

# TÁJÉKOZTATÓ ORSZÁGTANULMÁNY TÖRÖKORSZÁG EGÉSZSÉGÜGYÉRŐL



Készítette:



Állami Egészségügyi Ellátó Központ

**Központi Adattárház és Elemzési Főosztály**

**2016. május**

## Tartalom

Vezetői összefoglaló .....	2
Gazdasági és politikai háttér .....	5
Demográfia .....	5
Az egészségügyi rendszer jellemzői .....	6
Finanszírozás .....	6
Egészségügyi szolgáltatások .....	8
Egészségügyi dolgozók .....	10
e-egészségügy .....	12
Reformok .....	14
Források .....	16

## Vezetői összefoglaló

Hosszú ideig a kedvezőtlen egészségi állapot mutatók, az ellátás alacsony minősége, a fragmentált finanszírozási és egészségügyi ellátási rendszer, a magas magánkiadások okozta egyenlőtlen hozzáférés, valamint a nem megfelelő hatékonyság jelentették a török egészségügyi rendszer legfőbb kihívásait.

Mindezekon a problémákon a 2003-ban indult Egészségügyi Átalakítási Programmal kívántak segíteni. A program egyik legjelentősebb intézkedése az egységes, mindenkire kiterjedő társadalombiztosítás kialakítása volt, amely a 2006-os Társadalombiztosítási Törvénnyel vette kezdetét. Létrehozták a Társadalombiztosítási Intézetet, amely egy intézménybe integrálta a korábbi, széttagolt társadalombiztosítókat és állami finanszírozási rendszereket. A Társadalombiztosítási Intézet egyetlen szolgáltatásvásárlóként köt szerződést az állami és magán kórházakkal a járó- és fekvőbeteg ellátás szolgáltatásaira. A járulékokból finanszírozott általános egészségbiztosítás a szolgáltatások széles körére nyújt fedezetet.

2013-ban Törökország a GDP 5,4 százalékát fordította egészségügyre. Jelentősen nőtt a kiadásokon belül az állami finanszírozás aránya, és csökkent a betegekre háruló közvetlen fizetések terhe. Az állami és magánkiadások megoszlása 78 és 22 százalék. A magánkiadások között 16,8 százalék lakossági közvetlen kiadás.<sup>1</sup> Az általános egészségbiztosítás a szolgáltatásokhoz való hozzáférést nagymértékben javította.

Számottevő fejlődés következett be az egészségügy infrastruktúrájában is. 2004-ben indult a családorvosi rendszer kialakítása. A korábbi egészségügyi központok családorvosi központokká alakultak. A családorvosi központokban családorvos vagy általános orvos, ápoló, szülésznő alkotta team nyújt a terhesgondozásra, gyermekellátásra fókuszáló preventív szolgáltatásokat, diagnosztikai, gyógyító, rehabilitációs ellátást. A megfelelő humán erőforrás biztosítása érdekében a szakorvosképzésben kiemelt szerepet kapott a családorvosok képzése. A házi orvosok a regisztrált lakosok után a működési területük társadalmi-gazdasági fejlettségéhez igazított fejkvótát, és fix díjat, egy-két szolgáltatás után szolgáltatás szerinti díjazást kapnak, a tevékenységük néhány eredményét figyelembe vevő korrekciókkal.

Míg a legtöbb fejlett tagország csökkenti kórházi kapacitásait, Törökország növeli azokat. A reformok előtti (2002) 1156-ról 2014-re 1528-ra nőtt a kórházak száma, 164 ezerről 206 ezer fölé emelkedett az ágyszám. Az ezer főre jutó 2,66 ágyszám így is csak fele az EU átlagának. A kórházak többsége a reformok eredményeképpen az Egészségügyi Minisztériumhoz tartozik. 2014-ben a kórházi ágyak kb. 60 százaléka tartozott az Egészségügyi Minisztériumhoz, 18 százaléka volt az egyetemek tulajdonában, 20 százaléka tartozott a magánszektorhoz.<sup>2</sup> A magánkórházak többsége is szerződéses viszonyban áll az egészségbiztosítóval. A kórházak finanszírozása a biztosítótól érkező, a minisztériummal évente megtárgyalt csomagban, globális költségvetésben történik, amelyhez a minisztérium a kórházi dolgozók számára a kórház teljesítménye (amelyet a klinikai eredmények, folyamatok, valamint az intézményi

---

<sup>1</sup> TSI

<sup>2</sup> TSI

jellemzők indikátoraival mérnek) szerinti kiegészítő díjazást nyújt. A magánkórházak az ellátott betegek után átalánydíjat kapnak a társadalombiztosítótól, és meghatározott plafonig a betegtől is kérhetnek kiegészítő díjazást. Minden kórházban betegjogi egységet alakítottak ki. A Török Statisztikai Intézet közreműködésével évente készíteneek betegelégedettségi vizsgálatokat és az egészségügyi költségekre vonatkozó felméréseket.

A humán erőforrás hiány már a reformokat megelőzően is súlyos gondot okozott az országban. A helyzetet súlyosította, hogy a reformok következtében javult az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés, és jelentősen megnövekedett az irántuk való kereslet. Az oktatásban résztvevők számának bővítése eredményeképpen nőtt az orvosok száma, lakosságra jutó arányuk (2014-ben 1,75/1000) így is az EU országok átlagának (3,47/1000) csak felét teszi ki. Az ápolók és szülésznők lakosságra jutó aránya (2013-ben 2,54/1000) messze elmarad az EU-átlagtól (8,5/1000).<sup>3</sup> Emelték a béreket, tilalmat vezettek be az állami szektor mellett a magánszektorban való párhuzamos foglalkoztatásra. A távoli területek orvos ellátottságának biztosítására hol az adott területen kötelező módon eltöltendő meghatározott szolgálati időt, hol az anyagi ösztönzést használták, amely utóbbi nem bizonyult eredményesnek, jelenleg a kötelező szolgálati idő van érvényben. Az ellátás egyes szintjein az orvosok számára teljesítményalapú kifizetéseket is alkalmaznak. Mindezek azonban mérsékeltlen bizonyultak csak hatásosnak, és a humán erőforrás problémák továbbra is fontos kihívást jelentenek az egészségügyi rendszer számára.

Az Egészségügyi Átalakítási Program egyik fontos eleme volt az e-egészségügy fejlesztése, amely során nemzetközi figyelmet érdemlő eredményeket értek el. Több egészségügyi IT infrastruktúra elemet dolgoztak ki, közülük kiemelhető a Sağlık-Net (egészségügyi hálózat), a Központosított Előjegyzési Rendszer, az Alap Egészségügyi Statisztikai Modul, a Központi Erőforrás Menedzsment Rendszer és a 2013 januárjától kötelezően működő e-recept rendszer. Az e-egészségügy további fejlesztésében a digitális információs rendszerek jogi és etikai szabályozása, különböző applikációk szoftverfejlesztése képezheti a nemzetközi együttműködések területét.

Törökországban az európai országok között a legmagasabbak között van a termékenységi arányszám, a fiatal lakosság aránya. A reform előttihez képest sokat javult a lakosság egészségi állapota. 2002-höz viszonyítva átlagosan négy évvel emelkedett, így jelenleg az EU átlagtól csak 1-2 évvel marad el a születéskor várható élettartam (férfiaknál 76,09, nőknél 81,71<sup>4</sup>). Az ezer élveszületésre jutó csecsemőhalandóság a 2000-es 31-ről 2014-re 7,6-ra csökkent<sup>5</sup>.

A török egészségügyi reformokat a legeredményesebbek közé sorolják a közepes jövedelmű országok körében: az ellátáshoz való hozzáférésben, a betegjogok, betegeredmények és a betegelégedettség fejlesztésében jelentős fejlődést hoztak. Ezt a kb. egy évtized alatt elért sikert a török szakemberek politikai változások melletti elkötelezettségének, a gyors változások és a fokozatos, mély, átfogó átalakítások megfelelő összhangjának, a közvélemény támogatása megnyerésének, az állami és magánszektor együttműködésének, a lakosság pénzügyi védelme biztosításának, a folyamatok

---

<sup>3</sup> TSI

<sup>4</sup> WHO-HFA

<sup>5</sup> TSI

eredményei követésének, a megfelelő visszacsatolások, korrekciók biztosításának tudják be (Akdag, 2014).

Ugyanakkor a reformok terén maradtak még teendők. Az eredmények az egyes régiók között nagy változatosságot mutatnak, amelyet az egészségügyi infrastruktúra és az egészségügyi humán erőforrás területi különbségei okoznak. Az ország keleti régiói, valamint a vidéki területek a leginkább hátrányos helyzetűek.

A hosszú távú pénzügyi fenntarthatóság továbbra is megoldandó feladatot jelent a politikai döntéshozók számára. A munkanélküliség magas szintje, valamint a jelentős méreteket öltő informális foglalkoztatás nem fenntartható járulékforrást jelentenek Törökországban. A kötelező egészségbiztosítás lefedettségének jelentős javulása ellenére gondot jelent az ellátás megfizetése a társadalom szegényebb rétegei számára.

Az egészségbiztosítás lefedettségének kiterjesztése, szigorú kapuőri rendszer hiányában, megnövelte az egészségügyi ellátás iránti keresletet. A teljesítmény alapú kifizetések, bár növelték a hatékonyságot az állami kórházakban, ugyanakkor az ellátások egy része továbbra is szükségtelen. OECD-szakértők szerint a teljesítmény alapú kifizetések esetében a volumenek helyett a betegeredményekre kellene nagyobb hangsúlyt helyezni. A prevenció és egészségfejlesztés előtérbe helyezése, az alapellátás kapuőri szerepének megerősítése, szigorú beutalási szabályok bevezetése elősegítené a szükségtelen hospitalizációk csökkentését, valamint az ellátás jobb koordinációját.

A Társadalombiztosítási Intézet stratégiai szolgáltatásvásárló szerepének növelése, valamint az egészségügyi szolgáltatók finanszírozásának teljesítményhez, minőséghez kapcsolása, az összegek felhasználásának ellenőrzésével ösztönözné a szolgáltatók közötti versenyt, ezáltal elősegítené a kórházak működésének hatékonyabbá tételét, valamint az általuk nyújtott ellátás színvonalának növelését. (Ökem, 2015)

## Gazdasági és politikai háttér

A 76,1 millió lakosú Törökországban az elmúlt évtizedben a jövedelemszint és az életkörülmények jelentős javulása volt tapasztalható. Ugyanakkor a válság itt is érezte hatását. A 2009-es gazdasági visszaesést követően a török gazdaság gyorsan visszaállt a növekvő pályára. 2015-ben 3,1 százalékkal nőtt a GDP, 2016-ra 3,4, 2017-re 4,1 százalékos növekedést jeleznek előre. Az egy főre jutó GDP 2015-ben 20 396 amerikai dollár. A bruttó államadósság 2014-ben a GDP 39 százalékát tette ki. Az infláció 2016 márciusában 7,5 százalék. 2014. harmadik negyedévében a munkanélküliség 10,3 százalékos. (OECD Data Turkey) A szegénységi ráták az elmúlt évtizedben jelentősen csökkentek, de az egyenlőtlenségek továbbra is nagyobbak, mint az OECD-országok többségében. Törökország erősségei közé sorolható a fiatal, dinamikusan növekvő népesség, a nagy hazai piac, a stratégiai elhelyezkedés, az erős infrastruktúra és a fejlett közszolgáltatások. A külföldi és hazai befektetéseket ugyanakkor hátráltatja az üzleti környezet kiszámíthatatlansága és átláthatatlansága, illetve a kulcsfontosságú intézmények iránti közbizalom hiánya.

Törökországban az első közvetlen elnökválasztást 2014. augusztus 10-én tartották, melyen a 2003 óta miniszterelnöki hivatalba betöltő Recep Tayyip Erdogan (Igazság és Fejlődés Pártja, AKP) szerezte a legtöbb szavazatot. A miniszterelnöki pozíciót 2014 augusztusától Ahmet Davutoğlu korábbi külügyminiszter tölti be.

Törökország az OECD és a G20 tagja, az EU tagjelölt országa, valamint a Világbank Csoport egyik legnagyobb közepes jövedelmű partnerországa.

## Demográfia

Törökország az utóbbi három évtizedben, és különösen a 2003-ban hozott reformintézkedéseket követően jelentős eredményeket ért el lakossága egészségi állapotának javításában. A főbb egészségügyi indikátorok, mint a csecsemőhalandóság, a születéskor várható élettartam és az anyai mortalitás statisztikáiban kedvező változás volt tapasztalható.

2013-ban a születéskor várható élettartam a férfiak esetében 75,3 (TSI) (WHO-HFA: 76,09), a nők esetében 80,7 (TSI) (WHO-HFA: 81,71) év volt, ami 2003-tól kezdődően rendkívül gyors javulás volt a WHO Európai Régiójában, és az EU-átlagtól való eltérés is jelentősen csökkent.

A csecsemőhalandóság nagymértékben csökkent, aránya 2014-ben 7,6/1000 élveszületés volt. (TSI)

A javuló tendenciák ellenére a csecsemőhalandóságban földrajzi területenként, a vidék és a város között továbbra is nagy eltérések mutatkoznak, bár ezek is csökkentek az évek során. A vidéki területeken jelentkező magasabb csecsemőhalandóság a kedvezőtlenebb társadalmi, gazdasági körülményeknek, a nők alacsonyabb iskolázottsági fokának és a fertőző betegségeknek tulajdonítható.

A fő halálokok a keringési rendszer betegségei és a daganatos betegségek. 2015-ben az összes halálozás 40,3 százalékát okozták a keringési rendszer megbetegedései, 20 százalékát a daganatos betegségek, 11,1 százalékát pedig a légzőszervi megbetegedések. (TSI)

Az immunizálási stratégiáknak köszönhetően a gyermekek áttoltottsága (DPT, gyermekbénulás, kanyaró) 2014-ben 96 százalékos volt.

Az alap- és a preventív ellátás komoly eredményeket ért el a fertőző betegségek visszaszorításában. (TSI)

Dohányzás ellenes törvényeit és szakpolitikáját – 2009 nyaratól tilos a dohányzás a középületek után az éttermekben, bárókban stb. is – a WHO is elismerte. Ennek ellenére a dohányzás a férfiak körében elterjedt, 2014-ben a férfiak 41,8 százaléka naponta dohányzott.(TSI)

## **Az egészségügyi rendszer jellemzői**

Törökországban 2003 óta alapvető változtatások történtek az egészségügyi szolgáltatások nyújtásában és finanszírozásában. Az egészségügyi szolgáltatásokat társadalombiztosítási rendszer finanszírozza, mely a lakosság (90 százalék fölötti) többsége számára fedezetet biztosít, az egészségügyi szolgáltatások zömét az Egészségügyi Minisztérium alá tartozó állami intézmények, valamint szerződéses kapcsolatban álló magánintézmények nyújtják.

A 2006-ban alapított Társadalombiztosítási Intézet (SSI) tevékenységének finanszírozása a munkáltatók és a munkavállalók befizetéseiből, valamint állami hozzájárulásokból történik, az SSI az egészségügyi rendszer szolgáltatásvásárlói oldalán monopolhelyzetet élvez. Az SSI saját ellátó hálózattal nem rendelkezik, így a szolgáltatásvásárló és szolgáltatás nyújtó szerepkör elkülönül. Szolgáltatói oldalon az Egészségügyi Minisztérium tölti be a legfőbb szerepet, és intézményei révén országszerte gondoskodik az alap- és szakellátásról. Az egyetemek is fontos szerepet játszanak a betegellátásban. A magán szolgáltatók szerződéses alapon nyújtanak biztosítás által finanszírozott ellátást. Az Egészségügyi Minisztérium tartományi igazgatóságai segítségével irányít, a helyi önkormányzatok feladatai általában a népegészségügyi intézkedésekre korlátozódnak.

## **Finanszírozás**

### **Egészségügyi kiadások**

2013-ban az egészségügyre fordított kiadások aránya a GDP arányában 5,4 százalék volt.

### **Forrásgyűjtés**

2013-ban az egészségügy finanszírozása 78 százalékban állami, 22 százalékban magánforrásokból történt. A magánkiadások között a lakossági közvetlen kiadások 16,8 százalékot képviseltek a finanszírozásban. (TSI)

Az egészségügy átalakítására 2003-ban elindított reformprogram részeként nagy változást hozott a 2006-os Társadalombiztosítási Törvény.

A reformot megelőzően, az egészségügyi ellátást öt különböző állami mechanizmus szerint finanszírozták. Három különböző társadalombiztosítás létezett: a Társadalombiztosítási Szervezet (SSK), a Kormányzati Alkalmazottak Nyugdíjalapja (GERF) és a Kereskedők, Kézművesek és Önfoglalkoztatottak Társadalombiztosítási Ügynöksége (Bag-Kur). Mindhárom alap nyugdíj- és

egészségbiztosítást is nyújtott. Az SSK a magánszektorban dolgozó alkalmazottakat, valamint a fizikai munkát végző közszolgálati alkalmazottakat fedte le. A Bag-Kur az önfoglalkoztatottakat, a GERF pedig a nyugdíjazott köztisztviselőket biztosította. Az aktív köztisztviselők egészségügyi költségeit a központi kormányzati költségvetésből finanszírozták annak az állami intézménynek a költségvetése révén, ahol dolgoztak. A Zöld Kártya rendszeren keresztül pedig a szegények számára biztosítottak ingyenes egészségügyi szolgáltatásokat közvetlenül a kormányzati költségvetésből, 2004 előtt csak a fekvőbeteg ellátásban, 2004 után a járóbeteg ellátásban is. Mind az öt mechanizmus különböző szolgáltatáscsomagot nyújtott, és eltérő szabályok szerint működött (a GERF szolgáltatáscsomagja volt a legszélesebb körű). Az SSK biztosítottai csak az SSK kórházakban kezelhették magukat (más kórházak ellátásához csak akkor férhettek hozzá, ha kifejezetten oda utalták őket). A reform során egységesítették a szolgáltatáscsomagokat, és általános hozzáférést alakítottak ki. 2006-ban létrehozták a Társadalombiztosítási Intézetet (SSI), amely egy intézménybe integrálta a korábbi három biztosítót (SSK, Bag-Kur és GERF). Az SSI lett az egyetlen szolgáltatásvásárló, amely szerződést köthet állami és magán kórházakkal is járó- és fekvőbeteg szolgáltatásokra. 2008-ban kezdeményezték az általános egészségbiztosítást, amelynek célja az volt, hogy a GERF szolgáltatáscsomagját minden biztosítottra kiterjessze. Ez a folyamat több lépésben valósult meg. 2010-től az aktív köztisztviselők, 2012-től a Zöld Kártya tulajdonosok is az SSI alá tartoznak, ez utóbbiak járulékát továbbra is az állam fizeti. Az általános egészségbiztosításban való részvétel kötelező. A járulékok mértéke jövedelemtől függ, és a biztosítottak ugyanazon szolgáltatáscsomag igénybevételére jogosultak.

A járulék a biztosított keresetének 12,5 százalékát teszi ki, amelynek 5 százalékát a munkavállaló, 7,5 százalékát pedig a munkáltató finanszírozza. Azon polgárok esetében, akiknek keresete a minimálbér egyharmada alatt van, az állam fizeti az egészségbiztosítási járulékot. Azoknak, akiknek a keresete meghaladja a minimálbér egyharmadát, de még a minimálbér alatt van, lehetőségük van alacsonyabb járulék fizetésére.

Az általános egészségbiztosítás által nyújtott szolgáltatási csomag a szolgáltatások széles körét fogja át, a fekvőbeteg-ellátás és a járóbeteg-ellátás szolgáltatásait is tartalmazza. Ennek értelmében támogatás jár a preventív szolgáltatásokra, fekvő- és járóbeteg-ellátásra (beleértve a diagnosztizálást, kezelést, rehabilitációt), a sürgősségi ellátásra, anya- és csecsemővédelemre, szájsebészeti, fogászati ellátásra, mesterséges megtermékenyítésre (két kísérlet), vérkészítményekkel kapcsolatos ellátásra, a külföldön igénybe vett ellátás bizonyos eseteire, gyógyszerekre és segédeszközökre.

A betegek közvetlen kifizetéseinek (OOP) 2013-as 16,8 százalékos aránya az egészségügyre fordított összkiadásból jelentős visszaesést mutatott a 2000-ben regisztrált 27,6 százalékhoz képest. Az OOP kifizetések közvetlen kifizetés, költségmegosztás vagy informális fizetések formájában történhetnek. Költségmegosztás érvényesül a gyógyszerek, egészségügyi segédeszközök esetében, valamint a háziorvosi beutaló nélkül igénybe vett kórházi ambuláns ellátásban. A költségmegosztás alól mentesül az alapellátás, a sürgősségi ellátás (kivéve, ha nem sürgősségi esetben veszik igénybe), az intenzív ellátás és a krónikus betegek (pl. cukorbeteg, daganatos betegek) ellátása.

Az egészségbiztosítással szerződésben álló magán szolgáltatók igénybevétele esetén a magán intézmények a betegek számára extra számlázást alkalmazhatnak (tekintettel arra, hogy a társadalombiztosítók a magánszektorból olyan árakon vásárolják az egészségügyi szolgáltatásokat, amely nem fedezte annak aktuális költségeit). Az extra számlázás mértékét az Egészségügyi Minisztérium és az SSI együtt szabályozza.



Az önkéntes egészségbiztosítás kis részt képvisel az egészségügyi kiadások finanszírozásában.

### **Forrásallokáció**

A családorvosi ellátást fejkvóta alapján finanszírozzák, amelyet a régió társadalmi-gazdasági fejlettsége alapján kiigazítanak. A házi orvosok finanszírozása teljesítményelemet is magában foglal. A teljesítménykritériumok nem teljesítése esetében a házi orvosok kereseteinek csökkenését (az alapfizetésük legfeljebb 20 százalékának mértékében), illetve szerződésük megszűnését eredményezheti. A keresetlevonást az alábbi három mutató határozza meg: gyermekek oltottsági aránya, szülés előtti vizitek, gyermekek follow-up vizitjei. A teljesítménykritériumoknak való megfelelést a közösségi egészségügyi központ értékeli ki, félévente legalább egyszer. Emellett további kifizetésekben részesülnek a működési költségek és laboratóriumi vizsgálatok fedezésére. Az ellátás koordinációját, valamint az életmóddal kapcsolatos tanácsadást szolgáltatás szerinti díjazással finanszírozzák.

Az állami kórházakat a biztosító és az Egészségügyi Minisztérium által évente megtárgyalt csomagban, globális költségvetés szerint finanszírozzák. A kórházi dolgozók bérezésben és teljesítmény szerinti kifizetésekben részesülnek. Az Egészségügyi Minisztérium éves költségvetésének legfeljebb 40 százalékát osztja újra az egészségügyi dolgozók között teljesítmény prémiumok formájában, amelyet a kórház teljesítménypontszáma alapján igazítanak ki. Ez a kórházi dolgozókat érdekeltté teszi abban, hogy személyes teljesítményükkel hozzájáruljanak a magas intézményi pontszámokhoz. Az intézményi pontszámot 49 indikátor alapján kalkulálják, melyek kiterjednek a klinikai eredmények, folyamatok, valamint az intézményi jellemzők területeire (pl. egy orvosra jutó invazív eljárások száma, a kórház tisztasága, ágyfoglaltság, a kórházi tartózkodás átlagos időtartama, a teljes munkaidőben foglalkoztatott orvosok aránya, betegelégedettségi és kórházi fertőzési ráták).

A magánkórházak az ellátott betegek után általánydíjat kapnak a társadalombiztosítótól, és meghatározott plafonig (az állami kórház által nyújtott szolgáltatás árát legfeljebb 90 százalékkal haladhatja meg) a betegtől is kérhetnek kiegészítő díjazást. (OECD, 2014)

## **Egészségügyi szolgáltatások**

### **Alapellátás, járóbeteg-szakellátás**

Az országban az egészségügyi alapellátást családorvosi központok, közösségi egészségügyi központok, gondozók, magánrendelők nyújtják.

A családorvosi központokon alapuló rendszer bevezetése előtt az alapellátást egészségügyi központok, egészségügyi állomások biztosították.

2004-ben a Török Nagy Nemzetgyűlés kísérleti családorvosi törvényt fogadott el, amely megteremtette a szükséges jogi alapot a kísérleti családorvosi rendszer létrehozására. 2005-ben először az ország északnyugati tartományában (Düzce) alakították ki a családorvosi rendszert, majd 2010 decemberéig az ország minden tartományában bevezették. Egy családorvoshoz átlagosan 3500 beteg tartozik. A családorvos naponta átlagosan 30-50 beteget lát el.

A városi területeken a lakosok saját maguk választhatják meg a családorvosukat, de a városkörnyéki területeken, ahol kevés a családorvos, a lakosokat területi alapon hozzárendelik egy-egy orvoshoz. A

családorvosok dolgozhatnak egyéni vagy csoportpraxisban, az Egészségügyi Minisztérium tulajdonában lévő alapellátó egészségügyi központokban, melynek igénybevételéért havi bérleti díjat kell fizetniük. A családorvosok általános orvosok vagy családorvosi szakvizsgával rendelkező orvosok, akik egy szülésznővel, ápolóval vagy sürgősségi ellátást nyújtó egészségügyi szakemberrel működnek együtt. A szülésznők, akik korábban a közösségi alapú tevékenységekben játszottak fontos szerepet, ma már a házi orvosok asszisztenseiként funkcionálnak. A családorvosok, illetve a családorvosi ellátásban dolgozó egészségügyi szakemberek két éves periódusra szerződnek a biztosítóval. 2006 júliusában törölték el a kötelező beutalási rendszert, így jelenleg a betegek szabadon léphetnek be az egészségügyi ellátásba az ellátás bármely pontján.

A családorvoslás terén követelmény a folyamatos továbbképzés, és minden családorvosnak teljesítenie kell egy másodszintű tréninget is.

A családorvosi rendszerben egy család minden tagját ugyanaz az orvos kezelheti. A családorvosi központok preventív szolgáltatásokat (immunizáció, terhes nők és gyermekek monitoringja), valamint diagnosztikai, gyógyító, rehabilitációs és tanácsadási szolgáltatásokat nyújtanak az alapellátás szintjén. A családorvos minden egészségi állapotra vonatkozóan kezdeti diagnózist és kezelést nyújt, illetve beutalhatja a pácienseit szakorvoshoz, és nyomon követheti szakorvosi kezelésüket. A családorvosi központokban dolgozó családorvosok végezhetnek diabétesz vizsgálatot, vesefunkció vizsgálatot, hormonteszteket, terhességi tesztet és vérvizsgálatot. Kezelhetnek sürgősségi eseteket, illetve kórházba utalhatják őket, amennyiben komplikációk lépnek föl. Jelentős problémát jelent a családorvosi hiány. Az Egészségügyi Minisztérium célja, hogy növelje a családorvosok számát, és 2023-ra egy családorvosra átlagosan 2000 beteg jusson.

A közösségi egészségügyi központok a közösségi szintű tevékenységekért felelősek, így pl. statisztikák gyűjtése, fertőzőes betegségek kontrollja, környezet- és foglalkozás-egészségügyi szolgáltatások, egészségfejlesztési és egészségnevelési szolgáltatások, iskola-egészségügyi ellátások. Emellett a közösségi egészségügyi központok értékelik a családorvosi központok teljesítményét a körzeti egészségügyi igazgatóságok irányítása mellett, és koordinálják a hozzájuk tartozó területeken az egészségügyi és más intézmények tevékenységét.

Törökországban a kórházak is részt vesznek az ambuláns ellátásban. Minthogy nincs kellőképpen hatékony beutalási rendszer, a kórházak ambulanciáján folytatott konzultációk többsége az alapellátásban is könnyen megoldható lenne. (Öcek et al 2014)

## **Fekvőbeteg-ellátás**

A 2003-as reformokban célul tűzték ki az adminisztratív és pénzügyi szempontból autonóm állami kórházak kialakítását. A reformot megelőzően a kórházakat három fő állami szolgáltató működtette: az Egészségügyi Minisztérium, az SSK és az egyetemek. A reformok során az SSK által működtetett kórházakat az Egészségügyi Minisztérium vette át. A források hatékonyabb felhasználása érdekében az Állami Kórházi Hatóság a vidéki területeken Állami Kórházi Uniókat alakított ki, a szekunder és terciér ellátó intézmények bevonásával. Az így létrehozott Állami Kórházi Uniók a közös tervezés színhelyei.

2014-ben a kórházak 57 százaléka (866 kórház) és a kórházi ágyak kb. 60 százaléka (123 690 ágy) tartozott az Egészségügyi Minisztériumhoz. A kórházak 4,5 százaléka és a kórházi ágyak 18 százaléka volt az egyetemek tulajdonában, valamint a kórházak 36 százaléka és a kórházi ágyak 20 százaléka tartozott a magánszektorhoz (a nagy magánkórházak 90 százalékának szerződése van a

társadalombiztosítóval). A reformok során nőtt a magánkórházak száma, de a kórházi szektor túlnyomó részét továbbra is állami kórházak alkotják. A magánkórházak többségükben profit-orientáltak, de van néhány non-profit kórház is, melyeket alapítványok működtetnek. (TSI, Atun et al., 2013)

A kórházi ágyak 89 százaléka általános kórházi ágy. Az 1000 lakosra jutó kórházi ágyak aránya 2,66 volt 2014-ben, az EU átlag (5,27) kevesebb, mint fele. (TSI, WHO HFA).

## Gyógyszerek

A gyógyszerárak meghatározását a Gyógyszerárazási Bizottság végzi, amelyben az Egészségügyi Minisztérium, a Pénzügyminisztérium, valamint a Társadalombiztosító Intézet képviselői vesznek részt.

Törökországban referenciaárazási rendszert alkalmaznak. Egy gyógyszer referencia ára a legalacsonyabb gyári ár az 1) öt EU referencia országban, 2) abban az országban, ahol a terméket előállítják, 3) abban az országban, ahol a terméket importálják, feltéve, hogy a termék piaci engedéllyel rendelkezik, és ténylegesen árusítják ezen országok valamelyikében. A referenciaárat euróban határozzák meg, és korábban ezt egy mesterséges fix árfolyamon (1,9595) váltották át török lírára. 2015 júliusában változtatásokat vezettek be a referenciaár euróról török lírára való átváltására vonatkozóan, melynek értelmében az euróban meghatározott referencia árat az előző évi átlagos euró/török líra árfolyam 70 százalékán váltják át török lírára. A Gyógyszerárazási Bizottságnak minden év január 5-ig meg kell határoznia az operatív euró/török líra árfolyamot az emberi felhasználásra szánt gyógyszerek árazására vonatkozóan, a Török Központi Bank napi indikatív árfolyama alapján.

A gyógyszercegek felelősek a releváns referenciaárak monitorozásáért, nyomon követéséért, és az Egészségügyi Minisztérium erről történő tájékoztatásáért. A gyógyszercegeknek félévente be kell jelenteniük a referenciaárakra vonatkozó változásokat. Generikumok esetében az eredeti termék árának 60 százalékát alkalmazzák. Amennyiben az eredeti termék ára csökken, a generikum árát is csökkenteni kell. 2013-ban az ambuláns ellátásban felírt gyógyszer 47 százalékát tették ki a generikumok, érték alapján vizsgálva pedig 31 százalék volt az arányuk. (Gürsoy et al, 2014; Maran, 2015)

A gyógyszereket magán patikák forgalmazzák, a kórházak a fekvőbetegek ellátására saját patikákkal rendelkeznek. Patikát csak török állampolgárságú gyógyszerész nyithat, patikaláncok nem engedélyezettek.

## Egészségügyi dolgozók

Bár az orvosok száma nőtt az utóbbi időben, lakosságra jutó arányuk (2014-ben 1,75/1000) így is az EU országok átlagának (3,47/1000) csak felét teszi ki. Az ápolók és szülésznők lakosságra jutó aránya (2013-ben 2,54/1000) messze elmarad az EU-átlagtól (8,5/1000). (WHO HFA)

1. táblázat: Egészségügyi dolgozók száma és aránya, 2014

	orvos	fogorvos	ápoló	népegészségügyi felügyelő (health officer)	szülésznő	gyógyszerész	egyéb
Létszám	135 616	22 996	142 432	149 616	52 838	27 199	229 625
1000 főre jutó arány	1,75	0,3	1,84	1,93	0,68	0,35	-
Összehasonlító nemzetközi adat – EU átlag*	3,47		8,5**				

Forrás: Turkish Statistical Institute: [http://www.turkstat.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1095](http://www.turkstat.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095)

\*WHO HFA, 2013-as adat

\*\* ápolók és szülésznők együtt

Az elegendő számú egészségügyi humán erőforrás már a reformokat megelőzően is súlyos gondot okozott, és a helyzetet súlyosbította, hogy a reformok következtében javult az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés, és jelentősen megnövekedett az irántuk való kereslet. Az Egészségügyi Minisztérium több intézkedést hozott a rendelkezésre álló egészségügyi személyzet teljesítményének, hatékonyságának növelésére.

Megtiltották a duális foglalkoztatást, ami korábban lehetővé tette, hogy az államilag foglalkoztatott orvosok részmunkaidőben a magán szektorban is dolgozzanak. Az Egészségügyi Minisztérium ezt a gyakorlatot tette felelőssé a hiányzásokért, valamint az alacsony teljesítményért az állami kórházakban, és a korrupció egyik formájaként írta le. 2004-től kiegészítő teljesítmény alapú finanszírozási rendszert vezettek be az egészségügyi ellátás különböző szintjein.

Az alap és szakellátásban egyaránt tapasztalható orvoshiány megoldása érdekében 2008-2011 között 80 százalékkal növelték az orvostanhallgatók keretszámát (az ápolóképzésben résztvevők keretszámát 60,5 százalékkal).

A területi egyenlőtlenségek mérséklése céljából kötelező szolgálatot vezettek be az állami egészségügyi iskolák és a szakorvosi képzések frissen végzettjei számára, valamint az ország keleti és délkeleti régiójában emelték az egészségügyi dolgozók kereseteit.

A reformok során különválasztották a klinikai és működési menedzsmentet, és hangsúlyt helyeztek az egészségügyi rendszer menedzsment, mint az orvoslástól független tudományág fejlesztésére. Emellett ösztönözték a magán egészségügyi iskolák, valamint egészségtudományi iskolák (pl. egészségügyi menedzsment) létrehozását.

A humán erőforrás fejlesztésére irányuló intézkedések csak mérsékelten bizonyultak hatékonynak. Habár az orvosok nettó kereseteinek növekedése pozitívként értékelhető, OECD-szakértők szerint a teljesítmény alapú kifizetések esetében a volumenek helyett a betegeredményekre kellene nagyobb

hangsúlyt helyezni. Javasolják a szakmai szervezetek bevonását is a HR folyamatokba, például a teljesítmény alapú kifizetések kritériumainak meghatározásába, a munkafeltételek kidolgozásába, a szolgáltatásnyújtás standardjainak meghatározásába. Ez elősegítheti a betegáramlás hatékonyabb menedzselését, méltányos hozzáférés biztosítását a magas minőségű szolgáltatásokhoz, valamint az elégedetlenség csökkentését az egészségügyi dolgozók körében. (OECD, 2014)

## e-egészségügy

A 2003-as Egészségügyi Átalakítási Program egyik alkotóelemét az e-egészségügy fejlesztése képezi, amely az egészségügyi adatok standardizálását, az elektronikus betegnyilvántartás (EHR) létrehozását és egy vezetői döntéstámogatási rendszer megvalósítását célozza. Az Átalakítási Programot követően több egészségügyi IT infrastruktúra elemet dolgoztak ki, közülük kiemelhető a Sağlık-Net (egészségügyi hálózat), a Központosított Előjegyzési Rendszer, az Alap Egészségügyi Statisztikai Modul, a Társadalombiztosítási Intézet e-recept rendszere és a Központi Erőforrás Menedzsment Rendszer.

### Sağlık-Net

A Sağlık-Net két fő komponenssel rendelkezik: az Országos Egészségügyi Információs Rendszer (NHIS) és a Háziiorvosi Információs Rendszer (FMIS). Az NHIS országos infrastruktúra minden beteg adatának megosztására. Jelenlegi megvalósítási fázisában a rendszer a másodlagos és terciér ellátók információs rendszereiből az Egészségügyi Minisztérium NHIS szervei felé történő epizodikus betegnyilvántartás adattovábbítását támogatja. A Háziiorvosi Információs Rendszer (FMIS) is országos szinten működik az alapellátás betegadatainak megosztására. A háziiorvosi egészségügyi adatok tartalmát is a Minimum Egészségügyi Adatkészlet határozza meg, amely következő kilenc adatelemet tartalmazza a háziiorvosi domainben: csecsemők megfigyelése, gyermekek megfigyelése, védőoltások nyomon követése, 15-49 éves nők megfigyelése, terhesség megfigyelése, gyermekágyi megfigyelés, halálesetek, általános beteg vizsgálatok, konzultációk. A kliens-szerver architektúrájú FMIS központja az ankarai Egészségügyi Minisztériumban található, míg a kliens alkalmazásokat a házi orvosok a rendelőkben használják. Az alkalmazások az HL7 szabványnak megfelelő webes szolgáltatások használatával képesek tárolni és lehívni adatokat a minisztériumi szerverekről.

A 2009-ben indult NHIS első változatában az NHIS és az FMIS még két különálló rendszer volt saját adatbázissal és webes szolgáltatásokkal, ami problémákat okozott az alapellátás és a másodlagos/terciér ellátás EHR adatainak összekapcsolásában. Ez a probléma 2012-ben, az NHIS 2.0 kibocsátásával oldódott meg, amely egyesítette a két rendszert. Az NHIS-en keresztül gyűjtött epizodikus EHR-t a 65 adatelemet tartalmazó Minimum Egészségügyi Adatkészletből aggregálják, amelyet a HL7 CDA (Health Level-7 Clinical Document Architecture) adatátviteli standardok alapján továbbítanak és kódolnak.

2013 novemberére az állami kórházak 98 százaléka és a magán/egyetemi kórházak 80 százaléka kapcsolódott az NHIS-hez a nyilvántartások továbbítására. 2012. augusztustól valamennyi házi orvos kapcsolódott az NHIS-hez.

Az FMIS döntéstámogatási rendszere átfogó képet nyújt a beteg alapellátásban történő nyilvántartásáról. A döntéstámogatási rendszer az Oracle Business Intelligence megoldásain alapul, és

személyre szabható felületet nyújt különböző szereplők számára, pl. döntéshozók, adminisztrátorok, tartományi/megyei egészségügyi menedzserek, egészségügyi központok személyzete, házi orvosok.

Az FMIS használható a házi orvosok teljesítményének értékelésére is, amely a finanszírozásukat is befolyásolja.

### **Központosított Előjegyzési Rendszer**

A Központosított Előjegyzési Rendszer (CHAS) lehetővé teszi a betegek számára, hogy időpontot kérjenek bármilyen állami fekvőbeteg ellátónál a 182-es szám hívásával, a CHAS web portálján keresztül, vagy mobil alkalmazással. Az állami egészségügyi ellátóknál dolgozó összes szakember legalább 15 nap távlatában osztja meg a naptárát az Egészségügyi Minisztériummal a CHAS webes szolgáltatón keresztül, így a lakosság a naptárak szerint tud időpontot egyeztetni. A CHAS bevezetésére 2009-ben került sor néhány tartományban, országos szintű működése 2011-ben indult el.

### **Alap Egészségügyi Statisztikai Modul**

Az Alap Egészségügyi Statisztikai Modult (BHSM) az egészségi állapot, az egészségügyi kockázatok és indikátorok információinak gyűjtésére használják. A Modul célja az Egészségügyi Minisztérium központi és tartományi forrásainak és programjainak irányítása. Kb. 70 alap egészségügyi statisztikai űrlap létezik, ezek közül többet a WHO-nak is jelentenek. A legtöbb űrlapot még kézzel töltik ki. Az adatok egy része rendelkezésre áll a FMIS-ben is. Jelenleg folyik az FMIS döntéstámogatási rendszer fejlesztése, hogy ezeket a jelentéseket automatikusan generálják, és felváltsák a manuális BHSM jelentéseket.

### **e-recept**

A Társadalombiztosítási Intézet web-alapú e-recept infrastruktúrát fejlesztett ki a Medula nevű rendszerük részeként, amelyet eredetileg a társadalombiztosítás által fedezett költségek térítésének automatizálására hoztak létre. Néhány éves modellkísérlet után az e-receptfelírási rendszer országosan 2012 júliusában állt működésbe és 2013. január 15-től kötelező a használata. A rendszer kapcsolódik a Sağlık-Net hálózattal, és integrálva van az egészségügyi ellátók információs rendszereivel a Medula web szolgáltatáson keresztül, így a szakemberek a megszokott felhasználói felületen írhatják fel a recepteket.

A receptfelírási rendszer minden e-recepthez egyedi azonosítót jelöl ki. A gyógyszerárban betegek a felírt gyógyszereket a személyazonosító igazolványuk és az egyedi e-recept azonosító bemutatásával vehetik fel. A Medula gyógyszerári szoftver használatával a gyógyszerész képes az e-receptek lekérdezésére, megtekintésére és kiadására. A rendszer nyomon követi a betegnek eddig kiadott összes gyógyszert is, megelőzi a szükségtelen gyógyszerkiadást, és helyettesítő terméket kínál, ha egy gyógyszer nem áll rendelkezésre. A Társadalombiztosítási Intézet az e-receptfelírási rendszert a gyógyszerárak finanszírozására is használja.

### **Központi Erőforrás Menedzsment Rendszer**

A Központi Erőforrás Menedzsment Rendszer komponensei a Humán Erőforrás Menedzsment Rendszer (HRMS), a műszerek-berendezések, gépek, járművek nyilvántartása (az Egészségügyi Minisztérium alá tartozó intézményekben), a beruházások nyomon követő rendszere (beruházások

aktuális helyzete és ingatlan nyilvántartás) és a magán egészségügyi szervezetek nyilvántartása (működési engedélyek, kapacitások). A HRMS-t a személyzeti információk és tevékenységek monitorozására használják. (Dogac et al., 2014)

### **Mobil egészségügyi alkalmazások**

A mobil egészségügyi alkalmazások (mHealth) is az e-egészségügy részét képezik. Ez utóbbi mobil eszközökkel, pl. mobiltelefonnal, páciensfigyelő eszközökkel, digitális személyi asszisztensekkel (personal digital assistants, PDA-k), valamint egyéb vezeték nélküli eszközökkel támogatott egészségügyi és népegészségügyi szolgáltatásokat jelent. Ezek a mobil eszközök számos szolgáltatást magukban foglalnak, beleértve a hangüzeneteket, sms-eket, GPRS, GPS, Bluetooth, valamint 3G és 4G rendszereket. A mobil technológiák nagy potenciállal rendelkeznek a személyre szabott egészségügyi technológiák alkalmazásában, és hozzájárulnak a hospitalizáció csökkentéséhez is. Ilyen alkalmazást fejlesztettek ki pl. az Alzheimer-kórban szenvedők és gondozóik számára (Alz-e-Med). Az egészségügyi, oktatási és rehabilitációs modulokból álló rendszer otthoni alkalmazásként elősegíti a beteg jó szellemi és fizikai állapotát, különböző játékok segítségével lassítja a betegség előrehaladását. A gondozóknak, családtagoknak információt nyújt a betegség állapotáról.

Az e-egészségügy következő szintjét az egészségügyi kommunikáció felhősítése képezi. A Sağlık-net rendszerben az egészségügyi szolgáltatóktól származó adatokat egy felhőbe mentik el. A felhasználóktól származó egészségügyi adatokat a felhőbe küldik elemzésre, majd visszaküldik a felhasználók számára okostelefonokon vagy tableteken keresztül. Ez lehetővé teszi a felhasználók (páciensek) számára egészségi állapotuk jobb megértését, és elősegíti, hogy felelősséget vállaljanak egészségükért.

### **Az e-egészségügy fejlesztésének kihívásai és lehetőségei**

Törökország fejlett e-egészségügyi rendszerében az egyik fő nehézséget a páciensek adatvédelme jelenti. Jóllehet az adatokat csak az Egészségügyi Minisztérium használja, ami csökkenti az adatvédelem megsértésének kockázatát. A betegtájékoztatás biztonsága is kihívást jelent. A nemzetközi együttműködésben kínáló lehetőségek területei: az egészségügyi adatok minősége, az adatvédelem, adatbiztonság, az egészségügyi szolgáltatók különböző rendszereinek integrációja, a menedzsment attitűdjének megváltoztatása a digitális technológiával szemben. A török kormányzat elsősorban a tudásalapú és üzleti együttműködésben érdekelt. Partnerként az egyetemek tekinthetők, az e-egészségügyi K+F tevékenység elsősorban a török egyetemeken folyik. (Bakker et al. 2015)

## **Reformok**

Az Egészségügyi Minisztérium által kidolgozott, **2013-2017 közötti időszakra vonatkozó Stratégiai Terv** átfogó célkitűzése a lakosság egészségi állapotának javítása, az egészségi állapot terén mutatkozó egyenlőtlenségek csökkentése. Ezen belül négy stratégiai célkitűzést határoztak meg:

1. **Az egyén és a közösség védelme az egészségügyi kockázatokkal szemben, és az egészséges életmód előmozdítása:** ez a célkitűzés magában foglalja az egészségfejlesztést, a helyes táplálkozás és fizikai aktivitás előmozdítását, a dohányzás és függőséget okozó szerek visszaszorítását, a lakosság egészségügyi tájékozottságának bővítését, a reprodukció

egészségügyi szolgáltatások fejlesztését, a fertőző és nem fertőző betegségek visszaszorítását, valamint a környezeti, társadalmi és munkahelyi kockázatok, vészhelyzetek és katasztrófák káros hatásainak mérséklését.

2. **Hozzáférhető, megfelelő, hatékony és eredményes egészségügyi szolgáltatások nyújtása az egyének és a közösség számára.** Ezek az intézkedések kiterjednek **az ellátás minőségének fejlesztésére** (klinikai minőségi standardok, biztonsági standardok, bizonyíték alapú klinikai irányelvek kidolgozása, eredményalapú monitoring bevezetése, az orvosi műhibák monitorozásának és megelőzésének fejlesztése), a pszichiátriai ellátás közösségi egészségügyi szolgáltatásokba integrálására, a prevenció megerősítésére, az alapellátáshoz való hozzáférés növelésére, a preventív fogászati és mentális ellátás megerősítésére, a rákszűrések fejlesztésére, a sürgősségi ellátás fejlesztésére. Tervezik **az alapellátás szerepének kiterjesztését**, egészségfejlesztési, ill. egészséges életmódot támogató programok, valamint egyéb szolgáltatások (geriátriai ellátás, otthoni ápolás, mentális egészségügyi ellátás, rákbetegek palliatív ellátása, laboratóriumi szolgáltatások) alapellátásba történő integrációját, a házi orvosok szerepének növelését a krónikus betegek kezelésében, valamint az ellátás koordinációja terén. **Az egészségügyi humán erőforrás fejlesztésére**, irányuló intézkedések az egészségügyi szakemberek eloszlásában tapasztalható regionális különbségek csökkentését, az egészségügyi szakemberek kompetenciájának fejlesztését, a külföldi tapasztalatszerzés lehetőségeinek bővítését, a telemedicina gyakorlatának fejlesztését, az egészségügyi menedzserek képzését foglalják magukba. Tervezik **az egészségügyi infrastruktúra fejlesztését**, a **gyógyszerek** elérhetőségének, biztonságának, hatásosságának és megfelelő alkalmazásának fejlesztését, a gyógyászati eszközök biztonságának fejlesztését, a gyógyszerfelügyelet megerősítését, a hagyományos, kiegészítő és alternatív gyógymódokra vonatkozó szabályozások megerősítését, **az egészségügyi információs rendszer továbbfejlesztését**.
3. **Emberközpontú és holisztikus szemléleten alapuló válaszadás az egészségügyi szükségletekre és elvárásokra:** ez magában foglalja **az egyén ellátásban betöltött szerepének megerősítését** (a betegek egészségügyi tájékozottságának bővítését, az ellátáshoz való hozzáférés megkönnyítését pl. a fogyatékosok, az idősek és alacsony jövedelmű csoportok esetében). Megerősítenék **az egyének védelmét a túlzott mértékű egészségügyi kiadásokkal szemben. A betegek és az egészségügyi szakemberek egészségügyi rendszerrel való elégedettségének növelését** a betegelégedettségi és dolgozói elégedettségi felmérések folytatásával, a munkafeltételek javításával kívánják elérni.
4. **Az egészségügyi rendszer továbbfejlesztése oly módon, hogy hozzá tudjon járulni Törökország gazdasági-társadalmi fejlődéséhez:** cél **az egészségügyi rendszer fenntartható finanszírozásának biztosítása az ellátás minőségének garantálása mellett.** Tervezik a prevencióra és életmódprogramokra allokált források arányának növelését, az egészségügyi és szociális ellátás közötti szorosabb együttműködést, a teljesítmény alapú finanszírozás fejlesztését a gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök racionálisabb alkalmazása érdekében. Támogatják a bizonyítékokon és költséghatékonyságon alapuló egészségügyi technológiák alkalmazását, az adminisztratív költségek csökkentését. További prioritás a teljesítményértékelési és monitorozási rendszer kidolgozása, a kulcsfontosságú indikátorok azonosításával (2012-ben a WHO és a Világbank támogatásával megjelent egy



HSPA jelentés a török egészségügyről: WHO, 2012). Elő kívánják mozdítani a kutatás-fejlesztést és innovációt az egészségügyben, a gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök és egészségügyi szolgáltatások exportját, valamint az egészségturizmust. (Ministry of Health of Turkey, 2012)

## Források

- Agartan TI: Health workforce policy and Turkey's health care reform. Health Policy. 2015 Dec;119(12):1621-6. doi: 10.1016/j.healthpol.2015.09.008. Epub 2015 Sep 30.
- Akdag Recep: Lessons from Health Transformation in Turkey: Leadership and Challenges, Health Systems & Reform, 1:1, 3-8, DOI:10.1080/23288604.2014.956017
- Atun, R et al.: Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity. The Lancet 2013; 382: 65-99.
- Bakker et al: THE TURKISH LIFE SCIENCE AND HEALTH SECTOR Identifying opportunities to exchange knowledge and products between the Netherlands and Turkey. 2015. Economic Department of the Embassy of the Kingdom of the Netherlands, Ankara
- Dogac, A. et al.: Healthcare Information Technology Infrastructures in Turkey. IMIA Yearbook of Medical Informatics 2014
- Gürsoy et al: How is current pharmaceuticals pricing policy on generics performing in Turkey regarding price erosion? SSI 2014.
- Health Systems in Transition. Turkey. European Observatory on Health Systems and Policies, 2011,13,6.
- Healthcare in Turkey: from laggard to leader. British Medical Journal, 2011. március 12. 342. szám. <http://www.bmj.com/content/342/bmj.c7456>
- Maran, P: Turkey: Pricing Issues in the Turkish Pharmaceutical Sector. 2015. <http://roadmap2016.schoenherr.eu/pricing-issues-in-the-turkish-pharmaceutical-sector/>
- Ministry of Health of Turkey: Strategic Plan 2013 – 2017. 2012. december. <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/stratejikplaning.pdf>
- OECD Data Turkey. <http://data.oecd.org/turkey.htm>
- OECD: Review of health care quality: Turkey. 2014.
- Öcek et al: Family medicine model in Turkey: a qualitative assessment from the perspectives of primary care workers. Family Practice 2014, 15:38 <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/15/38>
- Ökem, Zeynep Güldem, Cakar, Mehmet: What have health care reforms achieved in Turkey? An appraisal of the “Health Transformation Programme”. Health Policy 119 (2015) 1153–1163

- Sulku, Seher Nur: The health sector reforms and the efficiency of public hospitals in Turkey. The European Journal of Public Health Advance Access, 2011.  
<http://eurpub.oxfordjournals.org/content/early/2011/11/09/eurpub.ckr163.full.pdf+html>
- Tobacco Control Program in Turkey: <http://www.saglik.gov.tr/EN/belge/2-389/tobacco-control-program-in-turkey.html>
- Turkish Statistical Institute (TSI): [http://www.turkstat.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1095](http://www.turkstat.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095)
- WHO HFA
- WHO, World Bank, Ministry of Health Turkey: Turkey Health System Performance Assessment 2011. May 2012
- World Bank Group – Turkey Partnership: Country Program Snapshot, October 2014.  
<http://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/document/eca/Turkey-Snapshot.pdf>