

OECD VE AB ÜLKELERİNDE SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMLERİ





**T.C. AİLE, ÇALIŞMA VE
SOSYAL HİZMETLER BAKANLIĞI**

OECD VE AB ÜLKELERİNDE SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMLERİ - I



Ankara, 2020

T.C.
SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI

Yayın No: 173

www.sgk.gov.tr
gssgm@sgk.gov.tr
gssgm_ragdb@sgk.gov.tr

Her türlü hakkı Sosyal Güvenlik Kurumuna aittir.
Kaynak gösterilerek alıntı yapılabilir.

ISBN: 978-605-4844-22-7

Ankara, 2020
Basım: Has Matbaa Ajans

***Bu kitap bilgilendirme amacıyla hazırlanmış olup,
Sosyal Güvenlik Kurumunun resmi görüşlerini yansıtmamaktadır.***

En son Kasım 2020 tarihinde açıklanan bilgi ve veriler dikkate alınarak hazırlanmıştır.

Editör:

Dr. Mustafa ÖZDERYOL

Kitaba Katkı Verenler:

Zehra ERYILMAZ

Anıl BİKEÇ

Ayhan AYDIN

Ayşe İNCE

Duygu TAŞDELEN DOĞAN

Gökhan ÖZDEMİR

Hatice Demet ÇELİK

Mukadder YER



Recep Tayyip ERDOĞAN
Cumhurbaşkanı



Zehra Zümrüt SELÇUK
Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanı

BAKAN SUNUŞU

Sağlık, bireylerde hastalık, sakatlık gibi durumların bulunmaması, ruhsal ve psikolojik olarak tam bir iyilik halini ifade etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü tüzüğüne göre; sağlık hakkı ise mümkün olan en yüksek sağlık standardına ulaşma hakkıdır.

Anayasamızın 56. maddesindeki düzenlemede “herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, iş birliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir ve sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir” şeklinde sağlık hakkı ve genel sağlık sigortası uygulamasından söz edilmiştir.

Genel sağlık sigortası programının uygulanması, sağlık konusundaki genel bilinç düzeyinin yükselmesi, nüfusun artması, ortalama yaşam süresinin uzaması ve yaşlı nüfusun sürekli olarak artması sağlık harcamalarının her geçen gün artmasına neden olmaktadır. Sağlık harcamalarındaki artış gelişmişlik göstergesi olmakla birlikte; sağlıkta geri ödeme sisteminin en önemli şartı sürdürülebilir olmasıdır. Sürdürülebilir bir sağlık sistemi tüm dünyada olduğu üzere ülkemizin de en önemli gündemlerindedir. Sınırlı sağlık kaynaklarının verimli ve etkin kullanımının sağlanması tüm ülkelerin önceliklerindedir.

Ülkemizde sosyal güvenlik mevzuatında genel sağlık sigortası ile ilgili konularda verilen görevleri yerine getirmek ve sunulan sağlık hizmetlerinin ödeme kural ve kriterlerini belirlemek ve finansmanını sağlamak görevi Sosyal Güvenlik Kurumumuza aittir. Bu kapsamda, sağlık hizmetleri, ilaç ve tıbbi malzeme konuları esas olmak üzere vatandaşlarımıza sağlık sigortacılığı hizmeti verilmektedir. Genel sağlık sigortası uygulamalarının ve sunulan hizmetlerin kalitesinin iyileştirilmesi, ülkemizde ve dünyada sağlık ve sağlık sigortacılığı ile ilgili gelişmelerin takip edilmesi, uygulamalarımız adına önem arz etmektedir. Bu nedenle bilgi hizmetlerine yapılan yatırımların ülkemiz için stratejik önem taşıdığı göz önüne alındığında “OECD ve AB Ülkelerinde Sağlık ve Geri Ödeme Sistemleri” kitabının farklı sağlık sistemleri, finansman ve geri ödeme modellerine ilişkin güncel bir kaynak teşkil etmesi bakımından ilgili paydaşlarımıza faydalı olmasını temenni ediyorum.

Zehra Zümrüt SELÇUK
Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanı



İsmail YILMAZ
Sosyal Güvenlik Başkanı V.

BAŞKAN SUNUŞU

Dünyada sağlık hizmetlerinin finansman ve sunum yönteminin belirlenmesindeki temel amaç, sağlık hizmetlerinin kabul edilebilir bir kalite ve erişim düzeyinde adil ve verimli bir şekilde sunumunun sağlanmasıdır. Seçilen finansman modelinin hem şeklinin belirlenmesinde hem de işleyişinde; sağlık hizmetlerinin geçmişten gelen finansman ve örgütlenme şekli, buna ilişkin olarak toplumda oluşmuş genel anlayış ve kabuller, kültürel etmenler ve geçmişten itibaren yaşanan deneyimler önemli rol oynamaktadır.

Her bir sağlık sistemi ait olduğu ülkenin sosyal ve kültürel yapısı ile ekonomik durumuna göre şekilleniyor olsa da ülkeler birbirlerinin sağlık sistemlerini inceleyerek önemli kazanımlar elde edebilmektedirler. Bir ülkede ortaya konmuş düzenlemenin diğer bir ülkede nasıl sonuçlar verebileceğinin değerlendirilmesinden, iyi uygulama örneklerinin benimsenmesine kadar çeşitli faydalar üretebilecek incelemeler ortak bir aklın oluşmasına da hizmet edecektir.

Ülkemizde 2008 yılında gerçekleştirilen reformla Genel Sağlık Sigortası Sistemi kurulmuştur. Genel sağlık sigortasının hayata geçirilmesi ile kapsamdaki tüm vatandaşlarımızın sağlık hizmetlerinden eşit bir şekilde yararlanması sağlanmış ve sağlık hizmetlerine erişim kolaylaştırılmıştır. Kurumumuz tarafından sağlık alanında gerçekleştirilen tüm faaliyetlerin amacı sağlık harcamalarını kısıtlamadan vatandaşların sağlık hizmetlerine erişimini daha etkin ve verimli hale getirmektir. Sağlık alanında hizmeti en iyi seviyede topluma ulaştırmak için uygun mevzuat oluşturmak, bu alanda yaşanan gelişmeleri sürekli izlemek, incelemek ve vatandaşlarımıza en üst düzeyde hizmet sağlayabilmek Kurumumuzun öncelikleri arasında yer almaktadır.

Bu kapsamda; OECD ve AB üyesi 40 ülkenin sağlık sistemleri araştırılmış; sağlık hizmetlerinin finansmanı, sağlık organizasyon yapısı ve geri ödeme sistemleri incelenmiştir. Bu ilk kitapta, 10 ülkenin sağlık ve geri ödeme sistemleri hakkında bilgi verilmesi amaçlanmıştır.

Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü Rehberlik, Araştırma ve Geliştirme Daire Başkanlığı tarafından hazırlanan bu kitabın tüm araştırmacılara ve okuyuculara faydalı olmasını temenni eder, emeği geçen çalışma arkadaşlarıma teşekkür ederim.

İsmail YILMAZ
Sosyal Güvenlik Başkanı V.

İÇİNDEKİLER

| | |
|--|-----------|
| BAKAN SUNUŞU | 13 |
| BAŞKAN SUNUŞU | 17 |
| İÇİNDEKİLER | 19 |
| | |
| ALMANYA SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ | 23 |
| ÖZET | 25 |
| ÜLKE TANITIMI | 26 |
| ÜLKENİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ | 28 |
| 1- ORGANİZASYON YAPISI | 28 |
| 2- SAĞLIK HİZMETİNİN FİNANSMANI | 33 |
| 3- GERİ ÖDEME SİSTEMİ..... | 35 |
| 4- ALMANYA İLE TÜRKİYE’NİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMLERİNİN KİYASLANMASI | 38 |
| | |
| BELÇİKA SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ | 43 |
| ÖZET | 45 |
| ÜLKE TANITIMI | 46 |
| ÜLKENİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ | 48 |
| 1- ORGANİZASYON YAPISI | 48 |
| 2- SAĞLIK HİZMETİNİN FİNANSMANI | 50 |
| 3- GERİ ÖDEME SİSTEMİ..... | 51 |
| 4- BELÇİKA İLE TÜRKİYE’NİN SAĞLIK ve GERİ ÖDEME SİSTEMLERİNİN KİYASLANMASI..... | 58 |
| | |
| ÇEKYA SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ | 63 |
| ÖZET | 65 |
| ÜLKE TANITIMI | 66 |
| ÜLKENİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ | 68 |
| 1- ORGANİZASYON YAPISI | 68 |
| 2- SAĞLIK HİZMETİNİN FİNANSMANI | 72 |
| 3- GERİ ÖDEME SİSTEMİ..... | 77 |
| 4- ÇEKYA İLE TÜRKİYE’NİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMLERİNİN KİYASLANMASI | 79 |

| | |
|--|------------|
| ESTONYA SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ | 83 |
| ÖZET | 85 |
| ÜLKE TANITIMI | 86 |
| ÜLKENİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ | 88 |
| 1- ORGANİZASYON YAPISI | 88 |
| 2- SAĞLIK HİZMETİNİN FİNANSMANI | 92 |
| 3- GERİ ÖDEME SİSTEMİ | 96 |
| 4- ESTONYA İLE TÜRKİYE'NİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMLERİNİN KIYASLANMASI | 99 |
| | |
| İSVİÇRE SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ | 103 |
| ÖZET | 105 |
| ÜLKE TANITIMI | 106 |
| ÜLKENİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ | 109 |
| 1- ORGANİZASYON YAPISI | 109 |
| 2- SAĞLIK HİZMETİNİN FİNANSMANI | 111 |
| 3- GERİ ÖDEME SİSTEMİ | 112 |
| 4- İSVİÇRE İLE TÜRKİYE'NİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMLERİNİN KIYASLANMASI | 116 |
| | |
| İTALYA SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ | 121 |
| ÖZET | 123 |
| ÜLKE TANITIMI | 124 |
| ÜLKENİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ | 126 |
| 1- ORGANİZASYON YAPISI | 126 |
| 2- SAĞLIK HİZMETİNİN FİNANSMANI | 128 |
| 3- GERİ ÖDEME SİSTEMİ | 128 |
| 4- İTALYA İLE TÜRKİYE'NİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMLERİNİN KIYASLANMASI | 131 |
| | |
| İZLANDA SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ | 135 |
| ÖZET | 137 |
| ÜLKE TANITIMI | 138 |
| ÜLKENİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ | 140 |
| 1- ORGANİZASYON YAPISI | 140 |
| 2- SAĞLIK HİZMETİNİN FİNANSMANI | 143 |
| 3- GERİ ÖDEME SİSTEMİ | 144 |
| 4- İZLANDA İLE TÜRKİYE'NİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMLERİNİN KIYASLANMASI | 147 |
| | |
| LETONYA SAĞLIK ve GERİ ÖDEME SİSTEMİ | 151 |
| ÖZET | 153 |
| ÜLKE TANITIMI | 156 |
| ÜLKENİN SAĞLIK ve GERİ ÖDEME SİSTEMİ | 156 |
| 1- ORGANİZASYON YAPISI | 156 |
| 2- SAĞLIK HİZMETİNİN FİNANSMANI | 160 |
| 3- GERİ ÖDEME SİSTEMİ | 164 |
| 4- LETONYA İLE TÜRKİYE'NİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMLERİNİN KIYASLANMASI | 166 |

| | |
|---|------------|
| MACARİSTAN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ | 171 |
| ÖZET | 173 |
| ÜLKE TANITIMI | 174 |
| ÜLKENİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ | 176 |
| 1- ORGANİZASYON YAPISI | 176 |
| 2- SAĞLIK HİZMETİNİN FİNANSMANI | 177 |
| 3- GERİ ÖDEME SİSTEMİ | 178 |
| 4- MACARİSTAN İLE TÜRKİYE'NİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMLERİNİN KİYASLANMASI | 186 |
| | |
| NORVEÇ SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ | 191 |
| ÖZET | 193 |
| ÜLKE TANITIMI | 194 |
| ÜLKENİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ | 196 |
| 1- ORGANİZASYON YAPISI | 196 |
| 2- SAĞLIK HİZMETİNİN FİNANSMANI | 200 |
| 3- GERİ ÖDEME SİSTEMİ | 202 |
| 4- NORVEÇ İLE TÜRKİYE'NİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMLERİNİN KİYASLANMASI | 209 |





ALMANYA SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ



ÖZET

Alman sağlık sisteminin en önemli unsuru, 1883 yılında Bismark tarafından hayata geçirilen sosyal sağlık sigortasıdır. Bu sistem kendisini, kazanç esasına dayalı sigorta primleri ile finanse etmektedir. Ülkede herkesin sağlık hizmetlerine kolayca ulaşabilmesi için; hastanelerden, hekim muayenehanelerinden ve tıbbi kuruluşlardan oluşan geniş bir hizmet ağı oluşturulmuştur.

Almanya'da ikamet eden herkesin bir sağlık sigortasına sahip olmaları zorunludur. Nüfusun yaklaşık %90'ı zorunlu olarak sağlık sigortasına sahiptir. Nüfusun yaklaşık %10'unun ise özel sağlık sigortası vardır. Brüt geliri belirli bir sınırı aşmayanlar zorunlu sağlık sigortası kapsamında yer alırlar (2020 yılı için yıllık 62.550 €). Geliri eşğin üstünde olanlar, zorunlu sağlık sigortası kapsamı dışında kalmayı tercih edebilirler ve bu durumda olan kişilerin özel sağlık sigortası yaptırımları zorunludur. Ayrıca, öğrenciler, işsizler ve emekliler de zorunlu sağlık sigortası kapsamında yer alırlar. Zorunlu sağlık sigortası, serbest meslek sahipleri, yüksek gelirliler ve memurlar için mecburi değildir.

Zorunlu sağlık sigortası prim oranı tüm sigorta şirketlerinde aynıdır: Brüt gelirin %14,6'sıdır. Ancak yalnızca belirli bir gelir seviyesine kadar prim ödenir. Gelir eşği aşıldığında, prim hesaplamasında fazla gelir bir rol oynamaz. Bu miktardan daha fazla kazananlar da aynı maksimum primi öderler. İşveren ve sigortalı çalışan, brüt gelir üzerinden %7,3 ödeyerek masrafları eşit olarak paylaşır. Sigorta primleri ve diğer finansman kaynakları masrafları karşılamak için yeterli değilse, sigortacılar ek ücret talep edebilirler. Farklı sigorta şirketlerinin ek ücretleri değişebilmektedir.

Almanya'da nüfusun yaklaşık %10'unun özel sağlık sigortası vardır. Sadece belirli kriterleri yerine getiren kişiler özel sağlık sigortalısı olabilir. Örneğin, brüt gelir en az bir yıl boyunca belirli bir eşğin üstünde olmalıdır. Bu eşik düzenli olarak ayarlanmaktadır.

Sağlık sigortası tarafından sağlanan hizmetlerin çoğu, standart hizmetlerdir ve tüm sigorta şirketleri için zorunludur. Kapsanan hizmetler arasında aile hekimleri, uzmanlar ve psikoterapistler tarafından sağlanan ayakta tedavi, hastane tedavisi ve belirli koşullar altında rehabilitasyon tesislerinde tedavi yer almaktadır. Bu standart hizmetler ayrıca tarama testleri, gerekli aşılar (seyahat aşıları hariç), hamilelik ve doğumla ilgili tıbbi bakımı da içerir.

Sağlık hizmetleri sunum sisteminin temel özelliği; halk sağlığı hizmetleri ile ayakta ve yatarak sağlık hizmetlerinin birbirinden çok kesin sınırlarla ayrılmış olmasıdır. Temel bakım ve poliklinik hizmetleri hekim birliğine bağlı olan hekimler tarafından verilmektedir. Hastane hizmetleri ise kamu hastaneleri, kar amacı gütmeyen kuruluşlar ve ticari amaçlı hastaneler tarafından sağlanmaktadır. Tüm bu hastaneler hizmet verirken sigorta fonları ile sözleşme yapmak zorundadırlar.

Ayakta tedavi hizmeti sunan, sağlık sigortası ile anlaşmalı hekimlere (Genel pratisyenler (GP) ve uzmanlar), tek tip ücret tarifesine göre hizmet başına geri ödeme yapılır. Yatan hasta bakımı, tanıya bağlı grup sistemi aracılığıyla ödenmektedir. Başvuru başına yaklaşık 1.300 G-DRG (German-Diagnosis Related Group/Alman-Teşhis İlişkili Grup) kategorisi mevcuttur. Yılda bir kez revize edilen DRG'ler ayrıca tüm hekim masraflarını da karşılamaktadır.

Genel bir kural olarak, zorunlu sağlık sigortası sadece reçeteli ilaçları kapsamaktadır. Geri ödemesi mümkün olmayan ilaçlar için bir ilaç listesi hazırlamıştır. Negatif liste, temel olarak bitkisel ilaçları ve OTC (Over the Counter -Tezgah Üstü) ilaçları içermektedir. OTC ilaçlar, yalnızca 18 yaşına kadar olan çocuklar ve gençler için ve yetişkinlerde bazı kronik durumların tedavisi için geri ödenmektedir.

Hastanede yatarak tedavi ve yatarak rehabilitasyon hizmetleri için günlük 10 € katkı payı söz konusudur. En fazla 28 gün için katkı payı ödenmektedir. Reçeteli ilaçlar için ilaç başına en az 5 € en fazla 10 € olmak üzere ilacın satış bedelinin %10'u oranında maliyet paylaşımı uygulanmaktadır. Çocuklar 18 yaşına kadar maliyet paylaşımından muaftır.

ÜLKE TANITIMI

Ülkenin Demografik Özellikleri

Almanya'nın başkenti ve en büyük şehri Berlin'dir. Resmi dili Almancadır. Para birimi ise Euro (€)'dur. Almanya federatif yapıda bir cumhuriyettir. 16 eyaletten oluşmaktadır. Federal parlamento iki ayrı meclisten oluşmaktadır. Federal meclis, 4 yıl için seçim bölgelerinin nüfusuna göre genel seçimlerle seçilir. Diğer meclis ise senato mahiyetindedir. Her eyaletin 2 temsilcisinden oluşur. Yasama yetkisi federal meclise aittir. Ancak eyalet meclislerinin de belirli konularda yasama yetkisi vardır.

Almanya, Avrupa Birliği ülkeleri arasında en fazla nüfusa sahip ülke konumundadır. Almanya nüfusu 2018 yılı itibarıyla yaklaşık 83 milyondur. Nüfusun %49'u erkek %51'i kadındır. 2018 yılı verilerine göre doğumda beklenen yaşam süresi kadınlarda 83,3 erkeklerde ise 78,6'dır. Nüfusun %12'si (10,6 milyon) yabancılardan oluşmaktadır. En büyük yabancı nüfus grubunu Türkler oluşturmaktadır.

Almanya'nın nüfusa ilişkin en önemli sorunu nüfusun yaşlanmasıdır. 2060'da bugün toplam nüfusun %18,4'ünü oluşturan 20 yaş altı nüfusun %16'ya düşeceği, nüfusun %6'sını oluşturan 80 yaş üstü nüfusun %13 olacağı tahmin edilmektedir. Ayrıca 20-64 yaş arası nüfusun %51 ve 65-79 yaş arası nüfusun %20 olacağı tahmin edilmektedir. 2018 yılı itibarıyla Almanya'da yaklaşık aylık asgari ücret tutarı 1.768 \$'dır.

Tablo 1: Ekonomi ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması

| | ALMANYA | OECD |
|---|---|--|
| Nüfus, (2018) | 82.927.922 | - |
| Kişi başına düşen GSYİH, (\$), (2018) | 47.603 | - |
| Asgari ücret tutarı, (\$), (2018), (aylık) | 1.768 | - |
| Cari sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı, (%), (2018) | 11,2 | 8,8 |
| Kişi başına düşen sağlık harcaması, (\$), (2018) | 5.986 | 3.994 |
| Kişi başına düşen ilaç harcaması, (\$), (2017) | 823 | 564 |
| Doğumda beklenen yaşam süresi kadın, Doğumda beklenen yaşam süresi erkek, (yıl), (2018) | 83,3 78,6 | 83,4 78,1 |
| Sigorta tarafından kapsanan nüfus oranı, (%), (2017)* | 100 | - |
| 1.000 Kişiye düşen hekim sayısı, 1.000 Kişiye düşen hemşire sayısı, 1.000 Kişiye düşen yatak sayısı, (2017) | 4,3 12,9 8,0 | 3,5 8,8 4,7 |
| Toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı, (%), (2018) | | |
| 1. Kamu sağlık harcaması oranı, (%) | 84 | 74 |
| <i>Merkezi hükümet/bölgesel, yerel yönetimler sağlık harcaması oranı, (%)</i> | 6 | 37 |
| <i>Sosyal sağlık sigortası harcaması oranı, (%)**</i> | 78 | 37 |
| 2. Cepten yapılan sağlık harcaması oranı, (%) | 13 | 21 |
| 3. Gönüllü sağlık sigortası harcaması oranı, (%) | 1 | 4 |
| 4. Diğer harcamaların oranı, (%)*** | 2 | 2 |
| Hanehalkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı, (%), (2018) | 2,8 | 3,2 |

* Nüfusun %89,4'ü zorunlu sağlık sigortasına, %10,6'sı özel sağlık sigortasına sahiptir.

**Özel sağlık sigortası harcamaları dahildir.

***Ülkede geçici olarak ikamet edenlere ait sağlık harcamalarıdır.

Not: Tablo, uluslararası veri tabanlarında yayımlanan kıyaslanabilir ve kesinleşmiş en yakın yıl verileri kullanılarak hazırlanmıştır. Tahmini (Estimated) veriler kullanılmamıştır.

Kaynak:

1. Health at a Glance 2019 OECD Indicators
2. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD> , Erişim Tarihi: Kasım 2020
3. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL> , Erişim Tarihi: Kasım 2020
4. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=RMW> , Erişim Tarihi: Kasım 2020
5. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018
6. <https://www.tuik.gov.tr/> , Erişim Tarihi: Kasım 2020

ÜLKENİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ

1- ORGANİZASYON YAPISI

Almanya sağlık sistemi aşağıda yer alan dört temel ilkeye dayanmaktadır:

1- Zorunlu sigorta: Brüt kazançların sabit bir sınırın altında olması koşuluyla (Versicherungspflichtgrenze) herkesin zorunlu sağlık sigortası (Gesetzliche Krankenversicherung - GKV) olmalıdır. Brüt kazanç sınırından daha fazla kazanan (2020 yılı için yıllık 62.550 €) herkes özel sağlık sigortasına sahip olmayı seçebilir. (Private Krankenversicherung - PKV).

2- Sigorta primleri yoluyla finansman: Sağlık sistemi, çoğunlukla sigortalı çalışanlar ve işverenler tarafından ödenen primlerle finanse edilmektedir. Vergi gelirlerinden de ayrıca katkı sağlanmaktadır.

3- Dayanışma ilkesi: Alman sağlık sisteminde, zorunlu sağlık sigortası üyeleri, hastalık durumunda tıbbi bakım maliyetlerinin bireysel risklerini birlikte paylaşmaktadırlar. Zorunlu sağlık sigortası kapsamına giren herkes, gelirleri ve prim düzeylerinden bağımsız olarak, hastalık durumunda, eşit tıbbi bakım hakkına sahiptir.

4- Özyönetim ilkesi: Almanyada, tıbbi bakım için koşullar belirlerken, bireysel tıbbi hizmetlerin daha ileri düzeyde düzenlenmesi ve finanse edilmesinden, sağlık sistemi içindeki özerk organlar sorumludur. Bu organlar, hekimleri, diş hekimlerini, psikoterapistleri, hastaneleri, sigortacıları ve sigortalı kişileri temsil eden üyelerden oluşur. Federal Ortak Komite (Gemeinsamer Bundesausschuss -G-BA) zorunlu sağlık sigortası sistemi içerisinde en yüksek özyönetim kuruluşudur.

Almanya sağlık sisteminde federal yönetimle eyalet arasında karar verme gücünün paylaşılmış olduğu görülmektedir. Merkezi hükümetin sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin yetkisi oldukça sınırlıdır. Bu yetkiler ağırlıklı olarak eyaletlere aittir.

Sistemde üç temel özerk yönetim organı söz konusudur. Bunlar; Sağlık Sigortası Fonları Birliği, Hekimler Birliği ve Federal Ortak Komite'dir.

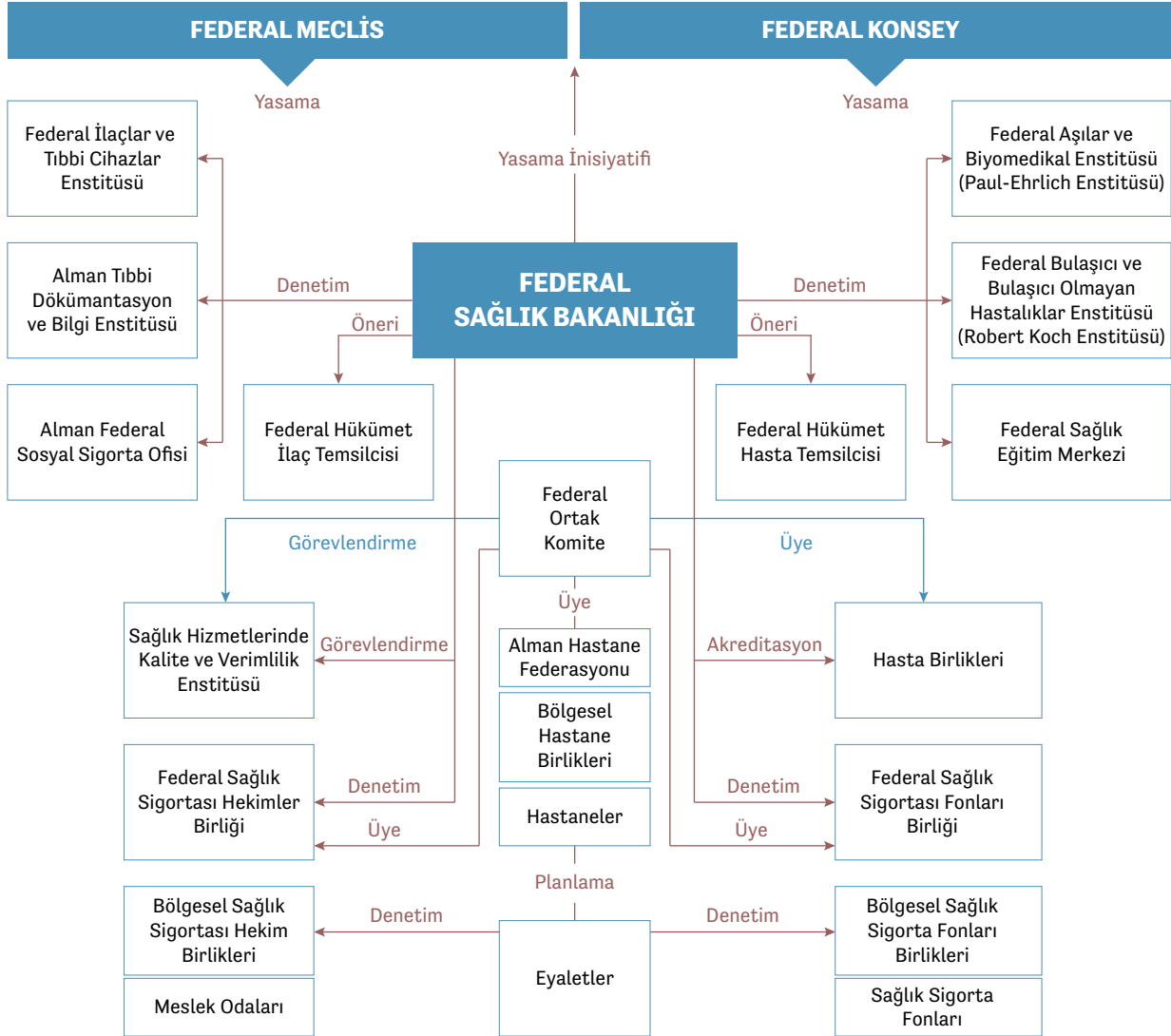
1. Sağlık Sigortası Fonları Birliği; kamu hukuku organı olup kar amacı gütmemektedir. Ancak yönetsel, örgütsel ve finansal olarak bağımsız yapıdadır. Sağlık Sigortası Fonları Birliği, sigorta primlerinin toplanması, hizmetlerin sağlık hizmet sunucularından satın alınması ve sağlık hizmet sunucularına ödemelerin yapılmasından sorumludur.

2. Hekimler Birliği; sağlık sigortası kapsamında yer alan hizmetleri sunan hekimlerin üye olmak zorunda oldukları yönetim organıdır. Birlik, ayakta tedavi hizmetlerinin sağlanmasından ve denetlenmesinden sorumludur. Ayrıca hekimlerin haklarını savunmakta ve hizmetlerin türü ve fiyatı konusunda sigorta şirketleri ile sözleşme yapmakla görevlidir.

3. Federal Ortak Komite; sigorta birliklerini, hastaneleri, hekim ve diş hekimi birliklerini temsil eden taraflardan ve oy hakkı olmayan hasta temsilcilerinden oluşmaktadır. Ortak komite; zorunlu sağlık sigortası kapsamındaki hizmetleri belirlemek, yeni uygulama ve yöntemleri değerlendirmek ve yönergeler geliştirmekle görevlendirilmiştir.

Şekil 1: Sağlık Sistemi Organizasyon Yapısı

Almanya sağlık sisteminde yer alan temel kuruluşları ve ilişkilerini gösteren şekil aşağıda yer almaktadır:



Kaynak:

Kaynak: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/en.html>

1.1. Sağlık Sisteminde Yer Alan Kuruluşlar

1.1.1. Federal Sağlık Bakanlığı

Federal düzeyde politika yapmaktan sorumludur. Federal Sağlık Bakanlığının (Bundesministerium für Gesundheit - BMG) görevleri arasında yasa geliştirmek ve sağlık sistemi içerisinde yer alan özerk kurumların faaliyetleri için idari kurallar hazırlamak bulunmaktadır. Halk sağlığı konusunda üst düzey konularla ilgilenmekte, sorumlu bazı kurum ve kuruluşları yönetmektedir.

Sağlık Bakanlığı, ruhsatlandırma ve denetleme işlemlerinde, bilimsel danışmanlık çalışmalarında, vatandaşlara ve akademik camiaya sağladığı bilgi hizmetlerinde aşağıdaki alt kuruluşlar tarafından desteklenmektedir. Bunlar;

- Federal İlaçlar ve Tıbbi Cihazlar Enstitüsü (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte - BfArM),
- Tıbbi Dokümantasyon ve Bilgi Enstitüsü (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information -DIMDI),
- Alman Federal Sigorta Ofisi,
- Federal Aşılar ve Biyomedikal Enstitüsü (Paul-Ehrlich Enstitut),
- Federal Bulaşıcı ve Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Enstitüsü (Robert Koch Enstitut),
- Federal Sağlık Eğitim Merkezi (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung- BZgA)'dir.

1.1.1.1. Federal İlaçlar ve Tıbbi Cihazlar Enstitüsü (BfArM)

Federal Sağlık Bakanlığı'na bağlı bağımsız ve uzmanlaşmış bir yüksek otoritedir. Enstitü, yeni ürünlere ruhsat verilmesi, tıbbi cihazların kayıt edilmesi ve risklerinin değerlendirilmesi, uyuşturucu ilaç ve hammadde ticaretinin izlenmesi görevlerini yürütmektedir.

1.1.1.2. Alman Tıbbi Dokümantasyon ve Bilgi Enstitüsü (DIMDI)

İnternet üzerinden güvenilir tıbbi bilgi sunumundan, sağlık telematiği için önemli olan tıbbi sınıflandırma ve terminoloji yönetiminden ve bir sağlık teknolojisi değerlendirme programından sorumludur. Alman Tıbbi Dokümantasyon ve Bilgi Enstitüsü'nün sorumlulukları arasında, tıbbi ürünler, tıbbi cihazlar ve sağlık teknolojisi değerlendirmesi için veri tabanı destekli bilgi sistemlerinin geliştirilmesi ve işletilmesi de yer almaktadır.

1.1.1.3. Alman Federal Sigorta Ofisi

Federal Çalışma ve Sosyal İşler Bakanlığı'na karşı sorumludur. Temel görevi; sosyal sigorta fonlarının ve diğer kurumların denetimidir. Emeklilik ve iş kazası sigortası için denetim otoritesi olan Federal Sigorta Ofisi, Federal Çalışma Bakanlığı ile teknik olarak iş birliği yapmaktadır. Federal Sigorta Ofisi, sağlık ve uzun dönemli bakım sigortasının yasal denetimi ile ilgili olarak ise Federal Sağlık Bakanlığı ile iş birliği yapmaktadır.

1.1.1.4. Federal Aşılar ve Biyomedikal Enstitüsü (Paul-Ehrlich Enstitüsü)

Aşı ve biyomedikal ürünlerin lisanslanmasından sorumludur. Biyomedikal ürünlerin mevcudiyeti ve güvenliğine önemli katkılar sağlamaktadır.

1.1.1.5. Federal Bulaşıcı ve Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Enstitüsü (Robert Koch Enstitüsü)

Hastalıkların tespit edilmesinden, sürveyansından ve önlenmesinden sorumludur. Ayrıca sağlık raporları ve epidemiyolojik bültenlerin yayınlanmasından sorumludur.

1.1.1.6. Federal Sağlık Eğitim Merkezi (BZgA)

Merkezin temel amacı; tüm vatandaşların sağlık durumlarının geliştirilmesidir. Sağlıkta teşviki ve geliştirilmesi konusunda uzmanlaşmış yüksek otorite olarak, sağlık eğitimi ve koruyucu sağlık önlemleri için stratejiler geliştirmektedir. Ayrıca bu stratejileri, kampanyalar ve projeler aracılığıyla uygulamaktadır.

1.1.2. Eyaletler (Lander)

Almanya'da sağlık alanında yerel yönetimlere büyük yetkiler tanınmıştır. Federal devlet, sağlık hizmetlerini yasalarla düzenlerken, bu yasaların eyaletler düzeyinde uygulanması yerel yönetimlerin görevidir.

1.1.3. Federal Ortak Komite (G-BA)

Zorunlu sağlık sigortası ile ilgili konularda, en yüksek karar alma organıdır. Komite; hekimleri, dış hekimlerini, psikoterapistleri, sağlık sigortacılarını, hastaneleri ve hastaları temsil eden üyelerden oluşur. Federal Ortak Komite hangi sağlık hizmetlerinin sigorta şirketleri tarafından karşılanacağı konusunda kararlar alır. Federal Ortak Komite aynı zamanda sağlık kalite güvencesinden sorumludur. Bu görevi için; diğer bazı kuruluşların yanı sıra Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Verimlilik Enstitüsü (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen - IQWiG) tarafından da desteklenmektedir.

Genel Kurul, 3 tam zamanlı tarafsız üyeden, Federal Sağlık Sigortası Fonları Birliği'nin 5 temsilcisinden, tedarikçi grubun 5 temsilcisinden oluşur. (Federal Sağlık Sigortası Hekimler Birliğinden 2, Alman Hastane Federasyonu'ndan 2 ve Federal Sağlık Sigortası Dış Hekimleri Birliğinden 1 üye). Ayrıca resmi olarak onaylanmış hasta kuruluşlarından oy kullanma hakkı olmayan temsilciler de kurulda yer alır. Bu üyeler; istişarelere katılma hakkına, değerlendirilmek ve karar verilmek üzere konu önerme hakkına sahiptir.

Federal Ortak Komite çalışmalarını dokuz alt komitede yürütür ve alt komite tarafından hazırlanan öneriler Genel Kurul tarafından oylanır. Tüm alt komitelerde, sağlık sigortası fonlarının temsilcileri, ilgili sağlık hizmet sunucuları ve hasta temsilcileri yer almaktadır.

1.1.4. Sağlık Sigortası Hekimleri ve Dış Hekimleri Birlikleri

Sağlık sigorta şirketlerine hizmet fatura eden tüm hekimler ve psikoterapistler, bölgesel sağlık sigortası hekimleri birliklerine bağlıdır (Kassenärztliche Vereinigungen - KV). Dış hekimleri ise bölgesel sağlık sigortası dış hekimleri birlikleri tarafından temsil edilmektedir. (Kassenzahnärztliche Vereinigungen - KZV). Federal düzeydeki organlar ise Federal Sağlık Sigortası Hekimleri Birliği (Kassenärztliche Bundesvereinigung - KBV) ve Federal Sağlık Sigortası Dış Hekimleri Birliği (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung - KZBV) 'dir. Bu kurumların faaliyetlerinin kapsamı kanunla tanımlanmıştır.

1.1.5. Alman Hastane Federasyonu

Alman Hastane Federasyonu (Deutsche Krankenhausgesellschaft - DKG), şehirler ve belediyeler, dini kuruluşlar, kar amacı gütmeyen dernekler ve diğer özel kuruluşlar gibi hastaneleri yöneten çeşitli organların merkezi ve bölgesel birliklerini temsil etmektedir.

1.1.6. Hekim, Dış Hekimi, Psikoterapist ve Eczacı Odaları

Eyalet (Bundesland) düzeyinde, tüm hekimler, dış hekimleri, psikoterapistler ve eczacılar kendi eyalet odalarına üye olmak zorundadır. Bu odalar üyelerin mesleki yükümlülüklerini denetlemek ve radyasyondan korunma yönetmeliğine uygunluğu sağlamak gibi görevlerden sorumludur. Ayrıca, profesyonel sertifika ve tıbbi kurul sınavlarını denetlemekten ve yanlış uygulama iddialarını değerlendirmek ve çözmekten sorumludur.

1.1.7. Hasta Organizasyonları

Hastalara destek ve tavsiye vermek amacıyla bir araya gelen kişiler tarafından hasta organizasyonları oluşturulmaktadır. Çeşitli hasta organizasyonları, sağlık politikasıyla ilgili konular söz konusu olduğunda hastaların çıkarlarını temsil etmektedir.

1.1.8. Sağlık Sigortası Fonları

Zorunlu sağlık sigorta fonları, sağlık sigortası sunmakta ve tıbbi bakım hizmeti alınmasını sağlamaktadır. Federal Sağlık Sigortası Fonları Birliği (Spitzenverband-GKV), tüm zorunlu sağlık sigortası şirketlerinin federal düzeydeki birliğidir. En önemli kararların alındığı Federal Ortak Komite’de beş üyeye sahiptir. Faaliyetleri kanunla düzenlenmekte ve farklı sigorta fonlarının çıkarlarını temsil etmektedir.

*Halk Sağlığı Servisi

Halk sağlığı servisi (Der Öffentliche Gesundheitsdienst-ÖGD), halk sağlığını tehdit edici risklere karşı önlem almaktan sorumludur. Bölgesel sağlık birimleri, kamu binalarındaki hijyeni düzenler, enfeksiyonlara karşı koruma sağlar ve genellikle sağlığı geliştirici faaliyetler yürütür. Ayrıca danışmanlık ve yardım hizmeti de sunar.

*Eczane Birlikleri

Eczaneler ilaç temininin yanı sıra, ilaçla ilgili bilgi vermekten de sorumludur. İlaçların ulaşılabilirliğini sağlamak için eczane birlikleri, Federal Sağlık Sigortası Fonları Birliği (Spitzenverband-GKV) ve sigortacılarla anlaşma imzalamaktadır.

*Diğer Sağlık Profesyonelleri

Fizyoterapistler, konuşma terapistleri, hemşireler ve ebeler de dahil olmak üzere hekim olmayan birçok farklı sağlık uzmanı, zorunlu sağlık sigortası tarafından kapsama alınan hizmetleri sunuyorsa, bu kişilerin ilgili dernekleri ayrıca Federal Sağlık Sigortası Fonları Birliği (Spitzenverband-GKV) ve sigortacılarla anlaşma imzalamaktadır.

1.2. Düzenleme ve Planlama Sorumlulukları

1.2.1. Federal Seviyedeki Düzenleme ve Planlama Sorumlulukları

Alman sağlık sistemine ilişkin planlama ve düzenleme sorumlulukları, federal hükümet, eyaletler ve özerk yapıda çeşitli kurumlar arasında paylaştırılmıştır. Temel düzenlemeler, genellikle Federal Yasa (SGB V) tarafından belirlenirken, birçok alanda detay düzenleme yetkisi alt düzeye ve Federal Ortak Komite’ye bırakılmıştır.

Federal seviyede; zorunlu sigorta programları kapsamındaki sağlık hizmetleri tanımlanır. Bu hizmetlerin sağlanması ve finanse edilmesi için tek tip kurallar belirlenir. Sosyal kod kitabı (SGB), Almanya’da sosyal sigortanın temelidir ve yasal sigortayı düzenlemektedir.

Sigortalı bireylerin hak, yetki ve sorumlulukları SGB I’de sayılmıştır ve SGB’nin sonraki kitaplarında detaylı olarak açıklanmaktadır; SGB IV ve SGB X, tüm sosyal sigorta programlarında ortak olan düzenlemeleri ve idari prosedürleri içermektedir. Her ne kadar sağlıkla ilgili hizmetler SGB’nin çeşitli bölümlerinde yer alsada, bunlardan en önemlisi, sağlık sigortasının çerçevesini ortaya koyan SGB V’dir.

1.2.2. Eyalet Seviyesindeki Düzenleme ve Planlama Sorumlulukları

Eyaletler, federal düzeyde oluşturulan hastane ihtiyaç planlarına dayalı olarak, sermaye yatırımlarından sorumludurlar. Eyaletler, büyük ölçekli tıp teknolojisi ve binaların inşası gibi büyük yatırımların sorumluluğunu üstlenirken, bina bakım ve onarımını finanse etme sorumluluğu sigorta fonlarına aittir.

Eyaletlerin ikinci büyük sorumluluğu, halk sağlığı hizmetleridir. Bazı eyaletler bu hizmetleri kendileri yürütse de çoğu bu alandaki otoriteyi yerel yönetimlere devretmiştir.

Eyaletler ayrıca, bölgesel hekim odalarını, hekimlerinin bölgesel birliklerini ve her eyalet içinde faaliyet gösteren sigorta fonlarını denetlemekten sorumludur.

2- SAĞLIK HİZMETİNİN FİNANSMANI

Alman sağlık sisteminin en önemli unsuru, 1883 yılında Bismark tarafından hayata geçirilen sosyal sağlık sigortasıdır. Bu sistem, kazanç esasına dayalı sigorta primleri ile finanse edilmektedir. Ülkede herkesin sağlık hizmetlerine kolayca ulaşabilmesi için; hastanelerden, hekim muayenehanelerinden ve tıbbi kuruluşlardan oluşan geniş bir hizmet ağı oluşturulmuştur. Almanya'nın bütün sakinlerinin bir sağlık sigortasına sahip olmaları zorunludur. Nüfusun yaklaşık %90'ı zorunlu sağlık sigortasına sahiptir. Nüfusun yaklaşık %10'u ise özel sağlık sigortasına sahiptir.

Zorunlu sağlık sigortası prim oranı tüm sağlık sigorta fonlarında aynıdır. Bu oran brüt gelirin %14,6'sıdır. Ancak yalnızca belirli bir gelir seviyesine kadar prim ödenir. (Beitragsbemessungsgrenze) (2020 yılı için yıllık 56.250 €). Gelir eşiği aşıldığında, prim hesaplamasında fazla gelir bir rol oynamaz. Bu miktardan daha fazla kazananlar aynı maksimum primi öderler. İşveren ve sigortalı çalışan, brüt gelirin %7,3'ünü ödeyerek masrafları eşit olarak paylaşır. Sigorta primleri ve diğer finansman kaynakları masraflarını karşılamak için yeterli değilse, sigortacılar ek ücret talep edebilirler. Farklı sigorta fonlarının ek ücretleri değişebilmektedir.

2.1. Sağlık Sisteminin Finansmanı

Sağlık sigortası sistemine yapılan katkılar, Almanya'da sağlık hizmetlerini finanse etmenin temelini oluşturmaktadır. Sigorta Fonları, Merkez Tahsis Havuzuna aktardıkları primlerin toplanmasından sorumludur. 2009 yılında oluşturulan bu havuz, Federal Sigorta Ofisi tarafından yönetilmektedir. Sigorta fonları, primleri (hem işverenlerden hem de çalışanlardan) doğrudan işverenlerden veya kamu kurumlarından toplar ve bunları Merkezi Tahsis Havuzu'na aktarır. Daha sonra, toplanan primler morbidite temelli bir risk ayarlama planına göre sigorta fonları arasında yeniden tahsis edilir.

1995 yılından beri, Almanya'da çoğu çalışanın sağlık sigorta fonunu serbestçe seçmesine izin verilmektedir. Ancak bu durum, sağlık sigorta fonları arasında sigortacılık yapısında eşitsizliğe yol açmıştır. Bu nedenle, risk yapısı ayarlama planı (Risikostrukturaus-gleich, RSA) oluşturulmuştur. Bu plan, sigorta fonları arasında gelirlerin yanı sıra harcamaları da dikkate alan bir yeniden dağıtım sağlamaktadır. Sağlık sigortası fonlarına, önceden tanımlı 80 kronik hastalık için her sigortalı başına risk yapısı ayarlama planına göre daha fazla kaynak tahsis edilmektedir.

Hizmet sunumu ve ödemesi ile ilgili genel kurallar ulusal düzeyde Federal Çerçeve Sözleşmesinde (Bundesmantelvertrag) tanımlanmaktadır. Buna dayanarak, toplu sözleşmeler bölgesel düzeyde sonuçlandırılmaktadır. Sağlık hizmet sunucuları ve sigorta fonları arasında genel olarak doğrudan bir sözleşme ilişkisi bulunmamaktadır.

2.2. Zorunlu Sağlık Sigortası Kapsamında Yer Alan Kişiler

Brüt geliri belirli bir sınırın altında olanlar zorunlu sağlık sigortası kapsamında yer alırlar (2020 yılı için yıllık 62.550 €). Geliri eşiğin üstünde olanlar, zorunlu sağlık sigortası kapsamında kalmayı tercih edebilirler veya özel sağlık sigortası yaptırabilirler. Ayrıca, öğrenciler, işsizler ve emekliler de zorunlu sağlık sigortası kapsamında yer almaktadır. Zorunlu sağlık sigortası, serbest meslek sahipleri, yüksek gelirli ve memurlar için mecburi değildir. Serbest meslek sahibi bireyler, serbest meslek sahibi olmadan önce bir zorunlu sağlık sigorta fonuna üye iseler, zorunlu sağlık sigortası kapsamında kalmayı seçebilirler. Alternatif olarak, özel sağlık sigortası da alabilirler.

Emekli kişiler daha önce zorunlu sağlık sigortası ile sigortalıysa, tercih ettiği bir zorunlu sağlık sigortasına üye olma hakkına sahiptir. Emekli aylığı almadan önce özel sağlık sigortası kapsamında ise ve zorunlu sağlık sigortasında minimum süreyi yerine getirmediyse, özel sağlık sigortası yaptırmaması gerekmektedir.

Zorunlu sağlık sigortası üyesi olan emeklilerin, primlerinin yarısı emekli aylıklarından ödenmektedir. Diğer yarısı ise, emeklilik fonu tarafından karşılanmaktadır.

2.3. Zorunlu Sağlık Sigortası Fonları

Zorunlu sağlık sigortası fonları arasından seçim yapmak serbesttir. Tüm sigorta fonları temelde aynı standart tıbbi tedavileri ve sağlık hizmetlerini kapsamaktadırlar. Ancak bazı sigorta şirketleri seyahat aşuları veya spor ve egzersiz programları gibi ek hizmetleri de karşılamaktadır.

2.4. Zorunlu Sağlık Sigortasının Kapsamı

Sağlık sigortası kapsamındaki hizmetlerinin çoğu standarttır ve tüm sigorta fonları için zorunludur. Kapsanan hizmetler arasında aile hekimleri, uzman hekim ve psikoterapistler tarafından sağlanan ayakta tedavi, hastane tedavileri ve belirli koşullar altında rehabilitasyon tesislerinde tedavi yer almaktadır. Bu standart hizmetler ayrıca tarama testleri, gerekli aşular (seyahat aşuları hariç), hamilelik ve doğumla ilgili tıbbi bakımı da içermektedir.

Reçeteli ilaçlar hemen hemen her koşulda karşılanmaktadır. Fizyoterapi veya konuşma terapisi gibi tedaviler ve protez cihazları veya işitme cihazları gibi tıbbi cihazlarda, tıbbi olarak gerekli oldukları ve hekim tarafından reçete edildikleri sürece zorunlu sağlık sigortası kapsamındadır. Yine de sigortalıların kendi ceplerinden belirli bir miktar ödeme yapmaları gerekmektedir. Bu miktar yasa ile belirlenmektedir.

Standart hizmetler, ayrıca diş muayeneleri, diş tedavisi, diş eti tedavisi ve ortodontik tedaviyi içerir. Diş protezleri için sağlık sigortası fonu sabit bir miktar ödemektedir.

2.5. Özel Sağlık Sigortası

Almanya'da nüfusun yaklaşık %10'unun özel sağlık sigortası (Krankenversicherung-PKV) vardır. Sadece belirli kriterleri yerine getiren kişiler özel sağlık sigortalısı olabilir. Örneğin, brüt gelirinin en az bir yıl boyunca belirli bir eşik üstünde olması gerekmektedir. (2020 yılı için yıllık 62.550€) Bu eşik düzenli olarak değişmektedir. Serbest meslek mensupları da özel sağlık sigortası yaptırabilirler. Özel sağlık sigortası primleri gelire değil, yaşa, genel sağlık durumuna ve istenen sağlık hizmetlerine göre belirlenmektedir. Aile üyeleri otomatik olarak sigortalanmamakta, talep edilmesi durumunda ayrıca sigortalanmaları gerekmektedir. Genellikle tanı prosedürleri, tedavileri ve ilaçları ilk önce sigortalı ödemek zorundadır. Daha sonra makbuz veya fatura sigortacıya verilmekte ve masraflar sigortalıya ödenmektedir.

Tüm özel sağlık sigortalıları, zorunlu sağlık sigortasının kapsadığı standart tıbbi hizmetleri içeren standart temel sigorta poliçesi sunmaktadır. Ancak belirli koşullar altında temel sigorta poliçesini genişletmek mümkündür. Temel poliçe primi en yüksek zorunlu sağlık sigortası prim tutarını aşamaz.

2.6. Maliyet Paylaşımı (Katkı ve Katılım Payları-Cepten Ödeme)

Alman sağlık sisteminde maliyet paylaşımı uygulamaları ve maliyet paylaşımına ilişkin muafiyetler yaygın olarak kullanılmaktadır. Maliyet paylaşımı en çok ilaçlar için söz konusudur. Ancak zaman içinde, daha fazla hizmet (hastane hizmetleri, rehabilitasyon tedavisi gibi) maliyet paylaşımı kapsamına dahil edilerek maliyet paylaşımı daha fazla farklılaşmış ve karmaşık hale gelmiştir.

Maliyet paylaşımı uygulamaları sağlık hizmetlerinin türlerine göre aşağıda sınıflandırılmıştır.

- Hastanede yatarak tedavi ve yatarak rehabilitasyon hizmetleri için günlük 10 € katkı payı söz konusudur. En fazla 28 gün için katkı payı ödenmektedir.
- Reçeteli ilaçlarda her bir ilaç başına en az 5 € en fazla 10 € olmak üzere ilacın satış bedelinin %10'u oranında maliyet paylaşımı söz konusudur. Referans fiyatlandırma 1989 yılında kullanılmaya başlanmıştır. Sigorta fonları ilaçlar için referans fiyata kadar geri ödeme yapmaktadır. Hastalar, katkı payı dışında referans fiyat ve piyasa fiyatı arasındaki farkı da ödemektedir.
- Ayakta rehabilitasyon hizmetlerinde her gün için 10 € katkı payı söz konusudur.
- Hekim olmayan kişiler tarafından gerçekleştirilen bakım hizmetlerinde %10 oranında (hemşireler, fizyoterapistler, evde bakım) maliyet paylaşımı söz konusudur.

- Göz bakımı, işitme cihazları, ortopedi bölümü için sunulan hizmetlerde, her bir ürün için en az 5 € en fazla 10 € olmak üzere ürünün maliyetinin %10'u oranında maliyet paylaşımı söz konusudur. Görmeye yardımcı cihazlar 18 yaşına kadar olan çocuklar ve ciddi görme bozuklukları olan kişiler (göz yaralanmaları veya göz hastalıklarının tedavisi için kullanılan terapötik görme yardımcıları hariç) ile sınırlıdır.

2.6.1. Maliyet Paylaşımına İlişkin Muafiyet ve Sınırlamalar

Sigortalı tarafından maliyet paylaşımına ilişkin yapılan ödemelerin yıllık brüt gelirin %2'sini aşması durumunda, sigortalı yılın kalan kısmında yapılacak ek ödemelerden muaf tutulur ve kişiye bir muafiyet belgesi verilir. Brüt gelir rakamına her bir aile üyesi için belirli bir istisna değerinin düşürülmesi suretiyle ulaşılır ve istisna değeri aile büyüklüğüne ve aile üyesinin bir yetişkin veya çocuk olup olmadığına bağlıdır. (Çocuklar için daha büyük miktarlar düşülür) Eğer sigortalı ağır kronik hasta ise ve sürekli tedaviye ihtiyacı varsa bu durumda yıllık brüt gelirin %1' ini öder. 18 yaşına kadar olan kişiler maliyet paylaşımından muaftır. Ayrıca hamile kadınlar, sosyal yardım alan kişiler ve düşük gelirli genel olarak maliyet paylaşımından muaftır.

3- GERİ ÖDEME SİSTEMİ

3.1. Ayakta Tedavi Geri Ödemeleri

Ayakta tedavi kapsamında hizmet veren pratisyen hekimler ve uzman hekimler, zorunlu sağlık sigortası kapsamında hizmet verebilmek için sigorta fonlarıyla sözleşme yapan bölgesel hekim birliklerine üye olmak zorundadırlar. Bölgesel hekim birlikleri, bölgeleri içindeki sağlık hizmeti gereksinimlerini koordine etmekten sorumludur ve sigorta fonları ile ayakta tedavi hizmeti veren hekimler arasında finansal aracı kurumlar olarak hareket ederler. Ayakta tedavi hizmeti veren hekimler genel olarak bağımsız çalışırlar.

Sigortalılar, pratisyen hekimler veya uzman hekimler tarafından sevk edilirse hastaneye başvurabilir ve hastaneler arasında serbestçe seçim yapabilirler. Aile hekimlerine başvurmadan uzman hekimler ziyaret edilebilir. Ayakta tedavi hizmeti veren, zorunlu sağlık sigortası onaylı hekimlere (Genel Pratisyenler (GP) ve uzmanlar), tek tip ücret tarifesine göre hizmet başına ödeme yapılır. Özel hastaların tedavisi için de hekimler ve uzman hekimler hizmet başına ödeme alırlar, ancak özel tarifeler, genellikle tek tip ücret tarifesindeki tarifelerden daha yüksektir.

Sağlık sigortası fonları ile sözleşmeli hekimler tek tip ücret tarifesine göre bölgesel hekim birliklerine fatura kesmektedirler. Bölgesel birlikler, sigorta fonlarından yıllık tazminat şeklinde ödeme almaktadırlar. Teminat paketinde bulunmayan hizmetler için ödemeler ve katılım payları doğrudan sağlık hizmet sunucusuna ödenmektedir. Özel sağlık sigortası durumunda, hastalar kendileri ödeme yapmakta ve geri ödeme için sigorta şirketine talepte bulunmaktadır.

3.2. Yatarak Tedavi Geri Ödemeleri

Kamu hastanelerindeki yatak sayısı, tüm ülkedeki yatak sayısının yaklaşık yarısını oluşturmaktadır. Özel hastane sayısı son yıllarda artmaktadır. Tüm hastanelerde çoğunlukla maaşlı hekimler çalışmaktadır. Nadir görülen ve ağır seyreden hastalıkların tedavisi dahil olmak üzere bazı uzmanlaşmış ayakta tedavi hizmetleri hastanelerde uzman hekimler tarafından sağlanmaktadır.

Yatan hasta bakımında, sunulan sağlık hizmetlerinin geri ödemesi, G-DRG (German-Diagnosis Related Group/Alman-Teşhis İlişkili Grup) aracılığıyla yapılmaktadır. Almanya'da yaklaşık 1.300 farklı DRG vardır. DRG sınıflandırma sistemi, vaka ilişkili kodlama kurallarını kullanır. DRG vaka tabanlı sabit oran ile, hastanın hastaneye yatırılması ile ilgili tüm masraflar, ilaçlar dahil olmak üzere karşılanır. G-DRG sisteminin içeriği, her yıl Hastane Ödeme Sistemi Enstitüsü (InEK) tarafından revize edilmektedir. G-DRG güncellemeleri, önceki yıllara ait ampirik verilere dayanmaktadır.

Federal Sağlık Sigortası Fonları Birliği, ayakta bakım ücret tarifesi ve DRG kataloğunu geliştirmek için Federal Sağlık Sigortası Hekimleri Birliği ve Alman Hastane Federasyonu ile birlikte çalışmaktadır.

3.3. İlaç Geri Ödeme Sistemi

İlaçlar, yetkili otoriteler tarafından ruhsatlandırılır. Almanya’da ilaçlar için iki yetkili otorite vardır. Bunlar;

- Federal İlaçlar ve Tıbbi Cihazlar Enstitüsü (Bundesinstitut für Arzneimittel Medizinprodukte - BfArM)
- Paul-Ehrlich-Enstitüsü’dür.

Federal İlaçlar ve Tıbbi Cihazlar Enstitüsü, Paul-Ehrlich-Institute tarafından lisanslanan aşular, alerjenler ve kan ürünleri hariç diğer tüm tıbbi ürünlerinin lisanslanmasından sorumludur.

3.3.1. Ayakta Tedavide Kullanılan İlaçların Geri Ödemesi

Genel kural olarak, sağlık sigortası sadece reçeteli ilaçları kapsamaktadır. Geri ödemesi mümkün olmayan ilaçlar için bir negatif ilaç listesi hazırlanmaktadır. Negatif liste, temel olarak OTC (Over the Counter -Tezgah Üstü) ilaçları içermektedir. Ancak OTC ilaçlar, yalnızca 18 yaşına kadar olan kişiler ve yetişkinlerde bazı kronik durumların tedavisi için reçete edilmesi durumunda geri ödenmektedir.

Endikasyon dışı kullanım: Endikasyon dışı kullanım için reçete edilen farmasötikler, aşağıdaki koşulların karşılanması durumunda geri ödenmektedir.

- Bu endikasyon için ruhsatlandırılmış bir ürün bulunmamalıdır.
- Yaşamı tehdit eden bir hastalığın tedavisi amacıyla kullanılmalıdır.
- Bilimsel veriler, olumlu bir risk/fayda dengesinin yanı sıra tedavi başarısı için iyi beklentiler göstermelidir.

Aşağıdaki tabloda reçeteli bir ilacın fiyatlandırma örneği yer almaktadır.

Tablo 2: Reçeteli İlaç Fiyatlandırma Örneği

| | |
|---|-------------------|
| Üretici Satış Fiyatı (ÜSF) | 50,00 Euro |
| Maksimum Toptan kar marjı (ÜSF’nin %3,15’i + 0,70 Euro) | 2,28 Euro |
| ECZANE SATINALMA FİYATI (ESF) | 52,28 Euro |
| Eczane Kar Marjı (ESF’nin %3’ü + 8,35 Euro) | 9,92 Euro |
| Acil Durum Hizmetleri Ücreti (Nöbet vs.) (0,16 Euro) | 0,16 Euro |
| NET ECZANE SATIŞ FİYATI (NSF) | 62,21 Euro |
| KDV %19 | 11,85 Euro |
| BRÜT ECZANE SATIŞ FİYATI (BSF) | 74,21 Euro |
| Sigortalı Katılım Payı (BSF’nin %10’u) | -7,42 Euro |
| Eczacı İskontosu (1,77 Euro) | -1,77 Euro |
| Firma Ticari İskontosu (ÜSF’nin %7’si)* | -3,50 Euro |
| Zorunlu Sağlık Sigortasının (SHI) Ödediği Miktar** | 61,52 Euro |

Kaynak:

<http://eczacininesi.com/index.php?yon=dunyadaEczacilik&id=2>

*Tutara göre bazen %10 da olabilmektedir.

** Zorunlu sağlık sigortası fonunun yaptığı bazı özel indirimlerle ilgili anlaşma varsa değişebilir.

3.3.1.1.Fiyat Görüşmeleri

Sigorta fonları birliği, ilaç üreticisi ile ilacın geri ödeme fiyatını belirlemek amacıyla fiyat görüşmelerini yürütmektedirler. İlaç, uygun karşılaştırılabilir tedaviye kıyasla herhangi bir ek fayda sağlamıyorsa, karşılaştırılabilir aktif bileşenlere sahip bir referans fiyat grubuna dahil edilmektedir. Eğer böyle bir referans fiyat grubu mevcut değilse, sağlık sigortası fonları birliği, üretici ile eşdeğer karşılaştırılabilir tedaviden daha yüksek bir yıllık tedavi maliyetine yol açmayan bir geri ödeme oranı pazarlığı yapmaktadır. İlacın uygun karşılaştırılabilir tedaviye kıyasla bir ek fayda sağlaması durumunda, karşılaştırılabilir tedavinin fiyatı üzerinden bir ek ücret için müzakere başlatılır.

3.3.1.2.Referans Fiyatlandırma

Referans fiyatlar, benzer veya terapötik olarak karşılaştırılabilir etken madde grupları için ortak komite ve sigorta fonları birliği tarafından belirlenen geri ödeme için üst sınırlardır. Referans fiyat grupları; Almanya'daki çoğu jenerik ilaçları ve ayrıca aktif maddeye üç veya daha fazla terapötik alternatif varsa patentli farmasötik ürünleri kapsar.

Referans fiyat grubuna dahil edilen herhangi bir farmasötik ürün, yalnızca sigorta fonu tarafından referans fiyat miktarı kadar ödenir. Ancak üretici, ürünü daha yüksek bir fiyata satabilir, ancak hastanın aradaki farkı ödemesi gerekir. Referans fiyatlar, karmaşık ve çok fazlı bir prosedürle belirlenir. İlgili gruptaki tüm ilaçların ortalama fiyatlarına ve gerekli ortalama günlük doz gibi diğer faktörlere dayanarak hesaplanır.

3.3.1.3.İndirim Sözleşmeleri

Zorunlu indirimlere ek olarak, sağlık sigortası fonları ihaleler açabilir. İlaç üreticileri indirim sözleşmelerini sonuçlandırmak için ihalelere katılmaya davet edilir. İndirim sözleşmeleri piyasadaki jeneriklerin çoğunu kapsar. Yenilikçi ilaçlar için ise isteğe bağlıdır.

Jenerik ilaçlar için indirim sözleşmesi yapan ilaç üreticisi, bu sigorta fonunun tüm hastalarına ilacı otomatik olarak tedarik eder. Başka bir deyişle, eczaneler yalnızca indirim anlaşmalarının yürürlükte olduğu jenerik ilaçları dağıtabilir. Hekimlerin kullandığı reçete programları, hekimlere doğru jenerik ilacı yazma konusunda yardımcı olmaktadır. Örneğin, hastanın sağlık sigortası fonunun indirim sözleşmesi kapsamında olan jenerik ilacı yazmasına yardımcı olmaktadır.

Öngörülen bir etken maddenin jenerik versiyonları mevcutsa, eczacılar yasal olarak jenerik bir versiyon vermek zorundadırlar (jenerik ikamesi = aut-idem kuralı). Bununla birlikte, öngörülen etken maddeyi içeren bir farmasötik ürün, bir sigorta fonu ile pazarlama ruhsat sahibi arasında sözleşmeye bağlı bir indirim anlaşmasına tabi ise, eczacılar, indirimli ilaçları vermekle yükümlüdür.

3.3.1.4.İthalat Kotaları

Avrupa Birliği (AB) içindeki ilaç fiyatları değişmektedir. İthalatçılar ilaçları bir üye ülkede ucuz bir fiyata alabilir ve başka bir üye ülkede satabilir. Maliyetten tasarruf etmek için, eczanelerde dağıtılan tüm reçeteli ilaçların %5'i ithal edilmelidir. Eczacılar, bu kotayı yerine getirmek için yerli ilaçları ilgili benzer ithalle değiştirmek zorundadır. Ancak ithal edilen ilaç, eşdeğer orijinal Alman ürününden en az %15 veya 15 € daha ucuz olmak zorundadır. Ayrıca, indirim sözleşmelerine tabi farmasötikler, ithal edilen ilaçlarla değiştirilemez.

3.3.1.5.Reçete Yazan Hekimler için Kurallar

Sağlık sigortası, hekimlerin daha az ve daha ucuz ilaçları reçete etmelerini sağlamak için çok sayıda yöntem kullanır. Bu yöntemler aşağıda belirtilmektedir:

• Kişisel bütçeler

Her hekime ilaç reçeteleri için özel bir bütçe ayrılmıştır (Richtgrößenvolumen). Bu bütçe için yapılan hesaplamalar, benzer hastaların reçete verilerine dayanmaktadır. Kişisel bütçelerini %15'ten daha fazla aşan hekimler araştırılır ve daha az reçete yazmaları istenir. Hekimler kişisel bütçelerini %25'ten fazla aşarsa sorumlu bile tutulabilmektedirler.

• Reçete kuralları ve kısıtlama rehberleri

Ortak komite pahalı ilaçların reçetelenmesi için kurallar belirleyebilir. Ayrıca, belirli endikasyonlar için spesifik ilaçları sağlık sigortası kapsamı dışında tutabilir. Bu kuralları ihmal eden hekimler terapötik alternatifler hakkında sağlık sigortası fonları tarafından bilgilendirilir ve sonuç olarak tazminattan sorumlu olma riskini alırlar.

• Reçeteler için kota kuralı

En çok satan ilaç grupları kotaya tabidir. Bu kotalar hekim birlikleri ve sağlık sigorta fonları tarafından ortaklaşa belirlenir. Bazı kotalar yalnızca Almanya'da belirli bölgelerde geçerlidir. Hekimler ilgili birlikleri tarafından bilgilendirilir. Bazı farmasötik sınıflarda, spesifik etken maddeleri reçete etmek için kotalar mevcuttur. Örneğin, Berlin eyaletinde, reçete edilen tüm selektif serotonin geri alım inhibitörlerinin %70'i sitalopram veya sertralin olmalıdır. Hekimler kalan %30 için diğer SSRI'ları reçete edebilir. Hekimler bazen belirli kotaları elde etmek için bir teşvik verilir. Kurallara uymayan hekimler ücret indirimleriyle karşı karşıya kalabilir ve ayrıca reçete yazma konusunda eğitime katılmak zorunda kalabilirler.

3.3.2. Yatarak Tedavide Kullanılan İlaçların Geri Ödemesi

Yatarak tedavide kullanılan ilaçların fiyatları, ilaç şirketleri ve hastaneler, hastane zincirleri veya satın alma kuruluşları (GPO'lar) arasında veya kamu hastaneleri durumunda, kamu alımları ile ilgili Avrupa Birliği yasalarına göre kamu ihalesine tabidir (belirli bir eşik değer üzerinde alımlar ihaleye tabidir). Ancak, 2017'den beri ayakta tedavi ilaçları için görüşülen fiyatlar, hastaneler tarafından satın alınan ilaçlar için bir tavan görevi görmektedir.

Yatan hasta bakımında kullanılan farmasötik ürünler sigorta fonuna ayrıca faturalandırılmaz. Sigorta hastanın tüm tedavisini geri öder. Hastaneler tarafından kullanılan ilaçların maliyeti, DRG (DRG-Diagnosis Related Group- Teşhis İlişkili Grup) ödemelerine dahil edilmiştir.

4- ALMANYA İLE TÜRKİYE'NİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMLERİNİN KIYASLANMASI

Almanya sağlık sistemi, dünyadaki sağlık sistemleri içinde en güçlü ve en iyilerinden birisi olarak kabul edilmektedir. Temel sağlık istatistikleri OECD ortalamasının üstündedir.

Almanya'nın bütün sakinlerinin bir sağlık sigortasına sahip olmaları zorunludur. Brüt geliri belirli bir sınırın altında olanlar zorunlu sağlık sigortası kapsamında yer almaktadır. Nüfusun yaklaşık %90'ı zorunlu sağlık sigortasına sahiptir. Geliri eşik üzerinde olanlar, zorunlu sağlık sigortası kapsamı dışında kalmayı tercih edebilirler. Bu durumda olan kişilerin özel sağlık sigortası yaptırmaları zorunludur. Nüfusun yaklaşık %10'unun ise özel sağlık sigortası vardır.

Türkiye'de 2017 yılı OECD verilerine göre nüfusun %99,2'si genel sağlık sigortası kapsamında olup, SGK verilerine göre 2019 yılı itibarıyla bu rakam %99,5'e ulaşmıştır. TBMM üyeleri, yüksek yargı üyeleri, banka sandıkları üyeleri ile tutuklu ve hükümlüler genel sağlık sigortası kapsamı dışındadır. Bu kişilerin sağlık hizmetleri ilgili kurumlarınca karşılanmaktadır.

Türkiye'de asgari ücret tutarı 2020 yılı itibarıyla 2.324,70 TL olarak belirlenmiştir. OECD verilerine göre Türkiye'de 2018 yılında aylık asgari ücret yaklaşık 420 \$ iken, Almanya'da bu tutar yaklaşık 1.768 \$'dır.

Almanya'da sağlık sistemin ana finansman kaynağı, esas olarak kazanç esasına dayalı sigorta primleridir. Primler, devlet dışı yönetimlerde ve sigorta fonlarında toplanmaktadır. Sistemde yaklaşık 100 sağlık sigorta fonu yer almaktadır. Bu sigorta fonları aracılığıyla primler toplanmakta ve sağlık hizmet sunucularına geri ödeme yapılmaktadır. Türkiye'de ise tek bir geri ödeme kuruluşu vardır.

Almanya'da sağlık sigortası primleri, brüt gelirin %14,6'sı olarak hesaplanmaktadır. İşveren ve sigortalı çalışan, her biri brüt gelirin %7,3'ünü ödeyerek masrafları eşit olarak paylaşır. Üst sınır vardır. Yalnızca belirli bir gelir seviyesine kadar prim ödenir. Türkiye'de ise genel sağlık sigortası prim oranı %12,5'dur. Prim oranları çalışan için %5, işveren için ise %7,5'dur.

Almanya'da ayakta ve yatarak tedavi hizmetleri sunumu birbirinden çok kesin sınırlarla ayrılmıştır. Temel bakım ve poliklinik hizmetleri hekim birliğine bağlı olan hekimler tarafından verilmektedir. Hastanelerde genel olarak yatarak tedavi hizmeti verilmekte sadece belirli alanlarda ayakta tedavi hizmeti sunulmaktadır. Türkiye'de ise sağlık hizmetlerinin sunumunda böyle bir sınırlama söz konusu değildir.

Almanya'da ayakta tedavi hizmeti veren, sağlık sigortası onaylı hekimlere (Genel Pratisyenler (GP) ve uzmanlar), tek tip ücret tarifesine göre hizmet başına ücret esasına göre geri ödeme yapılmaktadır. Yatan hasta bakımı, başvuru başına, yaklaşık 1.300 G-DRG (German-Diagnosis Related Group/Alman-Teşhis İlişkili Grup) kategorisine dayanan ve yılda bir kez revize edilen tanıya bağlı gruplar (DRG'ler) sistemi aracılığıyla ödenmektedir. DRG'ler ayrıca tüm hekim ve ilaç masraflarını da karşılamaktadır. Türkiye'de ayakta tedavide Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) esas alınmaktadır.

Almanya'da ilaçların geri ödenmesinde negatif liste uygulaması söz konudur. Negatif liste, temel olarak bitkisel ilaçlar ve OTC (Over the Counter -Tezgah Üstü) ilaçlarını içerir. Ancak OTC'ler, yalnızca 18 yaşına kadar olan çocuklar ve gençler için ve yetişkinlerde bazı kronik durumların tedavisi için geri ödenmektedir. Türkiye'de ise ilaçların geri ödemesinde pozitif liste uygulaması söz konusudur.

Almanya'da reçeteli ilaçlarda her bir ilaç başına en az 5 € en fazla 10 € olmak üzere ilacın satış bedelinin %10 oranında maliyet paylaşımı söz konusudur. Türkiye'de ayakta tedavide sağlanan ilaçlardan, Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişilerden ilaç bedelinin %10'u, diğer kişilerden ise ilaç bedelinin %20'si oranında katılım payı alınmaktadır. İlaç temininde her bir reçete için; 3 kutuya kadar (üç kutu dahil) temin edilen ilaçlar için 3 TL, 3 kutuya ilave temin edilen her bir kutu ilaç için 1 TL olmak üzere katılım payı alınmaktadır.

Almanya'da hastanede yatarak tedavi ve yatarak rehabilitasyon hizmetleri için günlük 10 € katkı payı söz konusudur. En fazla 28 gün için katkı payı ödenmektedir. Türkiye'de ise yatarak tedavide katılım payı uygulaması söz konusu değildir. Ancak, birinci basamak sağlık hizmet sunucularına başvurulduğunda katılım payı alınmamakta, ikinci basamak kamu sağlık hizmet sunucularında 6 TL, Sağlık Bakanlığı Eğitim Araştırma Hastanelerinde 7 TL, üniversite hastanelerinde 8 TL, özel sağlık hizmet sunucularında 15 TL alınmaktadır.

Tablo 3: Ekonomi ve Sağlık Göstergelerinin Türkiye ve OECD Ortalaması ile Karşılaştırılması

| ÜLKE | ALMANYA | TÜRKİYE | OECD |
|---|--------------------|-------------------|-------------------|
| Nüfus, (2018) | 82.927.922 | 82.003.882 | - |
| Kişi başına düşen GSYİH, (\$), (2018) | 47.603 | 9.370 | - |
| Asgari ücret tutarı, (\$), (2018), (aylık) | 1.768 | 420 | - |
| Cari sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı, (%), (2018) | 11,2 | 4,2 | 8,8 |
| Kişi başına düşen toplam sağlık harcaması, (\$), (2018) | 5.986 | 1.227 | 3.994 |
| Kişi başına düşen ilaç harcaması, (\$), (2017) | 823 | - | 564 |
| Doğumda beklenen yaşam süresi kadın, Doğumda beklenen yaşam süresi erkek, (yıl), (2018) | 83,3 78,6 | 81,0 75,6 | 83,4 78,1 |
| Sigorta tarafından kapsanan nüfus oranı, (2017) | 100** | 99,2* | - |
| 1.000 Kişiye düşen hekim sayısı, 1.000 Kişiye düşen hemşire sayısı, 1.000 Kişiye düşen yatak sayısı, (2017) | 4,3 12,9 8,0 | 1,9 2,1 2,8 | 3,5 8,8 4,7 |
| Toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı, (%), (2018) | | | |
| 1. Kamu sağlık harcaması oranı, (%) | 84 | 77 | 74 |
| <i>Merkezi hükümet/bölgesel, yerel yönetimler sağlık harcaması oranı, (%)</i> | 6 | 23 | 37 |
| <i>Sosyal sağlık sigortası harcaması oranı, (%)***</i> | 78 | 54 | 37 |
| 2. Cepten yapılan sağlık harcaması oranı, (%) | 13 | 17 | 21 |
| 3. Gönüllü sağlık sigortası harcaması oranı, (%) | 1 | 0 | 4 |
| 4. Diğer harcamaların oranı, (%)**** | 2 | 5 | 2 |
| Hane halkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı, (%), (2018) | 2,8 | 1,2 | 3,2 |

* SGK verilerine göre 2019 yılı itibarıyla %99,5'dir

** Nüfusun %89,4'ü zorunlu sağlık sigortasına, %10,6'sı özel sağlık sigortasına sahiptir.

*** Özel sağlık sigortası harcamaları dahildir.

****Ülkede geçici olarak ikamet edenlere ait sağlık harcamalarıdır.

Not: Tablo, uluslararası veri tabanlarında yayımlanan kıyaslanabilir ve kesinleşmiş en yakın yıl verileri kullanılarak hazırlanmıştır. Tahmini (Estimated) veriler kullanılmamıştır.

Kaynak:

1. Health at a Glance 2019 OECD Indicators
2. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD> , Erişim Tarihi: Kasım 2020
3. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL> , Erişim Tarihi: Kasım 2020
4. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=RMW> , Erişim Tarihi: Kasım 2020
5. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018
6. <https://www.tuik.gov.tr/tr/> , Erişim Tarihi: Kasım 2020

KAYNAKLAR

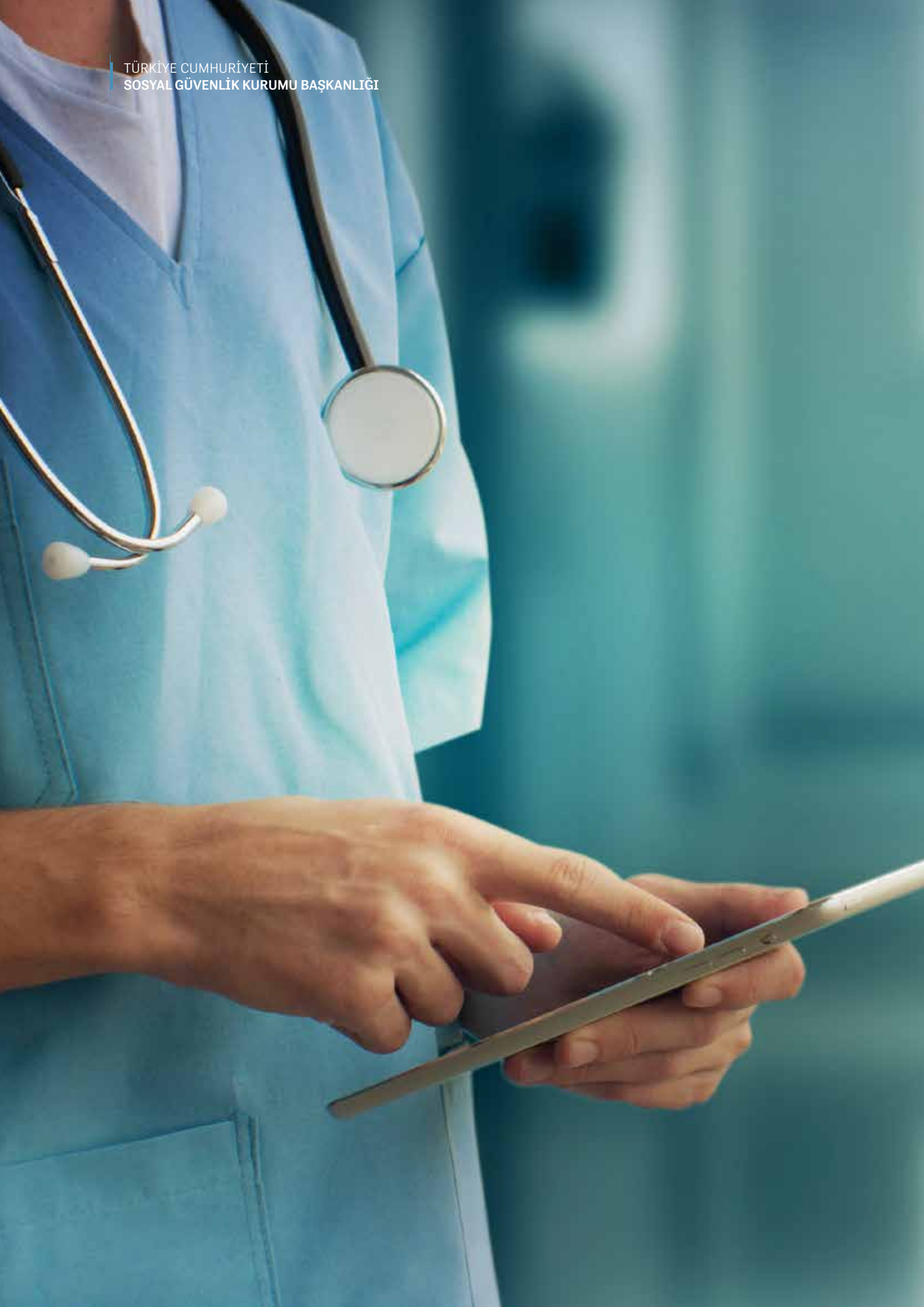
- 1) <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/en.html>
- 2) <https://www.krankenkassenzentrale.de/wiki/incoming-tr#oezellikler>
- 3) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK298834/>
- 4) <https://healthmanagement.org/c/hospital/issuearticle/overview-of-the-german-healthcare-system>
- 5) <https://www.bundesaerztekammer.de/weitere-sprachen/english/healthcare-system/>
- 6) <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/en/ministry/the-federal-ministry-of-health.html>
- 7) <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits/full-list-of-country-hits/germany-hit-2014>
- 8) Health at a Glance 2019: OECD Indicators,
- 9) <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD> ,Erişim Tarihi: Kasım 2020
- 10) <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL> , Erişim Tarihi: Kasım 2020
- 11) <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=RMW> , Erişim Tarihi: Kasım 2020
- 12) Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018
- 13) <https://www.tuik.gov.tr/tr/> , Erişim Tarihi: Kasım 2020





BELÇİKA SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI



ÖZET

Belçika Ulusal Sağlık sistemi, eşit erişim ve seçim özgürlüğü ilkeleri temelinde Bismarkçı bir yapılanmayla inşa edilmiştir. Belçika'nın karışık devlet yapılanması sorumlulukların dağılımını genişleterek sistem içerisinde görev yapmakta olan onlarca farklı kurumun ortaya çıkmasına neden olmuştur. Öyle ki sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanına yönelik yetki federal hükümet (tedavi hizmetleri) ile federe kurumlar (koruyucu ve önleyici sağlık hizmetleri) arasında paylaşılmaktadır. Federal hükümet zorunlu sağlık sigortasının finansmanını ve düzenlenmesini, hastane bütçelerinin finansmanını, ilaçların fiyat kontrolünü ve sağlık işgücü planlamasını yapmakta iken; Federe Kurumlar yüksek bütçeli medikal ekipmanların ve sağlık altyapısının finansmanını, hastanelerin kalite kontrolünü, koruyucu sağlık hizmetlerini, anne ve çocuk bakımını, birinci basamak sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu ve uzun süreli bakım hizmetini sağlamaktadır.

Belçika sağlık sistemi, zorunlu sağlık sigortası ile tamamlayıcı sağlık sigortasının karışımından oluşmaktadır. Belçika'da çalışan herkes zorunlu sosyal güvenlik primi ödemekte ve buna ek olarak genellikle hastalık fonlarına veya özel sigorta şirketlerinden birinin yürüttüğü bir sağlık sigortası programına zorunlu olarak katılmaktadır. Uygulanan güçlü ulusal sağlık sigortası programı sayesinde nüfusun %99'u kapsam altına alınmıştır. Sistem, işverenlerden, çalışanlardan, bağımsız çalışanlardan, memurlardan alınan prim katkıları, federal devlet sübvansiyonları ve vergiler ile finanse edilmektedir. Ulusal Sosyal Güvenlik Ofisi (NSSO) primleri toplamakta ve sağlık hizmeti sunumunun finansmanından genel anlamda sorumlu olan Ulusal Sağlık ve Maluliyet Sigortası Enstitüsü'ne (NIHDI) aktarmaktadır. NIHDI, Sosyal İşler ve Halk Sağlığı Bakanı'na karşı sorumludur ve bütçesi 24 Milyar € olan bir kamu sosyal güvenlik kurumudur. Bununla beraber sunulan sağlık hizmetlerinden asıl sorumlu olan ve harcamaların geri ödemesini gerçekleştiren birim hastalık fonlarıdır. Hastalık fonlarının mali kaynakları da NIHDI tarafından karşılanmaktadır.

Zorunlu sağlık sigortası kapsamındaki hizmetler, son derece ayrıntılı olan ve ulusal olarak belirlenmiş ücret tarifesinde tanımlanmaktadır. Ücret tarifesine dahil olmayan hizmetler geri ödenmemektedir. İlaç ve tıbbi cihazların geri ödeme listesine alınma başvurusu İlaç Geri Ödeme Komisyonu'na (CRM-Commission de Remboursement des Médicaments) yapılmaktadır. CRM başvuru tarihinden itibaren 150 gün içerisinde bu değerlendirmeyi teklif haline getirmekte ve Sosyal İşlerden ve Halk Sağlığından Sorumlu Bakana sunmaktadır. Bakan bu tavsiye kararını temel alarak gerekçesiyle birlikte kararını 180 gün içerisinde vermektedir.

Zorunlu sevk uygulaması bulunmadığından vatandaşlar sağlık uzmanlarına ve hastane hizmetlerine serbestçe erişebilmektedir. Sağlık hizmeti sunumunun çeşitli ve kişi başına düşen hekim ile hemşire sayısının fazla olması vatandaşların hizmetlere erişimini kolaylaştırmaktadır.

ÜLKE TANITIMI

Ülkenin Demografik Özellikleri

Belçika; Fransa, Almanya, Lüksemburg ve Hollanda ile sınır komşusu olan bir Batı Avrupa ülkesidir. Belçika hem NATO'ya hem de Avrupa Birliği'ne ev sahipliği yapmaktadır. Avrupa'nın en büyük ülkelerinden biri olmasa da son birkaç yılda nüfusunda önemli bir artış gözlemlenmektedir. 2018 yılı itibariyle nüfusu 11.422.068 ve para birimi ise Euro (€)'dur. Toplam nüfus içerisindeki kadınların oranı %50,60 iken erkeklerin oranı %49,40'dır. Ortalama yaş ise 41'dir. Çoğunluk başkent Brüksel olmak üzere Liege, Gent ve Oostende gibi büyük şehirlerde yaşamaktadır. Bu şehirler, ekonomik faaliyet merkezleridir ve birçok kişiye istihdam imkânı sağlamaktadır. Başkent Brüksel'in nüfusu 1.175.000'dir ve km2 başına 7.025 kişi düşmektedir. Farklı kültürlerle ve etnik kökenlere sahip bir nüfus çeşitliliğine sahip bulunan ülkede Flaman topluluğu 6 milyondan fazla nüfusu ile çoğunluğu oluşturmaktadır. Fransızca konuşan Valonlar ise yaklaşık 3,5 milyonluk nüfusuyla ikinci büyük topluluğu meydana getirmektedir. Bu iki büyük topluluğun yanı sıra Almanya sınırında yaşayan ve Almanca konuşan 1 milyonluk bir azınlık da bulunmaktadır. Belçika'da uygulanan asgari ücret tutarı 2018 yılı itibariyle aylık 1.844 \$'dır.

Tablo 1: Ekonomi ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması

| | BELÇİKA | OECD |
|---|---|--|
| Nüfus, (2018) | 11.422.068 | - |
| Kişi başına düşen GSYİH, (\$), (2018) | 47.518 | - |
| Asgari ücret tutarı, (\$), (2018), (aylık) | 1.844 | - |
| Cari sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı, (%), (2018) | 10,4 | 8,8 |
| Kişi başına düşen sağlık harcaması, (\$), (2018) | 4.944 | 3.994 |
| Kişi başına düşen ilaç harcaması, (\$), (2017) | 689 | 564 |
| Doğumda beklenen yaşam süresi kadın, Doğumda beklenen yaşam süresi erkek, (yıl), (2018) | 83,9 79,4 | 83,4 78,1 |
| Sigorta tarafından kapsanan nüfus oranı, (%), (2017) | 98,7 | - |
| 1.000 Kişiye düşen hekim sayısı, 1.000 Kişiye düşen hemşire sayısı, 1.000 Kişiye düşen yatak sayısı, (2017) | 3,1 11,0 5,7 | 3,5 8,8 4,7 |
| Toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı, (%), (2018) | | |
| 1. Kamu sağlık harcaması oranı, (%) | 77 | 74 |
| <i>Merkezi hükümet/bölgesel, yerel yönetimler sağlık harcaması oranı, (%)</i> | 21 | 37 |
| <i>Sosyal sağlık sigortası harcaması oranı, (%)</i> | 56 | 37 |
| 2. Cepten yapılan sağlık harcaması oranı, (%) | 18 | 21 |
| 3. Gönüllü sağlık sigortası harcaması oranı, (%) | 5 | 4 |
| 4. Diğer harcamaların oranı, (%)* | 0 | 2 |
| Hanehalkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı, (%), (2018) | 3,6 | 3,2 |

* Ülkede geçici olarak oturanlara ait sağlık harcamalarıdır.

Not: Tablo, uluslararası veri tabanlarında yayımlanan kıyaslanabilir ve kesinleşmiş en yakın yıl verileri kullanılarak hazırlanmıştır. Tahmini (Estimated) veriler kullanılmamıştır.

Kaynak:

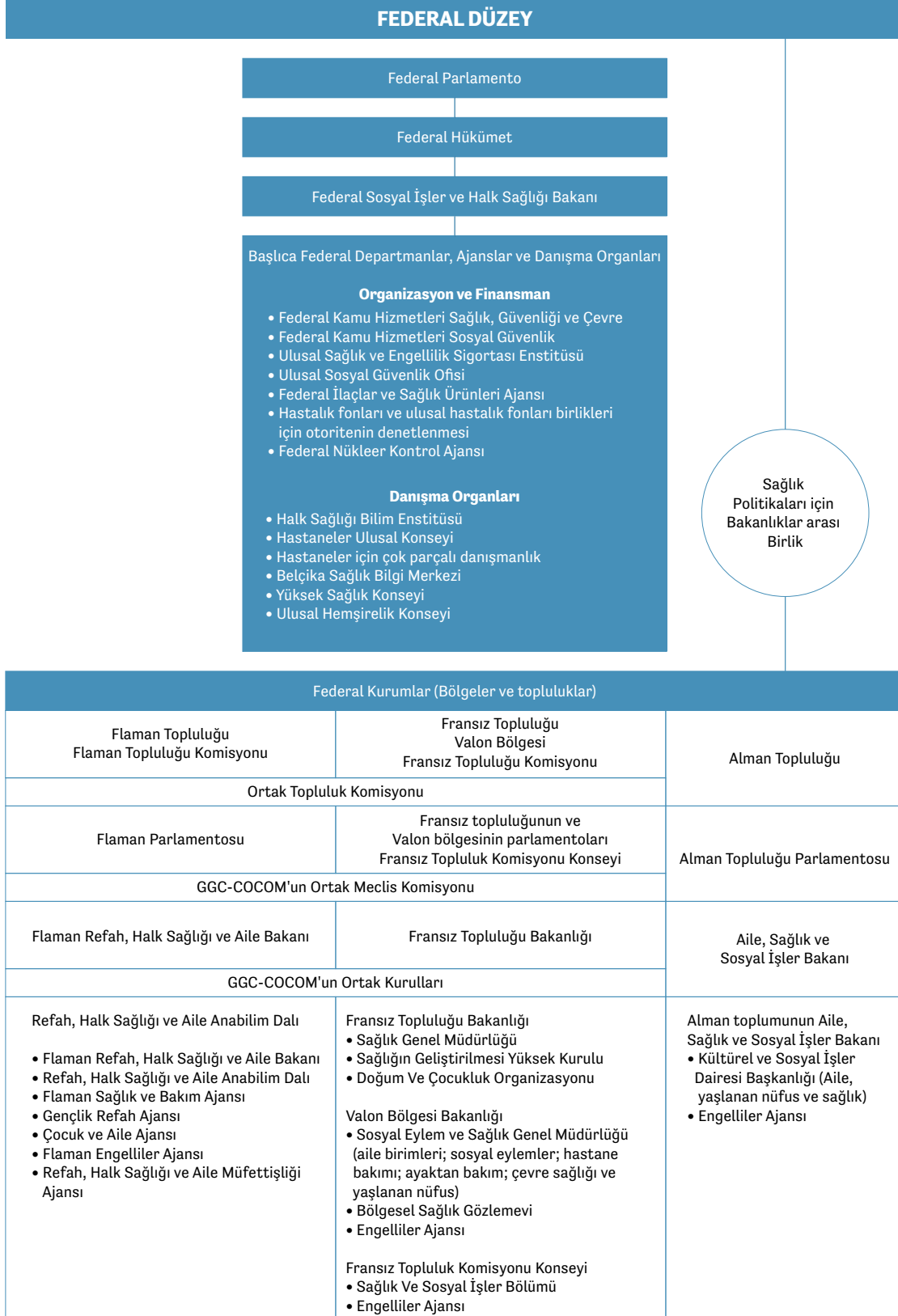
1. Health at a Glance 2019 OECD Indicators
2. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD> , Erişim Tarihi: Kasım 2020
3. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL> , Erişim Tarihi: Kasım 2020
4. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=RMW> , Erişim Tarihi: Kasım 2020
5. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018
6. <https://www.tuik.gov.tr/> , Erişim Tarihi: Kasım 2020

ÜLKENİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ

1- ORGANİZASYON YAPISI

Belçika ulusal sağlık sistemi, karmaşık bir devlet yapılanmasına sahiptir ve eşit erişim ile seçim özgürlüğüne dayanan Bismarck modeli çerçevesinde inşa edilmiştir. Sorumlulukların dağılımı, Belçika devletinin parçalı yapısını yansıtmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanına yönelik yetki, federal hükümet (tedavi hizmetleri) ile federe kurumlar (koruyucu ve önleyici sağlık hizmetleri) arasında paylaşılmaktadır. Federal hükümet zorunlu sağlık sigortasının finansmanını ve düzenlenmesini, hastane bütçelerinin finansmanını, ilaçların fiyat kontrolünü ve sağlık işgücü planlamasını yapmaktadır. Federe kurumlar ise yüksek bütçeli medikal ekipmanların ve sağlık altyapısının finansmanını, hastanelerin kalite kontrolünü, koruyucu sağlık hizmetlerini, anne ve çocuk bakımını, birinci basamak sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu ve uzun süreli bakım hizmetini sağlamaktadır. Belçika sağlık sektöründe yaklaşık 150 resmi komisyon bulunmaktadır. Aşağıdaki şekilde sadece en önemli organlar belirtilmiştir.

Şekil 1: Sağlık Sistemi Organizasyon Yapısı



Kaynak:

<https://www.hspm.org/countries/belgium25062012/livinghit.aspx?Section=7.3%20User%20experience%20and%20equity%20of%20access%20to%20health%20care&Type=Section>

2- SAĞLIK HİZMETİNİN FİNANSMANI

Ulusal sağlık sistemi, işverenlerden, çalışanlardan, bağımsız çalışanlardan ve memurlardan alınan prim katkıları, federal devlet sübvansiyonları ve vergiler ile finanse edilmektedir. Ulusal Sosyal Güvenlik Ofisi (The National Social Security Office-NSSO) hem işverenlerin hem de çalışanların sosyal güvenlik primlerini toplamak ve her sektör için sağlık geri ödeme kurumu olan Ulusal Sağlık ve Maluliyet Sigortası Enstitüsü'ne (National Institute for Health and Disability Insurance-NIHDI) dağıtmakla görevlendirilmiştir. NIHDI, Sosyal İşler ve Halk Sağlığı Bakanı'na karşı sorumlu olan bir kamu sosyal güvenlik kurumudur. Bu kurum, zorunlu sağlık sigortasının genel organizasyonundan ve finansal yönetiminden sorumludur. NIHDI, zorunlu sağlık sigortası genel organizasyonunu denetlemekte, sigorta sağlama görevi ise hastalık fonlarına düşmektedir. Hastalık fonlarının mali kaynakları da NIHDI tarafından karşılanmaktadır. En önemli görevleri ise şunlardır:

- Sağlık harcamalarının geri ödenmesini organize etmek,
- İş göremezlik durumunda aylık bağlamak,
- Mevzuatı geliştirmek,
- Bütçeyi hazırlamak ve sağlık hizmeti sunucularının ve hastalık fonlarının faaliyetlerinin uygun şekilde finanse edildiğinden emin olmak,
- Sağlık hizmeti sunucularını, hastalık fonlarını ve sigortalıları bilgilendirmek, mevzuat ve düzenlemelerin doğru şekilde uygulamalarını sağlamak,
- Zorunlu sağlık sigortasında yer alan farklı aktörler arasındaki müzakereleri organize etmek.

Bu görevlerinin yanı sıra Ulusal Sağlık ve Maluliyet Sigortası Enstitüsü'nün (NIHDI) kodlaması ve fiyatlandırmasının, kullanılacak işlemler ve malzemeler üzerinde doğrudan etkisi bulunmakta ve hizmet sunucuları uyguladıkları tedavileri bu kodlamalar üzerinden sağlamaktadır. Eğer uygulanan işlem tanımlanmamış ise hizmet sunucusu geri ödeme alabilmek için başka bir kod kullanmak zorunda kalmaktadır. Yeni bir ürün veya işlem her zaman açıkça mevcut bir kodlamanın altına girememekte (yenilikçi veya eşi benzeri bulunmadığı için) ve bunun kamu sağlık sigortası sistemine entegre edilmesi için makul bir fiyat ve tarife sunulması için belirli bir süre gerekebilmektedir.

NIHDI'nın sağlık hizmetleri bütçesi yaklaşık 24 Milyar €'dur. Bu bütçenin %23'ü yatarak veya ayakta tedavi hizmetleri, %18'i ise ilaç harcamaları için kullanılmıştır.

Belçika sağlık sistemi, yasal zorunlu sağlık sigortası ile isteğe bağlı tamamlayıcı (ek) sağlık sigortasının karışımından oluşmaktadır. Belçika'da çalışan herkes zorunlu sosyal güvenlik primi ödemekte ve buna ek olarak, genellikle hastalık fonlarından veya özel sigorta şirketlerinden birinin yürüttüğü bir sağlık sigortası programına zorunlu olarak katılmaktadır. Çalışanlar, hangi sigorta şirketine katılacağını seçebilmekte, ancak işverenler çalışanlarını genellikle otomatik olarak birine kaydetmektedir. Çalışanların sağlık hizmeti katkı payları brüt maaşının %7,35'ine tekabül etmektedir. (%3,55'i çalışanın maaşından otomatik kesilirken, %3,8'i de işveren tarafından ödenmektedir.) Bağımsız çalışanlar ise brüt kazançlarının %7,35'ini katkı payı olarak kendileri ödemektedir.

Belçika sağlık bütçesi, 2004-2012 yılları arasında %4,5, 2012'de %2, 2013 ve 2014'te %3 ve 2015'ten bu yana %1,5'lük bir sabit artış oranına ayarlanmıştır. Bu yıllık sabit büyüme oranı sağlık bütçesinin güvence altına alındığı anlamına gelmektedir. Tahsis edilen sağlık bütçesi, 2012 yılı dışında, fiili harcamalardan daha fazla olmuş ve bütçe fazlası oluşmuştur. Ayrıca bu durum ekonomik krizin etkisinin hafifletilmesinde de rol oynamıştır. 1995'ten bu yana, maliyet kontrolünü teşvik etmek amacıyla hastalık fonlarının, bütçe açığının %25'ini (toplam bütçesinin maksimum %2'sine kadar) kendi rezervlerinden karşılamalarını düzenleyen bir sistem uygulanmaktadır.

Belçika Parlamentosu 2017 yılının mart ayında, sağlık hizmetleri de dahil olmak üzere sosyal güvenlik programlarının finansmanı ile ilgili yeni bir reform paketini kabul etmiştir. Bu reform, sosyal ortaklar arasında daha fazla hesap verilebilirliği teşvik ederek, sağlık harcamalarında kamu payının artışını kontrol etmek ve vergi yükünün bir kısmını sosyal güvenlik katkı paylarından katma değer vergileri gibi diğer vergi türlerine aktarmak için tasarlanmıştır. Bu reformun ana unsurları arasında şunlar bulunmaktadır:

- Alternatif finansman kaynakları, yalnızca sağlık hizmetleri için katma değer vergisinden elde edilen gelirleri içermektedir.

- Genel devlet gelirleri (toplam fonlamanın yaklaşık %17'sini teşkil etmektedir), belirli koşullar altında yaşlanma katsayısı ile artırılabilir. (Reel GSYİH'deki büyümenin %1,5'i geçmesi ve insanların çalışma hayatından daha geç ayrılması da dahil)
- "Federal denge katkısı" denilen şey (federal hükümet tarafından açıkları telafi etmek için sağlanan) bir dizi makro-hesap verebilirlik faktörüne bağlı olacaktır.

3- GERİ ÖDEME SİSTEMİ

Sağlık hizmetleri, hastalar için seçim özgürlüğü ilkesi çerçevesinde sunulmaktadır. Birinci basamak hekimleri çoğunlukla bağımsız olarak çalışmakta ve ücretlerini hizmet başına ödeme yöntemiyle almaktadırlar. Zorunlu sevk uygulaması bulunmadığından vatandaşlar sağlık uzmanlarına ve hastane hizmetlerine serbestçe erişebilmektedir. Sağlık hizmeti sunum sisteminin çeşitli özellikleri, hizmetlere erişilebilirliğin artırılmasına katkıda bulunmaktadır. Örneğin pratisyen hekimlerin ve hemşirelerin düzenli olarak verdiği evde bakım hizmetleri, sağlığa erişimi hızlandırmaktadır.

Zorunlu sağlık sigortası kapsamındaki hizmetler, son derece ayrıntılı ve ulusal olarak belirlenmiş ücret tarifesinde tanımlanmaktadır. Ücret tarifesine dahil olmayan hizmetler geri ödenmemektedir. Belçika, güçlü bir ulusal sağlık sigortası programı uygulayarak, nüfusun %99'unu kapsam altına almıştır. Sağlık hizmetlerinde kullanılan ilaçlardan Ulusal Sigorta Fonunca geri ödenenlerin maliyetine hastaların katkıda bulunmaları gerekebilmektedir. Sigortalıların bu katkı payı ödemesinin sınırı, kanun tarafından belirlenmiştir. Diğer hükümet fonları ve hibelerle birlikte kamu sektörü tüm sağlık sisteminin %77'sini finanse etmektedir. Belçika'daki tüm çalışan vatandaşların sosyal güvenlik ödemelerine katkıda bulunması ve sağlık sigortası programına katılması gerekmektedir. Belçika'da, kâr amacı gütmeyen ve vatandaşların katılabileceği 5 tane hastalık fonu bulunmaktadır. Bu fonların çoğunun ülkenin siyasi partileriyle bağlantısı vardır ancak herkese de kapılarını açmaktadırlar.

Bu kuruluşlar ve sigortalı oranları aşağıda gösterilmektedir:

- Hristiyan Fon: Tüm sigortalı nüfusun %42'sini kapsamaktadır.
- Sosyalist Fon: Tüm sigortalı nüfusun %28'ini kapsamaktadır.
- Bağımsız Fon: Tüm sigortalı nüfusun %19,5'ini kapsamaktadır.
- Yansız Fon: Tüm sigortalı nüfusun %7'sini kapsamaktadır.
- Liberal Fon: Tüm sigortalı nüfusun %3,5'ini kapsamaktadır.

Hastalık fonlarının rolü, hastalar tarafından alınan tedaviyi geri ödemektir.

Hastaların tedavi masraflarının geri ödenmesiyle ilgili olarak hastalık fonları tarafından yapılan işlerde farklılık bulunmamaktadır. Ancak aile paketi, tatil kampları gibi ek hizmetler veya özel dış hekimliği ve diğer sağlık ihtiyaçları için ayrı sigorta planları sunarak kendilerini farklılaştırmaya çalışmaktadır. Fonlar tarafından talep edilen aylık katkı payları hemen hemen aynı miktardadır.

Bu 5 fon arasındaki rekabet yüksek düzeydedir ve pazara yeni girişler için izin verilmemektedir. Ulusal Sağlık ve Maluliyet Sigortası Enstitüsü (NIHDI) önderliğinde ve yönetim ilkesi doğrultusunda bu fonlar hasta ücretleri, bakım kapsamı ve düzenleme konusundaki tartışmalara toplu olarak katkıda bulunmaktadır. Temel Sağlık Teminat Paketi kapsamına giren hizmetler şu şekilde belirtilmektedir:

- Pratisyen ve uzman hekim muayenesi,
- Fizyoterapi hizmetleri,
- Evde bakım hizmetleri,
- Ağız ve diş sağlığı hizmetleri,
- Doğum hizmetleri,
- Hastane bakım hizmetleri,
- Rehabilitasyon hizmetleri,
- Protez, tekerlekli sandalye, bandaj ve implantlar.

Zorunlu sağlık sigortasının teminat kapsamı, Ulusal Sağlık ve Maluliyet Sigortası Enstitüsü (NIHDI) tarafından belirlenmektedir. NIHDI, zorunlu sağlık sigortasının genel organizasyonunu kontrol etmekte, sigorta hizmetlerini sağlama görevi ise hastalık fonlarına düşmektedir. Hastalık fonları, parasal kaynaklarının çoğunu NIHDI'dan sağlamaktadır.

Hastalık fonları, temel sağlık teminat paketine dahil olmayan sağlık hizmetleri için iki tür tamamlayıcı teminat sağlamaktadırlar. Birincisi sağlık hizmeti sunucuları tarafından sunulan otelcilik faaliyetleridir (odada tek başına kalma gibi). İkincisi ise aşağıda gösterilen ve kamu tarafından finanse edilmeyen hizmetlerdir.

- Gözlük veya lens satın alımı,
- Bazı diş bakım hizmetleri,
- Bazı aşılar,
- Homeopati ve osteopati gibi alternatif tedavi yöntemleri,
- Ebeveyni hasta olan çocuklar için günlük bakım hizmeti,
- Yurt dışı sağlık hizmeti.

Hastalık fonu üyeleri, zorunlu tamamlayıcı teminat karşılığında, doğrudan hastalık fonlarına sabit oranlı ek prim ödemektedirler. Bu tamamlayıcı teminat kapsamında yer almak istemeyenlerin hastalık fonlarından ayrılarak tamamlayıcı teminat sağlamayan özel bir hastalık fonuna kaydolmaları gerekir. Ancak çok az sayıda insan bunu yapmayı tercih etmektedir. Sonuç olarak, nüfusun neredeyse tamamı hastalık fonlarının sağladığı zorunlu tamamlayıcı kapsamdan yararlanmaktadır.

Yerel Kamu Sosyal Refah Merkezi (CPAS-OCMW) önemli sağlık harcamalarını ödemekte zorlanan kişilere katkıda bulunabilmektedir. Bakmakla yükümlü olunan çocuk da ailesinin seçiminden faydalanmaktadır. Zorunlu sağlık sigortasının içeriği, 8.000'in üzerinde kısmen veya tamamen geri ödenebilen hizmetleri listeleyen Ulusal Sağlık ve Maluliyet Sigortası Enstitüsü (NIHDI) tarafından belirlenmektedir. NIHDI, tıbbi gerekliliklere göre ilaç maliyetine farklı oranlarda katkıda bulunabilmekte ve temel ilaçların fiyatlarını da sabitleyebilmektedir.

İlaçlarda Fiyatlandırma ve Geri Ödemenin Temel Özellikleri

- Geri ödemesi yapılan ilaçlar için pozitif liste bulunmaktadır.
- İlaçların geri ödemesi kısıtlı veya sınırsız olabilmektedir.
- Ayakta ve yatarak tedavinin geri ödemesi farklı rejimlere tabi bulunmaktadır.
- Sigortalının ücretli çalışan mı yoksa bağımsız çalışan mı oluşuna göre değişim göstermektedir.
- İlaçların A, B, C, Cs, Cx veya D kategorisinde oluşuna göre değişim göstermektedir.
- Referans geri ödeme sistemi bulunmaktadır.
- Risk paylaşımı anlaşmaları yapılmaktadır.

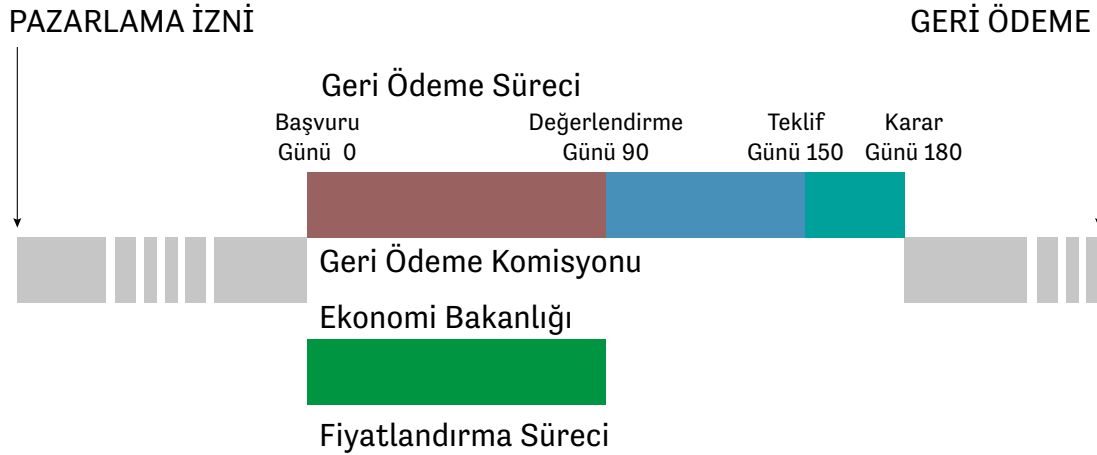
İlaç Geri Ödeme Kapsamında Yer Alan Kişiler

- Zorunlu hastalık fonu kapsamında olan ücretli çalışanlar,
- Zorunlu hastalık fonu kapsamında olan bağımsız çalışanlar,
- İşsiz vatandaşlar,
- Analık veya babalık iznine ayrılan çalışanlar,
- Emekli vatandaşlar.

3.1. İlaç Geri Ödeme Süreci

İlaçlarının geri ödeme listesine alınmasını isteyen ruhsat sahibinin öncelikle bir başvuruda bulunması gerekmektedir. Başvuru, İlaç Geri Ödeme Komisyonuna (CRM-Commission de Remboursement des Médicaments) yapılmaktadır. Bu başvuru ile Ekonomi Bakanlığı'na yapılan fiyatlandırma başvurusu aynı anda yapılabilmektedir. İlaç Geri Ödeme Komisyonu (CRM) başvuru alındıktan sonraki 90 gün içerisinde değerlendirmelerde bulunmakta ve 150 gün içerisinde bu değerlendirmeyi bir teklif haline getirmektedir. Başvurunun onaylanması veya reddedilmesi noktasında 2/3 çoğunluk oylama kuralı uygulanmaktadır. Bir teklifin reddedilmesi, Bakana olumsuz bir tavsiyede bulunduğu anlamına gelir. Başvuruyu reddetme ya da kabul etme nihai yetkisi gerekçeleriyle birlikte Sosyal İşler ve Halk Sağlığından Sorumlu Bakana ait bulunmaktadır. Bakan geri ödeme kararını verirken İlaç Geri Ödeme Komisyonunun (CRM) teklifini temel almaktadır. Ancak bütçe kısıtı veya sosyal nedenlerden dolayı CRM'nin teklifinden farklı bir karar verme yetkisi de bulunmaktadır. Bakan bu kararını teklifin sunulmasını takip eden 180 gün içerisinde verir. Bu süre içerisinde ilaç firmasına herhangi bir karar bildirilmezse geri ödeme başvurusu otomatik olarak kabul edilmiş sayılır. Geri ödeme listesine alınan ilaçlar Bakanlar Kurulu kararıyla Resmî Gazete'de yayımlanır. Karar, Resmî Gazete'de yayımlandıktan sonraki 10 günlük süreyi izleyen ayın ilk günü yürürlüğe girer. Birinci sınıfta yer alan ilaçlar ile yetim ilaçlar geri ödeme listesine kabul edildikten sonraki veya geri ödeme yöntemlerinde yapılan değişikliklerden sonraki 18 ay ile 3 yıl arasında ya da gerekeçli talep üzerine gözden geçirilmektedir.

Şekil 2: İlaç Geri Ödeme Süreci



Kaynak: EU Pricing & Reimbursement, Pricing & Reimbursement Schemes in Major European Countries

Değerlendirme, başvurusu yapılan ilacın sınıfına göre değişmektedir. Birinci sınıfta yer alanlar ek terapötik değer ortaya koyan ilaçlardır, ikinci sınıfta yer alanlar aynı veya benzer terapötik değer ortaya koyan ilaçlardır ve üçüncü sınıfta yer alanlar ise jenerik ilaçlardır. Birinci sınıf için değerlendirme, eklenen terapötik değer bilimsel analizini kapsamaktadır. Yeni terapötik değer eskisine kıyasla mortalite, morbidite ve/veya yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkisinin olması beklenir. Eklenen yeni terapötik değer kabul edilmezse ilaç ikinci sınıf kapsamında değerlendirmeye alınmaktadır. İkinci sınıf ilaçların geri ödeme temeli karşılaştırılan ilacın ödeme temelini aşamaz. CRM ve Bakan tarafından yapılan değerlendirmelerde dikkate alınan unsurlar aşağıda gösterilmektedir. Sınıf iddiasına göre değerlendirme kriterleri şu şekildedir:

Tablo 2: İlaç geri ödeme değerlendirme kriterleri

| KRİTER | 1.SINIF | 2.SINIF | 3.SINIF |
|---|---------|---------|---------|
| Terapötik değer | X | X | |
| İlaç fiyatı ve geri ödeme temeli | X | X | X |
| Klinik etkinlik ve ürünün olası etkisi | X | X | X |
| Ulusal Hastalık ve Maluliyet Sigortası Enstitüsü bütçesine etkisi | X | X | X |
| Maliyet etkinlik | X | X | |

Kaynak: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_288_Improve_Belgian_process_managed_entry_agreements_Report.pdf (Erişim Tarihi: Kasım 2020)

Terapötik değer noktasında aşağıda yer alan 5 unsura bakılmaktadır:

- **Etkililik:** Klinik denemeler daha iyi bir etkinlik düzeyi ortaya koymaktaysa ilaç etkilidir.
- **Güvenlilik:** İlaç istenmeyen yan etkilerden arındırıldığı ölçüde güvenilirdir.
- **Etkinlik:** İlaç olağan sağlık bakımı uygulaması koşullarında istenen sonuçları ortaya koyarsa etkindir.
- **Uygulanabilirlik:** İlaç özelliklerinin, örneğin kontrendikasyonların, belirli hasta grupları için ilaç kullanımını sınırladığı ve/veya özel önlemler gerektirdiği ölçüde uygulanabilir.
- **Kullanım kolaylığı:** İlacın sunucu ve/veya hasta tarafından kullanımının uygulama rahatlığını artırdığı ve / veya ilaç kullanımıyla ilgili hataları önlediği ölçüde kullanımı kolaydır.

3.2. İlaç Geri Ödeme Komisyonu'nun (Commission de Remboursement des Médicaments-CRM) Yapısı

Oy hakkı olan komisyon üyeleri:

- 7 üye Belçika Akademisinden,
- 8 üye Belçika Hastalık Fonlarından,
- 3 üye Eczacı Meslek Örgütlerinden,
- 4 üye Hekim Meslek Örgütlerinden,

Oy hakkı olmayan komisyon üyeleri:

- 2 üye İlaç Endüstrisi Birliklerinden,
- 2 üye Sosyal İşlerden ve Halk Sağlığından Sorumlu Bakanlıktan,
- 1 üye Ekonomi Bakanlığında,
- 1 üye Ulusal Sağlık ve Maluliyet Sigortası Enstitüsü (NIHDI) Tıbbi Kontrol Bölümünden

3.3. İlaç Geri Ödeme Komisyonu'nun (Commission de Remboursement des Médicaments-CRM) Görevleri

CRM'nin görevleri arasında şunlar yer almaktadır:

- İlaçların geri ödeme listesine alınmasına ya da alınmamasına yönelik teklif taslağını hazırlamak,
- Sosyal İşlerden ve Halk Sağlığından Sorumlu Bakanın talebi üzerine ilaçların geri ödeme politikasına ilişkin görüşler hazırlamak,
- İlaçların geri ödemesini düzenleyen kurallara ilişkin rehberler hazırlamak,

3.4. Geri Ödemesi Yapılan İlaçların Listesi

Geri ödemesi yapılan ilaçların listesi çeşitli bölümlere ayrılmaktadır. Bölümler, ilaçların yapısını ve terapötik endikasyonlarını yansıtmaktadır. Genel bir prensip olarak, yalnızca Belçika'da piyasaya sürülme izni olan ilaçların geri ödeme listesine dahil edilmesi uygun bulunmaktadır. Geri ödeme listesinin I. Bölümünde yer alan ilaçlar sınırsız geri ödeme kapsamında yer almaktadır. Geri ödeme listesinin II. ve IV. Bölümlerinde yer alan ilaçlar ise seçili hastalar, seçili onaylı endikasyonlar ve seçili reçeteler kapsamında sınırlı olarak geri ödeme kapsamına alınmaktadır. II. Bölümün kapsamına giren ilaçlar, tüm yaygın terapötik endikasyonlar için geri ödenmektedir. Bu endikasyonlar İlaç Geri Ödeme Komisyonu (CRM) tarafından yapılan öneriler temelinde belirlenmektedir. Reçete yazan kişinin kısıtlı geri ödeme koşullarına uyumu gösteren belgeleri saklaması gerekmektedir. Bu belgeler yetkili makamlarca kontrol edilebilmektedir. Bölüm IV kapsamına giren ilaçlar, belirli koşullarına uygun olarak geri ödenmektedir. Bu koşullar aşağıdaki durumlarla ilişkilidir:

- Terapötik endikasyon ve tıbbi durumun teşhisi,
- Geri ödemenin bütçe üzerinde yaratacağı etki,
- Hastanın tedavi geçmişi,
- Hekimin uzmanlık alanı ve hastalığın tedavisindeki deneyimi,
- Hastanın yaşı, cinsiyeti ve kilosuna gibi kişisel özellikleri,
- Reçete edilen ilaçların miktarı,
- Tedavinin süresi.

Doğası gereği bazı ilaçlar ise geri ödeme listesinin özel bölümlerinde sınıflandırılmaktadır:

- Bölüm III: Perfüzyon sıvıları,
- Bölüm IVbis: Belçika'da piyasaya sunulma yetkisi olmayan ithal ilaçlar,
- Bölüm V: Fibrinojen,
- Bölüm VI: Radyo-izotoplar.

3.5. Geri Ödeme Kategorileri

Geri ödeme listesine dahil edilen her ilaç bir geri ödeme kategorisine dahil edilmektedir. Kategoriler, Belçika'daki hastalık fonları tarafından ödenen ilacın maliyetinin yüzdesine karşılık gelmektedir. Bu kategoriler A, B, C, Cs, Cx, Fa ve Fb olarak sınıflandırılmaktadır. Bu sınıflandırma işi Sosyal İşler ve Halk Sağlığı Bakanlığı tarafından yapılmaktadır. Bakanlık kararını İlaç Geri Ödeme Komisyonu (CRM) tarafından yapılan teklifi temel alarak vermektedir. A, B, C, Fa ve Fb kategorilerindeki ilaçlar "zorunlu" tedavi olarak kabul edilmektedir. Bu ilaçlar CRM tarafından belirlenen "terapötik değerlerine" göre sınıflandırılmaktadır. A ve Fa kategorisindeki ilaçlar diyabet ve kanser tedavisini içeren "hayati öneme sahip" ürünler olarak nitelendirilmektedir. Bu kategorilerde sınıflandırılan ilaçlar, maksimum geri ödeme fiyatları üzerinden %100 ödenmektedir. Hasta tedavisi için "önemli" kabul edilen antibiyotik gibi ilaçlar B ve Fb olarak sınıflandırılmakta ve maksimum geri ödeme fiyatları üzerinden %84 oranında ödenmektedir. Kronik bronşit gibi hastalıkların semptomatik tedavisinde uygulanan ilaçlar C kategorisinde yer almakta ve maksimum geri ödeme fiyatları üzerinden %46 oranında ödenmektedir. Cs kategorisinde yer alan ilaçlar maksimum geri ödeme fiyatları üzerinden %35 oranında, Cx kategorisinde yer alanlar ise %14 oranında ödenmektedir.

B, C, Cs, Cx ve Fb kategorilerindeki ürünler için geri ödeme seviyeleri, ilaçların azami geri ödeme fiyatına bağlıdır. Öyle ki maliyeti 14,38 € 'dan daha az olan ilaçlar daha düşük oranlarda geri ödenmektedir. B, C ve Fb kategorisindeki ilaçlar için hasta katılım payının ödeme limiti de 14,70 € olarak belirlenmiştir.

Tablo 3: İlaçlarda Geri Ödeme Kategorileri

| Kategori | Tercihli Geri Ödeme | Normal Geri Ödeme |
|---|--------------------------------------|---------------------------------------|
| Kategori A Hayati Öneme Sahip İlaçlar • Kanser v.b. | %100 Geri Ödeme | %100 Geri Ödeme |
| Kategori B Önemli İlaçlar • Bazı Antibiyotikler | Maksimum 8 € katılım payı alınır. | Maksimum 12,10 € katılım payı alınır. |
| Kategori C Semptomik Tedavi • Loperamid (diyare) v.b. | Maksimum 9,90 € katılım payı alınır. | Maksimum 15 € katılım payı alınır. |
| Kategori Cs • Anti alerjik ilaçlar v.b. | Katılım payı limiti yok. | Katılım payı limiti yok. |
| Kategori Cx • Doğum Kontrol ilaçları | Katılım payı limiti yok. | Katılım payı limiti yok. |
| Kategori Fb | Maksimum 8 € katılım payı alınır. | Maksimum 12,10 € katılım payı alınır. |

3.6. Referans Ürünlerin Geri Ödenmesi

Referans fiyatlandırma kapsamındaki ilaçlar için geri ödeme düzeyinin belirlenmesinde özel kurallar uygulanmaktadır. Referans grupları, aynı etken maddeyi içeren ilaçlar oluşturmaktadır. Örneğin orijinal ilaçlar ile jenerikleri aynı referans grubuna dahil edilmektedir. Eğer orijinal ilacın jenerik versiyonu piyasada satılmaktaysa orijinal ilacın geri ödeme oranı otomatik olarak %30 oranında azalmaktadır. İki yıl boyunca referans fiyat sistemine dahil olan orijinal ilaçlar için geri ödeme tabanı %6 oranında; referans fiyatlandırma sistemine dahil edilmesinin dördüncü yılının ardından ise %5,5 oranında daha azaltılmaktadır.

3.7. Hastanelerde Uygulanan İlaçların Geri Ödemesi

Hastanelerde kullanılan ilaçların maliyetlerinin %75'i her bir hasta için atfedilen yatarak tedavi bütçesinden karşılanmaktadır. Bu bütçenin miktarı, hastanın tıbbi durumuna ve tedavi ihtiyaçlarına bağlı olarak belirlenmektedir. Kalan %25'lik kısım genel geri ödeme kuralları çerçevesinde ödenmektedir. Belçika'daki hastaneler kamu ihaleleri yaparak ilaç alımını gerçekleştirmektedir. İki veya daha fazla hastane de bir araya gelerek ilaçların satın alınması için ortak kamu ihalesi yapabilmektedirler. Bu özellik hem devlet hem de özel hastaneler için geçerlidir.

3.8. İlaçların Reçetelendirilmesi

Belçika'daki hekimlere tek muayenede aynı kişi için birden fazla ilaç reçete etme imkânı tanınmıştır. Reçetelerin geçerlilik süresi ise 3 ay ile sınırlandırılmıştır. İlaç Geri Ödeme Komisyonu (CRM) iyi ilaç uygulamaları için önerilerde bulunmaktadır. Bu öneriler, hekimlere ilaçlar için reçete oluşturmasında rehberlik hizmeti sağlamaktadır. Öneriler “kanıta dayalı tıp” ilkelerini yansıtmaktadır. Hastalık fonu tarafından atanan hekim geri ödemeyi onaylamadıkça bölüm IV Kapsamına giren ilaçlar için hastalık fonları tarafından ödeme yapılmamaktadır. Hekimin bu kararı, hastanın tıbbi geçmişine ve onun terapötik gereksinimlerine dayanmaktadır.

3.9. Tıbbi Cihazların Fiyatlandırılması ve Geri Ödenmesi

Bir hastalığın teşhisi veya bir ilacın verilmesi gibi durumlarda kullanılan tıbbi cihazlar geri ödeme listesine dahil edilmiştir. Bu cihazlar ilaçlar için belirlenen geri ödeme kategorileri doğrultusunda sınıflandırılmaktadır. Geri ödeme listesine dahil edilen tıbbi cihazların geri ödenmesi, ilaçların geri ödenmesini düzenleyen kurallara tabidir.

3.10. İmtiyazlı Geri Ödeme Statüsü

Sosyal yardım alan kişiler otomatik olarak imtiyazlı geri ödeme statüsündedir. Bu statüye girecek diğer kişilerin vergilendirilebilir yıllık brüt gelirlerinin 16.965 €'nin altında olması gerekmektedir. Bu gelir sınırına bakmakla yükümlü olunan her birey için de yıllık 3.140 € eklenmesi gerekmektedir. Ayrıca, kronik hastalığı olan hastalar da imtiyazlı geri ödeme statüsüne alınmakta ve maliyet paylaşımından muaf tutulmaktadır. İmtiyazlı geri ödeme statüsünde bulunan kişilerin sağlık harcamalarının %90'ı devlet tarafından karşılanmaktadır. Ocak 2015'ten bu yana bazı vatandaşlar bu haklarının farkında olmadıklarından hastalık fonları tarafından uyarılmaktadır. Bu önlem, sağlık hizmetlerine erişilebilirliğin önündeki engelleri kaldırmak için tasarlanmıştır. Katılım paylarının gelir düzeyi düşük gruplara etkisini azaltmaya yönelik tedbirler de alınmaktadır. Belçika'daki hastalar, katılım payı ve çeşitli ilaveler aracılığıyla sağlık finansmanına katkıda bulunmaktadır. Hizmet bedelleri için hastalara yapılan geri ödeme düzeyi, sağlanan hizmet türüne, hastanın gelir ve sosyal durumuna ve belirli bir yılda zaten ödenmiş katılım payı miktarına bağlı bulunmaktadır. İmtiyazlı geri ödeme statüsünde olan kişilerden daha düşük miktarda katılım payı alınmaktadır. 2015 yılında yapılan düzenleme ile, genel pratisyen muayenesi için katılım payı 4 € (imtiyazlı geri ödeme statüsünde olanlar için 1,5 €) uzman hekim muayenesi için ise katılım payı 12 € (imtiyazlı geri ödeme statüsünde olanlar için 3 €), olarak belirlenerek basitleştirilmiştir (önceden yüzde olarak hesaplanırdı). Üçüncü taraf ödeme sistemi, özellikle gelir düzeyi düşük gruplar için ayakta bakım hizmetlerine erişimi kolaylaştırmak için giderek genişletilmektedir.

3.11. Yatan Hastalardan Katılım Payı Alınması

Belçika, Avrupa'da yer alan ülkeler arasında devlet hastanelerindeki ilaçlar için katılım payı ödemesi alan tek ülke konumunda bulunmaktadır. Her bir hasta hastanede geçirdiği her bir gün için 0,62 € katılım payı ödemektedir. Ayrıca, hastane eczanesi tarafından ayakta tedavi gören hastalar için temin edilen ilaçların geri ödeme oranı geri ödeme kategorisine bağlı olarak farklılık göstermektedir.

3.12. Yüksek Maliyetli İlaçlar için Politika: Piyasaya Giriş Düzenlemeleri

Bu düzenlemeler bir ilaç firması ile ilacın geri ödenmesini sağlayan ödeyici kamu kurumu arasındaki belirli şartlara bağlı olarak yapılan sözleşmeleri ifade etmektedir. Bu düzenlemelerin içeriği müzakereye katılmayan taraflar için gizli tutulmaktadır. Prensipte bu düzenlemeler finans temelli (basit indirimler veya fiyat hacmi anlaşmaları gibi) ve performans temelli (sağlık çıktılarıyla bağlantılı) olarak 2'ye ayrılmaktadır. Belçika'da hem ayakta tedavi hizmetleri hem de yatarak tedavi hizmetlerinde kullanılmaktadır ve tipik yöntemleri şunlardır:

- Orijinal liste fiyatı tutarak maliyeti azaltmak (örneğin ciro yüzdesinde indirim),
- Birim başına sabit tutar,
- Bütçe sınırı,
- Başvuru sahibi tarafından üretilen diğer ilaçlarda indirimli fiyat (çapraz anlaşma),
- Fiyat hacim anlaşması,
- Performansa göre ödeme planı,
- Veri toplama tazminatı ve kombinasyonları.

3.13. Yetim İlaçların Özellikleri

Bir ilacın yetim ilaç olarak nitelendirilebilmesi için aşağıdaki özellikleri taşıması gerekmektedir:

- Hayatı tehdit edici veya kronik olarak zayıflatıcı bir hastalığın tedavisi, önlenmesi veya teşhisi için tasarlanmalıdır.
- Avrupa Birliği içerisinde hastalığın görülme oranı 5/10.000'den fazla olmamalıdır.
- İlgili hastalığın teşhis, önleme veya tedavisine yönelik tatmin edici bir metoda izin verilmemiş olmalı veya böyle bir metot varsa, ilacın rahatsızlıktan etkilenenlere önemli bir faydasının olması gerekir.

Belçika'daki yetim ilaçlar, geri ödemesi yapılan ilaçlar listesinin IV. Bölümünde yer almaktadır ve bu bölümde yer alan ilaçlar belirli koşullar altında geri ödenmektedir. Yetim ilaçların hastalık fonu tarafından geri ödenmesi için aranan şart ise danışman hekimin onayıdır.

4- BELÇİKA İLE TÜRKİYE'NİN SAĞLIK ve GERİ ÖDEME SİSTEMLERİNİN KİYASLANMASI

Belçika sağlık sistemi de tıpkı Türkiye sağlık sistemi gibi zorunlu sağlık sigortası temeline dayanmaktadır. 2017 yılı OECD verilerine göre Türkiye'nin kapsadığı nüfus %99,2, 2019 yılı SGK verilerine göre ise %99,5 iken Belçika'nın kapsadığı nüfus yine 2017 verilerine göre %98,7'dir. Türkiye'de Genel Sağlık Sigortası (GSS) sisteminden faydalanan kişi sayısı çok olmasına rağmen mevzuatımızda kapsam dışında kalan kişiler de belirtilmiştir. TBMM üyeleri, yüksek yargı üyeleri, banka sandıkları üyeleri ile tutuklu ve hükümlüler GSS sistemi kapsamı dışındadır. Bu kişilerin sağlık hizmetleri ilgili kurumlarınca karşılanmaktadır. Belçika'da çalışan herkes zorunlu sosyal güvenlik primi ödemekte ve buna ek olarak, genellikle hastalık fonlarından veya özel sigorta şirketlerinden birinin yürüttüğü bir sağlık sigortası programına zorunlu olarak katılmaktadır. Çalışanlar, hangi fona katılacağını özgürce seçebilmekte ise de genellikle işverenler otomatik olarak kayıt yaptırmaktadırlar.

Ulusal sağlık sistemi, işverenlerden, çalışanlardan, bağımsız çalışanlardan, memurlardan alınan prim katkıları, federal devlet sübvansiyonları ve vergiler ile finanse edilmektedir. Çalışanların sağlık hizmeti katkı payları brüt maaşının %7,35'ine tekabül etmektedir. %3,55'i çalışanın maaşından otomatik olarak kesilirken, %3,8'i de işveren tarafından ödenmektedir. Bağımsız çalışanlar ise brüt kazançlarının %7,35'ini katkı payı olarak kendileri ödemektedir. Ayrıca Belçika sağlık bütçesi, 2004 -2012 yılları arasında %4,5, 2012'de %2, 2013 ve 2014'te %3 ve 2015'ten bu yana %1,5'lük bir artış oranına ayarlanarak sabitlenmiştir. Bu yıllık sabit büyüme oranı sağlık bütçesinin güvence altına alındığı anlamına gelmektedir.

Türkiye’de ise sağlık hizmeti sunumunun finansmanı, hizmetten faydalanan sigortalılardan toplanan primler ve devlet katkısı vasıtasıyla karşılanmaktadır. Genel sağlık sigortası primi, kısa ve uzun vadeli sigorta kollarına tabi olarak çalışanlar için prime esas kazancın %12,5’udur. Hizmet akdiyle çalışanlar için bu primin %5’i sigortalı, %7,5’i ise işveren tarafından karşılanmaktadır. Kendi nam ve hesabına çalışanlar ise primin tamamını kendisi ödemektedir. Yalnızca genel sağlık sigortasına tâbi olanlar ile isteğe bağlı sigortalı olanların genel sağlık sigortası primi ise prime esas kazancın %12’sidir. Ayrıca devlet finansmanın sağlanması için toplanan sağlık sigortası primlerinin 1/4’ü kadar para transferi gerçekleştirilmektedir.

Türkiye’de asgari ücret tutarı 2020 yılı itibarıyla aylık 2.324,70 TL olarak belirlenmiştir. Yine OECD ülke karşılaştırmaları verilerine göre Türkiye’de 2018 yılında asgari ücret yaklaşık 420 \$ iken, Belçika’da bu tutar aylık 1.844 \$’dır.

Belçika’da sunulan sağlık hizmetlerinin finansmanında ikili bir yapı görülmektedir. Ulusal Sağlık ve Maluliyet Sigortası Enstitüsü (NIHDI) finansman mekanizmasının üstünde tüm organizasyonu denetlemekle görevli kurum iken hastalık fonları sağlık hizmeti sunucularına asıl geri ödeme işinden sorumludur. Türkiye’de ise yukarıda belirtilen görevleri gerçekleştiren tek bir kurum bulunmaktadır.

Geri ödemesi yapılan ilaçların listesi çeşitli bölümlere ayrılmaktadır. Bölümler, ilaçların yapısını ve terapötik endikasyonlarını yansıtmaktadır. Geri ödeme listesine dahil edilen her ilaç ayrıca Sosyal İşler ve Halk Sağlığı Bakanlığı tarafından belirlenen geri ödeme kategorisine dahil edilmektedir. Kategoriler, Belçika’daki hastalık fonları tarafından ödenen ilacın maliyetinin yüzdesine karşılık gelmektedir. A, B, C, Cs, Cx, Fa ve Fb kategorileri altında yer alan ilaçlar hayati öneme sahip, önemli, semptomatik tedavide kullanılır gibi ayrıma tabi tutulmaktadır. Bu önem nitelemesi ilaçların geri ödeme oranları için de referans sağlamaktadır. Ayrıca imtiyazlı geri ödeme statüsü bulunmakta ve bu statüde olanlardan daha düşük miktarlarda katılım payı alınmaktadır. Ancak buna hak kazanabilmek için kişinin yıllık brüt gelirinin 16.965 €’nin altında olması gerekmektedir. Türkiye’de sigortalı ve bakmakla yükümlü olunmayanların genel sağlık sigortasından yararlanmaları için aylık 88,29 TL ödemeleri yeterlidir.

Türkiye’de genel sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmetlerinden faydalanan vatandaşlar ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi, ayakta tedavide sağlanan ilaçlar ve vücut dışı protez ve ortezler için katılım payı ödemektedirler. Kamu sağlık hizmeti sunucuları için katılım payı, özel sağlık hizmeti sunucuları içinse hem katılım payı hem de ilave ücret ödemektedirler. Birinci basamak sağlık hizmeti sunucularınca sağlanan sağlık hizmetlerinden katılım payı alınmazken, ikinci basamak sağlık hizmeti sunucularında 6 TL, Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinden 7 TL, üniversite hastanelerinden 8 TL ve özel sağlık hizmeti sunucularından ise 15 TL katılım payı alınmaktadır. Ayrıca özel hastanelerde ve vakıf hastanelerinde sunulan hizmet bedelinin %200’ünü geçmeyecek şekilde ilave ücret alınmaktadır. Ayakta tedavide sağlanan ilaçlardan, SGK’dan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişilerden ilaç bedelinin %10’u, diğer kişilerden ise ilaç bedelinin %20’si oranında katılım payı alınmaktadır. Ayrıca her bir reçete için 3 kutuya kadar (üç kutu dahil) temin edilen ilaçlar için 3 TL, 3 kutuya ilave temin edilen her bir kutu ilaç için 1 TL olmak üzere katılım payı alınmaktadır.

Tablo 4: Ekonomi ve Sağlık Göstergelerinin Türkiye ve OECD Ortalaması ile Karşılaştırılması

| ÜLKE | BELÇİKA | TÜRKİYE | OECD |
|---|--------------------|-------------------|-------------------|
| Nüfus, (2018) | 11.422.068 | 83.003.882 | - |
| Kişi başına düşen GSYİH, (\$), (2018) | 47.518 | 9.370 | - |
| Asgari ücret tutarı, (\$), (2018), (aylık) | 1.844 | 420 | - |
| Cari sağlık harcamalarının GSYİH'ye Oranı, (%), (2018) | 10,4 | 4,2 | 8,8 |
| Kişi başına düşen toplam sağlık harcaması, (\$), (2018) | 4.944 | 1.227 | 3.994 |
| Kişi başına düşen ilaç harcaması, (\$), (2017) | 689 | - | 564 |
| Doğumda beklenen yaşam süresi kadın, Doğumda beklenen yaşam süresi erkek, (yıl), (2018) | 83,9 79,4 | 81,8 75,6 | 83,4 78,1 |
| Sigorta tarafından kapsanan nüfus oranı, (2017)* | 98,7 | 99,2 | - |
| 1.000 Kişiye düşen hekim sayısı, 1.000 Kişiye düşen hemşire sayısı, 1.000 Kişiye düşen yatak sayısı, (2017) | 3,1 11,0 5,7 | 1,9 2,1 2,8 | 3,5 8,8 4,7 |
| Toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı, (%), (2018) | | | |
| 1. Kamu sağlık harcaması oranı, (%) | 77 | 77 | 74 |
| <i>Merkezi hükümet/bölgesel, yerel yönetimler sağlık harcaması oranı, (%)</i> | 21 | 23 | 37 |
| <i>Sosyal sağlık sigortası harcaması oranı, (%)</i> | 56 | 54 | 37 |
| 2. Cepten yapılan sağlık harcaması oranı, (%) | 18 | 17 | 21 |
| 3. Gönüllü sağlık sigortası harcaması oranı, (%) | 5 | 0 | 4 |
| 4. Diğer harcamaların oranı, (%)** | 0 | 5 | 2 |
| Hane halkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı, (%), (2018) | 3,6 | 1,2 | 3,2 |

* SGK verilerine göre 2019 yılı itibarıyla %99,5'dir.

** Ülkede geçici olarak oturanlara ait sağlık harcamalarıdır.

Not: Tablo, uluslararası veri tabanlarında yayımlanan kıyaslanabilir ve kesinleşmiş en yakın yıl verileri kullanılarak hazırlanmıştır. Tahmini (Estimated) veriler kullanılmamıştır.

Kaynak:

1. Health at a Glance 2019 OECD Indicators
2. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD> , Erişim Tarihi: Kasım 2020
3. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL> , Erişim Tarihi: Kasım 2020
4. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=RMW> , Erişim Tarihi: Kasım 2020
5. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018
6. <https://www.tuik.gov.tr/tr/> , Erişim Tarihi: Kasım 2020

KAYNAKLAR

- 1) Access to Healthcare In European Countries, 2017 Legal Report
- 2) EU Pricing & Reimbursement, Pricing & reimbursement schemes in major European countries
- 3) State of Health in the EU Belgium Country Health Profile 2017
- 4) Health at a Glance 2017 OECD Indicators
- 5) Your Social Security Rights in Belgium
- 6) <https://www.tforg.com/how-we-think/sweetspot-blog/2018/06/05/belgiums-national-healthcareinsurance-fund-how-is-a-public-insurance-fund-organized-in-order-to-provide-for-99-of-the-population/>
- 7) <https://www.thebulletin.be/health-matters-belgian-healthcare-system>
- 8) <http://worldpopulationreview.com/countries/belgium-population/>
- 9) https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2018_healthatglance_rep_en.pdf
- 10) https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_288_Improve_Belgian_process_managed_entry_agreements_Report.pdf
- 11) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK447701/>
- 12) <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD> Erişim Tarihi: Kasım 2020
- 13) <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL> Erişim Tarihi: Kasım 2020
- 14) <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=RMW>, Erişim Tarihi, Kasım 2020
- 15) Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018
- 16) <https://www.tuik.gov.tr/tr/>, Erişim Tarihi: Kasım 2020





ÇEKYA SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ

Emergenza

118 Verona



ÖZET

Çekya sağlık sisteminin temeli, bir sağlık sigortası fonuna zorunlu üyeliğe dayanmaktadır. Zorunlu sağlık sigortası kapsamında yer alma hakkı daimi ikamet şartına bağlanmıştır. Daimi olarak ülkede ikamet etmeyen ancak, Çekya merkezli bir işveren için çalışanlar da sağlık sigortası kapsamında yer alırlar. Nüfusun neredeyse %100'ü sağlık sigortası kapsamındadır.

Tüm sigortalı bireyler için sağlık sigortası fonları tarafından ödenen temel sağlık teminat paketi söz konusudur. Teminat paketinde yer alan sağlık hizmetleri çok kapsamlıdır ve bu hizmetler arasında, yatarak ve ayakta tedavi, reçeteli ilaçlar, rehabilitasyon, bazı diş tedavileri bulunmaktadır.

Çekya sağlık sigortası sistemi yedi sağlık sigortası şirketi tarafından yönetilmektedir. En büyük sigorta şirketi olan Genel Sağlık Sigortası Şirketi (Všeobecná Zdravotní Pojišťovna) nüfusun yaklaşık %60'ını kapsamaktadır.

Sağlık sistemi, ağırlıklı olarak, ücrete dayalı sağlık sigortası primleri yoluyla finanse edilmektedir. Diğer finansman kaynakları arasında vergiler ve cepten yapılan ödemeler bulunmaktadır.

Sağlık sigortası fonları, işverenlerden ve çalışanlardan, serbest meslek sahiplerinden ve vergiye tabi geliri olmayan bireyler için devletten aylık sağlık sigortası katkı payı almaktadırlar. Katkı payı oranları, yasal olarak brüt aylık ücretlerin %13,5'i olarak belirlenmiştir. Çalışanlar %4,5 ve işverenler %9 pay ödemektedir. Serbest meslek sahibi kişiler aynı toplam yüzdeyi (%13,5) öderler. Ayrıca yasal olarak tanımlanmış asgari katkı miktarları söz konusudur.

ÜLKE TANITIMI

Ülkenin Demografik Özellikleri

Çekya, Orta Avrupa'da yer almaktadır. Ülke, batıdan doğuya doğru ayrılan Bohemya ve Moravya bölgelerinden oluşmaktadır. 14 ili bulunan ülkede her ilin kendi meclisi vardır. Başkenti ve en büyük ili Prag'dır. Para birimi Çek Korunası (CZK)'dir. Resmi dili Çekçe'dir. Çekya 1 Mayıs 2004'te Avrupa Birliği'ne üye olmuştur.

Nüfusu 2018 yılı itibarıyla yaklaşık 10,6 milyondur. Nüfusun %50,8'i kadın, %49,2'si ise erkektir. 2018 yılı verilerine göre doğumda beklenen yaşam süresi kadınlarda 82, erkeklerde ise 76,2'dir.

Tablo 1: Ekonomi ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması

| | ÇEKYA | OECD |
|---|-------------------|--------------|
| Nüfus, (2018) | 10.625.695 | - |
| Kişi başına düşen GSYİH (\$), (2018) | 23.078 | - |
| Asgari ücret tutarı, (\$), (2018), (aylık) | 561 | - |
| Cari sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı, (%), (2018) | 7,5 | 8,8 |
| Kişi başına düşen sağlık harcaması, (\$), (2018) | 3.058 | 3.994 |
| Kişi başına düşen ilaç harcaması, (\$), (2017) | 484 | 564 |
| Doğumda beklenen yaşam süresi kadın | 82,0 | 83,4 |
| Doğumda beklenen yaşam süresi erkek, (yıl), (2018) | 76,2 | 78,1 |
| Sigorta tarafından kapsanan nüfus oranı, (%), (2017) | 100 | - |
| 1.000 Kişiye düşen hekim sayısı, | 3,7 | 3,5 |
| 1.000 Kişiye düşen hemşire sayısı, | 8,1 | 8,8 |
| 1.000 Kişiye düşen yatak sayısı, (2017) | 6,6 | 4,7 |
| Toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı, (%), (2018) | | |
| 1. Kamu sağlık harcaması oranı, (%) | 82 | 74 |
| <i>Merkezi hükümet/bölgesel, yerel yönetimler sağlık harcaması oranı, (%)</i> | 13 | 37 |
| <i>Sosyal sağlık sigortası harcaması oranı, (%)</i> | 69 | 37 |
| 2. Cepten yapılan sağlık harcaması oranı, (%) | 15 | 21 |
| 3. Gönüllü sağlık sigortası harcaması oranı, (%) | 0 | 4 |
| 4. Diğer harcamaların oranı, (%)* | 3 | 2 |
| Hanehalkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı, (%), (2018) | 2,2 | 3,2 |

* Ülkede geçici olarak oturanlara ait sağlık harcamalarıdır.

Not: Tablo, uluslararası veri tabanlarında yayımlanan kıyaslanabilir ve kesinleşmiş en yakın yıl verileri kullanılarak hazırlanmıştır. Tahmini (Estimated) veriler kullanılmamıştır.

Kaynak:

1. Health at a Glance 2019 OECD Indicators
2. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD> , Erişim Tarihi: Kasım 2020
3. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL> , Erişim Tarihi: Kasım 2020
4. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=RMW> , Erişim Tarihi: Kasım 2020
5. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018
6. <https://www.tuik.gov.tr/tr/> , Erişim Tarihi: Kasım 2020

ÜLKENİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ

1- ORGANİZASYON YAPISI

1.1. Sağlık Sistemine Genel Bakış

Çekya, zorunlu sağlık sigortası sistemine sahiptir. Tüm sigortalı bireyler için sigorta fonları tarafından ödenen temel bir sağlık teminat paketi söz konusudur. Sistem, ücrete dayalı sağlık sigortası primleri yoluyla finanse edilmektedir. Diğer finansman kaynakları arasında vergiler ve cepten yapılan ödemeler bulunmaktadır. Ülkede ikamet eden tüm Çek vatandaşlarının yanı sıra diğer daimi ikamet sakinleri için de yedi sağlık sigortası fonundan birine üye olmak zorunludur. Sağlık sigortası fonları, sağlık hizmetlerinin hem alıcısı hem de ödeyicisi olarak görev yapan yarı özerk organlardır.

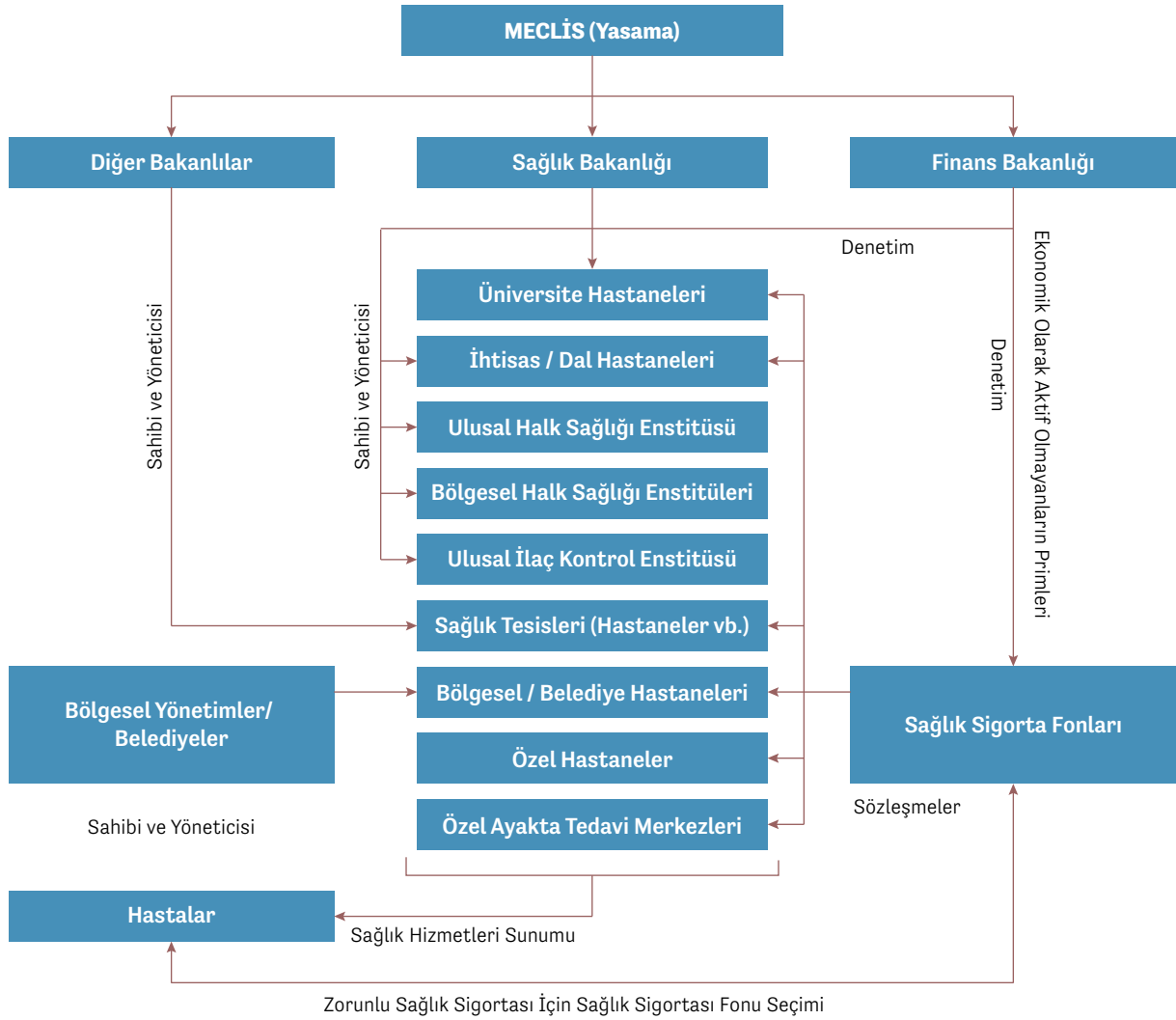
Sağlık sistemi içerisinde devlet; parlamento ve sağlık bakanlığı tarafından temsil edilmektedir. Parlamento, ülkedeki ana yasama organıdır. Sağlık Bakanlığı ise sağlık politika gündemini belirleme, sağlık sistemini denetleme ve birkaç sağlık tesisini işletmeyi de içeren görevleri yürütmektedir.

Ulusal Halk Sağlığı Enstitüsü (Státní Zdravotní Ústav-SZÚ), Ulusal İlaç Kontrolü Enstitüsü (Státní Ústav Pro Kontrolu Léčiv-SUKL) ve bölgesel halk sağlığı otoriteleri Sağlık Bakanlığına bağlıdır. Kamu sektörü ayrıca, çeşitli sağlık tesislerine sahip olan ve bunları yöneten ve sağlık hizmeti sunucularını lisanslama ve denetleme konusunda sorumluluk sahibi olan bölgeler, ilçeler ve belediyeler tarafından temsil edilmektedir.

Hastalık ödeneği ve diğer nakdi yardımlar yasal sağlık sigortası kapsamında değildir. Ancak Çalışma ve Sosyal İşler Bakanlığı tarafından yürütülen ve ayrı sosyal güvenlik primleriyle finanse edilen sosyal güvenlik sisteminin bir parçasıdır.

Eczaneler ve tanı laboratuvarları ve ayakta tedavi tesislerinin yaklaşık %90'ı özel kesim tarafından işletilmektedir. Bazı ayakta tedavi uzmanları, hastaneler tarafından istihdam edilir ve polikliniklerde ayakta tedavi hizmeti sunarlar. Acil sağlık hizmeti sunucuları çoğunlukla kamuya aittir.

Şekil 1: Sağlık Sistemi Organizasyon Yapısı



1.2. Organizasyon

1.2.1. Devletin ve Devlet Kurumlarının Rolü

Devletin kendisi, yasama organı da (Parlamento) dahil olmak üzere sağlık sistemi içerisinde birçok rol oynamaktadır; ekonomik olarak etkin olmayan gruplar için vergi tahsilatı ve sağlık sigortası katkı payı kaynağı (Maliye Bakanlığı); sağlık kurumlarının sahipliği (Sağlık, Savunma ve Adalet Bakanlıkları); ve düzenleyici (Sağlık ve Maliye Bakanlıkları) olarak rol oynamaktadır.

Sağlık Bakanlığı merkezi bir idare organıdır ve sorumlulukları arasında halk sağlığının korunmasını sağlamak; sağlık alanındaki bilimsel araştırmaları desteklemek; sağlık uzmanlarını ruhsatlandırmak; doğrudan yönetimi altındaki sağlık tesislerini yönetmek ve düzenlemek; hastalıkların önlenmesi, teşhisi ve tedavisi için ilaç ve sağlık teknolojilerine erişimi sağlamak ve denetlemek; sağlık sigortası fonlarını Maliye Bakanlığı ile ortaklaşa denetlemek ve sağlık bilgi sistemini yönetmek yer almaktadır.

Sağlık Bakanlığı, 2012 yılından beri tüm hastane yataklarının dörtte birinden fazlasını oluşturan dokuz üniversite hastanesi gibi bazı uzmanlaşmış üçüncü basamak sağlık tesisleri de dahil olmak üzere, büyük hastaneleri doğrudan yönetmektedir. Ek olarak, tüm psikiyatri hastaneleri ve bazı tedavi merkezleri Sağlık Bakanlığı tarafından yönetilmektedir. Sağlık Bakanlığı ayrıca Ulusal İlaç Kontrolü Enstitüsü'nü (Státní Ústav Pro Kontrolu Léčiv-SUKL) ve halk sağlığını korumakla görevli sağlık kurumlarını ve organlarını yönetmekte ve düzenlemektedir. Çek halk sağlığı sistemindeki ana aktörler, Ulusal Halk Sağlığı Enstitüsü (Státní Zdravotní Ústav-SZÚ), ve 14 bölgesel halk sağlığı kurumudur.

SUKL, Sağlık Bakanlığı tarafından denetlenen ve devlet bütçesinden finanse edilen bir idare organıdır. Sağlık Bakanı, Enstitü'nün tüzüğünü onaylama ve müdürünü tayin ve görevden alma yetkisine sahiptir. İlaçların onaylanmasından ve lisanslanmasından ve ayrıca pazara girdikten sonra bunların izlenmesinden sorumludur. 2008'den beri, sigorta tarafından kapsanan ilaçlar için maksimum fiyatların ve geri ödeme oranlarının belirlenmesinden de sorumludur.

1.2.2. Bölgesel Yönetimlerin Rolü

Bölgesel otoriteler Çek sağlık sisteminde, ayakta bakım hizmeti sunucuları da dahil olmak üzere sağlık kurumlarının (hem kamu hem de özel) kayıt altına alınmasından sorumludurlar. Özel muayenehane açmadan önce, bir hekimin ilgili bölgesel otoriteye kayıt için başvurması gerekir. Ek olarak, bölgesel yönetimler ve belediyeler çeşitli hastanelere sahiptir.

1.2.3. Sağlık Sigortası Fonlarının Rolü

Yedi sağlık sigortası fonu, sağlık hizmetlerinin satın alıcısı ve ödeyicisi olarak görev yapan yarı özerk organlardır. Sağlık hizmeti sunucularıyla yapılan sözleşmelere göre sigortalılara verilen sağlık hizmetleri için ödeme yaparlar.

En büyük sağlık sigortası fonu VZP, (VZP-Všeobecná Zdravotní Pojišťovna) sağlık sigortası katkılarının bir havuzda toplanması ve toplanan katkıların risk düzeltme planına göre yedi sağlık sigortası fonuna yeniden dağıtılması için kullanılan özel bir merkezi hesabı yönetmektedir.

Çekya'da faaliyette olan 7 sağlık sigorta şirketi aşağıda sıralanmıştır.

1. Genel Sağlık Sigortası Şirketi -VZP
2. Çekya İçişleri Bakanlığı Sağlık Sigortası Şirketi -ZPMVČR
3. Çalışanlar Sigorta Şirketi Škoda -ZPŠ
4. Askeri Sağlık Sigorta Şirketi -VoZP
5. Kardeşler Hazinesi- Sağlık Sigortası Şirketi -RBPZP
6. Banka Çalışanları, Sigorta Şirketleri ve İnşaat Sektörü Çalışanları İçin İş Sağlığı Sigorta Şirketi -OZP
7. Çek Endüstriyel Sağlık Sigorta Şirketi –ČPZP

1.2.4. Mesleki ve Hasta Organizasyonlarının Rolü

Çekya’da, kanunla kurulmuş üç mesleki sağlık organizasyonu bulunmaktadır: Çek Tıp Odası, Çek Diş Hekimleri Odası ve Çek Eczacıları Odası. Bir odaya üyelik, her hekim, diş hekimi ve eczacı için zorunludur. Odalar, kendi mesleklerinin çıkarlarını temsil etmek ve üyelerin etik davranışlarını sağlamaktan sorumludur.

Bu gruplar, Sağlık Hizmetleri Listesi olarak bilinen ücret çizelgesini müzakere eden Sağlık Hizmetleri Çalışma Grubu’na katılmak üzere Sağlık Bakanı tarafından aday gösterilebilir. Sağlık Hizmetleri Çalışma Grubu, Sağlık Bakanlığı’na bağlıdır ve Bakanlık dahil olmak üzere çeşitli paydaşlardan oluşmaktadır. Bu paydaşlar arasında; mesleki odalar, odalar dışındaki meslek kuruluşları, sağlık sigortası fonları, tıbbi cihaz üreticileri, akademisyenler, hasta organizasyonları ve hastane temsilcileri yer almaktadır. Sağlık Hizmetleri Çalışma Grubu’nun tam oluşumu müzakere edilen konuya bağlıdır.

1.2.5. Özel Sektörün Rolü

Çek sağlık sistemindeki özel sağlık hizmet sunucuları arasında ilaç şirketleri, eczaneler, özel muayenehaneler ve nispeten küçük bir hastane payı bulunmaktadır.

Çekya’da eczanelerin çoğunluğu özel sektöre aittir. Aynı şekilde, ayakta bakım hizmetlerinin çoğunluğu, özel muayenehanede çalışan hekimler tarafından sağlanmaktadır. Özel sektör tarafından işletilmekte olan hastane sayısı oldukça azdır. Ülke genelinde 14 bölge yönetimi vardır ve bölgelerin kendi hastaneleri vardır. Belediyelerin ise daha küçük ölçekli hastaneleri vardır.

1.3. Düzenleme

1.3.1. Üçüncü Taraf Ödeyicilerin Düzenlenmesi ve Yönetimi

Sağlık sigortası fonları yarı özerk, kamu hukuku altında faaliyet gösteren organlardır. Fonların kâr etmesine izin verilmemektedir ve yasal olarak sağlık sigortası hakkına sahip olan herkesin başvurusuna açıktırlar. Riziko seçimine izin verilmemektedir. Her ne kadar tüm sağlık sigortası fonları temelde aynı amaca hizmet etse de, en büyüğü olan Genel Sağlık Sigortası Şirketi (VZP), rolü ve bir dereceye kadar örgütsel yapısı ve yönetimi bakımından diğerlerinden farklıdır.

İki önemli özellik, VZP’nin rolünü diğer fonlardan ayırmaktadır. İlk olarak, ödeme gücü açıkça devlet tarafından garanti edilir. Bu nedenle, kapanan veya iflas eden sağlık sigortası fonu üyeleri için bir güvenlik ağı olarak işlev görür. İkincisi, VZP, sağlık sigortası katkı paylarını risk ayarlama planına göre yeniden tahsis etmek için kullanılan özel merkezi hesabı yönetir.

VZP ayrıca kurumsal yapısı bakımından diğer sağlık sigortası fonlarından ayrılmaktadır. Büyüklüğü nedeniyle, Çekya’nın her bölgesinde bir tane olmak üzere örgütsel birimler olarak 14 bölgesel şubeye sahiptir. Buna karşılık, diğer sağlık sigortası fonları nispeten daha küçüktür.

Yönetim açısından, VZP ve diğer sağlık sigortası fonları, yönetim kurulu tarafından atanan bir yönetici tarafından yönetilmektedir. Kurul, yöneticinin kararlarını gözden geçirir ve kurul tarafından açıkça kabul edilmesi gereken kararlar kanunla belirlenir. VZP yönetim kurulunun 30 üyesi vardır. 10’u Sağlık Bakanlığı tarafından aday gösterilir ve hükümet tarafından atanır. Diğer 20 üye ise, Meclis’teki siyasi partilerin sayısal güçleriyle orantılı olarak temsilciler meclisi tarafından seçilir.

Diğer sağlık sigortası fonlarında, kurulun bileşimi üçlü temsil sistemine dayanmaktadır. Üyelerin üçte biri hükümet tarafından atanır; üçte biri, en çok işveren katkı payı ödeyenlerin seçilmiş temsilcilerinden oluşur (genellikle sanayiden, ancak bazı durumlarda kamu kesiminden); ve kalan üçte bir ise, sendikaların seçilmiş temsilcileridir. Son iki grup için oy kullanma prosedürleri bir yönergede tanımlanmıştır. Toplamda, kurulda temsil edilen genellikle 15 üye vardır.

Sağlık sigortası fonlarının her sonbaharda gelecek yıl için mali ve işletme planlarını sunmaları zorunludur. Bu planlar, bir iş planı işlevi görmektedir ve sözleşmeler ve satın alma politikaları, kaynakların kullanımı, organizasyonel yapı ve bilgi sistemlerinde planlanan yatırımlar hakkında bilgiler içermektedir. Mali ve işletme planı sağlık sigortası fonu yönetim kurulu tarafından onaylandıktan sonra Sağlık Bakanlığına sunulur. Daha sonra plan, nihai onay için temsilciler meclisine sunulmak üzere merkezi hükümete gönderilir.

Üç ayda bir, sağlık sigortası fonları, mali raporlarını ve istenen diğer bilgileri, bu raporları inceleyen ve düzenli denetimler ve yerinde kontroller yapan Sağlık Bakanlığına ve Maliye Bakanlığına sunarlar. Usulsüzlükler veya hatalar tespit edilirse, Sağlık Bakanlığı düzeltme talebinde bulunabilir. Daha ciddi durumlarda, Bakanlık sağlık sigortası fonunun yönetimine el koyabilir veya işletme ruhsatını iptal edebilir.

Yeni bir sağlık sigortası fonu kurmak isteyenlerin Sağlık Bakanlığından lisans almak için başvuruda bulunmaları gerekir. Adaylardan, yeni fon kurmasına izin verilmeden önce bir mali yedek ayırmaları istenmektedir. Fon kurulduktan sonra, geçici bir likidite eksikliği durumunda mali yedek, finansal bir tampon görevi görmektedir. Kuruluşundan sonraki bir yıl içinde, yeni bir fonun en az 50.000 sigortalı sayısına ulaşması gerekmektedir.

1.3.2. Sağlık Hizmet Sunucularının Düzenlenmesi ve Yönetimi

Bölgesel otoriteler, merkezi yönetime ait olmayan veya merkezi yönetim tarafından işletilmeyen hastaneleri ve diğer sağlık bakım tesislerini (yani, neredeyse tüm ayakta tedavi özel muayenehanelerinin yanı sıra yataklı tedavi sunucularının çoğunluğu) kayıt altına almaktan sorumludur. Özel sağlık hizmet sunucuları, sağlık hizmetlerini ancak ilgili bölgesel otorite tarafından tescil edildikten sonra sunabilirler.

Kayıt işleminin bir parçası olarak, sağlık hizmet sağlayıcısının sunmasına izin verilen hizmetlerin türü ve ölçeği tanımlanır. Bir tedarikçinin hizmetlerinde veya teknik ekipmanında herhangi bir önemli değişiklik varsa, bu değişiklikleri bölgesel otoriteye bildirmeleri gerekir. Başarılı bir şekilde kayıt yaptırdıktan sonra, sunucular genellikle sağlık sigortası fonlarıyla sözleşme yaparlar.

1.3.3. İlaçların Düzenlenmesi ve Yönetimi

İlaçların düzenlenmesi ve yönetilmesinden Sağlık Bakanlığı ve Ulusal İlaç Kontrolü Enstitüsü (SUKL) sorumludur. SUKL, farmasötikler için ana düzenleyici kurumdur. Doğrudan Sağlık Bakanlığına rapor veren ulusal bir idari makamdır. Enstitü tıbbi ürünlerin özelliklerinin denetiminden sorumludur. Enstitü, ilaçların geliştirme, satış ve kullanım aşamalarında kalite, güvenlik ve etkinliklerini izlemektedir. Ayrıca hekimler ve sağlık uzmanları için tıbbi ürün hakkında temel bilgi kaynağı olarak hizmet verir.

SUKL, sağlık hizmet sunucularının tıbbi cihazları nasıl kullandıklarını kontrol eder, yan etkileri inceler ve klinik araştırmaları denetler. Sağlık Bakanlığı SUKL'yi denetlemektedir. Sağlık Bakanlığı, SUKL tarafından verilen idari kararları yeniden inceler, SUKL için metodolojik kılavuzlar oluşturur.

1.3.4. Hasta Seçimi

Çekya'da sağlık sigortası zorunludur ve bireylerin sistemden çıkmalarına izin veren bir düzenleme yoktur. Bununla birlikte, sigortalı bireyler sağlık sigortası fonlarını seçme hakkına sahiptir ve her 12 ayda bir yeni bir fona geçebilirler. Bir sonraki yıl sigorta fonlarını değiştirmek için başvuruların 30 haziran tarihinden önce yapılması gerekmektedir. Sağlık sigortası fonları tüm başvuru sahiplerini kabul etmekle yükümlüdür; riziko seçimine izin verilmez. Genel pratisyenler (GP'ler) hastaları ayakta tedavi uzmanlarına yönlendirebilirler, ancak hastalar yönlendirme olmadan da kendi seçtikleri bir uzmandan hizmet almakta özgürdür. Ancak, bir hasta yatarak tedaviye yalnızca bir hekim tarafından sevk edildikten sonra (tıbbi acil durumlar hariç) kabul edilir. Yönlendirme, hekimin hastaneye yatış için yazılı gerekçesini ve hastanın sağlık durumu ile ilgili diğer önemli bilgileri içermelidir. Bununla birlikte, hasta, sevk edildikten sonra sağlık sigortası fonu ile sözleşmeli olmak kaydıyla tercih ettiği bir hastaneye gidebilir.

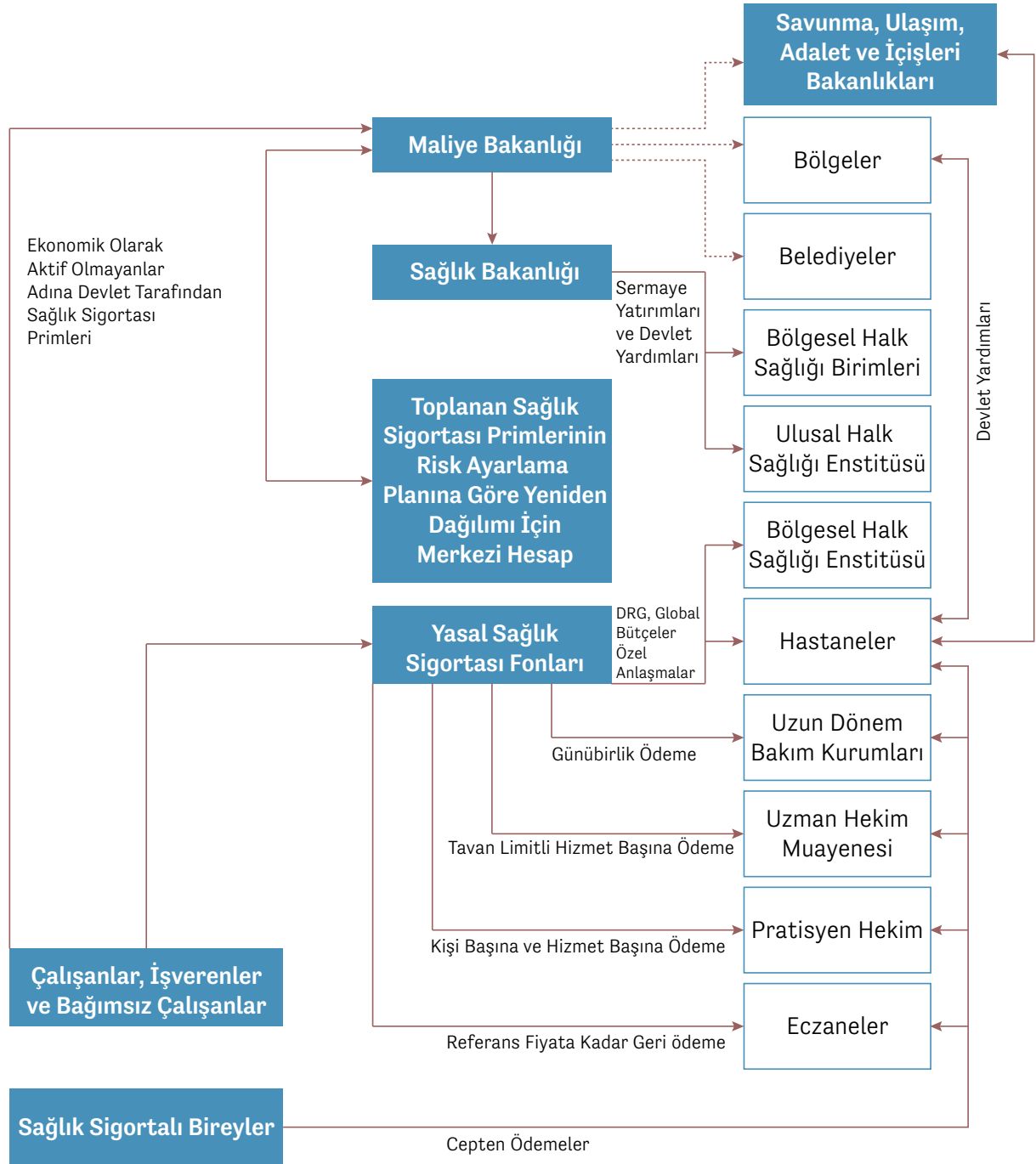
2- SAĞLIK HİZMETİNİN FİNANSMANI

Sağlık harcamalarının ana finansman kaynakları;

- (1) Sağlık sigortası primleri (ücrete dayalı katkılar ve genel vergilerden aktarılan devlet katkılarında oluşmaktadır),
- (2) Devlet ve bölge bütçeleri,
- (3) Özel harcamalardır.

İşverenlerden, çalışanlardan ve serbest meslek sahiplerinden aylık ücrete dayalı olarak alınan primler, sağlık finansmanının ana kaynağıdır. Katkılar, sağlık sigortası fonları aracılığıyla toplanır ve daha sonra bunlar arasında bir risk ayarlama planına dayanarak yeniden tahsis edilir. Devletin ekonomik olarak etkin olmayan belirli gruplar için yaptığı katkılar da yeniden tahsis sürecine dahil edilmektedir.

Şekil 2: Sağlık Sistemi Finansman Yapısı



Kaynak:

https://www.phamax.ch/wp-content/uploads/bsk-pdf-manager/02082016040006AM_9.pdf

2.1. Sağlık Sigortası Primleri

Çek sağlık sigortası sistemi yedi sağlık sigortası şirketi tarafından yönetilmektedir. En büyük sigorta şirketi olan Genel Sağlık Sigortası Şirketi (Všeobecná Zdravotní Pojišťovna-VZP) nüfusun yaklaşık %60'ını kapsamaktadır. Şirketin ödeme gücü devlet tarafından güvence altına alınmıştır. Faaliyetleri, Genel Sağlık Sigortası Şirketi Yasası adlı özel bir yasa ile düzenlenmiştir. Diğer sağlık sigortası şirketlerinin faaliyetleri ise farklı bir yasa ile düzenlenmiştir.

Bireysel sağlık sigortası fonları, işverenlerden ve çalışanlardan, serbest meslek sahiplerinden ve vergiye tabi geliri olmayan bireyler için devletten aylık sağlık sigortası katkı payı almaktadırlar. Genel Sağlık Sigortası Fonu (VZP) risk ayarlama planına dayalı olarak sistem içinde fonların yeniden dağıtılmasını yönetir.

Maliye Bakanlığı, bazı ekonomik olarak aktif olmayan kişiler için aylık sağlık sigorta primi ödemektedir. Devlet tarafından primi ödenecekler kanunla tanımlanmıştır.

2.2. Devlet Bütçesi

Devlet, bölge ve belediye bütçelerinden yapılan harcamalar toplam sağlık harcamalarının %6'sını oluşturmaktadır. Bu bütçeler genel vergilendirme yoluyla finanse edilmektedir. Vergiler hem ulusal hem de bölgesel düzeydeki harcamaları karşılamak için kullanılır. Sağlık Bakanlığı ulusal düzeyde, eğitim hastaneleri, belirli alanlarda uzmanlaşmış sağlık tesisleri, araştırma ve lisansüstü eğitim için uzmanlaşmış kurumlar gibi doğrudan yönetimi altındaki tesislere ait sermaye yatırımlarını finanse etmektedir. Bölgesel ve belediye hastanelerinin sermaye yatırımları, bölgesel yetkililer tarafından finanse edilir; Bununla birlikte, tüm hastanelerin Sağlık Bakanlığına devlet desteği için başvuru yapmaları mümkündür.

2.3. Maliyet Paylaşımı (Katkı ve Katılım Payları-Cepten Ödeme)

2.3.1. Doğrudan Ödemeler

Doğrudan ödemeler, reçetesiz satılan ilaçlar ve tıbbi ürünler ile sağlık sigortası tarafından karşılanmayan hizmetler için yapılan ödemelerden oluşur. Sigorta tarafından kapsanan dış tedavilerin kapsamı sınırlı olduğu için ve en ucuz seçeneklerle sınırlandırıldığından, dış bakımı harcamalarının yaklaşık %42'si cepten ödemelerle finanse edilmektedir. Sigortalı bireylerin çoğu yüksek kaliteli dış malzemeleri için tam olarak ödeme yapmayı seçmektedir.

2.3.2. Gönüllü Sağlık Sigortası

Çek sağlık sigortası sisteminde mevcut olan kapsamlı teminat paketi nedeniyle, gönüllü sağlık sigortası için çok küçük bir pazar bulunmaktadır. Gönüllü sağlık sigortası genellikle, yurt dışına seyahat ederken sağlık bakımı, zorunlu sağlık sigortası kapsamında yer almayan yabancı uyrukluların için sağlık bakımı ve zorunlu sağlık sigorta sistemi kapsamında bulunmayan, estetik cerrahi ve bazı dış tedavi türleri gibi belirli hizmetleri kapsamaktadır.

2.3.3. Maliyet Paylaşımı

Her sigortalı kişi (veya yasal temsilcisi), dış hekimleri tarafından sağlanan ilk yardım hizmeti de dahil olmak üzere acil servisler tarafından sağlanan acil bakım için 90 (yaklaşık 3,51 €) CZK katılım payını ödemekle yükümlüdür. Bu kuralın istisnası yasa ile düzenlenmiştir. Sigortalı, hastaneye yatış ile sonuçlanan acil bakım hizmetleri için katılım payını ödemek zorunda değildir.

Sağlık sigortası fonları tarafından geri ödenebilecek 195 ilaç grubu vardır ve her bir grupta geri ödeme için özel koşullar belirlenmiştir. Her gruptaki en az bir ilaç sağlık sigortası fonları tarafından tamamen geri ödenir. Diğer ilaçlar kısmen veya tamamen hastalar tarafından ödenir.

Sağlık sigortası kapsamında yer alan kişiler ilaç fiyatı ve geri ödeme fiyatı arasındaki fark için ödeme yapmaktadırlar. Kısmen kapsanan ilaçlara ilişkin finansal limitler söz konusudur. Sigortalı kişi tarafından

kısmen kapsanan ilaçlar için ödenen toplam ek ödemelerin bir takvim yılı boyunca 5.000 (yaklaşık 195€) CZK'yi aşması durumunda, sağlık sigortası şirketi sigortalı kişiye aşan miktar için ödeme yapmakla yükümlüdür. 18 yaşın altındaki çocuklar ve 65-70 yaş aralığındaki emekliler için toplam sınır, bir takvim yılında 1.000 (yaklaşık 39 €) CZK'dir. 70 yaşından büyük emekliler için sınır 500 (yaklaşık 19,5 €) CZK'dir.

2.4. Zorunlu Sağlık Sigortası Kapsamında Yer Alan Kişiler

Çekya'da zorunlu sağlık sigortası kapsamında yer alma hakkı daimi ikamet şartına dayanmaktadır. Daimi olarak ülkede ikamet etmeyen bireyler, Çekya merkezli bir işveren için çalışıyorsa, sağlık sigortası kapsamında yer alırlar. Sağlık sigortası zorunlu olduğu için, bu şartları yerine getirmeyen ve Avrupa Birliği (AB) vatandaşı olmayan kişiler, ülkede kalmak için özel sağlık sigortası yaptırmak zorundadır. Bu şartları yerine getirmeyen ve ülkede 90 günden daha uzun kalan AB vatandaşları Çek sağlık sigortası sistemine katılma seçeneğine sahiptir. Katılmayı seçmeleri durumunda, kendi ulusal sigorta şirketleri veya sistemleri aracılığıyla sigortalı olmaları veya özel sağlık sigortası yaptırmaları gerekir. Bununla birlikte, nüfusun neredeyse %100'ü sağlık sigortası kapsamındadır.

Ülkede ikamet edenlerden zorunlu sağlık sigortası kapsamında yer alan belirli grupların primleri devlet tarafından karşılanmaktadır. Bu kişiler arasında;

- 26 yaşına kadar bağımlı çocuklar,
- Yaşlılık ve malullük aylığı alanlar,
- Analık izni alan kadınlar,
- 7 yaşına kadar bir çocuğa tam zamanlı bakım sağlayan veya 15 yaşına kadar iki çocuğa tam zamanlı bakım sağlayanlar,
- Çalışma ofisine kayıtlı olarak iş arayanlar,
- Sosyal yardım ödeneği alan kişiler,
- Tamamen engelli kişiler ve bakıcıları,
- Askerler,
- Tutuklu veya hapisanede olan kişiler

yer almaktadır.

Bireyler, sağlık sigortası fonları arasında serbestçe seçim yapabilirler ve sigorta fonlarını değiştirebilirler. Ancak uygulamada, fonlar arasında değişiklik yapan sigortalı bireylerin oranı çok düşüktür, çünkü fonlar arasında sadece çok küçük farklılıklar vardır. Üyelere verilen bonuslarda (örneğin, spor faaliyetlerine katılım) ve anlaşmalı sağlık hizmet sunucusu sayısı ve türünde çok az farklılıklar söz konusudur. Çoğu pratisyen hekim, ayakta tedavi uzman hekimleri ve hastaneler kendi bölgelerindeki tüm sağlık sigortası fonlarıyla sözleşme yapmaktadırlar.

2.5. Zorunlu Sağlık Sigortası Kapsamında Sağlanan Hizmetler

Zorunlu sağlık sigortası kapsamında yer alan bireylerin yararlanabileceği sağlık hizmetleri çok kapsamlıdır ve bu hizmetler arasında yatarak ve ayakta tedavi, reçeteli ilaçlar, rehabilitasyon, bazı diş tedavileri ve reçetesiz satılan ilaçlar (eğer bir hekim tarafından reçeteleniyorsa) bulunmaktadır.

Sigorta kapsamındaki sağlık hizmetleri, aşağıda yer alan araçların bir araya getirilmesiyle belirlenir:

- (a) Mevzuat,
- (b) Formüller,
- (c) Sağlık sigortası fonları ile sağlık hizmet sunucuları arasında belirli geri ödeme koşullarını tanımlamayı amaçlayan yıllık müzakere süreci,
- (d) Sağlık Hizmetleri Listesi olarak bilinen ücret tarifesi.

Sağlık sigortası kapsamında yer alan hizmetlerin belirlendiği ilk mekanizma, dolaylı veya açık bir şekilde bir dizi hizmeti hariç tutan 1997 tarihli Kamu Sağlığı Sigortası Kanunu'dur. Dolaylı olarak hariç tutulan hizmetlerin örnekleri; gönüllü kürtaç, işveren tarafından talep edilen muayeneler ve çeşitli sağlık sertifikalarıdır. Açıkça hariç tutulan hizmetlerin örnekleri ise estetik uygulamaları, akupunktur ve bazı dış tedavileridir.

Formüller, hizmetlerin kapsamının belirlendiği ikinci mekanizmadır. Temel olarak, bunlar sağlık sigortası sistemi kapsamında geri ödenebilecek onaylı ilaçların, tıbbi tedavilerin ve dış tedavilerinin pozitif listeleridir. Sigorta tarafından kapsanan ilaçların listesi ve kapsama şartları, Ulusal İlaç Kontrol Enstitüsü (SLKL), sigorta tarafından kapsanan genel tıbbi ve dış tedavilerinin listeleri Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenir. Formüllere dahil edilmeyen maddeler, belirli bir hasta için potansiyel olarak etkili tek tedavi ise, yine de geri ödenebilir. Bu karar ilgili sigorta fonu tarafından verilir.

Hizmetlerin kapsamının belirlendiği üçüncü araç, sağlık sigortası fonları ve sağlık hizmetleri sunucuları arasındaki yıllık müzakere sürecidir. Müzakere sürecinde, geri ödeme koşulları ve sağlık hizmeti fiyatları oy birliği ile belirlenmelidir, ancak uygulamada genellikle oy birliği sağlanamamakta ve Sağlık Bakanlığı Geri Ödeme Direktifi vasıtasıyla geri ödeme kuralları belirlenmektedir.

Son olarak, hizmetlerin rasyonelleştirildiği dördüncü mekanizma Sağlık Hizmetleri Listesi (Seznam Zdravotních Výkonů-SZV) olarak bilinen bir ücret tarifesidir. Liste, Sağlık Bakanlığına bağlı olan Sağlık Hizmetleri Çalışma Grubu tarafından yıllık olarak güncellenmektedir. Aşağıda, sağlık sigortası fonları tarafından tamamen veya kısmen kapsanan hizmetler yer almaktadır.

- Koruyucu hizmetler (muayeneler, taramalar, aşılardan gibi),
- Teşhis prosedürleri,
- Kronik hastaların rehabilitasyonu ve bakımı dahil olmak üzere ayakta ve yatarak tedavi,
- Bazı dış tedavileri,
- İlaçlar ve tıbbi malzemeler,
- Psikoterapi,
- Yardımcı üreme yöntemleri,
- Ambulans hizmetleri,
- Acil sağlık hizmetleri.

2.6. Sağlık Sigortası Prim Oranları

1. Çalışan ve işveren birlikte toplam, çalışanın brüt gelirinin %13,5'ini öder. Çalışan %4,5 öderken, işveren ise %9 öder. Sigorta fonuna, toplam katkı tutarı sigortalının işvereni tarafından ödenir. 2018 yılında çalışanlar için aylık minimum katkı tutarı 1.647 (yaklaşık 64,2 €) CZK'dır.

2. Serbest meslek sahibi kişiler, kârlarının %50'si üzerinden prim öderler. Prim oranı %13,5'tir. 2018 yılı asgari katkı tutarı ayda 2.024 (yaklaşık 78,9 €) CZK'dır.

3. Vergilendirilebilir geliri olmayan kişiler katkılarını kendileri öderler. 2018 yılı aylık minimum katkı tutarı 1.647 (yaklaşık 64,2 €) CZK'dır. (Vergilendirilebilir geliri olmayan bir kişi; geliri olmayan ve Devletin adına sağlık sigortası primini ödediği herhangi bir kategoriye girmeyen kişilerdir. Böyle bir kişi 26 yaşın üzerindeki bir öğrenci, ev hanımı veya İşçi Bürosu'na kayıtlı olmayan işsiz bir kişi olabilir.)

4. Devlet, işsizler, emekliler, öğrenciler, doğum iznindeki kadınlar, 7 yaşından küçük bir çocuğa veya 15 yaşından küçük birden fazla çocuğa bakan kadınlar, mahkumlar, askerler ve sosyal yardım alan kişiler için prim ödemektedir. Devlet, nüfusun yaklaşık %58'inin katkı miktarını ödemektedir. Devlet katkısı miktarı hükümet tarafından düzenlenir. Devlet tarafından sigortalanan kişiler için ayda 969 (yaklaşık 37,8 €) CZK ödenmektedir.

3- GERİ ÖDEME SİSTEMİ

3.1. Sağlık Hizmetleri Geri Ödemeleri

Sağlık hizmetleri için ödeme sistemi, birkaç ödeme yönteminin birleşiminden oluşur.

- (1) Tavan limitli hizmet başına ödeme,
- (2) DRG'lere (DRG-Diagnosis related group- Teşhis İlişkili Grup) dayalı vaka başına ödeme,
- (3) Global bütçeler,
- (4) Özel sözleşmeler.

Uzman hekimler tarafından verilen ayakta tedavi hizmetleri ve hastane poliklinik hizmeti bedelleri önceden tanımlanmış bir eşiğe kadar, Sağlık Hizmetleri Listesine göre hizmet başına ödeme yöntemi ile karşılanmaktadır. Bu eşiğin ötesinde hizmet sağlandığı takdirde, yine hizmet başına temelde ödeme yapılır, ancak daha düşük hizmet fiyatları kullanılır. DRG tabanlı hastane ödeme sistemi ilk kez 2007 yılında kullanılmıştır. Bugün, yatan hasta sağlık hizmetleri için ana ödeme mekanizmasıdır. Genel pratisyenlere çoğunlukla kişi başına ödeme yapılır, ancak seçilen süreçler için hizmet başına ödeme yöntemi kullanılır.

Genel Sağlık Sigortası Fonu (VZP) genellikle Geri Ödeme Yönergesine göre ödeme yapar. Sağlık sigortası fonları, sağlık hizmeti sunucularına aylık avans ödemesi yapar ve son fatura ertesi yıl oluşturulur. Aylık avans ödemeleri, iki yıl önceki yıllık ödemelerin on ikide birine eşittir ve bu rakam bir katsayı ile çarpılır. Katsayının, belirli bir sağlık hizmet sunucusunun maliyet ve sağlık hizmetlerinin hacmindeki tahmini artışı veya azalışı yakalaması beklenir. (Sunucuya özel katsayılar)

3.2. Hastane Geri Ödemeleri

Hastane geri ödeme planı, DRG'lere (DRG-Diagnosis Related Group- Teşhis İlişkili Grup) dayalı vaka ödemeleri, özel sözleşmeler, global bütçeler ve hastane de ayakta bakım için hizmet başına ödeme dahil olmak üzere dört farklı geri ödeme yönteminin bir araya getirilmesiyle oluşturulur. DRG'lere dayalı vaka ödemeleri ile ödenen sağlık hizmetlerinin payı giderek artmaktadır.

3.2.1. DRG

Çek DRG sistemi yerel ortama uyarlanmış (IR-DRG-International Refined Diagnosis-Related Group- Uluslararası Düzeyde Teşhis İlişkili Grup) sistemine dayanmaktadır. 2013 yılında 1.046 grup bulunmaktaydı. Gruplar Ulusal Referans Merkezi (NRC-National Reference Center) tarafından oluşturulmuştur ve her yıl bağıl ağırlıklar listesinin güncellenmiş bir versiyonu NRC tarafından yayınlanmaktadır. Temel oran, 12 temsilci hastanenin verilerine dayanarak NRC tarafından yıllık olarak belirlenir ve hastaneler verileri gönüllü olarak sağlar. Belirli bir vaka için geri ödeme, vakanın bağıl ağırlığının temel oran ile çarpılmasıyla belirlenir.

3.2.2. Özel Sözleşmeler

Bazı sağlık hizmet türleri için sağlık sigortası fonları, sunucularla özel sözleşmeler müzakere edebilir; bunlar prensip olarak paket ödemelerdir. Bu hizmetler kalça protezi tedavisi, yapay kalp pillerinin implantasyonu ve katarakt tedavisi gibi hizmetleri içerir. Bu şekilde geri ödenecek hizmetler, Sağlık Bakanlığı tarafından yıllık olarak yayınlanan Geri Ödeme Yönergesinde listelenmektedir. Özel sözleşmeler genellikle cerrahi işlemin kendisi, tüm ameliyat öncesi ve sonrası muayeneler ve erken rehabilitasyon önlemlerini içeren bir hizmet paketini kapsar.

3.2.3. Global Bütçeler

Hastaneler ve sağlık sigortası fonları global bir bütçe üzerinde anlaşabilmektedirler. Global bütçeler genellikle verilen sağlık hizmetlerin geçmişteki miktarlarına dayanmaktadır. DRG'lerin (DRG-Diagnosis related group-Teşhis İlişkili Grup) rolü son yıllarda artmakta olduğundan, global bütçelerin rolü azalmaktadır.

3.2.4. Hizmet Başına Ödeme

Hastane poliklinik hizmet bedelleri önceden tanımlanmış bir eşiğe kadar, Sağlık Hizmetleri Listesine göre hizmet başına ödeme yöntemi ile karşılanmaktadır. Bu eşiğin ötesinde hizmet sağlandığı takdirde, yine hizmet başına temelinde ödeme yapılır, ancak daha düşük hizmet fiyatları kullanılır.

3.3. Pratisyen Hekim ve Uzman Hekim Muayenesi Geri Ödemeleri

1997 yılına kadar özel muayenehanede çalışan hekimlere hizmet başına ödeme yöntemine göre geri ödeme yapılmıştır. Ancak, geri ödeme konusunda bir üst sınırın bulunmaması, hekimler tarafından sunulan sağlık hizmetlerinde aşırı artışa neden olduğu ve hastane dışı ayakta tedavi hizmetleri için yapılan kamu harcamaları artış gösterdiğinden 1997'de Sağlık Bakanlığı, pratisyen hekimlere yapılacak geri ödemeler için, yaş gruplarına göre farklılaştırılmış 18 gruptan oluşan, riske göre ayarlanmış kişi başına ödeme sistemini uygulamaya koymuştur.

Hastane dışı ayakta tedavi hizmetleri için uzman hekimlere ve laboratuvar hizmetlerine, tavan limitli hizmet başına ödeme programı kullanılarak geri ödeme yapılmaktadır. Sunulan sağlık hizmetleri için, önceden tanımlanmış bir eşiğe kadar, Sağlık Hizmetleri Listesine göre hizmet başına geri ödeme yapılmaktadır.

3.4. İlaç Geri Ödeme Sistemi

Ulusal İlaç Kontrol Enstitüsü (SUKL), ilaçların maksimum fabrika çıkış fiyatının belirlenmesinden ve yalnızca ayakta tedavide kullanılan ilaçlarının geri ödenme kararlarından sorumludur. OTC (Over the Counter -Tezgah Üstü) ilaçlar için serbest fiyatlandırma söz konusudur. Maksimum fiyat ve /veya geri ödeme başvurularının kabulü için gereken koşullar, jenerik ve orijinal tıbbi ürünler için farklılık gösterir. Jenerik veya biyobenzer bir ürünün başvurusu, orijinal bir ürünün başvurusundan daha basittir. Diğerlerinin yanı sıra, ürünün orijinal bir ürün olması durumunda veya yeni bir endikasyon olması durumunda, klinik çalışmalardan elde edilen verilerin yanı sıra maliyet etkinliği analizleri ve bütçe etkisi analizlerinin sunulması gerekir. Fiyat başvurusu tüm ilaçlar için aynıdır.

Fiyatlandırma ve geri ödeme süreci, belirli şart ve koşullarla ayrı idari işlem olarak yürütülür. Sadece fiyat için ya da sadece geri ödeme için başvuru durumunda 75 gün içinde karar verilir. (Fiyat ve geri ödeme için ortak başvuru için 165 gün). SUKL tarafından alınan kararlara itiraz makamı Sağlık Bakanlığı'dır. 2012'den bu yana, jenerik ve biyobenzer ürünler için özel bir kısa tip 30 günlük prosedür uygulanmaktadır.

Belirli bir tıbbi ürünün fabrika çıkış fiyatı, referans ülkelerden, en düşük fiyatlı 3 ülkenin fabrika çıkış fiyatı ortalaması olarak belirlenmiştir. (Referans ülkeler; Avusturya, Bulgaristan, Kıbrıs, Estonya, Almanya, Yunanistan, Lüksemburg, Malta ve Romanya hariç tüm AB ülkeleri). En düşük referans fiyat aşırı düşükse (Aynı ürünün diğer 2 en düşük fiyatının ortalamasından %20 daha düşükse), fiyat diğer en düşük 2 referans fiyatın ortalaması olarak ayarlanır.

Eğer ilaç (son derece yenilikçi ilaçlar hariç) piyasada en az üç referans ülkede bulunmuyorsa, anlaşmaya varılan fiyat değerlendirmede kullanılabilir. Yukarıda belirtilen prosedürlerden hiçbiri uygulanamazsa, fiyat, Çek Cumhuriyeti'nde veya referans ülkelerinde mevcut olan en yakın terapötik olarak karşılaştırılabilir ilacın fabrika çıkış fiyatı olarak belirlenir.

Üreticiler, fiyat ile hastanın ödediği geri ödeme arasındaki farkı azaltmak veya tamamen ortadan kaldırmak ve böylece ürünün satışını artırmak amacıyla, öngörülen maksimum fabrika çıkış fiyatından daha düşük fiyatlara ilaç tedarik etmeye karar verebilirler.

Çekya’da referans grup sistemi uygulanmaktadır. Referans grubu, benzer etkinliği, güvenlik profili ve klinik kullanımı olan ve terapötik olarak değiştirilebilir olduğu kabul edilen bir ilaç grubudur. Çoğunlukla ilaçları ATC5 (Anatomik Terapötik Kimyasal Sınıflandırma Sistemi) düzeyinde ilişkilendirir, ancak her zaman bu uygulanmaz. Aynı referans grubundaki tüm ilaçlar, günlük normal tedavi dozu için aynı geri ödeme fiyatına sahiptir. Bir ilacın referans tıbbi üründen daha iyi etkinliği, daha iyi güvenlik profili veya daha iyi bir uyumluluk oranına sahip olması durumunda daha yüksek geri ödeme fiyatı vermek de mümkündür. Sağlık Bakanlığı referans grupları listesine ilişkin Kararname çıkarmaktadır. Kararname, terapötik endikasyonlara dayalı olarak yaklaşık 200 ilaç grubunu belirlemektedir.

Aynı zamanda içinde en az bir ürünün tamamen geri ödendiği 195 farmakoterapötik ilaç grubu da belirlenmektedir. Bu farmakoterapötik gruplar referans grupları ile her zaman aynı değildir. Genellikle farmakoterapötik gruplar, çok çeşitli farklı ilaçları birleştirir. Genel olarak, tanımlanmış bir ilaç grubundan en ucuz olanı (çoğu durumda, genellikle yerel olarak üretilen bir jenerik) genel olarak tamamen geri ödenir. Diğer tüm ilaçlar kısmen veya tamamen hastalar tarafından ödenir.

4- ÇEKYA İLE TÜRKİYE’NİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMLERİNİN KİYASLANMASI

Çekya sağlık sisteminin temeli, bir sağlık sigortası fonuna zorunlu üyeliğe dayanmaktadır. Zorunlu sağlık sigortası kapsamında yer alma hakkı daimi ikamet şartına bağlanmıştır. Daimi olarak ülkede ikamet etmeyen bireylerden, Çekya merkezli bir işveren için çalışanlar da sağlık sigortası kapsamında yer alırlar. Nüfusun neredeyse %100’ü zorunlu sağlık sigortası kapsamındadır. Türkiye’de benzer şekilde genel sağlık sigortası zorunlu olup, 2017 yılı OECD verilerine göre nüfusun %99,2’si sağlık sigortası kapsamındadır. SGK verilerine göre ise 2019 yılı itibariyle bu rakam %99,5’e ulaşmıştır.

OECD verilerine göre Türkiye’de 2018 yılında aylık asgari ücret yaklaşık 420 \$ iken, Çekya’da bu tutar yaklaşık 561 \$’dır.

Tüm sigortalı bireyler için sağlık sigortası fonları tarafından ödenen temel bir sağlık teminat paketi söz konusudur. Teminat paketinde yer alan sağlık hizmetleri çok kapsamlıdır ve bu hizmetler arasında, yatarak ve ayakta tedavi, reçeteli ilaçlar, rehabilitasyon, bazı dış tedavileri ve reçetesiz satılan ilaçlar (eğer bir hekim tarafından reçeteleniyorsa) bulunmaktadır. Türkiye’de de benzer şekilde geniş kapsamlı teminat paketi bulunmaktadır.

Çekya sağlık sistemin ana finansman kaynağı, kazanç esasına dayalı sigorta primleridir. Primler sigorta fonlarında toplanmaktadır. Sistemde 7 sağlık sigorta fonu yer almaktadır. Bu sigorta fonları aracılığıyla primler toplanmakta ve sağlık hizmet sunucularına geri ödeme yapılmaktadır. Türkiye’de ise tek bir geri ödeme kurumu vardır.

Sağlık sigortası fonları, işverenlerden ve çalışanlardan, serbest meslek sahiplerinden ve vergiye tabi geliri olmayan bireyler için devletten aylık sağlık sigortası katkı payı almaktadırlar. Genel Sağlık Sigortası Fonu (VZP) risk ayarlama planına dayalı olarak sistem içinde fonların yeniden dağıtılmasını yönetmektedir. Katkı oranları, yasal olarak vergi öncesi aylık ücretlerin %13,5’i olarak belirlenmiştir. Çalışanlar %4,5 ve işverenler %9 pay ödemektedir. Serbest meslek sahibi kişiler aynı toplam yüzdeyi (%13,5) öderler. Ayrıca yasal olarak tanımlanmış asgari katkı miktarları söz konusudur. Türkiye’de genel sağlık sigortası prim oranı %12,5’tir. Prim oranları çalışan için %5, işveren için ise %7,5’dur.

Eczaneler ve tanı laboratuvarları ve ayakta tedavi tesislerinin yaklaşık %90’ı özel kesim tarafından işletilmektedir. Bazı ayakta tedavi uzmanları, hastaneler tarafından istihdam edilir ve polikliniklerde ayakta tedavi hizmeti sunarlar. Acil sağlık hizmeti sunucuları çoğunlukla kamuya aittir. Genel pratisyenler hastaları ayakta tedavi uzmanlarına yönlendirebilirler, ancak hastalar yönlendirme olmadan da kendi seçtikleri bir uzmandan hizmet almakta özgürdür. Ancak, bir hasta hastaneye yalnızca bir hekim tarafından sevk edildikten sonra (tıbbi acil durumlar hariç) kabul edilir. Türkiye’de ise sevk zinciri uygulanmamaktadır.

Tablo 2: Ekonomi ve Sağlık Göstergelerinin Türkiye ve OECD Ortalaması ile Karşılaştırılması

| ÜLKE | ÇEKYA | TÜRKİYE | OECD |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|
| Nüfus, (2018) | 10.625.695 | 82.003.882 | - |
| Kişi başına düşen GSYİH, (\$), (2018) | 23.078 | 9.370 | - |
| Asgari ücret tutarı, (\$), (2018), (aylık) | 561 | 420 | |
| Cari sağlık harcamalarının GSYİH'ye Oranı, (%), (2018) | 7,5 | 4,2 | 8,8 |
| Kişi başına düşen toplam sağlık harcaması, (\$), (2018) | 3.058 | 1.227 | 3.994 |
| Kişi başına düşen ilaç harcaması, (\$), (2017) | 484 | - | 564 |
| Doğumda beklenen yaşam süresi kadın, Doğumda beklenen yaşam süresi erkek, (yıl), (2018) | 82,0 76,2 | 81,8 75,6 | 83,4 78,1 |
| Sigorta tarafından kapsanan nüfus oranı, (2017)* | 100 | 99,2 | - |
| 1.000 Kişiye düşen hekim sayısı, 1.000 Kişiye düşen hemşire sayısı, 1.000 Kişiye düşen yatak sayısı, (2017) | 3,7 8,1 6,6 | 1,9 2,1 2,8 | 3,5 8,8 4,7 |
| Toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı, (%), (2018) | | | |
| 1. Kamu sağlık harcaması oranı, (%) | 82 | 77 | 74 |
| <i>Merkezi hükümet/bölgesel, yerel yönetimler sağlık harcaması oranı, (%)</i> | 13 | 23 | 37 |
| <i>Sosyal sağlık sigortası harcaması oranı, (%)</i> | 69 | 54 | 37 |
| 2. Cepten yapılan sağlık harcaması oranı, (%) | 15 | 17 | 21 |
| 3. Gönüllü sağlık sigortası harcaması oranı, (%) | 0 | 0 | 4 |
| 4. Diğer harcamaların oranı, (%)** | 3 | 5 | 2 |
| Hane halkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı, (%), (2018) | 2,2 | 1,2 | 3,2 |

* SGK verilerine göre 2019 yılı itibarıyla %99,5'dir.

** Ülkede geçici olarak oturanlara ait sağlık harcamalarıdır.

Not: Tablo, uluslararası veri tabanlarında yayımlanan kıyaslanabilir ve kesinleşmiş en yakın yıl verileri kullanılarak hazırlanmıştır. Tahmini (Estimated) veriler kullanılmamıştır.

Kaynak:

1. Health at a Glance 2019 OECD Indicators
2. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD> , Erişim Tarihi: Kasım 2020
3. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL> , Erişim Tarihi: Kasım 2020
4. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=RMW> , Erişim Tarihi: Kasım 2020
5. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018
6. <https://www.tuik.gov.tr/> , Erişim Tarihi: Kasım 2020

KAYNAKLAR

- 1) Access to Healthcare In European Countries, 2017 Legal Report
- 2) EU Pricing & Reimbursement, Pricing & reimbursement schemes in major European countries
- 3) State of Health in the EU Belgium Country Health Profile 2017
- 4) Health at a Glance 2017 OECD Indicators
- 5) Your Social Security Rights in Belgium
- 6) <https://www.tforg.com/how-we-think/sweetspot-blog/2018/06/05/belgiums-national-healthcare-insurance-fund-how-is-a-public-insurance-fund-organized-in-order-to-provide-for-99-of-the-population/>
- 7) <https://www.thebulletin.be/health-matters-belgian-healthcare-system>
- 8) <http://worldpopulationreview.com/countries/belgium-population/>
- 9) https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2018_healthatglance_rep_en.pdf
- 10) https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_288_Improve_Belgian_process_managed_entry_agreements_Report.pdf
- 11) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK447701/>
- 12) <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD> Erişim Tarihi: Kasım 2020
- 13) <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL> Erişim Tarihi: Kasım 2020
- 14) <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=RMW>, Erişim Tarihi, Kasım 2019
- 15) Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018
- 16) <https://www.tuik.gov.tr/tr/>, Erişim Tarihi: Kasım 2020





ESTONYA SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ



ÖZET

Estonya parlamenter yapıya sahip temsilî demokrasinin uygulandığı bir cumhuriyettir. Çok partili siyasi sistemin bulunduğu ülkede hükûmetin başında başbakan bulunmaktadır. Estonya'da yasama yetkisine Estonya Parlamentosu sahiptir. Parlamento üyeleri 4 yıllık süre için seçilmektedir. Estonya Parlamentosu'nda 101 milletvekili bulunmaktadır. Parlamento aynı zamanda devlet bütçesini, vergileri, devletin gelir ve giderlerini belirlemektedir.

Bağımsızlığın yeniden kazanılmasının ardından, Estonya'nın temel politika hedeflerinden biri, 2004 yılında Avrupa Birliğine (AB), Kuzey Atlantik Antlaşması Örgütüne (NATO), Ekonomik İşbirliği Teşkilatına (EIT/ECO) ve 2010 yılında Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütüne (OECD) katılarak uluslararası örgütlerle entegrasyon olmuştur.

Estonya sağlık sistemi, Sosyal İşler Bakanlığının (MoSA) kurumları Devlet İlaç Ajansı (SAM), Sağlık Kurulu, Ulusal Sağlık Geliştirme Enstitüsü (NIHD), Sağlık ve Refah Bilgi Sistemleri Merkezi (CeHWIS) tarafından gözlemlenmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı temel olarak bağımsız Estonya Sağlık Sigortası Fonu (EHIF) aracılığıyla düzenlenmektedir. Ana politika belgesi, mevcut sektörel sağlık planlarını, stratejilerini ve gelişim planlarını sağlık sisteminin çeşitli paydaşları ile diğer sektörler arasında bağlantılar sunan bir plana entegre eden Ulusal Sağlık Planıdır (NHP).

Estonya Sağlık Sigortası Fonu (EHIF), Sosyal İşler Bakanlığı ve kurumlarının tümünün sağlık verilerini toplamakta ve analiz etmektedir. Sigortalılar için temel sağlık hizmetleri satın alıcısı Estonya Sağlık Sigortası Fonu'dur. Sağlık hizmetleri satın alınan yanı sıra Estonya Sağlık Sigortası Fonu, sağlık hizmeti sunucularıyla sözleşmeli bir ilişki kurmaktadır.

Sağlık sigortası sistemi, 2017 yılında nüfusun yaklaşık %94,1'ini kapsamaktadır. Sağlık sigorta sistemine katkılar istihdamla ilişkilidir. Nüfus yaşlandıkça sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliği uzun zamandır devam eden bir tehdit oluşturmaktadır. Sistemin mali sürdürülebilirliği konusunda ana paydaşlar arasındaki tartışma değişimin kaçınılmaz olduğunu ortaya çıkarmıştır. Sonuç olarak, EHIF'nin gelirleri, emekliler adına kademeli olarak artan bir devlet katkısı (2022 yılına kadar) eklenerek genişletilmiştir. Bununla birlikte uzun vadeli sağlık sistemi finansmanının sürdürülebilirliği hala bir sorun teşkil etmektedir.

Estonya sağlık harcamaları düşük düzeydedir ve sağlık harcamalarının gayri safi yurtiçi hasıla (GSYİH) içindeki payı, sürekli olarak bölgedeki en düşük oranlar arasında yer almaktadır. Estonya sağlık sistemi temel olarak, toplam sağlık harcamalarının yaklaşık üçte ikisini oluşturan zorunlu sağlık sigortası vergileri aracılığıyla finanse edilmektedir. Cepten yapılan sağlık harcamaları, çoğunlukla ilaç ve dış bakımı için yapılmaktadır ve tüm sağlık harcamalarının yaklaşık dörtte birini oluşturmaktadır. Sosyal İşler Bakanlığı, sigortasız kişilere acil bakımın finansmanından ve halk sağlığı programlarından sorumludur. Yerel belediyelerin sağlık finansmanındaki rolü göreceli olarak azdır.

Estonya birçok sağlık göstergesinde (örneğin, tüm AB ülkelerine göre doğumda beklenen yaşam sürelerindeki artışlar, mortalite oranlarının düşmesi) ciddi ilerleme kaydetmiştir. İlerlemeler arasında sosyoekonomik gruplar arasındaki büyük eşitsizliklerin üstesinden gelinmesi, sağlık hizmetlerinde yüksek kaliteye erişimin iyileştirilmesi, e-sağlık sisteminin geliştirilmesi yer almaktadır. Estonya, e-sağlık çözümleri ve elektronik sağlık kayıtları, dijital görüntüler, e-reçeteler ve e-konsültasyonlar gibi hizmetler konusunda oldukça ileri düzeydedir. Halen revize edilmekte olan yeni ulusal sağlık programları ile gelecekteki reform çabalarının başarısında önemli bir rol oynaması beklenmektedir.

ÜLKE TANITIMI

Ülkenin Demografik Özellikleri

Estonya Cumhuriyeti, Kuzey Avrupa'da bulunan bir Baltık devletidir. Batısında ve kuzeyinde Finlandiya Körfezi, doğusunda Rusya ve güneyinde ise Letonya Cumhuriyeti ile sınırları vardır.

Estonya yaklaşık 1,3 milyon nüfusa sahip bir ülkedir. Estonya'nın resmi dili Estonca, başkenti Tallinn'dir. 2011 yılı itibariyle milli para birimi olan Kronu tedavülden kaldırmış ve Euro (€) kullanmaya başlamıştır. Hali hazırda Estonya'da € resmi para birimi olarak kullanılmaktadır.

Estonya'da nüfus giderek yaşlanmaktadır. Doğumda beklenen yaşam süresi kadınlarda 82,7 iken erkeklerde 74'dür. Estonya'da uygulanan asgari ücret tutarı 2018 yılı itibariyle aylık yaklaşık 590 \$'dır.

Tablo 1: Ekonomi ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması

| | ESTONYA | OECD |
|---|--|--|
| Nüfus, (2018) | 1.320.884 | - |
| Kişi başına düşen GSYİH, (\$), (2018) | 23.266 | - |
| Asgari ücret tutarı, (\$), (2018), (aylık) | 590 | - |
| Cari sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı, (%), (2018) | 6,4 | 8,8 |
| Kişi başına düşen sağlık harcaması, (\$), (2018) | 2.231 | 3.994 |
| Kişi başına düşen ilaç harcaması, (\$), (2017) | 386 | 564 |
| Doğumda beklenen yaşam süresi kadın, Doğumda beklenen yaşam süresi erkek, (yıl), (2018) | 82,7 74,0 | 83,4 78,1 |
| Sigorta tarafından kapsanan nüfus oranı, (%), (2017) | 94,1 | - |
| 1.000 Kişiye düşen hekim sayısı, 1.000 Kişiye düşen hemşire sayısı, 1.000 Kişiye düşen yatak sayısı, (2017) | 3,5 6,2 4,7 | 3,5 8,8 4,7 |
| Toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı, (%), (2018) | | |
| 1. Kamu sağlık harcaması oranı, (%) | 74 | 74 |
| <i>Merkezi hükümet/bölgesel, yerel yönetimler sağlık harcaması oranı, (%)</i> | 10 | 37 |
| <i>Sosyal sağlık sigortası harcaması oranı, (%)</i> | 64 | 37 |
| 2. Cepten yapılan sağlık harcaması oranı, (%) | 24 | 21 |
| 3. Gönüllü sağlık sigortası harcaması oranı, (%) | 0 | 4 |
| 4. Diğer harcamaların oranı, (%)* | 1 | 2 |
| Hanehalkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı, (%), (2018) | 2,9 | 3,2 |

* Ülkede geçici olarak ikamet edenlere ait sağlık harcamalarıdır.

Not: Tablo, uluslararası veri tabanlarında yayımlanan kıyaslanabilir ve kesinleşmiş en yakın yıl verileri kullanılarak hazırlanmıştır. Tahmini (Estimated) veriler kullanılmamıştır.

Kaynak:

1. Health at a Glance 2019 OECD Indicators
2. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD> , Erişim Tarihi: Kasım 2020
3. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL> , Erişim Tarihi: Kasım 2020
4. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=RMW> , Erişim Tarihi: Kasım 2020
5. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018
6. <https://www.tuik.gov.tr/> , Erişim Tarihi: Kasım 2020

ÜLKENİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ

1- ORGANİZASYON YAPISI

Estonya sağlık sisteminin düzenleyici çerçevesi beş ana yasada belirtilmiştir:

Sağlık Sigortası Kanunu, Sağlık Hizmetleri Organizasyon Kanunu, Halk Sağlığı Kanunu, Medikal Ürünler Kanunu ve Borçlar Kanunudur.

Sağlık sisteminin sorumlusu, Sosyal İşler Bakanlığı'dır (MoSA). Organizasyon yapısını;

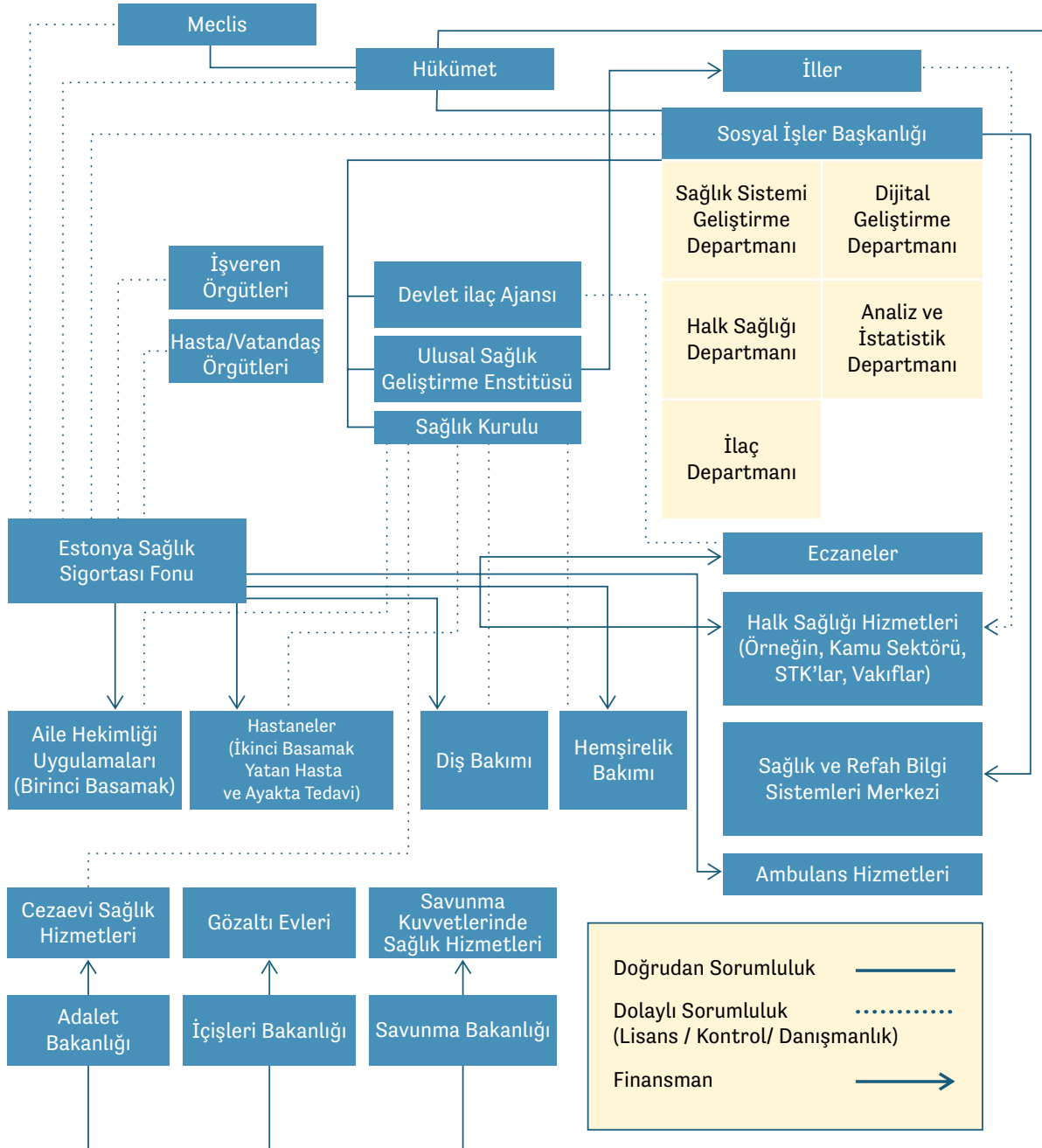
- Sosyal İşler Bakanlığı'nın çeşitli kurumları (örneğin, Devlet İlaç Ajansı (SAM), Sağlık Kurulu, Ulusal Sağlık Geliştirme Enstitüsü (NIHD), Sağlık ve Refah Bilgi Sistemleri Merkezi (CeHWIS).
- Kamu bağımsız organı Estonya Sağlık Sigortası Fonu (EHIF),
- Özel hukukta faaliyet gösteren kamu/özel sektöre ait hastaneler,
- Özel birinci basamak sağlık birimleri,
- Çeşitli sivil toplum kuruluşları (STK'lar) ve mesleki dernekler oluşturur.

Ana politika belgesi, mevcut sektörel sağlık planlarını, stratejilerini ve gelişim planlarını sağlık sisteminin çeşitli paydaşları ile diğer sektörler arasında bağlantılar sunan plana entegre eden Ulusal Sağlık Planıdır (NHP).

Estonya Sağlık Sigortası Fonu (EHIF), Sosyal İşler Bakanlığı ve birimlerinin sağlık verilerini toplamakta ve analiz etmektedir. Sağlık ve Refah Bilgi Sistemleri Merkezi (CeHWIS), tüm sağlık hizmeti sunucularını birbirine bağlayan ve diğer çeşitli veri tabanlarıyla veri alışverişine izin veren bir bilgi alışveriş platformu olan e-sağlık sistemini işletmektedir. Platform, hastaların sağlık verilerine erişmelerini sağlamaktadır.

Estonya sağlık sistemi, zorunlu, sosyal sigorta temelli ve sunulan sağlık hizmetleriyle neredeyse evrensel erişime dayanmaktadır. Sağlık politikalarının belirlenmesinin yanı sıra yönetim ve denetim de Sosyal İşler Bakanlığı ve kurumlarının görevlerindedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı temel olarak bağımsız Estonya Sağlık Sigortası Fonu (EHIF) aracılığıyla düzenlenmektedir. Devlet bütçesi kapsamındaki halk sağlığı hizmetlerinin finansmanından ve yönetiminden Sosyal İşler Bakanlığı ve kurumları sorumludur. Yerel belediyelerin sağlık hizmetlerini organize etmede ve finanse etmede küçük ve gönüllü bir rolü vardır. Estonya sağlık sistemi, meslek örgütlerinin güçlü katılımıyla gelişmiştir. Estonya, sağlık reformları ve sağladığı verimlilik kazanımları nedeniyle uluslararası bir beğeni kazanmıştır, ancak hasta güvenliği, sağlık finansmanının uzun vadeli sürdürülebilirliği, sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği ve kalitesi ile ilgili zorluklar devam etmektedir. Estonya sağlık sistemine bir bütün olarak genel bakış Şekil 1'de sunulmaktadır.

Şekil 1: Sağlık Sistemi Organizasyonu ve Finansman Yapısı



Kaynak:

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/377417/hit-estonia-eng.pdf?ua=1

1.1. Devletin ve Kurumlarının Rolü

1.1.1. Estonya Parlamentosu (Riigikogu): Hükümet, kanunlarını onaylama ve denetim görevine sahiptir. Parlamentosunun diğer daimi komitelerinin yanı sıra 1992 yılında kurulan Sosyal İşler Komitesi, sosyal sigorta ve refah, iş ilişkileri, sağlık ve sağlık hizmetleri ile ilgili konuları ele almaktadır. Bakanlar Kurulu (hükümet olarak adlandırılır), Anayasa ve Estonya Cumhuriyeti yasalarına uygun olarak yürütme yetkisine sahiptir ve devlet politikalarını geliştirmekte ve uygulamaktadır. Sağlık sektöründe, hükümet, sağlık hizmeti fiyatlarını belirlemenin yanı sıra, sağlık konularını ve hükümet düzeyinde strateji ve planları içeren düzenleyici eylemleri onaylayarak, planlayıcı ve düzenleyici rol oynamaktadır. Devlet, Sosyal İşler Bakanlığı ve kurumları aracılığıyla, halk sağlığı politikası dahil olmak üzere genel sağlık politikasının geliştirilmesinden ve uygulanmasından ve diğer sektör politikalarının müzakere edilmesinde sağlık çıkarlarının ve ayrıca sağlık hizmet kalitesinin denetlenmesinden ve erişimden sorumludur.

1.1.2. Sosyal İşler Bakanlığı: 1993 yılında üç ayrı bakanlığın (Sağlık Bakanlığı, Sosyal Refah Bakanlığı ve Çalışma Bakanlığı) birleşmesi sonucu kurulmuştur. Bakanlığın idari sorumluluğu, memur olan ve Bakanlar raporları sunan Genel Sekreterdedir. Sağlık Genel Sekreter Yardımcısı, Sosyal İşler Bakanlığı'nın sağlık bölümünün başında bulunmaktadır. Sağlık, çalışma ve sosyal politikanın üç temel bölümünün yanı sıra, Şubat 2015'te diğer tüm bölümlerdeki e-hizmetleri kapsayan yeni bir e-hizmet ve inovasyon bölümü kurulmuştur. Bu, Estonya'daki e-hizmetlerin yüksek önceliğini yansıtmakta ve Sosyal İşler Bakanlığı içindeki parçalı sorumlulukların üstesinden gelmeyi amaçlamaktadır. Yeni bölüm, daha önce sağlık bölümündeki e-sağlık departmanı tarafından yapıldığı gibi, gündem belirleme, strateji geliştirme ve strateji uygulamasının koordinasyonundan ve e-sağlık ile sağlık kayıtlarının düzenlenmesinden de sorumludur. Sosyal İşler Bakanlığı bünyesinde üç alt sağlık kuruluşu faaliyet göstermektedir. Bakanlığın sağlık bölümü, Sağlık Kurulunun, Devlet İlaç Ajansı (SAM) ve Ulusal Sağlık Geliştirme Enstitüsü (NIHD)'nin, faaliyetlerini koordine etmektedir. Ayrıca Sağlık ve Refah Bilgi Sistemleri Merkezi (CeHWIS), sağlık, çalışma ve sosyal politika alanlarının e-fonksiyonlarını bir araya getiren Sosyal İşler Bakanlığı bünyesinde faaliyet göstermektedir.

1.1.3. Sağlık Kurulu: 2010 yılında, Sağlık Koruma Müfettişliği, Sağlık Hizmetleri Kurulu, Kimyasallar Bildirim Merkezi ve Devlet İlaç Ajansı'nın (SAM), tıbbi cihazlar bölümü birleştirilerek kurulmuştur. Birleşmenin amacı, sorumlulukların parçalanmasını ve tekrarlanmasını azaltmak, aynı zamanda idari yükü azaltmak, daha fazla sinerji yaratmak ve kaynakların verimli kullanımını sağlamaktır. Sağlık Kurulunun sorumlulukları üç ana işleve ayrılmıştır: sağlık hizmetleri, sağlığı koruma ve uygulama. Sağlık hizmetleri işlevi, sağlık hizmeti sağlayıcılarını lisanslamak ve sağlık çalışanlarını kayıt altına almak, acil durumlar için sağlık sektörü hazırlığını içermektedir. Sağlık koruma işlevi, bulaşıcı hastalık sürveyansını, ulusal ve yerel epidemiyolojik hizmetleri, ulusal bağışıklık planının uygulanmasını, kimyasal güvenliği ve çevre korumasını kapsamaktadır. Uygulama işlevi, sağlık koruma mevzuatına uyumu ve sağlık bakım kalitesinin sürveyansını içermektedir.

1.1.4. Devlet İlaç Ajansı (SAM): 1993 yılında kurulmuştur ve ilaç ticaretinin düzenlenmesi ve kontrolünün yanı sıra, ilaçların pazarlanmasından ve kalite kontrolünden sorumlu olan kurumdur. Ayrıca, bağışlanan hücrelerin, organların ve doku naklinin güvenliğinin yanı sıra ilaçların rasyonel kullanımından, narkotik ve psikoaktif maddelerin kullanımının düzenlenmesinden ve kontrolünden ve klinik çalışmaların onaylanmasından sorumludur.

1.1.5. Ulusal Sağlık Geliştirme Enstitüsü (NIHD): Halk sağlığı alanında bir araştırma ve geliştirme ajansıdır. 2003 yılında kurulmuştur. Ulusal Sağlık Geliştirme Enstitüsü'nün, sağlık istatistiklerinin toplanması ve ulusal tıbbi kayıtların sürdürülmesi de dahil olmak üzere, uygulamalı araştırma, halk sağlığı izleme ve değerlendirmesinden sorumludur. Ayrıca halk sağlığı hizmetlerinin sağlanmasının planlanması ve yönetilmesinden de sorumludur. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi alanında, Ulusal Sağlık Geliştirme Enstitüsü'nün (NIHD) rolü sağlık pazarlaması ve farklı ortamlarda ve seviyelerde halk sağlığı faaliyetlerini desteklemektir. Ayrıca, halk sağlığı, sağlık yönetimi ve sosyal bakım konularında eğitim ve kapasite geliştirme çalışmaları sunmaktadır.

1.1.6. Sağlık ve Refah Bilgi Sistemleri Merkezi (CeHWIS): 2017 yılının başından itibaren, e-Sağlık Vakfı ile Bilgi ve İletişim Teknolojileri (BİT) birimleri Sosyal İşler Bakanlığı bünyesinde birleştirilerek kurulmuştur. Sağlık ve Refah Bilgi Sistemleri Merkezi (CeHWIS), tüm sağlık hizmeti sunucularını birbirine bağlayan ve diğer çeşitli veri tabanlarıyla veri alışverişine olanak sağlayan bir bilgi alışveriş platformu olan e-sağlık sistemini işletmektedir. Platform ayrıca hastaların sağlık verilerine erişmelerini sağlamaktadır. Sağlık Kurulu, Sosyal Sigorta Kurulu, Astangu Mesleki Rehabilitasyon Merkezi ve İş Teftiş Kurulu bilgi sistemleri ve veri tabanları Sağlık Merkezi ve Refah Bilgi Sistemleri'nde (CeHWIS) konsolide edilmiştir. Amacı, e-hizmetlerin gelişmesi için parçalanmayı azaltmak, veri yönetimi ve analizini sağlık ile sosyal politika alanında yoğunlaştırmaktır.

1.1.7. Estonya Sağlık Sigortası Fonu (EHIF): 2001'de, Merkezi Hastalık Fonu ile 17 bölgesel hastalık fonunu birleştirdikten sonra, bağımsız bir yasal organ olarak bugünkü statüsünü almıştır. EHIF aktif bir satın alma ajansıdır ve sorumlulukları arasında sağlık hizmeti sunucuları ile sözleşme yapmak, sağlık hizmetleri için ödeme yapmak, ilaç harcamalarının geri ödenmesi, geçici iş göremezlik yardımı ve analık yardımları için ödeme yapmak sayılabilir. Estonya Sağlık Sigortası Fonu; devletten, işverenden ve sigortalı bireylerin kuruluşlarının temsilcilerinden oluşan 15 üyeli bir denetim kurulu tarafından yönetilmektedir. Sosyal İşler Bakanlığı ile EHIF arasında tutarlılığın ve siyasi hesap verebilirliğin sağlanması için, denetim kuruluna Sosyal İşler Bakanı başkanlık eder. Denetim kurulu, Estonya Sağlık Sigortası Fonu'nun dört yıllık kalkınma planını, yıllık bütçesini, düzenli raporları, azami bekleme sürelerini ve sözleşme için seçim kriterlerini onaylamaktadır. Ayrıca, EHIF geri ödenen sağlık hizmetleri listesinin onaylanması için hükümete Sosyal İşler Bakanı aracılığıyla ulaşmaktadır. Operasyonel yönetim, şu anda beş yıllık bir süre için seçilen ve dört üyeye sahip olan Estonya Sağlık Sigortası Fonu yönetim kurulunun sorumluluğundadır.

1.1.8. Maliye Bakanlığı: Sağlık bütçesini devlet bütçesi üzerinden ve Maliye Bakanının Estonya Sağlık Sigortası Fonu (EHIF) Denetleme Kurulu üyeliğine katılımıyla yöneterek sağlık sektöründe stratejik bir rol oynamaktadır.

1.1.9. Adalet Bakanlığı: Cezaevlerinde ayakta ve yatarak sağlık hizmetlerinin sağlanmasından ve finanse edilmesinden sorumludur. Estonya'da üç hapisane vardır ve aile hekimliği, diş hekimliği hizmetleri ve ayakta tedavi uzmanlık hizmetleri ile bunlara ilaveten, HIV ve tüberküloz önleme ve uyuşturucu bağımlıları için hizmetler sağlanmaktadır. Tüberkülozlu mahkûmlar, Tallinn cezaevindeki özel hastanede tedavi edilmektedir. Bir mahkûmun, cezaevi sağlık sistemi tarafından sağlanmayan sağlık hizmetlerine ihtiyacı varsa, genel sağlık sistemi aracılığıyla tedavisi yapılmaktadır.

1.1.10. İçişleri Bakanlığı: Gözetim evlerinde (özel tesislerde sürekli gözetim altında bulunan ancak cezaevlerinde olmayan kişiler) sağlık kontrolleri düzenlemektedir. Bulaşıcı hastalıklar veya psikiyatrik durumlar için tedaviye ihtiyacı olan kişiler hastaneye sevk edilmektedir. Ayrıca, İçişleri Bakanlığı hazırlık, planlama ve kriz yönetiminden sorumludur. İçişleri Bakanı, Hükümet Kriz Komitesi'nin başkanıdır.

1.1.11. Savunma Bakanlığı: Askerlik sırasında ayakta tedavi gerektiğinde personeline yardım etmeyi amaçlayan bir tıbbi hizmetler sistemi yürütmektedir. Tüm yatan hasta bakımı sivil hastaneler aracılığıyla sunulmaktadır. Askerler, askerlik sırasında zorunlu sağlık sigortası kapsamında olmakla birlikte, tıbbi hizmet ve ilaçların tüm masrafları devlet bütçesinden karşılanmaktadır.

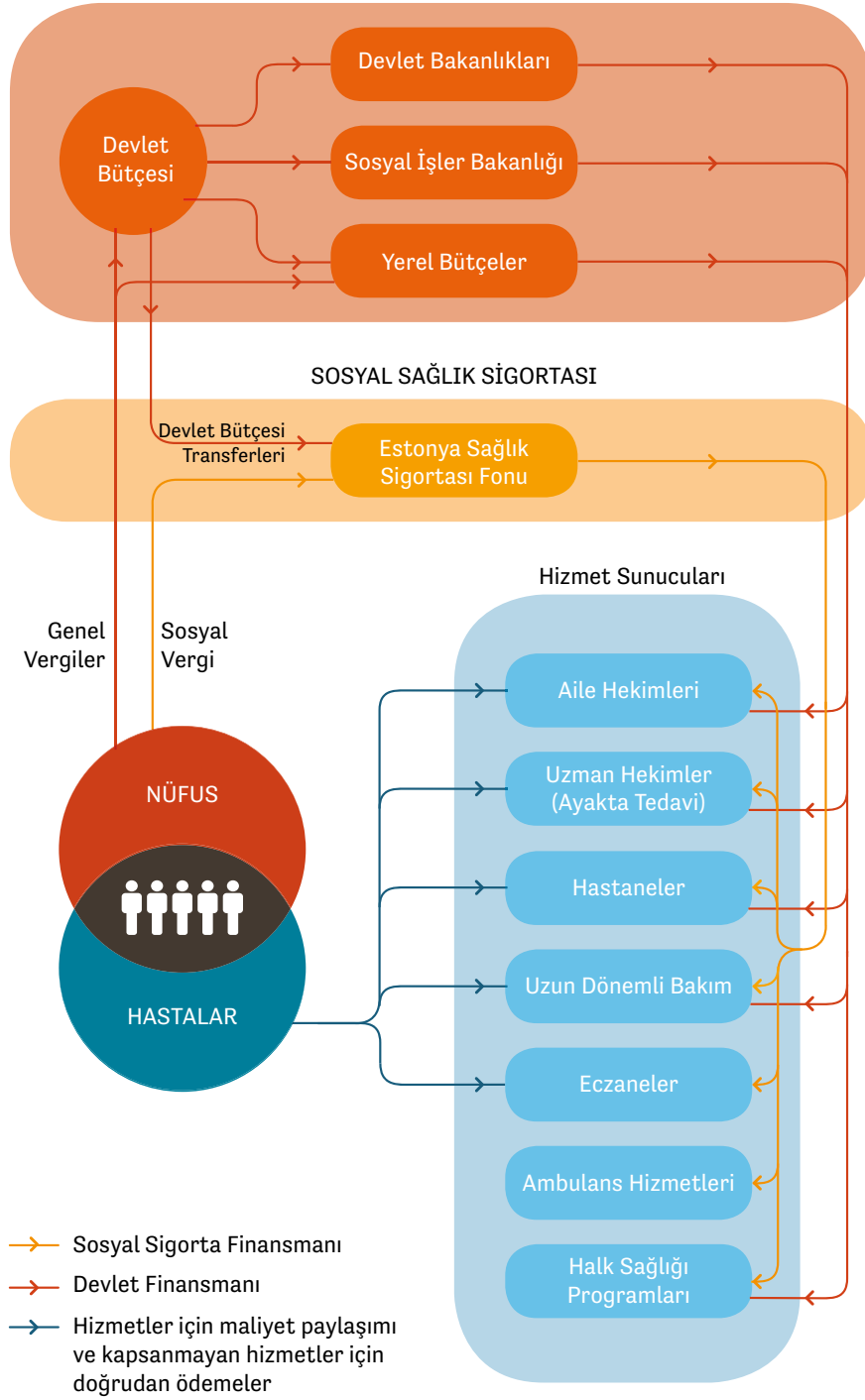
1.1.12. Eğitim ve Araştırma Bakanlığı: Sağlık eğitimi için ortaokul müfredatı oluşturmaktan, sağlığın teşviki ile ilgili gençlik faaliyetlerinin organize edilmesinden ve yükseköğretimde kamu tarafından finanse edilen tıbbi eğitim için kabul kotalarının belirlenmesinden sorumludur. Ayrıca, tıbbi ve sağlık politikası araştırma ve geliştirmesini de desteklemektedir.

2- SAĞLIK HİZMETİNİN FİNANSMANI

Estonya sağlık sistemi temel olarak, toplam sağlık harcamalarının yaklaşık üçte ikisini oluşturan sosyal temelli zorunlu sağlık sigortası vergileri yoluyla kamu tarafından finanse edilmektedir. Halk sağlığı programları ve sigortasız kişiler için acil bakımın finansmanından Sosyal İşler Bakanlığı sorumludur. Yerel belediyelerin sağlık finansmanındaki rolü göreceli olarak azdır. Cepten yapılan sağlık harcamaları tutarı tüm sağlık harcamalarının yaklaşık dörtte birini oluşturmaktadır. Sigortalılar için temel sağlık hizmetleri satın alan Estonya Sağlık Sigortası Fonu (EHIF)'dur. Sağlık sigortası sistemi, nüfusun yaklaşık %94'ünü kapsamaktadır. Sağlık sigorta sistemine katkılar istihdamla ilişkilidir. Nüfus yaşlandıkça sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliği uzun zamandır devam eden bir tehdit oluşturmaktadır. 2013'den beri Estonya Sağlık Sigortası Fonu'nun bütçesi açık verdiğinden, mevcut sağlık sigortasının finansman düzenlemesinin eksikliği açıkça ortaya çıkmıştır. 2016 yılında açık, EHIF'yi biriken rezervlerini kullanmaya zorlayarak 29,6 milyon €'ya yükselmiştir. Sonuç olarak, Estonya Sağlık Sigortası Fonu'nun gelir tabanı, emeklilerden alınan ve 2022 yılına kadar artan oranlı bir devlet katkısı eklenerek genişletilmiştir. 2022 itibarıyla, bu katkı, maaş bordrosundan alınan mevcut sosyal sağlık sigortası vergileri (Estonya'da kazanılan ücretler üzerinden alınan sosyal sağlık sigortası vergileri Türkiye'de prim olarak adlandırılmaktadır.) ile aynı oran olan ortalama emekli aylığının %13'üne ulaşacaktır. Estonya Sağlık Sigortası Fonu'nun gelir tabanını genişletme kararına paralel olarak, daha önce devlet bütçesi tarafından ödenen bazı hizmetler (ambulans hizmetleri, tüp bebek tedavisi vb.) EHIF tarafından ödenmeye başlanacaktır.

Estonya sağlık sistemi temel olarak kamu tarafından finanse edilmektedir. Vergiler, tek alıcı olarak hareket eden EHIF tarafından toplanmaktadır. EHIF, sağlık hizmeti sunucularının sözleşmelerinden sorumlu olan ayrıca sağlık hizmetlerinin ve ilaçların geri ödenmesi, geçici iş göremezlik ödeneklerinin verilmesi ve analık yardımlarını da kapsayan görevleri olan bağımsız bir kamu organıdır. Sağlık hizmeti finansmanının diğer kamu kaynakları arasında devlet ve belediye bütçeleri yer almaktadır. Cepten harcamalar, çoğunlukla katılım payları şeklindedir. Şekil 2'de Estonya sağlık sistemindeki finansal akış gösterilmektedir.

Şekil 2: Sağlık Sistemi Organizasyonu ve Finansman Yapısı



Kaynak:

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/377417/hit-estonia-eng.pdf?ua=1

2.1 Kapsam

2017 yılında, nüfusun %94,1'i Estonya Sağlık Sigortası Fonu (EHIF) tarafından sunulan zorunlu sağlık sigortası kapsamındadır. Zorunlu sağlık sigortası kapsamındakiler dört ana kategoriye ayrılmaktadır:

- Çocuklar ve hamileler gibi, katkı sağlamadan hak sahibi olanlar;
- Katkı payları işveren tarafından ödenenler (brüt ücretlerin %13'üdür. Serbest meslek sahipleri için 2018 yılında alt gelir limiti 500 €, üst gelir limiti 1.650 €'dur);
- Devletin katkılarıyla kapsamda olanlar (3 yaşın altında çocuğu olup ebeveyn izninde olanlar, işsiz olarak kayıtlılar, engelli bireylerin bakıcıları);
- Uluslararası ve gönüllü anlaşmalar çerçevesinde kapsananlar.

Hak sahipliği, Estonya'da ikamet edilmesine dayanmaktadır. Sigortadan vazgeçmek mümkün değildir. Sigortasız olanlar çoğunlukla ekonomik olarak etkin olmayanlardır. Sigortasız kişiler arasındaki en yüksek oranı (%30) 20 ila 34 yaş arası erkekler oluşturmaktadır. Sigortasız kişilerin acil tıbbi bakım ve HIV, tüberküloz ve terapi servislerine erişimi vardır.

2.2. Kapsanan Hizmetler

Sağlık hizmetlerinin temel alıcısı Estonya Sağlık Sigortası Fonu'dur (EHIF). EHIF'nin yardımları iki gruba ayrılmaktadır: Aynı yardımlar yaklaşık %73 ve nakdi yardımlar yaklaşık %26.

Aynı yardımlar, koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetlerinin yanı sıra, maliyet paylaşımına tabi tutulabilecek ilaç ve tıbbi cihazların sağlanmasını da kapsamaktadır. Genel olarak, Estonya'da teminat paketi kapsamı çok geniştir. Kapsamda olmayan birkaç hizmet estetik cerrahi, alternatif tedaviler ve optisyenlik hizmetleridir. Ancak, teminat paketinin kapsamında siyasi kararlardan etkilenerek sık sık değişiklikler olmaktadır. Ek olarak, daha önce devlet bütçesi tarafından finanse edilen bazı hizmetler, verimsizliği azaltmak amacıyla Estonya EHIF'nin sorumluluğuna geçmiştir. EHIF ayrıca okul sağlığı, üreme sağlığı ve tarama (örneğin kolorektal, meme ve rahim ağzı kanseri, fenilketonüri ve yeni doğanlarda işitme gibi), hastalık önleme programlarını finanse etmektedir. Aynı zamanda, birçok koruyucu sağlık hizmetini, birinci basamak sağlık hizmetini ve uzman hekim tarafından sunulan sağlık hizmetini finanse etmektedir. EHIF teminat paketini diğer paydaşlarla iş birliği içinde tanımlamaktan sorumludur. EHIF, teminat paketi hakkında bir öneride bulunmaktadır ve sonrasında hükümet, hizmet listesini onaylayarak ve her bir maddeye geri ödeme fiyatı vererek nihai kararı vermektedir. EHIF, teminat paketine herhangi bir hizmeti dahil etmek veya etmemek için kapsamlı bir değerlendirme süreci yürütmektedir. 2002 Sağlık Sigortası Yasası teminat paketini değiştirmek için dört kriter belirlemiştir:

- (1) tıbbi etkinlik,
- (2) maliyet etkinlik,
- (3) ulusal sağlık politikasına uygunluk,
- (4) finansal kaynakların mevcudiyeti.

Teminat paketine yeni bir hizmetin dahil edilmesi veya mevcut hizmetin fiyatındaki bir değişiklik için başvuru, uzman derneklerinin ve başvuruda bulunan sağlık hizmeti sunucularının dört kriterden her biri için belgelerle desteklemelidir. EHIF, teminat paketinde değişiklik yapmak için bir başvuru başlatabilir. Ayrıca, 2018'den itibaren, Sosyal İşler Bakanlığı teminat paketindeki değişiklikleri başlatabilmekte ve Estonya Sağlık Sigortası Fonu'ndan başvuruda bulunmasını isteyebilmektedir. Başvuruya, destekleyici belgelere ve bütçe etkisine dayanarak, Estonya Sağlık Sigortası Fonu Denetleme Kurulu, Sosyal İşler Bakanlığı'na bir öneride bulunmakta ve ardından Bakanlık hükümete bir öneride bulunmaktadır.

Nakdi yardımların ilki geçici iş göremezlik tazminatını sağlanmasıdır. Geçici iş göremezlik tazminatı, yalnızca bir yıl önceki kazançlarına dayanarak, sadece çalışanlara geçici hastalık için ödenmektedir. İkincisi, tüm yetişkinler için aynı bir dış bakımı parası verilmesidir. Ayrıca; 2018 yılından başlayarak, reçeteli ilaçların ek

masrafları ödenmektedir. Bir kişinin bir yıldaki reçeteli ilaçlar için toplam harcaması takvim yılı sonunda 100 €' dan fazlaysa, Estonya Sağlık Sigortası Fonu (EHIF) cepten ödenen 100 €'yu aşan kısmın %50'sini ve 300 € üzerindeki harcamaları içinse 300 €'yu aşan kısmın %90'ı oranında geri ödeme yapmaktadır. EHIF ayrıca, sağlık hizmetlerinin uygulanmasına ilişkin 2011/24 sayılı Avrupa Birliği Direktifinde konsolide edilen yasayı takiben yurt dışındaki planlı tıbbi tedaviler için de nakdi faydalar sunmaktadır. Bu, bir sağlık uzmanına sevk edilen hastanın bir sağlık kurumunu veya hekimi seçebileceği anlamına gelmektedir. Avrupa Birliği'nin herhangi bir ülkesinde, ön ödeme hasta tarafından yapılmakta ve tedaviden sonra EHIF'den iadesini istemektedir. EHIF, yalnızca fiyat listesindeki teminat paketine dahil olan hizmetleri ödemektedir. Yurt dışında fiyat yüksek ise, hasta farkı ödemek zorundadır.

Sağlık sigortası gelirlerinin ana kaynağı, sigortalı nüfusun yaklaşık yarısını oluşturan maaşlı işçiler ve serbest meslek sahipleri tarafından ödenen sosyal sağlık sigortası vergisidir. Katkı vermeyen bireyler sistemdeki güçlü dayanışmayı yansıtan diğer kategoriler tarafından dolaylı olarak desteklenmektedir. Bu bireyler, sigorta havuzundaki herkesle aynı sosyal yardım paketine hak kazanırlar. Devlet, 3 yaşın altında çocukları olanlara ebeveyn izninde, işsiz olarak kayıtlı ve engelli kişilerin bakıcıları dahil olmak üzere, nüfusun küçük bir kısmı adına sosyal sağlık sigortasına katkıda bulunmaktadır. Devletin bu gruba katkısı her yıl, devlet bütçesi onaylandığında tanımlanmaktadır, ancak önceki yılın asgari ücretine göre hesaplanan katkı oranından düşük olamamalıdır. Çalışanlar ve serbest meslek sahipleri, Estonya Vergi ve Gümrük Kurulu tarafından toplanan ücretten alınan vergi yoluyla Estonya Sağlık Sigortası Fonu'na (EHIF) katkıda bulunmaktadır. Bu vergi, sosyal vergi olarak bilinmekte ve hem sağlık hem de emeklilik katkılarını kapsamaktadır (çalışanların brüt ücretlerinin ve serbest meslek sahiplerinin kazançlarının sırasıyla %13 ve %20'sine eşittir). Uygulamada, işverenler aslında çalışanlar adına katkıda bulunmakta, böylece çalışanlar doğrudan sağlık sigortasına katkıda bulunmamaktadırlar. Nisan 2017'de, hükümet Estonya Sağlık Sigortası Fonu'nun gelir tabanını genişletmeye karar vermiştir. Devlet katkısı, emekli maaşı kullanılarak hesaplanmaktadır. Reform, bu katkıları 2018'de %7'den 2022'de devlet garantili emekli maaşının %13'üne çıkarmaktadır. Ek gelir kaynağının Estonya Sağlık Sigortası Fonu'nun bütçesinin %11'ini oluşturması ve yaklaşık 200 milyon €'luk fazladan katkı eklenmesi beklenmektedir.

2.3. Sağlık Hizmeti Satın Alma ve Alıcı-Sağlık Hizmeti Sunucusu İlişkileri

Estonya Sağlık Sigortası Fonu, sağlık hizmetlerinin ana alıcısıdır. Yapılan sözleşmeler hizmet kalitesi ve erişimi ile ilgili ayrıntılı maliyet ve hacme dayalı finansal ekleri içermektedir. Sözleşmeler, beş yıl boyunca orta vadeli koşulları kapsamaktadır. Ancak, finansal ekler her yıl müzakere edilmektedir (ve yılda altı kez ayarlanabilir). Her yılın başında EHIF, hastanelerle maliyet ve toplu sözleşmeleri müzakere etmektedir.

Sözleşmelerle, sağlık hizmeti sunumunda rekabete yer verilmesi ve hizmet kalitesinin iyileştirilmesi amaçlanmaktadır. Hizmet sunucusunun hastalara yakınlığı, günlük bakımda sunulan hizmetlerin payı ve önceki deneyimler gibi seçim kriterleri, EHIF denetim kurulu tarafından onaylanmaktadır. EHIF halka açık teklifleri ilan etmekte ve tüm sağlık hizmeti sunucuları tekliflerini sunabilmektedir. Bu teklifler, EHIF ile sunucular arasındaki müzakereleri takiben katı kriterlere göre değerlendirilmektedir. 2014 yılından itibaren sözleşmelerde bakım kalitesi kriterlerine daha fazla önem verilmiştir.

Sağlık Sigortası Yasası, sözleşmelerin temel içeriğini belirlemekte ve Estonya Sağlık Sigortası Fonu'nun denetleme kurulu, sözleşmeyle ilgili temel ilkeleri onaylamaktadır. EHIF, standart sözleşme koşullarını Estonya Aile Hekimleri Birliği ve Estonya Hastane Birliği gibi sağlık hizmeti sunucu derneklerinden başlayarak müzakere etmektedir. Bu, sözleşme şartlarının evrensel olmasını ve tüm sunucular için geçerli olmasını sağlamaktadır.

2.4. Maliyet Paylaşımı (Katkı ve Katılım Payları-Cepten Ödeme)

Cepten yapılan ödemeler, yasal maliyet paylaşımından, sözleşmesiz sunuculara doğrudan ödemelerden veya EHIF teminat paketinin bir parçası olmayan hizmetler ve ürünlere ödemelerden ve gayri resmi ödemelerden oluşmaktadır. 1990'ların ortasından bu yana, cepten ödemeler, büyük ölçüde özel sağlık sektörünün büyümesiyle, sağlık hizmetlerine yapılan toplam harcamaların bir oranı olarak istikrarlı bir şekilde artmıştır. Cepten ödemeler toplam sağlık hizmeti harcamalarının %24'ini oluşturmaktadır. 2002 Sağlık Sigortası

Yasası, sözleşmeli sunucuların, kamu veya özel sağlık hizmeti sunucuları olmasına bakmaksızın, alabilecekleri katılım paylarını tanımlamıştır. Kanun, katılım paylarına azami limit koymaktadır ve katılım paylarını yıllık enflasyon oranına göre ayarlamaktadır.

Poliklinik hizmetleri için maliyet paylaşımı şu şekildedir: Bir aile hekimine yapılan ziyaretler için katılım payı alınmaz, ancak aile hekimlerinin ev ziyaretleri için en fazla 5 € katılım payı alınmaktadır. Estonya Sağlık Sigortası Fonu (EHIF) sözleşmeli ayakta uzman sağlık hizmeti sunucuları, en fazla 5 € talep edebilmektedirler ancak hasta aynı kurum içinde veya aynı uzmanlıktaki başka bir hekime sevk edilirse herhangi bir ücret alınmamaktadır. Bu katılım paylarından 2 yaşın altındaki çocuklar ve 12 haftadan fazla hamile kadınlar muaftır.

Hastaneler, bölüm başına maksimum 10 güne kadar günlük maksimum 2,50 € talep edebilmektedirler. Hemşirelik hizmeti için %15 oranında katılım payı, yatarak tıbbi rehabilitasyon için %20 oranında katılım payı alınmaktadır. Çocuklar, hamilelik ve doğumla ilgili hastaneye yatışlar ve yoğun bakımda olan hastalar için muafiyetler bulunmaktadır. Hastanelerde, yatarak tedavi için için standart üstü konaklama ücretleri de talep edilmektedir. Bununla birlikte, tüm hastalara standart konaklama uygulanmaktadır ve eğer mevcut değilse, standart üstü konaklama kullanımı için ekstra ücret alınmamaktadır.

Sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucuları, EHIF geri ödeme listesi dışındaki hizmetler ve EHIF sözleşmeleri kapsamına girmeyen hizmetler için, kendi fiyatlarını belirleyebilmektedirler. Bu fiyatlar "makul" olmalıdır.

Poliklinik reçeteli ilaçlar için reçete başına 2,50 € katılım payı alınmaktadır, ayrıca ilaç fiyatının bir kısmı da hasta tarafından ödenmektedir. Genel geri ödeme oranı, ilaç fiyatının %50'sidir. Ayrıca, eğer reçeteli bir ilacın fiyatı referans fiyatı aşarsa, hasta farkı tam olarak ödemektedir. Yönetmeliğe göre listelenen kronik hastalıklar için ilaçlar %75 veya %100 oranında geri ödenmektedir. %75 kategorisinde geri ödenen ilaçlar 4 ila 16 yaşları arasındakilere, engelli veya yaşlılık aylığı alanlara veya 63 yaşın üzerindeki kişilere reçete edildiğinde ilaçlara %90'lık bir geri ödeme oranı uygulanmaktadır. İlaçların tam (%100) geri ödenmesi, 4 yaşından küçük çocuklar için geçerlidir, ancak yine de reçete başına 2,50 € katılım payına tabidirler. Bununla birlikte, yüksek geri ödeme kategorilerinde listelenen farmasötikler, yönetmelikte belirtilenler dışındaki hastalıklarda kullanılıyorsa, genel %50 geri ödeme oranı uygulanmaktadır. Ayrıca, bir kişinin bir yıldaki reçeteli ilaçlar için toplam harcaması takvim yılı sonunda 100 €'dan fazlaysa, Estonya Sağlık Sigortası Fonu (EHIF) cepten ödenen 100 €'yu aşan kısmın %50'si ve 300 € üzerindeki harcamaları içinse 300 €'yu aşan kısmın %90'ı oranında geri ödeme yapmaktadır. Katılım payı (2,50 €) yıllık tavana dahil edilmektedir. Hesaplama ve yönetim otomatiktir ve satın alma anında gerçekleşmektedir.

Tıbbi cihazlarda ürüne bağlı olarak %50 veya %10 katılım payı alınmaktadır. Cihazların listesi bakanlık kararname ile tanımlanmıştır.

Diş tedavisi yardım paketi, en temel diş hizmetlerini içermektedir ve 2017 yılının ortalarından itibaren tüm yetişkinleri kapsamaktadır. Yetişkinler için, yıllık 40 € tutarında bir geri ödeme ile %50 oranında bir katılım payı uygulanmaktadır. 63 yaşın üzerindeki kişiler, hamile kadınlar, 1 yaşına kadar olan çocukların anneleri, özel bir durum nedeniyle (diyabet gibi) diş tedavisine ihtiyacı olan kişiler ve iş göremezlik aylığı ya da yaşlılık aylığı alanlar %15'lik bir katılım payı vererek ve yılda en fazla 85 € diş yardımı geri ödemesi almaktadır.

Estonya'da kadının isteği üzerine anestezi ile yapılan kürtajda %30 katılım payı, ilaçla yapılan kürtajda %50 katılım payı alınmaktadır.

3- GERİ ÖDEME SİSTEMİ

3.1. Sağlık Hizmetleri İçin Ödeme

Ödeme yöntemleri, hizmet fiyatları ve teminat paketi, devlet onaylı tek bir sağlık hizmeti listesine dahil edilmekte ve düzenlenmektedir. Bu listenin yönetimi Estonya Sağlık Sigortası Fonu'nun (EHIF) sorumluluğundadır, hükümet nihai onayı vermektedir. Tüm sunuculara aynı fiyatlar üzerinden ödeme yapılmaktadır. Hizmetlerin ve fiyatların listesi yılda en az bir kez güncellenmektedir. Fiyat listesi, bir dizi farklı ödeme yöntemi de dahil olmak üzere 2000'den fazla öge içermektedir.

Birinci basamakta, Estonya Sağlık Sigortası Fonu (EHIF) tarafından sözleşmeli aile hekimlerine kişi başına ödeme, hizmet başına ödeme ve performansa dayalı ödeme yöntemi ile ödeme yapılmaktadır. Ödemeler, hasta listesindeki değişiklikleri yansıtmak için yılda dört kez yeniden hesaplanmaktadır (hastalar aile hekimlerini değiştirebildiği için). Aile hekimleri listesinin ortalama büyüklüğü yaklaşık 1.600 kişidir, ancak ortalama gelir listedeki kişilerin yapısına göre büyük ölçüde değişmektedir.

Bir aile hekiminin geliri sadece ona kayıtlı hastaların sayısına göre değil aynı zamanda aile hekiminin performansına da bağlıdır. 2013'teki toplu sözleşme görüşmelerinin sonucuna göre, aile hekimleri ikinci hemşire istihdam ettiğinde ek bir ödenek alabilmektedirler. Bu ilave ödeneğin amacı, hemşirenin kronik hastalıkları ve akut sağlık bozuklukları olan hastaları izlemeye, danışmanlık ve önleme konusunda artan rolünü desteklemektir. Bir aile hekimi, bu ek ücreti almak için belirli kriterleri yerine getirmek zorundadır (örneğin ikinci hemşire için ayrı ziyaret saatleri ve oda tahsisi). 2014 yılından itibaren aile hekimleri fazla mesai için ve hemşirelerin mesai saatleri dışındaki randevuları için ödenek alabilmektedir. (08:00'dan önce veya 18:00'den sonra).

2017 yılında, birinci basamak sağlık hizmeti sunucularına, daha geniş bir hizmet kapsamı sağlama konusunda motive etmesi için yeni bir ödenek sağlanmıştır. Birinci basamak sağlık merkezi ödeneği, yönetim için ek fonlar, bilgi teknolojisi (BT) gelişmeleri ve daha "ferah" odaları içermektedir. Birinci basamak sağlık merkezlerine bu ödenek, listelerinde en az 4.500 kişiyle en az üç aile hekimi bir yerde birlikte çalışırsa verilmektedir; ayrıca merkezde fizyoterapi ve ebellek hizmetleri de veriliyorsa (evde hasta bakımı sağlamak 2018 yılının ortasından itibaren zorunlu olmuştur) ve çalışma saatlerini uzattıysa ödenek verilmektedir (zorunlu 8 saatten 10 saate kadar).

Kalite bonus sistemine 2006 yılında başlanmıştır. Bu girişimin temel amacı, koruyucu hastalıklarda kalite ve etkinliğini arttırmak ve kronik hastalıkların izlenmesini iyileştirmektir. Kalite bonus sistemi, birinci basamak sağlık hizmeti düzeyinde klinik kılavuzların ve performans izlemenin önemini vurgulamaktadır. Bu sistem Estonya sağlık hizmetlerinde var olan tek kalite yönetim sistemidir. Kalite bonus sistemi üç alan içermektedir: hastalık önleme, kronik hastalık yönetimi ve ek aktiviteler. Kalite bonus sistemi, Estonya Sağlık Sigortası Fonu (EHIF) ve Estonya Aile Hekimleri Birliği'nin ortak bir girişimidir. Kalite bonus sisteminin uygulanmasındaki kilit faktör, aile hekimlerinin faaliyetlerinin ek veri toplamaya gerek kalmadan izlenmesini sağlayan elektronik fatura veri toplama sistemi olmuştur. Katılan aile hekimlerinin sayısı 2006 yılında %50'den 2014 yılında %97'ye çıkmış ve bu durum geniş kabul görmüştür. Küçük mali katkısına rağmen, kalite bonus sistemi, hipertansiyon veya diyabetli hastalar için veya akut miyokard enfarktüsünden sonra hastalık yönetimini güçlendirmiştir ve neredeyse tüm hastalık yönetimi göstergelerinde iyileşme görülmüştür.

2015 yılından beri tüm aile hekimleri için kalite bonus sistemine katılım zorunludur ve bireysel sonuçlar kamuya açıklanmaktadır. Kalite bonus sisteminin odağı, aile hekimlerini ödüllendirici tekli aktivitelerden toplu aktivitelere kaydırılmasıdır. Program tek prosedürler veya hizmetler yerine tam bir dizi önerilen hizmet sunumunu koordine eden, yani tek bir aşu yapmak yerine 3 yaşına kadar olan çocuklar için gerekli tüm aşuları idare eden koordinasyona ödül vermektedir. Ek olarak, kronik hastalar için doğru ilaç reçetesi verilip verilmediğine ilişkin göstergeler kalite bonusu sistem göstergelerine eklenmiştir. E-reçete verileri yardımı ile Estonya Sağlık Sigortası Fonu, aile hekiminin ilaçları klinik kılavuzlara göre (örneğin diyabet hastaları için oral hipoglisemik (metformin) reçete edip etmediğini ölçebilmektedir. Akreditasyon süreci Estonya Aile Hekimleri Birliği tarafından yürütülmektedir.

Uzman bakımı, temel olarak hizmet başına ücret ödeme, günü birlik ödeme ve DRG (DRG-Diagnosis related group- Teşhis İlişkili Grup) temelli ödeme yöntemleri aracılığıyla ödenmektedir. Ayakta tedavi hizmetlerinde ana yöntem (laboratuvar testleri, radyoloji vb.) hizmet başına ödemeyken, günlük cerrahi ve yatarak tedavi hizmet başına ödeme, günü birlik ödeme ve DRG ödeme yöntemlerinin birleşimiyle ödenmektedir. Günü birlik ödeme, temel muayene, teşhis ve tedavi planlaması, hemşirelik, basit tıbbi prosedürler, laboratuvar testleri ve ilaç maliyetlerini kapsamaktadır.

Estonya Sağlık Sigortası Fonu (EHIF), 2004 yılında yatan hasta hizmetleri için DRG tabanlı bir ödeme sistemi uygulamaya koymuştur. Yatan hasta tedavi vakalarının yanı sıra cerrahi prosedürleri içeren ayakta tedavi vakaları DRG'lerin kapsamına girmektedir. Bununla birlikte, psikiyatrik ve kontrol muayeneleri gibi bazı bakım türleri DRG'ler aracılığıyla geri ödenmez. Ayrıca, maliyeti çok düşük veya çok yüksek olan vakalara hizmet başına geri ödeme yapılır. Tablo 2'de ödeme mekanizması özetlenmiştir.

Tablo 2: Ödeme Mekanizması

| Sağlık Hizmeti Sunucusu Türü | Ödeme Mekanizması |
|--------------------------------|--|
| Aile hekimleri | Kişi başına ödeme, hizmet başına ödeme, performansa dayalı ödeme |
| Ayakta tedavi uzmanları | Hizmet başına ödeme |
| Yetişkinler için diş bakımı | Hizmet başına ödeme |
| Hastaneler | Hizmet başına ödeme, günü birlik ödeme, DRG |
| Uzun dönemli hemşirelik bakımı | Günü birlik ödeme, hizmet başına ödeme |

Kaynak:

http://www.euro.who.int/...data/assets/pdf_file/0011/377417/hit-estonia-eng.pdf?ua=1

3.2. İlaçların geri ödenmesi

Estonya'daki ilaç sektörü, 1990'ların başında, ilaç düzenleme otoritelerini kurmak, yasal bir çerçeve oluşturmak, ilaçların geri ödenmesi için bir sistem oluşturmak amacıyla yeniden düzenlenmiştir. Estonya'daki tüm tıbbi ürünleri ve farmasötikleri kapsayan Tıbbi Ürünler Yasası, ilk olarak 1995'te onaylanmıştır. 2002 yılında, ilaçların stratejik planlamasında sorumluluğun yanı sıra fiyatlandırma ve geri ödeme kararlarında rol oynayan Sosyal İşler Bakanlığı bünyesinde İlaç Departmanı kurulmuştur. 2018 yılından bu yana, Estonya Sağlık Sigortası Fonu (EHIF) fiyat belirleme sorumluluğunu ve pozitif listenin oluşturulmasını üstlenmiştir. Estonya'nın ilaçla ilgili düzenlemeleri, Avrupa Birliği mevzuatı ve uluslararası kurullarla uyumludur. Devlet İlaç Ajansı (SAM), ilaç reklamcılığını denetlemekten sorumludur. Avrupa Birliği yasaları uyarınca, halka açık olan reklamlara yalnızca reçetesiz satılan ilaçlar için izin verilmekte, hangi bilgilerin sunulması gerektiği ve nasıl verileceği konusunda kesin kısıtlamalar ve talimatlar yer almaktadır.

1993'ten bu yana, eczanelerden satın alınan ilaçların reçetelenmesi için bir geri ödeme sistemi bulunmaktadır. Geri ödeme kategorisi (%100, %90, %75 veya %50 oranı), hasta katılım payı düzeyini belirlemekte ve katılım payı düzeyi hastalığın ciddiyetine, hastalığın etkinliğine, Sosyal İlişkiler Bakanlığı'nın belirlediği hastanın sosyal durumuna göre değişmektedir.

2002 yılında geri ödeme kapsamındaki ilaçlar için pozitif bir liste oluşturulmuştur. 2002'den bu yana, üreticiler EHIF geri ödemesi başvurularında farmakoekonomik analizler için ortak Baltık yönergelerini takip etmişlerdir. Klinik ve farmakoekonomik verilerle birlikte yapılan başvuru EHIF'ye sunulmaktadır. Devlet İlaç Ajansı (SAM), klinik verileri değerlendirirken, EHIF ekonomik verileri değerlendirmektedir. Her ikisi de Bakanlık tavsiyelerde bulunarak bakanlık komitesine yazılı bir rapor sunmaktadırlar. Komiteden olumlu bir görüş alındıktan sonra, fiyat üretici ile EHIF arasında görüşülmektedir. 2018 yılında, pozitif liste geliştirme ve fiyat belirleme sürecini yönetme sorumluluğu, Sosyal İşler Bakanlığı'ndan EHIF'ye devredilmiştir.

2003'ten beri geri ödemede referans fiyatlandırma sistemi (referans ülkeler: Letonya, Litvanya, Macaristan, Portekiz, Fransa ve menşei ülkesi) uygulanmaktadır: yani aynı veya benzer aktif bileşeni içeren farklı üreticilerin ilaçları, maksimum (geri ödeme) fiyatına sahip gruplar halinde kümelenmiştir. Perakende fiyatı ve referans fiyat arasındaki fark bedelinin hasta tarafından ödenmesi gerekmektedir. Üreticiler, geri ödemesi yapılmayan ilaçlar için kendi fiyatlarını belirleme konusunda serbesttirler. Estonya'da tek bir üreticiye sahip olan aktif bileşenlere sahip farmasötiklerin fiyatları referans fiyatlandırma şemasına dahil değildir, ancak fiyat anlaşmalarla belirlenmektedir (kamu hukuku kapsamındaki sözleşmelerle EHIF ile satış izni sahibi arasında). Fiyat görüşmeleri için, üreticinin ilacın beklenen satış hacmini ve ev sahibi ülkesi de dahil olmak üzere ilacın bazı ülkelerdeki fiyatlarını sunması gerekmektedir. Fiyat anlaşması tamamlandığında, toptan ve perakende fiyatlar hakkında bilgi yayınlanmaktadır.

2014 yılından bu yana, çoğunlukla onkolojik ilaçlarda, istenen klinik etkiye ulaşılmadığı takdirde, ilaç şirketlerinin ilaç maliyetini üstlenmelerinin gerekli olduğu bir risk paylaşım programı kullanılmaktadır.

Hastane ortamında kullanılan ilaçlar Estonya Sağlık Sigortası Fonu (EHIF) tarafından ödenen sağlık hizmetlerinin fiyatına dahil edilmektedir.

Estonya'da yönetmelikler hekimlerin ilaçları INN ismi (etkin madde ile) ile reçetelemelerine izin vermektedir. Hekim, marka adına göre reçete veriyorsa, bunu hastanın tıbbi kaydında haklı bir neden olarak göstermek zorundadır (örneğin, hasta jeneriği reddediyor veya en ucuz seçenek mevcut değilse). Eğer ilaç INN ile reçetelenmişse, eczacı hastaya eşdeğeri olan öneriler sunmak ve fiyat konusunda tavsiyelerde bulunmak zorundadır. Devlet İlaç Ajansı (SAM), piyasa yetkilendirme sürecinde ilaçlar hakkındaki bilgileri kontrol eder ve ürün bilgileri web sitesinde yayımlanmaktadır.

3.3. Tıbbi cihazların geri ödenmesi

Tıbbi Cihazlar Yasası ve ilgili hükümler, tıbbi cihazların üretim, pazarlama ve reklamını düzenlemekte ve piyasa denetimi için kurallar içermektedir. Ayrıca piyasadaki uygunsuzluk, ihlallere karşı sorumlulukları da düzenlemektedir. 2010'dan beri Estonya'daki tıbbi cihazların yetkili makamı Sağlık Kurulu'dur (önceden Devlet İlaç Ajansı (SAM)'ydi). Ürüne bağlı olarak %50 veya %90 geri ödeme yapılmaktadır. Cihazların listesi bakanlık kararıyla tanımlanmıştır.

4- ESTONYA İLE TÜRKİYE'NİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMLERİNİN KIYASLANMASI

Türkiye'de Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından sunulan sağlık sigortacılık sistemi Estonya'da Sosyal İşler Bakanlığı altında faaliyet gösteren Estonya Sağlık Sigortası Fonu (EHIF) tarafından yürütülmektedir. Estonya Sağlık Sigortası Fonu Kanunu, EHIF'yi sağlık hizmetlerinin ödenmesinden ve satın alınmasından sorumlu, yasal olarak bağımsız, tek bir kamu kuruluşu olarak belirlemiştir. Sağlık sigortası sistemi ile ilgili önemli politika kararları parlamento, hükümet ve Sosyal İşler Bakanlığı tarafından alınmaktadır. EHIF, sigortalı bireylere sağlanan koruyucu, önleyici ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin giderlerini karşılamaktan sorumludur. Aynı zamanda tıbbi ürünlerin ve tıbbi cihazların satın alımını finanse etmekte ve geçici iş göremezlik için yardım sağlamaktadır. Özel sağlık sigortalıları, yalnızca sağlık finansmanının küçük bir kısmını oluşturmaktadır.

Estonya'da nüfusun %94,1'i sağlık sigortası kapsamındadır. Sağlık hizmetlerinden faydalanabilmenin koşulu Estonya'da yasal ikamet hakkına sahip olmaktır. Sigortadan vazgeçmek mümkün değildir. 2017 yılı OECD verilerine göre Türkiye'de ise nüfusun %99,2'si sağlık sigortası kapsamında olup, SGK verilerine göre 2019 yılı itibarıyla bu rakam %99,5'e ulaşmıştır. Genel Sağlık Sigortası (GSS) sisteminden faydalanan kişi sayısı çok olmasına rağmen mevzuatımızda kapsam dışında kalan kişiler de belirtilmiştir. TBMM üyeleri, yüksek yargı üyeleri, banka sandıkları üyeleri ile tutuklu ve hükümlüler GSS sistemi kapsamı dışındadır. Bu kişilerin sağlık hizmetleri ilgili kurumlarınca karşılanmaktadır. Genel sağlık sigortasından faydalanabilmek için; geriye dönük bir yıl içerisinde toplam 30 gün GSS primi ödenmiş olması, kendi nam ve hesabına çalışanlar için sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihte yukarıdaki şartın yanı sıra 60 günden fazla prim borcunun bulunmaması gerekmektedir.

Asgari ücret tutarı Türkiye'de 2020 yılı itibarıyla 2.324,70 TL olarak belirlenmiştir. OECD ülke karşılaştırmaları verilerine göre Türkiye'de 2018 yılında aylık 420 \$ iken, Estonya'da bu tutar yaklaşık aylık 590 \$'dır.

Türkiye'de sigortalı ve bakmakla yükümlü olunmayanların genel sağlık sigortasından yararlanmaları için aylık 88,29 TL ödemeleri yeterlidir.

Sağlık sigorta sisteminin finansmanı genel olarak vatandaşlar tarafından ödenen primler ve devlet katkısı ile sağlanmaktadır. Estonya'da ise, çalışanlar ve serbest meslek sahipleri, Estonya Vergi ve Gümrük Kurulu tarafından toplanan ücretten alınan vergi yoluyla Estonya Sağlık Sigortası Fonu'na katkıda bulunmaktadır.

Bu vergi, sosyal vergi olarak bilinmekte ve hem sağlık hem de emeklilik katkılarını kapsamaktadır (çalışanların brüt ücretlerinin ve serbest meslek sahiplerinin kazançlarının sırasıyla %13 ve %20'sine eşittir). Nisan 2017'de, hükümet Estonya Sağlık Sigortası Fonu (EHIF)'nin gelir tabanını genişletmeye karar vermiştir. Emekli olan kişilerin maaşından devlet katkısı alınmaya başlanmıştır. Reform, katkıları 2018'de %7'den, 2022'de devlet garantili emekli maaşının %13'üne çıkarmaktadır. Ek gelir kaynağının EHIF'nin bütçesinin %11'ini oluşturması ve yaklaşık 200 milyon €'luk fazladan katkı eklenmesi beklenmektedir.

Türkiye'de sağlık hizmetleri birinci basamakta Sağlık Bakanlığına bağlı aile hekimleri aracılığıyla, ikinci ve üçüncü basamakta ise Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler, üniversite hastaneleri ve özel hastaneler tarafından sunulmaktadır.

Türkiye'de genel sağlık sigortalılarına sunulan sağlık hizmetleri; sağlık hizmeti sunucuları ile yapılan sözleşmeler, Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) üzerinden yapılan düzenlemeler, Sağlık Hizmeti Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen bedeller vasıtasıyla yürütülmektedir. Sosyal Güvenlik Kurumu bir geri ödeme kurumu olarak hizmet vermektedir. Sağlık hizmetlerinin temini için, eczaneler de dahil olmak üzere kamu hastaneleri, üniversite hastaneleri ve özel sağlık hizmet sunucuları ile sözleşme yapılarak sağlık hizmetleri finanse edilmektedir. Estonya'da sağlık hizmeti sunucularından sağlık hizmetleri satın alımı da sözleşmeli olarak yapılmaktadır. EHIF sağlık hizmeti sunucularıyla sözleşme yapma konusunda geniş bir özerkliğe sahiptir.

Estonya'da sağlık sistemiyle ilk temas noktası genellikle hastanın kayıtlı olduğu aile hekimidir. Hastalar çoğu uzmanı görmek ve hastaneye başvurmak için aile hekiminin sevkine ihtiyaç duymaktadır. Fakat sağlık sorununa bağlı olarak sevk olmadan doğrudan başvuru da yapılabilmektedirler. Örneğin hastalar acil durumlarda sevke ihtiyaç duymamaktadırlar. Türkiye'de ise sevk zorunluluğu bulunmamakta olup yalnızca farklı katılım payı ödemeleri söz konusudur. Birinci basamak sağlık hizmet sunucusuna başvurulduğunda katılım payı alınmamakta, kamu hastanelerinde 6 TL, Sağlık Bakanlığı Eğitim Araştırma Hastanelerinde 7 TL, Üniversite Hastanelerinde 8 TL, özel sağlık hizmeti sunucularında 15 TL katılım payı alınmaktadır.

Türkiye'de her bir reçete için 3 kutuya kadar temin edilen ilaçlar için 3 TL, 3 kutuya ilave edilen her bir kutu ilaç için 1 TL olmak üzere katılım payı alınır. Estonya'da reçete başına 2,5 € katılım payı alınmaktadır. Türkiye'de katılım payı oranı %20 (Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişilerden %10) iken, Estonya'da katılım payı oranı geri ödeme oranına bağlı olarak %50, %25, %10 veya %0 olarak değişmektedir. Ayrıca, eğer reçeteli bir ilacın fiyatı referans fiyatını aşarsa, hasta farkı tam olarak ödemektedir. Yönetmeliğe göre listelenen kronik hastalıklar için ilaçlar %75 veya %100 oranında geri ödenmektedir. %75 kategorisinde geri ödenen ilaçlar 4 ila 16 yaşlarındaki çocuk ve gençlere, engelli veya yaşlılık aylığı alanlara veya 63 yaşın üzerindeki kişilere reçete edildiğinde ilaçlara %90'lık bir geri ödeme oranı uygulanmaktadır. İlaçların tam (%100) geri ödemesi, 4 yaşından küçük çocuklar için geçerlidir, ancak yine de reçete başına 2,50 € katılım payına tabidirler. Bununla birlikte, yüksek geri ödeme kategorilerinde listelenen farmasötikler, yönetmelikte belirtilenler dışındaki hastalıklarda kullanılıyorsa, genel %50 geri ödeme oranı uygulanmaktadır. Türkiye'de ise kronik hastalığı olanlar (örn: kanser, hipertansiyon, diyabet) katılım payı ödemesinden muaftırlar.

Estonya'da ilaç geri ödeme sisteminde Türkiye'de olduğu gibi bir pozitif liste vardır.

Ekonomi ve sağlık göstergelerine ilişkin Türkiye, Estonya ve OECD üyesi ülkelerin ortalama verilerinin karşılaştırmasına aşağıda tablo olarak yer verilmiştir.

Tablo 3: Ekonomi ve Sağlık Göstergelerinin Türkiye ve OECD Ortalaması ile Karşılaştırılması

| ÜLKE | ESTONYA | TÜRKİYE | OECD |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|
| Nüfus, (2018) | 1.320.884 | 82.003.882 | - |
| Kişi başına düşen GSYİH, (\$), (2018) | 23.266 | 9.370 | - |
| Asgari ücret tutarı, (\$), (2018), (aylık) | 590 | 420 | - |
| Cari sağlık harcamalarının GSYİH'ye Oranı, (%), (2018) | 6,4 | 4,2 | 8,8 |
| Kişi başına düşen toplam sağlık harcaması, (\$), (2018) | 2.231 | 1.227 | 3.994 |
| Kişi başına düşen ilaç harcaması, (\$), (2017) | 386 | - | 564 |
| Doğumda beklenen yaşam süresi kadın, Doğumda beklenen yaşam süresi erkek, (yıl), (2018) | 82,7 74,0 | 81,8 75,6 | 83,4 78,1 |
| Sigorta tarafından kapsanan nüfus oranı, (2017)* | 94,1 | 99,2 | - |
| 1.000 Kişiye düşen hekim sayısı, 1.000 Kişiye düşen hemşire sayısı, 1.000 Kişiye düşen yatak sayısı, (2018) | 3,5 6,2 4,7 | 1,9 2,1 2,8 | 3,5 8,8 4,7 |
| Toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı, (%), (2018) | | | |
| 1. Kamu sağlık harcaması oranı, (%) | 74 | 77 | 74 |
| <i>Merkezi hükümet/bölgesel, yerel yönetimler sağlık harcaması oranı, (%)</i> | 10 | 23 | 37 |
| <i>Sosyal sağlık sigortası harcaması oranı, (%)</i> | 64 | 54 | 37 |
| 2. Cepten yapılan sağlık harcaması oranı, (%) | 24 | 17 | 21 |
| 3. Gönüllü sağlık sigortası harcaması oranı, (%) | 0 | 0 | 4 |
| 4. Diğer harcamaların oranı, (%)** | 1 | 5 | 2 |
| Hane halkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı, (%), (2018) | 2,9 | 1,2 | 3,2 |

*SGK verilerine göre 2019 yılı itibarıyla %99,5'dir

** Ülkede geçici olarak ikamet edenlere ait sağlık harcamalarıdır.

Not: Tablo, uluslararası veri tabanlarında yayımlanan kıyaslanabilir ve kesinleşmiş en yakın yıl verileri kullanılarak hazırlanmıştır. Tahmini (Estimated) veriler kullanılmamıştır.

Kaynak:

1. Health at a Glance 2019 OECD Indicators
2. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD> , Erişim Tarihi: Kasım 2020
3. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL> , Erişim Tarihi: Kasım 2020
4. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=RMW> , Erişim Tarihi: Kasım 2020
5. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018
6. <https://www.tuik.gov.tr/> , Erişim Tarihi: Kasım 2020

KAYNAKLAR

- 1) http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/377417/hit-estonia-eng.pdf?ua=1
- 2) <https://www.haigekassa.ee/en>
- 3) https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/pressile/estonian_system_tanel.pdf
- 4) <https://data.worldbank.org/>
- 5) <https://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>
- 6) <https://www.health.gov.il/publicationsfiles/healthataglace2017.pdf>
- 7) https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2018_healthatglance_rep_en.pdf
- 8) https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/pressile/presentation_riga_parliament_31032017_kodukale.pdf
- 9) <https://www.vnz.nu/wp-content/uploads/2018/09/presentation-pille-banhard.pdf>
- 10) <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=RMW>, Erişim Tarihi, Kasım 2020
- 11) <https://www.riigiteataja.ee/akt/122122015054>
- 12) <https://www.riigiteataja.ee/en/eli/ee/529122016002/consolide/current>
- 13) https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip105_en.pdf
- 14) Health at a Glance 2019 OECD Indicators
- 15) <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD> Erişim Tarihi: Kasım 2020
- 16) <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL> Erişim Tarihi: Kasım 2020
- 17) Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018
- 18) <https://www.tuik.gov.tr/tr/>, Erişim Tarihi: Kasım 2020



İSVİÇRE SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ



ÖZET

İsviçre, doğrudan demokrasinin etkisiyle merkezi bir düzenleyici etrafında şekillenen oldukça karmaşık bir sağlık sistemine sahiptir. İsviçre sağlık sistemindeki görev ve sorumluluklar federal, kanton ve belediye düzeyindeki yönetimler arasında paylaştırılmıştır.

Sağlık sigortası federal hükümetin sorumluluğunda iken, kamu sağlığı alanında kantonlar rekabet içerisindedir. Kantonlar sağlık hizmetlerinden, koruyucu sağlık hizmetlerinden ve kamu sağlığı düzenlemelerinden sorumludur. Belediyeler ise genelde yaşlı insanlarla ilgili hizmetler, sosyal yardımlar ve evde bakım hizmetlerinden sorumludur.

Federal düzeyde idari işlerin büyük bir kısmı, yasaların ve düzenlemelerin hazırlanması da dahil Federal İçişleri Bakanlığı'nın (FDHA) altında kurulan Federal Halk Sağlığı Ofisi (FOPH) tarafından yürütülmektedir.

26 kantonun her biri kendi anayasasına sahiptir ve her birinin kendi seçilmiş halk sağlığı bakanı vardır. Kantonların ortak siyasi organı olan İsviçre Kanton Halk Sağlığı Bakanları Konferansı'nın önemli bir koordinasyon rolü vardır.

İsviçre'de yaşayan herkesin zorunlu sağlık sigortası (MHI) ve kaza sigortasına sahip olması gerekmektedir. Diğer Avrupa ülkelerinden farklı olarak, İsviçre sağlık sisteminin finansmanı vergiye dayalı değildir, işverenler tarafından finanse edilmez, birey tarafından İsviçre sağlık sigortası programlarına ödenen primlerle sağlanır. Kişi kendi sağlık sigorta şirketini seçmekte özgürdür. Federal hükümet ve kantonlar, ihtiyaç halinde MHI primlerini karşılamak için bireylere veya hanelere gelir bazlı sübvansiyonlar sağlar; gelir eşikleri kantona göre değişmektedir. Zorunlu temel sigorta sistemi kapsamında hastalar kendi kantonları içinde kamu veya özel hastaneleri tercih edebilirler. Ayrıca zorunlu sigortanın kapsamadığı sağlık hizmetleri için kişiler özel sağlık sigortası yaptırabilirler.

Bebekler doğumdan itibaren sigortalıdır ancak doğumdan sonraki üç ay içinde primi ödenerek ebeveynleri tarafından zorunlu sağlık sigortası yaptırılmalıdır. MHI şirketleri, kişilerin ve sağlayıcılarının seçimindeki kısıtlamalara bağlı olarak değişen farklı MHI politikası türleri sunmaktadır. Yaş, cinsiyet, indirgenebilir tutar (belirli bir limite kadar cepten yapılan harcama tutarı) limiti gibi faktörler primlerin miktarını etkilemektedir. İsviçre sağlık sigorta sistemi cepten yapılan harcamalar açısından oldukça spesifiktir.

İsviçre'de farmasötik ürünlerin fiyatlandırılmasında "farklı ülke fiyat kıyaslaması" ve "terapötik fiyat kıyaslaması" olarak 2 method uygulanmaktadır. Ayrıca geri ödeme listesine alınan ilaçlar için pozitif liste uygulaması mevcuttur. Listedeki ilaçların %85'i reçeteli ilaç olup OTC (Over the Counter-Tezgah Üstü) ilaçlar da geri ödenebilmektedir. Geleneksel bitkisel ürünler, homeopatik ürünler gibi ürünler de karşılanabilmektedir.

Her yıl listedeki ilaçların 1/3'ü fiyat açısından tekrar gözden geçirilmektedir. Her 3 yılda bir tüm liste güncellenmiş olmaktadır. İlaçlarda sabit katılım payı uygulaması yoktur. Sigortanın şartlarına göre kişi ön ödeme limitini kendi seçer. Ön ödeme tutarına ulaştıktan sonra %20 veya %10 oranında katılım payı ödenmektedir. Daha yüksek fiyatlı orijinal ilaçlar yerine jenerikler için %10 oranında katılım payı alınmaktadır. Özel bir isimle reçete edilmiş jenerik alternatifi olan ilaçlar için, %10 yerine %20 oranında katılım payı alınabilmektedir.

ÜLKE TANITIMI

Ülkenin Demografik Özellikleri

İsviçre, resmî adıyla İsviçre Konfederasyonu, yaklaşık 8,5 milyon nüfusu ile Batı Avrupa'da bulunan küçük bir Alp ülkesidir. İsviçre'de dört resmi dil (Almanca, Fransızca, İtalyanca ve Romanca) kullanılmaktadır. Federal, kanton ve belediye düzeyinde yönetilmektedir. Avrupa Birliği'nin ve Euro bölgesinin bir üyesi değildir. Resmi para birimi İsviçre Frangı'dır (CHF). Başkenti Bern'dir. İsviçre genelinde belirlenmiş bir asgari ücret tutarı yoktur. Ancak Jura and Neuchâtel kantonlarında saatlik asgari ücret tutarı belirlenmiş ve yaklaşık 20 CHF (18,6 €) civarındadır.

İsviçre ekonomi ve sağlık göstergelerine ilişkin verilere aşağıda tablo olarak yer verilmektedir.

Tablo 1: Ekonomi ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması

| | İSVİÇRE | OECD |
|---|----------------------------|----------------------------|
| Nüfus, (2018) | 8.516.54 | - |
| Kişi başına düşen GSYİH, (\$), (2018) | 82.796 | - |
| Asgari ücret tutarı, (\$), (2018), (aylık) | - | - |
| Cari sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı, (%), (2018) | 12,2 | 8,8 |
| Kişi başına düşen sağlık harcaması, (\$), (2018) | 7.317 | 3.994 |
| Kişi başına düşen ilaç harcaması, (\$), (2017) | 963 | 564 |
| Doğumda beklenen yaşam süresi kadın, Doğumda beklenen yaşam süresi erkek, (yıl), (2018) | 85,7 81,9 | 83,4 78,1 |
| Sigorta tarafından kapsanan nüfus oranı, (%), (2017) | 100 | - |
| 1.000 Kişiye düşen hekim sayısı , | 4,3 | 3,5 |
| 1.000 Kişiye düşen hemşire sayısı, | 17,2 | 8,8 |
| 1.000 Kişiye düşen yatak sayısı, (2017) | 4,5 | 4,7 |
| Toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı, (%), (2018) | | |
| 1. Kamu sağlık harcaması oranı, (%) | 64 | 74 |
| <i>Merkezi hükümet/bölgesel, yerel yönetimler sağlık harcaması oranı, (%)</i> | 22 | 37 |
| <i>Sosyal sağlık sigortası harcaması oranı, (%)</i> | 42 | 37 |
| 2. Cepten yapılan sağlık harcaması oranı, (%) | 29 | 21 |
| 3. Gönüllü sağlık sigortası harcaması oranı, (%) | 7 | 4 |
| 4. Diğer harcamaların oranı, (%)* | 1 | 2 |
| Hanehalkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı, (%), (2018) | 6,9 | 3,2 |

* Ülkede geçici olarak ikamet edenlere ait sağlık harcamalarıdır.

Not: Tablo, uluslararası veri tabanlarında yayımlanan kıyaslanabilir ve kesinleşmiş en yakın yıl verileri kullanılarak hazırlanmıştır. Tahmini (Estimated) veriler kullanılmamıştır.

Kaynak:

1. Health at a Glance 2019 OECD Indicators
2. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD> , Erişim Tarihi: Kasım 2020
3. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL> , Erişim Tarihi: Kasım 2020
4. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=RMW> , Erişim Tarihi: Kasım 2020
5. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018
6. <https://www.tuik.gov.tr/tr/> , Erişim Tarihi: Kasım 2020

İsviçre’de, genelde hastaneler diğer ülkelere göre oldukça küçüktür, ancak nüfus başına düşen hastane sayısı nispeten yüksektir. Hastanelerin yaklaşık %21’i kamuya aittir ve idarenin bir parçası ya da kamu şirketi olarak yönetilir; %25’i vakıf, dernek veya kooperatif gibi kar amacı gütmeyen bir kuruluş tarafından işletilmektedir ve tüm hastanelerin yarısından fazlası özeldir. (Hisse senedi şirketleri, limited şirketler ve bireyler dahil). Bununla birlikte, tüm yatakların yaklaşık %65’i devlet hastanelerinde veya kar amacı gütmeyen hastanelerde bulunmaktadır.

2017 yılında 1.000 kişiye düşen 4,3 hekim ve 17,2 hemşire sayısı ile (OECD ortalaması hekim için 3,5; hemşire için 8,8) Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) ülkeleri arasında sağlık personeli kapasitesi açısından oldukça iyi konumdadır. İsviçre kişi başına düşen sağlık harcaması açısından 2018 itibarıyla 7.317 \$ ile Avrupa Bölgesi’nin en yüksek sağlık harcaması yapan ülkesidir.

Hane halkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı %6,9 (OECD ortalaması ise %3,2 olarak gerçekleşmiştir.) ile cepten yapılan sağlık harcamalarının oranının yüksek olduğu ülkelerdendir. Ayrıca 2018 yılında; İsviçre’nin cari sağlık harcamalarının GSYİH’ye oranı %12,2 ile OECD ülkeleri arasında (OECD ortalaması %8,8) dikkat çekicidir.

ÜLKENİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ

1- ORGANİZASYON YAPISI

İsviçre, doğrudan demokrasinin etkisiyle merkezi bir düzenleyici etrafında şekillenen oldukça karmaşık bir sağlık sistemine sahiptir. İsviçre sağlık sistemindeki görev ve sorumluluklar federal, kanton ve belediye düzeyindeki yönetimlere bölünmüştür.

Sağlık sigortası federal hükümetin sorumluluğunda iken, kamu sağlığı alanında kantonlar rekabet içerisindedir. Kantonlar sağlık hizmetlerinden, koruyucu sağlık hizmetlerinden ve kamu sağlığı düzenlemelerinden sorumludur. Belediyeler ise genelde yaşlı insanlarla ilgili hizmetler, sosyal yardımlar ve evde bakım hizmetlerinden sorumludur.

Federal düzeyde Federal İçişleri Bakanlığı'nın (Federal Department of Home Affairs-FDHA) sosyal güvenlik, sağlık, kültür, istatistikler, cinsiyet ve ırk eşitliği gibi geniş bir sorumluluk alanı vardır. FDHA, sağlık hizmetlerinin geri ödenmesi de dahil olmak üzere sağlık sigortası sisteminin günlük işlerine ilişkin kararlar için ve ilaçların fiyatlandırılması ve geri ödenmesi için son karar merciidir.

Federal düzeyde idari işlerin büyük bir kısmı, yasaların ve düzenlemelerin hazırlanması da dahil FDHA'nın altında kurulan Federal Halk Sağlığı Ofisi (Federal Office of Public Health-FOPH) tarafından yürütülmektedir. Zorunlu sağlık sigortasının (Mandatory Health Insurance-MHI) yasal olarak uygulanmasını denetleyen, yasal sigorta şirketleri tarafından sunulan sigorta primlerini onaylayan ve yasal teminatı (sağlık teknolojisi değerlendirmesi dahil) ve ilaç fiyatlarını yöneten Federal Halk Sağlığı Ofisi'dir (FOPH). Diğer maliyet kontrol önlemleri kanton ve belediye ile paylaşılmaktadır.

Federal hükümet ayrıca bulaşıcı hastalıkların denetlenmesinden sorumludur. Federal hükümete düşen görev ve yükümlülükler kanunda açıkça belirtilmiştir. Kamu sağlığı hizmetlerinin yürütülmesinden sorumlu ana kuruluş Federal Halk Ofisi'dir (FOPH). Hekimler ve laboratuvarlar bulaşıcı hastalıklara ilişkin vaka bildirimlerini düzenli olarak buraya yaparlar. Ofis de raporları inceler, haftalık olarak istatistik yayımlar ve gerekli gördüğü takdirde önlemler alır. Federal İçişleri Bakanlığı (FDHA) ve Federal Halk Sağlığı Ofisi (FOPH) ülkeye başka ülkelere gelebilecek bulaşıcı hastalıkların da denetlenmesinden sorumludur. FOPH'un görev ve sorumlulukları arasında bulaşıcı hastalıkların izlenmesinin haricinde, radyasyondan korunma ve kimyasal maddelerin denetimi, gıda güvenliği, narkotik ile ilgili denetim, alkol, sigara ve uyuşturucu bağımlılığının önlenmesi, sağlık personelinin (hekim, diş hekimi ve eczacı) mesleki yeterliliklerini denetlemek vardır.

Federal Halk Sağlığı Ofisi (FOPH), çalışmalarında üç danışma komisyonu tarafından desteklenmektedir. Federal Konsej bu komisyon üyelerini seçmektedir. Bu komisyonlar FDHA'ya ve FOPH'a tavsiyelerde bulunmaktadır.

a. Federal Tıbbi Faydalar ve Temel İlkeler Komisyonu (ELGK/CFPP): FDHA'ya zorunlu sağlık sigortasını (MHI) yöneten temel ilkeler ve zorunlu sağlık sigortası tarafından kapsanan faydalar hakkında tavsiyelerde bulunur.

b. Federal İlaç Komisyonu (EAK/CFM): FOPH'a farmasötiklerin faydalarına ilişkin tavsiyelerde bulunur.

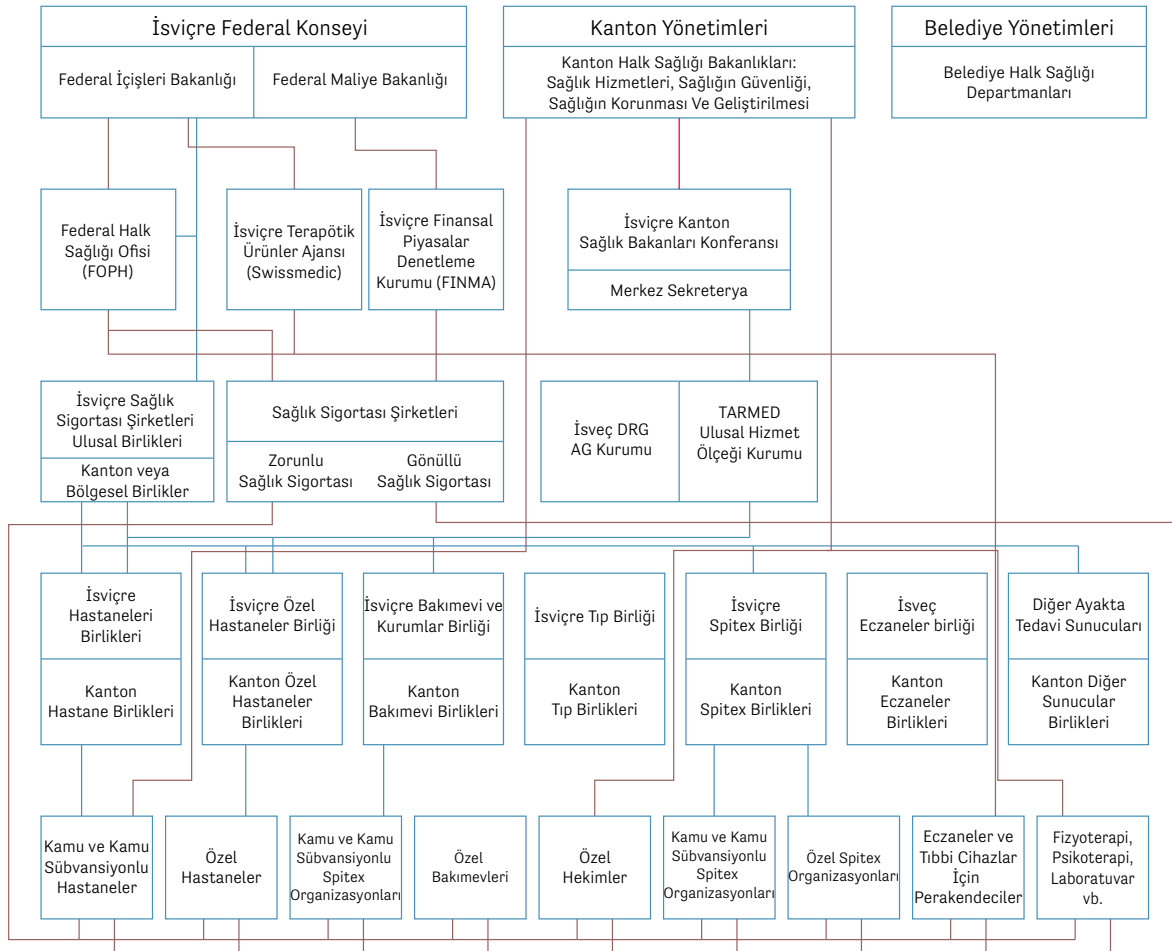
c. Federal Analiz, Ürünler ve Cihazlar Komisyonu (EAMGK/CFAMA): FDHA'ya analizler ve tıbbi cihazlar için değerlendirme ve geri ödeme kararları konusunda tavsiyelerde bulunur.

İsviçre Terapötik Ürünler Ajansı (Swissmedic): Federal İçişleri Bakanlığı'na (FDHA) bağlı ancak resmen bir parçası olmayan İsviçre hükümetinin bir kamu kurumudur. Swissmedic, şirketlerin satış izni için başvuruda bulunurken ödemeleri gereken ücretler, kamu yararına olan hizmetler karşılığında Federal hükümetin ödemeleri ve üçüncü kişilere verilen hizmetlerden alınan ücretler ile finanse edilmektedir.

İsviçre'de 26 kantonun her biri kendi anayasasına sahiptir ve sağlık hizmet sağlayıcılarını lisanslamaktan, hastane hizmetlerini koordine etmekten, kurumları ve bireysel primleri sübvansiyon etmekten ve hastalıkları önleme yoluyla sağlığı teşvik etmekten sorumludur. 26 kantonun her birinin kendi seçilmiş halk sağlığı bakanı vardır. Kantonların ortak siyasi organı olan İsviçre Kanton Halk Sağlığı Bakanları Konferansı'nın (Conference of the Cantonal Ministers of Public Health), önemli bir koordinasyon rolü vardır. Kantonlarda ve ulusal düzeyde pazar baskısı, rekabete bağlı olarak, en çok hastaneler ve sağlık sigortacıları tarafından hissedilir.

Federal Halk Sağlığı Ofisi (FOPH) ve kanton hükümetlerinin sorumluluklarına ek olarak, zorunlu sağlık sigortası (MHI) tarafından finanse edilen kar amacı gütmeyen bir kuruluş olan İsviçre Sağlığın Teşviği (Health Promotion Switzerland), yasal olarak hastalık önleme ve sağlığı geliştirme programları ile ilgilenmekte ve sağlık hakkında kamuoyuna bilgi vermektedir. İsviçre Hastaları Birliği ve sağlık sigortası için ulusal ombudsman, hasta haklarının savunulması aşamasında katkı sağlamaktadır.

Şekil 1: Sağlık Sistemi Organizasyonu ve Finansman Yapısı



Kaynak: <https://international.commonwealthfund.org/countries/switzerland/>

2. SAĞLIK HİZMETİNİN FİNANSMANI

İsviçre’de yaşayan herkesin zorunlu sağlık sigortası ve kaza sigortasına sahip olması gerekmektedir. Diğer Avrupa ülkelerinden farklı olarak, İsviçre sağlık sisteminin finansmanı vergiye dayalı değildir, işverenler tarafından finanse edilmez, birey tarafından İsviçre sağlık sigortası programlarına ödenen primlerle sağlanır. Sigortalı kişiler aylık primler ödemenin yanı sıra, herhangi bir tıbbi konsültasyon ve tedavinin maliyetine, sabit bir miktara kadar da katkı yapmak zorundadır.

Sigorta şirketleri ve sigorta primleri liste halinde yıllık olarak Federal Halk Sağlığı Ofisi’nin (FOPH) web sitesinde yayımlanmaktadır.

Kamu tarafından sağlanan sağlık sigortası desteği için üç kamu fonu akışı vardır:

1. İsviçre Konfederasyonu; kantonlar ve belediyelere vergi destekli bütçeler yoluyla sağlık hizmeti sağlayıcıları için sağladığı doğrudan finansman. Bu harcamanın en büyük kısmı, yatan hasta akut bakımını sağlayan hastanelere kanton sübvansiyonları olarak verilmektedir.
2. Zorunlu sağlık sigortası (MHI) primleri.
3. Sağlıkla ilgili kaza sigortası, yaşlılık sigortası, maluliyet sigortası kapsamındaki sosyal sigorta primleri.

2.1. Zorunlu Sağlık Sigortası (MHI)

Zorunlu sağlık sigortası kapsamı evrenseldir. İsviçre’ye yerleşen herkesin yasal olarak yerleşmelerinden sonraki üç ay içinde zorunlu sağlık sigortasına kaydolmaları gerekmektedir. Sigorta poliçeleri genellikle bireyseldir, işverenler tarafından desteklenmez. Zorunlu sağlık sigortası (MHI) teminat paketi, Federal İçişleri Bakanlığı (FDHA) tarafından hizmetlerin etkili ve uygun maliyetli olup olmadığı değerlendirilerek yasal olarak tanımlanmaktadır.

Zorunlu sağlık sigortası, belirli bir bölgedeki sigortalı bireylerin geçmiş, cari ve gelecekteki tahmini maliyetlerini karşılamak için hesaplanan primleri belirleyen Federal Halk Sağlığı Ofisi (FOPH) tarafından denetlenen, kar amacı gütmeyen sigorta şirketleri tarafından sunulmaktadır.

MHI şirketleri, kişilerin ve sağlayıcılarının seçimindeki kısıtlamalara bağlı olarak değişen farklı MHI politikası türleri sunmaktadır. Fonlar, sigortacılar arasında bir önceki yıl üst üste üç günden fazla olan hastane ya da bakım evi konaklamalarına göre kanuni, yaş, cinsiyet durumları da gözetilerek ayarlanan risk eşitleme planına uygun olarak merkezi bir fon tarafından yeniden dağıtılır. İsviçre’de yaklaşık 60 kayıtlı sağlık sigortası şirketi vardır, her biri temel sağlık sigortası poliçelerinde aynı faydaları sunar ve önceden var olan sağlık koşulları ne olursa olsun, başvuran birini kabul etmek zorundadır. Herkes kendi sigortacısını seçmekte özgürdür.

Sigorta şirketine yatırılan primler cinsiyet (kadın-erkek primleri farklıdır), sağlık durumu ya da sağlık durumundan bağımsız olan kişiler için üç farklı yaş sınıfına göre değişkenlik göstermektedir. Yaş sınıfları 0-19 yaş; 19-26 yaş ve 26 yaş ve üstü olarak tanımlanmıştır.

Asgari yıllık tutar yetişkinler için yaklaşık 300 CHF (280 €)’dir. Ayrıca, tüm hizmetler için (gönüllü sigorta kapsamında bulunmayan) %10’ luk bir katkı payı oranı uygulanmaktadır. Katkı payı ödemeleri indirimin boyutuna bağlı olarak 1000 CHF (933 €) ile 3.200 CHF (2.987 €) arasındadır. Ön ödeme (indirgenebilir tutar, belirli bir tutara ulaşana kadar cepten harcama yapılması durumu) limitine göre sigorta primleri de değişmektedir.

Sigorta şirketleri zorunlu sağlık sigortasından kar edemez ancak aynı şirketler bireylere kar etmesine izin verilen özel sağlık sigortası (VHI) önerebilir.

2.2. Özel Sağlık Sigortası (VHI)

Temel zorunlu sağlık sigortası, bazı tıbbi ihtiyaçlar için yeterli olmayabilir. Kişiler; fitness paketleri, ortodonti tedavisi, gözlükler /kontakt lensler, hastanelerde hekim seçimi ve özel veya yarı özel hastane odasında konaklamalar gibi ek hizmetler için ek özel sağlık sigortası alabilmektedir.

Özel sağlık sigortası kapsamında, hastane hekiminin seçimi ya da istediği bir hastanede konaklama gibi zorunlu sağlık sigortasının kapsamında olmayan ek hizmetler bulunabilmektedir.

Özel sağlık sigortası, İsviçre Finansal Piyasalar Denetleme Kurumu (Swiss Financial Market Supervisory Authority (FINMA) tarafından düzenlenmektedir. Sigortacılar, teminat paketlerini ve primleri çeşitlendirebilir veya başvurularını tıbbi geçmişine dayanarak reddedebilir. Hizmet fiyatları genellikle sigorta şirketleri ve sağlayıcılar arasında doğrudan müzakere edilir. Özel sağlık sigorta şirketleri için özel sağlık sigortası üyelik şartlarını, temel sağlık sigortası kapsamında elde edilen sağlık bilgilerine dayandırmak yasadışıdır, ancak bu kural pratikte uygulanmamaktadır.

3- GERİ ÖDEME SİSTEMİ

3.1. Kapsam

Zorunlu temel sigorta sistemi kapsamında hastalar kendi kantonları içinde kamu veya özel hastaneleri tercih edebilmektedir. İsviçre sağlık sigortası, diğer Avrupa Birliği (AB) ülkelerine yapılan kısa süreli seyahatlerdeki sağlık hizmetlerini kapsayabilir. Kişi, AB üyesi olmayan ülkelerde acil tedavi için, geri ödemeyi talep edebilir, ancak tutar tedavinin İsviçre'deki maliyetinin maksimum %90'ı kadardır. Bununla birlikte, teminatın olup olmadığına bakılmaksızın geri alacağı yüzdelik oran, sigorta şirketine bağlıdır.

Bebekler doğumdan itibaren sigortalıdır ancak doğumdan sonraki üç ay içinde primi ödenerek ebeveynleri tarafından zorunlu sağlık sigortası yaptırılmalıdır. Çocukların ebeveynleri ile aynı şirket tarafından sigortalanması gerekmez. Bir çocuk 18 yaşına geldiğinde, kendi sağlık sigortası ödemelerinden resmen kendisi sorumludur.

Zorunlu sağlık sigortası (MHI) poliçesi aşağıdaki başlıkları kapsamaktadır:

- Sözleşme yapılmış hekimler tarafından yapılan ayakta tedavi,
- İkamet edilen kantondaki sözleşme yapılan hastanenin genel bölümünde yatarak tedavi ve çok yataklı odada kalma,
- Acil tedavi,
- Nakil / kurtarma masraflarına katkı,
- Hekimler tarafından reçete edilen ilaçlar ve resmi listelerde bulunan laboratuvar tetkikleri,
- Annelik muayeneleri, testler, doğum öncesi eğitimleri, doğum,
- Düşükler ve jinekolojik muayeneler,
- Aşılama,
- Çocuklar için okul öncesi sağlık muayeneleri,
- Operasyon veya hastalık sonrası rehabilitasyon,
- İsviçre dışında kısa seyahatlerde tıbbi tedavi,
- Tıbbi uygulamada verildiyse, homeopati ve Çin tıbbi ve psikoterapi gibi bazı alternatif tedaviler.

Hastane hizmetleri MHI tarafından karşılanmaktadır, ancak kantonlar tarafından da sübvansede edilmektedir.

Akil ve ruh sağlığına özen gösterilmektedir. Bu alanda sözleşmeli hekimler tarafından sağlanan tedavi masrafları karşılanmaktadır. Hekim dışındaki uzmanların hizmetleri (örneğin psikologların psikoterapileri) sadece yetkin bir tıp doktoru tarafından reçete edilirse ve onun pratiğinde verilirse karşılanmaktadır.

Zorunlu sağlık sigortası (MHI), uzun süreli bakımda sadece tıbbi olarak gerekli hizmetleri kapsar. Federal Halk Sağlığı Ofisi (FOPH) ve İsviçre Kanton Sağlığı Bakanları Konferansı, bakımevlerinin bakımı finansmanında var olan boşlukları gidermeyi amaçlamaktadır. Yetişkinler için gözlük ve kontakt lensler (tıbbi olarak gerekmediği sürece) gibi diş tedavileri de büyük ölçüde MHI'nın dışında tutulmaktadır.

Ağız ve diş sağlığı hizmetleri kamuya ait diş kliniklerince ve özel sektör diş hekimlerince verilir. Zorunlu temel sağlık sigortası sadece belirli temel cerrahi işlemleri ve operasyonları öder, önleyici ve koruyucu tedaviler için ödeme yapmaz.

Annelik bakımı ve bazı önleyici hizmetler tamamen kapsanmıştır ve bu nedenle kesintilerden ve ödemelerden muaf tutulur. Okuldaki çocuklar veya genç yetişkinler (25 yaşına kadar) yatan hasta bakımı için ödeme yapmazlar. Federal hükümet ve kantonlar, MHI primlerini karşılamak için bireylere veya hanelere gelir bazlı sübvansiyonlar sağlar; gelir eşikleri kantona göre değişmektedir. Yerleşiklerin %26,9'u bireysel prim sübvansiyonlarından yararlanmıştır. Belediyeler veya kantonlar, sosyal yardım yararlanıcılarının ve ek yaşlılık ve sakatlık ödeneği hak sahiplerinin sağlık sigortası masraflarını karşılamaktadır.

İsviçre Federal Konseyi'nin "Ulusal Sağlık 2020 Stratejisi"; düşük gelirli veya eğitim düzeyi düşük, yaşlılar ve göçmenler, çocuklar ve gençler gibi savunmasız nüfus gruplarının sağlık fırsatlarını iyileştirme hedefini içermektedir. Amaç, savunmasız nüfus gruplarının gerekli sağlık hizmetlerinden uygun şekilde yararlanmalarını sağlamaktır. Sağlık sistemi ve sağlık erişimindeki farklılıklar, beş yılda bir "İsviçre Sağlık Anketi" tarafından kamuoyu ile ölçülmekte ve rapor edilmektedir.

3.2. Maliyet Paylaşımı (Katkı ve Katılım Payları-Cepten Ödeme)

Zorunlu sağlık sigortası kapsamında, sigortacılar indirgenebilir tutarı yetişkinler için asgari yıllık 300 CHF (280 €) ve 18 yaşına kadar olan çocuklar için 0 CHF (ücretsiz) olarak teklif etmeleri gerekmektedir, ancak sigortalı kişiler daha düşük bir prim ödeyerek daha yüksek bir indirim almayı seçebilmektedir (yetişkinler için 2.500 CHF (2.333 €)'ye kadar, çocuklar için 600 CHF (560 €)'ye kadar). Bu hasta olmanız durumunda daha fazla ödeme yapmanız, ancak iyi olduğunuzda da daha düşük primler ödemeniz anlamına gelir. (Yani bir yetişkin 2.500 CHF'ye kadar olan temel sigorta kapsamındaki masrafları kendisi karşılamayı kabul etmesi halinde daha düşük prim ödemektedir. 2.500 CHF'yi aşması halinde aradaki fark zorunlu sigortadan karşılanmaktadır.) Avantajlar arttıkça, prim de artmaktadır. Kişiler, sigorta şirketlerine, eksik veya yanlış bilgi verirse, sigortacılar sigortalamayı reddedebilir veya sigortayı feshedebilir.

Sigortalıların %22,3'ü standart %14,7'si daha yüksek indirimli bir model ve %63'ü ise öncelikle aile hekimine muayene olma gerekliliği olan (doğrudan hastaneye gidilemeyen) başka bir modeli seçmiştir.

Sigorta kapsamına girmeyen hizmetler için (ve maliyet paylaşımına ek olarak) cepten yapılan ödemeler toplam sağlık harcamalarının %18,6'sını oluşturmuştur. Bu cepten ödemelerin çoğu diş hekimliği ve uzun süreli bakım için harcanmıştır. Zorunlu sağlık sigortası (MHI) altındaki sağlayıcıların ücret tarifesinin üzerinde ücret talep etmelerine izin verilmemektedir.

Sigortalı kişiler, sağlık hizmetleri için (aile hekimliği konsültasyonları dahil) çoğunlukla %10 oranında katkı payı ödemektedir, ancak belirli bir yılda ödenecek tutar sınırlandırılmıştır.

Hizmet başına ödeme yöntemi, İsviçre'de en yaygın geri ödeme yöntemidir. Ayakta tedavi ve 2012' den bu yana akut yatan hasta bakımı için tarifeler sigorta şirketleri ve hizmet sağlayıcıları birlikleri tarafından ortaklaşa geliştirilen ulusal çerçevelere dayandırılmaktadır. Yatan hasta rehabilitasyonu ve yatan hasta psikiyatrisi için ulusal tarife çerçevelerinin geliştirilmesi çalışmaları devam etmektedir. Hastane yatışlarında, yatış günü başına ilave 15 CHF (14 €) ek ücret alınmaktadır.

Uzun süreli bakım için, MHI hastanın bakım ihtiyacına bağlı olarak bir katkı öder ancak hasta da MHI'nin katkısının %20'si oranında bir katkı payı ödemektedir. Kantonlar kalan masrafları karşılamaktadır.

3.3. İlaçların Ruhsatlandırılması, Fiyatlandırılması ve Geri Ödemesi

İlaçların İsviçre pazarında olabilmesi için onay ve piyasa gözetimi İsviçre Terapötik Ürünler Ajansı (Swissmedic) tarafından yapılmaktadır. Federal Halk Sağlığı Ofisi (FOPH) ise geri ödeme ve fiyatlandırmadan sorumludur. Swissmedic onayı, yeni ilaçların geri ödenmesi için ön koşuldur.

İsviçre’de referans fiyat sistemi uygulaması yoktur. “farklı ülke fiyat kıyaslaması” ve “terapötik fiyat kıyaslaması” olarak 2 method uygulanmaktadır.

“Farklı ülke fiyat kıyaslaması”nda ekonomik açıdan ve eczacılık alanında benzer ülkeler (Almanya, Danimarka, Hollanda, Birleşik Krallık, Fransa, Avusturya) ile (KDV oranlarının farklı olabileceği göz önüne alındığı için) fabrika çıkış fiyatları üzerinden kıyaslama yapılmaktadır. Fiyatın yüksek çıkması halinde genelde ilaç geri ödemeye alınmamaktadır. “Terapötik fiyat kıyaslaması”nda ise benzer endikasyonda veya benzer etki mekanizmasına sahip diğer ilaç grupları ile kıyaslama yapılmaktadır.

Jenerik ilaç piyasaya çıktığı anda orijinal ilacın patent koruma süresi geçtiyse fiyatı ucuzlamaktadır. Orijinal ürünün cirosuna göre değişen oranlarda indirim olmaktadır. Yüksek ciro potansiyeline sahipse yüksek oranda indirim yapılmaktadır. Jenerik ilaçlarda farklı ülke fiyat kıyaslaması yapılmamaktadır.

İsviçre’de pozitif liste uygulaması mevcuttur. Pozitif liste herkese açık şekilde (<http://www.listofpharmaceuticalspecialities.ch/>) web adresinde yayımlanmaktadır.

Liste ilk olarak 1955 yılında yayımlanmıştır. Listedeki ilaçların %85’i reçeteli ilaç olup OTC (Over the Counter -Tezgah Üstü) ilaçlar da geri ödenebilmektedir. Geleneksel bitkisel ürünler, homeopatik ürünler gibi ürünler de karşılanabilmektedir.

Her yıl listedeki ilaçların üçte biri fiyat açısından tekrar gözden geçirilmektedir. Her üç yılda bir tüm liste güncellenmiş olmaktadır. Farklı ülke fiyat kıyaslaması yoksa terapötik fiyat kıyaslaması yapılmaktadır.

İlaçlarda sabit katılım payı uygulaması yoktur. Ön ödeme tutarına ulaştıktan sonra %20 veya %10 katılım payı ödenmektedir. Ön ödemede sigortalı kişi aylık primlerin seviyesine göre indirim türünü kendi seçmektedir. Daha yüksek fiyatlı orijinal ilaçlar yerine jenerikler için %10 oranında katılım payı alınmaktadır. Özel bir isimle ilaç reçete edilmiş jenerik alternatifi olan ilaçlar için, %10 yerine %20 oranında katılım payı alınabilmektedir. Hasta 12 aylık dönem içinde ilaçlara yaptığı 2.200 CHF (2.053 €) harcamasından sonra tam olarak sübvansiyona tabi tutulmaktadır.

Reçetesiz satılan ilaçlar sigorta kapsamına girmemektedir. Hükümet, geri ödeme listesine kabul edilen ilaçlar ve İsviçre Sağlık Sigortası kapsamında geri ödeme oranları hakkında bilgi yayımlamaktadır.

İsviçre’ye özgü bir husus da, ilaçların yalnızca eczaneler tarafından dağıtılmamasıdır. (bazı kantonlar hariç) İsviçre’de satılan tüm ilaçların yaklaşık %24’ü (değer bakımından) uygulama içi eczaneleri aracılığıyla ilaç reçete eden hekimler tarafından sunulmaktadır.

Yatan hasta sektöründeki ilaç alımı tek tek hastaneler veya hastane sahibi kuruluşlar tarafından, satın alma organları aracılığıyla yapılmaktadır, merkezileştirilmemiştir.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO)’nun Avrupa bölgesinde 2015 yılında yaptığı bir araştırmada; İsviçre, Danimarka ve Finlandiya’da kişilerin sağlık hizmetlerinden faydalanırken belirli bir miktara kadar cepten ödeme yapmaları dikkat çekici bulunmuştur.

3.4. Tıbbi Cihazların Onayı ve Geri Ödemesi

Swissmedic, İsviçre'deki tıbbi cihazların onay ve denetim sürecini aşağıdaki 7 aşamada yürütmektedir.

1. Klinik çalışmaların onaylanması
2. Uygunluk Değerlendirme Organları (CAB) tarafından tayin ve gözetim
3. Ürünü piyasaya sürmek için zorunlu bildirim; bazı istisnalar mümkün
4. İhracat sertifikaları (Ücretsiz Satış Sertifikaları, FSC)
5. Önemlilik
6. Pazar gözetimi
7. Denetimler

MiGel "Mittel und Gegenständeliste" geri ödeme kriterlerini ve sağlık sigortası şirketlerinin geri ödemeye mecbur oldukları genel tıbbi ürün kategorilerini listelemektedir. MiGel, FOPH tarafından, diğer Federal danışma organlarıyla birlikte oluşturulmaktadır.

Tıbbi cihazın geri ödenmesi hakkının genel koşulları şunlardır:

- Ürün İsviçre pazarında kabul edilebilir olmalıdır.
- Ürün, bir hastalığın ve sonuçlarının tedavisini denetleme amacıyla, gerekli terapötik amacı yerine getirmelidir.
- Ürünün onaylanmış teslim noktası, ürünü doğrudan sigortalıya teslim etmelidir.

Federal Halk Sağlığı Ofisi (FOPH), ödenen tıbbi cihazları ve diğer tıbbi ürünleri periyodik olarak gözden geçirerek değerlendirme sürecinin gerekli olup olmadığını değerlendirecektir.

Bir değerlendirme gerekli görüldüğünde, FOPH' un klinikten yasal parametrelere göre değerlendireceği sağlık teknolojisi değerlendirmelerini sağlamak, başvuru sahibinin sorumluluğundadır. Raporları, nihai karar için Federal İçişleri Bakanlığı'na (FDHA) iletilecektir. FDHA, tıbbi bir cihaz ile ilgili; bir cihazın geri ödeme, koşullu geri ödeme ve geri ödemenin reddi olarak karar verir. Koşullu geri ödeme, belirli endikasyon grupları, belirli sağlık merkezleri, ikinci basamak tedavisi ve veya devam eden teşhis için yıllık raporlarla kullanılan ürünleri içerir.

3.5. Maliyetlerin Hesaplanması

İsviçre'nin sağlık bakım maliyetleri dünyadaki en yüksek maliyetler arasındadır. Kâr amacı gütmeyen sağlık sigortacıları ve hizmet sağlayıcıları arasında "düzenlenmiş rekabet", yüksek kaliteli sağlık bakımını garanti altına almayı ve sigortalılar arasında dayanışma tesis etmeyi amaçlamaktadır. Bunlar 1996 yılında tanıtılan Zorunlu sağlık sigortası (MHI)'nin amaçlarıydı. Bu amaçların çoğuna ulaşılsa da, rekabetin sağlık bakım maliyetlerini kontrol etme kapasitesinin eleştirisi olmuştur. Bununla birlikte, küresel bir bütçe asla bu sorun için olası bir çare olarak görülmemiştir. Başarısızlıklar, büyük ölçüde yetersiz risk eşitlemesi, hastanelerin ikili finansmanı ve sigortacılar tüm sertifikalı sağlayıcılarla sözleşme yapma baskısı yüklemektedir.

Olası maliyet düşürücü önlemlere genel bakış Ulusal Sağlık 2020 Stratejisinin bir parçasıdır. Strateji, hizmet sunucuları için teşviklerin sınırlandırılması noktasında daha fazla sabit oranlı ücretlendirme mekanizmalarına ve mevcut ücret programlarının gözden geçirilmesine duyulan ihtiyacı ortaya koymaktadır. Ayrıca, uzmanlık alanlarının yetersiz kalması, çoğaltılmış altyapının ortadan kaldırılması ve daha deneyimli tedarikçi ekipler aracılığıyla tedavilerin kalitesinin artırılması için daha az alanda ilacın yoğunlaştırılması gereği de belirtilmiştir.

Yatan hasta bakımı için, İsviçre ulusal DRG (DRG-Diagnosis Related Group- Teşhis İlişkili Grup) sistemi 2012'den beri kullanılmaktadır. Kâr amacı gütmeyen kuruluş SwissDRG AG, hastane masraflarını belirlemek üzere oluşturulmuştur. Vaka başına maliyetin ulusal sistemini tanımlamaktan, geliştirmekten ve uyarlamaktan sorumludur.

İlaç maliyetlerini kontrol etmek için, tüm yeni ilaçlarla ilgili kapsama kararları, etkinliklerinin (Swissmedic tarafından) ve maliyetlerinin (Federal Halk Sağlığı Ofisi tarafından) değerlendirilmesi yapılır. Her yıl mevcut ilaçların üçte birinin fiyatları yeniden değerlendirilmektedir.

Ayakta tedavi hizmetleri fiyatları, zorunlu sağlık sigortası (MHI) tarafından kapsanan tüm hizmetlerin ulusal maliyet düzeyinde göreceli maliyet ağırlığını tanımlayan ve İsviçre Federal Konseyi tarafından yetkilendirilen hizmet bedeli ölçeği TARMED kullanılarak belirlenir. TARMED değerleri kantonlar ve servis grupları arasında değişebilmektedir (örn. hekimler, ayakta tedavi hastane hizmetleri).

4- İSVİÇRE İLE TÜRKİYE’NİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMLERİNİN KİYASLANMASI

İsviçre’de sağlık sigortacılığı; Türkiye’de Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından sunulan kamu sigortacılığı olan Genel Sağlık Sigortası (GSS) sisteminden oldukça farklıdır. En başta İsviçre yönetim sisteminde federal, kanton ve belediyeler arasında görev ve sorumluluklar paylaştırılmıştır. Bu yönetim sistemi sağlık sisteminin işlerliğinde de dikkat çekmektedir. 26 kantonun her biri kendi anayasasına sahiptir her birinin kendi seçilmiş halk sağlığı bakanı vardır. Kantonların ortak siyasi organı vardır. Sağlık sigortası federal hükümetin sorumluluğunda iken, kamu sağlığı alanında kantonlar rekabet içerisinde.

Uluslararası istatistiklerde İsviçre’de nüfusun %100’ü sağlık sigortası kapsamında olarak anılsa da kişiler için temel sağlık sigortası (MHI) yaptırmak zorunludur. Türkiye’de ise 2017 yılı OECD verilerine göre nüfusun %99,2’si sağlık sigortası kapsamında yer almaktadır. SGK verilerine göre 2019 yılı itibarıyla bu rakam %99,5’e ulaşmıştır. GSS sisteminden faydalanan kişi sayısı çok olmasına rağmen mevzuatımızda kapsam dışında kalan kişiler de belirtilmiştir. TBMM üyeleri, yüksek yargı üyeleri, banka sandıkları üyeleri ile tutuklu ve hükümlüler GSS sistemi kapsamı dışındadır. Bu kişilerin sağlık hizmetleri ilgili kurumlarınca karşılanmaktadır. Türkiye’de genel sağlık sigortasından faydalanabilmek için; geriye dönük bir yıl içerisinde toplam 30 gün GSS primi ödenmiş olması, kendi nam ve hesabına çalışanlar için sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihte yukarıdaki şartın yanı sıra 60 günden fazla prim borcunun bulunmaması gerekmektedir. Türkiye’de sigortalı ve bakmakla yükümlü olunanların genel sağlık sigortasından yararlanmaları için 2020 yılı için aylık 88,29 TL ödemeleri yeterlidir.

Sağlık sigorta sisteminin finansmanı Türkiye’de vatandaşlar tarafından ödenen sosyal sigorta primleri ve ¼ devlet katkısı ile sağlanmaktadır. İsviçre’de diğer Avrupa ülkelerinden farklı olarak, sağlık sisteminin finansmanı vergiye dayalı değildir, işverenler tarafından finanse edilmez, birey tarafından İsviçre sağlık sigortası programlarına ödenen primlerle sağlanmaktadır.

MHI şirketleri, kişilerin ve sağlayıcılarının seçimindeki kısıtlamalara bağlı olarak değişen farklı MHI politikası türleri sunmaktadır. Ayrıca zorunlu sigortanın kapsamadığı hususlar için kişiler özel sağlık sigortası yaptırabilirler. Yaş, cinsiyet, indirgenebilir tutar (belirli bir limite kadar cepten yapılan harcama tutarı) limiti gibi faktörler primlerin miktarını etkilemektedir. İsviçre sağlık sigorta sistemi cepten yapılan harcamalar açısından oldukça spesifiktir. Kısacası primler ve ödemeler kişilerin sigorta poliçelerine göre değişmektedir.

İsviçre’de MHI’nın kapsamı (ayakta tedavi, yatarak tedavi, acil tedavi, ilaçlar ve resmi listelerde bulunan laboratuvar tetkikleri, annelik muayeneleri, testler, doğum öncesi eğitim, doğum, düşükler ve jinekolojik muayeneler, aşılama, çocuklar için okul öncesi sağlık muayeneleri, operasyon veya hastalık sonrası rehabilitasyon, İsviçre dışında kısa seyahatlerde tıbbi tedavi, homeopati ve Çin tıbbi ve psikoterapi gibi bazı alternatif tedaviler.) Türkiye’de genel sağlık sigortası kapsamında sunulan sağlık hizmetleri ile (tedavi, ilaç, tıbbi malzeme) yaklaşık olarak benzerdir.

Türkiye’de genel sağlık sigortalılarına sunulan sağlık hizmetleri; sağlık hizmeti sunucuları ile yapılan sözleşmeler, Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) üzerinden yapılan düzenlemeler, Sağlık Hizmeti Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen bedeller vasıtasıyla yürütülmektedir. Sosyal Güvenlik Kurumu bir geri ödeme kurumu olarak hizmet vermektedir. Sağlık hizmetlerinin temini için, eczaneler de dahil olmak üzere kamu hastaneleri, üniversite hastaneleri ve özel sağlık hizmet sunucuları ile sözleşme yapılarak sağlık hizmetleri finanse edilmektedir. Türkiye’de sağlık hizmetleri birinci basamakta Sağlık Bakanlığına bağlı aile hekimleri ile yatarak tedavide kamuda Sağlık Bakanlığı ve üniversiteler, özel sektörde hastaneler tarafından sunulmaktadır. İsviçre’de ise MHI’nın yasal olarak uygulanmasını denetleyen, yasal sigorta şirketleri tarafından sunulan sigorta primlerini onaylayan ve yasal teminatı (sağlık teknolojisi değerlendirmesi dahil) ve ilaç fiyatlarını yöneten Federal Halk Sağlığı Ofisi’dir (FOPH). Diğer maliyet kontrol önlemleri kanton ve belediyelerle paylaşılmaktadır.

Türkiye’de hastaneye (kamu/özel) başvururken ödenen “muayene katılım payı”, “ilave ücret” uygulaması bulunmaktadır. İsviçre’de sigorta poliçelerine bağlı olarak bu oranlar ve belirli bir limite kadar olan cepten yapılan harcamalar dikkat çekicidir ve değişkendir.

İsviçre’de zorunlu temel sağlık sigortası ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde sadece belirli temel cerrahi işlemleri ve operasyonları öder, önleyici ve koruyucu tedaviler için ödeme yapmamaktadır.

Türkiye’de reçeteler için sabit katılım payı uygulaması mevcut iken İsviçre’de böyle bir uygulama yoktur. Türkiye’de her bir reçete için; 3 kutuya kadar (üç kutu dahil) temin edilen ilaçlar için 3 TL, 3 kutuya ilave temin edilen her bir kutu ilaç için 1 TL olmak üzere katılım payı alınır. İki ülkede de ilaçlarda %10 ila %20 oranında katılım payı ödenmektedir. Ancak İsviçre’de ön ödeme tutarına (sigorta poliçesinde anlaşmaya varılan) ulaşana kadar cepten ödeme yapılmaktadır. Sigortalı kişi aylık primlerin seviyesine göre ön ödeme tutarını kendi seçer. Türkiye’de kronik hastalıklarda olan katılım payından muafiyet gibi bir durum İsviçre’de söz konusu değildir. Sadece orijinal ilaçlar yerine jenerik ilaçlar tercih edilmesi durumunda %10 oranında katılım payı ödenmektedir. Ayrıca Türkiye’de Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişilerden daha düşük katılım payı (%10) alınırken İsviçre’de böyle bir durum söz konusu değildir.

Türkiye’de ilaçlarda referans fiyat uygulaması bulunmakta İsviçre’de referans fiyat uygulaması uygulamamaktadır. “Farklı ülke fiyat kıyaslaması” ve “Terapötik fiyat kıyaslaması” olarak 2 method uygulanmaktadır. Geri ödeme listesine alınan ilaçlar için pozitif liste uygulaması hem Türkiye’de hem İsviçre’de mevcuttur. Ekonomi ve sağlık göstergelerine ilişkin Türkiye, İsviçre ve OECD üyesi ülkelerin ortalama verilerinin kıyaslamasına aşağıda tablo olarak yer verilmiştir.

Tablo 3: Ekonomi ve Sağlık Göstergelerinin Türkiye ve OECD Ortalaması ile Karşılaştırılması

| ÜLKE | İSVİÇRE | TÜRKİYE | OECD |
|---|--------------------|-------------------|-------------------|
| Nüfus, (2018) | 8.516.54 | 82.003.882 | - |
| Kişi başına düşen GSYİH, (\$), (2018) | 82.796 | 9.370 | - |
| Asgari ücret tutarı, (\$), (2018), (aylık) | - | 420 | - |
| Cari sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı, (%), (2018) | 12,2 | 4,2 | 8,8 |
| Kişi başına düşen toplam sağlık harcaması, (\$), (2018) | 7.317 | 1.227 | 3.994 |
| Kişi başına düşen ilaç harcaması, (\$), (2017) | 963 | - | 564 |
| Doğumda beklenen yaşam süresi kadın, Doğumda beklenen yaşam süresi erkek, (yıl), (2018) | 85,7 81,9 | 81,8 75,6 | 83,4 78,1 |
| Sigorta tarafından kapsanan nüfus oranı, (2017)* | 100 | 99,2 | - |
| 1.000 Kişiye düşen hekim sayısı, 1.000 Kişiye düşen hemşire sayısı, 1.000 Kişiye düşen yatak sayısı, (2017) | 4,3 17,2 4,5 | 1,9 2,1 2,8 | 3,5 8,8 4,7 |
| Toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı, (%), (2018) | | | |
| 1. Kamu sağlık harcaması oranı, (%) | 64 | 77 | 74 |
| <i>Merkezi hükümet/bölgesel, yerel yönetimler sağlık harcaması oranı, (%)</i> | 22 | 23 | 37 |
| <i>Sosyal sağlık sigortası harcaması oranı, (%)</i> | 42 | 54 | 37 |
| 2. Cepten yapılan sağlık harcaması oranı, (%) | 29 | 17 | 21 |
| 3. Gönüllü sağlık sigortası harcaması oranı, (%) | 7 | 0 | 4 |
| 4. Diğer harcamaların oranı, (%)** | 1 | 5 | 2 |
| Hane halkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı, (%), (2018) | 6,9 | 1,2 | 3,2 |

* SGK verilerine göre 2019 yılı itibarıyla %99,5'dir.

** Ülkede geçici olarak ikamet edenlere ait sağlık harcamalarıdır.

Not: Tablo, uluslararası veri tabanlarında yayımlanan kıyaslanabilir ve kesinleşmiş en yakın yıl verileri kullanılarak hazırlanmıştır. Tahmini (Estimated) veriler kullanılmamıştır.

Kaynak:

1. Health at a Glance 2019 OECD Indicators
2. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD> , Erişim Tarihi: Kasım 2020
3. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL> , Erişim Tarihi: Kasım 2020
4. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=RMW> , Erişim Tarihi: Kasım 2020
5. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018
6. <https://www.tuik.gov.tr/> , Erişim Tarihi: Kasım 2020

KAYNAKLAR

- 1) <https://www.tforg.com/how-we-think/sweetspot-blog/2015/10/28/a-look-at-the-reimbursement-and-regulatory-system-for-medical-devices-in-switzerland/>
- 2) <https://international.commonwealthfund.org/countries/switzerland/>
- 3) Medicines Reimbursement Policies In Europe, WHO,2018 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/376625/pharmaceutical-reimbursement-eng.pdf?ua=1
- 4) Health Systems in Transtion Vol.17 No.4,2015 Switzerland, Health Sytem Review
- 5) <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits/full-list-of-country-hits/switzerland-hit-2015/switzerland-hit-summary-2015-english>
- 6) Health at a Glance 2019 OECD Indicators
- 7) <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD>, Erişim Tarihi: Kasım 2020
- 8) <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL>, Erişim Tarihi: Kasım 2020
- 9) <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=RMW>, Erişim Tarihi: Kasım 2020
- 10) <https://wageindicator.org/salary/minimum-wage/switzerland>
- 11) Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018
- 12) <https://www.tuik.gov.tr/tr/>, Erişim Tarihi: Kasım 2020





İTALYA SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ



ÖZET

Avrupa'nın en önemli devletlerinden biri olan İtalya, geçirdiği ekonomik krize rağmen sahip olduğu ekonomik büyüklük ile ciddi bir güce sahiptir. Ülke, 20 bölgeden oluşmaktadır. Ülkenin bu yapısı, diğer alanlarda olduğu gibi sağlık alanındaki uygulamalarda da etkisini göstermektedir.

Ülkede sağlık sigortası sistemi, 1978 yılından beri "Ulusal Sağlık Hizmeti-SSN" adı altında örgütlenerek, vatandaşlara ve ülkede yerleşik yabancılara, daha çok vergilerle finanse edilen ve bölgesel bazlı olan bir genel sağlık sigortası modeli üzerine kuruludur.

Ülkenin bölgelere ayrılmış olan idari yapısı, sağlık sisteminin de yönetsel olarak merkezi olmayan bir yapıda olmasına neden olmuştur. Sağlık sistemi, ulusal, bölgesel ve yerel düzeyde oluşturulmuştur. Ulusal düzeyde Sağlık Bakanlığı, sağlık sisteminin hedeflerini ve temel prensiplerini belirlemektedir. Bölgesel düzeyde ise bölgesel hükümetler, bölgesel sağlık hizmetlerinin kamu ve özel yerel sağlık hizmet sunucuları aracılığıyla düzenlenmesi, planlanması ve sunulmasından sorumludur. Bölgesel hükümetlerin yönetim kapasitesi, sağlık sisteminin işleyişi üzerinde çok önemli bir role sahiptir. Yerel düzeyde ise, birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri doğrudan ya da kamu ve ruhsatlı özel hastaneler aracılığıyla sunulmaktadır.

Sağlık Bakanlığı tarafından sisteme ilişkin genel çerçeve oluşturulmaktadır. Bölgeler, bu genel çerçeve doğrultusunda çeşitli kararları almakta serbest bırakılmışlardır. Örneğin katılım payı uygulaması bazı bölgelerde bulunmamakta iken; finansman yetersizliği veya sağlık hizmeti kullanımındaki suistimalleri önlemek vb. açısından bazı bölgelerde bulunmaktadır.

Ülke içerisinde ayrı bir şekilde yapılandırılmış bir geri ödeme kurumu bulunmamaktadır. Genel ve bölgesel düzeyde toplanan vergiler yoluyla sağlık hizmetleri sunmaya çalışmakta olan sistemde, Sağlık Bakanlığı hazırladığı teminat paketinin tüm faydalanıcılara eksiksiz ulaşmasını sağlamaktadır. Ancak kuzey bölgelerin, güney bölgelerden daha gelişmiş olması ve gelir/vergi farklılıkları nedeniyle; güneyde yer alan bölgeler teminat paketi doğrultusunda sağlık hizmetlerini sunmakta zorluklar yaşamakta ve merkezi hükümetin desteğine de ihtiyaç duymaktadırlar.

ÜLKE TANITIMI

Ülkenin Demografik Özellikleri

İtalya Cumhuriyeti, Güney Avrupa'da, büyük ölçüde İtalya Yarımadası üzerinde yer alan bir ülkedir.

Ülkenin başkenti Roma, yüzölçümü 301,336 km², nüfusu yaklaşık 60,5 milyon, resmi dili İtalyanca ve para birimi (€)'dur. İtalya 20 bölgeden oluşan ve yönetim biçimi Cumhuriyet olan bir ülkedir. Her bölge birbirinden farklı ve her birinin kendi bölgesel hükümeti bulunmaktadır.

Kuzeyde Alpler bölgesinde Fransa, İsviçre, Avusturya ve Slovenya ile kara sınırı bulunmaktadır. Bağımsız iki Avrupa ülkesi olan Vatikan ve San Marino da İtalya'nın yarımadadaki toprakları içinde yer alan anklav ülkelerdir.

Ülkede 65 yaş üstü nüfusun oranı %20,3 iken, 15 yaş altı nüfusun oranı ise %13,8 olup; ülke her geçen yıl daha da yaşlanmaktadır.

İtalya'da sabit belirlenmiş ulusal bir asgari ücret uygulaması bulunmamakta, sektörler göre asgari ücret tutarı farklılaşmaktadır.

Tablo 1: Ekonomi ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması

| | İTALYA | OECD |
|---|--|--|
| Nüfus, (2018) | 60.431.283 | - |
| Kişi başına düşen GSYİH, (\$), (2018) | 34.483 | - |
| Asgari ücret tutarı, (\$), (2018), (aylık) | - | - |
| Cari sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı, (%), (2018) | 8,8 | 8,8 |
| Kişi başına düşen sağlık harcaması, (\$), (2018) | 3.428 | 3.994 |
| Kişi başına düşen ilaç harcaması, (\$), (2017) | 590 | 564 |
| Doğumda beklenen yaşam süresi kadın, Doğumda beklenen yaşam süresi erkek, (yıl), (2018) | 85,6 81,2 | 83,4 78,1 |
| Sigorta tarafından kapsanan nüfus oranı, (%), (2017) | 100 | - |
| 1.000 Kişiye düşen hekim sayısı, 1.000 Kişiye düşen hemşire sayısı, 1.000 Kişiye düşen yatak sayısı, (2017) | 4,0 5,8 3,2 | 3,5 8,8 4,7 |
| Toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı, (%), (2018) | | |
| 1. Kamu sağlık harcaması oranı, (%) | 74 | 74 |
| <i>Merkezi hükümet/bölgesel, yerel yönetimler sağlık harcaması oranı, (%)</i> | 74 | 37 |
| <i>Sosyal sağlık sigortası harcaması oranı, (%)</i> | 0 | 37 |
| 2. Cepten yapılan sağlık harcaması oranı, (%) | 23 | 21 |
| 3. Gönüllü sağlık sigortası harcaması oranı, (%) | 2 | 4 |
| 4. Diğer harcamaların oranı, (%)* | 1 | 2 |
| Hanehalkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı, (%), (2018) | 3,4 | 3,2 |

*Ülkede geçici olarak oturanlara ait sağlık harcamalarıdır.

Not: Tablo, uluslararası veri tabanlarında yayımlanan kıyaslanabilir ve kesinleşmiş en yakın yıl verileri kullanılarak hazırlanmıştır. Tahmini (Estimated) veriler kullanılmamıştır.

Kaynak:

1. Health at a Glance 2019 OECD Indicators
2. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD> , Erişim Tarihi: Mayıs 2020
3. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL> , Erişim Tarihi: Kasım 2020
4. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=RMW> , Erişim Tarihi: Kasım 2020
5. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018
6. <https://www.tuik.gov.tr/> , Erişim Tarihi: Kasım 2020

ÜLKENİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ

1- ORGANİZASYON YAPISI

İtalyan sağlık sistemi, 1978 reformu (23 Aralık 1978) ile vatandaşlara ve yabancılara ücretsiz genel sağlık sigortası sağlayan bölgesel bazlı Ulusal Sağlık Hizmeti (Servizio Sanitario Nazionale, SSN) çevresinde şekillenmiştir. Sistem, ulusal, bölgesel ve yerel olmak üzere üç seviyede kurgulanmıştır.

İtalya'da ulusal sağlık hizmeti yönetsel olarak merkezi olmayan bir yapıda olup, bu durum bölgeler arasında farklı örgütsel modeller doğurmuş ve farklı sonuçlar ortaya çıkarmıştır.

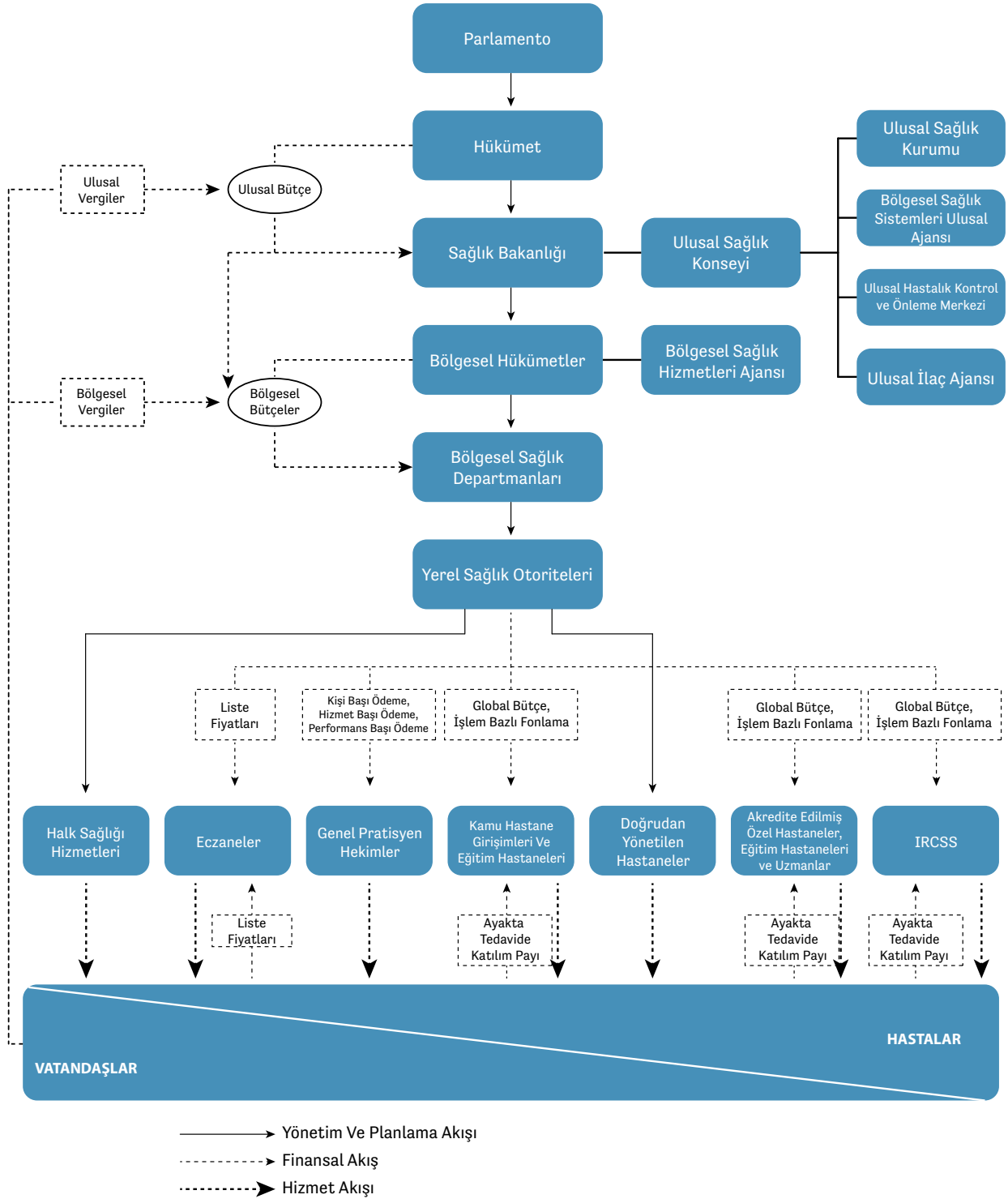
Ulusal düzeyde, Sağlık Bakanlığı (uzmanlaşmış kurumların desteğiyle) sağlık sisteminin hedeflerini ve temel prensiplerini belirlemekte ve ülke düzeyinde uygulanacak olan temel teminat paketini oluşturmaktadır. Ayrıca sağlık bütçesini kontrol eden Bakanlık, bu bütçenin belirlenen kriterler doğrultusunda bölgelere tahsisini gerçekleştirmektedir.

Ulusal düzeyde sağlık hizmeti planlaması için ülkedeki asıl belge, Bakanlıkça tasarlanıp bölgelerin telkinleriyle oluşturularak son hali merkezi hükümet tarafından onaylanan Ulusal Sağlık Planı'dır. Plan, üç yıl boyunca geçerlidir. Bu plan ile teminat paketi, bölgesel sağlık hizmetlerinin finansmanının teminat paketini güvence altına almak için yeterli olmasını sağlama kriterleri; bölgesel fonların yerel sağlık hizmet sunucularına tahsis kriterleri, ekonomik sürdürülebilirlik gibi kapsayıcı unsurları içermektedir.

Bölgelerdeki bölgesel hükümetler ise, bölgesel sağlık hizmetlerinin kamu ve özel yerel sağlık hizmet sunucuları aracılığıyla düzenlenmesi, planlanması ve sunulmasından sorumludur. Ayrıca bölgesel ve genel bütçe doğrultusunda sağlık hizmet sunucularına finansman kriterlerini de belirlemektedir. Bununla birlikte bu kurumlara teknik ve idari rehberlik etmekte ve bölge için yeni hastane ihtiyacı gibi hususları da değerlendirmektedir. Her bir bölge, Ulusal Sağlık Planının ilanından sonra Bölgesel Sağlık Planını açıklamaktadır. Bu plan, ulusal plandan daha detaylı olarak hazırlanmaktadır. İçerisinde; ikinci basamak sağlık hizmet sunucularındaki yatak dağılımı, acil ve uzun dönemli tedaviler, sürekli iyileştirmeler gibi detay veren unsurlar bulunmaktadır.

Bölgeler, sağlık hizmetlerini Bakanlık tarafından oluşturulmuş genel çerçeve içerisinde yapılandırma konusunda önemli bir özerkliğe sahiptir. Ancak bu durum bir taraftan da Bölgeler arasında sağlık sisteminin performansı, etkililiği, kalitesi ve nüfusun sisteme erişimi üzerinde ciddi farklılıklar ortaya çıkmasına neden olmuş ve sağlıklı nüfusun ülke içindeki dağılımını dengesizleştirmiştir.

Şekil 1: Sağlık Sistemi Organizasyonu ve Finansman Yapısı



Kaynak:

European Observatory on Health Systems and Policies, Health Systems in Transition

İtalyan İlaç Ajansı, İtalya'daki ilaç düzenlemesinden sorumlu ulusal otoritedir. Ajans, Sağlık Bakanlığı yönetimi altında özerk, şeffaf ve maliyet etkililik kriterlerine göre faaliyet göstermektedir.

Kurum İtalya'da üretilebilecek, kullanılabilir ve pazarlanabilecek ilaçları onaylamakta ve klinik araştırmalara izin vermektedir. Ayrıca ülkedeki ilaç politikasına yön vermekte ve geri ödemesi yapılacak ilaçları belirlemek üzere komisyonlar aracılığıyla çalışmalar yürütmektedirler. Kurum; bölgesel otoriteler, ulusal sağlık enstitüsü, araştırma enstitüleri, hasta dernekleri, sağlık profesyonelleri, ilaç endüstrisi ve bilimsel birlikler ve ilaç distribütörleri ile iş birliği yapmaktadır.

İtalyan sağlık sistemi yönetsel olarak merkezi olmayan bir yapıda olmasına rağmen, ürünlerin fiyatlandırma ve geri ödemelerine ulusal düzeyde karar verilmekte ve resmi gazetede yayımlanmaktadır. Bölgeler ise kişilerin ödeyeceği katılım paylarını belirleyebilmektedirler.

Sonuç olarak, ülke içerisinde ayrı bir şekilde yapılandırılmış bir geri ödeme kurumu bulunmamakta olup, ulusal ve bölgesel otoriteler ve fon kaynakları (çoğunluğu vergilerden oluşan) aracılığıyla sağlık hizmetleri genel kapsam dahilinde vatandaşlara ve (gerekli şartlar altında) yabancılara sunulmaktadır.

2- SAĞLIK HİZMETİNİN FİNANSMANI

İtalya'da Ulusal Sağlık Hizmeti, 2001 yılından beri büyük oranda ulusal ve bölgesel düzeyde alınan vergiler aracılığıyla finanse edilmektedir. Ayrıca faydalanıcılar tarafından yapılan cepten ödemeler ise sistem finansmanının tamamlayıcı unsurudur. Ulusal ve bölgesel düzeyde toplanan vergilerin kaynağı çoğunlukla gelir vergisi, kurumlar vergisi ve katma değer vergisinden oluşmaktadır. Katma değer vergisinin %38,5 gibi sabit bir oranı sağlık hizmetlerinin finansmanı için kullanılmaktadır. Vatandaşlar tarafından cepten ödemeler ilaç, laboratuvar, görüntüleme gibi tanı süreçlerinde, ayakta tedavilerde vb. durumlarda yapılmaktadır.

Toplam sağlık harcamalarının %74'ü kamu kaynaklarından oluşmaktayken, cepten yapılan ödemelerin oranı ise %23 düzeyindedir.

Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık hizmetlerinin finansmanı için bölgelere yapılan tahsisler (nüfus ve bölgenin geçmiş sağlık harcamaları temel alınarak hesaplanan bir formülasyona göre), bazı Bölgelerde zayıf yönetim kapasitesi ve düşük verimlilik nedeniyle yetersiz düzeyde kalmaktadır. Ayrıca Bölgelerin kendilerine ek gelir kaynakları yaratmalarına izin verilmesinden dolayı bölgeler arası farklılıklar daha da artmaktadır. Bu artan farklılıklar dolayısıyla da bölgeler arası sağlık hizmeti kalitesi de doğrudan etkilenmektedir. Örneğin ülkenin ortasında ve kuzeyinde bulunan bölgeler, güney bölgelere göre sağlık hizmeti açısından daha iyi yönetildiğinden; güneyde yerleşik olup sağlık hizmeti almak isteyen vatandaşlar, daha çok kuzey bölgeleri tercih etmektedirler. Ülkenin yaşadığı 2009 ekonomik krizi sonucunda bu durum kendini daha açık bir şekilde göstermiştir ki, merkezi hükümet en büyük finansman açığına sahip olan bölgelerde bölgesel kurtarma planlarını uygulamaya koymuştur.

Yerel sağlık hizmet sunucuları ise daha çok kişi başı bütçeleme esasına göre finanse edilmektedir.

Her yıl, Devlet Bölge ve Otonom İller Arasındaki İlişkiler Daimi Konferansı, bölge ve otonom illerin başkanlarının ve merkezi hükümet temsilcilerinin katılımıyla toplanmakta olup, Konferansta Bölgelere fon tahsisine ilişkin kriterler belirlenmektedir.

3- GERİ ÖDEME SİSTEMİ

İtalya'da sağlık sistemi, vatandaşlar ve ülkede yerleşik yabancı kişiler için ücretsiz olarak evrensel bir koruma sağlayan genel bir sağlık sigortası sistemi üzerine kuruludur.

Ülkede kayıt altında olmayan göçmenler de temel sağlık hizmetlerini alabilmektedirler. Avrupa Birliği'nin 2011/24 sayılı Direktifi ile birlikte Avrupa Birliği (AB) vatandaşları da sağlık hizmetlerinden faydalanabilmektedir. Ancak bu koşulların dışındaki kişiler, örneğin ülkede yabancı öğrenci statüsünde olanlar, 3 aydan fazla oturma izni olan yabancılar vs., için de prim ödemeleri şartıyla sağlık hizmeti

sunulmaktadır. Bu durumda olan kişilerden sadece acil kapsamında tedavi almak isteyenler yıllık 98 €; tüm teminat paketinden yararlanmak isteyenler ise yıllık 150 € prim ödemek zorundadırlar.

Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen teminat paketi, ülkedeki tüm bölgeler ve yerelde bulunan yerel sağlık hizmet sunucuları tarafından uygulanmak zorundadır. Ancak daha önce de bahsedilmiş olan bölgeler arası farklılıklar, özellikle Güney İtalya bölgesinin teminat paketini sunabilmesi açısından büyük bir zorluğu da beraberinde getirmektedir. Görece zayıf bu bölgeler için merkezi hükümetçe geliştirilen “Bütçe Açığı Planları”nın yetersiz kaldığı durumlarda teminat paketini karşılayabilmeleri için kendi içlerinde ek kaynak yaratma zorunlulukları bulunmaktadır.

Oluşturulan pozitif ve negatif listeler tıbbi gereklilik, etkililik, insanlık onuru, uygunluk ve doğumda verimlilik ile ilgili kriterler kullanılarak tanımlanır. Toplum tedavi hizmetleri (birinci basamak, acil bakım, ilaç, uzman hekimde ayakta tedavi, entegre bakım, protez bakımı, evde bakım, termal tedavi, kronik hastalıklar vb.), hastane hizmetleri, halk sağlığı ve iş sağlığı için pozitif listeler bulunmaktadır. Negatif listeler, dış tedavisi hizmetleri, lazer göz ameliyatı, hastane müracaatlarından potansiyel olarak uygunuz olabileceği yatarak tedavileri (katarakt ameliyatı ve karpal tünel salınımı gibi) içermektedir. Bu gibi hizmetler hak sahipleri tarafından cepten ödeme yolu ile ya da özel sağlık sigortası kapsamında karşılanmaktadır. Bölgeler de teminat paketinde yer almayan tedavileri, finansmanı kendi imkânlarıyla karşılamak suretiyle bölge sınırları içerisinde sunabilmektedirler. Ciddi ekonomik zorluk yaşayan veya ciddi sağlık sorunu olan kişilerin dış tedavileri karşılanmaktadır.

İtalyan sağlık sisteminde kişiler, herhangi bir kamu sağlık hizmeti sunucusundan (yerel sağlık hizmet sunucusu ya da bölgelerinin dışında bile) veya ruhsatlı özel sağlık hizmeti sunucusundan sağlık hizmeti almakta serbesttirler. Ayrıca, kendi buldukları yerel sağlık hizmet sunucusu sınırları içerisinde çalışan pratisyen hekimleri de seçmekte özgürdürler (bu hekimlerin kayıtlı hastası olunur) ancak 12 ay boyunca seçimlerini değiştiremezler. Hekimin ise zorunlu koşullar olmadıkça kişiyi kabul etmeme gibi bir durumu söz konusu olmamaktadır. Kişilerin uzman hekime başvurabilmesi için pratisyen hekimin yönlendirmesi gerekmektedir. Ancak acil hallerde bu yönlendirmeye ihtiyaç duyulmamaktadır.

Ülkede bölgesel farklılıklara bağlı olarak, esasen vaka başı ödeme (bölgesel otoritelerin hastaneleri hariç) ve global bütçe (hekim ücretleri vs. dahil) uygulanmaktadır.

Şekil 2: Sağlık Harcamalarının Dağılımı



Kaynak:

Health at a Glance 2019 OECD Indicators

Bu veriler ışığında, sağlık harcamalarının yaklaşık %74'lük bölümü kamu tarafından finanse edilmektedir. Bu oran aynı yılın verilerine göre AB ülkelerinde ortalama %79 iken, OECD ülkelerindeki ortalama ise %36'dır. Sağlık harcamaları içerisinde özel sağlık sigortası harcamaları ise çok düşük düzeyde kalmıştır ve oranı %2 düzeyindedir (son yıllarda ülkede bu tarz tamamlayıcı ya da özel sağlık sigortalarına merkezi hükümet tarafından vergi indirimi gibi teşvikler sunulmaya başlanmıştır). Bu oran AB ortalamasında %5 iken OECD'de %4'tür. Sağlık harcamaları içerisinde faydalanıcılar tarafından yapılan cepten ödemeler ise yaklaşık %23 düzeyindedir. Burada sigortalı kişilerin özel hastaneye gidişleri, teminat paketinin kapsamadığı tedavileri almaları, ilaç katılım payları, kayıtlı hekim tarafından sevk edilmeden aldığı sağlık hizmetleri vb. gibi nedenler dolayısıyla cepten tedavi ödemeleri ile karşılaşmıştır. AB ülkelerinde bu oran %18; OECD ülkelerinde ise %21 düzeyindedir.

Birçok bölgede sağlık harcamalarının kontrol altına alınması adına ilaçlardan alınan katılım payı uygulaması sıkça kullanılan bir politika aracı haline gelmiştir. Bölgelerin büyük çoğunluğu, ilaçlardan katılım payı alma uygulamasına geçmiş veya zaten alıyorsa miktarını yükseltmişlerdir. Bazı bölgeler de, acil servislerin gereksiz kullanımı nedeniyle hak sahiplerinden ücret alma uygulamasına geçmiştir. Ancak, bazı gruplar (örneğin, 6 yaşın altındaki çocuklar ve 65 yaşın üstündeki kişiler, işsizler, hanehalkı geliri belli bir tutarın altında olanlar, hamile kadınlar, kronik hastalıkları olanlar, ciddi seviyede engelli insanlar vb.) söz konusu ücretlerden muaf tutulmaktadır. Bölgelerin kendi uygulamalarına göre değişmekle birlikte, ilacın türüne ve klinik etkinliğine bağlı olarak her reçete için 3,10 € ve her bir tedavi döngüsü için ilave 5 € katılım payı alınmaktadır. Düşük gelir grubundakiler ve ciddi hastalıkları olanlar için 3,10 € sabit katılım ücreti alınmaktadır. Ayrıca tam olarak engelli olanlar katılım payından muaf tutulmuşlardır (Bölgeden bölgeye değişebilmekle birlikte uzman hekimden alınan ayakta tedavi dolayısıyla ortalama 36,15 € (maksimum 46,15 €) katılım payı ödenmektedir.).

İş kazası geçiren veya meslek hastalığı olan kişilerin psikofizik bakımları için gerekli olan tıbbi tedaviler Ulusal Sağlık Hizmeti tarafından geri ödeme kapsamındadır.

İtalya'da ilaç yönetimi, İtalyan İlaç Ajansının sorumluluğu altındadır. Ajans, İtalya'da üretilebilecek, kullanılabilir ve pazarlanabilecek ilaçları onaylamakta ve klinik denemelere izin vermektedir.

İlaçlar, farklı geri ödeme usulleri ile üç kategoriye ayrılır. A sınıfı ilaçlar, Ulusal Sağlık Hizmeti tarafından katılım payı alınan ve alınmayan ilaçlar ile eczaneler veya hastaneler tarafından sunulabilecek ilaçları içermektedir. Bölgeler, esasen uygunsuz ilaç kullanımını engellemek için ya da oluşan sağlık maliyetlerinin azaltılması amacıyla ilaç katılım payları üzerinde bir pay daha almakta serbesttirler. Söz konusu bu pay, hastanın sağlık durumu, geliri, yaşı veya iş durumu gibi parametrelere bağlı olabilmektedir. H sınıfı ilaçlar, Ulusal Sağlık Hizmeti tarafından tamamen geri ödemesi yapılan ancak sadece hastaneler tarafından sunulabilecek ilaçları içermektedir. C sınıfı ilaçlar ise, bölgesel sağlık departmanlarının geri ödeme programlarında yer alan spesifik ilaçlar dışında, A sınıfı ilaçların niteliklerini taşımayan ve hastalar tarafından ödenen ilaçları kapsamaktadır. İstisnalar dışında bu sınıfta yer alan ilaçlar için Ulusal Sağlık Hizmeti tarafından geri ödeme yapılmamaktadır.

A ve H sınıfı ilaçların fiyatları, Ajans ile üretici arasında müzakere süreciyle belirlenmektedir. İlaç üreticisi, Kuruma olumlu maliyet etkililik oranını ortaya koyan kanıtlar içeren bir başvuruda bulunmak zorundadır. Kurum bünyesinde yer alan Fiyat ve Geri Ödeme Komitesi (çeşitli alanlarda uzman kişilerden teşekkül etmektedir) tarafından ilacın geri ödeme listesine alınıp alınmaması değerlendirilmektedir. Ayrıca referans fiyat uygulaması yapılmaktadır.

C sınıfı ilaçların fiyatları ise üretici tarafından belirlenmektedir ancak burada bazı kısıtlamalar söz konusudur. Söz konusu ilaç fiyatı tüm ülke genelinde aynı olmalıdır; sadece iki yılda bir artırılabilir ve bu artış beklenen enflasyon oranından daha yüksek olamaz. Ajans bu koşulların sağlandığını kontrol etmek için piyasayı izlemektedir.

İtalya sağlık pazarında yeni tıbbi cihazları piyasaya sürmek isteyen üreticilerin, Sağlık Bakanlığı ile fiyat ve geri ödeme seçeneklerini pazarlık etme şansları bulunmamaktadır. Bunun yerine, bölgesel ve yerel düzeyde finansman kaynağı aranmakta olup, üç bölgesel kuruluş bu sürecin içerisinde yer almaktadır:

a) Bölgesel Sağlık Ajansları: Bulunduğu bölge için sağlık hizmeti satın alımlarını izlemekten ve performanslarını değerlendirmekten sorumludur.

b) Tıbbi Cihaz Bölgesel Komiteleri: Bölgeler ve sağlık hizmet sunucuları işbirliği içinde tıbbi cihazlara değer biçmek ve bunların uygulamadaki kullanımını değerlendirmek için komiteler kurabilmektedirler.

c) Hastane Tedavi El Kitabı Komisyonu: Bu komisyonlar genellikle hastanelerde ilaç kullanımının izlenmesiyle ilgilenirken, bazı komisyonlar da tıbbi cihaz kullanımını izlemektedirler. Bu, bölgeler nezdinde değişen bir durumdur. Bu komisyonların tıbbi cihaz satın alma kararları üzerinde etkin rolleri bulunmaktadır.

Tıbbi bir cihazın İtalya'da kullanımı güvenli kabul edilmesi için CE işaretine sahip olması gerekmektedir. Bununla birlikte, bir tıbbi cihazın ülke içinde pazarlanabilmesi, bu cihazın geri ödemesinin yapılabileceği anlamına gelmemektedir. Geri ödeme kapsamına alınan cihazlar, DRG kodlarıyla eşleştirilmektedirler.

Aslında, yeni tıbbi cihazlar için yapısal bir geri ödeme yolu bulunmamakta, daha çok sağlık hizmet sunucuları ile yerel/bölgesel sağlık sistemlerinin satın alma kapasitelerine bağlı bir süreç bulunmaktadır. Bölgesel farklılıklar tıbbi cihaz alanında ülke içerisinde yeknesaklık oluşmasına engel olmaktadır. Ancak Avrupa Birliği'nin 2011/24 sayılı Direktifi doğrultusunda (Sağlık Teknolojileri Değerlendirmesi Konusunda İşbirliği) artık üye devletlerin, maliyet etkililik yönünden tıbbi cihazları değerlendirmek ve tanıtmak için ulusal STD modelleri oluşturmaları gerekeceğinden, İtalya'nın tıbbi cihazlar konusunda yaşadığı bu sorunu aşabileme imkanını bulması beklenmektedir.

4- İTALYA İLE TÜRKİYE'NİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMLERİNİN KİYASLANMASI

2018 yılı verilerine göre, İtalya'da kişi başına düşen gayri safi yurtiçi hasılası Türkiye'nin yaklaşık olarak 4 katına yakındır. Bu yüksek fark, iki ülke arasındaki sağlık sistemi ve sağlık harcamaları açısından da kendini göstermektedir. Öyle ki, kişi başına düşen sağlık harcamaları İtalya'da 3.428 \$, Türkiye'de ise 1.227 \$ olarak gerçekleşmiş ve yine yaklaşık 3 kat olarak ortaya çıkmıştır. Ancak İtalya'da bu değer Türkiye'ye göre yüksek olmasına rağmen yine de Avrupa Birliği ve OECD ortalamasının altında kalmaktadır.

Ülkede doğumda beklenen yaşam süresi ise, Türkiye ile kıyaslandığında kadınlarda yaklaşık 2,5 yıl, erkeklerde ise yaklaşık 4,5 yıl daha fazladır.

Türkiye ile kıyaslandığında İtalya'da 1.000 kişiye düşen hhekim, hemşire, yatak sayıları da yüksektir. İtalya'da 2017 yılında 1.000 kişiye düşen hekim sayısı 4,0 iken, Türkiye'de 1,9; İtalya'da 1.000 kişiye düşen hemşire sayısı 5,8 iken, Türkiye'de 2,1; İtalya'da 1.000 kişiye düşen yatak sayısı ortalaması ise 3,2 iken, Türkiye'de 2,8'dir.

İtalya'da tüm vatandaşlar ve ülkedeki yerleşik yabancılar sağlık sigortası kapsamı içerisinde yer almaktadırlar. Türkiye'de ise 2017 yılı OECD verilerine göre nüfusun %99,2'si sağlık sigortası kapsamında olup Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) verilerine göre 2019 yılı itibariyle bu rakam %99,5'e ulaşmıştır. Genel Sağlık Sigortası (GSS) sisteminden faydalanan kişi sayısı çok olmasına rağmen mevzuatımızda kapsam dışında kalan kişiler de belirtilmiştir: TBMM üyeleri, yüksek yargı üyeleri, banka sandıkları üyeleri ile tutuklu ve hükümlüler GSS sistemi kapsamı dışındadır. Bu kişilerin sağlık hizmetleri ilgili kurumlarınca karşılanmaktadır. Türkiye'de genel sağlık sigortasından faydalanabilmek için; geriye dönük bir yıl içerisinde toplam 30 gün GSS primi ödenmiş olması, kendi nam ve hesabına çalışanlar için sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihte yukarıdaki şartın yanı sıra 60 günden fazla prim borcunun bulunmaması gerekmektedir.

Türkiye'de sağlık sisteminin finansmanı genel olarak vatandaşlar tarafından ödenen primler ve toplanan primlerin 1/4'i tutarında devlet katkısı ile sağlanmaktadır. Sosyal Güvenlik Kurumu, ülkedeki tek geri ödeme kurumudur. İtalya'da ise daha çok genel ve bölgesel düzeyde toplanan vergiler yoluyla sağlık hizmetleri sunulmaktadır. Türkiye'nin aksine İtalya sağlık sistemi yönetsel olarak merkezi olmayan bir yapıda olup, ayrı şekilde yapılandırılmış bir geri ödeme kurumu bulunmamakta ve sistem ulusal, bölgesel ve yerel düzeyde oluşturulmuştur. Bu durum da ülkedeki sağlık hizmetlerinin sunumu ve kalitesinin bölgeler arasında farklılaşmasına yol açmaktadır.

Asgari ücret tutarı Türkiye'de 2020 yılı itibariyle 2.324,70 TL olarak belirlenmiştir. OECD verilerine göre Türkiye'de 2018 yılında aylık asgari ücret yaklaşık 420 \$ iken; İtalya'da sabit belirlenmiş ulusal bir asgari ücret uygulaması bulunmamakta, sektörlere göre asgari ücret tutarı farklılaşmaktadır.

Türkiye’de zorunlu sevk zinciri uygulaması bulunmamaktadır. İtalya’da ise kişiler, herhangi bir kamu sağlık hizmeti sunucusundan veya ruhsatlı özel sağlık hizmeti sunucusundan sağlık hizmeti almakta serbesttirler.

İtalya’da bölgeler katılım payı uygulamakta serbest bırakılmışlardır. Bazı bölgelerde katılım payı uygulaması bulunmamakta iken; finansman yetersizliği veya sağlık hizmeti kullanımındaki suistimalleri önlemek vb. açılardan bazı bölgelerde ise bulunmaktadır. Türkiye’de ise genel sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmetlerinden faydalanan vatandaşlar ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi, ayakta tedavide sağlanan ilaçlar ve vücut dışı protez ve ortezler için katılım payı ödemektedirler. Kamu sağlık hizmeti sunucuları için katılım payı, özel sağlık hizmeti sunucuları içinse hem katılım payı hem de ilave ücret ödemektedirler. Birinci basamak sağlık hizmeti sunucularınca sağlanan sağlık hizmetlerinden katılım payı alınmazken, ikinci basamak sağlık hizmeti sunucularında 6 TL, Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastanelerinden 7 TL, üniversite hastanelerinden 8 TL ve özel sağlık hizmeti sunucularından ise 15 TL katılım payı alınmaktadır. Ayrıca özel hastanelerde ve vakıf hastanelerinde sunulan hizmet bedelinin %200’ünü geçmeyecek şekilde ilave ücret alınmaktadır. Ayakta tedavide sağlanan ilaçlardan, Sosyal Güvenlik Kurumundan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişilerden ilaç bedelinin %10’u, diğer kişilerden ise ilaç bedelinin %20’si oranında katılım payı alınmaktadır. Ayrıca her bir reçete için 3 kutuya kadar (üç kutu dahil) temin edilen ilaçlar için 3 TL, 3 kutuya ilave temin edilen her bir kutu ilaç için 1 TL olmak üzere katılım payı alınmaktadır.

Ekonomi ve sağlık göstergelerine ilişkin Türkiye, İtalya ve OECD üyesi ülkelerin ortalama verilerinin karşılaştırmasına aşağıda tablo olarak yer verilmiştir.

Tablo 2: Ekonomi ve Sağlık Göstergelerinin Türkiye ve OECD Ortalaması ile Karşılaştırılması

| ÜLKE | İTALYA | TÜRKİYE | OECD |
|--|----------------------------|----------------------------|---------------------------|
| Nüfus, (2018) | 60.431.283 | 82.003.882 | - |
| Kişi başına düşen GSYİH, (\$), (2018) | 34.483 | 9.370 | - |
| Asgari ücret tutarı, (\$), (2018), (aylık) | - | 420 | - |
| Cari sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı, (%), (2018) | 8,8 | 4,2 | 8,8 |
| Kişi başına düşen toplam sağlık harcaması, (\$), (2018) | 3.428 | 1.227 | 3.994 |
| Kişi başına düşen ilaç harcaması, (\$), (2017) | 590 | - | 564 |
| Doğumda beklenen yaşam süresi kadın, Doğumda beklenen yaşam süresi erkek, (yıl), (2018) | 85,6 81,2 | 81,8 75,6 | 83,4 78, |
| Sigorta tarafından kapsanan nüfus oranı, (2017)* | 100 | 99,2 | - |
| 1.000 Kişiye düşen hekim sayısı, | 4,0 | 1,9 | 3,5 |
| 1.000 Kişiye düşen hemşire sayısı, | 5,8 | 2,1 | 8,8 |
| 1.000 Kişiye düşen yatak sayısı, (2017) | 3,2 | 2,8 | 4,7 |
| Toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı, (%), (2018) | | | |
| <i>1. Kamu sağlık harcaması oranı, (%)</i> | 74 | 77 | 74 |
| <i>Merkezi hükümet/bölgesel, yerel yönetimler sağlık harcaması oranı, (%)</i> | 74 | 23 | 37 |
| Sosyal sağlık sigortası harcaması oranı, (%) | 0 | 54 | 37 |
| <i>2. Cepten yapılan sağlık harcaması oranı, (%)</i> | 23 | 17 | 21 |
| <i>3. Gönüllü sağlık sigortası harcaması oranı, (%)</i> | 2 | 0 | 4 |
| <i>4. Diğer harcamaların oranı, (%)**</i> | 1 | 5 | 2 |
| Hane halkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı, (%), (2018) | 3,4 | 1,2 | 3,2 |

* SGK verilerine göre 2019 yılı itibarıyla %99,5 dir.

** Ülkede geçici olarak ikamet edenlere ait sağlık harcamalarıdır.

Not: Tablo, uluslararası veri tabanlarında yayımlanan kıyaslanabilir ve kesinleşmiş en yakın yıl verileri kullanılarak hazırlanmıştır. Tahmini (Estimated) veriler kullanılmamıştır.

Kaynak:

1. Health at a Glance 2019 OECD Indicators
2. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD> , Erişim Tarihi: Kasım 2020
3. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL> , Erişim Tarihi: Kasım 2020
4. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=RMW> , Erişim Tarihi: Kasım 2020
5. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018
6. <https://www.tuik.gov.tr/> , Erişim Tarihi: Kasım 2020

KAYNAKLAR

- 1) <https://www.ceicdata.com/en/indicator/italy/gdp-per-capita>
- 2) <https://www.missoc.org/missoc-database/comparative-tables/results/>
- 3) <http://info.idrmedical.com/blog/the-reimbursement-environment-for-medical-devices-in-italy>
- 4) <https://international.commonwealthfund.org/countries/italy/>
- 5) <http://ftp.iza.org/dp9772.pdf> - Cost-Sharing and Use of Health Services in Italy: Evidence from a Fuzzy Regression Discontinuity Design
- 6) European Observatory on Health Systems and Policies, Health Systems in Transition Vol. 16, No 4, 2014
- 7) Health at a Glance 2019 OECD Indicators
- 8) <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD>, Erişim Tarihi: Kasım 2020
- 9) <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL>, Erişim Tarihi: Kasım 2020
- 10) <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=RMW>, Erişim Tarihi: Kasım 2020
- 11) Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018
- 12) <https://www.tuik.gov.tr/tr/>, Erişim Tarihi: Kasım 2020



İZLANDA SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ



ÖZET

İzlanda 353 bin nüfuslu ve Avrupa'nın kuzeyinde yer alan bir ülkedir. Nüfus olarak küçük ama 73.000 \$'lık kişi başına düşen milli geliriyle dünyanın en zengin ve refah bakımından en iyi ülkeleri arasında yer almaktadır. Parlamenter Cumhuriyet ile yönetilen ülkenin başkenti Reykjavik'tir.

Evrensel kapsamı ile ulusal sağlık sigortası, ülkedeki sosyal güvenlik sisteminin önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Uyuşuruna bakılmaksızın ülkede yasal olarak altı ay bulunanlar da dahil olmak üzere yerleşik olan herkes, sistem tarafından otomatik olarak sağlık sigortası kapsamına dahil edilmektedir. Bu kapsamdaki herkesin, sisteme yaptıkları katkı miktarı, yaşı, cinsiyeti, ödeme gücü vs. göz ardı edilerek ihtiyaç duydukları sağlık hizmetleri standart teminat paketi kapsamında İzlanda Sağlık Sigortası Ajansı tarafından karşılanmaktadır.

Ülkedeki sağlık sistemi küçük ve ağırlıklı olarak kamusaldır. Sistemin iki ana finansman kaynağı bulunmaktadır. Bunlar, vergiler ve kullanım ücretleridir.

Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) verilerine göre, İzlanda'da toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu harcamalarının oranı %82 iken; cepten yapılan sağlık harcamalarının oranı ise %16 düzeyindedir.

Sağlık sistemi içerisinde zorunlu sevk zinciri uygulaması bulunmamaktadır. Kişilerin kendi hekimini seçme ve istedikleri sağlık kuruluşuna gitme hakkı bulunmaktadır. Ancak ülke genelinde birinci basamak sağlık kuruluşları sağlık sistemi içerisinde hastaların ilk erişim noktası olacak şekilde, yani hastaların genel ihtiyaçlarını karşılayacak ve daha büyük bir sağlık kuruluşuna başvurmasına gerek bırakmayacak şekilde tasarlanmıştır.

Ülkede sağlık hizmetlerinin sağlanması, finansmanı ve düzenlenmesi konularındaki nihai sorumluluk Sağlık Bakanındadır. Geri ödemesi yapılacak tıbbi ürünlerin yer aldığı teminat paketinin içeriği ve hastalar tarafından maliyet paylaşımı esasına göre ödenecek katılım payı tutarları da yine Sağlık Bakanı tarafından belirlenmektedir.

Hak sahipleri, birinci basamak sağlık hizmetleri, ayakta tedaviler ve ilaç için katılım payı öderken; yatarak tedaviler ve yatış sürecinde yapılan tüm testler ve kullanılan ilaçlar için bu gibi kullanım ücretlerini ödememektedirler. Ülke sağlık sistemi içerisinde 2013 yılından beri basamaklı ilaç katılım payı uygulaması yürütülmektedir.

ÜLKE TANITIMI

Ülkenin Demografik Özellikleri

İzlanda, Atlas Okyanusunun kuzeyinde, Grönland'ın güneydoğusu ile İskandinavya ve Büyük Britanya'nın kuzeybatısında yer alan volkanik bir ada üzerine kurulmuş bir Avrupa ülkesidir. Toplam yüz ölçümü 103.000 km²'dir. Parlamenter Cumhuriyet ile yönetilen ülkenin başkenti Reykjavik, resmi dili İzlandacadır. Para birimi ise İzlanda Kronu (ISK)'dur. Ülkede yaşayanların %93 gibi büyük bir çoğunluğunu İzlandalılar oluştururken, geri kalan %7'yi diğer milletlerden kişiler oluşturmaktadır.

Ülke 17 Haziran 1944'te Danimarka'dan ayrılarak bağımsızlığını ilan etmiştir.

Ülke nüfusu 2018 yılı itibariyle 353 bin civarındadır. Nüfusun yaklaşık %80'i şehirlerde yaşarken, geri kalanı kırsal bölgelerde yaşamaktadır. Hatta toplam nüfusun yarıya yakını başkentte yaşamaktadır.

Ülkenin nüfusu çok düşük olmasına rağmen, yaklaşık 73.191 \$'lık kişi başına gayri safi yurt içi hasılasıyla dünyanın en zengin ve refah düzeyi en yüksek ülkeleri arasında üst sıralarda yer almaktadır.

İzlanda'da sabit belirlenmiş ulusal bir asgari ücret uygulaması bulunmamaktadır.

Tablo 1: Ekonomi ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması

| | İZLANDA | OECD |
|---|---|--|
| Nüfus, (2018) | 353.574 | - |
| Kişi başına düşen GSYİH, (\$), (2018) | 73.191 | - |
| Asgari ücret tutarı, (\$), (2018), (aylık) | - | - |
| Cari sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı, (%), (2018) | 8,3 | 8,8 |
| Kişi başına düşen sağlık harcaması, (\$), (2018) | 4.349 | 3.994 |
| Kişi başına düşen ilaç harcaması, (\$), (2017) | 456 | 564 |
| Doğumda beklenen yaşam süresi kadın, Doğumda beklenen yaşam süresi erkek, (yıl), (2018) | 84,5 81,3 | 83,4 78,1 |
| Sigorta tarafından kapsanan nüfus oranı, (%), (2017) | 100 | - |
| 1.000 Kişiye düşen hekim sayısı, 1.000 Kişiye düşen hemşire sayısı, 1.000 Kişiye düşen yatak sayısı, (2017) | 3,9 14,5 3,1 | 3,5 8,8 4,7 |
| Toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı, (%), (2018) | | |
| 1. Kamu sağlık harcaması oranı, (%) | 82 | 74 |
| <i>Merkezi hükümet/bölgesel, yerel yönetimler sağlık harcaması oranı, (%)</i> | 82 | 37 |
| <i>Sosyal sağlık sigortası harcaması oranı, (%)</i> | 0 | 37 |
| 2. Cepten yapılan sağlık harcaması oranı, (%) | 16 | 21 |
| 3. Gönüllü sağlık sigortası harcaması oranı, (%) | 0 | 4 |
| 4. Diğer harcamaların oranı, (%)* | 2 | 2 |
| Hanehalkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı, (%), (2018) | 2,6 | 3,2 |

*Ülkede geçici olarak oturanlara ait sağlık harcamalarıdır.

Not: Tablo, uluslararası veri tabanlarında yayımlanan kıyaslanabilir ve kesinleşmiş en yakın yıl verileri kullanılarak hazırlanmıştır. Tahmini (Estimated) veriler kullanılmamıştır.

Kaynak:

1. Health at a Glance 2019 OECD Indicators
2. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD> , Erişim Tarihi: Mayıs 2020
3. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL> , Erişim Tarihi: Mayıs 2020
4. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=RMW> , Erişim Tarihi: Kasım 2019
5. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018
6. <https://www.tuik.gov.tr/tr/> , Erişim Tarihi: Kasım 2020

ÜLKENİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ

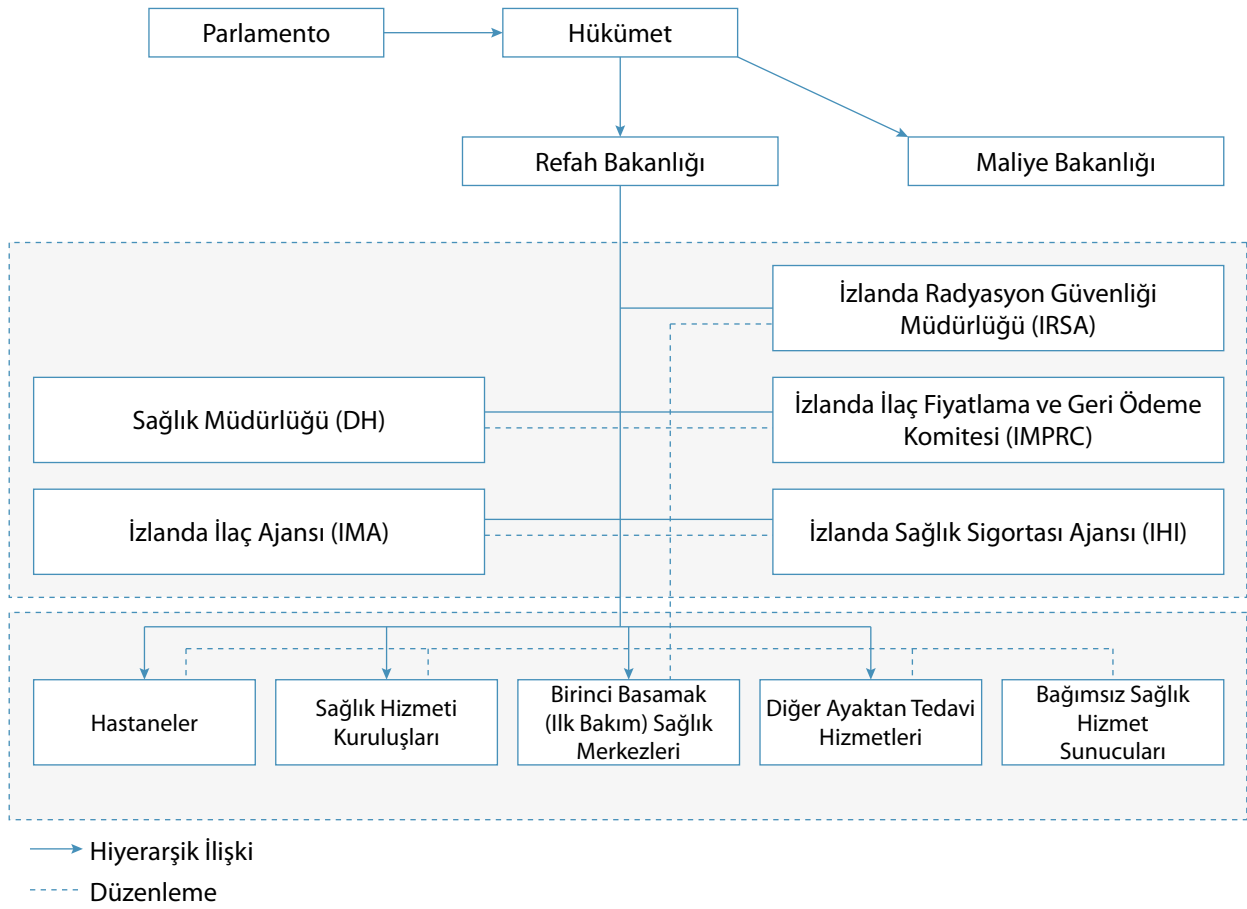
1- ORGANİZASYON YAPISI

İzlanda'da 2011 yılında Sosyal İşler ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı tek çatı altında birleştirilerek Refah Bakanlığı kurulmuştur. Sağlık ve sosyal güvenliğe ilişkin işlemler de bu yeni bakanlık altında örgütlenmiştir. Bakanlık içerisinde görevleri ayrılaştırılmış şekilde iki ayrı bakan (Sağlık Bakanı – Sosyal İşler ve Eşitlik Bakanı) halen görev yapmaktadır.

İzlanda sağlık sistemi, merkezi kamu finansmanı yoluyla (yıllık ulusal bütçeler ile) yönetilen bir sistemdir. Sistem, finansman ve organizasyonel yapı bileşenlerinin belirlendiği iki ana yasa ile temellendirilmiştir. Bunlar, organizasyon ve sağlık hizmetinin sunumuna ilişkin hükümleri belirten 40/2007 sayılı Sağlık Hizmetleri Yasası ve sağlık hizmetlerinin finansmanına ve kimlerin sigortalı olabileceğine, haklarına ve kapsamına ilişkin hükümleri belirten 112/2008 sayılı Sağlık Sigortası Yasası'dır. Çıkarılan yasaların temel prensibi bireylere en iyi sağlık hizmetinin sunulmasıdır. Ülke yedi sağlık hizmeti bölgesine bölünmüştür. Buna rağmen, sağlık sisteminin yönetimi, planlanması ve uygulaması ülke genelinde yeknesaklık taşıyarak merkezi yapı korunmaktadır. Bölgeler için ayrı olarak oluşturulmuş idari kurumlar veya farklı gelir kaynakları bulunmamaktadır. Bununla ilgili sadece yerel düzeyde (birinci basamak sağlık kuruluşlarının) sağlık hizmetlerinin planlamasını ve koordinasyonunu sağlaması adına ve stratejik bir idari şemsiye oluşturması için en az bir sağlık kuruluşu görevlendirilmiştir. Ancak bu kuruluşların idari rolleri çok sınırlıdır. Kuruluşların CEO'ları Bakan tarafından atanmaktadır. Söz konusu bölgeler şunlardır: Höfuðborgarsvæðið, Suðurnes, Vesturland, Vestfirðir, Norðurland, Austurland, Suðurland.

Ülkede sağlık hizmetlerinin sağlanması, finansmanı ve düzenlenmesi konularındaki nihai sorumluluk, Refah Bakanlığı bünyesinde sağlık politikalarından sorumlu olan Sağlık Bakanına aittir. İlâveten Bakan, sağlık alanındaki politikaların uygulanmasından ve geliştirilmesinden, sağlık kuruluşlarının işlemlerinden ve ayrıca kamu sağlığı, hasta hakları, ilaç, sağlık sigortası, teminat paketinin oluşturulması vb. konular ile sağlık hizmetlerinin gözetiminden sorumludur.

Şekil 1: Sağlık Sistemi Organizasyon Yapısı



Kaynak:

European Observatory on Health Systems and Policies, Health Systems in Transition

Refah Bakanlığı dışında, bakanlığın otoritesi altında faaliyet gösteren ve sağlık sistemi içerisinde yönetim organı olarak doğrudan bakana rapor veren beş ayrı kuruluş bulunmaktadır.

1.1. Sağlık Müdürlüğü

Sağlık Müdürlüğü sistem içerisinde çok geniş kapsamlı işlevlerden sorumludur. Bunlar, her türlü sağlık hizmetinin genel olarak denetlenmesi ve izlenmesi, sağlık çalışanlarının lisanslanması ve regüle edilmesi, sağlık hizmeti kalitesi ve klinik standartların belirlenmesi, halk sağlığı önlemlerinin düzenlenmesi ve sağlığın iyileştirilmesi ve bu konudaki girişimlerin desteklenmesi, bulaşıcı hastalıklarla etkin bir şekilde mücadele edilmesi, ilaçların rasyonel kullanılmasının teşvik edilmesi, Refah Bakanlığı ile işbirliği içinde ülkenin sağlık istatistiklerini yayımlama, sağlık araştırmalarının desteklenmesi ve sistemden yararlanan kişilerin şikayetlerinin alınmasıdır. Müdürlük ayrıca sağlık, hastalıklar, kazalar, reçeteler, doğumlar, sağlık hizmetlerinin kullanımı, sağlık hizmetinin performansı, sağlık hizmet sunucularına yapılan başvurular, birinci basamak sağlık kuruluşları ve serbest çalışan uzman hekimler hakkında ulusal verilerin düzenlenmesinden ve korunmasından sorumludur.

Beş yıllığına Bakan tarafından atanan Sağlık Müdürü, doğrudan Bakana rapor vermekte ve Bakan ve hükümete sağlıkla ilgili her konuda danışmanlık görevi yürütmektedir. 2011 yılında Halk Sağlığı Enstitüsünün Sağlık Müdürlüğü bünyesine katılması ile halk sağlığına ilişkin görevler Sağlık Müdürlüğü tarafından yürütülmektedir.

1.2. İzlanda Sağlık Sigortası Ajansı

İzlanda Sağlık Sigortası Ajansı 2008 yılında kurulmuş olup, sağlık sigortası ve mesleki hastalık sigortası programlarını yönetmektedir. 2008 öncesi Sosyal Güvenlik Kurumunun bir parçası olan Ajans, bu tarihte Kurumdan ayrılarak kendi belirlenen işlevlerine odaklanmıştır (Bu ayrılık ile Sosyal Güvenlik Kurumu daha çok emeklilik ve sigortalılık işlemleri üzerine yoğunlaşmıştır). Ajansın, kamu ve özel sağlık hizmet sunucuları (hastaneler, uzman hekimler, klinikler, rehabilitasyon merkezleri, laboratuvarlar vs.) ile sözleşme yapma, hizmet alımı ve bunlara ödeme yapma görevleri bulunmaktadır. Bu şekilde sağlık hizmet sunucuları ile Ajans arasında sözleşmeli bir ilişki bulunmaktadır. Ajansın önemli politika hedefleri, sağlık hizmet sunumundaki kaliteyi ve etkinliği artırmak ile kapsamlı ve sistematik faaliyete dayalı yapılacak maliyet analizleri ile maliyet etkinliği artırmaktır. Bu bağlamda ajans, bu politika hedeflerine ulaşmak için bir hükümet aracı olarak tasarlanmıştır. Ajans ayrıca ülkede sağlık bakım veya tedavi hizmetini alamayan kişilere hizmet vermek için diğer ülkelerdeki hastanelerle anlaşmalar yapmaktadır. İlaveten maliyet paylaşım sistemini yönetmektedir.

Ajansın yöneticisini ve beş yönetim kurulu üyesini Bakan atamaktadır. Bu kurul, Bakanın oluşturduğu öncelikli politikalar doğrultusunda işlemler yapmak, uzun dönemli politika tavsiyelerinde bulunmak, politika uygulamalarını yönetmek ve diğer genel işleri yapmakla görevlidir.

1.3. İzlanda İlaç Ajansı

İzlanda İlaç Ajansı, tıbbi ürünlerin kalitesini ve güvenliğini değerlendirmek, yasal şartların yerine getirilip getirilmediğini kontrol etmek, sağlık çalışanlarına ve kamuoyuna bilgi sağlamak ve tüketicinin korunmasını sağlamaktan sorumludur. Ajans ilaveten ilaçların tescili ve sicilden çıkarılması yönünde kararlar almaktadır. Ajans tarafından, kurumun inceleme maliyetlerini kapsayacak şekilde düzenli denetime tabi olan taraflardan yıllık inceleme ücreti de alınmaktadır.

Ajansın yöneticisi Bakan tarafından atanmaktadır. Ayrıca Bakan tarafından Ajansın danışma organı olarak görev yapan ve beş üyeden oluşan Tıbbi Ürünler Komitesinin Başkanı ve Başkana danışarak diğer üyeleri dört yıllığına atanmaktadır.

1.4. İzlanda Radyasyon Güvenliği Müdürlüğü

İzlanda Radyasyon Güvenliği Müdürlüğü, radyoaktif maddelerden ve radyolojik malzemelerden yayılan radyasyona karşı güvenlik önlemlerinin alınmasından sorumludur. Müdür, beş yıllık bir süre için Bakan tarafından atanmaktadır. Bakan tarafından ayrıca, Müdürlüğün danışma organı olan Radyasyondan Korunma Konseyi üyeleri atanmaktadır.

1.5. İzlanda İlaç Fiyatlandırma ve Geri Ödeme Komitesi

İzlanda İlaç Fiyatlandırma ve Geri Ödeme Komitesi, maliyet paylaşımını da içeren geri ödeme kararlarını vermektedir. Komite tıbbi ürünlerle ilgili geri ödeme kararı verirken üç maliyet etkililik kriteri kullanmaktadır. Bunlar: (1) en iyi değerle fiyatlandırma (2) klinik etkililiğe uygunluk (3) bütçe etkisi. Komite ayrıca toptan ve perakende fiyatlandırma, ortak başvurular, eczane fiyat artışları vb. konular hakkında kararlar almaktadır. Toptan ve perakende fiyatlandırmaya ilişkin genel kararlar alınırken, ilgili şirketlerden veya kuruluşlardan temsilciler de Komiteye katılabilmektedir. Komite, ilaçların üretim ve ithalat maliyetlerini takip etmekte ve buna göre değerlendirme konusu ilaçlar için ödenecek maksimum fiyatı belirlemektedir. Komite ayrıca her ay yayımlanan ve maksimum toptan satış fiyatlarını, toptan satış indirimli fiyatlarını, referans fiyatları ve maksimum perakende satış fiyatları hakkında bilgiler içeren İzlanda ilaç fiyat listesinden de sorumludur. Komite tarafından alınan kararlar Bakan tarafından değiştirilememektedir. Olası anlaşmazlıkların çözüm yeri ise mahkemedir.

Komitenin Başkanı, Bakan tarafından atanmaktadır. Komitenin beş üyesi bulunmaktadır. Bu üyeler, Başkan ile birlikte Sağlık Müdürlüğü, İzlanda Sağlık Sigortası Ajansı, İzlanda İlaç Ajansı ve Maliye Bakanlığında katılan temsilcilerden oluşmaktadır.

Bu kurumlara ilaveten hükümet tarafından Mart 2014'de halk sağlığı üzerine Bakanlar Komitesi kurulmuştur. Komitenin başkanlığını Başbakan yaparken, Sağlık Bakanı, Eğitim ve Kültür Bakanı, Sosyal İşler ve Eşitlik Bakanı Komitenin temel üyelerini oluşturmaktadır. Diğer bakanlar ihtiyaca göre çağrılmaktadırlar. Komitenin ana amacı, kapsamlı bir halk sağlığı politikası ve hareket planı oluşturmaktır.

İzlanda sağlık sistemi içerisinde sağlık kuruluşları üç basamağa ayrılmıştır. Birinci basamakta İlk Tedavi Merkezleri, ikinci basamakta genel hastaneler ve bakımevleri, üçüncü basamakta ise başkent Reykjavik'te bulunan Landspítali Üniversite Hastanesi (ülkenin en büyük ve ana hastanesi), Akureyri Eğitim Hastanesi ve diğer uzmanlaşmış sağlık kuruluşları bulunmaktadır.

2- SAĞLIK HİZMETİNİN FİNANSMANI

Ülkedeki Sağlık Sigortası Yasası, hükümetin sağlık sigortası finansmanından yasal olarak sorumlu olduğunu garanti altına almıştır. Sağlık hizmetleri için finansal kaynakların her yıl ulusal bütçe kanunu ile parlamento tarafından tahsisi yapılmaktadır. İzlanda Sağlık Sigortası Ajansı, sağlık hizmetlerini finanse etmek için ihtiyaç duyduğu fonu Refah Bakanlığı aracılığıyla ulusal bütçeden, yani devlet hazinesinden almaktadır.

Ülkedeki sağlık sisteminin iki ana finansman kaynağı bulunmaktadır. Bunlardan ilk ve asıl kaynak merkezi hükümet tarafından koyulan genel vergiler iken, ikinci kaynak ise sağlık hizmetinden faydalanan kişilerin yaptığı kullanım ücretleridir (cepten yapılan ödemeler vb.). Sağlık sisteminin finansmanında vergilerin oranı %80–85 civarındadır.

Ülkedeki sağlık sistemi küçük ve ağırlıklı olarak kamusaldır. Sistemin başlıca özelliği, geri ödeme kurumunun aynı zamanda ülkede sağlık hizmeti sunan çoğu kuruluşun da sahibi olduğu birbirine entegre bir hizmet sunucu – ödeyici ilişkisi içinde olmasıdır.

Kamu içerisindeki tüm hastaneler ve birinci basamak sağlık kuruluşları global bütçe ile finanse edilmektedir.

OECD verilerine göre, toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu harcamalarının oranı %82 iken; cepten yapılan sağlık harcamalarının oranı ise %16 düzeyindedir.

3- GERİ ÖDEME SİSTEMİ

Evrensel kapsamı ile ulusal sağlık sigortası, ülkedeki sosyal güvenlik sisteminin önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Uyruğuna bakılmaksızın ülkede yasal olarak altı ay bulunanlar da dahil olmak üzere yerleşik olan herkes, sağlık sigortası sistemi tarafından otomatik olarak kapsam içine dahil edilmektedir. Bu kapsam içerisinde herkesin, sisteme yaptıkları katkı miktarı, yaşı, cinsiyeti, ödeme gücü vs. göz ardı edilerek ihtiyaç duydukları sağlık hizmetleri standart teminat paketi kapsamında İzlanda Sağlık Sigortası Ajansı tarafından karşılanmaktadır. Sisteme katılmamak ya da dahil olduktan sonra çıkmak mümkün değildir. Üvey ve evlat edinilmiş olanlar da dahil olmak üzere 18 yaş altındaki çocuklar, ebeveynleri üzerinden sağlık sigortası sistemi içerisinde yer almaktadırlar.

Vatandaşlara sunulan sağlık hizmetleri için sağlık kuruluşlarına yapılacak geri ödemeler, İzlanda Sağlık Sigortası Ajansı'nca yapılmaktadır. Temel teminat paketinin hazırlanması, pakete dahil edilecek ve paketten çıkarılacak tıbbi ürünlere ve sağlık hizmetlerine ilişkin kararları Sağlık Sigortası Yasası hükümleri doğrultusunda Sağlık Bakanı vermektedir.

Kamu hastaneleri yerine sözleşmesiz özel kliniklerden sağlık hizmeti alan kişilerin sağlık harcamaları belirli vakalarda (sedef hastalığı, plastik cerrahi vs.) özel şartları sağlamaları koşuluyla geri ödeme kapsamında karşılanmaktadır.

Sağlık teknolojisi değerlendirmesi, büyük ölçüde yapılmamaktadır. Ancak, Sağlık Bakanı alacağı kararları desteklemesi adına, diğer İskandinav ülkelerinde ve NICE tarafından İngiltere'de gerçekleştirilen sağlık teknoloji değerlendirmelerini dikkate almaktadır.

Evde bakım hizmetleri, birinci basamak sağlık kuruluşlarının sorumluluğu altındadır ve bunun için kişilerden kullanıcı ücreti alınmamaktadır. Ciddi ve uzun süreli hastalıklar ile kapsamlı tedaviye ihtiyaç duyulan kaza durumlarında, İzlanda Sağlık Sigortası Ajansı evde bakım hizmetleri için destek sağlamaktadır.

İzlanda Sağlık Sigortası Ajansı aynı zamanda yurt dışı tedavi kapsamında yurt dışındaki hastanelere gönderilen kişilerin de sağlık harcamalarını karşılamaktadır. Ancak Ajans bunun için üç şart aramaktadır. Bunlar; (1) acil tıbbi tedaviye ihtiyaç duyulması, (2) tedavinin bilinen bir tıbbi tedavi yöntemi olması, (3) tedavinin ülke içerisinde gerçekleştirilememesidir. Her bir vaka, içerisinde beş uzman hekimin ve bir avukatın yer aldığı özel bir komisyon tarafından değerlendirilmektedir. Kişiler, anlaşılan/belirlenen sağlık kuruluşu yerine daha pahalı bir hastaneye gitmek isterse, onaylananın üstündeki sağlık harcamalarından sorumlu olmaktadır.

3.1. Sevk Zinciri

İzlanda'da sağlık sistemi içerisinde zorunlu sevk zinciri uygulaması bulunmamaktadır. Kişilerin kendi hekimini seçme ve istedikleri sağlık kuruluşuna gitme hakkı bulunmaktadır. Yani kişilerin önce aile hekimleri nezdinde tedavi olması ve daha sonrasında gerekli görülmesi halinde aile hekimi tarafından bir başka sağlık kuruluşuna yönlendirilmesi söz konusu değildir. Ayrıca, Hasta Hakları Yasası kapsamında hastalar teşhis, tedavi, durum ve prognozları hakkında başka bir hekimden görüş alma hakkına da sahiptirler. Ülke genelinde birinci basamak sağlık kuruluşları sağlık sistemi içerisinde hastaların ilk erişim noktası olacak şekilde, yani hastaların genel ihtiyaçlarını karşılayacak ve daha büyük bir sağlık kuruluşuna başvurmasına gerek bırakmayacak geniş tedavi, bakım, bilgilendirme, koruyucu halk sağlığı unsurlarını içerecek şekilde tasarlanmıştır. Sadece başkent bölgesi dışındaki bazı kırsal bölgelerdeki küçük sağlık merkezlerinde ihtiyaçların karşılanamama ihtimali bulunmaktadır. Dolayısıyla buralarda yaşayan insanların hekim/sağlık kuruluşu seçme şansı görece daha düşük seviyede kalmaktadır.

3.2. Maliyet Paylaşımı (Katkı ve Katılım Payları-Cepten Ödeme)

Kişiler birinci basamak sağlık hizmetleri, ayakta tedaviler ve ilaçlar için katılım payı öderken; yatarak tedaviler ve yatış sürecinde yapılan tüm testler ve kullanılan ilaçlar için bu gibi kullanım ücretlerini ödememektedir. Sağlık Bakanı, hastalar tarafından ödenecek olan kullanım ücretlerini belirlemekten sorumludur.

Ülke sağlık sistemi içerisinde 2013 yılından beri basamaklı ilaç katılım payı uygulaması yürütülmektedir. Bu sistemin uygulanmasının amacı, hastalığından bağımsız olarak kişiler arasında eşitliğin korunması ve fazla ilaç tüketiminin önlenerek maliyetlerin azaltılmasıdır. G ve O olmak üzere iki ilaç kategorisi bulunmaktadır ve Ajans G kategorisi ilaçlar için ödeme yapmaktadır. Pozitif liste uygulaması bulunmaktadır.

Bu sistemde 12 aylık zaman dilimleri içerisinde kişiler almış oldukları ilaçlar için belirli oranlarda daha az katılım payı ödemektedirler. Birinci basamaktan sağlık hizmeti alan kişiler katılım payı olarak toplam maliyetin tamamını ödemektedirler. İkinci basamaktan sağlık hizmeti alanlar maliyetin %15'ini ve üçüncü basamaktan sağlık hizmeti alanlar ise maliyetin %7,5'ini ödemektedirler. Toplam ödenen tutar belirlenmiş olan maksimum tutara ulaştığında, hekim Ajansa başvurarak geri kalan zaman dilimi için ortaya çıkacak maliyetlerin tamamının Ajans tarafından karşılanmasını isteyebilmektedir. 12 aylık zaman dilimi, yıl bazında değerlendirilmemektedir ve kişinin ürünü ilk satın aldığı tarih ile başlamaktadır.

67 yaş ve üstü kişiler, malulen emekliler (%75 oranında engeli olanlar), çocuklar ve 22 yaş altı gençlerden alınacak katılım payları ise daha düşük düzeyde (oransal olarak aynı olsa bile) tutulmuştur. Aşağıda Tablo 2 ve Tablo 3'te her iki durum da açıklanmaktadır.

Ajansın maliyet anlamında baz aldığı fiyat ilacın referans fiyatıdır. Eğer ilacın referans fiyatı, normal fiyatından daha düşükse aradaki farkı kişi kendi karşılamaktadır. Bu fiyat farkı ise ödeme basamakları açısından bir anlam ifade etmemektedir.

Tablo 2: G kategorisi ilaçlar için Ödenecek Katılım Payı Tutarları (Genel)

| Basamaklar | 12 aylık zaman diliminde ilaç maliyetleri | | Ödeme Oranları | |
|---------------|---|---------------------|----------------|------------------|
| | Bireyler (€) | Toplam Maliyet (€) | Bireyler | Sağlık Sigortası |
| 1 | 160 | 160 | % 100 | % 0 |
| 2 | 230 | 630 | % 15 | % 85 |
| 3 | 450 | 3.560 | % 7,5 | % 92,5 |
| Toplam | 0 | € > 3.560 | | |

Kaynak: <https://www.sjukra.is/english/social-insurance-in-iceland/> Erişim tarihi: Kasım 2020

Tablo 3: G kategorisi ilaçlar için Ödenecek Katılım Payı Tutarları (Diğer Gruplar)

| Basamaklar | 12 aylık zaman diliminde ilaç maliyetleri | | Ödeme Oranları | |
|---------------|---|---------------------|----------------|------------------|
| | Bireyler (€) | Toplam Maliyet (€) | Bireyler | Sağlık Sigortası |
| 1 | 105 | 105 | % 100 | % 0 |
| 2 | 150 | 415 | % 15 | % 85 |
| 3 | 300 | 2.360 | % 7,5 | % 92,5 |
| Toplam | 0 | € > 2.360 | | |

Kaynak: <https://www.sjukra.is/english/social-insurance-in-iceland/> Erişim tarihi: Kasım 2020

Tıbbi cihazlar için ise cihazın fiyatına bağlı olarak Ajans tarafından %50, %70 ve %100 geri ödeme yapılmakta ve arada fark oluşması halinde söz konusu farkı kişiler kendileri ödemektedirler. Ancak ajans, hastane, bakımevi vb. yerlerde sağlanan cihazlar için ödeme yapmamaktadır. Bu cihazların maliyeti kişinin tedavi aldığı ilgili sağlık kuruluşları aracılığıyla Ajans tarafından karşılanmaktadır.

Ayakta tedavilerde maliyet paylaşımı konusunda Mayıs 2017'de yeni bir sistem yürürlüğe girmiştir. Bu yeni sistemin amacı, sağlık hizmetini çok fazla kullanmak zorunda olan ve bundan dolayı yüksek miktarda harcama yapan hastaların giderlerini azaltmaktır. Örneğin bu doğrultuda, çocuklar katılım payından muaf tutulmuşlardır.

İzlanda sağlık sisteminde, sağlık hizmetinden yararlananlar katılım payı olarak her ay belli bir maksimum tutara kadar maliyet paylaşımına katılır ancak belirlenen maksimum tutardan fazlasını ödememektedir. Bu maksimum tutar aylık 190 €'dur (emekliler ve engelliler için 125 €). Aynı şekilde yıllık bazda da 450 €'nun (diğerleri için 300 €) üstündeki tutarlar, hasta tarafından ödenmemektedir. Bu tutarlar aşıldığında, tüm ödemeler Ajans tarafından yapılmaktadır.

Aşağıdaki tabloda ayakta tedavi için genel olarak ve emekli ile engelli bireylerin ödeyecekleri katılım payları gösterilmiştir.

Tablo 4: Ayakta Tedavide Katılım Payları

| | Genel (€) | Emekli ve Engelliler (€) |
|--|--|--------------------------|
| Sağlık Merkezleri | | |
| Mesai saatinde aile hekimleri ve klinikler | 8,5 | 0 |
| Mesai saati dışında aile hekimleri ve klinikler | 22,5 | 0 |
| Mesai saatinde hekim | 24,5 | 0 |
| Mesai saati dışında hekim | 32,5 | 0 |
| Uzmanlar ve Hastaneler | | |
| Acil servis | 49 | 32 |
| Hastanede başka bir uzmandan alınan yeni tedavi | 27 | 17,5 |
| Sözleşmeli uzman hekim (Hastane içinde veya dışında) | Anlaşmalı fiyatın % 90'ı veya başvuru için kabul edilen toplam fiyat | Genel ödemenin 2/3'ü |
| Kanser taraması | | |
| Servikal smear | 34 | 17,5 |
| Göğüs röntgeni | 34 | 17,5 |
| Aynı başvuruda hem servikal hem göğüs röntgeni | 51 | 25,5 |
| Laboratuvar testleri | 19,5 | 13 |
| Radyoloji ve kemik yoğunluk ölçümü | Kabul edilen toplam fiyatın % 90'ı | Genel ödemenin 2/3'ü |

4- İZLANDA İLE TÜRKİYE’NİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMLERİNİN KİYASLANMASI

İzlanda hem nüfus hem yüzölçümü olarak Avrupa’nın en küçük ülkelerinden biri olmasına rağmen, kişi başı gayri safi yurtiçi hasılası (yaklaşık 73.000 \$) ile bu alanda dünyanın önde gelen ülkelerinden biri olmayı başarmıştır. Bu alanda Türkiye’den de yaklaşık 7 kat büyüktür. Bu yüksek refah seviyesi farkı, iki ülke arasındaki sağlık sistemi ve sağlık harcamaları açısından da kendini göstermektedir. Öyle ki, 2018 yılında kişi başına düşen sağlık harcaması İzlanda’da 4.349 \$ iken, Türkiye’de ise 1.227 \$ olarak gerçekleşmiştir. İzlanda bu harcama düzeyiyle OECD ortalamasının (3.994 \$) da üstünde yer almaktadır.

Ülkede doğumda beklenen yaşam süresi ise, Türkiye ile kıyaslandığında kadınlarda yaklaşık 3,5 yıl, erkeklerde ise yaklaşık 5,5 yıl daha fazladır.

Türkiye ile kıyaslandığında İzlanda’da 1.000 kişiye düşen hekim, hemşire, yatak sayıları da yüksektir. İzlanda’da 2017 yılında 1.000 kişiye düşen hekim sayısı 3,9 iken, Türkiye’de 1,9; İzlanda’da 1.000 kişiye düşen hemşire sayısı 14,5 iken, Türkiye’de 2,1; İzlanda’da 1.000 kişiye düşen yatak sayısı ortalaması ise 3,1 iken, Türkiye’de 2,8’dir.

İzlanda’da uyruğuna bakılmaksızın ülkede yasal olarak altı ay bulunanlar da dahil olmak üzere yerleşik olan herkes, sağlık sigortası sistemi tarafından otomatik olarak sağlık sigortası kapsamı içerisine dahil edilmektedir. Türkiye’de de kesintisiz bir yıl süre ile ikamet eden yabancı ülke vatandaşları da dahil olmak üzere, aşağıda belirtilen gruplar hariç olmak üzere, herkes Genel Sağlık Sigortası (GSS) kapsamı altında yer almaktadır. 2017 yılı OECD verilerine göre nüfusun %99,2’si sağlık sigortası kapsamında olup, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) verilerine göre 2019 yılı itibarıyla bu rakam %99,5’e ulaşmıştır. GSS sisteminden faydalanan kişi sayısı çok olmasına rağmen mevzuatımızda kapsam dışında kalan kişiler de belirtilmiştir: TBMM üyeleri, yüksek yargı üyeleri, banka sandıkları üyeleri ile tutuklu ve hükümlüler GSS sistemi kapsamı dışındadır. Bu kişilerin sağlık hizmetleri ilgili harcamaları kurumlarınca karşılanmaktadır. Türkiye’de genel sağlık sigortasından faydalanabilmek için; geriye dönük bir yıl içerisinde toplam 30 gün GSS primi ödenmiş olması, kendi nam ve hesabına çalışanlar için sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihte yukarıdaki şartın yanı sıra 60 günden fazla prim borcunun bulunmaması gerekmektedir.

Türkiye’de sağlık sisteminin finansmanı genel olarak vatandaşlar tarafından ödenen primler ve toplanan primlerin 1/4’i tutarında devlet katkısı ile sağlanmaktadır. Sosyal Güvenlik Kurumu, tek geri ödeme kurumudur. İzlanda’da ise sağlık sisteminin vergiler ve kullanıcı ücretleri olmak üzere iki ana finansman kaynağı bulunmaktadır. Ülkede tek geri ödeme kurumu olan ve sağlık sigortası programlarını yöneten İzlanda Sağlık Sigortası Ajansı, sağlık hizmetlerini finanse etmek için ihtiyaç duyduğu fonu Refah Bakanlığı aracılığıyla ulusal bütçeden almaktadır. Ülkede sağlık hizmetlerinin sağlanması, finansmanı ve düzenlenmesi konularındaki nihai sorumluluk, Refah Bakanlığı bünyesinde sağlık politikalarından sorumlu olan Sağlık Bakanına aittir.

Türkiye’de sigortalı ve bakmakla yükümlü olmayanların genel sağlık sigortasından yararlanmaları için aylık 88,29 TL ödemeleri yeterlidir.

Asgari ücret tutarı Türkiye’de 2020 yılı itibarıyla 2.324,70 TL olarak belirlenmiştir. OECD verilerine göre Türkiye’de 2018 yılında aylık asgari ücret yaklaşık 420 \$ iken; İzlanda’da sabit belirlenmiş ulusal bir asgari ücret uygulaması bulunmamakta, sektörler göre asgari ücret tutarı farklılaşmaktadır.

Türkiye’de zorunlu sevk zinciri uygulaması bulunmamaktadır. İzlanda’da da aynı şekilde zorunlu sevk zinciri bulunmamaktadır. Ancak sağlık sistemi içerisindeki birinci basamak sağlık kuruluşları hastaların genel ihtiyaçlarını karşılayacak ve daha büyük bir sağlık kuruluşuna başvurmasına gerek duymayacakları şekilde tasarlanmıştır.

Türkiye’de genel sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmetlerinden faydalanan vatandaşlar ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi, ayakta tedavide sağlanan ilaçlar ve vücut dışı protez ve ortezler için katılım payı ödemektedirler. Kamu sağlık hizmeti sunucuları için katılım payı, özel sağlık hizmeti sunucuları içinse hem katılım payı hem de ilave ücret ödemektedirler. Birinci basamak sağlık hizmeti sunucularınca sağlanan sağlık hizmetlerinden katılım payı alınmazken, ikinci basamak sağlık hizmeti sunucularında 6 TL, Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastanelerinden 7 TL, üniversite hastanelerinden 8 TL ve özel sağlık hizmeti

sunucularından ise 15 TL katılım payı alınmaktadır. Ayrıca özel hastaneler de sunulan hizmet bedelinin %200'ünü geçmeyecek şekilde ilave ücret almaktadır. İzlanda'da ise kişiler birinci basamak sağlık hizmetleri, ayakta tedaviler için katılım payı öderken; yatarak tedaviler ve yatış sürecinde yapılan tüm testler ve kullanılan ilaçlar için bu gibi kullanıcı ücretlerini ödememektedirler. Ayakta tedavide sağlanan ilaçlardan, Sosyal Güvenlik Kurumundan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişilerden ilaç bedelinin %10'u, diğer kişilerden ise ilaç bedelinin %20'si oranında katılım payı alınmaktadır. Ayrıca her bir reçete için 3 kutuya kadar (üç kutu dahil) temin edilen ilaçlar için 3 TL, 3 kutuya ilave temin edilen her bir kutu ilaç için 1 TL olmak üzere katılım payı alınmaktadır. İzlanda sağlık sistemi içerisinde ise basamaklı ilaç katılım payı uygulaması yürütülmektedir.

Türkiye'de sağlık hizmetleri birinci basamakta Sağlık Bakanlığına bağlı aile hekimleri aracılığıyla, ikinci ve üçüncü basamakta ise Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler, üniversite hastaneleri ve özel hastaneler tarafından sunulmaktadır.

Tablo 5: Ekonomi ve Sağlık Göstergelerinin Türkiye ve OECD Ortalaması ile Karşılaştırılması

| ÜLKE | İZLANDA | TÜRKİYE | OECD |
|---|---|--|--|
| Nüfus, (2018) | 353.574 | 82.003.882 | - |
| Kişi başına düşen GSYİH, (\$), (2018) | 73.191 | 9.370 | - |
| Asgari ücret tutarı, (\$), (2018), (aylık) | - | 420 | - |
| Cari sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı, (%), (2018) | 8,3 | 4,2 | 8,8 |
| Kişi başına düşen toplam sağlık harcaması, (\$), (2018) | 4.349 | 1.227 | 3.994 |
| Kişi başına düşen ilaç harcaması, (\$), (2017) | 456 | - | 564 |
| Doğumda beklenen yaşam süresi kadın, Doğumda beklenen yaşam süresi erkek, (yıl), (2018) | 84,5 81,3 | 81,8 75,6 | 83,4 78,1 |
| Sigorta tarafından kapsanan nüfus oranı, (2017)* | 100 | 99,2 | - |
| 1.000 Kişiye düşen hekim sayısı, 1.000 Kişiye düşen hemşire sayısı, 1.000 Kişiye düşen yatak sayısı, (2017) | 3,9 14,5 3,1 | 1,9 2,1 2,8 | 3,5 8,8 4,7 |
| Toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı, (%), (2018) | | | |
| 1. Kamu sağlık harcaması oranı, (%) | 82 | 77 | 74 |
| <i>Merkezi hükümet/bölgesel, yerel yönetimler sağlık harcaması oranı, (%)</i> | 82 | 23 | 37 |
| <i>Sosyal sağlık sigortası harcaması oranı, (%)</i> | 0 | 54 | 37 |
| 2. Cepten yapılan sağlık harcaması oranı, (%) | 16 | 17 | 21 |
| 3. Gönüllü sağlık sigortası harcaması oranı, (%) | 0 | 0 | 4 |
| 4. Diğer harcamaların oranı, (%)** | 2 | 5 | 2 |
| Hane halkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı, (%), (2018) | 2,6 | 1,2 | 3,2 |

* SGK verilerine göre 2019 yılı itibarıyla %99,5'dir

** Ülkede geçici olarak ikamet edenlere ait sağlık harcamalarıdır.

Not: Tablo, uluslararası veri tabanlarında yayımlanan kıyaslanabilir ve kesinleşmiş en yakın yıl verileri kullanılarak hazırlanmıştır. Tahmini (Estimated) veriler kullanılmamıştır.

Kaynak:

1. Health at a Glance 2019 OECD Indicators
2. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD> , Erişim Tarihi: Kasım 2020
3. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL> , Erişim Tarihi: Kasım 2020
4. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=RMW> , Erişim Tarihi: Kasım 2020
5. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018
6. <https://www.tuik.gov.tr/> , Erişim Tarihi: Kasım 2020

KAYNAKLAR

- 1) <https://www.sjukra.is/english/social-insurance-in-iceland/>
- 2) <https://www.statice.is/>
- 3) <https://www.government.is/publications/reports/report/?newsid=6ae76213-cdf5-11e7-9421-005056bc530c>
- 4) <https://www.landspitali.is/um-landspitala/languages/landspitali-the-national-university-hospital-of-iceland/>
- 5) <https://www.ima.is/ima/>
- 6) <https://www.landlaeknir.is/>
- 7) Iceland Country Review – Good Practice in the Field of Health Promotion and Primary Prevention
- 8) http://chrodis.eu/wp-content/uploads/2014/10/JA-CHRODIS_Iceland-country-review-in-the-field-of-health-promtion-and-primary-prevention.pdf
- 9) <https://www.wikipedia.org/wiki/%C4%B0zlanda>
- 10) European Observatory on Health Systems and Policies, Health Systems in Transition Vol. 16, No 6, 2014
- 11) Medicines Reimbursement Policies in Europe, WHO, 2018
- 12) Health at a Glance 2019 OECD Indicators
- 13) <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD>, Erişim Tarihi: Kasım 2020
- 14) <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL>, Erişim Tarihi: Kasım 2020
- 15) <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=RMW>, Erişim Tarihi: Kasım 2020
- 16) Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018
- 17) <https://www.tuik.gov.tr/tr/>, Erişim Tarihi: Kasım 2020



LETONYA SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ



ÖZET

Küçük Baltık Cumhuriyeti Letonya, sağlık sistemini yirmi yıldan fazla bir süredir sürekli olarak iyileştirmektedir. 1991 yılındaki bağımsızlıktan sonra Letonya, başlangıçta bir sosyal sağlık sigortası sistemi oluşturmuştur. Bununla birlikte, merkezi olmayan planlama, parçalı ve verimsiz finansman ile ilgili sorunlar bunun yavaş yavaş tersine çevrilmesine ve 2011 yılında Ulusal Sağlık Hizmeti tipi bir sistemin kurulmasına neden olmuştur.

Letonya sağlık sistemi, genel olarak vergi finansmanlı yasal sağlık hizmetleri sunumundan ve kamu/özel sağlık hizmeti sunucusu karışımından oluşmaktadır. Sağlık Bakanlığı ulusal sağlık politikasından, genel sağlık sisteminin organizasyonu ve işleyişinden sorumludur. Bağımsız Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS) kurumu devletin sağlık politikalarını uygulamakta ve ülke genelinde sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliğini sağlamaktadır.

Sağlık kaynakları, esas olarak merkezi hükümet tarafından genel vergilendirme yoluyla artırılmaktadır. Tüm nüfus için sağlık hizmetlerini Bağımsız Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS) satın almaktadır. Her ne kadar ulusal sağlık sistemi tüm nüfusu kapsam altına alsın ve temel bir hizmet paketini ödese de hastalar önemli kullanıcı ücretlerine ve özellikle de ilaçlarda doğrudan ödemelere ve gayri resmi ödemelere maruz bırakılmaktadır.

Neredeyse tüm Letonyalılar, sağlık hizmetlerine girişin ana noktası olan bir aile hekimine kayıtlıdır. İkinci basamak ayakta tedavi ve hastane bakımı için sevk sistemi uygulanmaktadır. Kırsal kesimde (nüfusun yaklaşık üçte birinin yaşadığı), bir doktor asistanı (feldsher) veya ebe hala birinci basamak bakımın önemli bir bölümünü sağlamaktadır. Aile hekiminden sevk alan bir hasta, NHS ile sözleşmesi olan her türlü ayakta ya da yatarak sağlık hizmeti sunucusunu serbestçe seçebilir. Bazı uzmanlara, aile hekimi tarafından sevk edilmeden doğrudan belirli koşullar altında (örneğin, çocuklar için çocuk hekimine) erişilebilmektedir. Uygulamada, yasal sistemdeki sağlık hizmeti sunucusu seçimi, özellikle kırsal alanlarda, bekleme listelerinin uzunluğu nedeniyle genellikle sınırlıdır.

ÜLKE TANITIMI

Ülkenin Demografik Özellikleri

Letonya Cumhuriyeti, Baltık ülkelerinden biridir (Estonya, Letonya ve Litvanya). Kuzey-Doğu Avrupa'da Baltık Denizi'nin doğu kıyısında yer alır ve Avrupa Birliği'nin doğu sınırının bir parçasını oluşturur. Letonya'nın başkenti olan Riga, merkezi bir konumdadır. Letonya'da resmi dil Letonca'dır. Para birimi Euro(€)'dur.

1991'deki bağımsızlığından beri Letonya demokratik ve parlamenter bir cumhuriyet olmuştur. Parlamento dört yıllığına seçilir. Letonya Cumhurbaşkanı parlamento tarafından da dört yıllığına seçilir. Letonya'da 119 yerel yönetim vardır.

Letonya nüfusu 2018 yılı itibarıyla yaklaşık 1.9 milyondur (2018-1.926.542). Letonya yaşlanan ve küçülen bir nüfusa sahiptir. Doğumda beklenen yaşam süresi erkeklerde 70,1 ve kadınlarda 79,7'dir.

Tablo 1: Ekonomi ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması

| | LETONYA | OECD |
|---|--|--|
| Nüfus, (2018) | 1.926.542 | - |
| Kişi başına düşen GSYİH, (\$), (2018) | 17.860 | - |
| Asgari ücret tutarı, (\$), (2018), (aylık) | 507 | - |
| Cari sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı, (%), (2018) | 5,9 | 8,8 |
| Kişi başına düşen sağlık harcaması, (\$), (2018) | 1.749 | 3.994 |
| Kişi başına düşen ilaç harcaması, (\$), (2017) | 452 | 564 |
| Doğumda beklenen yaşam süresi kadın, Doğumda beklenen yaşam süresi erkek, (yıl), (2018) | 79,7 70,1 | 83,4 78,1 |
| Sigorta tarafından kapsanan nüfus oranı, (%), (2017) | 100 | - |
| 1.000 Kişiye düşen hekim sayısı, 1.000 Kişiye düşen hemşire sayısı, 1.000 Kişiye düşen yatak sayısı, (2017) | 3,2 4,6 5,6 | 3,5 8,8 4,7 |
| Toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı, (%), (2018) | | |
| 1. Kamu sağlık harcaması oranı, (%) | 57 | 74 |
| <i>Merkezi hükümet/bölgesel, yerel yönetimler sağlık harcaması oranı, (%)</i> | 57 | 37 |
| <i>Sosyal sağlık sigortası harcaması oranı, (%)</i> | - | 37 |
| 2. Cepten yapılan sağlık harcaması oranı, (%) | 42 | 21 |
| 3. Gönüllü sağlık sigortası harcaması oranı, (%) | 1 | 4 |
| 4. Diğer harcamaların oranı, (%)* | - | 2 |
| Hanehalkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı, (%), (2018) | 4,2 | 3,2 |

* Ülkede geçici olarak ikamet edenlere ait sağlık harcamalarıdır.

Not: Tablo, uluslararası veri tabanlarında yayımlanan kıyaslanabilir ve kesinleşmiş en yakın yıl verileri kullanılarak hazırlanmıştır. Tahmini (Estimated) veriler kullanılmamıştır.

Kaynak:

1. Health at a Glance 2019 OECD Indicators
2. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD> , Erişim Tarihi: Mayıs 2020
3. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL> , Erişim Tarihi: Mayıs 2020
4. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=RMW> , Erişim Tarihi: Kasım 2020
5. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018
6. <https://www.tuik.gov.tr/tr/> , Erişim Tarihi: Kasım 2020

ÜLKENİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ

1- ORGANİZASYON YAPISI

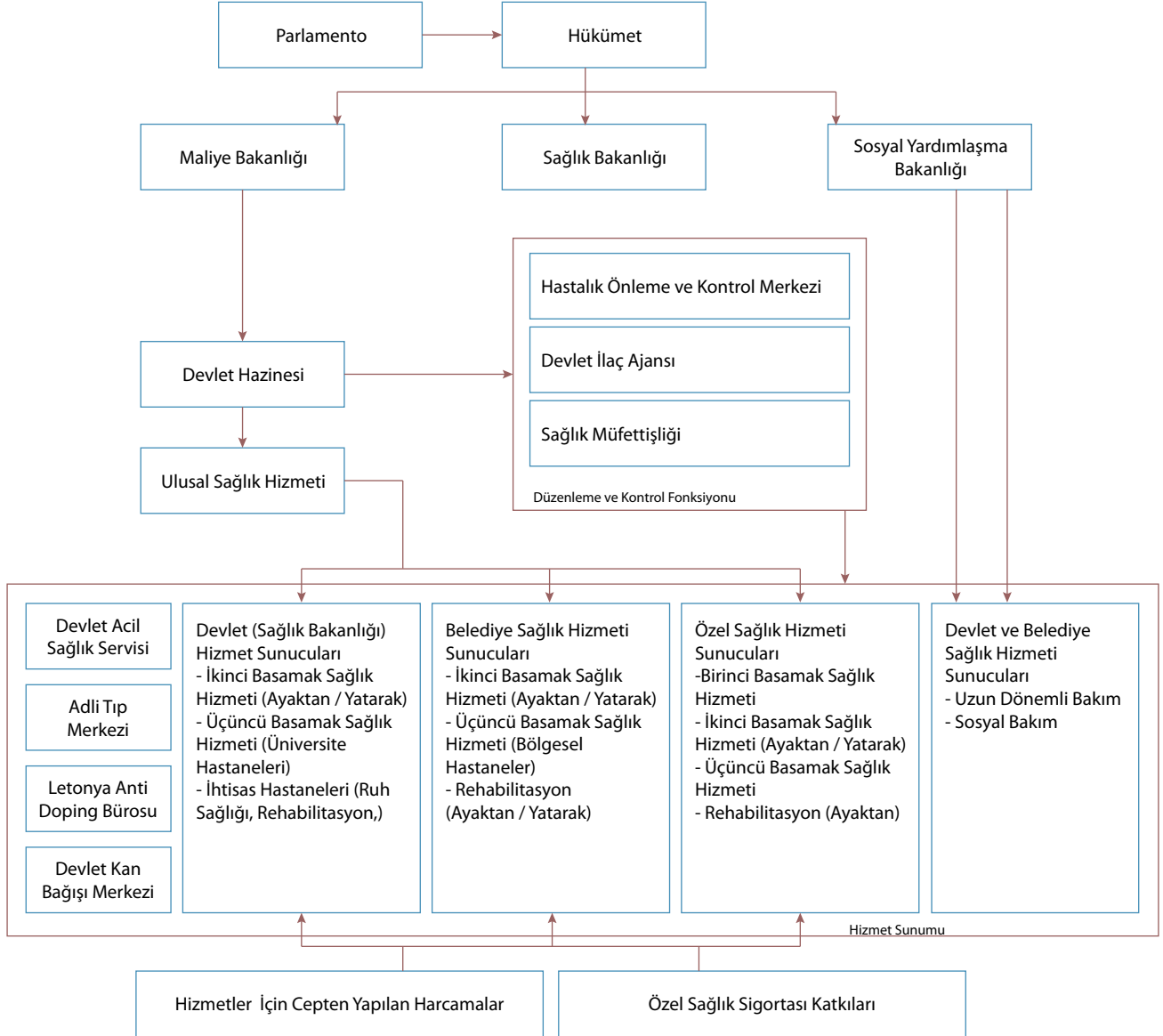
Letonya ulusal sağlık sistemi, genel vergilerle finanse edilen sağlık hizmeti sunumuna dayanmaktadır. Cepten yapılan sağlık harcamalarının payı önemli olmasına rağmen, kaynaklar genel olarak merkezi hükümet tarafından genel vergilendirme yoluyla artırılmaktadır. Para, Maliye Bakanlığı'ndan Hazine aracılığıyla, merkezi yasal satın alma organizasyonu olarak hareket eden ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir devlet kuruluşu olan Bağımsız Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS)'ye akmaktadır.

NHS sağlık politikalarının uygulanması, devletin mali kaynaklarının yönetilmesi, teminat paketinin içeriğinin belirlenmesi, sağlık hizmeti sunucularıyla sözleşme yapılması, e-sağlık sisteminin uygulanması ve kayıt altına alınması için en önemli ulusal kurumdur.

Küçük hastaneler ve bazı büyük bölgesel hastaneler genellikle belediyelere, daha büyük üçüncü basamak hastaneler (üniversite hastaneleri) ve ihtisas (monoprofile) hastaneleri (örneğin psikiyatri hastaneleri) devlete aittir. Çoğu birinci basamak hekimi, yalnızca birinci basamak hekimleri için var olan özel bir girişimcilik biçimi olan bağımsız bir profesyonelin yasal statüsüne sahiptir. Neredeyse tüm dış hekimlikleri ve eczaneler özeldir.

Letonya sağlık sistemi, bağımsızlıktan bu yana organizasyon ve finansmanda farklı yaklaşımlarla bir dönüşüm sürecinden geçmiştir. Sistemin temel bileşenleri Şekil 1'de gösterilmektedir.

Şekil 1: Sağlık Sistemi Organizasyon Yapısı



Kaynak:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331419/HIT-21-4-2019-eng.pdf>

Letonya parlamenter bir cumhuriyettir ve sağlık sektörüne ilişkin temel düzenlemeler parlamento ve Bakanlar Kurulu tarafından yayınlanmaktadır. Sağlık politikası öncelikleri Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenir. Sağlık sistemi, kamu/özel sağlık hizmeti sunucuları tarafından sunulmaktadır ve vergilerle finanse edilmektedir. Kaynaklar, esas olarak merkezi hükümet tarafından genel vergilendirme yoluyla artırılmaktadır. Para, Maliye Bakanlığı'ndan Hazine aracılığıyla Sağlık Bakanlığına bağlı, sağlık fonlarının toplandığı ve sağlık hizmetlerinin ana alıcısı olarak görev yapan bir devlet kuruluşu olan Bağımsız Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS)'ye akmaktadır. NHS, kamuya ait veya özel sağlık hizmeti sunucuları ile sözleşme yapmaktadır.

Sistemdeki en önemli aktörler parlamento, Sağlık Bakanlığı ve Bağımsız Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS)'dir. Sistemin ana özellikleri şunlardır:

- Merkezi hükümet, yasal vergilendirme yoluyla zorunlu sağlık sistemi için kaynakları yükseltmektedir.
- Parlamento NHS'nin bütçesini onaylamaktadır ve para Maliye Bakanlığı'ndan Hazine aracılığıyla NHS'ye aktarılmaktadır.
- NHS, sağlık hizmeti sunucularıyla sözleşme yapan ve onlara ödeme yapan, Sağlık Bakanlığı'nın kontrolü altında bir devlet kuruluşudur.
- NHS ile sözleşme yapan sağlık hizmeti sunucuları kamuya açık veya özel olabilir: birinci basamakta ağırlıklı olarak özel olma eğilimindedir; ikinci basamakta ağırlıklı olarak kamu, mülkiyeti esas olarak yerel yönetim düzeyinde yoğunlaşmıştır ve üçüncü basamakta kamu mülkiyeti devlet (ulusal) düzeyinde yoğunlaşmıştır.

1.1. Parlamento

Letonya parlamentosu (Saeima) ulusal sağlık politikasının geliştirilmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Sadece ulusal bütçeyi değil aynı zamanda NHS'nin bütçesini de onaylamaktadır. Parlamantonun çalışmaları çeşitli komiteler halinde düzenlenmiştir. Sosyal ve İstihdam Komitesi içindeki Sağlık Alt Komitesi, yasama inisiyatifine sahiptir ve üyelerin ortaya koyduğu sağlıkla ilgili tüm konuların yanı sıra diğer parlamento üyeleri, Sağlık Bakanlığı veya NHS'nin dikkatine sunulan hususları gözden geçirmektedir. Bu komiteye teklifler, profesyoneller, meslek kuruluşları ve sivil toplum kuruluşları tarafından sunulabilir. Sağlık Bakanlığı parlamento sekreteri, parlamento ile bakanlık arasında bir bağlantı sağlamaktadır ve parlamentodaki Sağlık Bakanı'nın bir temsilcisidir.

1.2. Sağlık Bakanlığı

Sağlık Bakanlığı, sağlık sisteminin planlanmasından ve düzenlenmesinden sorumlu merkezi devlet kurumudur. Sağlık Bakanlığı sağlık politikasını hazırlamakta ve uygulanmasını düzenlemekte ve denetlemektedir. Sağlık Bakanlığı maliyet-etkin sağlık hizmetleri için ön şartlar oluşturmakta ve hizmetlerin erişilebilirliğini ve kalitesini güvence altına almaktadır. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı, Riga Stradiņš Üniversitesi'nde tıp eğitimi ve lisansüstü eğitim ve mesleki tıp eğitim merkezlerinden sorumludur.

Sağlık Bakanlığının mevcut yapısı beş departmandan oluşmaktadır:

- (1) Devlet Sekreteri'nin doğrudan kontrolü altında olan ve Sağlık Bakanlığının idaresinden sorumlu olan İdare Departmanı;
- (2) Sağlık hizmeti sağlayıcıları ve ilaçların yasal düzenlemelerinden sorumlu olan Sağlık Departmanı;
- (3) Sağlıklı beslenme, bağımlılık, fiziksel aktivite vb. konularına odaklanarak, hastalığın önlenmesi ve sağlığın teşviki ile ilgili yasal ve pratik düzenlemeden sorumlu olan Halk Sağlığı Departmanı;
- (4) Tüm sağlık sistemi için bütçe planlamasından sorumlu olan Bütçe ve Yatırımlar Departmanı;
- (5) Avrupa Birliği Fonları projelerinin sağlık sistemindeki denetlenmesinden ve pratik olarak gerçekleştirilmesinden sorumlu olan Avrupa Birliği Fonları Departmanı.

1.2.1. Sağlık Bakanlığı Kapsamındaki Kurumlar

1.2.1.1. Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi (CDPC): Ulusal halk sağlığı enstitüsüdür. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve diğer halk sağlığı kurumlarıyla dünya çapında işbirliği yapmaktadır. Sağlıkla ilgili bilgileri toplar, özetler ve analiz eder, farklı hastalıkların kayıtlarını yönetir, salgınları araştırır, halk sağlığı programlarını izler, aşılama programlarını planlar ve düzenler, halk sağlığı araştırmaları yapar.

1.2.1.2. Sağlık Müfettişliği (HI): Sağlık hizmetlerinin kalitesini düzenlemektedir. İlaç üretim, satın alma ve dağıtımında ilaç şirketlerini kontrol etmektedir. Devlet düzenlemelerinde uyumu değerlendirmek için tesisler, ekipman, personel ve dokümantasyon değerlendirmeleri yapmaktadır. Ek olarak, ilaç reklamlarını düzenlemekte ve hasta şikayetlerini ele almaktadır. Sağlık Müfettişliği (HI), sağlık hizmet sağlayıcılarının Bağımsız Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS) sözleşmelerinde belirlenen hizmet şartlarına uymasının yanı sıra, sağlayıcıların Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen sağlık kurumlarının zorunlu gerekliliklerine uymasını sağlayan en önemli kurumdur.

HI, hizmet sunumunu denetler ve hizmetlerin tam olarak sağlanmadığını veya uygun olmayan tıbbi teknolojilerle sağlanıp sağlanmadığını NHS'ye bildirir; bu da NHS'nin ödemeyi reddetmesine veya sağlayıcılara yapılan ödemeleri azaltmasına neden olur. Ek olarak, uygunsuz hizmet sunumu veya yanlış raporlama için ceza verme hakkına sahiptir.

1.2.1.3. Devlet İlaç Ajansı (SAM): Letonya için pazar onaylı tüm farmasötik ürünlerin listelendiği bir İlaç Kayıt Defteri tutmaktadır. İlaçların kalitesi, güvenliği ve etkinliğinin değerlendirilmesinden sorumludur.

1.2.1.4. Devlet Acil Sağlık Servisi (SEMS): 2009 yılında, 39 belediyenin acil bakım hizmetlerinin, Sağlık Bakanlığının denetimi altında merkezi olarak yönetilen bir kurumla birleştirilmesi sonucu kurulmuştur.

1.3. Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS)

Sağlık Bakanlığının doğrudan kontrolü altında ve doğrudan Bakana karşı sorumludur. NHS, Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen sağlık politikalarını ve stratejilerini uygular ve politika uygulamasının süreçlerini ve sonuçlarını izlemek ve rapor etmek zorundadır. Ülkedeki sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliğinin sağlanmasından sorumlu ana kurumdur. NHS'nin temel görevleri şunlardır: devletin mali kaynaklarını yönetmek, ilaçların pozitif listesini belirlemek, e-sağlık sistemini uygulamak ve Letonya'da yeni finansman sistemleri geliştirmek. Ayrıca NHS klinik kılavuzları ve tıbbi teknolojileri kaydeder.

NHS bir Merkez Ofisi ve beş bölge şubesinden oluşur. Merkez Ofisi, yatan hasta hizmetleri için doğrudan tüm hastanelerle sözleşme yapmaktadır. Bölgesel şubeler, birinci basamaktaki pratisyen hekimlerle, ikinci basamak poliklinik sağlık hizmeti sunucularıyla ve eczaneler ile sözleşme yapmaktan sorumlu olan birimlerdir. Bununla birlikte, kendi bütçeleri yoktur ve ilaçlar doğrudan NHS Merkez Ofisi tarafından karşılanmaktadır.

NHS, Letonya yasal sağlık sisteminde tek üçüncü taraf ödeyicisidir. Parlamento tarafından onaylanan sağlık bütçesi dahilinde tüm nüfus için sağlık hizmetlerini güvence altına almak zorundadır. NHS'nin faaliyetlerini düzenleyen ana belge "Sağlık Hizmetlerinin Organizasyonu ve Finansmanı Hakkında Yönetmelik"tir. Belge, NHS'nin sorumlulukları, teminat paketi ve sağlık hizmeti sunucularının ihaleleri için seçim kriterleri de dahil olmak üzere sağlık hizmeti sunumunun ve finansmanının neredeyse tüm yönlerini belirler. Belge, yeni teknolojilerin getirilmesi, teminat paketindeki değişiklikler ve hizmet tanımları ve tarifelerindeki değişiklikler dikkate alınarak yılda beş ila altı kez güncellenmektedir. Bu güncellemeler her zaman Sağlık Bakanlığı ve NHS arasında yakın iş birliği içinde hazırlanmaktadır.

NHS'nin müdürü, Sağlık Bakanlığı tarafından görevlendirilmiştir. NHS'nin bölge şubelerinin faaliyetleri, tedarikçilerle sözleşme yapmak için çerçeve sözleşmeleri sağlayan ve belirli kalite standartlarının yanı sıra satın alınması gereken hizmetleri tanımlayan Merkez Ofisi tarafından belirlenir.

1.4. Diğer Bakanlıklar

1.4.1. Maliye Bakanlığı: Devlet Hazinesi aracılığıyla, devlet bütçesinden sağlık sistemine (ve sosyal bakım hizmetlerine) finansal akış sağlar.

1.4.2. Sosyal Yardımlaşma Bakanlığı (MoW): Engelli bireylerin sosyal rehabilitasyonu ve hemşirelik bakımı ve diğer tüm sosyal bakım hizmetleri de dahil olmak üzere Letonya sosyal güvencesi ile ilgilenmektedir. Hizmetler (örneğin yaşlılar için) genellikle yerel yönetimler tarafından organize edilmekte ve verilmektedir.

1.4.3. Eğitim ve Bilim Bakanlığı: Letonya Üniversitesi tıp fakülteleri de dahil olmak üzere Letonya'daki sağlık sektöründe çeşitli eğitim olanaklarının yanı sıra sağlığın teşviki ile de ilgilenmektedir.

1.4.4 Savunma, İçişleri ve Adalet Bakanlıkları: Belirli nüfus gruplarının sağlık hizmetlerini finanse etmek için kendi sağlık bütçeleri vardır. Savunma Bakanlığı, silahlı kuvvetler ve çalışanlarının sağlık hizmetlerini kapsayacak şekilde fonu vardır. İçişleri Bakanlığı, (çalışanları çoğunlukla genel zorunlu sistemini kullanmasına rağmen) kendi ayakta tedavi kliniğini işletmektedir. Adalet Bakanlığı mahkumlara hizmet vermekte ve mahkumlar için kullanıcı ücretlerini ödemektedir. Pozitif listedeki ilaçlar, bir hapisane hekimi tarafından reçete edildikten sonra Bağımsız Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS) aracılığıyla ödenmekte ve mahkumlar genel sağlık sistemindeki ayakta tedavi hizmetleri alma imkânına sahiptir. Bununla birlikte, cezaevi hekimleri çoğu zaman aile hekimi rolünü sürdürmeye devam etmektedir ve yatarak bakım genellikle cezaevi hastanelerinde verilmektedir.

1.5. Yerel Yönetimler

Yasaya göre, yerel yönetimler sağlık hizmetlerine erişimin sağlanmasından sorumludur. Bütçelerine ve yerel önceliklerine bağlı olarak, sağlıklı yaşam tarzlarını teşvik etmek, madde bağımlılığını kontrol etmek, eğitimin yanı sıra uzun vadeli sosyal bakım tesislerini (örneğin akıl hastaları ve yaşlılar için) korumakla görevlidirler.

1.6. Kamu ve Özel Sağlık Kuruluşları

Mülkiyet türünden bağımsız olarak, yasal sistemdeki tüm sağlık hizmeti sunucuları Sağlık Bakanlığı tarafından tanımlanan düzenlemelere uymak zorundadır ve NHS tarafından finanse edilmektedir.

Bağımsız aile hekimleri tarafından yürütülen temel bakım uygulamaları, Letonya temel sağlık hizmetleri sisteminin bel kemiğini oluşturmaktadır. İkinci basamak ayakta sağlık hizmeti sunucularının en önemlisi sağlık merkezleridir. Sağlık merkezlerinin yaklaşık %70-80'i özeldir (çoğunlukla Riga'da) ve geri kalanı belediyelere aittir. Yerel (belediye) hastaneler ikinci basamak ayakta sağlık hizmetinin önemli bir bölümünü sağlamaktadır. Neredeyse tüm dış hekimlikleri ve eczaneler özeldir. Hastane sektörünün 2010 yılında yeniden yapılandırılmasından bu yana, hastaneler üç kategoride sınıflandırılabilir:

- (1) Akut bir hastaneden taburcu edildikten sonra uzun süreli (tıbbi) bakım sağlayan bakım hastaneleri;
- (2) Yerel, bölgesel ve ulusal düzeyde ihtisas hastaneleri ve
- (3) Psikiyatri, travma, doğum ve narkoloji için uzmanlaşmış hastaneler.

Bakım hastaneleri, yerel ve bölgesel ihtisas hastaneleri genellikle belediyelere aittir. Ulusal ihtisas hastaneleri, yani Riga'daki üniversite hastaneleri devlete aittir. Rehabilitasyon bakımı, özel rehabilitasyon hastaneleri ve rehabilitasyon merkezleriyle sağlanmaktadır. Hastane sektörünün sadece çok küçük bir kısmı özel sektöre aittir. Acil sağlık hizmetleri, Devlet Acil Sağlık Servisi (SEMS) tarafından acil tıbbi yardım (EMA) ekipleri ve hastanelerin acil servis departmanları tarafından sağlanmaktadır. Ruh sağlığı hizmetleri hem ayakta hem de yatarak sağlanmaktadır. Psikiyatri hastaları ve bağımlılık sorunu olan hastaların akut ve uzun süreli tedavisi için psikiyatri hastaneleri bulunmaktadır.

2- SAĞLIK HİZMETİNİN FİNANSMANI

Bağımsız Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS), beş bölgesel şubesiyle birlikte Letonya'daki en önemli sağlık hizmeti alıcısıdır. Letonya sağlık sistemi tüm nüfusu kapsamakta ve temel bir teminat paketi için para ödemektedir. Ancak sistem, hastaları önemli kullanıcı ücretlerine ve doğrudan ödemelere maruz bırakmaktadır.

Sağlık sistemi için en önemli gelir kaynağı, genel vergi sistemidir (gelir, katma değer ve diğer vergiler). İkinci en önemli finansman kaynağı, cepten yapılan ödemelerdir.

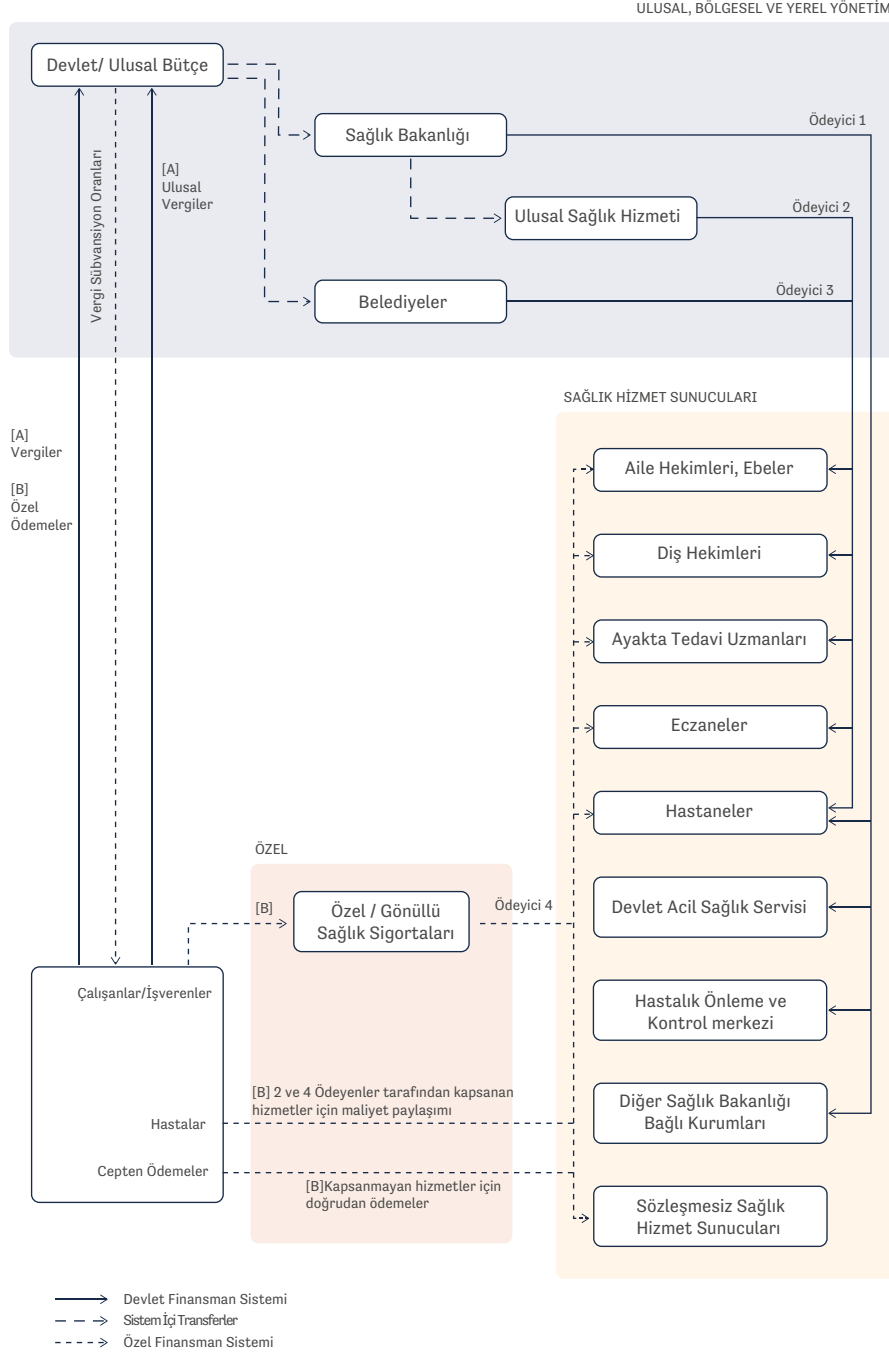
Parlamento tarafından onaylanan hükümet sağlık bütçesinin büyük kısmı, sağlık hizmetlerinin alımı için NHS'ye tahsis edilmekte olup, kalan pay Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık sektörü yönetimi için kullanılmaktadır.

2018 yılı OECD verilerine göre cari sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı %5,9 olmuştur. 2018 yılında kişi başına düşen sağlık harcaması 1.749 \$ olmuştur. Toplam sağlık harcamaları içinde cepten yapılan ödemelere bakıldığında Letonya %42 ile OECD üyesi ülkelerin içinde en yüksek orana sahiptir.

2.1. Gelir Kaynakları ve Finansal Akış

Sağlık sistemindeki en önemli finansal akışlar, Şekil 2'de gösterilmiştir. Vergi tahsilatı Letonya'da merkezileştirilmiştir ve Maliye Bakanlığına bağlı olan ve geliri doğrudan Ulusal Hazine'ye dağıtan Ulusal Gelir Servisi (NRS) tarafından yürütülmektedir.

Şekil 2: Sağlık Sistemi Finansman Yapısı



Kaynak: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331419/HiT-21-4-2019-eng.pdf>

Vergi toplama Letonya'da merkezileştirilmiştir. Vergi tahsilinden sorumlu ana kurum Maliye Bakanlığına bağlı Devlet Gelir Servisi'dir (SRS). Bölgesel şubeleri işletmekte ve Mali Polis gibi çeşitli kurumları bünyesinde barındırmaktadır. Vergi ödemeleri, Maliye Bakanlığından Hazine Müsteşarlığına akmaktadır. Vergi oranları parlamento tarafından kabul edilen yasalarla belirlenmektedir. Yerel yönetimler emlak vergisi toplamaktan sorumludur.

SRS, vergi gelirlerinin toplanmasından sorumludur. Geliri doğrudan Ulusal Hazine'ye ve ardından Sağlık Bakanlığı da dahil olmak üzere ilgili kurumlara dağıtmaktadır. Her bakanlığa veya sektöre dağıtılan fonların miktarı, ilgili onaylanmış bütçelere bağlıdır. Yıllık Sağlık Bakanlığı bütçesinin hacmi, parlamentonun devlet bütçesiyle ilgili yasayı değiştirmeye karar vermesine bağlıdır; bu, yılda bir veya iki kez oluşabilmektedir. Sağlık Bakanlığı bütçesinin büyük bölümünü Bağımsız Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS)'ye tahsis etmektedir. Ancak, 2009-2012 arasında NHS ile sözleşmeli olan sağlayıcılar genellikle açık vermişlerdir. NHS harcamaları takip ettiğinden, sağlayıcı düzeyinde büyük açıklar tespit edilirse, genellikle Sağlık Bakanlığı'na bilgi verilmektedir. Bu durumda, Bakanlar Kuruluna ek finansman talebinde bulunmaktadır.

2.2. Kapsam

Letonya Anayasası'nın 111. maddesine göre, "Devlet insan sağlığını koruyacak ve herkes için temel bir tıbbi yardım düzeyi sağlayacaktır" ifadesi yer almaktadır. Evrensel nüfus kapsamı, "Herkesin Bakanlar Kurulu tarafından öngörülen prosedürlere uygun olarak acil tıbbi bakım alma hakkına sahip olduğunu" belirten Tıbbi Tedavi Yasası (1997) tarafından da sağlanmaktadır.

Madde 17, yasal sistemde kimin kapsandığını belirtmektedir:

- Letonya vatandaşları;
- Çalışan veya serbest meslek sahibi Letonya'da ikamet eden Avrupa Birliği'ne üye devletlerin vatandaşları, Avrupa Ekonomik Alan ülkeleri, Ukrayna ve İsviçre Konfederasyonu vatandaşları ve bunların aile üyeleri;
- Letonya'da kalıcı oturma iznine sahip üçüncü ülke vatandaşları;
- Gözaltına alınan, tutuklanan ve hürriyetten mahrum bırakılanlarla mahkum edilen kişiler.

Vatandaş olmayan tüm Letonya sakinleri (Letonya nüfusunun %14,6'sı) sağlık hizmetlerinde Letonya vatandaşları ile aynı kapsama sahiptir.

Yasal sağlık sistemi sadece hekimler ve NHS ile sözleşmeli anlaşmaları olan kurumlar tarafından sağlanan hizmetleri kapsamaktadır. İlaçlarda pozitif listeler vardır. Öte yandan, yetişkinler için diş bakımı, rehabilitasyon, mesleki şartlar için gerekli check-up lar, görme testi ve işitme cihazları (çocuklar hariç), kaplıca tedavisi, kürtaajlar (tıbbi endikasyon yoksa) ve bunun gibi belirli hizmetleri açıkça kapsam dışında tutmaktadır.

Ayrıca, NHS ile sağlık hizmeti sunucuları arasındaki sözleşmelerin şartları, çocukların, hamilelerin ve acil tıbbi bakıma ihtiyacı olan kişilerin, kaynak tahsisi için öncelikli olduğunu, diğer hastaların öncelikli olmayan hizmetler için önemli bekleme listelerine maruz kaldıklarını belirlemektedir. Ancak bu, çocukların gerekli tüm sağlık hizmetlerini aldıkları anlamına gelmez ve hükümetin tedavileri için ödeme yapacak yeterli kaynağa sahip olmaması durumunda, hayır kurumları genellikle çocuklar için para toplamaktadır.

Genel olarak, bir uzmandan ya da hastaneden NHS tarafından kapsanacak hizmet veya tanı muayenesi için bir aile hekiminden sevk alınması gerekmektedir. Hastaların sevki yoksa örneğin bekleme sürelerinden kaçınmak için ya tüm masrafları cepten ödemektedirler ya da masrafların özel sağlık sigortası üzerinden karşılanması gerekmektedir.

NHS, yasal düzenlemelere uymaları şartıyla sağlık kurumlarından veya meslek birliklerinden gelen başvurulara dayanarak teminat paketinde güncellemeler yapmaktadır. Yeni hizmetlerin teminat paketine dahil edilme kriterleri, finansal kaynakların mevcudiyetini içermektedir. Teminat paketi kapsamı dışında kalan tüm hizmetler, hastalar veya özel sigorta planları tarafından NHS ile sözleşmeli sunuculardan veya sözleşmesiz sunuculardan satın alınabilir.

Letonya'da aile hekimleri ziyaretlerinde, uzman ziyaretlerinde, hastanelerde yatışlarda ve ilaçlarda kullanıcı ücretleri biçiminde maliyet paylaşımı vardır. Kullanıcı ücretlerinin toplam harcamaları belirli bir dereceye kadar sınırlayan koruma mekanizmaları vardır ve belirli nüfus grupları (örneğin, çocuklar ve hamile kadınlar) ve düşük gelirli haneler için muafiyetler mevcuttur.

2.3. Maliyet Paylaşımı (Katkı ve Katılım Payları-Cepten Ödeme)

Cepten yapılan ödemeler, Letonya sağlık sistemi için ikinci en önemli gelir kaynağıdır. OECD verilerine bakıldığında toplam sağlık harcamaları içinde cepten yapılan ödemelerin payı %42'dir. Bu OECD ülkeleri arasındaki en yüksek orandır.

Kullanıcı ücretleri, NHS ile sözleşmeli olan sağlık kurumları için önemli bir gelir kaynağıdır. Letonya'da çeşitli kullanıcı ücretleri vardır. Tüm kullanıcı ücretleri, 1046 sayılı Yönetmelik ve 899 sayılı Yönetmeliğe göre düzenlenmiştir. Hastalar, aile hekimi ziyaretlerinde 1,42 € katılım payı ödemektedirler. Ayrıca,

* Aile hekiminin, 18 yaşından küçük çocuklara ev ziyaretleri, 80 yaşından büyükler, engelli bireyler, palyatif bakıma ihtiyacı olan kişiler, ev ortamlarında kalıcı yapay akciğer ventilasyonu alan kişilerden,

* Uzmanların ev ortamlarında kalıcı yapay akciğer ventilasyonu alan kişilere ev ziyaretlerinden,

* Psikiyatristlerin zihinsel bozukluğu olanlara ev ziyaretlerinden,

* Rehabilitasyon hekimlerinin palyatif bakım alan çocuklara ev ziyaretleri ve bazı serebrovasküler hastalıkları olan ve evde sağlık bakımı gerektiren hastalardan katılım payı alınmamaktadır.

Hastanede ayakta tanı amaçlı bazı gününbirlik muayeneler için günlük 7,11 € artı hasta katılım payı alınmaktadır. Uzman hekime poliklinik ziyaret başına 4,27 € katılım payı alınmaktadır. Yardımcı üreme uygulamaları için 21,34 € katılım payı alınmaktadır.

Hastanede kalış için günlük 10 €; yatan hasta rehabilitasyonu için günlük 5 € ve hemşireli yataklı tedavi faaliyetleri ikinci günden başlayarak günlük 7,11 €; yatarak cerrahi müdahale için 31 €'ya kadar; CT muayenesi için 21,34 €'ya kadar ve MRI muayeneleri için 35,57 €'ya kadar hasta katılım payı alınmaktadır.

İlaçlar için maliyet paylaşımı 1990'lı yıllardan beri mevcuttur. Halen, NHS tarafından geri ödenen ilaçlardan ve tıbbi cihazlardan durumun ciddiyet derecesine bağlı olarak farklı seviyelerde (%100, %75 veya %50) geri ödeme yapılmaktadır.

Farmasötikler ve tıbbi cihazlar için referans fiyatlandırma, 2005 yılında başlatılmıştır. Amaç, kaynak kullanımını rasyonalize etmektir.

Letonya'da hekimlerden hastaya ilk kez ilaç reçete edilmesi durumunda ilacın uluslararası tescilli olmayan adını (INN) belirtmeleri istenmektedir. Eczacı, hastaya en ucuz (referans) ilacı vermek zorundadır. Hekimler, referans ilacı işe yaramazsa, referans listesinden bir sonraki en ucuz ilacı yazabilir. Reformdan önce, hekimler ticari isimleri reçeteye yazabiliyorlardı.

Bir ilaç veya cihaz %100 kapsam kategorisine girerse, hastalar sadece reçete başına 0,71 € katılım payı ödemek zorundadır.

Kullanıcı ücretleri üzerindeki tavan tüm sağlık sigortası kapsamındaki için geçerlidir. Ayakta ve yatarak sağlık hizmeti için yılda kişi başına düşen tüm kullanıcı ücretleri 570 €'yu geçmemelidir. Ayrıca, hastanede yatış dönemi başına 355 €'yu geçmemelidirler. Bir hasta Bağımsız Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS) şubesine tavan limite ulaştığını kanıtlayabiliyorsa, NHS bir sertifika düzenleyecek ve sınırı aşan (570 € ve 355 €) tüm hasta kullanıcı ücretlerini doğrudan geri ödeyecektir. Bununla birlikte, bu limit ilaçlarda veya tıbbi cihazlarda katılım payı için geçerli değildir.

18 yaşın altındaki çocuklar, yasal teminat listesine dahil edilen tüm hizmetler için herhangi bir ücret ödemesinden yasalarca muaf tutulur. Diğer muaf gruplar arasında hamile kadınlar ve doğumdan 70 gün sonrasına kadar olan kadınlar, ulusal direniş hareketi katılımcıları, Çernobil nükleer reaktör kazası mağduru, engelli insanlar, tüberküloz hastaları ve tüberküloz için muayene edilenler, tedavi altındaki akıl hastalarıdır.

Ayrıca aile üyesi başına 128 €'nin altında geliri olan haneler kullanıcı ücretlerinden muaf tutulmuştur.

Kullanıcı ücretlerinden muaf tutulan tüm hastalar için Bağımsız Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS) (veya bakanlık tarafından finanse edilen programlar için Sağlık Bakanlığı) sağlık hizmeti sunucularına, hastalar tarafından karşılanması gereken katılım payı tutarlarını ödemektedir.

2.4. Doğrudan ödemeler

Letonya'da doğrudan ödemeler sık görülmekte ve doğrudan ödemeler için tarifeler sağlık hizmeti sunucuları tarafından serbestçe belirlenmektedir. Doğrudan ödemeler üç durumda gerçekleşir. (1) Hastalar, yasal olarak finanse edilen teminat paketine dahil olmayan hizmetler veya mallar için ödeme yapmak zorundadır. Bu, örneğin yetişkinler için diş bakımı, psikoterapi, mevcut rehabilitasyon ve fizyoterapi hizmetlerinin birçoğunu ve NHS kapsamının dışında tutulan önemli bir ilaç bölümünü içermektedir.

(2) Hastalar, bu hizmetleri standart dışında almayı tercih ediyorsa, NHS kapsamında servisler veya ürünler için doğrudan ödeme yapmak zorundadır. Örneğin, bir hasta bir aile hekiminin yönlendirmesi olmadan düzenli bir kontrol için (teminat paketine dahil olan bir servis) bir gastroenteroloğa giderse, doğrudan ödeme yapar. Benzer şekilde, acil olmayan bakım, planlı (seçmeli) cerrahi ve kronik hastalığın yönetimi gibi öncelikli olmayan NHS kapsamında hizmetler için bekleme listelerine girmek istemezse hastalar doğrudan ödeme yapmak zorundadırlar.

(3) Hastalar, hizmetlerin teminat paketine dahil edilip edilmediğine bakılmaksızın NHS ile sözleşmesi olmayan sağlayıcılardan alınan tüm hizmetleri doğrudan ödemek zorundadır.

Eğitim ve Bilim Bakanlığı, sağlıkla ilgili eğitim tesislerinin önemli bir bölümünü- Letonya Üniversitesi tıp fakültesini- finanse etmekte ve tıbbi araştırmalar için fonlamanın önemli bir kısmını sağlamaktadır.

3- GERİ ÖDEME SİSTEMİ

Sağlık hizmetleri için ödeme mekanizmaları hükümet düzenlemeleri ile belirlenir (555 sayılı Tüzük). NHS, bu düzenlemelere göre sağlık hizmeti sunucularıyla sözleşmeler yapar. Ödemeler, önceden tanımlanmış tarifelere dayanır.

2016 yılından bu yana, verileri analiz etmek ve NHS'nin satın alma kararlarını belirlemek için tanı ile ilgili grup DRG (DRG-Diagnosis related group- Teşhis İlişkili Grup) kullanılmıştır. DRG, seçilmiş yatan hasta hizmetlerinin geri ödenmesi için kullanılmaktadır.

Letonya'daki ödeme mekanizmaları, sağlayıcıların verimliliği ve hizmet kalitesi için teşvik sağlamamaktadır. Farklı hizmetler grubunun ödemesinde farklı ödeme yöntemleri kullanılmaktadır.

Şu anda, yalnızca aile hekimleri için bazı kalite ödemeleri unsurları vardır.

3.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Geri Ödeme

Aile hekimlerine, kişi başı ücret, hizmet başına ücret, sabit uygulama ödenekleri ve kalite ödemeleri (2013'ten beri) kullanılarak ödeme yapılmaktadır. Kişi başı ücret, kayıtlı hasta, kronik hasta sayısı, hastaların yaş yapısı ve uygulama alanındaki nüfus yoğunluğu esas alınarak hesaplanmaktadır.

Sabit ödemeler aile hekimi başına düşen hemşirelerin sayısına, aile hekimlerinin hastalara hizmet sağladığı yerlerin sayısına, vb. bağlı olarak yapılır. Kişi başı ödemelere ve sabit ödemelere ek olarak aile hekimlerine, sağlanan ek hizmetler için hizmet başına ödeme de verilir. Ücretlerin hesaplanmasına ilişkin tüm detaylar 555 sayılı Tüzüğe dahil edilmiştir.

Buna ek olarak, aile hekimlerine önleyici faaliyetler, çocuk bakımı, kronik hastalara bakım, devlet tarama programlarına yanıt oranı, acil bakım ziyaretlerinin sayısı vb. bir dizi kalite göstergesinin yerine getirilmesi için bir bonus ödenir.

3.2. Poliklinik Uzman Hekimlerinde Geri Ödeme

Ayakta tedavi uzmanlarının geri ödemeleri de üç bileşenden oluşmaktadır. İlk olarak, ayakta tedavi uzmanlarına hastalık bölümü başına sabit bir oran ödenmektedir. Her ayakta tedavi uzmanlık grubu, Bağımsız Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS) tarafından değişken maliyetler ve sabit maliyetler temelinde hesaplanan kendi bölüm oranlarına sahiptir. Bölüm bazlı bir ödeme, bir uzman tarafından bir ay içinde gerçekleştirilen tüm ziyaretleri/hizmetleri kapsamaktadır. Daha uzun bölümler (örneğin kronik hastalıklar) için her ay yeni bir bölüm olarak kabul edilmektedir.

İkincisi, hizmet başına ödemeler, müdahale başına fiyatlarla sabitlenmiştir. Bununla birlikte, sağlık hizmeti sunucularının bölüm tabanlı ödemeler ve hizmet başına (FFS) ödeme yoluyla kazanabilecekleri toplam bütçe sınırlıdır. Üçüncüsü, psikiyatristler, narkologlar (madde bağımlılığı uzmanları) ve personel için maaşları (hekimler, hemşireler) ve hizmetlerin çalıştırılma maliyetlerini içeren pnömonistler gibi belirli uzmanlıklar için aylık sabit bir uygulama ödeneği bulunmaktadır. Uygun uzmanlıklar için, bölüm bazlı ödemelere ve hizmet başına ödemelerine ek olarak ödenek vardır.

Polikliniklerde önleyici, tanısal, tedavi ve rehabilitasyon müdahaleleri NHS ile yapılan sözleşme ile belirlenen bir bütçe dahilinde hizmet başına ödeme tarifelerine göre ödenmektedir. Teşhis hizmetleri (örneğin laboratuvarlar, X-ışını klinikleri) belirtilen tarifelere göre ödenir.

3.3. Hastanelerde Geri Ödeme

Yatan hasta hizmetleri sadece 555 sayılı Yönetmeliğin Ek 6'sında listelenen hastaneler tarafından sağlanabilir. Her hastane tarafından sağlanacak hizmetler ve her hizmet hattı için ödeme mekanizmaları da bu Ek'te tanımlanmıştır. Her hastane, hastanede bulunabilecek bir dizi uzmana göre hesaplanan acil bakım hizmetleri ve gözlem odaları için sabit bir bütçe alır. Hastaneler ayrıca, önceden tanımlanmış vaka ödemeleri, yatak günü ödemeleri (her hastane ve/veya bireysel hastane seviyesi için tanımlanmış) ve DRG'ye (DRG-Diagnosis Related Group- Teşhis İlişkili Grup) dayalı ödemeler temelinde hastaların tedavisi için ödeme alırlar. Toplam yıllık bütçe eşit olarak 12 aya bölünür ve NHS tarafından ayda bir kez hastanelere ödenir.

3.4. İlaçların Düzenlenmesi ve Yönetilmesi

İlaç alanındaki mevzuat ve politikalar, Sağlık Bakanlığının Sağlık Hizmetleri Departmanının sorumluluğundadır. Sağlık Bakanlığının yanı sıra, Devlet İlaç Ajansı (SAM) ve NHS, ilaçların düzenlenmesinde en önemli iki kurumdur.

Letonya ilaç pazarına girmeden önce, ilaçların SAM veya Avrupa İlaç Ajansı'ndan yetki alması gerekir. SAM, ilaçlar için ulusal otoritedir ve ilaçların kalitesini, güvenliğini ve etkinliğini değerlendirir ve pazar yetkilerini verir. SAM, Ekim 1996'da kurulmuştur ve "Eczacılık Kanunu" nun uygulanmasından sonra yeniden düzenlenmiştir.

SAM, ilaçların kayıtlarını tutar, tıbbi ürünleri reçeteli ve reçetesiz satılan (OTC-Over the Counter -Tezgah Üstü) ilaçlar olarak sınıflandırır, fiyatları izler, tüketim istatistiklerini yönetir ve advers olayların yönetimi de dahil olmak üzere farmakovijilans sorumludur. Üreticilere lisans verir ve ilaç üretimi, toptan, perakende ve ithalatını/ihracatını denetler. SAM, klinik denemelere izin verir ve denemelerde iyi klinik uygulamaları izler. Ayrıca, yalnızca OTC ilaçları için izin verilen yasal şartlara sahip olan reklam malzemelerinin uygunluğunu değerlendirir ve izler. SAM, Avrupa İlaç Ajansı, Avrupa İlaç ve Sağlık Kalitesi Müdürlüğü ve diğer uluslararası kuruluşlar ile işbirliği yapar ve AB direktiflerinin ulusal hukuka çevrilmesinde Sağlık Bakanlığına yardımcı olur.

3.5. Geri Ödeme Kararları

Bağımsız Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS), pozitif listeye bir ilacı dahil ederek ilaçların geri ödenmesine ilişkin kararlar almaktan sorumlu kurumdur. Pozitif listeye dahil olmak için, ilaç şirketleri NHS'ye ilaç için

karşılaştırmalı etkinlik verilerini içeren bir başvuruda bulunmak zorundadır. Bağımsız Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS), başvuruyu verilen bilgiler ve kendi araştırması temelinde değerlendirir ve klinik ve ekonomik kriterlere bağlı olarak bir farmasötik ürününün pozitif listeye dahil edilmesine veya aleyhine karar verir.

Pozitif liste yılda en az dört kez güncellenmekte ve Liste A, Liste B ve Liste C ile özel bir kategoriden (Liste M) oluşmaktadır.

Liste A, aynı INN ile veya terapötik sınıf içinde benzer terapötik etkinliğe sahip çeşitli preparatların bulunduğu farmasötik maddeleri ve aynı tipte tıbbi cihazları içerir. Ürünler farmasötik forma ve dozaja göre kümelendir ve her grup için ilgili gruptaki en ucuz ürünün fiyatı olan bir referans fiyat belirlenir. A listesinde (2017) 1310 ürün vardır;

Liste B, Geri ödemeye dayalı ilaçlar aynı eşdeğer etkiye sahip değillerdir. (319 ürün, 2017);

Liste C, maliyetleri hasta başına yılda 4.270 €'yu aşan ve harcamaları azaltmak için özel tıbbi kısıtlamalar uygulanamayan ilaçları içermektedir (29 ürün, 2017).

M listesi, bazı olağanüstü durumlarda NHS, hekim tarafından ilacın hastanın yaşamını korumak için gerekli olduğu tespit edilmişse pozitif listeye dahil edilmeyen ilaçlar için geri ödeme sağlayabilir. Ayrıca, 24 aylığa kadar olan çocuklara ulusal olarak kayıtlı tüm reçeteli ilaçlar için (pozitif listede belirtilenlerin ötesinde) %50 geri ödeme ve tüm hamile kadınlar için %25 geri ödeme (artı doğumdan sonra 70 güne kadar) sağlanmıştır.

2014 yılından bu yana, 18 yaşına kadar olan çocuklara pozitif listedeki ilaçlar için %100 oranında geri ödeme yapılmıştır. Geri ödeme kategorileri (%100, %75 veya %50) hastalığın ciddiyetine ve kronik doğasına dayanmaktadır:

%100 geri ödeme; kronik, yaşamı tehdit eden hastalıklar veya geri döndürülemez sakatlığa neden olan hastalıklar (örneğin diyabet, kanser) durumunda hastanın yaşam işlevlerini sağlayan ve sürdüren farmasötikler için;

%75 geri ödeme; hastanın yaşam işlevlerini sürdürmesini ağırlaştıran hastalıklarda kullanılan farmasötik ürünler için (Örn. hipertansiyon, serebrovasküler hastalıklar, astım, romatizmal hastalıklar);

%50 geri ödeme; hastaların sağlığını koruyan veya iyileştiren farmasötikler ve aşılardan (örn. KOAH, sindirim ve endokrin sistem hastalıkları).

Sadece reçeteye satılan ilaçlar geri ödeme için uygundur ve yönetmeliğin ekinde listelenen hastalıklarla ilgili onaylanmış bir endikasyona sahip olmalıdır.

3.6. Tıbbi Cihaz Ve Malzemelerin Düzenlenmesi

Letonya'daki tıbbi cihazlar ve ürünler, 2005 yılında yürürlüğe giren "Tıbbi Cihazların Tescili, Uygunluk Değerlendirmesi, Dağıtımı, Kullanımı ve Teknik Gözetimi Hakkında Yönetmelik" ile düzenlenmiştir. Devlet İlaç Ajansı (SAM), tıbbi cihazların tescili, kullanım, gözetim ve dağıtımından tek sorumlu kurumdur. Parlamento tarafından Nisan 2006'da kabul edilen "Devlet ve Yerel Yönetimlerin İhtiyaçlarına İlişkin Satın Alma Kanunu" uyarınca tıbbi cihazların ve malzemelerinin çoğunun alımı sağlık hizmeti sunucuları tarafından yapılmaktadır. Merkezi tıbbi cihaz ve aşı alım prosedürleri "Sağlık Hizmetlerinin Organizasyonu ve Finansmanı Yönetmeliği" (2006) ile tanımlanmaktadır. Bu satın alımlar NHS tarafından anlaşmalı olduğu tüm kurumlar (örneğin, tüm yasal sağlık hizmeti sağlayıcıları) adına yapılmaktadır.

4- LETONYA İLE TÜRKİYE'NİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMLERİNİN KİYASLANMASI

Türkiye'de Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından sunulan sigortacılık sistemi Letonya'da Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS) tarafından yürütülmektedir. Bağımsız Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS) kurumu devletin sağlık politikalarını uygulamakta ve ülke genelinde sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliğini sağlamaktadır. NHS

sağlık politikalarının uygulanması, devletin mali kaynaklarının yönetilmesi, teminat paketinin içeriğinin belirlenmesi, sağlık hizmeti sunucularıyla sözleşme yapılması, e-sağlık sisteminin uygulanması ve kayıt altına alınması için en önemli ulusal kurumdur.

Letonya'da nüfusun tamamı sağlık sigortası kapsamındadır. Letonya'da daimi ikamet edenler, AB üye devletlerinin vatandaşları, Avrupa Ekonomik Alan (EEA) ülkeleri ve Letonya'da yaşayan İsviçreli ile mülteci olan üçüncü ülke vatandaşlarından yasal ikamet izni alanlar yasal sağlık sistemi kapsamındadır. 2017 yılı OECD verilerine göre Türkiye'de nüfusun %99,2'si sağlık sigortası kapsamında olup SGK verilerine göre 2019 yılı itibariyle bu rakam %99,5'e ulaşmıştır.

Genel sağlık sigortasından (GSS) faydalanabilmek için; geriye dönük bir yıl içerisinde toplam 30 gün GSS primi ödenmiş olması, kendi nam ve hesabına çalışanlar için sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihte yukarıdaki şartın yanı sıra 60 günden fazla prim borcunun bulunmaması gerekmektedir.

Asgari ücret (net) tutarı Türkiye'de 2020 yılı itibariyle 2.324,70 TL olarak belirlenmiştir. OECD ülke karşılaştırmaları verilerine göre Türkiye'de 2018 yılında aylık yaklaşık 420 \$ iken, Letonya'da bu tutar aylık yaklaşık 507 \$'dır.

Sağlık sigorta sisteminin finansmanı genel olarak Türkiye'de vatandaşlar tarafından ödenen primler ve 1/4 devlet katkısı ile sağlanmaktadır. Letonya'da sağlık sistemi için en önemli gelir kaynağı, genel vergi sistemidir (gelir, katma değer ve diğer vergiler). Parlamento tarafından onaylanan hükümet sağlık bütçesinin büyük kısmı, sağlık hizmetlerinin alımı için NHS'ye tahsis edilmekte olup, kalan pay Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık sektörü yönetimi için kullanılmaktadır.

Türkiye'de genel sağlık sigortalılarına sunulan sağlık hizmetleri; sağlık hizmeti sunucuları ile yapılan sözleşmeler, Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) üzerinden yapılan düzenlemeler, Sağlık Hizmeti Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen bedeller vasıtasıyla yürütülmektedir. Sosyal Güvenlik Kurumu bir geri ödeme kurumu olarak hizmet vermektedir. Sağlık hizmetlerinin temini için, eczaneler de dahil olmak üzere kamu hastaneleri, üniversite hastaneleri ve özel sağlık hizmet sunucuları ile sözleşme yapılarak sağlık hizmetleri finanse edilmektedir. NHS, Letonya'daki birinci, ikinci, üçüncü derece ve acil bakım hizmetleri ve ilaç alımı için tek sağlık hizmeti satın alıcısıdır. Alıcılar ve sağlık hizmeti sunucuları arasındaki örgütsel ilişkiler, 1046 sayılı Yönetmelikle ayrıntılı olarak düzenlenmiştir. NHS Merkez Ofisi, ülke genelinde sağlık hizmeti sunucuları tarafından sağlanacak hizmetlerin hacmini planlar ancak bölge ofisleri düzeltici önerilerde bulunabilir.

Letonya'da sağlık sistemiyle ilk temas noktası genellikle hastanın kayıtlı olduğu aile hekimidir. Hastalar çoğu uzmanı görmek ve hastaneye başvurmak için aile hekiminin sevkine ihtiyaç duyarlar. Türkiye'de ise sevk zorunluluğu bulunmamakta olup yalnızca basamaklarda farklı katılım payı ödemeleri söz konusudur. Birinci basamak sağlık hizmet sunucusuna başvurulduğunda katılım payı alınmamakta, ikinci basamakta 6 TL, SB Eğitim Araştırma Hastanelerinde 7 TL, Üniversite Hastanelerinde 8 TL, özel sağlık hizmeti sunucularında 15 TL katılım payı alınmaktadır.

Türkiye'de her bir reçete için 3 kutuya kadar temin edilen ilaçlar için 3 TL, 3 kutuya ilave edilen her bir kutu ilaç için 1 TL olmak üzere katılım payı alınır. Letonya'da %100 geri ödeme oranına sahip ilaçlar için reçete başına 0,71 € katılım payı alınır. Türkiye'de katılım payı oranı %20 (Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişilerden %10) iken, Letonya'da katılım payı oranı geri ödeme oranına bağlı olarak %50, %25 veya %0 olarak değişmektedir. Ayrıca, eğer reçeteli bir ilacın fiyatı referans fiyatını aşarsa, hasta farkı tam olarak ödemektedir.

Letonya'da ilaç geri ödeme sisteminde Türkiye'de olduğu gibi bir pozitif liste vardır.

Ekonomi ve sağlık göstergelerine ilişkin Türkiye, Letonya ve OECD üyesi ülkelerin ortalama verilerinin karşılaştırmasına aşağıda tablo olarak yer verilmiştir.

Tablo 2: Ekonomi ve Sağlık Göstergelerinin Türkiye ve OECD Ortalaması ile Karşılaştırılması

| ÜLKE | LETONYA | TÜRKİYE | OECD |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|
| Nüfus, (2018) | 1.926.542 | 82.003.882 | - |
| Kişi başına düşen GSYİH, (\$), (2018) | 17.860 | 9.370 | - |
| Asgari ücret tutarı, (\$), (2018), (aylık) | 507 | 420 | - |
| Cari sağlık harcamalarının GSYİH'ye Oranı, (%), (2018) | 5,9 | 4,2 | 8,8 |
| Kişi başına düşen toplam sağlık harcaması, (\$), (2018) | 1.749 | 1.227 | 3.994 |
| Kişi başına düşen ilaç harcaması, (\$), (2017) | 452 | - | 564 |
| Doğumda beklenen yaşam süresi kadın, Doğumda beklenen yaşam süresi erkek, (yıl), (2018) | 79,7 70,1 | 81,8 75,6 | 83,4 78,1 |
| Sigorta tarafından kapsanan nüfus oranı, (2017)* | 100 | 99,2 | - |
| 1.000 Kişiye düşen hekim sayısı, 1.000 Kişiye düşen hemşire sayısı, 1.000 Kişiye düşen yatak sayısı, (2017) | 3,2 4,6 5,6 | 1,9 2,1 2,8 | 3,5 8,8 4,7 |
| Toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı, (%), (2018) | | | |
| 1. Kamu sağlık harcaması oranı, (%) | 57 | 77 | 74 |
| <i>Merkezi hükümet/bölgesel, yerel yönetimler sağlık harcaması oranı, (%)</i> | 57 | 23 | 37 |
| <i>Sosyal sağlık sigortası harcaması oranı, (%)</i> | - | 54 | 37 |
| 2. Cepten yapılan sağlık harcaması oranı, (%) | 42 | 17 | 21 |
| 3. Gönüllü sağlık sigortası harcaması oranı, (%) | 1 | 0 | 4 |
| 4. Diğer harcamaların oranı, (%)** | - | 5 | 2 |
| Hane halkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı, (%), (2018) | 4,2 | 1,2 | 3,2 |

* SGK verilerine göre 2019 yılı itibarıyla %99,5'dir

** Ülkede geçici olarak ikamet edenlere ait sağlık harcamalarıdır.

Not: Tablo, uluslararası veri tabanlarında yayımlanan kıyaslanabilir ve kesinleşmiş en yakın yıl verileri kullanılarak hazırlanmıştır. Tahmini (Estimated) veriler kullanılmamıştır.

Kaynak:

1. Health at a Glance 2019 OECD Indicators
2. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD> , Erişim Tarihi: Kasım 2020
3. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL> , Erişim Tarihi: Kasım 2020
4. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=RMW> , Erişim Tarihi: Kasım 2020
5. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018
6. <https://www.tuik.gov.tr/> , Erişim Tarihi: Kasım 2020

KAYNAKLAR

- 1) http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/186072/e96822.pdf?ua=1
- 2) https://www.researchgate.net/publication/322826612_Evaluation_of_healthcare_policy_in_Latvia
- 3) http://www.v.m.gov.lv/en/ministry/policy_of_the_ministry_of_health/
- 4) Medicines Reimbursement Policies In Europe, WHO,2018 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/376625/pharmaceutical-reimbursement-eng.pdf?ua=1
- 5) <http://www.v.mnvd.gov.lv/en/cross-border-healthcare-contact-point/health-care-in-latvia/medicines-to-be-reimbursed>
- 6) World Health Organisation, Medicines Reimbursement Policies in Europe, WHO Europe 2018
- 7) <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331419/HiT-21-4-2019-eng.pdf>
- 8) Health at a Glance 2019 OECD Indicators
- 9) <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD>, Erişim Tarihi: Kasım 2020
- 10) <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL>, Erişim Tarihi: Kasım 2020
- 11) <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=RMW>, Erişim Tarihi: Kasım 2020
- 12) Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018
- 13) <https://www.tuik.gov.tr/tr/>, Erişim Tarihi: Kasım 2020





MACARİSTAN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI



ÖZET

Macaristan sağlık sistemi de tıpkı Türkiye sağlık sistemi gibi zorunlu sağlık sigortası temeline dayanmaktadır. Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) istatistiklerine göre 2017 yılı için Macaristan zorunlu sağlık sigortasının kapsadığı nüfus %94 civarındadır. Macaristan'da vatandaşlar, istihdam durumlarına bakılmaksızın sağlık sigortası kapsamına alınmaktadır.

Macaristan, merkezi hükümetin stratejik hedefleri belirleme, düzenleme yapma ve uygulama konusunda baskın rol oynayabildiği tek ödeme sistemine sahip bulunmaktadır. Macaristan sağlık hizmetlerinin finansmanı Ulusal Sağlık Sigortası Fonu Yönetimi Enstitüsü (NIHIFM) tarafından yerine getirilmektedir. Macaristan'da vatandaşlar, sağlık hizmeti sunumunun finansmanı için zorunlu sağlık sigortası primlerinin yanı sıra genel ve yerel düzeyde gelir vergisi de ödemektedirler. Örneğin sağlık harcamasının %72'si sağlık sigortası primleri (%7 çalışan payı) ve sağlık hizmeti vergisi, %21'i doğrudan hükümet transferi ve %7'si ise halk sağlığı vergisi gibi diğer kaynaklar vasıtasıyla finanse edilmiştir. Genel sağlık sigortasının yanı sıra bazı firmaların kendi çalışanları için uygulamakta olduğu özel sağlık sigortası da bulunmaktadır.

Macaristan İnsan Kaynakları Bakanlığı, sağlık ve sağlık sigortasından, sağlık politikalarının geliştirilmesinden, sağlık sektöründeki düzenlemelerden, stratejik planlardan ve halk sağlığı ağının ve sağlık hizmeti sunumunun işleyişinden sorumlu tutulmaktadır. Macaristan'da birinci basamak sağlık hizmetleri belediyeler vasıtasıyla sunulmaktadır. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin sağlanmasında merkezi hükümet tam sorumluluk üstlenmekte ve bu görevini iller aracılığıyla yerine getirmektedir. Sağlık hizmeti sunucuları, Ulusal Halk Sağlığı ve Sağlık Yönetimi Servisi (NPHMOS) tarafından düzenli olarak denetlenmektedir.

Genel sağlık sigortası kapsamı altında olan Macaristan vatandaşları herhangi bir rahatsızlıklarının olması durumunda öncelikle pratisyen hekime görünmek zorundadırlar. Eğer tedavi bir uzman hekime görünmeyi gerektiriyor ya da hastane bakımına ihtiyaç oluşturuyorsa sevk alınması gerekmektedir. Sağlık hizmetinden faydalanan kişiler birkaç durum dışında ücret ödememektedirler. Sunulan hizmetler tamamen sağlık sigortası tarafından karşılanmaktadır. Ancak sigortalı sevk esnasında kendisi için belirlenen hastaneden başka bir hastaneye gitmeyi tercih edecek olursa ücret alınmaktadır. Hastalar, eczaneden satın alınan ilaçlar, dış bakım hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri için katılım payı ödemesi yapmak zorundadırlar. Normal geri ödeme kategorisinde olan ilaçlar için katılım payları ilaç ücretinin %75'i, %45'i ve %25'i olarak belirlenmiştir. Endikasyon bazında geri ödeme kategorisinde olan ilaçlar için ise katılım payları %50, %30, %10 ve %0 olarak belirlenmiştir.

Macaristan'da ilaçla ilgili sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesi şeffaf, tarafsız bir kurum tarafından yapılmakta ve kararları tavsiye niteliği oluşturmaktadır. İlaçlar ile ilgili teknolojik değerlendirmeler bir kontrol listesi dahilinde yapılmakta ve hazırlanan raporlar bir kılavuza göre oluşturulmaktadır.

ÜLKE TANITIMI

Ülkenin Demografik Özellikleri

Macaristan, Orta Avrupa Karpat Havzasında yerleşmiş küçük bir ülkedir. Avusturya, Ukrayna, Slovenya, Hırvatistan, Romanya, Sırbistan ve Slovakya ülkeleriyle sınır komşusudur. Avrupa Birliği üyesi olmasına rağmen ülkenin resmi para birimi Forint (HUF)'dir. Avrupa Birliği'ndeki birçok ülke gibi Macaristan da yaşlanan nüfusuyla demografik bir krizin eşiğinde yer almaktadır. Macaristan, Avrupa Birliği (AB) ülkeleri arasında ikinci en kötü negatif nüfus büyümesine sahip ülke konumundadır. 2018 yılı itibariyle nüfusu 9.768.785'dir. Nüfusun %47,60'ı erkeklerden oluşurken, %52,40 ise kadınlardan oluşmaktadır. Macaristan'ın başkenti ve en büyük şehri olan Budapeşte aynı zamanda Avrupa Birliği'nin de en büyük şehirlerinden birisidir. Bugün ülke nüfusunu %84'ünü Macarlar oluşturmaktadır. Macarları %3 ile Romanlar, %1 ile Almanlar, %0,3 ile Slovaklar, %0,3 ile Rumenler ve %0,2 ile Hırvatlar izlemektedir. En yaygın din Hristiyanlık olmakla birlikte devletin resmi dini bulunmamaktadır.

Kişi başına düşen GSYİH, sosyal destek, sağlıklı yaşam beklentisi, özgürlük, cömertlik ve aldatma gibi çeşitli faktörler dikkate alınarak hazırlanan Dünya Mutluluk Raporuna göre 10 üzerinden 5,62 puanla endekste 69. sırada yer almaktadırlar. Ülkede her 6 dakika 1 çocuk doğmakta ve her 4 dakikada bir insan ölmektedir. Ayrıca her 90 dakikada bir insan, Macaristan'a göç etmektedir. Tüm bu veriler değerlendirildiğinde ülkeden her gün 91 insan azalmaktadır (doğum- ölüm + göç). Yapılan bir projeksiyona göre 2050 yılında ülke nüfusunun 8.250.000 olacağı öngörülmektedir. Bu nedenle hükümet ülkedeki doğum oranlarını artırabilmek amacıyla birçok organizasyona sponsor olmaktadır. Macaristan'da uygulanan asgari ücret tutarı 2018 yılı itibariyle aylık 511 \$'dır.

Tablo 1: Ekonomi ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması

| | MACARİSTAN | OECD |
|---|-------------------|-------------------|
| Nüfus, (2018) | 9.768.785 | - |
| Kişi başına düşen GSYİH, (\$), (2018) | 16.162 | - |
| Asgari ücret tutarı, (\$), (2018), (aylık) | 511 | - |
| Cari sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı, (%), (2018) | 6,6 | 8,8 |
| Kişi başına düşen sağlık harcaması, (\$), (2018) | 2.047 | 3.994 |
| Kişi başına düşen ilaç harcaması, (\$), (2017) | 557 | 564 |
| Doğumda beklenen yaşam süresi kadın, Doğumda beklenen yaşam süresi erkek, (yıl), (2018) | 79,6 72,7 | 83,4 78,1 |
| Sigorta tarafından kapsanan nüfus oranı, (%), (2017) | 94,0 | - |
| 1.000 Kişiye düşen hekim sayısı, 1.000 Kişiye düşen hemşire sayısı, 1.000 Kişiye düşen yatak sayısı, (2017) | 3,3 6,5 7,0 | 3,5 8,8 4,7 |
| Toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı, (%), (2018) | | |
| 1. Kamu sağlık harcaması oranı, (%) | 69 | 74 |
| <i>Merkezi hükümet/bölgesel, yerel yönetimler sağlık harcaması oranı, (%)</i> | 8 | 37 |
| <i>Sosyal sağlık sigortası harcaması oranı, (%)</i> | 61 | 37 |
| 2. Cepten yapılan sağlık harcaması oranı, (%) | 27 | 21 |
| 3. Gönüllü sağlık sigortası harcaması oranı, (%) | 2 | 4 |
| 4. Diğer harcamaların oranı, (%)* | 2 | 2 |
| Hanehalkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı, (%), (2018) | 3,6 | 3,2 |

* Ülkede geçici olarak ikamet edenlere ait sağlık harcamalarıdır.

Not: Tablo, uluslararası veri tabanlarında yayımlanan kıyaslanabilir ve kesinleşmiş en yakın yıl verileri kullanılarak hazırlanmıştır. Tahmini (Estimated) veriler kullanılmamıştır.

Kaynak:

1. Health at a Glance 2019 OECD Indicators
2. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD> , Erişim Tarihi: Kasım 2020
3. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL> , Erişim Tarihi: Kasım 2020
4. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=RMW> , Erişim Tarihi: Kasım 2020
5. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018
6. <https://www.tuik.gov.tr/>, Erişim Tarihi: Kasım 2020

ÜLKENİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ

1- ORGANİZASYON YAPISI

Macaristan sağlık hizmet sunumu sistemindeki başlıca düzenleyici rol hükümet, ilgili bakanlıklar ve belediyeler tarafından ortaya konmaktadır. Ayrıca meslek odaları, ulusal sağlık enstitüleri ve Ulusal Halk Sağlığı ve Sağlık Yönetimi Servisi (NPHMOS) gibi diğer aktörler de aktif rol oynamaktadır. Sağlık hizmeti sunucuları, NPHMOS tarafından düzenli olarak denetlenmektedir. NPHMOS Baş Sağlık Görevlisi Ofisi ve ulusal enstitülerden oluşmaktadır. Bu ulusal enstitüler halk sağlığı, sağlığın gelişimi, epidemiyoloji ve acil sağlık alanlarında ulusal yeterliliğe sahip olarak faaliyet göstermektedirler. Denetleme ile personel kontrol edilmekte, malzemelerin standartları incelenmekte ve sunulan hizmetin kalitesi ölçülmektedir.

Macaristan İnsan Kaynakları Bakanlığı sağlık ve sağlık sigortasından, sağlık politikalarının geliştirilmesinden, sağlık sektöründeki düzenlemelerden, stratejik planlardan ve halk sağlığı ağının ve sağlık hizmeti sunumunun işleyişinden sorumlu tutulmaktadır. Bu bakanlık çatısı altında sağlık, sosyal içerme, aile, eğitim, kültür ve spor gibi uzmanlık alanlarında görev yapmakta olan Devlet Bakanları bulunmaktadır. Bakanlığın içindeki çeşitli uzmanlık alanlarında çalışan devlet memurları, kararların hazırlanması ve uygulanması görevlerinde yer alarak, Bakanın ve Devlet Bakanlarının çalışmalarına yardımcı olmaktadır.

Macaristan sağlık hizmetlerinin finansmanı Ulusal Sağlık Sigortası Fonu Yönetimi Enstitüsü (NIHIFM) tarafından yerine getirilmektedir. NIHIFM Başkanı Başbakan tarafından atanmasına rağmen, NIHIFM doğrudan Devlet Sağlık Sekreteryası tarafından denetlenmektedir. NIHIFM, Devlet Sekreteryasının politika kararlarının hazırlanmasında önemli bir rol oynamakta ve ayrıca mevcut düzenlemelerin iyileştirilmesi için önerilerde bulunmaktadır. Sağlık Sigortası Fonu (HIF) kapsamındaki teminat paketi, CLIV 1997 tarihli Sağlık Yasası (1997/20) ve 1997 LXXXIII sayılı Zorunlu Sağlık Sigortası Hizmetlerinde tanımlanmıştır. HIF planı neredeyse herkesi kapsayan ve çok geniş kapsamlı bir teminat paketi sağlamaktadır.

Belediyelerin sorumluluğu altında olan birinci basamak sağlık hizmetleri, aile hekimliği, anne ve çocuk sağlığı, okul sağlığı ve mesai dışı ameliyat hizmetlerini içermektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri temel olarak pratisyen hekimler tarafından sağlanmaktadır ve hastalar tercih ettikleri pratisyen hekimi özgürce seçebilmekle birlikte yılda bir kez değiştirme hakkına da sahiptirler. Birinci basamak sağlık hizmetleri zorunlu sevk uygulamasına tabidir, ancak dermatoloji, KBB, göz, kadın doğum ve jinekoloji, genel cerrahi, travmatoloji, onkoloji, üroloji ile psikiyatri alanlarında doğrudan uzmanlık hizmeti alınabilmektedir. 2009 yılında, 'iyi birinci basamak sağlık hizmetlerini' teşvik etmek amacıyla performansa göre ödeme sistemine geçilmiştir. 2015 yılında pratisyen hekimlerin halk sağlığı uygulamaları ve sağlığı destekleyen ofisleri teşvik eden görevleri yeniden tanımlanarak ve ödeme planları gözden geçirilerek birinci basamak sağlık hizmetleri güçlendirilmeye çalışılmıştır. Bu reformlara rağmen, birinci basamak sağlık hizmetleri hala temel olarak kişi başı ve sabit bütçe ile finanse edilmektedir. Ayrıca daha büyük belediyeler, yerellik ilkesi çerçevesinde uzman bakımı gerektiren sağlık hizmetleri de sunmaktadırlar.

Yerel nüfusa ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin sunulmasından ise idari bölgeler sorumludur. Merkezi hükümet ayrıca akut (yoğun) ve kronik yatan ve ayakta hastalara tedavi sağlayan hastanelere sahiptir. Bu hastaneler İçişleri Bakanlığı, Ekonomik Kalkınma Bakanlığı, Savunma Bakanlığı, Adalet Bakanlığı ve İnsan Kaynakları Bakanlığı arasında bölünmüştür. İnsan Kaynakları Bakanlığına ait üniversite hastaneleri

bulunmaktadır. Tıp fakültelerinin tek uzmanlık içeren klinik bölümleri hem ikinci hem de üçüncü basamak sağlık hizmeti sunmaktadır. İnsan Kaynakları Bakanlığı, ayrıca çoğunlukla tıbbi olarak rehabilitasyon sağlayan ve adı Sanatoria olan devlet hastanelerini ile yalnızca yüksek oranda uzmanlığa ihtiyaç duyulan üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan ulusal sağlık enstitülerini de yönetmektedir. Sağlık hizmeti sunucularıyla global sözleşme yapılmaktadır.

Hastanelerin yerelden merkezi hükümete devredildiği 2012 yılından bu yana sağlık sistemini oluşturan kurumlar ve hizmetler kısmen bölgesel eşitsizlikler nedeniyle merkezileşme sürecinin bir parçası haline getirilmiştir. Merkezi hükümet, sosyal sağlık sigortalı finansman sisteminde ikinci ve üçüncü dereceden hizmet sunumunun sağlanmasında tam sorumluluk üstlenmiştir. 2015 yılındaki daha fazla merkezileşme ve yeniden yapılanma ulusal sağlık hizmeti merkezini eski bağımsız otoriteler için şemsiye bir örgüt haline getirmiştir. Ulusal sağlık hizmeti merkezi sağlık sunumunun lider kurumu haline gelmiştir. Görevleri arasında hastanelerin planlaması, bakım hizmetlerinin koordinasyonu, tıp uzmanlarının ruhsatlandırılması, ulusal stratejilerin uygulanması ve uluslararası araştırma kuruluşları ile iletişime geçilmesi bulunmaktadır. Ulusal Sağlık Hizmeti Merkezi 2017 yılında İnsan Kaynakları Bakanlığına devredilmiştir.

2- SAĞLIK HİZMETİNİN FİNANSMANI

Macaristan, merkezi hükümetin stratejik hedefleri belirleme, düzenleme yapma ve uygulama konusunda baskın rol oynayabildiği tek bir ödeme sistemine sahip bulunmaktadır. Merkezi Hükümet gelir tahsilâtı üzerinde sıkı bir kontrol uygulamakta, teminat paketini ve bütçeyi belirlemekte, finansal kaynakları tahsis etmekte, sözleşmeler ve ödemeler ile uğraşmaktadır.

Macaristan sağlık hizmetlerinin finansmanı yedi bölgesel sağlık fonu tarafından desteklenmektedir. Ulusal Sağlık Sigortası Fonu Yönetimi Enstitüsü (NIHIFM), bölgesel fonlardan, işçi ve işverenin sosyal güvenlik katkılarından ve sosyal güvenliğin finansmanından sorumlu kuruluş olarak karşımıza çıkmaktadır.

1993'ten bu yana Ulusal Sağlık Sigortası Fonu İdaresi (NHIFA) tarafından yönetilen Sağlık Sigortası Fonu (HIF), sağlık hizmetlerinde en önemli ulusal finansman havuzudur. HIF, hizmet türüne göre 30'dan fazla alt bütçeye ayrılmıştır (örneğin akut yatan hasta bakımı, kronik yatan hasta bakımı ve ayakta tedavi uzmanı bakımı). NHIFA da Macaristan Hükümeti tarafından denetlenirken, İnsan Kaynakları Bakanlığı aracılığıyla da (hükümet tarafından) yönetilmektedir. 2016 Aralık ayına kadar, Ulusal Sağlık Sigortası Fonu (NHIF), sağlık sigortası sisteminin yönetiminden ve sağlık teknolojilerinin geri ödemesinden sorumlu bulunmaktaydı. Ancak 2017 yılında yapılan bir düzenleme ile NHIFA İnsan Kaynakları Bakanlığı'na entegre edilmiş ve devam eden merkezileşme sürecinin bir parçası olarak Ulusal Sağlık Sigortası Fonu Yönetimi Enstitüsü (NIHIFM) olarak yeniden adlandırılmıştır. NIHIFM'de bulunan Geri Ödeme Dairesi de fiyatlandırma ve geri ödeme karar alma sürecini koordine etmekten sorumlu bulunmaktadır.

NIHIFM bütçesini oluşturan 3 kalem bulunmaktadır:

- Sağlık harcamasının %72'si sağlık sigortası primleri (Brüt ücretin %7'si çalışan payı) ve özel olarak tahsis edilen (temettü kazancı dahil ayrı vergilendirilmiş gelir) sağlık hizmeti vergisi (2019 yılı ocak ayı itibariyle sosyal vergi (%17,5) olarak nitelendirilmeye başlanmıştır) vasıtasıyla finanse edilmektedir.
- %21'i doğrudan hükümet tarafından transfer edilmektedir.
- %7'sini diğer finansman kaynakları oluşturmaktadır. (Halk sağlığı vergisi (Public Health Product Tax) de bu kısma dahildir)

Macaristan 2011 yılında sağlıklı beslenmeyi teşvik etmek amacıyla ve Ulusal Reform Programının bir parçası olarak halk sağlığı vergisini uygulamaya koymuştur. Yapılan düzenleme ile gıda maddelerinin maksimum trans yağ asidi içeriğinin sınırlandırılması ve halk sağlığı beslenme kurallarının yeniden düzenlenmesi hedeflenmiştir. Verginin uygulanmasına yönelik etki değerlendirmelerine bakıldığında tüketicilerin vergisi daha az ve genellikle daha sağlıklı ürünler seçerek, sağlıksız yiyecek alımını azalttığı görülmektedir. Bu vergi düzenlemesi sayesinde sağlık çalışanlarına ödenen maaşlar da dahil olmak üzere sağlık sisteminin finansal ayağını güçlendiren kamu inisiyatifine dayalı bir fon oluşturulmuştur.

Ulusal Sağlık Sigortası Fonu Yönetimi Enstitüsü (NIHIFM) harcamaları, hükümet tarafından tam olarak kontrol edilen birçok alt bütçeyle (örneğin, ayakta hasta, akut yatan hasta hizmetleri) düzenlenmektedir. Bu alt bütçeler tedavi edici ve önleyici hizmetler için sınırlandırılmaktadır ve önceden belirlenmiş bütçe tavanlarının aşılması hedeflenmektedir. Bununla birlikte, bütçe açıklarının karşılanamaması, devam eden hastane borçları ve tedarikçilere ödeme yapmadaki zorluklar, sistem verimsizlikleri ile birleştiğinde sağlık sisteminin yapısal yetersizliği ile ilgili sorunlar ortaya çıkmaktadır.

2009 yılında, “iyi temel bakımı” teşvik etmek için ayakta tedavilerde performansa göre ödeme sistemi uygulamaya konmuştur. Ayakta tedavide hizmet başına ödeme yapılırken, yatan hastaların finansmanı DRG (DRG-Diagnosis Related Group- Teşhis İlişkili Grup) sistemine göre yapılmaktadır. DRG maliyetleri hesaplanırken, yatırım maliyeti hariç olmak üzere tüm tanı ve tedavi maliyetleri, hastane bakımı sırasında meydana gelen maliyetler, ilaç maliyeti, ücretler (hekim, hemşire vb), konaklama giderleri (ısıtma, temizlik, yemek vb) ve hastane yönetimi giderleri hesaplamaya dahil edilmektedir. DRG sistemindeki hastalık grupları Macaristan halkının epidemiyolojik özelliklerini yansıtmaktadır. Yatan hastalar için uygulanan DRG sistemi ABD temelli olup adına homojen hastalık grupları denmektedir. Tedavilerinde kullanılan hastane kaynaklarının seviyesi ve karışımı bakımından homojen olan vaka gruplarını ifade etmektedir. Bu DRG’ler, öncelikli olarak ana tanı konusunda hastane kaynak tüketimine önemli katkı yapan faktörler temelinde geliştirilmiştir. Ancak cerrahi prosedür ve komplikasyonlar gibi unsurlarda da kullanılmaktadır.

Macaristan’da pratisyen (aile) hekimler ikinci ve üçüncü basamak tedaviye geçişte ilk basamak tedavi hizmetlerinin sağlandığı birimdir. Aile hekimlerinin 4 farklı istihdam edilme yöntemi bulunmaktadır:

- Belediyeler aile hekimlerini aylık maaş bazında istihdam edebilmektedir.
- Özel hizmet sunucusu vasfıyla aile hekimleri belediyelerle birinci basamak sağlık hizmeti sunmak için sözleşme yapabilirler. Ancak yerel yönetime ait bir ameliyathanede ve yerel yönetime ait ekipmanları kullanarak çalışırlar. Aile hekimlerinin ücretleri doğrudan Ulusal Sağlık Sigortası Fonu Yönetimi Enstitüsü’nden (NIHIFM) ödenirken, belediye bakım yükümlülüğü ilkesine göre sermaye maliyetlerinden sorumlu olmaya devam etmektedir. Bu şema “işlevsel özelleştirme” olarak bilinir.
- Aile hekimleri, belediye ile sözleşmesi olmadan ve bölgesel hizmet sunma zorunluluğu bulunmadan da bağımsız ve özel olarak çalışabilmektedirler. Ancak en az kendilerinden sağlık hizmeti almak isteyen 200 kişinin bulunması gerekmektedir. Bu şartlar altında Sağlık Sigortası Fonu’ndan (HIF) ücret almaya hak kazanmaktadırlar.
- Son olarak serbest statü almayı tercih eden ve sağlık hizmeti sağlayıcısı ile ücreti konusunda pazarlık yaparak sözleşme yapan serbest aile hekimleri bulunmaktadır.

3- GERİ ÖDEME SİSTEMİ

Yasal mevzuata göre tüm Macaristan vatandaşlarının Sağlık Sigortası kapsamı altına alınması gerekmektedir. 2017 yılı itibarıyla nüfusun %94’ü sağlık sigortası kapsamı altında gözükmektedir. Teminat paketlerine merkezi düzeyde karar verilmektedir. İlaçlar için pozitif liste, tıbbi işlemler için ise negatif liste bulunmaktadır. Sağlık sigortası kapsamında olmayan hizmetlerden veya sağlık hizmeti sunucularından faydalanmak isteyen kişiler cepten harcama yapmak zorunda kalmaktadır. Doğrudan, gayri resmi ve teminat paketi dışındaki hizmetler için maliyet paylaşımını gerektiren ödemelerden oluşan cepten yapılan ödemeler, Macaristan’daki tüm sağlık harcamalarının %27’sini oluşturmaktadır ki bu oran OECD cepten yapılan ödemeler ortalamasının bir hayli üstünde yer almaktadır. Macaristan’daki tüm cepten ödemelerin yaklaşık yarısını ilaç harcamaları oluşturmaktadır.

Vatandaşların, ilaç, tıbbi yardım, protez, kaplıca tedavisi, sanatoryum tedavisi, yatan hastalar için otelcilik, uzun süreli kronik bakım, bazı diş protezi, 18 yaşın altındaki kişilere sağlanan ortodonti diş tedavisi, gelişimsel anomaliler dışında cinsiyet değiştirme ameliyat hizmetleri için katılım payı ödemesi gerekmektedir. Bu hizmetler için ödenecek katılım payı miktarı sağlık hizmet sunucuları tarafından belirlenmekte ve herhangi bir muafiyet veya indirim uygulanmamaktadır. Diş bakımı, 18 yaşın altındaki hastalar ile hamile hastalar için (gebeliğin başladığı tarihten doğumdan 90 gün sonrasına kadar) ücretsizdir, ancak buna protez gibi

maliyetler dahil değildir. 18 yaşın üzerindeki hastalar için de acil sunulan diş plakasının çıkarılması işlemi ile diş eti deformatesinin tedavisi ücretsizdir.

Ayrıca vatandaşların aşağıda yer alan durumlar için de katılım payı ödemesi yapması gerekmektedir:

- Pratisyen hekim tarafından sevki yapılmayan ve acil uzmanlık gerektirmeyen sağlık hizmetleri,
- Yönlendirildikleri sağlık hizmeti sunucusundan farklı bir sağlık hizmeti sunucusundan alınan hizmetler,
- Hekimler tarafından öngörülen sağlık hizmetlerinden fazlasının talep edilmesi.

Ayrıca teminat paketi kapsamında sayı sınırlaması olan tüp bebek tedavisi için de özel kurallar düzenlenmiştir.

AB'den bildirilen verilere göre Macar halkının %3 lük gibi küçük bir kısmı en az bir tıbbi muayene ve tedavi hizmetinin karşılanmadığını bildirmiştir. Bu oran AB ortalamasının altında kalmaktadır. %3'ün büyük çoğunluğunu düşük gelirli Macaristan vatandaşları oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerine erişim konusunda bekleme sürelerini bölgeler arası farklılıklar oluşturmaktadır. Öyle ki bu bekleme süreleri arasındaki farklılıklar bazen 3 katına kadar çıkabilmektedir.

İlaç, işlem ve tıbbi cihazdaki teknolojik gelişmelerin geri ödeme listelerine dahil edilmesi için en iyi kanıtlara dayanan sağlık teknolojileri değerlendirmelerinin (HTA) kullanılması amacıyla çaba sarf edilmektedir. Bazen de sigara bıraktırma ürünlerinde olduğu gibi (yüksek sigara içme oranlarına rağmen) ek maliyet yaratacağı düşünülen ürünler HTA'ya rağmen geri ödeme listelerine alınmamaktadır.

Bazı çok pahalı ilaçlar Ulusal Sağlık Sigortası Fonu Yönetimi Enstitüsü (NIHIFM) tarafından merkezi olarak satın alınmaktadır. 2003 yılından bu yana bazı ilaç üreticileri ile bireysel fiyat-hacim anlaşmaları yapılmaktadır. Bu anlaşmalarla üretici geri ödemeleri yıllık satış hacmine bağlanmaktadır. Taahhütlü hacmi aşan satışların neden olduğu ilaç bütçesindeki fazla harcama hem hükümet hem de ilaç endüstrisi tarafından karşılanmaktadır.

Macaristan'da sağlık ve sosyal hizmetler alanında ortaya çıkan krizin temel nedeni olarak mevcut finans sistemi gösterilmiştir. Bununla başa çıkmak üzere uygulanan DRG (DRG-Diagnosis Related Group- Teşhis İlişkili Grup) sistemi ile hastanelerin çıktılarında bağımsız bir girdi-finansman sistemi oluşturulmuştur. Sağlık alanıyla ilgili devlet birimleri temel olarak sağlık hizmetlerinde reform yapmak için bir hedef belirlemiştir. Reformun ipucu, sağlık kurumlarının finansal durumunun ve gelişme şansının çıktılarına bağlı olduğu olarak tespit edilmiştir. Teminat paketini düzenli olarak gözden geçirerek maliyet etkin olmayan hizmetleri kapsam dışında tutabilmek için hala düzenli bir mekanizma bulunmamaktadır.

3.1. İlaç Geri Ödeme Başvuru Süreci

Sosyalist devlet düzeninden liberal ekonomiye geçiş ile birlikte ilaç piyasası serbestleştirilmiş ve devlete ait olan Macar ilaç şirketlerinden biri hariç tümü özelleştirilmiştir. Toptan ve perakende sektörlerinin de çoğunluğu özelleştirilmiş ve 1997 yılına gelindiğinde daha önce devlete ait olan eczanelerin tamamı da özel hale getirilmiştir.

Macaristan'da geri ödemesi yapılmayan ürünler serbest fiyatlandırmaya tabi iken pozitif listeye girmek isteyen ürünler, öncelikle Ulusal Sağlık Sigortası Fonu Yönetimi Enstitüsü'ne (NIHIFM) başvuruda bulunmak zorundadır. Fiyatlandırma ve geri ödeme başvuruları aynı dosyada yapıldığından her iki aşama ile ilgili prosedürler paralel şekilde yürütülmektedir. NIHIFM, başvuruları hem harici veya dahili referans fiyatlandırmasına hem de yeni maddeler için sağlık teknolojileri değerlendirmeleri'nin (HTA) kullanılıp kullanılmamasına bakarak değerlendirmektedir. Yenilikçi ilaçlar söz konusu olduğunda, şirketler geri ödeme uygulamalarında harici fiyatları belirtmek zorundadırlar. Aktif maddeler içeren yeni bir ilacın üretici fiyatı, Devlet Sağlık Sekreteryası tarafından seçilen referans ülkelerdeki mevcut en düşük üretici fiyatından daha yüksek olamamaktadır.

Geri ödeme karar sürecinde yer alan kuruluşlar ise şunlardır:

- Sağlık Bakanlığı,
- Ekonomi Bakanlığı,
- Ulusal Sağlık Sigortası Fonu Yönetimi Enstitüsü (NIHIFM),
- Profesyonel Kurul (Meslek Yüksek Okulu),
- Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Birimi (HTA).

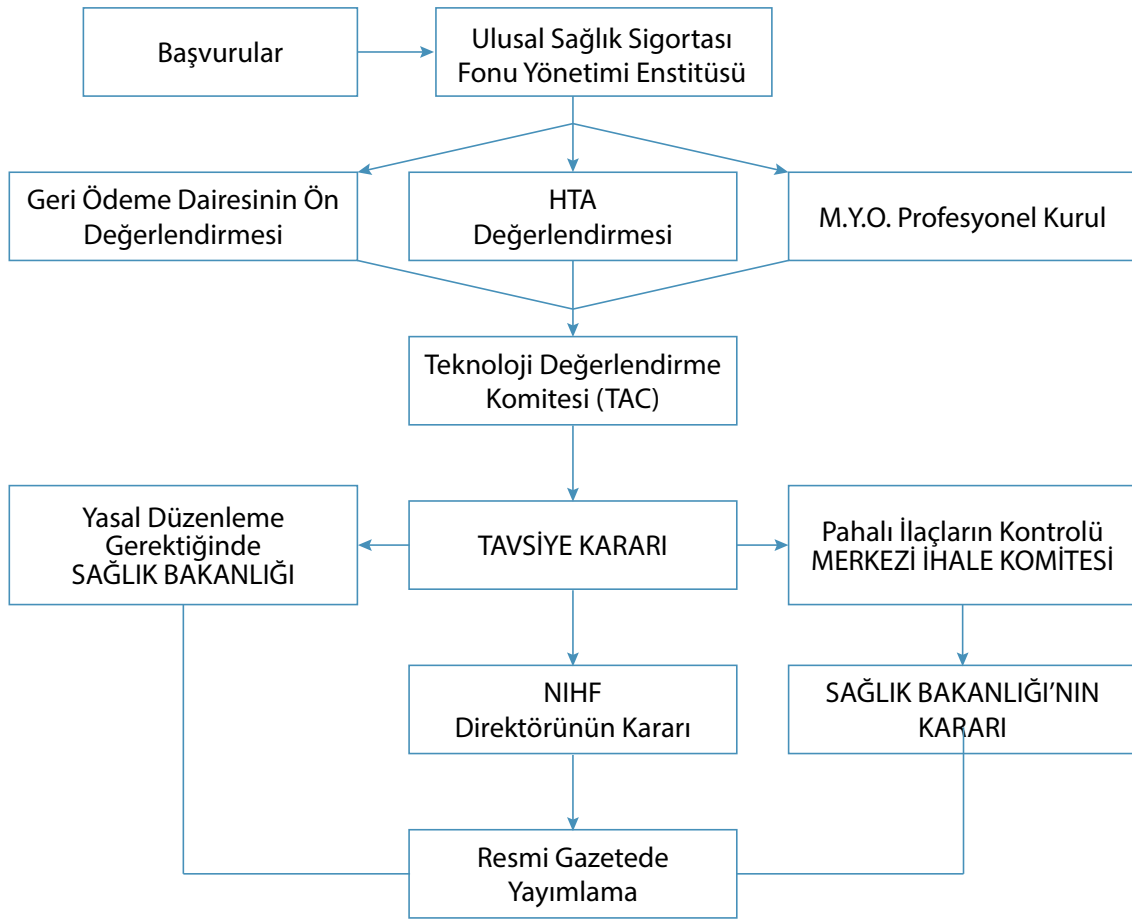
Macaristan sağlık sisteminde normal başvuru ve basitleştirilmiş başvuru olmak üzere iki çeşit başvuru vardır. Ulusal Sağlık Sigortası Fonu Yönetimi Enstitüsü (NIHIFM), başvurunun normal başvuru mu basitleştirilmiş başvuru mu olduğuna karar vermektedir.

Basitleştirilmiş başvuru, jenerik ilaçlar, zaten iki veya daha fazla maddenin kombinasyonları için ayrı olarak geri ödemesi yapılan ilaçlar ve geri ödemede olan ilaçların yeni ambalaj formları için geçerli olup, bu sürecin 60 günde tamamlanması gerekmektedir. Bu başvuru sürecinde HTA (Sağlık Teknolojisi Değerlendirmesi) incelemesi bulunmamaktadır.

Normal başvuru ise tüm yeni ürünler, yeni kombinasyonlar, yeni endikasyon ilavesi, fiyat artışı gibi durumlarda yapılan başvuru olup Sağlık Teknolojisi Değerlendirme birimi bu noktada devreye girmektedir. Normal başvuru sürecinin ise Ulusal Sağlık Sigortası Fonu İdaresi (NHIFA) tarafından 90 gün içerisinde tamamlanması gerekmektedir. Bu 90 günlük süre Avrupa Komisyonu Şeffaflık Direktifi çerçevesinde belirlenmektedir. İlaç Daire Başkanlığı dosyanın ön değerlendirmesini yaptıktan sonra orijinal ilaç dosyalarını farmako ekonomik değerlendirme yapmak üzere Sağlık Teknolojisi Değerlendirme (HTA) Birimine göndermektedir. Meslek Yüksek Okulu uzmanlarından oluşan profesyonel kurul, başvurunun yararlarını ve eksikliklerini daha ileri düzeyde bir değerlendirmeye tabi tutmaktadır. Bu sağlık teknolojisi değerlendirmeleri, sağlık kurumları, ekonomi kurumları, danışmanlık firmaları, ilaç firmaları ve yerli-yabancı uzmanların katılımıyla hazırlanan kılavuzlara göre yapılmaktadır. Bazı durumlarda, Ulusal Sağlık Sigortası Fonu Yönetimi Enstitüsü (NIHIFM) Genel Müdürü, Teknoloji Değerlendirme Komitesi'nin (TAC) tavsiyesine dayanarak geri ödeme konusunda nihai kararı kendisi verebilmektedir. Bununla birlikte, olumlu bir geri ödeme kararının sağlık teknolojilerinin geri ödenmesiyle ilgili mevzuatta değişiklik gerektirdiği durumlarda (32/2004 Sayılı Bakanlar Kararı'nın ekleri) Sağlık Bakanlığı karar vermektedir. Pahalı ilaçların başvurusunda ise Devlet Sağlık Sekreterliği (SSH) ve Ekonomi Bakanlığı temsilcilerinin yer aldığı bir komite, karar alma sürecine dahil edilmektedir.

Karar vericiler, TAC'ın tavsiyesine uymak zorunda değildir. Son olarak başvurusu yapılan ilaç için geri ödeme listesine alınma kararı verilirse, bu kararın Resmî Gazetede yayımlanması gerekmektedir.

Macaristan'da yalnızca hastanelerde kullanılan ilaçların fiyatlandırılması ise üreticiler ve hastaneler

Şekil 1: Normal Başvuru Geri Ödeme Karar Verme Süreci**Kaynak:**

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S221210991730047X> (Erişim Tarihi: Kasım 2020)

tarafından yapılan ihaleler sonucunda Finansman Dairesi Başkanlığı tarafından belirlenmektedir. Yüksek maliyetli ilaçlar ise (hepatit B ve C, diyaliz, multipl skleroz ve HIV / AIDS) özel bir bütçelemeye tabii tutulmaktadır. Bu ihaleler, Ulusal Sağlık Sigortası Fonu Yönetimi Enstitüsü (NIHIFM) tarafından yapılan merkezi ihaleler ile belirlenmektedir.

3.2. Ayakta Hasta Geri Ödeme Kategorileri

Macaristan ilaç geri ödeme sistemi çok karmaşıktır ve birkaç geri ödeme tekniği uygulanmaktadır. Geri ödeme düzeyleri, tedavilerin özelliklerine göre belirlenir; hastalık ne kadar kronik ve şiddetli olursa, geri ödeme düzeyi de o kadar yüksek olur. Ayakta geri ödeme kategorileri, normal ve endikasyon bazında geri ödeme olmak üzere ikiye ayrılmaktadır;

3.2.1. Normal Geri Ödeme Kategorisi

Tablo 2: Ayakta Hastalar için Geri Ödeme

| GERİ ÖDEME TEKNİĞİ | GERİ ÖDEME ORANI | KATILIM PAYI ORANI | ÖRNEK |
|------------------------------|------------------|--------------------|---|
| Normal Geri Ödeme | %25 | %75 | Akut antibiyotikler, analjezikler |
| | %55 | %45 | β -Bloklerler, proton pompası inhibitörleri |
| | %80 | %20 | Statinler, ACE inhibitörleri |
| Endikasyona Bağlı Geri Ödeme | %50 | %50 | Akarboz, trimetazidin |
| | %70 | %30 | Klopidogrel, bifosfonat |
| | %90 | %10 | Levetirasetam, ivabradin |
| | %100 | %0 | Analog insülin, eritropoietin |

Kaynak:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S221210991730047X> (Erişim Tarihi: Kasım 2020)

Ocak 2007 yılından bu yana, normal geri ödeme kategorisindeki ilaçlara, %80, %55 ve %25 oranlarında geri ödeme yapılmaktadır. Bu ilaçlar, antibiyotikler, non-steroidler, antiinflamatuvarlar, sakinleştiriciler, uyku hapları ve mukolitiklerdir. Sık reçetelenen antibiyotiklere genellikle %25 oranında geri ödeme yapılmaktadır.

3.2.2. Endikasyon Bazında Geri Ödeme Kategorisi

Bu kategoride yer alan ilaçlar bütçeye aşırı yük getiren pahalı ilaçlardır. Bu nedenle normal geri ödeme kategorisinde yer alan ilaçlar tüm hekimler tarafından reçete edilirken, endikasyon bazında geri ödenen ve özel hastalıklar kategorisine giren ilaçlar için uzman hekim koşulu getirilmiştir. Bu hastalıkların listesi, Ulusal Ekonomi Bakanlığı ile birlikte Devlet Sağlık Bakanlığı Sekreteryası tarafından belirlenmektedir. Endikasyon bazında geri ödeme kapsamında olan kanser, diyabet, multiple skleroz ve depresyon gibi hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçların %100'ü ödenirken yine bu ödeme kapsamında yer alan diğer ilaçlar ise %90, %70 ve %50 oranlarında ödenmektedir. İlaç harcamalarının beklenenden daha yüksek olduğu durumlarda kısıtlamalara başvurulmaktadır. (Uzman hekim kısıtlaması veya ilacın sadece belirli merkezlerde örneğin onkoloji merkezlerinde reçetelendirilebilmesi gibi).

Katılım payı muafiyeti sistemi içinde düşük gelirli, yaşlı ve engelli olan kişilere yardım hakkı sağlayan özel bir kart aracılığıyla ilaç bedellerinin tamamı geri ödenebilmektedir. Ayrıca bireysel başvurular yoluyla da ilaç bedelleri geri ödenebilmektedir. İş kazası ve meslek hastalığı kapsamındaki kişiler için de %100 geri ödeme sağlanmaktadır.

3.3. Yatan Hasta Geri Ödemesi

Yatan hasta bakımında kullanılan ilaçlar %100 geri ödeme kapsamında bulunmaktadır ve DRG (DRG-Diagnosis Related Group- Teşhis İlişkili Grup) yoluyla finanse edilmektedir.

3.4. Macaristan'da maliyet kısıtlamaları çerçevesinde yapılan düzenlemeler

3.4.1. Referans fiyatlandırmaya yönelik yapılan düzenlemeler

Macaristan'da ilk defa fiyatlandırılacak ürünler için dış referans fiyatlandırması uygulanmaktayken, pozitif listede yer alan ilaçlar için aktif madde referans fiyatlandırma ve terapötik referans fiyatlandırması uygulanmaktadır.

3.4.1.1. Dış (Harici) referans fiyatlandırma

Dış referans fiyatlandırmaya göre yeni ilacın fiyatı referans alınan ülkelerdeki en düşük fabrika çıkış fiyatından daha yüksek olamaz. Referans alınan ülkeler Fransa, Almanya, Yunanistan, İrlanda, İtalya, Polonya, Portekiz, Norveç, İsviçre ve İspanya'dır. Ancak özellikle Fransa, Yunanistan, Portekiz ve İspanya'daki fiyatlar, fiyatlandırma kararlarında önemli rol oynamaktadır. Ayrıca başvuru formunda ilacın bütün referans ülkelerdeki ATC 4 (Anatomik Terapötik Kimyasal Sınıflandırma Sistemi) seviyesindeki pazar payının belirtilmesi gerekmektedir. Pazara ilk defa girecek olan jenerik ilacın ise orijinal ilaçtan %30 daha düşük fiyatlı olması gerekmektedir. Ulusal Sağlık Sigortası Fonu Yönetimi Enstitüsü (NIHIFM) ayrıca üretici ile NIHIFM arasında maliyet etkinliği ve bütçe etkisi gibi fiyat görüşmelerine yol açabilecek ekonomik dahil etme kriterlerini de uygulayabilmektedir.

3.4.1.2. Aktif madde referans fiyatlandırma

Aktif madde referans fiyatlandırmada tanımlanmış günlük doza dayalı en düşük fiyatlı ilaç (DDD), en az 4 ay boyunca üst üste %3 pazar payını sağladığı takdirde referans fiyat hesaplamalarında baz oluşturmaktadır. 1 Ocak 2009 tarihinden bu yana ilaç, referans fiyatın %30'undan daha yüksek fiyat aldığı takdirde liste dışı kalmaktadır. Bu nedenle liste dışında kalmamak için birçok ilacın fiyatı düşürülmüştür. Bazı üreticiler ise daha fazla fiyat indirimi yapmak yerine pazardan çekilmeyi tercih etmiştir.

3.4.1.3. Terapötik referans fiyatlandırma

Terapötik referans fiyatlandırma ilk olarak kolesterol düşürücü ilaçlarla 2003 yılında başlamıştır. Buna göre aynı terapötik gruptaki ilaç referans ilacın %60 ve üzeri fiyat alırsa liste dışı kalmaktadır

3.4.2. Jenerik ilaçlar ile ilgili düzenlemeler

2011'den itibaren, fiyat düşüşünü kolaylaştırmak için genel referans fiyatlandırma şeması için yeni bir kör teklif verme prosedürü uygulamaya konmaktadır. Jenerik üreticiler, ilaçları için her 6 ayda bir rakiplerinin tekliflerini bilmeden Ulusal Sağlık Sigortası Fonu Yönetimi Enstitüsü (NIHIFM) tarafından işletilen bir çevrimiçi başvuru sistemi aracılığıyla fiyat tekliflerini sunabilmektedirler. Teklif verme süresi bittikten sonra en düşük fiyatlı ilaç referans ürün haline gelmektedir. Referans ürünle karşılaştırıldığında fiyat farkı %15'ten daha az olan ilaçlar, referans ürünle aynı miktarda geri ödeme oranına sahip olmaktadır. Referans ürünle karşılaştırıldığında fiyat farkı %15'ten fazla olan ürünler ise referans ürünün fiyatının sadece %85'ini geri alabilmektedirler. Kör teklif prosedürünün, jenerik referans ürününü sürekli değiştirerek ilaç fiyatlarının aşağıya çekilmesinde çok etkili bir araç olduğu düşünülmektedir.

Eczacılar, değiştirilebilir bir listeden en ucuz alternatif jenerik ürünü sunmakla yükümlü tutulmuştur. Hastaların ilaçlarını ilk kez kullanmaya başladıklarında jenerik ilaç değişimi konusunda bilgilendirilmeleri gerekmektedir. Ayrıca, tercih edilen referans ürünlerin eczaneler tarafından stokta tutulması gerekmektedir.

3.4.3. OTC (Over the Counter -Tezgaah Üstü) ilaçlar ile ilgili düzenlemeler

Macaristan'da OTC grup ilaçların geri ödemesi yapılmamaktadır. 2006'da artan sağlık harcamalarını, özellikle ilaç harcamalarını azaltmak amacıyla maliyet düşürücü önlemler uygulamaya konulmuştur. Bunlardan biri de 300 adet OTC grubu ilacın perakende eczaneler dışında süpermarketler ve mağazalarda satılmasına izin verilmesi olmuştur.

3.4.4. Katılım payı ile ilgili yapılan düzenlemeler

Hastalar, tamamı geri ödenen ilaçlarla ilgili olarak reçete başına 315 HUF (1€) katılım payı ödemektedir. Hastalara, acil hizmetlerin gereksiz kullanılması, aile hekimine gitmeden hastanede uzman hekime muayene olunması ve kayıtlı olmadığı aile hekimine başvurusu durumlarında mali cezalar uygulanmaktadır.

3.4.5. Akılcı ilaç kullanımına yönelik yapılan düzenlemeler

Ulusal Sağlık Sigortası Fonu Yönetimi Enstitüsü (NIHIFM), akılcı ilaç kullanımının teşviki amacıyla hekimler ve eczacılar için reçete bütçeleri oluşturmuştur. Bu kapsamda, hekimlere jenerik ikamesini teşvik kapsamında aylık kazançlarının %10'u oranında ödeme yapılmaktadır. Hekimler, NIHIFM tarafından hazırlanan bir web yazılımı aracılığıyla ucuz ve pahalı ilacı sistemden görebilmektedir. Pahalı ilaçların kırmızı, ucuz ilaçların yeşil ile belirtildiği bu sistem hastalar tarafından da web sitesi aracılığıyla görülebilmektedir. Bununla önemli oranda jenerik rekabeti teşvik edilmiştir. Ayrıca hekimler, ülke genelinde reçete edilen ilaçlara ait istatistik bilgileri NIHIFM'den talep etmeleri halinde erişebilmektedirler. Yerel ve ulusal düzeyde cinsiyet, yaş ve terapötik gruplarda sınıflandırılmış ilaçların listeleri NIHIFM'den temin edilebilmektedir.

Ekim 2007'den bu yana Ulusal Sağlık Sigortası Fonu (NHIF) ilaç harcamalarını azaltmak amacıyla bireysel ilaç tavanı belirlemiştir. Buna göre ilaç harcamaları, aylık bazda kronik hastalarda 12,600 HUF (36 €) diğer hastalıklarda ise 6,300 HUF'u (18 €) geçmemektedir. Hasta bu tavanı aştığı takdirde ödemesi gereken ek maliyetten kendisi sorumlu tutulmaktadır.

3.4.6. Maliyet kısıtlamaları çerçevesinde alınan endüstri geri ödemeleri

Macaristan'da 1 Ocak 2007 tarihinden geçerli olmak üzere endüstri geri ödemeleri uygulamaya konulmuştur. Bu uygulamayla hükümet ve endüstri bir anlaşma yapmaktadır. Bu anlaşmaya göre ilaç bütçesi, ilaç harcamaları için belirlenen bütçe tavanını aştığı takdirde üretici ve hükümet sorumluluğu paylaşmaktadır.

Aşağıdaki tabloda bütçedeki bu aşmanın üreticiler ve hükümet arasında nasıl paylaştırıldığı belirtilmektedir. Buna göre ilaç bütçesi olması gereken bütçeden %5 daha yüksek çıkarsa aşan miktarın %50'lik kısmı firma, kalan kısım ise hükümet tarafından finanse edilmektedir. Ancak bu rakam %9 ve daha üzeri olursa aşan miktarın tamamı firma tarafından finanse edilmektedir.

Tablo 3: Bütçe Tavanı Aşımı Durumundaki Sorumluluk Paylaşımı

| Aşan oran (%) | Üreticiler tarafından karşılanan oran (%) | Hükümet tarafından karşılanan oran (%) |
|---------------|---|--|
| <5 | 50 | 50 |
| 5-6 | 60 | 40 |
| 6-7 | 70 | 30 |
| 7-8 | 80 | 20 |
| 8-9 | 90 | 10 |
| >9 | 100 | - |

Kaynak: “Yurt Dışı Ülke Örneklerinin İncelenmesi” Macaristan Sağlık Hizmetleri ve Geri Ödeme Sistemi ile İlgili Dokümanlar

3.4.7. Finansal ve Performansa Dayalı Yapılan Risk Paylaşım Anlaşmaları

3.4.7.1. Finansal Bazda Yapılan Risk Paylaşım Anlaşmaları

Macaristan’da finansal anlamda yapılan risk paylaşım anlaşmalarının başında, fiyat-hacim anlaşmaları gelmektedir. Dış referans fiyatlandırmaya göre belirlenen fiyat Ulusal Sağlık Sigortası Fonu Yönetimi Enstitüsü (NIHIFM) tarafından yüksek bulunursa, NIHIFM firma ile müzakerelerde bulunarak fiyatını düşürmesini ya da risk paylaşım anlaşması yapmasını isteyebilmektedir. Macaristan’da yapılan fiyat-hacim anlaşmaları NIHIFM bütçesinin, beklenenden yüksek çıkmaması için ilaç bütçesini korumanın bir aracı olarak, her geçen gün artan bir şekilde uygulanmaktadır. NIHIFM ve ilaç üreticisi firma ile yapılan anlaşmaya göre, hasta sayısı ve fiyat indirimleri belirlenmekte ve ürünün aylık satış hacmine bağlı olarak aylık geri ödemesi yapılmaktadır. Fiyat-hacim anlaşmalarında ödeyici açısından risk, ilacı kullanacak hasta sayısının dosyada belirtilen hasta sayısını aşmasıdır. Bu durumda geri ödeme önceden belirlenen hacmi aşarsa firma, NIHIFM’e aşan kısmın geri ödemesini yapmak zorunda kalmaktadır.

3.4.7.2. Performansa Dayalı Yapılan Risk Paylaşım Anlaşmaları

Macaristan’da performansa dayalı yapılan risk paylaşım anlaşmalarının %90’ı kanser alanında yapılmaktadır. Macaristan’da hastalıklara ait insidans ve prevalans değerleri güncel olmadığından ya da hesaplanmadığından, genellikle çalışmalarda uluslararası veriler (Avrupa-Amerika) kullanılmaktadır. Fakat özellikle onkoloji, nadir hastalıklar ve çocuk hastalıkları alanında bu yerel verilere ihtiyaç duyulmaktadır.

Performansa dayalı yapılan risk paylaşım anlaşmalarında ödeyici açısından risk, ilacın gerçek yaşamdaki terapötik etkinliğinin hedeflenenden daha düşük çıkmasıdır. Geri ödeme kriterini hastaların komplikasyonlarındaki iyileşme düzeyi belirlemektedir.

3.4.8. Geri Ödeme Kararlarının Revize Edilmesi

Ulusal Sağlık Sigortası Fonu Yönetimi Enstitüsü (NIHIFM) sübvansede edilen sağlık teknolojilerinin kapsamını rutin olarak gözden geçirmektedir. Bu gözden geçirme işlemi onaylanmış ürünlerin maliyet etkinliği konusunda bir şüphe ortaya çıkarsa yapılmaktadır. Ek olarak, ürün sunduğu terapötik etkinlikle NIHIFM’in bütçesine makul olmayan bir yük getirdiği takdirde revizyon ihtiyacı ortaya çıkmaktadır. Ayrıca, bir finansman protokolüne ya da kılavuza dahil edilecek ürünler için de geri ödeme revizyonu yapılabilmektedir.

3.5. Macaristan'da Tıbbi Cihaz Ödeme Başvuru Süreci

İlaçlarla kıyaslandığında tıbbi cihazların ve protezlerin maliyet kontrol politikalarına daha az maruz kaldığı görülmektedir. Tıbbi cihazlar, Sağlık Bakanlığı Tıbbi Cihazlar Kurumu tarafından yönetilen bir kayıt ve lisanslama sistemine girmektedir. 2009 yılında, hükümet tıbbi cihazların geri ödenmesinde ilaçların geri ödenmesine benzer bir sistem belirlemiştir. Bu nedenle, tıbbi cihazlar 2010 yılından beri Ulusal Sağlık Sigortası Fonu Yönetimi Enstitüsü (NIHIFM) tarafından orantılı veya sabit miktar gibi çeşitli finansal teknikler yoluyla geri ödenmektedir. Oransal geri ödeme durumunda, kategoriler %98, %90, %80, %70, %50 veya %0 olarak tanımlanmaktadır. Aynı şekilde, geri ödeme gruplarında sınıflandırılan belirli tıbbi cihazların geri ödenmesini belirlemek için dahili referans fiyatlandırma da kullanılmaktadır. Terapötik cihazlar (baston ve işitme cihazları) gibi basit tıbbi malzemeler 2007 yılından beri, daha kompleks tıbbi cihazlar ise 2010 yılından beri Sağlık Teknolojileri Değerlendirilmesi'nden (HTA) geçirilmektedir.

4- MACARİSTAN İLE TÜRKİYE'NİN SAĞLIK ve GERİ ÖDEME SİSTEMLERİNİN KİYASLANMASI

Macaristan sağlık sistemi de tıpkı Türkiye sağlık sistemi gibi zorunlu sağlık sigortası temeline dayanmaktadır. 2017 yılı OECD verilerine göre Türkiye'nin kapsadığı nüfus %99,2, 2019 yılı Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) verilerine göre ise %99,5 iken Macaristan'ın kapsadığı nüfus yine 2017 verilerine göre %94'tür. Türkiye'de genel sağlık sigortası sisteminden faydalanan kişi sayısı çok olmasına rağmen mevzuatımızda kapsam dışında kalan kişiler de belirtilmiştir. TBMM üyeleri, yüksek yargı üyeleri, banka sandıkları üyeleri ile tutuklu ve hükümlüler Genel Sağlık Sigortası (GSS) sistemi kapsamı dışındadır. Bu kişilerin sağlık hizmetleri ilgili kurumlarınca karşılanmaktadır. Macaristan'da vatandaşlar, istihdam durumlarına bakılmaksızın sağlık sigortası kapsamına alınmaktadır.

Macaristan'da vatandaşlar, sağlık hizmeti sunumunun finansmanı için zorunlu sağlık sigortası primlerinin yanı sıra genel ve yerel düzeyde gelir vergisi de ödemektedirler. Örneğin sağlık harcamasının %72'si sağlık sigortası primleri (%7 çalışan payı) ve sosyal vergi, %21'i doğrudan hükümet transferi ve %7'si halk sağlığı vergisi gibi diğer kaynaklar vasıtasıyla finanse edilmiştir. Genel sağlık sigortasının yanı sıra bazı firmaların kendi çalışanları için uygulamakta olduğu özel sağlık sigortası da bulunmaktadır.

Türkiye'de ise sağlık hizmeti sunumunun finansmanı, hizmetten faydalanan sigortalılardan toplanan primler ve devlet transferi vasıtasıyla karşılanmaktadır. Genel sağlık sigortası primi, kısa ve uzun vadeli sigorta kollarına tabi olarak çalışanlar için prime esas kazancın %12,5'idir. Hizmet akdiyle çalışanlar için bu primin %5'i sigortalı, %7,5'i ise işveren tarafından karşılanmaktadır. Kendi nam ve hesabına çalışanlar ise primin tamamını kendisi ödemektedir. Yalnızca genel sağlık sigortasına tâbi olanlar ile isteğe bağlı sigortalı olanların genel sağlık sigortası primi ise prime esas kazancın %12'sidir. Ayrıca devlet finansmanın sağlanması için toplanan sağlık sigortası primlerinin 1/4'ü kadar para transferi gerçekleştirmektedir.

Asgari ücret (net) tutarı Türkiye'de 2020 yılı itibarıyla 2.324,70 TL olarak belirlenmiştir. OECD ülke karşılaştırmaları verilerine göre 2018 yılında asgari ücret Türkiye'de aylık yaklaşık 420 \$ iken, Macaristan'da bu tutar aylık 511 \$'dir.

Macaristan'da birinci basamak sağlık hizmetleri belediyeler vasıtasıyla sunulmaktadır. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise idari bölgeler aracılığıyla genel hükümet tarafından sunulmaktadır. Bu durum Türkiye'den farklı olarak sağlık hizmeti sunumunda yerellik ilkesinin gözetildiğini ortaya koymaktadır.

Genel sağlık sigortası kapsamı altında olan Macaristan vatandaşları herhangi bir rahatsızlıklarının olması durumunda öncelikle pratisyen hekime başvurmak zorundadırlar. Eğer tedavi bir uzman hekime başvuruyu gerektiriyor ya da hastane bakımına ihtiyaç oluşturuyorsa sevk alınması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinden faydalanan kişiler birkaç durum dışında ücret ödememektedirler. Sunulan hizmetler tamamen sağlık sigortası tarafından karşılanmaktadır. Ancak sigortalı sevk esnasında kendisi için belirlenen hastaneden başka bir hastaneye gitmeyi tercih edecek olursa ücret alınmaktadır. Hastalar, eczaneden satın alınan ilaçlar, diş bakım hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri için katılım payı ödemesi yapmak zorundadırlar. Normal geri ödeme kategorisinde olan ilaçlar için katılım payları ilaç ücretinin %75'i, %45'i ve %20'i olarak belirlenmiştir. Endikasyon bazında geri ödeme kategorisinde olan ilaçlar için ise katılım payları

%50, %30, %10 ve %0 olarak belirlenmiştir.

Türkiye genel sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmetlerinden faydalanan vatandaşlar ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi, ayakta tedavide sağlanan ilaçlar ve vücut dışı protez ve ortezler için katılım payı ödemektedirler. Kamu sağlık hizmeti sunucuları için katılım payı, özel sağlık hizmeti sunucuları içinse hem katılım payı hem de ilave ücret ödemektedirler. Birinci basamak sağlık hizmeti sunucularınca sağlanan sağlık hizmetlerinden katılım payı alınmazken, ikinci basamak sağlık hizmeti sunucularında 6 TL, sağlık bakanlığı eğitim ve araştırma hastanelerinden 7 TL, üniversite hastanelerinden 8 TL ve özel sağlık hizmeti sunucularından ise 15 TL katılım payı alınmaktadır. Ayrıca özel hastaneler ve vakıf hastanelerinde sunulan hizmet bedelinin %200'ünü geçmeyecek şekilde ilave ücret alınmaktadır. Ayakta tedavide sağlanan ilaçlardan, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)'dan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişilerden ilaç bedelinin %10'u, diğer kişilerden ise ilaç bedelinin %20'si oranında katılım payı alınmaktadır. Ayrıca her bir reçete için 3 kutuya kadar (üç kutu dahil) temin edilen ilaçlar için 3 TL, 3 kutuya ilave temin edilen her bir kutu ilaç için 1 TL olmak üzere katılım payı alınmaktadır.

Diğer bir husus ise Macaristan'da ilaçla ilgili sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesinin şeffaf, tarafsız bir kurum tarafından yapılması ve kararlarının tavsiye niteliğinde olmasıdır. İlaçlar ile ilgili teknolojik değerlendirmeler bir kontrol listesi dahilinde yapılmakta ve hazırlanan raporlar bir kılavuza göre oluşturulmaktadır.

Tablo 4: Ekonomi ve Sağlık Göstergelerinin Türkiye ve OECD Ortalaması ile Karşılaştırılması

| ÜLKE | MACARİSTAN | TÜRKİYE | OECD |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|
| Nüfus, (2018) | 9.768.785 | 82.003.882 | - |
| Kişi başına düşen GSYİH, (\$), (2018) | 16.162 | 9.370 | - |
| Asgari ücret tutarı, (\$), (2018), (aylık) | 511 | 420 | - |
| Cari sağlık harcamalarının GSYİH'ye Oranı, (%), (2018) | 6,6 | 4,2 | 8,8 |
| Kişi başına düşen toplam sağlık harcaması, (\$), (2018) | 2.047 | 1.227 | 3.994 |
| Kişi başına düşen ilaç harcaması, (\$), (2017) | 557 | - | 564 |
| Doğumda beklenen yaşam süresi kadın, Doğumda beklenen yaşam süresi erkek, (yıl), (2018) | 79,6 72,7 | 81,8 75,6 | 83,4 78,1 |
| Sigorta tarafından kapsanan nüfus oranı, (2017)* | 94,0 | 99,2 | - |
| 1.000 Kişiye düşen hekim sayısı, 1.000 Kişiye düşen hemşire sayısı, 1.000 Kişiye düşen yatak sayısı, (2017) | 3,3 6,5 7,0 | 1,9 2,1 2,8 | 3,5 8,8 4,7 |
| Toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı, (%), (2018) | | | |
| 1. Kamu sağlık harcaması oranı, (%) | 69 | 77 | 74 |
| <i>Merkezi hükümet/bölgesel, yerel yönetimler sağlık harcaması oranı, (%)</i> | 8 | 23 | 37 |
| <i>Sosyal sağlık sigortası harcaması oranı, (%)</i> | 61 | 54 | 37 |
| 2. Cepten yapılan sağlık harcaması oranı, (%) | 27 | 17 | 21 |
| 3. Gönüllü sağlık sigortası harcaması oranı, (%) | 2 | 0 | 4 |
| 4. Diğer harcamaların oranı, (%)** | 2 | 5 | 2 |
| Hane halkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı, (%), (2018) | 3,6 | 1,2 | 3,2 |

* SGK verilerine göre 2019 yılı itibarıyla %99,5'dir.

** Ülkede geçici olarak ikamet edenlere ait sağlık harcamalarıdır.

Not: Tablo, uluslararası veri tabanlarında yayımlanan kıyaslanabilir ve kesinleşmiş en yakın yıl verileri kullanılarak hazırlanmıştır. Tahmini (Estimated) veriler kullanılmamıştır.


Kaynak:

1. Health at a Glance 2019 OECD Indicators
2. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD> , Erişim Tarihi: Kasım 2020
3. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL> , Erişim Tarihi: Kasım 2020
4. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=RMW> , Erişim Tarihi: Kasım 2020
5. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018
6. <https://www.tuik.gov.tr/> , Erişim Tarihi: Kasım 2020

KAYNAKLAR

- 1) Drug Policy in Hungary, Value in Health Regional Issues Volume 13, September 2017, Pages 16-22
- 2) State of Health in EU, Hungary Country Health Profile 2017
- 3) European Observatory on Health System and Policies Hungary Regulation 2017
- 4) “Yurt Dışı Ülke Örneklerinin İncelenmesi” Macaristan Sağlık Hizmetleri ve Geri Ödeme Sistemi ile İlgili Dokümanlar
- 5) Health at a Glance: Europe 2018 State Of Health In The EU Cycle
- 6) ESPN Thematic Report On Inequalities İn Access To Healthcare Hungary 2018
- 7) <http://worldpopulationreview.com/countries/hungary-population/#>
- 8) https://tools.ispor.org/htaroadmaps/Hungary_Pharm.asp#4
- 9) Health at a Glance 2019 OECD Indicators
- 10) <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD>, Erişim Tarihi: Kasım 2020
- 11) <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL>, Erişim Tarihi: Kasım 2020
- 12) <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=RMW> , Erişim Tarihi: Kasım 2020
- 13) Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018
- 14) <https://www.tuik.gov.tr/tr/>, Erişim Tarihi: Kasım 2020





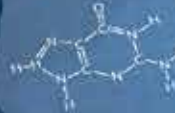
NORVEÇ SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ



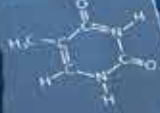
CYTOSINE



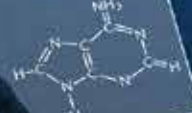
GUANINE



ADENINE



THYMINE



ÖZET

Norveç sağlık sistemi; merkezi hükümet, dört bölgesel sağlık otoritesi (Regional Health Authorities, RHA) ve belediyeler olmak üzere üç ana seviyede organize edilmektedir. Devletin rolü ulusal sağlık politikası sağlamak, mevzuat hazırlamak, denetlemek ve fon tahsis etmek olsada, sağlık hizmetlerinin sağlanması için temel sorumluluk 4 bölgesel sağlık otoritesi ve 422 belediyeye aittir. Birinci basamak sağlık ve sosyal bakım belediyelerin sorumluluğundadır. Norveç'in Sağlık Bakanlığı mevzuat ve finansman mekanizmaları yoluyla dolaylı bir rol oynamaktadır.

Norveç, kişi başına düşen gayri safi yurt içi hasıla bakımından Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) ülkeleri arasında en üst sıralarda yer almaktadır. Refah seviyesi oldukça ileridedir. Sağlık sistemi de güçlü bir ulusal ekonomiden yararlanmaktadır.

Norveç sağlık sistemi esas olarak vergilerle ve bazı cepten yapılan ödemelerle finanse edilmektedir. Norveç'te belirli bir sağlık vergisi yoktur ve bölgesel sağlık otoriteleri kendileri vergi toplayamazlar. Özel sağlık sigortasının sağlık hizmetleri finansmanındaki rolü ihmal edilebilir düzeydedir. Norveç'te, devlete ait Ulusal Sigorta Sistemine (NIS) üyelik zorunlu ve evrenseldir. Sistem, ulusal ve belediye vergileriyle finanse edilmektedir. Uygulamada, ulusal sağlık sistemi, GP (pratisyen hekim), fizyoterapi hizmetleri de dahil olmak üzere birinci basamak, acil servis hizmetleri, koruyucu önleyici hizmetler (aşılama vs), ayakta uzman hekim muayenesi ve hastanede yatarak tedavi, rehabilitasyon ve ayakta tedavi reçeteli ilaçlarını (mavi liste) kapsamaktadır. Ayrıca 18 yaşına kadar olan çocuklar, bazı kronik hastalıkları olan kişiler, kronik zihinsel engelli hastalar ve huzurevindeki hastalar gibi diğer öncelikli gruplar için kamu dışı hekimliği hizmetlerini de kapsamaktadır. 19-20 yaşları arasındaki gençler kamu dışı hekimliği tedavisi hakkına sahiptir, ancak azaltılmış bir ödeme yapmaktadırlar. Görme çok sınırlı olmadığı sürece düzenli kullanılan gözlük ve kontakt lensler ayrıca estetik cerrahi kapsamamaktadır.

Katılım payı, 1980'lerin başında uygulamaya konan maliyet tavanı planına dahil edilmiştir. Uzman ve pratisyen hekimlerce yapılan muayeneler, röntgen, laboratuvar testleri ve ilaçlar ile yapılan tüm ödemelerin toplamı için tavan tutar belirlenmektedir. Tavan maliyetine takvim yılı içinde ulaşıldığında, cepten yapılan ek ödemelerin çoğu Ulusal Sigorta tarafından karşılanmaktadır.

Sözleşmesiz özel sağlık hizmet sunucuları tarafından sağlanan sağlık hizmetleri ve yasal teminat kapsamı dışında kalan mal ve hizmetler için ücretin tamamının ödenmesi gerekmektedir. Norveç'te ikamet eden bütün vatandaşlar, kendi seçtikleri bir pratisyen hekime bağlıdır ve yılda iki kere değişim yapabilmektedirler. Eğer doğrudan uzman hekime müracaat ederlerse daha yüksek katılım payı ödemek zorundadırlar.

İlaçların pazarlama, sınıflandırma, fiyatlandırma, geri ödeme ve kamuya ilaçlarla ilgili bilgi sağlanmasından Norveç İlaç Ajansı (NoMA) sorumludur. İlaçların fiyatlandırmasında referans fiyat sistemi uygulaması kullanılmaktadır. Fiyatlar; Avusturya, Belçika, Danimarka, Finlandiya, Almanya, İrlanda, Hollanda, İsveç ve Birleşik Krallık'taki en düşük üç eczane alış fiyatı ortalamasına dayanmaktadır.

Üreticilerin fiyatları düzenlenmemektedir. Toptancılar üreticilerle pazarlık yapmak için serbesttir. Norveç İlaç Ajansı, maksimum eczane alış fiyatını (PPP) belirlemekten sorumludur. İlaçlar sadece maksimum fiyat seviyesinde veya altında satılabilmektedir.

İlaç geri ödemede ana sistem, pozitif listeler temelinde genel geri ödemedir. Bireysel başvuru için ayrıca bir sistem bulunmaktadır.

Norveç'te reçetelerin sayısı ve ilaç harcamaları da giderek artmaktadır. HIV, kanser ve nadir hastalıkların tedavisi için özellikle yeni ilaçların kullanımı maliyetlerin yükselmesine ayrıca yaşlanan nüfus ilaç tüketiminin artmasına sebep olmaktadır.

ÜLKE TANITIMI

Ülkenin Demografik Özellikleri

Norveç, resmi adıyla Norveç Krallığı, İskandinav Yarımadası'nın batısında yer alan yaklaşık 5,3 milyon nüfuslu bir ülkedir. Norveç, iklim koşullarından dolayı nüfusu ve yerleşimi seyrek ülkelerdendir. Resmi para birimi Norveç Kronu'dur (NOK). Başkenti Oslo'dur. Norveç Avrupa Birliği üyesi olmayı halk oylaması ile istememiştir. İsveç, İsviçre, Lihtenştayn ile birlikte Avrupa Birliği'ne alternatif olarak kurulan Avrupa Serbest Ticaret Birliği'ne üyedir. Birleşmiş Milletler, NATO ve Avrupa Konseyi'nin kurucu üyelerinden olan ülke, Schengen Bölgesi içindedir. Resmi dil olarak iki farklı lehçe ile Norveççe konuşulmaktadır. Norveç, OECD ülkeleri arasında ekonomik anlamda refah seviyesi oldukça iyi konumda olan bir ülkedir. Norveç için ulusal olarak belirlenmiş asgari ücret uygulaması bulunmamaktadır.

Norveç ekonomi ve sağlık göstergelerine ilişkin verilere OECD üye ülke verilerinin ortalaması ile karşılaştırılabilir şekilde aşağıda tablo olarak yer verilmiştir.

Tablo 1: Ekonomi ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması

| | NORVEÇ | OECD |
|---|--------------------|-------------------|
| Nüfus, (2018) | 5.314.336 | - |
| Kişi başına düşen GSYİH, (\$), (2018) | 81.697 | - |
| Asgari ücret tutarı, (\$), (2018), (aylık) | - | - |
| Cari sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı, (%), (2018) | 10,2 | 8,8 |
| Kişi başına düşen sağlık harcaması, (\$), (2018) | 6.187 | 3.994 |
| Kişi başına düşen ilaç harcaması, (\$), (2017) | 451 | 564 |
| Doğumda beklenen yaşam süresi kadın, Doğumda beklenen yaşam süresi erkek, (yıl), (2018) | 84,5 81,1 | 83,4 78,1 |
| Sigorta tarafından kapsanan nüfus oranı, (%), (2017) | 100 | - |
| 1.000 Kişiye düşen hekim sayısı, 1.000 Kişiye düşen hemşire sayısı, 1.000 Kişiye düşen yatak sayısı, (2017) | 4,7 17,7 3,6 | 3,5 8,8 4,7 |
| Toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı, (%), (2018) | | |
| 1. Kamu sağlık harcaması oranı, (%) | 85 | 74 |
| <i>Merkezi hükümet/bölgesel, yerel yönetimler sağlık harcaması oranı, (%)</i> | 85 | 37 |
| <i>Sosyal sağlık sigortası harcaması oranı, (%)</i> | - | 37 |
| 2. Cepten yapılan sağlık harcaması oranı, (%) | 14 | 21 |
| 3. Gönüllü sağlık sigortası harcaması oranı, (%) | - | 4 |
| 4. Diğer harcamaların oranı, (%)* | - | 2 |
| Hanehalkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı, (%), (2018) | 3,7 | 3,2 |

* Ülkede geçici olarak ikamet edenlere ait sağlık harcamaları

Not: Tablo, uluslararası veri tabanlarında yayımlanan kıyaslanabilir ve kesinleşmiş en yakın yıl verileri kullanılarak hazırlanmıştır. Tahmini (Estimated) veriler kullanılmamıştır.

Kaynak:

1. Health at a Glance 2019 OECD Indicators
2. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD> , Erişim Tarihi: Kasım 2020
3. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL> , Erişim Tarihi: Kasım 2020
4. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=RMW> , Erişim Tarihi: Kasım 2020
5. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018
6. <https://www.tuik.gov.tr/> , Erişim Tarihi: Kasım 2020

ÜLKENİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ

1- ORGANİZASYON YAPISI

Devlet; yaşa, ırka, cinsiyete, gelire veya ikamet alanına bakmaksızın, sağlık hizmetlerine eşit erişim amacına uygun olarak, topluma sağlık hizmeti sunmaktan sorumludur.

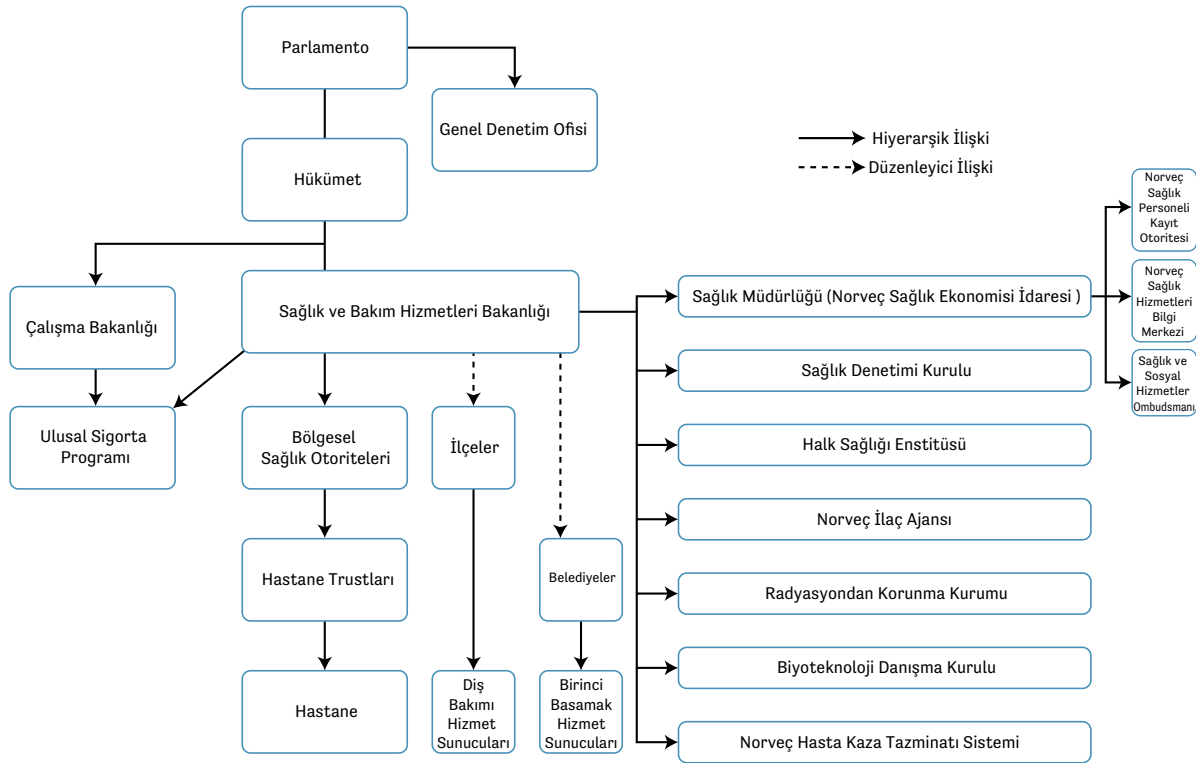
Sağlık hizmetleri ulusal, sağlık bölgeleri (Sağlık Bakanlığına ait bölgesel sağlık otoriteleri, Regional Health Authorities-RHA) (4 RHA) ve belediyeler (422 belediye) olmak üzere üç ana seviyede organize edilir. Sistem çok sayıda yasa ve ikincil mevzuat ile düzenlenmektedir. Birinci basamak sağlık ve sosyal bakım belediyelerin sorumluluğundadır. Norveç Sağlık Bakanlığı sağlık sistemi içerisinde; mevzuat ve finansman mekanizmaları yoluyla dolaylı, özel bakım konusunda hastanelere ve bölgesel sağlık otoritelerine (RHA'lar) yönelik direktiflerin sunulması yoluyla da doğrudan rol almaktadır.

Ulusal düzeyde, parlamento siyasi karar alma organı olarak hizmet eder. Genel Denetim Ofisi (The Office of the Auditor General), üst denetim kurumu ve parlamentonun denetleme organı olarak görev yapan bağımsız bir kurumdur. Başlıca görevleri, kamu varlıklarını izlemek ve bunların parlamentonun kararlarına ve yaklaşımlarına uygun olarak, sağlam finansal ilkelere göre kullanılmasını ve yönetilmesini sağlamaktır.

Hükümet ulusal önceliklere karar vermekte ve parlamento tarafından görüşülecek ödenekleri ve ulusal bütçeyi önermektedir. Parlamentonun her üyesi 12 daimi komiteden birine hizmet etmekte ve parlamentoya sunulan tekliflerin çoğu ilk önce bir komite tarafından hazırlanmaktadır. Sağlık ve Bakım Hizmetleri Daimi Komitesi; sağlık hizmetleri, bakım hizmetleri, halk sağlığı, uyuşturucu ve alkol politikasından ve ilaçla ilgili konulardan sorumludur.

Sağlık sektörü için genel sorumluluk, ulusal düzeyde Sağlık ve Bakım Hizmetleri Bakanlığı'na (Ministry of Health and Care Services) aittir. Bakanlık, ulusal sağlık politikasını belirler, mevzuat hazırlar ve denetler, sağlık sektöründeki fonların tahsis edilmesine karar verir (Kaynakların sağlık sektörüne ve diğer sektörlere tahsisi Maliye Bakanlığı'nın sorumluluğundadır.) ve birkaç alt kuruluşun da yardımıyla ulusal sağlık politikasını uygulamaktadır (Sağlık Müdürlüğü, Directorate of Health).

Çalışma Bakanlığı sağlık bakım sisteminde ağırlıklı olarak, Çalışma ve Refah İdaresi (Labour and Welfare Administration, NAV) aracılığıyla Ulusal Sigorta Programı (National Insurance Scheme, NIS) içerisinde hastalık izni ve maluliyet tazminatı gibi farklı yardım programlarını yönetmektedir. 2009'dan bu yana, NIS bütçesinin sağlık bölümünden Sağlık Bakanlığı ve Sağlık Müdürlüğü sorumludur. Bütçenin bu kısmı, Norveç Sağlık Ekonomisi İdaresi (HELFO) tarafından yönetilmektedir.

Şekil 1: Sağlık Sistemi Organizasyon Yapısı**Kaynak:**

Health Systems in Transition Vol.15 No.8,2013 Norway, Health System Review

1.1. Sağlık Sisteminin Merkezi Yönetimi

Sağlık Bakanlığı ulusal sağlık politikasını belirler, önemli reformlar ve mevzuat önerileri hazırlar, uygulamalarını izler ve hükümete karar vermede yardımcı olur. Tüm bakım türlerinin sağlanmasından ve koordinasyonundan sorumludur. Bakanlığın bir dizi alt kuruluş için idari sorumluluğu vardır.

1.2. Bölgesel Sağlık Otoriteleri ve Hastane Trustları – Uzmanlık Gerektiren Sağlık Hizmetleri

Norveç'te 4 bölgesel sağlık otoritesi RHA (Regional Health Authorities-Bölgesel Sağlık Otoriteleri) vardır: Kuzey Norveç RHA, Orta Norveç RHA, Batı Norveç RHA ve en büyüğü Güneydoğu Norveç RHA (nüfusun yaklaşık %55'ini kapsar).

Norveç'in dört RHA'sı, uzman sağlık bakımının finansmanından, planlanmasından ve sağlanmasından sorumludur. RHA'lar, hem somatik hem de mental sağlık kurumlarında uzmanlık gerektiren sağlık hizmetlerinin ayrıca laboratuvar, radyoloji gibi diğer uzmanlık gerektiren tıbbi hizmetlerin yanı sıra, uyuşturucu ve alkol bağımlılığı olan kişiler için özel bakım da dahil olmak üzere sağlık hizmetlerinin sağlanmasından sorumludur. Bu hizmetler eczanelerinin verdiği ilaç reçetelerini ("H reçeteleri") de içermektedir. Uzman bakımının finansman sorumluluğu, bu nedenle sadece yatan hasta harcamaları için değil, bazı ayakta tedavi harcamalarını da içermektedir. RHA'lar, yerel hastaneleri finanse eden hastane trustlarını finanse etmektedir.

Tablo 2: Sağlık ve Bakım Hizmetleri Bakanlığına Bağlı Kuruluşlar

| Kurum Adı | Temel Görevleri |
|---|--|
| Sağlık Müdürlüğü (Directorate of Health) | <ul style="list-style-type: none">• Ulusal sağlık politikasını hizmet, sektör ve idari düzeydeki faaliyetlerle uygular.• Merkezi otoriteler, belediyeler, RHA'lar ve gönüllü sektöre danışmanlık yapar.• Çeşitli sağlık hizmeti sunucularına yapılan doğrudan ödemelerden sorumludur. (HELFO aracılığıyla)• Yasal düzenlemeler, ulusal kılavuzlar ve kampanyalar hazırlar.• Sağlık ve Sosyal Hizmetler Ombudsmanlarının (POBO) çalışmalarından sorumludur. |
| Ulusal Sağlık Denetimi Kurulu (National Board of Health Supervision) | <ul style="list-style-type: none">• Ulusal ve yerel seviyelerde sağlık ve sosyal hizmetlerin genel denetimini sağlar.• Nüfusun sağlık ve sosyal hizmetler alanındaki ihtiyacını izler. |
| Ulusal Halk Sağlığı Enstitüsü (National Institute of Public Health, NIPH) | <ul style="list-style-type: none">• Üretim, araştırma ve pazarlama dahil olmak üzere yeni ve mevcut ilaçları ayrıca tedarik zincirini denetler.• Piyasa yetkilerini verir ve gerektiğinde iptal eder.• İlaçların maliyet etkili, etkin, belgelenmiş kullanımını izler ve sağlar.• Eczaneler için fiyatları ve ticaret koşullarını düzenler.• İlaçların geri ödenmesi konusunda tavsiyeler sunar. |
| Norveç Radyasyondan Korunma Kurumu (Norwegian Radiation Protection Authority) | <ul style="list-style-type: none">• Radyoaktif madde ve bölünebilir madde kullanımını izler.• Nükleer kazalara ve radyoaktif serpinti ihtimaline karşı acil durum planlarını koordine eder.• Çevre ve iş yerindeki doğal ve yapay radyasyonu izler.• Radyasyonun oluşumu, riski ve etkileri hakkında bilgi yayınlar.• Radyasyon, radyasyondan korunma ve nükleer güvenlik ile ilgili konularda tüm bakanlıklara danışmanlık sağlar. |
| Norveç Biyoteknoloji Danışma Kurulu (Norwegian Biotechnical Advisory Board) | <ul style="list-style-type: none">• Modern biyoteknolojinin sosyal ve etik sonuçlarını değerlendirir ve sürdürülebilir kalkınmayı teşvik eden kullanımı destekler. |
| Norveç Hasta Kaza Tazminatı Sistemi (Norwegian System for Patient Injury Compensation, NPE) | <ul style="list-style-type: none">• Sağlık hizmeti alırken yaralanan hastalar için tazminat taleplerini ele alır.• Kalite iyileştirme ve yaralanma önleme çalışmaları için istatistiksel bir temel sağlamak amacıyla bu yaralanmalarla ilgili verileri toplar.• Halkı, hastaları ve sağlık hizmeti çalışanlarını, hasta yaralanma tazminat programı hakkında bilgilendirir. |
| Norveç Sağlık Personeli Kayıt Otoritesi (Norwegian Registration Authority for Health Personnel, SAK) | <ul style="list-style-type: none">• 29 sağlık personeli kategorisi için çalışma izinlerini / lisanslarını sağlar. |
| Norveç Sağlık Hizmetleri Bilgi Merkezi (Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, NOKC) | <ul style="list-style-type: none">• Karar vericilere ve sağlık personeline, sağlık müdahalelerinin etkileri konusunda araştırma kanıtları sunar.• Hasta güvenliği ve hizmet kalitesini destekler ve izler. |

1.3. İlçeler - Diş Bakımı ve Halk Sağlığı

İlçeler, sağlık hizmetleri alanında diş bakımı sağlanmasından sorumludur. Ayrıca, genel halk sağlığı ile ilgili bazı sorumlulukları vardır. Genel olarak, sağlık hizmetlerinin sağlanmasındaki rolleri sınırlıdır.

1.4. Belediyeler - Birinci Basamak

Belediyeler; rehabilitasyon, fizyoterapi, hemşirelik ve mesai sonrası acil durum hizmetleri de dahil olmak üzere temel birinci basamak bakım hizmetinin sağlanmasından ve finanse edilmesinden sorumludur. Ayrıca, çeşitli halk sağlığı ve önleyici tedbirlerden de sorumludurlar.

Merkezi otoritelerden belediyelere kadar doğrudan bir komuta ve kontrol hattı yoktur ve birinci basamak hizmetlerini organize etmekte büyük bir serbestliğe sahiptir. Ancak, temel olarak kamu hizmetlerine eşit erişimi sağlamak için merkezi düzeyde yönetilen hususlar bulunmaktadır. Örneğin, birinci basamak hekim fonlarıyla ilgili tüm kararlar merkezi hükümet tarafından belirlenmeye devam etmektedir.

1.5. Özel Sağlık Hizmetleri Sektörü

Sağlık hizmetleri sunumunda bazı özel aktörler yer almaktadır. Bunların birinci basamak düzeyinde sisteme dahil olmaları oldukça önemlidir. Pratisyen hekimlerinin çoğunluğu serbest meslek sahibidir ancak çoğu durumda belediyelerle yapılan sözleşmeler yoluyla kamu sistemine tamamen dahil edilmiştir.

1.6. Hasta Organizasyonları

Hastalar, büyüklüklerine ve mesleki organizasyonlarının derecelerine göre değişen bir dizi organizasyonla örgütlenmişlerdir. Kuruluşların çoğunluğu belirli hastalıklar veya hastalık grupları ile ilgilidir. 1985 yılında kurulan Norveç Hasta Birliği daha geniş bir alana sahiptir. Hastaları ve yakınlarını yasal haklarıyla ilgili bilgilendirmek ve yetkililer tarafından düzenlenen kamu istişare süreçleri ve ulusal düzeyde lobicilik yoluyla hasta haklarını desteklemek için çalışırlar.

1.7. Sağlık Profesyonelleri Dernekleri

Norveç'teki çalışanların yarısından fazlası sendikalara üyedir. Sendikaların çoğunluğu dört konfederasyonda gruplandırılmıştır (LO, UNIO, YS ve Akademikerne). Sağlık çalışanları için kurulan meslek birlikleri dört konfederasyonda da bulunabilir. En bilinenleri Norveç Tabipler Birliği, Hemşireler Birliği, Diş Hekimliği Birliği ve Psikoloji Derneği'dir. Bütün bu kuruluşlar hem sendikalar hem de meslek birlikleri olarak işlev görmektedir. Sendikalar, üyelerinin mali, siyasi ve profesyonel çıkarlarını korumayı amaçlar. Meslek birlikleri ise ulusal sağlık politikası, eğitim ve etik gibi çok çeşitli meslek konularıyla ilgilenerler.

1.8. Sağlık Hizmeti Sunucuları

Sağlık hizmeti sunucuları iki kuruluşla ilişkilendirilmiştir: Çalışanlar Birliği (Spekter) ve Norveç Yerel ve Bölgesel Otoriteler Birliği (KS). Sağlık hizmetlerinde Spekter adı altında çalışanların birliği vardır bu birlik hem kamu hem de özel hastaneleri temsil eder. Dört sendika konfederasyonu ile birlikte, temsil ettiği çalışanlar için ulusal maaş müzakerelerinde önemli bir rol oynamaktadır. Ayrıca, genel istihdam koşullarını düzenleyen yasal çerçevenin geliştirilmesine de katılır. KS, Norveç'teki belediyeler, ilçeler ve yerel kamu girişimleri için tek işveren sendikası ve çıkar örgütüdür.

1.9. Politika Süreci

Yeni politikalar için fikirler, politik sistemin içinde ve dışında ortaya çıkabilir. Daha tartışmalı olan veya önemli değişikliklere yol açabilecek fikirler için, hükümet genellikle konuyla ilgili görüşlerini ortaya çıkarmak için özel bir uzmanlar komisyonu atar.

Komisyon, resmi bir rapor (ör. NOU kısaltmasıyla bilinen Norveç Resmi Raporu) hazırlayarak hükümete sunar. Sorumlu bakanlık (sağlık politikaları durumunda, sorumlu bakanlık Sağlık Bakanlığı'dır) konuyu dikkate alarak fikri daha ileriye götürmeye karar verebilir ya da reddedebilir.

2- SAĞLIK HİZMETİNİN FİNANSMANI

Norveç, kişi başına düşen gayri safi yurt içi hasıla bakımından OECD ülkeleri arasında en üst sıralarda yer almaktadır. Refah seviyesi oldukça ileridedir. Sağlık sistemi de güçlü bir ulusal ekonomiden yararlanmıştır. Kamu finansmanı sağlık harcamalarının %85'ini kapsamaktadır.

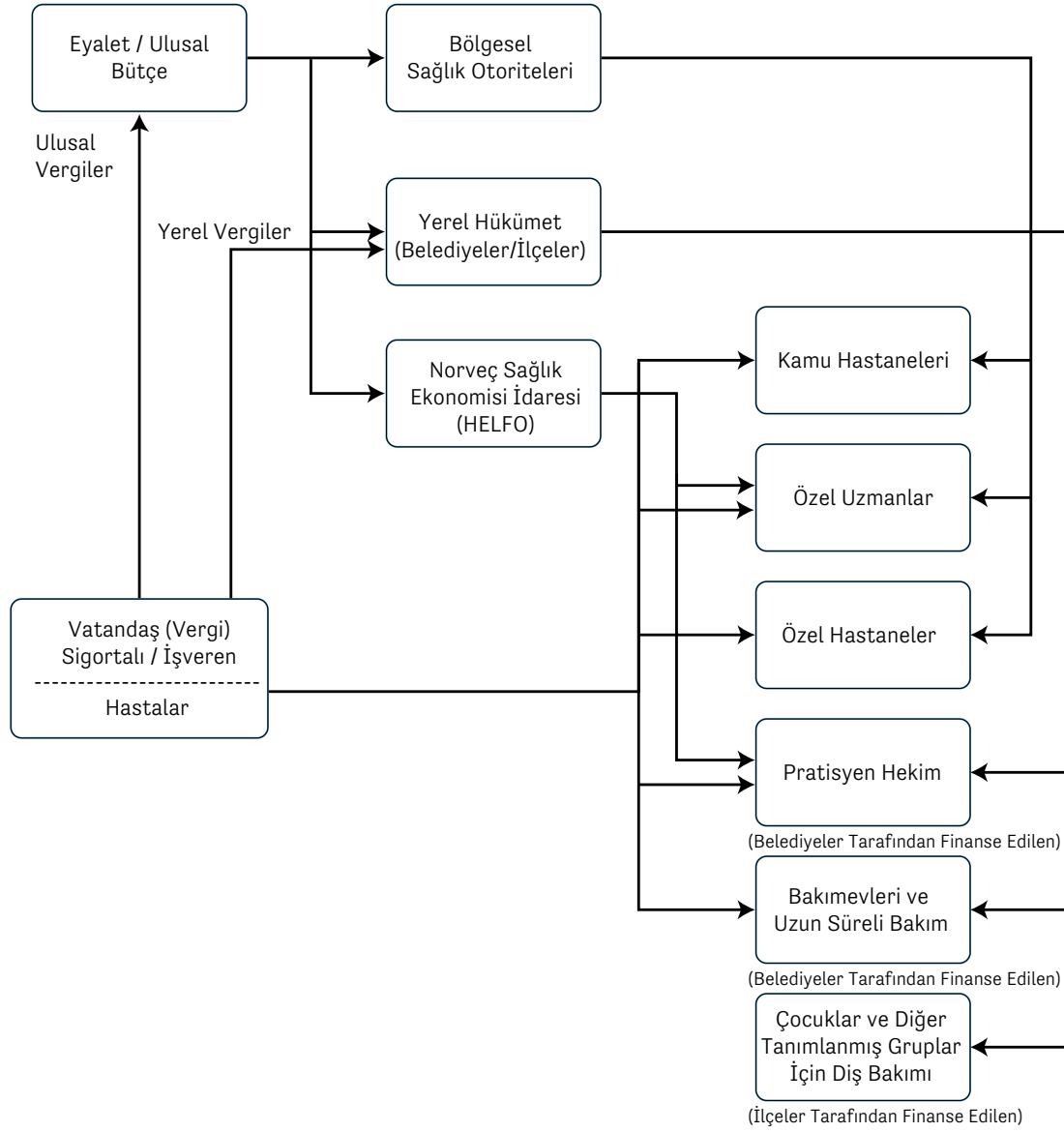
Kapsam tüm vatandaşlar için evrensel ve otomatiktir. Sistem, ulusal ve belediye vergileriyle finanse edilmektedir. Sosyal güvenlik primleri, kamu emeklilik fonlarını, hastalık izni ödemesini ve bazı hasta grupları için ekstra sağlık masraflarının geri ödenmesini finanse etmektedir.

Kamu kaynakları, sağlık harcamalarının büyük bölümünü oluşturmaktadır (yaklaşık %85) ve bu genel hükümetten (%73) ve Ulusal Sigorta Programı (NIS) katkılarından (%12) yapılan transferlerden oluşmaktadır. Özel kaynaklar (çoğunlukla cepten yapılan ödemeleri şeklinde) sağlık harcamalarının yaklaşık %14'ünü oluşturmaktadır. Kamu ve özel sağlık gelir kaynakları arasındaki dağılım 1980'lerden bu yana nispeten istikrarlı olmuştur.

Norveç'te sağlık hizmetleri için gelir kaynakları arasında hükümet ve belediye düzeyindeki bütçeler, Ulusal Sigorta Programı (NIS), Bölgesel Sağlık Otoriteleri (RHA) ve özel harcamalar yer almaktadır. Norveç sağlık sisteminde cepten yapılan ödemeler önemli yer tutmaktadır. Norveç'te belirli bir sağlık vergisi yoktur ve bölgesel sağlık otoriteleri kendileri vergi toplayamazlar.

Vergiler devlet (vergi gelirlerinin çoğunluğunu oluşturan devlet vergileri ile), ilçeler ve belediyeler tarafından tahsil edilir. Genel vergi gelirlerinin bir kısmı, Ulusal Sigorta Programı (NIS)'in finansmanına katkıda bulunan ulusal sigorta primlerinden oluşmaktadır. Özel sağlık sigortasının sağlık hizmetleri finansmanındaki rolü ihmal edilebilir düzeydedir. Özel sağlık sigortası, kar amacı gütmeyen sigorta şirketleri tarafından sağlanır ve kamuya açık hizmetlere daha hızlı erişim sağlamak ve özel hizmet sunucuları arasında seçim yapmak için satın alınır.

Şekil 2: Sağlık Sistemi Finansman Yapısı



Kaynak:
Health Systems in Transition Vol.15 No.8,2013 Norway, Health System Review

3- GERİ ÖDEME SİSTEMİ

Norveç sağlık hizmetleri sistemi, eşitlik ve adalete çok değer verilen bir refah politikasıyla kademeli olarak gelişmiştir. Sağlık sistemi güçlü bir ulusal ekonomiden yararlanmaktadır. Bu refah politikasından sonra, devlete ait Ulusal Sigorta Sistemine (NIS) üyelik, zorunlu ve evrensel hale getirilmiştir. NIS, emeklilik maaşlarını, malullük, hastalık ve işsizlik ödeneklerini ve ilaçlar dahil sağlık hizmetlerini kapsamaktadır.

Parlamento, sistemin neleri kapsadığını belirlemektedir. Uygulamada, ulusal sağlık sistemi, GP (pratisyen hekim), fizyoterapi hizmetleri de dahil olmak üzere birinci basamak, acil servis hizmetleri, koruyucu önleyici hizmetler (aşılama vs), ayakta uzman hekim muayenesi ve hastanede yatarak tedavi, rehabilitasyon ve ayakta tedavi reçeteli ilaçlarını (mavi liste) kapsamaktadır. Ayrıca 18 yaşına kadar olan çocuklar, bazı kronik hastalıkları olan kişiler, kronik zihinsel engelli hastalar ve huzurevindeki hastalar gibi diğer öncelikli gruplar için dış bakım hizmetlerini de kapsamaktadır. 19-20 yaş arası gençler için dış bakımı ve çocuklar için dental ortodonti dış tedavisi (dış telleri) kısmen kapsamaktadır. Görme çok sınırlı olmadığı sürece düzenli kullanılan gözlük ve kontakt lensler ayrıca estetik cerrahi kapsamamaktadır.

Birincil, önleyici ve hemşirelik bakımı yerel düzeyde belediyeler tarafından düzenlenmektedir. Belediye, genellikle ilçe ile iş birliği içinde, sağlıklı yaşam tarzlarını teşvik etmek ve sosyal sağlık eşitsizliklerini azaltmak için halk sağlığı girişimlerine veya kampanyalara karar vermektedir. Akıl ve ruh sağlığı için önleyici hizmetler, eğitim sistemi aracılığıyla çocuklara ve ergenlere yöneliktir. 18 yaşın altındaki çocuklar için psikolojik bakım tamamen kapsamaktadır. Akıl ve ruh sağlığı için temel bakım, genel pratisyen hekimler ve belediye psikologları tarafından sağlanmaktadır. Palyatif bakım da dahil olmak üzere uzun süreli bakım, evde veya bakımevlerinde ihtiyaç temelinde sağlanmaktadır. Az sayıda bakımevi bulunmaktadır. Belediyeler için kayda değer bir hükümet finansmanı genellikle ayrılmamıştır ve bütçeler yerel olarak belirlenmektedir.

Uzmanlık gerektiren sağlık bakımının finansmanından, planlanmasından ve sağlanmasından bölgesel sağlık otoriteleri (RHA'lar) sorumludur. RHA'lar, yerel hastaneleri finanse eden sağlık girişimlerini finanse etmektedir. Hastanelere, somatik sağlık hizmetleri için sabit bütçeleme (%50) ve tanı ile ilişkili grup DRG (DRG-Diagnosis Related Group- Teşhis İlişkili Grup) sistemi (%50) karışımı ile ödeme yapılmaktadır. Diğer hizmetler temel olarak önceden belirlenmiş sabit bütçelerle finanse edilmektedir.

3.1. Maliyet Paylaşımı (Katkı ve Katılım Payları-Cepten Ödeme)

Merkezi yönetim her yıl genel bir sağlık bütçesi belirler; belediyeler ve bölgesel sağlık otoriteleri (RHA) bütçelerini korumaktan sorumludur. Uzmanla ulaşmak için pratisyen hekimlerin sevk uygulaması maliyetlerin korunmasına yardımcı olur. Sağlık hizmetlerinde fiyatlandırma konusunda çok az rekabet vardır.

Sözleşmesiz özel sağlık hizmet sunucuları tarafından sağlanan sağlık hizmetleri ve yasal teminat kapsamı dışında kalan mal ve hizmetler için ücretin tamamının ödenmesi gerekmektedir.

Katılım payı, 1980'lerin başında uygulamaya konan maliyet tavanı planına dahil edilmiştir. MISSOC-Mutual Information System on Social Protection (MISSOC-Sosyal Koruma Konulu Karşılıklı Bilgi Sistemi, AB Üye Devletleri arasında sosyal koruma konusunda sürekli bilgi alışverişini sağlayan veri tabanıdır.) 01.01.2019 tarihli tablolarına göre hekim ve psikolog muayeneleri, röntgen, laboratuvar testleri ve ilaçlar ile yapılan tüm ödemelerin toplamı için 2.369 NOK (233 €) yıllık tavan tutar belirlenmiştir. Tavan maliyetine takvim yılı içinde ulaşıldığında, cepten yapılan ek harcamaların çoğu Ulusal Sigorta tarafından karşılanmaktadır. 2017'de nüfusun (16 yaş üstü) yaklaşık %28' i tavan tutara ulaşmıştır.

Norveç'te ikamet eden bütün vatandaşlar, kendi seçtikleri bir pratisyen hekime bağlıdır ve yılda iki kere değişim yapabilmektedir. MISSOC 01.01.2019 tarihli tablolarına göre standart bir pratisyen hekim muayenesi için hasta tarafından 155 NOK (15 €) ödenir, uzman hekim muayenesi için ise 351 NOK (35 €) ödenmektedir. Eğer doğrudan uzman hekime müracaat ederse daha yüksek katılım payı ödemek zorundadır. Hastalar katılım paylarını doğrudan hekimlere ödemektedir. Fizyoterapi ücretleri, ortodontik olmayan geri ödenebilir dış tedavisi, organize sağlık seyahatleri ve tıbbi rehabilitasyon merkezlerindeki konaklamalar için 2.085 NOK (205 €) tutarında ikinci bir katılım payı tavanı uygulanmaktadır.

18 yaşına kadar olan çocuklar ve gençler, zihinsel engelli kişiler ve belediyeden bakım hizmeti alan yaşlılar, kamu dış hekimliği hizmetlerinden yararlanma hakkına sahiptir. 19-20 yaşları arasındaki gençler kamu dış hekimliği tedavisi hakkına sahiptir, ancak azaltılmış bir ödeme yapmak zorundadırlar.

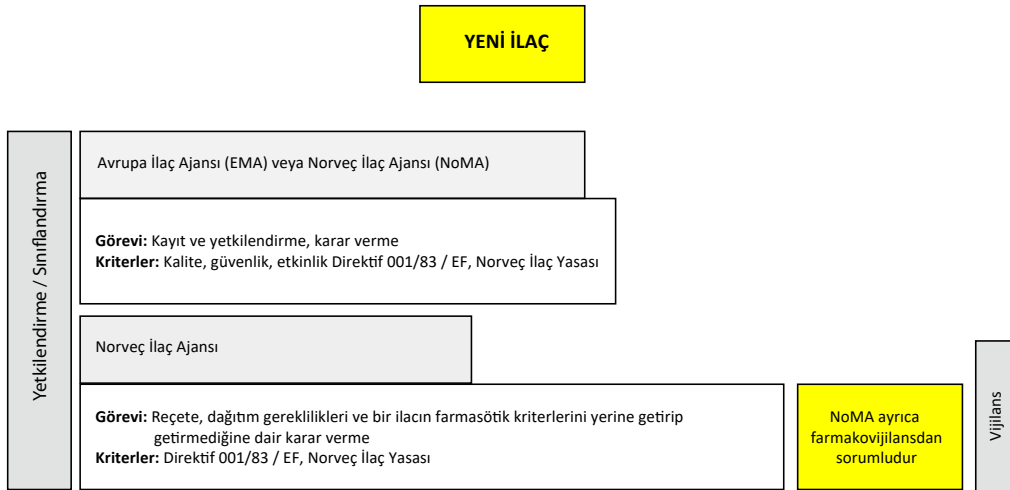
İlaçlarda katılım payından muaf olunan durumlar; 16 yaşın altındaki çocuklar, bulaşıcı hastalıkların tedavisi veya düşük gelirli emekliler için tanımlanmıştır. İlaçlarda geri ödeme oranlarına 'İlaçların Geri Ödeme Kategorileri' başlıklı Tablo 4'de detaylı olarak yer verilmektedir.

Jenerik ilaçların kullanımını teşvik etmek amaçlanmaktadır. Eczacılar, daha ucuz bir jenerik alternatif olup olmadığı hakkında hastaları bilgilendirmek zorundadır. Geri ödeme kapsamındaki ürünlerde; hasta daha ucuz bir alternatifte geçmek istemiyorsa, hekim reçetede tıbbi nedenlerden dolayı ikame yapılmaması gerektiğini belirtmedikçe, iki alternatif arasındaki fiyat farkını hasta kendisi cepten karşılamak zorundadır.

3.2. İlaçların Ruhsatlandırılması, Fiyatlandırılması ve Geri Ödemesi

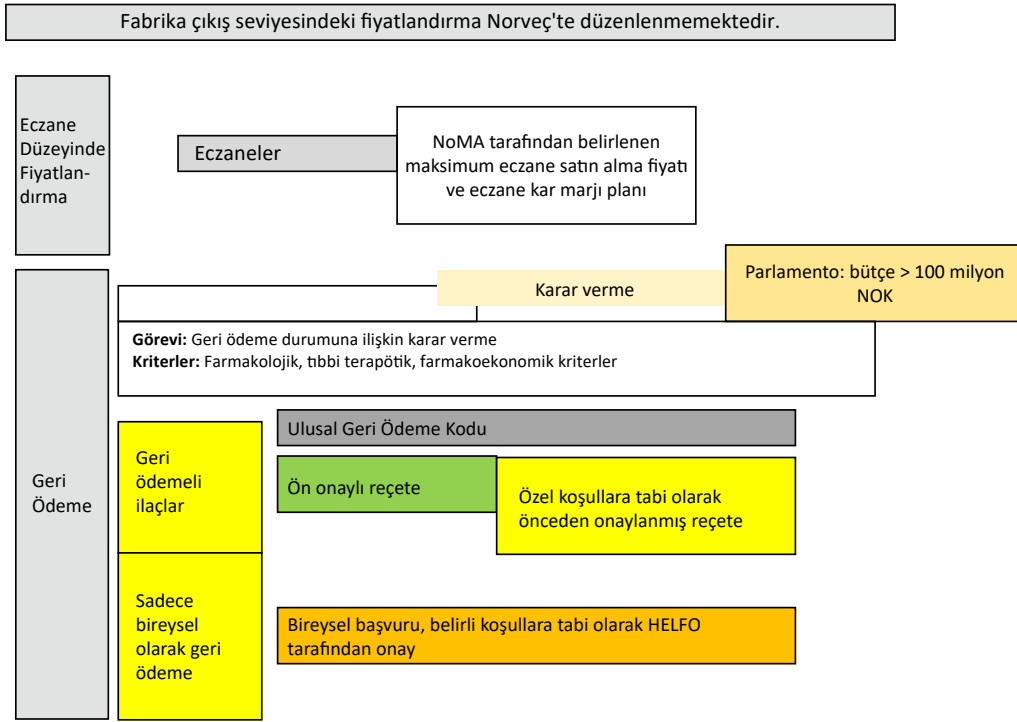
Avrupa Ekonomik Alanı'nın bir parçası olarak Norveç, Avrupa Birliği'nin (AB) ruhsatlandırma ve satış izni verilmesine ilişkin düzenlemelere uymaktadır. İlaçların pazarlama, sınıflandırma, fiyatlandırma, geri ödeme ve kamuya ilaçlarla ilgili bilgi sağlanmasından Norveç İlaç Ajansı (NoMA) sorumludur. Norveç İlaç Ajansı, Avrupa İlaç Ajansı'nın (EMA) çalışmalarına da katkıda bulunmaktadır. Satış izinleri ile ilgili AB düzenlemeleri, birinci basamak ve uzman bakımı için kullanılan ilaçlar arasında farklılık göstermez ve NoMA ruhsatlandırma ve satış izninde her iki sektörden sorumludur.

Şekil 3: Norveç İlaç Ruhsatlandırma Sistemi



Kaynak: PPRI Pharma Profile, Norway 2018, WHO

Şekil 4: İlaç Fiyatlandırma ve Geri Ödeme - Birinci Basamak



Kaynak: PPRI Pharma Profile, Norway 2018, WHO

Birinci basamakta Norveç İlaç Ajansı (NOMA); ilaçların eczane satış fiyatının (PPP) belirlenmesi ve genel geri ödemedir sorumludur. Norveç Sağlık Ekonomisi İdaresi (HELFO) ise bireysel geri ödemedir sorumludur. Ana sistem, pozitif listeler temelinde genel geri ödemedir. Bireysel başvuru için ayrıca bir sistem vardır. Genel geri ödeme için mevcut ürünler yeterli etki sağlamaz veya kabul edilemez advers reaksiyonlar oluşursa ya da hasta genel geri ödeme için değerlendirilen hasta grubundan farklıysa bireysel geri ödeme söz konusudur.

Norveç, ruhsat almış reçeteli ilaçlar (POM) için yasal bir fiyatlandırma politikasına sahiptir. OTC (Over the Counter -Tezgah Üstü) ilaçlar genellikle yasal fiyat düzenlemesine tabi değildir. Politika şu anda "azami fiyat düzenlemesi" ve "kademeli fiyat (Trinnpris)" düzenlemesi ile uygulanmaktadır.

NoMA, maksimum eczane alış fiyatını (PPP) belirlemekten sorumludur. Üreticilerin fiyatları düzenlenmemekte ve toptancılar üreticilerle serbestçe pazarlık yapabilmektedir. Tüm reçeteli ilaç tedarikçileri, Norveç Pazarına girmeden önce ürün için geri ödeme yapıp yapmadıklarına bakılmaksızın azami bir fiyat için başvurmalıdır. İlaçlar sadece maksimum fiyat seviyesinde veya altında satılabilmektedir.

Hem yeni hem de mevcut ilaçlar için maksimum fiyatları belirlemek amacıyla Temmuz 2002'den bu yana uluslararası bir referans fiyat sistemi kullanılmaktadır. Fiyatlar; Avusturya, Belçika, Danimarka, Finlandiya, Almanya, İrlanda, Hollanda, İsveç ve Birleşik Krallık' taki en düşük 3 eczane alış fiyatı ortalamasına dayanmaktadır. Bir ilaç referans ülkelerin üçünden daha azında pazarlanıyorsa, ortalama fiyat, bir pazar fiyatının bulunduğu ülkelerin fiyatlarından alınır. NoMA, en çok satan etkin maddelerin fiyatını yıllık bazda gözden geçirir. Bu, Norveç'te fiyat seviyesinin referans ülkelere göre doğru seviyede kalmasını sağlamak içindir. Daha düşük seviyede satan ürünler de revize edilir ancak bu kadar sık değildir. Her sonbahar, NoMA gelecek yılın fiyat revizyonu için bir plan yayınlamaktadır.

Basamaklı fiyat modeli (Trinnprismodellen), jenerik rekabeti olan ilaçlar için özel bir fiyat modelidir. Jenerik ilaçların kullanımıyla ilgili Ulusal Sigorta Programı (NIS) ve hastalar tarafından yapılan masrafları azaltmak amacıyla Ocak 2005'te uygulamaya konulmuştur. Modelde, bir farmasötik ürünün fiyatı önceden tanımlanmış oranlar vasıtasıyla kademeli olarak azaltılmaktadır. Bu, farmasötik ürün patent korumasını kaybettikten ve dolayısıyla jenerik rekabete maruz kaldıktan sonra ortaya çıkmaktadır.

Basamaklı fiyat, ikame edilebilir bir ilaç için jenerik rekabet ortaya çıktığında uygulanır. NIS basamaklı ücreti geri öder veya geri ödemesi mümkün olmayan ilaçlar için hasta bunu ödemek zorundadır. Norveç İlaç Ajansı (NoMA), sisteme dahil olan maddelerin bir listesini ve mevcut fiyatlarının bir listesini yayınlamaktadır.

Jenerik ilaç fiyatı orjinal ilaç fiyatı ile aynıdır. İlk fiyat indirimi, jenerik rekabet ortaya çıktığında gerçekleşir. İkinci kademedeki fiyat indirimi, genel rekabetin başlamasından altı ay sonra uygulanır. Üçüncü kademe, ikinci kademenin süresinden 12 ay veya daha sonra uygulanabilir. Azaltılmış eczane satın alma fiyatına (PPP)'ye azami eczane kar payı eklenmektedir. Azaltma oranları, genel rekabetten önce ürünün yıllık satışına bağlıdır.

Biyobenzer ürünlerde ise; kademeli fiyat modelinde paketsiz ATC (Anatomik Terapötik Kimyasal Sınıflandırma Sistemi) kodlarında, Biyobenzer aşağıdaki şekilde en düşük maksimum eczane satın alma fiyatını (PPP) atabilir:

- 1) Referans ülkelerle fiyat karşılaştırması ile hesaplanan maksimum eczane alış fiyatı,
- 2) Aynı ATC kodunda tıbbi ürünlerin en düşük maksimum eczane alış fiyatı.

Biyobenzer ürünlerde eczane düzeyinde ikameye izin verilmemektedir.

Tablo 3: Eczane Düzeyinde İlaç Fiyatlandırması

| Fiyatlandırma Politikaları | Reçeteli Olma Durumu | | Geri Ödeme Durumu | |
|----------------------------|------------------------|---|---|------------------|
| | Reçeteli İlaçlar (POM) | Reçetesiz İlaçlar (OTC) | Geri Ödemeli | Geri Ödemesiz |
| Serbest Fiyatlandırma | - | Var | Var, bireysel olarak onaylanmış OTC ise | OTC |
| Yasal Fiyatlandırma | Var | Var, pozitif listeye dahil edilmiş geri ödemeli ilaçlar | Var | Reçeteli ilaçlar |

Kaynak: PPPRI Pharma Profile, Norway 2018, WHO

Ulusal Sigorta Programı (NIS), yalnızca ciddi hastalıklar için ve yılda üç aydan fazla ilaç kullanımını gerektiren uzun süreli bir tedaviye ihtiyaç duyulması durumunda geri ödeme sağlar. Genel olarak geri ödeme programı kısa süreli tedaviyi kapsamaz. Tezgah üstü (Over The Counter-OTC) ürünlerin çoğu geri ödenmez.

Tablo 4: İlaçların Geri Ödeme Kategorileri

| Geri Ödeme Kategorisi | Geri Ödeme Oranı (%) | Açıklama |
|---------------------------------|----------------------|--|
| Program 2 (Genel Geri Ödeme) | %61 | Liste ile belirtilen teşhislerde, geri ödeme listesindeki (pozitif liste) ilaçlar için ve sadece uzun süreli (> 3 ay) tedavi için. Bir HTA değerlendirmesi, üç önceliklendirme kriterinin hasta grubu için yerine getirilip getirilmediğini değerlendirilmektedir. |
| Program 3 (Bireysel Geri Ödeme) | %61 | 2. ve 4. programlar altındaki ilaçlar dışında, bireysel başvuruların sunulması ve yalnızca uzun süreli (> 3 ay) tedavi yapılması durumunda geri ödeme yapılabilir. Hasta, genel geri ödeme için (Program 2) değerlendirilen hasta grubundan farklı olarak kabul edilmelidir. |
| Program 4 | %100 | Ciddi bulaşıcı hastalıkları tedavi etmek için kullanılan ilaçlar için. |

Kaynak: PPPRI Pharma Profile, Norway 2018, WHO

Katılım payından muaf olunan durumlar 16 yaşın altındaki çocuklar, bulaşıcı hastalıkların tedavisi veya düşük gelirli emekliler için tanımlanmıştır.

• **Genel Geri Ödeme (Program 2):** Geri ödeme için önceden onaylanmış ilaçlardan oluşan pozitif bir liste sistemi kullanılmaktadır. Norveç İlaç Ajansı (NoMA), tanımlanmış teşhislerde geri ödeme için kabul edilen ürünleri marka adları ile geri ödeme listesine tanımlar. Bu programdaki geri ödeme, sadece hastanın ağır bir hastalığı olması ve uzun süreli tedaviye ihtiyaç duyması koşuluyla yapılır. Ayrıca, söz konusu ilaçların pazarlama iznine sahip olması ve bu nedenle klinik etki ve güvenliği için yeterli dokümantasyona sahip olması gerekir. Genel geri ödeme, yalnızca hastalık durumlarının veya ürünün tıbbi göstergesi tarafından kapsanan koşulların tedavisi için yapılır.

Ulusal Sigorta Programı (NIS), 2,4 milyon kişi için bu programda 8,3 milyar NOK (816 milyon €) tutarında ödeme yapmıştır.

• **Bireysel Geri Ödeme (Program 3):** Belirli koşullar altında, genel geri ödeme listesine dahil edilmemiş ürünler için bireysel hasta başvuruları temelinde geri ödeme yapıldığı durumdur. Genel geri ödeme (program 2) için mevcut kabul edilen ürünler yeterli etki sağlamazsa veya kabul edilemez advers reaksiyonlara neden olursa ve hasta genel geri ödeme için değerlendirilen hasta grubundan farklıysa alternatif bir ürünün geri ödemesi, bireysel olarak uygulanabilir.

Ulusal Sigorta Programı (NIS), 156.000 kişi için 3. programda 2,1 milyar NOK (207 milyon €) tutarında ödeme yapmıştır.

• **Tehlikeli Bulaşıcı Hastalık İlaçları (Program 4):** Ciddi bulaşıcı hastalıkları bulunan tüm hastalara, ücretsiz olarak yeterli tedavi uygulanmasını sağlamak için bir geri ödeme sistemi kurulmuştur. Bu ilaçlar için hasta katılım payı ödemesi yoktur ve hastanın NIS üyesi olması gerekmez. Ayrıca, bulaşıcı hastalıklara karşı aşular geri ödeme kapsamındadır. L03A ATC (Anatomik Terapötik Kimyasal Sınıflandırma Sistemi) kodundaki (immünostimülanlar) ilaçlar ve ATC J kodundaki (sistemik kullanım için anti-enfektif ilaçlar) çoğu ilaç otomatik olarak bu programa dahil edilir. %100 geri ödeme almak için daha fazla başvuru gerekmez.

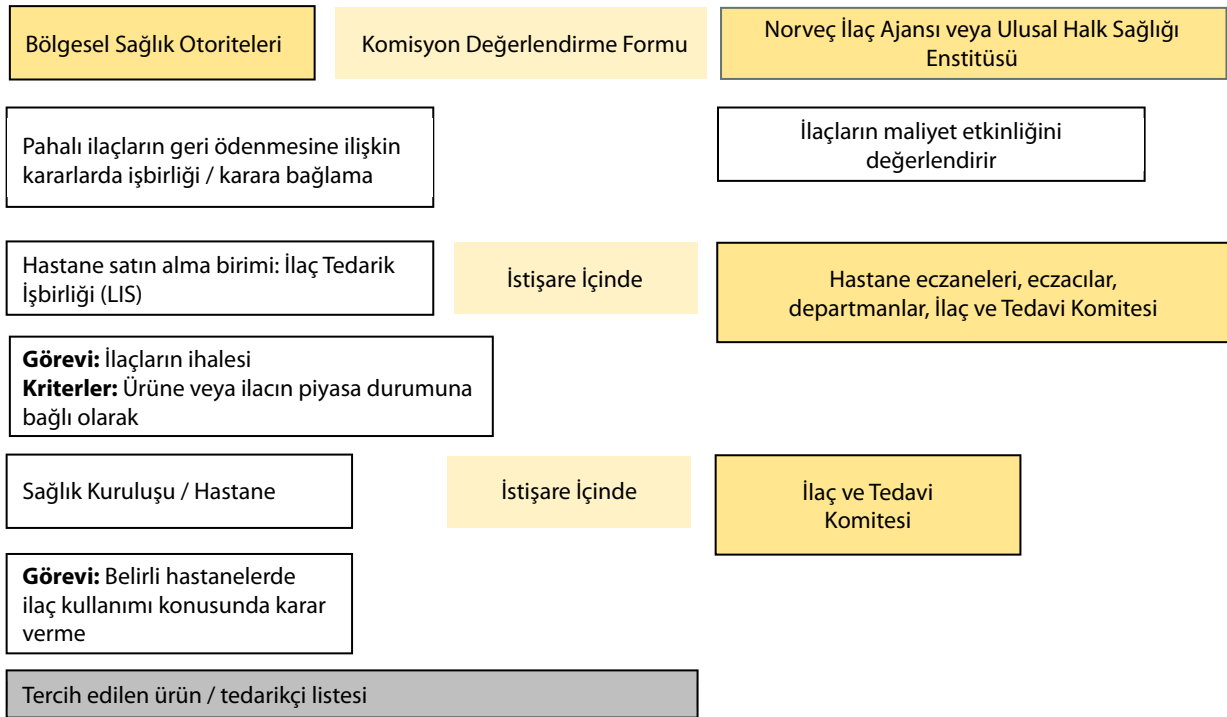
Ulusal Sigorta Programı (NIS), 34.000 kişi için 0,5 milyar NOK (49,2 milyon €) tutarında ödeme yapmıştır.

Belirli bir ilaç, mavi veya beyaz bir reçetede olmasına bağlı olarak, Ulusal Sigorta Programı kapsamında olabilir. Eğer ilaç mavi bir reçetede ise, hasta reçetenin maliyetinin %39'unu (reçete başına 520NOK'a kadar) ödemek durumundadır. 1 yıl içinde mavi reçeteli ilaçlar için tavan tutarı aşan ödeme yapıldıysa, hasta otomatik olarak takvim yılının geri kalanı için ek ödemelerden muaf tutan bir sağlık muafiyeti kartı alır.

- **Mavi reçete:** Ulusal Sigorta Programı tarafından tamamen veya kısmen kapsanan reçeteli ilaçlar.
- **Beyaz reçete:** Genel olarak Ulusal Sigorta Programına dahil olmayan reçeteli ilaçlar.

Reçeteli ürünler (hem geri ödenen hem de geri ödenmeyen) için eczane kar marjı, "Medikal Ürünler Yönetmeliği" ile Norveç İlaç Ajansı (NoMA), tarafından düzenlenmektedir. Bu plan 1 Ocak 2018 itibarıyla basitleştirilmiştir. Tüm reçeteli ilaçlarda eczane alış fiyatı üzerinden maksimum %2,25' lik bir kar payı vardır. Kutu başına sabit kar marjı 25 NOK'dan 29 NOK (3€)'ya yükseltilmiştir. Buna ek olarak, eczaneler, soğutma veya dondurma gerektiren ürünler için kar marjlarını %0,5 artırabilmektedir. Bağımlılık yapan ürünler için (narkotik ve psikotropik maddeler) 15 NOK (1,6€) ek sabit ücret uygulanmaktadır.

Şekil 5: İlaç Fiyatlandırma ve Geri Ödeme - Uzmanlık Gerektiren Bakım



Kaynak: PPRI Pharma Profile, Norway 2018, WHO

Norveç hastanelerinde ana fiyat politikası ihaledir. Uzmanlık gerektiren bakım sektöründe İlaç Tedarik İşbirliği (Norwegian Drug Procurement Cooperation, LIS) hastane eczaneleri, eczacılar, farmasötik ve terapötik komiteler ile işbirliği içerisinde esas olarak hastaneler ve bazı durumlarda Ulusal Sigorta Programı (NIS) için fiyat müzakerelerini ve ihaleleri yürütmektedir. İhale sürecinde verilen indirimlerden başka indirim uygulaması yaygın değildir.

H-reçetesi adı verilen bazı ayakta hasta için kullanılan ilaçlar, uzman bakım sektörü RHA (bölgesel sağlık otoriteleri) tarafından geri ödenmekte, ancak eczanelerden verilmektedir.

Kamu tarafından finanse edilen hastanelerde ilaç harcamaları hastane bütçeleri tarafından karşılanmaktadır. Hastalar, tedavi konusunda uzman bakım sektöründe gerçekleştiği sürece tedavilerinde kullanılan ilaçları ödemek zorunda değildir, yani ilaçlar RHA'lar tarafından satın alınmakta ve ödenmektedir.

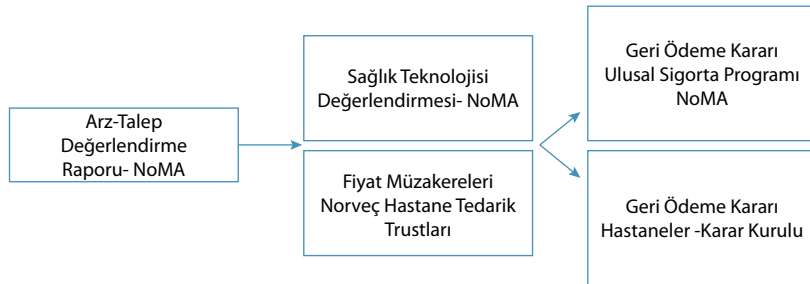
3.3. Sağlık Teknolojileri Değerlendirmesi (Health Technology Assessment, HTA):

Norveç'te üç tür sağlık teknolojileri değerlendirme (HTA) yapılır: mini HTA, tekil HTA ve tam HTA.

Mini-HTA, klinisyenler ve hastanelerdeki destek birimleri tarafından yapılan sınırlı değerlendirmelerdir. Tekil teknoloji değerlendirmeleri, karşılaştırmacı ile ilgili tek bir sağlık teknolojisi yöntemine odaklanır ve Norveç İlaç Ajansı (ilaçlar için) veya Norveç Halk Sağlığı Enstitüsü (diğer tüm teknolojiler için) tarafından gerçekleştirilir. Tam HTA'lar, Norveç Halk Sağlığı Enstitüsü tarafından ulusal düzeyde gerçekleştirilen geniş kapsamlı değerlendirmelerdir ve örneğin çeşitli ülkeleri karşılaştırmak için kullanılabilir.

Bir değerlendirme yapılırken, dört bölgesel sağlık otoritesi tarafından işe alınmış olan klinisyenlerle yakın diyalog içerisinde çalışılır. Yeni ilaçların tanıtım sürecini optimize etmek için 1 Ocak 2018'den itibaren tüm yeni ilaçlar ve endikasyonlar üzerinde tek bir teknoloji değerlendirme yapılması kararlaştırılmıştır. Bu şekilde sistem, pazarlama yetkisi için raporların zamanında tamamlanması hususunda gelişmiş öngörülebilirlik ve verimlilik elde etmiştir.

Şekil 6: Geri Ödeme Karar Verme Sistemi



Kaynak: Norveç İlaç Ajansı (NOMA)

3.4. Norveç Eczacılık Sektörü ve Farmasötiklerin Tüketimi

Norveç'te reçetelerin sayısı ve ilaç harcamaları son yıllarda giderek artmaktadır. 2013-2017 arasında ilaç harcamaları %40 oranında artmıştır. HIV, kanser ve nadir hastalıkların tedavisi için özellikle yeni ilaçların kullanımı maliyetlerin yükselmesine neden olmuştur. Ayrıca, yaşlanan nüfus ilaç tüketiminin artmasına sebep olmaktadır.

4- NORVEÇ İLE TÜRKİYE'NİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMLERİNİN KİYASLANMASI

Norveç nüfusunun %100'ü sağlık sigortası kapsamındadır. Türkiye'de ise 2017 yılı OECD verilerine göre nüfusumuzun %99,2'si sağlık sigortası kapsamında olarak yer almaktadır. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) verilerine göre 2019 yılı itibarıyla bu rakam %99,5'e ulaşmıştır. Genel Sağlık Sigortası (GSS) sisteminden faydalanan kişi sayısı çok olmasına rağmen mevzuatımızda kapsam dışında kalan kişiler de belirtilmiştir. TBMM üyeleri, yüksek yargı üyeleri, banka sandıkları üyeleri ile tutuklu ve hükümlüler GSS sistemi kapsamı dışındadır. Bu kişilerin sağlık hizmetleri ilgili kurumlarınca karşılanmaktadır. Türkiye'de genel sağlık sigortasından faydalanabilmek için; geriye dönük bir yıl içerisinde toplam 30 gün GSS primi ödenmiş olması, kendi nam ve hesabına çalışanlar için sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihte yukarıdaki şartın yanı sıra 60 günden fazla prim borcunun bulunmaması gerekmektedir. Sigortalı ve bakmakla yükümlü olunmayanların genel sağlık sigortasından yararlanmaları için aylık 88,29 TL ödemeleri yeterlidir.

Sağlık sigorta sisteminin finansmanı Türkiye'de vatandaşlar tarafından ödenen sosyal sigorta katkıları ve ¼ devlet katkısı ile sağlanmaktadır. Norveç'te sağlık bakımı için gelir kaynakları arasında hükümet ve belediye düzeyindeki bütçeler, Ulusal Sigorta Programı (NIS), Bölgesel Sağlık Otoriteleri (RHA) ve özel harcamalar yer almaktadır. Norveç sağlık sistemi esas olarak vergilerle ve cepten yapılan ödemelerle finanse edilmektedir.

Türkiye'de genel sağlık sigortalılarına sunulan sağlık hizmetleri; sağlık hizmeti sunucuları ile yapılan sözleşmeler, Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) üzerinden yapılan düzenlemeler, Sağlık Hizmeti Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen bedeller vasıtasıyla yürütülmektedir. Sosyal Güvenlik Kurumu bir geri ödeme kurumu olarak hizmet vermektedir. Sağlık hizmetlerinin temini için, eczaneler de dahil olmak üzere kamu hastaneleri, üniversite hastaneleri ve özel sağlık hizmet sunucuları ile sözleşme yapılarak sağlık hizmetleri finanse edilmektedir. Türkiye'de sağlık hizmetleri birinci basamakta Sağlık Bakanlığına bağlı aile hekimleri ile yatarak tedavide kamuda Sağlık Bakanlığı ve üniversiteler, özelde hastaneler tarafından sunulmaktadır.

Norveç'te sağlık sektörü için genel sorumluluk, ulusal düzeyde Sağlık ve Bakım Hizmetleri Bakanlığı'na aittir. Bakanlık, ulusal sağlık politikasını belirler, mevzuat hazırlar ve denetler, sağlık sektöründeki fonların tahsis edilmesine karar verir (kaynakların sağlık ve diğer sektörlerle tahsisi Maliye Bakanlığının sorumluluğundadır) ve birkaç alt kuruluşun da yardımıyla ulusal sağlık politikasını uygular. 2009'dan bu yana, NIS bütçesinin sağlık bölümünden Sağlık Bakanlığı ve Sağlık Müdürlüğü sorumludur. Bütçenin bu kısmı, Norveç Sağlık Ekonomisi İdaresi (HELFO) tarafından yönetilmektedir.

Türkiye'de hastaneye (kamu/özel) başvururken ödenen "muayene katılım payı" ve "ilave ücret" uygulaması bulunmaktadır. Norveç'te belirli bir limite kadar olan cepten yapılan harcamalar (ön ödeme) dikkat çekicidir.

Ekonomi ve sağlık göstergelerine ilişkin Türkiye, Norveç ve OECD üyesi ülkelerin ortalama verilerinin kıyaslamasına aşağıda tablo olarak yer verilmiştir.

Tablo 5: Ekonomi ve Sağlık Göstergelerinin Türkiye ve OECD Ortalaması ile Karşılaştırılması

| ÜLKE | NORVEÇ | TÜRKİYE | OECD |
|---|--------------------|-------------------|-------------------|
| Nüfus, (2018) | 5.314.336 | 82.003.882 | - |
| Kişi başına düşen GSYİH, (\$), (2018) | 81.697 | 9.370 | - |
| Asgari ücret tutarı, (\$), (2018), (aylık) | - | 420 | - |
| Cari sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı, (%), (2018) | 10,2 | 4,2 | 8,8 |
| Kişi başına düşen toplam sağlık harcaması, (\$), (2018) | 6.187 | 1.227 | 3.994 |
| Kişi başına düşen ilaç harcaması, (\$), (2017) | 451 | - | 564 |
| Doğumda beklenen yaşam süresi kadın, Doğumda beklenen yaşam süresi erkek, (yıl), (2018) | 84,5 81,1 | 81,8 75,6 | 83,4 78,1 |
| Sigorta tarafından kapsanan nüfus oranı, (2017)* | 100 | 99,2 | - |
| 1.000 Kişiye düşen hekim sayısı, 1.000 Kişiye düşen hemşire sayısı, 1.000 Kişiye düşen yatak sayısı, (2017) | 4,7 17,7 3,6 | 1,9 2,1 2,8 | 3,5 8,8 4,7 |
| Toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı, (%), (2018) | | | |
| 1. Kamu sağlık harcaması oranı, (%) | 85 | 77 | 74 |
| <i>Merkezi hükümet/bölgesel, yerel yönetimler sağlık harcaması oranı, (%)</i> | 85 | 23 | 37 |
| <i>Sosyal sağlık sigortası harcaması oranı, (%)</i> | - | 54 | 37 |
| 2. Cepten yapılan sağlık harcaması oranı, (%) | 14 | 17 | 21 |
| 3. Gönüllü sağlık sigortası harcaması oranı, (%) | - | 0 | 4 |
| 4. Diğer harcamaların oranı, (%)** | - | 5 | 2 |
| Hane halkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı, (%), (2018) | 3,7 | 1,2 | 3,2 |

* SGK verilerine göre 2019 yılı itibarıyla %99,5'dir.

** Ülkede geçici olarak ikamet edenlere ait sağlık harcamalarıdır.

Not: Tablo, uluslararası veri tabanlarında yayımlanan kıyaslanabilir ve kesinleşmiş en yakın yıl verileri kullanılarak hazırlanmıştır. Tahmini (Estimated) veriler kullanılmamıştır.

Kaynak:

1. Health at a Glance 2019 OECD Indicators
2. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD> , Erişim Tarihi: Kasım 2020
3. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL> , Erişim Tarihi: Kasım 2020
4. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=RMW> , Erişim Tarihi: Kasım 2020
5. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018
6. <https://www.tuik.gov.tr/> , Erişim Tarihi: Kasım 2020

KAYNAKLAR

- 1) Health Systems in Transtion Vol.15 No.8,2013 Norway, Health Sytem Review
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/237204/HiT-Norway.pdf
- 2) <https://international.commonwealthfund.org/countries/norway/>
- 3) Medicines Reimbursement Policies In Europe, WHO,2018 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/376625/pharmaceutical-reimbursement-eng.pdf?ua=1
- 4) PPRI Pharma Profile, Norway 2018, WHO
<https://ppri.goeg.at/sites/ppri.goeg.at/files/inline-files/PPRI%20Norway%202018.pdf>
- 5) MissocTable01Jan2019
<https://www.missoc.org/missoc-database/comparative-tables/>
- 6) <https://legemiddelverket.no/english/about-us/the-norwegian-health-care-system-and-pharmaceutical-system>
- 7) Health at a Glance 2019 OECD Indicators
- 8) <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD>, Erişim Tarihi: Kasım 2020
- 9) <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL>, Erişim Tarihi: Kasım 2020
- 10) <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=RMW>, Erişim Tarihi: Kasım 2020
- 11) Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018
- 12) <https://www.tuik.gov.tr/tr/>, Erişim Tarihi: Kasım 2020



**T.C. AİLE, ÇALIŞMA VE
SOSYAL HİZMETLER BAKANLIĞI**