

## S A Ğ L I K S E K T Ö R Ü N Ü N Ö N C E L İ K L İ S O R U N L A R I N A İ L İ Ş K İ N G Ö R Ü Ş V E Ö N E R İ L E R

### İÇİNDEKİLER:

<a href="#">Giriş</a>	<a href="#">s. 1</a>
<a href="#">1. İlaç Sektörü</a>	<a href="#">s. 2</a>
<a href="#">2. Hizmet Sunumu</a>	<a href="#">s. 5</a>
<a href="#">3. Tıbbi Teknoloji</a>	<a href="#">s. 7</a>
<a href="#">4. Sağlık Finansmanı</a>	<a href="#">s. 10</a>

### GİRİŞ

TÜSİAD Sosyal İşler Komisyonu bünyesinde faaliyet göstermekte olan “Sağlık Çalışma Grubu”, Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin mevcut durumunu ve sağlık alanında gerçekleştirilen ve gerçekleştirilmesi planlanan reformları, diğer ülkelerdeki gelişmelerle birlikte yakından takip etmekte, bu alandaki görüş oluşturma çalışmalarını sürdürmektedir.

Sağlık Çalışma Grubu tarafından hazırlanan bu çalışma; “ilaç sektörü, hizmet sunumu sektörü, tıbbi teknoloji sektörü ve sağlığın finansmanı” başlıkları altında mevcut sorunlara işaret ettikten sonra söz konusu konulara ilişkin öneriler sunmaktadır.

Çalışmanın amacı, ilgili alanlarda söz konusu sorunların sağlıklı bir zeminde tartışılmasına ve çözüm süreçlerine katkı sağlamaktır.

# 1. İLAÇ SEKTÖRÜ

Türkiye 2003 yılından itibaren sağlık ve sosyal güvenlik alanlarında kapsamlı bir reform sürecine girmiş, bu süre zarfında gerçekleşen reformlar sonucunda sağlık sektöründe ciddi yapısal değişiklikler meydana gelmiştir. İlaç alanında yapılan bir dizi düzenleme değişikliği, geliştirilen geri ödeme mekanizmaları ve Genel Sağlık Sigortası (GSS) ile birlikte ilaca erişimin kolaylaşması, büyük ölçüde birim ilaç maliyetlerinde sağlanan düşüşlerle karşılanmış ve neticede kamu ilaç harcamalarının milli gelir içindeki yeri sabit kalmıştır.

Ağırlıklı olarak mali sürdürülebilirlik üzerinde yoğunlaşan bu dönemde, ilaç sektörünün içinde bulunduğu yapısal sorunların çözümü öncelik alamamış ve başta ruhsatlandırma, fiyatlandırma, geri ödeme, fikri mülkiyet haklarında yaşanan sorunlar gibi temel alanlarda yaşanan bir dizi problem günümüze kadar taşınmıştır. Diğer taraftan dünyada ilaç araştırmalarında yaşanan ademi merkeziyetçi süreç, Türkiye'nin de içinde bulunduğu Rusya, Çin, Hindistan gibi ilaç talebinin hızlı büyüdüğü ülkelere ilaç araştırmaları alanında yeni fırsatlar yaratmakta, bu fırsatların kullanılabilmesi de öncelikli bir konu olarak gündeme gelmektedir.

## Verimlilik:

**Sorunlar:** Sağlık hizmetlerinin sunum ve finansmanında verimsizlikler.

### **Öneriler:**

- Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından yayınlanan kamu sağlık harcamaları verilerinin paylaşımında şeffaflık sağlanması; ilaç ve tedavi alanlarında kırımın paylaşılması,
- Ekonomideki olumlu gelişmelerin Global Bütçe rakamlarına yansıtılması, gerçekçi bir bütçe için Global Bütçenin milli gelire oranlı olarak yeniden yapılandırılması,
- Sektörün rekabet gücünün ve verimliliğin artırılması için ilaç politikasının öngörülebilir, istikrarlı, ihracatı, yatırımları ve ilaç Ar-Ge'sini destekleyecek nitelikte olması,
- Sağlıkta verimliliği artırmak üzere kaynakların daha etkili kullanımı için çıktıya dayalı ödeme modellerinin geliştirilmesi,
- Sektörler arası ve kamu-özel işbirlikleriyle uygun teşhis, tedavi ve izlemin gerçekleştirildiği, klinik etkinliğin yükseltildiği kronik hastalık yönetimi modellerinin ve bu modelleri destekleyecek bir sağlık politikasının geliştirilmesi.

## Ruhsatlandırma Süreci:

**Sorunlar:** AB mevzuatına uyumlaştırmada belirlenen sürenin üzerine çıkılması.

**Öneriler:** Türkiye'de ruhsat başvurusunda bulunulan ilaçların EMEA (Avrupa İlaç Ajansı) kararları kapsamında yer alması.

**Sorunlar:** Mevzuatla ilgili uyum sorunlarının yanı sıra kurumsal bir takım aksaklıklarla da karşılaşılması

### **Öneriler:**

- Özel durumlar (yetim ilaç, biyobenzer ilaç vb.) dikkate alınarak mevzuatın AB ile uyumlaştırılması.
- Personel yetersizliğinin aşılması, eğitim ve uzmanlaşmanın sağlanması.

**Sorunlar:** Ruhsatlandırma Yönetmeliği gereğince 210 günde tamamlanması gereken ruhsatlandırma sürecinin fazlasıyla uzaması.

**Öneriler:** Ruhsatlandırma sürecinin uzamasının önüne geçilmesi ve kısaltılmasına ilişkin yöntemlerin araştırılması.

**Sorunlar:** Ürünlerin ruhsatlandırma süreçlerinde sunulan GMP belgelerinin, Bakanlıkça denetlenen veya Türkiye ile karşılıklı tanıma anlaşması olan ülkeler tarafından verilmiş olma zorunluluğunun, ithal ürünlerin ruhsatlandırılmasında ciddi sorunlara sebep olması.

**Öneriler:**

- Ülkemizde üretilmeyen kritik ürünler için GMP denetiminde süreli muafiyet tanınması.
- Kritik ürünlerin GMP denetimlerinin, Bakanlık tarafından öncelikli olarak yapılması.
- Bakanlık denetçi sayısının artırılması.

### Fiyatlandırma:

**Sorunlar:** Kamunun sağlık harcamalarına yönelik tasarruf tedbirlerinin ilaç fiyatları üzerinde baskı yaratması.

**Öneriler:** Kamu ilaç harcamalarına yönelik tasarruf tedbirlerinin fiyat ve iskontolar üzerinden gerçekleştirilmemesi, akılcı ilaç kullanımına öncelik verilmesi.

**Sorunlar:** Fiyatlandırma sürecindeki şeffaflık ve standardizasyon ile ilgili sorun yaşanması.

**Öneriler:**

- Kararnamede fiyat düzenlemelerinin net ve uygulanabilir şekilde belirtilmesi.
- Mevzuata birebir uyulması ve sektör aleyhine gecikmeli uygulamaların engellenmesi.
- Fiyat değerlendirmeleri ve ruhsatlandırma sürecinin birbirlerinden bağımsız gerçekleşmesi.
- Karar vericiler (hükümet yetkilileri) ve uygulayıcılar (ilaç sanayi) arasındaki iletişimin geliştirilmesi.

### Ödeme Kararları:

**Sorunlar:** Ödeme kararlarının şeffaflığının sağlanması ihtiyacı.

**Öneriler:**

- Kılavuz ve yönetmeliklerin başvuranlar ve değerlendiriciler için net ve uygulanabilir olması,
- Komisyon kararlarının şeffaf nitelikte olması.
- Değerlendirme sürecine ruhsat sahibi veya müracaat eden firma yetkilisinin katılımının sağlanması, itiraz mekanizmasının işler bir şekilde çalışması.
- Bağımsız karar vermeye olanak sağlayacak değerlendirme kriterlerinin ve çalışma usullerinin oluşturulması.
- Ülkemizdeki epidemiyolojik, farmakoekonomik verilerdeki eksikliğin giderilmesi.
- Uzman kadro ve altyapı eksikliklerinin giderilmesi.

### Fikri Mülkiyet Hakları:

**Sorunlar:** Fikri mülkiyet haklarına yönelik idari konular ve yaklaşım

**Öneriler:**

- Eğitimli/uzmanlaşmış personel, eğitimci, hâkim sayılarının yeterli düzeye ulaştırılması.

- Birçok ülkede örneği görüldüğü gibi mevcut mahkemelerden birinin patent konusunda ihtisaslaşması, uzman hâkimlerin ilgili davalara bakmasının devamının sağlanması için söz konusu mahkemelerdeki yargıçların yer değişikliklerinin azaltılması.
- İlgili makamların bilinç düzeyinin ve hassasiyetinin artırılması.
- Avrupa Komisyonu 2011 yılı İlerleme Raporu'nda da belirtilen; veri münhasıriyeti ile ilgili bazı hükümlerdeki hukuki belirsizlikleri gidermek için veri münhasıriyeti düzenlemelerinin, Türkiye'nin AB'ye tam üyelik hedefi doğrultusunda, AB mevzuatıyla uyumlaştırılması.

### Ar-Ge<sup>1</sup>:

**Sorunlar:** İlaç Ar-Ge'sine yönelik temel bilim ve klinik çalışmalardaki nicelik ve nitelik yetersizliği.

#### **Öneriler:**

- İlaç sektöründe inovasyonun bir sanayi projesi olarak yeniden örgütlenmesi ve önceliklendirilmesi, teşvik ve destek mekanizmasının da teknoloji ve inovasyonu destekler şekilde yeniden yapılandırılması gereklidir<sup>2</sup>.
- Ar-Ge teşvik ve desteklerinin mevzuat ve uygulama ayağındaki sorunların giderilmesi.
- Üniversitede çalışan personele yapılan ödemelerde döner sermaye kesintisinin düzenlenmesi.
- Akademisyenlerin sanayide çalışmalarını teşvik eden, sanayi ile işbirliği sonucu elde ettikleri başarıların performanslarına yansımaları sağlayacak düzenlemeler yapılması.
- Üniversite-sanayi işbirliğinin geliştirilmesi; yenilikçi fikirlerin ticarileştirilmesi için girişimcilik ve teknoloji transfer merkezlerinin etkin şekilde kurulması.

**Sorunlar:** Ulusal ve uluslararası ilaç Ar-Ge ağlarına katılım eksikliği.

**Öneriler:** Dünya ilaç Ar-Ge'sinde yer alabilmek için uluslararası ilaç firmaları ile işbirliği imkânlarının yaratılması ya da teşvik edilmesi.

**Sorunlar:** Ülkenin ilaç alanında Ar-Ge çekim merkezi olabilmesi için kapsamlı bir kurumsal girişimin ve mevzuat düzenlemesinin eksikliği.

#### **Öneriler:**

- Ülkemizde mevzuat yapısının risk sermayesini teşvik edici nitelikte düzenlenmesi; bu kapsamda firmaların yapacakları risk sermayesi yatırımlarına vergi teşviki uygulanması.
- Beşeri sermayenin niteliğinin geliştirilmesinin yanında, fikri haklar altyapısı, teşvik mekanizmaları ve vergi düzeni gibi alanlardaki düzenlemelerle, mevcut ortamın daha çok Ar-Ge yatırımı çekmeye yönelik olarak iyileştirilmesi.

<sup>1</sup> "Ar-Ge" başlığı altında sunulan "Öneriler"ın ayrıntıları için bkz. "Türkiye'de Daha İyi Bir Ar-Ge ve İnovasyon Ortamı İçin Öneriler" TÜSİAD Görüş Belgesi, Aralık 2011.

<sup>2</sup> CEPS tarafından hazırlanan "Türkiye'nin Avrupa Birliği'ne Üyelik Sürecinde Sağlıkta İnovasyon" başlıklı TÜSİAD raporu (Şubat, 2011).

## 2. HİZMET SUNUMU

2003 yılından itibaren sağlık ve sosyal güvenlik alanlarında gerçekleşen reformlar sonucunda sağlık sektöründe ciddi yapısal değişiklikler gerçekleşmiştir. Hizmet sunumunda tüm vatandaşların hekimini ve hizmet alacağı sağlık kurumunu seçme özgürlüğüne kavuşması önemli bir değişikliktir. Ancak 2006 yılında yasalaşan ve 2008’de uygulanmaya başlarken temel değişikliklere uğrayan Sosyal Güvenlik Yasası, hastanın seçme özgürlüğünü kısıtladığı gibi hizmet sunucu özel sektör kuruluşları için de ciddi engellemeler getirmiştir.

Özel sektör sağlık alanında yatırım yapmak üzere teşvik edilmiş, ciddi kaynak tahsisi yapılarak yatırımlar yapılmış, hastane ve sağlık kuruluşu sayısında önemli artış gerçekleşmiştir. Ancak fark ücreti alınmasının kısıtlanması ve planlama adına yapılan değişiklikler özel sektör kuruluşlarının kaliteli hizmet sunma olanağına ciddi kısıtlamalar getirmiştir. Bazı sağlık kuruluşları SGK sigortalılarına hizmet vermekten vazgeçmek durumunda kalmış, diğer kurumlar ise olumlu gelişmelerin gerçekleşmesi ihtimali dâhilinde bugüne kadar gelmişlerdir. Mevcut koşullar altında kaliteli hizmetin verilmesi sürdürülebilir görülmemekte; hizmet kalitesinden ciddi ödünler verilmesi veya bazı kuruluşların sektörden çekilme riski bulunmaktadır.

### Planlama:

**Sorunlar:** Sağlık politikalarının tüm sektör paydaşlarının katkıları ile belirlenmemesi, bu şekilde belirlenmemiş politikaların şeffaf ve kalıcı olmaması.

**Öneriler:** Sağlık sektöründe kamu ve özel mülkiyetli sağlık kuruluşları arasındaki çifte standarda sebep olan uygulamaların kaldırılması. Hükmi şahıslara ait sağlık kuruluşlarının Türkiye sağlık sektöründeki yeri ve konumunun net bir biçimde belirlenmesi ve makro çerçevedeki rolünün tanımlanması.

### **Sorunlar:**

- Sağlık sektöründe planlama ilkelerinin öngörülebilir olmaması ve sık değiştirilmesinin ciddi kaynak israfına ve belirsizlik ortamına neden olması.
- Sağlıklı planlama yapılmamasının mali kaynak ve insan kaynağı yetersizliğine neden olması.
- Planlama yapma gerekçesiyle çıkarılan 15 Şubat 2008 ve 06 Ocak 2011 tarihli yönetmeliklerin, özel sağlık kuruluşlarının yatırım yapmasını, teknoloji geliştirmesini ve kadro artırımını kısıtlayıcı etki yaratması.

**Öneriler:** Sağlık sektöründe altyapı, teknoloji ve insan gücü yatırımları ile ilgili şeffaf ve sürdürülebilir bir planlama anlayışının geliştirilmesi. Planlama sürecine ilgili tüm paydaşların dâhil edilmesi.

**Sorunlar:** 2010 yılında yayımlanan Tam Gün Yasası’nın, ülkemizde sağlık sektöründeki mevcut insan gücü eksikliğine çözüm getirmemiş olması.

**Öneriler:** Tam Gün Yasası’nın, günümüz ülke gerçeklerine uygun şekilde ve sağlık çalışanlarını mağdur etmeyecek biçimde ilgili tarafların görüşleri ve hassasiyetleri dikkate alınarak yeniden düzenlenmesi.

**Sorunlar:** Sektörde tıbbi personel açığının giderek artması. İnsan kaynağı planlaması konusunda uygulanan politikaların, özel sektörün insan kaynakları istihdamını olumsuz etkilemesi.

**Öneriler:** Tıbbi personel açığının kapatılması amacıyla acil önlemler alınması, hem devlet üniversitelerindeki eğitim kapasitesi ve kalitesinin artırılması, hem de vakıf üniversitelerinin tıp ve hemşirelik alanında eğitim vermelerinin teşvik edilmesi amacıyla bir proje başlatılması.

### Eskiyeu Mevzuat:

**Sorunlar:** Mevzuatın güncel olmaması ve mevcut mevzuatın karmaşık, birbiri ile ilişkili birçok yasa ve yönetmelikten oluşmasının uygulamayı güçleştirmesi.

#### **Öneriler:**

- Mevcut tüm yasa, yönetmelik ve tebliğlerin konsolide edilerek günün ihtiyaçlarına uygun tek bir Genel Sağlık Yasası'nın hazırlanması.
- Sağlık kuruluşlarının ruhsatlandırılmalarının bir yönetmelikte birleştirilmesi.
- Değişikliklerin ve yeni düzenlemelerin yönetmelik ve tebliğlerle mevzuata dâhil edilmesi.

### Denetleme:

**Sorunlar:** Sağlık hizmeti sunum kalitesinin hizmet çıktıları dikkate alınarak denetlenmiyor olması.

#### **Öneriler:**

- Bilimsel ve uluslararası ilkeler temel alınarak ve tüm paydaşların katkıları ile sağlıkta altyapı, hizmet sunumu ve çıktı kriterlerinin belirlenmesi.
- Kamu-özel ayrımı yapılmadan tüm sağlık kuruluşlarının bağımsız denetim kuruluşları tarafından eşit koşullarda denetlenmesi.
- Performansa dayalı hizmet biçiminin, hekime başvuru oranının artışıındaki rolünün değerlendirilmesi; kullanılan her türlü sarf malzemesinin doğru kullanımı ve kalitesinin, verilen hizmetin sonucunda hastalara sağlanan faydanın ölçölüp değerlendirilmesi.

### Hizmet Bedelleri:

**Sorunlar:** Sağlık hizmet bedellerinin maliyet temelli bir hesap sistemine dayanmaması ve günün koşullarına göre güncellenmemesi.

**Öneriler:** Bilimsel kriterlerden yola çıkılarak, sektördeki paydaşların da katılımıyla sürdürülebilir bir fiyat tespit sisteminin oluşturulması. Söz konusu sistemde hizmet bedellerinin belirlenmesinde altyapı ve yatırım giderleri de dikkate alınarak, reel maliyet temelli bir fiyat sisteminin oluşturulması.

### Sağlık Turizmi:

**Sorunlar:** Uluslararası kalitede yatırım yapmış ve akredite olmuş özel sektör hastanelerinin mevzuat engelleriyle karşılaşmalarının, sağlık turizminde önemli bir hamle yapan sektörün gelişmesini olumsuz etkilemesi.

**Öneriler:** 2012 yılında sağlık turizmi üzerine bir yönetmelik çıkartmayı hedefleyen Sağlık Bakanlığı'nın, Ekonomi Bakanlığı ve özel sektörle ortak bir vizyon çerçevesinde Türkiye'yi uluslararası sağlık turizminin güçlü alternatiflerinden biri haline dönüştürme girişimi olumludur. Söz konusu işbirliğinin devamı ve çıkarılacak yönetmeliğin sektörün görüşleri alınarak ivedilikle tamamlanması faydalı olacaktır.

### 3. TIBBİ TEKNOLOJİ

Türkiye'nin ileri teknoloji ürünü tıbbi cihaz altyapısı, geçen dönemlere göre Avrupa ve OECD ortalamalarına yaklaşmakla beraber, halen kurulu cihaz parkı bazında, iller arasında önemli farklar bulunmakta ve kişi başına düşen teknolojik cihaz sayılarında Türkiye, Avrupa ortalamasının yaklaşık yarısı seviyesinde seyretmektedir. 2010 yılında ileri tıbbi görüntüleme ürün pazarının büyüklüğü 163 milyon Euro olarak tahmin edilmektedir. Pazarın 2011'de Sağlık Bakanlığı ve İstanbul İl Sağlık İdaresi'nin yaptığı toplu alımlar ile yaklaşık %20 büyümesi tahmin edilmekte, sonraki yıllarda 165-170 milyon Euro seviyesinde devam etmesi beklenmektedir. Tedavide erken teşhis, seçici terapi ve teleradyoloji önem kazanmaktadır.

#### İthalat:

#### Dış Ticaret Müsteşarlığı (DTM)'nın, 2011/16 no'lu Tıbbi Cihazların İthalat Denetimlerini Düzenleyen Dış Ticarete Standardizasyon Tebliği:

##### **Sorunlar:**

- AB üyesi ülkelerden yapılan ithalatta malzemenin üzerindeki CE işareti daha önceki uygulamada yeterli iken, mevcut durumda, AB ülkelerinden ithal edilse dahi menşei Avrupa ülkeleri dışında olan malzemenin üzerindeki CE işareti ve ATR belgesinin yeterli bulunmaması.
- Malzemeye ait AB Uyum Belgesi (Declaration of Conformity) sunulması gerekliliği ve bu malzemelerin ithalatının TSE'nin denetim ve onayına tabi olması.

Tıbbi cihazlar AB ülkelerinde Tıbbi Cihaz Yönetmeliğine (Medical Device Directive) tabidir. Tıbbi Cihaz Yönetmeliği'ne göre, tıbbi cihaz üreticisi firmaların, üretmekte oldukları ürünün (Tıbbi Cihaz) tamamının CE standart gereklerini yerine getirmesi, belgelemesi (CE işareti, CE DoC, Teknik dosya) ve bu belgeleri onaylatması gerekmektedir. Ülkemizin bu alandaki uygulaması AB ülkeleri ile tam uyumludur.

##### **Öneriler:**

- AB ülkelerinde olmayan bu uygulamanın, Sanayi Bakanlığı'nın da görüşü alınarak Dış Ticaret Müsteşarlığı'na yürürlükten kaldırılması.

#### Mal Alımları Tıp Sözleşmesinde Yer Alan Garanti Süreleri Uygulamaları:

##### **Sorunlar:**

- Sanayi ve Ticaret Bakanlığı tarafından 24 Nisan 2011'de değiştirilen Garanti Belgesi Uygulama Esaslarına Dair Yönetmeliğin 14. Maddesi'nin a bendi<sup>3</sup> ve Kamu İhale Kurumu tarafından hazırlanan "Mal Alımlarına Ait Tıp Münferit Sözleşme"nin 16.7.2.2<sup>4</sup> maddesi ile yükleniciye malın değiştirilmesi ile ilgili getirilen yükümlülükler.
- İki yönetmelik arasındaki farklılıkların uygulamada bir standardın oluşturulmasına engel teşkil etmesi ve onarım, garanti hizmetlerinde belirsiz bir ortamın yaratılmasına sebep olması.

<sup>3</sup> Tüketicieye teslim edildiği tarihten itibaren, garanti süresi içinde kalmak kaydıyla, bir yıl içerisinde en az dört defa veya imalatçı-üretici ve/veya ithalatçı tarafından belirlenen garanti süresi içerisinde altı defa arızalanmasının yanı sıra bu arızaların maldan yararlanamamayı sürekli kılmaması.

<sup>4</sup> Malın idareye teslim edildiği tarihten itibaren, kullanım hataları dışında yukarıda belirlenen garanti süresi içinde kalmak kaydıyla, bir yıl içerisinde; aynı arızanın ...[İdare tarafından ikiden az olmamak üzere sayı yazılacaktır.] fazla tekrarlanması veya farklı arızaların ...[İdare tarafından dörtten az olmamak üzere sayı yazılacaktır.] fazla meydana gelmesi veya belirlenen garanti süresi içerisinde meydana gelen farklı arızaların toplamının ...[İdare tarafından altıdan az olmamak üzere sayı yazılacaktır.] fazla olması ve bu arızaların maldan yararlanamama sonucunu ortaya çıkarması durumunda, yüklenici malı değiştirmekle yükümlüdür. Ancak, birden fazla ünitelerden oluşan mal alımlarında yüklenici, sadece arızanın meydana geldiği ünite veya üniteleri değiştirmekle yükümlüdür.



**Öneriler:** Konunun sektör tarafından Kamu İhale Kurumu'na iletilerek yeniden gözden geçirilmesi.

### Ödeme Süreleri:

#### **Sorunlar:**

- Sektörün kamu hastanelerine verdiği tıbbi cihaz bedellerinin tahsilinde ciddi boyutta gecikmeler yaşanması.  
Tahsilât tarihini öngöremeyen firmaların maliyet hesabı yapamaması, geciken her ödemede firmaların önemli finansal kayıplar yaşaması. Her ne kadar Sağlık Bakanlığı sadece kendine bağlı kurumlara ara genelgelerle çözümler üretmiş olsa da, sorunun devam etmesi.

#### **Öneriler:**

- Medikal sektörün ödeme problemlerinin çözümlenebilmesi için firmaların tedarik etmiş olduğu tıbbi cihaz ve malzemelere ait ödemelerin, Maliye Bakanlığı Muhasebat Genel Müdürlüğü'nce yayımlanan Döner Sermayeli İşletmeler Bütçe ve Muhasebe Yönetmeliği'nin, "Ödemelerin Yapılmasında Öncelik" başlıklı 22. maddesine hiçbir yorum ve yanlış anlamaya yer bırakılmayacak şekilde dâhil edilmesi.
- Ödeme vadesi olmayan şartnamelere ve sözleşmelere itiraz edilmesi.
- Medikal sektörün kamudaki alacaklarının temlik edilebilmesi için kamu bankaları ile protokol yapılması.
- Sektörün kamuya olan borçlarının (vergi, SSK primi, vb.) kamudan alacakları ile mahsuplaştırılması.
- Ödeme ile ilgili AB Direktifinin Türkiye'de uyumlaştırılmasının hızlandırılması.

**Sorunlar:** Hastane sınıflandırmalarında ve buna bağlı olarak belirlenen geri ödeme sistemlerinde kalite ve performansın dikkate alınması.

**Öneriler:** Kalite ve kalibrasyon programları yapılan ve üstün özellikler taşıyan yüksek teknolojilerin hastane sınıflandırmalarında bir kriter olarak yer alması ve uygulanacak tedavi birim fiyatlarına bunun bedelinin yansıtılması.

**Sorunlar:** Tıbbi cihazlarda bakım ve onarımların kalitesi ve sonuçlarına ilişkin yasal bir altyapının olmaması.

**Öneriler:** Sağlık Bakanlığı tarafından tıbbi cihazların bakım, onarım standartlarının belirlenmesi ve AB standartlarına uygun belgelendirme ve denetleme sisteminin oluşturulması.

### Hizmet Alımı:

**Sorunlar:** Bugün başta kamu hastaneleri olmak üzere ileri teknolojilerde hizmet alımı yaygınlaşmış durumdadır. Ancak tıbbi teknoloji kullanımına herhangi bir limit getirilmemiş olması, hizmet çıktılarının kontrol edilmemesi ve teknolojilerin kalite/kontrol prosedürlerinin denetlenmemesi, teşhisin güvenilirliğinde tereddütlere yol açtığı gibi, teknolojinin de ömrünü önemli ölçüde etkilemektedir.

#### **Öneriler:**

- Sağlıkta kalite standartlarını sağlamak için SGK ve Sağlık Bakanlığı tarafından teknolojiye kapasite kullanım sınırlaması getirilmesi,
- Teknolojinin bakım, onarım ve kalite/kontrol esaslarına denetim esası getirilmesi,
- Radyoloji tetkiklerindeki uygulama hataları ve uygunsuzlukların, rastgele (random) örneklem denetimleri yapılarak tespit edilmesi ve düzenlenmesi.



**Sorunlar:**

- Yenileştirilmiş (Refurbished) tıbbi cihazların kontrol ve kullanımı ile ilgili gerekli düzenlemelerin eksikliği.
- Yenileştirilmiş tıbbi cihazların Türkiye'ye ithalatının serbestleştirilmesi ile beraber, AB'de hâlihazırda beklemekte olan çok sayıda eski cihazın Türkiye pazarına yönlendirilmesi riski.

**Öneriler:**

- Yenileştirilmiş tıbbi cihazların ülkeye girişinden sonra kontrollerinin yapılması ve kullanımları ile ilgili gerekli düzenlemelerin oluşturulması.
- Gerekli düzenlemeler yapılana kadar mevcut durumun korunarak yenileştirilmiş tıbbi cihaz ithalatının serbest bırakılmaması.

**Sorunlar:** Tıbbi cihaz ithalatı ve satış sonrası hizmetleri için yetkilendirme/denetleme mekanizmalarının yetersizliği.

**Öneriler:**

- Tıbbi cihazların ithalatının yapılabilmesi ve tıbbi cihazlara satış sonrası ve bakım-onarım hizmetlerinin verilebilmesi için gerekli yetkilendirme konusunda Türk Standartları Enstitüsü (TSE) ve Türkiye Atom Enerjisi Kurumu (TAEK) tarafından verilen lisansların, firmaların gerçek yetkinlik seviyelerini göstermesi. Bu konudaki uygulamaların, AB ülkelerindeki benzer uygulamalar ile uyumlu hale getirilmesi (bu konuda İngiltere'nin Medical Device Agency kuruluşunun düzenlemesi Türkçeye tercüme edilmiştir).
- Yerli üretim yapan firmaların da denetiminin ABD'deki Gıda ve İlaç İdaresi (FDA) benzeri bir mekanizma ile uzman bir kadro tarafından gerçekleştirilmesi.
- Bu yetkiler ile ilgili denetleme mekanizmalarının iyileştirilmesi.

**Sorunlar:** Sağlık Uygulama Tebliği (SUT)'un yeni tıbbi teşhis ve tedavi teknolojilerinin geri ödeme tutarlarının inovatif ve hayat kalitesini artırıcı teknolojileri içermemesi.

**Öneriler:**

- SUT kapsamına alınacak yeni tıbbi cihazların başvuru prosedürünün belirlenmesi. Bu kapsamda inovatif teknolojilerin geri ödeme sistemine dahil edilmesi için kanıta dayalı klinik araştırma modeli çerçevesinde bir sistemin tasarlanarak kullanılmaya başlanması.

**Sorunlar:** Tıbbi cihazlara verilen kalibrasyon hizmetlerinin yeterince denetlenmemesi.

**Öneriler:**

- Kalibrasyon hizmetlerinin yalnızca akredite kurumlar tarafından verilmesinin sağlanması için gerekli denetim mekanizmalarının oluşturulması.
- X ışınlı cihazların kalibrasyonlarının 17020 standardında test ve muayenelerinin yapılması ve bu alandaki akredite kuruluş sayısının artırılması.

**Piyasa Gözetimi ve Denetimi:**

**Sorunlar:** Piyasaya arz edilen tıbbi cihazlara yönelik denetimlerin yeterli verimlilikte gerçekleştirilmemesi sonucu, piyasada standartlara uygun olmayan ürünlerin yer alması.

**Öneriler:** Bu denetimleri gerçekleştiren Sağlık Bakanlığı bünyesindeki Piyasa Gözetim ve Denetim Şube Müdürlüğünün güçlendirilerek daha aktif hale getirilmesi.

## 4. SAĞLIĞIN FİNANSMANI

Sağlık hizmetlerine giderek artan ulaşılabilirlik, sektörün hem emek hem de teknoloji yoğun özelliğinin maliyet artışına etkisi, yaşlanan nüfus ile birlikte kronik ve dejeneratif hastalıkların sağlık sistemi içindeki yükünün artışı, yaşam biçimi ve çevresel faktörlerin oluşturduğu tehditler, hizmet arzına yönelik nitelik ve çeşitlilik arayışları gibi unsurlar sağlık harcamaları ile sağlık finansman kaynaklarının tüm dünya ülkelerinde önemli bir gündem maddesi olması özelliğini korumaktadır. Dolayısıyla, sağlık hizmetlerinin finansmanı ile ilgili olarak da, dünyada uygulanan tek tip bir model yoktur, her ülke kendi koşullarını dikkate alarak “kamu ve özel sektörün birlikte çalışarak birbirini desteklediği” modelleri uygulamaktadır.

Dünyada, karşılaştırılabilir ve ulaşılabilir olma açısından en son 2008 yılına ait veriler incelendiğinde; toplam olarak 4,1 trilyon dolar tutarında sağlık harcaması yapıldığı, bu toplamın 2.3 trilyon dolar olan bölümünün de Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’nde gerçekleştiği görülmektedir.

ABD Başkanı Barack Obama’nın, ülkesinde kabul edilen Sağlık Reformu kapsamında, 2008-2018 yıllarına ait yaptırdığı projeksiyon çalışması; 2003 yılında 1.7 trilyon dolar ile gayrisafi milli hasılanın %15.8’i, 2007 yılında da 2.2 trilyon dolar ile %16.2’si olan sağlık harcamasının, 2018 yılında 4.4 trilyon dolara ulaşarak gayrisafi milli hasılanın %20.3’ünü oluşturacağını göstermektedir. Aynı çalışma, 2018 yılında kişi başı sağlık harcamasının 13.100 dolara ulaşacağını öngörmektedir.

OECD Health Data 2011’e göre,

1. GSYİH içindeki sağlık harcamaları payı 2009 yılı OECD ülkeleri ortalaması %9.5 iken, Türkiye’de bu pay 2008 yılında %6.1 ile OECD ülkeleri içindeki en düşük değer olarak gerçekleşmiştir.
2. 2009 yılı OECD ülkeleri kamu sağlık finansmanı oranı ortalaması %71.7 olup, Türkiye’de bu pay 2000 yılında %63 iken 2008 yılında %73’e yükselmiştir.
3. 2009 yılı OECD ülkeleri ortalamasına GSYİH içindeki sağlık harcamaları payının en yakın olduğu ilk on ülke (%9 ile 10 arası olan); İngiltere, İzlanda, Yunanistan, Norveç, İrlanda, İspanya, İtalya, Slovenya, Finlandiya ve Slovakya’dır.
4. 2009 yılı sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payının oran olarak en yüksek olduğu ilk beş ülke sırasıyla; %17.4 ile ABD, %12 ile Hollanda, %11.8 ile Fransa, %11.6 ile Almanya ve %11.5 ile Danimarka’dır.
5. 2009 yılında Türkiye’yi takip eden GSYİH içindeki en düşük sağlık harcaması yüzdesine sahip ilk beş ülke; %6.4 ile Meksika, %7.8 ile Lüksemburg, %6.9 ile Kore, %7 ile Estonya ve %7.4 ile Polonya ve Macaristan’dır.
6. 2009 yılı OECD ülkeleri ortalamasının 3.223 dolar olduğu satın alma gücüne göre kişi başı sağlık harcaması, 2008 yılında Türkiye’de 902 dolar ile OECD ülkeleri içinde en düşük olarak gerçekleşmiştir.
7. 2009 yılı OECD ülkeleri ortalamasına en yakın kişi başı sağlık harcamasının olduğu (satın alma gücüne göre) ilk on ülke (3.000-4.000 dolar arası olan); Fransa, Belçika, İrlanda, İsveç, İzlanda, İngiltere, Avustralya, Finlandiya, İtalya ve İspanya’dır.
8. OECD ülkeleri içinde, 2009 yılında, satın alma gücüne göre kişi başı sağlık harcamasının en yüksek olduğu beş ülke sırasıyla; 7.960 dolar ile ABD, 5.352 dolar ile Norveç, 5.144 dolar ile

İsviçre, 4.914 dolar ile Hollanda ve 4.451 dolar ile Lüksemburg'dur. Türkiye'den sonra, kişi başı sağlık harcamasının en düşük olduğu beş ülke; 918 dolar ile Meksika, 1.186 dolar ile Şili, 1.393 dolar ile Estonya, 1.394 dolar ile Polonya ve 1.511 dolar ile Macaristan'dır.<sup>5</sup>

### Sağlık Harcamaları Verileri:

#### **Sorunlar:**

- Sağlık harcamalarına ilişkin kurumlar tarafından hazırlanan verilerin birbiriyle uyumlu olmaması.  
Ülkemizde yapılan toplam sağlık harcamaları ile ilgili olarak, farklı kaynaklardan farklı verilere ulaşılabilmesi ve yapılmış araştırmalarda ulaşılan sonuçların da farklılaşması. SGK ile Maliye Bakanlığı verilerinde dahi farklılıkların olması

#### **Öneriler:**

- Sağlık harcamalarının, kamu, özel, cepten harcama gibi uluslararası kabul edilmiş alt başlıklar altında, “ulusal sağlık hesapları” anlayışıyla, kıyaslanabilir ve standardize edilmiş yöntemlerle, yıllık olarak tek bir kurum tarafından hazırlanması ve güncel olarak paylaşılması.

### Maliyet ve Geri Ödeme Standartları:

**Sorunlar:** Sağlık hizmetlerinde, maliyet ve geri ödeme yöntemlerine ilişkin standart eksikliğinin bulunması.

#### **Öneriler:**

Sağlık hizmetinin nitelik ve niceliğini artıracak her türlü üretim faktörünün kullanımını sağlamaya yönelik olarak, kamu-özel ayrımı yapılmaksızın, rasyonel maliyet ve geri ödeme yöntemlerinin esas alınması, bu bağlamda SGK tarafından dört yıl önce başlatılan “Tanı İlişkili Gruplandırma” (DRG) projesinin ülke geneline yaygınlaştırılması.

### Genel Sağlık Sigortası'nın Finansal Sürdürülebilirliği:

#### **Sorunlar:**

- Sağlık harcamalarının öngörülemez artışının neden olacağı aktüeryal denge sorununun, ucu açık kamu sübvansiyonlarına yol açma ve Genel Sağlık Sigortası'nın finansal sürdürülebilirliğine zarar verme riski.
- Hizmetin finansmanında, kamu ve özel sektör kaynakları arasında, ödeme gücü olanların oluşturabileceği farklılıklara yönelik tamamlayıcı ve/veya destekleyici bir ilişki kurulamaması, geliri yüksek kesimlerle maliyet paylaşımı olanağının sağlanamaması.

#### **Öneriler:**

- SGK gelirlerinin giderlerini karşılama oranı dikkate alındığında, kaynak sıkıntısının daralmasının olumsuz etkilerini azaltmak ve Genel Sağlık Sigortası'nın sürdürülebilirliğini sağlamak amacıyla, sağlık sigortacılığı alanında dünyada uygulanan yöntemlerden birisi olarak bilinen “Tamamlayıcı Sağlık Sigortası”na geçilmesi; yüksek gelirli bireylere kamu sağlık sigortacılığında maliyet paylaşımı fırsatı verilmesi, böylece SGK üzerindeki fiyat ve daha kapsamlı/kaliteli hizmet talebi baskısının azaltılması.
- Böylece sağlık sigorta sistemlerinin yaygın ve birbirini tamamlayabilecek/destekleyebilecek şekilde geliştirilerek hem finansmanın sürdürülebilirliğine olumlu katkı sağlanması, hem de vatandaşların “tek tip” yerine farklı seçeneklerle sağlık hizmeti alabilmesinin mümkün

<sup>5</sup> OECD Health Data 2011 raporunda Türkiye'ye ait en güncel veri 2008'e aittir.

kılınması. Bu kapsamda 5754 sayılı<sup>6</sup> Kanun'un 58. maddesi gereğince Hazine Müsteşarlığı'na verilen yönetmelik çıkarma yetkisi kapsamında, 5510 sayılı Kanun'da 2008 yılında yapılan değişiklikler arasında yer alan Tamamlayıcı Sağlık Sigortası uygulamasına geçilmesinin sağlanması.

### **Global Bütçe:**

#### **Sorunlar:**

- Kamu sağlık harcamalarına yönelik olarak sektörde uygulanmaya başlanan “Global Bütçe”nin, hizmetin kapsamı ve kalite farklılığı dikkate alınmaksızın; sadece ödenen meblağı hedefleyen bir bakış açısıyla hazırlanmış olması.
- Söz konusu uygulamanın, başta sunulan hizmetin kalitesi olmak üzere, ciddi sakıncaları beraberinde getirmesi.

#### **Öneriler:**

- Verilen çeşitli sağlık hizmetleri arasındaki kalite farklılıkları ve sadece SUT fiyatı ile hizmet verilemeyeceği hususu dikkate alınarak, “Global Bütçe” uygulamasının 5510<sup>7</sup> sayılı Kanun'un 2006'da yasalaşan ilk şekli ile birlikte düşünülmesi kapsamında, SGK'nın ödediği bedelin sabitlenerek fark alma uygulamasının önünün açılması.
- Bütçe tahsisi kadar, sunulan sağlık hizmeti kalitesini de önceleyen ve sonuçlarını bağımsız denetim mekanizmasıyla izleyen bir sistemin kurulması.
- “Global Bütçe” yönteminin uygulandığı kurum ve alanlarda, kaliteli sağlık hizmetlerine ulaşımı engelleyebilecek unsurlar gözden geçirilerek, yeniden düzenlenmelidir.

---

6 Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun

7 Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu

**TÜSİAD**

Meşrutiyet Cad. No:46 Tepebaşı 34420-İstanbul  
0212 249 19 29

Bu görüş belgesi, TÜSİAD Sosyal İşler Komisyonu altında faaliyet gösteren  
TÜSİAD Sağlık Çalışma Grubu  
tarafından hazırlanmıştır.

Tüm hakları saklıdır. Kaynak gösterilerek alıntı yapılabilir.

**Aralık 2011**