

**DOSYA/DERLEME****SEKSEN Lİ YILLARDAN GÜNÜMÜZE  
İTALYAN SAĞLIK SİSTEMİ**

Mine KAYA\*

**GİRİŞ**

Dünyada son 25 yıl içinde pek çok ülkede sağlık sektörü ve sağlık hizmetleriyle ilgili, daha önceleri yeterince tartışılmayan konular gündemi zorlamış, sağlıkla ilgili sorunların çözümünde giderek artan biçimde "reform" sözcüğü kullanılır hale gelmiştir. Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde ve daha önceleri gelişmiş ülkelerde çözüm olarak sunulan sağlık reformları, aslında küresel kapitalizmin kar alanlarını biraz daha genişletmek istemesinden başka bir şey olmamıştır.

Ülkemizde de sağlık gündeminin ilk sıralarında yer alan genel sağlık sigortası, kişi başı ödeme, aile hekimliği gibi değişiklikler hükümetlerce çözüm olarak sunulurken, özellikle Avrupa'daki birçok ülkenin örnek alınmaya çalışılan sağlık sistemlerini incelemek, "reform"dan ne anlamak gerektiği konusunda ufkumuzu açmaktadır. İtalya gibi Avrupa Birliği ve G-8 üyesi, gelişmiş bir ülkenin sağlık serüvenini öğrenmek, Türkiye'nin önümüzdeki reformlar sürecinde nereye götürülmek istendiği bağlamında da anlamlıdır. Sigorta sisteminden Ulusal Sağlık Sistemi'ne geçen bir ülke olması nedeniyle de İtalya ayrıca önem taşımaktadır.

İkinci Dünya Savaşı sonrasında Mussolini'nin İtalyan anti-faşist güçler tarafından öldürülmesi sonucunda, 1945 yılında bağımsızlığını kazanan İtalya, 1946'da halk referandumu sonucunda Cumhuriyet ilan etmiştir (Vikipedi, Özgür Ansiklopedi; 2006). G-8 ülkelerinden biri olan İtalya, 301.318 km<sup>2</sup> yüzölçümü, 58 milyon nüfusu

ile Avrupa'nın en büyük ve gelişmiş ülkelerinden biridir. 0-14 yaş grubu nüfusun %14'ünü, 65 yaş üstü ise nüfusun %19'unu oluşturmaktadır. Kentsel nüfus %67.1'dir. Okuryazarlık oranı 15 yaş ve üzerinde %98'dir. Nüfusun %98'i Hristiyan katoliktir. Kuzeybatı Avrupa ülkeleri ve diğer Avrupa Birliği üyelerine göre daha yavaş endüstrileşmiş olması, ekonomik göstergelerinin daha geriden gitmesi, işsizlik oranlarının daha yüksek ve geçmiş yıllarda eğitim düzeyinin daha düşük olması İtalya'nın bazı sınırlılıkları yaşamasında etken olmuştur (Soyer, 1992; Vikipedi, Özgür Ansiklopedi, 2006; WHO/Europe, 2006; Worldbank, 2006).

**İdari Yapı**

Cumhuriyetin ilanı ile Anayasa'da desantralizasyon ilkesi kabul edilmiştir. 1973'e kadar tam olarak bölgesel hükümet sistemi yerleştirilememişse de şu anda İtalya 20 bölgeden (regione) oluşan bir cumhuriyettir. Her bölgenin kendi yerel hükümeti bulunur, bunlardan beşi özel bir statüye ve belirli bir özerkliğe sahiptir. Bu bölgeler de ilçelere ayrılır. Eyalet halkı tarafından seçimle işbaşına getirilen 60 üyeli Eyalet Konseyi, Eyalet Başkanını ve Başkan da Eyalet Meclisi Üyelerini göreve atar (Soyer, 1992; Demirağ, 2004; Vikipedi, Özgür Ansiklopedi, 2006).

**Siyasi Yapı**

İtalya'da 1990'larda "Temiz Eller" operasyonunun başlamasıyla şiddetli bir deprem yaşanmıştır. Yolsuzluğun iş ve siyaset dünyasında en üst düzeylere kadar yayıldığı açığa çıkmış, bu süreçten sonra genel olarak siyasi istikrar kesintilerle devam etmiştir. Mayıs 2001 seçimlerine kadar birçok kısa süreli hükümet değişikliği olmuştur. Şu anda başbakanlık görevinde olan Prodi'nin lideri olduğu

\*Dr., Halk Sağlığı Uzmanı

hükümet, 1998'de koalisyon ortaklarının anlaşmazlıkları sonucunda dağılmıştı. 1999 Aralık ayında kurulan ikinci D'Alema Hükümeti altı ayını bile doldurmadan istifa etmiş, Mayıs 2000'de kurulan Amato Hükümetinin ömrü de bir yıl sürmüştür.

2001 seçimlerinden sonra kurulan orta-sağ koalisyon, Silvio Berlusconi'nin başbakanlığında bir hükümet olmuştur. Berlusconi'nin beş yıla yakın başbakanlık döneminde ülkede birçok ekonomik, sosyal, siyasi sıkıntı ve zorluklar yaşanmıştır. Özellikle emeklilik sisteminde değişiklik ve kamu harcamalarında kısıtlamaya gitme planları çeşitli protesto eylemlerine hedef olmuştur. 2006 Nisan'ındaki seçimi çok az bir farkla kazanan Romano Prodi Hükümeti de çok çeşitli partileri bir araya toplayan sol eğilimli Birlik Bloğu adıyla çoğunluğu sağlamıştır (Demirağ, 2004; BBC Turkish, 2006).

#### Ekonomi

2005 yılı GSYİH-PPP (satın alma gücü paritesine göre) 1,657 milyar dolar, kişi başı GSYİH-PPP 28,840 dolardır. 2004'ten 2005'e kişi başı GSYİH'nın büyüme hızı %2.0 olarak gerçekleşmiştir (Worldbank, 2006).

İtalyan ekonomisi, son yıllarda bütçe açığını kapatmakta zorlanmaktadır. Enflasyon oranı, 1998'de %2.0, 2002'de ise %2.8 ile yükselme eğilimine girmiş ve bu eğilim halen devam etmektedir. Fiyatların en fazla artış gösterdiği sektörler; % 4,4 ile hizmet sektörü, %3,4 ile gıda, %3,3 ile ulaştırma ve %3,2 ile eğitim sektörü olmuştur (BBC Turkish, 2006; Demirağ, 2004).

1998 yılında %11.8 olan işsizlik oranı, 2002'de %8,9'a gerilemiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2004 yılı verilerine göre ise %8.7'dir. Diğer Avrupa ülkelerine göre (ortalama %6.5) işsizlik oranı İtalya'da yüksektir (WHO/Europe, 2004).

Vergi sistemi, gümrük vergileri, dolaysız vergiler ve dolaylı vergiler olmak üzere üç kategoriye ayrılmaktadır. Dolaylı vergiler de kendi içinde KDV, Kayıt vergisi (Registration Tax) ve bölgesel üretim vergisi olmak üzere başlıca üç gruba ayrılmaktadır: Bölgesel üretim vergisi 20 idari bölgede, bölge otoriteleri tarafından üretilen net değer üzerinden %4,25 oranında tahsil edilmektedir (Demirağ, 2004).

Gelir eşitsizliğinin önemli ölçütlerinden GINI indexi İtalya'da 36'dır. Diğer Avrupa ülkeleri ortalaması (30.8) ile karşılaştırıldığında ülkede gelir eşitsizliğinin yüksek bir düzeyde olduğunu göstermektedir. Halkın yaklaşık %13'ünün ortanca gelir düzeyinin altında yaşaması da diğer bir olumsuz göstergedir (WHO/Europe, 2004).

#### SAĞLIK SİSTEMİ

DSÖ'nün 2000 yılı sağlık sistemleri değerlendirmesine göre dünyada, en iyi sisteme sahip ülke olarak Fransa'dan sonra ikinci sırada İtalya gelmektedir. DSÖ'nün bu raporunda sistemler, beş kritere göre değerlendirilmiştir:

1- Nüfusun genel sağlık düzeyi,

2- Sağlıkta eşitsizlikler,

3- Sağlık sisteminin duyarlılık düzeyi (hasta memnuniyeti ve sistemin ne kadar iyi çalıştığına bir göstergesi),

4- Çeşitli ekonomik statülerdeki insanlara nasıl hizmet sunulduğu,

5- Sağlık sisteminin finansal yükünün dağılımı (Kmietowicz, 2000; WHO, 2000a). Bu kriterlerin hesaplamaları sonucu ülkelerin genel sağlık performanslarına göre sıralama yapılmıştır. İtalya pek çok yönüyle iyi sağlık göstergelerine sahip olmakla birlikte, son yıllarda uygulanan politikalar sonucu tartışmalı sağlık sorunları yaşanmaktadır.

#### Sağlık Düzeyi Ölçütleri

Bebek Ölüm Hızı binde 4.6, Beş Yaş Altı Ölüm Hızı binde 5, Anne Ölüm Hızı yüzbinde 5'tir. 1980'lerden bugüne İtalya, infant ve neonatal BÖH'nı üçte iki oranında azaltmıştır. Erkeklerde doğumda yaşam beklentisi 77, kadınlarda 83 yıldır. İtalya, DSÖ'nün Avrupa-A bölgesinde Fransa'yla birlikte yedinci en uzun yaşam beklentisinin olduğu ülkedir. İtalya'nın şu anda kısmen, gelecekte belirgin nüfus sorunu yaşlı nüfusun artmasıdır. 1950'lerde nüfusun %9'u kadar olan 65 yaş ve üzeri nüfus, 2003'te %18'e çıkmıştır. 2030 yılında ise %28 civarında olması beklenmektedir. Şu anda Avrupa'daki en düşük doğum hızına sahip ülkelerden biridir. Nüfus artış hızı son 6 yıl içinde %0.1 olarak gerçekleşmiştir. Buna karşılık Net Göç Hızı ise 30 kat artmıştır (binde 3.2) (WHO/Europe, 2004; 2006; Worldbank, 2006). Ülkede doğum oranının Avrupa genelinde en düşük düzeye sahip olması yetkilileri kaygılandırmaktadır. Nüfusun önümüzdeki 50 yılda üçte bir oranında azalacağı tahmin edilmektedir. Hatta bu kaygılar nedeniyle Papa II. Jean Paul İtalyanları "yaşam ve aşk kültürünü ve ebeveynlik görevlerini yeniden keşfetmeye" davet etmiştir (BBC Turkish, 2006).

Kişi başı yıllık hekim kullanma sıklığı 11.0'dır (Çev: Belek, 2004). MRI sayısı 10.2/milyon kişi, CT sayısı 20.6/milyon kişidir. Tıbbi görüntüleme yöntemi açısından OECD ülkeleri ortalamasından daha yüksek sayıya sahiptir (OECD, 2006).

İtalya'da ölümlerin %38'inden kardiyovasküler hastalıklar, %31'inden kanserler sorumludur (WHO/Europe, 2004).

#### Örgütlenme

İkinci Dünya Savaşı sonrasında 1978 reformuna kadar İtalya'da nüfusun çok büyük kısmı sağlık sigortası kapsamındadır. Aynı zamanda özel uygulamalar da yaygındır. Ancak yıllar içinde borçlarını ödeyemez duruma gelen sigorta örgütlerine karşı kapsayıcı ve ücretsiz bir sağlık hizmeti gerekliliği doğmuştur. Ulusal Sağlık

Sistemi(USS) Yasası'nın çıkmasında başta Komünist Parti olmak üzere sol partiler büyük rol üstlenmişlerdir. Geniş toplum kesimlerince benimsenerek özellikle çalışanların, sendikaların ve sol partilerin savaşmaları sonucu, sağlık hakkının alınmasına yönelik bir reform olan İtalyan Ulusal Sağlık Sistemi (USS - Servizio Sanitario Nazionale), 1978 yılında kurulmuştur ve şu anda merkezde Sağlık Bakanlığı, 20 Bölgesel-Yerel Sağlık Otoritesi (YSO-Local Health Authorities-Azienda Sanitaria Locale) ve 200 Yerel Sağlık Birimi (Health Agencies)'nden oluşmaktadır (Soyer, 1992; Levaggi, 2003; Bernardi, 2003). Sağlık Bakanlığı, ulusal düzeyde hizmetlerin sunulmasında en etkili role sahip olan kurumdur. Bunun dışında Ulusal Sağlık Konseyi (Consiglio Sanitario Nazionale) ve Ulusal Sağlık Enstitüsü (Istituto Superiore di Sanité), belirlenen sağlık politikaları çerçevesinde yıllık sağlık planı yapmak, Bakanlığa danışmanlık anlamında destek olmak ve eğitim-araştırma gibi bilimsel ve teknik görevleri yürütmekle sorumlu merkezi yapılarıdır. YSO'lar da ilk kurulduğunda 50.000-200.000 nüfusa hizmet verecek biçimde planlanmıştır, ancak günümüzde ortalama 300.000-400.000 nüfusa hitap etmektedir. Aynı zamanda sağlık, sosyal hizmetler ve yönetim olarak üç alt örgütlenme yapısına sahiptirler (Soyer, 1992).

İtalya'da birinci basamak örgütlenmesi, kişi sayısına göre ödeme yapılan, devletle sözleşme yaparak çalışan bağımlı veya bağımsız uzman ve pratisyen hekimler (general practitioner-GP) tarafından sağlanmaktadır. Her GP sağlık idaresine kayıt olmak zorundadır. Bir bölgeye belli oranın üzerinde GP atanmamaktadır. Her hekime ortalama 1000-1500 nüfus bağlıdır. Sevk sistemi işletilmektedir ancak, ücreti ödenirse hastaneye doğrudan başvurmak da olanaklıdır. Alman, Fransız, İngiliz ve İspanyol sağlık sistemlerinde olduğu gibi İtalya'da da GP'ler sağlık sisteminde büyük bir rol oynamaktadır. Bu nedenle "kapı tutucu" (gatekeeper) işlevleri olduğundan sözedilmektedir. Her vatandaş bir aile hekimi seçme hakkına sahiptir. Çocuklar için de bir çocuk hekimi seçme hakkı vardır (Soyer, 1992; Çev. Belek, 1995; Brignole, 1998; Sargutan, 2006).

Hastaneler çoğunlukla kamu hastaneleridir (YSO Hastaneleri). Bu hastaneler Bölge Hükümetlerinin finansını üstlendikleri kamu kurumlarıdır. Hastane bakımı GP'lerin kontrolü altında ve sevk zinciri işletildiğinde ücretsizdir (Brignole, 1998). İtalyan Sağlık Sistemi'nde YSO'lar aynı zamanda aile doktorları ve eczacılarla bağlantılı olarak günlük idareden ve hizmet sunumundan, sağlık eğitimi ve koruyucu hizmetlerden de sorumludur. USS savaş gazilerinin her türlü sağlık ihtiyacını sınırsız olarak karşılamaktadır. Bölgeler de aşağıdaki hastaların sağlık giderlerini karşılayıp karşılamamaya karar verme yetkisindedir:

- Kronik meslek hastalığı olanlar ya da iş kazası geçirenler
- Terörizm ya da suç kurbanları
- Opium grubu analjezikleri alması gereken terminal dönem hastalar

- Çok nadir görülen hastalığı olanlar
- Kronik hastalığı olanlar
- Yıllık geliri 8500 Euro'nun altında olan hastalar (Bernardi, 2003).

#### Sağlık İnsan Gücü

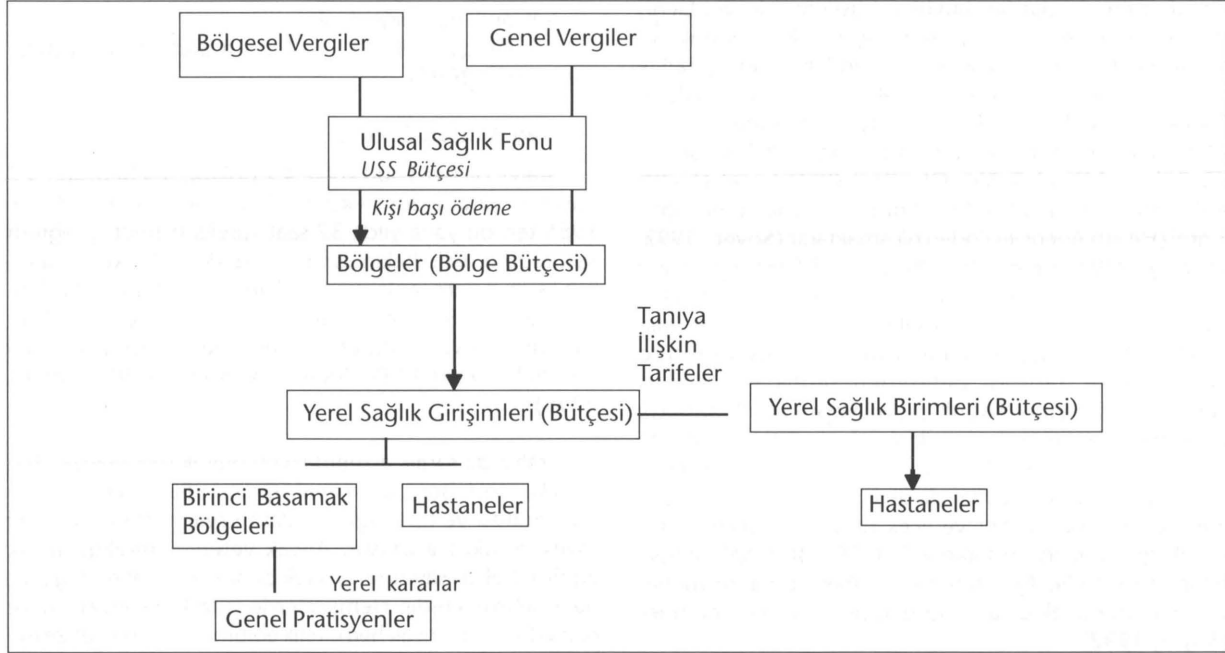
İtalya'da her 1000 kişiye 4.2 doktor, 5.4 hemşire, 3.7 hastane yatağı düşmektedir. Tıp eğitimi 6,5 yıldır ve 1985'ten bu yana yılda 32 saat sürekli hizmet içi eğitim zorunludur. İşsiz hekim oranı 1998'de %21 iken (bu 65 bin işsiz hekim anlamına geliyordu), İspanya'da %8, Belçika'da %9, Yunanistan'da %7 ve İsveç'te %4'tür. Dolayısıyla Avrupa'da en yüksek hekim işsizliğine sahip ülke İtalya'dır (OECD, 2006; Çev. Belek, 1995; Binbay, 2005).

İtalya'da sağlık alanındaki en büyük sıkıntılardan biri nitelikli sağlık işgücünün eksikliğidir. 1980'lerden itibaren tıp fakültesi ve tıpla ilgili kurslara kayıt yaptıran öğrenci sayısı oldukça artmıştır. Ancak yetersiz, niteliği düşük eğitim, hekim sayısının yüksek olması avantajını değersiz hale getirmektedir. Hemşirelerde işsizlik hekimlere göre daha düşüktür ancak hemşirelik eğitimi de istenen düzeyde değildir. 70'li yıllara kadar hemşirelik geleneksel olarak tüm Avrupa'da olduğu gibi dini temelli bir meslektir. Bu tarihten sonra laik eğitim başlamış ve 78 reformu ile hemşirelik mesleğine ilgi artmıştır. Ancak bugün bile okullar Avustralya, Kuzey Avrupa, İngiltere ve ABD ile karşılaştırılamayacak düzeyde, bilimsel düzeyi yeterli olmayan hemşireler yetiştirmektedir. Halen üniversite programları sistemli bir şekilde organize olamamıştır. Yüksek hemşirelik eğitimi tıp fakültelerinde konumlandırılmıştır ve müfredat programları da çoğunlukla doktorlar tarafından belirlenmektedir. Hemşirelerin diğer Avrupa ülkelerinden daha düşük bir statüye sahip olmaları, İtalya'da kadının genel statüsünün düşük olmasıyla bağlantılı olarak da açıklanmaktadır (Yamaguchi, 2004; Soyer, 1992).

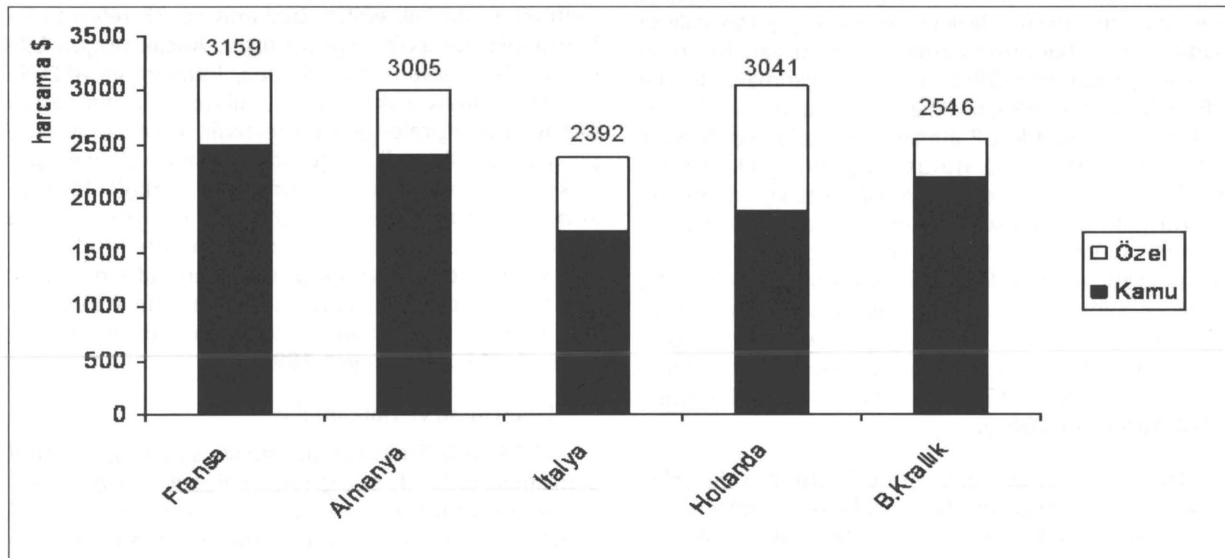
#### Finansman ve Harcamalar

1978'de USS'nin kuruluş amacı, sağlık hizmetlerini planlamak, tedavide eşitliği sağlamak, kamusal önlemleri almak, desantralizasyon, demokratikleşme ve genel gelirler içinde sağlık harcamalarını kontrol altında tutmaktır (Celini, 2000). USS kurulduğundan bu yana, her ne kadar ülkenin kuzeyi ve güneyi arasında sağlık hizmetlerinin durumu ve sağlık harcamaları açısından keskin bir ayrım olsa da tüm toplumun kapsandığı söylenmektedir (WHO/Europe, 2004). İtalya kamu kaynağı esaslı bu sisteme, halkın %93'ünü kapsayan primi sosyal sağlık sigortası sisteminden geçmiştir. USS, kazanca dayanan bölgesel vergiler, merkezi olarak toplanan genel vergiler, diğer çeşitli bölgesel vergiler ve kullanıcıların ek ödemeleri yoluyla finanse edilmektedir (Sargutan, 2006). Merkezi hükümet daha çok vergilerden elde ettiği geliri Ulusal Sağlık Fonu'nda toplar ve Bölgelere, nüfusun ağırlıklı ortalamasına göre dağıtır. Bölgeler ve özerk yönetime sahip eyaletler sağlık hizmetlerinin planlanmasından, finansından, izlenmesinden ve

Şekil 1. İtalyan ulusal sağlık sisteminin finansmanı, 2003.



Şekil 2. Bazı Avrupa ülkelerinde kişi başı kamu ve özel sağlık harcamaları, 2006



Kaynak: OECD Health Data, 2006.

denetiminden sorumludur. Hatta ilaç geri ödemeleri gibi önemli konulardaki kararlarda büyük role sahiptirler. Bölgeler de YSO'ye kendi bölgelerindeki hizmetleri plan ve koordine etmeleri için fon dağıtımını yapar (Şekil 1) (Bernardi, Pegoraro, 2003; Levaggi, 2003; Mapelli, C.; 2003). 1997'den bu yana kullanıcı ödentileri finansmana katılmıştır. Toplam sağlık harcamalarının %72'si vergilerden, %23.5'i kullanıcı ödentilerinden ve geri kalan %4.5'i özel ya da sosyal sağlık sigortalarından gelmektedir (Knapp 2003).

YSO hastanelerinde vatandaşlar hastane dışındaki bir uzman değerlendirmesi ve tanısal testler için "bilet" adı

verilen bir kullanıcı ücreti ödemek zorundadırlar. "Bilet" her vatandaşın gelirin orantılı olarak belirlenmektedir. USS ile hizmet sunumu için anlaşma yapmış özel hastanelerden de yararlanılabilmektedir. Ancak anlaşması olmayan hastanelerde tüm hizmetlere ödeme yapmak zorunludur.

YSO hastanelerinde çalışan hekimlerin ve GP'lerin maaşları YSO yönetimleri tarafından ödenmektedir. Maaşlar hizmet süresi ve hekimin sorumluluk düzeyine göre belirlenen fiiks miktar ve YSO yönetimince karar verilen maliyet kontrol ve üretkenlik tabanlı değişken miktardan (performans) oluşmaktadır. Kısacası hekim kişi başı ya da

hizmet başı ödeme ile ücretlendirilmektedir. Özel hastanelerde çalışan hekimler de bireysel anlaşmalarla belirlenen ücretleri almaktadırlar (Brignole, 1998; Çev.: Belek, 2004).

İtalya'da özel sağlık sigorta sektörünün rolü tam olarak bilinmemekle birlikte, nüfusun yaklaşık %30'unun özel sigortası da olduğu tahmin edilmektedir. Özel sağlık sigortasının iki tipi bulunmaktadır. Şirketlerin çalışanları ve onların aileleri (ailelerin %16'sını kapsamaktadır) için ödeme yaptıkları birleşik özel sigortalar ve birleşik olmayan, bireysel olarak ödeme yapılan (ailelerin %13'ünü kapsamaktadır) özel sigortalar. Özel ödemeler daha çok ayaktan uzmanlık hizmetlerine, beklemelemlerden kurtulmak için, ödeme listesinde olmayan ilaçlar için, diş ve rehabilitasyon hizmetleri için yapılmaktadır (Knapp, 2003; Sargutan, 2006).

GSYİH'nin %2'lik kısmı özel sağlık harcamalarından oluşmakla birlikte toplamda %8'den fazlası sağlık harcamalarına ayrılmaktadır (WHO/Europe, 2004, 2006). İngiltere, İspanya gibi USS'e sahip ülkelere göre İtalya, sosyal sigorta sistemine sahip Almanya, Fransa gibi ülkelere göre GSYİH'nin daha az bir kısmını sağlığa harcamaktadır (Çev.: Çağlayan, 2005).

Doğrudan kişisel ödemeler ile özel sektörden gittikçe daha fazla yararlanılmasından ve özel sigortalı kişi sayısındaki artıştan kaynaklanan bir biçimde, 1999'a gelindiğinde toplam sağlık harcamalarının kamudan karşılanma payı %67'dir (Sargutan, 2006). Kişi başı sağlık harcamaları 1999-2004 arasında yılda ortalama %3.5 artmış, OECD ülkelerinin %5.2'lik ortalamasına göre İtalya'daki artış daha az olmuştur. Harcamaların %76.4'ü kamu kaynaklarından karşılanmaktadır (OECD, 2006). Diğer Avrupa ülkelerinde olduğu gibi İtalya'da da hastanecilik hizmetleri sağlık harcamalarının büyük bir kısmını oluşturmaktadır (%46,7) (Celini, 2000).

### İlaç ve Tıbbi Teknoloji

Kişi başına düşen ilaç harcamasının en yüksek olduğu ülke 700 dolar ile ABD'dir. Fransa 600 ve Kanada ile İtalya da yaklaşık 500 dolar ile ikinci ve üçüncülüğü paylaşmaktadır. Diğer birçok ülkede olduğu gibi İtalya'da da ilaç harcamaları, toplam sağlık harcamalarında çok önemli bir yer tutmaktadır. Toplam sağlık harcamalarının %21.4'ünü ilaca yapan İtalya Avrupa ve OECD ülkeleri arasında üst sıralardadır (OECD, 2005; 2006).

USS'ye sahip olan ülkede Eylül 1993'te Sağlık Bakanlığı'nda yeni bir İlaç Tescil Komitesi oluşturulmuştur. Bu komitenin ilk görevi, ilaçların klinik kanıtla dayalı çalışmalarla uygun olarak reçete edilip edilmediğini kontrol etmek amacıyla USS tarafından karşılanma düzeylerine göre Ulusal İlaç Listesi'ni gözden geçirmek ve etkinliği kanıtlanmamış ürünleri elimine etmek olmuştur. İlaçların tekrar sınıflandırılmasındaki kriterler şöyle belirlenmiştir:

- 1- En az iki randomize kontrollü çalışma ile gösterilmiş etkinlik
- 2- Güvenlik
- 3- Maliyet (aynı etkinliğe sahip iki ilaçtan maliyeti daha az olan tercih edilmiştir)

### İlaçlar 4 sınıfa ayrılmıştır:

**A grubu:** USS tarafından tam olarak ödenenler. Bu ilaçların klinik etkinlikleri tam olarak gösterilmiştir.

**B grubu:** Yarı yarıya ödenenler. Araştırılan veya etkinliği kanıtlanmış olup kronik hastalıklarda kullanılmayan ilaçlardır.

**C grubu:** Ödenmeyenler. Klinik etkinlikleri kanıtlanmamış veya A grubunda daha ucuz alternatif tedavi olanağı olup da yarar/maliyet oranı yüksek olmayan ilaçlardır.

**H grubu:** Sadece hastanelerde kullanılan ve USS tarafından tam olarak ödenen ilaçlardır.

Maliyet, yeniden sınıflandırmada en çok kullanılan kriter olmuştur. Bölgeler de kendi harcamalarını düzenlemek için çeşitli ölçüt ve kriterler getirmiştir:

**1- Temel Yardım (Teminat) Paketi:** Komite tarafından önerilen ilaçlardır. Bu paket dışındaki ilaçlar için Bölge yönetimleri hastalardan cepten ödeme isteyebilir.

**2- Bölgelerin ilaç harcamalarındaki artışını düzenlemek:** 2002 yılında ilaç harcamaları toplam sağlık harcamalarının %13'ü düzeyinde tutulmuştur.

**3- Hastalara direkt ödemenin getirilmesi:** Yeni ilaç listesi ilaçları temelde iki gruba ayırıyordu: A ve C grubu. B grubu resmi olarak ortadan kalkmış ya da sadece bazı Bölgelerde kullanılan bir grup olmuştur.

**4- Referans fiyat düzeylerinin belirlenmesi:** Jenerik ya da endikasyon gruplarına göre sınıflandırarak her bir grup için referans fiyat belirlenmiştir. Eğer ilacın fiyatı bunu geçiyorsa, hasta bir kısmını ya da tamamını ödemek zorunda kalmaktadır.

**5- Direkt Dağıtım:** Sağlık Birimleri evde tıbbi bakıma ihtiyaç duyan hastalara ya da kamu hastanelerinde yatarak tedavi görenlere hospitalizasyon sonrası ilk elden ya da uzman konsültasyonu yapılmış hastalara ilaç dağıtımı yapmaktadırlar.

**6- Jenerik ilaçların getirilmesi:** Patent süresi dolmuş olan jenerik ilaçların geri ödemesi benzer daha ucuz jenerik ilacın fiyatı üzerinden yapılmaktadır.

**7- Fiyatların düşürülmesi:** İlaç fiyatları %5 ucuzlatılmıştır.

İlaçlara yönelik bu tür "önlemler!" sonucunda hekim ve hastalar için pek çok tartışmalı durum yaşanmış ve

yaşanmaktadır. Örneğin statinler kaynak sıkıntısı yüzünden, hasta haklarına aykırılığı tartışmalı bir şekilde, sadece belli patolojileri olan hastalara ödenmektedir ve halihazırda endikasyonu dışındaki ilaçlar USS tarafından karşılanmamaktadır (Bernardi, 2003).

Bireysel sağlık teknolojileri 1990'ların başından itibaren İtalya'nın birçok bölgesinde kontrolsüz bir şekilde yaygınlaşmıştır. Bu duruma önlem olarak geliştirilen Sağlık Teknolojisi Değerlendirme (Health Technology Assessment-HTA) Aktiviteleri aynı dönemlerde başlamış, ancak hedefsiz, plansız ve önceliksiz bir biçimde yürütüldüğünden amacına ulaşmamıştır. USS'nin her düzeyinde maliyet-etkinlik sağlanması ve hizmetlerin güvenle sürdürülebilmesi için HTA'nın üzerine önemle durulması gerektiği çok kez yinelenmiş, ancak etkinliği halen tartışmalı düzeyde kalmıştır (France, 2000).

### Reformlar

Dünya Sağlık Raporu-2000 sağlık sistemlerinin başlıca üç hedefini şöyle tanımlamıştır: Sağlığı geliştirmek, toplumun yasal taleplerine olan duyarlılığı arttırmak ve finansal yükün hakkaniyetli bir şekilde dağıtımını sağlamak (WHO, 2000b). Dikkat çekici bir şekilde 1980'lerde başlayan ve 1990'lı yıllarda da giderek yükselen reform söylemleri, aslında sağlık sisteminde artan harcamalar ve merkezi yapının bunu karşılamak istememesi, sağlık sektörünü serbest piyasaya açmanın yolları olarak bilinçli bir biçimde gelişmiştir.

Kamusal finansmanın ortadan kaldırılması aşamalarında, tüm dünyada olduğu gibi, 2000'li yıllara gelindiğinde İtalya'da da USS'nin etkinliği en çok tartışılan konulardan biridir. 1990'lı yılların başlarında birçok Avrupa ülkesinde kamu sağlık harcamalarının finansmanında giderek artan bir şekilde kamu açığı olması, İtalya'da borç ve açığın çok daha fazla olması nedeniyle acilen harcama prosedürlerinde önemli değişiklikler yapılması yoluna gidilmiştir. USS'nin finansman kaynakları, Bölge'lerin daha fazla harcama yapmasına izin vermemektedir. Harcamalar artınca Bölgeler, Merkezi Hükümete zamanla daha çok açık vermişlerdir.

Son 20 yılda İtalyan USS üç farklı reforma uğramıştır. 1978'de USS'nin kuruluş amacı, sağlık hizmetlerini planlamak, tedavide eşitliği sağlamak, kamusal önlemleri almak, demokratikleşme ve sağlık harcamalarını kontrol altında tutmak olmuştur. Koruyucu sağlık hizmetleri reform yasasında sürekli ve açık biçimde vurgulanmıştır. Ancak sistemin koruyucu hizmetlerde, planlamada ve hizmet sunanların mali sorumluluğu gibi konularda etkinliğini kanıtlayamadığı ileri sürülerek alınan kararların etkin finansal sorumluluktan yoksun olması ve bu şekilde yapılan desantralizasyon, başlıca sorumlu ilan edilmiştir. Bu nedenlerle aşağıdaki amaçları güderek 1992'deki reformlar yapılmıştır:

- Maliyet paylaşımı: Böylece hastaların talepleri sınırlanacak, mali açıdan daha "farkında"(!) hastalar oluşacaktır.

- YSO'lerin yapısında yönetsel değişiklikler: Sağlık hizmetleri artık başlıca bölgesel düzeyde finanse edilecektir. Ücretlerden kesilen vergiler, bazı küçük ulusal ya da yerel vergiler artık Bölgesel düzeyde IRAP'ta (Imposta Regionale Attivit'a Produttive) toplanacaktır. Geçiş sürecinden sonra zamanla Bölgeler IRAP için vergi oranlarını kendileri belirleyecek ve sonuçta Ulusal Sağlık Fonu (Fondo Sanitario Nazionale) ortadan kalkacaktır. Bölgeler sunulacak hizmetlerin çeşidini ve sayısını kendileri belirleyecektir. Burada önemli olan bölge nüfusunun minimum kapsanma düzeyini düşürmeden bunu yapmalarıdır.

- Finansman ve hizmet sunumunun ayrılması: Bu, yönetsel ve teknik işlevleriyle birlikte kendi bütçelerinin sorumluluğu tamamen kendine ait olan tröstler gibi bağımsız hastaneler oluşturarak sağlanacaktır. Bununla birlikte, YSO'ler yine Yerel Kamu Hastaneleri'ne bağlı kalacaktır.

- Hizmet sunucular için benzer teknik, kalite ve işlevsel kriterler düzenleyerek rekabeti arttırmak

- Hastalara kamu ya da özel (USS tarafından ödeme yapılan) hastane seçme özgürlüğü vermek (Kamudan özele kaynak aktarımının diğer adı)

- Bölgesel hükümetlere daha çok sorumluluk verilmesi

- Hastanelerde vaka başı, ileriye dönük ödeme sisteminin getirilmesi: Ödemeler, standart tedavi maliyetleri ve tıbbi tanımlara göre belirlenecektir. Bu DRG (Diagnostic Related Groups) adı verilen ve Amerikan sisteminde yer alan bir yöntemle yapılmıştır. (Celini, 2000; Levaggi, 2003).

Bu adımlarla birlikte 90'lı yılların sonlarına doğru özellikle hastanelere yönelik uygulamaların hayata geçirilmesi kararlaştırılmıştır. Şu amaçlarla 1999 yılında yeni bir reform daha yapılmıştır: Akredite kamu hastanelerinin otonomilerini arttırmak, maliyetleri kontrol etmek ve gereksiz hizmetlerin kamusal desteğini ve ödeneğini azaltmak, kamu hastanelerinde çalışan doktorlara yeni teşvikler ve bazı zorunluluklar getirmek. Sistemin değerlendirilmesi "quasi market" (yarı-serbest pazar) mantığına göre yapılmıştır. USS kamudan finanse edilmesine rağmen, kamu katkısının azaltılarak maliyetin "paylaşılmasının" rekabeti arttıracığı, böylece vatandaşın seçme özgürlüğüne ve kamu ya da özel hizmet sunucuların seçimine de olanak vereceği düşünülmüştür. Rekabet bazı özel konularda gerçekleşme de bunlar bilindiği gibi birçok OECD ülkesinde ve gelişmekte olan ülkelerde de yapılan reformlardır. İç pazar (internal market) İngiltere, İsveç, Finlandiya, İtalya ve İspanya'da rekabetin yerleştirilmesinde ilk adım olmuştur. Bunlara rağmen İtalyan bilim adamlarının yaptığı araştırmalarda hastanelerin rekabet ve mülkiyet açısından etkinlik değerlendirilmesi yapılmış, rekabetin hastanelerin hizmet üretiminde etkinliğin artırılması için gerekli bir koşul olmadığı, aynı zamanda hastane mülkiyetinin kamu ya da özelde olmasının da etkinliğine pozitif bir etki

yapmadığı gösterilmiştir (Celini, 2000; Çev.: Çağlayan, 2005).

Bölgesel düzeyde otonomi bu politikaların odağıdır. Mali otonomi ve harcamaların sınırlandırılmasının en önemli yanı, bu reformların horizontal olarak hakkaniyeti nasıl etkilediğidir. İtalyan hükümeti bunun için ayrıca "Hakkaniyet Ödeneği" adı verilen ve henüz kuralları tartışılmayan, eşitsizlikleri azaltmaya yönelik bir yardımı da Bölgesel Hükümetlere göndererek önlem almıştır (Levaggi, 2003). İngiltere'de tam anlamıyla hiyerarşik bir merkezi planlama yapısı varken, reformlar sonucunda İtalya'da merkezi olmayan sağlık otoriteleri tam bir otonomi sahibidirler. Aynı zamanda doktorlar da profesyonel otonomilerini sağlayarak bu düzenden nasiplerini almışlardır (Polder, 2000).

Özel sektör 90'lı yıllar boyunca kamunun tamamlayıcısı olma konumundadır. Rekabet ve özel sektör henüz İtalyan USS'si içinde sınırlı bir alandadır. Kamuda çalışan doktorlar aynı zamanda özel sektörde de çalışmaktadırlar. Devlet tarafından desteklenen kamu sisteminin etkinliğinin artırılması için doktorların kamu ya da özel işlerde yığılmasını yasaklayan bir yapı vardır (Celini, 2000).

İtalyan Sağlık Bakanlığı 1996 Ekim'inde bir kararname imzalayarak 53 indikatör ile sağlık hizmetlerinin kalitesini dışarıdan değerlendirmeyi amaçlamıştır. Aslında bu karar 1992'deki sağlık reformunun ilgili maddelerini izlemiştir. Kalite değerlendirme kriterleri, hizmetlerin bireyselleştirilmesi ve insancillaştırılması, otelcilik hizmetleri, bilgilendirme hakkı ve hastalıkları önleme yolları ile ilgili bir dizi kontrol listesi tüm sağlık sistemine yaygınlaştırılmaya çalışılmıştır. Böylece aslında kamu desteğinin çekilme ve sağlığın piyasalaştırılması aşamalarında ne düzeyde olunduğu ve bunun nasıl daha hızlı ve yoğun yapılabileceği değerlendirilmek istenmiştir (Mariantto, 1998). 1978'in temel prensibi progresif finans ile USS'ye hızlıca kaynak sağlamak olmasına rağmen, 1990'lar boyunca toplam kamusal finansın %50'den fazlası sosyal sağlık sigortası katkılarında sağlanmıştır. 1998'de de sosyal katkılarının yerini bölgesel (ticaret-iş) vergiler almıştır. Bu vergi, her bir bölgeye yeterli kaynak temini için katma değer vergisi gelirleriyle finanse edilen ulusal ödenekle desteklenmiştir (WHO/Europe, 2004). Görüldüğü gibi sistemin yapısında oluşturulan harabiyette değişik vergilendirme yolları ve sigortalar büyük rol oynamaktadır.

İtalya'da 1998-2000 yılları arasında uygulanan Ulusal Sağlık Planı "Dayanışma Paketi" olarak adlandırılmış ve tüm vatandaşların hizmetlere eşit bir şekilde ulaşmasını ve benzer kalitede hizmet almasını sağlamak ilkeleri üzerine oturtulmuştur. Ulusal Sağlık Planı tüm ulusa yaygınlaştırılacak kalite değerlendirme projesini de amaçlamıştır. Bu planda, risk faktörleri, yaşam biçimleri, hastalık grupları ve sosyal gruplar üzerinde vurgu yapan beş kilit eylem alanı seçilmiştir. Bunların her biri için de toplam 100'e ulaşan ulusal hedefler belirlenmiştir. Plan'ın

alt başlığı Sağlık İçin Münferit Anlaşma (A Solitary Pact for Health)'dir. Bu anlaşma vatandaşlarla, sağlık sektörü işletmecileriyle, diğer politika sektörleriyle, kamu kuruluşlarıyla, gönüllülerle ve medyayla ayrı ayrı sağlık anlaşmaları düzenlenmesini kapsamaktadır. 2001-2003 Ulusal Sağlık Planı da sağlık hedefleri merkezlidir ve ele alınan sağlık konuları hakkında daha fazla bilgiyle desteklenmiştir (Oleari, 1998; France, 2002). 2001 yılında İtalyan hükümeti sağlık sisteminin gelişmesinde önemli bir adım olarak gördüğü Temel Yardım Düzeyleri (Livelli essenziali di assistenza-Essential Assistance Levels-Temel Teminat Paketi)'ni tanımlamıştır. Bu paketin belirlenmesinin amacı, yasalarda da belirtilmiş olan insanlık onurunu, kişisel sağlığı, eşit yardımı ve iyi sağlık pratiklerini korumak olarak ifade edilmiştir. Böylece, sağlığı alınıp satılır bir meta durumuna getirme çabalarının üzeri süsenerek örtülmüştür ve başlıca sorun olarak da kaynak temini tanımlanmıştır. (Bernardi, 2003). Bu söylemler son yıllarda Türkiye'de de dile getirilen "sınırlı kaynaklar"ın kullanımını çağrıştırmaktadır. İtalyan anayasasındaki 2001 reformları gereğince, sağlık bakımında devlet ve bölgeler sorumluluğu paylaşmışlardır. Devlet, Temel Teminat Paketi'ni ülkede yaygın olarak sağlamakla görevliken, 20 bölge de sağlık sisteminin organize edilmesinden ve yönetiminden sorumludur. Yerel Sağlık Otoritelerinin adları değişmiş, Yerel Sağlık "Girişimleri" olmuştur. Ortalama nüfusu 300000 olan bölgeler sağlık hizmeti sunumundan sorumlu ve yasal olarak Bölge hükümetinden bağımsız, yani otonomdurlar. Temel teminat paketi dışındaki ödemeler, -tanısal girişimlerde, ilaçta ve uzman konsültasyonlarında yapılan cepten ödemeler gibi- "kamu hizmetlerinde maliyet paylaşımı"ni işaret etmektedir. İtalya'da bu kullanıcı ödentileri Avrupa'daki en yüksek miktarlardan biridir. 1993'ten beri, ayaktan hizmetler için yapılan zorunlu katkı payı ödemeleri tavan yaparak artmış ve 2000 yılından bu yana 36 avroya ulaşmıştır. İlaçların USS'den karşılanma payları giderek azalmış ve Ocak 2001'den sonra ulusal düzeyde ödeme tamamen ortadan kaldırılmıştır (Knapp 2003; WHO/Europe, 2004).

İtalyan sağlık sistemi bir geçiş sürecindedir. Bölgesel yetki devri (devolüsyon) sistemin başlıca özelliği haline gelmiştir. Bugünkü yasalara göre, uygun ve benzer kişi başı ödemeleri sağlamak için kaynakların bölgeler arasında belli bir biçimde transferi gerçekleşmektedir. Ancak, mali devolüsyon sorunları da beraberinde getirmektedir. Ülke genelinde vergi taban düzeylerinin eşitsiz dağılımı, daha yoksul olan bölgelerin sağlık harcamalarında artışla yüzyüze gelmeleri ve ekonomik gelişme açısından olumsuz etkilenmeleri anlamına gelmektedir (Knapp, 2003).

Yapılan bu reformlara karşı, sağlık çalışanları da tepki vermektedir. Nisan 2004'te USS'de çalışan doktorların %90'a yakını hükümetin hizmetlerin devri politikalarını protesto etmek amacıyla bir günlük grev yaptılar. Finansman zorlukları yaşayan bölgesel sağlık yönetimlerine güç devrinin eşitsizlikleri arttıracığı ve varolan etkinliği de tehlikeye atacağı sağlık çalışanları tarafından dile getirilmektedir. Başta hekimler olmak üzere

sağlık çalışanları son 3-4 yılda giderek artan şekilde eylemlerde bulunmaktadır (Turone, 2004).

### Psikiyatri Reformu

Ruh sağlığı alanında toplumsal projelere öncülük etmiş ve Psychiatria Democratica adlı alternatif psikiyatri akımı ile tüm Avrupa'da yankı bulmuş, hatta 68 hareketlerinde radikal bakış açısıyla çığır açmış olan nöropsikiyatrist Franco Basaglia, İtalya'da başlayan ama sadece orada sınırlı kalmayan düşünce ve uygulamalarıyla çağın ilerisinde bir aydın olarak tanımlanmaktadır. İtalya'nın öncülüğünde başlayan bu ileri sosyal sağlık ve psikiyatrik bakım sistemi, ülkede gerçekleştirilen psikiyatri reformunu çok özel, etkileyici ve bir ilk olma ayrıcalığına sahip duruma getirmektedir (Babaoğlu, 2002).

İtalya'da 1904'te kabul edilen yasayla 1960'lı yıllara kadar, psikiyatri hastalarının kontrol edilmesi ve toplumun bu hastalardan korunması anlayışıyla hastaneler açılmıştır. USS'den önce Basaglia tarafından başlatılan hastanelerin boşaltılması uygulaması ile başlayan reform tartışmaları 1978'de parlamentoda çıkarılan ruh sağlığı yasası ile köklü değişiklikleri beraberinde getirmiştir. Depo hastaneleri boşaltarak toplum içinde tedaviyi ve rehabilitasyonu temel alan bir sağlık sistemi yaşama geçirilmiştir. Toplum temelli sağlık hizmetlerinin tüm psikiyatri uygulamalarından da sorumlu olması gerektiği bu reformla kabul edilmiştir. Uluslararası arenada İtalya'da gerçekleştirilen bu reform, gelişmiş bazı ülkelerde yaşama geçirmeye çalışılan toplum tabanlı bazı uygulamalardan bu yana ilk olmuştur. Gelişmiş ülkelerdeki bazı uygulamaların aksine İtalya reformu radikal bir değişim içermektedir. Aslında bu reforma karşı tepkiler oldukça büyük olmuştur. USS'nin de yaşama geçirildiği bu dönemde, YSO'lere finans açısından fon sağlanmış. 1984 yılında tüm ülkeyi kapsayan bir araştırma ayaktan ya da yatarak sürdürülen psikiyatri hizmetlerinin ülkenin %80'ine ulaştığını göstermiştir. Yunanistan örneğinin aksine, boşaltılan depo hastanelerinden çıkan hastalar özel sektöre kaymamış, toplum içinde rehabilitasyon ve tedavi olanakları sağlanmıştır.

Reformdan 16 yıl sonra, 1994'te ulusal ruh sağlığı planı yapılarak reformlar hem uygulama hem de finans açısından politik standartlara kavuşmuştur. Ruh Sağlığı Departmanı, Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri, genel hastanelerde psikiyatri servisleri, gündüz hastaneleri, günlük tedavi-bakım merkezleri, yarı yol evleri gibi birimler açılarak yaygınlaştırılmış ve kurumsallaştırılmıştır. 1998 yılına kadar depo psikiyatri hastanelerinin tümü kapatılmıştır ancak bu aynı zamanda ekonomik gerilemenin ve sağlık hizmetlerine ayrılan kamu payının azaldığı döneme denk düşmüştür. Bu nedenle son yıllarda diğer sağlık hizmetleri gibi psikiyatri hizmetleri de özellikle kronik hastalar açısından birçok açmazla karşı karşıyadır (Burti, 2001).

### SONUÇ

İtalya'nın yaklaşık son otuz yıllık sağlık deneyimi, diğer Avrupa ülkelerinde yaşananlardan farklı olması ve

Türkiye'nin son yirmi yılda geçtiği "reform" sürecinin ortaya çıkardığı sonuçlar nedeniyle dikkate değerdir. 78 Reformu ile birlikte başlayan süreç, zamanın özellikle Avrupa ülkelerinde gelişen özelleşme eğilimiyle tezat yaratmıştır. Ancak 1980'lerin sonu ve 1990'lı yıllara gelindiğinde küreselleşen kapitalizmin önünde USS daha fazla direnememiştir. İtalya'da yaşananlar göstermiştir ki; bir ülkede toplum yararına yapılmak istenen değişiklikler o toplumun sorumluluğundadır. Toplumsal destek ya da toplumsal muhalefet ne kadar güçlü olursa sistemlerin istedik biçimde yapılması da o kadar olasıdır.

Türkiye'de de özellikle 90'lı yıllarda yoğun bir şekilde gündeme getirilen "reformlar" ve son hükümet tarafından uygulamaya başlanan "Sağlıkta Dönüşüm" projesine karşılık İtalya örneğinin incelenmesi gerçek çözümün üretilmesinde yardımcı olacaktır.

### KAYNAKLAR

**Babaoğlu A.** (2002) "İkinci Binyılın Sonlarına Giden Yolda Diğer Hareketler Franco Basaglia ve İtalyan Psikiyatri Reformu", Psikiyatri Tarihi içinde. İstanbul, Okuyan Us Yayın, s:289-294.

**BBC Turkish** (2006) "Ülke rehberi: İtalya", Erişim adresi: [http://www.bbc.co.uk/turkish/news/story/2004/01/040112\\_italya\\_rehber.shtml](http://www.bbc.co.uk/turkish/news/story/2004/01/040112_italya_rehber.shtml), Erişim tarihi: 25.12.2006.

**Belek İ.** (çev.) (1995) "Avrupa Ülkelerinde Birinci Basamak Sağlık Örgütlenmesinin Kimi Özellikleri", Toplum ve Hekim, 10(67):65-69.

**Belek İ.** (çev.) (2004) "Hekim Ödeme Sistemleri", Toplum ve Hekim, 19(3):210-212. (R.B. Saltman, J. Figueras (1997) European Health Care Reform, WHO).

**Bernardi A., Pegoraro R.** (2003) "Italian Drug Policy: Ethical Aims of Essential Assistance Levels", Health Care Analysis, 11(4):279-286.

**Binbay T.İ.** (2005) "Avrupa Birliği, Hekim İşsizliği ve Sağlıkta Eşitsizlik", Toplum ve Hekim, 20(4):250-253.

**Brignole M.** (1998) "The Practice of Electrophysiology in Italy", Cardiac Electrophysiology Review, 2:81-82.

**Burti L.** (2001) "Italian psychiatric reform 20 plus years after", Acta Psychiatr Scand, 104 (410):41-46.

**Celini R., Pignataro G., Rizzo I.** (2000) "Competition and Efficiency in Health Care: An Analysis of the Italian Case", International Tax and Public Finance, 7:503-519.

**Çağlayan Ç.** (çev.) (2005) "Avrupa'nın Sağlıksız Sağlık Politikası", Toplum ve Hekim, 20(3):186-191.

**Demirağ E.** (2004) "İtalya Ülke Raporu", Pazar Araştırma ve İhracatı Geliştirme Merkezi, KOSGEB-Küçük



ve Orta Ölçekli Sanayi Geliştirme ve Destekleme İdaresi Başkanlığı.

**France G.** (2000) "Health Technology Assessment in Italy", *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 16: 459-474.

**France G.** (2002) "Italy" in M. Marinker and M. Mckee (ed. by), *Health Targets in Europe: Polity, Progress and Promise*, London: Blackwell BMJ Books.

**Kmietowicz Z.** (2000) "News: France heads WHO's league table of health systems", *BMJ*, 320: 1687.

**Knapp M., Novick D., Genkeer L., Curran C.M., McDaid D. (on behalf of the SOHO Study Group)** (2003) "Financing health care in Europe: context for the Schizophrenia Outpatient Health Outcomes Study", *Acta Psychiatr Scand*, 107(416): 30-40.

**Levaggi R., Zanola R.** (2003) "Flypaper Effect and Sluggishness: Evidence from Regional Health Expenditure in Italy", *International Tax and Public Finance*, 10: 535-547.

**Mapelli V, Lucioni C.** (2003) "Spending on Pharmaceuticals in Italy: Macro Constraints with Local Autonomy", *Value in Health*, 6(1): S31-S45.

**Mariotto A., Chitarin M.** (1998) "External evaluation of health care in Italy", *Quality in Health Care*, 7: 168-169.

**OECD** (2005) "Sağlığa Bakış: OECD Göstergeleri-2005", Paris.

**OECD** (2006) "Health Data 2006", Erişim adresi: <http://www.oecd.org/dataoecd/30/62/36958895.pdf> Erişim tarihi:01.01.2007.

**Oleari F.** (1998) "The problem of rehabilitation and prevention in Italy", *Ital J Neurol Sci*, 19: S35-S36.

**Polder J.J., Jochemsen H.** (2000) "Professional

Autonomy in the Health Care System", *Theoretical Medicine*, 21: 477-491.

**Sargutan E.** (2006) "İtalya: Sağlık Sistemi Tiplerine Belirgin Özellikleriyle Ülke Örnekleri", *Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri içinde*, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, s: 176.

**Soyer A.** (1992) "İtalya'da sağlık reformu: Türkiye'de sağlık reformu tartışmalarına bir örnek", *Toplum ve Hekim*, 49:37-43.

**Turone F.** (2004) "News: Italian doctors strike over threat to break up state health service", *BMJ*, 328:976.

**Wikipedi, Özgür Ansiklopedi** (2006) Erişim adresi: <http://tr.wikipedia.org/wiki/%C4%B0talya>, Erişim tarihi: 25.12.2006.

**WHO** (2000) a "World Health Report 2000" içinde *Statistical Annex, Table I*, Geneva: WHO, s:153.

**WHO** (2000) b "World Health Report 2000" içinde *Chapter Five: Who Pays for Health Systems?*, Geneva: WHO, s:95.

**WHO/Europe** (2004) "Highlights on health in Italy 2004", Erişim adresi: <http://www.euro.who.int/document/E88550.pdf>, Erişim tarihi: 19.12.2006.

**WHO/Europe** (2006) "Extract from health for all (HFA) database: Italy", Erişim adresi: <http://www.euro.who.int/main/WHO/CountryInformation/HFAExtracts?Country=ITA&language=English>, Erişim tarihi: 19.12.2006

**World Bank** (2006) "Selected Indicators" in *World Development Report 2007: Development and the Next Generation*, Erişim adresi: <http://www.worldbank.org> , Erişim tarihi: 18.12.2006.

**Yamaguchi S.** (2004) "Nursing culture of an operating theater in Italy", *Nursing and Health Sciences*, 6:261-269.