



Sektör Raporları

MÜSTAKİL SANAYİCİ ve İŞADAMLARI DERNEĞİ

SAĞLIK SEKTÖR RAPORU 2012





BAĞCILAR HOSPİTADENT • FATİH HOSPİTADENT
GÜNEŞLİ AKSA TIP MERKEZİ • ÇAMLICA HOSPİTADENT
PENDİK HOSPİTADENT • MECİDİYEKÖY HOSPİTADENT
BAKIRKÖY HOSPİTADENT • FRANKFURT HOSPİTADENT





SAĞLIK SEKTÖR KURULU RAPORU 2012



MÜSTAKİL SANAYİCİ VE İŞADAMLARI DERNEĞİ
Sütlüce Mah. İmrahor Cad. No: 28 34445 Beyoğlu-İSTANBUL
Tel: +90 212 222 04 06 Faks: +90 212 210 50 82
www.musiad.org.tr / musiad@musiad.org.tr

MÜSİAD Araştırma Raporları: 81

Sağlık Sektör Kurulu Raporu 2012

Hazırlayan

Dr. Halil Yolcu

Katkıda Bulunanlar

Ecz. M.Salih Beşir, Hüseyin Sarpkaya, Dt. Ömer Faruk Şarkbay, Dr. Kemal Aygenli,
Uzm. Dr. Hakan Bahadır, Dt. Ahmet Selvi, Ecz. Kemal Uyumaz, Mehmet Ali Özkan,
Dilek Püşüroğlu, Hayrunnisa Avcı, Raşit Yemişen

Baskı ve Cilt

Mavi Ofset

BASIM YAYIN TİC. SAN. LTD. ŞTİ.

Organize Sanayi Bölgesi Eskoop Sanayi Sitesi

C1 Blok No: 25 İkitelli-İSTANBUL

Tel: (0212) 549 25 30 Fax: (0212) 549 26 84

www.mavioffset.com

Grafik Tasarım

Mehmet Kaman

Basım Yeri ve Tarihi

İstanbul, Aralık 2012

ISBN 978-605-4383-22-1

İÇİNDEKİLER

BAŞKANDAN.....	7
SUNUŞ.....	9
YÖNETİCİ ÖZETİ.....	11
GİRİŞ.....	13
 Birinci Bölüm	
DÜNYADA SAĞLIK SEKTÖRÜ.....	15
 İkinci Bölüm	
TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜ.....	21
2.1. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI.....	21
2.2. TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİNİN FİNANSMANI.....	31
2.2.1. Vergiler.....	31
2.2.2. Kamu Sağlık Sigortası.....	32
2.2.3. Özel Kesim.....	33
2.2.4. Diğer Kaynaklar.....	33
2.2.5. Türkiye ve Dünyada Sağlık Harcamaları.....	34
2.2.5.1. Kamu Sağlık Harcamalarının İncelenmesi.....	39
2.2.5.2. Toplam Sağlık Harcamaları Kompozisyonu.....	40
2.3. TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN SWOT ANALİZİ.....	41
2.3.1. Genel.....	41
2.3.2. Sağlık Sektörünün Güçlü Yönleri.....	43
2.3.3. Zayıf Yönleri.....	44
2.3.4. Fırsatlar.....	45
2.3.5. Tehditler.....	45
2.4. SAĞLIK EKONOMİSİ.....	46
2.4.1. Farmakoeconominin Tanımı.....	46
2.4.2. Akılcı İlaç Kullanımı.....	47
 Üçüncü Bölüm	
TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE FAALİYET GÖSTEREN	
HİZMET KOLLARININ SORUNLARI & ÇÖZÜM ÖNERİLERİ.....	53
3.1. HASTANELER.....	53
3.2. TIP MERKEZLERİ.....	57
3.2.1. SGK Protokolünde İyileştirmeler İçin Düşünce ve Öneriler.....	58
3.2.1.1. Fiyatlandırma.....	58
3.2.1.2. Acil Haller.....	59
3.2.1.3. Kan ve Kan Ürünleri ile Kan Uyuşmazlığı İlaçları.....	59
3.2.1.4. Cezalar.....	59
3.2.1.5. Hekim Çalışması.....	59
3.3. ECZACILIK.....	60
3.3.1. Eczanelerin Yaşadıkları Sorunlar ve Çözüm Önerileri.....	62

3.4. DIŞ HEKİMLİĞİ SEKTÖRÜNÜN SORUNLARI, ÇÖZÜM ÖNERİLERİ VE SOSYAL GÜVENLİK KURUMU İLE UYUMU.....	65
3.4.1. Genel Değerlendirme.....	65
3.4.2. SGK Kapsamında Ağız ve Diş Sağlığı Hizmet Sunumu Nasıl Olmalıdır?.....	68
3.4.2.1. Hizmet Şartları.....	68
3.4.2.2. Hastalara Uygulanacak Tedavi Kapsamı.....	69
3.4.2.3. Ödeme Şartları.....	69
3.4.2.4. Denetim Şartları.....	69
Sonuç Olarak.....	70
3.4.3. Poliklinik ve Tıp Merkezlerine İlişkin Sorun ve Çözüm Önerileri.....	70
3.4.4. Dental Malzemeler ile İlgili Sorunlar ve Çözüm Önerileri.....	71
3.4.5. Dış Ticaret Müsteşarlığı ile İlgili Çözüm Önerileri.....	72
3.5. TIBBİ CİHAZ SEKTÖRÜ.....	73
3.5.1. Genel Bakış.....	73
3.5.2. Dünyada ve Avrupa’da Tıbbi Cihaz Sektörü.....	73
3.5.3. Rakamlarla Türkiye’de Tıbbi Cihaz Sektörü.....	74
3.5.4. Tıbbi Cihaz Sektörünün Sorunları ve Çözüm Önerileri.....	75
3.5.4.1. Yerli Üretimin Desteklenmesi.....	75
3.5.4.2. Geri Ödeme (Tahsilat) Sorununun Çözülmesi.....	76
3.5.4.3. İhalelerde (SUT) Fiyatının Tek Belirleyici Olmaktan Çıkarılması.....	77
3.5.4.4. Tıbbi Cihaz Sektörünün Tekelleşme Tehlikesinden Korunması.....	77
3.5.4.5. Kamu İhale Şartnamelerinin Titizlikle Düzenlenmesi.....	78
3.5.4.6. Teknik Şartname.....	78
3.5.4.7. Gümrüklerde Yaşanan Sıkıntıların Giderilmesi.....	78
3.5.4.8. Piyasa Gözetimi ve Denetimi.....	79
3.6. GÖRÜNTÜLEME MERKEZLERİ VE LABORATUVARLAR.....	79
3.6.1. Genel Değerlendirme.....	79
3.6.2. Özel Görüntüleme Merkezleri ve Laboratuvarların Önemi.....	82
3.6.3. Yaşanan Sorunlar ve Çözüm Önerileri.....	84
3.7. OPTİK SEKTÖRÜ.....	85
3.7.1. Genel Değerlendirme.....	85
3.7.2. Çözüm Önerileri.....	85
3.7.3. Türkiye’de Kontakt Lens Sektörü.....	86

Dördüncü Bölüm

ÖNÜMÜZDEKİ SÜREÇTE ÖZEL SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN ÖNÜNDEKİ

FIRSATLAR.....	87
4.1. STRATEJİK BİR DEĞER OLARAK İLAÇ ÜRETİMİ.....	87
4.2. KAMU-ÖZEL ORTAKLIĞI HASTANELER.....	91
4.3. SAĞLIK TURİZMİ.....	92
4.3.1. Sağlık Turizminin Ana Unsurları.....	93
4.3.2. Medikal (Sağlık) Turizminin Geleceği.....	93
4.3.3. Dünyada Sağlık Turizmi Yapan Ülkeler.....	94
4.3.4. Sonuç ve Öneriler.....	99

Beşinci Bölüm

SONUÇ VE ÖNERİLER.....	103
-------------------------------	------------

BAŞKANDAN

Tüm dünyada ve ülkemizde insan sağlığı, her zaman öncelikli olarak ele alınması gereken konular arasında yer almıştır.

Devletler, vatandaşlarının sağlık, güvenlik, eğitim haklarını, anayasalarında ve diğer yasal düzenlemelerle güvence altına almışlardır. Bu üç konu, sosyal devlet olmanın temel ilkelerindendir.

Anayasa ve diğer yasalarla güvence altına alınmış olmasına rağmen, genellikle ekonomik sorunlar ve fon kısıtları nedenleriyle, zaman zaman devletler bu temel görevlerini layıkıyla yerine getirememişlerdir.

Bugün tüm gelişmiş ülkelerde dahi, yaşanan ekonomik krizler ve diğer sosyal sorunlar nedeniyle vatandaşların temel haklarından yararlanamadıkları gözlenmektedir. Çok gelişmiş ülkelerde dahi sosyal güvenlik sistemlerinde ciddi sıkıntılar yaşanmaktadır. Bu ülkeler zaman zaman uyguladıkları politikalarla ve mevcut yasaları değiştirmek suretiyle emeklilik yaşının uzatılması, maaş ve diğer yan haklarda kısıntılar yapılması, sağlık hizmetlerinde kısıtlamalar gibi radikal tedbirler almaktadır.

Dünya geneline bakıldığında insan ömrünün uzaması, yeni teşhis ve tedavi tekniklerinin geliştirilmesi ve bu hizmetlere erişimin pahalı olması, işsizlik nedeniyle yaşanan prim kayıpları, sosyal güvenlik sistemindeki temel sorunların başlıcaları olarak karşımıza çıkmaktadır.

Ülkemizdeki gelişmelere bakıldığında ise, son on yılda radikal ve kalıcı tedbirlerin alındığı, emeklilik yaşının uzatıldığı, sosyal güvenlik kurumunun otomasyona geçirilerek israf ve yolsuzlukların önlendiği, sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırıldığı gözlenmektedir.

Ülkemizin 2023 hedefleri doğrultusunda, sektöre sağlanacak teşviklerle daha kaliteli hizmet sunulması ve bölgede sağlık hizmetleri konusunda referans alınan bir ülke haline getirilmesi temel hedef olmalıdır.

Son olarak, her zaman dile getirildiği gibi, ülkemiz sağlık hizmetlerinde üs niteliğinde bir konuma sahip bulunmaktadır. Ülkemizin merkez olma niteliğini iyi değerlendirmek ve avantajlarımızı kullanmak sağlık sektörü için bulunmaz bir fırsattır.

Bu minvalde, biz de MÜSİAD olarak, Sağlık Sektör Kurulumuzun sektörün gelişimi için sürekli argümanlar geliştiren ve bu argümanlarla sorunların çözümü için kamuoyu oluşturan bir yapı arz etmesine büyük önem vermekteyiz. Hazırlanan bu sektör kurulu raporu da, sektörün küresel ve ülke bazlı gelişimini analiz eden ve sektörün yapısal sorunlarına çözüm üreten niteliktedir.

Bu doğrultuda, raporun hazırlanmasında emeği geçen başta Sağlık Sektör Kurulu Başkanı Eczacı M. Salih Beşir'e, Sektör Kurulları Yöneticisi Raşit Yemişen'e ve tüm Sağlık Sektör Kurulu Yönetim Kurulu üyelerine teşekkür eder, hazırlanan çalışmanın hayırlara vesile olmasını temenni ederim.

Nail Olpak

Genel Başkan

MÜSİAD

SUNUŞ

Bir toplumu oluşturan bireylerin yaşam kalitesini ve verimliliğini etkileyen en önemli unsurların başında sağlık gelir. Sağlık alanındaki hizmetler ülkenin gelişmişlik düzeyi ile doğru orantılıdır. En üstün varlık olarak yaratılmış insanın sağlığına ve korunmasına emek harcamak en kutsal görevlerdendir.

Sağlık hizmetlerinin hastaya ulaştırılmasını sağlayan altyapı çalışmaları ve hizmetin yürütülmesi için gerekli tıp hizmetleri bu hassasiyetle yürütülmelidir. Ülkemizde sağlık hizmetleri, kamu ve özel sektörün ortaklaşa gayretleriyle yürütülür. Sağlık hizmetlerinde verimlilik ve kalitenin üst seviyelere taşınması, kamu ve özel tüm hizmet sunucularının görevlerini etik değerlere bağlılık ve yüksek vazife bilinciyle yerine getirmeleriyle sağlanabilir.

Ülkemizde son yıllarda uygulanan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” neticesinde çok önemli gelişmeler sağlanmıştır. Halkımızın doktora ve ilaca ulaşımı kolaylaşmış, koruyucu ve acil sağlık hizmetlerinde önemli iyileşmeler sağlanmıştır. Kişi başı sağlık kuruluşlarına müracaat sayısı 2002’de 2,9’dan 2010’da 8’e yükselmiştir. Yine hastanelere müracaat sayısı 2002’de 124.313.659’dan 2011’de 338.000.000’a yükselmiştir. Sağlık hizmet sunucuları ve sağlık çalışanları bu süreçte özverili bir çaba ortaya koyarak bu gelişmelere önemli katkılar sağlamışlardır. Bu gelişmelerin artarak devam etmesinde yine sağlık çalışanlarının özverisi önemli rol oynayacaktır.

Her hizmet alanında olduğu gibi sağlık hizmetlerinin üretilmesi de ekonomik bir faaliyeti zorunlu kılmaktadır. Ülkemizde kişi başı sağlık harcaması 2000 yılında 433 dolar iken 2011’de 600 dolarlara ulaşmıştır. Kamu özel toplam sağlık harcamalarının GSYİH’ye oranı da 2000 yılında % 4,9 iken % 6’ya yükselmiştir. Yaşanan bu artışa rağmen sağlık harcamaları henüz % 9’luk OECD ülkeleri ortalamasının altındadır. Bu nedenle bir yandan kaynaklar israfa vardırılmadan, sağlık hizmetinin gerektirdiği ölçüde etkinlik ve verimlilik ilkelerine göre kullanılırken diğer yandan paralel olarak sağlık finans kaynaklarını geliştirici çalışmalar yapılmalıdır.

Sağlık hizmetlerinde kullanılan ilaç ve tıbbi malzemelerin büyük oranda yurtdışı kaynaklı olması ülkemiz açısından önemli bir ekonomik kayba neden olmaktadır. Ülkemizdeki cari açığın önemli bir bölümü ilaç ve tıbbi cihaz ithalatından kaynaklanmaktadır. Önümüzdeki dönemde sağlık alanındaki önemli gündemlerin başında yerli üretimin arttırılması konusu yer almalıdır. İlaç ve tıbbi malzeme ekonomik değerlerinin yanında aynı zamanda stratejik öneme sahip ürünlerdir. Bu nedenle ülkemiz özel sağlık sektörü yatırımcıları tarafından bu alanlarda üretim ve ihracat yapmak üzere girişimde bulunmak ekonomik olduğu kadar stratejik açıdan da bir gerekliliktir. Yerli üretimin gelişmesi için kamu tarafından da desteklenmesi gerekmektedir.

Özel sağlık sektörünü önümüzdeki dönemde hastane kampüsleri, tıp ve dal merkezleri, sağlık turizmi, tıbbi cihaz/ilaç üretimi gibi alanlarda önemli fırsatlar beklemektedir.

“Sağlıkta Dönüşüm Programı” gereğince kamu hastanelerinin birleştirilmesi, sosyal güvenlik kuruluşlarının tek çatı altında toplanarak Genel Sağlık Sigortası’na geçilmesi tüm sigortalıların serbest eczanelerden ilaç alabilmesinin sağlanması, aile hekimliği uygulaması, acil hizmetlerin geliştirilmesi ve özel hastanelerden hizmet alımının genişletilmesi sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmıştır. Artan talebe cevap vermek üzere başta özel hastaneler, tıp merkezleri ve eczaneler olmak üzere tüm özel sağlık sektörü işletmelerine son derece önemli yatırımlar yapmışlardır.

Ülkemizde, yaygın ve nitelikli sağlık hizmetlerinin üretilmesinde özel sağlık sektörünün tamamlayıcı rol üstlendiği kanaatindeyiz. Özel sektör, devletin sağlık politikalarının ciddiyetine uygun şekilde üzerine düşen sorumlulukları yerine getirme gayreti içindedir. ‘Herkesin Sağlık’ anlayışıyla kamunun belirlediği yaygın sağlık hizmeti politikasında özel sektör olmazsa olmaz rol oynadığını toplam sağlık hizmetlerinden % 30 gibi ciddi pay almasıyla ispatlamıştır.

Tedavi hizmetlerinin planlanması, sağlık hizmetlerinin finansman açığı ve harcamaların baskılanması, artan hekim-hemşire ihtiyacının karşılanması doğrultusunda atılan adımlar özel sektörün faaliyetlerini önemli düzeyde etkiler boyutlara ulaşmıştır. Süreçte sektör içinde ciddi sorunlar ortaya çıkmıştır.

MÜSİAD Sağlık Sektörü olarak hazırladığımız raporlarla sağlık sektörünün analizini yaparak bir yandan sağlık sektörünün gelişmesine katkıda bulunmayı, diğer yandan da sektörde yaşanan sorunların çözümlerine katkı yapmayı amaçladık. Hazırlanan bu raporda da sektörün önündeki fırsatlar ve tehditlere yer verilmiş, sektörde yaşanan sorunlar görünür hale getirilmiş, çözüm önerileri ile de iyileşme süreci hızlandırılmak istenmiştir. Elinizdeki 2012 Sağlık Sektörü Raporu’nun bu amaçlara ulaşmak doğrultusunda faydalı olmasını diliyorum.

Bu raporun hazırlanmasında emeği geçen MÜSİAD Sağlık Sektörü Yönetim Kurulu Üyelerine çok teşekkür ederim. Ayrıca Genel Başkanımız Nail Olpak Bey’e sektörümüzün çalışmalarına gösterdiği alakadan dolayı teşekkürü borç bilirim.

Ecz. M. Salih Beşir

MÜSİAD Sağlık Sektör Kurulu Başkanı

YÖNETİCİ ÖZETİ

Raporda 2002-2011 verileri baz alınarak ülkemizde sağlık sektörü genel hatlarıyla incelenmiş ve tespit edilen sorunlara çözüm önerileri ve çeşitli konulardaki yorum ve görüşler belirtilmiştir.

Çağdaş toplumlarda ileri teknoloji ile sağlanan iyileştirmeler sonucunda ortalama yaşam süreleri uzamış, yaşam kalitesi artırılmıştır. Bu bağlamda birçok hastalık yeryüzünden silinme noktasına gelmiştir.

Yaşam süresinin uzaması ve ileri teknoloji ile sağlanan tedavi hizmetlerinin yüksek maliyetleri sosyal güvenlik sistemlerinde finansman sorunlarına neden olmuştur. Bu nedenle devletler bu sorunlara çözüm arayışlarına girmişlerdir.

Devlet bütçesinden sağlık sistemine yapılan aktarımlar ve bu aktarımların dağılımları incelendiğinde ilaç ve özel hastanelerin sistemde en yüksek gider kalemlerini yarattıkları görülmektedir. Bu bağlamda ilaç giderlerinin kontrol altına alınması sistemin finansmanı açısından kritik önem arz etmektedir.

Bu çözüm arayışlarından en önemlileri tedavi ve ilaç maliyetlerinin düşürülmesi, önleyici sağlık hizmetlerinin artırılması, çevre koşullarının iyileştirilmesi gibi tedbirlerdir.

Dünyada ve ülkemizde insanların daha iyi koşullarda yaşamasının sağlanması, sağlıklı bir toplum, güçlü şekilde finanse edilen bir sosyal güvenlik sistemine bağlıdır. Devletler sosyal politikalarıyla bu temel görevini sağlamakla yükümlüdürler.

Raporda sağlık sektöründe hizmet ve sarf malzemeleri sağlayan alt sektörlerin sorunları ve çözüm önerileri özet olarak bilgi ve değerlendirmelerinize sunulmuştur.

1. Sağlık sisteminin finansmanı için alternatif modeller değerlendirilmeli ve farmaekonomi bölümünde belirtilen tedbirler alınmalıdır. Bu konu akılcı ilaç kullanımı ve sistem kaynaklarının efektif kullanılması ile önemli ölçüde çözümlenecektir.
2. Sağlık sektörünün SWOT analizi sonuçlarında belirtilen zayıf yönleri ve tehditlerle ilgili tedbirler alınmalı bu konularda teşvik politikaları uygulanmalıdır.
3. Sağlık sistemine hizmet veren alt kuruluşlarla ilgili SGK hizmet protokolleri, bu sektörleri mağdur etmeyecek koşullarda yeniden gözden geçirilmelidir.
4. Sisteme sarf malzemesi ve hizmet sağlayan kişi ve kuruluşların hakediş ödemeleri zamanında yapılmalıdır.

5. Tıbbi cihaz ithalatı nedeniyle katlanılan yüksek maliyetlerin önüne geçilmesi için yerli sanayi teşvik edilmelidir.
6. Kamu sağlık harcamalarının önemli bir kısmını oluşturan ilaç sektöründe yerli üretim vergi ve Ar-Ge gibi teşviklerle desteklenmelidir.
7. Ülkemiz için önemli bir kaynak olan sağlık turizmi teşvik edilmeli, diğer ihracat işlemlerinde uygulanan vergi iadesi sistemi bu sektör için de uygulanmalıdır.
8. 2023 hedefleri doğrultusunda sektör temsilcileri ile birlikte vizyon ve hedefler belirlenmeli ve bu hedefler doğrultusunda kamu ve özel sektör üzerine düzen görevleri eksiksiz yerine getirmelidir.

GİRİŞ

Tıp ve teknolojiadaki yenilik ve gelişmelerin insan hayatını uzattığı ve yaşam kalitesini artırdığı bilinmektedir.

Teknolojik yeniliklerin gıda, giyim ve diğer alanlarda insan hayatına sunduğu yenilikler bazı hastalıkların tedavisini başarılı bir şekilde sağlarken, insan hayatına giren bazı teknolojiler ise insan hayatında yeni birtakım hastalıkların oluşmasına neden olmaktadır.

İleri teknoloji ve yeni buluşların tıp alanında uygulanması sonucu geliştirilen tedavi teknikleri, ilaçlar ve önleyici tedbirler, yüksek maliyetleri nedeniyle sosyal güvenlik sistemleri ve dolayısıyla kamu maliyesi üzerinde olumsuz etkilere sahiptirler.

Ancak, kamu maliyesi üzerindeki bu olumsuz etkiye rağmen, sosyal devlet olmanın gereği, devlet politikaları kapsamında çağdaş tedavi ve sağlık hizmetlerinin vatandaşlara sunulması gerekmektedir.

Bu maliyetlerin düşürülmesi için, gereken önleyici tedbirlerin alınması, biyoteknoloji ve nanoteknoloji gibi yeni teknolojilerin kullanılarak vatandaşlara düşük maliyetle yüksek sağlık hizmetleri verilmesi günümüzde sosyal devletlerin öncelikli hedefleri arasındadır.

Avrupa, Amerika ve Japonya gibi gelişmiş ülkelerde tıp ve teknoloji alanlarındaki gelişmelere paralel olarak insan yaşam süresinin uzadığı bilinmektedir. Buna bağlı olarak emeklilik sistemleri ve sağlık sisteminin finansmanında ciddi sorunlar ortaya çıkmıştır.

Ülkemizde 2002 öncesinde uygulanan popülist politikalar sonucunda çalışanlar en verimli dönemlerinde 40-45 yaşlarında emekli olmaya hak kazanmışlardır. Bu dönemlerde emekli olan çalışanların ortalama ömür beklentilerinin erkeklerde 67, kadınlarda 72 yaş olduğu dikkate alındığında bu kişilerin emeklilik ve sağlık harcamalarının finansmanı kamu maliyesi için ciddi problemler oluşturmuştur.

Ülkemizde yapılan yasal düzenlemelerle Emekli Sandığı, Bağkur ve SSK tek çatı altında, Sosyal Güvenlik Kurumu adı altında birleştirilerek sistemin efektif hale gelmesi amaçlanmıştır.

Sosyal güvenlik sistemi ve sağlık harcamalarının kamu finansmanı üzerindeki artan yükü nedeniyle 2002 yılından itibaren popülist politikalarından uzak birtakım kalıcı tedbirler ve yasal düzenlemeler yapılmıştır.

Sözkonusu yasal düzenlemeler ve alınan idari tedbirlerle sosyal güvenlik sisteminin toplumun her kesimi tarafından erişilebilir ve finansmanı sürdürülebilir bir yapıya kavuşturulması amaçlanmıştır.

Raporda sağlık sektöründe hizmet veren alt meslek ve hizmet grupları ile ilgili değerlendirmeler yapılmış, sorunları incelenmiş ve bu sorunlarla ilgili olarak çözüm önerileri ifade edilmiştir.

Sağlık turizmi ve verilen sağlık hizmetleri ile ilgili olarak ülkemizin avantaj ve dezavantajları değerlendirilmiş ve bu alt sektör gruplarının 2023 vizyonuna yapabilecekleri katkılar değerlendirilmiştir.

Birinci Bölüm

DÜNYADA SAĞLIK SEKTÖRÜ

Sağlık sistemi, sağlık hizmetlerinin arzı, finansmanı, mevzuat ve politikasından oluşan bütünü ifade eder. Dünyada çeşitli sağlık sistemleri bulunmaktadır. Ülkeler arası sosyal, kültürel ve ekonomik farklılıklar olduğu için birbirinin tamamen aynı sağlık sistemlerine sahip ülkeler bulmak mümkün değildir.

Sağlık sistemleri ile ilgili ilk kapsamlı araştırma 1931 yılında Arthur Newsholme tarafından yapılmıştır. 2. Dünya Savaşı sonrasında da araştırmalar artarak devam etmiştir. Ülkelerin sağlık sistemlerini gruplar halinde inceleyen çalışmalara örnek verecek olursak; Avang sağlık sistemlerini dört grup altında toplamıştır: Batı Avrupa tipi, Amerika tipi, Sovyet Rusya tipi, gelişmemiş ülkeler tipi. Kılıç ve Bumin'e göre sınıflandırma şu şekildedir: Özel sigorta ağırlıklı, sosyal sigorta ağırlıklı, ulusal sağlık sistemi, sosyalist sağlık sistemi, karmaşık yapıda sağlık sistemi, ilkel yapıda sağlık sistemi.

Milton I. Roemer, devletin sağlık piyasasına müdahalesinin derecesine göre sağlık sistemlerini; serbest piyasa tipi sağlık sistemleri, refah yönelimli sağlık sistemleri, kapsayıcı tip sağlık sistemleri ve sosyalist sağlık sistemleri olarak gruplandırmıştır.

Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemi: Beveridge Modeli olarak da adlandırılır. Sistemin özünde, nüfusun tamamı için tüm sağlık hizmetlerinin üretilmesi ve sunumunun devlet tarafından, ücretsiz olarak verilmesi ilkesi vardır. Bu sistemde, her zaman güçlü bir kamu yönlendirmesi vardır. Hizmet sunumunda özel sektörün payı azdır. Hizmetin arzında, kamu sektörü asıl olmakla birlikte, hizmet sunumunda özel sektörde sınırlı bir biçimde yer alabilir. Özel sektörün hizmet arzında oluşabilecek olumsuz durumlar, iyi bir denetim sistemi ile en aza indirilmeye çalışılmaktadır. Bu tip sağlık sistemi olan ülkelere İngiltere, Norveç ve İtalya örnek gösterilebilir.

Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistemi: Sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde asıl unsur olarak özel sektör yer almaktadır. Sağlık hizmetleri talebi, kişisel ödeme ve özel sigortalarla sağlanmaktadır. Maddi olanağı olan sağlık güvencesine sahip olur. Sistemde hizmet arzını özel sektör sağlar. Bu sisteme örnek ülkeler olarak, ABD ve Brezilya'yı örnek gösterebiliriz.

Refah Yönelimli Tip Sağlık Sistemleri: Bismarc Modeli olarak da adlandırılmaktadır. Prim gelirlerine dayalı sosyal sigorta temelli bir modeldir. Sağlık hizmetlerinin arzında kamu ve özel sektör bir arada olabilir. Bu sistemde, tüm bireylerin yarı doğrudan kişisel ödeme niteliğindeki primlerle zorunlu hastalık sigortası kapsamına alınması esastır. Bu sisteme örnek ülkeler olarak, Almanya, Fransa, Belçika örnek verilebilir.

Sosyalist Tip Sağlık Sistemleri: Koruyucu ve tedavi edici tüm sağlık hizmetlerini kişilerin hiçbir şekilde ödemesi olmaksızın alabildikleri bir sistemdir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda özel sektörün yeri yoktur. Sağlık hizmetlerinin sunumu kamuya aittir. Bu sisteme örnek olarak Küba'yı gösterebiliriz.

Ülkelerin sağlık sistemlerini gelişmiş ülkeler başta olmak üzere, diğer gelişmekte olan ülkeler ile birlikte inceleyeceğiz. Gelişmiş ülkeler dediğimizde ilk başta ABD gelmektedir. Sonrasında ise OECD ülkeleri de denilen Avrupa ülkeleri gelmektedir. Ülkemizde sağlık sistemi ve finansmanı ile ilgili reformlar yaparken bu ülkeleri örnek aldığımıza göre gelişmiş ülkelerin sistemlerini incelemekte fayda vardır.

Gelişmiş ülke sistemlerinde aralarında ufak farklar olmakla birlikte ortak birtakım özellikler bulmak mümkündür. Bu ülkelerde sağlık hizmetlerinin organize edilmesinde etkili olan birden çok faktör söz konusudur. Daha çok özgür bir tercihe dayalı sistem ve bunun yanında hastalar ve hizmet sağlayanlar arasında bir değişim ilişkisi vardır. Ortaya çıkan finansman gereksinimi ve riskler ortak bir havuzdan karşılanır. Bu yüzden ilk başta tüketici (hasta) ile üretici (hizmeti sağlayanlar) arasındaki ikili işleyen ilişki finansal kurumların ya da fon organizasyonlarının devreye girmesi ile üçlü bir ilişki halini alır.

Kamunun kurduğu ya da işleyişine katkıda bulunduğu sigorta kurumlarına ödenen primler belirlenirken, bireylerin risk durumları ve geçmişteki hizmetten yararlanma düzeyleri göz önüne alınmaz. Primler gerçek maliyetleri yansıtmamaktadır. Buna karşın, kâr amaçlı sigorta kurumları primlerini belirlerken, risk grupları farklı olan bireylere farklı prim uygulaması getirdikleri gibi maliyetlerden aşağı toplam ve bireysel prim tutarını belirlemezler.

Gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerini üreten, bağımsız bir şekilde çalışan hastane ve kliniklerin yanında hizmeti finanse etme konumundaki bir kamu ve özel sektör kurumu olabilir. Kamu kesimine bağlı olarak çalışan çok iyi sağlık üretim birimleri ve personel bulunduğu gibi, özel sektörde aynı özellikteki kurum ve uzmanlara sahiptir. Bu aynı zamanda bu kurumlar arasında rekabeti de oluşturabilmektedir.

Başlıklar halinde belirtmek gerekirse gelişmiş ülkeler sağlık hizmetleri finansmanını 3 yoldan sağlamaktadır: Özel finansman, kamu sağlık sigortacılığı ya da sosyal sigorta ile finansman, genel vergilerden ve genel bütçeden oluşturulan ulusal sağlık sistemleri.

Tablo 1. Toplam Sağlık Harcamaları

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Avusturalya	8,5	8,4	8,5	8,5	8,7	9,1	-	-
Avusturya	10,4	10,4	10,2	10,3	10,5	11,2	11,0	-
Belçika	10,1	10,1	9,6	9,6	10,0	10,7	10,5	-
Kanada	9,8	9,8	10,0	10,0	10,3	11,4	11,4	11,2
Şili	7,1	6,9	6,6	6,9	7,5	8,4	8,2	-
Çek Cumhuriyeti	6,9	6,9	6,7	6,5	6,8	8,0	7,5	-
Danimarka	9,7	9,8	9,9	10,0	10,2	11,5	11,1	-
Estonya	5,1	5,0	5,0	5,2	6,0	7,0	6,3	-
Finlandiya	8,2	8,4	8,3	8,0	8,3	9,2	8,9	8,8
Fransa	11,0	11,2	11,1	11,1	11,0	11,7	11,6	-
Almanya	10,7	10,8	10,6	10,5	10,7	11,7	11,6	-
Yunanistan	8,8	9,7	9,7	9,8	10,1	10,6	10,2	-
Macaristan	8,2	8,4	8,3	7,7	7,5	7,7	7,8	-
İzlanda	9,9	9,4	9,1	9,1	9,1	9,6	9,3	8,8
İrlanda	7,5	7,6	7,6	7,8	8,9	9,9	9,2	-
İsrail	7,8	7,8	7,5	7,5	7,6	7,9	-	-
İtalya	8,6	8,9	9,0	8,6	8,9	9,3	9,3	9,1
Japonya	8,0	8,2	8,2	8,2	8,6	9,5	-	-
Kore	5,3	5,7	6,0	6,3	6,5	6,9	7,1	7,2
Lüksemburg	8,2	7,9	7,7	7,1	6,8	7,9	-	-
Meksika	6,0	5,9	5,7	5,8	5,8	6,4	6,2	-
Hollanda	10,0	9,8	9,7	10,8	11,0	11,9	12,0	-
Yeni Zelanda	8,0	8,4	8,8	8,5	9,3	10,0	10,1	-
Norveç	9,6	9,0	8,6	8,7	8,6	9,8	9,4	9,2
Polonya	6,2	6,2	6,2	6,3	6,9	7,2	7,0	-
Portekiz	10,0	10,4	10,0	10,0	10,2	10,8	10,7	-
Slovakya	7,2	7,0	7,3	7,8	8,0	9,2	9,0	-
Slovenya	8,3	8,3	8,3	7,8	8,3	9,3	9,0	-
İspanya	8,2	8,2	8,3	8,5	9,0	9,6	-	-
İsveç	9,1	9,1	8,9	8,9	9,2	9,9	9,6	-
İsviçre	11,3	11,2	10,8	10,6	10,7	11,4	11,4	11,5
Türkiye	5,4	5,4	5,8	6,0	6,1	-	-	-
İngiltere	8,0	8,2	8,5	8,5	8,8	9,8	9,6	-
ABD	15,8	15,8	15,9	16,2	16,6	17,7	17,6	-

Kaynak: OECD.¹

Tablo 1’de yer alan dünyada bazı ülkelerin sağlık harcamaları/GSYH oranları incelendiğinde, 2004–2011 döneminde ABD 15,8’den 17,6’ya yükselirken, Almanya’da 10,7’den

11,6'ya yükselmiştir. Aynı dönemde Türkiye'de ise bu oran 5,4'ten 2008 yılında 6,1'e yükselmiştir.

Tablo genel olarak incelendiğinde ise, gelişmiş ülkelerde bu oranın % 10'ların üzerinde seyrettiği görülürken Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde ise 5-7 aralığında görülmektedir.

Tablo 2. Kişi Başı Sağlık Harcamaları

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Avusturalya	2.877	2.980	3.164	3.351	3.452	3.670	-	-
Avusturya	3.425	3.503	3.738	3.907	4.173	4.346	4.395	-
Belçika	3.155	3.247	3.278	3.423	3.698	3.911	3.969	-
Kanada	3.209	3.448	3.674	3.850	4.002	4.317	4.445	4.607,8
Şili	798	843	863	958	1.094	1.210	1.202	-
Çek Cumhuriyeti	1.385	1.474	1.557	1.659	1.765	2.048	1.884	-
Danimarka	3.123	3.243	3.577	3.766	4.056	4.385	4.464	-
Estonya	759	831	962	1.114	1.337	1.385	1.294	-
Finlandiya	2.452	2.589	2.765	2.909	3.162	3.271	3.251	3.305,8
Fransa	3.108	3.294	3.484	3.667	3.750	3.930	3.974	-
Almanya	3.166	3.362	3.567	3.722	3.967	4.225	4.338	-
Yunanistan	2.090	2.352	2.610	2.723	2.998	3.106	2.914	-
Macaristan	1.331	1.434	1.511	1.453	1.525	1.559	1.601	-
İzlanda	3.333	3.304	3.271	3.379	3.606	3.539	3.309	3.407,3
İrlanda	2.772	2.956	3.217	3.533	3.806	3.944	3.718	-
İsrail	1.834	1.829	1.873	1.994	2.100	2.165	-	-
İtalya	2.372	2.516	2.727	2.769	2.967	3.005	2.964	-
Japonya	1.834	1.829	1.873	1.994	2.100	2.165	-	-
Kore	1.135	1.291	1.466	1.645	1.723	1.864	2.035	2.177,2
Lüksemburg	4.117	4.152	4.606	4.493	4.445	4.786	-	-
Meksika	688	731	780	836	892	923	916	-
Hollanda	3.308	3.450	3.702	4.410	4.728	4.886	5.056	-
Yeni Zelanda	1.974	2.124	2.388	2.447	2.697	2.923	3.022	-
Norveç	4.076	4.301	4.612	4.884	5.246	5.348	5.388	5.235,6
Polonya	807	857	935	1.061	1.241	1.365	1.389	-
Portekiz	1.995	2.212	2.304	2.419	2.548	2.967	2.728	-
Slovakya	1.057	1.139	1.351	1.619	1.862	2.066	2.095	-
Slovenya	1.857	1.960	2.106	2.142	2.416	2.524	2.428	-
İspanya	2.130	2.269	2.535	2.734	2.971	3.076	-	-
İsveç	2.953	2.963	3.195	3.431	3.656	3.711	3.758	-
İsviçre	3.935	4.015	4.252	4.570	4.933	5.135	5.270	5.489,0
Türkiye	520	591	732	840	913	-	-	-
İngiltere	2.540	2.700	2.961	3.030	3.143	3.379	3.433	-
ABD	6.355	6.728	7.107	7.482	7.760	7.760	8.233	-

Kaynak: OECD. www.oecd.org

Tablo 2’de yer alan veriler dikkate alındığında yine gelişmiş ülkelerde kişi başı sağlık harcamasının 2004 yılında 2.441 dolardan 2010 yılında 3.338 dolara yükseldiği görülmektedir. Ancak bu dönemde Türkiye’de bu tutarların 2004 yılında 520 dolardan 2008 yılında 913 dolara yükseldiği görülmektedir.

Tablo 3. Toplam Harcamaların Yüzdesi Olarak Kamu Sağlık Harcamaları

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Avusturalya	66,7	66,9	66,6	67,5	67,9	68,5	-	-
Avusturya	74,7	75,3	75,7	75,8	76,3	76,4	76,2	-
Belçika	75,8	75,8	73,6	73,2	74,7	76,1	75,6	-
Kanada	70,2	70,2	69,8	70,2	70,5	70,9	71,1	70,4
Şili	39,9	40,0	42,1	43,2	44,1	47,7	48,2	-
Çek Cumhuriyeti	89,2	87,3	86,7	85,2	82,5	84,0	83,8	-
Danimarka	84,3	84,5	84,6	84,4	84,7	85,0	85,1	-
Estonya	75,5	76,7	73,3	75,6	77,8	75,3	78,9	-
Finlandiya	75,0	75,4	74,8	74,4	74,5	75,2	74,5	74,8
Fransa	78,8	78,8	78,7	78,3	76,7	76,9	77,0	-
Almanya	76,8	76,6	76,5	76,4	76,6	76,9	76,8	-
Yunanistan	59,1	60,1	62,0	60,3	59,9	61,7	59,4	-
Macaristan	69,6	70,0	69,8	67,3	67,1	65,7	64,8	-
İzlanda	81,2	81,4	82,0	82,5	82,6	82,0	80,4	80,0
İrlanda	77,0	75,9	75,1	75,5	75,1	72,0	69,5	-
İsrail	60,9	59,3	59,8	59,0	59,5	60,5	-	-
İtalya	76,0	76,2	76,6	76,6	78,9	79,6	79,6	79,0
Japonya	80,8	81,6	79,4	80,4	80,8	80,5	-	-
Kore	52,6	52,9	55,3	55,8	55,9	58,2	58,2	57,3
Lüksemburg	84,8	84,9	85,1	84,1	84,1	84,0	-	-
Meksika	45,2	45,0	45,2	45,4	46,9	48,3	47,3	-
Hollanda	-	-	-	-	-	-	-	-
Yeni Zelanda	79,6	79,7	80,1	82,4	82,8	83,0	83,2	-
Norveç	83,6	83,5	83,8	84,1	84,4	84,6	85,5	85,6
Polonya	68,6	69,3	69,9	70,4	71,8	71,6	71,7	-
Portekiz	68,1	68,0	67,0	66,7	65,3	66,5	65,8	-
Slovakya	73,8	74,4	68,3	66,8	67,8	65,7	64,5	-
Slovenya	73,1	72,2	72,3	71,8	73,9	73,2	72,8	-
İspanya	70,4	70,6	71,3	71,5	72,6	73,6	-	-
İsveç	81,4	81,2	81,1	81,4	81,5	81,5	81,0	-
İsviçre	58,4	59,5	59,1	59,1	65,2	65,5	65,2	-
Türkiye	71,2	67,8	68,3	67,8	73,0	-	-	-
İngiltere	81,2	81,7	81,3	81,2	82,5	83,4	83,2	-
ABD	44,1	44,2	45,0	45,2	46,0	47,3	48,2	-

Kaynak: OECD. www.oecd.org

Bazı Avrupa ülkelerine ait veriler incelendiğinde ise yüksek devlet katkısı görülmektedir. Bunun başlıca nedenleri arasında bu devletlerdeki yaşlanan nüfus nedeniyle ortaya çıkan yüksek sağlık harcamalarının sosyal güvenlik sistemi üzerinde yarattığı finansman yüküdür.

Kamunun sağlık harcamalarına katılım yüzdeleri incelendiğinde ise, ülkemizde 2004’de % 71,2 iken bu oran 2008’de % 73’e yükselmiştir.

Koruyucu sağlık tedbirlerinin uygulandığı gelişmiş ülkelerde ise bu oranların daha düşük olduğu görülmektedir.

Ülkemizde son dönemde yapılan yasal düzenlemelerle sosyal güvenlik kuruluşları SGK çatısı altında birleştirilmiş ve sosyal güvenlik kuruluşu çatısı altında sağlık harcamalarının maliyet optimizasyonu için bazı hayati tedbirler alınmıştır.

Sosyal güvenlik sistemi içindeki sağlık harcamalarının kamu maliyesi üzerindeki yükün düşürülmesi amacıyla avrupa ülkelerinde ve ABD’de bazı tedbirlerin alındığı görülmektedir.

İkinci Bölüm

TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜ

2.1. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

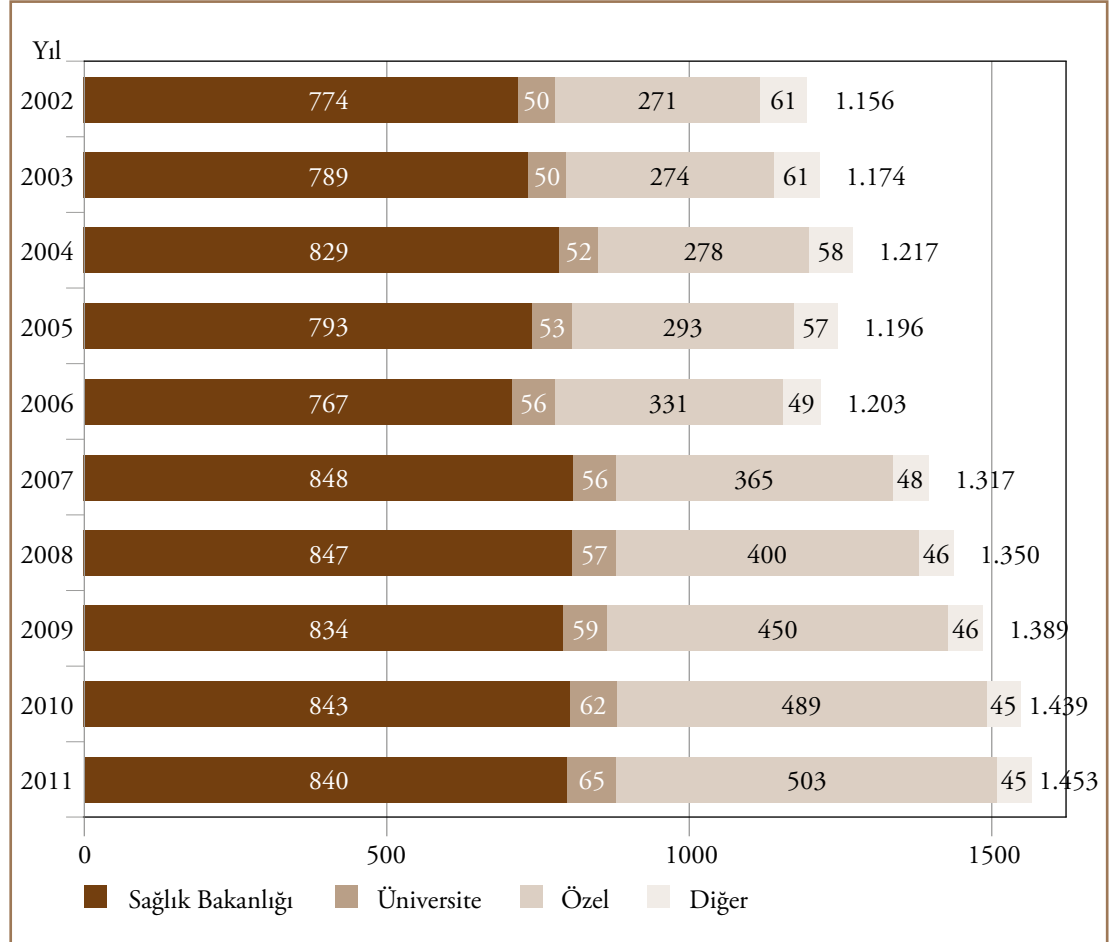
Türkiye’de sağlık sektörüne 2002 yılından itibaren uygulamaya koyulan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” damgasını vurmuştur.

Sağlık alanında yaşanan olumsuzlukların büyük bölümü uygulanan reformlarla ortadan kaldırılmıştır. Bu program çerçevesinde kamu hastaneleri tek çatı altında birleştirilmiş, nüfusun genelini kapsayan genel sağlık sigortasına geçilmiş, sigortalıların özel hastanelerden hizmet almaları sağlanmış, aile hekimi uygulaması ile hekime ulaşmak, sigortalıların serbest eczanelerden ilaç almaları sağlanarak ta ilaca erişim kolaylaştırılmıştır.

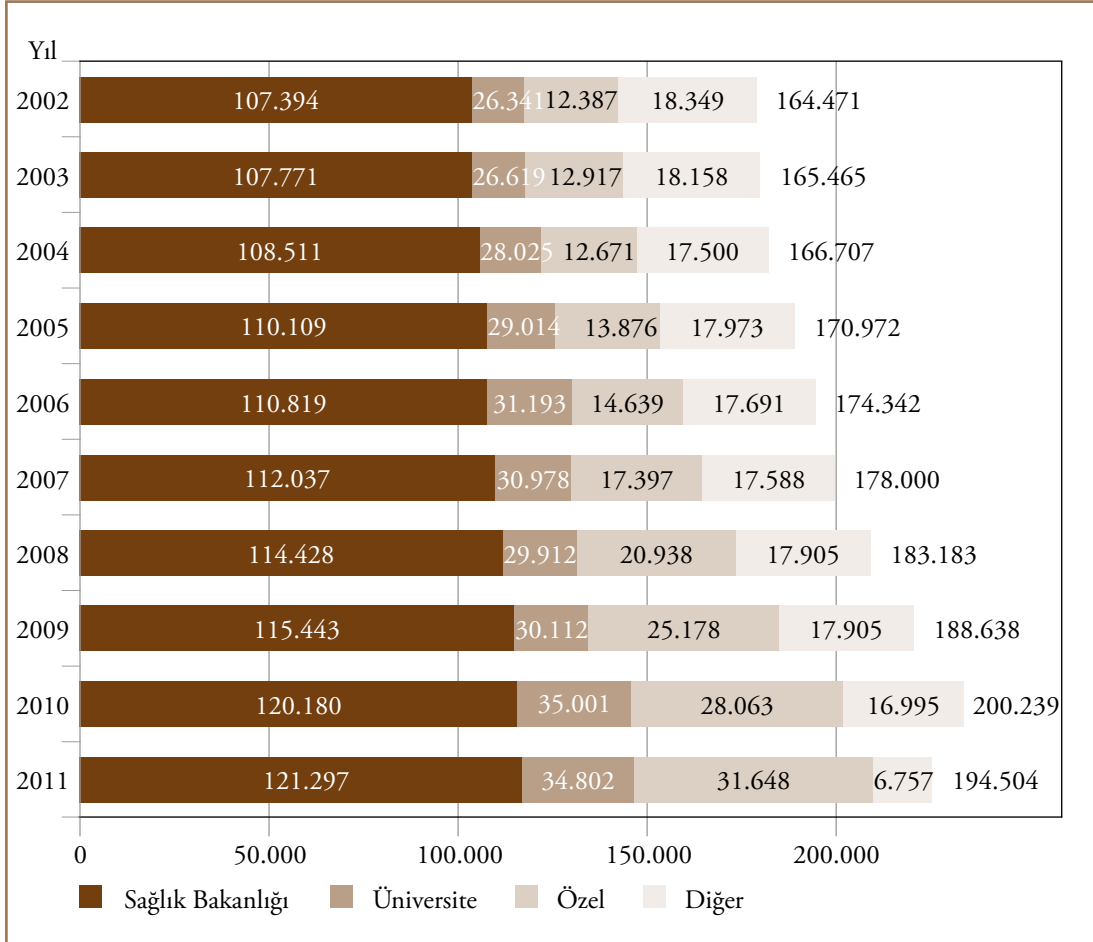
Bu gelişmeler sonrasında sağlık alanında çok önemli gelişmeler sağlanmıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrasında Sağlık Alanında Yaşanan Gelişmelere Bazı Örnekler

Şekil 1. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Sayısı, Türkiye

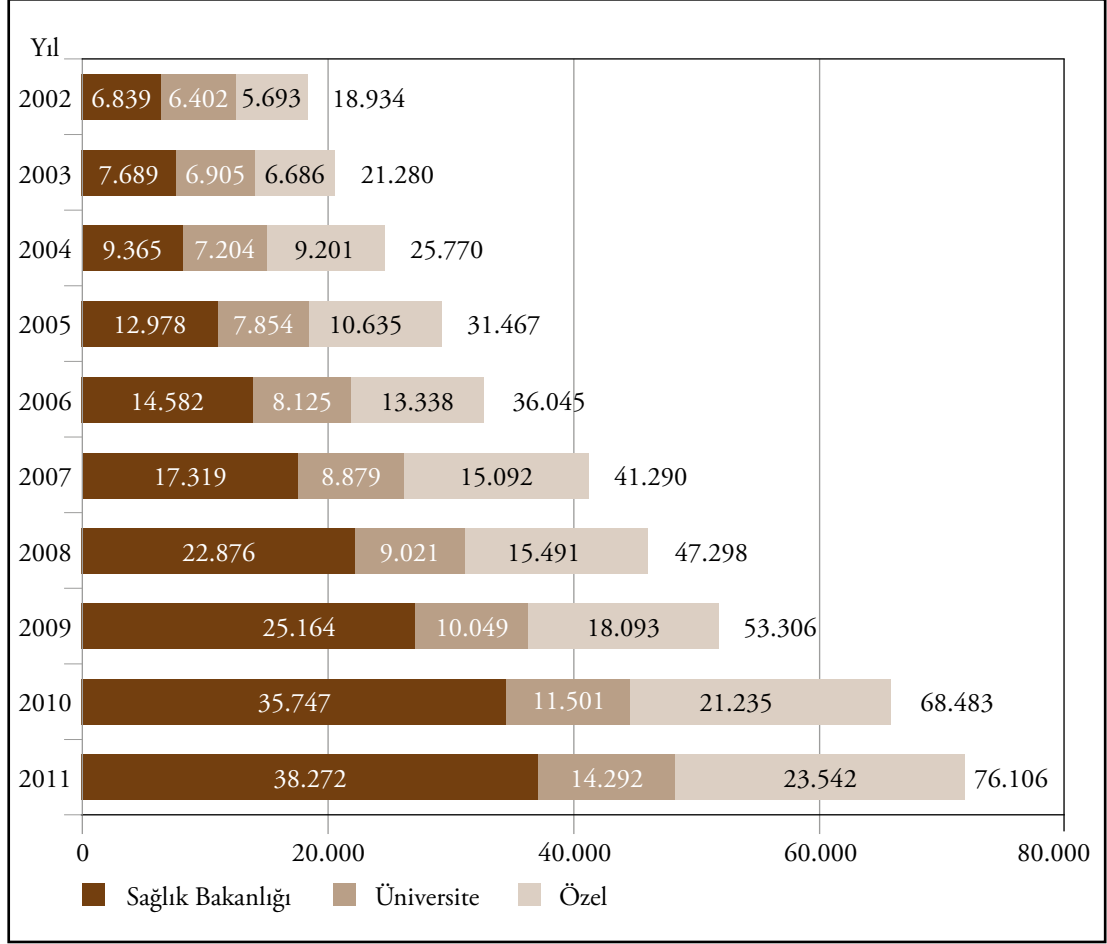


Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011.

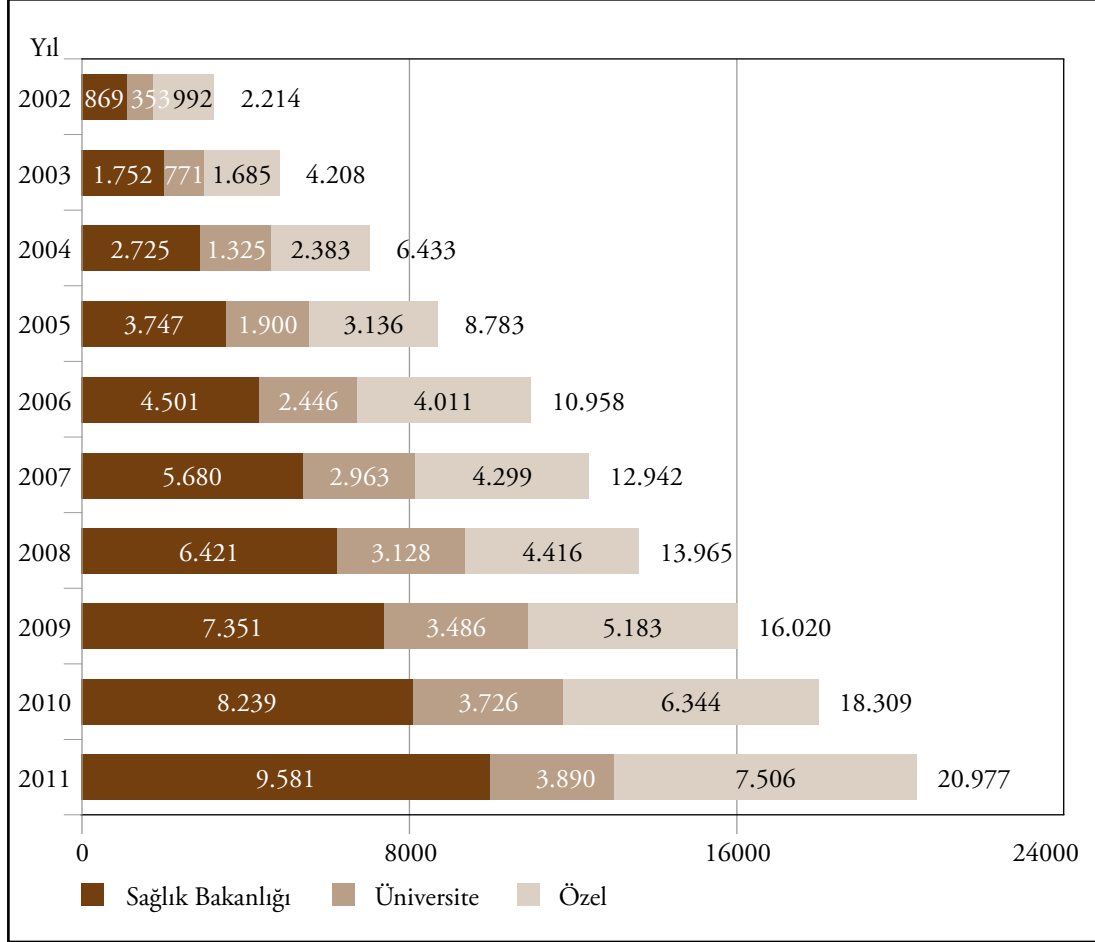
Şekil 2. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Yatağı Sayısı, Türkiye

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011.

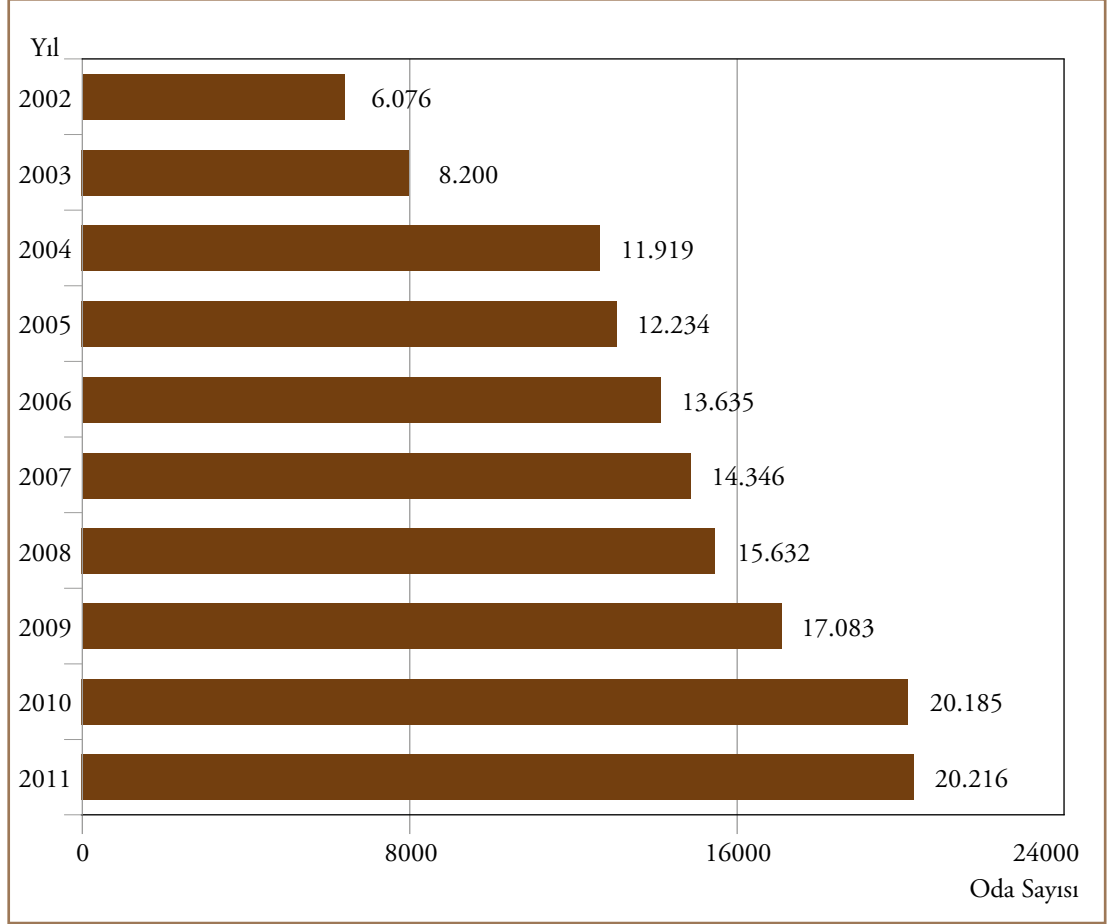
Şekil 3. Yıllara ve Sektörlere Göre Nitelikli Yatak Sayısı, Türkiye



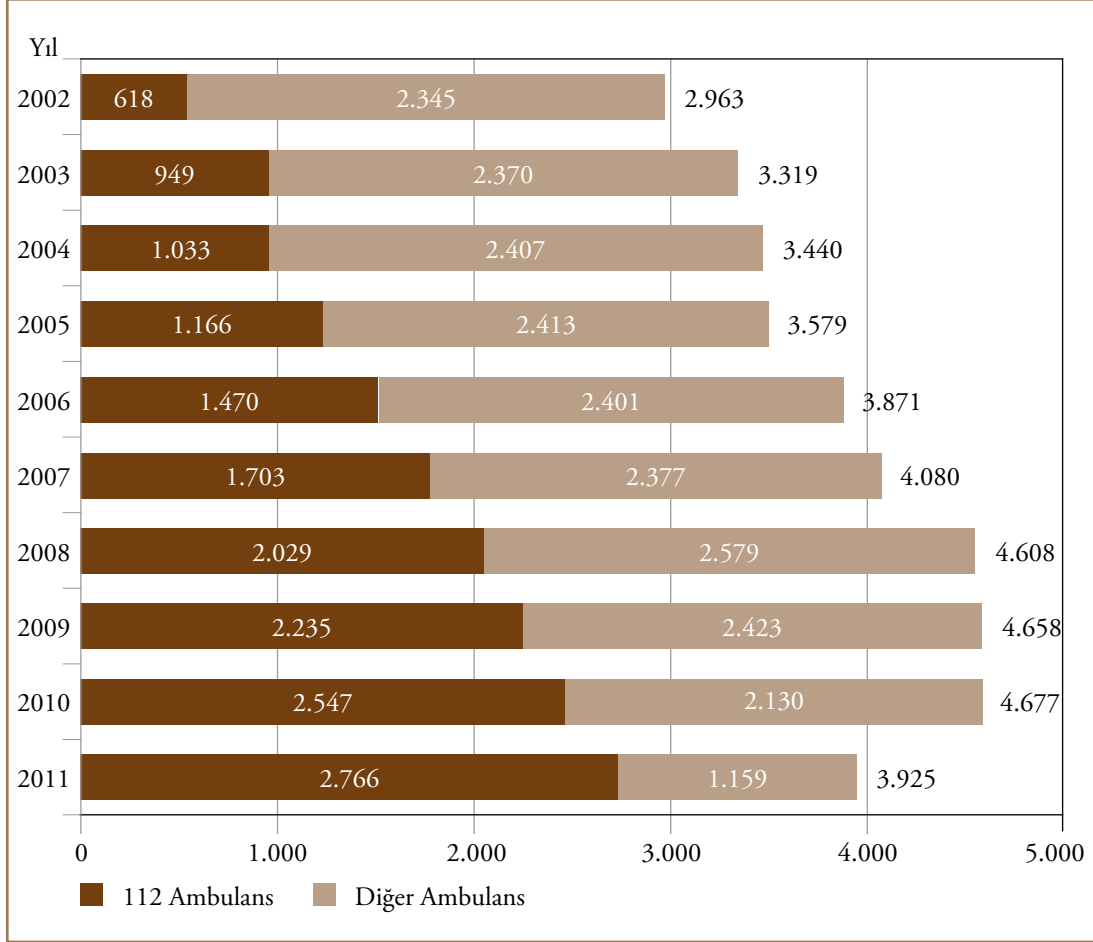
Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011.

Şekil 4. Yıllara ve Sektörlere Göre Toplam Yoğun Bakım Yatağı Sayısı, Türkiye

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011.

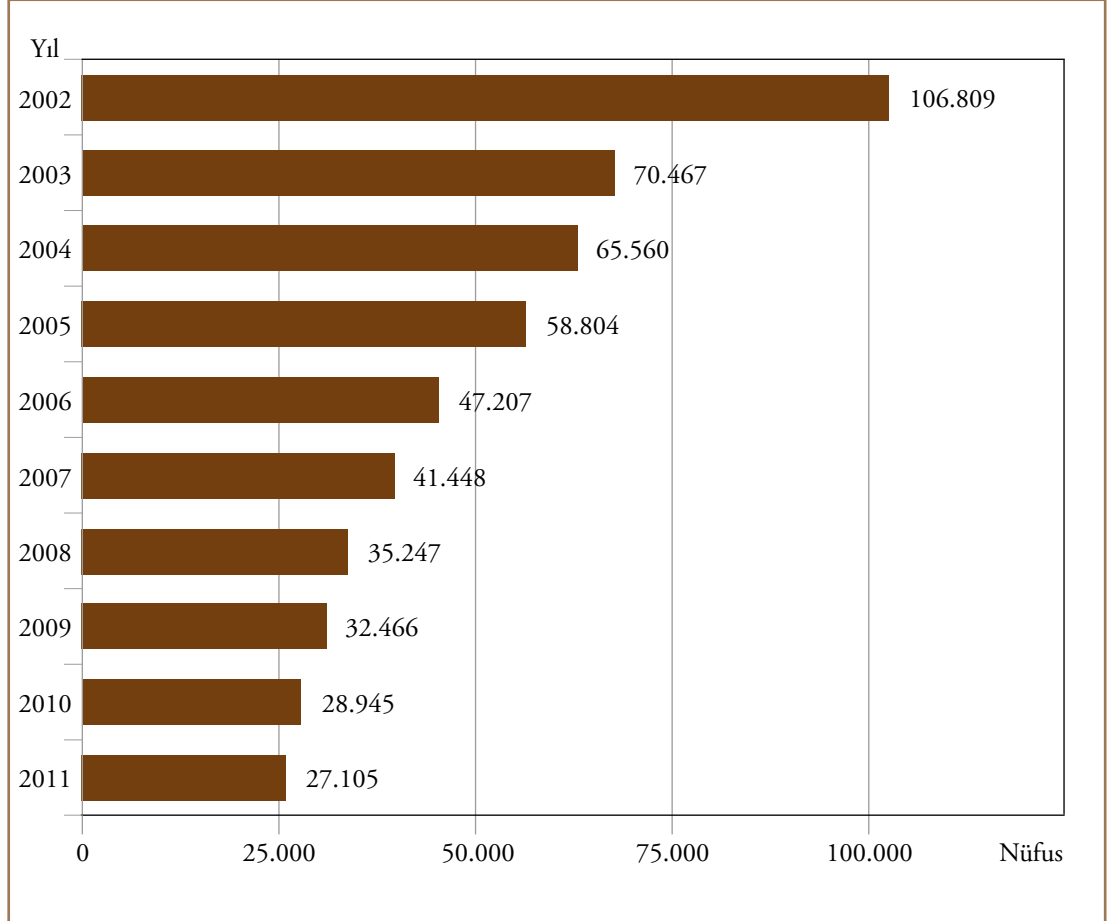
Şekil 5. Yıllara Göre Aile Sağlığı Merkezi Muayene Oda Sayısı, Türkiye

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011.

Şekil 6. Yıllara Göre Ambulans Sayısı, Sağlık Bakanlığı, Türkiye

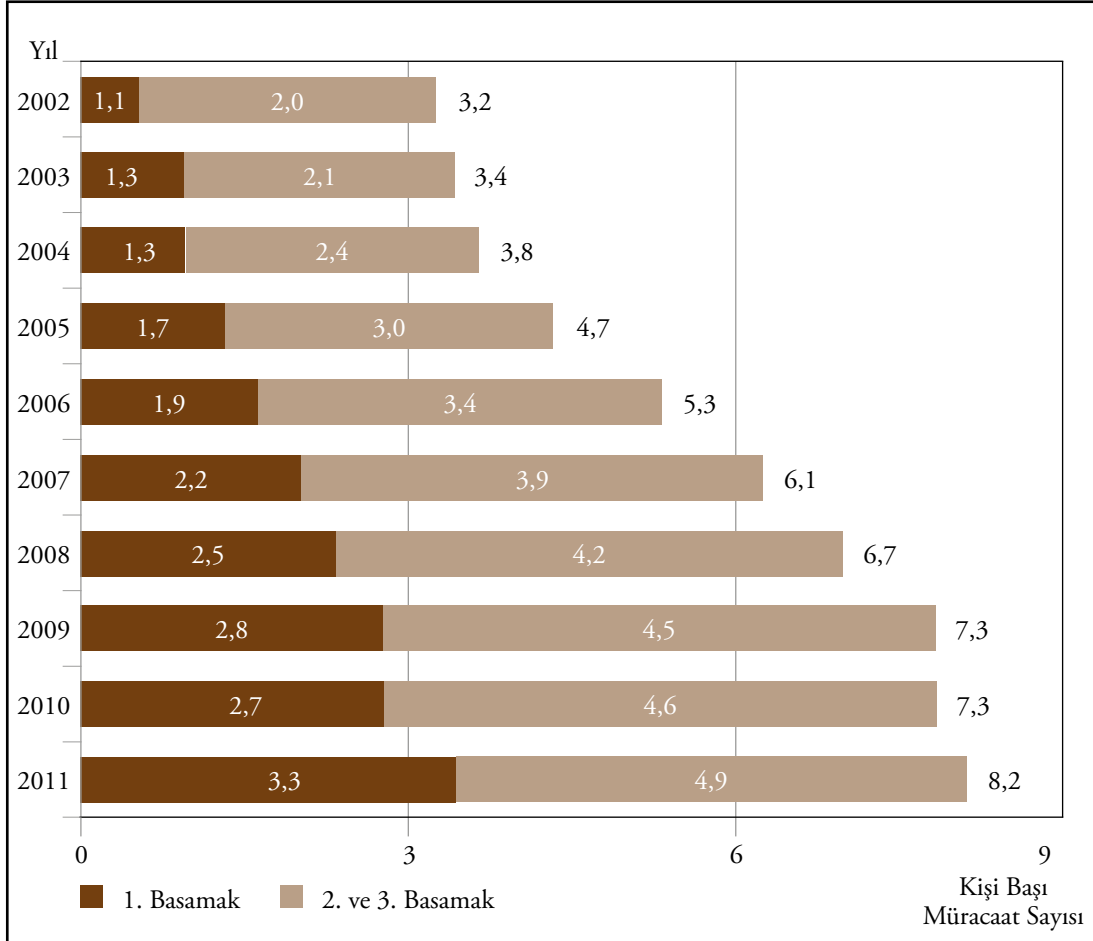
Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011.

Şekil 7. Yıllara Göre 112 Acil Yardım Ambulansı Başına Düşen Nüfus, Sağlık Bakanlığı, Türkiye



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011.

Şekil 8. Yıllara Göre Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısı, Tüm Sektörler, Türkiye



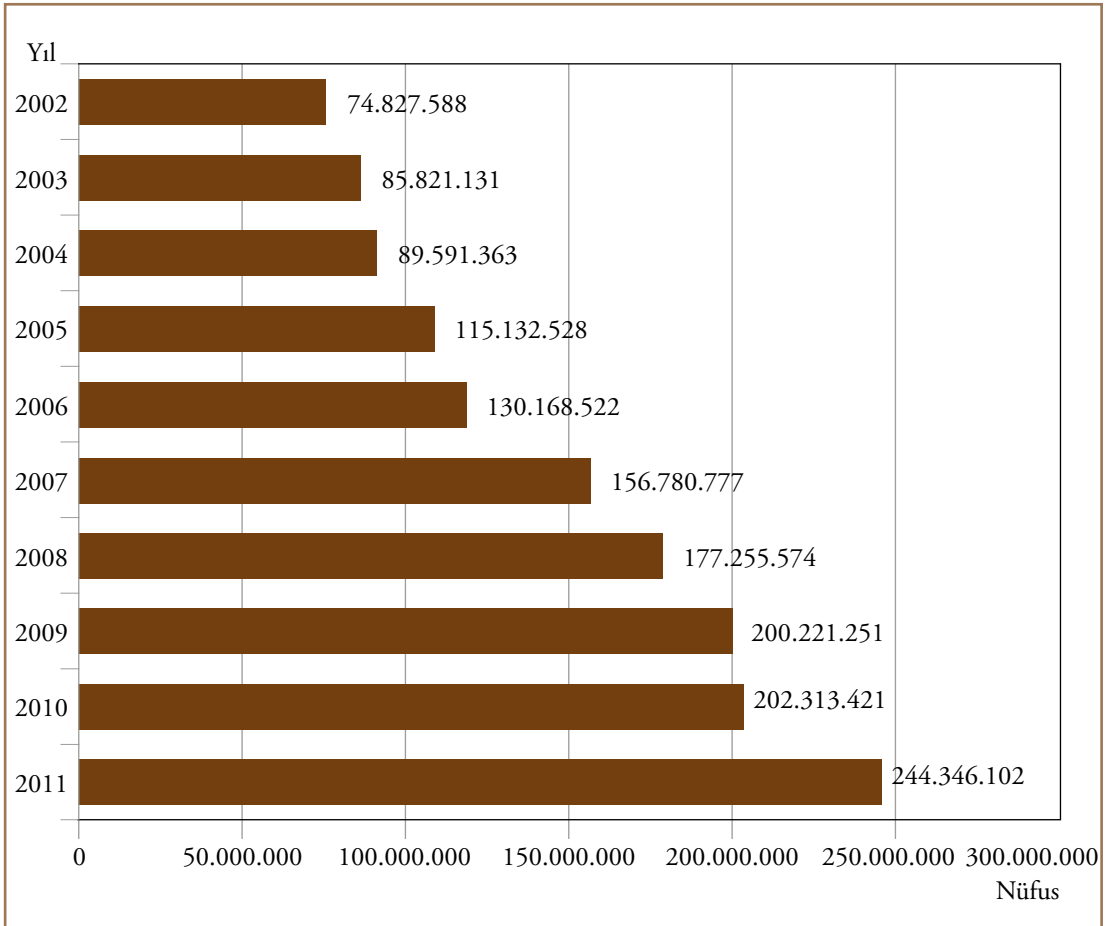
Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011.

Tablo 4. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelere Müracaat Sayısı, Türkiye

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Sağlık Bakanlığı	109,793,128	113,849,426	135,169,229	164,758,149	189,422,137	209,630,37	216,723,712	228,279,139	235,172,924	254,342,943
Üniversite	8,823,361	9,637,593	10,685,275	11,493,87	12,588,872	15,025,079	18,290,800	19,364,865	20,098,754	24,437,107
Özel	5,697,170	6,157,609	6,993,905	10,978,090	15,529,416	24,485,650	38,688,313	47,618,186	47,712,540	59,069,486
Toplam	124,313,659	129,644,628	152,848,409	187,230,118	217,540,425	249,41,099	273,702,825	295,262,190	302,984,218	337,849,536

Tablo 5. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelere Kişibaşı Müracaat Sayısı, Türkiye

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Sağlık Bakanlığı	1,7	1,7	2,0	2,4	2,7	3,0	3,0	3,1	3,2	3,4
Üniversite	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3
Özel	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3	0,5	0,7	0,6	0,8
Toplam	1,9	1,9	2,3	2,7	3,1	3,5	3,8	4,1	4,1	4,5

Şekil 9. Yıllara Göre Birinci Basamak Kuruluşlarında Hekime Müracaat Sayısı, Tüm Sektörler, Türkiye


Yaşanan bu gelişmeler sonrasında önümüzdeki süreçte sağlık sektörünü etkileyecek en önemli konuların başında “sağlık hizmetlerinin finansı” konusu gelmektedir. Zira sağlık harcamalarının baskılamasına yönelik atılan adımlar şimdiden sektörde çeşitli sorunların oluşmasına zemin hazırlamaktadır.

2.2. TÜRKİYE’DE SAĞLIK SİSTEMİNİN FİNANSMANI

Halk sağlığı için koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini yürütmek görevi anayasa ile devlete verilmiştir.

Sağlık kuruluşlarının hizmetlerini yürütmelerini ve sağlık hizmetlerinin en etkin ve verimli bir şekilde sürdürülmesini sağlamak için devlet gerekli düzenlemeleri yapmaktadır. Ülkemizde devlet adına koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin yürütülmesi T.C. Sağlık Bakanlığı’nın görevidir.

Sağlık koşullarının iyileştirilmesi, sağlığı bozacak faktörlerin yok edilmesini kapsayan ve toplumun bütününe yönelik olan koruyucu sağlık hizmetlerini, devlet, karşılıksız olarak gerçekleştirmektedir.

Tedavi edici sağlık hizmetleri ise kişilerin sağlığı bozulduğunda kişilere verilen muayene, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleridir. Tedavi edici sağlık hizmetlerinde amaç, alınacak sağlık önlemlerine rağmen oluşabilecek hastalık durumlarında erken teşhis, hızlı ve etkin tedavi ve hastanın kısa sürede sağlığına kavuşturulabilmesidir.

Tedavi edici sağlık hizmetlerinin finansmanına kişiler kısmen ya da tamamen katılmak durumundadırlar.

Sağlık hizmeti veren kurumların harcamalarının düzenli bir şekilde karşılanabilmesi için finansmanın hangi kaynaklardan ve nasıl karşılanacağı önemli bir konudur.

Ülkemizde sağlık harcamalarında finansman kaynaklarından en önemlisi vergilerdir. İkinci bir kaynak ise kamu sağlık sigortası ve özel sağlık sigortası nedeniyle sigortalı, işveren ve devletin ödediği primlerdir. Ayrıca özel kesim, sağlık hizmetleri karşılığında doğrudan ödemelerde bulunmakta ya da bağış ve yardımlar yapmaktadır.

2.2.1. Vergiler

Kamu sağlık harcamalarında finansman kaynaklarının en önemlisi devlet bütçesi ya da bütçeye kaynak oluşturan vergilerdir.

Devlet bütçesinden Sağlık Bakanlığı’na ayrılan doğrudan katkının yanı sıra devletin sosyal güvenlik kuruluşlarına prim katkısı da söz konusudur. Ayrıca devlet, finansman sıkıntısı çeken sosyal güvenlik kuruluşuna bütçeden transfer harcaması yapmaktadır. Devlet, ödeme gücü olmayan vatandaşların tedavi giderlerini de üstlenmektedir.

2.2.2. Kamu Sağlık Sigortası

Türkiye’de 2003 yılı itibariyle nüfusun % 86,4’ü sosyal sigorta kapsamında iken 1 Ocak 2012’den itibaren ülke nüfusunun tamamı Genel Sağlık Sigortası kapsamına alınmıştır.

Kamu sağlık sigortası ile sosyal sigorta kurumları sigorta kapsamında olan kişilerden, işverenlerden ve devletten sağlık primi adı altında gelir elde etmekte bu gelir ile sağlık giderlerini karşılamaktadır. GSS prim oranı % 12,5’tir. Primin % 5’i çalışan hissesi, % 7,5’i işveren katkısıdır.

Sosyal güvenlik ödemelerinin yetersiz kaldığı noktada devlet bütçe transferleriyle sosyal güvenlik kuruluşlarının açıklarını kapatmaktadır.

Tablo 3. 11. 2008-2010 Yılları Arası Sosyal Güvenlik Kurumunun Toplam Sağlık Harcamaları (Total Health Expenditures of Social Security Organization 2008-2010)

2008-20120 Sağlık Harcamaları / Health Expenditures										Milyon TL-Million TL.
Yıllar Years	İlaç Medicine	Devlet Hastanesi State Hospitals	Üniver- site Hastanesi University Hospitals	Diğer Tedavi (KİT Hastaneleri, Sağlık Ocağı vb.) Other (Medical Kits, Dental, Person etc.)	TEDAVİ Treatmen	Diğer (Şahıs Tıbbi Malzeme, Diş,vb.) Other (Medical Kits, Dental, Person etc.)	Optik Optic	Diğer Other	Toplam Sağlık Harcama- ları Total Health Expendi- tures	Toplam Sağlık Harcamalar ının GSYİH’ya Oranı % Ratis of Total Health Expenditures To GDP
2008	10,717	7,325	2,247	-	13,953	409	268	677	25,347	2,67
2009	13,161	7,875	2,572	-	15,129	225	296	521	28,811	3,02
2010	13,547	9,584	3,558	88	18,469	219	274	493	32,509	2,94

Tablo 3. 12. Sosyal Güvenlik Kurumunun Konsolide Nakit Akım Tabloları (Consolidate Cash Flow of Security Institutions)

Milyon TL (Million TL)	2008	2009	2010
	SGK Toplam SSI Total	SGK Toplam SSI Total	SGK Toplam SSI Total
Gelirler Reveneus	67,257	78,073	95,273
Prim Gelirleri Premium Reveneus	54,546	54,579	66,913
Diğer Gelirler Other Reveneus	12,711	23,494	28,360
Giderler Expenses	93,159	106,775	121,997
Emekli Aylıkları Pension Paments	59,137	68,604	78,957
Sağlık Giderleri Health Expenditures	25,346	28,811	32,509
Diğer Giderler Other Expenses	8,677	9,361	10,531
Açık Deficit	-25,902	-28,703	-26,724
Bütçe Transferleri Budget Transfers	35,016	52,600	55,244

Kaynak: www.sgk.gov.tr

2.2.3. Özel Kesim

Özel kesim, sağlık harcamalarının finansmanına doğrudan ödemelerle ya da kamu sağlık sigortası dışında kendi iradesiyle özel sağlık sigortası yaptırarak katılabilir. Bilindiği gibi hastalık insanların yaşamını, gelir düzeyini, iş yaşantısını etkilemektedir. Özellikle gelir seviyesi yüksek olan kişiler muayene, teşhis, tedavi, ilaç, vb. giderlerini doğrudan ödemektedirler.

Bununla beraber kamu sağlık sigortası çok sayıda kişiye belli sayıda risklere karşı asgari güvence sağladığından daha fazlasını isteyen kişiler özel sağlık sigortası yaptırmaktadır.

2.2.4. Diğer Kaynaklar

Sağlık harcamalarının finansman kaynakları arasında yurtiçinde ve yurtdışında yaşayan T.C. vatandaşlarının bağış ve yardımları, uluslararası bazı kuruluşların (Dünya Bankası, UNICEF vb.) yardım ve kredileri de sayılabilir.

Sağlık finansmanında ortaya çıkan maliyetin karşılanması için dünya genelinde değişik maliyet paylaşım modelleri uygulanmaktadır.

Deductible: Sağlık hizmetlerinin sabit bir miktarın üstünde kalan tutarının sağlık sigortası tarafından karşılanması sistemidir. Genellikle sabit bir miktar olarak belirlenir. Bu eşik her bir ödeme için ayrı ayrı ve/veya yıllık toplam tutar olarak belirlenebilir.

Örneğin yıllık deductible tutarı	: 300 TL
Hastanın MR masrafı	: 500 TL
Hastanın ödediği	: 300 TL

Sigorta tarafından kapsanan $500 - 300 = 200$ TL

Co-insurance: Hizmet bedelinin belirli bir yüzdesinin hasta tarafından ödenmesidir. Toplam masraftan deductible düşüldükten sonra kalan ödenmesi gereken miktarın hasta ve sigorta arasında yüzde olarak paylaşılmasıdır.

Co-payment: Sabit ücrettir. Her doktor muayenesi ya da her reçete için hastanın ödeyeceği katkı payıdır.

Ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre sağlık harcamalarının devlet tarafından ya da cepten karşılanma oranı değişkenlik göstermektedir.

Zengin ülkelerin çoğunda cepten yapılan harcamaların oranı çok düşüktür.

Örnek: Almanya’da kişi başı GSYH 32.860 dolardır; tüm medikal harcamaların % 11,3’ü hane halkı tarafından, geri kalan kısmı sosyal sağlık sigortası ya da devlet tarafından karşılanır.

Örnek: Kongo Demokratik Cumhuriyeti’nde kişi başı GSYH 120 dolardır; tüm medikal harcamaların % 90’ı hane halkı cebinden doğrudan sağlık hizmet sunucularına ödenir.²

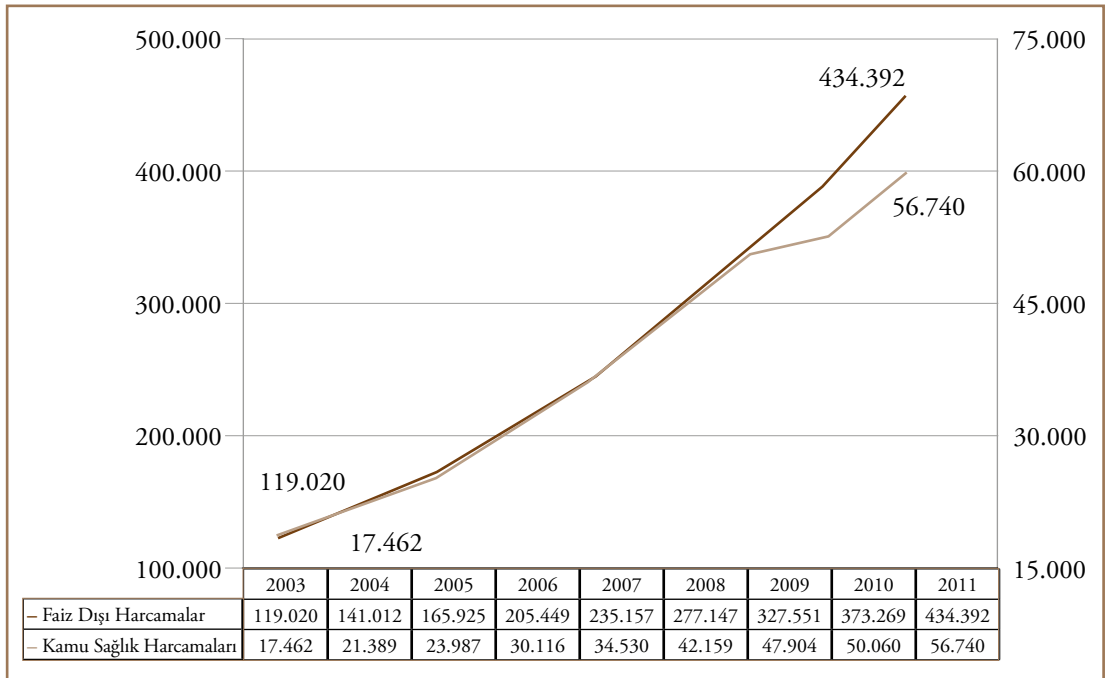
Sağlık harcamaları finansmanında hangi stratejilerin uygulanacağı ve sağlık harcamalarının hangi düzeyde olacağı ülkemizin gelişmişlik düzeyi, mali kapasitesi ile birlikte sağlığa verilmesi gereken önem ve hakkaniyet ölçüleri çerçevesinde belirlenmelidir.

Aşağıda dünyada ve ülkemizdeki sağlık harcamaları tablolar halinde sunulmuştur.

2.2.5. Türkiye’de ve Dünyada Sağlık Harcamaları

Ülkemizde sağlık alanında yaşanan gelişmelere rağmen alınan tedbirler sayesinde kamu sağlık harcamaları faiz dışı harcamalar ile orantılı bir artış göstermektedir. Sağlıkta dönüşüm programı neticesinde sağlık hizmetlerinde yaşanan gelişmelere rağmen kamu sağlık harcamaları faiz dışı harcamaların altında kalmıştır.

Şekil 10. Yıllara Göre Faiz Dışı Harcamalar ve Kamu Sağlık Harcamaları, Milyon TL, Türkiye



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011.

2. Tuncay Teksoz, *Sağlık Finansman Sistemleri ve Türkiye Reform Süreci*, 2008.

Sağlık hizmetlerinde yaşanan gelişmeler, teknolojik gelişmeler, genel sağlık sigortası programının uygulamaya koyulması, kişi başına düşen yıllık gelirin artması ve sağlık konusundaki genel bilinç düzeyinin yükselmesi, nüfusun artması, ortalama yaşam süresinin ve yaşlı insan nüfusunun sürekli olarak artması, gelecekte sağlık ve ilaç harcamalarının artacağına işaret etmektedir. 2009 yılında 38 milyar dolar olan toplam sağlık harcamalarının 2014 yılında 63 milyar dolara yükseleceği tahmin edilmektedir.

Tablo 6. Yıllara Göre Cari, Yatırım ve Toplam Sağlık Harcaması, Türkiye

Yıllar	GSYİH	GSYİH	Cari Sağlık Harcaması	Cari Sağlık Harcamasının GSYİH'a Oranı (%)	Yatırım Harcaması	Yatırım Harcamasının GSYİH'a Oranı (%)	Toplam Sağlık Harcaması (Cari+Yatırım)	Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH'a Oranı (%)
1999	Milyon TL	104.596	4.786	4,6	199	0,2	4.985	4,8
	Milyon ABD \$	261.489	11.965		497,5		12.463	
	Milyon SGP ABD \$	522.980	23.930		995		24.925	
2000	Milyon TL	166.658	7.888	4,7	360	0,2	8.248	4,9
	Milyon ABD \$	277.763	13.147		600		13.747	
	Milyon SGP ABD \$	555.527	26.293		1.200		27.493	
2001	Milyon TL	240.224	12.086	5	310	0,1	12.396	5,2
	Milyon ABD \$	200.187	10.072		258		10.330	
	Milyon SGP ABD \$	600.560	30.215		775		30.990	
2002	Milyon TL	350.476	18.331	5,2	443	0,1	18.774	5,4
	Milyon ABD \$	233.651	12.221		295		12.516	
	Milyon SGP ABD \$	584.127	30.552		738		31.290	
2003	Milyon TL	454.781	23.676	5,2	603	0,1	24.279	5,3
	Milyon ABD \$	303.187	15.784		402		16.186	
	Milyon SGP ABD \$	568.476	29.595		754		30.349	
2004	Milyon TL	559.033	28.616	5,1	1.405	0,3	30.021	5,4
	Milyon ABD \$	399.309	20.440		1.004		21.444	
	Milyon SGP ABD \$	698.791	35.770		1.756		37.526	
2005	Milyon TL	648.932	33.292	5,1	2.067	0,3	35.359	5,4
	Milyon ABD \$	499.178	25.609		1.590		27.199	
	Milyon SGP ABD \$	811.165	41.615		2.584		44.199	
2006	Milyon TL	758.391	40.949	5,4	3.120	0,4	44.069	5,8
	Milyon ABD \$	541.708	29.249		2.229		31.478	
	Milyon SGP ABD \$	947.988	51.186		3.900		55.086	
2007	Milyon TL	843.178	46.495	5,5	4.409	0,5	50.904	6
	Milyon ABD \$	648.599	35.765		3.392		39.157	
	Milyon SGP ABD \$	936.865	51.661		4.899		56.560	
2008	Milyon TL	950.534	52.320	5,5	5.420	0,6	57.740	6,1
	Milyon ABD \$	731.180	40.246		4.169		44.415	
	Milyon SGP ABD \$	1.056.149	58.133		6.022		64.156	

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011.

Toplam sağlık harcamaları 2003 yılında 24 milyar TL iken 2009 yılında 66 milyar TL'ye çıkarak 2,7 kat artmıştır.

Tablo 7. Türkiye'de Yıllara Göre Sağlık Harcamaları (2001-2009)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Toplam Sağlık Harcamaları (Milyar TL)	12,4	18,8	24,3	30,0	35,4	44,1	50,9	57,8	66,3
Toplam Sağlık Harcamaları (PPP Milyar USD)	10,1	12,4	16,2	21,0	26,2	30,6	38,9	44,8	52,5
Kişi Başı Sağlık Harcamaları (PPP USD)	442,0	466,0	471,0	547,0	622,0	738,0	813,0	846,0	889,0
GSYİH İçinde Toplam Sağlık Harc. %	5,2	5,4	5,6	5,4	5,5	5,8	6,0	6,1	6,1
Toplam Sağlık Harc. İçinde Kamu Payı %	68,3	70,8	72,0	71,3	68,4	68,4	67,9	73,0	73,0
SGK Toplam Sağlık Harc. içinde ilaç Hariç %	53,0	56,0	53,0	49,0	47,0	47,0	44,0	41,0	46,0
Cepten Sağlık Har. (Milyar USD)	2,3	2,5	3,0	4,0	6,7	6,7	8,5	10,0	11,3
SGK Özel Hastane Harc. (Milyar TL)	0,3	0,4	0,5	0,7	1,7	1,7	2,3	4,4	4,7
Sağlık Bakanlığı Bütçesi (Bütçe %)	1,3	2,3	3,6	4,8	7,5	7,5	6,5	10,8	12,0
Sağlık Bakanlığı Bütçesi (Milyar TL)	17,8	28,0	41,3	50,6	71,9	71,9	81,9	93,1	106,8

Kaynak: www.sgk.gov.tr

Sağlık Bakanlığı bütçesinin genel bütçe içindeki payının % 2,4'ten 2012 yılında 4,1'e çıkarak 1,7 kat artmış olması olumlu bir gelişmedir. Özellikle SB bütçesi içindeki koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan tutarın 2,3 milyar TL'den 2012 yılında 6,6 milyar TL'ye çıkarak yaklaşık 3 kat artması dikkati çekmektedir.

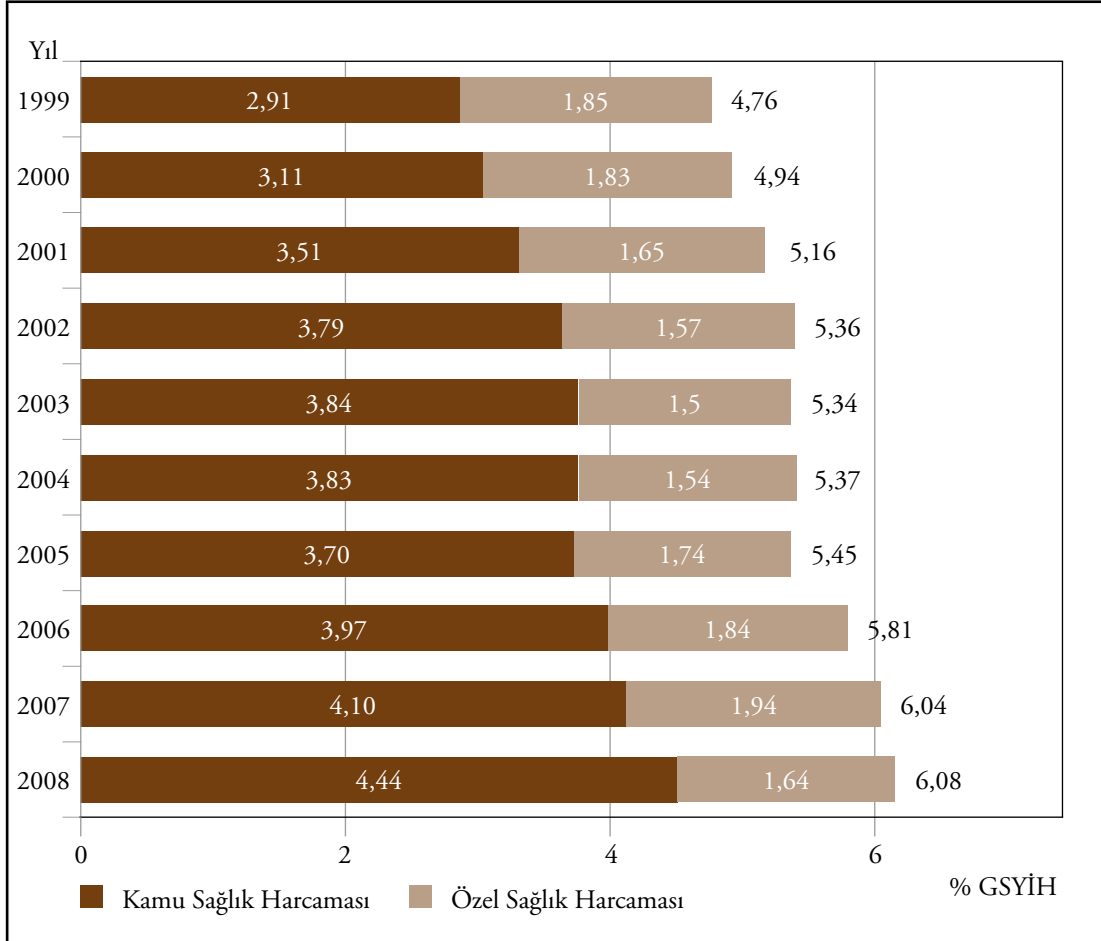
Poliklinik sayısı kişi başına 3'ten 2011 yılında 7,7'ye çıkarak 2,5 kat, toplam hastane mü-racaatları 2,4 kat, yatan hasta sayısı 1,9 kat ve yapılan ameliyat sayısı ise 2010 yılı ra-kamlarıyla 4,2 kat artmıştır. Bu artışların performansla dayalı ödemeler ve toplam sağlık harcamalarındaki artışla oldukça paralel olduğu görülmektedir.

Tablo 8. Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Dağılımı (2009)

Paranın Kaynağı			Paranın Paylaşımı		
	Milyar TL	%		Milyar TL	%
SGK	28,8	43,4	İlaç	16,3	24,6
Genel Bütçe	15,7	23,7	SB Hastaneleri	11,7	17,6
Diğer Kamu	3,9	5,9	Özel Hastaneler	5,2	7,8
			Üniversite Hastaneleri	4,0	6,0
			İ.BAŞ / AH / TSH	4,0	6,0
			Diğer	7,2	10,7
TOPLAM KAMU	48,4	73	TOPLAM KAMU	48,4	73
CepteHarcama	12,4	18,7	Özel Hastaneler	10,2	15,4
Özel Sektör Yatırımı	4,1	6,2	İlaç	4,9	7,4
Özel Sigorta Piri	1,4	2,1	Üniversite Hastaneleri	1,3	2
			SB Hastaneleri	1,3	2
			Özel Sigortalar	0,2	0,2
TOPLAM ÖZEL	17,9	27	TOPLAM ÖZEL	17,9	27
TOPLAM	66,3	100		66,3	100

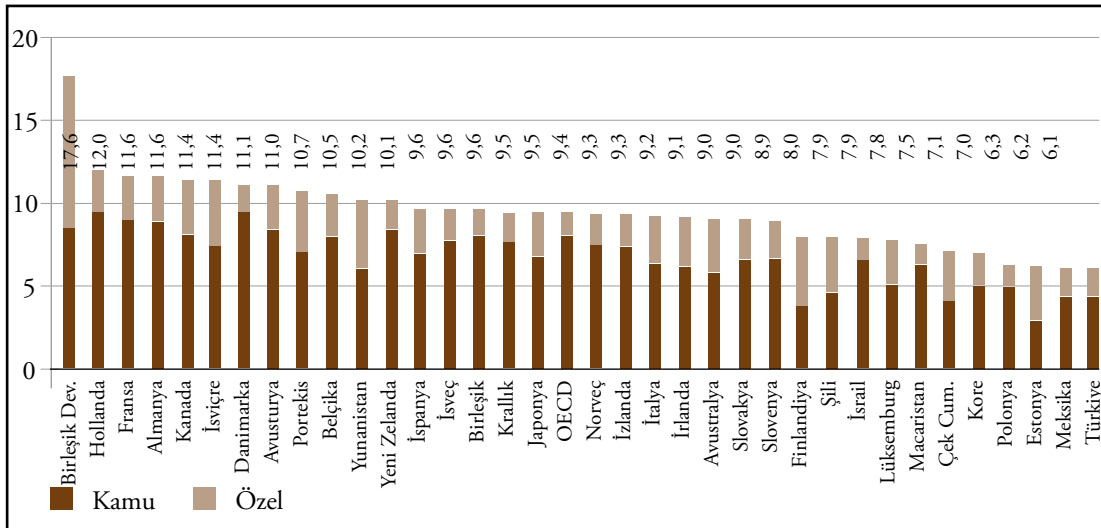
Kaynak: www.sgk.gov.tr

Şekil 11. Yıllara Göre Kamu ve Özel Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payı, (%)
Türkiye



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011.

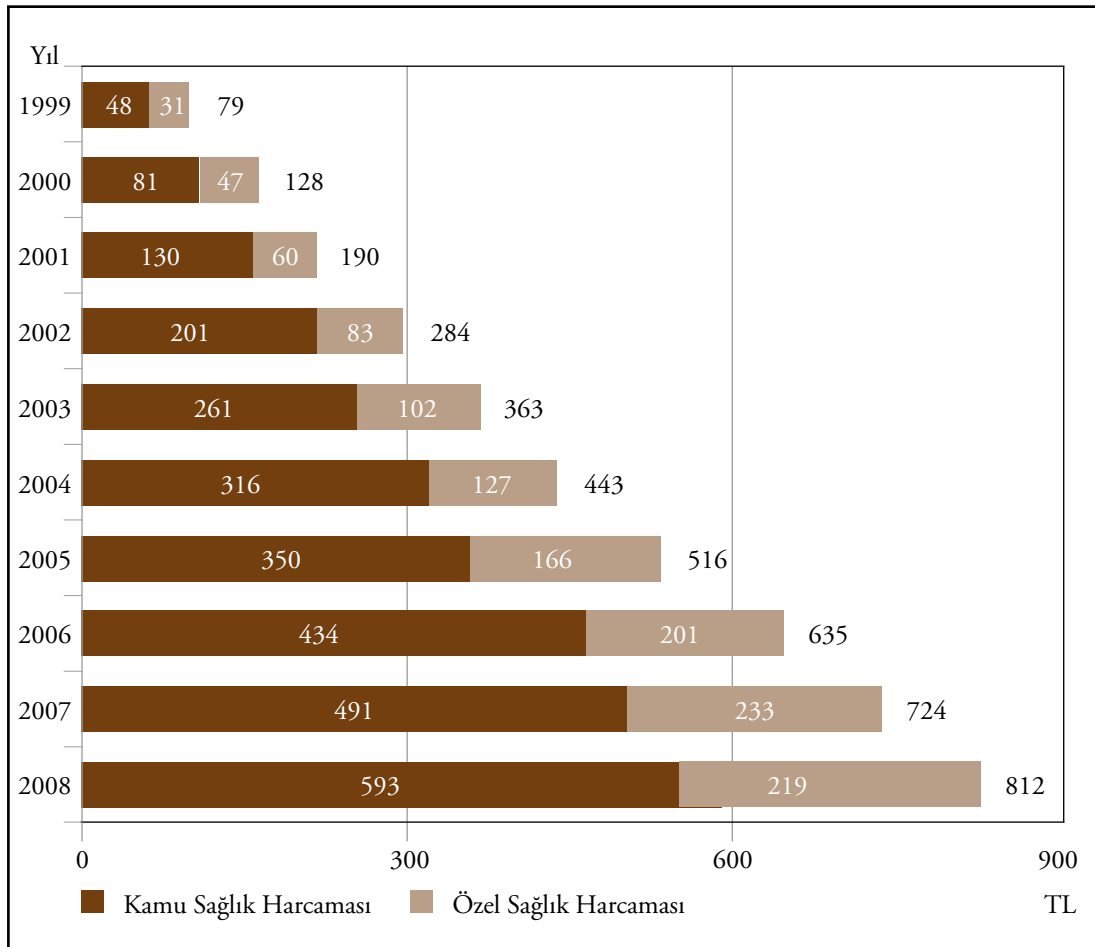
Şekil 12. OECD Ülkelerinde Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı, %



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011.

Satın alma gücü paritesiyle (SGP) kişi başı sağlık harcamalarına baktığımızda yine 2000-2008 yıllarında Türkiye'nin 433 dolardan 812 dolara doğru önemli bir ilerleme kaydettiği anlaşılmaktadır. Bu rakamlar % 77'lik bir ilerlemeye tekabül etmektedir. Buna karşın Türkiye OECD içinde kişi başı sağlık harcamalarında son sıradaki yerinden kurtulamamıştır. Aynı dönemde gelişmekte olan ülkelerden Slovakya % 188, Kore % 119, Polonya % 108, İrlanda % 115 ilerleme sağlamışlardır. Uzun yıllardır AB üyesi olan ve gelişmiş ülkeler arasında yer alan İspanya'nın sağladığı % 89'luk artış da dikkat çekmektedir.

Şekil 13. Yıllara Göre Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması, Nominal, TL, Türkiye



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011.

2.2.5.1. Kamu Sağlık Harcamalarının İncelenmesi

Kaliteli ve etkili sağlık hizmetlerine erişimin artırılmasını hedefleyen SDP reformları ile birlikte kamunun, sağlık sektörüne ayırdığı payda 2001-2004 döneminde artış görülmesine rağmen, 2005 yılından itibaren bu payın gerilediği gözlenmiştir. Toplam kamu sağlık harcamalarının faiz dışı genel devlet toplam harcamalarındaki payı 1999 yılında % 14,7 düzeyinden, 2004'te % 17 düzeyine çıkmış; 2005'ten itibaren gerileme kaydeden pay, 2008'de % 15,7 olmuştur (Tablo 4).

Türkiye’de genel devlet faiz dışı harcamaları 1999’da 20,7 milyar TL iken, 1999-2008 döneminde yıllık ortalama % 33,2 büyüyerek, 2008’de 273 milyar TL olmuştur. Bu artışa paralel olarak, 1999 yılında toplam kamu sağlık harcamaları 3 milyar TL iken, 2008 yılında 43 milyar TL’ye çıkmıştır. Kamu sağlık harcamalarının 1999-2008 dönemi yıllık ortalama artışı % 34,2 olarak gerçekleşmiştir. Bu dönemde faiz dışı devlet harcamaları da % 33,2 oranında artış gerçekleşmiştir.

Tablo 9. Toplam Kamu Sağlık Harcamalarının Faiz Dışı Genel Devlet Harcamalarındaki Payı

									1999-2008 Yıllık Ortalama Artış (%)
Milyon TL	1999	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
Toplam Kamu Sağlık Harcaması*	3.047	14.445	19.510	24.019	26.426	31.284	36.800*	42.930*	34,2
Genel Devlet Harc. (Faiz Dışı)**	20.681	91.980	119.020	141.010	165.930	208.260	232.460	273.283	33,2
Oran (%)	14,7	15,7	16,4	17	15,9	15,3	15,8	15,7	0,7

Kaynak: Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, Yayın No: 2011/414

2.2.5.2. Toplam Sağlık Harcamaları Kompozisyonu

Türkiye, 1999 yılında 3.753 dolarlık kişi başı GSYİH ile düşük-orta gelirli bir ülke iken, 2006 yılında 7.268 dolarlık kişi başı GSYİH ile üst-orta gelirli ülke statüsüne yükselmiştir (OECD Sağlık Veri Tabanı, 2008). Ekonomisindeki bu hızlı büyümeye paralel olarak sağlık harcamalarında da artış gerçekleşmiştir. 1999 yılında, toplam sağlık harcamaları 4.985 milyon TL iken, 2006’da, 43.197 milyon TL’ye çıkmıştır. Fakat sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı 2002 yılında % 5,8 iken SDP’nin uygulanması ile artmamış, hatta 2006 yılında % 5,7 seviyesinde gerçekleşmiştir. 2008’de bu oran % 6’ya çıkmıştır.³

Türkiye’deki toplam sağlık harcamalarını, finansman kaynaklarına göre incelediğimizde, sağlık harcamalarının kompozisyonunda SDP sonrasında önemli değişiklikler olduğu görülmüştür. 1999’da kamu ve hane halkı sağlık harcamalarının GSYİH’deki payları sırasıyla % 2,9 ve % 1,4 olarak gerçekleşirken, 2006’da kamunun payı % 4,1’e çıkmış, hanehalkı harcamaları ise % 1,1 seviyesine gerilemiştir (Şekil 8). Sonuç olarak, SDP ile kamu harcamalarındaki artış, hane halkının sağlık harcamalarındaki azalma ile dengelenerek, toplam sağlık harcamalarının GSYİH’ye oranı fazla etkilenmemiştir.

3. 1999-2005 verisi OECD Sağlık Veri Tabanı’ndan (2008) alınmıştır. 2006 yılı değerleri Türkiye Sağlık Kurumu’ndan (2007) alınmıştır.

Toplam sağlık harcamalarının ödeme yapanlara göre dağılımı gösterilmektedir. 1999 yılında, toplam sağlık harcamalarının yaklaşık % 61'i kamu sektörünce, yaklaşık % 39'u ise özel sektörce gerçekleştirilirken, 2006'da kamunun payı artarak % 72,4'e çıkmış, özeline payı ise %27,5'e gerilemiştir. Özel harcamaların payının gerilemesinde hane halkı sağlık harcamalarının payının düşmesi önemli rol oynamıştır.

2.3. TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN SWOT ANALİZİ

2.3.1. Genel

Ülkemizin sağlık sisteminde 2003-2013 Sağlıkta Dönüşüm Programı'na bağlı olarak büyük bir değişim yaşanmaktadır. Programın amacı bir dizi reform aracılığıyla sağlık sisteminin kalitesini ve verimliliğini artırmak ve sağlık kuruluşlarına erişimi kolaylaştırmaktır.

Sağlıkta dönüşüm reformu kapsamında hastaların, doktora, ilaca, modern teşhis, tedavi hizmetlerine erişimi kolaylaştırılmıştır. Acil ve koruyucu sağlık hizmetlerinde önemli gelişmeler sağlanmıştır.

Türkiye'de sağlık harcamaları 2009 yılında 38 milyar dolar tutarında gerçekleşmiştir ve GSYİH içinde % 6,2'lik bir paya sahiptir. Sektörün önemli bir bileşeni olan ilaç pazarı 2009 yılında 10,8 milyar dolar tutarında gelir elde etmiştir.

Türkiye, dünyadaki en büyük 16. ilaç üreticisi ve Almanya, Fransa, İngiltere, İtalya ve İspanya'nın ardından Avrupa'daki 6. en büyük ilaç pazarıdır. Hastane ve doktorların sağlık hizmetlerine birincil erişim noktası olmasına bağlı olarak ilaç pazarının % 90'ını oluşturan reçeteli ilaç pazarının önümüzdeki yıllarda da ağırlığını sürdürmesi beklenmektedir.

Türkiye sağlık sektörünün gelecek vaat eden bir unsuru olan tıbbi cihaz pazarı dünyadaki en büyük 30 pazarın arasında yer almaktadır. 2010 yılında Türkiye tıbbi ekipman ve sarf malzemeleri pazarının büyüklüğünün 2,1 milyar dolar olduğu hesaplanmaktadır.⁴

Hem devlet hastanelerinin, hem de özel hastanelerin sayısı son yıllarda hızla artmaktadır. 2011 yılında toplam hastane ve yatak sayısı sırasıyla 1.453 ve 194.504'tür.

2010 yılında 817 dolar olan Türkiye'deki kişi başına sağlık harcamaları tutarı, gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında, hâlâ çok düşüktür. Ancak aşağıdaki etkenlerle birlikte Türkiye'deki kişi başına sağlık harcamalarının artması beklenmektedir:

4. TÜİK verilerinden tarafımızca derlenmiştir. www.tuik.gov.tr.

- Genel sağlık sigortası programının kademeli olarak uygulanmaya başlaması
- Kişi başına yıllık gelir düzeyindeki artış
- Sağlık konusundaki genel bilincin artması
- Ortalama yaşam süresinin ve yaşlı nüfusun sürekli olarak artması

Bununla birlikte, Türkiye nüfusu AB nüfusundan daha hızlı artmaktadır. Toplam sağlık harcamalarının 2014 yılında yaklaşık 63 milyar dolara çıkacağı tahmin edilmektedir.

2015 yılının sonuna kadar, ilaç ve tıbbi cihaz pazarlarının toplam büyüklüğünün, sırasıyla 22,8 milyar ve 3,12 milyar dolara ulaşacağı tahmin edilmektedir.

Türkiye özellikle 2004 yılından beri, yatırım ortamının uluslararası yatırıma elverişli hale gelmesi ve uygulanan teşvik politikalarıyla, sağlık sektörünün farklı alt sektörlerinde faaliyet gösteren birçok tanınmış çokuluslu şirketi kendisine çekmiştir. Birçok uluslararası şirket Türkiye'nin coğrafi konumu, üretim ve yönetimdeki nitelikli insan kaynakları ve yüksek büyüme potansiyeline sahip, doymamış yurtiçi pazarından yararlanmak için ülkede üretim üsleri kurmaktadır.

OECD tarafından açıklanan 2011 sağlık verilerine göre Türkiye OECD ülkeleri arasında sağlığa ulaşmada en geri ülkelerden biri olarak yer almaktadır.

Türkiye GSYİH'deki pay ve kişi başına sağlık harcaması itibarıyla 34 OECD ülkesinin sonuncusu olmuştur. Son yıllarda doktor sayısındaki artışa karşın Türkiye OECD ülkeleri arasında kişi başına düşen doktor sayısı açısından ikinci en düşük ülke durumundadır. 2009 itibarıyla Türkiye'de bin kişiye 1,6 doktor düşmektedir. Rakam örgüt ortalaması olan binde 3,1'in yarısıdır.

OECD'ye üye ülkelerde sağlık alanında ortalama bin kişiye 8,4 hemşire düşerken, Türkiye'de bu rakam bin kişiye 1,5 hemşire olarak tespit edilmiştir. OECD ortalaması 9,5 olarak açıklanan Türkiye'de özel sektör kamu toplamı sağlık harcamaları⁵ GSYİH'nin % 6,1'ine karşılık geliyor ve bu rakam sonunculuğu getirmektedir. GSYİH'sinin % 17,4'ünü sağlığa harcayan ABD'yi bu alanda % 12'lik harcamayla Hollanda, % 11,8 ile Fransa ve % 11,6 ile Almanya izlemektedir.

Sağlıkta dönüşüm programı kapsamında Bağkur, Emekli Sandığı, SSK ve yeşil kart tek çatı altında bir araya getirilmiştir. Böylece tek resmi sağlık alıcısı olarak SGK oluşturulmuştur.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda önemli bir diğer adım ise 2007 yılında atılmıştır. Buna göre, söz konusu yıl, özel sağlık kuruluşlarıyla hizmet alım sözleşmesinin önü açılmış olup, bu uygulamayla hastaların istediği hastanede hizmet alması sağlanmıştır.

5. www.oecd.org

Tüm bu gelişmeler, 2003 yılında sağlık sektöründeki payı % 8 olan özel hastanelerin payının, 2010 yılı itibariyle % 35'e ulaşmasına yol açmıştır.

Bu durum, mevcut kadrosunu artırmak için hastanelerin satın alma ve birleşme yoluna gitmesini sağlamış ve Türkiye'de, 2008 Ocak'tan 2011 Şubat'ına kadar toplam 217 milyon Euro tutarında 13 birleşme ve satın alma gerçekleşmiştir.

2010 yılında sektörde, geçen yıl 40'a yakın özel hastane açılmıştır.⁶ Bu yatırımlarla birlikte özel hastanelerde büyüme % 15 dolayında olurken, 2010 yılı itibariyle sektörde özel kuruluşların sayısı, 458'i özel hastane olmak üzere 2 bine yaklaşmıştır.

2.3.2. Sağlık Sektörünün Güçlü Yönleri

Türkiye yaş ortalaması açısından genç bir nüfusa sahiptir. Yeterli iş olanaklarına kavuşturulduğu takdirde genç nüfus sağlık sektöründe işgücü, finansman ve insan kaynakları açısından bir avantaj taşıyabilir.

Türkiye'de hekimlerin eğitimi bazı aksaklıklara rağmen bir seviyede verilmekte ve düzenli olarak sürmektedir. Sağlık personeli, özellikle büyük merkezi tıp merkezlerinde, yüksek teknolojiyi kullanmakta ve yeni uygulamaları yapabilmektedir.

Türkiye'de sağlık kurumları bazı yetersizlikler ve aksaklıklara rağmen geleneksel olarak bir çalışma yöntemine ve organizasyona sahiptir.

Referans hastanelerinin birçoğunda çağdaş teknolojik donanım yeterli düzeyde bulunmaktadır. Tıp fakültesi hastanelerinin sayı olarak arttırılarak yaygınlaştırılmasına bağlı olarak, daha doğru işletmecilik kuralları uygulandığı takdirde, bu hastaneler kamu hastanelerinin görevlerini daha fazla destekleme potansiyeli taşımaktadırlar.

Hastane döner sermayeleri, DPT ve hükümet politikalarıyla desteklenmiş ve bunun sonucunda başta gelişmiş hastaneler olmak üzere döner sermaye sistemleri yerleşmiştir. Bu şekilde sağlık sektöründe reel para akışı sağlanmış, hastanelerin profesyonel ve çağdaş işletmeler olabilmesine ilişkin bir ilk adım atılmıştır.

Türkiye'de, bebek ölüm hızında, aşıyla korunabilen hastalıklarda, verem ve sıtma gibi hastalıklarda yavaş ancak düzenli bir azalma mevcuttur.

Türkiye'de geleneksel nedenlerle, uyuşturucu madde bağımlılığı, alkol tüketimi ve alkolizm oranı, gelişmiş Batı ülkelerine göre daha düşüktür. Sigara ve tütün kullanımını engelleyici bazı yasal düzenlemeler de yapılmıştır.

6. www.saglik.gov.tr

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği uygulaması ile birlikte geniş bir hizmet ağı kurulmuştur.

Türkiye iletişim ve bilişim teknolojisinde oldukça önemli gelişmeler sağlamıştır. Sağlık konusunda artan genel bilinç düzeyi önemli gelişmelerden biridir.

2.3.3. Zayıf Yönleri

Türkiye gelir kaynakları ve ekonomik açıdan artı değerleri düşük bir ülkedir. Sağlık hizmetleri için genel bütçeden daha fazla pay ayrılabilmesi önemli bir sorundur.

Toplum sağlık sorunlarının çözümünde ve finansmanında yeterli sorumluluk alma alışkanlığına hiç sahip olamamıştır. Devlet subvansiyonu bu alışkanlığın yerleşmesini bir ölçüde engellemektedir.

Sivil toplum kuruluşları ve genel olarak toplum, organize olmaları gereken alanlarda yetki ve sorumluluk alacak entelektüel ve kültürel birikimden yoksundur.

Türkiye’de sigortalılardan alınan primler, verilen sağlık hizmetlerini karşılayamaz durumdadır.

Türkiye’de kamu alanında sağlık kuruluşlarında hekim ve personel çalıştırılması, çoğu zaman, devlet memuriyeti yasalarıyla düzenlenmektedir. Bu yasalar uyarınca, işverilen kişilerin eğitimlerinin seviyesi, ürettikleri işin kalitesi ve miktarı, çalışma verimliliği gibi temel ve çağdaş işletmecilik kavramları hesaba katılmamaktadır.

Türkiye’de tıp alanı, yüksek seviyeli öğrencilerin eğitim tercihi olmaktan hızla uzaklaşmaktadır. Bu durum, halk sağlığı açısından gelecekte önemli bir tehlike oluşturabilecektir. Türkiye, sağlık sektöründe ilaç, sağlık malzemesi ve teknik donanımda büyük oranda dışa bağımlı durumdadır. Bu hal, ülke gelirlerinin büyük oranda yurtdışına aktarılmasına yol açmaktadır.

Sağlık sektöründe, kalite kontrolü, standardizasyon, iş verimliliği analizleri, denetimler ve geri bildirim gibi kanallarla sistemin kendi kendini düzeltmesi kanalları çalışmamaktadır. Dünyada, trafik kazasına bağlı yaralanma ve ölümlerin en çok olduğu ülkelerden biri Türkiye’dir.

Ekonomik sorunlar ve mali yasalardaki işleyiş bozuklukları tedavi edici sağlık kurumlarının efektif çalışmasını engellemektedir.

Türkiye’de genç nüfus bir avantaj olarak görülse bile, işsiz ve üretim dışında olması durumu şimdilik tersine çevirmektedir. Bu durum, günümüzdeki haliyle sağlık sektörünün üzerine bir yük olarak binmektedir.

Sağlık kuruluşlarında profesyonel yönetici eğitimi ve çalıştırılması anlayışı yerleşmemiştir. Kişi başı sağlık harcamalarının OECD ülkeleri ortalamasının altında gerçekleşmiştir.

2.3.4. Fırsatlar

Sağlık alanında doğru işletmeye yönelik, akılcı düzenlemeler yapıldığı takdirde, Türkiye’de mevcut bulunan iyi yetişmiş hekim ve sağlık personeli, Avrupa Birliği ülkelerine daha ucuz ve kaliteli sağlık hizmeti sunabilir. Avrupa ve ABD sigorta sistemleri hastaların Türkiye’de tedavisini maliyet açısından daha uygun bulabilirler. Bu da Türkiye’ye önemli bir gelir kaynağı sağlayabilir.

Türkiye Avrupa Birliği’nin bilimsel çerçeve programlarının üyesi ve ortağı olmuştur. Bu tip işbirlikleri Türk hekim ve araştırmacıları için yeni kaynaklar yaratabilir.

Türkiye donanımlı hastaneleri, kaliteli tedavi hizmetleriyle uygun fiyatlı sağlık hizmetlerini bölge ülkelerine yaygınlaştırmak suretiyle sağlık turizminden önemli gelir elde edebilir. Nüfusun büyüklüğü ve mevcut düşük tüketim oranı gözününde bulundurulduğunda önemli bir büyüme potansiyeli bulunmaktadır.

Ancak, Türkiye’deki sağlık sektörünün dünyadaki en hızlı büyüyen pazarlardan biri olması hasebiyle; kümelenme, üretim ve Ar-Ge alanlarında yeni düzenlemelerin yapılması ve yeni teşvik politikalarının uygulamaya alınması; sağlık hizmetlerine daha fazla kişinin erişmesini sağlayacak genel sağlık sigortası, kamu hastaleleri birliği ve kamu özel ortaklığı gibi reformların da hızla yapılması gerekmektedir.

2.3.5. Tehditler

Ekonominin sağlık harcamalarını finanse etmek konusunda yetersiz kalması riski oluşabilir.

İleri teknoloji kullanımından kaynaklanan tıbbi hizmet ve malzemenin fiyatlarındaki artışlar, kısaca maliyet, her geçen yıl büyük bir oranda sıkıntı yaratmaktadır. Bu durum, sadece Türkiye’nin değil, gelişmiş Batı ülkelerinin sağlık sektörleri ve ekonomileri için de ciddi bir tehdit oluşturmaktadır. Çağdaş gelişmelere uygun ve yeterli sağlık hizmeti gelecekte hiçbir toplum tarafından finanse edilemeyebilir.

Ayrıca, modernizasyon masraflarının, yasal çerçeve ve endüstri standartlarının uluslararası normlar düzeyine ulaşmasını engelleme olasılığı; devletin fiyat kontrolleri ve geri ödeme listelerinin pazarın cazibesi üzerindeki olumsuz etkileri ve sosyal sigorta sistemindeki bütçe açıklarının azaltılması ihtiyacı gibi sorunlar da bir an önce çözülmesi gereken problemlerdir.

2.4. SAĞLIK EKONOMİSİ

Sağlık harcamaları için yeterli kaynak oluşturma yanısıra oluşan kaynakların yerinde kullanılması da sağlık hizmetlerinin finansını etkileyen konulardandır. Bu bağlamda farmakoeкономи ve akılcı ilaç kullanımı üzerinde durulması gereken bilim dalları olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sağlık ekonomisi, sağlık sektörüne ayrılmış olan tüm kaynakların –sağlık, işgücü, sermaye, bina, tıbbi ekipman vs.– maksimum düzeyde sağlık hizmeti üretmek amacıyla, en etkili ve verimli şekilde nasıl kullanılacağını ve üretilen bu hizmetin topluma en iyi şekilde nasıl bölüştürülebileceğini amaçlayan bilim dalıdır. Bir başka deyişle, sağlık ekonomisi, “eğitim ekonomisi”, “tarım ekonomisi”, “turizm ekonomisi” dallarında olduğu gibi, ekonomi bilimi kurallarının, kendine özgü özellikleri olan bir sektöre uyumlaştırılmasından başka bir şey değildir.⁷

Ekonomi alanında olduğu gibi, sağlık ekonomisinin de amacı, sağlık hizmetlerinde kullanılan tüm kaynakların en verimli ve etkili biçimde kullanılmasıdır. Sağlık hizmetlerine ilişkin ekonomik unsurlar aşağıdaki şekilde özetlenmiştir.⁸

2.4.1. Farmakoeconomünün Tanımı

Farmakoeconomy; maliyet-yarar, maliyet-etkinlik, maliyet-minimizasyon ve maliyet kullanım analizlerine başvurarak, değişik farmasötik ürünleri kıyaslayan veya bir tedavi yöntemini alternatif ilaç tedavileri ile karşılaştıran ekonomi dalıdır. Bazen sonuçların (çıktıların) araştırılması olarak da bahsedilir.

Farmakoeconomy, sağlık sistemine ve topluma ilaç tedavi maliyetlerinin analizini ve tanımlanmasını yapar. Bu alan, farmasötik ürün ve hizmetlerin sonuçlarının (klinik, ekonomik, insani açıdan) ve maliyetlerinin kıyaslanmasını; farmasötiklerin ve farmasötik hizmetlerin maliyet analizlerini ve bunların bireysel, sağlık sistemine ve topluma etkilerini; hasta bakımı çıktılarında alternatif ilaç tedavi ve hizmetlerini araştırır.

7. Tokat, M., *Sağlık Ekonomisi*, Seçim H. (ed.), Anadolu Üniversitesi Yayınları, No: 793.

8. Smith M. C., Wertheimer A. I., *Social and Behavioral Aspects of Pharmaceutical Care*.

Ortaya çıkan bu farmakoeconomik disiplin dünya çapında ilaç endüstrisi, akademik, ilaçla ilgilenen *bilim adamları* ve *eczacılar* tarafından sağlık bilim disiplinine adapte edilmektedir.⁹

Bilim adamları tarafından bu disiplinde kullanılan araştırma metotları (ör: maliyet-etkinlik, maliyet-yarar, yaşam kalitesinin değerlendirilmesi vb.) pek çok alanlardan şekillendirilmiştir. Bu alanlar; ekonomi, epidemiyoloji, ilaçlar, eczacılık ve sosyal bilimlerdir. 1970’lerde farmakoeconomik kendi köklerini oluşturmuştur.

Hasta bakım maliyetlerinde, elde var olan bütün sağlık kaynaklarının mümkün olduğunca etkili ve verimli bir şekilde kullanılması gerekmektedir.

Bir tedavi ya da hizmetin maliyet-etkin olduğunu söyleyebilmek için aşağıdaki şartlardan biri yerine gelmelidir:

- Diğer alternatiflerine göre daha ucuz olup en az onlar kadar etkin olmalı,
- Diğer alternatiflerinden daha pahalı olduğunda, aradaki maliyet farkı elde edilen ek yarara değer olmalı,
- Daha ucuz ve daha az etkili olup, alternatif tedavilerden elde edilen ek yararın fazla maliyetine değer olmamalı.

Bu yöntemle yapılan ekonomik değerlendirmede, sunulan farklı sağlık hizmetlerinden elde edilen çıktıların daha az maliyetle elde edileninin seçilmesi gerekmektedir. Sağlık sektöründe en geçerli olan yöntemlerden biridir. Çoğu kez sosyal amaçlı olan veya kâr amacı olmayan ve de çıktılarının para birimiyle ifade edilemeyen ve sağlık sektöründe kullanılan ekonomik değerlendirme yöntemi maliyet-etkinlik yöntemidir. Bu yöntem, sağlık için yapılan harcamalar ile bu harcamalar karşılığı elde edilen çıktılar arasındaki ilişkinin ekonomik yönden değerlendirilmesi esasına dayanır.

Maliyet-etkin bir tedavi yöntemi, eczacılık hizmetlerinin dağıtımını, finans sisteminin sağlanmasını ve hastaların yaşam kalitesini yükseltir.

2.4.2. Akılcı İlaç Kullanımı

Rasyonel ilaç kullanımı, piramidin tepe noktasıdır. Bu kavramın hayata geçirilebilmesi, piramidin tabanını ve gövdesini oluşturan bir dizi unsurun akılcılığı ile yakından ilgilidir. Söz konusu unsurlar; ilaçların akılcı seçimi, ilaç lojistiğinin akılcılığı, reçete yazma sürecinin akılcılığı, reçete yanıtı sürecinin akılcılığı, ilaçların akılcı tüketimi, ilaç bilgisi desteğinin akılcılığı, ilaç yönetiminin akılcılığıdır.¹⁰

9. <http://www.advanstar.com> (Clinical Trials/ Advanstar).

10. Townsend, RJ., “Post Marketing Drug Research and Development: An Industry Clinical Pharmacist’ Perspective” Am. J. Pharm. Educ. 50, 480-2 (1986).

Özellikle ülkemizde, doğru ilaç kullanımı konusunda farkındalığın oluşturulmasında hekim, eczacı ve bu konuda hizmet veren sektörün “Akılcı İlaç Kullanımı” konusunda toplum bilincini arttırmaya yönelik desteğinin bulunması önemlidir.

Hangi ilacın kullanılacağına karar veren hekim, ilacı uygun şartlarda sağlayan eczacı ve ilacı uygulayan hemşire veya hasta, akılcı ilaç kullanımının sağlanmasında sorumluluk sahibi taraflardır.

Özellikle ülkemizde ve dünyanın pek çok gelişmekte olan ülkesinde sağlık için ayrılan bütçe sınırlıdır. Mevcut kaynaklar sınırlı olduğundan, bunları mümkün olan en iyi şekilde kullanmak gereklidir. Bu nedenle, ilaçların akılcı bir biçimde kullanılabilmesi için, etkinlik ve güvenilirliğin genel değerlendirmesinin yanı sıra ilaçla ilgili ekonomik değerlendirmelerin de yapılması gerekmektedir.

Ancak, mevcut ruhsatlandırma sistemimizde bir ilacın ruhsat alabilmesi için etkinlik ve güvenilirlik koşullarını sağlaması yeterlidir. Yani, Türkiye’de, Avustralya ve diğer pek çok ülkelerde etkinlik ve güvenilirlik ön koşullarına ilave olarak uygulanmakta olan farmako-ekonomik değerlendirme prosedürleri uygulanmamaktadır. Bununla birlikte, geri ödeme sistemlerinin üzerindeki yükün hafifletilmesi için, ilaçların sadece fiyatlarını göz önünde bulunduran *ucuz ilaç politikası* gibi politikalarla soruna geçici çözümler üretilmektedir.

Oysa gerekli altyapının sağlanması ve bu konuda bilgili kişilerin sayılarının artması ve belki de en önemlisi bu kişilerin desteklenmesiyle ilaçların ruhsat başvurularında farmako-ekonomik değerlendirmelere yer verilmesi, kesin çözümler olarak karşımıza çıkmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü, bir insanlık hakkı olarak sağlık ve sağlığa erişimde eşitlik ilkesinden hareketle, ilaca erişebilirliğin uzun vadeli ilaç politikalarının ayrılmaz bir parçası olarak görülmesi gerektiği sonucuna varmıştır. Daha geniş bir çerçeveden bakıldığında konunun, tüm sağlık politikasının bir parçası, daha da genişletildiğinde bir ülkenin ekonomik ve sosyal politikalarının bir bileşeni olduğu görülmektedir.

Dünyada yanlış, gereksiz, etkisiz ve yüksek maliyetli ilaç kullanımı çeşitli boyutlarda sorunlara neden olmaktadır. Bunlardan biri gereksiz ve yanlış tüketime bağlı sorunlardır ki, bu sorunların başında antibiyotiklere direnç gelişimi gelmektedir. Bir diğer boyutu ekonomik sorunlardır; yüksek ilaç harcamaları sosyal güvenlik kurumlarına ağır bir yük getirmekte, geri ödemede ciddi ödeme sıkıntılarına yol açmaktadır.

Bu sebeplerden dolayı dünyada çeşitli çözüm yolları üretilmeye, geliştirilmeye çalışılmıştır. Alınan doğrudan önlemler yanında, dolaylı önlemlerden biri olarak “Akılcı İlaç Kullanımı” uygulamaları devreye sokulmuştur. 1985 yılında Nairobi’de yapılan Dünya Sağlık Örgütü toplantısı akılcı ilaç kullanımı çalışmaları için başlangıç sayılmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımlamasına göre akılcı ilaç kullanımı “kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre uygun ilacı, uygun süre ve dozajda, en düşük fiyata ve kolayca sağlayabilmeleri”dir. Buradan akılcı ilaç kullanımının ilkelerini şu şekilde çıkarabiliriz:

- Doğru tanıya dayanmak,
- Uygun ilacı seçmek; gereken dozunu, uygun yoldan ve tedavi sanatı ile sunmak ve yeterli süre kullanmak,
- Tedavi başarısını değerlendirmek; yan etkileri ve hastanın uyumunu izlemek,
- Birden çok ilaç kullanılacaksa etkileşimlerini değerlendirmek,
- Tasarlanan tedavinin gerçekleştirilmesini ve maliyetini dikkate almak.

Hekim, hastasında tespit ettiği klinik tablonun semptomlarına ve mümkünse patogenezi-ne ve daha az ihtimalle etiyojisine yönelik etkili ilaçları binlerce sayıda bir ilaç ormanından seçmek zorundadır.

Ne var ki, günümüzde belli enfeksiyon tablolarında etkili antibiyotiklerin, çeşitli parazitozlarda uygun kemoterapötiklerin, antidotu bulunan intoksikasyonlarda bu anidotların ve vitamin, mineral ve hormon eksikliklerinde bunların kendilerinin ya da analoglarının uygulaması gibi etiyojik nedenine ulaşabilen belli bazı patolojik durumlar dışında, birçok hastalıkta tablodan sorumlu ilk nedene etkili olabilecek ilaçlar bulunmamaktadır.

Bazı patolojilerin cerrahi ve benzeri fiziksel (lazer ve diğer ışın tedavileri gibi) yöntemlerle tedavi edilebilir konumları bir yana, çoğu kez, ancak hastalığın semptomlarına ve patolojik mekanizmalarına etkili ilaçlar kullanılarak ve organizmanın kendi savunma ve derlenme mekanizmalarına olanak verilip, mümkünse bunların modülasyonu ile hastalığın belli ölçüde iyileştirilmesine çalışılmaktadır.

Bütün bu yaklaşımlarda eski, fakat geçerli bir kural olan, “ilkin zarar vermemek” kuralının hiç göz ardı edilmemesi gerekmektedir. Bu noktada ideal anlamda bir ilaçta bulunması gereken niteliklere kısaca değinmek uygun olacaktır.

Bilindiği gibi, kuramsal olarak bir ilaçta bulunması istenen niteliklerin başlarında özgüllük, etkinlik, güvenilirlik gelmektedir. Ayrıca, problem yaratacak ilaç etkileşimlerinin olmaması, zamanla tolerans ve bağımlılık oluşturmaması, uygulama kolaylığı ve bulunabilir (ekonomik) olması da amaçlanır özelliklerdir. Bilindiği gibi bir ilacın standart dozu farmakokinetik parametreleri genellikle yeterli olan sağlıklı, erişkin gönüllü veya hastalarda yapılan deneyler sonucunda hesaplanmaktadır. Halbuki doz bireyseldir ve bu bireysel dozun ayarlanmasına çeşitli fizyolojik (çocuklar, yaşlılar...) ve patofizyolojik (kalp, böbrek, karaciğer yetmezliği vs.) süreçler tayin eder.

Bu süreçlerde yukarıdaki farmakokinetik parametreleri değiştirilebilir ki; bu durumda tedavinin başarı veya başarısızlığını belirler. Öte yandan ülkemizde ortalama yaşam süresinin artmasına bağlı olarak yaşlı nüfusta her geçen yıl artmaktadır. Bu durum ilaçların standart dozu hesaplanırken yaşlı nüfusun dikkate alınmasını gerekli kılar. Aynı zamanda yaşlı nüfus daha fazla ilaç tüketen gruptur. Yaşlı hasta sayısı ve kullanılan ilaç miktarı arasındaki ilişki için Kuzey Amerika güzel bir örnek sayılabilir.

Bu bölgede popülasyonunun yalnızca % 11'i geriatrik hasta olmasına rağmen, ilaçların total fiyatının yaklaşık % 30'unu bu grup ödemiştir. Ve bu oranların önümüzdeki 30 yıl içerisinde sırasıyla % 16-18 ile % 40'a ulaşacağı tahmin edilmektedir. İlaç kullananların büyük grubunu yaşlılar oluşturmakta ise de, ilaç araştırmalarının çoğu 55 yaş altı gönüllü ve hastalarda yapılmaktadır.

Yaşlanma ile drog toksisitesi 7 kata kadar artmaktadır. Örneğin, 20-29 yaşlarında drog toksisitesine % 3 oranında rastlanırken, bu oran 20-29 yaşlarında % 21'e çıkmaktadır. Muhtemelen bu artışın bir kısmı ilaç etkileşimine bağlıdır, ancak bu artışın büyük kısmı farmakokinetik olaylardaki değişiklik sonucu oluşmaktadır.

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemiz için de ciddi bir sorun olan etkisiz, yanlış ve gereksiz ilaç kullanımının giderek artması, bu konuda yaşanan sorunlara daha ciddi yaklaşılmasını bir zorunluluk haline getirmiştir.

Akılcı ilaç kullanımında mevcut durumun değerlendirilmesi amacı ile Erzurum, Bolu ve Adıyaman illerinde çalışmalar gerçekleştirilmiştir. Yapılan bu çalışmalarda reçeteler, Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri 2003'e göre değerlendirilmiş, SB, RSHMB, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü 3 hem maliyet hem de kutu sayısı bazında % 50'nin üzerinde akılcı olmadığı (irrasyonel) tespit edilmiştir.

- *Sonuç olarak, iki ilaştan biri yanlış ya da gereksiz reçete edilmektedir.*
- Uygunsuz ilaç kullanımında antibiyotikler başı çekmektedir.

Antibiyotikler ilk keşfedildikleri günden beri birçok hayat kurtarmıştır. Ama insanlar antibiyotikleri rastgele kullanmamalıdır. Bu ilaçlar uygunsuz kullanıldığı takdirde direnç gelişimine yol açar. Bu dirençler bakteriden bakteriye geçip bütün dünyayı tehdit edecek boyutlara ulaşabilmektedir. Üstelik uygunsuz antibiyotik kullanımı sonucu ortaya çıkan dirençli mikroorganizmalar sadece o antibiyotiği kullanan hastayı değil tüm toplumu etkilemektedir.¹¹

Antibiyotikler bilinçli kullanılırsa enfeksiyonla mücadelede olağanüstü bir katkı sağlar,

11. Anonim, "The Rational Use of Drugs: Review of Major Issues", *Conference of Experts on the Rational Use of Drugs*, World Health Organization, Nairobi, Kenya, WHO/CONRAD/WP/RI, (25-29.12.1985).

aksi durumda ağır yan etkilere ve bazen de ölüme yol açabilirler. Antibiyotik ehliyetli ellerde mükemmel bir şifa aracı iken ehliyetsiz ellerde öldüren bir silaha dönüşmektedir. Ülkemizdeki durumla dünyadaki gerçeğe bakacak olursak; ülkemizde antibiyotikler en çok kullanılan ilaç grubu iken dünyada 4. sırada yer almaktadır.

En Çok Satılan İlaçlar:

Dünya

1. Kalp-damar % 19,3
2. Santral SS % 15,8
3. Metabolik % 15,3
4. Antibiyotik % 9,9
5. Solunum S. % 9,3

Türkiye

1. Antibiyotik % 19
2. Ağrı kesici % 12
3. Romatizma % 11
4. Soğuk algın. % 8,6
5. Vitamin % 7,3

2007 yılında kullanılan tüm ilaçların kutu bazında % 17'si, TL bazında % 18'i antibiyotiklerdir. 2007 yılında kullanılan 1,3 milyar kutu ilacın 223 milyon kutusu antibiyotiktir. 2007 yılında kişi başına kullanılan yıllık ortalama 20 kutu ilacın 3,5 kutusu antibiyotiktir. 2007 yılında ilaca harcanılan 11 milyar TL'nin 2 milyar TL'si antibiyotikler için harcanmıştır. 2007 yılında kişi başına yapılan yıllık ortalama 170 TL'lik ilaç harcamasının 30 TL'si antibiyotikler için harcanmıştır.

Ülkemizde bu konudaki mevcut sorunlar kısaca şu şekilde özetlenebilir:

- 1- Sağlık hizmetlerinin sunumunda gereksiz ve yanlış reçete yazma oranlarının çok fazla olması.
- 2- Topluma yönelik bilgilendirme ve eğitimin yetersiz olması nedeniyle toplumda gereksiz yere ve israf düzeyinde ilaç kullanma ve bulundurma alışkanlığının yerleşmiş olması.
- 3- Akılcı ilaç kullanımı eğitimlerinin hem hekimler hem de eczacılar için gerek mezuniyet öncesi gerekse mezuniyet sonrası yeterli düzeyde olmaması ve hekimlerin, akılcı ilaç kullanımı eğitimi almış olsalar da, sonrasında yeterince destek görmemeleri nedeniyle sahada kendilerini yalnız hissetmeleri ve çeşitli faktörlerin de etkisi ile aldıkları eğitimi uygulayamamaları.

- 4- Ülkemizde, ulusal hastalık yüküne, bilimsel verilere ve maliyet etkililiğine göre seçilmiş, ulusal ilaç politikasının önceliği olması gereken temel ilaç listesinin ve ilaç seçme, reçetelendirme aşamalarını hekim açısından kolaylaştırarak ilaçlarla ilgili diğer bilgi kaynaklarına ulaşma yollarını gösterecek Ulusal Formüler'in olmaması.
- 5- Standart tanı ve tedavi rehberlerinin formüler kullanımı ile desteklenmemesi ve tanı ve tedavi rehberlerinde tavsiye edilen tedavi protokollerini uygulamada bir zorunluluğun bulunmaması.
- 6- İlaç firmalarınca hekimlere yönelik yapılan promosyonlar.

Netice itibarı ile akılcı ilaç önerme koşullarını yerine getirerek başlanacak ve sürdürülecek bir tedavinin ekonomik açıdan da akılcı olması bu sürecin son şartı sayılmalıdır.

Hastalıkların tanı ve tedavi açısından ele alınıp değerlendirilmesi farmakoeconominin konusudur. Tanı ve tedavinin bu son yanı ülkelerin ekonomik ve sosyal gelişme düzeylerine ve sağlık sistemlerinin yapısal özelliklerine göre değişen çözümlere sahiptir. Ancak, her ülkenin var olan kaynaklarını yurttaşlarının yararına, sosyal adaletle ve en verimli bir biçimde değerlendirmesi beklenir.

Ülkemizde kamu sağlık harcamalarının genel bütçeden aldığı payın yakın yıllarda giderek küçülmesine rağmen, son dönemde bu alanda reform niteliğinde ciddi gelişmeler olmuştur.

Kamudaki bu gelişmenin yanı sıra sağlıkta özel sektöre yönelik özendirici yaklaşımlar ve destekler bu alanda da önemli bir kapasite oluşmasını sağlamıştır.

Ancak, ister kamu tarafından yüklenilsin, isterse kişilerin kendi bütçelerine yansısın, doğru belirlenmiş bir tedavinin en az giderle gerçekleştirilmesi bu konudaki akılcı yaklaşımın son aşaması olmalıdır.

Üçüncü Bölüm

TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE FAALİYET GÖSTEREN HİZMET KOLLARININ SORUNLARI & ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

3.1. HASTANELER

Hükümetimizin “Sağlıkta Dönüşüm” programı çerçevesinde alınan devrim niteliğinde bir karar ile 2003 yılından bu yana kamu sigortalılarının özel sağlık hizmet sunucularından hizmet almalarının önü açılmıştır. Bu durum, o zamana kadar sadece kamu hastanelerinden yararlanabilen kamu sigortalısı hastaların özel hastaneler ve tıp merkezlerinden de istifade edebilmelerine olanak sağlamıştır.

Sağlıkta Dönüşüm’ün başladığı yıllardan günümüze sağlık alanında gözlemlenen olumlu gelişmeleri kısaca özetlemek gerekirse;

- Sağlık hizmetleri tek çatı altında toplanarak sınıf ayrımı kaldırıldı.
- İnsanımız, hekim seçme, hasta hakları gibi kavramlarla tanıştı. Atıl hekim kapasitesi değerlendirildi.
- Sağlığa ulaşım son derece kolaylaştı.
- Koruyucu hekimlik hizmetlerine ciddi bütçe ayrıldı. Gelişmiş ülke profillerindeki hastalıklar ve problemlere dayalı önleme programları devreye girdi. (Obezite, diyabet, ruh sağlığının korunması, kalp, damar hastalıkları önleme ve mücadele programları, kanser ve sebepleri ile mücadele gibi...)
- Akut enfeksiyon hastalıkları ile mücadelede ciddi oranda artış gözlendi. Ölüm oranları azaldı, ortalama yaşam süresi arttı.
- 112 Acil Hizmetler göz bebeğimiz ve gurur kaynağımız. Haiti depreminde ABD’den sonra ikinci sırada hasta kabul etmemiz bu başarının ispatıdır.

Sağlık politikalarının doğru yönde ilerlediğinin göstergesi niteliğindeki tüm bu çalışmalarda emeği geçenlere teşekkür ediyoruz.

Geçen zaman içerisinde özel sağlık hizmeti sunucuları hem kalite hem de sayı anlamında artmış, işletmeler büyüyerek 128.000 kişinin istihdam edildiği, 550 özel hastane 992 özel tıp ve dal merkezi ve 485 poliklinik ile Türkiye’de *sağlık sisteminin hacim olarak % 30’unu* kapsayan dev bir sektör haline gelmiştir.

Halk memnuniyetinin % 74 seviyelerine yükseldiği bu dönemde özel sağlık sektörü kapasitesinin üzerinde bir fedakârlıkla sistemin inşasında pay sahibi olmuştur. Bununla birlikte sektör, sıkça karşılaşılan maddi ve manevi sıkıntılara, aşılabacağı ümidiyle tahammül göstermiştir. Sektörün önündeki olumsuzluk veya karşılaşılabilecek engeller sadece sektörün temsilcilerini değil, sektörde çalışan sağlık personellerini, idari personeli, sektöre mal ya da hizmet sağlayan tedarikçileri, sektörden hizmet alan tüm vatandaşları, yani kısacası tüm toplumu ilgilendirmektedir.

Eldeki verilere ve dünya çapındaki göstergelere dayanılarak söyleyebiliriz ki, Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın ana kriterlerinden olan *sürdürülebilirlik* konusunda endişelerimiz bulunmaktadır. Gerekçelerimiz şunlardır:

- Nüfusumuz yaşıyor, kronik hastalıkların hastalık profillerindeki payı gittikçe artıyor, dolayısıyla bu kalemlerdeki zaten ağır olan maliyetler katlanacaktır.
- Mevcut cari açık dışında Türkiye ekonomisi iyiye gidiyor, ancak tüm dünyanın 2012 ve sonrasına ilişkin beklentileri olumsuz ve olumsuzluklardan etkilenmememiz mümkün değildir.
- Sağlık beklentileri çok ciddi oranda artmıştır. Mevcut finansman modeliyle beklentilerin karşılanması gittikçe zorlaşmaktadır.
- Özel hizmet sunucularının vermiş oldukları hizmete ilişkin geri ödeme kurumunun uyguladığı finansman modellemesi, düşük SUT fiyatlandırmasından dolayı bedel anlamında sağlıksız ve sektörü sıkıntıya bırakacak niteliktedir.
- Vergiler ve harçlar, finans dengemizi etkileyen döviz kuru ciddi şekilde artmıştır.
- Sektörde volüme dayalı artış tespit ediliyor olmasına rağmen birçok kalemden giderleri tetiklediği için bu artış sağlıklı değildir.
- Bütün bu sorunlara bağlı olarak, manevi huzurumuz da bozulmaktadır.

Özel hastanecilikte finans dengesizliği ve mağduriyetin önemli nedeni SUT’un maliyet ve kâr oranı hesaba katılmadan belirlenmiş fiyatlandırma ve paket ücretleridir. Aşağıda birkaç örnek sunuyoruz:

Sectio SUT fiyatı	: 486,00 TL
2 gece yatak ve refakat 2x90,00 TL	: 180,00 TL
Anestezi ücreti SUT fiyatı	: 76,90 TL

Op. Dr. ücreti SUT fiyatı	: 194,40 TL
Ortalama kullanılan sarf malzeme	: 90,00 TL
Ortalama kullanılan ilaç	: 60,00 TL
Çocuk Dr. muayene ücreti	: 16,74 TL
TOPLAM	: 628,04 TL

Örnekteki Sectio SUT paketi 486 TL, hastaneye maliyeti 628 TL'dir. Durum, sünnet operasyonu için de aynıdır.

Sünnet SUT fiyatı	: 54,00 TL
Op. Dr. ücreti SUT fiyatı	: 32,08 TL
Anestezi Dr. ücreti	: 32,08 TL
Yarım gün yatış	: 6,48 TL
Kullanılan ilaç ve sarf mazl.	: 65,00 TL
TOPLAM	: 135,64 TL

Daha farklı bir örnek vermek gerekirse sıklıkla yapılan ameliyatlardan biri,

Apendektomi SUT fiyatı	: 432,00 TL
Op. D. Ücreti	: 269,14 TL
Anestezi Dr. ücreti	: 76,90 TL
1 gece yatış	: 90,00 TL
Ortalama ilaç ve sarf malzeme	: 122,00 TL
TOPLAM	: 558,04 TL

Mevcut uygulamada yoğun bakım ünitesinde ekstra kullanılan malzemelerden fark alınması yasaktır. Bir hasta 1. basamakta iken Human Albümin (177,12 TL), Eritrosit süspan-siyon (100,66) ve taze donmuş plazma (48,06) kullanılabilir. Hastanın basamağı ise 1. basamak olarak değerlendirilip sadece 216,00 TL ödenmektedir. Aradaki farkı kimseden talep etme hakkımız yoktur.

Hasta yoğun bakım endikasyonu kalktıktan sonra serviste geçeceği zaman yine ücret talep edemiyoruz. Oysa servis işlemleri için;

Yatak + refakat ücreti SUT fiyatı: 43,02 TL

Kullanılan birçok malzeme de ödenmemektedir. Örneğin O² tedavisi gören bir hastanın oksijen maskesi ve bunun gibi birçok sarf malzemesi ödenmiyor. Sürekli O² tedavisi gören hastaların 16 saat gibi sınırlı olması, serviste tedavi gören gerek yoğun bakımdan çıkmış gerek ise dekübit yarası olan diğer ve günde en az 3 defa pansuman yapılan hastalarda sadece 1 kez pansuman ücreti ödenmekte ve hastadan da fark ücret talep edilememekte.

Anadolu ve İstanbul'daki hastaneler hastalardan aynı fark ücretini almaktadırlar. Oysa Anadolu'da hem bina maliyeti hem de işçilik büyük şehirlerden daha ucuz. Aynı fark ücretini almak durumundaki iki hastaneden biri hizmet kalitesi gereği hasta önlüğü, hasta terliği, kâğıt grupları (havlu, WC kâğıdı) ve hastaya kullanılan malzemeler disposable iken başka bir hastanede hasta odasında havlu ve sarf malzemeleri olmayabiliyor. Hastaneler verdiği otelcilik hizmeti gereği hastaya ekstra malzemeler kullanabiliyor ama bunu talep edemiyorlar. Personeli kalifiye olması, hizmet kalitesinin artması için eğitimler veriyor, eğitim bütçesi ayırıyor ancak aynı fark ücretini alıyorlar.

Acil'lerden fark alınmadığı için hastalar polikliniğe gelmek yerine acil servise başvuruyor, acil kriterlerinin değiştirilmesi gerekmektedir.

EK 10C listesi daha kapsamlı hale getirilebilir. Örneğin, kardiyolojide efor testi muayene paketine dahil, oysa hem riskli hem de doktorun yaklaşık 20 dakika kadar zamanını alıyor. Hastaneler, faturaları inceleyen hekimin inisiyatifine göre kesintiye maruz kalıyorlar. Bunun yerine standart değerlendirme kriterleri oluşturulmalıdır.

Sistemin sağlıklı işleyişine katkıda bulunmak için önerilerimiz:

- Ekonomik göstergeler ülke genelinde refah seviyesinde artış olduğunu işaret ediyor olduğundan, refah ve milli gelir artışına paralel olarak sağlık harcamalarına ayrılan bütçe arttırılmalıdır.
- Sosyal Güvenlik Kurumu, özel hastaneler üzerinden gerçek maliyet çalışması yaptırarak hizmetin tam karşılığı olan SUT paketlerini belirlemelidir.
- Özel hastanelerin hizmet kalitesine bağlı olarak kapsamlı sınıflandırılıp hastanecilikte fark yaratan otelcilik maliyetlerine göre fark ücreti talep etmesi sağlanmalıdır.
- Sosyal Güvenlik Kurumu protokolü, sektör temsilcilerinin görüşleri alınarak istişare neticesinde hazırlanmalıdır. Böylelikle her iki tarafın razı olduğu ve haklarının korunduğu hukuki bir sözleşme meydana getirilmiş olur.
- Halkımıza istisnai hizmetlerin sunumu ek bedel alınmadan yapılacak bazı düzenlemelerle devam edilmeli.
- Mevzuata dayalı kısıtlamalar konusunda esneklikler sağlanmalı.
- Özel sağlık kuruluşlarının bakanlıkta işlerini takipte yaşadıkları sorunlar giderilmeli ve işlemler hızlandırılmalıdır.
- Kamuda insan kaynağının yeterince dengelendiği gerçeği göz önünde bulundurulursa kadro konusunda getirilen kısıtlamalar esnetilmelidir.
- Kadro dağılımı ile ilgili kriterler netleştirilmeli ve açıklanmalıdır.
- Bakanlık, kamu ve özel hastanelere eşit mesafede durmalı.
- Denetimler yeniden eğitici, öğretici mantık çerçevesinde yapılmalıdır.
- Sektörün alacakları ve tahsilat zamanı belirsizliklere terk edilmemelidir.

tansiyel ve avantajlar ile ülkemiz için çok kıymetli ve yabancı ülkelerin gıpta ile baktığı bir değerdir. Bu sektörün yatırımının tamamına yakını yerli sermayedir. Sektörde çalışan hekimler, hemşireler branşlarında Türk tıbbi ve sağlık bilimi adına ciddi başarılar göstermektedir. Bu durum özel sağlık sektörünü daha fazla muhatap alınmayı, ülke sağlık sektöründe daha fazla söz sahibi olmayı ve daha fazla ilgiyi hak eder bir pozisyonudur.

Tüm bu sebeplerden dolayı biz MÜSİAD Sağlık Sektör Kurulu olarak, özel sektör ile kamu arasındaki istişarenin ve her iki taraf için hukuki ve gönüllülük esasına dayayan mutabakatların menfaatine inanmaktayız.

3.2. TIP MERKEZLERİ

Sağlık sektöründe hizmet sunumunda devlet hastanelerinin ve aile sağlığı merkezlerinin yükünü hafifleten tıp merkezleri, çoğu kez hastanın kolaylıkla ulaşabileceği donanımlı, kaliteli hizmet veren sağlık kuruluşlarıdır. Tıp merkezlerinin SGK ile anlaşmaları ile hastaya kolay ulaşım, etkin, hızlı müdahale şansı sunulmuştur. Bu ciddi avantaj, hükümetin sağlık politikasının başarıya ulaşmasını kolaylaştıracak cinstendir.

Devlet hastanelerinde bir hasta maliyetinin takriben 31-32 TL olduğu, bu maliyetin tıp merkezlerinde 15-16 TL olduğu biliniyor. Tıp merkezlerinin varlığının yine en ciddi avantajlarından biri olan maliyet hesabı bu merkezlerin varlığının korunması gerektiğini ortaya koymaktadır.

2007 yılından itibaren SGK ile hizmet alımı anlaşması yapan tıp merkezlerini, sürekli değişen yönetmelikler ve kararlar en önemli sorunlarından biri haline gelmektedir. Bütün sağlık hizmeti sunan işletmelerin ve tıp merkezlerinin çağın gerektirdiği standartlara kavuşturulması kaçınılmaz bir gerekliliktir. Ancak hazırlanan yönetmelikler mevcut işletme sahiplerinin iflasını değil daha iyi şartlara geçmesini sağlayacak doğrultuda olmalıdır. Mevcut tıp merkezlerine geçiş kolaylığı sağlanmalı yeni standartlar, yeni açılacak tıp merkezlerine daha etkin olarak uygulanmalıdır.

Pek çok tıp merkezi bir çıkış kapısı olarak gördüğü cerrahi birim açma gayretiyle ciddi yatırımlar yapmaktalar. İleride bunlar da birer sorun olarak görülecekler ise bu durum sektörde yeni sıkıntıların doğmasına sebep olacaktır. Tıp merkezlerinin önü açılmalıdır. Örneğin, hastane olabilmelerinin bir şekilde önü açılmalı ve kadrolarının genişletilmesine kolaylık sağlanmalıdır.

Verilen hizmetle özel hastaneler kadar sonuca gidebilen tıp merkezlerine de fiyatlandırılmalarda hakkaniyetli davranılmamaktadır. Pek çok verilen hizmet özel hastanelerde fatura edilirken, tıp merkezlerinde paket ödeme içinde yer almaktadır. Bu uygulamanın adaletli olmadığı düşüncesiyle düzeltilmesinde yarar vardır.

Tıp merkezlerinde alınan farkların çok düşük olması tıp merkezlerinin ekonomik olarak ayakta durmasını imkânsız hale getirmektedir. Ayakta kalabilme mücadelesi içine giren kurumlar çeşitli çarelere başvurabilmekte, bunların en tehlikelisi ise kalitesiz hizmet sunumu olmaktadır.

Farkların arttırılması veya daha serbest hale getirilmesi, bunun hastanın tercihine bırakılması daha uygun olabilir. Bu durum otomatik olarak serbest piyasada etkisini gösterecektir. Kaliteli hizmeti uygun görüp tercih edildiğinde memnuniyet artacaktır. Katılım payının devlet hastanelerinde farklı, özel hastanelerde farklı olması da, tıp merkezlerinde hasta müracaatlarını etkilemektedir. Katılım paylarının eşitlenmesi daha uygun olacaktır.

Tıp merkezlerinin cerrahi branş bulundurma mecburiyeti olmasına rağmen, cerrahi müdahale listesi kısıtlıdır. Cerrahi müdahale listesi özellikle kadın doğum ve genel cerrahi branşlarında genişletilmelidir. Cerrahi müdahale listesi genişletildiğinde merkezlerde bu branşlar daha rantabl hale gelecektir.

3.2.1. SGK Protokolünde İyileştirmeler İçin Düşünce ve Öneriler

3.2.1.1. Fiyatlandırma

Şu an Ayaktan Teşhis ve Tedavi Yönetmeliğine göre hizmet veren sağlık hizmeti sunucuları, yataklı tedavi hizmeti veren sağlık hizmeti sunucularına göre uzman hekim muayenelerinde % 20 daha az faturalandırma yapmaktadır. Halbuki aynı hizmeti aynı ücretle faturalandırabilmeliyiz.

Fark ücreti % 30 sınırlaması tıp merkezlerinde uygulanmaktadır. Mevcut SUT fiyatları ve fark ücreti ile hizmetin sürdürülebilmesi mümkün değildir. Mevcut fark ve SUT fiyatları 5 yıldır aynı uygulanmaktadır. Bu süre içinde kurumlarımızın giderleri en az enflasyon oranında, yardımcı sağlık personeli giderleri enflasyon oranının iki katı arttı. Kurumlarımız aynı zamanda 2013 sonunda yeni ATT yönetmeliğine uyum sağlamak zorundadır fark ücreti tavan olan % 90'a çıkmalıdır.

Bütün özel sağlık sektörünün beklentisi SUT fiyatlarının makul ölçülere getirilmesidir. Sistemin sürdürülebilirliği açısından makul ölçü; günümüz şartlarına göre en az fiyatların % 20 iyileştirilmesi gerekmektedir.

Günübirlik dahili ve cerrahi yatışlarda müşahade, otelcilik hizmetleri ve kullanılan ilaçların pakete dahil olması tıp merkezlerini sıkıntıya sokmaktadır. Bu hizmetlerin paketin dışına çıkarılarak faturalandırılabilmesine imkân tanınmalıdır.

Kurumun tek taraflı olarak ücretlendirmede ve ödeme politikalarında değişikliğe gidebilmesi hükmü zeyilname şartına bağlanmalıdır.

3.2.1.2. Acil Haller

Acil polikliniklerde uygulanan paket ücretlendirme hakkaniyetli olmalıdır. Şu anki uygulamaya göre, yapılan işlemlerin (tahlil, tetkik, radyoloji, cerrahi müdahale, ilaç vb...) hiçbiri fatura edilememektedir. Acil hallerde verilen hizmetler hastanelerde olduğu gibi fatura edilmelidir.

3.2.1.3. Kan ve Kan Ürünleri ile Kan Uyuşmazlığı İlaçları

Hastalara verilen kan ve kan ürünlerine ait ücretlerin sağlık hizmeti sunucusu tarafından karşılanması bizleri mağdur etmektedir. Ayrıca Rh (kan uyumsuzluğu) uyusmalıklarında kullanılan ilaçların pakete dahil olması kurumları güç durumda bırakmaktadır.

Kan ve kan ürünleri ile Rh uyusmalıklarında kullanılan ilaçlar ayrıca fatura edilebilmeli ve paket dışına çıkartılmalıdır.

3.2.1.4. Cezalar

SGK'nın yükünün azaltılması için de fark ücreti sınırlandırması kaldırılmalı ya da kurum ayrımı yapılmamalıdır. Doğrusu ve hakkaniyetli olanı budur. Çünkü hastane olunca gelir kalemlerinizi zaten artırıyor. Bu durumda, hizmet verilen hasta sayısı ile kuruma yapılan ödemenin karşılaştırılması ile çok net görülecektir.

Belgelerin saklanması ve kuruma iletilmesi ile ilgili ceza 10.000 TL'den 20.000 TL'ye çıkarılmıştır, bu çok yüksek bir miktardır. Bu cezanın daha makul ve kabul edilebilir bir duruma getirilmesi gerekmektedir.

01/01/2012 tarihi itibarı ile herkes Genel Sağlık Sigortası kapsamına alınmış bulunmaktadır. Başkasının adına karne kullanımında kurum için cezai durum ve fiil oluşturmamalı, kullanan kişilere yaptırım uygulanması için düzenlemeler yapılmalıdır.

Birçok ceza maddesi gözden geçirilip yeniden düzenlenmelidir. Hizmet sunmak bu kadar ağır cezalara çarptırılmamalıdır. Sürdürülebilir olmanın önü hiçbir zaman kapatılmamalıdır.

3.2.1.5. Hekim Çalışması

Doktorların çalışma saatlerine göre poliklinik sayılarının düzenlenmesinde günlük çalışma saati yerine aylık çalışma saatinin esas alınması ile belirlenecek poliklinik sayısının oluşturulması. Bir hekim ortalama 1.300 hastaya poliklinik hizmeti verebilmelidir.

3.3. ECZACILIK

Sağlığın birçok bileşeni gibi ilaç sunumu da *toplam kalitede* etkin rol oynayan unsurlardan biridir. İlacın üretiminden hastaya sunumuna kadar sıhhatli bir zincir oluşturulması, sistemin kesintisiz yürütülmesi sağlık hizmetlerinin kalitesi açısından belirleyici rol oynamaktadır.

Halkımıza ilaç ve sağlık ürünlerinin en iyi şekilde sunulması eczacının uzman kimliğiyle sisteme katkıda bulunması ile mümkündür.

Önümüzdeki süreçte eczacıların sisteme özellikle ilaç danışmanlığı konusunda istenilen düzeyde katkı verebilmesi, bunun için de serbest eczanelerde eczacılık hizmetlerinin en verimli düzeyde yürütülebilmesi eczacılık sektörünün en önemli konusu olacaktır.

Hekime gitme sıklığının tüm dünya ölçeğinde arttığı, alzheimer, demans gibi hastalıkların yanı sıra kronik hastalıkların, kalp-damar hastalıklarının ve kanserin büyük bir hızla arttığı, ama aynı zamanda insan ömrünün uzadığı, insanlığın da yaşlandığı bir dünyada yaşıyoruz. Sağlık hizmetine duyulan ihtiyaç artıyor. Artan sağlık harcamaları tüm dünyada hükümetlerin ilaç bütçelerini kısıması eğilimini beraberinde getiriyor. Fakat ilaç harcaması için ayrılan kaynak, akılcı kullanılmıyor.

Bu noktada, ilaçların akılcı kullanımı, tedaviye uyum ve tedavi yönetimi konusunda kamu kaynaklarının ve daha da ötesi insan sağlığının korunması için, eczacılar daha etkin bir rol oynayabilir.

Ülkemizde hastalara ilaç sunumunun en önemli basamaklarından bir tanesi şüphesiz serbest eczanelerdir. Hastalar eczanelerden ilaç temininin yanı sıra ilaç ve sağlık ürünleri hakkında bilgi alabilmekte, eczacıların verdiği destekle “akılcı ilaç kullanımı” konusunda detaylı bilgi sahibi olabilmektedirler.

Bu doğrultuda eczacılar da mesleklerini idame ettirebilmeleri için değişen şartlara ayak uydurma yönünde sürekli kendilerini yenilemelidirler.

Sürekli meslek içi eğitim eczacıların gündelik hayatının bir parçası haline getirilmelidir. Sağlık hizmeti sunmanın verdiği sorumlulukla, eczaneler bireysel hastaların ihtiyaçlarına uygun olarak geliştirilmelidir.

Hiç şüphesiz hastanın ilaca güvenli ve kolay ulaşması için emek veren eczacıların çalışma şartlarının verimli olması genel tablonun olumlu etkilenmesine yol açacaktır.

2012 yılından itibaren uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı, halkımızın sağlığa ulaşımı açısından çok önemli ve başarılı gelişmeler sağlamıştır. Bununla birlikte bir-

çok sektöre olduğu gibi eczacılığa da kuvvetle tesir etmiştir. Dönüşümün nihai evresinde eczanelerin konumun nasıl olacağı konusundaki soru işaretleri eczacıları olumsuz etkilemektedir. Eczacılık mesleğinin geleceğine yönelik oluşan belirsizlikler, eczacıların mesleki kaygıları, hizmet alanlarında sıhhatle çalışmalarına engel olmaktadır.

Özellikle son dönemde gerçekleşen büyük fiyat düşüşleri ve kamu kurum iskonto artışları, sonrasında oluşan zararlar, azalan kârlılığa karşın artan işletme maliyetleri; kısaca belirginleşen ekonomik sorunlar, mesleğin icrasını büyük oranda olumsuz olarak etkilemektedir. Bu durumun düzeltilmesi ve eczacılık hizmetlerinin verimli şekilde yürütülebilmesi için yürürlükte olan serbest eczane sisteminin güçlenerek devam ettirilmesi gerekir.

6197 sayılı yasada yapılan değişiklikle eczanelerin nüfusa göre sınırlandırılması bu alanda atılmış en önemli adımların başında gelmektedir.

Buna mukabil oluşturdıkları katma değer için “eczacılara meslek hakkı” verilmesi, değişen şartlara uyum çerçevesinde birçok hizmeti birlikte yürütmek mecburiyetinde kalan eczacıların yaşadıkları ekonomik sorunların giderilmesi açısından en makul çözüm olacaktır. 2012 SGK sözleşmesi ile eczacıya işletme giderlerine katkı amaçlı reçete başı ödeme yapılmasının kararlaştırılmasını ileriye yönelik olumlu bir adım olarak değerlendiriyoruz. Ancak belirlenen oran, artan işletme maliyetlerini dikkate aldığımızda son derece yetersiz kalmaktadır.

İşletme maliyetlerinde en önemli kısmı personel maliyetleri oluşturmaktadır. Mevcut gelişmeler sonucunda eczanelerde oluşan iş yükü, elektronik sistemden kaynaklanan aksamlar, hatalar ve gecikmeleri de dikkate aldığımızda e-reçete uygulamasının devreye girmesine rağmen eczanelerde personel ihtiyacı azalmamakta kaliteli bir hizmet için eczanelerde daha fazla personele ihtiyaç duyulmaktadır.

Bu şartlar altında yasa ile zorunluluk haline gelen yardımcı eczacı çalıştırmak, sayılı eczaneler haricinde mümkün gözükmemektedir.

Ülkemizde ilacın neredeyse tamamının hastalara sunulduğu serbest eczanelerde eczacının ilaç ve sağlık ürünleri danışmanlığı hizmetinin verimli bir şekilde yürütülebilmesi için; eczacıların, eczanelerde artan reçete karşılama prosedürlerini ve iş yükünü karşılayacak düzeyde personel ve yardımcı eczacı çalıştırmalarına imkân verecek düzeyde yeterli ekonomik rahatlığa sahip olmaları gerekmektedir.

Buna ek olarak, çeşitlenen insani ihtiyaçlar ve hem geleneksel, hem de modern eczane ürünlerine ilişkin artan talep karşısında, eczacının bu talebi karşılayabilmesi, homeopatik, fitoterapötik, dermakozmetik ve medikal ürünlere sahip çıkabilmesi için, yasal düzenlemeler yanında eczacının eğitimi, alandaki eğitilmiş eleman ihtiyacının karşılanması da büyük önem taşıyor.

Eczacılık alanında bir an önce istihdam planlaması yapılması, fakülte ve eczane açılmasının sınırlandırılması ve diğer önlemlerle birlikte eczacıların gerçek sorumlusu oldukları ilacın var olduğu her yerde istihdam edilmesi gerekiyor.

3.3.1. Eczanelerin Yaşadıkları Sorunlar ve Çözüm Önerileri

Son yıllarda eczanelerdeki en önemli sorun yaşanan ekonomik kayıplardır. Sağlık harcamalarının baskılanması için eczanelere uygulanan yaptırımlar makul sınırları zorlamaktadır. İlaç harcamalarının düşürülmesi için uygulanan ilaç fiyat indirimleri ve kamu kurum iskonto artışlarından kaynaklanan eczane zararları karşılanmadığı gibi ilaç firmalarının ilaç alım şartlarını eczacının aleyhine değiştirmesiyle de eczaneler ayrıca kayıplar yaşamaktadırlar.

Eczanelerin yaşadığı ekonomik kayıpların ortadan kaldırılması için:

1. Eczacıya meslek hakkı verilmelidir.

Eczacılar, verdikleri ürün dışında, sundukları hizmetle oluşturdukları katma değer için de bir meslek hakkı verilmesi eczacıların yaşadıkları ekonomik sorunların giderilmesi açısından en makul çözüm olacaktır.

2012 SGK sözleşmesi ile eczacıya reçete başı ödeme yapılmasının kararlaştırılmasını ileriye yönelik olumlu bir adım olarak değerlendiriyoruz. Ancak yapılan reçete başı ödeme oranı çok düşük seviyede kalmıştır.

2. İlaç fiyat indirimi ve kamu kurum iskonto artışlarından kaynaklanan zararlar karşılanmalıdır.

Yaşanan ilaç fiyat indirimleri ve kamu kurum iskonto artışından kaynaklanan stok zararları devlet garantisi ile karşılanmalıdır.

4. Eşdeğer ilaç veren eczacı teşvik edilmelidir.

İlaç harcamalarının azaltılması ve yerli ilaç sanayinin gelişmesine katkı yapması bakımından yerli jenerik ilaçları tercih eden eczacılar teşvik edilmelidir.

5. Kamu kurum iskontosu nedeniyle oluşan taşıma zararı telafi edilmelidir.

Kamunun ilaç sanayisinden daha uygun fiyatlı ilaç alması ülkemiz açısından son derece olumlu bir gelişmedir. Ancak eczacı üretici fiyatı üzerinden almış olduğu iskontoyu perakende satış fiyatı üzerinden kuruma aktarmamalıdır.

Kamu kurum iskontosunda alternatif olarak uygulanabilecek yöntem, üreticinin sosyal güvenlik kurumuna yapmış olduğu kamu kurum indirimini eczacının da aynı *tutarda* kuruma yansıtmasıdır. Böylece eczacının taşıma yükü sırtından alınmış olur.

6. Eczacının Sosyal Güvenlik Kurumu'na yaptığı iskonto tamamen kaldırılmalıdır.

Cirosu belli seviyenin üzerinde olan eczaneler SGK'ya daha fazla iskonto yapmaktadırlar. Oysaki cirosu yüksek olan eczaneler bu seviyeye iyi işletmecilik uygulamaları ve ilave işletme maliyetleri ile ulaşmaktadır. Dolayısıyla cirosunun bir bedeli vardır. Zaten karşılığını vergi olarak ödemektedir. Ayrıca cezalandırılmamalıdır.

7. Reçeteye ilacın “etken madde” adı yazılmalıdır.

Bu uygulama eczacımıza da ülke ekonomimize de büyük katkı sağlayacaktır. Eczacının gereksiz ilaç stokunu düşürecek, sermayesini koruyacak, miadı dolan ilaç sayısında büyük azalma sağlayacaktır. ABD eşdeğer ilaca 1994 senesinde geçmiştir. Amaçları yılda 1 milyar dolar tasarruf sağlamaktır. Geline süreçte sadece 2008 yılı itibarı ile 121 milyar dolar gelir sağlamışlardır.

8. Eczacının danışmanlık rolü güçlendirilmeli, eczanelerdeki ürün çeşitliliği artırılmalı, ilaç ve ilaç dışı tüm sağlık ürünlerinin yalnızca eczanelerde, eczacı aracılığıyla halka ulaşımı sağlanmalıdır.

Geçmiş yıllarda eczanelerimiz ürün çeşitliliği konusunda bugünden daha zengindi. Zaman içinde veteriner ilaçları, bebek mamaları, ziraat ilaçları, Tarım Bakanlığı ruhsatlı vitaminler, beslenmeye yardımcı ürünler, büyük marketlerin açılmasıyla da anne ve bebek bakım ürünleri, ağız ve diş bakım ürünleri, kozmetik ürünler, ortopedik ve medikal ürünler eczane dışında satılmaya başladı. Bu alandaki kontrolsüz büyüme, eczane ekonomileri kadar halk sağlığını da tehdit eder boyutlara ulaşmıştır. Bu ürünlerin güvenilirliği ancak eczacının verdiği danışmanlık hizmeti ile sağlanabilir.

İlaç dışı ürünler; dermokozmetik ürünler ve besin takviyeleri, çocuk beslenmesi, fitoterapi, homeopati ürünleri, geleneksel ilaçlar, ortopedi ürünleri, medikal malzemeler-ürünler, veteriner ilaçları-pet ürünleri, kozmetik, vücut bakımı, saç bakımı, kilo kontrolü, ağız bakım ürünleri, çocuk hijyeni ürünleri, hastalıklara özel gıda ürünleri vb. şeklinde örnekendirilebilir.

Bugün bu ürünlerin tekrar eczaneye dönüşü ile birlikte daha fazla sayıda ilaç dışı ürünün eczaneler aracılığıyla halka ulaşımı sağlanmalıdır. Bu durum; eczane dışında satılan ürünlerin denetlenmesinin zorluğu, bitkisel ürünlerin tamamen zararsız gibi gösterilerek toplumun yanıltılması, ilaç-besin desteği etkileşimlerinin hasta sağlığını tehlikeye sokma riski göz önüne alındığında, kamu sağlığı için de büyük önem arz etmektedir.

Bu nedenlerle;

- Başta bitkisel droglar olmak üzere, bebek mamaları, ek gıdalar ve bebek ürünleri, hastalıklara özel beslenme ve diyet ürünleri, yara bakım ürünleri içerisinde etken madde olarak ilaç içeren ürünler gibi tıbbi ürünlerin tek satış noktası eczaneler olmalıdır.

- Veteriner ilaçları sadece veterinerlerde değil, yetkisiz petshoplarda bile satılmaktadır. Veteriner ilaçları başta olmak üzere tüm pet ürünlerinin de sadece eczacılar ve veterinerler aracılığıyla tüketiciye ulaşması sağlanmalıdır.
- Sağlıkla ilgili yayınların (kitap, dergi ve broşürlerin) eczaneler aracılığıyla halka ulaşması halkın bu konuda en güvenilir yayınlara ulaşmasını sağlayacaktır.

9. Reçeteli ya da reçetesiz olsun ilaçta reklama izin verilmemelidir.

İlaç pazarındaki genişleme, pazardan pay sahibi olmak isteyen grupların ilacın eczane dışında satışına yönelik beklentilerini artırmıştır. Zaman içinde, eczacı dışında özel ya da tüzel kişilerin de eczane sahibi olabileceği yönünde lobi faaliyetleri yürütülmeye başlandı. Bu yöndeki yanlış algılamaların, adımların ve taleplerin ortaya çıkması, eczacılık mesleğini ve güvenli ilaç sunumunu olumsuz etkileyecek sonuçlar doğurabilir.

“Eczacılık uzmanlık alanıdır. Ticari serbestlik bakımından değerlendirilemez.” Avrupa Adalet Divanı, Mayıs 2009’da verdiği kararla bu durumu teyit etmiştir.

Tıbbi ürünlerin gereksiz ve yanlış şekilde tüketilmesi insan sağlığını ciddi şekilde tehdit edebilecek sonuçlar doğuracaktır. Toplum sağlığını korumak ve geliştirmek adına tıbbi ürünlerin, tam olarak mesleki bağımsızlığa sahip eczacılar tarafından sağlanması gerekmektedir.

Eczacı; kimyasal ve bitkisel hammadde içeren tüm preparatların, etkileri, yan etkileri, içeriği ve etkileşimleri konusunda ülkemizde eğitim alan tek meslek grubudur.

Eczacıların aksine diğerleri, eczacıların sahip olduğu eğitim, deneyim ve sorumluluktan yoksun durumdadırlar. Buna bağlı olarak eczacıların sağlamış olduğu güvencelerin aynı-sını sağlayamazlar.

Bu bağlamda karar metninde, “Toplum sağlığını korumak ve geliştirmek adına üye ülkelere verilen yetkiye dayanarak bu ülkeler, tıbbi ürünlerin, tam olarak mesleki bağımsızlığa sahip eczacılar tarafından sağlanması şartını koyabilirler,” denilmektedir.

(Kaynak: <http://www.turkiyeavrupavakfi.org/index.php/genel-haberler/1839-ilac-satisi.html>)

3.4. DIŞ HEKİMLİĞİ SEKTÖRÜNÜN SORUNLARI, ÇÖZÜM ÖNERİLERİ VE SOSYAL GÜVENLİK KURUMU UYUMU

3.4.1. Genel Değerlendirme

Sağlık Bakanlığı'nın son yıllarda yaptığı reform niteliğindeki yenilikler hastalara genel sağlık hizmetlerini özel sağlık kuruluşlarından alma hakkını sunarken ağız ve diş sağlığı hizmetlerine bu gelişmeler henüz yansıtılmamıştır.

Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde kamu-özel işbirliğinin temel mantığı; koruyucu, önleyici ve acil diş hekimliği hizmetlerini esas alır. Ağız ve diş sağlığı; vücut sağlığının bölünmez bir parçasıdır. Gerek kişinin sosyal özgüvenin pekiştirilmesindeki, gerekse ileride oluşabilecek pek çok sistemik hastalığın önbelirtilerinin tespit edilip rahatsızlığının giderilmesinde ağız ve diş sağlığının önemi, tüm sağlık bilimciler tarafından paylaşılmaktadır.

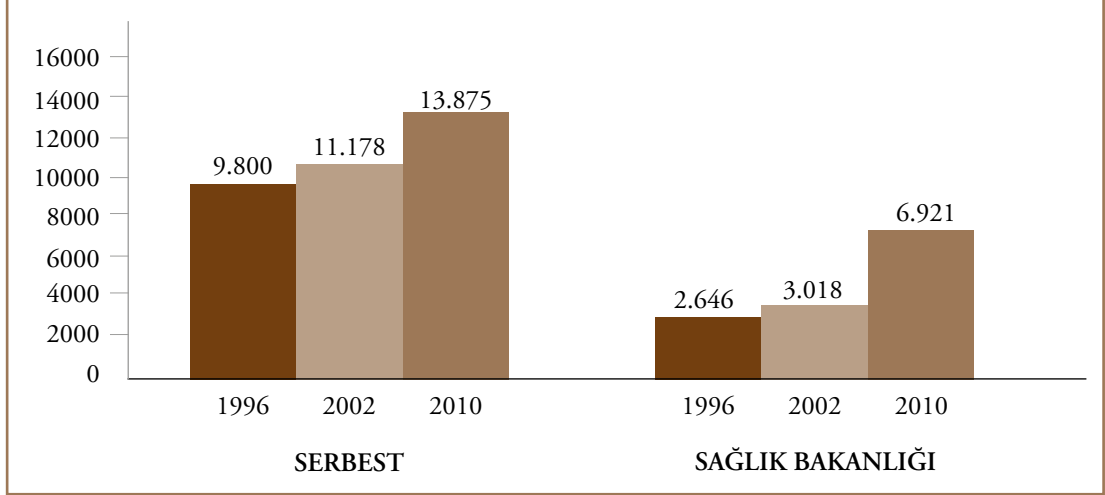
Mevcut ağız ve diş sağlığı merkezleri, poliklinikler ve 13.000 muayenehanenin dışarıda bırakılmasının oluşturduğu; insan ve kaynak israfı da madalyonun diğer bir yüzüdür. Bunlar sisteme dahil edildiğinde sinerji oluşturularak hızlı ve çözüm odaklı bir mesafe kat edilecektir.

2010 verilerine göre Türkiye'de diş hekimi sayısı 23.144'tür. Kamuda ise 9.322 diş hekimi çalışmaktadır.

Serbest çalışan diş hekimi sayısı 13.822'dir. 2004 yılında sadece kamuda çalışan diş hekimi oranı % 15, serbest çalışan diş hekimi oranı % 66, kamu+serbest çalışan diş hekimi oranı % 19 iken; 2010 yılında bu oranlar kamuda % 37'ye yükselmiş, serbest çalışan diş hekimi oranı % 59'a düşmüş, kamu+serbest çalışan diş hekimi oranı % 4 olmuştur.

Ağız ve Diş Sağlığı Daire Başkanlığı'ndaki temsil derecesi Sağlık Bakanlığı'nda Genel Müdürlük konumuna getirilmeli ve ağız ve diş sağlığı hizmetleri SGK kapsamında verilmelidir.

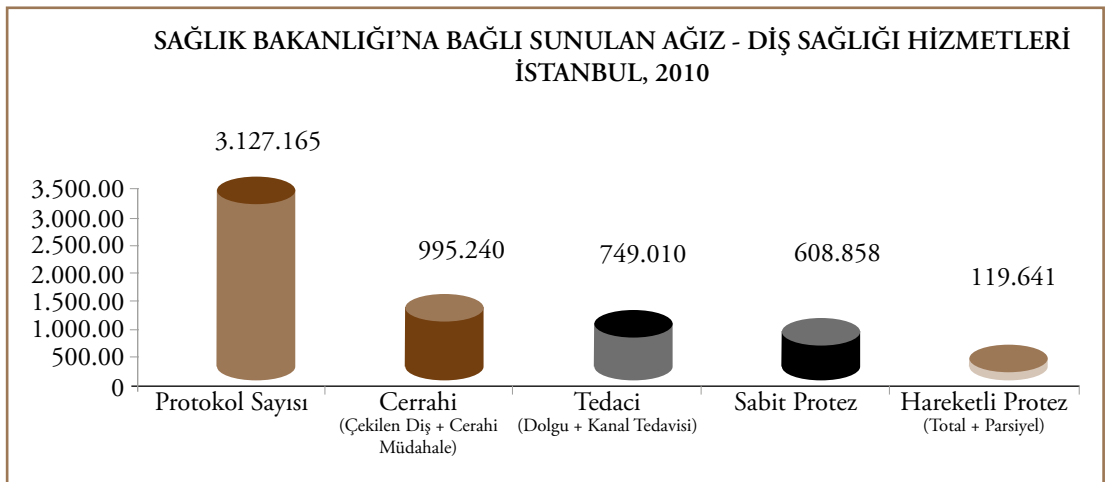
Diş hekimliği dağılımındaki ihtiyaç dikkate alınarak planlama yapılmalı, dengesiz dağılım giderilmelidir.

Grafik 1. 1996-2010 Yılları Arası Diş Hekimi Dağılımı


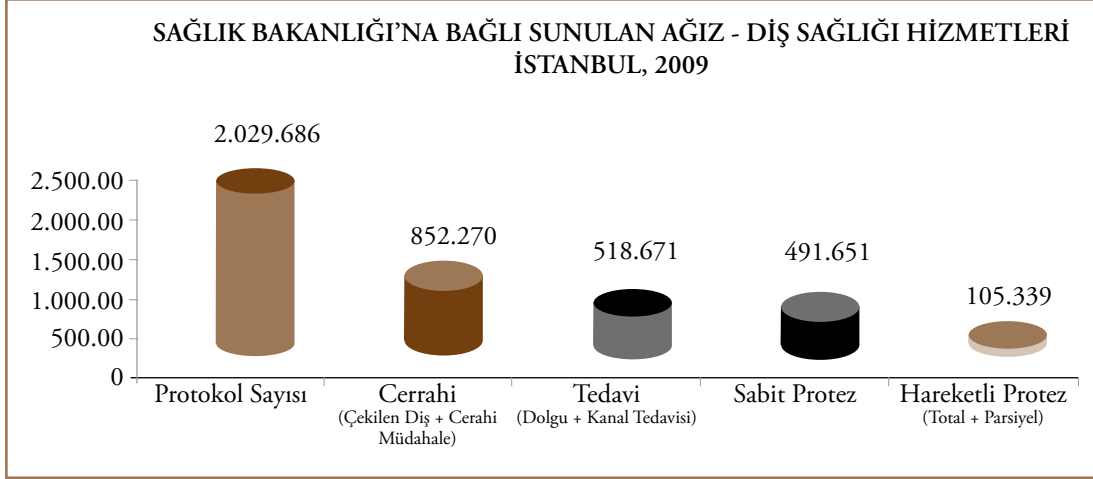
Kaynak: http://www.tdb.org.tr/tdb/v2/yayinlar/Egitim_Dizisi/egitimdizisi_16.pdf

Devlet tarafından açılan her bir ADSM'nin maliyeti göz önünde bulundurulmalıdır. 2003 yılında sayısı 14 olan ADSM'nin adedi 2011 yılına gelindiğinde 123 olmakla birlikte, ek birimlerle 150'ye yükselmiştir. Ayrıca devlete ait 5 adet diş hastanesi mevcuttur.

İstanbul Sağlık Müdürlüğü'nün aşağıdaki kamu kurumlarında yapılan tedavilerin niteliğini göstermesi açısından oldukça can alıcıdır. Diş çekimi sayısındaki fazlalık, mevcut durumun neden değiştirilmesi gerektiğinin en basit izahlarından birisidir.

Grafik 2. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri


(*) Ağız ve Diş Sağlığı Şubesinden alınan verilerdir. 31.12.2010 tarihi itibarıyla olan verilerdir.

Grafik 3. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri

(*) Ağız ve Diş Sağlığı Şubesinden alınan verilerdir. 31.12.2010 tarihi itibarıyla olan verilerdir.

Sağlık hizmetlerine vatandaşın erişimini kolaylaştırmak ve arttırmak için kamunun özel sektörden hizmet alımına gitmesi doğru bir uygulama olmuştur. Aynı yaklaşımın ağız ve diş sağlığı hizmetleri konusunda da gösterilmesi gerekmektedir. “Vatandaşın ayağına hizmeti götürme” anlayışı ile birebir örtüşen, ülke kaynaklarının verimli kullanımını sağlayan, yeni yatırım maliyeti gerektirmeyen, devlete istihdam yükü oluşturmayacak ve atıl kapasite duran özel diş tedavi hizmeti sunan kişi ve kurumlar ile çalışmak ülke ekonomisine kazandıracaktır.

KHK/663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname’nin 68. maddesine göre “Asgari Ücret Tarifesi” Rehber Tarife şekline dönüştürülmüş ve ağız ve diş sağlığı hizmet alımı için SGK’lı hastaların özele sevsiz gidebilmesini kolaylaştıran önemli bir adım atılmıştır.

Diş tedavileri ancak genel anestezi ile mümkün olan zihinsel engellilerin tedavisini yapabileceği içerisinde ameliyathanesi bulunan sağlık kuruluşu sayısı arttırılmalıdır. Engelli diş tedavi hizmetinde sevk zorunluluğu kaldırılmalıdır.

SUT fiyatları + % 70 üzerinden anlaşmanın mümkün olan en kısa sürede gerçekleştirilmesi mevcut durumu biraz olsun rahatlatacak ve SGK ile anlaşma, sorunların aşılmasında ilk adım olacaktır.

Pek çok Avrupa ülkesinde hasta ve hekim kotası olmayan diş tedavi hizmetlerini devlet karşılayamamaktadır. Ülkelerindeki diş tedavi hizmetlerinden yararlanamayan pek çok Avrupalı hasta diş tedavisi hizmeti almak için Türkiye’yi tercih etmektedir. Bu ülkelerdeki sigorta sistemleri incelenerek nerede hata yaptıkları belirlenip ona uygun bir sistem

geliştirilerek tüm Avrupa dental sağlık turizmi kapsamında Türkiye, talep edilen bir ülke konumuna getirilebilir.

0-12 yaş ağız ve diş sağlığı hizmetleri, başta koruyucu ve önleyici tedaviler olmak üzere özelden, ücretsiz ve kotasız hizmet alınabilir. Bu hizmet, gelecek nesillerin ağız ve diş sağlığı kalite düzeyini yükseltecek ve devletin diş sağlığı için ayıracağı bütçeyi azaltacaktır. 60 yaş ve üstü tüm vatandaşlarımızın diş tedavi ücretlerinin tümü SGK tarafından karşılanabilir. Bu vatandaşlarımız herhangi bir sosyal sigorta sistemine dahil olmasa da ağız ve diş sağlığı hizmetini bedelsiz almalıdır. Bu, onlara toplumun bir borcudur.

Oda seçimlerinde alınan oy oranlarına göre nispi temsil yöntemi getirilmesi uygun olacaktır.

Diş hekimliği eğitimi yıllık krediler halinde süreklilik oluşturacak şekilde mecbur tutulmalı ve böylece diş hekimlerinin bilgilerinin taze kalması sağlanmalıdır.

Kamuda ve üniversitelerde görev yapan diş hekimlerinin özlük hakları, performans uygulama puanları ve yoğun çalışma şartlarının getirdiği sorunlara çözümler üretilmelidir. Süreç içerisinde günlük tedavisi gereken hasta sayısı, tedavilerin minimum gerektirdiği reel süreler düşünülerek ayarlanmalıdır. Hasta tedavi süreleri makul sürelerle getirilmeli, kamudaki meslektaşlarımızın yardımcı personel ile çalışması sağlanabilmelidir.

3.4.2. SGK Kapsamında Ağız ve Diş Sağlığı Hizmet Sunumu Nasıl Olmalıdır?

3.4.2.1. Hizmet Şartları

Sağlık Bakanlığı'na ruhsatlanmış tüm sağlık kuruluşları ile sözleşme yapılabilmelidir. Özel hastane, tıp merkezi, poliklinik, muayenehane kapsam içinde değerlendirilmelidir. Bir defaya mahsus olmak üzere hasta T.C. kimlik kartıyla herhangi bir kamuya ait ADSM'ye giderek ağzının mevcut durum tespitini, dijital panoramik röntgenle yaptırmalıdır. Bu şekilde önceden yapılmış olan tedavilerin, olası suiistimalleri de engellenmiş olacaktır.

Verileri gönderebilecek teknolojik ortam özel kurum/kuruluşlar tarafından oluşturulmalıdır. Direk T.C. kimliği ile hasta kabulü sağlanmalıdır. Hasta kimliği ile gelir, hekim internet üzerinden bakanlık sitesine kendi üye numarası ile giriş yapar, hasta geçmişini görür, tedaviler ona göre yapılır.

ADSM'lerde dijital ortamla tespit edilen hastanın ağız içi durumu Medula aracılığıyla SGK'ya gönderilmeli, (SGK'nın dijital depolama kapasitesi müsaitse) bu mümkün olmaz ise, CD şeklinde hastaya verilerek, özel kurum/kuruluş içerisinde örneklemeye düşen has-

tararın belgelerinin teslim edilebilmesi için, saklanabileceğı altyapı oluşturulmalıdır. Bu husus denetim için çok önemlidir.

Örnekleme için özel kurum/kuruluşta Medula sitemiyle SGK'ya gönderilecek bir ağız içi şablonu bulunmalıdır. Bu şablonda bulunması gerekenler; Ağız içi mevcut durum şeması, yapılması gereken tedaviler, tedavi sonrası şemasıdır. Bu şemaların üzerine bilgi girilme işlemi dijital olarak yapılabilmelidir.

Hekimler özel kurum/kuruluşta otomasyon programında hasta bilgileri içerisinde bu şablonu saklayabilmelidir. Ve mutlaka doğru dişe doğru işlemi işaretlemeli, yanlışlığının tespiti durumunda cezai müeyyide uygulanarak dikkatli olunması sağlanmalıdır. Ülkemizin dişle ilgili verilerinin doğru depolanması açısından önemli bir husustur.

3.4.2.2. Hastalara Uygulanacak Tedavi Kapsamı

Ülkemizin diş sağlığındaki verilerinden kaynaklanan durum göz önüne alınarak, hem acil tedaviler hem de koruyucu diş hekimliği hizmetinin bir arada verilmesi sağlanmalı, ileriye dönük ağız ve diş sağlığındaki iyileştirmeye katkıda bulunacak tedaviler öncelikli olarak ele alınmalıdır.

3.4.2.3. Ödeme Şartları

Estetik maksatla yapılan Veneer Kuronlar ödenmeyebilir.

Kapsam dışı işlemlerin çokluğu sebebiyle, diş tedavilerinde fark sınırlamaları olmamalıdır. Hastaların tedavi hizmetlerinden yararlanabilmeleri için 6 ayda bir diş hekimi kontrolünden geçmesi gerekmektedir.

Yapılan işlem bedeli kuruma fatura edildikten 45 gün sonra ödenmelidir. İtiraz edilen işlemlerle ilgili o işlemin bedeli itiraz sonuçlanıncaya kadar bekletilebilir.

Dolgularda 3 yıl aynı dişe ödeme yapılmamalıdır.

Protezlerde 5 yıl ödeme yapılmamalıdır.

Fissür örtücü de 1 yıl ödeme yapılmamalıdır.

Yer tutucuda 1 yıl ödeme yapılmamalıdır.

Kanal tedavisinde 2 yıl ödeme yapılmamalıdır. Aynı dişe ikiden fazla yapılan kanal tedavisi ödenmemelidir.

3.4.2.4. Denetim Şartları

Denetim, diğerk özel kurum/kuruluşlarında olduğı gibi örnekleme yöntemiyle yapılabilir. İşlemlerin doğru girilmesi için caydırıcı müeyyideler konulabilir.

Tedavi olan hasta başka bir özel kurum/kuruluşa gittiğinde aynı dişe işlem yapılmamalıdır. Yanlış tedavi giren hekimlere cezai müeyyide para cezası şeklinde uygulanabilir.

Özel sektör için düşünülen tüm kontrol mekanizmaları ve istenen standartlar, kamudaki ADSM'ler için de geçerli olmalıdır.

Ağız ve diş hastalıkları büyük oranda önlenabilir hastalıklar olduğu için, öncelik koruyucu amaçlı tedavi kalemlerine verilmeli ve mutlaka hastadan tedavi katılım payı alınmalıdır. Bu her açıdan suiistimallerin önüne geçecek bir uygulamadır. AB ülkelerinde ve gelişmiş ülkelerde de aynı yaklaşım söz konusudur.

Sonuç Olarak

Mevcut durum ortadır ve acilen çözüme kavuşması beklenmektedir. Uygulanacak sistem; takip edilecek esaslar, ilgili finansal planlamalar ve diğer tüm ayrıntılar, konunun tarafları arasında, empati, asıl amacın “halka hizmet Hakka hizmettir” düsturıyla hareket ve “hakkaniyet” esasına dayalı bir sistem ile çok kolaylıkla kurulabilir. Kurulan bu sistemle, insanlarımızın ağız ve diş sağlığı sorunları çözüme kavuşur, hem ülke kaynaklarının fuzuli israfının önüne geçmiş olunur ve hem de konunun çalışanları düşünüldüğünde elli bine yakın ilave istihdam oluşturulur.

3.4.3. Poliklinik ve Tıp Merkezlerine İlişkin Sorun ve Çözüm Önerileri

Ağız ve Diş Sağlığı Yönetmeliği Madde 11’de merkezler için bir adet hemşire isteği vardır. Bu kavram hemşire, sağlık memuru, acil tıp teknisyeni, laborant, biyokimya teknikeri olarak değiştirilmelidir.

Ağız ve diş sağlığı poliklinik, merkez ve muayenehanelerde bir yıldan uzun süredir istihdam edilen yardımcı personelin, Sağlık Bakanlığı’nın yayınladığı genelgede ağız ve diş teknikeri programına katılabilmesi için lise mezunu olma şartı aranmaktadır. Bu şartın bir defalık da olsa ilk ve orta öğrenim mezuniyetiyle yeterli olması, mevcut yerlerde çalışan ilk ve ortaokul mezunu personel sayısı dikkate alındığında ne kadar önemli olduğu anlaşılmaktadır.

Gece nöbetlerinde mesul müdür onayı ile diş hekimi çalıştırılmalı personel çalışma belgesi düzenlenerek nöbetler tutulmalıdır (Ayaktan Teşhis, Tedavi ve Özel Hastaneler Yönetmeliğinde vardır).

Birden fazla yerde özel sağlık kuruluşuna diş hekimi ortak olabilmelidir (A1-c maddesine eklenebilir). Ortaklık yapısı ile ilgili olarak tıp doktoru da konulabilir ifadesi eklenebilir.

Merkez ve poliklinik şubeleşmesinde ayrıma gidilmemelidir (Merkez poliklinik açabilmeli, poliklinik de merkez açabilmelidir).

Kapatma cezaları tıbbi müdahaleler haricinde olmamalıdır.

3.4.4. Dental Malzemeler ile İlgili Sorunlar ve Çözüm Önerileri

Dental sektörde halihazırda kullanılan Türkçe prospektüsü bulunmayan dental malzeme ve ilaçlar mevcut. Yurtdışından ithal edilen dental sağlık ürünlerinin girişler yeterince denetlenmemektedir. Özellikle bizim sektörümüzde malzemenin hizmetin kalitesini doğrudan etkilediğini göz önünde bulundurarak gerekli düzenlemelerin gündeme alınması gerekmektedir.

Röntgen cihazları için alınan TAEK Belgesinin ruhsatlandırma fiyatları çok yüksek, makul bir seviyeye indirilmelidir.

Sektörün düzenlenmesi ve ihtiyaçların giderilmesi için “Diş Malzemeleri Üreticileri ve Diş Depoları Odası” adı altında bir meslek kuruluşuna gereksinim bulunmaktadır. Bu konuda ilgili yasanın çıkarılması için gerekli düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.

Diş hekimliği ve diş teknisyenliğinde kullanılan cihaz ve malzemenin % 95’i ithal edilmektedir. Bu ürünlerin bir kısmı Güney Amerika ve Uzakdoğu gibi çok primitif koşullarda üretilerek ülkemize ithal edilmekte ve ihale yasasındaki boşluklar nedeniyle çok ucuz fiyatlara devletimize satılmaktadır. Bu tür malzemelerin ihalelerinde ve tedarik sürecinde bir meslek odasının kuruluş kanunu ile bu odaya gerekli yetkiler verilmelidir.

Anti damping uygulaması ile yerli üretici korunmalı ve ihalelerde % 15 Başbakanlık genelgesi uygulanmalıdır.

Teknik servis hizmeti veren firmaların TSE hizmet yeterlilik belgesine sahip olmaları ve servis hizmeti alacak kurumların hizmet alımı sırasında mutlaka bu belgeye sahip firmalarla çalışmaları gerekmektedir.

KDV, sağlık hizmetlerinde % 8’den % 1’e indirilmelidir.

Ağız ve diş sağlığı sektöründe diş malzemelerine ilişkin çeşitli KDV oranları bulunmaktadır. Kullanılan malzemelerin tamamında % 8’lik KDV oranının uygulanması olumlu neticeler verecektir.

Diş hekimliği sektöründe yerli üretim yapan firmalar hammaddelerine ve tedarikçiden temin ettiği ürünlerde % 18 KDV ödemekte fakat bu ürünleri mamul halde satarken %

8 KDV tahakkuk ettirmektedir. Aradaki bu % 10'luk fark için ilgili bakanlıklarımızdan çözüm beklemekteyiz.

Anestezi malzemelerinin dış depoları tarafından satılmasını engelleyen genelgenin iptal edilmesi gerekmektedir.

Her ne kadar bazı üniversitelerimizde “Medikal Cihaz Teknisyeni” yetiştirmek üzere meslek yüksek okulları var ise de ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde kullanılan cihazların teknik servisleri müfredatlarında bulunmamaktadır. “Medikal Cihaz Teknisyeni” gibi “Dental Cihaz Teknisyeni” için de en azından bir üniversitenin meslek yüksekokulunda gerekli çalışmaları yapılması yurtdışından getirilen kıymetli cihazların daha uzun ve verimli kullanılabilmesini sağlayacaktır.

3.4.5. Dış Ticaret Müsteşarlığı ile İlgili Çözüm Önerileri

Sağlık turizmi kapsamında yeni pazarlara daha kolay açılmak için yurtdışında sağlık kuruluşlarının bir temsilcilik ofisi ya da kliniğinin bulunması kaliteli hizmet devamlılığının sağlanması için bir zorunluluk olduğu fark edilmiştir.

Ülkemiz adına sağlık turizmi kapsamında devlet teşviki ile Avrupa ülkelerine yakın konumumuzu fırsat haline getirmek istiyoruz. *2005/4 Sayılı Yurt Dışında Ofis-Mağaza Açma, İşletme ve Marka Tanıtım Faaliyetlerinin Desteklenmesi Hakkında Tebliğ'de gerekli düzenlemelerin yapılarak, adı geçen tebliğde sağlık yatırım teşvikleri için devlet desteklerinden yararlanabilecek sektörler arasına sağlık sektörünün de alınması gerekmektedir.*

Türkiye'nin sağlık sektörü çok iyi tanıtıldığında, sağlık hizmetine ilaveten, turizm imkânları paketler halinde sunulduğunda, Devletin de yapıcı denetleyici ve geliştirici desteği arkasına alacak özel sektör yurtdışında etkin sigorta firmalarıyla çok sıkı ilişkiler kurduğunda, Türkiye, İstanbul ve birçok şehir marka şehirlerden biri olacaktır.

Tax free uygulamasının sağlık harcamalarında da gündeme alınması ve KDV vergisinin yurtdışından hizmet alımı için gelen hastalarımıza uygulanmamasının sağlanması gerekmektedir.

Özellikle yurtdışından hastaların tercih ettiği dental turizmi göz önünde bulundurarak *Turquality'nin yurtdışı yatırımlarına destek verdiği sektörler arasına sağlık sektörünün de eklenmesi gerekmektedir.*

3.5. TIBBİ CİHAZ SEKTÖRÜ

3.5.1. Genel Bakış

Tıbbi cihaz sektörü; özellikle gelişmiş ülkelerde nüfusun hızla yaşlanması ve II. Dünya Savaşı sonrasında uygulamaya konulan sosyal devlet anlayışını önemli ölçüde güçlendiren Keynesyen ekonomi politikalarının bir sonucu olarak 20. yüzyılın ortalarından itibaren hızla büyümüştür. Sosyal devlet anlayışı çerçevesinde biçimlenen ve sağlık hizmetlerinden tüm kesimlerin eşit oranda yararlanması için tasarlanan sağlık politikaları, sektörün gelişmesinde önemli rol oynamıştır.

Yine aynı dönemde gözlemlenen teknolojik gelişmeye dayalı hızlı büyüme, tıbbi cihaz sektöründe disiplinler arası teknolojik bilgi birikimini artırmış ve geliştirilen tanı ve tedavi cihazlarında önceki dönemlere kıyasla teknoloji yoğun bir üretim sürecinin ortaya çıkmasına sebep olmuştur. Teknolojik yeniliklerin tıbbi cihazlara adaptasyonu ile tıbbi cihaz sektöründe söz konusu teknolojilere sahip gelişmiş ülkeler lehine tekelleşme yaratmıştır. Gelişmiş ülkelerde tıbbi cihaz üretimi ve bu konuda yapılacak Ar-Ge çalışmaları devletlerin milli politikası haline getirilmiştir. Üniversiteler tıbbi cihaz teknolojilerinin icat edilmesinde adeta birbirleriyle yarış içinde olmuşlardır.

Bu çerçevede, Türkiye gibi çevre ülkelere tıbbi cihaz sektörü için biçilen rol düşük teknolojiye dayalı sarf malzeme üretimi ile sınırlı kalmıştır. Tıbbi cihaz sektörünün disiplinlerarası yapısı, yani üretim sürecinin çok farklı bilim dallarının bir araya gelmesi sonucu ortaya çıkan bilgi birikimi tarafından yönlendirilmesi, çevre ülkelerin sözkonusu sektörde söz sahibi olmasını önemli ölçüde engellemektedir. Ancak, son yıllarda bazı Uzakdoğu ülkeleri Çin, G. Kore ve Hindistan gibi ülkeler bahse konu çok disiplinli teknolojik gelişmişlik düzeylerine ulaşmış ve emek yoğun süreçinde teknoloji yoğun üretim sürecine geçebilmişlerdir.

Ne yazık ki Türkiye bu süreçte bu ülkelere kıyasla beklenen atılımı gerçekleştirilememiş ve bu durumun bir sonucu olarak ileri teknolojiye dayalı tıbbi cihaz sektöründe dünya pazarlarında rekabet edebilecek ürünler geliştirilememiştir. Sağlıkta ileri teknolojileri kullanmayı prensip edinen Türkiye, çözüm yolunu ithal ürünleri tercih ederek tıptaki gelişmeleri takip etmekte bulmuştur.

3.5.2. Dünyada ve Avrupa'da Tıbbi Cihaz Sektörü

2006 yılı verilerine göre tüm dünyada tıbbi cihaz sektörünün büyüklüğü 220 milyar dolar olarak gerçekleşmiştir (WHO). Bir önceki yılın verileri ile karşılaştırıldığında, sağlık harcamalarında % 16'lık bir büyüme gözlemlenmektedir. 5 yıl içinde bu rakamın 240 milyar

dolar civarında gerçekleşeceği tahmin edilmektedir. Dünya tıbbi cihaz üretiminde Amerika Birleşik Devletleri (ABD) % 38-43'lük pay ile diğer birçok alanda olduğu gibi lider konumunu muhafaza etmektedir. Avrupa Birliği ülkeleri % 30-34'lük pay ile tıbbi cihaz üretiminde ikinci sırada yer almaktadır. Avrupa'yı Japonya takip etmektedir.

Avrupa pazarındaki en önemli aktör Almanya'dır. Almanya'yı; Fransa, İtalya ve İngiltere takip etmektedir. Almanya ve Fransa, AB tıbbi cihazlar sektörünün yaklaşık % 50'sini ellerinde tutmaktadır. 2004 yılında Birliğe üye olan 10 ülke, tıbbi cihaz üretiminde Avrupa pazarının % 3,5'ine sahiptir. Bu 10 ülke arasında Polonya, Çek Cumhuriyeti ve Macaristan öne çıkmaktadır. Tıbbi cihaz sektörü AB sanayisinde % 1,1'lik toplam pay ile önemli bir yere sahiptir.

25 AB ülkesinde istihdamın % 1,2'sini bu sektör sağlamaktadır. Ancak sektörün AB sanayisindeki yerini gösteren bu veriler, ileri teknoloji kimyasal ve biyo-kimya ürünleri ile farmasötik müstahzarları kapsamamaktadır. Bu eksikliğin nedeni dünya çapında ve AB çapında standartlaşmış bir veri toplama sistemi bulunmamasıdır. AB'de tıbbi cihazlar sektörü en çok katma değer yaratan sektörler arasında yer almaktadır.

3.5.3. Rakamlarla Türkiye'de Tıbbi Cihaz Sektörü

Tüm önemine rağmen tıbbi cihaz sektörü hakkında güvenilir verilere dayanan bir çalışma bulunmamaktadır. Elimizde bulunan tek veri "Tıbbi Aletler, Hassas ve Optik Aletler ile Saat İmalatı" başlığı altında TÜİK tarafından sağlanan verilerdir. Bu verilerden yola çıkılarak hazırlanan ve Mayıs 2008 tarihinde yayımlanan Türkiye Sanayine Sektörel Bakış isimli çalışmanın "Tıbbi Aletler, Hassas ve Optik Aletler ile Saat İmalatı" başlıklı bölümü büyüklük noktasında bize ipucu verebilecek tek çalışmadır. Bu çalışmaya göre ilgili başlık çerçevesinde 2007 yılı itibariyle 3,4 milyar dolarlık dış alıma karşın, yaklaşık 350 milyon dolarlık dışsatım gerçekleştirilmiştir. Yine aynı kaynakta, özel kesimde tıbbi araç ve gereçler, ölçme, kontrol, test seyrüsefer ve benzeri amaçlı alet ve cihazların sektörünün bu alt başlığın % 94'ünü oluşturduğu belirtilmektedir. Söz konusu alt başlığın toplam dış ticaret hacmi 3,75 milyar dolar olarak alındığında, basit bir hesaplama tıbbi cihaz sektörünün dış ticaret hacminin 3,5 milyar dolar civarında olduğu söylenebilir. Oranlar sabit tutulduğunda dışsatımın dışalım karşılama oranı ancak % 10 seviyesindedir.

Tıbbi cihaz sektörünün ülkemiz açısından büyüklüğünü kestirme çalışmasının son hamlesi olarak yurtiçi pazar için üretilen tıbbi cihazların dolar cinsinden tahmin edip toplam dış ticaret eklememiz gerekmektedir. Ancak elimizde bu konuda hiçbir veri bulunmaması dolayısıyla, bilimsel olarak bir veri niteliğinde olmayan çalışma uyarınca, toplam tıbbi cihaz üretiminin % 35'inin yurtdışı pazarlara satıldığı tahmin edilmektedir. Ortaya çıkan tek bilinmeyenli denklemi çözdüğümüzde tıbbi cihaz sektöründe toplam yerli üretimin 1 milyar dolar sınırında olduğu tahmin edilebilir.

Yukarıda yapmış olduğumuz hesaplardan yola çıkarak, 4,05 milyar dolarlık yurtiçi tıbbi cihaz sektörünün ancak % 19,11’lik bölümünün yerli üretimle karşılandığı sonucuna varabiliriz. Söz konusu oran ve ülkemizin hızla artan tıbbi cihaz ihtiyacı göz önüne alındığında yerli üretimin gelişmesi noktasında önemli bir potansiyel olduğu görülmektedir. Tıbbi cihaz üretimi alanında var olan bu potansiyelin geliştirilebilmesi için kısa vadede sektörün sorunları akılcı bir biçimde çözülmeli ve T.C. Sağlık Bakanlığı’nın öncülüğünde kısa, orta ve uzun vadeyi kapsayacak bir “Tıbbi Cihaz Üretim Stratejik Planı” ortaya konmalıdır.

Türkiye’de 2008 yılında tıbbi cihaz ithalatı 1.778 milyar dolar olarak gerçekleşmiştir. Bu tutarın toplam sağlık harcamalarına oranı % 6 kadardır. Rakamların geçen yıllara göre düşmüş olarak görülmesinde hassas ve optik aletlerin istatistiklerden çıkartıldığı verilerin sadece tıbbi cihazları kapsadığı dikkate alınmalıdır. Diğer bir düşüş sebebi de Sağlık Bakanlığı’nın başta özel hastane yatırımlarına planlama kapsamında sınırlama getirmiş olması ve kamu hastanelerinin tıbbi cihaz alımlarının yeniden şekillenmesi sürecindeki geçiş süreci gösterilebilir. Aynı yılda yerli tıbbi cihaz üretimi ise ithalatın % 16 oranında gerçekleşerek 284 milyon dolar tutarında gerçekleşmiştir.

3.5.4. Tıbbi Cihaz Sektörünün Sorunları ve Çözüm Önerileri

Tıbbi cihaz sektörünün gelişmesi ve ülkemizin jeopolitik konumunun sağladığı olanaklardan faydalanarak çevre ülkelerde hâkim konuma gelmesi için öncelikle iç pazarımızı diğer ülkelere örnek olacak bir biçimde düzenlememiz gerekmektedir. Mevzuattan ve piyasa koşullarından kaynaklanan sorunlar ve çözüm önerilerimiz aşağıda maddeler halinde özetlenmektedir. Tıbbi cihaz stratejik ürün olarak kabul edilmelidir.

Türkiye’de tıbbi cihaz üretimi ve buna bağlı olarak ihracatı hızla artmaktadır. Geliştirilecek yeni politikalarla birlikte yapılacak yeni yatırımlar ve üniversite-sanayi işbirliği ile tıbbi cihaz üretiminde Türkiye bölgenin üretim üssü haline gelebilir. Türkiye sağlık gibi önemli bir konuda ve sağlık harcamalarını düşürmek konusundaki hedefine ulaşmak için tıbbi cihaz üretimi konusunda olmazsa olmazları belirleyip “Tıbbi Cihaz Üretim Stratejik Planı”nı fiiliyata geçirmelidir. Aksi durumda tıbbi cihaz konusunu tümüyle uluslararası kartel firmalarına teslim ederek, sağlık harcamalarında tıbbi cihaz maliyetlerini kontrol edemez hale gelecektir.

3.5.4.1. Yerli Üretimin Desteklenmesi

Kamu ihale kanununda yer almasına rağmen kamunun satın alma süreçlerinde yerli üreticiler lehine % 15 avantajın uygulanmaması yerli üretimin gelişmesinin önünde ciddi bir engel teşkil etmektedir. Kamu alımlarında genelde fiyata endeksli ucuz ürünler tercih edildiğinden sektörde kalitesiz tıbbi cihazlara bir kayma vardır. Diğer birçok ülke kendi milli

ürünlerini tercih ederken, ülkemizde tıbbi cihaz alanında yerli ürünlerin desteklenmesi bir yana, doktorlar yerli ürünleri kullanmamak için defans yapmaktadırlar.

Yerli tıbbi cihaz üretimindeki standartlar gelişmiş ülkelerde olanların aynısıdır. Her üreticinin AB tıbbi haz direktifi kapsamındaki tüm belgelere sahip olması gerekir. Aksi durumda üretim yapamaz, yaptığı ürünleri sertifikalandıramaz, yurtiçine ve yurtdışına ürünlerini hiçbir şekilde satma şansı yoktur. Durum böyleyken yerli ürünlerin kullanımında neden defans yapıldığı anlaşılamamaktadır. Yerli ürünlere olan güvensizliklerin ortadan kaldırılması için üreticilerle birlikte sanayi odaları, ticaret odaları, Sanayi Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve sektörel sivil toplum kuruluşlarına büyük görev düşmektedir. Ayrıca, T.C. Sağlık ve Sanayi Bakanlıkları öncülüğünde üniversitelerle yatırımcıları birleştirecek stratejik bölgelerde “Tıbbi Cihaz Organize Sanayi Bölgeleri” kurulması için gerekli yasal düzenlemeler bir an önce hayata geçirilmelidir. Söz konusu bölgelerde yatırım yapacak girişimcilere vergi muafiyetleri ve düşük faizli kredi desteği sağlamalıdır. Bu yolla bölgeler arası kalkınmışlık farklarının giderilmesine de önemli bir katkı sağlanacaktır.

Türkiye ilaç ve tıbbi cihaz pazarında lider konumundaki uluslararası firmalar Türkiye’de üretime teşvik edilmeli ve üretim için zorlanmalıdır.

3.5.4.2. Geri Ödeme (Tahsilat) Sorununun Çözülmesi

Tıbbi cihaz sektöründe tahsilat sorunu kangren halini almıştır. Bu sorunun ivedilikle çözülememesi üretici, distribütör ve bayi bazında yerli firmaların piyasadan çekilmesi ile sonuçlanacak olumsuzluklara sebebiyet vermektedir. Keza, söz konusu sorun sebebiyle sektörde faaliyet gösteren birçok firma ya iflasla karşı karşıya kalmakta ya da yatırımlarını tıbbi cihaz sektörünün dışında başka alanlara yönlendirmek zorunda kalmaktadır.

Mevcut durumda üniversite hastanelerine ihale yolu ile satılan tıbbi cihaz bedellerinin ödenmesinde 12 ila 24 ayı geçen süreler yaşanırken, devlet hastanelerinde ödeme süresi 6 aya kadar düşmektedir. Geciken ödemeler sonucu üretici, ithalatçı ya da bayilerin zararlarını karşılayacak hiçbir mekanizma bulunmamaktadır. Firmalar mal veya hizmet bedeli olarak kesmiş oldukları katma değer vergilerini peşinen ödemekte, ancak alacaklarını çok sonra tahsil edebilmektedirler. Döviz kurlarındaki artışların sonucunda satışlardan zarar etmek de söz konusu olabilmektedir. Bu noktada, öncelikle Sağlık Bakanlığı ile Maliye Bakanlığı arasında yapılacak bir anlaşma ile devletin KDV alacaklarının devletin firmalara olan borçlarından mahsup edilebilmesinin önünü açacak gerekli yasal düzenlemeler uygulanabilir duruma getirilmelidir.

Ulusal mevzuatın Avrupa Birliği “Geç Ödemeler Direktifi” çerçevesinde yeniden düzenlenmesi ile gecikme faizi oranlarının belirlenmesi ve bu mevzuatın uygulama aşamasının sıkı bir biçimde denetlenmesi gerekmektedir. Nasıl ki devlet kendi alacaklarının günü geçtiği zaman mevzuatta belirtilen vade farklarını işletmekte ise, devletin de firmalara olan borçla-

rını zamanında ödemediği takdirde vade farklarını reel oranlarda ödemesi gerekmektedir. Tahsilat sorununun çözülememesinin önündeki en büyük engellerden biri de Muhasebat Genel Müdürlüğü tarafından yayımlanan “Nakit Sıkıntısı Bulunan Döner Sermaye Saymanlıklarında Ödemelerde Öncelik Sırası” konulu genelgedir. İlgili genelge uyarınca, bazı mal ve hizmet alanlarına öncelik verilmesi gibi haksız bir içtihat ortaya çıkmıştır. Söz konusu genelgenin yeniden düzenlenerek, ödemeler konusunda tüm mal ve hizmet alımlarına ayırım yapmadan tıbbi cihaz bedelleri de aynı süreçte ödenmelidir.

3.5.4.3. İhalelerde (SUT) Fiyatının Tek Belirleyici Olmaktan Çıkarılması

İhalelerde ve kurum ödemelerinde kaliteden çok fiyat unsurunun ön plana çıkması ile kalitesiz cihazların ülke pazarına rahatlıkla girebilmesinin önü açılmaktadır. Tıbbi cihaz yatırımları pahalı ve uzun vadeli yatırımlardır. Kaliteli tıbbi cihazlar 10 yıl üzerinde bir kullanım ömrüne, servis garantisine sahipken, ilk yatırım maliyeti düşük olan bazı kalitesiz ürünlerin ömürlerinin çok kısa olması ve sağlıklı ölçüm, teşhis ve tedavi kabiliyetlerinden yoksun olmaları dolayısıyla ilk yatırım maliyetleri düşük olmasına rağmen bu unsurlar da hesaba katıldığında çok daha pahalıya gelmektedir.

Aynı durum sarf malzeme ve kurum ödemesine tabi olan ürünler için de geçerli olup, SUT’da yapılan tespitler neticesinde fiyat tespiti son derece düşük tutulmakta. Bu sonuç doğrultusunda alımı yapılan ürünler fiyatı ucuz fakat kalitesi düşük ürünler olmaktadır. Bu ürünler fayda/maliyet analizi yapıldığında, kaliteli ürünlerden çok daha pahalıya gelmekte ve daha da önemlisi söz konusu ürünlerin birçoğu tedavi ve tanıya cevap vermekte yetersiz kalmaktadır.

Bu sorunun çözümü için hastaneler tarafından yapılan ihalelerde “fiyat dışı unsurların” ortaya konması ile “en ucuz cihaz, en iyi cihaz” mantığının ortadan kaldırılması gerekmektedir.

3.5.4.4. Tıbbi Cihaz Sektörünün Tekelleşme Tehlikesinden Korunması

Kamunun çerçeve sözleşmeler çerçevesinde gerçekleştirdiği ihaleler düzenlemesi, Sağlık kentleri ve hastane birliklerinin oluşması ile tıbbi cihaz temininde merkezi toplu alımların gündeme gelmesi uluslararası dev şirketlerin önemli aktör olarak ön plana çıktığı bir piyasada tekelleşme endişelerini ortaya çıkarmaktadır.

Toplu alım ihalelerinde yerli üretici, distribütör ve bayilerin dışlanmaması ve piyasada bir tekelleşme oluşmaması için gerekli düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.

Özellikle Sağlık Kentleri Projesi kapsamında kamu-özel ortaklığı modeliyle inşa edilecek olan hastanelerin mal ve hizmet alımlarında proje ortağı özel şirketin, tüm tıbbi cihaz ihtiyacını uluslararası piyasadan sağlamasını engelleyecek hususların kamu ile imzalanan

sözleşmede yer alması yerinde bir karar olur. Ayrıca talep edilen tıbbi cihazların yerli üretimi yapılıyorsa sözleşmeye ilgili tıbbi cihaz ihtiyacının “en az % 50’si yerli tıbbi cihaz üreticilerinden karşılanır” ibaresinin eklenmesi ile söz konusu endişeler ortadan kaldırılabilir.

3.5.4.5. Kamu İhale Şartnamelerinin Titizlikle Düzenlenmesi

Hastaneler tarafından hazırlanan mal ve hizmet alımı şartnamelerinde birbirinden çok farklı kıstaslar ortaya konmaktadır. Bu durumun asıl sebebi, şartnamelerin hastaneler tarafından değil hastane idarelerinin almayı planladıkları cihazların tedarikçileri tarafından kendi cihazlarına göre hazırlanmasıdır. Kamu İhale Kanunu ile tamamen yasaklanmış olmasına rağmen alınacak cihazı birebir tarif eden şartnameler yayımlanmaktadır.

Söz konusu ihalelerde serbest rekabet ortamı ortadan kalktığı için satın alınacak cihaz fiyatları yükselmekte ve bu durum devletin mali kaybına sebebiyet vermektedir.

3.5.4.6. Teknik Şartname

Hastanelerini istedikleri cihazı istedikleri amaçla alabilmelerinin en iyi yolu ne aldığını bilmeli, bu bağlamda üniversitelerden ve meslek kuruluşlarından destek alınarak ‘tıbbi cihaz teknik şartname veri bankası kurulmalı ‘bu sistemde yerli üretici teknik şartnamesini gerekli kurumlara daha kolay ulaştırılabilecek ve kamu ihtiyacı olan tıbbi cihazı temin edecektir. Ayrıca T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından daha önce uygulanmış olan TİP Teknik Şartname uygulamasının yeniden yürürlüğe konulması ile belirli bir cihaza münhasır şartname hazırlanmasının önüne geçilebilir. TİP Şartname uygulaması ile tıbbi cihaz sektöründe rekabet ortamının güçlü bir biçimde yeniden yaratılması sağlanacaktır. Böylece, sık sık gündeme gelen ve sağlık sektörünün tümünü derinden yaralayan adli kovuşturmayı gerektirecek durumların ortaya çıkması engellenecektir.

3.5.4.7. Gümrüklerde Yaşanan Sıkıntıların Giderilmesi

Gümrüklerde yaşanan bilgi ve mevzuat yetersizliği ve buna paralel ithalatçı firmaların mal çekiminde yaşadığı uzun süreli bekleme ve bürokratik sıkıntılar sektörümüzün bir diğer sorun başlığı olarak ele alınmaktadır.

Söz konusu sıkıntıların ortadan kaldırılabilmesi, konusunda deneyimli personelin istihdam edilerek mevzuat, ürün bilgisi ve ürün belgeleri konusunda sıkıntıların aşılması ve bu vesileyle gereksiz evrak kalabalığının önlenmesi, her defasında aynı belgelerin istenmemesi, doğru ürün kod ve tanımlamalarının yapılması suretiyle firmaların gümrüklerde uzun süreli bekletilmemesi ile mümkün olabilecektir.

2012 yılı itibari ile yürürlüğe giren tıbbi cihazların ithalat denetimi tebliğ kapsamında bulunan ürün güvenliği ve denetimi sistemi (TAREKS) sektörde ciddi kafa karışıklığına yol açmıştır. Sistemden referans alma işlemi ürünün gümrüğe geldikten sonra yapılması

maddi ve manevi sıkıntılara yol açmaktadır. Bu durumun giderilmesi için acil çalışma yapılması gerekmektedir

3.5.4.8. Piyasa Gözetimi ve Denetimi

Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde kurularak, sonrasında İlaç Eczacılık Genel Müdürlüğü'ne katılan tıbbi cihazların piyasa denetimi ve gözetimi konusunda çok önemli bir misyon üstlenmiş olan piyasa denetim ve gözetim biriminin nitelikli personel açığının bir an evvel giderilerek, birimden beklenen çalışmaları aksatmadan yerine getirmesi çok önemlidir.

3.6. GÖRÜNTÜLEME MERKEZLERİ VE LABORATUVARLAR

3.6.1. Genel Değerlendirme

Sağlık, teknolojinin hızla geliştiği ve yüksek düzeyde teknoloji kullanılan alanların başında gelmektedir. Bilim ve teknolojiyle bağlantılı olarak sağlık alanındaki ilerlemelerin insan yaşamı, insanın ömrü ve toplumsal refah ile verimliliğe yansması sosyo-ekonomik politikalar ile birlikte bir bütünlük oluşturmaktadır.

Dünyada sağlık alanındaki teknolojinin son yirmi yıldaki gelişimi baş döndürücü şekildedir. Türkiye'de bu alanda yaşanan gelişmeler dünyaya paralel bir hızla ilerlemektedir. Teknoloji üreten ülkelerin piyasaya sunduğu her ürün neredeyse üretime sunulmasının hemen ertesinde Türkiye'de pazarını buluyor ve bir şekilde nihai kullanıcının hizmetine sunulabiliyor.

Dünyada nüfus artışıyla refah düzeyi de mutlak değer olarak artıyor. Yaşam beklentisinin 80 civarı olduğu bir ortamda, insanlar bu süreyi konforlu geçirmek istiyor ve düzenli olarak bakım yaptırıyor. Dolayısıyla, erken teşhise verilen ağırlık tedavinin önüne geçiyor. Yirmi yıl öncesine kadar sadece röntgen cihazlarıyla verilebilen hizmetler, bilgisayar teknolojisindeki hızlı gelişmeler sayesinde artık çok çeşitli ve gelişmiş cihazlar kullanılarak gerçekleştirilmektedir.

Artık Türkiye'de birçok merkez yüksek teknoloji ürünü en gelişmiş radyolojik cihazlara sahip olup, tüm diagnostik ve girişimsel radyolojik işlemleri yapabilmektedir. Birçok görüntüleme merkezi ve laboratuvarlar, hasta ve doktorların tanı ve tedavi amaçlı tüm taleplerini karşılayabilecek teknik donanım ve tecrübeli doktor kadrosuna sahiptir. Personel işlemler sırasında hastaların rahat etmesini sağlama konusunda maksimum özeni göstermektedir. Radyologlar sadece genel radyoloji, diagnostik işlemleri değil ayrıca girişimsel işlemleri de yapabilecek bilgi ve deneyime sahiptir. Hastalara tüm teşhis ve tanı amaçlı işlemler uzman doktor ve teknisyenlerle yapılmaktadır.

Ülkemizde sağlık alanında yaşanan ve insan hayatına mal olabilen hataların ortadan kaldırılması için “sağlık hizmetlerinde yapılan ölçümler”in güvenilirliği, üzerinde önemle durulan konuların başında gelmektedir. Bu kapsamda sağlık hizmetinin kalitesi ele alındığında ülkemizde gerek kamu, gerekse özel sağlık kuruluşları arasında kalibrasyon çalışmalarının yaygınlaştırılması, sistematik olarak uygulanması hizmetin kalitesini etkileyen önemli faktör olarak görülmektedir.

Medikal alandaki teşhis ve tedavi cihazlarının test, kalibrasyon ve bakımlarının planlı ve programlı bir biçimde yürütülmesi, insan sağlığının ne kadar hassas bir konu olduğu göz önünde tutulursa, bu cihazlarda ileride çıkabilecek aksaklıkların önceden tespit edilerek, gerekli önlemlerin alınması sağlanmış olur. Bu şekilde cihazın ömrü de otomatikman artacak, ileride ortaya çıkabilecek ek maliyetlerin de ortadan kalkması sağlanmış olacaktır. Her şeyden önemlisi insan sağlığı gibi önemli bir konuda verilen hizmetin kalitesi de önemli ölçüde artmış olacaktır.

Türkiye ekonomik imkânları, fert başına milli geliri, tıbbi cihaz ve malzemedeki dışa bağımlılığı ve hızla artan nüfusu dikkate alındığında gelişmekte olan ülkeler arasında modern tıp uygulamalarına en üst seviyede yatırım yapan ülkeler arasında ilk sıralarda yer almaktadır.

Türkiye’de son yıllarda sağlık turizminden bahsediliyor olması, bu konudaki potansiyel hasta pazarının gelişmiş Avrupa ülkeleri olarak kabul edilmesi, Türkiye’nin modern tıpta küçümsenemeyecek yatırımları gerçekleştirdiğinin göstergesidir.

Bu başarıda mali kaynakları yaratan makamların, değerli hekimlerimizin, özel hastaneciliği teşvik eden hükümetlerin, yatırımcıların ve kültürümüz haline gelmiş olan Türkiye’nin radyoloji ve laboratuvar anlamında görüntüleme ve tanıya olan ihtiyacını kesintiye uğratmadan karşılanmasına olanak sağlayan firmalarının büyük katkıları vardır.

Yaşamda sağlığın, ülkelerin gelişmişliğinin, uygarlık düzeyinin ve ülke insanına verilen değer in de önemli bir göstergesi olduğu gerçeği göz önünde bulundurulduğunda, bu durumun, ülkemizde sağlık alanında hizmet veren tüm kurumlarla birlikte görüntüleme merkezleri ve laboratuvarların da önemini göstermektedir.

Ülkemizde sağlık alanında yaşanan ve insan hayatına mal olabilen hataların ortadan kaldırılması için “sağlık hizmetlerinde yapılan ölçümler”in güvenilirliği üzerinde önemle durulmalıdır. Bu kapsamda sağlık hizmetinin kalitesi ele alındığında, ülkemizde gerek kamu, gerekse özel sağlık kuruluşları arasında kalibrasyon çalışmaları yaygınlaştırılmalı, sistematik olarak uygulanmalı ve sağlık hizmetinin kalitesini etkileyen bu önemli faktör ISO 9000 Kalite Belgelendirme çalışmalarının yaygınlaştırılmasıyla, endüstriyel ölçümbilimde TÜRKAK ve TSE, bilimsel ölçümbilimde TÜBİTAK, UME benzeri organizasyonel yapılarla birlikte kontrol altına alınmalıdır.

Sağlıkta toplam kaliteden bahsedebilmek için temel faktörlere ilave olarak teşhis ve tedavide kullanılan ekipman kalitesi ve bu ekipmanları üreten, tedarik eden şirketlerinde bir standart içinde olması gerekir. Kaliteli sağlık hizmeti sunan ve bu hedefe kilitlenen sağlık kuruluşları hizmetlerinde aksama, kalitede eksilme olmaması için kaliteli malzeme, kaliteli tedarik zincirinin önemli olduğunun farkındadırlar. ISO kalite standartlarında bu kavramın yeri ve önemi net olarak belirtilmiştir.

Modern tıp uygulamalarının aksatılmadan tüm topluma ulaştırılmasını hedefleyen ülkemizde, sağlık politikalarının başarıya ulaşabilmesi için tüm kurumların tedarik zincirlerini sağlamlaştırması ve bu zincire önem vermeleri gerekir. Bu nedenle sağlık hizmetlerini denetleyen, sunan, satın alan kurumlar tedavi öncesi ve sonrasında tedavi ve teşhise dayalı önemli bir rolü üstlenen görüntüleme merkezleri ve laboratuvarların sorun, sıkıntı ve beklentilerine duyarlı olmaları, sektör sorunlarının çözümü için onların oluşturduğu sivil toplum kuruluşları ile diyalog içinde bulunmaları olası çözüm için büyük önem arz etmektedir.

Geçmiş yıllarda ve bugün sağlık sistemine zarar veren münferit sorunlar yaşanmış ve söz konusu sorunların çözümüne yönelik belirli ölçüde ilk adımların atılması sivil toplum örgütleri tarafından sağlanmıştır. Bu ve buna benzer sorunların tekrar yaşanmaması için atılacak adımlar ve alınacak tedbirlerin neler olacağı hususunda sektörü temsil eden sivil toplum örgütleri ile kamunun çözüm yolları konusunda ortak çalışmalarda bulunması yerinde olacaktır.

Bugün hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerin hemen hemen hepsinde sağlık hizmet sunumlarında bazı sorunlar yaşanmaktadır. Son dönemde atılan önemli adımlara rağmen ülkemizde de bazı sorunlarla karşılaşmaktayız.

Sosyal Güvenlik Kurumu'nun son kararları, özel görüntüleme merkezleri ve tıp laboratuvarlarını zor durumlara itmektedir.

SGK'nın özel görüntüleme merkezleri ve laboratuvarlar ile anlaşmasını sonlandırdığı 2008 yılından bu yana birçok merkez kapanmış, diğerleri ise eskiye göre daha güçlü ve kaliteli bir yapılanma ile ayakta kalabilmeye gayret göstermiştir.

Hastaneler; birçok tıbbi görüntüleme hizmetini hastaneye ait radyoloji bölümü tarafından sunulmakla birlikte, yüksek teknolojiye sahip tıbbi görüntüleme cihazları kullanılarak yapılan tetkikleri maliyetleri nedeniyle (tıbbi cihaz, uzman hekim, kalifiye personel) özel görüntüleme merkezlerinden temin etmektedirler.

Bir özel sağlık kuruluşu istediği kadar sayıda özel görüntüleme merkeziyle anlaşma yaparak hizmet alabilmektedir. Özel görüntüleme merkezleri hem verilen hizmetin tıbbi kalitesi hem de konforu açısından en iyi hizmeti sunarak diğer görüntüleme merkezleriyle rekabet etmek zorundadır. Böylece hasta da hekim de rahat etmektedir. Üstelik hastaların tabi olduğu sos-

yal güvenlik kurumu (SGK) özel sağlık kuruluşlarına da kamu hastanelerine ödediği birim fiyattan ödeme yapmaktadır. Burada anlaşılması güç olan Sağlık Bakanlığı Kanun ve Yönetmeliklerine göre kurulan özel tıbbi görüntüleme (radyoloji) merkezleri hizmeti sunan taraf olmasına rağmen Sosyal Güvenlik Kurumu'nun (SGK) direkt olarak bu merkezlerle anlaşma yapmamasıdır.

SGK'nın özel görüntüleme merkezleriyle direkt değil de dolaylı olarak anlaşma yapmasının sakıncaları çoktur. 2008 yılına kadar sosyal güvenlik kurumları direkt olarak görüntüleme merkezleriyle anlaşma yapıyordu ve hastalar hiçbir fark ücreti ödemedi hizmet alabiliyorlardı. Şimdi ise özel sağlık kuruluşları yasal miktarları da aşabilecek çok değişken miktarlarda fark ücretleri alarak SGK'lı hastaları anlaşmalı oldukları görüntüleme merkezlerine sevk etmektedirler. Sonuç olarak yine hasta mağduriyeti olmakta hastanın cebinden ekstra para çıkmaktadır.

Kamu hastaneleri hastaları sevk etmedikleri ve hastalar doğrudan özel görüntüleme merkezlerine gelemedikleri için özel hastane veya tıp merkezlerini atlama taşı olarak kullanmaktadır. Hastanın sadece ihtiyacı özel görüntüleme merkezine sevk almak olduğu halde özel hastane ya da tıp merkezinde muayene edilmiş gibi gösterilmekte, hastadan muayene farkı alınmakta, hasta görüntüleme merkezine sevk edilirken ayrıca tetkik için fark ücreti alınmaktadır. Böylece SGK gereksiz muayene ücreti, hasta da hem muayene hem de görüntüleme hizmet farkı ödemektedir. SGK'nın doğrudan özel görüntüleme merkezleriyle anlaşma yapmaması özel hastane ve tıp merkezleri için haksız bir kazanç kapısı olmuştur.

Bazı hastane gruplarının ise görüntüleme hizmeti vermemesine rağmen, (MR, BT gibi) kendi gruplarına ait çok uzaklardaki hastanelere hasta taşımaları haksız rekabete neden olmaktadır.

Milyonlarca lira yatırım yapan ve en kaliteli hizmeti vermek için çabalayan özel görüntüleme merkezleri ve laboratuvarlar, yükselen maliyetlere rağmen yatırımlarını korumak adına maliyetine çalışmak zorunda bırakılmış, aynı zamanda SGK da zarara uğratılmıştır.

3.6.2. Özel Görüntüleme Merkezleri ve Laboratuvarların Önemi

1. Sağlık alanında dünyada bilime en büyük katkı, tanı ve laboratuvar alanındaki buluşlardan gelmektedir. Yeni tanı yöntemleri, erken tanı sağlamakta ve erken tedbir alınmasını sağlamaktadır. Görüntüleme merkezleri ve laboratuvarlar, yeni tanı yöntemlerini ülkeye getiren ve toplumun kullanımına sunan öncü kuruluşlardır. Bu nedenle, korunmaları ve yaşatılmaları gerekmektedir.
2. Bu merkezler spesifik çalışırlar. Bu nedenle de, radyolojik tanı ve laboratuvar testlerinin yapılmasında daha uzman ve daha kaliteli bir durumdadırlar. Bu nedenle, desteklenmeleri gereklidir.

3. Hastaneler ve tıp merkezleri gibi kuruluşlar, tek bir yönetime ve işverene bağlıdırlar. Dolayısıyla, tetkikleri isteyenle yapan birimi aynı işverene bağlıdır. Bu yapı, çoğu yerde abartılı giderler üretmektedir. Bağımsız merkezler ise, bir yere bağımlı değildirler. Dolayısıyla, SGK ve özel sağlık sigortalarına daha az maliyet oluşturan işletmeler durumundadırlar. Bu nedenle, desteklenmeleri SGK'nın ve ülkenin yararınadır.
4. Muayenehaneler gibi sağlık işletmelerinde muayene olan hastaların, tanıların konulması için, özel tanı merkezlerine gerek vardır.
5. Özel görüntüleme merkezleri ve laboratuvarlar da, binlerce kişi için bir istihdam ve vergi kaynağı durumundadırlar.
6. SGK tarafından görüntüleme merkezleri ve laboratuvarlara sevk yasaklanmıştır. Bu karar, hastanelerde var olan kuyrukları daha da arttıracak ve hastaların seçme şanslarını iyice azaltacaktır. Kararın SGK'ya hiçbir yararı yoktur. Ancak hastalara ciddi oranda zararı vardır. Hastaların özgürce seçimi anlaşılmaz şekilde engellenmiştir.

Dış laboratuvarlara ve görüntüleme merkezlerine sevk yasaklanması, ayaktan hasta kaynağını iyice kısıtlayacaktır. Bu durum da, zor koşullarda yaşam savaşı veren kurumlara yapılan yatırımlar boşa çıkaracak derecede duruma itecek ve kapanmaya götürecektir. Özel görüntüleme merkezleri ve laboratuvarlar için tek bir yol bırakılmıştır; diğer sağlık kuruluşlarıyla anlaşmak ve onların tetkiklerini yapmak.

SUT fiyatları özellikle 2010 yılında yapılan indirimden sonra gerçekçi değildir ve çok yetersizdir. Gerçek maliyetleri yansıtmamaktadır. Bunun da nedeni, bu birim fiyatları hazırlayan ekibin, devlet hastaneleri uzmanlarından oluşturulmasıdır. Bir tetkikin maliyetini, tetkikin giriş maliyetinden ibaret sanmaktadır. Genel bütçeden ödenen eleman, SSK, kira, vergi gibi giderleri maliyete katmamaktadır. Oysaki bu giderler, maliyetin % 60'tan fazlasını oluşturmaktadır. Özel bir merkezde bu maliyetlerin tamamı, merkezin kendisi tarafından karşılanmaktadır. Bir kamu kuruluşunda ise, maliyetlerin % 60 civarındaki bölümü, genel bütçeden karşılanmaktadır. Bu durum, kamu kuruluşlarına 2,5 kat civarında maliyet avantajı sağlamaktadır.

Devlet ve eğitim hastaneleri, görüntüleme ve tanı hizmeti alım işi ihalesine girecek kuruluşlardan, SUT birim fiyatı üzerinden indirim yapılmasını istemektedirler. Özel tanı merkezleri çaresiz bırakılmaktadır.

Devlet, eğitim ve üniversite hastanelerinin maliyet açıkları, genel bütçeden veya İl Özel İdaresi'nden destek verilerek kapatılmaktadır. Özel hastaneler ve tıp merkezleri ise, maliyet açıklarını, hastalardan fark ücreti olarak telafi etmek yolunu seçmektedirler. Her iki kesimin de bir çaresi vardır. Çaresiz ve çözümsüz halde bırakılan tek sağlık kuruluşu grubu, şu anda özel tanı merkezleri ve laboratuvarlardır.

Özel tanı merkezleri ve laboratuvarlar, şu anda devlet hastaneleri ve özel hastanelerin keyfi davranışına ve insafına terk edilmiş durumdadırlar. SGK, aldığı kararlarda adil olmak ve sağlık kuruluşlarının bazılarının, diğerlerini suistimal etmesine yol açmamak durumundadır.

3.6.3. Yaşanan Sorunlar ve Çözüm Önerileri

- Sektörde ihtiyaç duyulan her düzeyde yetişmiş nitelikli ara teknik eleman ihtiyacını karşılamaya yönelik, ilgili meslek odaları, üniversiteler, sektörel kuruluşlar ve Mili Eğitim Bakanlığı işbirliği çerçevesinde müfredat programları hazırlanmalı ve meslek liselerinden başlayarak uygulamaya koyulmalıdır.
- Bazı hastane gruplarının görüntüleme hizmeti vermemesine rağmen, (MR, BT gibi) kendi gruplarına ait çok uzaklardaki hastanelere hasta taşımaları haksız rekabete neden olmaktadır. Bu durum yasal düzenlemelerle önlenmelidir.
- Ülkemiz tıbbi cihaz, alet ve sarf malzemesinde büyük oranda dışa bağımlı durumdadır. Sektörde söz sahibi olmak için ilgili tüm taraftarlarla birlikte Ar-Ge ve dışa bağımlılığı azaltıcı politikalar geliştirilmeli, yerli üreticiler desteklenmelidir. Tıbbi cihazları kullanan, satın alan herkes, önyargısız davranıp, kaliteyi ön planda tutarak yerli tıbbi ürünlerin hastanelerde kullanımına fırsat vermelidir.
- İthalatçı firmalarımız da, yerli üretilen ürünlerle rekabet etmek için, fiyatı düşük ve kalitesiz malzeme ithalatına son vermelidir. Satıcılara satmış oldukları ürünlerle ilgili satış sonrası hizmet sorumlulukları getirilmelidir. İthal edilen cihazların bakımı, onarımı ve yedek parçası konusunda bir takım sıkıntılar yaşanabiliyor. İthalatçı firmalar cihazların yedek parçalarını stokta Türkiye’de bulundurmali ve sayılarını artırmalıdır.
- İlaç Harcamalarının Kısılması, Tanı Yöntemlerinin Desteklenmesi; Türkiye’de kişi başına yapılan sağlık harcaması, gerçekte çok düşük değildir. Ancak sağlık sistemindeki en büyük çarpıklık, sağlık harcamalarının % 50’ye yakınının ilaç harcamalarına gitmesidir. Çoğu ülkede bu oran, % 15-20’ler arasındadır. Yıllık 10 milyar dolara yaklaşan ilaç harcamalarından yapılacak % 10’luk bir tasarruf bile, laboratuvar tanı alanının sorunlarının çoğunu çözebilecek boyuttadır. Bu nedenle, sürekli olarak ve her yıl, sistemli şekilde ilaç harcamaları azaltılmalı, buradan sağlanan kaynak, bir koruyucu hekimlik uygulaması olan görüntüleme tetkikleri ve laboratuvar testlerinin desteklenmesinde kullanılmalıdır.
- Hizmet kalitesini artırmaya yönelik her konuda hassasiyet gösterilmeli, sağlık gibi önemli bir konuda uzmanlık gereken durumlarda taviz verilmemelidir. Örneğin; ihalelere görüntüleme ve laboratuvar ruhsatı olmayanlar alınmamalı, tele radyoloji ihalelerine radyoloji ruhsatı olmadan girilmemeli, bu gibi işler bilişim firmalarına bırakılmamalıdır.

Bizler, sağlık sektörü içinde yalnızca görüntüleme merkezleri ve laboratuvarları öne çıkaran değil, tüm sağlık sisteminin ve toplumun çıkarlarını dengeli biçimde ortaya koyacak adil düşünce ve objektif görüşleri sunmak istiyoruz. İnsanlarımızın layık olduğu sağlık hizmetini en iyi şekilde almaları konusunda bize düşen görev ve sorumluluklarımızın bilincinde çalışmaktayız.

3.7. OPTİK SEKTÖRÜ

3.7.1. Genel Değerlendirme

Türkiye’de gözlük kullanım oranı tam olarak bilinmemekle birlikte nüfusun % 14-18 arasında olduğu tahmin edilmektedir. Gelişmiş ülkelerde gözlük kullanma oranına baktığımızda oranın nüfusun % 50’sinin üzerinde olduğunu görmekteyiz. Bu oransal fark, toplumumuzun sağlıklı gözlere sahip olduğu anlamına gelmiyor. Gözlük kullanımının yetersiz olmasında başlıca sebep, birçok devlet hastanesinde ve yerleşim bölgesinde göz doktoru sıkıntısı yaşanmasından kaynaklanmaktadır. Sağlıksız gözlerin tespiti için ilköğretime kayıt yaptıran öğrencilerden göz raporu istenmesi ve bilhassa kırsal bölgelerde düzenli göz taramaları, gözlük kullanımını olması gereken seviyeye çıkaracaktır.

Gelişmiş ülkelerin pek çoğunda göz muayenesi optisyenlik müessesesinde sıra beklemeden, çok ucuza, hatta ücretsiz yaptırılabilirdiği için kişilerde gözlük kullanma bilinci daha fazla yerleşmiştir. Bu ülkelerin pek çoğunda devletin gözlük yardımı yapmamasına rağmen bu oran yüksektir.

Göz sağlığı için SGK’nın üç yılda bir ortalama 50 TL ödediği gözlük bedeli çare olamamaktadır. Evet, üç yılda bir 50 TL’lik gözlük parası, SGK mudilerini de memnun edememektedir. Bu ihtiyacı karşılayan optisyenler de şartlardan memnun değildir. Bir gözlüğün optisyenlik müessesesine maliyetinin minimum 15 TL olduğunu düşünelim. Bu rakama işletme maliyeti ve gözlük ithalatında uygulanan adet başına vergiler hariç 2,55 dolarlık fon hesaba katıldığında müesseselerin kârlılığı imkânsız hale gelmektedir. Bunun üzerine ürünün ithalat fiyatı, diğer vergiler ve masrafları eklediğimizde bir optisyenlik müessesesinin ortalama işletme maliyeti gözlük başına 30 ila 70 TL’dir. Bu hesaplama ile bu ticaretten ithalatçının dahi kazanması mümkün görünmemektedir. Bu yüzden sektör her geçen yılı zararla kapatmaktadır.

Gözlük çerçevesinde uygulanan yüksek fon sebebiyle ülkeye giren kayıtdışı ürünlerin kuruma fatura edilmesi ekonomimize ciddi zararlar vermektedir. SGK’nın satın aldığı gözlüklerin sadece dörtte biri üretim veya ithal edildiği düşünüldüğünde olayın vehameti gözler önüne serilmektedir.

3.7.2. Çözüm Önerileri

SGK gözlük için bütçesinden ödediği binde 3’lük payı arttırarak gözlüğe daha yüksek ücret ve daha kısa hak ediş getirmelidir. Ya da gözlük ödemesini tamamen kaldırmak suretiyle sektöre uyguladığı fiyat baskısını kaldırmış olacaktır. İthalatta uygulanan fon daha makul bir rakama çekilmelidir. Fon daha düşük rakamlarda olursa kayıtdışı ürünlerin pi-

yasaya girişi engellenecektir. Optisyenlik müesseseleri dışında satılan (işporta vs.) her türlü gözlükte, halkın göz sağlığı için etkili bir mücadele verilmelidir. Halkın daha ucuz ve sıra beklemeden refraksiyon testi yaptırabilecekleri optisyenler ve optometristlere ihtiyacı vardır. Bu meslek gruplarının eğitimine destek verilmelidir. Sürücü ehliyeti sahiplerinden belli periyotlarla refraksiyon testi istenmesi düşünülmelidir. İlköğretime kayıt yaptıran öğrencilere göz taraması yaptırılmalıdır.

3.7.3. Türkiye’de Kontakt Lens Sektörü

Türkiye’de kontakt lenslerin perakende satış yetkisi, 26.06.2004 tarihinde yürürlüğe giren 5193 sayılı yasa çerçevesinde optik mağazalarına verilmiştir. Bu tarihten itibaren sınırlı bir pazara sahip olan kontakt lensler, optik mağazalarında hak ettiği yeri almaya ve optik mağazalarının temel ürünlerinden birisi olmaya başlamıştır. Kontakt lens sektörü dışa bağımlı bir pazar olmakla birlikte, yurtiçi üretim de artma eğilimindedir. Bu nedenle, sektörde istatistik verilerinin sağlıklı bir şekilde tutulmasına ihtiyaç vardır. Kontakt lens üretim ve tüketim verilerinin mevcudiyeti, kontakt lens üretiminin kayıt altında tutulması ve sektörün gelişiminin izlenmesi bakımından da son derece önemlidir.

Kontakt lens sektörünün en büyük sıkıntısı internet üzerinden yapılan yasadışı satışlardır. Halk sağlığı açısından denetlenmesi mümkün olmayan bu sitelerin sattıkları ürünlerin sahte veya gümrüklü olup olmadığı da kontrol edilememektedir. Bununla birlikte, bu durumun bir ticari faaliyet için kurulmuş, vergisini, sigorta primini, kirasını ödeyen, istihdam olanağı sunan ve gerekli izinleri ve altyapıyı sağlamak için onca çaba sarfetmiş olan optisyenler aleyhine haksız rekabet teşkil ettiği de ayrı bir gerçektir.

Rakamlar ile Türkiye’de optik sektörü;

Nüfusa oranla kontakt lens kullanıcısı : % 0,9 (yaklaşık 650.000 kişi)

Nüfusa oranla gözlük kullanıcısı : % 15 (yaklaşık 12.000.000 kişi)

Toptan fiyatlarla sektörün iç hacmi;

Kontakt lens pazar hacmi : 80.000.000 TL

Numaralı gözlük çerçevesi : 750.000.000 TL

Güneş gözlüğü : 150.000.000 TL

Numaralı gözlük camı : 300.000.000 TL

Satış adetleri;

Kontakt lens kutu adedi : 2.000.000 - 2.500.000 adet arası

Numaralı gözlük çerçevesi : 10.000.000 - 15.000.000 adet arası

Güneş gözlüğü : 4.000.000 - 5.000.000 adet arası

Numaralı gözlük camı : 25.000.000 - 30.000.000 adet arası

Dördüncü Bölüm

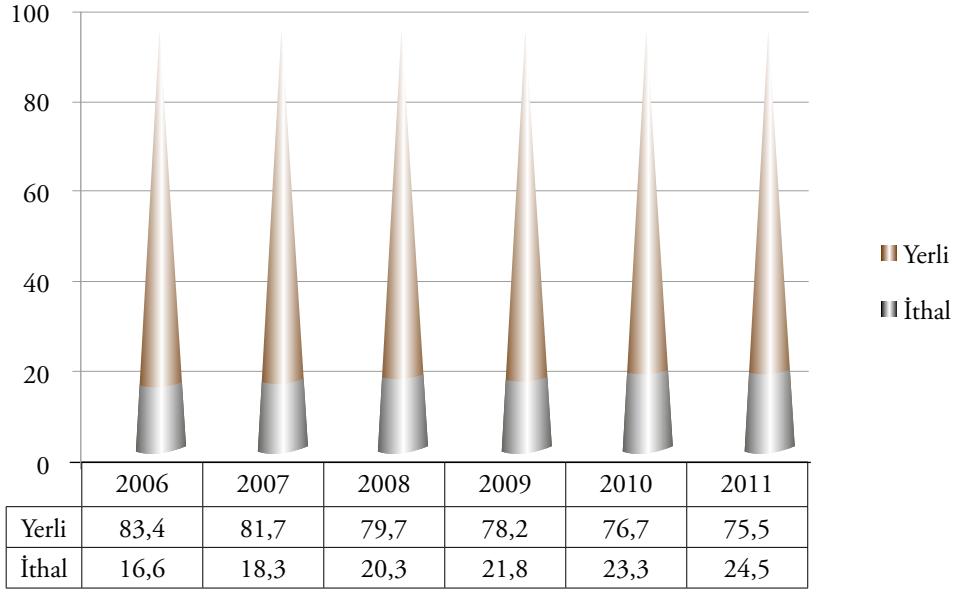
ÖNÜMÜZDEKİ SÜREÇTE ÖZEL SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN ÖNÜNDEKİ FIRSATLAR

4.1. STRATEJİK BİR DEĞER OLARAK İLAÇ ÜRETİMİ

İlaç sektörü sahip olduğu ekonomik ve stratejik değer açısından ülkeler için en önemli sektörlerin başında gelir. Ülkemizde ilaç sektörü 1984 yılında İyi İmalat Uygulamaları (GMP) Yönetmeliği'nin yürürlüğe girmesinden itibaren günümüze kadar AB ülkeleriyle kıyaslanabilir bir teknolojik düzeye ulaşmıştır. İlaç sektöründe, diğer Avrupa ülkelerinde olduğu gibi uluslararası norm ve standartlar uygulanmaktadır. Teknoloji ve kalite standartlarının uluslararası düzeyde olması gerekli ve zorunlu bir ön koşuldur.

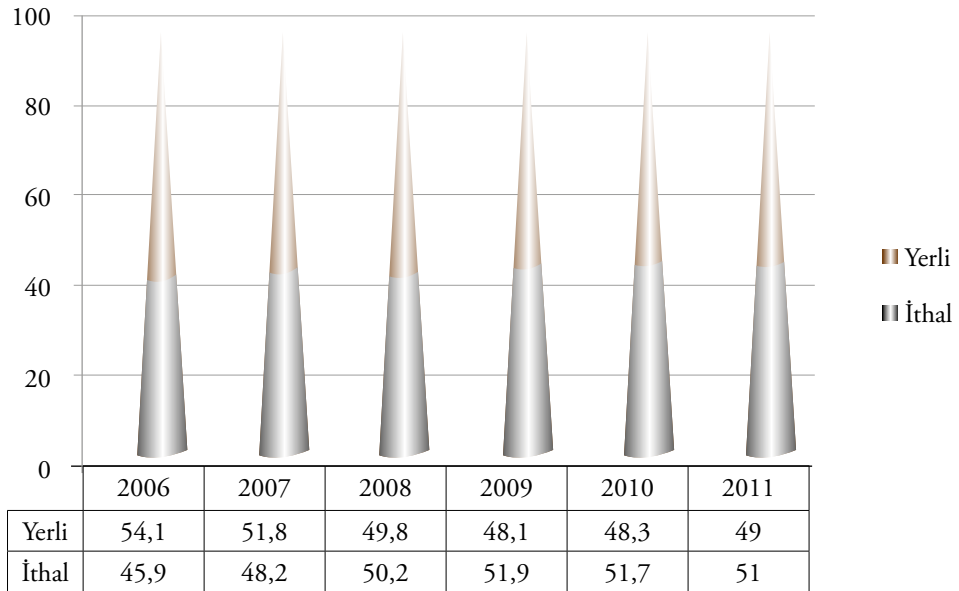
Ülkemiz, ilaç sektörünün gelişmişliğine rağmen ilaç üretiminde henüz kendine yeter seviyeye ulaşamamıştır. Ürünlerin önemli bir kısmı bitmiş halde ithal edilirken büyük bir kısmının da hammaddesi ithal edilerek karşılanmaktadır.

Türkiye İlaç Pazarı, İthal & Yerli Dağılımı (% , kutu)



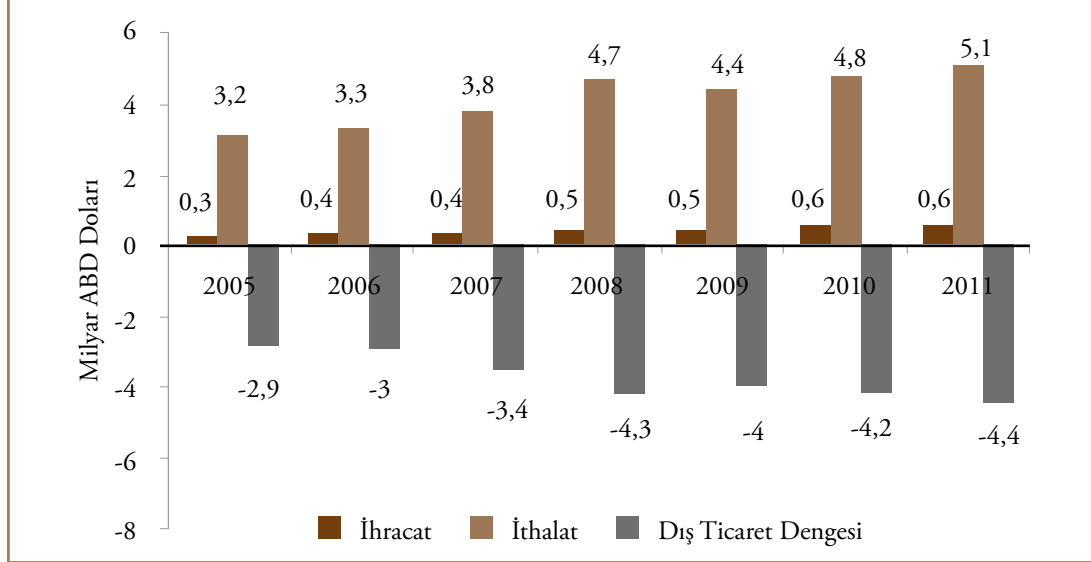
Türkiye ilaç pazarı, ithal & yerli dağılımı (% , kutu).

Türkiye İlaç Pazarı, İthal & Yerli Dağılımı (% , TL)



Türkiye ilaç pazarı, ithal & yerli dağılımı (% , TL).

Eczacılıkla ilgili ürünlerin, tıbbi, kimyasal ve bitkisel ürünlerin imalatı sektörü ithalat ve ihracatı (dolar)



Pazarlama zorlukları, geri dönüşümünün uzun vadelere yayılması, stratejik öneminin yeteri kadar algılanamaması gibi nedenlerle bugüne kadar ilaç üretimi ülkemizdeki yatırımcıların yeteri kadar ilgisini çekememiştir. Aksine yerli firmaların önemli bir kısmı yabancı şirketler tarafından satın alınmıştır.

Oysa ülkemiz sahip olduğu iç tüketim potansiyeli, jeopolitik ve stratejik konumu, yaşanan teknolojik gelişmeler, eğitim seviyesi yüksek genç işgücü potansiyeli, sağlık alanındaki gelişmeler gibi avantajlarını kullanarak ilaç üretiminde çok daha güçlü seviyelere ulaşabilir. Bundan sonraki süreçte devletin ilaç sektörü yol haritasının belirlenmesine yönelik çalışmaları sektöre heyecan getirecektir. Özel sağlık sektör yatırımcılarının artan potansiyeli dikkate alarak dinamik girişimleri ilaç sektörünün gelişmesine büyük katkı sağlayacaktır. Bunun için müteşebbislerin uzun vadeli stratejiler geliştirerek ilaç sektörünün istenilen seviyelere ulaşması için kolları sıvaması ve bu girişimlerin devlet tarafından yeteri kadar desteklenmesi gerekir.

Küresel ilaç sektörünün 2005-2010 yılları arası toplam pazar hacmi ve büyüme oranları

Yıl	Pazar Hacmi (Milyar \$)	Büyüme (%)
2005	545,3	-
2006	571,5	4,80
2007	601,4	5,20
2008	625,6	4,00
2009	644,2	3,00
2010	693,0	4,30

Bölgelere dayalı toplam dünya ilaç pazarı büyüme rakamları

BÖLGELER	2004-2009	2010
Kuzey Amerika	%5,2	%4-6
Avrupa	%6,6	%3-5
Asya/Afrika/Avustralya	%13,9	%3-5
Japonya	%3,9	%13-15
Latin Amerika	%10,9	%0-2
Toplam Dünya Pazarı	%6,7	%10-12

Dünya genelinde artış gösteren ilaç harcamaları uzun vadede girişimcilerimiz için önemli bir yatırım fırsatıdır. Bu alanda yapılacak yatırımlar aynı zamanda ülkemiz açısından da stratejik ve ekonomik değer ifade edecektir.

GSYH'deki küresel artışın etkileri, yenilikler ve yeni ürünlerin satışa sunulması, sağlık hizmetlerine daha fazla insanın erişebilmesi ve sayıları artan fonlar göz önünde bulundurulduğunda, ilaç pazarının 2014 yılına kadar % 5 ile % 8 arasında bir yıllık bileşik büyüme oranı ile büyümesi beklenmektedir.

Türk ilaç sektörü 2010 yılı itibarıyla 10,4 milyar dolar/yıllık bir hacme sahiptir. Türkiye jenerik ilaç üreticisi bir ülkedir. Dolayısıyla henüz Türkiye'nin piyasaya sürdüğü yeni bir ürün bulunmamaktadır. Yeni ürünler Ar-Ge faaliyetlerine yüksek oranda pay ayıran uluslararası büyük firmalar tarafından yapılmaktadır.

Dünya İlaç Pazarında Ülkeler Sıralaması

	2003	2005	2008	2010	2013 (tahmini)	2015 (tahmini)
1	ABD	ABD	ABD	ABD	ABD	ABD
2	Japonya	Japonya	Japonya	Japonya	Japonya	Japonya
3	Almanya	Fransa	Fransa	Çin	Çin	Çin
4	Fransa	Almanya	Almanya	Almanya	Almanya	Almanya
5	İtalya	İtalya	Çin	Fransa	Fransa	Fransa
6	İngiltere	İngiltere	İtalya	İtalya	İspanya	Brezilya
7	İspanya	İspanya	İngiltere	Brezilya	İtalya	İtalya
8	Kanada	Kanada	İspanya	İspanya	Brezilya	Hindistan
9	Çin	Çin	Kanada	Kanada	Kanada	İspanya
10	Brezilya	Brezilya	Brezilya	İngiltere	İngiltere	Rusya
11	Meksika	Meksika	Meksika	Rusya	Venezüela	Kanada
12	Avustralya	Avustralya	Türkiye	Hindistan	Türkiye	İngiltere
13	Hindistan	Güney Kore	Hindistan	Avustralya	Hindistan	Venezüela
14	Polonya	Türkiye	Güney Kore	Meksika	Meksika	Türkiye
15	Hollanda	Hindistan	Avustralya	Güney Kore	Güney Kore	Güney Kore
16	Belçika	Rusya	Yunanistan	Türkiye	Rusya	Avustralya
17	Güney Kore	Hollanda	Polonya	Polonya	Yunanistan	Meksika
18	Türkiye	Belçika	Hollanda	Hollanda	Polonya	Arjantin
19	Portekiz	Polonya	Belçika	Belçika	Avustralya	Polonya
20	Yunanistan	Yunanistan	Rusya	Yunanistan	Hollanda	Belçika

Ar-Ge çalışmalarının sonuç vermesi için yüksek maliyetler ve uzun süreçlere ihtiyaç vardır. Bu süreç bazen bir insan ömrünün aktif çalışma dönemini aşacak zamana yayılabilmektedir. Bu nedenle şirketler Ar-Ge çalışmalarına yeteri kadar yatırım yapmamaktadır. Ar-Ge çalışmalarının istenilen seviyelere ulaşabilmesi için vakıf mantığıyla ve devlet teşvikleriyle desteklenmesi gerekmektedir.

Türk ilaç sektörünün iç talebi de artarak devam etmektedir. Artan talebe bağlı olarak cari açık artmış, 2010 yılında cari açık 3,8 milyar dolara ulaşmıştır. Sektörde yeterli yatırım yapılmadığı takdirde bu açık artan talep paralelinde artacaktır.

Ülkemizde de ilaç sektöründe yeni buluşları ve Ar-Ge çalışmalarını destekleyen daha etkin, şeffaf ve dolayısıyla rekabetçi düzenleme ve teşviklerle, kamu-üniversite-sanayi arasında yapılacak tam bir işbirliği ile son derece önemli ve stratejik olan ilaç sektöründe başarı kazanmak mümkündür. Bu kapsamda jenerik ilaç üretimi ağırlıklı Türk ilaç sektöründe, kamu-üniversite-sanayi işbirliği ile yeni ürünlerin üretilmesine yönelik olarak Ar-Ge faaliyetlerine daha çok önem verilmelidir.

Yol haritası doğru tarif edilir ve gerekli yatırımlar yapılabilirse Türkiye bölgesinde Ar-Ge, üretim ve yönetim merkezi haline gelebilir ve dünya ihracatından daha fazla pay alarak dünya ilaç endüstrisinde küresel bir aktör haline gelebilir.

4.2. KAMU-ÖZEL ORTAKLIĞI HASTANELER

Kamu-özel ortaklığı; kamunun sahip olduğu veya kamunun işlettiği sağlık yapılarının kapasitelerini, fonksiyonlarını güçlendirerek, buraları daha çağdaş hastaneler, sağlık tesisleri haline getirmek ve bu arada kamunun kaynaklarıyla birlikte, özel sektörün kaynaklarını da toplumun hizmetine sunmaktır.

Bu sistem, dünyada sağlık alanında yeni uygulamaya çalışılan bir sistemdir. Birçok ülke, özellikle İngiltere, İspanya ve İtalya'da yaygın olmak üzere diğer Avrupa ülkelerinde ve Avustralya, Kanada gibi ülkelerde de gittikçe yaygınlaşan bir oranda kullanılmaktadır.

Dünyada gelişen sağlık hizmetlerinin birbiriyle rekabet eden, daha fazla hizmet sunumuna olanak tanıyan bir noktaya ulaştığı açıktır. Bu rekabetçi ortamda sağlık hizmetini sunan kamu veya özel sektörün, kendilerini en fazla öne çıkaran yönlerinin ise fiziksel koşullar olduğu, bu koşullar içerisinde sağlık hizmetinin en konforlu bir şekilde kullanıcılarına sunulmasının oldukça önemli avantajlar sunduğu bir gerçektir.

Türkiye'de de Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanan "Sağlıkta Dönüşüm" projesi kapsamında başlatılan Kamu-Özel Ortaklığı Uygulaması ile sağlık yapılarının kalitesini artırarak, daha modern, daha kolay hizmet alınabilecek fiziki mekânların oluşturulması amaçlanmıştır.

Bu proje ile farklı alanlarda uzmanlaşmış ihtisas hastaneleri, Ar-Ge laboratuvarları gibi sağlık birimlerinin yanı sıra lojistik destek birimleri, yüksek seviyede ulaşım ve otopark imkânları, konaklama, alışveriş, sosyal ve kültürel tesisler gibi diğer yapı birimlerinin de yer aldığı sağlık kompleksleri planlanmıştır.

Gerekçelerden bir kısmı; tıbbi tedavi ve araştırma ihtiyacının birlikte yürütülmesi gereği, yetişmiş uzmanların zamanlarını daha verimli kullanma ihtiyacı, tıbbi uzmanlık alanlarının desteğe olan ihtiyaçları, hastaların ve hasta yakınlarının daha kaliteli ortamlarda hizmet alma ihtiyacı ve buna eklenebilecek bilimsel, sosyal, moral değerlerin yükseltilmesi ihtiyacı gibi faktörlerdir. Bu nedenle, gerek yapı içinde ve gerekse yapılar çevresinde gelişen fiziki standartlar neticesinde, sağlık hizmetlerinin de tıpkı üniversitelerde olduğu gibi (uzmanlaşmış bölgeler) kampüsler şeklinde yapılması söz konusu olmaktadır. Kampus alanları içerisinde eğitim, ticaret, dinlenme, spor, dini hizmetler gibi pek çok farklı türdeki hizmetleri barındırabilmekte, sundukları farklı işlevsel alanlarda ise daha nitelikli hizmetleri verebilmektedir.

Gelişmiş ülkelerde uygulamaya konulan ve ülkemizde gerçekleştirilmeye çalışılan bu çaplı geniş yatırımlı proje, kamu ve özel sektör işbirliğiyle gerçekleştirilecektir. Bu proje sayesinde devletin çok fazla yatırım yapmasına ve riske girmesine gerek kalmayacak, minimum yatırımla hizmet kalitesi artmış olacaktır.

Kamu-özel sektör ortaklıkları, kamu sağlığı idarelerinin bir yandan sağlık hizmetleri üzerindeki denetim ve standartlarını sürdürürken, bir yandan da özel sektör rekabetine imkân tanıyarak verimlilik alanında yenilikçilik ve yeni yatırımları mümkün kılacaktır. Uzun vadeli maliyet tasarrufları elde etme ve kamu sağlığını iyileştirme gibi teşvikler bu bağlamda itici güç olacaktır.

Sonuç olarak, sağlık hizmetlerinin ulusal ve uluslararası ölçekte rekabet edebilir konumda olması, kendine has mekânsal ihtiyaçlarının karşılanması ile mümkün olacaktır. Bu proje ile Kamu ve Özel Sektör güçlerini birleştirerek sağlık hizmetleri daha modern daha kaliteli tesisler kazandırarak insanlarımızın layık olduğu en iyi sağlık hizmetlerini almalarını sağlayacaktır.

4.3. SAĞLIK TURİZMİ

Globalleşmeyle birlikte, dünya nüfusunun artması, yaşam kalitesinin yükselmesi, iletişim ve ulaşım olanaklarının gelişmesi, insanları kendi ülkeleri dışında, başka ülkelerde sağlık hizmeti almalarına, dolayısıyla sağlık turizminin doğmasına neden oldu.

Sağlık turizmi, kısaca tedavi amacıyla yapılan seyahatlerdir. Sağlık turizminin tüm dünyada cazip hale gelmesinde, insanların sağlık hizmetlerini başka ülkelerde daha uygun fiyata bulması, uygun fiyata artı olarak donanımlı hastanelerde deneyimli hekimler tarafından tedavi olmaları ve aynı zamanda tatil imkânı bulmaları gibi nedenleri sayabiliriz.

ze geçen yıl 200 bin kişi medikal turizm için, 200 bin kişi termal turizm için, 100 bin kişi de yaşlı ve engelli turizmi olmak üzere 500 bin kişi gelmiş. Toplam ciromuz yıllık 1 milyar dolar olarak ifade edilmektedir. Toplam ciroya bakıldığında ülkemizin elde ettiği gelir az gibi görünse de, sağlık turizmini önceden fark etmiş ve bu alanda özel sektör ve devlet kurumlarının birlikte çalışarak ortak politika ve stratejiler geliştirdiği ülkelerle şu an rekabet edecek düzeyde olduğumuz açıktır.

Bundan 10 yıl öncesine kadar kendi vatandaşlarını sağlık hizmeti almak için yurtdışına gönderen ülkemiz, sağlık dönüşüm programı ve özel sektörün yatırımlarıyla artık yabancı hastaların talep ettiği destinasyona dönüştü. Yine Sağlık Turizm Koordinatörlüğü 2023 hedefimizin, sadece medikal turizm için 1 milyon hasta ve 10 milyar dolar gelir elde etmek olduğunu söylüyor. Potansiyel alanlarımız ise; dış tedavisi, göz, kemik iliği nakli, kalp ve damar cerrahisi, ortopedi, onkoloji, beyin cerrahisi, estetik, organ nakli, jinekoloji ve kısırlık tedavisidir.

4.3.1. Sağlık Turizminin Ana Unsurları

Medikal (sağlık) turizm,
Termal turizm ve SPA-Wellness (sudan gelen sağlık),
Yaşlı ve engelli turizmi.

4.3.2. Medikal (Sağlık) Turizminin Geleceği

Sağlık turizminin 1990'lı yıllarda ortaya çıktığı söylenmektedir. Bu zamana kadar birçok gelişmekte olan ülke sağlık turizmini erken fark etmiş ve belirli bir yol kat etmiştir.

Sağlık turizminde dünyada şu anda önde giden Hindistan, Tayland, Malezya, Singapur ve Almanya gibi ülkelerin aslında Türkiye'den altyapı ve sağlık elemanı açısından çok ileri olmasından değil özel sektör ve devlet kurumlarının birlikte çalışarak ortak politika ve stratejiler geliştirme becerilerini göstermelerinden kaynaklanmaktadır.

Kore, uluslararası hastaları için yeni medikal kurumlar planlamış, Malezya medikal vize süresini 30 günden 6 aya çıkarmış, Tayvan hükümeti ülkenin medikal servislerini geliştirmek için 318 milyon dolar bütçe ayırdığını açıklamış, Macaristan Milli Turizm Ofisi 2011 yılını "Sağlık Turizmi" yılı olarak ilan etmiştir. Filipinler medikal turizme olan ilgisini, yeni bir havalimanı yaparak ve tüm dünyadaki hastaların bir şekilde İngilizce konuşan Filipinli doktorlara aşına olduklarını vurgulayarak göstermiştir. Dubai, Ortadoğu turistlerinin Asya'ya gitmelerini engellemek için yeni bir sağlık kenti kurmuştur. Hindistan'daki en büyük özel uluslararası sağlık servis grubu olan Apollo'nun 2004 yılında 37 tane hastanesi, Kuveyt, Sri Lanka ve Nijerya'daki hastaneler ile ortaklığı vardır ve Dubai, Bangladeş,

Pakistan, Tanzanya, Gana, Filipinler, Londra ve Chicago'daki büyüyen özel kurumlar ve uluslararası bağlantıları olan diğer kuruluşlar ile bunu planlamaktadır.

Sağlık turizminin önemi her ne kadar ülkemiz tarafından geç farkedilmişse de Döviz Kazandırıcı Hizmet Ticaretinin Desteklenmesi Hakkında Tebliğin 25 Haziran 2012 tarihli *Resmî Gazete*'de yayımlanmasıyla devletimizin bu konuda yapmış olduğu teşviklerle (rapor ve danışmalık, hasta, yol, yurtdışı tanıtım, fuar, arama motoru, yurtdışı birim, belgelendirme, ticaret heyeti ve alım heyeti, danışmanlık) ülkemizin var olan "sağlık turizmi" potansiyelinin daha da ileri taşınacağı açıktır.

4.3.3. Dünyada Sağlık Turizmi Yapan Ülkeler

4.3.3.1. Ülke Seçimi ve En Başarılı Ülkeler

Medikal turizm pazarında talep Amerika, Batı Avrupa ve Ortadoğu olarak üç bölgede yoğunlaşırken, bu bölgelerdeki talebin destinasyonlara dağılımı bakımından, Avrupalı medikal ziyaretçilerin favori ülkesi Hindistan, Malezya ve Tayland'dır. Malezya İslami referansı nedeni ile Ortadoğu pazarına hâkimdir. Singapur, Japon pazarının temel destinasyonudur. Küba, doğal olarak Orta Amerika pazarına yönelmiştir.

Macaristan internet sitelerinde yaptığı reklamlarda, fiyat avantajının İngiltere'den çok daha uygun olduğunu açıklamakta, sağlık sisteminin NSH ile şekillendiğini vurgulayarak, uzun kuyruklarda tedavi olmayı bekleyen İngiliz hastaları kendine çekmektedir.

Tayland: Her yıl yaklaşık 500 bin hasta, tedavi olmak için bu ülkeye gidiyor. 2010'da 12 milyar dolar sağlık turizmi geliri elde edilen Tayland'ın, en büyük hastanesi Bumrungrad International Hospital, tüm dünyada öncü ve örnek bir model olarak gösteriliyor. Hastane, bir kamu şirketi tarafından özel hastane statüsünde işletiliyor. Kozmetik, organ nakli, ortopedi, diş ve kardiyoloji tedavisi ve cerrahi müdahaleler için diğer Asya ülkelerinden yoğun hasta çekmektedir. SPA, fizik tedavi ve mental tedavilerin yanı sıra sınırda kabul edilen ve diğer ülkelerde yapılmayan tıbbi tedavi ve müdahaleler konusunda Tayland cesur bir tavır sergilemektedir.

Sağlık turizminde 2000'li yılların başından beri sürekli yükselen Tayland'ın, uluslararası sağlık turizmi pastasından aldığı pay oranı da buna uygun olarak sürekli artmaktadır. Ülkenin bu alanda hızla yükselmesinin arkasında tedavi maliyetlerinin düşük, sunulan tedavilerin kaliteli olması yatmaktadır.

Singapur: 2006 yılında toplam 410 bin yabancı tedavi gördü. Hükümetin hedefi 2012 yılında bu rakamı 1 milyona çıkarmak. JCI akreditasyonu olan hastane sayısı 13.

Hindistan: Böbrek transplantasyonu, alternatif tıp, kardiyoloji ve kardiyovasküler cerrahi, ortopedi, diz cerrahisi öncelikli alanlardır. Sağlık personeli oldukça kalifiye; Hintli doktorlar dünyanın en iyi doktorları arasında kabul edilmektedirler. Cerrahi deneyimleri oldukça fazla sayıda ve başarılıdır. Yapılan yatırımlar, hizmet kalitesi, ucuz fiyat alternatifleri sayesinde Hindistan yükselişini sürdürmektedir.

Macaristan: Sağlık turizminden elde edilen gelir toplamda 368 milyon Euro olarak belirtilmektedir. Sağlık turizmi alanında ayrıca “dış turizmi” de önemli bir yer işgal etmekte, Avrupa’da “en ucuz” dişçilik hizmetinin Macaristan’da verildiği belirtilmektedir. Özellikle Almanya ve İngiltere’den birçok hasta tedavi için Macaristan’ı tercih etmektedir.

4.3.3.2. *Termal Turizm ve SPA-Wellness (Sudan Gelen Sağlık)*

Termomineral su banyosu, içme, inhalasyon, çamur banyosu gibi çeşitli türdeki yöntemlerin yanında iklim kuru, fizik tedavi, rehabilitasyon, egzersiz, psikoterapi, diyet gibi destek tedavilerinin birleştirilmesi ile yapılan kur (tedavi) uygulamaları yanı sıra termal suların eğlence ve rekreasyon amaçlı kullanımı ile meydana gelen turizm türüdür. Güneydoğu Asya’da (Hindistan, Tayland, Singapur, Endonezya) kaplıcalar daha çok büyük ve lüks oteller içinde işletilmektedir. Burada verilen hizmetler çoğu zaman turistin kendini iyi hissetmesi veya dilenmesine yöneliktir.

Türkiye’de, 240 adet kaplıcadan yılda 10 milyon kişi birçok hastalığın tedavisinde, rehabilitasyon ve dinlenme (tatil) amaçlı olarak faydalanmaktadır.

Termal turizmi amaçlı olarak Almanya ve Macaristan’a 10 milyon kişi, Rusya’ya 8 milyon kişi, Fransa’ya yaklaşık 700 bin, İsviçre’ye 800 bin ve İspanya’ya 400 bin kişi gitmektedir. 126 milyon nüfuslu Japonya’nın sadece Beppu şehrine 12-13 milyon kişi termal turizmi amaçlı olarak gelmektedir.

Japonya’da 1.500 adet kaplıcada 100 milyon kişi termal turizm yapmaktadır.

Amerika’da yaklaşık 10.000 yıldır kullanılan, Kızılderili kültüründen gelen termal turizm amaçlı 210 adet kaplıca vardır. Bu kaplıcalardan yılda 4,5 milyon kişi yararlanmaktadır.

Almanya’da bulunan 200’den fazla kaplıca tesisi, yani termal turizm tesislerinden direkt ve indirekt yaratılan ekonomik faaliyet yılda 30 milyar dolar civarındadır.

Almanya’daki kür ve tedavi merkezlerinin sayısı 241’dir. Bu tesislerdeki geceleme sayısı 65 milyon, toplam ziyaretçi sayısı ise 12 milyondur.

İtalya’nın Padova bölgesinde bulunan Abano Termal’de 130 tane otel bulunmaktadır.

Macaristan’da sağlık turizmi içerisinde sıcak su kaynakları ve dolayısıyla termal turizm önemli yer tutmaktadır. Macaristan’da başta Budapeşte olmak üzere 13 adet şehirde “sağlık

tesisi” bulunmaktadır. Termal havuzlar ise yaklaşık 150 noktada yer almakta olup bunların 36 adedi serftifikalı sağlık merkezleridir. Macaristan bu özelliğiyle Japonya, İzlanda, İtalya ve Fransa ile de ciddi rekabet halindedir ve Budapeşte “Dünyanın SPA Başkenti” olarak da anılmaktadır. 2008 yılında, ülkenin sadece bu alanda elde ettiği gelir 147 milyon Euro civarındadır.

Termalizm Türkiye için bir şanstır. 10 yıl için hedeflediğimiz termal turizm ekonomik faaliyet tutarımız şu andaki Almanya’nın termal turizm ekonomik faaliyet tutarına eşittir. Gerek tedavi gerekse zinde kalma ihtiyacında, yaşanan Avrupa nüfusunun, daha fazla termal kür gereksinimi ortaya çıkmaktadır. İklim avantajları nedeniyle özellikle romatizmal hastalıkların görüldüğü Kuzey Avrupa ve İskandinav ülkelerinde, bu talep daha yoğunlukla hissedilmektedir. Ayrıca, coğrafi yakınlık faktörü de göz önünde bulundurulduğunda, Ortadoğu ülkeleri için Türkiye önemli bir termal destinasyon ülkesi olabilecek konumdadır.

SPA (Salus Per Aquam) Nedir?

Kısaca “su ile gelen sağlık” demektir. Genel anlamda; sağlığı, zindeliği, estetik ve güzelliği, iyileşmeyi su ve suyun iyileştirici gücüyle kazanma denebilir.

4.3.3.3. Yaşlı ve Engelli Turizmi

Dünyada ve ülkemizde doğum oranlarının düşmesi, erken ölümlerin önlenmesi gibi nedenlerle yaşlı nüfus giderek artmaktadır. Beklenen yaşam süreleri gelişmiş ülkelerde 80-85’lere ulaşmıştır. Amerika’daki 65 yaş ve üzeri popülasyonun 2030’da % 22’ye çıkacağı belirtilmektedir. Dünyadaki yaşlı sayısı 2000 yılında 600 milyon iken 2050’de 1,2 milyar düzeyine çıkması beklenmektedir. Ülkemizde 65 yaş ve üzeri nüfus oranı 2009’da % 7 olarak tespit edilmiş ve ileriye yönelik projeksiyonlarda 2025’te % 10,7’lere ulaşacağı öngörülmektedir.

Türkiye, sağlık turizmi alanında özellikle ılıman iklime sahip sahil bölgelerinin fazlalığı, bu bölgelerin yaşlıların yaşamı için elverişli yapısı ve üçüncü yaş turizminde son yıllarda meydana gelen hizmet çeşitlendirmesi ile kalite artışına bağlı olarak, yaşlı nüfusa sahip ülkeler olan Amerika Birleşik Devletleri, Kanada, İngiltere gibi ülkelere büyük bir talep görmektedir. Bu ülkelere yaşlı bakımına ilişkin olarak gelen spesifik talep, yaşlı bakım evleri sayısının artırılması ve bu vesileyle daha fazla turist in seyahatinin sağlanmasıdır. Söz konusu fırsatın bilincinde olmak ve onu tam olarak kullanabilmek için bu konuda devlet teşviklerinin ve bu sektörün tanınırlığının artırılması gerekmektedir.

4.3.3.4. Yaşlı Turizmi İçin Yapılması Gerekenler

Kültürel farklılıklar, müşteri ihtiyaçları ve talepleri göz önüne alınarak ‘sağlık köyleri’ konseptinde inşa edilecek/dönüştürülecek yerler seçilmeli, teşvikler çıkarılmalıdır. Kullanıl-

mayan kamplar bu amaçla dönüştürülebilir. Sağlık köyü olarak kullanılacak yerlerdeki konaklama mekânları, 45-80 yaş aralığında, hasta/engelli insanların yaşayabileceği şekilde hazırlanmalıdır. Köylerin mevcut kaplıca/sıcak su kaynakları yakınında olması avantaj teşkil etmektedir.

Köylerde çalışacak personelin eğitime azami ölçüde önem verilmelidir. Yaşlı ve hasta bakımı ile ilgili özel eğitimler açılmalı ve bu insanların misafir edilmesinde görev alacak personelin mutlaka eğitim almış olmasına dikkat edilmelidir. Personel; temizlik, güler yüz, ağırlama konusunda süregelen hizmet içi eğitim almalıdır.

Bölgesel seçilecek köylere eşit mesafede sağlık ekipleri konuşlandırılmalıdır. Konaklama mahalleri, kendi doktoru, ailesi ve bölgesel sağlık merkezi ile görsel bağlantı kurabileceği, tıbbi verilerini gönderebileceği teknolojik donanımına sahip olmalıdır. Gerekğinde cep telefonu uygulamaları ve sensörler aracılığıyla turistlerin sağlık verileri uzaktan anlık olarak takip edilmelidir. Evlerde panik düğmesi sistemi olmalıdır. Merkezin mahallere uzaklığı, uygun zamanda sağlık ekibinin kişiye ulaşmasına müsait olmalıdır. Zaman içinde köyler belli hastalık gruplarına göre özelleştirilebilir.

Oluşturulacak sağlık köyleri, misafirlerin yöresel zenginlikleri tanıyacağı, beceriler kazanaacağı ve kültürlerine uygun olarak bir araya gelip eğlenebilecekleri bir yapıda ve organizasyonda tasarlanmalıdır.

Devlet ve özel sektör bu konuda işbirliği yapmalı, gerekirse ulusal bir hedef oluşturulmalı, dernekleşme yoluyla güç birliği yapıp yurtdışında etkili tanıtım yapılmalıdır. Dernekler ve yabancı geri ödeme kurumları ile anlaşmalar yapılmalı, birinci elden hedef kitleye ulaşma yolları zorlanmalıdır.

Son söz olarak, sağlık (destekli) turizme; yeni bir yatırım ve işletme mantığında yaklaşılmalı ve altyapıya önem verilmelidir. İnsan (personeli) ve eğitim ön planda tutulmalıdır. Konu hakkında uzman olanlardan danışmanlık hizmeti alınmalı ve hizmet sektöründe en önemli unsurun tanıtım ve hizmet kalitesi olduğu unutulmamalı.

4.3.3.5. Avantajlarımız

- Hastanelerin birçoğunda çağdaş teknolojik donanımın yeterli düzeyde bulunması,
- Sağlık hizmeti kalitesi standardına sahip olmamız: Sağlık Bakanlığı'na bağlı 1.400'den fazla devlet hastanesi, üniversite hastanesi ve özel hastane bulunmaktadır. Birçok hastanenin yerli ve uluslararası sertifikasyonları mevcuttur,
- JCI (Joint Commissions International) tarafından akredite edilen 30'dan fazla hastane bulunmaktadır. Ayrıca ISO (International Organization for Standardization) belgesi sahibi birçok hastane bulunmaktadır,

- Sağlık dönüşüm programıyla birlikte sağlık sistemimizde meydana gelen olumlu gelişmeler,
- Özel sağlık kuruluşlarımızın rakip ülkelerin sağlık kuruluşlarıyla rekabet edecek düzeyde, hatta onlardan daha iyi konumda olması,
- 64'e yakın tıp fakültesi her yıl çeşitli uzmanlık alanlarında binlerce Türk ve yabancı tıp öğrencisini eğitiyor,
- Türkiye, metropoliten şehirleri, kültürel çeşitliliği olan bir atmosferde hastalar ve yakınları için güvenli ve dostça bir ortam sunuyor,
- Merkezi bir coğrafi konumda, Asya ve Avrupa'nın ortasındaki kesişme noktasında yer alan Türkiye'den dünyanın her yerine uçuş vardır ve geneli kısa sürelidir,
- AB üyeliğine aday ülke olarak, sağlık hizmetleri konusunda yüksek standartlar ve istikrar gibi üyelik kriterlerini yerine getirmektedir,
- Güvenilir ve istikrarlı fiyat politikasına sahiptir,
- Tüm akredite Türk hastaneleri dünya standartlarında altyapı ve modern teknoloji ile donatılmıştır,
- Termal kaynaklarımızla Avrupa'da 1. sırada, dünyada ise 7. sıradayız,
- Ülkemizin uygun iklimi, tarihi ve turistik uygarlıklar merkezi olması,
- Ülkemiz, çevresinde 712.000.000'lük bir topluluğa hitap edebilecek bir konumda,
- Genç nüfus ve eğitilebilirlik ile ciddi bir işgücü potansiyeline sahibiz; nitelikli insan kaynaklarımız var,
- Ülkemize bilgi ve tecrübe transferi, yasal düzenlemeler, temel prensipler,
- İş ve istihdam (sağlık personeli ve diğer personeller),
- Ekonomik kazanım (ülkeye döviz girdisi),
- Yeni yatırımlar (yaşlı tatil köyleri, kaplıcalar, hastaneler vb.),
- Sosyal ve siyasal güç kazanımı (bölgesinde güçlü bir ülke),
- Özel sağlık sektörünün finansal yapısının güçlenmesi,
- Sağlık turizm sektörü hastane, doktor, hasta hizmeti arasında finansal denge oluşturacak,
- Medikal sektör geliri,
- Devletimizin "Döviz Kazandırıcı Hizmet Ticaretinin Desteklenmesi" adlı tebliğde sağlık turizmi adına çok önemli teşvikler vermiş olmasıyla birlikte sağlık turizminin öneminin vurgulanmış olması.

4.3.3.6. Dezavantajlarımız

- Sağlık personelinin (doktor, hemşire vb.) sayısal azlığı,
- Sağlık turizminde mevzuat eksiklikleri, hukuksal ve yasal boşluklar,
- Yetişmiş, eğitilmiş, genç ara eleman eksikliği (yetiştirilebilir),
- Yabancı dil eğitimi zayıf, dil bilen personel sayısı az,
- Sağlık turizminde, devlet, STK ve sektör temsilcilerinin işbirliği tam sağlanamıyor,
- Sağlık turizminin yurtdışında tanıtımı yetersiz düzeydedir. Tanıtma ajansı oluşturulmalı,
- Vize sorunu olan ülkelerle ilgili özel sağlık vizesi verilmeli,
- Termal turizmin teşvik edilmemesi ve izin için birçok kuruma başvurulması gerekliliği.

4.3.4. Sonuç ve Öneriler

Yukarıdaki başlıklarda ayrıntıları ile belirtildiği üzere Türkiye dünya genelinde bakıldığında zaman zaman sağlık turizmi ve özellikle medikal turizmde henüz gelişme aşamasındadır. Ancak iyi bir gelişme potansiyeline sahip olduğu da söylenebilir. Bu turizm türünün geliştirilmesi için aşağıda belirtilen önlem ve uygulamalar yararlı olacaktır: Yurtdışında satış ağının kurulması amacıyla tur operatörlerinin, uzman acentelerin ve sağlık kuruluşlarının bu konuya özendirilmesi gerekmektedir. Kültür ve Turizm Bakanlığı'nın da konuya özel bir önem vererek medikal turizmin en etkin pazarlanması nasıl olmalıdır, sorusuna yanıt aranmalıdır.

Sağlık turizminde satış ve pazarlamanın yolu, yurtdışındaki turizm ve sağlık ile ilgili fuarlardan geçmektedir. Bu fuarlara etkin bir şekilde katılmak gereklidir. Öncelikle yakın ülkeler olmak üzere, gelişmiş Batı ülkelerinin sağlık ve sigorta sistemleri, tanı ve tedavi fiyatları, teknolojileri araştırılmalı medikal turizm için hedef ülkeler ve pazarlar seçilmelidir. Diğer ülkelerde olduğu gibi tanıtım materyallerinde ve ürün paketinde konvansiyonel (geleneksel) turizm olanakları, turlar, termal turizm olanakları ve medikal turizm birlikte sunulmalıdır.

Medikal turizme hitap eden hastanelerde konuya ilişkin uzmanlar tarafından eğitim çalışmaları yapılmalı, işletmeler kadrolarında konunun uzmanlarını bulundurmalıdır. Özellikle yabancı dil bilen ve sağlık turizm eğitimi olan elemanlara ihtiyaç vardır. Medikal turizmin gelişmesinde ve organize edilmesinde Batı ülkelerindeki sigorta kuruluşlarının önemli bir rolü vardır. Ülkemizdeki sağlık kuruluşları ABD ve Avrupa'daki sigorta şirketleri yapacakları çeşitli anlaşmalar çerçevesinde bu hizmetleri daha geniş bir pazara hitap ederek yerine getirebilirler.

2008’den bu yana özel sektörün önünde olan kısıtlamalar, bu hedefe istediğimiz hızda yürümemizi engelliyor. Sağlık turizmi talebi var diye kapasite artırmak istense bile özel hastanelerin önüne “yeni bölüm açamazsınız, yeni hekim alamazsınız” şeklinde kısıtlamalar getiriliyor. Sağlık Bakanlığı’nın politikalarına baktığımız zaman kendi içinde mantıklı görünüyor. “Ülkenin coğrafyasına göre hekim ve sağlık çalışanı dağıtımı adaletsiz” deniyor. Biz belli bir personel dağıtım cetveli uyguluyoruz, Van’daki ortalama ile İstanbul’daki ortalamayı eşit tutuyoruz. Yurtdışındaki ülkelerde böyle değil.

Dünyanın her yerinde belli bölgeler sağlık alanları olarak biliniyor ve önlerinde bu konuda bir kısıtlama yok. Türkiye’nin köklü kuruluşları sağlık turizminin lokomotifi olacaklar. Önce acenteler ya da hastalar bize gelecek, Türkiye ile tanışacaklar. Giderek B ve C grubu hastaneler ve iyi durumdaki kamu hastaneleri de bu sistemin içinde hastalardan pay almaya başlayacaklar. O zaman farklı ekonomik seviyeye de hitap edeceğiz. Dolayısıyla bu işte lokomotif olacak olan hastanelerin önünü açmak gerekir.

Sağlık hizmet sunumunda komşu ülkelerimiz bizden çok geride ve bu ülkelerde çok ciddi çalışmalar yapılabilir. Bu ülkelerin sağlık bakanlıklarıyla iletişim kuruluyor ama bunlar yeterli olmuyor. Çalışma, sadece A grubu, A-plus ya da JCI onayı almış hastanelerle sınırlı kalmamalı. B – C grubu butik hastaneler için de yapılmalı. Her ekonomiye göre çalışma yapılmalı.

Sağlık turizminde belli bir noktaya ulaşabilmek için;

- Sağlık turizmi devlet ve özel sektör işbirliğiyle organize bir şekilde yürütülmeli,
- Sağlık turizmi politikaları oluşturulmalı,
- Doğru bir sağlık turizmi konumlandırması yapılmalı. Bugün Hindistan’a baktığımızda birçok ülke tarafından hijyen endişesi bulundurmada doğru konumlandırmayla, dikkatleri teknolojik donanımları ve tecrübeli hekimleri ile üstüne çekmeyi başarmıştır. Maalesef ülkemiz açısından bakıldığında henüz etkili ve sürdürülebilir bir imajımız olmamakla birlikte ‘ucuz tatil, ucuz tedavi’ imajının önüne geçemediğimiz görülmektedir. Doğru bir strateji ve doğru markalaşma yoluna gidilmelidir,
- *Sağlık turizminde başarılı olan ülkelerin web sitelerine bakıldığında rekabette oldukları ülkelerle fiyat karşılaştırması yaparak, hastanelerinin tüm teknolojik donanımlarından bahsederek, ülke tanıtımını yaparak dünyaya açılan kapıdan tüm hastalara ulaşabilmektedirler. Oysaki ülkemizde sağlık kuruluşlarına internetten tanıtım yaptıklarında ciddi miktarlarla para cezası verilmekte, hatta iş kapatılma cezasına kadar gitmektedir,*
- *Sağlık hizmeti veren tesislerin kalitesinin artırılması gerekmektedir. Oluşabilecek bir hata ya da güven kaybı tüm ülkeye mal edilebilir, bu durum kolayca olumsuz imaj yaratabilir. Bu nedenle sağlık turizmi yapan kuruluşların denetlenmesi esastır,*
- *Yurtdışında bulunan kültür ve turizm ataşeliklerimizin ülkemizi en iyi şekilde tanıtması,*

- Başta resmi ve özel sektör sağlık kuruluşları ve turizm şirketlerinin Avrupa ülkelerindeki sosyal güvenlik şirketleri ile daha yakın işbirliği yapmaları,
- Sağlık hizmetlerine ilaveten paket halinde ülkemizin diğer turizm olanaklarının sunulması,
- Organizasyon hastanın evden çıkıp tekrar evine dönüşüne kadar geçen süreçleri kapsamalı,
- Sigorta şirketleri ile koordinasyon sağlanmalı,
- Paket programlar oluşturularak sağlık ve turizm bağlılığının sağlanması,
- Turizm ve seyahat acenteleri ile paket programları yapılmalı (check up)
- Sağlık turizmini tanıtım programları ve kampanyalar düzenlenmeli,
- Organizasyon ve danışman şirketleri kurulmalı ve yardımcı firmalar bu yapılanma içinde yer almalıdır.

Beşinci Bölüm

SONUÇ VE ÖNERİLER

Genel olarak değerlendirildiğinde Türkiye’de 2003-2011 döneminde yapılan yapısal reformlar, yasal düzenlemeler, sosyal güvenlik sisteminde yapılan reformist çalışmalar sonucunda insanımızın sağlık hizmetlerine ulaşımında oldukça önemli iyileştirmeler görülmektedir.

Söz konusu dönemde e-randevu sistemi, hasta haklarında yapılan iyileştirmeler, sağlık sisteminde yapılan otomasyon çalışmaları, hastanelerin ve sosyal güvenlik kurumunun tek çatı altında toplanması sayesinde hastaların, doktora, ilaca, modern teşhis, tedavi hizmetlerine erişimi kolaylaştırılmıştır. Acil ve koruyucu sağlık hizmetlerinde önemli gelişmeler sağlanmıştır.

Bununla birlikte SGK sistemine yapılan yatırımlar, ilaç takip sistemi ve e-reçete sayesinde ilaç ve tedavi giderlerinde yaşanan gereksiz harcamalar ve suiistimaller büyük ölçüde engellenmiştir.

Sağlık hizmetlerinde yaşanan gelişmeler, beraberinde sağlık harcamalarının da artışını doğurmuştur. Ancak alınan tedbirler sayesinde kamu sağlık harcamalarındaki artışın faiz dışı fazladaki artış oranının altında kalması sağlanmıştır.

Sağlık harcamalarında yaşanan artışa rağmen Türkiye’deki toplam sağlık harcamaları ve kişi başı sağlık harcamaları OECD ülke ortalamasının oldukça altındadır. Hekim, hasta-ne, sağlık personeli sayısı, teşhis, tedavi araçları henüz yeterli değildir.

Sağlık harcamalarının baskılanması amacıyla alınan tedbirlerden bazıları süreç içerisinde özel sağlık sektörünün ciddi finans sorunları yaşamasına ve sağlık hizmet sunucularının

motivasyonlarının zayıflamasına neden olmaktadır. Bu durum sağlık hizmetlerinde kalite zafiyeti ortaya çıkması riskini doğurmaktadır.

Ülke potansiyeli, yaşanan gelişmeler ve sağlık sektörünün büyüme eğiliminde olması nedenleriyle ülkemizdeki sağlık yatırımları yabancı sermayenin ilgisini çeker boyuta gelmiştir. Özel sağlık sektörünün yaşadığı finans sıkıntıları çok uluslu yatırımcılarla rekabet şansını zayıflatmaktadır. Bu süreç, zaman sonra sağlık sektöründe yabancı sermaye hâkimiyetini, sonrasında da değişik sosyal sorunları doğurabilir.

Ülkemiz ilaç ve tıbbi cihaz üretiminde henüz kendisine yetecek seviyelere ulaşamamıştır. Aksine son yıllarda ithal ürünler sektörde artış eğilimi göstermektedir.

Sonuç olarak yaşanan gelişmelere ve yapılan reformlara ek olarak;

Önümüzdeki yıllarda bir taraftan sağlığa ayrılan kaynakların en verimli bir şekilde kullanılması sağlanmaya çalışılırken diğer yandan GSMH içinde sağlığa ayrılan pay arttırılarak en azından OECD ortalamasına ulaşılmaya çalışmalıdır.

Sağlık hizmet sunucularının yaşadığı sorunlarının çözümü için global bütçeden ayrılan pay hizmet kalite standartlarına uygun oranda sağlanmalıdır.

SUT fiyatları arttırılmalı ya da özel sağlık kuruluşlarının fark almasının sınırlandırılması uygulamasından vazgeçilmelidir.

SUT fiyatları bir komisyon tarafından belirlenmeli bu komisyonda özel sağlık sektör temsilcileri de yer almalıdır.

Eczacıların stok zararları karşılanmalı ve eczacılara meslek hakkı sağlanmalıdır.

Diş hekimlerinin SGK'ya hizmet sunması sağlanmalıdır.

Kamu hastanelerinin tedarikçilere ödeme yaparken tıbbi cihaz ödemelerini diğer ödeme kalemlerinden ayırmamalı, ödemeleri aynı vadede yapmalıdır.

İlaç sektöründe yerli üretime ağırlık verilmeli ve bu alanda Ar-Ge çalışmaları sağlanacak teşviklerle desteklenmelidir.

Sağlık eğitimi veren üniversitelerde eğitim kalitesi yükseltilmeli ve uzmanlık eğitimleri için imkânlar artırılmalıdır.