



**T.C. ÇALIŞMA VE
SOSYAL GÜVENLİK BAKANLIĞI**

OECD VE AB ÜLKELERİNDE SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMLERİ -II



Ankara, 2022

T.C.
SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI

Yayın No: 176

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: 978-605-4844-26-5

Ankara, 2022
Basım: Barok Baskı Tasarım
Tarafından Girişim Matbaası' na
Bastırılmıştır

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

En son Nisan 2022 tarihinde açıklanan bilgi ve veriler dikkate alınarak hazırlanmıştır.

Editör:

Prof. Dr. Gökhan Tuna ÖZTÜRK

Editör Yardımcısı:

Uzm. Dr. Nejla MENDİL ERDOĞAN

Kitaba Katkı Verenler:

Anıl BİKEÇ

Ayhan AYDIN

Dilek Sernur EMİNOĞULLARI

Dilek ÖZDEMİR

Gökhan ÖZDEMİR

İsmail GÜLER

Mukadder YER

Selma AKMAN



Recep Tayyip ERDOĞAN
Cumhurbaşkanı



Vedat BİLGİN

Çalışma ve Sosyal Güvenlik 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 vatandaşlarımıza 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.

Vedat BİLGİN

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı



Kürşad ARAT

Sosyal Güvenlik Kurumu Başkan 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 ülkelerin sağlık sistemleri araştırılmış; sağlık hizmetlerinin finansmanı, sağlık organizasyon yapısı ve geri ödeme sistemleri incelenmiştir. OECD ve AB Ülkelerinde Sağlık ve Geri Ödeme Sistemleri-I kitabımız 2020 yılında yayınlanmıştır. Bu ikinci 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.

Kürşad ARAT
Sosyal Güvenlik Kurumu Başkan V.

İÇİNDEKİLER

BAKAN SUNUŞU	11
BAŞKAN SUNUŞU	15
İÇİNDEKİLER	16
BULGARİSTAN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ	19
ÖZET	22
ÜLKE TANITIMI	23
ÜLKENİN SAĞLIK HARCAMALARI	
ÜLKENİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ	26
1- ORGANİZASYON YAPISI	26
2- SAĞLIK HİZMETİNİN FİNANSMANI	30
3- GERİ ÖDEME SİSTEMİ	35
4- BULGARİSTAN İLE TÜRKİYE' NİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMLERİNİN KİYASLANMASI	38
DANİMARKA SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ	41
ÖZET	43
ÜLKE TANITIMI	44
ÜLKENİN SAĞLIK HARCAMALARI	
ÜLKENİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ	46
1- ORGANİZASYON YAPISI	46
2- SAĞLIK HİZMETİNİN FİNANSMANI	48
3- GERİ ÖDEME SİSTEMİ	53
4- DANİMARKA İLE TÜRKİYE' NİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMLERİNİN KİYASLANMASI	53
FRANSA SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ	59
ÖZET	61
ÜLKE TANITIMI	62
ÜLKENİN SAĞLIK HARCAMALARI	
ÜLKENİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ	64
1- ORGANİZASYON YAPISI	64
2- SAĞLIK HİZMETİNİN FİNANSMANI	70
3- GERİ ÖDEME SİSTEMİ	75
4- FRANSA İLE TÜRKİYE' NİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMLERİNİN KİYASLANMASI	80

HIRVATİSTAN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ	83
ÖZET	86
ÜLKE TANITIMI	87
ÜLKENİN SAĞLIK HARCAMALARI	
ÜLKENİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ	89
1- ORGANİZASYON YAPISI	89
2- SAĞLIK HİZMETİNİN FİNANSMANI	94
3- GERİ ÖDEME SİSTEMİ	100
4- HIRVATİSTAN İLE TÜRKİYE' NİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMLERİNİN KİYASLANMASI	103
HOLLANDA SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ	107
ÖZET	111
ÜLKE TANITIMI	112
ÜLKENİN SAĞLIK HARCAMALARI	
ÜLKENİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ	114
1- ORGANİZASYON YAPISI	114
2- SAĞLIK HİZMETİNİN FİNANSMANI	118
3- GERİ ÖDEME SİSTEMİ	121
4- HOLLANDA İLE TÜRKİYE' NİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMLERİNİN KİYASLANMASI	124
İSRAİL SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ	129
ÖZET	131
ÜLKE TANITIMI	132
ÜLKENİN SAĞLIK HARCAMALARI	
ÜLKENİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ	134
1- ORGANİZASYON YAPISI	134
2- SAĞLIK HİZMETİNİN FİNANSMANI	136
3- GERİ ÖDEME SİSTEMİ	143
4- İSRAİL İLE TÜRKİYE' NİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMLERİNİN KİYASLANMASI	145
MALTA SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ	149
ÖZET	152
ÜLKE TANITIMI	153
ÜLKENİN SAĞLIK HARCAMALARI	
ÜLKENİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ	155
1- ORGANİZASYON YAPISI	155
2- SAĞLIK HİZMETİNİN FİNANSMANI	157
3- GERİ ÖDEME SİSTEMİ	158
4- MALTA İLE TÜRKİYE' NİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMLERİNİN KİYASLANMASI	162

ROMANYA SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ	165
ÖZET	167
ÜLKE TANITIMI	169
ÜLKENİN SAĞLIK HARCAMALARI	
ÜLKENİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ	171
1- ORGANİZASYON YAPISI	171
2- SAĞLIK HİZMETİNİN FİNANSMANI	172
3- GERİ ÖDEME SİSTEMİ	175
4- ROMANYA İLE TÜRKİYE' NİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMLERİNİN KİYASLANMASI	181
SLOVAKYA SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ	185
ÖZET	187
ÜLKE TANITIMI	188
ÜLKENİN SAĞLIK HARCAMALARI	
ÜLKENİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ	190
1- ORGANİZASYON YAPISI	190
2- SAĞLIK HİZMETİNİN FİNANSMANI	194
3- GERİ ÖDEME SİSTEMİ	194
4- SLOVAKYA İLE TÜRKİYE' NİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMLERİNİN KİYASLANMASI	198
YUNANİSTAN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ	203
ÖZET	205
ÜLKE TANITIMI	206
ÜLKENİN SAĞLIK HARCAMALARI	
ÜLKENİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ	208
1- ORGANİZASYON YAPISI	208
2- SAĞLIK HİZMETİNİN FİNANSMANI	214
3- GERİ ÖDEME SİSTEMİ	220
4- YUNANİSTAN İLE TÜRKİYE' NİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMLERİNİN KİYASLANMASI	220



BULGARİSTAN SAĞLIK ve GERİ ÖDEME SİSTEMİ





ÖZET

1998 tarihli Sağlık Sigortası Kanunu ile zorunlu ve gönüllü sağlık sigortasından oluşan bir sağlık sigortası sistemi kurulmuştur. Sağlık Sigortası Yasası'na göre, tüm Bulgar vatandaşları zorunlu olarak sigortalıdır.

Sosyal sağlık sigortası (SHI), sağlık sistemindeki tek geri ödeme kuruluşu olan Ulusal Sağlık Sigortası Fonu (NHIF) tarafından yönetilmektedir. NHIF, teminat paketine dahil edilen sağlık hizmetlerini ve Pozitif İlaç Listesinde (PDL) yer alan ilaçları finanse etmektedir. Teminat paketi ve hizmetlerin fiyatları, NHIF ile hekimler ve dış hekimlerinin mesleki birlikleri arasında yıllık olarak yapılan görüşmelerle belirlenmektedir.

Bulgaristan' da karma bir sağlık finansman sistemi mevcuttur. Sağlık hizmeti, zorunlu sağlık sigortası primleri, vergiler, cepten ödemeler, gönüllü sağlık sigortası primleri, kurumsal ödemeler, bağışlar ve dış finansman ile finanse edilmektedir. 1990'ların sonlarında yasal sağlık sigortası sisteminin uygulanmaya başlanmasının ardından, GSYİH'nin yüzdesi olarak toplam sağlık harcaması istikrarlı bir şekilde artmıştır.

Sağlık hizmetlerinin temel finansman kaynağı toplam sağlık harcamalarının %49'unu oluşturan ve NHIF tarafından yönetilen yasal sağlık sigortası primleridir. Primler gelire bağlıdır ve sigortalının gelirinin %8'i olarak sabitlenmiştir.

Teminat paketi, birinci basamak sağlık hizmetlerini, ayakta sağlık hizmetlerini, teşhis hizmetlerini, dış bakımını ve yatarak tedavi hizmetlerini içermektedir.

NHIF tarafından kapsanan hizmetlerin kullanımı için hekimlere, dış hekimlerine, laboratuvarlara ve hastanelere ziyaretler için katılım payları (kullanıcı ücretleri olarak adlandırılır) düzenlenmiştir. Bazı istisnalar dışında tüm hastalar için katılım ücreti uygulanır. Çocuklar, hamile kadınlar ve doğumdan sonra 45 güne kadar kadınlar, ulusal çerçeve sözleşmede (NFC) listelenen kronik hastalığı olan hastalar, belirli bir eşiğin altında geliri olanlar ve diğer bazı gruplar için istisnalar söz konusudur.

ÜLKE TANITIMI

Ülkenin Demografik Özellikleri

Bulgaristan, yaklaşık 7 milyon nüfusuyla Balkan Yarımadası'nın doğusunda yer alan nispeten küçük bir Avrupa ülkesidir. Ülke 28 idari bölge birimine ayrılmıştır. Ülkenin batı kesiminde yer alan başkent Sofya, ülkenin en büyük şehridir ve neredeyse Balkan yarımadasının coğrafi merkezinde yer almaktadır. Nüfusu 1 milyonun üzerindedir. Para birimi Bulgar Levası'dır. Resmi dili Bulgarca'dır.

Bulgaristan, negatif nüfus artışı ve negatif net uluslararası göç nedeniyle dramatik bir demografik krizle karşı karşıyadır. Bu durum istikrarlı ve sürekli bir şekilde nüfusun azalmasına ve çalışma çağındaki nüfusta sert bir şekilde düşüşe yol açmaktadır.

2007 yılında Bulgaristan, Avrupa Birliği'ne (AB) üye olmuştur ve bu durum, ülkenin kalkınmasına güçlü bir ivme kazandırmıştır. 2015-2016'daki nispeten güçlü ekonomik performansa rağmen, Bulgaristan hala ciddi ekonomik ve sosyal zorluklarla karşı karşıyadır. Siyasi istikrarın olmaması, sağlık hizmetleri de dahil olmak üzere birçok alandaki reform çabalarını büyük ölçüde engellemektedir.

Yaşam beklentisi gibi bazı demografik göstergelerde ve bazı mortalite ve morbidite göstergelerinde ilerleme kaydedilmiştir. Buna rağmen, Bulgaristan hala diğer AB üye ülkelerinin gerisinde yer almakta ve istikrarlı bir gelişme eğilimi göstermemektedir.

Ülkenin Sağlık Harcamaları

Toplam sağlık harcamalarının gayri safi yurtiçi hasıla içindeki payı 2019 yılı itibariyle %7,6 olarak gerçekleşmiştir. AB27 ortalaması ise %8,3'tür. 2019 yılı itibariyle kişi başına düşen sağlık harcaması 1.353€ olarak gerçekleşmiştir.

2018 yılı itibariyle toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı incelendiğinde kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki oranı %59, cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki oranı %39, gönüllü sağlık sigortası harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki oranı %1, diğer sağlık harcamalarının oranı ise %1 olarak gerçekleşmiştir.

Tablo 1: Ekonomi ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması

	BULGARİSTAN	AB27
Nüfus, (2020)	6.934.015	-
Kişi başına düşen GSYİH, (\$), (2020)	10.079	-
Asgari ücret tutarı, (€), (2021), (aylık)	332	-
Cari sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı, (%), (2019)	7,6	8,3
Kişi başına düşen sağlık harcaması, (€), (2018)	1.353	2.572
Kişi başına düşen ilaç harcaması, (€), (2018)	435	381
Doğuşta beklenen yaşam süresi kadın, Doğuşta beklenen yaşam süresi erkek, (yıl), (2018)	78,6 71,5	83,7 78,2
Sigorta tarafından kapsanan nüfus oranı, (%), (2017)	89,8	
1.000 Kişiye düşen doktor sayısı, 1.000 Kişiye düşen hemşire sayısı, 1.000 Kişiye düşen yatak sayısı, (2018)	4,2 4,4 7,6	3,8 8,2 5,0
Toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı, (%) (2018)		
1- Kamu sağlık harcaması oranı, (%)	59	73
Merkezi hükümet/bölgesel, yerel yönetimler sağlık harcaması oranı, (%)	10	32
Sosyal sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	49	41
2- Cepten yapılan sağlık harcaması oranı, (%)	39	22
3- Gönüllü sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	1	5
4- Diğer harcamaların oranı, (%) *	1	0
Hane halkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı, (%), (2018)	4,9	3,3

* Ülkede geçici olarak ikamet edenlere ait sağlık harcamaları

KAYNAK:

1. Health at a GlanceEurope 2020

2. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?view=map>Erişim Tarihi: Nisan 20223. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD>Erişim Tarihi: Nisan 20224. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/earn_mw_cur/default/table?lang=en, Erişim Tarihi, Nisan 2022

ÜLKENİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ

1- ORGANİZASYON YAPISI

Bulgaristan sağlık sisteminde yer alan temel ulusal aktörler; Ulusal Meclis, Bakanlar Kurulu, Sağlık Bakanlığı, Ulusal Sağlık Sigortası Fonu ve hekim ve diş hekimlerinin mesleki kuruluşlarıdır. Sağlık sistemi büyük ölçüde merkezileştirilmiştir. Sağlık Bakanlığı sağlık sisteminin genel organizasyonundan ve işleyişinden sorumludur.

1998 tarihli Sağlık Sigortası Kanunu ile zorunlu ve gönüllü sağlık sigortasından oluşan bir sağlık sigortası sistemi kurulmuştur. Sosyal Sağlık Sigortası (SHI), sağlık sistemindeki tek geri ödeme kuruluşu olan NHIF tarafından yönetilmektedir. NHIF, teminat paketine dahil edilen sağlık hizmetlerini ve Pozitif İlaç Listesinde yer alan ilaçları finanse etmektedir. Teminat paketi ve hizmetlerin fiyatları, NHIF ile hekimler ve diş hekimlerinin mesleki birlikleri arasında yıllık olarak görüşülmektedir. Gönüllü Sağlık Sigortası (VHI), kar amaçlı anonim sigorta şirketleri tarafından sağlanmakta ve sigortalı bireyler ve sigorta şirketleri arasında doğrudan sözleşme yapılmaktadır.

Sağlık sigorta sistemi (hem SHI hem de VHI) sigortalı bireyler için tanı, tedavi, rehabilitasyon ve ilaç hizmetlerini kapsarken, Sağlık Bakanlığı halk sağlığı hizmetlerinin, acil bakımın, nakillerin, transfüzyon hematolojisinin, tüberküloz tedavisinin ve yatarak ruh sağlığı hizmetlerinin sağlanmasından ve finanse edilmesinden sorumludur. Sağlık Bakanlığı ayrıca sağlık sistemi için insan kaynaklarını planlamak ve yönetmekten, tıp biliminin gelişmesinden ve nüfusun sağlık durumu, sağlık sistemi faaliyetleri ve fiziksel ve insan kaynakları hakkında veri toplamaktan ve muhafaza etmekten sorumludur.

Sağlık hizmeti sunucuları özerk kendi kendini yöneten kuruluşlardır. Tüm birinci basamak sağlık hizmetleri ve diş bakımı, eczacılık, ayakta tedavi ve bazı hastane hizmetleri özel sektör tarafından sağlanmaktadır. Devlet; üniversite hastaneleri, ulusal merkezler, ulusal düzeyde uzmanlaşmış hastaneler, acil tıbbi bakım merkezleri, psikiyatri hastaneleri ve hematoloji ve diyaliz transfüzyon merkezlerinin yanı sıra bölge hastanelerinin sermayesinin %51'ine sahiptir. Tüm Bulgar vatandaşları zorunlu olarak sağlık sigortası kapsamında yer almaktadır.

1.1. Ulusal Meclis

Ulusal meclis; devlet bütçesini ve NHIF'in bütçesini içeren yasaları kabul etmek, ulusal sağlık stratejisini onaylamak, NHIF direktörünü seçmek ve yürütme yetkisi üzerinde parlamenter kontrol gerçekleşmek suretiyle ulusal sağlık politikasının uygulanmasında önemli bir role sahiptir.

Parlamento Sağlık Komitesi, Parlamento tarafından onaylanması gereken tüm yasal düzenlemeleri, stratejileri, teklifleri, beyanları ve sağlıkla ilgili diğer belgeleri görüşür. Komiteye teklif önerileri profesyoneller, meslek kuruluşları veya sivil toplum kuruluşları tarafından da sunulabilir.

1.2. Bakanlar Kurulu

Devlet sağlık politikası, tüm bakanlardan ve başbakanından oluşan Bakanlar Kurulu tarafından düzenlenir ve yürütülür. Sağlık Bakanlığı'nın önerisi üzerine Bakanlar Kurulu ulusal sağlık stratejisini ve ulusal sağlık programlarını onaylar. Ek olarak, sağlık sistemini etkileyen çok çeşitli konular da Bakanlar Kurulu kararları ile düzenlenir ve yürütülür.

1.3. Sağlık Bakanlığı

Sağlık Bakanı, sağlık sisteminin yönetimi, halk sağlığının korunması, acil bakım, transfüzyon hematolojisi, yatan hasta psikiyatri bakımı, transplantasyon ve tıbbi mesleki eğitimden ulusal olarak sorumlu makamdır. Sağlık Bakanı, sistemdeki tüm aktörler arasındaki koordinasyondan ve sektörler arası koordinasyondan sorumludur. Sağlık Bakanı, Sağlık Bakanlığı altındaki tüm kamu sağlık kuruluşlarının ana sorumlusu olarak hizmet etmektedir. Ayrıca, diğer bakanlıkların sağlıkla ilgili faaliyetlerinin de sorumluluğu üstlenmektedir. Yürütme Ajansları (transplantasyon, ilaç gibi), ulusal konseyler ve komisyonlar (fiyat düzenleme ve yurtdışında tedavi gibi) ve ulusal merkezler (örneğin halk sağlığı ve yardımcı üreme) Sağlık Bakanlığına bağlıdır ve Bakanlık tarafından finanse edilmektedir.

1.4. Yüksek Sağlık Konseyi ve Danışmanlar

Yüksek Sağlık Konseyi ve tıbbi uzmanlık alanlarındaki ulusal danışmanlar, Sağlık Bakanına sağlık sisteminin yönetiminde destek vermektedirler. Konsey, Sağlık Bakanlığı için bir danışma organıdır. Yüksek Sağlık Konseyi ulusal sağlık stratejisi, sağlıkla ilgili taslak faturalar, taslak bütçeler ve Bakanlığın yıllık raporu, tıp ve dış hekimliğinde bilimsel öncelikler, tıp ve biyo tıp etiği, tıp eğitimi ve uzmanlık konularında tavsiyeler vermektedir.

Sağlık Bakanı, sağlık ve sağlık hizmetleri sunucuları hakkında tavsiyelerde bulunmak üzere danışmanlar tayin eder.

1.5. Bölgesel Sağlık Denetim Kurulları

Bölge düzeyinde, halk sağlığı politikası, Sağlık Bakanlığının yerel organları olan 28 Bölgesel Sağlık Denetim Kurulları tarafından düzenlenir ve uygulanır. Bölgesel Sağlık Denetim Kurulları il düzeyinde sağlık kontrolü ile ilgili faaliyetler yürütmektedir. Bu faaliyetler arasında sağlık hizmeti sunucularının kontrolü ve tescili, sağlık bilgilerinin toplanması ve analizi, ulusal sağlık programlarının koordinasyonu ve uygulanması, çevresel ve diğer faktörlerin ve halk sağlığı için önemli olan faaliyetlerin izlenmesi, laboratuvar analizleri ve testleri yer almaktadır.

1.6. Ulusal Sağlık Sigortası Fonu

NHIF, 1998 Sağlık Sigortası Yasası ile kurulmuştur. Merkezi bir yönetim ve 28 Bölgesel Sağlık Sigortası Fonundan (RHIF) oluşur. NHIF bütçesi, her yıl Ulusal Meclis tarafından kabul edilir ve sağlık sistemi için ana finansman kaynağını temsil eder. NHIF ile sağlık hizmeti sunucuları arasındaki ilişkiler, Ulusal Çerçeve Sözleşme (NFC) ve bireysel sözleşmelere dayanmaktadır. NHIF, sigortalı kişiler için teminat paketinde ve pozitif ilaç listesinde yer alan sağlık hizmetlerini ve ilaç ve tıbbi malzemeleri karşılar. Teminat paketinde yer alan sağlık hizmetlerinin geri ödeme düzeyleri ulusal çerçeve sözleşmelerinde belirlenmiştir. Bireysel sözleşmeler, sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularının sigortalı kişilere sağlaması gereken faaliyetleri tanımlamaktadır. NHIF, sağlık hizmeti sunucularının faaliyetlerini denetler ve hasta hakları ihlalleri durumunda yaptırımlar uygular.

1.7. Mesleki Organizasyonlar

Kanunla kurulmuş dört mesleki sağlık organizasyonu bulunmaktadır: Bulgaristan Tabipler Birliği, Bulgaristan Dış Hekimleri Birliği, Bulgaristan Eczacılar Birliği ve Bulgaristan Hemşireler, Ebeler ve İlgili Tıp Uzmanları Derneği. Bu meslek gruplarının her biri için derneklere üyelik zorunludur ve dernekler üyelerinin haklarını ve çıkarlarını temsil ederler. Derneklerin faaliyetleri arasında; sürekli mesleki eğitim, taslak faturalar hakkında yorumlar ve açıklamalar yapmak, tıbbi uygulama kılavuzlarının hazırlanmasına katkıda bulunmak ve etik sorunları tartışmak yer almaktadır.

1.8. Belediyeler

Belediyeler, sağlık hizmet sunucularının büyük bir çoğunluğuna sahiptir. Ayakta tedavi tesislerinin ve hastanelerin çoğunluğu ile bazı ihtisas hastaneleri belediyelere aittir. Belediyeler aynı zamanda bölgesel hastanelerin mülkiyetine de katılmaktadırlar.

1.9. Özel Sektör

İlaç sektörünün büyük bir kısmı özel sektör tarafından işletilmektedir. 2000 yılında sosyal sağlık sigortası sisteminin kurulması ile birlikte tüm birinci basamak sağlık ve diş bakımı hizmetleri özel sektör tarafından sunulmaya başlanmıştır. Ayrıca ayakta tedavilerin bir kısmı da özel sektör tarafından sağlanmaktadır.

2018 yılı itibarıyla, ayakta uzman hekim bakım hizmetinin büyük bir kısmı özel sektör tarafından sağlanmaktadır. Hastanelerin bir kısmı da özel sektör tarafından işletilmektedir. 1999 tarihli Sağlık Bakım Kuruluşları Yasası'na göre, özel sağlık hizmet sunucuları NHIF ile kamu sağlık hizmet sunucuları ile aynı şartlarda sözleşme imzalayabilirler.

1.10. Gönüllü Sağlık Sigorta Şirketleri

2003 Sigorta Kanunu uyarınca lisanslı genel sigorta ve hayat sigortası şirketleri, VHI sağlar. Tüm sigorta şirketleri, Finansal Denetim Komisyonu (FSC) tarafından denetlenen anonim şirketlerdir. Sigorta şirketleri hem sağlık hizmeti kullanıcıları hem de sunucuları ile sözleşme imzalamaktadır. Primler, riske göre ayarlanmıştır veya topluluk tarifesi söz konusudur. Sigortacılar, özel ve kamu sağlık hizmeti sunucularıyla seçici olarak sözleşme yaparlar.

1.11. Sivil Toplum Kuruluşları

Sağlık sisteminde yüzden fazla sivil toplum örgütü faaliyet göstermektedir, bunların %70'inden fazlası hasta örgütüdür. Hasta haklarının korunması, halk sağlığı sorunları ve sağlık politikalarının geliştirilmesi gibi çok çeşitli konularda faaliyet göstermektedirler.

2- SAĞLIK HİZMETİNİN FİNANSMANI

Bulgaristan' da karma bir sağlık finansman sistemi var. Sağlık hizmeti, zorunlu sağlık sigortası primleri, vergiler, cepten ödemeler, gönüllü sağlık sigortası primleri, kurumsal ödemeler, bağışlar ve dış finansman ile finanse edilmektedir. 1990'ların sonlarında yasal sağlık sigortası sisteminin uygulanmaya başlanmasının ardından, GSYH'nin yüzdesi olarak toplam sağlık harcaması istikrarlı bir şekilde artmıştır. Hem kamu hem de özel sağlık harcaması, toplam sağlık harcamalarının artmasına katkıda bulunmasına rağmen, özel harcamaların artış hızı, kamu harcamalarından daha fazladır. Cepten yapılan sağlık harcamalarının oranı AB27 ortalamasının çok üstünde yer almaktadır. Cepten yapılan sağlık harcamalarının yaklaşık üçte ikisini oluşturan ilaç harcamaları nüfus üzerinde ciddi bir finansal yük oluşturmaktadır. VHI, Bulgaristan' ın sağlık harcamalarının finansmanına yaklaşık %1 katkıda bulunmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin temel finansman kaynağı toplam sağlık harcamalarının %49'unu oluşturan ve NHIF tarafından yönetilen yasal sağlık sigortası primleridir. Genel devlet harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı azalmaya devam etmiş ve 2018 yılında %10 olarak gerçekleşmiştir. Yasal sağlık sigortası gelirlerinin yaklaşık %60'ı çalışanlar ve işverenler tarafından ödenen gelire bağlı sağlık sigortası primlerinden oluşmaktadır. Ayrıca, devlet tarafından çocuklar ve emekliler gibi 11 nüfus grubu adına ödenen sağlık sigortası primleri, toplam prim gelirinin yaklaşık üçte birini karşılamaktadır.

NHIF, 1998'den beri sağlık hizmetlerinin ana alıcısı olarak hareket etmektedir. NHIF ile sağlık hizmeti sunucuları arasındaki ilişkiler sözleşme modeline dayanmaktadır. Teminat paketi, birinci basamak sağlık hizmetlerini, ayakta sağlık hizmetlerini, teşhis hizmetlerini, dış bakımını ve yatarak tedavi hizmetlerini içermektedir. Sağlık hizmet sunucuları sağladıkları hizmetler için temel olarak, hizmet başına ve kişi başına ödeme yöntemleri ile finanse edilmektedirler. Halk sağlığı hizmetleri, acil bakım ve devlet psikiyatri hastaneleri, Sağlık Bakanlığının global bütçeleri tarafından finanse edilmektedir. Mevcut sağlık harcamalarının yaklaşık yarısı tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri için harcanmaktadır. Kamu hastaneleri ve yataklarının sayısının azaltılması, yatan hasta işlemleri için tavanların uygulanması ve klinik ve ayakta tedavi süreçlerinin tanıtılmasını içeren reform çalışmalarına rağmen yatarak tedavi harcamaları, tedavi ve rehabilitasyon harcamalarının içinde büyük pay oluşturmaya devam etmektedir.

2.1. Gelir Kaynakları ve Finansal Akışlar

Bulgaristan' da sosyal sağlık sigorta sistemi mevcut olmasına rağmen, sağlık sisteminin ana gelir kaynaklarından biri de, doğrudan ödemeler ve katılım paylarından oluşan özel sağlık harcamalarıdır. Cepten yapılan sağlık harcamaları, sosyal sağlık sigortası sisteminin uygulamaya konmasından bu yana, genel payları zamanla değişse de temel gelir kaynaklarından biri haline gelmiştir.

Cepten ödemeler tüm özel sağlık harcamalarının yaklaşık %97'sini oluşturmaktadır. VHI, SHI ile birlikte tanıtılmış olmasına rağmen, sağlık sistemi finansmanında küçük bir rol oynamaktadır. Özel harcamaların bir diğer küçük kısmı ise şirket ödemeleri, bağışlar ve dış fonlardan oluşmaktadır.

Sosyal sağlık sigorta primleri en büyük gelir kaynağıdır. Primler gelire bağlıdır ve sigortalının gelirinin %8'i olarak sabitlenmiştir. SHI primleri, çalışanlar ve işverenler tarafından bireysel olarak veya devlet tarafından ödenir. İşveren ve çalışanlar tarafından ödenen SHI primleri, toplam prim gelirinin bir kısmını oluşturmaktadır. Devlet tarafından ödenen SHI primleri, toplam prim gelirinin yaklaşık üçte birini temsil etmektedir.

Üçüncü ana gelir kaynağı olan genel vergilendirme, merkezi bütçeden Sağlık Bakanlığı bütçesine tahsis edilen gelirdir. Sağlık Bakanlığı sigortasız bireylere sunulan hizmetler için NHIF' e fon aktarmaktadır. Ayrıca belediyeler merkezi bütçeden aldıkları sağlık için ayrılan transferlere ek olarak sağlık hizmetlerini finanse etmek için yerel vergi gelirlerini de kullanmaktadır.

2.2. Yasal Sağlık Sigortası Kapsamında Yer Alan Kişiler

Sağlık Sigortası Yasası' na göre, tüm Bulgar vatandaşları zorunlu olarak sigortalıdır. Ek olarak, diğer bazı gruplar da sağlık sigortası kapsamındadır: Başka bir ülkenin vatandaşı olan ancak sürekli olarak Bulgaristan' da yaşayan Bulgar vatandaşları, yabancı vatandaşlar veya vatandaşlığı olmayan ancak uzun süreli oturma iznine sahip olan bireyler, mülteciler veya iltica hakkı verilen kişiler.

Bununla birlikte, kayda değer sayıda fiili olarak sigortasız birey bulunmaktadır. Bu rakamı azaltmak için sigorta haklarının kazanılması ile ilgili düzenlemelerde değişiklikler gibi bazı girişimlerde bulunulmuştur. Ancak sorun devam etmektedir.

Sigortalılar önceki 36 ay içinde üç aydan fazla prim ödememişlerse, SHI kapsamını kaybederler. Sağlık sigortası haklarını geri kazanmak için, vatandaşların son 60 ay boyunca tüm primlerini ödemeleri gerekmektedir.

Devlet tarafından yasalarla sigortalanan emekliler ve çocuklar, toplam nüfusun önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Bazı emekliler bir iş sözleşmesine bağlı olarak ya da serbest meslek sahibi olarak çalışmaya devam etmektedirler. Bu nedenle primleri devlet tarafından değil, kendileri veya işverenleri tarafından ödenmektedir. Ayrıca, çalışmayan 18 yaşından büyük kişiler sağlık sigortası primi ödemekten sorumludur.

2.3. Yasal Sağlık Sigortası Kapsamında Sağlanan Hizmetler

Sağlık sigortası sistemi, teminat paketini oluşturan çok çeşitli sağlık hizmetlerini ve tıbbi ürünleri karşılamaktadır. Sağlık Sigortası Yasası' nın öngördüğü şekilde, NHIF koruyucu sağlık, tarama, sağlığın teşviki, yatarak ve ayakta tanı ve tedavi hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri, dış bakımı, evde sağlık hizmetleri, ayakta tedavide kullanılan ilaçlar ve hastane tedavisinde kullanılan tıbbi malzemeler ve tıbbi nedenlerde ulaşım için finansman sağlamaktadır.

Temel teminat paketi aşağıda yer alan hizmetleri içermektedir:

- Birinci basamak sağlık hizmetleri; Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, sağlık risk değerlendirmesi, bağışıklık kazandırma, türe göre belirlenen teşhis ve tedavi hizmetleri, ev ziyaretleri ve tıbbi uzmanlık,
- Ayakta sağlık hizmetleri (Uzman Hekim); Konsültasyonlar, koruyucu sağlık muayeneleri, tıbbi uzmanlık hizmetleri ve 64 adet önceden tanımlanmış yüksek derecede özelleşmiş işlem,
- Poliklinik tanı hizmetleri; Teminat paketinde sekiz uzmanlık alanında 184 test bulunmaktadır (klinik laboratuvar, klinik mikrobiyoloji, tıbbi parazitoloji, viroloji, görüntüleme, genel ve klinik patoloji, klinik immünoloji ve immüno hematoloji),
- 17 hizmeti kapsayan diş tedavisi,
- Yatarak tedavi.

Temel teminat paketi; uzun süreli hemşirelik bakımını, yaşlılar için uzun süreli bakımı, kaplıca tedavisini, iş sağlığı bakımı ve korunmasını, alternatif terapileri, estetik cerrahiyi, seçmeli gebeliğin sonlandırılmasını ve doğum kontrolünü kapsamaktadır.

2.4. Primlerin Toplanması

Sağlık sigorta primleri ulusal gelir ajansının 28 bölgesel birimi tarafından toplanmakta ve günlük olarak NHIF'e aktarılmaktadır. SHI primleri sağlık için ayrılmıştır ve sadece sigortalılara sağlık hizmetleri ve tıbbi ürünler sağlamak için kullanılabilir. Prim oranı, bir bireyin gelirinin %8 olarak belirlenmiştir. SHI primi çalışanlar (%3,2) ve işverenler (%4,8) veya devlet tarafından ödenir. Sağlık sigortası primi hesaplamasında asgari ve azami eşikler vardır. İstihdam ve serbest meslek sahibi kişiler için asgari sigorta geliri, her yıl Devlet Sosyal Güvenlik Bütçesi Kanunu ile tanımlanır ve sektöre ve bireysel duruma bağlıdır. Sigortalı olmayan bireyler için asgari sigorta geliri, 2021 yılı itibarıyla 650 BGN (332 €) olarak belirlenmiştir. En yüksek sigorta geliri ise 3.000 BGN (1.534 €) olarak belirlenmiştir.

3,5 milyondan fazla kişinin sağlık sigortası devlet bütçesi tarafından karşılanmaktadır. Bu kişiler arasında; emekliler, 18 yaşına kadar çocuklar ve 22 yaşına kadar olan öğrenciler, 26 yaşına kadar tam zamanlı üniversite öğrencileri ve doktora öğrencileri, %90'ın üzerinde iş gücü kaybı olan ve daimi yardıma ihtiyacı olan engelli bir kişiyle ilgilenen ebeveynler veya eşleri, sosyal yardım alma hakkına sahip bireyler ve aile üyeleri, savaş gazileri ve engelli askeri personel, ülkelerini savunmakta veya resmi görevlerini yerine getirmekte iken engelli olan bireyler, mülteci statüsü veya iltica başvurusunda bulunan kişiler, mahkumlar, çocuklar ve gençler için olan bakım evlerinde veya sosyal bakım kuruluşlarında konaklayan geliri olmayan bireyler, işsizlik maaşı alan bireyler, düşük gelire sahip ve sosyal destek alma hakkı olan kişiler ve memurlar yer almaktadır. Bununla birlikte, devlet sigorta priminin tamamını ödemez. 2016 yılına kadar prim oranı asgari sigorta gelirinin yarısına kadar %8 oranında idi. 2016 yılından başlayarak, prim matrahı asgari sigorta gelirinin %55'ine yükseltilmiştir ve bağımsız çalışanlar için asgari sigorta matrahının tam tutarına ulaşana kadar her bir sonraki yılda beş puan artırılması kararlaştırılmıştır.

Tablo 2: Sigortalılar ve Prim Oranları (2021)

SİGORTALILAR	PRİM ORANLARI	PRİME ESAS MİKTAR
Çalışan bireyler	%8 (işveren %4,8 ve çalışan %3,2)	Maksimum prime esas kazanç 3.000 BGN (1.534 €-2021 için)
Bağımsız çalışan bireyler, kayıtlı çiftçiler ve tütün yetiştiricileri	%8 Sigortalı kişi tarafından ödenir.	Minimum ve maksimum prime esas kazanç arasında olmak üzere beyan edilen gelir (sanayi ve pozisyona bağlıdır)
Emekliler	%8 Devlet bütçesinden ödenir.	Emekli maaşı
18 yaşına kadar çocuklar, 22 yaşına kadar lise öğrencileri, 26 yaşına kadar tam zamanlı öğrenciler	%8 Devlet bütçesinden ödenir.	Minimum prime esas kazancın %75'i
Aylık olarak sosyal yardım alan vatandaşlar	%8 Devlet bütçesinden ödenir.	Minimum prime esas kazancın %75'i
İşsizlik tazminatı almaya hak kazanmış işsizler	%8 Devlet bütçesinden ödenir.	İşsizlik tazminatı
İşsizlik tazminatı veya sosyal destek almaya hak kazanmamış işsiz bireyler	%8 Sigortalı kişi tarafından ödenir.	Minimum prime esas kazancın yarısından az olmamak üzere seçilen gelir
2024 yılında bağımsız çalışanlar için minimum prime esas kazanç tutarına oluşana kadar her yıl %5 puan artırılır		

KAYNAK: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/383054/HiT-Bulgaria-2018-web.pdf

2.5. Fonların Toplanması

Ulusal gelir ajansı (NRA), genel devlet vergi gelirlerini (genel gelir vergisi, kurumlar vergileri, KDV, patent vergisi dahil), sağlık sigortası primlerini ve sosyal güvenlik primlerini toplamaktadır. Ulusal Gümrük Ajansı tüketim ve gümrük vergilerini bir merkezde toplamaktadır. Her iki kurum da Maliye Bakanlığı'na bağlıdır.

Zorunlu sağlık sigortası primleri, NRA'nın 28 bölge müdürlüğü tarafından toplanmakta ve günlük olarak NRA'nın havuz hesabına aktarılmaktadır. NRA tarafından alınan fonlar daha sonra NHIF'nin birikim hesabına tahsis edilir.

NHIF fonları 28 RHIF'sine dağıtır. NHIF bütçe tahsisi, her bir bölgedeki nüfusun sayısına ve yaşına, bölgenin gelecekteki sağlıkla ilgili ihtiyaç tahminlerine ve geçmiş tahsislere dayanmaktadır. Süreç ülke genelinde standardize edilmiştir.

Devlet Bütçesi ile NHIF arasında ve Sağlık Bakanlığı ile NHIF arasında başka transferler de mevcuttur. NHIF, devlet tarafından sigortalanan nüfus grupları için aylık sağlık sigortası primi almaktadır. Sağlık Bakanlığı, zorunlu aşılar, bazı sigortasız nüfus gruplarına sunulan özel hizmetler (örneğin, yoğun bakım, sigortasız kadınlar için doğum bakımı) ve emekli kesimin azaltılmış katılım payı ödemeleri için NHIF'e fon sağlamaktadır.

2.6. Cepten Ödemeler

2.6.1. Katılım Payları

1998 Sağlık Sigortası Yasasında, NHIF tarafından kapsanan hizmetlerin kullanımı için hekimlere, dış hekimlerine, laboratuarlara ve hastanelere ziyaretlerde katılım payları (kullanıcı ücretleri olarak adlandırılır) düzenlenmiştir. Bazı istisnalar dışında tüm hastalar için katılım ücreti uygulanır. Çocuklar, hamile kadınlar ve doğumdan sonra 45 güne kadar kadınlar, NFC'de listelenen kronik hastalıkları olan hastalar, belirli bir eşiğin altında geliri olanlar ve diğer bazı gruplar için istisnalar söz konusudur.

Katılım payları, hastalar tarafından kullanım noktasında doğrudan sağlık hizmet sunucusuna ödenir.

Tablo 3: Sağlık Hizmetleri İçin Katılım Payları, 2021

SAĞLIK HİZMETİ	KATILIM PAYI	KORUMA MEKANİZMASI
Pratisyen Hekim Ziyareti	Sabit katılım payı BGN 2,90 (1,48 €)	13 hasta grubu (çocuklar, kronik hastalar, hamileler vb.) katılım payından muafır.
Uzman Hekim Ziyaretleri	Sabit katılım payı BGN 2,90 (1,48 €)	13 hasta grubu (çocuklar, kronik hastalar, hamileler vb.) katılım payından muafır.
Laboratuvar Hizmetleri	Sabit katılım payı BGN 2,90 (1,48 €)	13 hasta grubu (çocuklar, kronik hastalar, hamileler vb.) katılım payından muafır.
Yatarak Tedavi	Sabit Katılım Payı BGN 5,80 (2,97 €) her bir yatış günü için (yılda 10 güne kadar)	13 hasta grubu (çocuklar, kronik hastalar, hamileler vb.) katılım payından muafır.
Diş Bakımı	Steminat paketinde yer alan hizmetler için katılım payı	Çocuklar katılım payından muafır veya çok az katılım payı söz konusudur.
Ayakta Tedavide Kullanılan İlaçlar	Katılım payı	İstisna yok

2012' den bu yana, kullanıcı ücretleri, poliklinik ziyareti başına 2,90 BGN (1,48 €) ve 10 güne kadar her hastaneye yatış günü için 5,80 BGN (2,97 €) olarak sabitlemiştir.

Hastalar, teminat paketinde yer alan diş hekimliği hizmetleri için katılım payı ödemek zorundadır. Ayrıca ilaçlar içinde katılım payı uygulaması söz konusudur.

3- GERİ ÖDEME SİSTEMİ

3.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Birinci basamak sağlık hizmetleri pratisyen hekimler tarafından sağlanır. Vatandaşların her altı ayda bir değiştirebilecekleri serbest pratisyen hekim seçenekleri vardır. Sevk sistemi uygulanmaktadır. Pratisyen hekimler hastaları uzmanlara ve hastanelere yönlendirmektedirler.

Birinci basamak sağlık hizmeti, temel olarak kişi başına (Pratisyen hekim tarafından sağlanan hizmetler için) ve hizmet başına (diş hekimleri tarafından sağlanan hizmetler için) ödeme temelinde finanse edilir. Birinci basamak sağlık hizmeti, NFC' ye göre sözleşme temelinde NHIF tarafından ödenir. Sözleşmeler, pratisyen hekimlerin hasta listesindeki sigortalı kişi başına aylık kişi başına ödemelere dayanmaktadır. Kişi başı ödeme oranları bir yaş grubundan diğerine farklılık gösterir.

Pratisyen hekimlere hizmet başına ek ödemelerde yapılmaktadır:

- Çocuk sağlığı programı dahilindeki aşılama dahil olmak üzere koruyucu faaliyetler,
- İlgili ulusal programların yürütülmesinde rahim ağzı kanserine karşı aşılama ve rota virüs gastroenteritine karşı aşılama,
- Anne sağlığı programındaki koruyucu faaliyetler,
- 18 yaşından büyük zorunlu sağlık sigortası olan bireyler için koruyucu faaliyetler ve aşılama
- Uzak bir yerleşim yerinde veya kötü altyapıya koşullarına sahip bir yerleşim yerinde çalışmak (2017'de bu tür yerleşim yerlerinin sayısı 1.074' tū ve bu yerleşim yerlerinde faaliyet gösteren pratisyen hekimlere aylık ödeme 139 BGN (71,1€) ile 972 BGN (497 €) arasında değişmektedir.),
- Diğer ilçelerden gelen zorunlu sağlık sigortalı bireylerin muayenesi.

Genel pratisyenler ayrıca her hasta ziyareti için bir katılım payı alırlar (2,90 BGN veya emekliler için 1BGN). Temel teminat paketi kapsamında olmayan hizmetler için hizmet bedeli ödenir. (Örneğin, bir tıbbi sertifika verilmesi).

3.2. Diş Bakımı

Diş bakımı, NHIF ve hastalar veya sadece hastalar tarafından hizmet başına ödeme yöntemi ile ödenir. NHIF ve Bulgar Diş Hekimleri Birliği, temel teminat paketinde yer alan sınırlı sayıda diş hekimliği hizmetleri için fiyatlar üzerinde anlaşma sağlamaktadır. NHIF' in diş bakımı için sağlık hizmet sunucularına ödeyeceği ücret NFC' de belirtilmiştir ve sadece diş hekimliği hizmetlerinin toplam fiyatının belirli bir oranını kapsamaktadır. Diş hekimliği hizmetleri için fiyatlar hizmet türüne ve sigortalı bireylerin kategorisine bağlı olarak değişmektedir. Diş hekimliği hizmetlerinin çoğu için hastalar tarafından ödenen katılım payları söz konusudur. Sigortasız hastalar ve teminat paketine dahil olmayan hizmetler için sigortalı hastalar tarafından hizmet başına ödeme yapılır.

3.3. Ayakta Tedavi Hizmetleri

Özel ayakta tedavi ve laboratuvar hizmetleri için hizmet başına ödeme yapılır. NFC' de ayakta tedavi hizmetleri için ücretler belirlenmiştir. Hastanın uzman hekimi ilk ziyareti için ve aynı hastalıklar ve rahatsızlıklar için ikinci ziyareti için farklı tutarlar ödenmektedir.

Ayakta tedavi hizmeti sunan uzman hekimler ayrıca sundukları diğer sağlık hizmetleri içinde ödeme alırlar.

- Çocuk sağlığı ve anne sağlığı programlarına dahil olan ve tanımlanmış risk gruplarına giren 18 yaş üstü bireyler için koruyucu muayeneler (Ücretler temel bakım ücretinden biraz daha yüksektir.)
- Fizyoterapötik tedavi kürleri,
- Biyopsi, ekokardiyografi, lazer tedavisi gibi özel tıbbi hizmetler.

Uzmanlar her hasta ziyareti için kullanıcı ücretleri alırlar. NHIF' in teminat paketinde yer alan tüm ayakta tedavi tanı testlerinin geri ödeme oranları NFC' de tanımlanmıştır.

3.4. Yatarak Tedavi Hizmetleri

Hastaneler çoğunlukla vaka bazlı ödemelerle finanse edilirler. 2016 yılında hastane faaliyetlerini optimize etmek için klinik ve poliklinik prosedürler uygulamaya konulmuştur. NHIF tarafından ödenen klinik ve poliklinik prosedürler için geçerli sabit fiyatlar NFC' de belirtilmiştir ve NHIF ile Bulgar Hekimler Birliği arasında müzakereye tabidir. Fiyatlar, tıbbi faaliyetin maliyeti, hastalara verilen yardımcı hizmetler ve hasta hastaneden taburcu edildikten sonra en fazla iki poliklinik muayene ve konsültasyon temel alınarak hesaplanır.

Ancak fiyatlar, pratikte hastane hizmetlerinin gerçek maliyetlerinden daha çok NHIF'in ödeme yapma kabiliyetini temsil etmektedir. Belirli klinik prosedürlerin fiyatlarına ek olarak, hastaneler onkolojik hastalıklarda ilaçlar, koklear implantlar, kalp protezleri gibi tıbbi ürünler için de ödeme alırlar.¹⁹

Hastaneler ayrıca, yasal sağlık sigortası kapsamındaki kişilerden kullanıcı ücreti alırlar. (Toplamda 10 güne kadar hastanede yatış için günde 5.80BGN/2.97 €) Tercihli hizmetler veya NHIF tarafından karşılanmayan hizmetler için hastalar tarafından doğrudan ödeme yapılır.

3.5. İlaç Geri Ödeme Sistemi

İlaç politikası Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmektedir. Bulgar İlaç Ajansı (BDA), tıbbi ürünlerin kalitesini, güvenliğini ve etkinliğini değerlendiren ve denetleyen, tıbbi ürünlerin üretimini onaylayan ve toptancıları ve eczaneleri kayıt altına alan ve lisanslayan bir Sağlık Bakanlığı kuruluşudur.

Ulusal İlaç Fiyat ve Geri Ödeme Konseyi (NCPMP), hangi ilaçların yasal sağlık sigortası ve devlet bütçesi tarafından karşılanacağını belirleyen pozitif ilaç listesini oluşturur. Pozitif ilaç listesi dört ek içermektedir:

- Sağlık Sigortası Kanununa göre NHIF tarafından ödenen ilaçları ve geri ödeme seviyelerini gösteren Geri Ödeme Listesi;
- Yatan hasta bakımı için kamu sağlık kurumlarının bütçelerinden finanse edilen ilaçlar
- Sağlık Sigortası Kanunu kapsamı dışındaki HIV/AIDS ve bulaşıcı hastalıkların tedavisi için kullanılan ilaçlar ve ayrıca aşılar
- Pozitif ilaç listesinde bulunan ilaçlar için maksimum perakende fiyatlar

NCPMP aynı zamanda ilaçların fiyatlarının tescil edilmesinden sorumludur. Fiyat düzenlemesi, geri ödemeye tabi olsun veya olmasın tüm reçeteli veya reçetesiz (OTC) ilaçlar için geçerlidir.

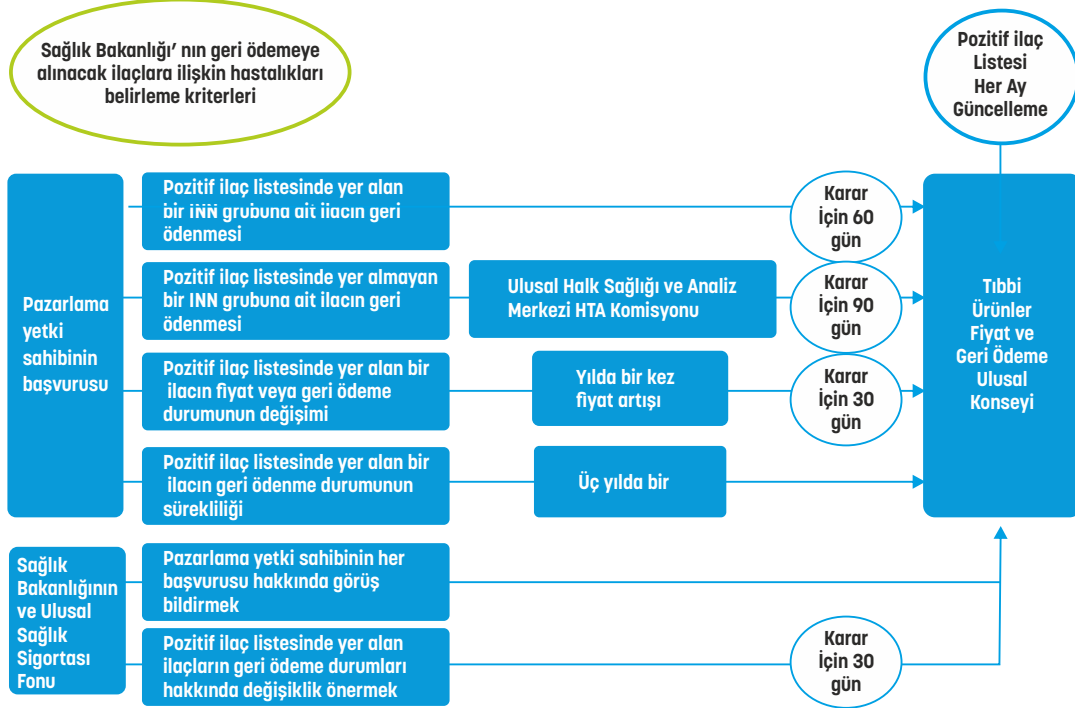
NCPMP, fiyatların onaylaması ve ilaçların pozitif ilaç listesinde listelenmesi prosedürlerini ulusal düzenlemelerinin öngördüğü şartlar dahilinde yürütür.

- Geri ödemeye tabi tıbbi ürünlerin pozitif ilaç listesinde listelenmesi ve fiyat onayı için 60 günlük süre mevcuttur. (Jenerik ürünler için 30 gün)
- Geri ödemeye tabi olmayan tıbbi ürünlerin fiyat onayı için 30 günlük süre mevcuttur.
- OTC tıbbi ürünlerin fiyat kaydı için 30 günlük süre mevcuttur.

Sağlık Bakanlığı, NHIF' in geri ödeyeceği ilaçlar için hastalıkları tanımlar. Buna dayanarak, NCPRMP, pozitif ilaç listesinde listelenen tıbbi ürünlerin listeye dahil edilmesi, değiştirilmesi ve/veya hariç tutulması konusunda kararlar alır. Bir ilaç 17 ülkenin en az 5'inde ulusal sağlık sigortası fonları tarafından ödenmesi durumunda pozitif ilaç listesinde listelenebilir. (Romanya, Fransa, Letonya, Yunanistan, Slovakya, Litvanya, Portekiz, İtalya, Slovenya, İspanya, Belçika, Çekya, Danimarka, Estonya, Finlandiya, Polonya ve Macaristan).

Pozitif ilaç listesi her ay revize edilir. Pozitif ilaç listesinde listelenen ilaçların maksimum perakende fiyatı özel bir amaçla azaltılabilir, yönetmelik uyarınca ancak yılda bir kez artırılabilir. Ayrıca, referans ülkelerden birinde ilaç fiyatı Bulgaristan'da onaylanan fiyattan daha düşük seviyelere düşerse, fiyat idari olarak azaltılmaktadır. Bir pazarlama ruhsat sahibi, NCPRMP'yi referans piyasalardaki fiyat değişikliklerinde bilgilendirmelidir. Fiyat revizyon süreci her yıl zorunludur ve her 3 yılda bir ise geri ödeme durumu ile ilgili revizyon zorunludur.

Şekil 3:İlaç Geri Ödeme Sistemi



KAYNAK: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212109917300572>

Pozitif ilaç listesi, etkin madde adlarına göre farmakolojik gruplar halinde düzenlenir ve tanımlanmış günlük dozu, tanımlanmış günlük doz için referans değerini ve referans fiyatı içerir. Pozitif ilaç listesi NCPRMP tarafından yayınlanmaktadır.

Sigortalı kişiler sağlık sigortası tarafından tamamen veya kısmen kapsanan ilaçlara erişebilir. Sağlık Sigortası Yasasına göre NHIF, zorunlu sağlık sigortası kapsamındaki hastalıkların tedavisi için pozitif ilaç listesinde yer alan tıbbi ürünleri öder. SHI tarafından kapsanan ilaçların geri ödeme seviyeleri, ilgili yıl için NHIF bütçesine göre belirlenir ve Geri Ödeme Listesinde belirtilir. Geri ödeme oranları ilaçların türüne göre değişiklik göstermektedir.

- Yaşam kalitesinde ciddi rahatsızlıklara yol açan kronik hastalıkların uzun süreli tedavisi için kullanılan ilaçlarda geri ödeme seviyesi %100,
- Yaygın olarak görülen kronik hastalıkların tedavisine yönelik ilaçların geri ödeme seviyesi %75,
- Pozitif ilaç listesinde yer alan diğer ilaçlar için geri ödeme seviyesi %50'ye kadardır.

Bir ilacın fiyatının ne kadarlık kısmının geri ödeneceğine, aynı etkin madde grubundaki en düşük fiyatın geri ödeme seviyesi esas alınarak karar verilir. Aynı etkin madde grubundaki benzer ürünlerin fiyatlarında büyük bir değişiklik varsa, yüksek fiyatlı jenerikler için geri ödenen kısım çok az olabilmektedir. Bazı ilaçlar için, gerçek geri ödeme oranı çok düşüktür (%10'a kadar), bu da hastaları ilaçların tam fiyatını cepten ödemeye itmektir. Bu nedenle Bulgaristan'da ilaçlar için yapılan cepten harcamalar çok yüksektir.

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

1998 tarihli Sağlık Sigortası Kanunu ile zorunlu ve gönüllü sağlık sigortasından oluşan bir sağlık sigortası sistemi kurulmuştur. Sağlık Sigortası Yasası' na göre, tüm Bulgar vatandaşları zorunlu olarak sigortalıdır. Ülkemizde de benzer şekilde genel sağlık sigortası zorunludur.

Sosyal sağlık sigortası, sağlık sistemindeki tek geri ödeme kuruluşu olan NHIF tarafından yönetilmektedir. NHIF, teminat paketine dahil edilen sağlık hizmetlerini ve Pozitif İlaç Listesinde yer alan ilaçları finanse etmektedir. Teminat paketi ve hizmetlerin fiyatları, NHIF ile hekimler ve dış hekimlerinin mesleki birlikleri arasında yıllık olarak görüşülmektedir. Ülkemizde de benzer şekilde tek bir geri ödeme kurumu ve geniş kapsamlı teminat paketi bulunmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin temel finansman kaynağı toplam sağlık harcamalarının %49'unu oluşturan ve NHIF tarafından yönetilen yasal sağlık sigortası primleridir. Primler gelire bağlıdır ve sigortalının gelirinin %8'i olarak sabitlenmiştir. SHI primi çalışanlar (%3,2) ve işverenler (%4,8) veya devlet tarafından ödenir. Ülkemizde de benzer şekilde sağlık hizmetlerinin temel finansman kaynağını sigorta primleri oluşturmaktadır. Ülkemizde genel sağlık sigortası prim oranı %12,5 dur. Prim oranları çalışan için %5, işveren için ise %7,5'dur.

NHIF tarafından kapsanan hizmetlerin kullanımı için hekimlere, dış hekimlerine, laboratuvarlara ve hastanelere ziyaretler için katılım payları düzenlenmiştir. 2012'den bu yana, kullanıcı ücretleri, poliklinik ziyareti başına 2,90 BGN (1,48 €) ve 10 güne kadar her hastaneye yatış günü için 5,80 BGN (2,97 €) olarak sabitlenmiştir. Hastalar, teminat paketinde yer alan dış hekimliği hizmetleri için katılım payı ödemek zorundadır. Ayrıca ilaçlar içinde katılım payı uygulaması söz konusudur.

Ülkemizde de 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. Ayrıca 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.

Tablo 4: Ekonomi ve Sağlık Göstergelerinin Türkiye ve EU27 Ortalaması ile Karşılaştırılması

	BULGARİSTAN	TÜRKİYE	AB27
Nüfus, (2020)	6.934.015	84.339.067	-
Kişi başına düşen GSYİH, (\$), (2020)	10.079	8.536	-
Asgari ücret tutarı, (€), (2021), (aylık)	332	370	-
Cari sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı, (%), (2019)	7,6	4,4	8,3
Kişi başına düşen sağlık harcaması, (\$), (2018)	1.353	906	2.572
Kişi başına düşen ilaç harcaması, (\$), (2018)	435	-	381
Doğuşta beklenen yaşam süresi kadın, Doğuşta beklenen yaşam süresi erkek, (yıl), (2018)	78,6 71,5	81,6 76,2	83,7 78,2
Sigorta tarafından kapsanan nüfus oranı, (%), (2017)	89,8	99 *	
1.000 Kişiye düşen doktor sayısı, 1.000 Kişiye düşen hemşire sayısı, 1.000 Kişiye düşen yatak sayısı, (2018)	4,2 4,4 7,6	1,9 2,3 2,9	3,8 8,2 5,0
Toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı, (%) (2018)			
1- Kamu sağlık harcaması oranı, (%)	59	78	73
Merkezi hükümet/bölgesel, yerel yönetimler sağlık harcaması oranı, (%)	10	23	32
Sosyal sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	49	55	41
2- Cepten yapılan sağlık harcaması oranı, (%)	39	17	22
3- Gönüllü sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	1	3	5
4- Diğer harcamaların oranı, (%) **	1	3	0
Hane halkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı, (%), (2018)	4,9	-	3,3

* SGK verilerine göre 2022 yılı itibarıyla %98,6'dır.

** Ülkede geçici olarak ikame edenlere ait sağlık harcamaları

KAYNAK:

1. Health at a Glance Europe 2020

2. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?view=map>Erişim Tarihi: Nisan 2022

3. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD>Erişim Tarihi: Nisan 2022

4. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/earn_mw_cur/settings_1/table?lang=en Erişim Tarihi: Nisan2022

KAYNAKLAR

1. <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits/full-list-of-country-hits/bulgaria-hit-2018>
2. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD?end=2018&start=1960>
3. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL>
4. Health at a Glance Europe 2020
5. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=RMW>
6. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212109917300572>
7. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/earn_mw_cur/settings_1/table?lang=en
8. Health at a Glance 2021 OECD Indicators
9. <https://www.missoc.org/missoc-database/comparative-tables/>



DANİMARKA SAĞLIK ve GERİ ÖDEME SİSTEMİ



Özet

Danimarka sağlık sisteminde, sağlık hizmetlerine ilişkin sorumluluk, bölgeler ve belediyelere aittir. Bununla birlikte, son reformlarla, devlet öncekinden daha yüksek düzenleyici ve yönetici role sahiptir. Devlet, bölgeler ve belediyeler arasında önemli müzakere ve koordinasyon kanalları bulunmaktadır.

Danimarka'da ikamet eden kişiler (yani ulusal sicile kayıtlı kişiler) sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkına sahiptir. Teminat evrenseldir, katkılardan bağımsızdır ve herhangi bir sigorta programının üyeliğine bağlı değildir. Sağlık Kanununa göre, belediyeler nüfusa yönelik koruyucu hizmetlerden, hastalar için rehabilitasyon ve evde bakımdan, bölgeler ise her hastanın tıbbi bakımından ve hastalara yönelik koruyucu hizmetlerden sorumludur.

Sağlık sistemi üç idari seviyeye göre düzenlenmiştir. Devlet, mali düzenlemelerin yanı sıra genel düzenleyici ve denetleyici işlevlere sahiptir, ancak aynı zamanda kalite izleme ve uzmanlıkların hastane düzeyinde dağıtımının planlanması gibi daha spesifik planlama faaliyetleri yapmaktadır.

Belediyeler hastalıkların önlenmesi ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesinden sorumludur. Son yıllarda, daha koordineli bir sağlık sisteminin geliştirilmesi büyük ilgi görmüştür. Düzenleme, ulusal ve bölgesel kılavuzlar, sağlık profesyonelleri için lisans sistemleri ve ulusal kalite izleme sistemleri ile gerçekleştirilmektedir.

Danimarka'da sağlık sektörünün temel finansmanı belediye ve devlet vergilendirmesinden oluşmaktadır. Sağlık hizmetlerine erişim, tüm sakinler için büyük ölçüde ücretsizdir.

1990'lardan bu yana, ulusal yasaların yanı sıra şikâyet prosedürlerinden sorumlu bağımsız bir devlet kurumunun kurulması da dahil olmak üzere hasta haklarını güçlendirmek için bir dizi yasa ve girişim başlatılmıştır.

ÜLKE TANITIMI

Ülkenin Demografik Özellikleri ve Sağlık Göstergeleri

Danimarka İskandinav ülkelerinden biridir. Danimarka'nın başkenti Kopenhag, resmi dili Danca ve resmi para birimi Danimarka Kronu' dur (DKK). Anakara tek kara komşusu olan Almanya'nın kuzeyinde, İsveç'in güneybatısında ve Norveç'in güneyinde yer almaktadır. Danimarka, nüfusu az olan ancak nüfus yoğunluğu yüksek olan küçük bir ülkedir. Danimarka Başkent Bölgesi, Zelanda Bölgesi, Güney Danimarka Bölgesi, Orta Danimarka Bölgesi ve Kuzey Danimarka Bölgesi olmak üzere beş idari bölgeye ayrılmıştır. Bu bölgeler herhangi bir temel sosyo demografik veya sağlık farklılığını yansıtmamaktadır.

Danimarka, yaşam beklentisi gibi bazı sağlık göstergeleri konusunda diğer İskandinav ülkelerinin gerisinde kalmaktadır. Bunun alkol kullanımı, obezite, sigara içme alışkanlıkları gibi birçok nedeni vardır. Kronik ve uzun süreli hastalıklara sahip yaşlanan bir nüfusa sahip olması da Danimarka sağlık sisteminin gelecekte birtakım zorluklarla karşı karşıya kalmasına yol açacağı tahmin edilmektedir.

Danimarka, yüksek nüfus yoğunluğuna ve diğer Batı Avrupa ülkelerine benzer bir demografik gelişime sahip küçük ama yüksek gelirli bir ülkedir. Üç farklı idari düzeye (devlet, bölgeler ve belediyeler) bölünmüş bir parlamenter demokrasiye sahiptir. Planlama ve düzenleme hem bölge düzeyinde hem de yerel düzeyde gerçekleşmektedir.

Danimarka nüfusu 2020 yılı itibarıyla yaklaşık 5,8 milyondur. Danimarka'da nüfus giderek yaşlanmaktadır. Doğuşta beklenen yaşam süresi kadınlarda 83,5 iken erkeklerde 79,5'dir.

Danimarka'da 2019 yılı itibarıyla 1.000 kişiye düşen doktor sayısı 4,2 iken OECD ortalaması 3,6'dır. 1.000 kişiye düşen hemşire sayısı 10,1 iken OECD ortalaması ise 8,8'dir.

2017 yılı verilerine göre, Danimarka'da nüfusun tamamı sağlık sigortası kapsamındadır. Cari sağlık harcamalarının GSYİH içindeki oranı 2019 yılı itibarıyla %9,9 olup OECD ortalaması %8,8'dir. Kişi başına düşen toplam sağlık harcaması ise 2019 yılında 5.478 \$ iken OECD ortalaması 4.087 \$ olarak gerçekleşmiştir.

2019 yılı itibarıyla, hane halkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı OECD ortalaması ile aynı %3,1 olarak gerçekleşmiştir.

2019 yılında, toplam sağlık harcamalarının %83'ü merkezi hükümet tarafından finanse edilmiştir. Cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki oranı ise %14 olarak gerçekleşmiştir.

Ülkede tanımlanmış bir asgari ücret tutarı yoktur.

Tablo 1: Ekonomi ve Sağlık Göstergeleri Kıyaslama Tablosu

	DANİMARKA	OECD
Nüfus, (2020)	5.831.404	-
Kişi başına düşen GSYİH, (\$), (2020)	61.063	-
Asgari ücret tutarı, (\$), (2020), (aylık)	-	-
Cari sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı, (%), (2019)	9,9	8,8
Kişi başına düşen sağlık harcaması, (\$), (2019)	5.478	4.087
Kişi başına düşen ilaç harcaması, (\$), (2019)	301	571
Doğuşta beklenen yaşam süresi kadın, Doğuşta beklenen yaşam süresi erkek, (yıl), (2019)	83,5 79,5	83,6 78,3
Sigorta tarafından kapsanan nüfus oranı, (%), (2019)	100	-
1.000 Kişiye düşen doktor sayısı, 1.000 Kişiye düşen hemşire sayısı, 1.000 Kişiye düşen yatak sayısı, (2019)	4,2 10,1 2,6	3,6 8,8 4,4
Toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı, (%) (2019)		
1- Kamu sağlık harcaması oranı, (%)	83	74
Merkezi hükümet/bölgesel, yerel yönetimler sağlık harcaması oranı, (%)	83	35
Sosyal sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	-	39
2- Cepten yapılan sağlık harcaması oranı, (%)	14	20
3- Gönüllü sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	2	5
4- Diğer harcamaların oranı, (%) *	-	1
Hanehalkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı, (%), (2019)	3,1	3,1

* Ülkede geçici olarak ikamet edenlere ait sağlık harcamaları

KAYNAK:

1. Health at a Glance 2021 OECD Indicators
2. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?view=map> Erişim Tarihi: Nisan 2022
3. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD> Erişim Tarihi: Nisan 2022
4. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=RMW> Erişim Tarihi, Nisan 2022

ÜLKENİN SAĞLIK ve GERİ ÖDEME SİSTEMİ

1- ORGANİZASYON YAPISI

Danimarka sağlık sisteminde, sağlık hizmetlerine ilişkin sorumluluk, bölgeler ve belediyelere aittir. Bununla birlikte, son reformlarla, devlet öncekinden daha yüksek bir düzenleyici ve yönetici role sahiptir. Devlet, bölgeler ve belediyeler arasında önemli müzakere ve koordinasyon kanalları bulunmaktadır.

Planlama, Danimarka sağlık sisteminin ayrılmaz bir parçasıdır. Sağlık sektörünün ekonomik yönetimi ve planlaması, farklı siyasi ve idari düzeyler arasındaki müzakere çerçevesinde gerçekleşmektedir. Yıllık ulusal bütçe müzakeresi; önerilen maksimum belediye vergileri seviyesi, bölgelere ve belediyelere devlet sübvansiyonları seviyesi, belediyeler arasında yeniden dağıtım veya mali eşitleme seviyesi ve ek kaynaklara ihtiyaç duyan belirli alanlar içine hibelerin büyüklüğü gibi kaynak tahsisleri üzerinde mutabakat ile sonuçlanmaktadır. Yıllık ulusal bütçe müzakereleri, merkezi hükümet tarafından, sağlık sektörünün gelişimi ve genel ekonomik çerçevenin oluşturulması konusunda anlaşmaya varmanın bir yolu olarak giderek daha fazla kullanılmaktadır.

Merkezi yönetim, kalp cerrahisi ve kanser tedavisi gibi öncelikli alanları vurgulayarak bölge ve belediyelere ameliyat için bekleme sürelerini kısaltma, kalp (bypass) operasyonlarının sayısını ve psikiyatri hizmetlerini artırma gibi hedeflere ulaşmalarında yardımcı olmak için hibeler sunarak sağlık sektörünü yönlendirmektedir. Bu hedefler yasal olarak bağlayıcı olmasa da fon tahsis etmede öncelikleri belirlemektedir. Merkezi hükümet sağlık hizmetlerinin genel yönünü ve sınırlı bir ölçüde sağlık sektörü için özel hedefler belirlemektedir. Örneğin uzmanlaşmış departmanların ve işlevlerin (kalp nakli gibi) kurulmasını düzenlemeye çalışmıştır ve son yıllarda bekleme süreleri için hedefler belirleyip, tarama programları başlatmıştır.

1.1 Devlet Düzeyinde

Devlet düzeyinde, Sağlık Bakanlığı bölgesel ve belediye örgütlenmesi, sağlık bakımı yönetimi ile belediyelerin ve bölgelerin gözetimi ve kısmi finansmanı üzerinde önemli bir role sahiptir. Devletin rolü esas olarak harcamaları düzenlemek ve kontrol altına almak, sağlık sektörü için bazı genel yönetmelikler çıkarmaktır. Sağlık sektörünün gelişimi için ulusal bir sağlık planı yoktur. Sağlık Bakanlığı, hastane organizasyonu ile ilgili idari işlevlerden, bölgeler ile anlaşmaları olan serbest meslek sağlık uzmanlarından, ayrıca ilaçların ruhsatlandırılması ve eczacılık sektörünün denetiminden sorumludur. Eczaneler özel olarak işletilmektedir, ancak devlet düzenlemelerine tabidir. Sağlık Bakanlığı ve Danimarka İlaç Ajansı, eczanelerin sayısını ve yerlerini belirleyen bir lisans sistemi ile sektörü kontrol etmektedir.

Koruyucu sağlık hizmetleri, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, Bakanlığın sorumluluğundadır. Mevzuat hazırlama ve sağlık sektörü için yönetmelikler çıkarma, ulusal rehberler yayınlama Sağlık Bakanlığı'na aittir. Her yıl, Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Danimarka Bölgeleri ve Danimarka Yerel Yönetimi tarafından temsil edilen bölgesel ve belediye konseyleri sağlık harcamaları için hedefler belirlemek üzere ulusal bir bütçe müzakeresinde yer almaktadır. Bu hedefler yasal olarak bağlayıcı değildir.

Sağlık Bakanlığı, çeşitli alt kuruluşlar aracılığıyla hareket etmektedir.

1.1.1. Ulusal Sağlık Kurulu

1803 yılında kurulan ve şu anda Sağlık Bakanlığı'na bağlı merkezi bir organ olan Ulusal Sağlık Kurulu, sağlık personeli ve kurumlarının denetlenmesinden ve farklı bakanlıklara, bölgelere ve belediyelere sağlık konularında tavsiyelerde bulunmaktan sorumludur. Ayrıca, Ulusal Sağlık Kurulu, tıbbi uzmanlıkların hastaneler arasında dağılımını planlamaktan sorumludur.

1.1.2. Danimarka Sağlık Otoritesi

Ana sağlık otoritesidir. Sağlık Bakanlığı'na ve diğer kamu kurumlarına ulusal, bölgesel ve yerel idari düzeylerde danışmanlık yapmaktadır. Hastalığı önlemek ve tedavi etmek için halk sağlığı politikalarını teşvik etmektedir. Yeterli sayıda sağlık uzmanının eğitimi dahil sağlık planlamasından sorumludur.

1.1.3. Danimarka İlaç Ajansı

Yeni ilaçları onaylamakta, ilaç şirketlerini ve eczaneleri denetlemekte, ilaçlar ve cihazlarla ilgili yan etkileri ve olumsuz olayları izlemektedir. Ayrıca klinik araştırmalara izin vermekte, hangi ilaçların kısmi geri ödeme almaya hak kazandığına karar vermektedir.

1.1.4. Danimarka Hasta Güvenliği Otoritesi

Hasta haklarını ve güvenliğini korumakta, sağlık kurumlarını ve personelini incelemekte ve sağlık uzmanlarına yetki vermektedirler. Olumsuz olaylar için raporlama sistemini yönetmekte, bölgeler ve belediyelere belirli risk durumları hakkında geri bildirim ve bilgi sağlamaktadır. Ayrıca belirli araştırma projeleri için tıbbi kayıtlara erişim izni sağlamaktadır.

1.1.5. Danimarka Hasta Şikâyet Ajansı

Hastaların tedavisi ve hasta haklarının ihlali ile ilgili şikâyetleri ele almaktadır.

1.1.6. Danimarka Sağlık Veri Kurumu

Hastalar, sağlık uzmanları, araştırmacılar ve idari personel için aktivite hacmi, ekonomi ve bakım kalitesi hakkında sistematik sağlık verileri sağlamaktadır. Çok çeşitli tıbbi veri tabanlarını korumaktadır. Sayısallaştırma ve veri güvenliği için ulusal standartlar belirlemekte, sağlık sistemi içinde tutarlı bilgi teknolojisi mimarisini desteklemekte, hasta tedavisine ve araştırmasına fayda sağlamak için ilgili ve geçerli sağlık verilerinin kullanılabilirliğini sağlamaktadır.

1.1.7. Devlet Serum Enstitüsü

Bulaşıcı hastalıkların, doğuştan gelen bozuklukların ve biyolojik tehditlerin gözetimi, önlenmesi ve kontrolünden sorumludur. Aşıların, diğer biyolojik ürünlerin, bulaşıcı hastalıkların ileri teşhisini ve biyoterörizm için beklenmedik durum planlarını denetlemektedir.

1.1.8. Danimarka Etik Konseyi

Parlamentoya ve kamu yetkililerine insan hayatını etkileyen yeni teknolojilerle ilgili etik konular hakkında tavsiyelerde bulunmaktadır.

1.2. Bölgesel Düzeyde

Bölgeler, hastanelere sahiptir ve bu hastaneleri işletmektedir. Aile hekimleri, uzmanlar ve fizyoterapistler gibi özel sektörde faaliyet gösteren pratisyenleri, devlet ve belediyelerden yapılan transferlere bağlı olarak bir kısmını veya tamamını finanse etmektedir. Ayrıca ilaçlar için geri ödeme sağlamaktadırlar.

Beş bölge, devlet ve belediyeler tarafından finanse edilmektedirler. Danimarka Bölgeleri, dört yılda bir, beş bölgeden seçilmiş bölgesel politikacılar kurulu tarafından yönetilmektedir. Kurul dört yıllık bir dönem için atanmakta ve beş bölgesel konseyin 205 üyesinin siyasi eğilimlerini yansıtmaktadır. Bölgeler hastaneler, doğum öncesi bakım (prenatal bakım) merkezleri ve toplum psikiyatri birimlerine sahiptir ve işletmektedir. Aile hekimlerini, sağlık uzmanlarını, fizyoterapistleri, diş hekimlerini ve eczacıları finanse etmektedirler. Özel pratisyenlere yapılan ödemeler ve sağlık profesyonellerine yönelik maaşlar, Danimarka Bölgeleri ile farklı meslek kuruluşları arasındaki görüşmelerle kararlaştırılmaktadır. Bu müzakerelere Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı ve Danimarka Yerel Yönetimleri de katılmaktadır.

1.3. Belediye Düzeyinde

Yerel düzeyde, belediyeler hastalıkların önlenmesi, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ve rehabilitasyonun yanı sıra okul sağlık hizmetleri, evde bakım ve bakım evleri gibi diğer sağlık alanlarından da sorumludur.

98 belediye her dört yılda bir seçilen konseyler tarafından yönetilmektedir (seçimler bölge meclisi seçimleri ile aynı zamanda yapılır). Huzurevleri, evde bakım, okul sağlık hizmetleri, bazı gruplar için diş bakımı, belediye dış hekimleri, korunma ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, özel ihtiyaç sahibi kişiler için bakımevleri gibi hizmetlerin verilmesinden sorumludurlar (örneğin sosyal yardım ödenekleri (ör. engelli aylıkları), uyuşturucu ve alkolle ilgili sorunların tedavisi ve okul sağlığı hizmetleri). Bu faaliyetler, global bütçeler aracılığıyla dağıtılan fonlarla ve vergilerle finanse edilmektedir.

Maliye Bakanlığı, belediyelerle vergilendirme seviyesini müzakere ederek faaliyetlerin mali çerçevesini oluşturmaktadır. Ayrıca meslek kuruluşları ve sendikalar arasında maaşlar, çalışma koşulları, ücretler ve bölgesel sözleşmeli uygulayıcıların sayısı ile ilgili müzakerelere katılmaktadır.

2- SAĞLIK HİZMETİNİN FİNANSMANI

Sağlık sektörünün temel finansmanı belediye ve devlet vergilendirmesinden oluşmaktadır. Devlet, bölgeleri ve belediyeleri sübvansede etmektedir. Sağlık hizmeti sunucularını doğrudan finanse etmemektedir. Belediyeler, toplam bölgesel gelirin %20'sini oluşturan vergilere katkıda bulunmaktadırlar. Organizasyon açısından beş bölge hastane, somatik ve psikiyatrik bakım ve özel pratisyenlerin kamu sektörü çalışmaları için finansmanından sorumludur. Özel pratisyenler serbest meslek sahibidir, ancak hizmetleri bölgeler tarafından geri ödenmektedir. Bununla birlikte yalnızca bölgelerle anlaşması olanlara geri ödeme yapılmaktadır. Birkaç özel kâr amaçlı klinik ve küçük hastane de sözleşmelere veya bekleme süresi garantilerine göre bölgeler tarafından ödenmektedir. Ayrıca, belediyeler çoğunlukla çocuklara ve yaşlılara bakan sağlık hizmeti sunucularını istihdam etmektedir.

Ulusal hükümet gelirini şu kaynaklardan almaktadır:

- Kişisel gelir vergisi, ücret üzerinden ödenebilen ve sahip olunan işletmelerden elde edilen karlar dahil olmak üzere diğer tüm gelir biçimleri;
- Emlak vergisi;
- Kurumlar vergisi;
- KDV;
- Belirli ürünler üzerindeki vergiler;
- Enerji ve tüketim vergileri, kıt malların kirlenmesi ve tüketimi ile ilgili vergiler dahil.

Vergi oranları parlamento' da ve belediye meclislerinde çoğunluk tarafından belirlenmektedir. Tüm vergi ve harçlar devlet tarafından tahsil edilmektedir.

Kişisel gelir vergisi, devletin toplam vergi gelirinin neredeyse yarısını oluşturmaktadır. Kazanılan ve sermaye geliri temel oranı % 3,64 ve en yüksek oranı %15 olan iki aşamalı bir ölçeğe göre hesaplanmaktadır. Vergi tavanı, eyalet ve belediye düzeylerinde toplanan gelir vergilerinin, gelirin %51,5'ini geçmemesini sağlamaktadır.

Belediyeler ise gelirlerini orantılı bir gelir vergisinden almakta ve devletten yapılan hibeleri bloke etmektedirler. Resmi olarak belediyeler vergi oranlarını kendileri belirlemektedirler, ancak belediye meclisleri oranları ulusal hükümetle müzakere edilen limitler dahilinde belirlemektedirler. Belediyeler vergi oranlarının sınırını aşarsa, ulusal hükümet hibeleri azaltarak belediyeleri bireysel veya toplu olarak cezalandırabilmektedir. Her yıl Mayıs ve Haziran aylarında, ulusal hükümet belediyelerin vergilendirilmesi ve harcaması, blok hibelerin toplam büyüklüğü ve gelecek yıl hizmet seviyesi ile ilgili görüşmelerde bulunmaktadır. Belediyelere ve bölgelere blok hibeler yoluyla ulusal hükümetten dağıtılan para miktarındaki değişiklikler yeni görevler üstlenip üstlenmediklerine, bir veya daha fazla görevin sorumluluğunun bir yönetim düzeyinden diğerine taşınmasına, bölgeler ve belediyelerin ulusal hükümetle mutabık kalınarak hizmet seviyelerini artırıp artırmadıklarına bağlıdır.

Sağlık harcamalarının %80'inden fazlası devlet tarafından blok hibeler ve faaliyet temelli finansman kombinasyonu ile finanse edilmektedir. Bölgeler devlet (gelir vergisi, KDV, belirli mallar üzerindeki vergiler, vb.) ve belediyeler tarafından finanse edilmektedir.

Belediyelere verilen blok hibeler, her belediyenin vergi geliri ile orantılı olarak belediyelere dağıtılmaktadır. Ancak bölge sakinlerinin vergilendirilebilir gelir ve ihtiyaçlarındaki farklılıkları dikkate almak için, fonlar daha sonra her bir belediye'deki vergi oranının nüfusun bileşimi ve gelirinden ziyade belediyenin hizmet seviyesini ve etkinliğini yansıtmaları sağlamak için belediyeler arasında yeniden dağıtılmaktadır. Belediyeler arasındaki yeniden dağıtım, nüfusun yaş dağılımı dahil olmak üzere bir dizi objektif kriter içeren oldukça karmaşık bir formüle göre gerçekleştirilmektedir. Örneğin psikiyatrik hasta sayısı, düşük gelirli kişiler, temel eğitimi olan veya olmayan insanlar ve AB üyesi olmayan ülkelerden gelen göçmenler; sosyal olarak yoksun bölgelerde yaşayan insanların sayısı; işsizlik oranı ve yalnız yaşayan yaşlıların oranı dikkate alınmaktadır. Yaz ve sonbahar boyunca, belediye konseyleri sağlık bütçeleri de dahil olmak üzere gelecek yılın bütçesini müzakere etmektedir. Bu süreç, belediye ile bölge arasında, belediyenin bölgeye ne kadar para ödemesini beklediğine dair bir müzakere içermektedir.

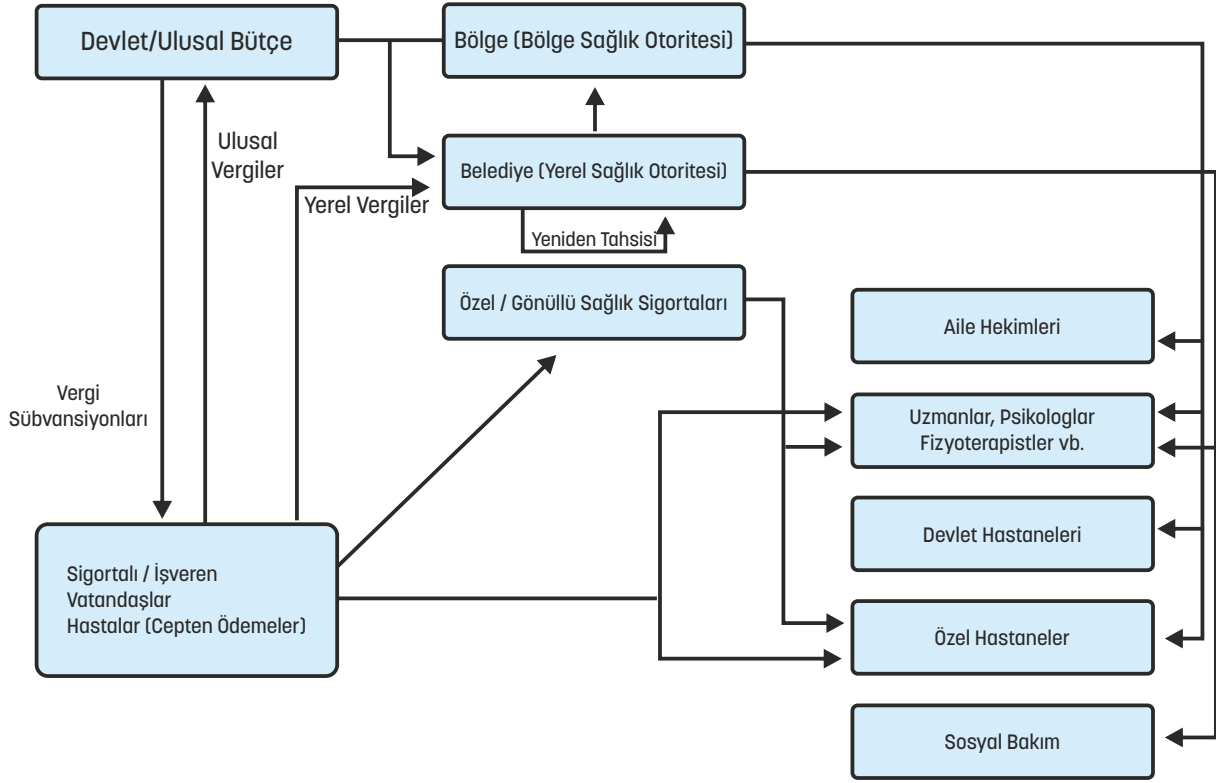
Ulusal hükümetten her bölgeye faaliyete dayalı katkının boyutu, bölgenin belirli bir miktarda sağlık hizmeti üretip üretmediğine bağlıdır. Her bölgenin, ulusal hükümetin faaliyet bazlı finansmanı yoluyla kazanabileceği para miktarının üst sınırı vardır. Her bölgede belediye tarafından ödenen faaliyete dayalı katkının boyutu, belediye'deki vatandaşlara verilen sağlık hizmetlerinin sayısına ve türüne bağlıdır.

Cepten ödemelerin önemi, hizmete göre önemli ölçüde farklılık göstermektedir. İlaçların, diş hekimliği hizmetlerinin ve gözlük finansmanında cepten ödemeler önemli bir rol oynarken diğer hizmetler için sadece küçük bir rol oynamaktadır. Vatandaşlar zaman içinde riski paylaşmak ve hatta cepten ödemeleri için özel sağlık sigortası satın alabilmektedirler. Tüm çalışanların özel sağlık sigortası kapsamında olması durumunda, işverenlerin maliyetleri kısmen şirket vergilerindeki düşüşlerle dengelenmektedir. 2002 yılından bu yana, devlet tarafından sübvans edilen özel sağlık sigortası, seçmeli cerrahi ve fizyoterapinin finansmanında küçük ama hızla büyüyen bir rol oynamıştır.

Danimarka'da, gayri safi yurtiçi hasılanın toplam sağlık harcaması içerisindeki oranı ve kişi başına düşen sağlık harcaması, OECD üyesi ülkelerinin ortalamasının üzerindedir.

Hastaneler, aile hekimleri, tıp uzmanları, psikologlar, fizyoterapistler ve sağlık hizmeti sunucuları tarafından hizmet verilmesinden sorumlu bölgeler, ulusal hükümet ve belediyeler tarafından blok hibeler ve faaliyete dayalı finansman yoluyla finanse edilmektedir.

Sağlık sisteminde finansal akış Şekil 1'de gösterilmektedir.

Şekil:1 Sağlık Sisteminde Finansal Akış

Kaynak:http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/160519/e96442.pdf?ua=1

2.1. Kapsam

2007 Sağlık Yasası' na göre, Danimarka' da ikamet eden kişiler (yani ulusal sicile kayıtlı kişiler) sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkına sahiptir. Teminat evrensel, katkılardan bağımsızdır ve herhangi bir sigorta programının üyeliğine bağlı değildir. Vatandaşlar, yasal sisteme katkıda bulunmamayı seçemezler. Sağlık Kanununa göre, belediyeler nüfusa yönelik koruyucu hizmetlerden, hastalar için rehabilitasyon ve evde bakımdan, bölgeler ise her hastanın tıbbi bakımından ve hastalara yönelik koruyucu hizmetlerden sorumludur.

Hastalara sunulan hizmet seviyesi, bölge alternatif bir tedarikçiye erişim sunmadan önce azami bekleme süreleri belirlenerek kanunla düzenlenmektedir.

Altta yatan durumdan kaynaklanan rahatsızlık doktor tarafından değerlendirilmedikçe, kozmetik cerrahi teminat paketine dahil değildir.

Sağlık teknolojileri değerlendirmesi (HTA), tüm yeni teknolojileri değerlendirmek için sistematik olarak kullanılmamaktadır ancak yeni ve pahalı ilaçların değerlendirilmesinde daha büyük bir rol oynamaktadır. HTA, yeni ilaçların yararlarını değerlendirmek için bölgeler ve Ulusal Sağlık Kurulu tarafından rutin olarak kullanılmaktadır. Yeni müdahaleler halihazırda kullanılmakta olan müdahalelerden daha maliyetli ise, hastane yönetimi ile bölgenin idari ve siyasi düzeyleri bu sürece dahil edilmektedir.

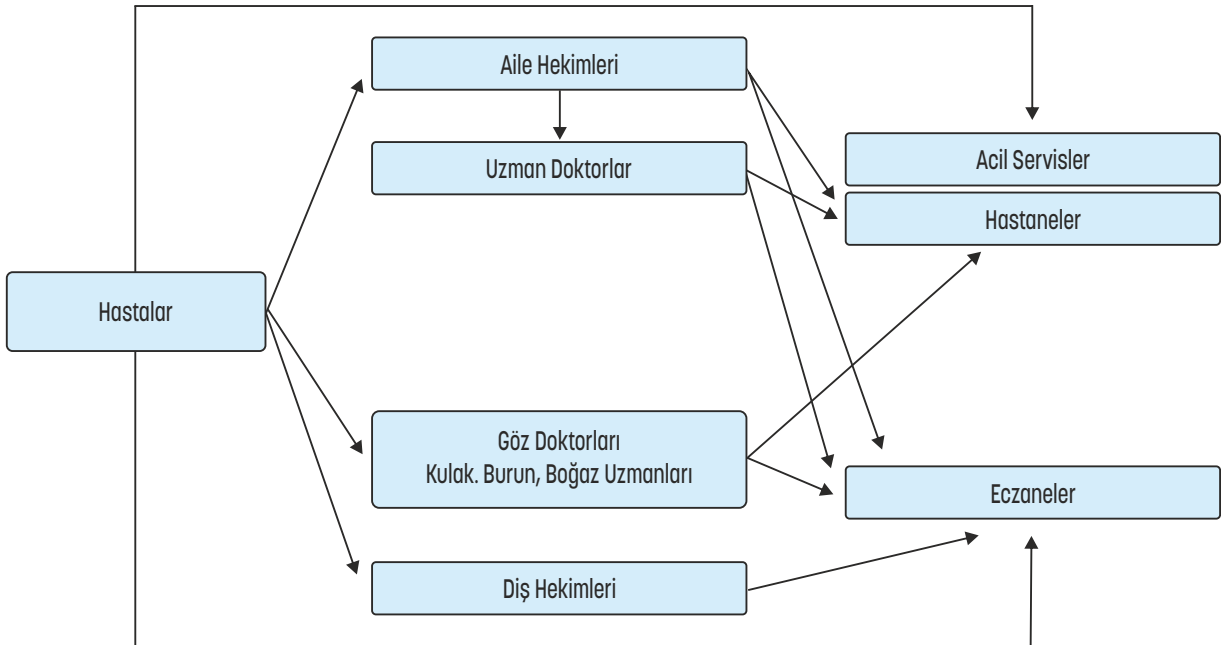
Geleneksel olarak, ilaç tedavisi de dahil olmak üzere hastane bakımı, ücretsiz olarak sağlanırken, hastane dışında verilen bazı hizmetler hasta tarafından kısmen veya tamamen ödenmektedir ve diğer hizmetler bölge veya belediye tarafından kısmen veya tamamen ödenmektedir. Parlamentodaki çoğunluk hangi hizmetlerin sübvansiyon edileceği ve hangi derecede verileceğine karar vermektedir.

1973' ten bu yana, 15 yaşın üzerinde Danimarka' da yasal olarak ikamet eden kişiler, yasal sağlık sisteminde Grup1 ve Grup2 olarak bilinen iki kapsama seçeneği arasında seçim yapabilmıştır.

Grup 1: Neredeyse tüm vatandaşlar bu gruba aittir. Grup 1'de üyeler, evlerinin 15 km yakınında kendi seçtikleri, bölgelerle sözleşme imzalamış olan aile hekimine kayıtlıdır. Grup 1 üyeleri koruyucu, teşhis ve iyileştirici hizmetlere ücretsiz erişime sahiptir. Hastalar önceden sevk edilmeden acil servislere, diş hekimlerine, kulak, burun ve boğaz uzmanlarına veya göz doktorlarına danışabilirler, ancak doktorları diğer tüm tıbbi uzmanlıklara, fizyoterapi ve hastane tedavilerine erişim için onları yönlendirmelidir. Aile hekimi veya uzmanla görüşmek ücretsizdir. Kulak, burun ve boğaz uzmanları veya göz doktorları dışındaki uzmanlardan tedavi isteyen ve aile hekimi başvurusu olmayan hastalar tam ücreti ödemekle yükümlüdür. Grup 1'deki bir kişi, yerel makamlarla iletişime geçtikten sonra aile hekimini değiştirme olanağına sahiptir.

Grup 2: Bireyler herhangi bir sözleşmesiz aile hekimine ve herhangi bir uzmana sevksiz danışabilmektedir. Bu grubu seçenlerin doktor ücretlerinin sadece bir kısmı ödenmektedir. Hastane tedavileri ücretsizdir. Yılda bir kez grup değiştirme mümkündür. Ancak bir kişi tekrar grup değiştirmek isterse, bireyin 12 ay boyunca Grup 1 veya 2'de olması gerekir. Hem Grup 1 hem de Grup 2 üyeleri için hastane tedavisi sevk gerektirir, ancak ücretsizdir. Hasta bakım yolu Şekil 2'de gösterilmektedir. Bu örnek yalnızca Grup 1 kapsamına seçeneğini (nüfusun %99'u) seçen vatandaşlar için geçerlidir ve ülke genelinde aynıdır.

Şekil 2: Hasta Bakım Yolları Grup 1



KAYNAK: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/160519/e96442.pdf?ua=1

Aile hekimleri hastaları hastaneye ve uzman tedaviye sevk etmektedirler. Bu genellikle hastanın aile hekimlerine danışarak sağlık hizmeti arama sürecine başladığı anlamına gelmektedir. Sevk gerekiyorsa, hastanenin gerekli hizmetleri sunması ve aile hekimi tarafından ilgili olduğu düşünülen uzmanlık düzeyinde olması şartıyla hastalar tüm kamu hastanelerini seçmekte serbesttir. Aile hekimi bekleme süresi, kalite ve özel ihtiyaçlar gibi bilgilere dayanarak hangi hastaneye gideceğini hastaya bildirebilir. Hasta ayrıca özel bir hastanede tedavi edilmeyi seçebilir, bu durumda tedavi ücretini kendi karşılamaktadır. Bazı hastaların bu ücretlerin bir kısmını veya tamamını karşılayabilecek özel sağlık sigortaları vardır. Muayene veya tedavi için bekleme süresi bir ayı aşarsa, hasta özel durumlarda özel hastanelerde veya kliniklerde ve yurtdışındaki hastanelerde gerekli hizmetleri alabilmektedir. Bununla birlikte, bu seçimin kullanımı için bir ön koşul olarak, seçilen hastane veya kliniğin gerekli tedavi konusunda bölge ile anlaşması gerekmektedir. Hayatı tehdit eden hastalıkları olan hastalar, bu tür tedavi kamu hastanelerinde mevcut değilse, Danimarka'daki veya yurt dışındaki özel hastanelerde deneysel tedavi için bölgeler tarafından yönlendirilebilmektedir.

Hastaları bir hastaneye veya bir uzmana yönlendirmenin yanı sıra, aile hekimleri hastaları, gerektiğinde, örneğin evde bakım sağlanacak şekilde tedavi için, bölge ile sözleşmesi olan diğer sağlık profesyonellerine yönlendirebilmektedir.

Aile hekimleri ve uzmanlar ilaç reçete etmektedirler. Reçeteli ilaç daha sonra eczanelerden satın alınmaktadır. Reçetesiz ilaçlar sadece öksürük, kaslarda ağrı gibi küçük sağlık sorunları için kullanılabilir. Diş bakımı 18 yaşına kadar ücretsizdir, daha sonra tedavi maliyetinin bir kısmı devlet tarafından karşılanmaktadır. Yine de diş muayenelerinin, koruyucu tedavilerin, çürük tedavisinin, periodontal hastalığın, kök çürümesinin ve diş çekimi maliyetlerinin karşılanmasına yardımcı olmak için kamu finansmanı sağlanmaktadır.

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

Bağımsız özel hastaneler/klinikler ile hastaların kısa bekleme süreleri olan sağlık hizmet sunucularını seçebilmeleri için özel hastaneler/kliniklerle bölgeler arasındaki ilişkiler oldukça dinamikdir. 2007 yılında bir aylık bekleme süresi garantilerinin getirilmesinden bu yana ilişkiler Danimarka Bölgeleri ile özel hastaneler arasında ulusal düzeyde müzakereler yapılmaktadır. Müzakere sona erdiğinde ulusal hükümet tarafından merkezi fiyat belirleme yoluyla ve belirli sayıda özel muayene veya tedavi için bölgelere göre ihale davetleri ile yönetilmektedir. Ulusal hükümet, özel hastaneler ve klinikler arasındaki ilişkide önemli bir rol oynamıştır ve halen büyük bir rol oynamaktadır.

Bölgelere ait olan ve yönetilen devlet hastaneleri, klinik üretim, hizmet düzeyi ve finansal kaynaklar için ayrıntılı hedefler dahilinde çalışmaktadırlar. Hastane veya bölüm düzeyindeki yöneticiler bütçeden saparsa, bölge tarafından işten çıkarılabilmektedirler. Aile hekimleri, tıp uzmanları veya bağımsız olarak çalışan diğer sağlık hizmeti sunucuları resmi hedeflerden saparsa, temsilcileri bölge ile sapmalar ve sapmaların arkasındaki nedenler hakkında görüşmeler yapabilmektedirler.

2.3. Cepten ödemeler- Maliyet paylaşımı

Hastalar, aile hekimleri hariç diş bakımı, fizyoterapi, psikiyatrik hizmetler ve hastane dışındaki diğer sağlık hizmeti sunucularının maliyetinin bir kısmı için cepten ödeme yapmaktadırlar. Diş bakımı için geri ödenen miktar, gerçekleştirilen uygulamaya bağlıdır, ancak genellikle toplam maliyetin sadece küçük bir kısmı geri ödenmektedir.

Hastanelerde reçetelenen ilaçlar ücretsizken, pratisyen hekimler tarafından verilen ilaçlar için katılım payı alınmaktadır. Bu oran, bir yıl içinde hastanın ödediği ilaç maliyetine bağlıdır.

Hastanın ilaç maliyeti 136 €'yu aşmazsa, hasta geri ödeme alamaz (18 yaşın altındaki hastalar ilaç maliyetlerinin %60'ını geri almaktadırlar); ilaç maliyeti 136 € -226 € arasında olanlar %50 geri ödeme almaktadır (18 yaşın altındaki hastalar, %60); ilaç maliyeti 226 €-492 € arasında olanlar yaşlarından bağımsız olarak %75 oranında geri ödeme almaktadır; ilaç maliyeti 492 € üstünde olan hastalara %85 oranında geri ödeme yapılmaktadır. Kalıcı veya yüksek ilaç kullanım düzeyine sahip kronik hastalar, yıllık 2.668 € tavanın üzerindeki herhangi bir harcama için tam geri ödeme için başvurabilirler. (18 yaşın altındakiler için 3.272 €)

Belediyeler emeklilerin ilaç maliyetlerinin bir kısmını, emekli maaşlarına bağlı olarak ödemektedirler. Emekliler, mali yardım için belediyelerine başvurabilmektedirler. Çok düşük geliri olan hastalar, duruma göre kısmi geri ödeme alabilmektedirler.

Eczanelerin hem kamu sektörünün hem de hastaların ilaç maliyetlerini azaltmak için aile hekimleri tarafından reçete edilen ilaç yerine en ucuz jenerik ilacı ikame etmeleri gerekmektedir.

Kullanıcı ücretleri, sağlık hizmetlerine olan talebi azaltmanın, sağlık sektörü kaynaklarının daha verimli kullanımını teşvik etmenin ve geliri artırmanın bir aracı olarak önerilmiştir. Açık bir politika mevcut değildir, ancak kullanıcı ücretleri ile ilgili kararlar ulusal hükümet tarafından alınmaktadır. Buna ek olarak, birçok kişi yüksek ilaç maliyetleri riskini azaltmak ve zaman içinde hastaneler dışında reçete edilen ilaçların maliyetini dengelemek için özel sağlık sigortası satın almaktadır.

3- GERİ ÖDEME SİSTEMİ

3.1. Sağlık hizmetleri ve sağlık çalışanları için ödeme

Çoğu sağlık hizmeti sunucusu hizmet başına ödeme yöntemi ile finanse edilmektedir. Bununla birlikte, hizmet başına ödeme, bölgelerin harcamalarını bütçeleri dahilinde tutabilmeleri için ciroya ilişkin üst sınırları içermektedir.

Doktorlar, hemşireler, ebeler, fizyoterapistler, laboratuvar teknisyenleri, psikologlar ve benzerleri de dahil olmak üzere bölgelerdeki hastanelerde çalışan sağlık çalışanlarının maaşları Bölgeler Ücret ve Tarifeler Kurulu ve çalışanların sendikaları tarafından müzakere edilmektedir. Kurul, her biri bölgesel bir konsey üyesi olması gereken beş bölgenin her birinden bir temsilci, Danimarka Yerel Hükümeti tarafından atanan (her biri bir belediye meclisinin üyesi olması gereken) iki temsilci, Maliye Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı temsilcisinden oluşmaktadır. Aile hekimleri gelirlerinin neredeyse tamamını bulunduğu bölgeden almaktadır.

Huzurevlerinde veya evde bakımda çalışan hemşireler ile okul kliniklerinde çalışan dişhekimleri de dahil olmak üzere belediyeler tarafından istihdam edilen sağlık çalışanları için maaşlar, Yerel Yönetim, Danimarka ve ilgili sendikalar arasında müzakere edilmektedir.

Tablo 2'de sağlık hizmeti sunucularına ödeme mekanizmaları gösterilmektedir.

Tablo 2: Sağlık Hizmeti Sunucularına Ödeme Mekanizmaları

SAĞLIK HİZMETİ	ÖDEYİCİLER		
	Bölgesel Sağlık Hizmeti	Özel Sağlık Sigortaları	Doğrudan Ödeme
Aile Hekimleri	Kişi başına ödeme Hizmet başına ödeme		Hizmet başına ödeme
Hastane dışında çalışan uzmanlar	Hizmet başına ödeme	Hizmet başına ödeme	Hizmet başına ödeme
Fizyoterapistler, psikologlar ve diş hekimleri	Hizmet başına ödeme	Hizmet başına ödeme	Hizmet başına ödeme
Kamu hastaneleri	Global bütçe, Vaka başına Ödeme		
Diğer hastaneler		Hizmet başına ödeme	Hizmet başına ödeme
Diş hekimleri		Hizmet başına ödeme	Hizmet başına ödeme
Eczaneler	Hizmet başına ödeme	Hizmet başına ödeme	Hizmet başına ödeme

KAYNAK: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/160519/e96442.pdf?ua=1

3.2. İlaçların Geri Ödenmesi

1999 yılında, rasyonel reçeteleme konusunda doktorlara rehberlik etmesi için Ulusal Akılcı Farmakoterapi Enstitüsü (Danimarka İlaç Ajansı'nın bir parçası) kurulmuştur. Enstitü, aynı zamanda maliyetler açısından tedavi kılavuzlarını hazırlama işlevine sahiptir. Her bölge, reçeteleri izlemek ve doktorlara rasyonel reçete yazma konusunda tavsiyelerde bulunmak için yerel eczacı ve aile hekimlerini kullanmaktadır. Akılcı Farmakoterapi Enstitüsü, yerel düzeydeki gruplar için eğitim faaliyetlerini koordine etmektedir. Ayrıca, 2003 yılında tıp doktorlarının rasyonel tedavi seçimini desteklemesi için ulusal bir formüler oluşturulmuştur. Uygulama yönergeleri, çeşitli uzmanlık alanları için tıp fakülteleri ve Danimarka Genel Uygulama Koleji tarafından hazırlanmaktadır. Akılcı Farmakoterapi Enstitüsü, ilaçların rasyonel kullanımı hakkında hem farmakolojik hem de ekonomik açıdan objektif bilgi ve kılavuzlar sağlamayı amaçlamaktadır.

Tıbbi ürünlerin fiyatlandırılması doğrudan kontrol edilmez, ancak müzakerelere tabidir. Jenerik ikame, ilaç harcamalarının büyümesini kontrol etmek için kullanılan araçlardan biridir. Eczacıların, hekim tarafından reçetede aksini açıkça belirtmediği veya hastanın ikameyi reddetmediği durumlarda, doktor tarafından reçete edilen ilacın en ucuz veya en ucuza yakın jenerik ilacı ikame etmesi gerekmektedir. Biyolojik eşdeğerleri kanıtlanmış ve pazarlama izinleri verilmişse, aynı miktarda aynı aktif maddeyi içeren ürünler arasında genel ikame mümkündür.

Bir ilacın geri ödenmesi ana endikasyona dayanmaktadır; ancak, diğer ikincil göstergeler de geri ödeme yapılmasını gerektirmektedir. Bazı ilaçlar sadece belirli hastalıklar için geri ödenmektedir. İlacın terapötik etkisi, katma değeri ve yan etkileri, geri ödemeye karar verirken dikkate alınan faktörlerdir. Fiyat karşılaştırmaları ve ekonomik değerlendirmeler de karar verme sürecinin bir parçasıdır. Danimarka İlaç Ajansı her bir ilacın geri ödeme durumuna karar vermektedir. Danimarka İlaç Ajansı, ilaç ve tıbbi cihazlarla ilgili mevzuattan, yeni ürünlerin onaylanmasından, klinik araştırmalardan, hangi ilaçların geri ödenmesi gerektiğine karar vermekten ve ilaç üreten ve dağıtan şirketlerden sorumludur. Geri Ödeme Komitesi, belirli bir ilacı geri ödeyip ödememe konusunda herhangi bir karar vermeden önce Danimarka İlaç Ajansı'na tavsiyede bulunmaktadır. Genel olarak, kesin ve terapötik etkiye sahip ilaçlar uygun bir endikasyon için kullanıldıklarında geri ödeme yapılmaktadır. Genellikle, reçeteye tabi olan ilaçlar geri ödeme için uygundur. Bir ilaç geri ödeme kriterlerini karşılarsa bile, ilacın belirli özellikleri, spesifik kullanımı veya reçete edilme şekli geri ödeme yapılmamasına neden olabilmektedir. İlaçların geri ödenmesi için sabit bir yüzde yoktur, ancak geri ödeme hastanın yıllık ilaç masraflarıyla ilgilidir. Nisan 2005' ten itibaren geri ödeme, en ucuz jenerik ürüne göre hesaplanmaktadır.

İlaç şirketleri ürünleri için resmi fiyatlar belirlemede özgürdür. Bununla birlikte, Danimarka İlaç Endüstrisi Birliği üyeleri, Dernek, Sağlık Bakanlığı ve Danimarka Bölgeleri arasında fiyat sınırı anlaşmasına tabidir. Tedarik ve fiyatlandırma prosedürleri birinci ve ikinci basamak sağlık sektörleri arasında farklılık göstermektedir.

Devlet hastanelerinde, tüm ilaçların %99'u bölgelere ait ilaç alım hizmeti Amgros aracılığıyla satın alınmaktadır. Bölgeler hastanelerde kullanılan tüm ilaçları ödemektedir, böylece kabul edilen hastalar ücretsiz olarak ilaç kullanmaktadırlar. Birinci basamak sağlık sektöründe, ilaçların fiyatı rakip ürünler arasında değişmektedir, ancak belirli bir ürün için fiyatlar ülke çapında aynıdır ve fiyat şeffaflığı sağlanmaktadır. Merkezi bir otorite (Geri Ödeme Komitesi), belirli bir ilacın maliyetinin hastalar için kısmen geri ödenebilir olup olmadığına karar vermektedir.

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

Türkiye' de Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından sunulan sağlık sigortacılık sistemi Danimarka' da Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmektedir. Danimarka sağlık sisteminde, sağlık hizmetlerine ilişkin sorumluluk, bölgeler ve belediyelere aittir. Devlet düzeyinde mevzuat hazırlama ve sağlık sektörü için yönetmelikler çıkarma Sağlık Bakanlığı' na aittir. Sağlık Bakanlığı sağlık personeli ve kurumlarının denetlenmesinden ve farklı bakanlıklara, bölgelere ve belediyelere sağlık konularında tavsiyelerde bulunmaktan sorumludur. Bölgesel düzeyde Danimarka, beş bölgeden seçilmiş politikacılar kurulu tarafından yönetilmektedir. Bölgeler hastaneler, doğum öncesi bakım (prenatal bakım) merkezlerine, toplum psikiyatri birimlerine sahiptir ve onları işletmektedir. Aile hekimlerini sağlık uzmanlarını, fizyoterapistleri, diş hekimleri ve eczacılığı finanse etmektedirler. Belediye düzeyinde, her dört yılda bir seçilen konseyler tarafından yönetilmektedir. Huzurevleri, evde bakım, okul sağlık hizmetleri, bazı gruplar için diş bakımı, belediye diş hekimleri, korunma ve sağlığın teşviği ve geliştirilmesi, özel ihtiyaç sahibi kişiler için kurumlar gibi hizmetlerin verilmesinden sorumludurlar. 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.

Danimarka' da nüfusun tamamı sağlık sigortası kapsamındadır. Danimarka' da ikamet eden kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkına sahiptir. Vatandaşlar, yasal sisteme katkıda bulunmamayı seçemezler. 2019 yılı OECD verilerine göre Türkiye' de ise nüfusun %99'u sağlık sigortası kapsamındadır. SGK verilerine göre bu oran 2022 yılı için %98,6 olarak gerçekleşmiştir. 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 olunmayanların genel sağlık sigortasından yararlanmaları için aylık 194,13 TL ödemeleri yeterlidir.

Sağlık sigorta sisteminin finansmanı genel olarak Türkiye' de vatandaşlar tarafından ödenen primler ve devlet katkısı ile sağlanmaktadır. Danimarka' da ise, sağlık sektörünün temel finansmanı belediye ve devlet vergilendirmesinden oluşmaktadır. Devlet bölgeleri ve belediyeleri sübvansede etmektedir.

Danimarka' da aile hekimleri hastaları hastaneye ve uzman tedaviye sevk etmektedirler. Bu genellikle hastanın aile hekimlerine danışarak sağlık hizmeti arama sürecine başladığı anlamına gelmektedir. Sevk gerekiyorsa, hastanenin gerekli hizmetleri sunması ve aile hekimi tarafından ilgili olduğu düşünülen uzmanlık düzeyinde olması şartıyla hastalar tüm kamu hastanelerini seçmekte serbesttir. Türkiye' de ise sevk zorunluluğu bulunmamakta olup yalnızca basamaklarda 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 alınmaktadır. Türkiye' de katılım payı yüzdesi %20, Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişilerden %10 olarak değişmektedir. Ayrıca, eğer reçeteli bir ilacın fiyatı referans fiyatını aşarsa, hasta farkı tam olarak ödemektedir. Danimarka' da hastanın ilaç maliyeti 136 €'yu aşmazsa, hasta geri ödeme almaz (18 yaşın altındaki hastalar ilaç maliyetlerinin %60'ını geri almaktadırlar); ilaç maliyeti 136 € -226 € arasında olanlar %50 geri ödeme almaktadırlar (18 yaşın altındaki hastalar, %60); ilaç maliyeti 226 €-492 € arasında olanlar yaşlarından bağımsız olarak %75 oranında geri ödeme almaktadırlar; ilaç maliyeti 492 € üstünde olan hastalara %85 oranında geri ödeme yapılmaktadır. Kalıcı veya yüksek ilaç kullanım düzeyine sahip kronik hastalar, yıllık 2.668 € tavanın üzerindeki herhangi bir harcama için tam geri ödemeye başvurabilmektedirler. (18 yaşın altındakiler için 3.272 €) Türkiye'de ise kronik hastalığı olanlar (örn: kanser, hipertansiyon, diyabet) katılım payından muafırlar.

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

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

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

	DANİMARKA	TÜRKİYE	OECD
Nüfus, (2020)	5.831.404	84.339.067	-
Kişi başına düşen GSYİH, (\$), (2020)	61.063	8.536	-
Asgari ücret tutarı, (\$), (2020), (aylık)	-	420	-
Cari sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı, (%), (2019)	9,9	4,3	8,8
Kişi başına düşen sağlık harcaması, (\$), (2019)	5.478	1.267	4.087
Kişi başına düşen ilaç harcaması, (\$), (2019)	301	-	571
Doğuşta beklenen yaşam süresi kadın, Doğuşta beklenen yaşam süresi erkek, (yıl), (2019)	83,5 79,5	81,3 75,9	83,6 78,3
Sigorta tarafından kapsanan nüfus oranı, (%), (2019)	100	99*	98
1.000 Kişiye düşen doktor sayısı, 1.000 Kişiye düşen hemşire sayısı, 1.000 Kişiye düşen yatak sayısı, (2019)	4,2 10,1 2,6	2,0 2,4 2,8	3,6 8,8 4,4
Toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı, (%) (2019)			
1- Kamu sağlık harcaması oranı, (%)	83	77	74
Merkezi hükümet/bölgesel, yerel yönetimler sağlık harcaması oranı, (%)	83	23	35
Sosyal sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	-	54	39
2- Cepten yapılan sağlık harcaması oranı, (%)	14	17	20
3- Gönüllü sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	2	3	5
4- Diğer harcamaların oranı, (%) **	-	2	1
Hanehalkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı, (%), (2019)	3,1	1,3	3,1

* SGK verilerine göre 2022 yılı itibarıyla %98,6'dır.
** Ülkede geçici olarak ikame edenlere ait sağlık harcamaları

KAYNAK:

1. Health at a Glance 2021 OECD Indicators
2. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?view=map> Erişim Tarihi: Nisan 2022
3. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD> Erişim Tarihi: Nisan 2022
4. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=RMW> Erişim Tarihi, Nisan 2022

KAYNAKLAR

- 1- <https://www.hspm.org/countries/denmark27012013/livinghit.aspx?Section=1.1%20Geography%20and%20sociodemography&Type=Section>
- 2- <https://laegemiddelstyrelsen.dk/en/reimbursement/>
- 3- <http://www.sum.dk/English.aspx>
- 4- http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/160519/e96442.pdf?ua=1
- 5- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6634267/>
- 6- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31372058/>
- 7- https://www.sum.dk/English/ /media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2016/Healthcare-in-dk-16-dec/Healthcare-english-V16-dec.ashx
- 8- Health at a Glance 2019 OECD Indicators
- 9- <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD?end=2018&start=1960>
- 10- <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL>
- 11- <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=RMW>
- 12- <https://tools.ispor.org/htaroadmaps/Denmark.asp>
- 13- https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip105_en.pdf



FRANSA SAĞLIK ve GERİ ÖDEME SİSTEMİ

ÖZET

Fransa sağlık sistemi, gelirleri ve sağlık durumları fark etmeksizin herkesi koruma altına almayı amaçlamaktadır. Fransa' da yasal ikamet hakkına sahip herkes sigorta kapsamındadır. Sistem, vergilerle ve isteğe bağlı tamamlayıcı hastalık sigortaları ile desteklenen ulusal sosyal sigorta sistemi üzerine kuruludur. Fransız sağlık sistemi vergilerle, primlerle ve genel sosyal katkı (bir çeşit gelir vergisi) ile finanse edilmektedir.

Fransa' da sağlık hizmeti sunumu, hizmet başına ödeme yapılan doktorlar, devlet hastaneleri, kâr amacı gütmeyen özel hastaneler ve özel kâr amacı güden hastaneler arasında paylaşılmaktadır. Sağlık sektörü ve sosyal sektörün yanı sıra, yaşlı ve engelli insanlara bakım ve hizmet sağlayan "üçüncü" sektör olarak bilinen bir sağlık ve sosyal bakım sektörü de vardır.

Fransa' da sevk zinciri uygulaması bulunmaktadır. Fransız vatandaşları bir aile hekimi seçip, sağlık hizmeti alabilmektedir. Ayrıca hekim isterse hastayı başka bir doktora da sevk edebilmektedir. Sigortalı kişi 16 yaşından büyük olması kaydıyla aile hekimini seçip değiştirme hakkına sahiptir. Aile hekimine kaydolmayan veya kendi aile hekimi yerine başka bir hekimden sağlık hizmeti alanlar daha az geri ödeme almaktadırlar.

Fransa' da ilaç geri ödeme sisteminde pozitif liste vardır. Fransa' da ilaçların çoğu %65 oranında kapsamaktadır, ancak bu, hayati öneme haiz ilaçlar veya yüksek fiyatlı ilaçlar için %100 ile tıbbi faydasının düşük olduğu düşünülen ilaçlar için %15 arasında değişmektedir. (%100: ciddi ve/veya kronik hastalıklar, %65: ciddi hastalıklarda büyük klinik yararı olan ilaçlar, %30: ciddi hastalıklarda daha az klinik yarar sağlayan ilaçlar ve ciddi olmayan hastalıkta klinik yarar sağlayan ilaçlar, %15: ciddi hastalıklarda zayıf klinik yararı olan ilaçlar ve ciddi olmayan hastalıkta klinik yarar sağlayan ilaçlar). Ayrıca yıllık olarak kişi başı 50 € tavan limit olmak üzere, ilaç paketi başına 0,5 € sabit katılım payı söz konusudur.

ÜLKE TANITIMI

Ülkenin Demografik Özellikleri ve Sağlık Göstergeleri

Fransa Cumhuriyeti Batı Avrupa'da bulunan ve dünyanın pek çok bölgesinde deniz aşırı toprakları olan bir ülkedir. Fransa'nın resmi dili Fransızca, başkenti Paris'tir. Fransa, resmi para birimi olarak Euro (€) kullanmaktadır. Fransa, yarı başkanlık sistemiyle yönetilmektedir. Fransa'da devlet yönetiminin iki kanadı vardır: Fransa Cumhurbaşkanı ve Hükümet. Ülkenin cumhurbaşkanı ülke çapında 18 yaşını doldurmuş ve oy kullanma hakkı olan tüm seçmenler tarafından beş yıllık dönem için seçilmektedir. Hükümet ise cumhurbaşkanı tarafından atanan bir başbakan tarafından yönetilmektedir. En fazla iki dönem görev yapabilen Cumhurbaşkanı geniş yetkilere sahiptir. Başta dış politika olmak üzere, siyasi yetkileri bulunan, ancak parlamentoya karşı sorumluluk taşımayan Cumhurbaşkanı hükümetin işleyişinin içinde olmakla birlikte, Bakanlar Kurulu adına parlamentoya karşı sorumluluk Başbakan'dadır.

Fransa nüfusu 2020 yılı itibarıyla yaklaşık 67 milyondur. Fransa'da nüfus giderek yaşlanmaktadır. Doğum oranlarının düşmesi ve beklenen yaşam süresinin uzaması Fransa'nın nüfusunun giderek yaşlanmasına neden olmaktadır. Beklenen yaşam süresi erkeklerde 79,9, kadınlarda 85,9'dur.

Fransa'da 2019 yılı itibarıyla 1.000 kişiye düşen doktor sayısı 3,2 OECD ortalaması ise 3,6'dır. 1.000 kişiye düşen hemşire sayısı 11 OECD ortalaması ise 8,8'tür. 1.000 kişiye düşen yatak sayısı 5,8, OECD ortalaması ise 4,4'dür.

2019 yılı verilerine göre, Fransa nüfusunun tamamı sağlık sigortası kapsamındadır. Cari sağlık harcamalarının gayri safi yurtiçi hasıla içindeki payı 2019 yılı itibarıyla %11,1 olarak gerçekleşmiştir. OECD ortalaması %8,8'dir. Kişi başına düşen sağlık harcaması ise 2019 yılında 5.274 \$ olarak gerçekleşmiştir. OECD ortalaması ise 4.087 \$ olarak gerçekleşmiştir. Fransa'da uygulanan asgari ücret tutarı 2020 yılı itibarıyla aylık yaklaşık 1.758 \$'dır.

2019 yılı itibarıyla, hane halkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı %2 olarak, OECD ortalaması ise %3,1 olarak gerçekleşmiştir.

2019 yılında, sosyal sağlık sigortası toplam sağlık harcamalarının %78'ini finanse etmiştir. Fransa'nın evrensel bir kamu sağlık sigortası sistemi varken, sağladığı kapsam tam değildir. Fransa nüfusunun %95'inden fazlası, sağlık harcamalarının %6'sını kapsayan gönüllü sağlık sigortasına sahiptir. Toplam sağlık harcamalarının %9'u cepten yapılan sağlık harcamalarından oluşmaktadır.

Tablo 1: Ekonomi ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması

	FRANSA	OECD
Nüfus, (2020)	67.391.582	-
Kişi başına düşen GSYİH, (\$), 2020)	39.030	-
Asgari ücret tutarı, (\$), (2020, (aylık)	1.758	-
Cari sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı, (%), (2019)	11,1	8,8
Kişi başına düşen sağlık harcaması, (\$), (2019)	5.274	4.087
Kişi başına düşen ilaç harcaması, (\$), (2019)	589	571
Doğuştaki beklenen yaşam süresi kadın, Doğuştaki beklenen yaşam süresi erkek, (yıl), (2019)	85,9 79,9	83,6 78,3
Sigorta tarafından kapsanan nüfus oranı, (%), (2019)	100	-
1.000 Kişiye düşen doktor sayısı, 1.000 Kişiye düşen hemşire sayısı, 1.000 Kişiye düşen yatak sayısı, (2019)	3,2 11,0 5,8	3,6 8,8 4,4
Toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı, (%), (2019)		
1- Kamu sağlık harcaması oranı, (%)	84	74
Merkezi hükümet/bölgesel, yerel yönetimler sağlık harcaması oranı, (%)	6	35
Sosyal sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	78	39
2- Cepten yapılan sağlık harcaması oranı, (%)	9	20
3- Gönüllü sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	6	5
4- Diğer harcamaların oranı, (%) *	1	1
Hanehalkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı, (%), (2019)	2,0	3,1

* Ülkede geçici olarak ikamet edenlere ait sağlık harcamaları

KAYNAK:

1. Health at a Glance 2021 OECD Indicators
2. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?view=map> Erişim Tarihi: Nisan 2022
3. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD> Erişim Tarihi: Nisan 2022
4. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=RMW> Erişim Tarihi, Nisan 2022

ÜLKENİN SAĞLIK ve GERİ ÖDEME SİSTEMİ

1- ORGANİZASYON YAPISI

Fransa sağlık sistemi, yapısal olarak Beveridge hedefleriyle Bismarck yaklaşımına dayanan, sağlık hizmeti finansmanı için gelir bazlı verginin ve devlet müdahalesinin artan önemine dayanan karma bir tiptedir. Zorunlu sağlık sigortası (SHI), çeşitli programlar altında, şu anda yerleşik nüfusun neredeyse tamamını kapsamaktadır.

Hizmet sunumu, hizmet başına ödeme yapılan doktorlar, devlet hastaneleri, kar amacı gütmeyen özel hastaneler ve özel kar amaçlı hastaneler arasında paylaşılmaktadır. Sağlık sektörü ve sosyal sektörün yanı sıra, yaşlı ve engelli insanlara bakım ve hizmet sağlayan "üçüncü" sektör olarak bilinen bir sağlık ve sosyal bakım sektörü de vardır.

Sağlık politikası ve sağlık bakım sisteminin düzenlenmesi açısından yetki, devlet (parlamento, hükümet), zorunlu sağlık sigortası ve özellikle bölgesel düzeyde yerel otoriteler arasında bölünmüştür. Bölgesel düzeyde ana paydaşları (zorunlu sağlık sigortası planları, devlet, sağlık çalışanları ve halk sağlığı aktörleri) temsil etmek üzere çeşitli bölgesel kurumlar oluşturulmuştur. Bununla birlikte, sistemin bölgesel düzeyde daha iyi yönetilmesi, ihtiyaçlara daha iyi yanıt verilmesi ve daha yüksek verimlilik sağlanması amacıyla 2009 yılında Hastane, Hasta, Sağlık ve Bölge Yasası ile bu kurumlar Bölgesel Sağlık Ajansı (ARS) ile birleştirilmiştir. Geleneksel sağlık hizmetlerinin, halk sağlığı, sağlık ve sosyal bakım sektörlerinin de ötesinde Bölgesel Sağlık Ajansı (ARS), sağlık hizmetlerinin toplumun ihtiyaçlarını karşılamasını sağlama sorumluluğuna sahiptir.

Planlama ve düzenleme, sağlık hizmet sunucusu temsilcileri, sağlık, bütçe ve kamu maliyesinden sorumlu bakanlıklar tarafından temsil edilen devlet ve zorunlu sağlık sigortası arasındaki görüşmelerle düzenlenmektedir. Bu müzakerelerin sonucu, parlamento tarafından kabul edilen idari kararlara, yasalara, zorunlu sağlık sigortası ve sağlık hizmeti sunucularının temsilcileri tarafından imzalanan toplu sözleşmelere dönüştürülmektedir. Bunlar arasında Halk Sağlığı Yasası, Sosyal Güvenlik Finansmanı Yasası ve diğer reformlar yer almaktadır. Sağlık harcamalarının ve zorunlu sağlık sigortasının açığının artması, devletin planlama ve düzenlemedeki rolünü 1990'ların ortasından bu yana artırmıştır. Kapasite planlama sorumluluğu merkezi ve bölgesel düzeylerde paylaşılmaktadır. Bölgesel düzeyde, Bölgesel Sağlık Ajansları (ARS), nüfusun ihtiyacına göre hazırlanan Bölgesel Stratejik Sağlık Planı (PSRS) ile yaşlılar ve engelliler için sağlık ve sosyal bakımının yanı sıra nüfusun ayakta tedavi ve hastane bakımını koordine etmektedir. Her sektörün planlama süreci Bölgesel Stratejik Sağlık Planı (PSRS)'na uygun olmalıdır.

Sağlık hizmeti sunucularına SHI tarafından ödeme yapılmaktadır, ancak hastalar sağlık hizmeti sunucularına ödeme yapmak zorunda kalabilmekte ve daha sonra SHI tarafından geri ödeme talep edebilmektedir (örneğin aile hekimi ziyaretleri için). Yasal tarifeler, sağlık hizmeti sunucuları ve SHI arasındaki görüşmeler yoluyla belirlenmekte ve Sağlık Bakanlığı tarafından onaylanmaktadır. Bakımın kalitesi ulusal düzeyde düzenlenmektedir. Hastaneler her dört yılda bir sertifikasyon sürecinden geçmektedir, ancak sağlık çalışanları için resmi bir yeniden sertifikalandırma veya yeniden lisans verme süreci yoktur. Ancak doktor, eczacı, diş hekimi ve ebelerin mesleki sürekli gelişim yoluyla yaşam boyu öğrenme faaliyetlerini takip etmeleri gerekmektedir.

1.1. Devlet ve Kurumlarının Rolü

1.1.1. Parlamento

Parlamento, yıllık olarak Sosyal Güvenlik Finansmanı Yasası' nı, halk sağlığı yasalarını onaylamaktadır. Kaynaklar ve sağlık politikası öncelikleri üzerinde kontrol hakkına sahiptir. Sosyal Güvenlik Finansmanı Yasası, hükümetin raporlarına dayanılarak tasarlanmaktadır. Hükümet raporları aşağıda sayılan kurullar tarafından hazırlanmaktadır.

1- Devletin ve sosyal güvenlik kuruluşlarının izlenmesinden sorumlu, bağımsız bir kamu kurumu olan Denetçi Ofisi (kamu fonlarının yeterli olup olmadığının kontrolünü yapmaktan ve uygun kullanımını sağlamaktan sorumludur.)

2- Sağlık Sigortasının Geleceği için Yüksek Kurul (HCAAM);

3- Halk Sağlığı Yüksek Kurulu (HCSP);

4- Ulusal Sağlık Konferansı.

Parlamento ayrıca, işverenlerin, yararlanıcıların ve çalışanların katkı oranlarına ve hükümetin önerdiği belirli bir vergilendirmeye dayalı olarak bütçenin gelir tarafını da onaylamaktadır.

1.1.2. Sağlıktan Sorumlu Bakanlık

Bakanlık aşağıdaki sorumluluklara sahip dört müdürlükten oluşmaktadır:

- Sağlık politikasını denetleyen Sağlık Genel Müdürlüğü;
- Tüm sağlık bakım sisteminin insan ve sermaye kaynaklarını yöneten Sağlık Bakım Arzı Genel Müdürlüğü;
- Parlamento tarafından geçirilen yıllık Sosyal Güvenlik Finansmanı Yasası' nın hazırlanması da dahil olmak üzere, sosyal güvenlik sisteminin politikalarından, yönetiminden ve finansmanından sorumlu olan Sosyal Güvenlik Müdürlüğü;
- Yaşlılar, engelliler veya savunmasız insanlar için sağlık ve sosyal bakımdan sorumlu olan Sosyal Politika Genel Müdürlüğü.

2014' ten bu yana Sağlıktan Sorumlu Bakanlık sosyal işler ve kadın haklarından da sorumludur. Sağlıktan Sorumlu Bakanlık, Halk Sağlığı Yasası çerçevesinde halk sağlığı ve sağlık sisteminin düzenlenmesi ve finansmanı alanlarında hükümet politikasının hazırlanmasından ve uygulanmasından sorumludur. Parlamento tarafından oluşturulan genel çerçeveye dayanarak sağlık harcamalarının düzenlenmesini kontrol etmektedir. Özel sorumlulukları şunlardır:

- Bütçeli harcamaları farklı sektörler (hastaneler, ayakta bakım, ruh sağlığı hizmetleri, engelliler için sosyal ve sağlık sektörü) ve hastaneler açısından bölgeler arasında dağıtılması;
- Her yıl tıp fakültesine alınacak tıp öğrencisi sayısına, hastane yatağı sayısına ve pahalı tıbbi teknolojiler dahil olmak üzere tıbbi ekipman miktarına karar vermek;
- T2A (Faaliyete dayalı ödeme/Activity-based payment) sistemi altındaki kamu ve özel hastaneler için tarifelerin belirlenmesi;
- SHI ve serbest çalışan sağlık profesyonellerini temsil eden sendikalar arasında imzalanan anlaşmaları onaylamak;
- Fransız Ulusal Sağlık Kurumu (HAS) geçici komisyonlarından gelen tekliflere dayanarak ilaçların ve cihazların fiyatlarının belirlenmesi;
- Hastanelerde güvenlik standartları oluşturmak;
- Ulusal programlar için öncelikli alanların tanımlanması.

1.1.3. Fransa Biyomedikal Ajansı

İnsan biyolojisi alanında faaliyet gösteren bir kamu kuruluşudur. Bunlar; yardımcı üreme teknolojileri, doğum öncesi ve genetik tanı; embriyo ve kök hücre araştırması ve organ, doku ve hücrelerin tedarik edilmesi ve naklidir.

1.1.4. Fransa Ulusal İlaçlar ve Sağlık Ürünleri Güvenliği Ajansı (ANSM)

Sağlık ürünleri ile ilgili imalattan pazarlamaya kadar alınan tüm güvenlik kararları için yetkili otoritedir. Dört temel görevi gerçekleştirmektedir: (1) bilimsel değerlendirme, (2) laboratuvar gözetimi ve reklam düzenlemesi, (3) sanayi alanlarının denetimi ve (4) sağlık çalışanları için bilgi. ANSM ayrıca, ilgili tüm ürünlerle ilgili faaliyetleri de koordine etmektedir.

1.1.5. Fransız Kan Ajansı

Fransa' daki kan nakli için tek ajanstır ve görevi Fransa genelinde kırmızı kan hücrelerinin, trombositlerin ve plazmanın mevcudiyetini ve güvenliğini sağlamaktır.

1.1.6. Fransa Halk Sağlığı İzleme Enstitüsü (INVS)

Enstitü, halk sağlığının tüm alanlarında gözetimden sorumludur. Görevleri, insan kullanımına yönelik ürünlerin güvenliği de dahil olmak üzere, sağlık koşullarının, sağlık gözetiminin ve sağlık uyarılarının sürekli izlenmesini içermektedir.

1.1.7. Ulusal Önleme ve Sağlık Eğitimi Enstitüsü (INPES)

Enstitü, hükümetin halk sağlığı politikası çerçevesinde önleme ve sağlık eğitimi konularında politika uygulamaktan sorumludur. Ayrıca, genel nüfusun sağlığı üzerinde ciddi sonuçları olan acil durum veya istisnai durumların yönetimi görevi de vardır.

1.1.8. Sağlık Acil Durum Hazırlık ve Müdahale Ajansı (EPRUS)

Ajans, büyük bir sağlık krizi durumunda sağlık personelinin organizasyonunu ve dağıtımını kolaylaştırarak Fransa' da ve tüm dünyada ciddi sağlık tehditlerine yanıt vermek için kurulmuştur. Aynı zamanda Fransa'nın stratejik ilaç stokunu da yönetmektedir.

1.1.9. Fransız Gıda, Çevre ve İş Sağlığı Güvenliği Ajansı (ANSES)

Gıda, çevre ve iş yerindeki riskleri izleme, araştırma ve soruşturma yoluyla değerlendirmektedir.

1.1.10. Radyasyondan Korunma ve Nükleer Güvenlik Enstitüsü (IRSN)

2002 yılında kurulmuştur ve çevre, sağlık, sanayi, araştırma ve savunma bakanlıklarının ortak yetkisi altındadır. IRSN' nin uzmanlık alanı, endüstride ve tıpta kullanılan iyonlaştırıcı radyasyonların yanı sıra doğal radyasyon ışınlarıyla ilgili tüm riskleri kapsamaktadır.

1.1.11. Hastane Bakımı Bilgi Ajansı

Tüm hastane kayıtlarından sistematik olarak toplanan ve hastane planlama ve finansmanı için kullanılan bilgileri yönetmektedir.

1.1.12. Sağlık ve Sosyal Bakım Kuruluşlarının Performansını Destekleyen Ulusal Ajans (ANAP)

Bölgesel sağlık ajanslarına (ARS) ve sağlık ve sosyal bakım kuruluşlarının performansının izlenmesinde, sağlık hizmeti sunumu, dağıtımının stratejik planlamasında Sağlık Bakanlığına destek sağlamaktadır. Hastanelerin ve sosyal bakım kuruluşlarının performansını izlemek ve iyileştirmek için araçların geliştirilmesi de ANAP' ın görevidir.

1.1.13. Ulusal Sağlık ve Sosyal Bakım Kuruluşları ve Hizmetlerinin Kalite Değerlendirmesi Ajansı

Görevi, sağlık ve sosyal bakımda, hasta haklarının teşvik edilmesini ve özellikle engelli kişiler, çocuklar, gençler ve yaşlılar gibi savunmasız gruplarda kötü muameleyi önlemek için tedbirlerin geliştirilmesini içeren bir "empatik tedavi" ortamını teşvik etmektir. Ajans, sağlık ve sosyal bakım sektörü için uygulama kılavuzları hazırlamakta, kuruluşları ve hizmetleri değerlendirmektedir.

1.1.14. Ulusal Kanser Enstitüsü (INCA)

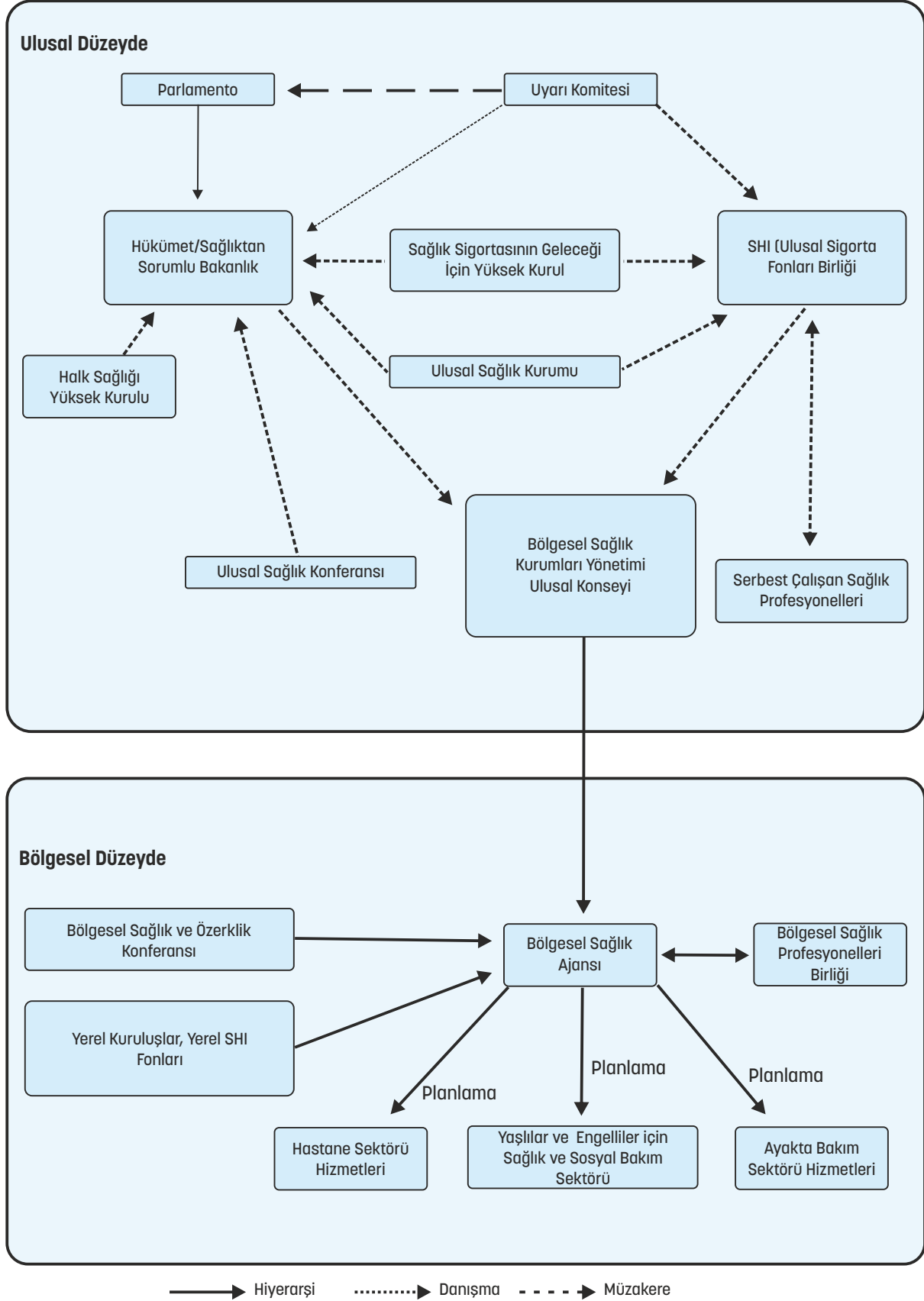
Kanser için ulusal sağlık ve bilim kurumu olup, kanser ve bilimsel programlama, projelerin değerlendirilmesi ve finansmanı alanında uzmanlık sağlamaktadır. Esas olarak tedavi alanında uzmanlık sağlamakta ve klinik kılavuzlar geliştirmektedir. Kanserde araştırma ve gelişmeyi finanse etmekte ve kanser alanında tıp eğitiminin devam etmesine katkıda bulunmaktadır.

1.1.15 Fransız Ulusal Sağlık Kurumu (HAS)

HAS sağlık sisteminin kalitesini ve verimliliğini artırmak için 2005 yılında kurulan bağımsız bir kurumdur. Başlıca görevleri; ilaçların ve tıbbi cihazların tıbbi ve ekonomik açıdan değerlendirilmesi; bakım kalitesi için kanıta dayalı uygulamaların ve göstergelerin geliştirilmesi ve yayılması ve hastanelerin ve sağlık profesyonellerinin akreditasyonudur. Devlet sağlık kurumları, SHI fonları, araştırma kuruluşları, sağlık profesyonelleri birlikleri ve hasta temsilcileri ile yakın ilişki içindedir. Gündemi, Fransa Cumhuriyeti, Ulusal Meclis, Senato ve Ekonomik ve Sosyal Konsey başkanları tarafından belirlenen sekiz direktörden oluşan bir kurul tarafından belirlenmektedir. HAS sekiz direktör tarafından yönetilmekte ve sekiz komisyondan oluşmaktadır: hastalık yönetimi stratejileri, sağlık hizmeti sağlayıcılarının akreditasyonu, şeffaflık (ilaçların değerlendirilmesi), ekonomik değerlendirme ve halk sağlığı, tıbbi cihazlar ve sağlık teknolojisi değerlendirme, aşılama (2017'de yeni başlatılan), tıbbi uygulamalar ve hasta bilgisi.

Şekil 1 Fransa'da sağlık sisteminin organizasyonunu göstermektedir.

Şekil 1: Sağlık Sistemi Organizasyonu ve Finansman Yapısı



1.2. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Hem kamu hem de özel sektör sağlık hizmeti sunucuları Fransız nüfusuna sağlık hizmeti sunmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmeti, ayakta tedavi sektöründe serbest meslek sahibi profesyoneller tarafından verilirken, ikinci basamak sağlık hizmeti hem ayakta hem de hastane ortamında verilebilmektedir. 1990'ların sonlarından itibaren aile hekimleri, bir uzmana danışmadan önce hastaların onları ziyaret etmeleri için teşvik sağlayan sevk sisteminin uygulanmasıyla tedavi koordinasyonunda önemli bir rol oynamıştır. Hastane bakımı kamu, kâr amacı gütmeyen ve kâr amaçlı özel hastaneler tarafından verilmektedir.

Bağımsız sağlık profesyonellerinin SHI ile ilişkisi, ulusal düzeyde UNCAM (SHI adına) ile meslek temsilcileri arasında imzalanan "sözleşmeler" olarak adlandırılan anlaşmalarda tanımlanmaktadır. Doktorlar, hemşireler, fizyoterapistler, diş hekimleri, ebeler, eczacılar, konuşma terapistleri, kiropodistler, ortopedistler, hasta nakil sağlayıcıları ve bazı tıbbi cihaz tedarikçileri (örneğin, gözlükçüler ve ortodontistler) için sözleşmeler mevcuttur. Tüm profesyoneller açıkça kapsam dışında kalmadıkları sürece sözleşmenin şartlarına tabidir. Dolayısıyla, ödeme yöntemi ve sağlık çalışanlarının aldığı miktar, bu sözleşmelerin koşullarına veya kabul edilmiş bir sözleşmenin yokluğunda hükümetin ortaya koyduğu asgari sözleşme düzenlemelerine uygun olmalıdır. Her mesleğe ilişkin anlaşmalar dört veya beş yıllık bir süreyi kapsamakta veya yeni bir anlaşma imzalanana kadar uzatılmaktadır. Bununla birlikte, yıllık Sosyal Güvenlik Finansmanı Yasası ve diğer yeni önlemlerin ardından yapılan değişiklikleri hesaba katan düzenli değişiklikler vardır. Müzakerede Sağlıkta Sorumlu Bakanlık önemli bir rol oynamaktadır.

Hastanelerle satın alma ilişkileri farklıdır. Sağlıkta Sorumlu Bakanlık, özel ve devlet hastanelerinden sorumlu olup DRG (Tanı İlişkili Gruplar) tarifelerini belirlemektedir.

1.2.1. Birinci ve İkinci Basamak Ayakta Tedavi

Hastaneye yatmayı gerektirmeyen birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri, kendi kliniklerinde serbest çalışan doktorlar, diş hekimleri ve tıbbi yardımcıları (hemşireler ve fizyoterapistler dahil) ve daha küçük bir ölçüde hastanelerdeki ve sağlık merkezlerindeki maaşlı personel tarafından verilmektedir. Ayakta tedavide sunulan hizmetlerin çeşitliliği, biyolojik ve radyolojik muayeneler dahil olmak üzere bu ortamlarda sağlanabilecek tıbbi ve yardımcı hizmetlerin çoğunu kapsamaktadır.

Ayakta tıbbi tedavi büyük ölçüde serbest meslek hekimlerinin (hem genel hem de uzmanlar) kendi özel muayenehanelerinde sağlanmaktadır.

Aile hekimleri, aile hekimliklerinde çalışmaktadırlar, ancak ev ziyaretleri de çalışmalarının yaklaşık %15'ini temsil etmektedir. Özel muayenehanede bir doktor yılda ortalama 3.500 danışma ve ziyaret gerçekleştirmektedir, ancak bu, özellikle uzmanlar arasında önemli ölçüde değişebilmektedir. Konsültasyonlar uzmanların çalışmalarının %55'ini oluşturmaktadır, geri kalanı teşhis ve tedavi prosedürlerinden oluşmaktadır (özellikle özel kâr amaçlı hastanelerde ameliyat).

Poliklinik hizmetlerinin küçük bir kısmı kamu hastaneleri veya sağlık merkezlerinde çalışan maaşlı profesyoneller tarafından sağlanmaktadır. Ayakta tedavi ve hastanelerde yapılan muayeneler ayakta hasta konsültasyonlarının yaklaşık %15'ini oluşturmaktadır.

Genellikle yerel otoriteler veya karşılıklı sigorta birlikleri tarafından işletilen 1.700 civarında sağlık merkezi ve dezavantajlı gruplara ücretsiz tedavi sunan bazı kuruluşlar, nadiren ayakta hasta tedavisi konusunda da faaliyet göstermektedir. Bu merkezler ya hemşirelik (%40), diş tedavisi (%25) ya genel uygulama (yaklaşık %5) faaliyetlerinde bulunan uzman merkezlerdir ya da her türlü ayakta tedavi hizmeti sunan (yaklaşık %30) entegre merkezlerdir.

Doktor ziyaretleri için SHI kapsamı düzeyi, sevk zinciri kurallarına uyulup uyulmadığına bağlı olmasına rağmen, hastalar sağlık hizmeti sunucularını seçmekte serbesttirler.

1.2.2. Uzmanlaşmış Ayakta Tedavi / Yatan Hasta Tedavisi

Akut tıbbi, cerrahi ve obstetrik tedavi, farklı uzmanlık alanları olan kamu hastaneleri ve özel hastaneler tarafından sağlanmaktadır. Akut tıbbi tedavi esas olarak devlet hastaneleri tarafından sağlanmaktadır.

Özel kâr amacı güden, tam zamanlı yatakların %25'ini ve gündüz tedavi yataklarının %40'ını oluşturmakta ve tam zamanlı bölümlerin %27'sini ve gündüz tedavi bölümlerinin %50'sini sağlamaktadırlar. İnvaziv tanı prosedürleri (örn. endoskopi veya koroner anjiyografi) gibi kar fırsatları olan az sayıda teknik prosedür konusunda uzmanlaşmıştır. Kâr amacı gütmeyen özel hastaneler, kanser tedavisi alanındaki ana sağlık hizmeti sunucularıdır.

Cerrahi tedavinin sunulması, kamu ve özel kâr amacı güden hastaneler arasında oldukça eşit bir şekilde bölünmesine rağmen, özel kâr amacı güden hastaneler, gününbirlik cerrahi işlemlerin %67'sini gerçekleştirmektedir. Buna göre cerrahi tedavi, özel kâr amaçlı sektörün akut tedavi faaliyetinin yarısından fazlasını temsil etmektedir. Bu hastaneler, öngörülebilir bir uzunluğa sahip kısa bir konaklamada rutin olarak yapılabilecek prosedürler konusunda uzmanlaşma eğilimindedir. Devlet hastaneleri, en karmaşık prosedürler de dahil olmak üzere, özel kâr amacı güden hastanelerden çok daha geniş bir ameliyat yelpazesi gerçekleştirmektedir. Özel kâr amacı gütmeyen sektörde yapılan cerrahi prosedürler, tıbbi konaklamalarda olduğu gibi çoğunlukla kanser tedavisi ile ilgilidir. Son olarak, obstetrik tedavinin üçte ikisi kamu hastanelerinde yapılırken, özel sektör geri kalan üçte birini, esas olarak özel kâr amaçlı hastanelerde (tüm obstetrik konaklamaların dörtte biri) yapmaktadır.

1.2.3. Gününbirlik Tedavi

Radyasyon tedavilerinin büyük çoğunluğu (%96) ayakta tedavide, çoğunlukla özel hastanelerde yapılmaktadır. Kamu sektörü kemoterapi tedavilerinin en büyük kısmını (%51) sağlarken, kâr amacı gütmeyen 19 kanser merkezi hem kemoterapi (%13) hem de radyasyon tedavisinin (%21) önemli oranlarını sağlamaktadır.

2- SAĞLIK HİZMETİNİN FİNANSMANI

Sosyal güvenlik sisteminin sağlık sigorta kolu, sigorta primleri ve vergilerle finanse edilmektedir. Primler temel olarak ücretlilerin brüt gelirleri üzerinden işverenler ve çalışanlar tarafından ödenmektedir. Diğer finans kaynakları genel sosyal katkı (bir çeşit gelir vergisi) ve vergilerdir. Ayrıca özel sağlık sigortası ve doğrudan cepten yapılan ödemeler de özel kesim finansman kaynakları arasında yer almaktadır.

2019 yılında, SHI toplam sağlık harcamalarının %78'ini finanse etmiştir. Fransa'nın evrensel bir kamu sağlık sigortası sistemi varken, sağladığı kapsam tam değildir. Toplam sağlık harcamalarının %9'u cepten yapılan sağlık harcamalarından oluşmaktadır.

Toplam sağlık harcamalarının %6'sını gönüllü sağlık sigortası harcamaları oluşturmaktadır. Nüfusun %95'inden fazlasının gönüllü sağlık sigortası (VHI) vardır. Son yıllarda, VHI sağlık hizmetlerine erişimde ve finansmanda eşitliği sağlamada önemli bir rol kazanmıştır. 2000 yılından bu yana, kamu tarafından finanse edilen tamamlayıcı evrensel sağlık sigortası (CSS) düşük gelirli olanlara sunulmuştur. Tamamlayıcı sigortadan sonra bile, cepten ödemeler (OOP) toplam sağlık harcamalarının %9'unu oluşturmaktadır.

SHI kaynakları temel olarak işveren ve çalışanların (emekliler dahil) gelir temelli katkılarından oluşmaktadır. 1998'den bu yana, sosyal güvenlik sisteminin finansal tabanını genişletme denemelerinin bir sonucu olarak, çalışanların bordro katkı payları neredeyse tamamen "genel sosyal katkı" (CSG) olarak adlandırılan özel bir vergi (toplam gelir üzerinden hesaplanan) ile değiştirilmiştir. Ek gelir, potansiyel olarak zararlı tüketime (tütün, alkol) uygulanan vergiler ve ilaç şirketlerine uygulanan vergiler gibi belirli vergilerden gelmektedir.

VHI, SHI tarafından yeterince kapsanmayan tıbbi ürünler ve hizmetler için ortak ödemeler ve daha iyi teminatlar gibi tamamlayıcı bir sigorta sağlamaktadır.

2.1. Kapsamda Yer Alan Kişiler

SHI sistemi, çeşitli zorunlu planlar aracılığıyla ikamete dayalı olarak tüm nüfusu kapsamaktadır.

● Ana fon (Caisse Nationale d'Assurance Maladies des Travailleurs Salariés, CNAMTS) ticaret ve sanayi sektöründeki çalışanları,

- Tarımsal SHI fonu (MSA) çiftçileri, tarım çalışanlarını,
- Serbest meslek sahiplerine yönelik SHI planı (RSI), esnaf ve serbest meslek sahiplerini (serbest meslek sahibi tarım işçileri hariç), avukatlar ve bağımsız sağlık çalışanları gibi profesyonelleri kapsamaktadır.

2015 yılında Fransız parlamentosu sağlık sigortasının evrenselliğini ve bireyin mesleki, konut veya aile durumundaki değişikliklerden kaynaklanan olası kapsam boşluklarını ortadan kaldırmak amacıyla yeni Sosyal Güvenlik Finansman Yasasını kabul etmiştir. 1 Ocak 2016 yılından itibaren geçerli olmak üzere yürürlüğe giren Yeni Evrensel Sağlık Koruması (Protection Universelle Maladie; PUMA), Fransa'daki tüm yasal sakinlerin işgücü piyasasında olmasalar bile sağlık sigortasına sahip olmalarını sağlamayı amaçlamıştır. Kanun ayrıca, tüm Fransız sakinlerine sistematik bir kapsam sağlayarak mevcut sistemi değiştirmiş ve basitleştirmiştir. Bu reformun ana başarılarından biri, kişiler mesleki veya kişisel durumlarında bir değişiklik karşılığında karşı karşıya kaldıklarında sağlık sigortasının sürekliliğini sağlamak olmuştur.

İstihdam veya mesleki faaliyetlerinden elde ettikleri kazançları yılda yaklaşık 8.227 €'dan az olan kişilerin tıbbi masrafları PUMA tarafından karşılanmaktadır. Kişilerin;

- Mesleki bir faaliyeti (işletme veya maaşlı) bulunuyorsa ve bu faaliyetten elde edilen gelir yıllık 8.227 €'dan altında ise,
- Sermaye geliri (revenus de patrimoine) muafiyet eşliğinin üzerinde (yıllık 20.568 €) ise,
- İşsizlik ve emeklilik maaşı bulunmuyorsa, gelirin %6,5'i prim olarak verilmektedir.

Planlar, sağlık hizmeti sunucuları ile yapılan görüşmelerde Ulusal Sağlık Sigortası Fonları Birliği (Union Nationale des Caisses de Maladie; UNCAM) tarafından temsil edilmektedir. Üç ana sağlık sigortası planının her biri, bir ulusal sağlık sigortası fonundan ve söz konusu coğrafi dağılımın derecesine karşılık gelen yerel yapılardan oluşmaktadır. Daha küçük planlar, aynı zamanda istihdama dayalı olarak iki milyondan fazla insanı kapsamaktadır.

Madenciler, ulusal demiryolu şirketi çalışanları, din adamları, denizciler ve ulusal banka gibi diğer programlar özerk bir şekilde işlemektedir. Tarihsel nedenlerden dolayı, Alsace ve Moselle bölgelerinden insanlar, daha yüksek katkı oranlarıyla daha iyi kapsama alanı sunan kendi programlarından yararlanmaktadırlar. En az üç ay boyunca Fransa'da ikamet eden geçici yabancılar ve belgesiz göçmenler için AME planı, belirli bir gelirin altında olanlara, tıbbi bakımdan ücretsiz erişim sağlamaktadır. Mahkûmlar ve aileleri, hapis süresi boyunca SHI genel planı tarafından sistematik olarak kapsamaktadır. SHI planları, Sosyal Güvenlik Müdürlüğü'nün denetimindedir.

UNCAM, devlet ve sağlık hizmeti sunucuları ile müzakerelerde SHI fonlarını temsil etmektedir. UNCAM'ın genel müdürü aynı zamanda Maaşlı Çalışanlar için Ulusal Sağlık Sigortası Fonunun (CNAMTS) da yöneticisidir. Genel müdür, hükümet tarafından atanmaktadır.

Özel uygulamada doktorlar ve diğer meslek kuruluşları ile yapılan toplu sözleşmeler, yalnızca genel müdür tarafından müzakere edilmekte ve imzalanmaktadır. SHI ayrıca, kullanıcı ücretlerinin seviyesini belirleyebilmektedir.

2.2. SHI Fon Kaynakları

SHI'ye olan katkı oranları, sağlık harcamalarını kapsayacak şekilde istikrarlı olarak artmıştır. Fransa'da sağlık sigortası prim oranı %13'tür. 1998 yılından bu yana, çalışanların bordro katkılarının yerini kademeli olarak tüm gelir kaynaklarına tahsis edilmiş bir vergi almıştır. Sosyal güvenlik sisteminin mali tabanını genişletme çabalarının bir sonucu olarak, katkılar temel olarak CSG ile değiştirilmiştir. CSG oranı, gelir kaynağına bağlı olarak değişmektedir. Başlangıçta, iki kademeli bir oran olarak, sonrasında bir aralık şeklinde belirlenmiştir; sermaye ya da şans oyunlarından elde edilen gelirler için daha yüksek oran, düşük gelirli olanlardan elde edilen gelir için daha düşük bir oranla alınmaktadır. 2022 yılında CSG oranları kazanılan gelirden %9,2, yatırımlarda %0-9,2, kumar kazançlarında %11,2-13,7'ye kadar, piyango oyunlarında %8,6, emekli maaşlarında %6,6 ile %8,3 arasında ve sosyal haklarda %6,2 (örneğin işsizlik ve hastalık izni ödenekleri), düşük gelirli kişilerde ise %3,8 olarak düzenlenmiştir. CSG katkı payları genellikle gelir vergisinden düşülebilmektedir.

İlaç endüstrisi, ciroları için ayrıca %1,6'lık bir vergi, reklamcılık vergisi, ilaç perakendeciliği vergisi ve ciroları Sosyal Güvenlik Finansmanı Kanunu'nda belirlenen bir sınırı aşarsa ilave bir vergi ile katkıda bulunmaları gerekmektedir.

SHI için ek gelir, cirosu 760.000 € 'dan fazla olan şirketlerin karlarından %0,13 olarak alınmaktadır.

Sosyal Güvenlik Katkıları ve Aile Ödeneklerinin Tazmini Birliği (Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales) yerel düzeyde katkı ve CSG toplamaktan sorumludur. Alınan para, Merkezi Sosyal Güvenlik Ajansı (ACOSS) tarafından yönetilen tek bir ulusal havuza akmakta ve farklı ulusal fonlar arasında (SHI, emeklilik fonu, aile yardımı vb.) kanunla tanımlanan oranlarda dağıtılmaktadır.

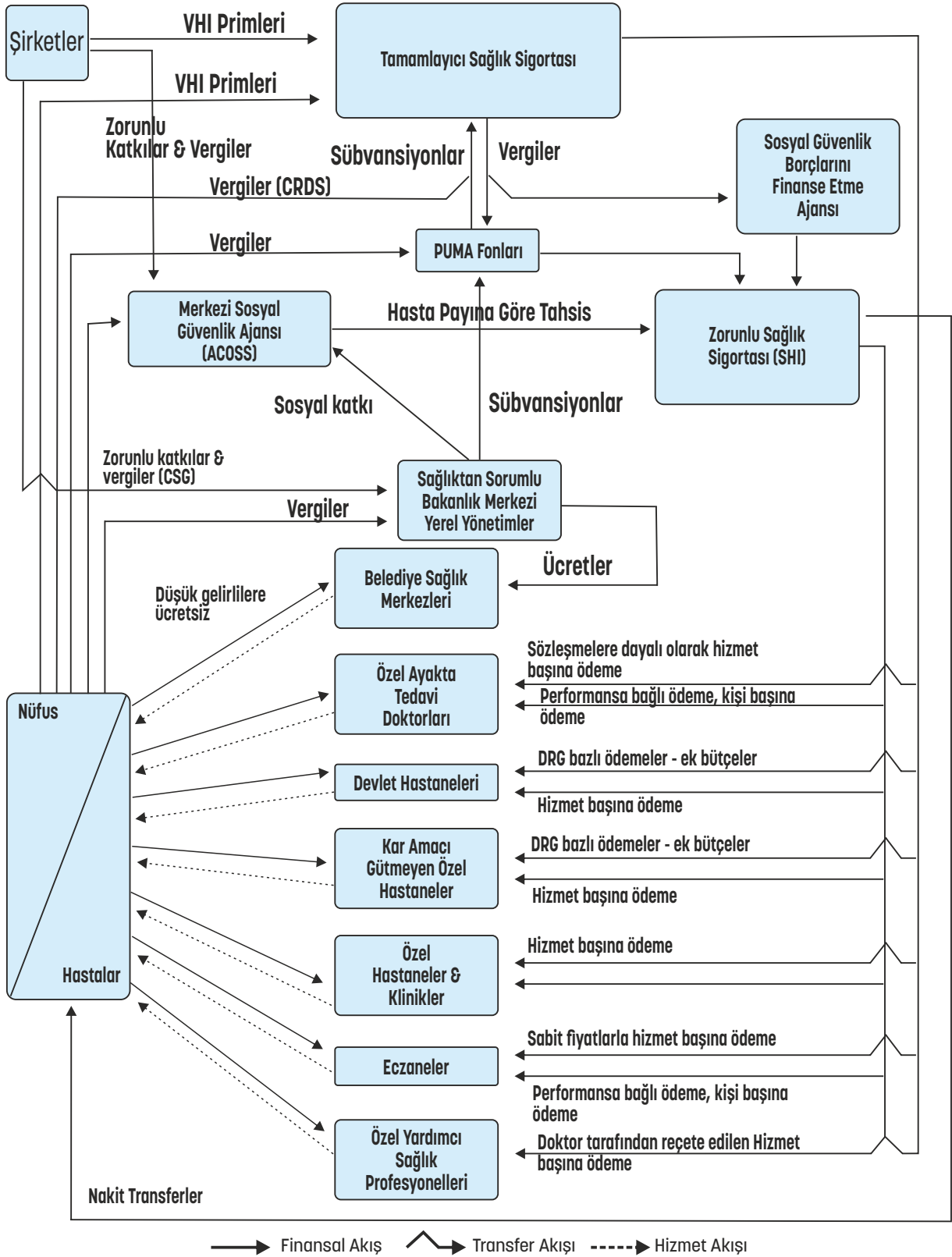
1996 yılından bu yana, sosyal güvenlik sisteminin artan açığını gidermek için sosyal borç geri ödeme katkısı (sosyal yardımın yeniden düzenlenmesi) uygulanmıştır. Kaynağı ne olursa olsun (kazanılan gelir, menfaat, sermaye, varlık satışı, vb.) gelirin %0,5'idir. Aynı zamanda, sosyal güvenlik borcunu, Sosyal Güvenlik Borçlarını Finansman Ajansı' nı yönetmek için özel bir fon oluşturulmuştur. Sosyal güvenlik borcunun sürekli yeni nesillere aktarılmaması için, parlamento, Ajans' a devredilen herhangi bir yeni borcun, ajansın gelirindeki artışla birlikte olmasını ve borcu ortadan kaldırmak için gereken zaman diliminin uzatılmamasını şart koşturmaktadır.

2013 Sosyal Güvenlik Finansmanı Kanunu, tütün vergilerinden elde edilen gelirlerin bir kısmını (%3,15) PUMA Fonuna eklemiştir.

1996'dan itibaren parlamento yıllık Sosyal Güvenlik Finansman Yasası' nın bir parçası olarak belirli sağlık sektörleri için harcama limitleri (ONDAM alt hedefleri) dahil olmak üzere gelecek yıl SHI harcamaları için bir maksimum ulusal tavan belirlemiştir.

Şekil 2 sağlık sisteminde finansal akışı özetlemektedir.

Şekil 2: Sağlık Sisteminde Finansal Akış



Kaynak: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/297938/France-HiT.pdf?ua=1

2.3. Teminat Paketi Kapsamı

SHI kapsamında;

- Sağlık, rehabilitasyon veya fizyoterapi sağlayan kamu veya özel kuruluşlarda hastane bakımı ve tedavisi;
- Aile hekimleri, uzmanlar, diş hekimleri ve ebeler tarafından sağlanan ayakta tedavi;
- Doktorlar tarafından belirlenen, laboratuvarlar ve sağlık görevlileri (hemşireler, fizyoterapistler, konuşma terapistleri, vb.) tarafından yürütülen teşhis hizmetleri ve bakım;
- Geri ödeme için uygun olan ürünlerin pozitif listelerinde belirtilen farmasötik ürünler, tıbbi cihazlar ve protezler;
- Öngörülen sağlık bakımı ile ilgili ulaşimleri bulunmaktadır.

SHI aynı ve nakdi faydalar sağlamaktadır. SHI kapsamındaki aynı yardım paketi ayakta ve yatan hasta bakımı için farklı tanımlanmıştır. Ayakta sağlanan poliklinik hizmetleri pozitif listelerde yer almaktadır. Negatif liste yoktur. Hastanede yatan hasta bakımı için, ilaçlar için belirli bir liste vardır ve pozitif listeler yalnızca DRG sistemi dışında geri ödeme prosedürleri için geçerlidir. Hastanede pahalı ve yenilikçi ilaçlar ve cihazlar DRG tarifelerine ek olarak ödenen özel listelerde yer almaktadır. Hastanelere DRG esasına göre ödeme yapılmaktadır.

Zorunlu veya önerilen aşılama, hamilelerin ve yeni doğan bebeklerin bakımı, mamografi veya servikalsmear testleri gibi hizmetler kapsamdadır. SHI tarafından kapsanan hizmetler arasında estetik cerrahi veya termal kaplıca tedavilerinin çoğu yer almamaktadır. (SHI tarafından tanımlanan, romatizmal hastalıklar gibi, sıklık ve süre sınırlarına tabi olan 12 özel koşul listesinden biri için bir doktor tarafından belirtilirse ödenmektedir).

Yaygın sağlık hizmetleri veya ürünler için, bakım sayıları belirtilmemiştir. Bununla birlikte, pahalı prosedürler veya cihazlar için hacimler açık olabilmektedir. Bu örneğin, dört denemenin tamamen kapsandığı (başarılı bir hamilelik durumunda döngü sıfırlanır) 42 yaş sınırı olan IVF'e ilişkindir veya genellikle sadece bir stent ile akut tıkaçıcı arter diseksiyonu durumunda hasta başına maksimum üçe kadar kapsanmaktadır.

Fizyoterapi ve termal kaplıca tedavileri gibi bazı bakım türleri için, doktor tarafından reçete verilmesi, geri ödeme için yeterli bir şart değildir. Bu tür tedavilerin kapsamı, SHI Tıbbi Hizmet Ofisine danışmanlık yapan doktorlar tarafından hastanın vaka geçmişi ve muhtemelen hasta görüşmesi yapıldıktan sonra ön izne tabidir.

Pozitif listeler ulusal düzeyde tanımlanmıştır ve Fransa 'da tüm bölgeler genelinde geçerlidir. İlaçlar ve tıbbi cihazlar Sağlık Bakanlığı tarafından listeye eklenirken, sağlık teknolojisi değerlendirme sonuçlarına dayanan HAS komitesinin işaret ettiği tavsiyeler üzerine SHI tarafından usüller eklenmektedir.

Bakım türüne göre SHI kapsamı aşağıdaki gibidir:

2.3.1. Yatan Hasta Bakımı

Hastane bakımı kapsamı genellikle %80'dir, ancak bazı durumlarda %100'e çıkmaktadır:

- Bir hastanede kalışın 31. gününden itibaren;
- Doğum bakımı;
- İlk 30 günde yenidoğan;
- Mesleki yaralanmalar;
- Belirli kronik hastalıkları (ALD) olanlar;
- Düşük gelirlilere sunulan kamu tarafından finanse edilen tamamlayıcı evrensel sağlık sigortası (CSS) ve en az üç ay boyunca Fransa'da ikamet eden geçici yabancılar ve belgesiz göçmenler (AME) yararlanıcıları;
- Engelli emekliler;
- Asker emeklileri;
- İnfertilite tedavileri.

120 € üzerindeki bir tarife ile yapılan tedaviler veya testler için, yukarıda belirtilen istisnalar dışında, genel olarak geçerli ortak sigorta tutarı yerine 20 € 'luk sabit oranlı bir ücret (katılım zorunluluğu) uygulanmaktadır. Bu ücret tanı görüntüleme, acil nakil veya bakım tesisleri (HAD dahil) arasındaki nakil için geçerli değildir ve sadece hastanede kalış başına bir kez uygulanmaktadır.

Bakımın kapsamı ne olursa olsun, çoğu hasta, aşağıdaki istisnalar dışında, hastanede kalış için günlük 20 € tutarında sabit oranlı bir ücret ödemektedir (ruhsal sağlık kurumlarında 15 €):

- Gebeliğin son dört ayından doğum sonrası 12 güne kadar doğum bakımı,
- İlk 30 günde yeni doğan,
- CSS ve AME faydalanıcıları,
- İş kazası veya meslek hastalığı nedeniyle hastanede kalışlar,
- Acil nakil veya bakım tesisleri (HAD dahil) arasındaki nakil,
- Kurumlarda kalan 20 yaşın altındaki engelli çocuklar,
- Asker emeklileri,
- Alsace-Moselle SHI programı kapsamında olanlar.

2.3.2. Tanımlanmış Hasta Kategorileri İçin Tam Kapsam

Yukarıda belirtildiği gibi, bazı hastaneye yatışlar yasal tarifelerin %100'ü kapsamındadır. Belirli durumlarda her türlü bakım için katılım payından muafiyetler geçerlidir:

- Belirli kronik hastalıkları (ALD) olanlar da dahil olmak üzere sağlık durumuna bağlı muafiyetler;
- Kürtaj ve infertilite tedavileri gibi sağlanan tedavinin doğasına bağlı muafiyetler (AME yararlanıcıları infertilite kapsamında değildir);
- İş kazasına uğrayanlar, hamileliğin beşinci ayından sonra hamile kadınlar, 15 yaş ve üstü çocuklar için doğum kontrolü, organ donörleri, engelli çocuklar ve emekliler gibi ilgili kişi ile bağlantılı muafiyetler.

Ekonomik gerekçelerle muafiyet mevcut değildir. Bununla birlikte, düşük gelirliler için CSS ekonomik temelde tam kapsam sağlamaktadır.

2.3.3. Serbest Çalışan Sağlık Profesyonelleri Tarafından Sağlanan Ayakta Tedavi

Kapsama oranları, doktorlar ve dış hekimleri tarafından sağlanan sağlık hizmeti için yasal tarifelerin %70'i ile tıbbi yardımcıları ve laboratuvar testleri için %60 arasında değişmektedir. 120 € üzerindeki tarifelerle yapılan tedaviler için 20 € sabit ücret, uygulanan eş-sigorta tutarı (co-insurance amount) ayakta tedavi hizmetleri için de geçerlidir. Sabit oran ücreti, aynı zamanda, tek bir ziyarette sağlanan kümülatif tedavi maliyetinin 120 €'yu aşması durumunda da geçerlidir, ancak hiçbir durumda ziyaret başına bir kereden fazla uygulanmamaktadır. Tıbbi yardımcıların sağladığı hizmetlerin ve laboratuvar testlerinin geri ödenmesi doktor reçetesine tabidir. "Tercih edilen doktor" programı uyarınca, hastalardan bir uzmana sevk almak için seçtikleri doktora kayıt yaptırmaları istenmektedir. Tercih edilen doktor genellikle bir pratisyen hekimdir, ancak özel sektörde veya kamu sektöründe çalışan her türden bir uzman olabilmektedir. Koordine bakım yolu dışındaki uzmanlara veya diğer pratisyen hekimlere doğrudan erişen hastaların kapsamı %30'a düşmektedir.

2.4. Cepten Ödemeler- Maliyet Paylaşımı

Hastalar aşağıdaki maliyetlerden doğrudan sorumludur:

- SHI tarafından kapsanan pozitif listelerden birine dahil edilmeyen sağlık hizmeti maliyeti (psikoterapistler veya psikanalistler tarafından sağlanan bakım gibi);
- Konsültasyonlar, reçeteli ilaçlar, hemşirelik bakımı ve tıbbi nakliyyede yıllık bir limite kadar ödeme;
- Yararlanılan her hizmet veya ürün başına sigortalının ödemek zorunda olduğu sabit miktarlar, (hastane yemek ücreti gibi)
- Zorunlu tarife ile SHI tarafından geri ödenen tutar arasındaki fark;
- Koordine edilmiş bakım yolu dışındaki bakım için %40 ek sigorta;
- Bazı profesyoneller tarafından ekstra fatura ücretleri. Bununla birlikte, ekstra faturalandırma siktir ve nüfusun yarısı yılda en az bir ekstra fatura ücreti ödemektedir. Bu ücretler, sektörler arasında sayı ve miktar bakımından büyük ölçüde değişmektedir.

Yatan hasta sektöründe, cepten ödemeler (OOP) gönüllü sağlık sigortası olmayan hastalar için önemlidir çünkü birkaç yüz ila birkaç bin € arasında değişmektedir. Bununla birlikte, tıbbi cihaz sektörü, ekstra faturalandırma ücretlerinin en büyük payını oluşturmaktadır. VHI bu ücretlerin yaklaşık %50'sini karşılarken, kapsamı VHI sözleşmesine ve söz konusu tıbbi cihaza bağlı olarak büyük ölçüde değişmektedir.

2.5. Gönüllü Sağlık Sigortası (VHI)

Fransa' da VHI, kamu hizmetlerine erişimde sıra atlamak veya diğer bazı ülkelerde olduğu gibi özel sağlık hizmeti sunucularına erişim sağlamak için kullanılmamaktadır. Fransa' da VHI'nın birincil rolü, hasta katılım payı (eş sigorta tutarları-co-insurance) ve diğer kullanıcı masrafları için tamamlayıcı teminatıdır. VHI sözleşmeleri, SHI tarafından tam karşılanmayan tıbbi ürünler ve hizmetler için, özellikle de ekstra faturalandırmanın olduğu diş ve optik bakım hizmetlerini karşılamaktadır. 2000'li yılların başından bu yana, neredeyse doymuş bir pazarın genişlemesiyle birlikte, VHI sağlayıcıları tamamlayıcı kapsamını genişletmiş ve omega-3 yağ asitleri ve miyop ameliyatı gibi SHI kapsamında olmayan mal ve hizmetler için kapsam sunma konusunda rekabet etmişlerdir. VHI ayrıca, teminat paketine dahil olmayan özel olanaklara (özel oda gibi) erişim sağlayan ek tipte olabilmektedir.

Ücretsiz CSS, halka açık SHI programları tarafından tanımlanmış bir tavanın altında geliri olan kişilere gönüllü olarak sunulmaktadır.

3- GERİ ÖDEME SİSTEMİ

Fransız sağlık sistemindeki ödeme mekanizmaları uzun zamandır özel olarak çalışan sağlık profesyonelleri için hizmet başına ödemeye ve sağlık hizmetleri için ileriye dönük bütçeleme yöntemlerine dayanmaktadır. Ancak, 2000'li yılların ortalarından itibaren, hastanelerde DRG tarifelerinin uygulanması ve doktorlar için performansa dayalı ödeme yönteminin hizmet başına ödeme yöntemi ilkesini bozmadan getirilmesiyle başlayarak, sağlık hizmetlerinde faaliyete dayalı ödeme yöntemlerinin uygulanmasına doğru bir hareket olmuştur.

Tablo 2'de Fransa' da ödeme mekanizmaları özetlenmiştir.

Tablo 2: Ödeme Mekanizmaları

SAĞLIK HİZMETİ SUNUCULARI ÖDEYİCİLER	ZORUNLU SAĞLIK SİGORTASI	ÖZEL / GÖNÜLLÜ SAĞLIK SİGORTASI
Aile Hekimleri	Hizmet başına ödeme Performansa dayalı ödeme Faaliyete dayalı ödeme	Hizmet başına ödeme
Devlet Hastaneleri	Kişi başına ödeme	Faaliyete dayalı ödeme
Özel Hastaneler	Faaliyete dayalı ödeme Hizmet başına ödeme	Faaliyete dayalı ödeme Hizmet başına ödeme
Diş Hekimleri	Hizmet başına ödeme	Hizmet başına ödeme

KAYNAK: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/160519/e96442.pdf?ua=1

3.1. Sağlık Hizmetleri İçin Ödeme

3.1.1. Poliklinik Hizmetleri İçin Ödeme

Genel olarak, ayakta tedavi sektöründeki hastaların sağlık hizmeti sunucularına kendilerinin ödemesi ve daha sonra sağlık sigortası fonlarından harcamalarının bir kısmının geri ödenmesini talep etmesi beklenmektedir. Ancak, hastanın ilk doğrudan ödemeyi yapmaktan muaf olduğu durumlar vardır. Sağlık sigortası fonu tarafından sağlık hizmeti sunucularına yapılan bu doğrudan ödeme sistemi, "üçüncü taraf ödemesi" olarak bilinmekte ve ayakta tedavide giderek yaygınlaşmaktadır. Ayrıca laboratuvarlarda, eczanelerde (yalnızca jenerik ilaçlar için), hastane konsültasyonlarında ve ayakta tedavi kliniklerinde ve bazı doktorlar tarafından pahalı muayene ve tedaviler için kullanılabilir.

3.1.2. Hastanelerin Ödenmesi

Uzun süreli bakım ve psikiyatri hariç tüm hastaneler, GHS'lere (homojen hastanede kalış grupları) dayalı faaliyete dayalı ödeme yöntemi kullanılarak finanse edilmektedir. Her hasta kalışı yaklaşık 2200 DRG' den birinde ve ilgili bir GHS' de sınıflandırılmaktadır. Her GHS, yıllık olarak belirlenen bir toplu tarifeye tabidir. GHS tarifeleri, kamu ve özel hastaneler için farklı hesaplanmakta ve aynı hizmetleri içermemektedir.

Faaliyete dayalı ödeme yöntemi kapsamında, hastane geri ödemesinin iki ana kategorisi vardır: tıbbi faaliyete dayalı ödeme ve "faaliyete" dayalı olmayan ödeme.

Tıbbi faaliyete dayalı ödeme yöntemi üç alanı kapsamaktadır:

- Üretim maliyetlerinde bölgesel düzeydeki değişiklikleri hesaba katan bölgesel ağırlıklar dışında hiçbir maliyet ağırlığı olmayan hastanede kalış başına GHS tarifeleri;
- Ayakta tedavi muayeneleri, acil servis ve yatan hasta bakımı dışındaki tüm hastane faaliyetleri için ek ücretler; ve
- Pahalı teknolojiler ve müdahaleler için ek ödemeler, (pahalı ve yenilikçi tıbbi teknolojilerin kullanımının caydırılmasını önlemek için, bunlara önce ek bir ödeme yapılır ve daha sonra zamanla GHS tarifelerine entegre edilir.)

Blok hibeler ve "faaliyet" temelli olmayan finansman üç ana alanı kapsamaktadır:

- Blok hibeler, acil bakım, organ alımı ve nakiller gibi yıllık toplu ödeme finansmanı sağlamaktadır;
- Blok hibeler, acil bakım, organ alımı ve nakiller gibi yıllık toplu ödeme finansmanı sağlamaktadır;
- Kamu hizmeti misyonları; bakımın koordinasyonunu, ayrıca epidemiyolojik gözetim ve uzmanlığı finanse etmeye hizmet etmektedir; bölgesel sağlık kurumları tarafından sözleşmeye dayalı olarak iki ayrı götürü miktar belirlenmektedir: biri eğitim, araştırma ile ilgili faaliyetler ve eğitim hastanelerinde yenilik için ve diğeri ulusal veya bölgesel öncelikleri veya belirli kamu misyonlarını karşılamaya yönelik faaliyetler için;
- Yenilikçi tıbbi teknolojiler ve prosedürler, özellikle pozitif listeye kaydedilmeyi bekleyenler, iki araştırma programı aracılığıyla finanse edilmektedir: hastane klinik araştırma programı, yeni tedavi stratejisinin etkinliğini değerlendiren klinik araştırma projeleri için kamu finansmanının ana kaynağı ve yeniliğin etkinliğini değerlendiren ekonomik değerlendirme için fonları destekleyen program.

Özel kâr amacı güden hastanelerde doktor işlem ve hizmetleri GHS tarifelerine dahil olmayıp ayrıca ödenmektedir, kamu hastaneleri için ise GHS tarifelerine dahildir. Özel GHS tarifeleri, hastane bütçelerinde yıldan yıla büyük değişikliklerden kaçınmayı amaçlayan ve her hastanenin kendi tarihsel maliyetlerini/fiyatlarını dikkate alan bireysel bir "geçiş katsayısı" ile birlikte özel sektör için hesaplanmaktadır. Kamu sektörü ile benzer bölgesel ağırlıklar özel sektörde de kullanılmaktadır ve yüksek teknoloji hizmet sunan hastaneler için geçerli olan bir teknik katsayı vardır.

Son olarak, düşük yoğunluklu, coğrafi olarak uzak bölgelerde bulunan ve aksi takdirde düşük kullanım hacmi nedeniyle konsolidasyona tabi olacak hastaneler için özel finansman kuralları geçerlidir.

3.2. İlaçların Geri Ödenmesi

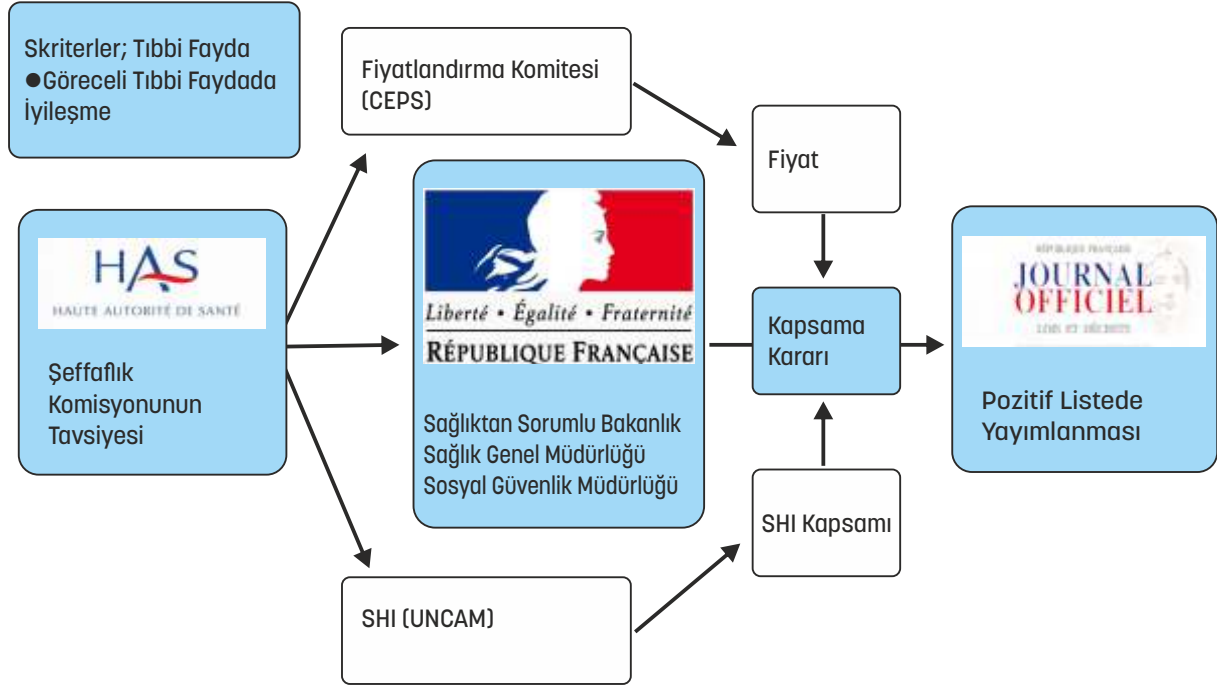
Satışa sunulmadan önce, tüm ilaçlar kalite, güvenlik ve etkinlik kriterlerini karşılayarak Avrupa İlaç Ajansı'ndan (EMA) pazar izni almalıdır (autorisation de mise sur le marché; AMM). SHI kapsamına girebilmek için, bir ilaç HAS'ın, Şeffaflık Komisyonu tarafından oluşturulan bir sağlık teknolojileri değerlendirme raporuna ve Fiyatlandırma Komitesinin (CEPS) tavsiyesi üzerine bakanlık kararı ile oluşturulan geri ödemeli ilaçların "pozitif listesine" dahil edilmelidir. Geri ödenebilir ilaçların pozitif listesine dahil edilmek, iki faktöre bağlıdır: ilaç, ya aynı sınıftaki diğer ilaçlarla ilişkili olarak değerlendirilen, öngörülen tedavide bir iyileşmeye ya da tedavi maliyetinde bir azalmaya katkıda bulunmalıdır. Bir ilacın yasal sağlık sigortası fonu tarafından geri ödeme derecesi, etkinliği ve yan etkileri de dahil olmak üzere beş kriterle ölçüldüğü üzere tıbbi değerine ve tedavi ettiği durumun ciddiyetine bağlıdır.

İlaçlarda kapsam oranı, tıbbi fayda(SMR) ve durumun ciddiyetine göre bir kararname ile belirlenmektedir. Bununla birlikte, tıbbi faydalarının yetersiz olmasına rağmen düşük tedavi maliyetine yol açan ilaçlar karşılanabilmektedir.

Geri ödemenin temelini oluşturan ilaç fiyatı, CEPS ile üretici arasındaki bir pazarlık süreci ile belirlenmektedir. CEPS, kararname ile tanımlanan bakanlıklar arası bir komitedir. Sağlık, ekonomi ve araştırmadan sorumlu bakanların temsilcilerinin yanı sıra SHI ve tamamlayıcı sağlık sigortası kuruluşlarının temsilcilerinden oluşmaktadır.

İlaç kapsamı ve fiyatlandırma süreçleri Şekil 3'te özetlenmiştir.

Şekil 3: İlaçlar için SHI Kapsamı ve Resmi tarifelerin Karar Verilme Süreci



KAYNAK: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/297938/France-HiT.pdf?ua=1

Toksosite seviyelerine veya uygunsuz kullanım risklerine bağlı olarak ilaçlar, reçete kurallarını ve erişim olanaklarını belirleyecek farklı kategorilere göre halk sağlığı kodunda sınıflandırılmaktadır. Reçete gerektirmeyen kategoriye giren ilaçlar sadece eczanelerde satılabilmektedir.

Eczane sayısı hem hizmet edilecek nüfusun büyüklüğünü hem de en yakın eczaneye olan mesafeyi dikkate alarak düzenlenmektedir. Eczacılar, jenerik ilaç tedarik etmek için finansal teşviklere almaktadır.

İlaçlarla ilgili tüm olumsuz olaylar, doktorlar, diş hekimleri, ebeler ve eczacılar tarafından, gerekli soruşturmaları yapmaktan ve üreticiyi bilgilendirmekten sorumlu olan bölgesel ihtilaf (eczane merkez ilaçları) merkezine bildirilmelidir. ANSM (Fransa İlaçlar ve Sağlık Ürünleri Güvenliği için Ulusal Ajans), farmasötik ihtiyatla ilgili ulusal sistemi denetlemekte ve koordine etmektedir.

2011'den bu yana, hastalar ve hasta dernekleri advers tepkileri doğrudan ilan edebilmektedir. Olumsuz olayların geçerli raporları, 15 gün içinde Avrupa İlaç Ajansına bildirilmelidir. Ayrıca, ANSM müfettişleri sahte ilaçlara karşı mücadelede, gümrük müfettişleri, Adalet Bakanlığı, polis ve jandarma ile iş birliğinde kilit bir role sahiptir. Şüpheli dolandırıcılık durumunda, ilaçlar geri çağırılabilir veya karantinaya alınabilmektedir.

İlaçların çoğu %65 oranında kapsanmaktadır, ancak bu, hayati öneme haiz ilaçlar veya pahalı ilaçlar için %100 ile düşük tıbbi faydası olduğu düşünülen ilaçlar için %15 arasında değişmektedir.

%100 geri ödeme ciddi ve/veya kronik hastalıklar,

%65 geri ödeme ciddi hastalıklarda büyük klinik yararı olan ilaçlar,

%30 geri ödeme ciddi hastalıklarda daha az klinik yarar sağlayan ilaçlar ve ciddi olmayan hastalıkta klinik yarar sağlayan ilaçlar,

%15 geri ödeme ciddi hastalıklarda zayıf klinik yararı olan ilaçlar ve ciddi olmayan hastalıkta klinik yarar sağlayan ilaçlar için verilmektedir.

Reçeteli ilaçlar için ekstra faturalamaya izin verilmemektedir ve bu nedenle piyasa fiyatı SHI yasal tarifesiyle aynıdır. Ayrıca yıllık olarak kişi başına 50€ tavan limit olmak üzere, ilaç paketi başına 0,5 € sabit katılım payı söz konusudur. Katılım payı yüzdesi geri ödeme oranına bağlı olarak %35, %70, %85 olarak değişmektedir.

Katılım payı yüzdesinden muaf olanlar aşağıda sıralanmıştır:

- Belirli kronik hastalıkları (ALD) olanlar,
- 18 yaş altı çocuklar,
- Düşük gelirliiler,
- Hamileliğin ilk 6 haftası sonrasında bebeğin doğumunun 12. gününe kadar hamileler,
- Terör mağdurları.

3.3. Tıbbi Cihazların Geri Ödenmesi

Tıbbi cihaz pazarının izlenmesi Fransa İlaçlar ve Sağlık Ürünleri Güvenliği için Ulusal Ajans' ın (ANSM) sorumluluğundadır.

Tıbbi Cihazlar ve Sağlık Teknolojilerinin Değerlendirilmesi için Ulusal Komite (CNEDIMTS), tıbbi fayda derecesine göre bir cihazın pozitif listede bulunup bulunmadığına karar vermektedir. Ayrıca, fiyatlandırma ile ilgili olarak CEPS'e tavsiyelerde bulunmaktadır. Bu sektörde piyasa fiyatı genellikle sabit değildir; aksine, SHI yasal tarifesi üretici ile müzakere edilmekte ve daha sonra geri ödeme için temel olarak kullanılmaktadır. Sonuç olarak, tıbbi cihazlar için yüksek düzeyde bir ekstra faturalandırma söz konusudur. Tıbbi cihazlar ve protezler, cihaza bağlı olarak çeşitli kapsama oranlarına tabidir. Bazı durumlarda (örneğin gözlükler, protezler, işitme cihazları), kapsama seviyeleri özellikle düşüktür. Geri ödeme oranı, yasal tarife referans alınarak belirlenmektedir, ancak üreticiler ve distribütörler bu tarifenin üzerinde bir fiyat belirlemede serbesttir.

3.4. Normal mal ve hizmetlerde indirim (Deductible)

Her doktor ziyareti, laboratuvar testi ve tanı görüntüleme için yıllık 50 € 'ya kadar olan 1 € katılım payı (for faitaire) tahsil edilmektedir. İndirilebilir ürünlerin (franchise médicale) uygulandığı mal ve hizmetlerin listesi 2008 yılında ilaçları içerecek şekilde genişletilmiştir: ilaç paketi başına 0,5 €, yardımcı bakım günlük 2 € 'ya kadar hizmet başına 0,5 € ve tıbbi nakil günlük 4 € 'ya kadar taşıma başına 2 €. Bunlar için yıllık 50 € tavan verilmektedir. Teknik olarak, "indirilebilir" terimi, genellikle üçüncü taraf bir ödeyicinin hizmetleri geri ödemeye başlaması için bir hasta tarafından ödenmesi gereken sabit bir miktarı ifade etmektedir. Bununla birlikte, Fransa' da, terim SHI tarafından kapsanan tarifeden düşülen miktarı tanımlamak için kullanılmaktadır. Örneğin, hasta tercih ettiği aile hekimine 20 € öder ve hasta SHI' ye geri ödeme talebini gönderirse, önce kapsanan tutar hesaplanır: örneğin, toplam maliyetin %70'i (20 €'nun %70'i 14 €). Ardından "indirilecek" bu tutardan alınmaktadır. (Örneğin 1 €). Son olarak, hastaya toplam 13 € ödenmektedir.

4- TÜRKİYE İLE FRANSA SAĞLIK SİSTEMİNİN KIYASLANMASI

Türkiye' de Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından sunulan sigortacılık sistemi Fransa' da yıllık Sosyal Güvenlik Finansmanı Yasası' nın hazırlanması da dahil olmak üzere, sosyal güvenlik sisteminin politikalarından, yönetiminden ve finansmanından sorumlu olan Sağlık Bakanlığı' nın altında yer alan Sosyal Güvenlik Müdürlüğü tarafından yürütülmektedir. Sağlık politikası ve sağlık bakım sisteminin düzenlenmesi açısından yetki, devlet (parlamento, hükümet), SHI ve bir dereceye kadar, özellikle bölgesel düzeyde yerel otoriteler arasında bölünmüştür.

Fransa' da nüfusun tamamı sağlık sigortası kapsamındadır. Sağlık hizmetlerinden faydalanabilmenin koşulu Fransa' da yasal ikamet hakkına sahip olmaktır. Türkiye' de ise 2019 yılı OECD verilerine göre nüfusun %99'u sağlık sigortası kapsamındadır. SGK verilerine göre bu oran 2022 yılı için %98,6 olarak gerçekleşmiştir. Genel sağlık sigortasından faydalanabilmek için; geriye dönük bir yıl içerisinde toplam 30 gün GSS primi ödemiş 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 olunmayanların genel sağlık sigortasından yararlanmaları için aylık 194,13 TL ödemeleri yeterlidir.

Türkiye' de 2022 yılı itibariyle aylık net asgari ücret tutarı 5.500,35 TL olarak belirlenmiştir. Yine OECD ülke karşılaştırmaları verilerine göre Türkiye' de 2020 yılında asgari ücret yaklaşık aylık 420 \$ iken, Fransa' da bu tutar aylık yaklaşık 1.758 \$'dır.

Sağlık sigorta sisteminin finansmanı genel olarak Türkiye' de vatandaşlar tarafından ödenen primler ve dörtte biri devlet katkısı ile sağlanmaktadır. Fransa sağlık sistemi ise ağırlıklı olarak vergilerle, primlerle ve genel sosyal katkılar ile finanse edilir. Ayrıca sosyal güvenlik açıkları için ayrı bir ajans kurulmuştur. Kaynağı ne olursa olsun (kazanılan gelir, menfaat, sermaye, varlık satışı, vb.) gelirin %0,5'idir.

Türkiye' de genel sağlık sigortalılarına sunulan sağlık hizmetleri; sağlık hizmeti sunucuları ile yapılan sözleşmeler, Sağlık Uygulama Tebliği 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. Fransa' da planlama ve düzenleme, sağlık hizmet sunucusu temsilcileri (hastaneler ve sağlık çalışanları), sağlık ve bütçe ve kamu maliyesinden sorumlu bakanlıklar tarafından temsil edilen devlet ve zorunlu sağlık sigortası arasındaki görüşmelerle düzenlenir. Sağlık hizmeti sunucularına zorunlu sağlık sigortası tarafından ödeme yapılmaktadır, ancak hastalar sağlık hizmeti sunucularına ödeme yapmak zorunda kalabilir ve daha sonra zorunlu sağlık sigortası tarafından geri ödeme talep edebilmektedirler.

Türkiye' de kişiler hastaneye (kamu/özel) başvururken ödenen "muayene katılım payı" ve "ilave ücret" uygulaması bulunmaktadır. Fransa' da bir kısım doktor ilave ücrete benzer ekstra faturalandırma yapabilmektedirler. Ayrıca tıbbi cihazlar için yüksek düzeyde ve dış/optik bakım hizmetlerinde ekstra faturalandırma söz konusudur.

Fransa' da sevk zinciri uygulaması bulunmaktadır. Her Fransız bir aile hekimi seçip, hizmet alabilmektedir. Ayrıca hekim isterse hastayı başka bir doktora da sevk edebilmektedir. Sigortalı kişi 16 yaşından büyük olma kaydıyla aile hekimini seçip değiştirme hakkına sahip olmakla birlikte aile hekimi seçmeyen veya başka bir hekime başvuranlar daha az geri ödeme almaktadırlar. Türkiye' de ise böyle bir zorunluluk 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. Fransa' da ise ilaç paketi başına 0,5 € katılım payı alınmaktadır. Türkiye' de katılım payı yüzdesi %20 (Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişilerden %10) iken, Fransa' da katılım payı yüzdesi geri ödeme oranına bağlı olarak %35, %70, %85 olarak değişmektedir. Fransa' da belirli kronik hastalıkları (ALD) olanlar, 18 yaş altı çocuklar, düşük gelirli, hamileler (hamileliğin ilk 6 haftası sonrası) katılım payı yüzdesinden muaf tutulurlar. Türkiye' de ise kronik hastalığı olanlar (örn: kanser, hipertansiyon, diyabet) katılım payı yüzdesinden muafırlar.

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

Türkiye' nin aksine Fransa' da nüfusun gönüllü sağlık sigortası oranı %90'ın üzerindedir. Gönüllü sağlık sigortası sözleşmelerinin kapsadığı popülasyondaki büyümeye katkıda bulunan faktörler arasında, hanelerin cepten harcama (OOP) giderlerini artıran ayakta tedavi hizmeti için SHI kapsamının azalan payı bulunmaktadır. Fakat gönüllü sağlık sigortası tarafından finanse edilen toplam sağlık harcamasının payı, çarpıcı bir şekilde artmamış, 1990'da %11 iken 2019'da %6 olmuştur. Bunun nedeni, nüfusun giderek yaşlanması ve kronik durumlar için %100 zorunlu sağlık sigortası kapsamı olan kişilerin sayısının, nüfusun yaşlanmasıyla artması ve bunun sonucunda, zorunlu sağlık sigortası ayaktan tedavi kapsamındaki harcamaların beklenenden daha yüksek bir orana ulaşmasıdır.

Fransa' da her doktor ziyareti, laboratuvar testi ve tanı görüntüleme için yıllık 50 €'ya kadar olan 1 € katılım payı (for faitaire) tahsil edilmektedir.

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

	FRANSA	TÜRKİYE	OECD
Nüfus, (2020)	67.391.582	84.339.067	-
Kişi başına düşen GSYİH, (\$), (2020)	39.030	8.536	-
Asgari ücret tutarı, (\$), (2020, (aylık)	1.758	420	-
Cari sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı, (%), (2019)	11,1	4,3	8,8
Kişi başına düşen sağlık harcaması, (\$), (2019)	5.274	1.267	4.087
Kişi başına düşen ilaç harcaması, (\$), (2019)	589	-	571
Doğuşta beklenen yaşam süresi kadın, Doğuşta beklenen yaşam süresi erkek, (yıl), (2019)	85,9 79,9	81,3 75,9	83,6 78,3
Sigorta tarafından kapsanan nüfus oranı, (%), (2019)	100	99 *	98
1.000 Kişiye düşen doktor sayısı, 1.000 Kişiye düşen hemşire sayısı, 1.000 Kişiye düşen yatak sayısı, (2019)	3,2 11,0 5,8	2,0 2,4 2,8	3,6 8,8 4,4
Toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı, (%), (2019)			
1- Kamu sağlık harcaması oranı, (%)	84	77	74
Merkezi hükümet/bölgesel, yerel yönetimler sağlık harcaması oranı, (%)	6	23	35
Sosyal sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	78	54	39
2- Cepten yapılan sağlık harcaması oranı, (%)	9	17	20
3- Gönüllü sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	6	3	5
4- Diğer harcamaların oranı, (%) **	1	2	1
Hane halkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı, (%), (2019)	2,0	1,3	3,1

* SGK verilerine göre 2022 yılı için %98,6'dır.

** Ülkede geçici olarak ikamet edenlere ait sağlık harcamaları

KAYNAK:

1. Health at a Glance 2021 OECD Indicators
2. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?view=map> Erişim Tarihi: Nisan 2022
3. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD> Erişim Tarihi: Nisan 2022
4. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=RMW> Erişim Tarihi, Nisan 2022

KAYNAKLAR

1. <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits/full-list-of-country-hits/france-hit-2015>
2. <https://wagner.nyu.edu/files/faculty/publications/French.health.system.03.2018%20%281%29.pdf>
3. <https://international.commonwealthfund.org/countries/france/>
4. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2018_healthatglance_rep_en.pdf
5. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en
6. <https://www.expatica.com/fr/healthcare/healthcare-basics/a-guide-to-the-french-healthcare-system-101166/#ProsConsHealthcare>
7. <https://about-france.com/health-care.htm>
8. <https://www.expatica.com/fr/healthcare/healthcare-basics/guide-to-health-insurance-in-france-108848/#CoverageFR>
9. <https://www.french-property.com/guides/france/public-services/health/system-overview/>
10. <https://transferwise.com/gb/blog/healthcare-system-in-france>
11. <https://vittana.org/17-france-healthcare-system-pros-and-cons>
12. https://www.cleiss.fr/particuliers/venir/soins/ue/systeme-de-sante-en-france_en.html
13. <https://transferwise.com/us/blog/healthcare-system-in-france>
14. <https://www.ameli.fr/loire-atlantique/assure/remboursements/rembourse/tableau-recapitulatif-taux-remboursement/tableau-recapitulatif-taux-remboursement>
15. <https://www.french-property.com/guides/france/finance-taxation/taxation/social-security/social-welfare-levy/>
16. <http://www.digitalezorg.nl/digitale/uploads/2015/03/France-Health-system.pdf>
17. <http://documents.worldbank.org/curated/en/452591468038118776/pdf/913230WPOUHCOC00Box385331B00PUBLIC0.pdf>
18. https://en.wikipedia.org/wiki/Health_care_in_France#:~:text=The%202001%20Social%20Security%20Funding,fee%20%20a%20proportion%20is%20reimbursed.
19. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/france-country-health-profile-2021>
20. <https://www.aaro.org/health-insurance/special-note-for-residents-in-france>
21. <https://www.french-property.com/guides/france/public-services/health/puma/charge/>
22. https://emaps.co/wp-content/uploads/2020/12/HCE2018_04-France.pdf
23. https://www.ihf-fih.org/resources/pdf/study_tour_2019/18-09_National_Public_Health_Insurance-P_Naty-Daoufin.pdf



HIRVATİSTAN SAĞLIK ve GERİ ÖDEME SİSTEMİ





ÖZET

1993 yılında kurulan Hırvat Sağlık Sigortası Fonu (CHIF), zorunlu sağlık sigortası sisteminin yürütülmesinden sorumlu sigorta kurumudur. CHIF, zorunlu sağlık sigortası sistemindeki tek ödeme kurumudur. Tüm nüfusa sağlık sigortası sunmaktadır. Sağlık Bakanlığı, yasal sigorta kapsamında kapsanan temel yardımları tanımlarken, CHIF, zorunlu sağlık sigortası planı kapsamındaki hizmetler için performans standartlarının oluşturulmasında ve fiyatların belirlenmesinde kilit bir rol oynamaktadır. CHIF ayrıca Zorunlu Sağlık Sigortası Yasası tarafından düzenlenen hastalık izni tazminatı, analık ödeneği ve diğer ödeneklerin dağıtımından da sorumludur.

Hırvat sağlık sistemi hem kamu (sigorta primleri ve vergilendirme) hem de özel (cepten yapılan ödemeleri ve gönüllü sağlık sigortası ödemeleri) kaynaklardan finanse edilen karma bir sistemdir. Sigorta primleri temel finansman kaynağıdır. Prim ödeyen kesimler arasında; çalışanlar, serbest meslek sahipleri ve çiftçiler yer almaktadır.

Zorunlu sağlık sigortası kapsamında sağlanan sağlık hizmetleri için açık bir pozitif liste olmadığından, CHIF hangi temel sağlık hizmetlerinin satın alınacağını ve kapsamda yer alacağını belirlemede anahtar rol oynamaktadır. Tüm bu kararlar Sağlık Bakanlığı ile işbirliği içinde alınmaktadır.

Yasal sağlık sigortası sisteminde iki pozitif ilaç listesi vardır: temel bir liste (hastaya ücretsiz olarak sağlanan ilaçlar) ve ek bir liste (kısmi geri ödemede sağlanan ilaçlar). Bu listeler CHIF tarafından yayınlanmakta ve yılda birkaç kez güncellenebilmektedir.

CHIF, sağlık hizmetleri sunucuları ile yapılan sözleşmelere göre sağlık hizmetleri için geri ödeme yapmaktadır. Bu sözleşmeler verilecek hizmetleri, kapsamını ve kalitesini belirlemektedir. Özel sağlık hizmet sunucuları, CHIF ile sözleşmeler yapabilmekte ve kamu tarafından finanse edilen sistemin bir parçası olabilmektedir. CHIF, Sağlık Ağına katılım kriterlerini karşıladıkları sürece özel ve kamu sunucuları ile sözleşme yapmak suretiyle sağlık hizmeti satın almaktadır.

Tüm Hırvat vatandaşları ve sakinleri, zorunlu sağlık sigortası programı aracılığıyla sağlık hizmeti alma hakkına sahiptir. Zorunlu sağlık sigortası planının kapsamı geniş olmasına rağmen, hastalar birçok mal ve hizmetin maliyetine katkıda bulunmaktadır. Bununla birlikte, hassas nüfus grupları için muafiyetler söz konusudur.

ÜLKE TANITIMI

Ülkenin Demografik Özellikleri ve Sağlık Göstergeleri

Hırvatistan Balkan yarımadasında yer alan küçük bir orta Avrupa ülkesidir. Başkenti aynı zamanda en büyük kenti Zagreb olan devlet, başkentin dışında 20 idari bölgeye bölünmüştür. Hırvatistan kıtasal alanı ve binden fazla adasıyla 56.594 km²'lik bir yüzölçümüne sahiptir. Para birimi Hırvat Kunası (HRK)'dir. Resmi dili Hırvatça'dır. 1 Temmuz 2013'te Avrupa Birliği'ne üye olmuştur. Hırvatistan parlamenter sistem ile yönetilen bağımsız bir devlettir. Hırvatistan bugün oldukça yüksek hayat standartları, ortalama ömür, okur-yazarlık oranları ve homojen gelir dağılımı oranlarıyla Orta Avrupa ülkeleri arasında yüksek eğitim, sağlık, yaşam kalitesi ve ekonomik dinamizm standartlarına sahiptir.

Hırvatistan nüfusu 2020 yılı itibariyle yaklaşık 4 milyondur. Ülkede doğumda beklenen yaşam süresi artmaktadır, ancak yine de AB ortalamasının altındadır. 2018 yılı verilerine göre doğuştan beklenen yaşam süresi kadınlarda 81,5, erkeklerde ise 74,9'dur.

Diğer Avrupa ülkelerinde olduğu gibi Hırvatistan'da nüfusun demografik olarak yaşlanması sorunu ile karşı karşıyadır. Yaşlı nüfusun artması ve çalışma çağındaki nüfusun azalması, sağlık harcamalarını arttırmakta ve mevcut kaynaklar üzerinde baskı oluşturmaktadır.

2018 yılı itibariyle 1.000 kişi başına düşen doktor sayısı 3,4 iken AB ortalaması ise 3,8'dir. 1.000 kişi başına düşen hemşire sayısı 6,7 iken AB ortalaması ise 8,1'dir. 1.000 kişi başına düşen yatak sayısı 5,6 iken AB ortalaması ise 4,9'dur.

Nüfusun %100'ü sağlık sigortası kapsamındadır. Cari sağlık harcamalarının gayri safi yurtiçi hasıla içindeki payı 2019 yılı itibariyle %6,9 olarak gerçekleşmiştir. AB ortalaması ise %8,3'dür. 2019 yılı itibariyle kişi başına düşen sağlık harcaması 1.361 € olarak gerçekleşmiştir. AB ortalaması ise 2.572 € olarak gerçekleşmiştir.

2018 yılı itibariyle toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı incelendiğinde sosyal sağlık sigortası harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki oranı %79, cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki oranı %10, gönüllü sağlık sigortası harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki oranı ise %7 olarak gerçekleşmiştir.

Tablo 1: Ekonomi ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması

	HIRVATİSTAN	AB27
Nüfus, (2020)	4.047.200	-
Kişi başına düşen GSYİH, (\$), (2020)	14.134	-
Asgari ücret tutarı, (€), (2021), (aylık)	565	-
Cari sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı, (%), (2019)	6,9	8,3
Kişi başına düşen sağlık harcaması, (€), (2018)	1.361	2.572
Kişi başına düşen ilaç harcaması, (€), (2018)	270	381
Doğuştaki beklenen yaşam süresi kadın, Doğuştaki beklenen yaşam süresi erkek, (yıl), (2018)	81,5 74,9	83,7 78,2
Sigorta tarafından kapsanan nüfus oranı, (%), (2014)	100	-
1.000 Kişiye düşen doktor sayısı, 1.000 Kişiye düşen hemşire sayısı, 1.000 Kişiye düşen yatak sayısı, (2018)	3,4 6,7 5,6	3,8 8,2 5,0
Toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı, (%) (2018)		
1- Kamu sağlık harcaması oranı, (%)	83	73
Merkezi hükümet/bölgesel, yerel yönetimler sağlık harcaması oranı, (%)	4	32
Sosyal sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	79	41
2- Cepten yapılan sağlık harcaması oranı, (%)	10	22
3- Gönüllü sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	7	5
4- Diğer harcamaların oranı, (%) *	0	0
Hane halkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı, (%), (2018)	1,3	3,3

* Ülkede geçici olarak ikamet edenlere ait sağlık harcamaları

Kaynak:

1. Health at a Glance 2021 OECD Indicators
2. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?view=map> Erişim Tarihi: Nisan 2022
3. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD> Erişim Tarihi: Nisan 2022
4. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/earn_mw_cur/default/table?lang=en Erişim Tarihi, Nisan 2022

ÜLKENİN SAĞLIK ve GERİ ÖDEME SİSTEMİ

1- ORGANİZASYON YAPISI

1.1. Devlet ve Kurumlarının Rolü

Hırvat sağlık sisteminin yasal çerçevesi büyük ölçüde 2018 Sağlık Hizmetleri Yasası ile belirlenmiştir. Sağlık sisteminin sorumlusu, sağlık politikası, planlama ve değerlendirme, halk sağlığı programları ve kamuya ait sağlık hizmeti sunucuları için sermaye yatırımlarının düzenlenmesinden sorumlu olan Sağlık Bakanlığı'dır. Kamu tarafından finanse edilen sağlık hizmetleri, birinci basamak ve sevk sistemine dayalı ikinci basamak ve hastane bakımında kapsam genişliği (sağlığın teşvikinden palyatif bakıma kadar tüm kesimleri kapsar), süreklilik, erişilebilirlik ve evrensellik (tüm nüfusu kapsayan) ilkelerine dayanmaktadır. Erişilebilirlik, örneğin sağlık kurumlarının ve sağlık çalışanlarının uygun bir şekilde dağıtılması yoluyla, herkesin sağlık hizmetlerine eşit erişiminin sağlanması amacıyla düzenlenmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde kapsamlılık ilkesi, sağlığı iyileştirmeye, hastalıkları önlemeye ve tedavi, rehabilitasyon ve palyatif bakım sağlamaya yönelik tedbirlerle ele alınmaktadır.

Genel olarak, bölgesel yetkililer olarak idari bölgeler, birinci basamak sağlık hizmetlerinin (sağlık merkezleri, halk sağlığı hizmetleri ve kamu eczaneleri) ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin (genel ve uzmanlaşmış hastaneler) organizasyonu, koordinasyonu ve yönetiminden sorumludur. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin çoğu özelleştirilmiştir ve geri kalanlar sağlık merkezleri olarak kamu mülkiyetindedir. Sağlık Bakanlığı ve hükümet üçüncü basamak sağlık hizmetlerinden sorumludur.

1.1.1. Sağlık Bakanlığı

Merkezi düzeyde Sağlık Bakanlığı;

- Sağlık politikası, planlama ve değerlendirme, mevzuatın hazırlanması, sağlık hizmetleri standartlarının düzenlenmesi ve sağlık çalışanlarının eğitimi,
- İzleme ve sürveyans dahil halk sağlığı programları,
- Kamuya ait sağlık hizmeti sunucularının sermaye yatırımlarının düzenlenmesinden sorumludur.

Özellikle, Sağlık Bakanlığı Parlamento tarafından değerlendirilmek üzere mevzuat hazırlamakta, yılda iki kez Ulusal Sağlık Planı oluşturmakta, sağlıkla ilgili stratejik belgeler üretmekte, nüfusun sağlık durumunu ve sağlık bakım ihtiyaçlarını izlemekte, sağlık kuruluşlarındaki standartları düzenlemekte ve uzmanlık eğitimi gibi mesleki faaliyetleri denetlemektedir. Ayrıca sıhhi denetimler, gıda ve ilaç kalitesinin denetimi ve sağlığı geliştirme faaliyetleri de dahil olmak üzere halk sağlığı faaliyetlerini yönetmektedir.

1.1.2. Maliye Bakanlığı

Maliye Bakanlığı, merkezi bütçenin planlanması ve yönetiminden sorumludur. Merkezi bütçeden CHIF ve Sağlık Bakanlığına yapılacak transferi onaylamaktadır. Maliye Bakanlığı sağlık hizmetleri için yapılacak kamu harcamalarının genel seviyesinin belirlenmesinde kilit bir rol oynamaktadır.

1.1.3. Çalışma, Emeklilik, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı

Çalışma, Emeklilik, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2020 yılında Demografi, Aile, Gençlik ve Sosyal Politika Bakanlığı'nın Çalışma ve Emeklilik Bakanlığı ile birleşmesi ile kurulmuştur. Bakanlık, sosyal bakım kurumları ağını ve sosyal refah sistemini denetlemektedir. Haziran 2017'den bu yana, önceki Çalışma ve Emeklilik Bakanlığı, özellikle uzak bölgelerdeki (kırsal alanlar ve adalar) yerel topluluklardaki yaşlıları ve engellileri hedefleyen işsiz, düşük seviyede eğitilmiş kadınlara evde yardım işleri sunan Zaželi programını geliştirmiştir.

1.1.4. Hırvatistan Sağlık Sigortası Fonu (CHIF)

1993 yılında kurulan Hırvatistan Sağlık Sigortası Fonu (CHIF), zorunlu sağlık sigortası planı kapsamında sağlanan sağlık hizmetlerinin tek alıcısıdır. Zorunlu sağlık sigortası planı kapsamında sigortalı kişilere tamamlayıcı (Hırvatistan'da "tamamlayıcı" olarak adlandırılır) gönüllü sağlık sigortası da sunmaktadır. Sağlık Bakanlığı, yasal sigorta tarafından kapsanan temel yardımları tanımlarken, CHIF, zorunlu sağlık sigortası planı kapsamındaki hizmetler için performans standartlarının oluşturulmasında ve fiyatların belirlenmesinde kilit bir rol oynamaktadır. CHIF ayrıca Zorunlu Sağlık Sigortası Yasası tarafından düzenlenen hastalık izni tazminatı, analık ödeneği ve diğer ödeneklerin dağıtımından da sorumludur.

CHIF 2002 yılında Hazine hesabı altında konsolide edilmiş ancak 1 Ocak 2015 tarihinden itibaren ayrı olarak faaliyet göstermektedir.

CHIF, zorunlu sağlık sigortası sisteminde tek ödeyicidir. Hükümet tarafından atanan Yönetim Kurulu tarafından denetlenmektedir. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı faaliyetlerini izlemekte ve Devlet Denetleme Kurumu düzenli denetimler yapmaktadır. Sağlık Bakanlığı, zorunlu sağlık sigortası planının kapsadığı Sağlık Önlemleri Planını ve Programını tanımlar ve bunlar daha sonra sağlık hizmeti sunucuları ile üzerinde anlaşmaya varılan sözleşmelere göre CHIF tarafından ödenmektedir. Bu sözleşmeler, sağlanacak hizmetlerin yanı sıra kapsam ve kalitesini belirlemektedir. Özel sektöre ait sağlık hizmeti sunucuları CHIF ile sözleşmeler yapabilmekte ve kamu tarafından finanse edilen sistemin bir parçası olabilmektedir.

1.1.5. Hırvat Halk Sağlığı Enstitüsü

Hırvat Halk Sağlığı Enstitüsü (CIPH) 1923'te kurulmuştur. Başlıca faaliyetleri şunları içermektedir:

- Sağlık ve sağlık hizmetlerine ilişkin istatistiksel araştırmalar,
- Halk sağlığı kayıtlarının tutulması,
- Epidemiyolojik durumun izlenmesi ve analiz edilmesi,
- Önleyici ve salgına karşı tedbirlerin sağlanması, düzenlenmesi ve yürütülmesi,
- Dezenfeksiyon ve haşere kontrol önlemlerinin planlanması ve kontrolü,
- Zorunlu bağışıklamaların planlanması, kontrolü ve değerlendirilmesi,
- Mikrobiyolojik faaliyetler,
- İçme suyu, atık su ve gıda güvenliğinin test edilmesi ve kontrolü.

1.1.6. İdari Bölgeler ve Zagreb Şehri

Yerel yönetimler; genel ve ihtisas hastaneleri, idari bölge sağlık merkezleri, halk sağlığı enstitüleri ve toplum sağlığı merkezleri dahil olmak üzere birinci ve ikinci basamak kamu sağlık tesislerinin çoğunluğuna sahiptir ve bu tesisleri işletmektedir. Bu tesisler, CHIF ile yaptıkları sözleşmeler yoluyla işletme faaliyetlerine ilişkin harcamaları finanse ederken, yerel yetkililer altyapı bakımının finanse edilmesinden ve sermaye yatırımlarından sorumludur.

1.1.7. Meslek Odaları

Hırvatistan'da tıp mesleği için yasal meslek odaları bulunmaktadır. Odalar, profesyonellerin kaydından ve mesleki standartların korunmasından sorumludur. Sağlık çalışanlarının kendi meslek odalarına üyelikleri

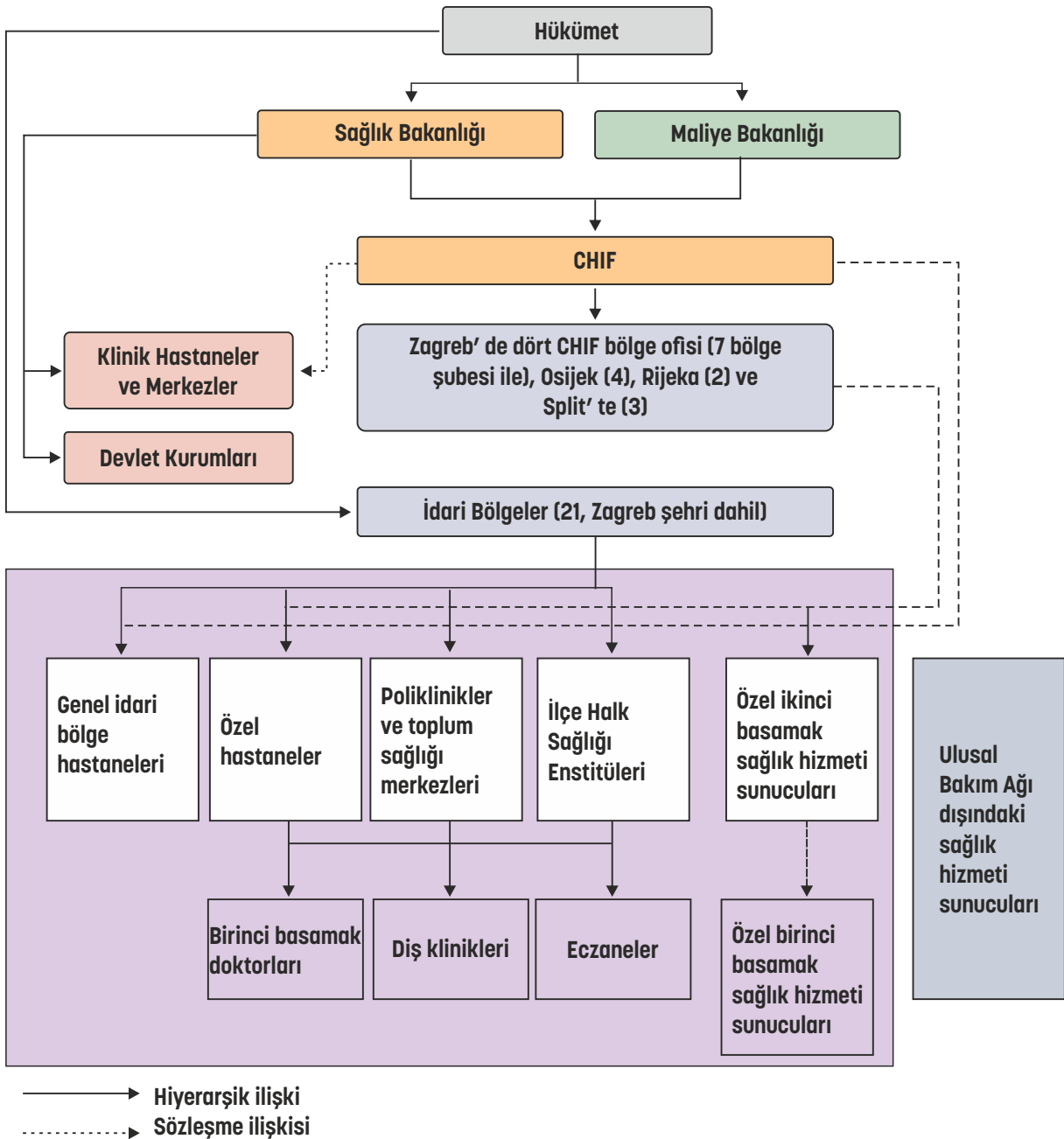
özel muayenehanelerin ruhsatlandırılması ve sağlık kurumlarının açılması veya kapatılması konusunda tavsiyelerde bulunmaktadır.

1.1.8. Özel sektör

Çoğu sağlık hizmeti sunucusu kamu mülkiyetinde kalsa da özel hizmet sunucularının sayısı, özellikle birinci basamak, dişhekimliği hizmetleri ve uzmanlaşmış kliniklerde artmıştır. Küçük ama büyüyen bir özel sigorta pazarı da gelişmekte olup, tamamlayıcı sağlık sigortası (zorunlu sağlık sigortası sisteminde maliyet paylaşımını kapsayan) ve destekleyici sağlık sigortası (zorunlu sağlık sigortası sistemine dahil olmayan sağlık hizmetlerini kapsayan) sunulmaktadır. Şekil 1'de ülkenin sağlık sistemi organizasyon yapısı özetlenmiştir.

Şekil 1: Sağlık Sistemi Organizasyon Yapısı

Şekil 1: Sağlık Sistemi Organizasyon Yapısı



1.2. Planlama

1.2.1. Politika Oluşturma, Uygulama ve Değerlendirme

Sağlık reformu önerileri genellikle Sağlık Bakanlığı'ndan gelmektedir. Bir teklif, Hükümete ve bir sonraki adım olarak Parlamento'ya gönderilmeden önce ilgili paydaşlarla (örneğin meslek odaları veya hasta dernekleri) istişare edilmeli veya bir kamu istişaresine tabi tutulmalıdır. Parlamento, kabul edip etmemeye, değiştirmeye veya reddetmeye karar vermektedir. Değişiklik teklif edilirse, değiştirilen teklif Sağlık Bakanlığı, ilgili paydaşlar veya genel kamuoyunun dahil olduğu daha ileri bir istişare sürecine tabi tutulabilmektedir.

Parlamento üyelerinden de teklif gelebilmekte ve Sağlık Bakanlığı tarafından sunulan teklifler için gerekli olan ilk istişare aşaması olmaksızın doğrudan Parlamento'ya sunulabilirler.

1.2.2. Merkezi Düzeyde Planlama

Sağlık Bakanlığı merkezi düzeyde planlamadan sorumludur. Uzun vadeli planlama aracı Ulusal Sağlık Stratejisidir. Strateji, planlama döneminde sağlık hizmetlerinde vizyonu, öncelikleri, hedefleri ve temel önlemleri belirleyen şemsiye belgedir. Diğer planlama belgeleri buna göre geliştirilmektedir. Ulusal Sağlık Planı, beş ila on yıllık dönemler için orta vadeli planlama aracıdır. Sağlık sektörü için kapsamlı görevler ve hedefler içermekte, öncelikli alanları belirlemekte ve savunmasız nüfus gruplarının sağlık ihtiyaçlarını belirlemektedir. Sağlık Bakanlığı, Ulusal Sağlık Planına dayalı olarak, nüfusa ulaştırılması gereken sağlık ürünleri ve hizmetlerinin kataloğunu belirleyen Sağlık Önlemleri Plan ve Programını hazırlamaktadır.

1.2.3. Yerel Yönetim Düzeyinde Planlama

Yerel yönetim düzeyinde ve Zagreb kentinde, ilçe halk sağlığı enstitüleri sağlık verilerini toplamakta ve kendi alanları için ilçe sağlık programlarının oluşturulmasına ve uygulanmasına katılmaktadır. Yerel sağlık faaliyetleri Ulusal Sağlık Planı ile uyumlu olmalıdır. Yerel yönetimler kendi yıllık ve üç yıllık ilçe sağlık planlarını oluşturmak ve profesyonel danışma organları olarak sağlık konseyleri kurmak zorundadır. Düzenli sağlık finansmanına ek olarak, önceliklerini (çoğunlukla sermaye yatırımları) karşılamak için Sağlık Bakanlığı'ndan ek finansman da verilmektedir.

1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

CHIF, zorunlu sağlık sigortası sistemindeki tek sigortacıdır. Hastaların sigortacı seçimi ve yasal teminat paketi veya katılım payı düzeyi seçim hakkı bulunmamaktadır. Bununla birlikte, tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortası için CHIF ve birkaç özel sigorta şirketi arasında seçim yapabilirler.

Halk sağlığı hizmetlerinin sağlanması, bir ulusal enstitü ve 21 idari bölge enstitüsü olmak üzere halk sağlığı enstitüleri ağı aracılığıyla organize edilmektedir. İdari bölge enstitülerinin faaliyetleri CIPH tarafından koordine edilmekte ve denetlenmektedir.

Birinci basamak hekimleri (pratisyen hekimler, çocuk doktorları ve jinekologlar) genellikle hastaların sağlık sistemiyle ilk temas noktasıdır. Birinci basamak hizmetleri, CHIF ile sözleşmeli olan pratisyen hekimler ve hemşireler ağı aracılığıyla sağlanmaktadır. Her sigortalı vatandaşın serbestçe seçebileceği bir pratisyen hekim (yetişkin) veya çocuk doktoruna (çocuk) kayıt yaptırması gerekmektedir. Zorunlu sağlık sigortası kapsamındaki her kişi kendi pratisyen hekimini ve dış hekimini seçme hakkına sahiptir. 12 yaşından büyük kadınlar ayrıca jinekologlarını seçebilirler ve okul öncesi (7 yaşına kadar) çocukların ebeveynleri çocukları için bir çocuk doktoru veya çocuk doktoru olmayan yerlerde bir pratisyen hekim seçebilmektedir. Sigortalılar, kendi seçtikleri bir pratisyen hekime kaydolmak zorundadırlar, ancak istedikleri sıklıkta ve ücretsiz olarak başka bir pratisyen hekime geçiş yapabilirler. Bir pratisyen hekim, kişinin ikamet ettiği yerden bağımsız olarak seçilebilmektedir (aynısı dış hekimleri, jinekologlar ve çocuk doktorları için de geçerlidir). Uzman doktor ve hastane seçimi de kişinin ikamet ettiği yerle sınırlı değildir.

Uzman hekimler tarafından verilen muayene hizmetleri gibi ikinci basamak ayakta tedavi hizmetleri çoğunlukla hastane polikliniği bölümlerinde verilmektedir. Hizmet verilen diğer yerler arasında kamu polikliniklerindeki uzman hekim ayakta bakım birimleri (genellikle genel ve klinik hastanelere bağlı) veya idari bölge sağlık merkezlerindeki özel poliklinikler ve özel muayenehaneler bulunmaktadır. Hastaların uzman hekim ayakta tedavi hizmetine erişmek için birinci basamak hekiminden sevk alması gerekmektedir.

Yataklı (ikincil) sağlık hizmeti tesisleri arasında hastaneler, poliklinikler ve rehabilitasyon için özel hastaneler bulunmaktadır. Hastaneler; genel hastaneler ve ihtisas hastaneleri olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Tüm genel hastaneler ve ihtisas hastanelerin çoğunluğu idari bölgelere aittir. Genel hastaneler öncelikle kendi idari bölge nüfuslarına hizmet ederken, ihtisas hastaneleri Hırvatistan'ın tüm nüfusuna hizmet etmektedir. Tüm genel hastaneler şu bölümlere sahip olmalıdır: kadın doğum ve jinekoloji, iç hastalıkları, cerrahi ve yatarak çocuk bakımı. Diğer bölümler isteğe bağlıdır ve bölge nüfusunun ihtiyaçlarına ve bu hizmetleri komşu bölgelerde sunan hastane veya polikliniklerin bulunmasına bağlıdır.

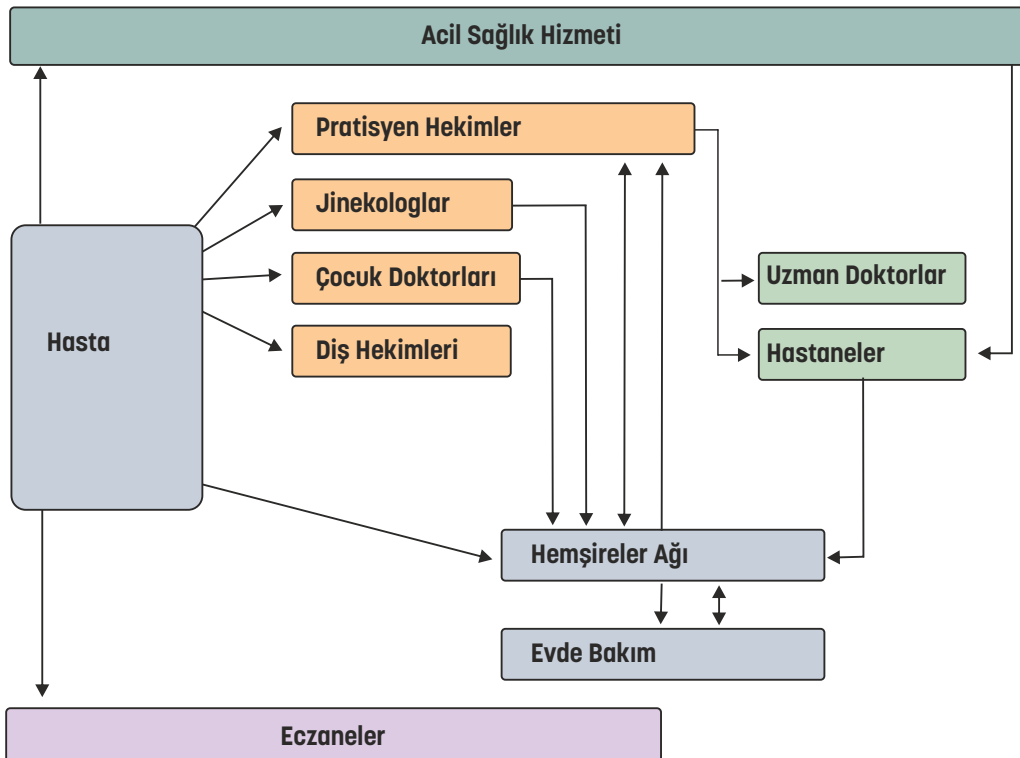
Devlete ait klinik hastanelerde ve klinik hastane merkezlerinde üçüncü basamak sağlık hizmeti sağlanmaktadır. Sağlık Bakanı, sağlık hizmetleri kanununda belirtilen kriterlere göre hangi kurumların klinik hastane veya klinik hastane merkezi olarak sınıflandırılacağını belirlemektedir. Üçüncü basamak kurumlar, tıp eğitimi ve araştırma da yapmaktadır.

CHIF tarafından sözleşmeli ikinci veya üçüncü basamak hastane bakım hizmetlerine erişmek için hastaların tıbbi acil durumlar dışında birinci basamak doktorlarından sevk almaları gerekmektedir.

Yabancı bir ülkede tıbbi tedavi (CHIF tarafından onaylanan sağlık hizmeti sunucuları tarafından) yalnızca acil durumlarda ve Hırvatistan'da gerekli hizmetlerin mevcut olmadığı durumlarda karşılanmaktadır. Bu hak, Hırvatistan'ın AB üyeliği ve sınır ötesi sağlık hizmetlerinde hasta haklarına ilişkin 2011/24/EU sayılı AB Direktifi ile genişletilmiştir.

Şekil 2'de hasta bakım yolları özetlenmiştir.

Şekil 2: Hasta Bakım Yolları



2- SAĞLIK HİZMETİNİN FİNANSMANI

Ülkede sağlık harcamalarının GSYİH içindeki oranı 2000'li yılların başından beri istikrarlı bir şekilde artmış ve 2019 yılında sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı %6,9 olarak gerçekleşmiştir.

CHIF' in harcamalarının çoğu sağlık ürünleri ve hizmetlerine harcanırken (zorunlu sağlık sigortası sistemi içinde sağlık hizmetlerinin sağlanması için yaklaşık %80) hastalık izni, analık ve diğer tazminatlar CHIF harcamalarının neredeyse %11'ini oluşturmaktadır (CHIF, 2019). Bu paylar 2007'den bu yana sabit kalmıştır. 2018'deki toplam CHIF harcamasının yaklaşık %35,6'sı ile yatan hasta bakımı CHIF'i n sağlık harcamalarının en büyük bölümünü oluştururken, bunu reçeteli ilaçlar (neredeyse %14) ve birinci basamak sağlık hizmetleri (hemen hemen %16 üzerinde) izlemektedir. Sağlık Bakanlığı bütçesi ağırlıklı olarak yatırımların ve halk sağlığı programlarının finansmanı için kullanılmaktadır.

2.1. Gelir Kaynakları ve Finansal Akışlar

CHIF' in gelirinin temel kaynakları, zorunlu sağlık sigortası primleri (2018'de toplam gelirlerin %79,5'i) ve devlet bütçesinden sağlanan fonlar (gelirlerin %12,4'ü) oluşturmaktadır. Zorunlu sağlık sigortası primlerinden ve devlet bütçesinden elde edilen gelir sağlık hizmetlerinin finansmanı, tazminatlar ve CHIF' in idaresi için kullanılmaktadır.

"Özel düzenlemeler"den elde edilen gelir (2018'de gelirlerin %8'ini oluşturan), tamamlayıcı sağlık sigortası, tamamlayıcı sağlık sigortası olmayan hastalardan alınan kat payları, zorunlu araç sigortasından alınan katkı paylarından (trafik kazaları nedeniyle sağlık masrafları) ve yabancı vatandaşlara verilen hizmetler için diğer ülkelerden yapılan ödemelerden oluşmaktadır.

Ocak 2015'te CHIF, 2013 Zorunlu Sağlık Sigortası Yasası' nın ardından devlet bütçesinden ayrılmıştır. 2015 yılında devlet bütçesinden ayrılma, CHIF' e fonların yönetiminde daha fazla özerklik vermeyi, sağlık hizmetlerine ayrılan kaynaklara daha net bir odaklanma sağlamayı, sağlık fonlarının devlet bütçesinden transferlerine ilişkin net bir görüş sağlamayı ve fonların daha şeffaf yönetimini sağlamıştır. Bazı gelirler devlet bütçesinden hariç tutulmuştur: zorunlu sağlık sigortası primlerinden elde edilen gelirler, tamamlayıcı sağlık sigortasından elde edilen gelirler ve özel düzenlemeler kapsamındaki diğer CHIF gelirleri. Tüm bu gelir ve giderler, Parlamento tarafından onaylanması gereken CHIF mali planının ayrılmaz bir parçasıdır.

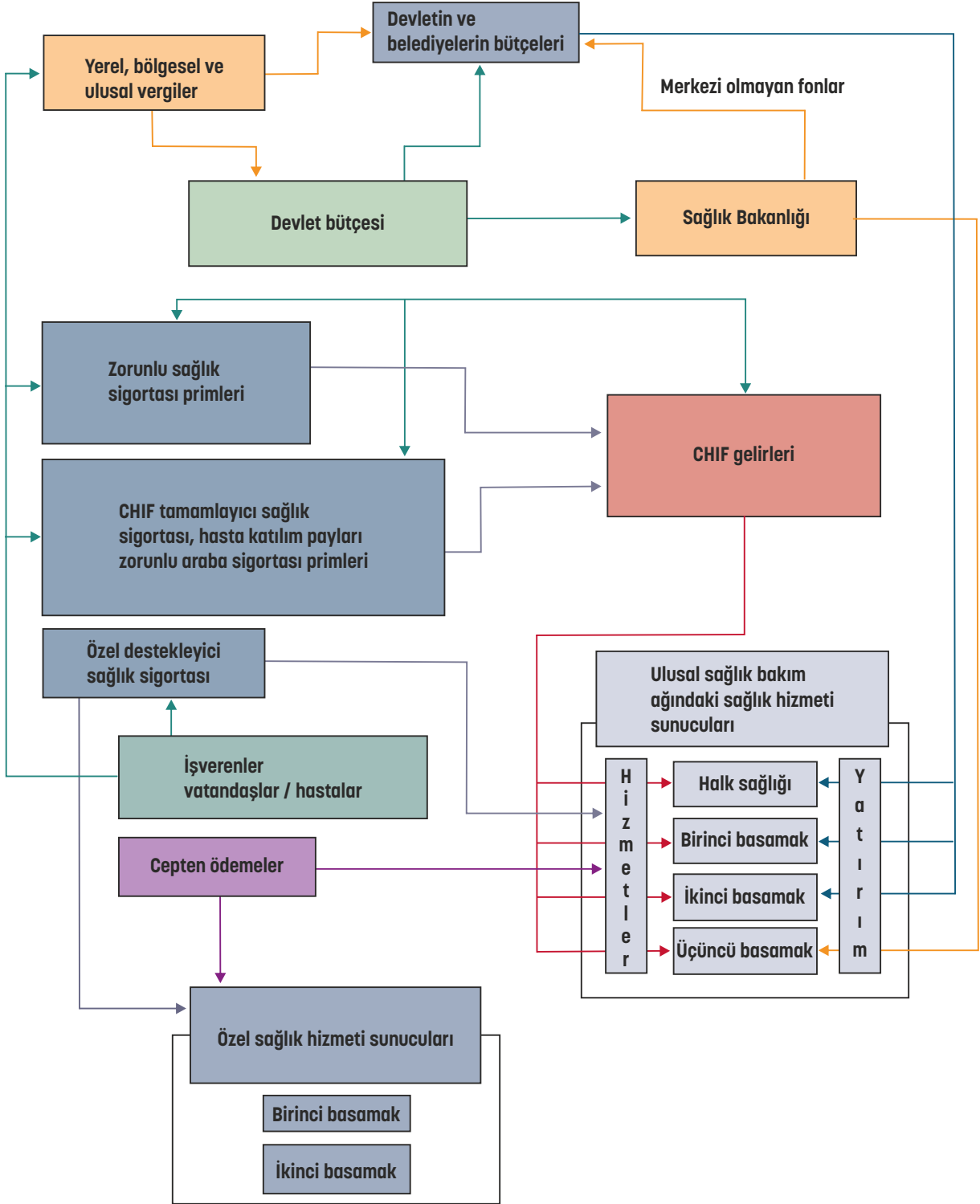
Ekonomik olarak aktif olan nüfusun üçte birinden biraz fazlası (2018'de %37), tam zorunlu sağlık sigortası primi ödemekle yükümlüdür. Tüm Hırvat vatandaşları ve sakinleri, zorunlu sağlık sigortası planı aracılığıyla sağlık hizmeti alma hakkına sahiptir. Programın kapsamı geniş olmasına rağmen, hastalar birçok mal ve hizmetin maliyetine katkıda bulunmaktadır. Bununla birlikte, savunmasız nüfus için muafiyetler vardır.(Örneğin, çocuklar ve öğrenciler için koruyucu bakım, kadınlar, hamile kadınlar, yardımcı üreme teknolojileri, yaşlılar, engelliler ve HIV' li hastalar için önleyici bakım, kronik psikiyatrik hastalıklar, kanser, meslek hastalıkları, diyaliz, organ nakli, acil tıp, evde tedaviler ve aşılama).

Zorunlu sağlık sigortası sisteminde ağırlıklı olarak kullanıcı ücretlerini karşılayan tamamlayıcı sağlık sigortası da mevcuttur. Belirli nüfus grupları (örneğin, engelliler, organ bağışçıları, kan bağışçıları, öğrenciler ve düşük gelirli kişiler) CHIF' te ücretsiz tamamlayıcı sağlık sigortası üyeliği hakkına sahiptir ve ilgili katkıları devlet bütçesinden finanse edilmektedir. Bu grup CHIF' de tamamlayıcı gönüllü sağlık sigortası olan kişilerin %60'ından fazlasını oluşturmaktadır.

İlaçlar dışında, açık bir pozitif liste mevcut değildir. Zorunlu Sağlık Sigortası Kanunu sadece hangi hizmetlerin hariç tutulması gerektiğini (hastaların bakım standartlarının üzerindeki kişisel istekleri, deneysel tedaviler, sözleşmesiz kurumlarda verilen hizmetler ve estetik tıp) tanımlamaktadır. Zorunlu sağlık sigortası kapsamındaki temel sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmektedir, ancak tüm tıbbi endikasyonlar zorunlu sağlık sigortası kapsamında olduğundan, esas olarak hangi sağlık hizmetlerinin zorunlu sağlık sigortası kapsamında olduğu CHIF hizmet fiyat listesi tarafından belirlenmektedir.

Sağlık Bakanlığı, sağlık merkezleri, hastaneler ve ayakta tedavi uygulamalarından oluşan Ulusal Sağlık Bakım Ağı'nı tanımlamaktadır. Bu ağ, CHIF'in zorunlu sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmetlerinin sağlanması için bireysel ve kurumsal sağlık hizmeti sunucuları (hem kamu hem de özel) ile sözleşme yaptığı temeli sağlamaktadır.

Şekil 3: Finansal Akış



Kaynak: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/croatia-health-system-review-2021>

2.2. Yasal Finansman Sistemine Genel Bakış

Zorunlu sağlık sigortası olarak da bilinen temel sağlık sigortası, neredeyse tüm nüfusu kapsamaktadır. Katılım payı, zorunlu sağlık sigortası paketi kapsamındaki hizmetlere uygulanmaktadır. Bunlar ya cepten ödenmeli ya da tamamlayıcı sağlık sigortası kapsamında olmalıdır. 18 yaşından küçükler, öğrenciler, askeri personel, gaziler, işsizler, engelliler dahil olmak üzere belirli gruplar, katılım paylarından muafır ve CHIF, muafiyetlerin değerine eşdeğer miktarı devlet bütçesinden tazmin etmektedir.

Genel olarak, sağlık sistemi hem kamu (sigorta katkıları ve vergilendirme) hem de özel (cepten yapılan ödemeler ve gönüllü sağlık sigortası) kaynaklardan finanse edilmektedir. Zorunlu sağlık sigortası primleri, fonların çoğunluğunu oluşturmakta ve CHIF tarafından bir havuzda toplanmaktadır. Nüfusun sadece üçte biri tam sağlık sigortası primi ödemekle yükümlü olmasına rağmen, ana katkı sağlayanlar çalışanlar, serbest meslek sahipleri ve çiftçilerdir. Nüfusun belirli hassas kategorileri, aile içindeki katkıda bulunan üyelerin bordro katkılarından veya merkezi veya yerel hükümetten yapılan transferlerden finanse edilmektedir.

CHIF, bu fonları daha önce üzerinde anlaşmaya varılan sözleşmelere göre sağlık hizmeti sunucularına yeniden dağıtmaktadır. CHIF ayrıca tamamlayıcı isteğe bağlı sağlık sigortası için prim toplamaktadır, ancak bu primlerden elde edilen gelir zorunlu sağlık sigortası gelirinden ayrıdır.

2.3. Kapsamda Yer Alan Kişiler

Sağlık Hizmetleri Yasasına göre, tüm Hırvat vatandaşlarının sağlık hizmeti alma hakkı vardır ve Zorunlu Sağlık Sigortası Yasasına göre zorunlu sağlık sigortası programından çıkmak mümkün değildir. Hırvatistan'da ikamet eden tüm kişiler ve daimî oturma iznine sahip yabancılar, sosyal sigortaya ilişkin uluslararası bir anlaşma aksini belirtmedikçe, zorunlu sağlık sigortası programında sigortalanmalıdır. Hırvatistan' da üç aydan fazla ikamet eden geçici yabancılar için de sigortalılık zorunludur. Geçici ikametgahı olan yabancıların, kendileriyle birlikte Hırvatistan' da ikamet eden tüm aile üyeleri için zorunlu sağlık sigortasına sahip olmaları gerekmektedir.

Hırvatistan' da kaldıkları süre boyunca sosyal güvenlik anlaşmaları imzalanmış ülkelerden gelen sigortalılar, sigortacı tarafından yurtdışından verilen hak belgesi ile sağlık hizmetlerine erişim hakkına sahiptir. Hırvatistan' ın AB üyeliğinden bu yana, bu tüm AB üye devletleri için geçerlidir.

Bağımlı aile üyeleri, çalışan aile üyelerinin yaptığı katkılardan karşılanmaktadır. Serbest meslek sahipleri kendi katılım paylarını tam olarak ödemek zorundadırlar. Emekliler, engelliler, işsizler ve düşük gelirli gibi hassas gruplar ödemelerden muafır. Savaş gazileri ve askeri personel de ödemedi muafır; zorunlu sağlık sigortası kapsamı Devlet Hazinesi veya Savunma Bakanlığı tarafından finanse edilmektedir (askeri kuvvetlerin aktif üyeleri ve Savunma Bakanlığı' nın diğer çalışanları olması durumunda).18 yaşından küçükler için sigorta primleri devlet tarafından karşılanmaktadır. 18 ile 26 yaş arasındaki öğrenciler ve işsizler, velilerinin sigortası ile sigortalıdır.

Tüm sigortalılara, sağlık hizmetlerine erişimde sigorta durumlarını kontrol etmek için kullanılan sigorta numarası olan bir kart verilmektedir. Sigorta durumları, Hırvatistan Cumhuriyeti Merkezi Sağlık Bilgi Sistemi (CEZIH) aracılığıyla doğrulanmaktadır. CHIF'de resmi olarak sigortalı olmayanlar, acil bakım için yalnızca kamu tarafından finanse edilen erişime sahiptirler.

Tamamlayıcı sağlık sigortası isteğe bağlıdır ve bireysel olarak CHIF' ten veya özel bir sigortacıdan satın alınmaktadır.2006 Gönüllü Sağlık Sigortası Yasasına (ve sonraki değişikliklere) göre, aşağıdaki nüfus grupları CHIF' te ücretsiz tamamlayıcı sağlık sigortası üyeliği hakkına sahiptir ve katılım payları devlet bütçesinden finanse edilmektedir:

- Bağımsız olarak yaşına uygun faaliyetleri gerçekleştiremeyen ciddi fiziksel veya zihinsel engelleri olanlar,
- Organ bağışçıları,
- 35'ten (erkek) veya 25'ten (kadın) fazla bağış yapan kan bağışçıları,
- 18 ila 26 yaş arası öğrenciler,

- Yıllık toplam geliri (aile üyesi başına aylık olarak hesaplanan) hükümet tarafından belirlenen bütçe maaş tabanının %45,6'sını aşmayan kişiler.

2019'da nüfusun yaklaşık %76'sı CHIF' ten tamamlayıcı sağlık sigortasına (sözleşmeli sigorta poliçeleri) ve nüfusun %16'sı devlet bütçesinden karşılanan tamamlayıcı sağlık sigortasına sahiptir.

2.4. Teminat Paketi Kapsamı

Sağlık Hizmetleri Yasası, Zorunlu Sağlık Sigortası Yasası ve zorunlu sağlık sigortasından finanse edilen Sağlık Bakım Önlemleri Planı ve Programı, kapsamlı bir sosyal yardım paketi tanımlamaktadır. Zorunlu Sağlık Sigortası Yasası, hangi hizmetlerin kapsandığını özel olarak tanımlamamaktadır; bunun yerine, geri ödenmeyen hizmetlerin negatif bir listesini tanımlamaktadır.

Zorunlu Sağlık Sigortası Kanunu, sigortalıya sağlık hizmetleri ve maddi tazminat hakkı vermektedir. Kanun, kapsanan sağlık hizmetleri ve tıbbi ürünlerin geniş kategorilerinden bahsetmektedir ve bu hizmetler, Zorunlu Sağlık Sigortası tarafından kapsanan Sağlık Bakım Önlemleri Plan ve Programında daha açık bir şekilde tanımlanmalıdır. Ancak, ilaçlar dışında pozitif liste yoktur, bu da teminat paketinin ayrıntılı bir tanımının olmadığı anlamına gelmektedir.

Sağlık hizmetlerinin ana alıcısı olan CHIF, tabip birlikleri ile iş birliği içinde, zorunlu sağlık sigortası kapsamındaki tüm sağlık hizmetlerinin fiyat listesini belirlemektedir. Kararlar Sağlık Bakanlığı' nın onayı ile alınmaktadır.

Yasal sistem dahilinde sağlanan iki pozitif ilaç listesi vardır: temel liste (hastaya ücretsiz olarak sağlanan ilaçlarla birlikte) ve tamamlayıcı liste (ek ödeme karşılığında sağlanan ilaçlarla birlikte). Bu listeler CHIF tarafından yayınlanmakta ve yılda birkaç kez güncellenebilmektedir. İlaç ve tıbbi cihazların geri ödeme listelerine dahil edilmesine ilişkin kararlar, CHIF tarafından organize edilen İlaç ve Tıbbi Cihazlar Komisyonu ve İlaç ve Tıbbi Cihazlar Dairesi tarafından bağımsız olarak alınmaktadır. Genellikle geri ödeme için başvuran ilaç firmaları tarafından hazırlanan bütçe etki analizleri ile desteklenmektedirler.

Bazı hizmetler zorunlu sağlık sigortası kapsamı dışındadır: rekonstrüktif kozmetik cerrahi (doğuştan anomalilerin estetik rekonstrüksiyonu, mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonu ve ciddi yaralanma sonrası kozmetik rekonstrüksiyon hariç), gönüllü olarak kazanılan kısırlığın tedavisi, obezitenin cerrahi tedavisi (morbidobezite vakaları hariç), deneysel tedaviler ve zorunlu sağlık sigortası kapsamındaki sağlık hizmetlerinin kullanımından kaynaklanan tıbbi komplikasyonların tedavisi.

Zorunlu Sağlık Sigortası Yasası'nda belirtildiği gibi, belirli nüfus gruplarına sağlanan belirli sağlık ürünleri ve hizmetleri tam olarak (%100) CHIF tarafından karşılanmaktadır. Bunlar: çocuklar, öğrenciler için koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri, 18 yaşına kadar olan çocuklar için ortopedik cihazlar ve diğer tıbbi yardımlar (CHIF tüzüğünde tanımlandığı gibi), aile planlaması, gebelik takibi ve doğumla ilgili olarak kadınlara sağlanan koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri, engelliler ve 65 yaşından büyükler için önleyici bakım, zorunlu aşılarda immünoprofilaksi ve kemoprofilaksi, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve tedavisi, birinci basamakta laboratuvar/tanı testleri, kronik hastalığı olan psikiyatri hastaları için tedavi, kanserli hastaların tedavisi, mesleki hastalık ve yaralanmaların tedavisi, kemoterapi ve radyoterapi, organ nakli, acil bakım (tıbbi yardım, diş bakımı, tıbbi ulaşım), ev ziyaretleri ve evde bakım, palyatif bakım ve engelliler gibi özel hasta kategorileri için ulaşım.

2.5. Sağlık Sigortası Primleri

Zorunlu sağlık sigortası prim oranları Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı ve CHIF arasında görüşülmekte ve Parlamento tarafından onaylanmaktadır.

- Çalışanlar: 1 Ocak 2019'dan bu yana brüt maaşın %16,5'i. İşveren, çalışan prim oranlarının CHIF'e aktarılmasından sorumludur,
- Çiftçiler, rahipler ve diğer dini görevliler: Ülkedeki ortalama maaşın %7,5'i (2013'te bu oran %35 idi),
- Emekliler: Ortalama net ücretin üzerindeki emekli maaşının %3'ü,
- Devlet bütçesi: işsizler ve mahkumlar adına yapılan katkılar: öngörülen taban bütçenin %5'i; Emekli maaşının ortalama net ücretin altında olması durumunda, emeklilerin sağlık sigortası katkısının %1'i. Sağlık sigortası sistemine sahip diğer çoğu ülkeye benzer şekilde, Hırvatistan'da zorunlu sağlık sigortası primlerinin

oranı (%16,5), maaşlarına bakılmaksızın çalışan nüfus için aynıdır. Bu, katkıların yükünün maaşlarla orantılı olduğu anlamına gelmektedir. Nüfusun üçte birinden biraz fazlası (ekonomik olarak aktif olanlardan oluşur) tam zorunlu sağlık sigortası primlerini ödemekle yükümlüdür.

Sigorta tabanı, primlerle finanse edilen tüm sosyal sigorta dalları için aylık olarak yönetmeliklerle tanımlanmaktadır. (Minimum HRK 3.488,78 (465 €))

2015'ten beri CHIF, devlet bütçesi dışında bir havuzda fon toplamaktadır. Tüm gelir ve giderler, CHIF'in Parlamento tarafından kabul edilmesi gereken mali planının ayrılmaz bir parçasıdır. CHIF içinde ilaçlar, sağlık ürünleri ve hizmetleri ve tazminatlar için sıkı bütçeler belirlenmektedir. Bu katı bütçelerin hesaplamaları çoğunlukla önceki harcamalara dayanmaktadır. Devlet bütçesinden Sağlık Bakanlığı'na ayrılan fonlar çoğunlukla devlete ait sağlık kuruluşlarına dağıtılmaktadır. Bununla birlikte, bazı fonlar, ilçe nüfuslarının hastalık, ölüm ve demografik özelliklerine göre belirlenen tahsislerle yerel düzeye aktarılmaktadır.

2.6. Satın Alma ve Alıcı-Tedarikçi İlişkileri

CHIF tarafından hem özel hem de kamu sağlık hizmeti sunucuları, Ulusal Sağlık Bakım Ağı'nda tanımlanan ihtiyaçlara göre sözleşmelidir. Her yıl veya her üç yılda bir CHIF, zorunlu sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmetlerinin sağlanması için bireysel ve kurumsal sağlık hizmeti sunucuları ile sözleşmeler yapmaktadır. CHIF daha sonra üzerinde anlaşmaya varılan sözleşmelere göre sağlık hizmetleri için ödeme yapmaktadır. Bu sözleşmeler, hangi hizmetlerin sağlanacağını, bunların kapsamını ve kalitesini, maliyet muhasebesi gerekliliklerini ve ödeme koşullarını (sabit ve değişken bileşenler dahil) belirtmektedir.

Sözleşme süresi boyunca CHIF, sağlık kurumlarının, özel tıp uzmanlarının ve ilaç ve tıbbi yardım tedarikçilerinin sözleşmeden doğan yükümlülüklerinin yerine getirilmesini denetlemektedir. Sözleşmelerin hem finansal hem de tıbbi yönleri (ör. sağlanan hizmetlerin kapsamı, tedaviler reçete edilirken klinik kılavuzlara bağlılık) izlenmektedir.

2.7. Gönüllü Sağlık Sigortası

Gönüllü sağlık sigortasının sağlanması, 2006 Gönüllü Sağlık Sigortası Yasası ile düzenlenmiştir. Hırvatistan'da iki tür gönüllü sağlık sigortası planı vardır: zorunlu sağlık sigortası planındaki kullanıcı ücretlerini kapsayan tamamlayıcı gönüllü sağlık sigortası ve daha yüksek bir bakım standardını kapsayan destekleyici gönüllü sağlık sigortası.

Tamamlayıcı sağlık sigortası CHIF veya özel sigortacılar tarafından sağlanabilmektedir. Gönüllü sağlık sigortası planları, altı ticari sigorta şirketi (tamamlayıcı ve destekleyici planlar) ve CHIF (yalnızca tamamlayıcı planlar) tarafından sunulmaktadır. Nüfusun %16'sının tamamlayıcı sağlık sigortasını devlet bütçesinden karşılamaktadır.

Tamamlayıcı gönüllü sağlık sigortası planları, zorunlu sağlık sigortası planındaki tüm hasta katılım paylarını kapsamaktadır. Destekleyici gönüllü sağlık sigortası planları, sağlığı yerinde olan aktif kişilere yönelik hizmetler sunmaktadır. Önleyici muayeneleri, uzmanlara, tanısal görüntülemeye, laboratuvar testlerine ve fizyoterapiye doğrudan erişim ve daha iyi bir hastane konaklamasını kapsamaktadır.

CHIF ve özel sigortacılar tarafından sunulan tamamlayıcı gönüllü sağlık sigortası arasındaki temel fark, özel sigortacılar tarafından alınan primlerin genellikle yaşa bağlı olmasıdır. Tamamlayıcı gönüllü sağlık sigortası sözleşmelerinin çoğu (hem CHIF hem de özel sigortacılarla) bir yıl süreyle imzalanmaktadır. Yardımlar genellikle nakit olarak sağlanmaktadır, yani üyeler hizmetler için önceden ödeme yapmak zorundadır ve sigortacıya makbuz gönderdikten sonra geri ödeme yapılmaktadır.

2.8. Cepten Ödemeler-Katılım Payları

Cepten yapılan ödemeler, 2018'de cari sağlık harcamalarının %10'unu oluşturmuştur. Cepten yapılan ödemeler, Hırvatistan'daki özel sağlık harcamalarının çoğunluğunu oluşturmaktadır. Bunlar, CHIF tarafından

sözleşmesi olmayan özel sağlık hizmeti sunucuları tarafından sağlanan sağlık hizmetleri için yapılan ödemeleri ve zorunlu sağlık sigortası tarafından tam olarak kapsanmayan veya hiç kapsanmayan hizmetler için CHIF tarafından sözleşmeli hizmet sunucularına yapılan ödemeleri (tamamlayıcı gönüllü sağlık sigortası olmayan hastalardan) içermektedir.

Zorunlu sağlık sigortası kapsamındaki sağlık hizmetlerinin çoğu için, %20'lik tek tip bir katılım payı uygulanmaktadır. Belirli mal ve hizmetler için asgari katkı (bütçe maaş tabanının bir yüzdesi olarak) belirlenmektedir.

Örneğin, günlük bütçe tabanının %3,01'i hastane bakımı için ödenmektedir (yani günlük 100 HRK; yaklaşık 13 €) ve 18-65 yaş arası yetişkinler için diş sağlığı bakımı (mobil ve sabit protez) için bütçe tabanının %30,07'si ödenmektedir.

Ayrıca tüm temel bakım hizmetleri (ziyaret başına 10 HRK; yaklaşık 1 €) ve reçeteli ilaçlar (reçete başına 10 HRK; yaklaşık 1 €) için bir katılım payı ödemesi vardır.

Temel listedeki ilaçlar tam olarak geri ödenirken, ek listedeki ilaçlar (çoğunlukla markalı ilaçlar) %10 ila %35 arasında katılım payı ödenmesini gerektirmektedir.

Hastanelerde verilen tüm ilaçlar ücretsizdir. Maliyet paylaşımı bölüm başına 2.000 HRK (yaklaşık 264 €) ile sınırlıdır.

İki tür kullanıcı ücreti vardır. Birinci basamaktaki kullanıcı ücretleri CHIF'in geliridir ve ikinci basamaktaki kullanıcı ücretleri, bu bakım düzeyindeki sağlık hizmeti sağlayıcılarının geliridir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde kullanıcı ücretleri temel bütçenin %0,3'ü (1,33 €) tutarındadır. İkinci basamakta kullanıcı ücretleri CHIF tarafından ödenen sağlık hizmeti bedelinin %20'si tutarındadır. Kullanıcı ücretleri Zorunlu Sağlık Sigortası Yasası ile belirlenmektedir. Dolaylı maliyet paylaşımı yöntemleri, ilaçlar için referans fiyatlandırmayı içermektedir.

Genel olarak, katılım paylarının sağlık hizmetlerinin karşılanabilirliğini etkilemediği görülmektedir. Hane halkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı 2018'de %1,3 olup, tüm AB ülkeleri arasındaki en düşük pay ve %3,3'lük AB ortalamasının oldukça altındadır.

Tablo 2: Sağlık hizmetleri için katılım ücretleri

SAĞLIK HİZMETİ	KATILIM PAYI ÜCRETİNİN TÜRÜ VE DÜZEYİ	MUAFİYETLER VEYA İNDİRİMLİ ORANLAR	CEPTEN HARCAMALARIN SINIRI
Birinci Basamak Sağlık Hizmeti	Ziyaret başına 10 HRK; yaklaşık 1 €	Muafiyetler nüfusun savunmasız grupları için geçerlidir.	—
Ayakta Uzman Ziyareti	—	—	—
Ayakta Tedavide Reçeteli İlaçlar	Reçete başına 10 HRK; yaklaşık 1 €	Temel listedeki ilaçlar tam olarak geri ödenir. Muafiyetler nüfusun savunmasız grupları için geçerlidir.	—
Yatarak Tedavi	Hastane bakımı için günlük bütçe tabanının %3,01'i (yani günlük 100 HRK; Yaklaşık 13 €)	Muafiyetler nüfusun savunmasız grupları için geçerlidir.	Maliyet paylaşımı bölüm başına 2.000 HRK (yaklaşık 264 € ile sınırlıdır.)
Diş Bakımı	Diş sağlığı bakımı (mobil ve sabit protodonti) için bütçe tabanının %30,07'si 18 ila 65 yaş arasındaki yetişkinler için (1.000 HRK; yaklaşık 135 €)	Çocuklar ve 65 yaş üstü	—

Kaynak: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/croatia-health-system-review-2021>

3-GERİ ÖDEME SİSTEMİ

3.1. Sağlık Hizmetleri İçin Ödeme

3.1.1. Halk Sağlığı Hizmetleri

İdari bölge halk sağlığı enstitüleri tarafından sağlanan halk sağlığı hizmetleri, CHIF bütçesinden finanse edilmektedir. Diğer halk sağlığı hizmetleri (örneğin halk sağlığı programlarında sunulan hizmetler) esas olarak Devlet ve idari bölge bütçelerinden finanse edilmektedir.

3.1.2. Birinci Basamak Tedavi/Ayakta Bakım

Birinci basamakta çalışan doktorlarının çoğu serbest meslek sahibidir ve muayenehanelerde çalışmaktadırlar. Hizmetleri CHIF tarafından sözleşmeye tabidir. 2008 yılına kadar birinci basamak doktorlarına kişi başı ödeme yapılmaktaydı. 2008'den başlayarak, pratisyen hekimlere kişi başı ödeme (gelirlerinin %80'i) ve faaliyete dayalı ödemelerin (hizmet başına ücret, gelirlerin %20'sine tekabül eden) bir kombinasyonu yoluyla ödeme yapılmaktadır. Koruyucu hekimlik hizmetini artırmak ve aile hekimliği merkezlerinin açılmasını teşvik etmek amacıyla 7 gün 24 saat faaliyete dayalı ödemeler başlatılmıştır.

Nisan 2013'te yeni bir ödeme modeli uygulamaya konulmuştur. Bu uygulamanın hedefleri sağlık hizmeti sunucularının belirli bakım türlerinin (örn. koruyucu bakım) sağlanmasını daha da artırmaya ve bakım kalitesini ve hasta memnuniyetini iyileştirmeye teşvik etmektir. Ayrıca, pratisyen hekimler performanslarına ve kalite göstergelerine bağlı olarak ikramiye ödemeleri alabilmektedirler.

Anahtar performans veya kalite göstergelerinin elde edilmesi için ek ödeme, her biri için sabit kısmın toplamının %7,5'i ve teşhis-tedavi prosedürleri için ödemedir. Anahtar performans göstergeleri, reçete oranlarını, hastalık izinlerini, birinci basamak laboratuvar testleri için yürütülen sevkleri ve ikinci basamak konsültasyonları için yürütülen sevkleri içermektedir. Kalite göstergeleri, kronik hastaları "kronik hasta panelleri" ile izleyip tedavi ederek elde edilmektedir. Hipertansiyon, KOAH ve diyabet gibi sağlık durumları için paneller mevcuttur ve yaşam tarzı parametreleri ile klinik sonuçları içermektedir."5 yıldızlı uygulama" modeli, birinci basamak hekimlerini sigortalı kişilere telefon görüşmeleri, randevuların e-planlanması, e-sipariş ve diğer e-sağlık hizmetleri gibi ek hizmetler sunmaya teşvik etmeyi amaçlamaktadır.

3.1.3. Uzman Ayakta Tedavi/Yatarak Tedavi

Ulusal Sağlık Bakım Ağı'na (yani CHIF tarafından sözleşmeli olan) ait hastaneler, büyük ölçüde global bütçelere göre ödenmektedir; gelirlerin %90'ı sabit ve %10'u sağlanan hizmetlere bağlıdır (DRG sistemine dayalı vakalara göre faturalar). 2020'den bu yana, hastane gelirinin %100'ü peşin ödenmektedir (2019'da %90'a kadar) ve hastaneler daha sonra bakım bölümlerine göre faturalar sunmaktadır. Uzun bekleme listeleri olan hizmetler (örn. MRI veya CT taramaları) ve girişimsel kardiyojoloji gibi özel fonlar için ek ödemeler yapılmaktadır. Sağlık Bakım Ağı dışındaki hastaneler kendi ücret tarifelerini belirlemektedir. Duruma göre ayarlanmış ödeme ögesi, DRG'lere dayanmaktadır. Hırvatistan, DTS kısaltması altında (Hırvatça: Dijagnostičkoterapijskeskupine) bilinen Avustralya DRG sisteminin (sürüm 5.1) değiştirilmiş bir sürümünü kullanmaktadır. DTS ödeme sistemiyle ilgili parametreler (kalış süresi veya DRG başına maliyet gibi) CHIF'in web sitesinde tüm hastaneler için düzenli olarak yayınlanarak kıyaslama yapılmasına olanak tanımaktadır. DTS ödeme sisteminin tanıtılmasının ardındaki ana hedefler, maliyetlerin azaltılması ve kaynakların rasyonelleştirilmesinin yanı sıra hastanede yatış başına ortalama kalış süresinin (ALOS) kısaltılması, daha yüksek bir hasta devrinin sağlanması ve belirli durumlar için bekleme sürelerinin azaltılması gibi belirli performans göstergelerinin iyileştirilmesidir.

2015 yılında ayakta tedavi hizmetleri için (fiyatın işçilik, ilaç ve sarf malzemelerinden oluştuğu) ve "diagnostik-terapötik prosedürler" (DTP'ler) olarak adlandırılan yeni bir fiyat listesi tanıtılmıştır. Ek olarak, aynı gün ameliyat prosedürleri (DTP'ler) için DRG fiyatlarına (yatarak tedavi için ödenen) kıyasla daha yüksek fiyatlar teklif edilmiştir ve aynı gün ameliyatlarda önemli bir artışa yol açmıştır. Aynı gün yapılan katarakt ameliyatları 2012'de %20'den 2016'da %64,8'e, kasık fıtığı ameliyatları %0'dan %18,1'e ve tonsillektomi ameliyatları %0'dan %49,1'e yükselmiştir.

Tablo 3: Sağlık Hizmeti Sunucuları Ödeme Mekanizmaları

SAĞLIK HİZMETİ SUNUCULARI	MERKEZİ HÜKÜMET	İDARİ BÖLGELER	SOSYAL SAĞLIK SİGORTASI	TAMAMLAYICI GÖNÜLL SAĞLIK SİGORTASI PLANLARI	MALİYET PAYLAŞIMI
Halk Sağlığı	Programlar/projeler ve sermaye yatırımları için bütçe fonları	Programlar/projeler ve sermaye yatırımları için bütçe fonları	Kişi başına ödeme	—	—
Sağlık Merkezleri	—	Programlar/projeler ve sermaye yatırımları için bütçe fonları	Kişi başına ödeme, hizmet başına ödeme, performansa dayalı ödeme	Zorunlu sağlık sigortası planındaki tüm hasta katılım paylarını karşılar.	Birinci basamaktaki CHIF' in gelirdir ve ikinci basamaktaki katılım payları, bu bakım düzeyindeki sağlık hizmeti sunucularının geliridir.
Ayakta Uzmanlar	—	—	Hizmet başına ödeme		
Akut Hastaneler	Sermaye yatırımları için bütçe fonları	Sermaye yatırımları için bütçe fonları	Global bütçeler, DRG' ler		
Mesleki Hizmetler	—	—	Hizmet başına ödeme	—	
Rehabilitasyon	—	—	Hizmet başına ödeme	Zorunlu sağlık sigortası planındaki tüm katılım paylarını karşılar.	
Diş Hekimleri	—	—	Kişi başına ödeme, hizmet başına ödeme, performansa dayalı ödeme	—	
İlaçlar	—	—	Hizmet başına ödeme	—	
Uzun Dönem Bakım	—	—	Günübirlik ödeme	—	
Seyahat / Ambulans	Programlar/projeler ve sermaye yatırımları için bütçe fonları	Programlar/projeler ve sermaye yatırımları için bütçe fonları	Hizmet başına ödeme	—	

Kaynak: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/croatia-health-system-review-2021>

3.2. İlaçlarda ödeme

Birinci basamakta reçete edilen ilaçlar, temel veya ek listede yer alıp almadıklarına bağlı olarak CHIF tarafından tamamen veya kısmen geri ödenmektedir. Hastanelerde uygulanan ilaçların maliyeti DTS ödemelerine dahil edilmekte veya bazı durumlarda çok pahalı ilaçlar ayrı CHIF fonlarından karşılanmaktadır.

3.2.1 İlaçların Fiyatlandırılması ve Geri Ödenmesi

İlaçları düzenleyen ana kanun, 2013 İlaç Yasasıdır. Bu yasa ilaç üretimi, ruhsatlandırma ve pazarlama, etiketleme, sınıflandırma, denetim ve farmakovijilans gibi konuları düzenlemektedir.

2003 yılı sonunda bağımsız bir kuruluş olarak kurulan ve Sağlık Bakanlığı tarafından denetlenen Tıbbi Ürünler ve Tıbbi Cihaz Kurumu (HALMED), ilaçlara pazar izni verilmesinden sorumludur. Ülkenin AB'ye katılımından bu yana, AB Merkezi Prosedürünü izleyen tüm pazarlama izni onayları otomatik olarak Hırvatistan için de geçerlidir. HALMED ayrıca ilaçların kalitesini, etkinliğini ve güvenliğini denetlemekten ve advers ilaç reaksiyonlarını ve kalite kusurlarını (klinik deneylerdeki bitmiş ürünler ve ürünler) izlemekten sorumludur. Gerekirse acil geri çağırma işlemleri yapabilmektedir.

İlaçlar için yetkili geri ödeme kurumu, üçüncü taraf ödeyici olarak görev yapan CHIF' dir. Pazarlama ruhsat sahibi ilaç şirketi, ürününün geri ödeme kapsamına alınması için CHIF' e başvurabilmektedir. Geri Ödeme Komitesi, başvurunun değerlendirilmesinin ardından, belirli kriterlere göre başvurunun geri ödeme için uygun olup olmadığı ve iki geri ödeme listesinden hangisine yerleştirilmesi gerektiği konusunda tavsiye veren bir danışma organı olarak hareket etmektedir. Nihai karar CHIF yönetim kurulu tarafından alınmaktadır.

Hırvatistan' da temel ve ek listeler olmak üzere iki geri ödeme listesi ve ayrıca pahalı ilaçlar (esas olarak hastane ilaçları) için özel bir ilaç listesi vardır. Temel listedeki ilaçların maliyetlerinin tamamı CHIF tarafından karşılanmaktadır. Temel listedeki ilaçların tümü hastane tedavileri için kullanılabilirken, sadece bir kısmı reçete edilebilmektedir.

Ek listede yer alan ilaçların maliyetleri kısmen CHIF tarafından karşılanmaktadır. Kapsanan tutar ile tam fiyat arasındaki fark sigortalı veya tamamlayıcı sigorta tarafından ödenmektedir. Ek listedeki tüm ilaçlar reçete edilebilmektedir.

Hırvatistan' da uluslararası referans fiyatlandırma sistemi mevcuttur. Hesaplama yılda bir kez yapılmaktadır. Bir tıbbi ürünün referans toptan satış fiyatının temeli, aynı tıbbi ürünün (aynı jenerik ürün ve aynı farmasötik form) İtalya, Slovenya ve Çek Cumhuriyeti' n deki toptan satış fiyatıdır. Bu üç ülkedeki fiyatlara ilişkin veriler mevcut değilse, sonraki iki ülkedeki sırasıyla İspanya ve Fransa' da ki fiyatlar dikkate alınmaktadır. Bir tıbbi ürünün referans fiyat düzeyi yüzde olarak ifade edilmektedir. Orijinal tıbbi ürün fiyatları %100 düzeyinde üç referans ülkenin fiyatlarının ortalaması alınarak hesaplanmıştır. Jenerik ürünlerin fiyatı, orijinal ilacın fiyatının %70'inden fazla olmamaktadır. Biyolojik jenerik ürünlerin fiyatı, orijinal ilacın fiyatının %85'inden fazla olmamaktadır.

Pahalı ilaçlara (kanser, otoimmün ve nadir hastalıkların tedavisi için tipik olarak patentli moleküller ve biyolojik maddeler) yönelik özel ilaç listesinde listelenen ilaçlar için CHIF ile yapılan anlaşmalar, örneğin geri ödeme mekanizmalı hacim anlaşmaları, performansla göre ödeme anlaşmaları ve müzakere edilen fiyatlar/anlaşmalar, CHIF ile bir ilaç şirketi arasında gizli yapılmaktadır. CHIF' nin pahalı ilaçlar için ayrı bir bütçesi vardır. Bu ilaçlar için geri ödeme süreci diğer patentli ilaçlarla aynıdır. Bu tür tedaviler, sigortalının tedavi gördüğü hastanenin İlaç Komisyonu' ndan onay alındıktan sonra hastanelerde gerçekleştirilmektedir. CHIF, belirli bir ilacın uygulanmasının, özellikle pahalı ilaçların kullanımına ilişkin CHIF yönergelerine uygun olup olmadığını belirlemektedir.

Gerii ödeme kararlarının dayandırıldığı kriterler yasal düzenlemelerde yer almaktadır.

İlaçların Etik Tanıtımına İlişkin Anlaşma, geri ödeme yüzdesine göre her üretici tarafından imzalanmalıdır. CHIF ayrıca, bir önceki yıl boyunca üreticinin ürünlerine geri ödenen miktarın %3'ü oranında bir depozito almaktadır. Geri ödeme almak için geçen ortalama süre 1,5 ila 2 yıldır.

3.3. Tıbbi Cihaz ve Yardımların Düzenlenmesi

HALMED, tıbbi cihazların toptan dağıtımını, uzmanlaşmış perakende mağazalarında perakende satış ve ithalat ve ihracat lisanslarının verilmesinden sorumludur. Tıbbi cihaz üreticilerinin ve tıbbi cihazların kaydını tutar, tıbbi cihazların klinik denemelerinde vakaları ve hastaların güvenliğini değerlendirir ve acil geri çağırma prosedürlerini gerçekleştirebilir. İthalatçılar, tıbbi cihazları yalnızca toptancılara tedarik edebilir. Tıbbi cihazların toptan dağıtımını sadece HALMED' in toptan dağıtım yetkisine sahip tüzel kişiler yapabilir. Sağlık Bakanlığı, 2013 Tıbbi Cihazlar Kanunu hükümlerinin ve buna bağlı düzenlemelerin uygulanmasını ilaç muayenesi yoluyla denetlemektedir.

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

1993 yılında kurulan Hırvat Sağlık Sigortası Fonu (CHIF), zorunlu sağlık sigortası sisteminin yürütülmesinden sorumlu sigorta kurumudur. Tüm nüfusa evrensel sağlık sigortası sunmaktadır. Sağlık Bakanlığı, yasal sigorta kapsamında kapsanan temel yardımları tanımlarken, CHIF, zorunlu sağlık sigortası planı kapsamındaki hizmetler için performans standartlarının oluşturulmasında ve fiyatların belirlenmesinde kilit bir rol oynamaktadır. CHIF ayrıca Zorunlu Sağlık Sigortası Yasası tarafından düzenlenen hastalık izni tazminatı, analık ödeneği ve diğer ödeneklerin dağıtımından da sorumludur. Ülkemizde de benzer şekilde genel sağlık sigortası zorunlu olup, OECD verilerine göre 2018 yılı itibarıyla nüfusun yaklaşık %99'u genel sağlık sigortası kapsamında yer almaktadır. SGK verilerine göre bu oran 2022 yılı için %98,6 olarak gerçekleşmiştir.

Zorunlu sağlık sigortası kapsamında sağlanan sağlık hizmetleri ve tıbbi ürünler için açık bir pozitif listesi olmadığından, CHIF hangi temel sağlık hizmetlerinin satın alınacağını ve böylece zorunlu sağlık sigortası kapsamında yer alacağını belirlemede anahtar rol oynamaktadır. Tüm bu kararlar Sağlık Bakanlığı ile iş birliği içinde alınmaktadır. CHIF, sağlık hizmetleri sunucuları ile yapılan sözleşmelere göre hizmetler için ödeme yapar. Bu sözleşmeler verilecek hizmetleri, kapsamını ve kalitesini belirlemektedir. Özel sağlık hizmet sunucuları, CHIF ile sözleşmeler yapabilmekte ve kamu tarafından finanse edilen sistemin bir parçası olabilmektedir. CHIF, Sağlık Ağına katılım kriterlerini karşıladıkları sürece özel ve kamu sunucuları arasında ayırım yapmamaktadır. Ülkemizde de benzer şekilde geniş kapsamlı teminat paketi bulunmaktadır ve sağlık hizmetlerinin sunumu için kamu ve özel sağlık hizmeti sunucuları ile sözleşmeler yapılmaktadır.

Hırvat sağlık sistemi hem kamu (sigorta primleri ve vergilendirme) hem de özel (cepten yapılan ödemeler ve VHI) kaynaklardan finanse edilen karma bir sistemdir. Sigorta primleri temel finansman kaynağıdır. Prim ödeyen kesimler arasında; çalışanlar, serbest meslek sahipleri ve çiftçiler yer almaktadır. Belirli hassas gruplar, prim ödeyenlerin katkılarından ve merkezi hükümet bütçesi ve idari bölge bütçelerinden yapılan transferlerden finanse edilmektedir. Ülkemizde de sigorta primleri temel finansman kaynağıdır. Genel sağlık sigortası prim oranı %12,5 dur. Prim oranları çalışan için %5, işveren için ise %7,5'dur. Ayrıca Türkiye' de sigortalı ve bakmakla yükümlü olunmayanların genel sağlık sigortasından yararlanmaları için aylık 194,13 TL ödemeleri yeterlidir.

Birinci basamak hekimleri (pratisyen hekimleri, çocuk doktorları ve jinekologlar) genellikle hastaların sağlık sistemiyle ilk temas noktasıdır. Birinci basamak hizmetleri, CHIF tarafından sözleşmeli olan pratisyen hekimler ve hemşireler ağı aracılığıyla sağlanır. Her sigortalı vatandaşın serbestçe seçebilecekleri bir pratisyen (yetişkin) veya bir çocuk doktoruna (çocuk) kayıt yaptırması gerekmektedir. CHIF tarafından sözleşmeli ikincil veya üçüncül hastane bakım hizmetlerine erişmek için hastaların tıbbi acil durumlar dışında birinci basamak doktorlarından sevk almaları gerekir. Türkiye' de ise sevk zorunluluğu bulunmamakta olup yalnızca basamaklarda 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 2022 yılı itibariyle aylık net asgari ücret tutarı 5.500,35 TL olarak belirlenmiştir. Yine AB ülke karşılaştırmaları verilerine göre Türkiye' de 2021 yılında asgari ücret yaklaşık 370 € iken, Hırvatistan' da bu tutar aylık yaklaşık 565 €'dur.

Tüm Hırvat vatandaşları ve sakinleri, zorunlu sağlık sigortası programı aracılığıyla sağlık hizmeti alma hakkına sahiptir. Zorunlu sağlık sigortası planının kapsamı geniş olmasına rağmen, hastalar birçok mal ve hizmetin maliyetine katkıda bulunmalıdır. Bununla birlikte, hassas nüfus grupları için muafiyetler vardır. Ülkemizde de benzer şekilde sağlık hizmetleri için kullanıcı katkıları söz konusudur.

Ekonomi ve sağlık göstergelerine ilişkin Türkiye, Hırvatistan ve AB üyesi ülkelerin ortalama verilerinin kıyaslamasına aşağıda tablo olarak yer verilmiştir.

Tablo 4: Ekonomi ve Sağlık Göstergelerinin Türkiye ve EU27 Ortalaması ile Karşılaştırılması

	HIRVATİSTAN	TÜRKİYE	AB27
Nüfus, (2020)	4.047.200	84.339.067	-
Kişi başına düşen GSYİH, (\$), (2020)	14.134	8.536	-
Asgari ücret tutarı, (€), (2021), (aylık)	565	370	-
Cari sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı, (%), (2019)	6,9	4,4	8,3
Kişi başına düşen sağlık harcaması, (€), (2019)	1.361	906	2.572
Kişi başına düşen ilaç harcaması, (€), (2018)	270	-	381
Doğuşta beklenen yaşam süresi kadın, Doğuşta beklenen yaşam süresi erkek, (yıl), (2018)	81,5 74,9	81,6 76,2	83,7 78,2
Sigorta tarafından kapsanan nüfus oranı, (%), (2018)	100	99*	-
1.000 Kişiye düşen doktor sayısı, 1.000 Kişiye düşen hemşire sayısı, 1.000 Kişiye düşen yatak sayısı, (2018)	3,4 6,7 5,6	1,9 2,3 2,9	3,8 8,2 5,0
Toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı, (%) (2018)			
1- Kamu sağlık harcaması oranı, (%)	83	78	73
Merkezi hükümet/bölgesel, yerel yönetimler sağlık harcaması oranı, (%)	4	23	32
Sosyal sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	79	55	41
2- Cepten yapılan sağlık harcaması oranı, (%)	10	17	22
3- Gönüllü sağlık harcaması oranı, (%)	7	3	5
4- Diğer harcamaların oranı, (%) **	0	3	0
Hane halkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı, (%), (2018)	1,3	-	3,3

* SGK verilerine göre 2022 yılı itibariyle %98,6 dir.
** Ülkede geçici olarak ikamet edenlere ait sağlık harcamaları

KAYNAK:

1. Health at a Glance 2021 OECD Indicators
2. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?view=map> Erişim Tarihi: Nisan 2022
3. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD> Erişim Tarihi: Nisan 2022
4. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/earn_mw_cur/default/table?lang=en Erişim Tarihi, Nisan 2022

KAYNAKLAR

- 1- <https://hzzo.hr/>
- 2- <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/croatia-health-system-review-2021>
- 3- <https://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory-old/publications/health-system-reviews-hits/full-list-of-country-hits/croatia-hit2014>
- 4- DrugPolicy in Croatia, Value in HealthRegionalissues, 2017.
- 5- <https://ifi.hr/wp-content/uploads/2017/09/carpc-ifi-drug-policy-in-croatia.pdf>
- 6- <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212109917300511>
- 7- DraftPolicyNote:Croatia - Value for Money in Spending on Pharmaceuticals, The World Bank, Mayıs 2020
- 8- <https://www.halmed.hr/>
- 9- <https://cddf.org/files/2017/09/1740-Croatia-CDDF-Madrid-Roganovic.pdf>
- 10- <http://www.zdravlje.hr>
- 11- <http://www.vlada.hr>



HOLLANDA SAĞLIK ve GERİ ÖDEME SİSTEMİ







ÖZET

Hollanda sağlık sisteminin ana hedefleri arasında sağlık hizmetlerinin kaliteli, erişilebilir ve karşılanabilir olması yer almaktadır. Sağlıkla ilgili beş yasa, sağlık sisteminin temelini oluşturmaktadır. Hastane bakımı sağlayan Sağlık Sigortası Yasası ve diğer bakım türlerine odaklanan Uzun Süreli Bakım Yasası, Hollanda'da mevcut sağlık bütçesinin büyük kısmını oluşturmaktadır. Sağlık Sigortası Yasası, Hollanda sağlık sistemini arz odaklı bir sistemden talep odaklı bir sisteme dönüştürmüştür. Sağlık Sigortası Yasası'nın uygulanmasında, özel sağlık sigortası şirketleri kilit rol oynamaktadır.

Sağlık sigortası piyasasında, sağlık sigortacıları, tüm vatandaşlar için zorunlu olan temel sigorta paketini sunmaktadır. Tüm yerleşikler (ve Hollanda gelir vergisi ödeyen yerleşik olmayanlar), özel sigortacıardan sağlık sigortası satın almakla yükümlüdür. Sigortacıların tüm başvuru sahiplerini kabul etmesi gerekir ve kayıtlı kişilerin her yıl sigortacılarını değiştirme hakları vardır.

Sağlık hizmetlerin kalitesi ve maliyetini dikkate alarak, sigorta şirketleri sağlık hizmeti sunucuları ile sözleşme yapıp yapmamaya karar vermekte serbesttir. Sunucular hastalar için iyi bakım kalitesi ve sigortacılar için cazip bakım düzenlemeleri sunarak rekabet edebilmektedir.

Sosyal sağlık sigortasının finansmanı üç temel kaynaktan sağlanmaktadır. Sağlık sigortası kuruluşları, sigortalı her kişiden nominal bir prim almaktadırlar. Ayrıca vatandaşlar, işverenleri aracılığıyla gelirlerine göre bir sigorta primi ödemektedirler. Gelire bağlı prim oranı çalışanlar için %6,75 ve emekliler, serbest meslek sahipleri için ise %5,5 olarak belirlenmiştir. Sigortacıların üçüncü finansman kaynağı, 18 yaşın altındaki sigortalılar için devlet tarafından ödenen katkılardır.

Temel sağlık paketi genel olarak aile hekimliği bakımı, doğum bakımı, hastane bakımı, evde hemşirelik bakımı, ilaç tedavileri ve ruh sağlığı hizmetlerini içerir. Bu teminat paketi için sağlık harcamalarının ilk 385 €'luk kısmı aile hekimliği konsültasyonları, doğum bakımı, evde hemşirelik bakımı ve 18 yaşından küçük çocukların bakımı haricinde cepten ödenir.

ÜLKE TANITIMI

Ülkenin Demografik Özellikleri

Hollanda, Ren Nehri, Meuse ve Scheldt nehirlerinin Kuzey Denizi'ne aktığı batı Avrupa'da yer almaktadır. Yüz ölçümü olarak küçük olmasına rağmen yaklaşık 17,4 milyon (2020 yılı için) kişinin yaşadığı yoğun nüfuslu bir ülkedir. Nüfusun beşte biri yabancı kökenlidir. Başkenti Amsterdam olan ülkenin resmi dili Hollandaca'dır. Ülkenin para birimi Euro'dur.

Hollanda Sağlık Sistemi, Avrupa Birliği'ndeki en pahalı sağlık sistemlerinden biridir. Ancak Hollandalılar yoğun bir ağa sahip birinci basamak ve ikinci basamak sağlık hizmetlerine kolay erişim imkanına sahiptirler.

Hollanda'daki önemli demografik trendler yaşlanma, nüfusun azalması ve kentleşmedir. Doğuşta beklenen yaşam süresi yüksek olup, 2019 yılı için erkeklerde 80,6 kadınlarda ise 83,7'dir. Yaşam beklentisindeki artışlar, temel olarak kardiyovasküler hastalıklardan kaynaklı erken ölümlerin tutarlı bir şekilde azaltılmasının bir sonucudur.

Hollanda'da önde gelen ölüm nedenleri arasında akciğer kanseri, felç ve iskemik kalp hastalığı yer almaktadır. Akciğer kanseri ve kronik obstrüktif akciğer hastalığından (KOAH) ölüm oranları, yıllar içindeki düşüslere rağmen, AB'deki en yüksek oranlar arasında yer almaya devam etmektedir. Buna karşılık, inme ve iskemik kalp hastalığından ölüm oranları AB'deki en düşük oranlar arasında yer almaktadır.

2019 yılı itibarıyla 1.000 kişiye düşen doktor sayısı 3,7 OECD ortalaması ise 3,6'dır. 1.000 kişiye düşen hemşire sayısı 10,7 OECD ortalaması ise 8,8'dir. 1.000 kişiye düşen yatak sayısı 3,10 ECD ortalaması ise 4,4'tür.

Ülkenin Sağlık Harcamaları

2019 yılı verilerine göre, nüfusun %100'ü sağlık sigortası kapsamındadır. Toplam sağlık harcamalarının gayri safi yurtiçi hasıla içindeki payı 2020 yılı itibarıyla %11,2 olarak gerçekleşmiştir. OECD ortalaması %8,8'dir. Kişi başına düşen sağlık harcaması 2019 yılı itibarıyla 5.739 \$ olarak gerçekleşmiştir. OECD ortalaması ise 4.087 \$ olarak gerçekleşmiştir.

2019 yılı itibarıyla, hane halkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı %2,5 olarak gerçekleşmiştir. OECD ortalaması ise %3,1 olarak gerçekleşmiştir.

2019 yılı itibarıyla toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı incelendiğinde kamu harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı %82,5, cepten yapılan ödemelerin sağlık harcamaları içerisindeki payı %11, gönüllü sağlık sigortası harcamalarının payı %5 olarak gerçekleşmiştir.

Tablo 1: Ekonomi ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırılması

	HOLLANDA	OECD
Nüfus, (2020)	17.441.139	-
Kişi başına düşen GSYİH, (\$), (2020)	52.397	-
Asgari ücret tutarı, (\$), (2020), (aylık)	2.056	-
Cari sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı, (%), (2020)	11,2	8,8
Kişi başına düşen sağlık harcaması, (\$), (2019)	5.739	4.087
Kişi başına düşen ilaç harcaması, (\$), (2019)	419	571
Doğuşta beklenen yaşam süresi kadın, Doğuşta beklenen yaşam süresi erkek, (yıl), (2019)	83,7 80,6	83,7 78,3
Sigorta tarafından kapsanan nüfus oranı, (%), (2019)	100	
1.000 Kişiye düşen doktor sayısı, 1.000 Kişiye düşen hemşire sayısı, 1.000 Kişiye düşen yatak sayısı, (2019)	3,7 10,7 3,1	3,6 8,8 4,4
Toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı, (%) (2019)		
1- Kamu sağlık harcaması oranı, (%)	82,5	74
Merkezi hükümet/bölgesel, yerel yönetimler sağlık harcaması oranı, (%)	6,5	35
Sosyal sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	76	39
2- Cepten yapılan sağlık harcaması oranı, (%)	11	20
3- Gönüllü sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	5	5
4- Diğer harcamaların oranı, (%) *	1,5	1
Hane halkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı, (%), (2019)	2,5	3,1

* Ülkede geçici olarak ikamet edenlere ait sağlık harcamaları

KAYNAK:

1. Health at a Glance 2021 OECD Indicators
2. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?view=map>Erişim Tarihi: Nisan 2022
3. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD>Erişim Tarihi: Nisan 2022
4. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=RMW>, Erişim Tarihi, Nisan 2022

ÜLKENİN SAĞLIK ve GERİ ÖDEME SİSTEMİ

1- ORGANİZASYON YAPISI

Hollanda sağlık sisteminin ana hedefleri arasında sağlık hizmetlerinin kaliteli (etkili, güvenli ve hasta merkezli), erişilebilir (bireyler için makul maliyetler, seyahat mesafesi ve bekleme süreleri) ve karşılanabilir olması (genel maliyet kontrolü) yer almaktadır. Hollanda sağlık sistemi, sağlıkla ilgili beş temel yasa ile düzenlenmiştir.

- Sağlık Sigortası Yasası (Zorg verzekering wet-ZVW),
- Uzun Süreli Bakım Yasası (Wet langdurige zorg-WLZ),
- Sosyal Destek Yasası (Wetmaatschappelijke ondersteuning)
- Halk Sağlığı Yasası (Wet publieke gezondheid)
- Gençlik Yasası (Jeugdwet).

Sağlıkla ilgili beş yasa, sağlık sisteminin temelini oluşturmaktadır. Hastane bakımı sağlayan Sağlık Sigortası Yasası ve diğer bakım türlerine odaklanan Uzun Süreli Bakım Yasası, Hollanda'da mevcut sağlık bütçesinin büyük kısmını oluşturmaktadır. Sağlık Sigortası Yasası, Hollanda sağlık sistemini arz odaklı bir sistemden talep odaklı bir sisteme dönüştürmüştür. Sağlık Sigortası Yasası'nın uygulanmasında, özel sağlık sigortası şirketleri kilit rol oynamaktadır.

Merkezi hükümet ve belediyeler, Halk Sağlığı Yasası'nın uygulanmasından müştereken sorumludur. Halk sağlığı hizmetleri öncelikle belediyelerin sorumluluğunda olup, önleme, tarama ve aşılama gibi hizmetleri içerir. Sağlık sistemi esas olarak özel bir sistem olsada hükümet vatandaşların çıkarlarını korumak için kontrol edici bir rol oynamaktadır.

Sevki zinciri uygulaması Hollanda sağlık sisteminin temel özelliklerinden biridir ve hastaneye (acil bakım hariç) başvurmak için öncelikle bir pratisyen hekime başvuru gerektirmektedir. Hollanda'daki birinci basamak sağlık hizmetleri, diğer birçok Avrupa ülkesindeki birinci basamak sağlık hizmetleri ile karşılaştırıldığında oldukça güçlüdür ve Hollandalı pratisyen hekimler, diğer birçok ülkedeki pratisyen hekimler ile karşılaştırıldığında geniş bir hizmet profillerine sahiptir. Pratisyen hekimler ile tüm hasta ziyaretlerinin yaklaşık %93'ü birinci basamakta gerçekleştirilirken, ziyaretlerin sadece %7'si ikinci basamak bakıma yönlendirilmektedir.

Hollanda sağlık sistemi birkaç düzeyde yapılandırılmıştır. Halk sağlığı hizmetleri; meslek hekimliği, gençlik sağlık kurumları ve belediye sağlık hizmetleri tarafından sağlanmaktadır. İlk müracaatların pratisyen hekimlere yapıldığı birinci basamak sağlık hizmetlerinde genel uygulama, çok sayıda kişisel tedavi hizmetlerinden ve önleyici hizmetlerden oluşmaktadır. Genel ve üniversite hastanelerinde tıbbi uzmanlar hem yatarak hem de ayakta tedavi hizmeti sunmaktadırlar. Uzun süreli bakım, bakımevlerinde kurumsal veya evde bakım olarak toplum temelli olabilmektedir.

Hükümet sağlık politikalarının geliştirilmesi ve uygulanmasında önemli bir role sahiptir. Sağlık bütçesi ve temel sağlık teminat paketinin içeriğinin belirlenmesi aracılığıyla sağlık sektöründe maliyetler üzerinde büyük bir etkisi vardır. Ayrıca hükümetin hastalıkların önlenmesi gibi sağlık politika gündeminin belirlenmesinde de önemli bir rolü vardır. Hollanda'da halk sağlığı durumu hakkındaki dört yıllık raporlar, sağlık politikasına önemli girdiler sağlamakta ve aynı zamanda önceki yıllardaki politikaların değerlendirilmesini de sağlamaktadır. Danışma organları ve araştırma enstitüleri sağlık sisteminde ara rol oynamaktadır.

Sağlık sigortası piyasasında sağlık sigortacıları, tüm vatandaşlar için zorunlu olan temel sigorta paketini sunmaktadır. Sağlık hizmeti satın alma piyasası sağlık sigorta şirketlerinin sağlık hizmet sunucuları ile fiyat, hacim ve bakım kalitesi konusunda pazarlık edebileceği bir pazardır. Sigortacılar politikalarında, hastaların serbest sunucu seçimine (genellikle daha düşük prim karşılığında) kısıtlamalar getirebilmektedir.

1.1. Sağlık Hizmetleri ile İlgili Bakanlıklar

1.1.1. Sağlık, Refah ve Spor Bakanlığı

Hollanda'da sağlık hizmetleri için birincil sorumluluk Sağlık, Refah ve Spor Bakanlığı'na aittir. Bakanlık Hollanda halkının sağlığını ve refahını arttırmak, sağlık sistemine erişimin korunmasını sağlamak için politikalar ve önlemler geliştirmektedir. Giderek artan şekilde, bu sorumluluklar yerel yönetimlerle paylaşılmaktadır. Devletin hizmet sunumunda işlevsel rolü çok sınırlıdır, çünkü bu rol büyük ölçüde özel girişim ve sivil toplum kuruluşlarına verilmiştir.

1.1.2. Maliye Bakanlığı

Maliye Bakanlığı, Vergi ve Gümrük İdaresi (Belastingdienst) aracılığıyla sağlık hizmetleri konusunda doğrudan sorumluluğa sahiptir. Sadece işverenler aracılığıyla sosyal sağlık sigortası primlerini toplamakla kalmaz, aynı zamanda sağlık yardımlarını (zorgtoeslag) da finanse etmektedir. Sağlık yardımları, düşük gelir gruplarının üzerindeki sağlık sigortası prim yükünü telafi etmek amacıyla 2006 reformuyla getirilen bir vergi sübvansiyonudur.

1.1.3. Sosyal İşler ve İstihdam Bakanlığı

Sosyal İşler ve İstihdam Bakanlığı (Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid-SZW), hastalık ve iş göremezlik ödeneklerini içeren sağlıkla ilgili sosyal güvenlik programlarından sorumludur. Bu programlar, sağlık sigortası programı dışındadır ve işveren ile çalışanlar tarafından müştereken ödenen primler ile finanse edilmektedir.

1.2. Denetim ve Kontrol

1.2.1. Sağlık Hizmetleri Denetim Kurulu

Sağlık Hizmetleri Denetim Kurulu (Inspectie Gezondheidszorg, IGZ), sağlık hizmetlerinin kalitesini ve erişilebilirliğini denetlemektedir. Kurul, halk sağlığı ile ilgili yasal düzenlemeleri uygulamakta; sağlıkla ilgili kazalar ile şikayetleri araştırmakta ve uygun önlemleri almaktadır. Ayrıca IGZ, Bakanın danışma organlarından biridir.

1.2.2. Hollanda Sağlık Hizmetleri Kurumu

Hollanda Sağlık Hizmetleri Kurumu (Nederlandse Zorg autoriteit-NZa), Sağlık, Refah ve Spor Bakanlığı tarafından finanse edilmesine rağmen bağımsızdır. Genel olarak, NZa Sağlık Sigortası Yasası'nın temel ilkelerinin uygulanmasını denetler. Sigortacıların herhangi bir başvuru sahibini kabul etme, uygun bakımı teklif etme ve sigorta primlerinin farklılaşma yasağına uyma yükümlülükleri Kurum tarafından denetlenmektedir. 116

1.2.3. Tüketici ve Piyasa Otoritesi

Tüketici ve Piyasa Otoritesi (Autoriteit Consument & Markt, ACM), Hollanda ekonomisinin tüm sektörlerinde adil rekabeti güçlendirmek, kartelleri ve hâkim pazar pozisyonlarını önlemek ve tüketicileri korumak gibi genel bir misyona sahiptir. Bu kapsamda sağlık sigortacılarını ve sağlık hizmeti sunucularını da denetlemektedir. ACM'nin sorumlulukları NZa'nın sorumlulukları ile ilgili olduğundan, aralarındaki iş birliği bir protokolle belirlenmiştir.

1.2.4. İlaç Değerlendirme Kurulu

İlaç Değerlendirme Kurulu (College ter Beoordeling van Geneesmiddelen-CBG), tıbbi ürünler ile gıda ürünlerinin etkinliğini, güvenliğini ve kalitesini değerlendirmekte ve kontrol etmektedir. Kurul bağımsız olarak çalışmakta ve ilaçların ruhsatlandırılmasından ve izlenmesinden sorumludur.

1.3. Danışma Organları

1.3.1. Hollanda Sağlık Konseyi

Hollanda Sağlık Konseyi (Gezondheidsraad), hükümete, talep üzerine veya kendi inisiyatifiyle, tıp, sağlık, halk sağlığı ve çevrenin korunması hakkında tavsiyelerde bulunmaktadır. Konsey devlet tarafından finanse edilmektedir. Konsey, ülkenin her yerinden ve çeşitli disiplinlerden gelen yaklaşık 130 üyeye sahiptir.

1.3.2. Halk Sağlığı ve Toplum Konseyi

Halk Sağlığı ve Toplum Konseyi (Raad voor de Volksgezondheid en de Samenleving, RVS), sağlık ve refah politikaları hakkında stratejik danışmanlık için Sağlık, Refah ve Spor Bakanlığı tarafından kurulan bağımsız bir danışma organıdır.

1.3.3. Ulusal Sağlık Enstitüsü

Ulusal Sağlık Enstitüsü (Zorginstituut Nederland, ZiNL) sağlık sisteminin kalitesinden, erişilebilirliğinden ve satın alınabilirliğinden sorumludur. ZiNL Bakanlık temel sağlık teminat paketi hakkında tavsiyede bulunmaktadır.

1.4. Devlet Enstitüleri

1.4.1. Ulusal Halk Sağlığı ve Çevre Enstitüsü

Ulusal Halk Sağlığı ve Çevre Enstitüsü (Volksgezondheid en Milieuhygiëne RIVM), çevre sağlığı ve temel halk sağlığı alanlarında politika desteği dahil olmak üzere çeşitli işlevlere sahip büyük bir devlet kurumudur. Bulaşıcı hastalık sürveyansı ve kontrolü için merkezi enstitü olan RIVM, Ulusal Aşı Programını yönetmektedir. Ayrıca, hastalıkların önlenmesinde aktif rol oynamaktadır.

1.4.2. Hollanda Sosyal Araştırma Enstitüsü

Hollanda Sosyal Araştırma Enstitüsü (Sociaal en Cultureel Planbureau, SCP), resmi olarak hükümete bağlı, disiplinler arası bir araştırma enstitüsüdür. SCP, Hollanda'daki sosyal ve kültürel durumu tanımlar ve gelişmeleri tahmin eder.

Çalışılan ana alanlar sağlık, refah, sosyal güvenlik, işgücü piyasası ve eğitimidir. SCP tarafından yayınlanan raporlar hükümet, kamu çalışanları, yerel makamlar ve akademisyenler tarafından yaygın olarak kullanılmaktadır. SCP, Hollanda'da yaşayanların sosyal ve kültürel refahını izlemekte, araştırmakta ve raporlamaktadır. Faaliyetleri arasında yaşam kalitesini izlemek, bu konudaki devlet politikalarını değerlendirmek ve gelecekteki politikaları desteklemek için ileriye dönük çalışmalar yapmak yer almaktadır.

2- SAĞLIK HİZMETİNİN FİNANSMANI

2.1. Sosyal Sağlık Sigortası

Hollanda sağlık sisteminde iki ana finansman planı vardır: biri tedavi edici bakım (esas olarak hastanın tedavisine yönelik) ve diğeri uzun süreli bakım içindir. Hollanda tedavi edici sağlık sisteminin finansmanı, Sosyal Sağlık Sigortası'na (SHI) ve yönetilen rekabete dayanmaktadır. Hollanda vatandaşları, sosyal sağlık sigortası kapsamında sağlık sigortacılarından standart bir sağlık sigortası paketi için sigorta poliçesi satın almak zorundadır. Sağlık sigortaları, sigorta poliçesi için başvuran herkesi kabul etmek zorundadır.

Sosyal sağlık sigortasının finansmanı temel olarak üç farklı kaynaktan sağlanmaktadır. Sağlık sigortası kuruluşları sigortalı her kişiden nominal bir prim almaktadırlar. Bu primin düzeyi, sağlık sigortası kuruluşları arasında, kurumun poliçesine, iç organizasyonuna, rezervlerine vb. göre farklılık gösterir.

Ayrıca vatandaşlar, işverenleri aracılığıyla gelirlerine göre bir sigorta primi ödemektedirler. Bu katkı, sağlık sigortacılarının toplam gelirinin yaklaşık %50'sini oluşturmaktadır.

Sigortacıların üçüncü finansman kaynağı, 18 yaşın altındaki sigortalılar için devlet tarafından ödenen katkılardır. Sigorta şirketlerinin gelirinin geriye kalan %50'lik kısmını nominal prim, ön ödeme ve 18 yaş altı kişiler için yapılan katkı payları oluşturmaktadır.

Temel sağlık teminat paketi; aile hekimliği bakımı, doğum bakımı, hastane bakımı, evde hemşirelik bakımı, ilaç tedavisi ve ruh sağlığı hizmetlerini içerir. Bu paketten sağlık harcamalarının ilk 385 €'luk kısmı aile hekimliği konsültasyonları, doğum bakımı, evde hemşirelik bakımı ve 18 yaşından küçük çocukların bakımı haricinde cepten ödenir.

Sağlık sigortacıları ve sağlık hizmet sunucuları, kalite konusunda rekabet henüz başlangıç aşamasında olmasına rağmen, fiyat ve hizmet kalitesi üzerinde pazarlık yürütmektedirler. Hollanda Sağlık Hizmetleri Kurumu, rekabetin adil olup olmadığını denetler ve fiyatları üzerinde pazarlık yapılabilecek hizmet türlerini belirler. Acil bakım veya organ nakli gibi pazarlığın mümkün olmadığı hizmetler için Hollanda Sağlık Hizmetleri Kurumu maksimum fiyatları belirler. Sağlık hizmeti sunucuları bağımsız ve kar amacı gütmeyen kuruluşlardır.

Düşük gelir grupları için istenmeyen gelir etkilerini telafi etmek için, Sağlık Bakım Ödeneği Yasası kapsamında genel vergiden finanse edilen bir "sağlık ödeneği" oluşturulmuştur.

Standart sağlık sigortası paketi için sigorta şirketlerine sabit, nominal bir prim ödenmektedir. Zorunlu sağlık sigortası için sigorta şirketlerine ödenecek nominal prim yıllık yaklaşık olarak 1.522 €'dur. (2022 yılı için)

Nominal prime ek olarak, standart paket için gelirle ilgili bir katkı payı ödemek zorunludur. Gelirin bir yüzdesi olan bu katkı, Sağlık Sigortası Kanununda (ZVW) belirtilir ve ZVW katkısı olarak da bilinmektedir. Gelire bağlı prim oranı çalışanlar için %6,75 ve emekliler, serbest meslek sahipleri için ise %5,5 olarak belirlenmiştir. Azami prim geliri her iki durumda da 2022 yılı için 59.706 € olarak belirlenmiştir.

2.2. Sağlık Sigortası Kapsamında Yer Alan Kişiler

Tüm yerleşikler (ve Hollanda gelir vergisi ödeyen yerleşik olmayanlar), özel sigortacılarından sağlık sigortası satın almakla yükümlüdür. Sigortacıların tüm başvuru sahiplerini kabul etmesi gerekir ve kayıtlı kişilerin her yıl sigortacılarını değiştirme hakları vardır (yalnızca 1 Ocak'ta). İstisna yapılan iki grup vardır. Dini inançları veya yaşam felsefeleri nedeniyle kendilerini sigorta ettirmeyi reddeden kişiler ve belgesiz göçmenler için özel düzenlemeler yapılır. Savunma Bakanlığı askerî personel için sağlık hizmetlerini finanse eder ve düzenler.

Sigorta yaptırmayanlar para cezası alma riskiyle karşı karşıyadır. Sigortacılar, yaşı ve sağlık durumu ne olursa olsun, herkes için (koşulları Sağlık, Refah ve Spor Bakanlığı tarafından tasarlanan) standart bir paket sunmak zorundadır, bir başvuruyu reddetmek veya özel şartlar koymak yasaklanmıştır.

Dini inançları veya hayat felsefeleri nedeniyle kendilerini sigorta ettirmeyi reddeden kişiler, temel sağlık sigortası satın almak zorunda değildir. Ancak gelire bağlı işveren katkısına eşit bir genel gelir vergisi ödemek zorundadırlar. Bu katkılar, Hollanda Sağlık Enstitüsü tarafından yönetilen kişisel hesaplara yatırılır. Bu kişilerin sağlık harcamaları şahsi hesaplarından karşılanmaktadır. Sağlık harcamaları hesap bakiyesini aşarsa, kişi masrafları cepten ödemek zorundadır.

Savunma Bakanlığı, askeri personel için sağlık hizmetlerini finanse eder ve düzenler. Silahlı kuvvetler mensupları bu nedenle Sağlık Sigortası Yasası uyarınca temel sağlık sigortası satın almazlar. Sağlık hizmetleri, Askeri Sağlık Servisi tarafından sağlanmaktadır.

Belgesiz göçmenler Sağlık Sigortası Yasası uyarınca sağlık sigortası satın alamazlar. Akut bakım, uzun süreli bakım ve doğum bakımı dışında, belgesiz göçmenler çoğu sağlık hizmetini kendileri ödemek zorundadır. Ancak, belgesiz göçmenlerin ödeyemediği masrafları geri ödemek için bazı mekanizmalar mevcuttur.

Ulusal Sağlık Enstitüsü yasa dışı göçmenlerin sağlık bakımının ödenmesine ilişkin düzenlemenin uygulanmasından sorumludur. Sığınmacılar için ayrı bir dizi politika geliştirilmiştir. Bu kişilerin çoğu ödeme yapamayacak durumdadır. Ancak sağlık hizmeti sunucuları tıbbi olarak gerekli bakımı sağlamakla yükümlüdürler ve belirli koşullar altında devletten geri ödeme alabilirler.

2.3. Sağlık Sigortası Kapsamında Sağlanan Hizmetler

Merkezi hükümet, Hollanda' da ikamet eden herkes için geçerli olan sağlık sigortası paketinin içeriğinden sorumludur. Hükümete bu konularda temel sağlık sigortası paketinden sorumlu bağımsız kurum olan Ulusal Sağlık Enstitüsü tarafından destek verilmektedir. Daha sonra hükümet, pakete hangi tür bakımın dahil olacağını ve bu bakımın şartlarını belirlemektedir.

Temel sağlık sigortası paketi kapsamlı bir yapıya sahiptir ve en son teknolojiye ve tıbbi uygulamalara uygun temel tıbbi bakım, ilaç ve tıbbi yardımları içerir. Bazı fizyoterapi ve diş bakımı hizmetleri paket kapsamındadır. Temel sağlık sigortası paketi aşağıdaki bakım türlerini içermektedir:

- Tıbbi bakım (Pratisyen hekimler, uzman hekimler ve ebeler tarafından sağlanan hizmetler),
- Hastane bakımı,
- Evde bakım ve kişisel bakım (yemek yeme, giyinme vb. konusunda yardım),
- 18 yaşına kadar olan çocuklar için diş bakımı. Yalnızca yaşlılar için uzman diş bakımı ve bir dizi takma diş karşılanmaktadır.
- Tıbbi yardımlar ve cihazlar,
- İlaçlar,
- Annelik bakımı (ebelik bakımı ve annelik bakımı yardımı),
- Hastaların ambulans veya taksi ile taşınması,
- Yardımcı sağlık hizmetleri; kronik tıbbi rahatsızlıkları olan kişiler için fizyoterapi ve 18 yaşından küçük çocuklar için iş terapisi, sınırlı ölçüde egzersiz tedavisi ve diyet tavsiyesi, konuşma terapisi,
- Sigarayı bırakma programları,
- Geriatrik rehabilitasyon bakımı,
- Duyusal engelli kişilere sağlanan bakım,
- En fazla üç yıla kadar hastane bakımı dahil olmak üzere ruh sağlığı hizmetleri (Üç yıl sonra yatan hasta ruh sağlığı bakımı uzun süreli bakım olarak kabul edilir ve Uzun Süreli Bakım Yasası tarafından finanse edilir).

2.4. Primlerin Toplanması

Sağlık Sigortası Yasası uyarınca gelire bağlı işveren katkı payları vergi dairesi tarafından tahsil edilir. Katkılar ve vergiler işveren tarafından doğrudan vergi dairesine ödenir.

Vergi Dairesi, tüm katkı paylarını topladıktan sonra, toplanan fonları Sağlık Sigortası Fonu'na (Zorgverzekeringsfonds) aktarır ve bu fondan, risk ayarlaması yapıldıktan sonra sağlık sigortalarına tahsis edilir.

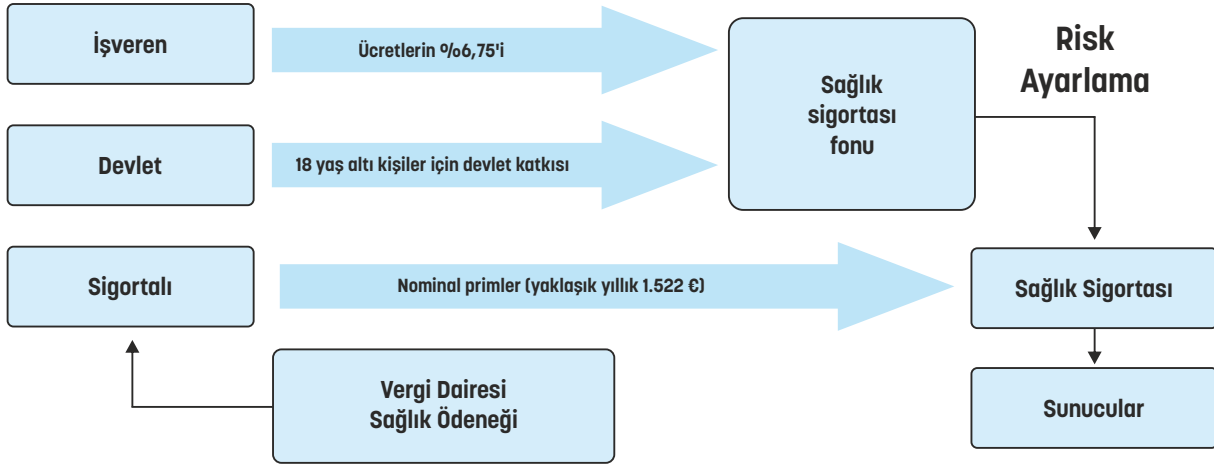
Nominal primler doğrudan sağlık sigortasının satın alındığı sağlık sigortacısı tarafından tahsil edilir. 18 yaşın altındaki kişiler için devlet tarafından genel gelirlerden Sağlık Sigortası Fonu'na katkı yapılır.

Sigortacıların, farklı kişi grupları için belirli bir sağlık planının primini değiştirmesine izin verilmez. Bu yasağın bir istisnası söz konusudur. Sigortacılar toplu sözleşmeler sunabilir. Toplu sözleşmeler, sigortalı grupları (örneğin, aynı işverenin çalışanları) ile sağlık sigortacısı arasında kurulur. Sigortalılar, toplu bir sağlık planına katılmakta veya bireysel bir plan satın almakta özgürdür. Sağlık sigortacılarının bireysel prim üzerinden maksimum %10 indirim yapmalarına izin verilir.

2.5. Fonların Havuzlanması ve Dağıtımı

Hollanda'da sosyal sağlık sigortasının idaresi ve temini özel sağlık sigortalarına devredilmiştir. Bu sigortacılar, doğrudan sigortalıdan alınan prim ve gelire bağlı işveren katkı paylarını (Vergi Dairesi tarafından toplanan) ve devlet katkı payını (örneğin 18 yaşından küçük çocukları kapsamak için) bir araya getiren Sağlık Sigortası Fonu'nun katkısıyla finanse edilir. Sağlık sigortacıları arasında fonların tahsisi, sigortalı nüfuslarının sağlık riskleri profiline dayanmaktadır. Sağlık Sigortası Fonu ve risk ayarlaması Ulusal Sağlık Enstitüsü tarafından yönetilir.

Şekil 2: Sağlık Sistemi Finansman Yapısı



KAYNAK:http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/314404/HIT_Netherlands.pdf

Risk ayarlaması, hükümetin temel sağlık sigortasının sağlanmasında risk seçimini önlemek ve adil rekabeti teşvik etmek için kullandığı bir araçtır. Sağlık sigortaları, sağlık riskleri nedeniyle primlerini değiştiremez ve sigorta planına başvuran her kişiyi kabul etmek zorundadır. Risk ayarlaması, sağlık sigortacılarının, örneğin yaşlılar, kronik hastalar ve iş göremez durumda olan ve daha yüksek sağlık maliyetlerine sahip kişiler gibi olumsuz risk profillerine sahip sigortalı kişiler için mali tazminat alması anlamına gelir. Bu sayede, olumsuz risk profillerine sahip bireyler, sağlığı iyi olanlar kadar kârlı müşteriler haline getirilmektedir. Sigortacılar arasındaki prim farklılıkları ilgili sigortalı popülasyonlarının risk profillerindeki farklılıklardan ziyade verimlilik farklılıklarını yansıtmalıdır. Ayrıca daha verimli çalışan sağlık sigortacıları primlerini düşürebilir ve sigortalıları daha az verimli sigorta planlarından çekebilir. Beklenen sonuç daha düşük toplam maliyettir.

Her yıl tüm sağlık sigortacıları Sağlık Sigortası Fonu'ndan riske göre ayarlanmış (ağırlıklı) kişi başına ödeme şeklinde bir katkı alırlar. Risk ayarlama katkısı, gerçek harcamalara değil, beklenen harcamalara dayanan bir ön ödeme sistemidir. Risk ayarlama faktörleri aracılığıyla hesaplanır.

Risk ayarlama faktörleri; yaş ve cinsiyet, gelirin niteliği (sosyal sigortalı, maaş, serbest meslek sahibi) ve sosyoekonomik durum, bölge (Hollanda bölgelere ayrılmıştır.), kronik hastalığı olan hasta grupları için ortalama ilaç tüketimi, yatarak tedavi edilen bazı kronik rahatsızlıklar (Bu kronik durumlar harcama modellerine dayalı olarak 13 tanışal maliyet grubunda kümelenebilir.), tıbbi yardım kullanımı, önceki yıllarda yüksek tıbbi maliyetler (yukarıda belirtilen kronik rahatsızlıkları olmayan ancak yüksek maliyetlere maruz kalan kişiler için) ve daha önceki ruh sağlığı hizmetleri kullanımı.

2.6. Cepten Ödemeler/Katılım Payları

Temel sağlık sigortası kapsamında 18 yaş ve üzeri tüm bireyler için 385 € tutarında zorunlu ön ödeme uygulaması mevcuttur. Ön ödeme, genel muayenehane bakımı, doğum bakımı, evde hemşirelik bakımı ve entegre bakım (diyabet, KOAH, astım ve kardiyovasküler risk yönetimi için) dışındaki tüm sağlık harcamalarından alınır. Ön ödeme ayrıca pratisyen hekimler tarafından reçete edilen ilaçlar ve teşhis testlerinden de alınır. Ön ödeme ayakta tedavide kullanılan ilaçlara ilişkin harcamaları içerir ancak ilaçlar için ödenen katkı payları hariç tutulur. Ön ödeme, sağlık sigortacısına ödenmektedir.

Sağlık sigortacıları, hastaları kaliteli sağlık bakımına yönlendirmenin bir yolu olarak bu ön ödeme tutarını almamayı seçebilir. Bu seçenek, hastalar tercih edilen ilaçları kullandığında veya diyabet, depresyon, kardiyovasküler hastalıklar, KOAH (kronik bronşit gibi) veya aşırı kilo için önleyici tedavi programları izlediğinde kullanılır.

Zorunlu ön ödemeye ek olarak sağlık sigortaları yılda 100€ ile maksimum 500 € arasında değişen gönüllü bir ön ödeme seçeneği sunar. Seviye sigortalı tarafından her yıl farklı seçilebilir. Gönüllü ön ödeme tutarı seçimi primde bir azalma ile sonuçlanır. Yıllık primin azaltılması genellikle gönüllü ön ödeme tutarın yaklaşık %50'sine eşittir.

İlaç geri ödemeleri özel sağlık sigortası şirketleri tarafından belirli bir ilaç sınıflandırmasına göre standart ilaç dozu başına ortalama fiyat seviyesine kadardır. Daha pahalı bir versiyonu tercih etmeleri halinde sigortalı tarafından ek ödeme yapılması gerekebilir. 2021'de (marka) ilaçlar için ek ödeme sınırı 250 € olarak belirlenmiştir. Bu, 250 € ek ödemeyi aşan herhangi bir miktarın geri ödeneceği anlamına gelmektedir.

2.7. Gönüllü Sağlık Sigortası (VHI)

Çoğu sağlık sigortası, temel sağlık sigortası paketiyle birlikte gönüllü sağlık sigortası paketleri sunar. VHI zorunlu değildir. Sigorta şirketleri gönüllü sağlık sigortasına başvuran herkesi kabul etmek zorunda değildir. O kişiyi kabul etmeden önce sağlık durumunu sorgulayabilmektedir. Hollandalıların yaklaşık %85'i gönüllü sağlık sigortası poliçesi seçmektedir.

Temel sağlık sigortasından farklı olarak sağlık sigortacıları VHI için prim seviyeleri belirlemekte ve risk seçimini (tıbbi kriterlere veya diğer risklere dayalı olarak) kullanmakta özgürdür. Ayrıca hangi risklerin kapsandığını belirlemekte özgürdürler. Çoğu sigortacı, temel sigorta ile birlikte satın alınmadığı takdirde VHI'yi daha pahalı hale getirerek temel sigortasız VHI'ye sahip olmayı cazip olmaktan çıkarmaktadır.

Hollanda'da VHI, Sağlık Sigortası Yasası tarafından tamamen kapsamayan veya hariç tutulan hizmetler için teminat sağladığından tamamlayıcı olarak nitelendirilebilir. VHI paketleri sigortacılar arasında önemli ölçüde farklılık göstermektedir. Çoğu sağlık sigortası, çocuklar için ücretsiz gönüllü sağlık sigortası sunmaktadır. Uygulamada çocuk, ebeveyn ile aynı gönüllü sağlık sigortası ile sigorta kapsamına alınmaktadır.

3- GERİ ÖDEME SİSTEMİ

3.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Geri Ödeme Sistemi

Sevk sistemi, Hollanda sağlık sisteminin temel özelliklerinden biridir. Bir pratisyen hekime (GP) kayıt olmak resmi olarak gerekli olmasa da çoğu vatandaş seçtikleri bir pratisyen hekime kayıtlıdır ve hastalar resmi bir kısıtlama olmaksızın pratisyen hekimlerini değiştirebilirler.

Pratisyen hekimler için geri ödeme sistemi üç bölümden oluşmaktadır.

İlk bölüm, pratisyen hekimlerin temel sağlık bakımını ele almaktadır. Bu, GP'nin ilk irtibat kişisi olduğu ve GP'nin ikinci basamak sağlık bakımına sevk birimi olarak işlev gördüğü bakımdır. Bu segmentte üç farklı ödeme türü bulunmaktadır. Öncelikle muayenehaneye kayıtlı her hasta için yaşa (65 yaş üstü ve altı) ve deprivasyon

durumuna (posta/posta alan koduna göre) göre farklılaşan bir kişi başı ücret alınmaktadır. Ayrıca pratisyen hekimler her bir danışma ve ev ziyareti için fatura kesebilir. Doktorlar, belirli bir sağlık sigortası şirketi ile sözleşmeleri olmasa bile bu iki ödeme türünü faturalandırabilir. Ayrıca, akıl sağlığı ve birkaç başka sağlık bakımı sağlayan muayenehane hemşiresi için de bir ücret söz konusudur, ancak pratisyen hekimin ödeme alabilmesi için bir sözleşmeye ihtiyacı vardır. Hollanda Sağlık Hizmetleri Kurumu, bu segmentteki bakım unsurları için maksimum tarifeleri belirler.

İkinci bölüm entegre sağlık bakımı için geçerlidir. Bu tür bir sağlık bakımı için bir paket ödeme sistemi getirilmiştir. Entegre bakım, aşağıdaki kronik rahatsızlıkları olan hastaların bakımına yöneliktir; tip II diyabet, KOAH, astım ve yüksek kardiyovasküler hastalık riski taşıyanlar. Paket ödeme sistemine göre, bir bakım grubu, bu hastalıkların tedavisi için gerekli tüm sağlık hizmetlerini organize eder. Bakım grupları çoğunlukla belirli bir bölgedeki pratisyen hekimlere aittir ve büyüklükleri 4 ila 200 pratisyen arasında değişmektedir. Bakım grubu, sağlık hizmetlerini koordine eder ve ilgili sağlık hizmeti sunucularına ödeme yapar.

Bir sağlık sigortacısı ile yapılan sözleşme, paket ödemeler için gerekli ön koşuldur. Pratisyen hekimler mevcut kişi başı ücretini almaya devam eder. Kronik rahatsızlık(lar)ı ele alan konsültasyonlar için yapılan ödemeler entegre bakım ücretine dahil edilirken, kronik durumla ilgili olmayan ziyaretler için aile hekimi sigorta şirketinden konsültasyon ücretini almaya devam eder. Sağlık sigortaları ile herhangi bir sözleşme yoksa, pratisyen hekimler bu tür bakım için ödeme alamazlar.

Üçüncü bölüm, performans göre ödemeye ayrılmıştır. Bu tür ödemeler sağlık sigortaları ile sözleşme yapılmasına bağlıdır. Performansa göre ödeme planı, uygulamanın erişilebilirliğini, ilaç reçeteleme etkinliğini ve hastaları ikinci basamak sağlık hizmetlerine sevk etme etkinliğini aynı zamanda akreditasyon gibi bakımla ilgili olmayan konuları kapsamaktadır.

Makro düzeyde, Sağlık, Refah ve Spor Bakanı, sigorta şirketi dernekleri, hasta dernekleri ve birinci basamak sağlık hizmeti dernekleri temel pratisyen hekim bakımı ve entegre bakım için yılda %1,5'lik bir büyüme oranı üzerinde anlaşmaya varmıştır. Yenilik ve performansa göre ödeme için yıllık %1'lik ek bir büyüme izin verilir.

Mesai sonrası birinci basamak sağlık bakımı belediye düzeyinde düzenlenir ve genellikle hastane yakınındaki merkezlerde akşam 5 ve sabah saat 8 arasında birinci basamak sağlık bakımı sağlanır.

Özel eğitilmiş asistanlar telefona cevap verir ve triyaj yapar. Hastaların hastaneye sevk edilip edilmeyeceğine pratisyen hekimler karar verir. Hastanın normal pratisyen hekimine yaptığı ziyaretle ilgili bilgiler gönderilir. Bu sisteme katılan pratisyen hekimler saat başına bir tazminat alırlar.

3.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri Geri Ödeme Sistemi

Hastaneler kar amacı gütmeyen kuruluşlardır ve pratikte tüm kuruluşlar özeldir. Hastanelere Tanı Tedavi Kombinasyonları (DiagnosisTreatmentCombinations-DBC) aracılığıyla ödeme yapılmaktadır. DBC sistemi, DRG (Tanı İlişkili Gruplar) konseptinden ilham almıştır, ancak yeni geliştirilen bir sınıflandırma sistemini oluşturmaktadır.

DRG sistemleri, hastaları tanı veya prosedüre göre en fazla ihtiyaç duyulan kaynakla tek bir DRG'de gruplandırırken, DBC sistemi her bir tanı-tedavi kombinasyonu için bir DBC sağlar ve böylece hasta başına birden fazla DBC mümkündür. Bu, birden fazla tıp uzmanının bir başvuru sırasında hastayı tedavi ettiği veya hastanın bir tıp uzmanından birden fazla tedavi gördüğü çoklu morbidite durumunda daha fazla esneklik sağlamaktadır. Yatan hasta ilaç tedavisi kurumsal bakım için DBC sistemine dahil edilmiştir.

Sağlık, Refah ve Spor Bakanlığı hastaneler, sağlık uzmanları ve sigortacılarla birlikte, her tanı için tedavi seçeneklerini ve ilgili maliyetleri belirlemiştir. DBC'ler tıbbi uzmanlık bakımının, hemşirelik bakımının, tıbbi ekipman kullanımının ve teşhis prosedürlerinin maliyetini karşılamaktadır. Buna doğrudan maliyetlerin yanı sıra eğitim, araştırma ve acil bakım gibi dolaylı maliyetler de dahil edilmiştir. Bir hastanede kalış süresinin (belirli bir aralık dahilinde) veya daha fazla veya daha az tanı prosedürünün DBC üzerinde etkisi yoktur.

DBC'lerin yaklaşık %70'i için oranlar, sunucular ve sigortacılar tarafından müzakere edilebilir. Kalan %30 Hollanda Sağlık Hizmetleri Kurumu tarafından ulusal olarak belirlenir.

3.3. İlaç Geri Ödeme Sistemi

Hollanda' da ilaçların ruhsatlandırılması kanunla düzenlenmektedir. Eczacılık Yasası (Wet op de Geneesmiddelen voorziening, WGV) uyarınca, ilaçlar ancak İlaç Değerlendirme Kurulu tarafından kalite, güvenlik ve etkinliklerine ilişkin olumlu bir değerlendirme yaptıktan sonra piyasaya sürülebilir. Kurul bağımsız olarak faaliyetlerini yürütür ve ilaçların ruhsatlandırılmasından ve izlenmesinden sorumludur. Ruhsatlandırma süreci yaklaşık 8 ila 12 ay sürmektedir.

İlaç Fiyatları Kanunu, hükümetin ilaçlar için azami fiyatları belirlemesine izin vermektedir. Hollanda' yı çevreleyen ülkelerdeki fiyatlar bir rehber niteliğindedir. Bu yasa çıkmadan önce Hollanda' da ilaç fiyatları komşu ülkelere göre %20 daha yüksekti.

Sağlık, Refah ve Spor Bakanlığı, yasa uyarınca ilaçlar için izin verilen azami fiyatları belirlemektedir. İlaç fiyatları dört referans ülkedeki fiyatlar karşılaştırılarak belirlenir. Bu ülkeler Belçika, Fransa, Norveç ve İngiltere'dir.

Sağlık, Refah ve Spor Bakanı, sigorta paketlerine hangi yeni ilaçların ekleneceğine ve dolayısıyla geri ödeme kapsamına alınacağına karar vermektedir. İlaçlar için geri ödeme, İlaç Geri Ödeme Sistemi (Geneesmiddelen Vergoedings System-GVS) adı verilen bir referans fiyatlandırma sistemine dayanmaktadır. GVS, hastanelerde kullanılan ve hastane bütçesinden ödenen ve hasta için ücretsiz olan ilaçlar için değildir. GVS sistemi, ilaçları terapötik eşdeğer gruplar halinde sınıflandırır. Her grup için, geri ödeme limiti olarak hizmet eden, tanımlanmış günlük doz başına bir referans fiyat belirlenmiştir. Genellikle bu referans fiyatlar, her zaman referans fiyatın altında bir fiyata sahip en az bir ilaç olacak şekilde belirlenmiştir.

GVS' ye dahil edilmek için ilaçların yasal bir prosedürden geçmesi gerekmektedir. Ruhsat sahibi, Sağlık, Refah ve Spor Bakanına, bir başvuruda bulunmalıdır. Bakan, başvuru talebini tavsiye için Ulusal Sağlık Enstitüsüne (Zorginstituut) iletebilir. Enstitü başvuruyu inceleyip Bakana tavsiyede bulduktan sonra Bakan bir karar verir. Başvurunun değerlendirilmesi ile bu karar arasında geçen süre 90 gündür.

Standart sigorta paketi, pratisyen hekim veya uzman hekim tarafından reçete edilen ilaçların çoğunu kapsamaktadır. Bazı durumlarda maliyetin bir kısmını hasta kendi ödemek zorunda kalabilmekte veya sigortacı sadece bir ilacın en ucuz versiyonu için tam teminat sağlayabilmektedir. Hekim tıbbi bir sebeple ilacı reçete etmişse sigortacı daha pahalı ilacı geri ödemeyi kabul edebilmektedir. Bu durumda, hekimin reçeteye "tıbbi olarak gerekli" ifadesini yazması gerekmektedir.

Hükümet ilaç fiyatlarını sabitlememektedir. Bunlar sağlık sigortacıları ve eczacılar arasındaki görüşmelerde belirlenmektedir. Bu durum, bir eczacının, hastanın sigortacısının kim olduğuna bağlı olarak aynı ilaç için farklı fiyatlar talep edebileceği anlamına gelmektedir.

Eczacılar doktorun doğru birim dozu reçete edip etmediğini kontrol etmek, yeni ilacın kullanılan diğer ilaçlarla etkileşime girip girmediğini incelemek, ilacın nasıl kullanılacağını açıklamak ve ilacın dağıtımını yapmak için ücret alabilmektedir. Hizmet ücretinin ne kadar olacağı eczacının kaç görev veya kontrol yapması gerektiğine ve ilacın ne zaman dağıtıldığına bağlıdır. Normal mesai saatleri dışında (akşamları ve hafta sonları) verilen ilaçlar için hizmet ücreti daha yüksek olabilmektedir. Dolayısıyla bir eczaneye ödenen ücret, ilacın maliyetine ve eczane hizmet ücretine bağlıdır. Bu yüzden bir ilacın maliyeti sağlık sigortasına, sigorta poliçesine ve eczaneye bağlı olarak değişmektedir.

2014'ten beri tüm reçeteler elektronik olarak düzenlenmektedir. Tüm ilaçların yaklaşık %80'i pratisyen hekimler tarafından reçete edilmektedir.

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

Hollanda sağlık sistemi zorunlu sağlık sigortası temeline dayanmaktadır. Hollanda' da yaşayan veya çalışan herkes, standart sağlık sigortası yaptırmak zorundadır. Hollanda' da sağlık sigortasının idare edilmesi ve sunumu özel sağlık sigortacıları tarafından gerçekleştirilmektedir. Hollanda sağlık sigortası piyasasında sağlık sigortacıları, tüm vatandaşlar için zorunlu olan temel sigorta paketini sunmaktadır. 2019 yılı OECD verilerine göre sigorta tarafından kapsanan nüfus oranı %100'dür.

Ülkemizde genel sağlık sigortası kapsamındaki nüfus oranı 2022 yılı SGK verilerine göre yaklaşık %99'dur. Türkiye'de Genel Sağlık Sigortası (GSS) sisteminden faydalanan kişi sayısı yüksek 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.

Standart sağlık sigortası paketi için sigorta şirketlerine sabit nominal bir prim ödenmektedir. Gelirleri düşük olan kişiler, sağlık sigortası ödemesi için sağlık yardımı almaya hak kazanabilirler. Zorunlu sağlık sigortası için sigorta şirketlerine ödenecek nominal prim yıllık yaklaşık olarak 2022 yılı için 1.522 € olarak belirlenmiştir. Nominal prime ek olarak, standart paket için gelirle ilgili bir katkı payı ödemek zorunludur. Gelirin bir yüzdesi olan bu katkı, Sağlık Sigortası Kanununda (ZVW) belirtilir ve ZVW katkısı olarak da bilinmektedir. Gelire bağlı prim oranı çalışanlar için %6,75 ve emekliler, serbest meslek sahipleri için ise %5,5 olarak belirlenmiştir.

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'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 gerçekleştirmektedir.

Ülkemizde zorunlu sevk zinciri uygulaması bulunmazken, sevk zinciri Hollanda sağlık sisteminin temel özelliklerinden biridir ve hastane bakımı ile uzman bakımı (acil bakım hariç) için bir pratisyen hekime başvurup sevk almak gerekmektedir

Hollanda' da sağlık sigortacıları, sağlık hizmeti sunucuları ile sağlık hizmetlerinin temini için sözleşme yaparlar. Sigortacılar, tedarikçilerle fiyat, kalite ve bakım hacmi konusunda pazarlık etmektedir. Ancak bakımın bir kısmı için Hollanda Sağlık Otoritesi tarafından maksimum fiyatlar belirlenmektedir. SGK tarafından sağlık hizmetlerinin temini için, eczaneler, kamu hastaneleri, üniversite hastaneleri ve özel sağlık hizmet sunucuları ile sözleşme yapılarak sağlık hizmetleri finanse edilmektedir.

Hollanda' da 18 yaş ve üstü tüm vatandaşlar için belirli bir yıldaki ilk 385 € tutarındaki sağlık bakım masrafının cepten ödenmesi gerekmektedir. Bu tutar harlandıktan sonra sigorta devreye girmektedir. Ülkemizde herhangi bir ön ödeme sistemi bulunmazken, cepten ödemeler katılım payı, ilave ücret ve fark ücreti adı altında alınmaktadır. Sağlık hizmet sunucusu türüne göre farklı muayene katılım payı ödemeleri söz konusu olmaktadır. 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.

Hem Türkiye'de hem de Hollanda' da ilaç geri ödeme sisteminde pozitif liste kullanılmaktadır. 385 € tutarındaki zorunlu indirim, temel teminat kapsamındaki ilaçlar için de geçerlidir. İlaçların geri ödemeleri, özel sağlık sigortası şirketleri tarafından, belirli bir ilaç sınıflandırmasına göre standart ilaç dozu başına ortalama fiyata kadardır. Daha pahalı bir versiyonu tercih etmeleri halinde, sigortalı tarafından ek ödemeler yapılması gerekebilir. 2021'de (marka) ilaçlar için ek ödeme sınırı 250 € olarak belirlenmiştir. B Bu, 250 € ek ödemeyi aşan,

herhangi bir miktarın geri ödeneceği anlamına gelmektedir. Ülkemizde ise Kurumca bedeli karşılanan ilaçlar için Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişilerden %10, diğer kişilerden %20 oranında katılım payı alınır. Ayrıca her bir reçete için; 3 kutuya kadar (üç kutu dâhil) temin edilen ilaçlar için 3 TL, 3 kutuya ilave temin edilen her bir kutu ilaç için 1 TL, olmak üzere katılım payı alınmaktadır.

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

	HOLLANDA	TÜRKİYE	OECD
Nüfus, (2020)	17.441.139	84.339.067	-
Kişi başına düşen GSYİH, (\$), (2020)	52.397	8.536	-
Asgari ücret tutarı, (\$), (2021), (aylık)	2.056	420	-
Cari sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı, (%), (2020)	11,2	4,3	8,8
Kişi başına düşen sağlık harcaması, (\$), (2019)	5.739	1.267	4.087
Kişi başına düşen ilaç harcaması, (\$), (2019)	419	-	571
Doğuşta beklenen yaşam süresi kadın, Doğuşta beklenen yaşam süresi erkek, (yıl), (2019)	83,7 80,6	81,3 75,9	83,6 78,3
Sigorta tarafından kapsanan nüfus oranı, (%), (2019)	100	99*	98
1.000 Kişiye düşen doktor sayısı, 1.000 Kişiye düşen hemşire sayısı, 1.000 Kişiye düşen yatak sayısı, (2019)	3,7 10,7 3,1	2,0 2,4 2,9	3,6 8,8 4,4
Toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı, (%) (2019)			
1- Kamu Sağlık harcaması oranı, (%)	82,5	77	74
Merkezi hükümet/bölgesel, yerel yönetimler sağlık harcaması oranı, (%)	6,5	23	35
Sosyal sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	76	54	39
2- Cepten yapılan sağlık harcaması oranı, (%)	11	17	20
3- Gönüllü sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	5	3	5
4- Diğer harcamaların oranı, (%) * *	1,5	2	1
Hane halkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı, (%), (2019)	2,5	1,3	3,1

* SGK verilerine göre 2022 yılı itibarıyla %98,6 dir.
* * Ülkede geçici olarak ikamet edenlere ait sağlık harcamaları

KAYNAK:

1. Health at a Glance 2021 OECD Indicators
2. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?view=map>Erişim Tarihi: Nisan 2022
3. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD>Erişim Tarihi: Nisan 2022
4. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=RMW>, Erişim Tarihi, Nisan 2022

KAYNAKLAR

1. HealthSystems in TransitionVol. 18 No.2 2016 TheNetherlandsHealthSystem Review,2016 http://www.euro.who.int/___data/assets/pdf_file/0016/314404/HIT_Netherlands.pdf
2. <https://www.government.nl/ministries/ministry-of-health-welfare-and-sport>
3. International Profilesof HealthCareSystems, TheCommonwealthFun, December 2020
<https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/netherlands>
4. Healthcare in Europe 2018,The Finance andReimbursement Of 11 EuropeanCountriesFebruary 2018,
<https://emaps.co/wp-content/uploads/2019/07/Healthcare-in-Europe-2018-Y.W-van-Kemenade-E.C-Heeneman.pdf>
5. Healthcare in Netherlans, Ministry of Health, WelfareandSport, January 2016
https://na.eventscloud.com/file_uploads/0f57b7c2d0d94ff45769269d50876905_P4-HealthcareintheNetherlands.pdf
6. https://ec.europa.eu/health/system/files/2021-12/2021_chp_nl_english.pdf
7. https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/file_import/joint-report_nl_en_2.pdf
8. Health at a Glance 2021 OECD Indicators
9. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD?end=2018&start=1960>
10. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL>
11. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=RMW>
12. <https://www.missoc.org/missoc-database/comparative-tables/>
13. <https://taxsummaries.pwc.com/netherlands/individual/other-taxes>





İSRAİL SAĞLIK ve GERİ ÖDEME SİSTEMİ



ÖZET

İsrail, nüfusunun %100'ünü kapsam altına alan bir Ulusal Sağlık Sigortası sistemine sahiptir. Her vatandaş ve ülkede daimî ikamet eden kişiler kapsam içerisinde yer almak zorunda olup, kâr amacı gütmeyen dört sağlık planından biri arasında seçim yapmakta özgür bulunmaktadır. Ulusal Sağlık Sigortası Yasası, tüm kişiler için standart bir teminat paketi sunmaktadır. Teminat paketi, sağlanacak hizmetlerin açık bir listesini sunmakta ve birçok durumda da miktarları ve koşullarını belirtmektedir. Tüm sağlık planları, hükümet tarafından belirlenen ve periyodik olarak değiştirilen aynı fayda paketini sağlamak için yasal olarak görevlendirilmişlerdir.

Sağlık sistemi temel olarak artan oranlı vergilendirme yoluyla finanse edilmektedir. Ulusal Sigorta Enstitüsü, Ulusal Sağlık Sigorta sistemi için fonların toplanmasında merkezi bir rol oynamaktadır. Enstitü hem sağlık vergisini toplamakta hem de hükümetten gelen fonları (genel vergi payı) almakta ve havuzda toplanan fonu üye sayısı, yaş, cinsiyet ve ikamet edilen yer (merkez-çevre) gibi faktörleri de dikkate alarak ihtiyaç doğrultusunda dört sağlık planı arasında dağıtmaktadır.

Sağlık Bakanlığı, planlama ve politika oluşturma görevlerinin yanı sıra ülkenin akut bakım hastane yataklarının yaklaşık yarısına sahiptir ve bunları işletmektedir. En büyük sağlık planı olan Clalit ise akut bakım hastane yataklarının üçte birini işletmektedir. Geri kalan yataklar kâr amacı güden ve gütmeyen kuruluşların bir karışımı ile işletilmektedir.

2019 yılı itibarıyla İsrail hane halkı harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki oranı %32 olarak gözükmektedir. Bunun %21'i cepten yapılan harcamalar iken geri kalan %11'i ise gönüllü sağlık sigortasıdır.

Cepten ödemeler, Ulusal Sağlık Sigorta teminat paketine dâhil olan hizmetler için maliyet paylaşımı (katılım payı) ve dâhil olmayan hizmetler için doğrudan ödeme şeklindedir. Birinci basamak, acil ve yatan hasta hizmetlerinden ücret alınmamaktadır. Uzman doktor muayenesi ve tanı teşhisleri gibi ikinci basamak sağlık hizmetlerinden faydalanabilmek için yaklaşık 25 ILS (Yeni İsrail Şekeli) (7 €) tutarında katılım payı ödenmesi gerekmektedir. İlaçlar için ödenmesi gereken tutar ise genellikle 15 ILS (yaklaşık 4,2 €) katılım payı ile birlikte ilaç tutarının %10'una tekabül etmektedir. Sağlık planları, katılım payları miktarlarının onaylanması için Sağlık Bakanlığına ve Parlatonun finans bölümüne başvuruda bulunmaktadırlar. Bu nedenle alınan katılım payları arasında az da olsa farklılıklar oluşabilmektedir. Doğrudan ödemeler de genellikle özel hastanelerde yatarak veya ayakta sağlanan sağlık hizmetlerini kapsamaktadır.

İsrail'de iki tür gönüllü sağlık sigortası mevcuttur. Bunlardan ilki sağlık planları (HP) tarafından kendi yararlanıcılarının tümüne sunulan tamamlayıcı sigorta, ikincisi ise ticari sigorta şirketleri tarafından bireylere veya gruplara sunulan ticari sigortalardır. İsrail Ulusal Sağlık Sigortası teminat paketi diğer OECD ülkeleri ile karşılaştırıldığında görece daha kapsamlı olmasına rağmen gönüllü sağlık sigortasının sistem içerisinde kapladığı büyüklük de göze çarpmaktadır. Gönüllü sağlık sigortası harcama oranı OECD ortalamasının iki katından fazladır (%11). Gönüllü sağlık sigortası yaptıran herkes aynı zamanda zorunlu ulusal sağlık sigortası kapsamıyla güvence altına alınmıştır.

Devlet hastaneleri ile bağımsız kâr amacı gütmeyen hastanelerin sağlık planlarına sunmuş olduğu hizmetlerin neredeyse tamamı sözleşmelere tabi kılınmıştır. Sözleşmeler, hükümetin geri ödeme fiyatları ve mekanizmaları üzerinden yapılmaktadır. Sağlık planlarıyla çalışan hekimlerin çoğunun maliyeti, kişi başı ücret ve/veya maaş yöntemiyle karşılanmaktadır.

ÜLKE TANITIMI

Ülkenin Demografik Özellikleri

İsrail, Orta Doğu'da Akdeniz'in güneydoğu kıyısında yer alan ve 9,2 milyon nüfusa sahip olan bir ülkedir. İsrail'in kuzeyinde Lübnan, kuzeydoğusunda Suriye, güneyinde Akabe körfezi, güneybatısında Mısır ve Gazze Şeridi, doğusunda ise Ürdün ve Batı Şeria bulunmaktadır. Nüfus yoğunluğunun fazla olduğu yerler Tel Aviv ve Celile Denizi kıyılarıdır. Başkent olarak Kudüs gösterilmektedir. Gush Dan adı verilen Tel Aviv anakent bölgesi yaklaşık 4 milyon nüfusuyla hem İsrail nüfusunun %44'üne ev sahipliği yapmakta hem de finans merkezi olarak konumlanmaktadır. İsrail nüfusunun %75'i Yahudilerden %17'si ise Müslüman Araplardan oluşmaktadır. İsraililerin yaklaşık %92'si şehirlerde yaşamaktadır.

Tablo 1: Ekonomi ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması

	İSRAİL	OECD
Nüfus, (2020)	9.216.900	-
Kişi başına düşen GSYİH, (\$), (2020)	44.168	-
Asgari ücret tutarı, (\$), (2020), (aylık)	1.540	-
Cari sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı, (%), (2019)	7,5	8,8
Kişi başına düşen sağlık harcaması, (\$), (2019)	2.903	4.087
Kişi başına düşen ilaç harcaması, (\$), (2019)	-	571
Doğuşta beklenen yaşam süresi kadın, Doğuşta beklenen yaşam süresi erkek, (yıl), (2019)	84,8 81,0	83,6 78,3
Sigorta tarafından kapsanan nüfus oranı, (%), (2019)	100	98
1.000 Kişiye düşen doktor sayısı, 1.000 Kişiye düşen hemşire sayısı, 1.000 Kişiye düşen yatak sayısı, (2019)	3,3 5,0 3,0	3,6 8,8 4,4
Toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı, (%), (2019)		
1- Kamu sağlık harcaması oranı, (%)	65	74
Merkezi hükümet/bölgesel, yerel yönetimler sağlık harcaması oranı, (%)	16,5	35
Sosyal sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	48,5	39
2- Cepten yapılan sağlık harcaması oranı, (%)	21	20
3- Gönüllü sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	11	5
4- Diğer harcamaların oranı, (%)*	3	1
Hanehalkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı, (%), (2019)	2,9	3,1

* Ülkede geçici olarak ikamet edenlere ait sağlık harcamaları

Kaynak:

1. Health at a Glance 2021 OECD Indicators
2. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD>, Erişim Tarihi: Nisan 2022
3. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?view=map>, Erişim Tarihi: Nisan 2022
4. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=RMW>, Erişim Tarihi: Nisan 2022

ÜLKENİN SAĞLIK ve GERİ ÖDEME SİSTEMİ

1- ORGANİZASYON YAPISI

İsrail sağlık sisteminde rol oynayan kurumlara aşağıda yer verilmiştir.

● **Parlamento (TheKnesset):** İsrail parlamenter bir demokrasiye sahip olduğundan yasalar ile bütçe, Knesset tarafından belirlenmektedir. Knesset, 1995 Ulusal Sağlık Sigortası Yasası ve 1996 Hasta Hakları Yasası gibi yasaları kabul ederek sağlıkla ilgili çok aktif rol almıştır. Yıllık bütçeyi hazırlayan Finans Komitesi ile sağlık konularında öncü rolü olan Çalışma, Sosyal İşler ve Sağlık Komitesi kilit rol oynayan komitelerdir.

● **Hükümet:** İcra gücü hükümetin elindedir. Hükümet sağlık hizmeti alanında yer alan birkaç kritik noktada önemli rol oynamaktadır. Her ne kadar yıllık bütçe Knesset tarafından onaylanıyor olsada hazırlayan ve sunan hükümettir. Maliye Bakanlığı ve onun bütçe bölümü, bütçenin hazırlanmasında kritik rol oynamaktadır. Hükümetin bir bütün olarak politika öncelikleri sağlık hizmetlerine yapılan tahsisleri her zaman etkilemektedir. Benzer şekilde, hükümet yasama sürecinde de önemli bir rol oynamaktadır.

● **Sağlık Bakanlığı:** Sağlık Bakanlığı, halk sağlığı ve sağlık bakım sisteminin etkin işleyişinden genel olarak sorumlu olan kurumdur. Bakanlık, hükümet (kabine) üyesi olan Sağlık Bakanı tarafından yönetilmekte ve Bakanlığın üst düzey sağlık profesyonelleri genel müdür olarak bir doktor tayin etmektedir. Sağlık Bakanlığının temel işlevleri şunlardır:

- ✓ Planlama yapma ve sağlık önceliklerini belirleme,
- ✓ Knesset'e sunulacak sağlık yasalarını hazırlamak ve birincil (yasa) mevzuata müteakip düzenlemeleri yürürlüğe koyma,
- ✓ Ulusal Sağlık Sigortası sistemi ve sağlık bakım sistemindeki diğer bileşenler için yeterli kaynakları sağlama,
- ✓ Sağlık sistemi içerisinde kaynakların etkin kullanımını teşvik etme,
- ✓ Bakanlığın yıllık bütçesini teklif etme,
- ✓ Nüfusun sağlığını izleme ve geliştirme,
- ✓ Hükümetin 11 akut bakım, 8 psikiyatri ve 5 kronik hastalık hastanesinin işletmesini denetleme,
- ✓ Sağlık sistemindeki sivil toplum kuruluşlarının faaliyetlerini izleme ve düzenleme,
- ✓ Sağlık mesleklerini düzenleme,
- ✓ Terör saldırıları veya askeri saldırılar da dâhil olmak üzere çeşitli acil durumlar için sağlık bakım sistemini hazırlama.

Sağlık Bakanlığının yukarıda sayılan düzenleyici, planlayıcı ve denetleyici görevlerinin yanı sıra doğrudan sağlık hizmetinin sunumuna yönelik görevi de bulunmaktadır. Bakanlık ülkede yer alan akut hastane yataklarının neredeyse yarısına, psikiyatri hastanesi yataklarının yaklaşık üçte ikisine ve kronik hastalık yataklarının %10'undan daha azına sahip bulunmaktadır. Ek olarak, anne ve çocuk koruyucu sağlık merkezlerinin çoğuna sahiptir. Bakanlığın bu kadar farklı görevle donatılmış olması, İsrail sağlık sisteminin sorunlarından biri olarak tartışılmaktadır.

Sağlık Bakanlığı, çeşitli danışma organlarından önemli girdiler almaktadır. Bunlar arasında, Sağlık Bakanına Ulusal Sağlık Sigortası Yasası'nın uygulanması konusunda tavsiyede bulunmak üzere kurulmuş olan Ulusal Sağlık Konseyi ve halk sağlığı, onkoloji, kalp-damar hastalıkları ve kadın sağlığı gibi alanlarda oluşturulmuş bir dizi ulusal konsey yer almaktadır. Bu yapılar hem uzun vadeli hedefler hem de acil politikalar hakkında tavsiyelerde bulunmaktadır.

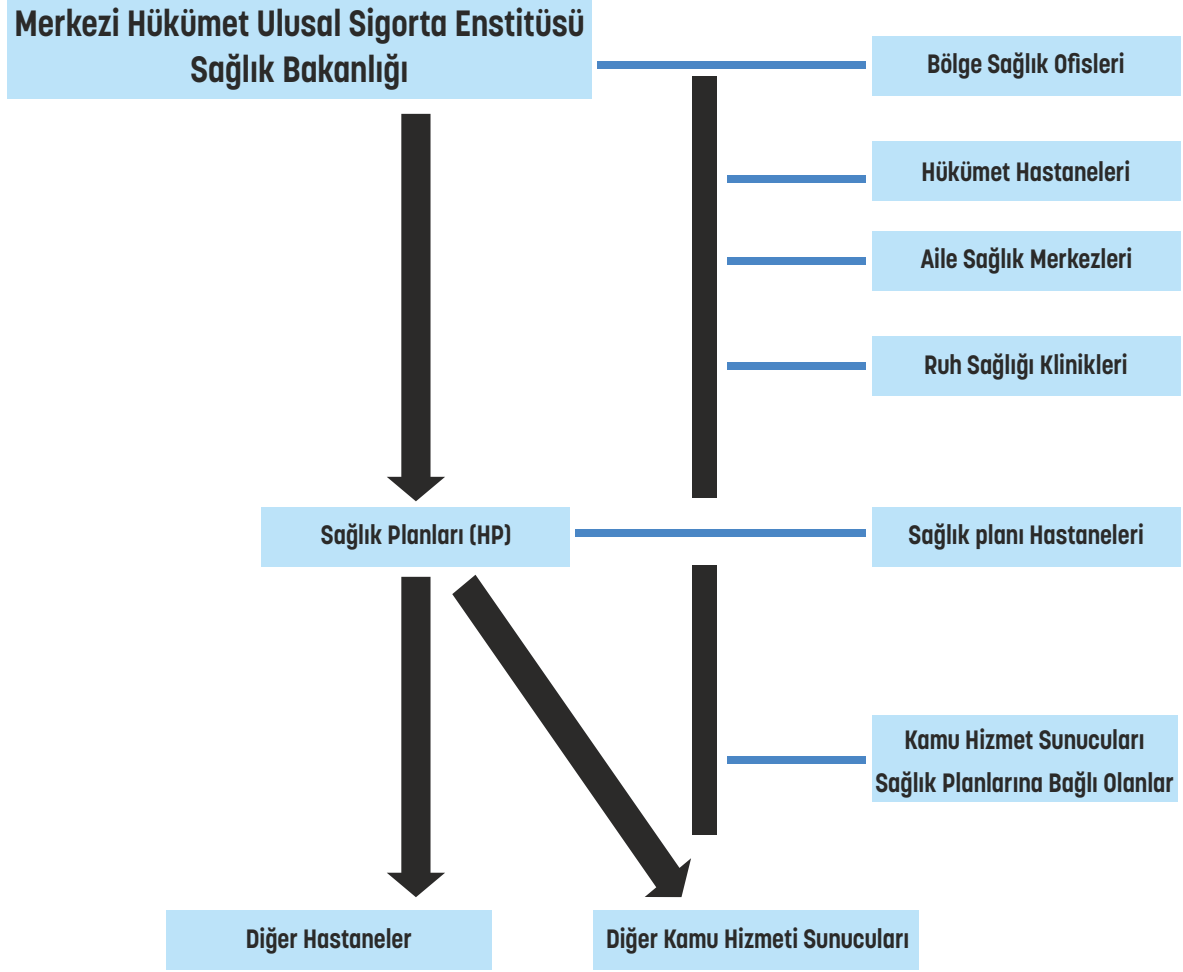
Sağlıkla Alanındaki Diğer Kilit Hükümet Kurumları

- **Maliye Bakanlığı:** Maliye Bakanlığı'nın İsrail sağlık hizmetleri üzerinde çok sayıda etkisi bulunmaktadır. Bütçeyi hazırlayan ve uygulanmasını izleyen yürütme organıdır. Politikalarının içerisinde finansal kaygılardan dolayı, sağlık hizmetlerine yapılan kamu harcamalarını, yeni sağlık tesislerinin inşasını ve çalışan hekimlerin sayısını sınırlandırmak/kontrol altında tutmak gibi görevleri de bulunmaktadır.
- **Ulusal Sigorta Enstitüsü:** Ulusal Sağlık Sigortasının finansmanı için önemli rol oynayan sağlık vergisini toplamaktadır.
- **İsrail Savunma Kuvvetleri:** Doğrudan askeri personel için temel ve acil bakım sağlamak ve sivil sektörden üçüncül hizmetler satın almaktadır.
- **İsrail Cezaevi Servisi:** Mahkûmlara sağlık hizmeti sağlama konusunda kendi sistemi bulunmaktadır.

Hükümet Dışı Kilit Aktörler

- **Sağlık Planları:** Sağlık Planları, gönüllü, kâr amacı gütmeyen, yönetim kurullarınca yönetilen kuruluşlardır ve üyelerinin Ulusal Sağlık Sigortası Kanununda belirtildiği şekilde sağlık hizmeti paketine erişmelerini sağlamakla yükümlüdürler. Sağlık Planları her bir mensubu için hükümetten yıllık belirli bir miktar para almaktadır. Bazı planlarda üyeler işçi federasyonları tarafından seçilmekte, diğerlerinde ise kendi mensupları tarafından seçilmektedir. Dört adet Sağlık Planı vardır ve bunların sigorta sistemi içerisindeki payları aşağıdaki gibidir:
- **Clalit (%52):** İsrail'in sağlık sistemi, devlet öncesi dönemde, 1912'de İşçi Partisi tarafından Kupa tHolim Clalit'in (KHC veya General SickFund) kurulmasıyla başlamıştır.
- **Maccabi (%25):** Alman Yahudilerinin göç dalgası sonucu kurulmuştur.
- **Meuhedet (%14)**
- **Leumit (%9)**
- **Hastaneler:** Hükümet akut bakım yataklarının yaklaşık yarısına sahipken, Clalit akut bakım yataklarının üçte birine sahiptir. Kalan yataklar ise çeşitli kâr amacı güden ve gütmeyen kuruluşlara aittir.
- **Üniversiteler:** İsrail'de bulunan yedi araştırma üniversitesi ile çok sayıda yüksekokul sağlık uzmanlarının eğitiminde önemli rol oynamaktadır.
- **Araştırma Merkezleri:** Myers-JDC-Brookdale (MJB) Enstitüsü ve Gertner Center gibi merkezler, üniversite merkezli araştırma birimlerinin yanı sıra, sağlık hizmetlerinin izlenmesinde ve değerlendirilmesinde önemli rol oynamaktadır. Ulusal Sağlık Politikası Enstitüsü ile Sağlık Hizmetleri Araştırma Enstitüsü'nün koordine edici görevleri bulunmaktadır.

Şekil 1: Sağlık Sistemine Genel Bakış



Kaynak: HealthSystems in Transition (HiT) Profile of Israel

- Dikey olan çizgiler sözleşmeli ilişkiyi, yatay olan çizgiler ise hiyerarşik ilişkiyi ifade etmektedir.

2- SAĞLIK HİZMETİNİN FİNANSMANI

Kamu Ulusal Sağlık Sigortası finansmanı sağlık vergisi ve genel vergilerden oluşmaktadır. Sağlık vergisi, Ulusal Sigorta Enstitüsü tarafından tahsil edilen ve belirlenmiş bir bordro vergisi işlevi gören Ulusal Sağlık Sigortası priminden oluşmaktadır. Sağlık vergisi sadece sağlık hizmetleri için Ulusal Sigorta Enstitüsü tarafından toplanmakta ve daha sonra Sağlık Bakanlığına aktarılmaktadır. Genel vergi de Maliye Bakanlığı tarafından toplanmakta ve Sağlık Bakanlığına aktarılmaktadır. Genel vergi resmi olarak belirlenen Ulusal Sağlık Sigortası bütçesi ile toplanan sağlık vergisi miktarı arasındaki farkı kapatmak için kullanılmaktadır. Bu nedenle sistem, sosyal sağlık sigortası ile vergi destekli sigorta arasında bir yerde yer almakta ve ödeme kabiliyetine göre finanse edilmektedir denilebilir. 18 yaşın üzerindeki tüm yerleşikler sağlık vergisi ödemek zorundadır. Sağlık vergisi, ortalama ücretin %60'ına kadar gelir elde eden çalışanlar için gelirin %3'üne, %60'ın üstünde gelir elde edenler için ücretin %5'ine tekabül etmektedir. Serbest meslek sahibi ve emekli olanlar toplam gelirlerinden aynı oranlarda vergi ödemektedirler. İşi olmayan evli kadınlar sağlık vergisi ödemekten muaf tutulmaktadır. Öğrenciler ve işsizler gelirlerinin veya nakit transferlerinin (örneğin işsizlik maaşı, gelir desteği, Ulusal Sigorta Enstitüsü ödenekleri veya burslar) %5'ini ödemek mecburiyetindedirler. Geliri olmayanlar ise asgari 103 ILS (yaklaşık 29,3 €) ödemek zorundadırlar. Asgari ücretin beş katını aşan gelir Ulusal Sağlık Sigortası amacıyla vergilendirilmemektedir. Sağlık vergisinin ödenmemesi durumunda hükümet ödemeyi alabilmek için harekete geçmekte ancak bu durum kişinin sağlık hizmetlerinden faydalanmasını kesintiye uğratmamaktadır. Zorunlu askerlik hizmeti yapanlar Ulusal Sağlık Sigortasından ziyade İsrail Savunma Kuvvetleri aracılığıyla sağlık hizmeti aldıklarından dolayı sağlık vergisi ödememektedirler.

Kapsam

1995'ten bu yana, İsrail'in tüm daimî yerleşikleri, Ulusal Sağlık Sigortası Yasasında belirtilen teminat paketine hak kazanmaktadır. Yerleşikler, başvurularını kabul etmek zorunda olan dört sağlık planından birini seçmekte serbesttir ve yılda iki kez planlar arasında geçiş yapabilirler.

Hiçbir yerleşik, Ulusal Sağlık Sigortası sisteminden çıkamaz. Bu sayede nüfusun %100'ü kapsam altına alınmaktadır. Ulusal Sağlık Sigortası kapsamına alınmayanlar belgesiz göçmenler, geçici sakinler, yabancı işçiler ve turistlerden oluşmaktadır.

Teminat Paketi

Ulusal Sağlık Sigortası Yasası, ülkedeki her vatandaş ve ülkede daimî ikamet eden kişiler için standart bir teminat paketi sunmaktadır. Tüm sağlık planları, hükümet tarafından belirlenen ve periyodik olarak değiştirilen aynı teminat paketini sağlamak için yasal olarak görevlendirilmişlerdir. Teminat paketinde doktor muayenesi, hastanede yatış, ilaç tedavisi, tanı muayenesi ve tüp bebek tedavisi gibi hizmetler bulunmaktadır. Son zamanlarda çocuklar için diş bakımı ve zihinsel sağlık bakımı da eklenmiştir. Anne ve bebek koruyucu sağlık hizmetleri ise Sağlık Bakanlığı tarafından finanse edilmekte ve Sağlık Bakanlığı, belediyeler ve sağlık planları tarafından sunulmaktadır.

Teminat paketi, sağlanacak hizmetlerin açık bir listesini sunmakta ve birçok durumda da miktarları ve koşullarını belirtmektedir. Sağlık Bakanlığı 2014 yılında Ulusal Sağlık Sigortası tarafından sağlanan tüm hizmetleri listeleyen ve güncel bilgileri gösteren bir web sitesi oluşturmuştur. Birinci basamak, acil ve yatan hasta hizmetlerinden ücret alınmamaktadır. Uzman doktor muayenesi ve tanı, teşhis gibi ikinci basamak sağlık hizmetlerinden faydalanabilmek için yaklaşık 25 ILS (7 €) tutarında katılım payı ödenmesi gerekmektedir. İlaçlar için ödenmesi gereken tutar ise genellikle 15 ILS (yaklaşık 4,2 €) katılım payı ile birlikte ilaç tutarının %10'una tekabül etmektedir. Ayrıca rehabilitasyon hizmeti, fizyoterapi ile konuşma terapisi gibi paramedikal hizmetler için de az miktarda katılım payı ödenmektedir. Kronik hastalar, yaşlılar ve aileler için indirimler sağlanmaktadır. Katılım payları ve diğer ücretler, sağlık planlarının gelirlerinin %6,5'ini oluşturmaktadır. Sağlık Planları katılım payları planlarının onaylanması için Sağlık Bakanlığı'na ve Parlamento'nun finans bölümüne başvuruda bulunmaktalar ve bu yüzden alınan katılım payları arasında farklılıklar oluşabilmektedir.

Teminat paketine dahil olan tıbbi hizmetlerin listesi (İsrail Ulusal Sağlık Hizmetleri Listesi)

1. Klinik Ziyaretler

- Birincil sağlık hizmeti- danışma, tanı ve tedavi için.
- Uzmandan alınan sağlık hizmeti- danışma, tanı ve tedavi için.
- Para medikal uzmanlık gerektiren sağlık hizmeti- danışma, tanı ve tedavi için.

2. Genel bir hastanede yatış- konsültasyon, tanı ve tedavi için

3. Laboratuvar Testleri

- Biyokimyasal testler,
- Klinik farmakoloji,
- Endokrinolojik testler,
- Hematolojik testler,
- Patoloji, sitoloji ve sitokimya testleri,

- f. Hormonal immünoloji ve immüno hematoloji testleri,
- g. Erkek ve dişi doğurganlık testi,
- h. Mikrop, parazit, virüs ve mantarlar için bakteriyolojik ve serolojik testler,
- i. Acil testler,
- j. İdrar ve dışkı testleri,
- k. Hücresel altyapı (elektronik mikroskopi),
- l. Hamilelik testleri,
- m. Malign ateş için tanı testleri.

4. Nükleer Tıp

5. Terapötik ve Tanısal Radyoloji

6. Diğer Tedavi ve Tanı Önlemleri

- a. Alerji,
- b. Trans füzyonlar ve enjeksiyonlar,
- c. Yoğun bakım,
- d. Kısırlık tanı ve tedavisi,
- e. Sinir ve kas sistemi teşhisi,
- f. Ortak tanı ve tedavi,
- g. Hastane acil servisine ziyaretler,
- h. Tıbbi yatak ısılatma tedavisi,
- i. Onkoloji hastaları için kemoterapi veya radyasyon tedavisi öncesi ve sonrasında dış tedavisi.

7. Doğum

- a. Doktor muayenesi ve gebeliğin belirlenmesi,
- b. Gebelikte hastalık ve riskli gebeliği izleme,
- c. Kürtaj komitesine erişim ve tıbbi gerekçelerle kürtaj,
- d. Kürtaj, tıbbi olmayan nedenlerden dolayı, 18 yaşın altındaki genç gebeliklerde,
- e. Fetal taramalar,
- f. Fetalekokardiyogram- (doğumsal kalp defekti şüphesini takiben),
- g. Doğum sırasında epidural anestezi,
- h. Fetalkonjenitaldefekt incelemeleri,
- i. KonjenitalDown sendromu riski BHCG fetoproteinine ve annenin yaşına göre 1: 380'i aştığında amniyotik sıvı testleri,
- j. Çoğul gebelikte down sendromu teşhisi için (iki fetüs veya daha fazla) ense saydamlık testleri.

8. Cerrahi İşlemler

- a. Tüm vücut sistemlerinin tedavisi için tüm cerrahi prosedürler,
- b. Organ nakilleri,
- c. Kozmetik tedaviler ve cerrahi hariç plastik rekonstrüksiyon,
- d. Dahili implantlar,
- e. Çeşitli anestezi türleri,

9. Dermatoloji ve Meme- tanı, tedavi ve cerrahi işlemler

10. İskelet ve Kas Sistemleri- tanı, tedavi ve cerrahi işlemler

11. Solunum Sistemi- tanı, tedavi ve cerrahi prosedürler

12. Kardiyο-Pulmoner ve Vasküler Sistem- tanı, tedavi ve cerrahi işlemler

13. Sindirim Sistemi- tanı, tedavi ve cerrahi işlemler

14. Böbrekler, Üreme ve Üriner Sistemler- tanı, tedavi ve cerrahi işlemler

15. Endokrin Sistem- tanı, tedavi ve cerrahi işlemler

16. Sinir Sistemi- tanı, tedavi ve cerrahi işlemler

17. Gözler- tanı, tedavi ve cerrahi işlemler

18. Kulaklar- tanı, tedavi ve cerrahi işlemler

19. Hemşirelik Hizmetleri

20. Çocuk Gelişimi

- Multi disiplinler bir ekip tarafından dokuz yaşına kadar çocuklar için tanı ve tedavi. Şunları içerir: bir pediatrik nöroloji uzmanı doktoru veya çocuk gelişiminde uzmanlaşmış deneyimli bir çocuk doktoru, bir psikolog, bir fizyoterapist, bir sosyal hizmet uzmanı, bir konuşma terapisti ve bir meslek terapisti,
- Dokuz yaşına kadar olan çocuklar için konuşma engellerinin teşhisi ve tedavisi,
- Bedensel engelli çocuklar için multi disiplinler bir ekip tarafından tedavi- 18 yaşına kadar,
- 18 yaşına kadar çocuklarda tıbbi tanı,
- Dikkat eksikliği, hiperaktivite bozukluğu (DEHB) veya 9 yaşına kadar çocuklar için öğrenme bozukluğu, dil ve konuşma bozuklukları, iletişim bozuklukları, çok disiplinli bir ekip tarafından minimal beyin fonksiyon bozukluğu (MBD) tedavisi (bedensel engelli çocuklar için- 18 yaşına kadar),
- Dikkat eksikliği, hiperaktivite bozukluğu (DEHB) veya öğrenme yetersizliği olan 6 yaşına kadar çocuklar için multidisipliner bir ekiple tedavisi.

21. Genetik

- Kan testleri dahil kalıtsal problemlere genetik danışmanlık,
- Gaucher hastalığı için ilaç tedavisi (profesyonel bir panel tarafından karar verilir).

22. Paramedikal Hizmetler

- Fizyoterapi,
- İş terapisi,
- İletişim bozuklukları (konuşma terapisi),
- Psikoloji hizmeti,
- Sosyal iş,
- Diyet ve beslenme.

23. Geriatri, Rehabilitasyon ve Akıl Sağlığı

24. Şifa Amaçlı Verilen Bütün Yetkiler,

25. Tıbbi Gıda (Doktorun veya klinik diyetisyeninın reçetesine göre)

26. İlaçlar (Sağlık Planlarının ilaç listelerindeki reçete doğrultusunda yazılan tüm ilaçlar)**27. Kanser Erken Tanı Testleri****28. Kardiyak Rehabilitasyon****29. Onkoloji ve Diyaliz hastaları ile yoğun bakım ambulansında veya Magen David Adom ambulansında hastaneye nakledilen üyeler için seyahat ücretleri ve servisleri.****30. Acil Sağlık Hizmetleri**

Sağlık Planları pakette bulunmayan ilaçları hastalara tedarik edebilirler. Bu tedarik işini bir sağlık planı yerine getirmeyi tercih ederken bir diğeri etmeyebilir. Bu durumda hasta üyesi olduğu sağlık planını değiştirme konusunda özgürdür.

Teminat Paketi Kapsamı Dışında Kalanlar

Sağlık Planları tarafından sağlanmayan ve Ulusal Sağlık Sigortası teminat paketine dahil olmayan hizmetler genellikle yetişkinler için uzun dönem bakım ve dış sağlığı hizmetleridir. Uzun dönem bakım hizmetleri, hane halkının özel sigortası veya cepten harcamaları dahil olmak üzere devlet bakanlıkları, Ulusal Sigorta Enstitüsü ve Sağlık Planları gibi bir dizi kurum tarafından karışık olarak finanse edilmektedir. Hane halkı, teminat paketi içerisinde olmayan aşağıdaki hizmetler için cepten harcama yapmaktadır:

- Özel cerrahi işlemler ve laboratuvar testleri,
- Özel hekime muayene,
- Tamamlayıcı ve alternatif tıp hizmeti,
- Özel hemşire ve ambulans hizmeti,
- Özel psikiyatri hizmeti,
- Özel dış bakım hizmeti.

Cepten Harcamalar

2019 yılı itibariyle İsrail hane halkı harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki oranı %32 olarak gözükmektedir. Bunun %21'i cepten yapılan harcamalar iken (OECD ortalaması %20) geri kalan %11'i ise gönüllü sağlık sigortasıdır. İki tür cepten ödeme vardır: Ulusal Sağlık Sigortası teminat paketine dâhil olan hizmetler için maliyet paylaşımı (katılım payı) yöntemi ve Ulusal Sağlık Sigortası teminat paketine dahil olmayan hizmetler için ödeme yöntemi.

Maliyet Paylaşımı (Katılım Payı)

1998 yılında Knesset, tüm Sağlık Planlarına üyelerinin uzman doktora ve halk sağlığı tanı merkezlerine başvurmaları halinde bu başvuruları ücretlendirme ve ilaç katılım payı oranlarını önemli ölçüde arttırma yetkisi vermiştir. Knesset, katılım paylarının ayrıntılarının Sağlık Bakanlığı tarafından onaylanması gerektiğini öngörmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından onaylanan katılım payları Sağlık Planları gelirlerinin %6,5'ini oluşturmuştur. Belirli hizmetler ve ilaçlar için alınan katılım payları tüm sağlık planlarında aynı değildir, bu nedenle bir sağlık planı aynı hizmet veya ilaçlar için farklı bir sağlık planından daha fazla veya daha az miktarda katılım payı alabilmektedir. Uzman hekime muayene olduğunda ödenmesi gereken katılım payı tutarı 25 ILS'dir (7 €) ve kontrol muayenesi için katılım payı alınmamaktadır. Katılım payından muafiyet sağlanan durumlar şu şekildedir:

- 65 yaş ve üstünde olup yaşlılık aylığı alanlar,
- Engelli aylığı alan çocuklar,

- Ebeveynleri Ulusal Sigorta Enstitüsünden gelir desteği alan çocukların konuşma terapisi, fizyoterapi ve zihinsel sağlık bakımı gibi gelişimsel bakım hizmetleri,
- Böbrek hastalığında son evrede olanlar (diyaliz merkezlerinde),
- Kanser, HIV/AIDS, Gaucher hastalığı (ayakta tedavilerde),
- Talasemi veya Tüberküloz (ayakta tedavilerde).

Katılım paylarının, özellikle düşük gelirli insanların sağlık hizmetlerine erişimi noktasında engeller yarattığını gösteren kanıtlar bulunmaktadır. Ödenen katılım payları gönüllü sağlık sigortası kapsamı içinde de yer almamaktadır.

Tablo 2: Sağlık Hizmeti Kullanıcılarının Sorumlulukları

SAĞLIK HİZMETİ	ÖDEMENİN TÜRÜ	MUAFİYETLER/İNDİRİM ORANLARI	CEPTEN HARCAMALARIN SINIRI
PRATİSYEN HEKİM	—	—	—
BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİ	—	—	—
UZMAN HEKİM	Katılım Payı (Her çeyrek yılda ilk ziyaret için ~ 5 €)	Yaşlılık yardımı alanlar, engelli aylığı alanlar, çocuklar ve ağır hastalığı bulunanlar (tüm ziyaretler için katılım payından muaf)	Hane halkı düzeyinde toplam katılım payı ödemelerin üç aylık tavanı ~ 50€, yaşlılar için %50 daha düşüktür.
YATAN HASTALAR	—	—	—
12 YAŞINDAN KÜÇÜK ÇOCUKLARIN AĞIZ SAĞLIĞI	Katılım Payı (Her çeyrek yılda ilk ziyaret için ~ 5 €)	—	—
ORİJİNAL İLAÇLAR	İlaç Katılım Payı (Fiyatın %15'i ve her bir kalem için yaklaşık 3 €)	%50 indirim (kronik hastalığı olması durumunda yaşlılar, sosyal yardım alanlar, soykırım mağdurları)	Kronik hastalar için üç aylık tavan 6 5€
JENERİK İLAÇLAR	İlaç Katılım Payı (Fiyatın %10'u ve her bir kalem için yaklaşık 3 €)	%50 indirim (kronik hastalığı olması durumunda yaşlılar, sosyal yardım alanlar, soykırım mağdurları)	Kronik hastalar için üç aylık tavan 6 5€
KRONİK HASTA HİZMETLERİ (İLAÇ VE MUAYENE)	Farklı maliyet paylaşım türleri		Kronik hastalar için aylık tavan ~ 75 €; 65 yaş ve üzeri kronik hastalar için tavan 35 €' dur. Tavanı aşan kısım için katılım payı alınmamaktadır.

Kaynak: HealthSystems in Transition (HiT) Profile of Israel

Doğrudan (Cepten) Ödemeler

Bir başka cepten harcama türü olan doğrudan ödemeler, Ulusal Sağlık Sigortası kapsamında olmayan ve Sağlık Bakanlığı tarafından sunulmayan hizmetleri temin etme yöntemidir. Genellikle özel hastanelerden yatarak veya ayakta alınan sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Bununla beraber doğrudan ödeme yöntemi ile göz bakımı, yetişkinler için diş bakımı, tıbbi malzeme, bazı protezler ve uzun dönem bakım hizmeti de alınmaktadır. Bu hizmetlere yönelik yapılan cepten ödemeler, bazen tamamen veya kısmen gönüllü sağlık sigortası tarafından karşılanmaktaysa da sağlık harcamalarının finansmanında önemli bir rol oynamaktadır.

Gönüllü Sağlık Sigortası

İsrail'de iki tür gönüllü sağlık sigortası mevcuttur. Bunlardan ilki Sağlık Planları tarafından kendi yararlanıcılarının tümüne sunulan tamamlayıcı sigorta, ikincisi ise ticari sigorta şirketleri tarafından bireylere veya gruplara sunulan ticari sigortalardır.

Sağlık Planı Gönüllü Sağlık Sigortası, İbranice "tamamlayıcı sigorta" olarak adlandırılmakta ve sağlık sisteminde birkaç rol oynamaktadır. Yetişkin diş bakımı veya alternatif tıp gibi tamamlayıcı hizmetler, Ulusal Sağlık Sigortası tarafından sınırlı ölçüde teminat sunulan tamamlayıcı hizmetler (örn. IVF ve fizyoterapi) veya

özel sektörden alınan bakım için geri ödeme, daha fazla sağlık hizmeti sunucusu seçeneği, daha hızlı erişim veya iyileştirilmiş tesisler sağlamaktadır. Ulusal Sağlık Sigortası sisteminde yer almayan kişiler bu gönüllü sağlık sigortasına dahil olamamaktadır. Ayrıca kamu sistemindeki kullanıcı ücretleri ve katılım payları için de teminat sunulmaktadır.

Ticari sigorta, kamu tarafından finanse edilen sağlık sisteminin bir parçası olarak değerlendirilmez. Herhangi bir sağlık hizmetini sigortalamakta serbest olan, ancak sadece nakit fayda sağlayabilen özel sigortacılar tarafından sunulmaktadır. Ticari planlar, dış bakımı, katastrofik olaylar (nakiller, yurtdışı operasyonlar ve uzun süreli bakım gibi) ve özel sektördeki hizmetler için finansal tazminatı kapsamaktadır. Poliçelerinin çoğu, Ulusal Sağlık Sigortası teminat paketinde yer almayan ilaçları da kapsamaktadır. Bireysel ticari sigorta yaptırılırken kişinin yaşı, cinsiyeti ve mevcut sağlık durumu göz önünde bulundurulurken, topluluk sigortasında meslek grubunun (işverenler, işçi sendikaları gibi) taşıdığı risk unsurları göz önünde bulundurulurken prim miktarları belirlenmektedir. Grup primleri, genelde aynı teminat seviyesi için, bireysel primlerden daha düşük çıkmaktadır. Sonuç olarak ticari gönüllü sağlık sigortaları, tamamlayıcı sigortaya bir alternatif olmaktan ziyade ek bir sigorta katmanını ifade etmektedir. Sağlık Bakanlığı tamamlayıcı sağlık sigortasını, Maliye Bakanlığı da ticari planları düzenlemektedir.

İsrail Ulusal Sağlık Sigortası teminat paketi diğer OECD ülkelerindekinden görece daha kapsamlı olmasına rağmen gönüllü sağlık sigortasının sistem içerisinde kapladığı büyüklük göze çarpmaktadır. İsrail'de gönüllü sağlık sigortasına olan bu yüksek talebin olası nedenleri arasında uzman bakımı ve elektif işlemlerdeki bekleme sürelerinin fazla olması ile halk sağlığı sistemine güvenin düşük olması bulunmaktadır. Gönüllü sigorta yaptıran herkes aynı zamanda zorunlu ulusal sağlık sigortası kapsamıyla güvence altına alınmıştır.

Sağlık Teknolojileri Değerlendirmesi

Hükümet, her yıl yıllık bütçeleme sürecinin bir parçası olarak yeni teknolojileri finanse etmek için ne kadar para ayrılacağını belirlemektedir. Sağlık Bakanlığı Medikal ve Altyapı Teknolojileri İdaresi Başkanlığı, özellikle teknolojinin tıbbi etkinliği ve güvenliği ile ilgili kendisine gönderilen önerilere ilişkin değerlendirmeleri yapmaktadır. Teknolojiler değerlendirme sonrası öncelik sırasına göre derecelendirilmekte ve Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı ve Sağlık Planları temsilcilerinin katıldığı bir yan kuruluş tarafından maliyetlendirilmektedir. Son olarak, Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, İsrail Tabipler Birliği, Sağlık Planları temsilcileri, sağlık ekonomisi ve sağlık politikası uzmanlarından oluşan bir kamu otoritesi, teknoloji değerlendirmelerine ve maliyetlerine dayanarak hangi yeni teknolojilerin benimsenmesi gerektiğine yönelik tavsiye kararını vermektedir. İlk zamanlarda teknolojik değerlendirmeden geçen yeni teknolojiler çoğunlukla hayat kurtaran ürünler olsa da son zamanlarda yaşam kalitesini arttıran ve önleyici nitelikte ürünler de değerlendirmeden geçerek teminat paketi kapsamına alınmaktadır.

3- GERİ ÖDEME SİSTEMİ

Son yıllarda hastaneler ile Sağlık Planları arasında yapılan sözleşmeler çok önemli hale gelmiştir. Devlet hastaneleri ile bağımsız kâr amacı gütmeyen hastanelerin Sağlık Planlarına sunmuş olduğu hizmetlerin neredeyse tamamı bu sözleşmelere tabi kılınmıştır. Sözleşmeler, hükümetin geri ödeme fiyatları ve mekanizmaları üzerinden yapılmaktadır. Genellikle, asgari bir gelir akışını garanti altına almak için, Sağlık Planlarına ek bir fiyat indirimi verilmektedir. Sadece dört planın olması ve her birinin oldukça büyük pazar payına sahip olması nedeniyle, Sağlık Planları hastanelerle olan görüşmelerinde önemli bir pazarlık gücünü ellerinde bulundurmaktadır.

Sözleşmeli hastaneler, devletin belirlediği geri ödeme kuralları temelinde tüm Sağlık Planları üyelerine hizmet vermektedir. Sağlık Planları ile çalışan hekimlerin çoğunun maliyeti kişi başı ücret ve/veya maaş yöntemiyle karşılanmaktadır.

İsrail'in geri ödeme sistemine "Sağlık Paketi" denmektedir. Bu paket sigortalının Ulusal Sağlık Sigortası Kanunu'na göre almaya yetkili olduğu tüm hizmetleri, ilaçları, sarf malzemelerini ve tıbbi malzemeleri içermektedir. Bu paketin içeriği ilk olarak 1 Ocak 1994 tarihinde Sağlık Bakanlığı ve Clalit Sağlık Fonu tarafından

sağlanan sağlık hizmetlerine dayanılarak belirlenmiş ve komitenin önerileriyle Sağlık Bakanlığı tarafından düzenli olarak güncellenmiştir. Ulusal Sağlık Sigortası Kanunu, sağlık planlarının sorumlu olduğu sağlık paket içerisine dâhil edilecek hizmetleri tanımlamaktadır.

Sağlık Planlarına aktarılmayan ancak devletin sorumluluğunu taşıyan birkaç sağlık hizmeti de bulunmaktadır:

- Koruyucu sağlık hizmetleri, bebek klinikleri ve aşıları. Sağlık Bakanlığının maliyetine katıldığı bazı genel rehabilitasyon cihazları, yürüyüş ve diğer hareketlilik cihazları,
- Okul çağındaki çocuklar için sağlık hizmetleri.
- Huzurevi hizmetleri.

İsrail İlaç Ulusal Sağlık Paketi ve Teknolojileri, 1995'ten bu yana yıllık olarak güncellenmektedir. Halihazırda hayati öneme sahip ilaçların çoğunu içeren Pakete yıllık ilaveler, Hazine tarafından belirlenen bütçe ile eklenmektedir. İsrail Sağlık Bakanlığı her yıl ocak ayında, mart ayının sonuna kadar son teslim tarihi olan bir teklif çağrısı yapmaktadır. İlk başvurunun yapılmış olması şartıyla bazen süre uzatması verilebilmektedir. Başvuru, ilaç firması adına yetkilendirilmiş eczacı tarafından Farmakoepidemioloji ve İlaç Ekonomisi bölümlerine yapılmaktadır. Ulusal Sağlık Paketi, tüm İsrail vatandaşlarına sağlık planları tarafından sunulması gereken temel ilaç hizmetlerini ve teknolojilerini içermektedir. Başvurular hem kayıtlı ilaçların endikasyon değişiklikleri için hem de yeni ilaçların yıl içinde onaylanması için yapılabilmektedir. Genel olarak Ulusal Sağlık Teminat Paketi güncelleme süreci şu şekildedir:

- Teklif çağrısı
- İlk değerlendirme
- Veri toplanması
- Kapsamlı değerlendirme
- Öncelik
- Komite kararı ve önerileri
- Hükümet (kabine) onayı
- Yeni paket 1 Ocak tarihinden itibaren geçerli kılınır.

Sağlık Bakanlığı, onay sürecinin bazen gerekli tedavinin sağlanmasını geciktirebilmesinden dolayı bazı şartlarda Sağlık Planlarına gerekli ilacın teminini sağlamak için erken talepte bulunmasına imkân vermiştir:

- Acil olmayan tedaviler için onay sınırlı sayıda ilaçta mümkün kılınmıştır,
- İlaçların bir listesi Sağlık Planlarının web sitesinde yayınlanmaktadır,
- Şartlı idari onay, ilaç tedavisinin sadece ilk reçetesi ile sınırlı tutulmuştur,
- Hastanın doktoru tarafından talep edilen isteğe maksimum 4 gün içinde cevap verilecektir. Eğer bu süre içinde bir cevap verilmezse talebin onaylandığı kabul edilecektir. Onay talebi reddedilmişse gerekçeli olarak açıklanmalı ve hastaya yazı ile bildirilmelidir.

Ulusal sağlık sigortası yasasına göre, bir sağlık hizmetinin veya ilacın sağlık hizmetleri paketinden çıkarılması, Knesset Çalışma, Refah ve Sağlık Komitesinin onayını gerektirmektedir.

İlaçta Referans Fiyatlandırma Uygulaması

Sağlık Bakanlığı, satışı onaylanan tüm ilaçlar için maksimum fiyatlar belirlemektedir. Bu belirleme işlemi, yedi Avrupa ülkesinde (Almanya, Belçika, Fransa, Birleşik Krallık, İspanya, Portekiz ve Macaristan) ilacın ortalama fiyatına göre bir maksimum fiyatın belirlendiği referans fiyatlandırma ("Hollanda modeli") kullanılarak yapılmaktadır. Referans ülkelerde karşılaştırılabilir bir ilaç bulunmadığında, maksimum fiyat, ilacın İngiltere ve Almanya'daki ortalama fiyatına göre belirlenmektedir. Bu referans fiyatlar tavanı belirleme noktasında yardımcı olmaktadır ve öncelikli olarak şahıslar tarafından yapılan özel alımlar için geçerlidir. Tüm Sağlık Planları, üreticiler ve ithalatçılar ile önemli indirim müzakereleri gerçekleştirmektedir. Bununla birlikte jenerik ilaçların ve en düşük maliyetli ilaçların kullanımını teşvik etmek için çeşitli önlemler alınmaktadır.

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

İsrail sağlık sistemi de tıpkı Türkiye sağlık sistemi gibi zorunlu sağlık sigortası temeline dayanmaktadır. Bu sayede nüfusun %100'ü kapsam altına alınmaktadır. Her vatandaş ve ülkede daimî ikamet eden kişiler kapsam içerisinde yer almak zorunda olup, kâr amacı gütmeyen dört Sağlık Planından biri arasında seçim yapmakta özgür bulunmaktadır. Ulusal Sağlık Sigortası Yasası, tüm kişiler için standart bir teminat paketi sunmaktadır. Tüm Sağlık Planları, hükümet tarafından belirlenen ve periyodik olarak değiştirilen aynı teminat paketini sağlamak için yasal olarak görevlendirilmişlerdir. Türkiye' de ise bazı yasal düzenlemelerden dolayı banka sandığı üyeleri, tutuklu/hükümlüler, TBMM, Anayasa Mahkemesi, Yargıtay ile Danıştay üyeleri ve TSK mensupları GSS kapsamı dışında yer almakta olup nüfusun %99'u kapsam altındadır.

Kamu Ulusal Sağlık Sigortası finansmanı sağlık vergisi ve genel vergilerden oluşmaktadır. Sağlık vergisi, bir nevi prim mantığıyla, sadece sağlık hizmetleri için Ulusal Sigorta Enstitüsü tarafından toplanmakta ve daha sonra Sağlık Bakanlığına aktarılmaktadır. Genel vergi ise Maliye Bakanlığı tarafından toplanmakta ve Sağlık Bakanlığına aktarılmaktadır. Genel vergi resmi olarak belirlenen Ulusal Sağlık Sigortası bütçesi ile toplanan sağlık vergisi miktarı arasındaki farkı kapatmak için kullanılmaktadır. Bu nedenle sistem, bir sosyal sağlık sigortası ile vergi destekli sigorta arasında bir yerde yer almakta ve ödeme kabiliyetine göre finanse edilmektedir denilebilir. 18 yaşın üzerindeki tüm kişiler sağlık vergisi ödemek zorundadır. Sağlık vergisi, ortalama ücretin %60'ına kadar gelir elde eden çalışanlar için gelirin %3'üne, %60'ın üstünde gelir elde edenler için ücretin %5'ine tekabül etmektedir. Serbest meslek sahibi ve emekli olanlar toplam gelirlerinden aynı oranlarda vergi ödemektedirler.

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'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 gerçekleştirmektedir.

Ulusal Sigorta Enstitüsü, Ulusal Sağlık Sigorta sistemi için fonların toplanmasında merkezi bir rol oynamaktadır. Enstitü hem sağlık vergisini toplamakta hem de hükümetten gelen fonları (genel vergiler) almakta ve havuzda toplanan fonu üye sayısı, yaş, cinsiyet ve ikamet edilen yer (merkez-çevre) gibi faktörleri de dikkate alarak ihtiyaç doğrultusunda dört Sağlık Planı arasında dağıtmaktadır. Sağlık Planları da üyelerinin sağlık hizmeti paketine erişmelerini sağlamakla yükümlüdürler. Türkiye' de ise yukarıda bahsedilen iki farklı görevi gerçekleştiren tek bir kurum olarak Sosyal Güvenlik Kurumu bulunmaktadır.

İsrail' in geri ödeme sistemine "Sağlık Paketi" denmektedir. Bu paket sigortalının Ulusal Sağlık Sigortası Kanunu' na göre almaya yetkili olduğu tüm hizmetleri, ilaçları, sarf malzemelerini ve tıbbi malzemeleri içermektedir. İsrail ilaç Ulusal Sağlık Paketi ve Teknolojileri 1995'ten bu yana yıllık olarak güncellenmektedir. Halihazırda hayati öneme sahip ilaçların çoğunu içeren sepete yıllık ilaveler, Hazine tarafından belirlenen bütçe ile eklenmektedir.İsrail Sağlık Bakanlığı her yıl ocak ayında, mart ayının sonuna kadar son teslim tarihi olan bir teklif çağrısı yapmaktadır. Türkiye' de ise geri ödeme listeleri yıl içerisinde farklı zaman dilimlerinde düzenlenebilmektedir.

İsrail'de birinci basamak, acil ve yatan hasta hizmetlerinden ücret alınmamaktadır. Uzman doktor muayenesi ve tanı, teşhis gibi ikinci basamak sağlık hizmetlerinden faydalanabilmek için yaklaşık 25 ILS (yaklaşık 7 €) tutarında katılım payı ödenmesi gerekmektedir. İlaçlar için ödenmesi gereken tutar ise genellikle 15 ILS (yaklaşık 4,2 €) katılım payı ile birlikte ilaç tutarının %10'una tekabül etmektedir. Ayrıca rehabilitasyon hizmeti, fizyoterapi ile konuşma terapisi gibi paramedikal hizmetler için de az miktarda katılım payı ödenmektedir. Kronik hastalar, yaşlılar ve aileler için indirimler sağlanmaktadır.

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, SB 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, Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişilerden ilaç bedelinin %10'u, diğer kişilerden ise ilaç bedelinin %20'sioranında 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 alınır.

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

	İSRAİL	TÜRKİYE	OECD
Nüfus, (2020)	9.216.900	84.339.067	-
Kişi başına düşen GSYİH, (\$), (2020)	44.168	8.536	-
Asgari ücret tutarı, (\$), (2020), (aylık)	1.540	420	-
Cari sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı, (%), (2021)	7,5	4,3	8,8
Kişi başına düşen sağlık harcaması, (\$), (2019)	2.903	1.267	4.087
Kişi başına düşen ilaç harcaması, (\$), (2019)	-	-	571
Doğuşta beklenen yaşam süresi kadın, Doğuşta beklenen yaşam süresi erkek, (yıl), (2019)	84,8 81,0	81,3 75,9	83,6 78,3
Sigorta tarafından kapsanan nüfus oranı, (%), (2019)	100	99 *	98
1.000 Kişiye düşen doktor sayısı, 1.000 Kişiye düşen hemşire sayısı, 1.000 Kişiye düşen yatak sayısı, (2019)	3,3 5,0 3,0	2,0 2,4 2,9	3,6 8,8 4,4
Toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı, (%), (2019)			
1- Kamu sağlık harcaması oranı, (%)	65	77	74
Merkezi hükümet/bölgesel, yerel yönetimler sağlık harcaması oranı, (%)	16,5	23	35
Sosyal sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	48,5	54	39
2- Cepten yapılan sağlık harcaması oranı, (%)	21	17	20
3- Gönüllü sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	11	3	5
4- Diğer harcamaların oranı, (%) **	3	2	1
Hane halkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı, (%), (2019)	2,9	1,3	3,1

* SGK verilerine göre 2022 yılı itibarıyla %98,6 dir.
** Ülkede geçici olarak ikamet edenlere ait sağlık harcamaları

KAYNAK:

1. Health at a Glance 2021 OECD Indicators
2. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD>, Erişim Tarihi: Nisan 2022
3. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?view=map> , Erişim Tarihi: Nisan 2022
4. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=RMW>, Erişim Tarihi: Nisan 2022

KAYNAKLAR

- 1) HealthSystems in Transition (HiT) Profile of Israel
- 2) Health at a Glance 2017 OECD Indicators
- 3) <http://www.mind-farma.com/services/health-basket-reimbursement-israel/>
- 4) https://2016.export.gov/industry/health/healthcareresourceguide/eg_main_108590.asp
- 5) https://www.kolzhut.org.il/en/Medications_in_the_Healthcare_Basket
- 6) <https://academic.oup.com/ajhp/article/75/1/e57/5102308>
- 7) <https://www.jpost.com/Israel-News/107-medicines-worth-NIS-460-million-added-to-health-basket-576266>
- 8) <https://www.health.gov.il/English/Topics/RightsInsured/RightsUnderLaw/CollectionArrangements/Pages/SalKupa.aspx>
- 9) <http://worldpopulationreview.com/countries/israel-population/>



MALTA SAĞLIK ve GERİ ÖDEME SİSTEMİ





ÖZET

Malta' da kamu sağlık sistemi, ülke sosyal güvenlik mevzuatı kapsamında yer alıp ülkede ikamet edenler dışında ayrıca yasadışı göçmenler ve geçerli çalışma izni olan yabancı işçiler gibi gruplara da ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerini sağlaması ile faydalanıcılara evrensel kapsama sahip bir sağlık teminatı sunmaktadır.

Sağlık sistemi, kaynağı çoğunlukla vergilerden teşekkül eden Genel Konsolide Edilmiş Fon tarafından finanse edilmektedir.

Ülkedeki sağlık hizmetlerinin sunumundan, düzenlenmesi ve standartlarının oluşturulmasından Sağlık Bakanlığı sorumludur. Kararlar merkezi düzeyde alınmaktadır. Ülkede ayrı şekilde yapılandırılmış bir geri ödeme kurumu bulunmamaktadır.

Kamu sağlık sistemi içerisinde faydalanıcılara yansıtılabilecek kullanım ücreti ve katılım payı gibi maliyet paylaşımı unsurları bulunmamaktadır. Kişilerin cepten yaptıkları ödemeler esas olarak özel sağlık hizmet sunucularındaki genel pratisyenlerden ve uzman hekimlerden sağlanan ayakta tedavi işlemlerinden oluşmaktadır. Malta sağlık sisteminde cepten yapılan ödemelerin toplam sağlık harcaması içerisindeki oranı %34 seviyesindedir (Avrupa Birliği ortalaması %22'dir).

Sağlık hizmetlerinin sağlanmasında kamu sağlık sektörü kilit bir role sahiptir. Özel sektör ise daha çok birinci basamak sağlık sistemi düzeyinde etkili olan tamamlayıcı bir role sahiptir. Buna ilaveten, özellikle uzun dönemli ve kronik hastalıklara yönelik bazı sağlık hizmetleri de özel sektör, kilise ve diğer gönüllü kuruluşlar tarafından sağlanabilmektedir.

Birinci basamak sağlık hizmeti, temel kamu sağlık tesisleri ve özel pratisyen hekimler aracılığıyla sunulmaktadır. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise esas olarak değişen büyüklüklere sahip uzmanlaşmış kamu hastaneleri aracılığıyla sunulmaktadır.

Sunulacak sağlık hizmetlerini belirleyen ulusal teminat paketi, uygunluk, kanıt bazlı uygulama ve finansman gücü temelinde belirlenmektedir. Uluslararası kanıtlar doğrultusunda hizmetin hastaya potansiyel faydası, sağlık teknolojisi değerlendirmeleri, ilgili paydaşların görüşleri, kamu sağlık sisteminin kapasitesi, sosyal ve epidemiyolejik faktörler, finansman gücü ve sürdürülebilirlik değerlendirilerek belirlenmektedir. Ayrıca, hükümet formüler listesinde, kamu tarafından hangi hasta gruplarına hangi ilaçların verileceği ve kim tarafından reçetelendirilebileceği belirtilmektedir.

ÜLKE TANITIMI

Ülkenin Demografik Özellikleri

Malta, Güney Avrupa' da yer alan çok küçük bir adalar devletidir. Toplam yüz ölçümü sadece 316km 'dir. Parlamenter Cumhuriyet ile yönetilen ülkenin başkenti Valletta, resmi dili Maltaca ve İngilizcedir. Para birimi ise Avro' dur.

Ülke nüfusu yaklaşık 525 bin civarındadır. Nüfusun yaklaşık %95'ini Maltalılar, %1,5'ini İngilizler oluşturmaktadır.

Ülke 21 Eylül 1964'te Birleşik Krallık' tan ayrılarak bağımsızlığını ilan etmiştir. 13 Ocak 1974'te ise yönetim biçimi olarak Cumhuriyet'e geçilmiştir.

Tablo 1: Ekonomi ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması

	MALTA	Ab27
Nüfus, (2020)	525.285	-
Kişi başına düşen GSYİH, (\$), (2020)	27.884	-
Asgari ücret tutarı, (€), (2021), (aylık)	785	-
Cari sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı, (%), (2019)	9,4	8,3
Kişi başına düşen sağlık harcaması, (€), (2019)	2.889	2.572
Kişi başına düşen ilaç harcaması, (€), (2018)	448	381
Doğuşta beklenen yaşam süresi kadın, Doğuşta beklenen yaşam süresi erkek, (yıl), (2018)	84,5 80,4	83,7 78,2
Sigorta tarafından kapsanan nüfus oranı, (%), (2018)	100	-
1.000 Kişiye düşen doktor sayısı, 1.000 Kişiye düşen hemşire sayısı, 1.000 Kişiye düşen yatak sayısı, (2018)	3,9 7,7 4,3	3,8 8,2 5,0
Toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı, (%) (2018)		
1- Kamu sağlık harcaması oranı, (%)	63	73
Merkezi hükümet/bölgesel, yerel yönetimler sağlık harcaması oranı, (%)	63	32
Sosyal sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	0	41
2- Cepten yapılan sağlık harcaması oranı, (%)	34	22
3- Gönüllü sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	2	5
4- Diğer harcamaların oranı, (%) *	1	0
Hanehalkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı, (%), (2018)	7,5	3,3

* Ülkede geçici olarak ikamet edenlere ait sağlık harcamaları

KAYNAK:

1. Health at a Glance Europe 2020
2. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/earn_mw_cur/settings_1/table?lang=en Erişim Tarihi: Nisan 2022
3. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD> Erişim Tarihi: Nisan 2022
4. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?view=map> Erişim Tarihi: Nisan 2022

ÜLKENİN SAĞLIK ve GERİ ÖDEME SİSTEMİ

1- ORGANİZASYON YAPISI

Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetlerinin sunumundan, düzenlenmesinden ve standartlarının oluşturulmasından, iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanmasından sorumludur. Aile ve Sosyal Dayanışma Bakanlığı ise, sosyal politikalar, çocuk politikaları ile aileler, engelli kişiler, yaşlılar ve toplum sağlığına yönelik hizmetler ile sosyal konut, sosyal güvenlik, emeklilik ve dayanışma hizmetlerinden sorumludur. Her iki bakanlık da kendi görev alanları içerisindeki hizmetlerin finanse edilmesinden ve sağlanmasından sorumlu iken, Maliye Bakanlığı genel olarak ülkenin ekonomi politikasından sorumlu olup, 2014 yılında yürürlüğe giren Mali Sorumluluk Yasası uyarınca tahsis edilen vergi ve diğer gelirler doğrultusunda devlet bütçesini hazırlamaktadır. Ülke sağlık sistemi organizasyon yapısı içerisinde diğer devlet bakanlıkları, Sağlık Hizmetleri Vakfı, devlet komisyonları, ajansları, kurulları ve komiteleri ile profesyonel düzenleyici kuruluşlar ve gruplar, özel ve gönüllü sektörler ile kilise bulunmaktadır.

Kamu sağlık sistemi içerisinde yönetim, düzenleme, hizmet sunumu ve finansman genel olarak merkezi bir yapıya sahiptir. Örneğin, kaynak tahsisi ve tedarikine ilişkin tüm kararlar umumiyetle Bakanlık düzeyinde merkezi olarak alınmaktadır. Günlük uygulamalar sağlık tesislerince yönetilmesine rağmen, tesislerin hala sınırlı bir özerkliği bulunmaktadır. 2013 Sağlık Yasası, Sağlık Hizmetleri Müdürlüğü'nün yönetsel olarak merkezi olmayan ve özerkliğin kontrol altında tutulduğu bir çerçeve içerisinde çalışmasına izin vermiştir. Bazı birinci basamak sağlık hizmetlerinin de yerel meclislerce yürütülmesine dair yetkilendirme yapılmıştır. Yeni mevzuat içerisinde yerel yönetimlerin halk sağlığı hizmetlerine aktif katılımına vurgu yapılmıştır.

Sağlık Bakanlığı bünyesinde yer alan Daimi Sekreter yönetimin başıdır. Daimi Sekreter, Başbakana karşı sorumlu olan bir kamu görevlisidir. Genel politikaları ve hükümetin önceliklerini desteklemekten ve hükümet tarafından oluşturulan yönetim uygulamaları ve işlemleri doğrultusunda kurumu yönetmekle sorumludur.

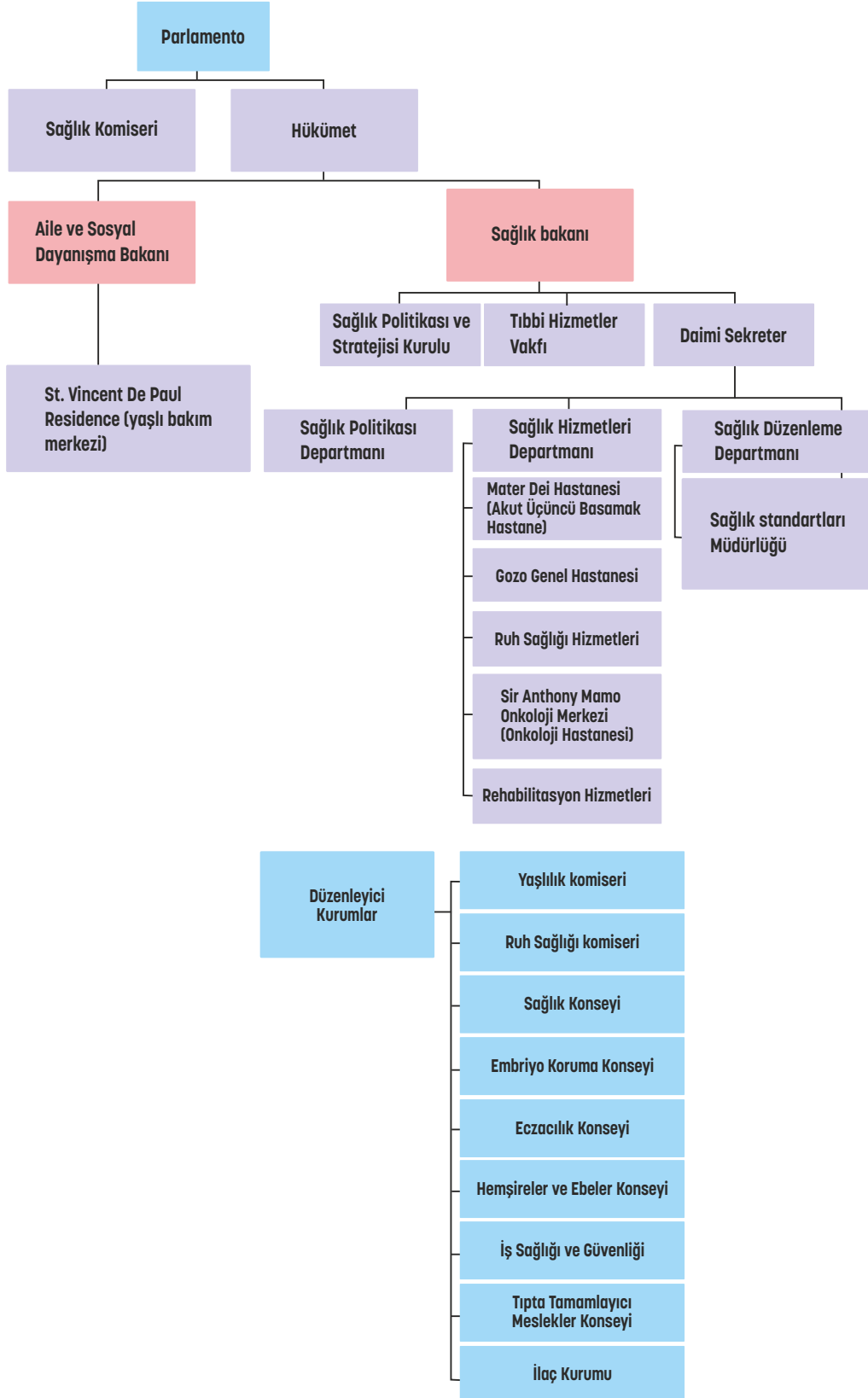
2013 yılında yürürlüğe konulan Sağlık Yasası, 1937'de yayımlanmış olan Sağlık Bakanlığı Kararnamesinin yerini almış ve belirli hükümet makamlarına yetkiler vermiştir. Yasa, sağlık sisteminin kamu bileşenlerine temel bir çerçeve oluşturmuştur. Esas olarak, sağlık hizmetleri ve sunucuların kalitesini ve haklarını düzenlemeyi, hükümet yapılarını konsolide ve reforme etmeyi ve sağlık alanında sorumluluklarını ortaya koymayı amaçlamıştır. Bu amaçla, Yasa ile üç müdürlük kurulmuştur. Bunlar; Sağlık Politikaları Müdürlüğü, Sağlık Hizmetleri Müdürlüğü ve Sağlık Mevzuatı Müdürlüğü'dür.

Söz konusu yasa ile adı geçen bu üç müdürlüğün görevleri belirlenmiştir. Sağlık Politikaları Müdürü, hükümetin sağlık politikası ile alakalı tüm konularında Sağlık Bakanının baş danışmanı olarak görev yapmaktadır. Sağlık Hizmetleri Müdürü, sağlık hizmetlerinin etkin ve verimli bir şekilde yürütülmesini ve sunumunu sağlamaktadır. Sağlık Mevzuatı Müdürü ise, kalite ve güvenlik açısından kamu sağlığı, lisanslama, izleme ve sağlık hizmeti sunumunun denetlenmesinden sorumludur. Aynı zamanda Sağlık Bakanına kamu sağlığı ile ilgili konularda tavsiyelerde bulunmaktadır.

Yasada belirtilen bu üç müdürlüğün yanı sıra, önemli düzenleyici ve istişari görevleri olan üç ayrı organ daha bulunmaktadır. Bunlar; Sağlık Politikası ve Stratejisi Kurulu, Sağlık Konseyi ile Sağlık Yardımları Danışma Kurulu'dur. Sağlık Politikası ve Stratejisi Kurulu, politika geliştirme ve uygulamaya yönelik uyumlu bir yaklaşım sağlama göreviyle Sağlık Bakanı, Daimi Sekreter, ilgili tüm müdürler ve Bakanlığın mali kontrolöründen teşekkül etmektedir. Sağlık Konseyi, kamu sağlığı ile ilgili konularda Sağlık Bakanına tavsiyede bulunma amacıyla hükümet ve diğer paydaşlardan oluşmaktadır. Sağlık Yardımları Danışma Kurulu ise kamu sağlık sistemi tarafından sağlanan teminat paketi hakkında tavsiyede bulunmakta ve bu teminat paketinin halka açık listesini tutmaktadır.

Ülke sağlık sistemi genel hatlarıyla aşağıdaki şekilde gösterilmektedir:

Şekil 1: Ulusal Sağlık Sistemi Organizasyon Yapısı



KAYNAK:
Health Systems in Transition (HiT) Malta Health System Review 2016

Hasta hakları için hükümet esas olarak üç yetkili görevlendirmiştir. Bunlar: Sağlık Komiseri, Ruh Sağlığı Komiseri ve Yaşlılık Komiseridir. Ombudsman olarak görev yapan bu görevliler, sorumlu oldukları alanlarda halkın şikâyet ve sorunlarını çözmeye çalışmaktadırlar. Ayrıca Ruh Sağlığı Yasası, hastaların ve halkın refahını korumak için Ruh Sağlığı Komiserine önemli hak ve sorumluluklar vermektedir.

Sistem içerisinde sağlıkla ilgili faaliyetleri teşvik etmek için bir dizi gönüllü kuruluş bulunmaktadır. Bu kuruluşlar, geniş faaliyet alanına sahip olanlardan, salt belirli hastalıklar için kurulmuş olan yardım derneklerine kadar uzanmaktadır. Bu kuruluşlar, politika savunucusu, yardımlaşma grubu ve hizmet sağlayıcı olarak hareket etmektedirler. Bu kuruluşlardan bazıları şunlardır: Malta Ebe ve Hemşire Birliği, Malta Tıp Derneği, Diş Hekimleri Derneği, Eczacılar Odası, Malta Hemşire Derneği, Malta Fizyoterapistler Derneği ve Ebeler Derneği. Ancak bu grupları bir araya getiren şemsiye bir örgüt bulunmamaktadır. Malta Sağlık Ağı bu rolü giderek daha fazla üstlense de bu kuruluşlar karar alma organlarında resmi olarak temsil edilmemektedirler.

Katolik Kilisesi, yaşlılar, engelliler, ruhsal bozukluğu olanlar ve çocuklar için bakım evi sağlama konusunda günümüzde hala önemli bir role sahiptir. Ancak bakım hizmeti veren yerlerin sayısının azalmasıyla birlikte, Kilise tarafından bu hizmetlerin sürdürülmesinde büyük zorluklarla karşılaşmaktadır. Bu azalmanın nedenleri arasında, mevcut rahibelerin yaşlanması ve yerlerine geçecek gençlerin yetersiz kalması ve mevcut kaynakların artık daha sınırlı hale gelmesi gösterilmektedir.

2 - SAĞLIK HİZMETİNİN FİNANSMANI

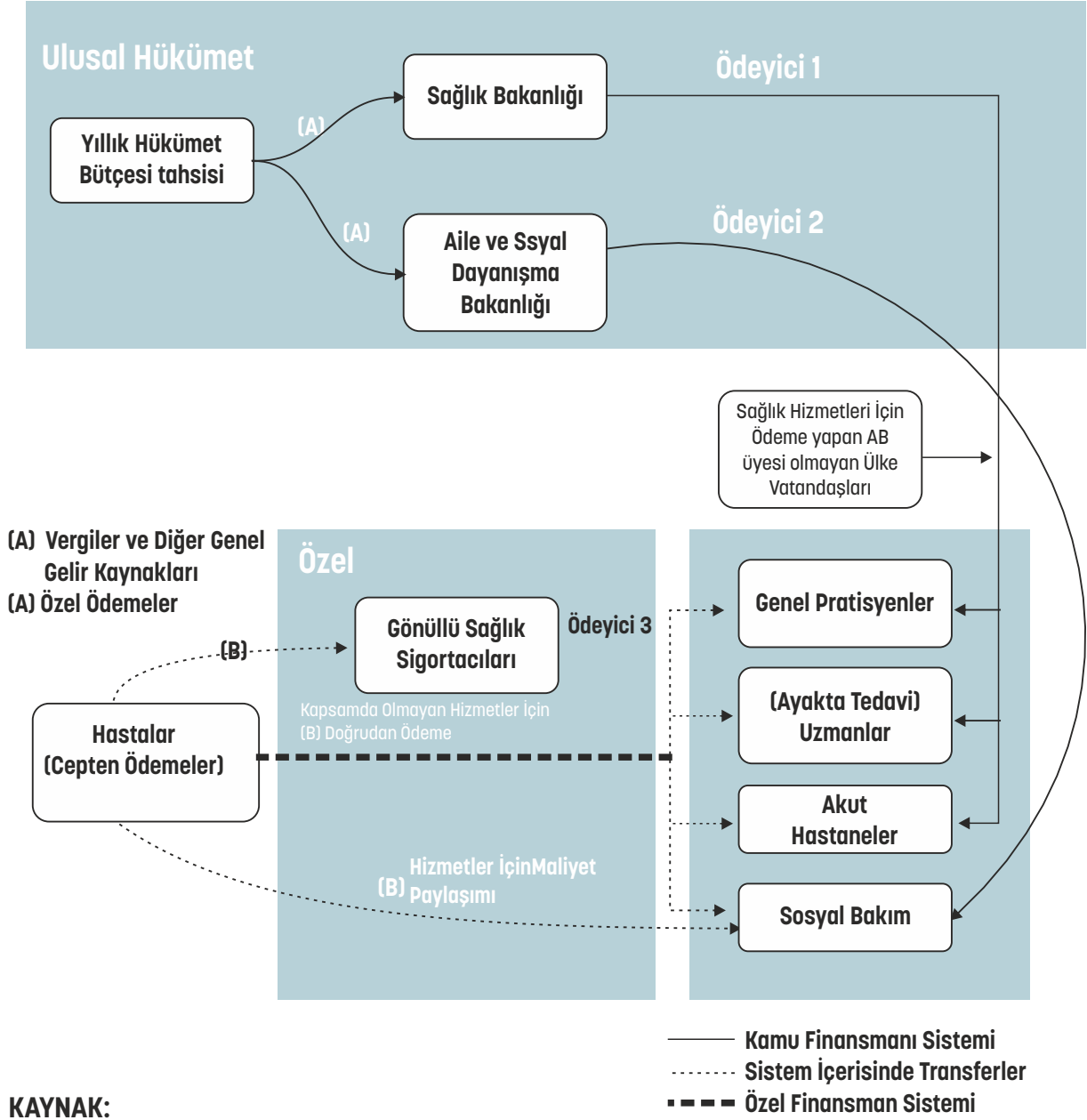
Sağlık sistemi, kaynağı çoğunlukla vergilerden oluşan Genel Konsolide Edilmiş Fon (devlet bütçesi) tarafından finanse edilmektedir. Ülkede aktif ekonomik hayat içinde olan ve minimum eşik üzerinde gelir elde edenler gelir vergisi ödemektedirler. Gelir vergisi için mevcut alt ve üst eşikler, çalışanların gelirine ve bekar, evli veya çocuğunun olup olmaması gibi mevcut durumlarına bağlıdır. Gelir vergisi sistemi kademeli artışa tabidir ve uygulanacak vergi oranı %15 -35 arasında değişmektedir.

Gelir vergisine ek olarak, işgücüne aktif olarak katılan herkes sosyal sigorta katkı primi ödemektedir. Bu prim işçi ve işveren tarafından eşit oranda olmak üzere, her biri için %10 oranında olmak üzere devlet bütçesine aktarılmaktadır. Prim oranı parlamento tarafından belirlenmektedir. Emekliler ve işsizler prim ödememektedirler. Toplanan vergiler ve primler doğrudan sağlık harcamalarına finansmanına aktarılmamaktadır.

Genel Konsolide Edilmiş Fonun gelir kaynakları, belirtildiği gibi esas olarak vergiler olmak üzere ayrıca hükümet tarafından alınan diğer gelir kalemlerinden oluşmaktadır. 2003'ten günümüze kadar yapılan düzenlemelerle birlikte katma değer vergisi %15'ten %18'e yükseltilmiştir. Bu artış teorikte sağlık harcamalarına tahsis edilme amaçlı olsa da ülke bütçesinde adem-i tahsis ilkesi geçerli olduğundan dolayı, bu artışın uygulamada sağlığa aktarılması mümkün olmayabilmektedir.

Yıllık bütçe tahsisleri Maliye Bakanlığının istişareleri sonrasında Parlamento tarafından onaylanarak bu fon kaynağından yapılmaktadır. Bütçeleme süreci ülke genelinde standardize edilmiştir ve sistem global bütçe esasına göre düzenlenmiştir. Kamu sağlık hizmet sunucuları sabit bir bütçe almaktadırlar ve bu bütçe geçmiş emsaller ve siyasi müzakerelere göre hesaplanmaktadır. Kaynak tahsisi yapılırken risk uyarlaması yapılmamaktadır. Aile ve Sosyal Dayanışma Bakanlığı da kendisine tahsis edilen bütçe ile sosyal bakım harcamalarını karşılamaktadır.

Şekil 2: Ulusal Sağlık Sistemi Finansal Akış Şeması



3 - GERİ ÖDEME SİSTEMİ

Malta' da kamu sağlık sistemi, ülke sosyal güvenlik mevzuatı kapsamında yer alıp ülkede ikamet edenler dışında ayrıca yasadışı göçmenler ve geçerli çalışma izni olan yabancı işçiler gibi gruplara da ihtiyaç duyulan bakım hizmetlerini sağlaması ile faydalanıcılara evrensel kapsamlı bir sağlık teminatı sunmaktadır.

Kanun kapsamı altında yer alan yabancılar da ülke vatandaşları ile aynı haklara sahiptirler. Avrupa Birliği vatandaşı olup geçici süre ile ülkede bulunanlar ise Avrupa Sağlık Sigortası Kartlarını ibraz etmeleri ile birlikte kamu sağlık hizmetlerine doğrudan erişebilmektedirler. Kartın ibraz edilmemesi durumunda ortaya çıkan tüm maliyetler hasta tarafından karşılanmaktadır. Ayrıca bu kişilerin özel sağlık hizmet sunucularına başvurmaları durumunda, ortaya çıkan maliyetleri karşılanmamaktadır. Sağlık sistemi içerisinde faydalanıcılara yansıtılabilecek kullanım ücreti ve katılım payı gibi maliyet paylaşımı öğeleri bulunmamaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmeti, temel kamu sağlık tesisleri ve özel pratisyen hekimler aracılığıyla sunulmaktadır. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise esas olarak değişen büyüklüklere sahip uzmanlaşmış kamu hastaneleri aracılığıyla sunulmaktadır. Başlıca genel akut hizmetler; tüm uzmanlık dallarını, ayakta ve yatarak tedavileri ve yoğun bakım servisini içeren eğitim hastanesi tarafından sağlanmaktadır. Özel sağlık kuruluşları ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde tamamlayıcı bir görev üstlenmektedir. Daha spesifik uzmanlık gerektiren ve bazı nadir hastalıkların tedavisinde hastalar yurt dışına gönderilmektedir. Zira bu gibi tedavilerin ülke içinde uygulanması hem mümkün değildir hem de maliyet etkin bulunmamaktadır.

Sağlık hizmetlerinin sağlanmasında kamu sağlık sektörü kilit bir role sahiptir. Özel sektör ise özellikle birinci basamak sağlık sistemi düzeyinde etkili olan bir role sahiptir. Buna ilaveten, özellikle uzun dönemli ve kronik hastalıklara yönelik bazı sağlık hizmetleri de özel sektör, kilise ve diğer gönüllü kuruluşlar tarafından sağlanabilmektedir.

Birinci basamak kamu sağlık hizmetleri; genel uygulamaları, halk sağlığı hizmetlerini, aşı hizmetlerini, çocuk rehberlik kliniklerini, çocuk gelişimi ve değerlendirme birimini, ulusal tarama birimini, iş sağlığı birimlerini ve okul sağlık hizmetini içermektedir. Bu hizmetler esas olarak Malta' da bulunan 8 ve Gozo Adasında bulunan 1 kamu sağlığı merkezi aracılığıyla sunulmaktadır. Ayrıca ilçelerdeki ilgili sağlık merkezleri tarafından görevlendirilen sağlık personelleri ile çalışan yerel sağlık klinikleri de bulunmaktadır. Birinci basamakta bulunan diğer sağlık hizmetleri arasında konuşma terapisi, fizyoterapi, radyografi, tıbbi danışmanlık klinikleri, oftalmoloji ve optometri ile bebek ve kadın hastalıkları klinikleri bulunmaktadır. Yapılması gereken laboratuvar testleri için Mater Dei Hastanesi görevlendirilmiştir. Sağlık merkezlerindeki hekimler, hastaların ulaşımının yetersiz olduğu acil durumlarda ev ziyaretlerini ücretsiz sağlamaktadırlar.

Kamu ve özel sektörde hastaların sağlık hizmetlerine erişiminde farklılıklar bulunmaktadır. Kamuda genel pratisyenler aile hekimi gibi çalışmakta ve hastaları durumlarına göre (kamu veya özelde görev yapan) uzman hekime, hastanelerin ayakta tedavi tesisleri ile "kaza ve acil servis departmanına (A&E)" sevk etmektedirler. Ancak kamu sağlık sisteminde kişilerin başvurmak zorunda oldukları tek bir aile hekimi bulunmamaktadır. Pratisyen hekimler ayrıca rehabilite ihtiyacı olan hastaları rehabilitasyon hastanesi olan Karin Grech Hastanesine de sevk edebilmektedirler.

Bir hastanede gerçekleştirilen yatarak tedaviden sonra rehabilitasyon hizmeti almak isteyen hastalar ayrıca genel akut hastane olan Mater Dei Hastanesinden veya Gozo Genel Hastanesinden söz konusu rehabilitasyon hastanesine sevk edilebilmektedirler. Ücretsiz dış tedavisi hizmetlerine doğrudan hasta tarafından erişilebilmekte ve bunun için sevk gerekmemektedir. Kamu sektöründeki dış hekimleri gerektiğinde hastaları A&E veya hastanelerin ayakta tedavi bölümlerine yönlendirebilmektedirler.

İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri esas olarak kamu hastaneleri aracılığıyla sağlanmaktadır. Özel sağlık kuruluşları bu basamaklarda daha çok tamamlayıcı bir rol oynamaktadırlar.

Özel sektörde hastalar genel pratisyenlere, uzman hekimlere ve dış hekimlerine doğrudan erişim hakkına sahiptir. Özelde görev alan pratisyen hekimler gerektiği durumlarda da ayrıca hastaları uzman hekimlere sevk edebilmektedirler. Ayrıca yine özelde görev alan pratisyen hekimler, uzman hekimler ve dış hekimleri hastaları kamu ve özel hastanelerin ayakta tedavi birimlerine ve A&E departmanlarına yönlendirebilmektedirler.

Acil servise gitmesi gereken hastalar hem kamu hem de özel A&E departmanlarına doğrudan erişime sahiptirler. Yalnızca reçetesiz ilaçlar doğrudan eczanelerden satın alınabilmekte olup, diğer ilaçlar için genel pratisyen, uzman hekim veya dış hekiminden reçete gerekmektedir.

Özel sağlık hizmet sunucuları, genellikle uzun bekleme listesi olan kamu sağlık kuruluşlarının olduğu bölgelerde sunulan belirli sağlık hizmetleri sonucunda kamu fonu alabilmektedirler.

Malta' da kamu sağlık sistemi, sosyal güvenlik mevzuatı kapsamında olan tüm Malta sakinlerine kapsamlı bir teminat paketi sunmaktadır. Ancak, bazı hizmetlere (elektif dış bakımı, optik hizmetleri, formüllerde yer alan ilaçlar vs.) erişim hakkı, yaptırılacak olan gelir testine bağlanmıştır. Yapılan gelir testi sonucunda belirli bir

rgelirin altında olduğu tespit edilen kişiler, tedavi, ilaç ve tıbbi cihaz gibi sağlık hizmetlerine ücretsiz olarak erişebilmektedirler.

Ulusal teminat paketi, uygunluk, kanıt bazlı uygulama ve finansman gücü temelinde belirlenmektedir. Hızlı bir sağlık teknolojisi değerlendirmesi ile kapsama alınması istenen herhangi bir işlem veya hizmetin değerlendirilmesi yapılmaktadır. Sunulacak sağlık yardımları hakkında sağlık otoritesine tavsiyelerde bulunmak için oluşturulan Sağlık Yardımları Danışma Kurulu, hangi hizmet veya ürünlerin mevcut teminat paketi kapsamına alınacağı ya da kapsamdan çıkarılacağına ilişkin görüş ve kararlarını mali kısıtlamalar ve mevzuat hükümleri doğrultusunda almaktadır. Kurul, uluslararası kanıtlar doğrultusunda hizmetin hastaya potansiyel faydasını, sağlık teknolojisi değerlendirmelerini, ilgili paydaşların görüşlerini, kamu sağlık sisteminin kapasitesini, sosyal ve epidemiyolejik faktörleri, finansman gücünü ve sürdürülebilirliği değerlendirerek kararlarını almaktadır. Ancak yaşamsal olarak acil ve gerekli tedavi durumlarında, sonrasında Sağlık Bakanına ve Kurula rapor vermek koşuluyla, tedavi gerçekleştirilebilmektedir. Ayrıca, hükümet formüler listesinde, kamu tarafından hangi hasta gruplarına hangi ilaçların verileceği ve kim tarafından reçetelendirilebileceği belirtilmektedir. Ülke sağlık sistemi içerisinde negatif liste bulunmamaktadır.

Yeni ilaçların piyasa ruhsatı başvuruları, ithalatçılardan, üreticilerden (pazarlama ruhsatı sahipleri) veya kamu sektöründe çalışan klinik danışmanlardan alınmaktadır. Alınan başvurular Sağlık Bakanlığı bünyesindeki İlaç İşleri Müdürlüğü tarafından işleme konulmaktadır. Müdürlükteki araştırmacılar, daha sonra Hükümet Formüler Listesi Danışma Kurulu'na (GFLAC) sunulacak olan sağlık teknolojisi değerlendirmesini gerçekleştirmektedirler (Avrupa Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Ağı ve Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmeliyeti Enstitüsü ile de işbirliği yapılmaktadır). Söz konusu Kurul, Hükümet Formüler Listesine (GFL) yeni bir ilacın eklenip eklenmeyeceği ve ayrıca maksimum referans fiyatı sunmak ile sorumludur. Kurul bu doğrultuda, nihai kararı veren Sağlık Yardımları Danışma Kurulu'na önerilerde bulunmaktadır. Listeye alım için yeni bir ilaç onaylandığında, Müdürlük ilacı satın almak için Merkezi Tedarik Malzemeleri Birimi ile irtibat kurmaktadır.

Tıbbi ürünlere ilişkin esaslar, İlaç Yasasına bağlı olarak ulusal yasal çerçeveye aracılığıyla düzenlenmektedir. Bu yasa uyarınca, Kamu Sağlığı Denetim Kurumu, tüm düzenleyici görevlerde ruhsatlandırma otoritesi olarak görev yapmaktadır. Bu kurum, klinik deneylerin ve tıbbi ürünlerin ve üreticilerin lisanslanması ve gözlemlenmesi ile ilgili bazı görevler için ilaç otoritesini görevlendirmiştir. Tüm tıbbi ürünler Avrupa mevzuatının belirlediği usuller doğrultusunda ruhsatlandırılmaktadır. Ruhsatlandırma sonrası yerel piyasadaki tüm tıbbi ürünler kalite ve güvenlik açısından gözlemlenmektedir. Ruhsatlandırılan tüm tıbbi ürünler ve özelliklerinin özeti ilaç otoritesinin internet sitesinde yayımlanmaktadır. Piyasada yer alan tüm ürünler, Avrupa Birliği İyi Üretim Uygulaması (EU-GMP) sertifikasına sahip olmak ve yetkili kuruluşlarca üretilmek zorundadır. Tıbbi ürünler Avrupa Birliğinden Malta'ya sadece Birlik tarafından yetkilendirilmiş toptan satıcılar tarafından getirilebilmektedir. Doğrudan Avrupa Birliği dışından ithal edilen ürünler ise önce test edilmekte ve sonrasında piyasaya sürülmektedir. Bu üreticilere lisansları yine ilaç yasasında yer alan düzenlemelere göre jeo-demografik kriterler esas alınarak verilmektedir.

Küçük bir ülke olarak Malta'nın karşı karşıya olduğu önemli zorluklardan biri, yenilikçi ve uygun fiyatlı ilaçların mevcudiyetini sağlamaktır. Bu zorluklar, fiyatlandırma ve geri ödeme konusunda şeffaflık eksikliği ve Malta'nın ilaç şirketleriyle fiyat pazarlığı yapma yeteneğini sınırlayan küçük bir pazar olması gibi sorunlardan kaynaklanmaktadır. Bu durum son yıllarda ülkenin politika önceliklerinden biri olmuştur. Bu kapsamda Malta İlaç Kurumu tarafından yeni ilaçlara erişimi daha da iyileştirmek için vurgulanan temel stratejiler arasında, Avrupa ile daha güçlü işbirlikleri ile jenerik ve biyobenzerlerin daha fazla kullanımı yer almaktadır. Malta'da yenilikçi ve uygun fiyatlı ilaçlara erişim, Avrupa Komisyonu'nun Kasım 2020'de başlatılan Avrupa için yeni ilaç stratejisi tarafından desteklenecektir. Bu strateji, ilaçların satın alınabilirliğini ve maliyet etkinliğini iyileştirmek amacıyla fiyatlandırma, ödeme ve satın alma politikaları konusunda ulusal makamlar arasında gelişmiş işbirliğini ortaya koymaktadır. Ayrıca Malta, ilaç şirketleri ile fiyat ve ilaç tedarikine ilişkin ortak müzakereleri kolaylaştırmayı amacıyla 10 AB Üye Devletinin ittifakıyla oluşturulan Valetta Deklarasyonu'nun da kurucu üyesidir.

Tıbbi cihazlara ilişkin düzenleme Sosyal Diyalog, Tüketici İşleri ve Sivil Özgürlükler Bakanlığı'nın bir departmanı olan Malta Rekabet ve Tüketici İşleri Otoritesi tarafından yapılmaktadır. Tıbbi cihazlarla ilgili mevzuat tamamen Avrupa Birliği mevzuatına uygundur ve Avrupa Birliği mevzuatındaki değişiklikleri yansıtacak şekilde sürekli olarak güncellenmektedir.

"Eurobarometer" araştırmaları, Malta'nın sınır ötesi sağlık hizmeti alımında en yüksek eğilime sahip olan ülke olduğunu ortaya koymaktadır. Malta, küçük nüfusunun getirdiği sınırlamaları telafi etmek için sınır ötesi sağlık hizmetlerini organize etme konusunda güçlü bir geleneğe sahip olmuştur. Bu durum da yerel olarak uzmanlaşmış bir sağlık hizmetine sahip olmayı neredeyse imkânsız hale getirmektedir. Nadir hastalıkların veya özel müdahalelerin tedavisi için yüksek düzeyde özel tedaviye ihtiyaç duyan hastalar, ülke içerisinde böyle bir tedaviyi gerçekleştirmenin hem maliyet-etkin hem de uygun olamayacağı gerçeği göz önüne alınarak yurt dışına gönderilebilmektedirler. Yüksek düzeyde uzmanlaşmış hizmetler için sınır ötesi başvuru, Ulusal Özelleşmiş Yurtdışı Sevkler Programı tarafından organize edilmektedir. Yurt Dışında Tedavi Komitesi bu program kapsamında yapılan tüm sevkleri değerlendirmektedir. Sevk için kriterler şunlardır:

- Sağlık hizmeti ülke içinde sağlanamamalıdır.
- Hastanın yurt içinde alabileceği başka bir tedavi bulunmamalıdır.
- Sağlık hizmeti Malta sağlık teminat paketi içerisinde yer almalıdır.
- Sağlık hizmeti klinik olarak kanıtlanmış olmalı ve deneme aşamasında olmamalıdır.

Tamamlayıcı gönüllü sağlık sigortası iseteminat kapsamı olarak çoğu vakayı karşılamamakta ve kamu sistemi ile kıyaslandığında kişilere daha az fayda sunmaktadır. Gönüllü sağlık sigortası kapsamında olmayan hizmetler arasında esas olarak kronik ve önceden var olan durumlara yönelik bakım, palyatif bakım, rutin tarama testleri, madde bağımlılığına karşı danışmanlık hizmetleri, kişinin kendine verdiği zararların tedavileri, ayakta tedavide kullanılan ilaçlar, HIV/AIDS tedavisi, infertilite tedavisi ve normal hamilelik hizmetleri ve organ nakli bulunmaktadır. Zaten gönüllü sağlık sigortası kapsamında yapılan harcamalar toplam sağlık harcamalarının sadece %2'sini oluşturmakta olup, ülkedeki kişilerin de bu sigorta türüne yakın olmadıkları açıktır.

Kamu sağlık sistemi içerisinde maliyet paylaşımı bulunmamaktadır. Cepten ödemeler esas olarak özel sağlık hizmet sunucularındaki genel pratisyenlerden ve uzman hekimlerden sağlanan ayakta tedavi işlemleri için yapılmaktadır. Sağlık hizmetleri için cepten yapılan ödemeler artış göstermektedir. Bu artışın iki nedeni bulunmaktadır. Birinci nedeni kültürel; yani belirli eğitim ve gelir düzeyine sahip kişiler ihtiyaç duydukları birinci basamak ayakta tedavi hizmetlerini özel sağlık kuruluşlarında almaya alışmışlardır. İkinci nedeni ise, kişiler özel sağlık kuruluşlarında tedavi olarak kamudaki uzun bekleme sürelerinin önüne geçmiş olmaktadır. Kişiler tarafından cepten yapılan ödemelerin diğer kaynakları arasında ilaç harcamaları, elektif cerrahi, elektif diş tedavisi ve optik hizmetleri bulunmaktadır. Kişileri hükümet formüler listesindeki belirli ilaçlar için yapacakları ödemelerden muaf tutan iki program bulunmaktadır. Bu programlardan faydalanan kişiler, gelir testi kapsamında olanlar ve spesifik bir hastalığı (kronik hastalık vb. gibi) olanlardır. Bu programlardan faydalananlar, 2019 yılı itibarıyla ülkede ikamet edenlerin yaklaşık üçte birini oluşturmaktadır. Program dışında kalan kişiler ilaç ödemelerine katılmaktadırlar ve bu da ülkede sağlık harcamalarına cepten yapılan ödemelerin düzeyini oldukça artırmaktadır (Hastanede kalış süresince ve taburcu olduktan sonraki üç gün içinde reçete edilen ilaçlar ücretsiz olarak temin edilebilir). Avrupa Birliği verilerine göre, Malta sağlık sisteminde cepten yapılan ödemelerin toplam sağlık harcaması içerisindeki oranı %34 düzeyindedir. Bu durum ülkeyi, Birlik sınırı içerisindeki ülkelerle kıyaslandığında cepten yapılan ödemelerde en yüksek değere sahip ülkelerden biri konumuna getirmiştir. Ayrıca hane halkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranında ise %7,5 değeri ile Birlik içerisindeki en yüksek orana sahip ülke konumundadır.

Ülke sağlık sistemi içerisinde özel bir sağlık sigortası planına üyelik zorunlu tutulmamıştır. Özel sağlık sigortası bulunan kişiler bu sigortayı gönüllülük esasına göre seçmektedirler. Özel sektörde çalışan bazı kişilere de işverenleri tarafından özel sağlık sigortası yaptırılmaktadır. Nüfusun yaklaşık %22'sinin özel sağlık sigortası bulunmaktadır.

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

Malta hem nüfus hem yüzölçümü olarak dünyanın en küçük ülkelerinden biri olmasına rağmen, kişi başına düşen gayri safi yurtiçi hasıla göstergesi açısından ülkemizden yaklaşık üç kat büyük konumdadır. 2020 yılı verilerine göre, Malta' da kişi başına düşen gayri safi yurtiçi hasılası 27.884 \$ iken, Türkiye'de 8.536 \$ düzeyindedir. Benzer şekilde kişi başına düşen sağlık harcaması da Malta'da 2.889 € iken Türkiye'de ise 1.267 € olarak gerçekleşmiş ve burada da iki kattan fazla bir fark ortaya çıkmıştır.

Türkiye ile kıyaslandığında Malta' da 1.000 kişiye düşen doktor/hemşire/yatak sayıları daha yüksektir. Malta' da 2019 yılı itibarıyla 1.000 kişiye düşen doktor sayısı 3,9 iken, Türkiye' de 2,0; Malta' da 1.000 kişiye düşen hemşire sayısı 7,7 iken, Türkiye' de 2,4; Malta' da 1.000 kişiye düşen yatak sayısı ortalaması ise 4,3 iken, Türkiye' de 2,9'dur.

2019 OECD verilerine göre, Malta' da sosyal güvenlik mevzuatı kapsamında yer alıp ülkede ikamet edenler dışında ayrıca yasadışı göçmenler ve geçerli çalışma izni olan yabancı işçiler gibi gruplar da dahil olmak üzere herkes sağlık sigortası kapsamı içerisinde yer almaktadır. Ülkemizde ise, aynı yıl verilerine göre, nüfusun %99'u sağlık sigortası kapsamında yer almaktadır. GSS sisteminden faydalanan kişi sayısı yüksek 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. Ülkemizde 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.

Ülkemizde sağlık sisteminin finansmanı genel olarak vatandaşlarımız tarafından ödenen primler ve toplanan primlerin 1/4'i tutarında devlet katkısı ile sağlanmaktadır. Sosyal Güvenlik Kurumu, ülkemizdeki tek geri ödeme kurumudur. Malta' da ise sağlık sistemi, kaynağı çoğunlukla vergilerden oluşan Genel Konsolide Edilmiş Fon tarafından finanse edilmektedir. Genel Konsolide Edilmiş Fonun gelir kaynakları, belirtildiği gibi esas olarak vergiler olmak üzere ayrıca hükümet tarafından alınan diğer gelir kalemlerinden oluşmaktadır. Malta' da ülkemizdeki gibi ayrı bir şekilde yapılandırılmış geri ödeme kurumu bulunmamakta ve sistemin işleyişine yönelik işlemler Sağlık Bakanlığı kontrolü altında yürütülmektedir.

Ülkemizde zorunlu sevk zinciri uygulaması bulunmamaktadır. Malta' da ise belirli koşullar dahilinde bir sevk sistemi uygulanmaktadır. Kamuda genel pratistyenler aile hekimi gibi çalışmakta ve hastaları durumlarına göre (kamu veya özelde görev yapan) uzman hekime, hastanelerin ayakta tedavi tesisleri ile "kaza ve acil servis departmanına (A&E)" sevk etmektedirler. Ancak kamu sağlık sisteminde kişilerin başvurmak zorunda oldukları tek bir aile hekimi bulunmamaktadır.

Ülkemizde sağlık hizmet sunucusu türüne göre farklı katılım payı ödemeleri söz konusudur. Birinci basamak sağlık hizmeti sunucularında yapılan hekim ve diş hekimi muayenesinden katılım payı alınmamaktadır. İkinci basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında 6 TL, üniversiteler ile ortak kullanılan Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastanelerinde 7 TL, üniversite hastanelerine bağlı üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında 8 TL, özel sağlık hizmeti sunucularında 15 TL katılım payı alınmaktadır. 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. 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. Malta' da ise kamu sağlık sistemi içerisinde maliyet paylaşımı uygulaması bulunmamaktadır.

Ekonomi ve sağlık göstergelerine ilişkin Türkiye, Malta ve AB üyesi ülkelerin ortalama verilerinin kıyaslamasına aşağıda tablo olarak yer verilmiştir.

Tablo 2: Ekonomi ve Sağlık Göstergelerinin Türkiye ve EU27 Ortalaması ile Karşılaştırılması

	MALTA	TÜRKİYE	Ab27
Nüfus, (2020)	525.285	84.339.067	-
Kişi başına düşen GSYİH, (\$), (2020)	27.884	8.536	-
Asgari ücret tutarı, (€), (2021), (aylık)	785	420	-
Cari sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı, (%), (2019)	9,4	4,3	8,3
Kişi başına düşen sağlık harcaması, (€), (2019)	2.889	1.267	2.572
Kişi başına düşen ilaç harcaması, (€), (2018)	448	-	381
Doğuşta beklenen yaşam süresi kadın, Doğuşta beklenen yaşam süresi erkek, (yıl), (2018)	84,5 80,4	81,3 75,9	83,7 78,2
Sigorta tarafından kapsanan nüfus oranı, (%), (2018)	100	99*	-
1.000 Kişiye düşen doktor sayısı, 1.000 Kişiye düşen hemşire sayısı, 1.000 Kişiye düşen yatak sayısı, (2018)	3,9 7,7 4,3	2,0 2,4 2,9	3,8 8,2 5,0
Toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı, (%) (2018)			
1- Kamu sağlık harcaması oranı, (%)	63	77	73
Merkezi hükümet/bölgesel, yerel yönetimler sağlık harcaması oranı, (%)	63	23	32
Sosyal sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	0	54	41
2- Cepten yapılan sağlık harcaması oranı, (%)	34	17	22
3- Gönüllü sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	2	3	5
4- Diğer harcamaların oranı, (%)**	1	2	0
Hanehalkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı, (%), (2018)	7,5	1,3	3,3

* SGK verilerine göre 2022 yılı itibarıyla %98,6 dir.
** Ülkede geçici olarak ikamet edenlere ait sağlık harcamaları

KAYNAK:

- 1.Healthat a Glance Europe 2020
2. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/earn_mw_cur/settings_1/table?lang=en Erişim Tarihi: Nisan 2022
3. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD> Erişim Tarihi: Nisan 2022
4. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?view=map> Erişim Tarihi: Nisan 2022

KAYNAKLAR

1. <https://www.ceicdata.com/en/indicator/malta/gdp-per-capita>
2. <https://www.missoc.org/missoc-database/comparative-tables/results/>
3. HealthSystems in Transition (HiT) Malta HealthSystemReview 2016
4. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2020_healthatglance_rep_en.pdf - Health at a Glance: Europe 2020
5. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_malta_english.pdf
6. <https://deputyprimeminister.gov.mt/en/Pages/health.aspx>
7. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD?end=2018&start=1960>
8. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL>
9. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/earn_mw_cur/settings_1/table?lang=en



ROMANYA SAĞLIK ve GERİ ÖDEME SİSTEMİ



ÖZET

Romanya sağlık sistemi, ulusal ve eyalet düzeyinde organize edilmiştir. Ulusal düzey, genel hedefler ile sağlık politikasının temel ilkelerinin belirlenmesinden ve bunların yerine getirilmesinden sorumlu iken, eyaletler ulusal düzeyde belirlenen kurallar çerçevesinde hizmet sunumunun sağlanmasından sorumludurlar.

Sağlık sigortası sistemi içerisinde en etkin birim olan Ulusal Sağlık Sigorta Ofisi, sosyal sağlık sigortası sistemini yöneten ve düzenleyen özerk bir kamu kurumudur. Ulusal Sağlık Sigortası Fonundan Bölgesel Sağlık Sigortası Ofislerine kaynak tahsisine karar vermekte, kendi faaliyetleri ve Bölgesel Ofislerin faaliyetleri için yıllık hedefler belirlemekte, bunların faaliyetlerini denetlemekte ve koordine etmekte (tüm Bölgesel Ofisler için zorunlu olarak uygulama yönetmelikleri düzenleme yetkisine sahiptir) ve farklı bakım türleri arasında kaynak tahsisine karar vermektedir. Ayrıca, teminat paketini ve hizmet sunucularına yönelik ödeme mekanizmalarını tanımlayan Çerçeve Sözleşmeyi de hazırlamaktadır. Diğer bir önemli kurum olan Bölgesel Sağlık Sigortası Ofisleri temel olarak sağlık hizmeti sunucularıyla yerel düzeyde sözleşmelerin yapılmasından ve bu sözleşmelerin ve hizmet sunumunun kalitesinin izlenmesinden sorumludur.

Romanya' da gerçekleştirilen sağlık harcamalarının GSYİH' ye oranı 2015-2019 yılları arasında artış eğilimi göstermesine rağmen (yıllık ortalama %10,3), 2019 verileri doğrultusunda ülke, %5,7 ile Avrupa Birliği üye ülkeleri arasında en düşük değere sahip ülkelerden biri konumunda yer almaktadır. Bu durum istikrarsız siyasi ortam ve ekonomik durumun kötüleşmesiyle açıklanmaktadır. Ayrıca yine 2019 yılı verilerine göre kişi başına düşen 1.292€ sağlık harcaması ile AB ülkeleri arasında sonuncu sırada yer almaktadır. Romanya sağlık sistemi dört ana kaynaktan finanse edilmektedir: ulusal sağlık sigortası fonu, devlet bütçesi, yerel bütçeler ve cepten yapılan ödemeler. Sağlık harcamaları için en önemli gelir kaynağının toplam harcamaların yaklaşık %67'sini finanse eden ulusal sağlık sigortası fonu olduğu görülmektedir. Ardından cepten yapılan ödemeler, Sağlık Bakanlığı fonları (devlet bütçesi) ve yerel bütçeler gelmektedir. Ulusal Sağlık Sigortası Fonunun geliri, devlet bütçesi sübvansiyonları ve transferlerinden, sigortalı nüfus ve işveren katılım payları ile diğer kaynaklardan gelen katkılardan (bağışlar, faiz oranları, vb.) oluşmaktadır. En önemli gelir kaynağını %76,3 ile katılım payları (işverenlerden %36, sigortalılardan %40,3) oluşturmaktadır. Prime esas kazanç üzerinden alınan katılım payları sigortalı çalışan ve işveren için farklılık göstermektedir. Sigortalı çalışandan brüt kazancının %5,5'i, işverenden ise %5,2'i oranında prim alınmaktadır. Bağımsız çalışanlar içinse prim oranı %10,7 olarak belirlenmiştir.

Zorunlu sağlık sigortası kapsamındaki hizmetler, ayrıntılı olarak teminat paketinde yer almaktadır. Bu pakete dahil olmayan hizmetler vatandaşlar tarafından cepten ödenmektedir. Ayrıca zorunlu sevk uygulaması nedeniyle aile hekimince sevk işlemi yapılmadan uzman doktor muayenesine giden hastalar da ücretin tamamını ödemektedir. Tutar, alınan hizmetin gereklerine ve uzmanın türüne bağlı olarak değişmektedir.

Romanya' da sosyal sağlık sigortası zorunlu olmasına rağmen nüfusun sadece %89'u kapsam içinde yer almaktadır. Bu oran kentlerde yaşayanlar arasında yaklaşık %95 iken, kırsal kesimde yaşayanlar arasında yaklaşık %75 dolaylarındadır. Sağlık sigortasından hak kazanabilmek için gerekli ana kriter, katılım payı ödemesinin yapılmasıdır. Sigortalılar temel teminat paketinde yer alan hizmetlerden faydalanabilmektedir. Temel teminat paketine dahil edilecek veya hariç tutulacak hizmet ve tıbbi ürünlere ilişkin kararlar, Ulusal Sağlık Sigorta Ofisi ve Sağlık Bakanlığı tarafından alınmaktadır. Dahil etmeye veya hariç tutmaya yönelik kesin kriterler bulunmamaktadır ve kararlar farklı aktörlerle yapılan istişareler sonucunda alınmaktadır. İlaçlar, Sağlık Teknolojisi Değerlendirme (STD) departmanından gelen verilerden faydalanılmak suretiyle Ulusal İlaçlar ve Tıbbi Cihazlar Ajansı tarafından hazırlanan geri ödeme listesine alınmaktadır. Temel teminat paketinde yer alan bazı mal ve hizmetler için maliyet paylaşımı uygulanmaktadır. Hastalar ayakta tedavi hizmeti kapsamında alınan jenerik ilaçlar için referans fiyatın %10'unu ve orijinal veya yenilikçi ilaçlar için ise %50'sini ödemek zorundadır.

Sigortalı olmayan nüfus, çok daha az sayıda hizmeti içeren asgari hizmet paketine erişebilmektedir. Sigortasız kişilerin bu asgari hizmet paketinde belirtilen durumlar dışında, aldıkları ayakta bakım hizmetleri için cepten ödeme yapmaları gerekmektedir.

Vatandaşlar sağlık hizmetlerine erişirken, Birleşik Bilişim Sistemine önceden kayıtlı değilseler, bölgesel sağlık sigortası ofisinden alınan bir kayıt belgesini ibraz etmeleri gerekmektedir. 2015 yılında tanıtılan Ulusal Sağlık Sigortası Kartı ile geri ödeme için sağlık hizmeti sunucusunun vermiş olduğu hizmet doğrulanmakta, katılım payı ödemesi görülmekte ve muafiyet düzeyi öğrenilmektedir. Ayrıca bu kart ile sağlık hizmetleri sunumunda hileli raporlama yapılmasının önüne geçilmektedir. Sigorta primi ödemekten muaf tutulan iki farklı kategori vardır. Bunlardan ilkinin primleri başka bir bütçe tarafından karşılanırken, ikincisinin primleri sigortalı vatandaşlar tarafından karşılanmaktadır.

Kamu sağlık hizmeti sunucularına ödeme global bütçe üzerinden yapılmaktadır Birinci basamak sağlık hizmetleri, yaş ağırlıklı kişi başı ücret ve hizmet başına ücret karışımı bir yöntemle ödenmektedir. Ayakta tedavi bakımında, diş hekimliği hizmetleri, laboratuvar ve görüntüleme hizmetleri de dahil olmak üzere, sunulan hizmetler hizmet başına ücret temelinde ödenmektedir. Acil serviste sunulan hizmetler devlet bütçesinden karşılanmaktadır. Hastanede sunulan tıbbi uzun süreli tedavi hizmetleri, ulusal sağlık sigortası fonu tarafından günlük olarak (yataklı gün başına) ödenmektedir.

Eczanelerden satın alınan ilaçların geri ödemesi, Bölgesel Sağlık Sigortası Ofisleri tarafından çerçeve sözleşme hükümleri uyarınca imzalanan yıllık sözleşme temelinde yapılmaktadır. Sağlık sigortası tarafından geri ödenen ilaçlar pozitif listelerde yer almaktadır. Bu ilaçlar, Ulusal İlaç ve Tıbbi Cihazlar Ajansı'nın STD departmanı ile Sağlık Bakanlığı'nda yer alan özel bir komisyonun iş birliği ile belirlenmektedir. A listesi çoğunlukla jenerik ilaçları, B listesi ise pahalı jenerikleri ve orijinal ilaçları içermektedir. A ve B Listelerinde yer alan ilaçlar, ayakta tedavi alan hastalara verilmektedir. Listelerde yer alan bütün ilaçlara referans fiyat sistemi uygulanmaktadır. Hastalar referans fiyatın %10 veya %50'sini ödemek zorundadır. Eğer hasta daha pahalı bir ilacı almayı tercih ederse en düşük fiyatlı ürünün fiyatı ile tercih edilen ilaç arasındaki farkı ödemek zorunda kalmaktadır. C listelerinde yer alan ilaçlar %100 geri ödeme kapsamına alınmıştır. D listesinde ise kanıtlanmış etkinliği bulunmayan ve STD süreci sonunda düşük puan alan ilaçlar yer almaktadır.

ÜLKE TANITIMI

Orta Avrupa'nın güneydoğu kesiminde yer alan Romanya, Avrupa Birliği üyesi ülkeler arasında yüzölçümü bakımından sekizinci, nüfus bakımından ise altıncı büyük ülke konumundadır. Doğusunda Moldova, kuzeyinde Ukrayna, batısında Macaristan ve Sırbistan, güneyinde Bulgaristan ve güneydoğusunda Karadeniz ile sınır komşusudur.

Romanya idari olarak Bükreş ve ilaveten 41 eyalete bölünmüş bir yapılanmaya sahiptir. Romanya'nın başkenti 1,8 milyonluk bir nüfusa sahip olan Bükreş'tir. Ülkenin yaklaşık %90'ı Romenlerden ve yaklaşık %6'sı ise Macarlardan oluşmaktadır. Ülkedeki genç nüfusun fazlalığı uzun vadede uygun fırsatların yaratılması koşuluyla gelişen işgücü piyasası için olumlu bir girdi olarak görülmektedir. Resmi dil olarak Rumence konuşulmakla beraber bazı yerlerde Macarca da konuşulmaktadır.

2018 yılı itibariyle 1.000 kişiye düşen doktor sayısı 3,0; AB27 ortalaması ise 3,8'dir. 1.000 kişiye düşen hemşire sayısı 7,2; AB27 ortalaması ise 8,2'dir. 1.000 kişiye düşen yatak sayısı 6,9; AB27 ortalaması ise 5,0 olarak gerçekleşmiştir.

Toplam sağlık harcamalarının gayri safi yurtiçi hasıla içindeki payı 2019 yılı itibariyle %5,7 olarak gerçekleşmiştir. AB27 ortalaması ise %8,3'tür. 2019 yılı itibariyle kişi başına düşen sağlık harcaması 1.292€ olarak gerçekleşmiştir.

2018 yılı itibariyle toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı incelendiğinde kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki oranı %80, cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki oranı %19 ve gönüllü sağlık sigortası harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki oranı %1 olarak gerçekleşmiştir.

Tablo 1: Ekonomi ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması

	ROMANYA	AB27
Nüfus, (2020)	19.286.123	-
Kişi başına düşen GSYİH, (\$), (2020)	12.896	-
Asgari ücret tutarı, (€), (2021), (aylık)	462	-
Cari sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı, (%), (2019)	5,7	8,3
Kişi başına düşen sağlık harcaması, (€), (2019)	1.292	2.572
Kişi başına düşen ilaç harcaması, (€), (2018)	290	381
Doğuştaki beklenen yaşam süresi kadın, Doğuştaki beklenen yaşam süresi erkek, (yıl), (2018)	79,2 71,7	83,7 78,2
Sigorta tarafından kapsanan nüfus oranı, (%), (2018)	89	-
1.000 Kişiye düşen doktor sayısı, 1.000 Kişiye düşen hemşire sayısı, 1.000 Kişiye düşen yatak sayısı, (2018)	3,0 7,2 6,9	3,8 8,2 5,0
Toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı, (%) (2018)		
1- Kamu sağlık harcaması oranı, (%)	80	73
Merkezi hükümet/bölgesel, yerel yönetimler sağlık harcaması oranı, (%)	16	32
Sosyal sağlık sigortası harcama oranı, (%)	64	41
2- Cepten yapılan sağlık harcaması oranı, (%)	19	22
3- Gönüllü sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	1	5
4- Diğer harcamaların oranı, (%) *	0	0
Hanehalkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı, (%), (2018)	1,7	3,3

* Ülkede geçici olarak ikamet edenlere ait sağlık harcamaları

Kaynak:

1.Health at a Glance Europe 2020

2. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/earn_mw_cur/settings_1/table?lang=en Erişim Tarihi: Nisan 20223. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD> Erişim Tarihi: Nisan 20224. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?view=map> Erişim Tarihi: Nisan 2022

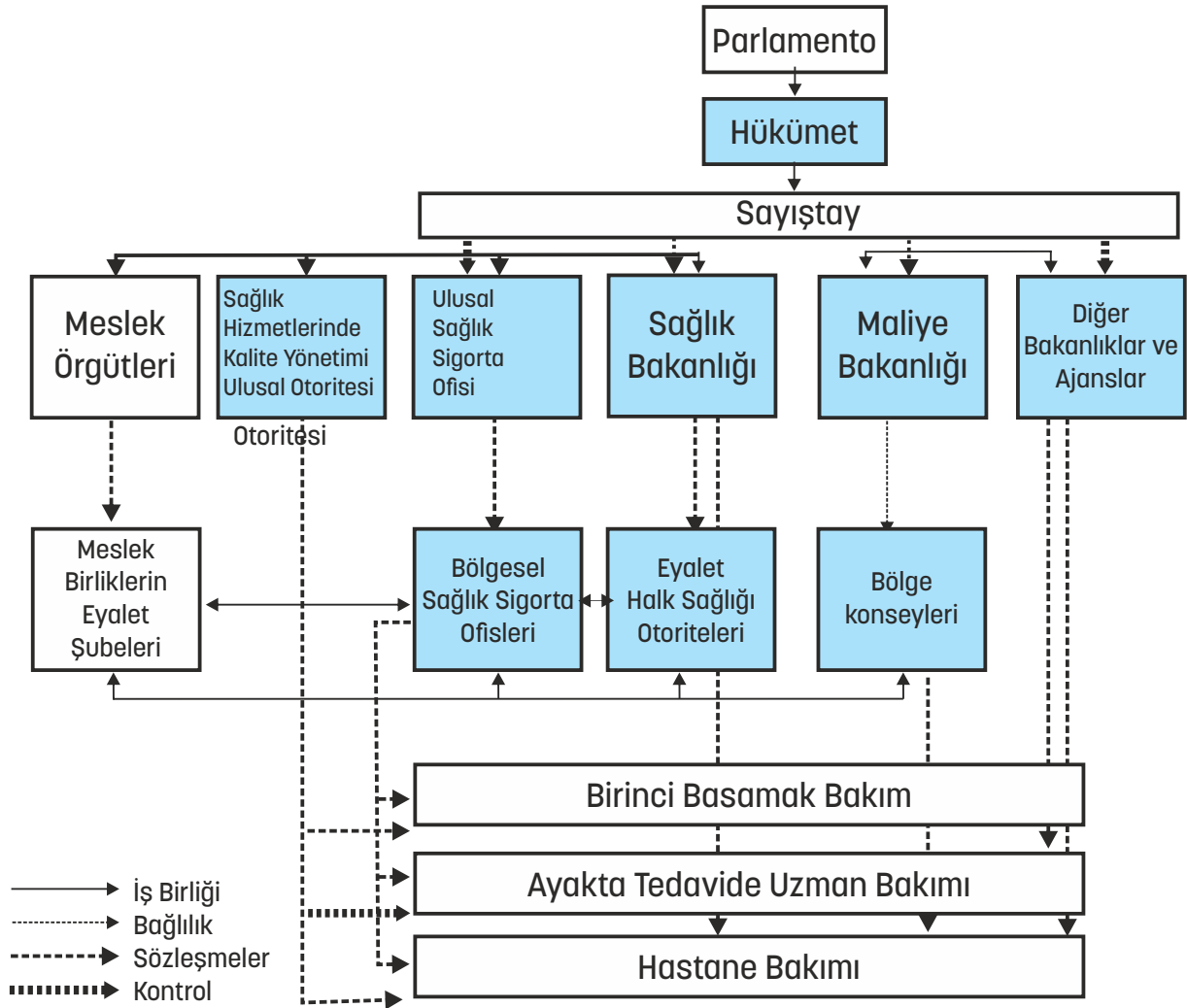
ÜLKENİN SAĞLIK ve GERİ ÖDEME SİSTEMİ

1) ORGANİZASYON YAPISI

1991 tarihli Romanya Anayasası'nın 34. maddesi, Devleti vatandaşların sağlığını koruyacak önlemler almasına yönelik sorumlu kılarak ülke genelinde sağlığın korunmasını garanti altına almaktadır. Romanya'da sağlık hizmetini düzenleyen temel yasa ise 14.04.2006 tarihli ve 95/2006 sayılı sağlık reformu yasasıdır.

Romanya sağlık sistemi, ulusal ve eyalet düzeyinde organize edilmiştir. Ulusal düzey, genel hedefler ile sağlık politikasının temel ilkelerinin belirlenmesinden ve bunların yerine getirilmesinden sorumludur. Eyaletler ise ulusal düzeyde belirlenen kurallar çerçevesinde hizmet sunumunun sağlanmasından sorumludurlar.

Şekil 1: Romanya Sağlık Sisteminin Organizasyon Yapısı



KAYNAK: HealthSystems in Transition (HiT) RomaniaHealthSystemReview

Ulusal Düzeydeki ana kurumlar şunlardır: Sağlık Bakanlığı, Ulusal Sağlık Sigorta Ofisi ve Meslek Kuruluşları. Parlamento, yasama gücünü temsil eden ve hükümetin faaliyetlerini kontrol eden yapısı ile sağlık politikası sürecinde kilit rol oynamaktadır. Maliye Bakanlığı, finansal kaynaklar ile sağlık bakım harcamalarını denetlemekte ve kamu maliyesini ilgilendiren sağlık reformlarına ilişkin karar süreçlerini yönetmektedir. Sayıştay, devlet mali kaynaklarının oluşumunu, yönetimini ve kullanımını kontrol etmektedir. Ulaştırma Bakanlığı, Millî Savunma Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Adalet Bakanlığı ve Romanya İstihbarat Ajansı da kendi paralel sağlık sistemlerini ve sektörler arası işbirliğini sürdürerek sağlık sisteminde rol oynamaktadırlar.

Sağlık Bakanlığı, sağlık sektöründeki merkezi idari otoritedir. İlaç sektörünün düzenlenmesi ile halk sağlığı politikaları ve hizmetleri, sağlık kontrolü ve sağlık hizmetlerinin satın alımını düzenleyen Çerçeve Sözleşme de dahil olmak üzere sistemin yönetiminden sorumlu bulunmaktadır. Ayrıca halkın sağlık konusundaki farkındalığını arttırmak ve altyapı yatırımlarını gerçekleştirmek gibi görevleri de bulunmaktadır. 2010 yılından bu yana Sağlık Bakanlığı'nın yetkisi altında tanımlanan bazı görevleri yerel otoritelere, Ulusal İlaçlar ve Tıbbi Cihazlar Ajansı ile Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi Ulusal Otoritesi'ne devredilmiştir.

Ulusal Sağlık Sigorta Ofisi, sosyal sağlık sigortası sistemini yöneten ve düzenleyen özerk bir kamu kurumudur. Ulusal Sağlık Sigortası Fonundan, Bölgesel Sağlık Sigortası Ofislerine kaynak tahsisine karar vermekte, bunların faaliyetlerine yönelik yıllık hedefler belirlemekte, denetim yapmakta, koordinasyonu sağlamakta (tüm Bölgesel Ofisler için zorunlu olarak uygulama yönetmelikleri düzenleme yetkisine sahiptir) ve farklı bakım türleri arasında kaynak tahsisine karar vermektedir. Ayrıca, teminat paketini ve sağlık hizmet sunucularına yönelik ödeme mekanizmalarını tanımlayan Çerçeve Sözleşmeyi de hazırlamaktadır.

Tıp Fakültesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Eczacılık Fakültesi, Hemşireler ve Ebeler Birliği ile Biyokimyacılar, Biyologlar ve Kimyacılar Birliği olmak üzere toplam 5 adet mesleki kuruluş bulunmaktadır. Bu kuruluşlar kendi mesleklerini düzenlemekten, sağlık uzmanlarının uygulamalarını kontrol etmekten ve izlemekten sorumludur. Ulusal ve eyalet düzeyinde yapılanmaları mevcuttur. Romanya'da çalışan tüm sağlık profesyonelleri bu kuruluşlara üye olmak zorundadır.

Eyalet düzeyindeki merkezi sağlık yetkililerinin temsilcileri: Eyalet Halk Sağlığı Otoriteleri, Bölgesel Sağlık Sigorta Ofisleri, Eyalet Konseyleri ve meslek birliklerinin eyalet şubeleridir.

42 adet Eyalet Halk Sağlığı Otoritesi bulunmaktadır (41 eyalet ve başkent Bükreş). Bu otoriteler Sağlık Bakanlığı'nın yerel düzeydeki nüfus sağlığına ilişkin görevlerini yerine getirmekten, nüfusun sağlık durumunun izlenmesinden, halk sağlığı programlarının geliştirilmesi, uygulanması ve değerlendirilmesinden, koruyucu sağlık hizmetlerinden, sağlık hizmeti sunumunu ve organizasyonunu kontrol etmekten ve değerlendirmekten sorumludur.

Bükreş Sağlık Sigorta Ofisi ve Ulusal Savunma, İçişleri ve Adalet Bakanlıkları çalışanları ve ulusal güvenlikle ilgili kurumların çalışanları için bir sigorta ofisi (Casaopsnaj) dahil olmak üzere toplamda 43 Bölgesel Sağlık Sigorta Ofisi bulunmaktadır. Milli Savunma, İçişleri, Adalet Bakanlıkları ve ulusal güvenlikle ilgili kurum çalışanları Casaopsnaj veya başka bir Bölgesel Sağlık Sigorta Ofisine tescil edilebilmektedir. Bölgesel Sağlık Sigorta Ofisleri temel olarak sağlık hizmeti sunucularıyla yerel düzeyde sözleşmelerin yapılmasından ve bu sözleşmeler ile hizmet sunumunun kalitesini izlenmesinden sorumludur.

2) SAĞLIK HİZMETİNİN FINANSMANI

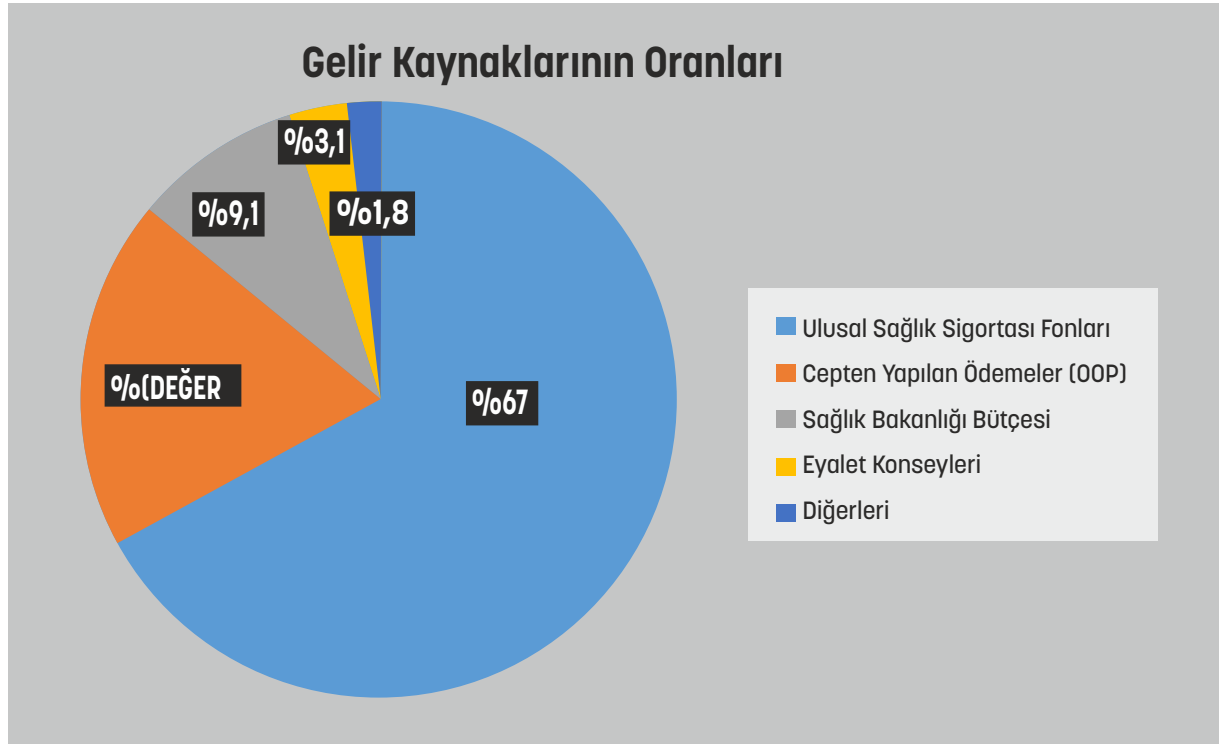
Romanya'da gerçekleştirilen sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı 2015-2019 yılları arasında artış eğilimi göstermesine rağmen (yıllık ortalama %10,3), 2019 verileri doğrultusunda ülke, %5,7 ile Avrupa Birliği üye ülkeleri arasında en düşük değere sahip ülkelerden biri konumunda yer almaktadır. Bu durum istikrarsız siyasi ortam ve ekonomik durumun kötüleşmesiyle açıklanmaktadır. Ayrıca yine 2019 yılı verilerine göre kişi başına düşen 1.292 € sağlık harcaması ile AB ülkeleri arasında sonuncu sırada yer almaktadır.

Gelir Kaynakları ve Finansal Akışlar

Romanya sağlık sistemi dört ana kaynaktan finanse edilmektedir: ulusal sağlık sigortası fonu, devlet bütçesi, yerel bütçeler ve cepten yapılan ödemeler.

Sağlık harcamaları için en önemli gelir kaynağının toplam harcamaların %67'sini finanse eden ulusal sağlık sigortası fonu olduğu görülmektedir. Ardından cepten yapılan ödemeler, Sağlık Bakanlığı fonları ve yerel bütçeler gelmektedir. Sağlık Bakanlığı'ndan sağlanan fonlar, koruyucu ulusal sağlık programlarının finansmanı ve uygulanması için kullanılmaktadır. Cepten yapılan ödemeler özel sağlık hizmeti sunucuları tarafından sunulan hizmetler için yapılan doğrudan ödemeler ile ilaç ve diğer hizmetler için katılım paylarını kapsamaktadır. Ayrıca gayri resmi ödemeler vardır, istatistiklere yansımazlar ancak payları önemli yer teşkil edebilmektedir.

Şekil 2: Çeşitli Gelir Kaynaklarının Sağlık Sistemi Finansmanındaki Payları



KAYNAK: Health Systems in Transition (HiT) Romania Health System Review

Ulusal Sağlık Sigortası Fonu Tarafından Toplanan Katkılar

Ulusal Sağlık Sigorta Fonunun geliri, devlet bütçesi sübvansiyonları ve transferlerinden, sigortalı nüfus ve işverenler ile diğer kaynaklardan gelen katkılardan (bağışlar, faiz oranları, vb.) oluşmaktadır. Katkılar, Maliye Bakanlığı'nın emriyle Ulusal Mali İdare Ajansı tarafından toplanmaktadır. Fonun gelir kalemlerinin dağılımı aşağıdaki gibidir:

- %76,3 katılım payları (işverenlerden %36, sigortalılardan %40,3),
- %16,8 sübvansiyonlar dahil olmak üzere devlet bütçesi,
- %6,6 vergi iadeleri,
- %0,3 diğer kaynaklar.

Katılım oranları sigortalı çalışan ve işveren için farklılık göstermektedir. Sigortalı çalışandan %5,5 ve işverenden %5,2 oranında prim alınmaktadır. Bağımsız çalışanlar içinse prim oranı %10,7 olarak belirlenmiştir. Sigortalı tarafından ödenen primler, maaş, bağımsız faaliyetler, tarım faaliyetleri, kira gelirleri, emekli aylığı ile kişisel banka hesaplarındaki kar ve faiz gelirlerinin brüt toplamı üzerinden hesaplanmaktadır.

Cepten Yapılan Harcamalar

Romanya'da cepten yapılan ödemeler şunları içermektedir:

- Maliyet paylaşımı (kullanıcı ücretleri)
- Doğrudan ödemeler
- Gayri resmi ödemeler

Maliyet Paylaşımı (Kullanıcı Ücretleri)

2002 yılında getirilen bu uygulama ile sağlık hizmetleri için yersiz başvuruların azaltılması, maliyetlerin düşürülmesi ve bu sayede gelirlerin artırılması amaçlanmıştır. Maliyet paylaşımı uygulamasına gidilecek hizmetleri içeren liste, Sağlık Bakanlığı ve Ulusal Sağlık Sigorta Ofisi temsilcilerinden oluşan bir komisyon tarafından hazırlanmaktadır.

İlaçlar için referans fiyat sistemi uygulanmaktadır. Referans fiyatlar, bir ilaç grubu içinde en düşük fiyatlı ürüne dayanmaktadır. Hastalar referans ürün fiyatının %10, %50 veya %80'ini ödemek zorundadır (yani gruptaki en düşük fiyatlı ürün). Hasta daha pahalı bir ilacı tercih etmek isterse, en düşük fiyatlı ürünün fiyatı ile istenen ilacın fiyatı arasındaki farkı ödemek zorunda kalmaktadır.

Doğrudan Ödemeler

Temel teminat paketi kapsamına girmeyen ve alınan hizmet karşılığında tüm ücretin ödenmesini gerektiren hizmetler şu şekildedir:

- Meslek hastalıklarının tedavisi,
- İş ve spor kazalarının tedavisi,
- Belirli tıbbi malzemeleri gerektiren hizmetler,
- Bazı diş hekimliği hizmetleri,
- 18 yaşın üstündekiler için estetik amaçlı plastik cerrahi işlemleri (mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonu hariç),
- Bazı tıbbi malzemeler,
- Tüp bebek tedavisi (IVF),
- Görmeyi ve duymayı iyileştirmek için kullanılan bazı tıbbi cihazlar,
- Bazı rehabilitasyon tedavileri.

Ayrıca zorunlu sevk uygulaması nedeniyle aile hekimince sevk işlemi yapılmadan uzman doktormuayenesine giden hastalar, almış oldukları hizmete ait ücretin tamamını ödemektedir. Ödenen tutar, alınan hizmetin gereklerine ve uzmanın türüne bağlı olarak değişmektedir.

Gayri Resmi Ödemeler

Gayri resmi ödemeler, özellikle komünist rejim döneminden kalma Rumen kültürünün bir parçası olarak düşünülebilir. 2010 yılında, Romanya'nın kuzeydoğusundaki sağlık sistemindeki yolsuzluğa odaklanan bir araştırma, bir önceki yıl hastaneden sağlık hizmeti alanların büyük bir kısmının şükran ödemesi olarak nitelendirilen bir ödeme teklif ettiğini ortaya koymuştur. Ankete katılanların %60'ından fazlası, sağlık personelinin şükran ödemelerini kabul etmesinin asıl nedenini kazanç düzeylerinin çok düşük olması olarak değerlendirmiştir.

Gönüllü Sağlık Sigortası

Gönüllü sağlık sigortası, Romanya'da sağlık hizmetlerinin finansmanında çok küçük bir rol oynamaktadır. Öyle ki, gönüllü sağlık sigortası harcama oranı ülkede gerçekleştirilen sağlık harcamalarının sadece %1'lik bölümünü oluşturmaktadır. Gönüllü sağlık sigortası planları, resmi plandan tamamen veya kısmen hariç

tutulan hizmetlere erişmek yerine (tamamlayıcı kapsam), hastanede ayrıcalıklı konaklama, hizmet sunucu seçimi ve özel bakım (ek teminat) gibi hizmetler sunmaktadır. Resmi plandan vazgeçerek yerine gönüllü sağlık sigortası, bireysel olarak veya çalışanlar için işverenleri tarafından sağlık yardımı kapsamı altında satın alınabilmektedir. Ulusal Sağlık Sigortası Ofisi ve sigorta şirketleri gönüllü sağlık sigortası piyasasında etkin rol oynamaktadır. Prim belirleme yöntemi düzenlenmemiştir ancak Kanun, sigortacının başvurudan ön tıbbi check-up yaptırmasını isteyebileceğini düzenlemiştir. Ayrıca gönüllü sağlık sigortasının, sosyal sigorta tarafından sunulan temel teminat paketine dahil olan hizmetleri kapsamaması gerekmektedir. Sigortacılar, seçilen sağlık hizmeti sunucularıyla sözleşme yapmakta ve alınan hizmetlerin bedelini hizmet başına ödeme yöntemi ile ödemektedirler.

3) GERİ ÖDEME SİSTEMİ

Kapsam

Romanya sosyal sağlık sigortası sistemi, tüm vatandaşların yanı sıra Romanya' daki yabancı sakinler için de zorunludur. Sağlık sigortasından hak kazanabilmek için gerekli ana kriter, katılım payı ödemesinin yapılmasıdır. Vatandaş sağlık hizmetlerine erişirken, Birleşik Bilişim Sistemine kayıtlı değilse, bölgesel sağlık sigortası ofisinden alınan bir kayıt belgesini ibraz etmesi gerekmektedir. Bölgesel sağlık sigortası ofisleri ile sözleşmeleri olan 26.000'den fazla sağlık hizmeti sunucusu ve 21 milyon sigortalı hakkında bilgi toplamakta olan Birleşik Bilişim Sistemini, Ulusal Sağlık Sigorta Ofisi yönetmektedir. Veriler, hastalara sunulan sağlık hizmetleri gibi tıbbi bilgiler içermesinin yanı sıra sunuculara ve ulusal sağlık sigorta fonu yönetimine yönelik ekonomik bilgiler de içermektedir. 2015 yılında tanıtılan Ulusal Sağlık Sigortası Kartı ile geri ödeme için sağlık hizmeti sunucusunun vermiş olduğu hizmet doğrulanmakta, katılım payı ödemesi görülmekte ve muafiyet düzeyi öğrenilmektedir. Ayrıca bu kartla sağlık hizmetlerinin sunumunda hileli raporlama yapılmasının önüne geçilmiştir; örneğin, elektronik sistemle, sunulmayan hizmetleri bildirmek veya hiç olmayan hastalara kurgusal olarak ilaç reçete etmek çok zorlaşmıştır. Sistemden faydalanma hakkına sahip olan diğer nüfus grupları; kalıcı veya uzun süreli ikamet eden kişiler veya geçici olarak ikamet eden kişiler, yabancılar veya vatansız kişiler, AB üye devletleri vatandaşları, Romanya' da sınır ötesi işçi olarak çalışanlar, Avrupa Çevre Ajansı (EEA) ülkeleri veya İsviçre Konfederasyonu vatandaşları, Romanya' nın sağlık sigortası ile ilgili hükümlerle karşılıklı olarak sosyal güvenlik anlaşması bulunan bir ülkede ikamet eden Rumen emeklilerdir.

Sigorta primi ödemekten muaf tutulan iki farklı kategori vardır. Bunlardan ilkinin primleri başka bir bütçe tarafından karşılanırken, ikincisinin primleri sigortalı vatandaşlar tarafından karşılanmaktadır.

1. Kategori: Primleri başka bütçe kalemleri tarafından karşılanan kişiler:

- İşsizler: Çalışma, Aile, Sosyal Koruma ve Yaşlı Bakanlığı' nın işsizlik sigortası bütçesinden karşılanmaktadır.
- İş kazası veya meslek hastalığı nedeniyle izinli olan kişiler: İş kazası ve meslek hastalığı sigorta fonu tarafından karşılanmaktadır.
- Cezaevinde bulunan kişilerin, 2 yıla kadar doğum izninde olan kadınların (engelli çocukları olanlar için 3 yıl), ayda 740 Leyi' nin (yaklaşık 150 €) altında emekli geliri olanların, sığınmacıların, sosyal yardım alanların, manastırda hem yaşamını sürdüren hem de çalışan keşişlerin ve rahibelerin primleri devlet bütçesinden karşılanmaktadır.

2. Kategori: Primleri vatandaşların ödedikleri primler tarafından karşılanan kişiler

- Eğitimini sürdürmekte olan 26 yaşından küçük gençler ve çocuklar,
- Çocuk koruma enstitülerinde yetişen ve kendi geliri olmayanlar,
- Savaş gazileri ve dulları,
- 1945-1989 arasında politik işkenceye maruz kalmış kişiler,
- Geliri olmayan engelli kişiler,
- Ulusal sağlık programı kapsamındaki kronik hastalar,
- Geliri olmayan veya asgari gelir düzeyi düşük olan hamile kadınlar.

Romanya'da sosyal sağlık sigortası zorunlu olmasına rağmen nüfusun sadece %89'u kapsam içinde yer almaktadır. Bu oran kentlerde yaşayanlar arasında yaklaşık %95 iken, kırsal kesimde yaşayanlar arasında yaklaşık %75 dolaylarındadır. Sigortalı olmayan nüfus, çok daha az sayıda hizmeti içeren asgari hizmet paketine erişebilmektedir. Sigortasız kişilerin aşağıda sayılan asgari hizmet paketinde belirtilen durumlar dışında, aldıkları tıbbi ayakta bakım hizmetleri için cepten ödeme yapmaları gerekmektedir.

- Bazı koruyucu hizmetler,
- Halk sağlığı için tehdit oluşturabilecek bulaşıcı hastalıklara yönelik tıbbi hizmetler,
- Gebeliğe bağlı bakım (doğum öncesi ve sonrası bakım)
- Hayatı tehdit edici düzeyde acil durumlar.

Sağlık sigortası kapsamında yer almayan kişiler şu şekildedir:

- Tarımda çalışanlar veya özel sektörde kayıt dışı çalışanlar,
- İşsizlik veya sosyal güvenlik yardımları için kayıtlı olmayan serbest meslek sahipleri veya işsizler,
- Kimlik kartı olmayan Romanlar.

Sigortalı nüfus, Çerçeve Sözleşmeyle belirlenen temel teminat paketinden faydalanmaya hak kazanmaktadır. Temel teminat paketi standart olup aşağıdaki hizmetleri içermektedir:

- Koruyucu sağlık hizmetleri,
- Tedavi edici sağlık hizmetleri,
- Ayakta sağlık hizmetleri,
- Hastane bakımı,
- Diş hekimliği hizmetleri,
- Laboratuvar analizleri,
- Acil tıbbi hizmetler,
- Tıbbi rehabilitasyon hizmetleri,
- Doğum öncesi ve sonrası tıbbi yardım,
- Evde bakım hemşireliği hizmeti,
- İlaçlar,
- Tıbbi malzemeler,
- Ortopedik cihazlar.

Diğer kaynaklar tarafından finanse edilen (iş kazaları ve mesleki hastalıklar için sigorta fonu) ve paket kapsamında olmayıp çok pahalı teknoloji gerektiren ya da tıbbi bir gerekçeyle sahip olmadığı düşünülen (tüp bebek tedavisi, estetik amaçlı plastik cerrahi gibi) hizmetler temel paket kapsamının dışında kalmaktadır.

Temel teminat paketine dahil edilecek veya hariç tutulacak hizmet ve tıbbi ürünlere ilişkin kararlar, Ulusal Sağlık Sigorta Ofisi ve Sağlık Bakanlığı tarafından alınmaktadır. Dahil etme veya hariç tutmaya yönelik kesin kriterler bulunmamaktadır ve kararlar farklı aktörlerle yapılan istişareler sonucunda alınmaktadır. İlaçlar, Ulusal İlaçlar ve Tıbbi Cihazlar Ajansı tarafından hazırlanan geri ödeme listesine alınmadan önce STD departmanından gelen verilerden faydalanılmaktadır.

Temel teminat paketinde yer alan bazı mal ve hizmetler için maliyet paylaşımı uygulanmaktadır. Romanya'da 2013'ten itibaren hastaneler, başvuruları azaltmak ve gelirlerini artırmak amacıyla yatan hastalardan 2,5 €'yu geçmeyecek şekilde katılım payı almaya başlamıştır. Hastalar ayakta tedavi hizmeti kapsamında alınan jenerik ilaçlar için referans fiyatın %10'unu ve orijinal veya yenilikçi ilaçlar için ise %50'sini ödemek zorundadır. Pahalı reçeteli ilaçlar için, referans fiyatından daha yüksek fiyatlarla, hastanın katılım payı ilacın perakende fiyatının %80'ine kadar yükselebilmektedir. Hastalardan bu ücretleri almanın amacı, reçeteli ilaçların maliyetlerini kontrol altında tutmaktır.

Bölgesel Sağlık Sigortası Ofisleri, özel sağlık hizmet sunucularıyla sağlık hizmeti sunumu için sözleşme imzalayabilmektedirler. Bu özel sağlık hizmet sunucularının aldıkları geri ödeme miktarı, kamu sağlık sunucuları ile aynı miktardadır ancak kamu sunucularından farklı olarak, sağladıkları hizmetlerin karşılığında ilave ücret talep edebilmektedirler. Bu ilave ücret, sadece ikinci basamak sağlık hizmeti sunumu (ayakta ve yatan hasta) için geçerlidir.

Maliye Bakanlığı hem genel hem de yerel vergileri toplamaktan ve belirli fonlara katkı sağlamaktan sorumlu olan kurumdur. Ulusal Sağlık Sigorta Fonunun yıllık bütçesi, hükümet tarafından önerilmekte ve Parlamento tarafından onaylanmaktadır. Katkılar merkezi düzeyde Ulusal Mali İdare Ajansı tarafından toplanmaktadır. Toplanan vergilerin bir kısmı farklı finansman kaynakları (devlet bütçesi, sosyal sigorta bütçesi, işsizlik sigortası bütçesi ve yerel bütçeler) vasıtasıyla katılım payı ödemesinden muaf tutulan nüfus kategorilerinin sigorta primleri için kullanılmaktadır.

Sağlık Hizmetlerinin Geri Ödemesi

Halk Sağlığı Bakımı

Kamu sağlık hizmeti sunucularına ödeme, global bütçe üzerinden yapılmaktadır. Koruyucu ulusal sağlık programları içindeki faaliyetler, Sağlık Bakanlığı aracılığıyla devlet bütçesinden finanse edilmektedir. Tedavi edici ulusal sağlık programları dahilinde sağlanan ilaçlar ve tıbbi malzemeler ise Ulusal Sağlık Sigorta Fonu tarafından ödenmektedir.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Birinci basamak sağlık hizmetleri, yaş ağırlıklı kişi başı ücret ve hizmet başına ücret karışımı bir yöntemle ödenmektedir.

Ayakta Bakım Hizmetleri

Ayakta tedavi bakımında diş hekimliği hizmetleri, laboratuvar ve görüntüleme hizmetleri de dahil olmak üzere sunulan hizmetler hizmet başına ücret temelinde ödenmektedir. Bu hizmetler belirli bir sayıya veya parasal bir değere bağlanmaktadır. Sunucular günlük ortalama belirlenen muayene sayısına yönelik eşiklere uymak zorundadırlar. Bu eşikler çerçevesinde günde ortalama en fazla 28 muayene gerçekleştirilmekte ve 15 dakika sürebilmektedir. Ancak farklı muayene türleri için farklı süre sınırlarıda uygulanmaktadır (örneğin psikiyatri için 30 dakika). Uzmanlaşmış sağlık hizmet sunucuları, belirli hizmetlerin sağlanması için Sağlık Bakanlığı tarafından koordine edilen ulusal sağlık programları kapsamında uygulanan hizmetler için Bölgesel Halk Sağlığı Ofisleriyle (örneğin, kronik böbrek hastalığı olan hastalar için diyaliz), tıbbi eğitim ve araştırmalar için üniversitelerle, yerel ofislerle veya özel sigortacılarla sözleşme yapmaktadırlar. Bu sözleşmeler kapsamında verilen hizmetler için benzer ödeme mekanizmaları uygulanmaktadır.

Yatan Hasta Bakım Hizmetleri

Bu sözleşmeler kapsamında verilen hizmetler için benzer ödeme mekanizmaları uygulanmaktadır. Hastaneler tarafından imzalanan sözleşmenin toplam değerini şunlar oluşturmaktadır:

- Tanı ilişkili Gruplar (DRG),
- Hasta ödemeleri,
- Günlük tarifeler,
- Ulusal halk sağlığı programlarına tahsis edilen götürü miktarlar (ilaçlar ve tıbbi malzemeleri kapsayan),
- Ayakta tedavi bölümleri tarafından sağlanan hizmetler için hizmet başına ücret ödemesi.

Hastaneler yatan hasta bakımı, günlük bakım, günlük cerrahi ve ayakta tedavide uzmanlık hizmetleri dışında, evde bakım, laboratuvar ve diğer tanı hizmetleri de sağlayabilmektedir. Bu hizmetler için, hastaneler Bölgesel Sağlık Sigorta Ofisleri ile ayrı sözleşmeler yapmaktadır. Ek olarak, hastaneler önleyici ulusal sağlık programları kapsamında sağlanan hizmetler için (Sağlık Bakanlığı ve Bölgesel Halk Sağlığı Ofislerinden) fon alabilmektedir.

Acil Bakım Hizmetleri

Acil serviste sunulan hizmetler devlet bütçesinden karşılanmaktadır. Ulusal Sağlık Sigorta Fonu tarafından kritik olmayan acil durumlar (hizmet başına ücret bazında ödenir) ve tıbbi yardım gerektirmeyen ambulans nakliye masrafları için yalnızca belirli sayıda evde tedavi hizmeti karşılanmaktadır.

Uzun Dönem Bakım Hizmetleri

Hastanede sunulan tıbbi uzun süreli bakım hizmetleri, Ulusal Sağlık Sigorta Fonu tarafından günlük olarak (yataklı gün başına) ödenmektedir. Her bir tıbbi uzmanlık için ortalama kalış süresi, Çerçeve Sözleşmenin uygulanmasıyla görevli kılınan Ulusal Sağlık Sigorta Ofisinin Başkanı ve Sağlık Bakanının almış olduğu ortak kararlarla belirlenmektedir.

Tablo 2: Sağlık Hizmeti Sunucularına Geri Ödeme

	SAĞLIK BAKANLIĞI	YEREL SAĞLIK OTORİTELERİ	BÖLGESEL SAĞLIK OFİSLERİ	MALİYET PAYLAŞIMI	DOĞRUDAN ÖDEMELER
HALK SAĞLIĞI SERVİSİ	Bütçe		C/FFS		FFS
AİLE HEKİMLERİ			%50 C %50FFS		FFS
AYAKTA TEDAVİ UZMANLARI			FFS		FFS
DİĞER AYAKTA * TEDAVİ KOŞULLARI			FFS		FFS
HASTANE					
AKUT HASTANE BAKIMI			DRG	Katılım Payı	FFS
AYAKTA HASTA BAKIMI			FFS		FFS
GÜNLÜK BAKIM			Vaka Başına Ödeme FFS		
ULUSAL TEDAVİ EDİCİ SAĞLIK PROGRAMLARI			Bütçe		
ULUSAL KORUYUCU SAĞLIK PROGRAMLARI	Bütçe				
UZUN DÖNEM SAĞLIK HİZMETİ			Günlük Tarifeler		Günlük Tarifeler
DİŞ HEKİMLERİ			FFS		FFS
İLAÇ			X	Katılım Payı	X
SOSYAL HİZMETLER		S			

Kaynak: HealthSystems in Transition (HiT) Romania Health System Review

* Laboratuvar ve tıbbi görüntüleme işlemleri gibi; C: vergi; DRG: tanı ilişkili gruplar; FFS: hizmet başına ücret;
S: sosyal sektör (Çalışma, Aile, Sosyal Koruma ve Yaşlı Bakanlığı) ve yerel bütçeler; X: maliyet hacimli sözleşmeler.
Bütçe: Sağlık Bakanlığı veya Sağlık Bakanlığı üzerinden devlet bütçesi- Bölgesel Halk Sağlığı Ofisi.

İlaç

Eczanelere Çerçeve Sözleşme hükümleri uyarınca imzalanan yıllık sözleşme temelinde Bölgesel Sağlık Sigorta Ofisleri tarafından geri ödeme yapılmaktadır. Geri ödeme kapsamında yer alan ilaçlar, ödenme oranlarına göre özel listelerde düzenlenmektedir.

Sağlık sigortası tarafından geri ödenen ilaçlar pozitif listelerde yer almaktadır. Bu ilaçlar, Ulusal İlaç ve Tıbbi Cihazlar Ajansı'nın STD departmanı ile Sağlık Bakanlığında yer alan özel bir komisyonun işbirliği ile belirlenmektedir. Hangi ilaçların geri ödeme listesine dahil edileceğini belirleme noktasında bazı kriterlere yer verilmektedir. Bunlar:

- Terapötik fayda,
- Geri ödenme durumu (örneğin, başka bir AB üyesi ülkede geri ödenip ödenmediği),
- Tedavi döngüsü,
- Hastanın ulaşılabilirliği,
- Tedavi maliyeti,
- Kişi başına düşen GSYİH ile ilişkisidir (diğer ülkelerdeki tedavi maliyetlerine kıyasla).

İlaç firmaları, ilaçlarının değerlendirilip pozitif listeye alınabilmesi için başvuru yapmak zorundadırlar. Bunun yanı sıra ilaçla ilgili güvenlik endişesi oluştuğunda, reçetelendirilmesi değiştiğinde, yeni bir endikasyon bulunduğunda veya ilacın bütçeye olan etkisi arttığında da Ulusal İlaç ve Tıbbi Cihazlar Ajansı tarafından değerlendirmeye başvurulabilmektedir. İlaç listelerinin her yıl güncellenmesi gerekmektedir. 6tane pozitif liste bulunmaktadır. A listesi çoğunlukla jenerik ilaçları, B listesi ise pahalı jenerikleri ve orijinal ilaçları içermektedir. A ve B Listelerinde yer alan ilaçlar ayakta hastalara verilmektedir. Listelerde yer alan bütün ilaçlara referans fiyat sistemi uygulanmaktadır. Hastalar referans fiyatın %10 veya %50'sini ödemek zorundadır (yani kümenin en düşük fiyatlı ürünü). Eğer hasta daha pahalı bir ilacı almayı tercih ederse en düşük fiyatlı ürünün fiyatı ile tercih edilen ilaç arasındaki farkı da ödemek zorunda kalmaktadır. C listelerinde yer alan ilaçlar %100 geri ödeme kapsama alınmıştır. D listesinde ise kanıtlanmış etkinliği bulunmayan ve STD sürecini takiben düşük puan alan ilaçlar yer almaktadır.

Tablo 3: Sağlık Sigortası Tarafından Kısmen veya Tamamen Geri Ödeme Listesine Alınan İlaçlar

LİSTE	İÇERİK	GERİ ÖDEME ORANLARI
A Listesi	Önemli ve maliyet etkin olarak görülen ilaçlar (genellikle jenerikler)	%90
B Listesi	A listesinde yer alan ilaçlara kıyasla daha az önemli ve maliyet etkin olarak görülen ilaçlar. (pahallı jenerikler ve orijinal ilaçlar)	%50
C1 Listesi	Özellikle ağır ve kronik* hastalar için özel ilaçlar yer almaktadır ve özel bir tıbbi reçeteye dayanarak kamu eczaneleri aracılığıyla verilmektedir.	%100
C2 Listesi	Ulusal tedavi programları kapsamındaki ilaçlar**, hastane eczaneleri aracılığıyla verilmektedir.	%100
C3 Listesi	A ve B listelerindeki belirli ilaçlar; sadece çocuklar, öğrenciler ve hamile kadınlar için geçerlidir.	%100
D Listesi	Kanıtlanmış etkinliği olmayan ve STD sürecini takiben düşük puan alan ilaçları içermektedir.	%20

Kaynak: HealthSystems in Transition (HiT) Romania HealthSystem Review

* New York Sağlık Birliği ölçeğine göre sınıf III ve IV düzeyinde kalp yetmezliği, siroz, lösemi, epilepsi, parkinson hastalığı, şizofreni, demans gibi.

** Programlar HIV / AIDS, bazı tümörler, TB, multipl skleroz, diabetes mellitus, böbrek yetmezliği, osteoporoz, transplantasyon vb. hastalıkları kapsamaktadır.

4) ROMANYA İLE TÜRKİYE'NİN SAĞLIK ve GERİ ÖDEME SİSTEMLERİNİN KIYASLANMASI

Romanya' da sosyal sağlık sigortası tüm vatandaşlar ve ülkedeki yabancı sakinler için zorunlu olmasına rağmen nüfusun sadece %89'u kapsam içinde yer almaktadır. Sağlık sigortasından hak kazanabilmek için gerekli ana kriter, katılım payı ödemesinin yapılmasıdır. Türkiye' de ise bazı yasal düzenlemelerden dolayı banka sandığı üyeleri, tutuklu/hükümlüler, TBMM, Anayasa Mahkemesi, Yargıtay ile Danıştay üyeleri ve TSK mensupları GSS kapsamı dışında tutulmasına rağmen nüfusun %99'u GSS kapsamı altında sağlık hizmetlerinden faydalanabilmektedir. Romanya' da temel teminat paketine dahil edilecek veya hariç tutulacak hizmet ve mallara ilişkin kararlar, Ulusal Sağlık Sigorta Ofisi (NHIH) ve Sağlık Bakanlığı tarafından alınmaktadır. Türkiye' de ise bu kararlar SGK çatısı altında alınmaktadır. Romanya sağlık sistemi esas olarak sigortalı primleri, devlet bütçesi ve vergi iadesi yoluyla finanse edilmektedir. Katılım payı oranları sigortalı çalışan ve işveren için farklılık göstermektedir. Sigortalı çalışandan %5,5 ve işverenden %5,2 oranında alınmaktadır. Bağımsız çalışanlar içinse prim oranı %10,7 olarak belirlenmiştir. Sigortalı tarafından ödenen primler, maaş, bağımsız faaliyetler, tarım faaliyetleri, kira gelirleri, emekli aylığı ile kişisel banka hesaplarındaki kar ve faiz gelirlerinin brüt toplamı üzerinden hesaplanmaktadır. 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'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.

Romanya' da sağlık sigortası sistemi içerisinde en etkin birim olan Ulusal Sağlık Sigorta Ofisi, sosyal sağlık sigortası sistemini yöneten ve düzenleyen özerk bir kamu kurumudur. Ulusal Sağlık Sigortası Fonundan Bölgesel Sağlık Sigortası Ofislerine kaynak tahsisine karar vermekte, kendi faaliyetleri ve bunların faaliyetleri için yıllık hedefler belirlemekte, bölgesel ofislerin faaliyetlerini denetlemekte ve koordine etmektedir. Diğer bir önemli kurum olan Bölgesel Sağlık Sigortası Ofisleri ise temel olarak sağlık hizmeti sunucularıyla yerel düzeyde sözleşmelerin yapılması ile bu sözleşmelerin ve hizmet sunumunun kalitesinin izlenmesinden sorumludur. Türkiye' de, böyle bir görev paylaşımına gerek duyulmaksızın, SGK tarafından sağlık hizmeti sunucularıyla sözleşmeler yapılmaktadır.

Romanya' da zorunlu sağlık sigortası kapsamındaki hizmetler, ayrıntılı olarak teminat paketinde yer almaktadır. Bu pakete dahil olmayan hizmetler vatandaşlar tarafından cepten ödenmektedir. Ayrıca sigorta kapsamı altında olmayanlar için çok daha az sayıda hizmeti içeren asgari hizmet paketi bulunmaktadır. Sigortasız kişilerin bu asgari hizmet paketinde belirtilen durumlar dışında, aldıkları ayakta bakım hizmetleri için cepten ödeme yapmaları gerekmektedir. Ayrıca zorunlu sevk uygulaması nedeniyle aile hekimince sevk işlemi yapılmadan uzman doktor muayenesine giden hastalar da ücretin tamamını ödemektedir. Tutar, alınan hizmetin gereklerine ve uzmanın türüne bağlı olarak değişmektedir. Türkiye' de teminat paketi kapsamı SGK tarafından belirlenmektedir. Ayrıca ülkemizde zorunlu sevk uygulaması bulunmamaktadır.

Romanya' da 2013'ten itibaren hastaneler, başvuruları azaltmak ve gelirlerini artırmak amacıyla yatan hastalardan 2,5 €'yü geçmeyecek şekilde katılım payı almaya başlamıştır. Bunun yanı sıra ilaçlardan da türüne göre referans ilacın fiyatı üzerinden %10, %50 ve %80 oranlarında katılım payı alınmaktadır. 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, 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. 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 alınır.

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

	ROMANYA	TÜRKİYE	AB27
Nüfus, (2020)	19.286.123	84.339.067	-
Kişi başına düşen GSYİH, (\$), (2020)	12.896	8.536	-
Asgari ücret tutarı, (€), (2021), (aylık)	462	420	-
Cari sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı, (%), (2019)	5,7	4,3	8,3
Kişi başına düşen sağlık harcaması, (€), (2019)	1.292	1.267	2.572
Kişi başına düşen ilaç harcaması, (€), (2018)	290	-	381
Doğuştaki beklenen yaşam süresi kadın, Doğuştaki beklenen yaşam süresi erkek, (yıl), (2018)	79,2 71,7	81,3 75,9	83,7 78,2
Sigorta tarafından kapsanan nüfus oranı, (%), (2018)	89	99 *	-
1.000 Kişiye düşen doktor sayısı, 1.000 Kişiye düşen hemşire sayısı, 1.000 Kişiye düşen yatak sayısı, (2018)	3,0 7,2 6,9	2,0 2,4 2,9	3,8 8,2 5,0
Toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı, (%) (2018)			
1- Kamu sağlık harcaması oranı, (%)	80	77	73
Merkezi hükümet/bölgesel, yerel yönetimler sağlık harcaması oranı, (%)	16	23	32
Sosyal sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	64	54	41
2- Cepten yapılan sağlık harcaması oranı, (%)	19	17	22
3- Gönüllü sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	1	3	5
4- Diğer harcamaların oranı, (%) **	0	2	0
Hane halkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı, (%), (2018)	1,7	1,3	3,3

* SGK verilerine göre 2022 yılı itibarıyla %98,6 dir.
** Ülkede geçici olarak ikamet edenlere ait sağlık harcamaları

KAYNAK:

1. Health at a Glance Europe 2020
2. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/earn_mw_cur/settings_1/table?lang=en Erişim Tarihi: Nisan 2022
3. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD> Erişim Tarihi: Nisan 2022
4. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?view=map> Erişim Tarihi: Nisan 2022

KAYNAKLAR

- 1) State of Health in the EU Romania Country Health Profile 2021
- 2) HealthSystems in Transition (HiT) RomaniaHealthSystemReview 2016
- 3) Access to Healthcare in 16 EuropeanCountries, 2017 Legal Report
- 4) Health at a Glance Europe 2020
- 5) https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/earn_mw_cur/settings_1/table?lang=en
- 6) <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD>
- 7) <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?view=map>



SLOVAKYA SAĞLIK ve GERİ ÖDEME SİSTEMİ



ÖZET

Slovakya Cumhuriyeti yaklaşık 5,5 milyon nüfusa sahip küçük bir Orta Avrupa ülkesidir. Ülke idari yönden 8 özerk bölgeye ayrılmıştır. Nüfusun yarısından fazlası kırsal bölgelerde yaşamaktadır.

Ülkede kişi başına düşen gayri safi yurt içi hasıla (GSYİH) 2020 yılı itibarıyla 19.266 \$ iken, yapılan sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı ise %6,9 ile OECD ortalamasının (%8,8) altında kalmaktadır.

Sağlık sigortası sistemi açısından Slovakya, evrensel kapsam temelinde ülkede yaşayan herkesin katılımının zorunlu olduğu ve herkesin sağlık hakkına ulaşımını anayasa ile garanti altına alan bir sistemle yönetilmektedir. Nüfusun %95'i sağlık sigortası şemsiyesi altındadır. Kalan nüfus ise çoğunlukla resmi olarak yurt dışında yaşayan ya da çalışan ve buldukları yerdeki sigortalılıklarından ötürü kapsam dışında kalan kişilerden oluşmaktadır.

Ülkede kurumsal olarak bir geri ödeme kurumu bulunmamaktadır. Sağlık primlerinin toplanması ve sağlık harcamalarının yapılması işlemleri, ülkenin yetkili organları tarafından oluşturulan yasal çerçeve ve mevzuat içerisinde, ülkede faaliyet gösteren birisi kamuya ait olmak üzere üç sağlık sigortası şirketi aracılığıyla yürütülmektedir. Sağlık Bakanlığı merkezi olarak ülkede uygulanacak sağlık politikalarını belirlerken, aynı zamanda vatandaşlara sunulacak ve sağlık sigortası şirketlerinin sorumlu olduğu temel teminat paketini ve kapsamını ortaya koymaktadır. Sistem içerisinde yer alan Sağlık Hizmetleri Gözetim Kurumu ise sağlık sigortası sistemi üzerindeki izleme ve denetleme rolü ile sistem içerisindeki aksaklıkları, dengesizlikleri ve sağlık sigortası şirketlerinin mali durumlarını ortaya çıkarmak ve ortaya çıkan veya çıkabilecek problemlere tedbir almakla görevlendirilmiştir.

Sağlık sigortası şirketlerinde toplanan primler yine şirketler aracılığıyla sağlık hizmetlerinin finansmanına ayrılmaktadır. Her vatandaşın bir sağlık sigortası şirketine katılımı zorunludur ancak sözleşme yapmak istediği şirketi seçmekte ise serbesttir. Sonrasında vatandaşlar, bağlı oldukları şirketleri ile sözleşmeli olan sağlık kuruluşlarından temel teminat paketi doğrultusunda sağlık hizmeti alabilmektedirler.

Sistemin finansman kaynağı esas olarak çalışanlardan, işverenlerden, serbest meslek sahiplerinden ve gönüllü işsizlerden toplanan primlerden oluşmaktadır. Ülkedeki dezavantajlı gruplar adına devlet tarafından ödenmekte olan primlerin kaynağı ise merkezi hükümet tarafından toplanan vergi gelirleridir. Dolayısıyla, sistemin finansman kaynağının esas olarak prim ve vergilerden oluştuğu görülmektedir.

Ülkede yapılan toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı incelendiğinde, kamu sağlık harcaması oranı %2,5, zorunlu sağlık sigortası harcamaları oranı %77,5 iken, cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı %19 olduğu görülmektedir.

Sistem içerisinde zorunlu sevk uygulaması bulunmaktadır. Bazı belirlenmiş durumlar haricinde, sigortalılar pratisyen hekimin sevkıyla uzman hekime veya hastaneye gidebilmektedirler.

ÜLKE TANITIMI

Ülkenin Demografik Özellikleri

Slovakya Cumhuriyeti, 1 Ocak 1993'te Çekoslovakya'dan ayrılarak bağımsızlığını ilan etmiştir. Bir Orta Avrupa ülkesi olan ve 49,035 km² yüz ölçümüne sahip olan ülke, Macaristan, Polonya, Çekya, Avusturya ve Ukrayna ile sınır komşusudur. Parlamenter demokrasi ile yönetilen ülke, idari yönden 8 özerk bölgeye bölünmüştür. Özerk bölgeler şunlardır: Bratislava (başkent), Trnava, Trenčín, Nitra, Žilina, BanskáBystrica, Prešov ve Košice. Resmi dili Slovakça'dır.

Yaklaşık 5,5 milyonluk nüfusa sahip olan ülkede, nüfusun %86'sı Slovaklardan oluşmaktadır. Ülkede toplam nüfusun %10'u kadar Macar ve %3'ü kadar da Roman yaşamaktadır. Nüfusun %53,4'ü kırsalda yaşamını sürdürmektedir. Dini olarak, Slovakların yaklaşık %62'si kendilerini Hristiyan Katolik olarak tanımlarken, %13,5'lik bir bölüm ise kendilerini herhangi bir dine ait hissetmemektedirler.

Slovakya nüfusu yıllar içerisinde radikal bir değişiklik geçirmemiştir. Öyle ki, ülkedeki gün başına düşen doğum ve ölüm sayıları neredeyse birbirlerine eşdeğer olup, aralarında anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Ancak yapılan projeksiyonlar doğrultusunda ülke nüfusunun 2020 yılından itibaren azalmaya başlayacağı beklenmektedir.

Slovakya, 1 Mayıs 2004 tarihinden beri Avrupa Birliği üyesidir.

Tablo 1: Ekonomi ve Sağlık Göstergelerinin Türkiye ve EU27 Ortalaması ile Karşılaştırılması

	SLOVAKYA	OECD
Nüfus, (2020)	5.457.873	-
Kişi başına düşen GSYİH, (\$), (2020)	19.266	-
Asgari ücret tutarı, (\$), (2020), (aylık)	662	-
Cari sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı, (%), (2019)	6,9	8,8
Kişi başına düşen sağlık harcaması, (\$), (2019)	2.189	4.087
Kişi başına düşen ilaç harcaması, (\$), (2019)	535	571
Doğuşta beklenen yaşam süresi kadın, Doğuşta beklenen yaşam süresi erkek, (yıl), (2019)	81,2 74,3	83,6 78,3
Sigorta tarafından kapsanan nüfus oranı, (%), (2019)	95	98
1.000 Kişiye düşen doktor sayısı, 1.000 Kişiye düşen hemşire sayısı, 1.000 Kişiye düşen yatak sayısı, (2019)	3,6 5,7 5,8	3,6 8,8 4,4
Toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı, (%), (2019)		
1- Kamu sağlık harcaması oranı, (%)	80	74
Merkezi hükümet/bölgesel, yerel yönetimler sağlık harcaması oranı, (%)	2,5	35
Sosyal sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	77,5	39
2- Cepten yapılan sağlık harcaması oranı, (%)	19	20
3- Gönüllü sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	0	5
4- Diğer harcamaların oranı, (%) *	1	1
Hane halkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı, (%), (2019)	2,4	3,1

* Ülkede geçici olarak ikamet edenlere ait sağlık harcamaları

KAYNAK:

1. Health at a Glance 2021 OECD Indicators
5. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD>, Erişim Tarihi: Nisan 2022
6. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?view=map>, Erişim Tarihi: Nisan 2022
7. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=RMW>, Erişim Tarihi: Nisan 2022

Sağlık Bakanlığı

Sağlık Bakanlığı ülkenin merkezi idari organlarından biridir. Bakanlığın, ulusal sağlık politikasını ve mevzuatını hazırlama, sağlık hizmeti sunumunu düzenleme, ulusal sağlık programlarını yönetme, sağlık eğitimi yönetimine katılma, ulusal sağlık kayıtlarını yönetme, temel teminat paketinin kapsamını belirleme, sağlık göstergelerinin tanımlamasını yapma ve asgari kalite kriterlerini belirleme görev ve sorumlulukları bulunmaktadır. Bakanlık ilaveten, kaplıcalar, doğal şifalı kaynaklar ve doğal mineralli su alanlarında da düzenleme yapma hakkı ve yetkisine sahiptir.

Sağlık eğitiminin ve müfredatın yönetimi ve denetlenmesi görevleri Sağlık Bakanlığı ile Eğitim Bakanlığı arasında paylaşılmaktadır. Bakanlık, okullarda ve Bilim Akademisinde sağlık araştırmalarını da koordine etmektedir. Maliye Bakanlığı ise sağlık bütçesinin belirlenmesi sürecinde güçlü bir etkiye sahiptir. Ülke içerisinde ayrıca İçişleri, Adalet, Savunma ve Ulaştırma Bakanlıklarının da güvenlik güçleri, mahkumlar vb. belirli gruplar için kurmuş oldukları sağlık tesisleri bulunmaktadır.

Sağlık Hizmetleri Gözetim Kurumu

2004 yılında, Sağlık Bakanlığı'nın sağlık sigortası sistemi üzerindeki izleme ve denetleme rolü, aynı yıl kurulan Sağlık Hizmetleri Gözetim Kurumu'na devredilmiştir. Kurum, sağlık sigortalarından, sağlık hizmeti alımından ve sağlık hizmeti piyasalarının denetiminden sorumludur. Kurum, bu sorumluluk alanları ile ilgili olarak ülkedeki sağlık sigortası performansını ortaya koymakta ve buna ilişkin hazırladığı raporu hükümete sunmaktadır. Kurumun denetim kurulu Slovakya Parlamentosu tarafından seçilmektedir. Sağlık sigortası şirketleri tarafından toplanan primlerin %0,45'i fon sağlamak adına Kuruma tahsis edilmektedir.

Kurumun sağlık sistemi içerisinde güçlü yetkileri bulunmaktadır. Sağlık sigortası şirketlerinin belirli koşulları (ödeme gücü, sağlık hizmeti satın alımı vs.) yerine getirmesinden sonra, lisans verme yetkisini kullanarak şirketlerinin sistem içerisine girişine izni vermektedir. Şirketler tarafından taahhüt edilen bu koşulların yerine getirilip getirilmediğini sürekli denetlemektedir. Bu denetimler neticesinde şirketlere yaptırım uygulama yetkisini kullanabilmektedir. Örneğin şirketin ekonomik performansının zayıf olduğu durumlarda, döndürülemeyecek şekilde borçlu olduğu durumlarda, iflas etmesi veya kamu yararına uymama durumlarında, konunun ağırlığına göre Kurum tarafından ceza verilebilmekte, şirket zorla idare altına alınabilmekte veya işletme lisansı iptal edilerek şirket sistem dışına çıkarılabilmektedir.

Kurum, yaptığı denetlemeler doğrultusunda sağlık sigortası şirketlerine bir kurtarma planı da hazırlamaktadır. Örneğin 2016 yılında kamuya ait olan VŠZP şirketi 112 milyon € zarar açıklamış, hazırlanan kurtarma planı doğrultusunda alınan önlemler ile şirket 2017 yılı sonunda 35 milyon € kâra ulaşmıştır.

Kurum, sağlık sigortası şirketleri arasında finansal kaynakların risk uyum mekanizmasını da yönetmektedir. Bunlara ilaveten, hastaların yetersiz sağlık hizmeti almalarına ilişkin şikayetlerini kontrol etmek ile adli ve patolojik anatomi laboratuvarlarında yapılacak otopsilere karar vermek gibi görevleri bulunmaktadır.

Kurum ayrıca sınır ötesi sağlık hizmeti sunumu için bir irtibat organı olarak da hareket etmektedir.

Sağlık Sigortası Şirketleri

Sağlık sigortası şirketleri, sağlık hizmetlerinin alıcıları olarak sistemde kilit bir rol oynamaktadır. Sigortalılardan katılım payı toplamak ve sağlık hizmeti sağlamak bu şirketlerin yasal görevidir. Tüm sağlık sigortası şirketleri anonim şirketlerdir ve özel hukuka tabidirler. Mülkiyet durumu açısından bakıldığında hem kamu hem özel sektöre ait şirketler kurulabilmektedir. 2006 yılında piyasada 7 sağlık sigortası şirketi bulunmasına rağmen, daha sonra yaşanan birleşme vb. nedenlerle 2016 yılından itibaren ülkede 3 şirket faaliyette bulunmaktadır. Sistem içerisinde, her sağlık sigortası şirketinin kendi ödeme mekanizmalarını geliştirmesine ve sözleşmeli oldukları sağlık hizmet sunucularına yönelik kendi fiyatlandırma politikasını oluşturmasına izin verilmektedir. Sağlık sigortası şirketleri ve sağlık hizmeti sunucuları arasındaki sözleşme ilişkileri, Sağlık Hizmetleri Gözetim

Kurumu tarafından denetlenmektedir. Şirketler ödeme gücü kriterlerini karşılamakla yükümlüdürler (örneğin şirketler, sağlık hizmet sunucuları tarafından düzenlenen faturaları 30 gün içinde ödemeyi garanti etmektedir). Şirketlerin temsilcileri temel teminat paketi ve taslak mevzuat oluşturma çalışmalarının yapıldığı kurullarda görev almaktadırlar.

Sağlık sigortası şirketleri, sigorta hizmetlerinin kalitesi ve çeşitliliği temelinde rekabet etmektedirler. Şirketler, yasalar tarafından düzenlenmiş olan erişilebilir sağlık hizmetlerini sağlamakla yükümlüdür. Şirketler bu yükümlülüklerini sağlık hizmeti sunucuları ile sözleşme yaparak yerine getirmektedir. Ülke içerisinde pazar payları önemli bölgesel farklılıklar gösterse de tüm sigorta şirketleri ülke çapında faaliyet göstermek zorundadırlar. Ayrıca, herkes için sağlık hizmetinin erişilebilirliğini sağlamak için, şirketlerin Sağlık Bakanlığı tarafından kalitesi ve etkinliğine bakılmaksızın seçilmiş belirli kamu sağlık hizmet sunucuları ile sözleşme yapmasını zorunlu tutmuştur (zorunlu sağlık ağı). Bu asgari teminat şartı aynı zamanda acil servisler, pratisyen hekimler ve eczaneler için de geçerlidir. Bu gerekliliklerin dışında, şirketler diğer sağlık hizmet sunucularıyla sözleşme yapmakta serbesttir. Bu nedenle, şirketlerin farklı sağlayıcılarla farklı sözleşmeleri olabilmekte ve kalite, fiyat ve hacimleri ayrı ayrı müzakere edebilmektedir. Teknik ve personel gereksinimleri, kalite göstergeleri, erişilebilirlik ve diğer faktörleri içeren sözleşme kriterleri listesi şirketler tarafından yayınlanmaktadır.

Hemen hemen tüm ayakta tedavi sunan sağlık tesisleri özel sektör kontrolü altındadır. Ayakta tedavi alanında, uzman hekimlerin bir kısmı hastaneler tarafından istihdam edilmekte ve hastanelere bağlı polikliniklerde hizmet vermektedirler. Zorunlu kriterleri yerine getiren tüm uzman hekimlerin piyasaya/sektöre girmelerini sağlayan sağlık reformu sayesinde uzman hekim sayısı artmıştır. Ancak ülkenin bazı bölgelerinde kardiyoji, immünoloji, diyabet, romatoloji veya endokrinoloji vb. branşlara erişim hala sınırlı düzeyde kalmıştır. Bundan dolayı, hastalar uzun bekleme süreleri ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Bunun nedenleri olarak, genellikle kamu bütçesi kısıtlamaları, sınırlı çalışma saatleri, uzman hekim yetersizliği (birden fazla tesiste çalışan hekimler nedeniyle vb) ve nispeten söz konusu sağlık hizmetlerine talebin yüksek olması şeklinde sıralanabilmektedir.

2005'ten beri tüm sağlık sigortası şirketleri anonim şirket olarak varlık göstermektedir; yani (kamu) sağlık sigortası fonlarından sağlık sigortası şirketlerine dönüştürülmüşlerdir. 2016 yılı itibarıyla, biri kamuya ait ve ikisi özel sektöre ait olmak üzere piyasada üç sağlık sigortası şirketi faaliyette bulunmaktadır: Kamuya ait olan ve Sağlık Bakanlığının tek hissedarı olduğu şirket olan Všeobecná zdravotná poisťovňa (VŠZP) %63,6 pazar payı ile ülkedeki en büyük sağlık sigortası şirketi konumundadır. Hissedarlığı nedeniyle, Bakanlık, şirketin işletme ve satın alma politikalarını etkilemektedir ve ayrıca büyüklüğü nedeniyle de sağlık sigortası piyasasına yön verecek güçlü bir etkiye sahiptir. Kamu sağlık sigortası şirketi VŠZP, dört üniversite hastanesi, sekiz fakülte hastanesi, yüksek ihtisas kurumları ve hemen hemen tüm psikiyatri hastaneleri ve sanatoryumlar dahil olmak üzere ülkenin en büyük sağlık hizmet sunucularının sahibidir ve bunları yönetmektedir.

Sistem içerisinde özel sektöre ait olan şirketler ise, Slovak özel sermaye grubu PentalInvestments' e ait olan Dôvera (pazar payı: %27,7) ile Hollandalı sigorta grubu Achmea' ya ait olan Union' dir (pazar payı: %8,7). Ülkedeki sağlık hizmeti sunucuları bu paydaşlarla yapmış oldukları sözleşmeler doğrultusunda hizmet vermektedirler.

Devlet İlaç Kontrolü Enstitüsü

Kamu bütçeli bir kuruluş olan Devlet İlaç Kontrolü Enstitüsü, tıbbi ürünlerin gözetiminden ve farmakovijilanstan sorumlu ulusal yetkili kurumdur. Ayrıca klinik araştırmalar için onay vermekte, ilaçların pazarlama yetkilerini vermekte, eczaneleri değerlendirmekte ve ilaç kodeksini düzenlemektedir. Hasta güvenliği alanında, ilaçların yan etkileri ve tıbbi cihaz arızaları hakkındaki raporların değerlendirmesini yapmaktadır. Bu değerlendirme sonucunda bu tarz ürünlerin piyasaya girmesini engelleme, dağıtımını askıya alma, piyasadan çekme, ruhsatını askıya alma veya feshetme hakkı bulunmaktadır. Ancak Enstitü, ilaç ya da tıbbi cihazlarla ilgili geri ödeme kararlarında yer almamaktadır. Kurum ayrıca yeniden ihraç (re-export) düzenlemesini de denetlemektedir. 2013'ten beri ilaç ihraç etme izni, planlanan ilaç ihracatını 30 gün öncesinden Enstitüye bildirme yükümlülüğüne bağlanmıştır. Enstitü, ülkedeki ilaç kıtlığı ve olası ihracatın ilacın ulaşılabilirliğine zarar vereceğini düşündüğünde, ilgili ilacın ihracatını yasaklayabilmektedir. Ayrıca Enstitü, piyasada bulunan ilacı ve ilaç dağıtımını askıya alma hakkına sahiptir.

Özerk Bölgeler

Bazı yerel operasyonel yetkiler, devlet tarafından yönetsel olarak merkezi olmayan bir anlayışla ülkedeki sekiz özerk bölgeye aktarılmıştır. Ancak Sağlık Bakanlığı, özerk bölgelerin aldığı kararlara itirazda bulunabilmektedir. Özerk bölgelerin sorumlulukları arasında, bölgelerindeki sağlık tesislerinin (hastaneler, üniversite ve eğitim ve araştırma hastaneleri, pratisyen hekimler, ayakta tedavi sunan tesisler, laboratuvarlar, eczaneler vb.) işletilmesi için izin verilmesi, etik kurulların atanması, ayakta tedaviye ilişkin biyomedikal araştırmalar için onay verilmesi bulunmakta olup, ayrıca bölgedeki sağlık hizmet sunucularının işlemlerinin durmasının ardından gerekli sağlık belgelerini sağlamaktadır ve geçici izin belgesine veya lisansına sahip sağlık hizmet sunucusunun sağlık hizmetlerini sağlamasını garanti altına almaktadır. Süreç içerisinde ortaya çıkabilecek uyuşmazlıklar ise Sağlık Bakanlığı tarafından çözülmektedir.

Özerk bölgeler, sağlık hizmeti sunumuna ilişkin gözetim sorumluluğunu da üstlenmişlerdir. Bölgedeki sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğinin kötüye gitmesi durumunda Sağlık Bakanlığı ile iş birliği yaparak sağlık hizmet sunucusu açının geliştirilmesine yardımcı olmaktadır. Örneğin, sağlık hizmeti almakta zorlanan hastalar için bir doktor ataması ya da yönlendirmesi yapabilmektedirler. Yapılan gözetimler sonucunda tespit edilen eksiklikler ile ilgili olarak veya sağlık hizmeti sunucusunun görevini ihmal etmesi durumunda yaptırım uygulayabilmektedirler. Söz konusu yaptırımlar maddi cezalardan lisansın geçici veya kalıcı iptaline kadar uzanmaktadır. Ancak özerk bölgeler yaptırım uygulayabilme yetkisini, öncelikle ulusal denetleyici kurum olan Sağlık Hizmetleri Gözetim Kurumu'nun önerisini aldıktan sonra kullanılabilmektedirler.

Özerk bölgelerin "baş hekimi" (sağlık müdürü), özerk bölge başkanı tarafından Sağlık Bakanının onayı ile atanmaktadır. Ayrıca yine Sağlık Bakanının onayı ile atanan "baş hemşire" ise, bölgedeki hemşirelik ve ebelik hizmetlerinden sorumludur.

Özerk bölgelerin kendilerine ait bazı sağlık tesisleri bulunmakta olup, bu tesislerin yönetimi konusunda bağımsız kararlar alabilmektedirler. 2003 yılında verilen bu sorumluluk doğrultusunda bazı tesisler ya anonim şirketlere veya kâr amacı gütmeyen kuruluşlara dönüştürülmüş ya da tamamen özelleştirilerek ticari şirket halini almışlardır. Sahip olunan sağlık tesislerinden bazıları da özel sağlık hizmeti sunucularına kiralanmıştır. Genel olarak, ülkedeki üçüncü basamak olarak nitelendirilen büyük hastaneler ve sağlık tesisleri Sağlık Bakanlığı kontrolü altında iken; diğer basamaklardaki sağlık kuruluşları özerk bölgelerin yönetimi altına bırakılmıştır.

Slovakya Halk Sağlığı Kurumu

Kamu bütçeli bir kuruluş olan Halk Sağlığı Kurumu ülkenin halk sağlığı görevlerinden sorumludur. Sağlık Bakanı tarafından atanan "baş hijyenist" tarafından yönetilmektedir. Kurumun bazı görevleri; aşı programını hazırlamak, doğrudan radyasyondan korunmayı kontrol etmek ve kozmetik ürünlerin satışına izin vermektedir. Ayrıca bölgesel ofisleri aracılığıyla, epidemiyolojik gözlemleri yürütmekte, çevresel faktörlerin sağlık üzerindeki etkilerini değerlendirmektedir. Kurumun ilaveten düzenleyici çerçeveye karşı bir ihlal tespit ettiğinde (örneğin zorunlu aşidan kaçınmak vb.) yaptırım uygulama hakkı da bulunmaktadır.

Meslek Örgütleri

Meslek örgütleri de sağlık politikalarının oluşturulması sürecine katılmaktadırlar. Bu örgütler yasama teklifleri hakkında yorum yapmaya davet edilmelerine rağmen, önerilerinin siyasi etki gücü göreceli olarak daha zayıf kalmaktadır. Çalışanların ve işverenlerin temsilcileri, Üçlü Ekonomik ve Sosyal Konsey'de hükümet temsilcileriyle bir araya gelmekte, ancak yasama sürecine devam edebilmek için tarafların karşılıklı anlaşmalarına gerek bulunmamaktadır.

Meslek örgütleri sağlık profesyonellerinin kayıtlarını tutmakta ve lisanslarını düzenlemekte veya iptal etmektedirler. İlaveten sağlık kurumlarının yönetiminin izlenmesinde iş birliği yapmaktadırlar ve sağlık mesleği ile ilgili etik konular hakkında görüş bildirmektedirler. Bu örgütlere üyelik zorunlu tutulmamaktadır.

2 – SAĞLIK HİZMETİNİN FINANSMANI

Sistemin ana gelir kaynakları, çalışanlardan ve işverenlerden, serbest meslek sahiplerinden, gönüllü işsizlerden alınan primlerden, kar paylarından ve devlet tarafından desteklenen görece ekonomik olarak daha zor durumda olan dezavantajlı gruplar adına (emekliler, öğrenciler (26 yaşa kadar - doktora öğrencileri 30 yaşa kadar), engelliler, bakmakla yükümlü olunan çocuklar, (3 yaşına kadar çocuğu olan kişiler vb. devletin ödemiş olduğu katkı paylarından oluşmaktadır. Devletin bu kişiler adına ödemiş olduğu katkılar, dolaylı ve dolaysız vergiler yoluyla Bakanlık tarafından karşılanmaktadır.

Ülkede ayrı bir şekilde yapılandırılmış geri ödeme kurumu bulunmamaktadır. Zorunlu sağlık sigortası primleri, sağlık sigortası şirketleri tarafından toplanmakta, yönetilmekte ve risk uyum programı doğrultusunda yeniden dağıtılmaktadır. Bu program yaş, cinsiyet, ekonomik aktivite ve ilaç maliyet gruplarına (maliyetli kronik hastalıklar) göre düzenlemektedir. Merkezi hükümet bütçesi ile Sağlık Bakanlığı ve diğer ilgili sağlık kurumları finanse edilmektedir.

Çalışanların brüt gelirleri üzerinden %14 tutarında zorunlu sağlık sigortası primi alınmaktadır. Bu oranın %10'luk bölümü işverenler tarafından; %4'lük bölümü ise çalışanlar tarafından karşılanmaktadır. Engelli çalışanlar sigorta prim tutarının yarısını ödemektedirler.

Serbest meslek sahipleri, önceden belirlenmiş bir katsayıya bölünen gelir vergisi değerlendirme tabanının %14'ü tutarında prim ödemektedirler.

Çalışanlar ve serbest meslek sahipleri için azami değerlendirme esası, ulusal ekonomideki ortalama ücretin beş ile çarpılmasına bağlıdır. Asgari değerlendirme tabanı yalnızca serbest meslek sahipleri için belirlenir ve iki yıl önceki ulusal ortalama ücretin yarısına eşittir.

Gönüllü işsizler, çalışan bireylerle aynı katılım payını ödemekle yükümlüdür. Ancak, bu grup, %14 oranındaki primin tamamını kendileri ödemektedir.

Sağlık sigortası primleri devlet tarafından karşılanan kişiler için ise sağlık sigortası şirketlerine ortalama ücretin %3,2'si oranında prim yatırılmaktadır. Ancak bu oran sabit olmayıp, hükümet tarafından konjonktürel durumlara göre değiştirilebilmektedir. Ülkede ortalama ücret Ocak 2019 verilerine göre 1.273 € düzeyindedir. Buradaki primlerin kaynağı ülke genelinde toplanan dolaylı ve dolaysız vergilerdir. Toplam sağlık harcamaları içerisindeki pay ise %4 düzeyindedir.

OECD verilerine göre, toplam sağlık harcamaları içerisinde zorunlu sağlık sigortası harcamalarının oranı %77,5 iken; cepten yapılan sağlık harcamalarının oranı ise %19 düzeyindedir.

3 – GERİ ÖDEME SİSTEMİ

Slovak sağlık sistemi evrensel kapsam temelinde, temel teminat paketi doğrultusunda ülkede faaliyet gösteren üç özel sağlık sigortası şirketi (bir tanesi kamu, ikisi özel) aracılığıyla belirlenen yasal çerçeve içerisinde yürütülen ve ülkede ikamet eden (Sığınma talebinde bulunanlar ile Slovakya'da çalışan, okuyan veya iş yapan yabancılar dahil) herkes için katılımın zorunlu olduğu bir sağlık sigortası sistemidir. Her vatandaş, sosyal statüsü veya gelirinden bağımsız olarak sağlık hakkına sahiptir ve bu hak sahipliği Slovakya Anayasası tarafından garanti altına alınmıştır.

Ülkede nüfusun %95'lik bölümü sağlık sigortası kapsamı altında bulunmaktadır. Kalan nüfus ise çoğunlukla resmi olarak yurt dışında yaşayan ya da çalışan ve buldukları yerdeki sigortalılıklarından ötürü kapsam dışında kalan kişilerden oluşmaktadır.

Vatandaşlar sağlık sigortası primlerini, seçtikleri ve bağlı oldukları sigorta şirketlerine ödemek zorundadırlar. Ödememeleri durumunda sadece acil hallerde sağlık hizmetlerinden faydalanabilmektedir. Eğer bir şekilde acil durum dışında tedavi alınırsa, ortaya çıkacak masraflar kendilerinden talep edilmektedir.

Slovak vatandaşların yanı sıra, başka bir ülkede sağlık sigortası olanlar hariç, ülkede çalışan, uzun süreli ikamet eden veya öğrenci olan yabancılar ile sığınmacılar da sağlık sigortası sistemi kapsamı altındadırlar ve mevzuatta belirtilen şartlar doğrultusunda sağlık hizmetlerinden faydalanmaktadır.

Avrupa Birliği yönetmelikleri ve direktifleri doğrultusunda, acil kapsamında olmayan tedaviler için Slovak vatandaşların belirtilen şartlar altında, diğer Avrupa Birliği ülkelerinden alacakları tedavileri karşılanmaktadır. Bu şartlar: (1) sağlık sigortası şirketinden alınacak ön onay, (2) sağlık açısından iyileşme beklentisi, (3) ülkede tedavi yetersizliği ve (4) sağlık hizmet sunucularında kapasite yetersizliği. Acil hallerde ise Avrupa Birliği içerisinde veya dışında yer alan bir ülkede alınacak sağlık hizmeti ise kapsam dahilinde karşılanmaktadır.

Ayakta bakım hizmetlerinde, birinci basamak sağlık hizmetleri için ödeme mekanizması kişi başına ödeme ve hizmet başına ödemenin bir birleşiminden oluşmaktadır. Ayakta bakımda uzman hekim tedavisinde ise hizmet başına ödeme yöntemi kullanılmaktadır. Birinci basamakteki hekimler ve uzmanlar, örneğin hastalardan olumlu geribildirim aldığı veya rasyonel olarak reçete yazdıklarında, sağlık sigorta şirketlerinden ek mali ödüller alabilmektedirler.

Yatarak bakım hizmetleri için, Tanı İlişkili Gruplar (DRG-Diagnosis-RelatedGroup) ödeme sistemi uygulamasına ilişkin proje çalışmaları (sanal olarak) 2017 yılında başlatılmıştır (Alman DRG sistemi baz alınarak). Bununla birlikte, düşük veri kalitesi ve kodlayıcıların deneyimsizliği nedeniyle ve hastanelerin yetersiz finansman olasılığını önlemek için çeşitli güvenlik önlemleri alınmıştır. Sağlık sigortası şirketleri, her bir hastane için ayrı ayrı baz oranlar, çift kodlama (eski ve DRG kodlaması) - eski kodlama ile bağlantılı ödeme-, güvenli aralıklar (örneğin eski dönem ödemelerinin +/- %10'u) ve DRG raporlamasına bağlı olan global bütçeleri uygulamaya koymuşlardır. 2018 itibarıyla, tüm sağlık sigortası şirketleri önceki ödemelere ve DRG raporlamasına dayanan global bütçeleri uygulamaya koymuşlardır. Ülkede, gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra, DRG sisteminin birleşik ulusal baz oranını kullanarak faaliyete geçmesi hedeflenmektedir. Proje tamamlanana kadar geri ödemeler eski ödeme planı aracılığıyla yapılmaya devam etmektedir. DRG sisteminin uygulanmasında en fazla sorumluluğu olan kurum ise Sağlık Hizmetleri Gözetim Kurumudur.

Bazı belirlenmiş durumlar haricinde (ayakta psikiyatrik tedaviler, kronik tedaviler, kaza ve acil haller vb.), sigortalılar kendi seçtikleri (bağlı olduğu sigorta şirketi ile sözleşmesi olan) pratisyen hekimin sevgiyle uzman hekime veya hastaneye gidebilmektedirler. Sevk uygulaması, değişim kartı adıyla 2008 yılında uygulanmaya başlamıştı. 2010 yılında kaldırıldıktan sonra 1 Nisan 2013 tarihinde sevk uygulaması yeniden başlatılmıştır. Sigortalılar gidecekleri hastaneyi seçme konusunda da serbesttirler. Burada da yine sigorta şirketinin o hastane ile sözleşmesi olmak zorundadır. Sevk uygulaması pratisyen hekim sayısının az olduğu bölgelerde etkin bir şekilde uygulanamamakta ve hastalar genellikle bir cezaya maruz kalmadan doğrudan uzman hekimler tarafından tedavi edilmektedirler. Bu durum, 2019 yılı verilerine göre Slovakya'yı Avrupa Birliği içerisinde kişi başına en fazla ayakta tedavi konsültasyonuna sahip ülke konumunda yer almasına sebep olan nedenlerden biri olarak gösterilmektedir. Hükümet bu sorunun önüne geçebilmek için 2014 yılında kırsal bölgeler için "Mesken Programı" adı altında eğitim programları başlatarak her yıl 100-150 doktorun eğitimmesini ve açık olan bölgeleri telafi etmeye çalışmaktadır.

Katılım Payları ve Cepten Ödemeler

Slovakya' da OECD verilerine göre cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı %19'dur.

Ülkede cepten yapılan sağlık harcamaları esasen;

1. Reçeteli ilaçlar ve tıbbi cihazlar için ödenen katılım paylarından (reçete başına 0,17 €) (geri ödeme listesinde yer alan tıbbi ürünlerin yaklaşık %40'ından katılım payı alınmamaktadır),
2. Stomatoloji tedavisi (normal/rutin diş tedavileri sağlık sigortası kapsamı dahilindedir ve karşılanmaktadır), kaplıca tedavisi (günlük 1,70 € - 7,30 € arasında değişmektedir) vb. çeşitli sağlık hizmetlerinden alınan kullanıcı ücretlerinden;
3. OTC ilaçları için yapılan doğrudan ödemelerden;

4. Standart üstü veya imtiyazlı tedaviler için yapılan harcamalardan;
5. Bazı standart harcamalardan (ambulans için: 0,07 €/km; ilk yardım hizmetleri için: 1,99 €; hastanede kalış süresince refakatçiler için: 3,32 €) oluşmaktadır.

Ayakta ve yatarak tedaviler için sigortalılardan katılım payı alınmamaktadır. Ayrıca engelli hastaların ulaşımından, kronik diyaliz hastalarından, kardiyovasküler cerrahi veya kanser tedavisi alan hastalardan da katılım payı vb. ad altında hiçbir şekilde ücret alınmamaktadır.

Ülke de tıbbi ürünler için hastalardan alınan katılım payı, tıbbi ürünün belirli bir yüzdesi baz alınarak değil, sağlık politikası ve sağlık kurullarının kararlarına göre fiyat farkları doğrultusunda belirlenmektedir. Burada geri ödeme listelerinde yer alan fiyatlar ile tıbbi ürünün kendi fiyatı baz alınmaktadır. Yani, ürün için sağlık sigortası kapsamında geri ödemesi yapılacak tutar ile ürünün (referans) fiyatı arasındaki fark, eğer varsa, katılım payı olarak hastadan alınmaktadır (Ör: 100 € değerindeki bir ilaç için geri ödenecek tutar 90 € olarak belirlendiyse, hastalardan alınacak katılım payı 10 € olarak ödenmektedir). Ancak uygulamada ilaç için hastalardan alınan katılım payı için ortalama oran genelde %10 ile %14 arasında değişmektedir. Ancak yukarıda da değinildiği gibi geri ödeme listesindeki ürünlerin yaklaşık %40'ından katılım payı alınmamaktadır. Ülkede katılım paylarına ilişkin genel prensip bu şekilde iken, yasal düzenlemeler doğrultusunda bazı dezavantajlı grupları koruyucu uygulamalar da mevcuttur. Emeklilerden, engellilerden ve çocuklardan alınacak olan ilaç katılım payına bu doğrultuda sınırlamalar getirilmiştir. Her bir çeyrek yıl için, emekliler en fazla 30 €, engelli bireyler en fazla 12 € ve 6 yaşına kadar olan çocuklar en fazla 8 € katılım payı ödemektedirler. 6 yaşına kadar olan engelli çocuklar ise katılım payından muaftırlar.

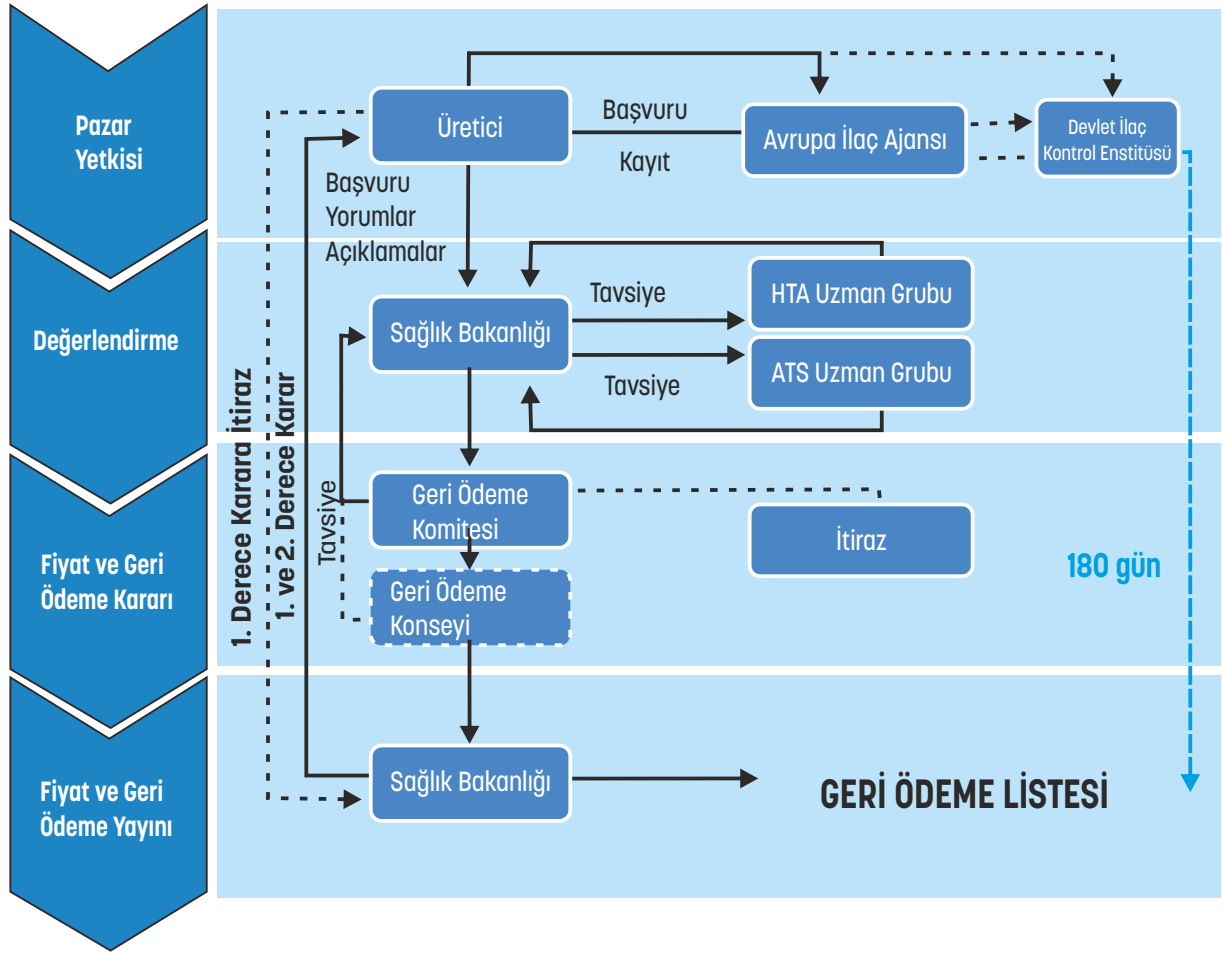
İlaçlara uygulanan KDV oranındaki artış, reçetesiz ilaçlara ve eczanelerde sunulan yeni ürünlere yapılan daha yüksek harcama tutarları, özel sağlık hizmet sunucularına artan talep ve standart olmayan sağlık hizmetleri için farklı ücretlerin artması gibi nedenler dolayısıyla sigortalılar tarafından yapılan cepten ödemeler artmaktadır.

İlaç ve Tıbbi Cihaz Geri Ödeme Sistemi

Slovakya' da ilaçlar piyasa girmeden önce Avrupa İlaç Ajansı veya ulusal düzeyde Devlet İlaç Kontrolü Enstitüsü tarafından ruhsatlandırılmak zorundadır.

Sağlık sigortası tarafından ilaçların geri ödemesinin yapılıp yapılmayacağına karar verme yetkisi Sağlık Bakanlığı ve Geri Ödeme Komitesindedir. Karar, ilacın değerlendirmesinden sonra alınmaktadır. Benzer bir işlem tıbbi cihazlar ve tıbbi amaçlı diyet gıdaları için de uygulanmaktadır. Sağlık Bakanlığı, geri ödemesi tamamen veya kısmen yapılacak ya da yapılmayacak olan ilaçların, tıbbi cihazların ve diyet ürünlerinin listesini (ve sigortalı tarafından ödenecek katılım payı tutarlarını vs.) ve ayrıca öncelikli veya öncelikli olmayan hastalıklar listesini tanımlayarak sağlık sigortası tarafından sağlanan sağlık hizmetleri kapsamını merkezi olarak düzenlemektedir.

Şekil 2: İlaç ve Tıbbi Cihazların Geri Ödeme Kapsamına Alınma Süreci



Kaynak: ScienceDirect - Drug Policy in Slovakia
[https://www.valuehealthregionalissues.com/article/S2212-1099\(17\)30049-3/pdf](https://www.valuehealthregionalissues.com/article/S2212-1099(17)30049-3/pdf)

Geri ödeme sürecinde ilk olarak, ilacı pazarlama yetkisi bulunan üretici, etkinlik, güvenlik ve farmakoekonomik veriler dahil olmak üzere ilaçla ilgili karşılaştırmalı verileri Sağlık Bakanlığına sunmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın tavsiyeleri doğrultusunda ilaç, maliyet minimizasyonu, maliyet etkinliği ve maliyet-fayda analizi kullanılarak değerlendirilir. Fayda ve maliyetler için iskonto oranı %5 olarak belirlenmiştir. Uygun maliyetli yeni bir teknolojinin önerilen eşiği, sağlık durumu iyileştirme birimi başına önceki iki yılın ortalama aylık ücretinin 24 katı olarak belirlenmiştir ve bu nedenle QALY başına daha düşük maliyetli ilaçlar maliyet etkin olarak kabul edilir. Buna karşılık, sağlık durumu iyileştirme birimi başına önceki iki yılın ortalama aylık ücretinin 35 katını aşan ilaçlar uygun maliyetli olarak kabul edilmez. QALY aralığı bu iki oran arasında olan ilaçlar daha fazla değerlendirmeye tabi tutulmaktadır.

İkinci olarak, her bir ilaç, Bakanlığın 22 uzman çalışma grubundan biri tarafından anatomik ve terapötik sınıflandırmaya göre değerlendirilmektedir. Çalışma grupları tarafından yapılan değerlendirmeler, her bir ilacın etkinliği, güvenliği, önemi üzerine yapılmaktadır. Aynı bir çalışma grubu (HTA çalışma grubu) ise ilacın farmakoekonomik özelliklerini değerlendirmektedir. Ülkede HTA üzerine çalışan ayrı bir kurum yoktur; HTA'ya yönelik değerlendirmeler Bakanlığın bu birimi tarafından yürütülmektedir. Uzman çalışma grupları tarafından üretilen sonuçlar, Tıbbi Ürünler için Geri Ödeme Komitesinin kararları için çerçeve görevi görmektedir. Komitenin, 3 üyesi Sağlık Bakanlığı temsilcisi, 5 üyesi sağlık sigortası şirketlerinin temsilcisi ve 3 üyesi de akademik kurul olmak üzere 11 üyesi bulunmaktadır.

Son olarak Komite, ürünün geri ödeme kapsamına alınması (fiyatı, maksimum geri ödeme tutarı, hasta katılım payı ücretleri, reçete sınırlamaları, endikasyon sınırlamaları vs. belirterek), alınmaması, listeden çıkarılması veya statüsünün değiştirilmesi konularında karar almaktadır (bu süreç ilk başvurudan itibaren yaklaşık altı ay sürmektedir). Bu kararlar Bakanlığın internet sitesinde yayımlanmakta ve başvuru sahiplerinin bu kararlara karşı itiraz hakları bulunmaktadır. Geri ödeme listeleri Sağlık Bakanlığı tarafından her ay yayımlanmakta ve her üç ayda bir olmak üzere yılda dört defa güncellenmektedir.

Slovakya, ilaç için referans fiyatlandırma sistemini uygulamaktadır. Geri ödemeye alınan ilacın fiyatı, fabrika çıkış fiyatı bazında Avrupa Birliği üyesi ülkelerdeki en düşük üç fiyatın ortalamasını geçmemektedir. Sağlık sigortası kapsamına girmeyen reçeteli/reçetesiz ilaçların fiyatlarında düzenleme yapılmamaktadır. Belirli durumlarda Geri Ödeme Komitesi, farklı uygulama şekline ve doz başına farklı aktif madde miktarına sahip ilaçlar için ayrı bir referans grubu oluşturmaya karar verebilmektedir.

Tıbbi cihaz geri ödeme düzenlemeleri de ilaç geri ödeme süreci ile aynı şekilde değerlendirmeye tabi tutulmaktadır. Yani, tıbbi cihazın pazarlama yetki sahibinin başvurusu, çalışma gruplarının değerlendirmesi ve Geri Ödeme Komitesi tarafından hazırlanan geri ödeme teklifi/kararı süreçleri izlenmektedir. Sağlık Bakanlığı bir düzenleyici olarak hareket etmektedir ve tıbbi cihaz üreticisinin/ithalatçısının ülke piyasasına girmesine izin verilen tanımlanmış fiyatı ortaya koymaktadır. Bu fiyat da aynı ilaç sürecinde olduğu gibi referans fiyatlandırma prensibine dayanmaktadır ve Avrupa Birliği üyesi ülkeler içerisindeki en düşük üç fiyatın ortalamasını geçmemektedir.

Gönüllü Sağlık Sigortası

Sağlık sistemi içerisinde sunulan teminat paketinin kapsamının geniş olması sebebiyle, ülkede gönüllü sağlık sigortası yaptıranların oranı çok düşük seviyede seyretmektedir. Sigorta aracılığıyla genel olarak, kaza veya hastalık durumları, yurtdışında yapılan tıbbi tedavilere ilişkin masraflar veya acil durumlarda dağ kurtarma hizmeti gibi masraflar karşılanmaktadır. Gönüllü sağlık sigortası piyasasının gözetimi Slovakya Ulusal Bankası'nın sorumluluğu altındadır.

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

2020 yılı verilerine göre, Slovakya'nın kişi başına düşen gayri safi yurtiçi hasılası (19.266 \$) Türkiye'nin (8.536 \$) 2 katından fazla seviyededir. Benzer şekilde, kişi başına düşen sağlık harcaması Slovakya'da 2.189 \$, Türkiye'de ise 1.267 \$ olarak gerçekleşmiş ve burada 2 kata yaklaşan bir fark ortaya çıkmıştır. Ancak Slovakya'da bu değer ülkemize göre yüksek olmasına rağmen yine de her iki ülke OECD ortalamasının oldukça altında kalmaktadır.

Ülkede doğuştan beklenen yaşam süresi ise, Türkiye ile kıyaslandığında kadınlarda neredeyse aynı iken, erkeklerde yaklaşık 1,5 yıl daha düşüktür.

Türkiye ile kıyaslandığında Slovakya'da 1.000 kişiye düşen doktor/hemşire/yatak sayıları daha yüksektir. Slovakya'da 2019 yılı itibarıyla 1.000 kişiye düşen doktor sayısı 3,6 iken, Türkiye'de 2,0; Slovakya'da 1.000 kişiye düşen hemşire sayısı 5,7 iken, Türkiye'de 2,4; Slovakya'da 1.000 kişiye düşen yatak sayısı ortalaması ise 5,8 iken, Türkiye'de 2,9'dur.

2019 OECD verilerine göre, Slovakya'da nüfusun %95'lik bölümü sağlık sigortası kapsamı altında bulunmaktadır. Kalan nüfus ise çoğunlukla resmi olarak yurt dışında yaşayan ya da çalışan ve buldukları yerdeki sigortalılıklarından ötürü kapsam dışında kalan kişilerden oluşmaktadır. Ülkemizde ise, aynı yıl verilerine göre, nüfusun %99'u sağlık sigortası kapsamında yer almaktadır. GSS sisteminden faydalanan kişi sayısı yüksek 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. Ülkemizde 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.

Slovakya' da sağlık sisteminin finansmanı esas olarak vatandaşlardan alınan primler ve vergiler yoluyla sağlanmaktadır. Ülkemizde de benzer şekilde sağlık sisteminin finansmanı genel olarak vatandaşlarımız tarafından ödenen primler ve toplanan primlerin 1/4'i tutarında devlet katkısı ile sağlanmaktadır.

Slovakya' da kurumsal olarak bir geri ödeme kurumu bulunmamaktadır. Sağlık primlerinin toplanması ve sağlık harcamalarının yapılması işlemleri, ülkenin yetkili organları tarafından oluşturulan yasal çerçeve ve mevzuat içerisinde, ülkede faaliyet gösteren birisi kamuya ait olmak üzere üç sağlık sigortası şirketi aracılığıyla yürütülmektedir. Sağlık Bakanlığı merkezi olarak ülkede uygulanacak sağlık politikalarını belirlerken, aynı zamanda vatandaşlara sunulacak ve sağlık sigortası şirketlerinin sorumlu olduğu temel teminat paketini ve kapsamını ortaya koymaktadır. Ülkemizde ise Sosyal Güvenlik Kurumu tek geri ödeme kurumu olarak hizmet vermektedir.

OECD verilerine göre ülkemizde 2020 yılında aylık asgari ücret yaklaşık 420 \$ iken; Slovakya' da bu tutar yaklaşık olarak 662 \$'dır.

Slovakya sağlık sistemi içerisinde zorunlu sevk zinciri uygulaması bulunmaktadır. Bazı belirlenmiş durumlar haricinde, sigortalılar pratisyen hekimin sevkiyle uzman hekime veya hastaneye gidebilmeleri öngörülmüştür. Ancak pratikte bu kural katı bir şekilde uygulanmamaktadır ve hastalar genellikle bir cezaya maruz kalmadan doğrudan uzman hekimler tarafından tedavi edilmektedirler. Bu durum, Slovakya' nın 2019 yılı verilerine göre Avrupa Birliği içerisinde kişi başına en fazla ayakta tedavi konsültasyonuna sahip ülke olmasına neden olan büyük etkenlerden biridir. Ülkemizde ise zorunlu sevk zinciri uygulaması bulunmamaktadır.

Slovakya' da ayakta ve yatarak tedaviler için sigortalılardan katılım payı alınmamaktadır. Ayrıca engelli hastaların ulaşımından, kronik diyaliz hastalarından, kardiyovasküler cerrahi veya kanser tedavisi alan hastalardan da katılım payı vb. ad altında hiçbir şekilde ücret alınmamaktadır. Ülkede tıbbi ürünler için hastalardan alınan katılım payı ise tıbbi ürünün belirli bir yüzdesi baz alınarak değil, geri ödeme listesinde yer alan fiyat ile ürünün kendi fiyatı arasındaki fark doğrultusunda belirlenmektedir. Uygulamada tıbbi ürünler adına hastalardan alınan katılım payı için ortalama oran genelde %10 ile %14 arasında değişmektedir. Ancak geri ödeme listesindeki ürünlerin yaklaşık %40'ından katılım payı alınmamaktadır. Ayrıca ülkedeki bazı dezavantajlı gruplar için farklı bir katılım payı düzenlemesi mevcuttur. Bu kapsamda, yılın her bir üç aylık dönemi için, emekliler en fazla 30 €, engelli bireyler en fazla 12 € ve 6 yaşına kadar olan çocuklar en fazla 8 € katılım payı ödemektedirler. 6 yaşına kadar olan engelli çocuklar ise katılım payından muafırlar. Ülkemizde 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, 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. 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, Slovakya ve OECD üyesi ülkelerin ortalama verilerinin kıyaslamasına aşağıda tablo olarak yer verilmiştir.

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

	SLOVAKYA	TÜRKİYE	OECD
Nüfus, (2020)	5.457.873	84.339.067	-
Kişi başına düşen GSYİH, (\$), (2020)	19.266	8.536	-
Asgari ücret tutarı, (\$), (2020), (aylık)	662	420	-
Cari harcamalarının GSYİH' ye oranı, (%), (2019)	6,9	4,3	8,8
Kişi başına düşen sağlık harcaması, (\$), (2019)	2.189	1.267	4.087
Kişi başına düşen ilaç harcaması, (\$), (2019)	535	-	571
Doğuşta beklenen yaşam süresi kadın, Doğuşta beklenen yaşam süresi erkek, (yıl), (2019)	81,2 74,3	81,3 75,9	83,6 78,3
Sigorta tarafından kapsanan nüfus oranı, (%), (2019)	95	99*	98
1.000 Kişiye düşen doktor sayısı, 1.000 Kişiye düşen hemşire sayısı, 1.000 Kişiye düşen yatak sayısı, (2019)	3,6 5,7 5,8	2,0 2,4 2,9	3,6 8,8 4,4
Toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı, (%), (2019)			
1- Kamu sağlık harcaması oranı, (%)	80	77	74
Merkezi hükümet/bölgesel, yerel yönetimler sağlık harcaması oranı, (%)	2,5	23	35
Sosyal sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	77,5	54	39
2- Cepten yapılan sağlık harcaması oranı, (%)	19	17	20
3- Gönüllü sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	0	3	5
4- Diğer harcamaların oranı, (%) **	1	2	1
Hanehalkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı, (%), (2019)	2,4	1,3	3,1

* SGK verilerine göre 2022 yılı itibarıyla %98,6 dir.
** Ülkede geçici olarak ikamet edenlere ait sağlık harcamaları

KAYNAK:

1. Health at a Glance 2021 OECD Indicators
5. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD>, Erişim Tarihi: Nisan 2022
6. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?view=map>, Erişim Tarihi: Nisan 2022
7. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=RMW>, Erişim Tarihi: Nisan 2022

KAYNAKLAR

1. <http://www.region-bsk.sk/EN/article/about-slovakia-about-slovakia.aspx>
2. <http://worldpopulationreview.com/countries/>
3. <http://www.udzs-sk.sk/web/en>
4. <https://www.missoc.org/missoc-database/comparative-tables/results/>
5. Health at a Glance: Europe 2018
https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2018_healthatglance_rep_en.pdf - Health at a Glance: Europe 2018
6. <https://www.hspm.org/countries/slovakia24102017/countrypage.aspx>
7. DrugPolicy in Slovakia -Science Direct
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212109917300493#f0005>
8. Slovak Republic - Country Health Profile - OECD
<https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9789264283541-en.pdf?expires=1553776039&id=id&accname=guest&checksum=18AAB784FAE24479803A6EFD7D7C6F61>





YUNANİSTAN SAĞLIK ve GERİ ÖDEME SİSTEMİ



ÖZET

Yunan sağlık sistemi devlet bütçesi, sosyal sigorta primleri ve özel ödemelerle finanse edilmektedir. Çalışanların sağlık sigortası prim oranı, gelirin %7,10'u olarak belirlenmiştir. Bu oran, iki kısımdan oluşmaktadır; sağlık yardımları için %6,45 ve nakit yardımlar için %0,65. Nüfusun neredeyse %100'ü kapsam altındadır.

Ulusal Sağlık Hizmetleri Tedarik Kurumu (EOPYY) sağlık hizmetlerinin tek alıcısı konumundadır. Özel sektörün büyük bir kısmı temel olarak birinci basamak ve ayakta tedavi hizmeti sağlamak için EOPYY ile sözleşme yapmaktadır.

Yunanistan'da, sağlık sistemi "özgür seçim" modeline dayanmaktadır; bu, her hastanın Ulusal Sağlık Sistemi veya EOPYY ile sözleşmeli herhangi bir sağlık hizmeti sunucusunu serbestçe seçebileceği anlamına gelmektedir. EOPYY, birleşik sağlık hizmetleri yasası (EKPY) kapsamında sağlık hizmet sunucuları ile sözleşmeleri müzakere eder.

Sağlık Teminat Paketi; tıbbi tedavi, tanı/laboratuvar/klinik testler, diş tedavisi, fizyoterapi, psikoterapi, ilaç, sarf, tıbbi cihazlar, hastane tedavisi, uzun dönemli bakım, yurtdışında tedavi ve aşılama programlarını içerir.

Eczanelerde genellikle tıbbi ürünlerin maliyetinin %25'i için katılım payı ödemesi yapılır. Kronik hasta ve hamile kadınlar gibi bazı hasta grupları ilaçları ücretsiz olarak alır ya da düşük bir ücret öderler.

ÜLKE TANITIMI

Ülkenin Demografik Özellikleri

Yunanistan, güney-doğu Avrupa'da, Balkan yarımadasının güney ucunda yer almaktadır. Ülke, büyük bir anakara ve 3.000'den fazla adadan oluşur. Ülkenin 2020 yılı itibariyle nüfusu yaklaşık 10,7 milyondur ve 2010 yılına göre %3,4 düşüş göstermiştir. Yabancı vatandaşlığa sahip toplam daimi ikamet eden kişi sayısı 912.000'dir ve toplam nüfusun yaklaşık %8,4'ünü oluşturmaktadır.

Yaş dağılımı 1990'ların sonlarından bu yana değişmiştir, 65 yaş ve üstü insanlar toplam nüfusun %21,5'ini temsil etmektedir. Bu demografik değişimin anahtar faktörleri düşük doğurganlık ve daha uzun ömürdür. Ayrıca, net göç, ekonomik krizin başlamasından bu yana olumsuz etkilenmiştir.

Ekonomik kriz 2010'dan bu yana Yunanistan'da ciddi bir etki yapmıştır ve gayri safi milli hasılasının dörtte birinden fazlasını kaybetmiştir. Bu ekonomik koşullar ışığında, ülke geniş çaplı tasarruflar uygulamıştır. Sağlık sektörü dahil, kamu harcamalarında önemli indirimler içeren tedbirler alınmıştır.

Yunanistan'da doğuştan beklenen yaşam süresi 1990'ların sonlarından bu yana artmaktadır ve 2019'da OECD ortalamasının biraz üzerinde gerçekleşmiştir. Kardiyovasküler hastalıklar ve kanser hem erkeklerde hem de kadınlarda en yaygın ölüm nedenleri arasında yer almaya devam etmektedir.

Nüfusu 2020 yılı itibariyle yaklaşık 10,7 milyondur. 2019 yılı verilerine göre doğuştan beklenen yaşam süresi erkeklerde 79,2, kadınlarda ise 84,2'dir.

2019 yılı itibariyle 1.000 kişiye düşen doktor sayısı 6,20 OECD ortalaması ise 3,6'dır. 1.000 kişiye düşen hemşire sayısı 3,40 OECD ortalaması ise 8,8'dir. 1.000 kişiye düşen yatak sayısı 4,20 OECD ortalaması ise 4,4'tür.

Ülkenin Sağlık Harcamaları

2019 yılı verilerine göre, nüfusun %100'ü sağlık sigortası kapsamındadır. Toplam sağlık harcamalarının gayri safi yurtiçi hasıla içindeki payı 2019 yılı itibariyle %7,8 olarak gerçekleşmiştir. OECD ortalaması %8,8'dir. Kişi başına düşen sağlık harcaması ise 2.319 \$ olarak gerçekleşmiştir. OECD ortalaması ise 4.087 \$ olarak gerçekleşmiştir.

2019 yılı itibariyle, hanehalkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı %4,1 olarak gerçekleşmiştir. OECD ortalaması ise %3,1 olarak gerçekleşmiştir.

2019 yılı itibariyle toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı incelendiğinde kamu harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı %60, cepten yapılan ödemelerin sağlık harcamaları içerisindeki payı %35, gönüllü sağlık sigortası harcamalarının payı %5 olarak gerçekleşmiştir.

Tablo 1: Ekonomi ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırılması

	YUNANİSTAN	OECD
Nüfus 2020	10.715.549	-
Kişi başına düşen GSYH, (\$), (2020)	17.623	-
Asgari ücret tutarı, (\$), (2020), (aylık)	866	-
Cari sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı, (%), (2019)	7,8	8,8
Kişi başına düşen sağlık harcaması, (\$), (2019)	2.319	4.087
Kişi başına düşen ilaç harcaması, (\$), (2019)	607	571
Doğuşta beklenen yaşam süresi kadın, Doğuşta beklenen yaşam süresi erkek, (yıl), (2019)	84,2 79,2	83,7 78,3
Sigorta tarafından kapsanan nüfus oranı, (%), (2019)	100	
1.000 Kişiye düşen doktor sayısı, 1.000 Kişiye düşen hemşire sayısı, 1.000 Kişiye düşen yatak sayısı, (2019)	6,2 3,4 4,2	3,6 8,8 4,4
Toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı, (%), (2019)		
1- Kamu sağlık harcaması oranı, (%)	60	74
Merkezi hükümet/bölgesel, yerel yönetimler sağlık harcaması oranı, (%)	29	35
Sosyal sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	31	39
2- Cepten yapılan sağlık harcaması oranı, (%)	35	20
3- Gönüllü sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	5	5
4- Diğer harcamaların oranı, (%) *	-	1
Hanehalkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı, (%), (2019)	4,1	3,1

* Ülkede geçici olarak ikamet edenlere ait sağlık harcamaları

KAYNAK:

1. Health at a Glance 2021 OECD Indicators
2. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?view=map>Erişim Tarihi: Nisan 2022
3. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD>Erişim Tarihi: Nisan 2022
4. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=RMW>, Erişim Tarihi, Nisan 2022

ÜLKENİN SAĞLIK ve GERİ ÖDEME SİSTEMİ

1- ORGANİZASYON YAPISI

1.1. Sağlık Sisteminin Yapısı ve Kurumları

Ulusal Sağlık Sistemi (ESY), doğrudan ve dolaylı vergi gelirleri aracılığıyla devlet bütçesi ve sosyal sigorta primleri tarafından finanse edilir. Ulusal sağlık sistemi, sağlık merkezleri ve devlet hastaneleri aracılığıyla hastane öncesi acil bakım, birinci basamak sağlık hizmeti, ayakta ve yatarak sağlık hizmeti sağlamaktadır. Kamu hastanelerinde ve sağlık merkezlerinde çalışan doktorlar tam zamanlı olarak çalışırlar. Kendi özel muayenelerinde çalışma izni verilmez. 2011'den bu yana, EOPYY sağlık hizmetlerinin tek alıcısı olmuştur. Özel sektörün büyük bir kısmı temel olarak birinci basamak ve ayakta tedavi hizmeti sağlamak için EOPYY ile sözleşme yapmaktadır.

Sağlık hizmetinin finansmanı, planlanması, yönetimi, düzenlenmesi ve sağlanmasından çok sayıda kurum sorumludur. Bu kurumlar aşağıda özetlenmiştir.

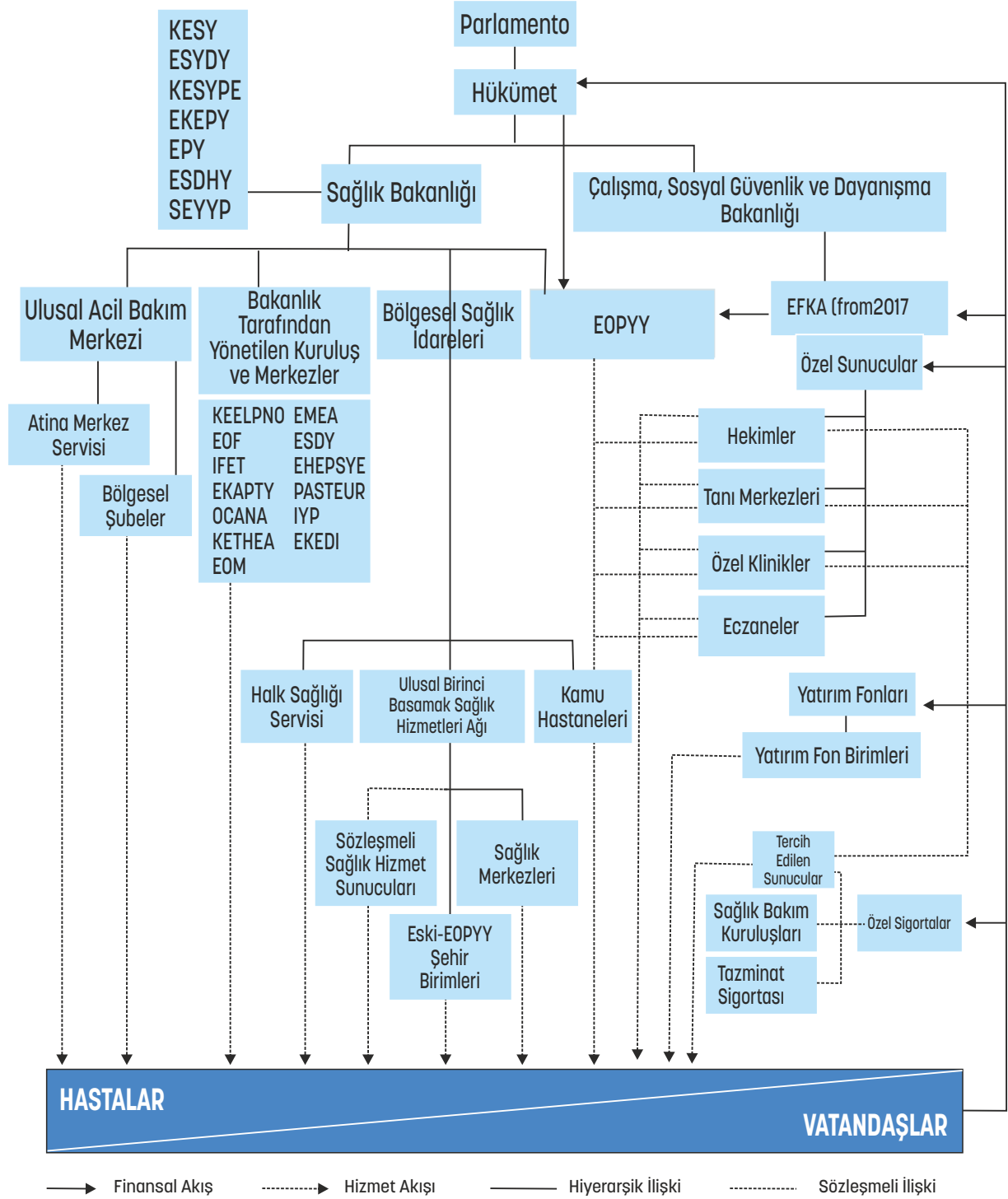
1.1.1. Sağlık Bakanlığı

Sağlık Bakanlığı, tüm vatandaşların kaliteli sağlık hizmetlerine ücretsiz ve eşit erişimi gibi ulusal sağlık sisteminin genel amaçlarını ve temel ilkelerini sağlamaktan sorumludur. Bakanlık, sağlık politikasına, ulusal sağlık stratejilerinin genel olarak planlanması ve uygulanmasına ilişkin kararlar alır. Ulusal düzeyde öncelikleri belirler, faaliyetler için fon kaynaklarını tanımlar ve ilgili kaynakları tahsis eder, yasal çerçevede değişiklikler önerir ve yasa ve reformların uygulanması görevini yerine getirir.

Bakanlığın bazı sorumlulukları bölgesel sağlık otoritelerine devredilse de ulusal sağlık sisteminin düzenlenmesi, planlanması ve yönetimi ile özel sektörün düzenlenmesinde hâkim rol oynamaktadır. Ayrıca, EOPYY Sağlık Bakanlığı'nın denetimi altındadır.

Bakanlık üç genel müdürlük olarak düzenlenmiştir: Halk Sağlığı ve Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, İnsan Kaynakları ve İdari Destek Genel Müdürlüğü ve Finans Genel Müdürlüğü. Yönetim ve düzenlemeye çeşitli birimler katılmaktadır. Bakanlık ayrıca, aşağıda yer alan bir dizi kurum ve kuruluşu da denetlemektedir.

Şekil 1: Sağlık Sistemi Organizasyon Yapısı



KAYNAK:
<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits/full-list-of-country-hits/greece-hit-2017>

Hastalıkların Kontrolü ve Önlenmesi Merkezi (KEELPNO): Hastalıkların önlenmesi ve epidemiyolojik sürveyansın yanı sıra tüm bulaşıcı hastalıkların kontrolünden sorumludur.

Ulusal İlaç Kurumu (EOF): İlaçların değerlendirilmesinden ve pazar yetkilendirilmesinden sorumludur.

Tıbbi Araştırma ve Teknoloji Enstitüsü (IFET): İlaç pazarın istatistiksel analizinden ve ilaçların dağıtımından sorumludur.

Ulusal Sağlıkta Kalite ve Teknoloji Değerlendirme Merkezi (EKAPTY): Tıbbi cihazlarda sertifikalandırma, kalite, kontrol ve araştırmadan sorumludur.

Uyuşturuculara Karşı Mücadele Kurumu (OKANA): Madde bağımlılığı ile mücadele politikalarının planlanmasından, koordinasyonundan ve uygulanmasından sorumludur.

Bağımlı Bireyler Terapi Merkezi (KETHEA): Alkol, kumar ve internet dahil olmak üzere bağımlı kişilere yardım sağlamaktadır.

Ulusal Kan Bağışı Merkezi (EKEA): Kan nakline ilişkin bilimsel ve idari organdır.

Ulusal Organ Nakli Kurumu (EOM): Nakillerin doğru şekilde kullanılmasını sağlamaktan sorumludur.

Ulusal Halk Sağlığı Okulu (ESDY): Sağlık çalışanlarının lisansüstü eğitiminden sorumludur.

Yunan Ruh Sağlığı ve Araştırma Merkezi (EKEPSYE): Ruh sağlığı hizmetlerinin araştırılmasından, sağlanmasından ve koruyucu önlemlerin alınmasından sorumludur.

Helen Pasteur Enstitüsü: Bulaşıcı, otoimmün ve nörodejeneratif hastalıkların araştırılmasından, patogenezin anlaşılmasından ve yeni terapötik stratejilerin geliştirilmesinden sorumludur.

Çocuk Sağlığı Enstitüsü (IYP): Çocuklarla ilgili araştırma, eğitim ve koruyucu faaliyetlerden sorumludur.

Ulusal Diyabet Merkezi (EKEDI): Diyabet ile ilgili araştırmalar yapmak, önleme faaliyetleri yürütmek ve tedavilerin izlenmesi ve koordinasyonundan sorumludur.

Yunanistan DRG Enstitüsü (ESAN): Uluslararası tanı ilişkili gruplara dayanarak hastane tıbbi prosedürlerinin maliyetini ölçmek için şeffaf, adil, geçerli ve güvenilir bir sistem geliştirmek ve uygulamak amacıyla kurulmuştur.

Ulusal Sağlık Operasyon Merkezi (EKEPY): Acil durumlara cevap vermekten sorumlu kurumları ve halk sağlığını tehdit eden olayları koordine eder.

Ulusal Sağlık Merkezi İhale Kurumu (EKAPY): Sağlık sektöründe ulusal tedarik politikasından ve kamu sağlık kurumlarına yıllık ürün ve hizmet temininden sorumludur.

1.1.2. Diğer Bakanlıkların Rolü

Çalışma, Sosyal Sigorta ve Dayanışma Bakanlığına bağlı Birleşik Sosyal Güvenlik Fonu (EFKA) aracılığıyla sigorta primleri toplanmakta ve sağlık sigortasına karşılık gelen kısmı EOPYY'ye aktarılmaktadır.

Milli Savunma Bakanlığı 14 askeri hastanenin sahibi ve işletmecisidir. Bu hastaneler ve personeli, ulusal sağlık sistemi dışında yer aldıkları için özel bir statüye sahiptir. Bununla birlikte, Atina ve Selanik' teki askeri hastaneler 2011'den bu yana sivilere hizmet vermektedir ve acil durum rotasyon sistemine katılmıştır.

Maliye Bakanlığı ulusal bütçeyi hazırlar ve kontrol eder. Sağlık sistemine tahsis edilecek kaynak miktarına karar verir. Ayrıca, EOPYY bütçesindeki herhangi bir açığı kapatmaktan da sorumludur.

1.1.3. Ulusal Sağlık Hizmetleri Tedarik Kurumu (EOPYY)

EOPYY bağımsız bir kamu kuruluşudur. Sağlık Bakanlığı'nın denetimi altında çalışır. Sağlık hizmetlerinin tek alıcısı durumundadır. Sağlık hizmeti sunucuları ile yapılacak sözleşmeler için gerekli ön koşulları belirler.

1.1.4. Bölgesel ve Yerel Otoriteler

Bölgesel ve yerel yönetimlerin sağlık hizmeti planlama, organizasyon ve sunumdaki rolü sınırlı kalmıştır; belediyelere daha fazla sorumluluk devretme girişimleri tam olarak yerine getirilmemiştir. Bölgesel ve yerel yönetimler, sağlık politikalarını bölgesel düzeyde uygulamak için güç ve ekonomik kaynakların bulunmaması nedeniyle ikincil planda kalmışlardır. Bölgesel ve yerel otoritelerin rolleri kamu yeni doğan ve çocuk merkezlerinin ve yaşlanan nüfus için gündüz bakım merkezlerinin işletilmesi ve evde yardım gibi belirli sosyal yardım programlarının uygulanması ile sınırlıdır.

1.2. Üçüncü Taraf Ödeyicilerin Düzenlenmesi ve Yönetimi

EOPYY, devlet bütçesi ve özel sağlık sigortası, Yunan sağlık sisteminde üçüncü taraf ödeyicilerdir. EOPYY, Yönetim Kurulu Başkanı da dahil olmak üzere dördü Sağlık Bakanlığı tarafından atanan dokuz üyeli bir Yönetim Kurulu tarafından yönetilmektedir.

Bakan, fonun bütçesini onaylama ve hesaplarını kontrol etme yetkisi gibi önemli denetim yetkilerine sahiptir. Ayrıca, teminat paketinde niteliksel veya niceliksel iyileştirmeler yapmak gibi önemli idari kararlar için de Bakan onayının alınması gerekmektedir. EOPYY'nin ana finansal kaynakları çalışanlardan, işverenlerden ve emeklilerden gelen katkılardır. Ancak, büyük açıklar vermesi nedeniyle, EOPYY devlet bütçesinden transfer almaktadır.

1.3. Sağlık Hizmeti Sunumunun Düzenlenmesi ve Yönetimi

Birinci basamak sağlık birimleri, kırsal sağlık merkezleri ve ayakta tedavi tesisleri ulusal birinci basamak sağlık hizmetleri ağına dahil edilmiştir.

Yunan hastaneleri dört kategoriye ayrılabilir (Yasal türlerine bağlı olarak):

Kamu hukuku kuruluşları: Sağlık Bakanlığı'nın yetki alanına giren ve ilgili bölgesel sağlık otoritesi yöneticisine karşı sorumlu olan özerk vekendi kendini yöneten kuruluşlardır. (Ulusal sağlık sistemi hastaneleri ve üniversite hastanelerini kapsar.)

Özel hukuk kuruluşları: Hayır kurumları tarafından inşa edilmiş ve Sağlık Bakanlığı gözetiminde faaliyet gösteren ve kar amacı gütmeyen kuruluşlardır.

Özel klinikler: Doktorların genellikle hissedar oldukları limited şirket şeklinde faaliyet gösteren ve kar amacı güden kuruluşlardır.

Özel statülü hastaneler: Askeri personelin ihtiyaçlarını karşılamak için Savunma Bakanlığına bağlı olarak çalışan askeri hastaneler ve Adalet, Şeffaflık ve İnsan Hakları Bakanlığınabağlı olarak faaliyet gösteren mahkumlara hizmet veren hastanelerdir. Özel durumdaki hastaneler dışında, hastaneler için yasal düzenleme, genellikle Sağlık Bakanlığı yetkisindedir.

Ulusal Kalite Altyapı Sistemi (ESYP): sağlık hizmetlerinin kalitesinin izlenmesinden ve tıbbi tesislerin akreditasyonunu ve sertifikalandırılmasından sorumludur. Yunan Akreditasyon Sistemi, test ve kalibrasyon laboratuvarları ve klinik laboratuvarlar dahil olmak üzere çeşitli kuruluşlara akreditasyon hizmetleri sunar.

2010'dan beri 400'den fazla yatak kapasiteli her devlet hastanesinde bir kalite komitesi kurulmuştur. Komitenin rolü, hizmet kalitesinin iyileştirilmesi için akreditasyon prosedürlerini hayata geçirmektir.

1.4. Sağlık Hizmetlerin ve Tıbbi Ürünlerin Düzenlenmesi

2011 yılında, EOPYY' nin oluşmasıyla birlikte, çeşitli sosyal sağlık sigorta fonlarının teminat paketleri, Entegre Sağlık Bakım Yönetmeliği (EKPY) kapsamında tek bir geri ödeme planında standartlaştırılmıştır. EOPYY' nin Yönetim Kurulu, dahil edilecek veya hariç tutulacak ürün ve hizmetleri teklif etmekten sorumludur. Nihai kararı veren Sağlık Bakanığıdır.

1.5. İlaçların Düzenlenmesi ve Yönetilmesi

İlaç politikasının planlanmasından ve uygulanmasından Sağlık Bakanığı sorumludur. İlaçların fiyatlandırılması, değerlendirilmesi ve pazarlanması için yetkili makam, Sağlık Bakanığına bağlı bir kamu kuruluşu olan Ulusal İlaç Kurumu' dur. Ulusal İlaç Kurumu ayrıca pazarlama sonrası ürün kalitesi, güvenliği ve etkinliğinin yanı sıra ürün üretim prosedürlerini ve klinik çalışmalarını da izlemektedir.

Geri ödeme kapsamındaki ilaçların fiyatlandırılması, sağlık teknolojisi değerlendirme prosedürüne değil, AB Üye Devletlerinde en düşük üç fiyatın ortalaması olarak belirlenen dış referans fiyatlandırma sistemine dayanmaktadır.

Katılım payı, hayati tehlike oluşturan hastalıklar için%0, kronik hastalıklar için%10 ve diğer tüm hastalıklar için%25 oranında uygulanır. Bir ilacın perakende fiyatının geri ödeme fiyatından daha yüksek olması durumunda, hastalar ayrıca perakende fiyat ile geri ödeme fiyatı arasındaki fark için ödeme yaparlar. Her doktor için reçete bütçeleri uzmanlık alanına, hasta sayısına ve coğrafi bölgeye göre belirlenir.

Tablo:2 Sağlık Hizmet Sunucularının Düzenlenmesine Genel Bakış

	PLANLAMA	LİSANSLAMA/ AKREDİTASYON	FİYATLANDIRMA/TARİFE AYARLAMA	KALTE GÜVENCESİ	SATIN ALMA/ FİNANSMAN
Halk Sağlığı Hizmetleri	-Sağlık Bakanlığı -Ulusal Halk Konseyi	-Sağlık Bakanlığı	Uygulanmaz	-Ulusal Kalite Altyapı Sistemi	-Sağlık Bakanlığı
Ayakta Tedavi (Birinci Basamak Uzman Bakımı)	-Bölgesel Sağlık Otoriteleri -Ulusal Birinci Basamak Sağlık Hizmet Ağı -Ulusal Sağlık Hizmetleri Tedarik Kurumu	-Sağlık Bakanlığı -İdari Bölgeler -Ulusal Sağlıkta Kalite ve Teknoloji Değerlendirme Merkezi	-Sağlık Bakanlığı -Ulusal Sağlık Hizmetleri Tedarik Kurumu	-Ulusal Kalite Altyapı Sistemi	-Ulusal Sağlık Hizmetleri Tedarik Kurumu -Özel Sigorta Planları
Yatarak Tedavi Hizmetleri	-Sağlık Bakanlığı -Bölgesel Sağlık Otoriteleri -Diğer Bakanlıklar (Hastanelerin Yasal Statüsüne Bağlı Olarak)	-Sağlık Bakanlığı -İdari Bölgeler -Ulusal Sağlıkta Kalite ve Teknoloji Değerlendirme Merkezi	-Sağlık Bakanlığı -Ulusal Sağlık Hizmetleri Tedarik Kurumu -Özel Sigorta Planları (Özel Hastaneler İle Görüşmeler)	-Ulusal Kalite Altyapı Sistemi	-Ulusal Sağlık Hizmetleri Tedarik Kurumu -Özel Sigorta Planları
Diş Tedavi Hizmetleri	—	-İdari Bölgeler -Ulusal Sağlıkta Kalite ve Teknoloji Değerlendirme Merkezi	-Sağlık Bakanlığı -Ulusal Sağlık Hizmetleri Tedarik Kurumu	-Ulusal Kalite Altyapı Sistemi	-Ulusal Sağlık Hizmetleri Tedarik Kurumu
İlaçlar ve Diğer Dayanaksız Medikal Ürünler(Ayakta)	-Sağlık Bakanlığı -Ulusal İlaç Kurumu -Ulusal Sağlık Hizmetleri Tedarik Kurumu -Sosyal Sigortalar Elektronik Yönetimi	-Ulusal İlaç Kurumu -Ulusal Sağlıkta Kalite ve Teknoloji Değerlendirme Merkezi	-Sağlık Bakanlığı -Ulusal İlaç Kurumu -Ulusal Sağlık Hizmetleri Tedarik Kurumu	-Ulusal İlaç Kurumu	-Ulusal Sağlık Hizmetleri Tedarik Kurumu -Hasatolar Tarafından Katılım Payı -İlaç Firmaları ve Eczaneler Vastasıyla İndirimler ve Geri Alma
Uzun Dönemli Bakım	-Sağlık Bakanlığı -Bölgesel Sağlık Otoriteleri	-İdari Bölgeler	-Sağlık Bakanlığı -Ulusal Sağlık Hizmetleri Tedarik Kurumu	-Ulusal Kalite Altyapı Sistemi	-Ulusal Sağlık Hizmetleri Tedarik Kurumu
Personelin Üniversite Eğitimi	-Eğitim Bakanlığı -Araştırma ve Din İşleri	-Eğitim Bakanlığı -Araştırma ve Din İşleri -Helenik Kalite Güvence ve Akreditasyon Kurumu	Uygulanmaz	-Helenik Kalite Güvence ve Akreditasyon Kurumu	-Sağlık Bakanlığı -Eğitim Bakanlığı

KAYNAK:

<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits/full-list-of-country-hits/greece-hit-2017>

2- SAĞLIK HİZMETİNİN FİNANSMANI

2.1. Gelir Kaynakları ve Finansal Akışlar

Yunanistan sağlık sistemi, kamu kaynakları ve özel kaynaklar ile finanse etmektedir. 2017'den itibaren yeni kurulan Birleşik Sosyal Güvenlik Fonu (EFKA), daha önce var olan tüm bireysel sosyal güvenlik fonları adına katkı toplayan ana sosyal güvenlik fonu haline gelmiştir. EFKA, sigortalıları tüm risk ve durumlara karşı koruyarak, yaşlılık aylığı, maluliyet ve ölüm aylığı, emeklilik öncesi ve emeklilere sağlanan diğer faydaları, nakit hastalık yardımları, özel refah ödenekleri ve sorumlu olduğu diğer hizmetleri ve maddi yardımları sağlar. EFKA ayrıca, EOPYY adına sağlık sigortası katkılarını toplar ve EOPYY'ye aktarır.

Maaşlı çalışanların sağlık sigortası prim oranı, EFKA tarafından gelirin %7,10'u olarak belirlenmiştir. Bu oran, iki kısımdan oluşmaktadır: Sağlık yardımları için %6,45 (%2,15 sigortalı payı ve %4,30 işveren payı) ve nakit yardımlar için %0,65 (%0,40 sigortalı payı, %0,25 işveren payı)

Tablo 3: Aylık sosyal sağlık sigortası prim oranları

BİRLEŞİK SOSYAL GÜVENLİK FONU	PRİM ORANLARI (ÇALIŞAN BAĞIMSIZ, ÇALIŞAN EMEKLİ)	PRİM ORANLARI (İŞVEREN/DEVLET)
SİGORTALI ÇALIŞANLAR	Ücretin %2,15'i (sağlık yardımları) Ücretin %0,40'ı (nakit yardımlar)	Ücretin %4,30'u (sağlık yardımları) Ücretin %0,25'i (nakit yardımlar)
DEVLET MEMURU	Ücretin %2,55'i	%5,1
MAAŞSIZ, BAĞIMSIZ ÇALIŞANLAR VE ÇİFTÇİLER	Her ay sabit bir miktar öderler. 6 sigorta kategorisi arasından seçilir	-
EMEKLİLER	Emekli aylığının %6'sı	-

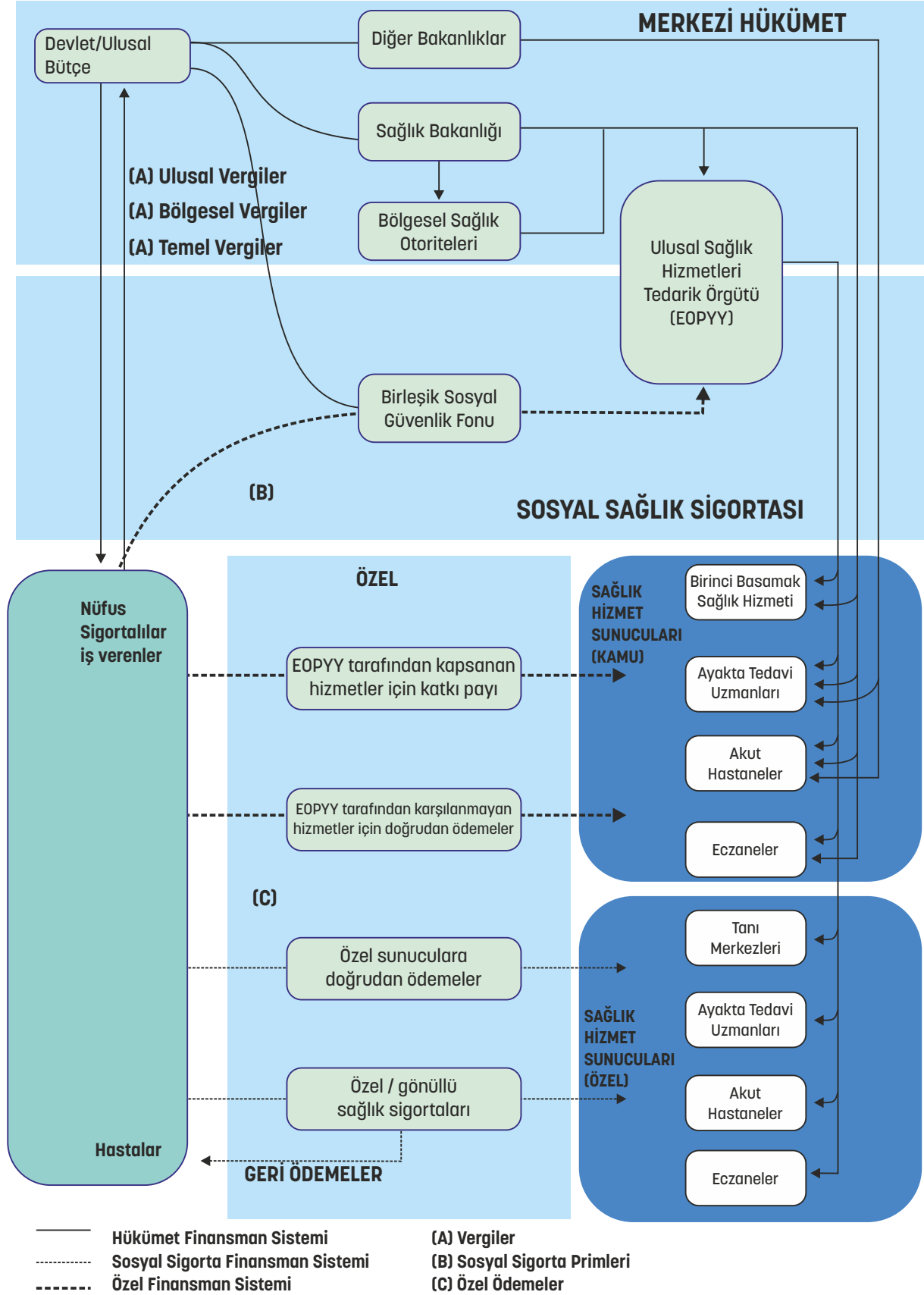
Kaynak:

<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits/full-list-of-country-hits/greece-hit-2017>

Devlet bütçesi, doğrudan ve dolaylı vergi gelirleriyle, yönetim harcamalarını, kamu sağlık hizmet sunucularında çalışanlarının maaşlarını, birinci basamak/ayakta tedavi hizmetlerini finanse etmekten, kamu hastanelerine ve EOPYY' e sübvansiyon sağlamaktan, sermaye stoğuna yatırım yapmaktan ve tıbbi eğitime fon sağlamaktan sorumludur.

Özel harcamalar, Yunanistan' da sağlık sisteminde önemli bir sağlık finansman kaynağıdır. Bu da sağlık sisteminin sosyal niteliğinin sorgulanmasına neden olmaktadır. Çoğunlukla sosyal sağlık sigortası kapsamına girmeyen hizmetler için yapılan cepten ödemeler, özel sağlık hizmet sunucularının hizmetleri için yapılan ödemeler, katılım payları (çoğunlukla ilaç için) ve gayri resmi ödemeler özel sağlık harcamalarını oluşturmaktadır.

Şekil 2: Sağlık Sistemi Finansman Yapısı



KAYNAK:
<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits/full-list-of-country-hits/greece-hit-2017>

2.2. Sigorta Kapsamında Yer Alan Kişiler

Yunanistan sağlık sisteminde sigorta kapsamı temel olarak, istihdam durumuna bağlıdır. Sağlık yardımları, EOPYY tarafından e-Ulusal Sosyal Güvenlik Fonu (e-EFKA) ile sigortalı çalışanlara (kamu ve özel sektör çalışanları, çiftçiler, serbest meslek sahipleri) sağlanmaktadır. Emekliler, işsizler ve bakmakla yükümlü olunan kişiler de sağlık sisteminde sağlık yardımı alma hakkına sahiptir.

Ayrıca, uzun süreli işsizlik nedeniyle sigortalı olmayan kişiler ile bağımlı kişi olarak sigortalı olan ancak bu hakkı kaybeden kişiler isteğe bağlı sigortaya başvurma seçeneğine sahiptir.

Sosyal sağlık sigortası kapsamında yer alanlar, EOPYY ile sözleşmeli özel hizmet sunucuları da dahil olmak üzere, birinci basamak/ayakta tedavi, teşhis ve yatarak tedaviyi içeren kapsamlı bir teminat paketine erişim hakkına sahiptir. Emeklilerin sağlık sigorta primleri emekli aylığından düşülür. 2016'dan itibaren işsizler yasal olarak merkezi hükümet bütçesi tarafından finanse edilen bir işsizlik fonuna bağlıdır. Sağlık sigortasına hak kazanmanın bir başka temeli, Yunan vatandaşlığı veya başka bir AB Üye Devletinin vatandaşlığıdır. Vatandaşlık, ulusal sağlık sistemi tarafından sağlanan hizmetlere ücretsiz erişim hakkı sağlar.

20 Şubat 2016'da sağlık hizmetleri ile ilgili temel yasa kabul edilmiştir. 4 Nisan 2016 tarihinde sigortasız ve korunmasız kişilere halk sağlığı sistemine erişim sağlanmış ve bürokratik prosedürler minimize edilmiştir. Sigortasız kişiler ve korunmasız sosyal gruplar artık halk sağlığı tesislerine, hemşirelik hizmetlerine ve tıbbi hizmetlere ücretsiz erişime sahiptir. Bu kapsamda yer alan kişiler; sigortasız vatandaşlar, korunmasız gruplar, yasal statülerinden bağımsız olarak 18 yaşına kadar olan çocuklar, hamile kadınlar, kronik hastalar, bir tür uluslararası korumadan yararlananlar, insani sebeplerden dolayı oturma izni sahipleri, sığınmacılar ve aileleri, zihinsel ve ruhsal bakım merkezlerinde kalanlar, %67 veya daha fazla engeli olan kişiler, ağır hastalar ve mahkumlardır.

Sağlık hizmetlerine serbest erişim haklarına ek olarak, 4368 sayılı Ortak Bakanlar Kurulu Kararı ile savunmasız sosyal grupları ilaç harcamalarından muaf tutmak için gelir, sosyal durum ve klinik kriterleri dikkate alan bir sistem geliştirilmiştir.

2.3. Sigorta Kapsamında Yer Alan Hizmetler

Teminat paketi kapsamında yer alan hizmetler arasında; koruyucu sağlık ve sağlığın teşviki, birinci basamak/ayakta sağlık bakımı, tıbbi bakım ve tanı prosedürleri, tıbbi testler, fizyoterapi, psikoterapi, ilaçlar, diş sağlığı hizmetleri (ancak çok sınırlı sayıda hizmet için), hastane hizmetleri, hasta nakil hizmetleri, yurtdışında tedavi, protez ve beslenme için sübvansiyonlar yer almaktadır.

Erken tanı ve hastalığın önlenmesi amacıyla hastaya ücretsiz olarak çok çeşitli koruyucu sağlık hizmetleri ve testler uygulanmaktadır. Bunlar aşıları, bebek muayeneleri ve kan testleri, fetalDNA testleri, meme, servikal, kolon ve prostat kanserlerinin erken teşhisi için kanser tarama testleri, kalp hastalığı, diyabet ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların önlenmesi ve sigara bırakma hizmetlerini içermektedir.

Anatomik Terapötik Kimyasal Sınıflandırma Sistemine dayanan pozitif bir ilaç geri ödeme listesi 2011 yılında yayınlanmıştır. 2012 yılında ise geri ödeme kapsamında yer almayan ilaçlar için negatif liste yayınlanmıştır. 2012'de, o zamana kadar geri ödenen (örneğin, bazı ağrı kesici ilaçlar) ancak şimdi cepten satın alınması gereken birçok ilaç içeren bir reçetesiz ilaç listesi yayınlanmıştır. Çok pahalı ilaçlar yalnızca Ulusal Sağlık Hizmetleri Tedarik Kurumu ve devlet hastaneleri eczaneleri aracılığıyla sağlanmaktadır.

2.4. Finansman Kaynakları

2.4.1. Sosyal Sağlık Sigortası

Yunanistan' da, sosyal sağlık sigortası, ekonomik krizin başlangıcına kadar mevcut sağlık harcamalarının yaklaşık %40'ını karşılamaktaydı. Bu oran, 2019'da yaklaşık %30'a geriledi. Sosyal sağlık sigortası gelirleri;GSYİH'daki daralma, işsizlik ve çalışma çağındaki nüfusun azalmasının sonucu olarak ekonomik krizden ciddi şekilde etkilendi.

Sosyal sağlık sigortasının ana finansman kaynağı, çalışanlar, işverenler ve emekli olanların zorunlu katkıların yanı sıra devlet bütçesinden yıllık sübvansiyonlardır.

2.4.2. Vergiler

Yunanistan' da vergi gelirleri, temel olarak gelirlerden elde edilen doğrudan vergiler ve mal ve hizmetler üzerindeki dolaylı vergilerden sağlanmaktadır.

2.4.3. Cepten Ödemeler

Cepten ödemeler, özel sağlık finansmanının büyük kısmını oluşturmaktadır. Cepten ödemeler 2010 yılında sağlık harcamalarının %28'ini oluştururken, 2019 yılında mevcut sağlık harcamalarının yaklaşık %35'ine ulaşmıştır.

Maliyet Paylaşımı (Kullanıcı Ücretleri)

Birinci basamak sağlık hizmetleri: Birinci basamakta hekimlere yapılan ziyaretler ücretsizdir. Hastalar, hastanelerin veya sağlık merkezlerinin ayakta tedavi bölümlerini veya EOPYY ile sözleşmeli bir hekimi (Pratisyen veya uzman) ücretsiz olarak ziyaret edebilirler. Sözleşmeli hekimler tarafından yapılan konsültasyon sayısına uygulanan tavan ayda 200 konsültasyondur. Sigortalı hastaların sözleşmeli olmayan bir doktora gitmeleri, doğrudan hizmet bedellerini ödemeleri ve daha sonra ortalama 10 € ile 20 € arasında değişen sabit bir tutarın geri ödemesini almaları mümkündür. Ek olarak, hasta başına muayene için minimum 15 dakikalık bir zaman sınırı belirlenmiştir.

Ayakta tedavi hizmetleri: 2002'den bu yana, devlet hastanelerinde çalışan doktorlar, öğleden sonra özel muayene yapabilmektedirler. Ödemeler hastane (%40) ve hekim (%60) arasında paylaştırılmaktadır. Kamu hastanelerinde özel muayene uygulamasının ardındaki sebep, gayri resmi ödemeleri ve vergi kaçakçılığını azaltmak ve hasta seçimini arttırmaktır. Ancak, bu uygulama sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizliğin artmasına neden olmuştur. 2013 yılında Sağlık Bakanlığı, doktorların ücretlerinde %20'lik bir indirim oranı belirlemiştir; üniversiteye bağlı hastanelerde profesörler için geçerli sabit oranlar 36-72 €, Atina ve Selanik' teki doktorlar için 24-64 € ve ülkenin geri kalanı için 16-44 € arasında değişmektedir. Hizmetlerin vatandaşlar için daha uygun maliyetli hale getirilmesi amacıyla ücret indirimleri uygulanmıştır.

Ayakta tedavide kullanılan ilaçlar: Poliklinik ilaç reçetesi için katılım payı, sağlık durumuna ve nüfus grubuna bağlı olarak %0 (muafiyet) ile %25 (tipik ücret) arasında değişmektedir. Kanseri, psikoz, hemofili, böbrek yetmezliği, multipl skleroz, parapleji, kuadripleji, immün sistem yetmezliği ve diğer bazı hastalıklar için kullanılan ilaçlardan katılım payı alınmamaktadır. Aynı zamanda düşük geliri olan bireylere veya ailelere de muafiyet uygulanmaktadır. Düşük gelirli emekliler, Alzheimer ve Parkinson hastalıkları, demans, diyabet, epilepsi, kronik pulmoner kalp hastalığı, tüberküloz, astım ve diğer bazı hastalıklar için kullanılan ilaçlarda %10'luk bir katılım payı uygulanır.

Yukarıda belirtilen katılım paylarına ek olarak, ilaçların perakende fiyatı ile sağlık sigortası tarafından ödenen referans fiyat arasındaki fark için şu anda 20 €'luk bir üst limitle belirlenmiş ilave bir kullanıcı ücreti mevcuttur. Ayrıca ulusal sağlık sistemi kapsamında verilen reçete başına 1€ ücret söz konusudur.

Yatarak Tedavi: Kamu sektöründe, sigortalılar için hastane tedavisinde katılım payı uygulanmamaktadır. Sözleşmeli özel kliniklerde hastaneye yatış için kullanıcı ücretleri, hizmet bedelinin %30'una kadardır.

Diş Tedavisi: Anlaşmalı diş hekimlerinin sunduğu sınırlı sayıda diş hekimliği hizmetleri için sabit bir düşük ücret (piyasa fiyatlarından çok daha düşük) bulunmaktadır. Son zamanlarda birçok hizmet (örneğin diş protezi) geri ödeme listesinden çıkarılmış ve diş tedavisi için cepten ödemeler belirgin şekilde artmıştır. Hem EOPYY hem de özel sigortadaki kapsam yetersizliği, diş bakımını doğrudan ödemeler içinde en baskın alanlardan biri haline getirmiştir.

Teşhis ve Laboratuvar Testleri: Teşhis ve laboratuvar testleri katılım payı kapsamındadır, katılım payı oranı %0 (devlet hastanelerinde) ile %15 (sözleşmeli merkezlerde) arasında değişmektedir. Sözleşmeli olmayan tanı laboratuvarlarına geri ödeme yapılmamaktadır.

Tablo 4: Kamu tarafından sağlanan sağlık hizmetleri için katılım payları

SAĞLIK HİZMETİ	KATILIM PAYI	İSTİSNA VE/VEYA İNDİRİMLİ ORANLAR	CEPTEN ÖDEME TAVANI
BİRİNCİ BASAMAK/ PRATİSYEN HEKİM	Katılım payı yok Hizmet Ücreti (öğleden sonra ayakta muayene,yani özel klinikler) 16€-72€ arası doktorun yer ve niteliklerine bağlı olarak	—	—
AYAKTA UZMAN HEKİM MUAYENESİ	Katılım payı yok Hizmet Ücreti (öğleden sonra ayakta muayene,yani özel klinikler) 16€-72€ arası doktorun yer ve niteliklerine bağlı olarak	—	—
AYAKTA TEDAVİ REÇETELİ İLAÇLAR	Katılım payı genel olarak %25 maliyet paylaşım oranı 1€ reçete başına ekstra cepten ödeme, referans fiyat ile perakende satış fiyatı arasındaki fark	İndirimli oran % 10 ve belirli durumlar ve gruplar için istisna	20 € tavan, referans fiyat ile perakende fiyatı arasındaki fark için
TIBBİ MALZEMELER	Katılım payı genel olarak %25 maliyet paylaşım oranı	Parapleji ve kuadrip hastalar ücretten muaf	—
HASTANE YATIŞ	Katılım payı yok Sözleşmeli özel kliniklerde toplam maliyetin %30'u	—	—
DİŞ BAKIMI	Katılım payı (Sözleşmeli diş hekimleri için sosyal sağlık sigortası tarafından belirlenen geri ödeme fiyatı ve piyasa fiyatı arasındaki fark)	—	—
TEŞHİS VE LABORATUVAR TESTLERİ	Katılımpayı, sözleşmeli merkezlerde %15	—	—

Kaynak: <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits/full-list-of-country-hits/greece-hit-2017>

Doğrudan Ödemeler

Doğrudan ödemeler, özel sağlık harcamaları içinde en yüksek paya sahiptir ve çoğunluğu devlet tarafından kapsanmayan hizmetler için kullanım noktasında cepten yapılan ödemelerden oluşur.

Gayri Resmi Ödemeler

Özel sağlık harcaması hesaplamalarına dahil edilen gayri resmi ödemeler, Yunanistan'daki cepten yapılan sağlık harcamalarının dörtte birinden fazlasını temsil etmekte ve sağlık hizmetlerine erişimi engelleme konusunda ciddi endişe yaratmaktadır.

Gönüllü Sağlık Sigortası

Gönüllü sağlık sigortası tamamlayıcı bir rol oynamaktadır. Özel şirketler tarafından daha hızlı erişim, daha iyi hizmet kalitesi ve daha fazla seçim imkanı sağlanmaktadır. Gönüllü sağlık sigortası genellikle özel ayakta ve yatarak tedavi giderlerini kapsamaktadır ve entegre hizmet paketlerini kapsayan bakım programları sunmaktadır.

Diğer Finansman

EOPYY ve EFKA'nın kurulmasına rağmen, bazı sağlık sigortası fonları ayrı kalmıştır. Bunlar arasında, banka çalışanlarını kapsayan kendi kendini yöneten fonlar yer almaktadır. Bu fonların bazıları sağlık tesislerine sahiptir ve bazıları ise sağlık hizmet sunucuları ile sözleşme yapmaktadırlar.

3- GERİ ÖDEME SİSTEMİ

EOPYY ile sözleşmeli kâr amacı gütmeyen özel hastaneler ve kar amaçlı özel hastaneler, DRG esasına göre ödeme alırlar. Teşhis testleri, ayakta tedavi hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri, hizmet başına esasına göre ödenir.

Kamu sektöründe çalışan sağlık meslek mensupları kamu görevlisi olup maaş almaktadırlar. Kamu hastanelerinde çalışan doktorlara aylık maaş ödenir ve özel muayenehane uygulamalarına izin verilmez, ancak kamu hastanelerinin ayakta tedavi kliniklerini ziyaret eden özel hastalara hizmet başına ödeme karşılığında muayene yapmalarına izin verilir.

EOPYY ile sözleşmeli doktorlara, hizmet başına ödeme temelinde ödeme yapılır. Bazı doktorlar gelirlerini artırmak için ek ziyaret fatura ederler veya tıbbi olarak gerekenden daha fazla teşhis testi ve ilaç reçete ederler. Bu uygulamaları sınırlandırmak için, muayene sayısına ve reçete edilen ilaç harcamalarına tavan uygulanmaktadır. Bununla birlikte, bazı doktorlar bu sınırların dışında tutulmuştur (Hastane doktorları).

EOPYY ile anlaşmalı her doktorun ayda 200 ziyaret limiti vardır ve ayrıca ilaç reçetelerinin değeri ile teşhis ve laboratuvar testleri için aylık bir tavan uygulaması mevcuttur. İkinci tavan, uzmanlığa, reçete edilen hasta sayısına, vilayete ve yılın ayına (mevsimsellik) göre değişir. Bu limitler aşıldığında sigortalılar cepten ödeme yapmak durumunda kalmaktadırlar.

Özel pratisyenler, uzmanlar ve dış hekimleri kendi muayenehanelerinde faaliyet gösterirler ve hizmet başına ödeme temelinde hastalar tarafından ödeme yapılır. Bu ücretler genellikle hekimin niteliklerine bağlı olarak, tıp birlikleri tarafından belirlenir; Uzmanlar için, ücretler genellikle ziyaret başına 40 € ile 120 € arasında değişmektedir.

Eczacılara, reçete ücretinin belirli bir yüzdesini hastalardan ve geri kalanını sosyal sağlık sigortasından alan hizmet başına ödeme üzerinden ödeme yapılır. Ekonomik tahsis programı gerekliliklerine uygun olarak, 2014'ten beri eczacıların reçeteli geri ödenen ilaçlara ilişkin kar marjı, ilacın fabrika çıkış fiyatına bağlı olarak %2.25 ile %30 arasında değişmektedir. Kâr marjı, reçetesiz satılan ilaçlar ve EOPYY tarafından geri ödenmeyen reçeteli ilaçlar için %35 olarak belirlenmiştir.

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

Yunan sağlık sistemi devlet bütçesi, sosyal sigorta primleri ve özel ödemelerle finanse edilmektedir. Çalışanların sağlık sigortası prim oranı, gelirin %7,10'u olarak belirlenmiştir. Bu oran, iki kısımdan oluşmaktadır: sağlık yardımları için %6,45 (%2,15 sigortalı payı ve %4,30 işveren payı) ve nakit yardımlar için %0,65 (%0,40 sigortalı payı, %0,25 işveren payı). Ülkemizde genel sağlık sigortası prim oranı %12,5 dur. Prim oranları çalışan için %5, işveren için ise %7,5'dur.

Nüfusun neredeyse %100'ü kapsam altındadır. Ülkemizde de benzer şekilde genel sağlık sigortası zorunlu olup, 2022 yılı SGK verilerine göre nüfusun yaklaşık %99'u genel sağlık sigortası kapsamında yer almaktadır.

EOPYY sağlık hizmetlerinin tek alıcısı konumundadır. Özel sektörün büyük bir kısmı temel olarak birinci basamak ve ayakta tedavi hizmeti sağlamak için EOPYY ile sözleşme yapmaktadır. Ülkemizde de tek bir geri ödeme kuruluşu vardır.

Yunanistan' da, sağlık sistemi "özgür seçim" modeline dayanmaktadır; bu, her hastanın Ulusal Sağlık Sistemi veya EOPYY ile sözleşmeli herhangi bir sağlık hizmeti sunucusunu serbestçe seçebileceği anlamına gelmektedir. EOPYY, Birleşik Sağlık Hizmetleri Yasası kapsamında sağlık hizmet sunucuları ile sözleşmeleri müzakere eder. Ülkemizde de benzer şekilde sağlık hizmet sunucuları ile geri ödeme kuruluşu arasında sözleşmeler yapılmaktadır ve sigortalılar seçtikleri sözleşmeli sağlık hizmet sunucusundan hizmet alabilmektedirler.

Sağlık Teminat Paketi; tıbbi tedavi, tanı/laboratuvar/klinik testler, diş tedavisi, fizyoterapi, psikoterapi, ilaç, sarf, tıbbi cihazlar, hastane tedavisi, uzun dönemli bakım, yurtdışında tedavi ve aşılama programlarını içerir. Ülkemizde de benzer şekilde geniş kapsamlı bir teminat paketi bulunmaktadır.

Eczanelerde genellikle tıbbi ürünlerin maliyetinin %25'i için katılım payı ödemesi yapılır. Ayrıca ulusal sağlık sistemi kapsamında verilen reçete başına 1 € ücret söz konusudur. Kronik hasta ve hamile kadınlar gibi bazı hasta grupları ilaçları ücretsiz olarak alır ya da düşük bir ücret öderler. Ülkemizde 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. Ayrıca eczaneye reçeteli ilaçları almak için başvurulduğunda "fark ücreti" uygulaması bulunmaktadır. 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.

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

	YUNANİSTAN	TÜRKİYE	OECD
Nüfus, (2020)	10.715.549	84.339.067	-
Kişi başına düşen GSYİH, (\$), (2020)	17.623	8.536	-
Asgari ücret tutarı, (\$), (2019), (aylık)	866	420	-
Cari sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı, (%), (2019)	7,8	4,3	8,8
Kişi başına düşen sağlık harcaması, (\$), (2019)	2.319	1.267	4.087
Kişi başına düşen ilaç harcaması, (\$), (2019)	607	-	571
Doğuşta beklenen yaşam süresi kadın, Doğuşta beklenen yaşam süresi erkek, (yıl), (2019)	84,2 79,2	81,3 75,9	83,6 78,3
Sigorta tarafından kapsanan nüfus oranı, (%), (2019)	100	99*	98
1.000 Kişiye düşen doktor sayısı, 1.000 Kişiye düşen hemşire sayısı, 1.000 Kişiye düşen yatak sayısı, (2019)	6,2 3,4 4,2	2,0 2,4 2,9	3,6 8,8 4,4
Toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı, (%), (2019)			
1- Kamu sağlık harcaması oranı, (%)	60	77	74
Merkezi hükümet/bölgesel, yerel yönetimler sağlık harcaması oranı, (%)	29	23	35
Sosyal sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	31	54	39
2- Cepten yapılan sağlık harcaması oranı, (%)	35	17	20
3- Gönüllü sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	5	3	5
4- Diğer harcamaların oranı, (%) **	-	2	1
Hane halkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı, (%), (2019)	4,1	1,3	3,1

* SGK verilerine göre 2022 yılı itibarıyla %98,6 dir.

** Ülkede geçici olarak ikamet edenlere ait sağlık harcamaları

KAYNAK:

1. Health at a Glance 2021 OECD Indicators
2. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?view=map>Erişim Tarihi: Nisan 2022
3. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD>Erişim Tarihi: Nisan 2022
4. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=RMW>, Erişim Tarihi, Nisan 2022

KAYNAKLAR

1. <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-systemreviews-hits/full-list-of-country-hits/greece-hit-2017>
2. https://eu-healthcare.eopyy.gov.gr/en/2_1.aspx
3. <https://www.nhs.uk/using-the-nhs/healthcare-abroad/healthcare-when-travellingabroad/healthcare-in-greece-including-greek-islands/>
4. <https://www.allianzworldwidecare.com/en/support/view/national-healthcaresystems/healthcare-in-greece/>
5. <http://www.ehfcn.org/members/greece/>
6. <https://pharmaboardroom.com/legal-articles/regulatory-pricing-and-reimbursement-greece/>
7. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2018_healthatglance_rep_en.pdf,
8. Health at a Glance 2021 OECD Indicators
9. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD?end=2018&start=1960>
10. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL>
11. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=RMW>
12. <https://www.missoc.org/missoc-database/comparative-tables/>