



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

OECD VE AB ÜLKELERİNDE SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMLERİ - III



Ankara, 2023

T.C.
SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI

Yayın No: 178

www.sgk.gov.tr
gssgm_@sgk.gov.tr
gssgm_ragdb@sgk.gov.tr

Her türlü hakkı Sosyal Güvenlik Kurumu'na Aittir.
Kaynak gösterilerek alıntı yapılabilir.

ISBN: 978-605-4844-33-3

Ankara, 2023
Basım: Barok Baskı Tasarım
Tarafından Girişim Matbaası' na
Bastırılmıştır

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

En son Haziran 2023 tarihinde açıklanan bilgi ve veriler dikkate alınarak hazırlanmıştır.

Editör:

Doç. Dr. Eren USUL

Editör Yardımcısı:

Mustafa Görkem ŞİMŞEK

Kitaba Katkı Verenler:

Anıl BİKEÇ

Canan DEMİR

Duygu TAŞDELEN DOĞAN

Mukadder YER

Özlem ERGİN



Recep Tayyip ERDOĞAN
Cumhurbaşkanı



Prof. Dr. Vedat IŞIKHAN
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 kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir ve sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir” şeklinde sağlık hakkı ve genel sağlık sigortası uygulamasından söz edilmiştir.

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

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

Prof. Dr. Vedat IŞIKHAN
Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı



Dr. Raci KAYA

Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanı

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 ve II kitaplarımız 2020 ve 2022 yıllarında yayınlanmıştır. Bu üçüncü 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.


Dr. Raci KAYA
Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanı

İÇİNDEKİLER

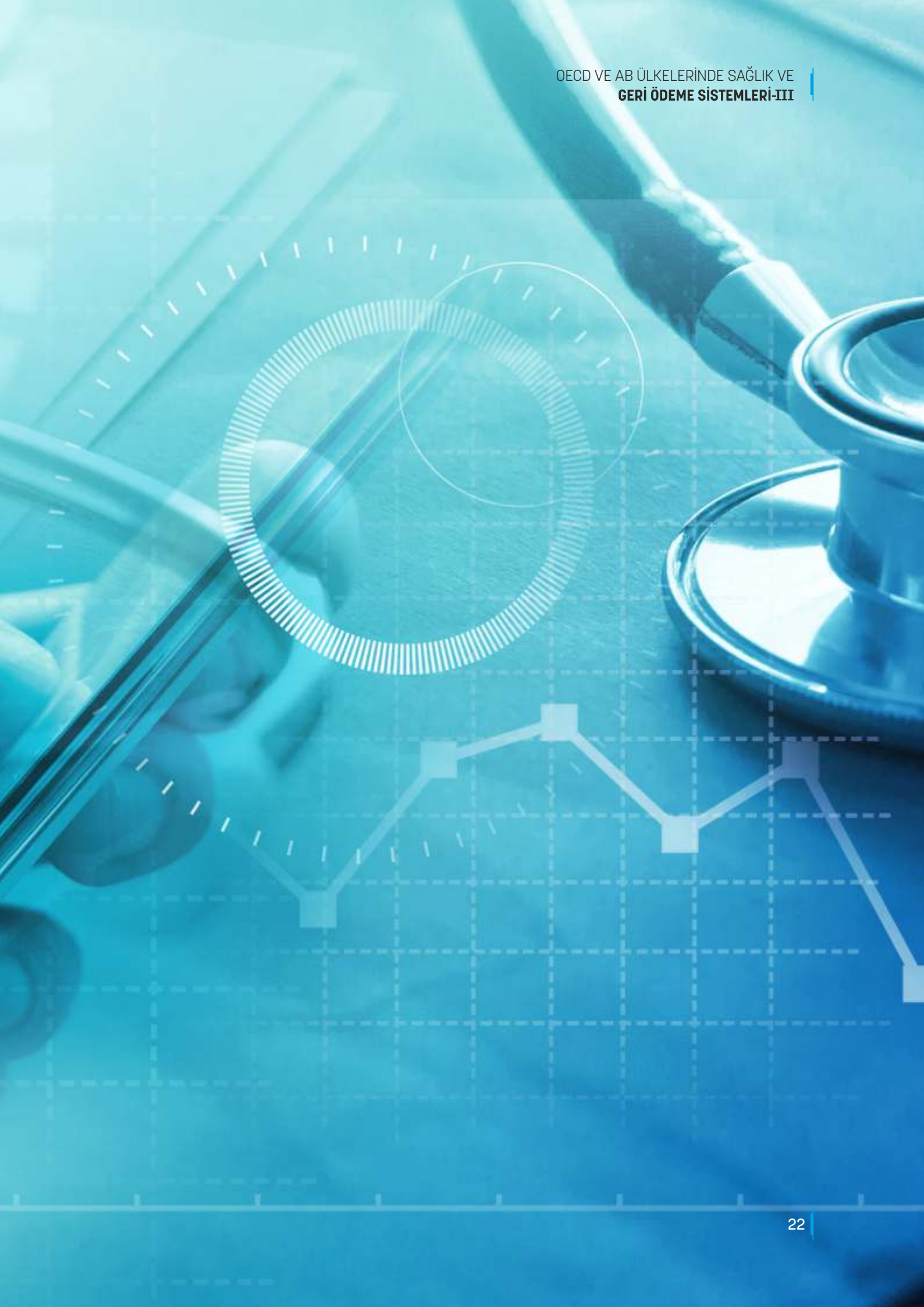
BAKAN SUNUŞU	11
BAŞKAN SUNUŞU	15
İÇİNDEKİLER	17
AVUSTURYA SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ	21
ÖZET	24
ÜLKE TANITIMI	25
ÜLKENİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ	27
1 - ORGANİZASYON YAPISI	27
2- SAĞLIK HİZMETİNİN FİNANSMANI	31
3- GERİ ÖDEME SİSTEMİ	37
4- AVUSTURYA İLE TÜRKİYE’NİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMLERİNİN KİYASLANMASI	41
GÜNEY KORE SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ	45
ÖZET	46
ÜLKE TANITIMI	47
ÜLKENİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ	49
1 - ORGANİZASYON YAPISI	49
2- SAĞLIK HİZMETİNİN FİNANSMANI	53
3- GERİ ÖDEME SİSTEMİ	57
4- G. KORE İLE TÜRKİYE’NİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMLERİNİN KİYASLANMASI	61
İSPANYA SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ	65
ÖZET	67
ÜLKE TANITIMI	68
ÜLKENİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ	70
1 - ORGANİZASYON YAPISI	70
2- SAĞLIK HİZMETİNİN FİNANSMANI	73
3- GERİ ÖDEME SİSTEMİ	79
4- İSPANYA İLE TÜRKİYE’NİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMLERİNİN KİYASLANMASI	85

İSVEÇ SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ	91
ÖZET	92
ÜLKE TANITIMI	93
ÜLKENİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ	95
1 - ORGANİZASYON YAPISI	95
2- SAĞLIK HİZMETİNİN FİNANSMANI	98
3- GERİ ÖDEME SİSTEMİ	103
4- İSVEÇ İLE TÜRKİYE’NİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMLERİNİN KİYASLANMASI	106
KANADA SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ	111
ÖZET	112
ÜLKE TANITIMI	113
ÜLKENİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ	115
1 - ORGANİZASYON YAPISI	115
2- SAĞLIK HİZMETİNİN FİNANSMANI	119
3- GERİ ÖDEME SİSTEMİ	124
4- KANADA İLE TÜRKİYE’NİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMLERİNİN KİYASLANMASI	126
LİTVANYA SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ	131
ÖZET	133
ÜLKE TANITIMI	134
ÜLKENİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ	136
1 - ORGANİZASYON YAPISI	136
2- SAĞLIK HİZMETİNİN FİNANSMANI	139
3- GERİ ÖDEME SİSTEMİ	144
4- LİTVANYA İLE TÜRKİYE’NİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMLERİNİN KİYASLANMASI	146
LÜKSEMBURG SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ	151
ÖZET	152
ÜLKE TANITIMI	153
ÜLKENİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ	155
1 - ORGANİZASYON YAPISI	155
2- SAĞLIK HİZMETİNİN FİNANSMANI	156
3- GERİ ÖDEME SİSTEMİ	159
4- LÜKSEMBURG İLE TÜRKİYE’NİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMLERİNİN KİYASLANMASI	161

POLONYA SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ	167
ÖZET	168
ÜLKE TANITIMI	169
ÜLKENİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ	171
1 - ORGANİZASYON YAPISI	171
2- SAĞLIK HİZMETİNİN FİNANSMANI	175
3- GERİ ÖDEME SİSTEMİ	180
4- POLONYA İLE TÜRKİYE'NİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMLERİNİN KİYASLANMASI	182
PORTEKİZ SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ	187
ÖZET	188
ÜLKE TANITIMI	189
ÜLKENİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ	191
1 - ORGANİZASYON YAPISI	191
2- SAĞLIK HİZMETİNİN FİNANSMANI	196
3- GERİ ÖDEME SİSTEMİ	199
4- PORTEKİZ İLE TÜRKİYE'NİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMLERİNİN KİYASLANMASI	203
SLOVENYA SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ	208
ÖZET	209
ÜLKE TANITIMI	210
ÜLKENİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ	212
1 - ORGANİZASYON YAPISI	212
2- SAĞLIK HİZMETİNİN FİNANSMANI	215
3- GERİ ÖDEME SİSTEMİ	221
4- SLOVENYA İLE TÜRKİYE'NİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMLERİNİN KİYASLANMASI	226



AVUSTURYA
SAĞLIK ve
GERİ ÖDEME
SİSTEMİ



ÖZET

Avusturya sosyal sağlık sigorta sistemi hemen hemen tüm çalışanları kapsayan zorunlu bir sigorta niteliği taşımaktadır. Neredeyse tüm nüfus Avusturya sosyal sağlık sigortasının en az bir kuruluşu tarafından kapsamaktadır. Hizmetler, sigortalıların ve işverenlerin primlerinden, emeklilerde ise kısmen vergilerden finanse edilmektedir.

Avusturya sağlık sistemi performans açısından değerlendirildiğinde sağlık hizmetlerine erişimin yüksek düzeyde olduğu görülmektedir. Sistem, geniş bir teminat paketi üzerinden işlemektedir.

OECD raporlarına göre Avusturya sağlık sistemi aşırı maliyetli bir sağlık sistemidir. Yüksek oranda hastane kullanımı ve kaynak tahsisinde dengesizlikler vardır. Dolayısıyla ülkede devam eden reformlar, hem kamu tarafından finanse edilen sağlık harcamalarındaki artışı azaltmayı, hem de hastane bakımının fazla kullanılmasını önlemeyi hedeflemektedir.

Avusturya'da sağlık hizmetlerinin sağlanması, genel pratisyenler, uzmanlar ve hastaneler de dahil olmak üzere tüm basamaklara sınırsız erişim ile karakterizedir. Resmi bir sevk sistemi mevcut değildir. Ayakta tedavi için bağımsız olarak çalışan hekimlere, hastane polikliniklerine ve ayakta tedavi kliniklerine başvuru yapılabilmektedir. Hastalar ayrıca sosyal sağlık sigortası ile sözleşmesi olan hekimler (tüm hekimlerin %45'i) ile sözleşmesiz olanlar (%55) arasında seçim yapabilmektedirler.

Sağlık sistemi, genel vergi gelirleri ve zorunlu sosyal sağlık sigortası katkıları ile finanse edilmektedir. Gelire bağlı sosyal sağlık sigortası katkıları, kamu tarafından finanse edilen sağlık harcamalarının yaklaşık %60'ını oluştururken, geri kalan %40'lık kısım federal düzeyde toplanan katma değer vergisi (KDV), gelir vergisi ve tütün vergisi dahil olmak üzere genel vergilerden gelmektedir. Sosyal sağlık sigortası evrensel kapsamdadır. Sigortalılar istihdam türüne göre bir sigorta fonuna dahil olduğundan sosyal sağlık sigortası fonları arasında rekabet yoktur.

ÜLKE TANITIMI

Ülkenin Demografik Özellikleri ve Sağlık Göstergeleri

Avusturya bir kara ülkesi olup sekiz ülkeyle sınırı bulunmaktadır. Çekya, Almanya, Macaristan, İtalya, Lihtenştayn, Slovakya, Slovenya ve İsviçre sınır ülkelerdir. Avusturya Federal Cumhuriyeti, 9 milyon nüfusuyla nispeten az nüfuslu bir ülkedir. 2022 yılında Avusturya'nın gayri safi yurtiçi hasılası kişi başına 52.131 €'dur.

Avusturya demokratik ilkelere ve kuvvetler ayrılığına dayalı bir parlamenter cumhuriyet ve federal devlettir. Federal anayasa, eyalet anlaşması ve Avrupa Birliği (AB) katılım anlaşması ile birlikte cumhuriyetin anayasal temelini oluşturmaktadır. Viyana, Avusturya'nın başkenti ve federal kurumların ve temsilciliklerin merkezidir.

Avusturya, dokuz eyaletten oluşan bir meclis cumhuriyetidir. Federal Avusturya Cumhuriyeti'nin dokuz eyaleti Burgenland, Karintiya, Aşağı Avusturya, Yukarı Avusturya, Salzburg, Steiermark, Tirol, Vorarlberg ve Viyana'dır. Bir eyalet hükümeti; bir vali, milletvekilleri ve diğer hükümet üyelerinden oluşmaktadır. Eyalet parlamentoları, eyalet düzeyinde yasama yetkisine sahiptir. Federal hükümet, federal çıkarlarla çeliştiği takdirde, eyalet hükümetinin kararlarına itiraz etme hakkına sahiptir. Avusturya parlamentosu federal seviyede yasama organıdır ve Ulusal Konsey ve Federal Konsey (Bundesrat) olmak üzere iki meclisten oluşmaktadır.

Avusturya siyasi sisteminin ayırt edici özelliği, "sosyal ortaklar" olarak bilinen işverenler, çalışanlar ve diğer çıkar gruplarının resmi temsilcilerinin, özellikle sosyal politika ve sağlık politikası alanında yasama süreçleri üzerinde önemli bir etkiye sahip olmalarıdır. Avusturya'da yapılan reformlar ile hastane yataklarının sayısını azaltma planlarına rağmen, yatan hasta sektörü hala çok büyüktür. Bilgi ve iletişim teknolojilerinin geliştirilmesi ve e-sağlık, son on yılda önemli ilerleme kaydetmiştir.

Ülkenin Sağlık Harcamaları

Avusturya'da sağlık hizmetleri yüksek maliyetli bir yapıya sahiptir. 2022 yılında, kişi başına sağlık harcaması yaklaşık 7.275 €'dur. Avusturya'da 2022 yılı verilerine göre sağlık harcamalarının gayri safi yurt içi hasılaya (GSYİH) oranı %11,4 ile OECD ortalamasının (%9,2) üzerindedir.

Kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki oranı %78 seviyesinde olup OECD ortalamasına yakın bir görüntü çizmektedir. Cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki oranı ise %16'dır.

Tablo 1: Ekonomi ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması

	AVUSTURYA	OECD
Nüfus, (2022)	9.042.528	-
Kişi başına düşen GSYİH, (\$), (2022)	52.131	-
Asgari ücret tutarı, (\$), (2022), (Aylık)	-	-
Cari sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı, (%), (2022)	11,4	9,2
Kişi başına düşen sağlık harcaması, (\$), (2022)	7.275	4.986
Kişi başına düşen ilaç harcaması, (\$), (2021)	721	614
Doğuşta beklenen yaşam süresi kadın, Doğuşta beklenen yaşam süresi erkek, (yıl), (2022)	83,7 78,8	83,0 77,6
Sigorta tarafından kapsanan nüfus oranı, (%), (2021)	99,9	97,9
1.000 kişiye düşen doktor sayısı, 1.000 kişiye düşen hemşire sayısı, 1.000 kişiye düşen yatak sayısı, (2021)	5,4 10,6 6,9	3,7 9,2 4,3
Toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı, (%), (2021)		
1 - Kamu sağlık harcaması oranı, (%)	78	76
Merkezi hükümet/bölgesel, yerel yönetimler sağlık harcaması oranı, (%)	38	38
Sosyal sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	40	38
2 - Cepten yapılan sağlık harcaması oranı, (%)	16	18,5
3 - Gönüllü sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	4	4,5
4 - Diğer harcamaların oranı, (%) *	2	1
Hane halkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı, (%), (2021)	4	3,3

* Ülkede geçici olarak ikamet edenlere ait sağlık harcamaları

Kaynak:

1. Health at a Glance 2023 OECD Indicators, 2023.
2. The World Bank, 2022a.
3. The World Bank, 2022b.
4. OECD, 2022.

ÜLKENİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ

Avusturya sağlık sistemi dayanışma ve evrensellik ilkelerine dayanmaktadır. Neredeyse tüm nüfus sosyal sağlık sigortası kapsamındadır ve geniş bir teminat paketi ile sağlık hizmetlerine iyi düzeyde erişime sahiptir. Avusturya, yüksek cepten ödemelere ve gönüllü sağlık sigortası olan ve olmayan hastalar için farklı bekleme sürelerine rağmen, AB ile karşılaştırıldığında tıbbi bakım için karşılanmamış ihtiyaçların en düşük olduğu ülkelerden biridir. Korunmaya muhtaç bazı nüfus grupları, maliyet paylaşımına yönelik muafiyetlerden yararlanmaktadır.

Avusturya sağlık sistemi kaliteli bakım sağlamaktadır. Avusturya'nın düşük ölüm oranlarına sahip olması sağlık hizmetlerinin çoğunun AB ülkesinden daha etkili olduğunu göstermektedir. Ancak, kalp-damar hastalıkları ve kanserden ölenlerin sayısı AB-28 ülkeleri ortalamasına göre yüksektir. Diğer birçok AB ülkesinin aksine son on yılda düşüş göstermeyen ve AB-28 ortalamasının oldukça üzerinde olan tütün ve alkol tüketimi gibi temel sağlık risk faktörleri bulunmaktadır.

Son yıllarda uygulamaya konan Avusturya Sağlık Hedefleri ve Hedef Odaklı Sağlık Yönetim Sistemi, sonuçların eşitliğini izlemeyi ve teşvik etmeyi, eşitlik, erişilebilirlik ve hizmet kalitesi prensiplerine dayalı olarak yeterli sağlık hizmeti sunmayı amaçlamaktadır. Avusturya sağlık sisteminde yatarak tedavinin yüksek oranda kullanılması, yüksek sayıda hastane yatağı ve hastanede kalma oranlarını ön plana çıkarmaktadır. Halihazırda devam eden reformlarla, yatan hasta bakımının etkinliği, hastanelerde ortalama kalış süresinin kademeli olarak azaltılmasıyla artmıştır.

Bununla birlikte, birinci basamak sağlık hizmetinin güçlendirilmesine yönelik ortak planlama ve finansman konusundaki çabalara ve yatan hasta ile ayakta sağlık hizmetleri finansmanının ayrılmasına rağmen, verimlilik konusunda yetersiz kalınmaktadır. Avusturyalılar genel olarak sağlık hizmetlerinden çok memnun olsalar da ayakta tedavi, yatarak tedavi ve uzun süreli bakım ortamları arasındaki koordinasyon bakımından zorluklar devam etmektedir. Hastane hizmetlerinin etkinliğini daha da artırmak için ilgili hedefler ve öncelik alanları, devam eden reformlarla ele alınmaktadır.

Avusturya sağlık sisteminde şeffaflığı artırma çalışmaları yürütülmesine rağmen, parçalı bir sağlık bilgi sistemleri yapısı bulunmaktadır. Sağlık hizmet sunucularının sağladıkları hizmetlere ilişkin bilgi kaynakları mevcuttur ve hastalar ücretsiz olarak sağlık hizmeti sunucusu seçme hakkına sahiptir.

1- ORGANİZASYON YAPISI

Avusturya sağlık sistemi, federal düzeyde belirlenen düzenleyici bir çerçevede bölgesel sağlık hizmetleri sunumu ve birkaç yasal görevin özerk kuruluşlara devredilmesi özellikleri ile ön plana çıkmaktadır. Yatarak tedavi için, federal seviye sadece temel mevzuatı tanımlarken; eyalet, kendi düzeyinde yasaları yürürlüğe koymak ve uygulamaktan sorumludur. Sosyal sağlık sigortası, federal hükümetin gözetimi altında düzenlenmektedir. Sonuç olarak, dokuz adet eyalet ve 18 sosyal sağlık sigortası fonu göz önüne alındığında, karar verme yetkisi birçok aktör arasında dağıtılmıştır.

Sağlık hizmeti sunumunun sorumluluğu çoğunlukla eyalet düzeyindedir. Buna, devlet ve belediye sağlığı makamlarının sorumluluğunda olan halk sağlığı hizmetlerinin sağlanması da dahildir. Ayrıca, hastaneler, doktorlar, diğer sağlık çalışanları, sivil toplum kuruluşları ve sosyal yardım kuruluşları gibi özel kuruluşlar sağlık sisteminde önemli işlevler yürütmektedir.

Avusturya sağlık sisteminin karmaşık ve parçalı olmasının nedenleri; sorumlulukların federal düzey ve eyalet düzeyi arasında paylaşılması, özerk kuruluşlara da (sosyal sigorta ve sağlık hizmeti sunucuları birlikleri) birçok sorumluluk verilmesi ve sağlık hizmetlerinin finansmanının, bütçenin farklı kısımlarına katkıda bulunan devlet (federal ve eyalet düzeyi) ve sosyal sağlık sigortası fonlarıyla sağlanmasıdır.

Sağlıkla ilgili mevzuat büyük ölçüde Federal Çalışma, Sosyal İşler, Sağlık ve Tüketicinin Korunması Bakanlığı tarafından federal düzeyde hazırlanmaktadır. Hastane bakımı için federal düzeyde yalnızca temel mevzuat tanımlanırken, eyaletler kendi düzeylerinde mevzuatın çıkarılması ve uygulanmasından sorumludur. Hastane bakımının sorumluluğu her iki seviye arasında paylaşılmaktadır.

Sosyal Sağlık Sigortası, federal hükümetin gözetim otoritesi olduğu için özerk kuruluşlar tarafından organize edilmektedir. Sonuç olarak, dokuz eyalet ve 18 sosyal sağlık sigortası fonu olmak üzere, karar verme yetkisi birçok oyuncu arasında dağıtılmaktadır.

Tablo 2: Federal Düzeyde ve Eyalet Düzeyinde Fon Kuruluşları ve Karar Alıcı Kuruluşlar

FEDERAL DÜZEY		EYALET DÜZEYİ	
Fon Kuruluşu	Karar Alıcı	Fon Kuruluşu	Karar Alıcı
Federal Sağlık Ajansı (BGA)	Federal Hedef Bazlı Yönetim Komisyonu (B-ZK)	Eyalet Sağlık Fonu (LGF)	Eyalet Hedef Bazlı Yönetim Komisyonu

Federal düzeyde; fon kuruluşu Federal Sağlık Ajansı ve karar alıcı organ Federal Hedef Bazlı Yönetim Komisyonu'dur. Eyaletler düzeyinde ise fon kuruluşu Eyalet Sağlık Fonu, karar alıcı organ ise Eyalet Hedef Bazlı Yönetim Komisyonu'dur.

Avusturya sağlık sisteminde yapılan çok sayıda reform girişimi, sağlık sistemindeki iş birliği ve koordinasyonu geliştirmeyi amaçlamıştır. Özellikle, 2013 sağlık reformu, yeni bir hedef tabanlı sağlık yönetim sisteminin ortaya çıkmasına neden olmuştur. En önemli faaliyet, federal düzeyi, eyalet düzeyini ve sosyal sağlık sigortası fonlarını ülke için finansal hedefleri ve sağlık hedeflerini birlikte tanımlamak üzere bir araya getiren Federal Hedef Bazlı Yönetim Komisyonunun kurulması olmuştur.

Federal düzey, öncelikle sosyal sigortanın ve sağlık hizmeti sunum alanlarının çoğunun düzenlenmesinden sorumludur.

1.1. Federal Düzey

Federal düzeyde, en önemli aktörler yasama gücünün temsili olarak Federal Parlamento ve Federal Çalışma, Sosyal İşler, Sağlık ve Tüketicinin Korunması Bakanlığı'dır. Çoğu yasa Federal Çalışma, Sosyal İşler, Sağlık ve Tüketicinin Korunması Bakanlığı tarafından hazırlanmıştır. Sağlık Politikası Parlamenter Komitesi, sağlık bakımı ile ilgili tüm önerileri inceleyerek tartışmaktadır.

Sağlık sistemi ve halk sağlığı konusundaki sorumluluklarına ek olarak Federal Çalışma, Sosyal İşler, Sağlık ve Tüketicinin Korunması Bakanlığı, sosyal sağlık sigortası fonlarının ve Sosyal Güvenlik Kurumları Ana Birliği'nin (emeklilik sigortası fonları dahil) denetiminden ve uzun dönemli bakım hizmetlerinin finanse edilmesinden ve denetlenmesinden sorumludur.

Yüksek düzeyde tıbbi ve/veya bilimsel uzmanlık gerektiren durumlarda, çeşitli kuruluşlar Federal Çalışma, Sosyal İşler, Sağlık ve Tüketicinin Korunması Bakanlığı'na tavsiyelerde bulunmaktadır. En etkili organ, Bakanlığa özellikle tıbbi konularda tavsiyede bulunan Yüksek Sağlık Kurulu'dur. Ayrıca, çeşitli danışma kurulları (Hekimler Eğitim Komisyonu, Nadir Hastalıklar Kurulu, Hasta Güvenliği Kurulu, Ruh Sağlığı Kurulu, Geriatrik Tıp Kurulu ve Onkoloji Kurulu) da mevcuttur.

1.2. Eyalet Düzeyi

Eyalet düzeyinde, eyalet parlamentoları ve sağlık hizmetlerinden sorumlu eyalet bakanları, sağlık sistemi yönetimindeki ana aktörlerdir.

Eyaletler, yeterli hastane kapasitesinin kullanılabilirliğini sağlamaktan sorumludur ve hastanelerde yatan hasta ve ayakta tedavi hizmetlerinin önemli bir bölümünü finanse etmektedir. Kamu ve özel kar amacı gütmeyen hastanelerin çoğu eyalet, belediyeler veya kar amacı gütmeyen kurumlara aittir. Bununla birlikte, eyalet, eyalete ait devlet hastanelerinin yönetimini, özel kanunlara tabi olarak çalışan devlete ait şirketlere devredebilmektedir.

Ayrıca tüm eyaletler, bağımsız kurumlar olan Hasta Ombudsmanlık Büroları kurmuşlardır. Bu ofisler hastaları hakları hakkında bilgilendirmekte ve yetersiz bakım veya yanlış uygulama durumunda hasta çıkarlarını savunmaktadır. Hasta ombudsmanları da sağlık platformlarında temsil edilmektedir.

1.3. Özerk Kuruluşlar

Sosyal sigorta sisteminin özerk yönetimi, sigortalıların ve prim ödeyenlerin (işveren), hizmet kullanıcılarının ve sağlık hizmet sunucularının sistemin yönetimine dolaylı olarak katılmaları anlamına gelmektedir. Hastane bakımı dışındaki sağlık hizmeti sunumu, sosyal sağlık sigorta fonlarının özerk organları ve sağlık hizmet sunucuları arasındaki müzakereler ile organize edilmektedir. Sosyal sağlık sigortası fonlarının özerk organları hem işverenlerin hem de çalışanların temsilcilerinden oluşmaktadır. Tıp odaları ve Avusturya Ticaret Odası'nın yanı sıra diş hekimleri, eczacılar ve diğer sağlık profesyonellerinin gönüllü meslek birlikleri temsilcileri de bu özerk organlarda yer almaktadır.

1.4. Ortak Karar Alma Komiteleri ve Fonları

Avusturya, hastanelerin ortak (federal düzeyde, eyalet düzeyinde ve sosyal sağlık sigortası fonları olarak) finansmanını sağlamak ve sağlık sistemi planlaması veya sağlığın teşviki gibi konularda birlikte yönetimi mümkün kılmak için komiteler kurma geleneğine sahiptir. Ortak finansman ve planlama, başlangıçta federal düzey ve eyalet düzeyindeki faaliyetleri koordine etmeyi amaçlarken, ortak karar alma organları daha sonra sosyal sağlık sigortası temsilcilerine de yer vermiştir. En önemli ortak karar alma komiteleri ve fonları Federal Hedef Bazlı Yönetim Komisyonu, Federal Sağlık Ajansı, Eyalet Hedef Bazlı Yönetim Komisyonları ve eyalet düzeyindeki sağlık platformlarını ile Eyalet Sağlık Fonlarını içermektedir.

1.4.1. Federal Hedef Bazlı Yönetim Komisyonu (B-ZK)

İlgili üç yapının (federal düzey, eyalet düzeyi ve sosyal sağlık sigortası fonları) karar vericilerinden oluşan, Avusturya teknik sisteminin en üst düzey ortak komitesidir. Federal Hedef Bazlı Yönetim Komisyonu kararlarının oybirliği ile alınması gerekmektedir. Federal Hedef Bazlı Yönetim Komisyonu, sağlık hedeflerine ulaşmanın yanı sıra harcama kapsamı dahil olmak üzere federal düzeydeki hedef tabanlı sağlık yönetim sisteminin tüm konularından sorumludur. Ek olarak, Federal Sağlık Ajansı'nın karar organıdır.

1.4.2. Federal Sağlık Ajansı (BGA)

Bölgesel ve sektörler arası sağlık planlaması, yönetimi ve finansmanı için bir kamu fonu ve ayrı bir tüzel kişiliktir. Federal Sağlık Ajansı; KDV, tütün vergisi, gelir vergisi gibi vergi gelirlerini ve sosyal sağlık sigortası fonlarını federal düzeyde toplayan bir kamu fonudur. Fonları daha çok hastane finansmanına tahsis edilmiştir. Fon, hastanelerin finansmanı için önceden belirlenmiş paylara göre kaynakları Eyalet Sağlık Fonlarına dağıtmaktadır.

Federal Sağlık Ajansı, Avusturya hastane finansman sisteminin bir bölümünün yönetiminden de sorumludur ve merkezi dokümantasyon konularında görev almaktadır. Sağlık bakım sisteminin federal düzeyde planlanmasındaki sorumluluk Federal Sağlık Ajansı'na ve karar organı Federal Hedef Bazlı Yönetim Komisyonuna aittir.

Federal karar alma mekanizması, sağlık hedefleri veya federal yapısal sağlık planlaması ile ilgili olarak bir eyalet kararının federal standartlara aykırı olduğu durumlarda veto hakkına sahiptir.

Federal Sağlık Ajansı ayrıca bilimsel ve sağlık bakım planlama projelerini, elektronik sağlık kaydını, ambulans hizmetleri koordinasyonunu ve ulusal koruyucu sağlık programlarını finanse etmektedir. Federal Sağlık Ajansı 2017'den bu yana, bulaşıcı hastalıklar veya ciddi yanık tedavisi gören hastalar için uzman bakımı sağlayan yeni oluşturulan bölge dışı sağlık hizmetleri departmanlarını da finanse etmektedir.

1.4.3. Eyalet Hedef Bazlı Yönetim Komisyonları

Eyalet düzeyindeki ilgili ortak komitelerdir. Öncelikle sağlık hedefleri ve harcama sınırlarını uygulamak ve ortak planlamayı mümkün kılmak için kurulmuştur. Ek olarak sadece finans ajanlarının temsilcileri (eyalet düzeyi, sosyal sağlık sigortası ve federal düzey) değil aynı zamanda tıp odası, belediyeler, hastane işletmecileri ve hasta ombudsmanlarının temsilcilerinden oluşmaktadır.

1.4.4. Eyalet Sağlık Fonları (LGF)

Eyalet hastanelerinin finansman sisteminden sorumludur. Dokuz eyaletin her biri, bir Eyalet Sağlık Fonu işletmektedir. Fon toplama kaynakları Federal Sağlık Ajansından toplanan fonlar, eyalet ve belediyelerin genel vergi gelirlerinin sabit bir payı, Sağlık ve Sosyal Sektör Yardım Yasası'na göre toplanan vergiye dayalı fonlar, sosyal sağlık sigortası fonları ile toplu sözleşme ile yatan hasta bakımına tahsis edilen fonlar ve yatarak tedavide alınan katılım paylarıdır.

1.5. Avusturya Sosyal Güvenlik Kurumları Ana Birliği (HVB)

Birlik kapsamında Avusturya'da halihazırda 21 adet sosyal sigorta fonu, sağlık, emeklilik ve kaza sigortasından sorumlu olup bunların 18'i sosyal sağlık sigortası sunmaktadır. Tablo 3'te görülen tüm sosyal sağlık sigorta fonları Avusturya Sosyal Güvenlik Kurumları Ana Birliği'ne üye olmak zorundadır. Sosyal Güvenlik Kurumları Ana Birliği, sosyal sigorta fonlarının genel çıkarlarını temsil etmektedir. Sağlık, kaza ve emeklilik sigortasını koordine etmekte, bağlayıcı rehberler, yasal öneriler, uzman raporları ve poliçe beyanları üretmekte ve hizmet sunucularla toplu sözleşmeler yapmaktadır.

Sosyal Güvenlik Kurumları Ana Birliği; Federal Sağlık Ajansı, Eyalet Sağlık Fonu ve sosyal sağlık sigortası fonları için finansal kaynakların kullanılabilirliğini eşitlemek için bir miktar fonu da yönetmektedir. Bu eşitleme fonları esas olarak 18 sosyal sağlık sigortası fonundan, federal sübvansiyonlardan ve genel vergi gelirinden kaynak almaktadır.

Tablo 3: Avusturya Sosyal Sigorta Fonları Organizasyonu

Avusturya Sosyal Güvenlik Kurumları Ana Birliği			
Emeklilik Sigortası	Sağlık Sigortası		Kaza Sigortası
Emeklilik Sigorta Fonu	9 Bölgesel SHI Fonu	5 Şirket SHI Fonu	Kaza Sigorta Fonu
Ticaretle ilgili kişiler için sigorta fonu			
Çiftçiler için sosyal sigorta fonu			
Avusturya Demir Yolları ve Maden Sanayi için sosyal sigorta fonu			
Avusturya Noterleri sosyal sigorta fonu	Devlet memurları için sosyal sigorta fonu		

Kaynak: Health System in Transition, 2018

Çoğu kişi mesleğine göre kanunla belirlenmiş bir sigorta fonuna atanmaktadır. Dokuz eyalet ve ayrıca beş büyük şirketin çalışanları için beş adet şirket sağlık sigortası fonu bulunmaktadır. Bazı özel meslek grupları da (çiftçiler, demiryolu işçileri ve madenciler, serbest meslek sahipleri, noterler, memurlar) sağlık sigortası sağlayan dört uzman sigorta fonu tarafından sigortalanmaktadır. Ayrıca, bazı serbest meslekler (doktorlar, avukatlar, mimarlar, inşaat mühendisleri gibi), kamu sosyal sigorta sisteminden çıkma hakkına sahiptir. Bölgesel sosyal sağlık sigortası fonları, ilgili eyalette çalışan herkesten sorumludur.

1.6. Hastane Finansman Eşitleme Fonu

Fon, kamu hastanelerini götürü bedel yoluyla finanse etmek için sosyal sağlık sigortası kaynaklarının toplanması gibi bir amaca sahiptir. Dokuz bölgesel sosyal sağlık sigortası fonu arasındaki farklı risk yapıları, likidite ve bölgesel özellikleri eşitlemek için HVB çalışmaktadır.

Bu fonun kaynakları bölgesel sosyal sağlık sigortası fonları, federal sübvansiyonlar ve vergilerdir.

1.7. Meslek Kuruluşları

Avusturya Tabip Odası dokuz bölgesel tıp odasının federal birliğidir ve zorunlu üyeliğe bağlı olarak Avusturya hekimlerinin mesleki, sosyal ve ekonomik çıkarlarını temsil etmektedir. Federal ve bölgesel sağlık odaları, düzenli olarak Sosyal Güvenlik Kurumları Ana Birliği ile (ilgili sosyal sağlık sigortası fonları adına) toplu sözleşmeleri görüşmektedir. Bunlar, hizmetlerin listesini, ilgili tarifeleri, ödeme mekanizmalarını, hizmet hacimlerini ve anlaşmalı sağlık hizmet sunucusu sayısını belirlemekte ve düzenlemektedir. Poliklinikler sosyal sağlık sigortası fonları ile görüşmelerde Avusturya Ticaret Odası tarafından temsil edilmektedir.

2- SAĞLIK HİZMETİNİN FİNANSMANI

Avusturya sağlık sisteminin finansmanının ana kaynaklarını sosyal sağlık sigortası katkıları, vergiler, cepten harcamalar ve gönüllü sağlık sigortası oluşturmaktadır. Karmaşık fon ağı, vergi sistemi ve sosyal sağlık sigortası sistemi arasındaki transferler ve üç devlet kademesi arasında paylaşılan finansal yükümlülükler ile büyük oranda parçalı bir yapı mevcuttur.

2.1. Sosyal Sağlık Sigortası Kapsamındaki Kişiler ve Yararlanma Şartları

Avusturya'da sosyal sağlık sigortası, yerleşik olmayanlar dahil 9 milyon kişiyi, başka bir ifade ile 2022 yılı verilerine göre nüfusun %99,9'unu kapsamaktadır. Sigortalı nüfusun yaklaşık %76'sı ücrete dayalı prim öderken, yaklaşık %24'ü bakmakla yükümlü olunan çocuklar (18 yaşına, belirli şartlar altında 27 yaşına kadar) ve eşlerden oluşmaktadır.

Bir sosyal sağlık sigortası fonuna üyelik, kanunla belirlenmektedir. Mesleğe, mesleğin türü veya statüsüne (işsiz, emekli vb.) göre ayrı sigortalar bulunmaktadır. Dolayısıyla, sosyal sağlık sigortası fonları arasında bir rekabet yoktur. Farklı sağlık sigortası fonları tarafından kapsanan farklı nüfus gruplarına uygulanan yasalar uyarınca, sigorta kapsamında yer almak zorunludur. Genel Sosyal Sigorta Kanunu (ASVG), nüfusun %76'sını sigortalayan dokuz bölgesel sağlık sigortası fonunu düzenlemektedir. ASVG tarafından da düzenlenen beş büyük şirket için beş şirket sağlık sigortası fonu bulunmaktadır. Ayrıca, sistemde Ticaret ve Ticaretle İlgili Kişiler İçin Sosyal Sigorta Federal Yasası (GSVG), Çiftçiler İçin Sosyal Sigorta Yasası (BSVG), Devlet Memurlarının Sağlık ve Kaza Sigortası Yasası (B-KUVG) ve Avusturya Demiryolları ve Maden Sanayi İçin Sosyal Sigorta Fonu bulunmaktadır.

Tablo 4: Sosyal Sağlık Sigortası Fonlarının Sayısı, Yasal Temeli Ve Hak Sahibi Nüfus

	Yasal Temel	Sosyal Sağlık Sigortasının Adı ve Sayısı	Hak Sahibi Nüfus	Sigortalı Sayısı	Toplam Sigortalılar İçindeki Oranı
ASVG	Genel Sosyal Sigorta Yasası	Bölgesel Sağlık Sigorta Fonları (9 adet)	Sigortalılar, serbest çalışanlar, çıraklar, kayıtlı işsizler, ebeveyn iznine ayrılanlar	7.161.604	76.11%
	Genel Sosyal Sigorta Yasası	Şirket Sağlık Sigorta Fonları (5 adet)	Beş şirketin çalışanları BKK Mond BKK-VA BKK-WVB BKK-ZW BKK-KA	49.086	0.52%
Uzman Sigorta Fonları	Ticaret ve Ticaretle İlgili Kişiler İçin Sosyal Sigorta Federal Yasası (GSVG)	Ticaret ve Ticaretle İlgili Kişiler İçin Sosyal Sigorta Fonu	Serbest çalışanlar ve yeni iş kuranlar (artist, gazeteciler)	811.991	8.63%
	Çiftçiler İçin Sosyal Sigorta Yasası (BSVG)	Çiftçiler İçin Sosyal Sigorta Fonu	Çiftçiler	352.780	3.75%
	Devlet Memurlarının Sağlık ve Kaza Sigortası Yasası (BKUVG)	Devlet Memurları İçin Sosyal Sigorta Fonu	Memurlar	814.725	8.66%
	Genel Sosyal Sigorta Kanunu (ASVG) ve Devlet Memurlarının Sağlık ve Kaza Sigortası Yasası (BKUVG)	Avusturya Demiryolları ve Maden Sanayi İçin Sosyal Sigorta Fonu	Avusturya Demiryolları ve Maden Sanayinde çalışanlar	219.383	2.33%

Kaynak: Health System in Transition, 2018

2000 yılından beri, birçok serbest meslek grubu (hekimler, eczacılar, avukatlar, mimarlar, muhasebeciler, veteriner hekimler ve noterler) yasal sağlık sigorta sisteminden vazgeçme hakkına sahiptir.

Federal hükümet işsizlerin primlerini karşılamaktadır. Emekliler adına ödenen primler, kısmen emekli maaşından kesilmekte, kısmen de emeklilik sigortası kapsamında alınmaktadır. Gelir düzeyi asgari gelirin altında olanların sosyal sağlık sigortası primleri eyaletler tarafından karşılanmaktadır. Bu kişilerin sosyal sigorta kanunu kapsamındaki hizmetlere erişimleri bulunmaktadır ve elektronik sağlık sigortası kartı ücretsiz olarak verilmektedir. Bu kişiler ayrıca reçete ücretinden muafittir.

Kayıtlı sığınmacılar da sosyal sağlık sigortası kapsamındadır ve sigortalılarla aynı hizmetlere erişebilmektedirler. Bu kişilerin sosyal sağlık sigortası primleri, federal fonlar tarafından karşılanmaktadır.

Mahkûmlar için sağlık hizmetleri Federal Adalet Bakanlığının sorumluluğundadır ve federal fonlarla karşılanmaktadır. Avusturya Silahlı Kuvvetleri mensuplarının sağlık yardımları da yasal sağlık sigortası sisteminin dışındadır ve Savunma Bakanlığı tarafından finanse edilmektedir.

Bakmakla yükümlü olarak sigortalı olmayan, ikamet izni olmayan veya hiçbir işsizlik maaşı veya sosyal yardım almayan az sayıda insan sosyal sağlık sigortası kapsamında değildir. Bu kişiler sosyal sağlık sigortası fonları tarafından sunulan gönüllü sağlık sigortası programına kaydolma fırsatına sahiptirler. Bu programlar özellikle, 2022 yılı için ayda 485,85 €'ya kadar kazancı olan çalışanlar ve bakmakla yükümlü olunan kişi olarak sigorta kapsamında olmayan öğrenciler için geçerlidir.

2.2. Finansman Kaynakları

2.2.1. Sosyal Sağlık Sigortası Primleri

Primler sistemin en büyük gelir kaynağıdır. Sosyal sağlık sigortası primleri sağlık risklerine değil gelire dayanmaktadır. Prim oranları yasa ile belirlenmekte ve yalnızca Avusturya Parlamentosu tarafından değiştirilebilmektedir. Prim oranı, 2017 yılında katkıda bulunan nüfusun çoğunluğu için gelir tabanı olarak da bilinen istihdama dayalı gelirin %7,65'idir. Prim oranı işverenler ve çalışanlar arasında neredeyse eşit olarak paylaşılmaktadır. Toplam prim oranınının %50,6'sı (gelirin %3,87'si) çalışan tarafından, %49,4'u (gelirin %3,78'i) işveren tarafından ödenmektedir. Memurlar için prim oranı %7,635 ve emekliler için ise %5,1'dir. İşsizler gibi bazı nüfus grupları için sosyal sağlık sigortası primleri genel vergi gelirlerinden karşılanmakta, bu kişiler prim ödemediği muaf tutulmaktadır.

Sosyal sağlık sigortası fonları, primlerini kendileri toplamaktadır. İşverenler hem kendilerinin hem de çalışanların payı dahil olmak üzere, sosyal sağlık sigortası primlerini 18 sosyal sağlık sigortası fonundan birine ödemektedir. Federal devlet, emekliler (emeklilik sigortası yoluyla) ve işsizler için işveren primlerini karşılamaktadır. Sosyal sağlık sigortası primlerine sınır getirilmiştir.

En büyük kaynak olan sağlık sigortası prim gelirleri, federal hükümet tarafından karşılanan bakmakla yükümlü olunanlar, mülteciler ve sığınmacılar gibi seçili gruplar için katkıları da içermektedir.

2.2.2. Vergi Gelirleri

Sistemin en büyük ikinci gelir kaynağını vergiler oluşturmaktadır. Sağlık hizmetleri için vergi gelirleri esas olarak federal düzeyde Federal Sağlık Ajansı (BGA) ve eyalet düzeyinde dokuz Eyalet Sağlık Fonu tarafından toplanmaktadır. Federal düzeyde toplanan vergiler finansal eşitleme mekanizmaları aracılığıyla sağlık bakımını finanse eden üç farklı idari seviyeye dağıtılmaktadır. Bunlar federal hükümet, dokuz eyalet hükümeti ve 2.102 belediye.

Eyaletler sağlık harcamalarını, genel vergilendirmeden paylarına düşen kısımdan karşılamaktadır. Paylaşılan vergi geliri (KDV ve tütün vergisinin küçük yüzdeleri), federal düzeyden eyalete finansal bir eşitleme programı aracılığıyla dağıtılmakta ve temel olarak hastaneleri finanse etmek, ayrıca sağlığı geliştirmek ve hastalıkları önlemek ile araştırma ve planlama projelerini finanse etmek için kullanılmaktadır. Sağlık harcamalarının vergiye dayalı payı, genel vergi gelir seviyesine ve dolayısıyla makro ekonomik koşullara bağlıdır.

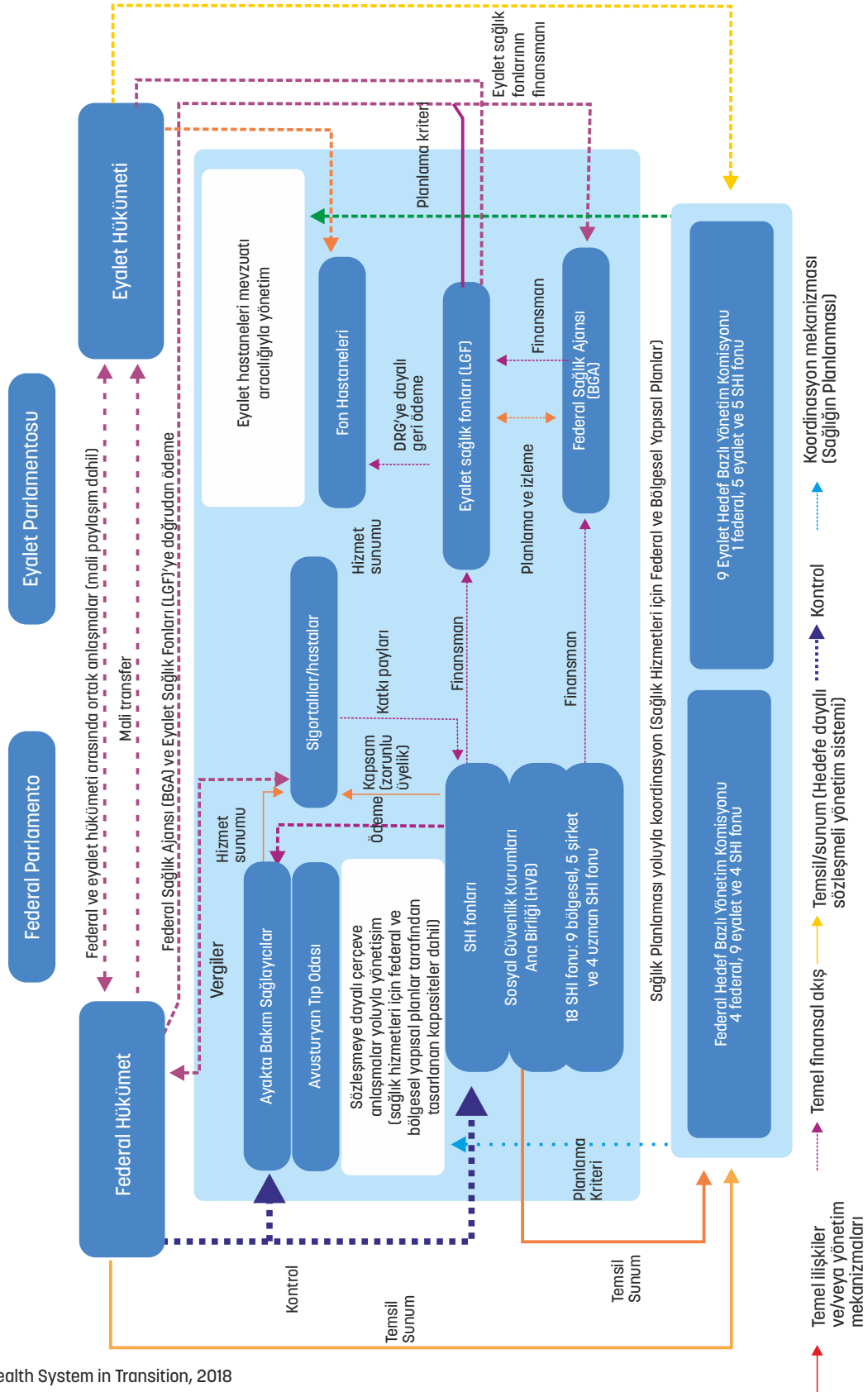
2.2.3. Cepten Yapılan Harcamalar

Gönüllü sağlık sigortası dahil cepten yapılan harcamalar, üçüncü büyük gelir kaynağıdır. 2019 yılı verilerine göre, cepten harcamalar, Avusturya'da sağlık harcamalarının yaklaşık %18'ini oluşturmaktadır, bu da diğer yüksek gelirli AB ülkelerine kıyasla oldukça yüksektir. Gönüllü sağlık sigortası Avusturya'da mevcut sağlık harcamalarının yaklaşık %5'lik küçük bir miktarına denk gelmektedir.

Şekil-1'de Avusturya sağlık sistemi organizasyonuna ilişkin yapı ve finansal akış sunulmuştur. Federal parlamento ve Eyalet parlamentosu sistemde en tepede yer almaktadır. Federal parlamento altında yer alan federal hükümet ile eyalet parlamentosu altında yer alan eyalet hükümeti arasında karşılıklı anlaşmalarla/müzakerelerle fonların tahsisi sağlanmaktadır. Federal hükümetten eyalet hükümetine mali transfer sağlanmaktadır. Ayrıca Federal Hükümet, Federal Sağlık Ajansına (BGA) ve Eyalet Sağlık Fonuna doğrudan kaynak aktarmaktadır. Eyalet Hükümetinden de Eyalet Sağlık Fonuna ayrıca özerk bir fonlama söz konusudur.

Federal Sağlık Ajansı, planlama ve izleme işlemlerini Eyalet Sağlık Fonu ile karşılıklı yapmaktadır. Ayrıca Federal Sağlık Ajansı tarafından da Eyalet Sağlık Fonuna bir fon aktarımı söz konusudur.

Şekil 1: Avusturya Sağlık Sistemi Organizasyonu



Kaynak: Health System in Transition, 2018

2.3. Sosyal Sağlık Sigortası Kapsamındaki Hizmetler

Asgari teminat paketi, sosyal sağlık sigortası fonuna ve zorunlu sigortayı düzenleyen mevzuata bakılmaksızın kanunla belirlenmektedir. Sosyal sağlık sigortası fonları ve doktorlar arasındaki toplu sözleşmeler, kapsanan hizmetleri tanımlamaktadır. İlaçlar dışında sağlık hizmetlerinin veya ürünlerin sosyal sağlık sigortası tarafından karşılanması gerektiğini belirten pozitif liste uygulaması yoktur. Ayrıca negatif liste uygulaması da bulunmamaktadır.

Sosyal sağlık sigortası, genel olarak sağlık hizmetlerinin büyük çoğunluğunu kapsamaktadır, ancak çeşitli hizmet kategorileri için maliyet paylaşımı uygulamaları vardır ve bunlar sosyal sağlık sigortası fonları arasında farklılık göstermektedir. Maliyet paylaşımları, sosyal sağlık sigortası fonları arasındaki teminat kapsamındaki ana değişiklik alanıdır. Örneğin, hastane konaklamaları, sözleşmeli olmayan sağlık hizmet sunucularından sağlanan sağlık hizmetleri ve reçeteli ilaçlar için katılım payı ödemeleri bulunmaktadır. Bununla birlikte, kullanıcı ücretleri düzeyleri sosyal sağlık sigortası fonlarına göre farklılaşmakta ve yoksul haneler için birçok muafiyet mekanizması bulunmaktadır.

2.4. Cepten Ödemeler ve Maliyet Paylaşımı

Cepten ödemeler; kapsamda olmayan ilaçlar/televizyonlar gibi doğrudan ödemeleri ve katılım payı veya ilave ücret uygulaması şeklinde maliyet paylaşımı harcamalarını içermektedir. Cepten ödemeler, Avusturya'da çok sayıda muafiyet (örneğin düşük gelirli hastalar için) ve reçete ücreti sınırı olması nedeniyle sağlık hizmetlerine erişimde önemli bir engel teşkil etmemektedir. Bununla birlikte, farklı sosyal sağlık sigortası fonlarının farklı maliyet paylaşım seviyeleri nedeniyle sigortalılarda eşitsizlik olduğuna dair bir kanı bulunmaktadır.

Maliyet paylaşımı, öncelikle maliyeti kontrol altına alma ve hastaları genel pratisyen ve ayakta tedavi uzmanlarına yönlendirmek için bir araç olarak kullanılmaktadır. Maliyet paylaşımı, sosyal sağlık sigortası fonlarına göre değişmektedir. Uzman sigorta fonları (devlet memurları, ticaretle uğraşan kişiler, çiftçiler vb.) her tür ayakta tıbbi bakım hizmetinde maliyet paylaşımına yer verirken, Genel Sosyal Sigorta Yasası (ASVG) kapsamındaki diğer sosyal sağlık sigortası fonlarında daha az maliyet paylaşımı söz konusudur. Maliyet paylaşımı tipik olarak ayakta tedavilerdeki katılım payları (pratisyen hekimler ve uzman doktorlar da dahil olmak üzere), yatan hasta konaklamaları, reçeteli ilaçlar, tıbbi rehabilitasyon ve terapi ile göz tedavileri için söz konusu olmaktadır.

Genel olarak katılım payları tüm hastalar için geçerli olsa da belirli nüfus grupları için muafiyetler bulunmaktadır. Bunlar; bulaşıcı hastalıklara sahip olan kişiler, zorunlu toplum hizmetindeki kişiler veya federal bakım altındaki sığınmacılar, telafi edici ödenek alma hakkına sahip emekliler, 18 yaşına kadar olan çocuklar veya sigortalıların eşleridir. Bu nüfus grupları reçete ücretlerinden ve bir dizi katılım payından muaf tutulmaktadır. Katılım payından muafiyetler de hizmet türüne ve sosyal sağlık sigortası fonlarına göre değişmektedir.

Sosyal sağlık sigortası fonlarının karşılamadığı tıbbi ürün ve hizmetler içindeki en büyük pay ayakta tedavi ve rehabilitasyon bakım hizmetleri ile ilgilidir. Buna, sosyal sağlık sigortası fonlarıyla sözleşmesi olmayan pratisyen hekimlere ve uzman doktorlara ziyaretler ve ayrıca dış bakımı için doğrudan ödemeler de dahildir. Diğer önemli doğrudan ödeme kategorileri arasında hemşire bakımı ve evde bakım ile tezgah üstü ilaçlar bulunmaktadır.

Tablo 5, Avusturya'daki maliyet paylaşımı uygulamalarının detaylarını ortaya koymaktadır.

Tablo 5: Sağlık Hizmeti Türüne veya Genel Sosyal Sigorta Yasası (ASVG) Sigortalılarına Göre Maliyet Paylaşımı Düzenlemeleri

Sağlık Hizmeti	Maliyet Paylaşım Türü	Maliyet Paylaşım Seviyesi, 2022	Muafiyetler ve/veya Azaltılmış Oranlar	Cepten Harcamaların Üst Sınırı
Ayakta Tedavi (Pratisyen ve Uzman Doktor)	Bağımsız ödeme	12.95 € (yıllık e-kart servis ücreti)	<ul style="list-style-type: none"> - Yarı zamanlı çalışanlar, - Maaş/ücret alamayanlar (doğum yardımı, doğum / doğum izni, askerlik veya toplum hizmeti durumunda vb.), - Emekliler, - Sonraki yılın ilk çeyreğinde yasal sağlık sigortasından çıkarılacağı bilinen emekli olacak kişiler, - Sosyal nedenlerden dolayı reçete ücretinden muaf olan kişiler, - Zorunlu toplum hizmetindeki mahkûmlar ve kişiler, - Federal bakım altındaki sığınmacılar, - Bakmakla yükümlü olunanlar. 	-
	Ekstra ödeme/ sigortalı payı- katılım payı oranı (sözleşmesiz pratisyenler ve uzman bakımı için)	Genellikle sigorta fonları tarafından belirlenen tarifelerin %80'i sigorta fonları tarafından geri ödenir	<ul style="list-style-type: none"> - Anne-çocuk tarama programları, - Tıbbi kontroller. 	-
Reçeteli ilaçlar	Katılım payı	Reçete başına 6,65 €	<ul style="list-style-type: none"> - Telif edici / ek ödenek alma hakkına sahip emekliler, - Enfeksiyon hastalıkları olan hastalar, - Zorunlu toplum hizmetindeki kişiler ve bunların bakımına yükümlüleri, - Federal bakım altındaki sığınmacılar, - Aylık başvurusu olan hastalar, - Geliri belli bir eş için altında olanlar. 	Yıllık net gelirin %2'si
Yatarak Tedavi	Katılım payı	Sigortalı hastalar için gün başına 12-19 €	<ul style="list-style-type: none"> - Reçete ücretinden muaf olan hastalar, - 18 yaşın altındaki yatan hastalar, - Doğum nedeniyle yatan hastalar, - Organ bağışı ve nakli nedeniyle yatan hastalar, - Buluşacı hastalıklar veya böbrek hastalıkları / diyaliz nedeniyle yatan hastalar. 	Yılda maksimum 28 gün için
Medikal Rehabilitasyon	Katılım payı	Gün başına 9,09-22,08 €	Brüt geliri aylık 909,42 €'dan az olan hastalar.	Yılda maksimum 28 gün için

2.5. Gönüllü Sağlık Sigortası

Gönüllü sağlık sigortası, Avusturya sağlık sisteminde temel olarak sosyal sağlık sigortası sistemine ek bir işleve sahiptir ve çeşitli biçimlerde olabilmektedir. En yaygın türü, hastanelerde “özel ücret sınıfı” olarak nitelendirilen odalarda (tek kişilik odalar vb.) konaklama, hastanelere ulaşım maliyetleri ve hastane hekimlerinin serbest seçimi gibi ilave olanakları kapsayan gönüllü sağlık sigortalarıdır. İkinci en yaygın gönüllü sağlık sigortası türü, ayakta tedavi sağlık hizmetleri için daha fazla sağlık hizmet sunucusuna erişimi sağlamaktadır. Gönüllü sağlık sigortası, sosyal sağlık sigortası ile sözleşmesi bulunmayan hekim ücretlerini ve ayakta tedavide ilaç ve tıbbi malzeme bedellerini karşılama seçeneği sunmaktadır. Yasal teminat paketine dahil olmayan dış bakımı için de gönüllü sağlık sigortası alınabilmektedir.

Avusturya'da, gönüllü sağlık sigortası başvurusunda, sigortanın başvuru yapan kişiyi kabul etme zorunluluğu yoktur. Sigortalı seçimi risk bazında olup primler ve teminat paketleri risk grubuna göre değişmektedir. Özel sağlık sigortalarına ait sözleşmeler ömür boyu sürmektedir ve sigortacı tarafından yalnızca belirli durumlarda (primlerin ödenmemesi vb.) feshedilebilmektedir. Sigortalılar yılda bir kez sözleşmelerini feshetme hakkına sahiptir.

3. GERİ ÖDEME SİSTEMİ

Avusturya sağlık sistemi geri ödemesi, ödeyiciler ve hizmet sunucular arasındaki seçici ve toplu sözleşmelerin bir karışımı ile belirlenmektedir. Ayakta tedavide, tıp odaları (Avusturya Tıp Odası ya da bağımsız olarak çalışan doktorlar adına bölgesel tıp odaları) ve Sosyal Güvenlik Kurumları Ana Birliği arasında toplu sözleşmeler düzenli olarak müzakere edilmektedir. Bu durum, her sosyal sağlık sigortası fonunun kendi toplu sözleşmesini görüşmesi anlamına gelmektedir. Bu sözleşmeler, hizmetlerin kapsamını, ilgili tarifeleri, ödeme mekanizmalarını, hizmet hacimlerini ve anlaşmalı sağlık hizmet sunucusu sayısını belirlemekte ve düzenlemektedir. Birçok uygulayıcı hekimin bir veya daha fazla sağlık sigortası ile sözleşmesi bulunmaktadır. Bu planlara dahil edilmeyen doktorlar toplu sözleşmelere tabi değildir ve dolayısıyla sosyal sağlık sigortası fonları ile sözleşmeleri yoktur. Toplu sözleşme ile hastalardan, sigorta fonlarının öngördüklerinin üzerinde ücret alınabilme imkanı bulunmaktadır. Bu durumda, sağlık hizmet sunucusu ücretleri ile sosyal sağlık sigortası tarafından geri ödenen tutarlar arasındaki farklar için tamamlayıcı sağlık sigortası yapılabilmektedir.

Ortopedik ayakkabı satılan yerler gibi diğer sağlık hizmeti sunucuları ile toplu sözleşmeler, Avusturya Ticaret Odası tarafından yapılabilmektedir. Avusturya Eczacılar Odası ile yapılan toplu sözleşmeler düzenli olarak müzakere edilmekte ve reçete ücretleri, ilaçlar için faturalandırma ve dağıtım bilgileri gibi konuları düzenlenmektedir.

3.1. Ayakta Tedavi Hizmetleri

Dokuz eyalet, hastanelerde ayakta tedavi dahil olmak üzere yeterli hastane kapasitesinin kullanılabilirliğini sağlamaktan sorumludur ve hastaneler tarafından sağlanan yatarak ve ayakta tedavi hizmetlerinin önemli bir bölümünü finanse etmektedir. Ayakta tedavi, sosyal sağlık sigortası fonları ile sağlık hizmet sunucularının özerk kuruluşları arasında müzakere edilen toplu sözleşmelerle düzenlenmektedir. Ayakta sağlık hizmetleri; pratisyen hekimler, uzman doktorlar, dış hekimleri, yardımcı sağlık çalışanları ve ayakta tedavi klinikleri tarafından verilmektedir. Ödeme mekanizmaları, sağlık hizmetlerinin sosyal sağlık sigortası fonlarının geri ödenebilir hizmetler listesinin bir parçası olup olmadığına, sağlık hizmet sunucusunun Sosyal Güvenlik Kurumları Ana Birliği ile toplu sözleşmelerine ve lokasyona dayalı personel planına dahil olup olmamasına bağlıdır. Bu koşullar yerine getirilmezse, sağlık hizmet sunucusu hastalardan doğrudan tahsilat yapmaktadır. Hastalar bu ödemeler için geçerli sosyal sağlık sigortası tarifesinin %80'ine kadar geri ödeme talebinde bulunabilmektedir.

Hastanelerce verilen ayakta tedavi hizmetlerinin yarısı TIG sistemi üzerinden, diğer yarısı ise kamu tedarik zorunluluklarını ve acil durum maliyetlerini hesaba katan sabit bütçeler dikkate alınarak finanse edilmektedir. Ayakta tedavi kliniklerinin finansmanı ise hasta/dönem başına ücret ve hizmet başına ücret yöntemlerinin bir karması ile gerçekleştirilmektedir. Kullanılan yöntemler, sosyal sağlık sigortası fonlarının bölgeleri ve uzmanlık alanlarına göre değişmektedir.

3.2. Özel Hastane Hizmetleri

Sosyal sağlık sigortası fonlarıyla sözleşme yapan kâr amacı güden özel hastaneler, "Özel Hastaneler Finansman Fonu"ndan yatan hasta hizmetleri için ödeme almaktadır. Bu fon esas olarak, sosyal sağlık sigortası fonlarından yıllık toplu bir ödeme ile finanse edilmektedir. Eyalet, federal hükümet, sosyal sağlık sigortası fonları ve Ticaret Odası temsilcilerinden oluşan bir komisyon Fonu kontrol etmektedir. Özel hastaneler tarafından sunulan hizmetler Avusturya Tanı İlişkili Gruplar (TIG) tabanlı hastane ödeme sistemi kuralları çerçevesinde incelenip ödenmektedir.

3.3. Yatarak Tedavi

Yatan hasta sektöründe tüm hastanelerle, kamu veya özel mülkiyete sahip olmalarına veya Eyalet Sağlık Fonu tarafından geri ödenmelerine bakılmaksızın, sosyal sağlık sigortası fonları tarafından toplu olarak sözleşmeler yapılmaktadır. 1997'den beri, kamu ve özel kâr amacı gütmeyen fon hastanelerinde ve kar amacı güden özel hastanelerde (Özel Hastaneler Finansman Fonu tarafından finanse edilen) yatan hasta bakımı, esas olarak Avusturya-TIG olarak da bilinen TIG benzeri bir bütçe tahsis sistemi temelinde finanse edilmektedir. Hastane finansmanı özellikle Avusturya'da karmaşık ve parçalıdır. Eyalet yatan hasta bakımının önemli bir kısmını ödemekte ve her bir hastane bir Eyalet Sağlık Fonu tarafından işletilmektedir. Eyalet Sağlık Fonu aracılığıyla finanse edilen hastanelere fon hastanesi denmektedir.

3.4. Uzun Dönemli Bakım Hizmetleri

Uzun dönemli bakım hizmetleri çoğunlukla eyalet ve belediyeler tarafından finanse edilmektedir. Federal hükümet, belirli bir harcama oranını karşılamakta veya uygunluk kriterleri karşılandığında gerçek maliyetlerden bağımsız olarak sabit bir miktarı (bakım indirimi) finanse etmektedir.

3.5. Rehabilitasyon Tedavileri

Bu tür tedaviler emeklilik sigortası, kaza sigortası veya sağlık sigortası ile finanse edilmektedir. Kaza sigortası, işle ilgili bir kazanın ardından rehabilitasyonu; emeklilik sigortası, emeklilerin rehabilitasyonu ile çalışmalarını engelleyen sağlık durumlarına ilişkin rehabilitasyon masraflarını kapsamaktadır. Sağlık sigortası ise bu durumlar dışında kalan rehabilitasyon hizmetlerinin geri ödemesinden sorumludur. Akut bakım hastanelerinde ve uzman rehabilitasyon merkezlerinde sağlanan rehabilitasyon TIG sisteminden hariç tutulmakta ve gün başına ödeme yapılmaktadır. Hastalar yatarak tedavi sonrası rehabilitasyona başvurabilmekte ve günlük 22,08 €'ya kadar gelire dayalı katılım payı ödemektedir. Rehabilitasyon merkezleri ya doğrudan sosyal sağlık sigortası fonları tarafından işletilmekte ya da ödeme planlarını düzenleyen sosyal sağlık sigortası fonları ile sözleşmeleri bulunmaktadır.

3.6. Acil Sağlık Hizmetleri

Ambulans hizmeti de dahil olmak üzere acil sağlık hizmetleri belediyeler ve eyaletler tarafından sağlanmaktadır. Ambulans nakil ücretleri öncelikle sosyal sağlık sigortası fonları tarafından karşılanmaktadır. Acil bakım hizmetleri için tarifeler belediyeler arasında farklılık göstermektedir.

3.7. İlaç Tedavisi

Tüm sigortalı bireyler, doktor tarafından reçete edildiğinde, ayakta tedavide kullanılmak üzere sosyal sağlık sigortasının geri ödeme listesine dahil ettiği ilaçlara ücretsiz erişime sahiptir. Doktorlar, tezgah üstü ilaçları da içeren ve geri ödeme listesinin yeşil bölümünde bulunan ilaçları serbestçe reçete edebilmektedirler. Listenin sarı bölümde yer alan diğer ilaçlar, sosyal sağlık sigortası fonu doktoru iznini veya belgelerin sağlanmasını gerektirir. 2022 yılında, reçete başına katılım payı 6,65€'dur ve diğer tüm harcamalar sosyal sağlık sigortası fonları tarafından kapsamaktadır. Reçete ücretinin altında brüt geri ödeme fiyatı olan ilaçlar için hastalar ilacın bedelinin tamamını kendileri ödemektedir.

Yatarak tedavide sağlanan ilaçlarda maliyet paylaşımı uygulanmamaktadır. Bazı nüfus grupları (bulaşıcı hastalığı olan bireyler, telafi edici ödenekleri olan emekli aylıkları vb.) ve belirli eşiklerin altında hane halkı geliri olan bireyler reçete ücretlerinden muafır. Reçete ücretlerinden muaf sigortalıların oranı, sosyal sağlık sigortası fonlarına göre önemli ölçüde değişmektedir.

Yatan hasta konaklamaları sırasında verilen ilaçların bedeli, ilgili TİG sistemine dahil edilmektedir. Ayakta tedavide, sosyal sağlık sigortası fonları reçeteli ilaçlar için reçete ücreti hariç maliyetleri karşılamaktadır.

Toptancıların ve eczanelerin ücretlendirilmesi, düzenlenmiş fiyatlara ilişkin yasal düzenleyici kâr marjı planlarına tabidir. Toptancılar için kâr marjı, ilacın geri ödeme listesinin yeşil, sarı ve kırmızı bölümlerinde bulunması ve ilacın sınıflandırılmasına bağlıdır. Listenin sarı veya yeşil bölümüne dahil edilen ilaçlar, fabrika çıkış fiyatının %7 ila %15,5 oranındaki kar marjlarına tabidir. Topluluk eczaneleri, eczane alış fiyatının %12,5 ila %55'i arasında değişen marjlarla çalışmaktadır. Sosyal sağlık sigortası fonları veya eyalet ve bağlı kurumlar ile kâr amacı gütmeyen hastaneler gibi imtiyazlı müşteriler, eczane alış fiyatının %3,9'u ila %37'sinden düşük puanlamalardan yararlanmaktadır. Sabit %15 "özel müşteri marjı" haricindeki tüm kâr marjı planları, kademeli azalan marjlar olarak tasarlanmıştır, yani marjlar, düşük fiyatlı ürünler için daha yüksektir. Ayrıca, azami marj düzenlemesi de bulunmaktadır. Avusturya'da reçeteli ve reçetesiz ilaçların jenerik payı, hacim ve değer bakımından kısmen düşüktür, çünkü etkin madde ismi ile reçeteleme veya jenerik ikamesine izin verilmemektedir.

3.8. Diş Tedavisi

Diş tedavisi koruyucu, cerrahi ve ortodontik tedavileri içermektedir. Ortodontik tedavi durumunda sigortalının ve bakmakla yükümlü olduğu aile üyesinin katılım payı %25 ile %30 arasındadır. 18 yaşına kadar olan çocuklar için, ileri derecede kayma veya çene mal pozisyonu durumunda ortodontik tedaviler ücretsizdir. Kişi, diş hekimine elektronik hastalık sigortası kartını göstererek hakkını kanıtlamalıdır. Bu kartın yıllık ücreti 12,95 €'dur ve emekliler ile ihtiyaç sahipleri ödemedenden muafır. Diş teli gibi çıkarılabilir diş protezlerinde sigortalı veya aile bireylerinin katılım payları %30'dur. İstisna veya indirim bulunmamaktadır.

Tablo 6, Avusturya'daki sağlık hizmeti sunucuları geri ödeme mekanizmalarını göstermektedir.

Tablo 6: Sağlık Hizmeti Sunucularına Geri Ödeme Mekanizması

	Federal Bakanlıklar	Eyalet	Sosyal Sağlık Sigortası	Özel/Gönüllü Sağlık Sigortası	Maliyet Paylaşımı	Doğrudan Ödemeler
Yatarak Tedavi	Hastane hizmetleri	Eyalet Sağlık Fonu veya özel Hastane Finans Fonu aracılığıyla finanse edilir. TİG tabanlı sistem, operasyonel kayıplar için tamamlayıcı niteliktedir (sadece devlet hastaneleri).		Hizmet başına & gün başına	Bazı sağlık fonlarında sigortalılar için günlük ücret başına maliyet paylaşımı	Tüm hizmetler için sigortalı olmayanlar, Kapsamda olmayan hizmetler, Özel sınıf tesisler için ek ücretler
	Hastane "özel ücret sınıfı" hizmetleri			Gün başına & Hizmet başına		Özel sınıf (gün başına, hizmet başına) için ekstra ücretler
Hastane Poliklinik Hizmetleri	Hastane ayakta sağlık hizmetleri	Eyalet Sağlık Fonu aracılığıyla finanse edilir. TİG sistemi uygulanmaktadır. (%650 Hizmet Başına Ödeme + %650 potansiyel bütçe)				
	Genel pratisyen hekim ve uzman hekim hizmetleri (dış tedavisi dahil)		Hasta/dönem başına ücret & Hizmet ücreti (Sosyal Sağlık Fonlarının bir kısmını, uzmanlık alanı ve/veya bölgeye göre değişir)	Hizmet başına	Belirli mesleklerin sağlık sigortalarında sabit ücret yüzdesi (örneğin çiftçiler, devlet çalışanları)	Tüm hizmetler için sigortalı olmayanlar, Kapsamda olmayan hizmetler, Sözleşmeli olmayan hekimlerin hizmetleri (Tarifenin %80'i geri ödenir)
	Ayakta tedavi klinikleri					
Diğer Hizmetler	İlaçlar		Gerçekleştirilen ilaçlara yönelik kar marjları	Tanımlanmış ek ilacın geri ödenmesi	Reçete ücreti	Reçete ücretinin altında fiyatlanan ilaçlar ve OTC ilaçlar için kâr marjı
	Rehabilitasyon		Gün başına	Yasal sigorta kapsamında olmayan hizmetler için gün başına	Gelire bağlı gün başına	Özel sınıf konaklama ücretleri
	Uzun dönemli yatan hasta bakımı ve günlük tedavi		Hastanın ilikidite azlığı durumunda emekli aylığı	Günlük/saatlik oranlar	Günlük/saatlik oranlar	Günlük oranlar (bazı eyaletlerde)
	Gezici uzun dönemli bakım hizmetleri		Yatırım sübvansiyonları, günlük / saatlik ücretler, hasta ilikidite durumunda, test edilen sosyal yardımlar bölgeye göre ele alınmakta ve bölgeye göre değişmektedir	Günlük/saatlik oranlar		Hizmet ücreti (bazı eyaletlerde)

4. TÜRKİYE İLE AVUSTURYA’NIN SAĞLIK ve GERİ ÖDEME SİSTEMLERİNİN KIYASLANMASI

Avusturya’da kamu tarafından sağlanan zorunlu sağlık sigortacılığı sistemi bulunmaktadır. Ülkemizde Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından sunulan kamu sağlık sigortacılık sistemi Avusturya’da sosyal sigorta fonları aracılığıyla sunulmaktadır. Avusturya’da federal ve eyalet düzeyinde sunulan sağlık hizmetlerinin finansal akışı karmaşık bir yapıya sahiptir. Dokuz adet eyalet ve 18 adet sağlık sigorta fonu ülke genelinde sağlık sigortası sağlamaktadır. Her bir eyalette yatan hasta bakımı sağlayan fon kuruluşları bulunmaktadır.

2022 yılı OECD verilerine göre; Avusturya’da nüfusun yaklaşık olarak tamamı sağlık sigortası kapsamındadır. Sağlık hizmetlerinden faydalanabilmek için fonlara prim ödenmesi gerekmektedir. Toplanan bu primlerin yasal çerçevesi kanunlarca belirlenmiştir. Herhangi bir sağlık sigortası fonuna dahil olmak kişiler için zorunlu olup, devlet memurları, ticaretle uğraşanlar gibi gruplar için ayrı sağlık sigortaları bulunmaktadır. Avusturya ile benzer şekilde, 2022 yılı OECD verilerine göre ülkemizde ise nüfusun %98,8’i sağlık sigortası kapsamında olup SGK verilerine göre 2022 yılı sonu itibarıyla bu rakam %98,7’dir. Türkiye’de sağlık sigorta sisteminin finansmanı genel olarak vatandaşlar tarafından ödenen primler ve toplanan primlerin dörtte biri kadar devlet katkısı ile sağlanmaktadır. Avusturya’da da sistem genel vergi gelirlerinin ve zorunlu sosyal sağlık sigortası primlerinin bir karışımı ile finanse edilmektedir.

Ülkemizde olduğu gibi Avusturya’da da zorunlu sevk zinciri uygulaması bulunmamaktadır. Türkiye’de genel sağlık sigortası kapsamında sunulan sağlık hizmetleri, Avusturya’da sosyal sağlık sigortası fonları ve eyalet düzeyinde Eyalet Sağlık Fonları aracılığıyla sağlanmaktadır. Ülkemizde genel sağlık sigortalılarına sunulan sağlık hizmetleri; sağlık hizmeti sunucuları ile yapılan sözleşme ile protokoller, Sağlık Uygulama Tebliği üzerinden yapılan düzenlemeler, Sağlık Hizmeti Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen bedeller vasıtasıyla yürütülmektedir. Avusturya’da asgari teminat paketi kanunla belirlenmektedir. Sosyal sağlık sigortası fonları toplu sözleşmelerle diğer hizmet kapsamlarını oluşturmaktadır. Ayakta tedavide, tıp odaları (Avusturya Tıp Odası ya da bölgesel tıp odaları- bağımsız olarak çalışan doktorlar adına) ve Sosyal Güvenlik Kurumları Ana Birliği (sosyal sağlık sigortası fonları adına) arasında toplu sözleşmeler düzenli olarak müzakere edilmektedir. Bu, her sosyal sağlık sigortası fonunun kendi toplu sözleşmesini görüşmesi anlamına gelmektedir. Bu sözleşmeler, hizmetlerin kapsamını, ilgili tarifeleri, ödeme mekanizmalarını, hizmet hacimlerini ve anlaşmalı sağlık hizmet sunucusu sayısını düzenlemektedir. Birçok uygulayıcı hekimin bir veya daha fazla sağlık sigortası ile sözleşmeli bir ilişkisi vardır.

Türkiye’de finansmanı sağlanacak sağlık hizmetleri pozitif listeler aracılığıyla tanımlanırken, Avusturya’da yalnızca ilaçların finansmanı için pozitif listeler kullanılmaktadır.

Avusturya’da TİG sistemi başta yatarak tedavide olmak üzere finansman yöntemlerinde ağırlıklı olarak kullanılmaktadır. Ülkemizde ise geri ödemede TİG yöntemi kullanılmamakta; global bütçe, sözleşmeler, protokoller aracılığıyla ödeme yapılmaktadır.

Türkiye’de muayene, ilaç, vücut dışı ortez-protez ile yardımcı üreme yöntemlerinde katılım payı ve ilave ücret gibi uygulamalar bulunmaktadır. Avusturya’da da cepten ödemeler söz konusu olup reçete ücreti, sözleşmeli olmayan sağlık hizmet sunucularından sağlanan hizmetler için cepten ödemeler, ayakta tedavi uygulamaları ile yatarak tedavide maliyet paylaşımı gibi sosyal sağlık sigortası fon türlerine göre değişen cepten harcamalar söz konusudur. Avusturya’da ayakta tedavilerde reçeteli ilaçları almak için eczaneye başvurulduğunda reçete ücreti ödenmesi zorunludur. Bu rakam güncel fiyatlarla 6,65 €’dur. Türkiye’de benzer şekilde 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. Ayakta tedavide sağlanan ilaçlardan ayrıca oransal katılım payı ve eşdeğer grup uygulamasından kaynaklanan “fark ücreti” alınmaktadır. Her iki ülkede de katılım payı ödmeden muaf kişi ve durumlar tanımlanmıştır.

Tablo 7, Avusturya’nın ekonomik ve sağlık göstergelerinin Türkiye ve OECD ortalaması ile kıyaslamasını içermektedir.

Tablo 7: Ekonomi ve Sağlık Göstergelerinin Türkiye ve OECD Ortalaması ile Karşılaştırılması

	AVUSTURYA	TÜRKİYE	OECD
Nüfus, (2022)	9.042.528	85.341.241	-
Kişi başına düşen GSYİH, (\$), (2022)	52.131	10.616	-
Asgari ücret tutarı, (\$), (2022), (Aylık)	-	459	-
Cari sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı, (%), (2022)	11,4	4,3	9,2
Kişi başına düşen sağlık harcaması, (\$), (2022)	7.275	1.827	4.986
Kişi başına düşen ilaç harcaması, (\$), (2021)	721	-	614
Doğuşta beklenen yaşam süresi kadın, Doğuşta beklenen yaşam süresi erkek, (yıl), (2022)	83,7 78,8	81,3 75,9	83,0 77,6
Sigorta tarafından kapsanan nüfus oranı, (%), (2021)	99,9	98,8	97,9
1.000 kişiye düşen doktor sayısı, 1.000 kişiye düşen hemşire sayısı, 1.000 kişiye düşen yatak sayısı, (2021)	5,4 10,6 6,9	2,2 2,8 3,0	3,7 9,2 4,3
Toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı, (%), (2021)			
1 - Kamu sağlık harcaması oranı, (%)	78	79	76
Merkezi hükümet/bölgesel, yerel yönetimler sağlık harcaması oranı, (%)	38	29	38
Sosyal sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	40	50	38
2 - Cepten yapılan sağlık harcaması oranı, (%)	16	16	18,5
3 - Gönüllü sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	4	2	4,5
4 - Diğer harcamaların oranı, (%) *	2	3	1
Hane halkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı, (%), (2021)	4	1,4	3,3

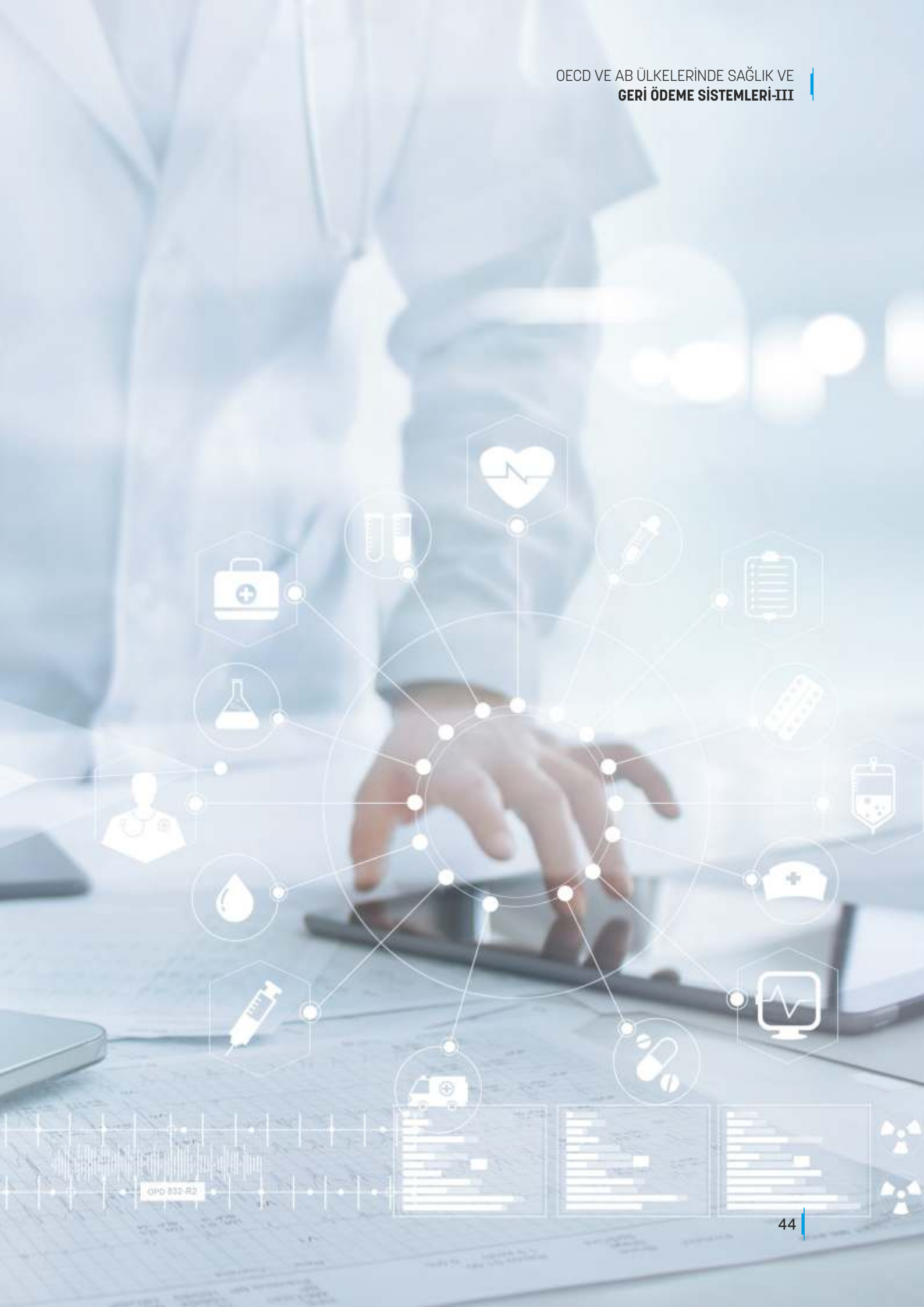
* Ülkede geçici olarak ikame edenlere ait sağlık harcamaları

Kaynak:

1. Health at a Glance 2023 OECD Indicators, 2023
2. The World Bank, 2022a.
3. The World Bank, 2022b.
4. OECD, 2022.

KAYNAKLAR

- Mutual Information System on Social Protection (2023). Health care. <https://www.missoc.org/missoc-database/comparative-tables/> web adresinden Nisan 2023 tarihinde alınmıştır.
- OECD (2022). Health at a Glance 2022: OECD Indicators. OECD Publishing. 507433b0-en.pdf (oecd-ilibrary.org) web adresinden Nisan 2023 tarihinde alınmıştır.
- OECD (2023). Health at a Glance 2023: OECD Indicators. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.
- Sağlık Uygulama Tebliği (2007, 25 Mayıs). Resmi Gazete (Sayı: 26532). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/>
- Sosyal Güvenlik Kurumu (2023). Aylık İstatistik Bültenleri. <https://sgk.gov.tr/istatistik/Aylik/42919466-593f-4600-937d-1f95c9e252e6/> adresinden 17.05.2023 tarihinde alınmıştır.
- Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (2006, 16 Haziran). Resmi Gazete (Sayı:26200). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2006/06/20060616-1.htm>
- The World Bank (2022a). GDP per capita. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD> adresinden Kasım 2023 tarihinde alınmıştır.
- The World Bank (2022b). Populations. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?view=map> adresinden Kasım 2023 tarihinde alınmıştır.
- WHO (2018). European Observatory on Health Systems and Policies, Austria: Health System Review, <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/austria-health-systemreview-2018> sitesinden Nisan 2023 tarihinde alınmıştır.
- WHO (2021). European Observatory on Health Systems and Policies, <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/austria-country-health-profile-2021> web adresinden Nisan 2023 tarihinde alınmıştır.
- WHO (2022). European Observatory on Health Systems and Policies, <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/austria-health-system-summary-2022> web adresinden Nisan 2023 tarihinde alınmıştır.
- WHO (2023). European Observatory on Health Systems and Policies, <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/countrieshspm/hspm/austria-2018> web adresinden Nisan 2023 tarihinde alınmıştır.





GÜNEY KORE SAĞLIK ve GERİ ÖDEME SİSTEMİ

Özet

Kore yarımadasının güneyinde yer alan ve İkinci Dünya Savaşı'nın sonunda 1948 yılında ülkenin ikiye bölünmesi ile kurulan Güney Kore, ilerleyen yıllarda büyük sanayi atılımları ile gayri safi milli hasılasını artırarak gelişmiş ülkeler sınıfına girmiştir. Kore Cumhuriyeti'nde (Güney Kore) başkanlık sistemi uygulanmakta olup, Cumhurbaşkanı beş yıllık bir dönem için halk tarafından seçilmektedir. 2000 yılında Ulusal Sağlık Sigortası Servisi, tüm sağlık sigortalarını tek bir ulusal sağlık sigortasında birleştirmek için kurulmuştur. O zamandan beri ulusal (zorunlu kamu) sağlık sigortasının işleyişinde temel rol oynayan kurumlar; Ulusal Sağlık Sigortası Servisi, Sağlık Sigortacılığı İnceleme ve Değerlendirme Servisi ile Sağlık ve Refah Bakanlığı'dır. Sağlık hizmetlerine erişimde kişiler zorunlu Ulusal Sağlık Sigortası veya Tıbbi Yardım Programı kapsamında hizmet almaktadırlar. Ulusal sağlık sigortasının finansmanı, sigortalıların ödediği primler ve devlet katkıları ile sağlanmaktadır. Göreceli olarak katılım paylarının yüksek (ayakta tedavide %30'dan %60'a ve yatarak tedavi için %20) ve geri ödemesiz ürün ve hizmetlerin fazla olması sebebiyle cepten yapılan ödemeler Güney Kore'de yüksek düzeydedir. Hastane geri ödemesi, Tanı İlişkin Gruplar (TİG) sistemini hizmet başına ödeme ile birleştiren karma bir model olan Yeni-TİG ile yapılmaktadır. Bir ilacın geri ödeme listesine girmesi kararı ise Sağlık Sigortacılığı İnceleme ve Değerlendirme Servisi tarafından ilacın klinik faydasının ve maliyet etkililiğinin değerlendirilmesinden sonra verilmektedir.

OECD ülkeleri içinde en yüksek cepten ödeme düzeyine sahip ülkeler arasında ilk sıralarda yer alsa da genel olarak Kore sağlık sistemi gelişmiş sağlık sistemine sahip ülkeler arasında zikredilmektedir.

ÜLKE TANITIMI

Ülkenin Demografik Göstergeleri

Batısında Çin ve doğusunda Japonya ile çevrili Kore Yarımadası, Kuzeydoğu Asya'nın ortasında yer almaktadır. Güney Kore'nin toplam alanı 100.364 km²'dir. Güney Kore'nin başkenti Seul, resmi dili ise Korece'dir. Kore'nin benzersiz bir dili ve Joseon hanedanlığı döneminde Kral Sejong (1397-1450) tarafından icat edilen "Hangeul" adlı kendi yazı sistemi vardır.

Ülkenin nüfusu 2022 yılı itibarıyla 51.628.117 milyondur. Güney Kore'nin resmi para birimi Güney Kore Wonu'dur.

1948 yılında ülke, Kore Cumhuriyeti (Güney Kore) ve Kore Demokratik Halk Cumhuriyeti (Kuzey Kore) olarak iki ülkeye bölünmüş ve her bir ülke kendi hükümetlerini kurmuştur. Uluslararası hukuka göre iki farklı ülke olarak tanımlanan bu ülkeler, eş zamanlı olarak Birleşmiş Milletler'e katılmışlardır. Ancak Güney Kore Anayasası, Kuzey Kore'yi Kore Cumhuriyeti'nin bir parçası olarak saymaktadır. Güney Kore Devleti 1948 yılında kurulduğundan beri kendisini dünyanın en yoksul ülkelerinin birinden, ekonomik güç merkezi olmuş bir ülkeye dönüştürmüş ve liberal demokrasinin bir sembolü haline gelmiştir.

Ülkede kadınlarda doğuştan beklenen yaşam süresi 86,6 erkeklerde ise 80,6'dır. Ülkedeki nüfusun tamamı sağlık sigortası kapsamı altındadır ve Güney Kore sağlık sistemi, turistlerin de ilgisini çekmekte olan gelişmiş bir hizmet yapısı sunmaktadır.

Ülkenin Sağlık Harcamaları

Sağlık harcaması; yatırım harcamaları hariç kişisel sağlık hizmetleri (tedavi edici, rehabilite edici, uzun dönemli bakım hizmetleri, yardımcı hizmetler ile tıbbi ürünler) ve toplumsal sağlık hizmetleri (sağlık idaresinin yanı sıra koruyucu sağlık ve halk sağlığı hizmetleri) dahil olmak üzere sağlık ürünleri ve hizmetlerinin nihai tüketimini (cari sağlık harcamalarını) yansıtmaktadır.

Güney Kore'de kişi başına düşen sağlık harcaması 2022 yılı itibarıyla 4.570 \$ seviyesinde olup; sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı, OECD ülkeleri ortalamasına yakın bir şekilde yaklaşık %9,7 seviyesindedir.

Tablo-1'de Güney Kore ve OECD ülkelerinin sağlık ve ekonomi anlamında temel bazı göstergelerine yer verilmiştir.

Tablo 1: Ekonomi ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması

	G.KORE	OECD
Nüfus, (2022)	51.628.117	-
Kişi başına düşen GSYİH, (\$), (2022)	32.254	-
Asgari ücret tutarı, (\$), (2022), (Aylık)	1.482	-
Cari sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı, (%), (2022)	9,7	9,2
Kişi başına düşen sağlık harcaması, (\$), (2022)	4.570	4.986
Kişi başına düşen ilaç harcaması, (\$), (2021)	687	614
Doğuşta beklenen yaşam süresi kadın, Doğuşta beklenen yaşam süresi erkek, (yıl), (2022)	86,6 80,6	83,0 77,6
Sigorta tarafından kapsanan nüfus oranı, (%), (2021)	100	97,9
1.000 kişiye düşen doktor sayısı, 1.000 kişiye düşen hemşire sayısı, 1.000 kişiye düşen yatak sayısı, (2021)	2,6 8,8 12,8	3,7 9,2 4,3
Toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı, (%), (2021)		
1 - Kamu sağlık harcaması oranı, (%)	62,5	76
Merkezi hükümet/bölgesel, yerel yönetimler sağlık harcaması oranı, (%)	17	38
Sosyal sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	45,5	38
2 - Cepten yapılan sağlık harcaması oranı, (%)	29	18,5
3 - Gönüllü sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	7,5	4,5
4 - Diğer harcamaların oranı, (%)*	1	1
Hane halkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı, (%), (2021)	6,1	3,3

* Ülkede geçici olarak ikamet edenlere ait sağlık harcamaları

Kaynak:

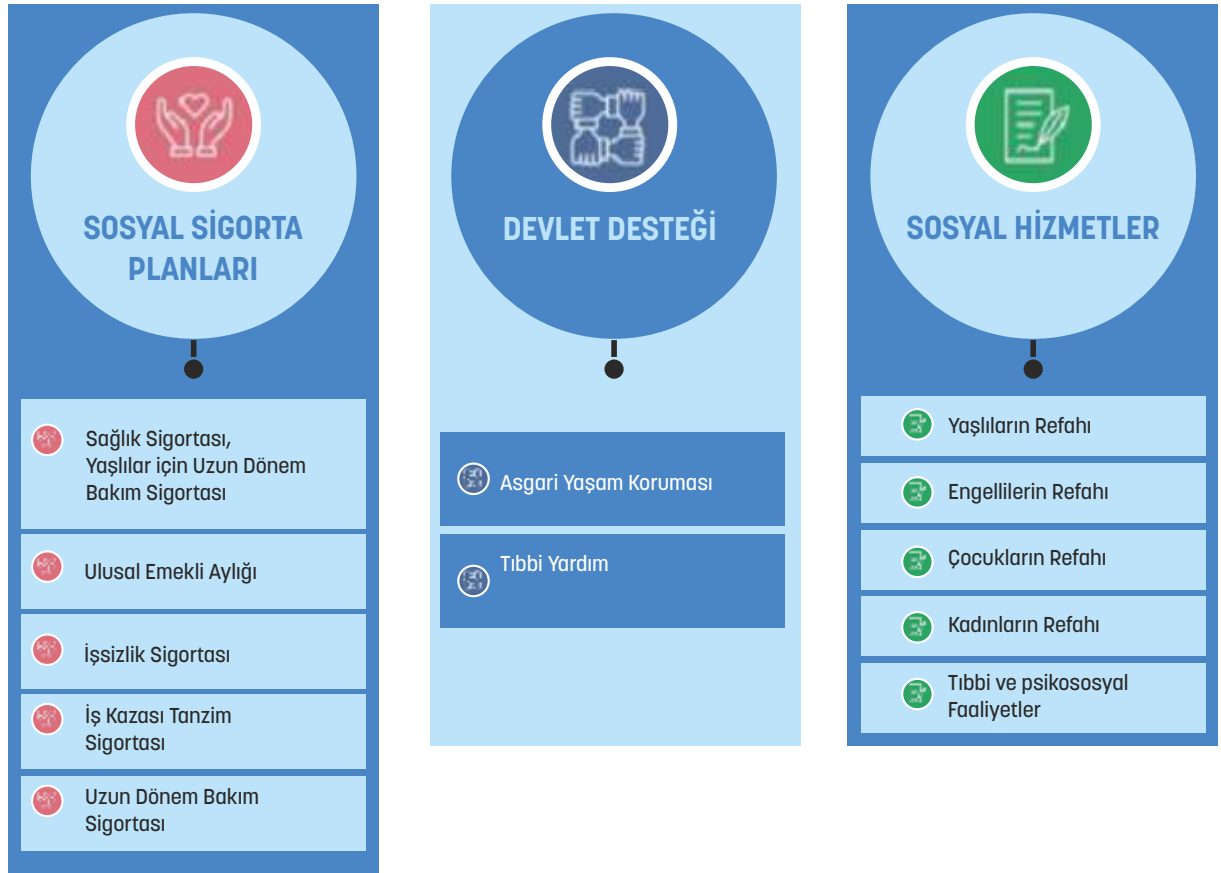
1. Health at a Glance 2023 OECD Indicators, 2023.
2. The World Bank, 2022a.
3. The World Bank, 2022b.
4. OECD, 2022.

ÜLKENİN SAĞLIK ve GERİ ÖDEME SİSTEMİ

1- ORGANİZASYON YAPISI

Kore Cumhuriyeti Anayasasınının 34. maddesi "tüm vatandaşların insana yaraşır bir yaşam hakkına sahip olduğunu" belirtmektedir. Bu bağlamda Sosyal Güvenlik Çerçeve Kanunu, sosyal güvenliği "vatandaşların yaşam kalitesini artıran sistemler" olarak tanımlamakta ve sosyal güvenliği üç kategoriye ayırmaktadır. Bunlar sosyal sigorta, kamu yardımları ve sosyal hizmetlerdir (Şekil-1).

Şekil 1: Kore Sosyal Güvenlik Sistemi



Kaynak: NHIS, 2023.

Sosyal sigorta planları içinde Ulusal Sağlık Sigortası ve Ulusal Emeklilik Servisi temel programlardır. Güney Kore, Ulusal Sağlık Sigortası'nı 1977 yılında başlatmıştır ve bu sigorta 1989 yılında evrensel kapsama erişmiştir. Sağlık ve Refah Bakanlığı, Ulusal Sağlık Sigortası politikasına karar vermekte, Ulusal Sağlık Sigortası Servis ise Ulusal Sağlık Sigortasını tek sigorta kurumu olarak yönetmektedir. Bu sistem, tıbbi ihtiyaçları inceleyen ve sağlık kurumlarının hizmet kalitesini değerlendiren Sağlık Sigortacılığı İnceleme ve Değerlendirme Servisi tarafından düzenlenmekte ve yürütülmektedir.

Tüm vatandaşlar Ulusal Sağlık Sigortası'na farklı prim oranları üzerinden katkıda bulunmaktadır. Prim maaşlı çalışanlar için ücrete; serbest meslek sahipleri için ise gelirlerine, yaşlarına ve mal varlıklarına göre hesaplanmaktadır.

Çalışanların Ulusal Sağlık Sigortası planı kapsamında "iş yeri sigortalısı" olarak kayıtlı olduklarında geçerli prim oranı, 2023 yılı için aylık ücretlerin %7,09'udur (her yıl değişebilmekle birlikte ödenecek primlerde aylık üst sınır mevcuttur) ve işverenler ile çalışanlar arasında eşit olarak paylaşılmaktadır. Ulusal Sağlık Sigortası programına ödenen çalışan primleri, vergilendirilebilir gelirin hesaplanmasından düşülebilmektedir.

Kamu çalışanları ve okul öğretmenleri, özel sektör çalışanları ve kendi adına bağımsız çalışanlar olmak üzere üç farklı tipte, 300'den fazla sağlık sigortası fonu/birliği 2000 yılında tek bir fonda birleştirilmiştir. O zamandan beri ulusal (zorunlu kamu) sağlık sigortasının temel kurumları Ulusal Sağlık Sigortası Servisi, Sağlık Sigortacılığı İnceleme ve Değerlendirme Servisi ile Sağlık ve Refah Bakanlığı'dır.

1.1. Devlet ve Kurumların Rolü

1.1.1. Ulusal Sağlık Sigortası Servisi

Ulusal Sağlık Sigortası Servisi prim toplama, fon biriktirme ve hizmet sunuculara geri ödeme işlemlerini yürütmektedir. Servis hem sağlık sigortasını hem de uzun dönem bakım sigortasını yönetmektedir. Ulusal Sağlık Sigortası Servisi'nin sorumlulukları; sigortalı ve bunların bakmakla yükümlü oldukları kişilerin özelliklerini belirleme, primlerle ilgili düzenlemeler yapma, prim toplama ve sigorta ödemelerini yapmayı içermektedir.

Ulusal Sağlık Sigortası Servisi 22 departmanı ile Başkanlık Ofisi, Sağlık Sigortası Politika Araştırma Enstitüsü, İnsan Kaynakları Geliştirme Enstitüsü, altı bölgesel başkanlık, 178 şube, 54 yerel ofis ve 227 uzun dönem bakım merkezinden oluşmaktadır. Ulusal Sağlık Sigortası Servisi, IIsan Hastanesi ve Seoul Uzun Dönem Bakım Merkezi olmak üzere iki tıbbi kurumu da işletmektedir.

Ulusal Sağlık Sigortası Servisi'nin Yönetim Kurulu 16 üyeden oluşmaktadır ve toplamda 14.755 çalışanı vardır. Kâr amacı gütmeyen bir kurum olarak Ulusal Sağlık Sigortası Servisi, Kore'de yaşayan tüm vatandaşlara sağlık sigortası sağlayan tek sigorta kurumudur. Belli başlı sorumlulukları:

- Ulusal Sağlık Sigortası Servisi'ne kayıtlı kişilerin uygunluğunun belirlenmesi,
- Sigorta primlerinin belirlenmesi,
- Primlerin toplanması,
- Havuz oluşturması ve fon yönetimi,
- Sağlık hizmeti sunucularının temsilcileri ile tıbbi hizmet ödeme sözleşmelerinin yapılması,
- Hizmet sunucularına geri ödeme yapılması,
- Sağlık Sigortası yardımlarının sunulmasıdır.

Ulusal Sağlık Sigortası Servisi aynı zamanda kayıtlı kişiler ve bakmakla yükümlü olunanların sağlıklarının korunması ve geliştirilmesi ile Ulusal Sağlık Sigortası Kanunu ve Ulusal Sağlık Sigortası kapsamındaki diğer işlerden de sorumludur.

1.1.2. Sağlık Sigortacılığı İnceleme ve Değerlendirme Servisi

Temel görevi sigorta tarafından kapsanan sağlık hizmetlerinin uygunluğunu ve kapsamdaki sağlık hizmet giderlerini incelemektir. Teminat paketi ve hizmet sunucusu ödeme sistemi tasarımının yanı sıra iddia/itiraz incelemesi gibi işlemler ile uğraşmaktadır. Sağlık Sigortacılığı İnceleme ve Değerlendirme Servisi, kullanılan sağlık sigortası ile ilişkili masrafları gözden geçirmekte, klinik kılavuzlar veya benzer sağlık hizmet sunucularının klinik kararları ile karşılaştırarak sunulan sağlık hizmetlerinin uygunluğunu değerlendirmekte, hizmetler ve geri ödeme için standartlar geliştirmektedir. Servis, sağlık kurumları tarafından fatura edilen sağlık hizmet giderlerinin incelenmesinin ardından sonuçları Ulusal Sağlık Sigortası Servisi'ne bildirmektedir.

Sağlık Sigortacılığı İnceleme ve Değerlendirme Servisi'nin bir başkanı, 22 dairesi, bir araştırma enstitüsü ve yedi bölgesel ofisi vardır. Sağlık Sigortacılığı İnceleme ve Değerlendirme Servisi'nin kilit kurumlarından biri 1050 üyeden ve maksimum 50 tam zamanlı üyeden oluşan, sağlık hizmetleri kapsamının belirlenmesi, itirazların değerlendirilmesi ve incelemesinde önemli rol oynayan Sağlık İnceleme ve Değerlendirme Komitesi'dir.

Şekil 2: Sağlık Sigortacılığı İnceleme ve Değerlendirme Servisi Organizasyon Şeması



Kaynak: Health Insurance Review & Assessment Service, 2023.

Sağlık hizmeti sunucuları, web tabanlı Tıbbi Talep Portalı Hizmeti aracılığıyla Sağlık Sigortacılığı İnceleme ve Değerlendirme Servisi'ne talepte bulunabilmektedirler. Servis, öncelikle hataları, eksiklikleri veya yanlış hesaplamaları otomatik olarak kontrol etmek için bir bilgi teknolojileri sistemi kullanmaktadır. Ardından, önceden belirlenmiş kriterlere göre elektronik itiraz incelemesi yapılmaktadır. Aykırı değerler, Sağlık Sigortacılığı İnceleme ve Değerlendirme Servisi personeli, tıp alanında uzmanlar veya bir uzmanlar komitesi tarafından incelenmektedir. Talep incelemesi tamamlandıktan sonra sonuçlar, geri ödeme işlemlerinin yapıldığı Ulusal Sağlık Sigortası Servisi'ne gönderilmektedir.

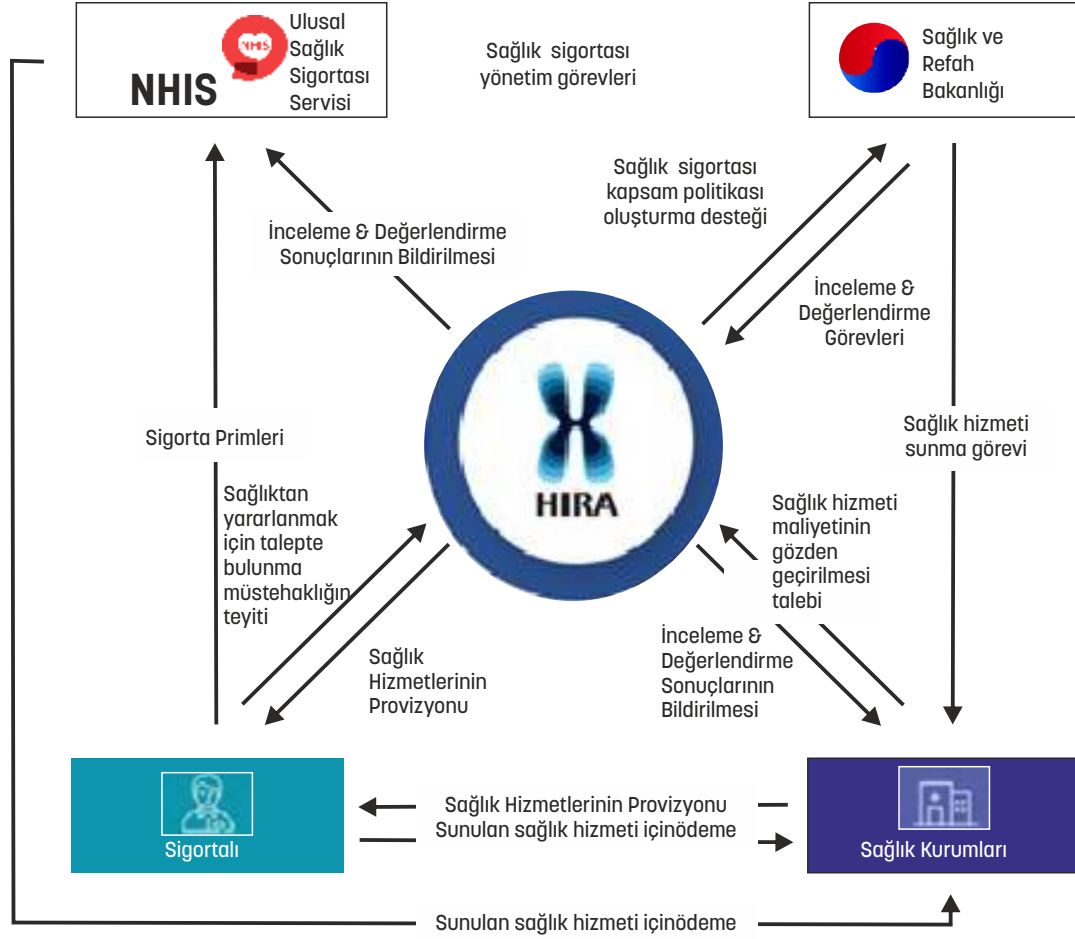
1.1.3. Sağlık ve Refah Bakanlığı

Ulusal Sağlık Sigortası politikalarının düzenlenmesi ve planlanmasında ana sorumluluk Sağlık ve Refah Bakanlığı'ndadır. Sağlık ve Refah Bakanlığı, sağlık politika amaçları ve hizmet planlama önceliklerini Ulusal Sağlık Sigortası programlarına dönüştürmede anahtar bir rol oynamaktadır. Sağlık ve Refah Bakanlığı'nın görev ve yetkileri şunlardır:

- Ulusal Sağlık Sigortası politikalarına karar vermek ve Ulusal Sağlık Sigortası şemasının genel konularını denetlemek,
- Bünyesindeki Sağlık Sigortası Politikası Müzakere Komitesi ile Ulusal Sağlık Sigortası politikalarıyla ilgili konularda müzakere etmek ve kararlar almak,
- Prim oranlarına, uygulama kriterlerine ve sağlık hizmet kapsamının genişliğine karar vermek, bütçeleri ve Ulusal Sağlık Sigortası Servisi'nin mevzuatını onaylamak,
- Yeni sağlık teknolojilerini değerlendirmek, faydalanma kriterlerine (yöntemler, prosedürler, kapsamlar ve üst limitler), tıbbi malzeme ödemelerinin üst limitlerine ve hizmetlerin görece değerine karar vermek.

Bu ana kurumların ve sağlık sisteminin genel işleyişi Şekil-3'te yer almaktadır.

Şekil 3: Kore Sağlık - Sosyal Güvenlik Kurumları ve İşleyişi



Not: HIRA: Sağlık Sigortacılığı İnceleme ve Değerlendirme Servisi

Kaynak: Health Insurance Review & Assessment Service, 2023.

1.2. Sağlık Hizmeti Sunumu

Güney Kore'de çoğu OECD ülkesinde olduğu gibi aile hekimliği veya iyi kurgulanmış bir birinci basamak sistemi bulunmamaktadır. Hastalar, Kore Devleti tarafından yönetilen üçüncü basamak hastaneleri hariç herhangi bir uzmanlık kliniğine veya genel hastaneye gidebilmekte ve sevk belgesi olmadan ilk muayenelerini olabilmektedir. Ancak bu durum hariç Güney Kore'de sağlık sisteminin, kaynakları verimli bir şekilde kullanmak, tıbbi kurumların rollerini belirlemek, ulusal tıbbi harcamalardaki artışı frenlemeye yardımcı olmak ve finansal sürdürülebilirliği güvence altına almak amaçlarıyla kurgulandığı söylenebilmektedir. Bu kurguda sağlık hizmetleri iki aşamada verilmektedir.

Birinci aşama, üçüncü basamak hastaneler hariç olmak üzere bir sağlık kurumundan (klinik, hastane vb.) hizmet almak anlamına gelmektedir. İkinci aşama ise üçüncü basamak hastanelerden hizmet almaktır. İkinci aşama için hastanın, hastayı ilk gören doktor tarafından düzenlenmiş bir sevk belgesini sunması zorunludur. Sevk belgesinin, hizmeti alacak kişinin neden ikinci aşamada yer alan üçüncü basamak bir hastaneden hizmet alması gerektiği bilgisini içermesi gerekmektedir. Bir sağlık hizmetinin sunumunda bir doktorun sevk belgesi düzenlemesi, birinci basamak kurumundaki doktorun kararına göre uygun tedavinin verilmesini mümkün kılmakta, böylece tıbbi kaynakların etkin yönetimine yardımcı olmaktadır. Sevk sisteminin bazı istisnaları vardır. Bunlar;

- “Acil tıbbi tedavi” kapsamında durumu ağır olan hastaların üçüncü basamak hastanelerde sağlık hizmetinden yararlanmaları,
- Hastaların üçüncü basamak hastanelerde doğum yapması,
- Hastaların dış sağlığı hizmeti alması,
- Rehabilitasyon ve tıbbi tedavi bölümlerinde aşağıdaki kişilerin sağlık hizmeti alması,
 - “Engelliler İçin Sosyal Yardım Yasası”nın 32. maddesi kapsamındaki özürli kişiler veya
 - Meslek hastalığına bağlı tedavi veya kinezi terapi gibi rehabilitasyon tedavilerine ihtiyacı olduğunu kabul eden kişiler.
- Kişi aile hekimliği bölümünde sağlık yardımı alması,
- Hastanın üçüncü basamak hastanesinin bir çalışanı olması,
- Hemofili hastalarının üçüncü basamak hastanede sağlık hizmeti almasıdır.

Ulusal Sağlık Sigortası planı altında hastaneler ve eczaneler dahil sağlık kurumları “sağlık hizmet sunucusu” statüsüne sahiptir. Bu hizmet sunucuları, Ulusal Sağlık Sigortası Servisi tarafından maksimum geri ödeme miktarına kadar finanse edilen tüm sağlık hizmetlerini (muayeneler, testler vb.) ve hastalar tarafından katılım payı ödenen tüm sağlık hizmet ve ürünlerini (ilaçlar, sarf malzemeleri vb.) tedarik etmekten sorumludur. Bazı hizmet ve ürünler için hastalar tüm tutarı cepten ödemek zorundadırlar.

Kore’de göreceli olarak yüksek hasta katılım payları ve çok sayıda geri ödenmesi yapılmayan ürün ve hizmetler nedeniyle, diğer gelişmiş ülkelere kıyasla Ulusal Sağlık Sigortası kapsamı dardır. Güney Kore’de sağlık hizmet sunumunda özel sektörün payı yüksektir. Bu sebeple hastalar üzerinde oluşan finansal yükün azaltılması sağlık politikası amaçlarından biridir.

2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

Sağlık hizmetleri finansmanı; finansman planları, finansman planlarını yöneten kuruluşlar ve gelir tipleri açısından analiz edilebilmektedir. Sağlık hizmetleri, gönüllü sağlık sigortası ve cepten ödemelerle, sivil organizasyonlar ve özel şirketler gibi özel finansmanla ya da devlet harcamaları ve zorunlu sağlık sigortasını içeren finansman uygulamalarının bir karması ile finanse edilebilmektedir.

Güney Kore’de sağlık hizmetleri evrenseldir. Sistem primler, devlet sübvansiyonları, dış katkılar ve tütün ücretlerinin kombinasyonu ile finanse edilmektedir.

2.1. Sağlık Sigortası Kapsamındaki Kişiler

Güney Kore’deki kamu sağlık sistemi, katastrofik sağlık harcamalarından koruma ve gerekli sağlık hizmetlerine erişimi sağlamayı amaçlayan iki programdan oluşan bir sistemdir. Bunlar zorunlu Ulusal Sağlık Sigortası ve Tıbbi Yardım Programı’dır. Nüfusun tamamı bu iki programdan biri tarafından kapsam altına alınmıştır. Ulusal Sağlık Sigortası, üyelerinin katkılarıyla sosyal sigorta yapısında işletilmektedir ve zorunlu olan bu yapı nüfusun %97’sini kapsam altına almıştır. Kore Cumhuriyeti yoksul nüfusun hizmete erişimini korumak için ise Tıbbi Yardım Programı uygulamaktadır.

Tıbbi Yardım Programı, tıbbi yardıma ihtiyacı olan düşük gelirli nüfusa gerekli sağlık hizmetlerine erişimi garanti eden bir kamu yardımı programıdır. ABD’deki Medicaid programı ile karşılaştırılması mümkündür. Tıbbi Yardım Programının orijinal biçimi, Güney Kore sosyal refah programının bir parçası olarak 1997 yılında başlatılmış ve 2001 yılında Tıbbi Yardım Programı olarak yeniden tasarlanmıştır.

Tıbbi Yardım için hak kazanma kriteri, ülkedeki ortalama gelirin %40’ından azını kazanmaktır. Ancak, eğer Tıbbi Yardım kapsamındaki kişiye bakmakla yükümlü olan biri var ise ve bu kişinin geliri, ulusal hane halkı gelirlerinin medyan değeri ile bakmakla yükümlü olunan kişinin gelirinin %40’ının toplamını aşıyor ise, söz konusu bakmakla yükümlü olunan kişi Tıbbi Yardım Programı kapsamında çıkarılmaktadır. Tıbbi Yardım yararlanıcıları, çalışmama veya iş göremezlik düzeylerine göre Tip I ve Tip II olarak sınıflandırılmaktadır. Tip I yararlanıcılar, sağlık sistemi tarafından kapsanan herhangi bir tıbbi kullanım için cepten yapılan ödemelerden muafittir. Tip II yararlanıcıların %15’e kadar katılım payı ödemeleri istenmektedir.

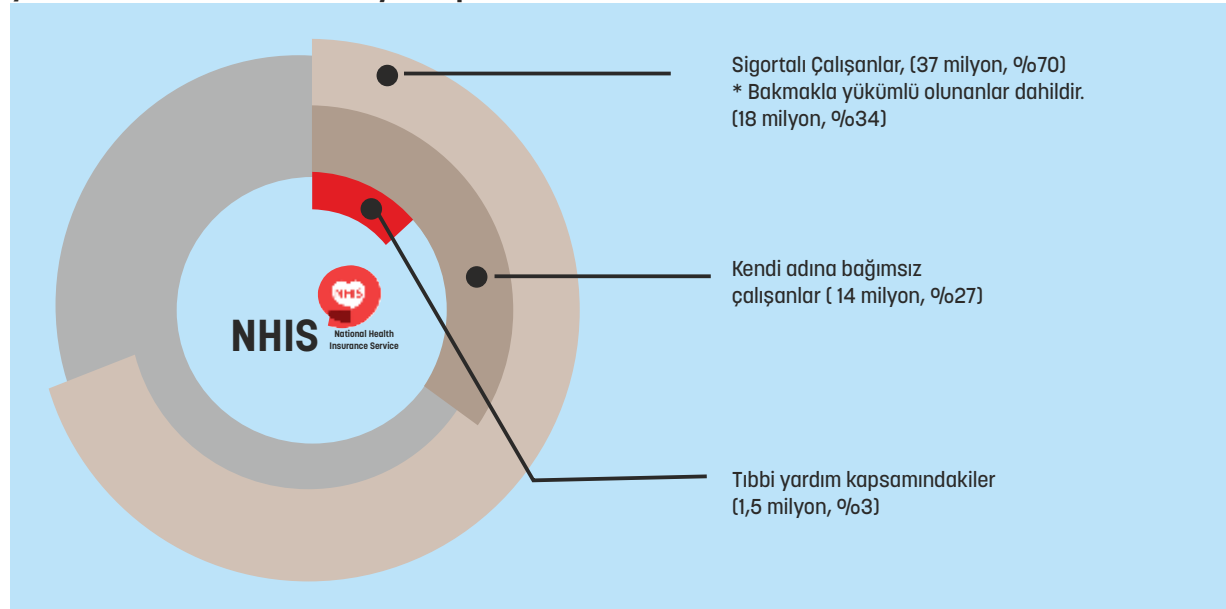
Geliri belirlenen sınırı aştığı için Güney Kore'nin Tıbbi Yardım Programı'nın dışında kalan, nispeten düşük geliri ve yoksul sayılabilecek kişiler, tıbbi hizmetlerden yetersiz yararlanma ve yüksek düzeyde cepten harcamalara maruz kalabilmektedir.

Tıbbi Yardım Programı faydalanıcıları ve gazi olarak sağlık hizmetlerini kullananlar hariç, Güney Kore'de ikamet eden tüm vatandaşlar Ulusal Sağlık Sigortası kapsamındadır. Ulusal Sağlık Sigortası üyeleri için ise yüzde olarak uygulanan katılım payı, ilgili sağlık hizmetine ve hastane türüne göre farklılık göstermektedir. Yatarak tedavi hizmetleri için katılım payı genellikle %20'ye kadardır. Ayakta tedavi hizmetlerinde ise oran hastane çeşidine göre farklılaşmaktadır. Klinikler için hizmet bedelinin %30'u, hastaneler için %40'ı, genel hastaneler için %50'si, üçüncü basamak hastaneler için ise %60'ına kadardır.

Ulusal Sağlık Sigortası kapsamı dışındaki sağlık hizmetleri için hizmet giderlerinin tamamı hasta tarafından karşılanmak zorundadır.

Şekil 4, Güney Kore'de sağlık sigortası kapsamındaki nüfusu göstermektedir.

Şekil 4: Haziran 2022 İtibariyle Kapsam Altındaki Nüfus



Kaynak: Health Insurance Service, 2023.

Sigortalıların bakmakla yükümlü oldukları kişiler ilgili mevzuattaki kriterleri karşıladıklarında veya aşağıdaki gruplardan birine dahil olduklarında sigortalıların bakmakla yükümlü oldukları kişiler sayılmaktadır. Bu kişiler; sigortalıların eşleri, sigortalıların üstsoyları (eşlerinin üstsoyları da dahil), sigortalıların ve eşlerinin altsoyları ve sigortalıların erkek-kız kardeşleridir.

2.2. Finansman Kaynakları

Kore'de sağlık hizmetleri tüm nüfusu kapsayan Ulusal Sağlık Sigortası yoluyla finanse edilmektedir. Ulusal Sağlık Sigortası finansmanı, sigortalıların ödediği primler ve devlet katkıları ile yapılmaktadır.

2.2.1. Kamu Finansmanı

2020 itibarıyla Kore vatandaşlarının %97,2'si Ulusal Sağlık Sigortası'na kayıtlıdır ve kayıtlı olmayan kişiler ise devletten tıbbi yardım ödemesi şeklinde sübvansiyon almaktadırlar. Ulusal Sağlık Sigortası, 2020 yılı itibarıyla %80 oranında üyeleri tarafından ödenen sigorta primleri ile finanse edilmektedir. Her yıl Ulusal Sağlık Sigortası Servisi devletten o yıl için beklenen prim gelirinin %14'üne denk gelen miktar kadar da devlet katkısı almaktadır. Tütün vergileri ile oluşturulan sağlık geliştirme fonları da finansmanın geri kalan kısmını (%6) oluşturmaktadır.

Düşük gelir grubuna mensup kişiler dışındaki tüm Koreliler zorunlu sağlık sigortasına kaydolmak zorundadır. Sağlık hizmeti sunucuları, Ulusal Sağlık Sigortası hastalarını tedavi etmeyi reddetme hakkına sahip değildir, buna karşılık kayıtlı tüm kişiler primlerini aylık olarak ödemekle yükümlüdür. Sigorta primini ödemek işverenin ve çalışanın görevidir. Ödenecek prim tutarı, çalışanın aylık ücretinin prim oranı ile çarpılmasıyla hesaplanır. Bu oran 2023 yılı itibarıyla %7,09'dur. Kendi adına bağımsız çalışan kişiler için prim tutarı kişinin gelir, mülk ve sahip olduğu araba puanlarının toplamı olan bir skor ve skor başına değer çarpılmasıyla hesaplanmaktadır.

2.2.2. Cepten Ödemeler ve Maliyet Paylaşımı

Cepten yapılan ödemeler, doğrudan hastalar tarafından yapılan harcamalardır ve maliyet paylaşım düzenlemelerini ve sağlık hizmeti sunucularına yapılan gayri resmi ödemeleri içermekte, herhangi bir sigorta planına yapılan ön ödemeleri içermemektedir.

Çoğu Koreli, Ulusal Sağlık Sigortası altında kayıtlı olmasına rağmen, yüksek katılım payı ödemeleri ile geri ödemesiz ürün ve hizmetlerin göreceli olarak fazla olması sebebiyle yüksek miktarlarla cepten ödemeler yapmaktadır. 2018 yılında cepten ödemelerin sağlık harcamaları içindeki oranı %32,2 olarak gerçekleşmiştir. OECD verilerine göre bu oran 2021 yılı itibarıyla %29 seviyesine düşse de diğer OECD ülke ortalamasına (%18,5) göre bu rakam halen yüksektir. Göreceli olarak yüksek katılım payları ve düşük Ulusal Sağlık Sigortası paket kapsamı, aynı zamanda daha düşük prim oranı ile de ilgilidir, ki bu 2023 itibarıyla aylık gelirin %7,09'u kadardır. Ulusal Sağlık Sigortası kapsamında kanser ve serebrovasküler hastalar hariç yatarak tedavide katılım payı %20'dir. Ayakta tedavide katılım payları sağlık hizmeti sunucusunun seviyesine yani doktor klinikleri, hastaneler, genel hastaneler ve üçüncü basamak hastanelerden hangisine müracaat edildiğine bağlı olarak %30-%60 arasında değişmektedir. Güney Kore ulusal sağlık sigorta sisteminde ayakta tedavide reçeteli ilaçlar için %30 oranında katılım payı uygulanmaktadır ancak 65 yaş ve üstü kişiler için daha düşük bir katılım payı modeli bulunmaktadır. Ayrıca hastalar üzerindeki finansal yükü azaltmak için katılım payı oranları, kanser ilaçları ve yetim ilaçlar için sırasıyla %5 ve %10 oranlarında azaltılmış olarak uygulanmaktadır.

Güney Kore'de tedavi hizmetleri ile ilgili uygulanan katılım payları ile ilgili detaylı bilgi Tablo 2'de yer almaktadır.

Tablo 2: Güney Kore Katılım Payları Şeması

TEDAVİ TÜRÜ	TESİS TÜRÜ	KATILIM PAYI
Yatarak Tedavi	Tüm tesisler	Toplam tedavi maliyetinin %20'si (Kayıtlı kanser/ciddi hastalık hastaları için %5, kayıtlı nadir hastalık hastaları için %10)
Ayakta Tedavi	Üst düzey genel hastaneler 3. basamak hastaneler	Toplam tedavi maliyeti ve diğer giderlerin %60'ı
	Genel hastaneler	Toplam hizmet giderlerinin idari bölge Dong için %50'si, idari bölge Eup, Myeon için %45'i
	Eczane	Toplam hizmet giderlerinin %30'u
	Hastane	Toplam hizmet giderlerinin %40'u
	Klinik	Toplam hizmet giderlerinin %30'u

Kaynak: Health Insurance Service, 2023.

Ulusal Sağlık Sigortası kapsamında toplam katılım payı tavanı uygulanmaktadır ve yedi gelir grubu bazında olmak üzere daha yüksek gelir grupları için daha yüksek bir tavan bulunmaktadır. Hastalar, sigorta kapsamı dışındaki hizmetler için hizmet bedelinin tamamını cepten ödemektedirler.

Katılım payı tavan sistemi ile bir takvim yılı içinde sigortalı veya bakmakla yükümlü oldukları tarafından ödenen katılım paylarından kaynaklanan yüksek tıbbi giderlerin oluşturduğu finansal yükün azaltılması amaçlanmaktadır. Hastalar tarafından belirlenmiş bir miktarın üzerinde ödenen tutarlar, ödeme öncesi ve ödeme sonrası olmak üzere iki yolla telafi edilebilmektedir. Tablo 3, gelir seviyesine göre katılım payı tavanlarını göstermektedir. Ödeme sonrası hizmetler sınıfına giren bu uygulamada, bir mali yıl boyunca tavanın üzerindeki miktarlar Ulusal Sağlık Sigortası Servisi tarafından geri ödenmektedir.

Tablo 3: Katılım Payı Tavanları (Kore Wonu)

Yıl	Hastanede Kalış Süresi	Ulusal Sağlık Sigortası Katkısının Yıllık Ortalaması (Düşükten Yüksekçe)						
		1. Ondalık	2-3. Ondalık	4-5. Ondalık	6-7. Ondalık	8. Ondalık	9. Ondalık	10. Ondalık
2022	120 güne kadar	830.000	1.030.000	1.550.000	2.890.000	3.600.000	4.430.000	5.980.000
	120 günden sonra	1.280.000	1.600.000	2.170.000				

Kaynak: Health Insurance Service, 2023.

Ayrıca, bir hastanın 120 gün içinde ödediği katılım payı miktarı 1,2 milyon Kore Won'unu aşarsa da Ulusal Sağlık Sigortası Servisi aşan kısmını hastalara geri ödemektedir.

Katastrofik tıbbi harcamalar için yardım programı ise çok yüksek tıbbi harcamaları karşılayabilmek için finansman sağlamaktadır. Bir hanenin maddi nedenlerle tıbbi hizmetler e erişemediği durumları önlemek için tasarlanmıştır (Tablo 4).

**Tablo 4: Katastrofik Tıbbi Giderlerin Hastalık ve Gelir Düzeyine Göre Geri Ödemesi
(Eylül 2021 itibarıyla)**

Kategori		Toplam	
		Yardımların Sayısı	Miktar (Milyon, Won)
Toplam		11.712 (100,0)	29.569 (100,0)
Hastalığa Göre	4 majör ciddi hastalık	4.749 (40,6)	17.160 (58,0)
	Ciddi yanık yaralanması	52.0 (0,4)	255 (0,9)
	Diğer hastalıklar	6.911 (59,0)	12.154 (41,1)
Gelir Seviyesine Göre	Yoksula yakın gruplarda sosyal yardım yararlanıcıları	4.663 (39,8)	6.996 (23,7)
	Medyan gelirin %50'sinin altında olanlar	2.416 (20,7)	5.340 (18,0)
	Medyan gelirin %50-85'i arasında olanlar	2.872 (24,5)	8.410 (28,4)
	Medyan gelirin %85-100'ü arasında olanlar	846 (7,2)	3.042 (10,3)
	Medyan gelirin %100-200'ü arasında olanlar	915 (7,8)	5.781 (19,6)

Kaynak: National Health Insurance & Long-Term Care Insurance System in Republic of Korea, 2022.

Kore nüfusunun %70'inden fazlası, kamu sağlık sigortası katılım paylarını ve sigorta kapsamında olmayan hizmetleri karşılayan özel (tamamlayıcı) sağlık sigortasına kayıtlıdır. Diğer bir ifadeyle özel sağlık sigortası, tıbbi hizmetler için kendi fiyatlarını belirlemekte, daha ziyade üyelerinin cepten ödemelerini finanse etmektedir.

3. GERİ ÖDEME SİSTEMİ

2000 yılından beri Ulusal Sağlık Sigortası Servisi ile her bir sağlık hizmeti sunucusu birliği (doktorlar, hastaneler, eczaneler vb.) fiyatlar hakkında müzakere etmektedir. Ulusal Sağlık Sigortası Servisi, sigorta kurumu ve Sağlık ve Refah Bakanlığı tarafından tek taraflı fiyat belirleme uygulamasını terk ederek, hizmet sunumu birlikleri ile yıllık yapılan bir müzakere yoluyla fiyatların belirlenmesi uygulamasına geçmiştir. Müzakere, hacim veya sektörel/genel harcama tavanı dikkate alınmadan sadece fiyat üzerinden yapılmaktadır. Müzakereler başarısız olduğunda Sağlık Sigortası Politikası Müzakere Komitesi (HIPDC) fiyata karar vermektedir. HIPDC üç tarafın katılımıyla oluşturulan bir komite olarak, Sağlık ve Refah Bakan Yardımcısı'nın başkanı olduğu; ödeme yapanların, hizmet sunucularının ve uzmanların yer aldığı 25 üyeden oluşmaktadır. HIPDC'nin kararı, uyuşmazlık çözümü için başka herhangi bir mekanizma olmadığından nihaidir.

HIPDC aynı zamanda sağlık sigortası teminat paketi kararlarında da yer almaktadır. Herhangi bir hizmetin geri ödemeye dahil edilebilmesi için sağlık hizmeti sunucuları, tüketici grupları, Ulusal Sağlık Sigortası Servisi gibi paydaşlar talepte bulunabilmektedir. Talep, Ulusal Sağlık Sigortası Servisi ve Sağlık Sigortacılığı İnceleme ve Değerlendirme Servisi tarafından sağlanan önemli girdilerle HIPDC tarafından uygun bulunmalıdır. İlaç üreticileri, ilaçların Ulusal Sağlık Sigortası kapsamında olması için talepte bulunmakta ve Sağlık Sigortacılığı İnceleme ve Değerlendirme Servisi, ekonomik değerlendirme ve bütçe etkisi, hastalığın ciddiyeti gibi diğer hususlara dayalı olarak geri ödeme listesine dahil etme kararını vermektedir. Daha sonra Ulusal Sağlık Sigortası Servisi üretici ile fiyatı müzakere etmektedir.

Sağlık Sigortası İnceleme ve Değerlendirme Servisi aynı zamanda maliyetler ve fiyatlamayla ilgili sağlık hizmeti sunucusu davranışını analiz etmede önemli bir rol oynamaktadır. Sağlık hizmeti fiyatlandırmaları; TİG, hizmet başına ödeme ve gün başına ödemenin karışımı ile ödeme uygulamasının yanı sıra, yedi hastalık kategorisinde TİG'e dayalı ödeme ve uzun dönem bakım hastaneleri için gün başına vakaya dayalı ödemeye, bunların dışında da ağırlıklı olarak hizmet başına ödemeye dayanmaktadır.

3.1. Hastane Geri Ödemesi

Ulusal Sağlık Sigortası, kamu ve özel hastanelere tek tip bir ücret ödemektedir. Hastanelerin %90'ından fazlası özeldir. Hemen hemen tüm kamu hastaneleri mali özerkliğe sahiptir ve bu hastanelerin bütçe finansmanında, Ulusal Sağlık Sigortası'ndan aldıkları geri ödeme payı küçük bir kısma karşılık gelmektedir.

Ayakta tedavi hizmetlerine ve akut hastanelerde yatarak tedavinin çoğunluğunda hizmet başına ödeme yöntemi uygulanmaktadır. Birinci basamak ve uzman hizmetler arasında az bir fark vardır, kliniklerde çalışan doktor çalışanların çoğunluğu kurul sertifikalı uzmanlardır ve kapı tutuculuk ve sevk etmede çok sınırlı bir role sahiptirler. Sonuç olarak tüm ayakta tedavi hizmetleri için tek tip ücret tarifesi bulunmaktadır. Sağlık Sigortacılığı İnceleme ve Değerlendirme Servisi, hizmet başına ödeme kapsamında ücret planlaması için hizmetleri ve prosedürleri sınıflandırmaktadır.

Ulusal Sağlık Sigortası tek tip ücretlendirmeye sahip olmakla birlikte, bunun üzerine doktor klinikleri için %15, hastaneler için %20, genel hastaneler için %25 ve üçüncü basamak hastaneler için %30 oranlarında ilave ödemeler yapılmaktadır. Farklı hizmet sunucuları için uygulanan bu fiyat farkı, daha yüksek girdi maliyeti için daha yüksek ödeme fikrine dayanmaktadır.

Ücret tarifesi Kaynak Tabanlı Göreceli Değer'e göre belirlenir. Göreceli değer, doktorun iş yükünü (zaman ve çaba), genel maliyeti ve bu bileşenlere kıyasla miktarı çok küçük olmasına rağmen malpraktis ile ilgili riski dikkate almaktadır. Hekim iş yükünün ölçülmesi görevi hizmet sunucuları birliklerine ve genel maliyetlerin ölçümü ise Sağlık Sigortacılığı İnceleme ve Değerlendirme Servisi'ne verilmiştir. Sigorta kapsamındaki hizmetler için, doktorların Ulusal Sağlık Sigortası tarafından belirlenen ücret tarifesinden daha fazla ücret talep etmelerine izin verilmemektedir.

Güney Kore 1977'de ulusal sağlık sigortası sistemine geçmiş ve sağlık hizmetleri için hizmet başına ödeme sistemini kabul etmiştir. Yani Kore'nin zorunlu ulusal sağlık sigortası programı başlangıçta bir hizmet başına ödeme sistemine dayandırılmıştır. Hizmet başına ödeme sistemi sadece hizmetlerin hacim ve yoğunluğunda bir artışa neden olmamış, aynı zamanda daha karlı hizmetlerin sunumunda, hatta uzun vadede tıbbi uzmanlıkların arzında bozulmaya da neden olmuştur. Kore hükümeti, hizmet başına ödeme sistemi kapsamında aşırı kullanımdan kaynaklanan sorunları çözmek için bir Tanıya İlişkin Gruplar ödeme sistemi uygulamaya karar vermiştir.

Yatarak tedavide hizmet başına ödemedeki TİG ödeme yönetimine geçiş için devlet Şubat 1997'de gönüllü katılımcı hizmet sunucuları ile bir TİG pilot programını uygulamaya koymuştur. İlk olarak 1997'den 2002'ye kadar belirli hastalık gruplarındaki hastalar arasında ulusal ortalama tedavi ücretlerini yansıtan bir TİG ödeme sistemi pilot olarak uygulanmıştır. Güney Kore, 1 Temmuz 2012'de yatan hasta bakımında yedi spesifik operasyon/hastalık grubu için zorunlu bir TİG tabanlı ödeme sistemi uygulamaya koymuş ve ülke çapındaki tüm hastanelerin yaklaşık %61'inden katılım sağlanmıştır. Temmuz 2012'den bu yana katarakt tedavisi, bademcik ve geniz eti alınması, anal cerrahi, fitik cerrahisi, apendektomi, sezaryen ve uterus cerrahisi olmak üzere yedi ameliyat için TİG bazlı ödemeler uygulanmaktadır.

Pilot program DRG ödemesinin hizmet sunucuları üzerinde, hizmet kalitesinde olumsuz bir etki olmadan hastane kalışlarında, tıbbi giderlerde, ortalama test sayılarında ve antibiyotik kullanımında azalma gibi olumlu etkileri olduğunu doğrulamıştır. Ancak bu sistemin yedi minör ameliyattan öteye giderek genişlemesi hizmet sunucularının güçlü muhalefeti nedeniyle engellenmiştir.

TİG tasarımının genişletilmesinin zor olduğu düşünüldüğünden, mevcut TİG sistemini hizmet başına ödeme ile birleştiren karma bir model olan Yeni-TİG modeli, bir pilot program olarak üç devlet hastanesi ile 20 hastalık grubu için Nisan 2009'da başlatılmıştır. Yeni-TİG sisteminde hastaneye yatış ve tetkikler, genel işlemler, ilaç tedavileri gibi temel hizmetler TİG bazında ödeme altında gruplanmakta, ancak hastane yatışları sırasında yapılan operasyon ve işlemler TİG bazında ödemeye dahil edilmemekte ve ayrı olarak prosedür sayısına göre geri ödenmektedir. Dolayısıyla Yeni-TİG sistemi TİG ve hizmet başına ödeme yöntemlerinin bir kombinasyonundan oluşmaktadır. Tıbbi giderler dört ciddi hastalık grubunun (kanser, kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar, nadir ve tedavi edilemez hastalıklar) yanı sıra yedi TİG grubu için hesaplanmaktadır. Temel hizmetler TİG sistemi ile ödenirken doktorların sunduğu daha pahalı hizmet ve prosedürler hizmet başına ödeme ile ödenmektedir.

Bu yöntemde, hastaneler önceden belirlenen bir seviyeyi aşan daha fazla hastane kalış günleri için daha fazla ödeme almakta ve 100 \$'ın üzerinde ücreti olan hizmetler için hizmet başına ödeme yoluyla finanse edilmektedirler. Safi ileriye dönük bir ödeme olmadığı için, devlet, hizmet sunucuların bu yeni ödemeyi TİG tabanlı ödeme ile karşılaştırıldığında kabul etmeye daha istekli olmalarını beklemektedir. Fakat, bu yeni ödeme modeli, hizmet sunucu davranışının etkinliği üzerinde sınırlı etkiye sahiptir. Kalış süresini veya sağlık harcamalarını azaltmamış, bunun yerine katılımcı hastanelerde 100 \$ eşik seviyesinden daha pahalı olan hizmetlerin sunumunu artırmıştır. Kore'de yeni vaka-tabanlı ödeme olarak da adlandırılan gün başına, hizmet başına ve TİG ödemenin kombinasyonu olan Yeni-TİG ödeme yöntemi, Ulusal Sağlık Sigortası Servisi Ilsan Hastanesi'nde ve tüm yerel devlet hastanelerinde uygulanmaktadır. Bu yöntemde hastaneler daha önceden belirlenen bir seviyeyi aşan yatış günleri için hala daha fazla ödeme almaktadır (azaltılmış bir oran olan %80 olsa da) ve 100 doların üzerinde ücreti olan tüm hizmetler için hizmet başına ödeme yöntemi ile geri ödeme alırlar.

Sağlık Sigortacılığı İnceleme ve Değerlendirme Servisi performansa dayalı ödeme kapsamında, seçilmiş alanlarda ve özellikle üçüncü basamak hastaneleri ve genel hastaneler için Değer Teşvik Programı'nı uygulamıştır. Bu program akut miyokart enfarktüsü ve sezeryan hizmetlerinde başlatılmıştır. Akut miyokart enfarktüsü için performans göstergeleri olarak hacim, süreç (zamanında müdahale ve ilaç kullanımı) ve çıktılar (30 gün içinde ölüm) kullanılmıştır. Sezaryen doğumlarda ise ülkede sezaryen doğumlarda fiili oranlarla, riske göre belirlenmiş oranlar arasındaki fark gösterge olarak kullanılmıştır. Kırk üç büyük genel hastanenin performansı ilk olarak 2008 yılı sonunda değerlendirilmiş ve hastaneler beş gruba ayrılmıştır. Performans göstergeleri açısından birinci grupta yer alan tesisler için finansal bir teşvik olarak, toplam sağlık sigortası geri ödemesinin %1'i kadar teşvik tutarı ödenmiştir. Sigorta geri ödemesinin %1'i kadar olan finansal caydırıcılık (ceza) ise 2010 yılında getirilmiştir. Daha sonra önem derecesi, fizibilite, muhtemel gelişme ve sosyal etki dikkate alınarak programın dahil olduğu hastaneler ve hedef kitle genişletilmiş olup, 2016 itibarıyla performansa dayalı ödeme üçüncü basamak hastaneleri için akut inmeyi, genel hastaneler için cerrahi antibiyotik profilaksisini, diğer hastaneler için hemodiyalizi ve poliklinik ilaç reçetesini kapsamaktadır.

Performans göstergelerinin sayısının artması ile beraber finansal teşvik mekanizması da değişmiştir. Hastaneler daha önce olduğu gibi beş gruba ayrılarak değerlendirilmekte, ancak farklı tedavi grupları için farklı teşvikler uygulanmaktadır. Örneğin, antibiyotik kullanımı için ilk %3'lük dilime giren hastaneler teşvik almakta ve en alttaki %40'a girenlere ise müeyyide uygulanmaktadır. Diyaliz için ise ilk %10'daki hastaneler teşvik alırken, performans puanı 65'in altında olan hastanelere ceza uygulanmaktadır.

Güney Kore 2008'de uzun dönem bakım hizmeti için kamu sigortası uygulamasını başlatmıştır. Ulusal Sağlık Sigortası Servisi uzun dönemli bakım sigortasını prim toplama, başvuranların uygunluğunu değerlendirme ve hizmet sunuculara geri ödeme yapmak amacıyla uygulamaktadır. Ulusal Sağlık Sigortası kapsamında tüm sigortalılar uzun dönem bakım sigortası için de sigortalıdır. 65 yaş üstü kişiler bu sigortanın imkanlarından yararlanırken, 65 yaşın altındaki kişiler için uzun dönem bakım sigortası sadece yaşa bağlı uzun dönem bakım hizmetlerini kapsamaktadır. Bu sigortanın kapsamını temel olarak evde bakım ve kurumsal bakım hizmetleri (ev ziyareti hizmeti/hemşirelik, tekerlekli sandalye, yürüteç ve banyo sandalyesi gibi yardımcı cihazlar, yaşlı bakım tesisleri ve kurumsal hizmetler için toplu konutlar) oluşturmaktadır.

Ulusal Sağlık Sigortası, uzun dönem bakım hastanelerinin hastaları daha uzun süre tutmamalarını teşvik etmek için altı aydan uzun süreli kalışlar için %5 ve bir yılın üzerindeki kalışlar için %10 oranında daha düşük bir geri ödeme fiyatı belirlemektedir. Uzun dönem bakım hastanelerinde uzun süreli kalışlar için yapılan indirimin çok etkili olmadığı görülmüştür. Bunun nedeni ise uzun süre kalan hastaların genellikle Ulusal Sağlık Sigortası kapsamında var olan cepten ödeme tavanından yararlanmalarıdır.

3.2. İlaç Geri Ödemesi

Güney Kore’de ilaçların fiyatlandırılması ve geri ödemesi, Ulusal Sağlık Sigorta Servisi tarafından yürütülen tek geri ödeme sistemi olan Ulusal Sağlık Sigortası planı ile yönetilmektedir. İlaçların ruhsatlandırılmasından sorumlu düzenleyici kurum ise Gıda ve İlaç Güvenliği Bakanlığı’dır.

Ruhsatlı bir ilacın Ulusal Sağlık Sigortası kapsamında geri ödenmesini isteyen ilaç üreticileri veya ithalatçılar, Sağlık Sigortacılığı İnceleme ve Değerlendirme Servisi’ne geri ödeme değerlendirmesi için bir başvuru dosyası sunmak zorundadırlar. Ürünün Ulusal Sağlık Sigortası kapsamında geri ödenmeye uygun olup olmadığının kararı, Sağlık Sigortacılığı İnceleme ve Değerlendirme Servisi’ne bağlı İlaç Geri Ödeme ve Değerlendirme Komitesi’nin ürünün klinik faydasını ve maliyet etkililiğini değerlendirmesinden sonra verilmektedir. Yeni ilaçlar için geri ödeme listesi iki aşamalı bir süreci içerir. Bu süreçte:

i) Sağlık Sigortacılığı İnceleme ve Değerlendirme Servisi ilk olarak ürünün klinik faydasını ve maliyet etkililiğini değerlendirerek geri ödeme için uygun olup olmadığına karar vermekte,

ii) İlaç şirketi ve Ulusal Sağlık Sigortası Servisi arasında, ürünün diğer ülkelerdeki fiyatı, ülkedeki karşılaştırılabilir diğer ilaçların fiyatları ve Ulusal Sağlık Sigortası bütçesine etkisi gibi faktörlere dayalı olarak ürünün maksimum geri ödeme fiyatı müzakere edilmektedir. Klinik faydası olan ancak maliyet etkililiği henüz kanıtlanmayan belirli ilaçlar için, ilacın Ulusal Sağlık Sigortası kapsamında belirli bir süre için geri ödendiği, daha sonra resmi Ulusal Sağlık Sigortası listesinde yer almasının yeniden değerlendirildiği geçici listeleme sistemi uygulanmaktadır.

Eğer Sağlık Sigortacılığı İnceleme ve Değerlendirme Servisi, ilacın klinik faydaya ilave bir etkisinin olmadığına kanaat getirirse, şirket tedavi alternatiflerinin ağırlıklı ortalama fiyatına eşit olan maksimum geri ödeme fiyatını kabul ederek ürününü listeye ekletebilmektedir.

Bazı onkoloji ilaçları, yetim ilaçlar veya antibiyotikler için farmako ekonomik değerlendirme yapmak zordur ve bu nedenle bu ilaçlar bu değerlendirmeden muaf olabilmektedirler. Bazı onkoloji ilaçları ve alternatif tedavi bulunmayan yetim ilaçlar için ise ilaç firmaları, risk paylaşım anlaşmaları yapmayı veya ürünün A7 ülkelerindeki (ABD, İngiltere, Almanya, Fransa, İtalya, İsviçre ve Japonya) düzeltilmiş fiyatının (fabrika çıkış fiyatına yerel dağıtım karı ve KDV ilave edilen fiyat) maliyet etkili fiyatın göstergesi kabul edildiği ve farmako ekonomik değerlendirme verisini sunmak zorunda olmaktan muaf oldukları durumu seçebilmektedirler.

Ocak 2023 itibarıyla Güney Kore’nin referans fiyatlandırma sistemi, söz konusu yedi ülkeye ilaveten Avustralya ve Kanada’da eklenerek dokuz ülkeyi içerecek şekilde güncellenmiştir. Bu düzenleme ile birlikte ilaçların yurt dışındaki ortalama fiyatlarını hesaplama yöntemi de değişerek fabrika çıkış fiyatı, kur oranları, katma değer vergisi ve her bir ülkedeki dağıtım kanalları da dikkate alınmaktadır.

Sağlık Sigortacılığı İnceleme ve Değerlendirme Servisi, ürünün Ulusal Sağlık Sigortası kapsamında geri ödemeye uygun olduğunu belirlediğinde; ilaç firması ile Ulusal Sağlık Sigortası Servisi fiyatı müzakere etmektedir. Bu müzakere boyunca Sağlık Sigortacılığı İnceleme ve Değerlendirme Servisi tarafından teklif edilen fiyat, fiili tavan olarak işlev görmektedir. Fiyat müzakeresinde dikkate alınan hususlar; OECD ülkeleri, Tayvan ve Singapur’daki fiyatlar, halihazırda Ulusal Sağlık Sigortası listesinde yer alan tedavi alternatiflerinin maksimum geri ödeme fiyatları, ürünün ve tedavi alternatiflerinin diğer ülkelerdeki fiyatları ve ilacın Ulusal Sağlık Sigortası bütçesi üzerinde potansiyel etkisini içermektedir.

Jenerikler ve kombine ürünler söz konusu olduğunda maksimum geri ödeme fiyatı, farmako ekonomik değerlendirme ve Ulusal Sağlık Sigortası Servisi ile maksimum geri ödeme fiyatı müzakeresi olmadan yönetmeliklerde belirlenen formüllere göre belirlenmekte ve bu ilaçların geri ödeme listesine dahil olmaları üç aydan uzun sürmemektedir. Temmuz 2020’de yapılan mevzuat düzenlemeleri ile bir ilacın jenerikleri ve jeneriğin kalitesi maksimum geri ödeme fiyatına yansıtılmaktadır. Buna ilave olarak bir jeneriğin listeye dahil olmak için başvurması halinde, ilaç şirketi ile Ulusal Sağlık Sigortası Servisi arasında jenerik ilacın piyasaya istikrarlı bir şekilde arz edilmesi konusunda anlaşmalar yapılmaktadır. Eğer üzerine anlaşılan arz miktarı üretici tarafından karşılanmazsa, üretici ihlal nedeniyle idari cezalarla karşı karşıya kalmaktadır.

Bir ilaç geri ödemeye girdikten sonra, geri ödeme kapsamındaki satışları ilaç firmasının öngördüğünden belirgin bir şekilde fazla olursa veya piyasa büyümesindeki genişleme dikkate alındığında satışları belli bir eşiği aşarsa, ürünün maksimum geri ödeme fiyatı azaltılabilmektedir. Ayrıca orijinal ürünün patent süresinin dolması ve jeneriklerinin geri ödemeye girmesi halinde, orijinal ürünün maksimum geri ödeme fiyatı yine azaltılmaktadır. Bir ürünün geri ödeme listesine alındıktan sonra maksimum geri ödeme fiyatının artması ender rastlanılan bir durumdur ve bu durum sadece ürünün cari maksimum geri ödeme fiyatının üretim/ithalat maliyetinden belirgin bir şekilde az olmasına istinaden şirketlerin ürünlerini Güney Kore piyasasından çekmek istemesi gibi istisnai durumlarda söz konusudur.

4. GÜNEY KORE İLE TÜRKİYE’NİN SAĞLIK ve GERİ ÖDEME SİSTEMLERİNİN KIYASLANMASI

Türkiye’de sağlık hizmetleri birinci basamakta Sağlık Bakanlığı’na bağlı aile sağlığı merkezleri aracılığıyla, ikinci ve üçüncü basamakta ise Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastaneler, üniversite hastaneleri ve özel hastaneler tarafından sunulmaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanında ise Türkiye’de olduğu gibi Güney Kore’de de kamunun ağırlığı söz konusudur. Ancak finansmanda kamunun ağırlıkta rol oynamasına rağmen Kore’de sağlık hizmet sunumu ağırlıklı olarak özel sektöre dayanmaktadır.

Hem Güney Kore hem Türkiye’de nüfusun neredeyse tamamı sağlık sigortası kapsamındadır. Güney Kore’nin sağlık sisteminin en ayırt edici özelliklerinden biri ulusal sağlık sigortası kapsamında kayıtlı olmayan düşük gelirli kişilerin Tıbbi Yardım Programı kapsamında sağlık hizmeti almasıdır. Türkiye’de ise Kurumca belirlenecek test yöntemleri ve veriler kullanılarak tespit edilecek aile içindeki geliri kişi başına düşen aylık tutarı asgari ücretin üçte birinden az olan vatandaşlar ile gelir tespiti yapılmaksızın genel sağlık sigortalılığı ya da bakmakla yükümlü olduğu kişi bulunmayan Türk vatandaşlarından 18 yaşını doldurmuş çocuklar 5510 sayılı Kanunun 60 ncı maddesi 1 nci fıkrası c-1 bendi gereği genel sağlık sigortası primleri devlet tarafından karşılanarak genel sağlık sigortalısı sayılmaktadır. Bu kişiler ile, yine aynı Kanun maddesinin 1 nci fıkrası c-2 ve c-3 bentleri gereği Uluslararası koruma başvurusu veya statüsü sahibi ve vatansız olarak tanınan kişiler ve 1/7/1976 tarihli ve 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler talep etmeleri halinde ödemiş oldukları katılım paylarını 3294 sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu hükümlerine göre geri alabilmektedir.

Güney Kore’de bir aile hekimliği sistemi olsa da klasik anlamda geçerli bir sevk sistemi yoktur. Şahıslar istedikleri sağlık kurum/kuruluşuna baş vurabilmekteledir. Bu durumun tek istisnası, bazı durumlar dışında doğrudan üçüncü basamak hastanelere başvurulamamasıdır. Türkiye’de ise aile hekimliği uygulamasında genel bir zorunlu sevk zinciri uygulaması yoktur. Ancak ülkemizde farklı basamaklarda yer alan sağlık tesisleri başvurularında farklı muayene katılım payı ödemeleri söz konusudur. Şahısların birinci basamak sağlık hizmeti sunucularına başvurması halinde katılım payı alınmamakta; ikinci basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında 6 TL, Sağlık Bakanlığı’na bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt polikliniklerinde 7 TL, Tıp Fakülteleri Bulunan Devlet Üniversiteleri Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezleri ve Tıp Fakülteleri Bulunan Vakıf Üniversiteleri Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezlerinde 8 TL, ikinci ve üçüncü basamak özel sağlık hizmeti sunucularında 15 TL katılım payı alınarak hastaların ilk etapta birinci basamak sağlık tesislerine başvurmaları yönünde bir teşvik mekanizması oluşturulmaya çalışılmıştır. Güney Kore’de oransal katılım payları kullanılmakta olup, ayakta tedavide muayeneler için %30’dan, %60’a, yatarak tedavi için ise %20 oranında katılım payları söz konusudur. Bazı ciddi ve nadir hastalıklar için azaltılmış oranlar uygulanmaktadır. Ayrıca katılım payı tavanları mevcuttur.

Güney Kore’de hastane geri ödemelerinde hizmet başı ödeme ayakta tedavi ve çoğu yatarak tedavi hizmetleri için standart ödeme yöntemi olsa da 2012 yılında bazı hastalık grupları için TİG ödeme yöntemine dayalı olan sistem getirilmiştir. Son durumda Güney Kore’de sağlık kurum/kuruluşlarına ödeme yapılırken birden fazla yöntem uygulanmakta ise de hastanelere ödeme TİG ile hizmet başına ödemenin kombinasyonu olan Yeni-TİG yöntemiyle yapılmaktadır. Türkiye’de SGK finansmanı kapsamında TİG yöntemi uygulanmamakta, Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastaneler ile üniversite hastanelerinde götürü bedel ödeme, özel hastanelerde ise hizmet başına ödeme ve paket ödeme yöntemleri kullanılmaktadır.

Her iki ülke, ilaç geri ödemelerinde pozitif listeleri kullanmaktadır. Türkiye' den farklı olarak Güney Kore' de geri ödemeye dahil edilen bir ilacın maliyet etkililiğinde belirsizlik olması halinde geçici olarak geri ödeme listesine alınması ve daha sonra geri ödemededen çıkarılması uygulaması bulunmaktadır. Yine her iki ülke, geri ödemede risk paylaşımı anlaşmaları üzerinden finansmana son yıllarda yer vermektedir.

Hem Türkiye' de hem Güney Kore' de sağlık sigorta sisteminin finansmanı sosyal güvenlik primleri ve vergilerle karşılandığından sağlık finansmanında kamunun ağırlığı vardır. Ayrıca her iki ülke sağlık sisteminde de cepten harcamalar mevcuttur. Ancak Güney Kore' de cepten ödemelerin ağırlığı çok daha fazladır.

Ekonomi ve sağlık göstergelerine ilişkin Türkiye, Güney Kore ve OECD üyesi ülkelerin verilerine ilişkin bilgiler Tablo 6'da yer almaktadır.

Tablo 6: Ekonomi ve Sağlık Göstergelerinin Türkiye ve OECD Ortalaması ile Karşılaştırılması

	G. KORE	TÜRKİYE	OECD
Nüfus, (2022)	51.628.117	85.341.241	-
Kişi başına düşen GSYİH, (\$), (2022)	32.254	10.616	-
Asgari ücret tutarı, (\$), (2022), (Aylık)	1.482	459	-
Cari sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı, (%), (2022)	9,7	4,3	9,2
Kişi başına düşen sağlık harcaması, (\$), (2022)	4.570	1.827	4.986
Kişi başına düşen ilaç harcaması, (\$), (2021)	687	-	614
Doğuşta beklenen yaşam süresi kadın,	86,6	81,3	83,0
Doğuşta beklenen yaşam süresi erkek, (yıl), (2022)	80,6	75,9	77,6
Sigorta tarafından kapsanan nüfus oranı, (%), (2021)	100	98,8	97,9
1.000 kişiye düşen doktor sayısı,	2,6	2,2	3,7
1.000 kişiye düşen hemşire sayısı,	8,8	2,8	9,2
1.000 kişiye düşen yatak sayısı, (2021)	12,8	3,0	4,3
Toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı, (%), (2021)			
1 - Kamu sağlık harcaması oranı, (%)	62,5	79	76
Merkezi hükümet/bölgesel, yerel yönetimler sağlık harcaması oranı, (%)	17	29	38
Sosyal sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	45,5	50	38
2 - Cepten yapılan sağlık harcaması oranı, (%)	29	16	18,5
3 - Gönüllü sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	7,5	2	4,5
4 - Diğer harcamaların oranı, (%) *	1	3	1
Hane halkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı, (%), (2021)	6,1	1,4	3,3

* Ülkede geçici olarak ikame edenlere ait sağlık harcamaları

Kaynak:

1. Health at a Glance 2023 OECD Indicators, 2023
2. The World Bank, 2022a.
3. The World Bank, 2022b.
4. OECD, 2022.

KAYNAKLAR

- Choi, J.W., Kim, S.J., Park, H.K., Jung, S.I., Kim, T.H. ve Park, E.C. (2019). Effects of a Mandatory DRG Payment System in South Korea: Analysis of Multi-Year Nationwide Hospital Claims Data. BMC Health Serv Res 19, 776. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4650-8>
- Global Legal Insights (2022). Pricing and Reimbursement Laws and Regulations in 2022. <https://www.globallelegalinsights.com/practice-areas/pricing-and-reimbursement-lawsand-regulations> adresinden 22.12.2022 tarihinde alınmıştır.
- Health Insurance Review Assesment Service (2023). Healthcare System in Korea. <https://www.hira.or.kr/dummy.do?pgmid=HIRAJ010000006000> adresinden 18.01.2023 tarihinde alınmıştır.
- Kang, D., (2022), National Health Insurance & Long-Term Care Insurance System in Republic of Korea. NHIS, Published by National Health Insurance Service
- Kim, S., Yun, Y.M., Kim, H., Um, T.H., Chang, J., Jeong, H., Lee, K.S., Chun, S., Choi, Y.J., Heo, J.H. ve Tan, T.H. (2020). The New Diagnosis-Related Group Reimbursement System and Laboratory Test Quality in Korea: Analysis of External Quality Assessment Results. Healthcare, 8, (2): 127. <https://doi.org/10.3390/healthcare8020127>
- Korea Biomedical Review (2023). <https://www.koreabiomed.com/news/articleView.html?idxno=20141#:~:text=To%20date%20%20Korea%20has%20calculated,Italy%20%20Switzerland%20%20and%20Japan> adresinden 01.05.2023 tarihinde alınmıştır.
- Korean Cultural Center Ankara (2023). Güney Kore. <https://tr.koreanculture.org/tr/1025/korea/672> adresinden 22.12.2022 tarihinde alınmıştır.
- Korean National Health Insurance Service (2023). Health Security System. <https://www.nhis.or.kr/english/index.do> adresinden Mart 2023 tarihinde alınmıştır.
- Korean Health Insurance Review&Assesment Service (2023). Organizational Chart. <https://www.hira.or.kr/dummy.do?pgmid=HIRAJ010000004000> adresinden 10.04.2023 tarihinde alınmıştır.
- Korean Health Insurance Review&Assesment Service (2023). Organizational Chart. <https://www.hira.or.kr/dummy.do?pgmid=HIRAJ010000006000> adresinden 10.04.2023 tarihinde alınmıştır.
- Kwon, S. (2019). Case Study: Price Setting and Price Regulation in Health Care. Barber S.L, Lorenzoni, L. ve Ong P. (Ed.). Case Study: Price Setting and Price Regulation in Health Care (Ed.) içinde South Korea.WHO.
- Ministry of Culture, Sports and Tourism and Korean Culture and Information Service (2023). South Korea- Summary. <https://www.korea.net/AboutKorea/Society/South-Korea-Summary> adresinden 15.02.2023 tarihinde alınmıştır.
- Navlindaily (2022). South Korea's IRP A7 to Expand From 7 to 9 Countries by January 2023. <https://www.navlindaily.com/article/14813/south-korea-s-irp-a7-to-expand-from-7-to-9-countries-by-january-2023> adresinden 10.05.2023 tarihinde alınmıştır.
- OECD (2022). Real Minimum Wage. <https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=RMW> adresinden Kasım 2023 tarihinde alınmıştır.

KAYNAKLAR

- OECD (2022). Health at a Glance: Asia/Pacific 2022: Measuring Progress Towards Universal Health Coverage. OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/c7467f62-en>.
- OECD (2023a). Health at a Glance 2023: OECD Indicators. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.
- OECD (2023b). OECD Data. <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>, adresinden 07.03.2023 tarihinde alınmıştır.
- OECD (2023c). OECD Reviews of Public Health: Korea: A Healthier Tomorrow. <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/6e005d47-en/index.html?itemId=/content/component/6e005d47-en> adresinden 02.01.2023 tarihinde alınmıştır.
- Park E. ve Choi S. (2020). Who Benefits from the Fixed Copayment of Medical and Pharmaceutical Expenditure among the Korean Elderly? *Int J Environ Res Public Health*, 3;17(21):8118. <https://doi.org/10.3390/ijerph17218118>.
- Park, S. (2021). Medical Service Utilization and Out-of-pocket Spending among Near-poor National Health Insurance Members in South Korea. *BMC Health Serv Res* 21, 886. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06881-8>
- PricewaterhouseCoopers International Limited (2023). Social Security Contributions. <https://taxsummaries.pwc.com/republic-of-korea/individual/other-taxes> adresinden 20.01.2023 tarihinde alınmıştır.
- Sağlık Uygulama Tebliği (2007, 25 Mayıs). Resmi Gazete (Sayı: 26532). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/>
- Sosyal Güvenlik Kurumu (2023). Aylık İstatistik Bültenleri. <https://sgk.gov.tr/Istatistik/Aylik/42919466-593f-4600-937d-1f95c9e252e6/adresinden> 17.05.2023 tarihinde alınmıştır.
- Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (2006, 16 Haziran). Resmi Gazete (Sayı:26200). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2006/06/20060616-1.htm>
- Sunju L. (2015). Social Security System of South Korea. Inter-American Development Bank IDB Technical Note, 872. <https://publications.iadb.org/publications/english/viewer/Social-Security-System-of-South-Korea.pdf> adresinden 03.03.2023 tarihinde alınmıştır.
- The World Bank (2022a). GDP per capita. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD> adresinden Kasım 2023 tarihinde alınmıştır.
- The World Bank (2022b). Populations. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?view=map> adresinden Kasım 2023 tarihinde alınmıştır.
- The World Bank (2023). World Bank Data. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?locations=KR>, adresinden 05.01.2023 tarihinde alınmıştır.
- World Health System Facts (2023). Korea: Health System Review. <https://healthsystemsfacts.org/national-health-systems/national-healthinsurance/south-korea/south-korea-health-system-overview/> adresinden 15.05.2023 tarihinde alınmıştır.



İSPANYA SAĞLIK ve GERİ ÖDEME SİSTEMİ



ÖZET

İspanya parlamenter monarşi ile yönetilen bir Avrupa ülkesidir. Değişen derecelerde özerkliğe sahip 17 otonom topluluk (Comunidades Autónomas) ve 2 otonom şehri (Ceuta ve Melilla) olan üniter bir devlettir. Sağlık sistemi, sosyal güvenlik primleri ve vergiler ile finanse edilmektedir. İspanya'daki her bölge, nihai olarak merkezi hükümet tarafından dağıtılan sağlık bütçesinin bireysel sorumluluğunu almaktadır.

İspanya' da istihdam edilen ve bir geliri olan herkes vergilerini ve zorunlu sosyal güvenlik primlerini ödemek zorundadır. İspanyol Ulusal Sağlık Sistemi (SNS-Sistema Nacional de Salud) evrensellik, ücretsiz erişim, eşitlik ve finansmanda adalet prensipleri üzerine kurulmuştur.

Birinci basamak sağlık personeli ulusal sağlık sisteminin temel hizmet yapısını oluşturmaktadır. Bu kişiler, planlama kriterine bağlı olarak, pediatristler ve uzman pediatri hemşireleri, fizyoterapistler, dişçiler, psikologlar ve sosyal çalışmacılarla desteklenmektedir. 1986 Genel Sağlık Yasası ile tasarlanan bu model ülke çapında homojen olarak adil şekilde işletilmektedir.

Evrensel Ulusal Sağlık Sistemi olan Ulusal Sağlık Sistemi evrensellik, ücretsiz erişim, eşitlik ve finansmanda adalet prensipleri üzerine dayanmaktadır. Ulusal Sağlık Sistemi, ülkenin idari bölünmesini yansıtarak, ulusal ve bölgesel olmak üzere iki seviyede organize olmuştur. Ulusal Sağlık Sistemi'nin iki ana aktörü Sağlık Bakanlığı ve 17 otonom bölgedeki Sağlık Departmanları yani bölgesel Sağlık Bakanlıklarıdır.

İspanya'da nüfusun tamamı sağlık sigortası kapsamındadır. Sağlık teminat paketi kapsamında bazı destekleyici hizmetler, ayakta tedavi ilaç reçeteleri ve bazı ortez ve protezler, maliyet paylaşımına tabi hizmetlerdir. Dış sağlığı hizmetlerinde yüksek oranda cepten ödemeler söz konusudur. Nüfusun yaklaşık beşte biri özel sağlık sigortasına sahiptir. İspanya sağlık sistemi dünya sıralamasında üst sıralarda yer almaktadır.

ÜLKE TANITIMI

Ülkenin Demografik Özellikleri ve Sağlık Göstergeleri

İspanya 505.970 km² ile alanı ile Avrupa'daki en büyük dördüncü ülkedir. Ülkenin Andorra, Fransa, Portekiz ve Fas ile sınırı vardır. En büyük şehri başkent Madrid iken ikinci en büyük şehri Barcelona'dır. Ülkenin resmi ve ulusal dili İspanyolcadır. Eş resmi diller ise Katalanca, Galicyaca, Baskça ve Oksitancadır. 2022 yılı itibarıyla ülke nüfusu 47.615.034 kişidir. İspanyol nüfus, kentlerde ve kıyı alanlarında yoğunlaşma eğilimindedir.

İspanya'da politik sistem, aynı zamanda parlamenter monarşi olarak da bilinen demokratik anayasal monarşi olarak tanımlanmaktadır. Kral devletin başıdır ve silahlı kuvvetlerin başkomutanıdır. İspanya'daki mevcut politik sistem, demokrasiye geçiş sürecine verilen isim olan La Transición' dan beri yürürlüktedir. Bu geçiş 1978'de İspanya Anayasasının kabulünü içermektedir. Bu kabul, mevcut ulusal ve bölgesel politik sistem için çerçeveyi oluşturmaktadır. 1978 Anayasası altında İspanya, merkezi hükümetin en yüksek otorite olduğu ve idari bölgelerin, belediyelerin, illerin ve otonom toplulukların sadece merkezi hükümetin devretmeye karar verdiği yetkileri kullandığı üniter bir devlettir. İspanya' daki en yüksek yasama organı Parlamento'dur. Parlamento, Senato ve Alt Meclis' den oluşmaktadır. İspanya değişen derecelerde özerkliğe sahip 17 otonom topluluk ve 2 otonom şehri (Ceuta ve Melilla) olan üniter bir devlettir. Bu 17 otonom topluluk ise Endülüs, Aragon, Asturias, Balear Adaları, Bask Ülkesi, Kanarya Adaları, Cantabria, Kastilya-La Mancha, Kastilya-Leon, Katalonya, Extremadura, Galicya, La Rioja, Madrid, Murcia, Navarre, Valensiya'dır.

İspanya 1970'den beri Avrupa Birliği ile ekonomik ve politik bağlara sahiptir ve 1986'da aday ülke olmuştur. Ülkenin para birimi olarak kalmaya devam eden Peseta'yı Avro ile değiştirerek 1999'da ilk üyelerinden biri olarak Avro bölgesine girmiştir.

İspanya'da doğuştan beklenen yaşam süresi 2022 yılı itibarıyla kadınlarda 86,2, erkeklerde 80,4'dür.

Sağlık Harcamaları

2021 itibarıyla kişi başına sağlık harcaması miktarı OECD ülkeleri ortalamasının biraz altında seyrederek 4.432 \$ olarak gerçekleşmiştir. 2022'de sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı %10,4'tür. 2023 yılına gelindiğinde ise bu oran artmış olup, İspanya Sağlık Bakanlığı' nın resmi verilerine göre kamu sağlık harcamaları GSYİH'nin %8'ini, özel sağlık harcamaları ise %2,9'unu oluşturmaktadır. Yani toplam sağlık harcamaları GSYİH'nin yaklaşık %11'ine tekabül etmektedir. Yine Sağlık Bakanlığı'nın web sitesine göre kamu sağlık harcamaları açısından, harcanan her on Euro'nun yedisi tedavi hizmetleri, rehabilitasyon ve uzun dönemli bakım için kullanılırken; özel sağlık harcamaları açısından her on Euro'nun dokuzu tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri, ilaç harcamaları, lensler ve işitme cihazları için kullanılmaktadır.

İspanya'da sağlık harcamaları son yıllarda artmaktadır ve bu artış büyük oranda özel sektörün hizmet sunumundaki payı ile ilişkilidir. Ancak sağlık harcamalarının finansmanında kamunun ağırlığı vardır ve harcamaların %70'inden fazlası kamu tarafından finanse edilmektedir. Cepten yapılan sağlık harcamalarında ise oran 2021 yılı itibarıyla OECD ortalamasının biraz üzerinde seyrederek %21 olarak gerçekleşmiştir.

Tablo 1'de İspanya ve OECD ülkelerinin sağlık ve ekonomi anlamında temel bazı göstergelerine yer verilmiştir.

Tablo 1: Ekonomi ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması

	İSPANYA	OECD
Nüfus, (2022)	47.615.034	-
Kişi başına düşen GSYİH, (\$), (2022)	29.350	-
Asgari ücret tutarı, (\$), (2022), (Aylık)	1.228	-
Cari sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı, (%), (2022)	10,4	9,2
Kişi başına düşen sağlık harcaması, (€), (2022)	4.432	4.986
Kişi başına düşen ilaç harcaması, (€), (2021)	538	614
Doğuşta beklenen yaşam süresi kadın, Doğuşta beklenen yaşam süresi erkek, (yıl), (2022)	86,2 80,4	83,0 77,6
Sigorta tarafından kapsanan nüfus oranı, (%), (2021)	100	97,9
1.000 kişiye düşen doktor sayısı, 1.000 kişiye düşen hemşire sayısı, 1.000 kişiye düşen yatak sayısı, (2021)	4,5 6,3 3,0	3,7 9,2 4,3
Toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı, (%), (2021)		
1 - Kamu sağlık harcaması oranı, (%)	72	76
Merkezi hükümet/bölgesel, yerel yönetimler sağlık harcaması oranı, (%)	68	38
Sosyal sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	4	38
2 - Cepten yapılan sağlık harcaması oranı, (%)	21	18,5
3 - Gönüllü sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	7	4,5
4 - Diğer harcamaların oranı, (%)*	-	1
Hane halkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı, (%), (2021)	4	3,3

*Ülkede geçici olarak ikamet edenlere ait sağlık harcamaları

Kaynak:

1. Health at a Glance 2023 OECD Indicators, 2023.
2. The World Bank, 2022a.
3. The World Bank, 2022b.
4. OECD, 2022.

ÜLKENİN SAĞLIK ve GERİ ÖDEME SİSTEMİ

1. ORGANİZASYON YAPISI

1.1. Devlet ve Kurumların Rolü

İspanyol sağlık sistemi bir arada var olan yasal zorunlu alt sistemler ile karakterizedir. Evrensel Ulusal Sağlık Sistemi olan SNS, Sivil Kamu Görevlileri Yatırım Fonu (MUFACE, Mutuallidad de los Funcionarios Civiles del Estado), Silahlı Kuvvetler Sosyal Kurumu (ISFAS, El Instituto Social de las Fuerzas Armadas), Yargı Mensupları Yatırım Fonu (MUGEJU, La Mutuallidad General Judicial) ve yatırım sandıklarını sosyal güvenlikle birleştirme olarak bilinen Kazalar ve Mesleki Hastalıklar İçin Desteğe Odaklanmış Sandıklar bulunmaktadır.

Ulusal Sağlık Sistemi evrensellik, ücretsiz erişim, eşitlik ve finansmanda adalet prensipleri üzerine dayanmaktadır. Ulusal Sağlık Sistemi, ülkenin idari bölünmesini yansıtarak, ulusal ve bölgesel olmak üzere iki seviyede organize olmuştur. Ulusal Sağlık Sistemi'ndeki iki ana aktör Sağlık Bakanlığı ve 17 otonom bölgedeki Sağlık Departmanları yani bölgesel Sağlık Bakanlıklarıdır.

Sağlık Bakanlığı sağlık politikasını geliştirmek ve uygulamaktan, sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunulmasından, ayrıca vatandaşların sağlıktan yararlanma hakkını güvence altına almak için yetkilerini kullanmasından sorumlu devlet kurumudur. Ayrıca Ulusal Sağlık Sisteminin işlevsel bütünlüğünü sağlamaktan, sağlık hizmeti temel ve ortak standartlarını tanımlayan yönetmelikleri belirlemekten, bilgi alışverişini kolaylaştıracak sistemlerin kurulması ve hastalıkların teşhis ve tedavisinde kullanılan tekniklerin standardizasyonundan sorumludur. Sağlık yönetiminin çeşitli seviyeleri arasında iş birliğini sağlamaktadır. İlaveten Ulusal Sağlık Sistemi içinde sağlık planlarını ve kalite güvence programlarını teşvik ederek İspanyol sağlık sisteminin performansını diğer sağlık sistemlerine göre değerlendirmektedir.

İspanya Sağlık Bakanlığı, kamu fonları ile finanse edilen tıbbi ürünlerin fiyatlandırılması ve geri ödemesi hakkında kuralları uygulamak ve tasarlamak için İspanya devletinin sorumlu kurumudur. Bu konuda Sağlık Bakanlığı'nın ilgili birimi, sağlık teknolojileri değerlendirmesi yapan ve hazırlayan, ilaçta fiyatlandırma ve geri ödeme kararlarını sunan Genel Ulusal Sağlık Sistemi Hizmet Portfolyosu ve İlaçlar Genel Müdürlüğü' dür. İlaçların fiyatlandırması ve geri ödemesinde nihai kararlar ise Sağlık Bakanlığına bağlı olan Bakanlıklar arası fiyatlandırma ve Geri Ödeme Komitesi (CIPM) tarafından alınmaktadır. CIPM, Sağlık Bakanlığı ve diğer federal bakanlıklardan (Maliye Bakanlığı, Sanayi, Ticaret ve Turizm Bakanlığı, Ekonomi ve Rekabet Bakanlığı ve tüm bölgesel hükümetlerden temsilciler) temsilcilere sahiptir. CIPM kararları İspanya sağlık sisteminde kullanılan tüm ilaçlar için uygulanmaktadır. Bölgeler fiyatlama ve geri ödeme kararları üzerine bazı müteakip aksiyonları uygulamada takdir yetkilerine sahiptirler.

İspanya Sağlık Bakanlığı genel olarak dört uzmanlaşmış kurumdan destek almaktadır. Bunlar;

- İlaç ve Tıbbi Cihaz Ajansı (AEMPS),
- Ulusal Nakil Organizasyonu,
- Tüketici İşleri, Gıda Güvenliği ve Beslenme Ajansı
- Sağlık teknolojilerini değerlendirme, araştırma merkezleri, kamu sağlık hizmetleri ve biyomedikal araştırma koordinasyonu ve finansmanını kombine eden III. Carlos Sağlık Enstitüsü (Instituto de Salud Carlos III, ISCIII)'dür.

Bu kurumlardan ilaç ve tıbbi cihaz ajansı olan AEMPS (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios) ulusal, karşılıklı tanıma veya Avrupa düzenlemelerinde öngörülen merkezi olmayan prosedürler yoluyla İspanya'da tıbbi cihazlar ve kozmetikler dahil tıbbi ürünlerin piyasa iznini tesis etmekten ve aynı zamanda ilaçların klinik değerlendirmesinden sorumlu olan kurum olarak önemli bir rol oynamaktadır.

Sağlık Bakanlığı ayrıca Ulusal Sağlık Sistemi Bölgeler arası Konseyi (CISNS-Interterritorial Council of the Spanish National Health Service -Consejo Interterritorial del Servicio Nacional de Salud) ile koordinasyon halinde yöneticilik rolünü üstlenmiştir. Ulusal Sağlık Sistemi Bölgeler arası Konseyi, en yüksek hiyerarşik düzeyde temsille 17 bölgesel Sağlık Bakanı ile Ulusal Sağlık Bakanı'ndan oluşan özgün bir devlet organıdır. Bu Konsey, otonom bölgelerde, bölgeler arasında ve merkezi hükümetle bölgeler arasındaki sağlık hizmetlerinin sunulmasında sağlık hizmetleri koordinasyonu, iletişimi ve iş birliği için kurulmuş bir kurum olarak faaliyet gösterir. İspanya topraklarındaki tüm vatandaşların sağlık haklarını koruyarak Ulusal Sağlık Sistemi içerisinde bütünlüğü teşvik etmeyi amaçlamaktadır.

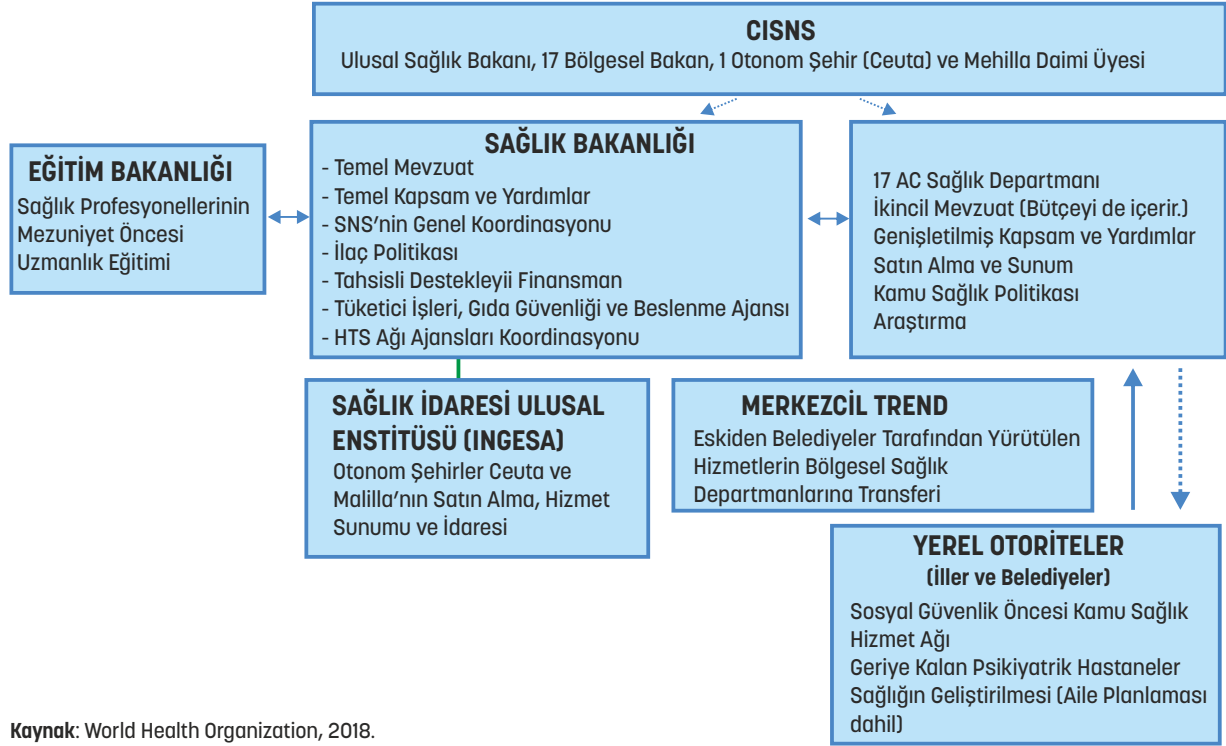
Son olarak Sağlık Bakanlığı, Sağlık Yönetimi Enstitüsü (INGESA-Instituto de Gestión Sanitaria) adında merkezi yönetilen bir enstitü aracılığıyla Ceuta ve Malilla otonom şehirlerinin sağlık hizmetlerini de finanse etmekte ve yönetmektedir. 2013'den beri INGESA, belli başlı mal ve hizmetler için merkezi alım ve kamu ihaleleri organize etmekle görevlendirilmiştir.

17 bölgesel Sağlık Departmanı genellikle bölgesel Sağlık Teknolojileri Değerlendirme Ajansları'nın desteğiyle sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve temininde yetki sahibidir. Bölgesel hükümetler kendi sağlık bütçelerini dağıtmaktadır. Temel ve gerekli hizmetlerin (eğitim, sağlık ve sosyal bakım/hizmetler) coğrafi eşitliğini sağlamak ve bölgesel eşitsizlikleri azaltmak için fonların yeniden dağıtımında çok bileşenli bir sistem uygulanmaktadır.

Genel olarak her otonom bölgenin sağlık departmanı, bölgesel sağlık hizmeti olarak adlandırılan, tüm yatarak ve ayakta sağlık hizmet merkezlerini işleten diğer bir kamu kurumundan hizmet satın almaktadır. Genellikle Sağlık Departmanı, entegre sunucular, birinci basamak merkezleri ve hastanelerle yıllık global bütçeler için müzakere edilerek ve götürü bedelli bütçeyi dağıtarak sağlık hizmetleri için yıllık olarak anlaşma imzalanmakta ve bütçeleme yapılmaktadır. İlave olarak, otonom bölgelerin sağlık departmanları genelde tali rol oynayan özel hizmet sunucuları ile sözleşme yapabilmektedirler.

Şekil 1'de İspanya sağlık sistemindeki kurumlar ve temel sorumlulukları yer almaktadır.

Şekil 1: Yasal Sağlık Sistemine Genel Bir Bakış



Kaynak: World Health Organization, 2018.

1.2. Sağlık Hizmeti Sunumu

1.2.1. Birinci Basamak ve Ayakta Tedavi Hizmetleri

Yerel bazı istisnalara rağmen birinci basamak sağlık hizmetleri, temel sağlık hizmet ekipleri olarak adlandırılan, uzman aile hekimleri ve hemşirelerden oluşan kamu sağlık hizmet sunucuları tarafından verilmektedir. Birinci basamak sağlık ekipleri, ulusal sağlık sisteminin temel hizmet yapısını oluşturmaktadır. Bu ekipler planlamaya bağlı olarak, pediatristler ve uzman pediatri hemşireleri, fizyoterapistler, diş hekimleri, psikologlar ve sosyal çalışmacılarla tamamlanabilmektedir. 1986 tarihli Genel Sağlık Yasası ile tasarlanan bu model ülke çapında homojen olarak adil şekilde halen mevcut olmakla birlikte, yönetilme şekli yıllar içinde değişmiştir. Halihazırda uygulanan üç farklı modelden birincisi, aynı sağlık hizmet alanında, bölgesel hizmetle hiyerarşik bağımlılık ile temel sağlık hizmetlerinin uzmanlık hizmetinden bağımsız olarak yürütüldüğü 1990'larda oluşturulan klasik yönetsel yapıdır. İkinci model, süreci yöneten tek bir idareci ile her düzeyde hizmetlerin gerçek entegrasyonuna yönelik bir değerlendirme yani entegre yönetim modeli; üçüncü model ise kamu konsorsiyumu, kamu-özel ortaklıkları veya kâr amacı güden sınırlı ortaklıklar gibi farklı mekanizmalarla birinci basamak sağlık hizmetlerinin taşeronlaştırılmasıdır.

Sistem için ilk temas noktası ve dolayısıyla sistemin kapı tutucuları olarak birinci basamak doktorları kamu sağlığının değerlendirilmesinde ayrıcalıklı bir bilgi kaynağıdır. Hastaların birinci basamak hekimine kayıt olması zorunludur ve sevk sistemi mevcuttur.

Her vatandaş kendisine atanan ve gerekli olduğunda uzman hekimlere, tanı testleri veya konsültasyonlar gibi uzmanlaşmış hizmetlere sevk eden sağlık profesyonellerinden oluşan bir ekibin olduğu birinci basamak merkezine kayıtlıdır. Birinci basamak merkezleri hizmetleri vermede ve kapı tutucu rolünde birinci basamağın temelleridir. İspanya pratisyen hekimleri, miktarı otonom bölgeler arasında değişiklik göstermekle birlikte her bir kişi için hesaplanan miktarların (toplam ücretlerinin yaklaşık %10-%15'i) maaşlarına eklendiği kamu görevlileridir. Birinci basamak merkezleri, yetki alanlarındaki nüfusun sağlık otoriteleri tarafından planlanan hizmetlere erişimini sağlamaktadır ve poliklinik ile acil servis dahil olmak üzere günde 24 saat çalışır durumdadır.

1.2.2. Hastane Hizmetleri

Ulusal sağlık sistemi, bölgesel düzeyde yürütülmekte ve tüm İspanya vatandaşlarının ücretsiz sağlık hizmetine ulaşımını sağlamaktadır. İspanya'da hastane hizmeti hem devlet hem özel sektör tarafından sunulmaktadır. Özel sistem genellikle özel sağlık sigortası olan hastalar için ulaşılabilir olan özel sektör hizmetlerini içermektedir. Kamu sisteminde sağlık hizmetleri, her bir bireysel otonom topluluk yönetimi tarafından denetlenmektedir. İspanya'da kamu hastanelerinin farklı bakım seviyesi sunan farklı kategorileri vardır. Bunlar;

- Pratisyen hekimler, bazı uzman doktorlar ve hemşirelere erişim gibi temel hizmetler sunan genel hastaneler,
- Tanıya dayalı ve daha komplike tedavilerin yanı sıra daha fazla uzman doktora sahip orta seviye hastaneler,
- Daha karmaşık ve ciddi sağlık durumlarını tedavi edebilen yüksek teknoloji hastanelerdir. Bu hastaneler ileri ekipman ve uzman doktora sahiptirler.

Aynı zamanda İspanya'nın büyük şehirlerinden Madrid ve Barcelona gibi yerlerde çocuklar için tıbbi merkezler ve kamu dal hastaneleri vardır.

İspanya'da özel hastaneler özel sağlık hizmet sunucuları tarafından işletilmekte ve genellikle kamudaki benzerlerinden daha küçük olmaktadır. Aynı zamanda sundukları hizmet çeşitliliği açısından daha uzmanlaşmışlardır. Otonom bölgelerin sağlık otoritelerinin yetkisi altında olduğu kadar İspanya Sağlık Bakanlığı yetkisinde de olan ulusal sağlık sistemine ait olan hastaneler de kamu sektörüne aittir. Hem kâr amacı güden hem de gütmeyen özel sektör hastaneleri kendi yönetim düzenlemelerine sahiptir. Sağlık Bakanlığı ve bölgesel yönetimler, sağlık hizmetlerine erişim hakkının garanti edilmesi sağlandığında ve özellikle kalite-maliyet açısından avantajlı ise ulusal sağlık sistemi kullanıcılarına sağlık hizmet sunumu için özel hastanelerle sözleşme yapabilmektedir.

2- SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

Sağlık hizmetlerinde finansman süreci gelirlerin elde edilmesi ile başlamaktadır. İspanya'da sağlık hizmetleri sosyal güvenlik sistemine ödenen primler ve vergi gelirleri yoluyla karşılanmaktadır. Finansmanın ağırlıklı olarak genel vergi gelirlerinden karşılanması, İspanya sağlık finansmanının daha ziyade Beveridge modeli temelleri üzerine inşa edildiğini göstermektedir

2.1. Sigorta Kapsamındaki Kişiler

Kamu tarafından finanse edilen sağlık hizmetleri, sosyal güvenlik sistemine katkıda bulunan çalışanlar, emekliler, işsizlik yardımı alanlar ve işsizlik maaşı alma hakkı bitenler olmak üzere dört gruba ayrılmıştır. Sigortalının birinci derece yakınları da faydalanıcılar (bakmakla yükümlü olunanlar) olarak kabul edilmiştir. Bakmakla yükümlü olunanlar, sigortalı kişinin yakını olan ve belli başlı şartları sağlayan kişiler olarak sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadır. Bu kişiler;

- Sigortalı kişinin eşi veya partneri,
- Sigortalının 26 yaşından küçük oğlu/kızı veya en az %65 engellilik oranı olan 26 yaşından büyük oğlu/kızı,
- Sigortalının erkek-kız kardeşidir.

Bu sayılan kişilerin bakmakla yükümlü olunan kişi olarak nitelendirilebilmesi için ise;

- İspanya'da yasal olarak ikamet etmesi,
- Sigortalı ile birlikte yaşaması (resmi olarak ayrılmış veya boşanmış olmaları hariç),
- Sigortalının sorumluluğunda olması (eş veya partner olmak dışında),
- Erkek-kız çocuklar ve erkek-kız kardeşler için Çoklu Etki Geliri'nin iki katından yüksek gelire sahip olmamaları gerekmektedir.

Bir kişi için sosyal güvenlik numarası oluşturulduğunda, kamu sağlık hizmetleri için bir sertifika elde edilmekte, tıbbi tedavi için kayıt olunarak bireysel sağlık kartı için başvuruda bulunmaktadır. Bireysel sağlık kartını sunmak, hastanelerde tedavi veya doktor muayenelerinde hiçbir ücret ödenmemesi anlamına gelmektedir. Fakat eczanelerde ilaç alımı esnasında reçete ücretlerinin bir kısmı ödenmektedir.

Sigortalı ya da sigortalının bakmakla yükümlü olduğu kişi durumunda olmayanlardan, AB ülkelerinin birinin vatandaşı veya onaylı bir ikamet kartına sahip kişiler sisteme kayıt olabilmektedir. İspanya'da ulusal sağlık sistemi kapsamı neredeyse evrensel hale getirilerek, uygulamada sadece kayıtsız göçmenler kapsam dışı bırakılmıştır.

Devlet sağlık sigortasına katkıda bulunan Avrupa Sağlık Sigortası Kartı olan bireyler İspanya'da ücretsiz sağlık hizmeti almaktadır. Bunlar EFTA bölgesinden (Avrupa Serbest Ticaret Birliği -İzlanda, Lichtenstein, Norveç ve İsviçre) olan kişileri içermektedir. AB/EFTA dışında kalan ülkelerin vatandaşları İspanya'dan vize almadan önce özel sağlık sigortası sahibi olduklarını kanıtladıklarında sağlık hizmetinden yararlanma hakkına sahip olmaktadır.

Ayrıca işsizler ve düşük gelirli için İspanyol otoriteler "Convenio Especial" olarak da bilinen özel anlaşma adı verilen bir ödeme planı sunmaktadır. Bu plan, temel olarak aylık düşük bir ücret karşılığında düşük maliyetli bir sigorta planıdır ve minimum, ortalama veya maksimum bir prim tabanı seçilebilmektedir. Bu özel anlaşma primlerin maaşlar vasıtasıyla karşılanabildiği normal istihdam periyodlarında askıya alınmaktadır.

2.2. Finansman Kaynakları

İspanya'da sağlık hizmetleri, ülkenin Genel Sosyal Güvenlik Fonu'na ödenen primler ve genel vergilerle finanse edilmektedir. Sağlık finansmanında kamu harcamaları, finansmanın temel kaynağıdır. Kamu fonları büyük oranda genel vergilerden gelmekte (kamu sağlık harcamalarının %92,2'si) ve kamu sağlık kaynaklarının çoğunu otonom bölgeler yönetmektedir.

Zorunlu ulusal sağlık hizmeti kapsamında otonom bölgelerdeki sağlık hizmet sunumu genel vergiler yoluyla finanse edilmektedir. Kamu görevlileri, silahlı kuvvetler ve yargı mensupları için hizmet veren yatırım fonları olan MUFACE, MUGEJU ve ISFAS ise primler ve vergilendirmenin karışımı ile finansman sağlamaktadır.

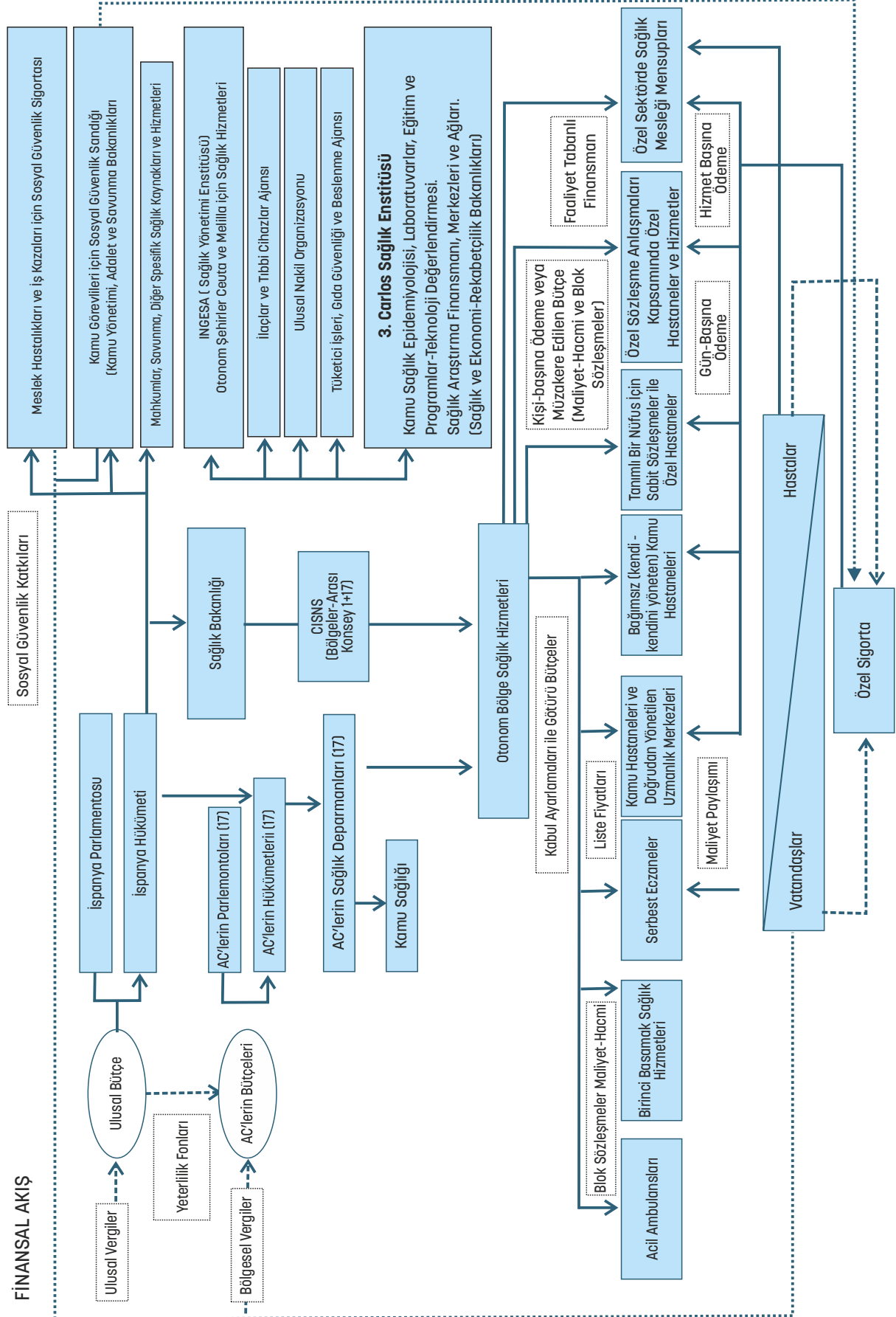
İspanya'da yüksek oranda merkezi olmayan vergi sistemi olsa da otonom bölgeler arasında finansman dengesizliğini azaltmayı amaçlayan kompleks bir sistem olan "tazminat fonları" sistemi vardır. Yani, otonom bölgelerin kendi mali gelirleri ve sundukları hizmetleri finanse ettikleri Temel Kamu Hizmetleri Fonu'nun yanı sıra sağlık hizmetleri, Küresel Yeterlilik Fonu, Sağlık Hizmetleri Garanti Fonu ve çeşitli yaklaştırma fonları ile finanse edilebilmektedir.

Sağlık hizmeti harcama ihtiyaçlarının, otonom bölgelerin kendi mali gelirleri ve Temel Kamu Hizmetleri Fonu tarafından tam olarak karşılanmaması durumunda hizmetler Küresel Yeterlilik Fonu ile karşılanmaktadır. Küresel Yeterlilik Fonu, gerçek sağlık harcamalarına göre hesaplanmakta ve eğer vergi gelirleri ve Temel Kamu Hizmetleri Fonu miktarı, otonom bölgenin finansal ihtiyaçlarını aşarsa, belirli otonom bölgeler (tipik olarak yüksek gelirli bölgeler) negatif değere sahip olmaktadır. Son olarak, Küresel Yeterlilik Fonu yoluyla fonların dağıtımı aynı zamanda otonom bölgelerin, farklı bir otonom bölgede ikamet eden bir sigortalıya belirli bir otonom bölgede sağlanan yardımı kapsamayı amaçlayan diğer bir fon olan Sağlık Hizmetleri Garanti Fonu'ndan aldıkları finansmana da bağlıdır.

Bu finansman mekanizmalarına ek olarak daha düşük kişi başı kaynağa sahip bölgelere ilave finansman sağlamayı amaçlayan bazı fonlar da bulunmaktadır. Bunlar Rekabetçilik Fonu, hane halkı gelirleri açısından kötü durumda olanlar için İş Birliği Fonu ve bu iki fonun yanı sıra düşük gelirli otonom bölgelerde yatırım maliyetlerini finanse etmeyi amaçlayan Bölgeler arası Tazminat Fonu'dur.

Şekil 2, fon biriktirme kurumlarının yanı sıra ulusal sağlık sistemi finansal akışı hakkında detaylar sunmaktadır.

Şekil 2: İspanya Sağlık Sistemi Finansal Akış



2.2.1. Kamu Sağlık Sigortası Kapsamındaki Hizmetler

16/2012 sayılı Kraliyet Kararnamesi, İspanya ulusal sağlık sistemi tarafından sunulan hizmet paketlerini düzenlemiştir. Buna göre iki hizmet kategorisi tanımlamıştır. Bunlar ulusal sağlık sistemini oluşturan 17 bölgeye mahsus üç alt kategoriden oluşan genel paket (temel paket, destekleyici paket ve yardımcı hizmetler) ve yine 17 bölgeye mahsus ve otonom bölgelerin kuralları altında karar verilen tamamlayıcı pakettir.

Genel paket içerisindeki temel paket; acil tıbbi ulaşımın yanında, birinci basamak veya uzmanlaşmış hizmet olarak sunulan herhangi bir önleyici, tanıya dayalı, tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetlerini içermektedir. Bu hizmetler, maliyet paylaşımı olmaksızın tamamen kamu fonları ile finanse edilmektedir. Genel paketteki destekleyici paket; ayakta tedavi ilaç reçeteleri, ortez-protezler, beslenme ürünleri ve acil olmayan tıbbi ulaşımı içermektedir. Destekleyici pakette maliyet paylaşımı uygulanmaktadır. Son olarak yine maliyet paylaşımına tabi olan genel paketteki yardımcı hizmetler, temel olduğu düşünülmeyen ve/veya kronik bakımın iyileştirilmesi için yardımcı cihazlar olarak kullanılmayan tüm faaliyetler, hizmetler veya teknikler olarak muğlak bir şekilde tanımlanmıştır. Bu üçüncü paket henüz tam olarak düzenlenmemiştir.

Genel paketin içeriği, Ulusal Sağlık Sistemi Bölgeler arası Konsey'e bağlı olan Kapsam, Sigorta ve Finansman Komisyonu tarafından sunulan teklifler ve İspanya Sağlık Teknolojileri ve Kapsamı Değerlendirme Ajanslar Ağı (HTBA) tarafından verilen teknik tavsiyeler üzerine ulusal sağlık sisteminin en yüksek yönetim organı olan Ulusal Sağlık Sistemi Bölgeler arası Konsey tarafından belirlenmektedir.

Tamamlayıcı paket, finansman için ilave kaynakların sunulması halinde otonom bölgelerin sağlık otoritelerinin genel paketin üstüne daha fazla hizmet sunmaya karar verdikleri sağlık hizmetlerini içermektedir. Fakat bunun için ihtiyacın gerekçelendirilmesi ve Bölgeler arası Konsey'in raporu, genel temel hizmet paketine yeterli finansal kaynağın dağıtımı ve Maliye Bakanlığı tarafından kurulan bütçe istikrarlılık kriterine göre finansal yeterliliğin onaylanması ve ispatı şartlarının sağlanması gerekmektedir.

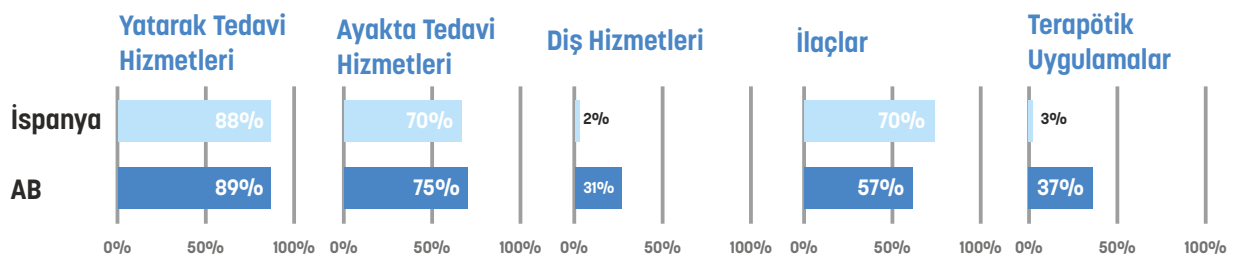
2.2.2. Cepten Ödemeler ve Maliyet Paylaşımı

Ayakta tedavi, ilaçlar ve dış sağlığı hizmetleri nedeniyle uygulanan maliyet paylaşımı, cepten harcamaları oluşturan temel unsurlardır. Dış sağlığı hizmetlerinin kısıtlı bir kısmı (bilgilendirme ve eğitim, akut durumlar, minör ameliyat ve bazı lezyonlar için tedaviler ve hamile kadın ve çocuklar gibi bazı hasta grupları için hizmetler) geri ödeme kapsamında bulunmaktadır. Mevcut durumda geri ödeme kapsamında olmayan dış sağlığı hizmetleri için hastalar cepten ödeme yapmak zorundadır. Bilhassa AB tarafından finanse edilen İspanya'nın İyileşme ve Direnç Planı, dış bakımı, sağlığın iyileştirilmesi ve önleyici bakımı içeren, bir dizi alanda kapsamı genişletmeyi amaçlamaktadır.

İspanya'da sağlık hizmetleri bazında kamu harcama oranlarına bakıldığında, dış hizmetleri ve terapötik uygulamalarda İspanya'nın kamu finansmanının diğer AB ülkeleri ile kıyaslandığında oldukça düşük seviyede olduğu görülmektedir (Şekil 3).

Şekil 3: İspanya Sağlık Hizmetlerine Göre Kamu Finansman Oranları

Hizmet Tipine Göre Toplam Sağlık Harcamalarında Kamu Sağlık Harcaması Oranları

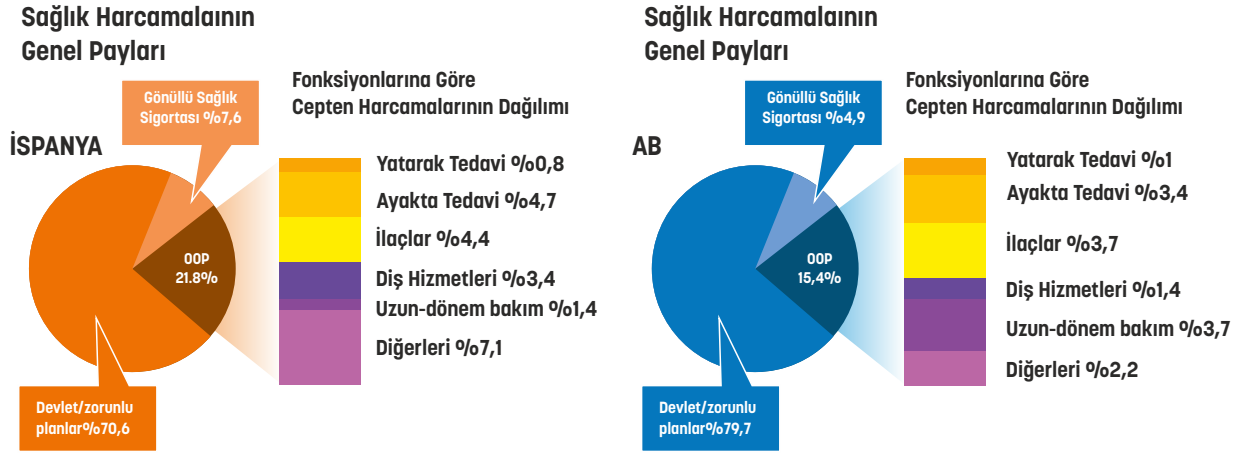


Not: Ayakta tedavi hizmetleri, esas olarak ayakta tedavi sektöründeki pratisyen hekimler ve uzmanlar tarafından sağlanan hizmetleri ifade eder. İlaçlar, tıbbi sarf malzemelerinin yanı sıra reçeteli ve tezgâh üstü ilaçları içerir. Terapötik uygulamalar, görme ürünleri, işitme cihazları, tekerlekli sandalyeler ve diğerlerini ifade eder.

Kaynak: WHO, 2021.

Bazı hizmetlerde kamu finansmanının payının düşüklüğü İspanya’da cepten ödemelerin payının AB ülkelerine kıyasla daha yüksek olması sonucunu doğurmaktadır. 2008’deki ekonomik kriz sonrası, sağlık harcamasında cepten ödemelerin payı 2009’da %19’dan, 2019’da %21,8’e çıkmıştır. Bu oran AB ortalaması olan %15,4’ün oldukça üzerindedir. 2021 itibariyle bu oran İspanya’da %21, OECD ülkelerinde %18,5 seviyesindedir. İlaçlar için yüksek devlet finansmanına rağmen, nüfusun çoğunluğu için ilaç katılım paylarını arttıran ve 2012’de yürürlüğe giren bir dizi önlem sebebiyle cepten ödemeler halen yüksektir (Şekil 4).

Şekil 4: İspanya ve AB’ de Cepten Harcamaların Dağılımı



Not: OOP: Cepten yapılan harcamalar (Out of pocket payments)
Kaynak: WHO, 2021.

Aşağıdaki tabloda yer verildiği üzere İspanya’da birinci basamakta veya hastanelerde muayene için bir maliyet paylaşım mekanizması bulunmamaktadır. Mevcut durumda ilaçlar, tıbbi cihazlar ve diş hizmetleri için cepten ödemeler söz konusudur.

Tablo 2: Sağlık Hizmetleri İçin Kullanıcı Katkıları

Sağlık Hizmeti	Yürürlükteki Katkı Payı	Muafiyet ve/veya Azaltılmış Oranlar	Cepten Harcamalarda Üst Sınır	Diğer Koruma Mekanizmaları
Aile Hekimi Muayenesi	Yok		Yok	-
Birinci Basamak	Yok		Yok	-
Ayakta Tedavi Uzman Hekim Muayenesi	Yok		Yok	-
Ayakta Tedavi Reçete İlaçları	Katkı Payı	Muafiyet: Uzun-dönem işsizler ve primsiz emekli olanlar için. Azaltılmış Oranlar: Emeklilerin kalanı için.	Var (Aylık olarak sadece emekliler için)	Geri Ödeme Primleri (İstisnai durum)
Yatarak Tedavi	Yok		Yok	
Acil Servis Muayenesi	Yok		Yok	
Diş Hizmetleri	Cepten Ödemeler	Temel Koruyucu Hizmetler	Yok	Sağlık hizmeti primleri
Tıbbi Cihazlar	Cepten Ödemeler Katkı Payı		Var	

Kaynak: World Health Organization, 2018.

İspanya'da ilaçlar için düzenlenen reçetelerde, oransal katılım payı uygulaması bulunmaktadır. Katılım payında kişinin gelir durumunda dikkate alınmaktadır. Gelir bilgisi, yıllık olarak İspanyol yerleşikleri vergi deklarasyonundan elde edilmektedir. Kişilerin vergi bildirimlerini yapmamaları, aylık ödenecek katılım payı miktarında herhangi bir üst sınır olmaması anlamına gelmektedir.

Hastalar, sosyo-ekonomik durumlarına göre değişiklik gösterecek şekilde, reçete bedellerinin belirli yüzdeleri üzerinden katılım payı ödemek zorundadır. Kronik hastalıkları tedavi etmek için kullanılan ilaçlar için katılım payı 4,24 € üst sınırla her zaman eczane satış fiyatının %10'una denk gelmektedir. Bunun dışında bir katılım payı alınmamaktadır. Ayrıca hasta, eczacı tarafından verilen en düşük fiyatlı ilacı kullanmak zorunda olduğundan (zorunlu jenerik ikamesi), iç referans fiyatlandırma sistemi kapsamında herhangi bir ödeme de bulunmamaktadır. Bazı sosyo-ekonomik gruplar (düşük gelirli emekliler, işsizlik faydalarından yararlanmayan uzun süreli işsizler, iş kazası geçiren veya meslek hastalığına sahip kişiler vb.) katılım paylarından muaftır.

Bireysel sağlık kartı, kazanç ve kişinin durumuna bağlı olarak reçeteli ilaçların %40-%60'lık bedelini (emekliler için %90) karşılamaktadır. Bireyler kalan ücretten sorumlu olsalar da İspanya'da reçeteli ilaçlar göreceli olarak ucuzdur.

Diş tedavisi belirli durumlar hariç kamu sağlık hizmetleri kapsamında değildir ve özel sağlık sigortasına sahip olmadıkları sürece bireyler tarafından tamamen cepten ödenmek zorundadırlar.

2012'de gerçekleştirilen değişiklik ile hastaların gelir seviyesi ve istihdam durumuna göre artan maliyet paylaşımı uygulanmaya başlanmıştır ancak bu düzenlemede emeklileri korumak için maliyet paylaşımına aylık üst sınırlar getirilmiştir. 2017'den beri, devlet hane halkları üzerindeki tıbbi harcamaların yükünü aşamalı olarak azaltmak için bir dizi önlem almıştır. Asgari geçim ücreti alan kişiler, yıllık geliri belirli bir miktarın altında olan emekliler, bir çocuğun bakımını üstlendiği için sosyal güvenlik yardımı alan kişiler, tanılı bir engeli olan 18 yaş altı kişiler için Mayıs 2020 ve Temmuz 2021'den beri ilaçlarda yeni katılım payı muafiyetleri düzenlenmiştir.

Yıllık 18.000 € altında geliri olan emekliler, ayda maksimum 8,23 €'ya kadar olan reçete bedelinin %10'unu ödemek zorundadırlar. Yıllık 18.000 €'nın üzerinde fakat 100.000 €'nın altında geliri olan emekliler, ayda maksimum 18,52 €'ya kadar reçete bedelinin %10'unu karşılamaktadır. 100.000 €'nın üzerinde geliri olan emekliler ise ayda maksimum 61,75 €'ya kadar olan reçete bedelinin %60'ını ödemek zorundadır. 1 Ocak 2021 itibarıyla yılda 5.635 €'nın altında geliri olan emekliler veya kişisel gelir vergi iadesi doldurmak zorunda olmamaları halinde yılda 11.200 € altında geliri olan emekliler katılım payından muaftır.

Yıllık 18.000 €'nın altında geliri olan emekli olmayan kişiler herhangi bir üst sınır olmadan reçete bedelinin %40'ını ödemek zorundadır. 18.000 €'nın üzerinde fakat 100.000 €'nın altında geliri olan emekli olmayan kişiler, herhangi bir üst sınır olmadan reçete bedelinin %50'sini ödemek zorundadır. 100.000 €'nın üstünde geliri olan emekli olmayan kişiler, herhangi bir üst sınır olmaksızın reçete bedelinin %60'ını karşılamaktadır.

Tüm fiyatlar Tüketici Fiyat Endeksine dayalıdır ve her yılın ocak ayında güncellenmektedir.

Mevcut durumda reçete katılım paylarını ödemekten muaf tutulan birtakım gruplar vardır. Bunlar;

- İş kazası geçiren veya meslek hastalığına yakalananlar,
- İşsizlik maaşı alma haklarını kaybeden işsizler,
- Toksik sendromdan etkilenen veya belirli düzeyde engelli olanlar,
- Sosyal entegrasyon hizmetlerini almakta olanlar,
- Primsiz emekli maaşı alanlar,
- %33 veya daha fazla oranda engelli olan 18 yaş altı çocuklar,
- Asgari yaşam gelirine sahip olanlar,
- Bağımlı çocuğu, kalıcı olarak koruyucu ailesi olduğu çocuk veya evlat edinme amacıyla vesayeti altında olan çocuk için sosyal güvenlik hizmetleri alanlardır.

Valencia bölgesinde, 1 Ocak 2016 tarihinden itibaren, emekliler ve yıllık geliri 18.000 €'dan az olan sosyal refah yardımı alan kişiler tüm reçete katılım paylarından muafır. %33 veya daha fazla engeli olan 18 yaşın altındaki çocuklar ve %65 veya daha fazla engeli olan 18 yaşın üzerindeki yetişkinler de muafiyetten faydalanmaktadır.

İspanya vatandaşlarının yaklaşık %19'u özel sağlık sigortasının bir çeşidine sahiptir. Son beş yılda bu sayı %5 artmıştır. İspanya'da gönüllü sağlık sigortası tamamlayıcıdır, zorunlu ulusal sağlık sisteminden bağımsızdır ve kamu sektörü tarafından finanse edilen aynı mal ve hizmetleri sunabilmektedir. Gönüllü sağlık sigortası planlarının satın alınması, esas olarak bazı hizmetlere daha hızlı erişim isteğinden kaynaklanmaktadır. Otonom bölgeler çapında farklılıklar ve birçok değışiklikler olsa da gönüllü sağlık sigortası planı satın alanlar için mali avantajlar sağlanmaktadır. İspanya'daki sigorta piyasası hem sigortalı kişi sayısı açısından (toplamda ve nüfusun oranında) hem de şirketler için prim gelirleri açısından 2011'den beri yukarı yönlü bir trend göstermektedir. Ancak hala toplam sağlık harcamasında özel sağlık sigortasının payı düşüktür.

3. GERİ ÖDEME SİSTEMİ

Waters ve Hussey'in (2004) belirttiği gibi, alıcıların sağlık hizmetlerine ödediği fiyatların belirlenmesini etkileyen farklı faktörler vardır. Bunlar ödeme yöntemi, ulaşılabilir bilgiler (maliyetler, hacimler, çıktılar), maliyetlendirme yöntemleri ve son olarak satın alanların ve sağlık hizmeti sunucularının özellikleridir. Düzenleyici çevre, sağlık hizmeti sunucusunun özerkliği, rekabet düzeyi ve pazarlık gücü gibi kurumsal özellikleri içerdiği için son derece önemlidir.

İspanya'da kamu tarafından finanse edilen sağlık hizmetleri, çoğunlukla kamu tarafından sunulan hizmetlerdir. Kamu provizyonu önemli bir rol oynamaktadır ve satın alma fonksiyonunu üstlenen kamu kurumları (otonom topluluklar bölgesel sağlık hizmetleri) birkaç istisna ile yatarak ve ayakta sağlık hizmet merkezlerini de yönetmektedir. Aşağıdaki tablo İspanya'da sağlık hizmeti bazında geri ödeme yöntemlerini göstermektedir. Görüldüğü üzere ülkede hastane geri ödemesinde global bütçe ağırlıklı olmak üzere vaka bazlı, paket ve gün başına ödeme yöntemleri kullanılmaktadır.

Tablo 3: Sağlık Hizmeti Sunucusu Ödeme Mekanizmaları

Hizmet Sunucular	Ödeme Yapanlar	Merkezi Hükümet INGESA	Ac'lerin Sağlık Departmanları Bölgesel Sağlık Hizmetleri	(Kendi Kullanıcılarına Hizmet Veren Özel Şirketler) Yatırım Fonları Sandıkları
Sağlık Hizmetleri				
Hasta Yatan Hasta Akut Hizmetler	Global Bütçe/ Vaka-bazlı Ödeme	Global Bütçe/ Vaka-bazlı Ödeme	Global Bütçe/ Vaka-bazlı Ödeme	K.B./P.D.Ö
Hastane Günübirlik Hizmetler	Global Bütçe	Global Bütçe	Global Bütçe	
Hastane Ayakta Tedavi Muayeneleri	Global Bütçe	Global Bütçe	Global Bütçe	
Hastane Yatan Hasta Akut Olmayan Hizmetler	Global Bütçe	Global Bütçe	Global Bütçe	
Birinci Basamak Hizmetler	G.B./K.B./P.D.Ö	G.B./K.B./P.D.Ö	G.B./K.B./P.D.Ö	
İlaçlar	Geri Ödeme (Perakende Satış Fiyatı Üzerinden)	Geri Ödeme (Perakende Satış Fiyatı Üzerinden)	Geri Ödeme (Perakende Satış Fiyatı Üzerinden)	Geri Ödeme (Perakende Satış Fiyatı Üzerinden)
(Nüfus Odaklı) Kamu Sağlık Hizmetleri	Global Bütçe	Global Bütçe	Global Bütçe	-
Özel Hastaneler Akut Hizmetler (Destekleyici)	Paket Ödeme	Paket Ödeme	Paket Ödeme	-
Özel Hastaneler Akut Olmayan Hizmetler (Destekleyici)	Gün Başına Ödeme	Gün Başına Ödeme	Gün Başına Ödeme	-

G.B.:Global Bütçe, K.B.:Kişi başı Ödeme, P.D.Ö.:Performansa Dayalı Ödeme
Kaynak: World Health Organization, 2018.

3.1. Uzmanlaşmış Hizmetler: Hastanelere Ödeme

İspanya'da kamu hastaneleri genellikle otonom bölgelerin sağlık departmanları tarafından yönetilmektedir. Hastane faaliyetlerinin düzenlenmesi de bu otonom toplulukların sorumluluğundadır. Bazı hastaneler (vakıflar) bağımsız yönetime sahipken, farklı otonom bölgelerde değişik yönetim modelleri bulunmaktadır.

İspanya genelinde kamu hastaneleri, kâr amacı gütmeyen özel hastaneler ve kâr amacı güden özel hastaneler vardır. Bunlar arasında, akut bakım kamu hastanelerinin il hastaneleri ve genel hastaneler olmak üzere iki alt kategorisi bulunmaktadır. Sözleşmesi olan kâr amacı güden özel hastaneler, kısmen veya tamamen otonom bölgeler tarafından finanse edilirken; kamu hastaneleri ve diğer özel hastaneler tamamen otonom bölgeler tarafından finanse edilmektedir. Her otonom topluluk hastane finansmanını nasıl yöneteceği konusunda serbestliğe sahiptir. Kamu hastaneleri genellikle hedefleri belirleyen ve hizmet sayıları tahminine dayanan bir sözleşme programı yoluyla finanse edilmektedir.

Hizmet sözleşmesinin nasıl yapıldığına bağlı olarak özel hastanelerin finansmanı daha karışık bir yapıya sahiptir. Özel hastaneler ulusal sağlık sisteminin eksikliklerinin telafi edilmesi için kullanılırsa, finansman günlük tarife, hizmet başına ödeme gibi yöntemler kullanılarak oluşturulan olağan sözleşmelere dayanmaktadır. Fakat özel hastaneler ulusal sağlık hizmetleri sistemi ağının bir üyesi olarak kullanıldığında, finansman özel sözleşmelerle düzenlenmektedir.

İspanya otonom bölgelerinde, kamu fonları ile sağlık hizmetlerinin finansmanı hastaneler ve birinci basamak merkezlerine bütçe tahsisi sistemine dayanmaktadır. Bu sistem "sözleşme programı" olarak adlandırılan finans kurumu ve sağlık hizmeti sunucusu (tipik olarak hastaneler) arasında bir sözleşme ilişkisine dayanmaktadır. Satın alan ve hizmet sunan arasında kesin bir ayırım olmadığından, finansal riskler hizmet sunuculara transfer edilmemektedir. Sistemin ileriye dönük (prospektif) olduğu ifade edilse de finansman kurumu belirli yardımlar yolu ile bütçe sapmalarını üstlenmektedir. Genel olarak, Katalonya'daki ödeme sistemi prospektiftir ve diğer sözleşme programlarının aksine hizmet satın alan taraf bütçe sapmalarını öngörmemekte, böylece finansal risk hizmet sunuculara transfer edilmektedir.

İspanya sağlık sisteminin kalanında, sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılması ve satın alınması (ilaçlar hariç), sağlıkta destekleyici bazı hizmetlerin yanı sıra tanıya dayalı veya cerrahi süreçleri ve bazı diğer sağlık hizmetlerinin dışarıdan temini ile sınırlandırılmıştır. Bu durumlarda bölgesel sağlık otoriteleri genelde geriye dönük ödeme sistemleri içeren kontratlar yoluyla özel sağlık hizmet sunucuları ile anlaşma yapmaktadırlar.

Bazı istisnalar dışında kamu hastaneleri daha önceden anlaşılan harcama kalemlerine göre oluşturulan global bütçeler yoluyla finanse edilmektedir. Sistem, Bölgesel Sağlık İdaresi ve sağlık hizmeti sunucusu arasında sözleşmeye dayalı bir anlaşma üzerine kuruludur. Bu anlaşmalar hizmet miktarını ve bütün maliyetleri düzenlemekte, ayrıca kalite ve güvenlikle ilgili bölgesel stratejilerin hedefleriyle uyumlu olarak kalite odaklı unsurlarında (bekleme listesi azaltma programları, günü birlik ameliyatların eklenmesi, güvenlik ile ilgili olayların azaltılmasını vb.) beraberinde getirmektedir. İlave olarak, hizmet sunuculara verilen ödemelerin bir kısmı erişilebilirlik, hızlı çözüm oluşturma ve kronik hastaların taleplerine yanıt verme gibi bölgesel hedeflere göre belirlenmiş sonuçlara dayalı olabilmektedir.

Söz konusu global bütçenin ana kısmı; taburcu sayıları, vaka karması indeksi (genellikle APTİG¹ üzerinden) ve yapıya bağlı bir tarifeyi kapsayan bir formül aracılığıyla belirlenmektedir. Bazı prosedürler AP-TİG kapsamında olmayıp hizmet başına ödeme mekanizması ile finanse edilmektedir. Geriye dönük global bütçeleden ileriye dönük ödeme mekanizmalarına kaymak için çeşitli sözleşmeler yapılmaktadır. Ancak sözleşme tasarımının gelişmişlik derecesi ve bütçenin ne kadar performansa bağlı olduğu otonom bölgeler arasında bile farklılık göstermektedir.

İspanya' da "tüm hastalar için tanı ilişkili gruplar-TİG" sisteminin ulusal kullanımının iki temel amacı vardır. Bunlar performans değerlendirmesi ve kıyaslama yapılması ile Uyum Fonundan otonom bölgelere TİG'edeyalı vaka ödemelerinin etkinleştirilmesini sağlamaktır. Vaka karması indeksi ve TİG başına kalış süresi, performans değerlendirmeleri ve kıyaslama için kullanılan hastane puan kartlarının temel göstergeleridir. Çoğu otonom bölge ve ulusal hükümet, hastanelere ulusal ve bölgesel TİG normları açısından geri bildirimde bulunmaktadır.

Kamu hizmet sunucuları ağının yanı sıra tüm bölgesel sağlık hizmetleri belli başlı hizmetleri (genellikle cerrahi prosedürler, spesifik tanı testleri, uzun süreli ve palyatif bakım) hastalara ulaştırmak için özel hastaneleri kullanmaktadır. Özel sağlık hizmeti sunucularıyla yapılan sözleşmeler genellikle bekleme listelerinin azaltılması veya erken taburcu olma programları bağlamında belirlenmektedir. Paket ödeme (otonom bölgeler arasında farklılık gösteren yıllık olarak güncellenen kamu tarifelerine dayanan ücret), cerrahi işlemler veya teşhis testlerinin sunumu için olağan ödeme mekanizmasıdır. Uzun dönem veya palyatif bakımda, en yaygın ödeme şeması gün başına ücretlerdir ve birim fiyat hastanın durumuna, terapötik sınıfına ve hastanenin özelliklerine bağlıdır.

3.2. Birinci Basamak ve Koruyucu Sağlık Hizmetleri Ödemesi

Birinci basamak, temel olarak kamu sağlık merkezleri tarafından sunulmaktadır. Hastanelerde olduğu gibi, benzer bir fayda paketi tabanlı yaklaşım izlenerek sözleşmeye dayalı anlaşmalar üzerinden geri ödeme gerçekleştirilmektedir. Yıllık sözleşmeler; bölgesel sağlık hizmeti (demografik yapı ve nüfus dağılımının bileşimi) ile kişi başı ödeme kriterine dayalı olarak imzalanmaktadır. Bu sözleşmenin özel tanımlamaları, her bir birinci basamak birimi ile anlaşmalara dönüşerek aşağıya doğru inmektedir. Bu sözleşmeler; akılcı ilaç kullanım programlarının uygulanması veya jenerik ilaç reçetelemenin teşvik edilmesi gibi bir takım hedefleri olan ve bakım standartlarını belirleyen üzerinde anlaşılmış sözleşmelerdir. Birinci basamak geri ödeme sisteminin farklı uygulamaları da vardır. Örneğin, Bask ülkesi veya Katalonya'da birinci basamak sağlık merkezlerine ödemeler, nüfusun tabakalara ayrılmasına yönelik araçların kullanımı ile belirlenen hastalık yükü verileri kullanılarak zenginleştirilmiştir.

Bireysel odaklı sağlığın teşviği ve koruyucu hekimlik hizmetleri, birinci basamak hizmetin bir parçası olarak sisteme entegre edilmişlerdir. Dolayısıyla bu hizmetler birinci basamak ödeme mekanizmalarının parçası olarak finanse edilmektedir. Buna karşılık, aşılama kampanyaları veya nüfus tarama programları (meme, kolorektal veya rahim ağzı kanseri vb.) gibi nüfus odaklı hizmetler, belli bir amaca tahsis edilmiş bütçelerle finanse edilmektedir. Bu programların bir sonucu olarak, örneğin cerrahi veya tıbbi tedaviler, takibin birinci basamakta veya hastanede gerçekleştirildiğine bağlı olarak ilgili ödeme mekanizmalarının bir parçası olarak finanse edilmektedir.

Son olarak, otonom bölgelerin sağlık departmanları; uyuşturucu kullanımı, okullarda sağlık eğitimi, ruh sağlığında ikincil koruma, mesleki riskler, azınlıklarda sağlığın teşviği ve benzeri konularda halk sağlığı programlarını tamamlamak için belediyelere veya kâr amacı gütmeyen organizasyonlara (vakıflar, dernekler veya hayır kurumları) yardım sağlamaktadırlar.

3.3. İlaç Geri Ödemesi

Ulusal sağlık sistemi, hastanelerde verilen ilaç ve cihazların tamamı için ödeme yapmaktadır. Diğer taraftan, hastaların ayakta tedavi nedeniyle eczanelerden aldıkları ilaçlar ise maliyet paylaşımına dayalı ortak ödeme kurallarına tabidir.

Otonom Bölgeler, ilaçlar ve cihazlar için kendi bütçelerinden ödeme yapabilmektedirler. Aynı zamanda hastalara sağlık hizmeti sunmak için talep edebilecekleri mal ve hizmetleri nasıl satın alacakları hakkında geniş ölçülerde özerkliğe sahiptirler. Bölgeler ve hastaneler yerel sağlık teknolojisi değerlendirmelerini içerecek şekilde daha sonra kendi değerlendirmelerini yapabilmekte ve geri ödeme listelerine ilaçları dahil edip etmemeye veya kısıtlama uygulayıp uygulamamaya karar vermektedirler.

Geri ödenebilir ilaçların fabrika çıkış fiyatları düzenlenmektedir. Fiyat hakkındaki karar, ilgili ilaçların geri ödemesi hakkındaki kararlarla aynı idari süreçte ele alınmaktadır. Geri ödemeye dahil edilmeyen ilaçlar için serbest fiyatlandırma imkânı bulunmaktadır. Ancak meşru kamu yararı olması durumunda, Sağlık Bakanlığı/Bakanlıklar Arası Fiyatlandırma ve Geri Ödeme Komitesi geri ödeme dışında bırakılan tıbbi ürünlerin fiyatlarını kontrol etme yetkisine sahiptir.

Yeni bir ilacın fiyatını belirlemede temel fiyatlandırma politikası, ruhsat sahibi firma ile Sağlık Bakanlığı'na bağlı Bakanlıklar Arası Fiyatlandırma ve Geri Ödeme Komitesi arasında yapılan fiyat müzakeresidir. İlaç Kanunu, fiyatlandırma kararı için maliyet-etkililik ve bütçe etkisinin yanı sıra hastalığın ciddiyeti, tıbbi gereksinimler, terapötik fayda, yenilik derecesini içeren birçok kriter tanımlamaktadır. İspanya Sağlık Bakanlığı ilaçların fiyatlandırma kararını, AEMPS' ler tarafından gerçekleştirilen klinik değerlendirme ve Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan ekonomik değerlendirmeden oluşan Sağlık Teknolojileri Değerlendirme sürecinin çıktılarına dayandırmaktadır. Klinik sağlık teknoloji değerlendirmesi, AEMPS tarafından yönetilen Terapötik Değerlendirme Koordinasyon Kurulu (TVCG) tarafından hazırlanan Terapötik Konumlandırma Raporu'nda sunulmaktadır. Sağlık Bakanlığı bu raporu temel alarak, ekonomik bir değerlendirme ve bütçe etkisi analizini içeren tam bir sağlık teknolojisi değerlendirmesi raporu hazırlamaktadır. Sağlık teknolojisi raporu;

- Alternatiflerine nazaran ilacın ilave faydası (bir maliyet etkililik analizi),
- İlgili endikasyonun tedavisinde ilacın yeri,
- Ruhsat sahibi tarafından talep edilen fiyat ve diğer ülkelerdeki fiyat,
- Tahmini üretim maliyetleri ve
- Tahmini bütçefaktörlerini dikkate almaktadır.

Terapötik Konumlandırma Raporu'nun ardından Bakanlıklar Arası Fiyatlandırma ve Geri Ödeme Komitesi, ilacın İspanya' daki maksimum fiyatını belirleyerek, nihai fiyatlandırma ve geri ödeme kararını vermektedir.

İspanya'da dış referans fiyatlandırma, karar vermede bir bileşen olarak bir kıyaslama fiyatına sahip olmak için destekleyici fiyatlandırma politikası olarak kullanılmaktadır. Dış referans fiyatlandırma, ilaç bazında ve esas olarak terapötik eşdeğeri olmayan yeni ilaçlar için uygulanmaktadır. İspanya'nın fiyatlarını referans aldığı on dört ülke; Avusturya, Belçika, Danimarka, Fransa, Almanya, İrlanda, İtalya, Hollanda, Norveç, Portekiz, Slovenya, İsveç, Slovakya ve Birleşik Krallık' tır. İspanya'daki fiyat, ilgili ilacın referans ülkelerdeki en düşük fiyatından daha yüksek olmamalıdır.

Dış referans fiyatlandırmaya benzer şekilde, ruhsat sahiplerinin bildirmeleri istenilen tahmini üretim maliyetlerine ilişkin veriler de fiyatlandırmada ilave bilgi görevi görmektedir. Global ekonomik krize karşılık yürürlüğe konan 8/202 sayılı Kraliyet Kanunu' na dayalı olarak İspanya, referans fiyat sisteminde yer almayan, yani halihazırda piyasaya sürülmüş alternatifleri olmayan ve İspanya ulusal sağlık sisteminde kullanılan tüm ilaçlar için zorunlu bir indirim sistemi uygulamaktadır. İndirimler yeni ilaçlar için %7,5, yetim ilaçlar için %4, jeneriği veya biyobenzeri olmayan ve piyasada on yıldan uzun süredir yer alan ilaçlar için %15 oranındadır. Jenerik ve biyobenzer ilaçların fiyatları, orijinal ilacın ve referans ilacın fiyatlarına bağlıdır. Ayrıca, orijinal ve referans ilaçların fiyatları sırasıyla ilk jenerik veya biyobenzer ilacın piyasaya girişinde düşürülmek zorundadır. Bir jenerik piyasaya ilk girdiğinde, fiyatı orijinal ilaca göre %40 daha düşük olmalıdır. Aynı etkin madde, aynı dozaj ve farmasötik formu içeren ilaçları içeren bir eşdeğer grup oluşturulmaz, bir jeneriğin fiyatı o gruptaki en düşük fiyatlı jeneriğin fiyatına düşürülmelidir. Biyolojik ilaçlar için fiyat bağlantısı daha muğlaktır. Biyobenzer ilaçlar, referans üründen yaklaşık %30 daha düşük fiyatlandırılmaktadır. Ancak, bu fiyat bağlantısı zorunlu değildir ve duruma göre karar verilmektedir.

Etkin madde ismi ile reçeteleme; biyolojik ilaçlar, akut durumlar ve ilk tedavinin başlangıcına karşılık gelen kronik tedavideki ilk reçete için zorunludur. Kronik hastalıkların devam reçeteleri için, iç referans fiyatlandırma sisteminde yer aldığı veya referans grup içerisinde en düşük fiyatlı ürün olduğu sürece marka ismi ile reçetelemeye izin verilmektedir. İkamesi mümkün olmayan ilaçlarda da "daha yüksek etkililik" ilkesine uyulduğu sürece ticari isimle reçete yazılabilmektedir. Serbest eczane düzeyinde jenerik ikamesi zorunludur. Hastalar belirli bir markada ısrar etseler ve fiyat farkını ceplerinden ödemeye razı olsalar bile, hastalara her zaman en düşük fiyatlı alternatif ilaç verilmektedir. Biyobenzer ikameye ise izin verilmemektedir. Eczanede ikamenin aksine, bir doktor tarafından yapılan her türlü ilaç geçişi mümkündür.

2012'den beri ayakta ve yatarak tedavi sektörlerinde yeni ve yüksek fiyatlı ilaçlar için ilaç endüstrisi ve ödeme kurumları arasında idari piyasaya giriş anlaşmaları imzalanmaktadır. Söz konusu anlaşmalar hem performansa dayalı hem de finansal temelli yapıda olabilmektedir.

3.3.1. Ayakta Tedavi İlaçları İçin Geri Ödeme

Ayakta tedavi ilaç reçetelerinde, perakende eczanelere kamu bütçe geri ödemesi ile hasta maliyet paylaşımın bir karması uygulanmaktadır. İspanya'da ilaç geri ödemesinde pozitif liste ile negatif listeler bir arada kullanılmaktadır. Birinci basamakta veya ayakta tedavide uzman hekim tarafından reçete edilen ilaçlar için ulusal sağlık sistemi perakende eczanelere geri ödeme yapmaktadır. Maliyet paylaşımı olduğundan satın alma anında hastalardan katılım payları doğrudan toplanmakta ve bölgesel sağlık hizmeti kurumuna maliyetin geri kalanı için aylık olarak fatura gönderilmektedir.

Ayakta tedavi sektöründe yaygın bir satın alma modeli, eczaneler tarafından ilaç şirketlerinden doğrudan satın almadır. Bazı eczaneler sadece satın alma gücünü güçlendirmek için oluşturulmuş olan "satın alma merkezleri" adlı birleşik gruplara katılmışlardır. Ayakta tedavi sektöründe bazı bölgeler ihale benzeri sistemler uygulamaktadır. Örneğin Endülüs bölgesi, ayakta tedavi sektöründe patent dışı ilaçların temini için müzayede benzeri bir sistem başlatmıştır.

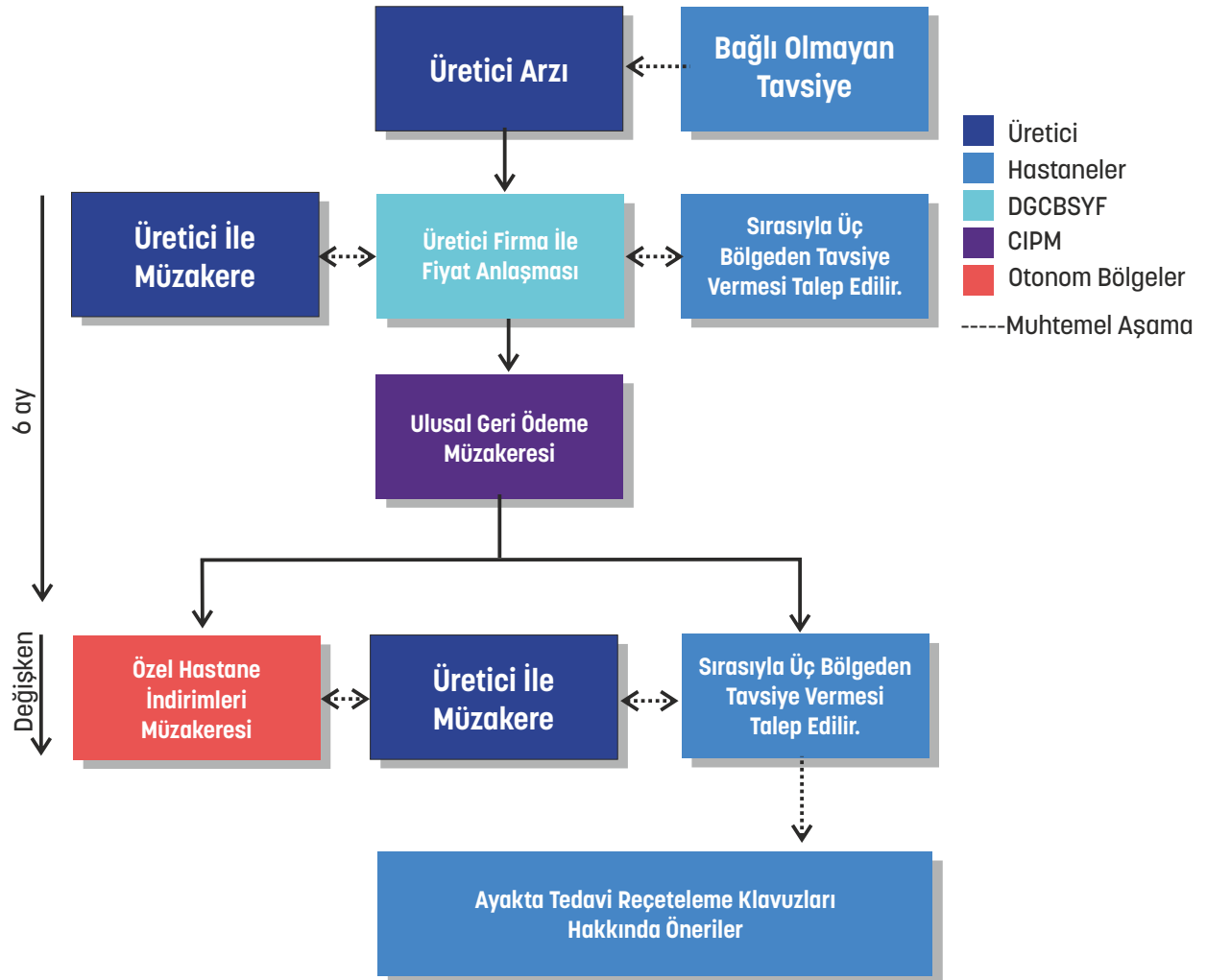
3.3.2. Yatarak Tedavi İlaçları İçin Geri Ödeme

Hastanelerde kullanılan ilaçlar hastane ödeme sistemlerinin bir parçası olarak finanse edilmektedir. Yatarak tedavi için kullanılan ilaçları da içeren ulusal pozitif ve negatif listelere ek olarak hastane farmasötik formüllerini yürürlüktedir. Hastane başına bireysel formüller ve bazı bölgelerde birleşik formüller bulunmaktadır. Hastane farmasötik formüllerini kurmak, geliştirmek ve güncellemekten sorumlu olan yapı, hastanenin ilgili komitesidir. Bu komite eczacılar, doktorlar ve hemşirelerden oluşan disiplinler arası bir yapıdadır. Komite, bir doktorun etkinlik, güvenlik ve beklenen harcama bilgilerini içermesi gereken başvurusunu takiben bir ilacın formülere dahil edilmesi kararını vermektedir.

Hastane formülerine dahil edilen ilaçlar, yatarak tedavi hastalarına hiçbir katılım payı ödenmeksizin verilmektedir. Bu ilaçlar hastanelerin kendi bütçelerinden karşılanmakta ve böylece tamamen ilgili bölgeler tarafından finanse edilmektedir. İlaçların gerçek maliyetleri, her bir hastanenin kendi alımını yapması nedeniyle, hastaneden hastaneye değişmektedir. Üç otonom bölgede yer alan bazı hastaneler (Endülüs, Katalonya ve Valensiya), etkinlik üzerindeki belirsizlikle ilgili tüm finansal riski üstlenmemek ve hastaların terapötik yeniliklere erişimini garanti etmek için ilaç şirketleriyle risk paylaşım anlaşmaları kullanmaktadır.

Şekil 6, İspanya'da fiyatlandırma ve geri ödeme ile ilgili sürecin genel akışını göstermektedir

Şekil 6: İlaç Fiyatlandırma ve Geri Ödeme Süreci



Kaynak: Labcorb Drug Development, 2019

4. İSPANYA İLE TÜRKİYE’NİN SAĞLIK ve GERİ ÖDEME SİSTEMLERİNİN KIYASLANMASI

Türkiye, cumhuriyet ile yönetilen üniter devlet yapısına sahip bir ülke iken, İspanya anayasal monarşiye sahip, 17 otonom topluluktan oluşan üniter bir devlettir. Türkiye’de sağlık hizmet sunumu ve bu hizmetlerin finansmanını sağlayan kurumlar birbirinden farklıdır ve sunum ile finansman arasında kesin bir ayırım vardır. İspanya’ da ise bu denli keskin bir ayırım yoktur. Türkiye’de sağlık hizmetleri birinci basamakta ağırlıklı olarak Sağlık Bakanlığı’na bağlı aile sağlığı merkezleri aracılığıyla, ikinci ve üçüncü basamakta ise Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastaneler, üniversite hastaneleri ve özel sağlık tesisleri tarafından sunulmaktadır. İspanya’ da sağlık hizmet sunumunda kamunun ağırlığı olmakla birlikte hem devlet hem özel hastaneler mevcuttur. Ancak her bir otonom bölge sağlık hizmet sunucuları ile anlaşma yapmaktan ve hizmetlerin finansmanını sağlamaktan sorumludur. Merkezi yönetim yapısından dolayı Türkiye’de bu durum farklılık göstermektedir.

İspanya’da birinci basamak hizmetleri genel sistem içerisinde çok önemli bir rol üstlenmiştir. Aile hekimlerinin sevki üst basamaklara başvurmak açısından hastalar için zorunludur. Türkiye’de ise aile hekimlerinin böyle bir kapı tutucu fonksiyonu yoktur. Yalnızca farklı basamaklarda yer alan sağlık tesislerine başvurular için farklı muayene katılım payı ödemeleri söz konusudur. Şahısların birinci basamak sağlık hizmeti sunucularına başvurması halinde katılım payı alınmamakta; ikinci basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında 6 TL, Sağlık Bakanlığı’ na bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt polikliniklerinde 7 TL, Tıp Fakülteleri Bulunan Devlet Üniversiteleri Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezleri ve Tıp Fakülteleri Bulunan Vakıf Üniversiteleri Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezlerinde 8 TL, ikinci ve üçüncü basamak özel sağlık hizmeti sunucularında 15 TL katılım payı alınarak hastaların ilk etapta birinci basamak sağlık tesislerine başvurmaları yönünde bir teşvik mekanizması oluşturulmaya çalışılmıştır.

Hem Türkiye hem İspanya’da nüfusun neredeyse tamamı sağlık sigortası kapsamındadır. İspanya’da bu oran %100’dür. Türkiye’de ise sağlık sigortası kapsamındaki kişilerin oranı 2022 yılı sonu için %98,8 olarak gerçekleşmiştir. Her iki ülkede sağlık sigorta sisteminin finansmanı sosyal güvenlik primleri ve genel vergilerle karşılanmaktadır.

Sağlık sisteminde her iki ülkede de cepten harcamalar mevcuttur. Türkiye’de muayenelerde sabit tutarlı katılım payı uygulaması var iken tüp bebek tedavisi, vücut dışı ortez-protezlere oransal, ilaçlarda hem oransal hem de reçete başına sabit tutarlı katılım payı mevcuttur. Türkiye’de 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 üç TL, 3 kutuya ilave temin edilen her bir kutu ilaç için bir TL olmak üzere katılım payı alınır. Yine vücut dışı protez ve ortezlerden, Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler için %10, diğer kişiler için %20 oranında katılım payı alınır.

İspanya’da katılım payı ödemeleri, kişilerin gelir durumları dikkate alınarak uygulanmaktadır. Oransal katılım payı ve bu katılım payları için uygulanan üst sınırlar bulunmaktadır. Genel olarak ilaçlar için ödenen katılım payı oranları emekli olmayanlar için %40-%50-%60, emekliler için %10’dur. Bu iki grup için de gelir durumları dikkate alınarak ödenecek katılım payı tutarlarında üst sınırlar belirlenmiştir. Katılım payı açısından her iki ülke de çeşitli muafiyetler tanımaktadır.

İspanya’da hastane geri ödemelerinde global bütçe ağırlıklı olmak üzere vaka bazlı ödeme, hizmet başına ödeme ve gün başına ödeme yöntemleri kullanılmaktadır. Ancak global bütçe tahsisinde bütçenin ana kısmı; taburcu sayıları, vaka karması indeksi ve yapıya bağlı bir tarifeyi kapsayan bir formül aracılığıyla belirlenmektedir. Bazı sağlık hizmetleri bu formülden çıkarılarak hizmet başına ödeme mekanizması ile ödenmektedir. Türkiye’de SGK finansmanı kapsamında TİG yöntemi uygulanmamakta; Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerine götürü bedel yöntemi ile ödeme, özel sağlık tesislerine ise hizmet başına ve paket ödeme yöntemleri ile kullanılmaktadır.

İspanya’da Sağlık Bakanlığı ilaçların hem fiyatlandırma hem de geri ödeme kararlarından sorumludur. Ancak bu kararlarında Sağlık Teknolojileri Değerlendirme Ajansları’nın değerlendirmeleri dikkate alınmaktadır. Türkiye’ de ise ilaç fiyatları Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmektedir. Geri ödeme kararı ise Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yapılan değerlendirme sonucu alınmaktadır.

Ekonomi ve sağlık göstergelerine ilişkin kıyaslama yapılabilmesi için Türkiye, İspanya ve OECD üyesi ülkelerin verilerine Tablo 6’da yer verilmiştir.

Tablo 6: Ekonomi ve Sağlık Göstergelerinin Türkiye ve OECD Ortalaması ile Karşılaştırılması

	İSPANYA	TÜRKİYE	OECD
Nüfus, (2022)	47.615.034	85.341.241	-
Kişi başına düşen GSYİH, (\$), (2022)	29.350	10.616	-
Asgari ücret tutarı, (\$), (2022), (Aylık)	1.228	459	-
Cari sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı, (%), (2022)	10,4	4,3	9,2
Kişi başına düşen sağlık harcaması, (\$), (2022)	4.432	1.827	4.986
Kişi başına düşen ilaç harcaması, (\$), (2021)	548	-	614
Doğuşta beklenen yaşam süresi kadın, Doğuşta beklenen yaşam süresi erkek, (yıl), (2022)	86,2 80,4	81,3 75,9	83,0 77,6
Sigorta tarafından kapsanan nüfus oranı, (%), (2021)	100	98,8	97,9
1.000 kişiye düşen doktor sayısı, 1.000 kişiye düşen hemşire sayısı, 1.000 kişiye düşen yatak sayısı, (2021)	4,5 6,3 3,0	2,2 2,8 3,0	3,7 9,2 4,3
Toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı, (%), (2021)			
1 - Kamu sağlık harcaması oranı, (%)	72	79	76
Merkezi hükümet/bölgesel, yerel yönetimler sağlık harcaması oranı, (%)	68	29	38
Sosyal sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	4	50	38
2 - Cepten yapılan sağlık harcaması oranı, (%)	21	16	18,5
3 - Gönüllü sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	7	2	4,5
4 - Diğer harcamaların oranı, (%) *	-	3	1
Hane halkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı, (%), (2021)	4,0	1,4	3,3

* Ülkede geçici olarak ikame edenlere ait sağlık harcamaları

Kaynak:

1. Health at a Glance 2023 OECD Indicators, 2023.
2. The World Bank, 2022a.
3. The World Bank, 2022b.
4. OECD, 2022.

KAYNAKLAR

- Abacotaxes (2023). Prescriptions in Spain-Worried about Spanish Prescription Charges? <http://www.abacotaxes.com/prescriptions-in-spain> adresinden 29.12.2022 tarihinde alınmıştır.
- Access Infinity (2022). The Ups and Downs Of CIPM Price Revisions, <https://accessinfinity.com/blogs/the-ups-and-downs-of-cipm-price-revisions/> adresinden 15.03.2023 tarihinde alınmıştır.
- Balcells (2023). Social Security Contributions Increased in Spain for 2022.<https://balcellsgroup.com/social-security-contributions-increase-2022/>adresinden 26.12.2022 tarihinde alınmıştır.
- Bernal-Delgado E, García-Armesto S, Oliva J, Sánchez Martínez FI, Repullo JR, Peña-Longobardo LM, Ridao-López M ve Hernández-Quevedo C. (2018). Spain: Health System Review Health Systems in Transition, 20(2):1-179.
- Calleja MÁ ve Badia X. (2022), Feasibility Study to Characterize Price and Reimbursement Decision-Making Criteria For The Inclusion Of New Drugs in the Spanish National Health System: The Cefiderocol Example. *Int J Technol Assess Health Care.* 20;38(1):e48. doi: 10.1017/S0266462322000332. PMID: 35591781
- Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion, European Commission (2022). Your social security rights in Spain, Publications Office of the European Union https://ec.europa.eu/social/main.jsp?pager.offset=25&advSearchKey=spain&mode=advancedSubmit&catId=22&doc_submit=&policyArea=0&policyAreaSub=0&country=0&year=0adresinden 10.01.2023 tarihinde alınmıştır.
- Expatica (2023). The Government and Political System in Spain.<https://www.expatica.com/es/living/gov-law-admin/spain-government-106928/> adresinden 30.01.2023 tarihinde alınmıştır.
- European Union (2023). Spain. https://european-union.europa.eu/principles-countrieshistory/country-profiles/spain_en adresinden 20.12.2022 tarihinde alınmıştır.
- Garattini, L., Badinella Martini M. ve Nobili, A. (2023), General Practice in the EU: Countries You See, Customs you Find. *The European Journal of Health Economics* 24:153-156. <https://doi.org/10.1007/s10198-022-01549-4>
- Healthplan Magazine (2023). Co-Payment Prescription Charges in Spain. <https://www.healthplanspain.com/blog/health-news/144-co-payment-prescriptioncharges-in-spain.html> adresinden 30.01.2023 tarihinde alınmıştır.
- HealthManagement (2006). Facts and Figures: The Spanish Healthcare System, 1 (4). <https://healthmanagement.org/c/it/issuearticle/facts-and-figures-the-spanishhealthcare-system> adresinden 10.01.2023 tarihinde alınmıştır.
- Housinganywhere (2023). The Complete Guide to Spain's Social Security System. <https://housinganywhere.com/Spain/social-securityspain#Social%20security%20payments%20as%20an%20employee%20in%20Spain> adresinden 26.12.2022 tarihinde alınmıştır.
- InterNations (2023). Health Insurance and Healthcare in Spain Explained. <https://www.internations.org/spainexpats/guide/healthcare#:~:text=In%20general%20%20private%20insurance%20is,both%20public%20and%20private%20provisions> adresinden 02.01.2023 tarihinde alınmıştır.
- International Citizens Insurance (2023). Health Insurance in Spain for Foreigners. <https://www.internationalinsurance.com/health/europe/spain.php> adresinden 02.01.2023 tarihinde alınmıştır.

KAYNAKLAR

- Kölling M., Teruel J. ve C. Colino. (2022). Sustainable Governance Indicators Spain Report, Bertelsmann Stiftung: Gütersloh. <https://doi.org/10.11586/2022118>
- Labcorp Drug Development (2019). Pricing & Reimbursement in Spain. <https://drugdevelopment.labcorp.com/content/dam/covance/assetLibrary/salesheets/Pricing-Reimbursement-Spain-SSCMA056.pdf> adresinden 13.01.2023 tarihinde alınmıştır
- Ministerio De Sanidad (2023). <https://www.sanidad.gob.es/en/estadEstudios/sanidadDatos/home.htm> adresinden 26.12.2022 tarihinde alınmıştır.
- Ministry of Health And Consumer Affairs (2008). National Health System Spain, https://www.sanidad.gob.es/en/organizacion/sns/docs/Spanish_National_Health_System.pdf adresinden 20.01.2023 tarihinde alınmıştır.
- Mutualidad de los Funcionarios Civiles del Estado (2023). <https://eng.dkv.es/mutualistas/muface/que-es-muface> adresinden 20.02.2023 tarihinde alınmıştır.
- OECD (2016). Strengthening Primary Care Systems in Health at a Glance: Europe 2016: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2016-5-en
- OECD (2022). Real Minimum Wage. <https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=RMW> adresinden Kasım 2023 tarihinde alınmıştır.
- OECD (2023a). Health at a Glance 2023: OECD Indicators. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.
- OECD (2023b). OECD Stat-Social Protection. <https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30139> sitesinden 02.02.2023 tarihinde alınmıştır.
- PharmaBoardRoom (2022). Regulatory, Pricing and Reimbursement: Spain. <https://pharmaboardroom.com/legal-articles/regulatory-pricing-and-reimbursementspain/> adresinden 13.01.2023 tarihinde alınmıştır.
- Sağlık Uygulama Tebliği (2007, 25 Mayıs). Resmi Gazete (Sayı: 26532). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/>
- Sosyal Güvenlik Kurumu (2023). Aylık İstatistik Bültenleri. <https://sgk.gov.tr/istatistik/Aylık/42919466-593f-4600-937d-1f95c9e252e6/> adresinden 17.05.2023 tarihinde alınmıştır.
- Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (2006, 16 Haziran). Resmi Gazete (Sayı:26200). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2006/06/20060616-1.htm>
- The Organization for Economic Co-operation and Development-OECD. (2021). Real Minimum Wage. <https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=RMW> adresinden Nisan 2023 tarihinde alınmıştır.
- The World Bank (2022a). GDP per capita. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD> adresinden Kasım 2023 tarihinde alınmıştır.
- The World Bank (2022b). Populations. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?view=map> adresinden Kasım 2023 tarihinde alınmıştır.
- The World Bank (2022). The World Bank Data. <https://data.worldbank.org/indicator/AG.SRF.TOTL.K2?locations=ES> adresinden 22.12.2022 tarihinde alınmıştır.

KAYNAKLAR

- Vogler S. (2020). PPRI Pharma Brief: Spain 2020, Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information (PPRI) Pharma Briefs Series. Gesundheit Österreich, Vienna https://jasmin.goeg.at/1687/1/PPRI_Pharma_Brief_ES_20201229.pdf adresinden 02.01.2023 tarihinde alınmıştır.
- Waters HR., Hussey P., (2004 Nov.), Pricing health services for purchasers -a review of methods and experiences. Health Policy;70(2):175-84 doi: 10.1016/j.healthpol.2004.04.012. PMID: 15364147.
- Wikipedia,(2023), [https://en.wikipedia.org/wiki/Ministry_of_Health_\(Spain\)#:text=The%20Ministry%20of%20Health%20\(MISAN,the%20right%20to%20health%20protection](https://en.wikipedia.org/wiki/Ministry_of_Health_(Spain)#:text=The%20Ministry%20of%20Health%20(MISAN,the%20right%20to%20health%20protection) adresinden 12.06.2023 tarihinde alınmıştır.
- WHO (2018).European Observatory on Health Systems and Policies. <https://eurohealthobservatory.who.int/> adresinden 09.01.2023 tarihinde alınmıştır.
- WHO (2021). European Observatory on Health Systems and Policies, Spain: Country Health Profile 2021, State of Health in the EU. OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/7ed63dd4-en> <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/7ed63dd4-en.pdf?expires=1686556404&id=id&accname=guest&checksum=7EB55AC6ABAB3FE65CF26DA8FF3C4A57> adresinden Aralık 2022'de alınmıştır.
- WHO (2002). Can People Afford to Pay for Health Care? New Evidence on Financial Protection in Spain. https://cdn.who.int/media/docs/librariesprovider2/countrysites/spain-a4-brochure-eng---who-sp.pdf?sfvrsn=5312acc_1&download=true adresinden 16.01.2023 tarihinde alınmıştır.
- Yalçın T. ve Yıldırım H.H. (2001). Sağlık Hizmetleri Finansmanı. Yeni Türkiye Dergisi. Sağlık Özel Sayı, No: 40: 1642-1656.
- Yenimahalleli Yaşar, G. (2007). Sağlıkın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi. Ankara Üniversitesi (Doktora Tezi).



MEDICAL

MEDICAL CARE
AMBULANCE
FIRST AID
NURSE
DOCTOR
HEALTH



MEDICAL C
AMBULANC
FIRST AID
NURSE
DOCTOR
HEALTH



İSVEÇ SAĞLIK ve GERİ ÖDEME SİSTEMİ

ÖZET

İsveç'te ulusal sağlık hizmeti sistemi vardır. Sağlık hizmetlerinin sağlanmasını düzenleyen en önemli yasa, 1982 tarihli Sağlık ve Tıbbi Hizmetler Yasası'dır. Yasa, yalnızca ihtiyaca dayalı hizmetlere eşit erişimi içermekle kalmamakta, aynı zamanda herkes için eşit sağlık vizyonunu da vurgulamaktadır. Sağlık sistemi, İsveç'te ikamet eden herkes için sigorta sağlamaktadır. Eşitlik ve adalete büyük önem verilen bir refah politikası bağlamında kademeli olarak gelişmiştir.

İsveç, parlamenter bir hükümet biçimine sahip bir monarşidir. Nüfusun büyüklüğü yaklaşık 10,4 milyon kişidir ve nüfusun %85'inden fazlası kentsel alanlarda yaşamaktadır. Ulusal hükümet, 21 il meclisi/bölge ve 290 belediyeden oluşan üç bağımsız hükümet düzeyi bulunmaktadır.

Devlet genel sağlık politikasından sorumluyken, hizmetlerin finansmanı ve sağlanması büyük ölçüde il meclisleri ve bölgelere aittir. Yaşlı ve engellilerin bakımından belediyeler sorumludur. Birinci basamak sağlık merkezlerinin çoğunluğu ve neredeyse tüm hastaneler il meclislerine aittir. Sağlık harcamaları esas olarak vergilerle finanse edilmektedir. Katılım payı uygulaması uzmanlara yapılan ziyaretler, hastaneye yatış ve ilaçlar için mevcuttur.

İsveç'te doğuştan yaşam beklentisi yüksektir ve ülke, sağlık hizmeti sonuçlarının ve bakım kalitesinin hastalık odaklı göstergeleri ile ilgili karşılaştırmalarda iyi performans göstermektedir. İsveç'te ortalama yaşam süresi, dünyadaki en yüksekler arasındadır. 2018'de İsveç'teki tüm ölümlerin üçte birini (%33) dolaşım hastalıkları oluşturmuş, bunu tüm ölüm nedenlerinin dörtte biri (%25) ile kanser takip etmiştir. Akciğer kanseri, kansere bağlı ölümlerin en sık nedenidir. 2020'de Covid-19 virüsü, İsveç'te on binden fazla ölüme (tüm ölümlerin %10'u) neden olmuştur. 2021'in ilk sekiz ayında 4.500 ölüm daha kaydedilmiştir. Ölümlerin üçte ikisinden fazlası 80 yaş ve üstü kişiler arasında gerçekleşmiştir.

ÜLKE TANITIMI

Ülkenin Demografik Özellikleri ve Sağlık Göstergeleri

İsveç veya resmî olarak İsveç Krallığı, Kuzey Avrupa'daki İskandinavya yarımadasında yer alan bir ülkedir. Ülkenin sınır komşuları batı ve kuzeyden Norveç, doğudan ise Finlandiya'dır. İsveç bunun dışında güneyinde yer alan Öresund Köprüsü ile Danimarka'ya bağlıdır. Yaklaşık 450.295 km² olan yüzölçümüyle İsveç, Avrupa Birliği (AB) ülkeleri arasında en büyük üçüncü ülkedir. Ülkenin toplam nüfusu 10,4 milyondur ve kilometrekare başına 25 kişi ile nüfus yoğunluğu düşüktür. Ancak nüfus yoğunluğu güneye doğru gidildikçe ivmeli şekilde artmaktadır. Ülkedeki halkın %85'i kentlerde yaşamaktadır. İsveç'in başkenti aynı zamanda ülkedeki en büyük kent olan Stockholm'dür. Başkentte 1,6 milyonu merkezde olmak üzere 2,4 milyon insan yaşamaktadır. Ülkenin diğer büyük kentleri sırasıyla Göteborg ve Malmö'dür.

İsveç, meclis sistemine sahip, meşruti monarşi ile yönetilen bir ülkedir. Kral'ın yetkileri törensel ve sembolik mahiyette olup, devleti temsil ile sınırlandırılmıştır. Ülkenin yasama merkezi Riksdag (İsveç Meclisi) 349 üyeye sahip olup başbakanı seçme yetkisine sahiptir. Meclis seçimleri her dört yılda bir, eylül ayının üçüncü pazar günü yapılmaktadır.

İsveç, üniter bir devlet olup yirmi bir ile (län) ayrılmıştır. Her ilin, merkezi devlet tarafından belirlenen kendi yönetim sınırları (länsstyrelse) vardır. Her bir ilde ayrıca birer il meclisi (landsting) bulunmakta olup üyeleri doğrudan seçimler ile belirlenmektedir. Her bir ilin içinde birden fazla belediye (kommuner) bulunmaktadır. 2014 itibarıyla bu belediyelerin sayısı 290'dır. İsveç'teki belediye yönetimi, kent komisyon hükümeti veya kabine tarzı meclise benzer bir şekilde yapılanmıştır. Belediyelerdeki yasama topluluğu (kommunfullmäktige) 31 ila 101 arasında üyeye sahip olup kesin bir sayı bulunmamaktadır. Bu üyeler, dört yılda bir ülke çapında düzenlenen bir seçimle, bir belediye içinde oy verilen partilerin ağırlığı kadar üyeye dağılmaktadır.

Ekonomi bakımından gelişmiş bir ülke olan İsveç, 1 Ocak 1995 tarihinden beri bir AB ülkesidir.

İsveç'te nüfusun tamamı sağlık sigortası kapsamında yer almaktadır. Bin kişiye düşen doktor, hemşire sayıları açısından OECD ortalamasının üzerinde bir görünüm sergilemektedir. Yine doğuştan yaşam beklentisi süreleri, kadınlar ve erkekler için OECD ortalamasının üstündedir.

Ülkenin Sağlık Harcamaları

İsveç'te toplam sağlık harcamalarının gayri safi yurtiçi hasıla içindeki payı 2022 yılı itibarıyla %10,7 olarak gerçekleşmiştir. OECD ortalaması ise %9,2'dir. 2022 yılı itibarıyla kişi başına düşen sağlık harcaması 6.438 \$ olarak gerçekleşmiştir. 2021 yılı itibarıyla toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı incelendiğinde ise kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki oranının %86, cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki oranının %13, diğer sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki oranının %1 olduğu görülmektedir.

Tablo 1: Ekonomi ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması

	İSVEÇ	OECD
Nüfus, (2022)	10.486.941	-
Kişi başına düşen GSYİH, (\$), (2022)	55.873	-
Asgari ücret tutarı, (\$), (2022), (Aylık)	-	-
Cari sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı, (%), (2022)	10,7	9,2
Kişi başına düşen sağlık harcaması, (\$), (2022)	6.438	4.986
Kişi başına düşen ilaç harcaması, (\$), (2021)	525	614
Doğuşta beklenen yaşam süresi kadın, Doğuşta beklenen yaşam süresi erkek, (yıl), (2022)	84,9 81,3	83,0 77,6
Sigorta tarafından kapsanan nüfus oranı, (%), (2021)	100	97,9
1.000 kişiye düşen doktor sayısı, 1.000 kişiye düşen hemşire sayısı, 1.000 kişiye düşen yatak sayısı, (2021)	4,3 10,7 2,0	3,7 9,2 4,3
Toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı, (%), (2021)		
1 - Kamu sağlık harcaması oranı, (%)	86	76
Merkezi hükümet/bölgesel, yerel yönetimler sağlık harcaması oranı, (%)	86	38
Sosyal sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	-	38
2 - Cepten yapılan sağlık harcaması oranı, (%)	13	18,5
3 - Gönüllü sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	1	4,5
4 - Diğer harcamaların oranı, (%)*	0	1
Hane halkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı, (%), (2021)	3,4	3,3

* Ülkede geçici olarak ikamet edenlere ait sağlık harcamaları

Kaynak:

1. Health at a Glance 2023 OECD Indicators, 2023.
2. The World Bank, 2022a.
3. The World Bank, 2022b.
4. OECD, 2022.

ÜLKENİN SAĞLIK ve GERİ ÖDEME SİSTEMİ

1- ORGANİZASYON YAPISI

İsveç sağlık sistemi, ulusal, bölgesel ve yerel olmak üzere üç seviyede organize edilmiştir. 1982 Sağlık ve Tıbbi Hizmetler Yasası, İsveç'te yaşayan herkesin sağlık hizmetlerine erişimini sağlama sorumluluğunun il meclisleri/bölgeler ve belediyelere ait olduğunu belirtmiştir. Kanun, il meclislerine ve belediyelere sağlık hizmetlerinin organizasyonu konusunda önemli ölçüde özgürlük sağlayacak şekilde tasarlanmıştır.

Sağlık ve Sosyal İşler Bakanlığı aracılığıyla devlet, genel sağlık politikasından sorumludur. Sağlık ve halk sağlığı alanında doğrudan yer alan sekiz devlet kurumu vardır. Bunlar Ulusal Sağlık ve Refah Kurulu (NBHW), Tıbbi Sorumluluk Kurulu (HSAN), İsveç Sağlık Hizmetlerinde Teknoloji Değerlendirme Konseyi (SBU), Tıbbi Ürünler Ajansı (MPA), Diş ve İlaç Yardımları Kurumu (TLV), İsveç Sağlık ve Bakım Hizmetleri Analiz Ajansı (MYVA), İsveç Sosyal Sigorta Kurumu (FK) ve Ulusal Halk Sağlığı Enstitüsü (NIPH)'dür.

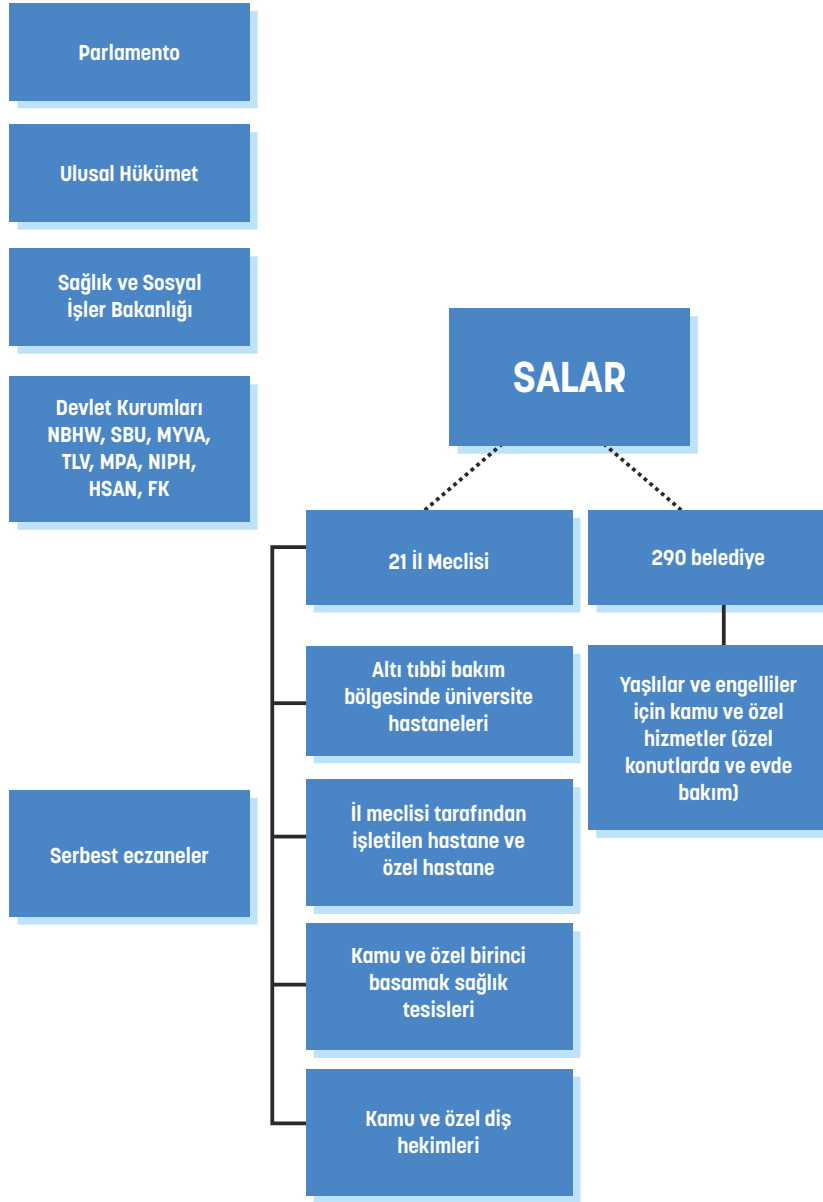
21 il meclisi ve dört bölgesel organ, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sağlanmasından sorumludur. 290 belediye yasal olarak yaşlıların ve engellilerin bakım ve barınma ihtiyaçlarını karşılamakla yükümlüdür. Kamu sektörü ve özel sektöre ait sağlık tesisleri vardır ve genellikle kamu tarafından finanse edilmektedir. Birinci basamak sağlık hizmeti, sağlık sisteminin temelini oluşturmaktadır. Bununla birlikte, diğer birçok ülkenin aksine, il meclislerinin çoğunda birinci basamak sağlık hizmetlerinin resmi bir sevk sistemi bulunmamaktadır. En gelişmiş teknik ekipman gerektiren uzmanlaşmış bakım, yedi bölge/üniversite hastanesinde yoğunlaşmıştır. İller, üçüncü basamak tıbbi bakım konusunda işbirliğini kolaylaştırmak için altı tıbbi bakım bölgesine ayrılmıştır. İsveç'in ulusal halk sağlığı politikasının takibini ve değerlendirmesini gerçekleştirme sorumluluğu ise Ulusal Halk Sağlığı Enstitüsü'ne aittir.

İsveç'te bölgesel ve yerel makamlar İsveç Yerel Yönetimler ve Bölgeler Birliği (SALAR) tarafından temsil edilmektedir. İsveç sağlık sistemi içinde sorumlulukların yerinden yönetimi, yalnızca merkezi ve yerel yönetim arasındaki ilişkileri değil, aynı zamanda her il meclisi içindeki yerelleştirmeyi de ifade etmektedir.

Ulusal Sağlık ve Refah Kurulu, ciddi kronik hastalığı olan hastaların bakımı ve tedavisi için kanıta dayalı kılavuzlar sağlamak üzere hükümet tarafından görevlendirilmiştir. Yönergeler, başta İsveç Sağlık Hizmetlerinde Teknoloji Değerlendirme Konseyi, Tıbbi Ürünler Ajansı ve Diş ve İlaç Yardımları Kurumu olmak üzere işbirliği içinde hazırlanmıştır.

Şekil 1, İsveç'teki sağlık sistemi organizasyon yapısının üç seviyesini göstermektedir. Sağlık hizmetlerinin sorumluluğu il meclisleri/bölgeler ve belediyeler arasında paylaştırılmıştır. Sağlık ve Tıbbi Hizmetler Yasası, İsveç'te yaşayan herkesin sağlık hizmetlerine erişimini sağlama sorumluluğunun il meclisleri/bölgeler ve belediyelere ait olduğunu belirtmektedir. Sağlık ve Sosyal İşler Bakanlığı aracılığıyla Devlet, genel sağlık hizmeti politikalarından sorumludur.

Şekil 1: İsveç Sağlık Sisteminin Organizasyon Yapısı



Kaynak: Health System in Transition, 2012.

21 il meclisi ve dört bölgesel organ, vatandaşları için sağlık hizmetlerinin finanse edilmesi ve sağlanmasından sorumludur. 290 belediye yasal olarak yaşlıların ve engellilerin bakım ve barınma ihtiyaçlarını karşılamakla yükümlüdür. 1980 tarihli Sosyal Hizmetler Yasası'nda, yaşlıların hayatın her aşamasında kamu hizmetlerinden ve yardımından yararlanma hakkına sahip olduklarını açıkça belirtilmiştir. Engelliler sadece Sosyal Hizmetler Yasası kapsamında değil, özel mevzuat kapsamında da destek alma hakkına sahiptir. 1993 tarihli Belirli İşlevsel Bozuklukları Olan Kişilere Yönelik Destek ve Hizmet Yasası, kişisel yardım ve günlük aktiviteler gibi kalemlere yönelik desteği düzenlemektedir.

1.1. Ulusal Düzeyde Organizasyon Yapısı

Sağlık ve Sosyal İşler Bakanlığı, sağlık ve sosyal konular ile sigorta alanında İsveç Meclisi tarafından belirlenen hedeflere ulaşmak için çalışmaktadır. Bu kapsama sosyal hizmetler, sağlık hizmetleri, halk sağlığı ile çocukların ve engellilerin hakları da dahildir.

Ulusal Sağlık ve Refah Kurulu, sosyal hizmetler, sağlık hizmetleri, çevre sağlığı, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve epidemiyoloji alanlarında çok çeşitli faaliyetlerde bulunan büyük bir Devlet kurumudur. Kurul, norm ve standartlar geliştirmekte, desteklemekte, veri toplama ve analiz yoluyla bunlara uyulmasını denetlemekte ve bilgilendirme yapmaktadır. Ayrıca Kurul, sağlık veri kayıtlarını ve resmi istatistikleri tutmaktadır. Tüm sağlık personeli, Ulusal Sağlık ve Refah Kurulu'nun denetimi altındadır.

Tıbbi Sorumluluk Kurulu, şikayetler veya olası görevi kötüye kullanma durumunda disiplin cezalarına karar veren bir Devlet kurumudur.

İsveç Sağlık Hizmetlerinde Teknoloji Değerlendirme Konseyi'nin (SBU) birincil amacı, uygun maliyetli sağlık hizmeti teknolojilerinin kullanımını teşvik etmektir. SBU, sağlık bakım teknolojilerini tıbbi, ekonomik, etik ve sosyal açılarından gözden geçirme ve değerlendirme yetkisine sahiptir.

Tıbbi Ürünler Ajansı, ilaçların ve diğer tıbbi ürünlerin geliştirilmesi, üretimi ve satışının düzenlenmesi ve gözetiminden sorumlu İsveç ulusal otoritesidir. İsveç'te satılan tüm ilaçlar, Ajans tarafından onaylanmalı ve tescil ettirilmelidir.

Diş ve İlaç Yardımları Kurumu, bir ilaç veya tıbbi ürünün finanse edilip edilmeyeceğine ve farmasötik teminat paketine dahil edilip edilmeyeceğine karar vermektedir. 2008'den bu yana Diş ve İlaç Yardımları Kurumu, hangi diş hekimliği hizmetlerinin finanse edilmesi gerektiğine karar verme yetkisine de sahiptir. Kurum aynı zamanda eczanelerin faaliyetlerinin izlenmesinden de sorumludur.

İsveç Sağlık ve Bakım Hizmetleri Analiz Ajansı, vatandaşlar ve hastaların bakış açısından sağlık ve bakım hizmeti politikası kapsamında uygulanan önlemleri ve bilgilerin mevcudiyetini analiz etmekte ve değerlendirmektedir.

Halk sağlığı alanında faaliyet gösteren Ulusal Halk Sağlığı Enstitüsü, Sağlık ve Sosyal İşler Bakanlığı'na bağlı bir Devlet kurumudur. Birçok ülkede bulunan ulusal hükümet sağlık departmanlarına benzemekte, ancak hem Sağlık ve Sosyal İşler Bakanına hem de bağımsız bir yönetim kuruluna bağlı olarak çalışmaktadır. Enstitünün ana görevleri, hükümete, Devlet kurumlarına, belediyelere ve il meclislerine bilimsel kanıtlara dayalı bilgiler sağlayarak sağlığı geliştirmek ve hastalıkları önlemektir.

İsveç Sosyal Sigorta Kurumu, İsveç'te sosyal sigortayı oluşturan çeşitli sigorta türlerini ve yardımları yöneten makamdır. İsveç Sosyal Sigorta Kurumu'nun her il meclisinde, bölgesel ve yerel düzeylerde şubesi vardır. Ayrıca yerel sakinlere hizmet veren yaklaşık 250 yerel ofisi bulunmaktadır.

Bölgesel ve yerel makamlar, ulusal düzeyde İsveç Yerel Yönetimler ve Bölgeler Birliği - SALAR tarafından temsil edilmektedir. SALAR, 2007 yılında İsveç İl Konseyleri Federasyonu ile İsveç Yerel Yönetimler Birliği'nin birleştirilmesiyle oluşturulmuştur. SALAR, İsveç'teki tüm belediye meclislerini/bölgeleri ve belediyeleri temsil eden, ulusal yönelimli işbirlikçi bir kuruluştur. Örgüt, yerel özyönetimi teşvik etmek ve güçlendirmek ve yerel makamlara uzman yardımı sağlamak için çaba göstermektedir. Ayrıca, il meclisleri ve belediyeler tarafından istihdam edilen personel için istihdam koşullarının müzakeresi ve yerel ücret pazarlığı için işverenlerin merkez birliği olarak hizmet vermektedir. İsveç sağlık personelinin çoğunluğu profesyonel sendikaların üyesidir.

1.2. Bölgesel Düzeyde Organizasyon Yapısı

Bölgesel düzeyde sağlık hizmetlerinin yapısını; birinci basamak, il belediye meclisi bakımı ve bölgesel bakım olarak ayırmak mümkündür. İl meclisleri, dış bakımı dahil sunulan tüm sağlık hizmetleri için genel sorumluluğa sahiptir. İl meclisinin yönetim kurulu veya seçilmiş bir hastane kurulu, yönetimin nasıl organize edileceğine karar vermektedir.

İl meclisleri altı tıbbi bakım bölgesine ayrılmıştır. Tıbbi bakım bölgeleri; Stockholm Bölgesi, Güneydoğu Bölgesi, Güney Bölgesi, Batı Bölgesi, Uppsala-Örebro Bölgesi ve Kuzey Bölgesi'dir. Bu bölgeler, il meclisleri arasında üçüncü basamakta sağlık hizmeti sunumunda işbirliğini kolaylaştırmak için kurulmuştur. Her bölge, ortalama bir milyondan fazla kişiye hizmet vermektedir.

İsveç'te hastaneler öncelikle kamuya aittir. Özel birinci basamak sağlık bakım birimlerinin oranı, il meclisleri arasında büyük farklılıklar göstermektedir. Stockholm, Halland ve Västmanland' da tüm birimlerin yaklaşık yarısı özel mülkiyete aitken, bazı il meclislerinde, örneğin ülkenin kuzey kesiminde yalnızca birkaç özel birinci basamak sağlık birimi bulunmaktadır.

1.3. Yerel Düzeyde Organizasyon Yapısı

Belediyelerin geleneksel organizasyonu, bir belediye yönetim kurulunu, bir belediye meclisini ve birkaç yerel yönetim komitesini içermektedir. Belediye yönetim kurulu, belediyenin tüm işlerini yönetmekte, koordine etmekte ve komiteler için denetleyici görevi görmektedir. Kurul, belediye meclisinin işleyişini etkileyen konuların takibinden belediye meclisine karşı sorumludur. Belediye meclisinin görevi, topluluk tarafından yönetilen tüm işletmeler için vergiler, hedefler ve bütçeler ile komitelerin organizasyonu ve görevleri hakkında kararlar almaktır.

Belediyenin sorumlulukları, okullar, sosyal yardım hizmetleri, yol, su, kanalizasyon, enerji gibi vatandaşların yakın çevresiyle ilgili konuları içermektedir. İsveç'teki sosyal hizmetler, mali yardım sağlamanın yanı sıra, çocuk bakımı, okul sağlık hizmetleri, çe vre hijyeni, yaşlılar ve engelliler ile uzun süreli psikiyatri hastalarının bakımını kapsamaktadır. Acil bakım veya geriatri hastanelerinden tamamen tıbbi olarak tedavi edilmiş ve taburcu edilmiş hastaların bakımı da belediyelerin görev alanına girmektedir. Bu kapsamda kamu ve özel bakım evleri ve evde bakım hizmetleri bulunmaktadır.

2. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

İsveç'te hastalar, yerel il meclisi tarafından akredite edilen herhangi bir kamu veya özel sağlık hizmet sunucusuna kayıt yaptırabilmektedir. Seçim yapmayan kişiler için çoğu il meclisinde en son ziyarete veya en kısa coğrafi mesafeye dayalı otomatik kayıt sistemi uygulanmaktadır. Çoğu il meclisi kapsamındaki birinci basamak sağlık hizmetlerinde sevk sistemi yoktur ve hastalar doğrudan uzman bakıma başvurmakta serbesttir.

Ülke genelinde 1100'den fazla birinci basamak sağlık birimi vardır ve yaklaşık üçte biri özel sektöre aittir. Özel birinci basamak sağlık bakım birimlerinin oranı, il meclisleri arasında büyük farklılıklar göstermektedir. Stockholm, Halland ve Västmanland'da tüm birimlerin yaklaşık yarısı özel mülkiyete aitken, ülkenin daha az yoğun nüfuslu orta ve kuzey bölgelerindeki Jämtland ve Västernorrland gibi diğer il meclislerinde yalnızca bir kaç özel birinci basamak sağlık birimi bulunmaktadır.

Birinci basamak, gelişmiş tıbbi ekipman gerektirmeyen ve hastayı sağlık sistemi içinde doğru seviyeye yönlendirmekten sorumlu hizmetleri içermektedir. Aile hekimleri, hemşireler, ebeler, fizyoterapistler, psikologlar ve jinekologlar bu bakım düzeyinde tedavi, tavsiye ve önleme hizmetleri sağlamaktadır. Diğer personel kategorileriyle tamamlanan, dört ila altı aile hekimi bulunan ekip temelli birinci basamak tesisleri, İsveç'teki en yaygın birinci basamak sağlık hizmeti biçimidir. Sadece bir aile hekiminden oluşan özel muayenehaneler de mevcut olmakla birlikte bunların sayısı oldukça azdır.

Birinci basamak hizmetleri, çocuklara yönelik aşılama programlarını, sağlık muayenelerini ve konsültasyonları ve belirli tedavi türlerini içermektedir. Aile hekimi genellikle, fiziksel veya küçük zihinsel sağlık sorunları olan yetişkinler veya yaşlı insanlar için ilk sağlık hizmeti temasını sağlamaktadır. Daha ciddi akıl sağlığı sorunları olan kişiler genellikle doğrudan uzmanlaşmış psikiyatri servislerinde tedavi edilmektedirler. Çoğu durumda aile hekimi aynı zamanda çocuklar için ilk sağlık hizmeti temasını sağlamakta, ancak bu görev çocuk doktorları (hastanede ayakta tedavi) ve bölge hemşireleri ile paylaşılmaktadır.

Sağlık sistemi ile ilk temasların çoğu bölge hemşirelerinin sorumluluğunda olduğundan, bu kişilerin sistemde özel bir rolü bulunmaktadır. Bölge hemşireleri hem birinci basamakta hem de belediye sektöründe çalışan kişilerdir. Belediyeler tarafından istihdam edilen il hemşireleri evde bakımla ilgilenmekte ve özellikle yaşlılara düzenli olarak ev ziyaretleri yapmaktadır. İlaç reçete etme konusunda sınırlı hakları vardır. Bu kişiler tıbbi sorumluluğa sahip değillerdir ve doktorların gözetiminde hareket etmektedirler.

2.2. Uzman Bakım Hizmetleri

Uzmanlaşmış somatik bakım, birinci basamakta sağlanamayan ancak hastane düzeyinde tedavi, tıbbi ekipman veya diğer teknolojileri gerektiren sağlık ve tıbbi hizmetleri içermektedir. İsveç'te, tıbbi hizmetler için mevcut kaynakların nispeten büyük bir kısmı, hastane düzeyinde bakım ve tedavi sağlanmasına tahsis edilmiştir.

Kamu hastaneleri; il meclisi hastaneleri ve bölge/üniversite hastaneleri olarak gruplandırılmıştır. İl meclisi düzeyinde yedi bölge/üniversite hastanesi ve yaklaşık 70 hastane vardır ve yatarak/ayakta tedavi gören hastalara somatik ve psikiyatrik bakım sunulmaktadır. İl meclisi hastanelerini akut bakım hastaneleri ve yerel hastaneler olarak ikiye ayırmak mümkündür. İl meclisi hastanelerinin yaklaşık üçte ikisi akut bakım hastaneleridir. Akut bakım hastanelerinde bakım, günün 24 saati sunulmakta ve yerel hastanelere göre daha fazla sayıda klinik branş uzmanı bulunmaktadır.

İsveç'te üçü kâr amacı gütmeyen (Stockholm'deki Sophiahemmet, Ersta ve Kızıl Haç Hastanesi) altı özel hastane bulunmaktadır. Kâr amacı gütmeyen özel hastaneler özel sektör tarafından işletilmektedir ancak Stockholm il meclisi ile sözleşmeleri vardır ve her yıl il meclisi tarafından karşılanan belirli sayıda hastaya bakım sağlamaktadır. Kâr amacı güden özel hastaneler ise sözleşmelere dayalı olarak il meclisi tarafından tamamen finanse edilmektedir. Kâr amacı güden St. Goran hastanesi, İsveç'teki tek özel akut bakım hastanesidir.

Bölge/üniversite hastanelerinde son derece uzmanlaşmış bakım sağlanmaktadır. İsveç illeri, üçüncü basamak tıbbi bakım konusunda işbirliğini kolaylaştırmak ve yüksek düzeyde ileri tıbbi bakımı sürdürmek için yedi bölge/üniversite hastanesi ile altı tıbbi bakım bölgesine ayrılmıştır. Tüm bölge/üniversite hastaneleri gelişmiş tıbbi ekipmanlara sahiptir ve son derece uzmanlaşmış bakım sunmaktadır. Uzmanlaşmış bakımı yedi hastanede yoğunlaştırmanın bir nedeni, yüksek düzeyde klinik yeterlilik sağlamaktır. Bu, birkaç hastanede az sayıda hastayı tedavi etmek yerine, nadir ve/veya ciddi durumları veya hastalıkları olan çok sayıda hastanın birkaç hastanede toplanmasıyla sağlanmaktadır. Her bölge, ortalama bir milyondan fazla kişiye hizmet vermektedir.

2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

2020 yılında İsveç'te cari sağlık harcamalarının GSYİH içindeki oranı %10,7'dir. Sağlık hizmetleri İsveç'te büyük ölçüde vergilerle finanse edilmektedir. Sağlıkla ilgili tüm harcamaların yaklaşık %86'sı kamu sağlık harcamaları ve yaklaşık %13'ü ağırlıklı olarak kullanıcı ücretleri olmak üzere cepten yapılan sağlık harcamalarıdır.

2.1. Yasal Sağlık Sigortası Kapsamında Yer Alan Kişiler ve Sağlanan Hizmetler

Sağlık ve Tıbbi Hizmetler Yasasına göre İsveç sağlık sistemi, milliyeti ne olursa olsun İsveç'te ikamet eden herkesi kapsamaktadır. Ayrıca, AB ve Avrupa Ekonomik Alanı ülkelerinden ve İsveç'in ikili anlaşmalar yaptığı diğer dokuz ülkeden tüm hastalara acil durum sigortası sağlanmaktadır.

Teşhis ve tedavi, tıbbi bakımın temel işlevleridir, ancak İsveç'te hiçbir temel veya gerekli sağlık bakımı veya ilaç paketi tanımlanmamıştır. Bunun yerine, hangi hizmetin sağlık hizmeti alanına dahil olacağına dair bazı tanımlar vardır ve sağlık hizmeti sektörünün önceliklerine ilişkin bazı genel kılavuzlar mevcuttur.

İsveç'te sağlık hizmetlerine uygulanması amaçlanan üç temel ilke vardır. İnsana değer ilkesi, toplumdaki statülerine bakılmaksızın tüm insanların eşit onur hakkına sahip olduğu ve aynı haklara sahip olması gerektiği anlamına gelmektedir. İhtiyaç ve dayanışma ilkesi, en çok ihtiyacı olanların tıbbi bakımda önceliğe sahip olduğunu ifade etmektedir. Maliyet-etkililik ilkesi ise farklı sağlık hizmeti seçenekleri arasında bir seçim yapılması gerektiğinde, maliyetler ile etkiler arasında makul bir ilişki olması gerektiği anlamına gelmekte ve bu ilişki, geliştirilmiş sağlık ve iyileştirilmiş yaşam kalitesi açısından ölçülmektedir. Hastaya, hastalık veya yaralanma durumunda, o kişinin ihtiyaçlarını karşılama yetkinliğine ve kaynaklarına sahip kurumlardan tıbbi yardım alması garanti edilmektedir.

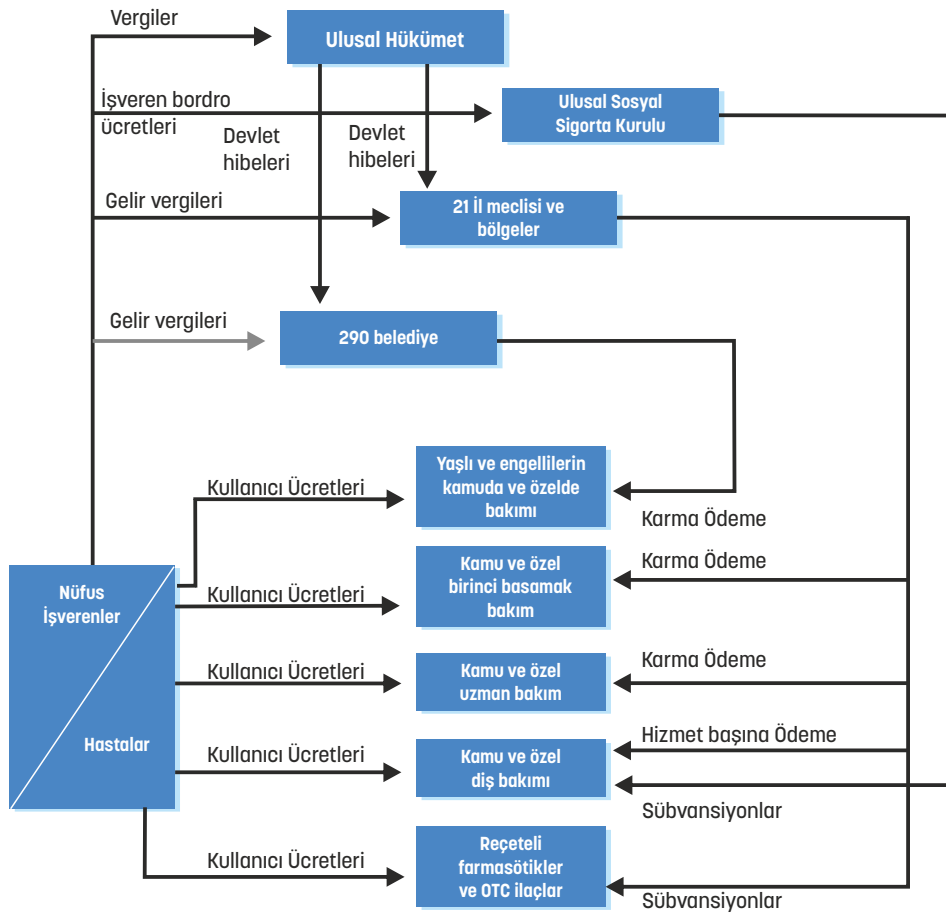
Mayıs 2016'da İsveç parlamentosu, 40-74 yaş arası kadınlar için ücretsiz mamografi taraması yapılmasını öneren bir hükümet yasa tasarısını onaylamıştır. Temmuz 2016'da yürürlüğe giren yeni mevzuat uygulama ve değerlendirme aşamasındadır. Reformun amacı, özellikle sosyoekonomik düzeyi düşük olan kadınlar arasında mamografi taramasına katılımı arttırmaktır.

2017 bütçe tasarısında hükümet, ayakta tedavi hizmetinin, yüksek maliyetli koruma planı kapsamında 85 yaş ve üstü kişiler için ücretsiz olmasını önermiştir. Ana amaç, yaşlı insanlar arasında sağlığı iyileştirmektir. Mevcut yüksek maliyetli koruma planına rağmen, hükümet, çeşitli ve tekrarlanan sağlık hizmeti ziyaretlerinin maliyetlerinin, sağlık hizmetine ihtiyaç duyan yaşlı insanlar için ekonomik bir yük olabileceğini düşünmüştür. İl meclisleri sağlık hizmetlerinin sunumundan sorumlu olduğu ve aynı zamanda hasta katılım paylarını da tahsil ettiği için, 1 Ocak 2017'de yürürlüğe giren değişikliğin il meclisleri üzerinde ekonomik bir etkisi olmuştur. Bu nedenle hükümet, il meclislerine hükümetten düzenli olarak ödenen genel hükümet hibesi yoluyla il meclislerinin ekonomik yükünü tazmin etmiştir.

2.2. Finansman Kaynakları ve Finansal Akışlar

İsveç sağlık sistemi temel olarak vergilerle finanse edilmektedir. Hem il meclisleri hem de belediyeler, kendi nüfusları üzerinden orantılı olarak gelir vergisi almaktadır. Sağlık hizmetlerinin yerel vergilerle finansmanı, merkezi hükümet tarafından ve kullanıcı ücretleri ile desteklenmektedir. Dış bakımına yönelik geri ödeme, ulusal sosyal sigorta tarafından yapılmakta ve İsveç Sosyal Sigorta Kurumu esas olarak işveren maaş bordrosu ücretlerinden gelir elde etmektedir (Şekil 2). Reçeteli ilaçlar için finansman kaynağı, il meclisleri bazında belirlenmiş Devlet hibeleri aracılığıyla sağlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin mali ve politik sorumluluğu il meclislerine dağıtıldığından, mali kaynaklar ile il meclisleri içindeki farklı faaliyetler arasında kesin bağlantılar kurmak zordur.

Şekil 1: Sağlık Sistemi Finansman Yapısı



Kaynak: Health System in Transition, 2012.

İl meclisleri ve belediyeler yerel vergilerin yanı sıra, ulusal gelir vergileri, dolaylı vergi sübvansiyonları ve Devlet hibeleri almaktadırlar. Devlet hibeleri genel veya hedefe yönelik olabilmektedir. Genel hibeler kişi başına ödenmekte ve farklı vergi esasları ve farklı harcama ihtiyaçları olan yerel yönetimler arasında eşitlemeye katkıda bulunmak üzere tasarlanmaktadır. Her belediye, il meclisi veya bölge, yerel şartlara göre bu parayı kullanabilmektedir. Hedeflenen hibeler, bazen belirli bir süre boyunca belirli faaliyetleri finanse etmek için kullanılmaktadır. Finansmanın büyük bir kısmı, İlaç Yardım Programında listelenen ilaçlar için geri ödeme şeklindedir.

Yerel gelir vergilerinin seviyelerine yerel makamlar karar vermekte ve sonuç olarak vergilendirme seviyeleri il meclisleri ve belediyeler arasında farklılık göstermektedir. İdari olarak, vergiler işverenlerden, ulusal vergi dairesi (Skatteverket) tarafından toplanmaktadır. Sağlık veya sağlık hizmetleri için tahsis edilmiş vergiler yoktur, bu da vergilerin tam olarak ne kadarının bu hizmetlerin sağlanmasıyla doğrudan bağlantılı olduğunu belirlemeyi zorlaştırmaktadır.

İsveç'te yaş yapısı, sosyoekonomik faktörler ve dağılık nüfus, coğrafi koşullar gibi yapısal faktörlere uyum sağlamak için ulusal bir vergi eşitleme sistemi bulunmaktadır. Bu sistemin amacı, tüm belediyelere ve il meclislerine faaliyetleri için eşit ekonomik koşullar sağlamaktır. Bu sistem aracılığıyla, belediyelerin, il meclislerinin ve bölgelerin gelirleri, vergi matrahındaki farklılıklar (gelir eşitleme) ve yerel maliyet koşulları ve ihtiyaçlardaki farklılıklar (harcama eşitleme) temelinde yeniden dağıtılmaktadır. Harcama ihtiyaçlarını eşitlemeye yönelik hibeler, yerel yönetimlere ülke çapında eşit düzeyde hizmet sunma koşulları sağlamayı amaçlamaktadır. Dengeleme sistemi Maliye Bakanlığı tarafından yönetilmektedir. Vergi eşitleme sistemine ek olarak, finansman dayanışması ilkesine dayalı olarak, örneğin nadir hastalıkların ve HIV/AIDS'in tedavisi gibi bazı çok pahalı ilaçları ödemek için il meclisleri arasında fonların yeniden tahsis edildiği bir sistem vardır. Ayrıca, bu sistem, ilaç yardımları programına dahil ilaçlar için fon tahsisi ile birlikte Devlet tarafından yönetilmektedir.

2.3. Cepten Ödemeler ve Maliyet Paylaşımı

Hem birinci basamakta hem de uzman bakımında sağlık hizmeti ziyaretleri için sabit oranlı ödemeler şeklinde doğrudan katılım payı uygulaması bulunmaktadır. İl meclisleri birinci basamak ve hastane bakımı için kullanıcı ücretlerinin düzeyini belirlemektedir. Birinci basamak sağlık hizmetinde yer alan bir hekime danışma ücreti il meclislerinde 0 İsveç Kronu (SEK) (0 €) ile 300 SEK (29 €) arasında değişmektedir. Ayakta tedavide uzman ziyareti ise 200 SEK (20 €) ile 400 SEK (39 €) arasındadır. Hemen hemen tüm il meclislerinde, çocuklar ve gençler sağlık ve diş bakımı için katılım payından muafır. Birinci basamak kliniklerinde, okul çağındaki tüm çocuklara aşılar, sağlık muayeneleri ve konsültasyonları ile belirli tedavi türleri ücretsiz olarak sağlanmaktadır. Doğum öncesi birinci basamak sağlık ocaklarında gebelik süresince ücretsiz olarak düzenli kontroller yapılmaktadır.

Yatan hasta bakımı için katılım payı uygulaması, diğer katılım paylarından farklıdır. Yirmi yaşının üzerindeki hastalardan hastanede kalışları için günlük yaklaşık 100 SEK (9,76 €) ücret alınmaktadır, il meclisleri arasında bazı küçük farklılıklar bulunmaktadır.

Reçeteli ilaçlar ve diş bakımı için katılım payları ile sağlık hizmeti ziyaretleri için yüksek maliyetli koruma planları, ulusal yasalarla düzenlenmektedir. Cepten ödemeler için ulusal tavan, bir bireyin 12 aylık bir süre içinde ödeyeceği maksimum tutarı düzenlemektedir. Birinci basamak sağlık hizmeti ve ayakta uzman ziyaretinde muayene katılım payı için cepten ödeme ulusal üst sınırı 1200 SEK'dir (117 €). Söz konusu üst sınıra ulaşıldığında, hasta geri kalan sağlık hizmeti kullanımları için başka katılım payı ödememektedir. 12 aylık süre, hastanın ilk hekim ziyareti tarihinden itibaren hesaplanmaktadır.

Reçeteli ilaçlar için bireysel katılım payı tavanı diğer sağlık hizmetlerinden ayrılmakta ve Diş ve İlaç Yardımları Kurumu tarafından yönetilmektedir. Reçeteli ilaçlar için katılım payı ödemeleri ülke genelinde aynıdır. Hasta, 1.200 SEK'e (117 €) kadar çıkan katılım paylarını ödemek zorundadır, bu seviyeden sonra Devletin geri ödemesi kademeli olarak %100'e kadar çıkmaktadır. Hasta, 1.201-2.291 SEK (117-224 €) arasında reçete bedelinin %50'sini, 2.292-4.256 SEK (224-415 €) arasında reçete bedelinin %25'ini ve 4.257-5.890 SEK (416-575 €) arasında reçete bedelinin %10'unu ödemektedir. 5.890 SEK aşılığında ise tam geri ödeme alınmaktadır. 12 aylık bir süre içinde, reçeteli ilaçlar için hasta tarafından ödenecek maksimum katılım payı tutarı 2.400 SEK (234 €)'tir.

Bir kişi 23 yaşına girdiği takvim yılı dahil olmak üzere, bölgeler tarafından finanse edilen ücretsiz diş bakımı hizmeti almaktadır. Buna ek olarak, sigorta, düzenli diş bakımı kontrollerini teşvik etmek amacıyla yüksek maliyetli bir koruma planı içermektedir. Genel diş bakımı ödemesi, hastaların yaşına bağlıdır. 24-29 yaş arası yılda 600 SEK (59 €), 30-64 yaş arasında yılda 300 SEK (29 €), 65 yaş ve üstü kişiler için yılda 600 SEK (59 €) ödeme yapılmaktadır. Belirli bir diş hastalığı durumunda yılda iki kez 600 SEK (59 €) özel diş bakım ödeneği verilmektedir. Yüksek maliyetli koruma planı için hastalar 3.000 SEK'e (293 €) kadar tüm ücreti ödemekte ve ardından 3.000 SEK ile 15.000 SEK (1.464 €) arasında bir fiyata sahip hizmetler için ücretin %50'si ve 15.000 SEK'i (1.464 €) aşan tedaviler için ücretin %85'i Devlet tarafından kapsamaktadır. Ayakta hasta ziyaretleri ve reçeteli ilaçların aksine, diş bakımı için kullanıcı ücretlerinde mutlak bir üst sınır yoktur. Diş bakımı sübvansiyonları ulusal sağlık sigortasına dahil edilmekte ve İsveç Sosyal Sigorta Kurulu tarafından finanse edilmektedir. Yüksek maliyetli koruma planına tabi finansman, Diş ve İlaç Yardımları Kurumu tarafından belirlenen referans fiyatlara dayanmaktadır. Diş hekimleri arasında fiyat rekabeti vardır. Belirli bir hizmet için Diş ve İlaç Yardımları Kurumu tarafından belirlenen referans fiyattan daha yüksek bir fiyat talep edilmesi durumunda, hastalar referans fiyat ile diş hekimi tarafından talep edilen fiyat arasındaki farkı ödemek zorundadır. Bu fark yüksek maliyet koruma planına dahil değildir. İsveç finansman sisteminde katılım paylarının görünümüne Tablo 2'de yer verilmiştir.

Tablo 2: İsveç'te Katılım Payları

Sağlık Hizmeti	Mevcut Katılım Payı Türü	Muafiyetler ve/veya İndirimli Oranlar	Devlet Tarafından Düzenlenen Cepten Ödeme Harcamalarına İlişkin Üst Sınır
Birinci Basamak Sağlık Hizmeti	Ziyaret başına 0 SEK (0 €) ile 300 SEK (29 €) arasındadır il meclisi tarafından belirlenen ortak ödeme.	20 yaş altı, çoğu il meclisinde muafıtır.	12 aylık süre içinde sağlık hizmeti ziyaretlerinin hepsi için maksimum cepten ödeme 1.200 SEK (117 €).
Ayakta Uzman Ziyareti	200 SEK (20 €) ile 400 SEK (39 €) arasındadır il meclisi tarafından belirlenen ortak ödeme.	20 yaş altı, çoğu il meclisinde muafıtır.	12 aylık süre içinde sağlık hizmeti ziyaretlerinin hepsi için maksimum cepten ödeme 1.200 SEK (117 €).
Ayakta İlaç	Hasta 1.200 SEK'e (117 €) kadar tam maliyeti öder, ardından azalan katılım payı seviyeleri, ülke genelinde tek tip.	20 yaş altı, çoğu il meclisinde muafıtır.	12 aylık dönem için maksimum katılım payı 2.400 SEK'dir (234 €).
Yatarak Tedavi	Her il meclisi tarafından belirlenen katılım payı, günlük yaklaşık 100 SEK (9,76 €).	20 yaş altı, tüm il meclislerinde muafıtır.	İndirimler, il meclislerine göre değişir. Gelir, yaş (>85 yaş) veya kalış süresine bağlı olarak ücretler düşürülmektedir
Diş Bakımı	24 ila 29 yaş arası yılda 600 SEK (59 €); 30'dan 64'e yılda 300 SEK (29 €); 65 yaş ve üstü kişiler için yılda 600 SEK (59 €).	23 yaş altı, çoğu il meclislerinde muafıtır.	Finansman arttıkça ortak ödeme seviyelerinin düşürülmesi, ancak üst sınırın olmaması.

Kaynak: Health System in Transition, 2012.

2.4. Özel Sağlık Sigortası

İsveç'teki özel sağlık sigortası pazarı, diğer Avrupa ülkelerine kıyasla daha küçüktür. Sağlık hizmetlerinde özel sağlık sigortası tamamlayıcıdır. Özel sağlık sigortasına sahip olunmasının temel nedeni, ayakta tedavi uzmanına hızlı bir şekilde ulaşabilmek ve bekleme listelerinden kurtulmaktır.

Özel sağlık sigortasına sahip kişi sayısı son 15 yılda hızla artmıştır ve 2019 yıl sonu itibarıyla teminat türü ve primleri büyük farklılıklar gösterse de yaklaşık 681.000 kişi ek sağlık sigortası yaptırmıştır. Bu sigorta çoğunlukla istihdama dayalı olup ve temel olarak insanlara ayakta tedavi ziyaretleri ve ameliyatlara daha hızlı erişim sağlamaktadır ve genellikle sağlık kontrollerini ve diğer iş sağlığı hizmetlerini de içermektedir. Özel sağlık sigortası kapsamı hala nispeten marjinal olsa da hizmetlere erişimde eşitlik konusunda endişeler uyandırmaktadır.

3. GERİ ÖDEME SİSTEMİ

3.1. Sağlık Hizmetleri İçin Geri Ödeme

İsveç'te il meclisleri sağlık hizmetlerinin hem finansmanından hem de organizasyonundan sorumludur. Birkaç özel hastane vardır ve özel birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcılarının sayısı il meclisleri arasında büyük farklılıklar göstermektedir. Özel pratisyen hekimlerin sundukları hizmetlerin bedellerini il meclisinden alabilmeleri için il yönetimi ile bir anlaşma yapmaları gerekmektedir.

Sağlık hizmeti sunucularına ödeme yapmak, her il meclisine bağlıdır ve bu nedenle yöntemler ülke genelinde farklılık göstermektedir. Yatarak tedavide, ülke genelinde farklı ödeme mekanizmaları kullanılmaktadır. Geleneksel olarak, çoğu il meclisi, global bütçeler aracılığıyla mali sorumluluğun büyük bir kısmını sağlık hizmetleri bölgelerine dağıtmıştır. Genellikle, fiyat veya hacim tavanları ve kalite bileşenleri ile tamamlanan Tanı İlişkili Gruplara (TIG) dayalı ödeme yöntemi kullanılmaktadır. TIG'lerin ve diğer sınıflandırma sistemlerinin ödeme için kullanımı bölgelere ve il meclislerine göre değişmektedir. Vaka başına ortalama maliyeti büyük ölçüde aşan vakalar için vaka başına geri ödemeler, gününbirlik ödemelerle tamamlanabilmektedir. İster vaka başına sabit ödemelere, gününbirlik ödemelere, global bütçelere, hizmet başına ücret yöntemlerine veya bu sistemlerin bir kombinasyonuna dayalı olsun, ödemeler geleneksel olarak tarihsel (tam) maliyetlere dayalı olarak yapılmaktadır.

Son yıllarda bazı il meclisleri hastaneler için hastane ödemelerinin %4'ünü kapsayan performansa dayalı ödeme programları geliştirmiştir. Genel olarak programlar, belirli hedeflere ulaşılamaması durumunda ödemeyi durduracak şekilde tasarlanmıştır. Hedefler; bekleme süreleri, koruyucu bakım veya hasta güvenliğini kapsayan genel göstergelerin yanı sıra başlıca hastalık alanlarındaki klinik göstergelerle de bağlantılı olabilmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde, seçime ve özelleştirmeye odaklanan reformun ardından, kişi başına ödeme (kayıtlı hastalar için sabit ileriye dönük ödeme), hizmet başına ödeme ve belirli hedeflere ulaşmaya dayalı performansa dayalı ödeme yöntemleri kullanılmaktadır. Hedefleri belirlemek için kullanılan gösterge örnekleri arasında sağlık hizmeti sunucusuna erişilebilirlik, koruyucu sağlık hizmetleri, hasta memnuniyeti (anket sonuçları), ulusal kayıtlar (diyabet vb.) ve il meclislerinin ilaç formül komitesinden gelen tavsiyelere uygunluk yer almaktadır.

Tablo 3'te İsveç'te sağlık hizmeti sunucusu kategorileri bazında uygulanan geri ödeme yöntemlerine yer verilmiştir.

Tablo 3: Ödeme Mekanizmaları

Sağlayıcılar/Ödeyiciler	Merkezi Hükümet	İl Meclisleri (Stockholm)
Birinci Basamak Sağlık Hizmeti		Kişi başına ödeme, hizmet başına ödeme, performansa dayalı ödeme
Hastanede Yatarak Tedavi	Performansa Dayalı Ödeme	Vaka başına ödeme, günü birlik ödeme, performansa dayalı ödeme
Hastanede Ayakta Tedavi	Performansa Dayalı Ödeme	Vaka başına ödeme, günü birlik ödeme, performansa dayalı ödeme
Diş Bakımı		Hizmet başına ödeme

Kaynak: Health System in Transition, 2012.

3.2. İlaç Geri Ödeme Sistemi

İlaç geri ödeme sistemi ulusal bir programdır ve tüm ülkeyi kapsamaktadır. Diğer bir deyişle, geri ödemeli ilaçlar her ilde aynı şekilde finanse edilmektedir ve fiyat ülke genelinde aynıdır. 2002 yılında İsveç, 1990'lardan beri kullanılan ve Avrupa ülkelerinde hala yaygın olarak uygulanan referans fiyat sistemini terk etmiş ve bunun yerine değere dayalı bir fiyatlandırma ve geri ödeme planı getirmiştir. Bu nedenle İsveç, farmasötik ürünler için değere dayalı fiyatlandırma konusunda büyük ölçüde başı çekmektedir. Değere dayalı modelin ana özellikleri, ilaçların geri ödeme durumunu belirlemek için maliyet etkililik analizinin kullanılması ve en düşük maliyetli jenerik alternatifin zorunlu ikamesidir. Yatan hasta ilaç harcamalarının finansmanından yalnızca bölgeler sorumludur ve maliyetler vergilerle karşılanmaktadır.

Geri ödeme planına dahil olan ve ayakta tedavide kullanılan ilaçların bedelleri, resmi olarak bölgeler tarafından finanse edilmekte, ancak Devlet hibeleri tarafından da desteklenmektedir. Hastalar bu tür ilaçlar için fiyatın yalnızca belirli bir kısmını ödemekte ve katılım payı açısından tavan uygulaması bulunmaktadır.

Bununla birlikte, her ilde, yaygın hastalıklar için tedavi olarak önerilen ilaçların bir listesini hazırlayan en az bir Eczacılık Komitesi vardır. Genel olarak, Farmasötik Faydalar Yasası'nda öngörülen koşulların yerine getirilmesi şartıyla ilaçlar geri ödenebilmekte ve teminat paketine dahil edilebilmektedir.

Teminat paketine giren ilaçlarda, ilaç bedeli hasta ve Devlet tarafından paylaşılmaktadır. 12 aylık bir süre boyunca, bir hasta 1.200 SEK'e kadar ilaç tutarının tamamını ödemektedir. 2.400 SEK ödedikten sonra, ilaç bedellerinin tamamı Devlet tarafından karşılanmaktadır. 1.200 SEK ile 2.400 SEK arasında, hasta birikmiş tutarlara bağlı olarak %50, %75 veya %90 oranında sübvansede edilmektedir.

3.2.1. Ayakta Tedavide Kullanılan Yeni İlaçların Fiyatlandırılması ve Geri Ödenmesi

Diş ve İlaç Yardımları Kurumu ayakta tedavide kullanılan ilaçlara ilişkin fiyatlandırma ve geri ödeme kararlarından sorumlu bir Devlet kurumudur. Yeni ilaçların fiyatlandırılması ve geri ödenmesine ilişkin kararlar, kurum bünyesinde ayrı bir uzman kurul olan Farmasötik Fayda Kurulu tarafından alınmaktadır. Kurul, yeni ürünler için ortak geri ödeme ve fiyatlandırma kararları almaktadır.

Geri ödeme için uygunluk kriterleri, Farmasötik Faydalar Yasasında belirtilmiştir ve üç ilkede özetlenmiştir. Bu ilkeler; insana değer ilkesi, ihtiyaç ve dayanışma ilkesi ile maliyet etkinlik ilkesidir. Geri ödeme uygunluğu için belirtilen tüm kriterler Diş ve İlaç Yardımları Kurumu tarafından birlikte değerlendirilmelidir. AB'nin Şeffaflık Direktifi uyarınca kurul, başvuru tamamlandıktan sonra 180 gün içinde fiyatlandırma ve geri ödeme ile ilgili kararlarını açıklamaktadır.

Geri ödeme sistemi esas olarak ürün odaklıdır, yani ilaçlara genellikle tüm endikasyonları için geri ödeme statüsü verilmektedir. Bununla birlikte, bir ilaca sınırlı bir kullanım alanı veya endikasyon için ya da yalnızca belirli bir hasta grubuna yönelik olarak geri ödeme yapılması da mümkündür. Programa dahil olan belirli bir tıbbi ürünün firmasının inisiyatifiyle hareket eden Diş ve İlaç Yardımları Kurumu, sırasıyla fiyat artışına ve fiyat düşüşüne karar verebilmektedir. Diş ve İlaç Yardımları Kurumu, halihazırda geri ödeme statüsü verilmiş ilaçlar için paralel ithal tıbbi ürünlere, yeni dozaj ayarlamalarına ve paket boyutlarına da karar vermektedir.

Diş ve İlaç Yardımları Kurumu'nun elindeki başka bir araç da bir ilacın fiyatlandırma ve geri ödeme durumunun gözden geçirilmesini sağlamaktır. Geri ödemedeki bir ilaç grubu veya tek bir ilacın hala maliyet etkin olduğundan emin olmak için bir inceleme başlatılabilmektedir. Bu yeniden değerlendirme, ilacın fiyatının düşürülmesi veya geri ödeme durumunda bir değişiklik yapılması ile sonuçlanabilmektedir. Dolayısıyla Diş ve İlaç Yardımları Kurumu, bir ilacın teminat paketinden çıkarılması yönünde karar alma yetkisine sahiptir.

3.2.2. Giriş Anlaşmaları

İl meclisleri ile bir ilaç şirketi arasındaki giriş anlaşması, Diş ve İlaç Yardımları Kurumu fiyat ve geri ödeme durumu hakkında karar verirken dikkate alınan çeşitli faktörlerden biri olabilmektedir. Bazı yeni teknoloji ilaçlar, daha erken bir aşamada piyasaya sürülebilmekte ve bunların bazılarının günlük klinik uygulamada kullanımları ve etkililikleri ile ilgili belirsizlikler bulunmaktadır. Yönetilen giriş anlaşmaları yoluyla risk paylaşımı, bu belirsizlikleri yönetmek için kullanılan ve gittikçe önemi artan bir araçtır. Bu tür anlaşmalar, maliyet etkililiği sağlayabilmekte ve ayrıca yeni ilaçlar için artan maliyetleri azaltabilmektedir.

İl meclisleri ve ilaç şirketleri arasındaki yönetilen giriş anlaşmaları, çeşitli nedenlerle rekabet ve fiyat baskısının ortaya çıkmadığı yerleşik terapötik alanlarda rekabet yaratmak ve fiyat dinamiklerini teşvik etmek için güçlü araçlar olma potansiyeline sahiptir.

3.2.3. Jenerik İkamesi

Eczanelerde jenerik ikamesi İsveç'te Ekim 2002'den itibaren zorunludur. Birbirine alternatif ilaçlar için eczaneler, eşdeğer ilacı birim başına en düşük fiyatla sunmakla yükümlüdür. Tıbbi Ürünler Ajansı, hangi ilaçların ürün düzeyinde değiştirilebilir olduğuna karar vermekte ve değiştirilebilir ürün gruplarının bir listesini yayınlamaktadır. Liste yılda yaklaşık sekiz kez güncellenmekte ve eczanelerde ikamenin düzenlenmesi için önemli bilgiler sağlamaktadır. Diş ve İlaç Yardımları Kurumu her ay, hangi ürünün birim başına en düşük perakende fiyatına sahip olduğunu ve hangi ürünün o ay eczanelerde dağıtılması gerektiğini bildirmektedir. Eczanelerin müşterilerine sunması gereken ürüne karar verildikten sonra aylık ihaleler ile tercih edilen jenerik ürünlerin hangileri olduğu belirlenmekte ve ilan edilmektedir. İlaç şirketleri, ilaçların tüm fiyat dönemi boyunca kullanılabilir olmasını ve ürünün son kullanma tarihinin minimum gereklilikleri karşılmasını sağlamakla yükümlüdürler. Bu uygulama ile sağlanan üreticiler arasındaki rekabet, ilaçlarda önemli fiyat düşüşleriyle sonuçlanmıştır. Fiyat düşüğe kullanım hacimleri artmakta, bu da daha fazla hastanın etkili tedaviye erişmesi anlamına gelmektedir. Ayrıca fiyattaki düşüşün hacimdeki artıştan daha fazla olması nedeniyle diğer finansman alanları için de finansal kaynak sağlanmaktadır.

3.2.4. Yatarak Tedavide Yeni İlaçların Fiyatlandırılması ve Geri Ödenmesi

Hastanelerde kullanılan ilaçların kamu alımları il meclisleri tarafından yapılmaktadır. İllerin öncelikli ilaç listeleri vardır ve bunların mümkün olduğunda ilk tercih olması gerekmektedir. Hastane eczanelerinin, talep olması halinde diğer ilaçları da dağıtması ve stoklaması beklenmektedir.

Hükümet, özel hasta bakımında kullanılan ilaçların ekonomik değerlendirmelerini yapmak için Diş ve İlaç Yardımları Kurumu'nu görevlendirmiştir. İl meclisi konseyi, değerlendirilecek ürünleri seçerek süreci başlatmaktadır. Diş ve İlaç Yardımları Kurumu, ürünün sağlık açısından ekonomik değerlendirmesini farklı fiyat seviyelerinde içeren bir rapor sunmakta ancak bir tavsiyede bulunmamaktadır. İl meclisi konseyi daha sonra bu raporu değerlendirmekte ve il meclislerine tavsiyelerde bulunmaktadır.

4. İSVEÇ İLE TÜRKİYE'NİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMLERİNİN KIYASLANMASI

İsveç'te sağlık sistemi, Sağlık ve Tıbbi Hizmetler Yasasına göre, İsveç'te ikamet eden herkesi kapsamaktadır. Ayrıca, AB ve Avrupa Ekonomik Alanı ülkelerinden ve İsveç'in ikili anlaşmalar yaptığı diğer dokuz ülkeden tüm hastalara acil durum sigortası sağlanmaktadır. İsveç'te geniş bir teminat paketi bulunmaktadır ve çeşitli katılım payı uygulamalarıyla finansman desteklenmektedir. Türkiye'de de benzer şekilde genel sağlık sigortası zorunludur ve geniş bir teminat paket bulunmaktadır.

İsveç sağlık sistemi ulusal, bölgesel ve yerel seviyelerde organize edilmiştir. 1982 Sağlık ve Tıbbi Hizmetler Yasası, İsveç'te yaşayan herkesin sağlık hizmetlerine erişimini sağlama sorumluluğunun il meclisleri/bölgeler ve belediyelere ait olduğunu belirtmiştir. 21 il meclisi ve dört bölgesel organ, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sağlanmasından sorumludur. 290 belediye yasal olarak yaşlıların ve engellilerin bakım ve barınma ihtiyaçlarını karşılamakla yükümlüdür. Türkiye'de sağlık hizmetleri kamu ve özel sağlık hizmeti sunucuları tarafından verilmekte; finansman ise 2021 itibarıyla nüfusun %98,8'ine karşılık gelecek şekilde ana aktör olan Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından gerçekleştirilmektedir.

İsveç sağlık sistemi temel olarak vergilerle finanse edilmektedir. Hem il meclisleri hem de belediyeler, kendi nüfusları üzerinden orantılı gelir vergisi almaktadır. İl meclisleri ve belediyeler Devlet hibeleri ve kullanıcı ücretleri yoluyla da gelir elde etmektedir. Türkiye'de ise sağlık hizmetlerinin temel finansman kaynağını sigorta primleri oluşturmaktadır. Ülkemizde genel sağlık sigortası prim oranı genel olarak %12,5'tir. Prim oranları çalışan için %5, işveren için ise %7,5 olarak belirlenmiştir. Toplanan genel sağlık sigortası primlerinin %25'ine karşılık gelen tutarda devlet katkısı da sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılmaktadır.

İsveç'te hem birinci basamakta hem de uzman bakımında sağlık hizmeti ziyaretleri için sabit oranlı ödemeler şeklinde doğrudan katılım payları vardır. İl meclisleri birinci basamak ve hastane bakımı için kullanıcı ücretlerinin düzeyini belirlemektedir. İsveç'te Türkiye'deki uygulamadan farklı olarak, gerek ayakta ve yatarak sağlık hizmetleri gerekse de ilaçlar için katılım payı tavanları uygulanmaktadır. Bir takvim yılı içinde kademeli olarak ulaşılan tavan katılım payı tutarına erişildiğinde, hastanın sağlık harcamaları %100 oranında Devlet tarafından karşılanmaktadır. Her iki ülke de katılım payından muaf olan hasta grupları bulunmaktadır.

İsveç'teki bir başka dikkat çeken uygulama, değere dayalı fiyatlandırma ve geri ödemedir. Söz konusu uygulamayla, ilaç fiyatlarının, ilaçların hastalara ve sağlık sistemine kattığı değer uyarınca belirlenmesi ve geri ödeme koşullarının da ilacın değerini yansıtması amaçlanmaktadır. Bu uygulamaya paralel olarak, geri ödemeye dahil edilen ilaçlar belirli dönemlerde yeniden değerlendirilmekte ve maliyet etkililiğini yitirdiği düşünülen ilaçlar teminat paketi kapsamından çıkarılabilmektedir.

Son olarak Tablo 4, İsveç'in ekonomi ve sağlık göstergelerini Türkiye ve OECD ülkeleri ortalamasıyla kıyaslamaktadır.

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

	İSVEÇ	TÜRKİYE	OECD
Nüfus, (2022)	10.486.941	85.341.241	-
Kişi başına düşen GSYİH, (\$), (2022)	55.873	10.616	-
Asgari ücret tutarı, (\$), (2022), (Aylık)	-	459	-
Cari sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı, (%), (2022)	10,7	4,3	9,2
Kişi başına düşen sağlık harcaması, (\$), (2022)	6.438	1.827	4.986
Kişi başına düşen ilaç harcaması, (\$), (2021)	525	-	614
Doğuşta beklenen yaşam süresi kadın, Doğuşta beklenen yaşam süresi erkek, (yıl), (2022)	84,9 81,3	81,3 75,9	83,0 77,6
Sigorta tarafından kapsanan nüfus oranı, (%), (2021)	100	98,8	97,9
1.000 kişiye düşen doktor sayısı, 1.000 kişiye düşen hemşire sayısı, 1.000 kişiye düşen yatak sayısı, (2021)	4,3 10,7 2,0	2,2 2,8 3,0	3,7 9,2 4,3
Toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı, (%), (2021)			
1 - Kamu sağlık harcaması oranı, (%)	86	79	76
Merkezi hükümet/bölgesel, yerel yönetimler sağlık harcaması oranı, (%)	86	29	38
Sosyal sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	-	50	38
2 - Cepten yapılan sağlık harcaması oranı, (%)	13	16	18,5
3 - Gönüllü sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	1	2	4,5
4 - Diğer harcamaların oranı, (%) *	0	3	1
Hane halkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı, (%), (2021)	3,4	1,4	3,3

* Ülkede geçici olarak ikame edenlere ait sağlık harcamaları

Kaynak:

1. Health at a Glance 2023 OECD Indicators, 2023.
2. The World Bank, 2022a.
3. The World Bank, 2022b.
4. OECD, 2022.

KAYNAKLAR

- Anell A., Glenngård A.H. ve Merkur S. (2012). Sweden: Health System Review. Health Systems in Transition, 14(5):1-159.
- Appelgren C., Advokatbyrå M., Swarting O. ve Advokatbyrå C. (2020). Pricing and Reimbursement 2020, Global Legal Insights, Third Edition, 207-216.
- Erdem, A. (2015). Belediyeler Özelinde Türkiye-İsveç Yerel Yönetimleri Karşılaştırması. Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi (30), 185-214.
- Esmail, N. (2013). Health Care Lessons from Sweden. Lessons from Abroad: A Series on Health Care Reform. Fraser Institute.
- Global Legal Insights (2020). Pricing and Reimbursement Laws and Regulations. <https://www.globallegalinsights.com/practice-areas/pricing-and-reimbursement-lawsand-regulations/sweden> adresinden Nisan 2023 tarihinde alınmıştır.
- Global Legal Insights (2022). Pricing and Reimbursement Laws and Regulations. <https://www.globallegalinsights.com/practice-areas/pricing-and-reimbursement-lawsand-regulations/sweden> adresinden Nisan 2023 tarihinde alınmıştır.
- Miemiec W., Lenio P. (2017). Sources of Health Care Financing in Sweden and Poland. Publications of the Masaryk University, 604, 171-190.
- Mossialos E., Wenzl M. (2016). 2015 International Profiles of Health Care Systems. The Commonwealth Fund, 153-160.
- Mutual Information System on Social Protection (2023). Health Care. <https://www.missoc.org/missoc-database/comparative-tables/> adresinden Nisan 2023 tarihinde alınmıştır.
- OECD (2022). Real Minimum Wage. <https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=RMW> adresinden Kasım 2023 tarihinde alınmıştır.
- OECD (2023). Health at a Glance 2023: OECD Indicators. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.
- Oldsberg L., Conesa H. ve Knutsson D. (2022). Swedish National Reimbursement of New Medicines with EMA Approval 2018-2020. https://www.lif.se/globalassets/pdf/rapporter-externa/quantify/swedish-national-reimbursement-of-new-medicines-2018-2020_final-v3.0_2022-05-04.pdf adresinden Nisan 2023 tarihinde alınmıştır.
- PPRI (2017). PPRI Pharma Profile. https://www.tlv.se/download/18.1d85645215ec7de284611ebd/1510316381520/ppri_pharma_profile_sweden_2017.pdf adresinden Nisan 2023 tarihinde alınmıştır.
- PPRI (2023). PPRI Pharma Profile. https://www.tlv.se/download/18.3bcae8a5186316886891125/1676623049422/ppri_pharma_profile_sweden_2023.pdf adresinden Nisan 2023 tarihinde alınmıştır.
- Pälvärinne, R., Widström, E., Forsberg, B. C., Eaton, K. A., Birkhed, D. (2018). The healthcare system and the provision of oral healthcare in European Union member states. Part 9: Sweden. British Dental Journal. 224(8), 647-651.
- Sağlık Uygulama Tebliği (2007, 25 Mayıs). Resmi Gazete (Sayı: 26532). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/>

KAYNAKLAR

Sosyal Güvenlik Kurumu (2023). Aylık İstatistik Bültenleri. <https://sgk.gov.tr/Istatistik/Aylik/42919466-593f-4600-937d-1f95c9e252e6/> adresinden 17.05.2023 tarihinde alınmıştır.

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (2006, 16 Haziran). Resmi Gazete (Sayı:26200). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2006/06/20060616-1.htm>

The World Bank (2022a). GDP per capita. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD> adresinden Kasım 2023 tarihinde alınmıştır.

The World Bank (2022b). Populations. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?view=map> adresinden Kasım 2023 tarihinde alınmıştır.

Van Kemenade Y.W. (2018). Healthcare in Europe 2018: The Finance and Reimbursement Systems of 11 European Countries. Oxford Academic Health Science Network, 94-141.

Wallström S. (2017). A Brief Introduction To The Swedish System For Pricing and Reimbursement of Pharmaceutical Products. Dental and Pharmaceutical Benefits Agency:Stockholm.

WHO (2021). European Observatory on Health Systems and Policies, Sweden:Country Health Profile 2021, State of Health in the EU. OECD Publishing, Brussels.





KANADA SAĞLIK ve GERİ ÖDEME SİSTEMİ

ÖZET

Kanada, Medicare olarak adlandırılan, merkezi olmayan, geniş kapsamlı, ağırlıklı olarak kamu tarafından finanse edilen bir sağlık sistemine sahiptir. Kanada sağlık sisteminde görev ve sorumluluklar federal, eyalet ve bölge hükümetleri arasında paylaşılmaktadır. Sağlık hizmetleri, öncelikle ülkenin on eyalet ve üç bölgesi tarafından finanse edilmekte ve yönetilmektedir.

Kanada Sağlık Yasası, Kanada'nın federal sağlık sigortası mevzuatıdır ve Kanada sağlık sigortası sistemini yöneten ulusal ilkeleri tanımlamaktadır. Bu ilkeler; kamu yönetimi, kapsamlılık, evrensellik, taşınabilirlik ve erişilebilirlik olarak sıralanmaktadır. Bu ilkelerin altında yatan değerler ise eşitlik ve dayanışmadır.

Eyalet ve bölge hükümetleri sağlık hizmetlerinin idaresi ve sunumunda birincil sorumluluğa sahiptir. Bu sorumluluk, kendi önceliklerini belirlemeyi, sağlık bütçelerini yönetmeyi ve kendi kaynaklarını yönetmeyi içermektedir. Kanada Sağlık Yasası uyarınca federal hükümet, eyaletler ve bölgeler için sağlık sigortası planlarında yer alması gereken şartları ve koşulları belirlemektedir. Kanada Sağlık Yasası'nda yer alan bu kriterleri sağlayan eyalet ve bölgeler, Kanada sağlık transferi adı altında kendilerine sunulan nakdi yardımı tam olarak almaya hak kazanmaktadırlar. Eyalet ve bölge sağlık sigortası planları genellikle Kanada Sağlık Yasası kriterlerine ve koşullarına uyum göstermektedir ve hatta birçok plan yasanın gerekliliklerinden daha fazla hizmet içermektedir.

Her bir eyaletin kendi sigorta planı vardır ve her bir eyalet federal hükümetten kişi başına nakdi yardım almaktadır. Sağlanan sağlık yardımları değişiklik göstermektedir. Bununla birlikte, tüm vatandaşlar ve daimî olarak ikamet edenler, tıbbi olarak gerekli tüm hastane ve doktor hizmetlerinden ücretsiz olarak faydalanmaktadırlar. Ayakta tedavide kullanılan reçeteli ilaçlar ve diş bakımı da dahil olmak üzere hariç tutulan hizmetlerin ödenmesi için eyalet ve bölgeler, hedeflenen gruplar için bir miktar teminat sağlamaktadırlar. Ayrıca Kanadalıların yaklaşık üçte ikisinin özel sigortası bulunmaktadır.

Kanada'da sağlık sisteminde ilk başvuru yeri aile hekimleri ve birinci basamak sağlık kuruluşlarıdır. Birinci basamak hekimini görmeden uzman doktora başvuru yapılamamaktadır.

ÜLKE TANITIMI

Ülkenin Demografik Özellikleri

Kanada, Kuzey Amerika kıtasının en kuzeyinde yer almaktadır. Kuzey Amerika kıtasının hemen hemen yarısını kaplayan yüzölçümü ile dünyanın ikinci büyük ülkesidir. Federal bir yapıya sahip olan Kanada'da, mevcut Anayasa uyarınca yetkiler, eyaletler ile merkezi hükümet arasında dağılmıştır. Eyaletlerin bazı alt bölgelere yetki devretmesi dahi söz konusu olabilmektedir.

Kanada on eyalet ve üç bölgeden oluşmaktadır. Ülkenin en yoğun nüfuslu eyaleti Ontario eyaletidir. Ontario eyaletinin güneydoğusunda konumlanan Ottawa şehri, ülkenin başkentidir. Ottawa aynı zamanda Kanada'nın dördüncü büyük şehridir. Para birimi olarak Kanada Doları kullanılmaktadır.

Kanada'nın nüfusu 2022 yılı itibarıyla yaklaşık 38,9 milyondur. 2022 yılı verilerine göre doğuştan beklenen yaşam süresi erkeklerde 79,3 kadınlarda ise 84'tür. 2021 yılı itibarıyla 1.000 kişiye düşen doktor sayısı 2,8 iken bu alandaki OECD ortalaması 3,7'dir. 1.000 kişiye düşen hemşire sayısı ise 10,3 ile OECD ortalaması olan 9,2'nin üzerindedir. 1.000 kişiye düşen yatak sayısı 2,6 ile OECD ortalamasının altındadır.

Ülkenin Sağlık Harcamaları

2019 yılı verilerine göre, Kanada'da nüfusun neredeyse %100'ü sağlık sigortası kapsamındadır. Toplam sağlık harcamalarının gayri safi yurtiçi hasıla içindeki payı 2022 yılı itibarıyla %11,2 olarak gerçekleşmiştir. Bu alandaki OECD ortalaması %9,2'dir. Kişi başına düşen sağlık harcaması ise 2022 yılı itibarıyla 6.319 \$ olarak gerçekleşmiştir. 2021 yılı itibarıyla, hane halkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı %3,3 ile OECD ortalaması (%3,3) ile aynıdır.

2021 yılı itibarıyla toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı incelendiğinde; kamu harcamalarının sağlık harcamaları içerisindeki payının %73, cepten yapılan ödemelerin payının %14, gönüllü sağlık sigortalarının payının %11 ve diğer harcamaların payının ise %2 olduğu görülmektedir.

Tablo 1, ekonomi ve sağlık göstergeleri karşılaştırmalarını içermektedir.

Tablo1: Ekonomi ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması

	KANADA	OECD
Nüfus, (2022)	38.929.902	-
Kişi başına düşen GSYİH, (\$), (2022)	54.966	-
Asgari ücret tutarı, (\$), (2022), (Aylık)	1.943	-
Cari sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı, (%), (2022)	11,2	9,2
Kişi başına düşen sağlık harcaması, (\$), (2022)	6.319	4.986
Kişi başına düşen ilaç harcaması, (\$), (2021)	814	614
Doğuşta beklenen yaşam süresi kadın, Doğuşta beklenen yaşam süresi erkek, (yıl), (2022)	84,0 79,3	83,0 77,6
Sigorta tarafından kapsanan nüfus oranı, (%), (2021)	100	97,9
1.000 kişiye düşen doktor sayısı, 1.000 kişiye düşen hemşire sayısı, 1.000 kişiye düşen yatak sayısı, (2021)	2,8 10,3 2,6	3,7 9,2 4,3
Toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı, (%), (2021)		
1 - Kamu sağlık harcaması oranı, (%)	73	76
Merkezi hükümet/bölgesel, yerel yönetimler sağlık harcaması oranı, (%)	72	38
Sosyal sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	1	38
2 - Cepten yapılan sağlık harcaması oranı, (%)	14	18,5
3 - Gönüllü sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	11	4,5
4 - Diğer harcamaların oranı, (%) *	2	1
Hane halkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı, (%), (2021)	3,3	3,3

* Ülkede geçici olarak ikame edenlere ait sağlık harcamaları

Kaynak:

1. Health at a Glance 2023 OECD Indicators, 2023.
2. The World Bank, 2022a.
3. The World Bank, 2022b.
4. OECD, 2022.

ÜLKENİN SAĞLIK ve GERİ ÖDEME SİSTEMİ

1. ORGANİZASYON YAPISI

1.1. Sağlık Sisteminin Yapısı ve Kurumları

Kanada, ağırlıklı olarak kamu tarafından finanse edilen bir sağlık sistemine sahiptir. Kanada Medicare, ilk olarak 1957 ve 1966 yıllarında kabul edilen federal yasalarla kurulmuştur. 1984 tarihli Kanada Sağlık Yasası, önceki iki yasanın yerine geçmiş ve bu yasaları birleştirmiştir. Bu yasa ile tıbbi açıdan gerekli hastane, teşhis ve doktor hizmetleri için ulusal standartlar belirlenmiştir.

Sağlık harcamalarının %70'den fazlası federal, eyalet ve bölgesel hükümetler tarafından toplanan genel vergi gelirleriyle finanse edilmektedir. Sağlık hizmetlerinin yönetimi, organizasyonu ve sunumu büyük ölçüde yerelleştirilmiştir.

Sağlık hizmetleri temel olarak eyaletlerin sorumluluğunda yer almaktadır. Kanada'nın on eyalet ve üç bölge yönetimi, Kanada Sağlık Yasası uyarınca tıbbi olarak gerekli olan hastane ve doktor hizmetleri ile diğer sağlık ürün ve hizmetlerine erişimi sağlamaktan sorumludurlar. Sağlık hizmetlerinin sunumu; özel kâr amacı güden kuruluşlar, özel kâr amacı gütmeyen kuruluşlar, kamu kuruluşları ile eyalet sağlık bakanlıklarından ücret alan hekimler tarafından gerçekleştirilmektedir.

Kanada eyalet ve bölgeleri, kendi genel hastane ve sağlık planlarını idare etmekten sorumludur. Tıbbi olarak gerekli olan hastane, teşhis ve doktor hizmetleri, tüm eyalet ve bölge sakinleri için ücretsizdir. Eyalet ve bölge hükümetleri genel hastane ve doktor hizmetlerinin ötesinde, reçeteli ilaç, uzun süreli bakım ve evde bakım dahil olmak üzere diğer pek çok sağlık ürünü ve hizmeti içinde belirli koşullar altında farklı miktarlarda finansman sağlamaktadırlar.

Federal hükümet gıda ve ilaç güvenliğinden, ilaç ruhsatlarının verilmesinden ve ilaçlar için fiyat düzenlemesinden sorumludur. Halk sağlığı gözetiminin yanı sıra sağlık verileri ve sağlık araştırmaları için finansman ve altyapı da federal hükümet tarafından sağlanmaktadır. Ayrıca eyaletlere ve bölgelere yapılan fon transferi yoluyla, federal hükümet, Kanada Sağlık Yasasında tanımlanmış hizmetlerin uygulanmasını sağlamaktadır.

Eyaletlerin birinci sorumluluğu sağlık hizmetlerini finanse etmek ve yönetmektir. Çoğu eyalette, sağlık hizmetleri coğrafi olarak düzenlenmiş bölgesel sağlık otoriteleri tarafından organize edilip sunulmakta, ancak bazı eyaletlerde bölgesel sağlık otoritelerinin üstlendiği faaliyetlerin kapsamı konusunda ciddi kısıtlamalar bulunmaktadır. Bölgesel sağlık otoriteleri, tanımlanmış coğrafi alanlardaki hastaneleri, kurumsal sağlığı ve toplum sağlığını yönetmeleri için eyaletlerin sağlık bakanlıkları tarafından yetkilendirilmişlerdir. Sağlık hizmetleri, doğrudan ya da sağlık kuruluşları ile sözleşme yaparak sağlanmaktadır.

Bununla birlikte, bölgesel sağlık otoriteleri ilaç geri ödemesi kapsamından veya doktor ücretlerinden sorumlu değildir. Eyalet sağlık bakanlıkları, eyalet sakinleri ve özellikle özel sağlık sigortası erişimine sahip olmayan düşük gelirli veya emekli kişiler için, reçeteli ilaç tedavilerinin bedelini finanse eden planları yürütmektedirler. Çoğu doktorun özel muayenehanesi vardır ve buralarda sunulan hizmetler eyalet sağlık bakanlıkları tarafından finanse edilmektedir. Doktorlar, eyalet sağlık bakanlıklarıyla periyodik olarak yeniden müzakere edilen hizmet başına ödeme programları veya alternatif ödeme sözleşmelerine göre ödeme almaktadırlar.

1.2 Organizasyon Yapısı

1.2.1. Eyalet ve Bölgesel Düzeyde Organizasyon Yapısı

Kanada eyalet ve bölge hükümetleri, sağlık hizmetlerini finanse etmek, organize etmek ve sunmak ile sağlık hizmeti sunucularını denetlemek konusunda birincil sorumluluğa sahiptir. Eyaletler doğrudan ya da bölgesel sağlık otoritelerine fon sağlayarak, hastane bakım ücretlerini karşılamakta; ayrıca hekimler için ücret seviyelerini mesleki birlikler ile müzakere ederek belirlemektedir. Bölgesel sağlık otoritelerinin bütçeleri doktor hizmetlerini içermemektedir. Eyalet hükümetleri ayrıca, çeşitli uzun dönemli bakım hizmetleri ve mali yardımları yönetmekte, farklı seviyelerde kapsam altına alınan reçeteli ilaçlara yönelik planları uygulamaktadır.

Her eyalet ve bölgenin, sağlık sisteminin yönetimini düzenleyen kendi mevzuatı vardır. Bazı idari bölgelerde, biri yatan hasta hizmetlerine ve diğeri tıbbi hizmetlere ilişkin olmak üzere iki ayrı mevzuat bulunurken, diğer bazı idari bölgelerde her iki konu tek bir mevzuatta birleştirilmiştir. Bazı eyalet ve bölgelerde, Sağlık Bakanlığı'nın sağlık sistemine ilişkin yetki ve sorumluluklarının bir kısmı, geniş bir sağlık hizmetleri yelpazesi için kaynak tahsis etmekten sorumlu bölgesel sağlık otoritelerine devredilmiştir.

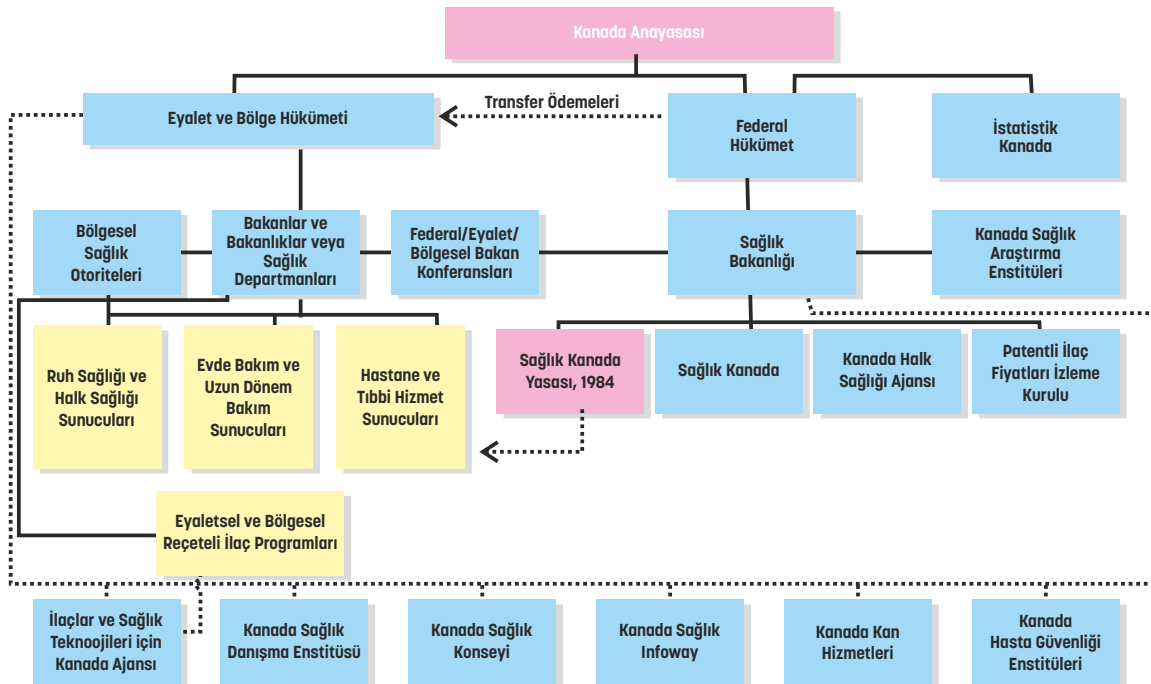
1.2.2. Federal Düzeyde Organizasyon Yapısı

Federal hükümet, Kanada Sağlık Yasası aracılığıyla ulusal sağlık hizmetleri için standartların belirlenmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Federal Sağlık Bakanlığı -Sağlık Kanada eyalet/ bölge hükümetlerinin Kanada Sağlık Yasası'nın beş kriterine bağlı kalmasını sağlamaktan sorumludur.

Federal hükümet, eyalet ve bölgelerin sağlık sigortası programlarını finanse etmekte ve belirli nüfus grupları (Yerliler ve Inuit halkları, Kanada Silahlı Kuvvetler üyeleri, gaziler, yeniden yerleştirilen mülteciler ve iltica talebinde bulunanlar ile federal cezaevlerindeki mahkumlar) için bir dizi sağlık hizmetini yönetmektedir. Ayrıca tıbbi cihazların, ilaçların ve doğal sağlık ürünlerinin güvenliğini ve etkinliğini düzenlemekte, sağlık araştırmalarına ve bazı bilgi teknolojisi sistemlerine fon sağlamakta ve yerine getirmektedir.

Şekil 1, Kanada'da kamu tarafından finanse edilen sağlık hizmetlerinin yönetimi hakkında oldukça basitleştirilmiş bir genel bakış sunmaktadır.

Şekil 1: Kanada'da Sağlık Sisteminin Organizasyon Yapısı



Kaynak: Health System in Transition, 2013.

2004 yılından bu yana, Kanada Halk Sağlığı Ajansı (PHAC), bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, kontrolü ve gözetimi, acil durum hazırlığı, ulusal aşılama ile sağlığın geliştirilmesi programlarının koordinasyonu ve yönetimi, hastalığın önlenmesi ve seyahat sağlığının koordinasyonu ve yönetimi dahil olmak üzere çok çeşitli halk sağlığı işlevlerini yerine getirmektedir. PHAC ayrıca Ulusal Mikrobiyoloji Laboratuvarı'ndaki biyogüvenlik tesisleri de dahil olmak üzere bölgesel olarak dağıtılmış merkezlerden ve laboratuvarlardan da sorumludur.

Patentli ilaç Fiyatları İnceleme Kurulu (PMPRB) patentli ilaçların fabrika çıkış fiyatını düzenlemektedir. PMPRB, toptancı veya eczaneler tarafından tahsil edilen fiyatlar veya eczacıların mesleki ücretleri konusunda yetkili değildir. PMPRB'nin jenerik ilaç fiyatlarını düzenleme yetkisi olmasa da her yıl Parlamentaoya tüm ilaçların fiyat eğilimleri hakkında rapor vermektedir.

Buna ek olarak, federal hükümet Kanada Sağlık Araştırmaları Enstitüleri (CIHR) finansmanı yoluyla sağlık araştırmalarında kritik bir rol oynamaktadır. CIHR, 13 "sanal" enstitüden oluşmakta ve sağlığı iyileştirmek ile sağlık sistemini güçlendirmek amacıyla araştırma fonu sağlamaktadır.

1.2.3. Hükümetler Arası Düzeyde Organizasyon Yapısı

Federal hükümet ile eyalet ve bölgesel hükümetler, politika ve programların uygulanmasını kolaylaştırmak ve koordine etmek için hükümetler arası araçları kullanmaktadır. Doğrudan araçlar, Sağlık Bakan Yardımcıları Konferansına rapor veren danışma konseyleri ve komitelerinden oluşmaktadır. Birçoğu yakın zamanda kurulmuş olan daha bağımsız araçlar, hükümetler tarafından desteklenen ve kısmen de olsa hükümetler tarafından yönetilen kâr amacı gütmeyen kuruluşlardır.

Sağlık Konseyi, 2003 yılında Quebec ve Alberta eyalet hükümetlerinin katılımı olmadan kurulmuş, Alberta 2012 yılında katılım sağlamıştır. Sağlık Konseyi'ne, yönetim kuruluna katılan federal, eyalet ve bölge bakanlarının oy birliği ile aday gösterilen bir kişi başkanlık etmektedir. Sağlık konseyinin kalan üyeleri, katılan her hükümetin adaylarından oluşmaktadır. Kanada Sağlık Konseyi'nin görevi; federal, eyalet ve bölgesel sağlık anlaşmalarında yapılan taahhütlerin uygulanmasını izlemek ve raporlamaktır.

Kanada Sağlık Bilgi Enstitüsü (CIHI) hükümetlerin, kendi finansal ve yönetsel verilerini toplama ve analiz etme konusundaki ihtiyaçlarını karşılamaktadır. Temel işlevleri arasında; ulusal sağlık göstergelerinin ve çerçevelerinin açıklanması ve tanımlanması, Kanada veri standartlarının geliştirilmesi ve sürdürülmesini koordine etme, federal, eyalet ve bölgesel sağlık veri tabanları ve sicillerinin geliştirilmesi ve yönetilmesi ile araştırma raporları yoluyla sağlık verilerinin yayınlanması yer almaktadır. 2011 itibarıyla, Kanada Sağlık Bilgi Enstitüsü; Ulusal Sağlık Harcama Veri Tabanı, Doktor Veri Tabanı, Hastane Morbidite Veri Tabanı, Taburcu Özet Veri Tabanı ve Ulusal Reçeteli İlaç Kullanım ve Bilgi Sistemleri Veri Tabanı dahil olmak üzere toplam 27 veri tabanı ve klinik kayıtlardan veri sağlanmaktadır. Kanada Sağlık Bilgi Enstitüsünün fonlarının yaklaşık %80'i Kanada Sağlık'tan ve geri kalan fonlar da eyalet hükümetlerinden temin edilmektedir. Kanada Sağlık Bilgi Enstitüsü, İstatistik Kanada ile devam eden bir ortaklığın yanı sıra, Sağlık Bakanları Konferansı ile de birlikte çalışmaktadır.

Kanada Sağlık Infoway, Quebec'in de dahil olduğu tüm federal, eyalet ve bölge hükümetlerinden oluşmaktadır. Infoway, mevcut federal, eyalet ve bölge elektronik sağlık bilgi girişimlerinin birlikte çalışabilirliğini kolaylaştırmak için ulusal bir şemsiye kuruluş olarak hareket etmektedir. Infoway ortak bir çerçeve ve standart planı yayınlamıştır.

Kanada Hasta Güvenliği Enstitüsü (CPSI), büyük ölçüde federal hükümet tarafından finanse edilmektedir. Katılım sağlayan hükümetler tarafından atanan bireylerden oluşan bir kurul tarafından yönetilmektedir. En iyi uygulamaları teşvik ederek ve hasta güvenliğini arttırmaya yönelik etkili stratejiler geliştirerek Kanada'da hasta güvenliği ve kalite iyileştirme kültürü oluşturulmasında liderlik rolünü üstlenmiştir.

Kanada İlaç ve Sağlık Teknolojileri Ajansı (CADTH), Kanada Sağlık Bakanlığı ve eyaletler ile bölgeler tarafından finanse edilmektedir. Ülkedeki en büyük sağlık teknolojisi değerlendirme (STD) birimidir. CADTH'nin görevi, tüm katılımcı hükümetlere reçeteli ilaçlar ve tıbbi cihazlar, sağlık hizmetleri, işlemler ve sistemler dahil olmak üzere yeni sağlık teknolojilerinin kanıta dayalı olarak değerlendirmelerini sağlamaktır. CADTH'nin önerileri tavsiye niteliğindedir. Eyalet sağlık planlarına ve kamu ilaç planlarına tıbbi teknolojilerin dahil edilip edilmeyeceğine veya reçeteli ilaçların eklenip eklenmeyeceğine karar vermek hükümetlerin yetkisindedir. Eyalet düzeyinde STD kuruluşları Quebec, Ontario ve Alberta eyaletlerinde mevcuttur. Ayrıca STD faaliyeti yürüten çok sayıda akademik ve hastane temelli kuruluş da bulunmaktadır.

Kanada Kansere Karşı Ortaklık (CPAC), Kanada Ruh Sağlığı Komisyonu (MHCC), Kanada Sağlık Geliştirme Vakfı (CFHI) ve Kanada Madde Kullanımı ve Bağımlılık Merkezi (CCSA) diğer önemli hükümetler arası kuruluşlardır.

1.2.4. Sivil Toplum Kuruluşları ve Dernekler

Kanada sağlık programları ve politikaları; sağlık hizmetleri dernekleri, mesleki kuruluşlar, ticari birlikler, sendikalar, sanayi dernekleri ve hasta dernekleri gibi bir dizi sivil toplum kuruluşundan büyük ölçüde etkilenmektedir. Birçok dernek eyalet bazında örgütlenmiştir. Eyalet derneklerinin bazılarının, ulusal şemsiye örgütleri de bulunmaktadır.

Sağlık tesisleri akreditasyonunun kamu kesimi tarafından gerçekleştirildiği ülkelerin aksine Kanada, sivil toplum kuruluşu (STK) tarafından yürütülen gönüllü akreditasyon sistemine sahiptir. Akreditasyon Kanada olarak bilinen bu STK, hastaneleri, sağlık tesislerini ve sağlık yetkililerini akredite etmekte, ayrıca sağlık tesislerinin ve bölgesel sağlık sistemlerinin incelemesini ve değerlendirmesini yaparak iyileştirme önerilerinde bulunmaktadır.

Sağlık hizmeti sunucularına ait organizasyonlar arasında özellikle hekim dernekleri sağlık politikasını şekillendirmede önemli rol oynamaktadırlar. Kanada Tabipler Birliği (CMA), Kanada'da uzman ve pratisyen hekimler dahil olmak üzere doktorlar için ulusal bir şemsiye organizasyondur. 12 eyalet ve bölgesel tıbbi dernek (Nunavut temsil edilmemektedir) Kanada Tabipler Birliği yapısı altında yer almaktadır. Bu eyalet ve bölgesel dernekler, doktor ücretlerini ve çalışma koşullarını eyalet ve bölge sağlık bakanlıklarıyla müzakere etmekten sorumludur. Kanada Tabipler Birliği doğrudan bu müzakerelere dahil olmamakla birlikte, ihtiyaç halinde eyalet/bölge derneklerine tavsiye vermektedir.

1.2. Düzenleme

Eyalet hükümetleri, kamu sağlık hizmetlerinin idaresi ve sunulması konusunda birincil yetkiye sahiptir. Ancak sağlık bakanlıkları sağlık hizmetlerinin sunumu yetkisini doktorlara ve sağlık kuruluşlarına devretmişlerdir.

Kanada genelinde Medicare sisteminin uygulanmaya başlamasıyla, hastaneler ve eyalet hükümetleri arasındaki ilişki, hastanelerin neredeyse tamamen kamu finansmanına bağlı olması ve hükümetlerin kamu fonlarının kullanımından sorumlu olması nedeniyle çok daha yakın hale gelmiştir. Birçok eyalette, hastanelerin çoğunluğu artık sağlık otoritelerinin mülkiyetindedir ve sağlık otoriteleri tarafından işletilmektedir. Geri kalan bağımsız hastaneler ise sözleşmeye dayalı olarak eyalet sakinlerine akut bakım hizmeti sağlamaktadır.

Sigorta yani Medicare kapsamındaki hizmetler, Kanada Sağlık Yasası kapsamında sigortalı kişilere sağlanan tıbbi olarak gerekli hastane, tanı, tıbbi ve cerrahi-diş hizmetleri olarak tanımlanmaktadır. Bununla birlikte eyalet ve bölge hükümetleri, hangi yeni sağlık hizmetlerinin tıbbi olarak gerekli olduğunu ve eyalet tıbbi bakım planlarına dahil edileceğini belirlemede belirli oranlarda takdir yetkisine sahiptir.

Özel sağlık sigortası, Medicare tarafından sağlanan hizmetleri tamamlayıcı veya destekleyici niteliktedir. Medicare kapsamındaki sağlık hizmetleri için özel sağlık sigortası, eyalet mevzuat ve düzenlemeleri kapsamında yasaklanmıştır veya önerilmemektedir.

Bununla birlikte, Medicare kapsamında yer almayan reçeteli ilaçlar, diş sağlığı bakımı ve göz sağlığı bakımı gibi tıbbi hizmetler için büyük ölçüde özel sağlık sigortası poliçeleri bulunmaktadır. Hem federal hükümet hem de eyalet hükümetleri, özel sağlık sigortası düzenlemelerine dahil olmaktadır. Özel sağlık sigortalarının büyük çoğunluğu, işverenler tarafından finanse edilen grup sigorta planları şeklindedir. Federal hükümet, sigorta şirketlerinin ödeme yeterliliğine ilişkin düzenlemelerden sorumlu iken; eyalet ve bölge hükümetleri, sağlık sigortası paketinin tasarımı ve fiyatlandırması da dahil olmak üzere sigorta ürününü düzenlemekten sorumludur.

Coğrafi mesafelerin getirdiği kısıtlar dahilinde, eyalet ve bölge sakinleri hekimi, hastaneyi veya uzun dönemli bakım tesisini seçme özgürlüğüne sahiptir. Belirli bir bölgesel sağlık otoritesinin sorumluluğundaki bölgede yaşayanlar bile, aynı eyalet içinde başka bir bölgedeki tesisin hizmetlerine erişmeyi seçebilmektedir. Ancak acil durumlar dışında, kendi eyaletlerinde uygun bir makam tarafından önceden sevk edilmeden başka bir eyaletten sigortalı sağlık hizmeti almak mümkün değildir.

Çoğu eyalette, aile hekimi sevkı olmaksızın, hastaların doğrudan uzman hekimlere başvurmaları mümkün değildir. Bununla birlikte, sevk edildikten sonra, uzman hekim seçme özgürlüğü vardır.

2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

Kanada'da sağlık harcamalarının %70'inden fazlası, genel vergi gelirleri aracılığıyla kamu tarafından finanse edilmektedir. Eyaletler ve bölgeler tarafından yapılan harcamalar kamu sağlık harcamalarının %78'ini oluştururken, federal hükümet geri kalanını Kanada Sağlık Transferi (CHT) aracılığıyla sağlamaktadır. Kanada Sağlık Transferinin finansman içindeki payı yaklaşık %22'dir.

Kamu finansmanı kaynağı olarak elde edilen tüm gelirler federal, eyalet ve bölge hükümetlerinin genel vergi gelirlerinden oluşmaktadır. Eyaletler kaynaklarının çoğunluğunu kendi vergi gelirlerinden sağlamaktadırlar. Vergilendirme gelirleri büyük ölçüde gelir, kâr ve sermaye kazançları, mal ve hizmetler üzerinden alınan vergiler ile emlak ve bordro vergilerinden elde edilmektedir.

Eyaletler ve bölgeler aynı zamanda federal hükümetten sağlık harcamalarının finansmanı için transfer ödemesi almaktadırlar. Federal hükümetten yıllık olarak sağlanan nakdi transfer, Kanada Sağlık Transferi olarak adlandırılmaktadır.

Kanada'da özel sağlık harcamaları; cepten ödemeler ve özel sağlık sigortasına yapılan ödemelerden oluşmaktadır. Özel sağlık harcamalarının büyük çoğunluğu, ilaç ve diş sağlığı bakımı dahil olmak üzere genel sağlık teminat kapsamı dışındaki ürünler ve hizmetler için yapılmaktadır.

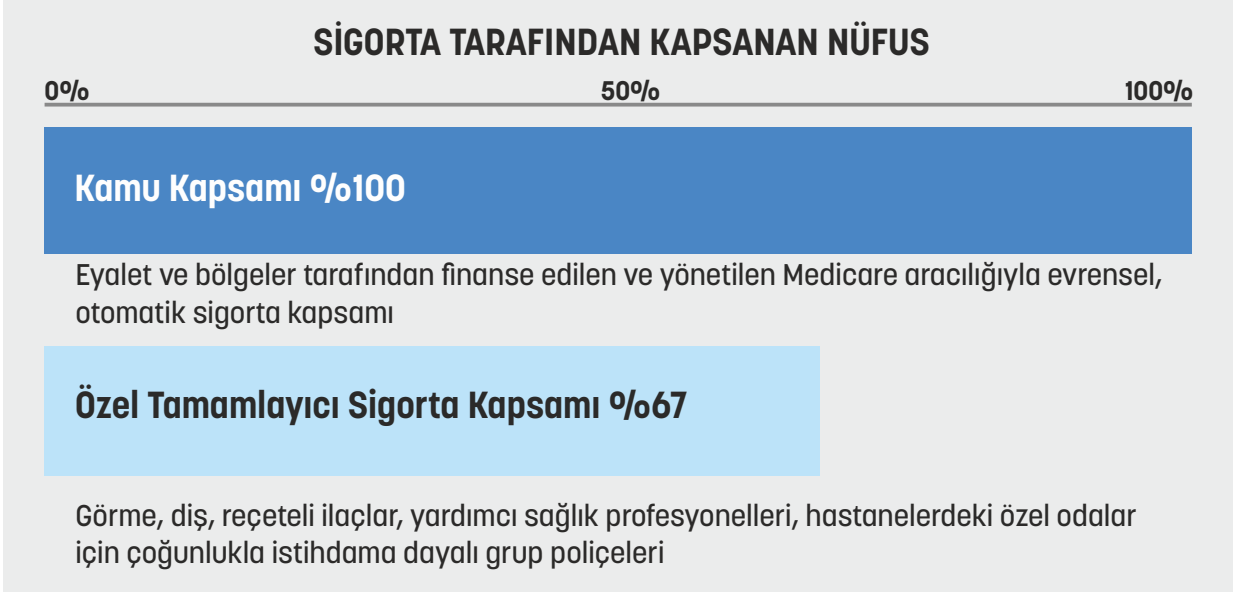
Sağlık harcama kategorileri arasında en büyük payın hastane hizmetlerine ait olduğu görülmektedir. 2020 yılı itibarıyla sağlık harcamalarının yarısından fazlasını, hastanelere (%24), doktorlara (%13) ve ilaçlara (%12) yapılan ödemeler oluşturmaktadır.

2.1. Finansman Kapsamındaki Kişiler

Kanada Sağlık Yasasında, geniş çapta tanımlanmış olan sigortalı sağlık hizmetleri (Medicare) için kapsamın genişliği ve derinliği eyaletler arasında oldukça benzerlik göstermektedir. Göçmenler dahil olmak üzere Kanada'da yaşayan yerleşik nüfusun tamamı, Medicare olarak adlandırılan "tıbbi olarak gerekli" hastane, teşhis ve tıbbi hizmetler açısından sigorta kapsamı içinde yer almaktadır.

Sigortalı kişiler, bir eyalet veya bölgenin sakinleridir. Kanun kapsamında olmayanlar arasında Kanada Kuvvetleri üyeleri ve federal cezaevi mahkumları yer almaktadır.

Medicare olarak anılan Kanada Sağlık Yasası'nda tanımlanan sigortalı sağlık hizmetlerinin ötesinde, diğer sağlık hizmetleri için kapsamın veya finansmanın miktarı, eyalet ve bölge hükümetlerinin takdirindedir. Bu nedenle Medicare kapsamı dışında kalan hizmetler için kapsamın genişliği ve derinliği ile ilgili genelleme yapmak oldukça zordur. Bu kapsamda eyaletler kendi yasal düzenleme ve koşullarına göre reçeteli ilaçlar, diş sağlığı hizmetleri ve uzun süreli bakım için finansman sağlayabilmektedirler. Bu hizmetler genellikle belirli nüfus gruplarını (yaşlılar, çocuklar ve sosyal yardım alanlar vb.) hedef almaktadır. Şekil 2, Kanada'daki kamu ve özel sigorta kapsamalarını göstermektedir.

Şekil 2: Sigorta Tarafından Kapsanan Nüfus Oranı (%)

Kaynak: Commonwealthfund, 2020.

2.2. Finansman Kaynakları

Sağlık hizmetleri için üç seviyede finansman ve sağlık hizmeti kapsamı söz konusudur. Birincisi, ücretsiz olarak sağlanan ve genel vergilendirme yoluyla finanse edilen tıbbi olarak gerekli hastane, tanı, tıbbi bakım, belirli cerrahi-diş hizmetleri ve yatan hasta ilaç tedavilerini içeren Medicare'dir. Medicare kapsamındaki hizmetler, federal mevzuat tarafından belirlenmektedir ve eyalet ve bölgelerin sigorta programları için bir zemin görevi görmektedir. Kanada Sağlık Yasası (CHA) ile, eyalet ve bölgelerin Kanada Sağlık Transferi kapsamında tam federal nakit katkısını almak için yerine getirmesi gereken sigortalı sağlık hizmetlerine ilişkin kriter ve koşullar belirlenmiştir. Kanada Sağlık Transferi yoluyla yapılan federal transferler, eyalet ve bölgelerin CHA kapsamındaki beş kriteri karşılaması şartına bağlanmıştır. Kanada Sağlık Transferi, tamamen kişi başına ödeme esasına dayalı olmak üzere eyalet/bölge sağlık programlarının dörtte birinden daha azını finanse etmektedir. 2017 itibarıyla, federal nakit transferindeki yıllık artış, ekonominin büyüme hızına paralel olarak yılda en az %3 olacak şekilde yeniden düzenlenmiştir.

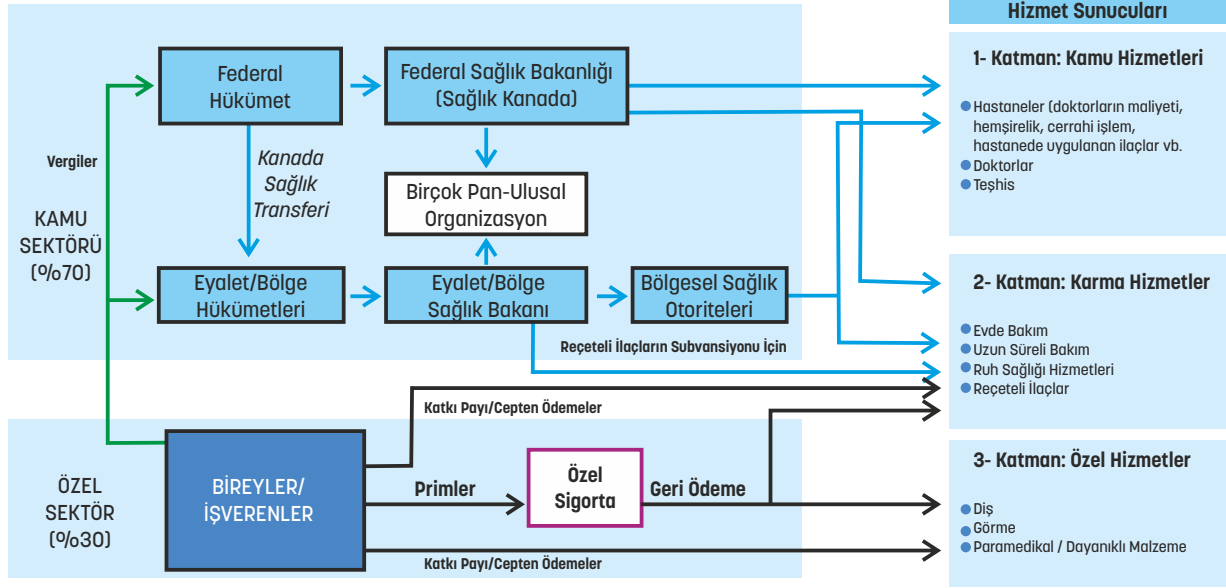
İkinci seviye finansman, genellikle genişletilmiş sağlık yardımları olarak adlandırılan ve eyalet yasaları ile düzenlenen Medicare kapsamında olmayan sağlık hizmetleridir. Bu yardımların kapsamı ülke genelinde önemli ölçüde değişiklik göstermektedir.

Üçüncü seviye finansman ise eyalet ve bölgeler tarafından karşılanmayan ve cepten ödemeler veya özel sigorta aracılığıyla finanse edilen özel sağlık hizmetleridir.

Eyaletler aynı zamanda, denkleştirme adı verilen yöntemle federal hükümetten koşulsuz transferler şeklinde ek fonlar almaktadırlar. Bölgeler ise Bölgesel Formül Finansmanı adı altında koşulsuz transferler almaktadırlar. Denkleştirmenin özel amacı, Kanadalıların nerede yaşarlarsa yaşasınlar, Kanada anayasasında belirtilen ve korunan bir amaç olan "makul olarak karşılaştırılabilir vergilendirme düzeylerinde makul düzeyde karşılaştırılabilir hizmetlere erişebilmelerini" sağlamaktır. Bu koşulsuz ödemeler özellikle düşük gelirli eyaletlerin, daha zengin eyaletler tarafından sağlanan sağlık hizmetleri kapsamını sağlayabilmesi için oldukça önemlidir.

Şekil 3, Kanada'daki sağlık sistemi finansman yapısını göstermektedir.

Şekil 3: Sağlık Sistemi Finansman Yapısı



Kaynak: Society of Actuaries, 2020.

Kanada'da sağlık harcamaları için bütçe tahsisleri federal hükümet, eyalet ve bölge hükümetleri ve bölgesel sağlık otoriteleri olmak üzere üç ana düzeyde yapılmaktadır. Federal ve eyalet düzeyinde bütçe tahsislerine kabinede karar verilmekte ve ardından ilgili yasama meclislerinde gözden geçirilip onaylanmaktadır.

Bölgesel sağlık otoriteleri vergi toplamamakta, sağlık bakanlıklarından aldıkları fonları, hizmet verdikleri nüfusun sağlık taleplerine göre sağlık kuruluşları ve sunucularına tahsis etmektedirler. Bölgesel sağlık otoritelerinin kendi taslak bütçelerini onay için sağlık bakanlığına sunmaları gerekmektedir.

2.3. Teminat Paketi Kapsamı

Kanada Sağlık Yasası, Kanada'nın kamu tarafından finanse edilen sağlık sigortası konusundaki federal mevzuatıdır. Yasadaki "Kanada vatandaşlarının fiziksel ve zihinsel refahını korumak, iyileştirmek ve sağlık hizmetlerine finansal veya diğer engeller olmadan makul erişimi kolaylaştırmak" ifadesi, sağlık politikasının temel hedefi olarak belirlenmiştir.

Kanada'da sigorta kapsamındaki sağlık hizmetleri, tıbbi olarak gerekli olan hastane, doktor ve diş sağlığı hizmetleridir. Hastane hizmetleri Kanun kapsamında tanımlanmıştır. Bu hizmetler;

- Standart veya kamu sağlık hizmeti sunucusunda konaklama ve yemek,
- Tıbbi olarak gerekli yatan ve ayakta hasta hizmetleri,
- Hemşirelik hizmeti,
- Laboratuvar, radyolojik ve diğer teşhis prosedürleri,
- Hastanede kullanılan ilaçlar, biyolojik maddeler ve bunların hazırlıkları,
- Gerekli ekipman ve malzemeleri içeren ameliyathane, vaka odası ve anestezi tesislerinin kullanımı,
- Tıbbi ve cerrahi ekipman ve malzemeler,
- Radyoterapi tesislerinin kullanımı,
- Fizyoterapi tesislerinin kullanımı,
- Diğer sağlık personelinin sunduğu hizmetler.

Hekim hizmetleri, Kanun kapsamında "tıp doktorları tarafından verilen tıbbi olarak gerekli hizmetler" olarak tanımlanmaktadır. Tıbbi olarak gerekli hekim hizmetleri genellikle eyalet veya bölge sağlık sigortası planları tarafından belirlenmektedir.

Ek yardımlar, Kanun'un sigortalı sağlık hizmetleri tanımının dışında kalan ve eyalet veya bölgeler tarafından sağlanan sağlık hizmetleridir. Bu ek avantajlar eyalet ve bölge takdirine bağlı olarak belirlenmektedir.

Kanun, sigortalı sağlık hizmetleri ile ilgili kriterleri ve koşulları belirleyerek eyaletlerin ve bölgelerin Kanada Sağlık Transferi kapsamında tüm federal nakit katkısını almak için yerine getirmeleri gereken koşulları tanımlamaktadır. Eyaletlerin ve bölgelerin sağlık hizmetlerinin temini için tam federal nakit yardımı almaya hak kazanabilmeleri Kanada Sağlık Yasası'nın gerekliliklerini yerine getirme şartına bağlanmıştır. Eyaletlerin ve bölgelerin sağlık transferi kapsamındaki nakit yardımlardan tam olarak yararlanabilmeleri için yerine getirmeleri gereken dokuz şart bulunmaktadır. Bu şartlar;

- Sadece sigortalı sağlık hizmetlerine ilişkin beş program kriteri.
 - **Kamu yönetimi kriteri**, eyalet ve bölge sağlık sigortası planlarının bir kamu otoritesi tarafından kar amacı güdülmeyen yönetilmesini ve işletilmesini gerektirmektedir. Kamu otoritesi, fayda seviyeleri ve hizmetlerle ilgili karar vermede eyalet veya bölge hükümetine karşı sorumludur ve kayıtları ve hesapları kamuya açık şekilde denetlenmektedir. Kriter, kamu otoritesinin, eyalet ve bölge sağlık sigortası planlarının idaresi için gerekli hizmetleri almasını engellememektedir.
 - **Kapsamlılık kriteri**, bir eyalet veya bölgenin sağlık sigortası planının hastaneler, doktorlar veya dış hekimleri tarafından sağlanan tüm sigortalı sağlık hizmetlerini kapsamını gerektirmektedir.
 - **Evrensellik kriteri** uyarınca, bir eyalet veya bölgenin sigortalı sakinlerinin tümü, eyalet veya bölge sağlık sigortası planının tek tip şartlar ve koşullar altında sağladığı sigortalı sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkına sahip olmalıdır.
 - **Taşınabilirlik kriteri** ile bir eyaletten veya bir bölgeden diğerine taşınan sakinler, yeni eyalet veya ikamet bölgesinin getirdiği bekleme süresi boyunca (üç aya kadar) "ev" yetkisi ile sigortalı sağlık hizmetleri kapsamında olmaya devam etmektedir. Eyalet veya bölgelerinin sağlık sigortası planlarına ayrılmakta olduklarını bildirmek ve yeni il veya bölgelerinin sağlık sigortası planına kaydolmak kişilerin sorumluluğundadır.
 - **Erişilebilirlik kriterinin** amacı, bir eyalet veya bölgedeki sigortalı kişilerin doğrudan veya dolaylı olarak tek tip şartlar ve koşullarda sigortalı hastane, tıbbi ve dış hekimliği hizmetlerine makul ölçüde erişebilmelerini sağlamaktır.
- Sigortalı sağlık hizmetleri ve genişletilmiş sağlık hizmetlerine ilişkin iki koşul.
 - **Bilgi koşulu** nedeniyle, eyalet ve bölge hükümetleri, Kanun hükümlerine göre Federal Sağlık Bakanı'na bilgi vermekle yükümlüdür.
 - **Tanıma koşulu** nedeniyle, eyalet ve bölge hükümetlerinin hem sigortalı sağlık hizmetleri hem de genişletilmiş sağlık hizmetlerine yönelik federal mali katkıları tanınması gerekmektedir.
- Sadece sigortalı sağlık hizmetleri için geçerli olan ekstra faturalandırma ve kullanıcı ücretleri.
 - **Kanada Sağlık Yasası**, bir eyalet veya bölgedeki sigortalı sağlık hizmetleri için ekstra faturalandırma ve kullanıcı ücretleri ile ilgili hükümler belirlemiştir. Bir eyalet veya bölgede ekstra faturalandırma veya kullanıcı ücreti uygulaması mevcutsa, Yasa uyarınca o eyalet veya bölgeye yapılan federal nakdi transferlerde bir indirim yapılmaktadır. Kanun uyarınca ekstra faturalama, sigortalı bir kişiye bir hekim veya dış hekim tarafından sağlanan sigortalı sağlık hizmetinin bir eyalet veya bölgenin sağlık sigortası planı tarafından ödenen veya ödenecek olan herhangi bir miktara ek olarak faturalandırılmasıdır. Örneğin, bir hekim, hastadan eyalet veya bölge sağlık sigortası planı kapsamında olan bir doktor ziyareti için herhangi bir miktarda ücret talep ederse, ödenen tutar ekstra faturalandırmaya girmektedir. Ekstra faturalandırma, tıbbi bakım almak isteyen kişiler için bir engel veya bariyer olarak görülmektedir ve bu nedenle erişilebilirlik kriterine aykırıdır. Kanun, kullanıcı ücretlerini, ekstra faturalandırma dışında sigortalı sağlık hizmeti için alınan ücretler olarak tanımlamaktadır. Yasa uyarınca kullanıcı ücretlerine izin verilmemektedir. Bunun nedeni, ekstra faturalandırmada olduğu gibi sağlık hizmetlerine erişimin engellenmesidir. Kanun uyarınca, ekstra faturalandırmaya ve kullanıcı ücretlerine izin veren eyalet ve bölgeler, Kanada sağlık transferi kapsamındaki federal transfer ödemelerinden zorunlu olarak indirim tabii tutulmaktadır. Örneğin, bir eyalet veya bölgenin doktorlarına herhangi bir ek faturalandırma izni verildiği tespit edildiğinde, ek faturalandırma miktarı kadar o eyalet veya bölgeye federal nakit katkısı miktarı azaltılmaktadır. Bir mali yılda yapılabilecek kesinti miktarı Federal Sağlık Bakanı tarafından belirlenmektedir.

2.4. Cepten Ödemeler ve Maliyet Paylaşımı

Kanada sağlık yasası kapsamında yer alan sağlık hizmetleri için ekstra faturalandırma veya kullanıcı ücretlerine izin verilmemektedir. Cepten ödemeler yalnızca Medicare kapsamı dışında kalan hizmetler için söz konusudur. 2020 yılında kişi başına cepten yapılan sağlık harcaması 1.072 \$ olarak gerçekleşmiştir. Toplam sağlık harcamaları içerisinde cepten ödemelerin payı 2021 yılında %14 olarak gerçekleşmiştir.

Cepten ödemeler göz sağlığı bakımı, diş sağlığı bakımı ve ilaçlar için ana finansman kaynağını oluşturmaktadır. Cepten ödemeler ile ayrıca tesis bazlı bakım ve evde bakım da dahil olmak üzere uzun süreli bakım maliyetlerinin bir kısmı karşılanmaktadır.

Kanada Sağlık Yasası uyarınca, hastanelerde kullanılan reçeteli ilaçlar, hastalara ücretsiz olarak sağlanmaktadır. Hastane ortamı dışında kullanılan reçeteli ilaçlar için, eyalet ve bölge hükümetleri, kamu tarafından finanse edilen ilaç planlarının idaresinden sorumludur. Ayakta tedavi kapsamındaki ilaçların kapsam düzeyi ve tasarımı eyaletler arasında farklılık göstermekte ve bireyler tarafından karşılanan önemli ödemeler söz konusu olmaktadır.

Reçetelerin karşılanmasına yardımcı olmak için eyalet ve bölgeler, işveren destekli özel sigortası olmayan bazı kişilere ayakta tedavi ilaç planları sunmaktadır. Çoğu eyalet/bölge ayakta tedavi ilaç planları, sosyal yardım alan veya emeklilik yaşındaki kişileri hedef almaktadır. Bu planlar önemli ölçüde değişiklik göstermektedir. Kanada'daki cepten ödemelere ilişkin detaylı bilgiler Tablo 3'te yer almaktadır.

Tablo 3: Hasta Katılım Payları ve Güvenlik Ağları

HİZMET	HİZMET BAŞINA ÜCRETLER	MAKSİMUM YILLIK CEPTEN ÖDEMELER	GÜVENLİK AĞI
Birinci basamak ziyareti	Doktor veya hastane hizmetleri için kullanıcı ücreti alınmaz	Mevcut Değil	Mevcut Değil
Uzman Konsültasyonu			
Hastanede Yatış			
Ayakta Tedavide Kullanılan Reçeteli İlaçlar Çoğu eyaletin nüfusa özel programları vardır, bazı eyaletler gelire bağlı prim almaktadır*	Sosyal yardım alanlar: <ul style="list-style-type: none">• Dört E/B, 2-5 CAD (1,58-3,90 ABD Doları) tutarında sabit katılım payı almaktadır. Yaşlılar: <ul style="list-style-type: none">• Reçete başına 6 CAD ile 30 CAD arasında değişen sabit katılım payı (4,76-23,00 USD)• Ontario'da gelire bağlı ön ödeme uygulaması mevcuttur. Genel Nüfus: (Katastrofik Kapsam) <ul style="list-style-type: none">• Beş E/B'de %30-%35 oranında katılım payı• Manitoba'daki gelire bağlı ön ödeme• Üç E/B'de ön ödeme ve sabit katılım payı• Quebec'te aylık 19,90 CAD sabit ön ödeme (15,80 USD.) Çocuklar: <ul style="list-style-type: none">• Bazı E/B'lerde üst sınıra sahip katılım payı	Yaşlılar: Çoğu durumda yıllık limit yoktur. Genel nüfus: (Katastrofik Kapsam) Bazı E/B'lerde gelire göre ölçeklendirilen yıllık maksimum tutar Örneğin, British Columbia'da net aile gelirinin %2-%4'ü ve Nova Scotia'da %6-%35'i.	Katılım payı muafiyeti: (E/B'ye göre değişir): <ul style="list-style-type: none">• Sosyal yardım alanlar,• Düşük gelirli yaşlılar,• Tam zamanlı öğrenciler dahil olmak üzere çocuklar ve gençler,• Kurum bakımındaki kişiler,• Ağır engelli bireyler,• Düşük gelirli çocuklar,• Düşük gelirli hamile kadınlar, mülteciler ve yüksek oranda reçeteli ilaç kullanıcıları. Daha düşük katılım payı: (E/B'ye göre değişir) <ul style="list-style-type: none">• Düşük gelirli yaşlılar• Kurum bakımındaki kişiler

*Kısaltma ve Notlar: E/B: Eyalet ve bölgeler, CAD: Kanada DolarıÇeşitli eyaletlerde uygunluk için belirli koşullar geçerli olabilir.

Kaynak: Commonwealthfund, 2020.

2.5. Özel Sağlık Sigortası

Kanadalıların yaklaşık üçte ikisi özel sağlık sigortasına sahiptir. Özel sağlık sigortası, dış sağlığı bakımı, reçeteli ilaçlar, rehabilitasyon ve ruh sağlığı hizmetleri gibi Medicare kapsamı dışındaki sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Özel sağlık harcamaları içerisinde özel sağlık sigortasının payı 1980'lerin sonlarından bu yana cepten yapılan harcamalara göre daha fazla artış göstermiştir. 2020 yılında kişi başına özel sağlık sigortası harcaması 823,6 \$ olarak gerçekleşmiştir. Toplam sağlık harcamaları içerisinde özel sağlık sigortası harcamalarının payının 2022 yılında %11 olarak gerçekleşmesi beklenmektedir.

Özel sağlık sigortalarının çoğunluğunun, istihdama dayalı grup poliçeleri şeklinde olduğu görülmektedir. Bu poliçeler işverenler, sendikalar, meslek odaları ve benzeri kuruluşlar tarafından finanse edilmektedir. Özel sağlık sigortası primleri Quebec hariç tüm eyaletlerde vergiden muaf tutulmuştur.

Kanada'daki neredeyse tüm özel sağlık sigortaları, Medicare'i tamamlayıcı niteliktedir. Medicare'e alternatif bir özel sağlık sigortası (ikame özel sağlık sigortası) veya Medicare hizmetlerine daha hızlı erişim (ilave özel sağlık sigortası) sağlamaya yönelik özel sağlık sigortası, eyalet mevzuatları tarafından yasaklanmıştır veya önerilmemektedir.

3. GERİ ÖDEME SİSTEMİ

3.1. Sağlık Hizmetlerinin Geri Ödemesi

3.1.1. Pratisyen Hekimler

Birinci basamak sağlık hizmeti, bireyin sağlık sistemi ile ilk temas noktası olarak tanımlanmakta ve genel tıbbi bakım hizmeti sunulmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri bireysel olarak çalışan veya ekip halinde çalışan pratisyen hekimler tarafından sağlanmaktadır. Pratisyen hekimler büyük ölçüde kapı tutucu görevi görmektedir ve birçok eyalette sevk sistemi kullanılmaktadır.

Teorik olarak, hastaların pratisyen hekimlerini seçme özgürlüğü vardır; ancak uygulamada, hekimin hasta listesi doluyorsa, hastayı kabul etmeme hakkı bulunmaktadır. Hasta kaydı için gereklilikler, eyalet ve bölgelere göre önemli ölçüde değişiklik göstermektedir.

Pratisyen hekimlerin çoğu, hizmet başına ödeme yöntemi temelinde ücretlendirilmektedir. Ancak pratisyen hekimlere yapılan ödemeler kademeli olarak hizmet başına ödemeden alternatif ödeme yöntemlerine doğru kaymaktadır. 2016-2017'de hizmet başına ücret ödemeleri, Ontario'da aile hekimi ödemelerinin yaklaşık %45'ini, Quebec'te %72'sini ve British Columbia'da %82'sini oluşturmuştur. Kişi başı ödeme ve daha az ölçüde maaşlar kalan ödemeleri oluşturmuştur.

Eyalet sağlık bakanlıkları ile tabip birlikleri arasında doktor ücret tarifeleri (birinci basamak ve uzman hekim hizmetleri için) müzakere edilmektedir. British Columbia ve Ontario gibi bazı eyaletlerde, ödeme teşvikleri performansla ilişkilendirilmiştir.

3.1.2. Uzman Hekimler

Eyaletler arasında farklılıklar olmakla birlikte, uzman hekimlere çoğunlukla hizmet başına ödeme esasına göre ödeme yapılmaktadır. Hekimlerin ve uzmanların çoğu, bazılarının bir hastane veya tesis tarafından maaş ödenmesine rağmen, eyalet/bölge yönetimlerine doğrudan hizmet fatura etmektedirler. Hastalardan, kamu sigortası planları tarafından karşılanmayan hizmetler için cepten ödeme yapmaları istenmektedir. Uzman hekim muayene hizmetlerinin çoğunluğu hem yatarak hem de ayakta tedavi bazında hastanelerde sağlanmaktadır.

3.1.3. Hastaneler

Çoğu bölgesel sağlık otoritesi, sağlık kuruluşları tarafından sağlanan sağlık hizmetlerini yönetme, finanse etme ve koordine etmenin yanı sıra, doğrudan sağlık hizmeti de sunmaktadır. Kanada'daki hastaneler genellikle, eyalet sağlık bakanlığı veya yetkili sağlık otoritesi ile müzakere edilen yıllık global bütçeler altında faaliyet göstermektedirler. Son yıllarda, Kanada'daki bazı eyaletlerde, hastane ödemeleri için alternatif finansman mekanizmaları denenmeye başlanmıştır.

Tüm eyalet sağlık bakanlıkları, bölgesel sağlık otoritelerinin yetkisi dışında kalan doktor bütçeleri ve reçeteli ilaç planlarını kontrol etmeye ve merkezi olarak yönetmeye devam etmektedir. Uzun süreli bakım tesisleri ve kuruluşları ya bölgesel sağlık otoriteleri ile sözleşmeye dayalı bir ilişkiye sahiptir ya da doğrudan bölgesel sağlık otoriteleri personeli tarafından işletilmektedir. Aynı durum, ambulans ve palyatif bakım kuruluşları için de geçerlidir. Sözleşme düzenlenmesi durumunda, bölgesel sağlık otoriteleri ödeme miktarı ve şartları da dahil olmak üzere sözleşme koşullarını müzakere etmektedirler.

Hastanelerin Kanada'daki bölgesel sağlık otoritelerine entegre olması durumunda, ödeyici sağlık hizmeti sunucusu ayırımı ortadan kalkmaktadır. Bölgesel sağlık otoriteleri ile sözleşme yapan hastaneler söz konusu olduğunda genellikle bir önceki yılın enflasyon ve bütçe artışına göre ödeme yapılmaktadır.

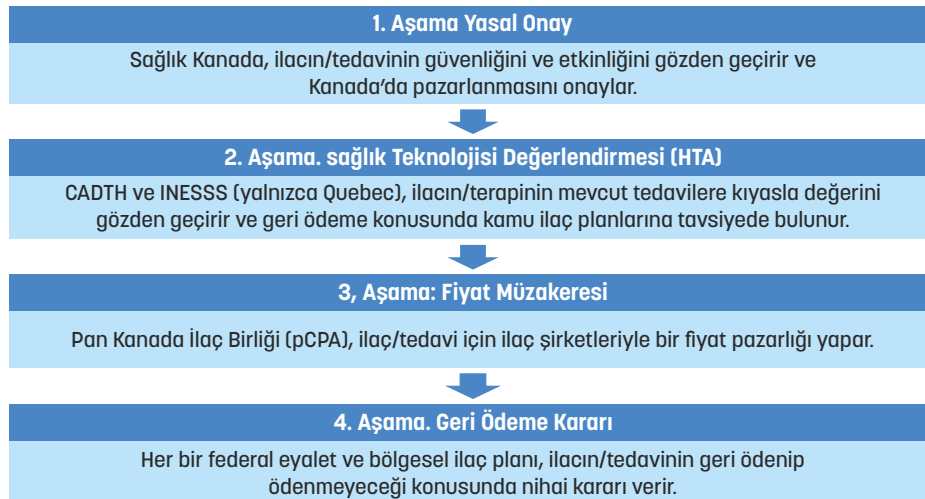
3.2. İlaç Geri Ödeme Sistemi

Kanada'da kamu tarafından finanse edilen evrensel bir ilaç planı bulunmamaktadır. Kanada Sağlık Yasası uyarınca, bir hastaya hastane ortamında verilen ilaçların maliyeti kamu sağlık sistemi tarafından karşılanmaktadır. Hastane ortamı dışında kullanılmak üzere reçete edilen bir ilacın maliyeti kamu (devlet) ilaç planı, özel bir ilaç planı veya hasta tarafından cepten karşılanmaktadır. Hastane dışında kullanılan reçeteli ilaçlar için, her eyaletin bir kamu ilaç planı vardır ve bu plan ilaçlar ile bunların geri ödeme koşullarını içermektedir.

Kanada sağlık sisteminde yeni ilaçların kamu tarafından geri ödenmesi süreci çok aşamalı ve karmaşık bir süreçtir. Kanada pazarına giren tüm ilaçlar için öncelikle Sağlık Kanada'nın yasal onayı gerekmektedir; ancak, bir ilacın Sağlık Kanada onayını almasının ardından, kamu ilaç planı kapsamında hastaların erişebilmesi için gerekli olan birkaç adım daha vardır. Sağlık Kanada tarafından yasal onay alındıktan sonra, bir ilacın bir eyalet ilaç planında halka açık listelenmesi için STD sürecinden geçmesi gerekmektedir. Kanada'da, ilacın mevcut tedavilere kıyasla değerini gözden geçiren ve ilacın geri ödenip ödenmeyeceğine dair kamu ilaç planlarına tavsiyelerde bulunan iki STD ajansı (CADTH ve yalnızca Quebec eyaleti için INESSS) bulunmaktadır. Bir ilaç STD kurumundan olumlu bir tavsiye alırsa, bir sonraki adım, Kanada İlaç Birliği (PCPA) ile bir fiyat müzakeresi yapmaktır. Süreçteki son adım, her eyalet ve bölgenin, incelenmekte olan ilaç için, bütçesine ve diğer önceliklere dayalı olarak kendi finansman kararını vermesidir.

Şekil 4, Kanada'daki ilaç geri ödeme sürecinin aşamalarını göstermektedir.

Şekil 4: İlaç Geri Ödeme Süresi



Kaynak: Ward, L.M., A. ve Mechichi, E., 2022.

Federal ve bölge hükümetleri, nüfusları için çok sayıda ilaç planını yönetmektedirler. Kanada genelinde kamu ilaç planları, hedef popülasyonlar, formüller ve kapsamın derinliği açısından büyük değişiklikler göstermektedir.

Ülke çapında yüzden fazla kamu ilaç planı vardır, çünkü eyalet ve bölgeler genellikle genel nüfus için ilaç programı uygulamanın yanı sıra sosyal yardım alan düşük gelirli kişiler, 65 yaş ve üstü yaşlı yetişkinler gibi belirli alt gruplara yönelik programlar ile HIV ve kanser gibi hastalığa özgü programlar sunmaktadır. Kamu ve özel ilaç planların çoğu, hastaların ortak ödemeler, muafiyetler ve primler şeklinde mali yükün bir kısmını üstlenmelerini gerektirmektedir.

Ayakta tedavide kullanılan reçeteli ilaçlar için ulusal bir sigorta planının olmaması nedeniyle, bir çok işveren, çalışanları ve bakmakla yükümlü oldukları kişiler için öz el sağlık sigortası sağlamaktadır.

Kamu ilaç programı harcamaları, 2021 yılında 2020 yılına göre %7,4'lük bir artışla (2018'den bu yana en yüksek büyüme oranı) 16,2 milyar dolara ulaşmış ve tüm reçeteli ilaç harcamalarının %44'ünü oluşturmuştur. Kanada'daki tüm idari bölgeler, 65 yaş ve üstü yaşlılar için kamu ilaç programı uygulamaktadır. 2021 yılı itibarıyla 65 yaş ve üstü kişiler Kanada nüfusunun %19'unu oluşturmuş ve kamu ilaç programı harcamalarının %62'si bu kesime yönelik olarak yapılmıştır.

4. KANADA İLE TÜRKİYE'NİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMLERİNİN KIYASLANMASI

Kanada, ağırlıklı olarak kamu tarafından finanse edilen bir sağlık sistemine sahiptir. Sağlık harcamalarının yaklaşık %70'i federal, eyalet ve bölgesel hükümetler tarafından toplanan genel vergi gelirleriyle finanse edilmektedir. Türkiye'de ise sağlık harcamaları ağırlıklı olarak gelir üzerinden toplanan primler aracılığıyla finanse edilmektedir.

Kanada Sağlık Yasası, Kanada'nın kamu tarafından finanse edilen sağlık sigortası konusundaki federal mevzuatıdır. Kanada Sağlık Yasasında, geniş çapta tanımlanmış olan sigortalı sağlık hizmetleri için kapsamın genişliği ve derinliği eyaletten eyalete aynı olmasa da oldukça benzerdir. Göçmenler dahil olmak üzere Kanada'da yaşayan yerleşik nüfusun yaklaşık tamamı, "Medicare" olarak adlandırılan tıbbi olarak gerekli hastane, teşhis ve tıbbi hizmetler için kapsam içinde yer almaktadır. Benzer şekilde Türkiye'de de geniş kapsamlı teminat paketi bulunmaktadır ve nüfusun yaklaşık %98,8'i genel sağlık sigortası kapsamında yer almaktadır.

Kanada eyalet ve bölgeleri, kendi genel hastane ve sağlık planlarını idare etmekten sorumludur. Tıbbi olarak gerekli olan hastane, teşhis ve doktor hizmetleri, tüm il ve bölge sakinleri için ücretsizdir. Eyalet ve bölge hükümetleri genel hastane ve doktor hizmetlerinin ötesinde, reçeteli ilaç, uzun süreli bakım ve evde bakım dahil olmak üzere diğer pek çok sağlık ürün ve hizmetlerinin finansmanından sorumludur. Her eyalet ve bölgede farklı geri ödeme kurumları bulunmaktadır. Türkiye'de kamu finansmanı açısından tek yetkili kurum Sosyal Güvenlik Kurumu'dur. Türkiye'deki sağlık hizmeti sunumu ve finansman yapısı, Kanada'nın aksine tamamen merkezidir.

Kanada Sağlık Yasası uyarınca, Medicare kapsamındaki hizmetler için kullanıcı ücretleri ve ilave faturalandırmaya izin verilmemektedir. Kanun uyarınca, fazladan faturalandırmaya ve kullanıcı ücretlerine izin veren eyalet ve bölgeler, Kanada Sağlık Transferi kapsamındaki federal transfer ödemelerinden zorunlu olarak indirim tabii tutulmaktadır. Kamu ve özel ilaç planların çoğu, hastaların ortak ödemeler, muafiyetler ve primler şeklinde mali yükün bir kısmını üstlenmelerini gerektirmektedir. Türkiye'de Kanada'nın aksine kamu tarafından yapılan düzenlemeler uyarınca muayene, vücut dışı ortezi-protez, ilaç ve yardımcı üreme yöntemi hizmetlerinden çeşitli yöntemlerle katılım payı alınmaktadır. Ayrıca ilaç geri ödemesi tamamen kamu sigortası kapsamında gerçekleştirilmektedir.

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

	KANADA	TÜRKİYE	OECD
Nüfus, (2022)	38.929.902	85.341.241	-
Kişi başına düşen GSYİH, (\$), (2022)	54.966	10.616	-
Asgari ücret tutarı, (\$), (2022), (Aylık)	1.943	459	-
Cari sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı, (%), (2022)	11,2	4,3	9,2
Kişi başına düşen sağlık harcaması, (\$), (2022)	6.319	1.827	4.986
Kişi başına düşen ilaç harcaması, (\$), (2021)	814	-	614
Doğuşta beklenen yaşam süresi kadın, Doğuşta beklenen yaşam süresi erkek, (yıl), (2022)	84,0 79,3	81,3 75,9	83,0 77,6
Sigorta tarafından kapsanan nüfus oranı, (%), (2021)	100	98,8	97,9
1.000 kişiye düşen doktor sayısı, 1.000 kişiye düşen hemşire sayısı, 1.000 kişiye düşen yatak sayısı, (2021)	2,8 10,3 2,6	2,2 2,8 3,0	3,7 9,2 4,3
Toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı, (%), (2021)			
1 - Kamu sağlık harcaması oranı, (%)	73	79	76
Merkezi hükümet/bölgesel, yerel yönetimler sağlık harcaması oranı, (%)	72	29	38
Sosyal sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	1	50	38
2 - Cepten yapılan sağlık harcaması oranı, (%)	14	16	18,5
3 - Gönüllü sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	11	2	4,5
4 - Diğer harcamaların oranı, (%) *	2	3	1
Hane halkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı, (%), (2021)	3,3	1,4	3,3

* Ülkede geçici olarak ikame edenlere ait sağlık harcamaları

Kaynak:

1. Health at a Glance 2023 OECD Indicators, 2023.
2. The World Bank, 2022a.
3. The World Bank, 2022b.
4. OECD, 2022.

KAYNAKLAR

- Bonnett C, Stafinski T ve Trindade E. (2022). Medicines Pricing and Reimbursement in Canada. *Rev Bras Farm Hosp Serv Saude*, 13(2), 08-11. <https://doi.org/10.30968/rbfhss.2022.132.0811>.
- Canadian Institute for Health Information (2022a). National Health Expenditure Trends, 2022- Snapshot. <https://www.cihi.ca/en/national-health-expenditure-trends-2022-snapshot> adresinden Nisan 2023 tarihinde alınmıştır.
- Canadian Institute for Health Information (2022b). Public and Private Sector Health Expenditures by Use of Funds. <https://www.cihi.ca/en/public-and-private-sector-health-expenditures-by-use-of-funds> adresinden Nisan 2023 tarihinde alınmıştır.
- Canadian Institute for Health Information (2022c). Trends in Public Drug Program Spending in Canada <https://www.cihi.ca/en/trends-in-public-drug-program-spending-in-canada> adresinden Nisan 2023 tarihinde alınmıştır.
- Canadian Institute for Health Information (2022d). Who is Paying for These Services? <https://www.cihi.ca/en/who-is-paying-for-these-services> adresinden Nisan 2023 tarihinde alınmıştır.
- Government of Canada (2019). Canada's Health Care System. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reportpublications/health-care-system/canada.html> adresinden Nisan 2023 tarihinde alınmıştır.
- Government of Canada (2020). Prescription drug insurance coverage. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-caresystem/pharmaceuticals/access-insurance-coverage-prescription-medicines.html> adresinden Nisan 2023 tarihinde alınmıştır.
- Gregory, P. M. (2013). Canada: Health System Review, Health Systems in Transition. WHO Regional Office for Europe Pr. <https://euro.who.int/publications/i/canada-health-system-review-2013>
- Health Canada (2023). Canada Health Act Annual Report 2021-2022. (Press release). <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/healthsystem-services/canada-health-act-annual-report-2021-2022/canada-health-act-annualreport-2021-2022-eng.pdf> adresinden Nisan 2023 tarihinde alınmıştır.
- Marchildon, G.P., Allin, S. ve Merkur, S. (2020). Canada: Health System Review, Health Systems in Transition. WHO Regional Office for Europe Pr. <https://euro.who.int/monitors/health-systems-monitor/countrieshspm/hspm/canada-2020>
- Martin, D., Miller, A.P., Quesnel-Vallée, A., Caron, N. R., Vissandjée, B. ve Marchildon, G. P. (2018). Canada's Universal Health-Care System: Achieving its Potential. *Lancet*, 391: 1718-35. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30181-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30181-8)
- OECD (2022). Real Minimum Wage. <https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=RMW> adresinden Kasım 2023 tarihinde alınmıştır.
- OECD (2023). Health at a Glance 2023: OECD Indicators. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.
- Pharma Boardroom (2022). Regulatory, Pricing and Reimbursement Canada. <https://pharmaboardroom.com/legal-articles/regulatory-pricing-and-reimbursementcanada> adresinden Nisan 2023 tarihinde alınmıştır.

KAYNAKLAR

- Sağlık Uygulama Tebliği (2007, 25 Mayıs). Resmi Gazete (Sayı: 26532). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/>
- Society of Actuaries (2020) International Health Care Funding Report. <https://www.soa.org/globalassets/assets/files/static-pages/sections/international/2020-international-healthcare-funding-report.pdf> adresinden Nisan 2023 tarihinde alınmıştır.
- Sosyal Güvenlik Kurumu (2023). Aylık İstatistik Bültenleri. <https://sgk.gov.tr/istatistik/Aylık/42919466-593f-4600-937d-1f95c9e252e6/> adresinden 17.05.2023 tarihinde alınmıştır.
- Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (2006, 16 Haziran). Resmi Gazete (Sayı:26200). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2006/06/20060616-1.htm>
- The World Bank (2022a). GDP per capita. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD> adresinden Kasım 2023 tarihinde alınmıştır.
- The World Bank (2022b). Populations. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?view=map> adresinden Kasım 2023 tarihinde alınmıştır.
- Tikkanen, R. ve Osborn, R. (2020). International Profiles of Health Care Systems. The Common Wealth Fund https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2020-12/International_Profiles_of_Health_Care_Systems_Dec2020.pdf
- Torrays L.L.P. (2021). Drug Pricing and Reimbursement: Canada's Healthcare System <https://www.torrays.com/our-latest-thinking/publications/2021/01/pricing-and-reimbursement-canadas-healthcare-system> adresinden Nisan 2023 tarihinde alınmıştır.
- Ward, L.M., Chambers, A., Mechichi, E. (2022). An International Comparative Analysis of Public Reimbursement of Orphan Drugs in Canadian Provinces Compared to European Countries. Orphanet J Rare Dis, 17, 113. <https://doi.org/10.1186/s13023-022-02260-6>
- Who's Who Legal. (2010). Pharmaceutical Pricing and Reimbursement in Canada: An Overview for Innovative Drug Manufacturers <https://whoswholegal.com/features/pharmaceutical-pricing-and-reimbursement-in-canada-an-overview->





LİTVANYA
SAĞLIK ve
GERİ ÖDEME
SİSTEMİ



ÖZET

Litvanya sağlık sistemi, tüm nüfusa hizmet etmeyi amaçlamaktadır. Sağlık Sigortası Yasası kapsamında tüm yerleşiklerin ve yasal olarak çalışan yerleşik olmayan sakinlerin zorunlu sağlık sigortası programına katılması zorunludur. Zorunlu sağlık sigortası, standart bir teminat paketi sunmaktadır. Litvanya Ulusal Sağlık Sigortası Fonu (NHIF) tüm nüfusu kapsamaktadır. Litvanya sağlık sistemi, sigortalı nüfus adına hizmet satın alan ve tüm sakinleri kapsamayı amaçlayan tek geri ödeme kuruluşu olan Litvanya Ulusal Sağlık Sigortası Fonu etrafında organize edilmiştir.

Sağlık Bakanlığı, sağlık politikası ve düzenlemelerinin oluşturulmasından sorumludur. Devlet tarafından finanse edilen sağlık tesislerinde sunulan sağlık hizmetlerinin pozitif listesi bulunmamaktadır. Sigorta durumlarına bakılmaksızın tüm ikamet edenlere acil bakım hizmeti verilmektedir. Doktor tarafından reçete edilen ilaçların yanı sıra bazı nüfus grupları (çocuklar, emekliler, engelliler vb.) ve belirli hastalıklara sahip olan hastalar için ilaçlarda geri ödeme söz konusudur. Diğer tüm sigortalılar, reçeteli ve reçetesiz satılan ilaçların tüm masraflarını cebinden ödemek zorundadır.

Kamu tarafından finanse edilen sağlık hizmetleri için farklı geri ödeme yöntemleri mevcuttur. Birinci basamak sağlık hizmetleri, ağırlıklı olarak kişi başı ödeme yöntemi ile finanse edilmekte, hizmet başına ödeme ve performansla ilgili ödemelerden daha küçük bir pay almaktadır. Ayakta tedavi, temel olarak vaka başına ödeme ve hizmet başına ödeme yöntemleri ile finanse edilmektedir. Yatan hasta bakımı, esas olarak vaka ödemesi (tanı ilişkili gruplar) ve tarihsel bütçeleme yoluyla finanse edilmektedir.

Cepten yapılan sağlık harcamaları toplam sağlık harcamasının %30'unu oluşturmaktadır ve %70'inden fazlası ilaçlar için yapılmaktadır. Bazı tesisler hastalardan tedavi hizmetleri, çoğunlukla da tanı testleri için ücret almaktadır. Ancak, bu ücretlerin bazıları için yasal bir dayanak yoktur. Negatif listede yer alan hizmetler (akupunktur, kürtaj, iş sağlığı kontrolleri vb.) doğrudan cepten ödemeye tabidir. Anketler, Litvanya sağlık sektöründe kayıt dışı ödemelerin oldukça yaygın olduğunu göstermektedir.

ÜLKE TANITIMI

Ülkenin Demografik Özellikleri ve Sağlık Göstergeleri

Litvanya Cumhuriyeti, Baltık Denizi'nin doğu kıyısında yer almaktadır ve yaklaşık üç milyon nüfusa sahiptir. Mart 1990'da Sovyetler Birliği'nden bağımsızlığını ilan etmesinden bu yana, Litvanya'da istikrarlı bir ekonomik büyüme gerçekleştirmiş ve bir dizi ekonomik ve sosyal reform yapmıştır.

Ülkede yarı başkanlık sistemi kabul edilmiştir. Litvanya devletinin başında cumhurbaşkanı bulunmaktadır. Cumhurbaşkanının seçimlerin ardından dört yıllık görev süresi vardır ve art arda en fazla iki kez cumhurbaşkanlığı yapılabilmektedir.

Litvanya üç ana yönetim birimine sahiptir. Bunlar; iller, belediyeler ve bucaklardır. Ülkede on il, 60 belediye ve 500 kadar bucak bulunmaktadır. İller, merkezi hükümet tarafından atanan valiler aracılığıyla yönetilmektedir. Valiler ildeki hukuk kurumları ve belediyeler gibi kamu kuruluşlarının Litvanya anayasasının kurallarına uygun olarak yönetilmesinden sorumludur. İllerde yerel hükümetler vardır ve bu yönetimler ulusal yasaların, programların ve politikaların uygulanmasını sağlamaktadır. Her belediyenin kendi seçilmiş hükümeti vardır. Belediye seçimleri dört yılda bir yapılmaktadır. Bucaklarda belediye meclis üyelerini belediye başkanı atamaktadır. Bucaklar küçük yönetim bölgeleri olup ülke yönetiminde bir rolleri yoktur. Kırsal alandaki ölüm ve doğum kayıtlarını tutmak gibi sorumluluk alanları içindeki kamu görevlerini yerine getirmektedirler.

Litvanya'da 2021 yılı için belirlenen aylık asgari ücret tutarı yaklaşık 768 \$'dır. Doğumda beklenen yaşam süresi, 1990'lı yılların başından bu yana büyük ölçüde dalgalanma göstermekte olup, son yıllarda görülen gelişmelerle 2022 yılında kadınlarda 78,8'e, erkeklerde 69,5'e ulaşmıştır.

Sağlık Harcamaları

Litvanya'da toplam sağlık harcamalarının gayri safi yurtiçi hasıla içindeki payı 2022 yılı itibarıyla %7,5 olarak gerçekleşmiştir. Bu alandaki OECD ortalaması ise %9,2'dir. 2021 yılı itibarıyla kişi başına düşen sağlık harcaması 3.587 \$'dır. 2021 yılı itibarıyla toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı incelendiğinde; toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sağlık harcamalarının oranının %69, cepten yapılan sağlık harcamalarının oranının %30, gönüllü sağlık sigortası harcamalarının oranının ise %1 olduğu görülmektedir (Tablo 1).

Tablo1: Ekonomi ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması

	LİTVANYA	OECD
Nüfus, (2022)	2.833.00	-
Kişi başına düşen GSYİH, (\$), (2022)	24.826	-
Asgari ücret tutarı, (\$), (2022), (Aylık)	768	-
Cari sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı, (%), (2022)	7,5	9,2
Kişi başına düşen sağlık harcaması, (\$), (2022)	3.587	4.986
Kişi başına düşen ilaç harcaması, (\$), (2021)	655	614
Doğuşta beklenen yaşam süresi kadın, Doğuşta beklenen yaşam süresi erkek, (yıl), (2022)	78,8 69,5	83,0 77,6
Sigorta tarafından kapsanan nüfus oranı, (%), (2021)	98,8	97,9
1.000 kişiye düşen doktor sayısı, 1.000 kişiye düşen hemşire sayısı, 1.000 kişiye düşen yatak sayısı, (2021)	4,5 7,9 6,1	3,7 9,2 4,3
Toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı, (%), (2021)		
1 - Kamu sağlık harcaması oranı, (%)	69	76
Merkezi hükümet/bölgesel, yerel yönetimler sağlık harcaması oranı, (%)	12,6	38
Sosyal sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	56,4	38
2 - Cepten yapılan sağlık harcaması oranı, (%)	30	18,5
3 - Gönüllü sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	1	4,5
4 - Diğer harcamaların oranı, (%) *	-	1
Hane halkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı, (%), (2021)	4,1	3,3

* Ülkede geçici olarak ikame edenlere ait sağlık harcamaları

Kaynak:

1. Health at a Glance 2023 OECD Indicators, 2023.
2. The World Bank, 2022a.
3. The World Bank, 2022b.
4. OECD, 2022.

1.1. Ulusal Düzeyde Organizasyon Yapısı

1.1.1. Sağlık Bakanlığı

Tüm sağlık sisteminin genel denetiminin sorumluluğu Sağlık Bakanlığı'na aittir. Bakanlık, yasal düzenlemelerin hazırlanmasında ve sektör için düzenlemelerin yapılmasında büyük rol oynamaktadır. Aynı zamanda sağlık hizmeti tesisleri ve halk sağlığı kurumlarını işletmektedir ve sağlık sistemi performansından genel olarak sorumludur. Sağlık Bakanlığı sağlık altyapısını geliştirmekte ve ulusal sağlık programları hazırlamaktadır. Ekonomi Bakanlığı ve Maliye Bakanlığı ile birlikte, büyük yatırımlar hakkında kararlar almaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın temel amacı, dört alanda (sağlık bakımı, halk sağlığı, ilaç faaliyetleri ve sağlık sigortası) devlet politikasının uygulanması üzerine geliştirme, organizasyon, koordinasyon ve kontroldür.

1.1.2. Ulusal Sağlık Sigorta Fonu (NHIF)

Devlet sağlık sigortası programı, zorunlu sağlık sigortası fonunu da yöneten Ulusal Sağlık Sigortası Fonu tarafından uygulanmaktadır. Ulusal Sağlık Sigortası Fonu başlangıçta doğrudan hükümete ve Ulusal Sağlık Sigortası Fonu Kuruluna bağlıyken, 2003 yılında bir tavsiye rolü üstlenerek Ulusal Sağlık Sigortası Fonu Kuruluya Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Devlet Sağlık Sigorta Fonu (SSIF) tarafından toplanan sosyal sigorta primleri sağlık sigortası bütçe gelirinin bir başka ana kaynağı haline gelmiştir. Devlet Sağlık Sigorta Fonu, hastalık izni ve analık (aynı zamanda emekli maaşları) için bir nakdi yardım planı yönetmektedir.

Ulusal Sağlık Sigortası Fonu'nun misyonu, sigortalılar için sağlık hizmetlerine erişim sağlamak, fonları şeffaf ve verimli bir şekilde kullanmaktır. Ulusal Sağlık Sigortası Fonu, mevcut beş bölgesel sağlık sigortası fonunun faaliyetlerini koordine etmektedir. Merkezi Ulusal Sağlık Sigortası Fonu Ofisi, mali rezerv kararları, bölge şubelerinin denetlenmesi, sigortalı kişilerin sicil ve işlemlerinin sürdürülmesi dahil, bütçe planlama ve kontrolünden sorumludur.

Ulusal Sağlık Sigortası Fonu'nun gelirleri; çalışanların ücretlerinden alınan primler, çocuklar, öğrenciler, engelli bireyler, emekliler ve işsizler gibi çalışmayan nüfus için devletten yapılan transferler ve ilk iki grupta sayılmayan kendi nam ve hesabına çalışanlar tarafından yapılan prim ödemelerinden oluşmaktadır.

Ulusal Sağlık Sigortası Fonu'nun bölge birimleri, sağlık hizmeti sunucuları ile sözleşme imzalamaktadır. Fon, sigortalılara verilen sağlık hizmetleri için sağlık hizmet sunucularına, hastalara verilen geri ödemeli ilaçlar için ise eczanelere ödeme yapmaktadır. Bölgelerde hizmet sunumunu kontrol etmekte ve belediye halk sağlığı programlarını finanse etmektedir. Bölgesel Ulusal Sağlık Sigortası Fonu şubelerinin denetim kurullarının danışma işlevi vardır ve bu kurullar Sağlık Bakanlığı, merkezi Ulusal Sağlık Sigortası Fonu ve belediyelerin temsilcilerinden oluşmaktadır.

1.1.3. Devlet Sağlık Bakımı Akreditasyon Kurumu (SHCAA)

Bu kurumun temel görevi sağlık hizmeti sunucuları ve profesyonellerine (dış hekimliği hizmetleri hariç), halk sağlığı kurumlarına, laboratuvarlara ve patoloji hizmetleri sunan kurumlara ruhsat vermektir. Ayrıca tıbbi cihazların değerlendirilmesinde ve kontrolünde önemli rolü vardır. Sağlık teknolojileri değerlendirmesinin (STD) organizasyonu, hizmetlerin ve ekipmanların kalitesiyle ilgili politikaların oluşturulmasına katılım gibi diğer işlevleri de bulunmaktadır. Başlangıçta Sağlık Bakanlığı'na bağlı olan ve hizmet kalitesi ve hasta güvenliği ile ilgili tüm konuları kapsayan ayrı bir kamu otoritesi olan Devlet Tıbbi Denetimi Kurumu 2012 yılında SHCAA'ya dahil edilmiştir.

1.1.4. Devlet İlaç Kontrol Ajansı (SMCA)

SMCA'nın asıl sorumluluğu, eczanelerin ve eczacıların lisanslarının yanı sıra, ilaçların tescili, ruhsatlandırılması, değerlendirilmesi ve kontrolüdür. Ajans, ilaçların güvenliğini bir farmakovijilans ağı aracılığıyla izlemekte ve yan etki raporları, bir ilacın fayda-risk dengesinde değişiklik yapılmasını gerektiriyorsa uygun önlemleri almaktadır. Ulusal tıp fakültelerinden temsilciler dahil olmak üzere 50'den fazla ulusal uzmandan oluşan bir ağı, bilimsel destek sağlamaktadır.

1.1.5. Biyoetik Komitesi

Bu komite Biyomedikal Araştırma Uzmanları Grubu ve Biyoetik Konseyi olmak üzere iki uzman kuruldandır. Komite, sağlık alanında insan haklarını ve saygınlığı teşvik etmeyi ve korumayı amaçlamaktadır. Komite 1995 yılında kurulmuştur ve iki ana sorumluluğa sahiptir. Bunlar;

(1) Modern sağlık hizmetleri bağlamında ortaya çıkan etik meseleler ve ahlaki ikilemler hakkında toplumu ve genel kamuoyunu bilgilendirmek,

(2) Biyomedikal araştırma alanındaki hasta haklarının korunmasını kolaylaştırmak ve Litvanya'daki biyomedikal araştırma projelerinin etik incelemesini koordine etmektir. Biyoetik Komitesi, bölgesel etik kurullarına ve aynı zamanda hastane tıbbi etik komisyonlarına metodolojik destek sağlamaktadır.

1.1.6. Halk Sağlığı Merkezleri

Çok sayıda yapısal değişiklik geçirmiş ve şu anda halk sağlığı güvenliği, çevresel risk faktörleri ve bulaşıcı hastalıkların önlenmesinden ve kontrolünden sorumlu idari makamlar olarak görev yapan on bölgesel halk sağlığı merkezi ağı bulunmaktadır.

1.1.7. Maliye Bakanlığı

Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı'na ödenek ayrılmasında ve ulusal bütçe ile birlikte kararlaştırılan yıllık sağlık sigortası bütçesinin oluşturulmasında önemli bir role sahiptir. Ayrıca, devlet yatırım programı kapsamında veya Avrupa Birliği yapısal fonlarından yatırımlar hakkında kararlar almaktadır.

1.1.8. Sosyal Güvenlik ve Çalışma Bakanlığı

Bu bakanlık, özellikle çocuklar ve gençlerle ilgili olmak üzere sosyal politikalarının yanı sıra engellilerin sosyal entegrasyonundan, yaşlılar ve engelliler için devlete ait evlerin işleyişinden sorumludur. Aynı zamanda bu kurumlardaki tıbbi desteği finanse etmektedir. İş güvenliği koşullarının düzenlenmesi ve denetlenmesi de bu bakanlığın sorumluluğunda iken, iş sağlığı hizmetlerinden Sağlık Bakanlığı sorumludur.

1.1.9. Ulusal Sağlık Kurulu

Sağlık politikasının uygulanmasından sorumlu ulusal düzeydeki kurumlar arasında, parlamentoya bağlı olan Ulusal Sağlık Kurulu en aktif rolü oynamaktadır. Kurul, belediye sağlık kurulları, üniversiteler, sivil toplum kuruluşları ve halk sağlığı profesyonellerinin temsilcilerinden oluşmakta ve halk sağlığı politikalarını koordine etmektedir. Belediye sağlık kurulları yerel düzeyde sağlık politikasını uygulamaktadır.

1.2. Bölgesel Düzeyde Organizasyon Yapısı

2010 yılında, ilçelerin sağlık hizmetleri alanındaki sorumluluğu kaldırılmış ve halk sağlığı hizmetleri sağlayıcılarının sorumluluğu belediye veya ulusal hükümetlere kaydırılmıştır. Halen, Ulusal Sağlık Sigortası Fonu'nun beş bölgesel şubesi ve on halk sağlığı merkezi ağı, sağlık sektöründe kalan bölgesel düzeydeki tek yetkili makamlardır.

1.3. Yerel Düzeyde Organizasyon Yapısı

1996 yılına kadar, yerel belediyeler sağlık hizmetleri finansmanında ana rol oynamıştır. Belediyeler, vatandaşlara birinci basamak sağlık hizmetini ve sosyal bakım hizmetini sağlamaktan sorumludur. Belediyeler ayrıca kendi bölgelerindeki küçük ve orta ölçekli hastanelerin sahipleridir. Ayrıca bazı temel bakım merkezlerine, polikliniklerin çoğunluğuna ve küçük ila orta ölçekli hastanelere sahiptirler. İlaveten, belediyelerin yerel sağlık programlarının ve halk sağlığı faaliyetlerinin uygulanmasında geniş bir sorumluluk yelpazesi vardır. Belediye kurulu sağlık programlarını onaylamakta ve sağlık bütçelerini belirlemektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında denetleme ve karar alma yetkisi ile belediye hekiminin konumu belirlenmiştir.

1.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Sağlık Bakanlığı, sağlık politikasını formüle ederek, standartları ve gereksinimleri belirleyerek, sağlık hizmeti sunucularını ve sağlık profesyonellerini lisanslayarak ve sermaye yatırımlarını onaylayarak sağlık sisteminin düzenlenmesinde önemli bir oyuncudur. Aynı zamanda Bakanlığa bağlı Ulusal Sağlık Sigortası Fonu'nu da yönetmektedir.

Özel sektör, yatan hasta bakımı konusunda çok sınırlı rol oynamaktadır, ancak birinci basamak ve dış bakımı gibi diğer alanlarda önemli bir rol üstlenmektedir. Geçtiğimiz on yıl boyunca, Ulusal Sağlık Sigortası Fonu giderek artan bir şekilde ayakta tedavide uzman bakımı için özel sağlık hizmeti sunucuları ile sözleşme yapmaktadır.

Litvanya'da çok sayıda hastane vardır ve hastaneye başvuru oranları yüksektir. Özellikle hastaneler açısından coğrafi erişim Litvanya'da oldukça iyi düzeydedir. Ülkenin 60 belediyesinin çoğuna yayılmış 63 genel hastane bulunmaktadır. Nispeten küçük coğrafi mesafeler göz önüne alındığında, hastanelerin çoğunda geniş bir hizmet sağlandığı için, hastane arzında fazlalık söz konusudur. Hastane sayısı ve hastane yatağı kapasitesinin fazlalığı ve hastanelerin yakınlığı aşırı hastane başvurusuna neden olmaktadır.

Litvanya'da doktor seçimi yapmak mümkündür. Birinci basamak sağlık hizmetleri, belediye tarafından yönetilen kuruluşlar veya özel sunucularda, pratisyen hekimler veya çocuk doktorları ve jinekologlar gibi daha fazla uzmanı içeren birinci basamak ekipleri aracılığıyla sağlanmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmeti sunucuları sevk sisteminde önemli rol oynamaktadır. Özellikle hastalığın önlenmesinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin rolünü güçlendirmeye yönelik çabalar, sürekli artan önemli kronik hastalıkların önlenmesi ve tedavisi için teşvik hizmetleri ve programları ile on yıldan uzun bir süredir devam etmektedir.

Uzman ayakta tedavi hizmetleri, hastanelerin veya polikliniklerin ayakta tedavi birimleri ve özel hizmet sunucuları aracılığıyla sağlanmaktadır. Hastaların ücretsiz olarak uzman hizmetlerine erişmesi için sevke ihtiyacı vardır. Bununla birlikte, ödeme yapılarak bu hizmetlere doğrudan erişim sağlanabilmektedir. Hasta, Sağlık Bakanlığı tarafından onaylanan listede yer alan ve uzun süredir izlenen bir kronik hastalığa sahip ise birinci basamağa başvuru yapılarak sevk almak gerekli değildir.

2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

2.1. Kamu Sağlık Sigortası Kapsamında Yer Alan Kişiler

Litvanya sağlık sistemi ağırlıklı olarak kamu tarafından finanse edilmektedir. Litvanya Anayasasının 53. maddesinde "Devlet, kişilerin sağlığını gözetir ve hastalık halinde tıbbi bakım ve hizmetleri garanti eder. Devlete ait sağlık tesislerinde vatandaşlara ücretsiz tıbbi bakım sağlama prosedürü kanunla belirlenir." denilmektedir.

Kamu sağlık sistemi tüm nüfusa hizmet etmeyi amaçlamaktadır ve Sağlık Sigortası Kanunu, tüm daimî ikamet edenlerin ve yasal olarak istihdam edilen geçici ikamet edenlerin, ayrılma seçeneği olmaksızın zorunlu sağlık sigortası programına katılmalarını şart koşmaktadır. Bununla birlikte, ulusal sağlık sigortasına ücretsiz erişim ikamet esasına göre sağlanmış olmasına rağmen eğer prim ödenmezse, kişi sadece acil bakım hizmeti alabilmektedir.

Sigorta kapsamı açısından üç ana grup bulunmaktadır:

(1) Düzenli olarak istihdam edilen nüfus (işverenler, çalışanlar adına belirlenmiş primleri ödemektedir),

(2) Ekonomik olarak, aktif diğer nüfus grupları (çeşitli serbest meslek sahipleri, çiftçiler vb. gruplar bazında farklı düzenlemelerle),

(3) Devlet tarafından sigortalanan ekonomik olarak etkin olmayan nüfus grupları.

Devlet, sağlık hizmetlerine erişimlerini sağlamak için savunmasız nüfus gruplarını da kapsam altına almaktadır. Her türlü emekli aylığı veya sosyal yardım almaya hak kazananlar, 18 yaş altı çocuklar, öğrenciler, doğum iznindeki kadınlar, bekar ebeveynler, kayıtlı işsizler, engelliler ve bakıcıları, bazı bulaşıcı hastalıklara sahip kişiler dahil olmak üzere toplam nüfusun yaklaşık %60'ı devlet tarafından sigortalanmaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri için kayıt yaptırırken devlet sağlık sigortası kapsamı uygunluğu kanıtlanmalıdır. Ulusal Sağlık Sigortası Fonu'nun bölgesel birimleri, kayıt sistemlerinin geliştirilmesinden ve korunmasından sorumludur. Devlet kapsamına alınmaya hak kazanan bireylerin aldıkları sağlık hizmetleri, uygunluklarının kanıtlandığı andan itibaren karşılanırken, istihdamda bulunanlar prim ödemeye başlar başlamaz sistemden faydalanabilmektedirler.

Diğer ekonomik olarak aktif gruplar için, primlerin ödenmeye başlamasını veya üç asgari aylık ücrete eşdeğer bir götürü bedel ödenmesini takiben üç aylık bekleme süresinden sonra sistemden faydalanabilmektedir. Sağlık sigortası teminatları, prim ödemesinin sona ermesinden bir ay sonra sona ermektedir.

2.2. Gelir Kaynakları ve Finansal Akışlar

1991 yılında sosyal sigorta planının oluşturulmasıyla birlikte, Litvanya'daki sağlık sistemi finansmanı, tamamen vergilendirmeden oluşan fondan, primlerle desteklenen fon yapısına geçmiştir. Devlet Sosyal Sigorta Fonu, sağlık bakımı, kaplıca tedavisi ve ilaçların geri ödenmesi için çalışanlardan alınan primlerin toplanmasından sorumlu tutulmuştur. 1996'dan itibaren toplanan vergi, o zamandan beri Litvanya sağlık sisteminin finansmanında önemli bir rol oynayan Ulusal Sağlık Sigortası Fonu'na devredilmiştir. Ulusal Sağlık Sigortası Fonu, tüm Litvanya sakinleri ile yasal olarak çalışan ancak sürekli olarak ikamet etmeyenleri de kapsayan, tek geri ödeme kurumu olan bir sağlık sigortası programı yapısındadır.

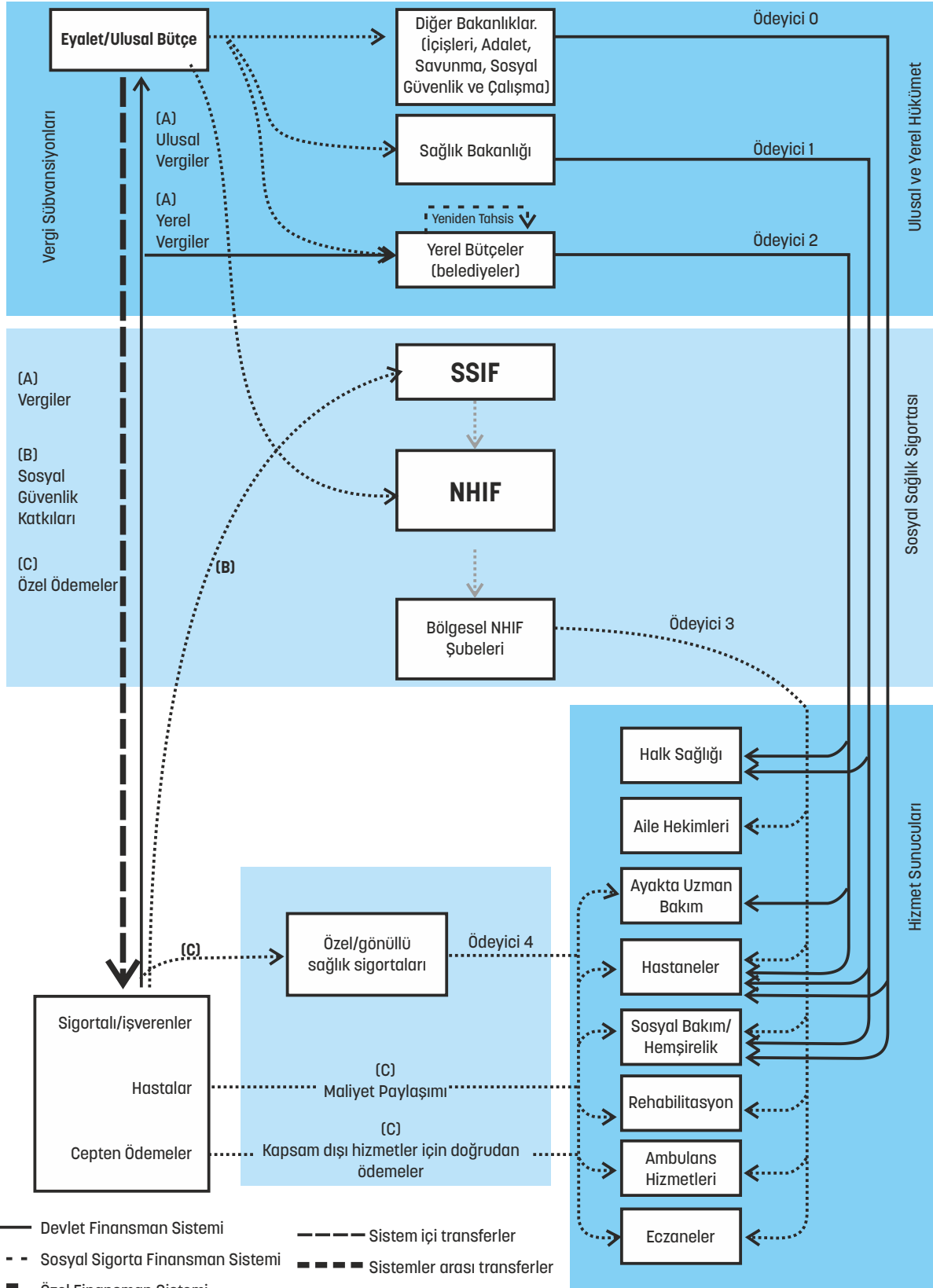
Sağlık sistemi, esas olarak tüm yerleşik nüfusu kapsayan Ulusal Sağlık Sigortası Fonu aracılığıyla finanse edilmektedir. Bu fon zorunlu, büyük ölçüde istihdama dayalı primlere dayanmaktadır. Sağlık hizmetleri, devlet tarafından sigortalı olan ve prim ödeme gücü olmayan gruplar (çocuklar, sekiz yaşından küçük çocuğu olan veya 18 yaşından küçük iki çocuğu olan işsiz ebeveynler vb.) dışında, ağırlıklı olarak sosyal sigorta primleri ile finanse edilmektedir. Sağlık sigortası primi oranı %6,98'dir ve çalışanlar ile serbest meslek sahipleri tarafından ödenmektedir.

Ulusal Sağlık Sigortası Fonu, katkıda bulunanlar adına beş bölgesel birim aracılığıyla sağlık hizmetlerini satın almaktadır. Sağlık sigortası primleri Devlet Sosyal Sigorta Fonu tarafından tahsil edilmektedir. Toplanan tüm primler daha sonra Ulusal Sağlık Sigortası Fonu tarafından birleştirilmektedir. Nüfusun büyük bir kısmının (%60 oranında) primi devlet tarafından Ulusal Sağlık Sigortası Fonu'na ödenerek bu kişiler sigortalanmaktadır. Devlet katkısı doğrudan Ulusal Sağlık Sigortası Fonu'na aktarılmaktadır. Devlet katkısının miktarı ile ilgili birçok yasal değişiklik yapılmıştır.

Zorunlu sağlık sigortası fonu, Sağlık Bakanlığı'na karşı sorumlu olan Ulusal Sağlık Sigortası Fonu tarafından yönetilmektedir. Sağlık Bakanlığı her yıl iki yıllık tahminle birlikte hükümete onay için bir bütçe taslağı sunmaktadır. Hükümet tarafından onaylanan bütçe, Merkezi ve Yerel Yönetim Bütçe Kanunu ve Sosyal Sigorta Bütçesi Hakkında Kanun gibi parlamento tarafından kabul edilmektedir. Yıllık bütçe performans raporlarına benzer bir prosedür ile uygulanmaktadır.

Ulusal düzeyde ise Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı'na fon tahsis etmekte; Sağlık Bakanlığı da devletin sağlık programlarının ve üç yıllık yatırım programlarının önceliklerine göre yıllık mali planlar hazırlamaktadır. Yerel yönetim bütçeleri çoğunlukla merkezden tahsis edilirken, bir kısmı da bireysel gelirler üzerinden vergilendirme yoluyla tahsil edilmektedir. Yerel yönetim, sağlık hizmetlerine harcanacak kaynakların payına karar vermektedir.

Şekil 2: Sağlık Sistemi Finansman Yapısı



Kaynak: Health System in Transition, 2013.

2022 yılında Ulusal Sağlık Sigortası Fonu'nun onaylanan bütçesi 2,8 milyar €'dur. Ulusal Sağlık Sigortası Fonu bütçe gelirinin 203 milyon € artması (2021 yılına göre %7,8 daha fazla) ve harcamaların yaklaşık 301 milyon € (2021 yılına göre %12,1 daha fazla) daha fazla olması beklenmektedir.

2022 yılında sağlık için kamu bütçesi gelirlerinin, çalışan nüfusun zorunlu sağlık sigortası primlerinden (1,8 milyar €), devlet fonları tarafından sigortalanan kişiler için devlet bütçesinden katkılardan (773 milyon €), devlet bütçesi ödeneklerinden (204 milyon €) ve diğer gelirlerden (39 milyon €) oluşması beklenmektedir. Planlanan harcama açısından, en büyük harcama alanları ise şunlardır:

- Sağlık hizmetleri - 1,9 milyar € (2021 yılına göre %16,1 artış);
- İlaçlar ve tıbbi yardımlar - 530 milyon € (2021 yılına göre %17,5 artış);
- Tıbbi rehabilitasyon - 114 milyon € (2021 yılına göre %16,5 artış);
- Ortopedik cihazlar - 17,2 milyon € (2021 yılına göre %3,6 artış);
- Sağlık programları ve diğer giderler - 152 milyon €.

2.3. Kamu Sağlık Sigortası Kapsamında Sağlanan Hizmetler

Zorunlu sağlık sigortası, tüm faydalanicılar için standart teminat paketi sağlamakta ve sağlık hizmeti sunucularını seçme özgürlüğü ile yerel sağlık hizmeti sunumunda olası eşitsizliklerle mücadele etmeyi amaçlamaktadır. Geleneksel olarak, devlet tarafından finanse edilen sağlık tesislerinde sağlanan sağlık hizmetlerini gösterir pozitif liste uygulaması bulunmamaktadır.

Temel olarak, sağlık hizmetleri ücretsizdir. Belirlenmiş bir fiyat listesi uyarınca, tamamen kişilerin kendi kaynaklarından finanse edilen sağlık hizmetlerini içeren bir negatif liste bulunmaktadır. Sigorta durumlarına bakılmaksızın ülkede daimî olarak ikamet edenlere ücretsiz acil bakım hizmeti verilmektedir. Yabancılar ve daimî olarak ikamet etmeyen kişiler, mevcut uluslararası anlaşmalara uygun olarak ücretsiz acil bakım hakkına sahiptir.

Yetişkinler için dış tedavisi kısmen karşılanmaktadır. 18 yaş altı çocuklar ve sosyal yardım alan kişiler için ise dış tedavisi ücretsizdir.

Devlet sosyal sigortası tarafından sigortalanan kişiler için çok çeşitli nakdi yardımlar (bakıcılar için de geçerli olan hastalık izni, engellilik maaşı, doğum yardımı vb.) mevcuttur. Ulusal bütçeden sağlanan bir ödenek sistemi (doğum, engellilik, cenaze ödenekleri vb.) bulunmaktadır ve uzun dönemli sosyal bakım kurumları (engelliler ve yaşlılar için olanlar dahil) ağırları mevcuttur. Yardımları alma açısından uygunluk, gelir testine dayalı olarak belirlenmektedir. Sosyal rehabilitasyon ve gündüz bakım ağırları da geliştirilmiştir. Sürekli bakıma muhtaç olanlar için çoğunlukla evde kurumsal bakım veya sosyal hizmetler için yapılan ödemeler şeklinde, yerel bütçelerden mali destek sağlanmaktadır.

2.4. Cepten Ödemeler ve Maliyet Paylaşımı

Litvanya'da cepten yapılan sağlık harcamaları çoğunlukla doğrudan ödemelerden oluşmaktadır. Bunun nedeni, gönüllü sağlık sigortasının ülkedeki rolünün artmasına rağmen payının küçük olmasıdır. 2021 yılında toplam sağlık harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamalarının oranı %30 olmuştur.

Sağlık Sigortası Yasası, Ulusal Sağlık Sigortası Fonu kapsamındaki hizmetler için maliyet paylaşımına ilişkin hükümler içermektedir. Katılım payı oranı bir hizmetin, ilacın veya tıbbi yardımın referans fiyatının sabit bir oranı şeklindedir. Devlet sağlık sigortası kapsamında katılım payı oranlarında değişiklikler bulunmaktadır.

Litvanya'da cepten yapılan harcamaların büyük kısmı ilaçlara yapılan ödemelerden kaynaklanmaktadır. Cepten yapılan ödemelerin büyük payının ilaç harcamalarından oluşmasının birkaç nedeni vardır. İlaçlar için yapılan cepten harcamalar, tam veya kısmi geri ödemeye uygun muaf gruplara (çocuklar, yaşlılar, sisteme kayıtlı engelli kişiler ile tüberküloz, kanser ve bazı kronik hastalıklar dahil olmak üzere belirli hastalıkları olan hastalar vb.) ait olmadıkça, hastalar hem reçete edilen hem de reçetesiz ayakta tedavide kullanılan ilaçların tüm bedelini karşılamaktadır. Ayrıca ilaçlar için katılım paylarının yüksek olmasının yanı sıra Litvanya'da ilaç fiyatları da yüksektir. Son olarak etkili bir sağlık teknolojisi değerlendirmesi sistemi yoktur, doktorlar gereksiz yere pahalı ilaçları reçete etme eğilimindedirler ve kişilerde jenerik ilaçlara güven düşük seviyededir.

Ulusal Sağlık Sigortası Fonu, ayakta tedavide kullanılan ilaçlar için farklı geri ödeme düzeyleri kullanmaktadır. Bunlar;

(1) Referans fiyatın tam geri ödemesi %100 (18 yaş ve altındaki çocuklar, özel bakıma muhtaç ihtiyacı olan engelli ve/veya yaşlı insanlar için),

(2) Belirli hastalıklara sahip kişiler için kısmi (%90, %80 veya %50) geri ödeme,

3) İlk iki kategoriden herhangi birine girmedikçe, emekli ve engelliler için %50 geri ödeme düzeyidir.

İstisna gruplarına girmeyen sigortalı yetişkinler, reçete edilen ve reçetesiz satılan ilaçların tüm maliyetini cepten ödemek zorundadır. Ulusal Sağlık Sigortası Fonu tarafından merkezi olarak tedarik edilen çeşitli protezlerin, pahalı ilaçların ve tıbbi cihazların maliyetleri, Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen düzenlemelere uygun olarak karşılanmaktadır.

Ulusal Sağlık Sigortası Fonu tarafından %100 geri ödemesi yapılan ayakta tedavi ilaçları için bile piyasa fiyatı geri ödenen referans fiyattan yüksek olduğundan kişiler genellikle bir miktar ödeme yapmak zorunda kalmaktadır. Diğer cepten yapılan ödemeler, Ulusal Sağlık Sigortası Fonu kapsamında olmayan hizmetler için doğrudan ödemelerle ve sevk edilmeden yapılan uzman ziyaretleriyle ilgilidir. Litvanya'da özel sağlık sigortasının rolü önemsizdir. Hastalar, acil servis dışında konsültasyona veya ikinci ve üçüncü basamak sağlık bakımına birinci basamak sağlık hizmeti hekiminden sevk aldıktan sonra ücretsiz olarak erişebilmektedir. Bu kuralın, bir dermatoloğa/zührevi hastalıklar uzmanına ücretsiz ziyaret için sevk gerekmemesi gibi istisnaları bulunmaktadır. Sevk olmadan gidildiğinde, hasta Ulusal Sağlık Sigortası Fonu tarafından belirlenen konsültasyon veya hastane tedavisi için bir ücret ödemektedir.

Kamu tesislerindeki bazı hizmetler de doğrudan ödemeye tabidir. Bunlar, sağlık hizmetleri negatif listesinde yer almaktadır ve temel olarak akupunktur, iş sağlığı kontrolleri, düşükler, kadın doğum ünitelerinde ek bakım, madde bağımlılığı tedavisi, estetik cerrahi, diş protezleri ve diğer prosedürler gibi yardımcı hizmetleri içermektedir.

Yasal sağlık sigortası olmayan kişiler de acil olmayan tüm sağlık hizmetleri için cepten ödeme yapmak durumundadırlar. Ayrıca özel sağlık tesislerinde (Ulusal Sağlık Sigortası Fonu birimleri ile yapılan sözleşmeler kapsamında verilen hizmetler hariç), piyasa fiyatlandırması uygulanmakta ve doğrudan cepten ödeme yapılmaktadır.

Kamu tesisleri ve Ulusal Sağlık Sigortası Fonu ile sözleşmeli dış hekimleri tarafından sağlanan dış hekimliği hizmetleri çocuklar için ücretsizdir, ancak yetişkinler tedavi sırasında kullanılan malzemelerin ücretini ödemek zorundadır. Diş protezi masrafları çocuklar, engelliler ve emekli olanlar için karşılanmaktadır. Kapsam seviyesi hastanın durumuna bağlıdır ve 335 € ile 1.031 € arasında değişebilmektedir.

Ulusal Sağlık Sigortası Fonu tarafından zorunlu sağlık sigortası kapsamında satın alınan protezler (suni eklemler) sigortalılar için ücretsizdir. Hastanın Ulusal Sağlık Sigortası Fonu'nun karşıladığından farklı bir cihaz istemesi halinde, hasta cihaz bedelinin tamamını ödemekte ve Ulusal Sağlık Sigortası Fonu tarafından sunulan cihazın fiyatına eşit şekilde fonun karşıladığı fiyata eşit miktarda geri ödeme alabilmektedir. İditme cihazları yedi yaşından küçük çocuklar için her üç yılda bir ve yaşlı sigortalılar için her beş yılda bir karşılanmaktadır.

Ulusal Sağlık Sigortası Fonu tarafından yaptırılan bir çalışma, sağlık hizmetleri için kişilerin gayri resmi ödeme yaptıklarını göstermiştir. En sık ödeme yapılan hizmetler; uzman konsültasyonu, aile hekimi konsültasyonu, ameliyat veya tanı muayenesi için yapılan ödemelerdir. Araştırmaya göre ameliyat ve doğum için yapılan ödemeler en pahalı olanlardır. En düşük ödemeler çocuk doktoru ziyaretleri ve aile hekimi ziyaretleri için talep edilmiştir. Bu tip gayri resmi ödemeler Litvanya'da yaygın olarak bulunmaktadır.

3. GERİ ÖDEME SİSTEMİ

3.1. Sağlık Hizmeti Sunucularının Ödemeleri

Ulusal Sağlık Sigortası Fonu'nun ilgili birimleri, sağlık hizmetlerinin ana alıcısı konumundadır ve hizmet sunumu için sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularına ödeme yapılmaktadır. Fon, ayakta tedavi gören hastaların reçeteli ilaçlarını ve tıbbi rehabilitasyon ve sanatoryum tedavi masraflarını geri ödemektedir. Ulusal Sağlık Sigortası Fonu'nun bölgesel birimleri, yerel nüfusa hizmet vermek üzere sağlık hizmet sunucuları ile sözleşme imzalamaktadır. Bölgesel birimlerin bütçeleri; sağlık hizmetleri, birinci basamak sağlık hizmetleri, ambulans hizmetleri, uzun süreli hemşirelik, ayakta tedavide uzman bakımı, yatarak tedavi, ilaç, tıbbi rehabilitasyon ve sanatoryum tedavisi, diş protezleri için sıkı izlenen alt bütçelere göre hesaplanmaktadır.

Bölgesel Ulusal Sağlık Sigortası Fonu birimleri, sağlık hizmeti sağlayıcıları ve eczanelerin sözleşmelerinden ve ödemelerinden sorumludur. Belediyeler arasındaki hizmetlerin ve değişikliklerin fiili kullanımını, geri ödemede Ulusal Sağlık Sigortası Fonu önceliklerini, hizmet maliyetlerini ve bölgesel bütçeler için öngörülen tahsis dikkate alarak hizmet sunumunu yıllık olarak planlamaktadırlar.

Sağlık hizmeti sunucularına bir dizi düzenlemeyle ödeme yapılmaktadır. Tablo 2'de Litvanya'da uygulanan ödeme mekanizmalarına yer verilmiştir. Buna göre aile hekimlerine kişi başına ödeme, hizmet başına ödeme, performansa dayalı ödeme ve proje finansmanı yöntemlerinin bir karması ile ödeme yapılmaktadır. Ayakta uzman bakımı vaka ve hizmet başına ödeme yöntemleri ile finanse edilirken, akut hastaneler, diş hekimleri ve diğer hastanelere vaka başına ödeme yöntemi ile geri ödeme yapılmaktadır.

Tablo 2: Ödeme Mekanizmaları

	Sağlık Bakanlığı	Diğer Bakanlıklar	Belediyeler	Ulusal Sağlık Sigortası Fonu (Bölge Şubeleri)	Özel/Gönüllü Sigortalar	Maliyet Paylaşımı
Aile Hekimleri	-	-	-	Kişi Başına Ödeme Hizmet Başına Ödeme Performansa Dayalı Ödeme Proje Finansmanı	-	Evet
Akut Hastaneler	-	Tarihsel Bütçeleme	-	Vaka Başına Ödeme	Hizmet Başına Ödeme	Evet
Diğer Hastaneler	-	-	-	Vaka Başına Ödeme	Hizmet Başına Ödeme	Evet
Ayakta Uzman Bakım	-	-	-	Vaka Başına Ödeme Hizmet Başına Ödeme	Hizmet Başına Ödeme	Evet
Diş Hekimleri	-	-	-	Vaka Başına Ödeme	Hizmet Başına Ödeme	Evet
Eczaneler	-	-	-	Referans Fiyatlar	-	Evet

Kaynak: Health System in Transition, 2013.

3.1.1. Birinci Basamak ve Ayakta Bakım Sağlık Hizmetleri

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde ödeme büyük ölçüde kişi başı ödeme yöntemi kullanılarak yapılmaktadır. Sağlık Bakanlığı ve Ulusal Sağlık Sigortası Fonu, hizmet verilen nüfus için hastaneye yatış oranlarının düşürülmesi ve çocukluk aşılama oranları için hedeflerin karşılanması dahil birinci basamak sağlık hizmetleri için mali teşvikler geliştirmiştir. Hamile kadınlar, çocuklar ve engelliler için sağlık hizmetleri, bazı teşhis testleri, evde hemşirelik hizmetleri ve kayıtlı olmayan nüfusun acil bakım hizmetleri için performans dayalı ödeme yapılmaktadır.

Öncelikli ve koruyucu sağlık hizmetleri için hizmet başına ek ücret ödemeleri uygulanmaktadır. Performansa dayalı ödemelerinin odak noktası, kronik hastalığı olan hastaların hastaneye yatışlarını azaltmak ve koruyucu/önleyici sağlık hizmetleri uygulanmasını iyileştirmek olmuştur.

Ulusal Sağlık Sigortası Fonu, nüfusa göre ambulans hizmetlerini ve hastaların ulaşım masraflarını da karşılamaktadır. Çağrı merkezleri hizmet alanının büyüklüğüne göre kişi başına ücretlendirilmektedir.

3.1.2. Uzmanlaşmış Ayakta Tedavi Bakımı ve Yatarak Tedavi Hizmetleri

Uzmanlaşmış ayakta tedavi hizmetleri, vaka başına ve teşhis testleri için hizmet başına geri ödeme yöntemleri kullanılarak finanse edilmektedir. Vaka, aynı hastalıkla ilgili bir uzmana en fazla üç ziyaretten oluşan bir bölüm olarak tanımlanmakta ve konsültasyon olarak adlandırılmaktadır. Laboratuvar tetkiklerinin çoğunluğu da dahil olmak üzere ayakta tedavi kurumlarının tekrarlayan masraflarının neredeyse tamamı konsültasyon ücreti altında karşılanmaktadır.

Tanı ilişkili grup (TİG) yönteminin uygulamaya konulmasından önce, hastanelere kabul edilen hastalar için sağlanan hizmetlerin hacmine veya ana uzmanlık dalına (ameliyat, yoğun bakım, uzun süreli hemşirelik vb.) göre toplanan vakalar üzerinden ödeme yapılmıştır. Hastanelerde akut yatan hasta bakımı ve gününbirlik cerrahi hizmetlerinin geri ödemesi için yeni bir TİG sistemi kullanılmaktadır. 698 TİG'i içeren sınıflandırma, yoğun bakım ve yüksek maliyetli test ve prosedürlerin TİG içine dahil edilmesine izin verilmektedir. Hastane düzeyine (ikinci veya üçüncü basamak) göre bir ayırım uygulanmamaktadır.

1999'dan bu yana, hastaneler ve bölgesel Ulusal Sağlık Sigortası Fonu şubeleri arasındaki sözleşmeler kapsamında sağlanan hizmetlerin miktarına, ardından Ulusal Sağlık Sigortası Fonu'ndan aktarılan hastane bütçelerine tavanlar getirilmiş ve bu da yatarak hasta kabul oranlarında küçük düşümlere yol açmıştır.

Uzun süreli bakım hastanelerinde yatış günü bazında geri ödeme yapılmaktadır. Hastalar bu hastanelerde 120 güne kadar tedavi edilebilmekte ve daha sonra hizmet için katılım payının alınabileceği yaşlılar evlerine nakledilebilmektedirler. Tıbbi rehabilitasyon, referans fiyatlara göre ödenmektedir. Ruh sağlığı bakımı ve verem tedavisi günü birlik ödeme yöntemi ile finanse edilmektedir.

3.2. İlaç Geri Ödeme Sistemi

3.2.1. Fiyatlandırma

Sağlık Bakanlığı bünyesindeki Eczacılık Dairesi, ilaçlara yönelik fiyat politikasının geliştirilmesinden sorumludur. Eczacılık Dairesi'nin İlaç Maliyet Yönetimi Bölümü, geri ödemesi yapılan ilaçların sabit perakende ve azami toptan satış fiyatlarını belirlemektedir. Sağlık Bakanlığı talimat vererek fiyatları onaylamaktadır.

Nüfusun yaşlanması ve buna bağlı olarak kronik hastalıkların artan prevalansı göz önüne alındığında, maliyet sınırlama önlemleri Avrupa genelinde yaygındır. Litvanya'da, yenilikçi ilaçların fiyatları Avrupa'daki en düşük fiyatlar arasındadır. Buna karşılık, jenerik ilaç pazarında fiyat indirimleri için önemli bir alan bulunmaktadır. Litvanya'daki geri ödeme fiyatları her dört ayda bir gözden geçirilmektedir.

2018 yılının ortalarında, Litvanya yeni fiyatlandırma metodolojisini uygulamaya koymuştur. Daha önce, Litvanya'da bir üretici tarafından üretilen ilaçların fiyatı, referans ülkelerden (Bulgaristan, Çek Cumhuriyeti, Estonya, Macaristan, Letonya, Polonya, Romanya ve Slovakya) alınan ortalama fiyat olarak hesaplanmıştır. Yeni düzenleme ile Litvanya fiyatının en düşük üç Avrupa Birliği ülkesindeki fiyatların ortalaması olması uygulanması kuralı getirilmiştir.

Geri ödemesi yapılmayan ürünler, devlet tarafından finanse edilen ürünlere benzer fiyat kontrollerine tabidir.

Hükümetin vergi reformu ile 2017 yılının başından itibaren geri ödemesiz reçeteli ilaçlardaki katma değer vergisi oranı %21'den %5'e düşürülmüştür.

3.2.2. Geri Ödeme

Litvanya'da tezgâh üstü ilaçlar, pozitif listelere eklenmemektedir. Daha ucuz bir alternatif ilacın bulunması, sağlık sigortasının ilgili ilaca ilişkin harcamasının yüksek olması veya SMCA'nın yetersiz güvenlik, etkinlik veya kalite seviyeleri nedeniyle ilacın kullanımını yasaklaması halinde, Sağlık Bakanlığı bir ilacın geri ödeme statüsünü iptal edebilmektedir.

Nisan 2018'den itibaren jenerik ikamesi konusunda daha güçlü yaptırım mekanizmaları uygulanmaktadır. Etkin madde ismiyle reçete yazmak zorunludur, ancak hastaların eczanede ilaç seçme hakları bulunmaktadır.

Litvanya'da yaklaşık 3.800 geri ödemesiz ve 1.800 geri ödemeli ilaç bulunmaktadır. Geri ödeme statüsü verilen ilaçlar aşağıdaki pozitif listelerden birine alınmaktadır:

- A Listesi, üç geri ödeme kategorisinde belirli hastalıklara yönelik ilaçları kapsamaktadır. %100 geri ödeme; onkoloji, diyabet, hemofili, şizofreni, astım vb. dahil olmak üzere en ciddi ve pahalı hastalıkları kapsamaktadır. %90 ve %50 geri ödeme seviyesinde sadece birkaç hastalık geri ödenmektedir. Hastalığa dayalı A listesinden geri ödeme, ülkenin toplam ilaç geri ödemesinin yaklaşık %95'ini oluşturmaktadır.
- B Listesi, %50 oranında geri ödenebilecek ilaçları içermektedir. 18 yaşın altındaki çocuklar, engelliler ve emekliler dahil olmak üzere belirli sosyal gruplar için iki geri ödeme oranı ile geri ödenen 56 aktif madde veya kombinasyonun bir listesidir. %100 geri ödeme çocuklara ve ağır engelliler, %50 geri ödeme diğer engelliler ve emekliler için geçerlidir.

Nisan 2019'un başından itibaren diyabet tedavileri, daha önce %50 oranında geri ödemedeyken, %100 oranında geri ödenebilir hale getirilmiştir. Tam geri ödeme kapsamına sahip diğer ilaçların tanıları arasında osteoporoz, gut, migren yer almaktadır.

Temmuz 2018'de yürürlüğe giren yeni mevzuat ile geri ödenen ilaçlar için katılım payı tavanı getirilmiştir. 2019 yılında geri ödenebilir ilaçların bir paketi için katılım payı, geri ödenebilir fiyatın %20'sidir ancak bu tutar 4,71 €'yu geçemez. Ayrıca, ilaç ve tıbbi malzemeler için katılım payı 75 yaş ve üzeri tüm ikamet edenlere (gelirleri ne olursa olsun) ve ayrıca gelirleri (emekli maaşları, sosyal yardımlar, yardımlar) aylık 267 €'dan az olan yaşlı emekliler ve engellilere geri ödenmektedir.

4. TÜRKİYE İLE LİTVANYA SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMLERİNİN KIYASLANMASI

Litvanya'da kamu tarafından sağlanan zorunlu sağlık sigortacılığı sistemi bulunmaktadır. Ülkemizde Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından sunulan kamu sağlık sigortacılık sistemi, Litvanya'da Sağlık Bakanlığına bağlı olarak çalışan Ulusal Sağlık Sigortası Fonu aracılığıyla sunulmaktadır.

Litvanya’da yaşayan herkes zorunlu olarak kamu sağlık sigortası kapsamındadır. Özel sağlık sigortalarının payı düşük düzeydedir. Sağlık hizmetlerinden faydalanabilmek için prim ödemesinde bulunulması gerekmektedir. Türkiye’de de benzer şekilde ikamet esasına dayalı zorunlu kamu sağlık sigortacılığı sistemi bulunmaktadır. SGK verilerine göre 2021 yılı sonu itibarıyla nüfusun %98,8’i kamu sağlık sigortası kapsamındadır.

Türkiye’de sağlık sigortası sisteminin finansmanı genel olarak kişiler tarafından ödenen primler ve genel sağlık sigortası primlerinin dörtte biri oranında devlet katkısı ile sağlanmaktadır. Litvanya’da da benzer şekilde vergi gelirlerinin ve sosyal sağlık sigortası katkılarının bir karışımı ile sistem finanse edilmektedir.

Litvanya’da sağlık hizmeti sunucuları ile yapılan sözleşmeler vasıtasıyla hizmetler satın alınmaktadır. Ülkemizde genel sağlık sigortalılarına sunulan sağlık hizmetleri; sağlık hizmeti sunucuları ile yapılan sözleşmeler ve protokoller, Sağlık Uygulama Tebliği üzerinden yapılan düzenlemeler, Sağlık Hizmeti Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen bedeller vasıtasıyla yürütülmektedir. Litvanya’da Ulusal Sağlık Sigortası Fonu’nun bölgesel birimleri, yerel nüfusa hizmet vermek üzere sağlık hizmet sunucuları ile sözleşme imzalamaktadır.

Litvanya’da ayakta ve yatarak tedavi hizmetlerinin geri ödemesi, Türkiye’de olduğu gibi vaka başı ve hizmet başı geri ödeme yöntemleri ile finanse edilmektedir. Türkiye’den farklı olarak Litvanya’da TiG yöntemi de akut yatan hasta bakımı ve günübirlik cerrahi hizmetlerinin geri ödemesi için kullanılmaktadır. İki ülke arasındaki bir diğer farklılık, Türkiye’de Sağlık Bakanlığı hastaneleri ile global bütçe yöntemi ile geri ödeme gerçekleştirilmesidir.

Türkiye’de kişilerin hastaneye başvururken ödedikleri “muayene katılım payı”, “ilave ücret” gibi cepten ödemeler bulunmaktadır. Litvanya’da ise özellikle reçeli/reçetesiz ilaç temininde ve sözleşmesi olmayan hastaneye gidildiğinde yüksek oranlarda cepten ödemeler söz konusudur. İlaç temininde katılım payı hastanın ve hastalığın durumuna göre %50, %80, %90 ve %100 şeklinde değişen oranlardadır. Türkiye’de ayakta tedavide sağlanan ilaçlardan iki tür katılım payı alınmaktadır. Birincisi, Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişilerden ilaç bedelinin %10’u, diğer kişilerden ise ilaç bedelinin %20’si şeklinde alınan oransal katılım payıdır. İkincisi ise her bir reçete için üç kutuya kadar (üç kutu dahil) temin edilen ilaçlar için 3 TL, üç kutuya ilave temin edilen her bir kutu ilaç için 1 TL katılım payıdır. Türkiye’de ayakta tedavide sağlanan ilaçlardan alınan katılım payı uygulamasında yer alan istisnalar (kronik hastalıklar, yatarak tedavi vb.) gibi Litvanya’da da bir takım istisna ve muafiyetler söz konusudur.

Ülkemizin aksine Litvanya’da sevk zinciri uygulaması bulunmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmet sunucusunun sevkisi ile uzman hizmetlere başvurulabilmektedir. Ülkemizde ise birinci basamak sağlık hizmet sunucusuna başvurulduğunda katılım payı alınmamakta, ikinci basamak resmi sağlık hizmet sunucularında 6 TL, Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt polikliniklerinde 7 TL, Tıp Fakülteleri Bulunan Devlet Üniversiteleri Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezlerinde ve Tıp Fakülteleri Bulunan Vakıf Üniversiteleri Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezlerinde 8 TL, ikinci ve üçüncü basamak özel sağlık hizmeti sunucularında 15 TL katılım payı alınarak hastaların birinci basamağa başvurması yönünde bir teşvik mekanizması oluşturulmaya çalışılmıştır.

Litvanya yüksek sağlık sigortalı nüfus kapsamına sahip olmasının yanında cepten ödemelerin oranının %30’u ile yüksek olduğu ülkeler arasında yer almaktadır. Türkiye’de ise toplam sağlık harcamalarının içinde cepten ödemelerin oranı %16’dır.

Son olarak Tablo 3’te Türkiye, Litvanya ve OECD ülkelerinin temel göstergelerine yer verilmiştir.

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

	LİTVANYA	TÜRKİYE	OECD
Nüfus, (2022)	2.833.00	85.341.241	-
Kişi başına düşen GSYİH, (\$), (2022)	24.826	10.616	-
Asgari ücret tutarı, (\$), (2022), (Aylık)	768	459	-
Cari sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı, (%), (2022)	7,5	4,3	9,2
Kişi başına düşen sağlık harcaması, (\$), (2022)	3.587	1.827	4.986
Kişi başına düşen ilaç harcaması, (\$), (2021)	655	-	614
Doğuşta beklenen yaşam süresi kadın, Doğuşta beklenen yaşam süresi erkek, (yıl), (2022)	78,8 69,5	81,3 75,9	83,0 77,6
Sigorta tarafından kapsanan nüfus oranı, (%), (2021)	98,8	98,8	97,9
1.000 kişiye düşen doktor sayısı, 1.000 kişiye düşen hemşire sayısı, 1.000 kişiye düşen yatak sayısı, (2021)	4,5 7,9 6,1	2,2 2,8 3,0	3,7 9,2 4,3
Toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı, (%), (2021)			
1 - Kamu sağlık harcaması oranı, (%)	69	79	76
Merkezi hükümet/bölgesel, yerel yönetimler sağlık harcaması oranı, (%)	12,6	29	38
Sosyal sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	56,4	50	38
2 - Cepten yapılan sağlık harcaması oranı, (%)	30	16	18,5
3 - Gönüllü sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	1	2	4,5
4 - Diğer harcamaların oranı, (%) *	-	3	1
Hane halkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı, (%), (2021)	4,1	1,4	3,3

* Ülkede geçici olarak ikame edenlere ait sağlık harcamaları

Kaynak:

1. Health at a Glance 2023 OECD Indicators, 2023.
2. The World Bank, 2022a.
3. The World Bank, 2022b.
4. OECD, 2022.

KAYNAKLAR

- Ministry of Health of The Republic of Lithuania (2023). Health Care. <https://sam.lrv.lt/en/adresinden> Nisan 2023 tarihinde alınmıştır.
- Murauskiene L., Janoniene R., Veniute M., van Ginneken E., Karanikolos M. (2013).Lithuania: Health System Review. Health Systems in Transition, 15(2), 1-150.
- Mutual Information System on Social Protection (2023). Health Care. <https://www.missoc.org/missoc-database/comparative-tables/adresinden> Nisan 2023 tarihinde alınmıştır.
- National Health Insurance Fund under the Ministry of Health (2023). Administrative Information <https://ligoniukasa.lrv.lt/> adresinden Nisan 2023 tarihinde alınmıştır.
- OECD (2022). Real Minimum Wage. <https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=RMW> adresinden Kasım 2023 tarihinde alınmıştır.
- OECD (2023). Health at a Glance 2023: OECD Indicators. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.
- Savaikis L., Seilis A., Gailite E. ve Laiu O. (2019). Baltic Statistics on Medicines 2016-2018, State Medicines Control Agency of Lithuania, Vilnius.
- SEV Hellenic Federation of Enterprises (2021). Sector: Pharmaceuticals. https://www.sev.org.gr/wpcontent/uploads/2021/09/Lithuania_Pharmaceuticals_2021.pdf adresinden Nisan 2023 tarihinde alınmıştır.
- Sağlık Uygulama Tebliği (2007, 25 Mayıs). Resmi Gazete (Sayı: 26532). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/>
- Sosyal Güvenlik Kurumu (2023). Aylık İstatistik Bültenleri. <https://sgk.gov.tr/Istatistik/Aylik/42919466-593f-4600-937d-1f95c9e252e6/> adresinden 17.05.2023 tarihinde alınmıştır.
- Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (2006, 16 Haziran). Resmi Gazete (Sayı:26200). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2006/06/20060616-1.htm>
- The World Bank (2022a). GDP per capita. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD> adresinden Kasım 2023 tarihinde alınmıştır.
- The World Bank (2022b). Populations. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?view=map> adresinden Kasım 2023 tarihinde alınmıştır.
- WHO (2021). European Observatory on Health Systems and Policies, Lithuania: Country Health Profile 2021, State of Health in the EU. OECD Publishing,Brussels. <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/20b64b36-en.pdf?expires=1685449951&id=id&accname=guest&checksum=5EF3C6252C38182F84C17F5C2EF28855>



LÜKSEMBURG SAĞLIK ve GERİ ÖDEME SİSTEMİ

ÖZET

Lüksemburg sağlık sistemi, kapsamlı sağlık sigortası, kamu finansmanı, sağlık hizmet sunucusu (doktor ve hastane) seçim özgürlüğü gibi çeşitli başlıklarda öne çıkmaktadır.

Lüksemburg sosyal güvenlik sistemi sağlık sigortası primleri ve vergilerle finanse edilmektedir. Ülkenin sağlık sistemi evrensel kapsam ilkesine dayanarak hem sakinlere hem de ülkede çalışan nüfusa kapsamlı bir sağlık teminat paketi sunmaktadır. Sağlık sigortasının finansmanı çalışanlardan, işverenlerden ve devletten gelen katkılardan oluşan bir sisteme dayanmaktadır. Sağlık sigortası sosyal katkılarının %40'ı devlet tarafından finanse edilirken, kalan %60'ı sigortalı nüfus ve işverenler arasında eşit olarak paylaşılmaktadır.

Temel ulusal sağlık sigortası Ulusal Sağlık Sigortası Fonu'na katkı, ekonomik olarak aktif olan tüm kişiler (istihdam edilenler, serbest meslek sahipleri veya yardım alan kişiler) için zorunludur. Reşit olmayanlar ve başka bir sağlık sigortası olmayan öğrenciler de dahil olmak üzere aile üyelerini de kapsamaktadır. Lüksemburg'da nüfusun tamamı sağlık sigortası kapsamındadır. Ulusal Sağlık Sigortası Fonu, tüm sağlık hizmetleri için ödeme yapan tek kurumdur. Sağlık hizmetlerinden faydalanmak için teminat paketi kapsamında olan sağlık hizmetinin ulusal sağlık sigortası ile anlaşma yapan sağlık sunucuları tarafından sağlanması gerekmektedir. Kapsamlı teminat paketi ve sigorta programları nedeniyle, gönüllü sağlık sigortası Lüksemburg'da gelişmemiştir.

Lüksemburg'da pratisyen hekimi seçmek ve uzman bir doktora danışmak serbesttir. Ancak hastaların hastanelerden hizmet alabilmeleri için hekimden sevk almaları gerekmektedir. Hasta katılım payı doktor ziyaretleri için normal tarifinin %20'sidir. Hastanın tüm masrafları ödemesi ve sonra geri ödeme alması için makbuzları Ulusal Sağlık Fonuna sunması gerekmektedir. Geri ödeme olarak alınan miktar %80 ile %100 arasında değişmektedir.

İlaç fiyatları, Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından belirlenmektedir. İlaçlar sadece orijinal tıbbi reçetelerin sunulması durumunda karşılanmaktadır. Pozitif listede yer alan ilaçlar için üçgeri ödeme sınıfı ve her sınıf için bir geri ödeme oranı (%40, %80 ve %100) bulunmaktadır. Lüksemburg'da, eczanelerden satın alınan ilaçların geri ödemesi, ilacın Resmî Gazete'de yayınlanan pozitif ilaçlar listesinde kayıtlı olup olmamasına bağlıdır.

ÜLKE TANITIMI

Ülkenin Demografik Özellikleri ve Sağlık Göstergeleri

Lüksemburg Batı Avrupa'da, denize kıyısı olmayan küçük bir devlettir. Belçika, Almanya ve Fransa tarafından çevrelenen karasal bir ülkedir. 2.586 km² ile Avrupa'daki en küçük ülkelerden biridir.

Lüksemburg istikrarlı bir ekonomik büyüme ve düşük işsizlik oranına sahiptir. Ülke son derece gelişmiş bir ekonomiye sahiptir ve kişi başına düşen millî gelir ortalamasında IMF ve Dünya Bankası verilerine göre birinci sırada yer almaktadır. Lüksemburgca, Almanca ve Fransızca olmak üzere üç resmî dili bulunmaktadır.

Lüksemburg, anayasal monarşi biçiminde temsili bir demokrasi ile yönetilmektedir. Ülke 12 kantonda toplanmış, 116 komüne bölünmüştür. Komünler yasal yetkilere sahip, varlıklarını yöneten ve yerel temsilciler aracılığıyla vergi alan bir yapıdadır. Ancak İçişleri Bakanlığı tarafından temsil edilen merkezi yönetimin kontrolü altındadırlar. Her komün beş yıllık bir süre için genel oyla seçilen bir belediye meclisine sahiptir. Yasama yetkisi Büyük Dük, hükümet, Milletvekilleri Odası ve Danıştay tarafından ortaklaşa yürütülmektedir.

Lüksemburg; Avrupa Birliği'nin, NATO'nun, OECD'nin, Birleşmiş Milletler'in, Benelüks Topluluğu'nun ve Batı Avrupa Birliği'nin kurucu üyelerindedir. Ülkenin başkenti ve aynı zamanda en büyük yerleşim birimi olan Lüksemburg, Avrupa Birliği ile ilgili pek çok sayıda kurum, kuruluş ve dairenin genel merkezine ev sahipliği yapmaktadır.

Lüksemburg nüfusu 2022 yılı itibarıyla 650.774'tür. Nüfus esas olarak kentsel bölgelerde yaşamaktadır. Doğuşta beklenen yaşam süresi erkeklerde 80,5, kadınlarda ise 84,8'dir.

Lüksemburg'da 2021 yılı itibarıyla 1.000 kişiye düşen doktor sayısı 3 iken OECD ortalaması ise 3.7'dir. 1.000 kişiye düşen hemşire sayısı ve yatak sayısı da OECD ortalamasının üzerindedir.

Sağlık Harcamaları

Toplam sağlık harcamalarının gayri safi yurtiçi hasıla içindeki payı 2022 yılı itibarıyla %5,5 olarak gerçekleşmiştir. Bu alandaki OECD ortalaması %9,2'dir. Kişi başına düşen sağlık harcaması ise 2022 yılında 6.436\$ olarak gerçekleşmiştir ve OECD ortalamasının üzerindedir.

2021 yılı itibarıyla toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı incelendiğinde kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki oranının %86, cepten yapılan sağlık harcamalarının oranının %9, gönüllü sağlık sigortası harcamalarının oranının %3 ve diğer sağlık harcamalarının oranının ise %2 olduğu görülmektedir. 2021 yılında hane halkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı %1,8 olarak gerçekleşmiştir.

Tablo1: Ekonomi ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması

	LÜKSEMBURG	OECD
Nüfus, (2022)	650.774	-
Kişi başına düşen GSYİH, (\$), (2022)	126.426	-
Asgari ücret tutarı, (\$), (2022), (Aylık)	2.411	-
Cari sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı, (%), (2022)	5,5	9,2
Kişi başına düşen sağlık harcaması, (\$), (2022)	6.436	4.986
Kişi başına düşen ilaç harcaması, (\$), (2021)	582	614
Doğuşta beklenen yaşam süresi kadın, Doğuşta beklenen yaşam süresi erkek, (yıl), (2022)	84,8 80,5	83,0 77,6
Sigorta tarafından kapsanan nüfus oranı, (%), (2021)	100	97,9
1.000 kişiye düşen doktor sayısı, 1.000 kişiye düşen hemşire sayısı, 1.000 kişiye düşen yatak sayısı, (2021)	3,0 11,7 4,1	3,7 9,2 4,3
Toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı, (%), (2021)		
1 - Kamu sağlık harcaması oranı, (%)	86	76
Merkezi hükümet/bölgesel, yerel yönetimler sağlık harcaması oranı, (%)	9	38
Sosyal sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	77	38
2 - Cepten yapılan sağlık harcaması oranı, (%)	9	18,5
3 - Gönüllü sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	3	4,5
4 - Diğer harcamaların oranı, (%) *	2	1
Hane halkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı, (%), (2021)	1,8	3,3

* Ülkede geçici olarak ikame edenlere ait sağlık harcamaları

Kaynak:

1. Health at a Glance 2023 OECD Indicators, 2023.
2. The World Bank, 2022a.
3. The World Bank, 2022b.
4. OECD, 2022.

ÜLKENİN SAĞLIK ve GERİ ÖDEME SİSTEMİ

1. ORGANİZASYON YAPISI

Lüksemburg zorunlu sağlık sigortası sistemine sahiptir. Sağlık sistemi ülkenin zorunlu sosyal sağlık sigortası planı aracılığıyla yerleşik nüfusun tamamını kapsamaktadır. Sağlık hizmetlerinin satın alınması ve finansmanı; sağlık hizmetleri, hastalık izni ve uzun dönem bakım sigortası olmak üzere üç planı kapsayan Ulusal Sağlık Sigorta Fonu'nun sorumluluğundadır. Sağlık sistemi yönetimi için sorumluluk merkezi yönetimdedir ve bakanlıklar arasında bölüştürülmüştür. Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmeti sunucularına ruhsat vermenin yanı sıra sağlık politikası geliştirerek planlama ve düzenleme işlevlerini yürütmektedir. Sosyal Güvenlik Bakanlığı sağlık, hastalık izni ve uzun süreli bakımı finanse eden kamu kurumlarını yönetirken, Aile İşleri Bakanlığı uzun süreli bakım tesislerini, evde bakım ağlarını ve engelliler için bakım hizmetlerini yönetmektedir.

Sağlık Bakanlığı'nın temel faaliyet alanları şunlardır:

- İstatistiksel ve epidemiyolojik analizler,
- Odyofonoloji/ortoptik,
- Laboratuvar analizlerinin kalitesinin kontrol edilmesi,
- Mamografi tarama programları,
- Tıp eğitimi,
- Sosyal hekimlik ve ilacın kötüye kullanımı/madde bağımlılığı,
- Eczacılık ve ilaçlar,
- Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile hastalıkların önlenmesi,
- Radyasyondan korunma,
- İş sağlığı,
- Halk sağlığının korunması.

Sağlık sigortası tarafından konsültasyonlar, muayeneler, tıbbi faaliyet ve hizmetlerin karşılanması için Ulusal Sağlık Sigortası Fonu ile sözleşme imzalamış hizmet sunucular tarafından sunulması gerekmektedir.

Lüksemburg'daki tüm hastaneler devlete aittir ve kamu tarafından işletilmektedir. Bazı pratisyen ve uzman hekimler özel olarak hizmet sunmaktadırlar. Dördü genel hastane ve ikisi uzman dal hastanesi olmak üzere altı akut bakım hastanesi vardır.

Lüksemburg'daki bir diğer önemli kurum olan Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın temel görevi, vatandaşlarının sosyal güvenliğini sağlamak ve kişilerin yaşamları boyunca hastalık, yaşlılık, malullük ve iş kazaları alanlarında karşılaşılabilecekleri risk ve ihtiyaçlara cevap vermektir. Bu görevleri yürütebilmesi için Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın denetimi altında üç idare bulunmaktadır. Bunlar; Sosyal Güvenlik Genel Müfettişliği, Sosyal Güvenlik Sağlık Kurulu ve Uzun Dönem Bakım Sigortası Değerlendirme ve İzleme Devlet Ofisi'dir.

Sosyal Güvenlik Sağlık Kurulu (CMSS) sosyal güvenlik idaresinin yetkisi altındaki bir idaredir. Temel amacı iş göremezlik durumunun değerlendirilmesi ve uygulanabilirse, normal çalışma kapasitesine ilişkin olarak geçici veya nihai iş göremezlik derecesinin belirlenmesidir.

Sağlık Sigortası Fonları Birliği ile özel sektördeki sağlık sigortası fonlarının birleşmesinden doğan Ulusal Sağlık Sigortası Fonu, hastalık, analık ve uzun süreli bakım sigortalarının yönetiminden sorumlu kurum olarak ülkedeki sağlık sigortacılığı alanındaki en önemli kurumdur. Tek statünün getirilmesinden önce var olan Özel Sektör Çalışanları Fonu (CMEP), Mavi Yakalılar Sağlık Sigortası Fonu (CMO), Serbest Meslek Sahipleri Sağlık Sigortası Fonu (CMPI), Tarım İşçileri Sağlık Sigortası Fonu (CMA) ve Çelik Fabrikası İşçileri Sağlık Sigortası Fonu (CMEA ve CMOA) isimli fonlar Ulusal Sağlık Fonu'na entegre edilmiş Sağlık Sigortaları Birliği Ulusal Sağlık Fonu'na dönüştürülmüştür.

Ayrıca Ulusal Sağlık Sigortası Fonu, global hastane bütçeleri hakkında sağlık hizmet sunucular ile müzakerelerde bulunarak sağlık hizmetlerinin kalitesini izlemektedir. Geri ödenecek ilaçlarla ilgili olarak ruhsata ve kamu fiyatına sahip olan şirketler Ulusal Sağlık Sigortası Fonu'na ilacın pozitif listeye eklenmesi için talepte bulunmaktadır. Ulusal Sağlık Sigortası Fonu'nun başkanı veya delegeleri ilaçların pozitif listede yer alıp almayacağına kadar vermekte ve Sosyal Güvenlik Sağlık Kurulu görüşüne dayalı olarak uygulanabilir kapsam oranını belirlemektedir.

Ulusal Sağlık Sigortası Fonu, Komite başkanı olarak işçi, işveren ve bir devlet temsilcisinden oluşan üçlü bir organizasyona sahip bir İdare Konseyi tarafından yönetilmektedir. İdare Konseyi tarafından alınan kararlar ve yapılan işlemler Ulusal Sağlık Sigortası Fonu için bağlayıcıdır. Konsey, Ulusal Sağlık Sigortası Fonu Başkanı, Devlet temsilcisi, özel sektör çalışanlarını temsilen beş delege, kamu sektöründen üç delege, kendi adına bağımsız çalışanları temsilen iki delege ve işverenleri temsilen beş delegeden oluşmaktadır. İdare Konseyi, bir yandan Ulusal Sağlık Sigortası Fonu'nun faaliyetlerini yönlendirmekte, diğer yandan Ulusal Sağlık Sigortası Fonu'nun iç yönetim ilkelerini belirlemektedir.

İdare Konseyi'nin görevleri, Sosyal Güvenlik Yasası'nda tanımlanmıştır. Bu görevler;

- Kamu sektörü sağlık sigortası fonları tarafından oluşturulan idari giderlerin büt çesini dikkate alarak, sağlık ve doğum sigortasının toplam yıllık bütçesini belirlemek,
- Çok yıllık programları oluşturmak,
- Katılım paylarını yeniden belirlemek,
- Yıllık global gelir ve gider rakamları ile sağlık-doğum sigortası bilançosunu yönetmek,
- Hizmetlere ilişkin tüm unsurları yasal, düzenleyici ve geleneksel hükümler çerçevesinde düzenleyen tüzükler oluşturmak,
- Ulusal Sağlık Sigortası Fonu'nun işleyişine ilişkin kuralları belirlemek,
- Başkan veya temsilcisi tarafından sağlık hizmeti sunucuları ile yürütülecek müzakereleri hazırlamak ve bu müzakerelerin sonucu hakkında görüş bildirmek,
- Ulusal Sağlık Sigortası Fonu'nun mal varlıklarını yönetmek,
- Ulusal Sağlık Sigortası Fonu personeli ile ilgili kararlar almak.

Ortak Sosyal Güvenlik Merkezleri, 1974 yılında yasa koyucu tarafından oluşturulan, Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın denetimine tabi tutulan kamu kurumlarıdır. Başlıca sorumlulukları; sigortalı kişilerin kayıt altına alınmasını, primlerin toplanmasını ve bunların yanı sıra primlerin kaydedilmesi ve farklı kurumlar arasında dağıtılmasını içermektedir. Sigortalıların kaydı bu merkezlerin en temel faaliyetlerindedir. Lüksemburg'da bir kişi çalışmaya başladığında mesleğine göre Ulusal Sağlık Sigortası Fonu'na bağlı fonlara da üye olmak durumundadır.

Ulusal Sağlık Sigortası Fonu, tüm sağlık hizmetleri için ödeme yapan tek kurumdur. Sağlık hizmetlerinden faydalanmak için, teminat paketi kapsamında olan sağlık hizmetinin Ulusal Sağlık Sigortası Fonu ile anlaşma yapan sağlık hizmeti sunucuları tarafından sağlanması gerekmektedir. Teminat paketi kapsamına alınacak sağlık hizmetleri, Adlandırma Komisyonu, Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı arasında alınan ortak bir kararla belirlenmektedir. Adlandırma Komisyonu, sağlanan hizmetleri ve Ulusal Sağlık Sigortası Fonu tarafından kapsanan cihazları sınıflandırmaktadır. Bu Komisyon, Ulusal Sağlık Sigortası Fonu tarafından karşılanacak hizmetlerin miktarını genişletebilmekte veya azaltabilmektedir. Komisyon, Ulusal Sağlık Sigortası Fonu teminat paketine bir hizmetin eklenmesi, silinmesi veya değiştirilmesine dair bir gerekçe sunmaktadır. İlaç fiyatları Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından belirlenmektedir.

2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

Lüksemburg'daki en büyük sağlık harcama kategorisi, 2019 yılındaki tüm sağlık harcamalarının üçte birini (%32,9) oluşturan ve AB ortalamasının (%29,5) üzerinde gerçekleşen evde bakım dahil ayakta tedavi harcamalarıdır. Yatarak tedavi için bu oran %29,1'dir ve bu da bir bütün olarak AB ortalamasına eşittir. Hastane bakımında artan sağlık harcamalarını sınırlamayı ve birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmeyi amaçlayan 2010 tarihli sağlık reformu yasasına rağmen, kısmen hastane sektöründeki toplu iş sözleşmelerinin bir sonucu olarak 2010 ile 2019 yılları arasında yatarak tedavi harcamalarının payı %2,5 artmıştır. Ayakta tedavi harcamalarının payı ise aynı dönemde 5,1 puan düşmüştür. Diğer kategorilerdeki harcamalar sabit kalmıştır. Lüksemburg'da kişi başına uzun dönem bakım harcamaları (708 €) AB ortalamasından daha fazladır (617 €). Ancak ilaç, tıbbi cihaz ve korunmaya yönelik kişi başına harcama AB ortalamalarının altındadır.

2020 yılında, hükümet Covid-19 mali paketinin bir parçası olarak sağlık sistemine 194 milyon € tutarında ek mali tahsis yapılmıştır. Kaynaklar, Covid-19 bakımı için ayakta hasta sağlık merkezleri oluşturmak, tıbbi ekipman satın almak, test kapasitelerini artırmak ve pandemi sırasında Lüksemburg'da kalması gereken sınır ötesi sağlık ve sosyal bakım çalışanları için geçici konaklama masraflarını karşılamak için kullanılmıştır.

2.1. Kamu Sağlık Sigortası Kapsamında Yer Alan Kişiler

Lüksemburg'un kamu sağlık sigortası programı, ekonomik olarak aktif olan veya devletten sosyal güvenlik ödemeleri alan herkes için zorunludur. Reşit olmayanlar ve başka bir sağlık sigortası olmayan öğrenciler de dahil olmak üzere aile üyelerini kapsamaktadır. Lüksemburg'da bir takvim yılında üç aydan az geçici çalışan kişiler sağlık sigortasından muaftır, ancak gönüllü katılım payı ödemeyi tercih edebilirler. Avrupa kurumlarında veya uluslararası kuruluşlarda çalışan ve nüfusun önemli bir bölümünü temsil eden kişiler, işverenlerinin sağlık sigortası programları kapsamındadır. Böylece Lüksemburg'da nüfusun tamamı sağlık sigortası kapsamındadır.

Zorunlu sağlık sigortası, diğerlerinin yanı sıra, maaşlı çalışanları, serbest meslek sahiplerini, çırakları, denizcileri, çocukları, öğrencileri ve ayrıca emekli maaşı, malullük aylığı, işsizlik maaşı alan kişiler ile doğum izninde olanları veya sosyal güvenlik yardımı alanları kapsamaktadır. Sigortalı kişinin işinden ayrılmadan hemen önce altı aylık kesintisiz sigortalı olması kaydıyla, sağlık yardımlarından yararlanma hakkı ayın geri kalanında ve takip eden 3 ay boyunca devam etmektedir.

Lüksemburg'da 18 yaş altı çocuklar hariç sağlık sigortası kapsamındaki kişiler genel olarak ayakta tedavi muayenelerinde hizmet bedelini ödemek zorundadır. Her doktor muayenesinde sonrası fatura düzenlemektedir. Daha sonra düzenlenmiş fatura ve/veya ilgili belgelerle kişiler Ulusal Sağlık Sigortası Fonu'na geri ödeme için başvurmaktadır. Yatarak tedavide ise tedavi bedelleri doğrudan sağlık sigortası tarafından ödenmektedir. Evrensel kapsama rağmen bazı boşluklar ve erişim engelleri hala mevcuttur. Zorunlu sağlık sigortasına rağmen, bazı nüfus grupları kapsam dışı kalmıştır ve sağlık hizmetlerine çok kısıtlı erişim hakkına sahiptirler. Bunlar evsizler, refah yardımları sona eren yerleşikler ve kayıtsız göçmenlerdir. 2012'de Lüksemburg ayakta tedavi hizmetlerinde peşin ödemede zorluk yaşayan hassas gruplar için "aynı yardım" modeli getirilmiştir. 1 Ocak 2013'ten sonra düşük gelirli bireyler üçüncü taraf sosyal ödeme altında destek talep etme hakkına sahiptir. Bu tür talepler, yetki sahibi sosyal refah ofislerine yapılmaktadır. Bu planın amacı ekonomik zorlukta olan bireylerin tıbbi tedaviler ve dış tedavilerine erişebilmesini sağlamaktır. Yetkili sosyal refah servisi tarafından belirli bir süre için düzenlenen sertifikanın ibrazından sonra bireylerin artık sağlık hizmet giderlerini ödemeleri ve daha sonra geri ödeme için başvuruda bulunmaları talep edilmemektedir. Bunun yerine giderler doğrudan Ulusal Sağlık Fonu tarafından karşılanmaktadır.

2023 itibarıyla tüm nüfus için, hastalardan ziyade Ulusal Sağlık Sigortası Fonu'nun hizmet noktasında geri ödeme tarifesi doğrudan sağlık hizmet sunuculara ödemesi anlamına gelen üçüncü taraf ödeyici sistemine geçilmesi planlanmaktadır.

2.2. Finansman Kaynakları

Lüksemburg sosyal güvenlik sistemi sağlık sigortası primleri ve vergilerle finanse edilmektedir. Lüksemburg sağlık sistemi evrensel kapsama ilkesine dayanarak hem sakinlere hem de ülkede çalışan nüfusa kapsamlı bir sağlık hizmeti paketi sunmaktadır. Temel ulusal sağlık sigortası olan Ulusal Sağlık Sigortası Fonu'na katkı, ekonomik olarak aktif olan tüm kişiler (istihdam edilen, serbest meslek sahibi olanlar veya yardım alanlar) için zorunludur. Ulusal sağlık sigortasına katkı olarak prim oranları, tüm mesleki gelirlerin %5,6'sı (%2,8 çalışanı, %2,8 işveren olmak üzere) düzeyindedir. Sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmı, işverenlerin ve çalışanların primleriyle finanse edilmektedir ve prim gelirleri sağlık bütçesinin %60'ına denk gelmektedir. Devlet ise sağlık bütçesinin kalan %40'ını karşılamaktadır. Primlerin hesaplanması için uygulanan taban ücret çalışanlar ve işverenler için aynıdır. Aylık prim oranı hesaplama tabanı en az 2.313 €'dur (emekliler için 3.007€) ve 11.566 €'yu geçmemektedir.

Sağlık sigortası sisteminin genel bütçesi, çok yıllık harcama tahminlerine dayanarak, her yıl, bir sonraki yıl için Ulusal Sağlık Sigortası Fonu tarafından belirlenmektedir. Ulusal Sağlık Sigortası Fonu, genel bütçenin hükümet tarafından kararlaştırılmasının ardından hastanelerle yıllık bütçeleri müzakere etmektedir. Ek olarak, Ulusal Sağlık Sigortası Fonu birinci basamaktaki farklı meslek gruplarıyla müzakerelere başlamaktadır. Lüksemburg'da ki Tıp ve Diş Hekimleri Birliği gibi profesyonel gruplarla yapılan anlaşmalar, tarifelerin ayrıntılarını ve bunları Lüksemburg'da uygulamak için akredite olan sağlık hizmeti sunucularını düzenlemektedir.

2.2. Kamu Sağlık Sigortası Kapsamında Sağlanan Hizmetler

Lüksemburg'da kamu sağlık sigortası kapsamında hastalık, hamilelik veya kaza sonucu yaralanma durumlarında sağlanan hizmetler şunlardır:

- Tıbbi bakım,
- Diş bakımı,
- Gözlük ve kontakt lensler,
- Sağlık uzmanları tarafından sağlanan tedavi,
- Klinik laboratuvar hizmetleri,
- Diş telleri,
- İlaç tedavisi,
- Tıbbi cihazlar,
- Hastanede tedavi ve kalışlar,
- Terapötik kürler ve iyileşme,
- Psikiyatrik ve geriatrik fonksiyonel rehabilitasyon; spa terapileri,
- Hasta nakil giderleri,
- Kan ürünleri ve plazma türevleri,
- Organ nakilleri,
- Palyatif bakım,
- Hedef nüfus için koruyucu tıp programlarında sunulan belirli hizmetler (doğum öncesi ve doğum sonrası bakım, risk altındaki nüfus için aşılama, 25 yaşın altındaki kadınlar için ücretsiz doğum kontrol hizmetleri, sigarayla bırakma, sırt ağrısı tedavisi, vb.)

2.3. Cepten Ödemeler ve Maliyet Paylaşımı

2021 yılında Lüksemburg'da cepten yapılan ödemelerin toplam sağlık harcamaları içindeki oranı (%9), OECD ortalamasının (%18,5) oldukça altındadır. 2021 yılında hane halkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı (%1,8) OECD ortalamasının (%3,3) altında kalmıştır.

Kapsamlı teminat paketi ve sigorta programları nedeniyle, gönüllü sağlık sigortası Lüksemburg'da gelişmemiştir. Lüksemburg'daki özel sağlık sigortaları, cepten yapılan ödemeleri karşılamak veya sağlık sistemi tarafından kapsanmayan hizmetlere kolay erişim sağlamak için yapılmaktadır. Hane halkı tarafından yapılan cepten ödemelerin çoğu, ulusal sağlık sigortası, uzun dönemli bakım ve kaza sigortası programları kapsamında sağlanan hizmetlere ilişkin maliyet paylaşımı içindir. Yerleşik nüfusun yaklaşık üçte ikisi maliyet paylaşımı için tamamlayıcı özel sağlık sigortasına sahiptir (en yaygın sigorta kuruluşu Tıbbi-Cerrahi Yatırım Fonu'dur-CMCM). Böylece, belirli hastane bakımı ve diğer hizmetler (diş tedavisi ve göz hastalıkları) için Ulusal Sağlık Sigortası Fonu tarafından belirlenen temel geri ödeme oranının üstünde ek bir ödeme alınmaktadır. Özel harcamaların yaklaşık %30'unu temsil eden, uzun dönemli bakım evlerine yapılan doğrudan ödemeler, özel hane halkı harcamalarının en önemli ikinci unsurudur.

Lüksemburg'da hasta katılım payı doktor ziyaretleri için normal tarifenin %20'sidir. Hasta katılım payı dahil sağlık hizmetinin tüm masraflarını ödemekte ve ardından geri ödeme almak için makbuzları Ulusal Sağlık Fonuna sunmaktadır. Diğer müdahaleler ve hizmetler için katılım payı oranı %12'dir. Hasta katılım payı hemodiyaliz, fizyoterapi, kemoterapi, radyoterapi tedavileri ve koruyucu tıbbi testlerde (çocuk aşıları, mamografi vb.) alınmamaktadır. Ayrıca katılım payı bir yılda prime tabi yıllık gelirin %2,5'ini geçmemektedir.

Yıllık 69,86 € tutarına kadar sağlık sigortası tarafından tamamen karşılanan diş hekimliği işlemleri ve hizmetlerinin, bu tutardan sonraki kısmının %88'i karşılanmaktadır. 18 yaşından küçük çocuk ve gençlerde veya sigortalının önlem amacıyla düzenli olarak diş hekimine başvurması şartıyla protezinin yenilenmesi veya tedavi edilmesi durumunda, restoratif çeneyüz protezleri %100 teminat kapsamındadır. Fakat sigortalı kişi düzenli olarak bir diş hekimine danışmadıysa, bu durumda tedavi tutarının %80'i geri ödenmektedir. Tıbbi yönden gereksiz ve ihtiyaç duyulanın ötesine geçen protezler kapsamda değildir.

Lüksemburg'da hastalar dilediği hastaneyi seçmekte serbesttir. Kapsamdaki kişiler yatış günü başına 24,88 € tutarında, takvim yılı başına 30 gün sınırına kadar, hastane masraflarına katkıda bulunmaktadır. Birinci sınıf odada yatış tamamen hasta tarafından karşılanmaktadır. Lüksemburg'da ilaçlar sadece orijinal tıbbi reçetelerin sunulması durumunda kapsamaktadır. Pozitif listede yer alan ilaçlar için üç sınıf vardır ve her sınıf için farklı bir geri ödeme oranı bulunmaktadır:

- %80'lik standart oran, belirli bir hükme dahil olmayan bütün ilaçlar için geçerlidir.
- %100'lük tercihli oran, tek bir etken bileşen içeren ve özellikle ciddi veya kronik hastalıklarla mücadele etmesi amaçlanan spesifik tedavilerde kullanılan ilaçlar için geçerlidir
- %40'lık düşürülmüş oran, daha sınırlı terapötik kullanımda gerekli olmayan farmasötik ürünlere uygulanmaktadır.

3. GERİ ÖDEME SİSTEMİ

Ulusal Sağlık Sigortası Fonu, tüm sağlık hizmetleri için tek geri ödeme kuruluşudur. Kapsanan hizmet türleri ve izin verilen ödeme düzeyi açısından bir sigorta planı işlevi görmektedir. Kapsam altına alınan sağlık hizmetleri Adlandırma Komisyonu, Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı arasında ortaklaşa alınan bir kararla belirlenmektedir. Adlandırma komisyonu, sağlık hizmet sunucuları tarafından sağlanan hizmetleri ve Ulusal Sağlık Sigortası Fonu tarafından kapsam altına alınan cihazları sınıflandırmaktadır. Geri ödeme listesi yılda iki kere revize edilmektedir. Adlandırma Komisyonu, Ulusal Sağlık Sigortası Fonu tarafından kapsanacak hizmetlerin tutarlarını artırma ve azaltma yetkisine sahiptir. Komite, bir hizmetin Ulusal Sağlık Sigortası Fonu teminat paketine eklenme, çıkarılma ve değişiklik yapma gerekçelerini açıklamak zorundadır. İlaç fiyatları ise Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından belirlenmektedir.

Genel olarak Ulusal Sağlık Sigortası Fonu, sağlık hizmetlerinin hemen hemen tüm alanlarında çeşitli sağlık hizmet sunucuları ile anlaşmalar müzakere etmektedir. Lüksemburg'da çalışma ruhsatı alan sağlık hizmeti sunucuları, Ulusal Sağlık Sigortası Fonu'nun tarifelerine ve geri ödeme kurallarına uymakla yükümlüdür. Ruhsat alma şartlarını taşıyan her başvuru sahibi muayenehane açmakta serbesttir ve sağlık sigortası planı tarafından otomatik olarak sözleşme yapılmaktadır.

Konsültasyon, muayene, tıbbi müdahale gibi sağlık hizmetlerinin sağlık sigortası tarafından karşılanabilmesi için, bunların Ulusal Sağlık Sigortası Fonu ile anlaşma imzalamış sunucular tarafından gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Ayrıca, bu hizmetlerin Ulusal Sağlık Sigortası Fonu tarafından kapsam altına alınan hizmetlerin yer aldığı geri ödeme listesinde yer alması zorunluluğu bulunmaktadır.

Kural olarak, sağlık yardımları Ulusal Sağlık Fonu ile sağlık hizmeti sağlayıcıları (doktorlar, hemşireler, hastaneler, vb.) arasında kararlaştırılan bir tarife temelinde tam olarak geri ödenmektedir. Ancak bazı durumlarda sigortalı kişinin tedavi masraflarına katkıda bulunması gerekmektedir.

Genel olarak, bakım ve hizmetlerin masrafları doğrudan sigortalı tarafından sağlayıcılara ödenmekte ve daha sonra Ulusal Sağlık Sigortası Fonu tarafından geri ödenmektedir. Ancak laboratuvar testleri, hastaneye yatış masrafları, ilaç masrafları ve uzun süreli bakım hizmetleri doğrudan Ulusal Sağlık Sigortası Fonu tarafından ödenmektedir. Bazı koruyucu hekimlik programları ise Devlet tarafından finanse edilmektedir.

3.1. Pratisyen Hekimler/Uzman Hekimler

Birinci basamak sağlık hizmetleri, serbest meslek sahibi olan ve çoğunlukla özel muayenehanelerde çalışan pratisyen hekimler tarafından sağlanmaktadır. Uzman hekim ayakta tedavi hizmetleri ise özel muayenehanelerde ve/veya hastanelerde çalışan serbest meslek sahipleri tarafından sağlanmaktadır.

Lüksemburg'da hastalar sevk edilmeksizin uzman hekimlere müracaat edebilmektedirler. Ayrıca sağlık hizmeti sunucuları arasında serbestçe seçim yapabilmektedirler. Ancak hastaların hastanelerden hizmet alabilmeleri için hekimden sevk almaları gerekmektedir. Nerede çalıştıklarına (hastanede veya kendi muayenehanelerinde) veya istihdam durumlarına (serbest meslek sahibi veya maaşlı) bakılmaksızın, doktorlara her zaman hizmet başına ödeme yöntemi ile geri ödeme yapılmaktadır.

Ayakta tedavi hizmetlerinin çoğu geri ödeme kapsamında yer almaktadır. Hastalar sağlık hizmeti sunucularına önceden ödeme yapmakta ve daha sonra Ulusal Sağlık Sigortası Fonu tarafından farklı oranlarda geri ödeme almaktadırlar. Ayakta tedavi faturaları yetişkinler için belirlenen oranların %88'i, 18 yaş altı kişiler için ise %100'ü oranında karşılanmaktadır.

3.2. Hastaneler

Lüksemburg'da hastane bakımı dört genel hastane ile ihtisas hastaneleri tarafından sağlanmaktadır. Hastane hizmetleri, Ulusal Sağlık Sigortası Fonu tarafından global bütçe temelinde finanse edilmektedir. Her hastane, öngörülen faaliyetleri temelinde hastalık sigortası ile ayrı bir bütçe müzakere süreci yürütmektedir.

Hastane masrafları doğrudan sağlık sigortası tarafından karşılanmaktadır. 18 yaş altı çocuklar hariç sigortalılar tarafından günlük katılım payı ödenmektedir.

Yatarak tedavi veya gününbirlik tedavi durumunda tıbbi faturalar, doktorların iş ve hizmet tarifelerinde öngörülen tutarların %100'ü oranında karşılanmaktadır.

18 yaşından küçük çocuklar hariç olmak üzere sigortalılar, hastanede yattıkları süre boyunca, bir takvim yılında en fazla 30 güne kadar, hastanede yatışları için günlük 24,88 € tutarında katılım payı ödemektedirler. Doğum sırasında hastanede yatış olması durumunda ilk 12 gün bu katılım payı ödenmemektedir.

Yatarak tedavi durumunda, hastanede kalış süresi üç günü aşarsa veya uzmanlık başına tıbbi ücret faturası 100 €/yu aşarsa, doktor tıbbi faturaları doğrudan Ulusal Sağlık Sigortası Fonu'na gönderebilmektedir.

Ulusal Sağlık Sigortası Fonu yurtdışında tedavi konusunda oldukça geniş imkanlar sağlanmaktadır. Ulusal Sağlık Sigortası Fonu kapsamındaki sigortalıların yaklaşık %30'u sınır ötesinde çalışan kişilerdir. Yerleşik olmayan bu kişiler çoğunlukla ikamet ettikleri ülkede sağlık hizmeti aldıklarından, Ulusal Sağlık Sigortası Fonu kapsamındaki birçok sağlık hizmeti Lüksemburg dışında-özellikle Almanya, Belçika ve Fransa'da sağlanmaktadır.

Yurtdışında ayakta tedavi için ön izin gerekli değildir. Ancak sağlanan tedavi, oldukça uzmanlaşmış ve maliyetli tıbbi altyapı veya ekipman içeriyorsa, önceden onay alınması gereklidir. Ayakta tedavi, Ulusal Sağlık Sigortası Fonu tarafından yurtiçinde geçerli oran ve tarifelere göre karşılanmaktadır. Yurtdışında yatarak tedavinin karşılanabilmesi için önceden izin alınması gerekmektedir. Uzman bir doktor tarafından yapılan nakil talebinin sunulması ve Sosyal Güvenlik Sağlık Kurulu'ndan olumlu görüş alınması üzerine geri ödeme mümkündür.

3.3. İlaç Geri Ödeme Sistemi

Lüksemburg sağlık sisteminde ilaçlar için pazarlama, üretim ve ithalat ve dağıtım izinleri verme konusunda Sağlık Bakanı yetkili kılınmıştır. İlaçların satış fiyatları ise Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından belirlenmektedir.

Lüksemburg'da, eczanelerden satın alınan ilaçların geri ödenmesi, ilacın Resmi Gazete'de yayınlanan pozitif ilaçlar listesinde kayıtlı olup olmamasına bağlıdır. Bir ilacın pozitif ilaç listesine kaydedilebilmesi için bazı şartların yerine getirilmesi gerekmektedir. İlaçların başvuru öncesinde pazarlama iznine ve bir kamu fiyatına sahip olması gerekmektedir. Daha sonra ruhsat sahibinin pozitif ilaçlar listesine ilacın kaydedilmesi için Ulusal Sağlık Sigortası Fonu'na bir talepte bulunmuş olması gerekmektedir.

Sosyal Güvenlik Sağlık Kurulu tarafından verilen gerekçeli ve uygulaması zorunlu görüşe dayanarak, Ulusal Sağlık Sigortası Fonu başkanı veya temsilcisi ilaçları pozitif listeye kaydedip kaydetmemeye karar vermekte ve geçerli geri ödeme oranını belirlemektedir. Pozitif listedeki ilaçlar, hastalığın şiddeti, ilacın ikamesinin bulunup bulunmaması, ilacın tedavi sürecindeki önemi ve hastaya olan mali yükü gibi kriterler kullanılarak üç farklı kategoriye ayrılmıştır. Her bir kategori için farklı geri ödeme oranları uygulanmakta olup bunlar indirimli geri ödeme oranı (%40), normal geri ödeme oranı (%80) ve tercihi geri ödeme oranı (%100)'dür.

Maliyet paylaşımı; muafiyetleri, engelliler veya ciddi kronik rahatsızlıkları olan kişiler, çocuklar ve hamile kadınlar için veya maliyet paylaşımı yıllık brüt gelirin %2,5'ini aşan kişiler için geçerlidir.

4. LÜKSEMBURG İLE TÜRKİYE'NİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMLERİNİN KIYASLANMASI

Türkiye'de Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından sunulan kamu sağlık sigortası sistemi, Lüksemburg'da Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından yürütülmektedir. Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın altında faaliyet gösteren Ulusal Sağlık Sigortası Fonu, tüm sağlık hizmetleri için tek geri ödeme kuruluşudur.

Lüksemburg'da nüfusun tamamı sağlık sigortası kapsamındadır. Evrensel kapsam ilkesine dayanarak, Lüksemburg sağlık sistemi hem sakinlere hem de ülkede çalışan nüfusa kapsamlı bir sağlık hizmeti paketi sunmaktadır. Türkiye'de ise nüfusun %98,7'si sağlık sigortası kapsamındadır.

Sağlık sigorta sisteminin finansmanı Türkiye'de genel olarak ödenen prim gelirleri ve toplanan primlerin dörtte biri kadar devlet katkısı ile sağlanmaktadır. Prim oranı genel olarak kısa ve uzun vadeli sigorta kollarına tâbi olanlar için prime esas kazancın %12,5'idir. Bu primin %5'i sigortalı, %7,5'i ise işveren hissesidir. Lüksemburg'da temel halk sağlığı sigortası Ulusal Sağlık Sigortası Fonu'na katılım ekonomik olarak aktif olan tüm kişiler için zorunludur. Lüksemburg'da hastalık sigortası prim oranı toplamda %5,6 (%2,8 çalışan, %2,8 işveren payı) olarak uygulanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin %60'ı, işverenlerin ve çalışanların primleriyle finanse edilmektedir.

Türkiye'de genel sağlık sigortalılarına sunulan sağlık hizmetleri; sağlık hizmeti sunucuları ile yapılan sözleşme ve protokoller, Sağlık Uygulama Tebliği üzerinden yapılan düzenlemeler, Sağlık Hizmeti Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen bedeller vasıtasıyla yürütülmektedir. Lüksemburg'da sağlık hizmeti sunucularından sağlık hizmetleri satın alma, sözleşmeli bir ilişki kurularak yapılmaktadır. Ulusal Sağlık Sigortası Fonu sağlık hizmetlerinin hemen hemen her alanında çeşitli meslek gruplarıyla anlaşmalar yapmaktadır.

Lüksemburg sağlık sisteminde hastalar istedikleri aile hekimine kaydolmakta özgürdürler ve aile hekimlerinin kapı tutma rolü yoktur. Hastalar, birinci basamak bakımı durumunda bile doğrudan uzmanlara başvurabilmektedirler. Bununla birlikte Ulusal Sağlık Sigortası Fonu tarafından devlet adına işletilen hastanelere, acil durum haricinde hastaların kabul edilmeleri için doktorlarından sevk almaları gerekir. Türkiye'de ise sevk zorunluluğu bulunmamasına rağmen kişiler hastaneye başvururken farklı basamaklarda farklı maliyet paylaşımı ödemeleri söz konusudur. Muayene katılım payı basamak bazında sabit tutarlı, vücut dışı ortez-protez, yardımcı üreme yöntemi tedavileri ve ilaç katılım payları ile ilave ücret ise oransal olarak uygulanmaktadır. Lüksemburg'da hasta katılım payı doktor ziyaretleri için normal tarifinin %20'sidir. Hasta sağlık hizmetinin tüm bedelini ödemeli ve ardından geri ödeme yapılması için makbuzları Ulusal Sağlık Fonuna sunmalıdır. Geri ödeme olarak alınan miktar %80 ile %100 arasında değişmektedir. Diğer müdahaleler ve hizmetler için katılım payı oranı %12'dir. Hasta katılım payı hemodiyaliz, fizyoterapi, kemoterapi, radyoterapi tedavileri ve koruyucu tıbbi testlerde (çocuk aşıları, mamografi vb.) alınmamaktadır. Ayrıca katılım payı bir yılda prime tabi yıllık gelirin %2,5'ini geçmemektedir.

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. Türkiye’de ilaç katılım payı, Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişilerden %10, diğer kişilerden %20 oranında alınırken, belirlenen kronik hastalık ilaçları katılım payından muaftır. Lüksemburg’da pozitif listedeki ilaçlar, hastalığın şiddeti, ikame edilip edilmediği ve ilacıinterapötik süreçteki önemi ve ayrıca hasta için finansal yük gibi kriterler kullanılarak üç farklı oranda (%100, %80 ve %40) geri ödenmektedir. Lüksemburg’da sabit bir katılım payı yoktur. Kronik hastalığı olan kişiler katılım payından muaftır.

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

	LÜKSEMBURG	TÜRKİYE	OECD
Nüfus, (2022)	650.774	85.341.241	-
Kişi başına düşen GSYİH, (\$), (2022)	126.426	10.616	-
Asgari ücret tutarı, (\$), (2022), (Aylık)	2.411	459	-
Cari sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı, (%), (2022)	5,5	4,3	9,2
Kişi başına düşen sağlık harcaması, (\$), (2022)	6.436	1.827	4.986
Kişi başına düşen ilaç harcaması, (\$), (2021)	582	-	614
Doğuşta beklenen yaşam süresi kadın, Doğuşta beklenen yaşam süresi erkek, (yıl), (2022)	84,8 80,5	81,3 75,9	83,0 77,6
Sigorta tarafından kapsanan nüfus oranı, (%), (2021)	100	98,8	97,9
1.000 kişiye düşen doktor sayısı, 1.000 kişiye düşen hemşire sayısı, 1.000 kişiye düşen yatak sayısı, (2021)	3,0 11,7 4,1	2,2 2,8 3,0	3,7 9,2 4,3
Toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı, (%), (2021)			
1 - Kamu sağlık harcaması oranı, (%)	86	79	76
Merkezi hükümet/bölgesel, yerel yönetimler sağlık harcaması oranı, (%)	9	29	38
Sosyal sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	77	50	38
2 - Cepten yapılan sağlık harcaması oranı, (%)	9	16	18,5
3 - Gönüllü sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	3	2	4,5
4 - Diğer harcamaların oranı, (%) *	2	3	1
Hane halkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı, (%), (2021)	1,8	1,4	3,3

* Ülkede geçici olarak ikame edenlere ait sağlık harcamaları

Kaynak:

1. Health at a Glance 2023 OECD Indicators, 2023.
2. The World Bank, 2022a.
3. The World Bank, 2022b.
4. OECD, 2022.

KAYNAKLAR

- Claire L. ve Claire D. (2021). Medicinal Product Regulation and Product Liability in Luxembourg: Overview. Medicinal Product Regulation and Product Liability in Luxembourg: Overview | Practical Law (thomsonreuters.com)web adresinden Nisan 2023 tarihinde alınmıştır.
- CNS, (2021). Luxembourg Health System, brochure-20221021enweb.pdfweb adresinden Nisan 2023 tarihinde alınmıştır.
- Emmanuelle R. (2021). Regulatory, Pricing and Reimbursement, <https://pharmaboardroom.com/legal-articles/regulatory-pricing-and-reimbursement-luxembourg/>web adresinden Nisan 2023 tarihinde alınmıştır.
- European Commission (2013). Your Social Security Rights in Luxembourg, Your_social_security_rights_in_Luxembourg.pdf (cnap.lu)web adresinden Nisan 2023 tarihinde alınmıştır.
- European Commission (2016). Health Care & Long-Term Care Systems, Joint-Report_2016_lu.pdfweb adresinden Nisan 2023 tarihinde alınmıştır.
- Luxembourg Times (2022). How State Healthcare Works in Luxembourg, The CNS explained (luxtimes.lu)web adresinden Nisan 2023 tarihinde alınmıştır.
- Mutual Information System on Social Protection (2023). Health care. <https://www.missoc.org/missoc-database/comparative-tables/> web adresinden Nisan 2023 tarihinde alınmıştır.
- OECD (2022). Real Minimum Wage. <https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=RMW> adresinden Kasım 2023 tarihinde alınmıştır.
- OECD (2023). Health at a Glance 2023: OECD Indicators. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.
- Reimbursement Principle for Medical and Health Care Expenses, (2023) Reimbursement of medical and health expenses in Luxembourg (justarrived.lu)web adresinden Nisan 2023 tarihinde alınmıştır.
- Sağlık Uygulama Tebliği (2007, 25 Mayıs). Resmi Gazete (Sayı: 26532). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/>
- Sarita M. ve Dallas S. (2017). Comparing Healthcare Systems of Luxembourg and the United States. JABE 19(7) WebMaster.pdf (na-businesspress.com)web adresinden Nisan 2023 tarihinde alınmıştır.
- Sosyal Güvenlik Kurumu (2023). Aylık İstatistik Bültenleri. <https://sgk.gov.tr/istatistik/Aylik/42919466-593f-4600-937d-1f95c9e252e6/> adresinden 17.05.2023 tarihinde alınmıştır.
- Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (2006, 16 Haziran). Resmi Gazete (Sayı:26200). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2006/06/20060616-1.htm>
- The Healthcare System in Luxembourg Expatica, (2023)<https://www.expatica.com/lu/healthcare/healthcare-basics/the-healthcaresystem-in-luxembourg-105466/>web adresinden Nisan 2023 tarihinde alınmıştır.
- The Government of the Grand Duchy of Luxembourg,(2023).<https://guichet.public.lu/en.html> adresinden Mayıs 2023 tarihinde alınmıştır.
- The World Bank (2022a). GDP per capita. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD> adresinden Kasım 2023 tarihinde alınmıştır.

KAYNAKLAR

The World Bank (2022b). Populations. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?view=map> adresinden Kasım 2023 tarihinde alınmıştır.

WHO (2015). European Observatory on Health Systems and Policies, Luxembourg: Health System in Transition. Health Systems in Transition Mini HiT Luxembourg (who.int)web adresinden Nisan 2023 tarihinde alınmıştır.

WHO (2021). European Observatory on Health Systems and Policies, Luxembourg: Country Health Profile 2021, State of Health in the EU. OECD Publishing, Brussels.





POLONYA SAĞLIK ve GERİ ÖDEME SİSTEMİ

ÖZET

Polonya sağlık sistemi, sosyal sağlık sigortasına dayalıdır. Sağlık Bakanlığı, sorumlulukları bölgesel hükümetin üç seviyesi arasında paylaşmasına rağmen sağlık sektörünün yönetiminde merkezi bir rol oynamaktadır. Bölge (voivodeship), ilçe (powiat) ve belediye (gmina) seviyelerindeki yerel yönetimler, çeşitli derecelerde sağlık hizmetleriyle ilgilenmektedir. Belediyeler birinci basamak sağlık hizmetlerinden, ilçeler küçük ilçe hastanelerinden ve bölgeler ise büyük bölge hastanelerinden sorumludur. Sağlık Bakanlığı, uzman üçüncü basamak hastanelerini denetlemektedir.

Ulusal Sağlık Fonu (NHF), sosyal sağlık sigortası sistemindeki tek alıcıdır ve bölgelerde sağlık hizmetlerinin satın alınmasını yöneten on altı bölge şubesi aracılığıyla faaliyet göstermektedir.

Kamu hizmeti sunan kurumlar bütçe açıklarından kendileri sorumludurlar. Yerel yönetimlerin sağlığın teşviki, geliştirilmesi ve önlenmesine yönelik bazı sorumlulukları vardır. Bölgeler, sorumlu oldukları yerdeki hizmetlerin kullanılabilirliğini sağlamaktan sorumludur.

1999 yılında sağlık ve yerel yönetim reformlarının uygulanmasından bu yana, özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde, özel sağlık hizmeti sunucuları da hizmet vermeye başlamıştır. Özel sağlık hizmet sunucuları ağırlıklı olarak ayakta tedavi sağlarken, yatarak tedavi hizmetlerinin çoğu kamuya ait hastanelerde sağlanmaktadır.

Nüfusun yaklaşık %91'i zorunlu sağlık sigortası sistemi kapsamındadır. Kapsanmayan nüfus (%9) genel olarak yurt dışında yaşayan ancak Polonya'da ikametli olarak kayıtlı kişiler, çok küçük bir kısmı da geçici veya tipik olmayan iş sözleşmeleriyle çalışan yerleşik vatandaşlar ve kayıt dışı işçilerdir. Bazı nüfus grupları (hamile kadınlar ve 18 yaşın altındaki çocuklar dahil), sigorta durumlarına bakılmaksızın kamu tarafından finanse edilen sağlık hizmetlerine erişim hakkına sahiptir ve sosyal sağlık sigortası kapsamında olmayan kişilerin ayakta tedavide acil tıbbi bakım ve birinci basamak sağlık hizmetine erişimi bulunmaktadır. Kapsamlı kamu finansmanı sebebiyle birinci basamak sağlık hizmetlerine erişim ücretsizdir ve yatan hasta bakım hizmetleri için maliyet paylaşımı gerekmemektedir. Katılım payları özellikle ilaçlar ve diğer tıbbi ürünlerde, rehabilitasyon merkezlerinde ve sanatoryumlarda oda hizmetleri için alınmaktadır. Reçeteli ilaçlar için katılım payı düzeyleri ilacın türüne bağlı olarak değişmektedir. Bununla birlikte ayakta tedavide ilaçlar, tıbbi cihazlar ve diş tedavisi ve uzun dönemli bakım hizmetleri için kapsam dışı durumlar söz konusudur. Bazı nüfus grupları (örneğin küçük çocuklar için diş bakımı gibi) için ek yardımlar sağlanabilmektedir.

ÜLKE TANITIMI

Ülkenin Demografik Özellikleri ve Sağlık Göstergeleri

Polonya'nın nüfusu yaklaşık 38 milyondur. Polonya nüfusu etnik özellikleri açısından incelendiğinde, Avrupa'daki en homojen halklardan biridir. Nüfusun %98'inden fazlası Polonya kökenli olup, diğer etnik gruplar ise Alman, Ukraynalı ve Belarus'ludur.

Polonya'nın üst düzey idari birimleri, 1999'da bugünkü halini almıştır. Üç farklı kademedен oluşan idari birimler vardır. Bunlar 16 bölge (voivodalık), 379 ilçe (powiat) ve 2.478 belediyeden (gmina) oluşmaktadır. Bölge, ilçe ve belediyelerin yerel idarecileri dört yılda bir yapılan yerel seçimlerle seçilmektedir. Belediye, Polonya'nın en temel idari birimidir ve kamu işlerini kendi adına ve kendi sorumluluğu altında yürüten bir yapıdır. Belediyelerin görevleri arasında yerel statüye sahip bütün kamusal işler bulunmaktadır. İlçe, birbirlerine komşu belediyeleri kapsayabileceği gibi sadece bir şehri de kapsayabilmektedir. Voivodalık ise merkezi idareye bağlı bir birimdir.

Polonya'da doğuştan beklenen yaşam süresi 2022 yılında kadınlarda 79,6 erkeklerde 71,6 olmuştur. Sağlık hizmetlerine erişimin önünde cepten yapılan yüksek harcamalar, sağlık uzmanlarının yetersiz kalması ve yüksek sayıda sigortasız kişinin varlığı gibi nedenlerle çeşitli engeller bulunmaktadır. Polonya, yeterli sayıda sağlık çalışanını eğitmek ve korumak, kaliteli bakıma erişimi teşvik etmek ve uzun süreli bakım için artan ihtiyaçlara cevap vermek gibi zorluklarla karşı karşıyadır.

Sağlık Harcamaları

Polonya'da 2020 yılı için cari sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı %6,7 ile OECD ortalamasının (%9,2) altındadır. Kişi başına düşen sağlık harcaması ise 2022 yılı rakamlarına göre 2.973 \$ olup yine bu rakamda OECD ortalamasının gerisinde kalmıştır. Toplam sağlık harcamaları içerisinde cepten ödemelerin payı 2021 yılı rakamlarına göre %20 ile OECD ortalaması düzeyindedir. Polonya'da sağlık harcamalarının %72'si kamu tarafından finanse edilmektedir.

Tablo 1: Ekonomi ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması

	POLONYA	OECD
Nüfus, (2022)	37.561.599	-
Kişi başına düşen GSYİH, (\$), (2022)	17.999	-
Asgari ücret tutarı, (\$), (2022), (Aylık)	675	-
Cari sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı, (%), (2022)	6,7	9,2
Kişi başına düşen sağlık harcaması, (\$), (2022)	2.973	4.986
Kişi başına düşen ilaç harcaması, (\$), (2021)	457	614
Doğuşta beklenen yaşam süresi kadın, Doğuşta beklenen yaşam süresi erkek, (yıl), (2022)	79,6 71,6	83,0 77,6
Sigorta tarafından kapsanan nüfus oranı, (%), (2021)	94	97,9
1.000 kişiye düşen doktor sayısı, 1.000 kişiye düşen hemşire sayısı, 1.000 kişiye düşen yatak sayısı, (2021)	3,4 5,7 6,3	3,7 9,2 4,3
Toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı, (%), (2021)		
1 - Kamu sağlık harcaması oranı, (%)	72	76
Merkezi hükümet/bölgesel, yerel yönetimler sağlık harcaması oranı, (%)	15	38
Sosyal sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	57	38
2 - Cepten yapılan sağlık harcaması oranı, (%)	20	18,5
3 - Gönüllü sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	6	4,5
4 - Diğer harcamaların oranı, (%) *	2	1
Hane halkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı, (%), (2021)	2,3	3,3

* Ülkede geçici olarak ikame edenlere ait sağlık harcamaları

Kaynak:

1. Health at a Glance 2023 OECD Indicators, 2023.
2. The World Bank, 2022a.
3. The World Bank, 2022b.
4. OECD, 2022.

ÜLKENİN SAĞLIK ve GERİ ÖDEME SİSTEMİ

Polonya sağlık sisteminde idare, yönetim ve finansman fonksiyonları Sağlık Bakanlığı, Ulusal Sağlık Fonu (NFZ) ve özerk bölgeler arasında bölüşülmüştür. Ulusal Sağlık Fonu, sigortalı nüfusa sağlanan sağlık hizmetlerinin finansmanından sorumludur. Sağlık hizmetleri için kamu ve özel hizmet sunucularıyla sözleşme sürecini yönetmektedir. Ulusal Sağlık Fonu'nun faaliyetleri Sağlık Bakanlığı tarafından denetlenirken, bütçesi Maliye Bakanlığı tarafından belirlenmektedir. Ulusal Sağlık Fonu, ulusal halk sağlığı programlarını uygulamakla görevlidir ve çok sayıda denetleyici ve doğrudan yönetsel işlevi vardır. Her idari seviyede bölgesel sağlık otoriteleri, kendi vatandaşlarının sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesinden, sağlık hizmetlerinin sunumunun planlanmasından, sağlığın teşviki ve kamu sağlık kurumlarının yönetiminden sorumludur.

1. ORGANİZASYON YAPISI

1.1. Sorumlu Organlar

1.1.1. Sağlık Bakanlığı

1989'dan bu yana Sağlık Bakanlığının rolü, sağlık hizmetini sağlayan ve sağlık hizmeti sunumunu düzenleyen kurumdan sağlık politikası yapan ve düzenleyene doğru kademeli olarak gelişmiştir. Sağlık Bakanlığı, sağlık sektörünün ve organizasyonunun yönetilmesinden yetkili kurumdur. Ayrıca ulusal sağlık politikasından, büyük sermaye yatırımlarından ve tıbbi araştırma ve eğitimden de sorumludur. Yarı özerk tıp akademileri, üniversite hastaneleri ve araştırma enstitülerinin, Sağlık Bakanlığına karşı sorumluluğu bulunmaktadır. Bakanlık ayrıca sağlık personelinin eğitimini denetlemekten, çok pahalı tıbbi ekipmanların finansmanından (bu alandaki sorumluluk, bölgesel özerk yönetimlerle paylaşılmaktadır.) ve sağlık standartlarının belirlenmesinden ve izlenmesinden sorumludur. Bakanlık bazı acil sağlık hizmetlerini finanse etmekte ve voyvodalar tarafından hazırlanan bölgesel tıbbi acil bakım planlarını onaylamaktadır. Ayrıca ilgili meslek odalarına danışarak sağlık ocaklarında verilen sağlık hizmetlerini denetlemektedir. Bunlara ilave olarak, sağlık politikası programlarının uygulanması ve koordinasyonundan, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programlarına ilişkin kılavuzların geliştirilmesinden, çevresel ve sosyal faktörlerin neden olduğu sağlık sorunlarının çözülmesinden ve voyvodalarla birlikte sağlık hizmetleri için erişimin değerlendirilmesinden sorumludur. Bakanlığın denetleme işlevi gören kurumları ise; Başhekim Denetleme Müfettişliği, Tıbbi Ürün Kayıt Bürosu, Tıbbi Cihazlar, Biyositler ve Baş Sağlık Müfettişliği ile Sağlık Teknolojilerini Değerlendirme Kurumu (AOTM)'dir.

1.1.2. Mahalli İdare / Bölgesel Özyönetim

Bölgesel özyönetimler, Ulusal Sağlık Politikası programlarının uygulanması ve kurucusu oldukları sağlık hizmeti sağlayıcılarının altyapısının sürdürülmesi de dahil olmak üzere, kendi bölgelerinde çeşitli halk sağlığı ve sağlık hizmetleri sorumlulukları ile görevlendirilmiştir. Üç düzey bölgesel idare ve özyönetim seviyesinin uygulanmasından bu yana, her seviyede bölgesel sağlık otoriteleri (belediye, ilçe, bölge), mevzuatta tanımlanan sağlık görevlerinden, hizmet sunumunun ve sağlık hizmetlerinin yeterliliğinin değerlendirilmesinden ve altyapı ve sağlığın geliştirilmesi ile korunmasından sorumludur. Voyvodalıklar ayrıca nüfuslarının sağlık gereksinimlerine dayanarak sağlık stratejisinin oluşturulması ile planlamasından ve bölgelerindeki tıbbi acil durum hizmetlerinden sorumludur.

1.1.3. Ulusal Sağlık Fonu

Ulusal Sağlık Fonu'nun asıl görevi, sağlık hizmetlerini finanse etmektir. Sağlık hizmeti sağlayıcıları ile hizmet sunumu için sözleşmeleri müzakere eden ve imzalayan Ulusal Sağlık Fonu, sözleşme koşullarının yerine getirilmesini izlemek ve sözleşme muhasebesini tutmaktan sorumludur.

Ulusal Sağlık Fonu voyvodalık şubeleri aracılığıyla sözleşmeler için rekabetçi ihalelerin düzenlenmesi, müzakerelerin yürütülmesi, sözleşmelerin sonuçlandırılması, bunların uygulanmasının izlenmesi ve sözleşme yapılması gibi tüm sözleşme sürecinden sorumludur. Ulusal Sağlık Fonu, ayrıca sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve sağlanması ve erişilebilirliği ile ilgili olarak sağlık hizmeti sunucularını denetlemektedir. 1 Ocak 2015'ten bu yana, Ulusal Sağlık Fonu'ndan bağımsız olan Sağlık Teknolojileri Değerlendirme Kurumu (AOTMiT), sağlık hizmetleri için fiyatları belirlemekle görevlendirilmiştir. Ancak Ulusal Sağlık Fonu, henüz AOTMiT tarafından fiyatlandırılmamış hizmetler için fiyat belirlemeye devam etmektedir.

Ulusal Sağlık Fonu'nun kâr amaçlı faaliyetlerde bulunması yasaktır ve doğrudan veya dolaylı olarak sağlık kuruluşlarını işletmemektedir. Faaliyetleri, Başbakan tarafından beş yıllığına atanan on üyeden oluşan Ulusal Sağlık Fonu Konseyi tarafından denetlenmektedir. Ulusal Sağlık Fonu'nun yıllık mali planı Konsey, Sağlık Parlamenter Komisyonu ve Sejm Kamu Finansmanı Parlamenter Komisyonu tarafından belirlenmektedir. Planın Maliye Bakanlığı ile istişare içinde Sağlık Bakanlığı tarafından onaylanması gerekmektedir. Ulusal Sağlık Fonu'nun düzenleyici yetkileri, bu görevler genellikle Sağlık Bakanlığı tarafından yerine getirildiğinden sınırlıdır.

1.1.4. Sağlık Teknolojileri Değerlendirme Kurumu (AOTMiT)

AOTMiT, 2005'ten beri Sağlık Bakanlığı'nın bir danışma organı olarak ve 2009'dan beri Sağlık Bakanlığı'na bağlı hükümet idaresinin sağlık bölümünün örgütsel bir parçası olarak varlığını sürdürmektedir. 2009 yılında sağlık bakanı, icrai düzenlemelerle hazırlanan teminat paketinin oluşturulmasından sorumlu hale getirilmiş ve kurum, hizmetlerin teminat paketine dahil edilmesi konusunda tavsiyede bulunmaya başlamıştır. Kurum, 2015 yılından bu yana hizmetlerin maliyetlerinin hesaplanması ve bunların Ulusal Sağlık Fonu'nun sağlık hizmet sağlayıcılarla yaptığı sözleşmelerin temelini oluşturan tarifelere (puanlara) dönüştürülmesine de dahil olmuştur. Kurum ayrıca halk sağlığı politikası programlarının değerlendirmesinden de sorumludur.

Birinci basamak hekimleri, sistemdeki kapı bekçileri olarak hastaları sonraki sağlık hizmetleri basamaklarına yönlendirmektedirler. Birinci basamak sağlık hizmetleri; koruyucu genel sağlık hizmetleri, ayakta genel sağlık hizmetleri, aile ve çocuk sağlığı alanındaki teşhis ve tedavi edici ve rehabilite edici hizmetleri içermektedir. Bu hizmetler zorunlu aşıları, sağlığı geliştirme ve hastalıkları önleme faaliyetlerini de kapsamaktadır. Hizmetler, birinci basamak doktorları, hemşireler ve ebeler tarafından verilmektedir. Aile hekimliğindeki uzman yetersizliği, çocuk doktorlarının ve stajyerlerin birinci basamak hekimi olarak çalışmasına neden olmaktadır.

Birinci basamakta tanı konulması noktasında hizmetlere sınırlı erişim, hastaların genellikle uzman doktora sevk edilmesi anlamına gelmekte ve bu durum uzman konsültasyonları için uzun bekleme sürelerine neden olmaktadır. 2022'nin ortalarından bu yana, birinci basamak doktorlarının daha geniş bir yelpazede tanı-teşhis testleri istemelerine izin verilmiştir.

1.2.2. Ayakta Tedavi

Polonya'daki kamu sağlık sigortası sistemi kapsamındaki tüm hastalar, ücretsiz olarak uzman doktor tarafından ayakta tedavi alma hakkına sahiptir. Belirli uzmanlıklar, belirli durumlar (HIV, tüberküloz ve bağımlılıklar gibi) ve tıbbi acil durumlar haricinde, uzman ayakta tedavi hizmetine erişmek için bir birinci basamak doktorundan veya başka bir uzmandan sevk alınması gerekmektedir. Kan ve organ bağışçıları ve savaş gazileri gibi bazı hasta grupları bekleme listesi sisteminde önceliklidir. Sağlık hizmetinden yararlanacaklar, Ulusal Sağlık Fonu ile sözleşmeli doktorlar arasından doktorlarını seçebilmektedir. Ayrıca anlaşmalı sağlık hizmet sunucularında çalışan belirli uzmanları (jinekologlar, dermatologlar, psikiyatristler, onkologlar vb.) seçme ve bu uzmanlara doğrudan erişme imkânı vardır. Diğer durumlarda ise pratisyen hekimden sevk zorunludur.

1.2.3. Yatarak Tedavi

Halihazırda Polonya'daki hastaneler birkaç şekilde sınıflandırılmaktadır. Bunlar;

- Bölgesel kapsamlarına göre (belediye, ilçe, voyvodalık veya büyük voyvodalık),
- Hizmet kapsamlarına göre (genel veya uzman),
- Hizmet ettikleri durum ve nüfus türüne göre (psikiyatri hastaneleri, askeri hastaneler, endüstriyel hastaneler, resort hastaneler)

En yaygın olarak kullanılan sınıflandırma, hizmet edilen durum veya nüfus türüne göre yapılan sınıflandırmadır. Hastanelerin çoğu çeşitli uzmanlık türlerinde sağlık hizmeti sunmaktadır ve tek uzmanlık hastaneleri nadirdir. 1999 yılından beri sağlık hizmeti satın alma süreci, ödeme yapan kuruluş (önceleri hastalık fonları ve şimdi ise Ulusal Sağlık Fonu) ile sağlık hizmeti sunucuları arasındaki sözleşmeye dayandırılmıştır. Sözleşmeler Medeni Kanun'a göre düzenlenmekte ve sözleşme esasları 2004 Kamu Kaynaklarından Finanse Edilen Sağlık Hizmetleri Kanunu'nda tanımlanmaktadır. Çeşitli hizmet türleri için sözleşme prosedürleri Ulusal Sağlık Fonu Başkanı'nın kararlarında ayrıca belirtilmiştir. Bu yönetmeliklere göre, Ulusal Sağlık Fonu bölge şubeleri tüm sözleşme sürecinden sorumlu olarak sözleşmeler için müzakereler yapmakta, sözleşmeleri tamamlamakta, uygulamalarını izlemekte ve sonuçları düzenlemektedir. Sürecin şeffaflığını sağlamak için, Ulusal Sağlık Fonu web sitesinde tüm sözleşmeler hakkında bilgilendirme yapılmaktadır.

Ulusal Sağlık Fonu'nun her bir bölgesel şubesi, mevcut mali kaynaklar dahilinde sürekli sağlık hizmeti sunumunun güvence altına alınmasından sorumludur. Sıhhi ve epidemiyolojik standartlar gibi belirli kriterleri karşılayan tüm sağlık hizmeti sunucuları Ulusal Sağlık Fonu ile sözleşme yapma hakkına sahiptir. Başarılı teklif veren sağlık hizmeti sunucuları, Ulusal Sağlık Fonu'na sözleşme yükümlülüğünü yerine getirmeyi etkileyebilecek her türlü değişiklik hakkında (geçici personeldeki değişiklikler vb.) bilgilendirmekle ve hasta taleplerinin karşılanabilmesini sağlamakla yükümlüdür. Sağlık hizmeti sunucuları, yalnızca tüzüklerinde belirtilen ve Sağlık Bakanlığı düzenlemelerinde listelenen hizmetlerin sunulması için sözleşme yapabilmektedirler.

2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

1989'dan bu yana, sağlık hizmetleri finansmanı sistemi üç ana değişiklik sürecinden geçmiştir. 1999 yılına kadar sağlık hizmetleri devlet bütçesinden ve dolayısıyla genel vergi gelirlerinden finanse ediliyorken daha sonra sosyal sağlık sigortası primleri sağlık hizmeti finansmanının ana kaynağı haline gelmiştir. Hastalık fonları 2003 yılında tek bir kurum olarak Ulusal Sağlık Fonu çatısı altında toplanmıştır.

1999'dan beri, sağlık hizmetleri finansmanının ana kaynağı, Sosyal Sigorta Kurumu (ZUS) ve Tarım Sosyal Sigorta Fonu (KRUS) tarafından toplanan ve Ulusal Sağlık Fonu'na devredilen sigorta primleri olmuştur. Bu nedenle, Ulusal Sağlık Fonu, Polonya'da kamu sağlık harcamalarının mevcut yapısını büyük ölçüde belirlemektedir. Ulusal Sağlık Fonu'nun bölgesel voyvodalık şubeleri, ilgili voyvodalıklarda sağlık hizmetleri sözleşmelerinden ayrı ayrı sorumludur.

Polonya Cumhuriyeti Anayasası'nın 68. Maddesine göre tüm vatandaşlar, maddi durumları ne olursa olsun, kamu fonlarından finanse edilen sağlık hizmetlerine eşit erişim hakkına sahiptir. Nüfusun yaklaşık %91'i, sigorta primi ödeyen kişilerin aile üyeleri ve primleri devlet bütçesinden finanse edilen bazı gruplar dahil olmak üzere zorunlu sağlık sigortası sistemi kapsamındadır.

Nüfusun %90'ından fazlasını kapsayan evrensel zorunlu sağlık sigorta sistemi, kamu harcamalarının %70'inden fazlasını ve Polonya'da sağlık hizmeti harcamalarının neredeyse %60'ını oluşturmaktadır. Sağlık harcamalarının yaklaşık %30'u özel kaynaklardan gelmektedir. Diğer önemli fon kaynağı devlet bütçesidir ve bunu bölge özerk yönetimlerinin bütçeleri izlemektedir. Genel sağlık sigortasının yürürlüğe girmesinden sonra, devlet bütçesinin sağlık hizmetleri için doğrudan bir finansman kaynağı olarak önemi azalırken, bölgesel özerk yönetimlerin önemi artmıştır. Zorunlu sağlık sigortası, hastaların cepten ödeme yapmasına gerek kalmadan, ilaçlar ve belirli sağlık tesisleri hariç olmak üzere çok geniş bir sağlık hizmetine erişimi garanti etmektedir.

Sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak sosyal sigorta primleri ve 18 yaş altı çocuklar, hamilelik dönemindeki kadınlar, uyuşturucu ve alkol bağımlıları gibi sigortasız kişiler için vergiler yoluyla finanse edilmektedir. Çalışanlar tarafından ödenen prim oranı %9 olup serbest meslek sahipleri tarafından seçilen vergilendirme biçimine bağlı olarak %9 veya %4,9 oranında prim ödenmektedir. Minimum veya maksimum kazanç düzeyi belirlenmemiştir. Polonya'daki gönüllü sağlık sigortası, önemli bir sağlık hizmeti finansman kaynağı değildir.

2.1. Kamu Sağlık Sigortası Kapsamındaki Kişiler

Polonya Anayasası, tüm vatandaşların, mali durumları ne olursa olsun, kamu tarafından finanse edilen sağlık hizmetlerine eşit erişim hakkına sahip olduğunu öngörmektedir. Çocuklara, hamilelere, engelli bireylere ve yaşlılara özel sağlık hizmeti sağlamak kamunun sorumluluğundadır. Kamu Kaynaklarından Finanse Edilen 2004 Sağlık Hizmetleri Yasası, Polonya'da kamu tarafından finanse edilen sağlık yardımlarından kimlerin faydalanabileceğini belirtmektedir.

Polonyalı vatandaşların büyük çoğunluğu için sosyal sağlık sigortasına üyelik zorunludur, sosyal sağlık sigorta programından vazgeçmenin bir yolu yoktur. Zorunlu sigorta şartına tabi olan kişilerin aile fertleri (eşleri, çocukları, torunları, ebeveynleri ve diğer bakmakla yükümlüleri), kendileri Ulusal Sağlık Fonu aracılığıyla sigortalı olmadıkları sürece bakmakla yükümlü olmaya hak kazanırlar. Kişinin bağımlı olarak ele alınabilmesi için öğrenim görmekte ise 18 ya da 26 yaşın altında olması gerekmektedir. Ebeveynler, büyükanne ve büyükbaba ile diğer bakmakla yükümlü olunanların, bağımlı oldukları kişiyle aynı evde yaşama zorunlulukları bulunmaktadır. Bu kriterlere uymayan kişiler Ulusal Sağlık Fonu aracılığıyla gönüllü sigorta başvurusunda bulunabilmektedir. Bu grup ücretsiz izinli olanları, belirli türden sözleşmeli işlerle uğraşan kişileri, sağlık sigortası olmayan kişileri ve yabancıları içermektedir. Bu bireylerin aile üyeleri de sigorta kapsamına alınmaktadır. Sağlık sigortası kapsamındaki herkes Polonya'daki ücretsiz sağlık yardımlarından yararlanabilmektedir. Ücretsiz sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı toplumdaki çok sayıda gruba sağlanmaktadır. Sağlık sigortası kapsamında;

- Çalışanlar ve serbest meslek sahibi kişiler,
- Emekliler,
- İşsizlik maaşı alanlar,
- Mesleki rehabilitasyona katılan kişiler,
- Çiftçiler ve tarım işçileri,
- Yükseköğrenim görmekte olan öğrenciler,
- Sosyal yardım ödeneği alanlar,
- Sigortalı kişilerin aile üyeleri bulunmaktadır.

Çalışanlar, işverenleri tarafından sigortalanmaktadır. Bu durumun istisnası, kendilerini sigorta için beyan etmek zorunda olan serbest meslek sahipleridir. Sağlık sigortasından yararlanmak için bekleme süresi yoktur. Zorunlu sigortadan muafiyet gibi bir uygulama bulunmamaktadır.

2.2. Finansman Kaynakları

Polonya'da Ulusal Sağlık Fonu adına prim tahsilatı yapan Sosyal Sigorta Kurumu (ZUS) ve Tarım Sosyal Sigorta Fonu (KRUS) olmak üzere iki fon kuruluşu bulunmaktadır. ZUS'un işlevi, gelirlerini tarım dışında bir işten kazananların sağlık sigortası primi tahsilatlarıyla sınırlıdır. KRUS ise, gelirlerini tarım sektöründen kazanan kimselerden sağlık sigortası primi toplamaktadır. Ulusal Sağlık Fonu, sağlık sigortası primlerini toplamak için ZUS ve KRUS'a toplanan primlerin %0,2'si oranında ücret ödemektedir.

Sosyal sağlık sigortası primleri, tamamen çalışan tarafından karşılanan bir stopaj vergisi şeklindedir ve işverenden alınmamaktadır. Yaşlılık ya da malullük aylığı alan kişiler için, sağlık sigorta primleri brüt kazançlarına dayanmaktadır. Tarım dışı faaliyetlerde bulunan serbest meslek sahibi kişiler için primler, brüt kar/gelirine veya önceki yılın ortalama Polonya maaşının %75'ine (hangisi daha büyükse) göre alınmaktadır.

İşsizlik maaşı alan bireyler için, sosyal sağlık sigortası primleri, bu yardımların toplam miktarına göre hesaplanmaktadır. Tüm ZUS katılım paylarının yaklaşık %80'i çalışanların primlerinden ve yaşlılık ve malullük aylığından alınan katkılardan oluşmaktadır. Merkezi fon havuzunda bulunan sağlık sigortası primleri, tahsisat formülüne göre Ulusal Sağlık Fonu merkez ofisi tarafından voyvodalıklar arasında paylaştırılmaktadır. Her voyvodalıkta bir Ulusal Sağlık Fonu şubesi bulunmaktadır ve şubeler arasındaki tahsisler, hükümet tarafından yıllık olarak tanımlanan algoritmalara dayanmaktadır. Son yıllarda, temel belirleyiciler değişmese de sigortalıların sayısı, cinsiyetleri ve yaş dağılımı ile daha önce verilen ödeneklerin miktarı gibi tahsis algoritmaları sürekli değişmektedir.

2.3. Kamu Sağlık Sigortası Kapsamındaki Hizmetler

Polonya'da finanse edilen sağlık hizmetlerinin kapsamı oldukça geniştir. Pozitif geri ödeme listeleri 2009 yılı sonundan bu yana yürürlüktedir ve sağlık teknolojileri değerlendirmesi esaslı çalışmalarla Sağlık Bakanlığı tarafından periyodik olarak düzenlenmektedir. İlaçların ve yardımcı tıbbi cihazların geri ödenmesi ile ilgili bazı sigortalı gruplarına tanınan istisnalar dışında, hizmet kapsamı ile ilgili olarak sigortalı gruplar arasında ayırım yapılmamaktadır. Her sigortalı, Ulusal Sağlık Fonu ile sözleşmesi imzalanmış olan tüm doktor ve kurumlardan ücretsiz yararlanma hakkına sahiptir. Kamu tarafından finanse edilen sağlık sisteminde birinci basamak, ayakta uzman hekim tedavisi ve yatan hasta tedavisi (yatan hasta ilaçları dahil) ücretsiz olarak verilmektedir.

Sosyal sağlık sigortası kapsamında finanse edilen hizmetler şunlardır:

- Birinci Basamak Sağlık Hizmeti: Dahili tıp, acil tıp, genel pratisyen hizmetleridir.
- Ayakta Uzman Hekim Tedavisi: Bir pratisyen hekim ile görüştükten sonra sevk ile gidilmektedir. Konsültasyon olmadan da bazı uzmanlara gitmek mümkündür. Bunlar; jinekolog, diş hekimi, dermatolog, zührevi hastalıklar uzmanı, onkolog, göz doktoru ve psikiyatristtir. Ayrıca kişinin sağlığı veya hayatına karşı ciddi tehdit olması durumunda öncelikle pratisyen hekime başvuru gerekli değildir.
- Hastanede Yatarak Tedavi: Hekim ameliyatları, rehberlik merkezi hizmetleri, sağlık merkezlerinde verilen yatarak tedavileri kapsamaktadır. Hastanede yatış durumunda, tüm tedaviler, muayeneler ve ilaçlar ücretsizdir.
- Terapötik Rehabilitasyon.
- Hemşirelik ve Uzun Süreli Bakım Hizmetleri.
- Diş Tedavisi: Sigorta kapsamındaki diş tedavileri son derece sınırlıdır.
- Sağlık Ocağı Tedavisi.
- Ortopedik ve Yardımcı Tıbbi Cihazların Tedarik Edilmesi.
- Tıbbi Kurtarma Hizmetleri.
- Palyatif Bakım ve Bakım Evi Bakımı.
- Yüksek Derecede Uzmanlaşmış Sağlık Hizmetleri: Organ nakli gibi sağlık hizmetlerini içermektedir.
- İlaç.

2.4. Cepten Ödemeler ve Maliyet Paylaşımı

Özel sağlık harcamaları, Polonya'daki toplam sağlık harcamalarının %28'i kadarken, cepten ödemeler bunun %20'sini oluşturmaktadır. En büyük yük hane halkına düşmektedir. Ayakta tedavide kullanılan ilaçlar, cepten harcamaların en büyük bölümünü oluşturmaktadır. Reçetesiz satın alınan ilaçların kullanımı da oldukça yüksek olup ilaçlara yapılan tüm harcamaların dörtte üçünden fazlasını oluşturmaktadır. Tıbbi malzeme/cihaz ve rehabilitasyon hizmetleri sağlıkla ilgili tüm özel hane halkı harcamalarının önemli bir kalemini teşkil etmektedir.

Polonya'da yasal sigorta kapsamında maliyet paylaşımı oldukça sınırlıdır. Genellikle ilaçlar ve yardımcı tıbbi cihazların yanı sıra bazı diş tedavisi uygulamaları ve malzemeleri hariç, hizmetler tamamen geri ödeme kapsamındadır ve Ulusal Sağlık Fonu tarafından karşılanmaktadır. Tablo 2, Ulusal Sağlık Fonu kapsamında maliyet paylaşımı uygulamalarını göstermektedir.

Tablo 2: Ulusal Sağlık Fonu Maliyet Paylaşımı

Kullanıcı Ücreti Türü	Muafiyetler ve/veya İndirimli Oranlar
Birinci basamak	
Resmi bir hasta maliyet paylaşımı yoktur.	-
Diş tedavisi	
Maliyet paylaşımı uygulanmaz. Çoğu diş tedavi hizmeti teminat paketi dışındadır.	-
Ayakta uzman tedavisi	
Maliyet paylaşımı yoktur.	-
Ayakta reçeteli ilaçlar	
Ayakta tedavide ilaçlar için sabit katılım payı veya oransal katılım payı uygulanmaktadır. Buna ek olarak dolaylı maliyet paylaşımı vardır; yani hastalar belirli bir ilaç grubu için referans fiyat ile ilaç fiyatı arasındaki farkı ödemektedir. Doğrudan maliyet paylaşımında 30 DDD*’lik paket başına 3,20 PLN** veya referans fiyatın %30’u veya %50’si ödenir. Ayrıca fiyatı geri ödeme limitinden yüksek olan ilaçlar için fiili fiyat ile referans fiyat arasındaki farkın %100’ü ödenmektedir.	75 yaş üstü kişiler ve belirli hassas gruplar için
Tıbbi malzemeler	
Cihazın türüne bağlı olarak %10, %30 veya %50 oranında katılım payı uygulanır (Doğrudan maliyet paylaşımı). Ayrıca fiili fiyat ile geri ödeme limiti arasındaki farkın %100’ü alınmaktadır (Dolaylı maliyet paylaşımı).	18 yaş altı kişiler ve belirli hassas gruplar
Hastanede yatarak tedavi	
Maliyet paylaşımı yoktur.	-

*DDD: Defined Daily Dose-tanımlanmış günlük doz

**PLN: Polonya Zlotisi

Kaynak: Health System in Transition, 2019.

Katılım payları özellikle ilaçlar ve tıbbi malzemelerde ve uzun dönemli bakım kurumlarında, rehabilitasyon merkezlerinde ve sanatoryumlarda oda hizmetleri için alınmaktadır. Reçeteli ilaçlar için katılım payı düzeyleri ilacın türüne bağlı olarak değişmektedir. Pozitif geri ödeme listelerinde yer alan temel ilaçlar veya ilaç formülleri için, hastalardan sırasıyla 3,20 Polonya zlotisi veya ilaç bedelinin %30’u veya %50’si alınmaktadır. Geri ödemesiz ilaçların %100’ü sigortalı tarafından ödenmektedir.

Yatan hastalar için kullanılan ilaçlar ve ayakta tedavide kullanılan reçeteli ilaçlar Ulusal Sağlık Fonu tarafından geri ödenirken, bunlar dışında kalan ilaçlar tamamen cepten ödenmektedir. Bazı hasta gruplarında (belirli kronik hastalıklar, bulaşıcı hastalıklar, zihinsel bozukluklar, pahalı ilaç tedavisi gerektiren nadir hastalıklar, engelliler vb.) maliyet paylaşımı uygulanmamaktadır. Bu grup hastalara ilaçlar ve tıbbi cihazlar ücretsiz olarak verilmektedir. Özel geri ödeme kuralları ise bazı nüfus gruplarına (örneğin savaş gazileri, kan veya organ bağışçıları vb.) uygulanmaktadır.

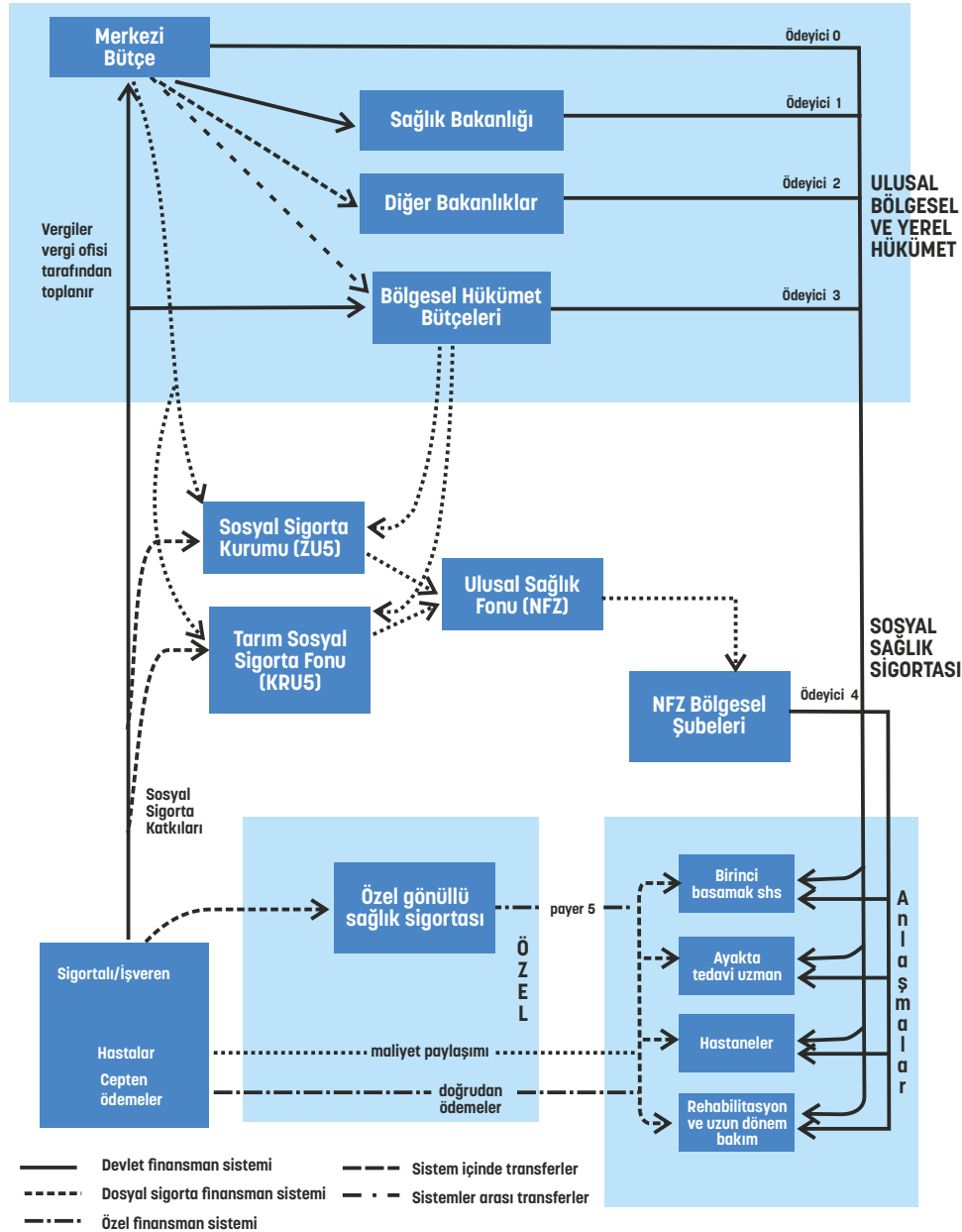
Katılım payından muafiyetler, gazileri ve bağımlı olmaları durumunda eşlerini, geride kalanların emekli maaşı almaya hak kazanmaları durumunda dulları, askerleri ve ailelerini, kan ve organ bağışçıları kapsamaktadır. Kanun, ilaçlar veya diğer sağlık ürünleri veya hizmetleri için katılım payı konusunda bir sınır oluşturmamaktadır. Dezavantajlı gruplar, katılım payı maliyetini kapsayan sosyal yardım talep edebilmektedir.

Kamu fonları bedelin en az yarısını karşılamasına rağmen, ortopedik ürünler ve yardımcı cihazlar için hastaların katılım payı ödemesi gerekmektedir. Ayrıca, yetişkin hastalar sağlık tesislerinde oda hizmeti için kısmi bir ödeme yapmak durumundadır.

Polonya'da henüz güçlü bir gönüllü sağlık sigortası pazarı gelişmemiştir. Tamamlayıcı veya ikame edici fonksiyonlara sahip gönüllü sağlık sigortası yoktur ve mevcut gönüllü sağlık sigortası formları kamu sistemine ek bir rol oynamaktadır. Bu sigorta ile zorunlu program dahilinde sunulan tüm hizmetlerden faydalanılabilmektedir.

Polonya'da sağlık hizmetlerinin finansmanı açısından fon akışları, Şekil 2'de yer almaktadır.

Şekil 2: Fon Akışı Şeması



3. GERİ ÖDEME SİSTEMİ

Polonya'da bakım türüne ve ödeyene bağlı olarak farklı ödeme mekanizmaları kullanılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin ana alıcısı Ulusal Sağlık Fonu'dur. Hizmete dayalı ödeme (tanı ilişkili gruplar, hizmet başına ücret) baskındır, ancak performansla dayalı ödeme ek bir ödeme yöntemi olarak ortaya çıkmaktadır.

3.1. Sağlık Hizmeti Sunucusu Geri Ödemeleri

Polonya'da hem bakım düzeyine hem de verilen hizmet türüne göre farklı ödeme yöntemleri mevcuttur.

Birinci basamak hizmetleri, birinci basamak doktoruna kayıtlı hasta başına yıllık kişi başına ödeme yöntemine göre finanse edilmektedir. Bu ödeme, konsültasyon maliyetini ve birinci basamak hekimi tarafından öngörülen teşhis testlerinin (tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme gibi pahalı testler hariç) maliyetini kapsamaktadır.

Uzman ayakta tedavi hizmetleri için hizmet başına ödeme yöntemi uygulanmaktadır. Kronik rahatsızlığı olan hastalar için kişi başı ödeme yöntemi kullanılmaktadır.

Yatan hasta bakımı, 2008 yılında uygulamaya konulan tanı ilişkili gruplar (TİG) benzeri bir sistem olan Polonya JGP'si (Jednorodne Grupy Pacjentów) üzerinden vaka başı temelinde ödenmektedir. Ulusal Sağlık Fonu ile sözleşmeli tüm hastaneler, mülkiyet durumu, hastane tipi ve bölgesel farklılıklar ne olursa olsun JGP sistemi tarafından finanse edilmektedir. Psikiyatri ve rehabilitasyon bakımı dışında, sistem aynı zamanda tüm hastanede yatan hastalara da uygulanmakta ve tam tedavi maliyetlerini karşılaması beklenmektedir. Ancak, nakil ameliyatı gibi özellikle karmaşık ve/veya pahalı prosedürler doğrudan devlet bütçesinden karşılanmaktadır. Temmuz 2011'den itibaren, daha hafif vakaları yatan hasta bakımından ayırmayı ve böylece gündüz bakımı kavramını teşvik ederek gereksiz hastaneye yatış ve masraflardan kaçınmayı amaçlayan TİG tipi ödemeler uzman ayakta tedavi servislerinde de aktif hale getirilmiştir.

Ayakta tedavi kapsamında reçetelendirilen ilaçlar Ulusal Sağlık Fonu tarafından finanse edilmektedir ancak katılım payı ödenmesini gerektirmektedir. Yatarak tedavide kullanılan ilaçlar ise ücretsizdir ve TİG programı aracılığıyla ödenmektedir. Yine acil servislerin finansmanı TİG yöntemi aracılığıyla gün başına ödenmektedir.

3.2. Dış Tedavisi Geri Ödemeleri

Çoğu dış tedavi hizmeti teminat paketi dışındadır. Yalnızca Sağlık Bakanı tarafından hazırlanan resmi listede yer alan temel tedavi ve hizmetler tüm sigortalılar için ücretsizdir. Dış protezlerinin maliyeti beş yılda bir sigorta kapsamında ödenmektedir. Dış bakımı, hizmet başı ödeme yöntemi esas alınarak ve doğrudan ödemelerle finanse edilmektedir.

3.3. Tıbbi Cihaz Geri Ödemeleri

Polonya'da protezler, işitme cihazları ve tekerlekli sandalyeler ücretsizdir, ancak gözlük çerçeveleri ve lenslerin fiyatının %30 ile %50'si sigortalı tarafından ödenmektedir.

3.4. İlaç Geri Ödemesi

Polonya'da ilaçların pazarlama izinlerinin verilmesinden, yani ilaçların Polonya'da ruhsatlandırılmasından ve bunların geri alınmasından sorumlu olan düzenleyici kurum, Tıbbi Ürünler, Tıbbi Cihazlar ve Biyosidal Ürünlerin Tescil Ofisi'dir. Ofis, başkanını atayan ve faaliyetlerini denetleyen Sağlık Bakanı'na bağlıdır. İlaçlar için pazarlama izni verme süreci AB düzenlemeleri ile uyumlu hale getirilmiştir.

Jenerik ikame uygulaması: Polonya'da gelişmiş düzeyde uygulanmaktadır. 2012'de ilaç fiyatlandırmasında ve geri ödemede yapılan ve fiyatların düşmesine yol açan değişikliklerle teşvik edilmiştir. Bu değişikliklere göre, geri ödeme için başvuran ilk jenerik eşdeğer, geri ödeme listesindeki orijinal üründen %25 daha ucuz olmalıdır ve daha sonra geri ödeme listesine eklenen herhangi bir ürün, mevcut geri ödeme limitinden daha pahalı olamayacaktır.

Kar kontrol şeması: ilgili otoritenin eczanelerin dağıtım marjları aracılığıyla elde ettikleri kârların bir kısmını telafi edebildiği bir süreç olarak anlaşılan bu geri alma sistemi Polonya'da uygulanmamaktadır. Ancak, ilaç harcamalarının çok yüksek olması durumunda 2012'den beri sağlık sistemi düzeyinde geri alma uygulanmaktadır. Belirlenen sınır aşılsa, ilaç şirketlerinin limit üstü harcamalarının %50'sini geri ödemesi beklenmektedir.

Referans fiyatlandırma: Polonya'da ilaçların geri ödemesinde hem dış hem de iç referans fiyatlandırma kullanılmaktadır. Dış referans fiyatlandırma açısından tüm AB ve EFTA üye devletlerindeki ilaçların fiyatlarını dikkate almaktadır. İç referans fiyatlandırma sistemi içinde, aynı uluslararası ada veya diğer uluslararası adlara sahip ancak benzer terapötik etki ve etki mekanizmasına sahip tıbbi ürünler için referans gruplar oluşturulmaktadır. Aynı referans grubundaki ilaçlar, geri ödendikleri ve benzer etkinliğe sahip oldukları aynı endikasyonlara veya kullanımlara sahip olmalıdır. Ayakta tedavide kullanılan ilaçları içeren bir referans ilaç grubunun referans fiyatı, bir birim tanımlanmış günlük doz başına en düşük fabrika çıkış fiyatlarının en yükseği üzerinden belirlenmektedir. Söz konusu fiyata sahip ilacın, ilgili referans grubun miktar cinsinden toplam pazar payının en az %15'ine sahip olması gerekmektedir. Referans fiyatlar periyodik olarak güncellenmektedir. Kemoterapide ve farmasötik programlarda kullanılan ilaçlar için referans fiyatların belirlenmesinde farklı kurallar geçerlidir.

Doğrudan fiyat kontrolleri: Polonya'da ilaç fiyatlandırmasında ve geri ödemede yaygın olarak kullanılmaktadır. Geri ödemesi yapılan tüm ilaçlara, Sağlık Bakanı tarafından iki veya üç yıl için geçerli fiyatlar verilmektedir.

Fiyatların bileşimi: Fiyatlar Sağlık Bakanı ile üreticiler arasında görüşülmekte ve Sağlık Bakanı'nın yasal fiyatlandırma kararları olarak yayınlanmaktadır. Yatan hasta bakımı kapsamındaki ilaçların yasal fiyatları, maksimum fiyatlar olarak yorumlanmakta ve alıcılar, satın alma sürecinde daha düşük fiyatlar için pazarlık yapabilmektedir. Ayakta tedavide kullanılan ilaçlara yasal referans fiyatlar uygulanmakta ve Ulusal Sağlık Fonu'nun hastanelere geri ödeme limitini belirlemektedir. Bu, üreticilerin veya toptancıların referans fiyatlardan daha yüksek fiyatlar teklif etmelerini engellemektedir. Geri ödemesi yapılan ayakta tedavide kullanılan ilaçların fiyatları da Sağlık Bakanı'nın kanuni fiyatlandırma kararı olarak yayınlanmaktadır. Geri ödemesi yapılmayan ilaçların fiyatları ile toptan ve perakende marjları, toptancılar ve perakendeciler tarafından serbestçe belirlenebilmektedir.

Polonya'da ilaçların, özel beslenme amaçlı gıda maddelerinin ve tıbbi cihazların geri ödenmesi pozitif listelere dayanmaktadır. Geri ödeme kararları Sağlık Bakanı tarafından Ekonomik Komisyon ve etkinlik, güvenlik, bütçe etkisi gibi bir dizi kritere dayanan AOTMİT'in tavsiyelerine göre alınır.

A1-A3 listeleri eczanelerde reçeteye satılan ilaçlar, beslenme malzemeleri ve tıbbi malzemeleri içermektedir. Bu listedeki ürünler hastalara ücretsiz veya uygun bir geri ödeme sınırına kadar maliyet paylaşımı karşılığında sunulmaktadır. Liste B özel farmasötik programlar tarafından kapsanan ve maliyet paylaşımından muaf tutulan ilaçları içermektedir. Bunlar genellikle yeni, yenilikçi ve pahalı ilaçlardır. Liste C'de ise kemoterapide kullanılan ve maliyet paylaşımından muaf tutulan ilaçlar vardır. Liste D, 75 yaş üstü kişilere ücretsiz sunulan ilaçları içermektedir.

Polonya'da yatarak tedavi sırasında verilen ilaçlar ücretsizdir. Ulusal Sağlık Fonu tarafından tanı ilişkili gruplar (TİG) sistemi aracılığıyla finanse edilmektedirler. Çok pahalı ilaçlar bazı durumlarda sınırlı sayıda hastayı kapsayan sağlık programları aracılığıyla geri ödenmektedir. Kemoterapi ve nadir hastalıklar için oluşturulan ilaç programları, son yıllarda Ulusal Sağlık Fonu ilaç harcamasının içinde en hızlı artan ilaç grupları olmuştur. Polonya ilaç geri ödeme sisteminin özeti Tablo 3'te yer almaktadır.

Tablo 3: Polonya İlaç Geri Ödeme Sistemi

Sabit Katılım Payı	30 birim tanımlanmış günlük doz (DDD) başına 3.20 Polonya zlotisi reçete ücreti
Katılım Payı Yüzdesi	%30 ve %50: katılım payı hastalık süresine bağlıdır (30 güne kadar veya 30 günden fazla), tedavi maliyeti ve asgari ücret ile ilişkilidir.
Ön Ödeme	Hayır
Referans Fiyat Sistemi	Evet
Durum/Hastalık/İlaç	Belirli endikasyonlar için katılım payından muaf ilaçlar: <ul style="list-style-type: none">• Kötü huylu tümörler, psikotik bozukluklar, zihinsel engel veya gelişimsel bozukluklar, bulaşıcı hastalıklar, salgın hastalıklar için kullanılan ilaçlar• Farmasötik programlarda kullanılan özel tıbbi amaçlı ilaçlar ve yiyecekler, Onkoloji kemoterapisi. Yatan hasta ücretsiz
Katılım Payından Muafiyet	75 yaş ve üstü hastalar
Gelir, Sosyal ve Diğer Durumlar	Katılım payından muafiyet: <ul style="list-style-type: none">• Savaşta bulunanlar ve işkence mağdurları (sadece reçeteye verilen ilaçlar için),• Temel askerlik hizmeti veren askerler,• Kan donörleri,• Nakil donörleri.

Kaynak: Mutual Information System on Social Protection, 2023

4. TÜRKİYE İLE POLONYA SAĞLIK SİSTEMİNİN KIYASLANMASI

Ülkemizde Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından sunulan kamu sağlık sigortacılık sistemi Polonya'da Ulusal Sağlık Fonu aracılığıyla sunulmaktadır. Polonyalı vatandaşlar için sosyal sağlık sigortasına üyelik zorunludur. Kamu Kaynaklarından Finanse Edilen Sağlık Hizmetleri Kanunu, zorunlu sağlık sigortası şartına tabi olan kişilerin ayrıntılı bir listesini içermektedir. Bu liste çalışanları, serbest meslek sahiplerini ve işletme sahiplerini, çiftçileri, emeklileri ve bazı öğrencileri kapsamaktadır. Zorunlu sağlık sigortası olan kişiler için, sosyal sağlık sigorta programından vazgeçmenin bir yolu yoktur. Zorunlu sigorta şartına tabi olan kişilerin aile fertleri (eşleri, çocukları, torunları, ebeveynleri ve diğer bakmakla yükümlüleri), kendileri Ulusal Sağlık Fonu aracılığıyla sigortalı olmadıkları sürece, genellikle sigortaya hak kazanmaktadır. Sağlık hizmetlerinden faydalanabilmek için prim ödemesinde bulunulması gerekmektedir. Ülkede özel sağlık sigortalarının payı ise düşük düzeydedir.

Türkiye'de 2022 yılı SGK verilerine göre nüfusun %98,7'si sağlık sigortası kapsamındadır. 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 60 günden fazla prim borcunun bulunmaması gerekmektedir. Sağlık sigorta sisteminin finansmanı Türkiye'de sigortalılar tarafından ödenen primler ve toplanan primlerin dörtte biri oranında devlet katkısı ile sağlanmaktadır. Polonya'da nüfusun %94'ü sağlık sigortası kapsamındadır. Sistem merkezi bütçeden gelen vergi gelirleri ve sigortalar tarafından ödenen sosyal sağlık sigortası primlerinin bir karışımı ile finanse edilmektedir.

Polonya'da sağlık hizmeti sunucuları ile yapılan sözleşmeler vasıtasıyla hizmet satın alınmaktadır. Ulusal Sağlık Fonu ile sözleşmeli devlet hastaneleri ve özel hastaneler bulunmaktadır. Kamu ve özel sağlık hizmet sunucularıyla yapılan yıllık sözleşmelere göre, ilaçlar ve hizmetler Ulusal Sağlık Fonu tarafından karşılanmaktadır. Türkiye'de genel sağlık sigortalılarına sunulan sağlık hizmetleri; sağlık hizmeti sunucuları ile yapılan sözleşme ve protokoller, Sağlık Uygulama Tebliğinde yapılan düzenlemeler, Sağlık Hizmeti Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen hizmet bedelleri vasıtasıyla yürütülmektedir. SGK, 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/protokol yapılarak sağlık hizmetleri finanse edilmektedir.

Türkiye'de olduğu üzere Polonya'da da ilaçlarda pozitif liste uygulaması bulunmaktadır.

Türkiye'de kişiler ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerine başvururken ödenen muayene katılım payı ve ilave ücret gibi cepten ödemeler bulunmaktadır. Polonya'da da özellikle ayakta tedavide reçeteli/reçetesiz ilaç temininde cepten ödemeler söz konusudur. İlaç temininde birim başına 3.20 Polonya zlotisi sabit reçete ücreti alınmaktadır. Ayrıca hastalığın süresine bağlı olarak (30 güne kadar veya 30 günden fazla), %30 ve %50 geri ödeme oranları, tedavi maliyeti ve asgari ücret ile ilişkilendirilerek uygulanmaktadır. Türkiye'de ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için 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. Yine ilaç 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. Ayrıca eczaneye reçeteli ilaçları almak için başvurulduğunda, iç referans fiyatlandırma uygulamasından kaynaklanan eşdeğer ilaç farkı ödemesi yapılabilmektedir.

Türkiye'nin aksine Polonya'da sevk zinciri uygulaması bulunmaktadır. Belirlenen bazı hizmetlerde uygulanmakla birlikte birinci basamak sağlık hizmet sunucusunun sevki ile uzman hizmetlere başvurulabilmektedir.

Polonya'nın ekonomi ve sağlık göstergelerinin Türkiye ve OECD ülkeleri ortalaması ile kıyaslanmasına Tablo 4'te yer verilmiştir.

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

	POLONYA	TÜRKİYE	OECD
Nüfus, (2022)	37.561.599	85.341.241	-
Kişi başına düşen GSYİH, (\$), (2022)	17.999	10.616	-
Asgari ücret tutarı, (\$), (2022), (Aylık)	675	459	-
Cari sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı, (%), (2022)	6,7	4,3	9,2
Kişi başına düşen sağlık harcaması, (\$), (2022)	2.973	1.827	4.986
Kişi başına düşen ilaç harcaması, (\$), (2021)	457	-	614
Doğuşta beklenen yaşam süresi kadın, Doğuşta beklenen yaşam süresi erkek, (yıl), (2022)	79,6 71,6	81,3 75,9	83,0 77,6
Sigorta tarafından kapsanan nüfus oranı, (%), (2021)	94	98,8	97,9
1.000 kişiye düşen doktor sayısı, 1.000 kişiye düşen hemşire sayısı, 1.000 kişiye düşen yatak sayısı, (2021)	3,4 5,7 6,3	2,2 2,8 3,0	3,7 9,2 4,3
Toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı, (%), (2021)			
1 - Kamu sağlık harcaması oranı, (%)	72	79	76
Merkezi hükümet/bölgesel, yerel yönetimler sağlık harcaması oranı, (%)	15	29	38
Sosyal sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	57	50	38
2 - Cepten yapılan sağlık harcaması oranı, (%)	20	16	18,5
3 - Gönüllü sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	6	2	4,5
4 - Diğer harcamaların oranı, (%) *	2	3	1
Hane halkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı, (%), (2021)	2,3	1,4	3,3

* Ülkede geçici olarak ikame edenlere ait sağlık harcamaları

Kaynak:

1. Health at a Glance 2023 OECD Indicators, 2023.
2. The World Bank, 2022a.
3. The World Bank, 2022b.
4. OECD, 2022.

KAYNAKLAR

- Mutual Information System on Social Protection (2023). Health Care. <https://www.missoc.org/missoc-database/comparative-tables/> web adresinden Nisan 2023 tarihinde alınmıştır.
- OECD (2022). Health at a Glance 2022: OECD Indicators. OECD Publishing. 507433b0-en.pdf (oecd-ilibrary.org) web adresinden Nisan 2023 tarihinde alınmıştır.
- OECD (2023). Health at a Glance 2023: OECD Indicators. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.
- Sağlık Uygulama Tebliği (2007, 25 Mayıs). Resmi Gazete (Sayı: 26532). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/>
- Sosyal Güvenlik Kurumu (2023). Aylık İstatistik Bültenleri. <https://sgk.gov.tr/Istatistik/Aylik/42919466-593f-4600-937d-1f95c9e252e6/adresinden> 17.05.2023 tarihinde alınmıştır.
- Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (2006, 16 Haziran). Resmi Gazete (Sayı:26200). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2006/06/20060616-1.htm>
- OECD (2022). Real Minimum Wage. <https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=RMW> adresinden Kasım 2023 tarihinde alınmıştır.
- The World Bank (2021a). GDP per capita. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD> web adresinden Nisan 2023 tarihinde alınmıştır.
- The World Bank (2021b). Populations. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?view=mapweb> adresinden Nisan 2023 tarihinde alınmıştır.
- WHO (2019). European Observatory on Health Systems and Policies, Poland: Health System Review 2019. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/poland-healthsystem-review-2019> web adresinden Nisan 2023 tarihinde alınmıştır.
- WHO (2021). Country Health Profile, Poland <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/poland-country-health-profile-2021> web adresinden Nisan 2023 tarihinde alınmıştır.
- WHO (2022). European Observatory on Health Systems and Policies, Poland: Health System Summary. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/poland-health-systemsummary> web adresinden Nisan 2023 tarihinde alınmıştır.





PORTEKİZ SAĞLIK ve GERİ ÖDEME SİSTEMİ

ÖZET

Portekiz sağlık sistemi, üç alt sistemden oluşmaktadır. Ulusal Sağlık Hizmeti, nüfusun tamamını kapsamaktadır. Portekiz'de ikamet eden herkes, sosyoekonomik durumları, istihdam durumu veya yasal statülerinden bağımsız olarak Ulusal Sağlık Hizmeti kapsamında yer almaktadır. Ulusal Sağlık Hizmeti, Sağlık Bakanlığına bağlı olarak sağlık hizmeti veren tüm resmi kurum ve hizmetleri kapsamaktadır. Ulusal Sağlık Hizmeti'nin kendi yasal statüsü bulunmaktadır. Ulusal sağlık hizmetleri ağı, Ulusal Sağlık Hizmeti kapsamındaki sağlık tesisleri ile sözleşmeli özel sağlık kuruluşlarından oluşmaktadır.

Tüm vatandaşları kapsam altına alan Ulusal Sağlık Hizmeti'ne ek olarak, vatandaşlar ilave sigorta seçeneklerinden de yararlanabilmektedir. Bu ilave seçenekler; kamu sağlık alt sistemleri, özel sağlık alt sistemleri ve özel gönüllü sağlık sigortalarıdır.

Ulusal sağlık hizmetlerinin planlanması, organize edilmesi ve düzenlenmesi merkezi olarak Sağlık Bakanlığı tarafından, bölgesel düzeyde ise beş bölgesel sağlık idaresi tarafından yürütülmektedir.

Sağlık Bakanlığı, Ulusal Sağlık Hizmeti tarafından sunulan temel teminat paketini tanımlamaktan sorumludur. Ulusal Sağlık Hizmeti kapsamında sağlanan sağlık yardımları oldukça geniş kapsamlıdır. Dış sağlığı hizmetleri dışındaki tüm sağlık hizmetleri geri ödeme kapsamında yer almaktadır. Teşhis hizmetleri, diyaliz ve rehabilitasyon hizmetleri genel olarak özel sektör tarafından sunulmakta; Ulusal Sağlık Hizmeti tarafından finanse edilmektedir.

Sağlık hizmetleri 'alt sistemleri' olarak da bilinen sosyal sigorta programları, belirli meslek gruplarını kapsamakta ve hak sahiplerinin sağlık hizmeti sunucularını özgürce seçmelerine ve özel sağlık hizmet sunucularını kullanmalarına imkân sağlamaktadır.

Gönüllü özel sigorta programları ise çoğunlukla yüksek gelirli ve özel şirket çalışanları tarafından tercih edilmektedir. Gönüllü sağlık sigortası programları da sağlık hizmet sunucusu seçimine ve özel sağlık tesislerine erişime izin veren ek teminatlar sunmaktadır.

Portekiz sağlık sistemi hem kamu hem de özel kaynaklar tarafından finanse edilmektedir. Ulusal Sağlık Hizmeti ise neredeyse tamamen vergilerle finanse edilmektedir. Ülke sakinlerinin yaklaşık %20-%25'ine tam veya kısmi sağlık yardımı sunan sağlık alt sistemleri ise çalışanlar ve işverenler tarafından finanse edilmektedir. Özel gönüllü sağlık sigortaları, nüfusun yaklaşık %29'una sağlık hizmeti sağlamakta ve tamamlayıcı rol üstlenmektedir.

ÜLKE TANITIMI

Ülkenin Demografik Özellikleri ve Sağlık Göstergeleri

Portekiz, Avrupa'nın güneybatısında İber Yarımadası üzerinde yer alan, Avrupa kıtasının en batısındaki ülkedir. Başkenti Lizbon, resmi dili Portekizcedir. Toplam nüfusu 2022 yılı itibarıyla yaklaşık 10,4 milyondur. Kıyı şeridinde, özellikle Lizbon ve Porto şehirlerinde nüfus yoğunluğu fazladır. Portekiz'in para birimi Avro'dur.

Portekiz, son kırk yılda hem ölüm oranlarını azaltmada hem de doğumda beklenen yaşam süresini artırmada önemli ilerlemeler kaydetmiştir. Ortalama yaşam süresi 2000 ile 2019 yılları arasında beş yıldan fazla artmış ve 76,8 yıldan 81,9 yıla yükselmiştir. Ancak 2020'de Covid-19 nedeniyle geçici olarak 0,8 yıl düşüş gerçekleşmiştir. Doğuşta beklenen yaşam süresi 2022 yılı için erkeklerde 78,5 kadınlarda ise 84,4'tür.

Son yirmi yılda inme ve iskemik kalp hastalığından kaynaklanan ölümlerde önemli azalmalara rağmen, bu hastalıklar 2018 yılı itibarıyla önde gelen iki ölüm nedeni olmaya devam etmektedir. Zatürre ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) gibi diğer solunum yolu hastalıkları da ölüm nedenlerinin önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Akciğer kanseri ve kolorektal kanser, kansere bağlı ölümler arasında en sık görülen türler arasında yer almaktadır.

2021 yılı itibarıyla bin kişiye düşen doktor sayısı 5,6 iken aynı alandaki OECD ortalaması 3,7'dir. Bin kişiye düşen hemşire sayısı ise OECD ortalaması olan 8,2'den daha düşüktür ve 7,4 olarak gerçekleşmiştir. Bin kişiye düşen yatak sayısı Portekiz'de 3,5 iken OECD ortalaması 4,3'tür.

Ülkenin Sağlık Harcamaları

Portekiz'de toplam sağlık harcamalarının gayri safi yurtiçi hasıla içindeki payı 2022 yılı itibarıyla %10,6'dır. OECD ülkelerinin ortalaması ise %9,2'dir. Kişi başına düşen sağlık harcaması 2022 yılı itibarıyla 4.986 \$ olan OECD ortalamasının altında kalarak 4.162 \$ olarak gerçekleşmiştir.

2021 yılı itibarıyla toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı incelendiğinde; kamu harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payının %63, cepten yapılan ödemelerin sağlık harcamaları içerisindeki payının %29, gönüllü sağlık sigortası harcamalarının payının %7 ve diğer sağlık harcamalarının payının ise %1 olduğu görülmektedir.

2021 yılı itibarıyla, hane halkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı %5,2 olarak gerçekleşmiştir ve OECD ortalamasının (%3,3) üstündedir.

Tablo 1: Ekonomi ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması

	PORTEKİZ	OECD
Nüfus, (2022)	10.379.007	-
Kişi başına düşen GSYİH, (\$), (2022)	24.275	-
Asgari ücret tutarı, (\$), (2022), (Aylık)	866	-
Cari sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı, (%), (2022)	10,6	9,2
Kişi başına düşen sağlık harcaması, (\$), (2022)	4.162	4.986
Kişi başına düşen ilaç harcaması, (\$), (2021)	559	614
Doğuşta beklenen yaşam süresi kadın, Doğuşta beklenen yaşam süresi erkek, (yıl), (2022)	84,4 78,5	83,0 77,6
Sigorta tarafından kapsanan nüfus oranı, (%), (2021)	100	97,9
1.000 kişiye düşen doktor sayısı, 1.000 kişiye düşen hemşire sayısı, 1.000 kişiye düşen yatak sayısı, (2021)	5,6 7,4 3,5	3,7 9,2 4,3
Toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı, (%), (2021)		
1 - Kamu sağlık harcaması oranı, (%)	63	76
Merkezi hükümet/bölgesel, yerel yönetimler sağlık harcaması oranı, (%)	61	38
Sosyal sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	2	38
2 - Cepten yapılan sağlık harcaması oranı, (%)	29	18,5
3 - Gönüllü sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	7	4,5
4 - Diğer harcamaların oranı, (%) *	1	1
Hane halkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı, (%), (2021)	5,2	3,3

* Ülkede geçici olarak ikame edenlere ait sağlık harcamaları

Kaynak:

1. Health at a Glance 2023 OECD Indicators, 2023.
2. The World Bank, 2022a.
3. The World Bank, 2022b.
4. OECD, 2022.

ÜLKENİN SAĞLIK ve GERİ ÖDEME SİSTEMİ

1. ORGANİZASYON YAPISI

Portekiz sağlık sistemi, üç alt sistemden oluşmaktadır. Bunlar; Ulusal Sağlık Hizmeti, belirli meslekler veya şirketler için kamu ve özel sigorta planları (sağlık alt sistemleri) ve özel sağlık sigortası planlarıdır. Ulusal Sağlık Hizmeti, nüfusun tamamını kapsamaktadır.

Portekiz sağlık sistemi hem kamu hem de özel kaynaklar tarafından finanse edilmektedir. Ulusal Sağlık Hizmeti neredeyse tamamen vergilerle finanse edilmektedir. Ülke sakinlerinin yaklaşık %20-25'ine tam veya kısmi sağlık yardımı sunan sağlık alt sistemleri ise çalışanlar ve işverenler tarafından finanse edilmektedir. Özel gönüllü sağlık sigortaları, nüfusun yaklaşık %29'una (2021 yılı itibarıyla yaklaşık üç milyon kişiye) sağlık hizmeti sağlamakta ve tamamlayıcı rol üstlenmektedir. Sağlık alt sistemlerine veya özel sağlık sigortasına sahip kullanıcıların sayısının beş milyondan fazla olduğu tahmin edilmektedir.

Ulusal sağlık sisteminin amacı, nüfusun sağlığını korumaktır. Portekiz sağlık sistemi, ekonomik durumu ve coğrafi konumu ne olursa olsun tüm vatandaşlar için sağlık hizmetlerine erişimde, kaynakların dağılımında ve sağlık hizmetlerinin kullanımında eşitliği sağlamayı hedeflemektedir.

Ulusal sağlık hizmetlerinin planlanması, organize edilmesi ve düzenlenmesi merkezi olarak Sağlık Bakanlığı tarafından, bölgesel düzeyde ise beş bölgesel sağlık idaresi tarafından yürütülmektedir. Bu beş bölge Kuzey, Merkez, Lizbon ve Tagus Vadisi, Alentejo ve Algarve'dir.

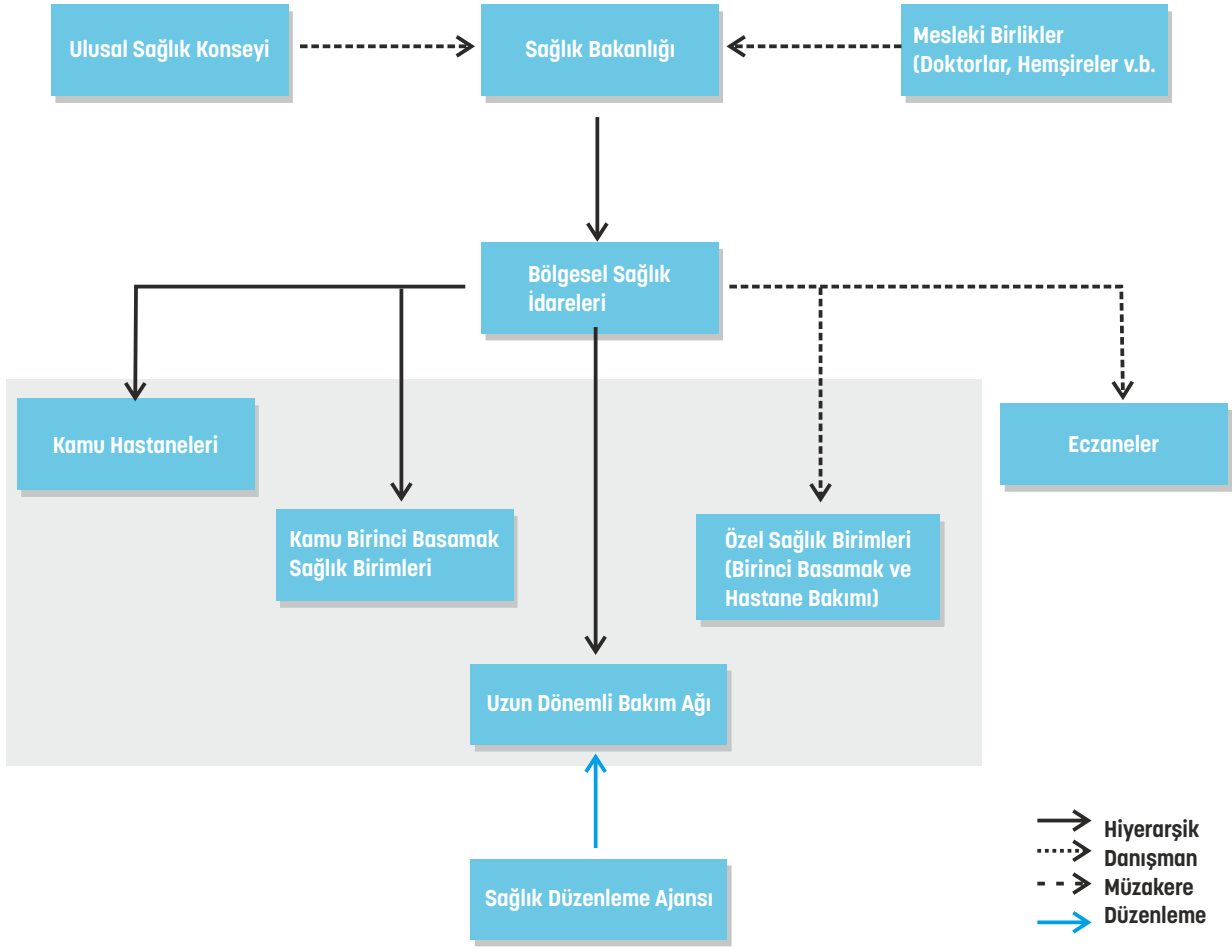
Portekiz sağlık sisteminin yasal çerçevesi, 24.08.1990 tarihli Sağlık Temel Kanunu ile düzenlenmiştir. Söz konusu Kanun ile sağlık sistemine getirilen yenilikler şu şekildedir:

- 1993 yılında beş adet bölgesel sağlık idaresi oluşturulmuştur. Bölgesel sağlık idareleri; vatandaşların sağlığının stratejik yönetiminden, hastanelerin denetlenmesinden, Ulusal Sağlık Hizmeti birinci basamak sağlık merkezlerinin yönetiminden ve ulusal sağlık politikası hedeflerinin gerçekleştirilmesinden sorumludurlar.
- Özel sağlık hizmet sunucularının hizmet sunumu ve kamu sağlık tesislerinin özel yönetimi teşvik edilerek sağlık sektörünün özelleşmesine imkân sağlanmıştır.
- Özel sağlık sigortası firmaları ve diğer sağlık sigortası seçenekleri teşvik edilerek sağlık hizmetlerinin özel kesim tarafından finanse edilmesi imkanı sağlanmıştır.
- Yerel hastaneleri ve bakım birimlerini bir araya toplayan bölgesel birimlerin eş zamanlı olarak kurulmasıyla sağlık hizmetlerinin entegrasyonu sağlanmıştır.

Portekiz'de Sağlık Bakanlığı, sağlık politikalarının geliştirilmesinden ve uygulamanın izlenmesinden sorumludur. Bakanlık, Ulusal Sağlık Hizmetini planlamakta, düzenlemekte ve yönetmektedir. Ayrıca özel sağlık hizmeti sunucuları ile ilgili düzenleme yapma ve denetleme yetkisine sahiptir. Sağlık politikalarının uygulanması bölgesel sağlık idarelerinin sorumluluğu altında yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı'na görevlerinde merkezi kurumlar tarafından destek verilmektedir. Ayrıca sağlık sisteminde Sağlık Bakanlığına bağlı olmayan ve Bakanlık denetiminden bağımsız olan kurumlar da yer almaktadır.

Şekil 1'de Portekiz sağlık sisteminde yer alan çeşitli kurum, kuruluş ve organizasyonlar ve aralarındaki ilişkiler özetlenmektedir.

Şekil 1: Sağlık Sistemi Organizasyon Yapısı

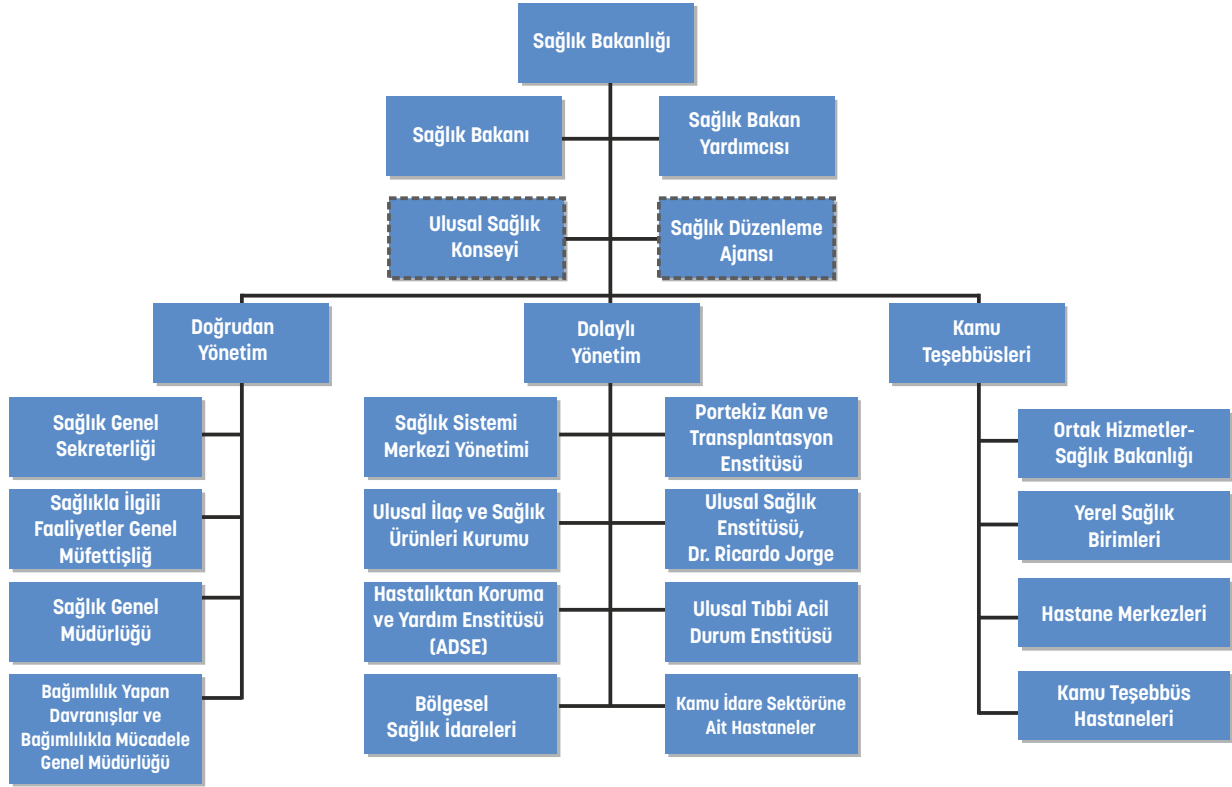


Kaynak: Health System in Transition, 2017.

1.1. Sağlık Bakanlığı

Sağlık Bakanlığı aracılığıyla merkezi hükümet, sağlık politikasının geliştirilmesi, uygulanması, izlenmesi ve değerlendirilmesinden sorumludur. Şekil 2'de Sağlık Bakanlığı'nın teşkilat yapısı gösterilmiştir. Bakanlığın temel işlevi, ulusal sağlık sisteminin düzenlenmesi, planlanması ve yönetimidir. Ayrıca, ulusal sağlık sisteminin bir parçası olsun ya da olmasın, özel sağlık hizmeti sunucularına ilişkin düzenleme ve denetim faaliyetlerinden de sorumludur.

Şekil 2: Sağlık Bakanlığı Organizasyon Yapısı



Kaynak: Health System in Transition, 2017.

Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısı birçok kurum ve kuruluştan oluşmaktadır. Bu kurumlardan bazıları doğrudan idari yönetim altında iken bazıları dolaylı idari yönetim altında entegre edilmiştir. Bazı kurumlar ise kamu teşebbüsü statüsündedir.

Aşağıdaki merkezi birimler, idarenin doğrudan yönetimi altındadır ve dolayısıyla hiyerarşik olarak Sağlık Bakanlığı tarafından yönetilmektedir.

- **Sağlık Genel Sekreterliği:** Bakanlığın diğer bölümlerine teknik ve idari destek sağlamakta, çalışmalarını koordine etmekte ve çeşitli kamu dairelerinde çalışan personele yardımcı olmaktadır. Ayrıca, Ulusal Sağlık Hizmetine dahil olmayan diğer kurumlara ve kuruluşlara çeşitli konularda destek vermektedir.
- **Sağlıkla İlgili Faaliyetler Genel Müfettişliği:** Sağlık sektöründe hem Ulusal Sağlık Hizmeti kurumlarında ve hem de özel kurumlarda denetim, kontrol ve disiplin işlevini yerine getirmektedir. Sağlık alanındaki kurum veya profesyoneller tarafından sağlanan hizmetlerin kalitesinin yanı sıra yasal ve düzenleyici hükümlere ve ilgili kılavuzlara uygunluğu denetlenmektedir. Ayrıca Sağlık Bakanlığına bağlı veya onun gözetimi altındaki kurum ve hizmetlerle ilgili olarak kamu kaynaklarının etkin, verimli ve ekonomik olarak kullanılmasını sağlamaktadır.
- **Sağlık Genel Müdürlüğü:** Sağlık teşvik edilmesi, hastalıkların önlenmesi ve sağlık hizmetlerine ilişkin tüm faaliyetlerin, kurumların ve hizmetlerin planlanması, düzenlenmesi, yönetilmesi, koordinasyonu ve denetiminden sorumlu kurumdur. Ayrıca halk sağlığı programları, kalite ve epidemiyolojik sürveys, sağlık istatistikleri ve çalışmalarını yürütmektedir.
- **Bağımlılık Yapan Davranışlar ve Bağımlılıkla Mücadele Genel Müdürlüğü:** Uyuşturucu madde kullanımının azaltılmasını, bağımlılık yapıcı davranışların önlenmesini, tedavisini ve bağımlılıkların azaltılmasını teşvik etmektedir.

Aşağıdaki kamu kurumları ve diğer organizasyonlar dolaylı olarak idari yönetim altında yer almaktadır.

- **Sağlık Sistemi Merkezi Yönetimi (Administração Central do Sistema de Saúde, ACSS):** Ulusal Sağlık Hizmetinin mali kaynaklarını planlamak ve koordine etmek, mesleki düzenleme de dahil olmak üzere sağlık işgücü politikaları geliştirmek, sağlık hizmeti sözleşmelerine ilişkin finansman modelleri oluşturmak ve Ulusal Sağlık Hizmeti hastaneleri ile olan sözleşmelerin uygulanmasını izlemek, Ulusal Sağlık Hizmetindeki sağlık tesisleri ve ekipmanlarının yönetimini koordine etmek ve Ulusal Sağlık Hizmetinde sağlık performansı, finans ve insan kaynakları ile ilgili bilgi ve istatistiklerin bir araya getirilmesini koordine etmek ve birleştirmek temel sorumlulukları arasında yer almaktadır.
- **Ulusal İlaç ve Sağlık Ürünleri Kurumu (Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, INFARMED):** Kurumun temel amacı, halk sağlığı ile tüketicilerin korunması için gerekli standartları belirlemek, ilaçların ve diğer sağlık ürünlerinin kalitesini, güvenliğini ve etkinliğini sağlamaktır. Kurumun en önemli faaliyetleri arasında, tıbbi ürünlerin araştırma aşamasından sağlık uzmanları ve hastalar tarafından kullanımı aşamasına kadar düzenlenmesi ve denetlenmesi yer almaktadır.
- **Ulusal Tıbbi Acil Durum Enstitüsü (Instituto Nacional de Emergência Médica, INEM):** Entegre Tıbbi Acil Durum Sisteminin etkin işleyişini ve sürdürülebilir gelişimini sağlamak ana sorumlulukları arasında yer almaktadır.
- **Portekiz Kan ve Transplantasyon Enstitüsü (Instituto Português do Sangue e da Transplantação):** Kan ve kan bileşenlerinin yanı sıra organ, doku ve hücre bağıışı, bunların analizi, işlenmesi, depolanması ve dağıtılması konusunda kalite ve güvenliği sağlamaktan sorumludur.
- **Hastalıktan Koruma ve Yardım Enstitüsü (Instituto de Protecção e Assistência Doença, ADSE):** Kamuda istihdam edilen kişiler ve aile üyeleri için oluşturulmuş sağlık alt sistemidir ve hem Sağlık Bakanlığı hem de Maliye Bakanlığı'nın dolaylı yönetimi altındadır. Özel rejime ve ortak yönetime tabi bir kamu kurumudur. İdari ve mali özerkliğe sahiptir. Yararlanıcılarının sağlık yardımları sistemini organize etmek, uygulamak, yönetmek ve kontrol etmekle görevlidir. Ayrıca görevleri ile ilgili anlaşmalar, sözleşmeler ve protokoller yapmakta ve yerine getirilmesini izlemektedir. Yararlanıcılarına sosyal koruma alanında uygulanacak yardımları da yönetmektedir.
- **Dr. Ricardo Jorge Ulusal Sağlık Enstitüsü (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, INSA):** Sağlık Bakanlığı'nın denetimi altında, bilimsel, teknik, idari ve mali özerkliğe sahip, Devletin dolaylı yönetimiyle bütünleşmiş bir kamu kurumudur. Portekiz sağlık sisteminin referans laboratuvarıdır. Ricardo Jorge Enstitüsü'nün amacı; araştırma ve teknoloji geliştirme faaliyetleri ile referans laboratuvar faaliyetlerini gerçekleştirmek ve sağlık gözlemi ve epidemiyolojik sürveyans aracılığıyla halk sağlığının teşvikine katkıda bulunmaktır. Ulusal Sağlık Enstitüsü yönetim kurulu kararıyla oluşturulan teknik-bilimsel nitelikteki altı departmandan oluşmaktadır. Ricardo Jorge Enstitüsü'nün teknik bilimsel bölümleri; Gıda ve Beslenme Dairesi, Enfeksiyon Hastalıkları Dairesi, Epidemiyoloji Dairesi, İnsan Genetiği Dairesi, Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi ve Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi Dairesi ile Çevre Sağlığı Dairesi'dir.
- **Bölgesel Sağlık İdareleri (Administrações Regionais de Saúde):** Sorumlulukları altındaki coğrafi alanda nüfusun kaliteli sağlık hizmetine erişimini temin etmek, mevcut kaynakları sağlık ihtiyaçlarına göre uyarlamak ve Ulusal Sağlık Hizmetinin bölgesel olarak uygulanmasını sağlamaktan sorumludur. Ayrıca mevcut kaynakları optimize etmek amacıyla, ilgili sağlık bölgesinde sağlık politikasının uygulanmasını koordine etmek, yönlendirmek ve değerlendirmek, Ulusal Sağlık Hizmeti planının hazırlanmasında iş birliği yapmak ve bölgesel düzeyde uygulanmasını izlemek, bölge nüfusunun sağlığının korunması ve geliştirilmesi amacıyla halk sağlığı alanında faaliyetler geliştirmek diğer görev ve sorumlulukları arasında yer almaktadır.

Ulusal Sağlık Hizmeti, Sağlık Bakanlığı tarafından merkezi olarak finanse edilmesine rağmen, 1993'ten beri beş sağlık idaresinden (Kuzey, Merkez, Lizbon ve Tagus Vadisi, Alentejo ve Algarve) oluşan bölgesel bir yapıda faaliyetlerini sürdürmektedir.

Bölgesel sağlık idareleri bir sağlık yönetim kurulu tarafından yönetilmektedir. Sağlık yönetim kurulları bölgesel planlara ve Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan ilke ve direktiflere uygun olarak çalışmalarını yürütmektedir. Başlıca sorumlulukları; stratejik kılavuzların geliştirilmesi, sağlık hizmeti sunumu ile ilgili tüm hususların koordinasyonu, hastanelerin ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin denetimi, özel kuruluşlarla anlaşma ve protokol yapılması ile devlet kurumları, dini yardım kuruluşları, diğer kâr amacı gütmeyen kuruluşlar ve belediye meclisleri ile işbirliği yapmaktır. Ayrıca uzun dönem bakım ağı geliştirmekten de sorumludurlar.

• **Kamuya Ait Hastaneler:** Halihazırda kamu işletmelerine dönüştürülmeyen az sayıda devlet hastanesidir. Başka bir deyişle, bu hastaneler işletme statüsüne sahip olmayan kamu kurumlarıdır ve kamu hizmeti kurallarıyla yönetilmektedirler.

Aşağıdaki yer kuruluşlar doğrudan veya dolaylı olarak Bakanlık idari yönetimi altında olmayan kamu teşebbüsleridir.

• **Ulusal Sağlık Konseyi (Conselho Nacional de Saúde):** Sağlık Bakanlığı danışma organıdır. Bağımsız olarak çalışmalarını yürütmektedir. Sağlık politikalarının uygulanmasını sağlamak için alınacak önlemler konusunda öneri ve tavsiyelerde bulunmaktadır.

• **Sağlık Düzenleme Ajansı (Entidade Reguladora da Saúde):** Sağlık sektörünün düzenlenmesinden sorumlu bağımsız bir organdır. Görevleri arasında sağlık kurumlarının işletme gereklilikleri ile ilgili denetimi, hastaların sağlık hizmetlerine erişimi ve hasta haklarının savunulması, sağlık hizmeti sunumunun kalitesi, ekonomik düzenleme ve sağlık sektöründe rekabetin teşvik edilmesi yer almaktadır.

1.2. Ulusal Sağlık Hizmeti

Ulusal Sağlık Hizmeti evrenseldir, geniş kapsamlıdır ve kullanım noktasında neredeyse ücretsizdir. Sağlık Bakanlığı, Ulusal Sağlık Hizmeti tarafından sunulan temel teminat paketini tanımlamaktan sorumludur.

Ulusal Sağlık Hizmetine ait tüm hastaneler Sağlık Bakanlığı'nın yetkisi altındadır. Özel sektör hastanelerinin ise kendi yönetim düzenlemeleri bulunmaktadır. Tüm hastaneler sözleşmeler yoluyla finanse edilmektedir.

Ulusal Sağlık Hizmeti kapsamındaki hastaların bir pratisyen hekime kaydolması zorunludur ve ikametlerine bağlı olarak yalnızca bir coğrafi bölgedeki mevcut sağlık hizmet sunucuları arasından seçim yapma hakkına sahiptirler. Mayıs 2016'dan bu yana, Ulusal Sağlık Hizmeti kullanıcıları ikamet bölgelerinin dışındaki bir hastaneye sevk edilebilmektedir. Ancak sevk için belirli bir işlem veya ayakta tedavi muayenesi için bekleme sürelerinin daha kısa olması gerekmektedir. Portekiz'de ikinci basamak sağlık hizmetlerine erişimde zorunlu sevk sistemi mevcuttur. Hem ayakta tedavi randevuları hem de acil servis hizmetleri için katı sevk kuralları tanımlanmıştır. Sağlık hizmeti sunucusu seçim imkânı, bir sağlık alt sistemi veya özel sağlık sigortası kapsamında olanlar için daha fazladır.

1.3. Sağlık Alt Sistemleri

Portekiz'de Ulusal Sağlık Hizmetinin kurulmasından önce var olan ve üyeliğin istihdam durumu veya meslek gruplarına dayalı olduğu bazı sağlık sigortası planları varlığını sürdürmektedir. Bunlar genellikle sağlık alt sistemleri olarak adlandırılmaktadırlar.

Kamu sektöründe faaliyet gösteren bir dizi alt sistem, 2015 yılında kamu çalışanları için ana alt sistem olan Hastalıktan Koruma ve Yardım Enstitüsü'ne dahil edilmiştir. Böylelikle sağlanan sağlık yardımları standartlaştırılmıştır. Hastalıktan Koruma ve Yardım Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı'nın dolaylı idaresi altındadır ve ayrıca Maliye Bakanlığı'nın mali denetimine tabidir. Hastalıktan Koruma ve Yardım Enstitüsü tüm kamu görevlilerine ve belirli düzenlemeler kapsamında kamu kuruluşlarına hizmet veren kişilere sağlık yardımları sağlamaktadır.

Hastalıktan Koruma ve Yardım Enstitüsü yararlanıcılarına ayakta veya yatarak tedavi hizmetleri için geniş kapsamlı sağlık yardımları sağlamaktadır. Enstitü tarafından hangi hizmetlerin kapsam altına alınacağı, her bir sağlık hizmetinin maliyeti ve kullanıcı katkıları belirlenmektedir. Yararlanıcıların maaşlarından veya emekli maaşlarından %3,5 oranında kesinti yapılmaktadır. 2016 yılı sonunda, aktif personel, emekliler ve aile üyeleri dahil olmak üzere Hastalıktan Koruma ve Yardım Enstitüsü yararlanıcılarının sayısı 1,22 milyon iken, 2020 yılı itibarıyla bir miktar azalarak 1,2 milyona gerilemiştir.

Silahlı Kuvvetler Mensupları için sağlık alt sistemi olan ADM (Assistência na Doença aos Militares da Forças Armadas) sisteminden yararlananların maaşlarından %3,5 kesinti yapılmaktadır ve bu kişiler Silahlı Kuvvetler Hastanesine ve çeşitli bölgelere yayılmış sağlık merkezlerine doğrudan erişim hakkına sahiptir. ADM'nin 2018 yıl sonu itibarıyla 58.967'si hak sahibi ve 56.118'i aile üyesi olmak üzere 115.085 yararlanıcısı vardır.

Kamu sektöründe faaliyet gösteren diğer başlıca sağlık alt sistemleri polisler için sağlık yardımları sağlayan SAD-PSP (Serviços de Assistência na Doença-Polícia de Segurança Pública) ve ulusal cumhuriyet muhafızları için sağlık yardımları sağlayan SAD-GNR (Serviços de Assistência na Doença - Guarda Nacional Republicana)'dır

Özel sektörde yer alan başlıca sağlık alt sistemleri ise; Portugal Telecom çalışanları için sağlık alt sistemi, posta hizmeti çalışanları için sağlık alt sistemi ve bankacılık ve sigorta çalışanları için sağlık alt sistemidir.

Alt sistemler genellikle hem kamu hem de özel sağlık kuruluşları aracılığıyla yararlanıcılarına sağlık hizmeti sunmaktadırlar. Sağlık hizmetlerinin sunumu, alt sistemler ve sağlık hizmet sunucuları arasında yapılan sözleşmelere göre veya sözleşme olmaması durumunda yararlanıcıların avans olarak ödedikleri sağlık ödemelerinin sonradan geri ödenmesi yoluyla gerçekleştirilmektedir. Bazı alt sistemler kendi sağlık kuruluşları aracılığıyla doğrudan sağlık hizmeti verebilmektedir.

2. SAĞLIK HİZMETİNİN FİNANSMANI

2.1. Kamu Finansmanı Kapsamındaki Kişiler

Ulusal Sağlık Hizmeti, ikamet esaslı olarak yapılandırılmıştır ve kişilerin sosyoekonomik durumu, istihdam seviyesi veya yasal statülerinden bağımsız olarak kapsam altındadır.

Tüm ikamet eden kişileri kapsam altına alan Ulusal Sağlık Hizmeti'ne ek olarak kamu sağlık alt sistemleri, özel sağlık alt sistemleri ve özel gönüllü sağlık sigortaları bulunmaktadır. Sağlık hizmetleri 'alt sistemleri' olarak da bilinen sosyal sigorta programları, kamu çalışanları, Silahlı Kuvvetler çalışanları, polisler ve ulusal cumhuriyet muhafızları, telekom ve posta çalışanları gibi meslek gruplarını kapsamaktadır.

Gönüllü özel sigorta programları ise çoğunlukla yüksek gelirli ve özel şirket çalışanları tarafından tercih edilmektedir.

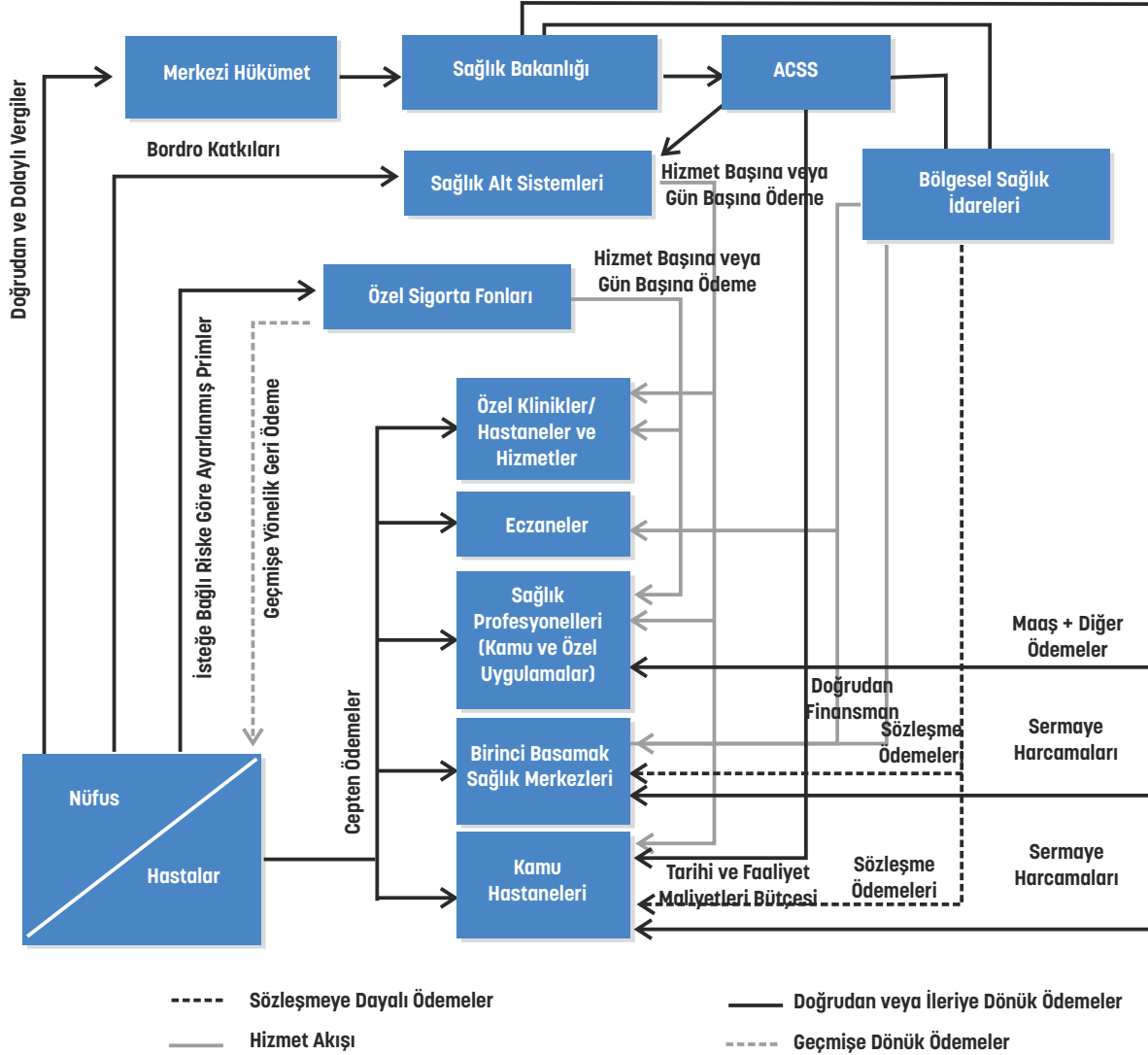
2.2. Finansman Kaynakları

Ulusal Sağlık Hizmeti ağırlıklı olarak genel vergiler yoluyla finanse edilmektedir. Tüm vatandaşları kapsam altına alan Ulusal Sağlık Hizmetine ek olarak, vatandaşlar ilave sigorta seçeneklerinden de yararlanabilmektedir. Bu ilave seçenekler; kamu sağlık alt sistemleri, özel sağlık alt sistemleri ve özel gönüllü sağlık sigortasıdır. Tam veya kısmi sağlık teminatı sunan sağlık alt sistemleri esas olarak işçi ve işveren katkılarıyla (işveren olarak devlet katkıları dahil) finanse edilmektedir.

Sağlık harcamalarının finansmanında kamunun payı 2010 yılından 2019 yılına kadar yaklaşık altı puan azalma göstermiş ve 2019'da %61 olarak gerçekleşmiştir. Sağlık hizmetlerinin finansmanında kamunun payı AB ortalamasından (%79,7) neredeyse on dokuz puan daha düşüktür. Bu azalma, kısmen Portekiz'in 2011-2014 Ekonomik Uyum Programı kapsamında halk sağlığı sektörünün finansmanına ayrılan payın azaltılmasından kaynaklanmaktadır. Sağlık harcamalarının finansmanında cepten yapılan harcamalar ikinci en büyük gelir kaynağını oluşturmaktadır ve 2019 yılı itibarıyla %30,5 olarak gerçekleşmiştir. Özel sağlık sigortası harcamaları ise 2019 yılı itibarıyla sağlık finansmanının %8,6 sını oluşturmaktadır.

Portekiz sağlık sistemindeki finansman akışlarının bir özeti, Şekil 3'te gösterilmektedir.

Şekil 3: Sağlık Sistemi Finansal Akışlar



Kaynak: Health System in Transition, 2017.

Yıllık hükümet bütçesi içinde Ulusal Sağlık Hizmeti harcamaları için bir bütçe ayrılmaktadır. Fiili sağlık harcamaları genellikle bütçe sınırlarını aşmakta ve bu durum ek bütçelerin onaylanmasını gerektirmektedir. Hükümet bütçesinden yapılan doğrudan transferlerin yanı sıra Ulusal Sağlık Hizmeti, çoğunlukla hastaneler tarafından oluşturulan gelirler vasıtasıyla kendi gelirlerini artırmaktadır. Bu gelirler arasında, özel sigorta şirketlerinden yapılan ödemeler, yatırımlardan elde edilen gelirler, bağışlar, para cezaları ve kullanıcı ücretleri yer almaktadır.

Maliye Bakanlığı, Ulusal Sağlık Hizmeti bütçesini, geçmiş yıllardaki sağlık harcamalarına ve Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan planlara dayalı olarak yıllık olarak belirlemektedir. Yatırım harcamaları ve cari sağlık harcamaları birbirinden ayrılmıştır ve Sağlık Bakanlığı tüm yatırım harcamalarının kontrolünü elinde tutmaktadır. Sağlık Bakanlığı bünyesinde mali yönetimden sorumlu birim olan Sağlık Sistemi Merkezi Yönetimi, planlanan faaliyetleri desteklemek için gerekli kaynakları detaylandırarak tahminler hazırlamaktadır. Cari yıl için toplam harcama tahmini, tüketim düzeyinde ve maaş düzeylerinde beklenen artışa göre ayarlanmaktadır. Maliye Bakanlığı, makro ekonomik değerlendirmelere dayalı olarak, nihai sağlık bütçesini belirlemektedir.

Sağlık Bakanlığı'na, Ulusal Sağlık Hizmeti için global bir bütçe aktarılmakta ve bu bütçe daha sonra Ulusal Sağlık Hizmeti içindeki birçok kuruma (hastaneler, birinci basamak sağlık merkezlerine fon tahsis eden sağlık bölgeleri ve özel programlar) tahsis edilmektedir.

Sağlık Bakanlığı, coğrafi olarak tanımlanmış bölgelerde sağlık hizmetlerinin temini için her bir Bölgesel Sağlık İdaresi'ne bir bütçe ayırmaktadır. Bununla birlikte uygulamada, bütçenin harcanması bakımından bölgesel sağlık idaresi özerkliği birinci basamakla sınırlandırılmıştır, çünkü hastane bütçeleri hala merkezi düzeyde tanımlanmakta ve tahsis edilmektedir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri için bölgesel sağlık idaresi bütçesi, geçmiş harcamalar ve kişi başına ödemeler dikkate alınarak belirlenmektedir. Bütçe hesaplamasında kişi başı ödeme bileşeni yıllar itibarıyla göreceli olarak artırılmıştır. Kişi başı ödeme bileşeni demografiye (yaş ve cinsiyet) ve seçilen sağlık sorunlarının bölgesel prevalansına göre hesaplanan bir hastalık yükü indeksine göre ayarlanmaktadır.

2.3. Finansman Kapsamındaki Sağlık Hizmetleri

Ulusal Sağlık Hizmeti kapsamında sağlanan sağlık yardımları oldukça geniş kapsamlıdır. Diş sağlığı hizmetleri dışındaki tüm sağlık hizmetleri geri ödeme kapsamında yer almaktadır. Kamu hastanelerinde sağlanan yatarak tedavi ve diğer cerrahi işlemler kapsam dahilindedir. Ayrıca pratisyen ve uzman hekim ziyaretleri, konsültasyonlar, teşhis prosedürleri, acil servis hizmetleri ve kemoterapi, fizyoterapi vb. gibi diğer ayakta tedavi hizmetleri tamamen Ulusal Sağlık Hizmeti tarafından karşılanmaktadır.

Portekiz genelinde diş sağlığı hizmetleri Ulusal Sağlık Hizmeti kapsamı dahilinde yer almamaktadır. Ulusal Sağlık Hizmeti, Ulusal Ağız Sağlığı Teşviki Programı aracılığıyla çocuklara, yaşlılara, hamile kadınlara ve HIV/AIDS hastalarına ücretsiz diş tedavileri sunmaktadır. Bazı devlet hastanelerinde ve yerel sağlık merkezlerinde diş hekimi bulunsa da tedavilerin çoğu özel doktorlar tarafından yapılmaktadır

Geri ödeme kapsamındaki tıbbi ürünler için ulusal bir tıbbi ürünler geri ödeme sistemi vardır. Reçeteli ilaçlar, Ulusal Sağlık Hizmeti ile kullanıcı arasında bir maliyet paylaşımına tabidir. Ulusal Sağlık Hizmeti kullanıcılarına reçete edilen tıbbi ürünlerin fiyatının bir kısmı geri ödeme kapsamında karşılanmaktadır. %15 ile %90 arasında değişen dört geri ödeme düzeyi kategorisi vardır. Ayrıca, bazı tıbbi ürünlerin %100 kamu finansmanında olduğu istisnai bir geri ödeme rejimi de vardır.

2.4. Cepten Ödemeler ve Maliyet Paylaşımı

Cepten yapılan sağlık harcamaları 2010'dan bu yana %5'in üzerinde artış göstermiştir. 2019 yılı itibarıyla cepten yapılan harcamaların sağlık hizmetlerinin finansmanındaki payı %30,5 olarak gerçekleşmiş ve ikinci en büyük gelir kaynağı olmuştur. Bu oran, AB ortalaması olan %15,4'ün oldukça üzerindedir.

Diş sağlığı bakımı ve özel ayaktan uzman konsültasyonları dahil olmak üzere, ulusal sağlık hizmetleri kapsamında olmayan hizmetler için hastalar tarafından doğrudan ödemeler yapılmaktadır.

Maliyet paylaşımı hem Ulusal Sağlık Hizmeti hem de özel finansman düzenlemelerinin bir parçasıdır. Önceki uygulamada Ulusal Sağlık Hizmeti kapsamında sağlık hizmeti sunucularına yapılan başvurularda sabit tutarlı muayene katılım payı tahsil edilmekte iken 1 Haziran 2022 tarihinden itibaren acil servislere yapılan müracaatlar dışında muayene katılım payı uygulamasına son verilmiştir.

Katılım payı uygulaması sadece hastane acil servislerindeki bakım için uygulanmaya devam etmektedir (Tablo 2). Ancak, kullanıcının bu ücretleri ödemek zorunda olmadığı iki durum vardır: Kullanıcının acil servise sevk edilmesi durumunda katılım payı alınmamaktadır. Ayrıca sevk olmaksızın yapılan başvurularda hastaneye yatış durumunda da katılım payı ödenmesi söz konusu değildir.

Tablo 2: Acil Servislerde Ödenecek Katılım Payı Tutarları

Hizmet	Katılım Payı Tutarı
Çok amaçlı acil servis	18 €
Tıbbi-cerrahi acil servis	16 €
Temel acil servis	14 €

Acil sağlık hizmetlerinde ek teşhis ve tedavi testleri için de katılım payı uygulanabilmektedir. Ancak her acil bakım başvurusu için ödenecek katılım payı ücreti 40 €'yu geçmemektedir.

Düşük gelirli kişiler (ortalama hane halkı aylık geliri Sosyal Destek Endeksinin 1,5 katı ve altında olanlar), işsizler, hamile ve doğum yapan kadınlar, engellilik oranı %60 ve daha fazla olanlar, kan bağışçıları, canlı hücre ve doku bağışçıları, mülteciler ve sığınmacılar, itfaiyeciler, 18 yaş ve altı kişiler ile belirlenen diğer bazı gruplar tüm Ulusal Sağlık Hizmeti kapsamındaki kurumlarda katılım payından muafır.

Kullanıcının hizmet maliyetinin belirli bir yüzdesini ödediği katılım payı uygulaması, Ulusal Sağlık Hizmeti kapsamındaki ilaçlar için geçerlidir. Reçeteli ilaçlar, değişen oranlarda katılım payına tabidir. Katılım payı oranı etkililik kriterine bağlı olarak değişmektedir ve dört geri ödeme kategorisi mevcuttur. A kategorisindeki ilaçların katılım payı oranı %10 iken Kategori B ilaçları için %31, Kategori C ilaçları için %63, ve Kategori D ilaçları için ise %85'dir. Sağlık Bakanlığı, ilaçların hangi kategoriye girdiğini belirlemektedir.

Emekliler ilaçlar için indirimli bir oran ödemektedirler ve kronik hastalar bazı tedavi planları için bu ödemededen muafır. İlaçlar için referans fiyatlandırmadan dolayı maliyet paylaşımı uygulamaları da mevcuttur.

Özel sağlık sigortası pazarı Portekiz'de büyümeye devam etmektedir ve sağlık hizmetleri finansmanındaki payı 2019 yılı itibarıyla %8,6 olarak gerçekleşmiştir. Bireysel veya grup özel sağlık sigortası kapsamına giren kişi sayısına göre özel sigorta pazarı, 2021 yılında yaklaşık üç milyon kişiye (nüfusun yaklaşık %29'u) ulaşmıştır. Özel sağlık sigortasının ana rolü tamamlayıcı olmasıdır. Hastane hizmetlerine ve ayaktan konsültasyonlara erişimi hızlandırmakta ve sağlık hizmet sunucusu seçimi imkânı sağlamaktadır.

3. GERİ ÖDEME SİSTEMİ

3.1. Birinci Basamak Sağlık Merkezi Ödemeleri

Portekiz'de birinci basamak sağlık hizmetleri hem kamu ve hem de özel sağlık hizmeti sunucuları tarafından sunulmaktadır. Kamu sektöründe birinci basamak sağlık hizmetleri çoğunlukla kamu tarafından finanse edilen ve yönetilen birinci basamak sağlık merkezi grupları (Agrupamentos de Centros de Saúde-ACES) aracılığıyla verilmektedir. Bu grupların misyonu, belirli bir coğrafi bölgenin nüfusuna birinci basamak sağlık hizmeti verilmesini garanti etmektir.

Sağlık Bakanlığı tarafından bölgesel sağlık idarelerine fon tahsis edilmekte ve bölgesel sağlık idareleri de yakın zamanda oluşturulan ACES'ler aracılığıyla her bir sağlık merkezinin faaliyetini finanse etmektedir. Geri ödeme, belirli bir coğrafi bölgede birinci basamak sağlık hizmeti sunumundan sorumlu olan ACES ile bölgesel sağlık idaresi arasında yapılan sözleşmeler üzerinden gerçekleştirilmektedir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin çoğu, Ulusal Sağlık Hizmeti kapsamında birinci basamak sağlık tesislerindeki hemşirelerin yanı sıra pratisyen hekimler tarafından sağlanmaktadır. Bazı birinci basamak sağlık merkezleri sınırlı sayıda uzmanlaşmış bakım da vermektedir. Birinci basamakta çalışan uzmanlar arasında ruh sağlığı, psikiyatri, dermatoloji, pediatri, kadın hastalıkları ve doğum ile cerrahi gibi branş doktorları yer almaktadır. Hastanelerde sunulan bu sağlık hizmetlerinin birinci basamakta sağlanmasına yönelik uygulama ile nüfusun sağlık hizmetlerine erişimini iyileştirmek ve hastane hizmetlerinin aşırı kullanımını önlemek amaçlanmaktadır.

Ulusal Sağlık Hizmeti içindeki ilk temas noktası, birinci basamak sağlık birimindeki pratisyen hekimlerdir. Hastaların kendi yerleşim bölgesi veya iş yeri bölgesinde bir pratisyen hekime kayıt olmaları gerekmektedir. Teorik olarak, hastaların uzman hekime doğrudan erişimi yoktur ve pratisyen hekimler tarafından sevk edilmeleri gerekmektedir. Çoğunlukla uzman hekim muayenelerinde gecikmeler yaşandığından diğer Avrupa ülkelerinde olduğu gibi, hastalar genellikle acil servisleri ziyaret ederek sevk sistemini atlamaya çalışmaktadır. Bu nedenle Ulusal Sağlık Hizmeti kısa bir süre önce tüm Ulusal Sağlık Hizmeti hastanelerinde acil bakım, uzman bakımı ve teşhis hizmetleri için bekleme sürelerine ilişkin verileri internet üzerinden kullanıma sunmuştur.

Sağlık alt sistemleri kapsamındaki hastalar, sigorta programlarının onayladığı özel hastanelere ve uzmanlara doğrudan gidebilmektedir. Özel doktorların bu kişileri Ulusal Sağlık Hizmeti hastanelerine sevk etme yetkileri bulunmaktadır.

3.2. Hastane Ödemeleri

İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri esas olarak hastanelerde sağlanmaktadır. Ancak bazı birinci basamak sağlık merkezleri ayakta tedavi hizmetleri sağlayan uzman doktor da istihdam etmektedir.

Son yıllarda hastane sektöründeki en önemli reformlardan biri, 2012 yılında yürürlüğe giren kamu-özel ortaklıklarının geliştirilmesidir. Bu sağlık birimlerinin yatırımı ve işletmesi özel sektörde olmakla birlikte Ulusal Sağlık Hizmetine entegredir ve Ulusal Sağlık Hizmeti kullanıcıları herhangi bir kamu hastanesi veya sağlık biriminde olduğu gibi bu sağlık tesislerinde de aynı haklara sahiptir. Halihazırda bu şekilde faaliyet gösteren iki hastane mevcuttur.

Ulusal Sağlık Hizmetine ait hastaneler (kamu hastaneleri ve özel kuruluşlar tarafından yönetilen kamu hastaneleri), Sağlık Bakanlığı'nın yetkisi altında kamu sektöründe faaliyet göstermektedirler. Hem kâr amacı güden hem de kâr amacı gütmeyen özel sektör hastanelerinin kendi yönetim düzenlemeleri vardır. Sağlık Bakanlığı ve bölge sağlık idareleri, Ulusal Sağlık Hizmeti kullanıcılarına sağlık hizmeti sunmak için özel hastanelerle sözleşme yapmaktadır.

Hastane bütçeleri Sağlık Sistemi Merkezi Yönetimi aracılığıyla Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanmakta ve dağıtılmaktadır. Halihazırda kamu hastanelerine Sağlık Bakanlığı ile imzalanan sözleşmelere dayalı olarak global bütçeler tahsis edilmektedir. Geleneksel olarak bütçeler, enflasyona göre güncellenen bir önceki yılın finansman rakamlarına dayalı olarak belirlenmekte iken 1997'den bu yana artan oranlarda olmak üzere tanı ilişkili grup (TİG) verilerine ve hastanenin ayakta tedavi hacmine dayalı olarak oluşturulmaktadır. 2003 yılından bu yana TİG'ler, Ulusal Sağlık Hizmeti hastanelerinin ve yatan hasta finansmanının tamamını belirlemek için kullanılmaktadır.

Sağlık alt sistemleri ve özel sigorta programları, Ulusal Sağlık Hizmeti hastanelerine geriye dönük olarak, yatan hasta bakımı için vaka bazında (TİG fiyat listesine göre) ve ayakta tedavi hizmetleri için hizmet başına ücret temelinde geri ödeme yapmaktadır. Özel sigorta alanında farklı geri ödeme yöntemleri de mevcuttur. Bazı durumlarda, hastalar hizmet bedelini ödemekte ve ardından geriye dönük olarak hastalara ödeme yapılmaktadır.

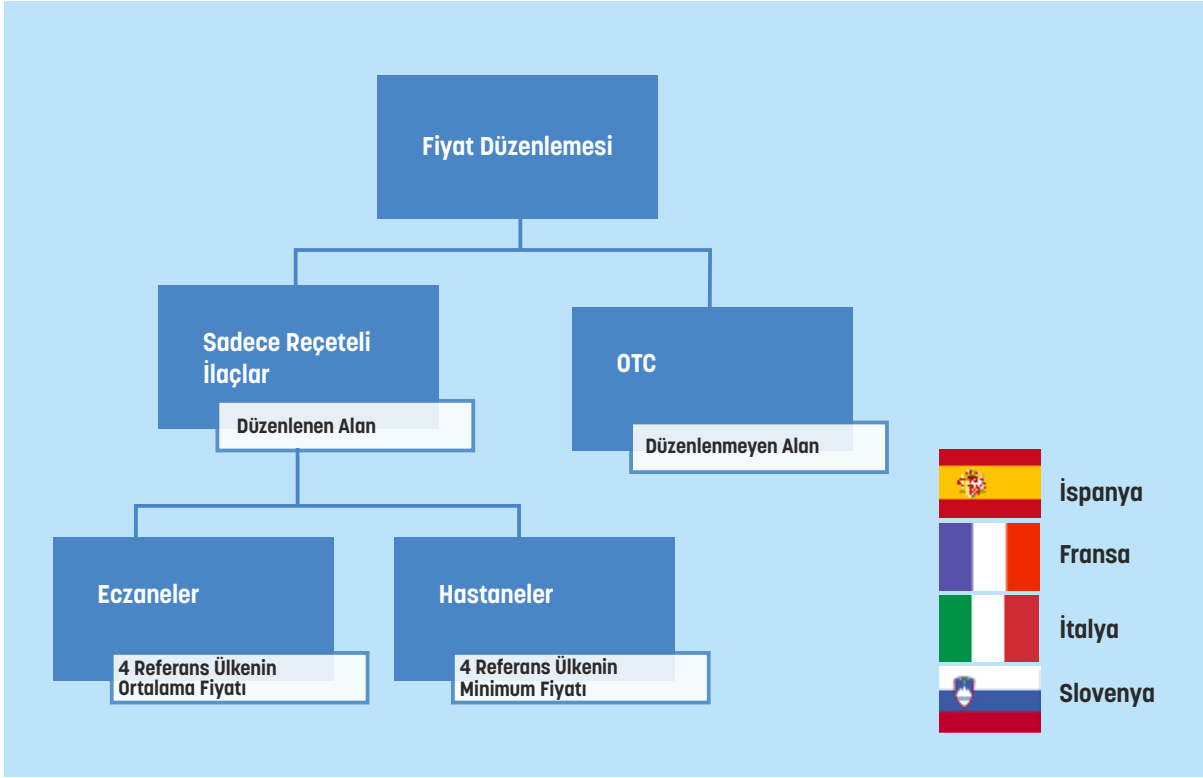
3.3. İlaç Geri Ödeme Sistemi

3.3.1. Fiyatlandırma Sistemi

Portekiz'de, ruhsat alınmasının ardından ilaçların fiyatı belirlenmekte ve maksimum piyasa fiyatının belirlenmesi için uluslararası referans fiyatlandırma sistemi kullanılmaktadır. Belirlenen referans fiyatlar yıllık olarak güncellenmektedir. İspanya, Fransa, İtalya ve Slovenya 2021 yılında kullanılan referans ülkelerdir.

Portekiz ilaç fiyatlandırma mevzuatına göre ilaçlar için ayakta tedavi veya yatarak tedavide kullanılması ve jenerik ilaç olup olmamasına göre farklı fiyatlandırma prosedürleri uygulanmaktadır (Şekil 4).

Şekil 4: İlaçlar İçin Fiyat Düzenlemeleri



Kaynak: PPRI, 2019.

Serbest Fiyatlar: Reçete gerektirmeyen tezgâh üstü ilaçların fiyatları, geri ödeme kapsamında olmadıkları sürece serbestçe belirlenmektedir. Tezgâh üstü ilaçlar nadiren geri ödeme kapsamına alınmaktadır. Bu durumda ise reçete edilen ve geri ödenen bir ürünle aynı kurallara tabi hale gelmektedirler. Fiyat ve kar oranları, Ulusal İlaç ve Sağlık Ürünleri Kurumu tarafından tezgâh üstü ilaçları satmak için lisans verilen her bir eczane veya mağaza tarafından belirlenmektedir.

Hastane Satış Fiyatı: Yalnızca hastanede kullanılan ilaçlar için resmi bir kamu satış fiyatı yoktur. Bu ilaçlar için fiyat; fabrika çıkış fiyatına %0,4 satış vergisi ve %6 KDV ilave edilerek belirlenmektedir. Özel hastaneler tarafından bu ilaçlar ulusal ülke kodlarının onaylanmasından hemen sonra ruhsat sahibi tarafından belirlenen fiyat üzerinden satın alınabilmektedir. 2006 yılında hükümet tarafından kamu hastanelerinin alımları için yasa değişikliğine gidilmiştir. Tüm yeni hastane ilaçları ve mevcut ilaçlar için yeni endikasyonların Ulusal İlaç ve Sağlık Ürünleri Kurumu tarafından sağlık teknolojisi değerlendirmesinden (STD) geçmesi gerekmektedir. Bu ilaçlar daha sonra kamu hastaneleri tarafından satın alınabilmektedir. Değerlendirme süresi 180 takvim günüdür.

Kamu Satış Fiyatı: Reçeteli ürünler için, ruhsatlandırma ve paket başına yerel ülke kodlarının alınmasını takiben, maksimum piyasa fiyatını belirlemek üzere uluslararası bir referans fiyatlandırma sistemi uygulanmaktadır. Perakende ilaçlar için fabrika çıkış fiyatı, referans ülkelerdeki fiyat ortalamasından yüksek olamamaktadır. Fiyat mevcut değilse, benzer bir ürünün Portekiz pazarındaki fiyatı veya menşei noktasındaki fiyatı kullanılabilir.

Fiyat onayı başvurusu Sağlık Teknolojileri Değerlendirme Bilgi Sistemi (Sistema de Informação para a Avaliação das Tecnologias de Saúde, SIATS) web sitesinden çevrimiçi olarak yapılmaktadır. Başvuruyu takiben, fiyat en fazla on beş iş günü içinde Ulusal İlaç ve Sağlık Ürünleri Kurumu tarafından onaylanmalıdır. Bu süre içinde onay verilmemesi halinde, fiyat zımnen onaylanmış sayılmaktadır. Belirlenen fiyat, ilacın sahip olabileceği maksimum fiyattır. Ancak ruhsat sahibi, Ulusal İlaç ve Sağlık Ürünleri Kurumu'na yeterli süre içinde bildirimde bulunmak kaydıyla tek taraflı olarak fiyatı geçici olarak düşürmeye karar verebilmektedir. Yılda bir kez, mevcut sepet dikkate alınarak yeniden fiyat hesaplamasının yapıldığı bir fiyat gözden geçirmesi süreci söz konusudur. Bu incelemelerden sonra fiyatlar düşülebilmektedir ancak bugüne kadar fiyat artışı yapılmamıştır.

Jenerik İlaçlar İçin Kamu Satış Fiyatı: Bir jenerik ilacın maksimum kamu satış fiyatı, eşit dozaj veya yoksa en yakın dozajla ve aynı farmasötik formda referans tıbbi ürünün maksimum kamu satış fiyatından en az %50 daha düşük olmalıdır. Belirli bir ilacın tüm formları için fabrika çıkış fiyatı 10 €'nun altındaysa, jenerik için maksimum kamu satış fiyatı, aynı farmasötik form ve en yakın dozaja sahip referans tıbbi ürünün maksimum kamu satış fiyatından en az %25 daha düşük olmalıdır.

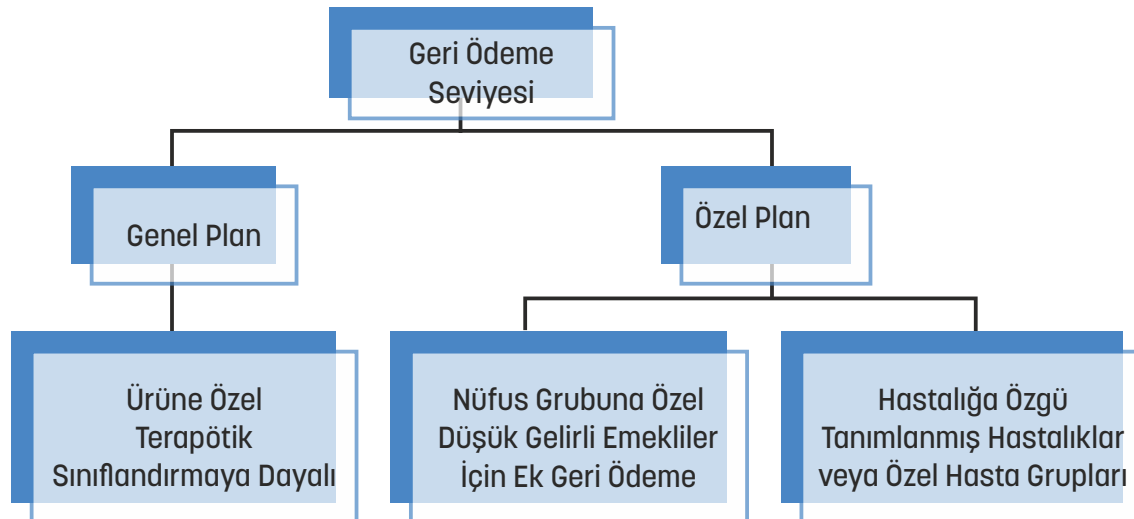
3.3.2. İlaç Geri Ödeme Sistemi

İlaçlar için kamu satış fiyatı belirlendikten sonra ilaç şirketi, yeni ürünün Ulusal Sağlık Hizmeti tarafından geri ödeme kapsamına alınarak pozitif listeye dahil edilmesi için Ulusal İlaç ve Sağlık Ürünleri Kurumu'na başvurabilmektedir. Geri ödeme fiyatı başlangıçta onaylanan fiyattan yüksek olamamaktadır.

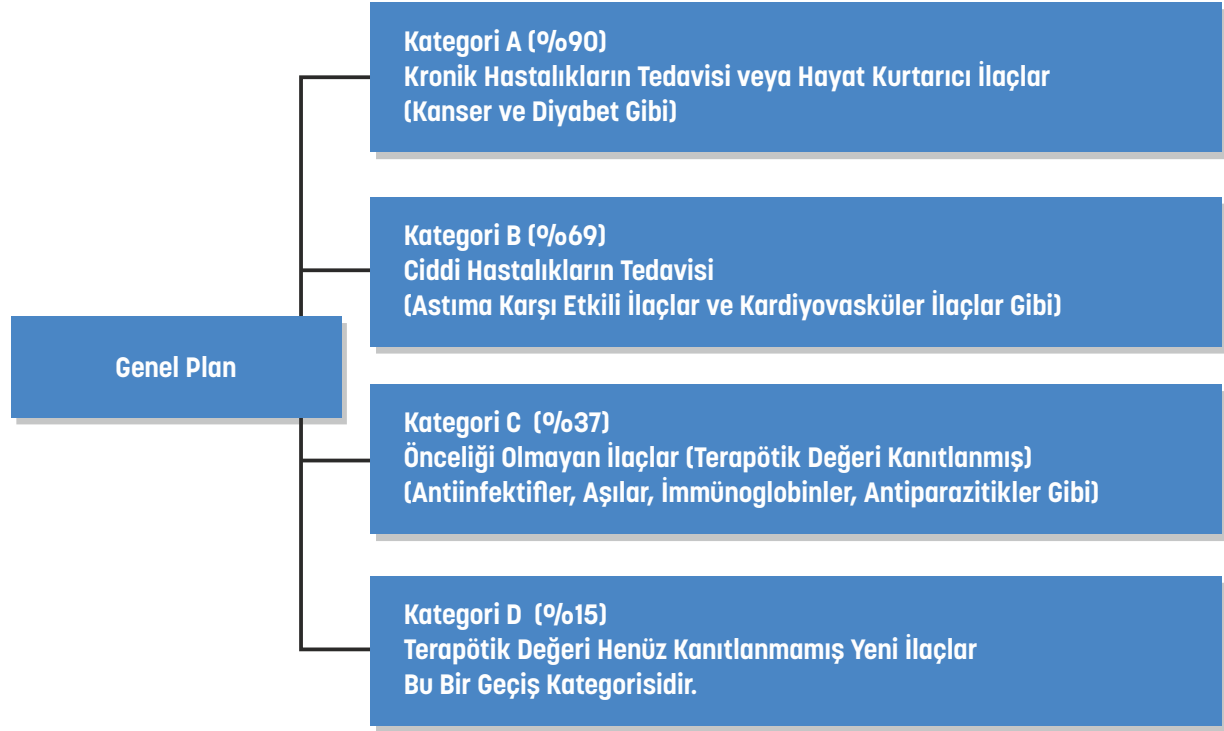
Geri ödemede iç referans fiyatlandırma sistemi kullanılmaktadır. Bunun için ilaçlar homojen gruplar (aynı etken madde, etki, uygulama yolu, farmasötik form) içinde kümelenmekte ve her bir grup içerisinde en az bir jenerik tıbbi ürün olmaktadır. Geri ödeme yüzdesi, ilaç için onaylanan fiyat yerine referans fiyata uygulanmaktadır. Referans fiyat, her homojen grupta jenerik olmayanlar da dahil olmak üzere en ucuz beş ilacın ortalama fiyatıdır. Referans fiyat her homojen grupta en pahalı jenerikten daha yüksek olmamalıdır. Gruplar her üç aylık dönemde gözden geçirilmektedir ve her ay yeni grupların oluşturulması mümkündür.

Ayakta tedavide kullanılan ilaçların geri ödemesinde iki tür geri ödeme planı mevcuttur (Şekil-6). Genel geri ödeme planı kapsamında geri ödeme seviyesi, ürünün türüne/hastalığın ciddiyetine göre belirlenmekte ve daha ciddi hastalıklar için daha yüksek bir geri ödeme oranı uygulanmaktadır. Geri ödeme oranı olarak, ürünün maksimum kamu satış fiyatının %15 ila %90'ı arasında değişen dört farklı oran (%15, %37, %69 ve %90) uygulanmaktadır (Şekil 5). Örneğin, antidiyabetik ilaçlar %90 oranında geri ödenirken, antihipertansif ilaçlar %69 oranında geri ödenmektedir.

Şekil 6: Ayakta Tedavide İlaç Geri Ödeme Planı



Şekil 5: Ayakta Tedavide Kullanılan İlaçlar İçin Genel Geri Ödeme Planı



Kaynak:PPRI, 2019.

Yararlanıcıların geliri, hastalıkların yaygınlığı ve halk sağlığı hedefleri dikkate alınarak, belirli hastalıklar veya belirli hasta grupları için özel veya istisnai geri ödeme planları söz konusu olabilmektedir. Özel olarak veya istisnai olarak geri ödemesi yapılan ilaçlar genellikle tam olarak geri ödenmektedir ve önemli sağlık sorunlarına yol açan belirli hastalıklarla ilgilidir. Bu kapsamda tamamen geri ödeme kapsamında yer alan terapötik kategoriler veya tedaviler arasında immünomodülatörler, kistik fibrozis tedavisi, kronik böbrek yetmezliği tedavisi, amiotrofik lateral skleroz, büyüme ve anti- diüretik hormonlar, hemodiyaliz, hemofili tedavileri, hepatit C için antiviraller, HIV için antiretroviraller yer almaktadır. Ayrıca Ulusal Sağlık Hizmeti yararlanıcılarının özel koşullarına göre geri ödeme oranı değişmektedir. Ulusal asgari aylık ücretin 14 katına kadar yıllık maksimum geliri olan emekliler, ilaçlar için katılım payında ek bir indirim hakkına sahiptir.

4. PORTEKİZ İLE TÜRKİYE’NİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMLERİNİN KIYASLANMASI

Portekiz sağlık sistemi, üç alt sistemden oluşmaktadır. Bu sistemler; Ulusal Sağlık Hizmeti, sağlık alt sistemleri ve özel sağlık sigortası planlarıdır. Ulusal Sağlık Hizmeti, nüfusun tamamını kapsamaktadır. Sağlık alt sistemleri olarak da bilinen sosyal sigorta programları ise, belirli meslek gruplarını kapsamakta ve hak sahiplerinin sağlık hizmeti sunucularını özgürce seçmelerine ve özel sağlık hizmet sunucularını kullanmalarına imkân sağlamaktadır.

Türkiye’de Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından sunulan kamu sağlık sigortacılık sistemi nüfusun büyük kısmını kapsamaktadır. Genel sağlık sigortası kapsamındaki nüfus oranı 2021 yılı verilerine göre %98,8’dir.

Portekiz’de Ulusal Sağlık Hizmeti ağırlıklı olarak vergilerle, sağlık alt sistemleri çalışan ve işveren primleriyle, özel gönüllü sağlık sigortaları ise cepten ödemeler yoluyla finanse edilmektedir. Türkiye’de ise sağlık hizmeti sunumunun finansmanı, hizmetten faydalanan sigortalılardan toplanan primler ve devlet katkısı vasıtasıyla karşılanmaktadır. Devlet sağlık hizmetleri finansmanının sağlanması için toplanan genel sağlık sigortası primlerinin dörtte biri kadar katkı yapmaktadır.

Türkiye’de zorunlu sevk zinciri uygulaması bulunmazken, sevk zinciri Portekiz sağlık sisteminin temel özelliklerinden biridir ve hastane bakımı ile uzman doktor bakımı için bir pratisyen hekime başvurup sevk almak gerekmektedir.

Sağlık Bakanlığı, Ulusal Sağlık Hizmeti tarafından sunulan temel teminat paketini tanımlamaktan sorumludur. Ulusal Sağlık Hizmeti kapsamında sağlanan sağlık yardımları oldukça geniş kapsamlıdır. Dış sağlığı hizmetleri dışındaki tüm sağlık hizmetleri geri ödeme kapsamında yer almaktadır. Türkiye’de de benzer şekilde geniş kapsamlı bir teminat paketi bulunmaktadır. SGK geri ödemesi kapsamında sayılmayan sağlık hizmetleri; istisnai durumlar hariç estetik amaçlı yapılan her türlü sağlık hizmeti ile estetik amaçlı ortodontik diş tedavileri, geleneksel, tamamlayıcı, alternatif tıp uygulamaları ve Sağlık Bakanlığınca izin veya ruhsat verilmeyen sağlık hizmetleri ile Sağlık Bakanlığınca tıbben sağlık hizmeti olduğu kabul edilmeyen sağlık hizmetleri, yabancı ülke vatandaşlarının genel sağlık sigortalısı veya genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi sayıldığı tarihten önce mevcut olan kronik hastalıklarıdır.

Portekiz’de maliyet paylaşımı hem Ulusal Sağlık Hizmeti hem de özel finansman düzenlemelerinin bir parçasıdır. Muayene katılım payı uygulaması sadece hastane acil servislerine müracaatlar için uygulanmaktadır. Ancak, kullanıcıların bu ücretleri ödemek zorunda olmadığı iki durum vardır. Kullanıcının acil servise sevk edilmesi durumunda katılım payı ödenmemektedir. Ayrıca sevk olmaksızın yapılan başvurularda hastaneye yatış durumunda da katılım payı ödenmesi söz konusu değildir. Reçeteli ilaçlar ise değişen oranlarda katılım payına tabidir. Katılım payı oranı etkililik kriterine bağlı olarak değişmektedir ve dört geri ödeme kategorisi mevcuttur. A kategorisindeki ilaçların katılım payı oranı %10 iken Kategori B ilaçları için %31, Kategori C ilaçları için %63, ve Kategori D ilaçları için ise %85’dir.

Türkiye’de Kurumca bedeli karşılanan ilaçlar için Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişilerden %10, diğer kişilerden %20 oranında katılım payı alınmaktadır. 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 tahsil edilmektedir. Portekiz’den farklı olarak Türkiye’de acil servis hizmetleri için katılım payı alınmamakta; muayene, vücut dışı ortez-protez, yardımcı üreme yöntemi tedavileri için katılım payı ödemesi yapılmaktadır. Tablo 3, ekonomi ve sağlık göstergeleri karşılaştırmalarını içermektedir.

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

	PORTEKİZ	TÜRKİYE	OECD
Nüfus, (2022)	10.379.007	85.341.241	-
Kişi başına düşen GSYİH, (\$), (2022)	24.275	10.616	-
Asgari ücret tutarı, (\$), (2022), (Aylık)	866	459	-
Cari sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı, (%), (2022)	10,6	4,3	9,2
Kişi başına düşen sağlık harcaması, (\$), (2022)	4.162	1.827	4.986
Kişi başına düşen ilaç harcaması, (\$), (2021)	559	-	614
Doğuşta beklenen yaşam süresi kadın, Doğuşta beklenen yaşam süresi erkek, (yıl), (2022)	84,4 78,5	81,3 75,9	83,0 77,6
Sigorta tarafından kapsanan nüfus oranı, (%), (2021)	100	98,8	97,9
1.000 kişiye düşen doktor sayısı, 1.000 kişiye düşen hemşire sayısı, 1.000 kişiye düşen yatak sayısı, (2021)	5,6 7,4 3,5	2,2 2,8 3,0	3,7 9,2 4,3
Toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı, (%), (2021)			
1 - Kamu sağlık harcaması oranı, (%)	63	79	76
Merkezi hükümet/bölgesel, yerel yönetimler sağlık harcaması oranı, (%)	61	29	38
Sosyal sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	2	50	38
2 - Cepten yapılan sağlık harcaması oranı, (%)	29	16	18,5
3 - Gönüllü sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	7	2	4,5
4 - Diğer harcamaların oranı, (%) *	1	3	1
Hane halkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı, (%), (2021)	5,2	1,4	3,3

* Ülkede geçici olarak ikame edenlere ait sağlık harcamaları

Kaynak:

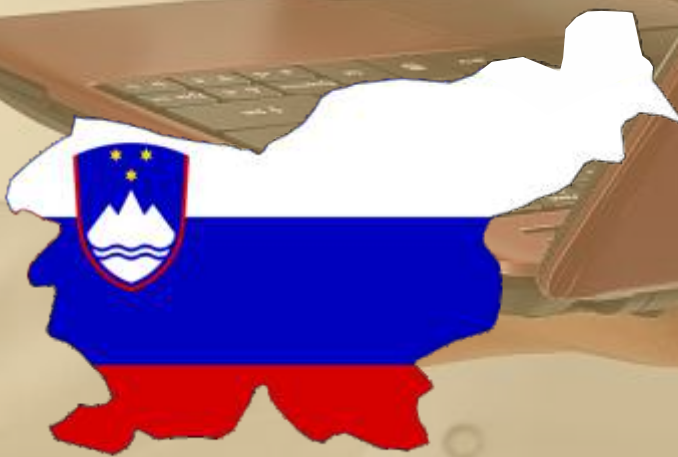
1. Health at a Glance 2023 OECD Indicators, 2023.
2. The World Bank, 2022a.
3. The World Bank, 2022b.
4. OECD, 2022.

KAYNAKLAR

- Administração Central Do Sistema De Saude (2023). Objectives. <https://www.acss.minsaude.pt/2017/03/13/objectives-and-challenges/> adresinden Nisan 2023 tarihinde alınmıştır.
- Caldeira, S. (2019). Pharmaceutical Pricing And Reimbursement Policies in The in- and out-Patient Sector - Country Poster Presentation- Portugal, 4th PPRI Conference Vienna, Austria. <https://ppri.goeg.at/sites/ppri.goeg.at/files/inline-files/Caldeira.pdf> adresinden Nisan 2023 tarihinde alınmıştır.
- Falkowski, K. (2019). Institutional Weaknesses of Ukraine's National Innovation System and their Consequences for the Country's International Competitiveness. *Myśl Ekonomiczna i Polityczna* 3(66), 17-41. [https://doi.org/10.26399/meip.3\(66\).2019.26/k.falkowski](https://doi.org/10.26399/meip.3(66).2019.26/k.falkowski)
- Simões J., Augusto G.F. ve Fronteiral. (2017). Introduction of Freedom of Choice for Hospital Outpatient Care in Portugal: Implications and Results of the 2016 Reform. *Health Policy*, 121 (12), 1203-1207. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.09.010>.
- Koçkaya, G. ve Wertheimer, A. (2018) Pharmaceutical Market Access in Developed Markets. SEEd: Torino, 99-120. <https://doi.org/10.7175/747.ch7>
- Montepio Associação Mutualista (2022). Taxas Moderadoras: Que Cuidados De Saúde Tenho De Pagar? <https://www.montepio.org/ei/peessoal/gestao-diaria/taxas-moderadoras-no-snsquem-paga-e-quanto-custam/> adresinden Nisan 2023 tarihinde alınmıştır.
- Mutual Information System on Social Protection (2022). Health Care. <https://www.missoc.org/missoc-database/comparative-tables/> adresinden Nisan 2023 tarihinde alınmıştır.
- Observador (2022). Mais De Cinco Milhões De Portugueses Têm Seguro Privado Ou Um Subsistema De Saúde. <https://observador.pt/2022/04/06/mais-de-cinco-milhoes-deportugueses-tem-seguro-privado-ou-um-subsistema-de-saude/> adresinden Nisan 2023 tarihinde alınmıştır.
- OECD (2022). Real Minimum Wage. <https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=RMW> adresinden Kasım 2023 tarihinde alınmıştır.
- OECD (2023). Health at a Glance 2023: OECD Indicators. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021). Portugal: Country Health Profile 2021, State of Health in the EU. OECD Publishing: Brussels. <https://doi.org/10.1787/8f3b0171-en>.
- Paulouro, F. ve Fontes, P. (2019). Portugal. Pricing & Reimbursement, 2nd ed., 165-176. Global Legal Insight. https://www.vda.pt/xms/files/05_Publicacoes/2019/Livros_e_Artigos/Pricing_Reimbursement_2019_-_Portugal.pdf
- Pharma Boardroom (2022). Regulatory, Pricing and Reimbursement Portugal. <https://pharmaboardroom.com/legal-articles/regulatory-pricing-andreimbursement-portugal/> adresinden Nisan 2023 tarihinde alınmıştır.
- Popic, T., Schneider, S. ve Asensio, M. (2019). Public Opinion towards Healthcare in the Context of Economic Crisis: Evidence from Portugal. *Journal of Social Policy*, 48 (4), 741-764. <https://doi.org/10.1017/S0047279418000818>.

KAYNAKLAR

- Sağlık Uygulama Tebliği (2007, 25 Mayıs). Resmi Gazete (Sayı: 26532). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/>
- Serviço Nacional de Saude (2023). Autoridade de Saúde de Âmbito Local. <https://www.dgs.pt/a-dgs/autoridades-de-saude/autoridade-de-saude-de-ambitolocal.aspx> adresinden Nisan 2023 tarihinde alınmıştır.
- Simões J., Augusto G.F., Fronteira I. ve Hernández-Quevedo C. (2017). Portugal: Health System Review. Health Systems in Transition, 19(2), 1-184. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/portugal-health-systemreview-2017> adresinden Nisan 2023 tarihinde alınmıştır.
- Sociedade (2019). O que são os subsistemas de saúde públicos? <https://sol.sapo.pt/artigo/646952/o-que-sao-os-subsistemas-de-sa-de-pblicos-> adresinden Nisan 2023 tarihinde alınmıştır.
- Sosyal Güvenlik Kurumu (2023). Aylık İstatistik Bültenleri. <https://sgk.gov.tr/Istatistik/Aylik/42919466-593f-4600-937d-1f95c9e252e6/> adresinden 17.05.2023 tarihinde alınmıştır.
- Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (2006, 16 Haziran). Resmi Gazete (Sayı:26200). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2006/06/20060616-1.htm>
- The Law Reviews (2022). The Healthcare Law Review: Portugal. <https://thelawreviews.co.uk/title/the-healthcare-law-review/portugal> adresinden Nisan 2023 tarihinde alınmıştır.
- The World Bank (2022a). GDP percapita. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD> adresinden Kasım 2023 tarihinde alınmıştır.
- The World Bank. (2022b). Populations. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?view=map> adresinden Kasım 2023 tarihinde alınmıştır.
- WHO (2019). European Observatory on Health Systems and Policies, Portugal: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/85ed94fc-en>
- Victoria Seguros, S.A. (2022). IGP Country Profile 2022 Portugal. International Group Program. https://www.igpinfo.com/igpinfo/public_documents/country_profiles/Portugal.pdf adresinden Nisan 2023 tarihinde alınmıştır.



SLOVENYA SAĞLIK ve GERİ ÖDEME SİSTEMİ

ÖZET

Slovenya Cumhuriyeti, Orta Avrupa'da bulunan parlamenter bir demokrasidir. Avrupa Birliği'nin (AB) komünizm sonrası ülkeleri arasında ekonomik olarak en gelişmişidir. Slovenya, yaklaşık olarak nüfusun tamamını kapsamına alan evrensel kamu sağlık sigortası sistemine sahiptir. İlgili kamu sigortası, Slovenya Sağlık Sigortası Enstitüsü (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije-ZZZS) yetkisinde yürütülmektedir. Kamu sağlık sigortasının sağladığı teminat paketi kapsamlıdır ve birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet sunucusunda sağlanan sağlık hizmetlerini, ilaçları, tıbbi cihazları, hastalık izni ve sağlık tesislerine ulaşım masraflarını içermektedir. Çoğu bakım alanında, hizmetler için katılım payı Slovenya Sağlık Sigortası Enstitüsü tarafından belirlenmektedir. Üç özel şirket, çoğunlukla hastalar tarafından yapılan ödemeler yoluyla ilave maliyetleri karşılamak için tamamlayıcı özel sağlık sigortası sağlamaktadır.

Sağlık Bakanlığı, stratejik planlamayı yapmanın yanı sıra sağlık sisteminin yönetimi ve liderliğinden sorumludur. Belediyelerin birinci basamak sağlık hizmetleri yönetimindeki rolü, nüfus büyüklüğü ve ekonomik gelişmişlik gibi bir dizi faktöre bağlı olarak farklılık gösterse de birinci basamak sağlık hizmetleri belediyeler tarafından sağlanmaktadır. Birçok farklı sağlık hizmeti profesyoneli (örneğin aile hekimliği uzmanları, çocuk doktorları, jinekologlar, diş hekimleri, genç diş hekimleri, fizyoterapistler, hemşireler ve diğerleri) tarafından tek bir çatı altında bir dizi halk sağlığı ve birinci basamak sağlık hizmetleri sağlanmaktadır. Yatarak sağlık hizmetleri, çoğu kamu hastaneleri olmak üzere toplam otuz hastane aracılığıyla sağlanmaktadır.

Slovenya'nın sağlık sistemi temel olarak kamu sağlık sigortasının katkılarıyla finanse edilmekte, geri kalanı tamamlayıcı özel sağlık sigortası ve cepten yapılan ödemelerden gelmektedir. Sağlık hizmetleri Slovenya Sağlık Sigortası Enstitüsü ve özel sağlık sigortası şirketleri tarafından satın alınmaktadır. Slovenya Sağlık Sigortası Enstitüsü tarafından geri ödenen hizmetler ve bunların miktarı sağlık sistemi paydaşlarının temsilcileri tarafından yıllık anlaşmalarda tanımlanmaktadır. Sağlık ocaklarında aile hekimliği uzmanları, birinci basamak çocuk doktorları ve jinekologlar tarafından verilen birinci basamak sağlık hizmetleri, kişi başı ödeme ve hizmet başına ödeme yöntemlerinin kullanıldığı karma bir yöntemle finanse edilmektedir. Diğer hizmetler için sabit ücret veya yalnızca (sınırlanmış) hizmet başına ödeme esasına göre ödeme yapılmaktadır. Hastaneler tarafından sağlanan ikinci basamak uzman doktor ayakta tedavi hizmetleri, hizmet başına ödeme bazında ücretlendirilmekte; yatan hasta bakımı ise teşhisle ilgili gruplara (TIG) dayalı bir ödeme modeli ile geri ödenmektedir.

ÜLKE TANITIMI

Ülkenin Demografik Özellikleri ve Sağlık Göstergeleri

Slovenya Cumhuriyeti, Orta Avrupa'nın güneyinde yer alan iki milyonu aşkın nüfusa sahip bir ülkedir. Batısında İtalya, güneybatısında Adriyatik Denizi, güney ve doğusunda Hırvatistan, kuzeydoğusunda Macaristan ve kuzeyinde Avusturya bulunmaktadır. Yugoslavya Sosyalist Federal Cumhuriyeti'nin bir parçasıyken 25 Haziran 1991'de bağımsızlığını ilan edip bağımsız bir devlet olmuştur. 1 Mayıs 2004'te Avrupa Birliği'ne katılmıştır. En önemli şehirleri; başkent Ljubljana ile Maribor, Kranj ve Koper'dir. 1 Ocak 2007'den itibaren €'yu para birimi olarak kullanmaya başlamıştır. Slovenya'nın resmi dili Slovence'dir.

Slovenya Anayasası'na göre; Cumhurbaşkanı halk tarafından, en fazla iki defa ve beş yıllık dönemler için seçilebilmektedir. Slovenya Parlamentosu, biri doksan üyeli Ulusal Meclis, diğeri kırk üyeli Ulusal Konsey'den oluşan iki kanatlı bir yapıya sahiptir. İşçi, işveren, tarım sektörü gibi çeşitli çıkar gruplarını temsil eden Ulusal Konsey, kanunları yeniden görüşülmek üzere Ulusal Meclis'e geri gönderme yetkisine sahiptir. Ulusal Meclis'in, Ulusal Konsey'in geri gönderdiği kanunu yeniden görüşmesinin ardından aldığı karar nihaidir.

Slovenya'da tek kademeli yerel yönetim sistemi mevcuttur. Merkezi hükümet tarafından doğrudan vali tayini söz konusu olmayıp tüm mahalli hizmetler ve mülki idare, yetkileri yerel konularla sınırlandırılmış belediye başkanlıklarınca yürütülmektedir. Slovenya on biri il düzeyinde olmak üzere iki yüz on bir belediyeye bölünmüştür.

Son yirmi yılda Slovenya, nüfusun sağlık durumuyla ilgili olarak dikkate değer gelişmeler elde etmiştir. Doğurgan çağdaki kadın başına 1,61 çocukla Slovenya, Avrupa'daki en düşük doğurganlık oranlarından ve en hızlı yaşlanan nüfuslardan birine sahiptir, bu da sağlık sistemi üzerinde önemli etkilere işaret etmektedir.

Slovenya'da özellikle dolaşım sistemi hastalıkları (felç ve iskemik kalp hastalığı vb.) ve kanser gibi bulaşıcı olmayan hastalıklar ölüm nedenlerinin büyük bir kısmını oluşturmakta, bununla birlikte aşırı kilo ve obezite giderek artan bir halk sağlığı sorunu haline gelmektedir.

Ülkenin Sağlık Harcamaları

Slovenya'da toplam sağlık harcamalarının gayri safi yurtiçi hasıla içindeki payı 2022 yılı itibarıyla %8,8 olarak gerçekleşmiştir. Bu alandaki OECD ortalaması ise %9,2'dir. 2022 yılı itibarıyla kişi başına düşen sağlık harcaması 4.114 \$'dır.

2021 yılı itibarıyla toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı incelendiğinde kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki oranının %74, cepten yapılan sağlık harcamalarının oranının %12, gönüllü sağlık sigortası harcamalarının oranının %13 ve diğer sağlık harcamalarının oranının ise %1 olduğu görülmektedir (Tablo 1).

Tablo 1: Ekonomi ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması

	SLOVENYA	OECD
Nüfus, (2022)	2.108.732	-
Kişi başına düşen GSYİH, (\$), (2022)	29.457	-
Asgari ücret tutarı, (\$), (2022), (Aylık)	1.131	-
Cari sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı, (%), (2022)	8,8	9,2
Kişi başına düşen sağlık harcaması, (\$), (2022)	4.114	4.986
Kişi başına düşen ilaç harcaması, (\$), (2021)	618	614
Doğuşta beklenen yaşam süresi kadın, Doğuşta beklenen yaşam süresi erkek, (yıl), (2022)	83,8 77,7	83,0 77,6
Sigorta tarafından kapsanan nüfus oranı, (%), (2021)	100	97,9
1.000 kişiye düşen doktor sayısı, 1.000 kişiye düşen hemşire sayısı, 1.000 kişiye düşen yatak sayısı, (2021)	3,3 10,5 4,3	3,7 9,2 4,3
Toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı, (%), (2021)		
1 - Kamu sağlık harcaması oranı, (%)	74	76
Merkezi hükümet/bölgesel, yerel yönetimler sağlık harcaması oranı, (%)	13	38
Sosyal sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	61	38
2 - Cepten yapılan sağlık harcaması oranı, (%)	12	18,5
3 - Gönüllü sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	13	4,5
4 - Diğer harcamaların oranı, (%) *	1	1
Hane halkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı, (%), (2021)	2,4	3,3

* Ülkede geçici olarak ikame edenlere ait sağlık harcamaları

Kaynak:

1. Health at a Glance 2023 OECD Indicators, 2023.
2. The World Bank, 2022a.
3. The World Bank, 2022b.
4. OECD, 2022.

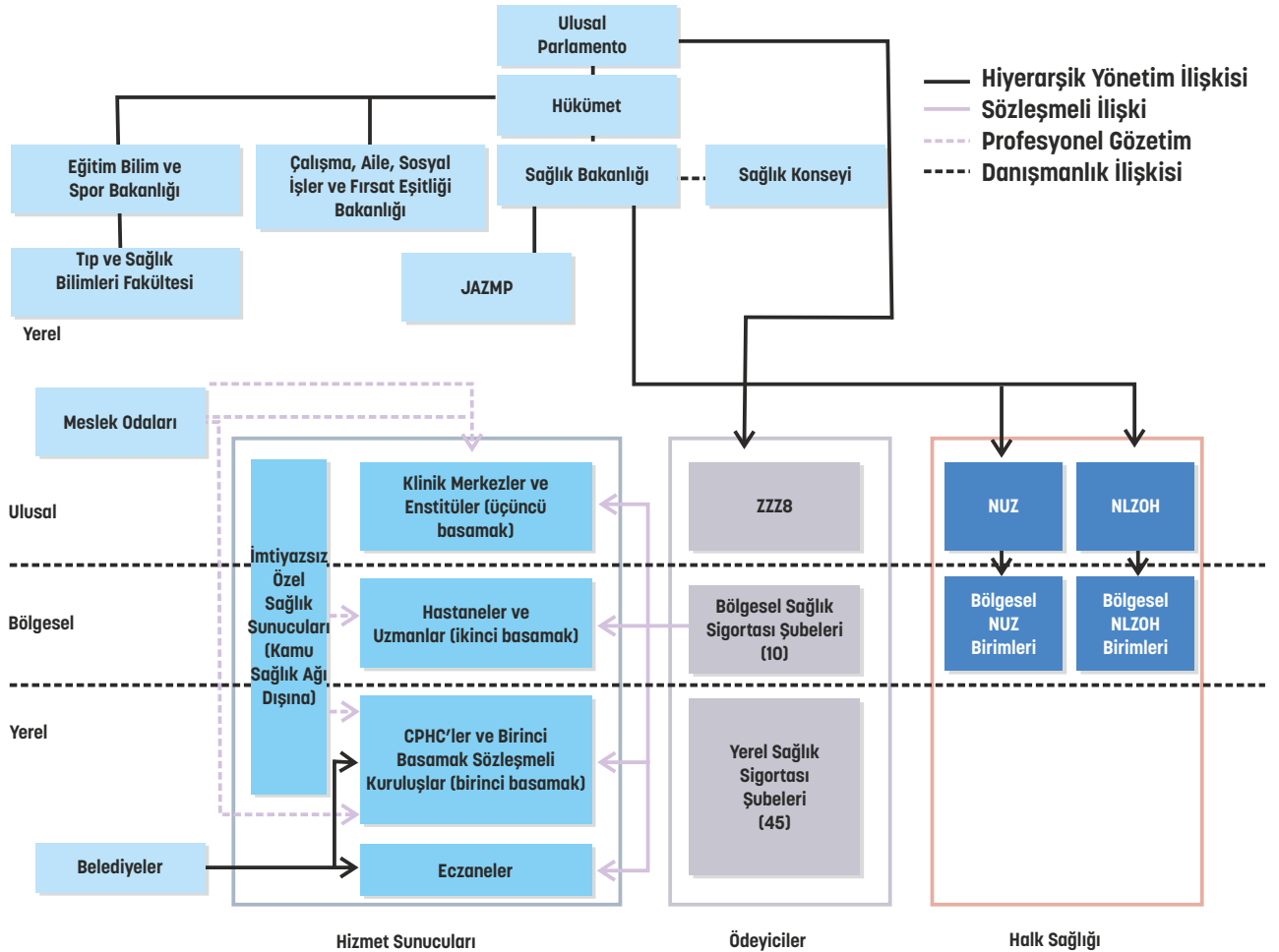
ÜLKENİN SAĞLIK ve GERİ ÖDEME SİSTEMİ

1. ORGANİZASYON YAPISI

2018 yılında güncellenen Sağlık ve Sağlık Sigortası Yasası (1992) ve uygulamaya konmasından bu yana önemli ölçüde değişmeyen Sağlık Hizmetleri Yasası (1992), Slovenya'daki mevcut zorunlu sağlık sigorta sisteminin temelini oluşturmaktadır. Bu yasalar genel sağlık sigortasını düzenlemekte, hizmetlerin özelleştirilmesine izin vermekte ve bazı düzenleyici ve idari işlevleri meslek kuruluşlarına devretmektedir.

Slovenya'da sağlık sistemi, ulusal ve yerel (belediye) düzeylerde organize edilmiştir (Şekil 1).

Şekil 1:Sağlık Sistemi Organizasyon Yapısı



CPHC: Toplum Temelli Birinci Basamak Sağlık Bakım Merkezi

JAZMP: Slovenya Cumhuriyeti Tıbbi Ürünler ve Tıbbi Cihazlar Kurumu

NIJZ: Ulusal Halk Sağlığı Enstitüsü

NLZOH: Ulusal Sağlık, Çevre ve Gıda Laboratuvarı

Kaynak: Health System in Transition, 2021.

1.1. Ulusal Parlamento

Ulusal Parlamento birincil idari ve düzenleyici yetkiye sahiptir ve politikayı belirlemektedir. Sağlık ve sağlıkla ilgili mevzuat, ilgili bütçeleri de yıllık olarak onaylayan Parlamento tarafından kabul edilmektedir. Parlamento Sağlık Komisyonu, yasama metinlerini hazırlamakta ve sağlıkla ilgili parlamento değerlendirmesinden geçen konularda fikir birliği sağlamaya çalışmaktadır.

1.2. Sağlık Bakanlığı

Sağlık Bakanlığı, sağlık sisteminin yönetiminden ve liderliğinden sorumludur. Diğer devlet kurumları ve ofisleri ile birlikte, sağlık politikalarının ve sağlık hizmetlerinin sağlanması için mevzuat, standartlar ve diğer mekanizmaları uygulamaktadır. Ulusal sağlık hizmetleri planı aracılığıyla sağlık ve sağlık hizmetleri politikasını belirlemekte ve daha büyük yatırım projeleri için satın alma, ilaç ve tıbbi cihazların denetimi ve uluslararası anlaşmaların uygulanmasını denetlemektedir. Ayrıca, halk sağlığı hizmeti sağlayıcılarının ana planını tanımlamakta ve tıp ve sağlık bilimleri programlarına kaydolabilecek öğrenci sayısını düzenlemektedir. Sağlık Bakanlığı, sağlık finansmanı ve sağlık sigortası konularında iş birliği yapmaktadır, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde kamu sağlık tesislerinin sahibidir.

Sağlık Bakanlığı bünyesinde iki ofis bulunmaktadır. Bunlardan ilki olan Sağlık Müfettişliği, sağlık ve sağlık hizmetleri mevzuatının uygulanmasını kontrol etmektedir. Ulusal Kimyasallar Ofisi ise kimyasalların ulusal kaydını tutmak ve kimyasalların ticaretini, üretimini ve kullanımını izlemek üzere kimyasallarla ilgili tehlikeler ile riskleri değerlendirmekte ve yönetmektedir.

1.3. Sağlık Konseyi

Sağlık Konseyi, etik ve tıp doktrini dahil olmak üzere sağlık politikasının ve diğer yönetim konularının geliştirilmesini destekleyen en yüksek meslek organıdır.

1.4. Tıbbi Ürünler ve Tıbbi Cihaz Kurumu (JAZMP)

Sağlık Bakanlığı'na bağlı, Slovenya Cumhuriyeti Tıbbi Ürünler ve Tıbbi Cihaz Kurumu (JAZMP), tıbbi ürünler ve cihazlar için resmi kalite kontrol laboratuvarıdır. Farmasötik ürünler ve tıbbi cihazlar için ulusal düzenleyici kurumdur. Ulusal ilaç veri tabanını tutmaktadır.

1.5. Diğer Bakanlıklar

Diğer birkaç bakanlığın sağlık politikasını, hizmetlerini veya göstergelerini etkileyen yetkileri vardır. Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve sağlıkla ilgili yatırımların bütçesini incelemekte ve onaylamaktadır. Devlet bütçesinin, yerel yönetimlerin bütçelerinin ve zorunlu sağlık sigortası ile emeklilik ve maluliyet sigortasının dağılımı da her yıl Maliye Bakanlığı ve Parlamento tarafından onaylanmaktadır. İçişleri, Savunma ve Adalet Bakanlıkları sırasıyla polis, muvazzaf askeri personel ve mahkumların sağlık hizmetlerini finanse etmektedir. Kamu Yönetimi Bakanlığı, kamu sektörü operasyonel düzenlemelerini denetlemektedir. Bu Bakanlık kamu sektöründe maaş sistemini düzenlemekte, maaşlar ve çalışma koşullarına ilişkin sendikalarla müzakereleri koordine etmekte ve kamuya ait tüm sağlık hizmeti sağlayıcıları dahil olmak üzere tüm kamu sektörü kurumları için satın alma kurallarını tanımlamaktadır. Eğitim, Bilim ve Spor Bakanlığı, tıp ve sağlık bilimleri eğitiminin genel düzenlemesi, organizasyonu ve finansmanından sorumludur.

1.6. Belediyeler

Belediyeler, yerel birinci basamak sağlık hizmeti sunucuları ve eczaneler ağı ile kendi birinci basamak sağlık hizmetleri merkezleri ve yerel eczaneleri finanse etmektedir. Kamu tarafından işletilen birinci basamak sağlık hizmetleri sisteminde çalışmak isteyen özel sağlık hizmeti sağlayıcılarına imtiyaz verme yetkisine sahiptirler. Belediyeler ayrıca yerel sağlık altyapısı yatırımlarına karar vermekte ve finansman sağlamakta, buna ilave olarak geliri olmayan bireyler için sağlık sigortası primlerini ödemektedir.

Belediyeler tarafından yönetilen birinci basamak sağlık hizmeti merkezleri, kimsenin mali zorluk yaşamadan sağlığa ve sağlık hizmetlerine erişimini sağlamak için kurulmuştur. Başlangıçta özellikle güvenli ve sağlıklı içme suyu ve gıda sağlanması, bulaşıcı hastalıkların araştırılması ve kontrolü, sağlık eğitimi ve teşviki, sosyal yardım odağı, hastalık önleme, anne ve çocuk sağlığı hizmetleri hedeflenmiştir. Bu sistemin başlangıcından sonraki on yıl içinde bebek ölümleri yarı yarıya azalmıştır. Ayrıca çocuklukta yapılan difteri ve kızıl hastalığına karşı aşilar ile Slovenya'da bulaşıcı hastalık yükü önemli ölçüde azaltılmıştır. Altmış üç adet birinci basamak sağlık hizmeti merkezi sağlık sistemine giriş noktası işlevi görmektedir; multi disiplinler profesyonel ekipler, sağlık ihtiyaçlarının birçoğunu kapsayan hizmetleri sunmaktadır.

1.7. Slovenya Sağlık Sigortası Enstitüsü (ZZZS)

Slovenya Sağlık Sigortası Enstitüsü, merkezi zorunlu sağlık sigortasını yönetmekte ve çalışmalarını Ulusal Sağlık Planı ve Sağlık Bakanlığı öncelikleriyle uyumlu hale getirmektedir. Kazanca dayalı olarak sağlık hizmeti primlerini toplamakta ve sağlık hizmeti sunucuları, eczaneler ve tıbbi ekipman tedarikçileri ile sözleşme yapmaktadır. Bunlara ilave olarak sağlık harcamalarını izlemekte ve sağlık hizmetlerinin fiyatlarını müzakere etmektedir. Slovenya Sağlık Sigortası Enstitüsü'nün sağlık hizmeti sağlayıcıları ile sözleşme yapmak ve bunları denetlemekten sorumlu on bölgesel şubesi ve kırk beş yerel ofisi bulunmaktadır. İşveren, sigortalı, emekli, engelli ve çiftçi temsilcilerinden oluşan Slovenya Sağlık Sigortası Enstitüsü Meclisi, Enstitü'nün Sağlık Bakanlığı ve Maliye Bakanlığı tarafından hazırlanan ve halk sağlığı hizmetleri için finansman düzeyini belirleyen yıllık mali planını onaylamaktadır.

Üç tamamlayıcı sağlık sigortası şirketi olan Vzajemna, Triglav Zdravstvena Zavarovalnica ve Adriatic Slovenica Zdravje, kamu sigortası kapsamında ödenen katılım paylarının finansmanını sağlamaktadır. Yasaya göre asıl amaçları kar elde etmek değil, kamu sağlık sigortasını tamamlamak ve mali korumayı güçlendirmektir. Tamamlayıcı sağlık sigortası faaliyetleri Maliye Bakanlığı tarafından düzenlenmekte ve Sigorta Denetleme Kurumu tarafından izlenmektedir.

1.8. Ulusal Halk Sağlığı Enstitüsü (NIJZ) ve Ulusal Sağlık, Çevre ve Gıda Laboratuvarı (NLZOH)

Ulusal Halk Sağlığı Enstitüsü (NIJZ), sağlık bilgileri ve dijitalleştirme (örneğin veri işleme) ile sağlığı geliştirme, koruma ve hastalık önleme programları da dahil olmak üzere temel halk sağlığı işlevlerinden sorumludur. Ayrıca halk sağlığı araştırmalarını ve eğitimini de yürütmekte ve ulusal sağlık istatistiklerini raporlamaktadır. NIJZ, 2017'den beri Slovenya'nın merkezi ve tek halk sağlığı laboratuvarı olan Ulusal Sağlık, Çevre ve Gıda Laboratuvarı (NLZOH) ile yakın iş birliği içinde çalışmaktadır. NLZOH tıbbi ürünlerin kalite kontrolü için laboratuvar analizleri yapan resmi ulusal laboratuvardır. Her iki kurumun da merkezi ve yerel yapıları vardır. NIJZ'nin genel merkezi Ljubljana, NLZOH'un ise Maribor'dadır.

1.9. Meslek Kuruluşları

Slovenya, sağlıkla ilgili oldukça güçlü bir sivil toplum kuruluşu (STK) anlayışına sahiptir. STK'lar sağlığın teşviki ve geliştirilmesi hizmetlerini sunmakta ve karar alma süreçlerine halkın katılımını sağlamaktadır.

Slovenya Tabipler Odası ve Sloven Eczacılar Odası gibi meslek kuruluşları, buldukları bölgeleriyle ilgili denetleyici, eğitici (mezuniyet sonrası) ve idari işlevlere sahiptir. Hemşireler Odası, hemşire, ebe ve sağlık teknikerlerinin ruhsatlandırılması ve kayıt altına alınması konusunda yetkilidir.

Sloven Tabipler Birliği, profesyonel ve operasyonel konuları tartışmak üzere hekimleri bir araya getirmektedir. Slovenya Sağlık Kurumları Birliği, Slovenya Sağlık Sigortası Enstitüsü ile sözleşmeli özel sağlık hizmeti sunucularına (imtiyaz sahiplerine) açıktır ve finansman kurumlarıyla müzakerelerde üyelerinin çıkarlarını temsil etmekte ve onları yönetim ve mevzuatla ilgili konularda bilgilendirmekte ve tavsiyelerde bulunmaktadır.

2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

2.1. Kamu Sağlık Sigortası Kapsamında Yer Alan Kişiler

Slovenya'da kalıcı olarak ikamet eden kişilerin neredeyse tamamı, prim ödeyen kişiler ve bakmakla yükümlü olunan kişiler, kamu sağlık sigortası kapsamındaki sağlık yardımlarından yararlanma hakkına sahiptir.

Daimî ikamet, sağlık hizmetlerine hak kazanmanın ana faktörlerinden biridir, ancak Kanunda bir kişinin zorunlu sigortalı olduğu ek koşullar tanımlanmıştır. 2019 yılında 2.116.739 zorunlu sigortalı kişi, nüfusun %99'undan fazlasının genel sağlık sigortası kapsamında olduğunu göstermektedir. 2020'nin sonu itibarıyla nüfusun yaklaşık %0,14'i (3.345 kişi) sigortasızdır ve bu kişilerin çoğunun sigortasız olma durumları geçicidir. Bu kişilerin çoğu emekli maaşı veya işsizlik ödeneği hakkının tanınmasını bekleyen kişilerken, geri kalanlar ise resmi ikamet şartlarını karşılayamayan kişilerdir. Ayrıca 2020 yılı sonunda 15.892 kişi zorunlu kamu sağlık sigortası kapsamında olmakla birlikte ödenmemiş primleri bulunduğundan, sağlık hizmetlerine ilişkin hakları askıya alınmıştır. Bu kişilerin yalnızca acil sağlık hizmetlerine erişimleri bulunmaktadır.

İki ana gruba ayrılan toplam yirmi beş sigortalı kategorisi vardır. Her kategorinin farklı prim oranları bulunmaktadır, ancak primler çoğunlukla gelire dayalıdır. Bu kategorilerden bazıları, çalışanlar (ve bakmakla yükümlü oldukları kişiler), işsizler, sabit geliri olmayan ancak işsiz olarak kayıtlı olmayanlar, emekliler, çiftçiler ve kendi hesabına çalışanlardır.

Ulusal İstihdam Enstitüsü işsizlerin, belediyeler ise geliri olmayan kişiler, mahkumlar ve savaş gazilerinin primlerini karşılamaktadır. İkameti olmayanlar Sosyal Hizmet Merkezi'nde daimî ikamet için kayıt yaptırabilmekte ve bunun ardından sigorta primleri belediye bütçesinden karşılanmaktadır.

Kamu sağlık sigortası kapsamı, Avrupa düzenlemeleri ve ikili anlaşmalar aracılığıyla neredeyse tüm AB ülkesi vatandaşlarına da sağlanmaktadır. Belirli hassas gruplar için özel hükümler geçerlidir.

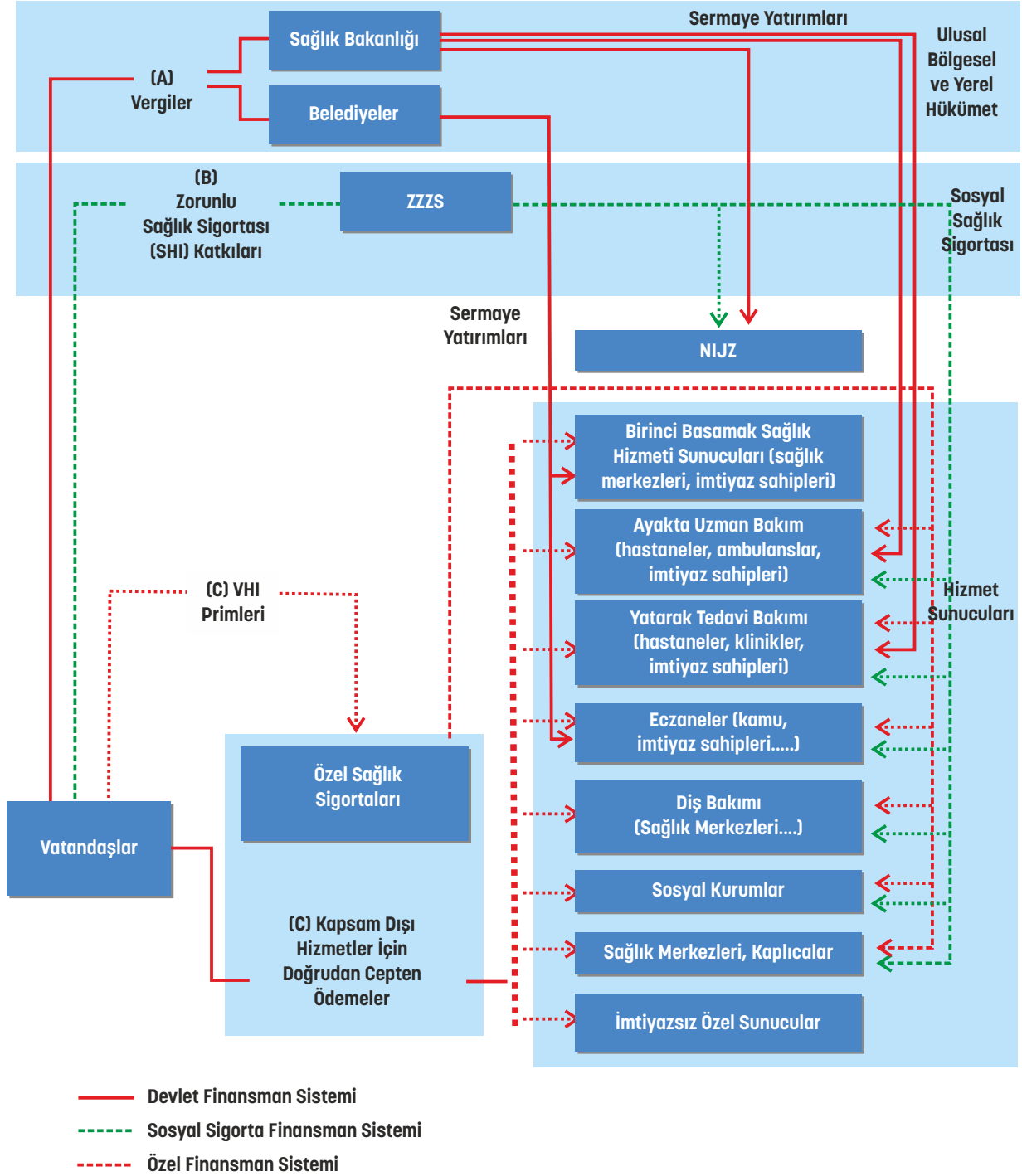
Slovenya'da toplanan fonlar geniş kapsamlı bir hizmet paketini karşılamaya yeterli olmadığından, temel hizmet paketinin tüm sağlık hizmetleri içindeki payı azalmaktadır. Sonuç olarak, yüksek katılım paylarına karşı finansal koruma sağlayan tamamlayıcı özel sağlık sigortasının rolü artmaktadır. Nüfusun yaklaşık %73'ü, yüksek maliyet paylaşım düzenlemelerini karşılamak için sabit oranlı bir prim ödemesi yoluyla tamamlayıcı özel sağlık sigortası satın almaktadır.

2.2. Finansman Kaynakları

Gelir, kamu ve özel kaynaklar aracılığıyla sağlık hizmetleri sistemine aktarılmaktadır. Kamu finansmanının ana kaynakları zorunlu genel sağlık sigortası primleri ve genel vergilendirme iken, özel finansmanın kaynakları özel sağlık sigortası primleri ve hanehalkı cepten harcamalarıdır (Şekil 2).

Ulusal düzeyde ve belediye düzeyinde vergilendirme, sermaye yatırımları ile ulusal halk sağlığı programlarının (kanser taraması vb.) maliyetlerini kapsamakta ve sosyoekonomik açıdan savunmasız gruplar için mali kaynak sağlamaktadır. Belediyeler vergileri artırmanın yanı sıra, kendi bölgelerinde halk sağlığı merkezleri ve eczaneler için sermaye yatırımı yapan merkezi hükümetten ek kaynaklar almaktadır.

Şekil 2: Slovenya Sağlık Sistemi Finansman Yapısı



NIJZ: Ulusal Halk Sağlığı Enstitüsü

VHI: Gönüllü Sağlık Sigortası

ZZZS: Slovenya Sağlık Sigortası Enstitüsü

Kaynak: Health System in Transition, 2021.

2018 yılında ulusal kaynaklar, nüfusun %73'ünün tamamlayıcı özel sağlık sigortasına sahip olduğunu göstermektedir. Tamamlayıcı özel sağlık sigortası katkıları, 525,8 milyon €'yu veya toplam sağlık harcamalarının (3,789 milyar €) %14'ünü oluşturmaktadır. Başta ilaçlar, diş bakımı ve bazı ayakta tedavi hizmetleri olmak üzere cepten ödemeler, 2018 yılı için 454,9 milyon € kadardır veya toplam sağlık harcamalarının %12'sine tekabül etmektedir.

Fonksiyona ve finansman planına göre ayrıştırılmış sağlık harcaması verilerine göre, 2019 yılında toplam sağlık harcamalarının %55,8'i ayakta ve yatarak tedavi alanları için yapılmıştır. Bu harcamaların %26,8'i yatarak tedavi, %29'u ise ayakta tedavi harcamalarından oluşmaktadır. Cepten yapılan ödemeler ile tamamlayıcı özel sağlık sigortası harcamalarının %21,2'sini ilaçlar dahil olmak üzere tıbbi ürünler oluşturmaktadır. Devlet sağlık bütçesi ayrıca testler dahil Covid-19 ile ilgili sağlık tedavisinin tamamını kapsamaktadır.

Tablo 2: Fonksiyona ve Finansman Türüne Göre Sağlık Harcamaları (Cari Sağlık Harcamalarının Yüzdesi Olarak), 2019

	Yatarak Tedavi	Ayakta Tedavi	Uzun Süreli Bakım	İlaçlar	Halk Sağlığı/ Koruyucu	Yönetim	Diğer Hizmetler	Toplam
Hükümet/Kamu Sağlık Sigortası	23.4	21.3	9.5	10.1	2.0	1.9	2.2	72.8
Özel Kaynaklar	3.4	7.7	0.7	11.1	1.2	1.9	1.1	27.2
<i>Özel Sağlık Sigortası</i>	3.1	3.2	0.1	4.8	1.2		1.1	15.6
<i>Cepten Ödemeler</i>	0.3	4.5	0.6	6.3	-	-	-	11.6
Toplam Harcamalar	26.8	29.0	10.2	21.2	3.2	3.8	3.3	100

Kaynak: Health System in Transition, 2021.

Slovenya'da kamu sağlık sigortası primleri, sağlık sistemi finansmanı için en büyük gelir kaynağıdır. Prim oranları Sağlık Hizmeti ve Sağlık Sigortası Yasası'nda (1992) düzenlenmiştir ve 2002'den beri değişmeden kalmıştır. İstihdama dayalı olan ve brüt gelir üzerinden alınan primler, sigortalı kategorisine ve grubuna göre değişmektedir.

Çalışanlar brüt gelirin %6,36'sını, işverenler iş kazası ve meslek hastalığı dışındaki hastalık ve yaralanmalar için brüt gelirin %6,56'sını ve iş kazası ve meslek hastalıkları için ise %0,53'ünü ödemektedirler. Toplamda sigortalı başına brüt gelirin %13,45'i tahsil edilmektedir. Prim oranları, kendi nam ve hesabına çalışanlar için de aynıdır ancak prim tutar tabanı brüt emekli maaşı tabanına eşittir ve açıklanan son ortalama yıllık ücretin %60'ından az olamaz.

İşsizler için Ulusal İstihdam Enstitüsü, geliri olmayan kişiler, mahkumlar ve savaş gazileri için ise devlet ve/veya yerel bütçeler prim ödemektedir. Ulusal İstihdam Enstitüsü, işsizlik sigortası ödemesi alan kişiler için %5,96 oranında ödeme yapmaktadır. Emeklilik ve Maluliyet Sigortası Kurumu, Slovenya Sağlık Sigortası Enstitüsü'ne aylık transfer yoluyla (%90'ı maaş katkılarından, %10'u genel bütçeden), emekliler için emekli maaşları üzerinden %5,96 oranında prim aktarmaktadır.

Bununla birlikte, çalışma çağındaki nüfusun azalması nedeniyle Slovenya Sağlık Sigortası Enstitüsü fonları giderek artan bir baskı altındadır. Enstitü, kamu sağlık sigortası primlerine ek olarak vergi dışı gelirler, sermaye gelirleri ve hibeler gibi diğer tahsis edilmiş fonları almaktadır. Sosyal güvenlik transferlerinin çoğu (%85'inden fazlası) Emeklilik ve Maluliyet Sigortası Kurumu'ndandır. Genel vergilendirme, merkezi gelir kaynaklarından Sağlık Bakanlığı bütçesine veya yerel vergi gelirlerinden belediye bütçesine/bütçelerine aktarılan gelirdir. Slovenya Vergi Dairesi tarafından toplanan merkezi bütçe vergi geliri; gelir, kurumlar, katma değer ve tüketim vergisinden elde edilen gelirleri içermektedir. Yerel vergilerden belediye bütçesi vergi geliri, belediyeler tarafından toplanmaktadır. Sağlık için ulusal ve yerel olarak tahsis edilen vergi geliri miktarı sabit olmayıp yıllık olarak tahmin edilmektedir.

Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sigortası Yasasına (1992) göre, zorunlu sağlık sigortası, tüm sigortalılara, ülkedeki tek sağlayıcı olan Slovenya Sağlık Sigortası Enstitüsü tarafından sağlanmaktadır. Enstitü, katkıları toplamakta ve fonlamaktadır. Her bir yıllık mali plan için, Slovenya Sağlık Sigortası Enstitüsü gelecek yıl için sağlık hizmetlerine harcanacak toplanan primlerin azami miktarını tanımlamaktadır. Bu tahmin GSYİH'deki beklenen büyümeyi, enflasyon oranını, ücret ve emekli maaşlarındaki artışı ve işsizlik oranlarını içermektedir.

Ulusal sağlık bütçesi, Sağlık Bakanlığı ve Maliye Bakanlığı ile iş birliği içinde Slovenya Sağlık Sigortası Enstitüsü tarafından merkezi olarak belirlenmektedir. Bütçe hazırlandıktan sonra Slovenya Sağlık Sigortası Enstitüsü Kuruluna ve Parlamenta sunulmakta ve kabul edildikten sonra Hükümet tarafından onaylanmaktadır. Yıllık ve ulusal bütçenin planlamasına paralel olarak, Slovenya Sağlık Sigortası Enstitüsü ve Maliye Bakanlığı zorunlu sağlık sigortası için toplam kamu harcaması için bir üst sınır belirlemekte ve bu daha sonra Slovenya Sağlık Sigortası Enstitüsü ile sağlık hizmeti sağlayıcıları arasındaki sözleşmelere uygulanmaktadır.

2.3. Kamu Sağlık Sigortası Kapsamında Sağlanan Hizmetler

Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sigortası Yasası (1992), sigortalı nüfus için kapsanacak sağlık hizmetlerini geniş bir şekilde tanımlamaktadır. Teminat paketi, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini, ilaçları, tıbbi cihazları, otuz günü aşan hastalık izinlerini ve sağlık tesislerine ulaşım masraflarını içermektedir.

Sigortalı kategorileri arasında yardımlar açısından neredeyse hiçbir fark yoktur; ancak bazı özel yardımlar tüm sigortalı kategorileri için geçerli değildir. Örneğin, emekliler hastalık izni alma hakkına veya bazı serbest meslek grupları ve çiftçiler yol giderleri için geri ödeme hakkına sahip değildir.

Kanuna göre aşağıdaki hizmetlerin tamamının bedelleri zorunlu sağlık sigortası tarafından karşılanmaktadır:

- Çocuklar ve 26 yaşına kadar olan öğrenciler için tüm sağlık hizmetleri. Çocukların, okul çağındaki çocuklarının, gelişimsel bozukluğu olan küçüklerin ve öğrencilerin okula devam ettikleri sürece maruz kaldıkları hastalık ve yaralanmaların teşhisi, tedavisi ve rehabilitasyonu.
- Kadınlar için aile planlaması, doğum kontrolü, doğum öncesi bakım ve doğum danışmanlığı.
- HIV enfeksiyonu da dahil olmak üzere bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, teşhisi ve tedavisinin bir parçası olan hizmetler.
- Meslek hastalıkları veya yaralanmaları, kas veya kas siniri hastalıkları, akıl hastalıkları, epilepsi, hemofili, parapleji, kuadripleji ve beyin felcinin yanı sıra ileri diyabet, multipl skleroz ve sedef hastalığının tedavisi ve rehabilitasyonu.
- Doku-organ bağıışı ve nakli ile ilgili tıbbi hizmetler.
- Ambulans hizmetleri dahil olmak üzere acil sağlık hizmetleri.
- Zorunlu aşılama, immün hastalıklar ve kemoprofilaksi (programa dayalı).
- Malign hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyonu
- Ev ziyaretleri ve huzurevlerinde veya diğer sosyal bakım kurumlarında tedavi dahil uzun süreli hemşirelik bakımı.

Diğer tüm sağlık hizmetleri, katılım payı yoluyla maliyet paylaşımını içermektedir. Hizmetler için katılım payı düzeyleri hükümetle anlaşarak Slovenya Sağlık Sigortası Enstitüsü tarafından belirlenmektedir. Slovenya Sağlık Sigortası Enstitüsü bu amaçla, Slovenya Sağlık Sigortası Enstitüsü Meclisi tarafından kabul edilmesi ve Sağlık Bakanı tarafından onaylanması gereken "Zorunlu Sağlık Sigortası Yönetmeliği"ni yayınlamaktadır. Bedelinin bir kısmı karşılanan hizmetler için tedavi veya faaliyet türüne bağlı olarak, zorunlu sağlık sigortası sağlık hizmeti bedelini %10 ile %90 arasında değişen oranlarda karşılamaktadır. Örneğin;

- Acil ameliyat, yurtdışında tedavi, yoğun bakım tedavisi, radyoterapi, diyaliz ve diğer acil müdahalelerle ilgili hizmetlerin maliyetinin %90'ı,
- Doğurganlığın azaltılması, yapay dölleme, sterilizasyon ve kürtaj; mesleki olmayan yaralanmalar dışında hastane tedavisinin devamında tıbbi olmayan bakım ve kaplıca tedavisi, diş bakımı, ortopedi, işitme cihazları ve diğer cihazlar için tedavi maliyetinin %80'i,
- Pozitif listedeki ilaçların ve işle ilgili olmayan yaralanmaların uzman doktor, hastane ve kaplıca tedavisi için maliyetin %70'i,
- Felçliler için acil olmayan ambulans ulaşımı ve hastane tedavisinin devamı niteliğinde olmayan tıbbi tedavi ve kaplıca tedavisinin %60'ı,
- Yetişkinler için göz hastalıkları ve ortodontik tedavi masraflarının %50'si;
- Slovenya Sağlık Sigortası Enstitüsü tarafından belirlenen ara listedeki ilaçların maliyetinin %25'i temel teminat paketine dahildir.

2.4. Cepten Ödemeler ve Maliyet Paylaşımı

Slovenya'da, cepten yapılan ödemeler teminat paketine dahil olmayan hizmetler için maliyet paylaşımı ve doğrudan ödemelerden kaynaklanmaktadır. 2015 yılından bu yana cepten harcama, büyük ölçüde toplam sağlık harcamalarının %12'si civarında kalmıştır. 2019 yılında %11,7 olarak gerçekleşerek Avrupa bölgesi ortalaması olan %15,5'in altında gerçekleşmiştir.

2018 yılında cepten harcamaların %34'ü ilaçlar, %22'si tıbbi cihazlar, %27'si ayakta tedavi hizmetleri (bunun %11'i alternatif tıp), %10'u diş bakımı, %3'ü uzun dönemli bakım ve %4'ü hastane bakımı için kullanılmıştır.

Bir maliyet paylaşımı biçimi olarak katılım payı, Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sigortası Yasası'ndan (1992) bu yana Slovenya zorunlu sağlık sigortası sisteminin temel bir özelliği olmuştur. Çoğu hizmet ve 2007 yılından beri istisna tutulan kişiler dışındaki tüm hastalar katılım payına tabidir. Slovenya'da uygulanan katılım payları hizmet bedelinin %10'u ile %90'ı arasında değişmektedir ve mevzuat herhangi bir üst sınır öngörmemektedir. Nüfusun %73'ü bu yüksek maliyet paylaşımını azaltmak için tamamlayıcı sağlık sigortası satın almaktadır. 2009 yılından bu yana merkezi bütçe, tedavi noktasında sosyoekonomik açıdan savunmasız gruplar için tamamlayıcı sağlık sigortasını karşılamaktadır.

Tablo 3, Slovenya'da sağlık hizmetleri katılım payı uygulamalarını özetlemektedir. Tüm tedavi türlerinde oransal katılım payı uygulanmaktadır. Ayakta uzman muayenesi ve yatarak tedavide hizmet bedelinin %30'una; birinci basamak sağlık hizmetleri, görmeye yardımcı malzemeler hariç tıbbi malzemeler ve diş bakımında hizmet bedelinin %20'sine kadar katılım payı alınmaktadır.

Şekil 3: Sağlık Hizmetleri İçin Katılım Payı

	Katılım Payının Türü	Muafiyet ve/veya İndirimli Oranlar	Diğer Koruma Mekanizmaları
Birinci Basamak	Hizmet bedelinin %20'sine kadar katılım payı	26 yaşına kadar çocuklar ve öğrenciler tamamlayıcı sağlık sigortası katılım payından sorumlu değildir.	Merkezi bütçeden sosyal olarak yoksun ve savunmasız nüfus grupları için tamamlayıcı özel sağlık sigortası tarafından kapsanan hizmet değeri payının ödenmesi
Ayakta Uzman Muayenesi	Hizmet bedelinin %30'una kadar katılım payı		
Ayakta Tedavide Reçete Edilen İlaçlar	Referans fiyatlandırma Pozitif liste (%0 veya %30 katılım payı); Ara liste (%90 katılım payı)		
Yatarak Tedavi	Hizmet bedelinin %30'una kadar katılım payı		
Diş Bakımı	Hizmet bedelinin %20'sine kadar katılım payı		
Tıbbi Malzemeler	Görmeye yardımcı malzemeler hariç (en az %50) hizmet bedelinin %20'sine kadar katılım payı		
Hastaneye Yatış Sonrası Akut Olmayan Bakım ve Kaplıca Hizmetleri	Hizmet bedelinin %30'una kadar katılım payı		
Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sigortası Kanunu'nun 23. Maddesinin 1. Fıkrasında listelenen tüm hizmetler ve nüfus grupları	Yok	Yok	Yok

Kaynak: Health System in Transition, 2021.

Katılım payı ödemeleri nedeniyle ortaya çıkan yüksek düzeydeki cepten harcamanın karşılanmasına yardımcı olmak için, 2018 yılı Aralık itibarıyla 1,5 milyondan fazla kişi tamamlayıcı özel sağlık sigortası programına kaydolmuştur. Nüfusun büyük çoğunluğu tamamlayıcı özel sağlık sigortasına sahiptir ve Slovenya'daki ana özel sağlık sigortası türüdür.

Kendi havuzlarında prim toplayan üç tamamlayıcı özel sağlık sigortası şirketi (Vzajemna, Generali, Triglav zdravje) bulunmaktadır. Bu şirketler Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan bir risk eşitleme planına katılmakla yükümlüdürler. Programa göre risk eşitleme planı katılım payları, ödenen tazminatların düzeyine, sigortalıların yaş ve cinsiyet profillerine dayalı olarak tamamlayıcı özel sağlık sigortası şirketleri arasında yeniden dağıtılmaktadır.

2.5. Sağlık Hizmeti Satın Alma ve Slovenya Sağlık Sigortası Enstitüsü-Sağlık Hizmeti Sunucusu İlişkileri

Sağlık hizmetleri Slovenya Sağlık Sigortası Enstitüsü tarafından finanse edilmektedir. Hizmetlerin satın alınması, Slovenya Sağlık Sigortası Enstitüsü tarafından finanse edilecek hizmetlerin ve hizmet hacminin yıllık sözleşmelerde tanımlandığı çok adımlı, paydaşlarla müzakere süreci yoluyla gerçekleştirilmektedir.

Sağlık Bakanlığı, Slovenya Sağlık Sigortası Enstitüsü, Slovenya Sağlık Kurumları Birliği, Slovenya Tabipler Odası, Sloven Eczacılar Odası, Slovenya Sosyal Kurumlar Birliği, özel gereksinimleri olan kişiler için Slovenya Eğitim Kuruluşları Birliği ve Sloven Doğal Kaplıca Derneği'nin tümü Genel Anlaşma adı verilen sözleşmenin oluşturulmasına katılmaktadır. Genel Anlaşma zorunlu sağlık sigortasında kamu kaynaklarından karşılanacak hizmetlere ilişkin bütçeleri net olarak belirlemektedir.

Genel Anlaşmanın müzakere edilmesine yönelik iki aşamalı prosedür uygulanmaktadır. İlk olarak, paydaşlar mevcut Genel Anlaşmada yapılacak değişiklikleri müzakere etmekte ve sadece paydaşlar arasında yüzde yüz mutabık kalınan unsurlar kabul edilmektedir. İkinci olarak tartışmalı konuların müzakere edildiği tahkim aşaması başlamaktadır. Bu aşamada yeter sayı aynı kalmakta ve değişiklikler yalnızca tüm katılımcıların tam mutabakatını takiben kabul edilmektedir. Ortaya çıkan sorunların çoğu, finansman düzeyi ve fiyatlar ile ilgilidir.

Genel Anlaşmaya dayanarak, Slovenya Sağlık Sigortası Enstitüsü ve kamudaki bireysel hizmet sunucuları daha sonra sağlanacak hizmetlerin türü ve hacminin yanı sıra tarifeler, ödeme yöntemleri, kalite gereksinimleri ve denetim kriterlerini belirleyen bir sözleşme hazırlamaktadır. Slovenya Sağlık Sigortası Enstitüsü, tüm kamu tedarikçilerine ve imtiyaz sahiplerine açık olan kamu ihaleleri düzenlemektedir. Bununla birlikte Slovenya Sağlık Sigortası Enstitüsü, belirli ve öncelikli konuları (örneğin, daha düşük erişilebilirlik/daha uzun bekleme süreleri olan sektörlerde hizmet hacminin artırılması gibi) ele almak için belirli programlar teklif etmektedir. Genel olarak, sözleşmeler tek tip değildir ve sağlayıcılar, faaliyetlerine ilişkin önemli bir serbestliğe sahiptir.

3. GERİ ÖDEME SİSTEMİ

Genel Anlaşma yoluyla tahsis edilen ulusal düzeyde sağlık hizmetleri programları için sınırlı bir yıllık bütçe, Slovenya Sağlık Sigortası Enstitüsü ile sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları arasındaki sınırlı ödemelerle sonuçlanmaktadır.

Hizmetler, bunların hacimleri ve ödeme mekanizmaları, Slovenya Sağlık Sigortası Enstitüsü ile sağlık hizmeti sunucuları arasındaki sözleşmelere dayalı olarak düzenlenmektedir. Ancak doğum, onkoloji, diyaliz, organ nakli gibi bazı programlar ve bazı uzmanlık hizmetlerinde hacim sınırı yoktur.

Tablo 4, sağlık sisteminde faaliyet gösteren farklı sağlık hizmeti sunucularına ödeme yapmak için kullanılan ödeme mekanizmalarını özetlemektedir.

Tablo 4: Ödeme Mekanizmaları

Sağlık Hizmeti Sunucuları	Ödeme Mekanizması	Ödeyici Kurum
Aile Hekimliği Uzmanları	Kişi Başına Ödeme ve Hizmet Başına Ödeme (her biri %50)	Slovenya Sağlık Sigortası Enstitüsü
Ayakta Uzman Muayenesi	Hizmet Başına Ödeme	
Akut Hastaneler	Teşhisle İlgili Gruplar	
Akut Olmayan Yatan Hasta Bakımı	Yatak - Kalış Ücreti	
Psikiyatrik Bakım	Vaka Başına Ödeme	
Rehabilitasyon Yatan Hasta Bakımı	Vaka Başına Ödeme	
Diyaliz Hizmetleri	Hizmet Başına Ödeme	
Organ Nakli Programı	Vaka Başına Ödeme	
Acil Sağlık Hizmeti	Hizmet Başına Ödeme	
Diş Bakımı	Hizmet Başına Ödeme	
Eczaneler	Hizmet Başına Ödeme	
Kaplıca Sağlık Bakımı	Hizmet Başına Ödeme	
Sosyal Kurumlarda Sağlık ve Sosyal Bakım	Hizmet Başına Ödeme	Slovenya Sağlık Sigortası Enstitüsü (sağlık hizmeti), Çalışma, Aile, Sosyal İşler ve Fırsat Eşitliği Bakanlığı (sosyal bakım)

Kaynak: Health System in Transition, 2021.

3.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Birinci basamak sağlık hizmetleri, belediyeler tarafından kendi bölgeleri için veya belediyenin kendi hizmetlerini organize edemeyecek kadar küçük olması durumunda diğer belediyelerle ortaklaşa organize edilmektedir. Birinci basamak; aile hekimliği, birinci basamak pediatri ve jinekoloji, acil tıbbi yardım, diş hekimliğinden oluşan multi disiplin ekiple tarafından hasta merkezli, entegre sağlık hizmeti sağlamaktadır. Ayrıca laboratuvar ve diğer teşhis hizmetleri, fizyoterapi, mesleki terapi, konuşma terapisi, ruh sağlığı hizmetleri, toplum hemşireliği, sağlığı geliştirme ve sağlık eğitimi programları ile uzman doktor ayakta tedavi uygulamaları da sağlanmaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve işletilmesi toplum odaklı bir model izlenmektedir; hastaların evlerine yakın çok çeşitli önleyici, teşhis edici, iyileştirici, rehabilite edici, palyatif ve sağlığı geliştirme hizmetleri sunulmaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin çoğunluğu, belediyelerin sahip olduğu ve yönettiği altmış üç adet birinci basamak sağlık hizmetleri merkezinden oluşan bir ağ tarafından sağlanmaktadır. Bu ağ 2015 itibarıyla birinci basamakta çalışan hekimlerin yaklaşık %76'sını ve diş hekimlerinin %42'sini kapsamaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri, Slovenya Sağlık Sigortası Enstitüsü tarafından sözleşme yapılmış özel pratisyen hekimlerin bireysel veya grup muayenehaneleri tarafından da desteklenmektedir. Ancak özel pratisyen hekimler genellikle tek başına muayenehanelerde çalışmaktadır.

Slovenya'da her sigortalı bir birinci basamak hekimine kaydolmalıdır. Hekim seçimi ücretsizdir ve ikamet yerine veya işverenin bulunduğu yere bağlı değildir. Seçilen doktor yıllık olarak değiştirilebilmektedir. Bu sistemde birinci basamak sağlık ekipleri kayıtlı hasta ve hekim listelerini işletmektedir. Dört kategorinin tamamındaki (aile hekimliği, birincil pediatri, birincil jinekoloji, diş hekimliği) sağlayıcılar kişisel doktorlar olarak kabul edilmektedir ve listedeki kayıtlı hastalara hizmet sağlanmasından sorumludur.

Birinci basamak hekimleri gerektiğinde hastaları ikinci basamak uzman doktor bakımına sevk etmektedirler. 2001'den bu yana, birinci basamak sağlık hizmeti merkezlerinde aile hekimleri, birinci basamak çocuk doktorları ve jinekologlar tarafından sağlanan birinci basamak sağlık hizmetleri, kişi başı ödeme ve hizmet başına ödeme yöntemlerinin birleşik sistemi aracılığıyla finanse edilmektedir. Slovenya Sağlık Sigortası Enstitüsü tarafından ödenecek hizmetlerin hacmi, yarısı doktor listesindeki hastalar için kişi başına ve diğer yarısı hizmet başına ödeme yoluyla ödenecek şekilde, sağlık hizmeti sunucularıyla ileriye dönük olarak belirlenen yıllık sözleşmelerde düzenlenmiştir. Diğer birinci basamak sağlık hizmetleri sabit oranlı olarak ödenirken (örneğin, akıl sağlığı ve sağlığı geliştirme hizmetleri), diş hekimliği, fizyoterapi ve toplum hemşireliği hizmetleri yalnızca hizmet başına ödeme yöntemi ile ödenmektedir.

Uzman doktorlara sevklerin sayısını azaltmak ve birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmek için çeşitli mali teşvikler getirilmiştir. 2003 yılında, sevk sayıları ulusal ortalamanın altında olan birinci basamak sağlık hizmeti sunucularına ek ödemeler teklif edilmiştir. Aksine bir sağlık hizmeti sunucusunun uzmanlara yönlendirme düzeyi ulusal ortalamanın üzerindeyse, Slovenya Sağlık Sigortası Enstitüsü'nün bu sağlık hizmeti sunucusuna yapılacak ödemeyi kararlaştırılan toplam değer %2 ila %4'ü kadar azaltma yetkisi vardır.

3.2. Ayakta Uzman Doktor Bakım Hizmetleri

Slovenya'da ikinci basamak ayakta uzman bakımı ağırlıklı olarak üç tür ortamda verilmektedir. İlk olarak ayaktan bakımın çoğu özel hastaneler (üniversite, klinik veya genel) tarafından sağlanmaktadır. İkinci olarak büyük hacimli birinci basamak sağlık hizmeti merkezleri aynı zamanda farklı türlerde uzmanlaşmış ikinci basamak ayakta tedavi hizmetleri sunabilmektedir. Bu durum özellikle yakınlarda bir genel hastanesi olmayan şehirler ve kasabalar için geçerlidir. Son olarak özel uzman doktorların bireysel ya da grup uygulamaları bulunmaktadır. Bunlara Sağlık Bakanlığı'ndan alınan bir yetki ile hizmetlerin Slovenya Sağlık Sigortası Enstitüsü tarafından kapsanıp kapsamadığı durumuna göre cepten ödemeler veya tamamlayıcı özel sağlık sigortası ile finansman sağlanmaktadır.

Özel pratisyen hekimler kendi tesislerinde, birinci basamak sağlık hizmetleri merkezlerinden kiralanan tesislerde veya kendi muayenehaneleri için kiralanan alanda çalışabilmektedirler. Birinci basamak sağlık hizmeti merkezlerinin organizasyonel yapıları içinde verildiğinde bile uzmanlaşmış ayakta tedavi hizmetlerinin özel sektör tarafından sağlanması Sağlık Bakanlığı tarafından yönetilmekte ve denetlenmektedir. Uzmanlaşmış ikinci basamak ayakta tedavi hizmetlerine erişim, Slovenya Sağlık Sigortası Enstitüsü tarafından geri ödeme yapılması için genellikle zorunlu sevke tabidir. Tüm sağlık hizmet sunucuları, açık ve şeffaf bir bekleme listesi sistemi tutmak ve Ulusal Halk Sağlığı Enstitüsü tarafından tutulan bekleme listelerinin gözden geçirilmesinin gerçekleştirilmesini sağlamak için aylık olarak merkezi sisteme rapor vermekle yükümlüdür.

Hastaneler tarafından sağlanan ikinci basamak ayakta tedavi uzmanlığı hizmetleri, halk arasında "Yeşil Kitap" olarak adlandırılan Slovenya Sağlık Sigortası Enstitüsü'nün hizmet sınıflandırmasına göre hizmet başına ödeme yöntemi ile ücretlendirilmektedir. Geri ödenebilir hizmetlerin hacmi sözleşmelerde belirtilmekte ve bir puan sistemi ile ölçülmektedir. Hizmet ücret kataloğu periyodik olarak güncellenmektedir.

3.3. Yatarak Tedavi Hizmetleri

Slovenya'da toplam otuz kamu ve özel hastane yatarak tedavi hizmeti vermektedir. Devlet hastaneleri hem hastanede yatan hasta sayısı hem de gelir açısından tüm yatarak tedavi kapasitesinin %90'ından fazlasını temsil etmektedir. Özel hastaneler, çoğunlukla bir günlük veya kısa sürelerde hastanede kalmayı gerektiren belirli teşhis ve cerrahi prosedürler sağlayan daha küçük revirlere sahiptir.

İkinci basamak ayakta tedavi hizmetlerinin çoğu ve yatarak tedavi hizmetlerinin tamamına yakını hastanede verilmektedir. Hastane bakımına, bir uzman tarafından sevk yoluyla, birinci basamak hekiminden doğrudan sevk yoluyla veya bir acil servis aracılığıyla erişilmektedir. Hastalar sevk edildiğinde, çoğunlukla hastanelerin bulunduğu bölgesel merkezlerde bulunan ikinci basamak sağlık hizmet sunucularını özgürce seçebilmektedirler.

Üçüncü basamak sağlık hizmetleri Ljubljana ve Maribor'daki üniversite tıp merkezleri, Onkoloji Enstitüsü, Üniversite Solunum ve Alerjik Hastalıklar Kliniği, Golnik Psikiyatri Kliniği'ne rafından sağlanmaktadır.

2003 yılından bu yana, tanı ilişkili gruplara (TİG) dayalı bir vaka ödeme modeli kademeli olarak uygulamaya konmuş ve Slovenya Sağlık Sigortası Enstitüsü ile her sağlık hizmeti sunucusu arasında müzakere edilen yıllık bütçelere entegre edilmiştir. TİG modeli, hastaları teşhis veya standart bakım türlerine göre karşılaştırılabilir gruplarda sınıflandırmakta ve belirli bir hasta için tüm bakım prosedürünü içermektedir. Böylece, farklı durumlar için beklenen maliyetlerle orantılı olan farklı ödemeler yapılmaktadır. Her vakanın karmaşıklığı, klinik teşhis, uygulanan prosedürler ve tedavinin uzunluğu ile belirlenmektedir. Bu tür ödeme modeli, idari ve operasyonel açıdan zahmetlidir ve klinik prosedürler ve maliyetlerle ilgili verilere erişime bağlıdır. 2005'ten bu yana, Sloven sınıflandırma sistemi 653 TİG kodu içermektedir. Kullanılan maliyet ağırlıkları, 2001-2002 için Ulusal Hastane Maliyet Verisi Toplama Turu 6'dan (v4.2) kamu sektörü için Avustralya TİG sistemine dayalı olarak oluşturulmuştur. 2013 yılında, Avustralya TİG modelinin (v6.0) daha yeni bir versiyonu alınmıştır ve hastaların sınıflandırılmasında kullanılmaktadır. Model, sağlanan hizmetlere göre her sağlık hizmeti sunucusu için TİG bütçesini hesaplamak ve her akut yatan hasta bakım hizmeti sunucusunun mevcut bütçeleri ile TİG bütçeleri arasında kıyaslama yapmak için kullanılmaktadır. Bu durum akut yatan hasta sağlık bakımı için mevcut bütçeyle karşılaştırıldığında mümkün olan maksimum kayıp sınırları dahilinde, sunucular arasında kaynakların yeniden tahsis edilmesiyle sonuçlanmaktadır.

2013'ten bu yana, bir TİG ağırlığının fiyatı ulusal düzeyde belirlenmekte ve tüm sağlık hizmeti sunucularında kullanılmaktadır. Bununla birlikte, sağlık hizmeti sunucularına yapılan Slovenya Sağlık Sigortası Enstitüsü ödemeleri, yıllık sözleşmede belirlenen programların hacmine ve değerine bağlıdır.

Slovenya Sağlık Sigortası Enstitüsü tarafından ödenecek yıllık hizmet hacmi, bir önceki yıldaki faaliyet hacmi ve sağlık hizmetlerine erişimi (özellikle uzun bekleme sürelerini ele almak için) ve sağlık hizmeti sunucularının verimliliğini iyileştirmeye yönelik önlemlerle belirlenerek ileriye dönük olarak sınırlandırılmıştır. Bir sözleşmedeki programın hacmi, toplam vaka sayısına ve toplam ağırlıklı vaka sayısına göre belirlenmektedir. Bekleme süresi uzun olan durumlar için spesifik TİG'ler de prospektif olarak programda belirlenmektedir.

3.4. Dış Bakımı

Dış bakımı temel olarak birinci basamakta düzenlenmiştir. Dış hekimliği hizmetleri üç tür sağlayıcı tarafından gerçekleştirilmektedir. Bunlar; Slovenya Sağlık Sigortası Enstitüsü tarafından finanse edilen ve birinci basamak sağlık hizmetleri merkezlerinde çalışan kamu ağındaki dış hekimleri, Slovenya Sağlık Sigortası Enstitüsü ile sözleşmeli olarak çalışan özel dış hekimleri ve tamamlayıcı özel sağlık sigortası veya doğrudan cepten ödemeler yoluyla finanse edilen, yalnızca özel hastalar için çalışan özel dış hekimleridir.

Slovenya'da dış bakımına özgü olarak, Slovenya Sağlık Sigortası Enstitüsü ile sözleşmeli olarak çalışmayan dış hekimlerinin toplam içindeki oranı yüksektir. Bunlar tüm aktif dış hekimlerinin yaklaşık %15'ini oluşturmaktadır. Ayrıca, dış hekimlerinin %40'ından fazlası, Slovenya Sağlık Sigortası Enstitüsü ile sözleşmeli olarak çalışan imtiyaz sahipleri veya özel sağlık hizmeti sunucularıdır.

Dış bakımı, tarihsel olarak Slovenya'daki temel teminat paketinin bir parçasıdır. Çocuklar ve gençler için dış bakımı tamamen karşılanırken, yetişkinler için farklı hizmetler için farklı seviyelerde katılım payı ödenmesi gerekmektedir.

Kamu sağlık hizmetleri ağındaki kamu veya özel sağlayıcılar tarafından sağlanan dışçılık hizmetleri hizmet başına ödeme yöntemine göre ödenmektedir. Slovenya Sağlık Sigortası Enstitüsü tarafından ödenecek miktar, yıllık sözleşmede belirtilmekte ve bir puan sistemi ile ölçülmektedir.

3.5. İlaç Geri Ödeme Sistemi

Tıbbi Ürünler Yasası (2014) ve Tıbbi Cihazlar Yasası (2009), hastalıkların, sakatlıkların, anatomik işlevlerin veya fizyolojik süreçlerin teşhisi, önlenmesi, izlenmesi, tedavisi ve hafifletilmesi için kullanılan tüm ürünleri; Eczaneler Yasası (1992) ise eczane hizmetlerinin ve faaliyetlerinin sağlanmasını ve organizasyonunu düzenlemektedir.

Sağlık Bakanlığı, Slovenya'da tıbbi ürünler, tıbbi cihazlar ve eczane hizmetlerinin düzenleyicisi olarak görev yapmaktadır. Tıbbi Ürünler ve Tıbbi Cihaz Kurumu olan JAZMP, yetkili makam olarak ilaçlar ve tıbbi cihazlar için pazarlama izni, dağıtım, pazarlama sonrası değerlendirme ile ilgili işlemleri denetlemektedir. Aynı zamanda klinik araştırmalar ve eczane hizmetleri için bir teftiş fonksiyonuna sahiptir ve diğer AB üye devletleri ve Avrupa İlaç Ajansı (EMA) ile iş birliği yapmaktadır. Avrupa Birliği mevzuatına göre, bazı istisnalar dışında, ilaçlar piyasaya arz edilmeden önce pazarlama izni almak zorundadır. Genel olarak, pazarlama izni başvurusu için dört prosedür vardır. Bunlar ulusal prosedür, karşılıklı tanıma prosedürü ve EMA aracılığıyla merkezi olmayan prosedür ve merkezi prosedürdür.

3.5.1. Fiyatlandırma

İlaç fiyatlandırma ve geri ödeme parametreleri, Tıbbi Ürünler Yasası (1992) ve Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sigortası Yasası (1992) ve bunların uygulama yönetmeliklerinde ana hatlarıyla belirtilmiştir.

Kamu kaynaklarından finanse edilmeyen ilaçlar için fiyatlar, piyasa mekanizmalarına göre serbestçe belirlenmektedir. Kamu sisteminde geri ödemede olan ürünler için fiyatlar, maksimum fiyatları belirleyen JAZMP tarafından düzenlenmektedir. Referans ülkeler olarak Avusturya, Fransa ve Almanya fiyatları dikkate alınmakta ve dış referans fiyatlandırma sistemi kullanılmaktadır. Geri ödeme fiyatları, imalatçı ve/veya toptancı ile kamu ödeyicileri (örn. Slovenya Sağlık Sigortası Enstitüsü, eczaneler, hastaneler) arasındaki anlaşmalardan sonra belirlenmektedir veya kamu ihale prosedürlerinden dolayı belirlenen maksimum fiyattan düşük olabilmektedir. Sadece istisnai durumlarda maksimum fiyattan daha yüksek bir kamu fiyat belirlenebilmektedir.

Slovenya'da 2003 yılından bu yana patent süresi dolmuş ve ikame edilebilir eşdeğer ilaçlar için bir maksimum atfedilen değer sistemi uygulanmaktadır. JAZMP, Tıbbi Ürünler Yasasına (1992) uygun olarak farmasötik ürünleri temel benzerliklerine dayalı olarak ikame edilebilir olarak listelemektedir. Slovenya Sağlık Sigortası Enstitüsü, ikame edilebilir eşdeğer tıbbi ürünler gruplarını oluşturmakta ve birbirinin yerine kullanılabilen ürünler arasındaki en düşük toptan satış fiyatına göre maksimum atfedilen değerleri altı ayda bir güncellenecek şekilde tanımlamaktadır.

2013 yılında bu sistem, farklı moleküllerden oluşan ancak aynı etkiye sahip farmasötik kümeler olan "tıbbi ürünlerin terapötik gruplarını" kapsayacak şekilde genişletilmiştir. Her grup için, tedavi maliyetleri ve etkilerinin en uygun oranına göre bir maksimum atfedilen değer belirlenmektedir. Bir gruptaki tüm ilaçlar, yalnızca en ucuz molekülün fiyatına tekabül eden bir düzeye kadar kamu sağlık sigortası tarafından geri ödenmektedir. Üreticinin fiyatı, her bir ikame edilebilir eşdeğer tıbbi ürünler kümesi veya terapötik grup için belirlenen maksimum atfedilen değeri aştığında, fark hasta tarafından cepten ödenmelidir.

3.5.2. Geri Ödeme

İlaçların kamu fonlarından geri ödenmesi Slovenya Sağlık Sigortası Enstitüsü'nün yetkisi dahilindedir. İlaç Geri Ödeme Komisyonu, geri ödeme düzeyi hakkında tavsiyelerde bulunmaktadır. Kriterler etkililik, maliyetler ve maliyet etkililiği içermektedir. Slovenya Sağlık Sigortası Enstitüsü ürünleri pozitif veya negatif bir listeye yerleştirmektedir. Kamu sağlık sigortası, pozitif listedeki tüm tıbbi ürünleri tam olarak (çocuklar için ve belirli durumlar için reçete edilen diyabet, kanser, multipl skleroz ve epilepsi gibi ilaçlar) veya %30 katılım payı ile ödemekte, ara listedeki ürünlerin fiyatının ise %10'u kapsamaktadır.

İlaç bedellerinin karşılanmayan kısımları için tamamlayıcı özel sağlık sigortası veya cepten yapılan ödemeler devreye girmektedir. Savaş gazileri, mahkumlar ve sosyal açıdan savunmasız kişiler için katılım payları devlet bütçesinden karşılanmaktadır. Negatif liste, kamu geri ödemesinden tamamen hariç tutulan ürünleri içermektedir. Hastalar bu ürünler için tam ve cepten ödeme yapmak zorundadır.

3.6. Tıbbi Cihazların Düzenlenmesi

Tıbbi cihazların pazara girebilmesi için, yönetmeliklerin ulusal kalite ve güvenlik gereklilikleri ve 93/42/EEC sayılı AB Konsey Direktifi ile uyumlu olarak onaylanmış bir kuruluşun CE işareti alması gerekmektedir. 93/42/EEC sayılı Konsey Direktifine karşılık gelen Tıbbi Ürünler Yasası (2014), tıbbi ürünler alanını düzenlemektedir.

İlgili yetkili makam olarak JAZMP'nin, ürünlerin sınıflandırılması, ruhsatlandırılması için temel gerekliliklerin doğrulanması, tıbbi cihazların klinik araştırmaları ve tıbbi cihaz ile ilgili faaliyetler dahil olmak üzere, Sloven tıbbi cihaz pazarı üzerinde düzenleyici ve denetleyici işlevleri vardır. JAZMP, üreticiler veya yetkili temsilcilerin yanı sıra toptan ve perakende tedarikçilerini ulusal ve AB mevzuatına uymalarını sağlamak için denetlemektedir.

4. SLOVENYA İLE TÜRKİYE'NİN SAĞLIK VE GERİ ÖDEME SİSTEMLERİNİN KIYASLANMASI

Slovenya'da ikamet eden herkes, Sağlık Hizmeti ve Sağlık Sigortası Yasası'nda (1992) belirtildiği gibi, temel ve diğer tıbbi ve bakım hizmetleri, ilaçlar ve cihazlardan yararlanma hakkına sahiptir. Ülkemizde de benzer zorunlu şekilde genel sağlık sigortası uygulanmaktadır.

Slovenya, nüfusun tamamını kapsayan zorunlu sağlık sigortası sistemine sahiptir. Kamu sağlık sigortasının sağladığı teminat paketi kapsamlıdır ve birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet sunucusunda sağlanan sağlık hizmetlerini, ilaçları, tıbbi cihazları, hastalık izni ve sağlık tesislerine ulaşım masraflarını içermektedir. Ülkemizde de benzer şekilde nüfusun büyük bir kısmını kapsayan tek bir geri ödeme kurumu ve geniş kapsamlı teminat paketi bulunmaktadır.

Türkiye'den farklı olarak Slovenya'da belediyelerin birinci basamak sağlık hizmetleri yönetimindeki rolü, nüfus büyüklüğü ve ekonomik gelişmişlik gibi bir dizi faktöre bağlı olarak farklılık gösterse de hizmetlerin sağlanması ve finansmanı açısından oldukça önemlidir. Birçok farklı sağlık hizmeti profesyoneli tarafından tek bir çatı altında halk sağlığı ve birinci basamak sağlık hizmetleri sağlanmaktadır.

Slovenya'da sağlık sigortası primleri, sağlık sistemi finansmanı için en büyük gelir kaynağıdır. Ayrıca vergilerle de finansman sağlanmaktadır. İstihdama dayalı olan ve brüt gelir üzerinden alınan prim oranları, sigortalı kategorisine göre değişmektedir ve %13,45'dir.

Ülkemizde de benzer şekilde sağlık hizmetlerinin temel finansman kaynağını sigorta primleri oluşturmakla birlikte devlet, Sosyal Güvenlik Kurumunun tahsil ettiği malullük, yaşlılık ve ölüm sigortaları ile genel sağlık sigortası priminin dörtte biri oranında Sosyal Güvenlik Kurumuna katkı yapmaktadır. Ülkemizde genel sağlık sigortası prim oranı genel olarak %12,5 olarak uygulanmaktadır.

Her iki ülkenin geri ödeme yöntemleri incelendiğinde, temel farklılığın, Slovenya yatarak tedavi hizmetleri finansmanının TİG yöntemi ile yapılması olduğu görülmektedir.

Slovenya Sağlık Sigortası Enstitüsü tarafından kapsanan hizmetlerin kullanımı için birinci, ikinci ve üçüncü basamak hekim muayenelerinde, yatarak tedavilerde, ilaçlarda, tıbbi cihazlarda, diş bakım hizmetlerinde alınmak üzere katılım payları düzenlenmiştir.

Slovenya'dan farklı olarak Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmet sunucularına başvurulduğunda katılım payı alınmamaktadır. Slovenya'da genel olarak oransal katılım payı uygulanırken; Türkiye'de ağırlıklı olarak oransal katılım payı uygulanmakta, muayene ve ilaç katılım paylarında ise sabit tutarlı katılım payları da toplanmaktadır.

Slovenya'da katılım payı ödemelerine yapılan yüksek düzeydeki cepten harcamanın karşılanmasına yardımcı olmak için, OECD 2020 yılı verilerine göre nüfusun yaklaşık %87,4'ünün özel sağlık sigortası vardır. Türkiye'de bu oran 2020 yılı için %7,6'dır.

Tablo 5, ekonomi ve sağlık göstergeleri açısından karşılaştırmaları içermektedir.

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

	SLOVENYA	TÜRKİYE	OECD
Nüfus, (2022)	2.108.732	85.341.241	-
Kişi başına düşen GSYİH, (\$), (2022)	29.457	10.616	-
Asgari ücret tutarı, (\$), (2022), (Aylık)	1.131	459	-
Cari sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı, (%), (2022)	8,8	4,3	9,2
Kişi başına düşen sağlık harcaması, (\$), (2022)	4.114	1.827	4.986
Kişi başına düşen ilaç harcaması, (\$), (2021)	618	-	614
Doğuşta beklenen yaşam süresi kadın, Doğuşta beklenen yaşam süresi erkek, (yıl), (2022)	83,8 77,7	81,3 75,9	83,0 77,6
Sigorta tarafından kapsanan nüfus oranı, (%), (2021)	100	98,8	97,9
1.000 kişiye düşen doktor sayısı, 1.000 kişiye düşen hemşire sayısı, 1.000 kişiye düşen yatak sayısı, (2021)	3,3 10,5 4,3	2,2 2,8 3,0	3,7 9,2 4,3
Toplam sağlık harcamalarının finansman türüne göre dağılımı, (%), (2021)			
1 - Kamu sağlık harcaması oranı, (%)	74	79	76
Merkezi hükümet/bölgesel, yerel yönetimler sağlık harcaması oranı, (%)	13	29	38
Sosyal sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	61	50	38
2 - Cepten yapılan sağlık harcaması oranı, (%)	12	16	18,5
3 - Gönüllü sağlık sigortası harcaması oranı, (%)	13	2	4,5
4 - Diğer harcamaların oranı, (%) *	1	3	1
Hane halkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı, (%), (2021)	2,4	1,4	3,3

* Ülkede geçici olarak ikame edenlere ait sağlık harcamaları

Kaynak:

1. Health at a Glance 2023 OECD Indicators, 2023.

2. The World Bank, 2022a.

3. The World Bank, 2022b.

4. OECD, 2022.

KAYNAKLAR

- Agency for Medicinal Products and Medical Devices of the Republic of Slovenia (2023). Human Medicines. <https://www.jazmp.si/en/human-medicines/adresinden> Nisan 2023 tarihinde alınmıştır.
- Albreht T., Polin K., Pribnovec R.P., Kuhar M., Poldrugovac M., Rehberger P.O., Rupel V.P. ve Vracko P. (2021). Slovenia: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 23(1), 1-188.
- Detiček A., Janzic A., Locatelli I. ve Kos M. (2018). Decision-Making Criteria for Medicine Reimbursement in Slovenia: An Expert Panel Discussion, *BMC Health Services Research*, 18, <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3299-z>
- MEDIS (2018). Country in Focus: Slovenia. <https://www.medis.com/en/news/newssingle/news/country-in-focus-slovenia/> adresinden Nisan 2023 tarihinde alınmıştır.
- Mutual Information System on Social Protection, (2023). Health care. <https://www.missoc.org/missoc-database/comparative-tables/> adresinden Nisan 2023 tarihinde alınmıştır.
- OECD (2022). Real Minimum Wage. <https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=RMW> adresinden Kasım 2023 tarihinde alınmıştır.
- OECD (2023). Health at a Glance 2023: OECD Indicators. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.
- Republic of Slovenia National Contact Point on Cross-Border Healthcare (2023). Healthcare in Slovenia. http://www.nktz.si/wps/portal/nktz/home/healthcare/reimbursement/reimbursement_rights!/ut/p/z1/04_Sj9CPykssy0xPLMnMz0vMAfljo8ziTQxdPd2N_Q08LSzdDAwcDcl8QtwCLIOMLM31C7ldFQG5joKT/ adresinden Nisan 2023 tarihinde alınmıştır.
- Sağlık Uygulama Tebliği (2007, 25 Mayıs). Resmi Gazete (Sayı: 26532). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/>
- Sosyal Güvenlik Kurumu (2023). Aylık İstatistik Bültenleri. <https://sgk.gov.tr/istatistik/Aylik/42919466-593f-4600-937d-1f95c9e252e6/> adresinden 17.05.2023 tarihinde alınmıştır.
- Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (2006, 16 Haziran). Resmi Gazete (Sayı:26200). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2006/06/20060616-1.htm>
- The Health Insurance Institute of Slovenia, (2023). Compulsory Health Insurance. <https://www.zzzs.si/en/compulsory-health-insurance/inclusion-in-the-compulsory-health-insurance/> adresinden Nisan 2023 tarihinde alınmıştır.
- The World Bank. (2022a). GDP per capita. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD> adresinden Kasım 2023 tarihinde alınmıştır.
- The World Bank. (2022b). Populations. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?view=map> adresinden Kasım 2023 tarihinde alınmıştır.

