

## Yönetici Özeti

**T**ürk toplumunun sağlık durumu, son 15-20 yıl içerisinde sağlık hizmetlerinin ölçeği ve işleyişinde meydana gelen iyileşmelerle birlikte önemli ölçüde ilerleme göstermiştir. Sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyetin artırılması için yapılan hizmet sunumu reformları ve sağlık sigortası kapsamının genişlik ve derinliğinin artması, nüfusun mali korumasının genişletilmesi konusunda etkileyici bir yol kat edilmesini sağlamıştır. Geçtiğimiz 15-20 yıl zarfında, sağlık harcamaları gelir artışıyla orantılı artış göstermiştir. Bununla birlikte, toplumun sağlık durumunun daha da iyileştirilmesi ve sistemin verimliliğinin artırılması bakımından Türkiye'deki sağlık politikası önemli zorluklarla karşılaşmaktadır.

*Türk Sağlık Sistemi İncelemesi*, Hükümet'in Sağlıkta Dönüşüm Programı'nı (SDP) 2003 yılında uygulamaya koymasından önceki süreçte sistemin belli başlı özelliklerine değinerek başlamaktadır. Daha sonra, SDP kapsamında uygulamaya konan başlıca reformları anlatmaktadır. Ardından sistemin performansını; erişim ve hakkaniyet, sağlığın iyileştirilmesi, kullanıcılara cevap verebilirlik, paranın karşılığı ve mali sürdürülebilirlik olarak özetlenebilecek temel sağlık politikası hedefleri bakımından değerlendirmektedir. *İnceleme*, Genel Sağlık Sigortası (GSS) kapsamına geçiş ve bu geçişin muhtemel etkileri de dahil olmak üzere yakın tarihte yapılan reformları değerlendirmektedir. Son olarak *İnceleme* sistemin güçlendirilmesi için nerelerde ek politikalara ihtiyaç olabileceğine değinmektedir.

---

*Türk Sağlık Sistemi, diğer çoğu OECD ülkesinin sağlık sistemlerine doğru bir dönüşüm geçirmektedir.*

---

Türk Sağlık Sistemi (TSS), dönüşüm geçirmektedir. Hükümet, SDP'nin bir parçası olarak, sağlık finansmanı ve hizmet sunumu sistemlerinde parçalanmayı ve duplikasyonu (tekrarlama) engellemek; sağlık sigortasına ve sağlık hizmetlerine genel erişimi sağlamak için kurumsal ve yapısal reformlar gerçekleştirmektedir.

2003 yılından önce TSS'de, sağlık hizmetlerini finanse eden ve sunan çeşitli kamu kurumları vardı. Bunların bazıları arasında hiyerarşik; bazıları arasında ise sözleşmeye dayalı ilişkiler söz konusuydu. Bunlar toplumun farklı kesimlerine hizmet vermekteydi, bu da kapsamda boşluklar doğurmaktaydı. Sosyal güvenlik kurumları; kayıtlı sektörde maaşlı çalışanları, serbest çalışanları, çalışan veya emekli devlet memurlarını kapsıyordu. Hükümet tarafından finanse edilen bir program (Yeşil Kart programı) da, düşük gelirli sigortasızları kapsıyordu. Kayıt dışı ekonomide çalışanlar, nüfusun %25'ini oluşturmaktaydı. Bunlardan sadece bir kısmı başka bir sigortalının bakmakla yükümlü olduğu kişi olarak kapsam dâhiline girmektedir. Nüfusun büyük çoğunluğunun, Yeşil Kart dahil, herhangi bir sağlık sigortası

kapsamında olmasına ve tüm vatandaşların ücretsiz birinci basamak ve acil hastane hizmeti alabilmesine karşın, hizmet sunumu tarafında ciddi sorunlar vardı. Bu da sigortalı kişilerin bile sağlık hizmetine uygun erişiminin bulunmadığı anlamına geliyordu. Sağlık Bakanlığı (SB), koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak sağlık hizmetleri veren merkezlerden oluşan çok büyük bir ağ üzerinden çalışırken, sosyal güvenlik kurumlarından bir tanesinin de kendisinin işlettiği kendi kuruluş/hastane ağı vardı. Ayrıca, pek çoğu düzenlemeye tabi tutulmayan özel kuruluşlar da bulunmaktaydı.

Sağlık hizmetlerinin kullanımında bölgesel ve kır kent ayrımından kaynaklanan eşitsizlikler söz konusuydu. Kırsal alanlarda sağlık hizmetlerine erişim daha zor ve daha pahalıydı. Sağlık harcamalarının büyük çoğunluğu koruyucu ve birinci basamak sağlık hizmetleri yerine daha maliyetli olan yatan hasta tedavisi ve ayakta tedaviye yönelik hastane bazlı hizmetlere tahsis edildiği için sağlık hizmetlerinin tahsis verimliliği çok azdı. Kısmen birinci basamak sağlık kuruluşlarında ve genel olarak kamu sektöründe, hizmet kalitesinin düşük olduğu yönündeki algı nedeniyle nüfusun koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelik talebi çok düşüktü. Bu yüzden ayakta tedavi başvurularının çoğu, hastane ortamında gerçekleşiyordu. Dört basamaklı entegre bir sağlık hizmetleri sunum sistemi oluşturulmasına rağmen, sevk sistemi çalışmıyordu. Hastalar çoğu kez daha üst basamaklardan hizmet alabilmek için birinci basamağı atlıyordu.

Amacı yönetim, verimlilik, kullanıcı ve hizmet sunucu memnuniyeti ile uzun vadeli mali sürdürülebilirliği iyileştirerek sağlık sistemini daha etkili kılmak olan Hükümet'in Sağlıkta Dönüşüm Programı 2003 yılından beri uygulanmaktadır. SDP'nin kilit unsurları arasında şunlar yer almaktadır: i) SB'nin bir planlama ve denetleme kurumu haline getirilmesi ii) Türkiye'deki tüm vatandaşları tek bir Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) çatısı altında birleştiren GSS'nin hayata geçirilmesi iii) Sağlık hizmetleri sunumunun genişletilmesi ve daha erişilebilir, dostane hale getirilmesi iv) Sağlık personelinin motivasyonunun iyileştirilmesi ve bu personelin gelişmiş bilgi ve beceriyle donatılması v) Sistemi desteklemek üzere eğitim ve bilimsel kurumların tesisi vi) Etkili ve kaliteli sağlık hizmetlerini teşvik etmek üzere kalite ve akreditasyon sistemlerinin sağlamaştırılması vii) Akılcı ilaç kullanımı ile tıbbi malzeme ve cihaz yönetiminin uygulanması viii) Etkili bir Sağlık Bilgi Sistemi kurulması vasıtasıyla karar almaya yönelik etkili bilgiye erişim sağlanması.

2003'ten beri SDP'nin uygulanması, sağlık sisteminde bazı önemli değişikliklere yol açmıştır. Türkiye'deki devlet hastanelerinin çoğunluğu, daha önceden Sosyal Sigortalar Kurumu tarafından yönetilenler de dahil olmak üzere, artık tek bir çatı (Sağlık Bakanlığı) altında entegre edilmiştir. Böylelikle prensipte sağlık hizmetleri satın alıcısı ile hizmet sunucusu birbirinden ayrılmıştır. Bu reformların sonucu olarak, çeşitli sosyal güvenlik kurumları artık tek bir kurum altında, yani SGK bünyesinde birleşmiştir. Bu kurumlar, ortaklaşa yararlanılan veri tabanları ile talep ve kullanım yönetim sistemlerini paylaşmaktadır. Çeşitli sağlık sigorta şemalarının kapsamındaki teminat paketi bir kuruluş (SGK) altında entegre edilmiş durumdadır. Hizmet sunuculara ödeme mekanizmaları dağınık, geriye dönük, hizmet başına ödeme sistemlerinden; performansa dayalı ödemeyi içeren ileriye dönük ödeme sistemlerine doğru geçiş halindedir. 2008 Ekim'de "Sosyal Sigortalar ve GSS Kanunu" nun uygulamaya konmasıyla birlikte, Türkiye'deki kamu hastaları için tek bir ödeyici sistem oluşturulmuştur. Türkiye'deki 81 ilin 23 tanesinde (aile hekimliği modeli bazında) entegre bir Birinci Basamak Sağlık Sistemi uygulanmaktadır. Devlet hastanelerine kaynak tahsisi konusunda daha fazla özerklik verilmiştir; aynı zamanda hastanelerin SB'ye karşı daha fazla hesap verebilirlik çerçevesinde çalışmalarını beklenmektedir.

*Sağlık durumunda, hasta memnuniyetinde ve mali korumadaki belli başlı iyileşmelere rağmen, halen sistemin performansının artırılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.*

Türkiye'deki sağlık durumu son yıllarda hızla iyileşmekte ve bazı bakımlardan OECD ortalamalarına yaklaşmaktadır. Bununla birlikte, Türkiye'deki ortalama yaşam süresi diğer OECD ülkelerindekilerden daha düşük ve bebek ölüm oranı da daha yüksektir. SDP kapsamında gerçekleşen yakın tarihli iyileşmelere rağmen, Türkiye ile diğer OECD içi ve dışı üst orta gelirli ülkeler arasında kıyaslamalar yapıldığında Türkiye'deki sağlık durumunun, beklenilenin biraz altında olduğu görülmektedir.

Türkiye'deki sağlık durumunun iyileşmesini sağlayan pek çok unsur olmakla birlikte, sağlık hizmetlerine yapılan harcamaların daha yüksek ve daha etkili olması, bu iyileşmelerin önemli bir kısmının sebebi olarak görülebilir. Toplam sağlık harcamaları ile kamu sağlık harcamaları çok aşırı gözükmese de, diğer OECD ülkelerindeki harcama düzeylerine bakıldığında ve üst orta gelir grubu ülkelerle kıyaslandığında, toplam sağlık harcamalarının aşırı olmadığı görülmektedir. Ancak sağlık alanındaki kamu harcamaları, nasıl ölçülürse ölçülsün, diğer ülkelere kıyasla ortalama seviyede veya bu seviyenin üstündedir. 2003 yılında SDP'nin başlatılmasını takip eden ilk 3 yıl içinde, sağlık harcamaları hızla yükselmesine rağmen toplam sağlık harcamaları ile kamu sağlık harcamalarındaki artışların, Türkiye'deki ekonomik büyüme hızlı olduğu için, karşılanabilir düzeyde kaldığı görülmektedir.

Türkiye'de etkili sağlık sigortası kapsamında bir dizi gelişmenin ard arda gelmesi ve bununla birlikte GSS'yi hayata geçiren mevzuatın 2008 yılında kabul edilmesi, hem nüfusun sağlık hizmetlerine erişiminde hakkaniyeti artırmış hem de yüksek sağlık harcamalarına karşın yoksul kesim için mali korumayı iyileştirmiştir. Önceki yıllarda, nüfus içindeki daha dezavantajlı bazı gruplar bakımından sağlık sigortası kapsamının eksik olması ve elde edilen teminatların yetersiz kalması, Türkiye'ye ilişkin bazı göstergelerde nispeten daha düşük bir sağlık durumunun görülmesinde muhtemelen önemli bir rol oynamıştı. SDP kapsamında, Türkiye'nin ihtiyacın en yoğun olduğu güneyindeki ve doğusundaki sağlık personeli sayısında önemli bir artış olmasına rağmen, 2007 yılında Türkiye'deki bölgelerde bebek ölüm oranı ile hekimlerin yoğunluğu arasında ters bir ilişkinin var olduğunu gösteren bölgesel veriler, Türkiye'de "ters hizmet kuralı"nın varlığını (bakıma erişim ile bakım ihtiyacı arasında ters ilişki) gösterebilmektedir.

Sağlık sektörü girdileri bakımından, Türkiye'deki hemşire/doktor oranı OECD'deki en düşük oranlardan biridir. Bu da beceri dağılımı ve personelin birbirine oranı konusunda bazı sorunlar doğurmaktadır. Hekimlerin sadece % 30'unun pratisyen olarak çalışması, birinci basamakta var olduğu bildirilen zayıflığın muhtemel bir sebebidir. Hekimlere ve diğer personele yapılan ödemeler, 2004 yılında -performansa dayalı ödemelerin başlatılması ile birlikte- önemli ölçüde iyileşme göstermiş; aile hekimi olmayı seçen pratisyenlerin sayısını da artırmıştır. Bununla birlikte, 2005 yılında, kamu sağlık ocaklarındaki maaşlı pratisyenlere yapılan ödemeler, hala diğer OECD ülkelerine kıyasla nispeten düşük görünmekle beraber, maaşlı uzmanlara yapılan ödemeler ise nispeten yüksekti. Hemşirelere yapılan ödemeler ise diğer OECD ülkelerinden bazıları ile aynı doğrultuydu. İlaç tüketimi, özellikle Yeşil Kart ve SSK üyeleri için kapsamın artırıldığı 2005 yılından beri hacimsel olarak artış göstermiştir. Son yıllarda ilaçlarda çeşitli fiyat indirimleri yapılmıştır, bu da paranın karşılığının arttığını göstermektedir. Fakat Türkiye'deki ilaç tüketiminin akılcılığı ve maliyet etkililiği konusunda halen endişeler vardır.

Performansa dayalı ödemelerin başlatılmasından bu yana bildirilen hekim başına başvurulardan anlaşıldığı üzere, faaliyet hacminde ve hekim üretkenliğinde büyük artışlar meydana gelmiştir. Fakat, Türkiye’de aile hekimliği sisteminin başlatılması konusunda kaydedilen ilerlemelere rağmen, başvuru dağılımı bakımından hastaneye başvuru, diğer bazı OECD ülkelerine kıyasla daha ağır basmaktadır. Hastanede ortalama kalış süresi, 2005’teki OECD ortalamasından daha kısadır; ama bu durum, Türkiye’nin demografisini yansıtıyor da olabilir. Türkiye’deki tıbbi bakımın teknik kalitesi konusunda çok az veri mevcuttur. Fakat çocuklardaki aşılama oranlarında gözle görülür iyileşmeler kaydedilmiştir. 2007’de Türkiye’de kızamık hastalığı neredeyse tamamen ortadan kaldırılmıştır. Sistemin cevap verebilirliği ile hizmet memnuniyetine ilişkin veriler, SDP’den önce hem sağlık ocaklarında hem de hastanelerde uzun bekleme süreleri olduğunu ve hasta memnuniyetinin düşük düzeyde olduğunu göstermektedir. Programın başlatılmasından sonra, bekleme sürelerinin kısaldığı; hem birinci basamak sağlık hizmetlerinin hem de kamu hastanelerindeki sağlık hizmetlerinin kalitesinden duyulan genel memnuniyetin hızla arttığı bildirilmiştir. Hastaların yeni aile hekimliği hizmetlerinden özellikle memnun olduğu görülmektedir.

---

*İddialı sağlık reformu programı, yeni fırsatlar doğursa da zorluklar devam etmektedir.*

---

SDP, GSS’nin hayata geçirilmesi gibi önemli sağlık sektörü reformlarının geliştirilmesi ve uygulanmasında “iyi uygulama”nın nasıl olacağını pek çok açıdan yansıtmaktadır. Ciddi finansman reformları ile birlikte hükümetin güçlü taahhüdü ve liderliği, dikkatle planlanmış hizmet sunumu reformlarıyla tamamlanmıştır. SDP’nin; sağlık durumu, mali koruma ve hasta memnuniyetinin tüm yönleri üzerindeki etkisini değerlendirmek için henüz çok erken olsa da mevcut verilerden elde edilen ilk göstergeler, bu üç alanda da önemli ilerlemeler kaydedildiğini ortaya koymaktadır. Türkiye diğer OECD ülkeleri ile arasındaki performans açığını kapatmakta ve genel maliyetler dahil bir dizi konuda kıyaslanabileceği diğer üst orta gelir grubuna giren ülkelere oranla daha iyi bir performans göstermektedir. Aslında diğer ülkelerin Türkiye’deki sağlık reformlarından, özellikle personel verimliliğini artırmak üzere performansa dayalı ödeme sisteminin kullanılması konusunda, öğrenebileceği pek çok şey olabilir.

Bununla birlikte bazı eski zorluklar devam etmektedir ve bazı yeni zorluklar ortaya çıkmaktadır. 2008 yılında sağlık sisteminin karşı karşıya kaldığı eski zorluklardan en önemlisi, sağlık durumunun nasıl daha fazla iyileştirilebileceği konusudur (İyileştirmeden; diğer üst orta gelir grubuna giren ülkelerdeki ortalama seviyeye nasıl getirileceği; demografik ve epidemiyolojik değişimler ile beslenme alışkanlıklarındaki farklılaşmaların ışığında, bu iyileşmelere mali yönden karşılanabilir bir biçimde nasıl devam edileceği anlaşılmalıdır.). Bununla ilgili bir zorluk da, kamu sağlık harcamalarının sürdürülebilirliğini korurken, iyileştirmenin nasıl başarılabileceğidir. Yeni sağlık sisteminin tasarımı yüzünden, gelecek yıllarda maliyet kısıtlama krizlerine yakalanma riski yüksek görünmektedir. Gelecekte ekonomik büyüme hızında meydana gelebilecek düşüşler durumu daha da kötüye götürebilir. Bu zorluğu aşmak için gereken politikalar şunlar olacaktır: i) Sağlık harcamalarının büyüme hızı üzerinde kontrol ii) Verimlilikte daha ileri iyileştirmelerin teşviki iii) Erişimde hakkaniyet sağlanmasına yönelik daha fazla ilerleme ve mali koruma alanında ulaşılan yüksek düzeyi koruma. Diğer bir zorluk da GSS’nin ödeme gücünü temin etmek için yeterli gelirin elde edilmesidir.

## Sağlık harcamalarının büyüme hızı üzerinde kontrol sağlanmalıdır

Sağlık hizmetleri alanında maliyet kısıtlaması gerçekleştirilmede Türkiye'nin iyi bir geçmişi vardır; fakat – artık hizmetlere erişimin sınırlandırılmasına daha fazla bağlı kalamayacak olan – yeni sağlık sistemi, daha hızlı bir büyüme potansiyeline sahiptir. Bu bakımdan, hükümetin – özel hizmet sunuculara yaptığı ödemeler de dahil olmak üzere – toplam kamu sağlık harcamaları üzerindeki denetimini sürdürmek amacıyla, gelecekte SGK'nin toplam kamu sağlık harcamaları üzerinde sıkı bir üst limit uygulaması arzu edilebilir olacaktır. Bu üst limit, birinci basamaktaki ve hastanelerdeki – özel hastaneler dahil olmak üzere – tüm kamu harcamalarını kapsamalıdır. Bu, ya sağlık hizmetleri hacminin ya da fiyatlarının – veya her ikisinin karşımının – kontrol edilmesi anlamına gelecektir; aynı zamanda SGK'nin aktif satın alma gerçekleştirmesini ve performans yönetimi sisteminin uygun şekilde değerlendirilmesini gerekli kılacaktır.

Ek olarak, aile hekimliği hizmetleri tüm ülke geneline yayıldığı zaman, bir aile hekiminden sevk olmaksızın hastanelerin ayakta tedavi birimlerine yapılacak başvurular için katkı payı uygulamasının hayata geçirilmesi ve aşırı hasta sevkine karşı aile hekimi geri ödeme kesintilerinin yeniden yürürlüğe konması gerekecektir. Hastaların daha üst basamaktaki hastanelere (kendiliklerinden) gitmeleri gibi uygunsuz sevkler için de benzer katkı payları uygulanmalıdır. Maliyetleri kısıtlamanın önemli bir diğer yolu da ilaç fiyatlarında daha fazla indirim yapılması ve – sağlık harcamalarının yaklaşık üçte birini oluşturan – ilaç tüketiminin daha da akılcı hale getirilmesi yönünde çaba göstermek olacaktır.

Orta ve uzun vadede, doktor sayısının gerektiği şekilde artırılmasından sonra, doktorluk mesleğine giren mezunların sayısını tekrar azaltmak ve akabinde kontrol altında tutmak önemli hale gelecektir. Türkiye'dekine benzer sağlık sistemlerinde sağlık harcamalarının doktor sayıları ile doğrudan ilgili olduğunu gösteren kanıtlar mevcuttur.

## Verimlilikte daha fazla iyileşme yapılması gerekecektir

Hem maliyet kısıtlamasına yardımcı olabilecek hem de paranın karşılığını artıracak verimlilik iyileştirmelerini teşvik etmek üzere, yetkililer önümüzdeki beş yıl içinde SDP'nin II. Faz'ının tamamlanması için çalışmalarını hızlandırmalıdır. Yetkililer, birinci basamakta yeni aile hekimliği hizmetlerini yaygınlaştırmaya ve bunların yanı sıra koruyucu sağlık hizmetlerini geliştirmeye devam etmelidirler. İlave aile hekimleri, kısa vadede maliyet baskılarını artırsa bile, hastanelerin ayakta tedavi birimlerindeki yükü azaltarak orta ve uzun vadede verimliliğin iyileşmesine yardımcı olacaktır.

İkinci basamakta, hizmet satın almanın SGK'ye devrinin tamamlanması; SGK'nin yönetim kapasitesi bu göreve uygun hale geldiğinde ve Taniya Dayalı Grup (DRG) ile toplu ayakta tedavi ödeme reformları yeterli düzeyde ilerleme kat ettiğinde, önemli hale gelecektir. Aynı zamanda, hastanelerdeki performans yönetimi sisteminin diğer ödeme reformları ile uyumunu gerçekleştirmek; hacim, kalite, verimlilik ve birim maliyetlerde tasarrufu ödüllendirmeyi sağlamak amacıyla bu sistemin reforme edilmesi iyi olacaktır. Ayrıca hastanelere daha fazla özerklik veren politikalarda –hastanelerin bu politikaları idare edecek yönetim kapasitesini ortaya koyması koşuluyla –ısrarcı olunması gerekebilecektir.

Daha genel olarak ise şunlara yatırım yapılması önem kazanacaktır: Daha iyi bilgi ve Bilişim Teknolojileri (BT); sağlık teknolojileri değerlendirmesi, hemşire iş gücünün boyutu ve becerileri. Diğer OECD ülkelerinde edinilen tecrübelerle bakıldığında, Türkiye'de hemşirelerin hekimlere destek verme açısından daha büyük bir rol oynamaları için geniş bir alan olduğu görülmektedir. Hizmet kalitesinin ölçülmesinde, sağlık harcamalarındaki değişiklik-

lerin izlenmesi ve öngörülmesinde; teknolojide yaşanan değişikliklerin değerlendirilmesine ilişkin becerilerde önemli bazı boşluklar bulunmaktadır.

### **Erişimde hakkaniyete doğru daha fazla ilerleme gereklidir**

Türkiye'deki ortalama sağlık durumunu, özellikle coğrafi boyutta sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyet alanında daha fazla iyileştirmeler yaparak geliştirmek mümkündür. Yeni sağlık sistemi, erişim hakkaniyetinin iyileştirilmesine yardımcı olacaktır; çünkü para, hastayı takip edecektir. Fakat ülkenin doğusunda ve İstanbul'da sistemin kapasitesini güçlendirmek üzere arz yönlü harekete geçilmesi gerekecektir. DRG'lerde ve ayakta tedavi toplu ödeme oranlarında uygun "ihtiyaç" düzenlemeleri yapılması, sağlık alanındaki bölgesel kamu harcamalarına yönelik kişi başı ödeme yaklaşımlarının geliştirilmesi ve sağlık çalışanlarını yoksun alanlara çekmek üzere daha güçlü mali teşvikler olması bu eylemlere rehberlik edebilir.

### **Daha fazla gelir elde edilmelidir**

SGK'nin, nüfusun sağlık sigortasına kaydolma oranını artırma ve katkı payı elde etme yolları bulmaya çalışması önem kazanacaktır. Fakat katkılardan elde edilen sağlık alanındaki kamu harcamalarının payını, yetkililerin Türkiye'deki kayıt dışı sektörü küçültme yönündeki politikaları nedeniyle denetim altında tutmak gerekecektir. Çünkü katkılar, işgücü üzerindeki "vergi baskısını" artırarak kayıt dışılığı teşvik eder. Kayıt dışılık azalırsa, genel gelirleri artırmak daha kolay olabilir. Şüphesiz hem vergi idaresinin iyileştirilmesi, hem de mevcut vergilerde reform yapılması vasıtasıyla gelirler artırılabilir.

### **Daha kapsamlı halk sağlığı meselelerini ele almak önemli olacaktır**

Daha iyi sağlık hizmetlerinin; tek başına, Türkiye'nin sağlık durumu konusunda, benzer ülkeleri yakalamasını sağlaması pek mümkün değildir. Eğitim düzeyi, sigara kullanımı, beslenme ve fiziksel aktivite gibi diğer sağlık dışı belirleyicilerin sağlık durumunun belirlenmesinde önemli bir rol oynadığına dair güçlü kanıtlar vardır. Bu yüzden Türkiye'nin, SB dışındaki diğer bakanlıkları da içeren sektörler arası daha güçlü politikalara ihtiyacı vardır.

### **İleride daha başka zorluklar da olacaktır**

Yukarıda bahsedilen zorluklar, SB'nin liderlik etme konusunda büyük bir rolü olduğunu göstermektedir. SDP'nin tamamlanma sürecinin izlenmesi gerekmektedir. Birinci ve ikinci basamak kamu hizmet sunucularının – özerk hale gelseler bile – sürekli yönlendirilmesine ihtiyaç olacaktır. Ayrıca, diğer kilit bakanlıkları da içeren halk sağlığı alanındaki kapsamlı eylemleri koordine etmek üzere, SB'nin liderlik etmesine ihtiyaç vardır. SB, SGK, Hazine Müsteşarlığı, Maliye Bakanlığı (MB) ve Devlet Planlama Teşkilatı (DPT)'nin harcamaları ve gelirleri sürekli olarak izlemesi, paranın karşılığını güvence altına alması ve sürdürülebilirliği sağlaması gerekecektir.

## Kilit Önerilerin Özeti

- Sağlık hizmetleri alanındaki toplam kamu harcamaları üzerinde SGK tarafından sıkı bir üst limit uygulanması
- Sevk olmadan hastanelerin ayakta tedavi birimlerine yapılan başvurular için katkı payı ödemesinin uygulanması
- İlaç fiyatlarında daha fazla indirim yapılmaya çalışılması ve akılcı ilaç reçetelendirme uygulamasının hayata geçirilmesi
- Şu an ihtiyaç duyulan doktor sayısı artışının sağlanmasının ardından, orta ve uzun vadede doktorluk mesleğine girişin kontrol altına alınması
- Önümüzdeki beş yılda SDP'nin uygulanmasına devam edilmesi
  - ❖ Aile hekimliği hizmetlerinin yaygınlaştırılmasına devam edilmesi
  - ❖ Aile hekimliği hizmetlerinin yanı sıra halk sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi ve koordine edilmesine devam edilmesi
  - ❖ Hastane ve birinci basamaktan sağlık hizmetlerinin satın alımı işlerinin, yönetim kapasitesi uygun olduğunda SGK'ye devrinin tamamlanması
  - ❖ DRG ve toplu ayakta tedavi ödeme sistemlerinin tamamlanması ve risklerin hizmet sunuculara yönetilen bakım ilkelerine dayalı olarak devredilmesi için yeni sistemler geliştirilmesi
  - ❖ DRG ödemesini desteklemek, verimlilik ve maliyet etkililik konularına daha fazla ağırlık vermek üzere performans yönetimi sisteminin reforme edilmesi
  - ❖ Uygun yönetim kapasitesine sahip hastanelere daha fazla özerklik verilmeye devam edilmesi
  - ❖ Karar alma için daha güçlü BT sistemlerine yatırım yapılması
  - ❖ Sağlık teknolojileri değerlendirmesini üstlenmek, sağlık reformlarını izlemek ve değerlendirmek üzere kapasite geliştirilmesi
  - ❖ Türkiye'deki hemşire sayısının ve hemşirelerin görevlerinin artırılması
- Yeni sağlık sistemini, sağlık hizmetlerine erişimdeki coğrafi hakkaniyeti iyileştirme konusunda desteklemek üzere arz yönlü harekete geçilmesi (Muhtemelen bölgelere göre ağırlıklı "kişi başı ödeme" hedefleri vasıtasıyla bilgilendirme yapılarak.)
- GSS'ye kayıtların ve katkı ödemelerinin artırılması, ödeme gücünün dikkatle izlenmesi
- Bakanlıklar arasında kapsamlı halk sağlığı konularının ele alınması
- SB'nin kılavuzluk kapasitesinin geliştirilmesine devam edilmesi