

**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
MALİYE ANABİLİM DALI**

**1980 SONRASI SAĞLIK HARCAMALARININ BÜTÇEDEKİ GELİŞİMİ VE
DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**HAZIRLAYAN
Yalçın BAYRAM**

**TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. F. Nilgün AKÇA**

Ankara-2011

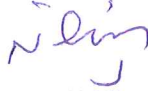
ONAY

Yalçın BAYRAM tarafından hazırlanan "1980 Sonrası Sağlık Harcamalarının Bütçedeki Gelişimi ve Değerlendirilmesi" başlıklı bu çalışma, 07.02.2011 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.



Prof.Dr.Şükrü KIZILOĞLU

Başkan



Yrd.Doç.Dr.F.Nilgün AKÇA



Yrd.Doç.Dr.Erol BULUT

ÖNSÖZ

Özellikle ikinci dünya savaşından sonra toplumlarda refah anlayışının hakim görüş olarak öne çıkmasıyla birlikte devletler kamu harcamalarını artırmak zorunda kalmışlardır. İnsanın ayrılmaz bir parçası olarak kabul edilen sağlık hakkı, bu alana GSMH'dan önemli ölçüde pay ayrılmasını zorunlu kılmıştır. Toplamların refah toplumuna dönüşme arzu ve isteği, sağlık alanına yapılacak harcamaların finansmanı sorununu da beraberinde getirmiştir.

Aynı süreç içerisinde sosyal devlet anlayışı da gelişmiş olup devletlerin niteliklerinden birisi olması gerektiği görüşü de kabul edilmiştir. Sosyal devlet, gelirleri ne olursa olsun bütün bireylere mesleki, fizyolojik ve sosyo-ekonomik risklere karşı güvence sağlamak ve bu amaç için gerekli düzenlemeleri yapmakla yükümlüdür. Toplumun ve bireylerin sağlık açısından güvence altına alınmasını da ifade eden ve sosyal bir hak olarak kabul gören sağlık hakkı, sosyal devlet olma gereğinin bir sonucu olarak devletin görev alanına girmiştir. Sağlığı diğer mal ve hizmetlerden ayıran önemli özelliklerden biri talebin ne zaman ortaya çıkacağıının önceden bilinemesidir. Kimin, ne zaman, hangi hastalığa yakalanacağı önceden tahmin edilemediğinden devletin sağlık hizmetleri alanından tam olarak çıkması da mümkün değildir.

Toplumun sağlıklı bireylerden oluşması, sağlıklarının devam ettirilmesi, sağlık şartlarının iyileştirilmesi, daha da yükseltilmesi ve sağlıklı bir nesil yetiştirilmesi devletin en önemli görev ve hedefleri arasındadır. Sağlığın korunması ve sağlıklı bir neslin yetiştirilmesi; aynı zamanda beşeri sermayenin kalitesini artırdığı ve ülkelerin ekonomik kalkınmasında da uzun vadede olumlu etkiler yaptığı bilinen bir gerçektir.

Sosyal refah kavramı ve sosyal devlet olmanın doğal sonucu olarak yapılan sağlık harcamaları, nüfus artış hızı, teknolojik gelişmeler, yaşam süresinin uzaması sonucu yaşlı nüfusun artması gibi nedenler sağlık alanına daha fazla kamu harcaması yapılmasına sebebiyet vermiştir. Giderek artan kamu harcamaları nedeniyle devletçe hem finansmanın hem de harcamaların disipline edilmesini zaruri hale getirmiştir.

Bu çalışmamızda, yukarda açıklanan anlayış doğrultusunda, ülkemizde 1980 sonrası kamu sağlık harcamalarının bütçedeki gelişimi inceleme ve değerlendirme konusu yapılmıştır.

Ankara, 2011

Yalçın BAYRAM

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	i
İÇİNDEKİLER	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR	vii
TABLolar	x
ŞEKİLLER	xi
GRAFİKLER	xi
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM	
SAĞLIK HARCAMALARININ KAPSAMI VE NİTELİKLERİ	3
1.1. SAĞLIK KAVRAMI	3
1.1.1 Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	4
1.1.2. Sağlık hizmetleri talebinin özelliği	4
1.1.3. Sağlık hizmetlerinde ikame	4
1.1.4. Sağlık hizmetlerinde talep zamanlaması	4
1.1.5. Sağlık hizmetlerinin boyutu ve kapsamının belirleyicileri	5
1.1.6. Sağlık hizmetleri talebinde rasyonellik	5
1.1.7. Sağlık hizmetlerinde kalite ve tüketici tatmini	5
1.1.8. Sağlık hizmetlerinde kamusal mal özelliği	6
1.1.9. Sağlık hizmetleri çıktısında parasallaştırma	6
1.1.10. Diğer özellikler	7
1.2. YARI TOPLUMSAL MAL VE HİZMET OLARAK SAĞLIK HİZMETİ VE GENEL ÖZELLİKLERİ	7
1.2.1. Dışsallık Açısından	7
1.2.2. Yaratılan Fayda Açısından	10
1.2.3. Beşeri Sermaye Üzerindeki Etkisi Açısından	10
1.2.4. Üretici Birimler Açısından	11
1.2.5. Finansman Açısından	14
1.2.5.1. Beveridge Modeli (Kapsayıcı, Bütüncü, Hizmet Tipi, Vergiye Dayalı Finansman Yöntemi)	14
1.2.5.2. Bismarc Modeli (Refah Yönelimli, Zorunlu Sosyal Sigorta ile Finansman)	16
1.2.5.3. Sosyalist Sistem (Merkezi Planlama Tipi)	17
1.2.5.4. Kapitalist Sistem (Özel Teşebbüs, Serbest Pazar Tipi)	19
1.2.5.5. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansman Yapısı	20

1.3. SAĞLIK HARCAMALARININ KAPSAMI -----	21
1.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri -----	21
1.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri -----	22
1.3.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri -----	22
1.3.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri -----	23
1.4. KAMU SAĞLIK HARCAMALARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER -----	23
1.4.1. Sosyo-Ekonomik Faktörler -----	26
1.4.2. Teknolojik Faktörler -----	30
1.4.3. Çevresel ve Coğrafi Faktörler -----	30
1.5. SAĞLIK HARCAMALARININ EKONOMİK BOYUTU-----	32
1.5.1. Diğer Ülkelerde GSMH'ya Oranı -----	32
1.5.3. Sağlık Harcamalarının Devlet Bütçeleri Üzerindeki Yüku -----	33

İKİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE 1980-2009 DÖNEMİNDE SAĞLIK HARCAMALARININ GÖRÜNÜMÜ-----	35
2.1. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU -----	35
2.2. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN KAPSAMI -----	37
2.2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri -----	37
2.2.2. Hastane Hizmetleri-----	41
2.2.3. Halk Sağlığı Hizmetleri-----	46
2.3. ÜLKEMİZDE SAĞLIK HARCAMALARIYLA İLGİLİ MEVZUAT -----	47
2.3.1. Anayasa -----	47
2.3.1.1. 1961 Anayasası-----	47
2.3.1.2. 1982 Anayasası-----	48
2.3.2. Yasalar-----	49
2.3.2.1. 209 Sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Yasa -----	49
2.3.2.2. 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Yasa -----	50
2.3.2.3. 506 Sayılı Sosyal Sigortalar Yasası -----	54
2.3.2.4. 657 Sayılı Devlet Memurları Yasası -----	55
2.3.2.5. 1479 Sayılı Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Yasası -----	55
2.3.2.6. 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Yasa -----	56
2.3.2.7. 24 Ocak 1980 Kararları -----	56
2.3.2.8. 2368 Sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Yasa----	57
2.3.2.9. 3294 Sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Yasası -----	58
2.3.2.10. 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Yasası -----	59
2.3.2.11. Döner Sermayeden Personele Ek Ödeme ve Dışarıdan Personel Çalıştırma -60	
2.3.2.12. 3816 Sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşlanması Hakkında Yasa -----	60

2.3.2.13. Dünya Ticaret Örgütü ve Uluslararası Antlaşmalar	62
2.3.2.14. Kalkınma Planları	64
2.3.2.15. Sağlık Hizmetlerinden Katılım Payı Alınmasına Yönelik Mevzuat	65
2.3.2.16. Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Sunan Kurum ve Kuruluşlarda Döner Sermaye Hakkında Yasada Değişiklik Yapan Yasa	67
2.3.2.17. Sağlık Hizmetleri ve Yardımcı Sağlık Hizmetlerinin Döner Sermaye Gelirleriyle Satın Alınması	67
2.3.2.18. 5018 Sayılı Kamu Malî Yönetimi ve Kontrol Yasası	68
2.3.2.19. Performansa Dayalı Döner Sermaye Uygulaması (2004 Mali Yılı Bütçe Yasası)	68
2.3.2.20. Beşeri Tıbbi Ürünlerde Katma Değer Vergisi (KDV) Oranının %18'den %8'e Düşürülmesi	71
2.3.2.21. 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yasa	72
2.3.2.22. 5283 Sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Yasa	73
2.3.2.23. 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Yasası	73
2.3.2.24. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası	73
2.3.2.25. Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Yasa	74
2.3.2.26. Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Sağlıkla İlgili Bazı Yasalarda Değişiklik Yapılmasına Dair Yasa	74
2.3.3. Yönetmelikler	75
2.3.3.1. Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik	75
2.3.3.2. Özel Hastaneler Yönetmeliği	75
2.3.3.3. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik	76
2.3.3.4. Sosyal Güvenlik Kurumunca 6183 Sayılı Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkında Kanuna Göre Kullanılacak Yetkilere İlişkin Yönetmelik	77
2.3.3.5. Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Yönetimi ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik	78
2.3.4. Diğer	78
2.3.4.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı	78
2.3.4.2. Hastanelere Sevkin Kalkması (SUT)	79
2.3.4.3. Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatları Hakkında Tebliğ-2007	80
2.3.4.4. 2010 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği	80
2.3.4.5. Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği	82
2.3.4.6. Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliğ (Sıra No: 8)	83
2.3.4.7. Acil Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ile İlgili Başbakanlık Genelgesi	84
2.3.4.8. Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi	84
2.3.4.9. Eczanelerden İlaç Teminine İlişkin Protokol - 2009	84
2.4. 1980-2009 DÖNEMİNDE TÜRKİYE'DE SAĞLIK HARCAMALARININ GELİŞİMİ	85
2.5. TÜRKİYE'DE KAMU SAĞLIK HARCAMALARININ FİNANSMANI	88
2.5.1. Türkiye'de 2003'ten Önce Kamu Sağlık Harcamalarının Finansmanı	88

2.5.2. Türkiye’de 2003’ten Sonra Kamu Sağlık Harcamalarının Finansmanı ----- 92

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

1980 SONRASI KAMU SAĞLIK HARCAMALARININ DEĞERLENDİRMESİ VE ÖNERİLER	101
--	------------

3.1. TÜRKİYE’DE KAMU SAĞLIK HARCAMASI BÜYÜKLÜKLERİ VE DİĞER ÜLKELERDEKİ KAMU SAĞLIK HARCAMALARININ BOYUTU	101
--	------------

3.1.1. Türkiye’de Kamu Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Yeri ve Toplam

<i>Sağlık Harcamalarına Oranı</i>	101
-----------------------------------	-----

3.1.2. Diğer Ülkelerde Kamu Sağlık Harcamalarının Boyutu -----104

3.2. TÜRKİYE’DE KAMU SAĞLIK HARCAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ, SORUNLAR VE ÖNERİLER	108
---	------------

3.2.1. Kamu Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi -----108

3.2.2. Kamu Sağlık Harcamalarındaki Sorunlar-----117

3.2.2.1. Sosyal Güvenliğe Kişi Katkılarındaki Sorunlar ----- 117

3.2.2.2. Sosyal Güvenlik Mevzuatındaki Sorunlar -----119

3.2.2.3. Sağlık Hizmeti Sunumundaki Sorunlar-----119

3.2.2.4. Yeşil Kart Uygulamasına Yönelik Sorunlar -----122

3.2.2.5. Sağlık Harcamalarının Azaltılmasına Yönelik Sorunlar-----123

3.2.3. Kamu Sağlık Harcamalarının Azaltılmasına Yönelik Öneriler -----123

3.2.3.1. Sağlık Harcamalarının Azaltılmasını Etkileyecek Olumlu Gelişme ve Öneriler 123

3.2.3.2 Sağlık Harcamalarının Kontrol Altına Alınmasına Yönelik Öneriler -----124

SONUÇ	126
--------------	------------

KAYNAKÇA	134
-----------------	------------

ÖZET	141
-------------	------------

ABSTRACT	142
-----------------	------------

SİMGELER VE KISALTMALAR

\$	: Amerikan Doları
%	: Yüzde
€	: Euro
AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
BK	: Bağ-Kur
BKK	: Bakanlar Kurulu Kararı
BUT	: Bütçe Uygulama Talimatı
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
DRG	:Diagnosis Related Groups-Tanıya Dayalı Gruplar
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ES	: Emekli Sandığı
GATS	: General Agreement on Trade in Services - Hizmet Ticareti Genel Anlaşması
GATT	: General Agreement on Tariffs and Trade -Gümrük Tarifeleri ve Ticaret Genel Anlaşması
GSMH	: Gayrisafi Millî Hâsıla
GSYİH	: Gayrisafi Yurtiçi Hâsıla
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
IBRD	: International Bank for Reconstruction and Development- Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası

IMF	: International Monetary Fund-Uluslararası Para Fonu
KDV	: Katma Değer Vergisi
KİT	: Kamu İktisadi Teşekkülü
MAI	: Multilateral Agreement on Investment-Çok Taraflı Yatırım Anlaşması
MEDULA	: Medikal Ulak, SGK Otomasyon Sistemi
MGK	: Milli Güvenlik Kurulu
MSB	: Milli Savunma Bakanlığı
OECD	: Organisation for Economic Co-operation and Development- Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
RG	: Resmi Gazete
RSHMB	: Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı
SB	: T.C. Sağlık Bakanlığı
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Projesi
SGB	: Sağlık Grup Başkanlığı
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SSCB	: Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
SUT	: Sağlık Uygulama Tebliği
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TEB	: Türk Eczacıları Birliği
TRIPS	: Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights - Fikri Mülkiyet Haklarıyla Bağlantılı Ticarete İlişkin Anlaşma

TTB	: Türk Tabipleri Birliği
TUT	: Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UN	: United Nations-Birleşmiş Milletler
WB	: World Bank-Dünya Bankası
WHO	: World Health Organization-Dünya Sağlık Örgütü

TABLOLAR

Tablo 1. 1980-2008 Yılları Arası Türkiye'de Kamu Sağlık Harcamalarının Gelişimi	85
Tablo 2. 1980-2008 Yılları Arası Kamu Sağlık Harcamalarının Bir Önceki Yıla Göre Değişimi	87
Tablo 3. Finansman Kurumlarının Cari Sağlık Harcamaları, 2000	90
Tablo 4. SGK'ın 1999-2012 Arası Sağlık Harcamaları (Milyon TL)	98
Tablo 5. Bütçeden 1999-2012 Arası Yapılan Sağlık Harcamaları (Milyon TL)	98
Tablo 6. Yeşil Karttan 1999-2012 Arası Yapılan Sağlık Harcamaları (Milyon TL)	99
Tablo 7. 2008-2012 Arası Diğer Sağlık Harcamaları (Milyon TL)	99
Tablo 8. 2008-2012 Arası Kamu Finansman Sistemlerinden Yapılan Sağlık Harcamalarının Dağılımı (Milyon TL)	100
Tablo 9. Türkiye'de Kamu Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Yeri Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı (1980-2008)	101
Tablo 10. Türkiye ve OECD Ülkelerinin Satın Alma Gücü Paritesine Göre Amerikan Doları Bazında Kişibaşına Düşen Kamu Sağlık Harcaması Ortalamaları	105

ŞEKİLLER

Şekil 1. Sağlık Harcamalarındaki Artışa Etki Eden Temel Faktörler.....	25
Şekil 2. 2003 yılında Türk Sağlık Sektöründeki Fon Akışları.....	89
Şekil 3. Aralık 2007 itibariyle Türk Sağlık Sisteminde Fon Akışları	94
Şekil 4. GSS'den Sonra Türk Sağlık Sisteminde Temel Mali Akışlar 2008.....	96

GRAFİKLER

Grafik 1. 1980-2008 Yılları Arası Türkiye'de Kamu Sağlık Harcamalarının Gelişimi.....	86
Grafik 2. Türkiye'de Kamu Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Yeri (1980-2008).	102
Grafik 3. Türkiye'de Kamu Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları içindeki Yeri (1980-2008).....	103
Grafik 4. Türkiye ve OECD Ülkelerinin Satın Alma Gücü Paritesine Göre Amerikan Doları Bazında kişi başına Düşen Kamu Sağlık Harcaması Ortalamaları	107

GİRİŞ

İnsanın en önemli amacı var olmak ve varlığını sürdürebilmektir. Kişinin sahip olduğu temel hak ve özgürlüklerin başında yaşama hakkı yer almaktadır. Bu hak gerçekleşmediği takdirde öbür hakların gerçekleşme ve kullanma imkanı bulunmamaktadır. Yaşama hakkının ayrılmaz bir parçası da hayatın sağlıklı bir şekilde devam ettirilebilmesidir. Bu nedenle devletin en önemli görevi kişilerin yaşama hakkını güvenceye kavuşturmadır. Kişilerin yaşama hakkını koruyan devlet, hemen ardından toplumun sağlığını da dikkate almalı ve sağlık imkan ve kabiliyetlerini olabildiğince toplumun ve kişilerin hizmetine sunabilmelidir. Sosyal devlet olmanın gereği olarak, devlet; kişilerin ve toplumun sağlıklı bir yaşam sürdürmesi için ne gerekiyorsa onu yapmak veya yaptırmak zorundadır.

Ayrıca, bireylerin ekonomik durumları nasıl olursa olsun sağlık hizmetlerinden yararlandırılmasının temel insan haklarının en başında sayılan yaşama hakkının bir parçası olduğu gerçeği tüm toplumun bireyleri ve devletlerce bir evrensel norm olarak kabul görmüştür. Bu görüş, sonuç itibarıyla devletin sağlık alanında belirleyici rol oynamasında büyük etki yapmıştır.

Diğer yandan, ülkelerin gelişmişlik düzeylerinin belirlenmesindeki en önemli kriterlerin başında GSMH'dan sağlığa ayrılan pay gelmektedir. Bu şekilde ülkelerin gelişmiş, az gelişmiş veya gelişmekte olan ülke olduklarına da karar verilebilmektedir.

Ülkemizde, kamu sağlık harcamaları konusunda yapılan çalışmalarda genellikle 1923-1938, 1938-1960, 1961-1980 yılları arası ile 1980 yılı sonrası olarak bölümlendirilmiştir. 1980'li yıllarda konuya ilgi duyulmaya başlanılmıştır. Dolayısıyla sağlık hizmet sunumu, finansmanı ve harcamaları konularında yeterli değerlendirmeler yapılamamış ya da geç kalınmıştır.

1980 sonrası kamu sağlık harcamalarının bütçedeki gelişiminin incelenmesini hedef alan çalışmamızda mevcut sorunların tespit edilmesi ve çözüm önerilerinde bulunulması amaçlanmıştır.

Birinci bölümde, sağlık kavramı, sağlık hizmetlerinin özellikleri, sağlık harcamalarının kapsamı, sağlık harcamalarını etkileyen faktörler, finansman modelleri ve sağlık harcamalarının ekonomik boyutu ele alınacaktır.

İkinci bölümde, ülkemizde 1980-2009 döneminde sağlık harcamalarının genel seyri ve bu konudaki düzenlemelere yer verilmiştir. Bu bağlamda 1982 Anayasasıyla birlikte sağlık alanında kamu sağlık harcamaları yanında özel sektör harcamalarına da zemin hazırlayan düzenlemeler ile sağlık harcamalarının finansmanı ve kamu sağlık hizmeti sunumu inceleme konusu yapılacaktır.

Üçüncü bölümde, ülkemizdeki ve diğer ülkelerdeki sağlık harcamalarının boyutu ele alınacaktır. Çalışmanın amacı doğrultusunda çeşitli istatistiki verilerden faydalanılarak, mevcut durum ortaya konulmaya çalışılacaktır.

Çalışmanın değerlendirme ve sonuç kısmında, kamu sağlık harcamaları konusunda yapılan mevzuat düzenlemeleri ile uygulamadan elde edilen bilgi ve bulguların genel bir değerlendirmesi yapılacak ve ulaşılan sonuçlara göre önerilerde bulunulmaya çaba gösterilecektir.

BİRİNCİ BÖLÜM:

SAĞLIK HARCAMALARININ KAPSAMI VE NİTELİKLERİ

1.1. SAĞLIK KAVRAMI

Toplum, var oluşundan bu yana hayatta kalmak için savaştırmaktadır. Gerçekleştirilen tüm faaliyetlerin ortak amacı budur. Hayatta kalabilmeyi başaran toplumların ikinci amacı ise sağlıklı olarak hayatın sürdürülmesidir. Sağlık, günlük hayatın kaynağıdır. "Sağlıklı olmak, temel bir ihtiyaçtır ve onsuz diğer mal ve hizmetlerin anlamı yoktur" (Witter,2002: 4). Bu nedenle sağlık kavramının önemi tartışılmaz. Sağlığın vazgeçilmez bir servet olması temel özelliğidir (WHO,1981: 19).

Kişilere göre sağlık, genellikle hastalığın olmayışı olarak tanımlanır. Hekimlere göre en basit yakınma ya da normalden sapma durumu hastalık olarak kabul edilirken kişiler kendilerini çok rahatsız etmeyen yakınmalarını hastalık olarak kabul etmezler (Öztek, 2001: 294). Sağlık kavramı göreceli bir kavram olduğundan tanımlanması da değişiklik göstermektedir. Genel olarak sağlık, hasta ya da sakat olmama durumu olarak tanımlansa da en geçerli tanım Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ-WHO) kuruluş anayasasında kullanılan sağlık tanımıdır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 1948'deki tanımına göre "sağlık yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik durumudur" denilmektedir (Yıldırım, 1994:10).

Sağlıklı olmanın yanı sıra onun sürdürülebilir kılınması da son derece önemlidir. Sağlığın korunması, sürekliliğinin sağlanması ve geliştirilmesi sadece sağlık sektörünün sorumluluğunda olan bir konu değildir. Sağlıklı bir toplumdan bahsedebilmek için, ekonomik ve sosyolojik çevreler mutlak surette ilişki içerisinde olmalıdır. Ekonomik çevreler sağlık hizmetlerinin finansmanı için kaynak yaratma çalışmalarında bulunurken, sosyolojik çevreler biyolojik ve fiziki çevre şartlarının insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinin azaltılması için gerekli önlemleri almalıdır (Yıldırım,1994:10).

1.1.1 Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık ekonomisinin ayrı bir bilim dalı olarak ortaya çıkmasına neden olan faktörlerin başında, sağlık hizmetlerinin kendine özgü özellikleri yer almaktadır. Bu özellikler şöyle sıralanabilir (Tengilimoğlu v.d., 2009:39-43):

1.1.2. Sağlık hizmetleri talebinin özelliği

Sağlığı diğer mal ve hizmetlerden ayıran önemli özelliklerden biri talebin ne zaman ortaya çıkacağına önceden belli olmamasıdır. Kimin, ne zaman, hangi hastalığa yakalanacağı önceden kestirilemez. Bu sebeple devlet sağlık hizmetleri alanından tam olarak çıkamaz. Sağlık hizmetleri talebinin ne zaman ortaya çıkacağına bilinmemesi, kişilerin bu harcamalarını karşılamak üzere bütçelerinde plan yapmamış olmaları ve sağlık hizmeti maliyetlerinin bir kerede ödenemeyecek kadar fazla olması hem bireysel hem kamusal anlamda tedbir alınmasını gerektirmektedir. Bu amaçla sağlık sigortaları geliştirilmiştir. Sağlık sigortası sistemi ile önceden ödeme yöntemiyle risk bölüşümü, ani ve çok yüksek maliyetlere karşı hem bireysel hem de kamusal anlamda destek sağlanmaktadır.

1.1.3. Sağlık hizmetlerinde ikame

Bir malın fiyatı yükselince tüketiciler doğal olarak, bu malın yerine diğer malları ikame etmeye çalışacaktır. Örneğin pirinç fiyatları yükselince, tüketiciler pirinç yerine bulgur ya da makarnaya yönelebilirler. Fakat sağlık hizmetleri yerine başka bir hizmet konulamaz. Bir başka deyişle sağlık hizmetlerinin ikamesi yoktur. Hasta hekimin önerdiği tedaviyi almak zorundadır. Sağlık hizmetleri parasal değeri daha az olan bir hizmet alanı ile değiştirilemez ve bu özellik sağlık hizmetlerini diğer üretim ve hizmet sektörlerinden ayıran özelliklerinden biridir.

1.1.4. Sağlık hizmetlerinde talep zamanlaması

Sağlık sektörü dışındaki bir çok mal ve hizmet için kişiler başta ekonomik sebep olmak üzere çeşitli sebeplerle taleplerini erteleyebilirler. Ancak sağlık hizmetlerinin doğası gereği pek çok durumda hizmetin kullanımı

ertelenemez. Özellikle akut ve kişiye acı veren ya da sağlığını tehlikeye düşüren hizmetlerin ertelenmesi mümkün değildir. Ayrıca tedavide erken tanının önemi dikkate alındığında hizmetlerin ertelenmesi daha büyük ekonomik kayıplara neden olabilir. Hizmetlerin kullanımının ertelenmesi kişide kalıcı hastalık ya da sakatlıkların oluşmasında da etkili olabilmektedir.

1.1.5. Sağlık hizmetlerinin boyutu ve kapsamının belirleyicileri

Sağlık hizmetlerini diğer mal ve hizmetlerden ayıran önemli özelliklerden biri, hizmeti sunan doktor ile hasta arasında bilgi asimetrisi olmasıdır. Sağlık hizmetlerinde tüketiciler satın alacakları hizmet konusunda yeterli bilgiye sahip değildirler. Hangi hekime ya da kuruma başvurmaları gerektiği, tedavileri için hangi uzmanlık dallarının gerekli olduğu, hangi tetkikleri yaptırmaları gerektiği ya da hangi tedavi yöntemlerini uygulamaları gerektiği konusunda yeterli bilgiye sahip değildirler.

1.1.6. Sağlık hizmetleri talebinde rasyonellik

Genel olarak, ürünlerin ve hizmetlerin satın alınmasında, tüketicilerin akılcı seçimlerde bulunacağı ve kendisi için en iyi olanı seçeceği var sayılmıştır. Ancak tüketicinin sağlık hizmetleri hakkındaki bilgisinin sınırlılığı, aldığı hizmetin kalitesini ölçme ve yaptığı harcamanın ekonomik olup olmadığını değerlendirme şansını ortadan kaldırmaktadır. Bir çok tüketici hasta olmalarına rağmen tedavi talebinde bulunmamakta, hatta hastalıklarının farkında bile olmamaktadırlar. Dişlerin çürümesi gibi önemli hastalıklara sebep olan rahatsızlıklar önemsenmemekte, ağrısı rahatsız etmediği sürece hekime dahi baş vurulmamaktadır. Tüm bu ve buna benzer sebeplerle diğer ürünlerin ve hizmetlerin tersine sağlık hizmetlerinde talep ve tercihlerin belirlenmesinde tüketicinin rasyonel davranışları yerine, dış faktörler etkili olmaktadır.

1.1.7. Sağlık hizmetlerinde kalite ve tüketici tatmini

Sağlık hizmetlerinin kalitesini ve sonuçta hastanın elde edeceği doyumu önceden belirlemek son derece zordur. Bu belirsizlik hizmetin

getireceği doyumu etkileyen bir çok kontrol edilemeyen faktörlerin bulunmasına da bağlıdır. Tüketiciler yeterli bilgiye sahip olmamaları nedeniyle başta hekim olmak üzere diğer sağlık personeline güven duymak zorundadır.

1.1.8. Sağlık hizmetlerinde kamusal mal özelliği

Sağlık sektöründe özellikle topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleri tamamıyla kamu malı olma özelliğine sahiptir. Salgın hastalıklarda hasta ya da hastaların tedavisi bütün toplumun yararına olmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri kamu tarafından yerine getirilirken toplumun her ferdi maliyetlere katılmakta, olumlu sonuçlarından da yararlanmaktadır. Bazı durumlarda zorlayıcı seçim ile sağlanan fayda, kişinin kendi seçiminden elde edebileceğinden daha fazla olabilmektedir. Örneğin, sıtma, verem ve kızamık gibi hastalıklarla mücadele hastalık ortaya çıkmadan ve kişinin para ödeyip ödememesine bakılmaksızın tüm topluma sunulmaktadır.

1.1.9. Sağlık hizmetleri çıktısında parasallaştırma

Sağlık, fiyatı biçilemeyen, dolayısıyla iktisadi ölçülerin dışında tutulması gereken bir hizmettir. Örneğin dişi ağrıyan bir insanın o anda yapamayacağı bir fedakarlık düşünülemez. Sağlık piyasası sağlık hizmetlerinin kendine has özelliklerine ilave olarak fiyatların oluşması mekanizması bakımından diğer piyasalardan ayrılmaktadır. Sağlık hizmeti sürecinde çıktı, maksimum kara çevrilemeyen nitelikte bir sonuçtur; kişi iyileşir, sakat kalır ya da hiç istenmeyen bir sonuç olarak yaşamını yitirebilir. Bu nedenle sağlık hizmeti çıktısı aslında paraya çevrilemez, pazarlığı da yapılamaz. Sağlık hizmetleri kendine özgü özelliklerinden dolayı çoğu kez kar amaçlı olmayıp sosyal amaçlıdır. Dolayısıyla, maliyet, fayda ve karlılık gibi piyasa ekonomisinin temel kavramları sağlık sektöründe farklı bir anlam kazanmaktadır.

1.1.10. Diğer özellikler

Sağlık hizmetlerinin depolanamaması nedeniyle sağlık kuruluşu kapasitesini talebin en yüksek olduğu düzeye göre belirlemek zorunda kalabilir. Arz ve talep arasındaki dengeyi oluşturmak için ya arzı talebe veya talebi arza uydurmak zorunludur. Talebin yüksek olduğu dönemlerde yarı zamanlı eleman çalıştırarak hizmetin aksamaması engellenebilir. Sağlık hizmeti sunan işletmeler teknoloji ve emek yoğun işletmelerdir. Bu nedenle yüksek maliyet gerektiren hizmetler sunmaktadırlar. Sağlık hizmetlerinin diğer bir özelliği hata ve belirsizliklere izin vermemesidir. Çünkü hata direkt hastanın hayatına mal olabilir. Sağlık hizmetleri sunumunda garanti söz konusu değildir. En küçük bir enjeksiyon uygulamasında bile hastanın hayati tehlikesi söz konusu olabilir. Sağlık hizmetlerinin iyi ya da kötü oluşu dışsal yarar ve zarar doğurabilir. Bir ülkede sağlık hizmetlerinin iyi olması diğer sektörler de (özellikle turizm sektörü) önemli fayda sağlar. Enfeksiyonun yaygın (örneğin kuş gribi, kolera) olduğu bir ülkeye turist gitmez.

1.2. YARI TOPLUMSAL MAL VE HİZMET OLARAK SAĞLIK HİZMETİ VE GENEL ÖZELLİKLERİ

1.2.1. Dışsallık Açısından

Liberal ekonomik düşüncede, tam rekabetin mevcut olduğu piyasa ekonomisi içinde özel mal ve hizmetlerin üretim ve tüketiminin optimum olarak gerçekleşeceği ve böylece sosyal refahın sağlanacağı kabul edilmektedir. Ancak, piyasa ekonomisi süreci içinde, tam rekabet koşulları sağlansa bile, bazı mal ve hizmetlerin fiyatının sosyal fayda ve sosyal maliyeti açıklayacak şekilde oluşmadığı görülmüştür (Muter, Çelebi ve Sakınç, 2005: 21). Halbuki, optimal kaynak dağılımının gerçekleşme koşulu; sosyal faydanın sosyal maliyete eşit olmasıdır. Sosyal fayda ve maliyet eşitliğinin gerçekleştiği durumlarda optimal kaynak dağılımının sağlanması söz konusudur. Ancak dışsal ekonomilerin varlığı, tam rekabetçi piyasaların en uygun kaynak dağılımını gerçekleştirmesine engel olmaktadır. Dışsallık, herhangi bir ekonomik öznenin piyasa içindeki faaliyetlerinden diğer

ekonomik öznelerin olumlu ya da olumsuz yönde etkilenmesi olarak tanımlanır. Sağlık hizmetleri yarı toplumsal mallar olarak sınıflandırılmaktadır. Bu tür mallar, tüketimleri sonucu topluma dışsal fayda sağlarken, hizmeti tüketen kişilere de özel fayda sağlamaktadır. Sağlık hizmetleri alanında bulaşıcı hastalıkların önlenmesine yönelik elde edilen başarılar ve çabalar dışsallık örneklerinden birisidir (Muter v.d., 2005: 22).

Toplumda hastalık halini azaltmak ve hayatı uzatmak için kamu ekonomisi iki tür hizmet sunar. İlki hastaları iyileştirmek diğeri ise sağlamların hastalanma ihtimalini azaltmak. Bu iki hizmetin farklı özellikleri vardır. Tedavinin amacı hastayı iyileştirmektir. Yararlanan, öncelikle tedavi gören kişidir. Bunun yanında toplumun da bundan yarar sağlaması söz konusudur. Tedavi hizmetinin ikinci özelliği, hizmetin yararlananın vücudu üzerinde yapılmasıdır. Sağlık koruyucu hizmetlerde kişinin doğrudan yararlanması ikincil, bir bütün olarak toplumun yararlanması asıl amaçtır. Sağlık koruma hizmeti sağlam insanların sağlam kalmasını amaçlar. Sistemli ve belirli zamanlarda aşılama dışındaki hastalığı önleyen, koruyucu sağlık hizmetleri; çevre temizliği, pazarlanan besin maddelerinin tüketime elverişlilik standartları ve kamuya açık alanlarda sigara içme yasağı, alkollü araba kullanma yasağı, uyuşturucu kullanma yasakları gibi diğer topluma dışsal fayda sağlayan hizmetleri sunulur (Bulutoğlu, 2008: 263).

Bireyler dışsal etkiler yaratacak kararları alırken; eğer kanunlar tarafından veya parasal ya da başka tür teşvik edenler tarafından zorlanmazlarsa, bu dışsallıkları hesaba katmazlar. Bu durumda sosyal olarak yararlı faaliyetler yetersiz, sosyal olarak yararsız faaliyetler ise gereğinden çok arzedilebilir (Akalın, 2000:207).

Sağlık hizmetinin yarattığı dışsal ekonomilerin üç farklı biçimde oluşacağı ifade edilmektedir:

i) Birincisi dışsal fayda argümanının ortaya koyduğu husus; sağlık hizmetinin piyasa mekanizması tarafından sağlanması durumunda, mübadele işleminde bulunan kişiyi teşvik edecek veya yönlendirecek hiçbir

mekanizmanın bulunmayışı dolayısıyla optimalin altına düşmesinin kamunun müdahalesine yol açmasıdır. Bu tür dışsal faydanın en belirgin örneği bulaşıcı hastalıklardır.

ii) Bir başka dışsallık argümanı ise ‘ihtiyari talep’ tir. İnsanların kesinlikle kullanacaklarını bilmedikleri tesisler için ihtiyari talepleri mevcuttur. Örneğin; insanlar canları isteyip sokağa çıktıklarında eğer trafik kazasına uğrarlarsa, kendilerini tedavi edecek bir hastane kapasitesinin varlığını bilmeleri durumunda, bu kapasitenin devamı için bir ödemede bulunmak istemeleri mümkündür. Oysa sağlık hizmetinin piyasa mekanizmasına bırakılması durumunda, hastane sahibi tüketiciye sağladığı ihtiyari fayda dolayısıyla bir kazanç sağlayamaz. Çünkü, piyasa mekanizması esas alındığında tüketici ancak sağladığı tedavi karşılığında ödemede bulunur. Bu durumda ya hastanenin kapatılması veya işletme hacminin daraltılması kaçınılmazdır. Zira mevcut kapasitenin sağladığı faydaların bir kısmına herhangi bir ödeme yapılmamaktadır. Eğer mutlaka piyasa mekanizması yardımıyla miktar ayarlaması yapılacak ise sosyal optimumun gerçekleşebilmesi için mutlaka ya bir sosyal (kamusal) arz söz konusu olmalıdır veya ihtiyari talep herhangi bir yoldan fiyatlandırılabilmelidir. Bu durumda ya kamusal arz veya ihtiyari talep için önceden (peşin) ödeme yapılmalıdır ki sosyal bakımdan optimal hacme ulaşılabilsin. Dikkat edilirse bu yaklaşım piyasa mekanizmasına bir müdahaleyi içermektedir. Müdahale farklı finansman yollarının adilliği gibi başkaca hususlara dayanır.

iii) Bir başka tip dışsallık ise insanların belli ölçüde birbirlerinin bir parçasıymış gibi düşünmeleri ve başkalarının temin ettikleri sağlık hizmeti ile ilgilenmeleridir. Bu tür dışsallıklar çeşitli biçimlerde tezahür eder.

1) Bireyler kendi görüşlerine göre ilgilendikleri bazı kimselerin yeterince sağlık hizmetlerinden yararlanmadıklarını düşünebilirler: Birincil yoksulluk argümanı.

2) Veya kendi görüşlerine göre, ilgilendikleri bazı kişilerin dar görüşlü veya akılsız oldukları için gelirlerinin yeterince bir bölümünü sağlık

hizmetlerine ayırmadıklarını ve dolayısıyla da yeterince sağlık hizmetlerinden yararlanmadıklarını tahmin edebilirler:İkincil yoksulluk argümanı.

3) Bir diğer ihtimal ise, insanlar sağlık hizmetinin mutlak düzeyi ile ilgilenmekten çok toplumdaki bireyler arasında dağılımının eşitliği ile ilgilidir.

Son iki alması, sağlık hizmetleri piyasasına müdahale için geliştirilen teorilerin başlangıç noktalarını oluşturur (Akalın, 2000:207-210).

1.2.2. Yaratılan Fayda Açısından

Bir karar biriminin, başka bir karar birimine sağladığı fayda maliyete dışsallık denilmektedir. Kamusal hizmetler, devletin toplumsal ihtiyaçların gereksinimi için ürettiği ve her bireyin birlikte, aynı miktarda tükettiği hizmetler olmaktadır. Kamusal hizmetler, hem bedelini ödeyenlere hem de tüm topluma yarar sağlamaktadır. Kamusal hizmetlerin edinilmesi sonucu bireysel faydanın yanında toplumsal fayda da sağlanması, kamusal hizmetlerin dışsallık yaratan hizmetler olarak görülebileceğini göstermektedir (Bekmez ve Evkuran, 2010:89).

Yaratılan fayda toplumsal, bir başka deyişle ortak ama eşit değildir. Koruyucu sağlık hizmetleri hastalığın daha fazla yaygın olabileceği yerlerde yaşayan kişilere daha fazla fayda sağlar. Tedavi edici hizmetler hem toplumsal hem bireysel fayda sağlarken, hasta kişilerin sağlayacağı bireysel fayda henüz hastalanmamış kişilerin sağlayacağı faydadan daha büyüktür. Tedavi olmanın faydası salgın riskinin ortadan kalkmasının sağladığı faydadan daha büyüktür.

1.2.3. Beşeri Sermaye Üzerindeki Etkisi Açısından

Eğitim düzeyinin artması, insanların daha bilinçli yaşam sürmesine ve hayat kalitelerinin artmasına imkân sağlamaktadır. Sağlık imkânlarının da artırılması beşeri sermayenin verimliliğinin artmasını sağlamaktadır. Sağlık imkânlarının gelişimi, eğitim düzeyinin artması ile birlikte beşeri sermayenin gelişimi ve verimliliği açısından önem oluşturmaktadır. Ekonomik olarak

gelişmiş olan ülkelerin sağlık düzeylerinin yüksek olduğu bilinmektedir. Sağlık düzeyi ile ekonomik verimlilik arasındaki ilişki ele alınmış ve sağlık düzeyi ile verimlilik arasında etkileşim olduğu ve bunun da ülke kalkınmasına olumlu etki yaptığına dair sonuçlara ulaşılmıştır. Gelişmekte olan ülkeler için yapılan çalışmalarda kamu tarafından gerçekleştirilen sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerinde olumlu bir etki oluşturduğu yönünde bir sonuca ulaşılmıştır. Yaşam beklentisi ile GSYİH arasındaki ilişkinin analiz edildiği çalışmalarda özellikle düşük gelirli ülkeler için pozitif yönlü bir sonuca ulaşılmıştır. Sağlığın toplam çıktı üzerinde pozitif, oldukça büyük ve istatistiksel olarak anlamlı bir etki ortaya koyduğu savunulmaktadır. Sağlık ile milli gelir arasındaki ilişki Latin Amerika ülkeleri için incelenmiş olup değişkenler arasında bir nedensellik ilişkisi olduğu sonucuna varılmıştır. Sağlık yatırımlarının ekonomik büyümeyi desteklediği ve sağlık sermayesinin ülkeler arasındaki gelir ve büyüme farklılıklarını açıklayabileceği ifade edilmiştir. Sağlığın kişi başına gelir artışı üzerindeki etkisi incelenmiş ve OECD ülkeleri gibi gelişmiş ülkeler ve Alt Sahra ülkeleri gibi gelişmekte olan ülkeleri kapsayan çalışmada her iki örneklem grubu için de pozitif ve istatistikî olarak anlamlı bir etki olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Yetkiner, 2006:90).

Sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi Türkiye için inceleyen çalışmalar da benzer sonuçlar elde ederek, kamu sağlık harcamaları, doğumda yaşam beklentisi gibi değişkenler ile ekonomik büyümenin ilişkili olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Yetkiner, sağlığın ekonomik büyüme üzerindeki etkisini incelerken özellikle sağlığın dışsallık etkisi üzerinde durmuş ve sağlığın ülkelerin makroekonomik performansına olumlu katkı sağladığını ispatlamıştır. Sağlık ile büyüme, sağlıklı büyüme için bir ön şarttır ve bu ön şart sağlığın dışsallık karakterine koşut olarak kendini göstermektedir (Yetkiner, 2006: 90).

1.2.4. Üretici Birimler Açısından

İktisadi bir terim olarak arzı; belirli bir zamanda ve belirli bir fiyattan satılmak için piyasaya sunulan mal ya da hizmet miktarı olarak tanımlamak

mümkündür. Sağlık ekonomisi içerisindeki anlamıyla sağlık hizmetlerinin arzı, sağlık kurumlarının belli bir zamanda belli bir fiyattan sağlık hizmetleri satmaya razı oldukları miktardır (Orhaner, 2006: 9-10). Diğer bir ifadeyle sağlık hizmetleri arzı, her türlü sağlık hizmeti vermeye yönelik koruyucu, ayakta ve yataklı tedavi birimleri ve kurumları tarafından verilen tedavi edici sağlık hizmetleri ile ilaç ve diğer tıbbi alet ve malzemelerinin miktarını ifade eder (Tokat, 1994: 26).

Sağlık hizmetlerinin arzının özelliklerini şu şekilde sıralamak mümkün olmaktadır:

Sağlık hizmetlerinin arzı, sağlık piyasasının kendine has özellikleri nedeni ile diğer mal ve hizmetlerin arzından farklılık göstermektedir. Her şeyden önce sağlık piyasasında arz miktarı sınırlıdır. Sağlık hizmeti arz edenler genelde kendi aralarında bir monopol oluşturabilmektedir (Kurtulmuş, 1998: 182).

Sağlık piyasasında sağlık hizmetlerinin arzında meydana gelen bir artış çoğunlukla talepte ve fiyatlarda bir düşüşe neden olmaz. Aksine, arz artışı talep artışına neden olabilir. Bir başka deyişle sağlık piyasasında, sağlık hizmetlerine yönelik yeni teknolojik buluşların ortaya çıkması ve uygulanması ile arz talebi doğurur (Kurtulmuş, 1998: 183).

Diğer mal ve hizmetlerin arzını arttırmak genellikle kısa bir sürede mümkün olduğu halde, sağlıkta arz artışını sağlamak uzun bir zaman gerektirmektedir. Doktor ve hemşire gibi sağlık personelinin yetiştirilmesi, yeni bir hastanenin kurulup faaliyete geçmesi uzun yıllar almaktadır. Ayrıca bunlara ilave olarak, yeni ilaç ve tedavi yöntemlerinin uzun araştırma safhaları ve deneme sürelerinden sonra kullanıma sunulması da sağlık hizmetlerinin de arzın uzun dönemde değişebileceğinin bir kanıtı olarak sunulabilir (Kurtulmuş, 1998: 185).

Sağlık hizmetleri arzının belirlenmesinde idarelerin aldığı karar etkili olmaktadır. Devlet, yasa ve yönetmeliklerle piyasada oluşan fiyatı denetim

altında tutar. İdare düşük gelir sahibi kişilere de sağlık hizmetlerini ulaştırabilmek için piyasaya girebilir. Bu süreçte üretici olarak doğrudan aktif rol oynayacağı gibi, piyasaya girmeden -dışarıdan- sadece düzenleyici kuralları da koyabilir. İdarenin bu iki yönlü hareketi sağlık hizmetlerinin arzı üzerinde etkili olabilecek davranışlardır (Işık, 2001: 11).

Sağlık hizmetleri piyasasında fiyat, yasa ve yönetmeliklerle belirlenen bir fiyat denetimine tabidir. Sağlık hizmetleri piyasasına girebilmek için belirli özellikleri taşımak (diploma sahibi olmak gibi), belirli kuruluşlardan izin almak (ilaç ruhsatı almak gibi) ve yetkili kurum ve kuruluşlar tarafından belirlenen asgari fiyat tarifelerine uymak gibi zorunluluklar piyasaya girişi zorlaştırmaktadır. Sağlık hizmetleri piyasasında aynı konuda birçok farklılıklar olabilir. Aynı konuda verilen sağlık hizmetlerinde; başta doktor olmak üzere, sağlık kurumlarının, hastalığın teşhis ve tedavisinde kullanılan teknolojik yöntemlerin vb. gibi faktörlerin etkisi ile önemli farklılıklar ortaya çıkmaktadır (Tokalaş, 2006: 31).

Sağlık sektöründe arzın artırılması ancak var olan kapasitenin artırılması ya da yeni yatırımların yapılması ile mümkün olabilmektedir. Bu durum yüksek maliyetleri de beraberinde getirmektedir (Tokalaş, 2006: 31).

Sağlık hizmeti talep edenler genellikle teknik bilgiye sahip değildir. Bireyler piyasada var olan sağlık hizmetlerinden hangisine ihtiyaçları olduğunu belirleyemezler. Sağlık hizmeti talep eden bireyler, uygulanacak teşhis ve tedavi yöntemleri hakkında, uzman hekimin gerekli olup olmadığı gibi konularda bilgi sahibi değildirler. Bu konuda tam bilgi sahibi olan kişiler bu hizmeti sunan doktorlardır. Hizmeti talep eden bireylere bilgilendirme doktorlar tarafından yapılır. Sağlık hizmeti talep eden bireyler çoğu durumda karar verme yetkisini bu hizmeti sunan doktorlara bırakırlar. Sağlık hizmetini talep eden bireyler tam bilgi sahibi olamamalarına karşılık, sağlık hizmet sunucuları piyasa hakkında tüm bilgiye sahiptirler (Tokalaş, 2006: 32).

1.2.5. Finansman Açısından

1.2.5.1. Beveridge Modeli (Kapsayıcı, Bütüncü, Hizmet Tipi, Vergiye Dayalı Finansman Yöntemi)

Beveridge modelinin tipik özelliği “hastalık dahil tüm kişisel sağlık hizmetlerini kapsayan zorunlu, kamu / bütçe kaynaklı sağlık sosyal güvenliği ağırlıklı sağlık hizmetleri talebi” olarak özetlenebilir. Bu modelin merkezi planlama tipinden farkı sosyal güvenliği esas almış olmasıdır. (Sargutan, 2005: 420).

Vergilerle finansman yöntemi Beveridge Modeli olarak da adlandırılır. Bu modelde bütün nüfus kapsanır ve hizmetlerden yararlanma ücretsizdir. Vergilerle finansman yöntemi, “sağlık hizmetine ihtiyaç duyan kişi, hangi hizmete, ne zaman ihtiyaç duyarsa alır” görüşüne dayanmaktadır. Sağlık ihtiyacı genellikle hekimin önerdiği ve hastanın kabul ettiği bakım olarak tanımlanmaktadır. Gelir oluşturma ölçütleriyle tanımlanan bireyin ödeme gücü, sağlık bakımının finansmanında kişisel katkısının belirlenmesine temel oluşturur, ancak; sağlık hizmeti alma hakkının koşulu değildir. Bu finansman yöntemi Kanada, Danimarka, Finlandiya, İsveç ve İngiltere gibi kuzey ülkeleri ile İtalya, İspanya ve Portekiz gibi güney Avrupa ülkelerinde yaygındır (Evans, 2002: 31-58).

Sağlık hizmetlerinin kamu kaynaklı finansman yöntemi, sağlık hizmetlerinde kullanılacak kaynakların, vatandaşlardan genel vergiler yoluyla toplanmasını ve sağlık hizmetlerinin tüm giderlerinin kamu bütçesinden karşılanmasını amaçlamaktadır.

Bu yöntemde, üretici ve tüketici arasındaki para alışverişi üçüncü bir kurum tarafından yapılmaktadır. Para bir aracı kuruluş tarafından vergi, prim ve benzeri adlarla kişilerden peşin olarak toplanır, daha sonra bireylerin aldığı mal veya hizmetin karşılığında bu kuruluş tarafından üreticiye ödenir (Akdur, 2001: 1573).

Sağlık sisteminin içerisinde çok çeşitli finansman yöntemleri olmasına rağmen, sağlık hizmetlerinin finansmanında ağırlıklı olarak genel vergiler ve primler kullanılmaktadır. Kamu finansmanında temel seçim vergiler ve zorunlu sigorta arasında yapılmaktadır (Söylemez ve Durna, 2001: 1645).

Vergi kaynaklı finansman yönteminde, kişilerden para vergiler yoluyla ve maliye aracılığıyla toplanır. Toplama biçimi ise ülkeden ülkeye farklılıklar gösterebilir. Genel vergilere dayalı ve genel bütçe içinde biriktirme şeklinde olabileceği gibi, genel bütçe dışında özel bir fonda biriktirme şeklinde veya her iki şeklin kullanımıyla da olabilir. Toplanan bu paralardan oluşan genel bütçelerden, hükümetlerin programları ve tercihleri doğrultusunda sağlık hizmetleri finanse edilir (Akdur, 2001: 1573).

Bu finansman yönteminde, özel vergiler de kamu gelir kaynakları arasında yerini almaktadır. Özel vergiler, bazı mallar (sigara, içki, lüks tüketim malları vb) veya hizmetlerin (eğlence, seyahat vb) üzerinden alınan vergiler olup, sağlık hizmetlerinin finansman kaynakları içerisinde yer alabilmektedir (Batırel, 1993: 23).

Kamu kaynakları ile karşılanan finansman yöntemi üç şekilde meydana gelmektedir (Belek ve Soyer, 1999: 99):

Kamu geri ödemesi: Bu sistemde hasta hizmeti kullandığı anda fiyatını öder. Bunun tamamı veya bir kısmı daha sonra ilgili kamu kuruluşunca hastaya geri ödenir. Fransa ve Belçika bu uygulamaya örnek olarak gösterilebilir.

Kamu sözleşmesi modeli: Bir kamu kurumu veya hastalık fonu hizmet başı veya kişi başı esasına göre üreticiye doğrudan ödeme yapar. Almanya, Hollanda ve İngiltere bu modele örnek olarak gösterilebilir.

Entegre Model: Üretici ile finansmanı sağlayan kurumun uyumuna dayanır. Bu modelde, hasta kamu kurumuna ödeme yapar ve hizmeti de bu kuruma bağlı olan bir kurum yerine getirir. Bu model İspanya ve İrlanda'da uygulanmaktadır.

1.2.5.2. Bismarc Modeli (Refah Yönelimli, Zorunlu Sosyal Sigorta ile Finansman)

Bismarc modelinin tipik özelliği “hastalık hallerini kapsayan zorunlu, çalışan ve işveren (ayrıca ilke olarak devlet tarafından ek) prim ödemeli hastalık sosyal sigortası ağırlıklı sağlık hizmeti talebi” olarak özetlenebilir (Sargutan, 2005: 417).

Bu yöntemde kamu tarafından kurulan sigorta örgütlerine, bireyler aylık ve belli bir ön ödemede (prim) bulunur ve bu ödemelerle (primlerle) bir sigorta fonu oluşturulur. Daha sonra kişilerin sağlık harcamaları bu fondan karşılanır (Akdur, 2003: 21).

Sosyal sağlık sigortası yaklaşımı ilk kez Almanya'da geliştirilmiştir. 1883 yılında mevcut gönüllülük yapısını devlet tarafından yürütülen zorunlu kanun haline getiren ilk Batı Avrupa ülkesi Almanya olmuştur. Avrupa'da sosyal sağlık sigortası ve sosyal yardımlaşma prensibinin canlandırılması, 1883 yılında Almanya'da kanun haline getirilmesinden çok daha eski bir geçmişe dayanmaktadır. Sosyal sağlık sigortası ve sosyal yardım kavramının Batı Avrupa'nın sosyal gelişimini sağlaması ortaçağda başlamış ve II. Dünya Savaşı sonrasında gelişerek devam etmiştir. Sanayileşme, büyük firmaları ve bu firmalarda çalışanların meslek örgütlerine başvurmalarını beraberinde getirmiştir. İşverenler çalışanlarının daha iyi sağlık hizmetine erişiminin sağladığı faydaları görerek, çalışanlar tarafından düzenlenen hastalık fonlarını desteklemeye başlamışlar, ancak; ortaya çıkan bu modelde kontrol daha çok çalışanlarda bulunmuş, işverenlerin yönetsel ve finansal katkısı olmamıştır (Sargutan, 2005:417).

Toplumda belli koşullara sahip her bir birey bu sigortaya dahil olmak ve belli bir ön ödemede bulunmak zorundadır. Zorunlu bir sigorta olması da zaten bu uygulamadan gelmektedir (Belek ve Soyer, 1999: 93). Özünde hizmete özgü vergi niteliğinde olan aylık primler, kişinin bordrosundan veya ücretinden her ay otomatik olarak kesilerek prim ödemesi tahsil edilmektedir. Bu durum sağlık harcamaları için peşin ve dolaylı para ödemenin diğer bir

yoludur. Bu yöntemde kişiler adına toplanan aylık primler, tamamen yükümlüden toplanan hizmete özel vergi niteliğindedir (Akdur, 2001: 1575).

Çalışanların söz konusu mali kurumlara üye olmadığı durumda talep ettikleri hizmetin maliyetine katlanmaları gerekmektedir (Mutlu ve Işık, 2005: 288). Diğer taraftan; bu yöntemde işsizler veya kayıt dışı ekonomide çalışanlar ya sigorta kapsamı dışında kalır ya da onların primleri genel bütçeden karşılanır (Akdur, 2001: 1575).

Genel bütçe kaynaklı finansman ile zorunlu kamu sigortacılığına dayalı finansman arasında büyük bir farklılık bulunmaktadır. Genel bütçe kaynaklı finansmanda para genel vergilerden toplanıp genel bütçede birikirken, zorunlu kamu sigortacılığına dayalı finansman yönteminde ise, para sigorta primi halinde toplanır ve özel bir bütçede biriktirilir (Akdur, 2001: 1575).

1.2.5.3. Sosyalist Sistem (Merkezi Planlama Tipi)

Merkezi planlamanın tipik özelliği “toplumsal ve kişisel tüm sağlık hizmetlerinin bütünüyle piyasa dışı ve toplum hizmeti alanı niteliğinde ücretsiz talep ve arzı” olarak özetlenebilir. Bu modelin Beveridge modelinden ayrıldığı en önemli özellik kolektivizmi benimsemiş olmasıdır (Sargutan, 2005: 424-426).

Bu uygulamada, sağlık hizmetlerinin talebi ve arzında sadece toplumun ortaklaşa sahip olduğu kolektif kaynaklar kullanılarak, tüm bireylerin zorunlu, toplumun ortak / kolektif sağlık hizmetleri güvencesi kapsamına alınması ve tüm ihtiyaçlarının toplumun ortak sağlık kurumlarınca ücretsiz olarak karşılanması esastır. Bu tipteki uygulamaların önemli noktası, toplumsal ve kişisel koruyucu, geliştirici ve tedavi edici tüm sağlık hizmeti ihtiyaçlarının arzı ve talebi için esas olarak, kişilerin doğrudan ve/veya yarı-doğrudan hiçbir harcama yapmak zorunda olmamaları; buna karşılık, toplumun diğer gelirlerinden ayırdığı pay ile birlikte kişilerin (eğer ayrıca alınıyorsa) gelirleri / ücretleri oranında verdikleri vergilerin belirsiz bir bölümüyle bu hizmetlerin giderine dolaylı olarak katılmalarıyla oluşan toplum

/ bütçe kaynaklarının kullanılmasıdır. Sağlık hizmetlerinin arzı ve talebi ilke olarak toplumsal tekel niteliğindedir ve özel sektör yoktur. Sağlık sistemini sosyalist ve merkezi planlama esaslarına göre düzenlemiş olan ülkelerde en fazla vurgu yapılan ilkeler: sağlık hizmetlerinin merkezi olarak planlanıp yürütülmesi, öncelikleri toplumun ihtiyaçlarına göre belirlenen hizmetlerin toplum mülkiyetinde üretilmesi, herkese toplum kaynaklı sağlık güvencesi (sigorta veya güvenlik değil) kapsamında ücretsiz sağlık hizmeti verilmesidir. Sağlık hizmeti üretimi, üretenler, sağlık kurumları, üretim araçları, dağıtımı, dağıtım kanalları ve sunumunun mülkiyeti kamuya / topluma aittir. GSMH'dan sağlığa toplam ve kişi başına ayrılan pay yüksektir. Sağlık hizmetlerinin arz ve talebinin finansmanı toplum tarafından ve işveren olan devletten / kamudan / toplumdan sağlanan büyük kaynaklarla karşılandığı ve özel sektör bulunmadığı için, fertler genellikle dolaylı veya doğrudan ayrı bir harcama yapmak zorunda değildirler. Hizmetin temelini birincil (primer) sağlık hizmetleri oluşturur. Temel ve koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik ve önem verilir, her düzeyde tedavi hizmetleriyle entegredir. Kişi başına sağlık personeli sayısı yüksek, dağılımı dengeli ve tümü kamu / toplum görevlisidir. Sağlık personelinin sosyal statüsü ayrıcalıksızdır, aralarında hiyerarşi yoktur ve tümü toplum görevlisidir. Tesis sayısı büyük ölçüde yeterli, yatak oranı yüksek ve tümü topluma aittir. Halk, hizmete aktif olarak katılır, hizmeti ve kurumları çeşitli yol ve biçimlerde denetler. Bu denetim hizmetin kalitesi yanında, kaynak ve hizmet dağılımının coğrafi özellik, kişi, grup, sınıf v.b. farkı gözetmeksizin tüm topluma eşit, adil, ihtiyaç olduğu kadar, ulaşılabilir ve kullanılabilir olarak verilmesi gibi konuları da içerir. Sosyalist sağlık sistemi ilk defa 1917 Rusya İhtilalinden sonra Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği'nde Marksist-Leninist teoriye göre kurulmuş, özelliklerinin hemen hepsi SSCB sağlık sistemi içinde oluşturulmuş ve geliştirilmiş olması sebebiyle, bu ülkenin sağlık sistemi ve politikaları dünya çapında bir örnek teşkil etmiştir. SSCB'de, 1970 sonrasında soğuk savaşın etkisiyle askeri harcamalara ayrılan kaynakların artışı sağlık hizmetlerindeki gelişmeyi yavaşlatmış olsa da, ülke sağlık sistemi ve göstergelerinin ulaştığı seviye sebebiyle, bu sağlık sisteminin pek çok yönüyle başarılı olduğu söylenebilir. Birçok yönü başka

lkelerce tamamen veya kısmen örnek alınmış, temel özellikler ilke olarak aynı kalmak üzere sistem çeşitli ülkelerde ülkelerin özellikleri, ekonomik gçleri ve politik yaklaşımlarına göre çeşitli biçimlerde uygulanmıştır (Sargutan, 2005: 424-426).

1.2.5.4. Kapitalist Sistem (zel Teşebbüs, Serbest Pazar Tipi)

Kapitalist sistemin tipik özelliği “kişisel ihtiyaçlar için doğrudan kişisel ödeme ve / veya sadece hastalık yahut genel sağlık hizmetlerini içeren isteğe bağlı ve kişisel prim ödemeli özel sigorta ağırlıklı sağlık hizmetleri talebi” olarak özetlenebilir. Bu uygulamada, sağlık hizmetleri talebinin, genellikle doğrudan kişisel ödemelerle veya özel sigorta aracılığıyla prim şeklindeki yarı-doğrudan ödemelerle ücret karşılığında kamu veya özel sektör hizmet arz edicilerinden satın alınarak karşılanması esastır. Bu tipteki uygulamaların önemli noktası, kişisel sağlık hizmeti ihtiyaçlarının karşılanması için, esas olarak kişilerin doğrudan ve/veya prim ve benzerleri türünde yarı-doğrudan harcama yapmak zorunda olmaları; buna karşılık, devletin diğer gelirlerinden ayrılan pay ile birlikte kişilerin gelirleri / varlıkları / refahları oranında verdikleri vergilerin belirsiz bir bölümüyle bu hizmetlerin giderlerine dolaylı olarak katılımlarıyla oluşan kamu kaynakları kullanımının çok daha az olmasıdır. Sağlık güvencesi imkanı, genellikle maddi imkanı olanların gönüllü olarak sağlık sigortasına katılmasıyla sağlanır. Bu sebeple teorik olarak, nüfusun sadece maddi imkanı olan kısmı sağlık hizmeti güvencesi edinebilir. Sağlık hizmeti arzı harcamalarının büyük bir kısmını özel sektör gerçekleştirir, hastane yataklarının büyük bir bölümü özel sektörün elindedir. Bu sağlık sistemi tipi, sağlık hizmetleri arz ve talebinin esas olarak serbest pazar şartlarında gerçekleştiği, yeterli olmayan kamu sektörü yanında ana unsur olarak özel sektör sağlık hizmetleri arzının ve kişisel talebin yaygın olduğu bir ortamı tanımlamaktadır. Öte yandan, ekonomik doktrinin teorik olarak öngördüğü, “arz ve talebin birbirlerini serbest pazar ortamında serbestçe karşılayıp dengelemesi” esasının, uygulamada, beklenen olumlu, ihtiyaa uygun, dengeli, adil, toplum yararına sonuçların alınmasında çoğu zaman yetersiz kaldığı gözlemlenebilmektedir. Diğer alanlarda da olduğu gibi, sağlık

sektöründe de arz ve talep dengesinin pazarda gerçekten serbest biçimde gerçekleşmemesinin ve sağlık hizmetlerinin piyasa şartlarına uyumsuzluğunun yarattığı sonuçların, sağlık sisteminden beklenen yararları olumsuz olarak etkilediği görülmektedir. Bu sebeplerle, bu tür sağlık sistemleri, sağlık hizmeti talep edenlerin, alacakları hizmet hakkında yeterli bilgiye sahip olamadıkları için, arz edenin kontrolüne her yönden açık ve korunmasız olduğu uygulamalardır. Bir başka deyişle kişiler sağlık hizmetleri konusunda bilgi sahibi olmadıklarından sistem ne olursa olsun arz edenin kontrolüne ve yönlendirmesine açıktır. Hizmetin sunumu, ücreti, kalitesi, miktarı vb. üzerinde değerlendirme ve denetim imkanları çok kısıtlıdır. Dolayısıyla bu durum sadece kapitalist sistemde tüketicinin suistimal edilmesi tehlikelerini beraberinde getirir. Sonuç olarak, milli geliri yüksek, gelir dağılımı nispeten dengeli, yoksulları çok az, sosyal yardım faaliyetleri etkili, toplum sağlığı hizmetleri yeterli, güçlü bir düzenleme ve denetim sisteminin çalıştığı ülkelerde uygulandığında, kişisel sağlık hizmetleri arz ve talebinde sorunlara yol açmayabilir. Ancak bu durumda bile, birincil (primer) toplum sağlığı ve kişisel koruyucu-geliştirici sağlık hizmetleriyle hizmete ulaşım ve yararlanma imkanları kısıtlı olan kişilerin tedavi hizmeti ihtiyaçları alanlarında hâlâ devam edecek olan bazı olumsuzlukların, kamu müdahalesiyle çözülmesi gerekliliği sürecektir. Bu uygulama, kişisel sağlık hizmetlerinin talep ve arzının en eski ve yaygın biçimi olarak nitelendirilebilir (Sargutan, 2004:40; Sargutan, 2005: 416-417).

1.2.5.5. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansman Yapısı

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin finansmanı kamu gelirleri, zorunlu sigorta primleri ve kişilerin satın aldıkları hizmete karşılık yapmış oldukları direkt ödemelerden sağlanmaktadır. Ülkemizde bilinen tüm finansman yöntemleri hem yan yana birlikte ve hem de iç içe karışımlar halinde uygulanmaktadır. Ülkemizde sağlık sistemi finansmanı bu şekilde karma bir yapıya sahiptir. Bu karma yapı sistemin etkin işleyişini güçleştiren önemli etkenlerden biridir. Bu karmaşık yapı içinde sağlık için yapılan harcamalar temel olarak kamu sektörü ve özel sektör kaynakları tarafından

karşılanmaktadır. Kamu sektörü sağlık harcamaları içinde merkezi devlet ve yerel yönetim ile sosyal güvenlik kuruluşları tarafından yapılan harcamalar yer almaktadır. Özel sektör harcamaları çoğunlukla hane halklarının doğrudan peşin yaptıkları ödemeler, firmaların personel için yaptığı ödemeler, özel sağlık sigortaları ve hane halklarına hizmet eden kar amacı olmayan kuruluşların harcamalarından oluşmaktadır(Akdur: 2001:40).

Devlet memurları, hizmet akdine göre ücretle çalışanlar, tarım işlerinde ücretle çalışanlar, kendi hesabına çalışanlar ve tarımda kendi hesabına çalışanları kapsayan beş farklı emeklilik rejiminin, aktüeryal olarak hak ve yükümlülüklerinin eşit olacağı tek bir emeklilik rejimine dönüştürülmesi için SSK Başkanlığı, Bağ-Kur Genel Müdürlüğü ve Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü'nü aynı çatı altında toplayan 20.06.2006 tarihli ve 26173 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren 5502 sayılı Kanunla Sosyal Güvenlik Kurumu kurulmuştur. Sağlık hizmetleri finansmanının bu kurumca sağlanması amaçlanmıştır.

1.3. SAĞLIK HARCAMALARININ KAPSAMI

Sağlık hizmetleri genel olarak şu şekilde sınıflandırılmaktadır: koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri.

1.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri, hastalık daha ortaya çıkmadan önce alınan her türlü önlem ve mücadeleyi içerir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin tüketimi sonucu ortaya çıkan fayda, onu tüketen dışında toplumun diğer üyelerine de fayda sağlar. Dolayısıyla sosyal faydası özel faydasından yüksek bir sağlık hizmetidir. Ana ve çocuk sağlığı, aile planlaması, hastalanma riski taşıyan grupların aşılması, dengeli beslenme koşullarının oluşturulması, gıda denetimi ve kontrolü vb. hizmetlerden oluşmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerini kendi içerisinde iki şekilde sınıflandırabiliriz. Çevresel sağlık hizmetleri: Çevre sağlığını olumsuz etkileyen faktörlerin giderilerek, sağlıklı

çevresel bir ortam yaratılması hizmetlerini içermektedir. Kişiyeye yönelik sağlık hizmetleri: Bağışıklama (aşılama gibi), beslenmeyi düzenleme, teşhis ve tedavi, aşırı doğurganlığın kontrolü, ilaçla koruma, kişisel hijyen ve sağlık eğitimi hizmetlerinden oluşmaktadır (Kılıç ve Aksakoğlu, 1995: 64).

1.3.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerinin bir üst kademesini oluşturan ve alt kademedeki korucuyu sağlık hizmetlerine göre daha fazla özel fayda içeren bir hizmet türüdür. Hastalıkların tedavisi sonucu ortaya çıkan verimlilik artışı gibi nedenlerden dolayı sosyal fayda da içermektedir. Hastalık veya hastalık belirtileri ortaya çıktıktan sonra hastalığın tanı-teşhis-tedavi edilmesi sürecini kapsayan hizmetlerdir. Tedavi edici sağlık hizmetleri bireyin ortalama ömrünü uzattığı gibi verimliliğini artırarak milli gelir artışına katkıda bulunur. Tedavi edici sağlık hizmetleri birinci basamak tedavi hizmetleri, ikinci basamak tedavi hizmetleri ve üçüncü basamak tedavi hizmetleri olarak sıralanabilir. Bunun dışında ayrıca bireylerin kişisel bakım çabaları da bu kapsamda ele alınmaktadır (Kılıç ve Aksakoğlu, 1995: 64-65).

1.3.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri

Rehabilitasyon hizmetleri sağlık hizmetlerinde özel bir yeri kapsamaktadır. Kaza, bozukluklar sonucu vücudun organlarının etkin bir şekilde kullanılmasına engel olan kısıt koşullarının ortadan kaldırılmasını vs. kapsamaktadır. Bu hizmetler kısıtlılık haliyle karşılaşan bireylerin bu halleriyle yaşama alıştırmaları kendileri ve ailelerinin yaşadıkları acıyı hafifletme amacını taşımaktadır. Doğuştan veya kaza sonucu oluşan sakatlıkların hareket kabiliyetlerinin yükseltilmesi, özürliülerin topluma uyum sağlaması gibi hizmetler rehabilitasyon hizmetlerine örnek olarak verilebilir. Bu hizmetlerin kapsamında tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon yer almaktadır (Kılıç ve Aksakoğlu, 1995: 65).

1.3.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlığın geliştirilmesi kavramı ilk defa tıp tarihçisi Henry E.Sigerist'in sağlığın temel dört görevini tanımlaması sırasında kullanılmıştır. Bu görevler;

1. Sağlığın geliştirilmesi,
2. Hastalıkların önlenmesi,
3. Hastanın iyileştirilmesi,
4. Rehabilitasyondur.

Sigerist, iyi çalışma koşulları, eğitim, dinlenme ve eğlenme anlamına gelen fiziksel kültürün oluşturduğu uygun yaşam standardı sağlamak sureti ile sağlığın geliştirileceğini ifade etmektedir (Tengilimoğlu v.d., 2009:49).

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri sağlıklı kişilerin sağlık durumlarını daha üst düzeye yükseltmek için sağlanan hizmetlerdir. Sağlığın geliştirilmesi hizmetlerinde temel sorumluluk bireylerdedir. Sağlığın geliştirilmesi, bedensel ve zihinsel sağlık durumu, yaşam kalitesi ve yaşam süresinin yükseltilmesini amaçlamaktadır. Bugün bir çok hastalığın bireylerin yaşam tarzlarından ve alışkanlıklarından kaynaklandığı bilinmektedir. Kişiler kendi yaşam biçimlerini geliştirerek sağlık durumlarını daha üst seviyeye çıkarabilirler. Örneğin; kişinin spor yapması, sigara ve alkol kullanmaması, sağlığı bozucu rafine gıdaların tüketiminden uzak durması ve kişisel hijyen sağlaması sağlık seviyesinin yükselmesine katkı sağlayabilecektir (Tengilimoğlu v.d., 2009:49).

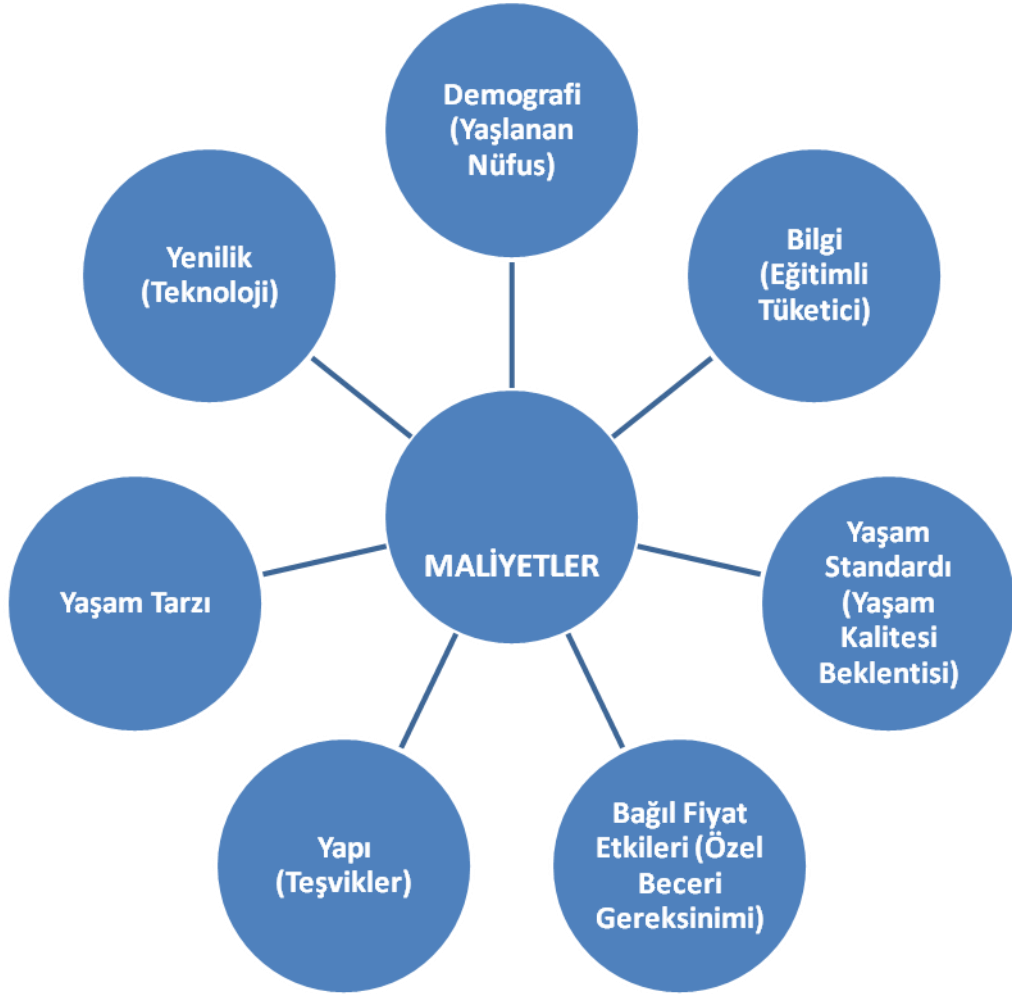
1.4. KAMU SAĞLIK HARCAMALARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Ülkelerin gelişmişlik seviyesi arttıkça GSYİH'dan sağlık harcamaları için daha büyük miktarlarda pay ayrılmaktadır. Son on yıl içerisinde OECD ülkelerine baktığımızda sağlık harcamaları ortalama % 4,4 artış göstermiştir. Ülkelerin zaman içerisinde gelirlerindeki artış da dikkate alındığında sağlık harcamaları için ayrılan ödeneklerin rakamsal olarak da daha yüksek miktarlarda olduğu açıkça söylenebilir (OECD Health Data 2006).

Günümüzde ülkeler kalkınma planları içerisinde kıt kaynakların etkin kullanılabilmesi için yapılan her harcamayı ekonomik olarak analiz etmekte ve yapılan harcamaların amacına ulaşp ulaşmadığını sorgulamaktadırlar. Sağlık harcamalarının dünya genelinde hızlı bir şekilde yükseldiği gerçektir. Bu kapsamda dünya genelinde kamu harcamalarının büyük bir kısmını oluşturan sağlık harcamalarının etkileyen faktörlerin belirlenmesi de büyük önem taşımaktadır (Kobelt, 2010: 11).

Şekil 1'de görüldüğü gibi, birbirini etkileyen sayısız faktör, sağlık hizmetleri maliyetinin artmasına katkıda bulunur. Genellikle sanayileşen dünyada akla gelen ilk faktör, hem uzun süreli tıbbi hem de sosyal bakım isteyen yaşlı nüfusun hızla artmasıdır. 65 yaş üstü nüfus sağlık kaynaklarının çok büyük bir kısmını tüketmektedir. Ancak sağlık harcamalarını zorlayan asıl unsur, tek başına herhangi bir nüfus grubunun sayıca artması değil, insanların daha fazla sağlık hizmeti talep etme istekliliğidir. Esasında maliyet artışını tetikleyen ana neden, sayısı artan tedavi seçeneklerinin kullanılabilirliği ve insanların sağlık hizmetlerinin kalitesindeki ve yoğunluğundaki sürekli gelişmelere uyumudur. Verimlilik, etkinliği artıran programların bir sonucu olarak sağlık hizmetlerinin daha fazla sunulmasını sağlamasına rağmen, sağlık sektörü, diğer sektörlerle kıyasla hala işgücü ve özel beceri isteyen bir sektördür ve bu nedenle daima ekonomi ortalamasının gerisinde kalacaktır (Kobelt, 2010: 11).

Şekil 1. Sağlık Harcamalarındaki Artışa Etki Eden Temel Faktörler



Kaynak: (KOBELT, Gisela; Çev. DEĞER, Dr.Çetin, Sağlık Ekonomisi: Ekonomik Değerlendirmeye Giriş (İkinci baskının çevirisi), Office of Health Economics, Londra, 2010: 11).

Yapılan araştırmalar sonucunda, gelişmekte olan ya da gelişmiş olan ülkelerin sağlık harcamalarının artış nedenlerinin genelde ortak olduğu kanısına varılmıştır. Sağlık harcamalarının artış nedenleri, ekonomik, teknolojik, sosyal ve kültürel faktörler olarak sıralanabilir. Hansen ve King, (1996: 127) ve Whyness (1993: 172)'a göre ise, ana başlıklar halinde sağlık harcamalarının artma nedenleri, gelirlerin yükselmesi, ihtiyaçların artması ve maliyetlerin yükselmesi olarak verilebilir (Kobelt, 2010:11).

Sağlık harcamalarını etkileyen faktörleri sosyo-ekonomik faktörler, teknolojik faktörler ile çevresel ve coğrafi faktörler olmak üzere 3 grupta inceleyebiliriz.

1.4.1. Sosyo-Ekonomik Faktörler

Sağlık harcamalarını etkileyen sosyo-ekonomik faktörler; kişi başına gelirin yükselmesi, eğitim seviyesi ve sağlık bilincinin gelişmesi, sosyal değer yargılarının değişmesi, yaşam süresinin uzaması, toplumsal düzende meydana gelen değişimler olarak sıralanabilir.

Ülkelerin zaman içerisinde üretim tekniklerinde kat ettiği mesafeler sonucu üretimlerinde dolayısıyla gelirlerinde meydana gelen artışlar ülkede yaşayan bireylerin daha rahat yaşam sürmelerini sağlayacak hizmetlerin taleplerinde artışları da beraberinde getirir. Asgari ihtiyaçların devlet ya da diğer kurumlar tarafından garanti altına alınması, insanların temel gereksinimler dışındaki mal ve hizmetlere olan taleplerini artırmaktadır (Musgrave, 1969: 12).

Artan gelirle beraber sağlık harcamasının artmasının nedenlerinden biri de kamu sağlık hizmetlerinin dışında özel sağlık hizmetlerine doğru yönelimin artmasıdır. Bireyler yaşam standartlarının yükselmesiyle beraber daha kaliteli hizmet arayışına girmektedirler. Sağlık için yapılacak harcamaların çıktılarının kişinin geri kalan tüm ömründe kullanılacak olması dolayısıyla yapılan harcamalarda herhangi bir kısıtlamaya gidilmemektedir. Kapitalist sistemde özel sektörün gücü kabul edildiğinde, yeterli geliri olan kişilerin daha iyi bir sağlık hizmetini özel sektörden alabilecekleri ve özel sektörün de bunu verebileceği belirtilebilir (Görgün, 1993: 74).

Sağlık koşullarında meydana gelen bozulmalar durumunda alınan hizmetlerin dışında, bireylerin kozmetik amaçlı yapmış olduğu sağlık harcamaları da genel anlamda sağlık hizmetlerinin artış hızına etki etmektedir. Kozmetik amaçlı alınan sağlık hizmetleri diğer sağlık hizmetlerine

nispeten daha yüksek meblağlar karşılığı satın alınabilmektedir (Işık v.d., 1998: 77).

Sonuçta kişisel gelirin artması, yaşam standartlarının yükselmesi, gerek kamu kesimi, gerekse özel kesim tarafından verilen sağlık hizmetlerine olan talebi artırmaktadır ve dolayısıyla sağlık harcamaları da artmaktadır.

Toplumdaki bireylerin eğitim seviyesinin yükselmesi ve sağlık bilincinin gelişmesinin ise sağlık harcamalarının üzerinde artırıcı etkisi olduğu yapılan çalışmalarda ortaya konulmaktadır. Bireylerin eğitim seviyesinin artmasıyla paralel olarak entelektüel seviyesi de artmakta, dolayısıyla sağlık sektöründeki gelişmelerden daha çok haberdar olmaktadır. Tıptaki gelişmeler ve hastalıklarla mücadelede yöntem çeşitliliğinin artması aynı zamanda farkındalığı yüksek kesimin yeni sağlık hizmetlerine olan talebini de artırmaktadır (Newhouse, 1978: 83). Eğitimle beraber sağlık bilincinin de yükselmesi günümüzde sağlık endüstrisini en karlı sektörlerden birisi haline getirmekte, geliştirilen özel satış ve finansman teknikleri ile ürünler kolayca müşteri bulabilmektedir (Alper, 1988:76-77). Ülkelerin ekonomik ve eğitim düzeylerine bağlı olarak, bireylerin hayat standartlarının yükselmesi, kitle iletişim araçlarının yaygınlaşması ile bireyler sağlık konularına daha duyarlı hale gelmişlerdir (Kurtulmuş, 1998: 64). Diğer yandan, eğitim düzeyinin yükselmesiyle birlikte sağlıklı yaşama yönelik bir hayat tarzının benimsenmesi ve buna yönelik çabaların sağlık harcamalarına uzun vadede azaltıcı etki yaratabilecektir (Aktan ve Işık, 2006: 5).

Tüketim çağının gereği olarak var olan her şey çok kısa bir süre içerisinde tüketilmekte ve yerini yeni oluşumlara bırakmaktadır. Sosyal değer yargıları da bu tüketim çağından payını almaktadır. Geçmişte doğru olarak kabul edilen değerler ve görüşler yerini yeni gelen görüşlere bırakmaktadır. Sağlık harcamaları konusunda da daha önceden genel kabul görmüş düşünceler değişmektedir. Tüketim toplumunda nasıl daha önce araba lüks bir mal olarak görülüyorken günümüzde vazgeçilmez bir araç olarak görülüyorsa daha önceleri lüks olarak görülen teşhis yöntemleri artık olmazsa

olmaz bir nitelik kazanmıştır (Işık, 1998: 79). Basit sağlık problemlerinin nedenleri araştırılırken insan sağlığının söz konusu olması sebebiyle en pahalı teşhis yöntemleri kullanılabilir. Bu harcamaların ardındaki nedenlerden biri de toplumun sağlık konusunda yaşadığı kaygılardır. Eğitim seviyesinin yükselmesi farkındalığı arttırmış ve beraberinde her şeyden haberdar olmanın olumsuz getirisi olan hayat kaygısını ortaya çıkarmıştır. (Aktan ve Işık, 2006: 5).

Sağlık harcamalarındaki artışın nedenlerinden biri de yaşam şekillerinin değişmesi sonucu ortaya çıkan sağlık problemleridir. Örneğin: Gençler arasında uyuşturucu madde ve alkol kullanımının artması sağlık harcamalarında önemli artışları da beraberinde getirmektedir. Örneğin, ABD ve İngiltere'de gençlerin uyuşturucu kullanması sonucu ortaya çıkan maliyetler nedeniyle yapılan kamu harcamaları çok önemli boyutlara ulaşmıştır (Edgman vd, 1996: 166).

Sağlık harcamalarındaki artışın bir diğer nedeni nüfus içerisindeki yaşlı oranının her geçen gün yükselmesidir (OECD, 2005b: 90). OECD ülkelerinde bireylerin gelirlerindeki artış yaşam kalitesini yükseltmiş, teknolojik ilerlemeler ve yeni kuşak ilaçlarla insanların yaşam sürelerinde kayda değer artışlar gözlenmiştir. Geride kalan son 40 yılda tüm OECD ülkelerinde nüfus içerisindeki 65 yaş ve üzeri insan sayısı artmıştır (OECD Health Data 2006 Program). Bu eğilimin önümüzdeki yıllarda devam etmesi beklenmektedir. Yaşlı kimselere sunulan sağlık hizmetlerinin uzun vadeli bakım hizmetleri olduğu düşünülürse, sunulan sağlık hizmetleri de süreklilik arz edecektir.

Dünya nüfusuna bakıldığında, gelişmiş olan ülkelerin nüfuslarının giderek yaşlandığı ve bu trendin devam edeceği görülmektedir. Yaşam standartlarının yükselmesi, yaşam tarzının iyileşmesi, eğitim gibi faktörler ortalama insan ömrünün uzamasında etkili olmuştur. 1960 ile 2004 yılları arasında geçen 45 yıllık sürede OECD ülkelerindeki yaşlı sayısının genel nüfusa oranı %4 artmıştır 1960'lı yıllarda 68,4 olan ortalama insan ömrü 2004 yılında 78,2 yıla çıkmıştır (OECD, Health at A Glance 2004:27). 2025 yılında

OECD ülkelerinde 60 yaş ve üstündeki insanların toplam nüfus içindeki oranının, % 25,3 olması beklenmektedir (OECD Health Data 2006 Program).

Yaşlıların gerekli olan süreden fazla olarak sağlık kurumlarında kalmaları sağlık harcamalarının artıran diğer bir nedendir (Fujino, 1987: 90-91).

Demokratik sistemlerde meydana gelen değişimler ve bilişim sektöründe kaydedilen ilerlemeler sonrası dünya bir globalleşme sürecine girmiş, ülkelerin özgürlüklerinden çok bireylerin özgürlükleri ön plana çıkmaya başlamıştır. İsteklerini açıklama imkanına sahip olan geniş kesimler bu sayede siyasal organları etkileme imkânı bulmuşlardır. Bunun sonucunda kişisel özgürlükler ve haklar artmış beraberinde topluluklar devletten daha çok hizmet beklemeye başlamışlardır (Işık v.d., 1998: 80). II. Dünya savaşı sonrası refah devleti eksenli devlet örgütlenmesi kavramının ağırlık kazanması ve bu süreçte sendika vb. örgütlenmelerin oluşması da sağlık harcamalarını artıran bir etkidir (Hamlin, 1993: 80).

Son yıllardaki sağlık harcamalarının artış nedenlerinden biri de teşviklerdir. Sağlık hizmetlerinin sunumuna kamu sektörü yanında özel sektörün de dahil edilmesi ve hatta özel sektörün daha ağırlıklı olması özendirilmiştir. Bu itibarla kamu kesiminin sağlık sektöründeki payının azaltılması, süreç içersinde tamamen çekilmesi (ancak; sağlık hizmetleri tüketiminin rastlantısal olma özelliği nedeniyle devletin sağlık hizmetleri alanından tamamen çekilmesi pek mümkün görünmemektedir), özel kişi ve kurumların sağlık sektörüne girişinin desteklenmesi biçiminde başlayan süreç, kamu hastanelerine tıbbi olmayan bazı hizmetlerin özel sektörden satın alınması uygulaması, özel sağlık kuruluşları ve özel hastanelerin teşvik edilmesi yönündeki devlet politikası yatırım teşviklerine de yansımıştır (Kaplan, 1997:41).

Sağlık harcamalarını artıran bir diğer unsur, hastanelerde tıbbi tedavisine son verilen bakım hastalarına evlerinde ya da özel merkezlerde bakımları nedeniyle devletçe veya hasta ya da hasta sahiplerince yapılan

peşin ödemelerdir. Bu hastaların bakımını üstlenen kişilerin eğitilmiş olmaları, bakımda kullanılan ilaç ve malzemelerin (ortez-protez) pahalı olması bağlı fiyat etkisini ortaya çıkarmaktadır.

1.4.2. Teknolojik Faktörler

Teknoloji alanında kaydedilen ilerlemeler her alanda olduğu gibi sağlık alanında da yakından takip edilmektedir. İleri teknoloji doğal kaynakların daha verimli bir şekilde kullanılmasına imkan tanır. Ancak sağlık hizmetleri yerine getirilirken ihtiyaç duyulan teknolojik altyapı, alet ve ekipmanın elde edilmesi yüksek maliyetlere katlanmayı gerektirir (Tokalaş, 2006: 29). Ayrıca sağlık problemlerinin çözümü için gereksinim duyulan teknolojik gelişmelerin uzun süren çalışma ve araştırmalara dayanması maliyetleri dolayısıyla harcamaları yükselten bir nedendir. Her iki neden birlikte değerlendirildiğinde teknolojik gelişmelerin sağlık sektöründe büyük önem taşıdığını harcamaların büyümesine neden olduğunu söylemek mümkündür. Bunun yanında teknolojik gelişmeler sonucu elde edilen ürünlerin ve makinelerin kullanılması, bunları kullanacak uzman personelin yetiştirilmesi ve bunların bakım maliyetleri de teknolojik gelişmenin neden olduğu artışlara örnek verilebilir (Akın, 2007: 34).

Ancak, teknolojik gelişmeler sonucu teşhis ve tedavi sürecinin kısalması sağlık harcamalarını azaltıcı bir etki de yaratabilir.

1.4.3. Çevresel ve Coğrafi Faktörler

Ekonomik gelişmeyle beraber sağlık harcamalarını etkileyen en önemli çevresel ve coğrafi olgu şehirleşmedir. Ekonomik gelişmenin gereği olarak insanların üretimde daha çok rol almaları zaman içerisinde beraber yaşama zorunluluğunu da getirmiştir. Beraber yaşayan insan sayısının artması aynı zamanda sunulan sağlık hizmetlerinde artışı gerektirir. Şehirleşmenin olduğu bölgelerde sağlık kurumlarının yeterli olması, gerekli uzman personelin, ilacın ve teknolojinin bulunması ve altyapı çalışmalarının mutlak suretle yapılması bir zorunluluktur. Aksi takdirde ortaya çıkabilecek salgın bir hastalık çok

büyük sayıda insanı etkileyebilir ve çok büyük kayıplara sebebiyet verebilir. Bu durum özellikle sağlık harcamalarının artmasına neden olmaktadır (Akın, 2007: 34).

Özetle denilebilir ki; kişilerin hastalıktan kurtulmak için yaptıkları harcamaların sağlamlar için yarattığı toplumsal fayda, hastalıklarda bulaşıklık niteliğinin anlaşılmasıyla birlikte önem kazanmıştır. Hastaların büyük bir kısmının hasta olduklarını bilmemeleri ve tedavinin hastanın üzerinde yapılması, kişinin tedaviye ihtiyacı olduğu zaman bunu açıklayacak durumda bulunmaması, tedavi hizmeti talebinin piyasaya bırakıldığında yetersiz kalmasına sebep olmaktadır. Kişilerin yaşama özgürlüğü de temel bir sağlık hizmeti güvencesi olmadan bir anlam taşımamaktadır (Bulutoğlu, 2008: 274).

Toplum sağlığı hizmeti iki yöntemle yürütülebilir: hastalananların tedavisi, hastalıktan koruma. Her iki hizmete de ayrılacak ödeneklerin belirlenmesi, insan hayatının değerinin nasıl ölçüleceğine bağlıdır. Toplum açısından nesnel olarak hayatın değeri, kişinin ömrünün uzaması ile kazanabileceği gelirler ve onun sağlıklı günlerinin artmasına toplumun verdiği değer ile ölçülebilir. Ancak kişilerin hayatlarının uzamasına kendilerinin ve yakınlarının verdikleri değer de katılmadıkça bu ölçü yetersiz kalır. Ancak kişilerin ve yakınlarının bu değerlendirmelerini bulmanın uygulanabilir bir yolu yoktur (Bulutoğlu, 2008:274).

Tedavi hizmetleri konusundaki bilgisizlik, gelir yetersizliği, tedavi sonucu hakkındaki belirsizlik ve nihayet tedavinin hastanın bünyesine uygulanması gönüllü olarak piyasadan istenen tedavi hizmetlerinin yetersiz kalmasına sebep olur. Devlet bir temel tedaviyi sıfır fiyata sağlar, ancak; yatırma ve taburcu yapma doktor kararı ile olduğu için sıfır fiyata tedavi talebi pek artırmaz. Tedavi hizmeti istasyonlarının kurulmasında, hastaya yaklaşma (hizmet götürme) amacı ile ölçeğe verim amacı çelişir. Bunlar arasındaki dengeyi siyasal karar belirler. Temel devlet tedavisini kişiler piyasadan kendi talepleri ile tamamlar (Bulutoğlu, 2008:274).

1.5. SAĞLIK HARCAMALARININ EKONOMİK BOYUTU

1.5.1. Diğer Ülkelerde GSMH'ya Oranı

Dünya sağlık teşkilatı (WHO), bir ülkede sağlık hizmetlerine ayrılan payın GSMH'nın en az %5'i olması gerektiğini belirtmektedir (TOBB, 1993: 12). Bu oran 1980-2004 tarihleri arasında OECD ülkeleri için ortalama yüzde 6,9 – 9,2 arasındadır.

OECD ülkelerinde 2005 yılında kişi başına ortalama 2705 \$ sağlık harcaması yapılmıştır. ABD 6558 \$ ile en yüksek kişi başı sağlık harcamasını gerçekleştirmiştir. Bunu sırasıyla 4301 \$'lık kişi başı sağlık harcamasıyla Norveç, 4021 \$'lık kişi başı sağlık harcamasıyla Lüksemburg izlemiştir. OECD ülkeleri içerisinde yer alan Kore 1296 \$, Meksika 724 \$ kişi başı sağlık harcamasında bulunmuştur.

1.5.2. Türkiye'de GSMH'ya oranı

Türkiye, toplam sağlık harcamalarının GSMH içindeki oranı açısından OECD ülkelerinin gerisinde yer almaktadır. Ülkemizde 1980-2004 tarihleri arasındaki son yirmi beş yıl içerisinde toplam sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı OECD ve DSÖ verilerine göre yüzde 2,2-7,5 arasında seyretmiştir. DSÖ verilerine göre ülkemizde 2004 yılında yüzde 7,5'e çıkmış olan toplam sağlık harcamalarının GSMH içindeki yeri, aynı yıl yüzde 9,2 olan OECD ortalamasına yaklaşmış olmakla birlikte hala düşüktür (OECD Health Data, 2005 Program).

Türkiye 2005 yılında, kişi başına 618 \$'lık sağlık harcaması yapmıştır. Böylece, OECD ülkeleri arasında en düşük kişi başı sağlık harcamasını gerçekleştiren ülke Türkiye olmuştur (Akın, 2007: 63)

Kamu sağlık harcamaları açısından Türkiye, diğer OECD ülkeleri arasında Meksika'dan sonra en az kişi başına sağlık harcaması yapan ülke konumundadır.

1.5.3. Sağlık Harcamalarının Devlet Bütçeleri Üzerindeki Yüğü

Dünya ülkelerinin çoğunda sağlık hizmetlerinin ve genel sağlık sigortalarının doğrudan kamu tarafından finanse edilmesi sonucu, sağlık harcamalarının finansmanında en büyük rolü kamu sektörü üstlenmektedir. Toplam sağlık harcamaları açısından sosyal güvenlik kurumları tarafından harcanan miktarın devlet tarafından finanse edildiğini düşünülürse, dünya genelinde toplam sağlık harcamalarının % 58'inin devlet tarafından karşılandığını söylenebilir (OECD, 2005 b:22).

OECD ülkelerinde kamunun sağlık harcamalarını incelediğimizde, elde ettiğimiz verilerin dünya geneliyle paralellik gösterdiğini görmekteyiz. OECD ülkelerinde de kamu, sağlık harcamalarının finansmanında en büyük rolü üstlenmektedir. Ayrıca kamu sağlık harcamaları, ekonomik büyümeye paralel olarak her geçen yıl daha da artmaktadır. 1992-2006 yılları arasında OECD sağlık harcamalarında meydana çıkan gelişme iki dönemde incelenebilir: 1992-1999 döneminde kamunun sağlık harcamalarında ekonomik büyüme ile benzer ya da hatta daha düşük oranda bir artış meydana gelmiştir. Ancak, ikinci dönemde tüm OECD ülkelerinde kamu sağlık harcamaları ekonomik büyümeden daha hızlı bir oranda artmıştır. Son yıllarda ilaç harcamalarının yıllık ortalama %5'in üzerinde artması da toplam olarak sağlık harcamalarındaki genel artışın ardında yatan başlıca etmen olmuştur. Bu dönem içerisinde OECD ülkelerinin çoğunda ilaç harcamalarındaki artış toplam sağlık harcamalarındaki artışı geçmiştir. OECD ülkelerinde ilaç faturalarının ortalama %60'ı kamu fonlarından, geri kalan bölüm ise esas olarak peşin yapılan ödemelerle, daha az bir kısmı da özel sigortalar tarafından karşılandığı düşünülürse kamuya binen yükün ne kadar büyük olduğunu anlaşılabılır (OECD, 2005b: 23).

Bir ülkede gerçekleşen sağlık harcamalarının yapısının anlaşılabilmesi için analiz edilmesi gereken diğer bir unsur da ülkenin sağlık sistemidir. Ancak bu analiz yapıldıktan sonra yapılan sağlık harcamalarının sisteme,

dolayısıyla ekonomiye bir katkı sağlayıp sağlayamadığı anlaşılabilir (Akın, 2007: 37).

İKİNCİ BÖLÜM:

TÜRKİYE’DE 1980-2009 DÖNEMİNDE SAĞLIK HARCAMALARININ GÖRÜNÜMÜ

Bu bölümde Türkiye'nin sağlık harcamalarının daha iyi anlaşılabilmesi için mevcut sağlık sistemi ve bu sistemin paydaşları ortaya konacak, sistemin finansmanı hakkında bilgiler verilerek Türkiye'nin sağlık harcamaları üzerinde durulacaktır.

2.1. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU

2003 yılında Türkiye’de kamu ve özel hizmet sunucularından oluşan karma bir sağlık hizmetleri sunum sistemi vardı. Başlıca dört kamu hizmet sunucusu şunlardı:

- SB
- SSK
- Üniversite hastaneleri.
- MSB

Ülkemize SB, en önemli birinci ve ikinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcısıdır ve gerçekte koruyucu sağlık hizmetleri sunan tek kurumdur. 2002 yılında SB'nin yönetimi altında yaklaşık 700 hastane, 6000 sağlık merkezi ve sağlık ocağı, 247 verem savaş dispanseri, 234 ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi ve 138 poliklinik vardı (OECD, 2008: 23-24).

06.01.2005 tarih ve 5283 sayılı Yasa'yla, Cumhurbaşkanlığı, yüksek mahkemeler, Sayıştay, Türk Silahlı Kuvvetleri, Milli İstihbarat Teşkilatı, üniversiteler, mahalli idareler ve mazbut vakıflara ait sağlık birimleri hariç olmak üzere, bakanlıklar, bakanlıkların bağlı, ilgili ve ilişkili kuruluşları ile diğer kamu kurum ve kuruluşlara ait tüm sağlık birimleri; bunlara ilişkin her türlü görev, hak ve yükümlülükler, taşınırılar, taşınmazlar ve taşıtlarla birlikte,

Sosyal Sigortalar Kurumu'na ait olanlar rayiç bedeli karşılığında, diğerleri bedelsiz olarak Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. 5283 sayılı Yasa'nın 4. maddesi uyarınca, Sosyal Sigortalar Kurumu'na ait sağlık birimlerinin devre konu taşınır, taşınmaz ve taşıtlarının bedeli Maliye Bakanlığı temsilcisinin koordinatörlüğünde, Bakanlık ve Sosyal Sigortalar Kurumu temsilcilerinden oluşan komisyonlar tarafından tespit edilmiştir. Anılan bedelin Hazine tarafından karşılanacağı, bu bedelin, on yılı geçmemek üzere ödenme süresi ve şartları Bakanlar Kurulu tarafından belirleneceği kararlaştırılmıştır. Komisyonlar, bedel tespit ederken gerektiğinde, bedelin hesabında kullanılacak fiyatları, belediye, ticaret odası, sanayi odası, borsa gibi kuruluşlar veya bilirkişiler marifetiyle soruşturacaktır. Taşınmazlarda bu işler için kanunların verdiği yetkiye dayanılarak ilgili dairelerce tespit edilmiş birim fiyatlar varsa, bunlar dikkate alınacaktır. Komisyonların teşkili ile çalışma usul ve esasları Sağlık Bakanlığı ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın görüşü alınarak Maliye Bakanlığı'nca belirleneceği hükme bağlanmıştır. Devredilen sağlık birimlerinde devir tarihinde sürekli işçi kadrolarında çalışan personel, devir tarihi itibarıyla kadroları ile birlikte bakanlığa devredilecektir. Sağlık Bakanlığı'na geçmek istemeyen işçilerin kanuni hakları ödenerek kurum ile ilişkileri kesilecektir. Bakanlığa devredilen sağlık birimlerinde, devir tarihinde 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'na tâbi olarak çalışan memurlar devir tarihi itibarıyla kadroları ile birlikte Sağlık Bakanlığı'na devredilecektir.

Bu kanunla SSK'ya bağlı 573 sağlık kurumunun (148 hastane, 212 dispanser, 202 sağlık istasyonu, 6 ağız ve diş sağlığı merkezi, 5 hemodiyaliz merkezi) Sağlık Bakanlığı'na devredilmesiyle birlikte Türkiye'de ana kamu sağlık hizmeti sunucularının sayısı üçe inmiştir. Bunlar:

- SB
- Üniversite hastaneleri.
- MSB'dir.

2.2. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN KAPSAMI

2.2.1 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

1961 tarihli Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un uygulanması, dört kademeli bir birinci basamak sağlık sisteminin ortaya çıkmasına yol açmıştır. Ebelerin görev aldığı, kırsal kesimdeki sağlık evleri, 2000-2500 arası bir nüfusa hizmet vermektedir ve bu evler kırsal kesimdeki insanlar için ilk temasa geçilecek en önemli merkezlerdi. Bir sonraki kademedede ise, 5000-10.000 arası nüfusa hizmet veren ve genelde sadece temel tıp diploması olan bir pratisyen hekim, bir hemşire, iki ebe ve destek personelinin (toplam 8 personel) görev yaptığı kırsal sağlık ocakları bulunmaktaydı. Bir sonraki kademedede, 10.000-30.000 arasında bir nüfusa hizmet veren ve birden fazla doktor, bir diş hekimi, bir eczacı, birçok sağlık memuru, bir çevre sağlığı teknisyeni, laboratuvar teknisyenleri, hemşireler ve ebelerin (toplam 16 personel) görev aldığı bölge sağlık ocakları bulunmaktaydı. Son olarak, 22 sağlık çalışanı ve 6 destek personelinin oluşan 28 kişilik personel kadrosuyla il sağlık ocakları bulunmaktaydı (OECD, 2008:24).

Sağlık ocaklarının en önemli işlevi, halka kapsamlı koruyucu sağlık ve birinci basamak sağlık hizmeti sunmaktır. Bu işlev, bulaşıcı hastalıkların ve bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve tedavisi, ana çocuk sağlığı (aşılar ve aile planlaması da dahil olmak üzere), halk sağlığı eğitimi, çevre sağlığı, hasta bakımı ve sağlık konusunda istatistiksel bilgi toplanması gibi hizmetleri de içermektedir. Sağlık ocaklarının haneler için sağlık sistemindeki birinci temas noktası olarak ve daha üst düzey tıbbi kuruluşlara sevklerin yönetimi için hizmet vermesi beklenmiştir. Bu birinci basamak sağlık ağının yanı sıra, SB bünyesindeki ilgili Daireler tarafından yürütülen ve ana çocuk sağlığı, bulaşıcı hastalıklar gibi konularda hizmet veren dikey programlar da vardı (OECD, 2008:24).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda, yeterli kaynak olmaması (hem personel hem de işlevsel kaynaklar), çok parçalı olma ve

dikey hastalık kontrol programları ile üst basamak sağlık kuruluşları arasındaki koordinasyon eksikliği, sağlık personeli maaşlarının düşüklüğü, ikili uygulamalardan kaynaklanan gecikmeler, izolasyon ve asgari düzeyde verilen eğitimden kaynaklanan sayısız sorun yaşamaktaydı. Sevk mekanizması gerçek anlamda işlemiyordu. Nüfusun çoğu, doğrudan daha üst düzey sağlık kuruluşlarından hizmet alabilmek için birinci basamak sağlık kuruluşlarını atlama eğilimine girmişti. Genel anlamda, (ayakta) hastaların hastaneye gelme oranı düşüktü; ancak birinci basamak sağlık kuruluşlarına gitme oranı daha da düşüktü. Örneğin, 2000 yılında ayakta tedavi için sağlık ocaklarına yapılan yıllık ortalama başvuru sayısı kişi başına yalnızca 0,8 iken, hastanelerin ayakta tedavi bölümlerinde bu rakam 1,6 idi. Diğer bir sorun da, birinci basamak yöneticilerinin personel kademeleri ile kaynak tahsisini belirleme özerkliğine ve idari özerkliğe sahip olmamalarıydı (OECD, 2008:24).

İşletme giderleri üzerindeki ağır kısıtlama sorununa çare bulmak için 2001 yılında döner sermaye sistemi uygulamaya geçirilmiş ve birinci basamak sağlık kuruluşlarının, SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı sigortalılarına sundukları tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini ücretlendirmelerine izin verilmişti. Hastanelerdeki döner sermayeye benzeyen bu döner sermayeler hem personelin maaşlarını yükseltmek için (döner sermaye kaynaklarının %50'ye kadar bir kısmı personel maaşları için kullanılabilir) hem de cihazların finansmanı ve diğer girdiler için kullanılabiliyordu. Sigortalı olmayan insanlara karşı ayrımcılığı önlemek amacıyla, birinci basamak sağlık kuruluşlarının döner sermayeleri il sağlık müdürlükleri tarafından merkezi olarak yönetilmekteydi. 2002 yılı itibarıyla, birinci basamak sağlık kuruluşlarında 45 döner sermaye işler durumdaydı (OECD, 2008:25).

SSK birinci basamak sağlık ağı kapsamında; SSK ve Bağ-Kur'a kayıtlı kişilere birinci basamak sağlık hizmeti sunması beklenen, sınırlı sayıda sağlık merkezi ve dispanser bulunmaktaydı. SSK'ya kayıtlı kişiler arasındaki birinci basamak sağlık hizmetlerinden faydalanma oranı, ulusal ortalamadan

düşüktü ve bu durum, genel olarak SSK birinci basamak sağlık merkezlerinin sayısının az olduğunu ve bu yüzden erişimin sınırlı olduğu gerçeğini yansıtmaktaydı. SSK dispanseri olmayan yerlerde, SSK sigortalıları SB'nin merkezlerini kullanmaktaydı. Ancak, birçok işyeri, çalışanlarına temel sağlık hizmeti veren bir hekim bulundurmaktaydı (OECD, 2008:25).

Aile hekimliği pilot uygulaması kanunu 2004 yılında TBMM'de kabul edilmiş böylece kişi başı ödemeye dayalı aile hekimliği pilot çalışmasının yapılması için gerekli yasal çerçeve oluşturulmuştur. Şu anda Türkiye'de uygulanan aile hekimliği modeli kapsamında, birinci basamak (örneğin SB sağlık ocakları) ve ikinci basamak (örneğin SB hastanelerinin ayakta tedavi birimlerinde) sağlık hizmetlerinde çalışan maaşlı pratisyen hekimlere kamudaki işlerinden izin alma ve bağımsız, kişi başı ödemeye dayalı bir aile hekimi olarak çalışma seçeneği tanınmaktadır. Bu doktorların kamudaki asıl işlerine istedikleri zaman dönme hakları vardır (OECD, 2008:42).

Aile Hekimi olmaya hak kazanabilmek için bu hekimlerin aile hekimliği konulu 10 günlük birinci faz uyum eğitimlerini tamamlamaları gerekmektedir. Bu eğitimlerde aile hekimliği uygulamasının ilkeleri, iletişim, klinik yöntemler ve epidemiyoloji anlatılmaktadır. Eğiticiler genelde Türkiye'deki akredite üniversitelerden gelen aile hekimliği profesörleridir. Mevcut programlardan yeterli sayıda Aile Hekimliği mezunu çıkmadığı için, yeni bir sertifikalandırma programına ihtiyaç vardır (OECD, 2008:42).

Uyum eğitimini tamamladıktan sonra aile hekimleri, kendilerine kayıtlı kişilerin sayısına dayalı olarak (kişi başı bazında) aylık bir kişi başı ödeme alırlar. Kentsel alanlarda, açık bir kayıt sistemi söz konusudur ve her birey kendi aile hekimini seçebilir. Fakat yeterli sayıda aile hekimi seçeneğinin olmadığı kırsal alanlarda, nüfus, hizmet bölgelerine dayalı olarak, aile hekimi sahibi olacaktır. Hem grup çalışmaları hem de tek başına çalışan pratisyenler olabilir. Aile hekimlerinin SB'ye ait sağlık ocaklarında çalışmalarına izin verilmekte ve buna karşılık aylık bir kira ödemeleri gerekmektedir. Kişi başı ödemeler hem maaşları hem de işin yürütülmesi için gereken tanı

ekipmanlarının alımı gibi aile hekimine ait diğer tüm masrafları kapsamaktadır (OECD, 2008:42).

Kişi başı ödemelerin bir kısmı, performans göstergelerinin yerine getirilmesi bazında ödenmektedir. Bunlar belirlenmiş aşılama oranları, doğum öncesi viziteler ve sevklerle ilgili göstergeleri içermektedir. Örneğin, sevk sayısı ne kadar fazla olursa, aile hekiminin aldığı puanlar da o kadar az olacaktır. Aile hekimliği konusunda sürekli eğitim de şartlardan bir tanesidir. Tüm aile hekimlerinin mesleki bilgi ve becerilerin geliştirilmesine odaklanan daha yoğun ikinci düzey eğitimi tamamlamaları gerekmektedir. 2006 yılı Temmuz ayına kadar zorunlu bir sevk zinciri mevcuttu. Bir başka deyişle aile hekimliği sistemine kayıtlı kişilerin bir hastaneden ikinci basamak hizmeti alabilmeleri için önce sevk almaları gerekmektedir. Ancak bu zorunluluk aile hekimlerinin üzerindeki yoğun iş yükü sebebiyle askıya alınmıştır (OECD, 2008:43).

Aile hekimliği uygulaması Düzce ilindeki pilot çalışma ile başlatılmıştır ve şu anda Türkiye'deki 81 ilin 23'ünde uygulanmaktadır. Türk vatandaşlarının yaklaşık %20'si aile hekimliği sistemine kaydolmuş durumdadır. Türkiye'de nüfus başına düşen aile hekimi oranı düşüktür (1:3400). Aile hekimliğini uygulayan çoğu ülkede, aile hekimi başına düşen nüfus ortalama 1:1200 civarındadır. Yukarıda bahsedildiği üzere, aile hekimi sayısının düşük olması sevk sistemini askıya almayı gerekli kılmıştır. Dahası, Kanun modelin sadece pilot çalışmasının yapılmasına izin verdiği için, kurumsal sürdürülebilirlik olması isteniyorsa sonuç olarak, aile hekimliği konulu bir çerçeve kanunun kabul edilmesi gerekecektir. Hükümetin bu tip bir çerçeve kanunu TBMM'ye ne zaman sunmayı planladığı net değildir (OECD, 2008:43).

Aile hekimliği modeli aşamalı uygulanırken, bir yandan da Türkiye'deki birinci basamak sağlık hizmetleri ağını güçlendirmek için SDP kapsamında çaba sarf edilmektedir. Böylelikle gelecekte aile hekimleri ve koruyucu sağlık merkezleri daha iyi bir toplum sağlığı elde etmek üzere uyumlu bir şekilde

çalışabilecektir. Aile hekimliğinin uygulandığı illerde toplum sağlığı merkezleri kurulmaktadır. Bu merkezler; entegre koruyucu, tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri sunmaktadır. Yine bu merkezler; aşılama kampanyaları, üreme sağlığı ve çocuk sağlığı hizmetleri gibi koruyucu sağlık hizmetlerini denetlemekten sorumludurlar. Aile hekimliğinin uygulanmadığı illerde ise eski sağlık ocakları sistemi işler durumdadır (OECD, 2008:43).

Aile hekimliği sisteminin etkin bir şekilde uygulanmasının önündeki engellerden bir tanesi bugüne kadar ülkedeki hekim (özellikle pratisyen) sayısının az olmasıdır. Bu eksiklik giderilmezse üst basamaklara sevk, aile hekimlerinin kontrol ettiği aile hekimliğinde "kapı tutucu" (gatekeeper) modelini tam olarak uygulamak zor olacaktır (OECD, 2008: 43).

2.2.2. Hastane Hizmetleri

2002 yılında, yaklaşık 654 SB hastanesi, 50 üniversite hastanesi ve yaklaşık 120 SSK hastanesi bulunmaktaydı. SB hastanelerinin çoğunluğunun (%80), uzmanlaşmış ayakta tedavi ve akut yatan hasta hizmeti sunan ikinci basamak sağlık kuruluşları (tam teşekküllü hastaneler) olarak hizmet vermesi amaçlanmıştır. SB bünyesinde aynı zamanda uzman hastaneler ile birlikte üçüncü basamak sağlık kuruluşu olarak hizmet veren araştırma ve eğitim hastaneleri bulunmaktaydı. Üniversite hastaneleri, bütün hizmet çeşitlerini (ayakta tedavi, yatan hasta ve üçüncü basamak) sunmaktaydı. O tarihten bu yana SB hastanelerinin sayısı artarken, üniversite hastanelerinin sayısı aynı kalmıştır (OECD, 2008:25).

SB hastaneleri iki kaynaktan finanse edilmekteydi: Devlet bütçesi ve döner sermaye. MB'den gelen devlet bütçesi kalemi şunları finanse etmekteydi: (i) Taban personel maaşları (ii) Diğer ek işletim giderleri (iii) Yatırım harcamaları. Personel maaşları, devlet bütçesinden tahsis edilen ödeneğin çoğunluğunu (% 80'den fazlasını) oluştuyordu. Devlet bütçesinden gelen ödeneğin kullanılmasında hastane yöneticilerinin sınırlı esneklikleri bulunmaktaydı. Döner sermaye, Bağ-Kur, Emekli Sandığı sigortalılarına ve Yeşil Kart sahiplerine verilen hizmetler ve özel hastaların

ödediği ücretler ile finanse edilmekteydi. Döner sermaye, genelde hastane bütçe yönetimi üzerinde daha fazla esneklik sağlıyordu. Örneğin, bütçe uygulama ve satın alma açısından daha fazla esneklik vardı. Artan kaynaklar yıl sonunda bir sonraki yıla taşınabilirdi. Sermaye harcamaları ve personele ek ödeme yapılması gibi bütçe tahsislerinde daha fazla esneklik vardı. Örneğin, döner sermaye gelirlerinin % 50'ye varan kısmı, ödenmemiş fatura olmadığı sürece, personele yapılan ek ödemeler için tahsis edilebilirdi. Ancak, gerçekte durum böyle değildi ve personele yapılacak ek ödemeler için yalnızca küçük miktarlar tahsis ediliyordu. SB hastaneleri söz konusu olduğunda ise hastane yöneticilerinin; hatta döner sermaye kullananların da harcamalar ile ilgili karar verme yetkisi yoktu ve bütçenin kullanılmasına ilişkin tüm kararların, merkezi Ankara'da bulunan SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından onaylanması gerekiyordu. Çok merkeziyetçi olan bu işletim yöntemi, döner sermayenin hastane işletim masrafları için kullanılmasını sınırlandırmaktaydı. Üniversite hastanelerine gelince, döner sermaye harcamaları için hastane yönetimi konseyinin önerisi üzerine üniversite rektörünün onay vermesi gerekiyordu. Toplam hastane bütçesinin %80'inden fazlasını kapsayan döner sermaye gelirleri, SB ve üniversite hastanelerini finanse eden öncelikli kaynaktı (OECD, 2008:26).

Devlet hastanelerindeki bütçeleme süreci etkinliği desteklemiyordu. Hastanelere, tıbbi cihazların temin edilmesi ve bakımını karşılamaları için onaylı yatak başına günlük sabit bir miktar tahsis edilmişti. Kamu hizmetlerine yönelik harcamalar geçmişteki tüketime göre kararlaştırılıyordu ve personel harcamaları da personel pozisyon sayısı esas alınarak tahsis ediliyordu. Hastaneler, işletmeyi finanse edebilmek için döner sermayeye dayanıyor; sigortalı veya ödeme yapan hastalara verdikleri hizmeti en üst düzeye çıkarmaya çalışıyorlardı. Tüm SB ve üniversite hastaneleri satın alma sorumluluğunu aldığı ve satın alma kararları sadece üç fiyat teklifine dayalı olarak hastane satın alma komitesi tarafından verildiği için satın alma süreçleri de etkili değildi. Diğer yandan, bu satın alma yöntemi ilaçların ve tıbbi cihazların hızlı teslimatını sağlıyordu; ancak özellikle satın almalar, az

miktarda alım yapan küçük ilçe hastaneleri tarafından yapıldığında, en rekabetçi fiyatları elde edemiyordu (OECD, 2008:26).

Türkiye'deki kamu hastaneleri, geleneksel kamu kurumları gibi, sınırlı mali ve idari özerklikle işletiliyordu. Yöneticilerin, personel işe alma ya da işten çıkarma yetkileri yoktu. Personelle ilgili tüm kararlar (SB hastaneleri için) SB ve (SSK hastaneleri için) SSK Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından alınıyordu. Sağlık personeli genellikle devlet memuruydu ve düşük performansla çalışsa bile işten çıkartılamazdı (OECD, 2008:26).

Kamu sektörü, Türkiye'deki toplam yatak kapasitesinin yaklaşık %92'sine sahipti. 2002 yılında, Türkiye'de 1000 kişiye 2,3 yatak düşmekteydi. Ancak, 1000 kişiye 3,7 yatağın düştüğü İç Anadolu Bölgesi'ndeki Eskişehir ili ile 1000 kişiye 0,60 yatağın düştüğü Güneydoğu Anadolu Bölgesi'ndeki Şırnak ili karşılaştırıldığında, çok ciddi bölgesel farklılık olduğu görülmektedir. Ankara, İstanbul ve İzmir; hastane yataklarının neredeyse %36'sına sahipti. Ayrıca hastanelerin büyüklüğü bakımından da ülke genelinde önemli farklılıklar vardı. Örneğin, birinci basamak sağlık ağının bir parçası olan sağlık merkezlerinin 10 yatağı bulunurken, en büyük devlet hastanelerindeki yatak sayısı 1800'e kadar çıkabiliyordu. Türkiye'deki hastanelerin neredeyse yarısı küçük (50 ve daha az yatak kapasiteli) hastanelerdi (öyle kalmaya devam etmektedirler). Hastaneye kabul edilen hasta sayısı yatak kapasitesi ile orantılıydı. SB hastaneleri, ülkedeki hastanelere yapılan tüm kabullerin yarısından fazlasından sorumluydu ve SB hastanelerini SSK hastaneleri ve üniversite hastaneleri izliyordu (OECD, 2008:26).

Türkiye'de 2002 yılında hastane doluluk oranı yaklaşık %60 (SB, 2002) ve ortalama hastanede kalış süresi yaklaşık 5,9 gündü. Bölgeler arasında bu rakamlarda büyük farklılıklar vardı (örneğin, hastane doluluk oranlarında %20-%82 arası). Genel hastanelerdeki doluluk oranı, uzmanlık hastanelerindekinden düşüktü. Özellikle, SB ilçe hastanelerindeki doluluk oranı düşüktü. Uygun personel ve cihaz eksikliği nedeniyle ilçe hastaneleri genellikle yeterince kullanılmıyordu. Genel anlamda, SB hastanelerinin

doluluk oranları, SSK ve üniversite hastanelerine göre daha düşüktü. Bakım kalitesi ve hasta memnuniyetine ilişkin bu zaman dilimine ait sağlam veriler mevcut olmamasına rağmen, odak grubu tartışmalarına ve bilgilendirici görüşmelere dayanan niteleyici bilgiler, hasta memnuniyeti ve algılanan bakım kalitesi açısından üniversite hastanelerinin birinci sırada yer aldığını ve onları SSK hastanelerinin izlediğini göstermektedir. Düşük maaşlı SB sağlık personeli, kamu hastalarına bakma konusunda fazla teşvike sahip olmadıkları ve zamanlarını özel çalışarak (muayenehanede) geçirmeyi tercih ettikleri için SB hastaneleri genel olarak en alt sıralarda yer alıyordu. 573 hastanede yapılan teknik verimlilikle ilgili bir çalışma, Türkiye'deki tam teşekküllü hastanelerin %10'dan azının, benzerleri ile karşılaştırıldığında verimli bir şekilde işletildiği sonucuna varmıştır. Verimli hastanelerle karşılaştırıldığında, verimsiz hastaneler; ortalama %32 daha fazla uzman, %47 daha fazla birinci basamak hekimi ve %119 daha fazla personelle desteklenmiş yatak kapasitesi kullanmakta ve daha az çıktı üretmekteydi (OECD, 2008:27).

Türkiye'de devlet hastanelerinin tedavi birimlerine gelen ayakta hasta sayısı, 1996-2001 yılları arasında %40 oranında artmıştır. Ayakta tedavi hizmetlerine erişim, sigortalı ya da bir ücret ödemeye gönüllü herkese açıktı ve herhangi bir sevk gerekmemekteydi. Sonuç olarak, devlet hastanelerinin sorunlarından biri, uzman bakımı gerektirmeyen hastalar nedeniyle aşırı kalabalık olması ve doktorların günde ortalama 50'ye yakın hasta bakmaları idi. Bu durum, bakım kalitesi ve hasta memnuniyeti açısından olumsuz sonuçlar doğuruyordu. Başvuruların %90'ından fazlası tam teşekküllü hastanelere yapılıyordu. Ayakta tedavi hastalarının yarısından fazlası SB hastanelerine geliyordu. Ayakta tedavi hizmetlerinin kullanılması konusunda da bölgesel farklılıklar vardı. Türkiye'de doktora gitme sayısının en düşük olduğu yer Güneydoğu Bölgesi idi. Bu durum, anılan illerdeki insanların çoğunluğunun sağlık sigortası kapsamında olmadığını ve Yeşil Kart'ın ayakta tedavi hizmetlerini karşılamadığı gerçeğini yansıtıyordu (OECD, 2008:27).

SDP'nin I. Fazı kapsamında uygulanan kilit reformlardan bir tanesi, tüm kamu kuruluşlarının (Üniversite Hastaneleri ile Milli Savunma Bakanlığı'na ait olan sağlık kuruluşları hariç olmak üzere) SB bünyesinde entegre edilmesidir. 2005 yılında gerçekleştirilen bu entegrasyon, SSK hastanelerinin de SB'na bağlanmasını sağladığı için SSK'nın hizmet sunumu işlevinden kurtulmasına ve sadece satın almaya odaklanmasına yardımcı olmuştur. Bu reformun amacı tüm kamu hastaneleri arasındaki yönetim ve ödeme mekanizmalarının uyumlu hale getirilmesi ve bu hastanelerin özerkleşmesine giden yolun açılmasıydı. Entegrasyonun, esas olarak hastanelere erişimi artırması ve SB hastanelerinin önceden başarıyla benimsediği, üretkenlik ve etkinliği artıran aynı performans yönetimi modelinin kabulü vasıtasıyla tahsis verimliliğini ve teknik verimliliği iyileştirmesi beklenmekteydi (OECD, 2008:43-44).

SDP'nin uygulanmasının erken dönemlerinde hastane özerkliği modelinin ülke çapında uygulanmaya başlaması için 2008 yılının çok erken olabileceği fark edilmiştir. Bu yüzden, SDP'nin yaklaşık olarak ortalarında bir yerde Hükümet, bunun yerine hastane özerkliği reformlarına yönelik bir pilot çalışma yapmaya karar vermiştir. Pilot hastane özerkliği kanunu (Devlet Hastaneleri Birliği'nin Pilot Uygulaması Konulu Yasa Taslağı) 2007 yılında hazırlanmış ve görüşülmek üzere TBMM'ye sunulmuştur. 2008'den beri Mecliste beklemektedir. Kanun, kamu teşebbüsü modeline dayalı hastane yönetimi ilkelerini belirlemektedir. Buna göre pilot projeye katılan hastaneler kurullar tarafından yönetilecek; ama SB'ye bağlı olmaya devam edeceklerdir. Kanun, bölgesel düzeyde ortak bir hastane birliği oluşturulması imkânını da sunmaktadır. Bu birlik, program planlama, bütçelendirme ve uygulamayı ortaklaşa üstlenecek bir hastaneler ağından meydana gelecektir. Pilot hastane birlikleri, sağlık personeli işe alımı ve kaynak tahsisi kararları konusunda daha fazla özerkliğe ve esnekliğe sahip olacaktır. Hastane çalışanları, artık kamu çalışanı sınıfında olmayacakları gibi bazı kayıplarla ve artık sağlık sektöründe ömür boyu istihdam hakkına sahip olmayacaklardır. SB, hizmet kalitesini garanti etmekten ve hastane birliklerinin SB

standartlarına uymalarını sağlamaktan sorumlu olacaktır (OECD, 2008:43-44).

Hastane özerkliği uygulamasına yönelik planlar; SDP'nin I. Faz uygulaması sırasında değişikliğe uğradığı için, devlet hastanelerini daha insan odaklı ve üretken hale getirmek ve verilen hizmetin kalitesini artırmak amacıyla seçilmiş hastane reformları uygulanmıştır. Bu reformlar; hizmet kalitesi, hizmet verimliliği ve etkinliğini vurgulayan bir hesap verebilirlik çerçevesi kapsamında hastanelere hizmet sunumu işlevinin yerine getirilmesinde daha fazla özerklik ve esneklik sağlamıştır. Bugüne kadar yapılan reformlar arasında şunlar bulunmaktadır: i) Hastane yöneticilerine döner sermayelerin yönetimi ve ayrıca satın alma ve yatırım kararları konusunda daha fazla özerklik ve esneklik verilmesi ii) Performansa dayalı ek ödeme sisteminin uygulanması iii) Hastane klinik (tanı) hizmetlerinin dışarıdan hizmet alımı yöntemiyle özel sektörden alınması (kamu özel ortaklığı) iv) Sağlık enformasyon sistemlerinin daha iyi bir seviyeye getirilmesi v) Hastane kalite ve verimlilik denetimlerinin yapılması. Bu reformlar, hastane yöneticilerine yönelik eğitim programları ile desteklenmektedir. (OECD, 2008: 43-44).

2.2.3. Halk Sağlığı Hizmetleri

SB bünyesinde yarı özerk bir kuruluş olan Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, hastalık kontrol laboratuvarları da dahil olmak üzere bölgesel düzeyde ve il düzeyinde geniş bir halk sağlığı kuruluşları ağını yönetmektedir. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü de halk sağlığı hizmetleri sunumunda yer almaktadır. İl düzeyinde, il sağlık müdürlüğü hastalık kontrolü programlarının uygulanmasından sorumludur. Ayrıca, sağlık ocaklarında görevli çevre sağlığı teknisyenleri; su güvenliği, katı atıkların ortadan kaldırılması, kanalizasyon sistemleri ve gıda hijyeni gibi halk sağlığı programlarından da sorumludur. Bunun yanı sıra, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri; bağışıklama, aile planlaması, emzirmeyi teşvik ve

düzgün beslenme gibi bir dizi koruyucu sağlık hizmeti sunmaktadır (OECD, 2008: 27).

2003'ten sonra; kronik hastalıklardan kaynaklanan ve gittikçe artan hastalık yükünün farkında olarak, SDP kapsamında, kalp sağlığı, akıl sağlığı ve diyabet gibi hastalıkları hedef alan ulusal programlar uygulanmıştır. 49 ilde ücretsiz kanser tarama hizmetleri verilerek pratisyenler için eğitim merkezleri açılmıştır. 2008 yılı Ocak ayında SB, Kardiyovasküler Hastalıkların Kontrolüne yönelik Eylem Planı'nı yayımlamıştır. Bu plan bulaşıcı olmayan hastalıklarla ilgili risklere odaklanmakta ve tütün tüketimi, pasif içicilik, obezite ve fiziksel hareketsizlik konularını ele almaktadır. Sıtma, şark çıbanı, tifo ve verem gibi bulaşıcı hastalıkları kontrol altına alma çabasına yönelik çalışmalar yaygınlaştırılmıştır. 2003 senesinde verem tedavisi ile ilgili olarak "Doğrudan Gözetimli Tedavi" uygulaması başlatılmış ve kuş gribiyle mücadele için sektörler arası bir Ulusal Plan geliştirilmiştir. "Bebek Dostu Hastanelerin" sayısı, dört kattan fazla artırılmıştır (Bu sayı 2002'de 141 iken 2007'da 619'a çıkmıştır). Beş yaşındaki çocuklara yönelik bağışıklama programı, kızamıkçık, kabakulak ve menenjit içerecek şekilde genişletilmiştir. Hamilelere, anemiyle mücadele ve doğum öncesi ile doğum sırasında anne ve bebeğin korunması amacıyla ücretsiz demir desteği sağlanmıştır. Muhtemel D vitamini eksikliğini gidermek amacıyla Mayıs 2005 ile Ağustos 2008 arasında yaklaşık 4 milyon bebeğe ücretsiz D vitamini desteği dağıtılmıştır. Yenidoğan tarama programı kapsamındaki çabalar hızlandırılmış ve tüm ülkeye yayılmıştır. Fenilketonüri taramaları da ülke çapında yaygınlaştırılmıştır (OECD, 2008: 47).

2.3. ÜLKEMİZDE SAĞLIK HARCAMALARIYLA İLGİLİ MEVZUAT

2.3.1. Anayasa

2.3.1.1. 1961 Anayasası

Resmi Gazete'de (10859 sayı ile) 20.07.1961 tarihinde yayınlanan 1961 Anayasası'nda, "Sağlık Hakkı" başlığı altında 49. maddede;

"Devlet, herkesin beden ve ruh sağığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbî bakım görmesini sağlamakla ödevlidir. Devlet, yoksul veya dar gelirli ailelerin sağıık koşullarına uygun konut gereksinimlerini karşılayıcı önlemleri alır" hükmü yer almıştır.

1963 - 1967 dönemini içeren 1. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda sağıık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ile ilgili yasanın uygulanması için her önlemin alınacağı ve yerli ilaç sanayisinin teşvik edileceğinin belirtilmesinin yanında; Plan'da ayrıca özel sektörün hastane kurma girişimini özendirecek önlemlerin de alınacağı, hastanelerin döner sermayeli kurumlar durumuna getirilmesi olanaklarının araştırılacağı ve sağıık sigortasının kurulabilmesi için gerekli çalışmalara öncelikle başlanacağına da yer verilmiştir (DPT, 1963: 413).

2.3.1.2. 1982 Anayasası

17863 sayılı RG'de 09.11.1982'de yayınlanan 1982 Anayasası'nda "Sağıık hizmetleri ve çevrenin korunması" başlığında madde 56'da: "Herkes, sağııklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağılığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin yaşamını, beden ve ruh sağıığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağıık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağıık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağıık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için yasayla genel sağıık sigortası kurulabilir" düzenlemesi yapılmıştır.

1961 Anayasası, sağıığı, yurttaş açısından "temel bir hak" olarak tanımlayarak Devleti bu hizmetle görevlendirirken (md. 49); daha sonra 1982 Anayasası sağıık ve çevre konusunu aynı maddede işleyip, sağıık hakkını net olarak vurgulamamakta; Devlete, daha çok "düzenleme ve denetleme" görevi yüklemektedir (md. 56). 1982 Anayasasında ayrıca; özel sektörden söz

edilmekte, son fıkrasında da "Sağlık hizmetlerinin yaygın bir biçimde yerine getirilmesi için yasayla genel sağlık sigortası kurulabilir." düzenlemesine yer verilmektedir. Böylelikle "özel kesim" ve "genel sağlık sigortası" tanımlamaları anayasamızda ilk kez yer almaktadır (Soyer, 2004: 137-166).

Ülkemizde 1961 Anayasası'nda toplumun temel insan haklarından biri olan "Sağlık Hakkı"nı koruyup gözetmek Devletin görevi iken (md. 49) 1982 Anayasası'nda (md. 56) Devlet bu görevinden çekilerek yalnızca düzenleme ve denetleme işlevine indirgenmiş ancak "Sosyal bir Devlet" olma ilkesini 2. maddesinde sürdürmüştür. Bu maddede, 4. madde uyarınca Devletin değiştirilemez ve değiştirilmesi teklif bile edilemez 6 temel niteliği bağlamında sosyal devlet ilkesi de yer almaktadır. Ülkemizde devlet bu niteliği nedeniyle, giderlerini karşılamakta yetersiz kalan sosyal güvenlik kuruluşlarının finansmanına katılmaktadır.

2.3.2. Yasalar

2.3.2.1. 209 Sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Yasa

9 Ocak 1961'de 10702 sayılı Resmi Gazete (RG)'de yayınlanarak yürürlüğe giren "209 Sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Yasa"da; Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı kurum ve kuruluşları ile bağlı kuruluşlarda (Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü dışında) uygulanacak döner sermayenin kurumların karları ile bağışlardan ve Devlet yardımlarından oluşacağı belirtilmiştir (md.1 ve 2). Elde edilecek bu döner sermayenin, kurumun giderleri için harcanması kararlaştırılmıştır (md. 3).

2.3.2.2. 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Yasa

12 Ocak 1961'de 10705 sayılı RG'de yayınlanarak yürürlüğe giren "224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Yasa"nın amacının; İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde temel bir insan hakkı olarak tanınan sağlık hizmetlerinden yararlanmanın sosyal adalete uygun biçimde yerine getirilmesini sağlamaya yönelik hekimlik ve hekimlik ile ilgili hizmetlerin bu yasa çerçevesinde hazırlanacak bir programla sosyalleştirilmesi olduğu belirtilmiştir (md. 1).

Bu yasada sağlık hizmetleri; insan sağlığına zarar veren çeşitli etmenlerin yok edilmesi ve toplumun bu etmenlerin olumsuz etkisinden korunması, hastaların tedavi edilmesi ve rehabilitesi (esenlendirme) için yapılan tıbbi eylemler olarak tanımlanırken; sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi de; vatandaşların sağlık hizmetleri için ödedikleri prim ile kamu sektörüne ait kurumların bütçelerinden ayrılan ödenek karşılığı her çeşit sağlık hizmetlerinden ücretsiz veya kendisine yapılan giderin bir bölümüne katılımı yoluyla eşit biçimde yararlanmaları olarak betimlenmiştir (md. 2).

224 Sayılı Sosyalleştirme Yasası, 5. maddesinde hekim seçme özgürlüğünü ve bu davranışın finansmanını düzenlemektedir: "Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde yaşayanların -ücretini kişisel olarak ödemek koşuluyla- sağlık hizmetlerini gördürmek üzere istedikleri sağlık çalışanını veya sağlık kurumu ve eczaneyi seçmek hakları saklıdır."

6. maddede, ülkemizde yaşayan yabancı uyrukluların, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nca (224 sayılı yasa çıkarıldığında yürürlükte olan 3017 sayılı yasadaki adıyla) çıkarılacak bir yönetmelik kapsamında ücretli olarak sağlık hizmeti alabileceği, yasal kurula bağlanmaktadır.

Sosyalleştirme kapsamında yasanın 10. maddesinde; Sağlık Ocağı hizmetinin en az 1 hekim ve yeter sayıda yardımcı sağlık personelinin

oluşan bir takım (ekip) tarafından yürütüleceği, köylerde ise bu takıma yardımcı olarak kurulan Sağlık Evlerinde yardımcı Ebelerin görevlendirileceği belirtilmiştir. Aynı maddede ayrıca Sağlık Ocakları ve Sağlık Evlerinde her türlü koruyucu hekimlik hizmetleri, hastaların muayene ve tedavisi ile Sağlık Ocağı'na kayıtlı kişilerin sağlık sicillerinin tutulması sorumluluğu da açıkça belirtilmiştir.

Madde 14'e göre; sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde hasta muayene ve tedavisi bu yasanın 16. maddesi kuralları çerçevesinde ücrete bağlı olan ilaç bedelleri ve aşağıda belirtilen durumlar dışında parasızdır:

- Sağlık Ocağı tarafından sevk edilmedikleri halde sağlık merkezlerine veya hastanelere veya sağlık merkezi ve bir hastaneden başka bir hastaneye sevk edilmeden hastanelere başvuranlar (Acil olgular dışında),
- Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmediği bir bölgeden gelip de başvurduğu Ocak bölgesinde yerleşimleri 90 günü aşmamış olanlar (o bölgenin mülki yöneticilerinden yoksulluk belgesi alanlar dışında),
- Bölgede yaşayan halkın çalışma saatlerine göre belirlenen mesai saatleri dışında ve tatil günlerinde nöbetçi olmayan hekim ve yardımcı sağlık çalışanına muayene ve tedavi olmak isteyenleri kapsamamaktadır.

Yasanın 15. ve 16. maddelerinde, "hastaların gerek duyduğu ilaç ve tedavi araçları" nın Sağlık Bakanlığı'nca sağlanacağı, yoksullara ücretsiz verileceklerin bir liste ile belirleneceği sosyal düzenlemeleri yer almaktadır.

Md. 16'da ise "Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri gören kuruluşlar tarafından parasız veya bedelinin bir bölümü veya tümü hastalar tarafından ödenerek alınacak ilaç ve tedavi araçlarının listeleri her yılın ilk ayında Sağlık

ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından ilan edilir. Liste dışı ilaç ve tedavi araçları bedeli hastalar tarafından ödenerek alınır” denilmektedir.

224 Sayılı Yasanın 22. maddesinde; sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi etkinliklerinin yürütülmesi ve değerlendirilmesi konusunda Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na görüşlerini bildirecek, önerilerde bulunacak ve bu konuda halk ve çeşitli kurumlar arasında işbirliği sağlayacak; Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'ndan atanacak veya görevlendirilecek yeter sayıda uzman ile üniversitelerin, bakanlıkların, Devlet Planlama Örgütü'nün, İşçi Sigortaları Kurumu'nun, Türk Tabipleri Birliği'nin, Türk Eczacılar Birliği'nin, Türk Veteriner Hekimleri Odaları Birliği'nin göndereceği yetkili temsilcilerle İl Hıfzıssıhha Meclislerinin göndereceği birer temsilciden oluşan bir -Sosyalleştirme- Genel Kurulu oluşumu tanımlanmıştır.

Çalışanlara yönelik olarak (Değişik: 08.05.1969 - 1175 / 3. md.) sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinde görev alanlar, göreve başladıklarında sözleşme imzalamak zorundadır. Bu sözleşme 1 yıldan az, 3 yıldan çok olamaz. Sözleşme süresi içinde ilgili kurumlar sözleşmeli çalışanı gerektiğinde sosyalleştirme bölgesi içinde herhangi bir yere ve sağlık hizmetine gönderebilir. Sözleşme süresinin bitiminden en geç 1 ay önce sözleşmenin yenilenmeyeceği bildirilmediği zaman sözleşme birer yıllık sürelerle uzatılmış sayılır. Bir yıldan uzun sözleşme imzalanmış olması durumunda, bir yıllık hizmetten sonra neden gösterilmeksizin 3 aylık bir uyarı süresine uymak koşuluyla sözleşme her zaman için bozulabilir (md. 24).

224 Sayılı Yasanın 25. maddesinde, bu yasa bağlamında görev alan sağlık personelinin (yüksek öğrenimli olmayanlar ise yardımcı sağlık personeli olarak tanımlanmıştır), gerek duyulduğunda başka kamu görevlerini de ek olarak üstlenmelerinin ücret / maaş ödenmeden istenebileceği yazılmıştır.

Yasanın 26. maddesine göre, sağlık çalışanlarına sözleşme ile verilecek ücretin belirlenmesinde bu meslek üyelerinin genel serbest kazanç

düzeyleri, hizmet süreleri, uzmanlıkları, bulundukları konumun önemi, yaptıkları görevin ağırlığı ve çalıştıkları bölgelerde maruz kaldıkları yoksunluk koşulları göz önüne alınacaktır. Bu madde sayesinde, 224 Sayılı Yasanın pilot uygulamalarının başlatıldığı yerlerde sağlık çalışanlarına, "yüksek" ücret ödeme olanağı sağlanabilmiştir.

224 Sayılı Yasa, Türkiye'de ulusal sağlık hizmetlerinin kurulmasına zemin hazırlamıştır. Bu kanunda, sağlık hizmetlerinin tarafsız bir biçimde, sürekli ve halkın ihtiyaçları doğrultusunda sağlanması gerektiği belirtilmiştir. Bu durum, Entegre Sağlık Hizmetleri Sistemi'nin oluşturulmasına öncülük etmiştir. Bu kanun ile tüm vatandaşlara ücretsiz - ya da kısmen ücretsiz - sağlık hizmetinin sağlanması hedeflenmiştir: Finansman, sağlık hizmeti için yapılan sigorta ödemelerinden ve hükümet bütçesinden yapılan tahsislerle sağlanmıştır. (Burada amaç, koruyucu sağlık ve çevre sağlığı hizmetleri ile ülkenin her yerinde sağlık eğitimi de dâhil olmak üzere sağlık hizmetlerini genişletebilecek bir altyapının geliştirilmesini üstlenmek ve herkesin bu altyapıya kolayca erişmesini sağlamaktır.) Sağlık ocakları - önceki dönemde kurulan - kavramı, köy düzeyindeki sağlık ocakları ile birlikte bölge hastanelerini de kapsayacak şekilde daha da genişletilmiştir. Ancak, bu tür bir genişlemenin gerektirdiği büyük miktardaki sermaye yatırımları yapılmamıştır. Kaynakların çoğu personel giderlerine tahsis edilmiş ve hizmet vermek için gerekli olan altyapı, tıbbi ekipman ve diğer ihtiyaçlar geri planda kalmıştır (OECD, 2008: 32).

1978'de Sosyalleştirme kapsamına alınan il sayısı 46'ya yükselmiştir. 1978 - 1982 dönemini kapsayan 4. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda sağlık hizmetlerinin tek elden yönetiminin sağlanamamasından dolayı hizmetin sınırlı geliştiği ve sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi programını uygulamada yavaşlama nedeniyle koruyucu hekimlik hizmetlerini yaygınlaştırarak iyileştirici (tedavi edici) hizmetlere olan aşırı istemi önlemenin imkanı olmadığı belirtilmiştir (DPT, 1978: 460).

Bu durum, 224 Sayılı Yasa'ya da yansımıştır. Yasa'nın 20. maddesinde yapılan değişiklikle (Değişik: 23.06.1983 - 2858 / 1. md.) sağlık hizmetlerinin bütün yurt düzeyinde sosyalleştirilmesinin en geç 1992 sonuna dek gerçekleştirilmesi kararlaştırılmıştır.

2.3.2.3. 506 Sayılı Sosyal Sigortalar Yasası

Bir yandan, Sağlık Bakanlığı Müsteşarlığı döneminde mimarı olduğu Prof. Dr. Nusret H. Fişek tarafından "Atatürk'ün İzinde Bir Devrim" olarak nitelenen 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası kapsamında hizmet ülkeye yayılmaya çalışılırken, 29 Temmuz - 1 Ağustos 1964 yılında 11776 - 9 Sayılı RG'de yayınlanarak yürürlüğe giren 506 Sayılı Sosyal Sigortalar Yasası çıkarılmıştır. Bu Yasa ile iş kazalarıyla, meslek hastalıkları, hastalık, analık, işgöremezlik (malûllük), yaşlılık ve ölüm durumlarında sosyal sigorta yardımları sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmıştır (md. 1).

Bu Yasa, çıktığı tarihte yürürlükte olan 3008 Sayılı İş Yasası bağlamında işçi sayılanları "sigortalı" olarak yeniden tanımlayarak, bu büyük kitlenin sağlık hizmeti sunumu ve finansmanında köklü değişiklikler getirmiştir. 506 Sayılı Sosyal Sigortalar Yasası, iyi bilinen SSK kısaltmasıyla Sosyal Sigortalar Kurumu'nu kurmuş ve Sosyalleştirme rejimine adeta koşut (paralel) ikinci bir sağlık örgütlenmesi ülkede giderek büyümüştür.

506 Sayılı Sosyal Sigortalar Yasası'nda yer alan aktif sigortalının bakmakla yükümlü oldukları, sigortalılık niteliğini yitirenlerden bu tarihten önceki bir yıl içinde en az 120 gün hastalık sigortası primi ödemiş olan sigortalı ile gelir ve aylık almakta olanlar ile aile bireylerinden alınacak muayene ücreti önce; 18.09.1990 tarih ve 90/913 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı (BKK) ile 1.000.-TL olarak kararlaştırılmış, daha sonra bu miktar 6/8/1992 tarih ve 92/3337 sayılı BKK ile 1/10/1992 tarihinden itibaren (20) gösterge rakamının memur maaş katsayısı ile çarpımı sonucu bulunacak miktar olarak belirlenmiştir.

Böylelikle, alınan vergiler ve prim adı altında "ek vergiler" e karşın, sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanıcılardan, ilaca katkılarının yanı sıra, muayene sırasında bir ödemede daha bulunması istenmektedir.

2.3.2.4. 657 Sayılı Devlet Memurları Yasası

657 Sayılı Devlet Memurları Yasası 23 Temmuz 1965 Tarih ve 12056 sayılı RG'de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Yasa, Devlet memurlarının hizmet koşullarını, niteliklerini, atanma ve yetiştirilmelerini; ilerleme ve yükselmelerini; ödev, hak, yüküm ve sorumluluklarını; aylıklarını, ödeneklerini ve öbür özlük işlerini düzenleme amacıyla çıkarılmıştır (md. 2).

1967'de Genel Sağlık Sigortası kurulması için bir yasa taslağı hazırlandıysa da Bakanlar Kurulu'na sevk edilmemiştir (Akdağ, 2008: 17).

1968 - 1972 dönemini kapsayan 2. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda ise; tedavi hizmetlerinin genişlemesinde özel girişimin önemi vurgulanarak, desteklenecekleri belirtilmiştir. Plan'a göre tedavi kurumlarında döner sermaye, hizmetin geliştirilmesinde yararlanılacak bir kaynak olarak geliştirilecek; bu amaçla alınan ücretler, sosyal adalet ilkesine uygun bir en az (asgari) hizmet düzeyinin üstündeki hizmetleri hedefleyecektir. 1. Plan, önemli bir sosyal güvenlik hizmeti ve sağlık harcamalarının finansmanı için kaynak olarak, ayrıca, genel bir sağlık sigortasının kurulmasına aşamalı olarak başlanmasını öngörmektedir (DPT, 1968: 223).

2.3.2.5. 1479 Sayılı Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Yasası

14 Eylül 1971'de 13956 sayılı RG'de yayınlanan "1479 Sayılı Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Yasası" ile kapsanan sigortalılar hakkında işgöremezlik, yaşlılık ve ölüm durumlarında sosyal sigorta yardımlarının sağlanmasına yönelik düzenlemeleri yapmak amaçlanmıştır (md. 24).

1971'de Genel Sağlık Sigortası Yasa Taslağı, Türkiye Büyük Millet Meclisi'ne gönderilmiş fakat kabul edilmemiştir. 1974'te Meclis'e yeniden sunulan Taslak, görüşülmemiştir (Akdağ, 2008: 17).

1973 - 1977 dönemini kapsayan 3. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda 1973 - 1982 yıllarını kapsayan 10 yıllık dönemde, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi programının bütün yurttta uygulamaya konulacak biçimde ele alınması yanında; aşamalı olarak uygulanmak üzere Genel Sağlık Sigortası için gerekli mevzuatın hazırlanması ve sigortanın yaratacağı ek istemin gerektireceği finansmanın yalnız sigorta primlerinden karşılanmasının temel alınması da öngörülmüştür (DPT, 1973: 818).

2.3.2.6. 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Gücsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Yasa

10 Temmuz 1976'da 15642 sayılı RG'de yayınlanan "2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Gücsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Yasa" ile hiçbir sağlık güvencesi olmayan 65 yaş ve üstü vatandaşların 3 ayda bir aylık alması, Devlet Hastanelerinde ücretsiz muayene olması (İlaç giderlerini kendileri karşılayacaklardır) ve hastaneye yatarak tedavide ise tüm hastane giderlerinin karşılanması sağlanmıştır.

27 Nisan 2005 tarihli Resmi Gazetede yayınlanan 5335 Sayılı Yasa ile "2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Gücsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Yasa"nın 7. maddesi değiştirilerek bu Yasa'dan yararlananların tedavi giderlerinin 3816 sayılı Yasa hükümlerine göre Yeşil Kart verilerek karşılanması kararlaştırılmıştır

2.3.2.7. 24 Ocak 1980 Kararları

24 Ocak 1980 Kararları sanayi politikalarını değiştirerek ekonomik yapının temelden değişmesini öngören bir yapısal dönüşüm programıdır. Serbest piyasa koşullarının hakim olduğu bir ekonomik yapıya geçiş için yapısal düzenlemeler amaçlanmıştır. İthal ikameci sanayileşme

politikasından vazgeçilerek ihracata dayalı sanayileşme politikası benimsenmiştir.

24 Ocak 1980 Kararlarıyla devletin, ekonomik alanda faaliyetlerini ve müdahalelerini kısıtlaması ve özel kesimin ekonominin motor gücü olması öngörülmüştür. Kararlarla, kamu yatırımlarında ağırlığı özel kesime kaydırıcı değişiklikler yapılmıştır (Köse, 2002: 119 - 128).

2.3.2.8. 2368 Sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Yasa

31 Aralık 1980 tarih ve 17207 sayılı mükerrer RG'de yayınlanarak yürürlüğe giren "2368 Sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Yasa" ile "2162 sayılı Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Yasa" yürürlükten kaldırılarak özel kanunlarına göre meslek ve sanatlarını serbest olarak icra etme hak ve yetkisine sahip olanlar istedikleri takdirde, tazminat hakkından yararlanmamak şartı ile serbest olarak çalışabileceği hükmü getirilmiştir (md. 4).

1980'lerden sonra, ilaç alanında üretim, tüketim ve tanıtıma yönelik olarak Devletin denetim ve gereksiz tüketimi kısıtlama girişimleri gündeme gelmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı RSHMB Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2007: 10-15).

Bu uygulamaların iyi bilinenlerinden biri; 506 Sayılı Sosyal Sigortalar Yasasının 33, 35, 36 ve 42. maddelerinde 6 Mart 1981'de 2422 Sayılı Yasayla yapılan değişikliklerle aktif sigortalı ile geçindirmekle yükümlü olduklarının ayakta yapılan tedavilerinde verilen ilaç bedellerinin % 20'sini sigortalının ödeyeceği kuralıdır (md. 1 ve 2).

Yine 2422 Sayılı Yasa ile 506 Sayılı Yasa'nın 35, 36, 40 ve 42. maddeleri uyarınca sağlık yardımlarından yararlanacak olanlardan (aktif sigortalının bakmakla yükümlü oldukları, sigortalılık niteliğini yitirenlerden bu tarihten önceki bir yıl içinde en az 120 gün hastalık sigortası primi ödemiş olan sigortalı ile gelir ve aylık almakta olan aile bireylerine) yapılacak her bir

poliklinik muayenesi için Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın önerisi ve Bakanlar Kurulu'nun kararı ile 20 TL'dan az olmamak üzere muayene ücreti alınacağı belirtilmiştir. Hekimin gerekli görmesi üzerine yapılacak öbür poliklinik muayenelerinden ise ücret alınmayacaktır (ek md. 3).

1949'lara uzanan 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Yasası'nın (RG 7235, 17.06.1949) geçici 139. maddesinde 30 Aralık 1982'de 2771 Sayılı Yasa ile yapılan değişiklik ile emekli aylığı alanlar ve bakmakla yükümlü oldukları aile üyeleri ile dul ve yetim aylığı alanların muayene ve tedavi giderleri Sandık tarafından karşılanmakla birlikte; ayakta veya konutta tedavi durumunda kullanılacak ilaç bedellerinin % 10'unun kişiler tarafından ödeneceği kuralı getirilmiştir. Ancak kimi ilaçlardan katkı payı alınmayacaktır (md. 7).

657 Sayılı Devlet Memurları Yasası'nın (23.07.1965 tarih ve 12056 sayılı RG) 209. maddesine eklenen bir fıkra ile (Ek Fıkra: 30.12.1982 - 2771 / 4 md.) ayakta veya konutta tedavi durumunda kullanılacak ilaç bedellerinin % 20'sinin memur tarafından ödeneceği belirtilmiş; sonrasında RG'de 14622 sayılı ile 12 Ağustos 1973'te yayınlanan Devlet Memurlarının Tedavi Yardımı ve Cenaze Giderleri Yönetmeliği'nin 19. maddesinde (Değişik: 19.01.1983 - 83 / 6022 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı) yapılan değişiklikle devlet memuru ve bakmakla yükümlü olduklarının ilaç giderlerinin % 20'sinin kişilerce karşılanacağı belirtilmiştir. Ancak kimi ilaçlar kapsam dışı bırakılmıştır. 1983'te ayrıca SSK kapsamında gelir ve aylık almakta olanlar ile bakmakla yükümlü olduklarından 2795 sayılı Yasa kapsamında ilaç bedellerinin % 10'unun katılım payı olarak alınması öngörülmüştür (Makas, 2003).

2.3.2.9. 3294 Sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Yasası

14 Haziran 1986 tarih ve 19134 sayılı RG'de yayınlanarak yürürlüğe giren "3294 Sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Yasası"nın amacı; gereksinimli (muhtaç) durumda bulunan vatandaşlar ile gerektiğinde Türkiye'ye kabul edilmiş veya gelmiş olan kişilere yardım etmek, sosyal

adaleti pekiştirici önlemler alarak ulusal gelirin adil dağılımını sağlamak, sosyal yardımlaşma ve dayanışmayı teşvik etmek olmuştur. Yasa'da öngörülen hizmetlerin gerçekleştirilmesi için Başbakanlığa bağlı ve T.C. Merkez Bankası nezdinde Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu kurulmuştur.

2.3.2.10. 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Yasası

1982 Anayasası'na uygun olarak sağlık alanında yapılan temel değişiklik, 15 Mayıs 1987'de 19461 sayı ile RG'de yayınlanan "3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Yasası" ile sağlanmıştır. Bu yasanın 3/b. maddesinde, koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmek üzere kamu ve özel bütün sağlık kurum ve kuruluşlarının kurulması ve işletilmesinde gereksiz kaynak kullanımına yol açılmaksızın gerektiğinde hizmet satın alınarak nitelikli hizmet sunumu ve verimliliğinin temel alınacağı belirtilmiştir. Yasa koyucu, "gereksiz kaynak kullanımına yol açmama" ve "verimliği temel alma" gibi gerekçelere dayanarak, gerektiğinde sağlık hizmeti satın alınarak "nitelikli hizmet sunumu" yolunun önünü açmıştır. Bu değişikliklerle de yetinilmeyerek, Yasanın 4. maddesinin 2. fıkrası, 1982 Anayasası'nın 56. maddesi son fıkrasında düzenlenen Genel Sağlık Sigortası'na gönderme ile GSS'nin tek elden yürütülmesini sağlamak amacıyla bütün sosyal güvenlik kurumlarının Sağlık Sigortası bölümleri ile topladıkları sağlık primlerini, var olan sosyal güvenlik kurumlarının biri veya bu amaçla kurulmuş yeni bir kurum bünyesinde toplamaya ve çalışma biçimini belirlemeye Bakanlar Kurulu'nun yetkili olduğunu belirtmiştir. Günümüz Sosyal Güvenlik Kurumu'na benzer bir yapıyı öngören bu fıkra, Anayasa Mahkemesi'nin 19.4.1988 tarih, 1987/16 esas ve 1988/8 sayılı kararı ile iptal edilmiştir.

3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Yasası, "Sağlık İşletmesi" başlıklı 5. maddesi ile Milli Savunma Bakanlığı dışında kamu kurum ve kuruluşlarına ait tüm sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığı'nın uygun görmesi durumunda Bakanlar Kurulu Kararı ile kamu tüzel kişiliğine sahip sağlık işletmelerine dönüştürülmesine de imkan tanımıştır.

Anayasa Mahkemesi'nce yukarıda belirtilen fıkra dahil birçok maddesi iptal edildiğinden, 3359 Sayılı Yasa sistematik bir bütünlük içinde yürürlüğe sokulamamıştır.

2.3.2.11. Döner Sermayeden Personele Ek Ödeme ve Dışarıdan Personel Çalıştırma

209 Sayılı Yasada 27.06.1989'da 375 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile yapılan değişikliklerle (md. 27); her türlü hak edişi (istihkakı) ve giderleri döner sermayeden ödenmek koşuluyla yataklı tedavi kurumlarında dışardan personel çalıştırılmasına olanak sağlanmış, ayrıca döner sermaye gelirlerinin % 50'sinin kendi personeline ek ödeme olarak dağıtılabileceği kabul edilmiştir (Sayıştay, 2003: 50-51).

Altıncı 5 Yıllık Kalkınma Planı'nda (1990-1994) sağlık hizmetlerinin finansman kaynaklarının çeşitlendirilmesinin temel alınması ve hizmet isteminin karşılanmasında özel kesimden de yararlanmak üzere gerekli teşviklerin sağlanmasının sürdürülmesi öngörülmüştür (DPT, 1990 - 1994: 291).

2.3.2.12. 3816 Sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Yasa

RG'de (21273 sayılı) 3 Temmuz 1992'de yayınlanan "3816 Sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Yasa" ile hiçbir sosyal güvenlik kurumunun güvencesi altında olmayan ve sağlık hizmetleri giderlerini karşılayacak durumda bulunmayan Türk vatandaşlarının bu giderlerinin, Genel Sağlık Sigortası uygulamasına geçilinceye dek Devlet tarafından karşılanması ve bu bağlamda uyulacak ilke (usul) ve yöntemlerin (esasların) belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu yasa, aylık geliri veya aile içindeki gelir payı 4857 sayılı İş Yasası'na göre belirlenen asgari ücretin vergi ve sosyal sigorta primi dışındaki miktarının 1/3'ünden az olan ve Türkiye'de oturan Türk vatandaşlarını kapsamaktadır.

21 Temmuz 2004 tarih ve 25529 sayılı RG'de yayınlanan "5222 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Yasada Değişiklik Yapılmasına Dair Yasa (Ayakta Tedavi Hizmetlerinin de Karşılanması)" ile "3816 Sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Yasa'nın 2. maddesi değiştirilerek Yasanın bu vatandaşların; Türkiye'deki sağlık kurum ve kuruluşlarında ayakta tedavi kapsamında görecekları muayene, tetkik, tahlil, pansuman, diş çekimi ile diş protez ve gözlük hizmetleri ve ilaç bedelleri de kapsama alınmıştır (md. 2). Uygulamanın 1 Ocak 2005'e dek Sağlık Bakanlığı'nca belirlenen en çok 3 ilde pilot olarak uygulanacak biçimde yapılması kararlaştırılmıştır (geçici md. 1).

21 Eylül 2004 tarihli ve 25590 sayılı RG'de yayınlanan "5234 sayılı Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Yasa'nın 10. maddesi ile 178 sayılı Maliye ve Gümrük Bakanlığı'nın Kuruluş ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'nin 10. maddesine eklenen (r) bendi ile Devlet memurları ve öbür kamu görevlileri ile bunların emekli, dul ve yetimlerinin (bakmakla yükümlü oldukları aile üyeleri dâhil) ayakta tedavileriyle ilgili ilaç kullanımında, gerektiğinde ilaçların eşdeğerlikleri dikkate alınarak saptanacak her türlü referans fiyatlar üzerinden bedellerinin ödenmesini sağlamak ve bu hususlara ilişkin ilke ve yöntemleri SB'nin görüşünü almak yoluyla saptanması kararlaştırılmıştır.

Resmi Gazete'de (25798 sayılı) 27 Nisan 2005'te yayınlanan 5335 Sayılı Bazı Yasa ve Yasa Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Yasa (md. 29/g) ile 3816 Sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devletçe Karşılanması Hakkında Yasa'nın 3. maddesindeki "hiçbir ücret ve bedel ödemeksizin" bölümü yürürlükten kaldırılmıştır. 5335 sayılı yasa ile ayrıca 13.12.1983 tarihli ve 178 sayılı Maliye Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'nin 10 uncu maddesinin (p) ve (r) bentlerine, "(bakmakla yükümlü oldukları aile üyeleri dahil)" ibarelerinden sonra gelmek üzere "ve 18.6.1992

tarhli ve 3816 sayılı Yasa kapsamındaki Yeşil Kart sahiplerinin" ibaresi, (r) bendinde ise "ödenmesini" ibaresinden sonra gelmek üzere "bedeli ödenecek ve ödenmeyecek ilaçlar ile ilaçların reçetelenmesine ilişkin kuralları saptamak ve Yeşil Kart sahiplerinden, ayakta veya konutta tedavi durumunda kullanılacak ilaç bedellerinin % 20'sine dek katılım payı alınmasını" bölümü eklenmiştir. Aynı Yasa ile ayrıca "2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Yasa'nın 7. maddesi değiştirilerek bu Yasa'dan yararlananların tedavi giderlerinin 3816 sayılı Yasa hükümlerine göre Yeşil Kart verilerek karşılanması kararlaştırılmıştır (md. 8).

2.3.2.13. Dünya Ticaret Örgütü ve Uluslararası Antlaşmalar

GATT (General Agreement on Tariffs and Trade - Gümrük Tarifeleri ve Ticaret Genel Antlaşması), 1947 yılında imzalanan çok taraflı bir anlaşma olup, 1 Ocak 1948'de de yürürlüğe girmiştir. Türkiye anlaşmayı 1953'te imzalamıştır. 1 Ocak 1995'te GATT'ın yerine geçen Dünya Ticaret Örgütü (DTÖ), GATT'tan daha kapsamlıdır (Turhan, 1997: 2-4).

DTÖ anlaşmaları mal, hizmetler ve fikri mülkiyet olmak üzere 3 ana kümeden oluşur. Mallarda GATT, Hizmetlerde GATS (General Agreement on Trade in Services - Hizmet Ticareti Genel Antlaşması) ve Fikri Mülkiyet TRIPS (Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights - Fikri Mülkiyet Haklarıyla Bağlantılı Ticarete İlişkin Antlaşma) anlaşmaları temel ilkeleri oluşturmaktadır (Akaydın, 2004: 68 -78). Türkiye'nin DTÖ üyeliği ile eki olan TRIPS, GATS ve GATT - 1994'ün yürürlüğe giriş tarihi 26 Mart 1995'tir.

DTÖ; üye ülkelerin uluslararası ticarette; ticareti daraltan "her türlü engeli" ve "farklı muameleleri" kaldırmaları öngörmektedir. Bunun için 1. Kural, bir ülkeye sağlanan kolaylık ya da verilen ödün, ayırım yapılmadan bütün öbür üye ülkelere de aynen geçerli kılınmalıdır. 2. kural ise, yurt içinde uygulanan vergi ve işlemlerde yerli mal (hizmet) ve yabancı mal (hizmet) ayırımı yapılmaması ve hepsine eşit muamele edilmesidir (Turhan, 1997: 2-4). 3. Kural; tarifeler azaltılacak ve kimi durumlar dışında, tarife dışı engeller

tümüyle yasaklanacaktır. Buna göre, ticarete saydamlığın sağlanmasının en etkin yolu, korumaların tarifeler yoluyla yapılmasından geçmektedir. 4. ve son kural, gümrük vergilerinin indirilerek konsolide edilmesidir (Akaydın, 2004: 68-78).

Fikri Mülkiyet Haklarıyla Bağlantılı Ticarete İlişkin Anlaşması ile telif hakları, ticari markalar ve patent uygulamaları güçlendirilerek ve ortak bir koruma şemsiyesi altına alınarak; sahte (markasız ve patentsiz) ürünlerin dünya ticaretinden pay almasının önüne geçilmek istenmektedir (Saraçoğlu, 2004:17). İlaçta "patent" konusu bu noktada kritik bir konumdur. Patentlerle ilgili olarak hemen hemen tüm teknolojik buluşlar için yirmi yıllık bir patent koruma süresi tanınmıştır. DTÖ'ne üye, GATT'ı imzalamış TRIPS Anlaşması'nın yükümlülüğü altındaki ülkeler, bu anlaşmaların gerektirdiği kurallarla ülkelerin ve ilaç sanayisinin gelişmişlik düzeyine göre belirlenen tarihlerde ilaçta patent uygulamasına geçecekler (10 yıla dek geçiş süresi tanınmıştır); ilgili ulusal mevzuatı bu anlaşmalar doğrultusunda değiştireceklerdir.

Türkiye, DTÖ'ye üyeliği ile birlikte, GATS yükümlülüğünü resmen kabul etmiştir. GATS Anlaşmasıyla Türkiye şu yüklenimlerde bulunmuştur (Saraçoğlu, 2004:17):

- Kamu hizmetleri serbest piyasa ticaretine açılacak; bunun için;
- Kamusal alanlar tasfiye edilecek
- KİT'ler özelleştirilecek
- Devlet her türlü hizmet alanından elini çekecek
- Bu alanlar, Ulus ötesi şirketlerin ticaretine terk edilecektir.

Fikri Mülkiyet Haklarıyla Bağlantılı Ticarete İlişkin Anlaşma bağlamında "Patent Haklarının Korunması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname" 27 Haziran 1995 tarih ve 22326 sayılı RG'de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir.

Türkiye 1 Ocak 1995'ten başlayarak 10 yıllık bir geçiş süresine sahipken Kararname'nin geçici 4. maddesinde yapılan bir değişiklikle tıbbi ve veteriner ilaç üretim yöntemlerine ve ürünlerine bu Kanun Hükmünde Kararname kapsamındaki patent belgesi ile sağlanan koruma 1 Ocak 1999 tarihinde başlatılmıştır.

Hizmet Ticareti Genel Anlaşması Antlaşması, sağlık dahil tüm hizmet alanlarının serbest piyasaya açılması için var olan düzenlemeleri genişleten ve hukuksal işlerlik kazandıran ilk çok yanlı yatırım ve ticaret anlaşmasıdır (Saraçoğlu, 2004: 17).

MAI (Multilateral Agreement on Investment-Çok Taraflı Yatırım Anlaşması) Antlaşması, 1995'ten başlayarak, Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (Organization of Economic Co-operation and Development, OECD) içinde geliştirilmiş ve Ekim 1998'de imzaya sunulmuştur. Türkiye Anlaşmayı aynı yıl imzalamıştır. Bu Anlaşma, uluslar üstü sermayenin, girdiği ülkede, üretimden pazarlamaya değin mülkiyet edinme de içinde olmak üzere hiçbir sınırlama ve denetimle karşılaşmadan yer alabilmesi için hükümetlerin ortak paydada uzlaştığı yasal bir düzenlemedir. MAI Anlaşmasını imzalayan devletler, 5 yıl süre ile bu Anlaşmadan çıkamayacak ve çıktuktan sonra da 15 yıl süre ile tüm anlaşma kurallarını uygulamak zorunda bırakılacaklardır (Saraçoğlu, 2004: 17).

2.3.2.14. Kalkınma Planları

7. Plan'da hedefler olarak sağlık hizmetleri açısından sosyal güvencesi olmayan kesimin sigortalanacağı, uzun erimde (vadede) sigorta kuruluşları arasında norm ve standart birliğinin sağlanarak genel sağlık sigortası sistemine geçileceği, ödeme gücü olmayanların sigorta primlerinin bir ölçüde (kısmen) veya tümüyle kamu kaynaklarından karşılanacağı ve bu çerçevede gerekli yasal düzenlemelerin yapılacağı belirtilmektedir.

7. Beş yıllık Kalkınma Planında sağlık hizmetlerinde merkezi yönetimlerin görev, yetki ve sorumluluklarının azaltılarak hizmet sunumunda

yerel yönetimlerin rolünün artırılacağı öngörülmektedir. Önceleri "Sağlık Reformu", 2003'ten sonra da "Sağlıkta Dönüşüm" adım adım ama istikrarla örülmektedir.

Plan'a göre ayrıca "Sağlık alanına daha çok kaynak ayrılacak, etkili bir eşgüdüm ve işbirliği sağlanmak yoluyla verili kaynaklar daha verimli kullanılacaktır. Kamusal kaynaklar öncelikle maliyet etkililiği yüksek olan koruyucu sağlık hizmetlerine yönettilecektir." denilmektedir (DPT, 1996: 40-48).

8. Plan'da amaçlar olarak; koruyucu sağlık hizmeti sunumunun, sağlık ocaklarınca verilen birinci basamak sağlık hizmet birimleriyle birleştirilerek etkinleştirileceği, kentsel kesim birinci basamak sağlık hizmet kapasitesinin geliştirileceği, semt polikliniği uygulamasının yeniden yapılandırılacağı, piyasa koşullarında hizmet üreten özel sağlık kuruluşlarının imkanlarından yararlanılacağı ve aile hekimliği uygulamasına geçileceği belirtilmiştir.

Hastanelerin yönetsel ve akçalı yönden özerkliğe kavuşturularak, çağdaş yönetim ve işletmecilik anlayışıyla yönetilmesi, kendi gelirleriyle giderlerini karşılayan işletmelere dönüştürülmesi; ayrıca özel sektörün sağlık yatırımlarının ve gönüllü sağlık kuruluşlarının hizmetlerinin teşvik edilmesi hedeflenmiştir (DPT, 2001: 85-88).

2.3.2.15. Sağlık Hizmetlerinden Katılım Payı Alınmasına Yönelik Mevzuat

25 Ağustos 1999'da 4447 Sayılı Yasa ile 506 Sayılı Sosyal Sigortalar Yasasında yapılan değişiklikle gelir ve aylık almakta olanlar ile aile üyelerinin ayakta yapılan tedavilerinde verilen ilaçlar ile protez, araç ve gereç bedellerinin % 10'unun kendilerince ödeneceği belirtilmiş; ancak protez, araç ve gereç bedelleri için alınacak katkı payının, ödeme tarihindeki 25/8/1971 tarihli ve 1475 sayılı İş Yasası'nın 33. maddesine göre sanayi kesiminde çalışan 16 yaşından büyük işçiler için uygulanan aylık asgari ücret tutarını geçemeyeceği öngörülmüştür (md. 36). Aynı yasayla yapılan eklemeye

protez, araç ve gereç bedellerinin % 20'sinin aktif sigortalı tarafından ödeneceği (eş ve çocukları da kapsayan); alınacak katkı tutarının, ödeme tarihindeki 25/8/1971 tarihli ve 1475 Sayılı İş Yasası'nın 33. maddesine göre sanayi kesiminde çalışan 16 yaşından büyük işçiler için uygulanan aylık asgari ücretin 1,5 katından çok olamayacağı belirtilmiştir (md. 32 ve ek md. 32).

4447 Sayılı Yasa, RG'de 13956 sayı ile 14 Eylül 1971'de yayınlanarak yürürlüğe giren 1479 Sayılı Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Yasasında (kısaca Bağ-Kur yasası) ek madde 13'te yapılan değişiklikle ayakta yapılan tedavilerde poliklinik muayene ücretinin ve verilen ilaç bedellerinin %20'sinin sigortalı ve hak sahipleri, %10'unun aylık alanlar ve hak sahiplerince karşılanacağı kuralını getirmiştir. Ayrıca aynı maddede iş kazası ve meslek hastalığı sonucu verilecek olanlar dışında protez, araç ve gereç bedellerinin %20'sinin sigortalı ve hak sahiplerince, %10'unun ise aylık alanlar ve hak sahiplerince ödeneceği; katkı payı tutarının sigortalılarda 1. gelir basamağının 1,5 katını, aylık alanlarda ise birinci gelir basamağının %65'ini geçemeyeceği belirtilmiştir.

5434 Sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Yasasına geçici 139. maddesine yapılan ekleme ile 1 Ocak 2000'de başlamak üzere emekli aylığı alanlar ve bakmakla yükümlü oldukları aile üyeleri ile dul ve yetim aylığı alanların; kullanılması sağlık raporu ile gerekli görülen protez, ortez ve tıbbi araç ve gereç bedellerinin %10'unu hak sahipleri olarak ödeyeceklerdir. Ancak ödeme tutarı, bu yasanın ek 19. maddesindeki aylıklardan çok olamayacaktır.

Resmi Gazete'de (23421 sayılı) 2 Ağustos 1998'de yayınlanan 4375 Sayılı Türk Silahlı Kuvvetleri İç Hizmet Yasası, Devlet Memurları Yasası ve Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Yasası'nda Değişiklik Yapılmasına Dair Yasa'nın 4. maddesinde 19 Nisan 2000 tarihli 4565 Sayılı Yasa ile yapılan değişiklikle tedavi amacıyla yurt dışına gönderilenlerden yurt dışı tedavi

giderlerinin % 4'ü oranında katılım payı alınacağı; alınacak katılım payının, hak sahiplerinin her türlü ödemelerini içeren net aylık veya ücretlerinin 3 katını geçemeyeceği belirtilmiştir.

2.3.2.16. Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Sunan Kurum ve Kuruluşlarda Döner Sermaye Hakkında Yasada Değişiklik Yapan Yasa

23 Ocak 2001 tarih ve 24296 sayılı RG'de yayınlanmış "4618 Sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Yasanın Bazı Maddeleri ile 190 Sayılı Yasa Hükmünde Kararnamenin Eki Cetvellerinde Değişiklik Yapılması Hakkında Yasa"nın 1. maddesinde; personelin katkısıyla elde edilen döner sermaye gelirlerinden, o birimde görevli yardımcı hizmetler ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfına dâhil çalışanlara, bir yılda alacakları aylık, yan ödeme ve her türlü tazminat tutarının %80'ini, öbür çalışanlara ise %100'ünü aşmamak üzere ek ödeme yapılabileceği belirtilmiştir.

Yayınlanan yasanın geçici 2. maddesinde ise "Sağlık Bakanlığı'na bağlı il düzeyindeki var olan döner sermayeli işletmelerden, 1999 yılı gayri safi gelirleri bir trilyon liranın altında olanlar, Sağlık Bakanlığı'nın görüşü alınarak birleştirilir. Birinci Basamak sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşlardaki ana çocuk sağlığı dispanseri, sağlık ocağı ve halk sağlığı laboratuvarları gibi koruyucu sağlık hizmetleri dışında kalan tedavi hizmetlerini de kapsamak üzere, her ilde bir adet döner sermayeli işletme kurulur" şeklinde düzenleme bulunmaktadır. Bu düzenleme ile kamu, sağlık hizmeti üretiminden çekildiği gibi, finansmanından da aşamalı olarak çekilmektedir.

2.3.2.17. Sağlık Hizmetleri ve Yardımcı Sağlık Hizmetlerinin Döner Sermaye Gelirleriyle Satın Alınması

657 Sayılı Yasa'nın 36. maddesinin "Sağlık Hizmetleri ve Yardımcı Sağlık Hizmetleri Sınıfı" başlıklı alt maddesinde "Bu sınıf, sağlık hizmetlerinde (Hayvan sağlığı dahil) mesleksen eğitim görerek yetişmiş olan hekim, diş hekimi, eczacı, veteriner hekim gibi memurlar ile bu hizmet alanında çalışan yüksek öğrenim görmüş fizikoterapist, tıp teknolojü, ebe,

hemşire, sağlık memuru, sosyal hizmetler uzmanı, biyolog, psikolog, diyetisyen, sağlık mühendisi, sağlık fizikçisi, sağlık yöneticisi ile ebe ve hemşire, hemşire yardımcısı, (Fizik tedavi, laboratuvar, eczacı, diş, anestezi, röntgen teknisyenleri ve yardımcıları, çevre sağlığı ve toplum sağlığı teknisyeni dahil) sağlık savaş memuru, hayvan sağlık memuru vb. sağlık çalışanlarını kapsar." biçiminde tanımlanırken, 10 Temmuz 2003'te ek bir paragraf (10.07.2003 -4924 / 11 md.) sağlık hizmeti finansmanını yakından ilgilendiren bir düzenlemeyi yüklenmiştir: "Bu sınıfa dahil çalışanlar tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetler, gerektiğinde bedeli döner sermaye gelirlerinden ödenerek, SB'ce saptanacak ilke ve yöntemlere göre hizmet satın alınması yoluyla gördürülebilir."

2.3.2.18. 5018 Sayılı Kamu Malî Yönetimi ve Kontrol Yasası

24 Aralık 2003 tarih ve 25326 sayılı RG'de "5018 Sayılı Kamu Malî Yönetimi ve Kontrol Yasası" yayınlanmıştır. Yasa'nın amacı; kalkınma planları ve programlarda yer alan politika ve hedefler doğrultusunda, kamu kaynaklarının etkili, ekonomik ve verimli bir biçimde elde edilmesi ve kullanılmasını, hesap verebilirliği ve malî saydamlığı sağlamak üzere, kamu malî yönetiminin yapısını ve işleyişini, kamu bütçelerinin hazırlanmasını, uygulanmasını, tüm malî işlemlerin muhasebeleştirilmesini, raporlanmasını ve malî denetimi düzenlemektir.

2.3.2.19. Performansa Dayalı Döner Sermaye Uygulaması (2004 Mali Yılı Bütçe Yasası)

25330 sayılı yinelenen (mükerrer) RG'de 28 Aralık 2003'te yayınlanan "2004 Mali Yılı Bütçe Yasası" ile performansa dayalı döner sermaye (hizmet başı ödeme, fee for service) uygulaması 01.01.2004 tarihinden başlayarak bütün Türkiye'de yürürlüğe konulmuştur. Bu Yasa ile personele, performansa dayalı ek ödeme yapılmasına başlanılmıştır.

11 Mart 2006 tarih ve 26105 sayılı RG'de yayınlanan 5471 Sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Yasa ile 2006 Yılı Merkezi

Yönetim Bütçe Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Yasa'nın 1. maddesi ile 209 sayılı yasanın 5. maddesine aşağıdaki fıkra eklenmiştir:

"Personelin katkısıyla elde edilen döner sermaye gelirlerinden, döner sermayeli sağlık kurum ve kuruluşlarında görevli olan memurlar ile bu kurum ve kuruluşlarda 10.07.2003 tarihli ve 4924 Sayılı Yasa uyarınca sözleşmeli olarak çalıştırılan sağlık personeline ve 13.12.1983 tarihli ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin ek 3. maddesine göre işe alınan sözleşmeli personele mesai içi veya mesai dışı ayrımı yapılmaksızın ek ödeme yapılabilir. Sağlık kurum ve kuruluşlarında Bakanlıkça belirlenen hizmet sunum koşulları ve ölçütleri de dikkate alınarak, bu ödemenin oranı ile ilke ve yöntemleri; personelin unvanı, görevi, çalışma koşulları ve süresi, hizmete katkısı, başarımı (performansı), serbest çalışıp çalışmaması ile muayene, ameliyat, anestezi, girişimsel işlemler ve özellik taşıyan riskli bölümlerde çalışma gibi öğeler esas alınarak Maliye Bakanlığı'nın uygun görüşü üzerine Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmelikle belirlenir."

Yukarıdaki fıkroda yer alan kurala göre personelin katkısıyla elde edilen döner sermaye gelirlerinden personele bir ayda yapılacak ek ödemenin tutarı, ilgili personelin bir ayda alacağı aylık (ek gösterge dahil), yan ödeme ve her türlü tazminat (makam, temsil ve görev tazminatı dışında) toplamının; pratisyen hekim ve diş hekimlerinden serbest çalışanlara %250'sini, serbest çalışmayanlara %500'ünü, uzman tabip, Tıpta Uzmanlık Tüzüğü'nde belirtilen dallarda bu Tüzük kurallarına göre uzman olanlar ve uzman diş hekimlerinden serbest çalışanlara %350'sini, serbest çalışmayanlara %700'ünü, serbest çalışmayan klinik şef ve şef yardımcılara %800'ünü, öbür personele ise % 150'sini geçemez. İşin ve hizmetin özelliği dikkate alınarak yoğun bakım, doğumhane, yeni doğan, süt çocuğu, yanık, diyaliz, ameliyathane, kemik iliği nakil birimi ve acil servis gibi özellikli hizmetlerde çalışan personel için %150 oranı, %200 olarak uygulanır. Sözleşmeli olarak çalıştırılan sağlık personeline yapılacak ek ödemenin tutarı ise, aynı birimde aynı unvanlı kadroda çalışan ve hizmet yılı aynı olan benzer

sağlık çalışanı ölçü alınarak belirlenir ve bunlara yapılacak ek ödeme, hiçbir biçimde benzerine yapılabilecek ek ödeme üst sınırını geçemez.

Çalışanların katkısı ile elde edilen döner sermaye gelirlerinden, o birimde görevli personele yapılacak ek ödeme toplamı, 2. ve 3. Basamak sağlık kurumlarında, ilgili birimin içinde bulunulan yıldaki döner sermaye gelirinin %50'sini, 1. Basamak sağlık kuruluşlarında ise, ilgili birimin içinde carî yıldaki döner sermaye gelirinin %65'ini aşamaz.

Sağlık Bakanlığı'na bağlı döner sermaye işletmeleri, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, nitelikli ve verimli hizmet sunumunun teşvik edilmesi, sağlık kurum ve kuruluşlarının kendi olanaklarıyla karşılayamadıkları gereksinimlerin giderilmesi, eğitim, araştırma-geliştirme girişimlerinin desteklenmesi, 1. Basamak sağlık kuruluşlarının desteklenmesi ve Bakanlık merkez örgütünde görev yapan memurlar ile sözleşmeli personele ek ödemede bulunulması amacıyla Bakanlıkça yapılacak giderlere katılmak için aylık net olmayan (gayrisafi) gelirden aylık kesilen tutarın %2'sini geçmemek üzere Sağlık Bakanlığınca belirlenecek oranı Bakanlık Döner Sermaye Merkez Saymanlığı hesabına aktarırlar. Bu hesapta toplanacak tutarların dağılım ve harcanmasına ilişkin ölçütler ile personele yapılacak ek ödemenin oran, ilke ve yöntemleri Maliye Bakanlığı'nın uygun görüşü üzerine Sağlık Bakanlığınca belirlenir. Personele yapılacak ek ödemenin tutarı, en yüksek Devlet memuru aylığının (ek gösterge dahil) %200'ünü geçemez. Ek ödeme tutarı; görev yapılan birim ve iş hacmi, görevin önem ve güçlüğü, çalışma süresi, personelin sınıfı, kadro unvanı, derecesi ve atanma biçimi gibi ölçütler ile personele aylık ve özlük hakları dışında ilgili mevzuatına göre yapılan öbür ek ödemeler dikkate alınarak belirlenir. Merkez örgütünde görev yapan personele bu fıkra kapsamında yapılacak toplam ek ödeme, döner sermaye işletmelerinden içinde bulunulan (cari, aktüel) yılda aktarılan tutarın %50'sini geçemez ve bu ödemeler gelir vergisine tabi tutulmaz.

4 Kasım 1981 tarihli ve 2547 Sayılı Yükseköğretim Kanunu'nun 38. maddesine göre Sağlık Bakanlığı merkez örgütü ve bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında görevlendirilenler, aynı maddede belirtilen ek ödemelerden yararlanmamak koşuluyla, Bakanlık merkez veya bağlı sağlık kurum ve kuruluşunda görev yaptıkları unvan için belirlenen ek ödemeden yararlandırılır.

Birinci Basamak ve koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve bölgelerarası gelişmişlik farklarının giderilmesi amacıyla, döner sermayeli işletmelerden uygun görülenlerin merkeze aktaracağı payı % 4'e dek yükseltmeye Sağlık Bakanı yetkilidir. 24.11.2004 tarihli ve 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun kapsamında, aile hekimliği uygulamasına geçilen illerde, il sağlık müdürlüğü ve 1. Basamak sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşlarda çalışan personele (aile hekimi ve aile sağlığı elemanı olarak çalışanlar dışında) merkeze aktarılan % 2 oranına dek olan paya ek olarak alınacak paydan karşılanmak ve unvanlarına göre dördüncü fıkrada belirtilen oranları geçmemek üzere Maliye Bakanlığı'nın uygun görüşü üzerine Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmelikle belirlenecek ilke ve yöntemlere göre ek ödeme yapılabilir. Merkeze aktarılan % 2 oranına dek olan paya ek olarak alınacak tutarlar, bu fıkrada belirtilen amaçlar dışında kullanılamaz. Döner sermayeli işletmelerin parasal imkanı elverişli olanlarından, parasal durumu yetersiz olanlara karşılıksız veya borç olarak kaynak aktarmaya Sağlık Bakanı yetkilidir."

2.3.2.20. Beşeri Tıbbi Ürünlerde Katma Değer Vergisi (KDV) Oranının %18'den %8'e Düşürülmesi

29 Şubat 2004 gün ve 25388 Sayılı RG'de yayımlanan 26 Şubat 2004 tarih ve 2004 / 6887 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile ilaçların %18 olan KDV oranı 1 Mart 2004'ten başlamak üzere %8'e düşürülmüştür.

2.3.2.21. 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yasa

Ülkemizde "Sağlıkta Dönüşüm" bileşenlerinden biri olan Aile Hekimliği 1983 yılında, Tababet Uzmanlık Tüzüğü'nde yer alarak bir tıp uzmanlık dalı olarak kabul edilmiştir. Aralık 2004'te ise "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yasa" yürürlüğe girmiştir. Uygulamaya ilk olarak Eylül 2005'te Düzce ilinin tümünde başlanmıştır.

9 Aralık 2004 tarih ve 25665 sayılı RG'de "5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yasa" yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Birinci maddesinde yasanın amacı; Sağlık Bakanlığı'nın pilot olarak belirleyeceği illerde, 1. Basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, kişi gereksinimleri doğrultusunda koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi, kişisel sağlık kayıtlarının tutulması ve bu hizmetlere eşit erişimin sağlanması amacıyla aile hekimliği hizmetlerinin yürütülebilmesini sağlamak üzere görevlendirilecek veya çalıştırılacak sağlık çalışanının konumu ve parasal hakları ile hizmetin ilkelerini düzenlemek olarak belirlenmiştir.

Yasanın 2. maddesinde aile hekimi; kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile 1. Basamak tanı, tedavi ve esenlendirici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve sürekli olarak belli bir yerde vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün ilkesine göre çalışan aile hekimliği uzmanı (Tıpta Uzmanlık Tüzüğü'ne göre ihtisas yapmış / uzmanlık eğitimi almış) veya Sağlık Bakanlığı'nın öngördüğü eğitimleri alan uzman veya pratisyen hekim olarak; aile sağlığı elemanı ise; aile hekimi ile birlikte hizmet veren hemşire, ebe, sağlık memuru gibi sağlık elemanı olarak tanımlanmıştır.

Çalıştırılacak sağlık personelinin sözleşmeli olacağı; aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının Sağlık Bakanlığınca belirlenen standartlara göre, koruyucu hekimlik / sağlık hizmetlerinin eksik uygulaması veya hasta sevk oranlarının yüksek olması durumunda kendilerine yapılan ödeme tutarından brüt ücretin % 20'sine dek indirim yapılacağı ise 3. maddede belirtilmiştir.

2.3.2.22. 5283 Sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Yasa

Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)'nın sağlık kurumları, 19 Ocak 2005 tarihli 25705 sayılı mükerrer RG'de yayınlanan "5283 Sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na Devredilmesine Dair Yasa" ile Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. SSK'ya ait 145 hastane, 212 dispanser, 11 ağız diş sağlığı merkezi ile 2 özel dal merkezi olmak üzere toplam 370 sağlık kuruluşu Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Bu arada yaklaşık 56 binin üzerinde SSK personeli de Sağlık Bakanlığı'na kaydırılmıştır.

2.3.2.23. 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Yasası

26173 sayılı Resmi Gazete'de 20 Mayıs 2006'da yayımlanarak yürürlüğe giren 5502 Sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Yasasıyla 3 kamusal sosyal güvenlik kurumu olan Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur tek çatı altında toplanmıştır.

2.3.2.24. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası

5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası 16 Haziran 2006'da 26200 sayılı RG'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Sonrasında ise Anayasa Mahkemesi bu yasanın kimi maddelerini 15 Aralık 2006'da iptal ederek yürütmeyi durdurmuştur (Esas Sayısı: 2006 / 111).

2007 - 2013 yıllarını kapsayan Dokuzuncu Kalkınma Planı'nda; Sağlık Reformu sonrasında emeklilik sisteminin açığında düşme olmakla birlikte tüm nüfusu kapsam içine alan, sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştıran ve sağlık sigortacılığında ortak standartlar sağlayan genel sağlık sigortası (GSS) sisteminin getireceği ek yükten dolayı sosyal güvenlik açığının istenilen düzeyde düşmemekte olduğu belirtilmekte; GSS sisteminin, getireceği mali yüklerin azaltılması için, Sağlıkta Dönüşüm Programıyla birlikte uygulanacağı; GSS sisteminin getireceği mali yükün öngörülenin üzerine

çıkması durumunda, sistemin gözden geçirilerek akçalı yükü azaltmaya yönelik önlemler alınacağına değinilmektedir.

8 Mayıs 2008'de 26870 sayılı RG'de yayınlanan "5754 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası ve Bazı Yasa ve Yasa Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Yasa" ile Anayasa Mahkemesi'nin iptal ettiğı 5510 Sayılı Yasa maddelerindeki değışiklikleri içeren yasa aşamalı olarak (kimi maddeleri en son Ekim 2008 başında) yürürlüğe girmiştir.

2.3.2.25. Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Yasa

Sağlık Bakanlığı'nca hazırlanan "Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Yasa Tasarısı" Mart 2007'de TBMM Başkanlığı'na gönderilmiştir. Tasarının gerekçesinde hastane hizmetleri sunumunda karar verme, gelir elde etme ve harcama yapma yetki ve sorumluluklarının yönetsel ve akçalı (mali) açıdan özerk kamu hastanelerine aktarılmasının zamanın geldiğı belirtilmiştir. Tasarıya göre, hastane birliklerinin organları; Yönetim Kurulu, Genel Sekreterlik ve Hastane Yöneticilikleri'nden oluşacaktır. Birliğin karar organı Yönetim Kurulu'nun oluşumu şöyledir:

Yönetim Kurulu, ikisi İl Genel Meclisi tarafından (biri hukukçu, biri de mali müşavir olacaktır), biri Vali tarafından (iktisat, işletme ya da maliye eğitimi almış olmalıdır), ikisi bakanlık tarafından (biri tıp doktoru, öbürü de sağlık sektöründe deneyim sahibi, üniversite mezunu olmalıdır), biri de Sanayi ve Ticaret Odası'nca (üniversite mezunu olmalıdır) belirlenen üyelerle İl Sağlık Müdürü'nden (ya da yardımcılarında biri) oluşacaktır.

2.3.2.26. Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Sağlıkla İlgili Bazı Yasalarda Değişiklik Yapılmasına Dair Yasa

"Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Sağlıkla İlgili Bazı Yasalarda Değişiklik Yapılmasına Dair Yasa Tasarısı Taslağı" Sağlık Bakanlığı'nca hazırlanmış ve Nisan 2008'de Başbakanlık'a sunulmuştur. Tasarı da hekimlerin; kamu kurum ve kuruluşları, SGK ile sözleşmeli çalışan

özel sağlık kurum ve kuruluşları ile SGK ile sözleşmesi bulunmayan özel sağlık kurum ve kuruluşları ile serbest olarak mesleğini sürdürme arasında yalnızca birini seçerek mesleğini sürdürebileceği belirtilmektedir. Ayrıca taslakta denkliği onaylanan yabancı tıp fakültelerinden diploma alıp bunu Sağlık Bakanlığı'na onaylatanların denklik sınavına alınmaksızın mesleklerini yürütebilecekleri hükmü de yer almaktadır. Bu tasarı da 2010 yılında kanunlaşmıştır.

2.3.3. Yönetmelikler

2.3.3.1. Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik

9 Mayıs 2000 tarih ve 23988 sayılı RG'de "Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik" yayınlanarak ayakta tanı ve tedavi yapılan özel sağlık kuruluşlarının açılmasına, çalışmasına ve denetlenmesine ilişkin ilke ve yöntemler düzenlenmiştir.

2.3.3.2. Özel Hastaneler Yönetmeliği

Özel Hastaneler Yönetmeliği'nin 11. maddesinde 28 Mayıs 2004 tarih ile 25475 sayılı RG'de yayınlanan "Özel Hastaneler Yönetmeliği'nde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik" ile yapılan değişiklikle: "Özel hastanelerin ruhsat başvurularının ve ruhsatlarındaki değişiklik istemlerinin dosya üzerinde ve yerinde incelenmesi ile bunların açılmaları, gruplandırılmaları, denetlenmeleri, değerlendirilmeleri ve kapatılmaları ile ilgili tavsiye kararları almak üzere Bakanlıkça bir Özel Hastaneler Teknik Komisyonu oluşturulur denilmektedir.

Bakanlık, gerekli gördüğünde, ruhsatlandırılmış özel hastanelerin yerinde incelenmesini ve değerlendirilmesini de bu Komisyondan isteyebilir. Komisyon, Genel Müdürün veya Genel Müdür Yardımcısının başkanlığında;

- Tıp fakültelerinin öğretim üyelerinden veya Bakanlığa bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinden klinik şefi veya şef yardımcısı veya baş asistan olmak üzere, cerrahi, iç

hastalıkları, anestezi ve reanimasyon dallarından birer kişi (md. 3);

- Bakanlık Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nden bir temsilci,
- Bakanlık Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nden bir temsilci,
- Bakanlık Strateji Geliştirme Başkanlığı'ndan bir mimar,
- Bakanlık Hukuk Müşavirliği'nden bir temsilci,
- Özel hastaneler alanında faaliyet gösteren derneklerden bir temsilci olmak üzere toplam 8 kişiden oluşur.

Dal hastanesi ile ilgili işlem yapılan durumlarda, özel hastanenin ana faaliyetleri ile ilgili uzmanlık dallarından (a) bendindeki niteliği taşıyan bir üyenin Komisyona ayrıca katılımı sağlanır. Bu üye ile (a) ve (f) bentlerinde belirtilen üyeler ve ayrıca gereksinime göre 1'den çok yedek üye Bakanlıkça belirlenir.

2.3.3.3. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik

6 Temmuz 2005 tarih ve 25867sayılı RG'de yayınlanan "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik" kapsamında "Aile Hekiminin Görevleri" 4. maddede aşağıdaki gibi sıralanmıştır:

Aile hekimi, aile sağlığı merkezini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek, hizmet içi eğitimlerini sağlamak ve Bakanlıkça yürütülen özel sağlık programlarının gerektirdiği kişiye yönelik sağlık hizmetlerini yürütmekle yükümlüdür.

Aile hekimi, kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp, kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve esenlendirici sağlık hizmetlerini bir takım (ekip) anlayışı içinde sunar.

Yönetmeliğin "Aile Sağlığı Elemanının Görevleri" başlıklı 5. maddesinde; Aile sağlığı elemanı, aile hekimi ile birlikte takım anlayışı içinde kişiye yönelik koruyucu, tedavi edici ve esenlendirici sağlık hizmetlerinin sunulması ile birlikte, kişilerin sağlık kayıtları ve istatistiklerinin tutulması ile yükümlüdür. Aile hekiminin yukarıda sayılan görevlerini yerine getirmesinde yardımcı olur. Her bir aile hekimi için kayıtlı kişi sayısı; en az 1000, en çok 4000'dir (md. 5).

12 Ağustos 2005 ve 25904 sayılı RG'de yayınlanan "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik" kapsamında 6. maddede; sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları ile yapılacak sözleşmelerin süresinin bir yıl olup, bütçe yılı temelinde düzenlendiği belirtilmektedir.

Yönetmeliğin 7. maddesine göre; sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları, bilimsel etkinlikler dışında görevlerinden başka, mesleklerini yapmaktan dolayı çıkar elde edemezler; hizmet sözleşmesi biçiminde veya esnaf veya tüccar sayılmayı gerektiren herhangi bir eylemde bulunamazlar.

2.3.3.4. Sosyal Güvenlik Kurumunca 6183 Sayılı Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkında Kanuna Göre Kullanılacak Yetkilere İlişkin Yönetmelik

SGK alacakları olan primler, 27 Eylül 2008 tarih ve 27010 sayılı RG'de yayınlanan ve 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 88 inci maddesi hükmüne dayanan "Sosyal Güvenlik Kurumunca 6183 Sayılı Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkında Kanuna Göre Kullanılacak Yetkilere İlişkin Yönetmelik" ile 6183 Sayılı Amme Alacaklarının Tahsili Hakkında Yasa kapsamına alınmıştır.

2.3.3.5. Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Yönetimi ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik

Ankara'da 1992'de düzenlenen "1. Ulusal Sağlık Kongresi"nde meslek kuruluşları, üniversiteler, sendikalar, dernekler, hatta bir bölüm Sağlık Bakanlığı bürokratlarının karşıt yöndeki görüş ve komisyon kararlarına karşın; Sağlık Bakanlığı "Ulusal Sağlık Politikası" adı altında Aile Hekimliği'ne geçilmesi ve hastanelerin işletmeye dönüştürülmesi yönünde ilk resmi adımı atmıştır. 1993 yılında bu girişim "Sağlık Reformu" adını almış, ancak sert tepkiler karşısında duraklamak zorunda kalmıştır. Aynı Koalisyon Hükümeti, 22168 sayılı 11 Ocak 1995 tarihli RG'de yayınlanan Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Yönetimi ile Çalışma İlke ve Yöntemleri Hakkında Yönetmelik ile Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin kar esasına göre çalışan "Sağlık İşletmesi" durumuna getirilmesinin yolunu açmıştır (Soyer, 2004).

2.3.4. Diğer

2.3.4.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı

2002 - 2003 yıllarında 58. ve 59. Hükümetler, Acil Eylem Planı çerçevesinde "Sağlıkta Dönüşüm Programı" hazırlamışlardır. Bu programın bileşenleri aşağıdaki gibi belirlenmiştir:

- Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı (Sağlık hizmeti üretimi yerine)
- Herkesi tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası (GSS);
- Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü Sağlık Hizmet Sistemi
 - Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve Aile Hekimliği
 - Etkili, basamaklı sevk zinciri
 - Yönetmelik ve parasal özerkliğe sahip sağlık işletmeleri;

- Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek güdülenme ile (motivasyonla) çalışan sağlık insangücü;
- Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları;
- Nitelikli ve etkili sağlık hizmeti için nitelik (kalite) ve akreditasyon yapılanması;
- Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma
 - Ulusal İlaç Kurumu
 - Tıbbi Cihaz Kurumu
- Karar sürecinde etkili bilgiye erişim, Sağlık Bilgi Sistemi,
- Daha iyi bir gelecek için sağlığın iyileştirilmesi ve sağlıklı hayat programları,
- Tarafların harekete geçirilmesi ve sektörler arası işbirliği için çok yönlü sağlık sorumluluğu,
- Uluslararası alanda ülkenin gücünü artıracak sınır ötesi sağlık hizmetleri

(Akdağ, 2008: 20).

2.3.4.2. Hastanelere Sevkin Kalkması (SUT)

Sosyal Güvenlik Kurumu'nun SUT (Sağlık Uygulama Tebliği) ve Maliye Bakanlığı'nın TUT (Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği) 25 Mayıs 2007'de 26532 Sayılı 1. mükerrer RG'de yayımlanıp 15 Haziran 2007'de yürürlüğe girmesiyle, vatandaşların istedikleri hastaneye serbest olarak gidebilmesinin önü açılmıştır.

Ayrıca 1 Temmuz 2007'den başlayarak Birinci Basamak sağlık hizmetlerinin doğrudan hizmet alımı yoluyla sunulması ve ücretsiz olması hakkında bir genelge yayınlanmıştır.

5 Eylül 2007'de güvenoyu alan 60. Hükümet Programında; "Sağlıkta Dönüşüm Programı"nın kararlılıkla sürdürüleceği, Aile hekimliği uygulamasının ülke genelinde yaygınlaştırılacağı ve "Genel Sağlık Sigortası" sisteminin 2008 yılında uygulamaya konulacağı belirtilmiştir.

2.3.4.3. Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatları Hakkında Tebliğ-2007

22 Eylül 2007 tarih ve 26651 sayılı RG'de yayımlanan Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatları Hakkında Tebliğ'de aşağıdaki düzenlemeler yer almaktadır;

Referans fiyat: Ürünün referans ülkeler ile üretildiği veya ithal edildiği ülkelerde ruhsatlı ve piyasada satışı olan orijinalinin, fiyat bildirim formunda gösterilen indirim dışında depocuya en düşük satış fiyatıdır (md. 2).

Referans ülkeler; halen AB üyesi ülkeler ile üyelik süreci devam etmekte olan aday ülkelerden içinde bulunulan yılda üyeliği kesinleşenler olup bu ülkeler arasından her yıl Sağlık Bakanlığınca belirlenecek en az 5 en çok 10 ülkeyi kapsamaktadır (md. 2 ve 3). 2007 ve 2008 yılları için Fransa, İtalya, İspanya, Portekiz ve Yunanistan referans ülkelerdir (Geçici md. 3).

Firmaların, orijinal ürünler için referans fiyatın en çok %100'ünü ve Türkiye'de orijinali bulunmayanlar da dahil olmak üzere jenerik (tanıtıcı, muadil) ürünler için ise ilaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'nce ilan edilmiş olan orijinal ürüne ilişkin referans fiyatın en çok %80'ini isteyebilecekleri belirtilmiştir (md. 4). Bu tebliğ ile 3 Mart 2004 tarihli ve 25391 sayılı RG'de yayımlanarak yürürlüğe giren Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatları Hakkında Tebliğ yürürlükten kaldırılmıştır (md. 15).

2.3.4.4. 2010 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği

25 Mart 2010 tarihli 27532 sayılı RG'nin mükerrer sayısında yayımlanan "2010 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği" sağlık yardımları Sosyal Güvenlik Kurumunca karşılanan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişileri kapsamaktadır. Tebliğin 3.

maddesinde katılım payı alınacak hizmetler teker teker sayılmıştır: Buna göre;

Birinci basamak sağlık kuruluşları ve aile hekimliği muayenelerinde 2 TL,

İkinci ve üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında 8 TL,

Özel sağlık kurumlarında 15 TL, olarak belirlenmiştir.

Tebliğ ile sağlık hizmet sunucularına ayrıntılı olarak yer verilmiştir.

Birinci Basamak Resmi Sağlık Kuruluşları; Kamu idareleri bünyesindeki kurum hekimlikleri, sağlık ocağı, verem savaş dispanseri, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi, sağlık merkezi ve toplum sağlığı merkezi ile Sağlık Bakanlığı tarafından aile hekimi olarak yetkilendirilen aile hekimleri, 112 acil sağlık hizmeti birimi, üniversitelerin medikososyal birimleri, Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci basamak sağlık üniteleri, belediyelere ait poliklinikler.

Birinci Basamak özel sağlık kuruluşları; iş yeri hekimleri, “Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” kapsamında açılan özel poliklinikler, “Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” kapsamında açılan ağız ve diş sağlığı hizmeti veren özel sağlık kuruluşları.

Serbest Eczaneler; 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun kapsamında serbest faaliyet gösteren ve birinci basamak sağlık kuruluşu olan eczaneleri.

İkinci Basamak Resmi Sağlık Kurumları; Eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri ve dal hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, entegre ilçe hastaneleri, Sağlık Bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri, Türk Silahlı Kuvvetlerinin eğitim ve araştırma hastanesi olmayan hastaneleri, belediyelere ait hastaneler ile kamu kurumlarına ait tıp

merkezleri ve dal merkezleri, İstanbul Valiliği Darülaceze Müessesesi Müdürlüğü Hastanesi.

İkinci Basamak Özel Sağlık Kurumları; “Özel Hastaneler Yönetmeliği” ne göre ruhsat almış hastaneler, “Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” kapsamında açılan tıp merkezleri ile “Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” in geçici ikinci maddesine göre faaliyetlerine devam eden tıp merkezleri ve dal merkezleri.

Üçüncü Basamak Resmi Sağlık Kurumları; Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri ve özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, üniversite hastaneleri ile bu hastanelere bağlı sağlık uygulama ve araştırma merkezleri, enstitüler ve semt poliklinikleri, üniversitelerin dış hekimliği fakülteleri, Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı tıp fakültesi hastanesi ile eğitim ve araştırma hastaneleri, Bezm-i Âlem Valide Sultan Vakıf Guraba Eğitim ve Araştırma Hastanesi.

Ayrıca Sağlık Hizmet Sunumu Bakımından Basamaklandırılmayan Sağlık Kurumları/ Kuruluşları; Diyaliz merkezleri ve Sağlık Bakanlığından ruhsatlı diğer özelleşmiş tedavi merkezleri, Refik Saydam Hıfzıssıhha Laboratuvarları, tanı, tetkik ve görüntüleme merkezleri ile laboratuvarları, optisyenlik müesseseleri, tıbbi cihaz ve malzeme tedarikçileri, kaplıcalar.

2.3.4.5. Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği

23 Ekim 2008'de RG'de yayımlanan Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği 657 Sayılı Devlet Memurları Yasası, 2914 Sayılı Yükseköğretim Personel Yasası, 2802 sayılı Hakimler ve Savcılar Yasası ve 211 sayılı Türk Silahlı Kuvvetleri İç Hizmet Yasası kapsamında bulunan çalışanlar ve bunların bakmakla yükümlü bulundukları aile üyeleri ile 3816 Sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Yasa kapsamındaki hak

sahiplerini içermektedir. Tebliğ'in 9.2. maddesi "Kurumca finansmanı sağlanacak erken tanı ve tedaviye yönelik sağlık hizmetlerini" kapsar.

Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği'nin 16.1. maddesinde ayakta veya evde yapılan tedavide kullanılan ilaç bedellerinden, eczane tarafından yapılan indirim ve %20 oranında hasta katılım payı düşüldükten sonra kalan tutarlar Kurum (SGK) tarafından ödeneceği hükmü yer almıştır.

Tebliğin 18. maddesinde; sağlık kurum ve kuruluşlarında yaptırılan inceleme, tahlil veya görüntüleme işlemlerine ilişkin bedellerinin Tebliğ'in ekindeki fiyat tarifelerinde yer almaması durumunda, bu bedellerin Kurumlar tarafından ödenmeyeceği belirtilmiştir.

2.3.4.6. Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliğ (Sıra No: 8)

31 Aralık 2008'de 27097 sayılı mükerrer RG'de yayımlanarak yürürlüğe giren 8 sıra numaralı Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği ile değiştirilerek 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun gereği aile hekimliği uygulamasına geçilen ve Sevk Zinciri Uygulanacak İller Listesinde yer alan Bayburt, Isparta, Gümüşhane ve Denizli'de ilk başvurunun aile hekimliğine yapılmasının zorunlu olduğu belirtilip bu illerde acil durumlar dışında aile hekimliğinden sevk alınmaksızın 2. ve 3. Basamak sağlık kurumlarına başvurulamaz denilmektedir. Acil durumlar dışında kurum hekimliğinden veya aile hekimliğinden sevk edilmeksizin doğrudan 2. veya 3. Basamak sağlık kurumlarına başvurulması durumunda tedavi giderinin ödenmeyeceği hükmü de yer almaktadır.

Tebliğin 21.3.3. maddesinden sonra gelmek üzere vakıf üniversitesi hastaneleri ile özel sağlık kurum ve kuruluşları tarafından sağlık hizmetleri bedelinin en fazla % 30'u tutarında, kişilerden ek ücret alınabileceği maddesi eklenmiştir.

Ayrıca, burada söz konusu olan "Tedavi Yardımları Sağlık Uygulama Tebliği"nde değişiklik yapan "Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ", Resmî Gazetenin 15 Ekim

2010 tarihli ve 27730 sayılı nüshasında yayımlanmıştır. Bu tebliğ ile 8 Sıra No'lu tebliğin yürürlüğünün devam etmesi yanı sıra bazı ilaç, ortez ve protezlere ilişkin katılım payları belirlenmiştir.

2.3.4.7. Acil Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ile İlgili Başbakanlık Genelgesi

26 Haziran 2008'de 26918 sayılı RG'de yayınlanan "Acil Sağlık Hizmetlerinin Sunumu" ile İlgili Başbakanlık Genelgesi kamu ve özel tüm sağlık kurum ve kuruluşlarının, acil vakaların kabulü, gerektiğinde başka bir sağlık kurumuna taşınması ve tedavi giderlerinin karşılanması hususlarında uygulama ilkelerini belirlemiştir.

2.3.4.8. Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi

Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi 2 Temmuz 2008 tarih ve 2011 sayılı Sağlık Bakanlığı onayı ile 1 Eylül 2008'den geçerli olmak üzere yürürlüğe konulmuştur. Yönerge'nin amacı sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, nitelikli ve verimli sağlık hizmet sunumunun sağlanması için sağlık kurum ve kuruluşlarının kurumsal başarımının (performansının) ölçülmesine yönelik olarak ölçülebilir ve karşılaştırılabilir performans, kalite ve öbür ölçütler ile hizmet sunum koşullarının belirlenmesi, halkın görüşlerinin bu sürece yansıtılması yoluyla kurumsal başarım katsayısının saptanmasına ve hizmet sunumu açısından belgelendirilmesine ilişkin ilke ve yöntemleri düzenlemek olarak belirtilmiştir. Muayeneye erişim, hizmet kalite (0 - 1 arasında), hoşnutluk (memnuniyet) (0 - 1 arasında) ve kurum verimlilik katsayısı değerlendirme katsayıları olarak belirlenmiştir.

2.3.4.9. Eczanelerden İlaç Teminine İlişkin Protokol - 2009

31 Ocak 2009 tarihinde Maliye Bakanlığı ile Türk Eczacıları Birliği Merkez Heyeti "Eczanelerden İlaç Teminine İlişkin Protokol" kapsamında; Eczacı tarafından uygulanacak indirim oranları: Bir önceki yıl satış hasılatı (KDV hariç); 350.000 TL'ye kadar olan eczaneler tarafından % 0; 350.000 TL ile 600.000 TL arasında olan eczaneler tarafından %1; 600.000 TL ile

900.000 TL arasında olan eczaneler tarafından %1,5; 900.000 TL ve üzerinde olan eczaneler tarafından % 2,5 olacaktır. Ayrıca Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği hükümlerine göre eczane tarafından kapsamda sayılan kişilerden tahsil edilen poliklinik muayene katılım payları, eczanenin alacağından mahsup edilip kalan tutar eczaneye ödenecektir.

2.4. 1980-2009 DÖNEMİNDE TÜRKİYE'DE SAĞLIK HARCAMALARININ GELİŞİMİ

Sağlık harcamalarının incelenmesinde karşılaşılan en önemli sorun veri kaynaklarının yetersiz oluşudur. Bu çalışmada gerek kapsadığı dönemin genişliği, gerek ülkeler arası karşılaştırmaya imkan vermesi, gerekse yeknesaklığı nedeniyle OECD Health Data verileri kullanılacaktır. Sağlık harcamaları ile ilgili analizler ve yorumlar bu veriler üzerinden yapılacaktır.

Tablo 1 ve Grafik 1'de Türkiye'de kamu sağlık harcamalarının 1980'den itibaren gelişimi verilmiştir.

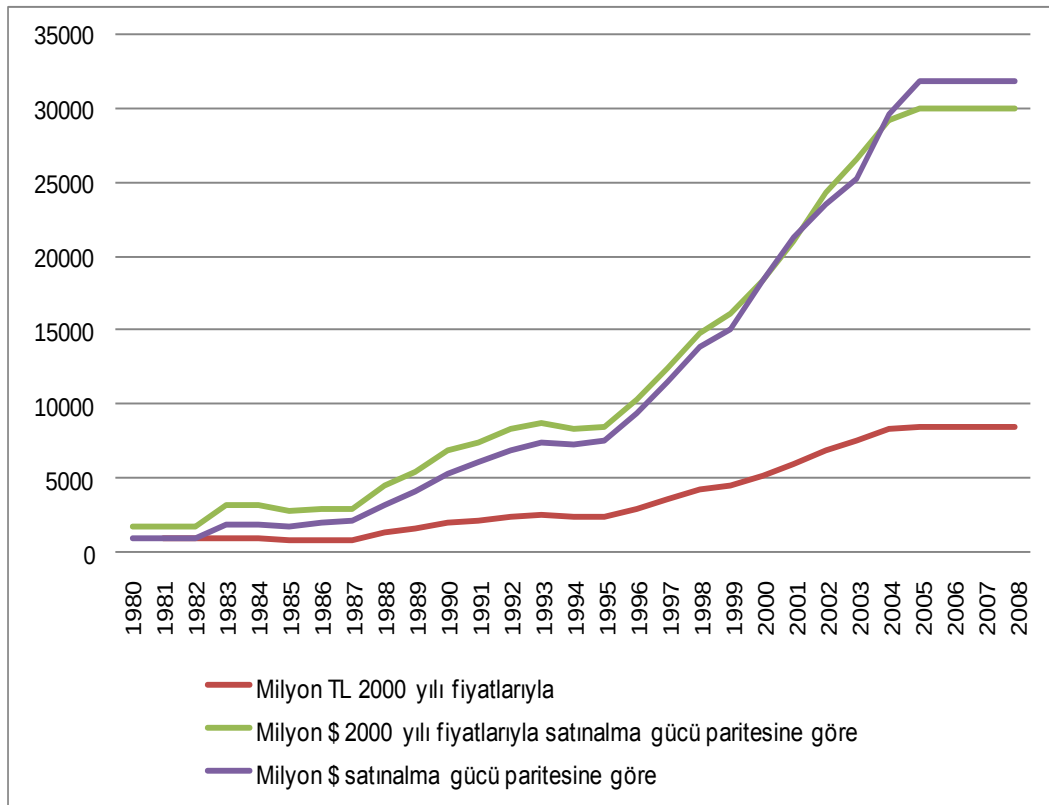
Tablo 1. 1980-2008 Yılları Arası Türkiye'de Kamu Sağlık Harcamalarının Gelişimi

Yıllar	Milyon TL 2000 yılı fiyatlarıyla	Milyon \$ 2000 yılı fiyatlarıyla satınalma gücü paritesine göre	Milyon \$ satınalma gücü paritesine göre
1980	Veri yok	1.766	914
1981	900	(1980 verisi) 1.766	(1980 verisi) 914
1982	(1981 verisi) 900	(1980 verisi) 1.766	(1980 verisi) 914
1983	(1981 verisi) 900	(1984 verisi) 3.178	(1984 verisi) 1.787
1984	(1981 verisi) 900	3.178	1.787
1985	780	2.755	1.738
1986	829	2.926	1.943
1987	830	2.931	2.139
1988	1.263	4.459	3.179
1989	1.528	5.395	4.124
1990	1.936	6.835	5.322
1991	2.111	7.455	6.051
1992	2.347	8.287	6.888
1993	2.466	8.707	7.405
1994	2.353	8.308	7.218
1995	2.401	8.481	7.522

1996	2.924	10.327	9.364
1997	3.516	12.417	11.471
1998	4.175	14.745	13.842
1999	4.547	16.058	15.082
2000	5.190	18.329	18.329
2001	5.952	21.018	21.250
2002	6.877	24.286	23.579
2003	7.535	26.609	25.228
2004	8.253	29.145	29.597
2005	8.479	29.944	31.814
2006	(2005 verisi) 8.479	(2005 verisi) 29.944	(2005 verisi) 31.814
2007	(2005 verisi) 8.479	(2005 verisi) 29.944	(2005 verisi) 31.814
2008	(2005 verisi) 8.479	(2005 verisi) 29.944	(2005 verisi) 31.814

Kaynak: OECD Health Data 2009.

Grafik 1. 1980-2008 Yılları Arası Türkiye'de Kamu Sağlık Harcamalarının Gelişimi



Kaynak: OECD Health Data 2009.

1980-2008 yılları arası Türkiye'de kamu sağlık harcamaları ve yıllar itibariyle bir önceki yıla göre değişimleri Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. 1980-2008 Yılları Arası Kamu Sağlık Harcamalarının Bir Önceki Yıla Göre Değişimi

Yıllar	Değişim (Milyon TL 2000 yılı fiyatlarıyla)	Değişim (Milyon \$ 2000 yılı fiyatlarıyla satınalma gücü paritesine göre)	Değişim (Milyon \$ satınalma gücü paritesine göre)
1980	-	-	-
1981	-	100,00%	100,00%
1982	100,00%	100,00%	100,00%
1983	100,00%	179,95%	195,51%
1984	100,00%	100,00%	100,00%
1985	86,67%	86,69%	97,26%
1986	106,28%	106,21%	111,80%
1987	100,12%	100,17%	110,09%
1988	152,17%	152,13%	148,62%
1989	120,98%	120,99%	129,73%
1990	126,70%	126,69%	129,05%
1991	109,04%	109,07%	113,70%
1992	111,18%	111,16%	113,83%
1993	105,07%	105,07%	107,51%
1994	95,42%	95,42%	97,47%
1995	102,04%	102,08%	104,21%
1996	121,78%	121,77%	124,49%
1997	120,25%	120,24%	122,50%
1998	118,74%	118,75%	120,67%
1999	108,91%	108,90%	108,96%
2000	114,14%	114,14%	121,53%
2001	114,68%	114,67%	115,94%
2002	115,54%	115,55%	110,96%
2003	109,57%	109,57%	106,99%
2004	109,53%	109,53%	117,32%
2005	102,74%	102,74%	107,49%
2006	100,00%	100,00%	100,00%
2007	100,00%	100,00%	100,00%
2008	100,00%	100,00%	100,00%

Kaynak: OECD Health Data 2009.

Tablo bütün olarak ele alındığında 1985 ve 1994 yılları hariç kamu sağlık harcamalarının sürekli arttığı görülmektedir. Ortalama artış hızı yaklaşık %14'tür. Satınalma gücü paritesine göre Amerikan Doları baz alınarak hesaplanan kamu sağlık harcamaları da benzer bir seyir izlemektedir.

2.5. TÜRKİYE'DE KAMU SAĞLIK HARCAMALARININ FİNANSMANI

Türkiye'de kamu sağlık harcamalarının finansmanı 2003 yılında uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programından önce ve sonra olmak üzere iki dönem halinde incelenebilir.

2.5.1. Türkiye'de 2003'ten Önce Kamu Sağlık Harcamalarının Finansmanı

2003 yılında, Türkiye'de sağlığa ayrılan toplam finansmanın büyük kısmı (yaklaşık %60 ila %70'i) kamu kaynaklarından, kalan kısmı ise özel kaynaklardan elde edilmekteydi. Türkiye'de sağlık alanında yapılan kamu harcamaları; SB, Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü, üniversiteler, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu, Diğer Bakanlıklar ve kurumlar, yerel yönetimler, devlet teşebbüsleri, devlet memurları ve sosyal güvenlik kurumlarınca üstlenilen harcamaları içermekteydi. Özel harcamalar; cepten yapılan ödemeleri, şirketler ve bireyler tarafından finanse edilen politikalara yönelik özel sağlık sigortası ödemelerini kapsamaktaydı. Şekil 2'de 2003 yılında Türk sağlık sektöründeki fon akışı düzenlemeleri gösterilmektedir (OECD, 2008:20).

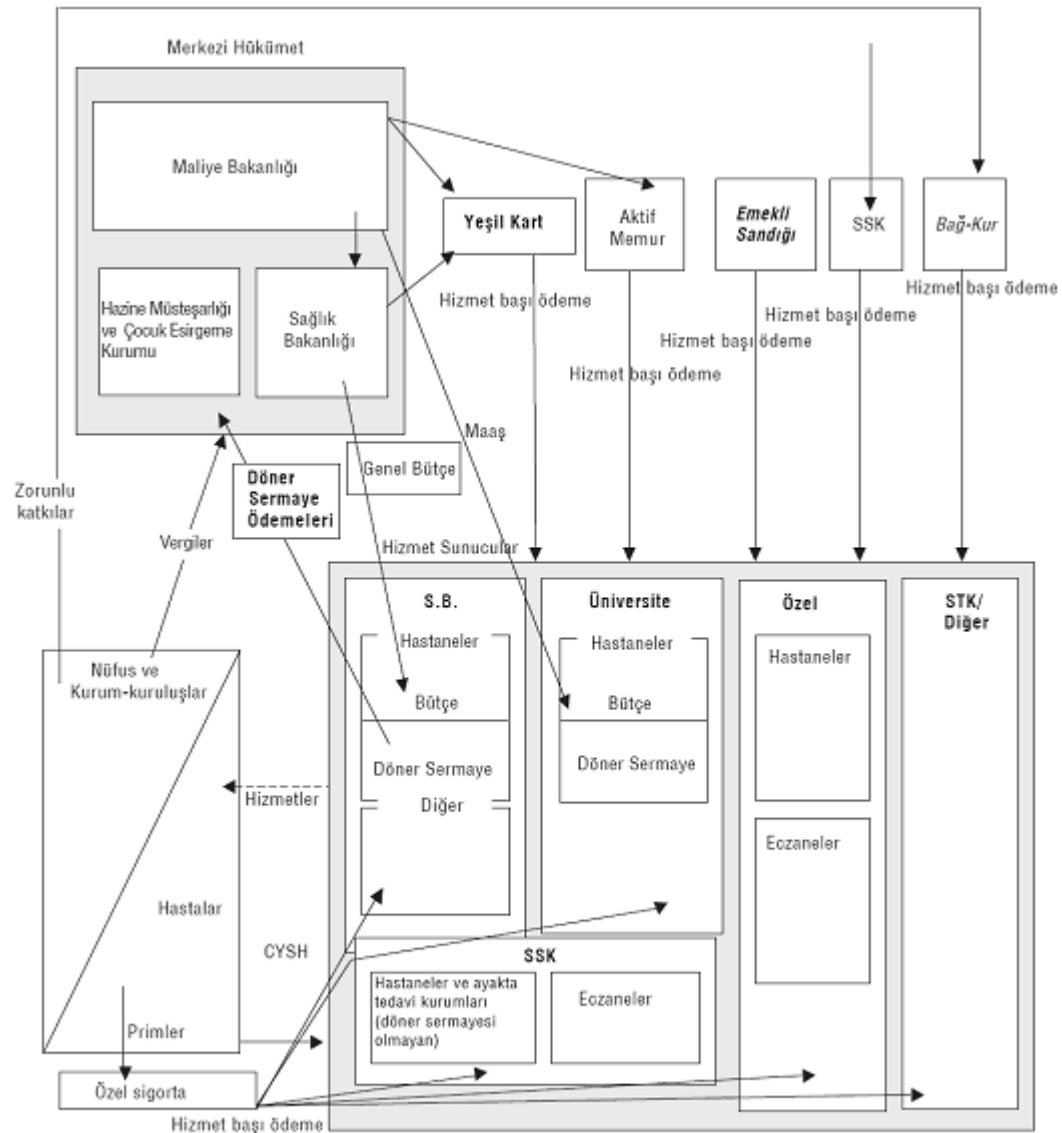
2003 yılında, kamu sağlık finansmanı ile ilgili düzenlemelerin özünde 1946 yılında kurulan, 1960'lar ve 1970'ler boyunca önemli ölçüde gelişen bir sosyal güvenlik sistemi vardı. Bu sistemde, üç ayrı sağlık sigorta fonu bulunmaktaydı:

(i) Kamu ve özel sektördeki mavi yakalı işçiler için Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK),

(ii) Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar için Sosyal Sigortalar Kurumu (Bağ-Kur),

(iii) Devlet Memurları Emeklilik Fonu (Emekli Sandığı). Çalışan devlet memurları Emekli Sandığına dahil edilmemiştir ve harcamaları doğrudan devlet bütçesinden karşılanmaktadır.

Şekil 2. 2003 yılında Türk Sağlık Sektöründeki Fon Akışları



Not: SSK ve Bağ-Kur, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (ÇSGB) bünyesinde yarı özerk bir şekilde çalışmaktadır.

Kaynak: OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye, OECD ve Dünya Bankası, 2008: 21)

Sağlık hizmetini finanse eden kuruluşların Sosyal Güvenlik Kurumu şemsiyesi altında toplanmalarından önce teminat paketi, farklı sosyal güvenlik sistemleri arasında farklılık göstermekteydi. Örneğin, SSK sigortalıları sadece SSK hastanelerini ve eczanelerini kullanabiliyorlardı. Diğer yandan, Bağ-Kur sigortalıları ve bakmakla yükümlü oldukları kişiler, - SB hastaneleri de dahil olmak üzere kamu ve özel pek çok hizmet

sunucusundan tıbbi muayene, laboratuvar testleriyle yatan hasta ve ayakta tedavi hizmetleri alabiliyordu. Fakat Bağ-Kur sigortalıları ve bakmakla yükümlü oldukları kişiler, ancak hizmete ihtiyaç duydukları zamandan önce - en az 90 gün - primlerini ödemişlerse sağlık hizmetleri alabiliyorlardı. Bağ-Kur, hizmet almak üzere çok sayıda kamu kuruluşu ve özel kuruluş ile sözleşme yapmıştı (örneğin, SB'ye bağlı hastaneler, üniversite hastaneleri, özel hastaneler ve Kızılay gibi sivil toplum kuruluşları).

Emekli Sandığı, sağlık sigortası sistemleri arasında en kapsamlı teminat paketine sahip olardı ve hem medikal hem de medikal olmayan hizmetler ile her türlü özel kuruluşa ve kamu kuruluşlarına erişim sahibiydi. Ödeme mekanizmaları da sağlık sigortası fonları arasında farklılık göstermekteydi. Örneğin SSK, kendi bütçesinden finanse ederek hastanelerini yönetirken, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur'un hizmet sunuculara yaptıkları ödemeler hizmet başı ödeme temeline dayanmaktaydı. Ancak, ufak istisnalar dışında, katkı payı ödemesi oranları, farklı sağlık sigorta sistemleri arasında büyük ölçüde benzerlik göstermekteydi (OECD, 2008: 21-22).

DPT'ye göre 2003 yılında, nüfusun yaklaşık %85'i bir biçimde sağlık sigortası kapsamında yer almaktaydı. Geri kalan %15'lik kesimin ise bir sağlık sigortasına erişimi yoktu ve katkı payı ödemesi yapmıyorlardı. Ancak SB ağı aracılığıyla sunulan koruyucu hizmetleri, birinci basamak sağlık hizmetleri ve acil tıbbi bakımları dolaylı olarak karşılanmaktaydı. Nüfusun %46,3'lük kesimini kapsayan SSK en büyük sigortacıydı. Bunu nüfusun %22,3'ünü kapsayan Bağ-Kur izliyordu, daha sonra %15,4'ünü kapsayan Emekli Sandığı geliyordu. Türkiye'de özel sigortaların kapsamı çok azdı (%0,5'den az). Sağlık sigortası kapsamına dair bu resmî veriler, dikkatle ele alınmalıdır. Çünkü rakamlar, fiilî kayıtlı çalışan sayısından ziyade tahminlere dayanmaktaydı. Bu döneme ait sağlık sigortası kapsamı rakamlarıyla ilgili üç önemli sorun bulunmaktadır: i) Çoğu insan birden fazla sosyal güvenlik kurumunca sigortalanmıştı, bu yüzden birçok kayıta görünmekteydiler ii) Çalışan nüfus sayısı, düzenli katkıda bulunarak mevcut görünenleri değil programa kayıt yaptırmış herkesi gösteriyordu (bu özellikle Bağ-Kur için

geçerliydi) iii) Sigortalıların bakmakla yükümlü oldukları kişilerin sayısı tahminîydi, bir başka deyişle kesin olarak bilinmiyordu. DPT'nin bildirdiği resmî rakamlara karşın, SB tarafından 2002 yılında yapılan bir hane halkı çalışması, nüfusun %67'sinin sağlık sigortasına sahip olduğunu bildirildiğini tespit etmişti. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından üç ayda bir yapılan bir çalışma olan Türkiye Hane Halkı Bütçe Araştırması'na göre 2003 yılında herhangi bir sigortanın kapsamı altında olan nüfusun oranı %64 idi. Bu araştırmaların ikisi de Türk nüfusunu istatistiki olarak temsil eden bir örneklem üzerinde yapılmıştır ve bu resmî rakamlar arasındaki büyük fark çok çarpıcı olup aynı zamanda resmî rakamlarda bildirim ve tahmin yanılığı sorunları olduğunu da doğrulamaktadır. 2003 yılında iş gücünün yaklaşık %46'sının kayıt dışı sektörde çalıştığı tahmin edilmektedir. Sağlık sigortası kapsamının %85 civarında olduğu tahmin edildiği için, kayıt dışı çalışanların büyük bir kısmının Yeşil Kart kapsamında olması, SSK, Bağ-Kur veya Emekli Sandığı bünyesinde sağlık sigortasına sahip bireylerin bakmakla yükümlü olduğu kişiler arasında olması mümkündür. Örneğin, 2003 Hane Halkı Bütçe Araştırması'na göre en fakir ondalık dilime girenlerin yalnızca %12'si (kişi başı harcama dilimlerine göre) Yeşil Kart kapsamındaydı ve daha yüksek ondalık dilimlere girenler arasında Yeşil Kart kapsamı yüzde %1 ila %8 arasında değişmekteydi (OECD, 2008: 21-22).

Tablo 3. Finansman Kurumlarının Cari Sağlık Harcamaları, 2000

Finansman Kurumu	Cari Sağlık Harcamaları Payı(%)
Merkezi Devlet	21,77
Sağlık Bakanlığı Sağlık Programları	9,47
Yeşil Kart	2,25
Katma Bütçeli Kurumlar	1,12
Devlet memurlarına verilen sağlık hizmetleri	7,09
Diğer	1,84

Yerel Yönetim	4,15
Sosyal Güvenlik Kurumları	35,75
SSK	19,20
Emekli Sandığı	7,62
Bağ-Kur	8,93
Toplam Kamu	61,67
Özel Sosyal Sigorta	0,77
Özel Sigorta Şirketleri	3,72
Hanehalkı cepten yapılan ödemeler	28,60
İşletmeler	3,75
Diğer	1,49
Toplam Özel	38,33
Toplam	100,00

-Toplam sağlık harcamaları ile cari sağlık harcamaları arasındaki fark, toplam harcamaların yatırım harcamalarını da kapsamasından kaynaklanmaktadır.

Kaynak: Yuanli LİU, Yusuf ÇELİK, Bayram ŞAHİN, **Türkiyede Sağlık/İlaç Harcamaları ve İlaç Geri Ödeme Politikası**, Sağlıkta Umut Vakfı, 2005 s.43.

Yukarda ki verilerden de anlaşılacağı üzere toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %62'lik bölümü kamu tarafından, %38'lik kısmı özel kesim tarafından finanse edilmiştir.

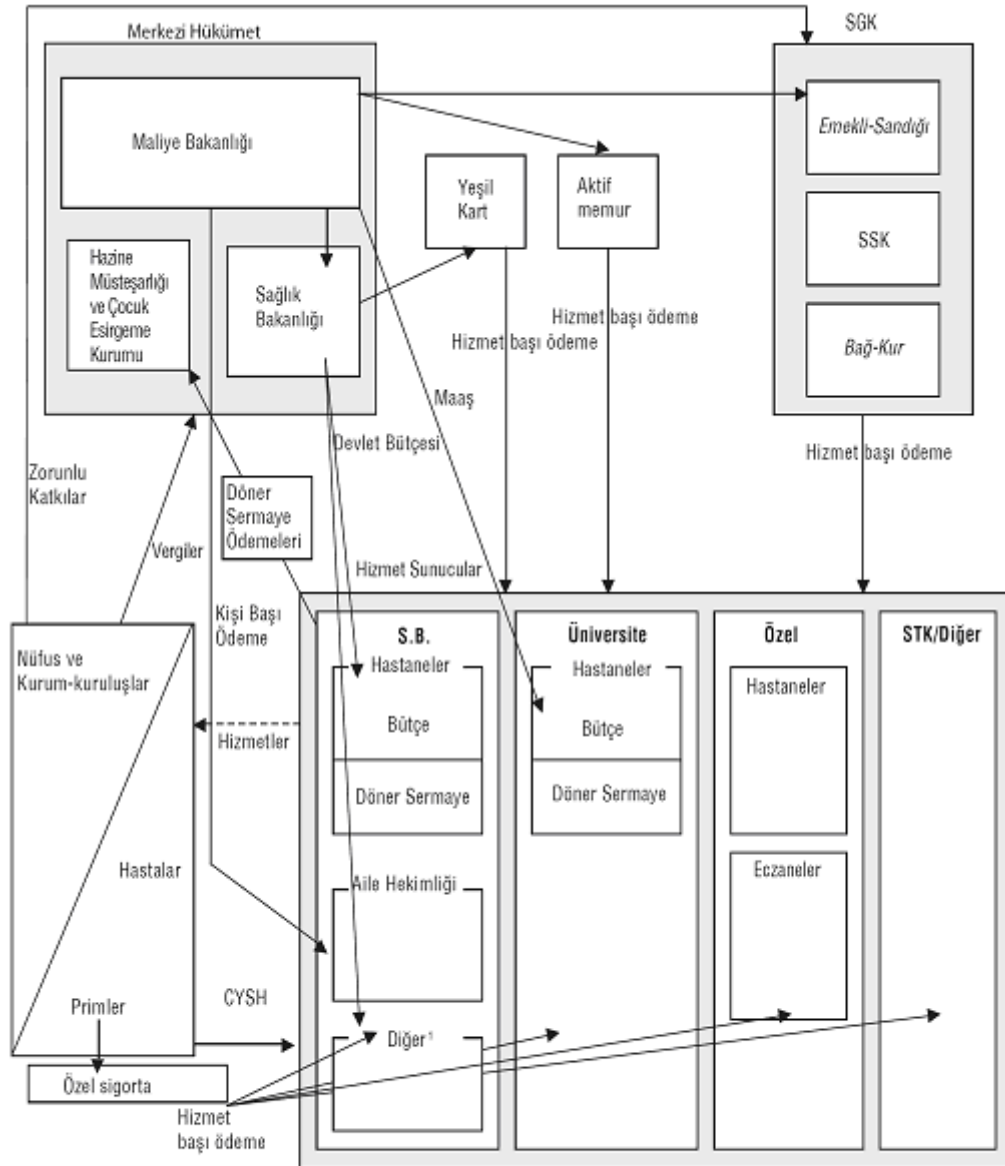
2.5.2. Türkiye’de 2003’ten Sonra Kamu Sağlık Harcamalarının Finansmanı

Farklı sağlık sigortası sistemleri ve Yeşil Kart sahiplerine yönelik sağlık teminatlarını birbirleriyle uyumlu hale getirmek amacıyla çeşitli reformlar uygulamaya geçirilmiştir. Yeşil Kart sahibi hastalardan, 2005 yılından önce

sadece yatan hastanın tedavi ve ilaç giderleri karşılanırken, bu tarihten itibaren yeşil kart sahibi hastalar ayakta tedavi hizmeti ve ilaçlara erişim hakkına kavuşmuştur. Bu değişiklikle birlikte Yeşil Kart sahipleri, SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı ile aynı haklara erişim sahibi olmuşlardır. Bu reformun amacı, Yeşil Kart sahipleri için mali koruma ve hizmete erişim imkânlarını artırmaktı (OECD, 2008: 38).

Başlangıçta ödeme gücü olmayanların sağlık hizmetlerinden yararlandırılmasıyla yola çıkılmış, sonrasında Yasada aranılan şartlara bakılmaksızın Yasanın ruhuna aykırı olarak çeşitle etki ve mülahazalarla nerdeyse her isteyene Yeşil Kart verilmiştir. Yeşil Kart verilenler nezdinde herhangi bir denetimin olmaması veya denetimde yetersiz kalınması sonucu SSK, Bağ-Kur kapsamındaki sigortalıların bile Yeşil Kart aldıkları/verildiği sonradan ortaya çıkmıştır. Yeşil Kart sahibi hastaların yatarak tedavi gördükleri kurumlar tarafından düzenlenen fatura tutarlarının herhangi bir inceleme ve kontrole tabi tutulmadan ödenmesi, herhangi bir katkı payının alınmaması, daha sonra ayakta yapılan tedavi sonucu düzenlenen reçete muhteviyatı ilaç bedellerinin de ödenmesi Yeşil Kart alınmasını özendirmiş ve usulsüz davranışları tetiklemiştir. 5222 Sayılı Yasa (Ayakta Tedavi Hizmetlerinin de Karşılanması) ile sağlık kurum ve kuruluşlarında ayakta tedavi kapsamında görecekları muayene, tetkik, tahlil, pansuman, diş çekimi ile diş protez ve gözlük hizmetleri ve ilaç bedelleri de kapsama alınmıştır. 5335 Sayılı Yasa ile 3816 Sayılı Yasadaki "hiçbir ücret ve bedel ödemeksizin" bölümü yürürlükten kaldırılarak ayakta veya konutta tedavi durumunda kullanılacak ilaç bedellerinin % 20'sine dek katılım payı alınması kararlaştırılmıştır. Ödeme gücü bulunmayan Yeşil Kart sahibi kişilerin yeniden para ve mal varlığı soruşturmasına tabi tutularak gerçek ihtiyaç sahiplerinin belirlenerek bu kişilerin primlerinin devletçe karşılanarak Yeşil Kart uygulamasına son verilmelidir.

Şekil 3. Aralık 2007 itibariyle Türk Sağlık Sisteminde Fon Akışları



Alt seviyedeki SB kurumlarının; örneğin sağlık ocakları, dispanserler, köylerdeki ocakların ve diğer birinci basamak sağlık kuruluşlarının tek başına yönetilen bir bütçeleri veya döner sermayeleri bulunmamaktadır. Bunun yerine, il sağlık müdürlükleri kuruluşların finansmanını yönetmekte ve birimlerin operasyonlarını kontrol etmektedir. Bazı alt seviyedeki kuruluşların döner sermayeleri yakınlardaki bir hastane tarafından da yönetilebilir.

Kaynak: OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye, OECD ve Dünya Bankası, 2008: 38)

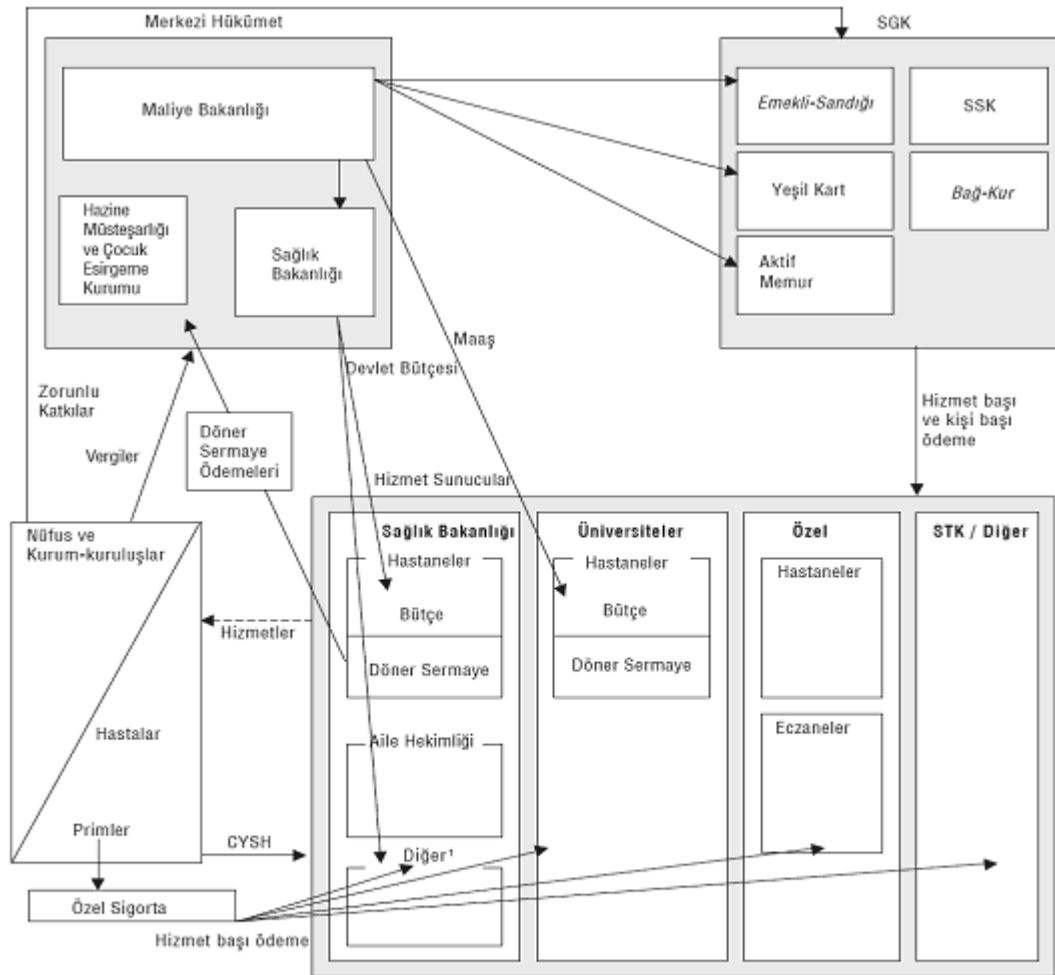
2005'te, SSK'lılara tüm devlet hastanelerine ve eczanelere erişim imkânı sağlanmıştır. 2006'da, Yeşil Kart sahipleri de dahil olmak üzere tüm sağlık sigortası sistemlerindeki ilaç listeleri entegre edilmiştir. 2007 yılında alınan yasal tedbirler, her Türk vatandaşının sosyal güvenlik sistemi

bünyesinde yer almasa bile birinci basamak sağlık hizmetine erişim sahibi olmasını resmî hale getirmiştir. 2007 yılı Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) kapsamında; SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı sağlık sigorta sistemleri bünyesinde yer alan haklar daha fazla uyumlu hale getirilmiştir (OECD, 2008: 39).

SUT'tan önce SSK ve Bağ-Kur mensuplarının SB hastanelerine gitmeleri için herhangi bir sevk zorunluluğu yokken Üniversite hastanelerine erişim için bir sevk zorunluluğu vardı. Bu sevk zorunluluğu ortadan kaldırılmıştır. Özel sağlık kuruluşlarına erişim öncekiyle aynı kalmıştır. Bir başka deyişle SSK ve Bağ-Kur mensupları sağlık sigorta sistemlerinin sözleşmeli olduğu özel sağlık kuruluşlarından ayakta tedavi ve yatan hasta hizmeti almaya devam etmektedir. Sözleşmesi olmayan özel bir kuruluştan ayakta tedavi ve tanı hizmeti almak için ise sevk gerekliydi. Bu değişikliklerle birlikte SSK ve Bağ-Kur mensuplarının hakları Emekli Sandığı seviyesine gelecek şekilde düzeltilmiştir (OECD, 2008: 39).

Sosyal Sigortalar ve GSS Kanunu'nun işler hale getirilmesi (2008 yılı Ekim ayında) ile birlikte teminat paketlerinin uyumlu hale getirilmesi tamamlanmıştır. Böylece Yeşil Kart sahipleri resmî olarak GSS'ye katılmış; Haziran 2007 SUT'tan beri diğer lehdarların almakta oldukları teminat paketinin aynısını almaya başlamışlardır. Yakın zamanda onaylanan Sosyal Sigortalar ve GSS Kanunu kapsamında, GSS'nin primli ve primsiz unsurlarında da değişiklikler yapılması öngörülmektedir. Primli sistem kapsamında, kamu sektörü ve özel sektördeki mavi yakalılar, çalışan devlet memurları, beyaz yakalılar ve serbest çalışanların emeklilik maaşlarının % 12,5'i toplanacaktır. Bu miktarda işverenin katkısı % 7,5 olacaktır (OECD, 2008: 39).

Şekil 4. GSS'den Sonra Türk Sağlık Sisteminde Temel Mali Akışlar
2008



Alt seviyelerdeki SB kurumlarının, örneğin sağlık ocakları, dispanserler, köylerdeki ocaklar ve diğer birinci basamak sağlık kuruluşlarının tek başına yönetilen bir bütçeleri veya döner sermayeleri bulunmamaktadır. Bunun yerine, il sağlık müdürlükleri kuruluşun finansmanını yönetmekte ve birimin operasyonları kontrol etmektedir. Bazı alt seviye kuruluşların döner sermayeleri yakınlardaki bir hastane tarafından da yönetilebilmektedir.

Kaynak: OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye, OECD ve Dünya Bankası, 2008: 48).

Primsiz sistem için Yasa, mevcut Yeşil Kart sisteminin (kart almaya) uygunluk ve finansman koşullarını değiştirmektedir. Yeni bir para ve mal varlığı soruşturma sistemi uygulamaya geçirilecektir. Yeni para ve mal varlığı soruşturma mekanizmasının çeşitli etkilerinin olması beklenmektedir. İlk olarak, şu anda Yeşil Kart kapsamında olan nüfusun bazı kesimlerinin primsiz sağlık sigortasına hak kazanamaması beklenmektedir. Bu grup için

Sosyal Sigortalar ve GSS Kanunu indirimli bir prim oranı tanımlamaktadır. Bunun da söz konusu grubun katılımı için teşvik oluşturması beklenmektedir. Primsiz ödemeler (ki bunlar için prim katkılarını Hükümet yapacaktır) ve indirimli prim oranı, kayıt dışı sektör çalışanlarının GSS'ye kaydolmalarını sağlamaya yönelik temel mekanizmalardır (OECD, 2008: 39).

Yeşil kart almaya hak kazananların bir çoğunun bu hakkı elde etmeyecek kişiler olduğu yapılan denetim ve idari işlemler aşamasında ortaya çıkarılmıştır. Hak etmediği halde bu hakkın elde edilmesinin, bir başka deyişle Yeşil Kart alınması/verilmesinde informal yolların kullanıldığı anlaşılmıştır. Yeşil Kart verilmesinin en kestirme yolunun mal varlığı araştırması yapılmasıdır.

5502 sayılı Kanun 2006'da TBMM'ce kabul edilmiştir. 5510 sayılı Kanuna (Sosyal Sigortalar ve GSS Kanunu) ilave yapması amaçlanan bu yasanın amacı 3 ayrı sosyal güvenlik ve sağlık sigorta sistemini (SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı) tek bir sosyal güvenlik kurumu altında birleştirmektir. Bu yasa, 2006'dan beri uygulanmaktadır. Sonuç olarak, SGK bünyesinde bir GSS Fonu bulunmaktadır. Yeşil Kart dahil olmak üzere tüm sağlık sigorta fonlarının taleplerini işleme almak üzere MEDULA adı verilen bir talep ve kullanım yönetim sistemi kurulmuştur. 2007 SUT'a göre, SGK ile sözleşmesi olan tüm kamu ve özel sağlık kuruluşlarının taleplerini MEDULA sistemiyle sunması gerekmektedir. Birleşik bir talep yönetim sisteminin kurulması, tüm sağlık sigorta fonlarının talep sunma işlemlerini standart hale getirmiş; bu birleşik sistem, GSS kanunun yokluğu halinde dahi sanal bir tek ödeyici sisteminin kurulmasına katkıda bulunmuştur (OECD, 2008: 39).

SGK'nın 1999-2009 yılları arasındaki sağlık harcamaları ve 2010-2012 yılları arasındaki sağlık harcamaları tahminleri Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4. SGK'ın 1999-2012 Arası Sağlık Harcamaları (Milyon TL)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
SGK TOPLAM	1522	2634	4576	7630	10662	13150	13606
İlaç	734	1389	2433	4300	5615	6399	7001
Tedavi	665	1061	1799	2831	4363	5905	5625
Devlet Hastanesi	-	-	-	1815	2998	4083	3521
Üniversite Hastanesi	-	-	-	620	827	1079	1083
Özel Hastaneler	-	-	-	396	538	743	1021
Diğer	123	184	344	499	685	846	979
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
SGK TOPLAM	17666	20045	25404	28990	32842	34256	36202
İlaç	8372	8858	10717	13000	13236	14109	15112
Tedavi	8490	10267	13953	15354	18885	19357	20228
Devlet Hastanesi	5442	6399	7325	7910	10077	10153	10610
Üniversite Hastanesi	1325	1523	2247	2566	3440	3595	3757
Özel Hastaneler	1723	2345	4381	4879	5368	5610	5862
Diğer	805	921	734	635	721	790	861

Kaynak: Sosyal Güvenlik Kurumu İç Denetim Birim Başkanlığı. **Sağlık Harcamaları Verileri**, 2010 (Veriler tarafımda ilgili Başkanlıktan elde edilmiştir).

SGK ve Yeşil Kart dışında bütçeden yapılan 1999-2009 yılları arasındaki sağlık harcamaları ve 2010-2012 yılları arasındaki sağlık harcamaları tahminleri Tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 5. Bütçeden 1999-2012 Arası Yapılan Sağlık Harcamaları (Milyon TL)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Bütçe TOPLAM	388	593	1023	1654	2035	2462	2195
İlaç	198	308	543	817	972	1220	923
Tedavi	190	285	480	837	1063	1242	1272
Devlet Hastanesi	-	-	-	335	425	497	509
Üniversite Hastanesi	-	-	-	334	425	496	508
Özel Hastaneler	-	-	-	168	213	249	255
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Bütçe TOPLAM	2426	2697	2732	3010	198	208	220
İlaç	801	967	944	1180	72	77	82
Tedavi	1625	1730	1788	1830	126	132	138
Devlet Hastanesi	650	665	672	640	44	46	48
Üniversite Hastanesi	645	683	743	748	50	52	55

Özel Hastaneler	330	382	373	442	32	33	35
------------------------	-----	-----	-----	-----	----	----	----

Kaynak: Sosyal Güvenlik Kurumu İç Denetim Birim Başkanlığı. **Sağlık Harcamaları Verileri**, 2010 (Veriler tarafımda ilgili Başkanlıktan elde edilmiştir).

SGK ve Bütçe dışında Yeşil Karttan yapılan 1999-2009 yılları arasındaki sağlık harcamaları ve 2010-2012 yılları arasındaki sağlık harcamaları tahminleri Tablo 6’te verilmiştir.

Tablo 6. Yeşil Karttan 1999-2012 Arası Yapılan Sağlık Harcamaları (Milyon TL)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Yeşil Kart TOPLAM	127	199	392	650	917	1062	1809
İlaç	19	32	91	113	252	450	762
Tedavi	108	167	301	537	665	612	1047
Devlet Hastanesi	-	-	-	430	532	490	838
Üniversite Hastanesi	-	-	-	107	133	122	209
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Yeşil Kart TOPLAM	2910	3913	4031	4422	4603	4729	4978
İlaç	926	1305	1301	1406	1292	1377	1475
Tedavi	1984	2595	2709	2995	3289	3329	3479
Devlet Hastanesi	1712	2170	2203	2605	2879	2901	3032
Üniversite Hastanesi	272	425	506	390	410	428	447
Diğer	0	13	21	21	22	23	24

Kaynak: Sosyal Güvenlik Kurumu İç Denetim Birim Başkanlığı. **Sağlık Harcamaları Verileri**, 2010 (Veriler tarafımda ilgili Başkanlıktan elde edilmiştir).

SGK, Bütçe ve Yeşil Kart dışında 1999-2009 yılları arasındaki diğer sağlık harcamaları ve 2010-2012 yılları arasındaki sağlık harcamaları tahminleri Tablo 7’da verilmiştir. Bu harcamaların tamamı aile hekimliği ile ilgili sağlık harcamalarıdır.

Tablo 7. 2008-2012 Arası Diğer Sağlık Harcamaları (Milyon TL)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Diğer Sağlık TOPLAM			466	794	2033	2820	2957

Kaynak: Sosyal Güvenlik Kurumu İç Denetim Birim Başkanlığı. **Sağlık Harcamaları Verileri**, 2010 (Veriler tarafımda ilgili Başkanlıktan elde edilmiştir).

SGK, Bütçe, Yeşil Kart ve diğer harcamalardan oluşan kamu finansman sistemlerinden 1999-2009 yılları arasında yapılan sağlık harcamaları ve 2010-2012 yılları arasındaki sağlık harcamaları tahminleri Tablo 8'de verilmiştir.

Tablo 8. 2008-2012 Arası Kamu Finansman Sistemlerinden Yapılan Sağlık Harcamalarının Dağılımı (Milyon TL)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
TOPLAM	2037	3426	5992	9934	13615	16674	17610
İlaç	951	1729	3068	5230	6839	8069	8686
Tedavi	964	1513	2580	4205	6091	7759	7944
Devlet Hastanesi	-	-	-	2580	3956	5070	4868
Üniversite Hastanesi	-	-	-	1061	1384	1697	1800
Özel Hastaneler	-	-	-	564	751	992	1276
Diğer	123	184	344	499	685	846	979
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
TOPLAM	23002	26655	32633	37216	39676	42013	44356
İlaç	10099	11130	12962	15586	14600	15562	16669
Tedavi	12099	14592	18450	20179	22300	22818	23845
Devlet Hastanesi	7804	9234	10200	11155	13000	13100	13690
Üniversite Hastanesi	2242	2631	3496	3704	3900	4075	4258
Özel Hastaneler	2053	2727	4754	5321	5400	5643	5897
Diğer	805	934	755	656	743	813	885
Aile Hekimliği			466	794	1333	2820	2957
Bütçe Sağlık Yedeği			0	0	700	0	0

Kaynak: Sosyal Güvenlik Kurumu İç Denetim Birim Başkanlığı. **Sağlık Harcamaları Verileri**, 2010 (Veriler tarafımda ilgili Başkanlıktan elde edilmiştir).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM:

1980 SONRASI KAMU SAĞLIK HARCAMALARININ DEĞERLENDİRMESİ VE ÖNERİLER

3.1. TÜRKİYE'DE KAMU SAĞLIK HARCAMASI BÜYÜKLÜKLERİ VE DİĞER ÜLKELERDEKİ KAMU SAĞLIK HARCAMALARININ BOYUTU

3.1.1. Türkiye'de Kamu Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Yeri ve Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı

Türkiye'de kamu sağlık harcamalarının GSYİH içindeki yeri toplam sağlık harcamalarına oranı Tablo 9'de verilmiştir.

**Tablo 9. Türkiye'de Kamu Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki
Yeri Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı (1980-2008)**

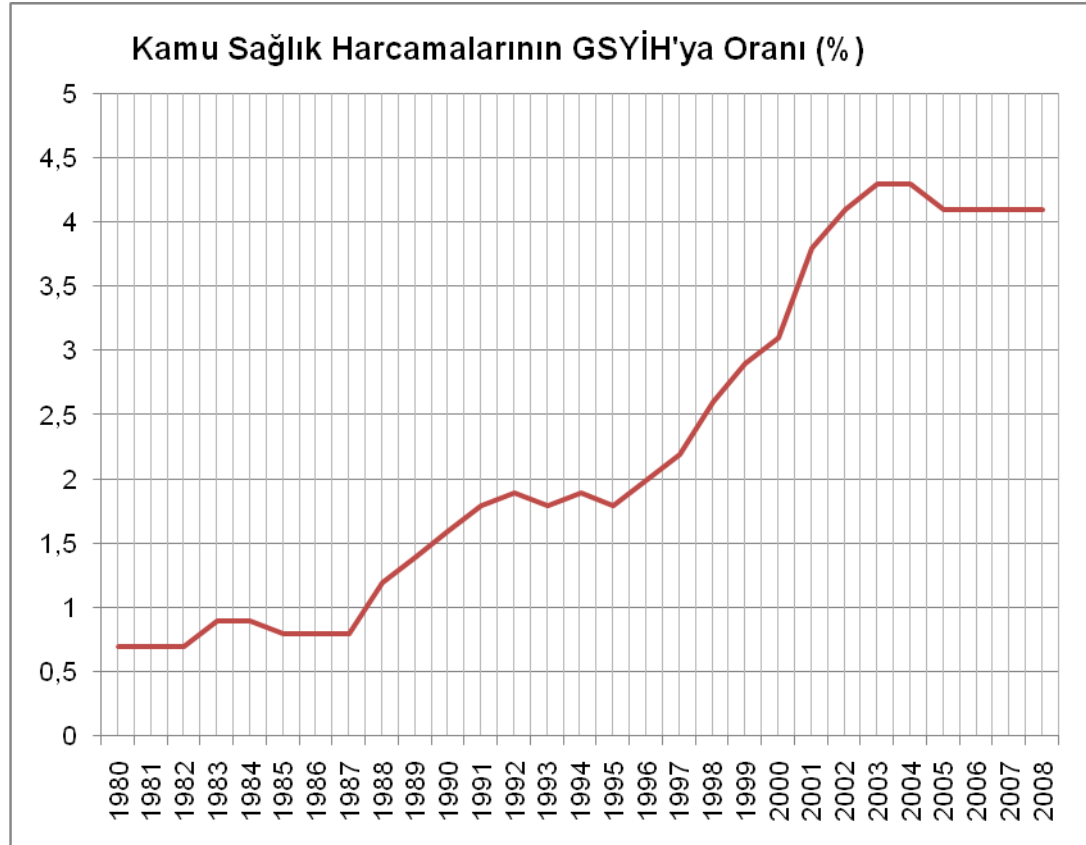
Yıllar	GSYİH'ya Oranı	Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı
1980	0,7	29,4
1981	(1980 verisi) 0,7	(1980 verisi) 29,4
1982	(1980 verisi) 0,7	(1980 verisi) 29,4
1983	(1984 verisi) 0,9	(1984 verisi) 42,2
1984	0,9	42,2
1985	0,8	50,6
1986	0,8	42,0
1987	0,8	39,5
1988	1,2	51,1
1989	1,4	58,1
1990	1,6	61,0
1991	1,8	62,9
1992	1,9	67,0
1993	1,8	66,4
1994	1,9	68,9
1995	1,8	70,3
1996	2,0	69,2
1997	2,2	71,6
1998	2,6	71,9
1999	2,9	61,1
2000	3,1	62,9
2001	3,8	68,2
2002	4,1	70,4
2003	4,3	71,6
2004	4,3	72,3

Yıllar	GSYİH'ya Oranı	Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı
2005	4,1	71,4
2006	(2005 verisi) 4,1	(2005 verisi) 71,4
2007	(2005 verisi) 4,1	(2005 verisi) 71,4
2008	(2005 verisi) 4,1	(2005 verisi) 71,4

Kaynak: OECD Health Data 2009

Buna göre 1980'den bu yana ülkemizde kamu sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı incelendiğinde genel itibariyle sürekli bir artışın olduğunu söylemek mümkündür. Artış Grafik 2'de daha net olarak görülebilmektedir.

Grafik 2. Türkiye'de Kamu Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Yeri (1980-2008)

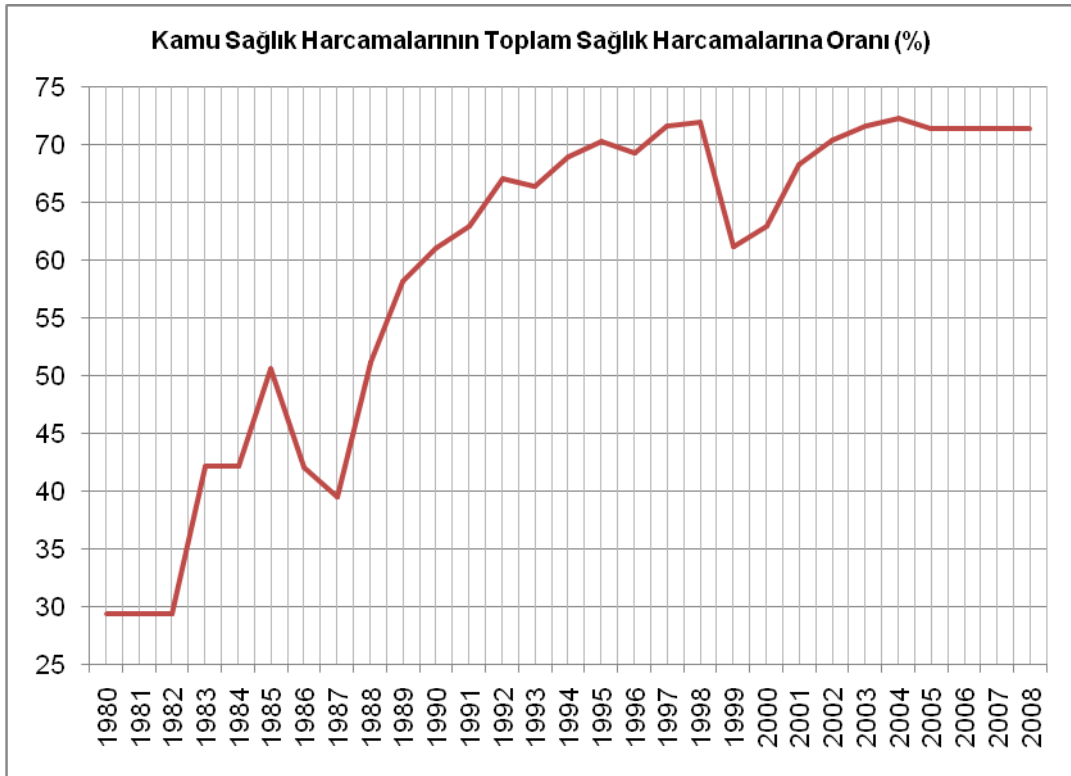


Kaynak: OECD Health Data 2009

Kamu sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı 1980-2008 yılları en az % 0,7; en fazla ise 4,3 olarak gerçekleşmiştir. Bu dönemdeki ortalama oran % 2,26'dır.

Buna göre kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı zaman zaman dalgalanmalar gösterse de genel olarak artmıştır. 1980 yılında toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %30'nu kamu, %70'ini özel yaparken; bu oran 2008 yılına kadar tersine dönmüş ve toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %30 özel, %70'ini kamu yapar hale gelmiştir. Bu artış Grafik 3'te daha net olarak görölmektedir.

Grafik 3. Türkiye'de Kamu Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları içindeki Yeri (1980-2008)



Kaynak: OECD Health Data 2009

Kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı 1980-2008 yılları en az 29,4; en fazla ise 72,3 olarak gerçekleşmiştir. Bu dönemdeki ortalama oran 59,1'dir.

3.1.2. Diğer Ülkelerde Kamu Sağlık Harcamalarının Boyutu

İkinci dünya savaşı sonrasında ülkelerin yaralarını sarma ve temel ihtiyaçlarını karşılama çabaları, sağlığa ayrılan ödenekte önemli bir azalmayı da beraberinde getirmiştir. 20.yy. son çeyreğinde ivme kazanan alt yapı çalışmaları sonrasında ise dünya genelinde ve özellikle Avrupa'da sağlık harcamaları önemli artış eğilimleri göstermiştir (Govindaraj vd, 2000: 8).

Dünya Bankası tarafından 2003 yılında gerçekleştirilen ülkelerin sağlık hesapları çalışması verilerine göre dünya genelinde kişi başına ortalama sağlık harcaması 483 \$'dır. Sanayileşmiş ve yüksek gelirli ülkelerde ortalama kişi başına 2500 \$'ın üzerinde sağlık harcaması gerçekleşirken, az ve orta gelirli ülkelerde ortalama kişi başına 200 \$'ın altında bir sağlık harcaması gerçekleşmiştir. Ülkelerin gelir seviyesi ve endüstrileşmesi yükseldikçe sağlık hizmetlerine daha çok kaynak ayrılmakta ve dolayısı ile sağlık harcamaları da düşük gelirli ülkelere göre oldukça yüksek miktarda gerçekleşmektedir. Gelişmiş OECD ülkelerinin sağlık harcamalarına baktığımızda, diğer dünya ülkelerinin sağlık harcamalarından çok daha yüksek harcamaların gerçekleştiği görülmektedir (OECD Health Data 2009). 2005 yılında OECD ülkeleri kişi başına ortalama 2705 \$ sağlık harcaması gerçekleştirirken ABD 6558 \$ ile en yüksek kişi başı sağlık harcamasını gerçekleştirmiş, 4301 \$'lık kişi başı sağlık harcamasıyla Norveç ve 4021 \$'lık kişi başı sağlık harcamasıyla Lüksemburg ABD'yi takip eden ülkeler olmuştur. OECD ülkeleri içerisinde daha az gelişmiş olarak kabul edilen Kore 1296 \$, Meksika 724 \$ kişi başı sağlık harcaması gerçekleştirmiştir. Aynı yıl Türkiye gerçekleştirdiği 618 \$'lık sağlık harcamasıyla OECD ülkeleri arasında en düşük kişi başı sağlık harcamasını gerçekleştiren ülke olmuştur (Akın, 2007: 63)

Kamu sağlık harcamalarına bakacak olursak Türkiye, diğer OECD ülkeleri arasında Meksika'dan sonra en az kişi başına sağlık harcaması yapan ülkedir. Türkiye ve Türkiye dışındaki OECD ülkelerinin kişi başına düşen kamu sağlık harcaması ortalamaları satın alma gücü paritesine göre Amerikan Doları bazında Tablo 10'da verilmiştir.

Tablo 10. Türkiye ve OECD Ülkelerinin Satın Alma Gücü Paritesine Göre Amerikan Doları Bazında Kişibaşına Düşen Kamu Sağlık Harcaması Ortalamaları

YILLAR	Türkiye	Türkiye dışındaki OECD ülkeleri Ortalaması
1980	21	480
1981	(1980 verisi) 21	534
1982	(1980 verisi) 21	580
1983	(1984 verisi) 36	626
1984	36	658
1985	35	700
1986	38	737
1987	41	727
1988	59	768
1989	75	807
1990	95	866
1991	106	922
1992	118	1.023
1993	124	1.060
1994	119	1.078
1995	122	1.124
1996	149	1.174
1997	179	1.222
1998	212	1.282
1999	227	1.363
2000	272	1.440
2001	311	1.552
2002	340	1.683
2003	359	1.785
2004	416	1.897
2005	441	1.983
2006	(2005 verisi) 441	2.098
2007	(2005 verisi) 441	2.206
2008	(2005 verisi) 441	2.206

Kaynak: OECD Health Data 2009.

Türkiye ve Türkiye dışındaki OECD ülkelerinin satın alma gücü paritesine göre Amerikan doları bazında kişi başına düşen kamu sağlık harcaması ortalamaları incelendiğinde, Türkiye'nin yaptığı kişi başına düşen kamu sağlık harcamasının diğer ülkelerin ortalamasına oranının;

1980 yılında yaklaşık % 4,38,

1981 yılında yaklaşık % 3,93,

1982 yılında yaklaşık % 3,62,
1983 yılında yaklaşık % 5,75,
1984 yılında yaklaşık % 5,47,
1985 yılında yaklaşık % 5,00,
1986 yılında yaklaşık % 5,16,
1987 yılında yaklaşık % 5,64,
1988 yılında yaklaşık % 7,68,
1989 yılında yaklaşık % 9,29,
1990 yılında yaklaşık % 10,97,
1991 yılında yaklaşık % 11,50,
1992 yılında yaklaşık % 11,53,
1993 yılında yaklaşık % 11,70,
1994 yılında yaklaşık % 11,04,
1995 yılında yaklaşık % 10,85,
1996 yılında yaklaşık % 12,69,
1997 yılında yaklaşık % 14,65,
1998 yılında yaklaşık % 16,54,
1999 yılında yaklaşık % 16,65
2000 yılında yaklaşık % 18,89,
2001 yılında yaklaşık % 20,04,
2002 yılında yaklaşık % 20,20,

2003 yılında yaklaşık % 20,11,

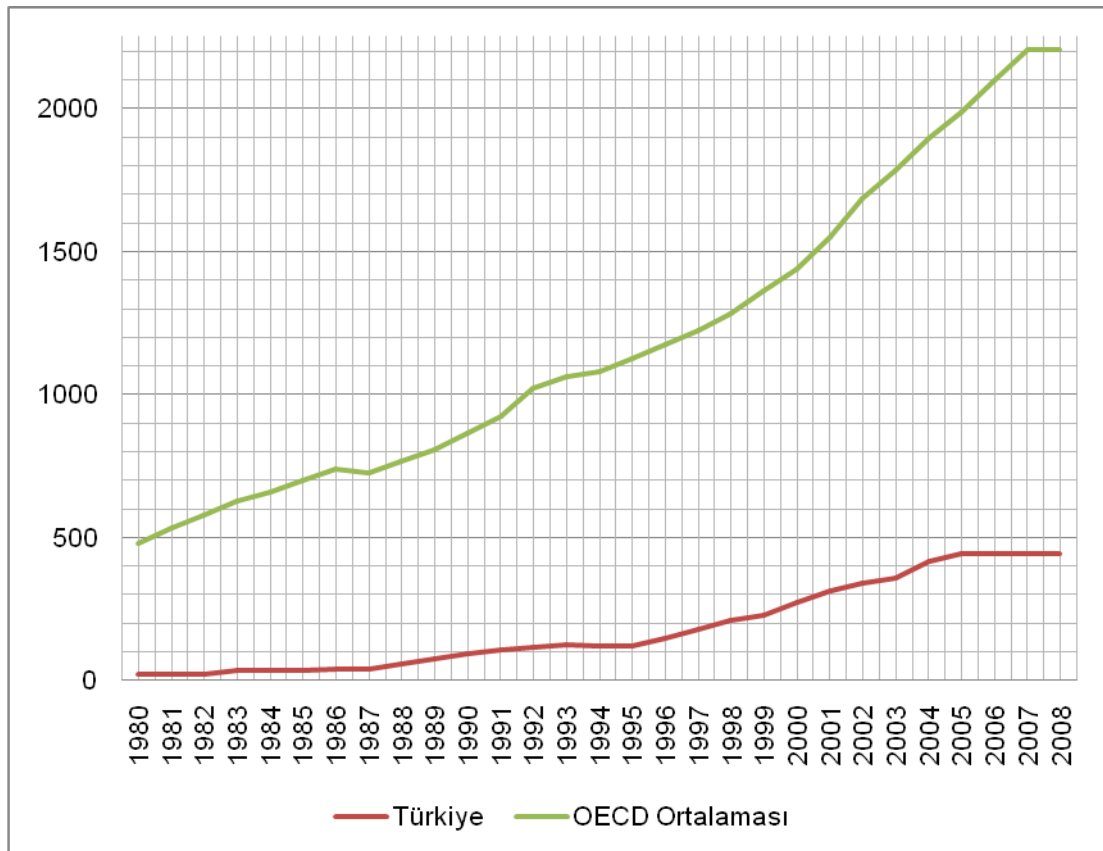
2004 yılında yaklaşık % 21,93,

2005 yılında yaklaşık % 22,24,

2006 yılında yaklaşık % 21,02,

2007 yılında yaklaşık % 19,99 olduğu görülmektedir.

Grafik 4. Türkiye ve OECD Ülkelerinin Satın Alma Gücü Paritesine Göre Amerikan Doları Bazında kişi başına Düşen Kamu Sağlık Harcaması Ortalamaları



Kaynak: OECD Health Data 2009

Bu veriler incelendiğinde Türkiye'nin OECD ortalamasından daha az kamu sağlık harcaması yaptığı ortaya çıkmakla beraber, 1980'den 2008'e

yapılan kamu sağlık harcaması miktarını yaklaşık 21 kat artırdığını söylemek mümkündür. Aynı dönemde OECD ortalaması ise sadece 4,6 kat artmıştır. Bu durum Grafik 4’te daha net olarak görülebilmektedir.

3.2. TÜRKİYE’DE KAMU SAĞLIK HARCAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ, SORUNLAR VE ÖNERİLER

3.2.1. Kamu Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi

Günümüzde “Sağlık Ekonomisi” yurdumuzdaki uygulamalar açısından büyük bir önem taşımaktadır. Türkiye’deki sağlık hizmetleri sisteminin temel sorunu kıt sağlık personeli ve kapasite arzı, yüksek maliyetler ile talep arasındaki dengenin hangi mekanizma ile ve optimal olarak nasıl kurulabileceğidir. Ayrıca, bu sağlık hizmetlerinin dağılımındaki eşitsizlik bir başka temel sorundur. Daha doğrusu talebin kapasiteye uydurulmasında ve kapasitenin etkin olarak kullanılmasında, hizmetin talep eden bireyler arasında eşit dağıtılmasında mekanizma ne olmalıdır sorusu tartışılmaktadır. Bu konuda uygulamaya konulan üç yöntem vardır:

1) Genel olarak piyasa mekanizmasına bırakılmakla birlikte sınırlı olarak ücretsiz sağlık hizmetlerinin yoksullar için sunulması (1980 öncesi durum).

2) Sağlık hizmetlerinin sosyalizasyonu; fakat bunun yanında piyasa mekanizmasının işletilmesine de izin verilmesi, bir başka deyişle muayenehanelere ve özel kliniklere imkan tanınması (1980 yılı uygulaması).

3) İlke olarak sağlığın sosyalize edilmesi fakat arzu eden personelin ya tümünden veya kısmen piyasada çalışmasının kabulü (1981 yılı sonrası).

Bu her üç yolunda sorunları çözemediği veya çözemeyeceği ortadadır. Sorun, kapasitenin darlığı ve sağlık hizmetlerine olan aşırı talep karşısında hizmetlerin kalitesindeki düşüklüktür ki; bu durum sağlığa tahsis edilen kaynakların kıtlığından doğmaktadır. Yalnız sağlık gibi talebin hem fiyat hem de gelir elastikiyeti çok yüksek üstün bir mala eşitlik kaygısı ile sıfır fiyat

uygulamak, veri kapasite üzerinde aşırı talep yaratarak fizik tayinlamayı (kuyrukları) davet eder. Bu durumda önemli olan tayinlamanın ölçütünün ne olacağıdır. Örneğin 'ihtiyaç' mı yoksa 'iltimas' gibi sosyal bakımdan sakıncalı ölçütler mi esas alınacaktır? Kaldı ki iktisat teorisinin temel bir öğretisi, eşitlik kaygısı ile yığılmanın fiyat mekanizmasının yerine ikamesinin etkinlik kaybına yol açtığıdır. Yalnız kamusal arz yanında piyasanın var olması durumunda sağlık personelinin kamu kesimindeki hizmet arzını kısararak veya kalitesini düşürerek atıl kapasite yaratmaları ve özel kesime talep doğurmaları da başka bir sorundur. Bu durum kamu kesiminde çalışan sağlık personelinin bilinçli bir davranışından doğabileceği gibi, salt teşviksizlikten de kaynaklanabilir. Zira sağlık personeli de homo-economicus bir başka deyişle rasyonel ve fayda maksimize eden bireyler olarak kabul etmek doğru varsayımdır. Özellikle sağlık personeli ve doktorlar ile ilgili düzenlemeler yapılırken gözden kaçırılmaması gereken bir husus, tedavi elemanları açısından kamu sektörünün yalnızca özel kesimle değil dünyanın başka ülkeleri ile de ücret rekabetinde bulunduğuudur. Dolayısıyla sosyalizasyon düşünülürken faktör mobilitesi çok yüksek bir kesim ile uğraşıldığının bilincinde olmak gerekir. İşte bu hususlar göz önünde tutulduğunda 1981 yılı başında yaratılan fiili durumun bir çare olmadığı ortadadır. Dolayısıyla sosyalizasyon nedeniyle kamu kesiminde sıfır fiyatın uygulaması yerine bu tedavi kurumlarının sübvansiyonlu marjinal maliyet fiyatlandırmasına baş vurmaları ve yoksul durumda olanların masraflarının karşılanabilmesi için bir yardım fonunun oluşturulması daha iyi olabilirdi. Bu tür bir sosyalizasyonun ve marjinal maliyet fiyatlandırması uygulamasının tam rekabet ve piyasa mekanizması almasığından hem etkinlik hem de eşitlik açısından daha üstün olduğu öne sürülebilir. Çünkü böyle bir sosyalizasyonda marjinal maliyet fiyatları tam rekabet ekonomisinin de altında oluşacaktır:

- i) Birincisi sosyalizasyon dolayısıyla sağlık hizmetlerinin merkezileştirilmesi ve temerküzü nedeniyle 'ölçek ekonomilerinin' ortaya çıkmasıyla marjinal ve ortalama maliyetlerin giderek düştüğünü izleyeceğiz.

- ii) İkincisi sağlık karma malının salt sosyal ve erdemli-istek bölümleri için vergilerle finanse edilen sübvansiyonlu fiyatların uygulanması söz konusudur.

Bunlardan da öteye düşük fiyatlar ve fiyat mekanizması fizik ve regülatif yığılmaya bakışla daha etkin bir kaynak tahsis mekanizmasıdır. Böylece marjinal sosyal faydanın marjinal sosyal maliyete eşitlenmesine çalışılarak, sosyal refahın maksimizasyonu amaçlanır. Ayrıca unutulmamalıdır ki; sağlık personeli için teşviksiz bir sistem içerisinde çalışmak, hizmetin kalitesini düşüren ve teknik gelişmelerin izlenmesini engelleyen bir durumdur: Sonuçta aşırı talebe rağmen arzın kısıldığına da tanık oluruz. Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi hususunda sosyalizasyon bir başka deyişle sıfır fiyatının uygulanması yığılma gerçeğini unutan popülist bir yaklaşımdır. Çünkü yığılma durumunda da tatmin edilmeyen talep bulunacaktır. Yalnız her halükarda gelir dağılımının bu yığılma mekanizmasını etkilemek için uğraşacağı muhakkaktır. Bu husus sistemin çürümesine yol açarken böyle bir popülist uygulama aşırı talep karşısında kaynak yetersizliği nedeniyle çöker. Dolayısıyla bu karma malın finansmanına bireylerin, bireysel katkıları kaçınılmazdır. Ödeme gücü olmayan bireylerin durumlarının bir 'varlık testi' ile saptandıktan sonra yardım fonundan kredi ve hibeler ile desteklenmeleri ve Kızılay, Verem Savaş gibi gönüllü yardımları teşvik edecek kurumların finansmana katılmaları sağlanmalıdır. Sağlık hizmetleri konusunda sorun finansman şeklinden ve kullanılan kaynak tahsis mekanizmasından doğmaktadır (Akalin, 2000:232-234).

Dünya Sağlık Örgütüne (WHO) göre "Sağlık akli, bedeni ve sosyal bakımdan iyi durumda olmaktır." Tam sağlık hali "herkesin beden ve ruh sağlığı" nı kapsarken, Anayasamızda "sosyal yönden de tam iyilik" ögesine yer verilmemiştir. Böylece, "sosyal" nitelikli sağlık giderlerini göz ardı eden mevzuat düzenlemeleri yapılabilecektir. Öyle de olmuş, önceleri "Sağlıkta Reform", daha sonra da "Sağlıkta Dönüşüm" sürecinde mevzuat üretimi bu doğrultuda gerçekleşmiştir. Nitekim 23.061936/ 3337 sayılı RG'de yayınlanan 3017 sayılı "Sıhhat ve İhtimai Muavenet Vekaleti Teşkilat ve Memurin

Yasası", önce 181 (1983) sonra 23.1989 / 20096 sayılı RG'de yayımlanan 356 sayılı KHK ile değiştirilmiş, yaygın adıyla "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı"nın adı "Sağlık Bakanlığı"na dönüştürülmüş; "sosyal yardım" niteliği çıkarılmıştır (Baran, 2009: 48).

Ancak, 1982 Anayasası 2. maddesinde Cumhuriyet'in 6 temel niteliğinden biri ve değiştirilemez / değiştirilmesi teklif bile edilemez kaydı ile sosyal devleti de saydığından, sosyal yardım hizmetleri başka kamu kurumlarının yükümlüne bırakılmıştır. Böylece, 1921, 1924 ve 1961 Anayasalarının ardından 3 Mayıs 1920'de TBMM hükümetince olağanüstü dönemde çıkarılan 3 sayılı yasa ile kurulan Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti, günümüz Sağlık Bakanlığı olarak, 3. kez ad değişimi yaşamıştır. Kuşkusuz, "sağlık giderleri" olarak tanımlanan başlıktan Cumhuriyet'in kuruluşunda Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti'nin, 1936'dan 1983'e değin yine Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti'nin harcamaları içinde "sosyal yardım" (İçtimai Muavenet) giderleri ayrıştırılarak, harcamaların salt sağlık amaçlı olması gerçekleştirilmiştir. 1982 Anayasası'nın hukuksal zemini oluşturmamasının ardından, "181 Sayılı Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname" üstyapıda kurgulanan değişimi gerçekleştirmiştir. 1980 sonrası Milli Güvenlik Kurulu (MGK) özel sektörün desteklenmesi konusunda kimi düzenlemeler yapmıştır. Örneğin 1981 sonrası yayınlanan Bakanlar Kurulu Kararı ile sağlık yatırımları teşvik kapsamına alınmıştır (30 Kasım 1981 tarih ve 17530 sayılı RG). Bu durum 1982, 1983 ve 1984 yıllarındaki programlarda da yenilenmiştir. Bu yıllarda Sağlık Bakanlığı bütçe payı sürekli aşağıya çekilmiş 1985'te % 2,54 olmuştur. Kaçınılmaz olarak oluşan yatırım açığını ise özel sektörün doldurması planlanmış, bu arada Sosyalleştirme için gerekli kamusal fonlar da elbette ayrılmamıştır. Kamu kurumlarında kimi hizmetlerin ve süreçlerin özelleştirilmesi adımların atılması yönünde ise 27 Eylül 1983 tarihinde çıkarılan ve 209 sayılı yasaya ekleme yapan 2907 sayılı Yasa (209 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkındaki Yasanın 3.

Maddesinin Değiştirilmesi ve Bu Yasaya Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Yasa) kapsamında döner sermaye gelirleri kurumlardaki işlerin yürütülmesi konusunda her türlü araç-gereç, aygıt alımı ile gelir getirici biçimde kullanılmasının önü açılmış ve kamu kurumlarının ürettikleri mal ve hizmetler ile yaptıkları alımları fiyatlandırma yetkisi verilmiştir (Zincir, 2006: 31-34).

Aynı yıl MGK bünyesinde kurulan bir komisyon 1967'de hazırlanan Genel Sağlık Sigortası yasa tasarısını değerlendirmiş; sigorta ile halkın sağlık kuruluşlarına özellikle ayakta tedavi için başvurularının artacağı, hekim sıkıntısı ve Sağlık Ocaklarının tam çalıştırılmaması karşısında bu başvuruların karşılanamayacağı endişesi ile varlıklı kişilerden toplanacak prime dayalı sayısal veriler yeterli olmadığından, sigorta gelirlerinin yeterli düzeye erişememesi durumunda gider çokluğunun yeni mali yük getireceği endişesiyle MGK'ca kabul görmemiştir (Akdağ, 2008: 17).

Sonrasında 1985-1989 yıllarını kapsayacak şekilde hazırlanan Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda sağlık kuruluşlarının, hizmet verimliliğinin artırılması için, işletmecilik yönünden ele alınacağı; devlet, üniversite ve öbür hastaneler arasında işbirliği olanaklarının geliştirilmesi ve kuruluşların karşılıklı dayanışma anlayışı içinde çalışmalarının sağlanması için gerekli politikaların izleneceği belirtilmiştir (DPT, 1985: 152).

Plan'a göre özel sağlık kuruluşları ve hastaneler teşvik edilecek, bu kuruluşların sağladıkları hizmetlerin karşılığı olan ücretler serbest bırakılacaktır. Öte yandan serbest çalışan hekimlerle anlaşmalar yapılarak kamunun hizmet satın alması yoluyla sağlık hizmetleri verilecektir. Bu Plan ile kamusal kaynakların özel sektöre aktarılması belirgin olarak özendirilmiştir (DPT, 1985: 152).

SSK'nın sağlık hizmetlerinden arındırılmasına yönelik çabaların tohumları 5. Kalkınma Planı döneminde atılmış gibi görünmektedir. Plan'da; Kamu kurumlarının ve Sigorta Kurumlarının kendilerinin sağlık hizmeti vermek üzere örgütlenmelerinden kaçınılarak, var olan sağlık kurumlarından

yararlanılması temel alınıp, bu yönde gerekli düzenlemeler yapılması öngörülmüştür (DPT, 1985: 152).

7. Beş Yıllık Kalkınma Planında (1996-2000) Türkiye'de sağlık hizmetleri kamu ve özel kesimde birbirinden ayrı ve bağımsız çalışan kuruluşlar tarafından sunulduğu; ancak, kamu kuruluşları arasında etkili bir işbölümü ve eşgüdümün sağlanamamış olması, bu kuruluşların farklı nüfus dilimlerine yönelik olmaları, kuruluşların yatırım ve hizmet sunumlarında çakışmalara, kaynakların verimsiz kullanılmasına yol açtığı belirtilmiştir (Yıldırım, 2007: 61-72).

7. Beş Yıllık Kalkınma Planında başta Sağlık Bakanlığı ve SSK (Sosyal Sigortalar Kurumu) olmak üzere, kamu sağlık kuruluşlarında hizmetin sunumu ile finansmanının bir arada bulunmasının, hizmetin planlanması ve uygulanmasında sorun yaratmakta olduğu ve denetim düzeneklerinin (mekanizmasının) etkili biçimde işletilmesini engellediği saptaması yapılmıştır. Yataklı tedavi kurumlarının çağdaş işletmecilik ilkelerine göre verimli ve etkili biçimde yönetilmemesi, kendi gelirleriyle giderlerini karşılayamaması, rekabete açık olmaması, yönetsel (idari) ve akçalı (mali) özerkliğe sahip kuruluşlara dönüştürülemediği olmasının, bu kuruluşlardan beklenen yararın (faydanın) elde edilememesine yol açtığı belirtilmektedir. Ayrıca özel sağlık sigortacılığının yaygınlaştırılamadığına değinilmektedir (Yıldırım, 2007: 61-72).

8. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda (2001 - 2005); koruyucu sağlık hizmetlerine gerekli öncelik verilememiş ve bu hizmetlerin temel sağlık hizmetleriyle birlikte yaygın, sürekli ve etkili sunulmasının sağlanamamış olduğu; ayrıca hastanelerin yönetsel ve akçalı (mali) özerkliğe ve kendi gelirleri ile giderlerini karşılayan bir yapıya kavuşturulamamış, çağdaş işletmecilik anlayışıyla yönetilmemiş olduğuna değinilmiştir (Yıldırım, 2007: 61-72).

Geçmiş dönemlerde defalarca Bağ-Kur prim bağışlama yasaları çıkarılmış, faizleri silinmiş, ödeme kolaylıkları sağlanmıştır. SSK üyeleri için

de aynı derecede olmamakla birlikte, işveren tarafından kaynakta kesilen primlerin Kuruma (SSK) aktarılmaması ya da geç aktarılaraq özel kesimce nemalandırılması yüzünden, aktüaryal denge bozuklukları her 2 kurumu da tıkanma noktasına sürüklemiştir. Emekli Sandığı'nda ise çalışan ve çalıştırandan (Kamu işvereni) kaynakta kesilen kesenekler Sandık kaynaklarına aktarılmış ancak giderler gelirleri aştığından, burada da ciddi Maliye Bakanlığı / Hazine aktarımları (transferleri) yapılması kaçınılmaz olmuştur. Ancak bunları "kara delik" olarak nitelendirmek yersizdir. OECD ülkeleri dahil, yeryüzündeki hemen her ülkede kamu, sosyal güvenlik fonlarına sosyal devlet olmanın kaçınılmaz gereği katkı yapmaktadır (Yıldırım, 2007: 61-72).

Sağlık giderleri çok etmenli olarak büyümeyi sürdürmektedir. Karmaşık bir sorun ve salt mevzuat düzenlemeleri ile baş edilmesi imkansız gözükmektedir. Önümüzdeki dönemlerde uygulamadan kaynaklanan pek çok anlaşmazlık yargıya taşınabilir. Böylece ulusal kaynaklar verimli kullanılamamış olmaktadır (Baran, 2009: 109-110).

Tüm kurgu, çok borçlandırılan Kamunun ödeme gücünden yoksun bırakılarak teslim alınması ve meydandan çekilerek yerli ve yabancı sağlık şirketlerine alanı terk etmesinin sağlanmasıdır. Ancak ana finansör durumuna sürüklenen hizmet kullanıcılarının da, Türkiye'nin makro ekonomik görünümü dikkate alındığında bu yükü kaldıracak imkanları yoktur (Baran, 2009: 109-110).

OECD, toplam sağlık harcamalarının sırasıyla GSYİH içindeki payı ve kişi başına düşen toplam sağlık harcamaları bakımından Türkiye'nin, benzer yaşam standardında olan bir ülkeden beklenen düzeylere oldukça yakın olduğunu belirtmektedir (OECD, 2008: 91). Ülkemizde toplam sağlık harcamasının GSYİH'ye oranı ve kişi başına düşen toplam sağlık harcaması küresel ortalamanın biraz altındadır. Ancak, Türkiye'nin toplam sağlık harcamalarındaki kamu payı oldukça yüksektir ve bu pay beklenen düzeyin üzerindedir. Bu durum, sağlık alanında yapılan kamu harcamalarının diğer

bazı orta gelirli ülkelere göre Türkiye'de daha yüksek bir önceliğe sahip olduğunu ortaya koymaktadır (OECD, 2008: 91).

Türkiye'de ekonomik büyümeye ilişkin iyimser öngörülerin yanı sıra sağlık hizmetlerinde teknolojik değişime açıklık göz önüne alındığında, büyük olasılıkla, Türkiye'nin önümüzdeki yıllarda sağlık hizmetlerinde bir talep baskısıyla karşı karşıya kalacağı düşünülmektedir. Son on yıl içinde yalnızca bir OECD ülkesi (Çek Cumhuriyeti) sağlık harcamalarındaki büyümeyi GSYİH büyümesinin altında tutabilmiştir. Esasen, 1990-2006 arasındaki dönem boyunca sağlık harcamaları Türkiye'de yıllık olarak, GSYİH'den, %7 oranında daha hızlı artmıştır; ancak bu hız, diğer tüm OECD ülkeleri için %29 olmuştur. Yakın geçmişte, harcamalardaki artışları GSYİH artışı ile paralel oranda tutmaya ilişkin Türkiye'nin göstermiş olduğu başarı (çünkü Türkiye genel sağlık sigortasına geçişi tamamlamakta ve hizmet sunum kapasitesini de önemli ölçüde artırmaya devam etmektedir), daha gelişmiş OECD sağlık sistemlerine özgü bu artan maliyet baskıları ile yüzleşmek durumunda kaldığında devam edebilecek gibi gözükmemektedir (OECD, 2008: 98).

Genel kapsama sahip Türk sağlık sistemi, cömert bir teminat paketi, hizmet başına ödeme teşvikleri ve genişletilmiş fiziksel altyapı ve insan sağlığı altyapısı nedeniyle, sürekli maliyet sınırlama baskılarıyla mücadele etmek zorunda olmak bakımından diğer OECD ülkelerine benzemektedir. Ayrıca, tüm nüfusa sağlanacak çok kapsamlı temel bir teminat paketi, nüfusun beklentilerini sınırlamamaktadır. Bu nedenle gelecekte sağlık hizmetlerine erişimin önünde bir kaç finansal engel olacak; uygun katkı payları gerekse bile, hizmet fiyatları yüksek oranda sübvansede edilecektir. Zaman içinde, maliyeti artıran teknolojik değişim, sadece, mevcut hastalara sunulabilen hizmetlerin etkinliğine katkıda bulunmayacak, aynı zamanda etkili tıbbi bakımın sunulabildiği hastalık ve hasta yelpazesini de genişletecektir. Tüm bunlar beklenti ve taleplerin yüksek olacağı ve artacağı anlamına gelecektir. Öte yandan, arz yönünde, artan hekim sayıları, gelişmiş ilaç reçete etmek, ulaşılabilir hale gelen yeni tanı hizmetlerini istemek ve hastaları daha üst basamaklara sevk etmek için pek çok yeni fırsata kavuşacaktır.

Hastanelere DRG'ye göre yapılan ödeme (hizmet başına ödeme sisteminin toplu bir hali) özel hastaneler için ekstra faturalandırma imkânıyla birlikte hizmet sunucularını, hizmetleri genişletmek için daha istekli hale getirecektir. GSYİH'de meydana gelebilecek herhangi bir artış, çift taraflı olacaktır. Bu, sağlık konusunda daha fazla kamu harcamasını finanse edecek mali kapasitenin artmasına yardımcı olacaktır. Ancak aynı zamanda, hasta beklentilerini de artıracak ve ters bir göreceli fiyat etkisi oluşturma sebebi olacaktır (OECD, 2008:115).

Türk sağlık sisteminin bu özellikleri; yalnızca kamu harcamaları ve belki de genel sağlık hizmetleri harcamaları için sisteme maliyet sınırlama "frenleri" koymak için değil aynı zamanda bu frenleri kararlı ve düzenli bir şekilde uygulamak açısından da önemli olacaktır. Türk politika yapıcılarının elindeki ana maliyet sınırlama "frenleri" şunları içermektedir: Tüm kamu sağlık hizmetleri harcamalarındaki, SGK'nin özel hastanelere yaptığı ödemeleri de içeren, "sıkı" global üst limitler (Örneğin, Hazine tarafından SGK'nin sağlık bütçesine uygulanacaktır.); hastaların hizmetlere erişimi için uygun düzeydeki katkı payı ödemeleri; "uygun" düzeye ulaştıktan sonra Türkiye'deki hekim sayısının kontrolü; mikro ekonomik verimlilikte sürekli iyileştirmeler. Politika yapıcılarının, aynı zamanda, hastane hekimlerini, kararlaştırılan hastane bütçelerini aştıkları için yaptırıma tabi tutma gibi politikaları da içeren, ek ve daha sert risk paylaşım düzenlemelerini değerlendirmeleri de gerekmektedir (OECD, 2008:115).

Gerçekte (hâlihazırda kişi başına yaklaşık 6.500-7.000 ABD doları ve sağlığa da GSYİH'nin %16'sını harcayan ABD hariç) tüm OECD ülkeleri sağlık alanındaki kamu harcamalarını bir şekilde sınırlandırmaktadırlar. Türkiye'nin, devlet hastaneleri için getirilen sınırlamalar konusunda deneyimi olmuştur ve bu sınırlamaları özel hastanelere de uygulaması gerekmektedir. Çünkü son zamanlardaki harcama bilgilerinden bazıları, en yüksek artışların özel hastane hizmetlerinden geldiğini göstermektedir(OECD, 2008:116-118).

OECD ülkelerinde kamu payı %58 iken ülkemizde bu oran yaklaşık %65-70 civarında gerçekleşmiştir. Buna göre kamu payı OECD ülke ortalamalarına göre daha yüksek seyretmektedir.

Ülkemizde halen köyden kente göç devam etmektedir. 224 Sayılı Yasanın yürürlüğe girdiği tarihte köylerde yaşayanlar şehirlerde yaşayanlardan çok daha fazlaydı. Günümüzde bu durum tersine dönmüştür. 224 Sayılı Yasa esas alınarak yapılan yatırımların bu gün bir çoğu atıl durumdadır. Bu husus dikkate alınarak nüfus hareketliliğine göre tedbirlerin alınması gerekmektedir. Ayrıca, Sağlık Bakanlığının genel politikası pratisyen hekim sayısını artırmaktı. Ancak, uzman hekimlere sağlanan imkanların pratisyen hekimlere sağlanamaması nedeniyle pratisyen hekimliğin cazibesi kalmadığından bu politikada istenen sonuca varılamamıştır. Günümüzde ise aile hekimliği teşvik edilmektedir. Bunda ne kadar başarılı olunacağı ilerde anlaşılabilecektir.

3.2.2. Kamu Sağlık Harcamalarındaki Sorunlar

3.2.2.1. Sosyal Güvenliğe Kişi Katkılarındaki Sorunlar

Türkiye'de yeni GSS uyarınca Türk vatandaşları, birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanmak için sağlık sigortası fonuna katkıda bulunduklarını kanıtlayacak bir belgeye gereksinim duymamaktadır; prim ödemesi gereken ancak ödememiş kişilerin, hastanelerden acil olmayan bir hizmet almak için ödeme yapmaları gerekmektedir. SGK'nin politikası; hastanelere başvurmak istediklerinde prim ödemeyen kişileri kayıt altına alıp bu kişilerin ödemelerini takip etmek ya da bir başka seçenek olarak bu kişilere Yeşil Kart dağıtmaktır. Ne var ki kayıt dışı sektör çalışanları devlet hastanelerinden uzak durdukça kayıt altına alınmadan faaliyetlerini sürdürebilmektedir. Diğer ülkeler, bu sorunla başa çıkabilmek için idari bakımdan, talep ve arz açısından çeşitli düzenlemeler ortaya koymuştur. Talep açısından yapılan düzenlemeler arasında şunlar sayılabilir: Prim sübvansiyonları sağlamak, hizmetlerin maliyetini tümüyle yansıtan ücretler getirerek kamu kuruluşlarına uygulanan fiyat sübvansiyonlarını kaldırmak,

özel sektör kuruluşlarına da istedikleri oranda ücret almalarına izin vermek. Arz yönlü sübvansiyonlar ve idari düzenlemeler arasında ise şunlar sayılabilir: Cazip bir teminat paketinin sunulması, bireylerin; birlikler, sendikalar ve diğer toplum örgütleri yoluyla kayıt altına alınması; iyi yönetim sağlayarak ve yolsuzluğu önleyerek hükümetin uygulamalarına duyulan güvenin artırılması (OECD, 2008:103).

Ülkemizde nüfusun %70'i bir sosyal güvenlik kuruluşu kapsamındadır. Kapsam dahilinde olmayanların sağlık giderleri Yeşil Kart, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Teşvik Fonu, özel sigortalar tarafından karşılanmaktadır. Ancak; aktif çalışanların bir kısmının henüz sigorta kapsamına alınmadan kayıt dışı çalışması ve prim ödememeleri nedeniyle SGK'nın finansman ve harcama bakımından iki yönlü kaybı bulunmaktadır.

Bir yandan nüfusun tamamının sağlık hizmetlerinden yararlandırılması, bir yandan giderek artan sağlık harcamalarının kontrol altına alınması çabaları kutuplaşmayı beraberinde getirmiştir.

Ülkemizde nüfusun hemen hemen tamamı çeşitli yollarla sağlık hizmetlerinden yararlanırken, sosyal güvenceye sahip nüfus buna paralel olarak artırılamamıştır. Bu durum SGK'nın sağlık harcamaları artırmış, ancak; gelirleri bu seyri izleyememiştir. Özellikle Yeşil Kart sahibi kişilerin aktif çalışma hayatına girişlerinde Yeşil Kart hakkını kaybedecekleri endişesiyle kayıt altına alınmak istememeleri, bu talebin işverenlerden de kabul görmesi sonucu SGK'nın gelir kaybetmesine sebebiyet vermektedir.

Ayrıca, özel hastanelerde ciddi bir tıbbi denetimin olmaması verilmeyen sağlık hizmetinin faturalandırılmasını kolaylaştırmakta ve çeşitli usulsüzlük ve yolsuzlukların yapılmasının önünü açmaktadır. Sağlık harcamalarının artış eğilimi göstermesi, buna karşın gelirlerin yetersiz kalması devletin zorunlu olarak harcamaları önleyici, gelirleri artırıcı tedbirler almasını gerekli kılmıştır.

3.2.2.2. Sosyal Güvenlik Mevzuatındaki Sorunlar

Sağlık harcamalarına ilişkin mevzuat irdelemesinin sonunda izlendiği üzere, yapı giderek karmaşıkmaktadır. Bir yanda SGK ve SUT, bir yanda Maliye Bakanlığı ve TUT, Belediyeler, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu ödeme kurumları olarak duruyorlar (Baran, 2009: 109-110).

Türkiye'nin harcamalarını az çok son beş sene boyunca kaydettiği belirgin ekonomik büyüme ile aynı doğrultuda tutabilmedeki görünür başarısına rağmen, kapsamlı teminat paketinin oluşturduğu genel sigortanın ve son teknolojilerin yaygın mevcudiyetini de içeren gelişmiş bir modern sağlık sisteminin ciddi harcama baskıları ile karşı karşıya kalacağı açıktır. Hem arz hem de talep açısından güçlü maliyet kısıtlama tedbirlerinin alınmaması durumunda Türk sağlık sistemi tıkanma noktasına gelebilecektir.

SDP kapsamında hastanelerin Sağlık Bakanlığı'na devredilmesi, tüm bireylerin sevk zorunluluğu olmaksızın istedikleri sağlık kurum ve kuruluşlarına başvurabilmesi ve ilaçlarını istedikleri eczanelerden alabilmeleri sağlık harcamalarını artıran nedenlerden biridir. Bu durumun disipline edilmesi gerekmektedir. SGK tarafından uygulamaya konulan, ancak; henüz arzulan başarıyı sağlayamayan MEDULA sistemi başlangıç olarak teşvik edilmesi ve geliştirilmesi gereken bir uygulamadır.

3.2.2.3. Sağlık Hizmeti Sunumundaki Sorunlar

Türkiye'deki sağlık alanındaki diğer önemli sorun da hekim sayısının yetersizliğidir. Buna çözüm bulmak amacıyla hükümet, tıp fakültelerine yıllık öğrenci alımını 4.500'den 6.000'e çıkarmayı kararlaştırmıştır. Bu da her 1.000 hekim başına mezun olma oranını OECD alanındaki diğer ülkelerin üstüne çıkarabilecektir. Hekim iş gücünün yaş yapısı incelendiğinde, önümüzdeki 20 sene içerisinde emekliliğe bağlı az bir yıpranma beklenmektedir. Doktorların yarısı 35 yaşın altındadır. Bu yüzden, hekim iş gücündeki mevcut genişleme diğer şartlar aynı kalmak kaydıyla, 6 sene sonrasında itibaren hızlanacaktır (OECD, 2008:117).

Kamu kurumları olarak sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler ve Milli Savunma Bakanlığı'na bağlı hastaneler tarafından sunulmaktadır. Bu nedenle sağlık hizmet sunumunda çok başlılık hüküm sürmektedir. Bu hastanelerde kar-zarar hesapları ve fayda-maliyet-verimlilik analizlerinin yapılmaması harcamalar konusunda yöneticilerin biganeliği ve kayıtsızlığını k r kleemektedir. Bu kurumlar aynı zamanda tedarikçi kurumlar olarak da hizmet vermektedirler. Hastanelerde satın alma işlemine gerçekleştiren kamu görevlilerinin neredeyse tamamı bu konunun eğitimini almamış, usta- ıracak ilişkisi içerisinde yetişen kişilerden oluşmaktadır. Hem yönetim kademesinde hem satın alma birimlerinde profesyonel kişilerin g revlendirilememesi kural dışı hareketlerin oluşmasına meydan vermektedir.

Aktif  alışan devlet memurlarının sağlık harcamaları kurum b t çelerinden karşılanmaktadır. Bu durum sağlık harcamalarının finansmanında da çok başlılığın olduğunu göstermektedir.

Yapılan harcamalarla ilgili olarak sağlıklı bir veri tabanı oluşturulamaması, tüm harcamacı kurum ve kuruluşlardan gerçeği yansıtıcı bilgi akışının sağlanamaması geleceğe yönelik kamu sağlık harcamalarının tahminini ve uzun erimli plan yapılmasını zorlaştırmaktadır.

Ülkemizde uygulanan hekim sayısının artırılması politikası son derece doğru bir yaklaşımdır. Fakat bir süre sonra bu ihtiyaçlar karşılanmış olacağından, sayıyı azaltıcı düşüşler gerçekleşecektir. Çünkü bu noktada hizmet sunucunun meydan getirdiği talep, kurtarıcı olmaktan çok bir sorun haline gelebilir. Orta ve uzun vadede, hekim sayısının gerektiği şekilde artırılmasından sonra, hekimlik mesleğine giren mezunların sayısını tekrar azaltmak ve akabinde kontrol altında tutmak önemli hale gelecektir. Bunun için de çözümlerden birisi aile hekimliği olabilir. Türkiye'de, şayet yeni tıp fakültesi mezunlarının önemli bir kısmı aile hekimi olursa o zaman, artan tıp fakültelerinin pek çoğu, aile hekimi sayısındaki yetersizliği gidermek için daha fazla  ğrenci kaydı yapacaktır. Bu da etkin bir sevk sisteminin kurulmasını sağlar. Bu durumda, hizmet sunucunun yarattığı talebin, özellikle etkin sevk

sistemi ile birleştğinde, kötü olmaktan ziyade iyi olacağı düşünülmektedir. Bu nedenle, SB'nin aile hekimliğinde uzmanlaşmaya yönelik kapasite ve teşviklerinin güçlü olması çok önemlidir (OECD, 2008:118-122).

Türkiye'de ilaç giderleri, toplam sağlık harcamalarının yaklaşık üçte birini oluşturmaktadır. Ayrıca, bu giderlerin, genel sağlık giderlerinden daha hızlı arttığı görülmektedir; Bunun sebepleri şunlardır:

- Yenilik (eski, daha ucuz tedavilerin yerini alan veya şimdiye dek tedavi edilemeyen vakaları çözen yeni, etkili fakat çok pahalı ilaçlar).
- Sağlık hizmetlerine daha fazla erişim, daha çok hekim (ilaç tedavisi gerektiren diyabet ve yüksek tansiyon gibi mevcut sağlık sorunlarının daha fazla ortaya çıkarılmasını sağlar).
- Yaşam şekli etkenlerine ve yaşlanan nüfusa bağlı ve uzun süreli ilaç kullanımı gerektiren kronik hastalık görülme sıklığında artış.

Başka bir deyişle, akılcı reçete yazımını geliştirme ve ilaçlara ödenen ücreti düşürme amaçlı çabalar özellikle gereklidir. Etkinliği geliştirmeye yönelik öneriler şunlardır:

- Jenerik ilaç piyasasında rekabet oluşturma (en ucuz jenerikler için hasta katkı payından feragat edildiği Almanya, bir rol modeli olarak tanımlanabilir)
- Sağlam bir izleme sistemi, geribildirim ve finansal teşviklere bağlı akılcı ilaç kullanımına ilişkin bağlayıcı klinik rehberlerin kullanılmaya başlanması
- İlaçların maliyet etkinliğinin değerlendirilmesinin, geri ödeme kararlarında önemli bir rol oynamasını temin etmek üzere, geri ödeme işlevi ve artan şeffaflık için uzman desteği (OECD, 2008:120).

İlaç giderlerinin kamu sağlık harcamaları içerisinde önemli bir payı olduğu unutmamalı ve bu yönde daha radikal adımlar atılmalıdır.

Türkiye’de ilaç, ortez-protez ve diğer sağlık malzemeleri üreticileri örgütlenmiş ve organize olmuşlardır. Bu gruplar tarafından kamu kesimi yoğun baskı altındadır. Fiyatlandırmalar bu ortamda yapılmaktadır. Özellikle malzemeli ameliyatlara ve reçete düzenlenmesi konusunda ciddi bir denetimin olmaması fiyatların sürekli değişkenliğini gündemde tutmaktadır.

3.2.2.4. Yeşil Kart Uygulamasına Yönelik Sorunlar

Kamu sağlık harcamaları ile ilgili diğer bir konu da Yeşil Karttır. Yeşil Kart verilecek yoksul kesimin tanımlanması ve hedeflenmesi başlı başına bir idari sorundur. 2003-2006'dan beri, Yeşil Kart kapsamı, en düşük gelire sahip %10'luk kesimin %25'inden %54'üne yükselmiştir. Merkezi yönetimin atadığı Kaymakamların kart dağıtma yetkisinin olduğu toplum hedefli program, iyi işliyor görünmektedir; çünkü Yeşil Kart programının sağladığı faydanın %83'ü gelir dağılımının en altında yer alan iki gruba tahakkuk etmiştir. Bu arada, şartlı nakit transferlerini hedefleyen para ve mal varlığı soruşturması sisteminin, hedefini beklenenden de iyi gerçekleştirdiği düşünülmektedir; ancak oldukça küçük, kısıtlı bir lehtar grubuna hitap etmektedir. Mevcut Yeşil Kart'tan para ve mal varlığı soruşturması sistemine geçiş,

a) Önemli oranda mevcut Yeşil Kart çalışanlarına yeniden eğitim verilmesini,

b) Bir kurumdan (SB'nin verdiği Yeşil Kartlardan) diğerine geçiş yapmayı (Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu'ndaki para ve mal varlığı soruşturması),

c) Verilerin bilgisayara işlenmesi ile internet bağlantısının sağlanmasını (para ve mal varlığı soruşturması, internet veri tabanına dayalı olarak yapılmaktadır) zorunlu kılan pek çok lojistik zorluk oluşturacaktır.

Türkiye, Yeşil Kart'ı devam ettirme veya GSS muafiyetlerini hedef alma yolu olarak para ve mal varlığı soruşturması mekanizmalarına geçişin maliyet ve faydalarını dikkatlice tartmalıdır (OECD, 2008:103-104).

3.2.2.5. Sağlık Harcamalarının Azaltılmasına Yönelik Sorunlar

Mevcut olan hastalıklardaki beklenmeyen değişimler ile yeni tanımlanan veya öngörülemeyen hastalık riskleri sağlık hizmet sunumunu olumsuz yönde etkilemesi mümkündür. Doğuşta beklenen yaşam süresinin uzaması ve yaşlı nüfus oranının artmasıyla birlikte sağlık hizmet yükünü artırması kaçınılmazdır. Nüfus hareketliliğinin artmasına paralel olarak salgın hastalıkların hızlı yayılabilmesi ihtimali oldukça yüksektir. Küreselleşme ve küresel ısınmaya bağlı olarak sağlık sorunları artma eğilimine girmiştir. İlaç endüstrisindeki tekelleşme ve bu sektörde dışa bağımlılık sağlık harcamalarını artıran en önemli kalemlerden biridir. Sağlık sektörü istismara ve popülist politikalara açık bir durumdadır. Kamu sağlık hizmeti sunan hastane yöneticilerinin profesyonel olmamaları, devlet memuru konumunda olması, atamalarının bilimsel kriterlere göre yapılmaması aşılması gereken önemli engeller arasındadır. Bölgesel savaşlar ve siyasi istikrarsızlıklar sağlık harcamalarını azaltmanın önündeki engeller arasındadır. Küresel ve/veya bölgesel ekonomik krizler ile siyasi ve ekonomik istikrarsızlıklar, komşu ve yakın çevre ülkelerden kaynaklanabilecek sağlığa yönelik tehditler, çevre ve insan sağlığını tehdit eden nükleer, kimyasal ve biyolojik faaliyetler sağlık harcamalarının azaltması önündeki en önemli engeller olarak karşımıza çıkmaktadır.

3.2.3. Kamu Sağlık Harcamalarının Azaltılmasına Yönelik Öneriler

3.2.3.1. Sağlık Harcamalarının Azaltılmasını Etkileyecek Olumlu Gelişme ve Öneriler

Toplumda sağlık bilincinin yükselmesi, sonuçta sağlık hizmetlerinin doğru kullanımını artırmaktadır. Artan milli gelir sağlık hizmetlerine ayrılacak kaynakların da artmasını sağlamaktadır. Türkiye'nin Hedef 21 Politikası (DSÖ 21.Yüzyılda 21 Hedef) doğrultusunda yapılan çalışmalar sonucu, temel

sağlık göstergelerinin iyileştirilmesi sağlanabilecektir. Genel Sağlık Sigortası Sisteminin uygulanması sağlık harcamalarının artışı frenleyebilir. Sağlık turizminin gelişme potansiyeli göstermesi olumlu bir gelişmedir. Uluslararası işbirliği ve sağlık sektöründeki paydaşların destekleyici politikalar üretmesi halinde sağlık harcamalarını azaltmak ihtimali oldukça yüksektir. Kamu yönetiminde iyileştirmeler ve stratejik yönetim kavramına ilginin artması sağlık harcamalarının azaltılmasına olumlu yönde etki yapacaktır. Gelişen bilgi teknolojisi ve bilgi kaynaklarına hızlı erişim, tıp teknolojisindeki gelişmelerin sağlık hizmetleri sunumunu olumlu yönde etkilemesi ve teknolojik gelişmeler harcamaları azaltacak önemli gelişmelerdir. Ülkemizin genç bir nüfusa sahip olması ve sağlık alanındaki istihdam kalitesinin artması sağlık harcamalarını azaltabilecek en önemli avantajlar arasındadır.

3.2.3.2 Sağlık Harcamalarının Kontrol Altına Alınmasına Yönelik Öneriler

Sağlık harcamaları tedavi edici hizmetlerden çok, koruyucu hizmetlere kaydırılmalıdır. Sağlık hizmetleri alanındaki toplam kamu harcamaları üzerinde SGK tarafından sıkı bir üst limit uygulanmalıdır. Sevk olmadan hastanelerin ayakta tedavi birimlerine yapılan başvurular için katkı payı ödemesi uygulamasına devam edilmelidir. İlaç fiyatlarında daha fazla indirim yapılmaya çalışılması ve akılcı ilaç reçetelendirme uygulaması hayata geçirilmelidir. Şu an ihtiyaç duyulan hekim sayısı artışının sağlanmasının ardından orta ve uzun vadede hekimlik mesleğine girişin kontrol altına alınması ve niceliksel olarak yakalanan hekim kapasitesinin niteliksel olarak da artırılması gerekmektedir. Aile hekimliği hizmetleri yaygınlaştırılmalı ve sevk sistemi etkin bir şekilde uygulanmalıdır. Aile hekimliği hizmetlerinin yanı sıra halk sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi ve koordine edilmesine devam edilmelidir. Hastane ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin satın alma işlerinin, yönetim kapasitesi uygun olduğunda SGK'ya devri gerçekleştirilmelidir. DRG ödemesini desteklemek, verimlilik ve maliyet etkililik konularına daha fazla ağırlık vermek üzere performans yönetimi sistemi reforme edilmedir. Karar alma için daha güçlü bilgi sistemlerine

yatırım yapılmalıdır. Sağlık teknolojisi değerlendirmesini üstlenmek ve sağlık reformlarını izlemek ve değerlendirmek üzere kapasite geliştirilmelidir. Türkiye'deki hemşire sayısı ve hemşirelerin görev ve sorumlulukları artırılmalıdır. GSS'ye kayıtların ve katkı ödemelerinin artırılması ve ödeme gücünün dikkatle izlenmesi gerekmektedir. Bakanlıklar arasında kapsamlı halk sağlığı konuları ele alınmalı ve değerlendirmesi yapılmalıdır. Sağlık hizmet sunumu ve finansman birbirinden ayrılarak bağımsız olarak yürütülmelidir. Tüm bireylerin SGK kapsamına alınması, yeşil kart uygulamasına son verilerek ödeme gücü olmayanların primleri devletçe karşılanmalıdır. Sağlık finansmanı için güçlü bir sigorta sistemi devreye sokulmalıdır. Hastanelerde verilen sağlık hizmetlerinin insan odaklı niteliğe sahip bir hizmete dönüştürülebilmesi için rekabete açık hale getirilmelidir. Zaman zaman kamu hastaneleri ve özel hastanelerde ortaya çıkan usulsüzlük ve yolsuzlukların önlenmesi için alınacak idari tedbirlerin yanı sıra etkin bir denetim mekanizmasının varlığına da ihtiyaç duyulmaktadır. Gerek kamu ve gerekse özel sektörde yaşanan usulsüzlük ve yolsuzlukların önüne geçilebilmesi için bilgi teknolojilerinden azami ölçüde yararlanılmalıdır. Hizmeti sunan ile hizmeti finanse eden kurumlar arasında kesintisiz bilgi akışı, paylaşımı ve koordinasyonu sağlanmalıdır. Sağlık politikaları geliştiren, uygulayan, denetleyen kurum olarak Sağlık Bakanlığının siyasi mülahazalardan arındırılmış güçlü bir yapıya kavuşturulması gibi tedbirler alınarak hayata geçirilmelidir.

SONUÇ

Türkiye’de 1980 yılı öncesinde toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %30’u kamu, %70’i özel sektör tarafından yapılmıştır. Bu durum sosyal devlet anlayışının egemen olması sonucu tersine dönerek günümüzde toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %70’i kamu, %30’u özel sektör tarafından gerçekleştirilir hale gelmiştir. Sağlık harcamalarındaki kamu kesimi aleyhine gelişen bu durum zorunlu olarak bu harcamaların kontrol altına alınmasını gerektirmiştir. Bunun yanı sıra harcamaların finansmanı sorununu da beraberinde getirmiştir. Ülkemizde halen nüfusun yaklaşık %65-70’i sosyal güvenlik şemsiyesi altında bulunmaktadır. Herhangi bir sosyal güvencesi olmayan kişilerin çoğunluğunun Yeşil Kart verilerek sağlık hizmetlerinden yararlandırılması sağlanmaktadır. Dünya genelinde toplam sağlık harcamalarının %58’inin kamu tarafından karşılandığı göz önüne alındığında devletin bu alandan tamamen çekilmesi düşünülemez. Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında görülen karmaşık yapı hem sunumda hem de finansmanında geleceğe yönelik uzun dönemli bir perspektif içerisinde planlama yapılmasının önündeki en büyük engel gibi görünmektedir. Geleceği belirsiz kılan bu engelin aşılması çabaları sonucunda sağlık hizmetini sunan ile finanse eden kurumların ayrılması, Sağlık Bakanlığının sağlık hizmetlerini planlayan, düzenleyen ve denetleyen bir kurum olması ile mümkün olabilecektir. Sağlık hizmetlerine olan talebin gün geçtikçe artması, tüm bireylerin sosyal güvenceye kavuşturularak sağlık hizmetlerinden faydalandırılması çabaları ve bunun sonucunda tüm dünyada olduğu gibi sağlık harcamalarının büyük boyutlara ulaşması bu alanın yeniden düzenlenmesi gereğini ortaya koymaktadır. Önce 1961 Anayasası ile daha sonra 1982 Anayasasında da ifade edildiği üzere; sağlık hizmetlerine kamu sektörü yanında özel sektöründe katkı yapması amacıyla bu alan özel sektöre de açılmış bulunmaktadır. 1960’lı yılların şartları esas alınarak hazırlanan 224 Sayılı Yasanın çeşitli nedenlerle tam olarak uygulanamaması, sapmalar yaşanması sağlık hizmetlerinin yeniden düzenlenmesini gerektirmiştir.

2003 yılıyla başlayan “Sağlıkta Dönüşüm Projesi” kapsamında sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında önemli değişiklikler yapılmıştır. Diğer kurum ve kuruluşlardaki sağlık tesislerinin Sağlık Bakanlığına devredilmesi, Genel Sağlık Sigortası uygulaması, SSK, BK ve ES’nin; Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı adıyla tek çatı altında birleştirilmesi, Aile Hekimliği uygulaması, Kamu Sağlık İşletmeleri Pilot Uygulaması, Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yaptırılması gibi düzenlemeler sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanının birbirinden tamamen ayrılması isteğinin bir sonucu olarak anlaşılmaktadır.

Henüz aile hekimliğinin tam olarak uygulanamaması, tüm bireylerin SGK kapsamına alınamaması, yeşil kart uygulamasına devam edilmesi, özel sigorta sisteminin yaygınlaşamaması amaca ulaşmadaki önemli engellerdir. Aile hekimliğinin tüm ülke genelinde uygulanmaması, uygulanan yerlerde sevk zincirine uyulmaması, bireylerin ikinci, üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına doğrudan başvurmaları, MEDULA sisteminden henüz tam anlamıyla verim alınamaması sağlık harcamalarının artmasına sebebiyet vermiştir. SGK tarafından yayımlanan Sağlık Uygulama Tebliği ve Maliye Bakanlığı Tarafından yayımlanan Tedavi Yardımı Uygulama Tebliği ile katılım paylarının artırılarak talebin önüne geçilmeye çalışılmış ise de sağlık harcamalarının artmasına engel olunamamıştır.

Hiç kuşkusuz sağlık harcamaları içerisindeki en büyük payı ilaç harcamaları almaktadır. SGK verilerinde ilaç harcamalarının bazı yıllarda toplam sağlık harcamalarının zaman zaman yarısını aştığı görülmüştür. Aynı durum Yeşil Kart sahibi hastalar için yapılan sağlık harcamalarında da geçerlidir. Özellikle Yeşil Kart sahibi hastalara ayakta tedavi hizmetleri kapsamında ilaç bedellerinin de devletçe karşılanması imkanı tanındıktan sonra ilaç giderlerinin toplam sağlık harcamaları içindeki payı birden yükselme eğilimine girmiştir. SGK ve Maliye Bakanlığı tarafından alınan tedbirler ve yayınlanan SUT ve TUT tebliği ile ilaç giderlerinin toplam sağlık harcamaları içerisindeki oranı %50’nin altına çekilmiş ise de halen en

önemli sağlık harcamasının ilaç giderleri olduğu inkar edilemez bir gerçek olarak karşımızda durmaktadır.

Kamu kurumları olarak Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler ve Milli Savunma Bakanlığı sağlık hizmet sunuculuğu fonksiyonlarını ifa etmektedirler. Halen sağlık hizmet sunumunda çok başlılık hüküm sürmektedir. Aktif çalışan devlet memurlarının sağlık harcamalarının kurum bütçelerinden karşılanıyor olması finansmanında da aynı durumun söz konusu olduğunu göstermektedir. Yapılan harcamalarla ilgili olarak sağlıklı bir veri tabanı oluşturulamaması kamu harcamalarının tahminini ve geleceğe ilişkin uzun erimli plan yapılmasını da zorlaştırmaktadır.

Günümüzde kamu kesimi tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin yönetimi de ayrı bir sorun olarak karşımızda durmaktadır. Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler ve Milli Savunma Bakanlığı'na bağlı sağlık hizmeti sunan hastane yöneticilerinin devlet memuru konumunda olması, atamalarının bilimsel kriterlere göre yapılmaması çözülmesi gereken sorunlar arasındadır. Bu hastanelerde kar-zarar hesapları ve fayda-maliyet-verimlilik analizlerinin yapılmaması harcamalar konusunda yöneticilerin biganeliği ve kayıtsızlığını körüklemektedir. Bu kurumlar aynı zamanda tedarikçi kurumlar olarak karşımıza çıkmaktadırlar. SGK finansman kurumu olarak hastanelerde kullanılan ilaç, protez ve ortez malzemelerini satın almamakta, bu işlemler hastaneler tarafından yapılmaktadır. Hastanelerde satın alma işlemini gerçekleştiren kamu görevlilerinin neredeyse tamamı bu konunun eğitimini almamış, usta-çırak ilişkisi içerisinde yetişen kişilerden oluşmaktadır. Hem yönetim kademesinde hem satın alma birimlerinde profesyonel kişilerin görevlendirilmemesi informal hareketlerin oluşmasına meydan vermektedir. Bu halde henüz rekabet ortamına hazır olmayan kamu hastanelerinin özel sektör ile rekabet etmesi imkansız gibi görünmektedir. Kamu hastanelerinde sağlık, yemek, temizlik, bilgisayar hizmet alımları ve bu işlemlerin firmalarca sunumu da ayrı sorun teşkil etmektedir. Sağlık harcamalarının insan odaklı harcamalar olarak olduğu gerçeği göz önüne alınarak bu hizmetlerin kamu görevlilerince verilmesinin daha uygun olacağı düşünülmektedir. Ayrıca, özel

sektör tarafından verilen sağlık hizmetleri nedeniyle SGK'ya fatura edilen tedavi ve bakım giderlerinde yolsuzluk ve usulsüzlüklerin olabileceği ihtimali düşünülerek özel hastaneler bu kurum tarafından sıkı bir denetime tabi tutulmalıdır.

Sağlık harcamaları denilince genellikle tedavi edici hizmetler konuşulmakta ve öne sürülmektedir. Halbuki; devlet tedavi edici sağlık hizmet sunumu alanında kısmen çekilse bile özel sektör için fazla cazip olmayan koruyucu sağlık hizmet sunumu alanından çekilmesi mümkün değildir. Dünya Sağlık Örgütü'nün "Sağlık hizmetleri, devletin iktisadi işlevinin en az düzeyde olduğu ülkelerde bile kamu işlevidir" tanımlaması sağlık hizmetlerinin kamusal bir yönü bulunduğuna vurgu yapmaktadır. Bu anlamda, koruyucu sağlık hizmetlerinin devletçe verilmesi gereken sağlık hizmeti olduğu gerçeği kabul görmektedir. Devlet bir yandan birinci basamak sağlık hizmetlerinde önlemeye çalışırken, bir yandan da bu kurumlarda çalışan özellikle hekim odaklı döner sermaye ek ödeme miktarlarını yükselterek bir tezata imza atmaktadır. Koruyucu sağlık hizmet sunumunun gerilemesi tedavi edici sağlık hizmetleri sunumunun artması anlamına gelecektir ki, bu da sağlık harcamalarını daha da artıracaktır.

Türkiye'de büyük bir bölümü kamu tarafından yapılan sağlık harcamalarının kontrol altına alınması gerekmektedir. Sağlık politikalarını belirleme, uygulama ve denetleme görevleri bulunan Sağlık Bakanlığı'nın bu alanda istenen reformu gerçekleştirebilmesi için önemli fırsat ve kozları bulunmaktadır.

-Toplumda sağlık bilincinin yükselmesi neticesinde sağlık hizmetlerinin doğru kullanımının artması,

-Artan milli gelir ile sağlık hizmetlerine ayrılacak kaynakların da artması,

-Türkiye'nin Hedef 21 Politikası (DSÖ 21.Yüzyılda 21 Hedef) doğrultusunda yapılan çalışmalar sonucu, temel sağlık göstergelerinin iyileştirilmesi,

-“Genel Sağlık Sigortası Sistemi” uygulaması,

- Sağlık turizminin gelişme potansiyeli,
- Uluslararası işbirliği ve sağlık sektöründeki paydaşların destekleyici politikaları,
- Kamu yönetiminde iyileştirmeler,
- Küreselleşme ve teknolojik gelişmeler,
- Ülkemizin genç bir nüfusa sahip olması,
- Yenilenebilir enerji kaynaklarının kullanımının artması,
- Sağlık alanındaki istihdam kalitesinin artması,
- Gelişen bilgi teknolojisi ve bilgi kaynaklarına hızlı erişim,
- Tıp teknolojisindeki gelişmelerin sağlık hizmetleri sunumunu olumlu yönde etkilemesi,
- Stratejik yönetim kavramına ilginin artması,
- AB sürecinde atılan adımlar,
- Ekonomik ve siyasi istikrar, ana başlıklar itibariyle sayılabilir.

Bunun yanı sıra Sağlık Bakanlığının elinde bulunan fırsat ve kozlarına karşılık önünde önemli engeller ve zorluklar da bulunmaktadır. Buna göre;

- Mevcut olan hastalıklardaki beklenmeyen değişimler ile yeni tanımlanan veya öngörülemeyen hastalıkların risklerinin sağlık hizmet sunumunu olumsuz yönde etkilemesi,
- Doğuştan beklenen yaşam süresinin uzaması ve yaşlı nüfus oranının artması sonucunda sağlık hizmet yükünün artması,
- Nüfus hareketliliğinin artması ile salgın hastalıkların hızlı yayılabilmesi,
- Küreselleşme ve küresel ısınmaya bağlı sağlık sorunlarının artması,

- İlaç endüstrisindeki tekelleşme ve bu sektörde dışa bağımlılık,
- Sağlık sektörünün istismara ve popülist politikalara açık olması,
- Bölgesel savaşlar ve siyasi istikrarsızlıklar,
- Küresel ve/veya bölgesel ekonomik krizler,
- Siyasi ve ekonomik istikrarsızlık ortamı,
- Komşu ve yakın çevre ülkelerden kaynaklanabilecek sağlığa yönelik tehditler,
- Çevre ve insan sağlığını tehdit eden nükleer, kimyasal ve biyolojik faaliyetler olarak söylenebilir.

Sağlık Bakanlığının dış çevredeki fırsatları çok iyi değerlendirip engeller ve güçlüklerle karşı da gerekli önlemleri alması sağlık harcamalarının verimliliğinin artmasını sağlayacaktır. Mevcut şartlar altında kamu sağlık harcamalarının kontrol altına alınmasına yönelik olarak da tedbirler alınabilir. Bu tedbirler;

- Harcamaların tedavi edici hizmetlerden çok, koruyucu hizmetlere kaydırılması,
- Sağlık hizmetleri alanındaki toplam kamu harcamaları üzerinde SGK tarafından sıkı bir üst limit uygulanması,
- Sevk olmadan hastanelerin ayakta tedavi birimlerine yapılan başvurular için katkı payı ödemesinin uygulanması,
- İlaç fiyatlarında daha fazla indirim yapılmaya çalışılması ve akılcı ilaç reçetelendirme uygulamasının hayata geçirilmesi,
- Şu an ihtiyaç duyulan hekim sayısı artışının sağlanmasının ardından orta ve uzun vadede hekimlik mesleğine girişin kontrol altına alınması ve niceliksel olarak yakalanan hekim kapasitesinin niteliksel olarak da artırılması.

- Aile hekimliği hizmetlerinin yaygınlaştırılmasına devam edilmesi, sevk sisteminin getirilmesi ve etkin bir şekilde uygulanması
- Aile hekimliği hizmetlerinin yanı sıra halk sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi ve koordine edilmesine devam edilmesi,
- Hastane ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin satın alma işlerinin, yönetim kapasitesi uygun olduğuunda SGK'ya devrinin tamamlanması,
- DRG ödemesini desteklemek, verimlilik ve maliyet etkililik konularına daha fazla ağırlık vermek üzere performans yönetimi sisteminin reforme edilmesi,
- Karar alma için daha güçlü bilgi sistemlerine yatırım yapılması.
- Sağlık teknolojisi değerlendirmesini üstlenmek ve sağlık reformlarını izlemek ve değerlendirmek üzere kapasite geliştirilmesi,
- Türkiye'deki hemşire sayısının ve hemşirelerin görevlerinin artırılması,
- GSS'ye kayıtların ve katkı ödemelerinin artırılması ve ödeme gücünün dikkatle izlenmesi,
- Bakanlıklar arasında kapsamlı halk sağlığı konularının ele alınması,
- Sağlık hizmet sunumu ve finansmanının ayrılması ve birbirinden bağımsız olarak yürütölmesi,
- Tüm bireylerin SGK kapsamına alınması, yeşil kart uygulamasına son verilerek ödeme gücü olmayanların primlerinin devletçe karşılanması,
- Sağlığın finansmanı için güçlü bir sigorta sisteminin devreye sokulması,
- Hastanelerde verilen sağlık hizmetlerinin insan odaklı niteliğe sahip bir hizmete dönüştürölmesi için rekabete açık hale getirilmesi,
- Gerek kamu ve gerekse özel sektörde yaşanılan usulsüzlük ve yolsuzlukların önüne geçölmesi için bilgi teknolojilerinden azami ölçüde yararlanılması,

-Hizmeti sunan ile hizmeti finanse eden kurumlar arasında kesintisiz bilgi akışı, paylaşımı ve koordinasyonunun sağlanması,

-Sağlık politikaları geliştiren, uygulayan, denetleyen kurum olarak Sağlık Bakanlığının siyasi mülahazalardan arındırılmış güçlü bir yapıya kavuşturulması olarak sıralanabilir.

Artan kamu sağlık harcamaları devleti bu konuda tedbir almaya zorlamıştır. Kamu sağlık harcamalarını yapan ile finanse eden kurumların ayrılması, tedavi kurumlarının Sağlık Bakanlığına bağlanması, sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında birleştirilmesi, güçlü bir sigorta sisteminin kurulmak istenmesi, özel sağlık işletmeciliğinin özendirilmesi, Sağlık Bakanlığının politika üreten, uygulayan ve denetleyen misyon üstlenmesi bu amaca yönelik çabalardır. Bu anlamda ülkemiz bir geçiş süreci yaşamaktadır. Devletin bu alandan tamamen çekilmesi mümkün olmasa bile, alınan tedbirlerle birlikte kamu sağlık harcamalarının kontrolü, disipline edilmesi ve azaltılması konusunda başarılı olup olunamadığı uygulama sonuçlarının elde edilmesi sonucu önümüzdeki yıllarda anlaşılabilecektir.

KAYNAKÇA

AKALIN, Güneri, **Kamu Maliyesi**. Akçağ Yayınevi, Ankara, 2000.

AKAYDIN M.K.; **Küreselleşmenin Kentsel Politika Üzerine Etkileri**. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi ve Siyaset Bilimi (Kent ve Çevre Bilimleri) Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2004.

AKDAĞ, Recep; **İlerleme Raporu Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı**. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2008.

AKDUR, Recep; Sağlık Hizmetlerinde Finansman ve Ulusal Ekonomi, **Yeni Türkiye Dergisi** Sağlık Özel Sayısı, Cilt 2, Sayı 40, 2001.

AKDUR, Recep; **Sağlık Sektörü Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu**, Ankara, 2003.

AKIN, Cemil Serhat; **Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye'de Sağlık Sektörü ve Harcamaları**, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Ana bilim dalı, Yüksek Lisans Tezi, Adana, 2007.

AKTAN, Can; IŞIK Abdülkadir; **21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık**, Ekin Kitapevi, Ankara, 2006.

ALPER, Yusuf; **21. Yüzyıla Doğru Sosyal Güvenlik**, Uludağ Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Bursa, 1988.

BARAN, Emine; **Türkiye'de Sosyalleştirme'den Sağlıkta Dönüşüme Sağlık Harcamaları ve Mevzuatı**, Ankara Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara, 2009.

BATIREL, Ömer Faruk; "Sağlık Hizmetleri Üretimi ve Finansman Konusunda Yeni Yaklaşımlar" **İ.Ü. İktisat Fakültesi Maliye Araştırma**

Merkezi Konferansları, Prof. Memduh Yaşı'ya Armağan, Otuz Dördüncü Seri, 1990/91, İstanbul, 1993.

BELEK, İlker; SOYER Ata; **Sosyal Devletin Krizi ve Sağlığın Ekonomi Politikası**, Sorun Yayınları, İstanbul, 1999.

BEKMEZ, Selahattin; EVKURAN, Seran; Türkiye’de Eğitim ve Sağlık Hizmetlerinin Geleneksellik Endekslerinin Hesaplanması, **TİSK AKADEMİ Dergisi**, Cilt 5, Sayı 10, 2010/II, s. 88-111.

BULUTOĞLU, Kenan; **Kamu Ekonomisine Giriş**, Maliye ve Hukuk Yayınları, Ankara, 2008.

BUSSE, R., SALTMAN, R.B. ve DUBOİS, H.F.W; Organisation and Financing of Social Health Insurance Systems: Current Status and Recent Policy Developments”, Saltman, R.B, Busse, R. ve Figueras, J. (Ed.), **Social Health Insurance Systems in Western Europe** (s.33-80). European Observatory on Health Care Systems and Policy Series, Open University Press,2004.

DEVLET PLANLAMA TEŞKİLATI; **Kalkınma Planı (Birinci Beş Yıl) 1963 - 1967**, Ankara, 1963.

DEVLET PLANLAMA TEŞKİLATI, **Kalkınma Planı (2. Beş Yıl) 1968 - 1972**, Ankara, 1968.

DEVLET PLANLAMA TEŞKİLATI, **Kalkınma Planı (3. Beş Yıl) 1973 - 1977**, Ankara, 1973.

DEVLET PLANLAMA TEŞKİLATI, **Kalkınma Planı (4. Beş Yıl) 1978 - 1982**, Ankara, 1979.

DEVLET PLANLAMA TEŞKİLATI; **Kalkınma Planı (5. Beş Yıl) 1985-1989**, Ankara, 1985.

DEVLET PLANLAMA TEŞKİLATI, **Kalkınma Planı (6. Beş Yıl) 1990 – 1994**, Ankara, 1990.

DEVLET PLANLAMA TEŞKİLATI; **Kalkınma Planı (7. Beş Yıl) 1996-2000**, Ankara, 1996.

DEVLET PLANLAMA TEŞKİLATI, **Kalkınma Planı (Sekizinci Beş Yıl) 2001-2005**, Ankara, 2001.

DEVLET PLANLAMA TEŞKİLATI, **Kalkınma Planı (9. Kalkınma Planı) 2007-2013**, Ankara, 2007.

EDGMAN, Michael R.; RONALD L. Moomaw and KENT W. Olson, **Economics and and Contemporary Issues**, The Dryden Press, Orlando USA, 1996.

EVANS, R. G; Financing Health Care: Taxation and the Alternatives. Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J. ve Kutzin, J. (Ed.) **Funding Health Care: Options for Europe** (s. 31-58). Buckingham & Philadelphia: Open University Press, 2002.

FUJINO, Shiro, "Health Economics in Japan: Prospects for the Future"; (edited by George T.Smith.), **Health Economics: Prospects for the Future**, London, Croom Helm, 1987.

GOVINDARAJ, Ramesh; REICH, Micheal R.; COHEN, Jilliam. **World Bank Pharmaceuticals**. World Bank, Washington, 2000.

GÖRGÜN, Sevim, **Kamu Maliyesine Giriş Ders Notları**, SBF Yayınları, İstanbul, 1993.

HAMLİN, Alan; Public Expenditure and Political Process (edited by Norman Gemmel), **The Growth of the Public Sector**, Edward Elgar Publishing Limited, , 1993.

IŞIK, Abdülkadir ve diğerleri; **Sağlık Ekonomisinin Kapsamı ve Tarihsel Gelişimi**, Ekin Kitapevi, Ankara, 1998.

IŞIK, Hayriye; **Sağlık Hizmetleri; Finansmanı, Ülke Örnekleri ve Çözüm Önerileri**, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Teorisi Anabilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir, 2001.

KAPLAN, Aslan, **Özerkleştirme ve Özelleştirme Teorileri**, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, 1997.

KOBELT, Gisela; Çev. DEĞER, Çetin, **Sağlık Ekonomisi: Ekonomik Değerlendirmeye Giriş** (İkinci baskının çevirisi), Office of Health Economics, Londra, 2010.

KÖSE, S; 24 Ocak 1980 ve 5 Nisan 1994 İstikrar Programlarının Karşılaştırılması, **Planlama Dergisi DPT'nin Kuruluşunun 42. Yılı Özel Sayı**, 2002.

KURTULMUŞ, Sevgi; **Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi**, Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul, 1998.

KILIÇ, Bülent; AKSAKOĞLU, Gazanfer; Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılmasına İlişkin Kuramsal Yaklaşımlar, **Toplum ve Hekim Dergisi Özel Sayı**, Kasım 1994-Şubat 1995, Cilt 9, 1995.

LİU, Yuanli; ÇELİK, Yusuf; ŞAHİN, Bayram; **Türkiyede Sağlık/İlaç Harcamaları ve İlaç Geri Ödeme Politikası**, Sağlıkta Umut Vakfı, 2005.

MAKAS, R. **Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Norm ve Standart Birliği**, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hukuk Anabilim Dalı Özel Hukuk Bilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul, 2003.

MUSGRAVE, Richard; **Fiscal Systems**, Yale University Press, 1969.

MUTER, Naci; ÇELEBİ Kemal; SAKINÇ, Süreyya; **Kamu Maliyesi**, Manisa, 2005.

MUTLU, Ayşegül; IŞIK, A.Kadir; **Sağlık Ekonomisine Giriş**, Ekin Kitapevi, Ankara, 2005.

NEWHOUSE, Joseph; **The Economics of Medical Care: A Policy Perspective**, Reading, MA, Addison-Wesley Co., 1978.

NORMAND, C. ve Busse, R; Social Health Insurance Financing. Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J., Kutzin, J. (Ed.). **Funding Health Care: Options for Europe** (s.59-80). Buckingham & Philadelphia: Open University Press, 2002.

OECD, **Health At a Glance** 2004. www.oecd.org.

OECD; **Health At a Glance: OECD Indicators**-2005 Edition, 2005b. www.oecd.org.

OECD; **OECD Health Data** CD-Rom (2005c). www.oecd.org.

OECD; **OECD Health Data** CD-Rom (2006). www.oecd.org.

OECD, **OECD Health Data** CD-Rom (2009). www.oecd.org.

OECD; **OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye**, OECD ve Dünya Bankası, 2008.

ORHANER, Emine; "Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası” **Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi**, Yıl: 2006 Sayı: 1, 2006.

ÖZTEK, Zafer; "Türkiye’de Sağlık Hizmetleri", **Yeni Türkiye Dergisi** Sağlık Özel Sayısı, Cilt 1, Sayı 39, 2001

SARAÇOĞLU, Varol; **Küreselleşme Süreçlerinin Türk Sağlık Sistemine Etkileri**. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi. 2004.

SARGUTAN, Erdal. "Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı", **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt:8 Sayı:3, 2005

SAYIŞTAY; Sayıştay Kararları, Temyiz Kurulu Kararı, **Sayıştay Dergileri** 2003.

Sosyal Güvenlik Kurumu İç Denetim Birim Başkanlığı. **Sağlık Harcamaları Verileri**, 2010

SOYER, Ata. Darbe, Liberalizasyon ve Sağlık Türkiye Fotoğrafı (1980-1995) **Sanayi Devriminden Küreselleşmeye Darbeden AK Partiye Sağlığın Öyküsü** içinde. İstanbul, Sorun Yayınları, 2004.

SÖYLEMEZ, Didem; DURNA, Meryem "Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Ülkemizdeki Durum" **Yeni Türkiye Dergisi** Sağlık Özel Sayısı, Cilt 2, Sayı 40, 2001.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI REFİK SAYDAM HIFZISSIHHA MERKEZİ BAŞKANLIĞI HIFZISSIHHA MEKTEBİ MÜDÜRLÜĞÜ, **Akılcı İlaç Kullanımı Çalıştayı Sonuç Raporu 2006**, Ankara, RSHMB Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2007.

TENGİLİMOĞLU, Dilaver; IŞIK, Oğuz; AKBOLAT, Mahmut; **“Sağlık İşletmeleri Yönetimi”** Ankara, 2009.

TOBB; **Türkiye İktisat Gazetesi**, 25 Ekim 1993.

TOKALAŞ, Sevinç; **Kamu Hizmetlerinin Satın Alınması**, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Ana Bilim Dalı Mali İktisat Bilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2006.

TOKAT, Mehmet; **Sağlık Ekonomisi**, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, 1994.

TURHAN, A; **Dünya Ticaret Örgütü (DTÖ) ≠ GATT**. Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı. Yıllık Programlar ve Konjonktür Değerlendirme Genel Müdürlüğü, Mart 1997.

WITTER, Sophia; **Briefing Paper for Oxfam GB, Health Financing in Developing and Transitional Countries** Centre For Health Economics University of York, 22 January, 2002.

WHO; **Global Strategy for Health for All By The Year 2000**, Geneva, 1981, s.19-29.

YETKİNER, İ.H; “Sağlık ile Büyüme”, **Ege Akademik Bakış**, 6(2):83-91, 2006.

YILDIRIM Hasan Hüseyin; Dünyada ve Türkiye’de Sağlığa Erişim ve Sağlık Sektörünün Durumu. Dinç K, editör. **Sağlığa Erişimde Sivil Toplum ve Harcama Politikaları Toplantı Kitabı** içinde. Ankara: Sağlığa Erişim Derneği Yayınları, 2007.

YILDIRIM, Savaş; **Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi**, DPT Uzmanlık Tezleri, Yayın No:DPT: 2350, Ankara, 1994.

ZİNCİR, M; Sağlıkta Dönüşüm: Sağlıkta Deformasyon. **Türk Tabipleri Birliği Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu XII. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı** içinde. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2006.

ÖZET

(Yalçın BAYRAM), (1980 Sonrası Sağlık Harcamalarının Bütçedeki Gelişimi ve Değerlendirilmesi), (Yüksek Lisans Tezi), Ankara, (2010).

Bu çalışmada sağlık kavramı, sağlık hizmetlerinin özellikleri hakkında genel bilgiler verilmiş ve sağlık harcamaları ile bu harcamaları etkileyen faktörler hakkında açıklamalarda bulunulmuştur.

Günümüzde teknoloji ve sağlık bilincindeki gelişmeler ile sosyal refah kavramının hakim görüş olarak benimsenmesiyle birlikte sağlık harcamalarının tüm dünyada hızla arttığı görülmektedir.

Türkiye’de kamu sağlık harcamaları, toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %70’ine tekabül etmektedir. Bütçeye ağır mali yükler getiren bu harcamaların kontrol altına alınması zorunludur. Sağlık hizmet sunumu ve finansmanı bakımından karmaşık bir yapıya sahip olan ülkemizdeki bu yapı, 2003 yılından itibaren başlayan süreç içerisinde disipline edilmeye çalışılmıştır. Bu amaç doğrultusunda sosyal güvenlik kurumları tek çatı altında birleştirilmiş, SSK ve diğer kamu kurumu hastaneleri Sağlık Bakanlığı’na devredilerek, hizmeti sunan ve finanse eden kurumlarının ayrılmasına çaba gösterilmiştir.

Bu çalışmada, artan kamu sağlık harcamalarının kontrol altına alınmasına yönelik olarak çözüm önerilerinde bulunulacaktır.

Anahtar kelimeler: Sağlık, Sağlık harcamaları, Finansman, Sosyal Güvenlik Kurumları, Sağlık hizmetleri

ABSTRACT

(Yalçın BAYRAM), (The development of public expenditures to health care services in public budget aftermath of 1980 in Turkey and its evaluation), Master Thesis, Ankara 2010.

This study provides general information about health concept, characteristics of health services and public expenditures to health care and factors affecting to these expenditures.

Nowadays, public expenditures at health care services rapidly increase all over the world due to advanced technology, rise of awareness and adoption of social welfare conception as dominant ideology.

Approximately 70% of total health care expenditures comprises public expenditures at health care services in Turkey. It is compulsory to control these expenditures because of its heavy burden to public budget. The complex structure at supplying and financing of these services in our country has been tried to discipline since 2003. For this purpose, social security institutions are combined under one roof, Institution of Social Security and hospitals which are belong to government was transfered to Ministry of Health, so it has been tried to separate public institutions which provide to supply public health care services and to finance public health care expenditures.

In this study, it is analyzed problems at supplying and financing of public health care services in Turkey and developed proposals to control increased public expenditures to health care.

Keywords:health, public expenditures to health care and its financing, social security funds, public health care services.