

TÜRKİYE’NİN SAĞLIK FİNANSMAN POLİTİKASININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Gülbiye Yenimahalleli Yaşar*

Özet

Türkiye, 2008 yılında, zorunlu genel sağlık sigortası uygulamasına geçmiştir. Çalışma, Türkiye’nin bu politika tercihini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Değerlendirme, sağlık finansmanının temel hedefleri gözetilerek yapılmaktadır. Bu hedefler; tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamak ve sağlık hizmetlerine erişimi artırmak, sağlık hizmetleri finansmanında adaleti sağlamak ve gelirin yeniden dağıtılmasına katkı yapmak, sağlık hizmetleri finansmanında verimliliği ve sürdürülebilirliği sağlamaktır. Çalışma, Türkiye’de sağlık finansmanının bu hedeflere ne derece yanıt verdiğini tartışmaya açmaktadır.

Çalışma, Türkiye’de genel sağlık sigortası sistemi ile gündeme gelen prim koşulları, kullanıcı katkıları ve diğer cepten ödemelerin hem tüm nüfusa güvence sağlanmasını hem de sağlık hizmetlerine erişimi engellediğini ortaya koymaktadır. Ağırlıklı olarak sosyal sigortacılık ile finanse edilen sistemin, maliyetli olduğu da görülmektedir. En maliyet etkili olan koruyucu hizmetlere yapılan harcamaların çok düşük olduğu dikkati çekmektedir. Sağlık finansmanında adalet henüz gündemde bile değildir. Sağlık finansmanının mali sürdürülebilirliği ise en sıkıntılı konulardan biridir. Bu nedenlerle Türkiye’nin sağlık finansman politikasını vakit kaybetmeden gözden geçirmesi önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Sağlık finansmanı, Türkiye’de sağlık finansmanı, Türkiye’de genel sağlık sigortası, sağlık ve finansman, sağlık finansmanını değerlendirme ölçütleri

* Doç. Dr., Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümü, gulbiyey@gmail.com.

GİRİŞ

Temel amacı hastalık riskine karşı finansal koruma sağlamak olan sağlık finansmanı, çeyrek yüzyıldır dünya gündeminde olan neoliberal politikaların önemli hedeflerinden biridir. Kamu sistemlerini büyük oranda tasfiye eden, piyasanın öncelikleri ve ihtiyaçlarına odaklanan, bu nedenle piyasanın yıkıcı etkileri karşısında bireyleri ve toplumları savunmasız bırakan neoliberal politikalar, sağlığın büyük oranda özel sektöre devredilmesini dayatmaktadır. Kapitalist sistemin bir türlü aşılamaayan kronik ekonomik krizleri, durumu daha da kötüleştirmektedir. Bu ortamda bir yandan Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) gibi uluslararası kuruluşlar, sağlık güvencesi dahil sosyal güvenliğin herkese yaygınlaştırılması için küresel kampanyalar başlatırken,¹ diğ er yandan kullanıcı katkıları ile hastalığın finansal yükü her geçen gün bireylere yüklenmektedir.

Dünyada sağlık hizmetlerine erişim çeşitli gelir desteklerine erişimden daha yaygın olmasına rağmen, nüfusun yaklaşık üçte biri herhangi bir sağlık hizmetine erişememektedir. Daha fazlası ise yeterli sağlık güvencesi bulunmadığı için sağlık harcamaları nedeniyle finansal yıkım yaşamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'ne göre, küresel ölçekte gebelik nedeniyle 500.000 anne ölmekte ve 11 milyon çocuk 5 yaşına ulaşmadan hayatını kaybetmektedir.² Düşük gelirli ülkelerde kırsal bölgelerde yer alan kadınların yaklaşık %35'i profesyonel sağlık hizmetlerine ulaşabilirken (kentlerde %70'lere çıkmaktadır), yüksek gelirli ülkelerde bu oran %90'ları aşarak nüfusun tamamına ulaşmaktadır.

Türkiye de bu ortamda bir yandan sağlık güvencesini tüm nüfusa yaygınlaştırma girişimlerinde bulunurken, diğ er yandan her geçen gün artırdığı kullanıcı katkıları yoluyla sağlık güvencesini bile anlamsız kılacak uygulamalara yönelmektedir. 2008 yılında yürürlüğe giren genel sağlık sigortası (GSS) sistemi, bu çelişkileri açık bir şekilde barındırmaktadır.

Bu kaygılarla çalışma, sağlık finansmanının tanımı, amaçları ve işlevlerine kısaca değ indikten sonra, uluslararası yazında genel kabul görmüş ve WHO gibi uluslararası kuruluşlar tarafından da benimsenmiş sağlık finansmanının temel hedeflerine yer verecektir. Bu temel he-

1 ILO, *World Social Security Report: Providing Coverage in Times of Crisis and Beyond 2010-2011*, Geneva:Social Security Department, 2010.

2 WHO, *World Health Report: Make Every Mother and Child Count*, Geneva, 2005.

defler; tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamak ve sağlık hizmetlerine erişimi artırmak, sağlık hizmetleri finansmanında adaleti sağlamak ve gelirin yeniden dağıtılmasına katkı yapmak, sağlık hizmetleri finansmanında verimliliği ve sürdürülebilirliği sağlamak olarak sıralanmaktadır. Çalışma bu hedefleri kısaca tanımladıktan sonra, Türkiye’de sağlık finansmanının bu hedeflere ne derece yanıt verdiğini tartışmaya açmaktadır.

1. SAĞLIK FİNANSMANININ TANIMI, AMAÇLARI VE İŞLEVLERİ

Sağlık Finansmanının Tanımı ve Amaçları

Sağlık finansmanı, sağlık sektörü için kullanılacak finansal kaynakların toplanması, havuzlanması ve kullanılmasını içeren geniş kapsamlı bir kavramdır.³

Sağlık finansmanının birçok amacı bulunmaktadır. İlki, hastalığın finansal riskine karşı tüm nüfusa güvence sağlamak ve güvenceyi bireylerin hastalıkları dolayısıyla yoksullaşmalarını sağlayacak düzeyde tutmak. İkincisi, sağlık finansmanı yükünü gelire ilişkilendirerek, gelir düzeyi daha yüksek olanların daha fazla katkı sağlaması yoluyla finansmanda adaleti gözetmek. Üçüncüsü, sağlık hizmetlerine erişimde adaleti sağlamak, diğer bir anlatımla ödeme gücü olanlar yerine ihtiyacı olanların hizmete erişimini sağlamak. Dördüncüsü, hakların ve yükümlülüklerin açık bir şekilde ortaya konduğu, enformel ödemeler de dahil olmak üzere denetim, gözetim ve raporlamanın yer aldığı şeffaf ve hesap verebilir bir sistem geliştirmek. Beşincisi, kaliteli sağlık hizmeti sunmayı ve kaynakların verimli kullanılmasını teşvik etmek. Altıncısı, yönetsel verimliliği desteklemektir.⁴

3 Kelley Lee and Hillary Goodman, “Global Policy Networks: The Propagation of Health Care Financing Reform Since the 1980s”, *Health Policy in a Globalising World* (Ed. Kelley Lee - Kent Buse - Suzanne Fustukian), Cambridge University Press, 2002, s. 97-119.

4 WHO, *The World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance*, Geneva, 2000.

Sağlık Finansmanının İşlevleri

Sağlık finansmanının üç temel işlevi bulunmaktadır: Gelir toplama, fon havuzlama ve hizmet sunuculara ödeme yapma.⁵

Gelir toplama; hane halkları ve şirketlerden para toplama yöntemlerini gösteren bir fon oluşturma süreci olup kimin, hangi yöntemle, ne kadar ödeme yapacağı; bu ödemelerin kimleri ve neleri kapsayacağı ve ödemeleri toplayacak kurumları içermektedir.

Toplama yöntemlerini; vergiler, sosyal sağlık sigortası primleri, özel sağlık sigortası primleri, bireysel tıbbi tasarruf hesapları, cepten ödemeler, borçlar ve bağışlar oluşturmaktadır. Gelir toplama yöntemleri “finansman yöntemleri” olarak da adlandırılmaktadır. Geliri toplayan kuruluşlar kar amaçlı özel kuruluşlar, kar amacı taşımayan özel kuruluşlar ve kamu kuruluşları olabilmektedir.

Sağlık finansmanı için gelir toplamının en önemli özelliği anılan gelirlerin hizmetin kullanımı öncesinde (cepten ödemeler dışında) toplanmasıdır. Cepten ödemelerin varlığı bazı bireylerin veya bazı hizmetlerin güvence altına alınmadığını göstermektedir. Hizmetin kullanımı öncesinde toplanan gelirlerin düzeyi, finansal riski yayma derecesi ve gelir düzeyi çok düşük olan bireylerin hangi oranda sübvansede edildiği, sağlık finansmanının gelir toplama başarısı ve finansmanda adalet açısından çok önemlidir.

Sağlık finansmanında fon havuzlama; sağlık hizmetlerine yapılacak ödemelerin riskinin, fonlara katkı sağlayan tüm üyelerce paylaşılması temeline dayanan bir gelir biriktirme ve yönetim şeklidir. Geleneksel olarak “sigorta işlevi” adıyla da anılan fon havuzlamanın temel amacı, belirsiz sağlık ihtiyacının finansal riskini paylaşmaktır. Ayrıca fon havuzlama sağlık hizmetleri talebini destekleyip fon akışını garantilediğinden, hizmet sunucular için belirsizliği azaltmakta ve yeni yatırımlara yönelmeyi teşvik etmektedir. Gelir toplama işlevinde olduğu üzere fon havuzlama işlevini de farklı kurumlar yapabilmektedir. Ancak, geliri havuzlayan kuruluşlar ile gelir toplayan kuruluşlar genellikle aynı kuruluşlardır.

Sağlık finansmanında hizmet sunuculara ödeme yapma; toplanan

5 Joseph Kutzin, “A Descriptive Framework for Country-Level Analysis of Health Care Financing Arrangements”, *Health Policy*, 56 (3), 2001, s.171-204; WHO, Health Systems..., s.95-96.

gelirlerin üyelerin sağlık hizmetleri kullanımı karşılığında hizmet sunuculara aktarılmasıdır. Fon havuzlamada olduğu üzere ödeme yapmada da kimin adına ödeme yapılacağı bellidir. Fon havuzlayan ve ödeme yapan kurumlar genellikle aynı olmaktadır.

Hizmet sunuculara ödeme yöntemleri; hizmet başına ödeme, gün başına ödeme, vaka başına ödeme, kişi başına ödeme, performansa dayalı ödeme, global bütçe ve ücret ödemelerinden oluşmaktadır.

2. SAĞLIK FİNANSMANININ TEMEL HEDEFLERİ

Sağlık finansmanının temel hedefleri; herkese sağlık güvencesi sağlamak ve sağlık hizmetlerine erişimi artırmak, sağlık hizmetleri finansmanında adaleti sağlamak ve gelirin yeniden dağıtılmasına katkı yapmak, sağlık hizmetleri finansmanında verimliliği ve sürdürülebilirliği sağlamak olarak sıralanabilir.⁶ Bu hedeflere biraz daha ayrıntılı bir şekilde bakmakta yarar görülmektedir.

Tüm Nüfusa Sağlık Güvencesi Sağlamak ve Sağlık Hizmetlerine Erişimi Artırmak

1948 yılında WHO Anayasası ile sağlığın bir hak olarak kabul edilmesi ve bu hakkın başta İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi olmak üzere birçok uluslararası belgede yer alması, ülkelerin sağlık hakkını anayasalarıyla güvence altına almasını sağlamıştır. Öte yandan, 20. yüzyılın ilk yarısından itibaren vergilerle finanse edilen “Ulusal Sağlık Hizmetleri” sistemine sahip ülkelerin, genellikle vatandaşlık (veya ikamet) esaslı ile tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamaya başlamış olması, sağlık güvencesinin tüm nüfusa yaygınlaşması hedefinin tüm dünya çapında benimsenmesine ön ayak olmuştur. Ayrıca 1978 Alma-Ata Bildirgesi’nde yer alan “herkes için sağlık” sloganı ile temel sağlık hizmetlerinin toplumun tümüne yaygınlaştırılmasının hedeflenmesi de bu açıdan önemli bir kilometre taşı olmuştur.⁷

6 Elias Mossialos and Anna Dixon, “Funding Health Care in Europe: Weighing up the Options”, *Funding Health Care: Options for Europe* (Ed. Elias Mossialos Et al), Open University Press, Buckingham – Philadelphia, 2002, s. 272-300.

7 WHO, *Achieving Universal Coverage: Developing the Health Financing System. Technical Briefs for Policy-Makers*, N.1, Department of Health Systems Financing Health Financing Policy, WHO/EIP/HSF/PB/05.01, Geneva, 2005.

“Tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamak” kavramı yeterli sağlık hizmetlerini, ödenebilir bir fiyatla, tüm nüfusun hizmetine sunmak olarak tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetlerini ödenebilir bir fiyatla sunmak, hastalığın finansal riskine karşı koruma sağlamayı gerektirir. Tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamak, “kapsamın genişliği” olarak da adlandırılmaktadır. Ancak kapsamın genişliği, bazı durumlarda hastalığın finansal riskine karşı koruma sağlamak için yeterli olamamaktadır. Herhangi bir cepten ödeme yapmadan ulaşılabilecek sağlık hizmetleri kapsamını gösteren “kapsamın derinliği” kavramı da hastalığın finansal riskine karşı koruma sağlama ile doğrudan ilişkilidir ve hizmete ulaşımı önemli ölçüde etkilemektedir.⁸

Tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamanın en önemli özelliği, tüm bireylerin toplam sağlık harcamalarının finansmanını paylaşması, diğer bir anlatımla riskin toplumsal düzeyde havuzlanmasıdır. Risk havuzu büyüdüğü ölçüde bireylerin kendi hastalıklarının riskinin finansal yükünü taşıma oranı azalmaktadır.⁹

Tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamanın iki temel yöntemi bulunmaktadır. Birinci yöntem, temel finansman kaynağının genel vergi gelirleri olduğu ulusal sağlık sistemidir. İkinci yöntem işçi, işveren ve devlet tarafından finanse edilen sosyal sağlık sigortası sistemidir. Pratikte genellikle bu iki seçenek bir arada uygulanmaktadır.

Küreselleşme ve özelleştirmeler ile kapitalizmin neoliberal evresinin tarih sahnesindeki yerini sağlamlaştırdığı 1990’lardan sonra, özellikle Sovyet bloğunun dağılmasının etkisiyle yarı kamusal bir finansman yöntemi olan sosyal sağlık sigortacılığı ile finansman tercihi artmıştır. Bu eğilim Türkiye’de GSS ile somutlaşmıştır. Bu eğilime rağmen, dünyada sağlık sistemlerini ağırlıklı olarak vergilerle finanse eden ülke sayısı fazladır. 2006 yılında WHO’ya üye 191 ülkeden 106’sı ağırlıklı olarak vergilerle finanse edilmekte iken, 85’i sosyal sigortacılıkla finansmanı tercih etmiştir. Sosyal sağlık sigortacılığı yöntemi ile tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamak zorunlu bir hedef olmayıp, gelir ve meslek gruplarına ve yapılan katkılara göre değişmektedir. Ancak son yıllarda sağlık güvencesini bütün nüfusa yaygınlaştırma hedefi,

8 Mossialos ve Dixon, *a.g.k.*, s. 272-300

9 WHO, *Reaching Universal Coverage via Social Health Insurance: Key Design Features in the Transition Period*, (by Guy Carrin and Chris James), Discussion Paper, N.2, Department Health System Financing, Expenditure and Resource Allocation (FER), Cluster Evidence and Information for Policy (EIP), Geneva, 2004; Kutzin, *a.g.k.*

sosyal sigortacılık modelini seçen ülkelerde de kapsamın tüm nüfusa yaygınlaştırılması çabalarını doğurmuş, bu yöntemle 27 ülke tüm nüfusa güvence sağlamıştır.¹⁰ Ancak sosyal sigortacılık yöntemi ile tüm nüfusa güvence sağlayan ülkeler bu başarıyı, primleri azaltıp vergileri artırarak elde etmişlerdir. Bu yolu Fransa, Almanya ve Hollanda gibi sosyal sigortacılığın ilk ve önemli temsilcilerinin benimsemesi de anlamlı ve ironiktir.¹¹

Tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamak genellikle uzun bir süreci kapsamakta olup, yüksek ekonomik büyüme, formel istihdamın artışı, sistemi yönetebilecek tecrübeli personelin varlığı, dayanışma kavramının toplum tarafından benimsenmesi, hükümet yönetiminin etkililiği ve vatandaşların hükümete olan güveni gibi etmenler bu süreci hızlandırmaktadır.¹²

Sağlık Finansmanında Adalet

Sağlık hizmetlerinde adalet kavramı farklı teorilerde farklı tanımlar bulmaktadır. Liberal yaklaşım, doğal insan hakları noktasından hareketle herkesin yaşama hakkı olduğunu iddia etmektedir. Faydacı yaklaşım, bireysel fayda miktarını en üst düzeye çıkarmayı savunmaktadır. Marksist teori, “ödeme gücüne göre katkı”, “ihtiyaca göre hizmet” ilkelerini benimsemektedir. Liberal ve Marksist teori sağlık hizmetleri yazınında en çok ilgi gören teoriler olmuşlardır. Ayrıca Marksist teorinin ortaya attığı iki ilke yalnızca bu teoriye ait olmamış, yirminci yüzyılda çok büyük destek gören eşitlikçi yaklaşım teorisinin de temel ilkelerini oluşturmuştur. Eşitlikçi görüşe göre sağlık hizmetlerine erişim, her vatandaşa tanınan ve gelir ve servet ile ilişkili olmaması gereken bir vatandaşlık hakkıdır.¹³

10 Gülbiye Yenimahalleli Yaşar, *Sağlığın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi*. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara 2007, s.150.

11 Adam Wagstaff, *Social Health Insurance vs. Tax Financed Health Systems - Evidence from the OECD*, The World Bank, Policy Research Working Paper 4821, 2009.

Gülbiye Yenimahalleli Yaşar ve Ece Uğurluoğlu, “Sosyal Sağlık Sigortacılığı Mı? Vergilerle Finansman Mı? Sağlık Harcamaları ve Sağlık Sonuçları Açısından Değerlendirme”, *Sosyal Güvenlik Dünyası*, Sayı: 13 (66), 2010, s. 45-55.

12 WHO, *Reaching... WHO, Achieving...*,

Guy Carrin and Chris James, “Social Health Insurance: Key Factors Affecting the Transition Towards Universal Coverage”, *International Social Security Review*, 58 (1), 2005, s. 45-64.

13 Adam Wagstaff and Eddy van Doorslaer, “Equity in the Finance and Delivery of Health Care: Concepts and Definitions”, *Equity in the Finance and Delivery of Health Care: An International Perspective* (Ed. Eddy van Doorslaer – Adam Wagstaff – Frans Rutten), Oxford Medical Publications, 1993, s. 7-19.

Liberal ve eşitlikçi teoriler sağlık sistemleri konusunda oldukça farklı görüşlere sahiptir. Eşitlikçi teori devletin, ihtiyaca göre hizmet, ödeme gücüne göre katkı ilkelerini içeren İngiliz Ulusal Sağlık Hizmetleri benzeri uygulamaları benimsemesini önermektedir. Liberal teori, tam tersi bir şekilde, gönüllülük (ve ödeme gücü) esasına dayalı olan özel sağlık sektörünü savunmaktadır. Bu teoriye göre devlet, yalnızca yoksullara en temel sağlık hizmetlerini sağlayarak sağlık sistemine en düşük düzeyde dahil olmalıdır. Siyasal tercihe bağlı olarak değişse de pratikte birçok ülkede sağlık hizmetleri finansmanı ve sunumu, her iki teoriden de izler taşıyarak hem devlet hem de özel sektör tarafından sağlanmaktadır. Eşitlikçi teori daha çok Avrupa bölgesindeki ülkeler tarafından, liberal teori ise Amerika Birleşik Devletleri (ABD) tarafından benimsenmiştir. Eşitlikçi teori ayrıca Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) ve WHO gibi uluslararası örgütlerce de benimsenmektedir.

Sağlık finansmanında adalet konusundaki deneysel yazın, sağlık hizmetlerinin ne oranda ödeme gücüne göre finanse edildiği konusuna odaklanmıştır. Tarihsel kökenini Aristo'nun "eşitsizlere eşitsiz, eşitlere eşit davranma" yaklaşımından alan bu ilke, "dikey ve yatay adalet" kavramları ile açıklanmaktadır. Dikey adalet, farklı ödeme gücüne sahip bireylerin farklı miktarlarda katkı yapmasını öngörmektedir. Yatay adalet ise, aynı ödeme gücüne sahip bireylerin aynı miktarda katkı yapmasını öngörmektedir. Ayrıca her iki kavram gelirin yeniden dağıtımı ile de yakından ilişkilidir.¹⁴

Sağlık Finansmanında Verimlilik

Sağlık finansmanında verimlilik, yakın zamana kadar, sağlık hizmetlerinin verimli kullanılması ile özdeşleştirilmiş olup teknik verimlilik, kaynak tahsisi verimliliği ve yönetsel verimlilik gibi genel verimlilik kavramları ile incelenmektedir. Teknik verimlilik, herhangi bir sağlık hizmetinin olası en düşük maliyetle sağlanmasıdır. Kaynak tahsisi verimliliği, sağlık durumu göstergeleri dikkate alınarak, kaynakların farklı sağlık hizmetleri arasında uygun bir şekilde dağılıp dağılmadığının incelenmesidir. Yönetsel verimlilik ise sistemin yönetiminde kullanılan kaynakların miktarı ile değerlendirilmektedir.¹⁵

14 Wagstaff ve Doorslaer, *a.g.k.*

15 WHO, *Evaluation of Recent Changes in the Financing of Health Services*, Geneva, 1993, s. 8-9.

Günümüzde finansman yöntemleri ile kaynak tahsisi ve teknik verimlilik arasında açık bir kavramsal ilişki bulunmadığı öne sürülmektedir. Bu ilişki deneysel çalışmalarla da ispatlanamamıştır. Kaynak tahsisi verimliliği üç yöntemle değerlendirilmektedir. Bu yöntemler; kaynakların sağlık sektörü ve ekonominin diğer sektörleri arasındaki dağılımı; kaynakların sağlık sektöründeki farklı hizmetlere, örneğin koruyucu veya tedavi edici sağlık hizmetlerine dağılımı ve üçüncü olarak da kaynakların ilaç gibi özel klinik hizmetlere tahsisidir. Kaynakların verimli bir şekilde tahsis edilip edilmediğinin en önemli göstergesi, bu tahsisin sağlık durumuna yansımadır. Bu durumu kaynak tahsisi verimliliği ile ölçmek mümkün değildir. Birçok sağlık finansman sisteminde ilaç harcamaları diğer bütün harcama kalemlerinden daha hızlı artmaktadır. Ancak veriler ilaç harcamalarındaki bu artışın diğer hizmetlerin azalmasına neden olup olmadığını göstermemektedir. Bu nedenle bu artışın israftan veya ilaç firmalarının baskısından kaynaklanma olasılığı da bulunmaktadır.¹⁶

Toplam sağlık harcamaları içerisinde yönetim maliyetlerini ölçen yönetsel verimlilik, sağlık finansman yönteminin türü ve örgütlenmesi ile ilişkilidir. Yönetsel maliyetlerin artışı özelleştirme, rekabet, desantralizasyon ve sigorta kuruluşlarının sayısı ile doğru orantılıdır. Kâr amaçlı sigorta şirketleri arasındaki rekabet, sözleşmeler, kâr ve pazarlama ek maliyetler yaratmaktadır.¹⁷

Sağlık finansmanının performansını değerlendiren çalışmalar, finansman tercihi ile sağlık harcamaları, dolayısıyla kaynakların verimli kullanılması arasında ilişki olduğunu belirlemişlerdir. Sağlık harcamalarının Gayrı Safi Yurtiçi Hasıla (GSYH) içindeki payı ve satın alım gücü paritesi üzerinden kişi başı sağlık harcaması düzeyleri incelendiğinde, sosyal sigortacılıkla finanse edilen ülkelerin sağlık harcamalarının daha yüksek olduğu, dolayısıyla daha maliyetli sistemler oldukları belirlenmiştir. Ayrıca bu ülkelerde yönetim maliyetleri de yüksektir. Bu çalışmalar sağlık finansmanının sağlık durumuna etkisini de incelemiş ve daha maliyetli olan sosyal sigortacılık sistemlerinde sağlık göstergelerinin vergilerle finanse edilen sistemlerle kıyaslandığında önemli bir farkın bulunmadığını belirlemişlerdir.¹⁸

16 Mossialos ve Dixon, *a.g.k.*

17 Mossialos ve Dixon, *a.g.k.*, s. 290.

18 Yenimahalleli Yaşar ve Uğurluoğlu, *a.g.k.*

“Kıt kaynakların kullanımında verimliliği” artırmayı temel amaçlarından biri haline getirmiş ve bunun ancak özel sektörle başarılacağına savunan Dünya Bankası (WB) gibi neoliberal ve piyasa yanlı küresel kuruluşlar, bizzat kendi raporlarıyla, “sağlık hizmeti piyasasının hem arz hem de talep açısından taşıdığı özelliklerden dolayı, piyasa mekanizmasının bu sektörde eşitlik veya ekonomik verimliliği sağlayamayacağını” kabul etmektedirler.¹⁹

Sağlık Finansmanında Sürdürülebilirlik

Sağlık finansmanını etkileyen birçok etmen bulunmaktadır. Bu etmenler durumsal, yapısal, çevresel - politik ve kültürel etmenler olarak sınıflandırılmaktadır. Bu bağlamda sürdürülebilirlik; mali sürdürülebilirlik, sosyal sürdürülebilirlik, politik sürdürülebilirlik gibi adlar almaktadır.

Son yıllarda en çok gündemde olan konu mali sürdürülebilirliktir. Mali sürdürülebilirlik ekonominin yapısı ile doğrudan ilişkilidir. Ekonomik büyüme, enformel sektörün büyüklüğü, emek gelirinin sermaye gelinine oranı, işgücüne katılım oranı, istihdam şekli, sendikalaşma oranı, sermaye hareketliliği, gelişmekte olan ülkelerde yaşanan ağır borç yükü gibi ekonominin durumu ve işgücü piyasası ile ilgili özellikler gelir oluşturmayı ve finansmanın sürdürülebilirliğini doğrudan etkilemektedir. Öte yandan demografik etmenler sürdürülebilirliği tehdit eden ikinci önemli etmendir.

Çalışma kapsamında sürdürülebilirlik konusu mali sürdürülebilirlik ile sınırlı tutulmuştur. Sağlık finansmanında mali sürdürülebilirliği, sağlık sistemi gelirlerinin sağlık sistemi yükümlülüklerini karşılayabilmesi olarak tanımlamak mümkündür. Sağlık finansmanında mali sürdürülebilirlik sıklıkla ekonomik sürdürülebilirlik ile karıştırılmaktadır. Sağlıkta ekonomik sürdürülebilirlik, sağlık harcamalarının GSYH içindeki düzeyi ve büyüme oranı ile ilişkilidir. Sağlıkta ekonomik sürdürülebilirliği önemlidir, nitekim, sağlığa ayrılan her bir kuruş eğitim, sosyal güvenlik, ulusal güvenlik, adalet vb. diğer alanlara bir kuruş daha az kaynak ayrılmasına neden olmaktadır.

Ekonomik durgunluk veya daralma dönemlerinde, sağlık harcamalarının GSYH'daki artışı ekonomik sürdürülebilirliği tehlikeye atacağı

19 David W. Dunlop and Jo M. Martins, *An International Assessment of Health Care Financing: Lessons for Developing Countries*, WB, Washington, 1996.

için diğer ekonomik alanlara yapılacak harcamaları tehdit etme eğilimi taşır. Öte yandan, ekonominin büyüdüğü dönemlerde sağlık harcamalarının ekonomik büyümeden daha yüksek bir oranda artması, diğer alanların daralmasına neden olmayabilir. Avrupa Birliği (EU) ülkelerinde yapılan projeksiyonlar, GSYH arttığı sürece sağlık harcamaları artışının sorun olmayacağını göstermektedir.²⁰

3. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANI TEMEL HEDEFLERE ULAŞABİLİR Mİ?

Türkiye'de Sağlık Finansmanı

Türkiye'de sağlık finansmanı, finansmanın işlevleri gözetilerek gelir toplama, fon havuzlama ve hizmet sunuculara ödeme yapma alt başlıkları ile ele alınabilir.

Türkiye'de sağlık finansmanın dört temel kaynağı bulunmaktadır. Bu kaynaklar vergiler, sosyal sağlık sigortası primleri, özel sağlık sigortası primleri ve cepten ödemelerdir.

Türkiye'de toplam sağlık harcamaları finansmanının en önemli kaynağını sosyal güvenlik kapsamında yapılan harcamalar oluşturmaktadır. 1999 tarihinde cari fiyatlarla 4.985 milyon TL olan toplam sağlık harcamaları içerisinde %32,4 oranında yer kaplayan sosyal güvenlik kaynakları, toplam sağlık harcamalarının 76.358 milyon TL'ye ulaştığı 2012 tarihinde %54,5'e yükselmiştir (Tablo 1). İkinci sırada 1999 yılında %28,7 oranında yer alan, 2012 yılında ise %22,3'e gerilemiş olan vergiler bulunmaktadır. Vergi ve fonların sağlık finansmanındaki ağırlığı 1992-1998 yılları arasında %46 - %40 aralığında seyretmiştir²¹. Bu nedenle vergilerin finansmandaki ağırlığının son yıllarda önemli oranda gerilediği görülmektedir. Üçüncü sırayı hane halkları tarafından yapılan cepten harcamalar almaktadır. 1999 yılında %29,1 olan

20 Gülbiye Yenimahalleli Yaşar, "Sağlık Finansmanında Mali Sürdürülebilirlik: Avrupa Birliği Ülkeleri ve Türkiye", *Ekonomi ve Hukuk Üzerine Yazılar: Prof.Dr.Ahmet Gökdere'ye Armağan*, Turhan Kitabevi, Ankara 2011, s.407-448.

21 Mehmet Tokat, *Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996*, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara 1998. Mehmet Tokat, *Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1998*, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara 2001.

cepten sağlık harcamalarının oranı 2008 yılında %17,4'e, 2012 yılında ise %15,4'e gerilemiştir. Ancak bu gerileme yalnızca oransal düzeyde gerçekleşmiştir. Nitekim cari fiyatlarla kişi başı sağlık harcaması 1999 tarihinde 23 TL iken, 2012 yılında 157 TL'ye ulaşmıştır. Oransal gerilemenin nedeni 1999-2012 tarihleri arasında cari fiyatlarla toplam sağlık harcamalarındaki artışın cepten sağlık harcamalarındaki artıştan daha fazla olması ile açıklanabilir. Ayrıca diğer özel olarak nitelendirilen kaynağın 1999 yılında %9,8 iken, 2012 yılında %7,8'e gerilemiş olduğu da görülmektedir.

Tablo 1: Türkiye'de Toplam Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynakları, 1999 - 2012 (Milyon TL, %) ²²

Finansman Kaynağı	1999	%	2003	%	2008	%	2010	%	2012	%
Merkezi Devlet	1.274	25.5	6.317	26.0	15.948	27.6	17.209	27.9	16.348	21.4
Yerel Devlet	158	3.2	482	2.0	865	1.5	577	0.9	662	0.9
Sosyal Güvenlik	1.616	32.4	10.662	43.9	25.346	43.9	30.695	49.7	41.630	54.5
Genel Devlet Toplam	3.048	61.1	17.462	71.9	42.159	73.0	48.482	78.6	58.640	76.8
Hane halkları	1.449	29.1	4.482	18.5	10.036	17.4	10.062	16.3	11.750	15.4
Diğer özel	488	9.8	2.335	9.6	5.545	9.6	3.134	5.1	5.968	7.8
Özel Sektör Toplam	1.937	38.9	6.817	28.1	15.580	27.0	13.196	21.4	17.718	23.2
Genel Toplam	4.985	100	24.279	100	57.740	100	61.678	100	76.358	100
Top.Sağ.Harc./ GSYH, %	4,8	-	5,3	-	6,1	-	5,6	-	5,4	-

Çalışma kapsamında Türkiye'de toplam sağlık harcamalarının ikinci temel finansman kaynağı olan vergilere iki nedenle ayrıntılı olarak değinilmeyecektir. Birincisi, vergiler konusunu bu çalışma sınırları içine sığdıramama kaygısı, ikincisi ve daha önemlisi ise politika yapıcıların vergileri sosyal sağlık sigortası sisteminin destekleyici/ikincil finansman kaynağı olarak değerlendirmeleridir.²³

22 TÜİK Sağlık Harcamaları verilerinden üretilmiştir.

23 Gülbiye Yenimahalleli Yaşar ve Ece Uğurluoğlu, "Can Turkey's General Health Insurance System Achieve Universal Coverage?" *International Journal of Health Planning and Management*, 26 (3): 282-295; Gülbiye Yenimahalleli Yaşar "Health Transformation Programme in Turkey: An Assessment" *International Journal of Health Planning and Management*, 26 (2): 110-133; Başbakanlık, *Sosyal Güvenlik Reformu: Sorunlar ve Çözüm Önerileri*, Ankara 2005.

Türkiye’de Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası (SSGSS) Yasası, “...nüfusun tümüne, hakkaniyete uygun, eşit, koruyucu ve tedavi edici kaliteli sağlık hizmeti sunumunu finanse etmek...” amacıyla 1 Ekim 2008 tarihinde tam olarak yürürlüğe girmiştir.²⁴

Türkiye’de GSS sistemi, finansmanın üç temel işlevini bir arada yürüten bir yapıya sahiptir. SSGSS Yasası’ndan önce Sosyal Güvenlik Kurumu Yasası ile 2006 yılında mevcut sağlık güvencesi programları (Emekli Sandığı, Bağ-Kur, SSK) bir çatı altında toplanmıştır. SSGSS Yasası ile mevcut güvence programları kapsamında olanların yanı sıra, güvence kapsamı dışında kalan işsizlik sigortası dışındaki işsizler, isteğe bağlı sigortalılar, oturma izni almış yabancılar ile Yasa’nın 60. maddesinde sayılmayan diğer kişiler de primleri kendilerince ödenmek kaydıyla kapsam altına alınmıştır. Primleri kendileri tarafından ödenmek suretiyle tüm nüfusa sağlık güvencesi sunmayı amaçlayan bu düzenleme, sigortaya erişimi formel istihdam ile bağlantılı olmaktan çıkarmıştır.

GSS sisteminin en temel geliri primlerdir. GSS primi, kısa ve uzun vadeli sigorta kollarına tabi olanlar için prime esas kazancın % 5’i sigortalı, % 7,5’i işveren katkısı olmak üzere % 12,5’idir. Yalnızca GSS’na tabi olanların primi ise, prime esas kazancın % 12’sidir. Devlet prime esas kazancın % 3’ü oranında katkıda bulunmaktadır.

1 Ocak 2012 tarihinden itibaren bazı istisnalar dışında zorunlu GSS uygulamasına geçilmiştir. Buna göre; SSGSS Yasası ile çeşitli gerekçelerle kapsam dışında bırakılanlar dışında, GSS kapsamına alınan herkes, zorunlu olarak prim ödemeye başlamıştır. Bu kapsamda kayıtlı olarak çalışanlar ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)’ndan gelir ve aylık almakta olanlar ile bunların bağımlıları dışında kalan herkes²⁵ primini kendisi ödemek zorundadır.

Primleri yalnızca kendileri tarafından ödenecek bu kişilerin ödeyecekleri prim miktarının tespit edilmesi için gelir testi uygulaması başlatıl-

24 Gülbiye Yenimahalleli Yaşar ve Ece Ugurluoğlu, “Can Turkey’s General Health Insurance System Achieve Universal Coverage?” *International Journal of Health Planning and Management*, 26 (3): 282-295; Gülbiye Yenimahalleli Yaşar “Health Transformation Programme in Turkey: An Assessment” *International Journal of Health Planning and Management*, 26 (2): 110-133; Başbakanlık, *Sosyal Güvenlik Reformu: Sorunlar ve Çözüm Önerileri*, Ankara 2005.

25 İşsizlik sigortasından yararlanmakta olmayan işsizler, isteğe bağlı sigorta kapsamında olanlar, yaş sınırını aşan öğrenciler, kayıt dışı çalışanlar, kendi isteği ile işgücü piyasası dışında kalanlar, bir yıldan uzun süredir Türkiye’de ikamet edip vatandaşı oldukları ülkede kamu sağlık sigortasına sahip olmayan yabancı uyruklular vb.

mıştır. Bu tarihten itibaren Yeşil Kart süresi dolanlar da gelir testi uygulamasına tabi tutulmaktadır. Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları tarafından gerçekleştirilen uygulama kapsamında, “harcamaları, taşınır ve taşınmazları ile bunlardan doğan hakları da dikkate alınarak, Kurumca belirlenecek test yöntemleri ve veriler kullanılarak tespit edilecek aile içindeki gelirin, kişi başına düşen aylık tutarı, asgari ücretin üçte birinden az olan vatandaşlar²⁶” dışında kalanlar prim ödemektedir²⁷.

Primlerini yalnızca kendisi ödeyecek kişilerin, ödenecek prim miktarları ile ödeyecek kişi sayısı Tablo 2’de sunulmuştur. Tablo 2’den de görüldüğü üzere, kişi başı aylık geliri brüt asgari ücretin üçte birinin altında gelire sahip olan yaklaşık 11,4 milyon kişinin primi devlet tarafından ödenmektedir. Kişi başı aylık geliri brüt asgari ücretin üçte biri ile brüt asgari ücret arasında olan yaklaşık 4,3 milyon kişi aylık 45,36 TL, kişi başı aylık geliri brüt asgari ücret ile brüt asgari ücretin iki katı arasında olan yaklaşık 476 bin kişi aylık 136,08 TL ve kişi başı aylık geliri brüt asgari ücretin iki katından fazla olan yaklaşık 88 bin kişi aylık 272,16 TL GSS primi ödemek zorundadır.

26 Gelir testi yoluyla belirlenmiş aile içindeki gelirin, kişi başına düşen aylık tutarı, asgari ücretin üçte birinden az olan vatandaşların primi devlet tarafından ödenmeye devam etmektedir (Yeşil Kart uygulaması kapsamında olanlar).

27 Gelir testi yaptırmaması gerektiği halde yaptırmayanların geliri brüt asgari ücretin iki katı olarak kabul edilecektir. Bu durumdaki kişilerin 01/07/2014 - 31/12/2014 tarihleri arası aylık 272,16 TL genel sağlık sigortası primi ödemeleri gerekmektedir.

Tablo 2: Kişi başı aylık gelire göre ödenecek GSS prim miktarı (Temmuz-Aralık 2014 Brüt Asgari Ücret = 1.134 TL)²⁸

Kişi Başı Aylık Gelir	Gelir Aralığı	GSS Prim Tutarı	Kişi Sayısı*
Brüt asgari ücretin üçte birinin altında gelire sahip olanlar	0 – 378 TL	Primi devlet tarafından ödenecek	11.454.437
Brüt asgari ücretin üçte biri ile brüt asgari ücret arasında gelire sahip olanlar	378 – 1.134 TL	$378 \times \%12 = 45,36$ TL	4.377.736
Brüt asgari ücret ile brüt asgari ücretin iki katı arasında gelire sahip olanlar	1.134 – 2.268 TL	$1.134 \times \%12 = 136,08$ TL	476.132
Brüt asgari ücretin iki katından fazla gelire sahip olanlar	2.268 TL ve üstü	$2.268 \times \%12 = 272,16$ TL	87.834

Sistemin ikinci temel kaynağını kullanıcı katkıları ve ilave ücretler gibi diğer cepten ödemeler oluşturmaktadır. Katılım payları; Sağlık Bakanlığı (SB) tarafından yetkilendirilmiş ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi, ayakta tedavide sağlanan ilaçlar, vücut dışı protez ve ortezler, yardımcı üreme yöntemi tedavileri için alınmaktadır. Ayrıca reçete bedelleri, ilave ücretler, istisnai sağlık hizmeti ücretleri gibi katılım payları da bulunmaktadır. Katılım payları ve ilave ücret alınan diğer hizmetler Tablo 3’te, istisnai sağlık hizmeti için ödenecek ilave ücretler ise Tablo 4’te yer almaktadır.

28 Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Mart 2013 Sosyal Yardım İstatistik Bülteni, s.36. *22 Nisan 2013.

Tablo 3: Sağlıkta katılım payları, ilave ücretler, Mart 2012.

Katılım payı veya ilave ücret alınacak hizmetler	Miktarlar
Reçete bedeli	3 kaleme kadar 3 TL, Sonraki her kalem/kutu için ilave 1 TL
Muayene ücretleri 1. Sağlık ocakları / Aile hekimleri 2. Devlet / Üniversite Hastaneleri (+ Yeşil alan acil servisler) 3. (Anlaşmalı) Özel Hastaneler (+ Yeşil alan acil servisler) 4. Üniversite Hastanesi'nde öğretim üyesi muayenesi (Vakıf Üniversitesi Hariç)	3 TL reçete bedeli + 1 TL üç kalem ilacı geçen her kalem/kutu için ilave ücret 8 TL muayene ücreti + 3 TL reçete + 1 TL ilave ücret 15 TL muayene ücreti + (3 TL reçete + 1 TL + ... ilave reçete ücreti) + ilave ücret SGK fiyatının bir katı (43 – 68 TL arası) (diğer hizmetler için %50) (Bir defada asgari ücretin iki katını aşamaz)*
10 gün içinde aynı branştan tekrar muayene	Ek 5 TL
İlaç katılım payı	SGK'dan gelir ve aylık alanlar için %10, diğer kişiler için %20
Tıbbi malzeme katılım payı	SGK'dan gelir ve aylık alanlar için %10, diğer kişiler için %20
Yardımcı üreme yöntemi katılım payı	Birinci denemede %30, ikinci denemede %25.
Eşdeğer ilaç farkı	Sınırsız
Yatak ücreti	İki kişilik odada %150 (30x1,5= 45TL), tek kişilik odada %300 (30x3 = 90TL)
Günübirlik tedavi ücreti	10,12 x 3 = 30, 36 TL
Vakıf üniversiteleri dahil sözleşmeli (özel) sağlık hizmeti sunucuları için ilave ücret	SGK Fiyatının % 200'ü**
Röntgen, laboratuvar hizmeti	Özel hastanelerde (ilave) ücretli
İstisnai sağlık hizmeti ücreti	Robotik cerrahi, diş protezleri, vb. %300.

Fon havuzlama, gelirin havuzlanma şekli ile kaynakların hizmet sunucularına nasıl tahsis edildiği sorularına yanıt vermektedir. GSS sisteminin tek bir fon havuzu oluşturması, riskin ve gelirin yeniden dağıtımına en üst düzeyde hizmet ederek sosyal dayanışmayı artırma potansiyeli taşımaktadır. Ayrıca tek fonun yönetim maliyetlerini azaltma potansiyeli de bulunmaktadır.

*Ağustos 2013.

**2013/5385 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı. 12 Ekim 2013 tarih ve 28793 sayılı Resmi Gazete.

Tablo 4: İstisnai sağlık hizmetleri bedelleri, Mart 2012.

Tıbbi İşlem	SGK Fiyatı	Hastanın Ödeyeceği Ücret
Epidural anestezi ile (ağrısız) doğum	425 TL	1.275 TL
Lazerli (kansız, bıçaksız) prostat tedavisi	1.200 TL	3.600 TL
Katarakt ameliyatı	410 TL	1.230 TL
(Robotik) Prostat ameliyatı	2.653 TL	7.959 TL
(Robotik) Safra kesesi ameliyatı	720 TL	2.160 TL
(Robotik) Histerektomi ameliyatı	933 TL	2.801 TL
(Robotik) Böbrek nakli	1.849 TL	5.548 TL
(Robotik) Böbrek ameliyatı	2.800 TL	8.400 TL

Sağlık hizmet sunucularına ödeme yapma işlevi, hizmetlerin kimden, hangi fiyatla alınacağı ve nasıl ödeneceği sorularına yanıt vermektedir. GSS hem kamu hem de özel sektörden hizmet satın almaktadır²⁹.

SGK, SB hastaneleri dışındaki hizmet sunucular ile sözleşmeler yoluyla hizmet satın almaktadır. Özel sektör ve üniversite hastanelerine hizmet başına ödeme yapmaktadır³⁰. Ancak bazı hastalıklar için paket fiyat anlaşmaları da yapılmaktadır. Üniversite hastanelerine kısmi götürü bedel üzerinden (global bütçe) de ödeme yapılmaktadır.

Harcamaların kısıtlanması amacıyla SB hastaneleri 2006 yılında global bütçe uygulamasına geçmiştir. Global bütçelemeye hizmet sunucuya bir sonraki yılda gerçekleştireceği bütün faaliyetler göz önünde bulundurularak toplam bir ödeme yapılmakta olup, açık durumlarında yalnızca bazı koşullarla ilave bütçeleme yoluna gidilmektedir.

2009 yılı başında SB ile SGK arasında da “götürü bedel üzerinden hizmet alım sözleşmesi” imzalanarak global bütçe uygulaması başlatılmıştır. İleride üniversite hastaneleri ile özel sektör için de farklı ödeme tekniklerinin, ilaç sektörü için ise global bütçe uygulamasının değer-

29 Özel sektörün payı her geçen gün artmaktadır. SGK'na sunulan hizmetlerin %32-35'i özel sektör tarafından karşılanmaktadır. SGK 2009 yılı istatistiklerine göre ikinci basamak sağlık hizmetleri için yapılan harcamalar kamu hastaneleri için 5,3 milyar iken özel hastaneler için 4,5 milyar TL'dir.

30 Hizmet başına ödeme yönteminin yapay talep yaratmaya açık kapı bıraktığı araştırmalarla ispatlanmıştır.

lendirildiği duyurulmaktadır. Harcamaları kısıtlayıcı bu önlemlere rağmen, performans ödemesinin hala hizmet başına dayalı olması büyük bir çelişkidir.

Hastanelerde yatan hastalar için Teşhisle İlişkili Gruplar (TİG), ayakta kabul edilen hastalar için ise Branş Bazlı Ayaktan Gruplar sistemine dayalı ödeme yöntemi 1 Kasım 2010 tarihinde pilot uygulama olarak başlatılmış, 2011 yılında bütün hastanelere yaygınlaştırılması planlanmıştır. 2011 yılı itibarıyla TİG'e dayalı ödeme yöntemi, global bütçenin kamu hastanelerine dağıtımında %10-15 etkili olacak biçimde kullanılmış, Sağlık Bakanının değişmesi ile birlikte tamamen durdurulmuştur. TİG yönteminin hastanelere akılcı bir finansman dağıtımı aracı olduğu ve kaynak kullanımında verimliliği artırdığı öne sürülmektedir. Zira hastaneye ödenecek hizmet bedeli hastanede yatış süresi veya hasta sayısından ziyade, hastaların klinik durumlarına ve bakımları için harcanan kaynaklara bağlı olacaktır. Bu kapsamda her vaka türü için yapılacak toplam ödeme önceden belirlenen bir tutar üzerinden yapılacak, hastayı en çabuk taburcu eden ve gereksiz hizmet sunmaktan kaçınan hastane kazançlı olacaktır.³¹ 2012 yılında özel sektörün ve üniversitelerin de TİG sistemine geçmesi planlanmış, ancak uygulamaya geçilmemiştir.

3.1. Türkiye’de Tüm Nüfusa Sağlık Güvencesi Sunmak ve Sağlık Hizmetlerine Erişim

Türkiye’de Sağlık Güvencesi Tüm Nüfusa Yaygınlaştırılabildi mi?

Sağlık hizmetleri finansmanı için kaynak oluşturma yöntemi hem sigortaya hem de sağlık hizmetlerine erişimi etkilemektedir. Türkiye’de 1950 yılında işçi statüsünde çalışanlar için gündeme gelen zorunlu sosyal sağlık sigortası sistemi zamanla yaygınlaştırılmış, 1 Ocak 2012 tarihinden itibaren zorunlu GSS uygulamasına geçilmiştir. Ancak teorik düzeyde atılan bu adımın fiili bir sonuç doğurabilmesi için prim ödeme yükümlüsü olan bütün kişilerin düzenli prim ödemeleri gereklidir. Bu durumun pratikte pek mümkün olmadığı, bağımsız çalışanların yaklaşık yarısının sürekli prim borçlusu olmalarından bilinmektedir³².

31 Raşit Tükel, “Sağlıkta Dönüşümde Son Aşamaya Doğru: Hastanelerin Yeniden Yapılandırılması ve Yeni Finansman Modeli”, *Toplum ve Hekim*, 25, 2010, s. 230-236.

32 Bağımsız çalışanlarla ilgili bu sorun, bir sonraki konu başlığı olan “hizmete erişim arttı mı?”

Tablo 5 Türkiye’de sosyal güvenlik ve primsiz ödemeler kapsamını göstermektedir. SGK verilerine göre Aralık 2013 itibariyle nüfusun % 82’si (62 milyon 806 bin kişi) sosyal sigorta kapsamı altındadır. Bu rakama 12 milyon 351 bin yeşil kartlı sayısı eklendiğinde toplam 75 milyon 157 bin (nüfusun % 98’i) kişinin yasal olarak kapsam altında, 1 milyon 510 bin kişinin ise kapsam dışında olduğu görülmektedir.

alt başlığı altında ayrıntılı bir şekilde ele alınmaktadır.

Tablo 5: Türkiye’de Sosyal Güvenlik ve Primsiz Ödemeler Kapsamı, 2005-2013.³³

Sosyal Güvenlik Kapsamı	2005	2007	2009	2010 (Aralık)	2011 (Aralık)	2012 (Aralık)	2013 (Aralık)
Aktif sigortalılar	13.156.439	14.763.075	15.096.728	16.088.757	17.374.631	18.352.859	18.886.989
Pasif sigortalılar	7.504.453	8.279.444	9.173.750	9.498.444	9.274.682	10.382.419	10.607.263
Bağimlilar (kişi)	31.423.261	33.070.537	33.989.891	34.555.356	36.348.316	33.807.725	32.944.917
Aktif/pasif oranı	1,92	1,95	1,78	1,83	1,87	1,90	1,90
Özel sandıklar	307.161	310.850	331.205	341.012	350.890	356.040	367.205
Sosyal güvenlik kapsamı	52.391.314	56.423.907	58.591.574	60.142.557	64.088.819	62.899.043	62.806.374
Türkiye nüfusu	69.000.225	70.586.256	72.561.312	73.722.988	74.724.269	75.627.384	76.667.864
Sigortalı nüfus (%)	76	80	81	82	86	83	82
Primsiz Ödemeler (Faturalı Ödemeler)							
2022 s. kanuna göre aylık alanlar	1.266.268	1.244.174	1.321.373	1.363.670	1.337.989	-	-
Diğer kanunlara göre aylık alanlar	52.112	51.053	50.017	49.643	49.158	48.550	47.996
Yeşil kartlı sayısı	7.256.000	9.355.279	9.647.131	9.395.185	8.865.470	11.357.306	12.351.352

33 SGK 2011, 2012 ve 2013 Ocak ve Aralık Ayları Sigortalı İstatistikleri verilerinden üretilmiştir.

Kapsam dışında kalan yaklaşık 1,5 milyon kişi de, 2012 başından itibaren zorunlu kapsama alınmıştır. Ancak bu veri ile Tablo 2’de yer alan veriler birbiri ile örtüşmemektedir. Tablo 2’de yer alan verilere göre 2013 Nisan ayı itibariyle 4.377.736 kişi aylık 45,36TL, 476.132 kişi aylık 136,08TL ve 87.834 kişi ise aylık 272,16TL ödemek kaydıyla sistemden zorunlu olarak yararlanmaya başlamıştır. Bu durumda Tablo 2’deki verilere göre primleri kendileri tarafından ödenmesi gereken kişi sayısı yaklaşık 4,9 milyondur³⁴.

Türkiye’de Sağlık Hizmetlerine Erişim Arttı mı?

Sağlık güvencesi kapsamı altında olma sağlık hizmetlerine finansal yönden ulaşabilme açısından gerekli, ancak yeterli bir adım değildir. Güvence kapsamında olanların hizmete erişimi için getirilen prim şartları, kullanıcı katkıları ve diğer cepten ödemeler, sağlık hizmetlerine erişimi olumsuz yönde etkilemekte, hatta kimi durumlarda güvence altında olmayı bile anlamsız kılmaktadır.

GSS sisteminin hizmete erişim için getirdiği prim koşulları, kullanıcı katkıları ve diğer cepten ödemeler, sağlık hizmetlerine erişimi olumsuz yönde etkilemektedir. SSGSS Yasası, GSS’li ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanabilmeleri için primleri devlet tarafından ödenecekler ve aylık ve gelir almakta olanlar dışındaki tüm GSS sigortalılarının, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihten önceki bir yıl içinde toplam 30 gün GSS primi ödeme gün sayısının bulunması koşulunu aramaktadır. Kendi adına ve hesabına çalışanlar (Bağ-Kur’lular) ile 60.maddede sayılmayan ve başka bir ülkede sağlık sigortası yardımlarından yararlanma hakkı bulunmayan vatandaşların bu şartla birlikte, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihte 60 günden fazla prim ve prime ilişkin her türlü borcunun bulunmaması şartı aranmaktadır. Ayrıca isteğe bağlı sigortalı ve yabancılar kapsamında olanların ise bu şartla birlikte, kısa ve uzun vadeli sigorta primleri dâhil, GSS prim borçlarının bulunmaması gereklidir. 2012 başından itibaren gelir testinden geçerek zorunlu sigortalı olanların da hiç borcunun olmaması şartı aranmaktadır.

34 Türkiye’de ayrıca 2012 Aralık tarihi itibariyle, toplam 3.228.598 kişi özel sağlık sigortası kapsamında bulunmaktadır.

SGK verilerine göre Ocak 2011 tarihinde kendi adına ve hesabına çalışanların (4/b, Bağ-Kur'lular) % 53,4'ü borç nedeniyle sağlık hizmetlerine ulaşamamaktadır. Rakamlarla bakmak gerekirse 1.792.828 aktif 4/b sigortalısı ve yaklaşık 3 katı tutarındaki 5,4 milyon bağımlısı olmak üzere toplam 7,2 milyon kişi (nüfusun yaklaşık % 10'u) sosyal güvence kapsamında görünmesine rağmen, hizmete erişememektedir³⁵. Bu rakama sisteme 2012 tarihinden sonra zorunlu olarak dâhil olanlardan primini düzenli ödeyemeyenlerin de eklenmesi gereklidir. Basına yansıyan bilgileri göre primini kendisi ödemesi gereken 4,9 milyon kişinin 3 milyonu borçludur³⁶.

Oysa henüz iki yıl önce, 13 Şubat 2011 tarihinde kabul edilen 6111 sayılı Torba Yasa, Bağ-Kur'a prim borcu olanların borçlarını yeniden yapılandırmış, bu nedenle sağlık hizmetlerinden yararlanamayanlara taksitlerini ve primlerini düzenli ödemeleri kaydıyla sağlık hizmetlerine erişim olanağı tanınmıştır³⁷. Ancak bu düzenleme yeterli olamamış, Bağ-Kur'lular yeniden borçlanmaya, dolayısıyla hizmete erişememeye başlamışlardır.

Öte yandan kullanıcı katkıları ve diğer cepten ödemelerdeki artışın hizmete erişimi ne oranda engellediği araştırılması gereken önemli bir konudur. Bu konuda yapılan bir araştırma, Türkiye'de tedaviyi yarım bırakma nedenleri arasında maddi yetersizliğin, Yeşil Kart'lılarda %

35 Resmi istatistiklerde yer almamakla birlikte basına yansıyan haberlere (Milliyet'in haberine) göre, "esnafın SGK'ya prim borcu çığ gibi birikti. Şu an için Bağ - Kur (4/b) primlerini ödeyemedikleri için serbest meslek sahiplerinin SGK'ya 22 milyar TL civarı borcu var. SGK yönetimi geçtiğimiz günlerde bir önlem olarak prim borcu 6 bin TL ve üzerinde olan yaklaşık 1 milyon esnafa ödeme yazısı gönderdi. Ayrıca Ocak ayında Meclis'e gelmesi planlanan bir tasarı ile, Bağ-Kur sigortalısından GSS'li ve prim borçlusu işverene kadar 5.5 milyon kişinin gecikme zammının yarısı silinip borç 36 taksite bölünecek". (<http://www.vergidergisi.net/bagkur-esnafina-yeni-torba-yasayla-af-geliyor/> 11 Kasım 2013 ve <http://ekonomi.haberturk.com/is-yasam/haber/900553-buyuk-af-geliyor> 5 Aralık 2013).

36 "Zorunlu Genel Sağlık Sigortası kapsamında halen 3 milyon kişinin GSS prim borcu birikti. Bunlardan 550 bin kadarı da gelir testine zamanında gitmediği için borçları aylık geliri 2 asgari ücretten fazlamış gibi her ay 240 lira borç çıkarılmış . Torba Kanun ile 240 lira borç yazılan kişiler yeniden gelir testine tabi tutulacak. Öte yandan GSS borçlularının anaparaları hariç gecikme zamları da yüzde 50'si silinerek 36 ay taksitle ödenebilecek". <http://ekonomi.haberturk.com/is-yasam/haber/900553-buyuk-af-geliyor>, 5 Aralık 2013.

37 Yasa'ya göre; 4/b bendi (Bağ-Kur) kapsamındaki sigortalılar, borçlarını yapılandırmaları halinde, yapılandırılan borç haricinde altmış günden fazla prim ve prime ilişkin borçlarının bulunmaması ve ilk taksitini ödemeleri kaydıyla, hak sahipleri de dahil genel sağlık sigortasından yararlanmaya başlatılacaklardır. Ayrıca Bağ-Kur'a prim borcu olanlardan başka bir işyerinde 4/a kapsamında normal sigortalı olarak çalışmaya başlayanlar ve adlarına 30 günlük prim ödemesi yapılanlar sağlık yardımlarından yararlanmaktadırlar.

93, sigortalı (SSK'lı) olanlarda ise % 73 oranında olduğunu ortaya koyarak bu engelin önemli boyutlarda olabileceğine ışık tutmaktadır.³⁸

Türkiye’de cepten sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki oranı geriliyor görünmesine rağmen, cari fiyatlarla artış sürmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre 1999 yılında 1,4 milyar TL civarında olan hane halkı cepten sağlık harcaması 2012 yılında 11,7 milyar TL’ye ulaşmıştır. 1999 yılında % 29,1 olan toplam sağlık harcamaları içerisindeki cepten harcama oranı 2012 yılında %15,4’e gerilemiştir. Ancak 1999 yılında 23 TL olan kişi başı cepten sağlık harcaması, 2007 yılında 158 TL’ye ulaşmıştır. 2009 yılında 113 TL’ye kadar gerileyen rakam tekrar yükselişe geçerek 2012 yılında 157 TL olarak gerçekleşmiştir.³⁹

TÜİK Hane Halkı Bütçe Araştırması’nın 2010-2011-2012 yıllarına ait verilerinin birleştirilmiş sonuçlarına göre; toplam sağlık harcamasının %23,9’u İstanbul’da oturan hane halkları tarafından yapılırken, sadece %1,6’sı Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi’ndeki hane halkları tarafından gerçekleştirilmiştir⁴⁰.

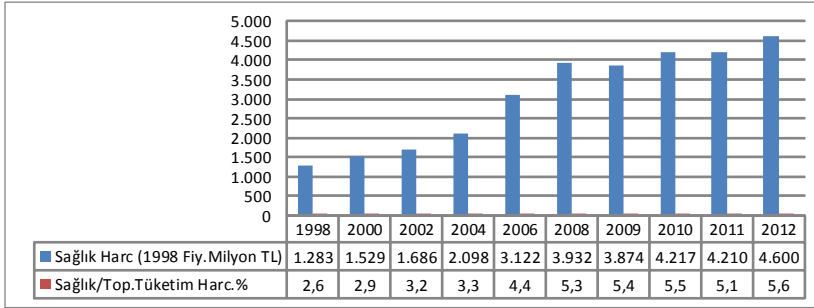
TÜİK harcamalara göre GSYH verileri, ailelerin toplam tüketim harcamaları içinde sağlığa yaptıkları harcamaların payının 1998 yılında % 2,6 iken sonraki yıllarda düzenli olarak artarak (2011 yılındaki % 0,4 puanlık gerileme hariç) 2012 yılında % 5,6’ya ulaştığını göstermektedir. 1998 yılında 1 milyar 283 milyon olan sağlık harcamalarının aile tüketim harcamaları içindeki miktarı, 2012 yılında cari fiyatlarla 32 milyar 593 milyon TL’ye, sabit fiyatlarla ise 4 milyar 600 milyon TL’ye ulaşmıştır (Şekil, 1).

38 Mehtap Tatar, Hacer Özgen, Bayram Şahin vd, *Formal and Informal Household Spending on Health: A Case Study From Turkey*, MEMIO, Harvard School of Public Health and Hacettepe School of Health Administration, 2003, s. 64.

39 Sağlık Bakanlığı, *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010*. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara 2010, s. 127. Sağlık Bakanlığı, *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011*. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara 2012. Sağlık Bakanlığı, *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012*. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara 2013, s. 159.

40 TÜİK Haber Bülteni: Hanehalkı Tüketim Harcaması (Bölgesel), 2012. Sayı: 13631, 21 Kasım 2013.

Şekil 1: Hane Halkı Tüketim Harcamaları İçinde Sağlık Payı, 1998-2012, Milyon TL, 1998 Fiyatları, % ⁴¹



Türkiye’deki gelir dağılımı ve yoksulluk verileri, cepten ödemelerin hizmete erişimi ne oranda engelleyebileceği konusunda bilgi verebilir. Bu veriler ayrıca 2012 tarihinden itibaren gelir testinden geçerek sisteme zorunlu prim ödeyerek dâhil olan sigortalıların düzenli prim öde(yeme)me kapasitelerini göstermesi bakımından da önemlidir.

2012 yılında eşdeğer hane halkı kullanılabilir gelirlere göre oluşturulan yüzde yirmilik gruplarda, en yüksek gelire sahip son gruptakilerin toplam gelirden aldığı pay %46,6 iken, en düşük gelire sahip ilk gruptakilerin toplam gelirden aldığı pay %5,9’dur (Tablo 6). 2007 ve 2008 yıllarında ilk dört yirmilik dilimin toplam gelirden aldığı pay küçük de olsa artmaya başlamışken (2007 yılında dördüncü dilim hariç), 2009 yılında her dört dilimde de küçük oranlarda gerilemeler gözlenmektedir. 2010 yılında ilk dört grupta tekrar küçük iyileşmeler mevcuttur. 2011 ile kıyaslandığında 2012 yılında en düşük gelire sahip ilk yüzde yirmilik grup ile üçüncü yüzde yirmilik grubun oranlarında sadece % 0,1’lik artışlar görülürken (sırasıyla % 5,8’den % 5,9’a ve %15,2’den %15,3’e), ikinci ve dördüncü yüzde yirmilik grupların oranlarında herhangi bir değişiklik gözlenmemektedir (sırasıyla % 10,6 ve % 21,7). 2012 yılında en yüksek gelire sahip yüzde yirmilik grubun payında sadece % 0,1’lik bir gerileme (% 46,7’den % 46,6’ya) söz konusudur.

2010 yılında 0.402 iken 2011 yılında 0.404’e çıkmış olan Gini katsayısı, 2012 yılında tekrar 0,402 seviyesine gerilemiştir. 2010 yılından

41 TÜİK Harcamalara Göre GSYH veri tabanından hesaplanmıştır.

bu yana en yüksek gelir grubuna sahip son yüzde yirmilik grubun toplam gelirden aldığı pay, ilk yüzde yirmilik gruba göre 8 kat fazladır⁴²

Tablo 6: Eşdeğer Hane Halkı Kullanılabilir Gelirlere Göre Sıralı Yüzde 20'lik Gruplar, 2006-2012*

Yüzde 20'lik birey grupları	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Toplam	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
İlk yüzde 20	5,1	5,8	5,8	5,6	5,8	5,8	5,9
İkinci yüzde 20	9,9	10,6	10,4	10,3	10,6	10,6	10,6
Üçüncü yüzde 20	14,8	15,2	15,2	15,1	15,3	15,2	15,3
Dördüncü yüzde 20	21,9	21,5	21,9	21,5	21,9	21,7	21,7
Son yüzde 20	48,4	46,9	46,7	47,6	46,4	46,7	46,6
Gini katsayısı	0,43	0,41	0,40	0,41	0,402	0,404	0,402
Son yüzde 20/ilk yüzde 20	9,5	8,1	8,1	8,5	8,0	8,0	8,0

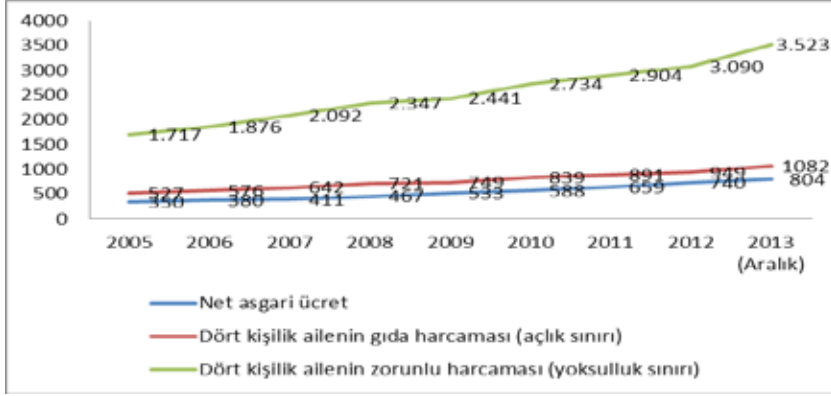
Türk-İş'in yaptığı araştırmalara göre, dört kişilik ailenin yıllık gıda harcaması (açlık sınırı) ile zorunlu harcaması (yoksulluk sınırı) artış oranı asgari ücretin artış oranından fazladır. 2013 yılının Aralık ayında açlık sınırı olarak da nitelendirilen dört kişilik bir ailenin sağlıklı, dengeli ve yeterli beslenebilmesi için yapması gereken gıda harcaması tutarı 1.082 TL'dir. Yoksulluk sınırı olarak nitelendirilen gıda harcaması ile birlikte giyim, konut (kira, elektrik, su, yakıt), ulaşım, eğitim, sağlık ve benzeri ihtiyaçlar için yapılması zorunlu diğer harcamaların toplam tutarı ise 3.523 TL'dir. Ayrıca Türk-İş bekar bir işçi için TÜİK tarafından belirlenen yaşama maliyetinin Kasım 2013 dönemi için 1.205,10 TL olarak hesaplandığını belirtmektedir⁴³.

* TÜİK Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması verilerinden üretilmiştir.

42 TÜİK Haber Bülteni: Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması, 2012 Sayı 13594, 23 Eylül 2013

43 Türk – İş Haber Bülteni: Aralık 2013 Açlık ve Yoksulluk Sınırı, 26 Aralık 2013.

Şekil 2: Dört Kişilik Ailenin Yıllık Gıda ve Zorunlu Harcaması ile Net Asgari Ücret, 2005-2013⁴⁴



TÜİK verilerine göre, 2009 yılında Türkiye’de bireylerin yaklaşık %0,48’i (339 bin kişi) sadece gıda harcamalarını içeren açlık sınırının, %18,08’i (12 milyon 751 bin kişi) ise gıda ve gıda dışı harcamaları içeren yoksulluk sınırının altında yaşamaktadır. 2008 yılında bu oranlar sırasıyla %0,54 ve %17,11’dir⁴⁵. Yoksulluk sınırının altında yaşayanlar bir önceki yıla göre 818 bin kişi artmıştır. 2011 yılında ise eşdeğer hane halkı kullanılabilir medyan gelirin % 50’si dikkate alınarak belirlenen yoksulluk sınırına göre nüfusun % 16,1’i yoksulluk riski altındadır. Dört yıllık panel veri kullanılarak hesaplanan “süreklilik” oranı, 2009 yılında % 17,3 iken 2010 yılında bu oran % 18,5’tir.

OECD verilerine göre, eşdeğer hane halkı kullanılabilir medyan gelirin %50’si dikkate alınarak hesaplanan yoksulluk sınırına göre OECD ülkelerinde yoksulluk 2009 yılında 1 puan artmıştır. OECD’ye göre Türkiye’deki yoksulluk oranı %17 ile %11,1 olan OECD ortalamasından yüksektir. Türkiye yoksullukta OECD ülkeleri arasında Meksika (%21), İsrail (19,9), Şili (18,9) ve ABD (17,3)’den sonra beşinci sıradadır. Türklerin neredeyse yarısı (%49) mevcut gelirleri ile yaşamakta zorlandıklarını belirtmektedirler. Türkiye bu oranla Macaristan (%73) ve Yunanistan (63)’den sonra üçüncü sıradadır.⁴⁶

GSS sonrasında sağlık hizmetleri kullanımında önemli bir artış

44 TÜRK-İŞ verilerinden üretilmiştir.

45 31 Aralık 2013 itibarıyla TÜİK’in yayımladığı en güncel veriler 2009 yılına aittir.

46 OECD, *Society at a Glance 2011: OECD Social Indicators*, Geneva, 2011, s.69.

göze çarpmaktadır. 2002 yılında 3,2 olan yıllık ortalama hekime başvuru sayısı 2012 yılında yaklaşık üç kat artarak 8,2 ile 2011 yılı için 6,7 olan OECD ortalamasını aşmıştır.⁴⁷ Benzer bir durum doktor başına muayene sayısı için de geçerlidir. 2002 yılında 1.886 olan yıllık doktor başına muayene sayısı 2011 yılında 4.826'ya çıkarak OECD 2011 yılı ortalamasının iki katını (2.385) aşmıştır. Öte yandan kişi başına hastane müracaat sayısı 2002 yılında 2,0'dan 2011 yılında 5,1'e yükselmiştir.⁴⁸ Bu artışın ne kadarının güvence kapsamının genişlemesi veya hizmete erişimin artması, ne kadarının hizmet başına ödeme yapan performans ve sağlıkta dönüşüm programının diğer uygulamalarından kaynaklandığının aydınlatılmasına ihtiyaç bulunmaktadır.

3.2. Türkiye'de Sağlık Finansmanında Adalet

Türkiye'de sağlık hizmetleri finansmanında dikey ve yatay adalet henüz önemli bir gündem maddesi haline gelememiştir. Türkiye'de 2012 yılında sağlık harcamalarının %22,3'ü vergilerle finanse edilmektedir. Dikey adalet açısından bakıldığında Türkiye'de dolaysız vergilerin önemli bir bölümünü oluşturan gelir vergisinin adaletli bir yapıda olduğu görülmektedir.⁴⁹ Ancak dolaysız vergilerin toplam vergi gelirleri içerisindeki payı yalnızca %30'lar civarındadır. Vergi yükünün büyük oranda tüketiciye yansıtıldığı %70 civarındaki dolaylı vergi oranı vergi adaletini sağlamaktan uzaktır.

Türkiye'de 2012 yılında sağlık harcamalarının %54,5'i sosyal sigorta primleri ile finanse edilmektedir. Sosyal sigorta primlerinin yalnızca ücret ve kazanca dayalı olması, başka bir anlatımla prim ödeyen kişilerin yatırım ve tasarruflarındaki gelirin dikkate alınmaması finansmanı adaletsiz kılmaktadır. Prime esas kazanca bir üst sınır (asgari ücretin 6,5 katı kadardır) getirilmiş olması adaletsizliği artırmaktadır.

Öte yandan, primlerin bireysel hastalık riski yerine ücret ve kazanca dayalı alınması, kişiler arasında hem dikey hem yatay düzeyde

47 OECD, *Health at a Glance 2013. OECD Indicators.* http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/ocd/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2013/number-of-doctor-consultations-per-capita-2011-or-nearest-year_health_glance-2013-graph65-en#page. Erişim tarihi 31 Aralık 2013; Sağlık Bakanlığı, *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012. Sağlık Araştırmaları Müdürlüğü, Ankara 2013, s.91.*

48 SB, 2013, a.g.k., s.95.

49 Abuzer Pınar, *Vergileri Kim Ödüyor ve Kamu Harcamalarından Kimler Yararlanıyor?*, Türkiye Ekonomik ve Sosyal Etüdler Vakfı, Ankara 2004.

gelirin yeniden dağıtılmasına katkı sağlamaktadır. Bağımlılar için ek prim ödenmiyor olması, bekâr ve çocuksuzların geniş aileleri sübvanses etmesini sağlayarak kişilerarası yeniden dağıtımı artırmaktadır. Ayrıca halen çalışanlar ile emekliler arasında da nesiller arası bir yeniden dağıtım sağlanmaktadır.

Türkiye’de 2012 yılında toplam sağlık harcamaları içerisinde cep-ten harcamaların oranı %15,4 civarındadır. Sağlık finansmanında azalan oranlı bir yapıya sahip olan ve gelirle ilişkili olmayıp hizmet kullanımı ile paralellik gösteren cepten ödemelerin her türü, dikey adaleti sağla- maktan uzaktır. Özel sağlık sigortacılığı da primleri gelir yerine hasta- lık riskine göre belirlediği için adaletli bir finansman yöntemi değildir.

Türkiye’de finansmanda yatay adaleti bozan bazı uygulamalar da söz konusudur. Özel sağlık harcamaları ve özel sağlık sigortası primle- rinin vergiden düşülebilmesi bir örnektir. Ayrıca sosyal sağlık sigortacı- lığı için yukarıda sayılan durumların tümü yatay adaleti de bozmaktadır. Yaygın kayıt dışı istihdam da benzer gelir düzeyine sahip hanelerin aynı miktarda katkı sağlamasını engellemektedir. Artan kullanıcı katkıları, benzer gelire sahip hanelerden hizmeti daha fazla kullananların daha fazla katkı sağlamasını gerektirdiği için yatay adaleti bozmaktadır.

3.3. Türkiye’de Sağlık Finansmanında Verimlilik

Kaynakların sağlık sektörü ve ekonominin diğer sektörleri arasında- ki dağılımını görebilmek için toplam sağlık harcamalarının GSYH’ya oranına bakılabilir. Tablo 7 incelendiğinde, Türkiye’nin 2011 yılında sağlığa ayırdığı payın GSYH’nın % 5,3’ü ile % 9,3 olan OECD orta- lamasının % 57 kadarı olduğu görülmektedir. Bu veri OECD ülkeleri ile kıyaslandığında, Türkiye’de sağlığa yeterince kaynak ayrıldığını göstermektedir.

Tablo 7: Türkiye ve OECD Ülkelerinde Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı (% , 1980-2012)*

Ülkeler	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Türkiye	3.3	2.2	3.6	3.4	6.6	5.4	5.8	6.0	6.1	6.1	5,6	5,3	5,4
OECD Ort.	6.9	6.9	7.1	7.8	7.9	10.1	10.0	10.0	10.2	11.1	9,5	9,3	-

*OECD Health Data 2011, 2012 ve 2013. SB, Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistik Yıllıkları.

Öte yandan sağlığa ayrılan kaynaklar da verimli kullanılamamaktadır. Teknik verimlilik açısından en maliyet etkili hizmetler olan koruyucu sağlık hizmetlerinin payı Türkiye’de hem çok düşüktür hem de düşüş eğilimindedir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin bütçe sağlık harcamaları içerisindeki payı 2004 yılında % 5,05 iken 2007 yılında % 3,32’ye düşmüştür.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin kamu sağlık harcamaları içerisindeki payı da bu düşüşle paralellik göstermektedir. 2004 yılında % 1,16 olan pay 2007 yılında %1,09’a düşmüştür.⁵⁰ OECD 2005 verilerine göre koruyucu sağlık hizmetlerine kişi başına yapılan harcamaların en düşük olduğu ülke Türkiye’dir. 1999 yılında 5 dolar olan bu harcama 2003 yılında 4,8 dolara düşmüştür.⁵¹ TÜİK verilerine göre 2012 yılında gerçekleşen toplam 76 milyar 358 milyonluk sağlık harcamasının yalnızca 2 milyar 522 milyonu (% 3,3’ü) halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimi için harcanmıştır⁵². 2008 yılına kıyasla yaklaşık beş katlık bir artış söz konusudur.

Sağlık harcamalarının çok büyük bir kısmı (neredeyse tamamına yakını) tedavi harcamalarıyla ilaç harcamalarından oluşmaktadır. TÜİK verilerine göre 76 milyar 358 milyon TL olan toplam sağlık harcamasının 32 milyar 801 milyonu (% 43’ü) hastaneler, 19 milyar 271 milyonu (%25’i) perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanlar ve 13 milyar 611 milyonu ise (% 18’i) ayakta bakım sunan hizmetlere harcanmaktadır. Son yıllarda önemli gerilemeler görülmesine rağmen, Türkiye hala OECD ülkeleri arasında toplam sağlık harcamaları içerisinde ilaca yüksek kaynak ayıran ülkeler arasındadır. 2012 yılında cari fiyatlarla kişi başı sağlık harcaması 1.020 TL’dir. Türkiye’de kişi başı toplam sağlık harcamasının 191,1 TL’si (% 18,7) ilaca harcanmaktadır⁵³. Satın alım gücü paritesi olarak bakıldığında, 2011 yılında OECD ülkelerinde kişi başı toplam sağlık harcaması 3.324 ABD Doları iken, Türkiye’de 981 Dolar’dır. OECD ülkelerinde satın alım gücü paritesi üzerinden kişi başı

50 Hakkı Hakan Yılmaz, *İstikrar Programlarında Mali Uyumda Kalite Sorunu: 2000 Sonrası Dönem Türkiye Deneyimi*, TEPAV Yayını, 2007.

51 Hakkı Hakan Yılmaz, *Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Temel Risk Alanları*, Dr. Nevzat Eren Ulusal Halk Sağlığı Sempozyumu Sunum Metni, 17 Mart 2012.

52 TÜİK Haber Bülteni: Sağlık Harcamaları İstatistikleri 2009-2012. Sayı: 15871, 10 Ekim 2013.

53 İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası. Türkiye İlaç Pazarı. <http://www.ieis.org.tr/ieis/tr/indicators/33/turkiye-ilac-pazari>, Erişim tarihi 31 Aralık 2013.

ilaç harcaması 2011 yılında 483 ABD Doları ile kişi başı toplam sağlık harcamasının %14,5'ini oluşturmaktadır⁵⁴.

SGK kapsamında özel sağlık kuruluşlarına yapılan harcamalar hızla artmaktadır. SGK verilerine göre, özel sağlık kurumlarına yapılan harcamalar 2001 yılında SGK toplam harcamalarının % 6,2'si iken 2012 yılında % 16,4'üne ulaşmıştır⁵⁵.

Öte yandan performans uygulamasının yatak kullanımında verimliliği artırdığı gözlenmektedir. SB verilerine göre, 2002 yılında ortalama kalma (yatma) süresi 5,8 gün iken 2012 yılında 4,0 güne düşmüştür. OECD ülkelerinde 2011 yılında 7,5 gün olarak gerçekleşmiştir. Türkiye'de ortalama yatma süresinin azalması yatak devir hızını da artırmıştır. 2002 yılında % 38,3 olan yatak devir hızı 2012 yılında % 59,9'a çıkmıştır. Bu paralelde yatak doluluk oranı da artmıştır. 2002 yılında % 61,3 olan yatak doluluk oranı 2012 yılında % 65,1'e çıkmıştır. Bu iyileşmeye rağmen OECD ülkelerinde 2011 yılında % 78,2 olarak gerçekleşen yatak doluluk oranına ulaşılammıştır⁵⁶.

Haziran 2007 tarihinden itibaren sevk zinciri resmi olarak işletilmemektedir. Bu durumun sağlık harcamalarını önemli düzeyde artırması ve önemli bir verimsizlik kaynağına dönüşmesi kaçınılmazdır.

3.4. Türkiye'de Sağlık Finansmanında Mali Sürdürülebilirlik

Mali sürdürülebilirliğe geçmeden önce sıklıkla karıştırılan ekonomik sürdürülebilirliğe ilişkin birkaç açıklama yapmak yararlı görülmektedir. Sağlık harcamalarının GSYH içindeki düzeyi ve büyüme oranı ile ilişkilendirilen ekonomik sürdürülebilirliğin Türkiye için önemli bir sorun olmadığı düşünülmektedir. Türkiye'de sağlık harcamalarının GSYH içindeki düzeyinin, 2011 yılında % 5,3 ile OECD ülkeleri ortalaması olan % 9,3'ün yalnızca %57'si kadarı olduğu vurgulanmıştır (Tablo 7).

54 OECD Health at a Glance 2013.

55 SGK 2012 İstatistik Yıllığı. Aynı hizmeti veren kamu ikinci basamak sağlık kurumu ile özel ikinci basamak sağlık kurumuna müracaat başına ortalama maliyetler karşılaştırıldığında özel kesimin daha pahalı hizmet verdiği görülmektedir. SGK 2010 Aralık ayı sağlık istatistiklerine göre, özel kesim kişi başına maliyetler açısından ayaktan tedavide % 14,3, yatarak tedavide % 61,2, gününbirlik tedavide % 552,8, toplamda ise % 60,7 daha pahalı hizmet sunmaktadır. SGK verilerine göre 2009 yılında aynı hizmeti veren ikinci basamak devlet hastanesinde hasta başına maliyet 42 TL iken özelde 69 TL'dir.

56 SB, 2013, *a.g.k.*, s. 103 - 107.

Öte yandan, OECD ülkelerinde 2000-2009 arasında kişi başı reel sağlık harcamalarında yıllık artış % 4 oranında iken Türkiye’de % 6,3 düzeylerindedir.⁵⁷ Bu artış eğilimi devam ettiği sürece aradaki farkın kapanma olasılığı yüksektir.

Tablo 8 Türkiye’nin son 13 yıllık GSYH durumunu yansıtmaktadır. 2013 yılının GSYH artış hızı %4,0 olarak gerçekleşmiştir. 2001 ve 2009 yıllarındaki daralma dönemleri dikkate alınmadığında ortalama %6 gibi bir büyüme oranı söz konusudur. 2010 ve 2011 yıllarındaki %9’luk gelişme hızı, 2012 yılında %2,2’ye gerilemiş, 2013 yılında ise 2 puan artışla %4’e çıkmıştır. GSYH’daki artışın son iki yılda düşük seyretmesi, sağlık harcamaları artışının ekonomik sürdürülebilirlik bakımından sorun yaratabileceğini göstermektedir.

Tablo 8: Gayri Safi Yurtiçi Hasıla ve Kişi Başı Gayri Safi Yurtiçi Hasıla Sonuçları (2001-2013) (Milyon)*

Dönem	Cari fiyatlarla GSYH (TL)	Gelişme hızı %	Sabit fiyatlarla (1998) GSYH (TL)	Gelişme hızı %	Cari fiyatlarla kişi başına GSYH (TL)	Gelişme hızı %	Sabit fiyatlarla (1998) Kişi başına GSYH	Gelişme hızı %
2013	1.561.510	10,2	122.388	4,0	-	-	-	-
2012	1.416.817	9,2	117.754	2,2	18.927	7,9	1.573	1,0
2011	1.297.713	18,1	115.175	8,8	17.549	16,6	1.557	7,4
2010	1.098.799	15,4	105.886	9,2	15.051	13,8	1.450	7,7
2009	952.559	0,2	97.003	-4,8	13.221	-1,1	1.346	-6,1
2008	950.534	12,7	101.922	0,7	13.370	11,3	1.434	-0,6
2007	843.178	11,2	101.255	4,7	12.009	9,9	1.442	3,4
2006	758.391	16,9	96.738	6,9	10.929	15,5	1.394	5,6
2005	648.932	16,1	90.500	8,4	9.464	14,7	1.320	7,1
2004	559.033	22,9	83.486	9,4	8.255	21,4	1.233	8,0
2003	454.781	29,8	76.338	5,3	6.801	28,1	1.142	3,9
2002	350.476	45,9	72.520	6,2	5.310	44,0	1.099	4,8
2001	240.224	44,1	68.309	-5,7	3.688	42,2	1.049	-7,0

* TÜİK verilerinden üretilmiştir.

57 Yılmaz, “Türkiye’de...,”

Hükümetler sağlık sistemi için belirlenmiş yasal yükümlülüklerini yerine getirmek için yeterli kaynak sağlayamamaya veya sağlama konusunda isteksiz davranmaya başladığında, mali sürdürülebilirlik sorunu ortaya çıkar. Mali sürdürülebilirlik sorunu için genel olarak üç çözüm önerisi gündeme getirilmektedir: (1) Kamu kaynaklarını sağlık sistemi yükümlülüklerini yerine getirebilecek düzeyde artırmak; (2) Sağlık sistemi yükümlülüklerini mevcut kaynaklarla karşılayabilecek düzeye kadar azaltmak; (3) Sağlık sistemi kapasitesini kaynakları değere dönüştürecek düzeye kadar artırmak.⁵⁸ Türkiye’de son yıllarda uygulanan politikalar, artan kullanıcı katkıları ile sistemin mali yükünü artıran oranda bireylere kaydırma ve kapsam dışında bırakılan hizmetlerle sağlık sistemi yükümlülüklerini azaltma yönündedir.

Hükümetler, kamu kaynaklarını sağlık sistemi yükümlülüklerini yerine getirebilecek düzeyde artırma önerisini yerine getirme konusunda bazı engellere de sahip olabilirler. Öncelikle hükümetler vergiyi benimsetme ve toplama konusunda teknik sıkıntı yaşayabilirler. Türkiye vergi toplama sorunu yaşayan bir ülkedir. OECD ülkelerinde ortalama %26,7 olan vergi gelirlerinin GSYH içerisindeki oranı Türkiye için yalnızca %19’dur.⁵⁹ Bu nedenle toplam vergi gelirlerinin yaklaşık %70’i tüketim üzerinden alınan adaletsiz dolaylı vergilerden oluşmaktadır. Öte yandan SGK da prim toplamakta zorlanmaktadır. Ocak 2011 verilerine göre 4/b kapsamındaki sigortalıların Kuruma toplam 20.738 milyon TL, Aralık 2010 verilerine göre 4/a kapsamındaki sigortalıları çalıştıran işverenlerin ise 30.960 Milyon TL borcu bulunmaktadır.⁶⁰

Bu ve burada değinilmeyen diğer nedenlerle Türk sosyal güvenlik sisteminde yakın dönemde gözlenen dönüşüm, sosyal güvenlik kurumlarının finansman açıklarının ekonomi üzerinde yarattığı olumsuz etkileri ortadan kaldırmayı hedeflemesine rağmen,⁶¹ SGK sosyal güvenlik tarihinin en büyük açıklarını vermeye devam etmektedir.⁶²

58 Sarah Thomson et al, *Financing Health Care in the European Union: Challenges and Policy Responses*, World Health Organisation, Denmark 2009; Yenimahalleli Yaşar, “Sağlık...,”

59 Yılmaz, “Türkiye’de...,”

60 SGK, *2011 Ocak Ayı Sigortalı İstatistikleri*, <http://www.sgk.gov.tr>, erişim tarihi 14 Aralık 2012.

61 Gülbiye Yenimahalleli Yaşar, “Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Neoliberal Dönüşümü”, *Mülkiye*, XXXV (272), 2011, s. 163-193.

62 Gülbiye Yenimahalleli Yaşar, “Ekonomik Kriz ve Türk Sosyal Güvenlik Sistemi: Yeterli Koruma Sağlayabildik Mi?” *Eğitim Bilim Toplum*, 8 (29), 2011, s. 54-93.

SGK verilerine göre Kurum kriz yılı olan 2009 yılında yaklaşık 29 milyar TL, 2013 yılında ise yaklaşık 19,7 milyar TL açık vermiştir. Kurumun gelirlerinin giderlerini karşılama oranı, son yıllarda artış eğiliminde olup, 2013 yılında % 89,2 olarak gerçekleşmiştir (Tablo 9). 2011 yılındaki %10'luk artışta prim afflarından elde edilen bir defalık gelirlerin önemli bir payı bulunduğu öne sürülmektedir. Nitekim sonraki yıl olan 2012'de gelirlerin giderleri karşılama oranında yalnızca %0,7'lik bir artış olmuş, 2013 yılında ise sabit kalmıştır.

Tablo 9: Sosyal Güvenlik Kurumunun Gelir ve Gider Dengesi, 2000-2013 (Bin TL)*

Yıllar	Gelirler	Artış Oranı	Giderler	Artış Oranı	Açık	Gelirlerin giderleri karş. oranı %
2000	8.575.831	-	10.987.036	-	-2.411.206	78,1
2001	13.360.579	55,8	17.830.745	62,3	-4.470.166	74,9
2002	20.018.189	49,8	27.982.464	56,9	-7.964.275	71,5
2003	27.916.539	39,5	41.336.077	47,7	-13.419.538	67,5
2004	34.689.248	24,3	50.621.622	22,5	-15.932.374	68,5
2005	41.249.438	18,9	59.941.373	18,4	-18.691.935	68,8
2006	53.830.886	30,5	71.867.475	19,9	-18.036.589	74,9
2007	56.874.830	5,7	81.915.401	14,0	-25.040.571	69,4
2008	67.257.484	18,3	93.159.462	13,7	-25.901.978	72,2
2009	78.072.788	16,1	106.775.443	14,6	-28.702.655	72,8
2010	95.273.183	22,0	121.997.301	14,3	-26.724.118	78,1
2011	124.479.836	30,7	140.714.602	15,3	-16.234.766	88,5
2012	142.928.505	14,8	160.223.453	13,9	-17.294.948	89,2
2013	163.014.000	14,0	182.689.000	14,0	-19.675.000	89,2

* SGK 2014 Nisan Ayı Mali İstatistiklerinden üretilmiştir.

SGK'nın açıkları bütçe aktarımları yoluyla karşılanmaktadır. 2013 verilerine bakıldığında bütçeden SGK'ya yaklaşık 71,3 milyar TL aktarıldığı görülmektedir⁶³. Bu rakam GSYH'nin %4,6'sı civarındadır. 2009-2010 kriz yıllarında bu oran %5-5,5'a kadar çıkmıştır (Tablo 10).

Tablo 10: Sosyal Güvenlik Kurumunun Gelir ve Gider Dengesi, 2000-2013 (Bin TL)*

Yıllar	SGK Bütçe Aktarımları Toplamı	GSYH'ya Oranı (%)
1998	1.496.000	2,13
1999	2.936.145	2,81
2000	3.226.460	1,94
2001	5.523.000	2,30
2002	9.684.000	2,76
2003	15.883.617	3,49
2004	18.830.000	3,37
2005	23.322.000	3,59
2006	22.892.000	3,02
2007	33.060.313	3,92
2008	35.016.403	3,68
2009	52.599.691	5,52
2010	55.244.258	5,01
2011	52.772.218	4,12
2012	58.728.293	4,15
2013	71.263.763	4,56

* SGK 2014 Nisan Ayı Mali İstatistiklerinden türetilmiştir.

Yalnızca prim gelirleri dikkate alındığında, gelirlerin emekli aylıklarını ve sağlık harcamalarını karşılama oranı 2013 yılında %70,2'dir. Bu oran kriz yılı olan 2009 yılında %56'ya kadar düşmüştür (Tablo 11).

63 Bu rakamın sadece yaklaşık 19,7 milyar TL'si açık finansmanı için aktarılmıştır (Tablo 9).

Tablo 11: Sosyal Güvenlik Kurumu Prim Gelirleri, Emekli Aylığı ve Sağlık Ödemeleri, 2000-2013 (Bin TL)*

	Devlet katkısı hariç prim gelirleri	Değişim oranı %	Emekli aylığı ödemeleri	Sağlık ödemeleri	Toplam ödeme	Prim gel.'nin emekli ayl. ve sağlık öd. karşılama or.
2000	6.575.348	-	6.756.700	2.633.552	9.390.252	70,0
2001	9.739.521	48,1	10.696.600	4.575.995	15.272.595	63,8
2002	14.821.913	52,2	16.687.400	7.629.027	24.316.427	61,0
2003	21.178.426	42,9	25.174.200	10.661.718	35.835.918	59,1
2004	27.423.790	29,5	30.660.700	13.150.129	43.810.829	62,6
2005	30.882.405	12,6	38.537.100	13.607.884	52.144.984	59,2
2006	41.619.875	34,8	45.075.855	17.666.674	62.742.529	66,3
2007	44.051.677	5,8	52.311.728	19.983.613	72.295.341	60,9
2008	54.546.453	23,8	59.136.539	25.345.913	84.482.452	64,6
2009	54.579.182	0,1	68.603.978	28.810.684	97.414.656	56,0
2010	66.912.858	22,6	78.957.499	32.508.833	111.466.382	60,0
2011	89.560.568	33,8	91.615.378	36.541.981	128.157.359	69,9
2012	99.359.243	10,9	105.293.799	44.110.561	149.404.360	66,5
2013	118.728.578	19,5	119.161.662	49.888.693	169.050.355	70,2

* SGK 2014 Nisan Ayı Mali İstatistiklerinden türetilmiştir.

Ayrıca borçların silinmesi ve tahakkuk etmeyen borçların bulunması mali riski artırmaktadır. Yılmaz'a göre, 2006-2008 döneminde yaklaşık 3 milyar TL SGK borcu silinmiş, 2008 yılında 2 milyar TL'ye yakın döner sermaye alacağı SGK hesaplarına tahakkuk ettirilmemiş, toplamda ise 7 milyar TL'nin üzerinde kamu sağlık alacağı silinmiştir.⁶⁴

Türkiye'de işgücü piyasasının yapısal sorunları, sosyal güvenlik için olduğu üzere sağlık finansmanı için de gelir oluşturmayı ve sürdürmeyi olumsuz yönde etkileyen en önemli etmenlerdendir. Türkiye'de

64 Yılmaz, "Türkiye'de...",

“istihdam yaratmayan büyüme” olgusunun varlığı nedeniyle işsizlik son 10 yıldır %9-10 sınırında seyretmektedir (Şekil 3).

TÜİK verilerine göre 2014 yılı Nisan ayında yaklaşık 2,6 milyon kişi işsizdir. Bu dönem için işsizlik oranı % 9,1 olarak açıklanmıştır. Ancak eksik istihdam, mevsimlik çalışma, cesareti kırılıp işgücü piyasasından çekilenler gibi kategoriler dikkate alındığında gerçek işsizlik oranının %20'lere ulaştığı gözlenmektedir. Aynı dönem için genç nüfusta işsizlik oranı % 15,5 ile işsizlik oranının iki katına yaklaşmaktadır.

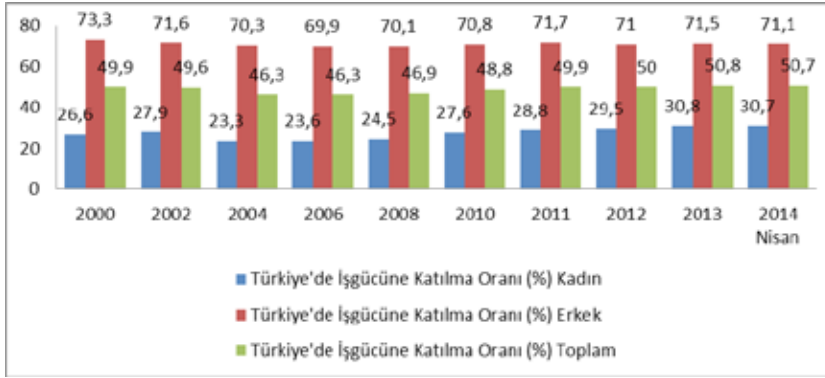
Şekil 3: Türkiye’de İşsizlik Oranı, 2000-2014, Nisan (%)*



* TÜİK Hane Halkı İşgücü Anketi verilerinden üretilmiştir.

Türkiye’de işgücüne katılım oranı da çok düşüktür. Türkiye’de 2014 yılı Nisan ayında işgücüne katılım oranı %50,7 ile 2013 yılı ortalaması ile neredeyse aynı oranda (%0,1’lik gerileme ihmal edilecek olursa) gerçekleşmiştir (Şekil 4). Türkiye’de çalışma çağında bulunan yaklaşık 56,8 milyon kişinin 28,8 milyonu işgücüne katılmakta, 28 milyonu ise işgücü piyasası dışında kalmaktadır. Erkeklerde işgücüne katılım oranı 2014 yılı Nisan ayında bir önceki yıla oranla 0,4 puan azalarak %71,1 olarak gerçekleşirken, kadınlarda 0,1 puan azalış ile %30,7 olarak gerçekleşmiştir.

Şekil 4: Türkiye’de İşgücüne Katılım Oranı, 2000-2014 Nisan, % *



* TÜİK Hane Halkı İşgücü Anketi verilerinden üretilmiştir.

Dünyada işgücüne katılım oranı kriz yılı olan 2009 yılında bile %64,7’dir. Bu oran erkeklerde %77,7 ile Türkiye’deki rakama yakın iken, kadınlarda %51,6 ile Türkiye’deki oranın iki katına yakındır.

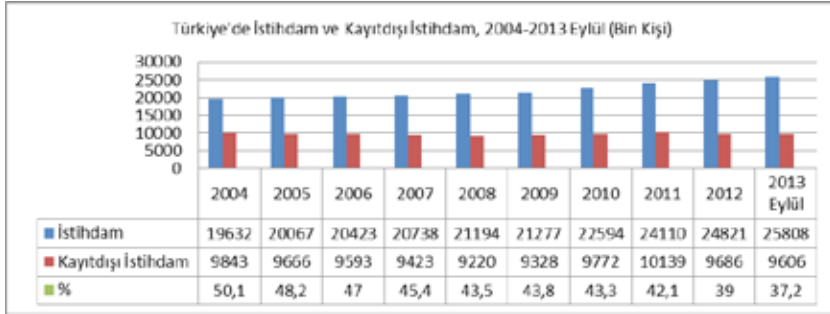
Çalışma çağında bulunup da işgücüne katılmayan bireylerin bir kısmı sistemden sigortalı bireylerin bağımlısı olarak yararlanmaktadır.

Türkiye’de toplam istihdamın yaklaşık yarısını, ücretli istihdamın üçte birini oluşturan kayıt dışı istihdam, çalışma yaşamının işsizlikten sonra gelen en önemli sorunlarından biridir. 2000’li yılların ilk yarısında esas işlerinden dolayı herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşuna kayıtlı olmayanların sayısı yaklaşık olarak istihdamın yarısını oluştururken, 2004 yılından itibaren sürekli bir gerileme göstermiştir (Şekil 5). 2013 Eylül ayında 9.606 bin kişi ile istihdamın %37,2’sine gerileyen kayıt dışı istihdam, bir önceki yıla göre % 1,8’lik bir gerileme göstermiştir. ILO, 2008 yılından bu yana etkileri devam eden küresel ekonomik kriz nedeni ile bazı gelişmekte olan ülkelerde arzulanmadığı halde eksik çalışma ve kayıt dışı çalışmanın yaygınlaştığını vurgulamaktadır.⁶⁵

65 ILO, *World Social Security Report: Providing Coverage in Times of Crisis and Beyond 2010-2011*, Geneva: Social Security Department, 2010.

ILO, *World of Work Report 2010: From One Crisis to the Next?*, Geneva: International Institute of Labour Studies, 2010.

Şekil 5: Türkiye’de İstihdam ve Kayıt Dışı İstihdam, 2004-2013 Eylül (Bin Kişi) *



*TÜİK Hane Halkı İşgücü Anketi verilerinden üretilmiştir.

Hükümetlerin, sağlık sistemi yükümlülüklerini mevcut kaynaklarla karşılayabilecek düzeye kadar azaltma çözümüne başvurması, sağlık güvencesi kapsamını azaltmak anlamına gelmektedir. Hükümetler sistemin kapsayıcılığını iki şekilde daraltabilirler. Birincisi hizmete erişim için ihtiyaç tespiti yapılması, ikincisi ise belli gruplara, zorunlu veya gönüllü olarak, kapsam dışında kalma tercihinde bulunma hakkı tanınması. Her iki tercihin de kamu finansmanı üzerinde olumsuz etkileri bulunmaktadır. Sadece yoksul olanların ihtiyaç testi yoluyla hizmetten yararlanması durumunda hizmet kalitesinin düşme riski vardır. Belirli gelir gruplarına gönüllü olarak sistem dışında kalma tercihi verildiğinde, bu gruplar genellikle gelir düzeyi daha yüksek ve daha sağlıklı olan gruplar olacağından, hem sistemin finansmanı sıkıntıya düşebilecek hem de hizmet kalitesi bozulabilecektir.⁶⁶ Türkiye primleri kendileri tarafından ödenecekler ile yeşil kartlılara gelir testi uygulamaktadır. Ayrıca 24 aydan fazla prim borcu bulunan kendi adına ve hesabına çalışanların sistemden çıkarılması için düzenlemeler yapıldığı duyurulmaktadır⁶⁷.

66 Thomson et al, *a.g.k.*, s. 9.

67 Habertürk internet sitesinde yayınlanan bir habere göre, “SGK esnafın tahsil edemediği prim borçlarını ‘tercihe göre’ silmeye hazırlanıyor. Habere göre, yeni bir Torba Yasa ile Bağ – Kur (4/b) kapsamındaki 24 ay ve üzeri prim borcu, 3 aylık bir ödeme süresi tanındıktan sonra ödenmezse sigortalılık süreleriyle birlikte silinecek. Bu durumda borçlu dönem sigortaya eklenmeyecek. 2 yıldan fazla prim borcu olan esnafın, emekliliği için kendisine yetecek süreyi borçlanması da mümkün olacak. 24 aydan daha kısa süreli prim borcu olanlar için ise taksitlendirme yapılabilir.” <http://www.vergidergisi.net/bagkur-esnafina-yeni-torba-yasayla-af-geliyor/> 11 Kasım 2013.

Kapsamın derinliğini azaltma, güvence kapsamında sunulan hizmetler için kullanıcı katkısı koyma veya kullanıcı katkılarını genişletme yoluyla gerçekleştirilebilir. Bu durum kapsamdaki hizmetlerin bir kısım maliyetini hasta bireylere aktarmak anlamına gelir. Türkiye kullanıcı katkılarını ve diğer cepten ödemeleri GSS'nin yürürlüğe girdiği 2008 yılından bu yana sürekli artırmaktadır. Gelir düzeyi daha düşük olanları orantısız bir biçimde daha çok etkileyen bu durum, hizmete erişimi önemli oranda aksatması söz konusu olabilir.

Güvence kapsamında olan hizmetlerin çeşitliliği de iki şekilde azaltılabilir. Birincisi mevcut sistemde güvence kapsamında olan hizmetleri güvence kapsamı dışına çıkarma, ikincisi ise yeni tedavi tekniklerini güvence kapsamına almamadır.⁶⁸

Sağlık hizmetleri finansmanında sürdürülebilirliğin sağlanması önemli olmakla birlikte, bu amaca ulaşmak için alınacak önlemlerin veya gerçekleştirilecek reformların herkese sağlık güvencesi sağlama ilkesi, finansmanda dayanışma, sağlık hizmetlerine erişimde adalet ve yüksek kalitede sağlık hizmeti sunumundan feragat edilmemesi gereklidir. Oysa kapsamın daraltılmasının bütün bu ilkeleri olumsuz yönde etkileyeceği açıktır. Bu nedenle kapsamın daraltılması mali sürdürülebilirlik için bir çözüm yolu olarak düşünülmemelidir.

SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Uluslararası yazın ve Türkiye deneyimi, sosyal sigortacılık ile finansmanın çalışmada ele alınan sağlık finansmanı hedeflerini yerine getirme konusunda yeterince başarılı olmadığını (çalışmada ele alınmamakla birlikte özellikle vergilerle finanse edilen sistemlere oranla) ortaya koymaktadır.

Türkiye'de GSS sistemi ile zorunlu sigortalılık dönemi başlamış olmasına rağmen, işgücü piyasasının yapısal sorunları genel sağlık sigortası güvencesine erişimi kısıtlamaktadır. Bu sorunu ortadan kaldırmak için getirilen gelir testi sonrası genel sağlık sigortası priminin bizzat bireyin kendisi tarafından ödenmesi uygulaması ise düşük ücretler, gelir dağılımı adaletsizliği, yaygın yoksulluk gibi nedenlerle bireylerin prim ödemesini zorlaştırarak yetersiz kalmaktadır. Öte yandan sağlık

68 Thomson et al, *a.g.k.*, s. 9.

hizmetlerine erişim için şart koşulan prim koşulları, kullanıcı katkıları ve diğer cepten ödemeler, güvence kapsamında olan bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini kısıtlayacak düzenlemelere sahiptir.

Sağlık harcamaları açısından bakıldığında, sosyal sigortacılık ile finanse edilen sistemin oldukça maliyetli olduğu görülmektedir. Türkiye’de en maliyet etkili olan koruyucu sağlık hizmetlerine yapılan harcamalar çok düşüktür. Öte yandan sözleşmeler yoluyla hizmet başına ödemeler ile hizmet satın alan sigortacılık sistemleri, global bütçe ve teşhise dayalı grup ödeme yöntemleri gibi maliyetleri kontrol edici uygulamalara rağmen, hala maliyetli sistemler olmaya devam ettikleri için, bu özelliklere sahip GSS sistemi de maliyetlidir.

Türkiye’de sağlık finansmanında adalet, özellikle sistemi finanse edenlerin sistemden yararlanıp yararlanamadıklarını ortaya koyması bakımından üzerinde acilen çalışılmayı bekleyen bir konu olarak hızla gündeme alınmayı beklemektedir.

Türkiye’de sağlık finansmanının mali sürdürülebilirliği sıkıntılı bir konudur. Bir yandan gelirler öte yandan giderler ile ilişkili olan mali sürdürülebilirliğin her iki ayağı da sorunludur. İşgücü piyasasının yapısal sorunları yeterli gelir toplamayı engellediği için, Türkiye’nin ağırlıklı olarak sosyal sigortacılığa dayalı sağlık finansman modeli tercihini vakit kaybetmeden gözden geçirmesi gerekmektedir. Kısa dönemde ortadan kaldırılması oldukça güç olan bu yapısal sorunlar, GSS sisteminin yeterli gelir elde etmesini engellemeye devam edecektir. GSS sisteminin giderlerine ilişkin veriler de sağlık harcamalarının hızla arttığını, bu artışta GSS sistemi tercihinin doğrudan belirleyici rol oynadığını ortaya koymaktadır. Öte yandan kapitalist sisteminin sürekli hale gelmiş krizleri sistemin mali dengesini daha kırılgan hale getirmektedir.

Çalışmada ele alınan finansman hedeflerinin yeterine getirilebilmesi için, Türkiye sağlık sisteminin adaletli bir yapıya kavuşturulmuş vergiler ile finanse edilmesi seçeneği gündeme getirilmelidir. Yapılan araştırmalar, adaletli bir vergi yapısına sahip bir ülkede vergilerle finansman primlerle finansmana oranla daha adaletli ve verimli olduğunu on yıllar öncesinde ortaya koymuştur.

KAYNAKÇA

- Abuzer Pınar, *Vergileri Kim Ödüyor ve Kamu Harcamalarından Kimler Yararlanıyor?*, Türkiye Ekonomik ve Sosyal Etüdler Vakfı, Ankara 2004.
- Adam Wagstaff, *Social Health Insurance vs. Tax Financed Health Systems - Evidence from the OECD*, The World Bank, Policy Research Working Paper 4821, 2009.
- Adam Wagstaff and Eddy van Doorslaer, “Equity in the Finance and Delivery of Health Care: Concepts and Definitions”, *Equity in the Finance and Delivery of Health Care: An International Perspective* (Ed. Eddy van Doorslaer – Adam Wagstaff – Frans Rutten), Oxford Medical Publications, 1993, s. 7-19.
- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Mart 2013 Sosyal Yardım İstatistikleri Bülteni. http://www.sosyalyardimlar.gov.tr/upload/Node/11873/files/MART_istatistik_.pdf, erişim tarihi 14 Eylül 2013.
- Başbakanlık, *Sosyal Güvenlik Reformu: Sorunlar ve Çözüm Önerileri*, Ankara 2005.
- David W. Dunlop and Jo M. Martins, *An International Assessment of Health Care Financing: Lessons for Developing Countries*, World Bank, Washington, 1996.
- Elias Mossialos and Anna Dixon, “Funding Health Care in Europe: Weighing up the Options”, *Funding Health Care: Options for Europe* (Ed. Elias Mossialos Et al), Open University Press, Buckingham – Philadelphia, 2002, s. 272-300.
- Guy Carrin and Chris James, “Social Health Insurance: Key Factors Affecting the Transition Towards Universal Coverage”, *International Social Security Review*, 58 (1), 2005, s. 45-64.
- Gülbiye Yenimahalleli Yaşar, *Sağlığın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi*. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara 2007.
- Gülbiye Yenimahalleli Yaşar ve Ece Uğurluoğlu, “Sosyal Sağlık Sigortacılığı Mı? Vergilerle Finansman Mı? Sağlık Harcamaları ve Sağlık Sonuçları Açısından Değerlendirme”, *Sosyal Güvenlik Dünyası*, Sayı: 13 (66), 2010, s. 45-55.
- Gülbiye Yenimahalleli Yaşar, “Sağlık Finansmanında Mali Sürdürülebilirlik: Avrupa Birliği Ülkeleri ve Türkiye”, *Ekonomi ve Hukuk Üzerine Yazılar: Prof. Dr.Ahmet Gökdere’ye Armağan*, Turhan Kitabevi, Ankara 2011, s.407-448.

- Gülbiye Yenimahalleli Yaşar, “Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Neoliberal Dönüşümü”, *Mülkiye*, XXXV (272), 2011, s. 163-193.
- Gülbiye Yenimahalleli Yaşar, “Ekonomik Kriz ve Türk Sosyal Güvenlik Sistemi: Yeterli Koruma Sağlayabildik mi?” *Eğitim Bilim Toplum*, 8 (29), 2011, s. 54-93.
- Gülbiye Yenimahalleli Yaşar ve Ece Uğurluoğlu, “Can Turkey’s General Health Insurance System Achieve Universal Coverage?” *International Journal of Health Planning and Management*, 26 (3), 2011, s. 282-295.
- Gülbiye Yenimahalleli Yaşar, “Health Transformation Programme in Turkey: An Assessment”, *International Journal of Health Planning and Management*, 26 (2), 2011, s. 110-133.
- Hakkı Hakan Yılmaz, *İstikrar Programlarında Mali Uyumda Kalite Sorunu: 2000 Sonrası Dönem Türkiye Deneyimi*, TEPAV Yayını, 2007.
- Hakkı Hakan Yılmaz, *Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Temel Risk Alanları*, Dr. Nevzat Eren Ulusal Halk Sağlığı Sempozyumu Sunum Metni, 17 Mart 2012.
- İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası. *Türkiye İlaç Pazarı*. <http://www.ieis.org.tr/ieis/tr/indicators/33/turkiye-ilac-pazari>, Erişim tarihi 31 Aralık 2013.
- International Labour Organisation, *World Social Security Report: Providing Coverage in Times of Crisis and Beyond 2010-2011*, Geneva:Social Security Department, 2010.
- International Labour Organisation, *Global Employment Trends for Youth: Special Issue on The Impact of The Global Economic Crisis on Youth*, Geneva 2010, s. 61.
- International Labour Organisation, *World of Work Report 2010: From One Crisis to the Next?*, Geneva: International Institute of Labour Studies, 2010.
- Joseph Kutzin, “A Descriptive Framework for Country-Level Analysis of Health Care Financing Arrangements”, *Health Policy*, 56 (3), 2001, s.171-204.
- Kelley Lee and Hillary Goodman, “Global Policy Networks: The Propagation of Health Care Financing Reform Since the 1980s”, *Health Policy in a Globalising World* (Ed. Kelley Lee - Kent Buse - Suzanne Fustukian), Cambridge University Press, 2002, s. 97-119.
- Mehmet Tokat, *Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996*, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara 1998.
- Mehmet Tokat, *Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1998*, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara 2001.

- Mehtap Tatar, Hacer Özgen, Bayram Şahin vd, *Formal and Informal Household Spending on Health: A Case Study From Turkey*, MEMIO, Harvard School of Public Health and Hacettepe School of Health Administration, 2003, s. 64.
- OECD, *Society at a Glance 2011: OECD Social Indicators*, Geneva, 2011.
- OECD, Health at a Glance 2013. OECD Indicators. http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oced/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2013/number-of-doctor-consultations-per-capita-2011-or-nearest-year_health_glance-2013-graph65-en#page , Erişim tarihi 31 Aralık 2013.
- Raşit Tükel, “Sağlıkta Dönüşümde Son Aşamaya Doğru: Hastanelerin Yeniden Yapılandırılması ve Yeni Finansman Modeli”, *Toplum ve Hekim*, 25, 2010, s. 230-236.
- Sağlık Bakanlığı, *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010*. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara 2010, s. 127.
- Sağlık Bakanlığı, *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011*. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara 2012.
- Sağlık Bakanlığı, *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012*. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara 2013.
- Sarah Thomson et al, *Financing Health Care in the European Union: Challenges and Policy Responses*, World Health Organisation, Denmark, 2009.
- Sosyal Güvenlik Kurumu, *2011 Ocak Ayı Sigortalı İstatistikleri*, <http://www.sgk.gov.tr>, erişim tarihi 14 Aralık 2012.
- Sosyal Güvenlik Kurumu, *2012 İstatistik Yıllığı*, <http://www.sgk.gov.tr>, erişim tarihi 31 Aralık 2013.
- TÜİK Haber Bülteni: Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması, 2012. Sayı: 13594, 23 Eylül 2013.
- TÜİK Haber Bülteni: Sağlık Harcamaları İstatistikleri 2009-2012. Sayı: 15871, 10 Ekim 2013.
- TÜİK Haber Bülteni: Hanehalkı Tüketim Harcaması (Bölgesel), 2012. Sayı: 13631, 21 Kasım 2013.
- Türk – İş Haber Bülteni: Aralık 2013 Açlık ve Yoksulluk Sınırı, 26 Aralık 2013.
- WHO, *Evaluation of Recent Changes in the Financing of Health Services*, Geneva, 1993, s. 8-9.
- WHO, *The World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance*, Geneva, 2000.

- WHO, *Reaching Universal Coverage via Social Health Insurance: Key Design Features in the Transition Period*, (by Guy Carrin and Chris James), Discussion Paper, N.2, Department Health System Financing, Expenditure and Resource Allocation (FER), Cluster Evidence and Information for Policy (EIP), Geneva, 2004.
- WHO, *World Health Report: Make Every Mother and Child Count*, Geneva, 2005.
- WHO, *Achieving Universal Coverage: Developing the Health Financing System. Technical Briefs for Policy-Makers*, N.1, Department of Health Systems Financing Health Financing Policy, WHO/EIP/HSF/PB/05.01, Geneva, 2005.