



## TÜRKİYE’DE AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASININ SAĞLIK HARCAMALARI ÜZERİNDEKİ ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

*Sinan AYTEKİN\**

### Özet

Aile Hekimliği, bireylerde koruyucu hekimlik duygusunu uyandırması ve sağlık sisteminde basamakları takip etmeleri açısından önemli bir uygulamadır. Türkiye’de pilot uygulaması 2005 yılında Düzce’de başlatılmıştır. Araştırmanın amacı aile hekimliği uygulamasının yaygınlaşması öncesi ve sonrasında sağlık harcamaları ile hastanelere yapılan müracaat sayıları arasında fark olup olmadığını araştırmaktır. Sosyal Güvenlik Kurumu’nun (SGK) Medula\*\* verilerini temel alarak yayınladığı 2009 ve 2010 yılına ait sağlık ve sigortalı istatistik verileri bir araya getirilerek bu yıllara ilişkin reçete sayıları, reçete tutarları, hastanelere müracaat sayıları ile müracaat fatura tutarları karşılaştırılmıştır. Veriler için öncelikle Shapiro-Wilk testi uygulanmış, normal dağılım gösteren veriler eşleştirilmiş t-testi ile, normal dağılım göstermeyen veriler ise Wilcoxon işaret testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz sonucunda aile hekimliği uygulamasının yaygınlaşması öncesi ve sonrasında sağlık harcamaları ile hastanelere yapılan müracaat sayıları arasındaki farkın istatistik olarak anlamlı olduğu ortaya çıkmıştır. Bu farkın nedenleri ve oluşan farklar tablolar yardımıyla incelenmiştir. Sevk zinciri uygulamasının devreye alınmasıyla sağlık harcamalarının azalarak reel seviyelere ulaşacağı düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Aile Hekimliği Uygulaması, Sağlık Harcamaları, Sağlık Sistemleri.

**JEL Kodu:** I11, I18.

## THE EVALUATION OF THE FAMILY MEDICINE PRACTICE EFFECTS ON HEALTH CARE EXPENDITURES IN TURKEY

### Abstract

Family Medicine is an important practice in terms of producing preventive medicine sensation in individuals and following health care system. The pilot application was launched in Düzce/Türkiye in 2005. The purpose of the study is to examine whether there is a differences between the application numbers to the hospitals and health expenditures before and after the prevalence of the family medicine practice. Statistical data about health care and insurance are assembled for 2009 and 2010 based on Medula data published by Social Security Institution. Then, the number of prescriptions, prescribed amounts, the number of consults to hospitals and the amount of invoice of consults to hospitals were compared for these years. First of all, the Shapiro-Wilk test was applied to the data. Normally distributed data were analyzed with paired t-test. Non-normal distributed data were analyzed with the Wilcoxon Signed sign test. As a result of the analysis, the difference between health care expenditures and the number of consultation to hospitals proved to be statistically significant before and after the prevalence of the family medicine practice. Reasons for these differences were examined with the help of the tables. After commissioning of patient referral application, health care expenditures are considered to decrease and to reach the real level.

**Keywords:** Family Medicine Practice, Health Care Expenditures, Health Care Systems.

**JEL Classifications:** I11, I18.

\* Yrd.Doç.Dr., Balıkesir Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, saytekin@balikesir.edu.tr

\*\* Genel Sağlık Sigortası kapsamında hastanelerin verdiği tedavi hizmetlerinin faturalarına ilişkin bilgileri elektronik olarak toplamak ve geri ödemesini gerçekleştirmek için Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından oluşturulmuş web tabanlı bir uygulamadır.

## Giriş

Odağında insanın yer aldığı sağlık sistemleri, hizmet sunumu ve ekonomik boyutu açısından incelendiğinde sosyal güvenlik sistemi ve sunulan sağlık hizmetlerinin geri ödeme modellerinin kurgulanması noktasında temelde iki sistem olmakla beraber ülkeler birbirlerinden farklı sistemler uygulamaktadır. Bunlardan ilki 1800'lerin ortasında Almanya'da uygulamaya başlanmış Bismarck modelidir. Bu modelin temelinde zorunlu/sosyal sigorta yer almaktadır. Devlet yalnızca düzenleyici konumundadır. Diğer sistem ise İngiltere'de ortaya çıkarak İskandinav ülkelerinde de uygulanan Beveridge modelidir ki temel özelliği, sosyal güvenlik ve sağlığın genel vergilerden finanse edilmesidir (Kağan, 2006:149; Tengilimoğlu v.d., 2011:286). Türkiye'de karma bir sistem kullanılmakta olup bireyler ihtiyaç duydukları sağlık hizmetini kamu sağlık kurumlarının yanı sıra serbest piyasa ekonomisi içerisinde kar etme güdüsüyle çalışan özel sağlık kurumlarından da alabilmektedir. Dolayısıyla sağlık hizmetleri sistemi hizmet arzı ve hizmet talebi açısından çeşitlilik göstermektedir (Yurdadoğ, 2007:592). İkame edilme şansı bulunmayan sağlık hizmetlerinin sağlanmasında fiyat önemli bir faktör olmaktan çıkmıştır. Bireylerin sosyal güvenceye sahip olmaları verilen hizmetin maliyeti ile ilgilenmemeleri gibi bir durumun ortaya çıkmasını sağlamaktadır. Bu noktada koruyucu-önleyici hekimlik uygulamaları sağlık harcamalarının azaltılmasında önemli bir faktördür. Türkiye de Japonya, İngiltere, İsveç ve Avustralya gibi sağlık hizmeti garantisini bütün bireylerine sunan ülkeler arasında yer almaktadır (Orhaner, 2006:12). Sağlık hizmetlerinin sunumunda devletin bu derece aktif rol almasının en önemli sebeplerinden biri ülkelerin sağlık hizmetlerine bakışıdır. Sosyal devlet anlayışıyla temel sağlık hizmetlerini sunma çabası içinde olan ülkelerde bu hizmetlerin bütünüyle özel sektöre devredilmesi bu hizmetlerden yararlanma koşulunu hizmete olan gereksinimden çıkararak satın alma gücüne dayandıracaktır. Böylece gelir durumlarına göre hizmetten faydalanma derecesi farklılık gösterirken düşük gelirli kesimin bazı hizmetlerden hiç yararlanamaması durumunu ortaya çıkaracaktır (Tutar ve Kılıç, 2007:37; Altay, 2007:37). Büyük ölçekli olmasında dolayı tamamen ya da büyük ölçüde özel sektöre devredilen bir sağlık sisteminde de sağlık hizmetine olan talebin gelir esnekliği birden büyük olacaktır. Dolayısıyla zengin kesim için normal bir ihtiyaç olan bu hizmet düşük gelirli kesim için lüks hizmet sınıfına girecektir. Özellikle yaşlı nüfus oranı arttıkça sağlık hizmetine olan talebin de artacağı düşünüldüğün de gelir esnekliğinin nüfusun yaşlanması ile birlikte daha da artacaktır (Cantarero ve Lago-Penas, 2010:723; Herwartz ve Theilen, 2010:965; Yetkiner, 2006:90). Bir vaka sınıflama sistemi olan Teşhisle İlişkili Gruplar (TİG) Sağlık Bakanlığı tarafından Türkiye'ye kazandırılmaya çalışılmaktadır. Sağlık harcamalarını azaltmayı ve kontrol etmeyi hedefleyen bu sistemi (DRG-Diagnosis Related Group) ilk uygulayan ülke olan Avustralya'da bile sağlık hizmetlerine olan talebin gelir esnekliğinin birin üzerinde olması bu hizmetin lüks bir hizmet olduğunu göstermektedir (Ang, 2010:641).

2009 yılında yaşanan küresel krizin etkisiyle Türkiye ekonomisi %6 daralmıştır. Bu darboğazda, tüm gelirleriyle tüm giderlerini karşılama oranı 2010 yılı için %78 olan SGK sağlık harcamalarının %70'nden fazlasını finanse etmektedir ((Yılmaz, 2010:231). 2009 yılında bütçeden SGK'ya yapılan transfer GSYİH'nın %5.5'i iken bu orana karşılık gelen rakam 2010 yılında yaklaşık %10 artarak 57.694 milyon TL seviyelerine ulaşmıştır (T.C. MB). Türkiye'de de dünyayla paralel bir şekilde ortalama yaşam süresinin artması, sağlıkta yüksek maliyetli ileri teknolojilerin kullanılması, gelir artışı gibi nedenlerle sağlık hizmetlerine yapılan harcama ve bütçeden sağlık

harcamalarına ayrılan pay artmaktadır (Kılavuz, 2010:174). 15 OECD ülkesinin 1990-2006 yılları arasındaki sağlık harcamaları ile yapılan çalışmada kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payının Türkiye’deki verilere yakın bir şekilde %74 olarak gerçekleştiği belirtilmiştir. Toplam sağlık harcamalarını düşürerek bütçeye olan yüklerini azaltmak için koruyucu-önleyici sağlık hizmetlerine yapılan harcamaları artırırken maliyeti nispi olarak yüksek olan tedavi edici sağlık hizmetlerine yapılan sağlık harcamalarını azaltmak gerekmektedir (Çetin ve Ecevit, 2010:180). Sağlık harcamalarını artıran tek etken sağlık hizmet sunucularının yarattığı direkt maliyetler değildir. Tüm ülke bireylerine hizmet verirken hastanın bilgilerine ulaşabilmek için klinik veri erişim ağı oluşturmak gerekmektedir. Birinci basamak sağlık uygulamaları dışında SGK’nın veri tabanında bu ve benzeri bilgilere ulaşmak mümkün iken birinci basamak sağlık uygulamalarında henüz benzer bir altyapı kurulmamıştır. ABD’de tam olarak entegre çalışabilir bir sağlık bilgi altyapısının tahmini yıllık net değeri 78 milyar dolar gibi yüksek bir değerdir. Kurulacak bir hasta bilgi sistemi olası hataları engelleyerek tekrarları azaltacak, ön tanı ve tanı koyma sürecini hızlandırarak sağlık harcamalarının azaltılmasına katkı sağlayacaktır. Bilginin bulunması, kaydedilerek paylaşılması, geliştirilmesi süreci sağlık kurumları için karar destek birimi olan uluslararası bir hasta bilgi ağı kullanımını zorunlu kılmaktadır. Bu bilgi ağının temelini ise koruyucu-önleyici sağlık hizmetlerinin sunulduğu aile hekimliği sistemi oluşturmalıdır (Ross v.d., 2010:124; Orzano v.d., 2008:217).

Aile hekimliği sistemi Türkiye’de ilk kez 24.11.2004 tarih ve 25650 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan 5258 sayılı “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun” ile 15.09.2005 yılında Düzce ilinde uygulanmıştır (T.C. MB). 29 Eylül 2008 tarih ve 27012 sayılı mükerrer Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren 2008 yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde belirtilen Bayburt, Isparta, Gümüşhane ve Denizli illerinde 1 Kasım 2008 tarihinde uygulamaya konulması düşünülen aile hekimliği uygulaması aynı yıl yayımlanan başka bir tebliğ ile 2009 yılına ertelenmiştir (T.C. SGK). Başlangıçta sevk zinciri uygulaması ile devreye alınması düşünülen sistemde bireyler öncelikle aile hekimlerine başvuracak, ilgili aile hekiminin gerek görmesi durumunda ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına yönlendirilecekti. Böylece aile hekimliği koruyucu bir hekimlik sistemi olarak sağlık sisteminin birinci basamağını oluşturacaktı. Bu amaçla, uygulanması düşünülen sistem tümüyle devreye alınmadan sevk zinciri uygulaması süresiz olarak ertelenmiş, bireyler aile hekimleri olmalarına rağmen sağlık kurum ve kuruluşlarına doğrudan başvurabilir hale gelmiştir.

Aile hekimliği sistemi, Türkiye’de de bireyler arasında koruyucu sağlık hizmeti kültürünü yerleştirerek toplam sağlık harcamalarını azaltmak amacıyla uygulanmaya başlamıştır. Bu sisteminin, pratisyen hekim oranı yüksek olmasına rağmen Belçika, Fransa, İsviçre ve ABD gibi ülkelerde toplam maliyeti hala çok yüksektir. Birinci basamak sağlık hizmeti olarak değerlendirilen aile hekimliği uygulaması ile uzun vadede sağlık harcamalarının azalacağı düşünülmektedir. Bu noktada Alma-Ata bildirgesinde de benzer bir ifadeyle birinci basamak sağlık hizmetlerinin koruyucu-önleyici sağlık hizmetlerinin sağlanmasında maliyet etkinliği açısından en iyi sistem olduğu belirtilmiştir. Sağlık sorunlarının %85-90’ının birinci basamakta çözülebildiği belirtilen bu bildireye göre aile hekimlerine büyük görevler düştüğü belirtilmektedir (Kılavuz, 2010:189). Dolayısıyla Türkiye’de de büyük bir kısmı birinci basamakta çözülebilen sağlık hizmetleri için hizmet alıcılarını aile hekiminden başlayarak uzman

hekime kadar uzanan bir sistemde sevk zinciri ile takip etmek gerekmektedir (Ener ve Yelkikalan, 2003:110; Çelik, 2011:311).

### Gereç ve Yöntem

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünce Kayseri Tabip Odası tarafından 26 Aralık 2009'da düzenlenen "Kayseri'de Aile Hekimliğinin 1 Yılı" başlıklı panelde verilen bilgilerde 2009 yılı sonu itibarıyla 59 ilde aile hekimliği uygulamasına geçileceği ve bu sayede bireylerin %52'sinin bu hizmetten faydalanacağı, 2010 yılı itibarıyla ise 81 ilin tamamında bu uygulamaya geçileceğinin planlanmasına rağmen 2009 yılı içinde 36 ve yılsonu itibarıyla uygulamaya konulan 4 il ile beraber 40 ilde aile hekimliği uygulaması yapıldığı bildirilmiştir. 2010 yılı sonu itibarıyla ise 81 ilin tamamında aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir. Dolayısıyla 2009 yılı sonu itibarıyla 40 ilde (%49), 2010 yılı sonu itibarıyla ise 81 ilde (%100) aile hekimliği sistemi uygulamasına geçilmiştir.

Aile hekimliği sisteminin bireylerde korucu hekimlik bilinci oluşturulmasının yanısıra sağlık harcamalarını da kontrol altına alınması gibi bir amacı da vardır. Buradan hareketle araştırmada; aile hekimliği uygulamasının yaygınlaşması öncesi ve sonrasında sağlık harcamaları (reçete sayıları, müracaat sayıları, fatura tutarları v.b.) ile sağlık sisteminde hizmet veren ikinci basamak, üçüncü basamak sağlık kurumları ile özel hastanelerin müracaat sayıları arasında farklılıklarının olup olmadığının tespit edilmesi amaçlanmaktadır. Bunun için aile hekimliği uygulamasının sınırlı kaldığı 2009 yılı ile tüm Türkiye'de uygulanmaya başlandığı 2010 yılına ilişkin verilerin kullanılması uygun görülmüştür. SGK'nın Medula verilerinden yararlanarak yayınladığı sigortalı istatistikleri ve sağlık istatistiklerinden çalışmanın konusunu ilgilendiren 2009 yılına ait 12 aylık veriler ile 2010 yılına ait 12 aylık veriler ayrı ayrı alınarak analizde kullanılmak üzere bir araya getirilmiştir (SGK, [http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler/aylik\\_istatistik\\_bilgileri](http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler/aylik_istatistik_bilgileri), 2011). 657 sayılı yasa kapsamında hizmet veren memurların 15 Ocak 2010 tarihinde sağlık harcamaları yönünden SGK kapsamına alınmasından dolayı 2009 yılına ve anılan tarihe kadar olan memurlara ilişkin veriler SGK kapsamında değerlendirilmektedir.

Öncelikle verilerin normal dağılım gösterip göstermediği örneklem sayısının 30'dan az olması nedeniyle Shapiro Wilk testi ile analiz edilmiş, normal dağılım gösteren (parametrik) değerler arasındaki farklılıklar eşleştirilmiş t-testi ile normal dağılım göstermeyen (non-parametrik) değerler ise Wilcoxon işaret testi ile %5 anlamlılık düzeyinde (%95 güven aralığı) belirlenmiştir. Elde edilen verilerin analiz edilmesinde ise SPSS 16 İstatistik Paket Programı kullanılmıştır. Bunun için aşağıdaki  $H_0$  ve  $H_1$  hipotezleri oluşturulmuştur;

$H_0$ = Aile Hekimliği uygulamasının yaygınlaşması öncesi ve sonrasında sağlık harcamaları ve müracaat sayıları arasında fark yoktur.

$H_1$ = Aile Hekimliği uygulamasının yaygınlaşması öncesi ve sonrasında sağlık harcamaları ve müracaat sayıları arasında fark vardır.

Çalışmada kullanılan değişkenler tablo 1’de gösterilmektedir.

**Tablo 1: Analizde Kullanılan Değişkenler**

Reçete Sayısı (SGK’lı Hasta)
Reçete Sayısı (Yeşil Kart’lı Hasta)
2. Basamak Devlet Hastanesi Müracaat Sayısı
3. Basamak Devlet Hastanesi Müracaat Sayısı
Özel Hastane Müracaat Sayısı
Üniversite Hastanesi Müracaat Sayısı
Reçete Fatura Tutarı (SGK’lı Hasta)
Reçete Fatura Tutarı (Yeşil Kart’lı Hasta)
2. Basamak Devlet Hastanesi Fatura Tutarı
3. Basamak Devlet Hastanesi Fatura Tutarı
Özel Hastane Fatura Tutarı
Üniversite Hastanesi Fatura Tutarı

Yapılan normallik testinde p değeri (sig.) 0,05’den büyük çıkan Reçete Sayısı (SGK’lı Hasta), Reçete Sayısı (Yeşil Kartlı Hasta), 2. Basamak Devlet Hastanesi Müracaat Sayısı, 3. Basamak Devlet Hastanesi Müracaat Sayısı, Üniversite Hastanesi Müracaat Sayısı, Reçete Fatura Tutarı (SGK’lı Hasta), 2. Basamak Devlet Hastanesi Fatura Tutarı, 3. Basamak Hastane Fatura Tutarı ile Üniversite Hastanesi Fatura Tutarı değişkenleri normal dağılım gösterirken, Özel Hastane Müracaat Sayısı, Reçete Fatura Tutarı (Yeşil Kartlı Hasta) ve Özel Hastane Fatura Tutarı değişkenleri normal dağılım göstermemektedir.

Tablo 2’de değişkenlere ait ortalama değerler ile Shapiro-Wilk testi sonuçları gösterilmiştir.

**Tablo 2: 2009-2010 Yılı Sağlık Harcamalarına İlişkin Normallik Testi Analiz Sonuçları**

Değişkenler	Yıl	Ortalama	Shapiro-Wilk	Anlamlılık (p değeri)
Reçete Sayısı (SGK'lı Hasta) (Adet)	2009	23.907.250	0,959	0,425*
	2010	22.691.416,67		
Reçete Sayısı (Yeşil Kart'lı Hasta) (Adet)	2009	3.342.833,33	0,942	0,181*
	2010	2.847.000,00		
2. Basamak Devlet Hastanesi Müracaat Sayısı (Adet)	2009	10.732.916,67	0,928	0,089*
	2010	12.107.583,33		
3. Basamak Devlet Hastanesi Müracaat Sayısı (Adet)	2009	3.015.666,67	0,954	0,333*
	2010	3.340.083,33		
Özel Hastane Müracaat Sayısı (Adet)	2009	5.516.166,67	0,856	0,003
	2010	5.930.916,67		
Üniversite Hastanesi Müracaat Sayısı (Adet)	2009	1.330.416,67	0,940	0,161*
	2010	1.757.750,00		
Reçete Fatura Tutarı (SGK'lı Hasta) (TL)	2009	1.200.059.666,67	0,944	0,201*
	2010	1.117.035.666,67		
Reçete Fatura Tutarı (Yeşil Kart'lı Hasta) (TL)	2009	133.722.916,67	0,906	0,029
	2010	124.418.833,33		
2. Basamak Devlet Hastanesi Fatura Tutarı (TL)	2009	446.412.916,67	0,923	0,07*
	2010	526.136.000,00		
3. Basamak Devlet Hastanesi Fatura Tutarı (TL)	2009	235.738.750,00	0,919	0,055*
	2010	281781500,00		
Özel Hastane Fatura Tutarı (TL)	2009	378.081.500,00	0,870	0,005
	2010	437.886.916,67		
Üniversite Hastanesi Fatura Tutarı (TL)	2009	244.195.166,67	0,959	0,420*
	2010	304.033.750,00		

\*: %5 anlamlılık düzeyi

### Bulgular

Yapılan analiz sonucu elde edilen veriler aile hekimliği uygulamasının yaygınlaşması öncesinde ve sonrasında değişkenler arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermektedir. Tablo 3'de de görüldüğü üzere normal dağılım gösteren değişkenlere uygulanan eşleştirilmiş t-testi ve normal dağılım göstermeyen değişkenlere uygulanan Wilcoxon işaret testi sonuçları elde edilen p değerleri (sig.) %95 güven aralığında 0,05'den küçük olduğu için "Aile Hekimliği uygulamasının yaygınlaşması öncesi ve sonrasında sağlık harcamaları

ve müracaat sayıları arasında fark yoktur” savında bulunan  $H_0$  hipotezi reddedilirken “Aile Hekimliği uygulamasının yaygınlaşması öncesi ve sonrasında sağlık harcamaları ve müracaat sayıları arasında fark vardır” savında bulunan  $H_1$  hipotezi kabul edilmiştir.

**Tablo 3: 2009-2010 Yılı Sağlık Harcamalarına İlişkin Ortalama Farklılık Test Sonuçları**

Değişkenler	t değeri	Anlamlılık (p değeri)	Wilcoxon İşaret Testi	Anlamlılık (p değeri)
Reçete Sayısı (SGK’lı Hasta) (Adet)	2,662	0,022*		
Reçete Sayısı (Yeşil Kart’lı Hasta) (Adet)	6,686	0,0001*		
2. Basamak Devlet Hastanesi Müracaat Sayısı (Adet)	-8,396	0,0001*		
3. Basamak Devlet Hastanesi Müracaat Sayısı (Adet)	-9,328	0,0001*		
Özel Hastane Müracaat Sayısı (Adet)			-2,040	0,041*
Üniversite Hastanesi Müracaat Sayısı (Adet)	-7,309	0,0001*		
Reçete Fatura Tutarı (SGK’lı Hasta) (TL)	5,408	0,0001*		
Reçete Fatura Tutarı (Yeşil Kart’lı Hasta) (TL)			-2,903	0,004*
2. Basamak Devlet Hastanesi Fatura Tutarı (TL)	-12,379	0,0001*		
3. Basamak Devlet Hastanesi Fatura Tutarı (TL)	-17,808	0,0001*		
Özel Hastane Fatura Tutarı (TL)			-3,059	0,002*
Üniversite Hastanesi Fatura Tutarı (TL)	-7,786	0,0001*		

\*: %5 anlamlılık düzeyi

Değişkenler arasında oluşan anlamlı farkın nereden kaynaklandığını saptamak için belirli değişkenleri bireysel olarak incelemek gerekmektedir. İlke olarak aile hekimliği uygulamasının yaygınlaşması sonrasında ikinci ve üçüncü basamak devlet hastaneleri ile üniversite hastanelerine yapılan müracaatların azalması beklenir. Çünkü

aile hekimliği koruyucu-önleyici bir hekimlik sistemi olarak bu sağlık kurumlarına gerçekten ihtiyacı olan bireylerin gitmesini sağlayarak birinci basamakta çözülebilecek sağlık sorunlarının daha yukarılara gitmesini engellemektedir. Burada sigortalı sayılarındaki değişimin alınan sonucu etkileyebileceği düşünceyle 2009 ve 2010 yıllarına ilişkin sigortalı sayıları tablo 4’de gösterilmiştir. Yeşil kart sahipleri dışında gerek aktif sigortalı, gerekse de aylık alanlar ile bakmakla yükümlü tutulanların sayısı bir önceki yıla oranla artmıştır.

**Tablo 4: Yıllara Göre Sigortalı Sayıları**

Sigortalı/Yıl	2009	2010	Değişim
Aktif Sigortalılar	15.096.728	16.196.304	%7,28
Aylık Alanlar	9.173.750	9.498.351	%3,54
Bakmakla Yükümlü Tutulan	33.989.891	35.470.436	%4,36
Yeşil Kartlı	9.647.131	9.395.195	%-2,61
<b>Toplam</b>	<b>67.909.509</b>	<b>70.562.296</b>	<b>%3,91</b>

İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına yapılan müracaatların azalması beklentisinin yanı sıra koruyucu-önleyici hekimlik sisteminin amacı bireyleri hastalanmadan önce bilinçlendirmek olduğu için bir bütün olarak ayaktan ve yatarak müracaat sayıları incelenmiştir. Tablo 5’de de görüldüğu üzere 2010 yılında müracaat sayısı bir önceki yıla oranla %11,6 artarken yatarak tedavi gören hasta sayısı ise %0,72 oranında azalmıştır. Özellikle özel sağlık sunucularına olan müracaat sayısının bir önceki yıla göre %7,52, müracaat başına ortalama maliyetin de %7,72 artmış olması bireylerin özel sağlık sunucularından aldığı hizmetlerde bir artış olduğunu göstermektedir. Çalışmanın giriş kısmında da belirtildiği gibi özel sektöre devredilecek bir sağlık sisteminde gelir grubuna göre sağlık hizmetine olan talep değişkenlik gösterirken kamuya ait sağlık hizmet sunucuları şu an içinde buldukları mali sıkıntıları daha yoğun yaşar hale gelebileceklerdir. Çin’de yapılan bir çalışma Türkiye ile paralel olarak devletin kamu sağlık sunucularına yaptığı mali yardımları artırması gerektiği sonucunu çıkarırken özel sağlık girişimlerinin de bölgesel bir şekilde kontrollü olarak yapılandırılması gerekliliğini ortaya çıkarmıştır (Li v.d., 2009:1713-1714). Aksi durumda teknolojik olarak özel sektörle yarışamayacak hale gelme riskiyle karşı karşıya kalan kamu sağlık sunucuları bireylerin birinci basamakta alacağı hizmetin sürekliliğini sağlayamayacak bir konuma gelebileceklerdir.

**Tablo 5: Yıllara Göre Müracaat Sayıları**

Müracaat/Yıl	2009	2010	Değişim
Ayaktan Müracaat Sayısı (Adet)	234.821.000	262.051.000	%11,60
Yatarak Müracaat Sayısı (Adet)	7.961.000	7.904.000	%-0,72



Analizde kullanılan değişkenler tek tek incelendiğinde 2010 yılında bir önceki yıla oranla düşüş gösteren değişkenler tablo 6 ve tablo 7’de gösterilen reçete sayıları ve reçete tutarlarıdır. SGK’lı hasta ve Yeşil Kartlı hastalara yazılan reçete sayıları ve dolayısıyla tüm reçete sayısında %6,28 düşüş yaşanmıştır. Aile hekimliği sisteminin yazılan reçete sayısını artırdığına dair hiçbir veriye rastlanmamıştır.

**Tablo 6: Yıllara Göre Reçete Sayıları**

Reçete/Yıl	2009	2010	Değişim
Reçete Sayısı (SGK) (Adet)	286.887.000	272.296.000	%-5,09
Reçete Sayısı (Yeşil Kart) (Adet)	40.114.000	34.164.000	%-14,83
Toplam	327.001.000	306.460.000	%-6,28

Reçete sayıları düşerken reçetelere ödenen tutarlarda da düşüş yaşanmıştır. Tablo 7’de de görüldüğü üzere 2010 yılında 2009 yılına göre reçete tutarında %6,92’lik bir düşüş yaşanmıştır.

**Tablo 7: Yıllara Göre Reçete Tutarları**

Tutar/Yıl	2009	2010	Değişim
Reçete Tutarı (SGK) (TL)	14.400.717.000	13.404.428.000	%-6,92
Reçete Tutarı (Yeşil Kart) (TL)	1.604.675.000	1.493.027.000	%-6,96
Toplam	16.005.392.000	14.897.455.000	%-6,92

Her iki değerde aynı anda düştüğü için reçete başına ortalama maliyet rakamlarına da bakmak gerekir. SGK verilerine göre 2009 yılında reçete başına ortalama maliyet 48,95 TL iken bu değer 2010 yılında 48,61 TL’ye gerilemiştir. Bu düşüş reçete sayısı ve reçete tutarındaki düşüş oranlarına göre çok daha küçüktür. Reçete başına ortalama maliyetin düşmesinde hükümetin ilaç fiyatlarında üstlendiği politikada etkili olmuştur. Global bütçe uygulaması ve ilaç fiyatlarının referans ülke fiyatlarına göre belirlenmesi sonucunda ilaç fiyatları SGK marifetiyle düşürülmüştür.

### Sonuç

Türkiye’de temel sağlık hizmetleri başta olmak üzere ayaktan ve yataklı tedavi sürecinde gerekli olan ilaç, malzeme v.b. her türlü giderlerin büyük bir kısmı devlet tarafından finanse edilmektedir. Sağlık hizmeti alan kişiler ise tercih ettikleri sağlık kurumunun özel yada kamu hastanesi olmasına göre katılım payı vermekte, ayrıca eczanelerde belirli oranlarda ilaç katılım payı ödemektedirler. Sağlık hizmetlerinin finansmanında sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanmasından sonra başlayan ivmeli gelişme sisteme kurumsal bir yapı kazandırmıştır.

Dışsalılık etkisi ile beraber değerlendirildiğinde büyük ölçekli olmasından dolayı sağlık harcamaları bir ülkenin makroekonomik performansına olumlu katkılar sağlamaktadır. Dolayısıyla sağlık sistemini ve harcamalarını tek bir pencereden incelemek ya da tek bir değişkenin etkisiyle açıklamak mümkün değildir. Çalışmada kullanılan reçete miktarı ve tutarı dışındaki tüm değişkenlerde 2010 yılında 2009 yılına göre artışlar olmuştur. İkinci basamak hastaneleri oluşturan devlet hastaneleri ve özel hastaneler ile üçüncü basamağı oluşturan Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri ve üniversite hastanelerine müracaat sayıları artarken bu sağlık kurumlarına yapılan müracaatlardan doğan fatura tutarları da artmıştır. Bu haliyle sağlık harcamalarını kontrol etmek mümkün görünmemektedir. İlaç sektöründe yapılan global bütçe uygulamasının bir benzeriyle de sisteme zarar vermeden bu giderleri kısmak olanaklı değildir. Çünkü ilaç sektörünün aktörleri özel sektörü oyuncularını olduğu için kamu kurumlarına göre daha esnek bir yapıya ve bütçeye sahiptirler.

Yapılan çalışmada Aile Hekimliği uygulamasının yaygınlaşması öncesi ve sonrasında sağlık harcamaları ve müracaat sayıları arasında fark olduğu sonucuna ulaşılmıştır. 2010 yılında 2009 yılına göre sigortalı sayısı toplamda %3,91 oranında artmıştır. Buna karşın yatarak müracaat sayılarında %0,71 oranında azalış, ayakta müracaat sayılarında %11,6 oranında artış olmasına rağmen reçete sayılarında ve reçete tutarlarında azalış meydana gelmiştir. Reçete tutarlarındaki azalışın bir kısmı hükümetin ilaç fiyat politikalarıyla açıklanabilirken azalıştaki en büyük pay reçete sayısındaki azalış olmuştur. Tüm bu olumlu gelişmelerin yanısıra 2009 yılında 48,95 TL olan reçete başına ortalama maliyetin 2010 yılında 48,61 TL'ye gerilemesi reçete sayısı ve tutarındaki azalışa göre beklenenden daha küçük bir azalış olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu noktada piyasa ekonomisinin hakim olduğu bir ortamda halen sağlık sistemleri tartışılırken devletin sağlık hizmetlerinin sunumunda nerede durması gerektiğinin belirlenebilmesi açısından iki hususun net olarak belirlenmesi gerekmektedir ki bunlardan ilki sosyal devletin sunduğu hizmetlerin sınırlarını çizmesi ve kriterlerini belirlemesi diğeri ise sunulan sağlık hizmetlerinin finansmanının devlet bütçesi içindeki yerinin netleştirilmesidir. Devlet, hem sağlık hizmeti sunan hem de sunduğu hizmeti finanse eden bir yapıya sahip olduğu için bireyler arasında denge kurma konusunda bazı zorluklar yaşamaktadır. Dolayısıyla aile hekimliği uygulamasının projelendirildiği haliyle uygulanmaya devam edilmesi zorunluluğu ortaya çıkmaktadır. Sağlık harcamalarının istenilen seviyeye gelebilmesi ve sürdürülebilir bir yapıya kavuşturulabilmesi için aile hekimliği merkezlerinde ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet sunucularında verilen sağlık hizmetlerinin takibi ile periyodik sağlık kontrolleri, ilk ve acil bakım hizmetleri bir plan dahilinde sunulmalıdır. Tüm bu sistemin başarılı olabilmesiyle beraber sağlık harcamalarının kontrol altına alınarak sürdürülebilir bir yapı kazandırılabilmesinin koşulu ise aile hekiminden diğer basamaklardaki uzman hekimlere kadar olan süreçte sevk zincirinin devreye sokulabilmesidir. Aksi takdirde tek başına ilaç fiyatlarını azaltmak ya da reçete sayılarını azaltmak yeterli olmayacaktır. Sağlık sistemine işleyen bir yapı kazandırmak adına atılan adımların olumsuz çıktısı olarak kendini gösteren sağlık hizmetlerine kolay ulaşım aynı zamanda müracaat başına ortalama maliyetleri artırmaktadır. Buradan hareketle sağlık sistemine kolay ulaşımın engellenebileceği, sağlık hizmeti almak isteyen kişilerin gereksinimleri doğrultusunda ilgili sağlık hizmet sunucularına yönlendirilebileceği bir akış hayata geçirilmelidir. Bu sistem kurgulanırken basamak tercihi sağlık hizmeti alanlara değil sağlık profesyonellerine bırakılmalıdır.

Elde edilen bulgulara göre sevk zinciri uygulamasının devreye sokulması ile birlikte ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet sunucularına yapılan müracaat sayılarının yıllar içinde azalacağı ve buna bağlı olarakta sağlık harcamalarının daha reel bir yapıya kavuşacağı söylenebilir. Türkiye’de sağlık harcamalarının önemli bir bölümünün ayaktan hastalar için yapılmakta olması birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemini artırmakta ve dolayısıyla sevk zincirinin gerekliliği fikrini daha da güçlendirmektedir. Halihazırda uygulanan sistemin bireylere seçme şansı tanınmasından dolayı istenilen çıktılarını vermeyeceği açıktır. Dolayısıyla sevk zinciri uygulamasının devreye sokulmasından sonra benzer çalışmanın tekrarlanması sistemin değerlendirilmesi açısından etkili olacaktır.

#### KAYNAKLAR

- Altay, A. (2007). Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*, 64: 33-58.
- Ang, J. B. (2010). The Determinants of Health Care Expenditure in Australia. *Applied Economics Letters*, 17: 639–644.
- Cantarero, D., Lago-Penas, S. (2010). The Determinants of Health Care expenditure: A Reexamination. *Applied Economics Letters*, 2010, 17: 723–726.
- Çelik, Y. (2011). Sağlık Ekonomisi. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Çetin, M., Ecevit, E. (2010). Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkileri: OECD Ülkeleri Üzerine Bir Panel Regresyon Analizi. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 11(2): 166-182.
- Ener, M., Yelkikalan, N. (2003). Gelişmekte Olan Ülkelerin Sağlık Sistemlerinin Yeniden Yapılanması ve Finansmanı: Türkiye Deneyimi. *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 6(2): 99-113.
- Herwartz, H., Theilen, B. (2010). The Determinants Of Health-Care Expenditure: New Results From Semiparametric Estimation. *Health Economics*, 19: 964–978.
- Kağan, T. (2006). Sosyal Güvenlik Reformu ve Genel Sağlık Sigortası. *Çalışma ve Toplum*, 8: 147-162.
- Kılavuz, E. (2010). Sağlık Harcamalarındaki Artış ve Temel Bakım Hizmetleri. *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 29(2): 173-192.
- Li, J., Zhao, M., Jiang, K. (2009) Empirical Analysis of the Determinants of Health Care Expenditure in China Based on Co-integration and Error-correction Model. *Proceedings of 2009 IEEE International Conference on Grey Systems and Intelligent Services*, November 10-12, Nanjing, China: 1710-1714.
- Orhaner, E. (2006). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası. *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1: 1-22.
- Orzano, A. J., Ohman-Strickland, P. A., Patel, M. (2008). What Can Family Medicine Practices Do To Facilitate Knowledge Management? *Health Care Manage Review*, 33(3): 216-224.
- Ross, S. E., Schilling, L. M., Fernald, D. H., Davidson, A.J., West, D. R. (2010). Health Information Exchange in Small-to-Medium Sized Family Medicine Practices: Motivators, Barriers, and Potential Facilitators of Adoption. *International Journal of Medical Informatics*, 79: 123–129.
- T.C. Maliye Bakanlığı. (2010). 2011 Yılı Bütçe Gerekçesi. Ankara.

- T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu. (2008). 2008 Yılı Bütçe Uygulama Talimatı: Ankara.
- T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu, “2011 Yılı Mart Sigortalı İstatistikleri”, Sigortalı İstatistikleri, [http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler/aylik\\_istatistik\\_bilgileri](http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler/aylik_istatistik_bilgileri), (12.05.2011).
- T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu, “2011 Yılı Mart Sağlık İstatistikleri”, Sağlık İstatistikleri, [http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler/aylik\\_istatistik\\_bilgileri](http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler/aylik_istatistik_bilgileri), (12.05.2011).
- Tengilimoğlu, D., Işık, O., Akbolat, M. (2011). Sağlık İşletmeleri Yönetimi. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Tutar, F., Kılınc, N. (2007). Türkiye'nin Sağlık Sektöründeki Ekonomik gelişmişlik Potansiyeli ve Farklı Ülke Ekonomileriyle Mukayesesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi, İ.İ.B.F Dergisi, 9(1): 31-54.
- Yetkiner, İ. H. (2006). Sağlık İle Büyüme. Ege Akademik Bakış, 6(2): 83-91.
- Yılmaz, H. H. (2010) 2010 Yılı'nın Sağlık Bütçesi Açısından Görünümü ve Kamu Sağlık Harcamalarına Karşılaştırmalı Bir Bakış. Sağlık-Sen Dergisi, 2: 4-11.
- Yurdadoğ, V. (2007). Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Finansmanı ve Analizi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 16(1): 591-610.