

İTALYA SAĞLIK SİSTEMİ

ARAŞTIRMA YÖNETİCİSİ - EDITÖR

Doç. Dr. A. Erdal SARGUTAN

ARAŞTIRMA GRUBU

Erkan YAMAN
Yusuf ERKAN
Erhan SAYLAVCI
Özcan KURUDAL
Gülsüm DİNİZ

A. ERDAL SARGUTAN

İTALYA SAĞLIK SİSTEMİ

ÖZET	1420
I. ÜLKE TANITIMI	1423
I.1. Coğrafya	1423
I.2. Tarihçe	1423
I.3. Toplumsal Yapı	1425
I.4. Yönetsel Yapı	1425
I.5. Ekonomi	1426
II. SAĞLIK SİSTEMİ	1427
II.1. Sağlık Hizmetlerinin Tarihi Geçmişi	1427
II.2. Sağlık Durumu Ve Hastalık Yapısı	1428
II.3. Örgütsel Yapı	1429
II.3.1. Sağlık Bakanlığı	1429
II.3.2. İtalya Ulusal Sağlık Hizmeti	1431
II.3.3. Ulusal Seviye	1433
II.3.4. Bölgesel Seviye	1434
II.3.5. Yerel Seviye	1435
II.4. Sağlık Planlaması	1435
II.4.1. Ulusal Sağlık Planı	1436
II.5. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	1438
II.5.1. Halk Sağlığı Ve Hijyen	1448
II.5.2. Birincil Sağlık Hizmetleri	1449
II.5.2.1. İlaç Hizmetleri	1440
II.5.2.2. Evde bakım hizmetleri	1440
II.5.3. Uzmanlaşmış Sağlık Hizmetleri	1441
II.5.4. Hastahane Hizmetleri	1441
II.5.5. Muhtaç İnsanların Rehabilitasyonu Ve Bakımı	1442
II.6. Sosyal Güvençe	1442
II.7. Özel Sağlık Sigortası	1444
II.8. Finansmanı Ve Harcama	1446
II.8.1. Katılım Payları	1446
II.8.2. İlaç Harcamaları	1448
II.9. Sağlık İnsangücü	1448
II.10. Reformlar	1449
II.11. E-Sağlık	1451
III. İTALYA VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	1453
KAYNAKLAR	1455

ÖZET

İtalya'da sağlık sisteminde ulusal sağlık sisteminin gelişiminde anahtar rol oynamış ve özel sektörün gelişmesini de olumlu etkilemiştir.

1978 yılından önce dağınık şekilde faaliyet gösteren primli sosyal sağlık sigortası fonları mevcuttu. 1978 yılında Ulusal Sağlık Hizmeti'nin kurulan desantralizasyon uygulamasını başlatan ve Kapsayıcı / Bütüncü / Tekçil Hizmet tipi sağlık sistemine geçen İtalya, kamu kaynağı esaslı bu sosyal sağlık güvenliği sisteminde sağlık hizmetlerini, tüm vatandaşlarına ücretsiz olarak sunmaktadır.

İtalya'da sağlık hizmetleri ulusal, bölgesel ve yerel seviyede örgütlenmiştir. Sağlık hizmetlerinde yüksek seviyede desantralizasyon sağlanmıştır. Yerel sağlık birimleri sağlık hizmetlerinin sunumundan doğrudan sorumludurlar.

Ulusal seviyede Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetlerinin planlanması, tüm vatandaşlara sağlık hizmetlerinin Ulusal Sağlık Hizmeti teminat altında kapsamlı, adil ve ücretsiz verilmesi ve denetlenmesinden sorumludur. Sağlık planlanmasından ulusal düzeyde Sağlık Bakanlığı sorumludur. Bakanlık hazırladığı Ulusal Sağlık Planı'nı parlamentoya onaylattıktan sonra bölge idareleri kendi bölgesel sağlık planlarını bu plana göre uyumlu hale getirmektedirler.

Bölgesel seviyede Bölge Sağlık İdareleri kendi bölgeleri ile ilgili sağlık planlanması ve hizmet sunumundan sorumludur.

Yerel seviyede yerel sağlık idareleri mevcuttur. Bu idareler sağlık hizmetlerinin sunumundan doğrudan sorumludurlar. Bu hizmetleri ya doğrudan kendi kurumları ile ya da onaylanmış özel sağlık kurumlarından hizmet satın alarak sunmaktadırlar.

İtalya'da sağlık hizmetlerinin arzı ve arzın finansmanında kamu ağırlıklıdır. Özel sağlık hizmeti sunucuları Ulusal Sağlık Hizmeti ile sözleşme yapmak koşuluyla faaliyet gösterebilmektedirler.

Birincil sağlık hizmetleri, hizmet verdiği kişi sayısına göre ödeme yapılan, devletle sözleşme yaparak çalışan bağımlı veya bağımsız uzman hekimler, genel pratisyenler ve çocuk hastalığı uzmanları tarafından sağlanmaktadır. Halk sağlığı hizmetleri yerel sağlık yetkililerine bağlı birimler tarafından sunulmaktadır.

İkincil ve üçüncül sağlık hizmetleri büyük oranda yerel sağlık birimlerinin kendi kurumlarında ve gerektiğinde kamu veya özel sektöre ait hastahaneler tarafından verilmektedir.

İtalya'da sağlık hizmetlerinin talebinin finansmanında kamu ağırlığı vardır. Ulusal Sağlık Hizmeti'nin gelirleri büyük oranda merkezi olarak toplanan genel vergilerden, ayrıca kazanca dayanan bölgesel vergiler ile diğer çeşitli bölgesel vergilerden ve kullanıcıların ek ödemeleri yoluyla finanse edilmektedir.

Toplam sağlık harcamalarının %40 kadarını, kişisel doğrudan ödemelerle özel arz edicilerden yararlanmadaki ve özel sigortalı sayısındaki artıştan kaynaklanan özel finansman kaynakları oluşturmuştur. Kişisel sağlık harcamaları sadece hizmetler için alınan katılım paylarından oluşmaktadır ve oranı kamu harcamalarına göre oldukça düşüktür.

İtalya'da özel sağlık sigortasının genel finansman sistemine tamamlayıcı rolü vardır. Yapılan reformlarla özel sağlık sigortasının bu tamamlayıcı rolü artırılmaya çalışılmaktadır. İtalya'da özel sağlık sigorta sektörünün rolü tam olarak bilinmemektedir. Bununla birlikte nüfusun yaklaşık %30'unun özel sigortası da olduğu tahmin edilmektedir.

Ülkede sağlık insangücü ağırlıklı olarak kamu çalışanlarıdır. Özel hizmet sunucuları Ulusal Sağlık Hizmeti ile yaptıkları sözleşmeler temelinde hizmet sunmaktadırlar.

A. ERDAL

SARGUTIMIN

A. ERDAL SARGUTAN

İTALYA SAĞLIK SİSTEMİ

I. ÜLKE TANITIMI

RESMİ ADI	: İtalya Cumhuriyeti (Repubblica Italiana)
YÜZÖLÇÜMÜ	: 301.277 km ²
BAŞKENTİ	: Roma
NÜFUSU	: 56.209.900
DİLİ	: İtalyanca
DİNİ	: %82 Katolik
PARA BİRİMİ	: Euro (1:141,144,145)

I.1. Coğrafya

Avrupa'nın orta güney kesiminde yer alır. Güneydoğu yönünde Akdeniz'e doğru uzanan ve yüksek ökçeli bir çizmeyi andıran bir yarımadadan oluşur; çizmenin hemen burnunda yer alan Sicilya Adasını, batı kıyısı açıklarında Tiren Denizi'nin ötesinde bulunan Sardinya Adasını ve öeki bazı küçük adaları da kapsar. Anakaradaki doğal sınırını Alp dağları oluşturur. Kuzeybatıda Fransa, kuzeyde İsviçre ve Avusturya, kuzeydoğuda da Slovenya ve Sırbistan ve Karadağ ile güneydoğusuna düşen Arnavutluk ve Yunanistan'dan Adriyatik Deniziyle ayrılır.

İtalya'nın yaklaşık dörtte üçlük kısmı dağ ve tepelerden oluşur. İtalya'nın çok fazla yer kaplayan dağlar ve tepelerinin yanında ovalar da çok önemli bir yere sahiptir. En önemli ovası Po Ovasıdır. İtalya'nın toprakları mineral bakımından oldukça zengindir ve dolayısıyla verimli topraklara sahiptir. İtalya'da yaklaşık 1.500 kadar göl vardır. Akarsuları çok fazla uzun değildir. Ancak denize döküldükleri yerde geniş deltalar oluştururlar, dolayısıyla toprak yapısı büyük bir çeşitlilik gösterir.

İtalya ılıman kuşak içinde yer almakla birlikte değişik siklon merkezlerinin etkisine açık olan yedi ana iklim bölgesine ayrılır. Karasal bir dağ ikliminin hüküm sürdüğü Alp'lerin doğusunda ve batısında belirgin bir farklılık görülür. Batıda yıllık ortalama sıcaklık 7,4 C, yıllık yağış miktarı 660 mm.'dir, doğuda ise sıcaklık 6,6 dereceye inerken yağış miktarı 1.040 mm.'ye çıkar. Yarımada iklim koşulları bakımından geniş bir düzeyde, kuzey ve güney biçiminde iki bölgeye ayrılabilir. Yaz sıcaklıkları genelde 22–24 derece arasında değişir. Yıllık yağış miktarı yüksek kesimlerde 1.000 mm.'yi aşar, düzlüklerde ise 750 mm.'nin altında kalır.

• Ülkenin yüzölçümü 301.277 km², nüfusu 56.209.900 kişi, kilometre başına düşen insan sayısı 190 olup Avrupa kıtasının ortalaması olan 68'den oldukça yüksektir (1: 144,145).

I.2. Tarihçe

Bugünkü İtalya topraklarında insan yerleşiminin geçmişi Paleolitik Çağa kadar iner. İtalya'ya yönelik göçler İ.Ö. 2000'ler de başlayıp İ.Ö. 1000 dolaylarına kadar sürmüştür. İ.Ö. 6. Yüzyılda Etrüsk egemenliğine son veren Romalılar Latium bölgesini içine alan Roma Cumhuriyetini kurdular.

Roma İ.Ö. 44'te imparatorluk yönetimine geçti. Bu geniş imparatorluğun sınırları İ.S. 180'de Britanya, Kuzey Afrika ve Fırat ırmağına kadar ulaşıyordu.

Roma'nın düşüş içine girmesinden sonra imparatorluk Doğu ve Batı Roma olmak üzere ikiye ayrıldı. 4. ve 5. Yüzyıllarda yapılan sardılar sonucu Batı Roma yıkıldı. Batı Roma'nın İtalya dışındaki bütün toprakları 5. Yüzyıl ortalarında German halkının işgali altına girdi. Barbar istilaları ve Lombardlar 5. Yüzyıldan 10. Yüzyıla kadar İtalya topraklarını istila ettiler (1:149).

14. Yüzyıla kadar İtalya imparatorluk ve Papalık otoritesinin altındaydı. Bu süreye kadar Papalık da İmparatorluğun elindeydi. Ancak Ortaçağın sonlarında ve Rönesans döneminde İtalya'nın sanat ve edebiyat alanında parlak bir düzeye ulaştığı 14. ve 15. Yüzyıllar aynı zamanda toplumsal ve siyasal örgütlenmede de köklü bir dönüşüme sahne oldu. Rönesans döneminin belirleyici özelliği İmparatorluk ve Papalık otoritesinin gerilemesiydi (1:152).

18. Yüzyıl İtalya içinde yeni bir dönemin başlangıcı oldu. Avusturya Habsburgları İtalya'da egemen güç haline geldi(1:156).

1780'lerin sonlarında Fransa'dan gelen devrimci düşünceler özellikle aydın çevrelerde hızla yayıldı.

1800'de Napoleon yönetimi ele geçirdi. Daha sonra imparator unvanını alan Napoleon kendisini İtalya kralı ilan etti. Napoleon rejiminin sona erdiği 1815 Viyana Kongresinden İtalya Birliğinin kurulmasına kadar geçen sürede ülkede Avusturya'nın egemenliği sürmüştür(1:157).

1860' da Piemonte ordusunun Napoli'yi işgal etmesinden sonra, düzenlenen halk oylamasıyla ülkenin orta ve güney kesimindeki bütün bölgeler İtalya Krallığına bağlandı. Torino'da 17 Mart 1861'de toplanan parlamento resmen İtalya Krallığını ilan etti.

1862'de Fransız ordusu Roma üzerine yürüdü. Fransa ile İtalya arasındaki Roma sorunu 1863'de çözüme kavuşturulup ertesi yıl imzalanarak yürürlüğe giren anlaşmaya göre, Fransız ordusunun iki yıl içinde çekilmesi karşılığında İtalya Papalık yönetimini tanıyacaktı (1:159).

İtalya, 1922'ye kadar sınırlı Monarşi ile yönetilmekteydi. Mussolini başbakan olduktan sonra Liberal çevrelerle bağını kopardı ve Faşist bir diktatörlük kurdu. İlk adım olarak anayasal kurumlar ve özgürlükler kısıtlandı. Sendikalar üzerinden Faşist partinin kesin bir denetimi kuruldu. Mussolini'ye yönelik bir suikast girişiminin ardından partiler kapatılarak adım adım bir polis devleti kuruldu. Her türlü araç kullanılarak Faşist ideoloji toplumun her alanına yayıldı.

1940 yılında II. Dünya Savaşına giren İtalya aldığı askeri başarısızlıklar sonucu 1943 yılında Almanya tarafından işgal edildi. 1945 yılında Mussolini İtalyan anti-faşist güçler tarafından öldürüldü.

Direnişçiler 1945 yılında İtalya'yı Nazi işgalinden kurtardı, 1946 yılında yapılan referandum sonucunda İtalya Cumhuriyeti ilan edildi (1:160).

I.3. Toplumsal Yapı

Ülkenin dağlık yapısına karşın, nüfus yoğunluğu km² başına 190 kişi gibi yüksek sayılabilecek bir düzeydedir. Son bir Yüzyıl içinde nüfus yoğunluğu iki kattan fazla artış göstermiştir. Bununla birlikte doğal nüfus artış hızı birçok Avrupa ülkesinin gerisindedir.

Göç eğiliminin geleneksel olarak güçlü olduğu İtalya'da son bir Yüzyıl içinde toplam nüfusun yaklaşık üçte biri başta ABD, Arjantin, Brezilya ve Kanada olmak üzere Amerika kıtasına göçü etmiştir. II. Dünya savaşından sonra göçler özellikle Federal Almanya ve İsviçre'ye yönelmiştir. Bölgelere göre nüfus dağılımının kararlı bir düzeyde kalmasında önemli bir rol oynayan iç göçler genelde güneyden kuzeye ve doğudan batıya yöneliktir. Nüfus hareketliliğinin bir başka nedeni de hızlı kentleşmedir.

İtalya'da geçmişten gelen bölgesel düzeydeki antropolojik farklılıklar, içgöçlere karşın bütünüyle silinememiştir. Güneyde oturanlar kuzey bölgelerinde yaşayanlara göre genellikle daha koyu tenli ve daha kısa boyludur. Günümüzde İtalyan toplumu dilsel bakımdan son derece türdeş bir yapı gösterir. Halkın tamamına yakını İtalyanca konuşur.

Nüfusun yaklaşık %85'i katoliktir. Ancak Katolik kilisesi'nin resmi mezhep statüsüne 1985'te son verilmiştir. Geriye kalanların büyük bir çoğunluğu hiçbir dine bağlı değildir. Küçük dinsel topluluklar arasında Evanjelik Protestanlar, Rum Ortodokslar ve başta Müslümanlar olmak üzere Hristiyan olmayan bazı dinsel gruplar vardır.

Ortalama aile büyüklüğü, diğer Avrupa ülkelerindeki gibi yüksektir. Ailelerin %47'si çocukları olan çiftçilerden meydana gelir.

Eğitim 6-14 yaşları arasında zorunlu ve parasızdır. Beş yıllık ilköğretimi üç yıllık ortaöğretim izler. Resmi okullar yanında dinsel grupların kurmuş olduğu özel okullar da vardır. İtalya'nın en eski yükseköğrenim kurumu Papa VIII. Bonifatius'un 1303'te kurduğu Roma Üniversitesi'dir.

Sağlık koşulları öteki Batı Avrupa ülkelerinin düzeyindedir. En önemli sağlık sorunları sanayileşmiş ve kentleşmiş ülkelere özgü hastalıklardır. Nüfusa göre doktor ve hasta-hane sayısı yüksektir. Ortalama yaşam süresi kadınlarda 82,5 iken bu süre erkeklerde 76'dır. Bebek ölüm oranı binde 6 gibi düşük bir orandır. Ülke çapında yaygın bir ağ oluşturan kapsamlı sağlık hizmetlerinden düşük bir ücret karşılığında herkes yararlanır. Sosyal sigorta sistemi, emekli aylığının yanısıra iş kazası, sakatlık, annelik ve işsizlik yardımını kapsar (1:145,146).

I.4. Yönetmel Yapı

İtalya 1948'de yürürlüğe giren Anayasa uyarınca çok partili demokratik bir cumhuriyettir. Anayasayı koruma görevi 15 yargıçtan oluşan Anayasa mahkemesine bırakılmıştır. Görev süreleri 9 yıl olan ve yalnızca bir dönem için atanan yargıçların beşi cumhurbaşkanı, beşi parlamento, kalan beşi de çeşitli yasal organlar tarafından seçilir.

Parlamento yasama yetkileri eşit olan Temsilciler Meclisi ve Senato'dan oluşur. Üye sayıları sırasıyla 630 ve 326'dır. Senato'nun Cumhurbaşkanı'nca ömür boyu atanan 11 üyesi dışında bütün parlamenterler 5 yılda bir genel oyla seçilir. Anayasada 1993-95 arasında yapılan değişikliklerle parlamento seçimlerinde, dar bölgesel çoğunluk ve nispi temsil yöntemlerinin bileşimine dayalı bir sistem getirilmiştir. Ülkede güvenoyu dışında genellikle gizli oy yöntemi uygulanır.

Cumhurbaşkanı devletin başı konumundadır. Parlamentoyu özel oturumlara çağırabilir ve parlamentonun iki kanadını da dağıtarak erken seçim yolunu açabilir.

Başbakan, Hükümet politikalarının yönlendirilmesinde ve yönetim işlerinde eşgüdümün sağlanmasında tek söz sahibidir. Bakanlar, Hükümetin çalışmalarında toplu olarak, kendi bakanlıklarının çalışmalarında ise ayrı ayrı Parlamento'ya karşı sorumludurlar.

İtalya yerel yönetim açısından 20 yönetim bölgesine ayrılır. Bu bölgelerden beşi (Sicilya, Sardinya, Trentino-Alto Adige, Friuli-Venezia Giulia ve Valle d'Aosta) özel bir özerk statü taşır. Bölgelerin başlıca yönetim organları şunlardır: Halk tarafından seçilen ve yerel yasalarla yönetmelikler çıkartma yetkisi olan Bölge Meclisi, bu Meclisin kendi üyeleri arasından oluşturduğu, yürütme ile ilgili Bölge Komitesi ve Bölge Komitesi Başkanidir. Bölge Meclisleri yasaların öngördüğü çerçevede ve tarım, ormancılık gibi alanlarda yerel yasa çıkarabilir. Bu yasalar Anayasa Mahkemesinin denetimine tabidir. Ayrıca Parlamento uygun görmediği yasaları geçersiz kılabilir.

En küçük yerel yönetim birimi olan belediyelerde de belediye meclisi, belediye komitesi ve belediye başkanı bulunur. Yerel vergiler koyabilen ve kendi kolluk kuvvetleri olan belediyeler genel sağlık, toplu taşımacılık, kanalizasyon ve aydınlatma gibi hizmetlerden sorumludur.

Nüfusu 5 binin altında olan belediyeler dışında bütün kademelerdeki seçimlerde nispi temsil sistemi uygulanır (1:147,148).

1.5. Ekonomi

İtalya'da büyük ölçüde sanayi ve hizmet sektörlerine dayanan gelişmiş bir karma ekonomi yürürlüktedir.

İtalyan ekonomisinin belirleyici özelliği az sayıda özel ve kamusal şirketler grubu ile birçok orta ve küçük ölçekli şirketin yan yana yer almasıdır.

Yeraltı kaynakları bakımından Avrupa'nın yoksul ülkeleri arasında yer alır. Sebze ve meyve üretimi oldukça yaygındır. Madencilik'in ekonomiye katkısı çok sınırlı bir düzeydedir. İtalya, Kuzey Afrika ve Ortadoğu petrol yataklarına yakınlığının da sağladığı avantajla petrol arıtımı ve petrokimya sanayisinde büyük bir atılım sağlamıştır.

Para politikalarını Bakanlıklar Arası Kredi Ve Tasarruf Komitesi'nin belirlemesine karşın, geniş yetkileri bulunan İtalya Merkez Bankası uygulamada önemli bir rol oynar. Bankacılık sistemi ticari bankalara, mevduat bankalarına ve yatırım kuruluşlarına dayanır (1:146).

II. SAĞLIK SİSTEMİ

II.1. Sağlık Hizmetlerinin Tarihi Geçmişi

20'nci Yüzyılın başında devlet sağlık sektöründe marjinal bir role sahipti. Faşist rejimle birlikte işçiler ve onların bakmakla yükümlü oldukları kişiler için zorunlu sağlık sigortası sağlanması yolunda bazı adımlar atılmış ve savaş sonrası dönemde kapsam zamanla genişletilmiştir. 1970'lerde, bu sistem çok sayıda sağlık sigortası fonunun olduğu birleşik bir düzenlemeden yoksun bir sisteme dönüşmüştür. 1978'de bu fonlar iptal edilerek Ulusal Sağlık Hizmeti: USH (Servizio Sanitario Nazionale: SSN) kurulmuştur. Bu yeni sistem, merkezileştirmiş bir finansman yapısı altında, tüm vatandaşlar için tek tip bir fayda paketi sunmayı amaçlamıştır (16:2).

Aşağıda İtalya Sağlık Sistemi'nin geçirdiği süreçler tarihsel bir sıra ile kısaca özetlenmiştir:

1861–1920: Çalışanlar ve esnaflar için özerk yardım amaçlı dernekler, Katolik Kilisesi ve hayırsever kurumlar birkaç sağlık hizmeti sağlayıcısı kurmuşlardır. Bunun haricinde, eyalet yönetimleri ve belediye yönetimleri sakat insanlar ve ihtiyaç sahibi insanlar için sosyal yardım sağlamışlardır.

1898: İlk defa mesleki kazalar için zorunlu sigortalar yapılmaya başlanmıştır. 1904'te ve 1907'de, sırasıyla sanayi ve tarımda sigorta zorunlu olmaya başladı.

1922: Sık görülen hastalıklarla ilgili çeşitli sosyal kampanyalar yapılmıştır.

1923: İlk defa, muhtaç ve fakir nüfus için hastahane hizmetleri teminat altına alınmıştır.

1925: Yerel otoriteler ve çalışan sigortalarının desteğiyle ulusal bir kurul oluşturulmuştur (INADEL).

1926: 1922'den 1926'ya kadar süren dönemde bazı kanser tanı merkezleri kurulmuştur.

1927: Eyalet birimleri içerisinde tüberküloz tedavisi için otoriteler oluşturulmuş ve tüberküloz sigortası zorunlu hale getirilmiştir.

1928–1929: Hükümet tarafından işçilere sağlık hizmetlerinin sunulması toplu görüşmelerin onaylanması için zorunlu bir ön koşul haline getirilmiştir.

1942: Tüm kamu çalışanları için sosyal sigorta ve sağlık hizmetlerini garanti altına almak için ulusal bir kurum oluşturulmuştur (ENPAS).

1943: Özel sektör çalışanları için sağlık sigortası sağlayan bir kurum oluşturulmuştur (INAM).

1958: İlk defa bağımsız bir Sağlık Bakanlığı (Ministero della Salute) oluşturulmuştur.

1968: Özerk birimler olarak hastahane hizmeti sağlayan kamu kuruluşları kurulmuştur.

1974–1975: Hastahane yönetimlerinin sorumluluğu, bölge yönetimlerine devredilmiştir.

1978: Ulusal Sağlık Hizmeti: USH (Servizio Sanitario Nazionale: SSN) kurulmuştur. Bununla, sağlık sigorta fonları ortadan kaldırılmıştır.

1992, 1993: Ulusal Sağlık Hizmetinin ilk reformunu hükümet onaylamıştır. Bu reform, sağlık hizmeti ile ilgili yetkilerin bölgelere devredilmesi ve buna paralel olarak hastahaneler ve yerel sağlık birimlerine yönetsel özerklik sağlamak için yetki devri yapılması sürecinin başlatılmasını içermektedir. İkinci reform ise, daha geniş bir iç pazar reformu modeli olarak planlanmıştır.

1994: İlk Ulusal Sağlık Planı 1994 ve 1996 yılları arası için onaylanmıştır. Bu plan, ulusal sağlık hedeflerini belirlemiş ve tüm vatandaşlar için sosyal yardımların eşit düzeylerde olmasının teminat altına alınması gerektiğini saptamıştır.

1997: İtalya'nın federal bir devlete dönüşümü açısından iki önemli basamak gerçekleştirilmiştir. Yasalarla bazı anahtar politik güçleri bölgelere devredilmiş, ayrıca mali federalizm süreci başlatılmıştır.

1998: İkinci Ulusal Sağlık Planı 1999 ve 2000 yılları için yapıldı. Bununla ulusal sağlık hedefleri belirlendi ve bazı stratejilerin başarılması için sağlık planı ayrıntılandırıldı.

1999: Yeni bir reform paketi (Üçüncü reform) hazırlandı. Bu bölgesel yetki devretme sürecini derinleştirdi. Reform paketi güçlendirilmiş işbirliği ve düzenleme ile ilgili iç pazar reformlarının yeniden yönlendirilmesini planlamıştır. Sağlık hizmetlerinde kalitenin garanti altına alınması için gerekli klinik düzenlemelerin ve faydaya dayalı hizmet paketlerinin oluşturulması için gerekli tanımlamaların ve düzenlemelerin yapılması sağlamıştır.

2000: Sağlık Bakanlığı'nın yerine Çalışma, Sosyal Hizmet Ve Sağlık Bakanlığı kurulmuştur. Ulusal Sağlık Fonu'nun yerine Ulusal Dayanışma Fonu'nun kurulması ve mali federalizmin 2013 sonuna kadar uygulanmasına devam edilmesi öngörülmüştür (15:16,17).

II.2. Sağlık Durumu Ve Hastalık Yapısı

2003 yılında doğuştan beklenen ortalama yaşam süresi OECD ülkeleri ortalamasının iki yıl üstündedir. Bebek ölüm hızında iyileşme olmuştur. 2003 yılında 1.000 canlı doğumda 4,3 olmuştur. Bu oran Ulusal Sağlık Hizmeti'nin kurulduğu 1980 yılındakinin üç katı daha düşüktür. Nüfus yaşlanmaktadır. 2004 yılında yaşlılar ve çalışan nüfus arasında bakıma muhtaç olma oranı %50,6'dır ve yaşlı nüfusun (65 yaş üzeri) genç nüfusa (14 yaş altı) oranı %137,7'dir. 20 yaş altı ve 65 üzeri nüfusun çalışan nüfusa oranınının 2050 yılında ikiye katlanacağı, bunun sonucu olarak uzun süreli bakım hizmetlerinin artmasıyla paralel olarak gelecekte toplum sağlığı hizmeti harcamalarının artacağı tahmin edilmektedir (10/10).

İtalya dünyadaki en düşük doğum hızına sahip ülkelerden biridir. 65 ve üzeri yaştaki nüfusun oranı sürekli olarak artmaktadır.

1990 yılında en önemli ikinci düşüş olmasına rağmen İtalya Avrupa Birliği ülkeleri arasında en yüksek bebek ölüm hızına sahip ülkedir.

Kanser 64 yaş ve altındaki nüfus için en sık görülen ölüm nedenidir. Ardından kardiyovasküler hastalıklar gelmektedir. Nüfusun genelinde kardiyovasküler hastalıklar kanserden daha fazla ölüme neden olmaktadır.

Ülkenin güneyi ve kuzeyi arasındaki ekonomik dengesizlikle beraber bölgeler arasında demografik ve sağlık göstergeleri açısından farklılıklar göze çarpmaktadır.

Özellikle çocuklar arasında artan obezitenin nedeni yüksek kalorili yemek yeme alışkanlığıdır.

İtalya'da son yıllarda göç artmıştır. Göçmenlerin %70'i 18-40 yaş aralığındadır. Göçmenler arasında en sık görülen hastalıklar bulaşıcı hastalıklar, özellikler cinsel yolla bulaşan hastalıklardır. Göçmenler sağlık hizmetlerine genellikle özel göçmen sağlığı büroları ve göçmenlere sağlık hizmeti sunan gönüllü merkezler aracılığıyla ulaşmaktadırlar.

Çevrenin insan sağlığına zararlı etkisi vardır. En önemli problemler kentleşme, kara ve hava ulaşımından kaynaklanan gürültünün sonucudur (13:4,5).

II.3. Örgütsel Yapı

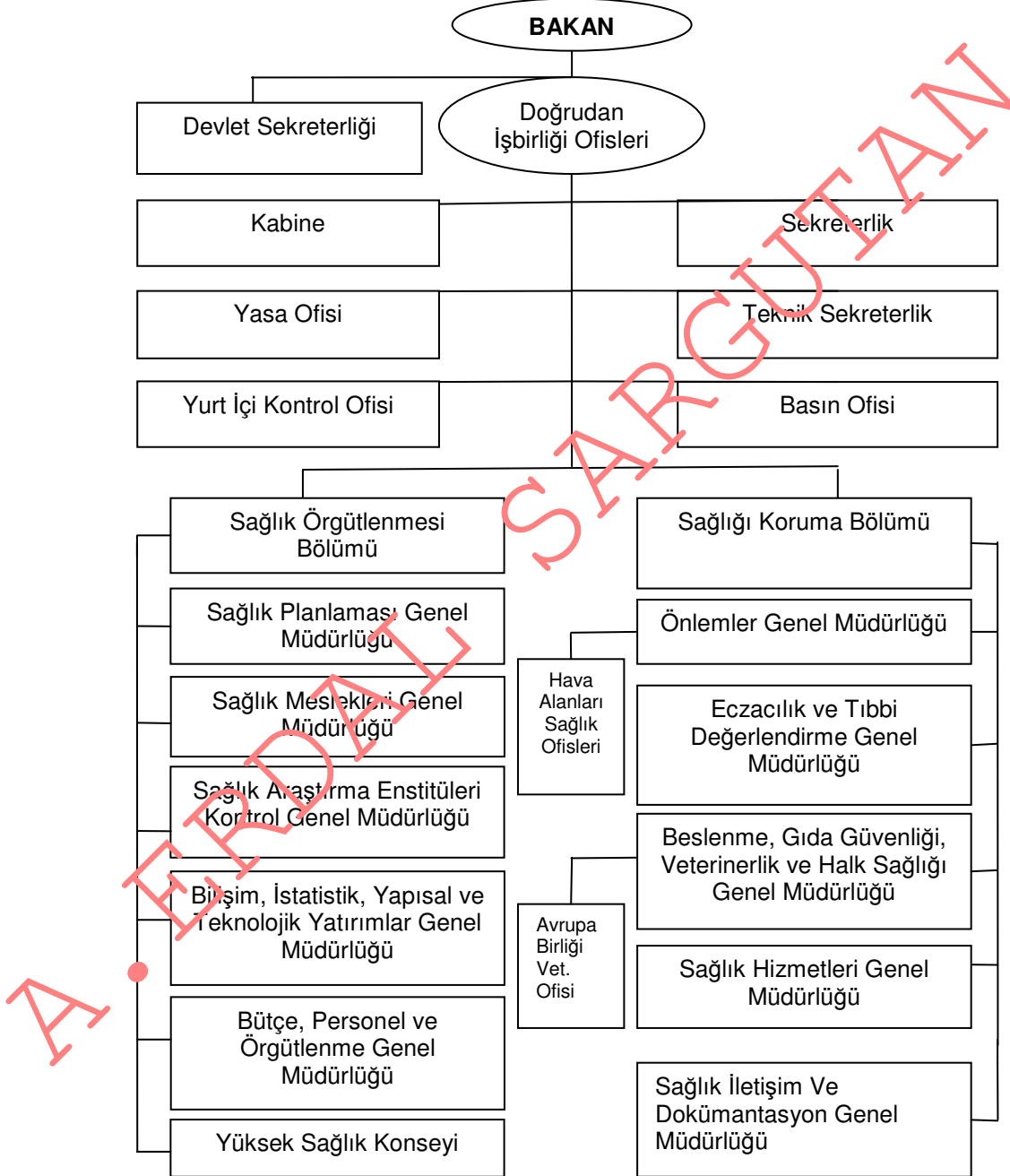
II.3.1. Sağlık Bakanlığı

Ulusal Sağlık Hizmeti açısından merkezi kurum Sağlık Bakanlığı (Ministero della Salute)'dir. Tüm vatandaşları kapsayan sağlık hizmetlerinin düzeylerini ve hedeflerini belirlemek için gerekli sağlık politikalarının ve programlarının oluşturulmasında sorumludur.

Bakanlık, bilimsel araştırma, teknik destek ve bilimsel konularda belirli kurum ve kuruluşlardan farklı fonksiyonlarda destek almaktadır. Bu kurum ve kuruluşlardan Yüksek Sağlık Konseyi, teknik danışmanlık organı olarak öneriler ve yeni fikirler üretilmesinde yardımcı olur. Sağlığın Yükseltilmesi Kurumu, deneysel kamu sağlığı araştırmaları ile ilgilenen bilimsel ve teknik bir örgütlenme olarak Sağlık Bakanlığı'na yardımcı olmaktadır. İşyeri Güvenliği Ve Risklerin Önlenmesini Yükseltme Kurumu, işyerlerinde güvenlik ve sağlığın korunması ile ilgili bir danışma, dokümantasyon, araştırma ve deneme rolü yerine getirmektedir. Bölgesel Sağlık Hizmetleri Birimleri, topluma sağlanan hizmetlerin karşılaştırmalı çalışmalarını yürütmekten sorumludur. Hastahane ve Bilimsel Sağlık Hizmeti Kurumları, bağımsız ulusal örgütlenmelerdir ve sağlık hizmetlerinin yönetimi, örgütlenmesi ve biyomedikal alanlarda yapılan araştırmaları yürütmektedirler.

Son olarak, Zoolojik Önleme Deneysel Kurumları, hayvan sağlığı alanında teknik ve işlemsel fonksiyonları yerine getirmekle beraber hayvansal gıda maddelerinin denetimi, kontrolü ve hijyen durumundan sorumludur (17:3,4).

Şema 1: İtalya Sağlık Bakanlığı Örgütlenme Şeması



Kaynak: (6) Italian Ministry of Health (2003) Health facts and policies in Italy in the European Context, s:110

II.3.2. İtalya Ulusal Sağlık Hizmeti

İtalyan Ulusal Sağlık Hizmeti (Servizio Sanitario Nazionale:SSN) 1978'de kuruldu ve 1980'de etkili olmaya başladı. 1992 ve 1993'te İtalyan Ulusal Sağlık Hizmeti iki defa yeniden örgütlenme aşaması geçirmiştir. Yerel sağlık birimleri kamu girişimcileri olmaya başladıkları zaman, büyük hastahaneler yerel sağlık birimlerinden ayrılmaya başlamıştır. Bu hastahaneler girişimci olmaya başlamış, rekabet ve özelleşmede kısmi olarak artışlar olmuştur. 1999'da tüm sistem yeniden düzenlenmiş ve planlı rekabet dönemine dönüşen bir sistem oluşturulmuştur. Finansman mekanizmasında da bazı büyük değişimler olmuş ve 1995'te hastahaneler, ödemelerle ilgili olarak tanıya dayalı bir ödeme sistemini benimsemişlerdir.

Ulusal Sağlık Hizmeti, tüm ülkeyi kapsayan ve tüm vatandaşlara eşit şekilde hizmet vermeyi amaçlayan, bölge yönetimleri vasıtasıyla gereken hizmetleri veren ve bu hizmetleri genel vergilerle karşılayarak finanse eden bir sistemdir.

Ulusal Sağlık Hizmeti, tüm nüfusun ruh sağlığı ve fiziksel sağlığını iyileştirmek, bakımını sağlamak ve yükseltmek için gereken tüm faaliyetlerin, yapıların ve karmaşık fonksiyonlarının bir sistemi içinde yapılmasını amaçlar. Ulusal Sağlık Hizmeti kendisi bir kamu kurumu değildir. Fakat yetki ve sorumluluklar bakımından devlet ile çeşitli seviyelerde ilişki içerisinde dir.

Ulusal Sağlık Hizmeti'nin temel aldığı bazı genel ilkeleri şunlardır:

- a) Evrensellik: Her İtalyan vatandaşı, ekonomik gücüne bakılmaksızın sağlık hizmetlerini almaya hak kazanır.
- b) Kapsamlılık: İlke olarak, toplumun ihtiyacı olan tüm hizmetler, hastalıkların tanınması, tedavileri, rehabilitasyon hizmetleri ve veterinerlik hizmetleri, Ulusal Sağlık Hizmeti tarafından sağlanır.
- c) Ücretsiz Erişim: Uzmanlık hizmetleri hariç sağlık hizmetleri ücretsiz olarak sunulur.
- d) Nakiedilebilirlik: Sağlık hizmeti hakkı her bölgede etkindir.
- e) Eşitlik: Her vatandaş ülkenin her yerinde sağlık hizmetine erişim konusunda eşit hakka sahiptir. Bu ilke sağlık hizmetlerinin sunumunda tekdüzellik / aynılık anlamındadır.
- f) Dayanışma: Ulusal Sağlık Hizmeti'nin finansmanı, bireyler arası ve bölgeler arası ortak bir faaliyete dayanır.
- g) Kamu-özel karışımı: Ulusal Sağlık Hizmeti'nin sunduğu sağlık hizmetleri kamu ve onaylanmış özel sağlık sunucuları tarafından sağlanmaktadır.

Ulusal Sağlık Hizmeti'nin sorumlulukları üç yönetim düzeyinde örgütlenmiştir: Devlet (Ulusal Hükümet), bölgeler ve yerel sağlık birimleri. Başlangıçta hiyerarşik bir örgütlenme mevcuttu. Bölgeler ve yerel sağlık birimleri devletin hizmetlerin sunumunu sağlamasında uç birimler olarak örgütlenmişti. Fakat şu anda bu kurumlar hatırı sayılır bir özerlikle yönetilmektedirler. Devlet, yasal

düzenlemelerin yapılmasından Ulusal Sağlık Hizmeti'nin bütçesinin hazırlanması ve bölgeler arası paylaşılması, planlaması ve denetiminden ve bölgelerin ve yerel sağlık birimlerinin borçlarının ödenmesinden sorumludur. Bu sorumluluk kapsamında, yasal ilaçlar, hastahane, özel hizmetler ve rehabilitasyon hizmetleri, çalışanların ücretleri, doktor ücretleri (genel pratisyenler ve uzman doktorlar) yer almaktadır. Devletin son sorumluluğu ise, Ulusal Sağlık Hizmeti'nin bölgeler ile olan ilişkilerini izlemektir.

Bölgeler, sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinden sorumludur. Bu sorumluluk, yasalar doğrultusunda, finansman, muhasebe ve örgütlenme üzerinde gerçekleşmektedir. Ayrıca, yerel sağlık birimlerinin üst yöneticilerinin atanmaları da bu sorumluluk kapsamındadır. Yerel sağlık birimlerinin tüm borçlarının ödenmesi ve verilen hizmetin planlaması da sorumluluk kapsamındadır. Bölgeler iç pazar düzenleyicileri ya da özel hastahaneler ve hastahane girişimleri ile yerel sağlık birimleri arasında arabuluculuk yapmaktadır.

Yerel sağlık birimleri, onaylanmış özel kuruluşlar ile anlaşma yaparak ya da kendi sağlık birimleri ile doğrudan sağlık hizmetlerinin sunumundan sorumludur. Bu birimler 1995'te, kamu kuruluşlarından kamu girişimlerine dönüştürülerek oluşturulmuşlardır. Üst yönetimleri bölge yönetimleri tarafından atanmaktadır. Son reforma göre, bu birimlere girişimsel özellikler verilmiştir ve bunları sivil yasalar doğrultusunda icra edebilirler. Yerel sağlık birimleri bütçeleri arasında dengelyi sağlamak güçtür (5:60,61,62).

2001 yılında yapılan İtalyan Anayasası reformuna uygun olarak, devlet ve bölgeler, sağlık hizmetlerinin sorumluluğunu paylaşmıştır. Devlet ülke genelinde tek tip olarak sunulmak zorunda olan temel hizmet paketinin (Livelli Essenziali di Assistenza: LEA) belirlenmesinde özel bir yetkiye sahiptir. Yirmi adet olan bölgelerin yönetimleri sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve yönetiminden sorumludurlar. Yerel sağlık birimleri (bölge yönetimlerinden bağımsız halk sağlığı girişimleri aracılığıyla) sağlık hizmetlerini yerel düzeyde sunmaktan sorumludurlar. Her bir yerel sağlık birimi yaklaşık olarak 300.000 nüfusa hizmet sunmaktadır (11:27).

Ulusal Sağlık Hizmeti, yerel, bölgesel ve ulusal düzeyler olarak üç farklı düzeyde örgütlenmiştir. Genel amaçların gerçekleştirilmesi ve sistemin temel ilkelerinin korunması sorumluluğu ulusal seviyededir. Yirmi bir bölge yönetimi (Trento ve Bolzano diye iki eyaletten oluşan Trentino Alto Adige bölgesi bir bölge sayıldığı için yirmi bölge de denebilir) sağlık hizmetlerinin sunumu ve yönetiminden sorumludurlar. Ülke genelinde tek tip olarak sunulan 'Livelli Essenziali di Assistenza' (LEA) olarak bilinen temel hizmet paketi ulusal düzeyde sağlanmaktadır ve gerekli, uygun ve maliyet etkili olduğu kabul edilen tüm sağlık hizmetlerini kapsamaktadır.

Her vatandaş, kendi bulunduğu Yerel Sağlık Birimine (Azienda Sanitarie Locali:ASL) ve belediyeye kayıtlıdır. Buna rağmen bölgeler arası belirgin farklılıklar vardır. Yerel sağlık birimleri genellikle, bağımsız olarak yönetilen hastahaneler, onaylanmış özel kurumlar ve kamu kurumlarını da içeren birimlerin oluşturduğu bir ağ vasıtasıyla çok amaçlı hizmetleri planlar, örgütler ve teminat altına alır.

Gerektiğinde büyük hastahanelerle sözleşmeler de yapmaktadır. Ayrıca küçük hastahaneler ile de çalışabilirler. Birincil sağlık hizmetleri yerel düzeyde genel pratisyenler tarafından sağlanır. Genel pratisyenler, hastalarına özel bakım merkezleri ya da hastahaneleri önerebilmektedir. Genel pratisyenler kendilerine kişi başına ödeme yapılan serbest çalışanlardır.

Hastalar, çok çeşitli sağlık hizmetlerini sağlayan özel ya da kamu hizmeti sunucuları arasından istediklerini seçme özgürlüğüne sahiptirler. Tüm bu standartlar ve uygulamalar Avrupa Birliği ile uyum içinde olmak zorundadır (10:10).

II.3.3. Ulusal Seviye

Ulusal düzeyde sağlık hizmetleri faaliyetleri Ulusal Sağlık Hizmeti konulu özel bir yasa yönetilmektedir. Ulusal sağlık programının yürütülmesi ise yerel ve bölgesel örgütlenmeler vasıtasıyla gerçekleştirilmektedir.

Ulusal sağlık programının amaçları, Ulusal Sağlık Planı ile onaylanarak belirlenmiştir. Özellikle Ulusal Sağlık Planı, güney bölgelerinde sosyal alan ve sağlık alanlarında oluşan derin farklılıkları gidermek için bir araç görevi görmektedir. Ulusal sağlık programının temel amacı, ilgili yasalara uygun olarak ve ekonomik planlama bünyesinde bölgelerin ihtiyaçlarını karşılamaktır. Bu yasalar, tüm vatandaşlar için teminat altına alınmış sağlık hizmetlerini ve tüm ayrıntılarını şart koşmuştur.

Hükümet, Ulusal Sağlık Planı'nı Sağlık Bakanı'nın önerileri doğrultusunda düzenlemiştir. Bu plan, Ulusal Sağlık Hizmeti için çok yıllık finansman programlarında kanuni olarak parlamentonun onayı ile oluşturulmuştur. Ulusal Sağlık Planı, üç yıllık dönemler için oluşturulur. Bölgeler, ulusal sağlık planı doğrultusunda, bölgesel planları düzeltmek ya da kabul etmek için 150 günlük bir süreye sahiptirler.

Ulusal Sağlık Planı, yerel sağlık girişimleri vasıtasıyla, ülke genelinde sağlığın korunmasının birimsel düzeyde yönetimini sağlar. Yerel sağlık girişimleri, belediyeler ve sağlık kuruluşlarını kapsayan bir çalışma sistemi içinde bağımsız olarak faaliyetlerini yürütürler. Bu bağlamda yerel sağlık girişimleri, sağlığın yükseltilmesi, fizik tedavi hizmetleri, adli tıp hizmetleri ve kapsayıcı sağlık hizmetlerinin teminat altına alınması ve sağlanmasından sorumludurlar.

2001 yılında Ulusal Sağlık Planı, sağlığın yükseltilmesi stratejisi ile ilgili faaliyet alanlarını genişletmiştir. Bu amaçlar doğrultusunda:

- Yaşam kalitesinin yükseltilmesi,
- Ölümlerin temel nedenleri ile mücadele etme,
- Çevresel korumanın geliştirilmesi,
- Toplum içinde yaşayan muhtaç ve zayıf insanların korunması gibi amaçlar belirlenmiştir.

Bu bağlamda, belirli hedefler belirlenmiştir. Bunlar:

- Obezite yaygınlığını,

- Sigara içenlerin oranını,
- Alkol kullanım oranlarını,
- Kardiyovasküler hastalıklara bağlı ölüm oranlarını ve
- Hastahane enfeksiyonlarını azaltmayı hedeflemiştir (13:5,6).

II.3.4. Bölgesel Seviye

Bölgesel yönetimler, sağlık birimleri vasıtasıyla Ulusal Sağlık Planı ile düzenlenen ulusal sağlık amaçlarının izlenmesinden sorumludur. Sağlık hizmetlerinin sunumunu bölgesel sağlık birimleri, kamu ve özel hastahaneler ve sağlık hizmetleri örgütlenmeleri nüfusa dayalı olarak sağlamaktadır.

Bölgesel düzey yönetim fonksiyonları, teknik destek ve değerlendirme fonksiyonları gibi konularda yasal düzenlemeler yapma yetkilerine sahiptir. Yasamaya ilişkin fonksiyonlar bölge konseyi ve bölge üst yönetimi arasında paylaşılmıştır. Bölgesel yasamaya ilişkin olarak şunları belirler:

- Sağlık hizmetlerinin sağlanması ve sağlık hizmeti sağlayıcılarının örgütlenmesi için gerekli olan ilkeler,
- Tüm sağlık hizmet örgütlenmelerinin finansmanı ve bölgesel sağlık birimleri tarafından finanse edilen hizmetlerin sağlanması için gerekli olan ölçütler,
- Bölgesel sağlık birimlerinde sağlanan hizmetler için gerekli olan teknik ve yönetimle ilgili ana konular. Bu ana konular, mulasebe sistemleri, sağlık planları ve yeni hastahanelerin inşası gibi konuları kapsamaktadır.

Bu kararname, bölgelerin yasa yapmaya ilişkin gücünü önemli ölçüde artırmaktadır. Bu kararname hâlâ ulusal ve bölgesel düzeyde işlerliğini sürdürmektedir.

Bölgesel yönetimlerin yönetim fonksiyonları, üç yıllık bir bölgesel sağlık planı hazırlanmasını gerektirmektedir. Bu plan, bölgesel sağlık hizmetleri ihtiyaçlarının değerlendirilmesine ve Ulusal Sağlık Planı ilkelerine dayalıdır. Bu plan ayrıca, sağlık hizmetleri örgütleniminin yönetimi için örgütlenme ve finansal ilkeler ile birlikte başlangıç ve stratejik amaçlarının kurulmasını sağlamıştır. Bölgesel sağlık birimlerinin diğer sorumlulukları ise, farklı sağlık birimleri ve hastahaneler arasında kaynakların tahsisinin yapılmasını, özel ve kamu sağlık hizmetleri için ulusal bir kuralları yapısı oluşturmayı ve sağlık hizmetleri ile ilgili diğer faaliyetlerini kapsamaktadır.

Bölgesel sağlık birimleri, bazı bölgelerde, kamu ve özel hastahaneleri ve yerel sağlık birimleri için doğrudan teknik destek sağlamaktadır. Diğer bölgeler, bölgesel sağlık hizmetleri için bir birim oluşturmuşlardır. Bu birim, yerel sağlık birimleri ve bölgesel sağlık birimleri için bilimsel ve teknik destek hizmetlerinin sağlanması ve yerel sağlık hizmetlerinin kalitesini belirlemekten sorumludur. Teknik destek, nüfusun ihtiyaçlarının belirlenmesi için yapılan planlama süreci sırasında sağlanır. Bölgesel sağlık hizmetleri için oluşturulan birimlerin bulunduğu bölgeler şunlardır:

- Emilia-Romagna (1994)
- Friuli-Venezia Giulia (1995)

- Campania (1996)
- Marche (1996)
- Piedmont (1998)
- Lazio (1999)
- Tuscany (2000) (13:6,7)

II.3.5. Yerel Seviye

1980'deki bir dizi reform yönetsel yetkileri bölgesel idarelere devretmiştir. 1992'den itibaren yerel seviyede kamu ve özel sağlık hizmetleri yapıları ve sunucuları dört gruba ayrılmıştır: yerel sağlık birimleri, kamu hastahaneleri, bilimsel araştırma kuruluşları ve onay almış (akredite) özel sunucular.

Yerel sağlık birimleri sağlık ihtiyaçlarının değerlendirilmesinden ve belirli bir nüfusa kapsamlı sağlık hizmeti sunmaktan sorumlu coğrafi temele göre örgütlenmiş kuruluşlardır. Bu kuruluşların başında bölgesel sağlık idareleri tarafından beş yıllık süre için atanmış genel yöneticiler bulunmaktadır. Sağlık hizmetleri bölümsel model şeklinde yapılandırılmıştır. Her bölüm finansal özerkliğe ve sağlığın geliştirilmesi bölümü de dâhil olmak üzere üç farklı sağlık hizmeti faaliyet alanının teknik sorumluluğuna sahiptir. Sağlığın geliştirilmesi bölümü sağlığın geliştirilmesi, bulaşıcı hastalıklar ve diğer hastalıklardan korunma, toplum sağlığının geliştirilmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesinden sorumludur. Bölüm ayrıca çevresel tehlikelerin denetlenmesi, bulaşıcı hastalıklar ve diğer hastalıklardan korunma, toplum sağlığının geliştirilmesi, yaşam kalitesinin yükseltilmesi, iş yaşamında ortaya çıkabilecek yaralanmalardan korunma, gıda ve içecek maddelerinin üretimi dağıtım ve tüketilmesinin denetlenmesine yönelik hizmet sunmaktadır. Yerel sağlık birimlerinin sundukları sağlık hizmetlerinin kişi başına eşit şekilde harcama öngören kapsamlı bir bütçe tarafından finanse edilmesi gerekmektedir.

Kamu hastahaneleri ikincil ve üçüncül sağlık hizmeti sunmaktadırlar. Bilimsel araştırma kuruluşları yerel seviyede faaliyet gösteren araştırma ağırlıklı hastahanelerdir. Bu kuruluşlar ülke geneline yayılmış durumdadırlar ve Sağlık Bakanlığı tarafından doğrudan finanse edilmektedirler.

Onay almış özel sağlık sunucuları Ulusal Sağlık Hizmeti tarafından finanse edilen seyyar sağlık hizmetleri, hastahane hizmetleri ve/veya tanıtım hizmetleri sunmaktadırlar.

Belediyeler ise kanunlar ile devlete ya da bölge idarelerine yüklenmemiş olan yönetsel sağlık görevlerini yürütmektedirler (13:7,8).

II.4. Sağlık Planlaması

Sağlık, İtalya Anayasası'na göre, toplumu oluşturan her bireyin sahip olduğu temel bir haktır. Anayasadaki bu hakka uygun olarak, İtalyan Ulusal Sağlık Hizmetleri'nin genel kapsamı itibariyle, iyileştirme, hastalıkların tedavisi ve önlenmesi gibi temel amaçlar, üç yılda bir yapılan Ulusal Sağlık Planı ile Ulusal Hükümet tarafından gerçekleştirilen ana planlamaları kapsamaktadır.

1998–2000 yılında uygulanan Ulusal Sağlık Planı, sadece sağlık hizmetlerinin sunumunu değil, tüm vatandaşların sağlık ihtiyaçlarını kapsayan, çok önemli bir niteliğe sahiptir. Bu durum, Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlediği sınırlar içindedir ve özellikle sağlık için belirlenen tüm stratejiler de bu sınırlar içinde belirlenmiştir. Bu planın uygulandığı ilk zamanlarda Dünya Sağlık Örgütü'nün hedeflerine dayalı nicel ve öncelikli sağlık amaçları benimsenmiştir. Bu plan, İtalya nüfusunun mevcut epidemiyolojik sağlık verilerine ve diğer tüm sağlık ihtiyaçları ile ilgili ölçümlere dayalı bir uygulama sürecini içermektedir. 1998–2000 yılları arasında yapılan bu plan ayrıca, belirli sağlık amaçlarının başarılabildiğini kontrol etme gibi değerlendirmelerden meydana gelmekte ve faydalılık yaklaşımı içinde, yasal olarak yapılmaktadır. Bu plan, yurt çapında “sağlık dayanışma sözleşmesi” gibi güçlü bir bahane oluşmasını sağlamıştır. Konunun çeşitliliği ve sağlığın korunması ile ilgili yetkili kuruluşlar bu sözleşme içinde bulunmaktadırlar: Vatandaşlar, sağlık hizmeti sunucuları, enstitüler, gönüllü çalışanlar, sağlık hizmeti ya da malı üreten kâr amaçlı veya kâr amacı gütmeyen kuruluşlar, medya, sağlık amaçları dışında ulusal ve uluslararası kuruluşlar bu kapsamdadır. Ayrıca plan, sağlık hizmetlerinin değişmesi ile ilgili bazı stratejileri belirlemiştir (6:103).

II.4.1. Ulusal Sağlık Planı

İtalya'daki kurumsal sistem, federalizme hızlı bir geçiş aşamasındadır. Sağlık planları çok büyük önem arz etmektedir. Bu planlar, İtalyan sağlık sisteminin tüm bileşenleriyle, sağlık politikasının temel başlıklarını belirlemek zorundadır. Federal politika gereksinimleri, İtalya sağlık sisteminin temel prensiplerini değiştirmemiştir. İtalya sağlık sisteminde hâlâ bazı temel referans noktaları mevcut işlevlerini yürütmektedirler.

Bu ilkeler şunlardır:

- Sağlık hakkı,
- Sistem içinde adalet,
- Temel sorumlulukların konulara göre dağılımı,
- Tüm vatandaşlara gereken ilgi ve saygının gösterilmesi,
- Hizmetlerin kalitesi,
- Sosyal sağlık entegrasyonu,
- Bilimsel araştırmaların geliştirilmesi,
- Vatandaşların güvenliği.

Sağlık Bakanlığı'nın 2002–2004 Ulusal Sağlık Planı aşağıdaki bileşenlere dayalı olarak ayrıntılandırılmıştır. Bu plan, bölgeler tarafından değerlendirilmiş ve Ulusal Hükümet tarafından kabul edilmiştir.

Planın temel konuları aşağıda verilmiştir:

- Tüm vatandaşlar için sağlık sistemi tarafından yasal olarak sağlanan teminatların kapsamını belirtmek (buna dayalı olarak, hizmetin esas düzeylerinin nasıl gerçekleştirileceği ve nasıl sağlanacağını doğrulanması gibi konular dâhil).

• Nüfusun öncelikli sağlık amaçlarını belirlemek, nüfusun epidemiyolojik durumuna bağlı olarak gereken önlemleri almak, hastalıkları önlemek, sağlık seviyesini yükseltmek ve toplumun sağlık düzeyleri arasındaki farklılıkları gidermek gibi çalışmalar.

• Bilimsel araştırma ve personel geliştirme programları yapmak ve kalıcı eğitim programları yapmak gibi yeni stratejik amaçları belirlemek.

Nüfusun belirlenen sağlık ihtiyaçlarına göre, Ulusal Sağlık Planı, öncelikli olarak sağlık hizmeti ağlarının kurulmasını kapsar (kronik, yaşlı ve sakat hastalar için sosyal sağlık entegrasyonu, ulusal acil sistemlerin tamamlanması ve hastahane ağlarının yeniden planlanması gibi).

Ayrıca plan, öncelikli amaçların yürütülmesi gibi temel faaliyet değerlendirmelerini kapsamaktadır. Gerçekte merkezi düzeyin rolü, sağlık sisteminin bölgesel sorumluluklarının sağlanması ve örgütlenmesi sırasında, sağlık hizmetlerinin eşit bir şekilde dağıtılmasıdır.

Planın gösterdiği amaçlar, Dünya Sağlık Örgütü ve Avrupa Konseyi gibi uluslararası örgütler ve Avrupa Birliği ile uyumlu bir biçimde belirlenir.

Plan iki kısma bölünmüştür. Birinci kısım stratejik amaçlara ayrılmış, oysa ikinci kısım genel amaçlara odaklanmıştır.

Bu planın ilk kısmı aşağıda verilen 10 stratejik amaçtan oluşmaktadır:

- Sağlık hizmetlerinde uygun ve temel uygulamaların gerçekleştirilmesi,
- Kronik hastalar, yaşlılar ve sakatlar için sosyal hizmetler ve sağlık hizmeti için tümleşik ağların kurulması,
- Biyomedikal teknolojileri ve sağlık hizmetinin kalitesini izlemek ve teminat altına almak,
- Sağlık hizmeti ve tıbbi hizmet düzeylerinde yüksek düzeyli ve kalıcı eğitim uygulamalarını gerçekleştirmek,
- Sağlık hizmeti kaynaklarını artırmak ve gelişim etkenlerini üst düzeye çıkarmak,
- Hastahane ağlarını yeniden tasarlamak,
- Acil sağlık hizmetlerini geliştirmek,
- Sağlık araştırmaları ve biyoteknolojik araştırmalar yapmak,
- Sağlıkla ilgili sorunların geniş tabanlı olarak tartışılması, toplum sağlığının korunması ve sağlık düzeylerinin yükseltilmesi,
- İlaç kullanımı ve kontrolleri gibi uygulamaların artırılması.

Planın ikinci kısmı kısa ve uzun dönemli olarak amaçların analizine ayrılmıştır. Bunlar:

- İtalya'daki ölümler ve hastalıkların artmasına neden olabilecek olan nedenlerle savaş,
- Sağlığın korunması için gereken çevresel kalitenin artırılması,
- Temiz ve güvenli gıda sağlamak ve veterinerlik hizmetlerinin geliştirilmesi,
- Nüfusun farklı kesimlerinin gereksinimlerini karşılayan ve herkes için kabul edilebilir bir düzeyde sağlık hizmeti sistemi oluşturmak (6:103–106).

II.5. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Birincil sağlık hizmetleri, genel pratisyenler ve çocuk doktorları tarafından sağlanır. Bunlar Ulusal Sağlık Hizmeti ile bağımsız olarak anlaşma yapan hizmet sağlayıcılardır. Ayrıca bu profesyoneller, ikincil sağlık hizmetine geçiş aşamasında süzgeç görevi görmektedir.

Yerel sağlık birimleri, temel olarak gıda denetimi, sağlığın yükseltilmesi ve hastalıkların önlenmesi (özellikle bağışıklama) hizmetleri ile toplum sağlığının yükseltilmesi ve korunması görevlerini yerine getirmektedirler.

Uzmanlaşmış hizmetler doğrudan yerel sağlık birimleri tarafından ya da yerel sağlık birimleri tarafından onaylanmış özel (kâr amaçlı ya da kâr amaçsız) ve kamu birimleri ile anlaşmalar yapılarak sağlanmaktadır.

Her 1000 kişiye düşen yatak sayısında, 1990 yılında 7,2'den, 2001 yılında 4,0'a bir azalma olmuştur. İtalya'da, 2001 yılında 1000 kişiye düşen hekim sayısı oranı 6,1'dir. Bu oran Batı Avrupa Ülkeleri arasındaki en yüksek orandır. Her 1000 kişiye düşen hemşire sayısı oranı ise 1989 yılında 3,0'dır. Avrupa Birliği A grubu ülkeleri içinde bu oran en düşüktür (12:34).

Aşağıda verilen hizmetler İtalyan Ulusal Sağlık Hizmeti tarafından sağlanmaktadır:

- Halk sağlığı ve hijyen,
- Birincil sağlık hizmetleri,
- İkincil ve üçüncül sağlık hizmetleri (hastahane hizmetleri),
- Muhtaç insanların rehabilitasyonu ve bakımı (6:121).

II.5.1. Halk Sağlığı Ve Hijyen

Halk sağlığı ve hijyen hizmetlerini ile ilgili faaliyetler:

- Aşılama: Zorunlu aşılama (polio, tetanos, difteri ve hepatit B aşılı gibi), isteğe bağlı fakat tavsiye edilen aşılama (kızamıkçık, kızamık, parotit ve boğmaca aşılı gibi).
- Sağlık üzerindeki çevresel riskler: Çalışma ve ev ortamının kontrolü, mesleki sağlık ve güvenlik, okulların sağlık açısından denetimi gibi.
- Çiftlik hayvanlarının kontrolü: Hayvan sağlığı denetimi, çiftliklerin sağlık koşullarının denetimi ve kontrolü, hayvan ticaretinin sağlık açısından denetimi gibi.
- Meşrubat ve gıda kontrolü: Üretim sürecinden satış sürecine kadar uzanan aşamalar gıda maddelerinin sağlık koşullarının denetimi ve kontrolü, meşrubat ve gıdaların işleme yöntemlerinin denetimi ve diyet ve bebek ürünlerinin üretim ve satış aşamalarının sağlık açısından değerlendirilmesi.

Bu faaliyetler, 139 adet Sağlık Koruma birimi tarafından yürütülmektedir. Bu birimler halen yerel sağlık birimleri'nin bir parçasıdır. Laboratuvar ve çevresel numune alma faaliyeti, çevreden sorumlu bölgesel birimler tarafından yürütülmektedir. Bu laboratuvarlar 105 tane denetim ve hijyen laboratuvarı, 10 tane bulaşıcı hastalıkları deneysel olarak tespit eden kuruluş ve bunlara bağlı çok sayıda bölgesel birimler vasıtasıyla faaliyetlerini yürütmektedir (6:121).

II.5.2. Birincil Sağlık Hizmetleri

İtalya'da birincil sağlık hizmetleri hastalıkların teşhisi, ayakta tedavisi, birinci düzey rehabilitasyon hizmetleri, hastalıkların önlenmesi, sağlığın yükseltilmesi ve halkın sağlık eğitimi hizmetlerini kapsamaktadır. Özellikle genel pratisyenler, çocuk doktorları, eczacılık ve evde sağlık hizmeti sunucuları, hizmetlerin sağlanması için her zaman hazır durumdadırlar.

İtalya'da birincil sağlık hizmetleri önceden belirlenmiş bir sistem içerisinde temel olarak genel pratisyenler tarafından sağlanmaktadır. Genel pratisyenlerin temel faaliyetleri, tıbbi bakım, reçeteli ilaç vermek, hastaları hastahaneye sevk etmek ve teşhis ile ilgili testleri içeren hizmetleri kapsamaktadır. Hastalar genel pratisyenler tarafından kayıt altına alınır. Genel pratisyenler, hastalarının üçüncül (uzmanlık gerektiren) sağlık hizmetlerine geçiş aşamasında bir süzgeç görevi görmektedirler. Hasta ve genel pratisyen arasındaki ilişki sırasında bir memnuniyetsizlik yaşanırsa, hasta ve genel pratisyen karşılıklı olarak aralarındaki anlaşmaya son verebilirler. Genel pratisyen hizmetlerinin kullanımı ücretsizdir. Genel pratisyenler, yetkili Bölge yönetimleri tarafından yönetilen İtalyan Ulusal Sağlık Hizmeti ile sözleşme yapmaktadırlar. Ödemeler ise, genel pratisyenlerin baktıkları hasta başına yapılmaktadır. Bir genel pratisyen en fazla 1.500 hastayı kendine kayıt edebilmektedir. Genel pratisyenin bakabileceği hasta sayısı bu sayı ile sınırlandırılmıştır.

Genel pratisyenler, bir ya da daha fazla meslektaşı ile aynı ofiste çalışabilmelerine rağmen genellikle tek başına çalışırlar. Genel pratisyenler, kendi örgütlenme faaliyetlerinden sorumludurlar. Bu doğrultuda, gerekirse yanlarında ücretle hemşire ya da sekreter gibi personel çalıştırabilmektedirler. Bu durum İtalyan Ulusal Sağlık Hizmeti ile yaptıkları sözleşme dâhilinde değildir. Diğer ülkelerle karşılaştırıldığında genel pratisyenlerin nüfusa oranı Avrupa Birliği ortalamalarına yakındır. Fakat bu oran İrlanda, İsveç ya da Birleşik Krallık gibi bazı Batı Avrupa ülkelerinde gözlenen oranlardan daha düşüktür. 12 yaş altı çocuklar çocuk doktorları gözetimindedirler. Çocuk doktorları da aynen genel pratisyenler gibi İtalyan Ulusal Sağlık Hizmeti ile sözleşme yapmaktadırlar. Fakat hasta sayıları 1.000 kişi ile sınırlanmıştır. Genel pratisyenlerin bölgelerinin genişliğinde, bölgeler arası büyük farklılıklar mevcuttur.

Acil sağlık hizmeti ihtiyacı olan hastalar, doğrudan hastahane acil hizmet birimlerine gidebilirler. Hastalar, hastahane acil sağlık birimlerine başvurduklarında, kendilerinden küçük bir katılım payı istenebilmektedir. Genel sağlık hemşireleri, bireylerin ve sağlık eğitim faaliyetleri vasıtasıyla toplumun sağlıklarını korumada belirli işlevlere sahiptirler. Epidemiyolojik araştırmalar, ev ziyaretleri ve görüşmeler gibi metotları kullanarak, toplum ve aileler, iş hayatı ve günlük hayatlarında insanlar ile doğrudan ilişki kurabilmektedirler. Genel sağlık hemşireleri mesleki sağlık hizmetleri, önleyici tıbbi hizmetler, okul sağlığı, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, aşılama merkezleri ve aile/çocuk sağlığı danışmanlığı hizmetleri gibi önleyici faaliyetlerinde eşgüdüm kurabilen ve örgütleyebilen sağlık koruma programlarına katılabilir ve örgütleyebilirler.

Bu hemşireler, bireylerin ihtiyaçlarına göre uyarlanmış sağlık hizmeti örgütsel modeline dayalı olarak proje ve çalışmalar yürütebilirler (6:124).

II.5.2.1. İlaç Hizmetleri

Eczahaneler, ilaç satışlarında tekel durumundadırlar, fakat değişik alanlara ayrılmaktadırlar. Bir eczahane, özel teşebbüs ya da bir belediye veya hastahaneyle ait olabilmektedir. Eğer eczacı bu kurumlardan herhangi birinde çalışıyorsa bunun karşılığında bir ücret almaktadır. Genel olarak İtalya'da hastahanelere ait eczahaneler halka açık değildir. İtalya'da 16.250 adet özel ve 1.129 adet belediye eczahanesi vardır.

Eczacılık politikası için, ilaçla tedavilerin sağlanmasında faydalar-maliyetler, kanıta dayalı tıbbi müdahaleler İtalyan Ulusal Sağlık Hizmeti içerisinde en önemli ölçütlerdir.

Reçeteye yazılmış ve kronik hastalıklar için verilen ilaçlar eczahanelerde ücretsiz olarak verilmektedir. Bu ilaçlar her sınıf tedavi yöntemine uygun, belirli dozlarda olan ve iyileştirme özelliğine sahip ilaçlar olup, belirli bir referans fiyata sahiptirler. Referans fiyattan daha pahalı olan belirli bir tedavi yöntemine ait olan ilaçlar, Ulusal Sağlık Hizmeti tarafından karşılanmaz. İtalyan ulusal sağlık sistemi altında tavsiye edilen çoğu ilaç, her İtalyan bölgesinin finansal politikasına göre reçeteye yazılma sürecinde bölgesel bir farklılık gösterebilir. Ödeme güclüğü olanlar, muhtaç insanlar ve özel bir hastalığı olanlar eczacılık hizmetlerinden ücretsiz yararlanabilmektedir (6:124,125).

II.5.2.2. Evde Bakım Hizmetleri

İtalya'da yaşlı ve kendi kendine bakmakta güçlük çeken insanların sayısında sürekli bir artış vardır. Nüfus gittikçe yaşlanmakta ve sağlık hizmetlerinin sosyal hizmetlerle bütünleşmiş bir şekilde ihtiyaç sahibi insanlara ulaştırılması ihtiyacı ortaya çıkmıştır. Yaşlı ve sakatlar, mümkün olduğunca mevcut sağlık hizmeti yapıları içerisinde ya da gereksiz hastahane hizmetlerinden kaçınmak için evde tedavi almak istemektedirler.

Bu doğrultuda, hastahaneleşmiş ev ortamlarının gelişmesi bir zorunluluk olarak ortaya çıkmıştır. Diyaliz hizmetleri, sakinleştirici tedaviler ve hastahanelerde verilen bu gibi hizmetlerin bu evlerde eksiksiz verilmesi gerekmektedir.

Evde sağlık hizmeti sunumu, geleneksel sağlık hizmetleri yaklaşımları içerisinde sıra dışı bir değişim olduğunu göstermektedir. Bunun odak noktası, sağlık hizmetlerini sağlayan faaliyetlerin hastaların insiyatiflerine göre şekillenmesidir. Sonuç olarak, hastahane hizmetleri ve diğer hizmet alanları, hastaların ihtiyaçlarını ev ortamında karşılamak için uygun hale getirilir (6:128,129).

II.5.3. Uzmanlaşmış Sağlık Hizmetleri

Uzmanlaşmış sağlık hizmetleri şu hizmetleri içermektedir:

- Klinikler Ve Laboratuvarlar: İtalya Ulusal Sağlık Hizmeti ile anlaşmalı olarak uzmanlaşmış muayene, klinik analiz ve diğer tanısal muayeneler (örneğin, X-ray, ekogram, CAT taraması) hizmetlerini sunan kamu ve özel klinik ve laboratuvarları;
- Aile Planlaması Klinikleri: Bebeklerle ilgili problemler, kadın sağlığı, cinsellik bilgisi ve eğitimi, kontraseptifler, gebelikten korunma ve menopoz önemi problemleri ile ilgilenen aile planlaması klinikleri. Bu klinikler ayrıca çözümlere danışmanlık sağlamakta ve kürtaj yapmak isteyen kadınlara yardım etmektedir.
- İlaç Bağımlılığı, Korunma Ve Rehabilitasyon Hizmetleri: İlaç bağımlılıklarına psikolojik ve sosyal destek sağlayan, ilaç bağımlılığı ile ilgili hastalıklar ve ilaç bağımlılığı durumu ile ilgili sağlık taraması hizmeti veren, ilaç bağımlılığı ile ilgili tedavi hizmetlerini yöneten, tedavi ve rehabilitasyon programları uygulayan ve benzer hizmetler sunan diğer örgütlere destek veren kamuya ait hizmetler;
- Ruh Sağlığı Birimleri: Psikolojik bozukluklardan yakınan insanlara uzmanlaşmış hizmet veren ruh sağlığı merkezleri. Bu merkezler hasta bireylerin ruh sağlığı hastahanelerinden taburcu olup topluma entegre olmalarını sağlamaktadır.
- Rehabilitasyon Merkezleri: Sakat ve yaşlılara rehabilitasyon ve sosyal entegrasyon hizmeti veren rehabilitasyon merkezleri. Bu merkezler ayrıca sakatlara protez ve teknik yardım sağlamaktadır.

İtalya'da hem kamu kuruluşları hem de özel kuruluşlar bu hizmetleri sunmaktadır. İtalya'nın her bölgesinde değişmesine rağmen genellikle bu hizmetleri veren özel kuruluş sayısı kamu kuruluşu sayısından daha fazladır. Kamuya ait klinikler genellikle hastahanelerde ve diğer sağlık kurumlarında bulunmaktadır (6:130).

II.5.4. Hastahane Hizmetleri

İtalya Ulusal Sağlık Hizmeti hastahane hizmetini garanti etmektedir.

Hastahaneler genellikle dört temel hizmeti sağlamaktadır: temel sağlık hizmetleri, cerrahi hizmetler, çocuk sağlığı hizmetleri, kadın sağlığı ve doğum hizmetleri. Kamu hastahanelerinde ya da özel hastahanelerde genel pratisyenler tarafından sevk yapılmış olması koşuluyla sağlık hizmeti ücretsiz sunulmaktadır. Hastaların seçme hakkı önemlidir ve bu nedenle özerk eyaletlerden bölgelere hizmet akışı söz konusudur. Çünkü eyaletlerin hemen hepsinde genellikle bir tane genel hastahane mevcuttur.

Diğer Avrupa Birliği ülkeleri ile karşılaştırıldığında İtalya hem hastahane sayısı hem de mevcut yatak sayısı bakımından orta seviyededir. Son yıllarda hastahane yatak sayısında önemli bir azalma vardır. Bu durumun nedenleri kısıtlama politikaları, teknoloji ve tedavi yöntemlerindeki değişimlerdir. Birçok ülkede ortalama yatış süresindeki azalmayla beraber hastahaneye yatış oranında artış olmuştur. Bu eğilime hasta yönetimindeki değişimler, klinik tekniklerdeki gelişme, ortalama yatış süresini azaltmaya yönelik teşvik ve akut bakıma ihtiyacı olmayan hastaların diğer sağlık kuruluşlarına sevk edilmesi eşlik etmiştir.

Son yıllarda nüfusun yaş ortalamasının yükselmesi ve doğum hızının azalması cerrahi merkezler ve ana-çocuk sağlığı merkezlerindeki yatak sayısında azalmaya, bununla beraber rehabilitasyon ve uzun süreli bakım merkezlerindeki yatak sayılarında da artışa neden olmuştur. Diğer taraftan organ nakli yapan toplum sağlığı merkezleri sayısında önemli bir artış olmuştur. En son düzenleyici politikalara göre İtalya'da akut bakım yatak sayısı 1.000 kişiye 4 yatak oranını ve post-akut bakım yatak sayısı 1.000 kişiye 1 yatak oranını geçmemelidir (6:131)

II.5.5. Muhtaç İnsanların Rehabilitasyonu Ve Bakımı

Bu hizmetler kendi kendine bakamayanların sosyal entegrasyonu ve rehabilitasyonu için özel tasarlanmış kuruluşlara kabul edilmesini içermektedir.

- Ruhsal bozuklukları olan kişiler: İtalya Ulusal Sağlık Hizmeti uzun süreli psikiyatrik bozukluklardan muzdarip kişilere özel yerleşkelerde bakım hizmeti vermektedir.

- Sakatlar: İtalya Ulusal Sağlık Hizmeti sakatlara rehabilitasyon merkezlerinde yatılı bakım hizmeti vermektedir. Bu merkezlerin amacı sakat uzuvların yeniden çalışır hale getirilmesi ve sakat kişilerin aileler ve iş yaşamında yeniden entegre edilmesini amaçlayan faaliyetler yürütmektir. Bu merkezlerde uzman hekimler, rehabilitasyon terapistleri, psikologlar ve hemşireler çalışmaktadır.

- İlaç bağımlıları: İtalya Ulusal Sağlık Hizmeti ilaç bağımlılarına rehabilitasyon ve sosyal entegrasyon amaçlı hizmet vermektedir. Bu amaçla bu kişilere sorunlarını çözme konusunda psikolojik yardım verilmekte ve yeni bir yaşam kurmaları teşvik edilmektedir.

- Yaşlılar: Ulusal Sağlık Planı amaçları çerçevesinde kronik hastalar, yaşlılar ve sakatlar için entegre bir sağlık hizmeti ve sosyal hizmet ağı kurulması tanımlanmıştır (6:141,142)

II.6. Sosyal Güvence

İtalya'da sosyal güvence sistemi, sağlık hizmetleri hariç, kapsayıcı bir yaklaşımla örgütlenmiştir. Her bir alan için, özellikle emeklilik için, katılım paylarının toplanması ve faydaların sunulması özel bir idarenin sorumluluğundadır. Yasaların uygulanması ve denetim faaliyetlerinin yürütülmesi bakanlıkların, özellikle Çalışma Ve Sosyal Politika Bakanlığı'nın (Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali), sorumluluğundadır.

Sağlık Hizmetleri: Bu alan için yetkili kuruluş Sağlık Bakanlığı (Ministero della Salute)'dir. Bakanlık, finansal kaynakları ve bu kaynakların sağlık hizmetlerini sunmaktan sorumlu olan bölge yönetimleri ve belediyelere dağıtılmasını yönetir.

Hastalık Ve Annelik Ödenekleri: Özel sektör çalışanları için bu alanda yetkili kuruluş Çalışma Ve Sosyal Politika Bakanlığı'dır. Katılım paylarının ve sağlanan faydaların yönetimi, planlı bir yönetim sağlamak amacıyla, Sosyal Güvence Ulusal Kurumuna (Istituto Nazionale della Previdenza Sociale, INPS) devredilmiştir. Devlet memurlarına hastalık ve annelik ödenekleri sunulmamaktadır. Bu tür durumlarda maaşları devlet tarafından ödenmeye devam edilmektedir.

Şema 2. Sosyal Güvence Sistemi Örgütlenme Şeması



• **Kaynak:** (7) MISSOC (2006) Organisation of Social Protection Charts and Descriptions, Mutual Information System on Social Protection in the EU Member States and the EEA, s:33

Emeklilik:

• Özel sektör çalışanları: Yetkili kuruluş Çalışma Ve Sosyal Politika Bakanlığı'dır. Uygulamayı Sosyal Güvence Ulusal Kurumu yürütmektedir. Gazeteciler için İtalyan Gazetecileri Koruma Ulusal Kurumu (Istituto Nazionale di Previdenza dei Giornalisti Italiani, INPGI), sinema oyuncular ve futbolcular için Güvence Ulusal Kuruluşu (Ente Nazionale Previdenza ed Assistenza Lavoratori Spettacolo, ENPALS) mevcuttur. Bu sektör 1995 yılında özelleştirilmiştir.

• Serbest meslek sahipleri: Çiftçi, zanaatkâr ve ticaretle uğraşanlar Sosyal Güvence Ulusal Kurumu kapsamındadırlar.

• Kamu sektörü çalışanları: Devlet memurları ve yerel yönetimlerin çalışanlarının emeklilik faaliyetleri Kamu Yönetimi Çalışanları Koruma Ulusal Kurumu (Istituto Nazionale di Previdenza per i Dipendenti dell'amministrazione Pubblica, INPDAP) tarafından yönetilmektedir.

İş Kazaları Ve Meslek Hastalıkları: Yetkili kurum Çalışma Ve Sosyal Politika Bakanlığı'dır. Katılım paylarının toplanması ve faydaların sunumu İş Kazalarına Karşı Koruma Ulusal Kurumu tarafından yürütülmektedir.

Aile Yardımları: Yetkili kurum Çalışma Ve Sosyal Politika Bakanlığı'dır. Prim ve katılım paylarının toplanması ve faydaların sunumu Koruma Ulusal Kurumu'na devredilmiştir. Devlet bazı hizmetlerin finansmanından sorumludur.

Yeterli Kaynak Tahsisi: Yetkili kurum İşleri Bakanlığı'dır. Faydalar yerel seviyede sağlanmaktadır ve bölgesel ve yerel idareler ve Koruma Ulusal Kurumu tarafından yönetilmektedir (7:32).

II.7. Özel Sağlık Sigortası

İtalya nüfusunun yaklaşık olarak %10'u özel sağlık sigortasının kapsamındadır. İtalya'da hane halkının yaptığı sağlık harcaması oranının toplam sağlık harcamasının yaklaşık %30'unu oluşturması, İtalya'da sanayileşmiş ülkeler arasında yüksek oranda doğrudan ödeme yapıldığını göstermesine rağmen, özel sigorta kapsamı seviyesi birçok Avrupa Birliği ülkesinin özel sigorta kapsamı seviyesinin biraz altındadır.

Yüksek seviyede hane halkı sağlık harcaması oranına rağmen tarihsel olarak özel sağlık sigortası pazarının genişlememesine neden olan iki temel sebep vardır: Kamu tarafından sağlanan yaygın kapsam ve özel sağlık sigortası satın almak için finansal teşvikin olmaması. 1978'den beri İtalya sağlık sistemi kapsamlı hizmet yaygın erişimi teminat altına alarak sosyal adaletin yükseltilmesi ve harcama kontrolünün geliştirilmesi gibi iki amaca sahip bir Ulusal Sağlık Hizmetini örgütlemiştir. Ulusal Sağlık Hizmeti, zaman içerisinde büyük borçlar biriktirmiş olan ve bu yüzden eşitlik ve finansman açılarından eskimiş olarak kabul edilen bir ortak fayda sisteminin yerine getirilmiştir. Bu nedenle İtalyan politika belirleyicileri Ulusal Sağlık Hizmeti'ni özel sağlık sigortasının kamu kaynakları tarafından finanse edilmesini yasaklayacak ve özel sağlık sigortasını Ulusal Sağlık Hizmeti'nin dışında tutacak şekilde biçimlendirmişlerdir. 1990'ların başında ileri sürülen iki teklif bu durumu değiştirememiştir. Birinci teklif, kamu sisteminin zorunlu olma durumunu kaldırmak için bir referandum yapılmasını önermiştir.

Fakat İtalya Anayasası böyle özel bir soru için referandum yapılmasına izin vermediği için Anayasa Mahkemesi tarafından teklif reddedilmiştir. İtalyan İmalat Sanayi Firmaları Birliği (Confindustria) tarafından gerçekleştirilen ikinci girişim insanların Ulusal Sağlık Hizmeti'ne bir dayanışma katkısı ödemeleri ve böylece kamu sisteminin dışına çıkmaları önerisidir. Bu öneriler ne artık politika gündemindedirler ne de mevcut hükümetin bu konular hakkında resmi bir duruşu vardır.

Diğer birçok sanayileşmiş ülkede olduğu gibi İtalya'nın özel sağlık harcamalarının da değişen ihtiyaçlar (sosyoekonomik gelişmeler ve yaşlı nüfusun artması) ve artan oranda katılım payları ile sonuçlanan yükselen kamu açığı nedeniyle gelecekte artacağı öngörülmektedir. Finansal sürdürülebilirlik ve sağlık hizmetlerine adil erişim politika belirleyiciler için bir sorun teşkil etmektedir. Bu nedenle son yıllarda politik tartışmalar tamamlayıcı özel sağlık sigortasının geliştirilmesi fikrine yönelmiş durumdadır.

1999'da katılım paylarını da kapsayan tamamlayıcı özel sağlık sigortasının faaliyet alanı ve koşullarını düzenlemek için ana çerçeve belirlenmiştir. Kanun ayrıca iki kesin sınırlama getirmiştir: Birinci sınırlama uygulamaları eylememeleri ya da risk-ayarlı primleri edinmemeleridir, ikinci sınırlama Ulusal Sağlık Hizmeti tarafından hâlihazırda kapsananlara ek olarak sınırlı sayıda sağlık hizmetlerini kapsayabilmeleridir. Bu ikinci sınırlama daha çok ek kapsamın sadece tamamlayıcı ve alternatif tıp hizmetlerini, bazı termal ve dış sağlığı hizmetlerini, serbest olarak çalışan Ulusal Sağlık Hizmeti hekimleri tarafından sağlanan sağlık hizmetlerine erişim için ödenen ücretlerin geri ödenmesini, hastahanelerde daha konforlu barınma ve katılım paylarını geri ödenmesini içerebileceği ile ilgilidir. Ayrıca bu politikaya tabii olanlar sadece Ulusal Sağlık Hizmeti tarafından onaylanan sağlık kuruluşlarını kullanabilirler. Bu durum, bazı özel hizmet sunucularının sektöre girmeleri için örgütsel zorluk ve engel oluşturmaktadır.

Özel sağlık sigortası pazarı halen bireysel ve grup poliçeleri arz etmektedir. Önceki düzenleme temel olarak hastalığa bağlı olarak çalışılmayan zaman boyunca günlük bir nakit ödenek ödenmesini kapsamaktaydı ve genellikle sağlıklı, serbest meslek sahipleri tarafından satın alınmaktaydı. Grup poliçeleri ek kapsam arz etmektedirler ve yöneticiler ya da kazancı iyi olan çalışanlar tarafından hizmete daha konforlu bir şekilde erişmek, özel hastahanelerde tek kişilik odalarda hizmet almak ya da uzman hekim muayenelerine daha hızlı erişmek amacıyla satın alınmaktadır. Fakat tamamlayıcı kapsam için potansiyel talebin ve vergi teşviğinin var olmasına rağmen, özel sağlık sigortacıları, tamamlayıcı özel sağlık sigortasının gelişmesinin zor olduğunu görmektedirler. Bunun nedeni uygulamaya yönelik yasal düzenlemenin olmayışdır.

Diğer bir temel konu İtalya devletinin bölgesel örgütlenmesi ile ilgilidir. Potansiyel olarak Ulusal Sağlık Hizmeti bölgesel temelde farklı kapsamlar sunabilecektir. Sonuç olarak özel sağlık sigortacıları ulusal temelde örgütlendikleri için farklı bölgelerde yaşayan insanlara farklı kapsam sunma konusunda problemlerle karşılaşacaklardır. Mali faydaların, zengin bölgeleri seçecek şekilde, ülke içerisinde eşit olmayan biçimde dağıtılma ihtimali vardır.

Katılım payları özel sağlık sigortacıları tarafından geri ödendiği takdirde bu durum tüketimin kontrol altında tutulması amacına hizmet etmeyecektir ve Ulusal Sağlık Hizmeti harcamalarında artışa neden olacaktır (14:6,7).

II.8. Finansman Ve Harcama

1978 yılının Ulusal Sağlık Hizmetinin finansmanı açısından bir ilerleme olduğu genel görüşüne rağmen 1990'larda sosyal sağlık sigortası katkıları hâlâ toplam kamu harcamalarının %50'sini oluşturmaktadır. 1998'de bir ticaret vergisi sosyal katkıların yerini almıştır. Bu vergiye ek olarak her bir bölge için yeterli kaynak sağlamak için ülke genelinde katma değer vergisi yoluyla gelir toplanmıştır.

Doğrudan ödemeler tanı işlemleri, ilaç hizmetleri ve uzman hekim konsültasyonları için katılım payları şeklinde maliyet paylaşımı şeklindedir. 1993 yılından bu yana ayakta sağlık hizmetlerinin maliyeti için hizmeti kullananlar 2000 yılında tavan miktarı 36 Euro olarak belirlenen bir katılım payı ödemek zorundadırlar. İlaçlar ve gezici sağlık hizmeti için yapılan katılım payları sınırlı bir etkiye sahiptir. Fakat 1996'da artış göstererek Ulusal Sağlık Hizmeti gelirlerinin %4,8'ine ulaşmıştır, 2002'de ise %2,9'a düşmüştür. Daha sonra ulusal seviyede ilaç için katılım payı uygulaması kaldırılmıştır.

Ayrıca kullanıcılar özel sağlık hizmetleri ve reçetesiz satılan ilaçlar için doğrudan ödeme yapmak zorundadırlar. Nüfusun yaklaşık olarak %15'i tamamlayıcı özel sağlık sigortasına dâhildirler. Bu sigorta türüne ya bireysel olarak başvurmuşlar ya da işverenin teklifi üzerine kayıt yaptırmışlardır.

2002 yılında İtalya'nın toplam sağlık hizmeti harcaması Gayri Safi Yurtiçi Hasılasının %8,5'ini oluşturmuştur. Aynı yıl kişi başına düşen sağlık harcaması ise satın alma gücü paritesine göre 2166 Amerika Doları'dır. Kamu kaynakları sağlık harcamalarının %75'ini kapsamaktadır. Katılım payı uygulamasına başlanmasından sonra özel sağlık harcamaları artmıştır. 2002 yılında %25 olmuştur.

1997 yılında bölgesel kaynak dağılımı için nüfusun yaş durumunu ve sağlık statüsünü hesaba katan kişi başına düşen ağırlıklı bir oran uygulanmaya başlanmıştır. Bölgeler ayrıca kişi başına düşen miktar formülüne göre yerel sağlık birimlerine kaynak transfer etmişlerdir.

Üçüncül sağlık hizmeti hastahaneleri kendilerine güven duyulduğu için daha geniş oranda bir finansal özgürlüğe sahiptirler. Kamuya ait ikincil sağlık hizmeti hastahaneleri de finansal özerkliğe sahiptirler, fakat yerel sağlık birimlerinin kontrolü altındadırlar. Yataklı tedavi hizmetleri için tarifelerin bölgeler tarafından belirlendiği tanıya dayalı bir ödeme sistemi yerleştirilmeye çalışılmaktadır. Hastahane hekimleri birer maaşlı çalışındırlar.

Pratisyen hekimler ve çocuk doktorlarına Ulusal Sağlık Hizmeti ile yaptıkları sözleşmeye dayalı olarak kişi başına ödeme yapılmaktadır. Yapılan reformlar verimliliği teşvik etmeyi amaçlamıştır (11:27,28).

II.8.1. Katılım Payları

1998'de sağlık hizmeti maliyeti için ödenen katılım payları tanımlamıştır. Bu düzenlemede maddi ve ailevi durum ve sağlık durumları sebebiyle yardım alan herkesin katılım payı ödemekten muaf oldukları ölçüt de tanımlanmıştır.

Katılım payı ödenmesinin gerekli olduğu sağlık hizmetleri şunlardır;

- İlaçlar,
- Uzmanlaşmış seyyar sağlık hizmetleri (hekim muayenehaneleri ve dispanserlerde),
- Günübirlik kliniklerden alınan tanısal hizmetler,
- Sağlık kaplıcaları,
- Uzmanlaşmış merkezlerden alınan rehabilitasyon hizmetleri.

Bu hizmetlerden başka ayrıca bölgeler hastahaneye yatış ile sonuçlanmayan acil sağlık hizmetlerini de katılım payı kapsamına alabilmektedirler. Bu durum katılım paylarının muaf bireyler arasında yeniden dağıtımını teşvik etmekte ve sağlık hizmetlerinin uygun şekilde kullanılmasını sağlamaktadır.

Katılım payı ödenmesinden muaf olan bireyler için çeşitli planlar mevcuttur. Bu bireyler ailelerinin maddi durumu ve özel bir sağlık durumunun mevcut olması (kronik hastalıklar, yetersizlikler ve sener görülen hastalıklar) şeklinde tanımlanmaktadır. Katılım payı muafiyeti getiren bu tip durumların listesini Sağlık Bakanlığı tespit etmektedir. Kısmen ya da tamamen muafiyet için maddi durum önemlidir. Maddi durum gayrimenkul ve taşınabilir varlıklardan elde edilen gelirler dâhil, kişisel konut hariç olmak üzere, aile fertlerinin toplam gelirine göre belirlenmektedir.

Katılım payından tamamen muaf olma durumu maddi durum göstergesi 9.296,22 Euro'nun altına düştüğünde geçerlidir. Bu miktarın 18.592,45 Euro'nun altında olması durumunda kısmen muafiyet söz konusudur. Katılım payından tamamen ya da kısmen muafiyet yerel sağlık birimleri tarafından yürütülmektedir.

Bir listede sınırları kaldırılmış ilaçlar için aşağıdaki katılım payları alınmaktadır.

- Tek kalem ilaç içeren reçeteler için 1,55 Euro,
- Birden fazla kalem ilaç içeren reçeteler için 3,10 Euro.

Katılım payından kısmen muaf olanlar ve muaf olmayanlar diğer bir listeye dahil olan ilaçların satış fiyatının %50'sinden sorumludurlar. Yardım alan kişiler, bir başka listedeki ilaçların ücretlerinin tamamından sorumludurlar.

Teşhis laboratuvarlarının yaptığı her bir test ya da donatımın her kullanımında ve uzman hekimin sunduğu her acil sağlık hizmeti için bölge yönetimi tarafından belirlenen ücretin %85'i ödenir. Bu miktar bir reçete için azami 51,65 Euro'dur. Kısmen katılım payından muaf olan kişiler maliyetin %70'ini öderler ve bu bir reçete için azami 30,99 Euro'dur.

Günübirlik kliniklerde teşhis amacıyla her yatışta 77,47 Euro'luk bir ücret ödenmektedir. Yardım alanlar bunun 38,73 Euro'sunu ödemektedirler.

Kaplıca tedavisi için kaplıcanın kurulu olduğu bölgenin tespit ettiği maliyetin %75'i ödenir ve bu miktar azami 103,29 Euro'dur. Katılım payından muaf olanlar için azami ödeme miktarı 51,665 Euro'dur.

Hastahane dışında yatılı ve yarı-yatılı kuruluşlarda alınan yardım ve rehabilitasyon hizmetleri için bölge tarafından belirlenen haftalık azami 41,32 Euro olan bir ücret ödenmektedir. Katılım payından kısmen muaf olanlar için üst sınır 20,66 Euro'dur. Hiçbir durumda ödenecek katılım payının haftalık 10,33 Euro'nun altına düşmemesi gerekmektedir.

Hastahaneye yatış ile sonuçlanmayan acil belirtisi olmayan, hastanın zarar görmediği acil sağlık hizmetleri için bölgeler her acil servise başvuru için azami 51,65 Euro ücret belirleyebilirler. Katılım payından kısmen muaf olanların yapacağı azami ödeme 30,99 Euro'dur.

Bekleme süresinin yöneticilerin tespit ettiği süreleri aşması durumunda yardım alanlar hastahanedeki hizmetin kendisine ücretli verilmesini talep edebilir. Katılım payı miktarı ve gerçek maliyet arasındaki fark kişinin ait olduğu yerel sağlık birimi ve hizmetin sunulduğu yerin yerel sağlık birimi arasında dağıtılmaktadır. Yardım alan kişinin hiçbir ödeme yapması istenmediği durumda maliyetin tamamı kişinin ait olduğu yerel sağlık birimi ve hizmetin sunulduğu yerin yerel sağlık birimi arasında dağıtılmaktadır (8:1,2).

II.8.2. İlaç Harcamaları

2004 yılında kamu ilaç sektörü %8 büyümüştür. Yaşlı nüfusun artış oranıyla yaklaşık olarak aynı düzeylerde oransal bir artış görülmüştür. Bu arada ilaç fiyatlarında düşüşler olmuştur. Bu artışlarda yazılan reçete sayısının artması da etkili olmuştur. Yeni tedavi yöntemlerinin ortaya çıkması yazılan reçete sayısını da artırmıştır. Özellikle yazılan reçete sayısı bakımından bölgeler arası farklılıklar dikkati çekmektedir. Bu durum, yapılan kamu ilaç harcamalarının hesaplanmasını zorlaştırmaktadır.

Özellikle tüm sosyal politikalar doğrultusunda, toplumun refah ve sosyal durumları gibi demografik ihtiyaçlarını karşılama düşüncesi ile kamu ilaç harcamalarının doğru bir şekilde kontrol edilmesi gerekmektedir. Sonuç olarak, bölgeler arasındaki farklılıkları ve benzerlikleri dikkate alarak, farklı demografik yapılar, her bölgenin sosyal durumu ve belirli ekonomik yapıları vasıtasıyla ortak bir politika oluşturmak daha doğru bulunmaktadır. Teorik olarak, sağlık hizmetleri eşit bir şekilde tüm ülkeyi kapsayacak biçimde teminat altına alınmasına rağmen, uygulamada, bölgeler arası farklılıklar daha da genişlemektedir.

Bu durum, nüfusun ihtiyaçları ve hastalıklara dayalı gerçekçi ve bilimsel politikaların yapılması gereğini ortaya çıkarmıştır. Bu politikalar daha etkili ve adil bir yapı içinde kaynakların kullanımı ile ilgili olarak belirlenen amaçların uygulanması ve her bölgede sıklıkla tekrarlanması süreçlerini içermektedir. Bu durumda vatandaşların refah seviyelerinin düşmesi önlenmiş olmaktadır (3:76).

II.9. Sağlık İnsangücü

2000 itibariyle İtalya'da yerel sağlık birimlerinde çalışan 420.000 kişi vardır. Bunların yaklaşık %15'i hekim (diş hekimleri de bu orana dâhildir) ve %38'i hemşiredir. Buna ek olarak 302.000 kişi hastahanelerde ve yerel sağlık birimleri tarafından yönetilen benzer kurumlarda çalışmaktadır. Bu kurumlardaki hemşire/hekim oranı 2,63'tür (6:146).

II.10. Reformlar

Özellikle gelişmiş ülkelerin sağlık sistemlerinde yapılan reformlar üç önemli başlık altında yapılmıştır:

- Etkililik,
- Eşitlik,
- Verimlilik.

Tüm gelişmiş ülkelerin için sosyal politikaların en önemli konu başlıklarından biri de sağlık harcamalarının kontrolüdür. OECD tarafından yürütülen çalışmalardan bazıları, geleneksel harcama kontrol programları vasıtasıyla tüm faaliyetlerin hiçbir kısıt olmaksızın devlet tarafından yapılmasını ortaya çıkarmıştır. Sağlık sistemi reformunun en önemli konuları yapısal ve multisektörel konulardan oluşmaktadır. İtalya'da ulusal sağlık sistemi kurumsallaşmasını tamamlamıştır. Ulusal sağlık sistemi vergilerle finanse edilen genel bir sistem olarak tanımlanabilir. Bu sistem kamu ve özel yapılarıyla evrensel bir hizmet sunumunu teminat altına almaktadır. Bu yapılar ulusal sağlık sistemi içinde faaliyetlerini yürütürler. Vergilerle sağlanan finansman, sağlıklı herkes için bir hak olduğu anlayışını beraberinde getirmektedir (2:10).

Son yıllarda İtalyan Ulusal Sağlık Hizmeti'nin gerçekleştirdiği en büyük değişim sorumluluğun dağıtılması ve maliyetlerin kötü etkilerinin önlenmesidir. Bu doğrultuda Ulusal Sağlık Hizmeti'ne bağlı ulusal bir sağlık fonu oluşturulmuştur. Toplam bütçe, bölgelere sonradan sağlanan fonlarla birlikte merkezi hükümet tarafından yıllık olarak belirlenir. Bütçe, çalışanlar ve işverenlerden kesilen sağlık vergisi şeklinde olan ödemeleri içeren ve genel vergiler kapsamında olan vergilerden sağlanır. Bölgeler düzenli olarak tüm fonlama düzeylerini kapsayan ve merkezi hükümet tarafından sağlanan bu kaynakları nüfusun sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için kullanır (10:12).

20. Yüzyılın son çeyreğinde İtalya, üç büyük reform dalgası geçirmiştir. Birincisi, 1978'de vergilerle finanse edilen ve kamu sağlık hizmetlerinin tüm vatandaşları kapsayacak şekilde ücretsiz ulaşılabilir olarak sağlanmasını hedefleyen kurumsallaşmış bir ulusal sağlık sistemi kurulması amaçlanmıştır. 1970'lerin sonlarında meydana gelen ekonomik krizler sununda, harcama ile ilgili politikalar gittikçe artan bir şekilde tüm uygulamalarda kendini göstermiştir. Tamamıyla vergilendirmeye dayalı bir sisteme geçilememiştir. Bunun nedeni vergilerin adaletli bir şekilde ve eksiksiz alınamamasıdır. Özellikle yüksek gelir sahibi kişiler ve gruplar arasında burum çok yaygındı. Bu bağlamda, mali merkezileştirme bölgelere bütçeyi aşma gibi bir imkân sağlamış oldu.

Böylece merkezi hükümetin ödemek zorunda kaldığı borç miktarı artmıştı. 1978 reformunun başka bir sonucu da, aşırı olarak politize olmuş ve etkisiz yerel düzeyde bir yönetim oluşmasıydı (16:7).

1980'lerde bölgelerin maliyet sorumlulukları ile devletin gelir artırma sorumluluğu arasındaki çelişki bölgesel bütçe açıklarına neden olmuştur. Aşırı harcamaları azaltacak bir teşvik mekanizması yoktu. 1990'larda sağlıkta yapılan reformların yüksek düzeyi ve çok büyük kamu bütçesi açıkları, ilk bakım reformunda ön plana çıkmıştır. Rüşvet ve bürokrasi kadar, yönetimin çok kötü olan politik karar alma süreçlerinin sonlandırılması için mücadele etme gereksinimi vardı. Tüm bunlar, büyüyen kamu borçlarının artmasında çok büyük katkıda bulunmuşlardır.

1990'ların ortalarında hastahane geri ödemeleri için tanıya dayalı ödeme sistemi uygulanmaya başlanmıştır. Bölgeler sağlık hizmeti için fonların nasıl sağlanması gerektiği konusunda gerekli planlamaların yapılmasından doğrudan sorumlu olmaya başlamıştır. Yerel sağlık birimleri ve hastahane yöneticileri bu sorumluluğu yürütmektedirler. Bu durum, kendi bütçelerini yönetmelerinde özgür bir şekilde davranmalarını sağlamıştır. Bu sistemi hastahaneler ve iç pazar için geliştirmek, onların kendi bütçeleri, doğrudan yönetim ve bağımsız hizmet sunucuları tarafından mümkün olmuştur. Merkezi düzeyde, fiyat belirleme politikaları tanımlanmıştır. Ayrıca bu politikalar personel, donatım, ilaçlar için yapılan bütçe kesintileri ve ücretleri belirleme politikalarını da içermektedir.

Bu politikalar, sağlık hizmeti için yapılan kamu harcamalarını kişi başına bir yıl içinde %2 oranında azaltmıştır. 1980–1991 (%2,0) yılları arası gerçekleşen kişi başına sağlık harcaması 1990–1992 (%0,5) yılları arası yapılan kişi başı sağlık harcamalarından yüksektir. Fakat özel harcamalarda %22,9 gibi bir artışa neden olmuştur. Bölgeler ve ülkenin kuzeyi ve güneyi arasındaki farkın daha da artmasına neden olmuştur. Bölgesel bütçe açıkları ve ulusal ortalamalar arasındaki farkın artmasına yol açmıştır (10:12).

1992–1993 yılları arasında, derin finansal ve ulusal politik krizler içinde, İtalyan hükümeti ikinci sağlık hizmetleri reformunu başlattı. Bu reformun amacı İngiliz modeline benzer bir iç pazar kurmak, bölgelere politik ve finansal yetki devrinin verilmesi gibi paralel süreçleri gerçekleştirmektir. İç pazar reformları, yerel sağlık birimlerine ve hastahanelere belirli yönetsel özerklik yetkilerinin devrini içermektedir. Bu yetkiler arasında satın alma ve kaynak sağlama gibi fonksiyonlar da yer almaktaydı. Seyyar sağlık hizmeti ve yataklı tedavi hizmetleri için gerekli finansmanın sağlanması konusunda bu hizmetlerin ücretli olarak yapılması sağlanarak pazar rekabeti artırılmıştır. Bununla ilgili olarak üçüncül hizmetler ve yerel sağlık birimlerinin temel örgütsel yapıları yeniden düzenlendi (16:7).

1992 yılında yapılan reformlarda, ulusal sağlık fonu bölgelere kişi başına eşit şekilde dağıtılmak üzere tahsis edilmiştir. Ayrıca bölgeler arasında hasta değişimleri için geçmişe dayalı ücret alınmasına izin verilmiştir. Fakat reformun ilk zamanlarında bağımsız ve düzenli olarak Ulusal Sağlık Hizmeti tarafından finanse edilen sistem, bütçe yardımına muhtaç durumuna gelmiştir (10:12).

Son olarak, sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesi ve performans göstergelerinin düzenlenmesi gibi yapıların kurulması ve kamu hizmetlerinde hasta haklarının korunması için sağlık hizmet planları oluşturuldu. Fakat bu iç pazar modelinden birkaç sapma vardı. Şöyle ki, yerel sağlık birimlerinin ikili rolleri ile aynı şekilde müşteriler ve sunucular arasında tam bir ayrılık, gelişmiş bölgelerde iç pazar reformlarının uygulanmasında belirgin bir yavaşlama, bölgesel borçların artması ve hastahane harcamalarının artması ortaya çıkan bu saptmaları teşvik etmiştir.

Üçüncü reform iki başlık altında yapılmıştır. Bunlardan birincisinde mali federalizmin kurulması amaçlanmıştır (1997 yılında başlamış 2000 yılında ayrıntılandırılmıştır.). İkincisi, 1998–2000 yılları Ulusal Sağlık Planı için yapılan reformları kapsamaktadır. 1999 yılı Ulusal Sağlık Planı reformundan sonra yapılmıştır. Mali federalizm reformu, dengeli bütçeler altında temel hizmet paketleri sağlamak için sorumluluğun tamamen bölgelere devredilmesi ile hesap verebilirliğin açık bir şekilde oluşturulmasını amaçlamıştır (16:7).

Bu reformla, devam eden desentralizasyon süreci ve makroekonomik dengeler üzerindeki baskıları azaltmak bağlamında kamu fonlama sürecini kapsamlı ve evrensel amaçlar doğrultusunda yeniden inşa etmek amaçlanmıştır. Bu amaçlar kapsamında, Ulusal Sağlık Hizmeti'nin temel bazı amaçlarından vazgeçmek suretiyle reformun üstesinden gelinmiştir. Temel hizmet paketleri ve artan bölgeler arası farklılık riskleri de yeniden tanımlanmıştır. Bölgeler temel hizmet paketinin sunumunu teminat altına almak sorumluluğundadır.

Bu reform süreci Ulusal Sağlık Hizmeti'nin örgütsel yapısını derinden etkilemiştir. Kamu ve özel sektör arasındaki rekabet, yerel sağlık otoriteleri ve bölgeler arasındaki değişen sorumluluk ve rollerin ortaklıkları vasıtasıyla yapı değişmiştir. Şu an için tüm güç ve sorumluluklar yerel sağlık birimlerinin elindedir. Yerel düzeyde büyük hastahaneler ve ihtisas hastahaneleri özerk olarak faaliyetlerini yürütmektedirler.

İlçe birimleri, yerel hastahaneler ve diğer yerel hizmet sunucular arasında işbirliğini oluşturmak amacı ile oluşturulmuştur. Rekabet, onaylanmış hizmet sunucularının yeni bir sistem kullanmasını düzenlemiştir. Hekimlerin rolleri yeniden tanımlanmıştır. Reformlar ayrıca, kanıta dayalı tıbbi hizmetler ve kliniksel yönetimi yükseltmek için uğraşmıştır. Fakat yapılan çalışmalar planlanan reformları tam olarak uygulayamamıştır. Sadece bölgesel düzeyde uygulayabilme imkânı bulunmuştur.

2001 yılında göreve gelen merkez-sağ koalisyonu, kamu sektöründe çalışan hekimler ve yöneticilerle ilgili yapılan reformların çoğunu kaldırma girişiminde bulunmuştur. Bu koalisyon hükümeti, özel sağlık sigortası vasıtasıyla tüm düzeylerde özellikle finansmanda sağlık hizmetleri sistemi içerisinde özel sektörü için fırsatları artırmayı istemiştir.

Uygulamada öncelikler vergi kesintilerine verilmiştir. Bekleme sürelerinin azaltılması ve uzun süreli sağlık hizmetlerinin yönetimi gibi birkaç konu çözümsüz kalmıştır.

Harcamaların GSYİH'dan fazla olması ve devam eden ekonomik kriz içerisinde, yıllık bütçe içerisindeki vergilerin artış oranı, ekonomik gelişme oranının altında kalmıştır. Bölgeler gittikçe artan sağlık harcamalarının finansmanının ağır yükü altında kalmıştır. Bölgelerin vergiler vasıtasıyla kendi gelirlerini artırma imkânları bulunmaktadır (10:12,13).

II.11. E-Sağlık

İtalya'da e-sağlık hizmetlerine erişim noktası resmi hükümetin internet portalı olan *italia.gov.it* portalının bir bölümüdür. Bu portalın sağlık için ayrılmış "Vivere in Salute" isimli bir bölümü vardır. Bu İtalyan vatandaşlar tarafından en çok bilinen e-sağlık portalıdır. Portal sekiz bölüm halinde genel sağlık konularının hakkında bilgiye ve hizmete erişimi sağlamaktadır. En kapsamlı bölümlerden biri doktora sevk ile ilgili olan bölümdür. Bölüm ayrıca kullanıcılarına aşağıdakilere erişme imkânı vermektedir:

- Yerel sağlık birimleri,
- Aile hekimleri tarafından sağlanan hizmetler,
- Acil durumlarda sunulan hizmetler ve bu hizmetlere ulaşma yolları,
- Her bir bölgede sunulan hizmetler, Bölgesel sağlık portallarına yönlendiren linkler,
- Çevrimiçi olarak sağlık hizmeti randevusu sağlayan bölge ve belediyeler (şu an bu hizmet sadece Lazio bölgesinde mevcuttur).

Portal ayrıca turistlere ve yurt dışında yaşayan İtalya vatandaşlarına sağlık hizmetleri ile ilgili bilgi sağlamaktadır.

Hem hükümet portalı olan *italia.gov.it* hem de Bölge Sağlık Portalları sağlık hakkında bilgi sağlamaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın kurduğu Hastalıklardan Korunma Ve Hastalık Kontrolü Merkezi diğer bir bilgi kaynağıdır.

Web temelli bilgi hizmetlerinden ve e-mail ile iletişimden başka sağlık hizmeti sunucularına ve vatandaşlara bilgi sağlayan bir çağrı merkezi mevcuttur.

Vatandaşlar sağlık hizmetleri ile ilgili çevrimiçi bilgiyi bölgelerin web sitelerinden bulabilmektedirler (toplam 21 adet). İtalya sağlık hizmetlerinin sunumundan bölgeler sorumlu olduğu için bu web sitelerinin içerikleri de bölgeden bölgeye değişmektedir.

İtalyan eczacılarının internette dinamik bir mevcudiyetleri vardır. web siteleri *www.farmacie.it* dir.

Bir kişinin kendi aile hekiminden telefonla danışmanlık hizmeti alması hekimin telefonla böyle bir hizmet vermek isteyip istememesine bağlıdır (4:3-5).

III. İTALYA VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 1: İtalya Ve Türkiye Sağlık Verileri

GÖSTERGELER	İTALYA	YIL	TÜRKİYE	YIL
Nüfus	58.093.000	2005	73.193.000	2005
Toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı (yüzde)	9	2002	7	2002
Kişi Başına Sağlık Harcaması (ABD Doları)	2.166	2002	420	2002
10.000 Kişiye Düşen Yatak Sayısı	41	2003	26	2003
10.000 Kişiye Düşen Doktor Sayısı	62	2002	14	2002
10.000 Kişiye Düşen Hemşire/Ebe Sayısı	45	1999	30	2002
Doğumda beklenen yaşam süresi (yıl)	81	2003	70	2003
Çocuk ölüm hızı (binde)	5	2003	39	2003
Anne ölüm hızı (binde)	5	2000	70	2000

Kaynak: (9) WHO (2007) World Health Statistics, s:1,2

İtalya'da 1978 yılında Ulusal Sağlık Hizmeti'nin kurulmasından beri Kapsayıcı / Bütüncü / Tekçil Hizmet tipi sağlık sistemi uygulanmaktadır. Türkiye ise primli sosyal sigortaya dayalı Refah Yönelimli / Sigorta tipi sağlık sistemine tam uyum sağlamış aşamada.

İtalya'da Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetleri ile ilgili yasal düzenlemelerin yapılması, ulusal sağlık planlarının hazırlanması ve sağlık hizmetlerinin sunumundan sorumlu olan yerel sağlık idarelerinin faaliyetlerinin denetlenmesinden sorumludur. Bakanlık sağlık hizmetlerinin sunumundan sorumlu değildir. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın görevi, ülke çapında sağlık politikalarını geliştirmek, uygulamak ve sağlık hizmetlerini sunmaktır.

İtalya'da sağlık hizmetlerinin arzı ve arzın finansmanı kamu ağırlıklıdır. Ulusal Sağlık Hizmeti tüm vatandaşlara sağlık hizmetlerinin ücretsiz, kapsamlı bir şekilde sunulmasını teminat altına almaktadır. Bu amaçla sağlık hizmetleri sunumu ulusal, bölgesel ve yerel seviye şeklinde örgütlenmiştir. Sağlık hizmetlerinin sunumundan bölge idareleri sorumludur ve bu amaçla yerel sağlık birimleri ya doğrudan sağlık hizmeti sunmakta ya da onaylanmış özel sağlık kurumlarından hizmet satın almaktadır. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin arzı ve arzın finansmanı büyük oranda kamu ağırlıklıdır, bunun yanında özel sağlık kuruluşları da büyümekte olan bir paya sahiptir.

İtalya'da birincil sağlık hizmetleri genel pratisyenler ve çocuk doktorları tarafından sunulmaktadır.

Türkiye ise birincil sağlık hizmetleri sağlık ocakları, sağlık evleri, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri gibi kamu kurumlarında verilmekte ve bunun yanında özel muayenehaneler önemli boyutta hizmet vermektedirler. Ayrıca aile hekimliğine geçişle ilgili çalışmalar ve uygulamalar yapılmaktadır.

İtalya'da halk sağlığı hizmetleri yerel sağlık birimlerinin bir parçası olan halk sağlığı birimleri tarafından sunulmaktadır. Türkiye'de halk sağlığı hizmetleri Sağlık Bakanlığı tarafından il sağlık müdürlükleri aracılığıyla sunulmaktadır.

İtalya'da ikincil ve üçüncül sağlık hizmetleri kamu ağırlıklı olarak yerel sağlık birimlerine bağlı hastahane ve onaylanmış özel sağlık kurumlarında sunulmaktadır. Türkiye'de de ikincil ve üçüncül sağlık hizmetleri sunumu kamu ağırlıklıdır. Özel sağlık kurumları da ikincil ve üçüncül sağlık hizmeti sunmaktadır. Özel sektörün bu alandaki küçük payı yavaş bir şekilde artmaktadır.

İtalya'da talebin finansmanı mevcut sosyal güvenlik sistemi aracılığıyla kamu ağırlıklı olarak sağlanmaktadır. Ulusal Sağlık Hizmeti nüfusun tamamını kapsama almaktadır ve gelirleri genel vergilerden sağlanmaktadır. Özel sağlık harcamaları hizmetler için katılım payı alınması uygulamasının başlatılmasından sonra artmıştır, fakat kamu harcamalarına oranı oldukça düşüktür. Türkiye'de talebin finansmanı sigorta primleri ve doğrudan kişisel ödemelerle sağlandığı için özel sağlık harcaması ağırlıklıdır.

Her iki ülkede de özel sağlık sigortası genel sisteme tamamlayıcı bir rol üstlenmektedir ve genel kapsamda sunulmayan ek hizmetleri kapsamaktadır. Türkiye'de özel sağlık sigortasının rolü İtalya'ya kıyasla nispeten daha fazladır. Her iki ülke de özel sağlık sigortasının bu tamamlayıcı rolünü geliştirmeye çalışmaktadır.

İtalya'da sağlık insan gücü büyük oranda kamu çalışanlarıdır. Ayrıca özel olarak faaliyet gösteren sağlık insan gücü, özellikle hekimler, Ulusal Sağlık Hizmeti ile sözleşme yaparak hizmet sunabilmektedir. Türkiye'de de sağlık insan gücü büyük oranda kamu çalışanlarıdır. Ayrıca Türkiye'de sağlık insan gücü hem kamu hem de özel sektörde aynı anda çalışabilmektedir.

İtalya'da sağlık hizmetlerinde son yapılan reformlarla sağlık hizmetlerinde desentralizasyon bir politika olarak benimsenmiştir. Ülkenin mevcut idari yapısının etkisiyle sağlık hizmetlerinin sunumu zaten yerel idarelerin sorumluluğundadır. Yapılan bu son reformlarla yerel idarelerin yetki ve sorumlulukları artırılmıştır. Merkezi yönetimin rolü yerel idarelerin hizmet sunumunu denetlemek ve ulusal çapta planlama yapmaktır. Türkiye'de sağlık hizmetlerinde merkezi bir yönetim mevcuttur. Yerel yönetimlerin sağlık hizmetlerindeki yetki ve sorumlulukları çevre ve toplum sağlığı ile sınırlıdır.

İtalya'da sağlık planlamasından Sağlık Bakanlığı sorumludur. Bu amaçla Sağlık Bakanlığı üç yıllık süreler için geçerli Ulusal Sağlık Planları hazırlamakta ve parlamento'nun onayına sunmaktadır. Yerel sağlık idareleri de kendi bölgesel planlarını, onaylanan bu plana göre daha sonra uyumlu hale getirmektedirler. Türkiye'de sağlık planlamasında Sağlık Bakanlığı ve Maliye Bakanlığı büyük oranda etkilidir.

KAYNAKLAR

1. Ana Yayıncılık (2004) AnaBritannica Genel Kültür Ansiklopedisi, İtalya maddesi, iAna Yayıncılık A. Ş. , İstanbul, Cilt: 12, ss: 141, 161
2. CAIMED (2004) Best Practices in the European Countries- İtalya, Centre for Administrative Innovation in the Euro-Mediterranean Region, <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/CAIMED/UNPAN019386.pdf>
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
3. CEIS (2005) Health Report 2005, Centre for Economic and International Studies, [http://www.ceistorvergata.it/ceis_health_report_2005\(en\).pdf](http://www.ceistorvergata.it/ceis_health_report_2005(en).pdf)
4. E-USER (2005) e-Health Brief: İtalya, Public Online Services and User Orientation, http://www.euser-eu.org/eUSER_eHealthCountryBrief.asp?CaseID=2223&CaseTitleID=1064&MenuID=118
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
5. ISAE (2002) Annual Report on Monitoring İtalya, Institute for Studies and Economic Analyses, http://www.isae.it/rapporto_monitoring_Italy_gennaio_2002.pdf
6. MOH (2003) Health Facts and Policies in İtalya in the European Context, Italian Ministry of Health, <http://www.salute.gov.it/resources/static/primopiano/unione/03.pdf>
7. MISSOC (2006) Organisation of Social Protection Charts and Descriptions, Mutual Information System on Social Protection in the EU Member States and the EEA, http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/2006/organisation_en.pdf
8. MISSOC (2005) Health Care User Charges, Mutual Information System on Social Protection in the EU Member States and the EEA, http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/2005/02/2005_02_it_en.pdf
9. WHO (2007) Global Health Atlas, Data Query, İtalya ve Turkey kısımları, World Health Organization, <http://globalatlas.who.int/globalatlas/dataQuery/reportData.asp?rptType=1>
10. WHO (2006) Universality and Decentralisation: Evaluation of the İtalyan Health Care System, Eurohealth, European Observatory on Health Systems and Policies, Volume 12 Number 2 http://www.euro.who.int/Document/Obs/Eurohealth12_2.pdf

11. WHO (2006) Highlights on Health in Italy (2004) World Health Organization Regional Office for Europe,
<http://www.euro.who.int/document/e88550.pdf>
12. WHO (2005) Snapshots of Health Systems, Italy, World Health Organization Regional Office for Europe,
<http://www.euro.who.int/document/e87303.pdf>
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
13. WHO (2005) Health Impact Assessment Toolkit for Cities, introducing Health Impact Assessment in Bologna, Italy: A Case Study, Document 5, World Health Organization Regional Office for Europe,
http://www.euro.who.int/Document/Hcp/HIA_toolkit_5.pdf
14. Atella V., Spandonaro F. (2004) Private Health Insurance in Italy: Where We Stand Now, European Observatory of Health Systems and Policies, Euro Observer, Volume 6 Number 1, s:6
http://www.euro.who.int/document/Obs/EuroObserver6_1.pdf
15. WHO (2001) Health Care Systems in Transition- Italy,
<http://www.euro.who.int/document/e73096.pdf>
16. WHO (2001) Hit Summary- Italy, European Observatory of Health Systems and Policies, World Health Organization Regional Office for Europe,
<http://www.euro.who.int/document/E73096sum.pdf>
17. MISSOC (2002) Health Care in Europe, Mutual Information System on Social Protection in the EU Member States and the EEA,
http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/2002/03/italy_en.pdf,
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)

A. ERDAL SARGUTAN