik edecek ve hizmetlerin gereksiz yere fazla sunumunu engelleyecek tarzda yapılandırılmalıdır.

- Hastane ve diğer hizmet sunucu ödemelerine yönelik olarak; teşhise-dayalı-ödemeler için gerekli bilgi sistemleri yerini alana kadar geçiş döneminde, genel bir

sınırlandırmaya tâbi sabit bütçelerin kullanılacağı, teşhise-dayalı-ödeme sistemi önerilmektedir. Bu ödemelere ait, yukarıda belirtilen aktüeryal ve maliyet çalışmalarına dayanarak, uygun seviyeleri belirlemek üzere bir komisyon oluşturulmalıdır. DRG'leri oluşturmak için hem bir ana teşhis hem de diğer teşhislerin olması gerekecektir.

- İl düzeyinde, ayakta tedavi hizmeti veren hekimler için; başlangıç aşamasında genel sınırlamaya tâbi hizmet-başına-geri ödeme yönteminin kullanılması önerilmektedir. Gerekli bilgi sistemleri devreye girdikten sonra, yine il düzeyinde genel sınırlamaya tâbi olarak, ayakta verilen hizmetler için kişi başına geri ödeme sistemine geçilmesi uygun olacaktır. Uzman hekimlere, hastane dışı ayakta tedavi hizmetleri için hizmet başına ödeme modeli devam ettirilmelidir.

- GSS; taleplerin işleme sokulması ve değerlendirilmesi, gereksiz tedavileri izlemek için hizmet sunucu profillerinin çıkarılması, pahalı ve karmaşık tedavi gerektiren hastaların vaka yönetimi gibi işlemlere yönelik hizmetleri, Tarafsız Kurum Yönetimi (Third Party Administrators - TPA) için yapılacak sözleşmeler yoluyla özel sektörden temin etmeyi de değerlendirmelidir.

## **6. Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Kamunun ve Özel Sektörün Roller**

Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi için gerekli fırsatlar, çıkarlar ve kaynaklar ülke geneline dengesiz olarak dağılmıştır. Başarılı bir özelleştirmenin, yatırımcıların çıkarları ile hastaların çıkarları arasındaki potansiyel çıkar çatışmalarına, gereksiz ve yetersiz tedavilere yönelik potansiyel ters dürtülere (sigorta etkisi=insurance effect) çözüm getirmesi gereklidir (Forde ve Malley 1992). Devlet; sağlık hizmetlerinin sunumunu, subvansiyonunu ve düzenlemesini içeren mekanizmalar yoluyla; daha iyi rekabet koşullarının sağlanması, finansal ve idari performansın geliştirilmesi için özelleştirmeden faydalanabilir. Sözleşmeler yoluyla riskler özel sektörle paylaşılırken kamunun kontrolü devam edebilir.

### **Öneriler:**

- Yalnız başına piyasa koşulları ulusal sağlık hizmetleri hedeflerini gerçekleştirmez; bu yüzden devlet, piyasanın düzenleyicisi ve kuralların yaptırımcısı olarak önemli rolünü devam ettirmelidir. Kamu sektörü, hizmeti sunan değil hizmetin bedelini ödeyen konumda olmalı ancak kırsal, yoksul ve diğer sıkıntılı nüfus kesim-



lerine ulaşılabilir ve kaliteli sağlık hizmetinin mutlaka temini için sağlık sektörünün işleyişine yönelik gerekli ortamı oluşturmalıdır.

- Kamu sektörü kamu sigortacılığını tek bir GSS çatısı altında birleştirmelidir. Özel sektör tamamlayıcı sağlık sigortası sunmalı, "Sağlık İşletmeleri"ni işletmeli ve yönetmelidir. Vizyon; temel sağlık hizmetlerinin, gereksiz hastane kullanımını azaltacak bir ayaktan sevk sistemini de içerecek Şekilde, kamu ve özel sektör tarafından birlikte sunuluyor olmasıdır.

- Devlet tüm vatandaşlarını kapsayan bir Temel Teminat Paketi'ni temin ederken, piyasa koşullarının hizmet sunumunda yetersiz kalması durumunda bir güvenlik önlemi olarak hastane hizmetlerini izlemeye ve sunmaya devam etmelidir.

## **7. Temel Sağlık Hizmetlerinin Güçlendirilmesi**

Sağlık Bakanlığı, birinci basamak hizmetlerinin en önemli ve koruyucu sağlık hizmetlerinin esasen tek sunucusudur. 2000 yılında sağlık evlerinin üçte ikisinde ebe, sağlık ocaklarının %12'sinde hekim bulunmamaktaydı. 1,887 sağlık evi ve 270 sağlık ocağı malzeme ve personel eksikliği nedeniyle kapalı bulunmaktaydı. Genel olarak Bakanlığın birinci basamak btcesinin yaklaşık %90'ı personel harcamalarına ayrılmakta olup, kalan miktar ise, işletme giderleri, ilaçlar ve diğer malzemeler, gereç alımı ve bakımına yetmemektedir.

Türkiye'nin, sağlık ocakları ve sağlık evleri ağından oluşan ulusal bir birinci basamak ağı oluşturma vizyonu henüz tam olarak gerçekleşememiştir. Türkiye'deki ilgili taraflar arasında, temel sağlık hizmetlerinin iyi tasarlanmış, entegre, performans dayalı bir sağlık sisteminin temeli olması gerektiği yönünde prensip olarak görüş birliği vardır. Önerilen bu stratejinin merkezi unsuru ise, aile hekimliği kavramı ve pratisyen hekimlerin bu yönde eğitilmesidir. Bu ereve içinde kişilere yönelik koruyucu hizmetler ve birinci basamak tedavi edici hizmetler aile hekimleri tarafından verilecektir. Temel sağlık hizmetlerini güçlendirmek için alternatif bir strateji ise, multidisipliner bir grup çalışması modelinin uygulanması olabilir.

### ***neriler:***

- Türkiye'deki temel sağlık hizmetlerinin, kamuya ait sağlık ocaklarının Birinci Basamak Grup alışması (BBG) merkezlerine dönüştürülerek güçlendirilmesi önerilmektedir.

- Bu merkezlerde tercihen sertifikalı Birinci Basamak Hekimleri (BBH), birinci basamak sağlık hizmetleri eğitimi almış hemşireler ve destek personeli bulunmalı ve çalışanların sayıları hizmet verilen bölgedeki nüfusa bağlı olmalıdır.

- Sigortalı sayısı arttıkça; birinci basamak sağlık hizmetleri için BBGÇ'ye üye olan hastalar için yapılacak ödemeler, sigortalarla yapılan kişi-başı sözleşmeler yoluyla gerçekleştirilir.

- BBGÇ merkezleri ayrıca; toplum ve okul bazlı hizmetler ve özel nüfus gruplarına verilecek hizmetler için yerel, bölgesel veya ulusal düzeyde kamu ödeneklerine veya özel sözleşmelere ihtiyaç duyacaklardır.

- Her ilçede; BBGÇ hizmetlerine yönelik hasta şikayetlerinin incelenmesi de dahil, BBGÇ'nin eşgüdümü ve izlenmesi amacıyla bir Kamu Sağlığı Merkezi kurulması önerilmektedir. Kamu Sağlığı Merkezleri ayrıca veri toplanması ve epidemiyolojik sürveyans, yaygın sağlık taramaları dahil olmak üzere büyük çaplı toplum sağlığı programları ile bağışıklama kampanyaları ve çevre sağlığı programlarının planlamasından ve eşgüdümünden, doğal afetler veya diğer olağanüstü olaylar karşısında gerekli hizmetlerin zamanında verilmesi için il veya ülke genelinde hazırlık çalışmalarının planlanmasından ve eşgüdümünden de sorumlu olacaklardır. AB normlarına uyum sağlayabilmek açısından Türkiye'de bu faaliyetlerin güçlendirilmesi gereklidir.

- İş güvenliği ve kamu sağlığı altyapısının devamlılığının ve sürdürülebilirliğinin sağlanması açısından Kamu Sağlığı Merkezleri'nde görev yapanlar Sağlık Bakanlığı'nın personeli olmalıdır. Personel; yönetim, epidemiyoloji, planlama, kriz yönetimi, halk sağlığı eğitimi ve diğer ilgili konularda özel eğitim almış hekimler, hemşireler ve diğer sağlık çalışanlarından oluşmalıdır. Bu eğitimler yüksek lisans seviyesinde uygun programlar veya hizmet-içi sertifika eğitim programları yoluyla verilmelidir.

## **8. Kamu Hastanelerinin Daha Fazla Özerklik Verilerek Güçlendirilmesi**

Türkiye'deki hastane hizmetlerinin büyük bölümü Sağlık Bakanlığı, SSK, üniversiteler ve özel sektör tarafından sunulmaktadır. Türkiye'de hastane yatağı sayısı (her 1,000 kişiye 2.6 hastane yatağı) uluslararası standartlara göre düşüktür. Ayrıca Türkiye'deki bir çok hastanenin etkin bir şekilde işletilmediği ve kaynak israfına yol

açtığı yönünde yaygın endişeler mevcuttur. Türkiye'deki hastanelerin yaklaşık %27'sinin yatak sayısı 30'un altındadır ve bunların ortalama yatak işgal oranı %17'dir. Özel hastanelerin sayısı 1990'larda önemli ölçüde artmış, özellikle kapasiteleri 1995 ve 2000 yılları arasında iki katına çıkmıştır. Özel hastaneler üç büyük kentte yoğunlaşmıştır ve yarıdan fazlası, hem genel hem de branş özel hastanelerinin açıldığı İstanbul'dadır.

Hastane hizmetlerinin etkililik, etkinlik, ulaşılabilirlik ve kalitesini geliştirme çabaları kapsamında kamu sektörü hastanelerine daha fazla idari ve mali özerklik verilmesi yönünde bazı stratejiler üzerinde durulmaktadır. İlgili tarafların çoğu, hastanelerdeki önemli kararların, Türkiye'deki farklı coğrafi bölgelerin ve nüfus gruplarının spesifik ihtiyaçlarına uygun verilmesi gerektiği konusunda mutabık gözükmektedir.

### ***Öneriler:***

- Kamu hastanelerine daha fazla özerklik verilmesine yönelik birkaç seçeneğin denenmesi ve ülke geneline yaygınlaştırılması, en uygun modellerin belirlenmesi için pilot uygulama projeleri oluşturulması önerilmektedir (Ek 6'da, hastane özerkliği için farklı modeller tasarlamakta kullanılabilir bir matris bulunmaktadır.)

- Bu konularda ilerleme sağlanabilmesi için uygun yasal çerçevenin tamamlanması, hastane yönetim kurullarının oluşturulması ve eğitilmesi, uygun hastanelere yetkilerin düzenli bir şekilde devri için politikaların ve süreçlerin geliştirilmesi gerekli olacaktır.

- Her hastane yönetim kuruluna finansman ve bütçeleme, yasal konular ve düzenlemeler, işletme, tıp ve hemşirelik hizmetleri konularında uzmanlığı olan bireylerin dahil edilmesi önerilmektedir. Kurul üyeleri arasında yerel toplumdan temsilciler de bulunmalıdır.

- Bu stratejinin başarısı aynı zamanda, hastanede yönetici konumundaki kişilerin ilave eğitim almalarına ve hatta yeni hastane kurulu üyelerinin de sorumluluk alanları ile ilgili eğitimden geçmelerine bağlıdır.

## **9. İnsan Kaynakları**

Türkiye'deki tıp eğitimi ve sertifikalandırma konularındaki yetersizliklere yönelik endişeler çeşitli taraflarca dile getirilmiştir. Uzmanlık öncesi dönemdeki eğitim prog-

ramları temel sağlık hizmetlerinin sunumu için gerekli olan bilgi, beceri, değer ve yaklaşımları kazandıracak şekilde yeniden tasarlanmalıdır. Tüm tıp fakóltesi mezunlarının yeterli bilgi ve beceri sahibi olmalarının sağlanması temel unsur, Birinci Basamak Hekimleri (BBH) için bir sertifikasyon mekanizması işlevi görecek ulusal bir sınav sistemi geliştirilmesidir. Aynı zamanda, halen çalışmakta olan pratisyen hekimlerin BBH sertifikası almalarını kolaylaştırmak için bir strateji geliştirilmelidir.

Türkiye'deki sağlık kuruluşlarının yönetimlerinin güçlendirilmesi gerektiği, sıkça dile getirilen bir görüştür. Sağlık yöneticileri için, sağlık yönetim eğitimi konusunda yaz programları da dahil olmak üzere, üniversiteye dayalı programlar oluşturulmuştur. Sağlık Bakanlığı ayrıca yönetici konumunda bulunan 400'den fazla hekime yurt dışı yönetim eğitimi bursları sağlamıştır. Bu girişimlerin yaygınlaştırılması önemlidir.

### ***Öneriler:***

- Uzmanlık öncesi dönemdeki tıp eğitimi programları yeniden tasarlanarak birinci basamak hizmetlerinin sunumuna temel teşkil edecek bilgi, beceri, değer ve yaklaşımları sağlamaya odaklanmalıdır.
- Birinci Basamak Hekimleri (BBH) için bir sertifikasyon mekanizması işlevi görecek ulusal bir sınav sistemi geliştirilmelidir. Bu kurul sınavı yoluyla sertifikaya olma fırsatı sadece aile hekimliği ağırlıklı programlardan yeni mezun olanlara değil, halen çalışmakta olan ve birinci basamak hekimliği setifikası almak isteyen diğer hekimlere de tanınmalıdır. Sertifikasyonu teşvik için; sertifikaya BBH'ler tarafından sunulan hizmetlere, sağlık sigortaları tarafından onaylanan farklı düzeyde ücretler ödenebilir.
- Halen çalışmakta olan pratisyen hekimlerin BBH sertifikası almalarını kolaylaştırmak için bir strateji geliştirilmelidir. Yeni geliştirilen tıbbi eğitim programlarına paralel birinci basamak eğitim modülleri oluşturulması bir yaklaşım tarzı olabilir. Bu modüller; Sağlık Bakanlığı ve üniversitelerin de işbirliği ile Türk Tabipleri Birliği tarafından düzenlenip uygulanabilir. Modüllerin tasarımı, pratisyen hekimlerin BBH sertifika sınavına hazırlanmalarını sağlayacak şekilde olmalıdır. Eğer sınav; konulara göre parçalı yapılabilecek ise, modüller de bu tarzda hazırlanabilir.
- Hemşirelik öğretim programları; deneyim kazanmaya daha fazla fırsat tanınarak ve müfredatında temel sağlık konularına ağırlık verilerek güçlendirilmelidir. Po-

litika yapımcılarının, değişik seviyelerdeki programlardan mezun hemşirelerin farklı becerilerini resmi olarak nasıl tanıyacaklarını ve ayrıca hemşirelerin hasta bakımı yönetiminde daha çok sorumluluk almalarına imkan sağlamak üzere hemşirelik uygulamaları düzenlemelerinde ne gibi değişiklikler yapılacağını dikkate almaları gerekir.

- Üst ve orta düzey sağlık hizmeti yöneticilerinin sağlık yönetimi ve liderlik eğitimlerini güçlendirmek amacıyla, halen Sağlık Bakanlığı ve bazı üniversiteler tarafından başlatılan girişimlerin daha da yaygınlaştırılması önemlidir. Ayrıca üniversitelerde verilen lisansüstü sağlık hizmetleri yönetimi programları da güçlendirilmelidir.

- Ülke ve il düzeyinde, epidemiyolojik ve demografik verilere dayanan, daha iyi bir sağlık insangücü planlamasına ihtiyaç vardır. Devlet Planlama Teşkilatı, Yüksek Öğretim Kurulu ve Sağlık Bakanlığı arasındaki eşgüdümün güçlendirilmesi gereklidir. Uygulanabilecek stratejilerden biri; bu kurumlara ek olarak uygun meslek örgütlerinin de temsiliyle sağlık insangücü planlaması için yeni bir kurulun oluşturulması olabilir.

## **10. İlaçlar**

İlaçlar ve ilaç endüstrisi hem sağlık hizmetlerinin sunumunda hem de AB'ye katılım sürecinde yer alan unsurlardır. Ayrıca; temel sağlık hizmetleri, genel ulaşılabilirlik, özel sağlık sigortası ve devletin rolünü vurgulayan, Sağlık Bakanlığının *Sağlıkta Dönüşüm Programı* açısından da önemlidirler. İlaç endüstrisinin temel özelliklerinin anlaşılması, *Sağlıkta Dönüşüm Programı*'nın hedeflerine ulaşılması için politikalar ve harekete geçirici unsurlar sağlayabilecektir. İlaçlar Türkiye'de büyük ve karmaşık bir endüstriyi temsil etmektedir. 2002 yılında 134 ilaç şirketi 3,316 ürünü 6,549 biçimde sunmuştur. Türkiye'nin genel ulaşılabilirlik, birinci basamak hizmetlerine ve özel sektöre daha fazla güvenmek gibi hedefleri, Ulusal İlaç Politikası'na önemli görevler yüklemektedir.

### **Öneriler:**

- Ulusal İlaç Kurumu'nun önderliğinde, Ulusal İlaç Politikası (UIP) oluşturulması önerilmektedir. İlaç endüstrisi büyük ve karmaşıktır, çok sayıda bakış açısını içerir ve hiç bir konum endüstrinin tamamını temsil etmez. Bu nedenle, UIP öncelikleri belirleyecek ve ilaçlara ulaşılabilirliğin artırılmasının yanısıra ilaçların kalitesini ve akılcı kullanımını güçlendirecek çabaların eşgüdümünü sağlayacaktır. Bu

potansiyeli ortaya çıkarmak için; UİP'nin hükümetin desteğine, tercihen yasal düzenlemeler yoluyla, ihtiyacı olacaktır. UİP; ilaç ürünlerine yönelik politikaları, düzenlemeleri, ulaşılabilirliği ve finansmanı entegre edecektir.

- UİP'nin ilaç üretimi, dağıtımı, finansmanı ve kullanımına yönelik entegre bölümleri olmalıdır. Buna bağlı olarak, UİP oluşturulmasına yönelik *süreç*; hedeflerin belirlenmesi, önceliklerin tanımlanması, stratejilerin geliştirilmesi ve bağlılığın sağlanması için ilaç sektöründeki tüm ana tarafları içermelidir.

- GSS için temel ilaçların belirlenmesi: Seçim kriterleri ulusal hastalık yapılarına, bilimsel verilere ve maliyet-etkililiğe dayanmalıdır. Temel ilaç listesi; UİP'nin düşünülmesi gereken bir unsuru değil, bir önceliği olmalıdır.

- Temel ilaçların satın alınabilirliği: Temel ilaçlara ulaşılabilirliği artıracak fiyatlandırma politikaları, vergiler ve gümrük vergileri, çok kaynaklı ve tek kaynaklı ürünlerin satın alınması dahil olmak üzere, çok kapsamlı düşünülmelidir. Temel ilaçlar listesinde yer almayan ilaç ürünleri, her ülkenin kendi fiyatlandırma yöntemini oluşturmasına izin veren AB müktesabatına uyum kapsamında ele alınabilir.

- Finansman seçenekleri: İlaç ürünleri Türkiye'deki sağlık harcamalarının önemli bir kısmına karşılık gelmektedir ve bu nedenle de temel ilaçlar açısından GSS kapsamında yaygın bir ulaşılabilirliğe yönelik finansman ve mekanizmalar önem kazanacaktır. Vurgulanması gereken unsurlar arasında; öncelikli hastalıkların belirlenmesi, etkinliği artırıcı tedarik ve lojistik mekanizmaları, kamu ve özel sağlık sigortalarında reçeteli ilaçların kapsanmasının teşvik edilmesi ve hasta katkı paylarının sınırlı kullanılması gelir. UİP kapsamında belirlenen temel ilaçların Temel Teminat Paketi içindeki rolünün tanımlanmasının yüksek önceliği vardır. Bir başka öncelik ise ilaç bedellerinin ödenmesinde görülen gecikmelerin azaltılması olmalıdır.

- Kamu-özel arz sistemleri: Hammadde ve ilaç ürünlerinin; aşırı yatırım maliyetlerine, sapmalara veya stoksuz kalmaya yol açmayacak şekilde piyasada bulunabilmesini sağlamak için satın alma ve tedarik zinciri lojistiğine dikkat edilmesi gereklidir.

- İlaça yönelik düzenlemeler: İlaça yönelik düzenlemeleri yapan birim olarak Ulusal İlaç Kurumu; bilimsel bulguları, pazarlama öncesi sertifikaları, pazarlama sonrası bulguları, yan etki takibi (pharmacovigilance), pazarlama ve reklam konularını izlemelidir. Buna ek olarak, kalite teminatı ve yaptırımını için İyi Üretim Uygu-

lamaları (Good Manufacturing Practices) dahil, tüm üretim tesislerini denetlemeli, jenerik ürünlerin biyo-eşdeğerliliğine yönelik testleri ve sertifikasyonunu gerçekleştirmelidir. Bu düzenlemelerin yaptırım zorluğunu bertaraf etmek için Dünya Sağlık Örgütü; daha önce belirtilen gereksinimlere ek olarak yasalar, yönetmelikler, insan-gücü ve mali kaynaklar konusunda temel ihtiyaçların karşılanması ve bağımsız bir düzenleyici makam olması gerektiğini tavsiye etmektedir.

- Pazarlama sonrası yan etki takibi (pharmacovigilance); AB’de uygulandığı şekliyle (Eudra, 2004), ilaç ürünlerinin pazarlama sonrası izlenmesi için Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi’nin personel ve finansman açısından desteklenmesini gerektirecektir.

- Akılcı ilaç tedavisi: UIP; ilaç kullanım politikalarının eşgüdümü, mezuniyet öncesi ve sürekli tıp eğitimi için klinik rehberlerin belirlenmesi ve ilaç ürünlerine dair hasta bilgilerinin ve eğitimin uygulanması için multidisipliner bir kurul tanımlamalıdır. Ayrıca temel ilaçlar olarak tanımlanan ilaçların seçimi için klinik kriterleri oluşturmalıdır.

## **11. Tıbbi Gereçler**

Tıbbi gereçler endüstrisi ağırlıklı olarak ithalatla genişlemeyi sürdürmektedir. Parçalı bir yapıya sahip olan endüstri; standardizasyon, kalite kontrolü, düzenleme ve değere-dayalı tedarik kararlarından fayda görecektir. Büyüklüğü, karmaşıklığı ve gereçler için ayrı dosyalar gerektirmesi nedeniyle; düzenleme faaliyetlerinin daha konsantre olması ve karar verme sürelerinin kısaltılması için (ilaçlardan) ayrı bir gözetim biriminin varlığı değerlendirilmelidir.

Halen gereçler; amaçlanan işlevlerini yerine getirebilmeleri için gereken tercihlili standartlara, kullanıcı eğitimine, bakım sözleşmelerine veya parça gereksinimlerini karşılayacak bütçelere bakılmaksızın satın alınabilmektedir. Aslında bunların her birisi; tedarik sürecinin yönetimi, kalibrasyon programları ve envanter için oldukça gereklidir. Büyük malzemeler için tarafsız bir değerlendirme kurumu tarafından, detaylı bir teknik değerlendirmenin parçası olarak, teknik seçim kriterleri oluşturulmalıdır.

### **Öneriler:**

- Parçalı bir yapıya sahip tıbbi gereç endüstrisinin standartizasyon, kalite kontrolü ve düzenlemeler açısından tek bir yetkili merciiye ihtiyacı vardır. *Sağlıkta Dönüşüm Programı*'nda, bu işlevleri yerine getirebilecek bir yapı, Tıbbi Gereçler Kurumu olarak tanımlanmıştır.

- Kararların zamanında verilmesi gereklidir. Bu yüzden yönetimde sorumluluk bilinci yaratmak için uygun teşvikler ve beklentiler oluşturulmalıdır.

- Kanıta dayalı kararların verilmesi, titiz ve tarafsız teknoloji değerlendirmelelerini gerektirecektir. Bunlar teşvik edilmeli ancak tercihen üniversiteler ve/veya vakıflar gibi devlete ait olmayan ve kâr amacı bulmayan kuruluşlardan profesyoneller kullanılmalıdır. Bu tür değerlendirmelerin kullanılmasını teşvik etmek için, düzenlemeler ve satınalma süreçleri kapsamında eğer olanak varsa bu değerlendirmelerin dikkate alınması hususu belirtilmelidir.

- Teknolojik değerlendirmelerin yapılması ve yorumlanması; bu değerlendirmelere dayanarak karar verecek olan kamu ve özel sektör profesyonellerinin ilave eğitim almasını gerektirecektir.

- Tıbbi Gereç Kurumu'nun kanıta dayalı teknik seçim kriterleri belirlemesi; satın alma kararlarını vermesi gereken yöneticilere ve hekimlere yol gösterecek ve sınırlı miktardaki kaynakların verimli kullanılmasını sağlayacaktır.

- Mükerrerlik veya ihtiyaç fazlası kapasite olmadan, uygun ulaşılabilirliği temin ederek teşhis ve tedavi gereçlerinin optimal kullanımını sağlamak için bir kamu İhtiyaç Belgesi (Certificate of Need - CON) süreci oluşturulmalıdır.

- Daha iyi fiyat elde etmek için toplu alım uygulamaları gerçekleştirilebilir. Uygun olduğu ölçüde, birleştirilmiş satınalma ve pazarlık fırsatları değerlendirilmelidir.

## **12. Sağlık Hizmet Kalitesinin İzlenmesi ve Geliştirilmesi İçin Bir Çerçeve**

Mevcut durumda sağlık hizmetlerinin kalitesini izleyecek ve geliştirecek sistemler eksiktir. Bu koruyucu unsurlar; sağlık sistemlerinin temel değişiklikler geçirmekte olduğu ve piyasaya daha fazla yönlendiği durumlarda daha da önem kazanırlar.



## **Öneriler:**

- İsteğe bağlı sertifikasyon ve akreditasyon sistemlerinin yanısıra zorunlu ruhsatlandırma sistemlerinin oluşturulması ya da güçlendirilmesi; sağlık sistemlerinin güvenilirliğini ve kalitesini geliştirme stratejilerinin önemli birer parçasıdır. Bu sistemler hem özel hem de kamu sektöründeki hastanelerin, hekimlerin ve diğer hizmet sunucuların niteliklerini ve performanslarını izlemelidir.

- Sağlık çalışanlarının ve kuruluşlarının ruhsatlandırılması ve ruhsatların periyodik olarak yenilenmesi uygun bir kamu sektörü biriminin sorumluluğunda olmalı ve kamu sağlığı ve güvenliği için gerekli asgari standartların sağlanması amacıyla zorunlu olmalıdır.

- Önceden belirlenmiş niteliklere sahip sağlık çalışanlarının serifiye edilmesi özel sağlık meslek birliklerinin sorumluluğunda olmalıdır (Birinci Basamak Hekimleri'ne yönelik bir sertifikasyon sürecinden yukarıda bahsedilmiştir). Sertifikasyon isteğe bağlı olmalıdır ama bir geçiş evresinden sonra ödemelerde yapılacak artışlar yoluyla teşvik edilmelidir.

- Kamu ve özel hastanelerin, önceden belirlenmiş ulaşılabilir ve yazılı (basılı) standartlara uygunluğunu resmi olarak değerlendirip tanıyacak bir akreditasyon programı oluşturulmalıdır. Benzer bir programın Birinci Basamak Grup Çalışması için de oluşturulması önerilmektedir.

- Sağlık alanında akreditasyon programı üzerinde genel yetkisi olan bir kurul oluşturulması önerilmektedir. Türkiye'nin; akreditasyon süreci öncesinde ve sırasında kapasite oluşumu ve kalite gelişimi için teknik desteği ön plana çıkaran "yol gösterici akreditasyon" (facilitated accreditation) ile başlaması önerilmektedir. Sağlık Bakanlığı, bu kurul oluşturulup işlevsel duruma gelene kadar, bu faaliyetleri koordine etmelidir. Sağlık Bakanlığı'nın mevcut örgüt yapısı içinde kalite faaliyetleri için bağımsız bir birim oluşturulmalıdır.

## **13. Bilgi Sistemleri**

*Sağlıkta Dönüşüm Programı*, istenen sağlık bilgi sisteminin temel işlevsel özelliklerini belirlemiştir. Kamu ve özel sektörün buradaki kritik mücadelesi; stratejik destek ve sürekli sermaye desteği sağlayarak gelecek vaat eden pilot projelerin desteklenmesi ve yaygınlaştırılması alanında olacaktır. Özellikle kamu sektörü açısından; standartların desteklenmesi, bilgi teknolojisinin ilerlemesi için hayati önem ta-

şımaktadır. Özel sektörün yapacağı yeni atılımlar ve pazar araştırmaları ise, devlete gerekli seçenekleri sunabilecektir. Halen Sağlık Bilgi Altyapısı için eşgüdüm ve yönlendirme yapacak bir odak yoktur. Bu alanda yol göstermek üzere bağımsız, kâr amacı olmayan bir kurumun oluşturulması gereklidir. Böyle bir kurum; çok parçalılığın önlenmesi ve uyumlu standartlara yönelimleri teşvik amacıyla farklı teknik yaklaşımlar arasında bir seçim yapabilecektir. Halen sağlık sektörünün farklı birimleri tarafından tanımlanan ve toplanan veriler; yönetim, klinik bakım veya epidemiyoloji için kapsamlı bir bilgi sistemi oluşturmamaktadır. Özellikle, kişilere ait sağlık kayıtları tek bir veri tabanında bulunmamaktadır.

### **Öneriler:**

- Türkiye'nin bilgi standartlarını oluşturacak bir kurum olacak şekilde; bağımsız, hükümet dışı, kâr amacı olmayan bir *Sağlık Bilgi Kurumu* oluşturulmalıdır. Bu kurum, bilgi teknolojisi (IT) alanında uygulama yapanlar için önemli bir taban oluşturmak üzere, ana tarafların her birinin üyeliğini ve katılımını sağlayacaktır. Kurumun temel işlevleri; standartların oluşturulması, sağlık teknolojisi ve bununla ilgili bulgu ve kararların yaygınlaştırılması olacaktır, yani sağlık bilgi altyapısı için tek eşgüdüm merkezi haline gelecektir.

- Özellikle ödemeler, transferler ve ödemeler için gerekli veri unsurları açısından, önerilen sağlık hizmetleri reformunu destekleyecek bir bilgi altyapısı oluşturulmalıdır. Paylaşım ve iletişim standartları olan işlevsel bir bilgi sistemi, GSS'nin uygulanması açısından önemli bir unsurdur. Bilgi sisteminin temel hedefleri; sağlık harcamalarının kontrol altına alınması, tıbbi malzemelerin ve bu proje kapsamında önerilen finansman mekanizmasının etkin yönetiminin desteklenmesidir.

- Kamu sektörünün; malzeme, personel, eğitim, bakım, yasal çalışmalar ve yenilemeyi içerecek şekilde bilgi altyapısı için yeterli finansmanı sağlaması gerekmektedir. Buna özellikle sağlık hizmetlerinin finansman işlevleri ve kurumları açısından ihtiyaç vardır.

- Deneyimlerden ve başarılarından hızla ders alınmasına yönelik olarak devlet kurumları ve Sağlık Bilgi Kurumu arasında yakın işbirliğinin gerekli olduğuna inanılmaktadır. Bu sürecin amacı; karar verme süresindeki gecikmelerin ve gereksiz çalışmaların azaltılması, gerçekten işe yarayan araçların kendilerini kanıtlarlar kanıtlamaz yaygınlaştırılmasıdır.

## 14. Sağlık Reformunun Desteklenmesi İçin Gerekli Yasal Çerçeve

Türkiye’de sağlık reformunun başarıyla gerçekleştirilmesi için bazı alanlarda kanun değişikliklerinin yapılması gereklidir. Yeni yasal düzenlemeler; sağlık sektörünün geçiş sürecindeki gereksinimleri dikkate alınarak yapılmalıdır. Yasalarla genel çerçeve tanımlanmalı, uygulamaya dönük süreçler yönetmeliklerle belirlenmelidir. Bu düzenlemelerin hedeflerinden biri; kamu ve özel sektöre ait kaynaklar arasında sinerji yaratmak olmalıdır. Sağlık sektöründe halen mevcut çok parçalı yapılanmadan kaçınmak için tüm yasal konuların hazırlanması ve uygulanması aşamaları, Başbakanlık düzeyinde oluşturulacak bir Yönlendirme Komitesi tarafından koordine edilmelidir.

Bu kapsamda, aşağıda verilen başlıkları da kapsayacak şekilde yeni yasalar hazırlanmalıdır:

- GSS’nin çerçevesinin oluşturulması ve mevcut kamu sağlık sigortası sistemlerinin bu çerçeve altında birleştirilmesi;
- Kamu ve özel hastaneler;
- Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri;
- Sağlık yönetimi;
- Sağlık personelinin görev, yetki ve sorumlulukları;
- Kamu sağlığı;
- Özel sektör yatırımlarını teşvik için yasal değişiklikler.

Bu alanların her biri ve yasal düzenlemelere yönelik belirli öneriler raporda 5.14’te açıklanmıştır.



# B Ö L Ü M

## GİRİŞ



# 1. GİRİŞ

## 1.1 Türkiye’de Sağlık Sistemi Reformuna Yönelik Kamu-Özel Sektör Vizyonu

18 Mart 2003 tarihinde, Türkiye Büyük Millet Meclisi’ne sunulan 59. Hükümet Programı’nda hükümetin sağlık sektörüne yönelik öncelikli hedefleri belirtilmiştir. Bu öncelikler arasında; Avrupa Birliği’ne tam üyelik sürecinin hızlandırılması, hizmet sunumunun ve yönetiminin yerinden yapılması, bilgi teknolojilerinin ve iletişimin güçlendirilmesi, birinci basamak ve aile hekimliğine dayalı bir sağlık sektörü geliştirilmesi, bir genel sağlık sigortası sistemi oluşturulması ve hizmetlerin özelleştirilmesi yer almaktadır. Hükümet programında, konu ile ilgili aşağıdaki ifadeler yer verilmiştir.

*“.....KİT’lerin özelleştirilmesinde kararlı olan Hükümetimiz, özelleştirme süreci ve uygulamalarını hızlandırmaya yönelik politikalarını oluşturacak ve gerekli tedbirleri alacaktır. Özelleştirmeye gerekli önem verilecek ve özelleştirme hukukuna ve yönetimine evrensel standart getirilecektir.....”*

*“.....Özelleştirmenin temel amacı, ekonomide serbest piyasanın daha iyi işlemesi için gerekli koşulların oluşumunu sağlamak, etkinlik ve verimliliği artırmaktır. Piyasa ekonomisinde kamunun iktisadi rolü, piyasa mekanizmasının iyi çalışması için gerekli düzenleyici ve denetleyici mekanizmaları oluşturmaktır.....”*

*“...Devlet Hastaneleri, Sigorta Hastaneleri ve Kurum Hastaneleri birleştirilip tüm vatandaşlarımızın ortak kullanımına açılarak, Sağlıkta Dönüşüm Programının ilk adımı atılmış bulunmaktadır. Bunu takiben aile hekimliği uygulaması ile birinci basamak sağlık hizmetleri güçlendirilecek, hastanelerimiz idari ve mali özerkliğe kavuşturulacak, Sağlık Bakanlığı planlayıcı ve denetleyici bir rol üstlenmek üzere yeniden yapılandırılacaktır. Nüfusun genelini kapsayacak bir genel sağlık sigorta sistemi hayata geçirilecektir.....”*

Bu hedeflere ulaşmanın alternatif yolları ve kamu ve özel sektör işlevlerinin ayrıştırılmasının detayları, özellikle geniş bir konu olan özelleştirme açısından, henüz tanımlanma aşamasındadır. Özelleştirme; kamuya ait varlıkların veya işletmelerin mülkiyet ve işletme haklarının özel sektöre devredilmesinden başlayarak devletin belirli bazı hizmetlerin sunumu için özel sektörle sözleşmeler yaptığı (*commercialization*) daha basit biçimlere kadar geniş bir uygulama alanına sahiptir (Forde ve

Malley, 1992). Kamu ve özel sektörün rollerinin spesifik özellikleri; sadece devlete ait sorumluluklar ve sağlık sektörünün kuruluşlar veya sigorta gibi unsurları nedeniyle farklılık gösterecektir.

Prensip olarak, sağlık sektöründe kurulacak bir kamu-özel sektör ortaklığı, her birinin kendi başına sağlayabileceğinden daha fazla kaynak ve etkinlik yaratabilir. Ancak *ortaklığın ayırdedici özelliği, rekabet değil işbirliğidir* (Linder 2000); yani uygulamanın detayları da, ortaklık fikrinin kendisi kadar önemlidir. Özelleştirme, özel sektörün ilgisini çekebilmek için, rekabet ortamında yatırımın geri dönüşünü sağlayacak büyüme olanakları sunmalıdır. Ekonomik kazanç fırsatı, özel sektörü kendisine çekip etkililiği motive ederken, devlet de sosyal unsurları etkili biçimde dengeleyecek, dikkatlice düşünülmüş politikaları uygulamaya yönelik tedbirleri almalıdır. Sağlık sektörü kuruluşlarının özelleştirilmesi; devleti tıbbi hizmet sunucusu konumundan çıkarıp sigortacı/finansör ve düzenleyici rolü kazandırmak üzere planlanmıştır. Prensip olarak bu; devlet fonlarını, alternatif alanlarda, hatta belki sağlık bütçesinde tahsislerin yeniden düzenlenmesini sağlayacak şekilde, kullanılmak üzere serbest bırakacaktır. Ancak bunun için, tüm vatandaşların en azından asgari bir teminat paketinden yararlanabilmesini sağlayacak, güvenilir mekanizmalara gerek olacaktır.

Tüm Türk vatandaşlarının temel bir teminat paketinden faydalanmasını sağlayacak genel sağlık sigortası sisteminin özellikleri üzerinde durulurken, böyle bir sistemde özel sağlık sigortasının muhtemel rolleri konusunda da çeşitli görüşler ortaya çıkmıştır. Özel sigorta piyasasının detayları halen gelişme aşamasında olsa da, gündeme gelen bir görüş, özel sigortacılığın rolünün tüketici tercihlerine göre değişebilecek tamamlayıcı sigorta sunulması yönünde olduğudur (Bkz. Ek 7: Kamu-Özel Sektör Ortaklıkları Çerçevesi). Özel sağlık sigortası piyasasının göreceli olarak yeni olduğu düşünüldüğünde, kamu sektörünün hızlı bir şekilde şeffaflık, tarafsızlık ve piyasada teşvik ve sonuçlara yönelik uygun bir denge kurmak üzere atacağı adımlar, genel kabul görme ve sürdürülebilir büyüme açısından önem taşımaktadır.

Uzun ömürlü ve sağlam bir kamu-özel sektör ortaklığı için her iki tarafın da uyuması gereken üç önemli kural vardır: (1) uzun vadeye odaklanmak, (2) zaman ve hükümetler değişse de bağlılık ve tutarlılık, (3) ekonomik sıkıntı dönemlerinde bile bağlılık ve tutarlılık.



## 1.2 Temel Konular

Avrupa Birliği'ne katılma faaliyetleri Türkiye'yi; kamuya ait varlıkların özelleştirilmesi de dahil, ekonomik reformlara yönlendirmiştir. 59. Hükümet'in Programı; "Sağlıkta Dönüşüm Programı" hedefiyle bu yönde ilerlemektedir. Hep birlikte ele alındığında, tüm bunlar Türkiye sağlık sektörü için bazı acil sorunları gündeme getirmektedir<sup>1</sup>:

- Devletin sorumlu olduğu Temel Teminat Paketi'nin belirlenmesi;
- Birinci basamak ve aile hekimlerine dayanan bir sevk sisteminin oluşturulması;
- Sağlık hizmetleri sisteminin desantralize edilmesi;
- Kamu ve özel sektörün rollerinin uyumlu hale getirilmesi;
- Ödemeler için İl Sağlık Müdürlükleri ile sağlık hizmet sunucuları arasında sözleşmeler yapılması;
- Devlet hastanelerinin özerk bir şekilde yönetilen "Sağlık İşletmeleri" haline dönüştürülmesi;
- Ruhsatlandırma, sigorta yasa ve düzenlemelerinin izlenmesi ve yaptırımları, kuruluşların akreditasyonu için düzenleyici bir sistemin ve altyapının oluşturulması, finansmanı ve personelinin temini;
- Göreceli olarak oldukça yüksek olan bebek ölüm hızının düşürülmesi;
- Ulusal bir ilaç politikasının oluşturulması;
- Tüm vatandaşların temel ilaçlara ulaşabilirliğinin sağlanması;
- Yerli ilaç endüstrisini canlandıracak politikaların uygulanması;
- Veri, iletişim protokolleri, güvenlik ve tıbbi terminoloji, süreçler, ürünler ve gereçler için standartların tanımlanması amacıyla tıbbi bilişim ve sağlık bilgi teknolojisi alanlarında pilot projelerin yaygınlaştırılması;
- Farklı bir tip profesyonel sağlık yöneticisinin eğitilmesi ve sertifikasyonu;
- Performansa dayalı incelemeye ve bunu izleyen faaliyetlere imkan vermeyen personel uygulamalarının tadil edilmesi;
- Teknoloji değerlendirmelerinin, değere dayalı tedarik ve kanıta dayalı uygulamaların sağlık sektörüne yerleşmesinin sağlanması;
- Tüm karar vericilerde maliyet bilinçliliğinin yerleşmesinin sağlanması ve
- Akılcı ilaç kullanımı eğitimi ve ilaç kullanım araştırması için girişimlerin oluşturulması.

---

(1) İlave bilgi için bkz., "AB'ne Giriş'in bir parçası olarak Ekonomik Reform Faaliyetleri: Kamuya ait varlıkların özelleştirilmesi" <http://Europa.EU.int/scadplus/leg/en/lvb/e40111a.htm>.



# B Ö L Ü M

# 2

## S Ü R E Ç



## 2. SÜRECİ

### 2.1 Geçmişten Günümüze Sağlık Reformu Çabaları

Türkiye’de 1920-1940 döneminde sağlık sektörüne yönelik önemli kanunların çıkarıldığı görülmektedir. Bunlar arasında; 38 Sayılı Tababet-i Adliye Kanunu (1920), 992 Sayılı Bakteriyoloji ve Kimya Laboratuvarları Kanunu (1927), 1962 Sayılı İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu (1928), 1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (1928), 1593 Sayılı Umumi Hıfzısihha Kanunu (1930), 3017 Sayılı Sıhhat ve İctimai Muavenet Vekaleti Teşkilat ve Memurin Kanunu (1936), 3153 Sayılı Radyoloji, Radyum ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun (1937) sayılabilir.

1960’larda sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli gelişmeler olmuştur. "224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun" (1961) ve "554 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun" bu dönemde çıkarılmıştır. Daha sonraki yıllarda çok tartışılacak olan genel sağlık sigortası, ilk defa bu dönemde gündeme gelmiştir. 1967 yılında genel sağlık sigortası için bir kanun taslağı hazırlanmış ancak Bakanlar Kurulu’na sevk edilememiştir. 1969 yılında 2. Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda genel sağlık sigortasının kurulması tekrar öngörülmüştür. 1971’de Genel Sağlık Sigortası Kanun Taslağı Türkiye Büyük Millet Meclisi’ne gönderilmiş ancak kabul edilmemiştir. 1974 yılında Meclis’e tekrar sunulmuş ancak taslak üzerinde görüşme yapılmamıştır.

1982 Anayasası; vatandaşların sosyal güvenlik hakkına sahip olmalarının yanı sıra bu hakkın gerçekleşmesinin devletin sorumluluğunda olduğuna yönelik düzenlemeleri içermektedir (Madde 60). Türkiye Büyük Millet Meclisi 1987 yılında "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu"nu çıkarmıştır. Ancak bu Kanun’un uygulanmasına yönelik düzenlemeler halen yapılmamıştır. 1982 Anayasası 60. Maddesi’nde, sosyal güvenliğin evrensel bir hak olduğunu belirten 1961 Anayasası’na paralel düzenlemeler yer almaktadır. 1982 Anayasası’nda "genel sağlık sigortası kurulabileceğine" dair bir hüküm yer almaktadır (Madde 58).

1990 yılında Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından sağlık sektörü ile ilgili bir master plan hazırlanmış, bunun sonucunda 1992 ve 1993’de birinci ve ikinci Ulusal Sağlık Kongreleri yapılarak, sağlık reformu süreci başlatılmıştır. Ulusal sağlık politikası belirlenmiş ve sosyal güvenlik kapsamında olmayan düşük gelirli bireyler için Yeşil Kart uygulaması başlatılmıştır.

Yasalar açısından bakıldığında, 1990'lardaki sağlık reformu programının şu ana başlıklardan oluştuğu görülür: Sağlık Finansman Reformu; Hastaneler ve Sağlık İşletmeleri Reformu; Aile Hekimliği ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Reformu; Teşkilat ve Yönetim Reformu; İnsan Kaynakları Reformu ve Sağlık Enformasyon Sistemleri. Üç ana kanun tasarısı (Sağlık Finansman Kurumu Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarısı, Hastane ve Sağlık İşletmeleri Temel Kanunu Tasarısı, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Kanunu Tasarısı) Türkiye Büyük Millet Meclisi'ne sunulmuştur. Bu kanun tasarıları, aralarında Maliye Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı, Hazine Müsteşarlığı ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın da bulunduğu ilgili tarafların katkılarıyla, Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanmıştır.

Genel olarak 1990'lardaki sağlık hizmetleri reformunun hedefleri şunlardan oluşmaktaydı:

- Tüm toplumu sosyal sağlık sigortası kapsamına alarak tüm nüfusun sağlık durumunun geliştirilmesi,
- Sağlık hizmetlerinde hakkaniyetin sağlanması,
- Koruyucu hizmetlere, sağlığı geliştirmeye ve birinci basamak tedavi hizmetlerine gereken önemin verilmesi,
- Hizmet sunumunda verimliliğin artırılması,
- Sağlık hizmetini finanse eden ve sunanların birbirinden ayrılması,
- Hizmet sunucuları arasında rekabet ortamının yaratılması,
- Teknolojinin uygun kullanımının sağlanması,
- Sağlık hizmetlerinde sektörlerarası işbirliğinin geliştirilmesi,
- Bilgiye dayalı karar verme süreçlerini geliştirmek için etkin, zamanında ve doğru bilginin toplanması,
- İnsan kaynakları için uygun yönetim biçimlerinin güçlendirilmesi,
- Karar verme yetkisinin hizmetin sunulduğu birimlere aktarılması.

Türkiye'de 2002 yılında yapılan genel seçimlerden sonra, Hükümet bir "Acil Eylem Planı" hazırlamıştır. Bu plan; tüm nüfusu kapsayan bir sosyal güvenlik sisteminin kurulacağını ve devletin tüm vatandaşlarına temel sağlık hizmetlerini sunmakla sorumlu olduğunu açık bir şekilde ifade etmektedir. Acil Eylem Planı'nın uygulanmasının bir parçası olarak Sağlık Bakanlığı tarafından *Sağlıkta Dönüşüm Programı* (SDP) başlatılmıştır. Acil Eylem Planı'nın ve SDP'nin temel prensipleri aşağıda belirtildiği gibidir:

- Türkiye'deki Hasta Hakları Kanunu'nun uluslararası standartlara uygun olarak yeniden düzenlenmesi,
- Sağlık bilgi sistemlerinde bilgisayara dayalı ulusal bir izleme sistemine imkan verecek dönüşümün sağlanması,
- Tüm vatandaşları kapsayacak bir genel sağlık sigortası sistemi kurulması,
- Sosyal Sigortalar Kurumu, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur dahil olmak üzere, kamu ve sosyal güvenlik sigorta programlarının aktüeryal yapılarının ve mali durumlarının güçlendirilmesi,
- Özel sağlık ve hayat sigortası şirketleri için teşvikler sağlanması,
- Sağlık Bakanlığı'nın sağlık sistemi için, merkezi planlayıcı ve düzenleyici rolünü üstlenmesi, sağlık hizmetlerinin kamu ve özel sunucular tarafından sunulması,
- Mevcut sosyal güvenlik programları içinde emeklilik ve sağlık sigortalarının ayrıştırılması,
- Sağlık sigortasının kapsamını ve sağlık hizmetlerinin kullanımını izlemekte yararlanılacak, tüm vatandaşlara tek bir kimlik numarasının verildiği bir sisteminin oluşturulması,
- En iyi uygulamaları sağlamak üzere, sağlık çıktılarının ve göstergelerinin ölçümüne yönelik sistemlerin oluşturulması için ulusal bir kalite ve akreditasyon kurumunun kurulması,
- İlaçlara yönelik ruhsatlandırma, üretim ve pazarlama ile araştırma geliştirme faaliyetlerini kolaylaştıracak ve destekleyecek bağımsız bir "Ulusal İlaç Kurumu"nun kurulması,
- Benzer şekilde; bağımsız bir "Ulusal Tıbbi Gereç Kurumu"nun kurulması.

## **2.2 Ekonomik ve Demografik Yönelimler**

### **2.2.1 Türkiye Ekonomisi**

Türkiye ekonomisinde istikrar arayışları, bugüne kadar yaşanmış olan küçüklü-büyükü çok sayıda ekonomik krizle birlikte uzun soluklu olamamıştır. Ancak, 2001 yılında yaşanan son krizle birlikte uygulanmaya başlanan ekonomik program meyvelerini vermeye başlamış, tüm ekonomik göstergelerde ve beklentilerde hissedilir bir iyileşme yaşanmıştır. Yapısal dönüşümün hızlanmasıyla birlikte, 2002 yılından itibaren ekonomik istikrar doğrultusunda önemli kazanımların sağlandığı bir döne-

me girilmiştir. Enflasyonda tek haneli rakamlarla tanışılırken, ekonomi üst üste iki yıl hızlı büyüyebilmiştir. Türkiye ekonomisi, artan güven ortamı ile birlikte, daha güçlü bir büyüme patikasına girme fırsatını 2004 yılı itibariyle yakalamıştır.

**Tablo 1. Karşılaştırmalı Temel Ekonomik Göstergeler, 2003**

	Türkiye	Fransa	Yunanistan	Rusya	Mısır
Milli Gelir (GSYİH, milyar ABD\$)	238.0	1,748.0	173.0	433.5	82.4
Büyüme (GSYİH, %)	5.8	0.5	4.2	7.3	3.1
Kişi Başı Gelir (GSMH, SAP'ne göre ABD\$)	6,690	27,460	19,920	8,920	3,940
Enflasyon (TÜFE, yıllık ortalama, %)	25.3	2.2	3.4	13.6	4.5
İşsizlik Oranı (%)	10.5	9.7	9.5	8.5	9.9

*Kaynak: Dünya Bankası, OECD, Mısır Merkez Bankası*

GSMH'da tarım sektörünün payı 1960 yılından günümüze sürekli azalarak %15'in altına inmiştir. Buna karşın, gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi sanayi ve hizmet sektörlerinin payı artmaktadır. Buna göre, 2003 yılında sektörlerin GSMH içindeki payları şu şekildedir: Tarım %12.4, sanayi %29.3 ve hizmet sektörü %58.3 (Türkiye-Avrupa Birliği Katılım Öncesi Ekonomik Program, 2003).

GSYİH'nın bölgelere göre dağılımına bakıldığında, en yüksek payın Marmara Bölgesi'nde (GSYİH'nın %38'i) olduğu görülür. Marmara Bölgesi'ni, Ege Bölgesi (%16.8), İç Anadolu Bölgesi (%16), Akdeniz Bölgesi (%11.7), Karadeniz Bölgesi (%9.1), Güneydoğu Anadolu Bölgesi (%5.1) ve Doğu Anadolu Bölgesi (%3.3) takip etmektedir (DİE, 2000).

### 2.2.2 Demografik Yapı

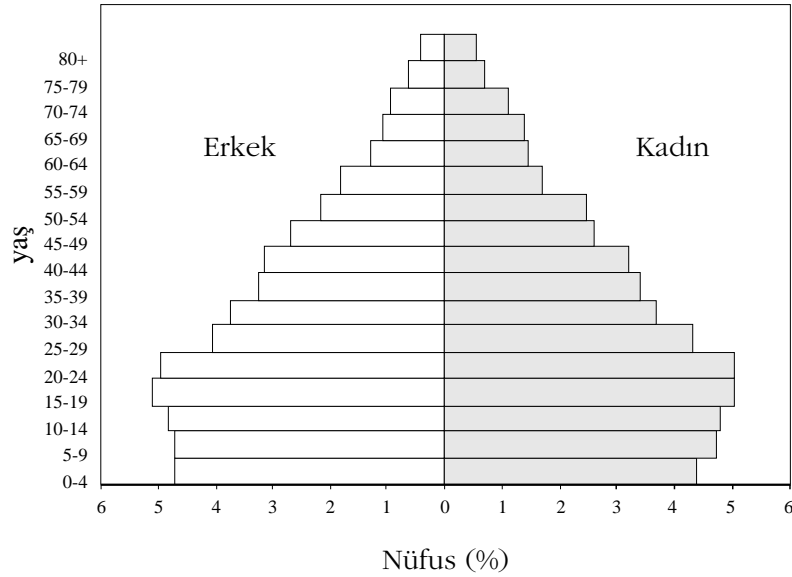
Türkiye'nin nüfusu 2000 yılı nüfus sayımına göre 67.8 milyon kişidir ve dünyada nüfusu en fazla olan 20 ülkeden biridir. Ancak Türkiye'de nüfus artış hızı yavaşlamış ve gelişmiş ülke eğilimlerine yaklaşmıştır. 2001 yılında yıllık nüfus artış hızı % 1.49 iken 2005 yılına doğru net yenileme hızının % 1'e düşeceği ve uzun dönemde nüfusun ancak kendini yeniden üreten bir hızla artar hale geleceği öngörülmektedir (Türkiye'nin Fırsat Penceresi, 1999, TÜSİAD Raporu). Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı'nın (United Nations Development Program – UNDP) yaptığı öngörülere göre de ülke nüfusu 2015 yılında 80 milyon olacaktır.



Üretken nüfusun (15-64 yaş grubu) toplam nüfus içerisindeki payının artması, Türkiye'nin önüne "fırsat penceresi" olarak tanımlanan demografik konjonktürü çıkartmaktadır. Nüfus artış hızı düşerken, işgücü arzının, yani çalışabilir yaştaki nüfusun hızlı artışını sürdürdüğü bir durum olarak tanımlanabilecek "fırsat penceresi", Türkiye'ye ekonomik gelişmesini hızlandırma olanağı sunmaktadır.

Türkiye'nin nüfus piramidi; ani bir demografik geçiş yaşayan ülkelerde görülen özellikleri barındırmaktadır (Şekil 1). Bu geçiş halen sürmektedir. Türkiye'nin Toplam Doğurganlık Hızı (TDH); Avrupa Birliği'ndeki tüm ülkelere göre daha yüksektir ve 2003'de kadın başına 2.23 doğum olarak kayıtlara geçmiştir (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003). 20-54 yaş arası nüfus, toplam nüfusun %48.5'idir. Bağımlılık oranının bir artış göstermeyeceği demografik geçiş sürecinde önümüzdeki 10-15 yıl içinde Türkiye'nin; emeklilik fonları, sosyal güvenlik ve kamu sektörü yardım programlarında ciddi ayarlamalar yapmasıyla, yaşlı nüfusun payının arttığı dönemde karşılaşılabileceği sıkıntılar azalacaktır.

**Şekil 1. Türkiye Nüfus Piramidi, 2003**



*Kaynak: Türkiye 2003 Nüfus ve Sağlık Araştırması*



B Ö L Ü M

TÜRK SAĞLIK SİSTEMİNİN  
TEMEL KONULARI



## 3. TÜRK SAĞLIK SİSTEMİNİN TEMEL KONULARI

### 3.1 Finansman Seviyesinin Düşüklüğü

Türkiye'nin sağlık harcama seviyeleri, hem GSMH'nin oranı olarak hem de mutlak değerlerle, Avrupa Birliği (AB) ve Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı (OECD) ülkelerinininkilerden oldukça düşüktür. Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları (USH) 2000 yılı Araştırması Ön Sonuçlar Raporu Ekim 2003'te yayınlanmıştır ve bu konuda ek bilgi sağlamaktadır (bkz. Tablo 2). USH araştırması Türkiye'nin Gayri Safi Milli Hasıla (GSMH)'sını 1999'da kişi başına 3,002\$ ve 2000'de kişi başına 2,935\$ olarak vermektedir. Toplam sağlık harcamaları 1999'da kişi başına 187\$ ve 2000'de 202\$ olarak (sırasıyla GSMH'nin %6.8'si ve %6.9'u) belirtilmiştir.

Karşılaştırma yapıldığında; OECD, Türkiye'nin 2001 yılı kişi başı GSMH'sı 3,000\$ ve kişi başına sağlık harcamalarını 150\$ (GSMH'nin %5.0'i) olarak bildirmektedir (bkz Ek 1, Tablo 21). Bu miktarın %71'i kamu sağlık harcamalarına, %29'u ise özel harcamalara aittir. Türkiye USH araştırması; 1999 ve 2000 yıllarındaki toplam sağlık harcamaları içindeki kamu harcamalarının oranını, sırasıyla %62.9 ve %64.3 olarak vermektedir. Dünya Bankası (2003) sağlık harcamalarına yönelik biraz daha farklı tahminler ortaya koymaktadır (2001 yılı için %83'ü kamu kaynaklarından gelen 9,207,615 milyar TL ya da kişi başı 112\$). OECD tahminleri uluslararası raporlardan alınmışken, Dünya Bankası verileri ülke içinden temin edilmiştir.

Ayrıntılar açısından farklılıklar bulunsa da, bu kaynaklar; Türkiye'nin kişi başına 112\$ ve 202\$ aralığında ölçülen sağlık harcamalarının, sosyal ve ekonomik açıdan benzer durumda olan ülkelere çok daha düşük ve yetersiz olduğunu göstermektedir. Ancak Türkiye'de sağlığın finansmanına verilen önem giderek artmaktadır. Türkiye'nin sağlık hizmetleri sistemine yönelik *European Observatory* raporuna (Savaş, Karahan ve Saka, 2002) göre; sağlık harcamalarının 1980'de GSMH içinde %3.5 olan oranı düzenli bir şekilde artmaktadır.

Kamu sağlık harcamaları; büyük ölçüde, Maliye Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı (SB) ve sosyal güvenlik kurumları (*Sosyal Sigortalar Kurumu - SSK, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur*) tarafından yapılmaktadır. Kamu sağlık harcamalarına yönelik diğer kaynaklar arasında, Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü, üniversiteler, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Fonu, diğer Bakanlıklar ve kurumlar, yerel yönetimler ve kamu ikisadi teşekkülleri sayılabilir. 1996-2002 yılları arasında SB harcamalarının GSMH'ya oranı %0.65 ile %0.86 arasında değişmektedir. SB bütçesinin milli bütçe içindeki payı 2000 yılında sadece %2.2 olmuştur ve 2003 yılında da milli bütçenin %2.4'üdür.

Hastane döner sermayeleri tarafından toplanan kaynaklar dahil edildiğinde bile SB bütçesi 2001 yılındaki toplam sağlık harcamalarının sadece %28.6'sına eşittir. SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı'nın finansman açıkları sorun teşkil etmektedir. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın 2002 yılı verilerine göre, SSK'nın 2,5 milyar \$, Bağ-Kur'un 1,9 milyar \$, Emekli Sandığı'nın 3,9 milyar \$ (toplam 8,3 milyar \$) açığı vardır.

**Tablo 2. Ulusal Sağlık Hesapları Araştırması Ön Sonuçları, 2003**

<b>İstatistik</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>
GSMH (milyar \$)	183\$	199\$
Kişi Başı GSMH	3,002\$	2,935\$
Toplam Sağlık Harcaması	12,409,000,000\$	13,726,000,000\$
Toplam Sağlık Harcaması / GSMH (%)	%6.8	%6.9
Kişi Başı Toplam Sağlık Harcaması	187\$	202\$
Toplamın %'si Olarak Kamu Sağlık Harcamaları	%62.9	%64.3
Toplamın %'si Olarak Cepten Ödemeler	%27.8	%26.6
Kişi Başı Cepten Sağlık Harcaması	52.1\$	53.8\$
Kişi Başı İlaç Harcaması	56.4\$	63.7\$
Kişi Başı Cepten İlaç Harcaması	16.0\$	16.1\$
Toplam İlaç Harcamaları İçinde Cepten İlaç Ödemeleri	%28.4	%25.3
<b>Kaynağına göre sigortalı kişi başına sağlık harcamaları:</b>		
SSK	94.0\$	111.1\$
Bağ-Kur	126.6\$	147.9\$
Emekli Sandığı	254.1\$	289.8\$
Aktif Devlet Memurları	202.5\$	210.5\$
Yeşil Kart	55.9\$	56.0\$
Özel Sigorta	1,879.2\$	2,118.0\$
Kurumsal Ortalama	129.8\$	147.2\$
Cepten Ödemeler (tüm nüfus)	52.1\$	53.9\$
<b>Ortalama (kurumsal + cepten ödemeler)</b>	<b>181.9\$</b>	<b>201.1\$</b>
<b>Kaynağına göre, sigortalı kişi başına ilaç harcamaları</b>		
SSK	26.3\$	31.2\$
Bağ-Kur	70.6\$	92.0\$
Emekli Sandığı	136.8\$	165.0\$
Aktif Devlet Memurları (Maliye Bakanlığı)	95.3\$	97.4\$
Kurumsal Ortalama	82.3\$	96.4\$
Cepten Ödemeler	16.0\$	16.1\$
<b>Toplam</b>	<b>98.3\$</b>	<b>112.5\$</b>

*Kaynak: Türkiye USH Araştırması Ön Raporu (2003)*

### 3.2 Sağlık Harcamalarının Yapısı - Tahsis Verimliliği

Türkiye’de yapılan sağlık harcamalarında kamunun rolü ön plana çıkmaktadır ve harcamaların önemli bir kısmı maaşlara ve ilaçlara gitmektedir. 2000 yılı Ulusal Sağlık Hesapları (USH) Araştırması sağlık harcamalarının % 64,3’ünün kamu sektöründen kaynaklandığını göstermektedir. Diğer bazı analizlerde ise, devlet sağlık harcamalarının neredeyse %78’inin maaş ödemelerine ayrıldığı görülmektedir (Johnson and Johnson Türkiye 2003). İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası ile yapılan görüşmede de, sağlık sektörü fonlarının önemli bir kısmının (toplam kamu ve özel harcamaların % 40’ı olduğu tahmin edilmektedir) ilaç harcamalarına gittiği ifade edilmiştir. Maaşlara ve ilaçlara böylesine büyük oranlarda harcama yapan Türk sağlık sisteminin; koruyucu ve gerekli tedavi edici hizmetler için ayırabileceği fonlar sınırlıdır. Dünya Bankası, sağlık için yapılan toplam harcamalarının içinde koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan payın 1996’da %12,1 iken 2001’de %6,3’e düştüğünü tahmin etmektedir (Dünya Bankası 2003).

Ayrıca kamu sektörü sağlık fonlarında, Sağlık Bakanlığı’ndan sosyal güvenliğe doğru önemli bir kayma olmuştur. Sağlık Bakanlığı harcamalarının tüm kamu sağlık harcamaları içindeki oranı, 1996 yılında %50’den 2002 yılında %33’e düşerken sosyal güvenlik sağlık harcamaları %38’den %53’e yükselmiştir. Bu dönemde, kamu hastaneleri döner sermayeleri de, kamu sağlık harcamalarındaki paylarını %4,5’ten %7,7’ye çıkarmışlardır. Kamu harcamaları oransal olarak Türkiye’nin doğu bölgelerinde artış göstermiştir. Kamu sağlık harcamaları Doğu Anadolu Bölgesi’nde 1996 ve 1999 yılları arasında %90’dan fazla artarken, Marmara Bölgesi’nde bu oran aynı dönem için sadece %27 olmuştur.

### 3.3 Sağlık Sigortasının Kapsayıcılığı

Türkiye’de üç temel sosyal güvenlik kurumu mevcuttur: (1) özel sektör çalışanlarını ve kamu sektöründeki işçileri (mavi-yakalılar) kapsayan SSK; (2) esnaf, sanatkar ve kendi namına çalışanları kapsayan *Bağ-Kur* ve (3) emekli devlet memurlarını kapsayan Emekli Sandığı. Bu üç fon ile birlikte, aktif devlet memurları da dikkate alındığında, nüfusun yaklaşık %89’unun bir şekilde sağlık açısından sigorta kapsamında olduğu görülmektedir (Tablo 3). Ayrıca nüfusun yaklaşık %15,3’ünün Yeşil Kart uygulaması kapsamında olduğu bildirilmektedir ancak bu sistemde mükerrer kayıtlar olduğu da bilinmektedir, gerçek kapsamı net değildir. Dünya Bankası (2003) 10 milyon kişinin sağlık hizmetlerine ulaşamadığını tahmin etmektedir. Ta-

rım sektöründe istihdam edilen nüfus kesimi, SSK ve Bağ-Kur sistemine tümüyle alınamadığı için ayrı bir sıkıntı kaynağıdır. Bağ-Kur kapsamındakilerin sağlık sigortası yaptırma zorunluluğu yoktur.

**Tablo 3. Türkiye'deki Sağlık Sisteminin Kapsayıcılığı, 2000**

<b>Program</b>	<b>Sigortalı Sayısı</b>	<b>Kapsanan Nüfus (%)</b>
<b>SSK</b>	<b>34,141,000</b>	<b>51.5</b>
Zorunlu	5,284,000	8.0
İsteğe Bağlı	1,029,000	1.6
Emekliler	3,340,000	5.0
Bağımlılar	24,488,000	36.9
<b>Bağ-Kur</b>	<b>15,036,000</b>	<b>22.7</b>
Zorunlu	2,173,000	3.3
İsteğe Bağlı	1,140,000	1.7
Emekliler	1,277,000	1.9
Bağımlılar	10,446,000	15.8
<b>Emekli Sandığı (ES)</b>	<b>9,766,000</b>	<b>14.7</b>
Aktif çalışanlar*	2,164,000	3.3
Bağımlılar*	6,305,000	9.5
Emekliler	1,297,000	2.0
<b>Özel Sandıklar</b>	<b>270,000</b>	<b>0.4</b>
Aktif çalışanlar	78,000	0.4
Emekliler	71,000	0.1
Bağımlılar	121,000	0.2
<b>Toplam Sigortalı Sayısı</b>	<b>59,213,000</b>	<b>89.3</b>
<b>Yeşil Kart**</b>	<b>10,125,706</b>	<b>15.3</b>
<b>Toplam Sigortalı ve Yeşil Kartlı Sayısı</b>	<b>69,338,706</b>	<b>104.6</b>

(\*) Aktif Devlet Memurları ve bakmakla mükellef oldukları kişiler bir sigorta sistemi tarafından doğrudan kapsanmamaktadır. Maliye Bakanlığı, ilgili Bakanlıkların çalışanlarının sağlık harcamalarını karşılamaktadır.

(\*\*) Bu rakamlar; gerçek hak sahiplerini ve çifte kart taşıyanları belirleme çalışmaları sonucunda 1 milyondan fazla Yeşil Kart'ın iptal edildiği yansıtılmamaktadır.

*Kaynaklar: Dünya Bankası (2003), Savaş, Karaban ve Saka (2002); USH Araştırması Ön Raporu (2003).*



### **3.3.1 Sosyal Sigortalar Kurumu**

Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK); özel sektör işçilerine, kamu sektörü işçilerine, tarım işçilerine ve her üç grubun bakmakla mükellef oldukları kişilere emeklilik ve sağlık hizmetleri temin etmektedir. SSK'nın; sağlık hizmetleri (iş kazası/meslek hastalığı, hastalık ve analık) ve emeklilik (malüllük, yaşlılık, ölüm) için iki ayrı birimi bulunmaktadır. SSK'nın üye sayısı 2000 yılı için işçiler ve bakmakla mükellef oldukları kişiler dahil 34.1 milyon kişi olarak tahmin edilmektedir (Tablo 3). Üyeler belirli bölgelerde oldukça yoğunlaşmıştır. SSK üyelerinin yaklaşık %50'si kentleşme oranının yüksek olduğu Ankara, Bursa, İstanbul ve İzmir illerinde bulunmaktadır.

SSK üyeleri 136 hastane, 209 sağlık istasyonu ve 179 dispanserin bulunduğu bir sağlık ağından faydalanabildikleri gibi Sağlık Bakanlığı hastanelerine, üniversite hastanelerine ve gerektiğinde özel kuruluşlara da sevk olabilmektedirler. SSK 1991'den bu yana ileri teşhis hizmetleri ve bazı ameliyatlar için özel hastaneler ve teşhis merkezleri ile anlaşmalar yapmaktadır. Ayrıca, özel sektörden satın alınan ilaç, gözlük ve diş protezlerinin bedellerini geri ödemektedir. SSK yasasında koruyucu sağlık hizmetleri yer almasına rağmen, bugüne kadar SSK bu yetkisini kullanmamıştır. SSK kendisi de jenerik ilaç üretimi yapmaktadır.

SSK sağlık hizmetleri temel olarak işçi ve işverenlerin ödediği primlerle finanse edilmektedir. Toplam SSK primi; çalışanların ücretlerinin %14'ü ile işverenin ödediği %19.5 ile %25 arasındaki paylardan oluşur. Bu miktarın içinden, çalışanların ücretlerinin %5'lik kısmı ile işveren katkısının %7'lik kısmı (%1'lik kısmı analık için ayrılır) sağlık hizmetleri için aktarılmaktadır. SSK sağlık sisteminde ayakta tedavilerdeki ilaçlar için %20'lik bir katkı payı söz konusu olup, bu oran emekliler için %10'dur. Ayrıca son iki yıldır protezlerden de, asgari ücrete endeksli olarak katkı payları alınmaktadır. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı istatistiklerine göre SSK; bütçesinde iki yıl açık verdikten sonra 1996, 1997 ve 1998 yıllarında fazla vermiştir. 2000 yılında SSK'nun kişi başına yaptığı yıllık ortalama sağlık harcaması, üyelerin cepten ödemeleri hariç, 111\$'dır (USH Araştırması Ön Raporu, 2003).

### **3.3.2 Bağ-Kur**

Bağ-Kur (Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu) kendi hesabına çalışanlar ile tarımda kendi hesabına çalışanları kapsamaktadır. Esas itibarıyla yaklaşık 15 milyon kişiyi, yani nüfusun yaklaşık %23'ünü kapsamaktadır. Bağ-Kur; 1988'de pilot illerde başlatılan sağlık sigortası ilave edilin-

ceye kadar esas olarak bu gruplar için emeklilik sigortası niteliği taşımaktaydı. Şu anda sağlık sigortası programı tüm ülkeyi kapsamaktadır ancak katılım oranı çok düşüktür. Bağ-Kur'un 15 milyon üyesinden sadece tahminen 3.3 milyon kişi sağlık sigortasının aktif üyesidir.

Bağ-Kur mensupları emeklilik için prim ödedikleri basamaktaki gelirlerinin %20'si oranında emeklilik, %12'si oranında sağlık primi öderler. SSK emeklilerinden sağlık için ayrıca prim kesilmezken, Bağ-Kur emeklileri, emekli aylığının %10'u oranında prim öderler (yıllık Bakanlar Kurulu Kararı gereğince). Bağ-Kur doğrudan sağlık hizmeti sunmaz, kamu ve özel sektördeki diğer sunucularla sözleşmeler yapar. Geri ödeme seviyeleri hizmet sunucuya göre değişir. İlaç alımlarında genel olarak aktif üyeler %20, emekli üyeler %10 oranında katkı payı öderler. Ayrıca son iki yıldır protezlerden de, asgari ücrete endeksli olarak katkı payları alınmaktadır. Bağ-Kur'un 2000 yılında kişi başına yaptığı yıllık ortalama sağlık harcaması, üyelerin cepten ödemeleri hariç 148\$'dır (USH Araştırması Ön Raporu 2003).

### **3.3.3 Emekli Sandığı**

Emekli Sandığı (ES), bünyesinde bir emeklilik fonu, sağlık sigortası ve diğer bazı teminatları birleştirmektedir. Maliye Bakanlığı tarafından yönetilir. ES'nin sağlık teminatları sağlığa özel primlere dayanmamaktadır. Bunların finansmanı; çalışanların kesenekleri (maaştan %16) ve işveren olarak devletin sağladığı (maaşın %20'si) sadece emeklilik için keseneklerden oluşan ES bütçesinden sağlanmaktadır. ES ayrıca devletin genel gelirlerinden sübvansiyonlarla desteklenmektedir.

ES teknik açıdan bir sigorta programı değildir. Genel Sağlık Sigortası çıkıncaya kadar, Maliye Bakanlığı, kamu çalışanları ile bunların bakmakla mükellef oldukları kişilerin sağlık harcamalarının geri ödemelerini yapmaktadır. ES devlet memurlarının ayaktan ve yatarak sağlık hizmetlerini belirlenen kapsamda ve %10'luk ilaç ve protez katkı payları ile kapsamaktadır. Hastanede yatılan ortam, kişinin devlet hizmetindeki kadro derecesine göre farklı olabilmektedir. Bağ-Kur gibi ES de, kendisi sağlık kuruluşları işletmemekte ve kamu ve özel kuruluşlarla sözleşme yapmaktadır. ES, yaklaşık olarak SSK'ya göre üç kat, Bağ-Kur'a göre 2 kat daha fazla kişi başı sağlık harcaması yapmaktadır. Üye başına yıllık sağlık harcamaları emekliler için 254\$ ve aktif devlet memurları için 202\$'dır (Tablo 2).

### **3.3.4 Yeşil Kart Uygulaması**

1992 yılından itibaren, Yeşil Kart uygulaması ile yoksul kişilere hastane sağlık hizmetleri temin edilmektedir. Son dönemde ayakta tedavinin de kapsam içine alınmasına ilişkin yasal düzenlemeler tamamlanmıştır. Esas olarak, Yeşil Kart sahipleri kapsamlı sağlık hizmeti teminatlarından ücretsiz olarak faydalanmaktadır. 2002'de, nüfusun yaklaşık %18'ine karşılık gelen, sayıları 13 milyon olarak tahmin edilen Yeşil Kart sahibi bulunmaktaydı. Bu uygulama kapsamındaki kişiler için yatarak tedavileri karşılamak amacıyla kişi başına 56\$ harcama yapılmıştır. Program kapsamında yapılan harcamalar düzenli olarak gelirleri aşmıştır ve aradaki açık devletin genel bütçesinden karşılanmaktadır.

### **3.3.5 Özel Sağlık Sigortaları**

Türkiye'de özel sağlık sigortacılığı açısından güçlü bir potansiyel olmakla birlikte, mevcut durumda özel sigortalı sayısı nüfusun yaklaşık %1'i kadardır. Özel sağlık sigortacılığı Türkiye'de 1990'lı yıllarda başlamıştır. 2003 yılı sonu itibariyle, 704,545 kişiyi kapsam altına almış olan 36 şirket mevcuttur. Özel sağlık sigortalı kişi sayısı, 1991 yılında sadece 25,000 idi. Hak sahiplerinin %60'ı grup (işveren) sigortası ve %40'ı bireysel sigorta kapsamındadır. Ayrıca özel sigorta şirketleri kamu sağlık sigortasını (diş sağlığı hizmetleri, ayakta check-up hizmetleri ve gözlük gibi belirli teminatlarla) tamamlayan poliçeler sunmaya başlamıştır.

Bu çalışma kapsamında görüşülen özel sigorta temsilcileri, Türkiye'deki sağlık hizmetleri piyasasının, özel oda veya aradaki farkların ödenmesi gibi kamu sigortalarını tamamlayıcı unsurlara yoğunlaşmak gibi, belirli bölümleri ile ilgilendiklerini belirtmişlerdir.

Türkiye'de özel sağlık sigortacılığının yaygınlaşması reasürans piyasasına da bağlıdır. Türkiye'de sadece üç yerli reasürans şirketi faaliyet göstermekte olup, bazı yerli sigorta şirketlerinin uluslararası yatırımcılarla ayrı reasürans düzenlemeleri vardır. Veri-kodlaması ve faturalandırma sistemleri de, özel sigortacılığın büyüme potansiyelini sınırlayan sorunlar arasındadır. Tüm talepler denetlendiği için, sağlık sigortası şirketlerinin üzerinde çok zaman alan bir yük mevcuttur.

Halen Türkiye'de hastane hizmetlerini de içeren kapsamlı özel sigorta poliçeleri için kişi başına ortalama prim maliyeti yaklaşık 1,000\$'dır. Sadece ayakta tedavi hizmetlerini kapsayan poliçelerin bedeli yaklaşık 700 - 800\$'dır. Poliçelerde genel-

likle ruh sağlığı rahatsızlıkları kapsam dışında tutulurken HIV/AIDS sigortalanamaz bir durum olarak kabul edilmektedir. Birçok poliçede, fitık gibi bazı belirli durumlar için bekleme süreleri vardır. Yapılan görüşmeler sırasında, SSK üyelerinin özel sigorta yaptırmak istemeleri halinde, hem SSK'ya hem de özel sigortaya olmak üzere iki ayrı prim ödemek zorunda olmaları, sıklıkla dile getirilen bir sorundur. Bu kişiler daha kaliteli sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği sağladığı için özel sigortaları tercih etmekte ancak zorunlu SSK primleri nedeniyle sistemden çıkamamaktadır.

### **3.4 Maliyet Paylaşımı**

Yukarıda da belirtildiği gibi, Türkiye'de uygulanmakta olan tüm sağlık sigortası programları, Yeşil Kart uygulaması istisna olmak kaydıyla, bir şekilde hasta katkı payı veya maliyet paylaşımı unsurunu içermektedir. Tüm sağlık kuruluşlarında alınacak ücretler; Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı ve Türk Tabipleri Birliği tarafından belirlenmektedir. Örneğin; SSK hastaları ayakta tedavi hizmetleri için %20 katkı payı öderken, yatarak tedaviler için katkı payı ödemezler. Özel sağlık poliçeleri değişkenlik göstermektedir ancak genel olarak ayakta tedaviler, doğum hizmetleri ve ilaçlar için %20'lik katkı payı içerirken, yatarak tedaviler için katkı payı yoktur.

Sağlık Bakanlığı hastanelerinin; hastane harcamalarını karşılamak için kullandıkları döner sermayeleri işletmelerine izin verilmektedir. 536 Bakanlık hastanesi (toplam Bakanlık hastanelerinin %73.7'sine ve Bakanlık hastane yataklarının %96'sına karşılık gelmektedir) döner sermaye işletmektedir. Üniversite hastanelerinde de 43 döner sermaye vardır. Bu fonlar sadece Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerinde kullanılmaktadır. Maliye Bakanlığı bu döner sermayelerden %15 oranında, bir şekilde özel hastanelerin ödediği %18'lik KDV'ye karşılık sayılabilecek bir "vergi" kesintisi yapmaktadır. Ancak bu fonların kullanımı kategori bazında harcama kısıntılarına tabi değildir ve hastanelerin işletme giderlerini karşılamak için esnek bir araç sağlarlar.

### **3.5 Hizmet Sunum Sisteminin Örgütsel Yapısı ve Yönetimi**

#### **3.5.1 Birinci Basamak ve Koruyucu Sağlık Hizmetleri - Mevcut Durum**

Sağlık Bakanlığı, birinci basamak hizmetlerinin en önemli ve koruyucu sağlık hizmetlerinin esasen tek sunucusudur. 1961'de Türkiye Büyük Millet Meclisi'nde çıkarılan 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun'un so-

nucu olarak, tüm ülkede hem birinci hem de ikinci basamak kuruluşlarını içeren geniş bir hizmet ağı oluşturulmuştur. Kanun, köy düzeyindeki sağlık evlerinin ortalama 2,000-2,500 kişiye hizmet götürmesini öngörmektedir. Her sağlık evi bir sağlık ocağının denetimindedir ve personel olarak, birinci basamak hizmetleri, aile planlaması hizmetleri, doğumlara nezaret edilmesi ve belirlenmiş hane halklarına aylık ziyaretler yapılması gibi görevleri olan ebe-hemşire bulunmaktadır.

1961 yasası, üç tür kamu sağlık birimi tanımlamaktadır. Köy sağlık ocaklarının; hekim, hemşire ve sağlık memurunun yanısıra iki ebe ve destek personelinde oluşan sekiz kişilik kadrosuyla 5,000-10,000 kişilik bir nüfusa hizmet vermesi planlanmıştır. Yaklaşık on altı sağlık çalışanı ve beş destek personeli içeren ilçe sağlık ocakları 10,000-30,000 kişiye hizmet verecektir. İl sağlık ocakları; yirmi iki sağlık personeli ve altı destek personeli ile 30,000-50,000 kişiye yönelik çalışmaktadır. Sağlık ocaklarının temel işlevleri; bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve tedavisi, bağışıklama, ana ve çocuk sağlığı hizmetleri, aile planlaması, halkın sağlık eğitimi, çevre sağlığı, birinci basamak seviyesine uygun vakaların teşhis ve tedavisi, sağlıkla ilgili istatistik verilerin toplanmasıdır. Sağlık ocaklarının ve sağlık evlerinin; koruyucu hekimlik, sağlığın geliştirilmesi ve topluma dayalı sağlık hizmetlerini sunma sorumluluğu bulunan yegane kuruluşlar olduğunun unutulmaması önemlidir (Savaş, Karahan ve Saka, 2002).

Bu modeli uygulamak için Sağlık Bakanlığı birinci basamak sağlık kuruluşu sayısını artırarak yaklaşık 11,735 sağlık evi ve 5,7840 sağlık ocağına çıkartmıştır. 1980'lerin ortalarında yaklaşık 8,460 sağlık evi ve 2,900 sağlık ocağı bulunduğu düşünüldüğünde, bu önemli bir artıştır (Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı, 2002). Ancak bu oldukça hızlı genişleme, mevcut finansman imkanlarının işletme ve personel giderlerini tam olarak karşılayamaması ile sonuçlanmıştır. Başlangıçta planlanan finansman politikası olan, hastalardan alınan gelirle orantılı katılım paylarıyla desteklenen vergiye dayalı bir sistem kurulması fikri, ekonomik ve siyasi nedenlerle uygulanamamıştır. Birçok hekim pratisyen olarak kalmaktansa uzmanlığı tercih etmiş ve ilgili taraflar hemşirelerin ve ebelerin sayısında ve niteliklerinde ciddi eksiklikler olduğuna dikkat çekmişlerdir (Savaş, Karahan ve Saka, 2002) (Bu konuda daha fazla detay için bkz. 3.6, İnsan Kaynakları).

Sağlık Bakanlığı istatistiklerine göre, 2002 yılında, ülke genelinde, sağlık evlerinin dörtte üçünde ebe, sağlık ocaklarının %13'ünde hekim bulunmamaktadır (Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Çalışma Yıllığı, 2002).

1,887 sağlık evi ve 270 sağlık ocağı malzeme ve personel eksikliği nedeniyle kapalı bulunmaktadır (Dünya Bankası 2003). Ayrıca, 224 sayılı Kanun'un çıkartıldığı dönemde öngörölmeyen hızlı kentleşme nedeniyle birinci basamak sağlık altyapısı kentsel alanlarda da göreceli olarak zayıftır (Savaş, Karahan ve Saka, 2002).

**Tablo 4. Doktor ve Ebe Bulunmayan Sağlık Ocağı ve Sağlık Evleri, Türkiye, 2002**

<b>Bölge</b>	<b>Doktor Bulunmayan Sağlık Ocağı Sayısı</b>	<b>Toplamda %’si</b>	<b>Ebe Bulunmayan Sağlık Evi Sayısı</b>	<b>Toplamda %’si</b>	<b>Sağlık Personeli Olmadan Yapılan Doğum %’si</b>
Marmara	97	11	891	62	1.5
Ege	129	13	814	55	5.6
Akdeniz	78	9	808	70	3.2
İç Anadolu	151	14	1353	80	3.7
Karadeniz	130	13	2326	77	3.9
Doğu Anadolu	116	20	1660	90	18.6
Güneydoğu Anadolu	84	20	984	90	20.3
Türkiye	785	13	8836	75	5.8

*Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Çalışma Yıllığı, 2002.*

224 sayılı Kanun’da entegre sağlık hizmetlerine atıfta bulunulsa da, Sağlık Bakanlığı; ana çocuk sağlığı ve önemli bazı koruyucu hizmetlere yönelik dikey programlar da yürütmektedir. Bu programlar; 280 Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi ile 272 Verem Savaş Dispanseri dahil olmak üzere, bazı özel dal birimlerinin finansmanını sağlamaktadır. Bu birimlerde; diğer birinci basamak kuruluşlarının sağlık personeline eğitim vermenin yanısıra doğrudan koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri de verilmektedir. SSK’nın da 209 sağlık istasyonu ve 179 dispanserden oluşan sınırlı sayıda bir birinci basamak ağı bulunmaktadır. Bunların çoğu, SSK üyelerinin yoğunlukla yaşadığı endüstriyel bölgelerde yer almaktadır.

2002 yılı Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bütçesinin yaklaşık %90’ı personel harcamalarına gitmekte olup kalan miktar ise, işletme giderleri, ilaçlar ve diğer malzemeler, gereç alımı ve bakımı veya sağlık personelinin denetim açısından kendilerine bağlı sağlık evlerini, sağlık ocaklarını ve bölgeyi zi-

yaret etmeleri için ulaşım imkanı sağlanmasına yetmemektedir (Dünya Bankası 2003). Sağlık ocakları ve sağlık evlerinde verilen, temel ilaçlar dahil, hizmetler daha önce ücretsiz iken, 2002 yılından itibaren, sağlık ocaklarının döner sermayelerine aktarılan bir ücret alınmaktadır.

Sağlık ocakları ve sağlık evlerinin yetersizlikleri, sağlık hizmetlerine ilk giriş noktası (sağlık hizmetleriyle ilk temas noktası) olarak, başka hizmet sunucuların kullanılmasına yol açmıştır. Kırsal bölgelerde sağlık hizmetleri ile ilk temas noktası olarak; Sağlık Bakanlığı hastanelerinin poliklinikleri yaygın olarak kullanılırken, birçok SSK üyesi de SSK hastanelerinin polikliniklerini kullanmaktadır. Üniversite hastanelerinin son 20 yılda sayıca çok artması da, ilk temas için bu hastanelerin polikliniklerine yoğun başvuru yapılmasına yol açmıştır.

Türkiye’de özel ayakta tedavi hizmetleri çeşitli şekillerde sunulmaktadır. Bunların arasında; tam gün çalışan özel hekimler (tüm hekimlerin %15’i olduğu tahmin edilmektedir), genellikle saat 16.00’den sonra kamu kurumlarında, özel polikliniklerde, muayenehanelerinde ve tıp merkezlerinde part-time özel hizmet veren ve kamuya bağlı olarak çalışan hekimler (sayıca yaklaşık %60) ve 50 ya da daha çok işçi çalıştıran özel işyerlerinde çalışan işyeri hekimleri sayılabilir. Genellikle Batı bölgelerinde eğitim ve gelir düzeyi yüksek kesimler için sağlık hizmetlerinde ilk temas noktası olarak özel çalışan uzmanların önemli bir yer tuttuğu görülmektedir (Savaş, Karahan ve Saka, 2002).

Son dönemlerde Türkiye’nin doğu bölgelerinde kamu sağlık finansmanı artmış olmasına rağmen, ülkenin kırsal bölgeleri kamu sağlık personeli ve faal sağlık tesisleri açısından oldukça dezavantajlı durumdadır. Ayrıca, daha zor çalışma koşulları nedeniyle, özellikle Doğu ve Güneydoğu Anadolu’da personel değişim hızının yıllık %35’den fazla olduğu tahmin edilmektedir (Dünya Bankası 2003). Aynı şekilde özel sağlık hizmet sunucuları da bu bölgelerde kentsel bölgelere oranla daha azdır.

Daha önce de değinildiği gibi, Türkiye’de temel sağlık hizmetlerinin varlığına ve yeterliliğine yönelik olarak; bebek ölümleri, beş-yaş altı ölümler, ana ölümleri ve bağışıklama oranları da dahil olmak üzere, sağlık göstergeleri düşüktür. Kamu sağlık altyapısının durumu göz önüne alındığında beklenileceği gibi, bu sağlık göstergeleri genel olarak kırsal bölgelerde ve doğu bölgelerinde daha da kötüdür.

### **3.5.2 Temel Sağlık Hizmetlerinin Güçlendirilmesi İçin Stratejiler: Mevcut Görüşler**

Daha önceki bölümde bahsedilen tüm nedenlerden dolayı, Türkiye'nin, sağlık ocakları ve sağlık evleri açısından oluşan ulusal bir birinci basamak ağı oluşturma vizyonu tam olarak gerçekleşmemiştir. Temel sağlık hizmetlerinin; birinci basamağı, uzmanları ve hastane hizmetlerini birbirine bağlayan etkin bir sevk zincirini de içerecek şekilde güçlendirilmesinin en iyi yöntemi üzerine 10 yılı aşkın süredir tartışılmakta ve görüşler bildirilmektedir. Türkiye'deki ilgili taraflar arasında, temel sağlık hizmetlerinin iyi tasarlanmış, entegre, performans dayalı bir sağlık sisteminin temeli olması gerektiği yönünde prensip olarak görüş birliği vardır. Ancak böyle bir sistemin nasıl oluşturulup uygulanacağı konusunda mutabakat sağlamakta zorlanılmaktadır.

Halen temel sağlık hizmetlerine yönelik reorganizasyon tartışmaları içinde üzerinde en çok durulan yöntem, (herbirinde bir ebe/hemşire bulunan) köy sağlık evlerinin, sağlık ocaklarının, halk sağlığı laboratuvarlarının ve dikey programlara ait merkezlerin (Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri gibi) yeniden yapılandırılarak, koordinasyonun ilçe düzeyinde sağlanacağı daha entegre bir sisteme dönüştürülmesidir. Bu yapıdaki sevk sistemleri ise, uzmanların ve hastanelerin il sağlık müdürlükleri ile yapacakları sözleşmeleri üzerine inşaa edilecektir (Dünya Sağlık Örgütü 1996; Dünya Bankası 2003; Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Programı 2003). Birinci basamak sağlık altyapısının yetersiz kalacağı kentlerde, birinci basamak ağı oluşturmak için özel çalışan hekimler ve özel sağlık merkezlerinin devreye girmesi gerekecektir (Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Programı 2003).

Önerilen bu stratejinin merkezi unsuru ise aile hekimliği kavramı ve pratisyen hekimlerin bu yönde eğitilmesidir (Dünya Bankası 2003). Bu çerçevede kişilere yönelik koruyucu hizmetler ve birinci basamak tedavi edici hizmetler; çalışma kuralları sağlık ocakları tarafından düzenlenen, kendi adına çalışan aile hekimleri tarafından verilecektir (Dünya Sağlık Örgütü 1996). Her aile hekimi, kendisine kayıtlı hastalardan sorumlu olacaktır. Bireyler, aile hekimlerini kendileri seçecektir. Birinci basamak düzeyini atlayarak, sevk edilmeden, doğrudan uzman hekimlerden veya hastane polikliniklerinden hizmet almayı tercih eden sigortalı kişiler, daha yüksek katkı payları veya muafiyetlere maruz kalabileceklerdir (Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Programı 2003).



Ancak aile hekimliği modeli tartışma konusudur. Türk Tabipleri Birliği (TTB) bu stratejinin, tek başına çalışan, muayenehaneye dayalı, tedavi edici hizmetlere ağırlık veren ve tek bir temel sağlık ağına entegre edilmesi zor bir hekimlik modeli yaratacağından endişe duymaktadır. Bu yaklaşımın, koruyucu hizmetler ve topluma ulaşabilmenin yanısıra temel sağlık hizmetlerine multidisipliner ekip yaklaşımı, hastalar için düzenli kayıt tutulması ve bölgesel bazda sağlık hizmetlerinin planlamasında gerekli önceliklerin belirlenmesi açısından zararlı olacağını düşünmektedirler. TTB'ne göre; aile hekimlerinin çalışacağı her bir mekanın malzeme ve gereç açısından ayrı ayrı donatılması gerekecek, bu da tıbbi gereçlerde mükerrerliğe ve genel harcamalarda artışa yol açacaktır. TTB ayrıca, bağımsız çalışan bu hekimlere, devlet memurları gibi maaş yerine kontratlara dayalı ödeme yapılması, işgvenliğinin ve sosyal hakların azalmasının yanısıra çapraz ikamenin de olmaması ihtimali bulunduğundan, daha kötü koşullarda çalışacaklarını düşünmektedir.

### **3.5.3 Hastane Hizmetleri: Mevcut Durum**

Türkiye'deki hastane hizmetlerinin büyük bölümü Sağlık Bakanlığı, SSK, niversiteler ve özel sektör tarafından sunulmaktadır. Ülkedeki 1,226 hastanenin %61'i, hasta yataklarının %44' ve hastanelerde çalışan hekimlerin %44' Sağlık Bakanlığı bünyesinde dir. Hastanelerin %19'u (hasta yataklarının yaklaşık %7'sini teşkil etmektedir) zel mlkiyettedir ve Türkiye'de hastanelerde çalışan hekimlerin %7'sini istihdam etmektedir. Son olarak, niversite hastaneleri toplam hastanelerin sadece %3' ile yatak sayısının %16'sını oluştururken, ülkedeki hekimlerin %31'ini (tüm uzmanların %40'ı) istihdam etmektedir (Dünya Bankası 2003).

Türkiye'de hastane yatağı sayısı (her 1,000 kişiye 2.6 hastane yatağı) uluslararası standartlara göre oldukça düşüktür (bkz. Tablo 22, Ek 1). Ayrıca Türkiye'deki bir çok hastanenin etkin bir şekilde işletilmediği ve kaynak israfına yol açıldığı yönünde yaygın endişeler mevcuttur. Örneğin, yapılan bir araştırmada; Türkiye'deki genel hastanelerin yatak sayısı, hekimler, hemşireler, yardımcı sağlık personeli ve döner sermaye (eğer varsa) harcamaları gibi girdileri kullanarak, poliklinik hastalarının sayısı, yatırılan hasta sayısı ve yapılan cerrahi müdahale sayısı gibi hizmetleri üretirken gösterdikleri etkinlik analiz edilmiştir (Ersoy ve ark. 1998). Araştırma; rnekleme kümesindeki 573 genel hastaneden sadece 54'ünün etkin biçimde işletildiği, etkin olmayan hastanelerin etkin hastanelere oranla ortalama olarak iki kat fazla yatak, % 30 daha fazla pratisyen hekim ve %50 fazla uzman hekim kullandıkları sonucuna varmıştır.

**Tablo 5. Hizmet Sunucu Türüne Göre Hastane ve Hekimlerin Dağılımı, Türkiye, 2000**

Hizmet Sunucu	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı	Doktor Sayısı		
			Pratisyen	Uzman	Toplam
SB Hastaneleri	744	69,089	12,790	8,788	21,578
SSK Hastaneleri	118	27,245	4,865	2,531	7,396
Üniversite Hastaneleri	42	23,838	7,204	7,791	14,995
Milli Sav. Bakanlığı H.	42	15,900	Veri Yok	Veri Yok	Veri Yok
Diğer Kamu Hastaneleri	10	1,491	80	275	355
Belediye Hastaneleri	9	1,130	182	40	222
Vakıf Hastaneleri	18	1,112	434	40	474
Özel Hastaneler	234	10,074	3,217	259	3,476
Azınlık ve Yabancı H.	9	976	118	25	143
Toplam	1,226	150,855	29,085	19,554	48,639

*Kaynak: Dünya Bankası (2003).*

Kamu hastanelerinin verimli olmayışlarının ve yerel nüfusun ihtiyaçlarına cevap verme başarısızlıklarının sebepleri arasında sıkça ifade edilen bir unsur ise, düşük yatal işgal oranına sahip çok sayıda oldukça küçük hastanelerin bulunmasıdır. En son verilere göre (Sağlık Bakanlığı, 2000) Türkiye'deki hastanelerin yaklaşık %27'sinin yatak sayısı 30'un altındadır ve bunların ortalama yatak işgal oranı %17'dir. Bu hastaneler ölçek ekonomisinden yararlanamayacak kadar küçüktür. Bunların birçoğu; personel azlığı, eski veya iyi çalışmayan gereçleri nedeniyle bölge sakinleri tarafından tercih edilmeyerek daha büyük, daha uzak hastanelere gidildiği kırsal bölgelerdedir (Dünya Bankası 2003).

Özel hastanelerin sayısı 1990'larda önemli ölçüde artmış, özellikle kapasiteleri 1995 ve 2000 yılları arasında iki katına çıkmıştır. Özel hastaneler üç büyük kentte yoğunlaşmıştır ve yarıdan fazlası, hem genel hem de branş özel hastanelerinin açıldığı İstanbul'dadır. 1990'ların ortalarına kadar devletin verdiği teşvik kredileri, özel hastanelerin çoğalmasına yardımcı olmuştur (Dünya Bankası 2003). Bazı özel hastane hizmetlerine, kamu sağlık sigortası programları tarafından paket hizmeti ve açık faturalama (gerçek maliyet yerine) esasına göre ödeme yapılmaktadır. Temmuz 2003 tarihinden itibaren özel sağlık hizmetleri, Emekli Sandığı tarafından emekli ve

aktif devlet memurları için kapsam içine alınmıştır. Özel kuruluşlardaki sağlık hizmetleri kalitesinin çok değişken olduğu yönünde endişeler mevcuttur ve ilgili tarafların çoğu düzenleyici çerçevenin güçlendirilmesine ve/veya bir akreditasyon sistemi kurulmasına ihtiyaç olduğuna işaret etmektedirler (bkz. 3.10.1, Ruhsatlandırma, Sertifikalandırma ve Akreditasyon Sistemleri İhtiyacı).

### **3.5.4 Hastanecilik Sektörünün Güçlendirilmesi İçin Tartışılan Stratejiler**

Türkiye’de, kaynak etkinliğini artırarak, kırsal bölgelerde yaşayanların acil sağlık ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik stratejiler tartışılmaktadır. Uzak kuruluşları teletıp yoluyla kentsel tıp merkezlerine bağlamaya yönelik pilot projeler önerilmektedir (Sözen ve ark. 2003). Türkiye’nin telekomünikasyon altyapısına (en az %50’si dijitaldir) yaptığı yatırımların büyüklüğü, teletıp uygulamalarının, bu yaklaşımın sürdürülebilmesi için büyük olasılıkla sübvansede edilmiş kamu finansmanı gerekecek olsa bile, mümkün olduğunu düşündürmektedir.

Küçük kırsal bölge hastanelerinin yaşama şansını artırmaya yönelik bir başka strateji ise, yeni, idame ettirilebilir tipte bir kuruluş oluşturmaktır. Örneğin, Amerika Birleşik Devletleri’nde, 1997’de ilgili yasanın çıkmasından sonra kırsal bölge hastanelerinin %40’dan fazlası, gerektiğinde ilk başvurulacak tesis (Critical Access Facilities) haline dönüşmüştür. Bu tanımlama altında, acil bakım yatağı 15’in altında olan küçük hastaneler (ya da toplam yatak sayısı 25’den az olanlar) sınırlı seviyede yataklı tedavi hizmeti (yıllık ortalama 96 saat veya daha az yatış süresi olarak tanımlanmıştır), ayaktan tedavi hizmetleri ve 24-saat acil sağlık hizmeti verebilmektedir. Sevklerin yapılacağı kırsal veya kentsel kuruluşlarla, nakil işlemlerine yönelik resmi düzenlemeler yapılmıştır. Bu konuma geçilmesini teşvik eden unsurlar arasında; bu kuruluşlara kamu sigortacılarının daha avantajlı, maliyete dayalı geri ödeme yapacak olmaları vardır. Eğer Türkiye’de de benzeri bir strateji uygulanacaksa, bu hastaneler "tam hizmet" veren küçük hastaneler olarak düşünülmemelidir. Bu kurumlarda sadece acil servis işlevleri, "müşahade yatakları" ve daha büyük kurumlara sevk için nakil olanakları bulunmalıdır. Bu kurumlarda özellikle, verilecek hizmetlerin dar kapsamlı olması nedeniyle verimli olarak kullanılamayacak hastane idari kadrolarının (tam-gün çalışan muhasebeciler, ambar memuru, vs. gibi) tamamı bulunmamalıdır.

Kamu sektöründeki hastane yöneticilerinin hizmet verdikleri nüfustaki hastalara daha etkili veya ihtiyaçlarına daha iyi cevap verecek hizmeti sağlama çabalarının

karşısında birçok kısıtlamanın ve inisiyatif yetersizliklerinin bulunduğu uzun zamandır bilinmektedir. Sağlık Bakanlığı hastaneleri açısından, operasyonları etkileyecek bir çok karar merkezi düzeyde alınmaktadır. Örneğin, bütçeleme sisteminde, belirli bir hastane tarafından verilen hizmetlerin gerçek miktarının hemen hiç dikkate alınmaması (Dünya Bankası 2003), bölge toplumunun ihtiyaçlarındaki değişimlere cevap verilmesini zorlaştırmaktadır. Benzer şekilde, SSK hastanelerine yönelik kararlar da büyük ölçüde merkezde, Bakanlık düzeyinde alınmaktadır. Ayrıca hem Sağlık Bakanlığı hem de SSK hastanelerinin hizmet verdiği yerler açısından önemli bir mükerrerliğin olduğu, bunun da her iki hastane tipi için düşük yatak işgal oranına yol açtığı endişesi hakimdir (Dünya Bankası 2003).

Hastane hizmetlerinin etkililik, etkinlik, ulaşılabilirlik ve kalitesini geliştirme çabaları kapsamında kamu sektörü hastanelerine daha fazla idari ve mali özerklik verilmesi yönünde bazı stratejiler üzerinde durulmaktadır. İlgili tarafların çoğu, hastanelerdeki önemli kararların, Türkiye'deki farklı coğrafi bölgelerin ve nüfus gruplarının spesifik ihtiyaçlarına uygun verilmesi gerektiği konusunda mutabık gözükmektedir.

Üzerinde tartışılan bir strateji, bazı karar verme yetkilerinin Bakanlık hiyerarşisinin daha alt seviyelerine kaydırıldığı, özerklik (dekonsantrasyon olarak da ifade edilmektedir) konusunda çeşitli yaklaşımları içermektedir. Tartışılan bir başka strateji ise, sağlık hizmetlerinin sunumuna yönelik yetki ve sorumlulukların, Bakanlık merkez teşkilatından ya il sağlık yetkililerine (bkz. Erdoğan 2003) ya da yeni oluşturulacak, Sağlık Bakanlığı ve SSK'dan bir ölçüde özerk olacak, kamu-benzeri oluşumlara aktarıldığı, "devir" (devolution) yaklaşımıdır (Dünya Bankası 2003). Tek bir hastane seviyesine inildiğinde özerklik derecesi; üst düzey yöneticilerin ve/veya yerel hastane yönetim kurullarının yetkisinde olan kararların, miktarı ve türlerine bağlıdır (Kamu hastanelerinin daha fazla özerkleşmesinin potansiyel avantajları açısından Bölüm 4'teki Polonya örneğine bakınız).

## **3.6 İnsan Kaynakları**

### **3.6.1 Sağlık Hizmetlerinde İnsan Gücü - Mevcut Durum**

Geçen yirmi yıl içinde sağlık sektöründe eğitimde görülen dikkate değer artışlara rağmen, Türkiye'nin sağlık personeli sayısı diğer ülkelerle karşılaştırıldığında düşüktür. Halihazırda her 1,000 kişiye 1.3 hekim düşmekte olup, bu, Avrupa ülkeleri arasındaki en düşük orandır (bkz. Ek 1, Tablo 29). Türkiye'de özellikle hemşi-

re sayısı düşüktür. Hemşire ve ebelerin sayısı, hekim sayısı ile hemen hemen aynıdır, ki bu maliyet etkili sağlık hizmet sunumu açısından uygun olmadığı düşünülen bir sağlık personeli yapısıdır (Savaş, Karahan ve Saka, 2002, s. 81).

Son zamanlara kadar, diğer kaygı verici bir orantısızlık ise pratisyen hekimler ile uzman hekimler arasında bulunmaktaydı. 1985'ten önce uzman sayısı pratisyenlerin yaklaşık iki katıydı. Ancak 1980'lerin sonu ile 1990'ların başlarında uygulanan politikalarla, tıp fakültelerinin ve sağlık meslek okullarının yanısıra bu okullara alınan öğrenci sayısı da artırılmıştır. Aynı dönemde uzmanlık eğitime alınan pratisyen hekimlerin sayısı aynı oranda artmadığı için 1990'larda pratisyenlerin sayısı uzmanlarınkini geçmiştir. Halen, büyük kentlerde ve diğer çekici bölgelerde pratisyen hekim kadroları yetersiz olmakla beraber tıp fakültesi mezunlarının sayısı mevcut kadro sayısından fazladır (Savaş, Karahan ve Saka, 2002, s. 82). Aynı zamanda, daha yoksul illerde, birçok kırsal bölgede ve bazı küçük kentlerde açıklar devam etmektedir.

Türkiye'nin 1970'ler ve 1980'lerdeki sağlık politikalarının temel varsayımlarından biri; hekim, hemşire ve ebe arzında yapılacak büyük artışların, personel açığını ve bunların coğrafi dağılımındaki sorunları çözebileceği idi. Ancak sağlık personelinin coğrafi dağılımını dengelemekte bugün gelinen nokta hayal kırıklığı yaratmaktadır. Örneğin, ortalama olarak nüfus/hekim oranı en zengin 10 ilde 413 iken, en yoksul 10 ilde 1,823 tür (Dünya Bankası 2003, s. 18-19).

Kırsal bölgelerde istihdam edilmek üzere hekim ve diğer sağlık personelinin temininde karşılaşılan güçlüklerin sebepleri arasında; uzun çalışma saatleri, sürekli icapçı görevi yapma, yetersiz mali kazanç, mesleki izolasyon ve yeterli malzemenin bulunmayışı sayılabilir. Daha az gelişmiş bölgelerde hekim ve diğer personel açıklarını kapatmak amacıyla, 1980'lerin başında uygulamaya konulan zorunlu hizmet yükümlülüğü dahil, çeşitli girişimlerde bulunulmuştur. Ancak bu politika genellikle, mesleki tatminsizlik ve hizmet kalitesi sorunlarına yol açmıştır (Dünya Bankası 2003). Tıp fakültelerinden yeni mezun olanlar, genellikle tanımadıkları bölgelerde yeterli denetim ve destek olmadan, birinci basamak hizmetlerinde görevlendirilmişlerdir.

Etkin olmayan insan kaynakları planlaması nedenleri arasında atıfta bulunulan önemli bir unsur, planlama yetkisine sahip en önemli kurumun geleneksel olarak Devlet Planlama Teşkilatı olmasıdır. Hizmetin sunulmasının en önemli sorumlusu

Sağlık Bakanlığı'nın yetkileri sadece kadroların tahsis edilmesi ve sağlık kuruluşlarına atamaların yapılmasıyla sınırlı tutulmuştur (Savaş, Karahan ve Saka 2002, s. 82). 1990'ların sonlarında, Sağlık Bakanlığı sağlık kaynaklarının planlamasında daha aktif olarak çalışmaya başlamıştır (SB 1997, s. 4-55). Bakanlık son zamanlarda, AB uyum çalışmaları kapsamında, yetki ve sorumluluklara yönelik günü geçmiş yasaların yanısıra yeterli görev tanımları olmayışı konusunda da çalışmalar başlatmıştır. Yapılan çalışmalar arasında Sağlık Meslek Birlikleri ve Federasyonları Kanunu ile uzmanlık eğitimi düzenlemeleri yer almaktadır.

### **3.6.2 Tıp Eğitimi ve Sertifikalandırma - Güncel Sorunlar**

Türkiye'deki tıp eğitimi ve sertifikalandırma konularındaki yetersizliklere yönelik endişeler, çeşitli taraflarca dile getirilmiştir. Tıp eğitimi müfredatı; zorunlu konuları ve asgari eğitim sürelerini belirleyen Yüksek Öğretim Kurulu hakimiyetindedir. Ancak bu gerekliliklerin uygulanma tarzında önemli farklılıklar vardır. Örneğin, Avrupa Sağlık Sistemleri Gözlemevi'nin oldukça yeni bir raporunda, Türkiye'deki eğitim kurumlarının kaliteleri arasında önemli ölçüde farklar olduğu sonucuna varılmıştır. Birçok tıp fakültesindeki temel eğitimin yetersiz olduğunun düşünülmesinin nedenleri arasında; müfredat içeriğinin etkili hizmet için gereken beceriler açısından yeterli olmadığı, uygulamalı eğitim olanaklarının çok az olduğu, performanslarının kalitesine pek önem verilmeden çok sayıda mezun vermeye çalışıldığı, yüksek nitelikli tıp fakültesi öğretim üyelerinin sayısının azlığı sayılabilir (Savaş, Karahan ve Saka 2002, s. 82-83).

Benzer bir sorun; hekimlik mesleği için bir sertifikalandırma sisteminin olmasıdır. Giriş sınavları olmasına rağmen tıp fakültesinden veya uzmanlık eğitiminden mezuniyetten sonra çalışabilmek için geçilmesi gereken bir kurul sınavı veya herhangi bir sertifikasyon zorunluluğu yoktur. Her tıp fakültesi mezununun pratisyen hekimlik yapacak nitelikte olduğu kabul edilmektedir. Uzmanlık eğitimi almak isteyenler ise Yüksek Öğretim Kurulu'nun gözetiminde yılda iki kez yapılan Tıpta Uzmanlık Sınavları'na girmektedir. Tıp fakültesi mezunları bu sınava yeterli puanı alana kadar, istedikleri sayıda girebilmektedir. Sınavda başarılı olanlar; tıp fakültesinde veya Sağlık Bakanlığı, SSK ve askeri eğitim hastanelerinde uzmanlık eğitimi almaktadırlar. Bu kurumların ortak uyguladıkları bir müfredat veya eğitim standardı mevcut değildir. Her ne kadar Sağlık Bakanlığı personeli yıllık hizmet-içi eğitimlerden geçse ve Türk Tabipleri Birliği iş ve işçi sağlığı ile pratisyen hekimlere yönelik seçilmiş konularda kurslar düzenlese bile mezuniyet sonrası sürekli tıp eğitimi konusunda bir zorunluluk yoktur.

Üniversiteler, Sağlık Bakanlığı ve Türk Tabipleri Birliği tıp eğitiminin kalitesinin geliştirilmesi için bir takım önerilerde bulunmuşlardır. Bu öneriler arasında, müfredatta; tüm yeni mezunların birinci basamak hekimi olarak işlev görecektir yeterliliğe sahip olmaları ve ayakta tedavi kapsamında karşılaşılabilecek en sık görülen durumların bilinmesi, hastalıkların önlenmesi ve halk sağlığını kavramları, pratisyen hekim seviyesinde birinci basamak hizmeti sunma yeteneği sağlayacak şekilde reform yapılması yer almaktadır. Yeni mezunlar ayrıca; birinci basamak kuruluşlarını ve multidisipliner projeleri yönetmeye yönelik yeterli seviyede idari becerilerin yanısıra toplumun temel sağlık konularında bilincini artırmaya yönelik iletişim becerilerine de sahip olmalıdır.

1998 ve 1999'da, DPT VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu ve Birinci Ulusal Sağlık Eğitimi Kongresi, Sağlık Bakanlığı'na sundukları raporlarda müfredat değişikliğine yönelik önerilerde bulunmuşlar ve temel tıp eğitiminin ulusal sınavlar yoluyla değerlendirilmesini ve tıp fakülteleri için bir akreditasyon sürecinin oluşturulmasını önermişlerdir (Dünya Bankası 2003). Bakanlık, *Sağlıkta Dönüşüm Programı*'nda, birinci basamakta çalışacak aile hekimlerinin uzmanlığına yönelik olarak üniversitelerle işbirliği içerisinde yeni bir eğitim programının oluşturulmasını teklif etmiştir (SB 2003).

### **3.6.3 Hemşirelik Hizmetlerinin Geliştirilmesi**

Türkiye'de temel hemşirelik alanında üç büyük kategori vardır. Bunların ilki; Sağlık Bakanlığı tarafından akredite edilen ve yürütülen dört yıllık lise eğitimine dayalı diploma programlarıdır. Türkiye'deki hemşirelerin yaklaşık %90'ı, tipik lise müfredatı ile hemşirelik eğitimi birleştiren bu okullardan mezundur. Hemşirelik eğitimindeki ikinci kategori, temel amacı lider hemşire yetiştirmeye yönelik lisans programlarıdır. Diğer kategori ise, temel amacı hemşire yetiştirmeye ve hemşire açığını azaltmaya yönelik üniversiteye dayalı ön-lisans programlarıdır. Ebe-hemşireler ise, ebe-hemşirelik programlarında ek bir eğitim alan hemşirelerdir. Mezunları genellikle kırsal bölgelerde ve bazen doğumevlerinde kadın hastalıkları ve doğum alanlarında çalışmaktadır.

Birçok kişi hemşirelik eğitiminin son on yılda, üniversiteye dayalı hemşirelik programları ve hemşirelik müfredatının oldukça güçlendirilmesi sayesinde, önemli bir ilerleme sağlandığı konusunda aynı düşüncededir. Ancak tüm seviyelerdeki hemşirelik programlarından mezun olanların çok az uygulama deneyimi olduğu ko-

nusunda yaygın bir endişe vardır. Birinci basamağa yönelik alanlarda müfredatın güçlendirilmesi gerektiği yönünde öneriler yapılmıştır (Aksayan ve Cimete 2000; SB 2003). Benzer bir sıkıntı alanı da, farklı seviyelerdeki programlardan mezun olan hemşirelerin farklı becerilerinin resmi olarak nasıl tanımlanabileceği ve hemşirelik mesleğinin hasta bakımı yönetiminde daha büyük sorumluluk almasını sağlamak için hemşirelik yasasında ne gibi değişiklikler yapılması gerektiğidir (Aksayan ve Cimete 2000; Dünya Bankası 2003, s. 8-9).

### **3.6.4 Sağlık Hizmetleri Yönetiminin Güçlendirilmesi İhtiyacı**

Türkiye'deki sağlık kuruluşlarının yönetimlerinin güçlendirilmesi gerektiği, sıkça dile getirilen bir görüştür (SB 1997; Savaş, Karahan ve Saka, 2002; Dünya Bankası 2003). Halen, hastane ve sağlık hizmetleri yöneticilerinin çoğunluğu, hekim olarak çalışmaya devam eden ve yönetim anlamında profesyonel eğitimi olmayan hekimlerden oluşmaktadır. Yöneticiler genellikle klinik deneyim, hizmet süresi ve siyasi eğilimler gibi kriterlere dayanarak atanmaktadır. Yöneticilere yönelik olarak, yöneticilik becerilerini de önemli bir kriter olarak içeren proaktif bir atama süreci belirlenmelidir. Aynı önemde bir başka konu ise, hastane ve büyük sağlık merkezlerindeki üst ve orta düzey yöneticilerin yönetim becerilerini geliştirecek programların oluşturulması ve uygulanmasıdır.

Sağlık Bakanlığı bu ihtiyaçlardan yola çıkarak; 1991'de başlattığı Birinci Sağlık Projesi kapsamında; yönetim eğitimi yoluyla bakanlığın kurumsal kapasitesinin güçlendirilmesini temel reform hedeflerinden biri olarak tanımlamıştır. Mevcut sağlık projesi koordinasyon biriminin diğer sorumlulukları arasında; yönetim değişimi konusunda lider olarak görev yapabilmenin yanısıra maliyet etkililik analizi, etkinlik ve verimlilik analizi, ekip çalışmasının desteklenmesi, insan kaynakları planlaması ve yönetimi ve diğer çağdaş sağlık yönetimi becerileri konusunda eğitim almış yöneticilerin geliştirilmesi yer almaktadır.

Bakanlık, bu hedeflere ulaşabilmek için, çeşitli üniversitelerin işletme fakültele-ri ile işbirliği içinde, Bakanlığın merkez ve taşra teşkilatındaki üst ve orta düzey yöneticilere yönelik yoğun bir program uygulamaktadır. Bu program kapsamında; dört dönem halinde; stratejik yönetim, örgütsel değişim, insan kaynakları yönetimi ve yönetim bilgi sistemleri konularını içeren dört haftalık yoğun modüllerin bulunduğu bir eğitim verilmektedir (Ate 2004). Üst-orta düzey yöneticiler için; çağdaş yönetim kavramları, liderlik, finansal yönetim, sağlık yönetiminde global eğilimler,



kriz yönetimi, örgütsel değişim ve gelişim, ekip oluşturma, stratejik yönetim, eğitim kuruluşlarının oluşturulması, bireysel beceri geliştirme konularını içeren hafta sonu seminerleri de düzenlenmektedir (Ate 2004).

Bu hizmet-içi eğitim programlarına ek olarak, sağlık yöneticilerine yönelik; sağlık yönetimi eğitimi için yaz programları da dahil olmak üzere, bir takım üniversite kökenli programlar geliştirilmiştir. Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü tarafından sunulan yönetim seminerlerine hekimler arasından katılım da oldukça artmaktadır (Ate 2004). Sağlık Bakanlığı ayrıca yönetici konumunda olan 400'den fazla hekime yurt dışında yönetim eğitimi için burs imkanı sağlamıştır.

1936'da kurulan ve 1941 yılında çıkarılan 3959 sayılı Kanunla görevleri saptanmış bulunan ancak 1982 yılında faaliyeti durdurulan Hıfzıssıhha Mektebi, 2003 yılı mart ayında tekrar hizmete açılmıştır. II. Sağlık Projesi kapsamındaki hizmetiçi eğitimler, araştırmalar ve yayın çalışmaları, ilgili teknik personeli ile birlikte Mektebin sorumluluğuna verilmiştir.

Bütün bu girişimlerin yaygınlaştırılması önemlidir. Ayrıca mevcut yasalara göre, il sağlık müdürlüklerindeki yönetim kadrolarının hekimler dışındakilere kapalı olduğuna da dikkat edilmelidir. Bu husus, gerçek bir yönetim eğitimi almış kişilerin görevlendirilmesini (politik açıdan güçlü meslek örgütlerinin ve sendikaların kuvvetle karşı çıktıkları bir stratejidir) engellemektedir (Ate 2004).

### **3.7 Bilgi Sistemleri**

İzleme ve yönetim için istatistik sistemlerine yapılan yatırımlar istenen sonucu vermemiş veya sağlık sektörünün klinik ve yönetim ihtiyaçlarını karşılayamamıştır. Bu sorun; bilgi sistemlerinin eskime hızı yüzünden daha da büyümekte ve sadece mevcut durumu koruyabilmek için bile ek kaynaklara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu yüzden işlevsel, kullanışlı bir sağlık bilgi sisteminin oluşturulması için başlangıç yatırımı, düzenli bakım-onarım harcamaları ve yenileştirme maliyetlerinin karşılanması gereklidir. *Sağlıkta Dönüşüm Programı*'nin hedeflerine ulaşılabilmesi için klinik hizmetler, fatura yönetimi ve tahsilat hizmetleri ile kaynak yönetimi açısından zamanında, isabetli ve kapsamlı verilere ihtiyaç vardır.

Mevcut pilot projeler; ülke çapında bir Sağlık Bilgi Sistemi'nin altyapı ve standartlarını oluşturmaya başlamak için iyi birer başlangıç noktasıdır. Ancak bu çok sayıda hatırı sayılır çabanın ortak bir kesişim noktası yoktur. Bu yüzden de bilgi sis-

temleri ve bunların unsurlarına yönelik nesnel değerlendirmeler yapacak ve bunları yaygınlaştıracak ulusal bir kuruluşun oluşturulması için eyleme geçilmelidir. AB standartları ve uygulamaları ile uyum sağlanması AB'ye giriş sürecinin bir parçası olarak gelişmelidir ancak Türkiye; Türk Standartlar Enstitüsü'nün, 140'dan fazla ülkenin ulusal standartlar enstitülerinin üye olduğu bir hükümet-dışı ağ olan Uluslararası Standartlar Örgütü (International Organization for Standardization)'ne üye olmasından ek fayda sağlayabilir.<sup>2</sup>

### **3.7.1 Veri İhtiyacı**

Sağlık sektöründeki farklı birimler tarafından tanımlanan ve toplanan veriler; yönetim, klinik hizmet veya epidemiyoloji açısından kapsamlı bir bilgi sistemi sağlamazlar. Özellikle, bireysel sağlık kayıtları tek bir veri tabanında yer almamaktadır. Kayıt verileri genel olarak poliklinik kartlarında, kayıp olarak ya da kolayca ulaşılamayan dosyalarda bulunmaktadır. Veriler nüfus bazında değil hastane bazında raporlanmaktadır. Sağlık hizmetleri sisteminin mevcut parçalı yapısı nedeniyle her kurum, kendisinden beklenenler doğrultusunda kendi sistemini yaratmak durumunda kalmakta ancak bu da kimsenin işine yaramamaktadır.

Hastane bilgi sistemleri tarafından yakalanabilecek veriler muhasebe, faturalandırma, envanter ve malzeme yönetimi işlevlerinin otomasyonuna izin verse de, bu sistemlerin kullanımı çok yaygın değildir ve birçok fırsat kaçırılmaktadır (Sağlık Bakanlığı 2003). Sağlık sektörü verileri henüz planlama ve karar verme süreçleri için hazır ve bütünleşik değildir. Sağlık sektörünün dönüşümü; bilgi-yoğun bir proje olacaktır ve klinik, idari, mali bir çok alanda kapsamlı, zamanında, bütünleşik, doğru ve tam verilere ihtiyaç olacaktır. Etkin olarak işleyen bir sağlık sektörü açısından bütünleşik bilgiler hayati önem taşımaktadır ve bu yönde atılacak adımlar diğer reform hedefleri açısından da önemlidir.

### **3.7.2 Standart İhtiyacı**

Sağlık bilgi sistemi uygulamalarının çoğu halen kayıt bilgisi düzeyinde kalmakta, çok emek harcanmakta ancak bir bilgi sisteminden beklenen etkinlik, yönetim veya planlama katkıları sağlanamamaktadır. Ancak standartların oluşturulması; sağ-

---

(2) Bkz. <http://www.iso.org/iso/en/aboutiso/introduction/index.html#fifteen>.

lık sektöründe bilgi teknolojilerinden azami kazancın sağlanması, sağlık harcamalarının teşhise ve tedaviye dayalı olarak analiz edilmesi ve yönetilmesi için bir veri tabanı oluşturulması açısından çok önemlidir. Standartlar vardır ancak tek bir standart yoktur. Standartlar bilginin yakalanması, depolanması, paylaşılması ve nakledilmesi için gereklidir. Standartların yokluğunda veriler yalıtılmış haldedir ve ihtiyaç olduğunda genellikle ulaşılamazlar. Desantralize bir sağlık sektöründeki genel sağlık sigortası sistemi; sadece paylaşılan standartlara uygun bilgi sistemlerine bağlı olarak işlev görebilir. Bu nedenle; birbiriyle rekabet içindeki standartlar ve kodlama uygulamaları sorununu çözmek için, çok sayıda karar verilmesi gereklidir.

Klinik bilgilerin ve fonların elektronik ortamda değiş tokuş edilebilmesi; işlevsel, kamu-özel, desantralize, birinci basamağa dayalı bir sağlık sektörünün oluşturulabilmesi için temel unsurdur. Standartları teknik açıdan yeterli profesyoneller tarafından seçilmesi gereken, çok sayıda kategori vardır. Temsili bir örnekte şunlar olabilir (Salih Güreş, TEPE Teknoloji, Ekim 2003):

- Tanımlayıcı Standartları: Hasta, sunucu, hizmet noktası, ürün ve arz.
- İletişim Standartları: ASC X12N (ödeme yapanlar ve sunucular), UNIEDIFACT (idare, ticaret, ve ulaşım), ASTM Committee E31 (klinik veriler ve gereçler), HL7 (bir sağlık endüstrisi standardı), DICOM (dijital görüntü), IEEE (MIB) (bakım noktası).
- İçerik ve Yapı Standartları.
- Kontrollü Tıbbi Terminolojiler: sınıflandırma, terminoloji ve vaka bileşimi.
- Kalite Göstergeleri.
- Minimum Sağlık Veri Setleri.

Devletin; bir sigortacı ve özel sigortacıların düzenleyicisi olarak çevrimiçi (online) ve toplu mali değiş tokuş işlemleri için standartlara ihtiyacı vardır. Bu işlevler telekomünikasyon ve yukarıda belirtilen diğer standartların üzerine inşa edilecek ancak üye olma, üyelikten çıkma, mevcut sigorta durumunun teyidi, ödeme talebi sunumu, teyidi/geçerliliği, uzlaşma ve ödemelerin oluşması için belirli süreçler gerektirecektir.

Standartların tanımlanması, bunu takiben uygulanması gereken kategorilere yönelik bu kısa özet, bu görevin boyutları ve karmaşıklığı hakkında bir fikir vermektedir. Dönüşüm geçiren sağlık sektörünün finansmanı ve yönetimi için bu araçların

Türkiye’de olması şarttır. AB’nin ayrıca; serbestçe ulaşılabilen, şeffaflığı benimsemiş, ancak uyulması gereken kurallar dayatmayan bir "Bilgi Toplumu" vizyonu vardır.<sup>3</sup>

### 3.7.3 Altyapı - Kamu ve Özel Sektörün Roller

Sağlık sektöründe görev yapan bakanlıkların, ya doğrudan ya da bir sigorta fonu aracılığıyla, standart oluşturma yetkileri önemli ancak parçalıdır. Standartların etkili olabilmeleri için tüm yetki alanlarında uygulanabilmeleri ve kullanılmaları gerekir. Bunun bir çözümü; devletin ve özel sektörün uzmanlıklarını temel alan, standartların yaptırımını için kamu sektörünün yetkilerine dayanan ve özel sektörün teknolojiye yatırım yaparak bunun üstüne iş kurmasını teşvik eden standart oluşturu- cu bir kurumun kurulmasıdır. Tüm ilgili tarafların üye olduğu hükümet-dışı, kâr- amaçsız bir Sağlık Bilgi Kurumu; bu alanda çalışanlar için önemli bir üs vazifesi ya- pacaktır. Kurumun temel işlevleri, kanıta dayalı standartların oluşturulması ve bun- ların yaygınlaştırılması olabilir.

### 3.7.4 Mevcut Pilot Projeler

Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü’nün *Sağlık Harcamaları Denetim Projesi*; tüm kamu kurum ve kuruluşlarında geçerli olacak bir altyapı oluşturmak üzere tasarlan- mıştır. Amaçları arasında (1) sağlık giderlerinde tasarruf sağlamak, (2) sağlık teda- vilerinde standart yapı oluşturmak, (3) Avrupa Birliği ve Dünya Sağlık Örgütü stan- dartlarını uygulamak, (4) kişisel hataları önlemek, (5) istatistiki bilgi elde etmek ve (6) harcamaları izlemek ve kontrol etmek yer almaktadır.

Ödeme taleplerinin işlenmesine ve sağlık harcamalarının kontrolüne yönelik di- ğer pilot projeler arasında şunlar bulunmaktadır:

#### *Maliye Bakanlığı Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü*

Kapsam : Yaklaşık 3.5 Milyon Devlet Memuru Emeklisi  
Sistemler : Reçete Kontrol Sistemi, Optik Reçete Kontrol Sistemi;  
Tedavi Kontrol Sistemi

(3) Bkz. [http://Europa.Eu.int/comm/internal\\_market/en/ecommerce/transp.htm](http://Europa.Eu.int/comm/internal_market/en/ecommerce/transp.htm).

*Maliye Bakanlığı Türk Eczacılar Birliği ile Kamu-Özel İşbirliği*

Kapsam	:	Yaklaşık 8.5 Milyon Devlet Memuru (Silahlı Kuvvetler Hariç)
Sistemler	:	Reçete Kontrol Sistemi, Optik Reçete Kontrol Sistemi

*Milli Savunma Bakanlığı*

Kapsam	:	Yaklaşık 2.5 Milyon Kamu Görevlisi
Sistemler	:	Reçete Kontrol Sistemi, Optik Reçete Kontrol Sistemi; Tedavi Kontrol Sistemi

*Bağ-Kur*

Kapsam	:	Yaklaşık 3.5 Milyon Kendi Hesabına Çalışan Kişi
Sistemler	:	Reçete Kontrol Sistemi, Optik Reçete Kontrol Sistemi

Bu sistemlerin temel hedefleri:

- Sağlık giderlerinde tasarruf sağlanması;
- Tıbbi tedaviler için standart bir yapı geliştirilmesi;
- Avrupa Birliği ve Dünya Sağlık Örgütü standartlarının benimsenmesi;
- Kişisel hataların azaltılması;
- Araştırma ve istatistiki analizlere imkan sağlanması ve
- Harcamaların izlenmesi ve kontrol edilmesidir.

Her sistemin ilgi alanı kısaca şöyledir:

- Reçete Kontrol Sistemi: Türkiye genelinde 18,000 eczane ödeme için ilaç reçetelerini çevrimiçi (on-line) olarak sisteme girer.
- Optik Reçete Kontrol Sistemi: Türkiye genelinde 3,000 optisyen ödeme için optik reçeteleri çevrimiçi (on-line) olarak sisteme girer.
- Tedavi Kontrol Sistemi: Sağlık hizmet kuruluşlarının (hastaneler, laboratuvarlar ve klinikler) ödeme taleplerini çevrimiçi (on-line) olarak işleme sokmalarını sağlar.

Buradaki temel sorun bu sistemlerin hiçbirinin, ilaç veri tabanı veya tıbbi gereç veri tabanı gibi, aynı standartlara dayanmıyor olmasıdır; teşhis kodları bile farklıdır. Bu ise, farklı farklı bilgi yapılarının oluşturulması ve idamesi için önemli kaynak sar-

fedilmesine ve genel olarak verimlilik kaybına yol açmaktadır. Bakanlıklar bu hizmetlerin sağlanması ve idamesi açısından önemli bir rol üstlenebilirler.

Şubat 2003'te; devlet, sivil toplum kuruluşları ve üniversiteler dahil olmak üzere kamu ve özel sektörün temsilcilerinin katılımıyla, e-sağlık konusunda çalışmalar yapmak üzere bir çalışma grubu oluşturulmuştur. 15 konu (tek hasta numarası, minimum kod setleri, kodlar, vb.) üzerinde çalışmalar yapacak 10 alt-gruptan oluşan grup raporlarını Nisan 2003'te tamamlamıştır. Çalışmanın sonunda ortaya çıkan bu raporlar Devlet Planlama Teşkilatı tarafından 15 e-sağlık eylemi haline getirilerek Aralık 2003'te Resmi Gazete'de yer almıştır. Ocak 2004'de ise, Sağlık Bakanlığı tarafından "Türkiye Sağlık Bilgi Sistemleri Eylem Planı" adı altında yayımlanmıştır. Bilgi altyapısının oluşturulmasına yönelik bundan sonraki adım, kaynak tahsisi yapılması ve projenin(lerin) uygulanmasıdır.

### **3.8 Hizmet Sunucu Ödemeleri**

Sağlık Bakanlığı hastaneleri fonlarının yaklaşık %80'ini, devlet genel gelirlerinden yapılan transferler kapsamında Sağlık Bakanlığı'nın bütçesinden almaktadır. Sağlık Bakanlığı hastaneleri Sağlık Bakanlığından gelen fonları bütçe kalemlerine tahsisli olarak alırlar. Bakanlık hastanelerinin gelirlerinin %15 kadarı; kişilerin veya sigorta şirketleri dahil üçüncü tarafların doğrudan döner sermayelere yaptıkları ödemelerden kaynaklanır. Bu fonlar hastanelerde kalır. Kamu hastanelerindeki ücretler Sağlık Bakanlığı ve Maliye Bakanlığı temsilcilerinin yer aldığı bir komisyon tarafından belirlenir ancak hizmetlerin gerçek maliyetlerini yansıtmazlar. Sağlık Bakanlığı hastanelerinin kalan %5'lik geliri; yakıt, yeni otomobil, sigara ve alkol ürünlerinin satış vergilerinden ayrılan paylardan gelir. Döner sermaye gelirleri, geliri oluşturan hastanede kalır (Savaş, Karahan ve Saka, 2002).

SSK sağlık kuruluşları temel olarak sosyal sigorta primleri ile finanse edilirler. Emeklilik ve sağlık sigortası katkı payları ayrı ayrı tanımlanmakta ancak tek bir fon havuzunda toplanmaktadır. Ayrıca; SSK üyesi olmayanlar ücrete tabidir ve SSK üyeleri de, yukarıda belirtildiği gibi ayakta tedavilerde ilaçlar için katkı payı ödemektedir. SSK halen hastane fonlarını sabit bütçelerle ve harcama kalemi bazında tahsis etmektedir, ancak birinci basamak sağlık hizmetleri için kişi başı ödemelere geçmeyi düşünmektedir. Modifiye bir teşhise-dayalı-ödeme sistemi (DRG) uygulama planları hasta teşhislerini ve ödeme bilgilerini takip edecek sistemlerin mevcudiyeti açısından sınırlılıklarla karşı karşıyadır. Ancak Emekli Sandığı ve Maliye Bakanlığı son yıllarda hizmet paketlerini esas alarak özel hastanelere ödeme yapmaktadır.

SSK ayrıca kendi teminatı altındaki kişilere verdikleri hizmetler için özel ve üniversite hastanelerine geri ödemede bulunmaktadır, bu ödemelerde sıklıkla önemli gecikmeler görülmektedir. Üniversite hastanelerinin bu gecikmelerden dolayı sosyal güvenlik kurumları hastalarını kabul etmediklerine dair bildirimler vardır. Özel hastanelerin fatura ettikleri fiyatlar Türk Tabipleri Birliği (TTB) ile eşgüdüm içerisinde oluşturulmakta ve TTB tarafından her altı ayda bir gözden geçirilmektedir.

Hekimlere yapılan geri ödemeler kurumlara göre değişiklik göstermektedir. Sağlık Bakanlığı, üniversite veya SSK sistemlerinde çalışan hekimler devletten maaş almakta olup ayrıca döner sermayelerden pay da alabilmektedirler. Türkiye'nin doğu ve güneydoğusunda çalışan hekimlerin maaşlarında, devletin, hekimleri bu bölgelerde çalışmaya teşvik girişimlerine bağlı olarak fark vardır. Özel çalışan pratisyen hekimler de genellikle maaşa dayalı ücret alırlar. Bu tür bir uygulama hastalardan hizmet-başına-ödemeye dayanan ücret alınmasına izin vermektedir. Özel hastanelerde çalışan hekimlerin geliri, kamu sektörü hekimlerinden daha fazladır. Genel olarak, hekimlerin gelir düzeyleri geçen 15 yıl süresince önemli miktarda düşmüştür. 2002 yılında, kamu sektöründe tam-gün çalışan bir pratisyen hekimin yıllık kazancı, vergiler hariç yaklaşık 3,600\$ iken, uzmanlarda bu miktar 4,800\$'dır. Birçok hekim ayrıca özel çalışarak ek gelir sağlamaktadır (Savaş, Karahan ve Saka, 2002).

Uluslararası deneyimlere bakıldığında, hizmet sunucu ödemeleri yöntemleri Tablo 6'da özetlenmiştir.

**Tablo 6. Hizmet Sunucu Ödeme Mekanizmaları ve Hizmet Sunucu Davranışları**

Mekanizmalar	Geriye Dönük/ İleriye Dönük/	Sabit/ Değişken	Sunucu Davranışına Yönelik Teşvikler		
			Koruyucu Hizmetler	Hizmet Sunumu	Maliyet Kontrolü
Bütçe Kalemi Bazında	İleriye Dönük	Sabit	+ / -	--	+++
Sabit Bütçe	İleriye Dönük	Sabit	++	--	+++
Kişi Başı Ödeme	İleriye Dönük	Değişken	+++	--	+++
Vaka Başına (teşhise dayalı) Ödeme	Her İkisi De	Değişken	--	++	++
Hizmet Başına Ödeme	Geriye Dönük	Değişken	--	+++	---

Kaynak: DSÖ (2000) ve Jegers (2002)'ten uyarlanmıştır.

### 3.9 İlaçlar

İlaçlar ve ilaç endüstrisi hem sağlık hizmetlerinin sunumunda hem de AB'ye katılım sürecinde yer alan unsurlardır. Ayrıca temel sağlık hizmetleri, genel ulaşılabilirlik, özel sağlık sigortası ve devletin rolünü vurgulayan *Sağlıkta Dönüşüm Programı* açısından da önemlidirler. İlaç endüstrisinin temel özelliklerinin anlaşılması, *Sağlıkta Dönüşüm Programı*'nın hedeflerine ulaşılması için politikalar ve harekete geçirici unsurlar sağlayabilecektir.

İlaç sanayinin canlılığı diğer sanayi dallarıyla ilişkilerinden etkilenmektedir ve ilaç sanayinin kimya sanayi ile önemli bir ilişkisi olduğu bilinmektedir. Kimya sanayinin ilaç sanayi ile olan ilişkisi bu çalışmanın kapsamı dışında olsa da, ilaç sanayi ve düzenlenmesine yönelik karar değişikliklerinin bu ilişkiyi nasıl etkileyeceğini değerlendirmek açısından ayrı bir detaylı ve teknik araştırma yapılması faydalı olacaktır.

Avrupa Birliği'nin "Birleşme Yolunda Türkiye - 2002 ve 2003 Yılı İlerleme Raporları"nda, ilaçlar ve fikri mülkiyet hakları, uyum açısından özellikle belirtilen alanlardır (EUCOM 2002, 2003). Yetersiz veri imtiyazı ve ilaç ticareti önündeki teknik engellere "standardizasyon, akreditasyon ve uyum değerlendirmeleri" kapsamında dikkat çekilmiştir. Türkiye; sağlık sektörü mevzuatının, ilaç pazarlaması, veri koruma ve Avrupa Birliği'nin sağlık sektöründeki ilgili normlarıyla uyum sağlama konusunda çalışmalarını sürdürmektedir. İlaçlar konusunda birinci derecede sorumlu olan Avrupa Birliği Dairesi, 22 Temmuz 1993'te oluşturulan Avrupa İlaç Ajansı (European Agency for the Evaluation of Medicinal Products - EMEA)'dir. AB'ye üye ülkelerin önde gelen hedeflerinden biri, ilaç endüstrisi için tek bir pazar oluşturmaktır. Tek pazar; hem üye ülkelerin vatandaşlarının ilaçlara ulaşılabilirliğini geliştirecek hem de AB'nin araştırma ve geliştirme yatırımları açısından cazibesini artıracaktır. Bu nedenle AB tarafından, fikri mülkiyet haklarını koruyan ve ruhsatlandırma süreçlerini belirleyen yasal yapılar oluşturulmuştur. Üye ülkelerin pazarlarındaki çeşitlilik Frankfurt Yuvarlak Masa Toplantıları'nın gündemi olmuş ve yapılan tartışmalar sonucunda, mevcut durumun korunması veya tam bütünleşme yerine, aşamalandırılmış pazar bütünleşmesinin daha uygun olduğu sonucuna varılmıştır.

Üye ülkelerin seçenekleri ile ilgili diğer bazı açıklamalar Avrupa Parlamentosu'nun 2001/83/EC tarih/sayılı Topluluk yasalarının insan kullanımına yönelik ilaç ürünleriyle ilgili hükümleri hakkında Yönergesi'nde yer almaktadır (AB 2001): "Bu



*Yönerge'de yer alan şartlar üye ülkelerin ilgili kurumlarının; sağlık, ekonomik ve sosyal durumlara bağlı olarak, ilaç ürünlerinin fiyatlarını belirleme veya bu ilaçları ulusal sağlık sigortası programlarına dahil etme yetkilerini etkilemeyecektir."*

AB'nin giderek büyümesi, Avrupa ilaç endüstrisinde gözlenen rekabetçilik unsurunun azalması, halk sağlığı ve ilaçlara ulaşılabilirlik gibi konular Avrupa Komisyonu'nun ("G10" olarak bilinen) İlaçlarda Araştırmacılık ve Tedarik İçin Üst Düzey Grubu'nu (*High Level Group on Innovation and the Provision of Medicines*) oluşturmaya yol açmıştır<sup>4</sup>. G10; AB'deki ilaç endüstrisinin karşı karşıya olduğu sorunları araştırmacı ilaçlar açısından incelerken, ulusal ve AB sektör çıkarları arasındaki farkları da dikkate almıştır. Sonuçta ortaya; G10'un Mayıs 2002 tarihli ve aşağıda verilen beş genel alanda on dört önerinin getirildiği "Eylem İçin Öneriler" raporu çıkmıştır: (1) hastalara yararlılık, (2) Avrupa-tabanlı rekabetçi bir sanayinin oluşturulması, (3) AB bilimsel tabanının güçlendirilmesi, (4) genişlemiş bir AB'de ilaçlar ve (5) Üye ülkelerin birbirlerinden öğrenmesi (detaylar Ek 3'de verilmiştir).<sup>5</sup>

G10 Önerileri'nin çabası; ilaçlar konusunda yenilikleri teşvik etme, yenilikçiliği ödüllendirecek ve koruyacak şekilde düzenlenmiş bir ortam, pazarlar arasında şeffaflık, rekabetçi bir jenerik piyasasının oluşması, üye ülkelerin halk sağlığı hedeflerinin tutturulması yönündedir. 14 önerinin (ve Avrupa Komisyonu tarafından yapılan detaylı açıklamaların) hepsi Türkiye içindeki ilaç politikalarıyla ilgili olsa da, bunların üçü özellikle anlamlıdır.

Jenerik ilaçlar; Avrupa ilaç endüstrisinin yeniden canlandırılmasına yönelik G10 stratejisinin temel unsurları arasındadır. G10; "*jenerik ilaçların piyasalara penetrasyonunu*" (*jenerik reçetelendirme ve dağıtımını dahil olmak üzere*) teşvik etmektedir [Öneri #4]. Bu öneri; alınabilir genel sağlık sigortası vizyonu ile uyumlu ama mevcut uygulamalarla uyumsuzdur. Türkiye'deki jenerik ürünlerin maliyet avantajı göreceli olarak küçüktür ve daha az sıklıkta kullanılmaktadırlar; jenerik fiyatlandırmanın daha rekabetçi olmasını teşvik amacıyla reçete yazma modelleri ve fiyatlandırma politikalarını değiştirme yönünde belirli girişimlere ihtiyaç olacaktır.

---

(4) Üyelik için <http://pharmacos.Eudra.org/F3/g10/docs/G10-Medicines.pdf>. de Ek B'ye bakınız.

(5) [http://Europa.Eu.int/agencies/emea/index\\_en.htm](http://Europa.Eu.int/agencies/emea/index_en.htm). İlaç ürünlerinin teknik harmonizasyonunun detayları, gerekli dosyalar ve ilgili mevzuat incelenmek istenirse bkz. (EUROPA) Avrupa Birliği websitesi <http://Europa.Eu.int/scad-plus/leg/en/s06016.htm>.

Reçetesiz ilaçlar ve kriterlere uygun ilaçların reçeteli durumdan reçetesiz duruma aktarılması, G10'un halk sağlığına yönelik önerilerinin temel taşıdır (Öneriler #5 ve #10). "Geri ödemesi olmayan reçetesiz ilaçlara hiç bir reklam kısıtlaması getirilmemelidir, ... [ve] aktif olarak bilgi peşinde koşan hastaların istediklerine ulaşabilmeleleri için reklam ve bilgilendirme arasında belirgin bir fark oluşturulmalıdır" önerileri Türkiye'ye özel bir uyarlamayı gerektirecektir. Türkiye'de reçetesiz ilaç uygulamaları sınırlı ve oldukça açıktır. Türkiye'deki ilgili tarafların, bu önerilere yönelik karar vermeleri gerekecektir, ancak AB'nin bu konudaki konumu yukarıda açıklanmıştır.

Son olarak; eşgüdümlü pazarlama-sonrası izleme [Öneri #12] için bir sağlık sektörü bilgi sistemi, gözden geçirilmiş politikalar ve bildirim uygulamalarına ihtiyaç olacaktır. AB ve uluslararası yan etki takibi (pharmacovigilance) sistemleri oluşturulmuştur. Türkiye'nin de bundan sonra atması gereken adımlardan biri budur.<sup>6</sup>

Kalite Güvencesi Bölgesel Programı kapsamında; aday ülkelerin ilaçlara yönelik yasalarının ve ilgili uygulamalarının planlamasını ve uyum çalışmalarını desteklemek üzere 1999 yılında Pan Avrupa Düzenleme Forumu (Pan European Regulatory Forum - PERF I) oluşturulmuştur. PERF özel olarak; genel bir hedef olan AB'ye katılacak aday ülkelerdeki yetkin otoritelerin standartları ve uygulamaları AB'de geçerli olanlarla uyumlu hale getirmelerine yardımcı olma hedefinin bir uzantısı olarak; katılımcı aday ülkelerde ilaç alanında topluluk müktesebatinin (*acquis communautaire*) uygulanmasının kolaylaştırılması amacıyla tasarlanmıştır. PERF III'te (2003, son oturum) altı öncelikli konuya değinilmiştir: yan etki takibi (pharmacovigilance), iyi üretim uygulamaları, dosya değerlendirmeleri, veterinerliğe ilişkin konular, müktesebatin uygulanması ve telematik.

PERF benzeri bir mekanizma Türkiye'nin topluluğa hazırlık ve üyelik sürecinde ilaç sektörü açısından gerekli yasaların ve düzenleyici uygulamaların oluşturulması için hem bir forum hem de teknik danışmanlık görevi görecektir. Katılım müzakereleri için tarih verildikten sonra benzeri bir süreç başlatılabilir.

Türkiye'nin gerek TRIPS Anlaşması gerekse Gümrük Birliği Anlaşması çerçevesinde imzalanan 1/95 ve 2/97 sayılı AB-Türkiye Ortaklık Konseyi kararları gereğince veri imtiyazı konusundaki yükümlülüklerini yerine getirmesi gerekmektedir. Ekim 2003 tarihinde yapılan Türkiye-AB Gümrük Birliği Ortak Komitesi toplantısının

---

(6) Pan European Regulatory Forum (PERF). Bkz. <http://perf.Eudra.org/perf1/IndexF.htm>.

da, Hükümet Türkiye'nin veri imtiyazı ile ilgili AB mevzuatını 2004 yılında kanunlaştıracağını ve uygulamayı 31 Aralık 2007 tarihinden önce başlatacağını beyan etmiştir.

İlaçlar Türkiye'de büyük ve karmaşık bir endüstriyi temsil etmektedir. 2002 yılında 134 ilaç şirketi 3,316 ürünü 6,549 biçimde sunmuştur. 2002 yılında bu ürünler; 434 kayıtlı depocu ve 21,000 eczane aracılığıyla dağıtılmıştır (İEİS 2003). 1999 yılında Türkiye'deki kişi başına ilaç tüketimi fabrika çıkış fiyatlarıyla 38\$'dır ve bu Avrupa'daki en düşük miktardır (Tablo 7).<sup>7</sup> Ancak 2002'de, kişi-başına ilaç harcamaları bir önceki yıla göre %12.9 oranında artarak 63.7\$ olmuştur (yukarıda Tablo 2).

**Tablo 7. İlaç Ürünlerinin Kişi Başı ve Toplam Tüketimi, Türkiye, 1998-1999**

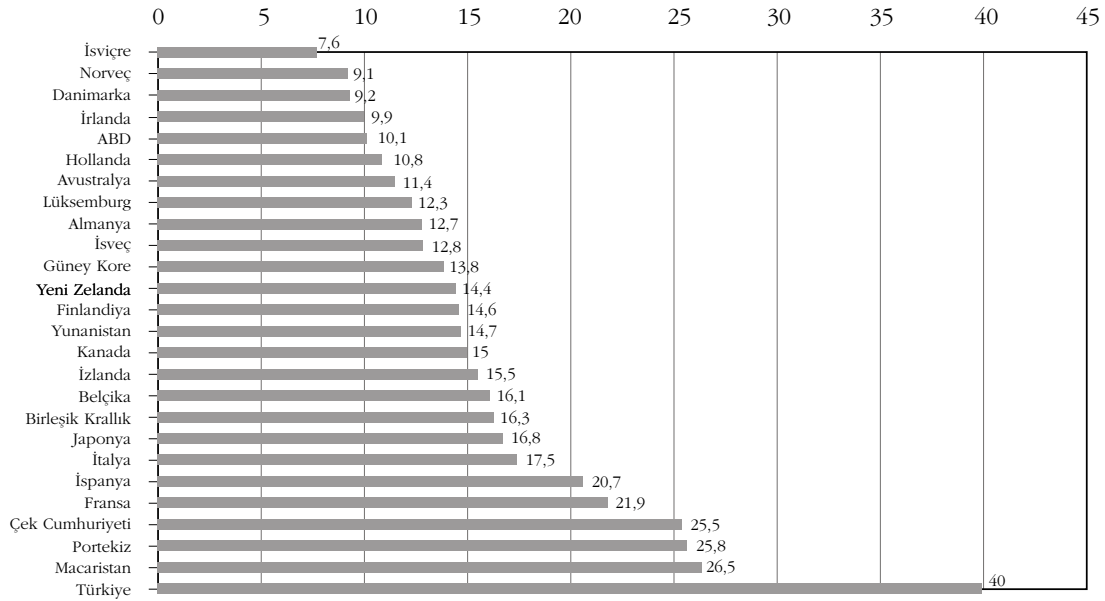
Ülke	Kişi Başı Tüketim (ABD\$)		Toplam Tüketim (fabrika çıkış fiyatı, milyon ABD\$)	
	1998	1999	1998	1999
Fransa	285	287	16,744	17,029
Belçika	252	269	2,547	2,756
İsviçre	250	270	1,822	1,938
Almanya	225	227	18,511	18,597
İngiltere	211	213	12,388	12,680
Avusturya	205	220	1,659	1,776
Portekiz	203	212	2,009	2,128
İtalya	189	196	10,821	11,266
Danimarka	184	163	977	867
Norveç	171	197	754	880
İspanya	167	177	6,598	7,069
İrlanda	158	171	586	651
Hollanda	144	159	2,268	2,525
Yunanistan	134	144	1,424	1,524
Türkiye	35	38	2,220	2,519

*Kaynaklar: IMS Health Turkey, Consumption and Production of Pharmaceutical Products in Turkey: Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency [Rapor No. 24358-TU. Cilt 2 ] Bölüm 7, Tablo 1, s. 160. Dünya Bankası, Mart 2003.*

(7) İlgili öneriler raporun sonraki bölümlerinde belirtilecektir; Avrupa Komisyonu'dan daha detaylı bilgi için bkz. [http://Europa.Eu.int/Eur-lex/en/com/cnc/2003/com2003\\_0383en01.pdf](http://Europa.Eu.int/Eur-lex/en/com/cnc/2003/com2003_0383en01.pdf).

Kişi başına ilaç kullanımı düşük olsa da, Türkiye’de toplam sağlık harcamaları içindeki ilaç harcamalarının oranı oldukça yüksektir. Toplam sağlık harcamalarının GSMH’daki oranına bakıldığında Türkiye diğer Avrupa ülkeleri arasında 32. sıradadır (Ek 1, Tablo 21) ancak yine de genel sağlık harcamalarının içindeki ilaç harcamalarının payı açısından (yaklaşık %40; bkz. Şekil 2) diğer OECD ülkelerinin çok önündedir. Bu yüzden de hükümetin; sağlık politikası hedeflerini tutturabilmesi ve sağlık hizmetleri ile ilaç tedavisine herkesin ulaşabilmesini sağlaması için bu sektörün temel özelliklerine uygun politikaları benimsemesi gerekecektir.

**Şekil 2. İlaç Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Oranı (%) (OECD 1997-98)**



*Kaynaklar: Dünden Bugüne Sağlık Politikalarımız Sağlıkta Dönüşüm Projesi (Genel Çerçeve Dokümanı) Bölüm 3, Tablo 8, s. 21. TC Sağlık Bakanlığı. Aralık 2003.*

İlaç endüstrisinin durumunu değerlendiren Sağlık Bakanlığı; düzenlenmesi gereken önemli alanları şu şekilde belirlemiştir: ilaçların ruhsatlandırılması, üretimi, fiyatlandırması, satılması, ihracatı, tanıtımı, kontrolü, akılcı kullanımı, araştırma-geliştirme faaliyetleri, fikri mülkiyet hakları ve ilaç harcamalarındaki artışın devlet bütçesine ve sosyal güvenlik kuruluşlarına getirdiği yük. Bunlar, tek tek çözülemeyecek kadar çok sayıdadır ancak Ulusal İlaç Politikası yoluyla topluca ele alınabilirler (Sağlıkta Dönüşüm Programı 2003).

### 3.9.1 Ulusal İlaç Politikası İhtiyacı

Bir çok ülke, Ulusal İlaç Politikası'nın; ulaşılabilirlik, kalite ve akılcı kullanım sorunlarının çözümü için işe yaradığını görmüştür. Son on yıl içinde 66 ülkenin Ulusal İlaç Politikası'nı tamamladığı ya da eskisini geliştirdiği ve ayrıca 41 ülkenin de Ulusal İlaç Politikası oluşturmakta olduğu bilinmektedir. 2003 itibarıyla, 156 ülkede temel ilaç listesi bulunmaktadır (Brundtland 2002).

Türkiye'nin genel ulaşılabilirlik, birinci basamak hizmetlerine ve özel sektöre daha fazla dayanmak gibi hedefleri Ulusal İlaç Politikası'na önemli görevler yüklemektedir. *Sağlıkta Dönüşüm Programı* raporunda (Aralık 2003) konuya yönelik olarak şu ifade yer almaktadır:

*".....Sınırları belirlenmiş Ulusal İlaç Politikası'nın olmamasının sıkıntıları bu alanda kendini göstermektedir. Avrupa Birliği müktesebatında her ülkenin kendi idari yapısı ve ekonomisini korumaya yönelik uygulamalar öngörülmekte ise de belli standartların yürürlüğe konması gerekmektedir....." (s. 20)*

Ulusal İlaç Politikası; sağlık sektöründeki çok sayıda farklı katılımcının çabalarını eşgüdümlü ve uyumlu hale getirecek bir çerçeve sağlar. *"Devletin ilaç sektörü için belirlediği uzun vadeli hedefleri önceliklendirecek şekilde yönlendirme ve kesinlik sağlamanın yanısıra bu hedeflere ulaşmak için gerekli ana stratejileri tanımlarken..... hem kamu hem de özel sektörü kapsar ve ilaç alanındaki temel oyuncularını içerir."* (WHO, 2003).

Kapsamlı bir Ulusal İlaç Politikası'nın bu potansiyeli oluşturabilmesi için, politikanın oluşturulma sürecinde, tüm ilgili tarafların nihai politikaya katkıda bulunabileceği ve destek vereceği ortamlar yaratılmalıdır. İlaç sektörü için saptanan hedeflerin ayrıntılarının oluşturulması; özelleştirme ve *Sağlıkta Dönüşüm Programı* uygulanmaya başladığında, devletin ve özel sektörün çeşitli birimlerinin kendi konularını belirlemelerine imkan sağlayacaktır. Bu Ulusal İlaç Politikası oluşturma süreci; *Sağlıkta Dönüşüm*'ün şu temel ilkelerinin bir ifadesidir: İnsan merkezlilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımçılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, güçler ayrılığı, desantralizasyon, hizmette rekabet. Ulusal İlaç Politikası'nın her bir bileşeni ve hedefi birlikte çalışarak; zaman içinde birbirini destekleyen ve güçlendiren başarılarla yol açacaktır.

Kapsamlı bir Ulusal İlaç Politikası'nın unsurları, Dünya Sağlık Örgütü tarafından tanımlandığı şekliyle, kısa açıklamalarla birlikte Ek 4'te listelenmiştir. Bu eylemlerin

sonucunda ortaya çıkacak Ulusal İlaç Politikası; tartışmaları sadece maliyet boyutundan kurtaracak, alternatif ürünlerin değerlerinin belirtilmesine de taşıyacaktır.

**Tablo 8. İlaç Endüstrisinin İhracat ve İthalatı, Türkiye, 1995-2000**

Yıllar	İhracat (ABD\$)			İthalat (ABD\$)			İhracatın İthalata Oranı (1)/(2) (%)
	Hammadde	Mamül İlaç	Toplam (1)	Hammadde	Mamül İlaç	Toplam (2)	
1995	47,701,704	46,662,237	94,363,941	565,785,587	163,780,000	729,565,587	12.9
1996	56,278,804	48,777,895	105,056,699	650,000,000	225,000,000	875,000,000	12.0
1997	38,754,528	58,891,348	97,645,876	667,728,360	314,225,111	981,953,471	9.9
1998	60,679,171	68,027,235	128,706,406	769,378,609	411,213,585	1,180,592,194	10.9
1999	66,942,382	61,516,940	128,459,322	784,631,891	552,347,188	1,336,979,079	9.6
2000	69,000,000	71,000,000	140,000,000	828,000,000	683,000,000	1,511,000,000	9.3

*Kaynak: DPT Sağlık Özel İhtisas Komisyonu Raporu (2001). Consumption and Production of Pharmaceutical Products in Turkey: Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency [Rapor No. 24358-TU. Cilt 2] Bölüm 7, Tablo 8, s. 164. Dünya Bankası, Mart 2003.*

Her ne kadar 2002 yılındaki toplam ilaç ithalatının %51'ini hammadde teşkil ediyorsa da aynı yıl Türkiye ilaç endüstrisinin 50'den fazla ülkeye ihraç ettiği mamül ilaçlar toplam ihracat gelirlerinin %51'ini oluşturmuştur.<sup>8</sup>

**Tablo 9. İlaç Endüstrisinde Hammadde Üretimi, Türkiye, 1995-2000**

Yıllar	Üretim (Ton)	Değişim (%)
1995	12,646	-
1996	11,083	-12.36
1997	8,860	-20.06
1998	7,076	-20.14
1999	5,552	-21.54
2000	4,980	-10.30

*Kaynak : İEİS Consumption and Production of Pharmaceutical Products in Turkey: Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency [Rapor No. 24358-TU. Cilt 2], Bölüm 7, Tablo 6, s. 163. Dünya Bankası, Mart 2003.*

(8) Kaynak: İEİS, 26 Eylül 2003.

İlaç üretiminde kullanılan ithal hammaddelerin değeri 1998 yılında daha fazla ağırlıklı hale gelmiştir. (Tablo 9 ve Tablo 10).

**Tablo 10. İthal Edilen ve Ülkede Üretilen Hammaddelerin Değeri, Türkiye, 1998**

Girdiler	Miktarı (kg)		Değeri (milyar TL)	
	Yerli Üretim	İthal Edilen	Yerli Üretim	İthal Edilen
Aktif Madde	1,579,072	12,231,702	25,537	153,181
Yardımcı Madde	5,406,378	52,206,380	3,847	9,608
Ambalaj Malzemesi	-	-	14,158	6,920

*Kaynak : DPT Sağlık Özel İhtisas Komisyonu Raporu (2001), Consumption and Production of Pharmaceutical Products in Turkey: Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency [Rapor No. 24358-TU. Cilt 2] Bölüm 7, s. 163. Dünya Bankası, Mart 2003.*

Bu dönemde özel sektörün mamül ürün birim miktarı artmıştır (Tablo 11), ancak bu, endüstrinin büyüdüğü anlamına gelmemektedir.

**Tablo 11. Mamül İlaç Üretim Durumu, Türkiye, 1995-2000**

Yıllar	Üretilen İlaç (milyon kutu)	
	İEİS	DPT Özel İhtisas Komisyonu
1995	810,669,000	975,146,000
1996	840,999,132	1,028,920,000
1997	885,341,459	1,092,988,000
1998	922,912,131	1,136,607,000
1999	1,005,420,472	-
2000	1,094,000,000	-

*Kaynaklar : İEİS ve DPT Sağlık Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Consumption and Production of Pharmaceutical Products in Turkey: Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency [Rapor No. 24358-TU. Cilt 2] Bölüm 7, s. 162. Dünya Bankası, Mart 2003.*

1999 - 2000 döneminde, mamül ürün sayısı Almanya'da (%2.6), Belçika'da (%10.5), Fransa'da (%11.3) ve İtalya'da (%26.9) artmıştır. Benzer şekilde, üretilen sunum şekilleri de Almanya'da (%2.4), Belçika'da (%10.7), Fransa'da (%5.7) ve İtal-

ya'da (%4.1) artmıştır. Bu uluslararası eğilimlerin net sonucunun, Türkiye ilaç ürünleri için giderek daha fazla ithalata bağımlı hale gelirken, hem ekonomik hem de sosyal yansımaları olacaktır. İlaç endüstrisinin hammadde üretimindeki bu düşüş döneminde, Türk İlaç Sanayi tarafından üretilen ilaç sayıları (-%14.3) ve sunuş biçimleri (-%47.6) de azalmıştır (Tablo 12).

**Tablo 12. Türkiye ve Diğer Ülkelerde Üretilen İlaç Sayıları**

Ülkeler	1999		2000	
	İlaç Sayısı	Sunuş Biçimleri	İlaç Sayısı	Sunuş Biçimleri
Almanya	9,438	31,050	9,684	31,782
Belçika	4,830	5,736	5,337	6,349
Fransa	3,640	7,500	4,050	7,925
İsviçre	8,000	25,000	8,000	25,000
İtalya	4,158	8,668	5,278	9,025
Portekiz	4,370	12,031	4,370	12,031
Pakistan	9,000	15,000	9,000	15,000
Tayland	8,835	16,715	8,835	16,175
Türkiye	3,100	8,839	2,658	4,635

*Kaynak: Scrip Marketletter Chiffres-Clés (AGIM), İEİS Türkiye, 2000, Consumption and Production of Pharmaceutical Products in Turkey: Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency [Rapor No. 24358-TU. Cilt 2] Bölüm 7, s. 162. Dünya Bankası, Mart 2003.*

Yerli ilaç endüstrisinin kapasitesi, 2002 yılında yapılan 81.7 milyon ABD\$ yatırımla güçlendirilmiştir. Bu yatırımlar kapsamında; İyi Üretim Uygulamaları (GMP), İyi Laboratuvar Uygulamaları ve diğer uygulamalar bulunmaktadır (Tablo 13).

AB'ye üyelik müzakerelerinin yapıldığı bir ortamda ilaç endüstrisinin; yeni ve tek bir pazarda rekabet gücünü koruyabilmek için neye ve ne kadar yatırım yapılmasının uygun olacağını saptaması gerekmektedir. SSK'nın ve Milli Savunma Bakanlığı'nın da ayrıca ilaç ve ilaç ürünleri için fabrikaları bulunmaktadır ancak üretimleri sadece kendi mensupları içindir.



**Tablo 13. İlaç Endüstrisinde Yatırımlar, Türkiye, 2002 (milyon ABD\$)**

İyi Üretim Uygulamaları	22.6
İyi Laboratuvar Uygulamaları	13.5
Kapasite Geliştirme	9.4
Diğer Yatırımlar	32.5
Hammade Üretimi	3.7
<hr/>	
TOPLAM	81.7

*Kaynak: İEİS, Türkiye İlaç Endüstrisi Sunumu, Eylül 2003.*

Yerli ilaç endüstrisi; Sağlık Bakanlığı bünyesindeki, sanayide iyi üretim uygulamalarına (GMP) yönelik yaptırımlardan sorumlu Refik Saydam Merkez Hıfzısıhha Enstitüsü tarafından düzenlenmektedir (European Conservatory 2001). Ancak ruhsatlandırma, Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'nün yetkisindedir. Türkiye'de FDA GMP standartlarına uygun 36 ilaç fabrikası bulunmaktadır. Kapsamlı bir düzenleme işlevinin bir parçası olarak; ilaçların yan etkilerine yönelik verileri toplamak üzere devlet kurumu olan Merkez Hıfzısıhha Enstitüsü mevcuttur. AB üyeliği ve G10 önerileri bu işlevin önemini artıracaktır.

### **3.9.3 Dağıtım**

Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsat verilen reçeteli ve reçetesiz (tezgah üstü) ilaçlar, sadece eczanelerde satılabilir. Ayrıca bunların doğrudan halka yönelik reklamı yapılamaz. Ancak ruhsatları Tarım Bakanlığı tarafından verilen veteriner ilaçları ruhsatlı eczaneler dışındaki yerlerde de satılabilir.

Sağlık Bakanlığı hem eczaneleri hem de eczacıları ruhsatlandırıyor olsa da, tüm eczane sahipleri aynı zamanda eczanelerinin bulunduğu ildeki Eczacılar Odası'na üye olmak zorundadır. Bu nedenle, eczane hizmetlerinde kalite gözetimi iki ayrı kanaldan yapılmaktadır: Sağlık Bakanlığı ve Türk Eczacılar Birliği. Eczaneler en az iki tür denetimden geçmektedir. Bunlardan biri Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan ve yönetmeliklere uygunluğun arandığı denetimdir. Diğeri ise, Türk Eczacılar Birliği tarafından (a) eczacıların yaptıkları sözleşmelere uygun davranıp davranmadıklarını, (b) hastalara nasıl davranıldığını ve (c) ürünler konusunda herhangi bir usulsüzlük olup olmadığını belirlemek üzere yapılan denetimlerdir.

Tüm Türkiye'de birinci basamak hizmet noktaları olarak işletilen sağlık ocaklarında hastalara ilaç satışına izin verilmez. Hekimler eğer en yakın eczane 10 kilo-

metreden daha yakın ise ilaç dağıtamazlar. En yakın eczane uzaklığına bağlı olarak reçeteli dağıtım niteliğine sahip klinik veya hekimlerin bunu yapabilmek için Sağlık Bakanlığı'ndan ruhsat almaları gerekmektedir. Ancak sağlık ocaklarının ve kırsal bölgelerin hekim sayısı açısından sıkıntıları vardır (bkz. Tablo 4).

Bu nedenle bu istisnai durum, bu bölgelerde reçeteli ve tezgah-üstü ilaçlara ulaşabilme ihtiyacını gidermek için yeterli değildir. Eczacıların büyük kısmı kentlerde, özellikle üç büyük kentte yoğunlaştığı için, kırsal bölgelerde reçeteli ve tezgah-üstü ilaçlara ulaşabilirlik açısından sıkıntılar olabilir.

### **3.9.4 Fiyatlandırma**

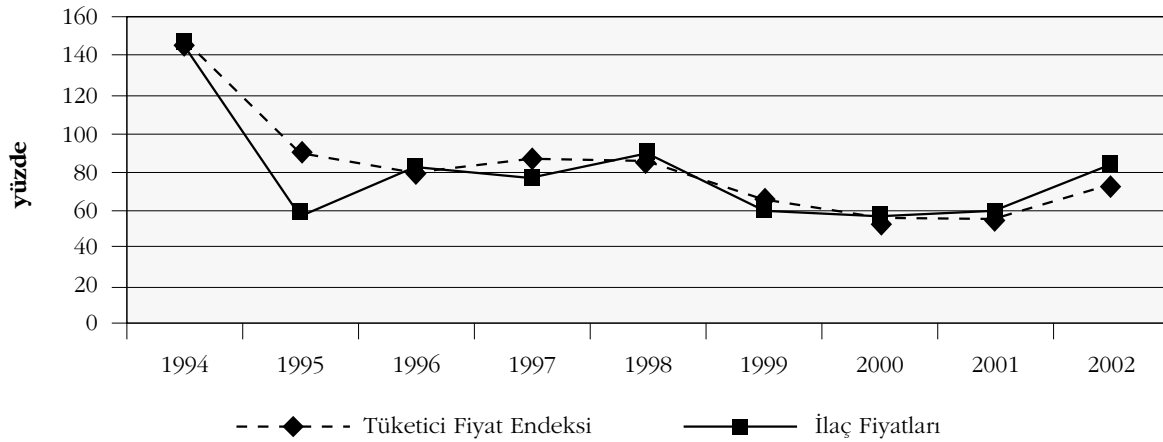
Yeni çıkan "Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatlandırılmasına Dair Karar"a (2004) göre; devletin ilaçlara yönelik ödeme uygulamaları ve depocu, eczacı kâr payları yeniden düzenlenmiştir. Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı ve Hazine Müsteşarlığı temsilcilerinden oluşan bir "Fiyat Değerlendirme Komisyonu" ilaç fiyatları için belirlediği azami fiyatları Sağlık Bakanlığı'na önermektedir. Sağlık Bakanlığı bu fiyatlara göre azami satış fiyatını oluşturmaktadır. Ancak firmalar, bu fiyattan daha düşük bir fiyat talep edebilirler. Kararname; Türkiye'deki azami satış fiyatını belirlemek üzere, belirlenmiş 5 AB üyesi ülkedeki fabrika satış fiyatlarının baz alındığı bir referans fiyatlandırma mekanizmasını kullanmaktadır. Türkiye'deki fiyatlar, o ürünün en ucuz olduğu AB ülkesindeki fabrika satış fiyatı referans alınarak belirlenmektedir. Jenerik ürünlerde; bu ürünlerin orijinalleri için belirlenen referans fiyatın %80'i jenerik ürün referans fiyatı olarak alınmaktadır. Ürünün ithal edildiği ülkedeki fabrika satış fiyatı, jenerik ürün referans fiyatının altında ise, ithal edildiği ülkedeki fabrika satış fiyatı referans fiyat olarak kabul edilmektedir.

Yeni Kararnameye göre döviz kurunda en az 30 gün süreyle %5'i aşan değişiklik olması halinde, ürün fiyatları yeniden değerlendirilecektir. Eğer referans ülkelerdeki orijinal ürün fiyatlarında %5 veya daha fazla bir düşme olursa, üreticinin veya ithalatçının yeni fiyat almak için Bakanlığa başvurması gerekmekte, aksi halde ceza almaktadır. Maliye Bakanlığı koordinasyonunda Sağlık Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı, Hazine Müsteşarlığı, SSK, ES, Bağ-Kur temsilcilerinden oluşan "Geri Ödeme Komisyonu" ise 6 ayda bir toplanacaktır. Geri ödeme koşullarını belirlemenin yanısıra bu komisyonun bir görevi de sektör sivil toplum kuruluşlarının görüşlerini almaktır.

Mevcut durumda özel sigortacılık, piyasada fiyatları etkileyecek pazarlık gücüne sahip olamayacak kadar küçüktür. Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatlandırılmasına Da-

ir Karar'dan önceki satın alma süreçlerinde alımlar, şirketlerin değil depocuların teklif verdiği bir ihale sistemiyle yapılmaktaydı. Fiyatlandırma mekanizması ve "maliyet +" düzenlemeleri nedeniyle fiyatlarda çok az oynama görülmekteydi. Bu fiyatlandırmaya bağlı maliyetler daha ucuz formüllerin kullanımını köreltmekte ve yerli hammadde üretim kapasitesini baskılamaktaydı. Buna bağlı olarak, jenerik ilaçlar açısından fiyat rekabeti, başka bir ödeme yapısında olabilecekten daha düşük yoğunlukta gerçekleşmekteydi. Kanunen bir eczacının, ilacı, fiyatı daha düşük olanla değiştirme yetkisi olsa bile, jenerik ilaç piyasasında sadece markalı jenerik ürünler vardır. Geçen on yılda ilaç fiyatları genellikle Tüketici Fiyat Endeksi ile uyumlu bir seyir izlemiştir (Şekil 3).

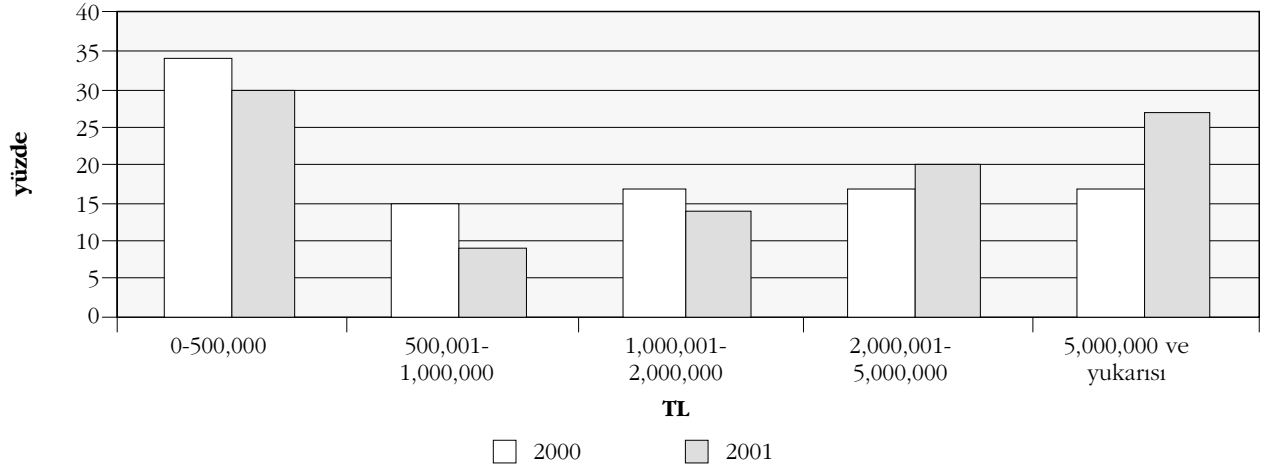
**Şekil 3. TÜFE ve İlaç Fiyatlarındaki % Değişimin Yıllık Ortalaması, Türkiye, 1994-2001**



*Kaynak: DİE, çeşitli yıllar; Şekillerle 2002-sadece kentsel yerleşimler için, Consumption and Production of Pharmaceutical Products in Turkey: Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency [Rapor No. 24358-TU. Cilt 2 ] Bölüm 7, Şekil 2, s. 165. Dünya Bankası, Mart 2003.*

Çok düşük ve daha yüksek fiyatlı ilaçlar için iki tepeli U-şeklindeki dağılımı olan bu toplam fiyat artışları (Şekil 4); ilaçların fiyatlarındaki makas açıklığını belli etmemektedir.

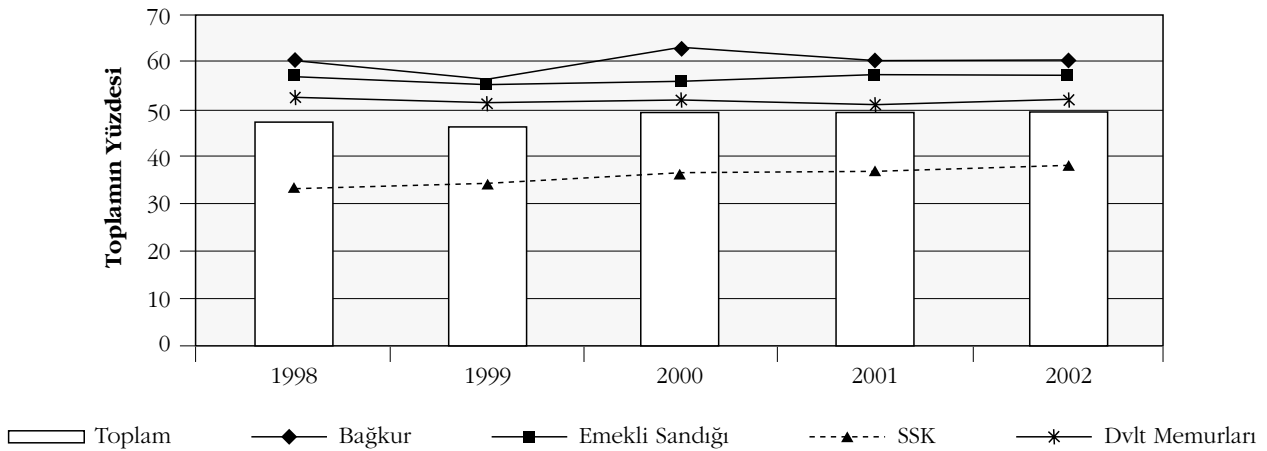
**Şekil 4. İlaçların Fiyatlarına Göre Dağılımı, Türkiye, 2000-2001**



Kaynaklar: DİE, çeşitli yıllar; Şekillerle 2002 sadece kentsel yerleşimler için, Consumption and Production of Pharmaceutical Products in Turkey: Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency [Rapor No. 24358-TU. Cilt 2] Bölüm 7, Şekil 2, s. 165. Dünya Bankası, Mart 2003.

Kullanılan belirli ilaçlar, hastanın sahip olduğu belirli sigorta teminatları ve belirli ilaçların fiyatları hep birlikte; Temel Teminat Paketi, Genel Sağlık Sigortası ve Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'nın uygulanması ve alınabilirliği üzerinde etki yapacaklardır. İlaç satış fiyatlarında makas oldukça açıktır, %63'ü 3.70\$'dan ucuzdur (Mayıs 2003). Sigorta programlarının hepsi, birbirine benzer şekilde, toplam sağlık harcamalarının büyük bir kısmını ilaçlar için yapmaktadır (Şekil 5).

**Şekil 5. İlaç Yapılan Sağlık Harcamalarının Oranı (%), Türkiye, 1998-2002**



Kaynak: İEİS, Consumption and Production of Pharmaceutical Products in Turkey: Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency [Rapor No. 24358-TU. Cilt 2] Bölüm 7, Şekil 2, s. 165. Dünya Bankası, Mart 2003.

SSK, Emekli Sandığı, ve Bağ-Kur kapsamındaki sigortalılar arasında emeklilerin cepten ödedikleri katkı payları (%10), aktif çalışanlarınkinden (%20) daha azdır. Sigorta fonlarının harcamalarını azaltmak amacıyla bu düzenlemelerde bazı değişiklikler yapılmaktadır. Bağ-Kur 2002 yılından itibaren, piyasadaki 55 ürün kategorisi için reçeteye ne yazıldığına bakılmaksızın, sadece en ucuz ürünün geri ödemesini yapmaktadır. Emekli Sandığı, 2003 yılında tüm Türkiye’de, reçeteye yazılan ilacın bulunduğu kategorideki aritmetik fiyat ortalaması kadar geri ödeme yapmaya başlamışken Mart 2003’te yasal nedenlerle bu uygulamayı durdurmuştur.

Bu eylemler, ilaç fayda yönetimine doğru, daha maliyet-bilinçli bir yaklaşımın başladığını göstermektedir. Özel sigortalarda tipik olarak, teminat kapsamındaki ilaçlar için yaklaşık %20’lik bir katkı payı vardır. Ancak genel olarak; (1) bazı ithal ilaçlar, örneğin vitaminler; (2) bitkisel ürünler; (3) kozmetik ilaçlar ve (4) AIDS’le ilişkili ilaçlar teminat dışındadır. İlaç ve teminat politikalarında kanıta dayalı ve hasta katkı paylı yaklaşımların zamanla daha sofistike ve daha çok seçenek sunacak tarzda gelişeceği muhtemeldir.

### **3.9.5 Teknoloji Değerlendirmesi ve Değere Dayalı Tedarik**

Avrupa İlaç Ajansı (European Agency for the Evaluation of Medicinal Products-EMA) bir ilaç ürününün Katma Terapötik Değerini belirlemek için resmi bir teknoloji değerlendirmesine ihtiyaç duymaz. Ancak sağlık hizmetlerinin yükselen maliyetlerinin ve hem kamu hem de özel sektörde kaynaklara yönelik rekabetçi taleplerin getirdiği baskılar sonucunda çeşitli devletler, sigortacılar ve sağlık hizmet sunucuları harekete geçerek tedarik kararlarında resmi teknolojik değerlendirmeleri kullanmaya yöneltmiştir. Türkiye de; ilaçların, gereçlerin, süreçlerin ve hizmetlerin teknoloji değerlendirme açısından yaratacağı fırsatları ve gereksinimleri dikkate alacağı için, diğer devlet ve kurumlar tarafından geliştirilmiş kaynaklar bu konuda yardımcı olabilecektir (Ek 5).

Kurulması düşünülen Ulusal İlaç Kurumu, ulusal teknolojik değerlendirme uzmanı rolünü oynayarak teknoloji değerlendirmelerini yapabilir ve sonuçlarını dağıtabilir. Bu girişim, G10 Önerisi #7 ve uygulamadaki eğilimlerle uyumlu olacaktır. Maliyet etkililik analizleri, farmakoeconomik analizler ve teknolojik değerlendirmeler; bilinçli, kanıta dayalı sağlık politikaları, teminat tasarımları ve tedarik kararlarına destek sağlayabilir. Değere dayalı tedarik için kullanılan bu araçlar ve metodolojinin gelişimi sürmektedir. Buna bağlı olarak çok sayıda güvenilir kaynaktan ra-

porların düzenli olarak yayımlanması gerekir. Özellikle aşılması gereken bir sorun; bu konularda eğitilmiş profesyonel bir kadronun oluşturulması ve devlet ve özel sigortaların karar süreçlerinin, bu yaklaşımın kullanımını benimseyecek tarzda uyarlanmasıdır.

Ulusal bir reçeteli ilaç düzenleme kurulunun sorumluluklarına yönelik olarak farklı ulusal modeller mevcuttur: Örneğin, Amerika Birleşik Devletleri'nde Gıda ve İlaç Kurumu (The Food and Drug Administration - FDA) sadece bilimsel kanıtlara bakmakta ve pazara girecek bir ürünün maliyet etkililik hesaplamalarını yapmaktadır.

### **3.9.6 Temel İlaçlar**

Türkiye'de bir temel ilaçlar listesi mevcuttur ancak resmi bir önemi, reçete yazımına ya da reçeteli ilaç kullanımına etkisi yoktur (European Conservatory 2001). Jenerik reçeteli ilaç kullanımını etkileme girişimleri genel olarak başarısız olmuştur (European Conservatory 2001) ve marka adının yazılması yaygındır. Ancak temel ilaç listesi bir ülke nüfusuna maliyet-etkili sağlık hizmeti sunmanın temel taşlarından biri olabilir. Böyle bir listenin Ulusal İlaç Politikası'na dahil edilmesi Türkiye'nin etkililik, verimlilik ve eşitlik hedeflerine ulaşmasını destekleyebilir (*Sağlıkta Dönüşüm Programı*, 2003, s. 26-27). Dünya Sağlık Örgütü'nün dikkat çektiği gibi, hiç bir kamu sektörü ya da sağlık sigortası sistemi piyasada bulunan tüm ilaçları tedarik etmeyi veya geri ödeme yapmayı karşılayamaz (WHO Essential Rx 2003).

Temel ilaçlar klinik kanıtlara dayalıdır. Bu kanıtlar kullanılarak; bir ülkenin sınırlı kaynaklarının en etkili şekilde değerlendirilmesini sağlayacak şekilde, küçük bir ilaç kümesi ve bunların kullanımına yönelik klinik protokoller belirlenir. Genellikle herbirinin jenerik türevleri bulunan ilaç listesine ek olarak daha pahalı ilaçlardan oluşan tamamlayıcı bir liste de bulunabilir. Tıpkı ülkelerin hastalık modellerinin değişiklik gösterdiği gibi, spesifik temel ilaçlar da ülkeden ülkeye farklı olacaktır.

Temel ilaçları tanımlayacak olan multidisipliner komite veya kurum, bu komitenin üyelerinin seçilme süreçleri ve bu komite üyelerinin belirli ilaç listelerini oluştururken kullandıkları kriterler nesnel ve şeffaf olmalıdır. 1990'lı yıllarda Yeşil Kart uygulaması için hazırlanan temel ilaç listesi, Maliye Bakanlığı işbirliğinde Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmişti. Gelecekte bu faaliyet, Ulusal İlaç Politikası'nın ve onun uygulamalarının bir parçası olmalıdır.

### 3.9.7 Tıbbi Gereçler

Tıbbi gereçler endüstrisi ağırlıklı olarak ithalatla genişlemeyi sürdürmektedir. Parçalı bir yapıya sahip olan endüstri; standardizasyon, kalite kontrolü, düzenleme ve değere dayalı tedarik kararlarından fayda görecektir. Büyüklüğü, karmaşıklığı ve gereçler için ayrı dosyalar gerektirmesi nedeniyle; düzenleme faaliyetlerinin daha konsantre olması ve karar verme sürelerinin kısaltılması için (ilaçlardan) ayrı bir gözetim biriminin varlığı değerlendirilmelidir.

Bu rapor kapsamındaki tıbbi gereçler (medical devices) ifadesi; Avrupa Ekonomik Topluluğu'nun 14 Temmuz 1993 tarihli tıbbi gereçlerle ilgili Konsey Yönergesi'ndeki (93/42/EEC) tanım doğrultusunda kullanılmaktadır. Buna tanıma göre; tıbbi gereç:

- hastalığın teşhisi, önlenmesi, izlenmesi, tedavisi veya hafifletilmesi,
- bir yaralanma veya sakatlığın teşhisi, izlenmesi, tedvisi, hafifletilmesi veya telafisi,
- anatominin veya fizyolojik bir sürecin araştırılması, ikamesi veya modifikasyonu,
- gebelik kontrolü

amacıyla; tek başına veya diğer gereçlerle birlikte kullanılmak üzere, üretici tarafından amaçlanan uygulamanın sağlanması için gerekli yazılımlar dahil olmak üzere; insan vücudu içinde veya üstünde amaçlanan esas eylemini farmakolojik, immünolojik veya metabolik olarak değil, ancak bu yöntemlerden yardım görerek de yerine getirebilecek; insanlar için kullanılan tüm vasıta, alet, malzeme, cihaz veya diğer unsurları kapsamaktadır.<sup>9</sup>

Halen gereçler; amaçlanan işlevlerini yerine getirebilmeleri için gereken tercihten standartlara, kullanıcı eğitimine, bakım sözleşmelerine veya parça gereksinimlerini karşılayacak bütçelere bakılmaksızın satın alınabilmektedir. Aslında bunların her birisi; tedarik sürecinin yönetimi, kalibrasyon programları ve envanter için oldukça gereklidir. Büyük malzemeler için tarafsız bir değerlendirme kurumu tarafından, detaylı bir teknik değerlendirmenin parçası olarak, teknik seçim kriterleri oluşturulmalıdır.

(9) Tıbbi gereçlerin daha geniş ve tam bir tanımı, Uygunluk Değerlendirmeleri, Sınıflandırmaları, CE işareti ve ilgili konular için bkz.

[http://europa.eu.int/smartapi/cgi/sga\\_doc?smartapi!prodCELEXnumdoc&lg=EN&numdoc=31993L0042&model=guichett](http://europa.eu.int/smartapi/cgi/sga_doc?smartapi!prodCELEXnumdoc&lg=EN&numdoc=31993L0042&model=guichett)

*Sağlıkta Dönüşüm Programı*'nda eğitim sağlamak ve araştırma yapmak üzere bir Tıbbi Gereç Kurumu tanımlanmıştır. Tıbbi Gereç Kurumu tarafından belirlenecek standartlar arasında sterilizasyon politikaları, tek kullanımlık-çok kullanımlık gereçler, izleme ve bakıma alma konuları da bulunmalıdır (AB'nin tıbbi gereçler konusunda oldukça kapsamlı yönergeleri bulunmaktadır, bkz. referanslar). Bu özerk ve kâr amaçsız kurum; kanıta dayalı, teknik seçim kriterlerini tanımlayacaktır. Bu kriterler; tedarik kararlarını verecek yönetici ve hekimlere yol göstermeli ve kısıtlı kaynakların etkin kullanımını sağlamalıdır. Önerilen desantralize sağlık sisteminde, aşırı miktarda gereç yatırımları olabileceği beklenmeli ve gerekli tedbirler alınmalıdır. Uygun ulaşılabilirliği, mükerrerliğe veya atıl kapasiteye yol açmadan teşhis ve tedavi gereçlerinin optimal kullanımını sağlamak için, devlet tarafından bir İhtiyaç Belgesi (Certificate of Need-CON) süreci oluşturulmalıdır. Sertifikalar verildikten sonra birbirini izleyen alımlar, en iyi fiyatı temin etmek amacıyla, satın alanlar tarafından birleştirilebilir. Ayrıca özerk yerel kararların, grup halinde tedarik yöntemiyle elde edilecek fiyat indirimine yönelik pazarlık gücünü sağlayamayacağı unutulmamalıdır.

### **3.10 Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Geliştirilmesi**

#### **3.10.1 Ruhsatlandırma, Sertifikalandırma ve Akreditasyon Sistemleri İhtiyacı**

Mevcut durumda sağlık hizmetlerinin kalitesini izleyecek ve geliştirecek sistemler yoktur. Zorunlu ruhsatlandırma sistemlerinin yanısıra isteğe bağlı ruhsatlandırma ve akreditasyon sistemlerinin de yaratılması veya güçlendirilmesi; sağlık hizmetlerinin kalitesinin ve hesap sorulabilirliğinin geliştirilmesi stratejisinin önemli unsurlarıdır. Bu sistemler; hem özel hem de kamu sektöründeki hastanelerin, hekimlerin ve diğer hizmet sunucuların niteliklerinin ve performanslarının izlenmesine yarayacaktır.

AB Komisyonu'nca yeni hazırlanan bir "Sağlık ve Genişleme" konulu Çalışma Belgesi'nde; sistemler temel değişimler geçirirken ve piyasa ekonomisine daha çok ağırlık verilmeye başlanırken, gerekli koruyucu önlemlerin mevcudiyetine ve düzenli işlemlerini sağlayacak düzenlemelerin önemine dikkat çekilmektedir. Türkiye'de, Sağlık Bakanlığı ve SSK bünyesinde olduğu gibi, dikey olarak entegre edilmiş sağlık hizmet sistemlerinde, hiyerarşik yönetim yapıları ve mali akışları çıktılardan bağımsız olduğu için, dışarıdan yapılacak düzenlemelere daha az ihtiyaç duyulur. Ancak kamu kuruluşlarına daha fazla özerkliğin verilmekte olduğu veya özel



sektörde bir büyümenin gözlendiği ülkelerde devlete bağlı ya da bağımsız bir birimin gözetimine ihtiyaç vardır.

Ruhsatlandırma; bir devlet kuruluşu tarafından bireysel çalışan kişilere veya sağlık kuruluşlarına bir meslek veya işte çalışma izninin verilmesi sürecidir (Rooney ve van Ostenberg 1999). Ruhsatlandırma düzenlemeleri genellikle; halkın sağlığını ve güvenliğini korumak amacıyla, bireyin ya da kuruluşun asgari standartları haiz olduğunu saptamak üzere oluşturulurlar. Ruhsatın bulunması ve belirli aralıklarla yenilenmesi zorunlu olmalıdır.

Sertifikasyon; yetkili bir kurum (genellikle ya bir devlet kuruluşu veya bir meslek örgütünün sertifikasyon kurulu) tarafından kişilere, önceden belirlenmiş niteliklere uygun olduklarına dair onay verilmesi sürecidir (Rooney ve van Ostenberg 1999). Birinci basamak hekimlerin sertifikaya edilmesine yönelik bir stratejiden bu raporun yukarıdaki bölümlerinde bahsedilmiştir. Diğer bir örnek olarak tıbbi uzmanlık dernekleri tarafından hazırlanan ve uygulanan sertifikasyon kurul sınavları gösterilebilir.

Akreditasyon; bir sağlık kuruluşunun önceden belirlenmiş ve yayınlanmış standartlara uygunluğunun, herkesce kabul gören bir tüzel kişilik (genellikle bir sivil toplum örgütü) tarafından değerlendirilip onaylandığı resmi bir süreçtir. Belirli bir sağlık kuruluşu hakkındaki akreditasyon kararı; her iki-üç yılda bir incelemeciler tarafından yerinde yapılan periyodik gözetimlerden sonra verilir (Rooney ve van Ostenberg 1999). Akreditasyon programlarının hedefleri arasında şunlardan herhangi biri yer alabilir: toplum sağlığının güven altına alınması, kalitenin idamesi veya geliştirilmesi, sisteme giriş kurallarının oluşturulması, yeni kuruluşların izlenmesi, ulusal halk sağlığı sorunlarının ele alınması ve dayanak noktası olacak mükemmel örneklerin tanımlanması.

Dünyadaki tüm akreditasyon programlarında şu unsurlar bulunmaktadır: (1) standartları oluşturan ve yayımlayan, nesnel, yerinde incelemeler yapan, herkesce kabul gören bir birim; (2) standartlar üzerinde bir görüş birliği sağlayan ve eş-değerlendirmeci olarak görev yapan profesyonellerin işe dahil olması ve (3) sürekli gelişime odaklanma. Ülke uygulamaları; isteğe bağlı veya zorunlu olmasına göre farklılıklar gösterir. Örneğin; Avustralya ve Polonya'da hastane akreditasyonu isteğe bağlıyken, Fransa'da zorunludur. Ülkeler ayrıca akreditasyonun;

- devlete bağılı kurumlarca verilir verilmediğine,
- optimal mi yoksa temel gerekliliklere mi odaklandıklarına,
- çıktılara mı yoksa sisteme/sürece mi odaklandıklarına,
- cezalandırıcı mı yoksa geliştirici odaklı mı olduklarına,
- uyumluluğu mu yoksa yenilikçiliği mi ön plana çıkarttıklarına ve,
- akreditasyon sonuçlarının ve detaylı bulgularının kamuya açık şekilde yayımlanmasına veya gizliliğin korunmasına

göre farklılıklar gösterirler (Silimperi and Rooney 2003).

Türkiye açısından tartışılması gereken ilk konu; hastanelerin ve sağlık ocakları gibi diğer sağlık kuruluşlarının akreditasyonunun kimin gözetiminde yapılacağıdır. Örneğin; Amerika Birleşik Devletleri'nde "Sağlık Kuruluşlarının Akreditasyonu için Ortak Komisyon" (the Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations - JCAHO); bir dizi hastane ve tıp meslekleri örgütleri tarafından kurulmuştur ve bu örgütlerin temsiliyeti vardır. JCAHO; hastaneleri, toplum sağlığı merkezlerini ve sağlık hizmeti sunan diğer kuruluşları akredite etmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde; yönetimli bakım olarak da bilinen "managed care" kuruluşlarının akreditasyonu ise "Ulusal Kalite Güvencesi Komitesi" (the National Committee for Quality Assurance -NCQA) tarafından yapılmaktadır. NCQA standartlarına uygunluk durumu, hekimlerden oluşan ulusal bir komitenin gözetiminde, hekimler ve "managed care" uzmanları tarafından yapılır.

Sağlıkla ilgili kurulacak Akreditasyon Kurulu'nda; Türk Tabipleri Birliği, çeşitli tıbbi uzmanlık toplulukları, Sağlık Bakanlığı ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Özel Hastaneler Derneği, Sağlık Kuruluşları Derneği, Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği, Sağlık Yöneticileri Derneği, Türkiye Kalite Derneği ve uygun olan diğer sivil toplum kuruluşlarından temsilciler yer alabilir. Böyle bir kurulun uzun dönemli finansmanı ve sürdürülebilirliği önemli bir konu olacaktır. Muhtemel finansman kaynakları arasında devlet ve/veya sigortacılardan alınacak ödeneklerin yanısıra akreditasyon ücretleri yer alabilir.

Bu süreci başlatan ülkeler bazen işe; akreditasyon süreci öncesinde ve sırasında kapasite oluşumu ve kalite gelişimi için teknik desteği ön plana çıkararak "yardımcı akreditasyon" (facilitated accreditation) ile başlarlar. Türkiye'nin yurt dışındaki daha gelişmiş akreditasyon programları ile görüş alışverişinde bulunması faydalı olacaktır. Akreditasyon süreçleri oluşturulduktan sonra sağlık sigortacıları ve diğer

ana tedarik kuruluşları, geri ödeme koşullarını akreditasyon durumuyla ilişkilendirerek önemli bir rol oynayabilirler.

### **3.10.2 Kalitenin Gelişiminin Yönlendirilmesi İçin Liderlik İhtiyacı**

Beklentileri yükseltecek ve sağlık hizmetlerindeki kaliteyi gösterecek bir ortam yaratmak için diğer bazı stratejilere de gerek olacaktır. Bu stratejilerden biri, uygulama rehberlerinin hazırlanmasıdır. Örneğin Sağlık Bakanlığı; birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi amacıyla 70'den fazla rehberin oluşturulmasına ortam sağlamıştır. Diğer stratejiler arasında; kamuya ait sağlık tesislerinin yönetimlerinin kalite artırıcı yaklaşımlara doğru yönlendirilmesi ve özel ve kamu sektörü hizmet sunucularının ve kuruluşların sağlık hizmetlerinde kaliteyi aramak için aralarında bir ağ (network) oluşturmalarının teşvik edilmesi sayılabilir.

Sağlık Bakanlığı; her kuruluş için hem klinik hem de diğer alanlarda kalite geliştirme planlarının ve yöntemlerinin geliştirilmesi de dahil olacak şekilde, kalite geliştirme yaklaşımlarına yönelik eğitim sağlanmasında önderlik yapmalıdır. Bu faaliyet, gelişim için önceliklerini belirleyen ve uygulayan hastanelerin ve kliniklerin coğrafi bölge bazında oluşturacakları işbirliği şebekeleri şeklinde gerçekleştirilebilir. Bu hastane ve klinikler deneyimlerini paylaşmak üzere düzenli olarak toplanabilirler. Bu tür kalite geliştirme şebekelerinin, yeni yaklaşımların en iyi nasıl geliştirilip uyarlanabileceği ve sosyal destek ve motivasyonun devamlılığının sağlanması açısından öğrenme süreçlerini hızlandırdıkları ve bu şekilde kalite geliştirme faaliyetlerinin sürdürülebilme potansiyelini artırdıkları bilinmektedir.

TÜSİAD'ın hem kamu hem de özel kuruluşlarda hizmet kalitesinin artırılmasında, ABD'deki İşadamları Yuvarlak Masası'nın (Business Round Table) sağlık hizmetlerinin kalitesini geliştirmenin önemini vurgulamakta oynadığı role benzer şekilde, önderlik yapabileceği düşüncesindeyiz. İşadamları Yuvarlak Masası tarafından 1999'da kurulan "The Leapfrog Group", 32 milyon bireyi kapsayan, ABD'deki büyük işverenlerin ve diğer sağlık hizmeti sunucularının oluşturduğu bir konsorsiyumdur (Shannon ve ark. 2002). Grup; diğer faaliyetlerinin yanı sıra hasta güvenliği ve bakım kalitesi için standartlar oluşturmuştur ve bu standartların hastane ortamında uygulanmasını aktif olarak desteklemektedir. Leapfrog Group ayrıca bu amaca yönelik olarak standartları ve hastanelerin bu standartlar açısından performanslarını; bireylerin ve büyük sağlık hizmeti sunucularının kullanımı için yayımlamaktadır (Mello ve ark. 2003).



B Ö L Ü M  
4

TÜRK SAĞLIK SİSTEMİ  
REFORMUNA YÖNELİK  
GÖRÜŞLER



## 4. TÜRK SAĞLIK SİSTEMİ REFORMUNA YÖNELİK GÖRÜŞLER

### 4.1 İlgili Tarafların Bakış Açıları

Yüzyüze yapılan görüşmeler ve bunun mümkün olmadığı durumlarda yazılı iletişim yoluyla sağlık sektöründeki ilgili tarafların – görüşme yapılanların listesi Ek 6’da verilmiştir- görüş ve önerileri temin edilmiştir. Kamu ve özel sektöre ait 22 kurum/kuruluşun temsilcileri ile İstanbul ve Ankara’da görüşmeler yapılmıştır. Ayrıca konuyla ilişkili yazılı dokümanlar incelenmiştir. Görüşülen kişilerin bakış açılarının sonucunda ortaya çıkan ifade ve görüşler, aşağıdaki başlıklar altında toplanmıştır. Alternatif sağlık reformu modellerine yönelik kamuoyu görüşünün belirlenmesi için özel bir çalışma yapılmamıştır.

#### 4.1.1 Bilgi Yönetimi

- Kararları, politika yönetimini, planlamayı ve fiyatlandırmayı destekleyecek veriler yoktur.
- Aşağıda sıralananları yapmak üzere bağımsız bir Sağlık Bilgi Kurumu’na ihtiyaç vardır:
  - ➔ Malzemeler, ilaçlar, gereçler, finansal işlemler, ICD10-CPT4-vb. gibi teşhis ve tedavi prosedürleri, ortak kodlama sistemlerini de içerecek şekilde sağlık bilgi standartlarının oluşturulması;
  - ➔ Minimum sağlık veri setlerinin belirlenmesi;
  - ➔ Sağlık kuruluşlarının otomasyonu.
- Her hastaya tanımlayıcı bir kimlik numarası verilmesi, hasta bilgilerinin zaman ve hizmet sunuculara göre düzenlenmesi açısından gereklidir. Bu bilgilerin gizliliğinin korunması en yüksek önceliğe sahiptir.

#### 4.1.2 Finansman

- Kısmen mükerrer ödemeleri de önlemek maksadıyla, genel sağlık sigortası ve bütünleştirilmiş bir kamu sağlık sigortası programına ihtiyaç vardır.
- Bir temel teminat paketinin tanımlanması gereklidir.
- Fiyatlar; teşhise dayalı hastalık sınıflandırması (DRG), case-mix, vb. bir genel sistem yoluyla gerçek maliyetleri yansıtmalıdır.

- Ödeme gücü olmayanlar (mevcut Yeşil Kart sahipleri gibi) hariç hasta katkı payı ya da maliyet paylaşımı olmalıdır.
- Tamamlayıcı sigorta kavramı tüm sigortalıları (yani SSK, Bağ-Kur üyelerini de) kapsayacak şekilde genişletilmelidir.
- Sağlık sektöründeki fonlar artan ihtiyacı karşılamaya yetmemektedir ve yapılan tahsisler verimli değildir.
- Ödemelerdeki gecikmeler (devletin faturaları ödemesi için geçen uzun süreler) sistemde ilave karmaşıklık ve katmanlar yaratmaktadır.
- Kamuya ait çok sayıdaki ödeme sisteminin birleştirilmesi gereklidir.
- Kamunun hizmet sunuculara ödemeleri zamanında yapacağı bir sistem oluşturulmalıdır.
- Sadece ilaçlar için değil, tüm sağlık harcamalarında KDV indirimi yapılmalıdır.
- Tüm sağlık kurumlarını (kamu, özel, vakıf, vb.) finanse edecek bir genel vergilendirme sistemi, hakkaniyeti güçlendirecek ve eşit şartlarda rekabeti teşvik edecektir.
- Bir kamu sigortasına bağlı olan ancak ayrıca tamamlayıcı sigorta yaptırmış olanlara; tamamlayıcı sigorta kapsamında almış oldukları hizmetlere karşılık, devletin fiyat tarifeleri üzerinden geri ödeme yapılmalıdır.
- Hastane yatak fiyatlarının tespiti serbest bırakılmalıdır.

#### **4.1.3 Hizmet Sunumu**

- Kamu ve özel tüm hizmet sunucularını kapsayan, kolaylıkla ulaşılabilen bir sistem oluşturulmalıdır.
- Mevcut sistemde ilgi ve kaynaklar koruyucu sağlık hizmetleri yerine, tedavi edici sağlık hizmetlerine yönlendirilmiştir.
- Sağlığı koruyucu faaliyetler ve topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleri bir bütün halinde verilmeli ve Sağlık Bakanlığı'nın yetkisi altında olmalıdır.
- Maliyet etkililiği ve etkinliği artırmak için kamuya ait sağlık hizmet sunucularının (kamu hastaneleri ve birinci basamak sağlık hizmetleri dahil) çok parçalı yapısı önlenmelidir.
- Bir genel pratisyenlik /aile hekimliği modelinin geliştirilmesine ve uygulanmasına ihtiyaç vardır.
- Kamu sağlığı hizmetleri altyapısının, eşgüdümüne ve fonlanmaya ihtiyacı vardır.



- Maliyet etkili bir sevk zinciri oluşturulmalıdır.
- Aile planlaması, gebelik-öncesi ve gebelik-sırası bakım hizmetlerinin; sigorta, hizmet sunucu eğitimi, kırsal bölgede ulaşılabilirlik ve personel bulundurulması, hastaların reçeteli ve tezgah-üstü ilaçlara ulaşılabilirliği gibi birçok açıdan güçlendirilmesi gereklidir.
- Sağlık kurumları profesyonel yöneticiler tarafından yönetilmelidir.
- Ulusal anlamda stratejik sağlık politikaları hariç, karar verme süreçleri, il seviyesinde gerçekleşmelidir.
- Mevcut kamu hastanelerinde ve sağlık kuruluşlarındaki atıl kapasiteyi azaltmak için; dışarıdan hizmet satınalma, Yap-İşlet-Devret, Yap-İşlet gibi modeller; sağlık hizmetleri ve insan kaynakları temini de dahil olmak üzere, tüm sağlık hizmetleri için geçerli olmalıdır.
- Özel hastanelere de "Küçük ve Orta Ölçekli İşletmeler"e (KOBİ) verilen teşvikler sağlanmalıdır.
- İlaçların, tıbbi gereçlerin, hastane hizmetlerinin ve laboratuvar işlemlerinin fiyatları serbest piyasa koşullarında oluşmalıdır.
- Sürekli bakım, kronik hastalık yönetimi, evde bakım, terminal dönem için alt-yapı (hospice) hazırlanmasını içerecek şekilde, çağdaş yaklaşımlar sağlık hizmetleri sisteminin bir parçası olarak değerlendirilmelidir.
- Gelir düzeyi yüksek ülkelerde dış hekime başvuru sıklığı yılda 5 iken, bu sayı Türkiye için sadece 0.7'dir. Dış sağlığı hizmetlerine yönelik harcamalar Türkiye'de toplam sağlık harcamalarının %8'ini teşkil ederken, gelir düzeyi yüksek ülkelerde hizmetler daha çok koruyucu dış hekimliğine yönlendirildiği halde %10'dur.
- Kamu ve özel sağlık sigortası sistemi, dış sağlığı harcamalarının büyük bir kısmını kapsamamaktadır. Dış hekimlerinin üçte ikisi sadece özel muayenehanelerinde çalışmaktadır. Özel çalışan dış hekimlerine yapılan başvuruların %70'i kamu sigortalısı olan kişiler tarafından yapılmaktadır.
- Koruyucu dış sağlığı hizmetleri ve öncelikli yaş grupları, katkı payları olasılığı da düşünülerek, temel teminat paketine dahil edilmelidir.
- Tüm dış sağlığı hizmetleri; çalışan devlet memurlarının ve emeklilerin diğer sağlık hizmetlerini tüm kamu ve özel sağlık kuruluşlarından aldığı gibi, kamu ve özel hizmet sunucularından alınabilmelidir.

- Şu anda sadece Emekli Sandığı üyeleri ve çalışan devlet memurları için geçerli olan, kamu sigortası olan hastaların özel sağlık kuruluşlarından yararlanması uygulaması, SSK ve Bağ-Kur gibi diğer kamu sigortası üyesi vatandaşları da kapsayacak şekilde genişletilmelidir.
- Sağlık sektöründe hizmet sunumu için kamu-özel ortaklık modelleri devreye sokulmalıdır.
- Kanıta dayalı tıp ve tedavi protokolleri uygulamaya sokulmalıdır.

#### **4.1.4 Yasalar**

- Mevcut sağlık mevzuatı günümüz koşullarına uygun değildir ve değiştirilmesi gereklidir. Örneğin; 1920'lerde çıkarılan 1219 Sayılı Kanun (Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun) diyetisyen, psikolog ve fizyoterapist gibi sağlık mesleklerini içermemektedir.
- Sağlık yasalarının yapısı ve içeriği, çok karmaşık ve detaylıdır. Mevcut gerçeklere ve ihtiyaçlara göre, çerçeve (temel) yasalar olacak şekilde, yeniden yazılmalıdırlar.
- Yasalar; AB normlarını dikkate alarak ve kamu ile özel hizmet sunucuları arasında ayırım yapmayacak şekilde değiştirilmelidir.
- Sağlık hizmetleri ve finansmanı ile doğrudan ilgili çok sayıda kurum vardır ve bunlar Ankara'dan idare edilmektedir.
- Merkezi sağlık otoritesi çok parçalı olmamalı ve Sağlık Bakanlığı altında birleştirilmelidir. Öte yandan, Bakanlık sadece ulusal sağlık politikalarını, stratejileri, hedefleri belirlemeli; ayrıca sağlık hizmetlerini ulusal düzeyde izlemeli ve denetlemelidir. Merkezdeki işlevlere yönelik yetkiler illere devredilmeli; yerel yönetimlerin yanısıra sivil toplum örgütlerinin de yönetime katılması sağlanmalıdır.
- "Sağlık Reformu Yasaları"na ek olarak, aşağıda belirtilen alanlarda tamamlayıcı yasal düzenlemelere ihtiyaç vardır;
  - ➔ Yap İşlet Devret (YİD)/Yap İşlet Yöntemleri;
  - ➔ Özel sağlık kuruluşları için vergi indirimleri;
  - ➔ Tüm sağlık hizmetlerinde ve mallarında KDV indirimi;
  - ➔ Geriatri, rehabilitasyon ve onkoloji merkezleri için özel sektöre yatırım ve işletme teşvikleri;
  - ➔ Acil sağlık ve arama-kurtarma hizmetlerinin ülke, bölge ve il düzeyinde bütünleştirilmesi ve olası hizmet satın alma yöntemleri.

- KDV oranları %1'e düşürülmeli ve kamu ile özel sektör arasında herhangi bir ayırım yapılmamalıdır.
- Ruhsatlandırma işlemleri Sağlık Bakanlığı tarafından tek elden yürütülmeli, farklı kurumların getirmiş olduğu kural karmaşası önlenmelidir.
- Özel sağlık kuruluşlarına yasa ile meslek odası kurma olanağı sağlanmalıdır.
- Çıkarılan yasa ile kamu kurumlarında dahi ücretsiz hizmet sunulması yasaklanmış iken, özel hastanelerde %3 oranında ücretsiz hasta bakılması zorunluluğu piyasa ekonomisi koşullarına uygun değildir.
- Türk vatandaşı olmayan hastalara verilen hizmetler, ihracat olarak kabul edilmeli ve KDV iadesi yapılmalı veya bu hizmetler KDV'den muaf olmalıdır.

#### **4.1.5 Kalite Yönetimi**

- Sağlık hizmeti standartlarının oluşturulmasına öncelik verilmelidir.
- Sağlık alanında hem bir akreditasyon modeli hem de bir ulusal akreditasyon kurulu oluşturulmalıdır. Böyle bir kurumun ulusal, hükümet-dışı ve kar-amaçsız olması gerekir.
- Ruhsatlar sadece başvuru üzerine verilmelidir. Ruhsatların periyodik olarak yenilenmesine yönelik bir süreç oluşturulmalıdır.
- Ruhsatlandırma süreçleri ve yasalar tüm kamu ve özel kuruluşlara eşit olarak uygulanmalıdır. Mevcut, çağın gereklerine aykırı yamalı sistemin yerine geçmek üzere kapsamlı, düzenleyici süreçler oluşturulmalıdır.
- Optimum akreditasyonu sağlamak üzere bir akreditasyon sistemi kurulmalıdır.

#### **4.1.6 İnsan Kaynakları ve Eğitim**

- Sağlık personelinin coğrafi dağılımı dengesizdir. Personelin büyük bir kısmı mezuniyet sonrası sürekli eğitimden geçmemekte, kendilerine performans artırıcı teşvikler sağlanmamakta, düşük ücret ve özlük haklarıyla ilgili diğer sıkıntılar nedeniyle verimli çalışmamaktadır.
- Sağlık insangücü planlaması tek bir kamu otoritesi altında toplanmalıdır.
- Sağlık mesleklerinin mevcut görev tanımları, daha önce mevzuatta yer almayan sağlık mesleklerinin görev tanımlarını da içerecek şekilde gözden geçirilmelidir.
- Hekimler, hemşireler, eczacılar ve diğer sağlık çalışanları için ruhsatlandırma sınavları oluşturulmalıdır.

- Sağlık çalışanları için sürekli eğitim programları oluşturulmalıdır.
- Türk Tabipleri Birliği hekimlere yönelik tüm eğitim programlarını izlemeli ve değerlendirmelidir.
- Tıp fakültelerinden başlayarak tüm sağlık meslek okulları akredite olmalı ve müfredatları sürekli olarak yenilenmelidir.
- Profesyonel sağlık yöneticiliği, mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim programları ile geliştirilmelidir.

#### **4.1.7 İlaçlar**

Konuyla ilgili olarak Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği (AİFD), Avrupa İlaç Endüstrileri ve Birlikleri Federasyonu (European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations - EFPIA), İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası (İEİS) ve diğer paydaşlar ile görüşülmüştür. Bu kesimler tarafından genel hususlar dışında dile getirilen özel öneriler, öneriyi yapan kuruluşun adı ilgili paragrafın sonunda belirtilerek aşağıda yer almaktadır.

- Halen farklı bakanlıklar ve kurumlar yoluyla uygulanmakta olan ruhsatlandırma, denetim, düzenleme ve diğer ilgili faaliyetlerde görülen parçalı yapıyı ortadan kaldırmak için bağımsız, hükümet dışı, kâr amaçsız bir "Ulusal İlaç Kurumu" oluşturulmalıdır. Bilimsel değerlendirme ve sorumluluklar ile siyasi sorumluluklar farklı yapılar altında bulunmalıdır.
- Bu Ulusal İlaç Kurumu; ruhsatlandırma, izleme, denetleme, AB mevzuatında gerçekleşen değişiklikleri takip etme, konularıyla ilgili eğitim faaliyetleri, sempozyum ve seminerler düzenleme ve basılı malzeme hazırlama işlevlerine uygun olarak örgütlenmelidir. Ancak sadece AB yasalarına uyum sağlanması, amaçlanan hedeflere ulaşabilmek açısından yeterli olmayacaktır. Bu nedenle söz konusu Kurum'un uygulama, denetim, yaptırım ve mevzuatın güncelleşmesinin takibinde kurumsallaşması da gerekmektedir. Ulusal İlaç Kurumu'nun yapılandırılması sırasında bilimsel değerlendirme, bilimsel sorumluluklar ve politik sorumlulukların ayrılması, aynı çatı altında bulunmaması gerekir [İEİS].
- Ulusal İlaç Kurumu, 8. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda öngörülen yapıda olmalıdır [İEİS ve Fako İlaçları AŞ].
- 14 Şubat 2004 tarihinde yürürlüğe giren yeni "Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatlandırılmasına Dair Kararname", ilaçta KDV oranını %18'den %8'e indirmiştir. Sektörün AB normlarına uyumu açısından bu önemli bir adımdır ancak KDV indirimi kapsamına reçetesiz ilaçlar, hammaddeler ve diğer sağlık malzemeleri de dahil edilmelidir.

- İlaçların geri ödemeleri zamanında yapılmalıdır. Son 4-5 yılda, ilaç üretim, dağıtım ve tedarik kanallarında, bazı dönemlerde kriz boyutuna ulaşan ekonomik sorunların, özelde finansman sorunlarının, başlıca etkenlerinden biri kamu sosyal sigortalarının geri ödemelerinde yaşanan gecikmeler olmuştur. İlaç iç pazarının % 80-85'i kamu kurumlarınca geri ödenmektedir. Vadesi geçmiş ödemelerin sanayiye 300-800 trilyon TL., eczanelere 200-500 trilyon TL. boyutlarına ulaştığı dönemler yaşanmıştır. Sorun halen devam etmektedir. Öncelikle bu ödemelerin adaletli ve şeffaf bir planlama dahilinde olması sağlanarak, endüstrinin geçmiş alacaklarının ödemesi yapılmalı, yeni tahakkuk edecek ödemeler için zamanında ödeme yapılabilmesi yönünde gerekli önlemler alınmalıdır [İEİS ve Fako İlaçları AŞ.].
- AB düzenlemelerine uyum çalışmaları, ulusal ilaç sektörüne zarar vermemesi için dikkatle yürütülmelidir.
- Veri imtiyazı: AİFD ve EFPIA genel olarak Avrupa Komisyonu'nun İlaçlarda Araştırmacılık ve Tedarik İçin Üst Düzey Grubu (G10)'nun önerilerini desteklemektedir. G10'nun veri imtiyazı konusundaki önerisinin (# 4) araştırmacı ilaç endüstrisinin ihtiyaçlarını tam olarak karşılamadığını düşünseler de, bunu konuyla ilgili çeşitli taraflar arasında bir uzlaşma noktası olarak görmektedirler.
- Veri imtiyazının kabul edilmesiyle jenerik üreticilerinin rekabet gücü azalacak, tek orijinal ürün kullanımını artacak, ithalat büyük oranlarda artacak, yabancı ve çok uluslu firmalar lehine tekel ortamı yaratılacaktır. Bu oluşumun en azından AB'ye giriş tarihinden itibaren (AB'ye giren diğer ülkelerde olduğu gibi) makul bir süreyle sınırlandırılmasında yarar vardır. AB mevzuatına uyum çalışmaları kapsamında "Ruhsatlandırma Yönetmeliği" 1996 yılında yürürlüğe girmiştir. Yönetmelik gereği ruhsat dosyasında istenen bilgi ve belgeler AB ruhsat dosyalarıyla büyük ölçüde uyumlu hale getirilmekle birlikte bazı farklılıklar mevcuttur. Ayrıca AB ve Uluslararası Uyum Kongresi (International Congress on Harmonization - ICH) kriterleri doğrultusunda hazırlanan ilaç stabilitesine yönelik Rehber 1996'da yürürlüğe girmiştir [İEİS].
- Türkiye ilaç sektörü, üretim kapasitesi ve teknolojik birikim olarak, GMP kurallarında üretim yapabilen dünyadaki sayılı gelişmiş ilaç sektörlerindedir ve ülke ihtiyacının 3-4 kat fazlasını üretebilecek kapasiteye sahiptir. Türkiye'de tıp bilimleri ve uygulamaları göreceli gelişmiş bir yapıdadır. Akademik bilgi birikimi dünya standartlarındadır ve yeterince gelişmiştir. Orjin ürün sahibi çokuluslu ilaç üreticileri sektörel özellikleri itibariyle ARGE'ye yılda 50 milyar ABD\$ ci-

varında harcama yapmaktadırlar. 3. ve 4. faz ilaç geliştirme kademelerinde harcamalar bütçenin esas kısmını oluşturmaktadır. Bu nedenle, benzer üretim ve sektörel kapasiteye sahip ülkeler de (Meksika, Hindistan, Şili, Güney Afrika, hatta Çin, v.b.) işbirliği ve operasyon yapmaktadırlar. Harcamaların önemli bir kısmı buralarda yapılmaktadır. Önümüzdeki dönemde ilaç sektörü çokuluslu ilaç firmaları ile uzlaşma ve işbirliği stratejisini izleyerek, bu doğrudan sermayeyi ve teknolojiyi ülkeye çekmeli, Türkiye'yi ortak üretim ve ARGE üssü haline getirmelidir. Bu ortak strateji ile çevre ülkelere ve coğrafyalara ortak ihracat yapma olanaklarını zorlamalıdır (otomotiv sektöründe olduğu gibi). Bunu için ilaç sektörünün işbirliği ve ortaklık kültürü geliştirilmelidir. Bu tutum ülke stratejisi olarak ele alınmalı, resmi otorite dahil bütün kesimler buna çaba harcamalıdır. Görünen gelecekte, bu bir Ulusal Strateji olarak ele alınmalı ve buna uygun yasal düzenlenmeler AB uyumluluğu da gözetilerek güncelleştirilmelidir [Ethem SANCAK, Hedef Alliance Holding A.Ş.].

- İlaç alanında gerçekleştirilebilecek ARGE çalışmalarına yönelik bu düzenlemeler tüm sağlık hizmetleri için de düşünülmelidir [TÜSİAD Sağlık Çalışma Grubu].
- Ruhsatlandırma süreci yavaş ve karmaşıktır. Ruhsatlandırma sürecini AB'de olduğu gibi 210 günde tamamlamak için Sağlık Bakanlığı'ndaki mevcut altyapı güçlendirilmeli, işleyiş ve süreçler net olarak belirlenmeli, iş hacmi de göz önüne alınarak gerekli sayı ve beceride personel temin edilmelidir [İEİS].
- Türkiye'de ilaç endüstrisinin kısa vadede böylesine yüksek araştırma [ve geliştirme] harcamalarını karşılayabilmesi mümkün değildir. Türkiye'de ilaç endüstrisinin bu yatırımlar için fon yaratamamasının sebeplerinden biri kamu sosyal güvenlik kuruluşlarının ilaç alımları ödemelerinin düzensiz ve gecikmeli yapılmasıdır. Ödemelerin gecikmesinden dolayı sektör ciddi bir finans sorunu ile karşı karşıyadır [İEİS].
- Hükümetin tüm sosyal güvenlik kuruluşlarını (ES, SSK, Bağ-Kur) tek bir çatı altında toplamayı hedefleyen projesi hızlandırılmalı, ilaç alım politikalarında buna uygun gelişme sağlanmalıdır [İEİS].
- Jenerik ikame: AİFD ve EFPIA' nın görüşleri; eczacılara tanınan reçeteye yazılı ilacı (orijinal ya da değil) daha düşük fiyatlı (aynı tedavi edici etkiye sahip) bir jenerik ilaçla değiştirme hakkı veya zorunluluğunun Türkiye'de tasarruf amacıyla kullanılabilir bir araç olduğu yönündedir. Ancak Araştırmacı İlaç Firmaları bu tür bir tedbire aşağıdaki nedenlerle karşıdır:

- ✓ Hastanın menfaati açısından; bir ilacın bir başkasıyla değiştirilmesinin sorumluluğunu üstlenecek kişinin sadece hekim veya reçeteyi yazan kişi olması gerekir. Değişirme/ikame; hastanın ters yan etkiler yaşadığı durumlarda üreticilerin, hekimlerin, eczacıların ve yetkililerin sorumluluklarının muğlak olmasına yol açar [AİFD ve EFPIA].
- ✓ Değişirme/ikame; eczacının kazancı konusundan ayrı tutulamaz ve eczacıların, hastanın ihtiyaçları yerine tamamen ekonomik veya ticari düşüncelere öncelik vermelerine yol açabilir. Bu ayrıca pazar kırılmasına yol açarak belirli ürünlere diğerleri karşısında normal pazar koşulları hüküm sürdüğünde sahip olamayacakları bir haksız rekabet avantajı sağlayabilir [AİFD ve EFPIA].
- Fiyatların Kontrolü: G10; eğer varsa, fiyat kontrol mekanizmalarının sadece devlet tarafından tedarik edilen veya geri ödemesi yapılan ilaçlarla sınırlı olmasını önermektedir. Bu öneri; şirketlerin yeni ilaçları rekabetçi piyasa fiyatlarıyla sunmalarına ve aynı zamanda buna paralel olarak geri ödeme yapılacak ilaçların ve kamu ilaç harcamalarının onay mekanizmalarını yönetmekle sorumlu ilgili makamlar veya sosyal güvenlik kurumları ile müzakereleri sürdürmelerine imkan tanıdığı için uzun vadede hedeflenen Avrupa piyasasına yönelik atılmış bir ilk adımdır.

Bu öneri, çok büyük değişikliklere neden olacak süreçler içermez ve üye ülkenin geri ödeme yapılan ilaçlara yönelik pazarlık veya fiyat kontrol gücüne herhangi bir etkisi yoktur. Bu öneriyle birlikte; hastaların fiyat yönünden daha pahalı olmayanlar da dahil, yeni ilaçlara tüm Avrupa ülkeleri ile eş zamanlı olarak ulaşabilmeleri sağlanacaktır. Aslında G10 önerileri; ihtiyacı olan tüm Avrupa vatandaşlarına, gelecekte de kalitesi yüksek ilaçların arzını güven altına almayı amaçlamaktadır [AİFD ve EFPIA].

- Geri ödeme kararları şeffaf ve ayırmıcılık yapmayan bilimsel kanıtlara dayanmalıdır. Ayrıca Geri-ödeme Kurulu/Komitesi üyeleri, verdikleri kararların sağlık çıktılarına etkileri açısından sorumlu olmalıdırlar.
- Reçetesiz ilaçların reklamı: AİFD ve EFPIA; reklam konusunda G10 Önerilerini (#6) desteklemektedir ve reçetesiz ilaçların reklamının açıkça yapılmasından yanadır.
- Üye ülkeler ile aday ülkeler arasındaki farklılıklar (G10 Önerisi # 14): Üye olacak ülkelerdeki fikri mülkiyet hakları koruma seviyelerindeki eşitsizlikleri dik-

kate olarak; 15 AB üyesi ülkeden daha az düzeyde fikri mülkiyet hakkı koruması sağlayan aday ülkelerin mallarının serbest dolaşım hakkı ertelenmelidir. Bu geçiş dönemi prensibinin uygulaması; 15 AB üyesi ülkeye bu tür malların ithalini önlemeye yöneliktir ve dayanağını fikri mülkiyet hakları yasasındaki yaptırımlardan almaktadır. Ancak bu hakkı desteklemek ve ertelemenin düzenli şekilde uygulamasını sağlamak üzere farklı ülkelerde farklı seviyelerde fikri mülkiyet hakkı koruması olan ürünlerin bir liste halinde kayıt altına alınmasını öneriyoruz. Düzenleyici makamlar, bu kayıtlarda yer alan ürünler için paralel ithalat ruhsatı vermemelidir. Bu kayıtlar, hak sahiplerinden alınan bilgilere dayanmalıdır [AİFD ve EFPIA].

- Ülkemizde temel ilaçlar listesi uygulaması olmamasına karşın, kamu sağlık sigorta kurumlarının, geri ödemesi yapılmayan veya sadece sınırlı uzman hekimlerin yalnızca belirtilmiş endikasyonda reçetelenebilen ilaç listeleri ile harcamalarında aşırı ve irrasyonel bir kısıtlama uyguladıkları dikkate alınmalıdır. Halkın tamamının ilaca ulaşamadığı ve rasyonel olmayan kısıtlamalar nedeniyle, henüz yeterli boyuta ulaşmamış iç pazarın ve sektörün "temel ilaçlar" uygulamasından çok olumsuz etkileneceği de dikkate alınmalıdır. Sonuçta bu konuya raporda mutlaka yer verilmesi gerekli ise; reform paketinin tutarlı verilerle belirlenecek sonuçlarının optimum düzeye ulaşmasından sonra "temel ilaçlar" konusunun dikkate alınması gereği vurgulanmalıdır [Fako İlaçları AŞ.].

#### **4.1.8 Tedarik**

- Hastanelerin tek başlarına nakit ödeme yoluyla yaptıkları tedarik mekanizması, malzeme açısından aşırı yatırımlara yol açmaktadır.
- Değere dayalı tedarik ve teknoloji değerlendirilmesi eksiktir.
- Sunucu firmaların üzerinde aşırı miktarda bürokratik yük vardır. Buna bağlı olarak satın almalar gecikmekte ve ihaleler iptal edilmektedir. Bu sorunlar satın alma sürecinin tüm aşamalarında (ihalelere hazırlıktan satın almanın gerçekleşmesine, hizmetin sunulması ve ödeme yapılmasına kadar) mevcuttur.
- Hükümet e-dönüşüm sürecini hızlandırmalı ve bürokrasiyi ortadan kaldırmalıdır.
- Satın alma işlevleri için uygun, eğitilmiş, profesyonel personel istihdam edilmelidir.
- Kamu İhale Yasası'ndaki mutlak ve bağlayıcı hükümlere rağmen bazı kamu kurum ve kuruluşları, ihale dokümanlarına özel şartlar ekleyerek imkansız koşullar öne sürebilmektedir.



- Kalibrasyon laboratuvarları kurmak için gerekli standartlar TSE tarafından belirlenirken, denetim, muayene ve laboratuvarı faaliyete geçirmek için gerekli dokümanlar da dahil takip hizmetleri TÜRKAK tarafından yapılmaktadır. Bu işlemler için hizmet ücretleri belirlenirken TÜRKAK oldukça yüksek bir tek fiyat politikası uygulamaktadır. Buna göre fazla bir geliri olmayan bir pipet kalibrasyon laboratuvarı ile inkübatör kalibrasyon laboratuvarı gibi geliri yüksek bir laboratuvar aynı kategoride yer almaktadır. Ayrıca sertifikasyon için çok fazla sayıda bürokratik engel mevcuttur. İlgili yasalarda düzenlemeler yapılarak kalibrasyon laboratuvarları verdikleri hizmetin türüne göre gruplandırılmalıdırlar. Hizmet ücretleri de buna göre belirlenmelidir.

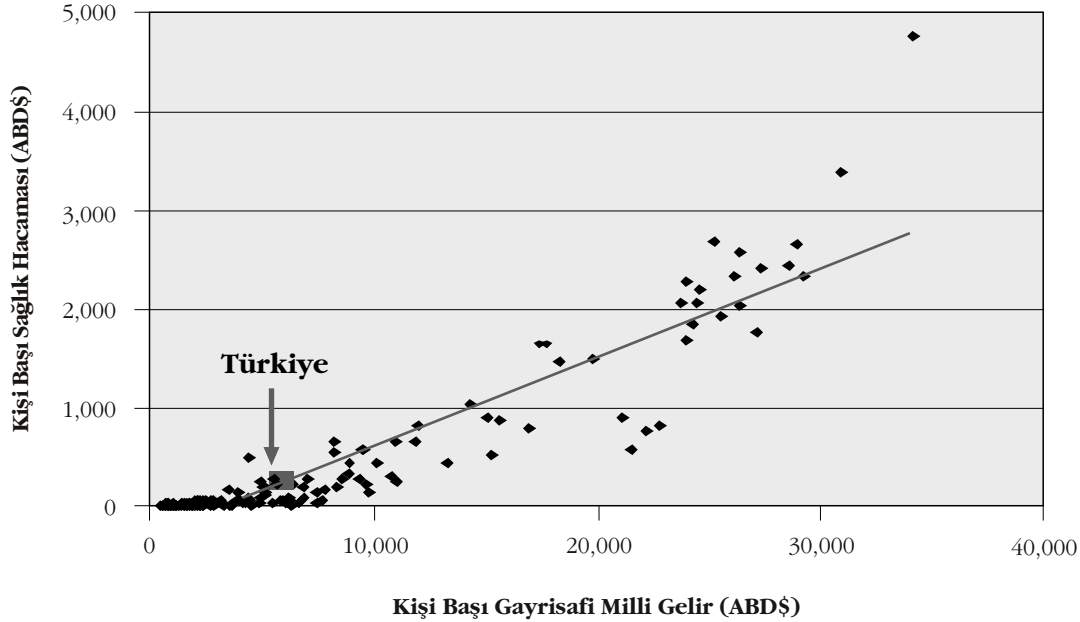
#### **4.1.9 Tıbbi Gereçler**

- Tıbbi gereç sektöründe üreticiler, ithalatçılar ve yan sanayi kuruluşları için kalite, servis yeterliliği ve satış sonrası bakım sertifikaları zorunlu olmalıdır.
- "Tıbbi Gereçler" deyiminin "Ulusal İlaç Kurumu Taslak Kanunu" nun adından çıkarılmış olması "tıbbi gereçlerin ilaç sektörünün bir alt unsuru olduğunu" düşündürmektedir. Tıbbi gereçler tamamen farklı bir alandır ve ayrıca ele alınmalıdır.
- AB tarafından kabul görececek yerli test ve sertifikasyon kurumları derhal kurulmalıdır. Aksi takdirde iç pazara hizmet eden üreticiler AB'ye ait test ve sertifikasyon kurumlarının uygunluk değerlendirme süreçlerine tabi olacaklardır. Bu ise sektöre çok yüksek maliyetler getirecek ve sektör zarar görecektir.
- Kamu ve özel sektöre aynı denetim standartları uygulanmalıdır.
- Sağlık sistemindeki ilgili tarafların haklarına, yetki, denetim ve yaptırımlara yönelik mevcut yasal düzenlemeler yeterli değildir ve haklarını kullanmak isteyenler için yavaş çalışmaktadır. Sunucular, satın alma işlemini Kamu İhale Yasası'na göre yapan kurumlara karşı haklarını savunmakta zorlanmaktadır. Haksız rekabeti önlemesi gereken yasanın yeterli yaptırımı ve denetimi yoktur.
- Kamu ihalelerinde; standardizasyon, planlama, eşgüdüm ve kalite kontrol unsurları tam olarak uygulanmalıdır.
- Resmi kurum ve kuruluşların bakım-onarım anlaşmaları yapmasını engelleyen veya zorlaştıran idari ve yasal düzenlemeler iptal edilmelidir.
- Bakım-onarım hizmetlerini sadece yetkili servislerin vermesine imkan sağlayacak yasal düzenlemeler yapılmalıdır.

## 4.2 Uluslararası Karşılaştırmalar

Dünya Bankası ve Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD); ülkeleri birçok farklı ekonomik ve sosyal-sektör-ilintili göstergeler açısından karşılaştıran veriler üretmektedir. Ek 1'de yer alan tablolar (Tablo 16'dan Tablo 32'ye kadar) Türkiye'nin sağlık harcamalarının ve sağlık durumu göstergelerini Avrupa ve Eski Sovyetler Birliği ülkeleri ile karşılaştırma imkanını vermektedir. Eldeki karşılaştırılabilir mevcut son veriler (2001 yılı), Türkiye'nin birçok OECD üyesinden dikkate değer ölçüde yoksul olduğunu göstermektedir. Türkiye'nin sağlık harcamaları düzeyi - OECD tarafından 2001 yılı için kişi başına 150\$ olarak belirtilmiştir - Türkiye'nin gelir seviyesindeki ülkelere benzemekle beraber hem OECD hem de AB'de görülen tipik sağlık harcaması şablonlarına göre oldukça düşüktür (aşağıdaki Şekil 6 ve Ek 1'deki Tablo 18).

**Şekil 6. Gelir Seviyesine Göre Kişi Başı Sağlık Harcaması, 2001 (ABD \$)**

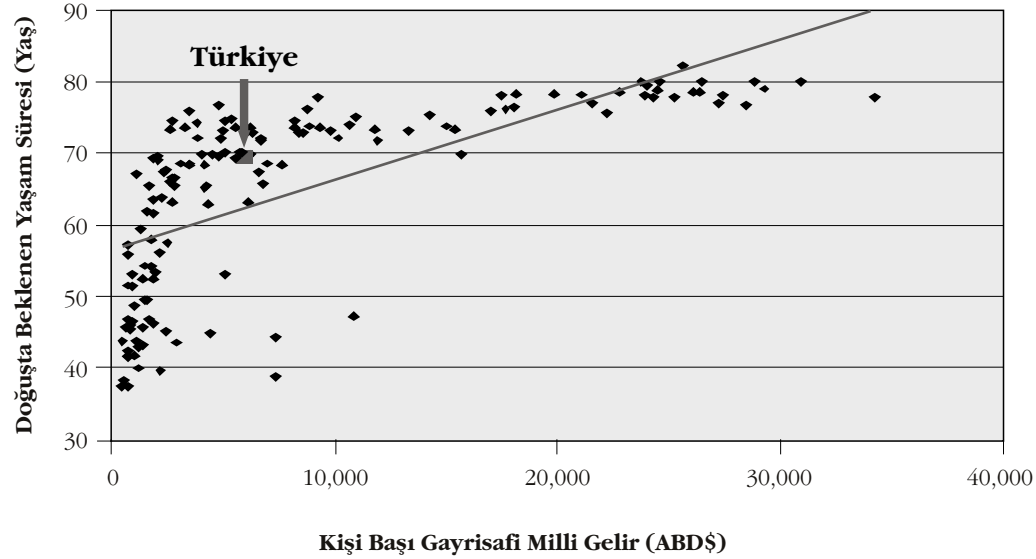


Kaynak: OECD veri tabanı

Bu ülkeler arasında en yüksek bebek ölüm hızı – her 1,000 canlı doğumda 36.0 ölümle (Tablo 27) - ve beş-yaş altı ölüm hızı - her 1,000 canlı doğumda 43.0 ölümle (Tablo 28) - Türkiye'ye aittir. *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*'nda da belirtildiği gibi, Türkiye'nin bebek ölüm hızı; 1960'larda her 1,000 canlı doğumda 200 iken 1998-2003 döneminde 28.7'ye gerilemiştir. Beş yaş altı ölüm hızı da süratle düşmektedir (1998-2003 döneminde her 1,000 canlı doğumda 37.0 olarak saptanmıştır).

68.3 yıl olan doğušta beklenen yaşam süresi Türkiye'nin gelir seviyesine göre yüksektir ancak AB ve OECD standartlarının altında kalmaktadır (şekil 7; Ek 1'de Tablo 25 ve Tablo 26 ). Devlet Planlama Teşkilatı'nın (DPT) verilerine göre 2002 yılında 69.6 yıl olan toplam doğušta beklenen yaşam süresinin 2005 yılında 70.3'e çıkması beklenmektedir.

**şekil 7. Gelir Seviyesine Göre Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi, 2001 (ABD \$)**



Kaynak: OECD veri tabanı

### 4.3 Sağlık Sektöründe Maliyet Kontrol Stratejileri

Sağlık sektöründe maliyet kontrolü birçok ülkede önemli bir konudur ve sağlık sigortası kapsamının genişlemesine bağlı olarak sağlık hizmetlerine ulaşabilirlik arttıkça daha da önem kazanır. Ülkedeki maliyet kontrol çabaları; "yukarıdan-aşağıya" düzenleyici yaklaşımları, piyasaya-dayalı (rekabet unsuru) stratejileri veya ikisinin karışımını içerebilir. (bkz. Tablo 14)

#### 4.3.1 Maliyet Kontrolünü Düzenleyici Yaklaşımlar

Sağlık hizmetlerinin maliyetini kontrole yönelik düzenleyici yaklaşımlar sıklıkla arz kapasitesini, sağlık ürünlerinin ve hizmetlerinin fiyatlarını ve/veya sağlık hizmetlerinin kullanımını kontrol altında tutmaya çalışırlar (Shi ve Singh 2004). Sağlık hizmetleri sektörünün arz tarafını kontrol etme çabaları; hastane yatağı sayılarına ve pahalı teknolojilerin yaygınlaştırılmasına sınırlamaların getirildiği ulusal ya da bölgesel düzeyde sağlık planlaması yöntemine dayanır. Bunun bir örneği Amerika Birle-

şik Devletleri'nde bazı eyaletlerde sağlık kuruluşlarının sermaye yatırım harcamalarını kontrol altında tutmak için kullanılmakta olan İhtiyaç Belgesi (Certificate of Need-CON) yöntemidir. Eyaletlere bağlı olarak CON süreci kapsamında, hastane veya uzun dönemli bakım tesisleri gibi yeni yapıların inşaaası, mevcut tesislerin genişletilmesi ve pahalı gereçlerin satın alınması için eyalet hükümetine bağlı bir kurumdan ön onay alınması gereklidir. Onayların verilmesi, toplumun bu ek hizmetlere ihtiyacı olduğunun gösterilmesine bağlıdır. İhtiyaç olduğuna dair inandırıcı bir kanıt olmadığı sürece yatak sayısındaki ve gereçlerdeki artışlar arz tarafının yarattığı bir talebe yol açacaktır. Benzer bir yaklaşımla, bir sağlık planlaması yöntemi kullanılarak eğitim programlarının kapasitelerini düzenlemek ve/veya yabancı tıp fakültesinden mezun olanlara engeller koymak yoluyla hekim arzına kısıtlama getirilebilir.

Sağlık hizmetleri sisteminin kapasitesine yönelik kısıtlamalar getirilirken genellikle korkulan bir husus, bunun sonucunda arz tarafında, ki bu sağlık hizmetlerinin fiyatlarının yükselmesine yol açabilecek bir durumdur, tekel veya yarı-tekel oluşumlarına yol açılabileceğidir. Bu nedenle, arz tarafına getirilen kısıtlamaların beraberinde genellikle fiyat ve bütçesel kontroller vardır. Ulusal sağlık hizmet programlarının (ve tek ödeyicinin) bulunduğu ülkeler genellikle arzı sıkı bir şekilde kontrol altına alırlar ve sıklıkla hastanelere ve hekimlere yapılacak ödemeleri kısıtlayarak toplam harcamaları kontrol altında tutan sabit bütçeler kullanırlar.

Birçok ülke, hastane geri ödemeleri için "Teşhise Dayalı Hastalık Sınıflandırması (DRG)"nı temel alan bir formül kullanarak hastane fiyatlarını kontrol altına almayı denemiştir. Bu sistemde hastaneye; hastaya verdiği hizmetlerin karşılığında, sunulan hizmetin hastaneye getirdiği maliyete bakılmaksızın hastanın teşhis sınıflandırması dayanak alınarak, önceden belirlenmiş ücret tablosuna göre ödeme yapılır. Hekimlere yapılan ödemeler de düzenlenebilir. Örneğin, Amerika Birleşik Devletleri'nde hekim ödemeleri; federal Medicare sigorta programı tarafından prospektif olarak belirlenmiş kaynağa-dayalı bağıl değer skalasına (resource-based relative value scale -RBRVS) göre yapılmaktadır. Bu yaklaşımda hekimlere, verilen 7,000 den fazla hizmet çeşidi için oluşturulmuş bağıl değer birimlerine göre ödeme yapılır.

Kamu sektörü tarafından sağlık hizmetlerinin kullanımına yönelik olarak yararlanılan düzenleyici stratejilerde tipik olarak, sağlık sigortası kapsamındaki ödeme taleplerinin geriye doğru incelenerek verilen hizmetin makul ve gerekli olup olmadığı ve en uygun sağlık hizmeti ortamında verilip verilmediğini araştırmak üzere görevlendirilen hekimler (uzman görüşü - peer review) yer alır. Eğer inceleme sonu-

cu olumsuz ise, ödeme talebi geri çevrilebilir. Bu tür bir inceleme türü, verilen hizmetin tıp camiası tarafından genel kabul gören kalite standartlarına uygun olup olmadığını belirlemek için de kullanılabilir.

### **4.3.2 Maliyet Kontrolü İçin Piyasa Ağırlıklı Stratejiler**

Maliyet kontrolü için piyasa-ağırlıklı stratejilerin kullanılması; tüketici dürtülerinin değiştirilmesine, sunucu ve/veya sigortacı rekabetinin artırılmasına ve özel sektör kullanımı kontrolüne dayanır. Tüketici (talep tarafı) dürtüleri genellikle maliyet paylaşımına bağlıdır. Buradaki varsayım; eğer tüketiciler sigorta primlerinin bir kısmını kendileri öderlerse, ihtiyaçlarını en iyi şekilde karşılayacak sigorta uygulamasını seçerken maliyet unsuruna daha çok dikkat edecekleri yönündedir. Benzer şekilde, eğer hastalar kullandıkları sağlık hizmetlerinin maliyetinin bir kısmını öderlerse davranışlarında daha bilinçli olacaklar ve gereksiz kullanımı asgariye indireceklerdir. Sağlık hizmetleri pazarının; tüketicilerin sağlık hizmeti fiyatlarını veya kalitesini karşılaştırmalarını sağlayacak kolayca ulaşılabilecek veriler olmaması da dahil, birçok açıdan kusurlu olduğu sıkça dile getirilmektedir. Sunucuların "karne" buldurmaları gibi tüketicilere daha iyi bilgi sağlama yönündeki çabalar, tüketicilerin satın alma ve kullanım kararlarını daha bilinçli vermelerine yardımcı olacak stratejilerdir.

Diğer piyasa-ağırlıklı stratejiler, sigortacılar ve/veya sunucular arasındaki fiyat veya değere bağlı rekabetin sürdürülmesi veya geliştirilmesine dayanır. Bu tür stratejiler; fiyat sabitlenmesi, farklı fiyat uygulaması, imtiyazlı sözleşmeler ve rekabet-engelleyici birleşmeler gibi rekabeti azaltan uygulamaları kontrol altında tutmak için sıklıkla sağlık hizmetleri piyasasında kamu sektörünün düzenleyici olmasını gerektirir (Shi ve Singh 2004). Özel sigortacılar, hizmet sunuculara geri ödeme yapmakta kullandıkları, örneğin hastane ödemeleri için DRG'ler ve hekim ödemeleri için RBRVS türü stratejileri, mekanizmaları maliyetleri kontrol altında tutmak amacıyla da kullanırlar.

Özel sektördeki kullanım kontrolü tipik olarak, hizmetler için yapılan bir başvurunun (ön onay) ve bakım episodunun (geriye dönük inceleme); verilecek en uygun hizmet türlerinin, hizmetlerin verilmesi gereken en uygun hizmet ortamının, hizmet sunumu için en maliyet-etkin yöntemlerin ve bakım sonrası gerekli hizmetlerin belirlenmesi amacıyla araştırılmasına dayanan kullanım incelemesi ve "managed care" süreçleri yoluyla yapılır. Kullanım incelemesi ve "managed care"; hasta-

nın sadece, en etkin biçimde sunulan uygun ve gerekli hizmetleri almasını temin için bakım sürecine müdahale edecek şekilde tasarlanmışlardır. Bu süreçler genellikle hastalara/tüketicilere açık olmayan bilgilerin incelenmesi yoluyla yapılır. Bu işlemler bir “managed care” sunucusu, bir sigortacı veya bir Tarafsız Kurum Yönetimi (Third Party Administrator - TPA) tarafından yerine getirilebilir. TPA’lar; yukarıda bahsedilen “managed care” süreçleri ve kullanım incelemesi de dahil olmak üzere birçok işlevi yerine getirmenin yanısıra rolü kapsamında riziko kabulü de olan sigortacı için grup sigortası teminatlarını, taleplerin işleme alınmasını ve diğer idari işleri de yürütebilecek bağımsız özel kuruluşlardır.

### **4.3.3 Hasta Hakları ve Tüketicinin Korunması**

“Managed care” ve diğer kullanım kontrol yöntemlerine dayalı maliyet kontrolü stratejilerinin, sağlık hizmeti tüketicilerini koruyan mekanizmalarla birlikte olması şarttır. Tüketicilerin korunmasını sağlayacak yasal ve düzenleyici çerçeve çizilmiş ve uygulamada olmalıdır. Örneğin, sağlık sigortası planları; sigortanın devam ettiği veya sona erdiği durumların yanısıra içerdiği teminatlar açısından açık ve net olmalıdır. Hastaların/tüketicilerin sigortacılara yönelik şikayetleri için - hizmet taleplerinin geri çevrilmesi durumlarında süratli bir yeniden inceleme mekanizması da dahil - süreçler hazır olmalıdır.

Hastaların haklarını koruyan yasal ve düzenleyici bir çerçeve hazır bulunmalıdır. Örneğin, Amerika Birleşik Devletleri’nde 1990’da çıkartılan "Hastanın Hür İradesi Yasası" (the Patient Self-Determination Act) federal hükümetlerin sponsor olduğu sağlık sigortası programlarına katılan tüm sağlık kuruluşları için geçerlidir. Yasa, hastanelerin ve diğer kuruluşların kendilerine başvuru yapan tüm hastalara hasta haklarına yönelik bilgi vermesini zorunlu tutmaktadır. Bunlar arasında, hasta bilgilerinin gizliliği ve tıbbi tedavi açısından bilinçli onay (informed consent) hakkı bulunmaktadır. Diğer haklar arasında; teşhis ve tedavi hakkında bilgilendirilme, tedaviyi reddetme ve hasta karar verme sürecine katılmıyor ise bakımın devamı ya da sona erdirilmesine yönelik yönlendirme yapılması yer alır. Hasta şikayetlerini kabul etmek ve araştırmak üzere şikayet mekanizmaları da oluşturulmalıdır.

**Tablo 14. Düzenlemeye Dayalı ve Piyasa Ağırlıklı Maliyet Kontrolü Stratejileri**

<b>Düzenlemeye Dayalı Maliyet Kontrolü Stratejileri</b>	<b>Örnekler</b>
Arzın kontrolü	Yatırım harcaması kısıtlamaları (yeni inşaatlar, yenileştirmeler ve teknoloji difüzyonu). Örnek: İhtiyaç Belgesi gereksinimleri
	Hekim arzının kısıtlanması. Örnekler: Eğitim programlarının kapasitelerinin düzenlenmesi; Yabancı tıp fakültesi mezunları için çalışma engelleri
Fiyatların kontrolü	Düzenlenmiş fiyatlar. Örnekler: Geri ödeme formülleri Kişi başı ödemeler Teşhise Dayalı Hastalık Sınıflandırması Kaynağa bağlı izafi değer skalası Sabit bütçeler
Kullanımın kontrolü	Kamu sektörü sponsorluğunda uzman görüşü
<b>Piyasa Ağırlıklı Maliyet Kontrolü Stratejileri</b>	<b>Örnekler</b>
Talep tarafı girişimleri	Maliyet paylaşımı: Prim maliyetlerinin paylaşılması Muafiyetler ve katkı payları
Piyasa işleyişinin geliştirilmesi	Tüketicilere daha iyi bilgi sağlanması. Örnek: Sunucu "karneleri" Anti-tekel düzenlemeleri
Fiyat/değer açısından piyasa rekabeti	Fiyat/değer açısından sigortacılar arasında rekabet Fiyat/değer açısından sunucular arasında rekabet
Kullanımın kontrolü	“Managed care” sunucuları, sigortacılar ve ödeme yapanlar, Tarafsız Kurum Yönetimi (TPA); Kullanım incelemesi ve “managed care”

## 4.4 Konu ile İlgili Uluslararası Reform Modelleri

Ek 2'de Avustralya, Fransa, Polonya, Macaristan, Meksika ve Tayvan'ın sağlık sistemlerinin ayrıntılı tanımları bulunmaktadır. Bu ülkelerin raporda yer almalarının nedeni, Türkiye sağlık sistemi için örnek olabilecek önemli unsurlar içermelerindedir. Avustralya'da; nüfusun tamamını kapsayan ve teşhise dayalı hastalık gruplandırmaları (DRG) da dahil olmak üzere ödeme sistemlerini yenilikçi tarzda kullanan ve vergilerle beslenen bir sistem vardır. Fransa'da nüfusun büyük bölümünün çalıştıkları işyeri üstünden sigortalandığı sosyal bir sigorta yapısı vardır ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2000 yılında dünyadaki en iyi sağlık sistemi olarak kabul edilmiştir (WHO 2000). AB'ne yeni giren ülkeler olan Polonya ve Macaristan'dan Türkiye'nin alabileceği önemli dersler vardır. Türkiye gibi Meksika'da da sağlık hizmetleri hem Sağlık Bakanlığı hem de Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından sunulmaktadır. Tayvan, bir ülkenin tüm nüfusu kapsayan sağlık sigortasına nasıl ulaşabileceğinin mükemmel bir örneğidir. Aşağıdaki bölümlerde bu ülkelerin sistemleri hakkında bazı bilgiler yer almaktadır. Daha detaylı bilgi için Ek 2'ye başvurulabilir.<sup>10</sup>

### 4.4.1 Genel Bakış

Meksika hariç bu ülkelerin hepsinde nüfusun tamamı veya tamamına yakını sağlık sigortası kapsamındadır. Avustralya'da federal hükümet sağlık hizmetlerinin büyük kısmını genel vergiler yoluyla finanse ederken, hizmetin sunulması eyaletlerin ve özel sunucuların sorumluluğundadır. Fransız sağlık sistemi genel olarak ücretlerden yapılan kesintilerle (işverenden ücretin %12.8'i, çalışandan ücretin %0.75'i) finanse edilmekte olup, genel vergilerden de destek sağlanmaktadır. Fransa'da sağlık hizmetleri sağlık sigortası havuzları tarafından tedarik edilir ve ödenir; özel hekimler ile kâr-amaçlı ve kâr-amaçsız hastaneler tarafından sunulur. Ayaktan tedavi yapan hekimlerin çoğuna yaptığı işe karşılık ödeme yapılırken, kamu hastanelerinde çalışanlar maaş alırlar. Fransız hastaların hizmet sunucuyu serbestçe seçme hakları vardır.

Polonya'da 1999'da yeni bir ulusal sağlık sigorta sistemi başlatılarak, çok sayıda bölgesel fon ve ülke çapında kapsayıcılığı olan özel bir fon oluşturulmuştur. Bu sağlık fonları kâr amaçlı değildir ve büyük ölçüde ücretlerden yapılan kesintiler (çalışanların net ücretlerinin %7.5'i ) aracılığıyla finanse edilmektedir. 1999 reformu ay-

---

(10) Bu bölüm şu dokümanlardan uyarlanmıştır: Sağlık Hizmetleri Sistemleri İçin Avrupa Gözlemevi (2002), OECD (2000a), OECD (2000b), OECD (2003); Frenk ve ark. (2003), ve Morlock ve ark. (basılıyor).



nı zamanda temel sağlık hizmetlerinin geliştirilmesini ve bu kapsamda aile hekimlerinin rolünün artırılmasını da amaçlamaktadır. İşsizler dahil herkes sigorta kapsamındadır ve işsizlerin katılım payları devlet bütçesi tarafından finanse edilmektedir. Ancak yeni sistemin belli bazı eksiklikleri vardır ve şu ana kadar aktif kamuoyu desteğini kazanamamıştır. Macar sağlık sisteminin temelini; nüfusun tamamına yakınına kapsayan ve kapsamlı, zorunlu, istihdama dayalı ulusal bir sağlık sigortası programı oluşturur. Mevcut sistem içinde, hizmeti tedarik ve sunma işlevleri ayrılmıştır ve Ulusal Sağlık Sigortası Fon Yönetimi (National Health Insurance Fund Administration - HIFA); hastaneler, ayaktan tedavi klinikleri ve bağımsız hizmet sunucularla performans dayalı sözleşmeler yapmaktadır.

#### **4.4.2 Finansman**

2001 yılında kişi başı sağlık harcaması Avustralya'da 2,085\$, Fransa'da 2,057\$, Polonya'da 246\$ ve Macaristan'da 315\$ olarak saptanmıştır. Karşılaştırma yapıldığında; Türkiye'nin gerçekleştirmiş olduğu harcama OECD verilerine (2003) göre 150 ABD\$'dır. Avustralya sağlık hizmetlerini büyük ölçüde genel vergiler yoluyla finanse etmektedir. Cepten yapılan ödemeler, toplam sağlık harcamalarının %16.2'sini oluşturmaktadır. Özel sağlık sigortaları ise toplam sağlık harcamalarının sadece %7.1'ine karşılık gelmektedir. Fransa'da da tamamlayıcı hizmetleri ve katkı paylarını karşılayan özel sağlık sigortalarının sınırlı bir rolü vardır. Fransa sağlık hizmetlerini finanse etmek için ayrıca gelir vergisi, ilaç vergisi ve alkol-tütün vergilerini kullanmaktadır. Polonya ve Macaristan'daki sağlık sistemleri temel olarak ücretlerden yapılan kesintiler ile finanse edilmektedir.

Tayvan'ın genel Ulusal Sağlık Sigortası (National Health Insurance - NHI)'nın temel finansman kaynağı -sigortalılar ve işverenleri tarafından verilen- prim gelirleri ve devlet sübvansiyonlarıdır. NHI'nin 2001 takvim yılı gelirlerinin analizi yapıldığında; gelirlerin %40'ının doğrudan sigortalılardan, %32'sinin özel işverenlerden geldiği görülmektedir. Gelirlerin kalan %28'i ise ulusal ve yerel hükümetlerden, hem kamu çalışanları için işveren primi olarak hem de genel vergi gelirlerinden yapılan sübvansiyonlar olarak, gelmektedir.

#### **4.4.3 Sigorta Kapsayıcılığı**

Avustralya'da; devlet sağlık sigortası sistemi olan "Medicare" yoluyla, ödeme gücüne bakılmaksızın herkese sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı verilmektedir. İlave özel sağlık sigortası isteğe bağlıdır ancak vergi kolaylıkları aracılığıyla teşvik

edilmektedir. 2001 yılı verilerine göre nüfusun %45'inin özel sağlık sigortası bulunmaktadır. Fransa'da yasal olarak ikamet eden tüm bireyler kamu sağlık sigortasının kapsamındadır. 2000 yılında çıkarılan Genel Sağlık Sigortası Yasası ile birlikte, istihdama dayalı sigorta kapsamında olmayan küçük bir nüfus kesimi de yasal ikamet hakkı çerçevesinde kamu sigortası kapsamına alınmıştır. Üç temel sağlık sigortası programı nüfusun %96'sını kapsamaktadır. Bunların içinde en büyüğü olan Çalışanların Sigortalanması İçin Ulusal Fon ( National Fund for the Insurance of Employed Workers) nüfusun yaklaşık %83'ünü kapsamaktadır. Nüfusun sigortasını seçme hakkı yoktur. Fransa'da yaşayan herkes mesleki durumlarına ve ikamet ettikleri yere göre bir sağlık sigortası programı ile ilişkilendirilmektedir. 2000 yılı verilerine göre nüfusun %86'sının ek bir (tamamlayıcı) isteğe bağlı sağlık sigortası bulunmaktadır. Hastalar özel olarak ya da hastane polikliniklerinde çalışan herhangi bir genel pratişyene veya uzman hekime sevke gerek olmadan ve sayısal açıdan herhangi bir kısıtlama olmadan başvurabilirler.

Tayvan'da sağlık sigortasına kayıtlı olan kişilerin sayısı Ulusal Sağlık Sigortası öncesi %60'ın altında iken 1995 yılında bu programın uygulamaya başlanmasının hemen ardından %92'ye çıkmıştır. 2001 verilerine göre kapsama oranı %96'dır ve hizmet sunucuların %90'dan fazlası programa katılmaktadır. Polonya'da işsizler dahil herkes sigorta kapsamındadır ve işsizlerin katılım payları devlet bütçesinden karşılanmaktadır. Macaristan'da nüfusun tamamına yakını sigorta kapsamındadır. Meksika'da genel sağlık sigortası bulunmamaktadır. Ayrıca, PROGRESA programı yoksulları "şartlı" nakit transferi (eğer belirli koşullara uyarlar ve belirli bazı hizmetleri kullanırlar ise yoksul ailelere sağlanan negatif bir vergi) kapsamında ele almaktadır.<sup>11</sup>

Program kapsamına Meksika nüfusunun %20'si dahil olmuştur ve program bu grup için toplam gelirlerinin %20'sini temsil etmektedir. Sağlık için; eğer aile bireyler (özellikle anneler ve çocuklar) yılda belirli bir sayıda muayene olurlarsa kendilerine ödeme yapılmaktadır. Program sayesinde okullarda kayıt oranı yükselmiş, çocuk beslenme bozuklukları seviyelerinde ve hastalıklarında düşme görülmüş ve genel olarak yoksulluk azalmıştır. PROGRESA programı fakir aileleri belirlemek için iki aşamalı bir yöntem kullanmaktadır: ilk aşama nüfus sayımından topluluğun belirlenmesi, ikinci aşama ise temsili ortalama testleridir (proxy means test).

---

(11) PROGRESA;"Programa de Educación, Salud y Alimentación" yerine kullanılan bir kısaltmadır - Türkçesi, "Eğitim, Sağlık ve Beslenme Programı".

#### 4.4.4 Tedarik

Avustralya finansman ve tedariki sistematik olarak ayırmaktadır. Farklı ödeme yöntemleri mevcuttur: Muayenelere geriye dönük olarak ödeme yapılır, ilaç fiyatları düzenlemeye tabidir, hastanelere prospektif ödeme yapılır, hasta bakım evlerine ise gün başına ödeme yapılır. Ayakta ve birinci basamak hizmetler için “Medicare” Teminat Paketi tarafından bir fiyat listesi oluşturulur ve federal hükümet bu listeye göre sağlık teminatlarının ödemesini yapar. Genel pratisyenlere hizmet başına ödeme yapılır ve hastalara doğrudan fatura kesebilirler. Hastane hizmetleri için federal hükümet, kamu hastanelerine aktarılmak üzere eyaletlere prospektif ve blok halinde ödenek (performans ölçümlerine tabidir) tahsis eder.

Polonya; hastanelere ve kliniklere yönelik olarak, maliyetleri piyasa fiyatlarına göre hesaplayan ve sermaye değer kayıplarını da içeren yeni bir standart maliyet muhasebesi sistemi de dahil olmak üzere, yeni bir bilgi sisteminin geliştirilmesi ve kullanılması için harekete geçmiştir. Hastaya dayalı -kaynak kullanımının ve herbir hastalık episodunun analizine imkan veren, hastayı sağlık hizmetleri sisteminin farklı düzeylerinde izleyebilen - yeni bir kayıt sistemini deneme aşamasındadır. Bu çabalar; bazı ülkelerde hastane etkinliğini oldukça artırıcı etkileri kanıtlanmış olan Teşhise Dayalı Hastalık Sınıflandırması (DRG) türü bir ödeme sisteminin geliştirilmesini kolaylaştıracaktır.

Tayvan’da, hizmet sunucuların maliyetlerini kontrol altında tutmalarını teşvik amacıyla, hizmet başına ödeme yapısını tamamlamak üzere vaka ödemesi ve genel bütçeleme unsurları da devreye sokulmuştur. Yine sunucuların etkinliğini ve maliyet-etkililiğini artırıcı bir önlem olarak vaka başına prospektif ödeme sistemi tedricen uygulamaya dahil edilmiştir. Hizmet başına ödeme ve vaka başına ödeme sistemlerine ek olarak; dış sağlığı hizmetleri, Çin tıbbı ve hastane hizmetleri için sabit bütçeler uygulanmaktadır. Sabit bütçeleme, hizmet sunuculara maliyet kontrol olanakları sağlayarak sağlık hizmeti maliyetlerinde daha yavaş bir artış olmasına yol açacaktır. Halen pilot projelerle, kişi başı ödeme yöntemini kullanmanın fizibilitesi ölçülmektedir. Ayrıca sunucu ödemelerinin seviyesini belirleme ölçütünün bir parçası olarak, hasta bakımı sonuçlarını kullanmanın fizibilitesine yönelik pilot projeler vardır.

AB’ye yeni giren ülkelerde farklı tedarik mekanizmaları mevcuttur (Tablo 15). Bu ülkelerin bir çoğu hastaneler için sabit bütçeler kullanırken bazıları günbaşına

ödeme (Slovenya ve Letonya), yatış başına ödeme (Polonya) ve DRG (Macaristan) yöntemlerini denemektedirler. Ayakta tedaviler için en sık kullanılan geri ödeme yöntemi kişi başı ödemedir.

**Tablo 15. AB'ye Yeni Katılan Ülkelerde Temel Tedarik Yöntemleri**

Hizmet Sunucu	Birinci Basamak Hizmetleri	Ayakta Uzman Hekim Hizmetleri	Yatarak Tedavi Hizmetleri
Bulgaristan	Kişi Başına	Maaş	Bütçe
Çek Cumhuriyeti	Kişi Başına	Sınırlı Hizmet Başına Ödeme	Bütçe
Estonya	Kişi Başına ve Hizmet başına	Sınırlı Hizmet Başına Ödeme	Gün Başına
Macaristan	Kişi Başına	Sınırlı Hizmet Başına Ödeme	DRG (758 kategori)
Slovakya	Kişi Başına	Maaş ve Hizmet Başına Ödeme	Bütçe
Slovenya	Kişi Başına	Maaş	Gün Başına
Letonya	Kişi Başına ve Hizmet Başına	Maaş ve Puanlama	Gün Başına
Litvanya	Maaş ve kişi başına	Maaş ve Hizmet Başına Ödeme	Vakaya Göre
Polonya	Kişi Başına	Sınırlı Hizmet Başına Ödeme	Yatış Başına
Romanya	Kişi Başına ve Hizmet Başına	Sınırlı Hizmet Başına Ödeme	Genel Bütçe

*Kaynak: Dünya Bankası (2003).*

#### **4.4.5 Daha Özerk Kamu Hastanelerinin Potansiyel Faydalarına Dair Bir Örnek - Polonya**

Polonya; kamu hastanelerine daha fazla özerklik verilmesinin sağlayacağı yararlar hakkında iyi bir örnek teşkil etmektedir (Sağlık Hizmetleri Sistemleri İçin Avrupa Gözlemevi 1999). Polonya'da zorunlu sağlık sigortasının uygulanmaya başladığı gün olan 1 Ocak 1999'da tüm kamu sağlık kuruluşlarına da özerklik tanınmıştır. Özerk hastanelere kurumsal olarak çok sayıda sözleşme yapma, yatırımlar için

gelir kaynağı yaratma ve kullanma yetkileri yasal olarak kazandırıldı. Artık borçlanmak (kısa vadeli kredi), gelirlerini yatırıma dönüştürmek veya personel harcamaları dahil bütçe kalemleri arasında kaydırma yapmak için Sağlık Bakanlığı onayına ihtiyaç duymamaktadırlar (Dünya Bankası 2003). Geleneksel olarak kamu hastane yöneticilerinin, belirli sınırlar içinde, bireyleri işe alma, işten çıkarma, terfi ettirme yetkileri vardı. Özerk hastane modelinde ayrıca kadro sayılarını ve maaş düzeylerini belirleme yetkisi de tanınmıştır.

Polonya'daki kamu hastanelerinden seçilen bir grup üzerinde yapılan analizler, daha fazla özerkliğin; daha çok sayıda tıbbi ve gayri-tıbbi hizmetlerin kullanıma alınması, ek gelir oluşturmak için çok sayıda yeni programın başlatılması, etkinliği artırmak üzere daha az personelle çalışılması, kurumsal borçların azalması, daha fazla hasta çekebilmek için tesislerin fiziki yapılarında ve idari süreçlerde düzeltme çabalarına girişilmesi gibi birçok olumlu gösterge ile ilişkisi olduğunu göstermiştir (Campbell, Chawla ve ark. 2000). Ancak araştırma; daha fazla özerkliğin, programın savunucularının ümit ettiği üzere daha gelişmiş finansal yönetim uygulamalarının kullanımını sağladığına yönelik bir ilişkiyi kuramamıştır.



B Ö L Ü M

TÜRK SAĞLIK SİSTEMİ İÇİN  
BİR EYLEM PLANI





## 5. TÜRK SAĞLIK SİSTEMİ İÇİN BİR EYLEM PLANI

### 5.1 Genel Sağlık Sigortası ve Bütünleştirilmiş Bir Kamu Sağlık Sigortası Programı

- Türkiye'nin mevcut çok parçalı sağlık finansman yapısı; ücret ve/veya gelir seviyesine dayalı primlerle finanse edilen ve genel vergiler kanalıyla desteklenen bütünleştirilmiş bir kamu sağlık finansman sistemi ile değiştirilmelidir. Sosyal güvenlik açısından sağlık sigortası programlarının (ES, SSK, ve Bağ-Kur) mevcut rolleri, Yeşil Kart uygulaması ve Sağlık Bakanlığı'nın sağlık finansmanı işlevleri tek bir kamu ödeme kurumu - genel sağlık sigortası (GSS) - altında toplanmalıdır. Sadece askeri sağlık hizmetleri sistemi bu oluşumun dışında bırakılabilir.
- GSS tüm nüfus için zorunlu olmalı ve finansmanında ücretlerden ve/veya gelirlerden alınan primler ile genel vergiler birlikte kullanılmalıdır. Primler aşamalı olmalı; belirlenecek bir gelir seviyesinin altında kalan hak sahipleri prim ödememelidir.
- Kamu ve özel sağlık sigortaları için düzenleyici bir kurul oluşturulmalıdır. Bu kurulda GSS, Sağlık Bakanlığı, Hazine, özel sağlık hizmet sunucuları, özel sigortacılar ve tüketiciler temsil edilmelidir. Bu kurul özel sigortacılar tarafından teklif edilen teminat paketlerini ve prim miktarlarını kontrol etmeli, sigortacılar ve hizmet sunucular arasındaki sözleşmeleri kolaylaştırmalı ve tüketici şikayetlerini incelemelidir.
- GSS kapsamında standart bir teminat paketi tanımlanmalı ve bu paket aktüeryal açıdan tutarlı olmalıdır. GSS tarafından teminat altına alınan hizmetler kapsamında; muayeneler, kadın hastalıkları, gebelik ve aile planlaması hizmetleri, doğumlar, sağlam çocuk muayeneleri, bağışıklamalar, acil hizmetler, hastane yatışları, cerrahi girişimler, kemoterapi ve ışın tedavisi, cerrahi sonrası evde bakım, ruh sağlığı ve madde bağımlılığı, rutin göz muayeneleri, işitme gereçleri, laboratuvar hizmetleri, röntgen ve reçeteli ilaçlar (varsa jenerik ilaçlar) yer almalıdır.
- Teminat paketinin alınabilirliğini, prim seviyelerini ve zaman içinde GSS'nin kullanabileceği finansman durumunu belirlemek için bir aktüerya çalışması yapılmalıdır. Bu çalışma; Türkiye'deki ana sağlık hizmet sunucularına belirli sağlık hizmetlerinin sunulmasındaki gerçek maliyetleri göstermek amacıyla, dolaylı maliyetleri de dikkate alan faaliyet bazında maliyetlendirme tekniklerinin kullanıldığı derinlemesine bir maliyetlendirme bileşeni içermelidir. Aktüerya çalış-

ması tamamlandıktan sonra, yukarıdaki paragrafta önerilen paket doğrultusunda maliyet-etkililiğe ve koruyucu hizmetlere öncelik verilerek temel teminat paketi tanımlanmalıdır.

- GSS hak sahipleri (en sonunda tüm nüfus) bu hizmetlerden hem kamu hem de özel sunucular kanalıyla yararlanabilmelidir.
- Malüllük, emeklilik ve hayat sigortaları da dahil olmak üzere uzun dönemli sigortalar idari yönden GSS fonlarından ayrı tutulmalıdır.

## **5.2 Sağlığa Ayrılan Kaynakların Artırılması**

- Türkiye; hem kamu hem de özel sektörde sağlık hizmetlerine çok daha fazla finansman sağlamak durumundadır. Kişi başı 112\$ veya 202\$ arasında ölçülen toplam sağlık harcamaları yetersizdir ve sosyo-ekonomik açıdan benzer konumda olan ülkelere göre çok düşüktür. Özellikle, kamu harcamalarında verimliliğin artması gerekmektedir. Sağlık Bakanlığı sağlık harcamalarının yaklaşık %78'i maaşlara gitmektedir ve SSK hastanelerinde de benzer bir durum söz konusudur.
- Sağlığa daha fazla kaynak aktarılması ihtiyacı zamanla daha belirgin hale gelecektir. Sağlık hizmetleri sisteminin finansal sürdürülebilirliği önemlidir. Türkiye'nin bağımlılık oranı (%51.5) AB ülkeleri ile karşılaştırıldığında yüksektir ve henüz 15-44 yaş grubunda olan büyük nüfus dilimi yaşlandıkça bu durum daha da kötüleşecektir. Eğer mevcut emeklilik yaşı sınırı korunursa, önümüzdeki 10-15 yılda Türkiye'de emeklilik fonları, sosyal güvenlik ve kamu sektörü yardım programları konusunda ciddi sıkıntılar başgösterecektir.
- Kamu sağlık finansmanında sağlanacak artış yeni kaynaklardan elde edilmelidir. Bu amaçla, kamu borçlarının artırılması, önerilen bir seçenek değildir. Sağlık sistemi için önerimiz; ücrete dayalı zorunlu prim ödemesi ve ek olarak genel vergi gelirlerinden yapılan devlet sübvansiyonunun birlikte olduğu finansman modelidir. Önerilen teminat paketi, teknolojik gelişmelere bağlı olarak sağlık harcamalarında gelecekte beklenen artış ve demografik değişiklikler açısından, ücretlerden yapılan kesintinin aktüeryal olarak tutarlı bir seviyede olması gereklidir. Ayrıca, GSS'nin finansmanı, Türkiye'deki özel sektörün ekonomik etkinliğine gereksiz bir yük ilave etmemelidir. Genel vergi gelirlerinden yapılan devlet sübvansiyonu; primlerden ve maliyet paylaşımı katkı paylarından muaf olacak nüfus gruplarının, bu prim ve katkı paylarını ve ayrıca GSS programı tarafından kapsanmayan önemli halk sağlığı işlevlerinin idaresini ve yürütülmesini karşılayacak düzeyde olmalıdır.

- Kısmen yetersiz miktarlardaki finansmana bağılı olarak, Türkiye'deki sağıık harcamalarının seyri, önemli ve oldukça etkili halk sağıığı programlarının yetersiz finansmanı ile sonuçlanmaktadır (tahsis verimliliğı sorunları). Kamu sağıık harcamalarının önemli bir kısmının maaşlara ve ilaçlara gitmesi nedeniyle, Türkiye sağıık sisteminde koruyucu ve gerekli tedavi edici hizmetlere ayrılan pay çok sınırlıdır. Sağıık için yapılan toplam harcamalardaki kamuya ait koruyucu hizmetlere yönelik pay 1996'da %12.1 iken 2001'de %6.3'e düşmüştür.
- Türkiye; Fransa, Polonya, Macaristan ve Tayvan modellerini dikkate alarak sağıık sistemini temel olarak ücretlerden alınan primler ve bunu destekleyecek genel vergilerle finanse edebilir. Sosyal güvenlik reformu için hazırlanan kanun taslağı, yaklaşık %6.5'i işveren, %6'sı çalışan tarafından ödenmek üzere, sağıık için %12,5'lik bir prim öngörmektedir. Bu tip bir sistemle bile; kendi adına çalışanların işveren katkı payları, kayıtdışı çalışanlar ve işsizler ile bunların ailelerini kapsamak üzere başka finansman kaynaklarına ihtiyaç olacaktır.

### **5.3 Özel Sağıık Sigortalarının Rolü**

- İsteğe bağılı özel sigortalar; ek imkanlar sunabilir, GSS'nin maliyet-paylaşımı düzenlemelerini (muafiyetler, katkı payları ve paralel sigorta gibi) karşılayabilir ve GSS teminat paketi kapsamında olmayan teminatları kapsayabilirler ancak kamu teminat paketinin içinde yer alan teminatları sunmamalıdır.
- GSS'nin tüm toplumu kapsayacağı zamana kadar geçen bir başlangıç döneminin ardından, dileyenlerin sistemden çıkabilmelerine ve esas sigortaları olarak özel sigorta yaptırmalarına imkan tanıyan bir seçeneğın de düşünülmesi önerilmektedir. Böylece halen hem kamu hem de özel sigortası olanların aynı teminatlar için mükerrer prim ödemeleri örneğında olduğı gibi, bu kişilerin GSS primi ödemeleri gerekmeyecektir. Özel sağıık sigortasının, bu raporda bahsedilen temel teminat paketini sunacağı için, temel sigorta yerine geçeceği böyle bir durumda düzenleme mekanizmaları ile GSS havuzunun gelir kaybını telafi edecek finansman mekanizmalarına önem verilmesi gerekecektir.

### **5.4 Maliyet Paylaşımı Düzenlemeleri**

Türkiye'de uygulanmakta olan tüm sağıık sigortası programları, Yeşil Kart uygulaması istisna olmak kaydıyla, bir şekilde hasta katkı payı veya maliyet paylaşımı unsurunu içermektedir. Tüm sağıık kuruluşlarında alınacak ücretler Maliye ve Sağıık Bakanlıkları ile TTB tarafından belirlenmektedir. Örneğın; SSK hastaları ayakta

tedavi hizmetleri için %20 katkı payı öderken yatarak tedaviler için katkı payı ödemezler. Özel sağlık poliçeleri değişkenlik göstermektedir ancak genel olarak ayakta tedaviler, doğum hizmetleri ve ilaçlar için %20'lik katkı payı içerirken yatarak tedaviler için katkı payı yoktur.

- Maliyet paylaşımı düzenlemeleri; sağlık hizmetleri sisteminin akılcı kullanımını teşvik amacıyla katkı paylarını ve muafiyetleri de içermelidir. Bu katkı payları ödeme gücü olmayanlardan alınmamalıdır.
- Katkı payı ödeyemeyecek olanların belirlenmesi için bir sistem oluşturulmalıdır. Devlet, her vatandaşa tek bir kimlik numarası vermeyi planlamıştır. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın hazırlamış olduğu kanun taslağında da belirtildiği gibi, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın bünyesindeki Sosyal Hizmetler ve Sosyal Yardım Kurumu bu konuda çalışarak prim ve katkı paylarını ödeyecek durumda olmayanların tespiti için objektif kriterlere dayalı bir sistem oluşturmalıdır.

## **5.5 Hizmet Sunucu Ödemeleri**

Sağlık Bakanlığı ICD 10'u tercüme ettirmiş ancak henüz tümüyle kullanıma sokamamıştır. Bilgi sistemleri birbirinden kopuktur. Emekli Sandığı ve Türk Eczacılar Birliği'nin ilaçlar için Dünya Bankası yardımı ve AB hibeleri katkısıyla geliştirilmiş ayrı pilot bilgi sistemleri vardır. Maliye Bakanlığı ve Hacettepe Üniversitesi; hizmetbaşına-ödeme sisteminden teşhise-dayalı-hastalık sınıflandırması (DRG) sistemine geçiş için pilot bir ödeme projesi uygulaması başlatmıştır. İlk sonuçların 2004 sonunda alınacağı düşünülmektedir. Bağ-Kur ve SSK'nın da hizmet sunucu ödemeleri için yürütmekte oldukları pilot projeler mevcuttur.

- Geniş bir hizmet sunucu ağı GSS tarafından kapsam içine alınana kadar, GSS ile kamu ve özel farklı hizmet sunucular arasındaki sözleşmeler sisteme yavaş yavaş dahil edilmelidir. Ödemeler, kaliteli hizmetleri teşvik edecek ve hizmetlerin gereksiz yere fazla sunumunu engelleyecek tarzda yapılandırılmalıdır.
- Hastane ve diğer hizmet sunucu ödemelerine yönelik olarak; teşhise-dayalı ödemeler için gerekli bilgi sistemleri yerini alana kadar geçiş döneminde, genel bir sınırlandırmaya tâbi sabit bütçelerin kullanılacağı, teşhise-dayalı-ödeme sistemi önerilmektedir. Bu ödemelere ait, yukarıda belirtilen aktüeryal ve maliyet çalışmalarına dayanarak, uygun seviyeleri belirlemek üzere bir komisyon oluşturulmalıdır. DRG'leri oluşturmak için hem bir ana teşhis hem de diğer teşhislerin olması gerekecektir.

- İl düzeyinde, ayakta tedavi hizmeti veren hekimler için; başlangıç aşamasında genel sınırlamaya tâbi hizmet-başına-geri ödeme yönteminin kullanılması önerilmektedir. Gerekli bilgi sistemleri devreye girdikten sonra, yine il düzeyinde genel sınırlamaya tâbi olarak, ayakta verilen hizmetler için kişi başına geri ödeme sistemine geçilmesi uygun olacaktır. Uzman hekimlere, hastane dışı ayakta tedavi hizmetleri için hizmet başına ödeme modeli devam ettirilmelidir.
- GSS; taleplerin işleme sokulması ve değerlendirilmesi, gereksiz tedavileri izlemek için hizmet sunucu profillerinin çıkarılması, pahalı ve karmaşık tedavi gerektiren hastaların vaka yönetimi gibi işlemlere yönelik hizmetleri, Tarafsız Kurum Yönetimi (Third Party Administrators - TPA) için yapılacak sözleşmeler yoluyla özel sektörden temin etmeyi de değerlendirmelidir.

## **5.6 Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Kamunun ve Özel Sektörün Roller**

Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi için gerekli fırsatlar, çıkarlar ve kaynaklar ülke geneline dengesiz olarak dağılmıştır. Başarılı bir özelleştirmenin, yatırımcıların çıkarları ile hastaların çıkarları arasındaki potansiyel çıkar çatışmalarına, gereksiz ve yetersiz tedavilere yönelik potansiyel ters dürtülere (sigorta etkisi=insurance effect) çözüm getirmesi gereklidir (Forde ve Malley 1992). Devlet; sağlık hizmetlerinin sunumunu, sübvansiyonunu ve düzenlemesini içeren mekanizmalar yoluyla; daha iyi rekabet koşullarının sağlanması, finansal ve idari performansın geliştirilmesi için özelleştirmeden faydalanabilir. Sözleşmeler yoluyla riskler özel sektörle paylaşılırken kamunun kontrolü devam edebilir.

- Yalnız başına piyasa koşulları ulusal sağlık hizmetleri hedeflerini gerçekleştirmez; bu yüzden devlet, piyasanın düzenleyicisi ve kuralların yaptırımcısı olarak önemli rolünü devam ettirmelidir. Kamu sektörü, hizmeti sunan değil hizmetin bedelini ödeyen konumda olmalı ancak kırsal, yoksul ve diğer sıkıntılı nüfus kesimlerine ulaşılabilir ve kaliteli sağlık hizmetinin mutlaka temini için sağlık sektörünün işleyişine yönelik gerekli ortamı oluşturmalıdır.
- Kamu sektörü, kamu sigortacılığını tek bir GSS çatısı altında birleştirmelidir. Özel sektör tamamlayıcı sağlık sigortası sunmalı, "Sağlık İşletmeleri"ni işletmeli ve yönetmelidir. Vizyon; temel sağlık hizmetlerinin, gereksiz hastane kullanımını azaltacak bir ayaktan sevk sistemini de içerecek şekilde, kamu ve özel sektör tarafından birlikte sunuluyor olmasıdır.

- Devlet tüm vatandaşlarını kapsayan bir Temel Teminat Paketi'ni temin ederken, piyasa koşullarının hizmet sunumunda yetersiz kalması durumunda bir güvenlik önlemi olarak hastane hizmetlerini izlemeye ve sunmaya devam etmelidir.

## **5.7 Temel Sağlık Hizmetlerinin Güçlendirilmesi**

- Türkiye'deki temel sağlık hizmetlerinin multidisipliner grup çalışması modelinin uygulanarak güçlendirilmesi önerilmektedir. Bu yaklaşımda; kamuya ait sağlık ocakları Birinci Basamak Grup Çalışması (BBGÇ) Merkezlerine dönüşmeli, bu merkezlerde tercihen sertifikalı Birinci Basamak Hekimleri (BBH), birinci basamak eğitimi almış hemşireler ve destek personeli bulunmalı ve çalışanların sayıları hizmet verilen bölgedeki nüfusa bağlı olmalıdır (BBH eğitimi ve sertifikalandırma konuları için Bkz. Kısım 5.9, İnsan Kaynakları).
- BBGÇ Merkezlerinin ana işlevleri; en yaygın kronik hastalıkların yönetilmesi (hastalık yönetimi), bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve tedavisi, bağışıklama, ana ve çocuk sağlığı hizmetleri, aile planlaması, halkın sağlık eğitimi, toplum ve okul bazlı sağlığı geliştirici faaliyetler, tıbbi kayıtların tutulması ve sağlıkla ilgili istatistiki verilerin toplanması da dahil olmak üzere birinci basamak hizmet seviyesine uygun vakaların teşhisi ve tedavisi olmalıdır. İstenildiği takdirde bunların arasına diş sağlığı ve ruh sağlığı hizmetleri de eklenebilmelidir. İdeal olarak bu merkezler hizmetlerini, hizmet verdikleri toplulukların özel ihtiyaçlarına ve önceliklerine cevap verebilecek tarzda uyarlayacaklardır. BBGÇ merkezleri 24 saat çağrıya cevap verebilecek kapasitede olmalıdır. Uygun hastanelerle ve hizmet bölgesindeki diğer sağlık hizmet sunucularıyla sevk anlaşmaları tesis edilmelidir.
- BBGÇ merkezinde mümkün olduğunca, birinci basamak sağlık hizmeti eğitimi almış hemşirelerin ve diğer yardımcı personelin yanısıra sorumlulukları paylaşan en az iki hekim bulundurulmalıdır. Grup çalışması merkezlerinin; yalnız başına çalışan hekimlere oranla kapsadığı kişi sayısı, mesleki dayanışma, iş ortamının ve klinik altyapının paylaşılması ve mali sürdürülebilirlik açılarından bir çok avantajı vardır (Hough 2002). Genel olarak, tek çalışan hekimlere oranla, daha kolay ulaşılabilir ve daha kaliteli hizmet sunabilirler.
- Mevcut durumda birçok hasta, hatta kırsal bölgelerde bile, hizmet almak için ilk başvurularını sağlık ocaklarını atlayarak, daha kaliteli hizmet verildiğini düşündükleri (hastane poliklinikleri gibi) ortamlarda yapmaktadırlar. Bu eğilim, daha az sayıda, personeli yeterli, daha iyi donanımlı merkezlere talep olacağı-

nı düşündürmektedir. Bu merkezlerin sayısına ve yerlerine karar verilirken; ulaşılabilirlik (hastaların seyahat etmeleri gereken mesafe açısından), merkezin faaliyetlerinin verimlilik potansiyeli ile her bir merkezin sunabileceği hizmetlerin kapsamı ve kalitesi dikkate alınmalıdır.

- BBGÇ Merkezlerinin fonları, buldukları yere bağlı olarak, temeli kişi başı ödeme sistemi olmak üzere, kamu ve özel finansman kaynaklarının çeşitli karışımlarından oluşabilmelidir. Başlangıç aşamasında, finansman il sağlık müdürlükleri veya belediyeler kanalıyla GSS tarafından sağlanmalı ve ödeme gücü olan hastalardan alınacak muayene ücretleri ile desteklenmelidir. BBGÇ hekimleri; maaşlı kamu personeli, sözleşme ile çalışan bağımsız özel hekimler ve/veya sözleşme ile çalışan özel hekim gruplarının karışımından oluşabilir.
- Sigortalı sayısı arttıkça; birinci basamak sağlık hizmetleri için BBGÇ'ye üye olan hastalar için yapılacak ödemeler, sigortalılarla yapılan kişi-başı sözleşmeler yoluyla gerçekleştirilebilir. Ödemeler; grupların vaka bileşimine (yaş ve cinsiyet) veya hizmet sunulan bölgeye göre ayarlanabilir. BBGÇ merkezleri ayrıca; toplum ve okul bazlı hizmetler ve özel nüfus gruplarına verilecek hizmetler için yerel, bölgesel veya ulusal düzeyde kamu ödeneklerine veya özel sözleşmelere ihtiyaç duyacaklardır.
- BBGÇ merkezlerinin mülkiyeti değişkenlik gösterebilir; özellikle kırsal alanlardaki bazı merkezlerin mülkiyeti kamuda kalırken diğerleri (gerekli yasal çerçeve hazırlandıktan sonra) özel, kâr amacı gütmeyen tüzel kişilikler olarak yapılandırılabilirler. Kentsel alanlarda birçok özel kliniğin, özel mülkiyete ait BBGÇ merkezlerine dönüşeceği beklenmelidir. Tüm BBGÇ merkezlerinin ruhsatı bulunmalı ve bölgelerindeki Kamu Sağlığı Merkezi'ne (bkz. alt paragraf) bildirimde bulunmaları zorunlu olmalıdır.
- Ayrıca her ilçede; BBGÇ hizmetlerine yönelik hasta şikayetlerinin incelenmesi de dahil, BBGÇ'nin eşgüdümü ve izlenmesi amacıyla bir Kamu Sağlığı Merkezi kurulması önerilmektedir. Kamu Sağlığı Merkezleri ayrıca veri toplanması ve epidemiyolojik sürveyans, yaygın sağlık taramaları dahil olmak üzere büyük çaplı toplum sağlığı programları ile bağışıklama kampanyaları ve çevre sağlığı programlarının planlamasından ve eşgüdümünden, ayrıca doğal afetler veya diğer olağanüstü olaylar karşısında gerekli hizmetlerin zamanında verilmesi için il veya ülke genelinde hazırlık çalışmalarının planlanmasından ve eşgüdümünden de sorumlu olacaklardır. AB normlarına uyum sağlayabilmek açısından Türkiye'de bu faaliyetlerin güçlendirilmesi gereklidir.

- İş güvenliği ve kamu sağlığı altyapısının devamlılığının ve sürdürülebilirliğinin sağlanması açısından Kamu Sağlığı Merkezleri'nde görev yapanlar Sağlık Bakanlığı personeli olmalıdır. Personel; yönetim, epidemiyoloji, planlama, kriz yönetimi, halk sağlığı eğitimi ve diğer ilgili konularda özel eğitim almış hekimler, hemşireler ve diğer sağlık çalışanlarından oluşmalıdır. Bu eğitimler yüksek lisans seviyesinde uygun programlar veya hizmet-içi sertifika eğitim programları yoluyla verilmelidir.

## **5.8 Kamu Hastanelerinin Daha Fazla Özerklik Verilerek Güçlendirilmesi**

Türkiye'de uygun bir ya da birden fazla özerk kamu hastanesi modelini işlevsel hale getirmek için öncelikle bölgesel/yerel yöneticilere ve hastanelere daha büyük sorumluluk vermek amacıyla, karar verme süreçlerinin nasıl paylaşılacağı konusunda mutabakat sağlanmalıdır. Bölgesel/yerel yönetimlere verilecek ya da özerk/yarı özerk hastane yönetimlerine aktarılacak karar verme yetkilerinin içerdiği karar türlerini gösterir bir matris Ek 6'da yer almaktadır. Örneğin bir modelde; bu karar türlerinin birçoğu yerel hastane (belki içinde toplum temsilcilerinin de yer aldığı) kurullarına veya üst düzey yöneticilerine delege edilirken; sağlık hizmetlerinin planlama yetkisi, malzeme, kaynak planlaması, bütçeleme (İhtiyaç Belgesi sürecine benzer şekilde) ve hastane çıktıları hakkında rapor yetkisi il seviyesinde kullanılabilir. Burada önemli olan husus, sadece tek bir karar verme modeli üzerinde anlaşma sağlanmasının gerekli olmadığıdır.

- Kamu hastanelerine daha fazla özerklik verilmesine yönelik birkaç seçeneğin denenmesi ve ülke geneline yaygınlaştırılması, en uygun modellerin belirlenmesi için pilot uygulama projeleri oluşturulması önerilmektedir.
- Bu konularda ilerleme sağlanabilmesi için uygun yasal çerçevenin tamamlanması, hastane yönetim kurullarının oluşturulması ve eğitilmesi, uygun hastanelere yetkilerin düzenli bir şekilde devri için politikaların ve süreçlerin geliştirilmesi gerekli olacaktır.
- Her hastane yönetim kuruluna finansman ve bütçeleme, yasal konular ve düzenlemeler, işletme, tıp ve hemşirelik hizmetleri konularında uzmanlığı olan bireylerin dahil edilmesi önerilmektedir. Kurul üyeleri arasında yerel toplumdan temsilciler de bulunmalıdır.
- Bu stratejinin başarısı aynı zamanda, hastanede yönetici konumundaki kişilerin ilave eğitim almalarına ve hatta yeni hastane kurulu üyelerinin de sorumluluk



alanları ile ilgili eğitimden geçmelerine bağlıdır. Bu konu, çok yönlü bir stratejiyi gerektirecektir.

## 5.9 İnsan Kaynakları

Türkiye'deki temel sağlık hizmetleri altyapısının geliştirilmesine yönelik herhangi bir yaklaşımın temel unsuru, hem yeni mezun hem de halen çalışmakta olan pratisyen hekimlerin birinci basamak ve koruyucu hizmetleri yüksek kalitede sunabilecek bilgi ve becerilere sahip olmalarını sağlamak olmalıdır.

- İlk olarak, hükümetin *Sağlıkta Dönüşüm Programı*'yla da yapmayı düşündüğü gibi, uzmanlık öncesi dönemdeki eğitim programları temel sağlık hizmetlerinin sunumu için gerekli olan bilgi, beceri, değer ve yaklaşımları kazandıracak şekilde yeniden tasarlanmalıdır. Müfredat kapsamında; ayaktan verilen hizmetlerde en sık karşılaşılan durumlarla ilgili bilgiler, hastalıktan korunma ve halk sağlığı kavramları, pratisyen hekimlik düzeyinde birinci basamak hizmeti verebilecek beceriler, yönetim becerileri ve iletişim becerileri yer almalıdır.
- Tıp fakültesi öğrencilerine öğrenimleri sırasında mümkün olduğunca erken bir dönemden itibaren birinci basamak koşullarında gözlem yapma ve öğrenme fırsatı verilmelidir. Bu uygulamalı eğitim fırsatlarının tıp eğitimi programlarıyla ilişkilendirilmiş kalifiye Birinci Basamak Grup Çalışması Merkezleri (BBGÇ) tarafından sunulması uygun olacaktır.
- Tüm tıp fakültesi mezunlarının yeterli bilgi ve beceri sahibi olmalarının sağlanmasında temel unsur, Birinci Basamak Hekimleri (BBH) için bir sertifikasyon mekanizması işlevi görecektir. Ulusal bir sınav sistemi geliştirilmesidir. Böyle bir sınav Yüksek Öğretim Kurulu'nun veya üniversitelerin, Sağlık Bakanlığı ve Türk Tabipleri Birliği ve diğerlerini temsil eden bulunduğu yeni bir tüzel kişiliğin gözetiminde geliştirilip oluşturulacak bir Birinci Basamak Hekimliği Sınav Kurulu tarafından uygulanabilir.
- Bu kurul sınavı yoluyla sertifikaya olma fırsatı sadece aile hekimliği ağırlıklı programlardan yeni mezun olanlara değil, halen çalışmakta olan pratisyen hekimler ve çocuk, iç hastalıkları, kadın hastalıkları-doğum, genel cerrahi uzmanlarına ve birinci basamak sertifikasyonu isteyen diğer hekimlere de açık olmalıdır.
- Sertifikasyonu teşvik için; sertifikaya BBH'leri tarafından sunulan hizmetlere, sağlık sigortaları tarafından onaylanan farklı düzeyde ücretler ödenebilir.
- Halen çalışmakta olan pratisyen hekimlerin BBH sertifikası almalarını kolaylaştırmak için bir strateji geliştirilmelidir. Yeni geliştirilen tıbbi eğitim programları-

na paralel birinci basamak eğitim modülleri oluşturulması bir yaklaşım tarzı olabilir. Bu modüller; Sağlık Bakanlığı ve üniversitelerin de işbirliği ile Türk Tabipleri Birliği tarafından düzenlenip uygulanabilir. Modüllerin tasarımı, pratisyen hekimlerin BBH sertifika sınavına hazırlanmalarını sağlayacak şekilde olmalıdır. Eğer sınav konulara göre parçalı yapılabilecek ise, modüller de bu tarzda hazırlanabilir.

- Hemşirelik öğretim programları; deneyim kazanmaya daha fazla fırsat tanınarak ve müfredatında temel sağlık konularına ağırlık verilerek güçlendirilmelidir.
- Politika yapıcılarının değişik seviyelerdeki programlardan mezun hemşirelerin farklı becerilerini resmi olarak nasıl tanıyacaklarını ve ayrıca hemşirelerin hasta bakımı yönetiminde daha çok sorumluluk almalarına imkan sağlamak üzere hemşirelik uygulamaları düzenlemelerinde ne gibi değişiklikler yapılacağını dikkate almaları gerekir.
- Üst ve orta düzey sağlık hizmeti yöneticilerinin sağlık yönetimi ve liderlik eğitimlerini güçlendirmek amacıyla, halen Sağlık Bakanlığı ve bazı üniversiteler tarafından başlatılan girişimlerin daha da yaygınlaştırılması önemlidir. Bu eğitimler birkaç haftalık yoğun modüller şeklinde olabileceği gibi, hafta sonu seminerleri şeklinde de uygulanabilir. Bu eğitim programlarının müfredatında şu konular da yer almalıdır: stratejik yönetim, finansal yönetim, örgüt ve değişim liderliği, ekip kurma becerilerini de içeren insan kaynakları yönetimi, yönetim bilgi sistemleri, performans geliştirme kavramları ve becerileri, maliyet etkililik analizi, etkinlik ve verimlilik analizleri, çatışma yönetiminde beceri eğitimi ve iletişim.
- Sağlık hizmetlerinde liderlik ve yönetim için üniversite kaynaklı programlar daha da güçlendirilmelidir. Türkiye’de ve yurt dışında sağlık yönetimi eğitimi için devlet burslarına devam edilmeli ve uygulama genişletilmelidir.
- Ülke ve il düzeyinde, epidemiyolojik ve demografik verilere dayanan, daha iyi bir sağlık insangücü planlamasına ihtiyaç vardır. Devlet Planlama Teşkilatı, Yüksek Öğretim Kurulu ve Sağlık Bakanlığı arasındaki eşgüdümün güçlendirilmesi gereklidir. Uygulanabilecek stratejilerden biri; bu kurumlara ek olarak uygun meslek örgütlerinin de temsiliyle sağlık insangücü planlaması için yeni bir kurulun oluşturulması olabilir.

## 5.10 İlaçlar

Ulusal İlaç Kurumu'nun önderliğinde, Ulusal İlaç Politikası (UİP) oluşturulması önerilmektedir. İlaç endüstrisi büyük ve karmaşıktır, çok sayıda bakış açısını içerir ve hiç bir konum endüstrinin tamamını temsil etmez. Bu nedenle, UİP öncelikleri belirleyecek ve ilaçlara ulaşılabilirliğin artırılmasının yanısıra ilaçların kalitesini ve akılcı kullanımını güçlendirecek çabaların eşgüdümünü sağlayacaktır. Bu potansiyeli ortaya çıkarmak için; UİP'nin hükümetin desteğine, tercihen yasal düzenlemeler yoluyla, ihtiyacı olacaktır. UİP; ilaç ürünlerine yönelik politikaları, düzenlemeleri, ulaşılabilirliği ve finansmanı entegre edecektir.

UİP tek bir karara bağlı olarak ortaya çıkmaz, zamanla gelişir ve olgunlaşır. Bu unsurların entegrasyonu, kamu ve özel sektör arasında rol dağılımı ve her bir konuda hangi düzenleyici otoritenin yetkili olacağı konularında kararı Türkiye verecektir. Bu; Türkiye'nin sağlık sektörünü dönüştürme ve AB üyeliği sürecinde atılması gereken mantıklı bir adımdır. UİP'nin oluşturulmasına yönelik işleyecek şeffaf bir sürece, tüm tarafların temsilcileri katılmalıdır. Mevcut çok parçalı yapının ve net olarak tanımlanmış ulusal önceliklerin olmayışının ve bunların başarılması için gerekli bütünleşmiş destek eksikliğinin üstesinden gelinmelidir. UİP'nin ilaç üretimi, dağıtımı, finansmanı ve kullanımına yönelik entegre bölümleri olmalıdır.

Buna bağlı olarak, UİP oluşturulmasına yönelik süreç; hedeflerin belirlenmesi, önceliklerin tanımlanması, stratejilerin geliştirilmesi ve bağlılığın sağlanması için ilaç sektöründeki tüm ana tarafları içermelidir. Bu sürecin sonucunda ortaya çıkacak politikalar; yerli ilaç endüstrisinde kapasite artırımı gibi ekonomik politikaları da içerecek şekilde, sağlık sektörünün dışına çıkabilir. *Kamu ve özel sektörün ve çeşitli bakanlıkların (sağlık, maliye, sanayi ve ticaret) ve devlet kurumlarının (ilaç düzenleyici kurum gibi) rollerinin belirlenmesi açısından; tüm ilaç politikası hedeflerinin açık ve net olması çok önemlidir [Bu kapsamda düşünülmeli gereken diğer taraflar şunlar olabilir: hekimler, eczacılar, hemşireler, yerli ve uluslararası ilaç endüstrileri, meslek örgütleri, tüketici grupları, ....., il ve ilçe personeli, ....., devlet desteğindeki sağlık hizmeti programları ve sigorta şirketleri]* (WHO 2003).

AB'ye giriş açısından; Pan Avrupa Düzenleyici Forum'u (Pan European Regulatory Forum) tarafından oluşturulan ve AB'ye yeni giren ülkelere yönelik olarak kullanılan rehberde (PERF, 2004) tanımlanan tarzda bir süreç Türkiye için müzakere tarihi belirlenir belirlenmez başlatılmalıdır. PERF, AB'nin ilaç mevzuatı ve uygulama-

larıyla detaylı ve planlı bir uyum sağlayabilir. Bu arada, AB'ye girişe engel teşkil edebilecek; özellikle fikri mülkiyet hakları, veri imtiyazı ve ticareti zorlaştırıcı teknik sorunlar gibi alanlarda çalışmalar devam etmelidir.

UİP; "ilaca ulaşılabilirliğin" her unsurunu dikkate alacak şekilde dengeli oluşturulmalıdır:

- Genel Sağlık Sigortası (GSS) için temel ilaçların belirlenmesi: seçim kriterleri ulusal hastalık yapılarına, bilimsel verilere ve maliyet-etkililiğe dayanmalıdır. Temel ilaç listesi; UİP'nin düşünülmesi gereken bir unsur değil, bir önceliği olmalıdır.
- Temel ilaçların satın alınabilirliği: Temel ilaçlara ulaşılabilirliği artıracak fiyatlandırma politikaları, vergiler ve gümrük vergileri, çok kaynaklı ve tek kaynaklı ürünlerin satın alınması dahil olmak üzere, çok kapsamlı düşünülmelidir. Temel ilaçlar listesinde yer almayan ilaç ürünleri, her ülkenin kendi fiyatlandırma yöntemini oluşturmasına izin veren AB müktesabatına uyum kapsamında ele alınabilir.
- Finansman seçenekleri: İlaç ürünleri Türkiye'deki sağlık harcamalarının önemli bir kısmına karşılık gelmektedir ve bu nedenle de temel ilaçlar açısından GSS kapsamında yaygın bir ulaşılabilirliğe yönelik finansman ve mekanizmalar önem kazanacaktır. Vurgulanması gereken unsurlar arasında; öncelikli hastalıkların belirlenmesi, etkinliği artırıcı tedarik ve lojistik mekanizmaları, kamu ve özel sağlık sigortalarında reçeteli ilaçların kapsanmasını teşvik etmek ve hasta katkı paylarının sınırlı kullanılması gelir. UİP kapsamında belirlenen temel ilaçların Temel Teminat Paketi içindeki rolünün tanımlanmasının yüksek önceliği vardır. Bir başka öncelik ise ilaç bedellerinin ödenmesinde görülen gecikmelerin azaltılması olmalıdır.
- Kamu-özel arz sistemleri: Hammadde ve ilaç ürünlerinin; aşırı yatırım maliyetlerine, sapmalara veya stoksuz kalmaya yol açmayacak şekilde piyasada bulunabilmesini sağlamak için satın alma ve tedarik zinciri lojistiğine dikkat edilmesi gereklidir.
- İlaça yönelik düzenlemeler: İlaça yönelik düzenlemeleri yapan birim olarak Ulusal İlaç Kurumu; bilimsel bulguları, pazarlama öncesi sertifikaları, pazarlama sonrası bulguları, yan etki takibi (pharmacovigilance), pazarlama ve reklam konularını izlemelidir. Buna ek olarak, kalite teminatı ve yaptırımı için İyi Üretim Uygulamaları (Good Manufacturing Practices) dahil, tüm üretim tesislerini

denetlemeli, jenerik ürünlerin biyo-eşdeğerliliğine yönelik testleri ve sertifikasyonunu gerçekleştirmelidir. Bu düzenlemelerin yaptırım zorluğunu bertaraf etmek için Dünya Sağlık Örgütü; daha önce belirtilen gereksinimlere ek olarak yasalar, yönetmelikler, insangücü ve mali kaynaklar konusunda temel ihtiyaçların karşılanması ve bağımsız bir düzenleyici makam olması gerektiğini tavsiye etmektedir.

- Pazarlama sonrası yan etki takibi (pharmacovigilance); AB’de uygulandığı şekliyle (Eudra, 2004), ilaç ürünlerinin pazarlama sonrası izlenmesi için Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi’nin personel ve finansman açısından desteklenmesini gerektirecektir.
- Akılcı ilaç tedavisi: UİP; ilaç kullanım politikalarının eşgüdümü, mezuniyet öncesi ve sürekli tıp eğitimi için klinik rehberlerin belirlenmesi ve ilaç ürünlerine dair hasta bilgilerinin ve eğitimin uygulanması için multidisipliner bir kurul tanımlanmalıdır. Ayrıca temel ilaçlar olarak tanımlanan ilaçların seçimi için klinik kriterleri oluşturmalıdır.
- Yöneylem Araştırması: UİP konuyla ilgili iki alanda araştırmaları teşvik etmelidir: etkin sunum sistemleri ve klinik araştırmalar.
- İnsan Kaynakları: UİP, ulusal ilaç politikasının işlevleri, göstergelere dayalı izleme, değerlendirme ve düzeltici yaptırımlar için gerekli personelin sayısı, çeşitliliği ve seviyelerinin planlamasında devletin rolünü kabul etmektedir. Öğrenim gereklilikleri, eğitim ve ruhsatlandırma, ücret ve performans beklentileri ile uyumlu olmalıdır.
- İlaç ürünleri ile ilgili diğer öneriler aşağıda belirtilmiştir.
  - ✓ Sağlık ocaklarındaki hastaların reçeteli ve tezgah-üstü ilaç ihtiyaçlarının nasıl karşılanacağı belirlenmesi;
  - ✓ Yerli ilaç üretim kapasitesine yatırımları teşvik eden girişimlere yol açan politikaların oluşturulması;
  - ✓ Sigorta kurumları ve devlet tarafından ödemelerin zamanında yapılması;
  - ✓ Değere-dayalı tedarik ve teknoloji değerlendirmesi: Ulusal İlaç Kurumu; tiz ve tarafsız teknoloji değerlendirmeleri yapacak profesyonellere yönelik eğitim veren kuruluşların belirlenmesi veya bizzat eğitimin verilmesinde önderlik yapmalıdır. Maliyet etkililik analizleri ve fiyatlandırma değerlendirmeleri Ulusal İlaç Kurumu’nun sorumluluğunda olmamalıdır. Bunun yerine, bu uygulamalı araştırmalar, profesyonel çalışma standartlarına uygun olarak

üniversite öğretim üyeleri, kâr-amaçsız kuruluşlar ve üreticiler tarafından yapılmalıdır. İlaç ürünleri değerlendirmelerine yönelik; meslek örgütleri (AMCP 2001), devlet (USPHS 1996) ve kâr-amaçsız kuruluşlar (Cochrane 2004) tarafından hazırlanmış bu tür rehberlerin örnekleri vardır. Bu analizler örneğin, hasta maliyet-paylaşımı miktarını ilaç ürününün klinik ve ekonomik değerini destekleyen kanıt seviyesinin bir fonksiyonu olarak değiştirmek suretiyle, belirli ilaç ürünlerinin sigorta kapsamına alınmasının koşullarını ve sınırlarını belirlemek üzere kullanılabilirler.

- ✓ İlaç kullanım araştırması (drug utilization review - DUR): DUR; *önceden belirlenmiş kriterlere ve standartlara göre ilaç kullanım vakalarını ve örneklerini gözden geçiren, analiz eden ve yorumlayan sürekli bir programdır* (Lyles 1998, Lyles 2001). DUR; sahteciliği ve suistimalleri saptayabilir, potansiyel ilaç-ilaç etkileşimlerini belirleyebilir ve öneriler ya da tedavi rehberleri ile uyumlu olmayan reçete yazma modellerini tanımlayabilir.

### **5.11 Tıbbi Gereçler**

- Parçalı bir yapıya sahip tıbbi gereç endüstrisinin standartizasyon, kalite kontrolü ve düzenlemeler açısından tek bir yetkili merciiye ihtiyacı vardır. *Sağlıkta Dönüşüm Programı*'nda bu işlevleri yerine getirebilecek bir yapı olarak Tıbbi Gereçler Kurumu tanımlanmıştır.
- Kararların zamanında verilmesi gereklidir. Bu yüzden yönetimde sorumluluk bilinci yaratmak için uygun teşvikler ve beklentiler oluşturulmalıdır.
- Kanıta dayalı kararların verilmesi; titiz ve tarafsız teknoloji değerlendirmelerini gerektirecektir. Bunlar teşvik edilmeli ancak tercihen üniversiteler ve/veya vakıflar gibi, devlete ait olmayan, kâr amacı bulunmayan kuruluşlardan profesyoneller kullanılmalıdır. Bu tür değerlendirmelerin kullanılmasını teşvik etmek için, düzenlemeler ve satın alma süreçleri kapsamında eğer olanak varsa bu değerlendirmelerin dikkate alınması hususu belirtilmelidir.
- Teknolojik değerlendirmelerin yapılması ve yorumlanması; bu değerlendirmelere dayanarak karar verecek olan kamu ve özel sektör profesyonellerinin ilave eğitim almasını gerektirecektir.
- Tıbbi Gereç Kurumu'nun kanıta dayalı teknik seçim kriterleri belirlemesi; satın alma kararlarını vermesi gereken yöneticilere ve hekimlere yol gösterecek ve sınırlı miktardaki kaynakların verimli kullanılmasını sağlayacaktır.

- Tıbbi Gereç Kurumu; kamu ve özel sektör temsilcilerinin görüşlerini de almak suretiyle gereçlerin teknik kriterleri, bakım ve onarım uygulamaları için rehberler yayımlamalıdır. Bu rehberler; bakım teknisyenlerinin/mühendislerinin niteliklerini, tesis edilmiş gereçler üzerinde hangi faaliyetleri ne sıklıkla yapacaklarını ve hangi konularda sürekli teknik eğitimlerin gerektiğini de belirtmelidir.
- Tıbbi Gereç Kurumu ayrıca sterilizasyon kuralları, tek kullanım-çok kullanım, izleme ve gereç bakımı, vb. konularda da standartlar oluşturmalıdır. AB'nin gereçler konusunda oldukça kapsamlı yönergeleri vardır ve bunlarla uyum sağlanması gereklidir.
- Mükerrerlik veya ihtiyaç fazlası kapasite olmadan uygun ulaşılabilirliği temin ederek teşhis ve tedavi gereçlerinin optimal kullanımını sağlamak için bir kamu İhtiyaç Belgesi (CON) süreci oluşturulmalıdır.
- Daha iyi fiyat elde etmek için toplu alım uygulamaları gerçekleştirilebilir. Uygun olduğu ölçüde, birleştirilmiş satın alma ve pazarlık fırsatları değerlendirilmelidir.
- Tıbbi gereçler Türk özel sektörü açısından büyüme potansiyeli olan bir endüstridir ve bu nedenle devlet politikaları bu sektöre yatırım yapılmasını teşvik etmelidir.

## **5.12 Sağlık Hizmet Kalitesinin İzlenmesi ve Geliştirilmesi İçin Bir Çerçeve**

Mevcut durumda sağlık hizmetlerinin kalitesini izleyecek ve geliştirecek sistemler eksiktir. Bu koruyucu unsurlar; sağlık sistemlerinin temel değişiklikler geçirmekte olduğu ve piyasaya daha fazla yönlendiği durumlarda daha da önem kazanırlar.

- İsteğe bağlı sertifikasyon ve akreditasyon sistemlerinin yanısıra zorunlu ruhsatlandırma sistemlerinin oluşturulması ya da güçlendirilmesi; sağlık sistemlerinin güvenilirliğini ve kalitesini geliştirme stratejilerinin önemli birer parçasıdır. Bu sistemler, hem özel hem de kamu sektöründeki hastanelerin, hekimlerin ve diğer hizmet sunucuların niteliklerini ve performanslarını izlemelidir.
- Sağlık çalışanlarının ve kuruluşlarının ruhsatlandırılması ve ruhsatların periyodik olarak yenilenmesi uygun bir kamu sektörü biriminin sorumluluğunda olmalı ve kamu sağlığı ve güvenliği için gerekli asgari standartların sağlanması amacıyla zorunlu olmalıdır.
- Önceden belirlenmiş niteliklere sahip sağlık çalışanlarının sertifikasyon edilmesi özel sağlık meslek birliklerinin sorumluluğunda olmalıdır (Birinci Basamak He-

kimleri'ne yönelik bir sertifikasyon sürecinden yukarıda bahsedilmiştir). Sertifikasyon isteğe bağlı olmalıdır ama bir geçiş evresinden sonra ödemelerde yapılacak artışlar yoluyla teşvik edilmelidir.

- Kamu ve özel hastanelerin, önceden belirlenmiş ulaşılabilir ve yazılı (basılı) standartlara uygunluğunu resmi olarak değerlendirip tanıyacak bir akreditasyon programı oluşturulmalıdır. Benzer bir programın Birinci Basamak Grup Çalışması için de oluşturulması önerilmektedir.
- Sağlık alanında akreditasyon programı üzerinde genel yetkisi olan bir Türk Akreditasyon Kurulu oluşturulması önerilmektedir. Bu Kurul'da; Türk Tabipleri Birliği, çeşitli tıbbi uzmanlık toplulukları, profesyonel hemşireler, Sağlık Bakanlığı ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Özel Hastaneler Derneği, Sağlık Yöneticileri Derneği, Sağlık Kuruluşları Derneği, Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği, Türkiye Kalite Derneği ve uygun olan diğerleri temsil edilmelidir. Akreditasyon programının oluşturulması ve sürdürülebilmesi için kullanılacak olası kaynaklar arasında; devlet desteği, akreditasyon ücretleri, yayın satışı (internetten "doküman indirme" ücreti dahil) ve çalıştaylar ile öğretim faaliyetlerinden elde edilecek gelirler sayılabilir.
- Sağlık Bakanlığı, bu kurul oluşturulup işlevsel duruma gelene kadar, bu faaliyetleri koordine etmelidir. Sağlık Bakanlığı'nın mevcut örgüt yapısı içinde kalite faaliyetleri için bağımsız bir birim oluşturulmalıdır.
- Türkiye'nin; akreditasyon süreci öncesinde ve sırasında kapasite oluşumu ve kalite gelişimi için teknik desteği ön plana çıkaran "yardımcı akreditasyon" (facilitated accreditation) ile başlaması önerilmektedir. Akreditasyonun "takdire değer akreditasyon," "tam akreditasyon", "geliştirmeye ihtiyaç duyan akreditasyon," vb. gibi çeşitli kategorilerinin olması yararlı olabilir. Türkiye'nin yurt dışındaki daha gelişmiş akreditasyon programları ile görüş alış verişinde bulunması faydalı olacaktır.
- Sonuç olarak, akreditasyon durumuna göre, ödeme farklılıkları getirilmelidir.
- Sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması için uygulanacak stratejiler arasında; örneğin Sağlık Bakanlığı'nın önderliğinde temel sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için hazırlanan rehberler gibi, uygulama rehberlerinin hazırlanması da yer almalıdır. Bakanlık ayrıca hastaneler arasında bir kalite geliştirme ağı kurulmasına katkı sağlayabilir. Bakanlık; standart süreçlerin ve sonuç göstergelerinin geliştirilmesi, uygulanması ve sürekli iyileştirilmesini de teşvik edebilir.



- TÜSİAD'ın hem kamu hem de özel kuruluşlarda hizmet kalitesinin artırılmasında önderlik yapabileceği düşüncesindeyiz. Bu yaklaşıma örnek olarak ABD'deki İşadamları Yuvarlak Masası'nın (Business Round Table) bir girişimi olan "Leapfrog Group" gösterilebilir. Bu grup, hastaların güvenliği ve hizmetin kalitesine yönelik standartlar geliştirmiştir ve bu standartların hastanelerde uygulanmasını aktif olarak desteklemekte, bu standartları ve hastanelerin bunlara uygunluk derecelerini yayımlayarak bireylerin ve büyük sağlık hizmeti sunucularının kullanımına sunmaktadır.

### 5.13 Bilgi Sistemleri

*Sağlıkta Dönüşüm Programı*; istenen sağlık bilgi sisteminin temel işlevsel özelliklerini belirlemiştir. Kamu ve özel sektörün buradaki kritik mücadelesi; stratejik destek ve sürekli sermaye desteği sağlayarak gelecek vaat eden pilot projelerin desteklenmesi ve yaygınlaştırılması alanında olacaktır. Özellikle kamu sektörü açısından; standartların desteklenmesi, bilgi teknolojisinin ilerlemesi için hayati önem taşımaktadır. Özel sektörün yapacağı yeni atılımlar ve pazar araştırmaları ise, devlete gerekli seçenekleri sunabilecektir. Halen Sağlık Bilgi Altyapısı için eşgüdüm ve yönlendirme yapacak bir odak yoktur. Bu alanda yol göstermek üzere bağımsız, kâr amacı olmayan bir kurumun oluşturulması gereklidir. Böyle bir kurum; çok parçalılığın önlenmesi ve uyumlu standartlara yönelimleri teşvik amacıyla farklı teknik yaklaşımlar arasında bir seçim yapabilecektir. Kalitenin geliştirilmesinin ve kaynak tahsis kararlarının temeli olan performans ölçümü; işlevsel ve entegre bir bilgi sistemine son derece bağımlıdır (NCQA 1998).

Aşağıdaki öneriler ulusal bir enformasyon altyapısının önceliğine, aciliyetine ve çerçevesine yöneliktir:

- Türkiye'nin bilgi standartlarını oluşturacak bir kurum olacak şekilde; bağımsız, hükümet dışı, kâr amacı olmayan bir Sağlık Bilgi Kurumu oluşturulmalıdır. Bu Sağlık Bilgi Kurumu (SBK), Bilgi Teknolojisi (IT) alanında uygulama yapanlar için önemli bir taban oluşturmak üzere, ana tarafların her birinin üyeliğini ve katılımını sağlayacaktır. SBK'nın temel işlevleri; standartların oluşturulması, sağlık teknolojisi ve bununla ilgili bulgu ve kararların yaygınlaştırılması olacaktır, yani *sağlık bilgi altyapısı* için tek eşgüdüm merkezi haline gelecektir.

✓ Kurum, bir üniversite ortamında kurulmalıdır.

- ✓ Sağlık Bilgi Kurumu'nun stratejik önemi; Türkiye'de sağlık bilgi standardı oluşturacak tek kaynak olması için devletin bu kuruma yetki aktarmasıyla başlayacaktır. Başlangıçta devlet, üniversiteler ve endüstriden hem atanalar hem de temsilcilerden oluşan bir kurul (bu kurul daha sonraki üyelik süreçlerini belirlemelidir) gerekli olacaktır.
- ✓ Kurum; hoşnutsuzluk ve muhtemel çıkar çatışmalarına yönelik alacağı tavır ve çözüm yöntemleri için kendi politikalarını ve süreçlerini oluşturacaktır. Tarafsız, kanıta dayalı kararların alınması ve bu kararların kabul görmesi açısından bu husus çok önemlidir.
- ✓ Sağlık Bilgi Kurumu, bir konsorsiyum olarak, personel ve uzmanlık gerektirecek projelerde danışmanlar kullanabilir veya dışarıdan hizmet satın alabilir.
- ✓ Başlangıç aşamasındaki ve daha sonraki finansman modelleri farklı olacaktır. Başlangıç aşamasında katılım ücretleri (endüstri) ve ödeneklerin (devlet) karışımından oluşan bir finansman yöntemi kullanılmalıdır. Daha sonraki faaliyetler ise karma bir şekilde katılım ücretleri, ruhsatlandırma veya teknik satış / standartlara ilişkin eğitim materyali gelirleri, ödenekler ya da sözleşme gelirleri yoluyla karşılanmalıdır.
- Sağlık Bilgi Kurumu'nun altyapı gelişimini yönlendirme çalışmaları kapsamında şu standartların oluşturulması veya sertifikasyonu yer alacaktır:
  - ✓ Ulusal Sağlık Bilişim Standartları: Tanımlayıcı Numara, İletişim, Mahremiyet, Güvenlik ve Kodlama
  - ✓ Ulusal Kavramsal Sağlık Veri Modeli: İçeriği ve yapısı
  - ✓ Ulusal Minimum Sağlık Veri Setleri
  - ✓ Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü
  - ✓ Ulusal Vaka Karışımı Sınıflandırma Sistemi (Yatan hasta/Ayaktan tedavi)
  - ✓ Elektronik hasta kayıtları
  - ✓ Ödemeler, transferler ve finansal sistem için arayüz gereksinimleri: Bunlar Genel Sağlık Sigortası'nın (GSS) uygulanabilmesi açısından önem taşımaktadır.
  - ✓ Kalite Göstergeleri: Bir Sağlık Bilgi Sistemi altyapısı, örgütlenme ve yetkili yönlendirmeye gerek duyar; ancak ayrıca başlangıçta ve sonrasında kaynaklara ihtiyacı vardır.
- Devlet özel sektörün sağlık sektöründe bilgi sistemlerine yatırım yapmasını teşvik etmek ve ödüllendirmek üzere; kamu-özel ortaklığı, Yap İşlet Devret ve/veya Yap İşlet gibi modeller konusunda düzenlemeler yapmalıdır.

- Özellikle ödemeler, transferler ve ödemeler için gerekli veri unsurları açısından, önerilen sağlık hizmetleri reformunu destekleyecek bir bilgi altyapısı oluşturulmalıdır. Paylaşım ve iletişim standartları olan işlevsel bir bilgi sistemi, GSS'nin uygulanması açısından önemli bir unsurdur. Bilgi sisteminin temel hedefleri; sağlık harcamalarının kontrol altına alınması, tıbbi malzemelerin ve bu proje kapsamında önerilen finansman mekanizmasının etkin yönetiminin desteklenmesidir.
- Etkin malzeme yönetimini destekleyecek kodlamalar ve sistem iletişimleri için standartlar belirlenmelidir.
- Kamu sektörünün; malzeme, personel, eğitim, bakım, yasal çalışmalar ve yenilemeyi içerecek şekilde bilgi altyapısı için yeterli finansmanı sağlaması gerekmektedir. Buna özellikle sağlık hizmetlerinin finansman işlevleri ve kurumları açısından ihtiyaç vardır.
- Deneyimlerden ve başarılarından hızla ders alınmasına yönelik olarak devlet kurumları ve Sağlık Bilgi Kurumu arasında yakın işbirliğinin gerekli olduğuna inanılmaktadır. Bu sürecin amacı; karar verme süresindeki gecikmelerin ve gereksiz çalışmaların azaltılması, gerçekten işe yarayan araçların kendilerini kanıtlar kanıtlamaz yaygınlaştırılmasıdır.
- Devasa, çok kapsamlı, bir defalık projeler yerine tekrarlama yöntemi (iterasyon metodolojisi) önerilmektedir. Örneğin, ilk adım olarak mevcut veri kaynaklarını ve veri toplama faaliyetlerini örnekleyerek seçen pilot bir çalışma yapılmalıdır. Bunun sonucunda bir sağlık bilgi sisteminin planlamasına olanak sağlayacak temel ve objektif bilgiler elde edilecektir.

### **5.14 Sağlık Reformunun Desteklenmesi İçin Gerekli Yasal Çerçeve**

Türkiye'de sağlık reformunun başarıyla gerçekleştirilmesi için bazı alanlarda kanun değişikliklerinin yapılması gereklidir. Yeni kanunlara ek olarak; Anayasa'da da bazı değişiklikler gerekebilir. Bu kapsamda, aşağıda belirtilen mevcut yasal düzenlemelerin kaldırılması veya yeniden düzenlenmesi ihtiyacı söz konusudur:

- 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun (1961);
- 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu (1987);
- 1593 Sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu (1930);
- 1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (1928);

- 3017 Sayılı Sıhhat ve İctimai Muavenet Vekaleti Teşkila ve Memurin Kanunu (1936);
- 181 Sayılı Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükümünde Kararname (1981) ve 210 Sayılı Kanun Hükümünde Kararname (1983);
- 3958 Sayılı Gözlükçülük Hakkında Kanun (1940);
- 6023 Sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanunu (1953);
- 6197 Sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun (1953);
- 6283 Sayılı Hemşirelik Kanunu (1954);
- 6643 Sayılı Türk Eczacılar Birliği Kanunu (1956); ve
- SSK, Bağ-Kur, ES, Yeşil Kart uygulamasını bağlayıcı ilgili yasalar

Yeni yasal düzenlemeler, sağlık sektörünün geçiş sürecindeki gereksinimleri dikkate alınarak yapılmalıdır. Yasalarla genel çerçeve tanımlanmalı, uygulamaya dönük süreçler yönetmeliklerle belirlenmelidir. Bu düzenlemelerin hedeflerinden biri, kamu ve özel sektöre ait kaynaklar arasında sinerji yaratmak olmalıdır. Uygulamada esnekliğe imkan tanınmalıdır. Yasal düzenlemelerin hazırlanma ve uygulanma aşamalarında tüm tarafların öneri ve kaygıları dikkate alınmalıdır. Sağlık sektöründe halen mevcut çok parçalı yapılanmadan kaçınmak için, tüm yasal konuların hazırlanması ve uygulanması aşamaları Başbakanlık düzeyinde oluşturulacak bir Yönlendirme Komitesi tarafından koordine edilmelidir.

Bu kapsamda, aşağıda belirtilen alanlara yönelik yeni yasalar hazırlanmalıdır:

- Genel Sağlık Sigortası;
- Kamu ve Özel Hastaneler;
- Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri;
- Sağlık Yönetimi;
- Sağlık Personelinin Görev, Yetki ve Sorumlulukları;
- Kamu Sağlığı;
- Özel Sektör Yatırımlarını Teşvik İçin Yasal Değişiklikler.

Bunların herbiri aşağıda daha ayrıntılı olarak verilmiştir.

- **Genel Sağlık Sigortası (GSS) Kanunu** (SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve Yeşil Kart uygulaması için ayrı ayrı kanunlar yerine).

✓ Prim tabanlı olmalıdır.

- ✓ Zorunlu olmalıdır.
- ✓ GSS Kurumu kurulmalı; Emekli Sandığı, SSK, Bağ-Kur ve konsolide bütçeye (Yeşil Kart, faal devlet memurları, vb. için) ayrılan tüm ödenekler bu kuruma aktarılmalıdır.
- ✓ Primler Maliye Bakanlığı tarafından toplanmalıdır.
- ✓ Ödeme gücü olmayanların primleri devlet tarafından karşılanmalıdır.
- ✓ Kanun finansal yönetimin özel sektöre, tercihen Tarafsız Kurum Yönetimleri'ne (TPA), ihale edilebilmesine olanak sağlamalıdır.
- ✓ GSS Kurumu tarafından bir temel teminat paketi belirlendikten sonra, özel sağlık sigortaları tamamlayıcı sigorta hizmetlerini sunabilmelidir.
- ✓ Mükerrer sağlık primi ödemeleri ortadan kaldırılmalıdır.
- **Kamu ve Özel Hastaneler Kanunu** (3359 Sayılı Kanun ve diğer ilgili yasal düzenlemeler yerine).
  - ✓ Tüm hastaneleri (kamu, özel, üniversite, vakıf, vb.) kapsamalıdır.
  - ✓ Tanımlanmış asgari teminat paketi ve standartlara uygunluk zorunlu olmalıdır.
  - ✓ Sadece bu yasaya uygun olan hastaneler GSS Kurumu ile sözleşme yapabilmelidir.
  - ✓ Kamu hastaneleri daha özerk bir yapıya kavuşturulmalı ve profesyonel yöneticiler tarafından yönetilmelidir.
  - ✓ Özel sağlık sektörü yoluyla tedarik süreçleri; vergi teşvikleri, Yap İşlet Devret anlaşmaları yoluyla cesaretlendirilmelidir.
  - ✓ Lisansların periyodik olarak yenilenmesi zorunlu hale getirilmelidir.
  - ✓ Akreditasyon, ödemelerde farklı tarife uygulanarak teşvik edilmelidir.
  - ✓ Hastalar açısından, sevk zincirinin herhangi bir basamağının atlanması katkı paylarının artışına yol açmalıdır.
  - ✓ Üçüncü basamak ve akademik sağlık kurumlarının öğretim kalitelerinin güçlendirilmesi ve finansal sürdürülebilirliklerinin sağlanması için ayrı bir yönetim ve finansman modeli oluşturulmalıdır.
- **Temel Sağlık Hizmetleri Kanunu** (224-3359 Sayılı Kanunlar ve diğer ilgili yasal düzenlemeler yerine).

- ✓ Birinci basamak sağlık hizmetlerindeki çok parçalı yapılanma ortadan kaldırılmalıdır. Bu kapsamda tüm kamu sağlık kuruluşları tek bir çatı altında birleştirilmelidir.
- ✓ özel hizmet sunucuları da bu yapı içinde hizmet sunabilmelidir.
- ✓ Birinci basamak sağlık hizmetleri sevk zincirinin ilk halkası olmalıdır.
- ✓ Birinci Basamak Hekimleri (BBH) için görev tanımları ve nüfusa dayalı asgari kadro standartları belirlenmelidir.
- ✓ Kamu sektörünün temel sağlık hizmetlerindeki sorumlulukları, birinci basamak hizmetlerinin denetimi ve topluma yönelik koruyucu hizmetlerin verilmesi açısından tanımlanmalıdır.
- ✓ İlçe düzeyindeki kamu sağlığı merkezlerinin finansman mekanizmaları, kadro standartları ve görev tanımları belirlenmelidir.
- **Sağlık Yönetimi** (3017 Sayılı Kanun, 181 ve 210 Sayılı KHK ve diğer ilgili yasal düzenlemeler yerine).
  - ✓ Kamu yönetimi reformunun sağlık sektörü ile ilgili prensiplerine uyumlu olmalıdır.
  - ✓ Ulusal sağlık politikaları merkezde belirlenmelidir.
  - ✓ Operasyonel sağlık yönetimi il düzeyine bırakılmalıdır.
- **Sağlık Personelinin Görev, Yetki ve Sorumlulukları** (1219-6023-6197-6283-6643-3958 Sayılı Kanunlar ve diğer yasal düzenlemeler yerine).
  - ✓ Mevcut sağlık mesleklerinin görev, yetki, sorumluluk ve nitelikleri tanımlanmalıdır.
  - ✓ Sağlık personelinin mezuniyet öncesi ve sonrası dönemlerdeki nitelik ve niceliklerinin planlanması ve izlenmesi süreçleri tanımlanmalıdır.
  - ✓ Sağlık personelinin lisans ve sertifikasyon süreçleri tanımlanmalıdır.
- **Kamu Sağlığı** (1593 Sayılı Kanun ve diğer yasal düzenlemeler yerine).
  - ✓ Kamu sektörünün halk sağlığı açısından sorumlulukları açık bir Şekilde belirlenmelidir.
  - ✓ Denetim ve topluma yönelik koruyucu hizmetleri sunumu açısından kamu sağlık hizmetlerinin yapısı tanımlanmalıdır.
  - ✓ Kamu sağlık hizmetleri için kadro standartları ve görev tanımları belirlenmelidir.

- **Özel Sektör Yatırımlarını Teşvik İçin Yasal Değişiklikler:** Sağlık hizmetleri sektöründe özel yatırımları teşvik amacıyla bazı yasal değişiklikler düşünülebilir.
  - ✓ Muhtemel modeller; Yap İşlet Devret (YİD)/Yap İşlet/Sağlık Sektöründe Hizmet Satın Alma Usülleri ve diğer Kamu-Özel Ortaklık Modelleri,
  - ✓ Özel sağlık kuruluşları için vergi indirimleri,
  - ✓ Protez, işitme gereci vb. gereçler için vergi, harç, fon ödemesi indirimleri,
  - ✓ Sağlık hizmetlerinde KDV indirimi,
  - ✓ Türk vatandaşı olmayan kişilere verilen sağlık hizmetlerinin KDV'den muaf olması,
  - ✓ AB standartlarına uygun olarak tezgah üstü ilaçlar için reklam serbestisi,
  - ✓ Geriatri, rehabilitasyon ve onkoloji merkezleri için özel sektöre yatırım ve işletme teşvikleri,
  - ✓ Acil sağlık ve arama-kurtarma hizmetlerinin tüm kamu ve özel kaynaklar ile kuruluşları kapsayacak şekilde bütünleştirilmesi,
  - ✓ Uyuşturucuyla mücadelenin halk sağlığı ile bütünleştirilmesi,
  - ✓ Hasta haklarının korunması ve başvuru süreçlerine yönelik yasal düzenlemelerin başlatılması.





## Kaynaklar

Akder, H., *Türkiye’de İlçe Merkezlerinde Yaşam Kalitesi Araştırması*, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, 1995.

Aksayan, S. ve Cimete, Güler. Türkiye’de Hemşirelik Eğitimi ve Uygulaması, *Journal of Nursing Scholarship*, 32:2, s: 211-212, 2000.

AMCP, 2001. Sullivan SD, Lyles A, Luce B ve Gricar J. AMCP Guidance for Submission of Clinical and Economic Evaluation Data to Support Formulary Listing in United States Health Plans and Pharmacy Benefit Management Organizations, 2001.

Association of Research Based Pharmaceutical Companies, *Criticism of the Monitor Group’s Report on Data Protection*, Istanbul, January 2004.

Ate, H. Management as an Agent of Cultural Change in the Turkish Public Sector, *Journal of Public Administration Research and Theory*, 14:33-58, 2004.

Aydın, S., Sağlıkta Dönüşüm Programı Sunumu, Türkiye Sağlık Sistemleri Politika Yapıcıları Çalıştayı, Bilkent, 15-16 Aralık 2003.

Baykara, T., Çaylı, H., Çelik, H., Tokat, M., Ünalın, T., *Financial Impact of Data Protection in Pharmaceuticals in Turkey*, Ankara, July 2003.

Bulut, A., Ulusal Çekirdek Eğitim Programı Seminer Notları, İstanbul, Şubat 2004.

Bulut, M., Our Health Problem and Its Own Solution, İstanbul, 2000.

Cheng TM (2003). Tayvan's New National Health Insurance Program: Genesis and Experience So Far. *Health Affairs*, 22(3): 61-76, 2003.

Cochrane, 2004. The Cochrane Database of Sistematic Reviews (CDSR). Available at: <http://www.cochrane.org>

Çakmakçı, M., Akademik Sağlık Kuruluşlarının Riskli Geleceği, İstanbul, 2004.

Çelik, H., Eren, B., İzbudak, D., Köylüoğlu, C., Özsarı, S.H., Şimşek, N., *Tamamlayıcı Sağlık Sigortası*, İstanbul, 2003.

Dayanıklı, M., Turkish Health Care Sistem Overview, 2003.

Ellidokuzuncu T.C. *Hükümet Programı*, Ankara, 2003.

Ellisekizinci T.C. Hükümeti *Acil Eylem Planı*, Ankara, 2002.

Enünlü, T., Health Informatics Standarts, Ankara, 2003.

Ergin, C., *Sağlık Personelinin İş Anlayışları ve Tutumları Araştırması*, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, 1996.

Eudra, 2004. EudraVigilance: Pharmacovigilance in the EU. Available at: <http://www.Eudravigilance.org/>

European Observatory on Health Care Systems, Health Care Systems in Eight Countries: Trends and Problems. Editors: Anna Dixon Elias Mossialos Authors: Reinhard Busse Anna Dixon Judith Healy Allan Krasnik Svera Leon Valérie Paris Dominique Polton Ana Rico Ray Robinson Simone Sveier Sarah Thomson Signild Vallgård Karsten Vrangbæk. Commissioned by the Health Trends Review, HM Treasury April 2002.

European Parliament. The Economic and Social Committee and The Committee of The Regions a Stronger European-Based Pharmaceutical Industry for The Benefit of The Patient - A Call For Action. Brussels, 1.7.2003 Com (2003) 383 Final Commission of the European Communities [Http://Europa.EU.Int/Eur-Lex/En/Com/Cnc/2003/Com2003\\_0383en01.Pdf](Http://Europa.EU.Int/Eur-Lex/En/Com/Cnc/2003/Com2003_0383en01.Pdf)

European Union: *Medical Device Directives* [http://Europa.Eu.int/comm/enterprise/newapproach/seminar/Eucomed\\_slides.pdf](http://Europa.Eu.int/comm/enterprise/newapproach/seminar/Eucomed_slides.pdf)

European Union, 2001: Directive 2001/83/Ec of the European Parliament and of the Council of 6 November 2001 on the Community Code Relating to Medicinal Products for Human Use.

European Union, 2002: *2002 Regular Report on Turkey's Progress Towards Accession*. Commission of the European Communities, Brussels, 9.10.2002 SEC (2002) 1412.

European Union, 2003: *2003 Regular Report on Turkey's Progress Towards Accession*. Commission of the European Communities, Brussels, 5.11.2003 SEC (2003) 1212.

European Union, 2003: Communication from the Commission to the Council, Report on the Functioning of the Medical Devices Directive (93/42/EC of 14 June 1993) May 6, 2002.

Fako İlaçları AŞ., Nurettin TURAN, Rapor Hakkında Görüş, Haziran 2004.

Forde K and Malley A. Privatization in Healthcare: Theoretical Considerations, Current Trends and Future Options. *Australian Health Review* 1992; 15(3): 269-277.

Frenk Julio, Jaime Sepúlveda, Octavio Gómez-Dantés, and Felicia Knaul (2003). Evidence-based Health Policy: Three Generations of Reform in Mexico. *The Lancet*, Vol. 362:1667-71.

G10 High Level Group on Innovation and Provision of Medicines: Recommendations for Action. 7 May 2002. Brussels.

Güreş, S., Sağlık Enformasyon Sistemleri Sunumu, Tepe Teknoloji, Ankara, Ekim 2003.

Hough, D. Is Bigger Always Better? The Optimal Size of a Group Practice, *Medical Practice Management*, May/June 2002.

[http://Europa.Eu.int/Eulex/pri/en/oj/dat/2001/l\\_311/l\\_31120011128en00670128.pdf](http://Europa.Eu.int/Eulex/pri/en/oj/dat/2001/l_311/l_31120011128en00670128.pdf)

[http://Europa.Eu.int/comm/enlargement/report2002/tu\\_en.pdf](http://Europa.Eu.int/comm/enlargement/report2002/tu_en.pdf)

[http://Euopa.EU.int/comm/enterprise/medical\\_devices/policy/final\\_report.pdf](http://Euopa.EU.int/comm/enterprise/medical_devices/policy/final_report.pdf)

<http://Europa.Eu.int/>

<http://www.amcp.org/amcp.ark?c=pr&sc=link>

İnsani Kalkınma Raporu Türkiye 2003, UNDP, New York, 2003

İEİS, *Sunum*, İstanbul, Ekim 2003.

İEİS, *Türkiye'de İlaç 2003*, İstanbul, 2003.

Jegers M, K Kesteloot, D De Graeve, and W Gilles (2002). A Typology for Provider Payment Systems in Health Care. *Health Policy* 60(3): 255–73.

Johnson and Johnson, Türkiye; Durum Raporu, İstanbul, 2003.

Journal of Managed Care Pharmacy 2001;7(4):272-282. Technical report and version 2.0.

Kısa A, Akinci F ve Ersoy K. Can Privatization Help to Solve the Crises in the Turkish Public Hospitals? In *PROCEEDINGS of Local Healthcare, Global Markets: An International Conference on Healthcare Systems for the New Millenium*, Ashish Chvera, Editor. Pp.118-123.

Kısa A, Kavuncubasi S ve Ersoy K. Is the Turkish Healthcare System Ready to be a Part of the EU? *Journal of Medical Systems* 2002; 26(2):89-95.

Kısa A. The Turkish Commercial Health Insurance Industry. *Journal of Medical Systems*, 2001; 25(4): 233-239.

Kuş, H., Sağlıkta Kalite Değerlendirme Yaklaşımları, *Sendrom*, Cilt 12(9), s: 8-11, İstanbul, 2000.

Kuş, H., Sağlık Sektöründe Akreditasyon ve ISO Standartları, *Modern Hastane Yönetimi Dergisi*, Cilt 4, Sayı: 2, s: 3-6, İstanbul, 2000.

Linder SH. Coming to Terms with the Public-Private Partnership: A Grammar of Multiple Meanings. In: Rosenau PV, ed. Public-Private Policy Partnerships. *Cambridge, Mass: MIT Press*; 2000:19-35.

Lu JFR ve Hsiao WC (2003). Does Universal Health Insurance Make Health Care Unaffordable? Lessons from Taiwan. *Health Affairs* 22(3): 77-88.

Lyles A, Sleath B, Fulda TR and Collins TM. Ambulatory Drug Utilization Review: Opportunities for Improved Prescription Drug Use. [Continuing Medical Education] *American Journal of Managed Care* 7(1): 75-81, 2001.

Lyles CA, Zuckerman IH, DeSipio SM and Fulda T. When Warnings Are Not Enough: Primary Prevention through Ambulatory Drug Use Review. *Health Affairs*, 17(4):175-183; 1998.

Mollahaliloğlu, S., T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Bilgi Notu, Ankara, Mayıs 2004.

Monitor Group, Developing a Common Understanding of the Impact of Data Exclusivity on Pharmaceutical Industry and Health Care Economics in Turkey, Executive Summary, Istanbul, June 2003.

Morlock L, Sorkin A, Waters H (eds) (printing). *Taiwan's National Health Insurance System*.

National Committee for Quality Assurance (NCQA). A Roadmap for Information Systems: Evolving Systems to Support Performance Measurement. HEDIS 3.0/1998 Volume 4. Washington, D.C.

Norwegian Health System Economics Department, Working Papers No. 198, 1998.

Oktay,A.N., Özel Sağlık Sigortalarının Durumu, İstanbul, 2004.

Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) (2000a). The Health Care System in Poland. Economics Department Working Papers No. 257 by Nathalie Girouard and Yutaka Imai. Paris, France.

Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) (2000b). The Health Care System in Hungary, by Eva Orosz and Verew Burns. Paris, France.

Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) (2003). Health at a Glance - OECD Indicators 2003 Briefing Note for Hungary. Paris, France.

Özsarı, S. H., Bir Özel Sağlık Sigortacılık Kurumunda Kullanıcıların Özellikleri ve Risk Profili (1998-2002), *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Yönetimi Doktora Tezi*, Ankara, 2003.

Özsarı, S. H., Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları ve Sağlıkta Yeniden Yapılanma, Türkiye Sorunlarına Çözüm Konferansı-II "Cumhuriyet'in Kazanımları" 26-28 Ekim 1998 Ankara, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 2000.

Özsarı, S.H., Varlık, M., Sağlık Hizmetlerinin Cumhuriyet Dönemindeki Gelişimi ve Sağlıkta Yeniden Yapılanma, Yeni Türkiye Dergisi Cumhuriyet Özel Sayısı, Cilt:3, s: 1997, Ankara, Aralık 1998.

PERF, 2004. Pan European Regulatory Forum. <http://perf.Eudra.org/>

Pharmaceutical Inspection Convention (PIC). <http://www.picscheme.org/docs/pdf/gmpapi.pdf/>

Republic of Turkey, Ministry of Health, Health Project General Coordination Unit, *Country Report 1997*, 1997.

Republic of Turkey, Ministry of Health, Health Project General Coordination Unit, *Health Services Utilization Survey in Turkey*, 1995.

Rooney, A., van Ostenberg, P.R. Licensure, Accreditation, and Certification: Approaches to Health Services Quality. *Quality Assurance Project*, April 1999.

SADER, *Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri Raporu*, Ankara, Şubat, 2004

Sağlık Kuruluşları Derneği Yıllık Faaliyet Raporu 2002, Sağlık Hizmetlerinde Yapısal Reform Önerileri ve Özel Sağlık Sektörünün Sorunları, İstanbul, 2003.

- Sancak, E., Rapor, Hedef Alliance Holding A.Ş., Haziran 2004.
- Savaş, B.S., Karahan, Ö., Saka, Ö.R., *Health Care Systems in Transition*, Edited by Sarah Thomson and Elias Mossialos. *European Observatory on Health Care Systems*, 2002.
- Shi L and Singh DA. *Delivering Health Care in America: A Systems Approach* (Third Edition). Jones and Bartlett Publishers, Sudbury, Massachusetts, 2004.
- Sosyal Sigortalar Kurumu, Sosyal Sigortalar Kurumu'nun 1999 Yılı Faaliyet Raporu, Ankara, 2000.
- T.C. Başbakanlık. *Sağlık Sektöründe Kadınlar*, Ankara, 2000.
- T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı-Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, *Sağlık Finansmanı Politika Seçenekleri Çalışması, Health Insurance Commission of Australia*, Ankara, 1996.
- T.C. Cumhurbaşkanlığı Devlet Denetleme Kurulu Başkanlığı, *Ülkemizin Sağlık Sorunları ve Çözüm Önerileri*, Ankara, 1996.
- T.C. Devlet İstatistik Enstitüsü. *Turkish Republic with Figures in the Year of 75*, 1998.
- T.C. Devlet Planlama Teşkilatı, VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı, Sağlıkta Etkinlik Sağlık Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Ankara, 2000.
- T.C. Devlet Planlama Teşkilatı, *Sağlık Sektörü Master Plan Etüd Çalışması*, Ankara, 1990.
- T.C. Devlet Planlama Teşkilatı, Sağlık Sektörü Master Planı, Türkiye'de Mevcut Durum Raporu, Ankara, 1990.
- T.C. Devlet Planlama Teşkilatı, *2004 Yılı Programı*, Ankara, 2003.
- T.C. Devlet Planlama Teşkilatı, İlaç Endüstrisi Özel Araştırma Komisyonu Raporu, Ankara, 2001.
- T.C. Hazine Müsteşarlığı Sigorta Denetleme Kurulu, *Türkiye'de Sigorta Faaliyetleri Hakkında Rapor 2003*, Ankara, 2004.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Measure DHS+ Macro International Inc., *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993*, Ankara, 1994.

T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Measure DHS+ Macro International Inc., *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998*, Ankara, 1999.

T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı., *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003*, Ankara, 2004.

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, *Türkiye Sağlık Sektörünün Finansmanı*, 1993.

T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, *Genişletilmiş Bağışıklama Programı*, 2001.

T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, *Çalışma Yılığ 2002*, Ankara, 2004.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Kurulu, *Sağlık İstatistikleri 2002*, 2004.

T.C. Sağlık Bakanlığı *Sağlıkta Dönüşüm Programı*, Aralık 2003.

T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, *Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yılığ 2002*, 2003.

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Sağlık Gelişiminde Toplum Katılımı: Sağlık Hizmetlerinin Sorgulanması, Ankara,1991.

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi, *Avrupa Sağlık Reformu Mevcut Durum Analizi*, WHO/EURO, 1998.

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Serbest ve Hastahane Eczacılığı Hizmetlerinde İyi Eczacılık Uygulamaları, 1995.

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, *Sağlık Reformları Araştırması I*, 1994.

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, *Türkiye Sağlık Sektörü Reformları*, 1997.

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, *Türkiye Ulusal Sağlık Politikası*, Ankara,1993.

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, *Hane Halkı Gelir Mal Varlığı Araştırması*, Ankara, 1995.

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, *Sağlık İnsangücü Mevcut Durum Raporu*, Ankara, 1999.

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, *I. Ulusal Sağlık Kongresi Çalışma Grupları Raporları*, Ankara, Mayıs 1992.

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, *Türkiye Sağlık Reformu: Sağlıkta Mega Proje*, Ankara, Mayıs 1992.

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, *Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dokümanı Üzerine Görüş ve Öneriler*, Ankara, Ekim 1992.

T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, *1999-2000 Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması Ön Değerlendirme Raporu*, Ankara, Ekim 2003.

T.C. Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Dairesi Başkanlığı, *Türkiye Sağlık Bilgi Sistemleri Eylem Planı*, Ankara, Ocak 2004.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Kanunu Tasarı Taslağı, Ankara, 1995-1996-1997.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Kanunu Tasarısı Özet Bilgi Notu, Ankara, 1995-1996-1997.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Hastane ve Sağlık İşletmeleri Temel Kanunu Tasarı Taslağı, Ankara, 1995-1996-1997.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Hastane ve Sağlık İşletmeleri Temel Kanunu Tasarısı Özet Bilgi Notu, Ankara, 1995-1996-1997.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Finansman Kurumu Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarı Taslağı, Ankara, 1995-1996-1997.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Finansman Kurumu Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarısı Özet Bilgi Notu, Ankara, 1995-1996-1997.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Kişisel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarı Taslağı, Ankara, 1998.



T.C. Sağlık Bakanlığı, Kişisel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarısı Özet Bilgi Notu, Ankara, 1998.

Tokat, M., *Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı*, 1992-1996, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, 1998.

Tokat, M., *Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1997*, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, 2001.

Tokat, M., *Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1998*, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, 2001.

Turkey Boston Scientific, *Position Paper*, İstanbul, Ocak 2004.

Türk Tabipleri Birliği, *Cumhuriyet ve Sağlık*, Ankara, 1998.

Türk Tabipleri Birliği, Sağlıkta Dönüşüm Programı 2003 Türkiye'sinde Halka/Hekimlere/Sağlık Personeline Ne Getiriyor? *Aile Hekimliği Sistemi Kandırmacası*, [www.ttb.org.tr](http://www.ttb.org.tr)

Türk Tabipleri Birliği, *Türkiye Sağlık İstatistikleri*, Ankara, 2000.

Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği *Yıllık Faaliyet Raporu 2003*, İstanbul, 2004.

TÜSİAD, *Türkiye'nin Fırsat Penceresi: Demografik Dönüşüm ve İzdüşümleri*, İstanbul, 1999.

UNICEF, Dünya Çocuklarının Durumu 2004, Ankara, 2003.

United Nations, World Population Prospects 1994. Population Division, Department for Economic and Social Information and Policy Analysis, New York, 1995.

USPHS, 1996. Gold MR, Siegel JE, Russell LB, Weinstein (editors). Cost-Effectiveness in Health and Medicine. Oxford University Press, New York, USA, 1996.

WHO(2000), The World Health Report 2000, *Health Systems: Improving Performance*. Geneva, WHO, 2000.

WHO (2003), *WHO Policy Perspectives in Medicines, How to Develop and Implement a National Drug Policy*. Available at: <http://www.who.int/medicines/organization/ood/ood6pagers.shtml>

World Bank, *Turkey: Reforming the Health Sector for Improved Access ve Efficiency*. Human Development Sector Unit, Europe and Central Asia Region – Report No. 24358-TU. World Bank: Washington, DC, March 2003.

[www.cbe.org.eg](http://www.cbe.org.eg)

[www.die.gov.tr](http://www.die.gov.tr)

[www.dpt.gov.tr](http://www.dpt.gov.tr)

[www.emekli.gov.tr](http://www.emekli.gov.tr)

[www.hazine.gov.tr](http://www.hazine.gov.tr)

[www.oecd.org](http://www.oecd.org)

[www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr)

[www.ssk.gov.tr](http://www.ssk.gov.tr)

[www.tsrsb.org.tr](http://www.tsrsb.org.tr)

[www.un.org](http://www.un.org)

[www.who.org](http://www.who.org)

[www.worldbank.org](http://www.worldbank.org)

Yıldırım, C., *Diş Hekimliği Hizmetleri Bilgi Notu*, İstanbul, 2004.

## Ek 1. OECD KARŞILAŞTIRMALI TABLOLAR (2001)

Tablo 16. Toplam Doğurganlık Hızı (kadın başına doğum)

Sıra	Ülke	Değer
<b>1</b>	<b>Türkiye</b>	<b>2.3</b>
2	İzlanda	2.0
3	Kıbrıs Rum Kesimi	1.9
4	Fransa	1.9
5	İrlanda	1.9
6	Danimarka	1.8
7	Lüksemburg	1.8
8	Norveç	1.8
9	Makedonya	1.8
10	Finlandiya	1.7
11	Yugoslav Fed. Cum.	1.7
12	Hollanda	1.7
13	İngiltere	1.7
14	Belçika	1.6
15	Bosna Hersek	1.6
16	İsveç	1.6
17	Portekiz	1.5
18	İsviçre	1.4
19	Hırvatistan	1.4
20	Almanya	1.4
21	Polonya	1.3
22	Slovak Cumhuriyeti	1.3
23	Yunanistan	1.3
24	Avusturya	1.3
25	Romanya	1.3
26	Macaristan	1.3
27	Beyaz Rusya	1.3
28	Litvanya	1.3
29	Bulgaristan	1.3
30	Estonya	1.2
31	İtalya	1.2
32	Slovenya	1.2
33	İspanya	1.2
34	Çek Cumhuriyeti	1.2
35	Letonya	1.2

**Tablo 17. Kişi Başı GSMH, SGP (ABD\$)**

Sıra	Ülke	Değer
1	Lüksemburg	53,780
2	İrlanda	32,410
3	İzlanda	29,990
4	Norveç	29,620
5	Danimarka	29,000
6	İsviçre	28,100
7	Hollanda	27,190
8	Avusturya	26,730
9	Belçika	25,520
10	Almanya	25,350
11	İtalya	24,670
12	Finlandiya	24,430
13	İsveç	24,180
14	İngiltere	24,160
15	Fransa	23,990
16	Kıbrıs Rum Kesimi	21,190
17	İspanya	20,150
18	Portekiz	18,150
19	Yunanistan	17,440
20	Slovenya	17,130
21	Çek Cumhuriyeti	14,720
22	Macaristan	12,340
23	Slovak Cumhuriyeti	11,960
24	Estonya	10,170
25	Polonya	9,450
26	Hırvatistan	9,170
27	Litvanya	8,470
28	Letonya	7,730
29	Beyaz Rusya	7,620
30	Bulgaristan	6,890
31	Makedonya	6,110
32	Bosna Hersek	5,970
<b>33</b>	<b>Türkiye</b>	<b>5,890</b>
34	Romanya	5,830
35	Yugoslav Fed.Cum.	-

**Tablo 18. Kişi Başı Sağlık Harcaması (ABD\$)**

Sıra	Ülke	Değer
1	İsviçre	3,573\$
2	Norveç	2,832\$
3	İzlanda	2,729\$
4	Lüksemburg	2,514\$
5	Danimarka	2,512\$
6	Almanya	2,422\$
7	İsveç	2,179\$
8	Fransa	2,057\$
9	Belçika	1,936\$
10	Hollanda	1,900\$
11	Avusturya	1,872\$
12	İngiltere	1,747\$
13	İrlanda	1,692\$
14	Finlandiya	1,559\$
15	İtalya	1,498\$
16	İspanya	1,073\$
17	Kıbrıs Rum Kesimi	888\$
18	Yunanistan	884\$
19	Portekiz	862\$
20	Slovenya	788\$
21	Hırvatistan	434\$
22	Çek Cumhuriyeti	358\$
23	Macaristan	315\$
24	Polonya	246\$
25	Estonya	218\$
26	Slovak Cumhuriyeti	210\$
27	Litvanya	185\$
28	Letonya	174\$
<b>29</b>	<b>Türkiye</b>	<b>150\$</b>
30	Makedonya	106\$
31	Bulgaristan	59\$
32	Beyaz Rusya	57\$
33	Bosna Hersek	50\$
34	Yugoslav Fed. Cum.	50\$
35	Romanya	48\$

**Tablo 19. GSYİH'nın %'si Olarak Özel Sağlık Harcamaları**

Sıra	Ülke	Değer
1	İsviçre	4.8
2	Yunanistan	3.7
3	Kıbrıs Rum Kesimi	3.6
4	Yugoslav Fed. Cum.	2.7
5	Almanya	2.6
6	Hollanda	2.6
7	Belçika	2.5
8	Avusturya	2.4
9	Portekiz	2.4
10	Letonya	2.4
11	İspanya	2.3
12	Fransa	2.3
13	İtalya	2.1
14	Hırvatistan	2.0
15	İsveç	1.9
16	Polonya	1.8
17	Slovenya	1.8
18	Litvanya	1.7
19	Macaristan	1.7
20	Finlandiya	1.6
21	İrlanda	1.6
22	Danimarka	1.5
<b>23</b>	<b>Türkiye</b>	<b>1.4</b>
24	Estonya	1.4
25	Bosna Hersek	1.4
26	İzlanda	1.4
27	İngiltere	1.4
28	Norveç	1.2
29	Romanya	1.0
30	Beyaz Rusya	1.0
31	Makedonya	0.9
32	Bulgaristan	0.9
33	Çek Cumhuriyeti	0.6
34	Slovak Cumhuriyeti	0.6
35	Lüksemburg	0.5

**Tablo 20. GSYİH'nın %'si Olarak Kamu Sağlık Harcamaları**

Sıra	Ülke	Değer
1	Hırvatistan	8.0
2	Almanya	8.0
3	İzlanda	7.5
4	Fransa	7.2
5	Danimarka	6.8
6	Slovenya	6.8
7	Norveç	6.6
8	Çek Cumhuriyeti	6.6
9	İsveç	6.5
10	Belçika	6.2
11	İtalya	6.0
12	İsviçre	5.9
13	İngiltere	5.9
14	Portekiz	5.8
15	Avusturya	5.6
16	Hollanda	5.5
17	İspanya	5.4
18	Lüksemburg	5.3
19	Slovak Cumhuriyeti	5.3
20	Macaristan	5.1
21	İrlanda	5.1
22	Makedonya	5.1
23	Finlandiya	5.0
24	Beyaz Rusya	4.7
25	Estonya	4.7
26	Yunanistan	4.6
27	Litvanya	4.3
28	Kıbrıs Rum Kesimi	4.3
29	Polonya	4.2
<b>30</b>	<b>Türkiye</b>	<b>3.6</b>
31	Letonya	3.5
32	Bosna Hersek	3.1
33	Bulgaristan	3.0
34	Yugoslav Fed.Cum.	2.9
35	Romanya	1.9

**Tablo 21. GSYİH'nın %'si Olarak Toplam Sağlık Harcamaları**

<b>Sıra</b>	<b>Ülke</b>	<b>Değer</b>
1	İsviçre	10.7
2	Almanya	10.6
3	Hırvatistan	10.0
4	Fransa	9.5
5	İzlanda	8.9
6	Belçika	8.7
7	Slovenya	8.6
8	İsveç	8.4
9	Danimarka	8.3
10	Yunanistan	8.3
11	Portekiz	8.2
12	İtalya	8.1
13	Hollanda	8.1
14	Avusturya	8.0
15	Kıbrıs Rum Kesimi	7.9
16	Norveç	7.8
17	İspanya	7.7
18	İngiltere	7.3
19	Çek Cumhuriyeti	7.2
20	Macaristan	6.8
21	İrlanda	6.7
22	Finlandiya	6.6
23	Estonya	6.1
24	Litvanya	6.0
25	Makedonya	6.0
26	Polonya	6.0
27	Letonya	5.9
28	Slovak Cumhuriyeti	5.9
29	Lüksemburg	5.8
30	Beyaz Rusya	5.7
31	Yugoslav Fed. Cum.	5.6
<b>32</b>	<b>Türkiye</b>	<b>5.0</b>
33	Bosna Hersek	4.5
34	Bulgaristan	3.9
35	Romanya	2.9



**Tablo 22. 1,000 Nüfusa Düşen Hastane Yatağı Sayısı**

Sıra	Ülke	Değer
1	İsviçre	17.9
2	Norveç	14.6
3	Hollanda	10.8
4	İrlanda	9.7
5	Litvanya	9.2
6	Almanya	9.1
7	Çek Cumhuriyeti	8.8
8	Avusturya	8.6
9	Fransa	8.2
10	Macaristan	8.2
11	Lüksemburg	8.0
12	Finlandiya	7.5
13	Bulgaristan	7.4
14	Estonya	7.4
15	Belçika	7.3
16	Slovak Cumhuriyeti	7.1
17	Yunanistan	4.9
18	İtalya	4.9
19	Makedonya	4.9
20	Polonya	4.9
21	Danimarka	4.5
22	İspanya	4.1
23	İngiltere	4.1
24	Portekiz	4.0
25	İsveç	3.6
<b>26</b>	<b>Türkiye</b>	<b>2.6</b>
	Beyaz Rusya	Veri yok
	Bosna Hersek	Veri yok
	Hırvatistan	Veri yok
	Kıbrıs Rum Kesimi	Veri yok
	İzlanda	Veri yok
	Letonya	Veri yok
	Romanya	Veri yok
	Slovenya	Veri yok
	Yugoslav Fed. Cum.	Veri yok

**Tablo 23. Bağışıklama, DBT (12 aydan küçük çocukların %'si)**

Sıra	Ülke	Değer
1	Beyaz Rusya	99.0
2	Finlandiya	99.0
3	Macaristan	99.0
4	Romanya	99.0
5	Slovak Cumhuriyeti	99.0
6	İsveç	99.0
7	Çek Cumhuriyeti	98.0
8	Fransa	98.0
9	Lüksemburg	98.0
10	Polonya	98.0
11	Danimarka	97.0
12	Almanya	97.0
13	Letonya	97.0
14	Hollanda	97.0
15	Belçika	96.0
16	Bulgaristan	96.0
17	Portekiz	96.0
18	İtalya	95.0
19	Litvanya	95.0
20	Norveç	95.0
21	İspanya	95.0
22	İsviÁre	95.0
23	Hırvatistan	94.0
24	Estonya	94.0
25	İngiltere	94.0
26	Yugoslav Fed. Cum.	93.0
27	İzlanda	92.0
28	Slovenya	92.0
29	Bosna Hersek	91.0
30	Makedonya	90.0
31	Yunanistan	88.0
<b>32</b>	<b>Türkiye</b>	<b>88.0</b>
33	Avusturya	84.0
34	İrlanda	84.0
	Kıbrıs Rum Kesimi	Veri yok

**Tablo 24. Başışıklama, Kızamık (12 aydan küçük çocukların %'si)**

<b>Sıra</b>	<b>Ülke</b>	<b>Değer</b>
1	Beyaz Rusya	99.0
2	Macaristan	99.0
3	Slovak Cumhuriyeti	99.0
4	Letonya	98.0
5	Romanya	98.0
6	Slovenya	98.0
7	Çek Cumhuriyeti	97.0
8	Litvanya	97.0
9	Polonya	97.0
10	Bulgaristan	96.0
11	Finlandiya	96.0
12	Hollanda	96.0
13	Estonya	95.0
14	Hırvatistan	94.0
15	Danimarka	94.0
16	İspanya	94.0
17	İsveç	94.0
18	Norveç	93.0
19	Bosna Hersek	92.0
20	Makedonya	92.0
21	Lüksemburg	91.0
<b>22</b>	<b>Türkiye</b>	<b>90.0</b>
23	Yugoslav Fed. Cum.	90.0
24	Almanya	89.0
25	Yunanistan	88.0
26	İzlanda	88.0
27	Portekiz	87.0
28	Kıbrıs Rum Kesimi	86.0
29	İngiltere	85.0
30	Franse	84.0
31	Belçika	83.0
32	İsviçre	81.0
33	Avusturya	79.0
34	İrlanda	73.0
35	İtalya	70.0

**Tablo 25. Doğuşta Beklenen Yaşım Süresi, Kadın (yıl)**

Sıra	Ülke	Değer
1	Fransa	83.0
2	İsviçre	83.0
3	İsveç	82.1
4	İtalya	81.9
5	İspanya	81.9
6	İzlanda	81.9
7	Belçika	81.6
8	Finlandiya	81.5
9	Norveç	81.5
10	Avusturya	81.4
11	Yunanistan	80.7
12	Almanya	80.7
13	Lüksemburg	80.7
14	Hollanda	80.6
15	Kıbrıs Rum Kesimi	80.4
16	İngiltere	80.0
17	İrlanda	79.5
18	Slovenya	79.5
19	Portekiz	79.3
20	Danimarka	78.9
21	Çek Cumhuriyeti	78.4
22	Litvanya	77.9
23	Hırvatistan	77.9
24	Polonya	77.8
25	Slovak Cumhuriyeti	77.3
26	Estonya	76.4
27	Bosna Hersek	76.3
28	Letonya	76.1
29	Macaristan	75.9
30	Makedonya	75.5
31	Bulgaristan	75.2
32	Yugoslav Fed. Cum.	75.1
33	Beyaz Rusya	74.1
34	Romanya	73.8
<b>35</b>	<b>Türkiye</b>	<b>72.3</b>

**Tablo 26. Doğuşta Beklenen Yaşım Süresi, Erkek (yıl)**

Sıra	Ülke	Değer
1	İsveç	77.6
2	İzlanda	77.5
3	İsviçre	76.9
4	Norveç	76.0
5	Kıbrıs Rum Kesimi	75.7
6	Avusturya	75.7
7	Fransa	75.5
8	Yunanistan	75.3
9	Hollanda	75.3
10	İtalya	75.3
11	Belçika	75.2
12	İngiltere	74.9
13	İspanya	74.7
14	Almanya	74.7
15	Finlandiya	74.6
16	Danimarka	74.2
17	İrlanda	73.9
18	Lüksemburg	73.9
19	Portekiz	72.5
20	Slovenya	71.9
21	Çek Cumhuriyeti	71.6
22	Bosna Hersek	71.0
23	Makedonya	70.9
24	Yugoslav Fed. Cum.	70.2
25	Polonya	69.5
26	Hırvatistan	69.4
27	Slovak Cumhuriyeti	69.3
28	Bulgaristan	68.3
29	Litvanya	67.7
30	Macaristan	67.4
<b>31</b>	<b>Türkiye</b>	<b>67.3</b>
32	Romanya	66.2
33	Estonya	65.1
34	Letonya	65.0
35	Beyaz Rusya	62.4

**Tablo 27. Bebek Ölüm Hızı (her 1,000 canlı doğumda bir yaş altı ölümler)**

Sıra	Ülke	Değer
<b>1</b>	<b>Türkiye</b>	<b>36.0</b>
2	Makedonya	22.0
3	Romanya	19.0
4	Beyaz Rusya	17.0
5	Letonya	17.0
6	Yugoslav Fed. Cum.	17.0
7	Bosna Hersek	15.0
8	Bulgaristan	14.0
9	Estonya	11.0
10	Macaristan	8.0
11	Litvanya	8.0
12	Polonya	8.0
13	Slovak Cumhuriyeti	8.0
14	Hırvatistan	7.0
15	İrlanda	6.0
16	İngiltere	6.0
17	Avusturya	5.0
18	Belçika	5.0
19	Kıbrıs Rum Kesimi	5.0
20	Yunanistan	5.0
21	Lüksemburg	5.0
22	Hollanda	5.0
23	Portekiz	5.0
24	İsviçre	5.0
25	Çek Cumhuriyeti	4.0
26	Danimarka	4.0
27	Finlandiya	4.0
28	Fransa	4.0
29	Almanya	4.0
30	İtalya	4.0
31	Norveç	4.0
32	Slovenya	4.0
33	İspanya	4.0
34	İzlanda	3.0
35	İsveç	3.0

**Tablo 28. Çocuk Ölüm Hızı (her 1,000 canlı doğumda beş yaş altı ölümler)**

Sıra	Ülke	Değer
<b>1</b>	<b>Türkiye</b>	<b>43.0</b>
2	Makedonya	26.0
3	Letonya	21.0
4	Romanya	21.0
5	Beyaz Rusya	20.0
6	Yugoslav Fed. Cum.	19.0
7	Bosna Hersek	18.0
8	Bulgaristan	16.0
9	Estonya	12.0
10	Macaristan	9.0
11	Litvanya	9.0
12	Polonya	9.0
13	Slovak Cumhuriyeti	9.0
14	Hırvatistan	8.0
15	İngiltere	7.0
16	Belçika	6.0
17	Kıbrıs Rum Kesimi	6.0
18	Fransa	6.0
19	İrlanda	6.0
20	İtalya	6.0
21	Hollanda	6.0
22	Portekiz	6.0
23	İspanya	6.0
24	İsviçre	6.0
25	Avusturya	5.0
26	Çek Cumhuriyeti	5.0
27	Finlandiya	5.0
28	Almanya	5.0
29	Yunanistan	5.0
30	Lüksemburg	5.0
31	Slovenya	5.0
32	Danimarka	4.0
33	İzlanda	4.0
34	Norveç	4.0
35	İsveç	3.0

**Tablo 29. 1,000 Nüfusa Düşen Hekim Sayısı**

Sıra	Ülke	Değer
1	İtalya	6.0
2	Beyaz Rusya	4.4
3	Yunanistan	4.4
4	Litvanya	4.0
5	Belçika	3.9
6	Almanya	3.6
7	Slovak Cumhuriyeti	3.5
8	İsviçre	3.5
9	Bulgaristan	3.4
10	Danimarka	3.4
11	İzlanda	3.4
12	İspanya	3.3
13	Macaristan	3.2
14	Hollanda	3.2
15	Portekiz	3.2
16	Avusturya	3.1
17	Çek Cumhuriyeti	3.1
18	Finlandiya	3.1
19	Lüksemburg	3.1
20	Fransa	3.0
21	Estonya	3.0
22	Norveç	2.9
23	İsveç	2.9
24	Letonya	2.8
25	İrlanda	2.3
26	Hırvatistan	2.3
27	Slovenya	2.3
28	Makedonya	2.2
29	Polonya	2.2
30	Romanya	1.8
31	İngiltere	1.8
32	Bosna Hersek	1.4
<b>33</b>	<b>Türkiye</b>	<b>1.3</b>
	Kıbrıs Rum Kesimi	Veri yok
	Yugoslav Fed. Cum.	Veri yok



**Tablo 30. Nüfus Artış Hızı (yıllık %)**

Sıra	Ülke	Değer
1	Bosna Hersek	1.5
<b>2</b>	<b>Türkiye</b>	<b>1.4</b>
3	İrlanda	1.0
4	İsviçre	0.7
5	İzlanda	0.7
6	Hollanda	0.7
7	Norveç	0.6
8	Kıbrıs Rum Kesimi	0.6
9	Lüksemburg	0.6
10	Makedonya	0.6
11	Fransa	0.4
12	Yunanistan	0.4
13	İsveç	0.3
14	Belçika	0.3
15	Danimarka	0.3
16	Finlandiya	0.2
17	Almanya	0.2
18	İspanya	0.2
19	Avusturya	0.1
20	İngiltere	0.1
21	Slovak Cumhuriyeti	0.1
22	Portekiz	0.1
23	Yugoslav Fed. Cum.	0.1
24	Slovenya	0.0
25	Polonya	0.0
26	İtalya	0.0
27	Hırvatistan	-0.1
28	Çek Cumhuriyeti	-0.1
29	Litvanya	-0.2
30	Macaristan	-0.2
31	Romanya	-0.2
32	Beyaz Rusya	-0.4
33	Estonya	-0.4
34	Bulgaristan	-0.7
35	Letonya	-1.0

**Tablo 31. Toplam Nüfus (milyon)**

Sıra	Ülke	Değer
1	Almanya	82.3
<b>2</b>	<b>Türkiye</b>	<b>68.5</b>
3	Fransa	59.2
4	İngiltere	58.8
5	İtalya	57.9
6	İspanya	41.1
7	Polonya	38.6
8	Romanya	22.4
9	Hollanda	16.0
10	Yugoslav Fed. Cum.	10.7
11	Yunanistan	10.6
12	Belçika	10.3
13	Çek Cumhuriyeti	10.2
14	Macaristan	10.2
15	Portekiz	10.0
16	Beyaz Rusya	10.0
17	İsveç	8.9
18	Avusturya	8.1
19	Bulgaristan	7.9
20	İsviçre	7.2
21	Slovak Cumhuriyeti	5.4
22	Danimarka	5.4
23	Finlandiya	5.2
24	Norveç	4.5
25	Hırvatistan	4.4
26	Bosna Hersek	4.1
27	İrlanda	3.8
28	Litvanya	3.5
29	Letonya	2.4
30	Makedonya	2.0
31	Slovenya	2.0
32	Estonya	1.4
33	Kıbrıs Rum Kesimi	0.8
34	Lüksemburg	0.4
35	İzlanda	0.3

**Tablo 32. Kentsel Nüfus %'si**

Sıra	Ülke	Değer
1	Belçika	97.4
2	İzlanda	92.6
3	Lüksemburg	91.8
4	Hollanda	89.6
5	İngiltere	89.5
6	Almanya	87.7
7	Danimarka	85.1
8	İsveç	83.3
9	İspanya	77.8
10	Fransa	75.5
11	Norveç	75.0
12	Çek Cumhuriyeti	74.6
13	Kıbrıs Rum Kesimi	70.2
14	Beyaz Rusya	69.6
15	Estonya	69.4
16	Litvanya	68.7
17	Bulgaristan	67.5
18	İsviçre	67.5
19	Avusturya	67.4
20	İtalya	67.1
<b>21</b>	<b>Türkiye</b>	<b>66.2</b>
22	Portekiz	65.6
23	Macaristan	64.8
24	Polonya	62.6
25	Letonya	60.4
26	Yunanistan	60.4
27	Makedonya	59.5
28	İrlanda	59.3
29	Finlandiya	59.0
30	Hırvatistan	58.1
31	Slovak Cumhuriyeti	57.6
32	Romanya	55.3
33	Yugoslav Fed. Cum.	51.7
34	Slovenya	49.2
35	Bosna Hersek	43.4



## EK 2. ULUSLARARASI ÖRNEKLER

### AVUSTRALYA

**Kaynak:** European Observatory on Health Care Systems (2002)'den uyarlanmıştır.

Avustralya'da birçok hizmet ve sunucu türünü, bir dizi finansman ve düzenleyici mekanizmayı içeren karmaşık bir sağlık hizmetleri sistemi vardır. Federal hükümet; sağlık sisteminin önemli bir bölümünün finansmanını sağlayarak ve ilaçlar ile yaşlı bakım hizmetlerini (bakım evlerini) sübvans ederek sağlık hizmetlerini sunmak yerine finanse eder. Eyaletler ise temel olarak, federal mali yardımların da katkısıyla; kamu hastanelerinin, ruh sağlığı hizmetlerinin ve toplum sağlığı hizmetlerinin finansmanı ve idaresinin yanı sıra sağlık çalışanlarının düzenlenmesinden de sorumludur. Özel çalışan hekimler topluma dayalı sağlık ve diş sağlığı hizmetlerinin önemli bir kısmını yerine getirirler; ülkede büyük bir özel hastane sektörü vardır.

#### Finansman

Avustralya; 2000 yılında GSMH'nin %8.5'ini sağlık alanında harcamıştır. Harcamalar yıllık ortalama %4'ün üzerinde artış göstererek son 10 yılda sürekli artmıştır. Satın alma gücü paritesine göre kişi başı sağlık harcaması 1998'de 2,085\$'dır (İngiltere için bu rakam 1,510\$'dır). Avustralya'da kamu sektörünün toplam sağlık harcamaları içindeki payı (%71) bazı OECD ülkeleri (birinci basamak ve aynı zamanda hastane hizmetlerinin sunumunda özel sektörün önemli ölçüde payı olduğu için) ile karşılaştırıldığında oldukça düşüktür. 1999-2000 döneminde sağlık harcamalarının %48'i federal hükümet tarafından karşılanırken, eyaletler ve yerel yönetimlerin katkısı %23 (yerel yönetimlerin payı çok küçüktür) olmuş, kalan %29 ise özel kaynaklardan gelmiştir.

Avustralya'da, 2000 yılındaki gelirlerin %71.2'sinin kamu kaynaklarından sağlandığı, ağırlıklı olarak kamu tarafından finanse edilen bir sağlık hizmetleri sistemi vardır. Federal hükümetin sağlık fonu genel vergiler yoluyla elde edilir ve devletin sağlık sigortası sistemi olan "*Medicare*" kapsamında toplanan paralarla desteklenir ki, bu desteğin miktarı federal hükümetin sağlık harcamalarının yaklaşık %20'sine ve toplam ulusal sağlık harcamalarının yaklaşık %8.5'ine karşılık gelir. Toplam sağlık harcamalarının %16.2'si cepten ödemeler, %7.1'i özel sağlık sigortası ve %5.5'i de diğer kaynaklardan karşılanır.

## **Kapsam**

Avustralya’da; devletin sağlık sigortası sistemi olan “*Medicare*” kanalıyla, öde-me gücüne bakılmaksızın herkese sağlık hizmetlerine ulaşma imkanı sağlanmıştır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı genel vergiler ve gelire bağlı zorunlu sağlık primle-ri yoluyla karşılanır. Tamamlayıcı özel sağlık sigortası isteğe bağlıdır ancak günü-müzde devlet tarafından kuvvetle teşvik edilmektedir. Sigorta hizmetlerinden; Avustralya’da ikamet eden Avustralya vatandaşları, daimi vizesi olanlar ve Yeni Ze-landa vatandaşları faydalanabilmektedir.

Tamamlayıcı Özel Sağlık Sigortasına sahip nüfusun oranı Aralık 1998’de %30 iken; özel sigorta yaptıranlara uygulanan sübvansiyonlar ve yaptırmayanlara getiri-len vergi artırımlarının ardından Mart 2001’de %45’e yükselmiştir. Özel sağlık sigor-tası olmayan yüksek gelir grupları için uygulanan artırılmış vergi uygulaması, ilk or-taya çıktığı Temmuz 1997’den beri devam ettirilmektedir. Ulusal hükümetin bunda-ki amacı; “*Medicare*”in kurulduğu 1984’ten beri özel üyeliklerde görülen düşüşün durdurulması ve daha genç ve sağlıklı olan bireylerin özel sağlık sigortasına geç-meleri ve devam ettirmelerinin sağlanmasıyla, üyelerin genel risk profilinin iyileşti-rilerek bunun sonucunda da primlerin düşmesi beklentisiydi. Ancak; özel sağlık si-gortası fonları 2002 başlarında -artan taleplerden kaynaklanan maliyet artışları ge-rekçesiyle- primlerini artırmışlardır.

## **Teminatlar**

Sağlık hizmetleri sübvansiyonları, Sağlık Teminatları Listesi’nde bulunanlarla sı-nırlıdır. Bu listede bulunanlar arasında; genel pratisyen ve uzman muayene ücret-leri, radyoloji ve patoloji tahlilleri, optometristlerin yaptığı göz tahlilleri ve hekim-ler tarafından yapılan cerrahi ve terapötik işlemler vardır. Sağlık Hizmetleri Danış-ma Komitesi; maliyet etkililik kriterlerini de içeren kanıta dayalı bir yaklaşımı kul-lanarak, listeye hangi yeni sağlık hizmetlerinin ve teknolojilerinin eklenmesi gerek-tiği konusunda Sağlık Bakanı’na önerilerde bulunur. “*Medicare*” hak sahipleri; üc-retsiz (eğer hekim faturayı “*Medicare*”e keserse) ayaktan sağlık hizmetlerinin yanı-sıra Eyalet tarafından fonlanan hastanelerde kamu hastaları olarak ücretsiz yatak, sağlık, hemşirelik ve diğer hizmetleri ücretsiz olarak alabilmektedirler. Alternatif olarak, “*Medicare*”den biraz yardım alarak, kamu veya özel hastanelerde özel has-ta olarak tedaviyi tercih edebilirler.

İlaç Teminat Uygulaması (The Pharmaceutical Benefits Scheme - PBS), genel hak sahipleri ve ayrıcalıklı hak sahipleri (emeklilik ve diğer hak sahipliği kartlarına sahip olanlar) olmak üzere iki grup için kapsamlı olarak hazırlanmış onaylı ilaçlar listesinde yer alan ilaçların satın alınmasında sübvansiyon uygular. PBS listesinde yer almayan ilaçlara sübvansiyon uygulanmaz. Şu hizmetler “*Medicare*” kapsamı dışındadır: diş tedavileri, ambulans hizmetleri, evde bakım, fizyoterapi, meşguliyetle tedavi, konuşma tedavisi, elle fitik tedavisi (chiropractic) ve podiyatri hizmetleri, psikolog seansları, görme ve işitme gereçleri ve protezleri ve “*Medicare*” kapsamında klinik açıdan gerekli görülmeyen kozmetik amaçlı cerrahi gibi tıbbi hizmetler. 1984 yılında “*Medicare*”ın devreye girmesinden sonra özel sigortaların ayaktan hizmetleri kapsamı engellenmiştir. Ancak “*Medicare*” tarafından kapsanmayan diş ve göz hizmetleri (gözlükler ve kontakt lensler), fizyoterapi, elle fitik tedavisi ve aletleri gibi bazı yan maliyetler ve İlaç Teminat Uygulaması kapsamında olmayan reçeteli ilaçlar bir noktaya kadar özel sağlık sigortası fonları tarafından karşılanabilmektedir. Bireylerin faydalanabileceği tıbbi hizmetlerin miktarı konusunda bir sınırlama yoktur. Sağlık hizmetleri teminatları kısıtlamaya tabii değildir.

## **Tedarik**

Avustralya’da finansman ve tedarik unsurlarının birbirinden ayrı olduğu kapsamlı bir sistem yoktur. Ödeme yöntemleri de farklılık gösterir: Tıbbi muayeneler geriye dönük olarak ödenir, ilaç fiyatları düzenlenir ve bakım evleri ücretleri gün hesabına göre ödenir.

Ayaktan ve birinci basamak hizmetler için, federal hükümetin ödemesini yapacağı sağlık teminatlarının liste fiyatları, “*Medicare Teminat Listesi*” ile oluşturulur. Genel pratisyenler; hizmet-başına-ödeme olarak doğrudan hastalarına fatura kesebilirler veya hizmetlerinin karşılığında liste fiyatının %85’i üzerinden faturayı Sağlık Sigortası Komisyonu’na gönderebilirler. Geri ödemelerde önemli gecikmeler görülmemektedir. Federal hükümet; “*Medicare Teminat Listesi*” uygulaması yoluyla, özel çalışan genel pratisyenler ve uzmanları etkileyebilmektedir. Hizmetlerin gereksiz kullanımını önlemek amacıyla, genel pratisyenlerin uygulama kalıpları Sağlık Sigortası Komisyonu tarafından dikkatle incelenir. Sağlık Teminatları Listesi, sağlık ücretlerinde indirim aracı olarak kullanılsa bile (ancak aynı zamanda ödemeleri güvence altına almaktadır), ödemeler, klinik uygulamaları değiştirecek bir baskı aracı olarak kullanılmaz.

Hastane hizmetleri için "Avustralya Sağlık Hizmetleri Anlaşmaları" kapsamında federal hükümet; kamu hastanelerine aktarılmak üzere eyaletlere çeşitli performans ölçümlerine tabi olan ve ileriye dönük blok ödenekler gönderir. Kamu hastanelerinin çoğu eyaletten aldıkları fonların yönetiminden sorumludur. Eyaletlerin çoğu artık hastaneleri sabit prospektif bütçeler ve DRG ödemeleri bileşiminden oluşan bir yöntemle fonlamaktadır. Avustralya, 1985'te Amerika Birleşik Devletleri'nin DRG ödeme yönteminin pilot uygulamalarına başlamıştır ve şu anda DRG sistemlerinin karmaşıklıklarına dair 15 yılı aşkın bir deneyimi vardır. Avustralya; halen 667 kategorisi bulunan kendi standart sınıflandırma sistemini Avustralya Ulusal Teşhise Dayalı Hastalık Sınıflandırmaları (Australian National Diagnostic Related Groups - AN-DRGs) adı altında oluşturmuştur. Artık tüm eyaletler (New South Wales hariç) kamu hastanelerinin fonlanması için DRG sistemini kullanmaktadır. New South Wales, hastane ödemelerinin finansmanı için büyük ölçekli bir nüfus fonlamasına sahiptir ve vaka bileşimi bilgilerini daha çok bir yönetim aracı olarak kullanmaktadır.

### **Sorunlar**

- Hastanelerde elektif cerrahi müdahaleler için bekleme listeleri.
- Hastanelerde eğitimli hemşire açığı.
- Federal hükümetin insanları özel sağlık sigortası yaptırmaya teşvik için uyguladığı vergi indirimlerinin maliyeti.

### **FRANSA**

Kaynak: European Observatory on Health Care Systems (2002)'den uyarlanmıştır.

Fransız sağlık sistemi, ağırlıklı olarak gelir vergileri ve çalışan ve işverenlerden gelen sosyal sağlık sigortası katılım payları ile finanse edilmektedir. Sağlık hizmetleri tedariki ve ödemeleri, sağlık sigortası programları ve devlet tarafından ödenmekte ve özel hekimler ile kamu ve özel (kâr-amaçlı ve kâr-amaçsız) hastaneler tarafından sunulmaktadır. Ayaktan tedavi sektöründeki genel pratisyenlerin ve uzmanların büyük bir kısmına hizmet başına esasına göre, üzerinde anlaşılmış fiyat tarifelerine uygun olarak ödeme yapılırken, kamu hastanelerinde çalışanlara maaş verilmektedir. Fransız hastaların hekimi ve hastaneyi seçme hakkı vardır.



## **Finansman**

2000 yılında ortalama kişi başı sağlık harcamaları 253 EUR olarak belirlenmiştir ve bunun içinde hekim muayeneleri için ödenen katkı paylarına yönelik ortalama harcama 10 EUR'dur. Tüm katkı payları, tamamlayıcı isteğe bağlı sağlık sigortası (VHI) poliçeleri kapsamında geri ödenebilir. Geri ödemenin miktarı poliçeye göre belirlenir. Yıllık olarak cepten ödeme sınırı veya cepten ödemeler için vergi kolaylıkları yoktur. Ancak yüksek faturalardan kaçınmanın iki yolu vardır: (1) ciddi hastalığı olan kişiler ve 200 EUR'dan fazla tutan hastane işlemleri için katkı payı muafiyetleri (*ticket modérateur*) ve (2) düşük gelire sahip olanlar için ücretsiz tamamlayıcı VHI sigortası.

Bu işe yönelik vergiler: (1) Genel sosyal katılım payı (CSG): toplam gelire dayalı bu vergi, 1998'den beri çalışanların ödediği sosyal sağlık sigortası katılım paylarının büyük bir kısmının yerine geçmiştir. CSG oranı % 5.25'tir (%3.95'i emeklilik, işsizlik teminatları ve hastalık teminatları içindir). CSG 1997'de sağlık hizmetlerinin % 6.2'sini ve 1998'de %30.1'ini finanse etmiş olup halen sağlık sigortası fon gelirlerinin üçte birini teşkil etmektedir. (2) İlaç firmaları tarafından ödenen (satışlara ve tanıtım harcamalarına dayalı) vergiler. (3) Tütün ve alkolden alınan özel vergiler; bu vergiler ana sigorta fonuna tahsis edilmekte ve bu fonun gelirlerinin %3.4'ünü oluşturmaktadır.

Ayrıca sosyal sağlık sigortası katılım payları, sağlık sistemi için ana bir finansman kaynağıdır. Bu katılım payları, kendi namına çalışanlar ve çiftçiler için gerileyen (regresif) tarzda, maaşlı çalışanlar için orantısaldır. Toplam katılım payı brüt gelirin %13.55'i olup (tavan yoktur), işverenin payı %12.80, çalışanın payı %0.75'tir. isteğe bağlı sağlık sigortası primlerinin hesaplanması için genel bir kural yoktur.

## **Kapsam**

Fransa'da yasal olarak ikamet eden herkes kamu sağlık sigortası kapsamındadır. Nüfusun sigortadan çıkması söz konusu değildir. Son döneme kadar; hak sahibi olmanın temeli çalışma durumuna bağlıyken, Ocak 2000 tarihinde uygulamaya başlanan Genel Sağlık Güvencesi Yasası (Universal Health Coverage Act) (CMU) uyarınca, kamu sağlık sigortası kapsamında olmayan küçük bir nüfus kesimi de Fransa'da ikamet ediyor olmalarına dayanarak kamu sigortası kapsamına alınmıştır. Üç temel sağlık sigortası programı nüfusun %96'sını kapsamaktadır. Çalışanların Sigortalıması İçin Ulusal Fon'un (National Fund for the Insurance of Employed Wor-

kers) kapsama oranı nüfusun %83'üdür. Nüfusun sigortacı seçme hakkı yoktur. Fransa'da yaşayan herkes mesleki durumlarına ve ikamet ettikleri yere göre bir sağlık sigortası programı ile ilişkilendirilmektedir. 2000 yılı verilerine göre nüfusun %86'sının ek bir (tamamlayıcı) isteğe bağlı sağlık sigortası bulunmaktadır. Düşük gelir düzeyindeki kişiler için ücretsiz tamamlayıcı VHI güvencesi sağlayan CMU'nun 2000 yılında uygulanmaya başlanmasından sonra, %7.2'lik bir kesim daha VHI kapsamına girmiş ve tamamlayıcı VHI tarafından kapsanan nüfus oranı %90'ı geçmiştir.

Hastalar; sevk olmadan ya da başvuru sayısına herhangi bir kısıtlama getirilmeden, özel veya bir hastane polikliniğinde çalışan herhangi bir genel pratisyene veya uzman hekime başvurabilirler. Hastalar tercih edecekleri özel veya kamu hastanesine yatırılırlar. Uygulamada; kanunen tanınmış bu hakların, finansal engellere (katkı payı) veya kırsalda ve varoşlarda oturanların coğrafi açıdan ulaşabilirliklerine bağlı olarak bazı istisnaları vardır. Hastaların tek bir sağlık dosyası yoktur (yerel ağlarla yapılan bazı uygulamalar dışında) ancak hastaların akıllı kartlarında - sağlık sigortası fonu üyeliği ve katkı paylarından muaf olup olmadıklarına dair bilgiler de dahil olmak üzere- idari bilgiler yer almaktadır.

### **Teminatlar**

Onaylı prosedürler; sağlık sigortası programları ve Mesleki Prosedürlere Dair Resmi Fiyat Tarifesi Daimi Komitesi'nde (Permanent Committee on Official Schedules of Professional Procedures) temsil edilen meslek grupları tarafından ortaklaşa belirlenir. Bu önerilerin Sağlık Bakanlığı tarafından onaylanması gereklidir. Onaylı tıbbi gereçlerin listesi, Tıbbi Ürünler Ekonomi Komitesi (Economic Committee for Medical Products) tarafından hazırlanır ve güncellenir. Bu kurallar, sadece hizmetbaşına-ödeme sektörü (yani, özel ayakta tedavi ve özel hastanelerde) için geçerlidir. Kamu hastanelerinde yapılan tüm teşhis ve tedavi işlemleri, özel sektörde geri ödeme yapılmaya bile, genel bütçe kapsamındadır. Ancak kamu hastanelerinin, kozmetik cerrahi gibi belli bazı işlemleri uygulamalarına izin verilmez.

### **Sorunlar**

- Sağlık hizmetleri arzı: Hekimlerin ve diğer meslek gruplarının tatminsizliği ve sağlık hizmeti çalışanları ile anlaşma yapmanın giderek zorlaşması. 1996'da, hekimlerin alacakları ücretlere bir tavan koyan büyük bir reformun gerçekleşmesinden beri, hekimlerle olan ilişkiler kötüleşmiştir. Hekimlerin ana sendikası, sağlık sigortası programları ile hiç bir anlaşma imzalamadığı için mevcut durumda ne pratisyen hekimler

ne de uzman hekimlerle yapılmış anlaşmalar mevcuttur. Halen genel pratisyenler çalışma dışı saatlerdeki hizmetler için greve gitmekte, ücretlerinde büyük bir artış talep etmektedirler ve bazı bölgelerde izinsiz olarak ücret tarifelerini artırmışlardır.

- Hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının demografik yapısı: Geçmiş yıllarda tıp fakültelerinde uygulanan kotalar nedeniyle hekim sayısı azalacaktır. Birçok kişi, hekim açığı olacağından endişe duymaktadır ve ayrıca bununla beraber, hekimlerin coğrafi dağılımı sorunu da gündeme gelmektedir. Bazı kırsal veya varoş bölgelerinde halen çalışacak hekim bulunmasında sıkıntılar yaşanmaktadır. Tartışılan konular arasında, hekimlerin çalışacakları yeri seçme hakları konusu da bulunmaktadır.

- Değişen ihtiyaçlar ve talepler: Sistemde hasta hakları ve hastaların "sesi"nin duyurulması. Halen mecliste bir hasta hakları yasası ve sağlık sisteminin kalitesi üzerinde görüşmeler yapılmaktadır. Yasa tasarısında, hasta haklarını artırmaya ve yaptırımlara yönelik maddeler bulunmaktadır. Genel olarak; ihtiyaçların karşılanması ve sorumluluğun artırılmasına yönelik olarak, sağlık hizmeti kullanıcılarının sistem içinde seslerinin daha çok duyurulması amaçlanmaktadır. Nüfusun yaşlanması ve bunun sağlık hizmetleri ihtiyacı üzerindeki etkileri ve maliyeti sıkıntı yaratan bir başka konudur.

## **POLONYA**

**Kaynak:** OECD (2000a)'den uyarlanmıştır.

### **Finansman**

Kamu sağlık sektörü büyük ölçüde gelirlerden alınan primlerle finanse edilmektedir. Çalışanlar, ücretlerinden sosyal sigorta primleri kesildikten sonra kalan brüt gelirleri üzerinden %7.5 ödemektedir. Sakatlık, emeklilik gibi diğer teminatlar da prim kesintisine tabidir.

### **Kapsam**

1999'da yeni bir ulusal sağlık sigorta sistemi uygulamaya konmuştur. Bu reform; merkezi olarak kontrol edilen ve bütçeye dayalı sistemden; desantralize, çok sayıda bölgesel fon ve ülke çapında kapsayıcılığı olan özel bir fon kanalıyla çalışan ve sigortaya dayalı sisteme geçiş gibi önemli bir değişimi sağlamıştır. Bu sağlık fonları kâr-amaçlı sigorta şirketleri değildir ve bir vergi aracılığıyla finanse edilmektedirler. Reform aynı zamanda birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesini ve bu

kapsamda aile hekimlerinin rolünün artırılmasını da amaçlamaktadır. İşsizler dahil herkes sigorta kapsamındadır ve işsizlerin katılım payları devlet bütçesi tarafından finanse edilmektedir. Ancak yeni sistemin belli bazı eksiklikleri vardır ve şu ana kadar aktif kamuoyu desteğini kazanamamıştır.

Sağlık Bakanlığı, mevcut 16 bağımsız, bölgesel Sağlık Fonu'nun yerini alması için bir Ulusal Sağlık Fonu oluşturmak istemektedir. Bölgesel hükümetler tarafından denetlenen, kendi kendini yöneten fonlar olan Sağlık Fonları, Sağlık Bakanlığı'nın planlarını veya önceliklerini dikkate almaksızın kendi politikalarını oluşturmakta özgürdür. Fonlar; yerel sağlık hizmet sunucuları ile hizmetler ve süreçler için sözleşmeler yaparken, merkezi ve yerel hükümetler ise kamu sağlığı ve sağlık politikalarından sorumludurlar. Ulusal Sağlık Fonu Yasası Taslağı halen yasalaşma sürecindedir.

### **Tedarik**

Hastanecilik sektörünün gelişmesi için önemli bir girdi; tüm ilgili katılımcıların doğru verilere ulaşmasını sağlayacak yeterlilikte bir veri tabanı ve muhasebe sistemidir. Polonya; hastanelere ve kliniklere yönelik olarak, maliyetleri piyasa fiyatlarına göre hesaplayan ve sermaye değer kayıplarını da içeren yeni bir standart maliyet muhasebesi sistemi de dahil olmak üzere, yeni bir bilgi sisteminin geliştirilmesi ve kullanılması için harekete geçmiştir. Hastaya dayalı (kaynak kullanımının ve herbir hastalık episodunun analizine imkan veren, hastayı sağlık hizmetleri sisteminin farklı düzeylerinde izleyebilen) yeni bir kayıt sistemini deneme aşamasındadır. Bu çabalar; bazı ülkelerde hastane etkinliğini oldukça artırıcı etkileri kanıtlanmış olan Teşhise-Dayalı-Hastalık-Sınıflandırması (DRG) türü bir ödeme sisteminin geliştirilmesini kolaylaştıracaktır.

Ancak sağlık sisteminin bilgisayarla işletilen hale gelmesi, kurumsal ve finansal reformların gerisinde kalmaktadır ve bilgi araçlarının tüm sağlık fonlarında uyumlu olmasının sağlanması için daha çok çaba sarfedilmelidir. Hastane karar verme süreçlerinin etkinliği için bir ana gereklilik ise nitelikli yöneticilerdir. Bu özellikle, devam etmekte olan mali özerkleşme süreci ve hastanelerin sağlık fonları ve hizmet sunucuları ile sözleşmeler yapacakları yeni rolleri açısından önemlidir.

### **Hizmet Sunumu**

Polonya sağlık sistemi; kısmen ülkenin eski idari yapılanmasına bağlı olarak, hizmetleri oldukça karmaşık üç katmanlı bir yapı aracılığıyla sunmaktadır. Bu üç

katman; merkezi düzey, bölgesel düzey ve özerk sağlık hizmeti idari birimlerinin bulunduğu yerel düzeyden oluşur. Merkezi düzeyde Sağlık Bakanlığı, tıp fakültele-ri hastaneleri, tıbbi araştırma enstitüleri ve sağlık personelinin mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimi de dahil, ulusal sağlık hizmetleri programlarından doğrudan sorum- ludur.

Son dönemde yetkilerin bölgelere ve yerel düzeye devredilmesi ve sağlık sek- töründe artan özelleştirmeler, Sağlık Bakanlığının hizmet sunumundaki rolünü azaltmıştır. Ayrıca sağlık sigortasının uygulanmaya başlamasıyla, merkezi hüküme- tin finansmandaki rolü de azalmıştır. 1992'den beri fonların doğrudan Maliye Ba- kanlığı'ndan gelmesi nedeniyle, bölgelerin özerkliği ve Sağlık Bakanlığı'ndan ba- ğımsızlığı artmıştır.

Uzun dönemli sağlık hizmetleri hem hastanelerde hem de sanatoryumlarda ve- rilmektedir. Yerel hastaneler; uzmanların çalıştığı poliklinikler, teşhis ve fizyoterapi bölümleri ve acil servisleri aracılığıyla kapsamlı bir ayakta tedavi sağlamaktadırlar. Bazı bakanlıklar (Savunma, İçişleri, Adalet ve Ulaştırma), kendi çalışanları ve bun- ların bağımlıları için benzer sağlık kuruluşları işletmektedir. Bu kuruluşlar hem ayakta hemde yataklı hizmet vermektedir. Bunların ilaç ve maaş ödemeleri Sağlık Bakanlığı bütçesinden karşılanmakta, sağlık-dışı personel maaşları, bakım giderleri ve yatırımlar ilgili bakanlıklar tarafından finanse edilmektedir.

Bu paralel sistemler; ek bir kapasite kaynağı oluşturup hasta yatak sayısının yak- laşık %10'unu teşkil ederken, Sağlık Bakanlığı'na karşı sorumlu olmayışları ve ulusal eşgüdümün zayıf olması nedeniyle, sağlık kuruluşları açısından mükerrerliğe ve ih- tiyaç fazlası kapasiteye yol açmaktadırlar. Polonya'da özel sağlık hizmetleri sunumu sınırlı miktardadır ancak son yıllarda hızlı bir artış göstermektedir. Komünist rejim döneminde yasal olarak verilebilen özel sağlık hizmetleri, 1988 yılında "Ekonomik Faaliyetler Yasası'nın çıkmasıyla birdenbire çoğalmış, genellikle büyük şehirlerde bulunan bazı özel şirketler, ayakta ve yataklı tedavi hizmetleri için tesisler açmışlar- dır. Bunların büyük bir kısmı hizmet başına ödeme esasına göre çalışmaktadır.

1990'dan beri, ilaç üreticilerinin ve ilaç depolarının özelleştirilmesi süreci de- vam etmektedir. Sanayideki 57 işletmenin 39'u özel sektöründür. Devlete ait olan diğerlerinin Polonya pazarındaki payı %50'den (1998) fazladır. Eczaneler ise hızla özelleşmiştir. 1990 ve 1997 yılları arasında, özel sektördeki eczane oranı %44'den %93'e yükselmiştir.

## **Sorunlar**

Polonya'nın sağlık hizmetleri sisteminin; merkezi vergiler yoluyla finanse edilen sistemlerde ve özellikle Sovyet sisteminde sıklıkla görülenlere benzer sorunları olmuştur ve bunlar halen devam etmektedir. Bu sorunlar şu şekilde özetlenebilir:

- GSMH'dan sağlık hizmetlerine ayrılan payın küçük olması;
- Kaynakların merkezden ve eşit olmayan şekilde tahsisi;
- Yerel ihtiyaçların yeterince karşılanamaması;
- Düşük kaliteli birinci basamak sağlık hizmetleri, uygun olmayan sevk sistemi, yataklı hastane hizmetlerinin aşırı kullanımı, ilaç ve yüksek teknoloji gereçler açısından yetersizlikler.

## **MACARİSTAN**

**Kaynaklar:** OECD (2003) ve OECD (2000b)'den uyarlanmıştır.

Macar sağlık sistemi temel olarak; kapsamlı, zorunlu, istihdama dayalı, hem tedavi hem de nüfus açısından genel kapsayıcılığı olan ve katılım payı ödemelerine bakılmaksızın tüm vatandaşların faydalanabildiği, ulusal bir sağlık sigortası programıdır. Mevcut yapılar 1990'da oluşturulmuştur. Bu tarihten önce, sağlık hizmetleri sistemi ayrı bir bütçesi veya muhasebe sistemi olmadan devletin bir parçası olarak hizmet vermekteydi. Yeni program çerçevesinde, "Ulusal Sağlık Sigortası Fon Yönetimi" (National Health Insurance Fund Administration - HIFA)'nin; hastaneler, ayakta tedavi klinikleri ve bağımsız hekimlerle performansa dayalı sözleşmeler yapmaya başlamasıyla birlikte, tedarik ve hizmet sunumu işlevleri birbirinden ayrılmıştır. HIFA'nın gelirlerinin büyük bir kısmı, çalışan ve işverenlere yönelik, maaşlardan kesilen ve kişi başına alınan vergilerden oluşmaktadır. Bunlar merkezi bütçeden doğrudan yapılan sübvansiyonlarla desteklenmekte olup yatırımlar ise, tesislerin çoğunun mal sahibi olan devlet ve yerel yönetimler tarafından finanse edilmektedir. Toplam harcamaların giderek büyüyen bir kısmı, özel olarak katkı paylarıyla (ilaçlar, bazı dış sağlığı hizmetleri ve protezler), doğrudan hizmet sunuculara yapılan "masa altı" ödemeler ("şükran bedeli" olarak adlandırılmaktadır) ve doğrudan cipten ödemelerle finanse edilmektedir.

## **Finansman**

Macaristan'da 2001 yılı toplam sağlık harcamaları (kamu ve özel) GSMH'nın %6.8'ine karşılık gelmektedir. Macaristan'da GSMH içindeki sağlık harcamaları pa-

yı, sadece daha yüksek gelir seviyesine sahip OECD ülkelerinden değil, aynı zamanda Çek Cumhuriyeti, Portekiz ve Yunanistan gibi ülkelere de düşüktür. OECD ortalaması olan 2,117 ABD\$ (satınalma gücü paritesine göre) ile karşılaştırıldığında kişi başı sağlık harcamaları 911\$'dır.

1990'larda, Macaristan'da kişi başı sağlık harcaması gerçek fiyatlarla yılda sadece ortalama %1.5 oranında artarken, bu oran OECD ülkelerinde yılda ortalama %3.3 olmuştur. 2000 ve 2001'de, sağlık harcamaları daha hızlı artarak toplam sağlık harcamalarında yıllık %4.5'e, kamu harcamalarında %2.4'e ulaşmıştır. Ancak bu miktarlar yine de birçok OECD ülkesindeki kamu sağlık harcamalarının büyüme hızının altındadır.

Bu yönelimin ana sebeplerinden biri, pazar ekonomisine geçişin kamu sağlık harcamalarında genel olarak bir azalmaya sebep olması ve sağlık sisteminde bütçe açıklarının kısa dönemli yönetiminin sağlık sisteminin kaynak ihtiyacının önüne geçmesidir. İlaç harcamalarının oranının yüksekliği, Macaristan'daki sağlık harcamalarının belirgin bir özelliğidir. Daha düşük gelir seviyesindeki OECD ülkelerinde, ilaçların uluslararası piyasa fiyatı ve işçilik maliyetlerinin genellikle ulusal ücret yapılarına dayanmasına da bağlı olarak, sağlık harcamaları içinde ilaç harcamaları daha büyük bir oranda olmaktadır. Sadece Slovak Cumhuriyeti'nde ilaç harcamalarının oranı Macaristan'dan daha yüksektir.

## **Sorunlar**

Ekonominin ödeme gücünün de gelişecek olmasına rağmen, gelecekte sağlık sistemi üzerindeki maliyet baskılarının artması muhtemeldir. Daha önceki siyasi rejimin uzun süreli ihmali, sağlık çalışanlarının ücretlerinin artırılma ihtiyacı, mevcut teknolojik altyapının yenilenmesi ve demografik baskıların tümü, maliyetleri artırıcı bir etki yaratacaktır. Maliyet kontrol politikaları uygulanırken, ekonominin ödeme gücündeki gelişmeler, sunulan hizmetlerin nitelik ve niceliğini, Avrupa ülkelerindeki mevcut seviyelere hızla yükseltecek şekilde, artırmalıdır. Herhangi bir sağlık reformundaki temel konu, vatandaşların daha sağlıklı yaşam biçimleri seçerek ve sağlık konusunda daha proaktif olarak, kendi sağlıkları konusunda daha çok sorumluluk sahibi olmalarına yardımcı olabilmektir.

## **MEKSİKA**

**Kaynak:** DSÖ Meksika Ülke Profili Dokümanı'ndan istatistikler de kullanılarak Frenk (2003)'den uyarlanmıştır. (<http://www.who.int/country/mex/en/>).

Meksika; üst-orta gelir grubuna mensup, satın alma gücü paritesine uyarlanmış kişi başı GSMH'sı 8,903 ABD\$ olan 102 milyon nüfusa sahip bir ülkedir. Doğuşta beklenen yaşam süresi erkekler için 71.7, kadınlar için 77.0'dir. Meksika sağlık sisteminin tarihçesi, Sağlık Bakanlığı'nın ve Meksika Sosyal Güvenlik Kurumu'nun (IMSS) kuruldukları yıl olan 1943'e dayanır. Meksika sağlık sistemi, oluşturulduğu günden beri, ekonominin formal sektöründeki sigortalılarla sigortasız yoksullar arasındaki boşluk nedeniyle dikkat çekmiştir. 1960'ların sonlarında sistem, kırsal bölgelerdeki birçok yoksula ulaşamıyordu ve birçok hane halkının genellikle düşük kaliteli, düzenlenmemiş hizmetler sunan özel piyasada, kendi kaynaklarını kullanarak hizmet alması gerekiyordu. Son zamanlarda Meksika sağlık sistemi, önemli bazı başarılarla ulaşmıştır.

### **Finansman**

Toplam sağlık harcamaları, yarısı kamu kaynaklarından diğer yarısı özel olmak üzere, kişi başı 544\$ veya GSMH'nin %6.1'idir. Sigortasızlar için sağlık hizmetlerinin desantralizasyonu, Sağlık Bakanlığının liderlik rolüne yoğunlaşmasına fırsat vermiştir. IMSS'nin mali temeli sağlamlaşmıştır.

2001-2006 yıllarını kapsayan Ulusal Sağlık Planı, beş temel hedef belirlemiştir: (1) Meksika vatandaşlarının sağlık durumunun geliştirilmesi; (2) sağlıkta eşitsizliklerin giderilmesi; (3) kamu ve özel sektörün etkililiğinin artırılması; (4) sağlık için adil finansman sağlanması ve (5) sağlık sisteminin, özellikle kamu kurumlarının, güçlendirilmesi. Meksika'da, ihmallerin azaltılması ve sağlıkta hakkaniyetin tesis edilmesi amacıyla hem kırsal hem de kentsel alanlarda yoksulluk içinde yaşayan halkın temel sağlık hizmetlerine ulaşabilirliği artırılmaktadır.

### **Kapsam**

Çoğu Meksikalı, temel sağlık hizmetlerine kamu kurumları yoluyla ulaşabilse bile, alınabilecek hizmetlerin kalitesinde büyük farklılıklar mevcuttur. Fakir ya da zengin, birçok Meksikalı, kamu sağlık kuruluşlarındaki hizmetlerin ulaşılabilirliğinin veya kalitesinin zayıf olmasından dolayı özel sağlık hizmet sunucularına ödeme yapmayı tercih etmektedir.

Ayrıca, PROGRESA programı yoksulları "şartlı" nakit transferi - eğer belirli koşullara uyarlar ve belirli bazı hizmetleri kullanırlar ise yoksul ailelere sağlanan ne-



gatif bir vergi- kapsamında ele almaktadır.<sup>12</sup> Program kapsamına Meksika nüfusunun %20'si dahil olmuştur ve program bu grup için toplam gelirlerinin %20'sini temsil etmektedir. Sağlık için; eğer aile bireyleri - özellikle anneler ve çocuklar - yılda belirli bir sayıda muayene olurlarsa kendilerine ödeme yapılmaktadır. Program sayesinde okullarda kayıt oranı yükselmiş, çocuk beslenme bozuklukları seviyelerinde ve hastalıklarında düşme görülmüş ve genel olarak yoksulluk azalmıştır. PROGRESA programı fakir aileleri belirlemek için iki aşamalı bir yöntem kullanmaktadır: ilk aşama nüfus sayımından topluluğun belirlenmesi, ikinci aşama ise temsili ortalama testleri (proxy means tests)'dir.

### **Teminatlar**

Kırsal bölgelerdeki yoksul kesimi hedef alan temel bir teminat paketinin yaygınlaştırılmasına çalışılmaktadır. Bu paket kapsamında; temel hanehalkı sağlık önlemleri, aile planlaması, prenatal, perinatal ve postnatal bakım, beslenme ve gelişimin takibi, bağıışıklama, ishal ve buna bağlı dehidratasyonun tedavisi, sık görülen paraziter hastalıkların tedavisi, akut solunum yolu hastalıklarının tedavisi, veremin önlenmesi ve tedavisi, hipertansiyon ve diyabetten korunma ve tedavisi, kazalardan korunma ve yaralanmalarda ilk müdahale ve sağlığın gelişimi için halkın eğitimi yer almaktadır.

### **Sorunlar**

Hizmetlerin kalitesi hâlâ bir sorundur. Kamu sektörü sağlık kuruluşları genel olarak tekel konumunda çalışmakta olduğundan, tüketicilerin fazla seçim şansı yoktur, tüketici ihtiyaçlarına cevap verme veya hizmetlerin kalitesi yönünde fazla bir girişim bulunmamaktadır. Son zamanlara kadar, düzenli bir akreditasyon süreci mevcut değildi. Hastane hizmetlerinin kalitesi büyük farklılıklar göstermektedir. Kalite sorunları, yetersiz teçhiz edilmiş, malzeme eksikliği olan ve sertifikası bulunmayan birçok küçük birimin bulunduğu özel sektörde de yaygın olarak görülmektedir.

## **TAYVAN**

**Kaynak:** Morlock (basımda); Cheng (2003); Lu ve Hsiao (2003).

Tayvan Ulusal Sağlık Sigortası (National Health Insurance - NHI) programını 1995'te oluşturmuştur. Ulusal Sağlık Sigortası Bürosu'ndaki (Bureau of National He-

---

(12) PROGRESA;"Programa de Educación, Salud y Alimentación" yerine kullanılan bir kısaltmadır – Türkçesi, "Eğitim, Sağlık ve Beslenme Programı".

alth Insurance - BNHI) Sigortacılık Dairesi; herkesin sigortalanmasının sağlanması, grup sigortası başvurularına danışmanlık hizmeti verilmesi, NHI kartlarının verilmesi ve yenilenmesi ve maaşa bağlı katılım paylarının denetlenmesinden birinci derecede sorumludur. NHI; devletin yürüttüğü ve katılımın zorunlu olduğu sosyal bir sigorta programıdır.

### **Finansman**

NHI'nin temel finansman kaynakları; sigortalılardan ve bunların işverenlerden alınan prim gelirleri ile devlet sübvansiyonlarından oluşmaktadır. 2001 takvim yılı için toplam NHI gelirlerinin analizi, gelirlerin %40'ının doğrudan sigortalılardan, %32'sinin işverenlerden geldiğini göstermektedir. Kalan %28'lik gelir ise, ulusal ve yerel hükümetlerden (hem işveren olarak kendi paylarına düşen primler hem de genel vergi gelirlerinden sübvansiyonlar olarak) elde edilmiştir.

NHI'nin prim gelirleri iki temel kaynaktan sağlanır; sigortalılar ve işverenler. Bu primler devlet sübvansiyonları ile desteklenir. 1998'de sigortalılar ve grup sigortalıları NHI gelirlerinin %72.2'sini sağlamışlar, kalan %27.8 ise devlet sübvansiyonlarından temin edilmiştir. Bunlar gerçekleşen tahsilat miktarları değil, fatura kesilen miktarlardır. Sigortalılar ve işveren grupları açısından, toplanmamış primler genellikle faturanın gönderilmesi ile ödemenin yapılması arasında geçen zamandan kaynaklanmaktadır. Ancak devlet sübvansiyonlarındaki ödeme açıkları, zaman zaman yerel hükümetlerin bütçe açıkları veya yönetim meclislerinde bütçe konusunda fikir ayrılıklarına bağlı olarak ödemeleri geciktirmelerinden kaynaklanmaktadır.

### **Kapsam**

Tayvan'ın sağlık sigortasına kayıt oranı NHI programından önce %60'ın altındayken, programın uygulanmaya başlamasının hemen ardından 1995 yılında %92'ye çıkmıştır. 2001 yılı itibariyle, kapsama oranı %96'dır ve hizmet sunucuların %90'dan fazlası programa katılmaktadır. Tayvan'da NHI programı genelde başarılı olmasına rağmen; bazı belirli alt gruplar, özellikle yerli aborjinler arasında kapsama oranı ulusal ortalamadan önemli ölçüde düşüktür. 1996 Aralık sonu istatistikleri, ulusal ortalama olan %96.0 ile karşılaştırıldığında, yerli aborjinler arasındaki katılma oranının %86.9 olduğunu göstermiştir. Bu grup içinde, katılım azlığının en önemli sebeplerinden biri mali açıdan ulaşılabilirlik sorunudur. Şubat 1998'de, aborjin grupları arasındaki katılım oranı genel olarak %82.5'ten %84.0'e yükselmiştir. Tayvan'ın dağlık bölgelerinde ve civar adalarda yaşayanların NHI'ya katılım oranları ulusal or-

talamaya göre oldukça düşüktür. Bu bölgelerdeki bireylerin katılımını artırmak için yürütülen bir projeden sonra, 1998 sonunda NHI katılım oranı %81.0.'den %90.2'ye yükselmiştir.

### **Teminatlar**

NHI'in uygulanmasından önce, Tayvan'daki daha büyük sosyal sağlık sigorta programlarının sunduğu teminatlar arasında önemli farklılıklar mevcuttu. Bu programların birçoğu önceden mevcut durumları güvenceye almıyor, bekleme süreleri uyguluyor ve teminatlara büyük sınırlamalar getiriyorlardı. Şu anda NHI'in, önceden mevcut durumları güvence dışında tutmayan ancak birçok hizmet için katkı payı ödenmesine yönelik ayrıntılı bir sistemi vardır.

Teminat paketi içinde; hastalık, yaralanma ve doğum hizmetlerine yönelik olarak, kapsamlı ve kuruluşa dayalı sağlık hizmetleri yer almaktadır. Paket; teşhis hizmetleri, laboratuvar incelemeleri, cerrahi, ilaç, malzeme, fizyoterapi, hemşirelik hizmetleri, hastane yatışları dahil olmak üzere hemen tüm gerekli sağlık hizmetlerini içermektedir. Ana teminat kategorileri; ayakta başvurular, hastane yatışları, Çin tıbbı tedavisi, diş sağlığı hizmetleri, doğum, rehabilitasyon, koruyucu sağlık hizmetleri, evde bakım ve ruh hastaları için gündüz bakımından oluşmaktadır. Ayrıca devlet, BNHI'a; bulaşıcı hastalıklardan korunma ve tedavisi, bağışıklama ve ruh hastalıklarının tedavisi için ödenek tahsis etmektedir. Devlet 1998'den beri, HIV/AIDS'den korunma çalışmaları için ödeme yapmakta ve tüm AIDS vakalarının tedavisini güvence altına almaktadır.

### **Tedarik**

1999 yılında NHI, ülkedeki sağlık kuruluşlarının, büyük çoğunluğu kamu ve özel hastaneler olan %94'ü ile sözleşme yapmıştı. Sözleşme yapılan hizmet sunucuların hacmi ve hemen hemen tüm hizmet sunucuların NHI'in bir parçası olduğu gerçeği, maliyetleri kontrol altında tutmak üzere tasarlanmış genel (universal) bir ödeme sisteminin benimsenmesini mümkün kılmaktadır. NHI uygulaması başladıktan sonra, daha önce Devlet Memurları Sigortası (Government Employees' Insurance), İşçi Sigortası (Labor Insurance) ve Çiftçilerin Sağlık Sigortası (Farmers' Health Insurance) programlarında kullanılan hizmet başına ödeme sisteminde değişiklikler ve reformlar yapılmıştır. Bu değişikliklerin ana amacı, hizmet sunucuların kâr marjlarındaki farklılıkları ortadan kaldırmak ve maliyetlerin kontrol altında tutulması amacıyla ödeme yapısını ve sunucuların eğilimlerini akılcı hale getirmektir.

NHI, İşçi Sigortası Programı'nın kullandığı ödeme tarifelerinden başlayarak, bu tarifelere 460 geri ödenebilir hizmet eklemiştir. Bunlar arasında; evde sağlık bakımı, koruyucu hizmetler, toplum ilaç hizmetleri, ruh hastaları için gündüz bakımı ve toplumdaki psikiyatrik hastaların rehabilitasyonu yer almaktadır. Daha sonra 41 hizmet iptal edilmiştir. NHI ayrıca 1,440 hizmet (ayakta muayene, hastane yatak ücreti, cerrahi girişimler, anestezi gibi) için geri ödeme seviyelerini yükseltmiş, 18 hizmet için geri ödeme seviyelerini düşürmüştür. 1999 itibariyle, ücret tarifesinde 22 ödeme kategorisinde toplam 3,412 geri ödenebilir hizmet bulunmaktadır. Ayrıca, arz tarafının oluşturabileceği talep aşırılığını önlemek için, ayakta muayene ödeme oranlarının hacme göre uyarlanması ilkesi (ayakta muayene sayısı arttıkça ödeme birim fiyatlarının düşürülmesi) getirilmiştir.

Hizmet sunucuların maliyetleri kontrol altında tutmalarını teşvik etmek üzere, hizmet başına ödeme sistemini tamamlayacak şekilde vaka başına ödeme ve sabit bütçeleme de uygulanmaktadır. Yine, hizmet sunucuların etkinlik ve maliyet etkililiğini artırmak üzere, vaka başına ileriye dönük ödeme sistemi yavaş yavaş devreye sokulmuştur.

Hizmet başına ödeme ve vaka başına ödeme sistemlerinin yanısıra 1998'de dış sağlığı hizmetleri için, iki buçuk yıllık bir planlama sürecinin ardından, sabit bir bütçe sistemi uygulamasına başlanılmıştır. Sağlık ödemelerindeki büyümeyi rasyonel hale getirmek amacıyla, ilk yılın sabit bütçesinin hesaplanması bir önceki yılın toplam ayakta dış sağlığı hizmetleri ödemelerine dayandırılmış ve üzerine %8'lik bir yıllık artış tavanı ilave edilmiştir. Sabit bütçeleme, hizmet sunucuları maliyetlerini kontrol altında tutmaya teşvik ederek sağlık hizmetleri maliyetlerindeki artışı yavaşlatacaktır. Halen, kişi başı ödemelerin uygulanabilirliğini test eden uygulama projeleri yürütülmektedir. Diğer bazı uygulama projeleri ise, hasta bakım sonuçlarının hizmet sunucu ödemelerinin seviyesinin tesbitinin bir parçası olarak kullanılabilirliğini test etmektedir.

## **Sorunlar**

- NHI Programı'nın finansmanı yetersizdir ve gelecekte sağlık hizmet maliyetleri yükseldikçe, artırılması gerekecektir. Büyük bir ihtimalle, katılım paylarının, maaşın bir yüzdesi olarak artırılması gerekecektir. Ayrıca, BNHI'nın prim gelirlerini artırılması alanında iki önceliği vardır: prim hesaplamalarının dayandığı maaş seviyelerinin denetlenmesinin geliştirilmesi ve prim toplama süreçlerinin hızlandırılması.

### **EK 3. AVRUPA KOMİSYONU'NUN İLAÇLARDA ARAŞTIRMACILIK VE TEDARİK İÇİN ÜST DÜZEY GRUBU (G10)'NUN EYLEM İÇİN ÖNERİLERİ**

**Öneri # 1:** Komisyon tarafından aşağıdakileri kapsayan kapsamlı bir gösterge setinin geliştirilmesi:

- endüstrinin rekabet gücü göstergeleri açısından ilaç endüstrisinin performansı;
- ürünlerin performansını da kapsayacak şekilde morbidite ve mortalite verilerine atıfta bulunarak hastalıkların ve yeni beliren sağlık tehditlerinin önlenmesi ve tedavisi ve
- AB ve üye ülkelerin ilaçlara yönelik çeşitli düzenleyici yapıları (ruhsatlandırma, fiyatlandırma ve geri ödeme), ilaçların bulunabilirliği (ruhsatlandırma süresi, pazarlama süresi) ve ulaşılabilirliği ve kullanımı.

**Öneri # 2:** Rekabetçi yenilikçiliğe dayalı bir endüstrinin gelişimini güven altına almak için:

- Avrupa kurumları; halen sürdürülmekte olan Topluluk ilaç mevzuatının gözden geçirilme sürecinin bir parçası olarak, özellikle yenilikçi ilaçların piyasaya girişini kolaylaştırmak üzere mevzuatın veya ruhsatlandırma sisteminin işleyişinin geliştirilmesine yönelik çalışmalar yapmalıdır ve
- Avrupa kurumları ve üye ülkeler; Topluluğun düzenleyici sistemlerinin işleyişini kolaylaştırmak için telematiklerin kullanımını geliştirmelidir.

**Öneri # 3:** Ulusal yetkinliği kabul ederek; üye ülkeler Topluluk mevzuatına tam uygunluk çerçevesinde pazarlama izni verilmesi, fiyatlandırma ve geri ödeme sürelerini azaltmaya yönelik yöntemleri araştırmalıdır. Buradaki bakış açısı; piyasalar arasında homojenliğin ve şeffaflığın güvence altına alınması ve hastaların ilaçlara ulaşımının hızlandırılmasıdır.

**Öneri # 4:** Avrupa'da rekabetçi bir jenerik ilaç pazarının oluşumunu güven altına almak için:

- Avrupa kurumları; Komisyon'un teklif ettiği mevzuattaki fikri mülkiyet hakları (özellikle veri imtiyazı ve Bolar) konularında ilerleme sağlamak için çalışacaklardır.

- Üye ülkeler - Komisyon'un da yardımıyla - ayrı ayrı pazarlara jenerik penet-rasyonunu (jeneriklerin reçetelenmesi ve dağıtımı dahil) artıracak yollar ara-yacaklardır. Halk sağlığı normlarına uygun olmak kaydıyla piyasa mekaniz-malarının geliştirilmesine özel önem verilecektir.

**Öneri # 5:** Üye ülkelerdeki halk sağlığı hedeflerine ulaşmak ve AB'de (ilaçla-rın geri ödemelerinin üye ülkelerin yetkisinde kaldığını dikkate alarak) rekabete da-yalı reçetesiz ilaç pazarının oluşumunu güven altına almak için:

- sağlık kriterlerine tamamen uygun olmak kaydıyla, ilaçların reçeteli konum-dan reçetesiz konuma taşınması gözden geçirilmeli ve eğer uygunsa, meka-nizmalar ve kavramlar düzenlenmelidir;
- reçetesiz konuma getirilen ürünlerin aynı ticari markayı kullanmasına izin verilmelidir.

**Öneri # 6:** Komisyon ve üye ülkeler; bir üye ülkenin AB içinde fiyat düzenle-mesi yapma yetkisinin sadece devlet tarafından tedarik edilen veya geri ödemesi yapılan ilaçlarla sınırlı olduğu ilkesini güvence altına almalıdır. Devlet tarafından ge-ri ödeme yapılmayan veya özel piyasalara satılan ilaçlar için tam rekabet koşulları sağlanmalıdır.

**Öneri # 7:**

- Komisyon; verecekleri kararlar farklı olsa bile; tüm ilgili taraflar için daha fazla belirginlik ve güvenilirlik sağlamak üzere üye ülkelerin bilgi ve veri ge-reksinimlerini paylaşma yöntemlerinin geliştirilmesine yönelik olarak Avru-pa'ya özgü bir yöntem için gerekli ortamı sağlamalıdır.
- Amaç; üye ülkelerde ve AB'de, klinik ve maliyet etkililiği de içeren, sağlık teknoloji değerlendirilmesinin (health technology assessment - HTA) gelişimi-nin desteklenmesi; HTA'nın değerinin artırılması; ilgili değerlendirmenin üye ülkelerin sorumluluğunda olduğunu kabul etmekle beraber ulusal deneyim-lerin ve verilerin paylaşılmasıdır.

**Öneri # 8:** Avrupa'da güçlü sağlık kurumlarının yaratılması, temel ve klinik araştırma alanındaki tüm mevcut yetenekli merkezlerin bir Avrupa mükemmeliyet şebekesine bağlanması.

**Öneri # 9:** Topluluğun ve ulusal eylemlerin eşgüdümünün aşağıdakiler yoluyla güçlendirilmesi:

- Komisyon ve üye ülkelerin; klinik deneylerin Avrupa çapında yapılması için eşgüdümü ve desteği, deneyler ve klinik araştırma sonuçları için bir veritabanı oluşturulması;
- Komisyon ve üye ülkelerin; orfan ve pediatrik ilaçların geliştirilmesi ve pazarlamasına yönelik araştırma ve destek teşvikleri için etkin politikalar oluşturmaları;
- Avrupa'da bir biyoteknoloji stratejisinin gelişiminin desteklenmesi.

**Öneri # 10:** Reçeteli ilaçların halka açık olarak reklamının yapılmasına yönelik kısıtlamalar devam etmelidir;

- Akılcı ilaç kullanımını teşvik edecek reklamlara yönelik kurallara uygun olmak ve yanlış yönlendirme yapmamak kaydıyla geri ödemesi olmayan ilaçların reklamına yönelik hiç bir kısıtlama olmamalıdır. Bu tür reklamların düzenlenmesine yönelik olarak bilgi paylaşımı yapılmalı ve ortak yaklaşımlar oluşturulmalıdır;
- Halen sürdürülmekte olan ilaç mevzuatının gözden geçirilme sürecinin bir parçası olarak Avrupa kurumları tarafından aşağıdaki unsurlar dikkate alınmalıdır:
  - tüm ilgili taraflarla işbirliği içinde aktif olarak bilgi peşinde koşan hastaların istediklerine ulaşabilmeleri için reklam ve bilgilendirme arasında belirgin bir fark oluşturulması ve bu tür bilgilerin kalitesinin teminatı için standartlar geliştirilmesi ve
  - geniş bir kitleyi içeren, işbirliğine açık bir kamu-özel sektör ortaklığının oluşturulması. Hastaların ihtiyaçlarına ne ölçüde karşılık verdiğini anlamak için bilgi dikkatlice yönlendirilmeli ve değerlendirilmelidir.

**Öneri # 11:** Halen sürdürülmekte olan Topluluk ilaç mevzuatının gözden geçirilme sürecinin bir parçası olarak; hasta bilgilendirme kitapçıklarına yönelik mevzuat kullanıcıların yanı sıra düzenleyiciler ve endüstrinin görüşleri de dikkate alınarak yeniden düzenlenmelidir.

**Öneri # 12:** Ters etkiler ve hasta güvenliğine yönelik verilerin toplanması amacıyla, eşgüdümlü süreçlerin hazır olmasını sağlamak üzere pazarlama-sonrası sürveys sistemleri optimize edilmelidir.

**Öneri # 13:** Komisyon; AB içindeki sağlık ile ilgili tüm konulardaki tartışma ve karar verme süreçlerine bağımsız olarak katılabilmeleri için Avrupa hasta gruplarına çekirdek finansman sağlamayı düşünmelidir.

**Öneri # 14:** Yukarıdaki önerilerin uygulanması sırasında AB'nin gelecekteki genişleme durumu tam olarak dikkate alınmalıdır. Kurallar; özellikle mevcut üye ülkelerle Birliğe girme sürecindeki ülkeler arasında halk sağlığı, pazarlama ve ekonomik koşullar açısından farklar bulunduğunu kabul etmeli ve bu anlamda, üyelik anlaşmaları içine, paralel ithal ürünlere yönelik bir derogasyon ilave edilmelidir.



## Ek 4. ULUSAL İLAÇ POLİTİKASININ UNSURLARI

- **Alınabilirlik:** Örneğin, ulaşılabilirliği destekleyen fiyatlandırma politikaları, vergiler ve gümrük vergileri yoluyla.
- **Finansman seçenekleri:** Öncelikli hastalıklar, yoksullar ve özürllüer için devlet fonlarının artırılması, [ve] kamu ve özel sağlık sigorta programlarının bir parçası olarak ilaç geri ödemelerinin yükseltilmesi gibi.
- **Arz sistemleri:** İlaç tedarik ve dağıtım sistemlerinde bir kamu-özel karışımını öne çıkarmak, kamu sektöründe ilaç satın alma uygulamalarında titiz ve etik davranmak.
- **Düzenleme ve Kalite Teminatı:** Sunulan bilginin kalite, saflık ve doğruluğunu yükseltmek. Sağlam bir yasal temel, yeterli insangücü ve finansal kaynakların sağlanması [ve] çıkar çatışmaları oluşmaması için düzenleyici otoritenin bağımsızlığını güvence altına alma ihtiyacı da dahil olmak üzere devletin ilaçların düzenlenmesine adanmış olması çok önemlidir.

- **Akılcı kullanım:**

- (1) Temel ilaçların seçimine ve sağlık çalışanlarının eğitimine dayanak teşkil edecek klinik rehberlerin hazırlanması,
- (2) Mezuniyet-öncesi eğitim sırasında probleme dayalı farmakoterapi eğitimi,
- (3) Ruhsatlandırma şartı olarak sürekli hizmet-içi tıp eğitimi,
- (4) Reçete yazanlara ve ilaç dağıtanlara etik dışı maddi çıkar sağlayacak uygulamalardan sakınma.

- **Araştırma:** Yöneylem araştırması, ilaç geliştirme ve klinik araştırma,

- **İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi:**

- (1) İlaç sektörü için ihtiyaç duyulan insan kaynaklarının devletin sorumluluğunda olan geliştirme, eğitim, ekip oluşturma ve kariyer planlamasının planlanması ve gözetimi,
- (2) Her personel kategorisi için asgari öğrenim ve eğitim ihtiyaçlarının tanımı

- **İzleme ve Değerlendirme:**

- (1) Hükümetin izleme ve değerlendirme kriterlerine açık şekilde bağlılığı
- (2) İlaç sektörünün düzenli olarak göstergelere dayalı anketlerle izlenmesi.

([http://www.who.int/medicines/library/edm\\_general/6paggers/No6-6pg-en.pdf](http://www.who.int/medicines/library/edm_general/6paggers/No6-6pg-en.pdf)'den alınmıştır.)

## **EK 5. SAĞLIKTA TEKNOLOJİ DEĞERLENDİRMESİ İÇİN KAYNAKLAR**

**Ulusal Klinik Mükemmeliyet Enstitüsü (National Institute for Clinical Excellence -NICE)** <http://www.nice.org.uk/>

NICE; Ulusal Sağlık Sistemi (National Health Service-NHS)'nin bir parçasıdır. İngiltere ve Galler'de NHS'yi kullananların tedavileri ve bakımları için ulusal rehberlik sağlamaktan sorumlu bağımsız bir kuruluştur. Rehberlik yaptığı alan; tedavi ve sağlık bakımı konusunda karar verilmesine yardımcı olmak için sağlık çalışanları, hastalar ve bunların mesleki yaşamlarıdır.

NICE rehberleri ve önerileri; NHS'de çalışan sağlık profesyonellerinin ve hastalar ve meslek yaşamlarını etkileyen konuları bilen kişilerin de yer aldığı bağımsız gruplar tarafından hazırlanmaktadır.

Halen NICE üç sağlık alanında rehberlik yapmaktadır:

- İngiltere ve Galler'de NHS kapsamında yeni ve mevcut ilaçların ve tedavilerin kullanımı - teknoloji değerlendirmesi;
- İngiltere ve Galler'de NHS kapsamında belirli hastalıkları ve sağlık durumları olan hastaların uygun tedavi ve bakımları - klinik rehberler;
- Teşhis veya tedavi için kullanılan müdahaleci yöntemlerin güvenli olup olmadığı ve rutin kullanım açısından uygunluğu - müdahaleci süreçler.

NICE ayrıca; hastaların tedavi edilme tarzlarını ve hizmetin kalitesini geliştirme yollarını belirlemeye yönelik dört araştırma programını finanse etmektedir (Bu araştırmalar Gizli Araştırmalar - Confidential Enquiries - olarak bilinmektedir).

**Sağlık Teknolojisi Değerlendirmeleri için Kanada Koordinasyon Bürosu (Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment -CCOHTA)** [http://www.ccohta.ca/entry\\_e.html](http://www.ccohta.ca/entry_e.html)

CCOHTA; ulusal, kâr-amaçsız bir kuruluştur ve ilaçlar, gereçler gibi tıbbi teknolojiler üzerinde yapılan araştırmaları sistematik olarak incelemektedir. Bu bilgiler; sağlıkla ilgili kararlarda yardımcı olmak amacıyla Kanada Sağlık Bakanlığı'na, "Health Canada"ya, hastanelere ve sağlık çalışanlarına duyurulmaktadır.

**Uluslararası Sağlık Hizmetlerinde Teknoloji Değerlendirme Dergisi (International Journal of Technology Assessment in Health Care)**

[http://titles.cambridge.org/journals/journal\\_catalogue.asp?mnemonic=thc](http://titles.cambridge.org/journals/journal_catalogue.asp?mnemonic=thc)

Uluslararası Sağlık Hizmetlerinde Teknoloji Değerlendirme Dergisi; tıbbi teknolojinin değerlendirilmesi, hastalar açısından sonuçları ve toplum üzerindeki etkileriyle ilgilenen geniş bir profesyonel kitle için bir forum görevi yapmaktadır. Sağlık teknolojilerinin ortaya çıkışı, değerlendirmeleri, yayılması ve kullanımını kapsar. Genel deneme yazılarının ve araştırma sirkülerlerinin yanısıra düzenli olarak teknoloji değerlendirme raporları ve tematik bölümler de yayımlanmaktadır.

### **Uluslararası Farmakoekonomi ve Sonuçlarını Araştırma Topluluğu (International Society for Pharmacoeconomics ve Outcomes Research -ISPOR)**

<http://www.ispor.org/>

ISPOR; farmakoekonomi, sağlık sonuçları değerlendirmesi ve kamu politikalarının ilgili konularına yönelik araştırmalarda bilimsel önderlik yapacak şekilde örgütlenmiştir.

ISPOR; eczacılar, hekimler, ekonomistler, hemşireler ile üniversite, ilaç endüstrisi, devlet, “managed care”, sağlık araştırması kuruluşları ve sağlık hizmeti sunucularından araştırmacılar da dahil olmak üzere sağlık araştırmacılarını ve çalışanlarını temsil eder. Misyonu; farmakoekonomiyi ve sonuç/çıktı araştırmalarını uygulamaya dönüştürerek toplumun kıt kaynaklarının akıllıca, adilce ve etkili biçimde tahsis edilmesini sağlamaktır.

### **Avustralya İlaç Değerlendirme Komitesi (Australian Drug Evaluation Committee-ADEC)**

<http://www.health.gov.au/tga/docs/html/adec/adec.htm#role>

ADEC üyeleri; Sağlık ve Yaşlanma Bakanı tarafından atanırlar ve "Terapötik Mallar İdaresi" aracılığıyla Bakana ve İngiliz Milletler Topluluğu (Commonwealth) Sağlık ve Yaşlanma Dairesi'ne şu konularda danışmanlık hizmeti verirler:

- Değerlendirilmek üzere kendisine sevk edilen her türlü ilacın kalite, risk-fayda analizi, etkililik ve ulaşılabilirliği;
- Reçeteli ilaçların ruhsat başvurularının tıbbi ve bilimsel değerlendirmeleri (yeni kimyasal varlıklar, daha önce kayıtlı ilaçların yeni formları/biçimleri ve kayıtlı ilaçların terapötik varyasyonları).

Komite ayrıca diğer devlet kurumlarına, komitelerine ve toplumsal kuruluşlara reçeteli ilaçlarla ilgili düzenlemelere yönelik çok sayıda konuda hizmet verir.

## Ek 6. KAMU HASTANELERİNİN ÖZERKLİK SEVİYESİNE YÖNELİK KARAR MATRİKSİ

KARAR TÜRÜ	KARAR VERİCİ OTORİTENİN DÜZEYİ			
	ULUSAL DÜZEYDE	YEREL DÜZEYDE	HASTANE DÜZEYİNDE	
	Sağlık veya Çalışma ve Sos. Güv. Bakanlığı	Maliye Bakanlığı	İl Planlama Otoritesi veya Belediye (Yerel Yönetim) Otoritesi	Yönetim veya Danışma Kurulu
Aşağıdakilerin seçimi için kriter geliştirilmesi: <ul style="list-style-type: none"> <li>Hastane kurul üyeleri</li> <li>Üst düzey hastane yöneticileri</li> </ul>				
Önemli hastane yöneticilerinin atanması/işten çıkarılması				
Hastane yönetiminin performans değerlendirilmesi için kriterler geliştirilmesi				
İşletme bütçelerinin oluşturulması, onaylanması ve izlenmesi: <ul style="list-style-type: none"> <li>Harcamaların bütçe kalemleri arasında kaydırılması</li> </ul>				
Finansal yönetim: <ul style="list-style-type: none"> <li>Muhasebe işlemleri</li> <li>İhale işlemleri</li> <li>Sözleşme müzakereleri</li> <li>Döner sermaye yönetimi</li> <li>Kârın kullanımı/yatırımlar</li> <li>Borçlanma (kısa-dönemli borç)</li> </ul>				

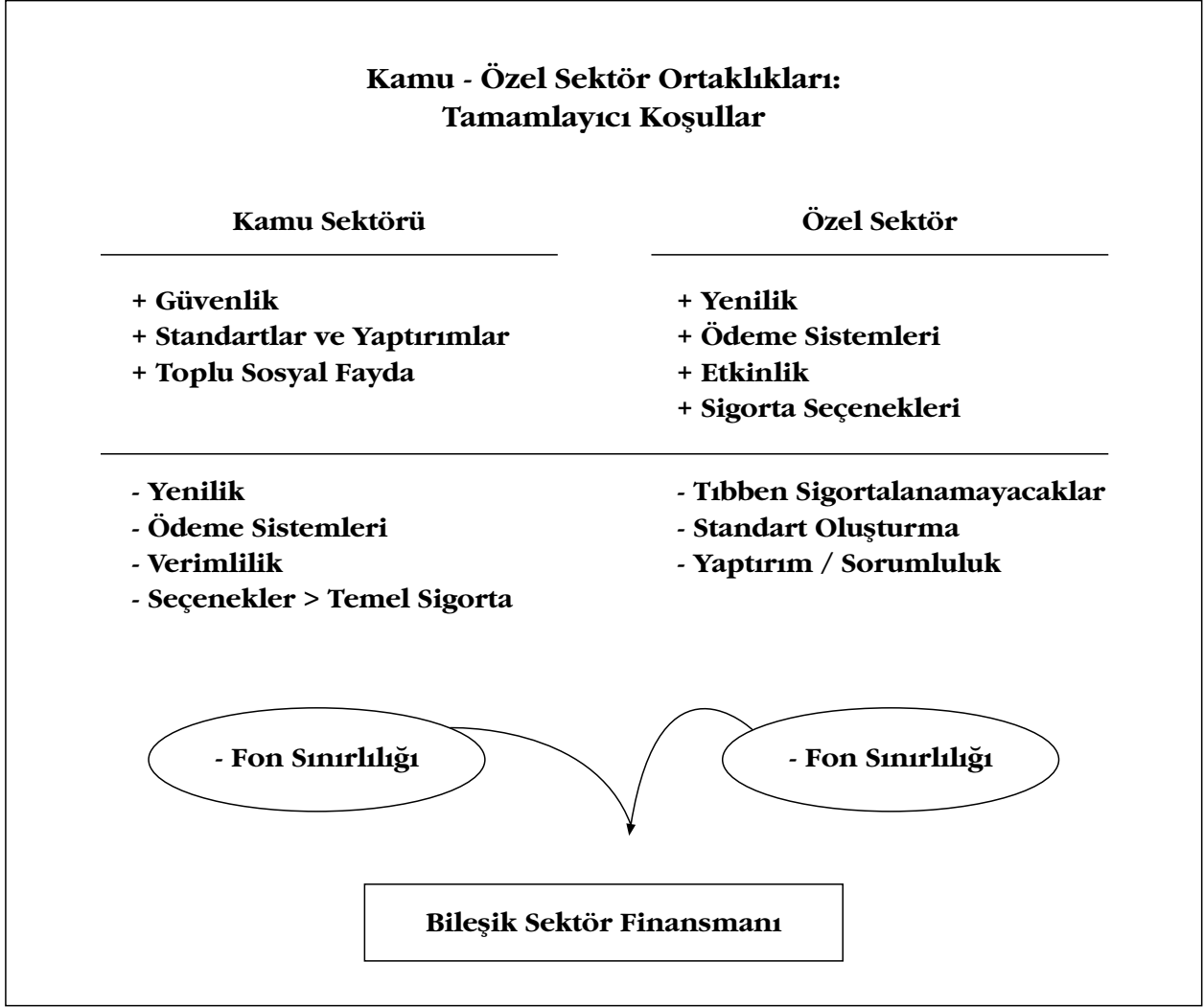
(Matriks - devam)

KARAR TÜRÜ	KARAR VERİCİ OTORİTENİN DÜZEYİ			
	ULUSAL DÜZEYDE	YEREL DÜZEYDE	HASTANE DÜZEYİNDE	HASTANE DÜZEYİNDE
	Sağlık veya Çalışma ve Sos. Güv. Bakanlığı	Maliye Bakanlığı	İl Planlama Otoritesi veya Belediye (Yerel Yönetim) Otoritesi	Yönetim veya Danışma Kurulu
	Hastane Yöneticileri			
Ücret tarifelerine yönelik kararlar <ul style="list-style-type: none"><li>• Fiyat belirleme</li><li>• Ücret muafiyetleri ve indirimler için politikalar oluşturulması</li><li>• Ücretlerin hastanede kalacak miktarı</li><li>• Hastanede kalan ücretlerin nasıl değerlendirileceğine yönelik politikaların oluşturulması</li></ul>				
Sermaye bütçelerinin hazırlanması, onaylanması ve izlenmesi: <ul style="list-style-type: none"><li>• Uzun-vadeli borçlanma</li><li>• Büyük gereçlerin satın alınması</li><li>• Yeni tesisler</li><li>• Tadilatlar</li></ul>				
Stratejik planlama: <ul style="list-style-type: none"><li>• Mevcut hizmetlerin genişletilmesi</li><li>• Yeni programların/hizmetlerin oluşturulması</li><li>• Hizmetlerin sonlandırılması</li></ul>				

(Matriks - devam)

KARAR TÜRÜ	KARAR VERİCİ OTORİTENİN DÜZEYİ			
	ULUSAL DÜZEYDE		YEREL DÜZEYDE	HASTANE DÜZEYİNDE
	Sağlık veya Çalışma ve Sos. G. B. Bakanlığı	Maliye Bakanlığı	İl Planlama Otoritesi veya Belediye (Yerel Yönetim) Otoritesi	Yönetim veya Danışma Kurulu Hastane Yöneticileri
Personel <ul style="list-style-type: none"><li>• Kadroların açılması/kapatılması</li><li>• Kadro tanımları</li><li>• Ücret ve tazminat protokollerinin oluşturulması</li><li>• İşe alımlar</li><li>• Terfiler</li><li>• Performans değerlendirme</li><li>• Disiplin ve işten çıkarma</li></ul>				
Sendika müzakereleri				
Sözleşmelerin yapılması ve takibi: <ul style="list-style-type: none"><li>• Geçici çalışanlar</li><li>• Dışarıdan hizmet alımı</li></ul>				
Malzeme satın alımı ve yönetimi: <ul style="list-style-type: none"><li>• Tıbbi malzemeler</li><li>• İlaçlar</li><li>• Tıbbi Gereçler</li><li>• Diğerleri</li></ul>				
Sağlık hizmetleri piyasasındaki diğer sunucularla ittifak (network) oluşturma: <ul style="list-style-type: none"><li>• Birinci basamak hizmet sunucuları ile</li><li>• Diğer hastaneler ile</li><li>• Diğer sunucular ile</li></ul>				
Hizmetlerin kalitesinin izlenmesi				

## Ek 7. KAMU-ÖZEL SEKTÖR ORTAKLIKLARI ÇERÇEVESİ



## **EK 8. PROJE KAPSAMINDA TEMASA GEÇİLENLER**

### **Sağlık Bakanlığı**

Müsteşar Yardımcısı Prof. Dr. Sabahattin AYDIN

Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı Dr. Fehmi AYDINLI

Tedavi Hizmetleri Genel Müdürü Doç. Dr. İsmail DEMİRTAŞ

Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürü Dr. Rifat KÖSE

İlaç ve Eczacılık Genel Müdürü Ecz. Hayriye MIHÇAK

Sağlık Projesi Genel Koordinatörü Haydar MEZARCI

Refik Saydam Hıfzıssıhha Mektebi Müdürü Dr. Salih MOLLAHALİLOĞLU

Bilgi İşlem Daire Başkanı Nihat AKPINAR

### **Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı**

Müsteşar Yardımcısı Mustafa GÜR

SSK Sağlık İşleri Sağlık Hizmetleri Satınalma Daire Başkanı Asaf GÜLTEKİN

SSK Sağlık İşleri Sağlık Hizmetleri Satınalma Dairesi'nde görevli Doktor Rahmi KÖSELERLİ

Bakanlık Proje Koordinatörü Hayri ATAÇ

Bakanlık Proje Koordinatörlüğü SSK Müfettişi İhsan DEMİRCİ

### **Maliye Bakanlığı**

BÜMKO Genel Müdürü Dr. Hasan GÜL

Daire Başkanı Abdurrahman VARGUN

### **Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü**

Genel Müdür Yardımcısı Ahmet AYZAZ

Daire Başkanı Sami KIRAÇLI

Emek Bilişim A.Ş. Yönetim Kurulu Üyesi Hakkı BOYACIOĞLU

Emek Bilişim A.Ş.'de görevli İsmail SEVER

Doktor Güntekin GÜNER

Sağlık Hizmetleri Başkanı Kadir LEKESİZ

Başmüfettiş İsmail ERTÜZÜN



## **Üniversiteler**

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Müdür Yardımcısı Doç. Dr. Banu AKADLI ERGÖÇMEN

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneler Direktörü Prof. Dr. Uğur ERDENER

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneler Direktör Yardımcısı Prof. Dr. Mustafa ÖZMEN

Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksek Okulu Müdürü Prof. Dr. Mehmet TOKAT

Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksek Okulu Öğretim Üyesi Prof. Dr. Mehtap TATAR

Başkent Üniversitesi Rektör Yardımcısı Prof. Dr. Korkut ERSOY

Başkent Üniversitesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Seval AKGÜN

Başkent Üniversitesi Öğretim Üyesi Doç. Dr. Adnan KISA

Başkent Üniversitesi Öğretim Üyesi Doç. Dr. Şahin KAVUNCUBAŞI

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Tümer ÇORAPÇIOĞLU

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Mehmet DEMİRTAŞ

Koceli Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Müdürü Prof. Seçil AKSAYAN

## **Meslek Örgütleri ve Sivil Toplum Kuruluşları**

Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi Başkanı Dr. Füsun SAYEK

Türk Eczacıları Birliği Başkanı Ecz. Mehmet DOMAÇ

Sağlık Kuruluşları Derneği Başkanı Mehmet Ali AYDINLAR

Özel Hastaneler Derneği Genel Sekreteri Yaşar YILDIRIM

Sağlık Araştırmaları Vakfı Koordinatörü Dr. Sarper TANLI

İlaç İşverenleri Sendikası Genel Başkan Yardımcısı Ümit CEYLAN

İlaç İşverenleri Sendikası Genel Sekreter Yardımcısı Dr. Selçuk METİNER

Sağlık Gereçleri ve Üreticileri Derneği (SADER) Başkanı Özgür İNCEKARA

İnsan Kaynaklarını Geliştirme Vakfı Kurucusu Dr. Türkiz GÖKGÖL KLINE

## **Sigorta Şirketleri**

Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Sağlık Teknik Komitesi Başkanı Tamer BAŞKAN ve üyeler; Burcu ÇİLSAL, Halit BAŞKAYA, Levent DURANSOY, Hamdi ERİSKON, Atilla ERTEKİN, Gerçek GÖRÜCÜ, Gonca KIRBAŞ, Cem KÖYLÜOĞLU, Koray ONUK, Necdet ÖZKAN, Volkan TERZİOĞLU, Kaspar ZAKARYAN.

Koç Allianz Hayat Sigorta Genel Müdürü Kemal OLGAÇ

Koç Allianz Hayat Sigorta Bireysel Sağlık Sigortası Müdürü Dr. Cem KÖYLÜOĞLU

Anadolu Hayat Sigorta Genel Müdür Yardımcısı Uğur ERKAN

Anadolu Hayat Sigorta Sağlık Sigortaları Yöneticisi Atilla ERTEKİN

## **İlaçlar, Tıbbi Gereçler**

Johnson & Johnson Türkiye Genel Müdürü Mehmet TANYOLAÇ

Johnson & Johnson Türkiye Franchise Yöneticisi Enis PENDAR

Tepe Teknolojik Servisler AŞ. Genel Müdürü Salih GÜREŞ

Tepe Teknolojik Servisler AŞ. Sağlık Enformasyon Sistemleri Danışmanı Dr. Tayfun ENÜNLÜ

Tepe Teknolojik Servisler AŞ. Sağlık Enformasyon Sistemleri Danışmanı Dr. Emre SEZGİN

## **EK 9. TÜSİAD SAĞLIK ÇALIŞMA GRUBU ÜYELERİ**

Ethem Sancak (Başkan)

Erdal Akalın

Mehmet Ali Aydınlar

Suphi Ayvaz

Şükrü Bozluolcay

Melih Bulut

Cengiz Celayir

Vedat Çorapçı

Murat Dayanıklı

Erhan Dumanlı

Bülent Eriş

Faruk Ergezgin

Ahmet Esen

Hakan Göker

Hasan İnel

Bülent Kiyimır

Akif Köksel

Meltem Kurtsan

Selçuk Metiner

Arcan Nayır

Kemal Özgirin

Tandoğan Tokgöz

Turgut Tokgöz

