T.C.
Maliye Bakanlığı
Strateji Geliştirme Başkanlığı
Yayın No:2011/414

TÜRKİYE'DE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI ÖNCESİ VE SONRASINDA SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU, FİNANSMANI VE SAĞLIK HARCAMALARI

Yrd.Doç.Dr. Seher Nur SÜLKÜ

Ankara, 2011

T.C.

Maliye Bakanlığı

Strateji Geliştirme Başkanlığı

TÜRKİYE'DE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI ÖNCESİ VE SONRASINDA SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU, FİNANSMANI VE SAĞLIK HARCAMALARI

Yrd.Doç.Dr. Seher Nur SÜLKÜ

Ankara, 2011

T.C.
Maliye Bakanlığı
Strateji Geliştirme Başkanlığı
Yayın No:2011/414

www.sgb.gov.tr
e-mail: sgbyayin@sgb.gov.tr

Her hakkı Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı'na aittir.
Kaynak gösterilerek alıntı yapılabilir.

ISBN: 978-975-8195-…..-…..

Ankara, Kasım 2011

Tasarım: İvme
Tel: 0312 230 67 01

Baskı: Hermes Matbaacılık

ÖNSÖZ

Beşeri sermaye, bir ülkenin kaynaklarının etkin bir şekilde kullanılması ve dolayısıyla ekonomisinin sürdürülebilir bir büyüme içinde olması ve kalkınması için elzemdir. Beşeri sermayenin en temel unsurlarından biri sağlıktır. Her insanın kanunlarla garanti alınan temel hakkı olmasının yanı sıra verimli işgücünün üretimi ile ekonomik büyümeye katkıda bulunan "sağlık", gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin gündeminde ön sırayı almaktadır. Ülkemizde de, sağlığın korumasını ve iyileştirilmesini amaçlayan sağlık harcamaları ve bu harcamaların nasıl gerçekleşeceğine yön veren sağlık politikaları büyük bir öneme sahiptir. 2002 yılında ilan edilen "Acil Eylem Planı"nda "Herkese Sağlık" başlığıyla, sağlık alanında yıllardır hazırlıkları yapılan fakat uygulamaya konulamayan reformların temel prensipleri belirlenmiş ve bir takvime bağlanmıştır. 2003 yılında Sağlık Bakanlığı, "Sağlıkta Dönüşüm Programı"nı uygulamaya başlamıştır.

Bu çalışmanın amacı; Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesi ve sonrasında sağlık sistemindeki uygulamaları, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı açısından değerlendirerek, sağlık harcamalarının bu süreçteki gelişimini incelemektir.

Kitapta öncelikle, sağlık politikalarımızın tarihi gelişimi sunulmuş olup, SDP çerçevesinde gerçekleştirilen reformlar kronolojik olarak sıralanıp, değerlendirilmiş ve planlanmakta olan yeni uygulamalara yer verilmiştir. Sağlık hizmetlerinin sunumu SDP öncesi ve sonrasıyla sistemik olarak incelenmiştir. Çalışmamızda, sağlık hizmetleri finansmanı mercek altına alınmış, SDP öncesi Sosyal Güvenlik Uygulamaları, Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve SDP uygulamaları ile sağlık hizmetleri finansmanında Sağlık Bakanlığının rolüne yer verilmiştir. Sosyal Güvenlik Kurumlarının sağlık harcamaları ve Sağlık Bakanlığının harcamaları ve kaynakları detaylı bir şekilde incelenmiştir. Çalışmamızda cepten sağlık harcamalarının ileri analizine yer verilerek, SDP öncesindeki sistemin finansal koruma sağlama hususundaki performansı değerlendirilmiştir. Elde edilen sonuçlar, Dünya Bankası uzmanlarınca yapılan SDP sonrası sağlık harcamalarının mali yükü analizi ile karşılaştırılarak, sistemin bu hususstaki performansı incelenmiştir.

Çalışmamızda, aynı zamanda Türkiye'deki sağlık harcamaları ve sağlık durumu göstergeleri uluslararası kontekst içerisinde

değerlendirilmiştir. Türkiye, Dünya Bankası gruplandırmasına göre üst-orta gelir düzeyindeki bir ülkedir. Ülkemiz, ekonomik durumundaki benzerliklerin yanı sıra, üst-orta gelir düzeyindeki ülkelerle benzer demografik özellikler de göstermektedir. Dolayısıyla, uluslararası kontekst düşünülürken, üst-orta gelir düzeyindeki ülkeler göz önünde bulundurulmuştur.

Bu çalışmanın basılması konusundaki destekleri için, Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanı Sayın Doç.Dr. Ahmet KESİK'e özel teşekkürlerimi sunarım.

Bu kitabı, her zaman sevgi ve destekleriyle yanımda olan aileme ithaf ediyorum.

Yrd.Doç.Dr. Seher Nur SÜLKÜ

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ iii
TABLOLAR LİSTESİ viii
ŞEKİLLER LİSTESİ x
KISALTMALAR xiii
GİRİŞ 1

BİRİNCİ BÖLÜM
TÜRK SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN VE SAĞLIK POLİTİKALARININ GELİŞİMİ

1.1. Sağlık Bakanlığının Kuruluşundan Günümüze Sağlık Politikaları 3
1.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) Çerçevesinde Gerçekleştirilen Reformlar 6
1.3. SDP Öncesindeki Sistemde Var Olan Uygulamaların Değişimi 12

İKİNCİ BÖLÜM
SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU

2.1. SDP Öncesinde Sağlık Hizmetleri Sunumu 15
2.2. SDP ile Sağlık Hizmetleri Sunumu 15

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

3.1. SDP Öncesinde Sosyal Güvenlik Uygulamaları 19
3.1.1. Hizmet Sundukları Gruplar ve Finansman Kaynakları 20
3.1.2. Kapsadıkları Nüfus 22
3.1.3. Kişi Başı Sağlık Harcamaları 23
3.1.4. Kapsadıkları Sağlık Hizmetleri 24
3.1.5. Sağlık Sigortası Yardımlarından Yararlanabilme Şartları ve Hizmet Sunucularına Erişim 25
3.1.6. Katkı Payları/Geri Ödeme Mekanizması 27
3.2. SDP ile Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı: Genel Sağlık Sigortası Sistemi 28

3.2.1. GSS Kapsamındaki Nüfus ve Finansman Kaynağı 29
3.2.2. GSS Kapsamındaki Sağlık Hizmetleri 30
3.2.3. Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Şartları 32
3.2.4. Katılım Payları 32
3.2.5. Hizmet Sunucuları 32
3.3. SDP ile Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı: Sağlık Bakanlığının Rolü . 33

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
TÜRKİYE'DE SAĞLIK HARCAMALARI

4.1. Türkiye'nin Toplam Sağlık Harcamaları ve GSYİH İlişkisinin Uluslararası Kontekstte Değerlendirilmesi 34
4.2. Türkiye'de Sağlık Harcamaları: 1998-2002 ve 2003-2006 Dönemleri 38
4.3. Toplam Sağlık Harcamalarının Kompozisyonu: Kamu ve Özel Sektör 39
4.4. Kamu Sağlık Harcamalarının İncelenmesi 44
4.4.1. Sosyal Güvenlik Kurumlarının Sağlık Harcamaları 46
4.4.1.1. Sosyal Güvenlik Sağlık Harcamalarının Fonksiyona Göre Dağılımı 49
4.4.1.2. Kutu Başına Kamu İlaç Harcamaları 50
4.4.1.3. Tedavi Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Dağılımı 53
4.4.2. Sağlık Bakanlığı Harcama ve Kaynakları 53
4.4.2.1. Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Merkezi Yönetim ve Genel Devlet Bütçelerine Oranı 55
4.4.2.2. Sağlık Bakanlığı Genel Bütçe Harcamalarının Ekonomik Ayrımı 57
4.4.2.3. Sağlık Bakanlığı Genel Bütçe Harcamalarının Fonksiyonel Sınıflandırılması 58
4.4.2.4. Sağlık Bakanlığı Genel Bütçe Harcamalarında Koruyucu ve Temel Sağlık Hizmetlerinin Yeri 59
4.4.2.5. Sağlık Bakanlığı Döner Sermayeli Kurumlarının Gelir Gider Durumu: 1999-2008 Dönemi 60
4.4.2.6. Sağlık Bakanlığı Döner Sermayeli Kurumlarının Harcamalarının Ekonomik Ayırımı 62

BEŞİNCİ BÖLÜM
TÜRKİYE'DE SAĞLIK DURUMU

5.1. Temel Sağlık Göstergeleri 63
5.2. Sağlık Durumu Belirleyicileri 66
5.3. Sağlık Hizmet Sunumu 71

ALTINCI BÖLÜM
CEPTEN SAĞLIK HARCAMALARI İLERİ ANALİZİ:
SAĞLIK HARCAMALARININ MALİ YÜKÜ

6.1. Türkiye'de Cepten Sağlık Harcamalarının İleri Analizi: Sağlık Harcamalarının Mali Yükü, SDP Öncesi 82
6.1.1. Analizin Amacı ve Önemi 82
6.1.2. Analizin Yöntemi 83
6.1.3. Veri Seti 84
6.1.4. Sonuçlar 85
6.1.5. Sonuçların Değerlendirilmesi 93
6.2. Türkiye'de Cepten Sağlık Harcamalarının Mali Yükü, SDP Sonrası ... 94

SONUÇ 97
KAYNAKÇA 101
Yazar Hakkında 103

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1: Türkiye'de Hastane ve Yatak Sayıları: 2002-2008 Dönemi Yüzdelik (%) Değişim 16

Tablo 2: Sosyal Güvenlik Fonları ile GSS Sistemindeki Temel Teminat Paketinin Karşılaştırılması 31

Tablo 3: Ortalama Yıllık Büyüme (%) 39

Tablo 4: Toplam Kamu Sağlık Harcamalarının Faiz Dışı Genel Devlet Harcamalarındaki Payı 45

Tablo 5: Kamu Sağlık Harcamalarının Ödeme Yapanlara Göre Dağılımı 46

Tablo 6: Sosyal Güvenlik Sağlık Harcamalarının Dağılımı (milyon TL): 1999 Yılı ve 2002-2008 Dönemi 47

Tablo 7: Sigorta Kurumlarının Yaptıkları Kişi Başı Yıllık Sağlık Harcamaları (TL) ve Kapsadıkları Nüfus: 2004-2007 49

Tablo 8: Kamu Sağlık Sigortaları İlaç Harcamaları ve Tüketilen Toplam İlaç Kutu Sayıları 52

Tablo 9: Sağlık Bakanlığı Kaynakları: 1999-2008 54

Tablo 10: Sağlık Bakanlığı Genel Bütçe Harcamalarının Genel Devlet ve Merkezi Yönetim Bütçe Harcamalarına Oranı 56

Tablo 11: SB Genel Bütçe Harcamalarının Ekonomik Ayrımı: 1999-2003 57

Tablo 12: SB Genel Bütçe Harcamalarının Ekonomik Ayrımı: 2004-2009 58

Tablo 13: SB Genel Bütçe Harcamalarının Fonksiyonel Sınıflandırılması 59

Tablo 14: Döner Sermaye Giderlerinin Dağılımı: 2002-2008 62

Tablo 15: OECD Ülkelerindeki Hekim ve Hemşire Sayıları: Ülkelerin Kişi Başı Gelirleri 10 Bin ABD $'na Ulaştığı Yıldaki 78

Tablo 16: Finansal Yük: 65 Yaş Altı Nüfusa Göre 85

Tablo 17: Sigorta Durumuna Göre Hanenin Cepten Sağlık Harcamaları: 65 Yaş AltıNüfus 87
Tablo 18: Finansal Yük: Demografik Özelliklere Göre 89
Tablo 19: Cepten Sağlık Harcamalarının Alınan Hizmete Göre Dağılımı 91
Tablo 20: Sağlık Bakımı Hizmetlerine Erişim: Sigorta Durumuna Göre 92
Tablo 21: Algılanan Sağlık Durumu: Sigorta Durumuna Göre 93

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Hastane Sayılarının Yüzdelik Dağılımı: 2002 ile 2008 17

Şekil 2: Hastanelerin Yatak Sayılarının Yüzdelik Dağılımı: 2002 ile 2008 17

Şekil 3: Muayene Sayılarının İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kurumlarına Göre Yüzdelik Dağılımı: 2002 ile 2008 18

Şekil 4: Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'ye Oranı: Üst-Orta Gelirli Ülkeler, 2006 36

Şekil 5: Üst-Orta Gelir Ülkeleri: Kişi Başı Sağlık Harcamaları ve GSYİH İlişkisi, 2006 37

Şekil 6: Yıllık Büyüme (Bir Önceki Yıla Göre) 1999-2006 (%) 38

Şekil 7: Toplam Sağlık Harcamaları (Nominal) ve GSYİH İçindeki Payları: 1999-2006 40

Şekil 8: Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı: Ödeme Yapanlara Göre 41

Şekil 9: Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Oranı (%), 2006 42

Şekil 10: Toplam Sağlık Harcamalarının Ödeme Yapanlara Göre Dağılımı 43

Şekil 11: Toplam Sağlık Harcamalarının Ödeme Yapanlara Göre Dağılımı: Üst-Orta Gelirli Ülkeler 44

Şekil 12: Sosyal Güvenlik Harcamalarının Yüzdelik Dağılımı: 1999, 2006, 2007 Yılları 48

Şekil 13: Sosyal Güvenlik Sağlık Harcamalarının Fonksiyona Göre Dağılımı 50

Şekil 14: Tüketilen Toplam İlaç Kutu Sayısı Başına Kamu İlaç Harcamaları, 2008 Fiyatlarıyla 51

Şekil 15: Kamu Sağlık Sigortaları İlaç Harcamalarının ve Tüketilen Toplam İlaç Kutu Sayılarının Değişimi: (%) 2002-2008 Dönemi 52

Şekil 16: Kamu Tedavi Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Dağılımı 53

Şekil 17: Sağlık Bakanlığı Kaynaklarının Yüzdelik (%) Dağılımı 55

Şekil 18: Sağlık Bakanlığı Genel Bütçe Harcamalarının Merkezi Yönetim Harcamaları ve Genel Devlet Bütçe Harcamalarındaki Payı (%) 56
Şekil 19: Koruyucu ve Temel Sağlık Hizmetleri Harcamaları: Nominal ... 60
Şekil 20: Döner Sermayeli Kurumların Gelir-Gider (Harcama) Durumu: Milyon TL 61
Şekil 21: Türkiye'de Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (Yıl): 1999-2007 63
Şekil 22: Üst-Orta Gelirli Ülkelerde Doğumda Beklenen Yaşam Süresi: Yıl 64
Şekil 23: Bebek Ölüm Hızı, Türkiye 1999-2008: 1.000 Canlı Doğum Başına Ölümler 65
Şekil 24: Bebek Ölüm Hızı, Üst-Orta Gelirli Ülkeler, 2006: 1.000 Canlı Doğum Başına Ölümler 66
Şekil 25: On Beş Yaş Altı Nüfusun Tüm Nüfusa Oranı (%), 2006 67
Şekil 26: Nüfustaki Ortanca Yaş (Yıl Olarak), 2006 67
Şekil 27: Toplam Doğurganlık Oranı (Kadın Başına), 2006 68
Şekil 28: Üst-Orta Gelirli Ülkelerdeki Okur-Yazar Oranı (%) 69
Şekil 29: Tütün Tüketimi, Üst-Orta Gelirli Ülkeler (Yetişkin Nüfus İçin %), 2005 70
Şekil 30: Alkol Tüketimi, Üst-Orta Gelirli Ülkeler (Yetişkin Nüfus/Litre), 2003 70
Şekil 31: Ölümlerin Hastalık Gruplarına Göre Dağılımı: 2004 71
Şekil 32: Üst-Orta Gelirli Ülkelerde Hekim Sayısı, 100 Bin Kişiye Düşen: 2008 72
Şekil 33: Türkiye'de 100 Bin Kişiye Düşen Hekim Sayısı:1999-2008 73
Şekil 34: Sağlık Bakanlığı Tesislerinde Yapılan Muayene Sayısı (Milyon) 74
Şekil 35: Türkiye'de Yatan Hasta Kabulü: 100 Başvuru Başına, 1999-2007 75
Şekil 36: Türkiye'de Ayakta Hasta Başvurusu: Kişi Başına 1 Yıl İçinde, 1999-2007 75

Şekil 37: Üst-Orta Gelir Ülkelerinde 100 Bin Kişiye Düşen Toplam Hemşire ve Ebe Sayısı, 2008 76
Şekil 38: Üst-Orta Gelirli Ülkeler 100 Bin Kişiye Düşen Yatak Sayısı 79
Şekil 39: Türkiye Difteri-Boğmaca-Tetanoz Aşılama Oranları: 0 Yaş Grubu, 1999-2008 81
Şekil 40: Finansal Yük: Sigorta Durumuna Göre 86
Şekil 41: Finansal Yük: Hanenin Gelir Düzeyine Göre 88
Şekil 42: Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Oranı: 2003-2008 95

KISALTMALAR

ABD $	Amerika Birleşik Devletleri Doları
BAĞ-KUR	Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
BUT	Bütçe Uygulama Talimatı
ÇSGB	Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
ES	Emekli Sandığı
GSS	Genel Sağlık Sigortası
GSYİH	Gayrisafi Yurtiçi Hasıla
IMF	Uluslararası Para Fonu (International Monetary Foundation)
OECD	Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı (Organization for Economic Cooperation and Development)
SB	Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı
SB SGB	Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SGP	Satın Alma Gücü Paritesi
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
SUT	Sağlık Uygulama Tebliği
SYDTF	Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
T.C.	Türkiye Cumhuriyeti
TL	Türk Lirası
TUSAK	Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Türkiye Sağlık Kurumu
TÜFE	Tüketici Fiyat Endeksi
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
TÜSİAD	Türk Sanayicileri ve İşadamları Derneği

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) üyesi olan Türkiye, 1978'de temeli atılan "Herkese Sağlık Hedefleri ve Stratejileri"nin güncellenmesi ve 21. yy. hedeflerinin belirlenmesinde aktif rol almıştır. Ayrıca, 1998'de DSÖ Avrupa Bölge Komitesi tarafından kabul edilen "21. yüzyılda 21 Hedef"i benimsemiştir. Türkiye bu hedefler doğrultusunda, Avrupa Birliği Sağlık Mevzuatına uyum sağlamayı amaçlayan stratejik planlamasını 2001'de gerçekleştirmiş, 2003 yılında da "Sağlıkta Dönüşüm Programı"nı (SDP) uygulamaya başlamıştır (Sağlık Bakanlığı, 2007). Sağlıkta dönüşümün amacı, kaliteli ve çağdaş sağlık hizmetlerini adil ve hakkaniyetli bir şekilde halka sunan, yüksek sağlık giderlerine karşı etkin mali koruma sağlayan ve finansal olarak sürdürülebilir bir sistem kurmaktır. Bu hedefler doğrultusunda 2003-2010 döneminde, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı alanında önemli reformlar yapılmıştır; süreç halen devam etmektedir.

Bu çalışmanın amacı, Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesi ve sonrasında sağlık sistemindeki uygulamaları, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı açısından değerlendirerek, sağlık harcamalarının bu süreçteki gelişimini incelemektir. Çalışmamız, aynı zamanda Türkiye'deki sağlık harcamalarını ve sağlık durumu göstergelerini uluslararası kontekst içerisinde değerlendirmiştir. Türkiye, Dünya Bankası gruplandırmasına göre üst-orta gelir düzeyindeki bir ülkedir. Ülkemiz, ekonomik durumundaki benzerliklerin yanı sıra, üst-orta gelir düzeyindeki ülkelerle benzer demografik özellikler de göstermektedir. Dolayısıyla, uluslararası kontekst düşünülürken, üst-orta gelirli ülkeler göz önünde bulundurulmuştur.

Çalışmamız şu şekilde organize edilmiştir: İlk olarak, Birinci Bölüm'de, cumhuriyetimizin ilanından günümüze sağlık politikalarımızın tarihi gelişimi sunulmuş olup, SDP çerçevesinde gerçekleştirilen reformlar kronolojik olarak sıralanıp, değerlendirilmiş ve planlanmakta olan yeni uygulamalara yer verilmiştir. Bölüm 2'de, sağlık hizmetleri sunumu SDP öncesi ve sonrasıyla sistemik olarak incelenmiş; kamu ve özel hastanelerin sayılarının ve yatak kapasitelerinin gelişimi değerlendirilmiştir. Bölüm 3'de, sağlık hizmetleri finansmanı mercek altına alınmış, SDP öncesi Sosyal Güvenlik Uygulamaları, Genel Sağlık Sigortası (GSS) Sistemi ve SDP ile

sağlık hizmetleri finansmanında Sağlık Bakanlığının rolüne yer verilmiştir. Bölüm 4'de, Türkiye'deki sağlık harcamaları detaylı olarak analiz edilmiştir. Öncelikle, Türkiye'deki sağlık harcamaları ve GSYİH arasındaki ilişki, uluslararası kontekst içerisinde değerlendirilmiştir. Sonrasında, Türkiye'deki toplam sağlık harcamalarının kompozisyonu sunularak, üst-orta gelirli ülkelerle karşılaştırılmıştır. Bölüm sonunda da, Sosyal Güvenlik Kurumlarının sağlık harcamaları ve Sağlık Bakanlığının harcamaları ve kaynakları detaylı bir şekilde incelenmiştir. Bölüm 5'de, sağlık harcamalarının sonuçları, sağlık durumu göstergelerine göre değerlendirilmiştir. Bu bölümde, Türkiye'nin temel sağlık göstergeleri, sağlık durumu belirleyicileri ve sağlık hizmet sunumu, üst-orta gelir düzeyindeki ülkelerdekilerle karşılaştırılarak incelenmiştir. Bölüm 6'da, SDP öncesi dönemde, Türkiye'de gerçekleşen cepten sağlık harcamalarının mali yükü ileri analizi yapılmıştır. Elde edilen sonuçlar, Dünya Bankası uzmanlarınca yapılan SDP sonrası sağlık harcamalarının mali yükü analizi ile karşılaştırılarak sistemin, bu hususta performansı incelenmiştir. Sonuç bölümünde, çalışmamızın genel sonuçları yer almaktadır.

BİRİNCİ BÖLÜM
TÜRK SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN VE SAĞLIK POLİTİKALARININ GELİŞİMİ

1.1. Sağlık Bakanlığının Kuruluşundan Günümüze Sağlık Politikaları

Sağlık Bakanlığı, 1920'de Türkiye Büyük Millet Meclisinin açılışının hemen ardından kurulmuştur. 1920-1923 döneminde, İstiklal Savaşı yaralarının kapatılması için büyük çabalar sarf etmenin yanı sıra, mevzuat geliştirme çalışmaları yapılmıştır. 38 sayılı Tababet-i Adliye Kanunu (1920) bu dönemde çıkmıştır.

Cumhuriyetin ilk Sağlık Bakanı olan Dr. Refik Saydam döneminde (1923-1937), sağlık sektörüyle ilgili temel kanunlar çıkarılmıştır. 992 sayılı Bakteriyoloji ve Kimya Laboratuarları Kanunu (1927), 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatların Tarz-ı İcrasına Dair Kanun (1928), 1962 sayılı İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu (1928), 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (1930), 3017 sayılı Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti Teşkilat ve Memurin Kanunu (1936) ve 3153 sayılı Radyoloji Radyum ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun (1937) bu dönemde yapılmış olup, çeşitli değişikliklere uğramalarına rağmen, günümüz kanunları arasındaki yerlerini korumaktadırlar. Bu kanunlarla Sağlık Bakanlığının; ülkede sağlık programlarının planlanması, örgütlenmesi ve uygulanmasındaki yetki, görev ve işlevi net bir şekilde belirlenmiştir.

Koruyucu halk sağlığı hizmetlerine önem verilerek, bulaşıcı hastalıklarla (sıtma, verem, cüzzam, tüberküloz gibi) mücadele programları uygulanmış ve sağlık hizmetlerinde "geniş bölgede tek amaçlı hizmet/dikey örgütlenme" modeli benimsenmiştir. Birçok ilçede muayene ve tedavi merkezleri kurulmuş, hekimlerin serbest çalışmaları yasaklanmıştır. Adana, Ankara, Diyarbakır, Erzurum, İstanbul ve Sivas'ta tam teşekküllü nümune hastaneleri açılmıştır.

1938-1960 periyodunda, nüfusa esaslı entegre sağlık hizmetleri sunan sağlık merkezlerinin sayısı artırılmış ve hastanelerin yönetimi yerel

yönetimlerden Sağlık Bakanlığına devredilmiştir. Bu dönemde ayrıca, sivil toplum örgütleri ve bazı tıp mesleklerinin hukuki altyapıları oluşturulmuştur. 3958 sayılı Optisyenlik ve Optisyenler Kanunu (1940), 6023 sayılı Türk Tabipler Birliği Kanunu (1953), 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Kanunu (1953) ve 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu (1954) bu dönemde çıkmıştır. Sosyal güvenlik alanında da önemli gelişmeler gerçekleşmiştir. Sosyal sigorta kolları ile ilgili ilk Kanun (4772 sayılı İş Kazaları, Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortaları Kanunu), 1945 yılında uygulanmaya başlamıştır. 4792 sayılı İşçi Sigortaları Kurumu Kanunu (1945) çıkarılarak, özel sektörde çalışan işçilere ve kamu sektöründeki mavi yakalılara sağlık sigortası sağlamak üzere, İşçi Sigortaları Kurumu (Sosyal Sigortalar Kurumu) (1946) kurulmuştur. 1952 yılından itibaren sigortalı işçiler için sağlık kuruluşları ve hastaneler açılmaya başlanmıştır. 5434 sayılı T.C. Emekli Sandığı Kanunu 1950 yılında yürürlüğe konmuştur.

1961-1980 dönemi, 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleşmesi Kanunu'nun (1961) hayata geçirildiği bir süreçtir. Bu süreçte sağlık hizmetlerinin yaygın, sürekli, entegre ve halkın ihtiyaçları doğrultusunda sunulması amaçlanmıştır. Ulusal sağlık hizmetlerinin sunumunda kademeli, il içinde bütünleşmiş bir yapı anlayışı kabul görmüş ve sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri biçiminde bir yapılanma gerçekleşmiştir. 1963 yılında, ilk beş yıllık kalkınma planında sağlığa da yer verilmiş ve sektöre ilişkin hedefler; koruyucu sağlık hizmetlerini geliştirmek, yaygınlaştırmak ve SB aracılığıyla sunmak, sağlık personelinin dengeli bir şekilde dağılımını sağlamak, döner sermaye sistemini devlet hastanelerine uygulamak, yerli ilaç endüstrisini güçlendirmek ve özel hastanelerin kurulmasını desteklemek olarak belirlenmiştir.

Ancak Ekim 2008'de yürürlüğe konabilen Genel Sağlık Sigortası (GSS) da, ilk kez bu dönemde gündeme gelmiştir. 1967'de Genel Sağlık Sigortası Kanun Taslağı hazırlanmış, ama Bakanlar Kuruluna sunulamamıştır. 1969 yılında İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı ile Genel Sağlık Sigortası tekrar gündeme gelmiş, fakat taslak Kanun, Türkiye Büyük Millet Meclisince kabul edilmemiştir. 1974'de Meclise tekrar sunulmasına rağmen taslak üzerinde görüşülememiştir. 1978'de sağlık personelinin tam süre çalışmasına dair Kanun çıkarılmış ve doktorların özel muayenehane açması yasaklanmıştır, fakat ilgili Kanun 1980'de üst mahkemece kaldırılmıştır.

1980-2002 döneminde, vatandaşların sosyal sigorta ve sağlık hizmetleri erişimine ilişkin çok önemli anayasal haklar tesis edilmiş ve sağlık sektörüyle ilgili reform çalışmaları yapılmıştır. Fakat maalesef ki bu reformlar, istenildiği ölçüde hayata geçirilememiştir. 1982 Anayasası, tüm vatandaşların sosyal güvenlik hakkını tanır ve sağlanmasının devletin sorumluluğu altında olduğunu belirtir (Madde 60). Bunlar 1961 Anayasasına paralel ifadelerdir. Ayrıca, 1982 Anayasasında "Genel Sağlık Sigortası" kurulabileceğine dair bir hüküm ifade edilmektedir (Madde 56). Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu (1987) ile sağlık hizmetlerinde hakkaniyet ve bu hizmetlere erişimin sağlanması amaçlanmıştır. Fakat bu Kanunla ilgili düzenlemeler uygulamaya konmamıştır. 1986 yılında Bağ-Kur (esnaf ve sanatkârlar ile bağımsız çalışanlara yönelik sosyal sigorta kurumu), 1479 sayılı Bağ-Kur Kanunu'na ek 3235 sayılı Kanunla sigortalılarına sağlık sigortası yardımlarını kademeli olarak sağlamaya başlamıştır. Uygulama, 1989-1999 yılları arasında tüm yurtta yaygınlaştırılmıştır.

1990 yılında Devlet Planlama Teşkilatı (DPT), sağlık sektörü hakkında mastır plan oluşturmuştur. Bu plan, sağlık reformlarının değerlendirildiği bir süreci doğurmuştur. Bu kapsamda, 1992 ve 1993 yıllarında birinci ve ikinci Ulusal Sağlık Kongreleri gerçekleşmiştir. 1992 yılında 3861 sayılı Kanunla "Yeşil Kart" programı başlatılmıştır. Yeşil Kart uygulaması ile sağlık hizmetlerini karşılama gücü olmayan veya çok kısıtlı olan düşük gelirlilere, kamu tarafından ücretsiz sağlık bakım hizmetleri sunulması sağlanmıştır.

1990'larda yürütülen sağlık reformu çalışmaları şu ana başlıkları içermektedir: Genel sağlık sigortasının kurulması ve sosyal güvenlik kurumlarının tek şemsiye altında toplanması, hizmet sunma ile finansman sağlama fonksiyonlarının birbirlerinden ayrılması, sağlık hizmetlerini planlama ve denetleme görevlerinin etkin bir şekilde gerçekleştirebilmesi için Sağlık Bakanlığında yeniden yapılanmaya gidilmesi, hastanelere özerklik verilmesi, koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi ve birinci basamak hizmetlerinin Aile Hekimliği çerçevesinde geliştirilmesi.

2002 yılı Kasım seçimlerinin hemen ardından hükümetin ilan ettiği "Acil Eylem Planı"nda "Herkese Sağlık" başlığıyla sağlık alanında yıllardır hazırlıkları yapılan fakat uygulamaya konulamayan reformların temel prensipleri belirlenmiş ve bir takvime bağlanmıştır. 2003 yılında Sağlık

Bakanlığı, "Sağlıkta Dönüşüm Programı"nı (SDP) uygulamaya başlamıştır (Akdağ (2007) (a), TUSAK (2007) ve TÜSİAD (2004)).

SDP reformları günümüzde halen devam etmektedir. Bölüm 1.2.'de SDP'nin amaçları ve hayata geçirilen reformlar sunulmaktadır.

1.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) Çerçevesinde Gerçekleştirilen Reformlar

Sağlıkta dönüşümün amacı; kaliteli ve çağdaş sağlık hizmetlerini adil ve hakkaniyetli bir şekilde halka sunan, yüksek sağlık giderlerine karşı etkin mali koruma sağlayan ve finansal olarak sürdürülebilir bir sistem kurmaktır. SDP'nin temel hedefleri şöyle özetlenebilir:

a) Sağlık Bakanlığının idari ve işlevsel bakımdan yeniden yapılandırılması ve sağlık sektöründe merkezi planlayıcı ve denetleyici otorite (stewardship) rolünü üstlenmesi,

b) Yaygın, erişimi kolay, hasta memnuniyeti odaklı ve kaynakları daha etkili kullanabilen bir sağlık sisteminin oluşturulması,

c) Bu sistemin kurulabilmesi için temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, Aile Hekimliği sistemine geçilerek etkili ve kademeli bir sevk zinciri uygulamasına başlanması, sağlık işletmelerinin idari ve mali özerkliğe kavuşturulması,

d) Etkili bilgiye erişim için internet ve bilişim teknolojilerinin, sağlık bilgi sisteminde kullanılması (e-sağlık),

e) SDP sürecinin hayata geçirilmesini destekleyecek, tüm nüfusu kapsayan genel bir sağlık sigortası sisteminin kurulması.

Bölüm 3.1.'de detaylarıyla incelendiği gibi; SDP öncesinde, nüfusun değişik katmanlarının tabi olduğu kamu sağlık sigortaları uygulamaları arasında, finansal katkı sağlama metodu, sağlanan olanaklar ve hizmet sunucularına erişim, gelire göre tahakkuk ettirdikleri primler, kabul ettikleri harcama tutarı ve sağladıkları finansal koruma bakımından ciddi farklılıklar vardı. Genel Sağlık Sigortası (GSS) ile sağlık sigortası alanında yaşanan karmaşanın önüne geçilerek, uygulamada standartların ve norm birliğinin sağlandığı bir sistemin kurulması amaçlanmıştır. Mayıs 2006'da 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu kabul edilmiş, fakat Kanunun hayata geçirilmesi Aralık 2006'da çeşitli itirazlar yüzünden

aksamıştır. Nihayetinde, Nisan 2008'de 5754 sayılı "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun" kabul edilerek, Mayıs 2008'de yürürlüğe konmuştur. GSS uygulamasına Ekim 2008'de geçilmiştir. Bu süreçte gerekli kurumsal ve yasal altyapı oluşturulması için Sağlık, Maliye, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlıkları ve diğer ilgili bakanlık ve kurumlar işbirliğinde bulunmuştur.

2003-2010 döneminde SDP çerçevesinde gerçekleştirilen reformlar ve önemli gelişmeler şöyle sıralanabilir (OECD (2009), TEPAV (2008) ve kendi araştırmamız):[1]

2003

Nisan-Sağlık Bakanlığına bağlı 10 hastanede pilot uygulama olarak Performansa Dayalı Ödeme Sistemine geçildi.

Eylül-Devlet Memuru/Emekli Sandığı üyelerine, sevksiz özel hastanelere başvuru imkânı getirildi.

2004

Ocak-Devlet hastanelerinde sağlık çalışanlarına performansa göre ödeme sistemi yaygınlaştırıldı.

Ocak-Sağlık Bakanlığı-SSK Sağlık Tesislerinin ortak kullanımı protokolü yürürlüğe girdi.

Mart-Reçeteli ilaçlarda KDV %18'den %8'e indirildi.

Nisan-İlaç Fiyat Kararnamesi ile sosyal güvenlik kuruluşlarının farklı geri ödeme sistemlerini ortadan kaldıracak referans fiyat sistemi getirildi.[2]

Temmuz-Yeşil Kartlıların ayakta tedavi masraflarını kapsam altına alan 5222 sayılı Kanun yayınlanmış ancak Sağlık Bakanlığının belirlediği 3 pilot ilde uygulanmıştır.

[1] SDP öncesinde sistemdeki uygulamaların değişimi hakkında, dönemin Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı Murat Başesgioğlu'nun (2007) açıkladığı Tebliğ, Bölüm 1.3.'de sunulmaktadır.

[2] Bu sistem ile ilaç fiyatlarını belirlerken en az 5, en fazla 10 AB üyesi ülke takip edilmekte ve bu ülkelerdeki en ucuz fiyat Türkiye'deki ilaç fiyatları için referans alınmaktadır. Sistemle, geri ödeme kurumlarına en ucuz eşdeğer ilacın %22 fazlasına kadar geri ödeme yapma zorunluluğu getirilmiştir.

2005

Ocak-Yeşil Kartlılar bütün serbest eczanelerden hizmet alabilmeye başladı. Türkiye genelinde Yeşil Kartlıların ayakta tedavi masrafları kapsam altına alındı.[3]

Ocak-Sağlık hizmetlerinde ve reçetesiz ilaçlarda da KDV %18'den %8'e indirildi.

Şubat-SSK sağlık tesislerini SB'ye devretti, SSK'lılara tüm SB hastanelerine ve serbest eczanelere erişim hakkı tanındı.

Şubat-Kamu ilaç ödemelerinde pozitif listeye geçildi.

Mayıs-Ayakta tedavi gören Yeşil Kart sahibi hastaların, ilaçlarını katkı payı ödeyerek almalarına imkân sağlandı.

Haziran-Avrupa Birliği mevzuatına uyum çerçevesinde hazırlanan "Ruhsatlandırma Yönetmeliği"nin yürürlüğe girmesi ile ilaç ruhsatlarının süresi 5 yıl olarak belirlendi.

Temmuz-Eşdeğer ilaç uygulaması 77 etkin maddeden 333 gruba genişletildi.

Eylül-İlk Aile Hekimliği uygulamasına Düzce'de başlandı.

2006

Ocak-Tüm geri ödeme kurumlarının, ilaç ödemelerinde uygulayacağı tek pozitif liste uygulaması başlatıldı.

Mayıs-5502 sayılı Kanun yürürlüğe girerek SGK kuruldu; böylece SSK, Bağ-Kur ve ES aynı çatı altında toplandı.

Temmuz/Aralık-Aile Hekimliği uygulamalarına 5 il daha dahil edildi.

2007

Ocak/Mart-Aile Hekimliğine 4 il daha dahil edildi.

Haziran-SGK'nın yayınladığı Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) uygulamaya kondu.

[3] Ayakta tedavi kapsamında muayene, tetkik, tahlil, pansuman, diş çekimi, diş protez, gözlük hizmetleri ve ilaç bedellerinin ödenmesi, doğum/analık sağlık yardımları ve 90 günün aşılmaması kaydıyla acil tedavi giderleri bulunmaktadır.

Temmuz-Birinci basamak hizmetleri için global bütçe uygulamasına geçilerek, tüm vatandaşlara (sigortasızlar da dahil) birinci basamak hizmetleri ücretsiz oldu.

2008

Ocak-Yatarak tedavilerde ilaçların ve diğer tıbbi malzemenin hastane tarafından temini zorunlu hale getirildi.

Nisan-GSS 5754 sayılı "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun" kabul edildi.

Temmuz-SGK ile anlaşan özel hastanelere, SUT fiyatı üzerine en fazla %30 fark alabilme sınırı getirildi; kanser tedavisi, acil ve yoğun bakım ücretsiz oldu.

Ekim-GSS sistemi yürürlüğe kondu.

2009

Ocak-SB hastaneleri için global bütçe uygulamasına başlandı.

Aralık-Kamu personelinin GSS kapsamına alınması hakkında Tebliğ 27436 sayılı Resmi Gazete'de açıklandı. 15/01/2010 tarihinden itibaren ilgili kayıt ve işlemlerin Sosyal Güvenlik Kurumuna devir alınması kararı alındı.

2010

Ocak-Kamu personeli GSS kapsamına alındı.

Ocak-Üniversite ve sağlık personelinin tam gün çalışmasını öngören ve "Tam Gün" olarak bilinen yasa tasarısı, TBMM Genel Kurulunda kabul edilerek, kanunlaştı.

Ocak-SGK, hastadan aldıkları fark ücretini belirlemek için anlaşmalı olduğu özel hastaneleri sınıflandırdı.

Haziran-5997 sayılı Kanunla Yeşil Kart uygulamasının 01/01/2012 tarihine kadar yürürlükte kalması düzenlendi.[4]

[4] Buna göre, 5510 sayılı Kanunun 60. maddesi birinci fıkrasının (c.1) alt bendi bu tarihe kadar uygulanmayacaktır (Yeşil Kart verilen ve verilecek kişiler durumlarında değişiklik olmaması kaydıyla başka bir işleme gerek kalmaksızın 5510 sayılı

2003-2010 döneminde, SDP reformlarının çok önemli adımları gerçekleştirilmiştir. SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığına devredilmesiyle, sağlık hizmet sunumu ve finansmanı birbirinden ayrılırken, SSK'lıların tüm kamu sağlık tesislerine ulaşımı sağlanmıştır. Sağlık hizmetlerine erişimde eşitliğin sağlanmasına önem verilerek, Yeşil Kart uygulaması kapsamına ayakta tedavi hizmetleri katılmış, SSK ve Yeşil Kartlıların tüm serbest eczanelerden ilaç teminine izin verilmiştir.

Sağlık hizmetlerine erişim eşitliğinin sağlık hizmet talebini artırmasına karşın, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde Performansa Dayalı Ödeme Sistemine geçilerek, sağlık hizmeti arzında önemli verimlilik artışı sağlanmıştır. SDP, sağlık hizmet üretiminin arz ve talep yönlü artmasıyla sağlık harcamalarındaki artışı dengede tutacak ve sağlığa ayrılan kaynakların etkili kullanımını sağlayacak uygulamaları hayata geçirmiştir. GSS'nin sağlık sigortası alanında standart ve norm birliği oluşturmasıyla geri ödemede kural belirleme gücü, SDP'nin önemli bir dinamosudur. Ayrıca koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilerek, Aile Hekimliği sisteminin oluşturulması, akılcı ilaç kullanımı ve referans ilaç uygulaması, sağlık harcamalarının etkili bir şekilde gerçekleşmesi ve tasarruf sağlanması amacıyla tasarlanmıştır. SDP reformlarının, ülkenin sağlık indikatörleri üzerinde olumlu etkileri yanında, verimli bir hizmet sunumu performansıyla, sağlık harcamalarındaki artışı dengede tutan birim maliyetleri düşürücü etkileri beklenmektedir.

Belirtmek gerekir ki, reformların hayata geçirilmesinde bazı aksaklıklar olmuştur. Mesela, yetersiz hekim sayısı yüzünden henüz sevk sistemi uygulamasına geçilememiştir. GSS ile tüm nüfusun kapsanması amaçlanırken, aktif devlet memurları 2010 yılında kapsama alınmıştır ve henüz Yeşil Kartlılar GSS kapsamında değildir. SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığına devri ile hizmet finansmanı ve sunumu birbirinden ayrılmaya çalışılırken, Yeşil Kart programı ile Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetlerinin finansmanında da yer almaktadır.

Ayrıca, özel sektöre uygulanan teşvikler (özel sektörün ekstra faturalandırmasına izin verilmesi, kamu hastanelerinin outsourcing yoluyla teşhis/tanı hizmetlerini özel sektörden satın alması, özel sektör sağlık

---

Kanunun 60. maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (1) numaralı alt bendi kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılır).

hizmetlerine erişimin artması), özel hastane sayısının ve bu kurumlara yapılan ödemelerin beklentilerin üstünde artmasına sebep olmuştur. Bu durumla baş edebilmek için özel sektöre kısıtlamalar getirilmiştir. Temmuz 2008'de SGK ile anlaşan özel hastanelere SUT fiyatı üzerine en fazla %30 fark alabilme hakkı tanınmıştır. Üstelik özel sektörün doktorlara uyguladığı yüksek ücret politikası, kamu sektöründe sayısal olarak yetersiz sağlık personeli sorununu derinleştirmiştir. Sağlık Bakanlığı, doktorların kamu hastanelerinde çalışmasını teşvik için, performans ödemelerine tam zamanlı çalışma parametresini koymuştur. Kamu hastanelerinde tam zamanlı uygulamasına geçiş yasa tasarısı, Haziran 2009'da hazırlanmıştır. 2010'da Tam Gün Yasası Mecliste kabul edilmiştir.

2010 yılında SGK, hastadan aldıkları fark ücretini belirlemek için anlaşmalı olduğu özel hastaneleri sınıflandırmıştır. SGK ve Sağlık Bakanlığının belirlediği kriterlere (hizmet kalitesi, çeşitliliği ve yatak kapasitesi) göre A, B, C, D ve E grubuna ayrılan hastanelerin hastadan alacakları fark ücreti de sınıfına göre belirlenecek; A sınıfı hastane hastadan en fazla %70, E sınıfı hastane hastadan en fazla %30 fark ücreti alabilecekti. Fakat, SGK Ocak ayı sonunda "algı yanılması" oluşturduğu için tepki gören A'dan E'ye sınıflandırmayı kaldırarak, yerine alacakları fark ücretine göre sınıflandırmayı getirdi. Yeni listelerde özel hastaneler A'dan E'ye gruplar yerine, alacakları fark ücretleri üzerinden değerlendirildi. Yani hastaneler, alacakları %70 ile %30 arasında değişen fark ücretlerine göre sınıflandırıldı. Bu uygulamaya göre hastaneler yılda bir kez puanlanacak ve denetimden gelen sonuçlara göre hizmet kalitesini düşüren özel hastane daha az ücret farkı alabilecektir.[5]

SDP'nin kamu sağlık hizmetleri sunumunda köklü değişim sağlayacak reformlarından biri, Kamu Hastaneler Birliği Kanunu'dur. Sağlık Bakanlığı "Kamu Hastaneler Birliği Kanun Tasarısı"nı hazırlamış ve Mart 2007'de TBMM'ye sunmuştur. Şu anda Plan ve Bütçe Komisyonunda değerlendirilmekte olan kanun tasarısına göre, tüm illerde birer Hastane Birliği kurulacaktır. Hastane Birlikleri İstanbul'da 5, Ankara ve İzmir'de 2'şer bölgede ayrı ayrı kurulacaktır. Birlikler, yönetim kurulu, genel

[5] Hastaneleri puanlamak için SGK ve Sağlık Bakanlığını temsilen ikişer, Türkiye Odalar ve Borsalar Birliğini temsilen ise bir kişi olmak üzere beş üyeden oluşan bir komisyon oluşturuldu. Bundan sonraki süreçte de bu komisyon hastaneleri sıkı bir kontrolden geçirerek habersiz denetimler yapabilecektir.

sekreterlik ve hastane yöneticiliklerinden oluşacaktır. Birliğin en üst karar organı olan Yönetim Kurulu; il genel meclisinden bir üye, il genel meclisi tarafından belirlenecek yeminli mali müşavir veya serbest muhasebeci mali müşavir bir üye, vali tarafından belirlenecek bir üye, Bakanlıkça belirlenecek iki üye, ticaret ve sanayi odası tarafından belirlenecek bir üye, il sağlık müdürü veya aynı ilde birden fazla birlik bulunması halinde Bakanlıkça belirlenecek il sağlık müdür yardımcılarından birinden oluşacaktır. Birliklerin yönetici personeli sözleşmeli olarak çalıştırılacaktır. Birliklerin görevi; bölgelerinde hizmetlerin etkin, kolay ulaşılabilir, kaliteli, verimli ve halkın ihtiyaçlarına uygun bir şekilde yürütülmesini sağlamaktır. Birliğe dönüştürülen kurumlar performans değerlendirmesine tabi tutulacak, Sağlık Bakanlığı tarafından hizmet altyapısı, kalite, verimlilik ve hasta memnuniyeti gibi konularda puan verilecektir. Sağlık Bakanlığı, başarısızlık halinde hastane yönetimlerine el koyarak, yönetim kurulu üyelerinin görevlerine son verebilecektir.

Ülkemizde en büyük sağlık hizmeti alıcısının kamu olması ve kamu kurumları bütçelerinin kısıtlı olması nedeniyle finansmanın etkin ve verimli kullanılmasını sağlamak, Sağlık Bakanlığının temel görevlerindendir. Sağlık işletmelerinde etkin ve verimli bir finansal yönetim ise, tüm sağlık sektörü harcamalarının ve dolayısıyla halkın vergilerinin etkin ve verimli bir şekilde kullanılmasında kritik önemdedir. Kamu hastane birlikleri uygulamasındaki amaç, hastanelerin, kendi kaynaklarından sorumlu birlikler haline dönüştürülerek, kaynakların etkin ve verimli kullanılmasının yanı sıra, Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanacak performans değerlendirmeleriyle de kaliteli sağlık hizmetleri sunmalarının sağlanmasıdır.

1.3. SDP Öncesindeki Sistemde Var Olan Uygulamaların Değişimi

GSS'nin uygulama tarihinin 2008'e ertelenmesine rağmen, SGK'nın hayata geçirilmesi ile yasal düzenlemeye gerek olmayan bazı uygulamaların yürürlüğe konması 15/06/2007'de SUT ile sağlanmıştır. Bu dönemde GSS kapsamında olup da hayata geçirilen uygulamaları ve de eski sistemle karşılaştırılmasını aşağıda maddeler halinde sunuyoruz (Başesgioğlu, 2007):

1) SSK ve Bağ-Kur'lulara, anlaşmalı üniversite hastanelerine doğrudan müracaat edebilme imkânı sağlanmıştır. Eski uygulamada bu hak sadece ES sigortalılarına tanınıyordu. SSK'lılar devlet hastanelerinden sevk

alarak müracaat ediyor, Bağ-Kur'lular ise üniversite hastanelerindeki tedavi giderlerini kendileri karşılayıp sonra Bağ-Kur'dan talep ediyorlardı. Geri ödemede çıkan fark ise hasta tarafından cepten karşılanmış oluyordu. Ayrıca SUT ile tüm sigortalılara, sözleşmeli özel sağlık tesislerine ayakta ve yatarak tedavilerde doğrudan müracaat edebilmeleri imkânı sağlandı.

2) Eski uygulamada SSK'lılar sağlık tesislerine vizite kağıdı, sağlık karnesi ve resmi kimlik belgesi sunmak zorundayken, yeni düzenlemeyle bu belgelerden sadece biri yeterli olmaktadır.

3) Yatarak tedavilerde ilaçların ve diğer tıbbi malzemenin hastane tarafından temini şart kılınmıştır. Ayrıca zorunlu olarak temin ettirilen tıbbi malzeme ücretlerinin tamamı hastaya geri ödenecektir. Eski uygulamada hastane eczanesinde bulunmayan ilaçlar, reçete ile serbest eczanelerden hasta veya yakınları tarafından temin edilmekteydi. Ayrıca hastanın temin ettiği tıbbi malzemelerin ödenmesinde BUT fiyatlandırmasına göre fark çıkması halinde, bu miktar hasta tarafından cepten karşılanmaktaydı.

4) Uzun süre ilaç kullanılması zorunlu hastalıklarda rapor ve reçete, sadece bir kez düzenlenecek ve iki yıl boyunca hastalar, doğrudan eczaneye giderek üçer aylık miktarlarda ilaçlarını alabilecektir. Eski uygulamada hastalar, her üç ayda bir sağlık tesisine giderek, yeniden reçete yazdırmak sureti ile ilaçlarını eczanelerden alabiliyordu.

5) Yeni uygulama ile sağlık tesisleri tetkik ve tahlil için dışarıya sevk yapmayacaktır. Hastaneler, özel merkezlerden hizmet alarak tüm tetkik ve tahlilleri yapacaklardır. Eski uygulamada sağlık tesislerinde yapılamayan tetkik ve tahliller için hastalar, özel merkezlere sevk ediliyordu. SSK'lılar sadece sözleşmeli merkezlere gitmek zorundayken Bağ-Kur'lular, özel merkezlere gittiklerinde tetkik veya tahlil bedellerini kendileri ödeyip, daha sonra geri ödeme talep ediyorlardı. Bu şekilde oluşabilecek ücret farkını Bağ-Kur'lu cepten karşılıyordu.

6) SUT ile SSK'lılar da, Bağ-Kur ve ES sigortalıları gibi, tüm diş tedavileri için devlet hastaneleri ve sözleşmeli üniversite hastanelerinden sevk alarak, özel muayenehanelere ve özel sağlık tesislerine gidebileceklerdir. Eski uygulamada SSK, sadece protez için özele sevk yapıyordu. SUT ile özürlülere, özel muayenehanelere ve özel sağlık tesislerine doğrudan gitme hakkı tanınmıştır.

7) Bütün sigortalıların şehir içi ve dışı ambulans bedelleri sigorta kapsamına alınmıştır. Eski uygulamada, ES sigortalıları için bu hizmet sağlanırken, SSK'lılar şehir dışı için ödeme yapmak zorundaydı. Bağ-Kur'da ise ambulans bedelleri ödenmiyordu.

8) Elektronik ortamda hastanın durumu, hasta için yapılan ödemeler ve fatura takibi sistemine (MEDULA) geçilmiştir. Eski sistemde sadece kişinin hak sahipliği sorgulaması elektronik ortamda yapılabilmekteydi.

İKİNCİ BÖLÜM
SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU

2.1. SDP Öncesinde Sağlık Hizmetleri Sunumu

SDP reformlarından önce sağlık hizmetleri sunumunda, karmaşık ve parçalı bir yapı vardı. Üç tane ana kamu hizmet sunucusu bulunmaktaydı: Sağlık Bakanlığı (SB), Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) ve üniversiteler. Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetlerinin en büyük sunucusu olarak birinci, ikinci ve üçüncü basamak hizmetlerini, kendisine bağlı sağlık tesisleri ve hastaneler aracılığıyla vermektedir ve de koruyucu sağlık hizmetlerinin tek sağlayıcısıdır. 2002'de Sağlık Bakanlığına bağlı 654 hastane, tüm hastanelerin %57'sini ve toplam hastane yatak sayısının %50'sini oluşturmaktaydı. SSK, kendisine bağlı 120 hastane ve diğer sağlık tesisleriyle sağlık bakımı hizmeti sunmaktaydı. Üniversite hastaneleri (50 üniversite hastanesi) az sayıda olmalarına rağmen üçüncü basamak hizmetlerinin ana sunucularıdır. Özel sektör 241 hastane ile toplam hastanelerin %23'ünü oluşturmaktadır. Fakat özel sektör, tüm hastane yataklarının sadece %8'ine sahiptir (SB 2008 İstatistikleri). Özel sektörün sağlık sunumu sistemine ana katkısı, ayakta hasta klinikleri yoluyla olmuştur. Doktorlara, kamu tesislerinde ve kendi özel kliniklerinde yarı zamanlı çalışma izni verilmiştir.

2.2. SDP ile Sağlık Hizmetleri Sunumu

2002-2008 döneminde SDP reformları, sağlık hizmetleri sunumunda önemli değişikliklere imza atmıştır. SSK sağlık tesisleri, Sağlık Bakanlığına transfer edilerek, sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanı birbirinden ayrılmıştır. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi uygulamasına geçilmiş ve Sağlık Bakanlığı hastanelerine, döner sermaye gelirlerini kullanma, satın alma ve yatırım ile ilgili kararlarda daha fazla otonomi sağlanmıştır. Sağlık bilgi sistemleri geliştirilmiştir.

SDP sürecinde özel sektörün rolü artmıştır. Kamu hastaneleri, verimliliklerini artırmak, tıbbı hizmetler üzerine yoğunlaşabilmek için altyapı hizmetlerini (bilgi teknolojileri, güvenlik, temizlik, lojistik, yemek gibi), özel firmalardan hizmet alımı yoluyla temin yoluna gitmişlerdir. Ayrıca kamu hastanelerinin, teknolojideki en son yeniliklerden

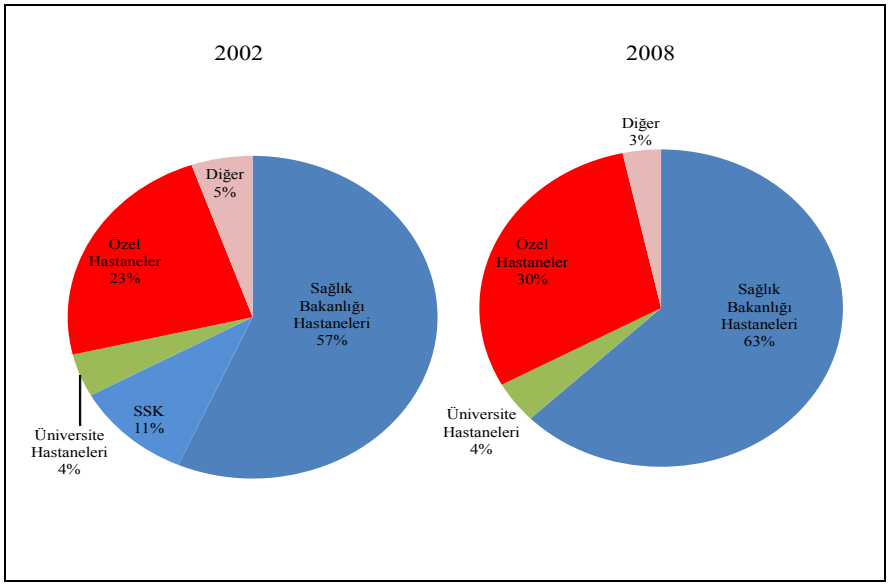
yararlanmak, kaliteli sağlık hizmeti üretmek ve sunmak için özel sağlık kurumlarından teşhis/tanı hizmetleri satın alması yaygınlaşmıştır. SDP politikalarıyla özel sağlık kurumlarına erişim kolaylaşmıştır. SGK, ayakta ve yatan hasta hizmetleri sunumu için özel kurumlarla sözleşmeler yapmıştır. Bu teşviklerle özel hastane sayısı yüksek artış göstermiş ve hastane sektörünün dinamikleri değişmiştir. Şu anda yaklaşık 1.000 özel kurumun Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşmesi bulunmaktadır ki bunların 350 tanesi özel hastanedir (OECD, 2009).

Tablo 1'de hastane ve yatak sayıları ile bunların 2002-2008 dönemindeki yüzdelik değişimi analiz edilmiştir. Şekil 1'de hastane sayılarının, Şekil 2'de hastane yataklarının yüzdelik dağılımı 2008 senesi için 2002 ile karşılaştırmalı olarak sunulmuştur. Buna göre SSK hastanelerinin devri ile Sağlık Bakanlığı hastanelerinin toplam hastane sayısındaki payı 2002 yılında %57 iken, 2008'de %63'e yükselmiştir. Buna paralel olarak Sağlık Bakanlığı hastanelerinin toplam yatak sayısındaki payı, %50'den %63'e çıkmıştır. Fakat, hastane ve yatak sayısındaki en büyük artış özel sektörde gerçekleşmiştir. 2002-2008 döneminde özel hastane sayısı %48,1 yükselerek 400'e ulaşmış, yatak sayısı ise bu dönemde %40 artarak, 21 bine çıkmıştır. Böylece özel sektör 2008'de, toplam hastane sayısının %30'unu ve toplam yatak sayısının %11'ini oluşturmuştur.

Tablo 1: Türkiye'de Hastane ve Yatak Sayıları: 2002-2008 Dönemi Yüzdelik (%) Değişim

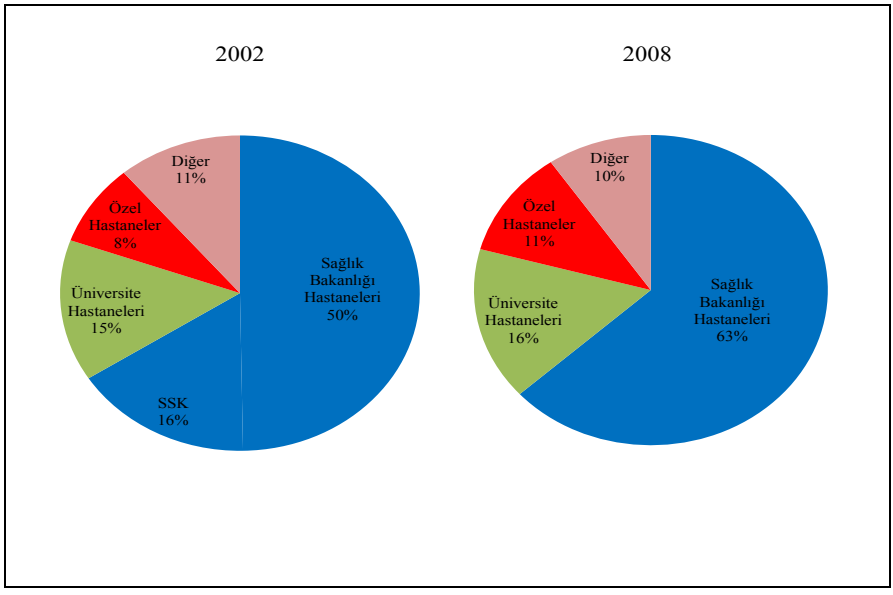
	Hastane Sayısı		Değişim (%)	Yatak Sayısı (*1000)		Değişim (%)
	2002	2008	2002-2008	2002	2008	2002-2008
Sağlık Bakanlığı (SB)	654	848	29,7	89	119	33,7
SSK	120	-		29	-	
SB +SSK	774	848	9,6	118	119	0,8
Üniversite Hastaneleri	50	57	14,0	26	30	15,4
Özel Hastaneler	270	400	48,1	14,7	21	40,0
Diğer	62	46	-25,8	19,6	18	-10,0
TOPLAM	1.156	1.351	16,9	178	188	5,0

Kaynak: Sağlık Bakanlığı İstatistikleri, 2008.
Not: Diğer hastaneler içinde Belediye Hastaneleri, Kamu Vakfı Hastaneleri ve Milli Savunma Bakanlığı Hastaneleri yer almaktadır.



Kaynak: Sağlık Bakanlığı 2008 İstatistikleri.

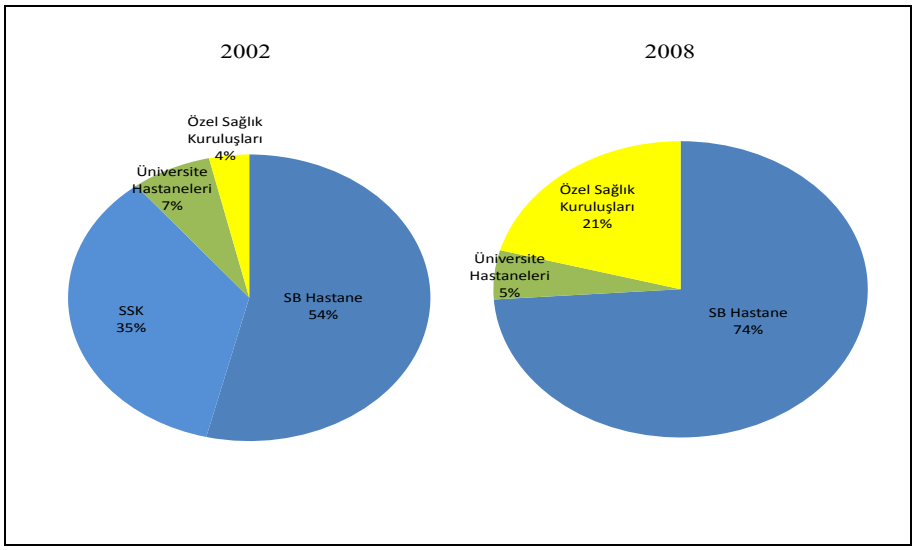
Şekil 1: Hastane Sayılarının Yüzdelik Dağılımı: 2002 ile 2008



Kaynak: Sağlık Bakanlığı 2008 İstatistikleri.

Şekil 2: Hastanelerin Yatak Sayılarının Yüzdelik Dağılımı: 2002 ile 2008

Özel hastanelerde yapılan muayenelerin sayısı, 2002-2008 döneminde çok büyük bir artış göstermiştir. 2002 yılında ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında yapılan muayenelerin sadece %4'ü özel kurumlarda yapılırken, 2008'de bu oran, 5,25 kat yükselerek %21'e ulaşmıştır (Şekil 3).



Kaynak: SB SGB verileri, 2009.

Şekil 3: Muayene Sayılarının İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kurumlarına Göre Yüzdelik Dağılımı: 2002 ile 2008

SDP reformlarının sağlık hizmetleri sunumunu etkileyen önemli uygulamalarından biri de, Aile Hekimliği modeline geçilmesidir. Şu anda, İstanbul dahil 63 ilde uygulanan modelin, 2010'da tüm Türkiye'de yaygınlaştırılması hedeflenmiştir. Bu uygulama, birinci ve ikinci basamak muayenelerindeki dağılımı etkilemiştir. Aile Hekimliği uygulanan illerde poliklinik hizmetlerinin %51'i birinci basamakta, %49'u hastanede temin edilirken, uygulamaya geçmeyen illerde %40'ı birinci basamakta, %60'ı hastanede sağlanmaktadır (Akdağ, 2008 (a)).[6]

[6] Koruyucu ve temel sağlık hizmetleri finansmanı ve sunumu hakkında detaylı bilgi için Bölüm 4.4.2.4.'e ve Bölüm 5.3.'e bakınız.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

3.1. SDP Öncesinde Sosyal Güvenlik Uygulamaları

SDP öncesindeki sistemde prime dayalı sosyal güvenlik rejimi, üç farklı sosyal güvenlik kurumu tarafından uygulanmaktaydı: Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Emekli Sandığı (ES), Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu (Bağ-Kur). SSK, özel sektör çalışanları ile kamu işçilerine, Bağ-Kur, bağımsız çalışanlara ve ES, emekli devlet memurlarına sosyal güvenlik hizmeti sunmaktadır. Bu güvenlik fonları hem emeklilik sigortası hem de sağlık sigortası işlevini üstlenmektedir. Aktif memurların sağlık masrafları, bağlı bulundukları kamu kurumu bütçesinden karşılanmaktadır. Ayrıca, 1992 yılından itibaren "Yeşil Kart" programı çerçevesinde, sağlık hizmetlerini karşılama gücü olmayan veya çok kısıtlı olan düşük gelirlilere, kamu tarafından ücretsiz sağlık bakım hizmetleri sunulmaktadır.

Sosyal sigorta kolları ile ilgili ilk Kanun (4772 sayılı İş Kazaları, Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortaları Kanunu) 1945'de uygulanmaya başlamıştır. Yine 1945'de, 4792 sayılı İşçi Sigortaları Kurumu Kanunu çıkarılarak, 1946'da İşçi Sigortaları Kurumu kurulmuştur. Bu, 1965'de SSK adını almıştır. SSK'nın sosyal güvenlik ve sağlık sigortası görevleri 2001'de birbirinden ayrılmış ve ayrı birimler tarafından yürütülmeye başlanmıştır.

Bağ-Kur 1971'de, 1479 sayılı Kanun ile kurulmuştur. 1977'de 2108 sayılı Muhtar Ödenek ve Sosyal Güvenlik Kanunu'yla köy ve mahalle muhtarları zorunlu olarak, Bağ-Kur kapsamında sigortalanmışlardır. Herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşuna tabi olmayan Türk vatandaşlarıyla ev kadınlarına isteğe bağlı olarak Bağ-Kur'lu olma hakkı 2229 sayılı Kanunla 1979'da verilmiştir. 1984'te 2926 sayılı Kanunla, tarımda kendi nam ve hesabına çalışanların sosyal güvenlikleri sağlanmıştır. 1986'da, 1479 sayılı Bağ-Kur Kanunu'na ek 3235 sayılı Kanunla, Bağ-Kur'lulara sağlık sigortası yardımları kademeli olarak sağlanmaya başlanmıştır. 1989'da uygulama, tüm yurtta yaygınlaştırılmıştır. 1999'da, 2926 sayılı Kanuna tabi sigortalılara da sağlık yardımı verilmeye başlanmıştır.

Bağ-Kur ve SSK, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı bünyesinde yarı özerk kuruluşlardır.

1934-1947 döneminde Devlet Demir Yolları ve İşletmeleri Umumi İdaresi memurları, köy öğretmenleri ve sağlık memurlarının tabi oldukları 11 ayrı emekli sandığı bulunmaktadır. 1950'de, 5434 sayılı T.C. Emekli Sandığı Kanunu yürürlüğe konmuştur. Böylece tüm hizmetleri bir elden yönetecek olan T.C. Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü kurulmuş ve diğer sandıklar kaldırılmıştır.

Sosyal güvenlik fonlarının uygulamalarında ve aktüeryal hesaplarında, norm ve standart birliğini sağlamak için 2006'da Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile kurulmuştur. SGK ile SSK Başkanlığı, Bağ-Kur Genel Müdürlüğü ve Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü aynı çatı altında toplanmıştır.

Sosyal sigorta ve sağlık sigortası uygulamalarının birbirinden ayrılmasını sağlamak için Mayıs 2006'da 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu kabul edilmiş, fakat Kanunun hayata geçmesi Aralık 2006'da çeşitli itirazlar yüzünden aksamıştır. Nihayetinde, Nisan 2008'de 5754 sayılı "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun" kabul edilerek, Mayıs 2008'de yürürlüğe konmuştur. GSS uygulamasına Ekim 2008'de geçilmiştir (sgk.gov.tr (2008), Dünya Bankası (2003), TUSAK (2007)).

3.1.1. Hizmet Sundukları Gruplar ve Finansman Kaynakları

Sosyal güvenlik kurumlarının sağladıkları sağlık yardımlarından, zorunlu veya isteğe bağlı olarak sigortalı olanlar ile herhangi şekilde bir sağlık yardımından yararlanmayan eşleri ve bakmakla yükümlü oldukları çocuklarıyla anne ve babaları yararlanır. Çocukların sağlık yardımlarından faydalanabilmesi için 18 yaşını, ortaöğrenimde ise 20 yaşını, yükseköğrenime devam etmekte ise 25 yaşını doldurmamış olması gerekmektedir. Ayrıca bu çocukların (18 yaş altı olanlar hariç) diğer sosyal güvenlik kanunları kapsamında çalışmaması ve çalışmalarından dolayı gelir veya aylık almaması gerekmektedir. 18 yaşından büyük çocuklar çalışamayacak durumda malul ise sağlık yardımı kapsamına girerler. Ayrıca, yaşları ne olursa olsun evli olmayan, evli olmakla beraber sonradan boşanan veya dul kalan kız çocukları, diğer sosyal güvenlik kanunları

kapsamında çalışmıyor ve bu çalışmalarından dolayı gelir veya aylık almıyorlarsa, sağlık yardımı kapsamına girerler.

SSK, özel sektör çalışanları ve kamu işçileri ile bunların bakmakla mükellef olduklarını kapsayan sigorta hizmetleri sunar. SSK'nın kısa vadeli sigorta kolu olan sağlık hizmetleri; iş kazalarını, meslek hastalıklarını, doğum/analık ve hastalık hallerini kapsar. Uzun vadeli sigorta kolu olan emeklilik hizmetleri ise malullük, yaşlılık ve ölüm sigortalarını içermektedir.[7] İş ve meslek hastalıklarının sigorta primi, belirlenen riske göre, brüt maaşın %1,5 ile %7'si arasındadır. Bu prim işveren tarafından ödenir. Hastalık sigortası primi gelirin %11'idir. Bunun %5'i işçi, %6'sı ise işveren katkısıdır. Çıraklar için hastalık primi ise gelirin %4'dür. Bu, eşit şekilde işçi ve işveren tarafından ödenir. Doğum sigortası primi gelirin %1'i olup işveren tarafından karşılanır. Uzun vadeli sigorta kolunun prim oranı gelirin %22'sidir, bunun %9'u sigortalı payı, %13'ü de işveren payıdır.

Bağ-Kur, bağımsız çalışanlara ve bakmakla yükümlü olduklarına yönelik bir sigorta kurumudur. Esnaf ve sanatkârlar, küçük iş adamları, bir meslek odası veya derneğe kayıtlı meslek sahipleri ve kooperatifler dışındaki şirketlerin hissedarları bu kapsama girmektedir. Asıl olarak emeklilik sigortası sağlamaktadır. 1986'da sağlık sigortası kapsamına alınmıştır. Fakat Bağ-Kur'luların sağlık sigortası yaptırma zorunluluğu yoktur.[8] Bağ-Kur sigortalıları için 24 basamaklı prim ödeme sistemi vardır. Buna göre, bulundukları gelir basamağı üzerinden %20 emeklilik ve %20 sağlık primi öderler. SSK emeklileri sağlık yardımları için prim ödemezken, Bağ-Kur emeklileri emekli aylıklarının %10'u oranında prim ödemesi yapmaktadırlar.

Emekli devlet memurlarına sosyal güvenlik hizmeti sunan ES, emeklilik fonu, sağlık sigortası ve başka birtakım teminatları sunmaktadır. İlk kuruluşunda sadece memurlar ile askeri personeli kapsarken sonra çeşitli kanunlarla belediye başkanlarını, il daimi encümen üyelerini, milletvekillerini, askeri okul öğrencilerini ve bazı kuruluşlarda sözleşmeli çalışanları da kapsamına almıştır. ES, aktif veya emekli memurlardan sağlık

[7] Ayrıca "Sosyal Yardım Zammı" adı altında emekli, dul ve yetimlerin malullük, yaşlılık ve ölüm aylıklarının yetersizliğini gidermek amacıyla yapılan ek ödemeler de bulunmaktadır.

[8] Üyelerinin sadece %22'sinin (3,3 milyon kişi) sağlık sigortası kapsamında olduğu tahmin edilmektedir (TÜSİAD 2004:58).

sigortası başlığı altında bir prim almaz. Sunduğu sağlık hizmetlerinin finansmanını, ES bütçesinden karşılar. ES bütçesi sadece emeklilik için sağlanan primlerdir, aktif memurların primleri maaşın %16'sı ve devletin işveren olarak katkısı maaşın %20'sidir. Aktif memurların ve bakmakla mükellef olduklarının sağlık masrafları bağlı bulundukları kamu kurumu bütçesinden karşılanmaktadır. Emekli Sandığı gelirleri ile harcamaları arasında doğan fark, merkezi bütçe kaynaklarından karşılanmaktadır.

Yeşil Kart uygulamasıyla, hiçbir sosyal güvenlik kurumunun güvencesi altında bulunmayan ve sağlık hizmetlerini karşılama gücü olmayan veya çok kısıtlı olan yoksullara,[9] kamu tarafından ücretsiz sağlık bakım hizmetleri sunulmaktadır. Yeşil Kartlıların yatarak tedavi harcamaları, Sağlık Bakanlığı bütçesi transfer kaleminden ayrılan ödenekle karşılanmaktadır. Kartlıların ayakta tedavi giderleri kısmi olarak, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonundan (SYDTF)[10] karşılanmaktadır. Sağlık harcamalarını karşılayamayan, fakat Yeşil Kartlı olmayan kişiler de SYDTF'ye başvurabilmektedirler.

Açıklandığı üzere sosyal güvenlik kurumlarımız, sigortalılardan temin edilen primlerle finanse edilirken, Yeşil Kartlılar ile aktif memurların sağlık harcamaları genel bütçeden karşılanmaktadır. Fakat sosyal güvenlik kurumları da verdikleri açıklar yüzünden, bütçeden sübvanse edilmektedir.

3.1.2. Kapsadıkları Nüfus

Türkiye'de sosyal güvenlik ve Yeşil Kart kapsamındaki nüfus, gerçek sayım neticelerinden çok, tahminleri aksettirmektedir. Dünya Bankası, raporunda Türkiye'de sigortalı sayısını belirlemekteki zorlukların sebeplerini şu şekilde sıralamıştır:

"(i) Birçok kişi birden fazla sosyal güvenlik kurumunca sigortalanmıştır, bu nedenle çift, hatta çoklu kayıt söz konusudur.

(ii) 'Aktif' nüfus figürü, cari statüde olanları yani katkı paylarını düzenli olarak ödeyenleri değil, programa kayıtlı olanları belirtmektedir ki bu durum, özellikle Bağ-Kur için ciddi bir sorun oluşturmaktadır.

---

[9] Aylık geliri veya aile içindeki gelir payı, 1475 sayılı İş Kanunu'na göre belirlenen asgari ücretin vergi ve sosyal sigorta primi dışındaki miktarının 1/3'ünden az olan ve Türkiye'de ikamet eden Türk vatandaşlarını kapsar.

[10] SYDTF tüm yardım programlarını Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları aracılığı ile yürütmektedir. Fon, devlet bütçesinden finanse edilmektedir.

(iii) Bakmakla yükümlü olunanların sayısı sadece tahmini olup, buna dair kesin bir bilgi söz konusu değildir (Dünya Bankası, 2003)."

Dolayısıyla, çeşitli kaynaklar farklı rakamlar ortaya koymaktadır. TÜSİAD raporuna göre 2000 yılında kamu sigortaları (aktif memurlar ve Yeşil Kartlılar dahil), nüfusun %100'ünü kapsamaktadır. Raporda, Yeşil Kartlı sayısı nüfusun %15,3'ü (10,1 milyon kişi) olarak sunulmuştur. SSK, nüfusun tahminen %51,5'ini (34,1 milyon kişi) kapsamaktadır. Bağ-Kur, nüfusun %22,7'sine (yaklaşık 15 milyon kişi) hizmet vermektedir. Fakat bunların sadece %22'sinin (3,3 milyon kişi) sağlık sigortası kapsamında olduğu tahmin edilmektedir. ES'ye prim ödeyen aktif memurlar, nüfusun %3,3'ünü (yaklaşık 2,2 milyon kişi) ve bağımlılar, nüfusun %9,5'ni (6,3 milyon kişi) oluşturmaktadır. ES kapsamında olan emekliler ise nüfusun %2'sidir (yaklaşık 1,3 milyon kişi) (TÜSİAD, 2004:56).

Buna karşın Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı raporuna göre, 2001 yılında sigortalı nüfus %89 civarında olup, kalan %11'lik kesimin hiçbir sosyal güvencesi bulunmamaktadır (calisma.gov.tr 2006). Türkiye Ulusal Hanehalkı Harcamaları Anketi 2002-2003 raporunda ise nüfusun %32,8'inin sağlık sigortasına sahip olmadığı belirtilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2006).

3.1.3. Kişi Başı Sağlık Harcamaları

Sosyal sigorta kurumlarının kişi başı sağlık harcamaları için çeşitli kaynaklar farklı rakamlar ortaya koymaktadır.[11] Türkiye, USH araştırması raporunda, 2000 yılında Türkiye genelinde kişi başı ortalama sağlık harcamasını 127 $ olarak bildirmiştir. Sigorta grubuna göre kişi başı sağlık harcaması; SSK'da 106 $, Bağ-Kur'da 143 $, Emekli Sandığında 276 $, aktif devlet memurları icin 190 $ ve Yeşil Kartlılar için 47 $ olarak gerçekleşmiştir (Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2004).

Bu durumda ES, aktif memurlar ve Bağ-Kur'lular için kişi başına, Türkiye ortalamasının üzerinde sağlık harcaması yapılırken, SSK'lılar ve

[11] Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı raporlarına göre, 2001 yılında kişi başına ortalama sağlık harcaması SSK'da 76,5 ABD $, Bağ-Kur'da 114 ABD $, Emekli Sandığında 382 ABD $, Bakanlıklarda 166 ABD $ olarak gerçekleşmiştir. Kişi başına ortalama sağlık gideri ise 115 ABD $ civarındadır (calisma.gov.tr, 2006).

Yeşil Kartlılar için ortalamanın altında harcama yapılmaktadır. Yeşil Kartlılar için yapılan sağlık harcamaları ise en düşük seviyededir.[12]

3.1.4. Kapsadıkları Sağlık Hizmetleri

SSK'nın kısa vadeli sigorta kolu olan sağlık hizmetleri; iş kazalarını, meslek ve doğum/analık hastalıklarını kapsamına alır. İş kazası, sigortalıyı olayın olduğu anda veya sonrasında, bedensel veya ruhsal rahatsızlanmaya uğratan herhangi bir kazadır. Meslek hastalığı ise, sigortalının işinin yürütüm koşulları veya niteliğinden kaynaklanan geçici veya kalıcı hastalık, sakatlık ve ruhsal arıza durumlarıdır. İş kazası ve meslek hastalığı sigorta kolundan sağlanan sağlık yardımları, sigortalının sağlık durumunun gerektirdiği sürece devam eder.

Sağlık yardımları kapsamına şunlar girer:

i) Hekim muayenesi, hekimin gerekli görmesi üzerine teşhis için gereken klinik ve laboratuar muayenelerinin sağlanması, gerekirse sağlık tesislerine yatırılması ve her türlü tedavisinin yapılması,

ii) Tedavi süresince gerekli ilaç ve iyileştirme araçlarının sağlanması, protez araç ve gereçlerin sağlanması, takılması, onarılması ve yenilenmesi.

iii) Yurt içinde tedavisinin mümkün olmadığı ve sigortalının durumunda faydalı bir iyileşme sağlayacağına inanıldığı hallerde yurt dışında tedavisinin sağlanması.

Hastalık sigortası, iş kazası ve meslek hastalığı dışında kalan tüm hastalık hallerini kapsar. Hastalık sigortası, sigortalıyı ve bakmakla yükümlü olduğu eş ve çocuklarını, anne ve babasını; emekliyi ve bakmakla yükümlü olduğu eş ve çocuklarını, anne ve babasını ve kalıcı iş göremezlik nedeniyle belirli bir gelire hak kazananları kapsamaktadır. Hastalık yardımlarının kapsamı, iş kazaları veya meslek hastalıkları hallerinde sağlanan yardımlar ile aynıdır. Analık sigortası, sigortalı kadınlar ile sigortalı erkeklerin sigortasız eşlerine hamilelik ve doğumla ilgili sağlık yardımlarını sağlar.

SSK, birinci basamak koruyucu sağlık hizmetlerini temin etmemekte ve bunları ödeme kapsamına almamaktadır.

[12] Sigorta kurumlarının yaptığı kişi başı sağlık harcamaları SDP sonrası için Bölüm 4.4.1.'de incelenmiştir.

Bağ-Kur'un sağlık sigortası yardımları, hastalık, doğum/analık, iş kazası ve meslek hastalığı hallerini kapsar. Sağlık yardımları, hastanın ayakta ve yatarak yapılacak tedavilerde gerekli muayene, tetkik, tahlil, müdahale, ameliyat ve tedavileri kapsar. Ayrıca, tedavi süresince gerekli ilaç ve iyileştirme araçlarının temini de kapsam altındadır. Bu yardımlardan aktif sigortalılar, yaşlılık ve malûllük aylığı alanlar ile bunların bakmakla yükümlü oldukları ve ölüm aylığı almakta olanlar yararlanırlar. Tüm katkı sahipleri sağlık yardımlarından faydalanma hususunda aynı haklara sahiptir.

Aktif devlet memurları ve bakmakla mükellef oldukları ile ES Kanunu gereğince tedavi giderleri karşılanan kişilere sağlanan sağlık yardımlarının kapsamı "Devlet Memurlarının Tedavi Yardımı ve Cenaze Giderleri Yönetmeliği" ile her yıl yenilenen Bütçe Uygulama Talimatı'nda (BUT) belirlenmektedir. BUT 2002'ye göre, kapsamda olan sağlık yardımları şunlardır: Hekim muayenesi ve teşhis için gereken klinik ve laboratuar muayeneleri, tedavi ve yol giderleri, içme ve kaplıca tedavileri, kan ve kan ürünleri bedelleri, diş hastalıkları tedavisi, doğum yardımı, göz tedavisi, çeşitli protez ve ortezler, işitme cihazı, taş kırdırma tedavileri, manyetik rezonans tetkikleri, derin prostatik hipertermi tedavisi, diyaliz tedavileri, organ nakilleri ve doğum giderleri.

Yeşil Kart programı, düşük gelirli vatandaşların yataklı tedavi kurumlarında yatarak görecekleri tedavi hizmetlerinin masraflarını kapsamaktadır. Yeşil Kartlıların tüm yatarak tedavi harcamaları kapsama alınmamıştır, sadece sınırlı sayıda hizmet kapsam altındadır. Sağlanan hizmetler, 3816 sayılı Kanunda belirtilmiştir.

3.1.5. Sağlık Sigortası Yardımlarından Yararlanabilme Şartları ve Hizmet Sunucularına Erişim

SSK sigortalısının teminat paketindeki yardımlardan yaralanabilmesi için hastalık sigortası primlerini, hastalığın başladığı tarihten önceki son altı ay içinde en az 60 gün için ödemesi gerekmektedir. Eş ve bakmakla mükellef olunanların sağlık yardımlarından yararlanabilmesi için hastalığın anlaşıldığı tarihten önceki bir yıl süresince en az 120 gün, hastalık sigortası primi yatırılmış olmalıdır. Analık sigortasından yararlanabilmek için sigortalı kadınlar doğumdan önceki bir yıl içinde en az 90 gün, sigortalı erkekler ise doğumdan önceki bir yıl içinde en az 120 gün analık sigortası primi ödemiş olmalıdır.

SSK, sigortalılarına sağlık hizmetlerini yine SSK'ya bağlı sağlık tesisleri aracılığıyla sunmaktadır. SSK'lılar ilk yıllardan beri, SSK'ya bağlı hastane veya dispanserlerin içinde bulunan eczanelerden ilaçlarını almaktadırlar.

Bağ-Kur'un sağlık yardımlarından sigortalılar ve bakmakla yükümlü oldukları, yaşlılık ve malûllük aylığı alanlar ve bakmakla yükümlü oldukları ile ölüm aylığı almakta olanlar yararlanırlar. Tüm katkı sahipleri sağlık yardımlarından faydalanma hususunda aynı haklara sahiptir. İlk defa sigorta yaptıran Bağ-Kur'lunun sağlık hizmetinden yararlanabilmesi için hizmet sunucusuna başvurduğu tarihten önceki bir yıl içinde en az 240 gün, işe ara verip yeniden sigorta yaptıran Bağ-Kur'lunun ise en az 120 gün prim ödeme zorunluluğu vardır.

Bağ-Kur; Sağlık Bakanlığı, mahalli idareler, üniversiteler, kamu iktisadi teşebbüslerine ait sağlık tesisleri, özel hastaneler ve diğer sağlık tesisleriyle sözleşme yaparak, sağlık hizmetinin sunumunu yürütür. Dünya Bankası raporunda belirtildiği üzere Bağ-Kur'un 133 sağlık kurumuyla sözleşmesi vardır ve bu sözleşmeler genel sağlık hizmetlerinin yani sıra diş hizmetleri, diyaliz ve kardiyovaskuler hizmetler gibi tedavileri de kapsamaktadır (Dünya Bankası, 2003). Bağ-Kur'lulara ilaç temini kurumla anlaşmalı eczanelerden yapılır.

ES'nin sağlık yardımları için belirli bir süre sigortalı olma veya prim ödeme şartı aranmaz. Aktif devlet memurları emekli veya malul olduklarında, ES'nin sağlık yardımları kapsamına girmektedirler. Sigortalıların bakmakla yükümlü oldukları, eğer başka kanunlar çerçevesinde sunulan sağlık yardımlarından faydalanmıyorlarsa, ES sağlık yardımları kapsamına girerler. ES, kamu sağlık sigortası sınıflamaları içerisinde en kapsamlı temel teminat paketine sahiptir. Tedavi edici hizmetler ve teşhis için gereken klinik ve laboratuar muayeneleri ile diğer sağlık hizmetleri, tüm kamu sağlık tesisleri ile anlaşmalı olan özel sağlık tesislerinden temin edilebilmektedir.

Yeşil Kartlılar sağlık hizmetlerini Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık tesislerinden ve sevk ile üniversite hastanelerinden alabilmektedirler; ancak, özel hastanelerden faydalanamamaktadırlar.

3.1.6. Katkı Payları/Geri Ödeme Mekanizması

SSK aktif sigortalıları, kendileri ve bakmakla yükümlü oldukları için ayakta tedavilerde, ilaç bedellerinin %20'sini öderler. Ayrıca aktif sigortalılar; protez ve araç-gereç için %20 katkı payı verirler. Fakat bunlar için alınan katkı payları, sanayi kesiminde çalışan 16 yaşından büyük işçiler için uygulanan asgari ücret bedelinin 1,5 katını geçemez. Ayrıca SSK'nın sağlık yardımlarından yararlananlar, 20 TL'den[13] az olmamak üzere muayene ücreti öder. Ancak doktorun zorunlu görmesi halinde yapılacak diğer polikliniklerden ücret alınmaz. SSK emeklileri kendileri ve bakmakla yükümlü oldukları için, ayakta tedavilerde ilaç bedellerinin %10'unu öder. Emekliler, protez ve araç-gereçler için de %10 katkı payı verirler. Bunlar için alınan katkı payları sanayi kesiminde çalışan 16 yaşından büyük işçiler için uygulanan asgari ücret miktarını geçemez. SSK sağlık tesislerinin kullanılması durumunda, sigortalı ve bakmakla yükümlü olunanlar, muayene ve ameliyat hizmetleri için BUT tarafından belirlenen fiyatların yarısı miktarında katkı payı öderler.[14] Uzun süreli ayakta tedavi gerektiren kanser, tüberküloz, kronik böbrek, organ transplantasyonları ve benzeri hastalık tedavilerinde katkı payı alınmaz.

Bağ-Kur'luların ayakta yapılan tedavilerinde, poliklinik muayene ve ilaç ücretlerinin aktif sigortalılar tarafından %20'si, pasif sigortalılar tarafından ise %10'u katkı payı olarak ödenir. Ayakta ve yatarak tedavilerde (iş kazası ve meslek hastalığı olanlar hariç) protez ile araç-gereçlerin, aktif sigortalılar tarafından %20'si, emekliler tarafından %10'u ödenir. Fakat katkı payları, aktif sigortalılar için birinci basamak gelirin bir buçuk katını, emekliler için ise %65'ini geçemez. Bağ-Kur, ilaç fiyatları için Türk Eczacılar Birliğiyle, standart cam ve çerçeve fiyatları için, optikçi-optisyen dernekleriyle her yıl yenilenen anlaşmalar yapar. Ayakta yapılan tedavilerde verilen reçetelerde, reçete başına ücreti ödenecek ilaç kutu sayısı ve miktarı Bağ-Kur tarafından tespit edilir. Uzun süreli ayakta tedavi gerektiren

[13] Muayene ücreti 20 gösterge rakamının memur maaş katsayısı ile çarpımı sonucu belirlenir.

[14] SSK tarafından BUT referans alınarak hazırlanan Sağlık Uygulama Tebliği'nde belirlenen fiyatlara göre sigortalının katkı payı belirlenir. SSK'nın çıkarttığı Sağlık Uygulama Tebliği fiyatları BUT fiyatlarına eşit veya onlardan belli bir yüzde oranında düşüktür.

kanser, tüberküloz, kronik böbrek ve benzeri hastalık tedavilerinde katkı payı alınmaz.

Bağ-Kur sigortalılarının yatarak tedavi görürken kendilerine tahsis edilecek yatağın sınıfı (kalitesi) Bağ-Kur tarafından belirlenir. Hasta, kendisine tahsis edilen yataktan daha üst sınıfta yatmak isterse aradaki fiyat farkını cepten karşılar. Yatarak tedavilerde, ilaç harcamalarının tamamı kurum tarafından ödenir. Ayrıca Bağ-Kur'la sözleşmesi olmayan kamu kurumlarınca muayene ve tedavisi yapılan sigortalılar, cepten ödeme yaparak bu hizmeti alır. Sigortalıların bu ödemeleri belli bir süre sonra, BUT üzerinden hesaplanmak üzere, Bağ-Kur tarafından belirlenen fiyat ve miktarca geri ödenir. Bağ-Kur'un geri ödeme süresi çeşitli tebliğlerle bildirilmektedir.

Emekli memurlar, ayakta tedavilerinde reçete edilen ilaç bedellerinin %10`unu karşılar. Ayrıca protez, ortez ve tıbbi araç ve gereç bedellerinin %10`u da sigortalı tarafından ödenir.[15] Aktif memurlar ise ayakta tedavi ilaç ücretinin %20'sini katılım payı olarak öder. Protez ve benzeri iyileştirici tıbbi malzeme ve teçhizatın, tebliğler ile belirlenen sabit bir miktarı, memurun kurumu tarafından, geri kalanı ise kendisince karşılanır. Uzun süreli ayakta tedavi gerektiren kanser, tüberküloz, kronik böbrek, akıl hastalıkları, organ nakli ve benzeri hastalıkların tedavilerinde katkı payı alınmaz.

SDP öncesinde, Yeşil Kartlılar ayakta tedavi gördüklerinde ilaç ücretlerinin tamamı veya yeterli fon olmaması durumunda belli bir miktarı, SYDTF tarafından karşılanmaktaydı.

Sağlık Bakanlığınca karşılanan yatarak tedavi hizmetlerinin fiyatı BUT'a göre belirlenmektedir.

3.2. SDP Sonrası Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı: Genel Sağlık Sigortası Sistemi

GSS sistemi ile sağlık hizmetlerinin kapsamı tüm vatandaşlar için Emekli Sandığı sigortalılarına sunulan seviyeye yükseltilmiştir; böylece, özellikle SSK ve Bağ-Kur'lulara sunulan sağlık hizmetinin kapsamı

[15] Ancak ödenecek miktar, 5434 sayılı Kanunun ek 19. maddesindeki aylıklardan fazla olamaz.

artmıştır. Fakat buna rağmen GSS, sistem olarak ES uygulamalarından önemli farklılıklar göstermektedir (Caniklioğlu, 2006).

5510 sayılı Kanun, sosyal sigorta yardımları ile sağlık hizmeti sunumunu birbirinden ayırmıştır. Sosyal sigorta kısmında sigortalıya yapılacak parasal yardımlar, genel sağlık sigortası kısmında da sağlık hizmeti sunumu, kapsamı ve yararlanma koşulları düzenlenmiştir. GSS'nin amacı, tüm vatandaşların eşit kapsam ve kalitedeki sağlık hizmetlerine erişimini, risk paylaşım ilkesine ve hakkaniyete dayalı olarak üst düzeye çıkarmak; çağdaş kontrol ve takip sistemlerine dayalı, ülke kaynaklarının suistimal edilmesini önleyen etkin bir yapının kurulmasıyla, sağlık alanında finansal koruma sistemini gerçekleştirmektir.

GSS'nin temel politikalarından biri her türlü koruyucu sağlık hizmetinin uygulanmasını ve yaygınlaştırılmasının sağlamaktır. Hastalıklar ne kadar erken dönemde teşhis edilirse, tedavileri de o kadar kolay, başarılı ve ekonomik olacaktır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, kaynakların gereksiz israfını engelleyeceği gibi, hastanelerdeki hasta yoğunluğunu da hafifletmiş olacaktır.[16] Sonuç olarak, vatandaşlar sağlık hizmetine daha rahat erişerek, daha etkin bir sağlık hizmeti alabilecektir. GSS kapsamında verilecek sağlık hizmetleri ile ödenen prim miktarı arasında bir ilişki olmayacaktır. Gelire göre prim alınmasına karşılık, ihtiyaca göre hizmet verilecektir.

Ayrıca GSS, tedavi hizmetlerinde özel-kamu ayrımına son vermektedir. SGK ile protokol imzalayan özel hastanelerde yapılan her türlü tedavinin masrafını devlet karşılayacaktır. Tüm nüfusu kapsayan GSS ile sağlık sistemi hizmeti satın almada güçler birleştirilmiş olup, bu durum, fiyatların belirlenmesine olumlu yansıyacaktır.

Ana amaçlarını özetlediğimiz GSS'yi aşağıdaki bölümlerde daha detaylı inceleyeceğiz.

3.2.1. GSS Kapsamındaki Nüfus ve Finansman Kaynağı

GSS tüm T.C. vatandaşlarını, Türkiye'de bir yıldan fazla ikamet eden yabancıları, sığınmacı ve vatansızları kapsamaktadır. 18 yaşın altındaki

[16] Ülkemizde geçmiş uygulamalarda koruyucu sağlık hizmetleri yerine tedavi edici sağlık hizmetlerine kaynak aktarılmıştır. Bu durum, hastanelerde gereksiz bir hasta yoğunluğuna ve gereksiz reçete yazımından dolayı da ilaç başta olmak üzere tıbbi malzemelerin israfına sebep olmaktaydı (Top ve Tarcan, 2004).

çocuklar koşulsuz olarak GSS kapsamındadır. Yalnız er ve erbaşlar, tutuklu ve hükümlüler ile yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olanlar kapsam dışındadır. Kapsamdaki kişilerin GSS'ye katılımı zorunludur.

GSS prim oranı %12,5'dir. Primin %5'i çalışan hissesi, %7,5'i işveren katkısıdır. Emeklilerden sağlık hizmetleri için prim alınmayacak, aylıklarından kesinti yapılmayacaktır. Tüm yoksulların primlerini ise sosyal yardımlara ayrılan kaynaklardan devlet karşılayacaktır. Düzenlemeye göre Yeşil Kartlılar, ilk 2 yıl boyunca başka bir işleme gerek kalmaksızın GSS kapsamında sayılacak, sonrasında SGK'nın belirlediği ölçütlere göre, primleri devlet tarafından ödenecek kişiler belirlenecektir. Halihazırda Yeşil Kart kapsamında olan fakat SGK kriterlerine göre GSS'de katkısız sağlık sigortasına hak kazanamayan kesim için indirimli bir prim oranı uygulanacaktır.

Şu belirtilmelidir ki, GSS'nin pratikte uygulanmasında bazı aksaklıklar görülmektedir. Aktif devlet memurları ve Yeşil Kartlıların GSS altında toplanması planlanmaktaydı. Fakat aktif memurların GSS kapsamına alınması üç yıl, YK'lıların alınması iki yıl ertelenmiştir.[17] Bu kesimler Maliye Bakanlığı tarafından belirlenecek usul ve esaslar çerçevesinde sağlık hizmeti almaya devam edecektir. Diğer taraftan, Kanunun çok önemli bir başka unsuru olan 18 yaş altındakilerin, koşulsuz olarak sağlık hizmetlerinden yararlandırılacağına ilişkin hüküm, Sağlık Uygulama Tebliği'nde henüz düzenlenmemiştir.

3.2.2. GSS Kapsamındaki Sağlık Hizmetleri

Kamu sigortalarının kapsadıkları sağlık yardımlarının GSS ile karşılaştırmasını özet bir şekilde Tablo 2'de sunuyoruz.

Tablo 2'ye bakıldığında, en dar kapsamın Yeşil Kartlılara sağlandığı görülmektedir. En geniş kapsam ise ES sigortalılarına sağlanmaktadır. GSS ise, ES'ye benzer şekilde tüm hizmetleri kapsamaktadır. Genel sağlık sigortalısına ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere sunulan sağlık hizmetleri şunlardır:

a) Koruyucu ve önleyici sağlık hizmetleri,

[17] 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu geçici 12. maddesine göre bu hüküm 01/07/2007 tarihinden itibaren uygulamaya konmuştur.

b) Hastalık, analık, iş kazası ve meslek hastalığı sebebiyle ayakta veya yatarak hekim tarafından yapılacak muayene, lüzumlu olması halinde teşhis için gereken klinik muayeneler, laboratuar tetkik ve tahlilleri, tıbbi bakım ve tedaviler,

c) Diş tedavisi (18 yaşına kadar sınırsız),

d) Üreme tedavisi hizmetleri, evli sigortalıların en fazla iki denemeyle sınırlı kalmak şartıyla tüp bebek tedavisi (kadının 23 yaşından büyük, 39 yaşından küçük olması şartıyla),

e) Hasta ve bir refakatçisinin yol parası ve zaruri masrafları, 18 yaşının altında ve 65 yaşının üstünde olan kimselerin tedavileri sırasında bir kişi ile sınırlı olmak üzere refakatçi giderleri,

f) Yurt dışında tetkik ve tedavi hizmetleri, geçici veya sürekli görevle yurt dışında bulunanlara ve Türkiye'de tedavinin sağlanamadığı hallerde herkese sağlanmaktadır.

Tablo 2: Sosyal Güvenlik Fonları ile GSS Sistemindeki Temel Teminat Paketinin Karşılaştırılması

TEMEL TEMİNAT PAKETİ	SSK	Bağ-Kur	Aktif Devlet Memurları	Emekli Sandığı	YEŞİL KART		GSS
					Sağlık Bakanlığı	SYDTF	
Yatarak Tanı ve Tedavi H.	X	X	X	X	X		X
Ayakta Tanı ve Tedavi H.	X	X	X	X		X (♦)	X
Yatarak İlaç H.	X	X	X	X	X		X
Ayakta İlaç H.	X	X	X	X	X (*)		X
Yurt Dışı Tedavi H. H.Giderleri	X (**)		X	X		X (♦♦)	X
Tıbbi Rehabilitasyon Hizmetleri	X	X	X	X	X		X
Gebelik ve Analık İçin H.	X (***)	X	X	X	X		X
Ortez, Protez ve Diğer Malzeme	X	X	X	X			X
Yol, Gündelik ve Refakat Giderleri	X		X	X			X

Notlar: H: Harcamaları (*): Katkı payı ödeyerek, (**): Sadece aktif sigortalılar için, (***): Sadece aktif sigortalılar ve bağlıları için.
(♦): Yeşil Kartlıların Ayakta Tedavi Hizmetleri 2005'den itibaren Sağlık Bakanlığı tarafından karşılanmaktadır. (♦♦): Başvuru halinde SYDTF tarafından karşılanır.

3.2.3. Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Şartları

GSS'den yararlanabilmek için sağlık hizmeti sunucusuna başvurulan tarihten önceki bir yıl içinde, en az 30 gün prim ödenmiş olması zorunluluğu vardır. Tüp bebek tedavilerinden yararlanabilmek için en az beş yıldır genel sağlık sigortalısı (veya bakmakla yükümlü olunan kişi) olup, 900 gün prim ödemiş olmak gerekmektedir. Sağlık hizmeti sunucusuna başvurulduğu tarihte kısa ve uzun vadeli sigorta primleri dahil, genel sağlık sigortası prim borcu bulunmamalıdır. Koruyucu sağlık hizmetlerinde, bulaşıcı hastalık durumlarında, acil hallerde, analık halinde, iş ve meslek hastalığında ve tıbben başkasının bakımına muhtaç olunma durumunda yararlanma şartları aranmamaktadır.

3.2.4. Katılım Payları

Poliklinik katılım payı 2 YTL[18] olurken; ilaca, gözlük cam ve çerçeveleri ve ağız protezlerine katılım payı oranı %10 olacaktır. Kronik hastalıklara ilişkin ilaçlarla, yatarak tedavide kullanılan ilaçlar için katkı payı ödenmeyecektir. Ortez, protez ve diğer iyileştirme araç ve gereçleri için katkı payları %10 ila %20 arasında olmak üzere kurumca belirlenir. Tahsil edilen katılım payları sağlık hizmetinin alındığı tarihteki asgari ücretin %75'ini geçemez, ama üremeye yardımcı yöntemlere ilişkin tedavilerde, katılım payında belirtilen limit dikkate alınmayacaktır.

3.2.5. Hizmet Sunucuları

GSS ile kamu sağlık tesislerinin yanı sıra anlaşmalı olunan özel sektör hastaneleri, laboratuarları ve tetkik merkezleri, aile hekimleri ve birinci basamak olarak tanımlanmış polikliniklerden hizmet alınabilecek ve sigortalılar, sözleşme imzalayan sağlık hizmeti sunucularından hiçbir bedel ödemeksizin faydalanabileceklerdir. Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularından sevk sistemine uyulmadan sağlık hizmeti alındığında, SUT tarafından belirlenen bedellerin %70'i karşılanır.

Sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından hizmet almayı tercih eden sigortalıya eğer sevk sistemine uymuşsa, SUT tarafından belirlenen bedellerin %70'i, uymamışsa %50'si fatura karşılığı ödenir.

[18] Bu miktar beş kata kadar artırılabilir.

3.3. SDP Sonrası Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı: Sağlık Bakanlığının Rolü

Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetleri sunumunun yanı sıra Yeşil Kart programı ile sağlık hizmetleri finansmanında da rol almaktadır. SGK'ya devredilmesi planlanan Yeşil Kart programı, Sosyal Güvenlik Kanunu Anayasa Mahkemesinden geçemediği için hala SB üzerinden finanse edilmektedir. Buna göre Sağlık Bakanlığı, yıllık bütçesinin bir alt kalemi olarak Yeşil Kartlıların sağlık harcamaları tahsisini, Maliye Bakanlığından almaktadır.

Global bütçe uygulaması ise Sağlık Bakanlığına bağlı birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurum ve kuruluşlarında uygulanmaktadır. Yükselen sağlık harcamalarına karşı tedbir olarak 2009 yılında Maliye Bakanlığı, SGK ve Sağlık Bakanlığı arasında Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler için sınırlı bir yıllık bütçe olması hususunda protokol düzenlenmiştir. Bu düzenlemeyle fonların tamamı SGK'dan SB'ye ve SB üzerinden hastanelere aktarılmaktadır. SGK fonlarının aylık tahsisinde, hastanelerin hizmet karşılığında çıkarttıkları faturaların yanı sıra SB'nin global bütçeye dayalı kararları da etkilidir. Sağlık Bakanlığı, hastanelerinin aylık ödemelerini, global bütçe üst limiti yıl içinde aşılmayacak şekilde düzenler.

Sağlık Bakanlığı kendisine bağlı birinci basamak sağlık kuruluşları, sağlık ocakları ve benzeri kuruluşlarda verilen bütün sağlık hizmetlerinin sigortasızlar dahil tüm vatandaşlarımız için, tamamen ücretsiz hale getirilmesini amaçlamıştır. Bu amaçla 2007'de Maliye Bakanlığı, SGK ve Sağlık Bakanlığı arasında birinci basamak tedavi hizmetlerinin sağlanması için global bütçe uygulamasına geçilmiştir. Böylece birinci basamak hizmet bedelleri imzalanan global bütçeye göre belirlenmiştir. SGK fonları aylık olarak, Sağlık Bakanlığı Merkez Döner Sermaye Saymanlığı hesabına yatırılmaktadır. Sağlık Bakanlığı ise, bu fonları üretmiş oldukları hizmetin tutarına göre ilgili birinci basamak kuruluşlarına dağıtmaktadır.

Sağlık Bakanlığının, sağlık hizmetleri finansmanındaki bir diğer rolü de SB hastanelerindeki sağlık personelinin maaşlarının SB üzerinden ödenmesidir. Sağlık personelinin, maaşları dışında hastanenin kendi döner sermaye gelirinden elde ettikleri ek ödemeleri vardır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE SAĞLIK HARCAMALARI

Bir ülkedeki toplam sağlık harcamalarını milli gelir, sağlık hizmetleri sunumu ve finansmanında kamu ve özel sektörün rolleri, nüfusun sosyo-ekonomik dinamikleri, sağlık hizmetlerinin göreceli fiyatı ve sağlık sisteminin kapasitesi (her 1000 hastaya düşen sağlık personeli ve yatak sayısı, sağlık hizmetinde kullanılan teknoloji) gibi birçok faktör etkilemektedir. Bu faktörler arasında gelir, özel bir öneme sahiptir. Literatür, sağlık harcamalarını en çok açıklayan etkenin gelir olduğu hususunda hemfikirdir (Culyer (1990), Gerdtham ve diğerleri (1992), Gerdtham ve Jönsson (2000)). Sağlık harcamaları ile milli gelir arasındaki ilişkiyi bilmek, sağlık hizmetlerinin milli gelirdeki değişmelere göreli olarak nasıl tepki vereceğini tahmin etmeyi mümkün kılmaktadır. Dolayısıyla, Bölüm 4'de Türkiye'deki sağlık harcamaları analiz edilirken, sağlık harcamaları ve gelir ilişkisi çeşitli açılardan değerlendirilmiştir.

Dördüncü Bölüm, şu şekilde organize edilmiştir: İlk olarak, Bölüm 4.1.'de Türkiye'nin toplam sağlık harcamaları ve GSYİH ile ilişkisi uluslararası kontekstte değerlendirilmiştir. Bölüm 4.2.'de, Türkiye'nin ülke içi dinamikleri göz önünde bulundurularak, sağlık harcamaları ve GSYİH ile ilişkisi irdelenmiştir. Bölüm 4.3.'de, Türkiye'deki toplam sağlık harcamaları kompozisyonu (kamu ve özel sektör) sunularak, diğer ülkelerle karşılaştırılmıştır. Bölüm 4.4.'de, Türkiye'nin kamu sağlık harcaması ve bunun genel bütçedeki payı değerlendirilmiştir. Son olarak, Sosyal Güvenlik Kurumlarının sağlık harcamaları ve Sağlık Bakanlığının harcama ve kaynakları detaylı bir şekilde incelenmiştir.

4.1. Türkiye'nin Toplam Sağlık Harcamaları ve GSYİH İlişkisinin Uluslararası Kontekstte Değerlendirilmesi

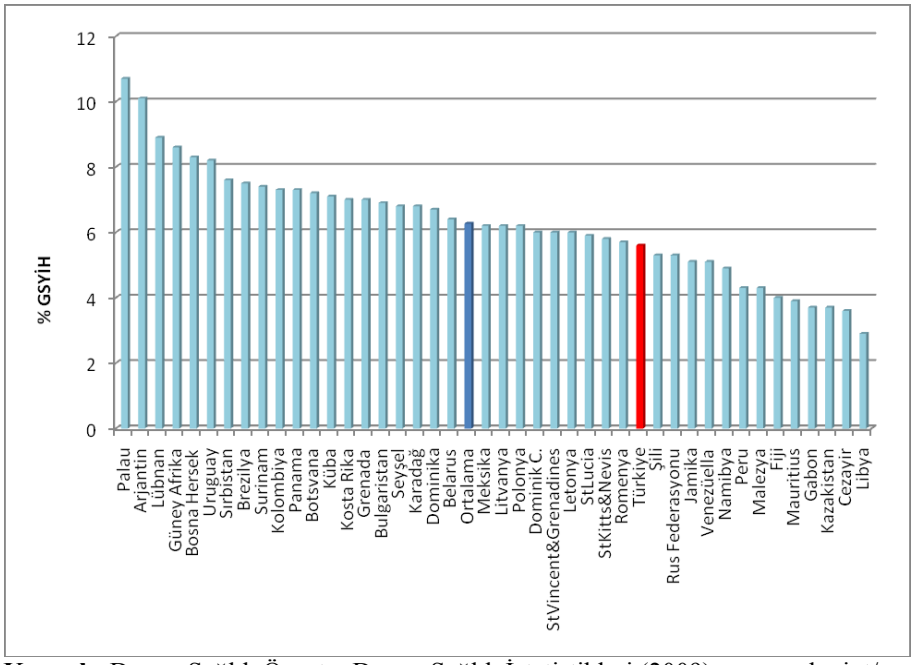
Bu bölümde, Türkiye'de kişi başı sağlık harcamaları ve kişi başı gayrisafi yurtiçi hasıla (GSYİH) arasındaki ilişki, 1998-2006 dönemi için uluslararası kontekstte analiz edilmektedir. Türkiye, Dünya Bankası gruplandırmasına göre üst-orta gelir düzeyindeki bir ülkedir.[19] Dolayısıyla,

[19] Dünya Bankası, ülkeleri 2008 yılı Gayrisafi Millî Hasıla değerlerine göre gruplandırmıştır. Buna göre gelirleri 975 ABD $ ve daha az olanlar düşük gelir

Türkiye'nin performansı üst-orta gelir ülkeleriyle karşılaştırılarak, değerlendirilmiştir. Üst-orta gelir grubunu 46 ülke oluşturmaktadır. Bunlar; Türkiye, Cezayir, American Samoa, Mayotte, Makedonya (FYR), Botsvana, Gabon, Namibya, Seyşel, Güney Afrika, Arjantin, Brezilya, Şili, Kolombiya, Kosta Rika, Küba, Dominika, Dominik C., Grenada, Jamaika, Meksika, Panama, Peru, StKitts& Nevis, StLucia, StVincent&Grenad, Surinam, Uruguay, Venezüella, Lübnan, Libya, Belarus, Bosna Hersek, Bulgaristan, Kazakistan, Letonya, Litvanya, Mauritius, Karadağ, Polonya, Romanya, Rusya, Sırbistan, Fiji, Malezya ve Palau'dur. Sağlık sistemi finansman ve performans verileri bulunmayan American Samoa, Mayotte ve Makedonya (FYR) analizimize girmemiştir.

2006 yılında toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı üst-orta gelirli ülkeler için Şekil 4'de sunulmuştur. Türkiye'nin toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı (%5,7), üst-orta gelirli ülkeler ortalamasının (%6,3) altındadır. Bu ülkeler arasında sağlık harcamalarına en yüksek payı ayıranlar Palau (%10,7) ve Arjantin (%10,1) iken, en düşük payı Libya (%2,9) ve Cezayir (%3,6) ayırmaktadır.

ülkesi, 976-3.855 ABD $ arasında olanlar alt-orta gelir ülkesi, 3.856-11.905 ABD $ arasında olanlar üst-orta gelir ülkesi ve 11.906 ABD $ ve daha yüksek olanlar üst gelir ülkesi olarak tanımlanmaktadır.

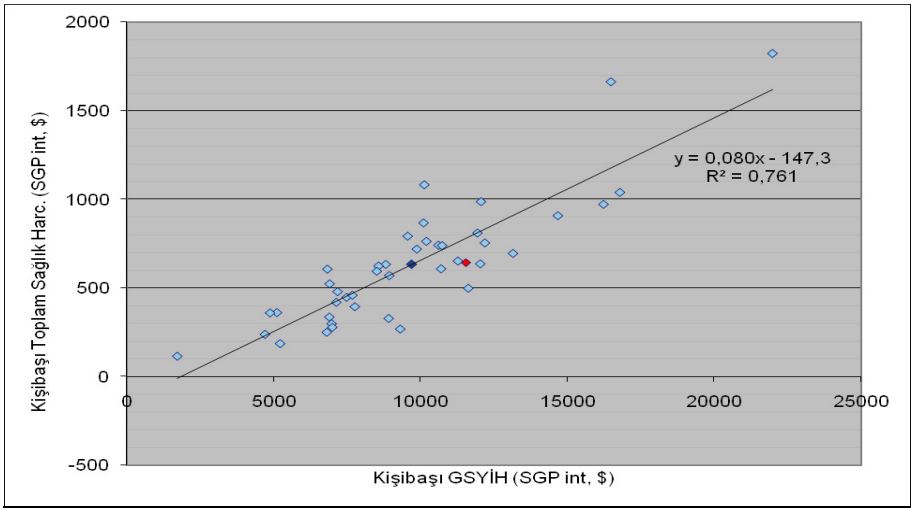


Kaynak: Dünya Sağlık Örgütü, Dünya Sağlık İstatistikleri (2009), www.who.int/whosis/OECD Sağlık Veri Tabanı (2008) ve TUSAK (2007)

Şekil 4: Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'ye Oranı: Üst-Orta Gelirli Ülkeler, 2006

Karşılaştırılabilir[20] kişi başı sağlık harcamaları ve kişi başı GSYİH'nin dağılımları Şekil 5'de sunulmaktadır. Türkiye'nin kişi başı GSYİH'si (11535 SGP int.$) üst-orta gelirli ülkeler ortalamasının (9705 SGP int.$) yaklaşık %19 üstündeyken, kişi başı sağlık harcaması (645 SGP int.$) üst-orta gelirli ülkeler ortalamasına (634 SGP int.$) çok yakındır.

[20] Kişi başı sağlık harcamaları ve kişi başı GSYİH değerleri ülkeler arası karşılaştırmanın sağlıklı bir şekilde yapılabilmesi için satın alma gücü paritesi uluslararası dolar (SGP int.$) cinsinden ifade edilmiştir.



Kaynak: DSÖ, Dünya Sağlık İstatistikleri (2009), www.who.int/whosis/ ve kendi hesaplarımız.
Not: SGP: Satın Alma Gücü Paritesi, int: uluslararası. Kırmızı nokta Türkiye'yi, lacivert nokta tüm ülkelerin ortalamasını belirtmektedir. Kişi başı toplam sağlık harcaması ve GSYİH arasındaki doğrusal regresyonun karar katsayısı (R^2), R^2=0,76'dır.

Şekil 5: Üst-Orta Gelir Ülkeleri: Kişi Başı Sağlık Harcamaları ve GSYİH İlişkisi, 2006

Ayrıca, Şekil 5'de üst-orta gelirli ülkelerde sağlık harcamaları ve GSYİH arasında pozitif bir korelasyon gözlemlenmektedir. Kişi başı toplam sağlık harcaması ve kişi başı GSYİH arasındaki doğrusal regresyonun karar katsayısı R^2=0,76'dır. Dolayısıyla, genel olarak bir ülkenin kişi başı geliri artarken, sağlık harcamalarının da artması beklenir.[21]

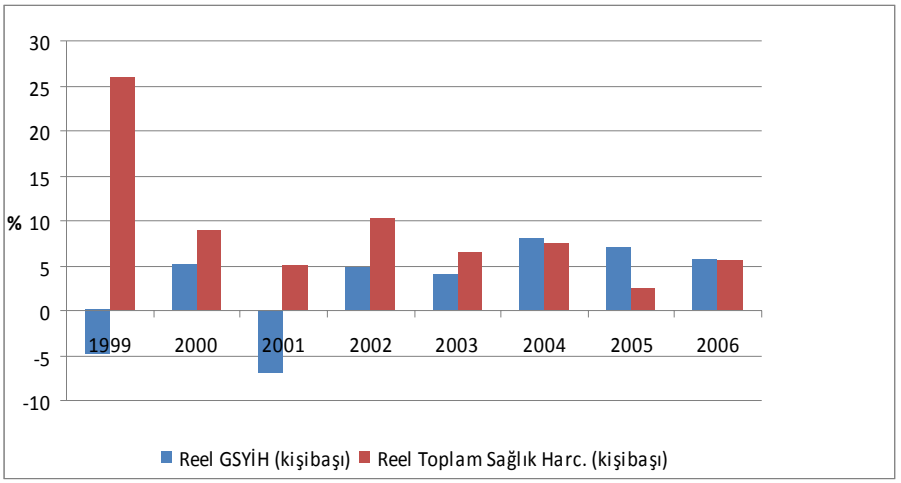
Gelir, sağlık hizmetlerini alabilme gücünü gösteren bir faktördür. Bu bölümdeki analizimiz de GSYİH ve sağlık harcamaları arasındaki pozitif ilişkiyi göstermektedir.[22] Dolayısı ile sağlık harcamalarını daha doğru analiz edebilmek için ekonomideki gelişmeleri, özellikle de kişi başı GSYİH'nin gelişimini yakından takip etmek gerekir. Ülkemizin ekonomik büyüme tarihine bakıldığında 1998-2002 döneminin, finansal krizlerle dolu olduğu

[21] Fakat gelir, sağlık harcamalarını etkileyen tek faktör olmadığı için, bu tahmin dışındaki dağılımlar da gözlenebilmektedir.
[22] Literatürde, kişi başı GSYİH ve sağlık harcamaları arasındaki pozitif ilişki çeşitli çalışmalarda belirtilmiştir (Gerdtham ve Jönsson (2000) ile Culyer (1990)).

görülmektedir. Özellikle 1999, 2000 ve 2001 yılında gerçekleşen finansal krizler makroekonomik dengeleri bozmuştur. Fakat, 2003-2006 dönemi, makro dengelerin kurulduğu, enflasyonunun düşürüldüğü ve dengeli reel ekonomik büyümelerin kaydedildiği bir dönem olmuştur. Dolayısı ile GSYİH ve sağlık harcamaları arasındaki ilişkiyi doğru analiz edebilmek için 1998-2006 dönemi, 1998-2002 ve 2003-2006 olmak üzere iki alt periyotta incelenecektir.

4.2. Türkiye'de Sağlık Harcamaları: 1998-2002 ve 2003-2006 Dönemleri

Şekil 6'da, 1998-2006 dönemi için, kişi başı reel GSYİH ve sağlık harcamalarındaki büyüme oranları sunulmaktadır. 1999 yılındaki finansal kriz sonucu ekonomideki reel küçülmeye karşın sağlık harcamalarındaki artışı, Marmara depremi ile ilişkilendirebiliriz. Fakat, 2001 yılında Türkiye, tarihindeki en büyük finansal krizlerinden birini yaşayıp, kişi başı reel GSYİH'si yaklaşık %7 oranında küçülürken, kişi başı sağlık harcamalarında %5'lik reel bir artış gözlenmiştir.



Kaynak: OECD Sağlık Veri Tabanı (2008), Hıfzısıhha (2007) ve kendi hesabımız.

Şekil 6: Yıllık Büyüme (Bir Önceki Yıla Göre) 1999-2006(%)

Tablo 3'de, 1998-2002 ve 2003-2006 dönemleri için GSYİH ile sağlık harcamalarındaki yıllık ortalama büyüme oranları incelenmiştir. 1998-2002 döneminde kişi başı reel gelir yıllık ortalama %0,7 küçülürken,

sağlık harcamaları yıllık ortalama %12,2 artmıştır. 2003-2006 döneminde GSYİH ve sağlık harcamalarındaki yıllık ortalama büyüme sırasıyla %6,8 ve %5,1 olarak gerçekleşmiştir.

Tablo 3: Ortalama Yıllık Büyüme (%)

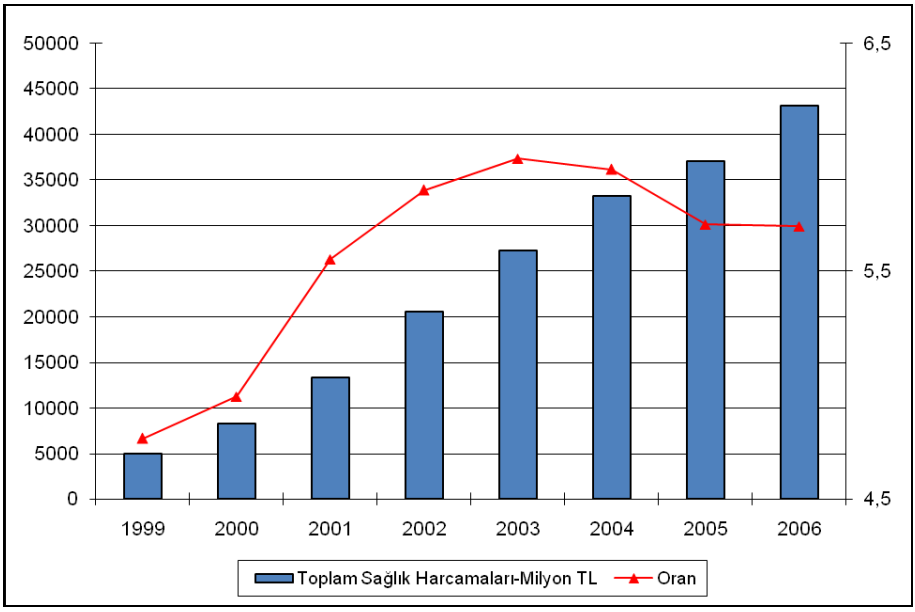
Dönem	Reel Kişi Başı GSYİH	Reel Kişi Başı Sağlık Harcamaları
1998-2002	-0,7	12,2
2003-2006	6,8	5,1

Kaynak: OECD Sağlık Veri Tabanı (2008), TUSAK (2007) ve kendi hesabımız.

Analizimizde ortaya konulduğu üzere, GSYİH ile sağlık harcamaları arasındaki pozitif ilişki 2003-2006 döneminde kurulmuştur. SDP döneminde kişi başı sağlık harcamalarındaki büyüme kişi başı GSYİH'de gerçekleşen artışlara paralel bir şekilde gerçekleşmiş ve sağlık harcamaları sürdürülebilir olmuştur.

4.3. Toplam Sağlık Harcamalarının Kompozisyonu: Kamu ve Özel Sektör

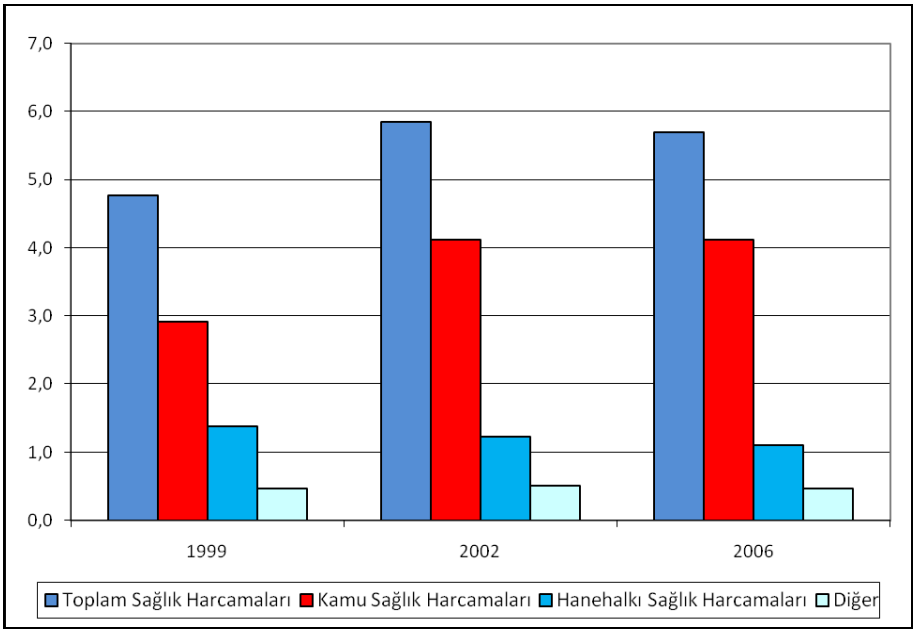
Türkiye, 1999 yılında 3.753 ABD $'lık kişi başı GSYİH ile düşük-orta gelirli bir ülke iken, 2006 yılında 7.268 ABD $'lık kişi başı GSYİH ile üst-orta gelirli ülke statüsüne yükselmiştir (OECD Sağlık Veri Tabanı, 2008). Ekonomisindeki bu hızlı büyümeye paralel olarak sağlık harcamalarında da artış gerçekleşmiştir. 1999 yılında, toplam sağlık harcamaları 4.985 milyon TL iken, 2006'da, 43.197 milyon TL'ye çıkmıştır. Fakat, sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı 2002 yılında %5,8 iken SDP'nin uygulanması ile artmamış, hatta 2006 yılında %5,7 seviyesinde gerçekleşmiştir (Şekil 7).



Kaynak: : 1999-2005 verisi OECD Sağlık Veri Tabanı (2008)'ndan alınmıştır. 2006 yılı değerleri Türkiye Sağlık Kurumu (2007)'ndan alınmıştır.

Şekil 7: Toplam Sağlık Harcamaları (Nominal) ve GSYİH İçindeki Payları: 1999-2006

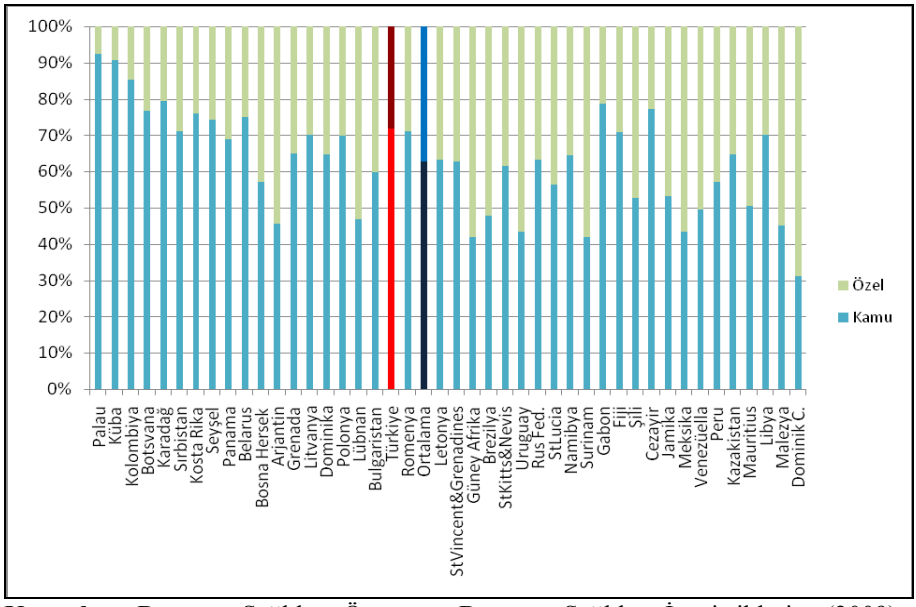
Türkiye'deki toplam sağlık harcamalarını, finansman kaynaklarına göre incelediğimizde, sağlık harcamalarının kompozisyonunda SDP sonrasında önemli değişiklikler olduğu görülmüştür. 1999'da kamu ve hanehalkı sağlık harcamalarının GSYİH'deki payları sırasıyla %2,9 ve %1,4 olarak gerçekleşirken, 2006'da kamunun payı %4,1'e çıkmış, hanehalkı harcamaları ise %1,1 seviyesine gerilemiştir (Şekil 8). Sonuç olarak, SDP ile kamu harcamalarındaki artış, hanehalkının sağlık harcamalarındaki azalma ile dengelenerek, toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı fazla etkilenmemiştir.



Kaynak: 1999-2005 verileri ve 2006 yılı GSYİH değeri OECD Sağlık Veri Tabanı (2008)'ndan, 2006 yılı sağlık harcamaları TUSAK (2007)'dan alınmıştır.

Şekil 8: Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı: Ödeme Yapanlara Göre

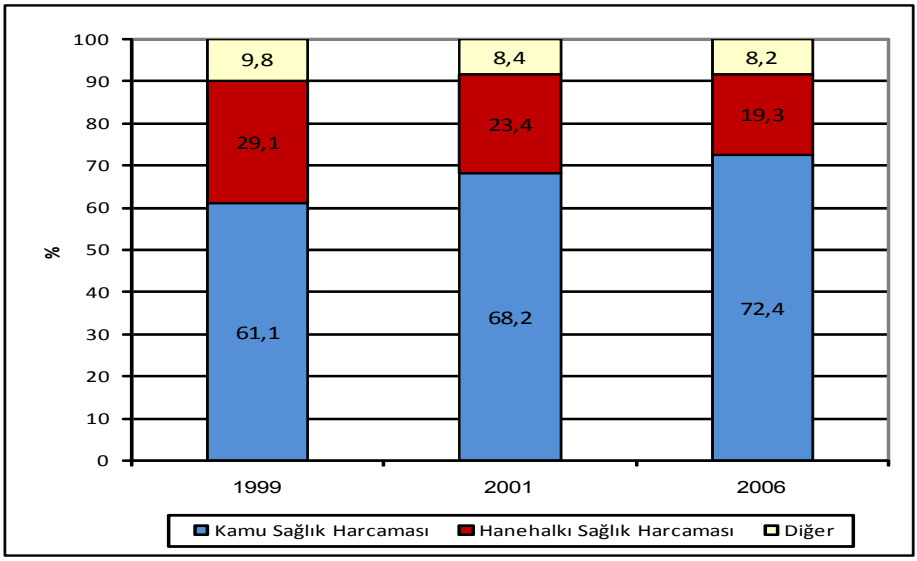
Uluslararası bağlamda değerlendirdiğimizde, üst-orta gelirli ülkelerde kamu sağlık harcamalarına GSYİH'den ayrılan ortalama pay (%3,9), Türkiye'nin ayırdığı payın (%4,1) biraz altındadır. Fakat bu ülkelerdeki özel sağlık harcamalarının GSYİH'deki ortalama payı %2,3 iken, Türkiye'deki özel sağlık harcamalarının payı %1,6 olarak gerçekleşmiştir (Şekil 9).



Kaynak: Dünya Sağlık Örgütü, Dünya Sağlık İstatistikleri (2009), www.who.int/whosis/ ve kendi hesaplarımız.

Şekil 9: Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Oranı (%), 2006

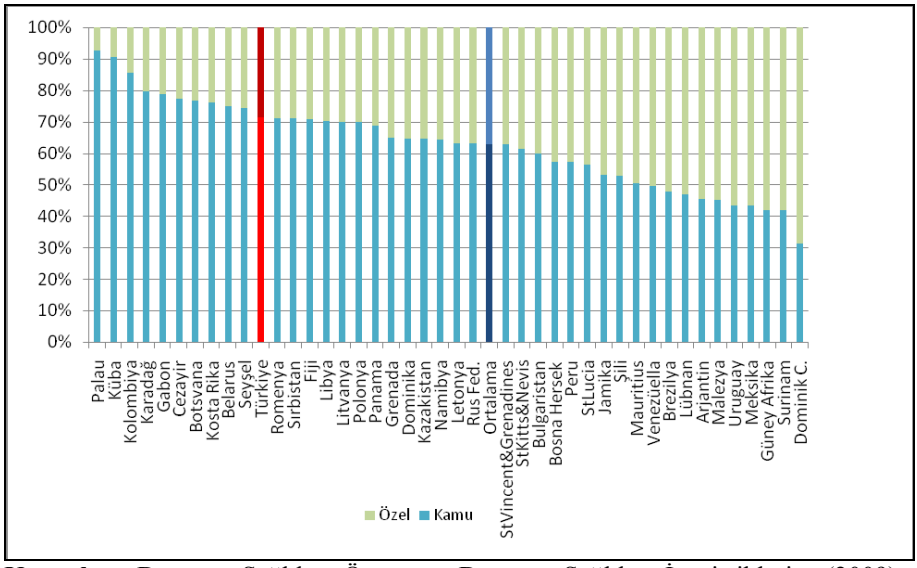
Şekil 10'da, toplam sağlık harcamalarının ödeme yapanlara göre dağılımı gösterilmektedir. 1999 yılında, toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %61'i kamu sektörünce, yaklaşık %39'u ise özel sektörce gerçekleştirilirken, 2006'da kamunun payı artarak %72,4'e çıkmış, özelin payı ise %27,5'e gerilemiştir. Özel harcamaların payının gerilemesinde hanehalkı sağlık harcamalarının payının düşmesi önemli rol oynamıştır.



Kaynak: OECD Sağlık Veri Tabanı (2008) ve Türkiye Sağlık Kurumu (2007).

Şekil 10: Toplam Sağlık Harcamalarının Ödeme Yapanlara Göre Dağılımı

2006 yılında, Türkiye'de kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarındaki payı %72,4'tür. Üst-orta gelirli ülkelerde kamunun sağlık harcamalarındaki ortalama payı (%62,8), Türkiye'deki kamu sektörü payının altında gerçekleşmiştir (Şekil 11).



Kaynak: Dünya Sağlık Örgütü, Dünya Sağlık İstatistikleri (2009), www.who.int/whosis/ ve kendi hesaplarımız.

Şekil 11: Toplam Sağlık Harcamalarının Ödeme Yapanlara Göre Dağılımı: Üst-Orta Gelirli Ülkeler, 2006

4.4. Kamu Sağlık Harcamalarının İncelenmesi

Kaliteli ve etkili sağlık hizmetlerine erişimin artırılmasını hedefleyen SDP reformları ile birlikte kamunun, sağlık sektörüne ayırdığı payda 2001-2004 döneminde artış görülmesine rağmen, 2005 yılından itibaren bu payın gerilediği gözlenmiştir. Toplam kamu sağlık harcamalarının faiz dışı genel devlet toplam harcamalarındaki payı 1999 yılında %14,7 düzeyinden, 2004'te %17 düzeyine çıkmış; 2005'ten itibaren gerileme kaydeden pay, 2008'de %15,7 olmuştur (Tablo 4).

Türkiye'de genel devlet faiz dışı harcamaları 1999'da 20,7 milyar TL iken, 1999-2008 döneminde yıllık ortalama %33,2 büyüyerek, 2008'de 273 milyar TL olmuştur. Bu artışa paralel olarak, 1999 yılında toplam kamu sağlık harcamaları 3 milyar TL iken, 2008 yılında 43 milyar TL'ye çıkmıştır. Kamu sağlık harcamalarının 1999-2008 dönemi yıllık ortalama artışı %34,2 olarak gerçekleşmiştir.

Tablo 4: Toplam Kamu Sağlık Harcamalarının Faiz Dışı Genel Devlet Harcamalarındaki Payı

Milyon TL	1999	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	1999-2008 yıllık ortalama artış (%)
Toplam Kamu Sağlık Harcaması*	3.047	14.445	19.510	24.019	26.426	31.284	36.800+	42.930+	34,2
Genel Devlet Harc. (Faiz dışı) **	20.681	91.980	119.020	141.010	165.930	208.260	232.460	273.283	33,2
Oran (%)	14,7	15,7	16,4	17	15,9	15,3	15,8	15,7	0,7

Kaynak: * OECD Sağlık Veri Seti (2008) ve + Akdağ (2009), ** Maliye Bakanlığı, DPT verileri ve kendi hesaplarımız.

Toplam kamu sağlık harcamaları; Sağlık Bakanlığı, Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü, üniversiteler, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu, diğer bakanlıklar ve kamu kurumları ile yerel yönetimler, devlet teşekkülleri ve sosyal güvenlik kurumları (SSK, ES ve Bağ-Kur) tarafından yapılan harcamalar ile devlet memurları ve Yeşil Kartlılar için yapılan harcamaların toplamından oluşmaktadır. Kamu sağlık harcamalarının ödeme yapanlara göre dağılımı Tablo 5'de sunulmuştur. Sosyal güvenlik kurumlarının (SSK, Bağ-Kur ve ES) sağlık harcamaları 1999 yılında toplam kamu sağlık harcamalarının %50'sini oluştururken, 2008'de payları %59'a yükselmiştir. Yeşil Kart harcamaları 1999'da kamu sağlık harcamalarının sadece %4,2'sini oluştururken, 2008'de payı 2 kattan fazla artarak, %9,4 düzeyine çıkmıştır. Aynı dönemde, aktif memurlar için yapılan sağlık harcamalarının, kamu sağlık harcamalarındaki payı %12,7 seviyesinden %6,4'e gerilemiş; Sağlık Bakanlığı genel bütçe harcamalarının (Yeşil Kart harcamaları ve personeli için yaptığı ilaç ve tedavi giderleri hariç) payı ise %20,4 düzeyinden %18'e inmiştir.

Tablo 5: Kamu Sağlık Harcamalarının Ödeme Yapanlara Göre Dağılımı

	Milyon TL				Kamu Sağlık Harcamaları İçindeki Pay (%)			
	1999	2006	2007	2008	1999	2006	2007	2008
SGK*	1.522	17.666	19.983	25.346	50,0	56,5	54,3	59,0
Aktif Memurlar	388	2.426	2.697	2.732	12,7	7,8	7,3	6,4
Yeşil Kart*	127	2.910	3.913	4.031	4,2	9,3	10,6	9,4
Sağlık Bakanlığı (Genel Bütçe)**	622	5.330	6.055	7.686	20,4	17,0	16,5	17,9
Diğer Kamu	388	2.952	4.152	3.077	12,7	9,4	11,3	7,3
Toplam Kamu Sağlık H.	3.047	31.284	36.800+	42.930+	100	100	100	100

Kaynak: DPT (2009), Maliye Bakanlığı verileri, OECD Sağlık Veri Seti (2008), +Akdağ (2009) ve kendi hesaplarımız.
Not: H: Harcamaları. *SGK: SSK, Bağ-Kur ve ES toplamını ifade etmektedir. **Sağlık Bakanlığı genel bütçe harcamalarından, Yeşil Kart harcamaları ve Bakanlığın kendi personeli için yaptığı ilaç ve tedavi harcamaları düşürülmüştür.

4.4.1. Sosyal Güvenlik Kurumlarının Sağlık Harcamaları

Bu bölümde, kamu sosyal güvenlik uygulamaları içinde Yeşil Kartlılar ve aktif memurlar için gerçekleştirilen sağlık harcamaları da incelenmektedir. 2007 yılında kamu sağlık sigortalarının kapsamında 60,9 milyon kişi vardır. Bunların %57'si (34,5 milyon kişi) SSK'lı, %12'si (yaklaşık 7,2 milyon kişi) Bağ-Kur'lu, %5'i (2,8 milyon kişi) Emekli Sandığı mensubu, %11'i (yaklaşık 2,8 milyon kişi) aktif devlet memuru ve %15'i (yaklaşık 9,4 milyon kişi) Yeşil Kartlıdır (Maliye Bakanlığı verileri).

Tablo 6'da görüldüğü gibi, toplam sosyal güvenlik sağlık harcamaları (aktif memurlar ve Yeşil Kart harcamaları dahil) 1999 yılında 2.037 milyon TL iken, 2008'de 32.109 milyon TL olmuştur. Diğer bir deyişle, 1999-2008 döneminde sosyal güvenlik harcamaları nominal olarak yıllık ortalama %35,8 artmıştır. Fakat bu dönemdeki reel artış sadece %9,3 olarak gerçekleşmiştir.[23]

[23] 1999-2008 dönemindeki reel yıllık ortalama artışı bulmak için 2008 yılı verisini 1999 fiyatlarına çevirdik. TÜİK'den tüketici fiyatları genel endeksi (1994=100)

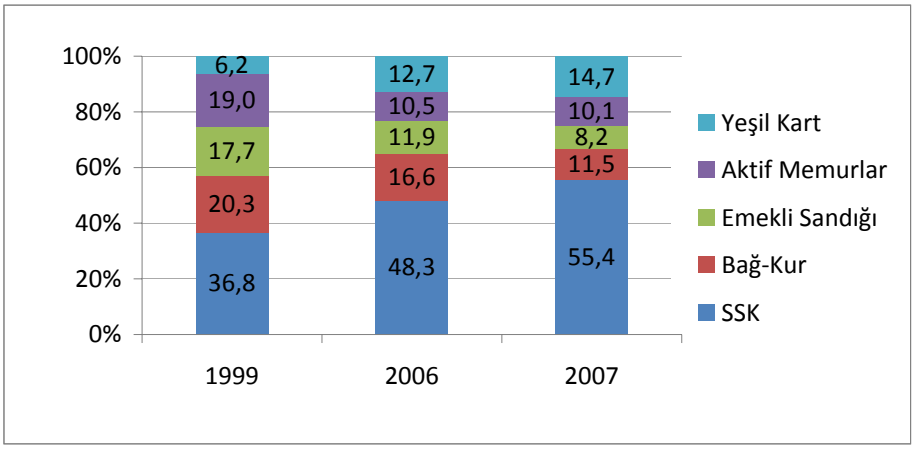
Tablo 6: Sosyal Güvenlik Sağlık Harcamalarının Dağılımı (Milyon TL): 1999 Yılı ve 2002-2008 Dönemi

		1999	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
SSK[+]	Harcama	749	3.594	4.981	6.636	7.065	11.106	14.739	
	Oran (%)	36,8	36,2	36,6	39,8	40,1	48,3	55,4	
Bağ-Kur[+]	Harcama	413	2.196	3.183	3.719	3.626	3.816	3.052	
	Oran (%)	20,3	22,1	23,4	22,3	20,6	16,6	11,5	
Emekli Sandığı[+]	Harcama	360	1.840	2.499	2.795	2.917	2.745	2.193	
	Oran (%)	17,7	18,5	18,4	16,8	16,6	11,9	8,2	
SGK[*]	Harcama	1.522	7.630	10.662	13.150	13.606	17.666	19.983	25.346
	Oran (%)	74,7	76,8	78,3	78,9	77,3	76,8	75,1	79,0
Aktif	Harcama	388	1.654	2.035	2.462	2.195	2.426	2.697	2.732
Memurlar[*]	Oran (%)	19,0	16,6	14,9	14,8	12,5	10,5	10,1	8,5
Yeşil Kart[*]	Harcama	127	650	917	1.062	1.809	2.910	3.913	4.031
	Oran (%)	6,2	6,5	6,7	6,4	10,3	12,7	14,7	12,6
GENEL TOPLAM[*]	Harcama	2.037	9.934	13.615	16.674	17.610	23.002	26.593	32.109
	Oran (%)	100	100	100	100	100	100	100	100

Kaynak: [+]GSS İstatistik Yıllığı (2009), [*]DPT (2009), SB SGB verileri ve kendi hesaplarımızdır.
Not: SGK, 2006'da kurulmuştur; ama, detaylı inceleyebilmek için SSK, Bağ-Kur ve ES harcamalarının dağılımı 2006 sonrası için de sunulmuştur.

Toplam sosyal güvenlik sağlık harcamalarının dağılımını incelediğimizde 1999 yılında: SSK'nın toplamda %36,8'lik payla (749 milyon TL) birinci, Bağ-Kur'un %20,3'lük payla (413 milyon TL) ikinci, aktif memurlar için yapılan harcamaların %19'luk payla (388 milyon TL) üçüncü, ES'nin %17,7'lik payla (360 milyon TL) dördüncü ve Yeşil Kartlılar için yapılan harcamaların %6,2'lik payla (127 milyon TL) en son sırada yer aldığını görmekteyiz. 2007 yılında, SSK ve Yeşil Kartın sağlık harcamalarındaki artış dikkat çekicidir. 2007'de toplam sosyal güvenlik harcamalarında SSK'nın payı %55,4'e ve Yeşil Kartlıların payı %14,7'e yükselirken, Bağ-Kur'un payı %11,5, aktif memurların payı %10,1 ve ES'nin payı %8,2'ye gerilemiştir (Tablo 6 ve Şekil 12).

serisini alarak, her yıl için 12 aylık endeks ortalamalarını hesaplayıp, enflasyondan arındırma katsayısını 7,03 olarak elde ettik.



Kaynak: GSS İstatistik Yıllığı (2009), DPT (2009) verileri.

Şekil 12: Sosyal Güvenlik Harcamalarının Yüzdelik Dağılımı: 1999, 2006 ve 2007 Yılları

Tablo 7'de, sigorta kurumlarının yaptıkları kişi başı sağlık harcamaları ve kapsadıkları nüfus 2004-2007 dönemi için sunulmaktadır. Sosyal güvenlik fonlarının kapsamında ciddi artışlar olmuştur. 2004-2007 periyodunda nüfustaki yıllık ortalama büyüme SSK için %9, Bağ-Kur için %4 ve Yeşil Kart uygulaması için %10 olmuştur. Ayrıca, SSK'lılara ve Yeşil Kartlılara sağlanan sağlık hizmetleri kapsamının derinleşmesi ve hizmete erişimin kolaylaştırılmasıyla, bunlar için kişi başına yapılan harcamalar 2004'ten itibaren yükselmiş ve 2007'de aktif memurlar için yapılan harcama seviyesinin üstünde gerçekleşmiştir. Bu dönemde SSK'lı ve Yeşil Kartlılar için yapılan kişi başı sağlık harcamaları sırasıyla %20 ve %40 büyürken, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı mensupları için yapılan kişi başı sağlık harcamaları %10 azalma göstermiştir. SDP ile uygulanmaya başlanan ilaç ve tedavi harcamalarına ilişkin geri ödeme politikalarıyla, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur'luların harcamalarında düşüş sağlanarak, SSK ve Yeşil Kartlıların harcamalarındaki artışın dengelenmesi planlanmış ve ortalama sağlık harcamalarının finanse edilebilir seviyede tutulması amaçlanmıştır.

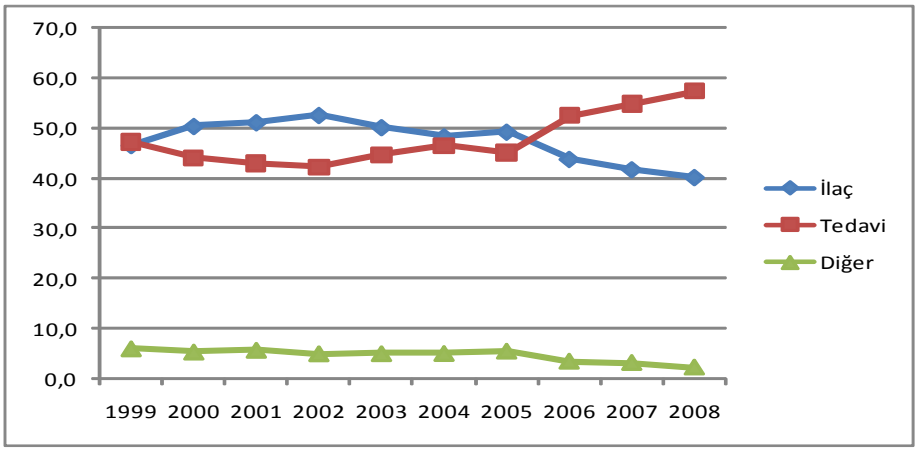
Tablo 7: Sigorta Kurumlarının Yaptıkları Kişi Başı Yıllık Sağlık Harcamaları (TL) ve Kapsadıkları Nüfus: 2004-2007

Harcama Kuruluş	Yapan	2004	2005	2006	2007	Ort. Yıllık Büyüme Oranı, 2004-2007
SSK	Harcama	250	243	334	427	20%
	Kapsam	26.561.600	29.031.349	33.204.524	34.500.757	9%
Bağ-Kur	Harcama	584	557	541	424	-10%
	Kapsam	6.367.710	6.507.793	7.057.563	7.202.922	4%
Emekli Sandığı	Harcama	1061	1062	1003	777	-10%
	Kapsam	2.635.696	2.754.550	2.738.541	2.823.268	2%
SGK Toplamı	Harcama	370	356	411	449	7%
	Kapsam	35.565.006	38.293.692	43.000.628	44.526.947	8%
Aktif Devlet Memurları	Harcama	366	326	336	386	2%
	Kapsam	6.731.455	6.726.745	6.778.679	6.971.632	1%
Yeşil Kart	Harcama	152	244	373	417	40%
	Kapsam	7.000.000	7.400.000	7.800.000	9.355.279	10%
Genel Toplam	Harcama	338	336	397	437	9%
	Kapsam	49.296.461	52.420.437	57.579.307	60.853.858	7%

Kaynak: TEPAV (2008), Tablo No.1.
Not: Ort: Ortalama.

4.4.1.1. Sosyal Güvenlik Sağlık Harcamalarının Fonksiyona Göre Dağılımı

Sosyal Güvenlik Sağlık Harcamalarının fonksiyona göre dağılımı incelendiğinde, SDP reformlarının etkileri görülmektedir. SGK'nın, sağlık harcamalarının kompozisyonunda tedavi harcamalarının payı yükselmiş, ilaç harcamalarının payı ise gerilemiştir. 1999'da tedavi harcamaları, kamu sigortalarının (Yeşil Kartlılar ve aktif memurlar dahil) toplam sağlık harcamalarının %47,3'ünü oluştururken, bu oran 2008'de %57,4'e çıkmıştır. Tedavi harcamalarının payı sağlık hizmetlerine ulaşımın yaygınlaştırılması ile yükselmiştir (Şekil 13).



Kaynak: DPT (2009) verileri.
Not: Burada, kamu içinde SGK, memurlar ve Yeşil Kartlılar için yapılan sağlık harcamaları değerlendirilmiştir. Diğer: Tıbbi cihaz, şahıs, malzeme ve optik harcamaları içerir. Sağlık ödemelerine yolluklar dahil edilmemiştir.

Şekil 13: Sosyal Güvenlik Sağlık Harcamalarının Fonksiyona Göre Dağılımı

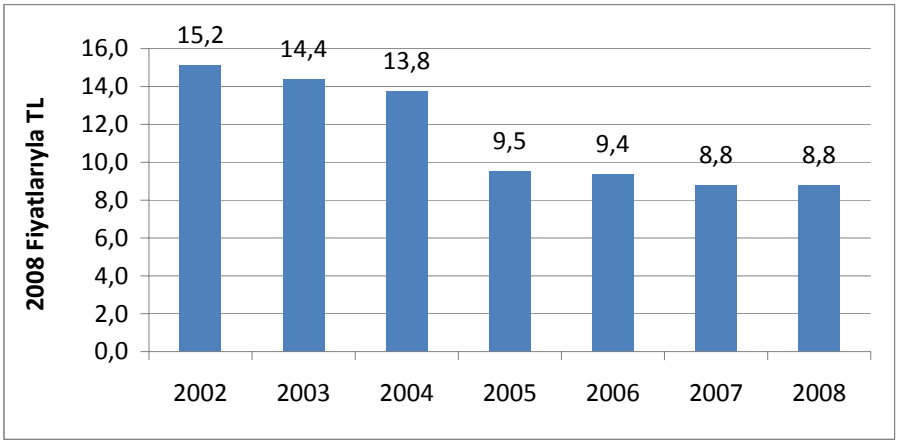
4.4.1.2. Kutu Başına Kamu İlaç Harcamaları

SDP ile sigorta kurumlarının yüksek bir harcama kalemini oluşturan ilaç harcamalarının kontrol altına alınması hedeflenmiştir. Referans ilaç uygulamasına geçilmiş,[24] reçeteli ve reçetesiz ilaçlarda KDV %18'den %8'e indirilmiş, kamu sigortalarının geri ödeme prosedürlerinde ortak normlar getirilerek, tüm geri ödeme kurumlarının ilaç ödemelerinde uygulayacağı tek pozitif liste uygulaması başlatılmıştır. Referans ilaç sistemine geçilmesiyle, sağlık harcamalarında yapılan tasarruf 1 milyar TL olmuştur (Akdağ, 2007 (b)). Ayrıca, Türkiye'de eşdeğer ilaç kullanımına önem verilerek, sağlık harcamalarında önemli tasarruf gerçekleşmiştir. 2002 yılında kutu ölçeğinde eşdeğer ilaçların payı %48,5 (referans ilaçların payı %51,5) iken 2008'de eşdeğer ilaçların payı %51,4'e yükselmiştir (referans ilaçların payı ise %48,6'ya gerilemiştir).[25] Referans ilaçlara göre daha

[24] Bu sistem ile ilaç fiyatlarını belirlerken en az 5, en fazla 10 AB üyesi ülkesi takip edilmekte ve bu ülkelerdeki en ucuz fiyat Türkiye'deki ilaç fiyatları için referans alınmaktadır. Sistemle, geri ödeme kurumlarına en ucuz eşdeğer ilacın %22 fazlasına kadar geri ödeme yapma zorunluluğu getirilmiştir.
[25] IMS ve İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası verileri.

ekonomik olan eşdeğer ilaçların kullanımı ile sağlık harcamalarında, 2008 yılında 885 milyon TL tasarruf yapılmıştır.[26] Eşdeğer ilaç kullanımıyla, 2004-2008 yılları arasında, toplamda 3 milyar 879 milyon TL tasarruf sağlanmıştır.[27]

Kamu sigortalarının (SSK, Bağ-Kur ve ES) tek çatı altında toplanması ve ilaç piyasasındaki tek alıcı haline gelmesiyle, ilaç harcamalarında verimlilik kaydedilmiş, reel ilaç kutu maliyeti 2002 yılında 15,2 TL iken 2008'de 8,8 TL'ye kadar gerilemiştir (Şekil 14).



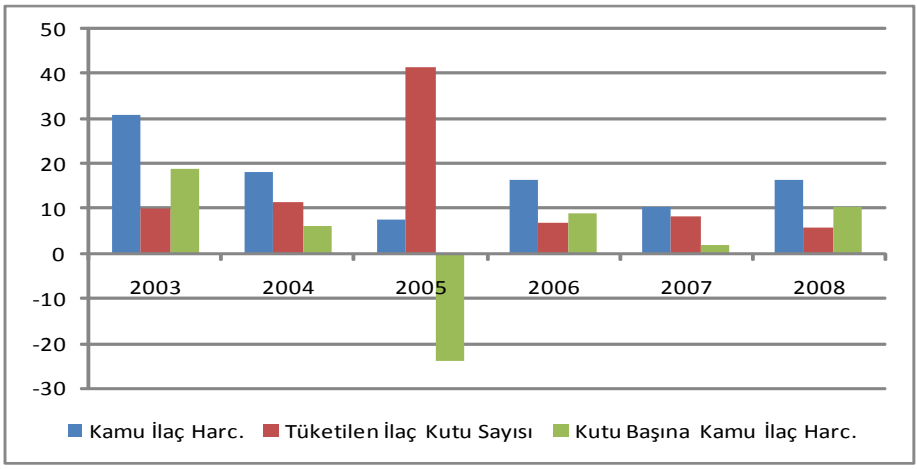
Kaynak: SB SGB verileri, DPT (2009) verileri ve kendi hesaplarımız.
Not: Kutu başına kamu ilaç harcamaları bulunurken, depolardan satılan toplam ilaç kutu sayısı, tüketilen ilaç kutu sayısına eşit varsayılarak hesaplamalar yapılmıştır. 2002-2008 döneminde stok değişimi en fazla bir defa %10 oranında olmuştur, dolayısıyla stok değişmediği varsayımı yerindedir.

Şekil 14: Tüketilen Toplam İlaç Kutu Sayısı Başına Kamu İlaç Harcamaları, 2008 Fiyatlarıyla

Özellikle 2005 yılında ayakta tedavileri için Yeşil Kartlıların ilaç masraflarının da karşılanması ve SSK mensuplarına, serbest eczanelerden ilaç alma hakkı tanınması gibi ilaca erişimi kolaylaştırıcı uygulamalarla, tüketilen toplam ilaç kutu miktarı %41,6 oranında artmıştır. Buna rağmen, kamu ilaç harcamaları sadece %7,6 oranında artmıştır. Üstelik kutu başına ilaç harcamalarında %24'lük bir küçülme olmuştur (Şekil 15 ve Tablo 8).

[26] İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası verileri.
[27] İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası verileri.

Bu durum, ilaca erişimin artarken ilaç harcamalarını sınırlayan düzenlemelerle ilaca daha ucuza erişildiğini ortaya koymaktadır.



Kaynak: SB SGB verileri, DPT (2009) verileri ve kendi hesaplarımız.

Şekil 15: Kamu Sağlık Sigortaları İlaç Harcamalarının ve Tüketilen Toplam İlaç Kutu Sayılarının Değişimi: (%) 2002-2008 Dönemi

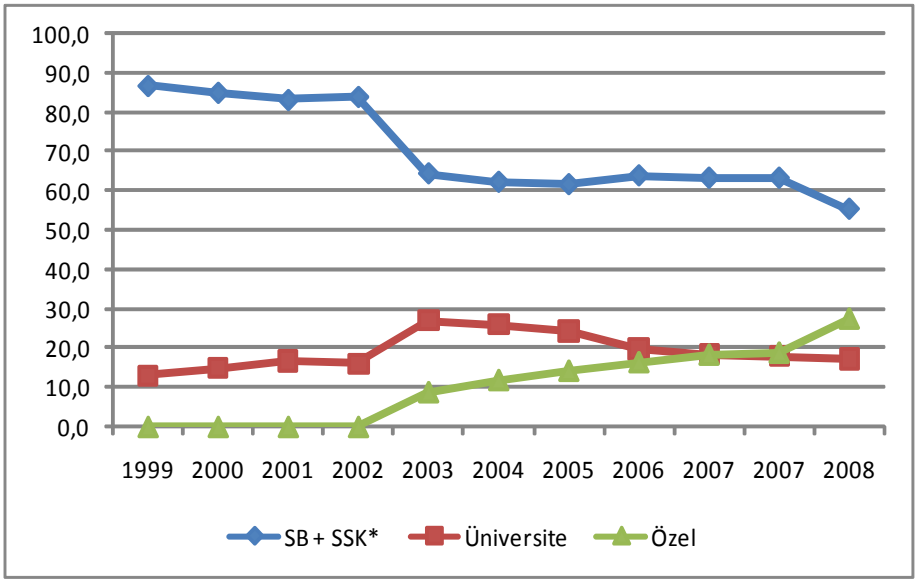
Tablo 8: Kamu Sağlık Sigortaları İlaç Harcamaları ve Tüketilen Toplam İlaç Kutu Sayıları

Nominal Değerler	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Kamu* ilaç harcamaları (milyon TL)	5.230	6.839	8.069	8.686	10.099	11.130	12.962
Tüketilen İlaç kutu (milyon kutu)	699	769	856	1.212	1.293	1.399	1.477
Kutu Başına Kamu İlaç Harcamaları (TL)	7,5	8,9	9,4	7,2	7,8	8,0	8,8

Kaynak: SB SGB verileri, DPT (2009) verileri ve kendi hesaplarımız.
Notlar: *: Kamu içinde SGK, memurlar ve Yeşil Kartlılar için yapılan sağlık harcamaları değerlendirilmiştir. Kutu başına kamu ilaç harcamaları bulunurken, depolardan satılan toplam ilaç kutu sayısı tüketilen ilaç kutu sayısına eşit varsayılarak hesaplamalar yapılmıştır. 2002-2008 döneminde stok değişimi en fazla bir defa %10 oranında olmuştur, dolayısı ile stok değişmediği varsayımı yerindedir.

4.4.1.3. Tedavi Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Dağılımı

Şekil 16, kamu tedavi harcamalarının hizmet sunucularına göre dağılımını sergilemektedir. Erişimde kolaylık sağlanması ve özel hastanelerdeki tedavi hizmetlerinin kamu sigortalarınca ödenmesi nedeniyle, özel hastanelerin kamunun tedavi harcamaları içindeki payı artarak, 2002 yılında %8,8 seviyesinden 2008'de %27,5 seviyesine çıkmıştır.



Kaynak: DPT (2009) verileri ve kendi hesaplarımız.
Not: *: Sağlık Bakanlığının kamu tedavi harcamalarındaki payına SSK dahil edilmiştir.

Şekil 16: Kamu Tedavi Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Dağılımı

4.4.2. Sağlık Bakanlığı Harcama ve Kaynakları

Sağlık Bakanlığının genel bütçe ve döner sermaye[28] gelirlerinden oluşan harcamaları 1999-2008 dönemi için Tablo 9'da sunulmaktadır.[29]

[28] 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu, döner sermayelerin ilgili genel bütçe kurumu tarafından kapsanmasını öngörmektedir. Uygulamada bunlar bütçe kapsamının dışında kalmasına rağmen bu bölümde Sağlık Bakanlığı harcamaları değerlendirilirken, döner sermaye harcamaları da incelenmiştir.

Sağlık Bakanlığı toplam harcamaları (Yeşil Kart hariç) 1999'da 987 milyon TL iken, 2008'de 19.368 milyon TL seviyesine ulaşmıştır. Genel bütçe harcamaları (Yeşil Kart hariç) 1999-2008 döneminde yıllık ortalama %31 büyüyerek, 678 milyon TL'den 7.936 milyon TL seviyesine çıkmıştır. Döner sermaye harcamaları ise yıllık ortalama %49'luk artışla 1999'da 309 milyon TL iken, 2008'de 11.432 milyon TL seviyesine yükselmiştir.

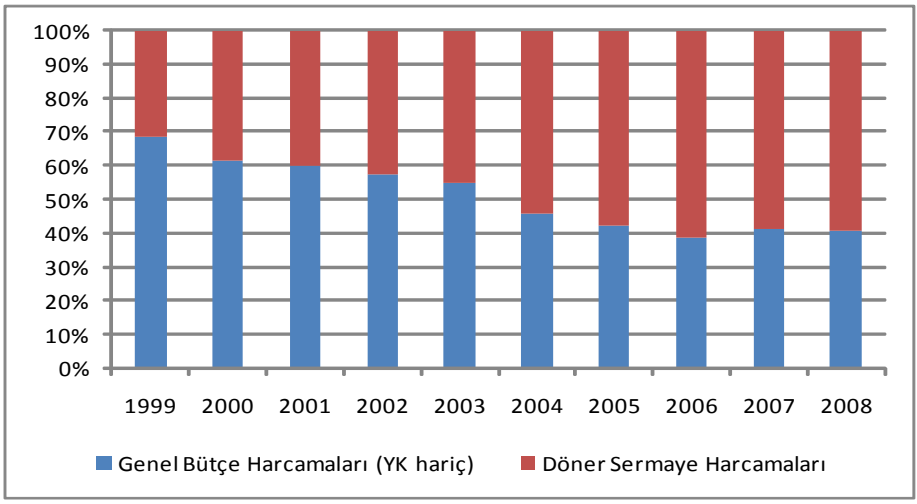
Tablo 9: Sağlık Bakanlığı Kaynakları: 1999-2008

Kaynaklar (milyon TL)	1999	2000	2001	2002	2003	
Genel Bütçe Harc.	805	1.140	1.822	3.039	3.674	
Genel Bütçe Harc. (YK hariç) (A)	678	941	1.430	2.389	2.757	
Döner Sermaye Harc. (B)	309	586	953	1.746	2.245	
Toplam (A + B)	987	1.527	2.383	4.135	5.002	
Kaynaklar (milyon TL)	2004	2005	2006	2007	2008	1999-2008 Yıllık Ort. Büyüme (%)
Genel Bütçe Harc.	4.461	6.768	8.538	10.390	11.967	35
Genel Bütçe Harc. (YK hariç) (A)	3.399	4.959	5.628	6.477	7.936	31
Döner Sermaye Harc. (B)	4.023	6.737	8.845	9.206	11.432	49
Toplam (A + B)	7.422	11.696	14.473	15.683	19.368	39

Kaynak: Maliye Bakanlığı verileri, SB SGB verileri ve DPT (2009) verileri.
Notlar: Harc: Harcamaları, YK: Yeşil Kart, Ort: Ortalama.

1999-2008 döneminde SB harcamalarının yüzdelik dağılımında önemli değişiklikler olmuştur. 1999 yılında döner sermaye gelirlerinin toplam SB harcamalarındaki payı %31,3 iken, 2008'de %59 seviyesine yükselmiş, genel bütçenin payı ise %68,7 seviyesinden %41'e gerilemiştir (Şekil 17).

[29] Bu gelirlere ek olarak 1988-2004 döneminde 3418 sayılı Kanunun 39/a maddesi ile fon gelirleri SB'ye aktarılmaktaydı. Bu fonlar 2004 sonrasında tasfiye edilmiştir. 1999-2004 döneminde fon gelirlerinin toplam içindeki payı çok cüzi olduğu için Tablo 9'da yer verilmemiştir (1998'de toplam gelirin sadece %2,4'ünü oluşturan fon gelirlerinin payı zaman içinde daha da küçülmüştür (Tokat, 2001).



Kaynak: Maliye Bakanlığı, SB SGB verileri ile kendi hesaplarımız.
Not: YK: Yeşil Kart.

Şekil 17: Sağlık Bakanlığı Kaynaklarının Yüzdelik (%) Dağılımı

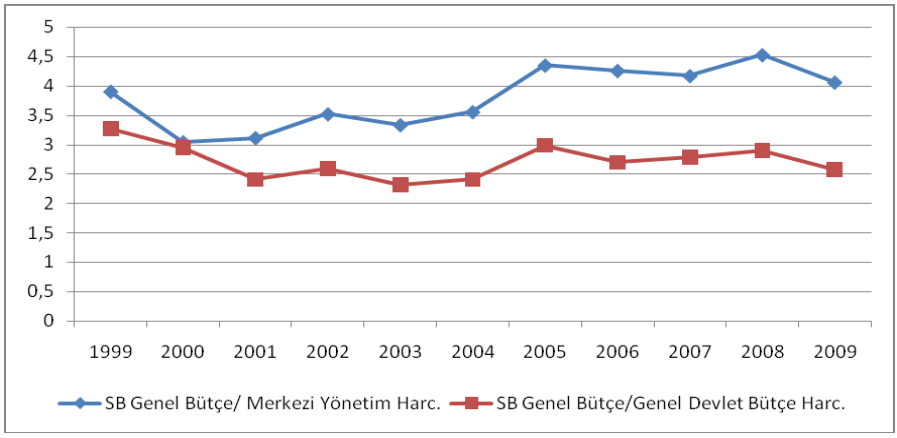
4.4.2.1. Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Merkezi Yönetim ve Genel Devlet Bütçelerine Oranı

SB genel bütçe (YK hariç) harcamalarının merkezi yönetim faiz dışı bütçe harcamalarına oranı 1999'da %4 seviyesinden gerileyerek, 2003'de %3,3'e düşmüştür. 2004'ten itibaren artan oran, 2008'de %4,5 seviyesine ulaşmıştır. 2009 yılı ödeneklerine göre merkezi yönetimin SB bütçesine ayırdığı payın %4,1 civarında olması beklenmektedir. SB genel bütçe (YK hariç) harcamalarının genel devlet faiz dışı harcamalarındaki payı incelendiğinde, 1999-2008 dönemi için benzer bir trend görülmektedir. 1999-2003 döneminde SB'nin payı %3,3'den %2,3'e düşerken, 2004'den itibaren yükselişe geçmiş, 2005-2008 döneminde %3 civarında gerçekleşmiştir. 2009'da, SB bütçesinin genel devlet bütçesindeki payı %2,6 olarak beklenmektedir (Tablo 10 ve Şekil 18).

Tablo 10: Sağlık Bakanlığı Genel Bütçe Harcamalarının Genel Devlet ve Merkezi Yönetim Bütçe Harcamalarına Oranı

Kaynaklar (milyon TL)	1999	2000	2001	2002	2003	2004
SB Genel Bütçe Harcamaları (YK Hariç) (A)	678	941	1.430	2.389	2.757	3.399
Merkezi Yönetim Bütçe Harcamaları* (B)	17.364	30.920	45.934	67.876	82.721	95.601
Genel Devlet Harcamaları* (C)	20.681	31.910	59.381	91.980	119.020	141.010
ORAN 1 (A/B) (%)	3,9	3,0	3,1	3,5	3,3	3,6
ORAN 2 (A/C) (%)	3,3	2,9	2,4	2,6	2,3	2,4
Kaynaklar (milyon TL)	2005	2006	2007	2008	2009**	
SB Genel Bütçe Harcamaları (YK Hariç) (A)	4.959	5.628	6.477	7.936	8.187	
Merkezi Yönetim Bütçe Harcamaları* (B)	114.007	132.163	155.315	175.306	201.656	
Genel Devlet Harcamaları* (C)	165.930	208.260	232.460	273.283	317.867	
ORAN 1 (A/B) (%)	4,3	4,3	4,2	4,5	4,1	
ORAN 2 (A/C) (%)	3,0	2,7	2,8	2,9	2,6	

Kaynak: Maliye Bakanlığı, SB SGB, DPT verileri ve kendi hesaplarımız.
Notlar: YK: Yeşil Kart *: Faiz dışı harcamalar alınmıştır. **:2009 yılı ödenektir. Genel devlet harcamaları; konsolide bütçe harcamaları (2001-2005)/merkezi yönetim bütçesi harcamaları (2006-2009), mahalli idareler, bütçe dışı fonlar, sosyal güvenlik kuruluşları, işsizlik sigortası fonu ve döner sermayeli kuruluşların harcamalarının konsolide edilmesi ile elde edilmektedir.



Kaynak: Maliye Bakanlığı, SB SGB, DPT verileri ve kendi hesaplarımız.
Notlar: Harc: Harcamaları. SB genel bütçe harcamalarına Yeşil Kart dahil değildir. Genel Devlet bütçe harcamaları faiz dışı harcamalardır. **: 2009 yılı ödenektir.

Şekil 18: Sağlık Bakanlığı Genel Bütçe Harcamalarının Merkezi Yönetim Harcamaları ve Genel Devlet Bütçe Harcamalarındaki Payı: (%)

4.4.2.2. Sağlık Bakanlığı Genel Bütçe Harcamalarının Ekonomik Ayrımı

Tablo 11 ve Tablo 12'de, SB genel bütçe harcamalarının ekonomik ayrımı, sırasıyla 1999-2003 ve 2004-2009 dönemleri için sergilenmiştir.[30] 1999-2003 döneminde SB bütçesindeki en büyük payı, cari giderler içindeki personel giderleri oluşturmaktadır. Fakat personel giderleri payı bu dönem içinde sürekli gerileyerek %77,9'dan %72,9 seviyesine inmiştir.

Tablo 11: SB Genel Bütçe Harcamalarının Ekonomik Ayrımı: 1999-2003

			milyon TL					%'lik Dağılım		
	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003
Personel Giderleri	627	850	1.312	2.032	2.679	77,9	74,6	72,0	66,9	72,9
Diğer Cari Giderler	145	221	375	681	157	18,0	19,4	20,6	22,4	4,3
Yatırım Giderleri	23	55	113	291	171	2,9	4,8	6,2	9,6	4,7
Transfer Giderleri	10	14	21	36	668	1,2	1,2	1,2	1,2	18,2
Toplam	805	1.140	1.822	3.039	3.674	100	100	100	100	100

Kaynak: Maliye Bakanlığı verileri.

Personel giderlerinin bütçedeki payının gerilemesindeki en önemli sebep, SB bütçesi üzerinden gerçekleştirilen Yeşil Kart ödemeleridir. Yeşil Kartlılara sunulan sağlık hizmetleri kapsamının genişlemesi ile Yeşil Kartlıların sağlık harcamaları 2004-2009 döneminde yükselmiş ve toplam SB bütçesindeki payı %23,8'den %34,3'e çıkmıştır. Yeşil Kart harcamaları, 2004'de analitik bütçe sınıflandırmasına geçilmesi ile mal ve hizmet alımları altında yer almaya başlamıştır.[31] Dolayısıyla Yeşil Kart payındaki artışa paralel olarak, mal ve hizmet alımlarının SB bütçesindeki payı, 2004-2009 döneminde sürekli artmış ve %27'den %45,3 seviyesine yükselmiştir.

[30] Konsolide bütçe kapsamındaki kurum ve kuruluşlar bütçelerini 2004 yılından itibaren "Analitik Bütçe Sınıflandırması"na göre hazırlamaktadırlar. 1999-2003 döneminde kullanılan sınıflandırma analitik sınıflandırmayla bire bir eşleşmediği için bu dönemi ayrı bir tabloda inceledik.

[31] 1998 yılından itibaren Yeşil Kart harcamaları Sağlık Bakanlığı bütçesinde ayrı bir kalem olarak yer almaktadır. Yeşil Kart harcamaları 1998-2003 dönemlerinde transfer harcamaları altında yer almaktaydı.

Tablo 12: SB Genel Bütçe Harcamalarının Ekonomik Ayrımı: 2004-2009

Milyon TL	2004	2005	2006	2007	2008	2009*
Personel Giderleri	2.617	3.597	3.980	4.377	4.713	5.316
SGK Devlet Primi	371	518	578	658	725	807
Mal ve Hizmet Alımları	1.204	2.298	3.504	4.881	5.062	5.647
(Yeşil Kart Harcamaları)◊	(1.062)	(1.809)	(2.910)	(3.913)	(4.031)	(4.267)
Cari Transferler	8	8	9	9	8	11
Sermaye Giderleri	261	345	465	464	1.458	671
Sermaye Transferleri	0	2	2	2	1	3
Toplam	4.461	6.768	8.538	10.390	11.967	12.454
			%'lik	Dağılım		
Personel Giderleri	58,7	53,1	46,6	42,1	39,4	42,7
SGK Devlet Primi	8,3	7,7	6,8	6,3	6,1	6,5
Mal ve Hizmet Alımları	27,0	34,0	41,0	47,0	42,3	45,3
(Yeşil Kart Harcamaları)	(23,8)	(26,7)	(34,1)	(37,7)	(33,7)	(34,3)
Cari Transferler	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Sermaye Giderleri	5,9	5,1	5,4	4,5	12,2	5,4
Sermaye Transferleri	0	0,03	0,02	0,02	0,01	0,02
Toplam	100	100	100	100	100	100

Kaynak: Maliye Bakanlığı https://ebutce.bumko.gov.tr/ verileri, Yeşil Kart harcamaları DPT (2009) verileridir. *: 2009 yılı ödenektir.
Not: SB Yatırım = Sermaye Giderleri + Sermaye Transferleri.

4.4.2.3. Sağlık Bakanlığı Genel Bütçe Harcamalarının Fonksiyonel Sınıflandırılması

Tablo 13'de, SB tarafından 2006-2009 yılları arasında yapılan genel bütçe harcamalarının fonksiyonel sınıflandırılması sunulmuştur. Buna göre, harcamaların en büyük kısmı hastane işleri ve hizmetlerine ayrılmıştır. Bunu ayakta tedavi hizmetleri takip etmektedir. 2006 yılında SB'nin genel bütçe harcamalarına oranı %73,7 olan hastane harcamaları, 2009'da oransal olarak biraz azalmıştır (%67,7). Ayakta tedavi hizmetlerinin payında ise bu dönemde artış görülmüştür: 2006 yılında %20,2 iken 2009'da %26,6 seviyesine çıkmıştır.

Tablo 13: SB Genel Bütçe Harcamalarının Fonksiyonel Sınıflandırılması

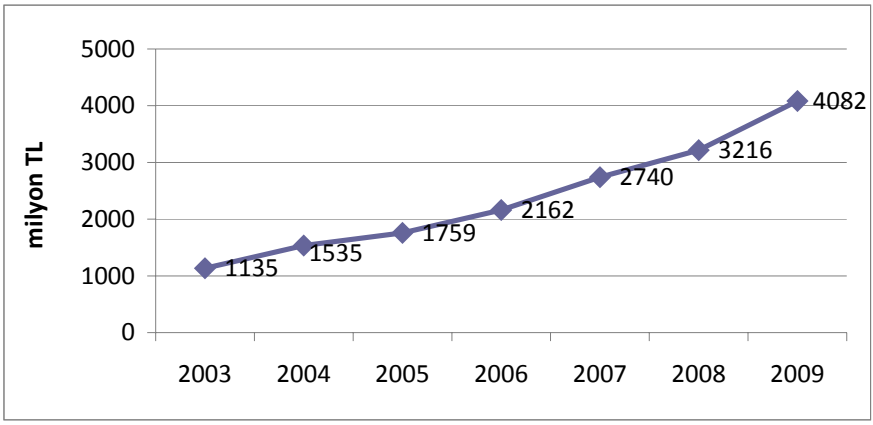
	milyon TL				%'lik Dağılım			
	2006	2007	2008	2009*	2006	2007	2008	2009*
Tıbbi Ürünler Cihaz ve Ekipmanlara İlişkin İşler ve Hizmetler	5	7	7	11	0,1	0,1	0,1	0,1
Ayakta Yürütülen Tedavi Hizmetleri	1.726	2.266	2.729	3.318	20,2	21,8	22,8	26,6
Aile Hekimliği Hizmetleri	19	242	466	785	0,2	2,3	3,9	6,3
Hastane İşleri ve Hizmetleri	6.294	7.587	7.843	8.428	73,7	73,0	65,5	67,7
Halk Sağlığı Hizmetleri	304	330	331	494	3,6	3,2	2,8	4,0
Sağlık Hizmetlerine İlişkin Ar-Ge Hizmetleri	35	43	46	56	0,4	0,4	0,4	0,4
Diğer Sağlık Hizmetleri	112	126	979[†]	111	1,3	1,2	8,2	0,9
Diğer Hizmetler (Genel Kamu, Eğitim hizmetleri v.b.)	63	32	32	36	0,7	0,3	0,3	0,3
SB Genel Bütçe Harcamaları	8.538	10.390	11.967	12.454	100	100	100	100

Kaynak: Maliye Bakanlığı verileri ve kendi hesaplarımız.
Not:[*]: 2009 yılı ödenektir. [†]: Diğer sağlık hizmetlerinin 2008 yılı ödeneği 124 milyon TL'dir. Fakat kamulaştırma ödenekleri, bu tertibe yıl içinde eklenmiştir.

4.4.2.4 Sağlık Bakanlığı Genel Bütçe Harcamalarında Koruyucu ve Temel Sağlık Hizmetlerinin Yeri

Sağlık Bakanlığı SDP reformlarında, koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinin verimli ve etkin sunumu anahtar rol oynamaktadır. Dolayısıyla, bu hizmetlere ayrılan miktarda önemli bir artış gözlenmiştir. Ayakta yürütülen tedavi hizmetlerinin en hızlı artan bileşeni, Aile Hekimliği hizmetlerine yapılan harcamalardır. Aile Hekimliğinin SB genel bütçesindeki payı, 2006 yılında sadece %0,2 iken 2009'da %6,3'e yükselmiştir (Tablo 13).

SB genel bütçe harcamalarından koruyucu ve temel sağlık hizmetlerine ayrılan miktar, 2003-2009 döneminde yıllık ortalama %23,7 artmış; 1.135 milyon TL iken, 4.082 milyon TL'ye yükselmiştir (Şekil 19).

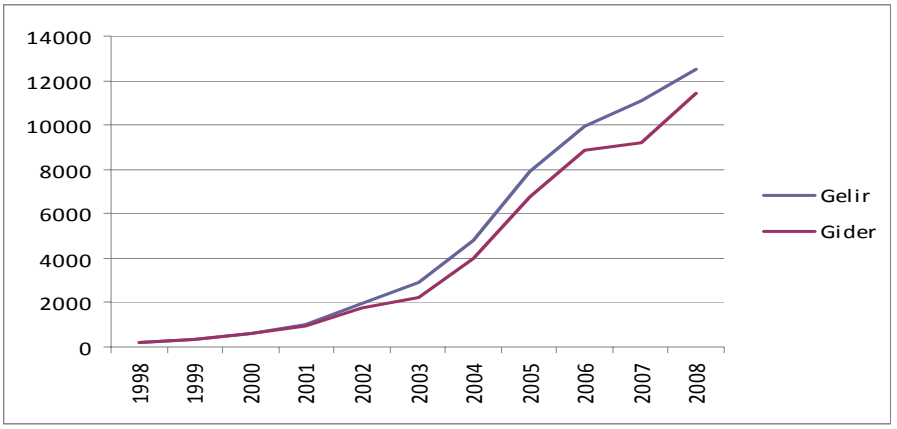


Kaynak: T. C. Sağlık Bakanlığı verisi.
Not: *: 2009 yılı ödenektir.

Şekil 19: Koruyucu ve Temel Sağlık Hizmetleri Harcamaları: Nominal

4.4.2.5. Sağlık Bakanlığına Bağlı Döner Sermayeli Kurumların Gelir Gider Durumu: 1999-2008 Dönemi

Sağlık Bakanlığına bağlı döner sermayeli kurumların toplam gelir-gider durumu, Şekil 20'de sunulmuştur. 1999-2008 döneminde**,** döner sermayeli kurumların harcamalarındaki artışa paralel olarak**,** gelirlerinde de artış gözlenmiştir. Bütün yıllar boyunca**,** toplam gelirler toplam giderlerden daha yüksek olmuştur. Bu durum**,** toplam döner sermaye harcamalarının makro perspektifte sürdürülebilirliğini göstermektedir.



Kaynak: SB SGB verileri, 2009.

Şekil 20: Döner Sermayeli Kurumların Gelir-Gider (Harcama) Durumu: Milyon TL

Sağlık Bakanlığına döner sermayeli işletmelerin en büyük kısmını**,** hastaneler oluşturmaktadır. 2008 yılında Sağlık Bakanlığına bağlı 1**.**049 tane döner sermayeli kurumun %82'sini, ikinci ve üçüncü basamak hastaneler oluşturmaktadır. Aynı zamanda**,** 2008 yılında hastanelerin gideri (9.934 milyon TL)**,** döner sermayeli kurumların toplam giderlerinin (11.432 milyon TL) %87'sini oluşturmaktadır.

Sağlık Bakanlığı 209 sayılı Döner Sermaye Kanunu sayesinde, mali sorun yaşayan hastane, mali durumu iyi hastanelerden borç alabilmekte ve mali durumu düzeldiğinde geri ödeme yapabilmektedir. Eğer borçlu hastanelerin mali durumu düzelmezse, yıl sonunda Sağlık Bakanlığı tarafından makam onayıyla borçları tamamen silinmektedir. Dolayısıyla**,** toplam döner sermaye harcamalarının sürdürülebilir olması**,** kamu hastaneleri harcamalarının makro perspektifte sürdürülebilir olması için elzemdir. Fakat şimdiye kadar gerçekleştirilen SDP reformları ve uygulamaya yakın zamanda geçilmesi planlanan Kamu Hastane Birlikleri Kanunu, hastanelerin yönetim özerkliklerinin artmasını**,** mikro perspektifte hastanelerin etkin ve verimli bir finansal yönetim sergilemesini zorunlu kılmaktadır.

4.4.2.6. Sağlık Bakanlığına Bağlı Döner Sermayeli Kurumların Harcamalarının Ekonomik Ayırımı

Tablo 14'de görüldüğü üzere, döner sermayeli kurumların başlıca harcama kalemlerini, hizmet üretim giderleri ve yönetim giderleri (ek ödemeler dahil) oluşturmaktadır.

2004 yılında Performansa Dayalı Ek Ödeme Uygulamasına geçilmesiyle, yönetim giderleri %117, hizmet üretim giderleri ise %41 artmıştır.[32] Hem yönetim hem de hizmet üretim giderlerindeki artış, 2005-2006 döneminde de sürmüştür. Döner sermaye harcamalarında yönetim giderlerinin payı, 2002 yılında %37,3 iken, 2006'da %52,7'ye yükselmiştir. Zorunlu Hazine payının 2007 yılında %15'den %1'e indirilmesiyle, yönetim giderlerinde %7'lik bir gerileme görülmüştür. 2008 yılında hastanelerin ilaç ve tıbbi malzeme sağlaması zorunluluğunun gelmesiyle, hizmet üretim giderleri %37 artarak, döner sermaye harcamalarının %51,3'ünü oluşturmuştur.

Tablo 14: Döner Sermaye Giderlerinin Dağılımı: 2002-2008

			Milyon	TL			
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Yatırımlar	30	30	60	120	133	206	298
Demirbaşlar	41	49	112	205	253	327	220
Hizmet Üretim Giderleri	1.023	1.229	1.732	2.981	3.717	4.271	5.859
Yönetim Giderleri (Ek Ödemeler Dâhil)	652	936	2.032	3.406	4.665	4.326	4.972
Diğer	-	-	87	25	77	76	83
Toplam Gider	1.746	2.244	4.023	6.737	8.845	9.206	11.432
			Yüzdelik	Dağılım			
Yatırımlar	1,7	1,3	1,5	1,8	1,5	2,2	2,6
Demirbaşlar	2,3	2,2	2,8	3,0	2,9	3,6	1,9
Hizmet Üretim Giderleri	58,6	54,8	43,1	44,2	42,0	46,4	51,3
Yönetim Giderleri (Ek Ödemeler Dahil)	37,3	41,7	50,5	50,6	52,7	47,0	43,5
Diğer			2,2	0,4	0,9	0,8	0,7
Toplam gider	100	100	100	100	100	100	100

Kaynak: SB SGB verileri.

[32] Yüzdelik değişim, Tablo 13 verilerini kullanarak, kendi hesaplamamızdır. Tablo 13'de yer almamaktadır.

BEŞİNCİ BÖLÜM

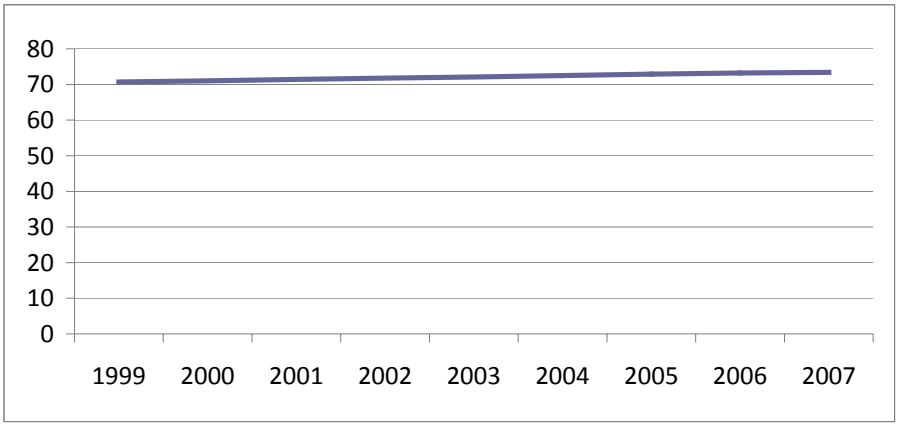
TÜRKİYE'DE SAĞLIK DURUMU

Sağlık harcamalarının sonuçları**,** sağlık durumu göstergelerine bakılarak değerlendirilmektedir. Bu bölümde**,** Türkiye'nin temel sağlık göstergeleri 43 üst-orta gelirli ülkeyle karşılaştırılarak incelenmiştir.[33] Bunun yanı sıra, sağlık durumu belirleyicileri ve sağlık hizmet sunumu ile ilgili temel göstergeler de kıyaslanmıştır.

5.1. Temel Sağlık Göstergeleri

Türkiye'nin temel sağlık göstergelerini değerlendirdiğimizde**,** SDP reform sürecinden itibaren olumlu gelişmeler gözlenmiştir. Kendisi de üst-orta gelir grubunda bir ülke olan Türkiye**,** temel sağlık göstergelerinde diğer üst-orta gelir grubundaki ülkelere kıyasla iyi bir performans göstermiştir.

Şekil 21, Türkiye'de doğuştan beklenen yaşam süresini 1999-2007 dönemi için sunmaktadır. Ülkemizde doğuştan yaşam beklentisi 1999 yılında 69,5 yıl iken**,** % 3,6 artarak 2007'de 73,4 yıla ulaşmıştır.

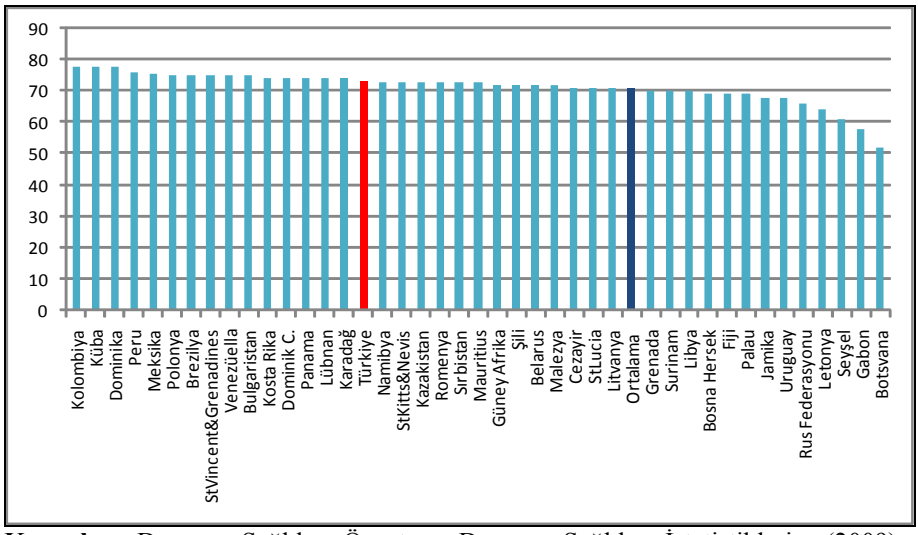


Kaynak: TÜİK ve SB İstatistikleri 2008.

Şekil 21: Türkiye'de Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (Yıl): 1999-2007

[33] Analizlerde, Bölüm 5'de tanıtılan ülkeler kullanılmıştır. Bu ülkeler, Dünya Bankası (2008) sınıflamasına göre üst-orta gelirli kategorilerine ayrılmıştır. Bölüm 6'da yer alan tablo ve şekillerdeki ülke sayısı, veri eksikliği sebebinden farklılık gösterebilmektedir.

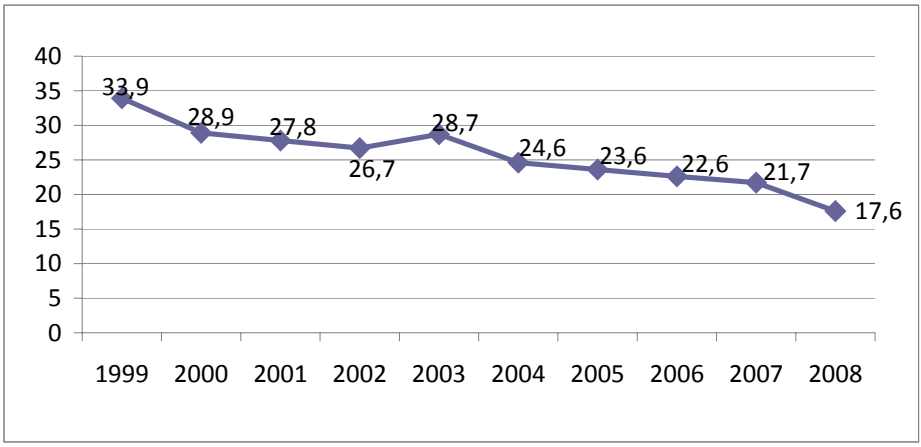
Şekil 22'de üst-orta gelirli ülkeler için doğumda yaşam beklentisi sunulmuştur. Bu ülkelerdeki ortalama ömür (70,7 yıl)**,** Türkiye'den daha düşüktür.



Kaynak: Dünya Sağlık Örgütü, Dünya Sağlık İstatistikleri (2009), www.who.int/whosis/ ve SB İstatistikleri 2008.
Not: Türkiye verisi 2007 yılına, diğer ülkelerin verisi 2006 yılına aittir.

Şekil 22: Üst-Orta Gelirli Ülkelerde Doğumda Beklenen Yaşam Süresi: Yıl

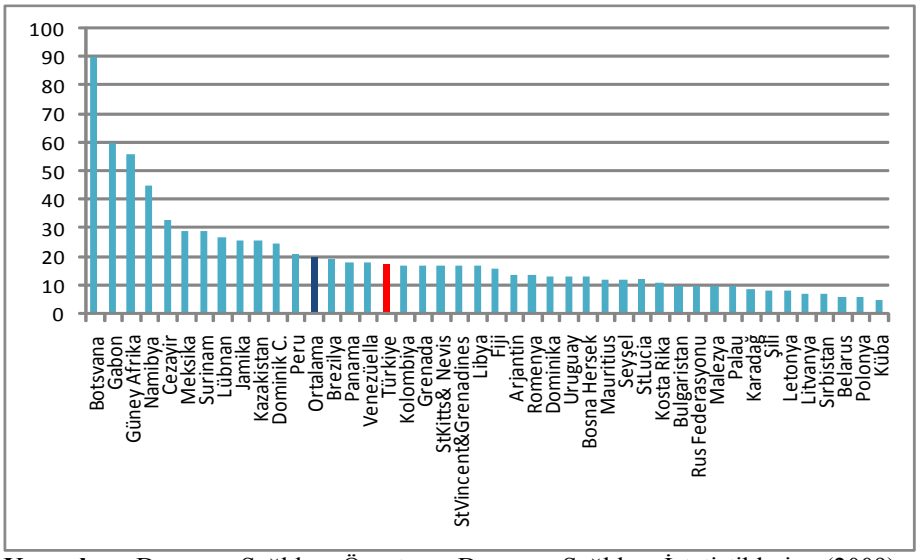
Şekil 23'de**,** Türkiye'de 1999-2008 dönemindeki bebek ölüm hızı sunulmuştur. Türkiye'deki bebek ölüm hızı**,** bu dönemde %48 azalarak, 1**.**000 canlı doğum başına 33,9 seviyesinden 17,6 seviyesine gerilemiştir.



Kaynak: OECD (2008) Sağlık Veri Tabanı ve SB İstatistikleri, 2008.

Şekil 23: Bebek Ölüm Hızı, Türkiye 1999-2008: 1.000 Canlı Doğum Başına Ölümler

Türkiye'deki 1.000 canlı doğum başına bebek ölüm oranı (17,6), üst-orta gelirli ülkeler ortalamasına (20) yakın gerçekleşmiştir (Şekil 24). Türkiye'de bebek ölüm oranını düşürmek için alınan tedbirler devam etmektedir. 2002 yılında 141 olan bebek dostu hastane sayısı, 2008'de dört katından fazla artarak, 619'a ulaşmıştır. Yenidoğan canlandırma eğitimi alan personel sayısı, 2002-2008 döneminde %443 artarak, 21.700'e ulaşmıştır. Aynı dönemde, üreme sağlığı hizmeti alan kişi sayısı %100'den fazla artmıştır (Akdağ, 2008 (b)).



Kaynak: Dünya Sağlık Örgütü, Dünya Sağlık İstatistikleri (2009), www.who.int/whosis/ ve Sağlık Bakanlığı İstatistikleri, 2009.
Not: Türkiye verisi 2008 yılına, diğer ülkelerin verisi 2006 yılına aittir (veri setinde daha güncel bilgi bulunmamaktadır).

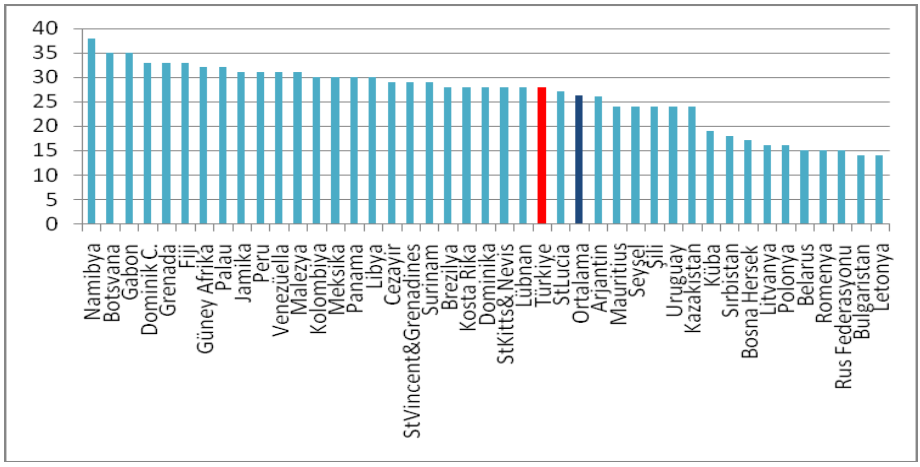
Şekil 24: Bebek Ölüm Hızı, Üst-Orta Gelirli Ülkeler: 1.000 Canlı Doğum Başına Ölümler

5.2. Sağlık Durumu Belirleyicileri

Temel sağlık göstergelerini, gelir ve sağlık harcamalarının yanı sıra; nüfusun demografik karakterleri, eğitim, beslenme durumu, obezite, tütün, alkol tüketimi ve etkili koruyucu sağlık tedbirlerinin ne derece uygulandığı gibi çeşitli faktörler etkilemektedir (OECD, 2009). Bu bölümde, çeşitli sağlık durumu belirleyicilerine yer verilirken, koruyucu sağlık hizmetlerinin uygulanması hususu sağlık hizmeti sunumunda değerlendirilecektir.

Türkiye, ekonomik durumundaki benzerliklerin yanı sıra, üst-orta gelir düzeyindeki ülkelerle benzer demografik özellikler de göstermektedir. Bu ülkeler de Türkiye gibi genç bir nüfusa sahiptir. 2006 yılında 15 yaş altı nüfus Türkiye'de toplam nüfusun %28'i iken, üst-orta gelir düzeyindeki ülkelerde ortalama nüfusun %26,2'sidir (Şekil 25). [34]

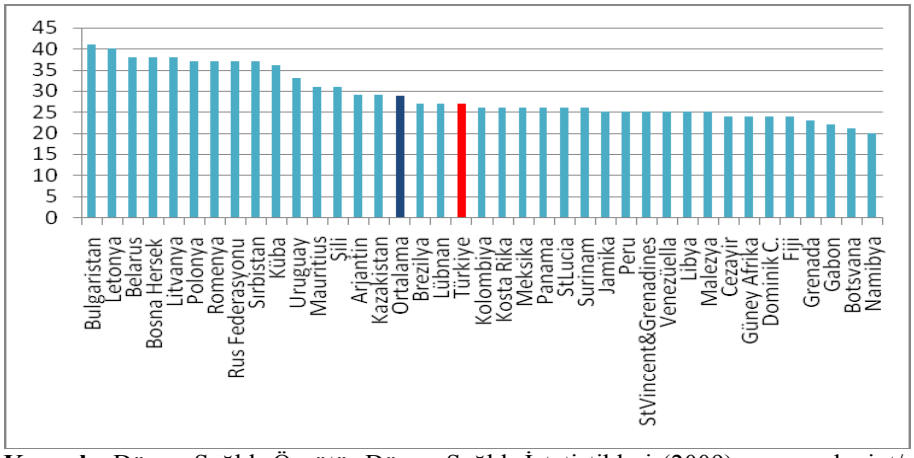
[34] 15 yaş altı nüfusun tüm nüfusa oranı, Avrupa bölgesindeki OECD ülkelerinde (Türkiye hariç) ortalama %16,8'dir (OECD (2008), Sağlık Veri Seti).



Kaynak: Dünya Sağlık Örgütü, Dünya Sağlık İstatistikleri (2009), www.who.int/whosis/

Şekil 25: On Beş Yaş Altı Nüfusun Tüm Nüfusa Oranı (%), 2006

Üst-orta gelir düzeyindeki ülkelerde 60 yaş üstü nüfusun tüm nüfusa oranı (ortalama %11,3), Türkiye'deki yaşlı nüfus oranına oldukça yakındır (%8) (WHO 2009 ve kendi hesabımız).[35] Türkiye'nin nüfusundaki ortanca yaş (27 yıl), üst-orta gelir düzeyindeki ülkelerde ortalama ortanca yaşın biraz altındadır (28,9 yıl) (Şekil 26).

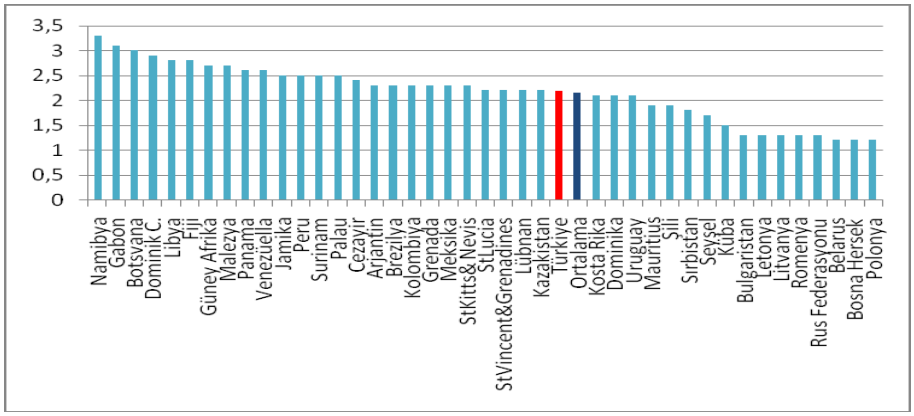


Kaynak: Dünya Sağlık Örgütü, Dünya Sağlık İstatistikleri (2009), www.who.int/whosis/

Şekil 26: Nüfustaki Ortanca Yaş (Yıl Olarak), 2006

[35] 64 yaş üstü nüfusun tüm nüfusa oranı, Avrupa bölgesindeki OECD ülkelerinde (Türkiye hariç) ortalama %15,7'dir (OECD (2008), Sağlık Veri Seti).

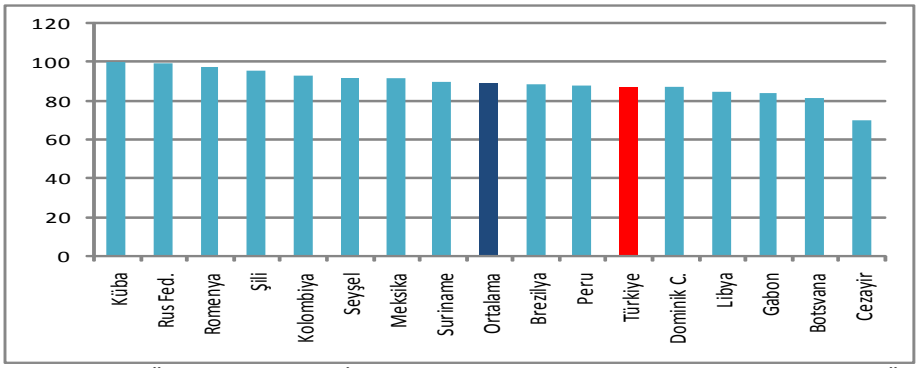
Üst-orta gelir düzeyindeki ülkelerde ortalama doğurganlık oranı, Türkiye'deki doğurganlık oranına eşittir: 15-49 yaş arasında olan her kadın başına 2,2 çocuk düşmektedir (Şekil 27).



Kaynak: Dünya Sağlık Örgütü, Dünya Sağlık İstatistikleri (2009), www.who.int/whosis/.

Şekil 27: Toplam Doğurganlık Oranı (Kadın Başına), 2006

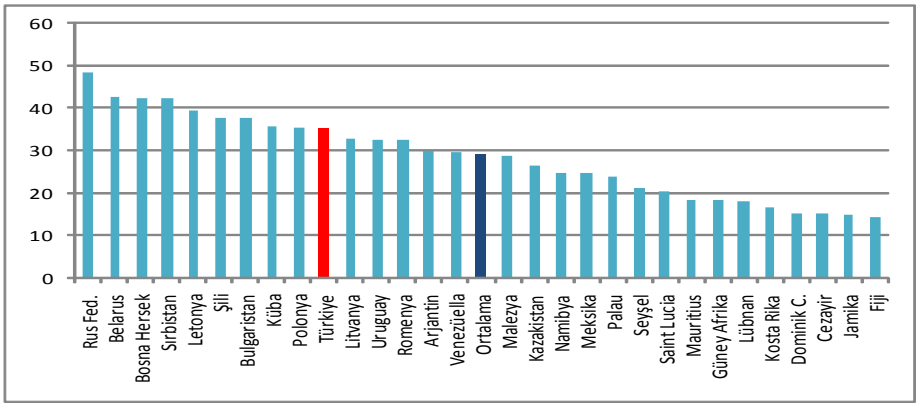
Eğitim düzeyinin artması, sağlık durumunun iyileştirilmesinde elzemdir. Eğitim seviyesi yükseldikçe bireylerin sağlık ihtiyaçlarına daha bilinçli yaklaşmaları, koruyucu sağlık hizmetlerine, erken tanı ve tedavi hizmetlerine talep göstermeleri beklenmektedir. Üstelik kadınların eğitim düzeyi yükseldikçe, bebek ölüm hızında azalma beklemek yerinde olacaktır. Ülkemiz üst-orta gelir düzeyindeki ülkelere kıyasla, eğitim hususunda ortalama bir performans göstermektedir. 2004 yılında Türkiye'deki okur-yazar oranı (%87,4) üst-orta gelir düzeyindeki ülkeler ortalamasına (%89,3) çok yakındır (Şekil 28).



Kaynak: DSÖ, Dünya Sağlık İstatistikleri (2009), www.who.int/whosis/ ve DSÖ Avrupa Sağlık Veri Tabanı (2009), http://data.euro.who.int/hfadb/
Not: Cezayir, Seyşel, Şili, Küba, Dominik Cumhuriyeti, Romanya ve Rusya için 2002, Bostvana için 2003, Türkiye ve Suriname için 2004 verisi, diğer ülkeler için 2005 verisi kullanılmıştır. 2002/2006 dönemi için verisi olmayan ülkeler değerlendirilmeye alınmamıştır.

Şekil 28: Üst-Orta Gelir Düzeyindeki Ülkelerde Okur-Yazar Oranı (%)

Türkiye'deki tütün tüketimi, üst-orta gelir düzeyindeki ülkelerin ortalamalarının üstündedir (Şekil 29). Sigara tüketimi; akciğer kanseri, kalp hastalıkları, astım krizleri, çocuklarda solunum yolları hastalıkları ve akciğer yetmezliği gibi ciddi hastalıklara yakalanma tehlikesini artırmakta ve ani bebek ölümlerine neden olabilmektedir. Sigara kullanımı hususunda önemli halk sağlığı tedbirleri uygulamaya koyularak, 5727 sayılı Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun'un yürürlüğe girmesi ile Mayıs 2008'de "Dumansız Hava Sahası" sloganıyla kapalı alanlarda sigara içme yasağı getirilmiştir. Kanun gereği, 19/07/2009'dan itibaren sosyal alanlarda (kahvehane, pastane, lokanta gibi) sigara içme yasağı başlamıştır.

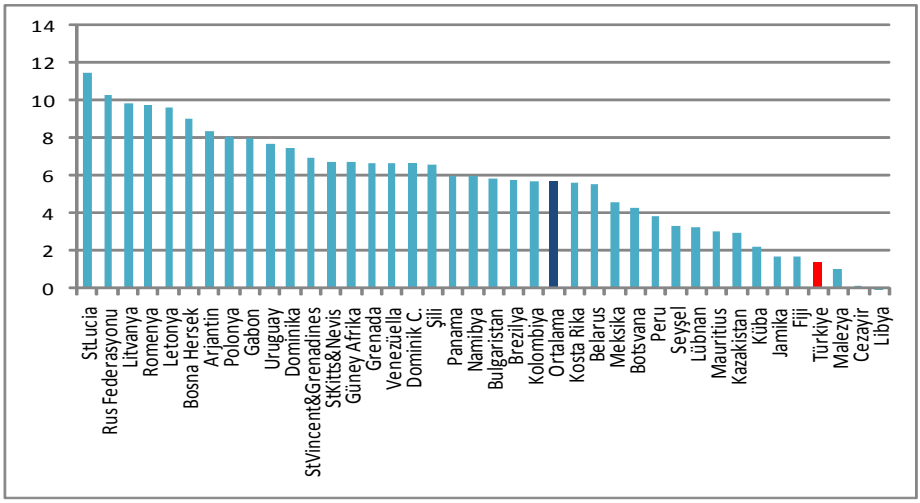


Kaynak: Dünya Sağlık Örgütü, Dünya Sağlık İstatistikleri (2009), www.who.int/whosis/

Şekil 29: Tütün Tüketimi, Üst-Orta Gelir Düzeyindeki Ülkeler (Yetişkin Nüfus* için %), 2005

Not: *: Yaş ≥ 15

Tütün tüketimi gibi alkol tüketimi de birçok hastalıkların önemli bir belirleyicisidir. 2003 yılında kişi başına tüketilen alkol Türkiye'de 1,37 litredir; bu oran üst-orta gelir düzeyindeki ülkeler ortalamasının (3,9 litre) çok altındadır (Şekil 30).

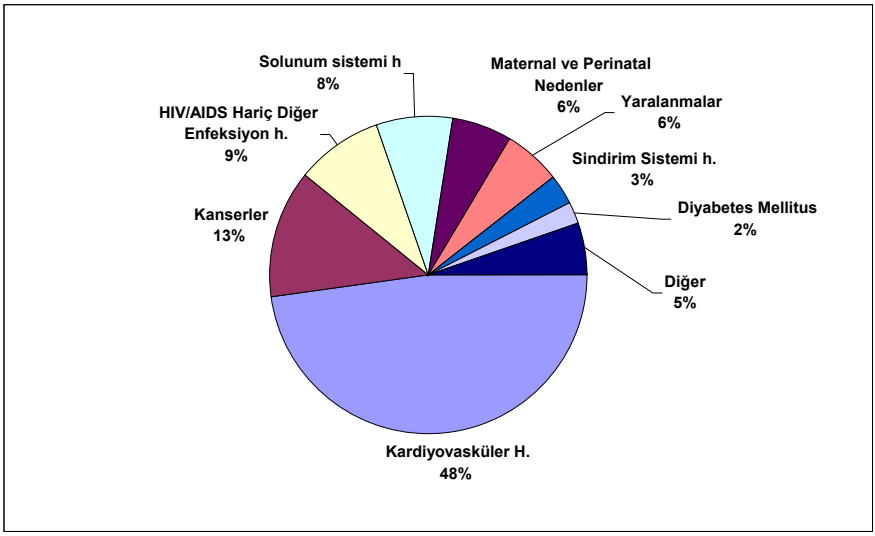


Kaynak: Dünya Sağlık Örgütü, Dünya Sağlık İstatistikleri (2009), www.who.int/whosis/

Şekil 30: Alkol Tüketimi, Üst-Orta Gelir Düzeyindeki Ülkeler (Yetişkin Nüfus*/Litre), 2003

Not: *: Yaş ≥ 15

Şekil 31'de, Türkiye'deki ölümlerin, hastalık gruplarına göre dağılımı sergilenmektedir. Ülkemizdeki en önemli ölüm sebebi %48 payla kardiyovasküler hastalıklardır; bunu %13'lük payla kanser takip etmektedir. I. grup hastalıklar olarak adlandırılan bulaşıcı hastalıklar, maternal ve perinatal nedenler ve beslenme yetersizliğine bağlı ortaya çıkan hastalıklar tüm ölümlerin %15'ine sebep olmaktadır. Türkiye'de sağlıklı yaşam süresinin uzatılması için bu hastalık yükünün hedef alınması ve bunlara karşı mücadeleye geçilmesi gereği ortadadır.

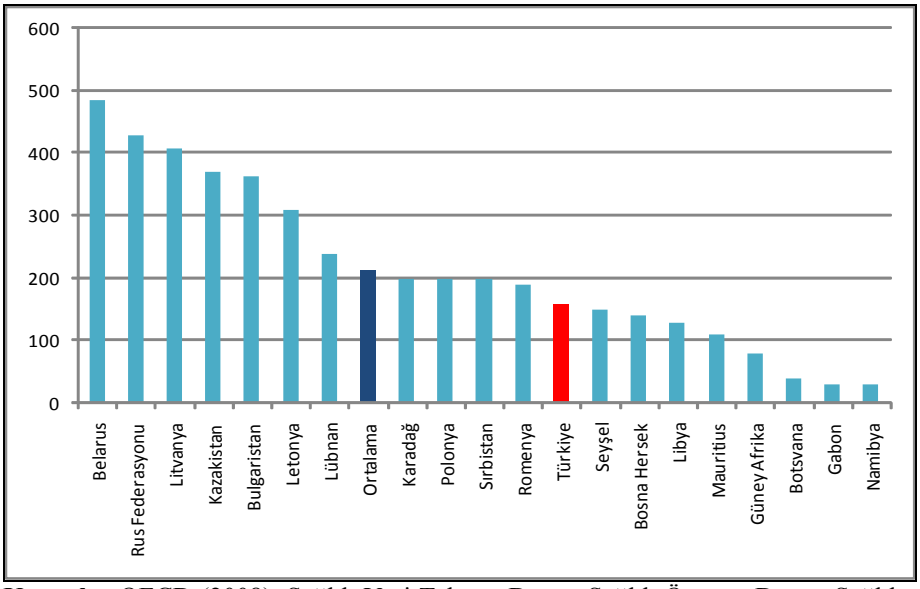


Kaynak: Türkiye Hastalık Yükü Çalışması, TUSAK (2006).

Şekil 31: Ölümlerin Hastalık Gruplarına Göre Dağılımı: 2004

5.3. Sağlık Hizmet Sunumu

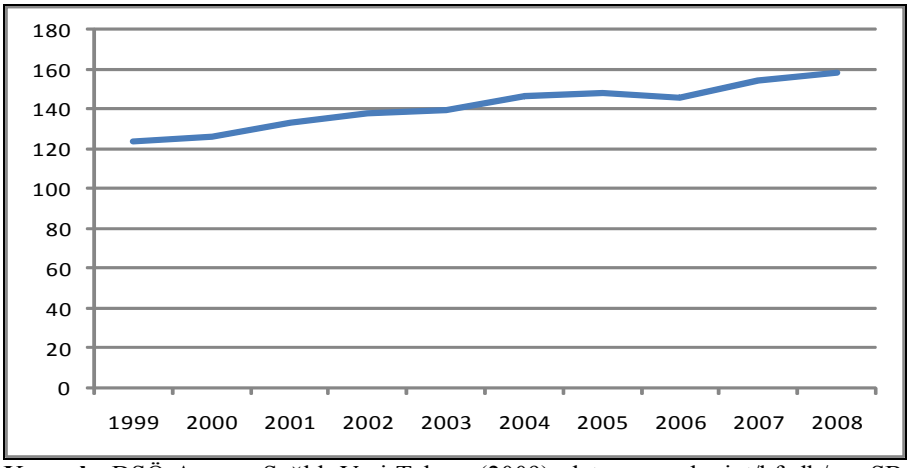
Türkiye'deki sağlık hizmet sunumunda en büyük problemlerden biri, hem üst-gelirli hem de üst-orta gelirli ülkeler ortalamasının gerisinde olan (100.000 kişiye düşen) hekim sayısıdır. 2008 yılında, Türkiye'de her 100.000 kişiye düşen hekim sayısı, üst-orta gelir düzeyindeki ülkeler ortalamasından %25,8 daha azdır (Şekil 32).



Kaynak: OECD (2008), Sağlık Veri Tabanı, Dünya Sağlık Örgütü, Dünya Sağlık İstatistikleri (2009), www.who.int/whosis/ ve DSÖ Avrupa Sağlık Veri Tabanı (2009), data.euro.who.int/hfadb/ ve SB İstatistikleri (2008).
Notlar: Romanya, Karadağ, Bulgaristan, Kazakistan, Litvanya, Belarus, Macaristan, İrlanda, Finlandiya, Fransa, Almanya, Çek Cumhuriyeti, Norveç ve Hollanda için 2007 verisi kullanılmıştır. Diğer ülkelerin 2007 yılı verisi olmadığı için mümkün olan en güncel yılların (2004-2006 aralığında) verisi kullanılmıştır.

Şekil 32: Üst-Orta Gelirli Ülkelerde Hekim Sayısı, 100 Bin Kişiye Düşen: 2008

Buna karşın, ülkemizde son yıllarda doktor sayısında ciddi bir yükseliş gözlenmiştir. Türkiye'de 1999 yılında 123,6 olan 100.000 kişiye düşen doktor sayısı 2008'de %27,8 artarak, 158'e ulaşmıştır (Şekil 33). 1999-2007 döneminde Avrupa bölgesindeki her 100 bin kişiye düşen hekim sayısındaki artış, sadece %2,7 olarak gerçekleşmiştir (DSÖ Avrupa Sağlık Veri Tabanı, 2009 verilerinden kendi hesabımız).



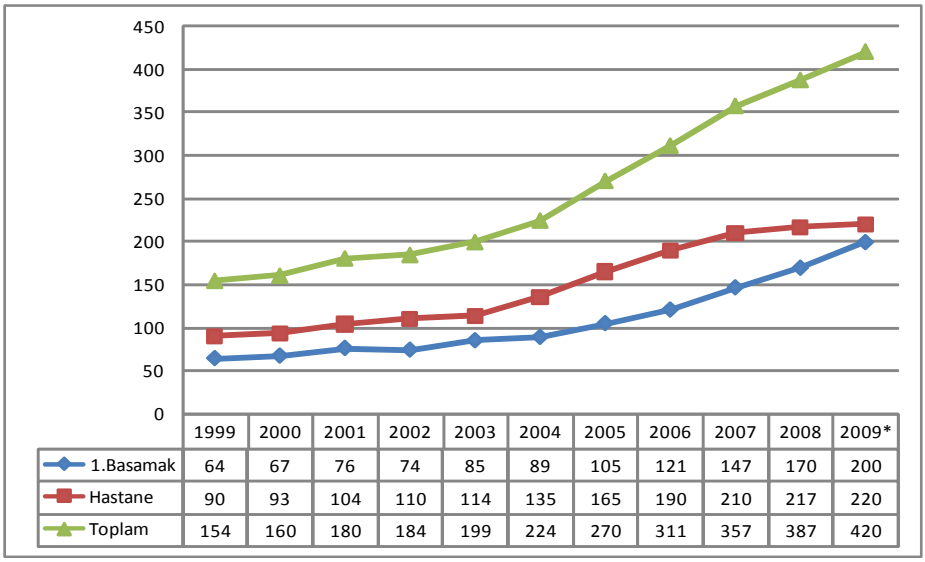
Kaynak: DSÖ Avrupa Sağlık Veri Tabanı (2009), data.euro.who.int/hfadb/ ve SB İstatistikleri, 2008.

Şekil 33: Türkiye'de 100 Bin Kişiye Düşen Hekim Sayısı: 1999-2008

Doktor açığının giderilmesi için önemli çalışmalar hayata geçirilmeye devam etmektedir. YÖK'le hekim açığı konusunda fikir birliğine varılarak, 2007'de vakıf ve devlet üniversiteleri tıp fakültelerine verilen kontenjan sayısı (5253) %26,7'lik artışla, 2008 yılında 6655 olmuştur. Ayrıca, yabancı doktorların Türkiye'de çalışmasını öngören Kanunun Meclisten geçirilmesi amaçlanmıştır. Bu düzenlemeyle, 3 binin üzerinde doktor kaynağının Türkiye'ye gelmesi beklenmektedir. Üstelik doktor açığının kapatılması için Öğrenci Seçme Sınavı'nda başarılı olan öğrencilerin, devlet bursuyla Avrupa ülkeleri ve ABD'de doktorluk eğitimi almasına imkân verilmiştir. 2008 yılında 300 öğrenci, devlet bursuyla yurt dışındaki tıp fakültelerinde eğitim almaya başlamıştır. Tam zaman uygulamasına geçiş yasa tasarısı, TBMM'de Sağlık Komisyonunda onaylanarak, Genel Kurula gönderilmiştir. Sağlık Bakanlığında tam zamanlı çalışan uzman oranı, 2002 yılı sonunda %11'den, 2009 Ocak ayında %68'e ulaşmıştır (SB SGB İstatistikleri 2009).

Doktor sayısındaki yetersizlikle mücadele etmek, düşük doktor maaşlarını yükseltmek, kurumsal kaliteyi iyileştirmek ve halkın sağlık hizmetlerine erişimini artırmak için 2004 yılında Performansa Dayalı Ödeme Sistemine geçilerek, sağlık hizmeti arzında önemli bir verimlilik

artışı sağlanmıştır. Sağlık Bakanlığı tesislerinde muayene sayısı 2003 yılında 199 milyondan, 2008'de 387 milyona ulaşmıştır (Şekil 34).



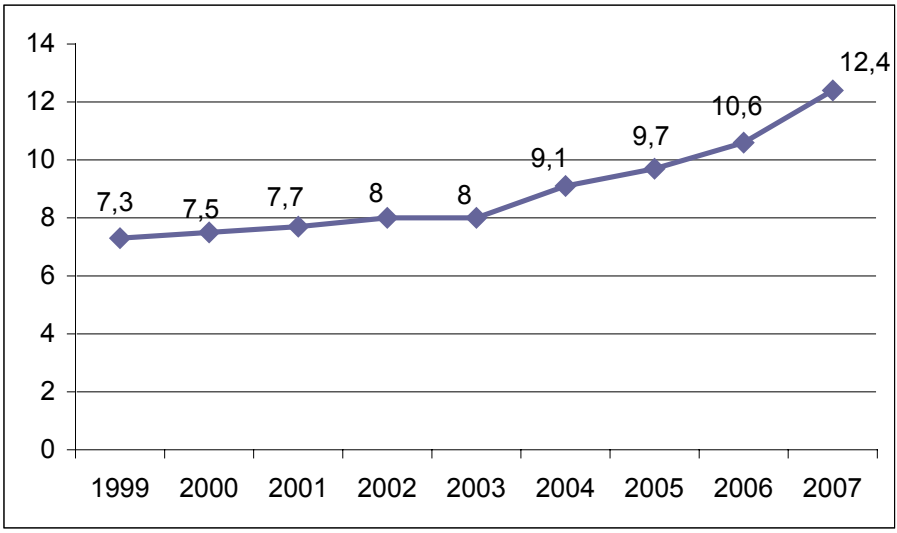
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009*
1.Basamak	64	67	76	74	85	89	105	121	147	170	200
Hastane	90	93	104	110	114	135	165	190	210	217	220
Toplam	154	160	180	184	199	224	270	311	357	387	420

Kaynak: Akdağ (2008, b), SB SGB verileri ve Sosyal Güvenlik Harcamaları İstatistikleri (2008).
Not:*: 2009 yılı SB SGB projeksiyonudur.

Şekil 34: Sağlık Bakanlığı Tesislerinde Yapılan Muayene Sayısı (Milyon)

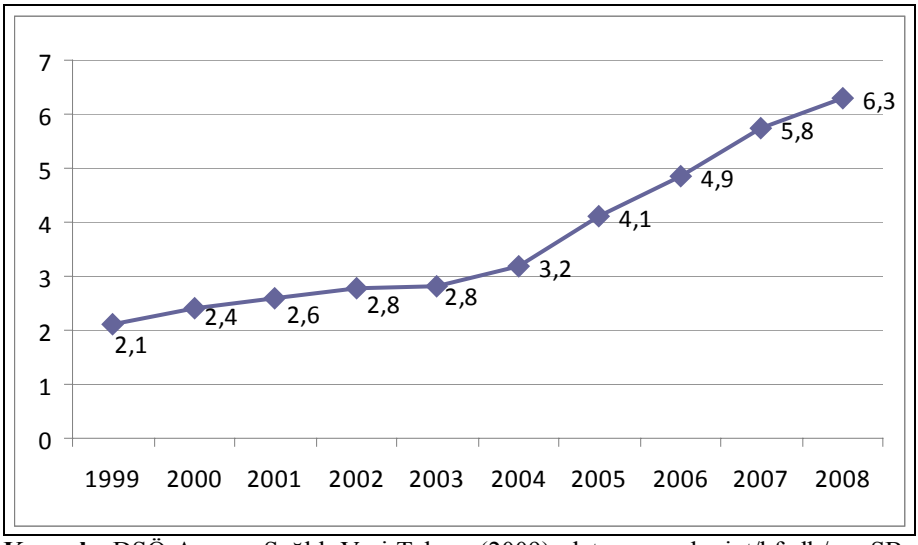
Şekil 35'de, 1999-2007 dönemi için, Türkiye'de yatan hasta kabul oranları (100 başvuru başına) sunulmaktadır. Türkiye'de yatan hasta kabul oranı 1999'da sadece %7,3 iken, 2004 yılından itibaren istikrarlı bir şekilde artarak, 2008'de %12,4 seviyesine ulaşmıştır.[36] Kişi başına bir yıl içinde yapılan ayakta hasta başvuru sayısı ise benzer bir eğilim göstererek, 2004 yılından itibaren büyük bir ivmeyle artmaya başlamıştır (Şekil 36). 1999 yılında ayakta hasta başvuru sayısı kişi başına (bir yıl içinde) 2,1 iken, 2007 yılında bu sayı 5,4'e yükselmiştir.[37]

[36] 53 ülkeden oluşan Avrupa bölgesinde yatan hasta kabul oranı 1999-2007 döneminde ortalama %19 civarında seyretmiştir (DSÖ Avrupa Sağlık Veri Tabanı (2009), data.euro.who.int/hfadb/).
[37] 1999-2007 döneminde Avrupa bölgesi ülkelerinde ortalama kişi başına başvuru sayısı ise %7,9 civarında seyretmiştir (DSÖ Avrupa Sağlık Veri Tabanı (2009), data.euro.who.int/hfadb/).



Kaynak: DSÖ Avrupa Sağlık Veri Tabanı (2009), data.euro.who.int/hfadb/

Şekil 35: Türkiye'de Yatan Hasta Kabulü: 100 Başvuru Başına, 1999-2007

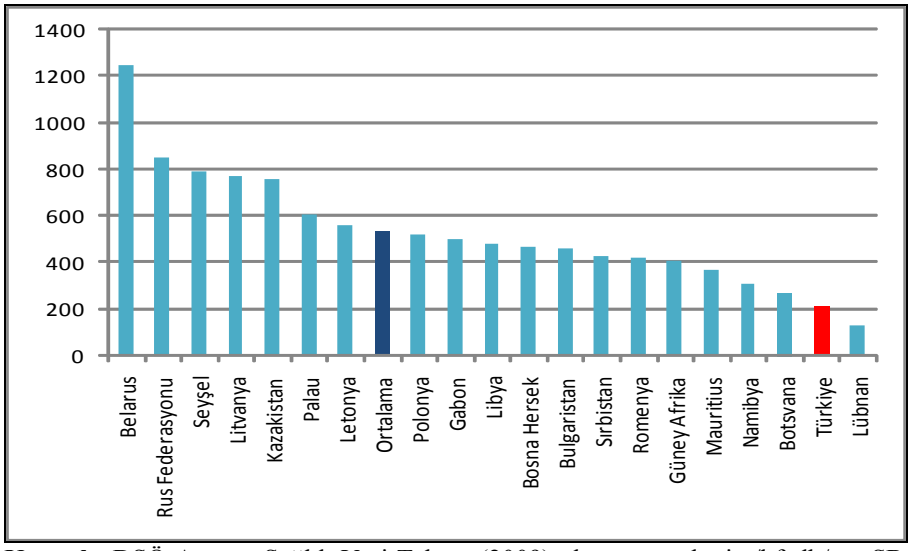


Kaynak: DSÖ Avrupa Sağlık Veri Tabanı (2009), data.euro.who.int/hfadb/ ve SB İstatistikleri (2008).

Şekil 36: Türkiye'de Ayakta Hasta Başvurusu: Kişi Başına 1 Yıl İçinde, 1999-2007

Türkiye'de sağlık hizmet sunumundaki ciddi problemlerden diğeri ise hemşire sayısındaki yetersizliktir. 2008 yılında Türkiye'de her 100.000 kişiye düşen hemşire sayısı 140'dır (Sağlık Bakanlığı 2008 İstatistikleri). Türkiye hariç, Avrupa bölgesindeki ülkelerde her 100 bin kişiye düşen hemşire sayısı ortalaması 769'dur.[38] Türkiye her 100 bin kişiye düşen hemşire sayısı açısından, Avrupa bölgesinde yer alan 53 ülke arasında son sıradadır.

Şekil 37'de, üst-orta gelir düzeyindeki ülkelerde 100 bin kişiye düşen toplam hemşire ve ebe sayıları sergilenmektedir. 2008 yılında Türkiye'de 100 bin kişiye düşen hemşire-ebe sayısı (207), üst-orta gelir düzeyindeki ülkelerin ortalamasının (532) da çok altında kalmaktadır.



Kaynak: DSÖ Avrupa Sağlık Veri Tabanı (2009), data.euro.who.int/hfadb/ ve SB İstatistikleri (2008).
Not: Belarus, Rus Federasyonu, Litvanya, Kazakistan, Letonya, Bulgaristan, Sırbistan, Romenya, ve Namibya verileri, 2006 yılı; Polonya, Bosna Hersek ve Lübnan'ın verileri, 2005 yılı; Seyşel, Palau, Gabon, Libya, Güney Afrika, Mauritius ve Botsvana'nın verileri, 2004 yılı değerleridir.

Şekil 37: Üst-Orta Gelir Ülkelerinde 100 Bin Kişiye Düşen Toplam Hemşire ve Ebe Sayısı, 2008

[38] DSÖ Avrupa Sağlık Veri Tabanı (2009), data.euro.who.int/hfadb/ verilerini kullanarak kendi hesabımız.

Şimdiye kadar, Türkiye'deki hekim ve hemşire sayısındaki yetersizliği, Türkiye'yi kendisi ile aynı gelir kategorisinde olan üst-orta gelir düzeyindeki ülkelerle mukayese ederek vurguladık. Aşağıdaki analizimiz, 2009 yılı itibarıyla Dünya Bankası klasifikasyonuna göre üst gelir düzeyindeki OECD ülkelerinde hekim ve hemşire sayısını değerlendirmektedir. Fakat bu analiz, OECD ülkelerinin 2009 yılı sağlık personeli sayıları değil, 1960-2009 döneminde kişi başı gelirleri 10 bin ABD $'na ilk kez ulaştığı (veya geçtiği) tarihteki personel sayıları dikkate alınarak yapılmıştır. Çünkü, Türkiye'nin kişi başına milli geliri 2008 yılında 10 bin 436 ABD $'na ulaşmıştır (TÜİK). Dolayısıyla, ülkemizdeki personel sayısının, OECD ülkelerinin kişi başı gelirlerinin 10 bin ABD $'na ulaştığı zamanki seviyeyi yakalaması beklenmektedir. Fakat, Tablo 15'de görüldüğü üzere, Türkiye'deki 100 bin kişiye düşen hekim (158) ve hemşire (140) sayıları, OECD ülkelerinin hekim (240) ve hemşire (548) sayıları ortalamalarının çok altında kalmıştır. Üstelik diğer OECD ülkelerindeki hemşire sayısı hekim sayısının 2,3 katı üstündeyken, Türkiye'de hemşire sayısı hekim sayısının 0,9 katı altındadır.

Ülkemizdeki doktor açığının yanı sıra, hemşire açığının giderilmesi için de önemli çalışmalar sürdürülmektedir. 2008 yılında YÖK'le fikir birliğine varılarak, hemşirelik meslek yüksekokulu öğrenci kontenjanı %15 yükseltilmiştir. 2008 yılında, sağlık meslek liseleri ve hemşirelik yüksek okulları toplam kontenjanı 14 bine ulaşmıştır.

Sağlık personelinin sayısal yetersizliğinin yanı sıra, bölgelerarası hakkaniyetsiz dağılımı da Türkiye'de sağlık hizmetlerine erişim ve eşitlik hususlarında önemli sorunlardandır. SDP ile sağlık hizmetlerine hakkaniyetli erişimin sağlanması amaçlanmıştır. Kamu sağlık kurumlarında son beş yıl içinde, 111 bin yeni sağlık personeli istihdam edilmiştir. Özellikle, ekonomik olarak daha az gelişmiş olan Güneydoğu ve Doğu Anadolu'da hizmet veren sağlık personeli sayısının artırılması, yüksek maaş ödemeleriyle teşvik edilmiştir. Ayrıca, yeni istihdam edilen 16 bin sözleşmeli sağlık çalışanı, bu bölgelere gönderilmiştir. Uzman hekim başına düşen nüfus, Aralık 2002'de en kötü durumdaki beş ilde (19.334 kişi) en iyi durumdaki beş ilin (2.267 kişi) 8,5 katı fazla iken, Aralık 2008'de bu fark 2,5 kata düşmüştür. Hemşire-ebe açısından en iyi durumdaki ilimizle en kötü durumdaki ilimiz arasındaki oran, 1/8'den 1/3,8'e inmiştir (Akdağ 2008 (a), (b)).

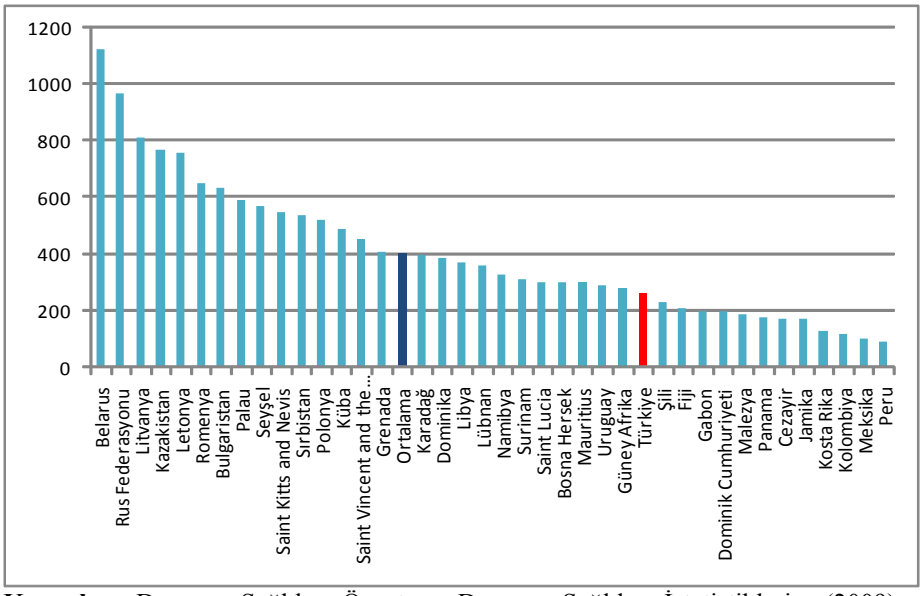
Tablo 15: OECD Ülkelerindeki Hekim ve Hemşire Sayıları: Ülkelerin Kişi Başı Gelirleri 10 Bin ABD $'na Ulaştığı Yıldaki

	Kişi Başı Gelirin 10.000ABD$'ına ulaştığı ilk tarih‡	Hekim Sayısı (100 bin kişiye düşen)	Hemşire Sayısı (100 bin kişiye düşen)
ABD	1978	210*	
Almanya	1978	276*	
Avustralya	1979		920
Avusturya	1986	270	365
Belçika	1978	225	799+
Çek Cum.	2006	356	846
Danimarka	1978	250	407+
Finlandiya	1980	170	
Fransa	1979	221	457+
Hollanda	1978	180	362
İngiltere	1986	152	
İrlanda	1988	158	
İspanya	1989	370	404
İsveç	1976	178	759
İsviçre	1977	202	452
İtalya	1986	393	266+
İzlanda	1978	196	
Japonya	1981		430
Kanada	1980	190	960
Kore	2000	180	300
Lüksemburg	1977	113	276
Macaristan	2006	320	904
Norveç	1977	185	
Portekiz	1992	287	297
Slovakya	2006	313*	632+
Yeni Zelanda	1987		880
Yunanistan	1991	363	242
OECD Ortalama		240	548
Türkiye	2008	158	140

Kaynak: OECD (2008) Sağlık Veri Tabanı; DSÖ Avrupa Sağlık Veri Tabanı (2009), data.euro.who.int/hfadb/.

Not: ‡: 1960-2009 periyodunda ülkelerin kişi başı gelirlerinin 10 bin ABD $'na ilk kez ulaştığı (veya geçtiği) tarih. Sağlık personeli sayısı (aksi belirtilmediği takdirde) ikinci sütunda belirtilen yıllardaki gerçekleşmelerdir. *: Hekim sayısı Almanya için 1991, Slovakya için 2004, ABD için 1980 +: Hemşire sayısı Belçika için 1979, Danimarka için 1980, Fransa için 1980, İtalya için 1987 ve Slovakya için 2005 yılı verisidir.

Sağlık hizmet sunumundaki diğer bir sorun ise yatak sayısıdır. 2008 yılında Türkiye'de 100 bin kişiye düşen hastane yatak sayısı (263 yatak), üst-orta gelir düzeyindeki ülkelerin (ortalama 403,7 yatak) altındadır (Şekil 38).



Kaynak: Dünya Sağlık Örgütü, Dünya Sağlık İstatistikleri (2009), www.who.int/whosis/ ve SB İstatistikleri (2008).
Not: Türkiye için 2008 verisi kullanılmıştır. Karadağ, Grenada, St. Vincent, Küba, Polonya, Sırbistan, Romanya ve Belarus için 2007 verisi kullanılmıştır. Diğer ülkelerin mümkün olan en güncel yılların (2004-2006 aralığında) verisi kullanılmıştır.

Şekil 38: Üst-Orta Gelirli Ülkeler 100 Bin Kişiye Düşen Yatak Sayısı

Türkiye'de 2002 yılında 178 bin olan toplam yatak sayısı, özel hastanelerin artması ve SB'nin yatırımları ile %5,6 artarak, 2008'de 188 bin seviyesine çıkmıştır (Bölüm 2). Buna paralel olarak, 1999-2008 döneminde Türkiye'de 100 bin kişiye düşen yatak sayısı %3,1 artarak, 255 seviyesinden 263 seviyesine çıkmıştır.[39] Buna karşın, aynı dönemde Avrupa bölgesindeki hastane yatak sayısı %11 küçülmüş ve 100 bin kişiye 719,5 yatak seviyesinden 667,9 yatak seviyesine gerilemiştir (DSÖ Avrupa Sağlık Veri Tabanı 2009 verilerini kullanarak kendi hesabımız).

[39] 1999 yılı verisi DSÖ Avrupa Sağlık Veri Tabanı (2009) ve 2008 yılı verisi SB İstatistiklerinden (2008) alınmıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı reformlarıyla, yatan hasta hizmetlerine erişimde ciddi artışlar sağlanmıştır. Türkiye'deki yatak doluluk oranı 1999'da %57,8 iken, 1999-2008 döneminde %10,4 artarak, %63,8 seviyesine ulaşmıştır.[40] Avrupa bölgesindeki yatak doluluk oranı ise 1999-2007 dönemde %0,4 azalarak, %79,1 seviyesine düşmüştür (DSÖ Avrupa Sağlık Veri Tabanı 2009 verilerini kullanarak kendi hesabımız).

1999 yılında Türkiye'deki yatak döngü hızı, kullanımdaki yatak başına 36,4 vaka iken, 2006 yılında %26,6 artarak, 46,1 seviyesine çıkmıştır. Üst gelirli OECD ülkelerinde ise yatak döngü hızı 1999'da 37,2 iken, %17,2 artarak, 2006 yılında 42,4 seviyesine çıkmıştır (OECD 2008 Sağlık Verilerini kullanarak, kendi hesabımız).

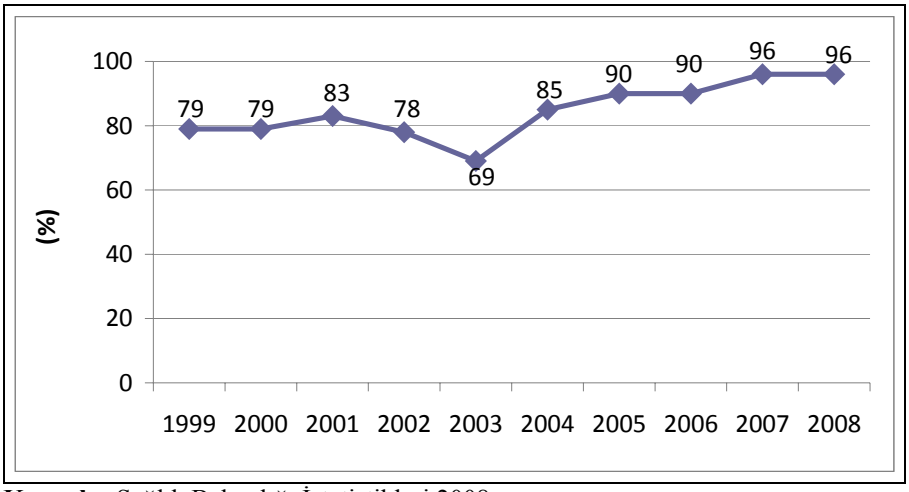
Bu bölümde son olarak, Türkiye'de koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinin sunumuna değineceğiz. Koruyucu ve temel sağlık hizmetleri, ileride karşılaşılabilecek hastalık ve sakatlık riskini, süresini, mağduriyetini en aza indiren ve/veya tamamen engelleyen, hastanın farkına henüz varmadığı hastalık belirtilerini önceden teşhis edip tedavinin erken döneminde yapılmasını sağlayan sağlık hizmetlerini kapsamaktadır.[41] Koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinin etkili sunumu, sağlık harcamalardaki artışı minimum düzeyde tutarak, sağlık harcamalarının verimini artırıp, sistemin finansal olarak uzun vadede sürdürülebilir olmasında anahtardır. SDP ile koruyucu ve temel sağlık hizmetlerine verilen önem artırılmıştır. SB genel bütçe harcamalarından koruyucu ve temel sağlık hizmetlerine ayrılan miktar 2003-2009 döneminde yıllık ortalama %23,7 artarak, 1.135 milyon TL iken 4.082 milyon TL'ye yükselmiştir (Bölüm 4.4.2.4.). Temmuz 2007'den itibaren tüm vatandaşlara, birinci basamak sağlık hizmetleri ücretsiz olarak sunulmuştur. Aile Hekimliği uygulamasına 2005 yılında geçilmiş, şu anda 35 ilde uygulanan Aile Hekimliği modelinin 2010'da tüm Türkiye'yi kapsaması amaçlanmıştır. Birinci basamakta yapılan muayene sayısı %100 artarak, 2003 yılında 85

[40] 1999 yılı verisi DSÖ Avrupa Sağlık Veri Tabanı (2009) ve 2008 yılı verisi SB İstatistiklerinden (2008) alınmıştır.

[41] Kişinin ve toplumun sağlığının korunup geliştirilmesi için kişiye ve çevreye yönelik olarak alınacak tedbirlerin tümü; aşılama, içme suyunun ve yiyeceklerin denetlenmesi, ana-çocuk sağlığı, hastalık tarama programları, hıfzıssıhha tedbirleri, atıkların denetimi, hayvan hastalıklarının denetimi, hava ve su kirliliği gibi hastalık riski taşıyan çevre şartlarının kontrolü gibi faaliyetler ve birinci basamak sağlık hizmetleri koruyucu ve temel sağlık hizmetleri alanına girmektedir.

milyon iken 2008'de 170 milyona ulaşmıştır (Şekil 34). Koruyucu ve temel sağlık hizmetleri sunumundaki olumlu gelişmelere rağmen, henüz sevk zinciri uygulamasına geçilememiştir. Bu hususstaki ana sebep ise hekim sayısındaki yetersizliktir.

Türkiye'deki aşılama oranlarında özellikle 2003 sonrasında görülen artış ile %96'lara varan aşılama oranlarına ulaşılmıştır (Şekil 39). Sağlık Bakanlığı, bebek ölümlerini azaltmak için koruyucu tedavi yöntemlerine ağırlık vermiştir. Zatürre ve menenjit gibi hastalıkları önleyen "Konjuge Pnömokok Aşısı" aşı takvimine alınmış ve 2008'in Kasım ayından itibaren uygulanmaya başlanmıştır. Sağlık Bakanlığının aşıya ayırdığı kaynak, 2002 yılında 14 milyon TL iken, 2008 yılında 161 milyon TL'ye çıkmıştır (Akdağ, 2008 (a)) 2009 yılı aşı bütçesi ise 300 milyon TL olarak belirlenmiştir).



Kaynak: Sağlık Bakanlığı İstatistikleri 2008.
Not: 2008 yılından itibaren DBT+IPV+Hib olarak 5'li aşı şeklinde uygulanmaktadır.

Şekil 39: Türkiye Difteri-Boğmaca-Tetanoz Aşılama Oranları: 0 Yaş Grubu, 1999-2008

ALTINCI BÖLÜM

CEPTEN SAĞLIK HARCAMALARI İLERİ ANALİZİ: SAĞLIK HARCAMALARININ MALİ YÜKÜ

6.1. Türkiye'de Cepten Sağlık Harcamalarının İleri Analizi: Sağlık Harcamalarının Mali Yükü, SDP Öncesi*

6.1.1. Analizin Amacı ve Önemi

Sağlıkta Dönüşüm Programının en önemli amaçlarında biri; sağlık hizmetlerinin hakkaniyetli bir şekilde halka sunularak, yüksek sağlık giderlerine karşı etkin mali korumanın sağlanmasıdır. Bu amaçla 2003-2009 döneminde, sağlık hizmetlerinin kapsamı ve finansmanı hususunda önemli reformlar yapılmıştır. Fakat maalesef ki, SDP öncesindeki sistemin, yüksek sağlık harcamaları karşısında vatandaşlara sunduğu mali koruma, şimdiye kadar irdelenmemiştir. Bu nedenle, yeni sistemin mali koruma sağlamak hususundaki performansını karşılaştırabileceğimiz ve istenen sonuçlara ne denli ulaşılabildiğini ölçmemizi sağlayan kriterler mevcut değildir. Bu bölümde sunduğumuz analizin motivasyonu, bu önemli boşluğu gidermek olmuştur.

Bu çalışmada, 2002-2003 döneminde cepten sağlık harcamalarının ağır bir mali yüke sebebiyet vermesi ihtimali; hanenin gelir düzeyi, kişinin sigortalılık durumu ve nüfusun demografik karakterleri göz önünde bulundurularak, 65 yaş altı nüfus için analiz edilmiştir.[42] Ayrıca cepten sağlık harcamalarının dağılımı, temin edilen sağlık hizmetleri çeşidine göre incelenmiş; sağlık hizmetlerine erişim ve algılanan sağlık durumu, kişinin sigortalılık durumuna göre analiz edilmiştir.

---

* Bölüm 6.1. Ekonomist Dr. Seher Nur Sülkü ve ABD Beşeriyet ve Sağlık Hizmetleri Departmanı, Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Kalite Kurumunda (Agency for Healthcare, Research and Quality**,** AHRQ) Kıdemli Ekonomist Dr. Didem M. Bernard'ın ortak çalışmasıdır. Bu çalışma AHRQ projesi olarak yayınlanmıştır (Working Paper No: 09004). Aynı zamanda çalışmanın ana sonuçları özet olarak OECD (2009), "*Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye"* kitabında sayfa 70'de yer almıştır.

[42] Literatürdeki çalışmalarda, 65 yaş altı nüfus irdelenerek, finansal yük analizi yapılmaktadır. Çünkü 65 yaş üstü kişiler, diğer yaş gruplarının üzerinde sağlık harcamaları yapmaktadırlar.

Analizimizde, Türkiye Ulusal Hanehalkı Sağlık Harcamaları Araştırması Anketi 2002-2003 verileri kullanılmıştır.[43] SDP öncesindeki sistemde, hanehalkının sağlık harcamalarını bu denli detaylı inceleyen başka bir anket çalışması mevcut değildir. Analizimiz, bu kıymetli veri setini ilk kez kullanarak, Türkiye'deki sağlık sisteminin finansal koruma sağlama hususundaki performansını, SDP öncesindeki dönem için ortaya koymuştur. Analizimiz, özellikle SDP reformları sonrasında sistemin performansını ölçmek isteyen araştırmacı ve akademisyenlere gerekli olan kıstas parametrelerini sağlamaktadır. Dolayısıyla, bu çalışma önemli bir başlangıç noktasıdır ve ilerdeki bilimsel çalışmalara ana kaynak olacak niteliktedir.

Çalışma şu şekilde organize edilmiştir: Bölüm 6.2. ve 6.3'de sırasıyla analizimizin yöntemi ve veri seti tanıtılmıştır. Analizimizin sonuçları Bölüm 6.4'de sunulmuştur. Son olarak, Bölüm 6.5'de çalışmamızın sonuçları değerlendirilmiş ve literatürdeki diğer çalışmaların bulguları ile karşılaştırılmıştır.

6.1.2. Analizin Yöntemi

Sağlık hizmetlerinin mali yükü, hanehalkının sağlık ürünleri ve hizmetlerine ulaşabilmek için cepten yaptıkları tüm harcamalardır. Yüksek sağlık hizmetleri yükü, insanların sağlık hizmetlerine erişimini direkt olarak etkilemektedir. Cepten sağlık harcamalarını hanenin gelir durumuna göre incelemek; sağlık sisteminin, yüksek sağlık harcamaları karşısında yeterli mali koruma sağlamadaki performansını ölçme imkânı verir. Çalışmamızda, kişinin sağlık harcamalarından dolayı maruz kaldığı mali yük, hanehalkının sağlık ürünleri ve hizmetlerine ulaşabilmek için cepten yaptıkları harcamaların, yine hanehalkının gelirine oranı olarak tanımlanmaktadır:

Mali Yük=Hanehalkının sağlık hizmetleri için cepten harcamaları/Hanehalkının geliri.[44]

---

[43] T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Sağlık Kurumuna, "Türkiye Ulusal Hanehalkı Sağlık Harcamaları Anketi 2002-2003" verilerini çalışmamızda kullanmamıza izin verdiğinden dolayı teşekkür ederiz. Ayrıca, Türkiye Sağlık Kurumu (TUSAK) uzmanlarına, verilerin analizinde göstermiş oldukları yardımlardan dolayı teşekkür ederiz.

[44] Mali yükü analiz ederken, hanehalkının cepten sağlık harcamalarını ve hanehalkı gelir düzeyini değerlendirdik; çünkü, aile üyelerinin finansal kaynaklarını kendi aralarında paylaştıklarını varsaydık. Bu varsayım, Türk aile yapısını düşündüğümüzde gerçekçi bir yaklaşımdır.

Bu oranın %10'u veya %20'yi geçmesi, ağır mali (finansal) yük olarak adlandırılmaktadır (Banthin ve diğerleri, 2008; Bernard ve diğerleri, 2006). Başka bir değişle, kişinin yaşadığı hanenin hanehalkının cepten sağlık harcamaları, eğer hanehalkı gelirinin %10'undan (veya %20'sinden) fazla ise bu kişi için cepten sağlık harcamaları ağır bir mali yük olmaktadır.

6.1.3. Veri Seti

Analizimizde, Türkiye Ulusal Hanehalkı Sağlık Harcamaları Araştırması Anketi 2002-2003 verilerini kullandık. Sağlık Bakanlığı TUSAK tarafından, 2002-2003 yıllarında Ulusal Sağlık Hesapları (USH) çalışması yürütülmüştür. Bu çalışmanın amacı; Avrupa Birliği ve OECD gibi uluslararası uygulama ve standartlara uygun bir USH sisteminin, ülkemiz için oluşturulmasını sağlamaktır. USH çalışması, Harward Halk Sağlığı Okulu ve Sağlık İdaresi Araştırmaları İşletmesi ortak girişiminde yürütülerek tamamlanmıştır. Sağlık Bakanlığının "Türkiye Ulusal Sağlık Hesaplarını Geliştirme ve Uygulama" projesinin bir parçası olan Ulusal Hanehalkı Sağlık Harcamaları Araştırması, 2002-2003 yıllarında ortak girişim tarafından BİGTAŞ araştırma şirketine yaptırılmıştır. Ankette, Türkiye'yi ulusal olarak temsil edecek tesadüfî olarak 10.675 hane örneklenmiştir. Örneklem çerçevesi, TÜİK ile işbirliğinde geliştirilmiş ve onaylanmıştır. Ankete 9.805 hane cevap vermiş ve cevaplama oranı %92 olmuştur. Araştırma, yaz ve kış aylarında olmak üzere iki dönemde yapılmıştır.[45] T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Hanehalkı Sağlık Harcamaları Anketi; hanehalkı ve bireysel özellikler, algılanan sağlık statüsü, yatan hasta, ayakta hasta ve koruyucu hekimlik hizmetleri ve diğer sağlık hizmetlerinin kullanımı ile sağlık hizmetleri için cepten yapılan harcamalar, sağlık için ödünç verme ve borçlanmalar, harcama profilleri, sağlık kurum tercihleri ve diğer demografik yapılar hakkında detaylı bilgi sağlamaktadır.

Ankette 65 yaş altı nüfus örneklem sayısı 39.411 kişidir. Anket sonuçlarının ülkedeki tüm 65 yaş altı nüfusu sağlıklı bir şekilde temsil etmesi için, çalışmamızda TÜİK tarafından belirlenen ağırlıkları kullandık. Ayrıca, analizimizdeki standart hata terimleri, kompleks anket dizaynına göre düzeltilmiştir.[46]

---

[45] Kış dönemi anketleri 13 Eylül–14 Kasım 2002, yaz dönemi anketleri ise 6 Mart–30 Nisan 2003 tarihlerinde gerçekleşmiştir.

[46] Sonuçlar bölümünde sunulan bazı tablolarda, standart hata terimleri sunulmamıştır. Bunlar istek üzerine yazar tarafından temin edilebilmektedir.

Hanehalkı geliri, anket veri seri setinde mevcuttur.[47] Fakat anket verilerinde yanlış kaydedilmiş gelir değerlerinin sıfır olarak kodlandığını; bunların örneklemimizin %7,6'sını oluşturduğunu gördük. Bu durum, mali yük analizimizi etkileyecek sapmalara sebebiyet verebilir. Bu problemle baş edebilmek için hane gelirinin sıfır olarak kodlandığı değerlere, bir haftalık asgari ücret ekledik.[48] Çalışmamızda, cepten sağlık harcamalarına sağlık sigortası prim ödemelerini dahil etmedik.[49] Ayrıca yol, yemek ve refakatçi gibi giderler için cepten yapılan harcamalar, literatürde dolaylı sağlık harcaması olarak tanımlandığı için bunları cepten harcama kalemine dahil etmedik.

6.1.4. Sonuçlar

Analizimizin sonucunda, 65 yaş altı nüfusun %18,9'unun (yaklaşık 12,6 milyon kişinin) hanehalkı cepten sağlık harcamalarının, hanehalkı gelirinin %10'undan fazla olduğunu tespit ettik. Yine bu dönemde, nüfusun %14,4'ü (yaklaşık 9,3 milyon kişi) hanehalkı gelirinin %20'sini aşan cepten sağlık harcaması yapmıştır (Tablo 16).

Tablo 16: Finansal Yük: 65 Yaş Altı Nüfusa Göre

	Nüfus (*1000)	Ortalama Aile Geliri	Ortalama Sağlık Harcamaları	Kişinin Dâhil Olduğu Hanenin Mali Yükü >0.10 hane geliri	Kişinin Dâhil Olduğu Hanenin Mali Yükü >0.20 hane geliri
Bütün Nüfus*	66.085	6.253TL (259,8)	563TL (35,0)	18,9	14,4

Notlar: Standart hata terimleri parantez içinde belirtilmiştir. *: Burada 65 yaş altı nüfus incelenmiştir.

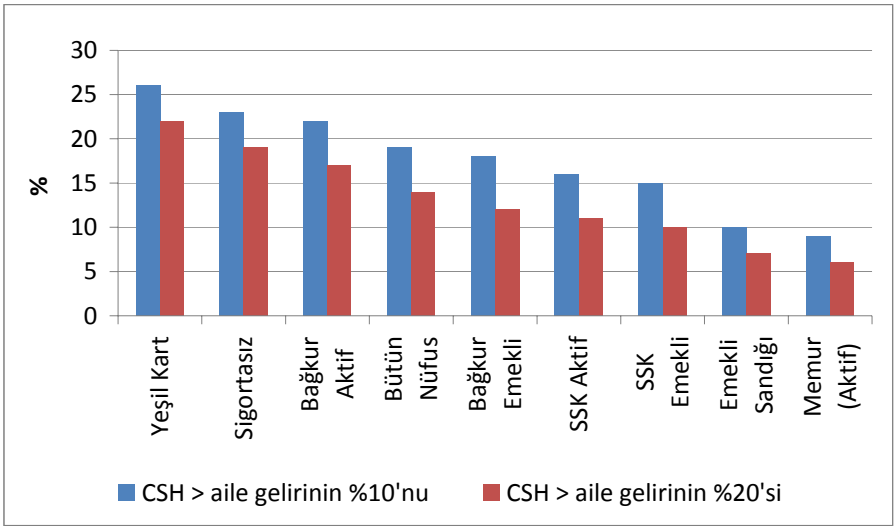
[47] Ankette bireylere yıllık olarak; maaş, ücret, mahsul payı, faiz geliri, kira geliri, bağış, kamu yardımı (maddi veya ayni yardım), miras veya şans oyunlarından elde edilen gelirler sorulmuştur. Bu kalemlerin hepsinin toplamı, kişinin yıllık gelirini oluşturmaktadır. Çalışmamızda, hanehalkının yıllık geliri ise hanedeki tüm bireylerin yıllık gelirlerinin toplamı olarak alınmıştır.

[48] Yıllık asgari ücret 2002 yılında 2.089 TL, 2003'de 2.712 TL'dir. Dolayısıyla, haftalık asgari ücret 2002 yılında 43,5 TL, 2003'de 56,5 TL'dir.

[49] Çünkü ankette sadece özel sigortası olan kişilerin prim harcamaları sorulurken, sosyal güvenlik sigortası olan kişilerin prim harcamaları kaydedilmemiştir.

Finansal Yük: Sigorta Durumuna Göre

Sonuçlarımız, finansal yük risklerinin, kişilerin bağlı oldukları sigorta kurumuna göre değiştiğini ortaya koymaktadır. En düşük finansal yük riskine aktif memurlar ve en ağır finansal yük riskine ise Yeşil Kartlılar maruz kalmaktadır (Şekil 40).



Not: CSH: Hanenin cepten sağlık harcamaları.

Şekil 40: Finansal Yük: Sigorta Durumuna Göre

Tablo 17'de görüldüğü üzere, aktif sigortalılar arasında Bağ-Kur'lu aktifler en yüksek riskle karşılaşırken, aktif memurlar en düşük riske sahiptir. Aktif memurlar, en yüksek ortalama gelire (9.791 TL) ve en düşük ortalama cepten sağlık harcamasına (335 TL) sahiptir. Benzer şekilde, emekliler arasında en yüksek riske Bağ-Kur'lu emekliler maruz kalırken, Emekli Sandığı üyeleri en düşük mali riske sahiptir. Emekliler arasında cepten sağlık harcamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermezken, Bağ-Kur ve SSK emeklilerine göre emekli memurların ortalama geliri (8.297 TL) daha yüksektir (%1 istatistiksel anlamlılık düzeyinde).

Tablo 17: Sigorta Durumuna Göre Hanenin Cepten Sağlık Harcamaları: 65 Yaş Altı Nüfus

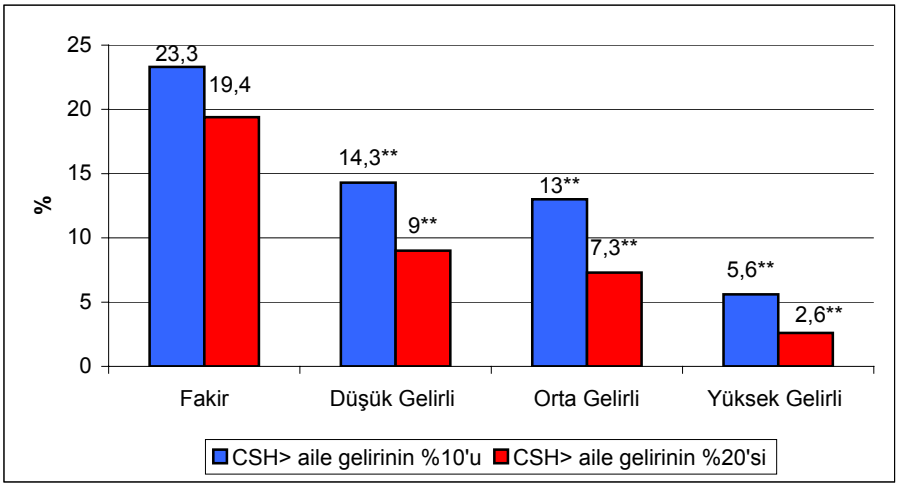
Sigorta Durumu	Nüfus (*1000)	Ortalama Aile Geliri (TL)†	Ortalama Cepten Sağlık Harcamaları (TL)†	Mali Yük > Aile Gelirinin %10'u	Mali Yük > Aile Gelirinin %20'si
Aktif Memurlar	5.150	9.791 (747,2)	335 (77,1)	8.8	5.7
SSK Aktif	15.181	7.322** (315,8)	587* (95,8)	15.9**	10.6**
Bağ-Kur Aktif	5.562	8.377 (1430,9)	621* (82,7)	21.5**	16.8**
Emekli Sandığı	2.899	8.297 (335,7)	337 (57,8)	10.0	6.5
SSK Emekli	7.012	6.509** (194,1)	479 (68,9)	15.2**	9.8**
Bağ-Kur Emekli	1.696	6.061** (414,9)	530 (148,8)	17.6**	12.2**
Yeşil Kart	5.752	2.676** (162,1)	458 (55,2)	25.9**	22.2**
Sigortasız	22.239	4.592** (295,7)	679** (53,1)	23.4**	19.3**

Notlar: 65 yaş altı nüfusun %0,9'u (yaklaşık 0,6 milyon kişi) özel sigortaya, yurt dışı sigortaya veya Türk Silahlı Kuvvetlerinin asker ve gazilere sunduğu sigortaya tabidir. Bunlara, hem sayıca az oldukları hem de analizimizin kapsamında olmadıkları için yer verilmemiştir. †Standart hatalar parantez içinde belirtilmiştir. İstatistiksel farklılık testi, referans kategorisi olan aktif memurlarla diğer grupların karşılaştırılması sonucunu ifade eder. *p<0,05, **p<0,01.

Çalışmamızda, Yeşil Kartlıların cepten sağlık harcamalarının ağır mali yük olma riskinin, diğer bütün sigortalılardan ve sigortasızlardan daha yüksek olduğunu tespit ettik. Yeşil Kartlılar, en düşük ortalama gelir seviyesine (2.676 TL) sahiptir. Fakat buna rağmen Yeşil Kartlıların ortalama cepten sağlık harcamaları (458 TL), en yüksek ortalama gelire sahip olan aktif ve emekli memurların cepten sağlık harcamalarından daha fazladır (Belirtmemiz gerekir ki; bu fazlalık istatistiksel olarak anlamlı değildir).

Finansal Yük: Hanenin Gelir Düzeyine Göre

Şekil 41'de, kişinin ağır finansal yükü olması riskinin, hanenin geliri azaldıkça arttığı görülmektedir. En yüksek finansal yük riskine sahip bireyler, TÜİK tarafından belirlenen yoksulluk sınırının altında geliri olan (fakir) hanelerde yaşamaktadırlar.



Notlar: CSH: Hanenin cepten sağlık harcamaları. Hanehalkı büyüklüğüne göre yoksulluk sınırları TÜİK'den alınmıştır. Kullandığımız yoksulluk sınırı hesaplarına, gıda ve gıda dışı harcamalar dahildir.
*Fakir (Hanehalkı geliri <100% yoksulluk sınırı), Düşük Gelirli (100%< Hanehalkı geliri <200% yoksulluk sınırı), Orta Gelirli (200%< Hanehalkı geliri <400% yoksulluk sınırı), Yüksek Gelirli (Hanehalkı geliri ≥400% yoksulluk sınırı). İstatistiksel farklılık testi referans kategorisi olan fakir hanelerle diğer grupların karşılaştırılması sonucunu ifade eder. *p<0,05, **p<0,01.

Şekil 41: Finansal Yük: Hanenin Gelir Düzeyine Göre

Finansal Yük: Demografik Karakterlere Göre

Tablo 18'de, sağlık harcamalarının mali yükü, demografik karakterlere (yaş, cinsiyet, eğitim, bölge ve yerleşim) göre incelenmiştir. Finansal yükün hanenin gelirinin %10'unu geçme ihtimali 0-17 yaş grubunda bulunanlar için en yüksek (%20,7), 55-64 yaşlarında olanlar için en düşük (%16,6)'dır. Literatürdeki çalışmalar, sağlık harcamalarının yaş ilerledikçe arttığını belirtmektedir. Bizim sonuçlarımız, beklentimizin tersi olmuştur. Bu durum, ülkemizde geliri ve sağlık durumları iyi olmadığı halde çok çocuk yapan ailelerin varlığından kaynaklanmaktadır. Analizimizi derinleştirdiğimizde, 0-17 yaş grubundaki çocukların, düşük gelirli ve sigortasız ailelerde yaşama olasılığının yüksek olduğunu tespit ettik. Analizimizde ayrıca, 0-17 yaş grubundaki sigortasız oranının, diğer yaş

gruplarına göre daha yüksek olduğunu gördük.[50] GSS öncesindeki sistemde, ebeveynlerin sigortasının olmaması durumunda çocuklara sağlık sigortası sağlanmıyordu. Dolayısıyla, SDP öncesindeki sistemde 0-17 yaş grubundaki çocuklar, sigortasızlık oranı yüksek olan düşük gelirli ailelerde yaşadıkları için yüksek finansal yüke maruz kalmaktaydılar.

Tablo 18: Finansal Yük: Demografik Özelliklere Göre

			Kişinin Dahil Olduğu Hanenin Finansal Yükü	
Karakterler		Nüfus (*1000)	>0.10 hane geliri	>0.20 hane geliri
Toplam		66.085		
Yaş				
	0-17	23.834	20,7	16,3
	18-34	20.826	18,8	14,2*
	35-54	17.052	17,0**	12,4**
	55-64	4.374	16,6**	12,8**
Cinsiyet				
	Erkek	33.182	18,6	14,2
	Kadın	32.903	19,2	14,6
Bölge				
	Batı	28.531	18,5	13,5
	Güney	7.763	18,7	15,0
	Orta	11.216	15,7*	10,8*
	Kuzey	7.179	17,0	13,2
	Doğu-Güney Doğu	11.396	24,2*	20,6**
Yerleşim				
	Kırsal	20.738	21,5	17,7
	Kent	27.258	17,2**	12,8**
Ana	Şehirler			
	Ankara	3.423	14,6	9,2
	İstanbul	11.757	20,5*	14,6**
	İzmir	2.910	14,2	11,1

Notlar: Batı, Ege ve Marmara coğrafi bölgelerini kapsamaktadır. Doğu, Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerini kapsamaktadır. **[*] Referans kategoriden istatistiksel olarak %1[5] düzeyinde farklı olunduğunu gösterir. Referans kategori her bir karakteristik bölümündeki ilk satırdır.

[50] Sigortasız oranı 0-17 yaş grubu için %38 iken, 55-64 yaş grubunda %15,7'dir. Ayrıca, 0-17 yaş arası çocukların %63,2'si fakir ailelerde yaşamaktadır (55-64 yaş grubunda bu oran %43,3'dür).

Çalışmamızda, Doğu-Güney Doğu bölgelerinde yaşayanların en yüksek (%24,2), Orta Anadolu'da yaşayanların en düşük (%15,7) finansal riske maruz kaldığını gördük. Doğu-Güney Doğu bölgelerinde, diğer bölgelerimize göre sağlık hizmetlerine ulaşım sınırlıdır. Ayrıca bu bölgelerimiz, ekonomik olarak daha geri kalmıştır ve Yeşil Kartlı nüfus yoğundur. Bu sebeplerin, Doğu-Güney Doğu bölgelerinde yaşayan insanlarımızı daha yüksek finansal riske maruz bıraktığını düşünmekteyiz.

Yerleşim durumuna göre incelediğimizde, finansal yükün aile gelirinin %10'unu aşma ihtimalinin, kırsal bölgede yaşayanlarda kentsel bölgelerde yaşanlara göre daha yüksek olduğunu görüyoruz (%21,5'e karşın %17,7). Kentsel bölgelerde ortalama sigortasız nüfus oranı %28,2 iken, kırsal bölgelerde bu oran %43,9'dur. Ana şehirleri incelediğimizde, hanenin cepten sağlık harcamalarının ağır bir mali yük olma riskinin, Ankara ve İzmir'de yaşayanlar için İstanbul'da yaşanlara göre daha düşük olduğunu gördük. Bu durumun, İstanbul'daki sigortasız oranının diğer şehirlere göre yüksek olmasından kaynaklandığını tespit ettik. Şehirlerdeki (kentsel bölgelerdeki) ortalama sigortasız nüfus oranı %28,2 iken, İstanbul'da bu oran %32,8'dir.

Cepten Sağlık Harcamalarının Alınan Hizmete Göre Dağılımı

Tablo 19, ortalama cepten sağlık harcamalarını ve bunların temin edilen hizmete göre yüzdelik dağılımını sunmaktadır. Bu analizimizde, kişi başı cepten harcamalar kullanılmıştır. Gelirlerinin %20'sinden fazlasını sağlık harcamalarına ayıran kişilerin yaptıkları ortalama cepten sağlık harcaması (696,5 TL), gelirlerinin %20'sinden azını sağlığa harcayanların ortalama harcamasından (21,6 TL) çok daha yüksektir. Mali yükü %20'den yüksek olanların cepten harcamalarının %46,8'ini ayakta hasta hizmetleri, %30,8'ini reçeteli ilaç alımları oluşturmuştur.

Analizimize göre; kişi başına ortalama cepten sağlık harcamaları, sigorta durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir. Aktif memurların cepten harcamalarının %14,4'ünü hastaneye yatış, %27,8'ini ayakta hasta hizmetleri, %48,3'ünü reçeteli ilaç ve %9,5'ini diğer harcamalar oluşturmuştur. Yeşil Kartlılar dışında bütün sigorta tipleri için ayakta hasta hizmetleri ve reçeteli ilaç alımları, cepten harcamaların en büyük kısmını oluşturmaktadır. Fakat Yeşil Kartlıların, hastaneye yatış için

ayakta tedavi hizmetlerinden daha yüksek bir oranda cepten harcama yaptıkları görülmüştür.

Tablo 19: Cepten Sağlık Harcamalarının Alınan Hizmete Göre Dağılımı

	(TL)	Ortalama Cepten Sağlık Harcamalarının Dağılımı (%)			
	Ort. Cepten Sağlık Harc.	Hastanede Yatış	Ayakta Hasta Hizmetleri	Reçeteli İlaç	Diğer
Toplam	118,9	17,3	37,3	39,3	6,1
Mali yükü ≤ kişinin gelirinin %20'si	21,6	18,5	30	45,9	5,6
Mali yükü > kişinin gelirinin %20'si	696,5**	15,8	46,8**	30,8**	6,7
Sigorta Durumuna Göre Dağılım					
Aktif Memurlar	100,2	14,4	27,8	48,3	9,5
SSK Aktif	127,7	16	39,9**	35,9**	8,2
Bağ-Kur Aktif	142,2	15,1	40,2*	41	3,6**
Emekli Sandığı	75,0	20,1	29	46	4,9
SSK Emekli	143,8	13,6	41,6**	41,3	3,6**
Bag-Kur Emekli	158,9	17,2	41,4*	37,9	3,4*
Yeşil Kart	77	32,4**	29	34,8**	3,8**
Sigortasız	118,2	17,2	37,7	38,8	6,3

Notlar: İstatistiksel farklılık testi, referans kategorisinin diğer grupların karşılaştırılması sonucunu ifade eder. *p<0,05, **p<0,01. Üst kısımdaki referans kategorisi, gelirlerinin %20'sinden azını sağlığa harcayanlardır. Alt kısımdaki referans kategorisi ise aktif memurlardır. Ort: Ortalama

Sağlık Bakımı Hizmetlerine Erişimin Sigorta Durumuna Göre İncelenmesi

Tablo 20'de görüldüğü üzere, aktif memurların herhangi bir sağlık hizmetine erişim yüzdesi SSK'lı aktiflerden, Bağ-Kur'lu aktiflerden, Yeşil Kartlılardan ve sigortasızlardan daha yüksektir. Benzer şekilde, SSK'lı ve Bağ-Kurlu emeklilere göre emekli memurların herhangi bir sağlık hizmetine erişim yüzdesi daha yüksektir.

Analizimiz, sigortasızların aktif memurlara göre çok düşük oranda ayakta hasta, yatarak tedavi, koruyucu bakım hizmetleri ve ilaca erişebildiğini göstermektedir. Ayrıca Tablo 19, SSK'lı aktiflerin ayakta hasta hizmetleri ve ilaca erişim oranının, aktif memurlara göre daha düşük olduğunu ortaya koymaktadır. Yatan hasta tedavi hizmetlerine erişimde, kamu sigorta uygulamaları arasında (Yeşil Kart hariç) istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur. Yeşil Kartlıların ayakta hasta, koruyucu bakım hizmetleri ve ilaca erişimi aktif memurlara göre anlamlı olarak daha düşük olmasına rağmen, yatan hasta tedavi hizmetine erişim oranları daha yüksektir. SDP öncesindeki sağlık sisteminde, Yeşil Kartlıların sadece yatan hasta masrafları karşılanıyordu. Analizimiz ise Yeşil Kartlıların, ayakta hasta ve/veya koruyucu bakım hizmetleri ile karşılanabilecek durumlarda dahi, ayakta hasta hizmeti veren kurumlara başvurduğunu ortaya koymaktadır.

Tablo 20: Sağlık Bakımı Hizmetlerine Erişim: Sigorta Durumuna Göre

Sigorta Durumu	Ayakta Hasta (%)	Yatan Hasta Tedavisi (%)	Koruyucu Bakım (%)	İlaç† (%)	Herhangi bir Sağlık Bakım Hizmeti(%)‡
Toplam†	9,3	3,1	1,1	6,5	12,9
Aktif Memurlar	12,8	3,2	1,7	8,3	16,6
SSK Aktif	9,6**	3,6	1,3	6,5**	13,9**
Bağ-Kur Aktif	9,9	2,9	0,8**	7,5	13**
Emekli Sandığı	17,9**	3,4	1,4	13,1**	21,5**
SSK Emekli	14	3,8	0,8**	9,7	17,5
Bağ-Kur Emekli	15,6	4,4	0,6**	11,9**	19,4
Yeşil Kart	8,1**	5,6**	0,9**	4,7**	13,7**
Sigortasız	5,5**	1,8**	1,1*	4**	8**

Notlar: † Hastanede yatış, ayakta hasta ve/veya koruyucu bakım sırasında gerçekleşen reçeteli ilaç kullanımını kapsar. ‡: Herhangi bir ayakta hasta, yatarak hasta, koruyucu bakım ve reçeteli ilaç kullanımını kapsar. İstatistiksel farklılık testi referans kategorisi olan aktif memurlarla diğer grupların karşılaştırılması sonucunu ifade eder. *p<0,05, **p<0,01.

Algılanan Sağlık Durumunun Sigorta Durumuna Göre İncelenmesi

Tablo 21, algılanan sağlık durumundaki farklılıkları, kişilerin sigortalılık durumuna göre incelemektedir. Sağlık hizmetlerine erişimde olduğu gibi sağlık durumunu iyi veya çok iyi algılayanların oranı, aktif memurlar arasında Yeşil Kartlılar ve sigortasızlara göre daha yüksektir. Benzer şekilde, sağlığını iyi veya çok iyi olarak algılayan emekli memurların oranı, SSK ve Bağ-Kur emeklilerinin oranlarından daha yüksektir. Bu durum; SSK, Bağ-Kur, Yeşil Kartlılar ve sigortasızların sağlık bakımı sisteminden daha az memnun oldukları izlenimini vermektedir.

Tablo 21: Algılanan Sağlık Durumu: Sigorta Durumuna Göre

Sigorta Durumu	Nüfus (x1000)	Nüfus Dağılımı (%)	Çok Kötü (%)	Kötü (%)	Orta (%)	İyi veya Çok İyi (%)
Toplam†	50.820	100	0,3	3,6	13,6	82,5
Aktif Memurlar	3.906	7,7	0,1	1,9	10,8	87,2
SSK Aktif	11.150	21,9	0,2	1,9	11,0	86,9
Bağ-Kur Aktif	4.218	8,3	0,2	2,9	11,1	85,8
Emekli Sandığı	2.678	5,3	0,4	4,8	15,8	79**
SSK Emekli	6.553	12,9	0,4	5,1	18,9	75,6**
Bağ-Kur Emekli	1.598	3,1	0,6	4,6	20,6	74,2**
Yeşil Kartlı	4.050	8,0	0,8	5,6	16,6	77,1**
Sigortasız	16.161	31,8	0,2	4,1	12,9	82,7**

Notlar: † 2002-2003 Ulusal Hanehalkı Sağlık Harcamaları Anketinde algılanan sağlık durumu sorusunu cevaplayan nüfus (51 milyon), toplam 65 yaş altı nüfustan (66 milyon) daha azdır. İstatistiksel farklılık testi referans kategorisi olan aktif memurlarla diğer grupların karşılaştırılması sonucunu ifade eder. *p<0,05, **p<0,01.

6.1.5. Sonuçların Değerlendirilmesi

Türkiye Ulusal Hanehalkı Sağlık Harcamaları Anketi 2002-2003 verilerini kullandığımız analizimizde, nüfusun yaklaşık %19'unun hanehalkı cepten sağlık harcamalarının aile gelirinin %10'unu, %14,4'ünün ise hanehalkı cepten sağlık harcamalarının aile gelirinin %20'sini aştığı

gördük.[51] Analizimizde, Türkiye'de 2002-2003 döneminde sağlık hizmetlerine erişimin ve algılanan sağlık statüsünün, sigortalılık durumuna göre ciddi varyasyonlar gösterdiğini tespit ettik. Ayrıca, cepten sağlık harcamalarının hane geliri üzerinde yüksek mali yük olması ihtimalinin kişinin bağlı olduğu kamu sigorta kurumuna göre değiştiğini ve bu durumun ana sebebinin sosyal güvenlik fonlarının kapsamındaki hizmet sunucularına erişim ve temel teminat paketlerindeki farklılıklar ile finansman ve yönetmeliklerdeki farklılıklar olduğunu tespit ettik.

Çalışmamızda, nüfusun sosyo-ekonomik farklılıklarına göre etkin ve hakkaniyetli bir mali korumanın sağlanamadığını, özellikle yoksulların, 0-17 yaş arası gençlerin, kırsal bölgelerde, Doğu-Güney Doğu bölgelerinde yaşayanların, metropoller arasında İstanbul'da yaşayanların sağlık harcamaları karşısında en ağır mali yüke maruz kaldığını tespit ettik.

Dünya Bankası Raporunda (2003), Türkiye'de kırsal bölgelerde sağlık hizmetlerine ulaşımın kentsel bölgelere göre daha zor olduğu ve kırsal kesimde yaşayanların daha yüksek sağlık harcaması yaptıkları belirtilmiştir. Raporda ayrıca, sağlık personeli açısından Doğu bölgelerinde görülen yetersizlikler vurgulanmıştır. Bizim çalışmamızın sonuçları da bu bulguları desteklemekte ve cepten sağlık harcamalarının ağır bir mali yük olması riskinin, kırsal bölgeler ile Doğu-Güney Doğu bölgelerinde en yüksek oranda olduğu görülmektedir.

6.2. Türkiye'de Cepten Sağlık Harcamalarının Mali Yükü, SDP Sonrası

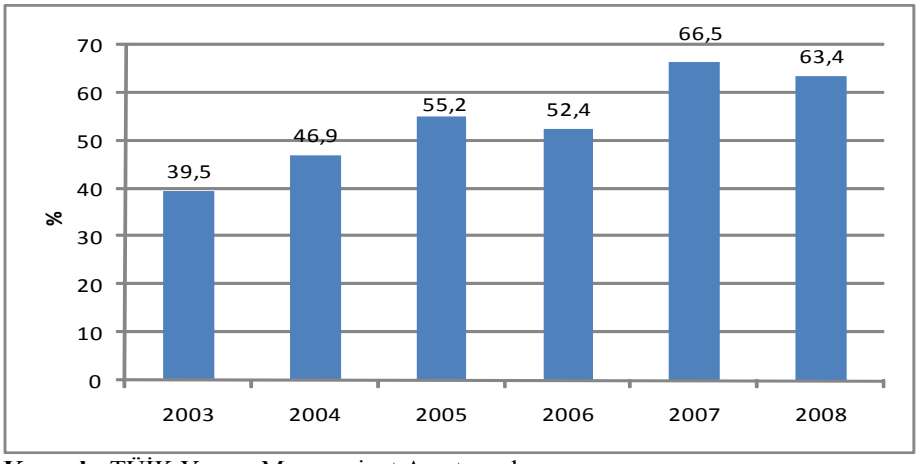
Sağlıkta Dönüşüm Programının en önemli amaçlarından biri; sağlık hizmetlerinin hakkaniyetli bir şekilde halka sunularak, yüksek sağlık giderlerine karşı etkin mali korumanın sağlanması ve sosyo-ekonomik gruplar arasında en dezavantajlı olanlar ile düşük gelirlilerin durumlarının iyileştirilmesidir. Bu amaçla, 2003 yılından itibaren çok önemli reformlar gerçekleştirilmiştir: Performansa Dayalı Ödeme Sistemine geçilerek, sağlık hizmeti arzında önemli verimlilik artışı sağlanmıştır. Yeşil Kartlıların ayakta tedavi hizmetleri kapsam içine alınmıştır. SSK hastaneleri Sağlık

[51] Türkiye'nin bu dönemdeki performansı, ABD'nin aynı dönemdeki performansına göre düşüktür. ABD'de 2003 yılında, 65 yaş altı nüfusun yaklaşık %8,5'inin hanehalkı cepten sağlık harcamaları, aile gelirinin %10'unu, nüfusun %4,3'ünün hanehalkı cepten sağlık harcamaları ise aile gelirinin %20'sini aşmıştır (Bernard ve Banthin (2006)).

Bakanlığına devredilmiş ve SSK'lıların tüm kamu sağlık tesislerine ulaşımı sağlanmıştır. Ayrıca, SSK ve Yeşil Kartlıların tüm serbest eczanelerden ilaç teminine izin verilmiştir. Koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilerek, Aile Hekimliğinin tüm Türkiye'ye yayılması amaç edinilmiştir. Sosyal Güvenlik Kurumu kurularak SSK, Bağ-Kur ve ES aynı çatı altında toplanmıştır. Aynı zamanda, sağlık sigortası alanında yaşanan karmaşanın önüne geçilmesi, uygulamada standartların ve norm birliğinin oluşturulması amacıyla GSS sistemine geçilmiştir (Bölüm 1.2).

SSK ve Yeşil Kartlılar için kişi başına yapılan kamu sağlık harcaması 2004 yılından itibaren artarak, 2006 yılında aktif memurlar için yapılan harcama seviyesine yükselmiştir (Tablo 6). Buna karşın, TÜİK Yaşam Memnuniyet Araştırması sonuçlarına göre; ilaç ve tedavi masraflarını cepten harcamalarla karşılayanların oranı 2003'de %32,1 iken, 2007'de %16,5'a gerilemiştir. 1999 yılında hanehalkı sağlık harcamalarının GSYİH'deki payı %1,4 olarak gerçekleşirken, 2006 yılında %1,1 seviyesine gerilemiştir (Şekil 5).

SDP reformları ile sağlanan sağlık hizmetlerinin kapsam ve derinliğinin artırılması, halkın sağlık hizmetlerinden memnuniyetinin artmasında etkili olmuştur. Sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı 2003 yılında %39,5 iken, 2008 yılında %63,4'e yükselmiştir (Şekil 42).



Kaynak: TÜİK Yaşam Memnuniyet Araştırmaları

Şekil 42: Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Oranı: 2003-2008

Dünya Bankası uzmanları olan Aran-Kazanci ve Hentschel'in (yayınlanacak), TÜİK Hanehalkı Bütçe Anketi 2006 verilerine dayanarak yaptıkları mali yük analizinde; hanehalkının sadece %5,3'ünün toplam hanehalkı harcamalarının %10'undan fazla cepten sağlık harcaması yaptığı ve sadece %1'inin toplam harcamalarının %25'ini aşan miktarda cepten sağlık harcaması yaptığı tespit edilmiştir (OECD, 2009). Dolayısıyla, bu bilgileri SDP öncesi bulgularımızla karşılaştırdığımızda, SDP ile etkin mali koruma sağlama konusunda başarılı bir politika izlendiği kanaati oluşmaktadır.

SONUÇ

Türkiye'de 2003 yılında, Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) uygulanmaya başlanmıştır. Sağlıkta dönüşümün amacı; kaliteli ve çağdaş sağlık hizmetlerini adil ve hakkaniyetli bir şekilde halka sunan, yüksek sağlık giderlerine karşı etkin mali koruma sağlayan ve finansal olarak sürdürülebilir bir sistem kurmaktır. Bu amaçla, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı alanlarında önemli reformlar gerçekleştirilmiştir.

SDP uygulamaları sonucunda, ülkemizdeki sağlık hizmetlerine erişimin artması ile toplam sağlık harcamalarında artış görülmüştür. Fakat bu artışlar, kişi başı GSYİH'deki artışlara paralel bir şekilde gerçekleşmiş ve sağlık harcamaları sürdürülebilir olmuştur. Ülkemizdeki sağlık harcamalarının kompozisyonunda, SDP sonrasında önemli değişiklikler olduğu görülmüştür. Sağlık harcamaları içinde kamunun payı ciddi şekilde artarken, aynı dönemde cepten yapılan harcamaların payı gerilemiştir.

Uluslararası bağlamda değerlendirdiğimizde; Türkiye'deki toplam sağlık harcamalarının GSYİH'deki payı (%5,7), üst-orta gelirli ülkeler ortalamasının (%6,3) altındadır. Toplam sağlık harcamalarının dağılımını değerlendirdiğimizde, Türkiye'deki sağlık harcamalarında kamunun payının (%72,4), üst-orta gelirli ülkelerdeki kamu ortalama payının (%62,8) üstünde olduğu tespit edilmiştir.

Türkiye'deki sosyal güvenlik sağlık harcamalarında, SDP reformlarının etkileri görülmektedir. SGK'nın sağlık harcamalarının kompozisyonunda tedavi harcamalarının payı yükselmiş, ilaç harcamalarının payı ise gerilemiştir. Kamu sigortalarının tek çatı altında toplanması ve ilaç piyasasındaki tek alıcı haline gelmesiyle, ilaç harcamalarında verimlilik kaydedilmiş; reel ilaç kutu maliyeti azalmıştır. SGK'nın, ayakta ve yatan hasta hizmetlerinin sunumu için özel kurumlarla sözleşmeler yapmasıyla, özel hastane sayısı artış göstererek, hastane sektörünün dinamikleri değişmiştir. Özel sektörün sağlık hizmet sunumundaki ve SGK'nın sağlık harcamalarındaki payı çok yükselmiştir. Bu durumla baş edebilmek için özel sektöre kısıtlamalar getirilmiştir. SGK ile anlaşan özel hastanelere SUT fiyatı üzerine fark alabilme sınırı koyulmuştur.

Sağlık hizmetlerine erişim eşitliğinin sağlık hizmet talebini artırmasına karşın, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde Performansa Dayalı Ödeme Sistemine geçilerek, sağlık hizmeti arzında önemli verimlilik artışı sağlanmıştır. Fakat son yıllarda SB hastanelerinin döner sermaye harcamaları, özellikle yönetim giderleri (performansa dayalı ek ödemeler dahil) ve hizmet üretim giderleri artmıştır. Yükselen sağlık harcamalarına karşı tedbir olarak global bütçe uygulamasına geçilmiş ve Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler için sınırlı bir yıllık bütçe olması hususunda protokol düzenlenmiştir. Ayrıca, özel hastanelere global bütçe uygulanması hususunda SGK ile özel sektör görüşmeleri devam etmektedir.

SDP ile koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilerek, Aile Hekimliği sisteminin oluşturulması sağlık harcamalarının etkili bir şekilde gerçekleşmesi ve tasarruf sağlanması amacıyla tasarlanmıştır. Şu anda 63 ilde uygulanan Aile Hekimliği modelinin, 2010'da tüm Türkiye'yi kapsaması amaçlanmıştır. Türkiye genelinde ve özellikle Aile Hekimliği uygulamasına geçen illerde, birinci basamakta yapılan muayene sayılarında önemli artışlar gözlenmiştir.

Belirtilmelidir ki; reformların hayata geçirilmesinde bazı aksaklıklar vardır. Hekim sayısının yetersizliği sebebiyle, henüz sevk sistemi uygulamasına geçilememiştir. GSS ile tüm nüfusun kapsanması amaçlanırken, aktif devlet memurları 2010 yılında kapsanmış ve henüz Yeşil Kartlılar GSS kapsamına alınmamıştır. SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığına devri ile hizmet finansmanı ve sunumu birbirinden ayrılmaya çalışılırken; Sağlık Bakanlığı, Yeşil Kart programı ile sağlık hizmetlerinin finansmanında da yer almaktadır. SDP, Kamu Hastaneler Birliği Kanunu ile SB hastanelerinin kendi kaynaklarından sorumlu birlikler haline dönüştürülerek, kaynakların etkin ve verimli kullanılmasını ve SB tarafından uygulanacak performans değerlendirmeleriyle de kaliteli sağlık hizmetleri sunumunun sağlanmasını amaçlamıştır. Fakat bu Kanun henüz hayata geçirilmemiştir. İlgili kanun tasarısı, Plan ve Bütçe Komisyonunda değerlendirilmektedir.

Sağlık harcamalarının sonuçları ve topluma etkisi, sağlık durumu göstergeleri incelenerek anlaşılmaktadır. Türkiye'nin sağlık durumu, ekonomik durumlarındaki benzerliklerin yanı sıra, benzer demografik özellikler de gösteren üst-orta gelirli ülkelerle kıyaslanarak değerlendirilmiştir. Türkiye'nin temel sağlık göstergelerini

değerlendirdiğimizde, SDP reform sürecinden itibaren olumlu gelişmeler gözlenmiştir: Doğuştan beklenen yaşam süresi artmış, bebek ölüm hızı düşmüştür. Türkiye'nin temel sağlık göstergeleri, diğer üst-orta gelirli ülkelere göre ortalama bir performans göstermiştir. Fakat, Türkiye'deki tütün tüketimi üst-orta gelir düzeyindeki ülkelerin ortalamalarının oldukça üstündedir. Ülkemizdeki en önemli ölüm sebebi kardiyovasküler hastalıklardır; bunu kanser takip etmektedir.

Türkiye'de sağlık hizmet sunumundaki en büyük problemlerden biri, üst-orta gelirli ülkeler ortalamasının çok gerisinde olan (100 bin kişiye düşen) hekim ve hemşire sayıdır. Özel sektörün doktorlara uyguladığı yüksek ücret politikası, kamu sektöründeki sayısal olarak yetersiz sağlık personeli sorununu derinleştirmiştir. SDP ile doktor ve hemşire açığının giderilmesi için önemli çalışmalar hayata geçirilmeye devam etmektedir. YÖK'le fikir birliğine varılarak, 2007 yılında vakıf ve devlet üniversiteleri tıp fakültelerine verilen kontenjan sayısı (5253) %26,7'lik artışla, 2008'de 6655 olmuştur. Aynı zamanda, hemşirelik meslek yüksekokulu öğrenci kontenjanı %15 yükseltilmiştir. Performansa Dayalı Ödeme Sistemi, doktor maaşlarını iyileştirerek, doktorların kamuda çalışmalarını teşvik etmiştir. Ayrıca, doktorların tam zamanlı çalışmaya geçmeleri için hazırlanan Tam Gün yasa tasarısı, TBMM tarafından kabul edilerek, kanunlaşmıştır.

Çalışmamızın son bölümünde, cepten sağlık harcamalarının mali yükü SDP öncesindeki dönem için analiz edilmiştir. Türkiye Ulusal Hanehalkı Sağlık Harcamaları Anketi 2002-2003 verilerini kullandığımız analizimizde; nüfusun yaklaşık %19'unun hanehalkı cepten sağlık harcamalarının aile gelirinin %10'unu aştığını ve %14,4'ünün ise hanehalkı cepten sağlık harcamalarının aile gelirinin %20'sini aştığı gördük. Analizimizde, sağlık hizmetlerine erişimin ve algılanan sağlık statüsünün, sigortalılık durumuna göre ciddi varyasyonlar gösterdiğini tespit ettik. Ayrıca, cepten sağlık harcamalarının hane geliri üzerinde yüksek mali yük olması ihtimalinin kişinin bağlı olduğu kamu sigorta kurumuna göre değiştiğini ve bu durumun ana sebebinin sosyal güvenlik fonlarının kapsamındaki hizmet sunucularına erişim ve temel teminat paketlerindeki farklılıklar ile finansman ve yönetmeliklerdeki farklılıklar olduğunu tespit ettik. Analiz, nüfusun sosyo-ekonomik farklılıklarına göre etkin ve hakkaniyetli bir mali korumanın sağlanamadığını, özellikle yoksulların, gençlerin, kırsal bölgelerde, Doğu-Güney Doğu bölgelerinde yaşayanların,

metropoller arasında İstanbul'da yaşayanların sağlık harcamaları karşısında en ağır mali yüke maruz kaldığını ortaya koymuştur.

Sağlıkta Dönüşüm Programının en önemli amaçlarından biri; sağlık hizmetlerinin hakkaniyetli bir şekilde halka sunularak, yüksek sağlık giderlerine karşı etkin mali korumanın sağlanması ve sosyo-ekonomik gruplar arasında en dezavantajlı olanlar ile düşük gelirlilerin durumlarının iyileştirilmesi olmuştur. SDP reformları ile sağlanan sağlık hizmetlerinin kapsam ve derinliğinin artırılması, halkın sağlık hizmetlerinden memnuniyetinin artmasında etkili olmuştur. Sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı 2003 yılında %39,5 iken, 2008 yılında %63,4'e yükselmiştir. Dünya Bankası uzmanları olan Aran-Kazanci ve Hentschel'in (yayınlanacak), TÜİK Hanehalkı Bütçe Anketi 2006 verilerine dayanarak yaptıkları mali yük analizinde; hanehalkının sadece %5,3'ünün toplam hanehalkı harcamalarının %10'undan fazla cepten sağlık harcaması yaptığı ve sadece %1'inin toplam harcamalarının %25'ini aşan miktarda cepten sağlık harcaması yaptığı tespit edilmiştir. Dolayısıyla, bu bilgileri SDP öncesi bulgularımızla karşılaştırdığımızda, SDP ile etkin mali koruma sağlama konusunda başarılı bir politika izlendiği kanaati oluşmaktadır.

KAYNAKÇA

Akdağ, R. (2007) (a), *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Kasım 2002-Haziran 2007*, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara.

Akdağ, R. (2007) (b), *T.C. Sağlık Bakanlığı 2008 Mali Yılı Bütçesinin TBMM Genel Kuruluna Sunumu*, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara.

Akdağ, R. (2008) (a), *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Ağustos 2008 İlerleme Raporu*, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara.

Akdağ, R. (2008) (b), *T.C. Sağlık Bakanlığı 2009 Mali Yılı Bütçesinin TBMM Genel Kuruluna Sunumu*, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara.

Akdağ, R. (2009), *Kamu Sağlık Harcamalarında Finansal Sürdürülebilirlik, Resmi Sunum* (08/09/2009), T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara.

Aran-Kazanci, M. ve Hentschel, J. (yayınlanacak), *Household Level Health Expenditures and Health Insurance Coverage of the Poor in Turkey,* World Bank, Washington DC.

Banthin J.S., Cunningham, P. ve Bernard, D.M. (2008), "Financial Burden of Health Care, 2001-2004", *Health Affairs*, 27:188- 95.

Başesgioğlu, M. (2007), *Basın Tebliği*, http://www.memurlar.net/haber/76984/ (1/06/2007).

Bernard, D.M.ve Banthin, J.S. (2006), "Changes in Financial Burdens for Health Care National Estimates for The Population Younger than 65 Years, 1996 to 2003", *Journal of the American Medical Association*, 22: 2712-19.

Caniklioğlu, N. (2006), "5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun Kısa Vadeli Sigorta Kollarına İlişkin Hükümlerinin Kısa Bir Değerlendirmesi", *TİSK İşveren Dergisi*, (Aralık 2006).

Culyer, A.J. (1990), "Cost Containment in Europe, in: OECD, Health Care Systems in Transition", OECD, Paris, 29-40.

Dünya Bankası (2003), *Turkey: Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency*, International Bank for Reconstruction and Development, Dünya Bankası, Washington DC, Vol. 1-2.

Gerdtham, U.G., Sogaard, J., Andersson, F. ve Jönsson, B. (1992), "An Econometric Analysis of Health Care Expenditure: A Cross-Section

Study of The OECD Countries", *Journal of Health Economics*, 11:63-84.

Gerdtham, U.G. ve Jönsson, B. (2000), *International Comparison of Health Expenditure,* in Handbook of Health Economics, vol.1A, ed A.J. Culyer and J.P. Newhouse, New York: Elsevier, 11-53.

Hansen, P. ve King, A. (1996), "The Determinants of Health Care Expenditure: A Cointegration Approach", *Journal of Health Economics*, 15:127-37.

Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü (2004), *OECD Sağlık Hesapları Sistemine Göre Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000*, T.C. Sağlık Bakanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara.

http://www.calisma.gov.tr/projeler/tekcati.htm (21/04/2006)

http://www.sgk.gov.tr/sgkshared/sgk/geneltanitim/SGKtarihce.pdf (26/08/2008)

OECD (2009), *Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye*, OECD and the International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank.

Sağlık Bakanlığı (2007), *21 Hedefte Türkiye Sağlıkta Gelecek*, T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi, Hıfzısıhha Mektebi, Ankara.

TEPAV (2008), *Türkiye Sağlık Raporu*, Proje No:106G133, Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı (TEPAV), Ankara.

Tokat, M. (2001), *Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1998*, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.

Top M. ve Tarcan, M. (2004), "Türkiye İlaç Ekonomisi ve İlaç Harcamaları: 1998-2003 Dönemi Değerlendirmesi", *Liberal Düşünce Dergisi*, 9:177-200.

TUSAK (2006), *Türkiye Hastalık Yükü Çalışması 2004*, T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık Kurumu (TUSAK), Ankara.

TUSAK (2007), *Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007*, T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık Kurumu (TUSAK), Ankara.

TÜSİAD (2004) *Sağlıklı Bir Gelecek: Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri*, Yayın No: TÜSİAD-T/2004-09/380.

YAZAR HAKKINDA

Ortadoğu Teknik Üniversitesi (ODTÜ) İstatistik bölümünden 1999 yılında şeref öğrencisi olarak mezun oldu ve aynı zamanda ODTÜ Endüstri Mühendisliği bölümünden Yan Dal derecesini aldı. Yüksek lisans eğitimini Bilkent Üniversitesi Ekonomi bölümünde 2001 yılında tamamladı ve 2002 yılında Karadeniz Teknik Üniversitesi (KTÜ) Ekonometri Bölümüne atandı.

2002-2007 yılları arasında Amerika'da Boston University'de Ekonomi Doktora eğitimi gördü. 2007 yılında Doktor (Ph.D.) ünvanını aldı. 2007-2010 döneminde KTÜ'deki görevinin yanı sıra; Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığında, Türkiye'deki sağlık harcamaları, sağlık ekonomisi ve hastanelerin finansal analizi konularında çalışmak üzere geçici görevde bulundu. 2011 yılında Yardımcı Doçent olarak Gazi Üniversitesi Ekonometri bölümüne atandı.

Uygulamalı makroekonomi ve sağlık ekonomisi alanlarında yayımlanmış makaleleri bulunmaktadır. Ayrıca doktora tezi, "Three Essays on International Macroeconomics and Financial Economics" başlığı ile kitap olarak uluslararası bir yayınevi olan VDM Verlag Dr.Müller tarafından 2009 yılında yayımlandı.