

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İKTİSAT ANABİLİMDALI

SAĞLIK VE SAĞLIK HARCAMALARININ EKONOMİK BÜYÜME ÜZERİNE
ETKİSİ: TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜ VE HARCAMALARI

Cemil Serhat AKIN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ADANA/2007

**T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İKTİSAT ANABİLİMDALI**

**SAĞLIK VE SAĞLIK HARCAMALARININ EKONOMİK BÜYÜME ÜZERİNE
ETKİSİ: TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜ VE HARCAMALARI**

Cemil Serhat AKIN

DANIŞMAN: Yrd. Doç. Dr. Neşe ALGAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ADANA/2007

ÖZET**SAĞLIK VE SAĞLIK HARCAMALARININ EKONOMİK BÜYÜME ÜZERİNE
ETKİSİ: TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜ VE HARCAMALARI****Cemil Serhat AKIN****Yüksek Lisans Tezi, İktisat Anabilim Dalı****Danışman: Yrd. Doç Dr. Neşe ALGAN****Nisan 2007, 117 Sayfa**

Bu çalışmada sağlık kavramı ve sağlık hizmeti hakkında genel bilgiler verilmiş, günümüzde gelişmiş toplumlarda giderek önem kazanan sağlık ekonomisi hakkında açıklamalarda bulunulmuştur. Çalışmada aynı zamanda Sağlık Harcamaları ile Ekonomik Büyüme arasındaki ilişki incelenmiş, bu inceleme yapılırken Ekonomik gösterge olarak Kişi Başına Düşen Gayri Safi Yurt İçi Hasıla (KBDGSYİH), Temel Sağlık Göstergeleri olarak Bebek-çocuk Ölüm Hızı, Doğumda Yaşam Beklentisi, Kaba Ölüm Oranı, göstergeleri kullanılmıştır. Bu çerçevede 1994-2004 yılları arasında Türkiye'nin KBDGSYİH'sı ile, Türkiye'nin temel sağlık göstergelerindeki değişimler birlikte değerlendirilmiştir.

Temel sağlık göstergelerinde ilerleme kaydedebilmek için gerçekleştirilen sağlık harcamalarının yapısının belirlenmesi ve bu harcamaları etkileyen faktörlerin tespit edilmesi önem arz etmektedir. Bir ülkenin sağlık harcamalarının yapısı ortaya konarken sağlık sistemlerinin belirleyici unsur olması sebebiyle, çalışmada öncelikle Türkiye'nin sağlık sistemi hakkında bilgi verilmiş daha sonra sistem içerisinde gerçekleştirilen toplam sağlık harcamaları ortaya konmuştur. Türkiye'nin sağlık harcamaları yapısı incelendiğinde gerçekleşen harcamalar içerisinde en büyük payın ilaç harcamalarına ait olduğu saptanmış, bu yüzden ilaç harcamalarının altında yatan nedenler ulaşılan veriler ışığında tartışılmıştır. Çalışma kapsamında Türkiye sağlık ve ilaç harcamalarının büyük bir bölümünü gerçekleştiren sosyal güvenlik kurumları incelenmiş, sağlık ve ilaç harcamaları 1998-2005 yılları esas alınarak ayrıntılı veri setleri ile ortaya konmuştur. Çalışmada ayrıca OECD ülkeleri sağlık ve ilaç harcamaları incelenerek Gayri Safi Yurtiçi Hasıla ile ilişkilendirilmiş ve sağlık harcamaları bakımından Türkiye ile karşılaştırılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Kişi Başı Gelir, Sağlık harcamaları, Büyüme, İlaç harcamaları.

ABSTRACT**EFFECT OF THE HEALTH AND HEALTH EXPENDITURE ON ECONOMY,
TURKISH HEALTH SECTOR AND EXPENDITURES FOR HEALTH****Cemil Serhat AKIN****Master Thesis, Department of Economics****Supervisor: Yrd. Doç Dr. Neşe ALGAN****April 2007, 117 Page**

This research provides general information about the health care concept and the health care services in addition to some explanations on the health economy, which gradually becomes prominent in developed countries of today. The research also addresses the relation between health expenditures and economic growth. The research uses “Gross National Product per capita”, “Child-Infant Mortality Rate”, “Life Expectancy at Birth and “Gross Mortality Rate” as economic and basic health indicators. In this framework, Turkey’s Gross National Product per capita in 1994–2004 and the changes in Turkey’s basic health indicators are evaluated together.

Determining the structure of health expenditures and identifying the factors that influence such expenditures are vitally important in terms of improvement of health indicators. For the health systems are determinant factors in a country’s health structure, the research first provides information on Turkey’s health care system and then presents the total health expenditures realized within the system. When the structure of Turkey’s health expenditure is examined, it is observed that the expenditures for drugs have the largest share in realized expenditures; therefore, the research discusses the reasons behind the drug expenditures in the light of the accessed data. The research also examines the social security institutions that account for major portion of the health and drug expenditures in Turkey and presents comprehensive data sets covering the health and drug expenditures between the datum years 1998-2005. Furthermore, the research also examines the health and drug expenditures of OECD countries, correlates such data with Gross National Product of these countries, and compares them with the health expenditures in Turkey.

Key Words: Health, Per Capita Income, Health Expenditure, Development, pharmaceutical expenditure

ÖNSÖZ

Yüksek Lisans tez çalışmamın planlanmasından sonuçlandırılmasına dek gereken olanak ve yardımı sağlayan danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Neşe ALGAN' a, kaynak seçiminde bana yol göstererek yardımcı olan üniversitemiz öğretim üyelerinden Sayın Volkan YURDADOĞ' a, çalışmanın veri elde etme aşamalarındaki yardımları için Sayın Dr. Hüseyin ÖZBAY ve Dr. Hasan Gökhan ÖNCÜL' e, çalışmanın yürütülmesi aşamalarında gereken ilgi ve kolaylığı gösteren mensubu bulunduğum Sağlık Bakanlığı RSHM Müdürlüğü Yönetimine, özellikle tezin yazım aşamalarındaki yardımları için Sayın Dr. Vural DİRİMEŞE' ye, en umutsuz anlarımda güler yüzüyle bana tekrar çalışma azmi sağlayan Sayın Doç Dr. Recep TUNCER hocama, yaptığı sıcacık kahvelerle uyumamamı sağlayan eşim Zeynep AKIN ve kızım Minez AKIN' a teşekkürü borç bilirim.

Cemil Serhat AKIN

İÇİNDEKİLER

ÖZET	ii
ABSTRACT.....	iii
ÖNSÖZ	iv
KISALTMALAR LİSTESİ	viii
TABLOLAR LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ	x

1. BÖLÜM

GİRİŞ	1
1.1. Çalışmanın Amacı.....	1
1.2. Çalışmanın Kapsamı	3
1.3. Çalışmanın Metodolojisi.....	4

2. BÖLÜM

SAĞLIK HARCAMALARI VE EKONOMİK BÜYÜME.....	5
2.1. Sağlık Kavramı	5
2.2. Sağlık Hizmeti ve Genel Özellikleri	6
2.3. Sağlık Ekonomisi Kavramı	11
2.4. Sağlık İle Ekonomik Büyümenin İlişkilendirilmesi	15
2.5. Kişi Başına Düşen GSYİH İle Temel Sağlık Göstergeleri Arasındaki İlişki	17
2.5.1. Gelir ve Doğumda Beklenen Yaşam Süresi İlişkisi.....	21
2.5.2. Gelir ve Bebek-Çocuk Ölüm Oranı İlişkisi	21
2.5.2.1. OECD Ülkelerinin Kişi Başına Düşen GSYİH'ları İle İlişkilendirilen Sağlık Göstergelerin durumu.....	23
2.5.2.2. Türkiye'nin Kişi Başına Düşen GSYİH'sı İle İlişkilendirilen Sağlık Göstergelerin Durumu	24
2.6. Sağlık Harcamaları.....	28
2.7. Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler	31
2.7.1. Kişi Başına Gelirin Yükselmesi.....	31
2.7.2. Eğitim Seviyesi ve Sağlık Bilincinin Gelişmesi	32

2.7.3. Sosyal Değer Yargılarının Değişmesi.....	33
2.7.4. Teknolojik Gelişmeler	34
2.7.5. Şehirleşme.....	34
2.7.6. Yaşam Süresinin Uzaması	34
2.7.7. Toplumsal Düzendeki Meydana Gelen Değişimler	35
2.8. Sağlık Harcamalarının Devlet Bütçeleri Üzerindeki Yüğü	36

3. BÖLÜM

TÜRKİYE’ DE SAĞLIK SİSTEMİ VE SAĞLIK HARCAMALARI	38
3.1. Türkiye’de Sağlık Sektörünün Mevcut Durumu.....	38
3.2. Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi ve Yönetimi	42
3.2.1. Sağlık Sisteminin Planlanması, Düzenlenmesi ve Yönetimi.....	42
3.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu.....	42
3.2.2.1. Sağlık Bakanlığı.....	43
3.2.2.2. Milli Savunma Bakanlığı	44
3.2.2.3. Üniversiteler.....	44
3.2.2.4. SSK	44
3.3. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı	44
3.3.1. Devlet Bütçesi.....	44
3.3.2. Sosyal Güvenlik Katkıları.....	45
3.3.2.1. Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK).....	46
3.3.2.2. Bağ-Kur.....	46
3.3.2.3. Emekli Sandığı.....	47
3.3.3. Özel Finansman	47
3.3.3.1. Özel Sigorta	48
3.3.3.2. Cepten Ödemeler ve Katkı Payı.....	48
3.4. Türkiye’de Sağlık Harcamaları.....	49
3.4.1. Kamu Sektörü Sağlık Harcamaları	49
3.4.1.1. Sağlık Bakanlığı Harcamaları.....	50
3.4.1.2. Sosyal Güvenlik Fonları Sağlık Harcamaları	52
3.4.1.2.1. Sosyal Sigortalar Kurumu Sağlık harcamaları.....	52
3.4.1.2.2. Bağ-Kur Sağlık Harcamaları.....	54
3.4.1.2.3. Emekli Sandığı Sağlık Harcamaları.....	56

3.4.1.3. Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Fonları Dışında Kalan Birimlerin Sağlık Harcamaları	57
3.4.2. Özel Sektör Sağlık Harcamaları.....	57
3.5. Türkiye’de Gerçekleştirilen Sağlık Reformları	59
3.6. Türkiye Sağlık Harcamalarının OECD Ülkeleri İle Karşılaştırılması	63
3.7. Türkiye Ve OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının Yapısı	68
3.8. Türkiye ve OECD ülkelerinde Sağlık Harcamalarının Kamuya Getirdiği Yük	70

4. BÖLÜM

TÜRKİYEDE İLAÇ SEKTÖRÜ VE İLAÇ HARCAMALARI	74
4.1. Türkiye’de İlaç Sektörü ve Pazarın Mevcut Durumu	74
4.2. Türkiye İlaç Harcamalarının Genel Görünümü	76
4.2.1. Sosyal Güvenlik Kurumlarının İlaç Harcamaları	77
4.2.1.1. Emekli Sandığı İlaç Harcamaları	77
4.2.1.2. SSK İlaç Harcamaları	81
4.2.1.2.1. SSK Hastanelerinin Devrinden Sonraki İlaç Harcamaları	83
4.2.1.3. Bağ-Kur İlaç Harcamaları.....	83
4.3. Türkiye’ de İzlenen İlaç Politikaları ve Politik Sorunlar	85
4.4. Türkiye İlaç Harcamalarının OECD Ülkeleri İle Karşılaştırılması	88

5. BÖLÜM

SONUÇ.....	92
KAYNAKÇA.....	96
ÖZGEÇMİŞ	105

KISALTMALAR LİSTESİ

BÖH	: Bebek Ölüm Hızı
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
DYB	: Doğumda Yaşam Beklentisi
EFPIA	: Avrupa İlaç Endüstrileri ve Birlikleri Federasyonu
GSYİH	: Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
HYME	: Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik
ILO	: International Labor Organisation
IMS	: Information Medical Statistics
KBDİH	: Kişi Başına Düşen İlaç Harcaması
KBDSH	: Kişi başına Düşen Sağlık Harcamaları
KBDKSH	: Kişi Başına Düşen Kamu Sağlık Harcamaları
KBDGSYİH	: Kişi Başına Düşen Gayri Safi Milli Hasıla
KÖH	: Kaba Ölüm Hızı
KSH	: Kamu Sağlık Harcamaları
OECD	: Organization for Economic Corporation and Development
SGP	: Satın Alma Gücü Paritesi
TSH	: Toplam Sağlık Harcamaları
UNDP	: United Nations Development Program
USH	: Ulusal Sağlık Hesapları
UNICEF	: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organisation)
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
DİE	: Devlet İstatistik Enstitüsü

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo No	Sayfa
Tablo 1: Sağlık Ekonomik Büyüme İlişkisini Araştırmaya Yönelik Yapılmış Ampirik Çalışmalar ve Sonuçları	20
Tablo 2: OECD Ülkelerinin 1994-2004 Yılları Arasında Kişi Başı GSYİH Ve Temel Sağlık Göstergelerindeki Değişmeler	24
Tablo 3: Türkiye’de İkinci Ve Üçüncü Basamakta Yataklı Tedavi Hizmeti Veren Hastaneler Ve Yatak Sayılarının Kurumlara Dağılımı 2006	39
Tablo 4: Türkiye Sağlık Personelinin Kurumlara Dağılımı 2005	40
Tablo 5: Türkiye’deki Sosyal Güvenlik Kapsamı, 2004	45
Tablo 6: Türkiye Sağlık Harcamaları ve Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı	49
Tablo 7: SSK Sağlık Harcamaları , 1995-2005	53
Tablo 8: Bağ-Kur 'un Toplam Sağlık Harcamaları 1995-2005 (YTL.)	54
Tablo 9: Bağ-Kur Sağlık Prim Gelir-Gider Dengesi (Milyar TL), 1986-2004.....	55
Tablo 10: Emekli Sandığı Sağlık Harcamaları ve Dağılımı (1995-2005)	56
Tablo 11: Türkiye Sağlık Harcamalarının Fonksiyonlara Göre Dağılımı (2000).....	68
Tablo 12: OECD Ülkeleri Toplam Sağlık Harcamalarının Fonksiyonel Dağılımları ...	69
Tablo 13: Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Harcamalarının Payı (%)	72
Tablo 14: Emekli Sandığı Toplam ve Kişi Başı Sağlık / ilaç Harcamaları (1995-2005)	78
Tablo 15: SSK Toplam Sağlık ve İlaç Harcamaları Dağılımı(1995-2006)Milyar TL..	82
Tablo 16: Bağ-Kur 'un Toplam Sağlık ve İlaç Harcamaları 1995-2005 (YTL.)	85
Tablo 17: OECD Ülkeleri Kişi Başına Düşen İlaç Harcamaları 2004.....	89
Tablo 18: OECD Ülkelerinde İlaç Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Yüzdesi % (1980-2004)	90

ŞEKİLLER LİSTESİ

<u>Şekil No</u>	<u>Sayfa</u>
Şekil 1: Ekonomisinin Yapısı	14
Şekil 2: Toplumun Sağlık Düzeyinin Yükselmesinin, Eğitim, Demografik Faktörler ve Ekonomik Gelişme Üzerindeki Etkileri.....	15
Şekil 3: Düşük Gelir ile Ölüm, Morbidite ve Özürlülük İlişkisi.....	22
Şekil 4: Türkiye’de 1990-2004 Yılları Arasındaki Doğumda Beklenen Yaşam Süresi ile Kişi Başına Düşen GSYİH’nin karşılaştırılması.....	25
Şekil 5: Türkiye’de 1990-2004 Yılları Arasındaki Bebek Ölüm Hızı ile Kişi Başına Düşen GSYİH’nin karşılaştırılması	26
Şekil 6: Türkiye’de 1990-2004 Yılları Arasındaki Beş Yaş Altı Çocuk Ölüm Hızı ile Kişi Başına Düşen GSYİH’nin Karşılaştırılması.....	27
Şekil 7 : Türkiye’de 1990-2004 Yılları Arasındaki Kaba Ölüm Hızı ile Kişi Başına Düşen GSYİH’nin Karşılaştırılması	28
Şekil 8: Dünya Genelinde Sağlık Harcamalarının GSYİH İçerisindeki Yüzdesi.....	30
Şekil 9: OECD Ülkelerinde Ortalama Doğumda Yaşam Beklentilerinin Yıllara Göre Değişimi	35
Şekil 10: Dünya Sağlık Harcamaları Finansmanının Genel Görüntüsü	36
Şekil 11: Türkiye'deki Hastanelerin Yatak Kapasitelerine Göre Dağılımı (Bin Yatak), 2005.....	39
Şekil 12: Türkiye'deki Yatarak Tedavi Olan Hastaların Kurumlara Göre Dağılımı 2005	40
Şekil 13: Türkiye Sağlık Harcamalarının Yıllara Göre GSYİH İçerisindeki Payı.....	41
Şekil 14: Türkiye’de Sağlık Hizmeti Veren Kuruluşlar	43
Şekil 15: Sosyal Güvenlik Kapsamının Genel Görünüşü	46
Şekil 16: Türkiye Kamu Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Payı 1990-2004	50
Şekil 17: Sağlık Bakanlığı Bütçesinin GSYİH İçindeki Payı (1995-2004).....	51
Şekil 18: Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Konsolide Devlet Bütçesi İçindeki Oranı (%),1995-2004	51
Şekil 19: Türkiye’de Kaynak İtibariyle Toplam Sağlık Harcamaları (2005)	59

Şekil 20: OECD Ülkelerinin Kişi Başına Toplam Sağlık Harcamasının Satın Alma Gücü Paritesi Açısından Karşılaştırmaları, 2004.....	64
Şekil 21: OECD Ülkeleri 1994-2004 Arası Ortalama GSYİH Artışı ile Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamalarındaki Ortalama Artışın İlişkilendirilmesi	64
Şekil 22: Türkiye GSYİH Artışları İle Sağlık Harcamalarında Meydana Gelen Değişim 1995-2005	65
Şekil 23: Nüfus İçerisindeki 65 Üstü Yaşlı Yüzdesinin 1960-2003 Yılları Arasında ki Değişimi	67
Şekil 24: OECD Ülkeleri Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Oranı (%), 2004.....	67
Şekil 25: OECD Ülkeleri Toplam Sağlık Harcamalarının Fonksiyonel Dağılımı, 2000-2007	
Şekil 26: Toplam Kamu Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payı (%), 1994-2004.	71
Şekil 27: Yıllara Göre Emekli Sandığı İlaç Harcamalarının Değişimi (1995-2005).....	80
Şekil 28: SSK Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki İlaç Harcamaları.....	82
Şekil 29: Dünya İlaç Harcamalarının Dağılımı 2005	88
Şekil 30: OECD Ülkelerinde Üretici Fiyatlarıyla İlaç Harcamalarının GSYİH İçerisinde Payı 2000	91

1. BÖLÜM

GİRİŞ

1.1. Çalışmanın Amacı

Toplumların varlığını sürdürebilmesi için mutlak suretle sağlıklı bir nesile sahip olması gerekmektedir. Sağlıklı bir nesil aynı zamanda toplumun kalkınması için en önemli üretim faktörüdür. Diğer üretim faktörlerinden toprağın dünyada sınırlı miktarda bulunduğu, sermayenin ise ancak daha önceden mevcut bir sermaye sayesinde ekonomik faaliyetlerde bulunarak arttırabildiği düşünülürken insan gücü sahip olunması en kolay, fakat etkin bir şekilde kullanılabilir hale getirilmesi en pahalı üretim faktörüdür. Geçmişte sayısal olarak çok olması yeterli olan insan gücü, günümüzde üretim sistemlerinin değişmesiyle başka özellikleri de bünyesinde barındırmak zorunda kalmıştır. Beşeri sermaye olarak tanımlanan bu özellikler ancak eğitim sayesinde edinilebilmektedir.

Günümüzde beşeri sermayesi yüksek olan toplumların ekonomik alanda daha başarılı oldukları bir gerçektir. Gelişmiş ülkeler sağladıkları ekonomik başarıda beşeri sermayenin önemini kavradıkça, beşeri sermayeyi barındıran insanın sağlığına her geçen gün daha önem vermeye başlamışlardır. Bu çerçevede ekonomi ile sağlık arasındaki ilişki birçok araştırmaya konu olmuş ve aralarında ki bağıntı, bağımsız değişkenlerden arındırılarak ortaya konmaya çalışılmıştır.

Yapılan çalışmalarda, ekonomik göstergelerde meydana gelen iyileşmelerin sağlık göstergelerini pozitif yönde etkilediği gözlenirken, sağlık göstergelerinde görülen olumlu değişikliklerin de ekonomik başarının yakalanmasına katkıda bulunduğu gözlenmiştir. Bu çalışmaların devamında ekonomi ile sağlık göstergelerinde meydana gelen değişmelerin birbirleri üzerindeki etkilerinin ölçüsü belirlenmeye çalışılmıştır. Belirlemeler yapılırken kullanılan en yaygın ekonomik gösterge Gayri Safi Yurtiçi Hasıla ile Kişi Başına Düşen Gayri Safi Yurtiçi Hasıla olurken, kullanılan en yaygın sağlık göstergeleri Doğumda Yaşam Beklentisi, Bebek-Çocuk Ölüm Hızı ve Kaba Ölüm Oranı olmuştur.

İşgücü sağlık durumunun, verimlilik üzerinde büyük etkiye sahip olması sebebiyle, günümüzde işgücü için yapılan sağlık harcamaları işletme giderleri olmaktan çıkıp bir yatırım olarak görülmeye başlamıştır. Fakat burada dikkat edilmesi gereken unsur yapılacak sağlık harcamalarının hangi şekilde ve ne miktarda yapılması gerektiğidir. Aksi takdirde yapılan harcamalar ekonomiye fazladan bir yük getirerek olumsuz etkide bulunacaktır. Bu yüzden gelişmiş toplumlar bu konuyu iktisat biliminin bir alt disiplini olan sağlık ekonomisi altında derinlemesine incelemektedir.

Dünya genelinde yılda 4,1 trilyon USD sağlık harcaması gerçekleştiği düşünülmektedir. Ülkelerin GSYİH' larından sağlık için ayırdıkları pay büyük farklılıklar göstermekle beraber az gelişmiş ülkelerde bu oran %2–4 civarındayken gelişmiş ülkelerde %8–12 arasında değişmektedir (WHO,2004). Türkiye de gerçekleştirilen sağlık harcamaları GSYİH ile ilişkilendirilip gelişmiş ülkelerin sağlık harcamaları ile kıyaslandığında rakamsal olarak çok büyük farklılıklar gözlenmez. Fakat gerçekleştirilen sağlık harcamalarının yapısal olarak da değerlendirilmesi gerekmektedir. Gelişmiş ülkeler koruyucu sağlık hizmetleri için daha çok harcama gerçekleştirirken, Türkiye de sağlık harcamaların yarısından fazlası ayakta sağlık hizmetleri ve tıbbi malzemeler için yapılmaktadır. Bu durum sağlık harcamalarının etkinliği konusunda şüpheleri beraberinde getirmektedir. Sağlık problemi ortaya çıktıktan sonra problemin ortadan kaldırılmaya çalışılması hem külfetli hem de daha fazla işgücü gerektiren bir meseledir. Bu da kaynakların etkin kullanılamaması sonucunu doğurmaktadır.

Ülkeler sanayileştikçe ve gelir seviyesi yükseldikçe sağlık hizmetlerine daha çok kaynak ayrılmakta, dolayısı ile sağlık ve ilaç harcamaları da düşük gelirli ülkelere göre oldukça yüksek miktarda gerçekleşmektedir. Fakat ülkelerdeki sağlık sistemlerinin performansı değerlendirilirken dikkat edilmesi gereken husus ilaç harcamalarının ne kadar olduğu değil, toplam sağlık harcamaları içerisinde ne kadar yer kapladığıdır. Yapılan sağlık harcamaları içerisinde ilaç harcamalarının yüksek bir oranda olması sağlık harcamalarının yatırım niteliğinden uzaklaştığının en belirgin göstergesidir.

Son yıllarda yapılan araştırmalar, Türkiye'nin toplam sağlık harcamaları içerisindeki ilaç harcamalarının ve özellikle kişi başına düşen ilaç harcamalarının, OECD ülkeleri ilaç harcamalarına göre daha düşük düzeyde olduğunu ortaya

koymasına rağmen Türkiye’de herhangi bir Sosyal Güvenlik Kurumuna üye olan bireylerin çok yüksek düzeyde kişi başı ilaç harcamaları gerçekleştirilmesi, Türkiye’nin sağlık harcamalarının ve bu harcamaların en önemli maddesi olan ilaç harcamalarının analiz edilmesini, bu harcamaların oluşmasını sağlayan faktörlerin belirlenmesini zorunlu kılmaktadır. Elde edilen bilgiler doğrultusunda uygun ekonomik politikalarının geliştirilerek Türkiye’de sağlık sektörünün performansı iyileştirmesi, devletin kıt kaynaklarının boşa harcanmaması için gereken önlemlerin alınması gerekmektedir.

Bu çalışmayla sağlık ile ekonomi arasındaki ilişkinin değerlendirilerek sağlık harcamalarının ekonomi üzerine etkilerinin belirlenmesi, Türkiye’de yapılan sağlık ve ilaç harcamalarının yapısı ile kamuya getirdiği yükün ortaya konulması amaçlanmaktadır. Ayrıca sağlık ve ilaç harcamalarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi, Türkiye’nin gerçekleştirdiği sağlık harcamalarının gelişmiş ülkelerle kıyaslanması ve konuyla ilgili politika önerilerinin sunulması da bu çalışma kapsamında amaçlanmaktadır.

1.2. Çalışmanın Kapsamı

Bu çalışma beş bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde çalışmanın amacı kapsamı ve metodolojisi anlatılacak, ikinci bölümde sağlık hizmetleri kavramı açıklanarak Sağlık Ekonomisi hakkında bilgi verilecektir. Bu bölümde ayrıca sağlık ile ekonomi arasındaki ilişki ortaya konularak dünya genelinde kabul görmüş temel sağlık göstergelerinde meydana gelen değişimler ekonomik çerçevede değerlendirilmeye çalışılacaktır. Sağlık harcamalarının ekonomiye olan katkıları ve sağlık harcamalarını etkileyen faktörler de bu bölümde tartışılacaktır.

Üçüncü bölümde ekonomik anlamda işgücüne yatırım olarak kabul edilen sağlık harcamalarının Türkiye’de nasıl gerçekleştiğinin daha iyi anlaşılabilmesi için Türkiye’nin sağlık sistemi hakkında genel bilgi verilerek sağlık hizmetlerinin finansmanı ile ilgili açıklamalarda bulunulacaktır. Bu bilgilendirmeden sonra Türkiye’nin sağlık harcamaları sosyal güvenlik kurumlarından elde edilen veriler ışığında tartışılacaktır. Bu bölümde ayrıca yıllar içerisinde Türkiye’de gerçekleştirilen sağlık reformları hakkında bilgi verilirken, Türkiye ile gelişmiş ülkeler arasındaki

sağlık harcamaları farklılıklarını ortaya koymak amacıyla, OECD ülkelerinin ve Türkiye'nin sağlık harcama verileri karşılaştırılacaktır.

Dördüncü bölümde, öncelikle Türkiye'de ki ilaç sektörünün genel durumu ve yapısı ortaya konulacak daha sonra ilaç pazarı ve tüketimi hakkında bilgi verilerek Türkiye'nin toplam sağlık harcamalarının yarısına yakını oluşturulan ilaç harcamalarının boyutları değerlendirilmeye çalışılacaktır. Ayrıca bu bölümde Türkiye'de ilaç harcamalarının yüksek olmasının nedenlerinden biri olan mevcut ilaç politikaları değerlendirilerek bu politikalardan kaynaklanan sorunlara yer verilecektir. Türkiye ilaç harcamalarının büyük bir bölümünü gerçekleştiren sosyal güvenlik kurumları ilaç harcamaları 1994-2005 yılları esas alınarak bu bölümde incelenecektir. Bu bölümün sonunda Türkiye ile OECD ülkeleri ilaç harcamaları verileri arasında karşılaştırmalı bir analiz yapılmaya çalışılacaktır.

Değerlendirme ve sonuç bölümünde ise çalışmanın bütününden elde edilen bulgular ışığı altında ulaşılan sonuçlar ortaya konulacaktır.

1.3. Çalışmanın Metodolojisi

Araştırmaya ilişkin veriler, konunun niteliklerine uygun olarak kütüphanelerden kitaplar, dergiler, araştırmalar, raporlar, makaleler, gerekli görüldüğü takdirde birincil kaynaklardan yararlanılacaktır. Ayrıca kamu – özel kurum ve kuruluşlar ziyaret edilerek gerekli dokümanlar, bilgi ve belgeler talep edilerek incelemeye tabi tutulacaktır. Çalışmanın uygulamaya yönelik kısmında ise elde edilen bulgular analiz edilerek ekonomik anlamda değerlendirilmeye çalışılacaktır.

2. BÖLÜM

SAĞLIK HARCAMALARI VE EKONOMİK BÜYÜME

2.1. Sağlık Kavramı

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

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

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

2.2. Sağlık Hizmeti ve Genel Özellikleri

İnsanların en büyük hazinesi olan sağlığın elde edilmesi korunması ve devamlılığının sağlanması amacıyla, sağlıkla ilgili mal ve hizmet üreten bütün kurum ve kuruluşların oluşturduğu yapıya genel olarak sağlık sektörü denilmektedir. Sağlık sektörü tarafından sağlık odaklı gerçekleştirilen tüm faaliyetler ise sağlık hizmetleri olarak tanımlanmaktadır. Kişileri ve toplumları hastalıklardan korumak, hastaları tedavi etmek ve tam olarak iyileşmeyip sakat kalanları rehabilite etmek için yapılan bütün hizmetler sağlık hizmetleri kapsamında ele alınmaktadır. Yapılan bu hizmetlerin amacı toplumun tümü açısından olumsuz olan hastalık durumunu önlemek ve daha sağlıklı ve üretken bir toplum elde etmektir.

Sağlık hizmetlerinin üç boyutu vardır: Koruma, tedavi ve rehabilitasyon

İnsanlara içebilecekleri temiz suyun sağlanması, çevre sağlığı, sigara tütün alkol gibi zararlı alışkanlıklardan koruması, sıtma ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele, bağışıklama, erken tanı, beslenme, obezite, aile planlaması, sağlık eğitimi gibi toplum tabanlı konular koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında ele alınarak fertlerin hastalıklara yakalanmadan sağlıklı bir yaşam sürmeleri hedeflenmektedir (Öztek 2001, 294).

Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri, hastalık ortaya çıktıktan sonra muayene ve tedavisini kapsayan hizmetler olup üç basamakta ele alınmaktadır (Yurdadoğ,2006,46).

1. Birinci basamak sağlık hizmetleri, hastalıkların tedavisi için hastaneye yatışın gerekli olmadığı, uygulanan tedavinin evde ya da ayakta verildiği, daha çok iyileştirici ve koruyucu sağlık hizmetleridir. Hastalar öncelikle birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurup gerektiği takdirde hekimin uygun görmesiyle bir üst basamağa sevk edilmektedirler.
2. İkinci basamak sağlık hizmetleri, hastaların sağlık merkezlerine yatırılarak teşhis ve tedavi hizmetlerinin verildiği hizmetlerdir.
3. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri, üniversiteler, dal hastaneleri gibi genellikle belli bir hastalığın tedavisi ile ilgilenilen, en yüksek tıp teknolojilerinin uygulandığı gelişmiş tedavi merkezlerinde verilen sağlık hizmetleridir.

Sağlık sistemindeki bu basamaklandırılmış yapı, sistemin verimliliğini sağlarken kaynakların gereksiz kullanımını da önlemektedir (Belek 2001, 41).

Rehabilitasyon Hizmetleri, tıbbi rehabilitasyon ve sosyal(mesleki) rehabilitasyon olmak üzere, bedence ya da ruhça sakat kalmış olanların bağımlı olmadan kendi kendilerine yeterli olarak yaşayabilmelerini sağlamak için verilen hizmetlerdir (Öztek 2001, 294).

Sağlık hizmetlerinin temel girdileri, insan kaynakları, sermaye, teknoloji, hammadde yani alet ve ekipmanlardır. Sağlık sisteminin çıktıları ise, yaşam süresinin uzatılması, hayatta kalma, hastalıkların tedavisi ve bu konudaki gelişmelerdir (WHO, 2000,19).

Sağlık ve sağlık hizmetleri diğer mal ve hizmetlerden ayrı olarak bir takım özelliklere sahiptir. Sağlık hizmetleri belirli bir kesime hitap etmeyip bütün insanları kapsar. Sağlık hizmetlerinin faaliyet alanları temel olarak toplumun sağlık koşullarını iyileştirmek ve geliştirmektir. Bu nedenle de sağlık hizmetleri toplumsal bir özellik taşımaktadır. Toplum tabanlı sağlık hizmetleri bir mal üretimi olmayıp, bir hizmet üretimidir. Sağlık hizmetleri diğer hizmet sektörleri ile benzerlikler göstermesine rağmen bazı yönleriyle diğer hizmet sektörlerinden ayrılır. Sağlık hizmetleri kutsal bir nitelik taşıırken, bu hizmetin yerine getirilmesiyle elde edilen fayda, herhangi bir hizmet sonucu elde edilen herhangi bir faydayla mukayese edilemez (Saltık,1995,38).

Sağlık hizmetleri çoğu kez kar amaçlı olmayıp sosyal amaçlıdır. Dolayısıyla maliyet, fayda ve karlılık gibi piyasa ekonomisinin temel kavramları sağlık sektöründe farklı bir anlam kazanmaktadır (Özsarı 2000,21-22; Işık 1997, 31-34).

Sağlık hizmetleri talebi tesadüfidir, kişinin ne zaman-nerede ve nasıl bir sağlık hizmetine ihtiyacı olacağı önceden kestirilemez ve belirlenmesi zordur. Sağlık hizmetlerinin tüketimi, genellikle hastalık ya da hastalık belirtisinin oluşması durumunda başlamaktadır. Örneğin sağlıklı bir insanın kaza geçirmesi sonucu, sağlık hizmetine acilen ihtiyaç duyulabilir. Aynı zamanda sağlık hizmetlerine olan talebin kim tarafından gerçekleştirileceği ve bu talebin ne miktarda olacağını da önceden kestirmek mümkün değildir. Bulaşıcı ve salgın hastalıkların aniden ortaya çıkması sağlık hizmet

talebi ve tüketiminde patlamaya yol açarken kimlerin bu salgından etkileneceğini dolayısıyla talebin kimler tarafından gerçekleştirileceğini bilmek imkansızdır (Tokalaş, 2006,s 14).

Hastalanıldığında, kişinin bedensel ve zihinsel olarak bütün temel fonksiyonları zayıflar (Sophia, 2002,3). Sağlık koşullarındaki bozulma kişinin sosyal ve iş hayatını temelden etkilemesi nedeniyle sağlık hizmetlerinin ertelenmesi söz konusu olamaz. Özellikle kişinin sağlık durumundaki bozulma, kişiye ağrı acı veren, sağlığını tehlikeye düşüren durum ise, sağlık hizmetlerinin talebinin acilen karşılanması gerekir . Sağlık koşullarında meydana gelen kötüleşme çok ciddi sonuçlar doğurup kişinin ölümüne dahi yol açabilir (Tokalaş,2006,15) . Erken ölüm toplum için yitiktir, insan en pahalı yatırımdır (Işık ve diğerleri,1997,65) . Hayatının bir bölümünü toplumsal bir katma değer üretebilmek için eğitimle geçiren bir insanın gereken toplumsal üretimi yapmadan ölümü, üretim de kullanılan bir makinenin ekonomik ömrü dolmadan devre dışı kalmasına benzetilebilir (Saltık,1995,69).

Sağlık hizmetlerine ihtiyaç olması durumunda bu alınması gereken hizmetin yerini başka bir hizmetle doldurma şansı yoktur. Sağlık hizmetleri piyasasını diğer mal ve hizmet piyasalarından ayrılan en önemli özelliklerden biri de budur. Diğer mal ve hizmetleri ikame edebilirken sağlık hizmetleri ortaya çıkan sağlık problemine göre belirlendiğinden ikame edilemez. Sağlığını kaybeden kişinin onu geri kazanabilmek için uygulanacak tedaviyi kabul etmekten başka şansı yoktur. Sunulan sağlık hizmeti konusunda karar verme yetkisi olmadığından tercih de söz konusu olamaz (Tokalaş 2006,15). Sağlık hizmetlerinde talebi, hizmeti kullanan yani örneğin tedavi edici hizmetlerde hasta belirlemez. Sağlık hizmeti türemiş taleptir. Sağlık hizmetinin gerek olduğu durumlarda bu hizmetlerin kapsamını ve boyutunu hizmetini tıp bilimi doğrultusunda hizmeti sunan kişiler belirler (Işık, 1998,65).

Sağlık hizmetlerinin sunulması sonucunda ortaya çıkan değer parasal olarak ölçülmesi mümkün değildir. Sağlık hizmetlerinin çıktıları çok uzun vadede görülmeye devam edebilir. Sağlık hizmetlerinin verilmesini takiben bireylerin ve toplumun sağlık düzeyi yükselir. Sağlıklı bir toplumun çalışma süresi üretkenliği ve verimliliği artar. Tüm bu sonuçların parasal bir değer olarak ifade edilmesi imkansızdır. Örneğin, bebek ölüm oranının binde 10'dan binde 5'e düşürülmesi için yapılan harcamalara karşılık

“kazancımız ne kadar, ne kadar kar edildi?” şeklinde bir hesaplama yapma imkanı yoktur. Sağlık alanında yapılan harcamalarla geri kazanılan, korunan ya da geliştirilen sağlık hizmetleri bir yatırımdır. Sağlık hizmetleri için yapılan harcamalar uzun dönemde topluma geri dönmekte ve bu kazanım için ayrıca bir faaliyette bulunmaya gerek yoktur (Tokalaş,2006,15).

Günümüzde gelişmiş ya da belirli bir refah seviyesine ulaşmış olan ülkeler, insan gücüne yapılan yatırım olması nedeni ile, sağlık hizmetlerinin kalitesinin iyileştirilmesi için her yıl daha fazla kaynak tahsis etmektedirler. Ekonomik kalkınmanın da temel unsuru olan insanın sağlığının korunup geliştirilmesi ve hastalıkların tedavi edilmesi için, gelişmiş ülkeler Gayri Safi Yurtiçi Hasıllarından (GSYİH) her geçen yıl daha fazla pay ayırabilmektedirler. Bir anlamda sağlığa yapılan yatırımlar “üretken yatırım” olarak kabul edilmektedir. (Tokgöz,1981,499)

Sağlık hizmetlerinin sunumunda kullanılan teknolojinin satın alınmasının pahalı olması ve sunulan hizmetlerin insan faktörüne dayanması nedeniyle sağlık hizmetleri son derece pahalı olan bir özelliğe sahiptir. Buna rağmen sağlık problemlerinin en kısa sürede çözümlenmek zorunda olması sebebiyle, sağlık hizmetleri piyasasında hizmeti talep eden kişinin alınacak hizmetin bedeli konusunda pazarlık yapma şansı yoktur. Sağlık hizmetleri piyasasının bu özelliği sağlık hizmetleri piyasasının eksik rekabet koşullarında işlemesine neden olmaktadır. (Kurtulmuş,1998,44).

F. Baturel'in Stiglitz'den(1994,350) aktardığına göre; Rekabet piyasalarının belirlenen özelliklerine rağmen pareto etkin olmayışına neden olan piyasa başarısızlıklarının varlığı, bu piyasaların işleyişine müdahalenin gerekçesini oluşturur. Sağlık hizmetleri piyasasında ise, piyasada etkin kaynak tahsisini önleyen nedenler olarak belirtilen faktörler piyasa aksaklıklarına neden olurlar. Bu nedenlerden dolayı rekabetçi piyasalar, sağlık hizmetleri için etkin çalışmaz ve bu şartların olmadığı bir yerde farklı bir piyasa tipi ortaya çıkar. Sağlık hizmetleri alanında özel piyasalar pareto etkin olabilirler. Ancak bu hizmetlerin bedelini ödeyemeyecek olan kimselerin bu hizmetten yararlanması piyasasının etkinliğini bozmaktadır.

Maynard, Mills, Gibson ve Pauly gibi çeşitli sağlık ekonomistleri, sağlık hizmetinin hem tüketim hem de yatırım unsuruna sahip olması, gelirle ilişkilendirildiğinde sağlık hizmeti maliyetlerinin yüksek olması, kötü sağlığın para kazanma kapasitesini olumsuz yönde etkilemesi nedeniyle ekonomideki diğer mal ve hizmetlerden farklılaştığını belirtmektedirler. Sağlık malının ve hizmetinin kendine özgü bu özelliklerine dayalı olarak piyasa başarısızlıklarıyla karşılaşmaktadırlar (Yıldırım 1999: 126).

H. Nadaroğlu (1981,34)'na göre "Sağlık hizmetleri yarı kamusal mal ve hizmetler sınıfına girmektedir". Bu hizmetleri bir tüketicinin kullanımına sunarken, toplumun diğer bireylerinin bazıları da bu hizmetlerden faydalanmaktadır. Sunulan sağlık hizmeti sonucunda ortaya çıkan fayda bireye özel olmayıp topluma da sosyal bir fayda sağlamaktadır. Sağlık hizmetlerinden elde edilen bireysel fayda pazarlanabilir iken bu hizmetlerin sağladığı sosyal fayda ise pazarlanamaz. Mal ve hizmet üretmek isteyen bir üretici yalnızca pazarlayabileceği özel faydayı dikkate alarak hareket eder. "Diğer bir anlatımla, kaynak tahsisini, yalnızca pazarlayabileceği özel faydaya göre yapar. Belirli bir muayene, tedavi, aşı hizmetleri öncelikle bireylerin sağlığını etkilemekte bu arada da toplumun genel sağlığına önemli katkı sağlamaktadır. Özellikle bulaşıcı hastalıklarda toplumun sağladığı fayda çok yüksektir. Toplumun genelinin, daha sağlıklı bir yapıya kavuşması, bir üretim faktörü olan emeğin verimliliğinin artmasına neden olur. Sağlık hizmetlerinin faydası sonuç olarak, bireyin dışına taşar ve topluma yayılır" (Tokalaş,2006,16).

Toplumda gelir seviyesinin düşük olması nedeniyle sağlık hizmetlerinin bazı kesimlerce satın alınamaması durumunda, doğrudan doğruya topluma yayılacak olan dışsal faydalar sınırlamaktadır. Bu sebeple devlet tarafından Yeşil Kart, 2022 malullük sigortası gibi destekler sağlanarak sosyal fayda yaygınlaştırılmaya çalışılmaktadır (Tokalaş,2006,17). Ayrıca devlet uyguladığı çeşitli vergi indirimi, sübvansiyon gibi yollarla sağlık hizmetlerinin üretimine destek vermektedir (Şener,1998,60). Sağlık hizmetleri piyasa mekanizması yanında kamu sektöründe de finanse edilip üretilmesini sağlar. Sağlık hizmetlerinin üretiminin tamamıyla piyasa koşullarına bırakılmayışı ekonomik, teknik, sosyal, hatta etik nedenlerle, sağlıklı bir yaşamın bir insan hakkı ve anayasal bir hak olmasından dolayıdır (Çilingiroğlu, 2001,1592). Ayrıca sosyal devletin

görevlerinden olan toplum sağlığının korunması ilkesi sebebiyle, sağlık hizmetlerinin tamamen serbest piyasa koşullarına bırakılması mümkün değildir (Kurtulmuş,1998,44).

Sağlık, piyasada alınıp satılabilen mal ve hizmetlere benzememesi sebebiyle, sağlık piyasası da tamamen kendine özgü diğer mal ve hizmet piyasalarından oldukça farklı bir piyasadır. Sağlık hizmetlerinin kamusal ve dışsallık özelliği nedeniyle sağlık hizmetlerinin fiyatının gerçek maliyeti yansıtması güçtür (Özsarı 2000,21-22)

Sağlık hizmetlerinin, kişiler arası alım ve satımı farklı nitelikler taşır. Diğer mallar üreticiler tarafından üretilip halka satılırken, bireylerin sağlık statüleri satın aldıkları başka mal ve hizmetlerden de etkilenmekle birlikte büyük orada kendilerinin ürettiği bir durumdur. Refah seviyesi, zaman tercihleri, riskler ve sağladığı faydalar gibi standart ekonomik kavramlarla ele alındığında sağlığın bireyler tarafından marjinal değerinin hesaplanmasının neredeyse imkansız olduğu anlaşılacaktır (Pheelps,1997,21).

İnsanların sağlık durumlarında meydana gelen bozulmalar sonrasında ekonomik olarak iki sonuç ortaya çıkar. Birinci sonuç, meydana gelen rahatsızlıktan dolayı kişinin gücünü kaybetmesi ve çalışamamaktan doğan gelir kaybıdır. İkinci sonuç ise hastalığın tedavi edilebilmesi için harcanan para sonrasında meydana gelen gelir kaybıdır. Sağlıklı bireylere sahip olma toplumun geleceği ve mutluluğu için önemli bir unsur olduğu gibi, ülkenin ekonomik kalkınmasında gerekli insan gücü kaynağının oluşturulabilmesi için de şarttır (Kurtulmuş, 1998,17). Bireysel bütçe veya toplumsal bütçe düşünüldüğünde hastalık nedeni ile gelir azalırken, giderler artmakta ve bütçe açık vermektedir. Toplumun sağlık düzeyi beşeri sermayeyi besleyen ve gelişmesine önemli katkıda bulunan bir unsurdur. Sağlıklı bireylere sahip olmak bir toplumun beşeri sermaye kalitesini de yükseltir (Taban,2004,17).

2.3. Sağlık Ekonomisi Kavramı

Modern tıbbın var olmadığı dönemlerde hastalara verilen sağlık hizmetleri bir çeşit yardım ve hayır işi niteliğindedir. Tıp biliminin gelişmesi ve verilen hizmetlerin çeşitlilik kazanması ile sağlık hizmetlerinin önemi artmış, bu hizmetleri veren çeşitli sistemler oluşturulmuştur. Zaman içerisinde sağlığın ve sağlıklı bir topluma sahip olmanın önemi herkesçe kabul görmüş, mevcut sağlık çıtasını daha yukarılara taşımak

için insanlar kaynak arayışına girmiştir. Kaynakların etkin kullanılması gerektiği düşüncesi hakim olmaya başladıkça da sağlığın sosyal olduğu kadar ekonomik bir olay olduğu görüşü ağırlık kazanmaya başlamıştır. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin daha iyi nasıl yerine getirilebileceği konusunda ekonomi biliminin imkanlarından yararlanılmaya başlanmıştır. Sağlık hizmetlerinde mevcut kaynaklarla ihtiyaçların en iyi şekilde karşılanabilmesi için, ekonomi ile ilişkilendirilebilecek hastane hizmetleri, özel sağlık hizmetleri, hastalıkların maliyetleri gibi konuların ekonomik olarak incelenmesini zorunlu hale gelmiştir (Tokalaş,2006,13).

Sağlık ekonomisi, toplumların ve toplumu oluşturan fertlerin sağlıklarını korumak, sağlık koşullarının bozulması durumunda tedavilerini yapmak, hastalıklarından tamamen kurtulamayıp sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumların sağlık düzeylerini yükseltmek için yapılan planlı çalışmalar da ekonomi biliminin imkanlarının kullanılmasıdır (Bekir, 2003,1)

Ekonomi biliminin kurallarının, yöntemlerinin ve analiz tekniklerinin sağlık alanına uyarlanması ve uygulamaları ile ilgilenen Sağlık Ekonomisi; hangi ekonomik ve sosyal sistemin sağlık için destek sağladığını ve bunun gerekçeleri ile toplumun sağlıklı olabilme amacına ulaşmada sağlığa ayrılan kaynakların nasıl tahsis edileceği konusundaki seçenekleri bulmaya yardım eder. Sağlığın geliştirilmesi karmaşık süreçleri içerir. Ekonomi de karmaşık bir bilim dalı ve disiplindir. Bu nedenle sağlık ekonomisi; sağlık hizmeti arz ve talebinin özelliklerini, sağlık hizmetleri piyasasının işleyişini, devletin piyasadaki rolünü, sağlık hizmetlerinin temel özelliklerini, sağlık sistemlerini (hizmet sunum ve finansmanı), bütçe yapma ve izleme mekanizmalarını, sağlık planlamasını, sağlık insan gücü planlamasını ve sistemin bütününe değerlendirilmesini de içermektedir (Çilingiroğlu, 2001, 1595-1596).

Sağlık alanında da kaynaklar sınırlı olduğu için eldeki kaynaklar doğru kullanılmalı, minimum kaynak ile maksimum çıktı sağlanmalı, kullanılan birim kaynak başına en fazla yarar sağlayan işlerin yapılmasına öncelik verilmelidir. Tüm bu tercihleri yapabilmek, kaynak israfının ve etkinliği olmayan işlerin yapılmasının önlenmesi için sağlık ekonomisine ihtiyaç vardır. Bir ülkede sağlık ekonomisi ile sağlık sisteminden sağlık ve sağlık hizmetlerine tahsis edilecek kaynakların optimum tutarının belirlenmesi, tahsis edilen kaynakların kullanımının optimum bileşiminin belirlenmesi,

sağlık hizmetlerinde en yüksek düzeyde performans sağlanması için finansman tekniklerinin kullanımı, sağlık hizmetlerinin piyasa başarısızlığı ve dışsallıklar nedeni ile yönetimin rolünün ne olacağı, gibi temel konular çözüme kavuşturulmaya çalışılır (Saltık, 1995,38).

Temel ekonomik kavramlar, sağlık ekonomisi içerisinde de sıklıkla kullanılmakta ve sağlık sektörü için yapılan analizlerde önemli yer tutmaktadır. Sağlık sistemlerinin temel amacı, sunulan hizmetler aracılığıyla toplumun sağlık düzeyini iyileştirmek, korumak ve geliştirmektir. Sağlığı geliştirmek amacıyla planlanan bir faaliyetin uygulamaya değer olup olmadığına karar verilirken, bu müdahale sonrası elde edilecek sağlık getirisini elde etmek için harcanacak kaynaklarla bir başka alternatifin gerçekleştirilmesi halinde sağlanacak getiriler arasında kıyaslama yapılması gerekir. Eğer getiri fazla ise, ilk planlanan faaliyet yapılmaya değerdir. Burada fırsat maliyeti kavramı karşımıza çıkmaktadır (Tokalaş,2006,13). Kaynakların kısıtlı olduğu durumlarda, fırsat maliyeti kavramı elde edilen bir ürün ya da hizmet miktarını, bu seçim sonucunda sağlanamayan diğer bir ürün ve hizmetlerin cinsinden hesaplamayı önerir (Çilingiroğlu, 2001,1595).

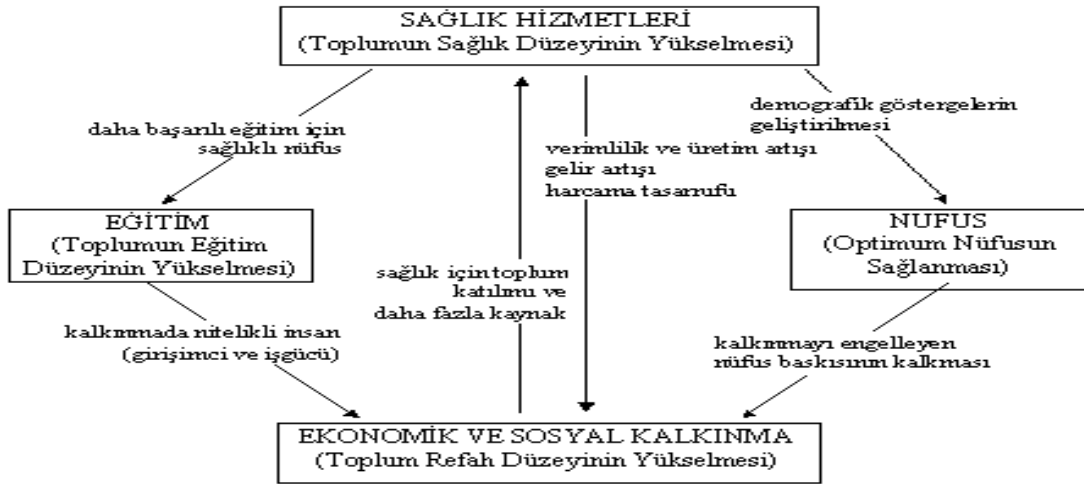
“Sağlık ekonomisinin temel amacı, her türlü sağlık hizmetini üretmek için ayrılan kaynakların en verimli şekilde kullanılmasını sağlamaktır”(Tokalaş,2006,11). Sağlık hizmetleri sunumunda, sağlık üreten birimlerin ve sağlık personelinin amacı, hastalıkların önlenmesi mevcut sağlık düzeyinin korunup geliştirilmesi iken, ekonomistlerin amacı, mevcut kaynakların en iyi şekilde kullanılması ve toplumsal faydanın maksimize edilmesidir (Williams,1987,9).

Sağlık ekonomisinin yapısı ve temel unsurları ve aralarındaki ilişki Culyer ve Williams’ın oluşturduğu ancak sistematüğını Williams’ın geliştirdiği şematik anlatımla Şekil 1’de belirtilerek açıklanmaktadır (Işık 1997: 12-15;Mutlu ve Işık 2002: 16-19).

2.4. Sağlık İle Ekonomik Büyümenin İlişkilendirilmesi

Eğitim ve sağlık beşeri sermayenin niteliksel yönden gelişiminde rol oynayan iki önemli unsurdur. Beşeri sermayeyi oluşturan temel unsur eğitim olmakla birlikte, toplumun sağlık düzeyi de beşeri sermayenin gelişmesini ve aynı zamanda korunmasını sağlayan diğer bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Bir toplumun sağlık düzeyi ile ekonomik gelişmişlik arasında yakın ve karşılıklı bir nedensellik ilişkisi bulunmaktadır (Taban,2004,4). Ekonomik gelişmesini belli bir seviyeye ulaştırabilmiş toplumlarda sağlık için ayrılan kaynaklar arttığı gibi, bireylerin sağlık konusunda farkındalıkları da artmaktadır. Bununla birlikte sağlık düzeyinin gelişimi de ekonomik gelişimi hızlandırmaktadır (Mazgit, 1998, 405).

Toplumların sağlık düzeyinin yüksek olması ile beraber işgücünün daha verimli kullanılmasının, toplam çıktıyı dolayısıyla ülke kalkınmasını olumlu etkilediği konusunda bir çok görüş bulunmaktadır. Sağlık, toplumun gelir ve refahı, işçi verimliliği, işgücü katılımı, tasarruf ve yatırım oranları, demografik faktörler ile diğer beşeri sermaye faktörleri üzerinde doğrudan bir etkisi bulunmaktadır (Karagül, 2002, 72). Toplumun sağlık düzeyinin yükselmesinin, eğitim, demografik faktörler ve ekonomik gelişme üzerindeki etkileri Şekil 2’de yer almaktadır.



Şekil 2: Toplumun Sağlık Düzeyinin Yükselmesinin, Eğitim, Demografik Faktörler Ve Ekonomik Gelişme Üzerindeki Etkileri

Kaynak: İsmail Mazgit, “Ekonomik Kalkınma Sürecinde Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılanması”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 1998, s. 109.

Şekil 2’de gösterildiği gibi toplumun sağlık düzeyini yükselten sağlık hizmetleri ekonomik ve sosyal kalkınmaya katkıda bulunur. Eğitim düzeyi yükselen toplum, sağlık göstergelerinde meydana gelen iyileşmelerle birlikte nitelikli işgücü olarak kalkınmada yer almaktadır. Sağlık durumunda meydana gelen iyileşmelerle birlikte nüfus optimum düzeye ulaşmakta ve kalkınmayı engelleyen nüfus baskısı ortadan kalkmaktadır. Bu sayede ekonomik ve sosyal kalkınma ivme kazanmaktadır. Verimlilik ve üretim artışı gelir artışını, gelir artışı da harcama tasarrufu ile ekonomik ve sosyal kalkınmayı dolayısı ile toplumun refah düzeyini yükseltir. Gelişimini büyük ölçüde sağlamış toplumlar sağlık için daha fazla kaynak tahsis ederek toplumun sağlık düzeyinin maksimum seviyeye ulaşmasını ve bu düzeyin devamlılığını amaçlar. Sağlık hizmetleri ile eğitim ve nüfus arasında karşılıklı bir ilişki söz konusudur. Bu üç ayak aynı anda ekonomik ve sosyal kalkınmanın motor kuvvetidir.

İnsanlar var oluşlarından bu yana bir gelişme süresi içindedir. Bu gelişme ile birlikte insanlar mevcut kapasitelerini daha yukarılara taşırlar. Gelişme süreci boyunca toplumların eğitim seviyelerinde, sağlık hizmetlerinde ve beraber yaşamının getirisi olarak toplumsal güvende artış görülür. Gelirin artışıyla yaşam kalitesinde belirgin artışlar görülmekle birlikte, düşük gelirli de olsa düzenli sağlık hizmeti sağlanan bir toplumda yaşam uzunluğu ve kalitesi bakımından dikkat çekici sonuçlar gözlenebilmektedir. Bu da toplumlar için sağlığın ne kadar önemli olduğunun bir göstergesidir (Şenses, 2003,202).

Yapılan bir çok ampirik çalışmada, ekonomik gelişme sürecinde eğitim ve sağlığa eş zamanlı yapılan yatırımların olumlu etkileri saptanmıştır. Bu çerçevede sağlıklı ve eğitilmiş fertlerin, toplumda tüketici ve üretici olarak daha etkin davrandıkları tespit edilmiştir (Mushkin,1962,156). Aynı zamanda, sağlıklı fertlere sunulan eğitim sonucunda eğitimin çıktıları daha belirgin olmaktadır. Sağlıklı fertlerin eğitilmesinde dikkat çeken diğer bir unsur ise bu kişilere sunulan eğitim yatırımlarından daha uzun süreli yararlanma imkanının olmasıdır. Sağlıklı olan bir kişinin, çalışma ömrü daha uzun olacak ve geçen süre içerisinde bu kişiler üretkenliklerinden fazla bir şey kaybetmeyeceklerdir (Smith, 2006,77).

Ekonomik gelişmişlik ile toplumun sağlık düzeyi arasında karşılıklı bir ilişki söz konusudur. Ekonomik gelişmesini belli bir düzeye getirebilmiş toplumlarda sağlık

için ayrılan kaynaklar arttığı gibi, bireylerin sağlık bilinci de yükselmektedir. Dolayısıyla, eğitim ve sağlığın birbirini tamamladığı, ülke kalkınması açısından fiziki sermayeye ve eğitime yapılan yatırımların benzerinin sağlığı da yapılmasının zorunlu olduğu görülmektedir (Mushkin, 1962,134).

2.5. Kişi Başına Düşen GSYİH İle Temel Sağlık Göstergeleri Arasındaki İlişki

Kişi başına düşen gelirin yükselmesi ve GSMH'daki artışlar çoğu zaman ekonomik anlamda büyümeyi ifade eder. Fakat gerçek anlamda büyümeden bahsedebilmek için bu göstergelerin yanında ekonomi ile ilgili olan birçok sosyal göstergenin beraberce incelenmesi ve değerlendirilmesi gerekir. Bunlar, beslenme, istihdam, eğitim düzeyi ve tüm dünyada gittikçe önem kazanan sağlık durumu gibi insan hakları ile ilgili göstergelerdir. Günümüze ekonomik kalkınma gerçekleşirken insani faktörlerle ekonomik faktörler arasındaki ilişkinin boyutları önem kazanmakta, boyutların belirlenmesine yönelik çalışmalar her geçen gün artmaktadır. İnsani göstergeler içerisinde sağlık göstergeleri, ekonomik kalkınmayla daha yakın ilişki içerisinde olması nedeniyle diğer göstergelerden bir adım önde olup bu konuda yapılan çalışmalar diğerlerinden fazladır (Philips ve Verhasselt, 1994,3).

Sağlık ve ekonomi arasındaki ilişkinin araştırıldığı birçok çalışmada farklı değişkenler kullanılmaktadır. Toplumun sağlık düzeyi ortaya konarken dünya genelinde kabul görmüş, doğumda yaşam beklentisi, bebek ölüm oranları, çocuk ölüm oranları ile kaba ölüm oranları göstergeleri kullanılırken, toplumun ekonomik durumunu ortaya koymak için ülkenin milli geliri ve tüketim harcamaları kullanılır (Feldstein, 1993,22). Yapılan araştırmalarda göstermiştir ki, gelir ve tüketim harcamaları tek başına bir ülkenin ekonomik durumunu ortaya konmak için yeterli bir ölçüt değildir. Bu nedenle ortaya çıkan farklı gösterge arayışları sonucunda genel sağlık göstergeleri ile ekonomik göstergeler birlikte değerlendirilmeye başlamıştır (Şenses, 2003,96).

Bir ülkenin ekonomik performansını ve aynı zamanda gelişmişlik düzeyini ortaya koymak için yapılan çalışmalar esnasında sağlık ile ekonomik büyüme arasında ilişkilendirme yapılırken, KBGSYİH ile sağlık göstergeleri arasındaki ilişki gelişmenin bütün aşamalarında ele alınmıştır. Bu çalışmaların sonucunda doğumda yaşam beklentisi ile KBGSYİH arasında pozitif yönlü bir ilişkinin olduğu

belirlenirken, bebek ölüm hızı çocuk ölüm hızı ve kaba ölüm oranı arasında negatif yönlü bir ilişkinin olduğu ortaya konmuştur (Işık,1998,142).

Toplumların sağlık düzeyinin gelişmiş olmasının, verimliliğin ve milli gelirin artmasına dolayısı ile ülke kalkınmasına olumlu etkilerinin olup olmayacağına dair çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Sağlık göstergeleri olarak daha çok bebek ölüm hızı, kaba ölüm hızı, doğumda yaşam beklentisi ile sağlık harcamalarının kullanıldığı çalışmalarda, genel olarak sağlık göstergelerinde meydana gelen iyileşmelerin ekonomik anlamda büyümeyi pozitif yönde etkilediğine ilişkin ampirik bulgulara erişilmiştir.

Fielding ve Shields'in Finlandiya, İsveç ve Danimarka'da yaptıkları 1867-1997 yıllarını kapsayan bir araştırmada sağlık göstergeleri ve kişi başı gelir ilişkisi araştırılmıştır. Araştırma sonucunda 3 İskandinav ülkesinde kişi başı gelir ve bebek ölümleri arasında dinamik bir etkileşimin olduğu ve bu iki değişken arasında negatif yönlü bir ilişkinin var olduğu belirlenmiştir. Çalışma sonucunda ulaşılan önemli sonuçlardan bir tanesi de, sağlık ölçümlerinin ekonomik performansın önemli bir göstergesi olmasıdır (Fielding ve Shields, 2001,1).

Folland ve diğerleri, Amerika'da gelir düzeyinin artmasının sağlık üzerine artırıcı etkisinin olup olmadığını araştıran çalışmalar yapmış, bu çalışmalar sonucunda gelir ve sağlık arasında karmaşık ve çelişkili bir ilişkinin olduğu saptanmıştır. Amerika'da 20 yy.ın ikinci yarısından itibaren gelir seviyesindeki artışlarla beraber kaba ölüm oranında önemli azalışlar görülmüştür. Yapılan araştırmanın sonuçlarına göre, kaba ölüm oranında meydana gelen bu azalışlarda, artan gelirler ile beraber teknoloji alanında sağlanan ilerlemelerin de payı olduğu düşünülmektedir (Folland vd., 2001,91).

Gelir ve sağlık arasındaki ilişki üzerinde çalışmalarda bulunarak bu konuda görüş bildiren ekonomistlerden biri de Preston'dur. Preston (1975,231)'a göre, ekonomik koşulların ölüm üzerindeki etkileri tarihin ilk dönemlerinden, kutsal kitapların ortaya çıktığı zamandan itibaren bilinmektedir. Preston çalışmasında gelir seviyesinde meydana gelen artışların beslenme düzeyinde iyileşmelere neden

olduğunu vurgulamıştır. Sadece gelirle beraber beslenme düzeyindeki artışın gelirle sağlık arasındaki ilişkiyi ispatlamak için yeterli olduğunu savunmuştur.

Bloom ve diğerlerinin 1960-1990 yılları arasında 104 ülke üzerinde yapmış oldukları çalışmada doğumda yaşam beklentisinde meydana gelen değişimlerin ekonomik büyüme üzerindeki etkisi sorgulanmıştır. Çalışmada en küçük kareler yöntemi kullanılmış ve doğumda yaşam beklentisinde meydana gelen değişimlerin ekonomik büyüme üzerine pozitif etkisinin bulunduğu saptanmıştır. Benzer olarak Mayer 1950-1990 yılları arasında 18 Latin Amerika ülkesinde doğumda yaşam beklentisi ile ekonomik büyüme arasındaki nedenselliği araştırmıştır ve aralarında nedensellik saptamıştır. Chacraborty' nin 1970 ile 1990 yılları arasında 20 yıllık süreyi kapsayan çalışmasında 95 ülkenin doğumda yaşam beklentisi göstergeleriyle ekonomik büyüme arasındaki ilişki incelenmiş ve sağlık göstergelerinde meydana gelen olumlu gelişmelerin ekonomik büyümede rolü olduğu belirtilmiştir. Bloom ve Sach'ın beraber yapmış oldukları çalışmada ise 75 Afrika ülkesinde doğumda yaşam beklentisi, bebek doğum ve ölüm oranının ekonomik büyüme üzerine etkisi araştırılmıştır. Sonuç olarak doğumda yaşam beklentisinin ekonomik büyüme üzerine olan pozitif etkisi saptanırken bebek doğum ve ölüm oranının ekonomik büyüme üzerine negatif etkisinin olduğu saptanmıştır. Barro'nun 98 ülkede yapmış olduğu çalışmada da toplam doğurganlık oranının ekonomik büyüme üzerine etkisinin negatif olduğu saptanmıştır.

1965-1990 yılları arasında Bhargava ve diğerlerinin sağlık göstergeleri ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi sorguladığı çalışmanın sonuçları önceki çalışmalardan bazı konularda farklılık göstermektedir. Bhargava ve diğerleri, temel sağlık göstergelerinde meydana gelen değişikliklerin pozitif yönde büyümeye olan katkısının ancak az gelişmiş ve gelir seviyesi düşük ülkelerde olabileceğini söylemektedir. Buna neden olarak da artan gelir seviyesi ve gelişmişlik düzeyi ile birlikte ulaşılan maksimum sağlık göstergeleri gösterilmektedir. Temel sağlık göstergelerin maksimum seviyeye ulaşmasıyla birlikte sağlık göstergelerinde meydana gelen minimal değişimlerin ekonomik büyümeye katkı sağlayamayacağı düşünülmüştür.

Sağlık göstergeleri ile ekonomik göstergeler arasındaki karşılıklı ilişki ekonomik krizlerin yaşandığı dönemlerde kendini daha da belli etmektedir. Ülkelerin ekonomik yaşantılarında meydana gelen krizlerin, sağlık göstergeleri üzerinde önemli etkileri bulunmaktadır. Bu etkiler ilk olarak GSYİH içindeki sağlığa ve sosyal hizmetlere ayrılan payın düşmesi olarak kendini göstermektedir. Hane halkı gelirinin düşmesi dolayısı ile kötü beslenme ve kötü konut şartları oluşabilmektedir. 1988-1992 yılları arasında Peru’da yaşanan ekonomik kriz sonucunda hane halkının gelir seviyesi önemli ölçüde düşmüş ve bu düşüşün toplum sağlığına ve özellikle bebek ölüm oranı ile çocuk sağlığı üzerine önemli etkileri olmuştur. Hane halkı gelirinin azalması ile yaşam koşullarının kötüleşmesinin yanı sıra , kamu sağlık harcamalarının da azalması bu etkiyi artırmıştır. Ekonomik krizin yaşandığı yıllara ait bebek ölüm oranının kriz öncesi ve sonrası yıllara oranla % 50 daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Paxson ve Schady, 2004,15).Tablo 1’ de, zaman içerisinde yapılan ampirik çalışmalar ve sonuçları bir arada sunulmuştur.

Tablo 1: Sağlık Ekonomik Büyüme İlişkisini Araştırmaya Yönelik Yapılmış Ampirik Çalışmalar ve Sonuçları

Yazar	Uygulandığı Ülke Grupları	Kapsadığı Dönem	Sağlık Göstergesi	Büyümeye Etkisi
Bloom ve diğerleri (2001)	104 Ülke	1960-1990	Doğumda Yaşam Beklentisi	Pozitif
Webber (2002)	46 Ülke	1960-1990	Kişi Başına Kalori	Etkisiz
Kelly (1997)	73 Ülke	1970-1989	Sağlık Harcamaları	Etkisiz
Mayer (2001)	18 Latin Amerika	1950-1990	Doğumda Yaşam Beklentisi	Pozitif
Chacraborty (2003)	95 Ülke	1970-1990	Doğumda Yaşam Beklentisi	Pozitif
Brempong ve Wilson (2003)	21 Alt-Sahra Afrika ve 23 OECD ülkesi	1975-1994 1961-1995	Sağlık Harcamaları ve Doğumda Yaşam Beklentisi	Pozitif
Mc Donald ve Roberts (2002)	77 Ülke	1960-1989	Doğumda Yaşam Beklentisi	Pozitif
Ranis ve Diğerleri (2000)	35-76 Gelişmekte olan ülke	1970-1992	Doğumda Yaşam Beklentisi ve birleşik yaşam beklentisi	Pozitif
Bloom ve Sachs (1998)	75 Afrika ülkesi	1973-1998	Doğumda Yaşam Beklentisi, bebek ölüm oranı ve doğum oranları	Pozitif (DYB), Negatif (BÖO,DO)
Bhargava ve diğerleri (2000)	92 Ülke	1965-1990	Doğumda Yaşam Beklentisi	Pozitif
Barro (1991)	98 Ülke	1960-1985	Toplam Doğurganlık oranları	Negatif
Kar ve Ağır (2003)	Türkiye	1926-1994	Kamu sağlık harcamaları	Etkisi yok

Kaynak:Taban Türkiye’de Sağlık ve Ekonomik Büyüme İlişkisi, Nedensellik Testi Doktora Tezi, 2004;6

2.5.1. Gelir ve Doğumda Beklenen Yaşam Süresi İlişkisi

Doğumda yaşam beklentisi ülkedeki sağlık hizmetlerinin niteliği ve adaletli dağılımı hakkında önemli ipuçları vermekle beraber ülkelerin sağlık, kalkınma ve sosyal göstergeleri içinde önemli göstergelerden biridir (DPT, 2006,201). Bu gösterge, gelir ve eğitim ile birlikte kişisel kalkınmanın üç önemli ayağından birini oluşturmaktadır. Bir ülkedeki yaşam beklentisi sağlıklı ve uzun yaşayan insan sayısı hakkında fikir verir.

Doğumda yaşam beklentisi tıpkı kişi başı GSYİH ya da kişi başı sağlık harcaması gibi ortalama bir ölçüm olup toplumun tümü için ortalama bir değer vermektedir. Uzun bir yaşam, sağlıklı olmak anlamına gelmemektedir. Ancak yapılan çalışmalarda uzun bir doğumda yaşam beklentisine sahip ülkelerin diğer sağlık göstergeleri açısından da daha iyi göstergelere sahip olduğu gözlenmektedir (Yılmaz, 2002,92). Doğumda yaşam beklentisi hesaplamaları, günümüzde birçok ülke için önemli bir gösterge ve ülkelerin sağlık üretim fonksiyonunun bir çıktısı olarak kabul edilmektedir Aynı zamanda bu gösterge, ülkelerin sosyal güvenlik sistemlerinde emeklilik yaşının genel olarak hesaplanmasında kullanılan temel ölçütlerden de bir tanesini oluşturmaktadır (Nordhaus D. 2005,392).

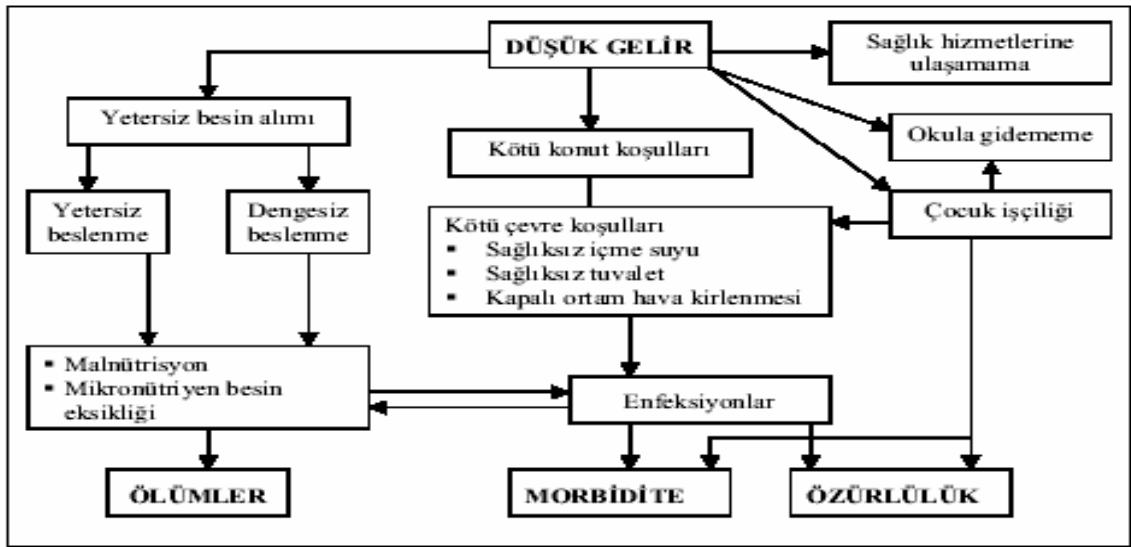
Gelişmiş ülkelerde gelir artışı ve sağlıktaki iyileşmelere paralel olarak doğumda beklenen yaşam süresi yıllara göre artış göstermektedir. Örneğin, 1994-2005 yılları arasında OECD ülkelerinin KBDGSYİH'ları ortalama olarak % 45 artarken doğumda yaşam beklentisi de söz konusu yıllar arasında %2.9 artış göstermiştir.(OECD Health Data 2005). Bir ülkenin sağlık göstergelerinde meydana gelen iyileşme ile beraber doğumda yaşam beklentisi süresinin artması ve eğitilmiş insanların üretimde daha uzun süre yer alması sonucu, eğitim yatırımlarının amortisman oranlarında düşüş gerçekleşir. (Muskin, 1962,131).

2.5.2. Gelir ve Bebek-Çocuk Ölüm Oranı İlişkisi

Dünya genelinde makro açıdan ülkelerin sağlık durumları ortaya konarken kullanılan en önemli göstergelerden biride bebek ölüm oranlarıdır (DPT, 2006,201). Aynı zamanda bebek ölüm hızı göstergesi insani gelişimin bir göstergesi olarak da kullanılmaktadır. UNICEF, UNDP, OECD ve WHO gibi uluslararası örgütlerde

yapmış olduğu araştırmalarda bebek ölüm oranları göstergesini diğer göstergelerle beraber sıklıkla kullanılmış ve raporlarında yer vermiştir. (The Task Force Report, 2005).

şekil 3' de görüldüğü gibi gelir seviyesinin bebek ölümleri üzerindeki etkisi annenin yetersiz beslenmesi, bebeğin yetersiz beslenmesi, hijyen şartlarının yetersizliğı ve bunlara bağılı olarak enfeksiyon hastalıklarının yaygınlığı, sosyal şartların yetersizliğı ve fiziksel ortamın durumu ile kendini göstermektedir.



Şekil 3: Düşük Gelir ile Ölüm, Morbidite ve Özürlülük İlişkisi

Kaynak: Hatun ve diğerleri, "Yoksulluk ve Çocuklar Üzerine Etkileri", Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 2003; 46:252.

Dünya genelinde bebek ölümlerine sebebiyet veren birçok neden bulunmaktadır. Sosyal faktörlerin yanı sıra annenin yaşı, beslenme, genetik durum, düşük doğum ağırlığı, iki doğum arasındaki sürenin yetersiz olması, annenin sigara, alkol uyuşturucu madde kullanımı ve kürtaj gibi sağlık nedenleri de bebek ölüm oranlarını etkilemektedir. Yapılan araştırmalar anne eğitiminin artması ile bebek ölüm oranları arasında negatif bir korelasyon olduğunu ortaya koymaktadır. Annenin hamilelik süresince beslenmesi ile annenin eğitimi bu faktörlerin en ön sıralarında yer almaktadırlar. Bu faktörler dışında, bebek ölüm oranlarını etkileyen çeşitli faktörlerde bulunmakta ve yapılan ampirik çalışmalar bu ilişkiyi desteklemektedir. Kalkınma seviyesi yüksek olan ülkelerin tamamında bebek ölüm oranları diğer ülkelerin ve dünya ortalamasının oldukça altındadır (Corman, ve Grossman,1985,213-236).

Çocukların gelişme döneminde, hatta dünyaya gelmeden anne karnında besleyici maddelerin yeterli derecede alması hayat boyunca sağlığını ve verimliliğini etkilemektedir. İleriki yaşlarda verimlilik için gerekli olan sağlıklı beslenme koşulları ancak hane halklarının ekonomik durumlarının güçlü olmasıyla sağlanabilmektedir. Demir ve protein gibi besin maddeleri, hayvansal ürünlerde yoğun olarak bulunmaktadır. Bu besinler ise nispeten pahalı olup, fakir ailelerin bütçeleri ile elde edilememektedir. Sağlıklı bir yaşam için gerekli olan bu maddelerin vücutta yeteri kadar bulunamaması durumunda enfeksiyon hastalıklarına zemin hazırlanmaktadır. Gelişimlerini büyük ölçüde tamamlamış olan ülkelerde yapılan bir çok çalışma da yetersiz beslenmenin verimliliği düşürdüğü ve uzun dönemde üretim kaybına neden olduğu saptanmıştır (Bhargava, 2001,173-174).

2.5.2.1.OECD Ülkelerinin Kişi Başına Düşen GSYİH'ları İle İlişkilendirilen Sağlık Göstergelerinin durumu

OECD ülkelerinin geçmiş yıllardaki kişi başına düşen GSYİH'ları ile yine bu ülkelere ait temel sağlık göstergeleri beraber incelendiğinde, aralarındaki doğru yönlü bir ilişkinin bulunduğu göze çarpmaktadır. Artan kişi başı gelirle birlikte kişilerin ilk olarak beslenme koşullarında bir iyileşmenin olduğu, beslenme koşullarında iyileşmenin uzun dönemde sağlığa olumlu yönde etki ettiği ve artan gelirle birlikte insanların sağlık hizmetlerine ulaşımı kolaylaştığından sağlık göstergelerinde pozitif yönlü bir artışın meydana geldiği düşünülmektedir. (Hobijn ve Franses, 1999,37).

Tablo 2'de 1994-2004 yılları arasında OECD ülkelerinin kişi başı GSYİH'larında ki değişimler, doğumda yaşam beklentisi ve bebek ölüm hızlarındaki değişimler ile birlikte yer almaktadır. OECD ülkelerinin 1994-2004 yılları arasındaki kişi başına düşen GSYİH'ları incelendiğinde on yılın sonunda diğer ülkelere göre daha fazla artış kaydeden ülkelerin, temel sağlık göstergelerinde de diğer ülkelere nispeten daha yüksek artışlar kaydettiği görülmektedir (OECD Health Data 2006).

Tablo 2 'de yer alan verilere göre dikkat çeken bir başka konu, 10 yıl içerisinde en yüksek kişi başı gelir artışını kaydeden ülkeler olan Polonya, Türkiye, Portekiz, İspanya sağlık göstergelerinde de pozitif yönde en iyi ilerlemeleri kaydeden ülkeler olmuşlardır. Bu tablo incelenirken aynı zamanda İngiltere, Norveç,

Lüksemburg gibi yüksek KBGSYİH artışları yakalamış ülkelerin sağlık göstergelerinde bir iyileşme olmadığı düşünülebilir. Bu durum gelişmiş olan bu ülkelerin maksimum sağlık göstergelerini yakalamış olmasıyla açıklanabilir. Aynı zamanda ileri düzeyde gelişmiş olan bu ülkelerin sağlık yatırımları için devlet bütçesinden ayırmış oldukları yüksek miktarlar, günümüzde ileri düzeyde sağlık göstergelerine sahip olmalarında önemli rol oynamıştır denilebilir.

Tablo 2: OECD Ülkelerinin 1994-2004 Yılları Arasında Kişi Başı GSYİH Ve Temel Sağlık Göstergelerindeki Değişmeler

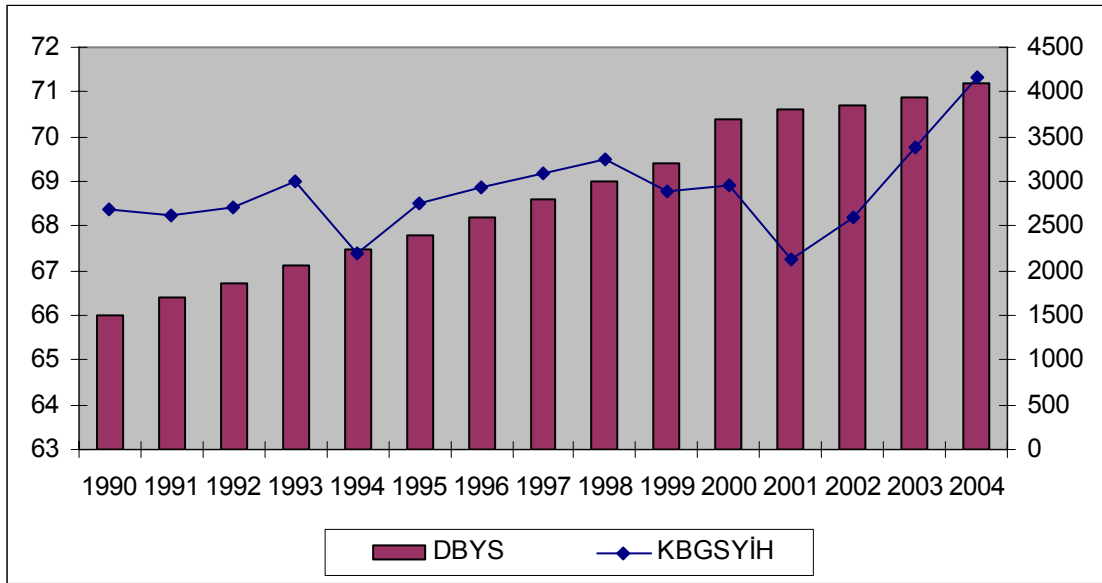
ÜLKE	KBGSYİH %ARTIŞ	DYB %ARTIŞ	BÖH % AZALMA	ÜLKE	KBGSYİH %ARTIŞ	DYB %ARTIŞ	BÖH % AZALMA
Avustralya	42	0,033	0,203	Lüksemburg	57	0,021	0,264
Avusturya	22	0,038	0,286	Meksika	31	0,025	0,309
Belçika	26	0,025	0,317	Hollanda	40	0,022	0,268
Kanada	42	0,032	0,257	Yeni Zel.	40	0,037	0,234
Danimarka	35	0,029	0,2	Norveç	70	0,027	0,211
Finlandiya	57	0,03	0,298	Polonya	99	0,045	0,55
Fransa	25	0,032	0,339	Portekiz	56	0,028	0,506
Almanya	13	0,029	0,268	İspanya	57	0,033	0,417
Yunanistan	64	0,017	0,481	İsveç	39	0,023	0,295
İzlanda	58	0,023	0,176	İsviçre	14	0,034	0,176
İrlanda	49	0,036	0,14	Türkiye	59	0,078	0,55
İtalya	40	0,027	0,379	İngiltere	69	0,023	0,177
Kore	33	0,027	0,245	ABD	41	0,025	0,151

Kaynak: OECD Health Data 2006 verileriyle hazırlanmıştır

2.5.2.2. Türkiye'nin Kişi Başına Düşen GSYİH'sı İle İlişkilendirilen Sağlık Göstergelerinin Durumu

Bu bölümde kalkınma ve beşeri sermaye arasındaki ilişkiden yola çıkarak Türkiye'nin 1990-2004 yılları arasındaki kişi başına düşen GSYİH'sı ile sağlık

göstergelerindeki değişimler ilişkilendirilerek grafiksel olarak sunulmuştur. Türkiye için doğumda yaşam beklentisi 1970 yılında 54,2 ile oldukça düşük bir düzeydeyken 2004 yılına gelindiğinde 71,1 yıl olarak ölçülmüş ve 16,9 yıllık bir doğumda yaşam beklentisi artışı olmuştur (Bkz. Şekil 4). Buradan hareketle geçen yıllarla birlikte 1994 ve 2000 yıllarında yaşanan ekonomik krizler neticesinde meydana gelen gelir daralması göz ardı edildiğinde, GSYİH' da meydana gelen artışla birlikte doğuştan beklenen yaşam süresinde de paralel bir artışın olduğundan söz edilebilir.



Yıllar	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
DBYS	66,0	66,4	66,7	67,1	67,5	67,8	68,2	68,6	69,0	69,4	70,4	70,6	70,7	70,9	71,2
KBGSYİH	2682	2621	2708	3004	2184	2759	2928	3079	3255	2879	2965	2123	2598	3383	4172

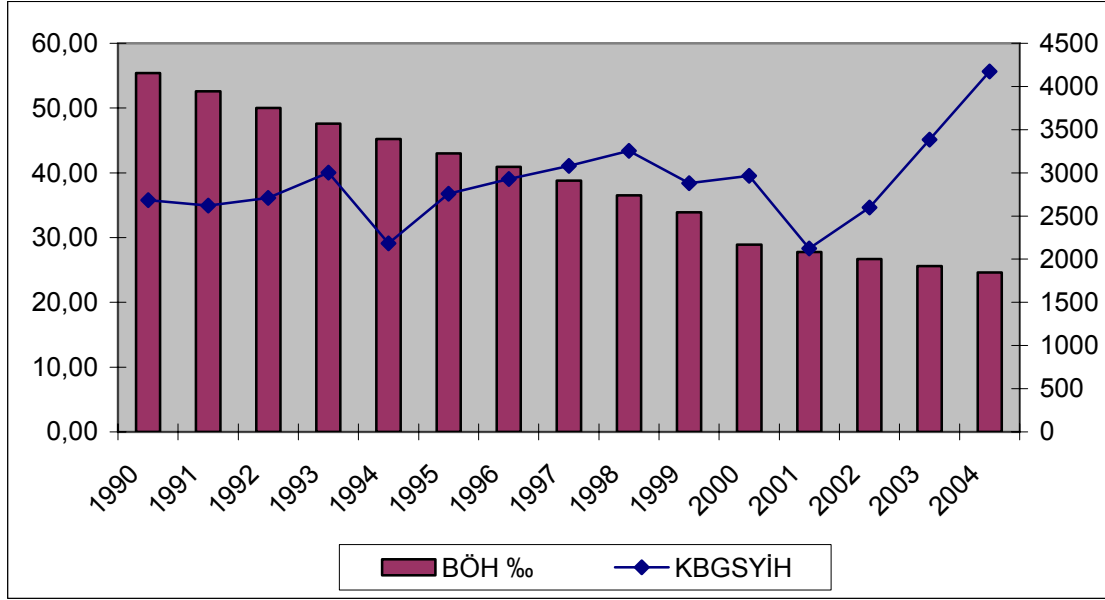
Şekil 4: Türkiye'de 1990-2004 Yılları Arasındaki Doğumda Beklenen Yaşam Süresi ile Kişi Başına Düşen GSYİH'nin karşılaştırılması

Kaynak: OECD Health Data 2005 kaynağındaki veriler kullanılarak hazırlanmıştır.

Türkiye doğumda beklenen yaşam süresi açısından OECD ülkeleri ile karşılaştırıldığında oldukça düşük değerlere sahip olmakla birlikte geçen son 15 yıl içerisinde kayda değer bir ilerleme gösterdiği söylenebilir. Ancak Türkiye'nin arzu edilen gelişmiş ülkeler seviyesine ulaşması için daha hızlı bir ilerlemeye sahip olması da gerekmektedir.

Aşağıda Şekil 5'de 1990-2004 yılları arası bebek ölüm oranı incelendiğinde hızlı bir düşüş, yani iyileşme göze çarpmaktadır. 1990 yılı itibariyle %55,4 olan bebek ölüm hızı 2005 yılı başı itibariyle % 45 lik bir azalma göstererek % 24,6

olmuştur. Dolayısıyla son 15 yılın kişi başına düşen GSYİH' larında görülen artışlar ile bebek ölüm hızları karşılaştırıldığında aralarında ters yönlü bir ilişki olduğu görülür. BÖH 1990-2004 yılları arası %45 düşerken, kişi başına düşen GSYİH %64'lük bir artış göstermiştir.



Yıllar	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
BÖH	55,40	52,6	50	47,6	45,2	43	40,9	38,8	36,5	33,9	28,9	27,8	26,7	25,6	24,6
KBGSYİH	2682	2621	2708	3004	2184	2759	2928	3079	3255	2879	2965	2123	2598	3383	4172

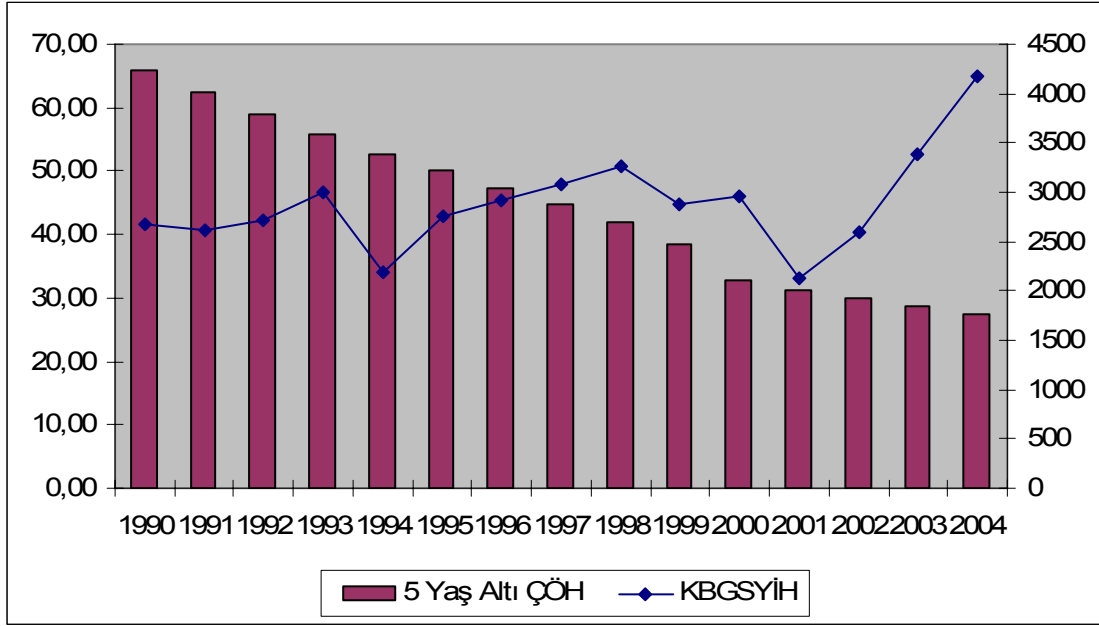
Şekil 5: Türkiye’de 1990-2004 Yılları Arasındaki Bebek Ölüm Hızı ile Kişi Başına Düşen GSYİH’nin karşılaştırılması

Kaynak: OECD Health Data 2005 kaynağındaki veriler kullanılarak hazırlanmıştır

Bebek ölümlerinin azalmasında muhakkak ki kişi başına düşen GSYİH daki artış tek başına yeterli değildir. Fakat Türkiye’deki bebek ölümleri nedenleri incelendiğinde yetersiz beslenme ve yetersiz sağlık hizmeti ilk sıralarda yer almaktadır. Fertlerin artan geliri ile beraber beslenme düzeylerinin artacağı ve sağlık hizmetlerine ulaşımın kolaylaşacağı düşünüldüğünde bebek ölüm oranlarının azalabileceğini net bir şekilde söylemek mümkündür. Son on yıl içerisinde bebek ölüm oranlarında gerçekleştirilen bu önemli düşüşlerde artan kişi başına düşen GSYİH’ nın da etkisinin olduğu düşünülmektedir.

Şekil 6’da 1990 ile 2004 yılları arası yani son 15 yılda görülen 5 yaş altı çocuk ölüm hızları ile kişi başına düşen GSYİH’da görülen artış ilişkilendirilmiş ve

aralarında bir ters yönlü bir ilişkinin olduğu görülmüştür. Yani gelirden görülen artış, çocuk ölüm hızlarında da bir azalmayı da beraberinde getirmiştir. 1990 yılında binde 65 olan çocuk ölüm hızı 10 yıl içerisinde % 60'a yakın azalma göstererek binde 27,4 olmuştur. Çocuk ölüm hızındaki azalma artan kişi başı gelire birlikte çocuk ölümüne sebebiyet veren tedavisi basit hastalıklar için sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaşması yaşam şartlarında meydana gelen iyileşmelerle birlikte eğitim düzeyinin yükselmesi ve bu şekilde kazaların önüne geçilmesi ile açıklanabilir.



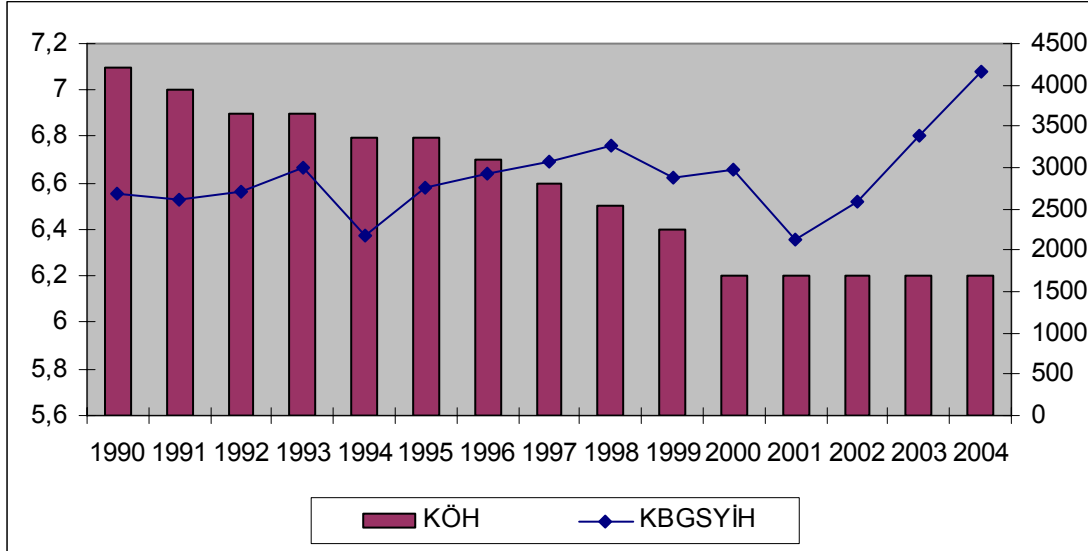
Yıllar	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
ÇÖH	65,8	62,3	58,9	55,8	52,8	50,0	47,3	44,8	41,8	38,6	32,7	31,3	30,0	28,6	27,4
KBGSYİH	2682	2621	2708	3004	2184	2759	2928	3079	3255	2879	2965	2123	2598	3383	4172

Şekil 6: Türkiye'de 1990-2004 Yılları Arasındaki Beş Yaş Altı Çocuk Ölüm Hızı ile Kişi Başına Düşen GSYİH'nin Karşılaştırılması

Kaynak: OECD Health Data 2005 kaynağındaki veriler kullanılarak hazırlanmıştır.

Şekil 7'de Türkiye'nin 1990 ile 2004 yılları arasındaki KBDGSYİH verileri ile yıllara göre Kaba Ölüm Hızları birlikte verilmiştir. Verilere göre kişi başına düşen GSYİH'nin artmasıyla birlikte kaba ölüm hızında da bir azalma gözlemlenmiştir. Bu durum yükselen gelir ile daha iyi sağlık hizmeti satın alınması, bireylerin artan gelirle birlikte daha iyi iş koşullarında çalışması ve daha iyi beslenmesi ile ilişkilendirilebilir. Artan gelir sadece tedavi hizmetlerinin satın alınmasında değil aynı zamanda koruyucu sağlık hizmetlerinin alınmasında da artışa neden olur. Kişilerin çocukluk dönemlerinde almış oldukları koruyucu sağlık hizmetleri sayesinde

bağışıklık düzeyi artar ve ileriki yaşlarda karşılaşılabilecek basit ölümlerin önüne geçilir. Bu nedenlerden dolayı gelirdeki artışa ters yönlü olarak kaba ölüm hızında kayda değer azalışların meydana gelmiş olması olasıdır.



Yıllar	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
KÖH	7,1	7	6,9	6,9	6,8	6,8	6,7	6,6	6,5	6,4	6,2	6,2	6,2	6,2	6,2
KBGSYİH	2682	2621	2708	3004	2184	2759	2928	3079	3255	2879	2965	2123	2598	3383	4172

Şekil 7 : Türkiye’de 1990-2004 Yılları Arasındaki Kaba Ölüm Hızı ile Kişi Başına Düşen GSYİH’nin Karşılaştırılması

Kaynak: OECD Health Data 2005 kaynağındaki veriler kullanılarak hazırlanmıştır

Bütün sağlık göstergelerinin iyileşmesinde temel rolü devlet üstlenmiştir. Fakat devletin kurmuş olduğu sağlık sistemlerinin finansmanının yine fertlerin ödediği vergiler vasıtasıyla gerçekleştiği düşünülürse, bireylerin elde edeceği yüksek kazançlar dolaylı olarak sağlık sistemine katkıda bulunacak ve kişilerin sağlık durumlarında ve ileriki aşamada ülkenin sağlık göstergelerine pozitif yönde etki yaratacaktır.

2.6. Sağlık Harcamaları

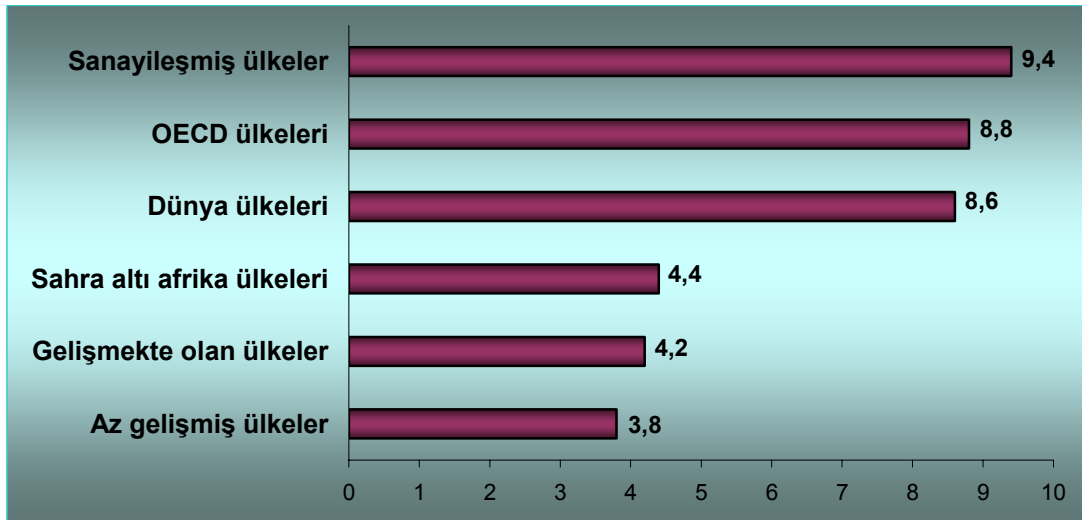
Bir ülkenin ekonomisinin güçlü olması, ekonomik büyümenin sağlanıp sürdürülebilir kılınması için sağlıklı bir topluma sahip olunması gereklidir. Sağlıklı bir toplumun varlığından söz edebilmek için ise toplumun ihtiyaçlarını karşılayacak sağlık hizmetlerinin sunulması gerekmektedir. Bu hizmetlerin sağlanması için yapılan

tüm harcamalar sağlık harcamaları altında toplanmaktadır. Sadece sağlığın kaybolması durumunda sağlığı yeniden elde etmek için yapılan harcamalar değil aynı zamanda aşılama, cinsel hastalıklarla mücadele gibi sağlığı koruma amacını benimseyen tüm koruma harcamaları ile beslenme, sağlık yatırımları gibi geliştirme amaçlı harcamalar da “sağlık harcaması” olarak kabul edilmektedir (USH, 2000,xiii).

Sağlık ekonomistlerinin yapmış oldukları analizlerde karşılaştığı en önemli problemlerden biri hangi harcamaların sağlık harcaması olarak kabul edileceğidir. Tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerinin yanı sıra son zamanlarda hızla artan tıbbi bakım ve kozmetik amaçla yapılan harcamaların sağlık harcaması olarak kabul edilip edilmeyeceği tartışma konusudur. Saç ektirme, yağ aldırma gibi kozmetik amaçla yapılan harcamaların yanı sıra rekreasyon aktiviteleri, hatta zayıflamak için uygulanan kürlerin sağlık harcamaları konusuna ne kadar dahil olduğunu belirleyecek bir indeks oluşturmak zordur (Tokalaş,2006,25)

Ülkelerin gerçekleştirdiği sağlık harcamaları ulusal düzeyde karşılaştırılırken dünya genelinde kabul görmüş standart tanımlamalar oluşturulmuştur. Bu standartlardan en yaygın olanları, Kişi başına düşen sağlık ve ilaç harcamaları, sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranları ve ilaç harcamalarının sağlık harcamaları içerisindeki payıdır. Bu sayede belirli dönemlerde harcamalarda meydana gelen değişiklikler ve eğilimler farklı ülkelerin değerleriyle karşılaştırılabilir (Smith, 1998,35)

Dünya Sağlık teşkilatı (WHO)'na göre bir ülkede sağlık harcamalarına ayrılan payın o ülkenin yıllık GSMH'nın en az yüzde 5'i olması gerektiğini belirterek, bunu az gelişmiş yada gelişmekte olan ülkelerin önüne ulaşılması gereken bir hedef olarak koymuştur. (Sağlık Bakanlığı, Sağlık Reformu Çerçeve Taslağı, 1992,15) Aşağıda Şekil 8'de dünya genelinde ülkelerin sağlık harcamalarının GSYİH'ları içerisindeki yüzdeleri yer almaktadır



Şekil 8: Dünya Genelinde Sağlık Harcamalarının GSYİH İçerisindeki Yüzdesi

Kaynak: İlhan Belek, Sağlık Sistemleri Hangi Dinamiklerle Gelişiyor ve Nasıl Gruplanıyor?, Toplum ve Hekim, Kasım 1994 - Şubat 1995, Cilt. 9, S. 64, s.15, OECD Health Data 2006)

Şekil 8’de görüldüğü üzere gelişmiş ülkeler sağlık harcamaları için GSYİH’larının %9,4’ünü ayırmaktadır. Gelişmiş ülkelerin GSMH’ları gelişmemiş ülkelere göre çok yüksek düzeyde olduğu düşünülürse, dünya üzerinde gerçekleşen sağlık harcamalarının çok büyük kısmının gelişmiş ülkeler tarafından yapıldığı söylenebilir. Bir ülkede gerçekleştirilen sağlık harcamaları aynı zamanda o ülkedeki sağlık sistemi hakkında fikir sahibi olmamızı sağlar. (Schieber ve Maeda, 1999,193).

Gelişmiş ülkeler diğer ülkelere göre daha yüksek rakamlarda sağlık harcaması gerçekleştirmesi sebebiyle, bu harcamalarının etkin dağılımı ile bu alanda yapılan reformlar konusunda diğer az gelişmiş ülkeler tarafından takip edilir ve model olarak alınırlar. Şüphesiz sağlık harcamalarına ilişkin tartışmalar daha çok gelişmekte olan ülkeler için büyük öneme sahiptir. Yönetimin zaten kıt olan kaynakları etkin bir şekilde kullanabilmesi için sağlık harcamaları verilerinin izlenmesi ayrı bir öneme sahiptir. Bununla beraber sağlık harcamalarının gelişiminin izlenmesi kadar, bu harcamaların sağlık çıktıları açısından etkilerinin ne olduğu da ayrı bir öneme sahiptir.

Az gelişmiş ülkelerde, toplumda büyük kayıplara neden olan bulaşıcı hastalıklar genellikle zengin ülkelere nispeten daha yüksek görülme sıklığına sahiptir. Enfeksiyon hastalıkları ve bulaşıcı hastalıklara karşı harcama yapmak mevcut toplum için faydalı iken aynı zamanda gelecek nesillerinde sağlık durumlarında iyileşmelere neden olacaktır. Bu yüzden az gelişmiş ülkelerde gerçekleşen sağlık harcamalarının

çıktıları gelişmiş ülkelere göre daha belirgin olacaktır. Bunun yanında globalleşen dünyada, bir ülkede görülen salgının önlenmesi aynı zamanda ülkelerin komşularını da koruyacak, bu ülkeler ile civardaki komşu ülkelerin sağlığının yükselmesi de global ekonomiye iyileşme olarak yansiyacaktır (Muskin, 1962,132).

2.7. Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler

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

Günümüzde ülkeler kalkınma planları içerisinde kıt kaynakların etkin kullanılabilmesi için yapılan her harcamayı ekonomik olarak analiz etmekte ve yapılan harcamaların amacına ulaşip ulaşmadığı sorgulamaktadırlar. Sağlık harcamalarının dünya genelinde hızlı bir şekilde yükseldiği gerçektir. Bu kapsamda dünya genelinde kamu harcamalarının büyük bir kısmını oluşturan sağlık harcamalarının altında yatan nedenlerin belirlenmesi de büyük önem taşımaktadır.

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

2.7.1. Kişi Başına Gelirin Yükselmesi

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

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

Sağlık koşullarında meydana gelen bozulmalar durumunda alınan hizmetlerin dışında, bireylerin kozmetik amaçlı yapmış olduğu sağlık harcamaları da genel anlamda sağlık hizmetlerinin artış hızına etki etmektedir. Kozmetik amaçlı alınan sağlık hizmetlerinin diğer sağlık hizmetlerine nispeten daha yüksek meblağlar karşılığı satın alınabilmektedir.

Sonuçta kişisel gelirin artması, yaşam standartlarının yükselmesi, gerek kamu kesimi, gerekse özel kesim tarafından verilen sağlık hizmetlerine olan talebi artırmaktadır ve dolayısıyla sağlık harcamaları artmaktadır (Işık, 1998,77).

2.7.2. Eğitim Seviyesi ve Sağlık Bilincinin Gelişmesi

Toplumdaki bireylerin eğitim seviyesinin yükselmesi ve sağlık bilincinin gelişmesinin sağlık harcamalarının üzerinde artırıcı etkisi olduğu yapılan çalışmalarda ortaya konmaktadır. Bireylerin eğitim seviyesinin artmasıyla paralel olarak entelektüel seviyesi de artmakta dolayısıyla sağlık sektöründeki gelişmelerden daha çok haberdar olmaktadır. Tıptaki gelişmeler ve hastalıklarla mücadelede yöntem çeşitliliğinin artması aynı zamanda farkındalığı yüksek kesimin yeni sağlık hizmetlerine olan talebini de artırmaktadır (Newhouse, 1978,83). Eğitimle beraber sağlık bilincinin de yükselmesi günümüzde sağlık endüstrisini en karlı sektörlerden birisi haline getirmekte, geliştirilen özel satış ve finansman teknikleri ile ürünler kolayca müşteri bulabilmektedir. (Yusuf 1988,76-77) Ülkelerin ekonomik ve eğitim düzeylerine bağlı olarak, bireylerin hayat standartlarının yükselmesi, kitle iletişim araçlarının yaygınlaşması ile bireyler sağlık konularına daha duyarlı hale gelmişlerdir (Kurtulmuş, 1998,64).

Ülkelerin eğitim beklentisi göstergesindeki artış ile sağlık harcamalarının karşılaştırılması sonucu ortaya çıkan durum dikkat çekicidir. 2005 yılı raporlarına göre Çek Cumhuriyeti, Yunanistan, Macaristan, İzlanda, Kore, Polonya, İsveç, Türkiye ve İrlanda'da eğitim beklentisi 1995 – 2004 yılları arasında %15'ten fazla artmıştır (Education At a Glance 2005,21). Aynı yıllar arasında bu ülkelerin sağlık harcamalarındaki yıllık artış ortalamalarına baktığımızda Türkiye %10,6 ile birinci, Kore % 7 ile ikinci İrlanda %6,9 ile üçüncü Polonya % 6,2 ile beşinci sıradadır. Bu sonuçlara göre eğitim düzeyi yüksek olan kişi ve topluluklarda sağlık harcamalarının da eğitimsiz toplumlara göre daha yüksek olacağı söylenebilir

2.7.3. Sosyal Değer Yargılarının Değişmesi

Tüketim çağının gereği olarak var olan her şey çok kısa bir süre içerisinde tüketilmekte ve yerini yeni oluşumlara bırakmaktadır. Sosyal değer yargıları da bu tüketim çağından payını almaktadır. Geçmişte doğru olarak kabul edilen değerler ve görüşler yerini yeni gelen görüşlere bırakmaktadır. Sağlık harcamaları konusunda da daha önceden genel kabul görmüş düşünceler değişmektedir. Tüketim toplumunda nasıl daha önce araba lüks bir mal olarak görülüyorken günümüzde vazgeçilmez bir araç olarak görülüyorsa daha önceleri lüks olarak görülen özellikle teşhis yöntemleri artık olmazsa olmaz bir nitelik kazanmıştır (Işık,1998,79). Basit sağlık problemlerinin nedenleri araştırılırken insan sağlığının söz konusu olması sebebiyle en pahalı teşhis yöntemleri kullanılabilir. Bu harcamaların ardındaki nedenlerden biride toplumun sağlık konusunda yaşadığı kaygılardır. Eğitim seviyesinin yükselmesi farkındalığı arttırmış ve beraberinde her şeyden haberdar olmanın olumsuz getirisi olan hayat kaygısını ortaya çıkarmıştır. (Aktan ve Işık A,2006,5).

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

2.7.4. Teknolojik Gelişmeler

Teknoloji alanında kaydedilen ilerlemeler her alanda olduğu gibi sağlık alanında da yakından takip edilmektedir. İleri teknoloji doğal kaynakların daha verimli bir şekilde kullanılmasına imkan tanır. Ancak sağlık hizmetleri yerine getirilirken ihtiyaç duyulan teknolojik altyapı, alet ve ekipmanın elde edilmesi yüksek maliyetlere katlanmayı gerektirir (Tokalaş,2006,29). Ayrıca sağlık problemlerinin çözümü için gereksinim duyulan teknolojik gelişmelerin uzun süren çalışma ve araştırmalara dayanması maliyetleri dolayısıyla harcamaları yükselten bir nedendir. Her iki neden birlikte değerlendirildiğinde teknolojik gelişmelerin sağlık sektöründe büyük önem taşıdığı harcamaların büyümesine neden olduğunu söylemek mümkündür. Bunun yanında teknolojik gelişmeler sonucu elde edilen ürünlerin ve makinelerin kullanılması, bunları kullanacak uzman personelin yetiştirilmesi ve bunların bakım maliyetleri de teknolojik gelişmenin neden olduğu artışlara örnek verilebilir (Mutlu ve Işık,1988,149)

2.7.5. Şehirleşme

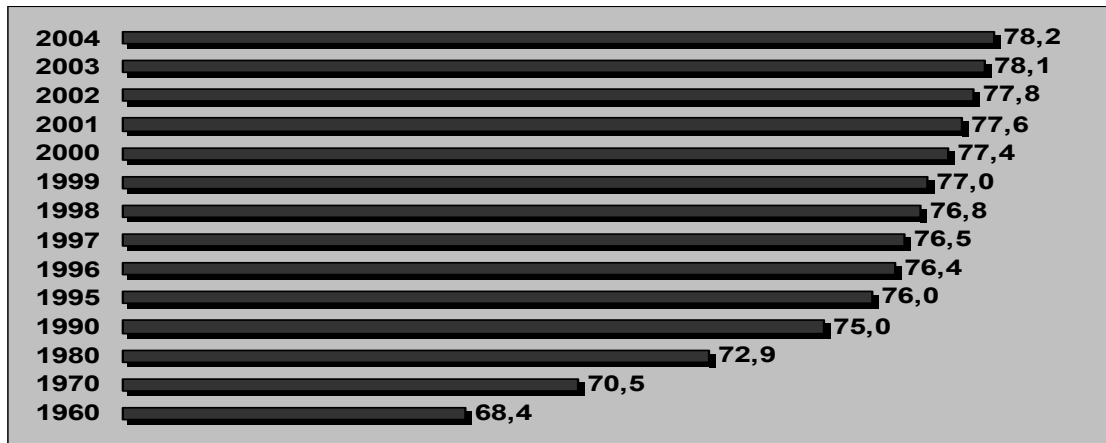
Ekonomik gelişmeyle beraber artan sanayileşmenin getirdiği diğer bir olgu şehirleşmedir. Ekonomik gelişmenin gereği olarak insanların üretimde daha çok rol almaları zaman içerisinde beraber yaşama zorunluluğunu da getirmiştir. Beraber yaşayan insan sayısının artması aynı zamanda sunulan sağlık hizmetlerinde artışı gerektirir. Şehirleşmenin olduğu bölgelerde sağlık kurumlarının yeterli olması, gerekli uzman personelin, ilacın ve teknolojinin bulunmasına ve altyapı çalışmalarının mutlak suretle yapılması gerekir. Aksi takdirde ortaya çıkabilecek salgın bir hastalık çok büyük sayıda insanı etkileyebilir ve çok büyük kayıplara sebebiyet verebilir. Bu durum özellikle sağlık harcamalarının artmasına neden olmaktadır.

2.7.6. Yaşam Süresinin Uzaması

Sağlık harcamalarındaki artışın nedenlerinden biri de nüfus içerisindeki yaşlı oranının her geçen gün yükselmesidir (OECD Health at A glance,2005,90). OECD ülkelerinde bireylerin gelirlerindeki artış yaşam kalitesi yükselmiş, teknolojik ilerlemeler ve yeni kuşak ilaçlarla insanların yaşam sürelerinde kayda değer artışlar gözlenmiştir. Geride kalan son 40 yılda tüm OECD ülkelerinde nüfus içerisindeki 65 yaş ve üzeri insan sayısı artmıştır (OECD Health Data 2006). Bu eğilimin önümüzdeki

yıllarda devam etmesi beklenmektedir. Yaşlı kimselere sunulan sağlık hizmetlerinin uzun vadeli bakım hizmetleri olduğu düşünülürse, sunulan sağlık hizmetleri de süreklilik arz edecektir.

Dünya nüfusuna bakıldığında, gelişmiş olan ülkelerin nüfuslarının giderek yaşlandığı ve bu trendin devam edeceği görülmektedir. (Warnes, 1995,157) Yaşam standartlarının yükselmesi, yaşam tarzının iyileşmesi, eğitim gibi faktörler ortalama insan ömrünün uzamasında etkili olmuştur. 1960 ile 2004 yılları arasında geçen 45 yıllık sürede OECD ülkelerindeki yaşlı sayısının genel nüfusa oranı %4 artmıştır. 1960'lı yıllarda 68,4 olan ortalama insan ömrü 2004 yılında 78,2 yıla çıkmıştır. (Health at A Glance 2004). 2025 yılında OECD ülkelerinde 60 yaş ve üstündeki insanların toplam nüfus içindeki oranının, % 25.3 olması beklenmektedir.



Şekil 9: OECD Ülkelerinde Ortalama Doğumda Yaşam Beklentilerinin Yıllara Göre Değişimi
Kaynak: OECD Health Data 2006

Yaşlıların gerekli olan süreden fazla olarak sağlık kurumlarında kalmaları sağlık harcamalarının artıran diğer bir nedendir (Fujino1987,90-91). Bu anlamdaki harcamaların düşürülmesi için ülkeler çeşitli önlemler alma yoluna gitmektedirler.

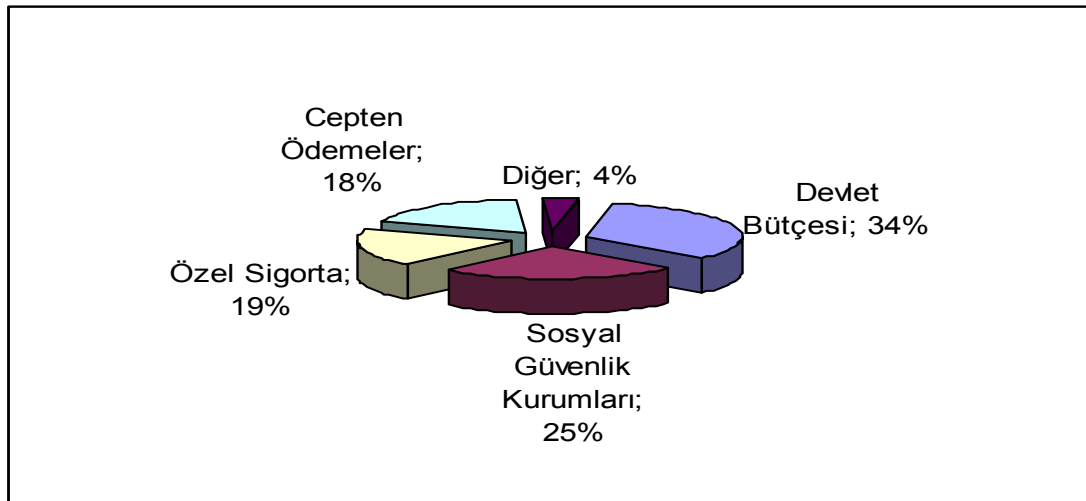
2.7.7. Toplumsal Düzende Meydana Gelen Değişimler

Demokratik sistemlerde meydana gelen değişimler ve bilişim sektöründe kaydedilen ilerlemeler sonrası dünya bir globalleşme sürecine girmiş, ülkelerin özgürlüklerinden çok bireylerin özgürlükleri ön plana çıkmaya başlamıştır. İsteklerini açıklama olanağına sahip olan geniş kesimler bu sayede siyasal organları etkileme imkanı bulmuşlardır. Bunun sonucunda kişisel özgürlükler ve haklar artmış beraberinde topluluklar devletten daha çok şey beklemeye başlamışlardır (Işık, 1998,80). II. Dünya savaşı sonrası refah devleti eksenli devlet örgütlenmesi

kavramının ağırlık kazanması ve bu süreçte sendika vb. örgütlenmelerin oluşması da sağlık harcamalarını artıran bir etkidir (Hamlin, 1993,80).

2.8. Sağlık Harcamalarının Devlet Bütçeleri Üzerindeki Yüğü

Dünya ülkelerinin çoğunda sağlık hizmetlerinin ve genel sağlık sigortalarının doğrudan kamu tarafından finanse edilmesi sonucu, sağlık harcamalarının finansmanında en büyük rolü kamu sektörü üstlenmektedir. Toplam sağlık harcamaları finansmanında sosyal güvenlik kurumları tarafından harcanan miktarın devlet tarafından finanse edildiğini düşünürsek, dünya genelinde toplam sağlık harcamalarının devlet % 58'inin devlet tarafından finanse edildiğini söyleyebiliriz (Health At a Glance,2005,22).



Şekil 10: Dünya Sağlık Harcamaları Finansmanının Genel Görüntüsü

Kaynak: National health accounts (WHO) 2004

OECD ülkelerinde kamunun sağlık harcamalarını incelediğimizde, elde ettiğimiz verilerin dünya geneliyle paralellik gösterdiğini görmekteyiz. OECD ülkelerinde de kamu, sağlık harcamalarının finansmanında en büyük rolü üstlenmektedir. 2004 yılı itibariyle %71,6 olan kamu sağlık harcamaları, ekonomik büyümeye paralel olarak her geçen yıl daha da artmaktadır. 1992–2006 yılları arasında OECD sağlık harcamalarında meydana gelen artışı iki döneme ayrılabilir. 1992–1999 dönemi kamunun sağlık harcamalarında ekonomik büyüme ile benzer ya da hatta daha düşük oranda bir artış meydana gelmiştir. Ancak, ikinci dönemde tüm OECD ülkelerinde kamu sağlık harcamaları ekonomik büyümeden daha hızlı bir oranda artmıştır. Son yıllarda ilaç harcamalarının yıllık ortalama %5'in üzerinde artması da

toplam olarak sağlık harcamalarındaki genel artişın ardında yatan başlıca etmen olmuştur. Bu dönem içerisinde OECD ülkelerinin çoğunda ilaç harcamalarındaki artış toplam sağlık harcamalarındaki artışı geçmiştir. OECD ülkelerinde ilaç faturalarının ortalama %60'ı kamu fonlarından, geri kalan bölüm ise esas olarak cepten yapılan ödemelerle, daha az bir kısmı da özel sigortalar tarafından karşılandığını düşünürsek kamuya binen yükün ne kadar büyük olduğunu anlayabiliriz (Health At a Glance 2005,23).

Bir ülkede gerçekleşen sağlık harcamalarının yapısının anlaşılabilmesi için analiz edilmesi gereken diğeri bir unsurda ülkenin sağlık sistemidir. Ancak bu analiz yapıldıktan sonra yapılan sağlık harcamalarının sisteme, dolayısıyla ekonomiye bir katkı sağlayıp sağlayamadığı anlaşılır. Bundan sonraki bölümde Türkiye'nin sağlık harcamalarının daha iyi anlaşılabilmesi için mevcut sağlık sistemi ve bu sistemin paydaşları ortaya konacak, sistemin finansmanı hakkında bilgiler verilerek Türkiye'nin sağlık harcamaları üzerinde durulacaktır.

3. BÖLÜM

TÜRKİYE' DE SAĞLIK SİSTEMİ VE SAĞLIK HARCAMALARI

Türkiye'nin sağlık sistemi karma bir yapıya sahiptir. Bir taraftan belirli bir kesim için zorunlu sigorta modeli uygulanırken diğer taraftan kamu yardımı modeli uygulanmaktadır. Türkiye vatandaşları sağlık hizmetlerini kamu kuruluşlarından alabildikleri gibi serbest piyasa sistemi içerisinde kar güdüsüyle faaliyet gösteren özel sağlık kurumlarından da temin edebilirler.

Türkiye'de sağlık sistemi gerek hizmet arzı, gerekse hizmet talebi açısından önemli çeşitlilik göstermektedir. Yani sağlık hizmetleri özel ve kamu sektöründe değişik kurumlar tarafından sunulurken, hizmet alımında da sağlık sigortası güvencesi kapsamında olanlar ve olmayanlar diye iki kısma ayrılmaktadır.

3.1. Türkiye'de Sağlık Sektörünün Mevcut Durumu

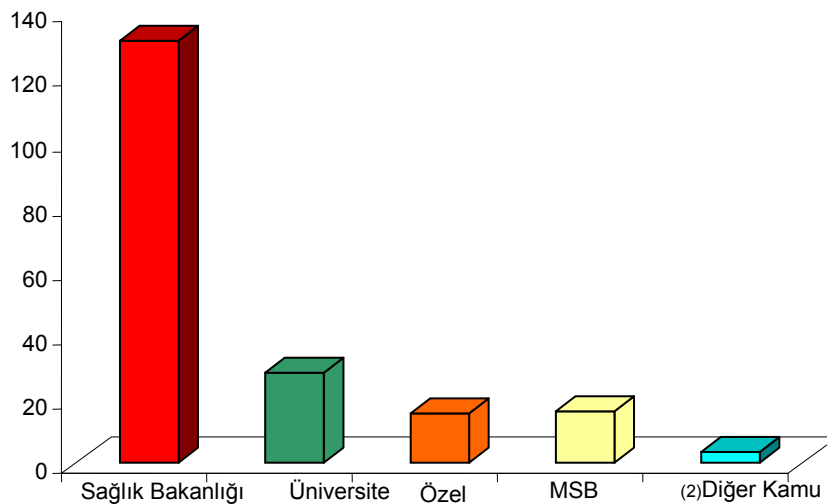
Türkiye'de sağlık sektörünün mevcut durumu incelendiğinde oldukça karmaşık bir yapı ile karşılaşılmaktadır. Mevcut yapının merkezinde bulunan ve temel taşı olan Sağlık Bakanlığının yanı sıra, Milli Savunma Bakanlığı, Üniversiteler, DPT ve diğer devlet kurumları ile özel sağlık kuruluşları da bu karmaşık yapının diğer taşlarını oluşturmaktadır (Tatar,2003,27).

Türkiye'de sağlık hizmeti sunan birimler, birinci basamakta sağlık ocakları, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, verem savaş dispanserleri, kamu hastanesi poliklinikleri, belediyeler, işyeri hekimleri, özel teşhis ve tedavi poliklinikleri, özel muayenehaneler ve farklı büyüklükte diğer kamu dispanserleri ile vakıf poliklinikleridir. Koruyucu sağlık hizmetleri ile evde ve ayakta tedavi hizmetleri 6203 Sağlık Ocağı, 11.740 Sağlık Evi, 234 Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi (AÇS-AP) Merkezi, 259 Verem Savaş Dispanseri (VSD) ile ülke genelinde Sağlık Bakanlığı tarafından verilmektedir. (Sağlık Bakanlığı,2005).Türkiye'de ikinci ve üçüncü basamakta yataklı tedavi hizmeti veren 1198 kurumun % 66.4'ü Sağlık Bakanlığı, % 24.2'si özel kesime, % 3.5'i Milli Savunma Bakanlığı ve %4.4' ü üniversitelere, % 1.5'i de diğer kamu kesime aittir.

Tablo 3: Türkiye’de İkinci Ve Üçüncü Basamakta Yataklı Tedavi Hizmeti Veren Hastaneler Ve Yatak Sayılarının Kurumlara Dağılımı 2006

KURULUŞUN ADI	HASTANE		YATAK SAYISI	
	SAYISI	(%)	SAYISI	(%)
Sağlık Bakanlığı	795	66,4	131236	68
Üniversite	53	4,4	28000	14,5
Milli savunma bakanlığı	42	3,5	15900	8,3
Özel	293	24,2	14682	7,6
Diğer Kamu	15	1,5	3100	1,6
TOPLAM	1198	100	192918	100

Kaynak: Sağlık Bakanlığından alınan 2006 verileriyle hazırlanmıştır.



Şekil 11: Türkiye'deki Hastanelerin Yatak Kapasitelerine Göre Dağılımı (Bin Yatak), 2005

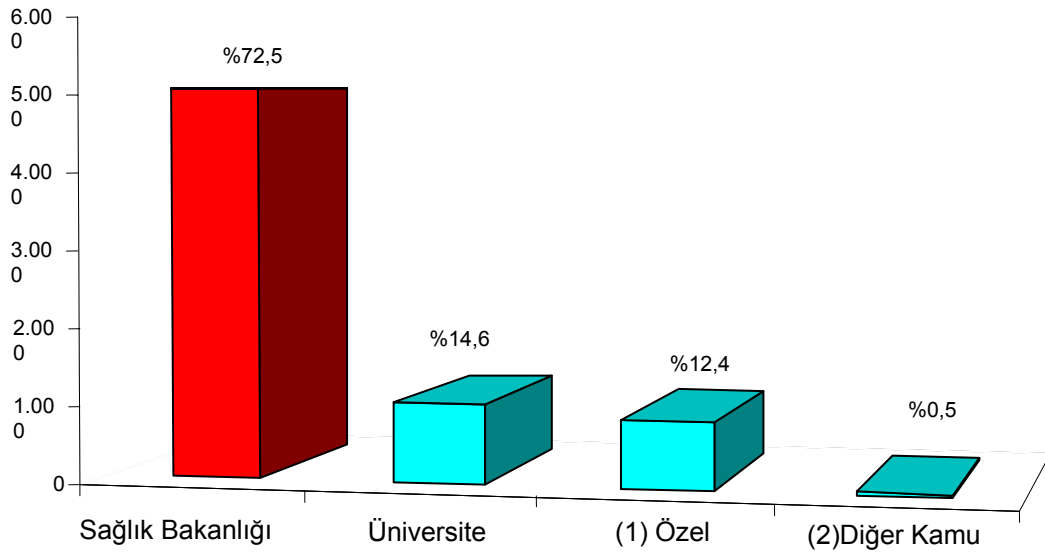
Kaynak: Sağlık Bakanlığı istatistik verileriyle hazırlanmıştır 2005

Not: 1- Diğer Kamu: KİT ve Belediye Hastanelerini kapsar.

Türkiye de kayıtlı olarak tedavi edilen hastaların tedavi oldukları kuruma göre dağılımına baktığımızda, yataklı tedavi hizmetlerinde hastaneye yatırılan hastaların %72.5'inin Sağlık Bakanlığı, %14.6'sının üniversite hastaneleri, %12.4'ünün özel hastaneler ve %0.5'inin diğer kamu hastaneleri tarafından tedavi edildiği görülmektedir (Sağlık Bakanlığı 2006).

Yukarıdaki veriler doğrultusunda, verilen sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmının sağlık bakanlığı tarafından sağlanması, kamunun temel görevlerinden olan halk sağlığının korunması ilkesinin yerine getirilmesi olarak düşünülse de, verilen sağlık hizmetlerinin kalitesi tartışmalıdır.

Şekil 12’de ikinci ve üçüncü basamakta sunulan sağlık hizmetlerinin yaklaşık olarak üçte ikisi sağlık bakanlığına bağlı kuruluşlar tarafından verildiği görülmektedir.



Şekil 12: Türkiye'deki Yatarak Tedavi Olan Hastaların Kurumlara Göre Dağılımı 2005

Kaynak: <http://www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/ytkiy2005/2005%20kitap%20icindekiler.xls>

Son erişim 10 Şubat 2006)

Not: 1- Özel bölümü dernek, yabancı, azınlık ve şahıslara ait hastaneleri kapsar.

2- Diğer Kamu: KİT ve Belediye Hastanelerini kapsar.

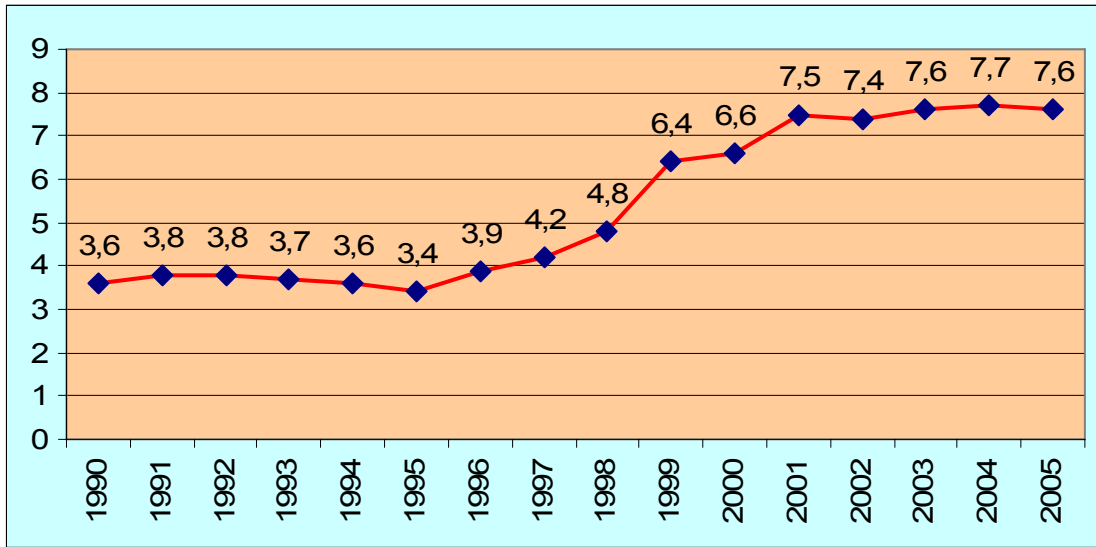
Bütün basamaklardaki sağlık hizmetleri sunumunda görev yapan sağlık profesyonellerinin kurum ve unvanlara göre durumu Tablo 4’de verilmiştir.

Tablo 4: Türkiye Sağlık Personelinin Kurumlara Dağılımı 2005						
PERSONELİN ÜNVANI	TOPLAM	K.B.D.P.S.	SAĞLIK BAKANLIĞI	ÜNİVERSİTE	DİĞER KAMU	ÖZEL
Hekim	85.117	847	50.932	17.346	5.304	11.535
Uzman	38.064	1.893	18.638	8.586	2.175	8.665
Pratisyen	47.153	1.528	32.394	8.760	3.129	2.870
Diş Hekimi	16.012	4.501	3.016	863	741	11.392
Eczacı	23.266	3.097	1657	621	240	20.748
Sağlık Mem.	46.478	1.551	36.717	3.347	2.880	3.534
Hemşire	71.723	1.005	52.294	10.399	4.543	4.487
Ebe	41.766	1.725	40.374	110	156	1.126

Kaynak: <http://www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/temel2005/index.doc> (Son erişim 10 şubat 2006)

Sağlık bakanlığı bünyesinde bulundurduğu 50.932 hekim ile hizmet verirken her 847 kişiye bir hekim düşmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumundaki görev alan personel sayısının ve dağılımı ile birlikte nüfus artış hızı dikkate alındığında Türkiye'nin sağlık sektörü açısından ne kadar yetersiz olduğu gerçeği açıkça görülebilmektedir.

Bir ülkenin sağlık sektörünün yeterliliği ortaya konurken bakılan diğer bir unsurda yapılan toplam sağlık harcamalarının miktarı ve bu harcamaların GSYİH içerisindeki payıdır. Şekil 13'de Türkiye' de gayri safi yurtiçi hasıla içinden sağlığa ayrılan payın yıllara göre değişimi görülmektedir.



Şekil 13: Türkiye Sağlık Harcamalarının Yıllara Göre GSYİH İçerisindeki Payı

Kaynak: OECD HEALTH DATA, WHO European health for all database 2007

1990 ile 2005 yılları arasında Türkiye' de GSYİH'dan sağlık için ayrılan pay %3.5 ile %7.7 arasındadır. Bu oran gelişmiş ülkelerin GSYİH'larından sağlığa ayırdıkları pay ile karşılaştırıldığında yeterli gibi görünse de, gelişmekte olan dolayısıyla GSYİH'sı düşük olan bir ülkenin sadece temel sağlık ihtiyaçlarını karşılamakta, koruyucu sağlık hizmetleri ve uzun süreli tedavi hizmetlerinin satın alımında ciddi sıkıntıları da beraberinde getirmektedir. Zaman içerisinde nüfusun ve nüfus içerisindeki yaşlı insan oranının artacağı düşünülürse, uzun süreli tedavi hizmetleri harcama kalemi hızla artacak ayrıca koruyucu sağlık hizmetlerinin finansmanı içinde daha fazla kaynak ihtiyacı doğacaktır (TÜBİTAK ,2003).

3.2. Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi ve Yönetimi

Türkiye’de sağlık politikasının belirlenmesi, planlanması, düzenlenmesi ve yönetimi bölünmüş bir yapıya sahip olmakla birlikte bu görevler farklı paydaşlar arasında dağılmaktadır. Sağlık kurumlarının yüksek kaliteli ve etkili sağlık hizmetleri sağlaması için planlanması, koordine edilmesi, mali açıdan desteklenmesi ve geliştirilmesi konularındaki tüm sorumluluk Sağlık Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı, Üniversiteler, DPT ve diğer devlet kurumları arasında paylaşılmaktadır. Sağlık Bakanlığı, sağlık sektöründe politikaların belirlenmesi, programlar aracılığı ile ulusal stratejilerinin uygulanması ve sağlık hizmetlerinin sunumundan sorumlu temel devlet kurumudur (TÜBİTAK, 2003).

3.2.1. Sağlık Sisteminin Planlanması, Düzenlenmesi ve Yönetimi

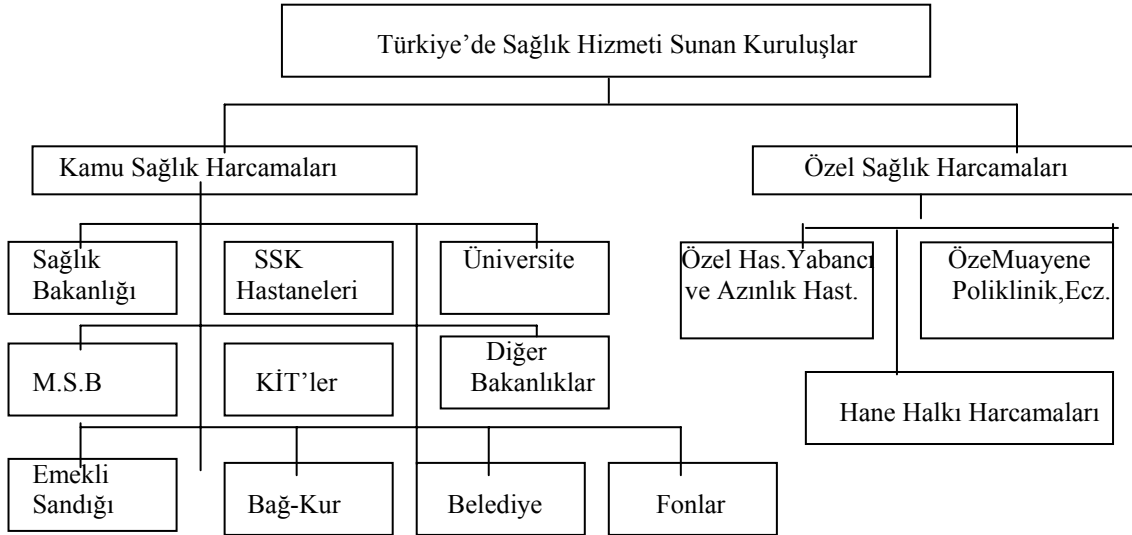
Sağlık Bakanlığı, sağlık sektörü politika hedeflerinin belirlenmesinde veya sağlık hizmetlerinin sunumunun planlanmasında sorumluluklara sahip olmakla birlikte, günümüzde esas itibarıyla kendi çerçevesi altında sağlanan sağlık hizmetlerinin yönetilmesi ile ilgilenmektedir. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri kuruluşları olan üniversite hastanelerinin durumu ise farklıdır. Her biri bağımsız bir kuruluştur ve yatırımlar hariç her hangi bir merkezi planlama makamının yasal yönetimine tabi değildir.

İllerde valiler ve il sağlık müdürleri, Sağlık Bakanlığı tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin yönetiminden sorumludur. İl sağlık müdürleri idari açılarından valiliğe, teknik açıdan ise Sağlık Bakanlığı’na karşı sorumludur. DPT’nin iki ayrı planlama rolü bulunmaktadır. DPT, 5 yıllık kalkınma planlarının hazırlanması yoluyla stratejik planlamadan sorumlu olup aynı zamanda yatırım onayı ve planlanmasından da sorumludur. DPT sağlık hizmetleri alanında yapılacak her türlü yeni yatırım için onayı alınması gereken makamdır (Liu ve diğerleri,2005,14).

3.2.2.Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Sağlık hizmetlerinin sunumunda en büyük rol kamuya aittir Şekil 14, Türkiye’deki sağlık hizmetleri sunumunu açık bir şekilde ortaya koymaktadır. Buna göre, kamu sektöründe sağlık harcaması yapan kuruluşlar, Sağlık Bakanlığı, SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı, Üniversiteler, Bakanlıklar, KİT’ler. Belediyeler ve Fon’lar

olarak karşımıza çıkmaktadır. Özel sektörde ise, özel hekim muayenehaneleri, özel poliklinikler ve eczaneler bir yandan; özel hastaneler diğer yandan birinci ve ikinci basamak sağlık hizmeti sunmaktadırlar. Sosyal Sigortalar Kurumu hastaneleri, Şubat 2005 tarihine kadar ikinci büyük hizmet sunucusu iken bu tarihten itibaren tüm kurumları Sağlık Bakanlığına devredilmiştir (Yurdadoğ,2006,125)



Şekil 14: Türkiye’de Sağlık Hizmeti Veren Kuruluşlar

Kaynak: Tokat, Mehmet. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü,Türkiye’de Sağlık Sektörünün Finansmanı, Ankara 1993:11

3.2.2.1. Sağlık Bakanlığı

Sağlık Bakanlığı birinci basamak sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri ve ana ve çocuk sağlığı hizmetlerinin temel sunucusudur. Bu hizmetler, 1961 yılında Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanunu’na dayalı olarak ülke genelinde açılmış olan sağlık ocakları ve sağlık evleri aracılığıyla sunulmaktadır. Sağlık Bakanlığı’na bağlı 11.700 sağlık evi ve 5.840 sağlık ocağı bulunmaktadır. Bakanlık ana-çocuk sağlığı hizmetleri ve diğer bazı temel koruyucu sağlık hizmetleri için birçok dikey program yönetmektedir. Bu programların özellikle kentsel alanlarda yürütülmesi için 295 ana ve çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi ile, 274 verem savaş dispenseri ve az sayıda diğer uzmanlaşmış merkez ve dispenser bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2005). Sağlık Bakanlığı ayrıca toplam yatak kapasitesinin %67’sini de işletmektedir, Sağlık Bakanlığı, 2005).

3.2.2.2. Milli Savunma Bakanlığı

Milli Savunma Bakanlığı temel olarak askeri personele ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere hizmet veren 15.900 yatak kapasitesine sahip 42 hastane ile sağlık hizmet ağı işletmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2005). Bu hastanelerin kapasitelerinin %5'i sivil hastalar için kullanılabilir. Lisans ve yüksek lisans seviyesinde eğitim veren iki tane Milli Savunma Bakanlığı hastanesi bulunmaktadır.

3.2.2.3. Üniversiteler

28.000 yatak kapasitesine sahip 53 üniversitenin temel sorumluluğu üçüncü basamak sağlık hizmetlerini sunmak olmakla birlikte sevk sisteminin yetersizliği nedeniyle bu hastaneler birinci basamak sağlık hizmetleri için de kullanılmakta ve bu durum kaynakların verimsiz kullanımına yol açmaktadır. (Sağlık Bakanlığı,2005)

3.2.2.4. SSK

SSK daha önce de belirtildiği üzere 2005 yılına kadar, 136 hastane toplam yatak kapasitesi içerisinde %16,1'lik pay) 209 sağlık istasyonu (kapsam olarak Sağlık Bakanlığının sağlık evlerine benzeyen) ve 179 sağlık dispanserinden (Sağlık Bakanlığı sağlık ocaklarına eşdeğer) oluşan önemli bir sağlık kurumları ağı işletmekteydi.

3.3. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanı;

— Temelde vergi gelirleriyle finanse edilen Sağlık Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı, Üniversite Hastaneleri, diğer kamu kurumları ve aktif çalışan devlet memurlarının sağlık harcamaları için kullanılan genel bütçe;

— Bağ-Kur, SSK, ve Emekli Sandığı üyelerinin aylık gelirlerinden kesilen sosyal güvenlik katkıları;

— Özel sağlık kurumlarına ve Özel muayenehanelerinde hizmet veren hekimlere doğrudan yapılan cepten ödemeler, özel sağlık sigortası primleri ile sağlanmaktadır.

(Liu ve diğerleri, 2005,19)

3.3.1.Devlet Bütçesi

Genel bütçe vergi gelirleri tarafından finanse edilen, kamunun vatandaşlarına sağladığı sağlık hizmetlerinin temel finansman kaynağıdır. Türkiye'deki sağlık

politikalarını belirleyen en büyük sağlık hizmetleri sunucusu olan Sağlık Bakanlığının gerçekleştirdiği harcamaların çok büyük kısmı genel devlet bütçesinden finanse edilmektedir. Genel bütçe, Sağlık Bakanlığı hastaneleri bütçelerinin sadece %35'ini karşılamakta ve aradaki fark döner sermaye yoluyla finanse edilmektedir (Kartal ve diğerleri,2004). 1988 yılından itibaren lüks tüketim malları, yakıt, sigara, alkol, yeni araç satışlarından fon vergisi kesilmek suretiyle Sağlık Bakanlığı'na ilave vergi geliri sağlanmıştır. Sağlık Bakanlığının üçüncü önemli gelir kaynağı döner sermayeler olup sigortalılar ve bireyler bu fona ödeme yapmaktadırlar. Sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde sağlık hizmetlerinin özertleşmesi başlığı altında, hastanelerin döner sermaye kanunlarında değişikliğe gidilmiş bu sayede hastanelerin döner sermayeleri sağlık hizmetlerinin finansmanında önemli bir kaynak olmuştur. (Liu ve diğerleri,2005,22)

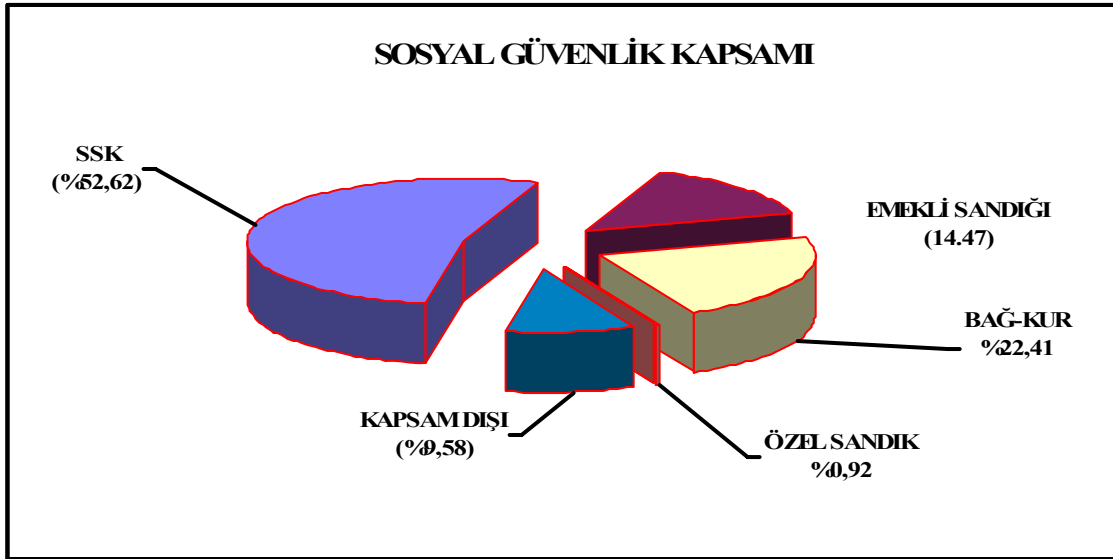
3.3.2. Sosyal Güvenlik Katkıları

Tablo 5'te Türkiye' de yaşayan ve bir tür sosyal güvenlik kapsamı altında bulunan kişi sayısı verilmiştir. Devlet, sosyal güvenlik şemsiyesi altında yaşayan bu vatandaşlarının ücretlerinden yapmış olduğu sosyal güvenlik kesintileri ile sağlık hizmetlerinin finansmanı için kaynak yaratmaktadır. Bu kesintiler sadece çalışan sigortalıdan ve işverenden yapılmakta olup bakmakla yükümlü olduğu kişilerden herhangi bir kesinti yapılmamaktadır. Dolayısıyla sosyal güvenlik kapsamında olan insanların çokluğu yüksek miktarda katkı anlamına gelmemektedir.

Tablo 5: Türkiye'deki Sosyal Güvenlik Kapsamı, 2004

SOSYAL GÜVENLİK KURUMLARI	AKTİF ÇALIŞANLAR	EMEKLİLER	BAĞIMLILAR	TOPLAM
SSK TOPLAM	6.952.848	4.120.866	26.771.763	37.845.477
T.C. EMEKLİ SANDIĞI	2.404.091	2.679.679	5.444.240	10.528.010
BAĞ-KUR TOPLAMI	3.448.549	1.519.190	11.266.245	16.233.984
TOPLAM	12.878.900	8.394.102	43.635.910	64.908.912

Kaynak: Sağlık Bakanlığı 2005



Şekil 15 Sosyal Güvenlik Kapsamının Genel Görünüşü

Kaynak: Sağlık Bakanlığı 2005

3.3.2.1. Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)

SSK özel sektör çalışanlarına, kamu sektörü çalışanı olan işçilere ve tarım sektöründeki çalışanları ile bütün bu üç grubun bakmakla yükümlü olduğu kişilere emeklilik ve sağlık bakanlığı aracılığıyla sağlık hizmetleri sağlamaktadır. SSK, sağlık hizmetleri ve emeklilik hizmetlerini adı altında mensuplarına iki ayrı hizmet sunmaktadır. 2005 yılı itibariyle işçiler ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler dahil tahminen 37,9 milyon SSK'lı bulunmaktadır (SSK,2004). Ancak, SSK kapsamında bulunan bireylerin tümünün sağlık harcamaları karşılanmamakta, sadece sağlık karnesine sahip olan SSK'luların sağlık harcamaları karşılanmaktadır. SSK sağlık hizmetleri esas itibarıyla çalışanlar ve işverenler tarafından ödenen primler ile finanse edilmektedir. Toplam SSK primi, çalışana ödenen maaşın %14'ü oranında hem işveren ve hem de çalışan tarafından ödenmektedir. Buna ilave olarak, SSK sağlık sistemi içerisinde ayakta hasta ilaçları için çalışanlardan %20, emeklilerden %10 oranında katkı payı alınmaktadır. Kronik hastalıkları bulunan sigortalılar bu katkı payından muaf tutulmaktadır.

3.3.2.2. Bağ-Kur

Yaklaşık olarak ülkenin 1/5'ini (15,8 milyon) kapsayan Bağ-Kur kendi adına serbest olarak çalışan esnaf ve sanatkarı kapsamaktadır. Bağ-Kur sadece bu grup için hizmet veren bir emeklilik fonu olmak amacıyla kurulmuşken 1988 yılından sonra pilot illerden başlamak suretiyle sağlık sigortasını da kapsamına almıştır. Sağlık

sigorta programı şu anda tüm ülkeyi kapsamına karşın katılım oranları son derece düşüktür. Bağ-Kur'un 15,8 milyon üyesinden tahminen 9,8 milyonu sağlık karnesine sahiptir ve aktif olarak sağlık sigortasından yararlanmaktadır (Bağ-Kur, 2005).

Üyelerin sağlık sigorta katkıları, %20'lik emeklilik ve diğer faydalar oranından farklı olarak sigortalı bireylerin tahmini gelirinin %12'si olarak hesaplanmaktadır. Tahmini gelir seviyesi, Maliye Bakanlığı tarafından belirlenen ve ücret ve fiyat enflasyonunu kapsayan bir endeks uygulanmak yoluyla hesaplanmaktadır. Bağ-Kur sağlık hizmetlerini doğrudan sunmamakta ancak kamu ve özel sektörde bulunan diğer hizmet sunucuları ile sözleşmeler yapmaktadır. Geri ödeme düzeyleri sunucu tipine göre değişmektedir. İlaç alımlarında aktif üyelerden %20 emekli üyelerden ise %10 düzeyinde bir katkı payı alınmaktadır (Liu ve diğerleri,2005,22).

3.3.2.3. Emekli Sandığı

Emekli Sandığı, emeklilik fonu, sağlık sigortasını bir arada sunan bir sosyal güvenlik kuruluşudur. Kurum, Maliye Bakanlığı'nın yönetimine denetimine tabi olarak hizmet vermektedir. Emekli Sandığı, aktif çalışanların maaşlarından kesilen %16'lık çalışan katkısı ve işveren durumundaki devletin %20'lik katkısı ile finanse edilmektedir. Kurumun kaynaklarına zaman zaman devlet tarafından yapılan ilave sübvansiyonlar verilen hizmetlerin kalitesinin artırılması hedeflenmektedir. Emekli Sandığı yatan ve ayakta tedavi edilen hastaların sağlık hizmetlerinin tamamını karşılamakla birlikte geri kalan hizmetler için %20'lik bir ilaç ve protez katkı payının ödenmesi gerekmektedir.

Hastanede yatış, bireyin devlet memurluğu içindeki derece kademesine dayanmaktadır. Bağ- Kur'da olduğu gibi, Emekli Sandığı da sağlık kurumları işletmemekte ancak kamu ve özel sağlık kurumlar ile sözleşmeler hizmet satın almaktadır.

3.3.3. Özel Finansman

Sağlık hizmetlerinin finansmanında özel finansman önemli bir yer tutmaktadır. Bu alanda yapılan harcamalar özel sigorta ve cepten ödemeler şeklinde karşımıza çıkmaktadır.

3.3.3.1. Özel Sigorta

Türkiye’de özel sağlık sigortası uygulamasına 1990’lı yıllardan itibaren izin verilmiştir. Türkiye özel sağlık sigorta şirketleri için cazip bir pazar olmakla beraber mevcut durumda nüfusun sadece yaklaşık %1’i özel sağlık sigortası kapsamındadır. Şu anda Türkiye’de 36 özel sigorta firması faaliyet göstermekte olup bu firmaların gerçekleştirdiği faaliyetler sonucunda, 1991’de 25.000 ve 2003 yılı sonu itibariyle de 703.545’e özel sigorta kapsamına dahil olmuştur. Bu rakamın 2006 yılı sonu itibariyle bir milyonu aşması öngörülmektedir. Katılımcıların %60’ı grup (işveren) sigortasında, %40’ı ise bireysel sigortadadır. Özel sigorta kurumları buna ilave olarak, dış, ayakta check-up ve göz hizmetleri gibi hizmetlerle kamunun sağladığı sağlık sigortasına ilave sigorta sağlamaktadırlar.

3.3.3.2. Cepten Ödemeler ve Katkı Payı

İnsanların kendi gelirlerinden gerçekleştirdiği sağlık harcamaları cepten ödemeler olarak adlandırılmaktadır. Kişiler satın aldıkları sağlık hizmetlerinin tamamını ya da bir kısmını kendileri karşılamak durumunda kalabilmektedir. Cepten yapılan ödemeler, kurumlara yapılan doğrudan ödemeler özel hekim ve, gönüllü sağlık sigortalarına ödenen primler, ilaç ve hizmetlere yapılan katkı payları şeklinde olabilir. Sağlık hizmetlerine ilişkin özel harcamalar düzenli olarak kayıt altına alınmadığı için Türkiye’de cepten ödemelerin düzeyi ile ilgili güvenilir tahminlerde bulunmak zordur. Ulusal Sağlık Hesapları çalışma sonuçları sağlığa yapılan cepten ödemelerin toplam sağlık harcaması içindeki payının 2000 yılında %27,6, 2005 yılında %28,4 olduğunu göstermektedir (RSHMM ,2006,4).

Yukarıda tanımlandığı üzere, Türkiye’de mevcut bütün sağlık sigortası programları bir çeşit katılım payı veya maliyet paylaşımı sistemi içermektedir. Maliye Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı bütün kamu sağlık kurumlarının ücret seviyelerini belirlerken Türk Tabipleri Birliği özel kurumların minimum ücret seviyelerini belirlemektedir. Bütün kamu sağlık sigorta fonlarında hastalar ilaçlar için %20’lik bir katkı payı ödemektedirler. Bu oran emekli üyeler için %10 seviyesindedir. Ayrıca, Yeşil Kart sahipleri için %20 oranında katkı payı öngören kanun 27 Nisan 2005 tarihinde kanunlaşmıştır. Özel sigorta poliçeleri farklılık göstermekle birlikte genel olarak ayakta hasta bakımı, doğum hizmetleri ve ilaçlar için %20’lik bir katkı payı almaktadırlar (Liu ve diğerleri 2005,24).

3.4. Türkiye’de Sağlık Harcamaları

Türkiye’nin sağlık harcamalarını yıllara göre incelediğimizde bir artış trendi görürüz. 1995-2005 yılları arası gözlenen sağlık harcamalarındaki artışla birlikte GSYİH içerisindeki sağlık harcamaları payı da artış göstermiştir. Sağlık harcamalarına yönelik olarak yapılan projeksiyon çalışmalarına göre, 2006 yılında gerçekleşen sağlık harcamalarının 44,8 milyar YTL olacağı öngörülmüştür (Sağlık Bakanlığı RSHMM 2006). Kişi başına sağlık harcaması ise, satın alma gücü paritesine göre 2005 yılında 580 ABD\$ olmuştur.

Aşağıda Tablo 6’da 1990-2005 yılları arası sağlık harcamalarının genel görünüşü verilmiştir. Bu tabloda ayrıca yapılan cari sağlık harcamalarının GSYİH’ ye olan oranları ayrı bir sütunda sunularak yapılan sağlık harcamalarının büyüklüğü hakkında fikir verilmesi amaçlanmıştır.

Tablo 6: Türkiye Sağlık Harcamaları ve Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı

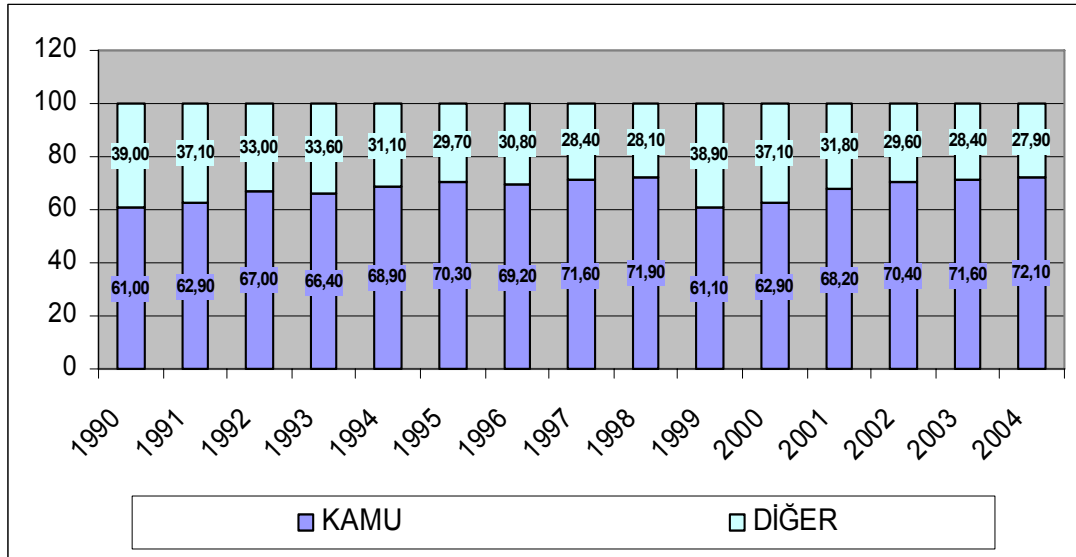
YILLAR	TSH	SH/GSYİH %
1990	13.920	3,6
1991	23.379	3,8
1992	43.200	3,8
1993	85.000	3,7
1994	160.000	3,6
1995	300.000	3,4
1996	550.000	3,9
1997	1.040.000	4,2
1998	1.944.800	4,8
1999	4.985.000	6,4
2000	8.248.000	6,6
2001	13.337.000	7,5
2002	20.524.000	7,4
2003	27.259.000	7,6
2004	33.005.000	7,7
2005	37.083.000	7,6

Kaynak: RSHMM 2006, OECD Health Data ve Yıldırım, S., "Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi", DPT Yayın No:2350, Ankara, 1994 verileriyle hazırlanmıştır

3.4.1. Kamu Sektörü Sağlık Harcamaları

Türkiye’de, daha önce açıklandığı üzere sağlık harcaması yapan kamu kurumları Sağlık Bakanlığı, SSK, Bağ-kur, Emekli Sandığı, Bakanlıklar, KİT’ler, Üniversiteler, Belediyeler ve çeşitli fon kuruluşlarıdır. Türkiye’de kamu sektörünün

yapmış olduğu sağlık harcamaları toplam sağlık harcamaları içerisinde önemli bir yer tutar. Aşağıda Şekil 16’ da kamu kesiminin gerçekleştirmiş olduğu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı görülmektedir.



Şekil 16: Türkiye Kamu Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Payı 1990-2004

Kaynak: OECD Health Data 2006

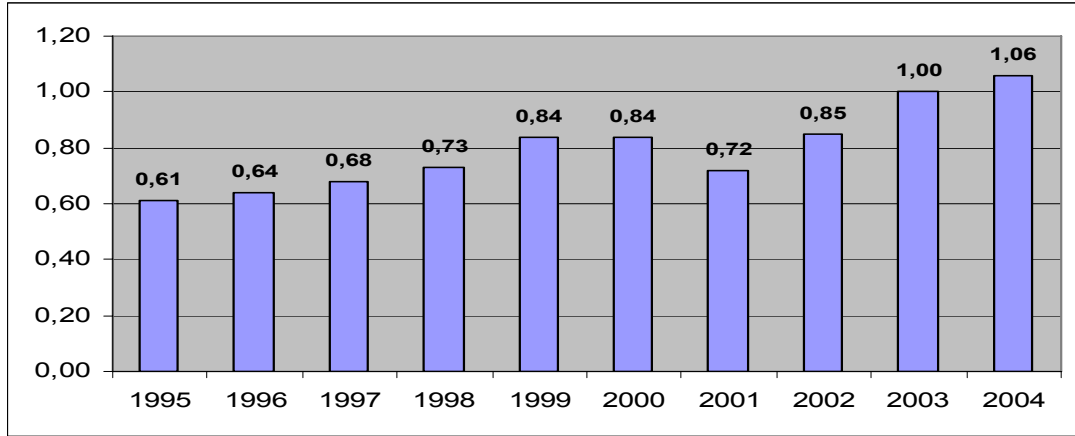
1990 yılında % 61 olan kamu sağlık harcamaları 2004 yılı sonunda % 72,1’lük artış göstererek 72,1 olmuştur. 1990 ile 2004 yılları arasındaki kamu sağlık harcamaları incelendiğinde kamu kesiminin toplam sağlık harcamalarının yaklaşık olarak 2/3’ünü gerçekleştirdiği görülür.

3.4.1.1.Sağlık Bakanlığı Harcamaları

Türkiye’nin sağlık politikalarını yürütmekle görevli olan Sağlık Bakanlığı koruyucu sağlık hizmetleri yanında ikinci basamak sağlık hizmetlerini de sunan en önemli kuruluştur. Birinci basamak ve koruyucu sağlık hizmetleri ile sağlığın geliştirilmesi ve topluma dayalı sağlık hizmetlerini sunma zorunluluğu bulunan kuruluşlardır (Yurdadoğ,2006,146).

Devlet memurları, emekliler ve sağlık güvencesi altında olmayan tüm halka hizmet veren Sağlık Bakanlığı’nın harcamaları genel bütçe ödemeleri, döner sermaye gelirleri ve fon gelirlerinden karşılanmaktadır. Sağlık Bakanlığı harcamalarının temel kaynağını genel bütçe gelirleri oluşturmaktadır. 1992 yılında toplam harcamaların %80’ini oluşturan genel bütçenin payı 2001 yılında %57,5’e kadar gerilemiştir. Buna karşılık, kullanıcıların ödemelerinden oluşan döner sermaye gelirlerinin payı da hızla

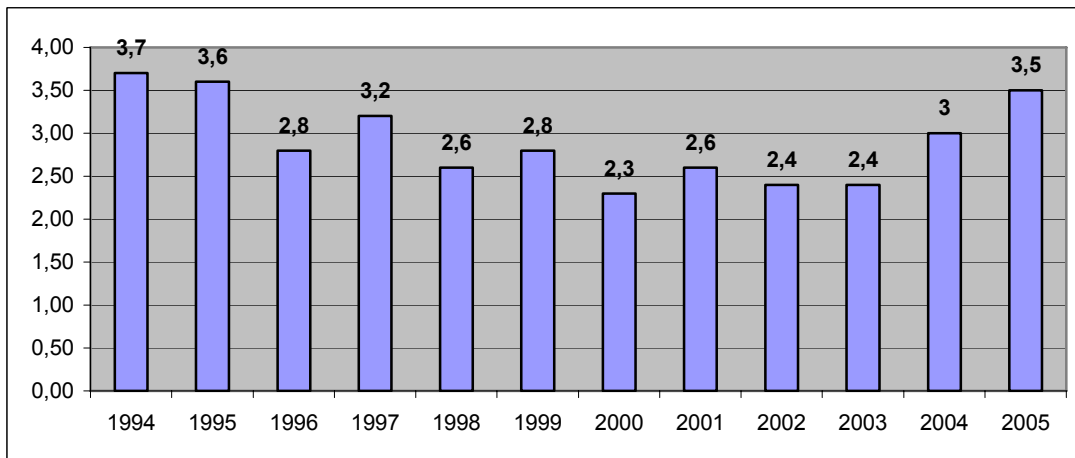
artmıştır. (DPT 2005) Şekil 17’de yıllar içinde Sağlık Bakanlığı bütçesinin GSYİH içindeki yüzdesinin gelişimi yer almaktadır. Şekilde görüldüğü gibi Sağlık Bakanlığı bütçesinin GSYİH’den aldığı pay sürekli artmaktadır.



Şekil 17: Sağlık Bakanlığı Bütçesinin GSYİH İçindeki Payı (1995-2004)

Kaynak: T.C. Maliye Bakanlığı Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü. Bütçe İstatistikleri , Mali Raporlama - Sağlık Hizmetlerine Analitik Bakış: Bütçe Büyüklükleri

Sağlık Bakanlığının finansman kaynaklarının çok önemli bölümünü oluşturan Konsolide Bütçeden tahsis edilen kaynak, Şekil 18’ de görüldüğü gibi geçmiş yıllarda oransal olarak azalmalar göstermiştir. 2004 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programının başlaması ile birlikte oransal olarak az da olsa artmaya başlamış ve 2004 yılında % 3,0 2005 yılında ise %3,5 düzeylerine ulaşmıştır. Son yıllarda değişmeye başlayan bu durum Türkiye’de sağlık sektörüne verilen önemin de bir göstergesi olarak kabul edilebilir (Yurdadoğ,2006,146).



Şekil 18: Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Konsolide Devlet Bütçesi İçindeki Oranı (%),1995-2004

Kaynak: T.C. Maliye Bakanlığı Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü. Bütçe İstatistikleri , Mali Raporlama - Sağlık Hizmetlerine Analitik Bakış: Bütçe Büyüklükleri

<http://www.bumko.gov.tr/istatistik/MaliRaporlama/Saglik/ButceBuyukluk.htm> (22 Ekim 2006)

3.4.1.2. Sosyal Güvenlik Fonları Sağlık Harcamaları

Türkiye’de SSK, Bağ-kur ve Emekli Sandığı sosyal güvenlik fonları kapsamında değerlendirilmektedir. SSK özel sektörde çalışanları ve kamu sektöründeki işçileri, Bağ-Kur esnaf-sanatkar ve kendi namına çalışan kişileri, Emekli Sandığı ise emekli devlet memurlarını ile aktif olarak çalışan devlet memurlarını kapsamaktadır. Ayrıca bunların bakmakla yükümlü olduğu kişiler de dolaylı olarak kapsam içinde yer almaktadır. Türkiye’de sağlık sisteminin kapsayıcılığı incelendiğinde 2005 yılı itibariyle nüfusun %87’lik kısmının sağlık hizmetleri bakımından sosyal güvenlik kapsamında olduğu söylenebilir. (Yurdadoğ,2006,1479)

Sağlıkta dönüşüm programı dahilinde, “Herkes Sosyal Güvenlik” başlığı altında planlanan faaliyetler doğrultusunda; sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanması, uzun vadeli sigorta programları ile kısa vadeli sigorta programlarının birbirinden ayrılması ve genel sağlık sigortasının kurulması amacıyla Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından sosyal güvenlik sisteminin yeniden yapılandırılması konusunda çalışmalar başlatılmıştır. Ayrıca, genel sağlık sigortasının oluşturulması, sosyal güvenlik kuruluşlarının kurumsal kapasitelerinin güçlendirilmesi ile sağlık ve sosyal güvenlik bilgi sisteminin oluşturulması Sağlıkta Dönüşüm Projesi içerisinde de yer almaktadır (DPT, 2005).

3.4.1.2.1. Sosyal Sigortalar Kurumu Sağlık Harcamaları

Sosyal Sigortalar Kurumu Sosyal Sigortalar Kanununa göre bir hizmet akdine bağlı olarak çalışan sigortalılara, emeklilere, dul ve yetimler ile sigortalıların bakmakla yükümlü olduğu aile bireylerine sağlık hizmetleri sağlamakla yükümlüdür. 19 şubat 2005 tarihine kadar kendi bünyesindeki sağlık tesislerinde sigortalılarına sağlık hizmeti sunan SSK, Sağlık Bakanlığı-SSK Ortak Kullanım Protokolünün imzalanmasından sonra bu hizmetleri satın alma yoluna gitmiştir. İmzalanan bu protokolden sonra SSK sağlık tesislerinin Sağlık Bakanlığına devir işlemleri tamamlanmış, SSK sağlık hizmetleri karşılığı ödemeler yaparak Sağlık Bakanlığında hizmet satın almaya başlamıştır. SSK’nın sağlık harcamaları ve finansman dengesi Tablo 7’de sunulmuştur.

Tablo 7: SSK Sağlık Harcamaları , 1995-2005

YILLAR	KURUMUN SAĞLIK TESİSLERİ GİDERLERİ	DIŞARIDAN SATIN ALINAN HİZMET	TOPLAM
1995	34.746,8	10.007,7	44.754,5
1996	66.029,5	21.907,7	87.937,2
1997	146.513,7	52.716,6	199.230,3
1998	295.013,3	111.167,2	406.180,5
1999	525.626,2	223.073,3	748.699,5
2000	872.956,2	407.232,6	1.280.188,8
2001	1.527.662,8	730.294,8	2.257.957,6
2002	2.532.071,1	1.062.279,0	3.594.350,1
2003	3.485.630,5	1.495.563,2	4.981.193,7
2004	4.024.229,1	2.611.461,9	6.635.691,0
2005	1.568.922,0	6.613.348,0	8.182.270,0

Kaynak: SSK. 2005 Yılı Çalışma Raporu

http://www.ssk.gov.tr/sskdownloads/anasayfa/istatistik/ekim_2005.xls

Tablo 7’de görüldüğü gibi, SSK tarafından gerçekleştirilen toplam sağlık harcaması, 2001 yılında 2.257 trilyon T.L. dolayında iken, hızla artarak % 59,2 yıllık artışla 2002 yılında 3.594 trilyon TL, % 38,6 yıllık artışla 2003 yılında da 4.981 trilyon T.L. dolayına ve % 33,2 yıllık artışla 2004 yılında ise 6.635 trilyon T.L.’sına yükselmiş 2005 yılı sonu itibariyle 8.812.270 milyar YTL olarak gerçekleşmiştir.

Tablo 7, 2004 yılında SSK sağlık harcamalarının çok önemli bir kısmının (%60,6) kendi sağlık tesislerinde gerçekleştirilmiş olduğunu da göstermektedir. Kurum dışı sağlık harcamalarının geriye kalan kısmının yaklaşık % 29’u hariçteki sağlık tesislerine, % 10,4’ü ise anlaşmalı hekimlere yapılmaktadır.

SSK kurum dışı sağlık harcamalarında zaman içerisinde yapılan anlaşmalarla hızlı bir artış görülmektedir. 2003 yılında hariçte yaptırılan tedavi harcamaları 1.5 trilyon T.L. iken, 2004 yılında % 75 artarak 2.6trilyon T.L.’ye yükselmiştir. 2005 yılında SSK sağlık tesislerinin sağlık bakanlığına devredilmesiyle kurum sağlık harcamalarının %80’ini sağlık hizmetleri satın almak için gerçekleştirmiştir. SSK toplam sağlık harcamaları içerisinde ilaç harcamalarının % 40’lar gibi büyük bir oranda olması dikkat çeken diğer bir konudur. (SSK. 2005 Yılı Çalışma Raporu)

3.4.1.2.2. Bağ-Kur Sağlık Harcamaları

1972 yılında 1479 Sayılı yasaya göre bağımsız çalışanlara sigorta hizmetleri vermek üzere kurulan BAĞ-KUR, 1985 yılından itibaren pilot bölgelerde sağlık hizmetleri de vermeye başlamıl ve bu hizmetleri kademeli olarak geliştirerek 1988 yılı sonunda tüm mensuplarına yaygınlaştırmıştır. Bağ-Kur da SSK gibi sağlık hizmetlerini satın alma yoluyla sağlayıp, sigortalılardan topladığı sağlık primleriyle bu hizmetleri finanse etmeye çalışmaktadır .

Tablo 8’de görüldüğü gibi, 1995 yılında 8.045 milyar TL dolayında olan toplam sağlık harcaması, SSK ve Sağlık Bakanlığı harcamalarına göre çok daha hızlı bir artış kaydederek 1996 yılında 18.4 trilyon TL, 1998 yılında 201.3 trilyon TL ,2001 yılında 1,2 trilyon T.L. ve 2004 yılında ise 3.7 trilyon T.L. dolayına yükselmiştir . Bu harcamaların dağılımına gelince 2005 yılında harcamaların %37,8’ini hastane harcamaları oluştururken % 62,2’sini ilaç ve tıbbi malzeme harcamaları oluşturmaktadır.

Tablo 8: Bağ-Kur 'un Toplam Sağlık Harcamaları 1995-2005 (YTL.)

Yıllar	HARCAMALAR					
	İlaç	Optik	Medikal	şahıs	Toplam	Yıl Art.(%)
1995	3489	87	5	1895	8.045	
1996	9.195	154	9	3.339	18.412	129
1997	24.971	485	29	10.523	54.500	196
1998	121.417	1.183	72	25.663	201.254	269,3
1999	231.419	1.831	111	39.729	413.417	105,4
2000	458.336	4.401	2.946	49.008	730.291	76,6
2001	780.446	6.671	8.977	102.712	1.228.806	68,3
2002	1.321.532	12.520	9.272	159.071	2.195.295	78,7
2003	1.997.220	25.975	8.532	185.694	3.183.120	45
2004	2.187.971	28.811	8.545	225.473	3.719.300	16,8
2005	1.840.940	25.923	18.867	376.048	3.625.815	-2,5

Kaynak: BORA, Serdar. Kamuda Yeniden Yapılanmada Sağlık Sisteminin İzlenmesi, Değerlendirilmesi ve Performans Yönetimi, Bağ-Kur Genel Müdürlüğü Sağlık İşleri Daire Başkanlığı Sunumu, Kızılcahamam , 26-27 Eylül 2005 <http://www.sabem.saglik.gov.tr/forum/ezadmin/htmlarea/files/documents/2484.pdf>

Bağ-Kur sağlık harcamalarında zaman içerisinde radikal artışlar gözlenirse de 2004 yılı sonrasında eşdeğer ilaç uygulamasına geçilmesiyle önemli tasarruflar sağlanmış, hızlı yükselişin önüne geçilmiştir.

Bağ-Kur sağlık prim gelirleriyle, sağlık harcamaları dengesi de Tablo 9'da görülmektedir. 1986 yılında 0.5 milyar TL olan sağlık harcamasına karşılık elde edilen prim gelirleri 5.7 trilyon TL dolayında olmuştur. İlerleyen yıllarda da, giderek azalan bir seyir takip etmekle birlikte yine prim gelirlerinin fazla olduğu gözlenirken, 1995 yılından itibaren denge hızla açık vermeye başlamış ve toplanan sağlık sigortası primleri sağlık giderlerini karşılamamaya başlamıştır. 1995 yılında gerçekleşen gelirleri, sağlık harcamalarının %91,9'unu karşılamakta iken, bu oran 1997'de %79,4'ünü, 1998 yılında da %37,7'sini ve 2004 yılına bakıldığında ise %52,8'ini karşılayabilmektedir.

Tablo 9: Bağ-Kur Sağlık Prim Gelir-Gider Dengesi (Milyar TL), 1986-2004

Yıllar	Prim Tahsilatı (Milyar T.L.)	Sağlık Harcaması (Milyar T.L.)	Karşılama Oranı %
1986	5,7	0,5	1140,0
1990	307,3	277,5	110,7
1991	480,2	421,6	113,9
1992	1.463,6	524,2	279,2
1993	1.782,1	1.060,8	168,0
1994	3.778,1	2.987,2	126,5
1995	7.396,0	8.044,7	91,9
1996	15.162,9	18.411,9	82,4
1997	43.269,6	54.499,5	79,4
1998	75.973,1	201.254,1	37,7
1999	142.706,5	413.417,2	34,5
2000	285.075,0	730.295,6	39,0
2001	518.815,7	1.228.848,9	42,2
2002	964.303,0	2.195.308,2	43,9
2003	1.410.561,1	3.183.146,3	44,3
2004	1.965.189,0	3.719.356,0	52,8

Kaynak: BORA, Serdar. Kamuda Yeniden Yapılanmada Sağlık Sisteminin İzlenmesi, Değerlendirilmesi ve Performans Yönetimi, Bağ-Kur Genel Müdürlüğü Sağlık İşleri Daire Başkanlığı Sunumu, Kızılcahamam , 26-27 Eylül 2005

<http://www.sabem.saglik.gov.tr/forum/ezadmin/htmlarea/files/documents/2484.pdf>

3.4.1.2.3. Emekli Sandığı Sağlık Harcamaları

657 Sayılı Devlet Personel Kanununa göre çalışan devlet memurlarının emeklileri, dul ve yetimleri ile bunların bağımlılarına sağlık kuruluşlarından satın alma yöntemi ile sağlık hizmeti sağlayan Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve SSK gibi bir finans kurumu özelliğindedir. Emekli Sandığının finansman kaynağının aktif memurlardan alınan primler olmasına rağmen, bu kurum sağlık primi adı altında bir prim almamaktadır. Yani emeklilik primi altında tek bir kaleme alınan primler çalışanlara emeklilik dönemlerinde maaş imkanı sağlarken, aynı zamanda bu primler sağlık hizmetlerinin finansmanı için de kullanılmaktadır. Günümüzde Emekli Sandığı bütçesine, sanki devlet bütçesiyle birleşikmiş gibi bir yapı kazandırılmış ve kurumun bütçesindeki açıklar otomatik olarak genel bütçeden karşılanmaktadır.

Tablo 10'da 1995-2005 yılları arasında gerçekleşen Emekli Sandığı harcamalarını birlikte sunulmuştur.

Tablo 10: Emekli Sandığı Sağlık Harcamaları ve Dağılımı (1995-2005)

Yıllar	Dosya Sayısı	Dosya Başına Sağlık Ödemesi	Bir Önceki Yıla Göre Artış %	Toplam Sağlık Harcaması
1995	828.553	444		17.858.065
1996	920.572	474	93,9	34.625.900
1997	952.360	579	142,7	84.040.546
1998	1.036.501	577	122,6	187.040.519
1999	1.121.643	595	92,6	360.267.000
2000	1.186.139	782	72,9	623.072.600
2001	1.266.626	597	74,8	1.089.395.190
2002	1.359.875	826	68,9	1.840.221.231
2003	1.446.420	1.237	35,8	2.498.189.724
2004	1.464.480	1.345	11,9	2.795.695.601
2005	1.481.243	1.470	4,3	2.917.045.576

Kaynak: T.C. Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri 2005

<http://www.emekli.gov.tr/ISTATISTIK/saglik.html#s2>

Tabloda görüldüğü üzere Emekli Sandığı sağlık harcamaları zaman içerisinde sürekli artış göstermiştir. Geçen on yıllık sürede dosya sayısında radikal artışlar görülmemesine rağmen sağlık harcamalarında 1997 ve 1998 yıllarında radikal artışlar gözlenmiştir. Sağlıkta dönüşüm programının uygulanmasını takiben alınan tasarruf önlemleriyle, 2002 yılı sonrası Emekli Sandığı sağlık harcamalarında hızlı artış önlenmiştir. 2002 yılında cari fiyatlarla 1.840 trilyon T.L. düzeyinde olan Emekli Sandığı sağlık harcamaları % 69 yıllık artış göstererek 2003 yılında 2.498 trilyon T.L., % 36 yıllık artış göstererek 2004 yılında 2.795 trilyon TL ve azalan bir oranda % 12 yıllık artış göstererek 2005 yılında da 2.917 trilyon T.L. düzeyinde gerçekleşmiştir.

3.4.1.3. Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Fonları Dışında Kalan Birimlerin Sağlık Harcamaları

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumunda Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kuruluşları yanında bakanlıklar, üniversiteler, KİT’ler, belediyeler ve fonlar da önemli role sahiptir. Ülkemizde sağlık hizmetlerinin finansmanında ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri sunumunda önemli rol üstlenen üniversiteler katma bütçeli idareler olmaları itibarı ile hem katma bütçeden pay almakta hem de ürettikleri hizmetler karşılığında elde ettikleri gelirleri döner sermayelerinde değerlendirilmektedir. Üniversite hastanelerinin hizmet sunumu yanında en önemli özelliği uygulama ve araştırma merkezleri olarak tıp eğitimi de vermeleridir.

Üniversite hastanelerinin Yüksek Öğretim Kurulu (YÖK) aracılığıyla yapılan genel bütçe ödenekleri ve üniversite döner sermayeleri olmak üzere iki ana finansman kaynağı bulunmaktadır. Genel bütçe ödenekleri yatırım amaçlı kullanıldıkları gibi cari harcamalar için de kullanılabilirlerdir. Devlet hastanelerinden farklı olarak döner sermaye gelirleri rasyonel fiyatlandırma politikalarıyla oldukça güçlendirilmiştir. Üniversite hastaneleri, yatırım harcamalarında DPT'nin, döner sermaye kaynaklı harcamalarda ise Maliye Bakanlığı'nın gözetim ve denetimi altındadır (Yurdadoğ,2006,144)

3.4.2. Özel Sektör Sağlık Harcamaları

Özel sektör harcamaları, özel hastane harcamaları, hekim harcamaları, diş hekimisi harcamaları, özel ilaç harcamaları ve kamuya yapılan cepten ödemelerden

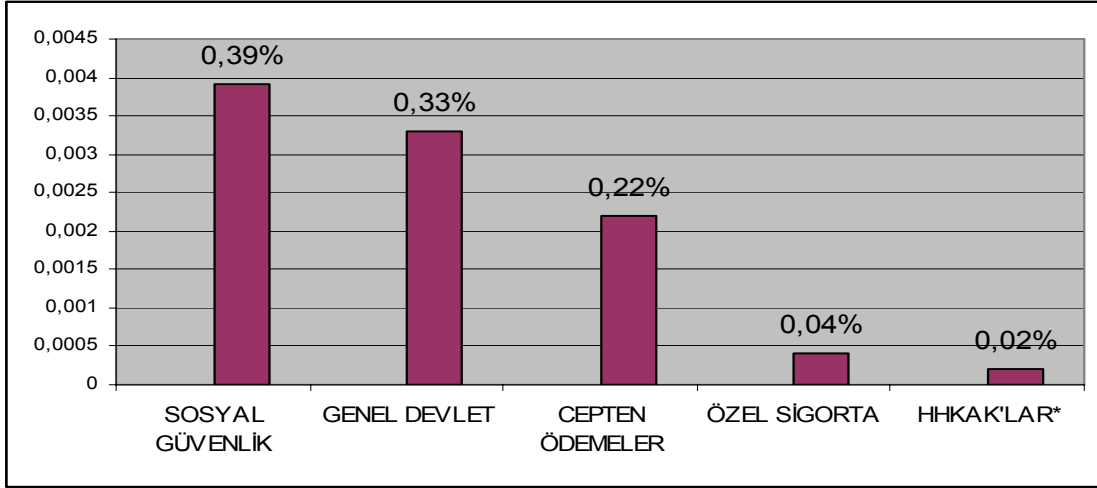
oluşmaktadır (Türkiye’de toplam sağlık harcamalarının küçümsenmeyecek kadar önemli bir oranı özel sektör tarafından karşılanmaktadır. Mutlu ve Işık 2002,298).

Özel sektör özellikle ayakta teşhis ve tedavi hizmetleri bakımında önemli bir paya sahiptir. Son yıllarda sosyal güvenlik fonlarınca kapsanan sigortalıların özel sektöre ait sağlık hizmet birimlerinden yararlandırılması uygulaması özel sağlık hizmetlerinin gelişmesini olumlu etkilemiştir.

Yataklı tedavi kurumlarında verilen çeşitli hizmetler yıllar itibarıyla karşılaştırılıp incelendiğinde hem özel sektörde, hem de ülke genelinde sağlık hizmeti sunumunda bir artış gözlenmektedir. Ancak özel sektör hizmet sunumundaki artış, ülke genelindeki artıştan oldukça yüksektir. Bu aynı zamanda, özel sağlık kuruluşlarının, gün geçtikçe pastadan daha çok pay alması anlamına gelmektedir. Elde edilebilecek bir başka sonuç, ülke genelindeki sağlık hizmetlerindeki artışın yıllara göre dengeli dağılımına karşın, özel sektördeki genişlemede son birkaç yılın rolü daha belirgindir. (<http://www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/ytkiy2004/>)

Şekil 19’da görüldüğü üzere Türkiye’deki toplam sağlık harcaması çok büyük oranda örgütlü kurumlarca finanse edilmektedir. Cepten yapılan ödemeler 2005 yılında toplam sağlık harcamasının %22’sini oluşturmaktadır. Sosyal güvenlik kurumları (toplam sağlık harcamasının %39’u) ve genel devlet (toplam sağlık harcamasının %33’ü) harcamaları birleştirildiğinde, Türkiye’deki toplam sağlık harcamasının %72’si “kamu” tarafından, geri kalanı özel sektör tarafından finanse edilmektedir. Bunlar arasında özel sigorta kurumları ve şirketler (sağlık sigortası dışında) sağlık finansmanında küçük de olsa rol oynamışlardır (Yurdadoğ,2006,154)

Özel sigorta şirketlerinin toplam sağlık harcamasındaki payı ise %4’ün biraz üzerindedir. Türkiye’nin ekonomisi geliştikçe ve farklı sağlık ve sigorta ürünlerine olan talep arttıkça bu iki sektörün ilave finansman sağlama konusundaki destekleri daha da artabilir. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanında görev alan hane halkına hizmet eden kar amacı gütmeyen sağlık kuruluşların payı % 2’dir.



Şekil 19: Türkiye’de Kaynak İtibariyle Toplam Sağlık Harcamaları (2005)

* Hane halkına Hizmet Eden Kar Amaçsız Kurumlar

Kaynak: Sağlık Bakanlığı 2005 verilerinden hazırlanmıştır.

3.5 Türkiye’de Gerçekleştirilen Sağlık Reformları

Sürekli olarak ekonomik, soysal ve kültürel değişimlerin yaşandığı dünyada, çağın gerisinde kalmamak adına birçok konuda çağa uygun olarak gözden geçirmeler ve düzenlemeler yapılmaktadır. Dünya genelinde kabul görmüş birçok doğru değişmekte yeni uyarlamalarla modern bir görünüm kazanmaktadır. Sağlık hizmetlerinde meydana gelen değişiklikler ve reform çalışmaları da çağın değişim rüzgarında bir zorunluluk olarak görülmektedir. Sağlık hizmetleri maliyetlerinin süratle artması, insanların yüksek beklentileri ve ülkelerin ödeme kapasitelerindeki sıkıntılar sağlıkta reformu zorunlu kılan nedenlerdir. Türkiye’de sağlık güvencesi olmayan nüfusun yüksek olması, mevcut sağlık sisteminden duyulan tatminsizlik ve kaynak kullanımında ki verimsizlik sağlık sektöründe gerçekleşecek bir reformu zorunlu kılarken ekonomide yaşanan dönüşüm çalışmaları ve uluslar arası ilişkiler bu sürecin hızlanmasında temel etken olmuştur (Gümüsel B., 2006 Toplantı Sunumları)

Türk sağlık reformları diğer ülkelerde görülen reform çabalarına paralel olarak 1980’lerde başlamıştır. Reform konuları açısından diğer ülkelerde de çok genel anlamda görülen sağlık hizmetlerinde devletin ve piyasanın değişen rolleri, desantralizasyon (yerinden yönetim), tüketicilerin güçlendirilmesi ve halk sağlığının rolü olarak dört temel konuyu kapsayan bir reform çerçevesi olduğu söylenebilir. Türk sağlık sektöründe devletin ve piyasanın değişen rolleri konusunda köklü değişimler

olamamakla birlikte özel sektörün rolünün artırılmasına ilişkin eğilimler olduğu söylenebilir(Yıldırım 2000).

Türkiye’de özellikle,

- kaynakların yetersizliği,
- hizmet kalitesinde istikrarsızlık,
- tıbbi standartlarda düşüş,
- kısıtlı arza rağmen kaynakların kötü kullanımı ve
- sağlık sisteminde düşük verimlilik

sağlık reformları’nın gerekçelerini oluşturmaktadır.

Türkiye Cumhuriyeti kuruluşundan 1980’lere kadar geçen dönemde, hizmetin iyileştirilmesine yönelik sağlık alt yapısı ve örgütlenmeyle ilgili pek çok değişikliğe tanık olunmuştur. Bu çabalar özellikle 80’li yıllardan itibaren yoğunluk kazanmıştır. Bu çalışmalar sağlık sistemini oluşturan farklı bileşenler üzerinde yoğunlaşmakla birlikte, 1980 öncesi sağlık politikalarında kabul gören iyileştirmeye yönelik yaklaşımlardan öte sağlık sisteminin tüm bileşenlerinde sorun görüldüğü ve sağlık sistemini değiştirmeye yönelik reform düşüncesi ile harekete geçilmiştir. Sağlık dahil tüm sektörler bu kararlardan etkilenmiştir. Sağlık sektörünü piyasa ekonomisine adapte edebilmek için yapılan girişimlerden biri 1987 yılında, “Temel Sağlık Hizmetleri” yasının çıkarılması olmuştur. Ancak bu yasanın bazı önemli maddeleri Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmiştir. Yasa, halen yürürlükte olmasına rağmen uygulamaya geçilmesi mümkün olmamıştır (BSS 2002 ,174).

Türkiye’de yaşanan sağlıkta reform çalışmalar 1990 yılından sonra ivme kazanmıştır. 1990 yılında uluslar arası bir kurum (White Paper) ve Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından hazırlanan “Sağlık Sektörü Master Planı” çerçevesinde Dünya bankası yardımıyla 1. Sağlık Projesi gerçekleştirilirken, 1991 yılında strateji ve planlama geliştirme kurumunun kurulmasını ile birlikte 1992 yılında I. Ulusal Sağlık kongresi gerçekleştirilmiştir. Sağlık güvencesi olmayan nüfusun güvence altına alınması amacıyla 1992 de yeşil kart uygulamasına geçilmiş ve durumun değerlendirilmesi için 1993 yılında 2. ulusal sağlık kongresi gerçekleştirilmiştir. Geçen zaman içerisinde sağlık sektörünün kapasite durumu değerlendirilmiş ve 1994 yılında bu konunun temel alındığı 2. Sağlık Projesi gerçekleştirilmiştir. Bu projenin ardından

son olarak 2003 yılında yine sağlıkta dönüşüm programı uygulanmaya başlanmış sağlık ile ilgili uygulanması düşünülen projeler bu program altında gerçekleştirilmeye başlanmıştır (Yurdadoğ,2006,162) .

Dünya bankası desteği ile gerçekleştirilen sağlıkta dönüşüm programı ile sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması amaçlanmıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programının bileşenlerini aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür;

- Sağlık Bakanlığına planlayıcı ve denetleyici bir yapının kazandırılması,
- Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortasının oluşturulması,
- Yaygın, erişilebilir sağlık hizmetinin sağlanması,
- Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetlerinin sağlanması,
- Etkili, kademeli sevk zincirinin oluşturulması,
- Sağlık işletmelerinin idari ve mali özerkliğe sahip bir yapıya dönüştürülmesi,
- Motivasyonu yüksek sağlık personelinin istihdam edilmesi,
- Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumlarının oluşturulması,
- Kalite ve akreditasyonun sağlanması,
- Akılcı ilaç ve malzeme kullanımının sağlanması,
- Sağlık bilgi sisteminin oluşturularak veritabanı oluşturulmasıdır.

Sağlıkta dönüşüm programıyla, öncelikle sağlık hizmeti sunumunda ve verilen sağlık hizmetlerinin finansmanında köklü değişikliklerin yapılması amaçlanmıştır. Bu kapsamda aile hekimliği uygulaması başlatılarak fertlerin sağlık hizmetine erişebilirliğinin artırılması ve aynı zamanda ikinci ve üçüncü basamaktaki yükün hafifletilmesi amaçlanmıştır.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı konusunda yapılacak reform çalışmalarıyla ise gelirleri ile giderlerini karşılayabilen, verimlilik ve etkililik ilkelerine göre yönetilen, idari ve mali açıdan özerk, kamu tüzel kişiliğine sahip işletmelerin oluşturulması

amaçlanmıştır. Bu alanda yapılan reform çalışmaları ile herkesi tek çatı altında toplayan “Genel Sağlık Sigortası”nın kurulması da amaçlanmış bununla beraber hizmeti sunanla finanse edenin birbirinden ayrılması da amaçlanmıştır. Bu konuda SSK hastanelerinin sağlık bakanlığına devredilmesiyle ilk adım atılmıştır.

2003 yılından itibaren sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde gerçekleştirilen reform çalışmaları sonucunda

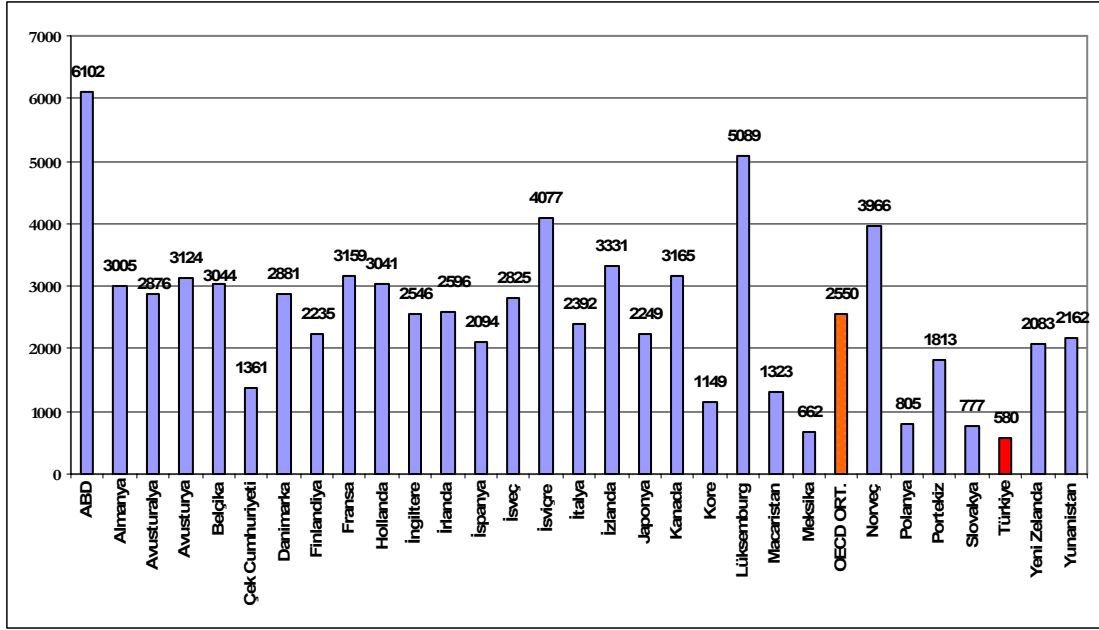
- SSK ve diğer bazı kamu kurumlarının Sağlık Bakanlığına devredilmesi,
- Ölçülebilir Performansa Dayalı Ek Ödeme Yöntemine geçişin sağlanması,
- Devlet memurları ve Emekli Sandığı mensuplarının özel sağlık kuruluşlarından yararlanmaya başlaması,
- Aile hekimliği pilot uygulamasının başlatılması (Düzce),
- Yeşil Kart sahiplerinin ayakta tedavi ve ilaç alımından yararlanmaya başlaması,
- Yeşil Kart sahiplerinden katılım payı alınmaya başlanması,
- SSK’lılar serbest eczanelerden yararlanmaya başlaması,
- Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasa Tasarısının TBMM’ye gönderilmesi,
- Eşdeğer İlaç Uygulamasına Geçişin sağlanması
- İlaçta KDV indiriminin sağlanması
- Beşeri ve Tıbbi Ürünlerin Fiyatlandırılmasına Dair Karar çıkarılması
- İlaç Alım Protokolü’nün hayata geçirilmesi
- Beşeri Tıbbi Ürünlerin Sınıflandırılmasına Dair Yönetmeliğin çıkarılması
- 2006 yılı ilaç alım protokolünde revizyona gidilmesi çalışmaları gerçekleştirilmiştir. (Gümüsel B., 2006 Toplantı Sunumları)

Sağlıkta dönüşüm projesinin tamamlanmasıyla birlikte, kamu sağlık programları dışında hizmet sunumundan sorumlu olmayan ve daha ziyade politika belirleme ve düzenleme ile ilgilenen daha çok yönlendiren konumda bir Sağlık Bakanlığı beklenmektedir. (Rossetti 2004, 18).

3.6. Türkiye Sağlık Harcamalarının OECD Ülkeleri İle Karşılaştırılması

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

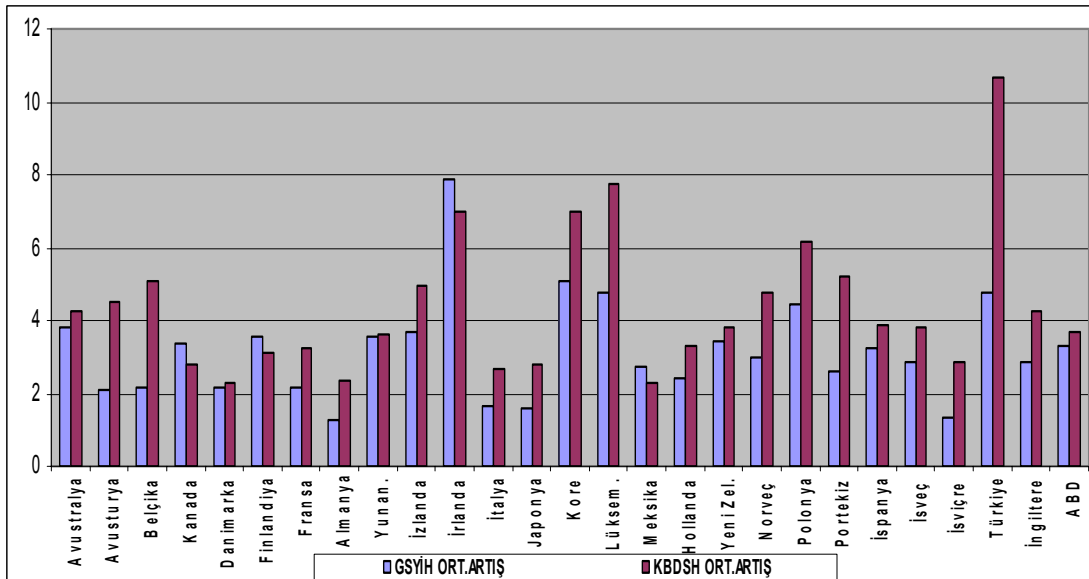
Dünya Bankası tarafından 2003 yılında gerçekleştirilen ülkelerin sağlık hesapları çalışması verilerine göre dünya genelinde kişi başına ortalama sağlık harcaması 483 \$’dır. Sanayileşmiş ve yüksek gelirli ülkelerde ortalama kişi başına 2500 \$’ın üzerinde sağlık harcaması gerçekleşirken, az ve orta gelirli ülkelerde ortalama kişi başına 200 \$’ın altında bir sağlık harcaması gerçekleşmiştir. Ülkelerin gelir seviyesi ve endüstrileşmesi yükseldikçe sağlık hizmetlerine daha çok kaynak ayrılmakta ve dolayısı ile sağlık harcamaları da düşük gelirli ülkelere göre oldukça yüksek miktarda gerçekleşmektedir (World Bank, 2003a: 94). Gelişmiş OECD ülkelerinin sağlık harcamalarına baktığımızda, diğer dünya ülkelerinin sağlık harcamalarından çok daha yüksek harcamaların gerçekleştiği görülmektedir (OECD Health Data 2006). 2004 yılında OECD ülkeleri kişi başına ortalama 2437 \$ sağlık harcaması gerçekleştirirken ABD 6102 \$ ile en yüksek kişi başı sağlık harcamasını gerçekleştirmiş, 5089 \$’lık kişi başı sağlık harcamasıyla Lüksemburg ve 4077 \$’lık kişi başı sağlık harcamasıyla İsviçre ABD’yi takip eden ülkeler olmuştur. OECD ülkeleri içerisinde daha az gelişmiş olarak kabul edilen Kore 1149 \$, Polonya 805 \$, Meksika 662 \$ kişi başı sağlık harcaması gerçekleştirmiştir. Aynı yıl Türkiye gerçekleştirdiği 580 \$’lık sağlık harcamasıyla OECD ülkeleri arasında en düşük kişi başı sağlık harcamasını gerçekleştiren ülke olmuştur. Şekil 20’de OECD ülkelerinde gerçekleşen, satın alma gücü paritesine göre kişi başı sağlık harcamaları verilmiştir.



Şekil 20: OECD Ülkelerinin Kişi Başına Toplam Sağlık Harcamasının Satın Alma Gücü Paritesi Açısından Karşılaştırmaları, 2004

Kaynak: OECD Health Data 2006

Ülkelerin GSYİH'lerinde meydana gelen artışlarla beraber toplam toplam sağlık harcamalarında eş zamanlı artışlar görülmüştür. Şekil 21'de 27 OECD ülkesinde, 1994-2004 yılları arasında gerçekleşen GSYİH artış ortalamaları ile ülkelerin KBDSH'lerinde meydana gelen artışların ortalaması birlikte sunulmuştur.



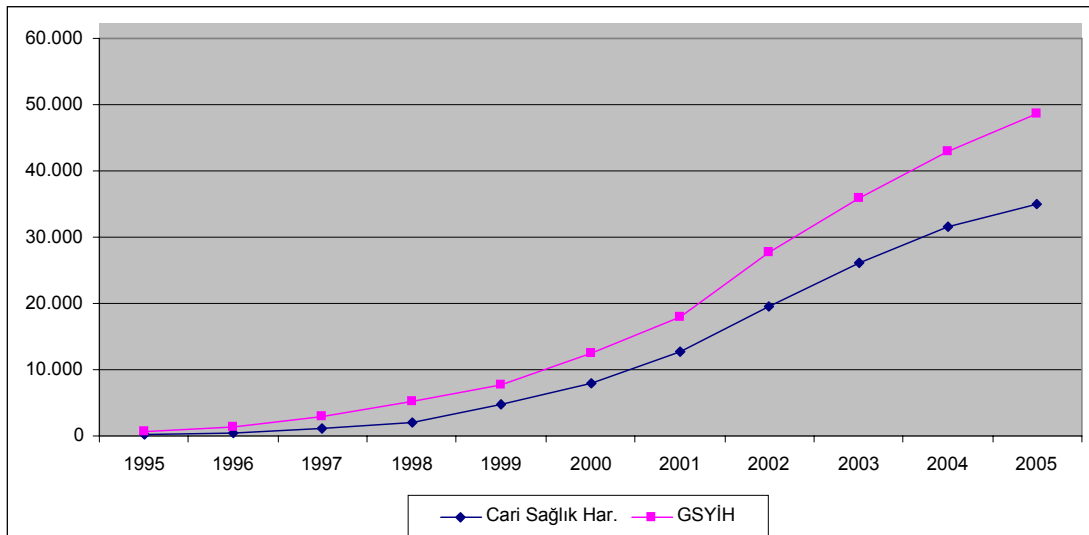
Şekil 21: OECD Ülkeleri 1994-2004 Arası Ortalama GSYİH Artışı ile Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamalarındaki Ortalama Artışın İlişkilendirilmesi

Kaynak: OECD Health Data 2005 ve TÜİK 2005 verilerinden hazırlanmıştır.

Şekil 21'i incelediğimizde 1994-2004 yılları arasında en yüksek GSYİH artışı ortalamasını sağlayan ilk beş ülkenin sırasıyla İrlanda, Kore, Lüksemburg, Türkiye ve Polonya olduğu görülmektedir. Aynı dönemde OECD ülkelerini kaydettikleri KBDSH artış ortalamalarına göre sıraladığımızda, yine bu beş ülkeyi en yüksek kişi başı sağlık harcama artışları kaydeden ülkeler olarak görürüz. Dolayısıyla her iki veri karşılaştırıldığında OECD ülkelerinin büyüme oranları ile yapılan kişi başı sağlık harcamaları arasında doğru yönlü bir ilişkiden söz edebiliriz.

Türkiye son 1994-2004 yılları arasında en yüksek GSYİH artışı ortalaması yakalayan dördüncü ülke olmuştur (Şekil 21). Türkiye'nin aynı dönemde toplam sağlık harcamaları artışı ortalaması ise %10,7 ile OECD ülkeleri arasında en yüksek ülke artış ortalamasıdır. Bu artışta son 10 yılda yaşanan iki ekonomik kriz sonucunda ithal sağlık mallarının fiyatlarının yükselmesinin katkısı olsada, artan GSYİH'nin toplam sağlık harcamaları ile doğru yönlü bir ilişki içerisinde olduğunu söyleyebiliriz.

Şekil 22'de Türkiye'nin 1995-2005 yılları arası GSYİH ile sağlık harcaması rakamlarındaki değişim birlikte sunulmuştur. 1995 yılında 300.000 YTL olan toplam sağlık harcamaları 2005 yılı itibariyle 123 katına çıkarak 37.083.000 YTL'si olmuş, 1995 yılında 7.762.456.072 olan GSYİH, 2005 yılında 62 kat artarak 487.202.362.279 YTL olmuştur. (TÜİK 2005)

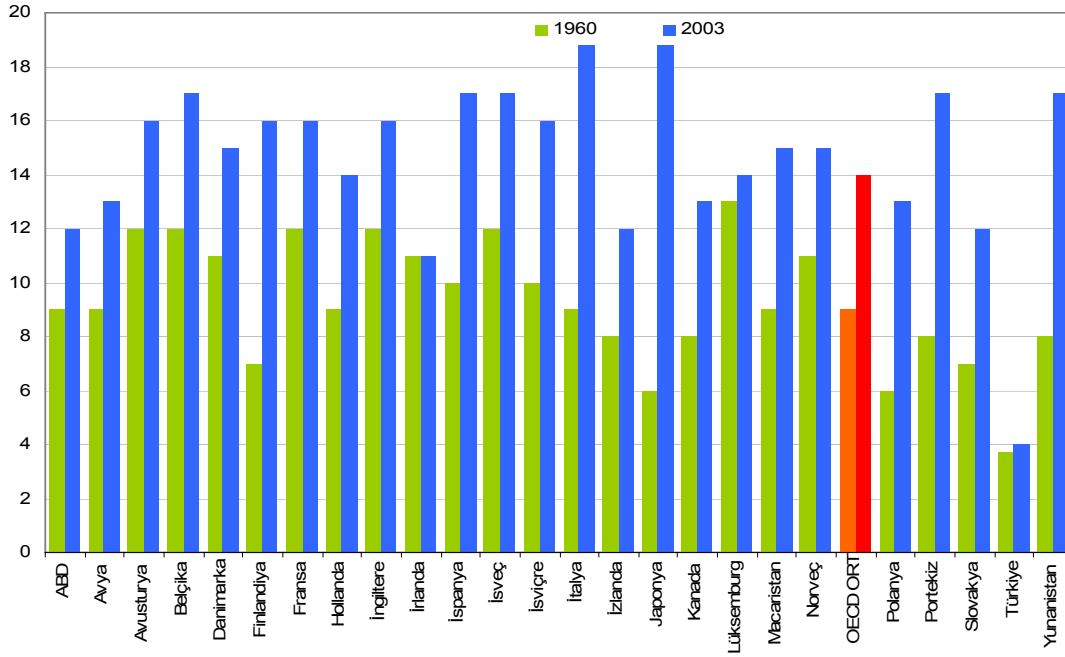


Şekil 22: Türkiye GSYİH Artışları İle Sağlık Harcamalarında Meydana Gelen Değişim 1995-2005
Kaynak: OECD Health Data, TÜİK 2005 verilerinden hazırlanmıştır.

OECD ülkelerinde GSYİH artışı ile beraber gelen sağlık harcamalarındaki artışı açıklayan çeşitli görüşler vardır. Bu görüşlerden bir tanesi insanların artan gelire birlikte daha kaliteli hizmet alabilmek için daha profesyonel sağlık kuruluşlarına müracaat etmeleridir. Alınacak olan hizmetin doğrudan yaşam kalitesini etkilemesinden dolayı bu harcamalar için belirlenen bir üst limit bulunmamaktadır. Bir diğer görüş, diğer tıbbi malzemeler ve özellikle ilaca yapılan harcama miktarının artan alım gücü ile birlikte artmasıdır. Tıbbın, hastalıkları önleme, teşhis-tedavi olanaklarında kaydettiği ilerlemeler satın alınabilecek sağlık hizmetlerine çeşitlilik getirmekte bununla beraber AR-GE çalışmaları için daha fazla pay ayrılmakta ve alt yapı yatırımları artmaktadır. Yapılan Ar-Ge çalışmaları sonrasında piyasaya çıkan yeni kuşak ilaçlar yüksek düzeyde alım gücü gerektirmekte ve artan gelir sayesinde bu harcamalar yapılabilmektedir (Sen1987,24).

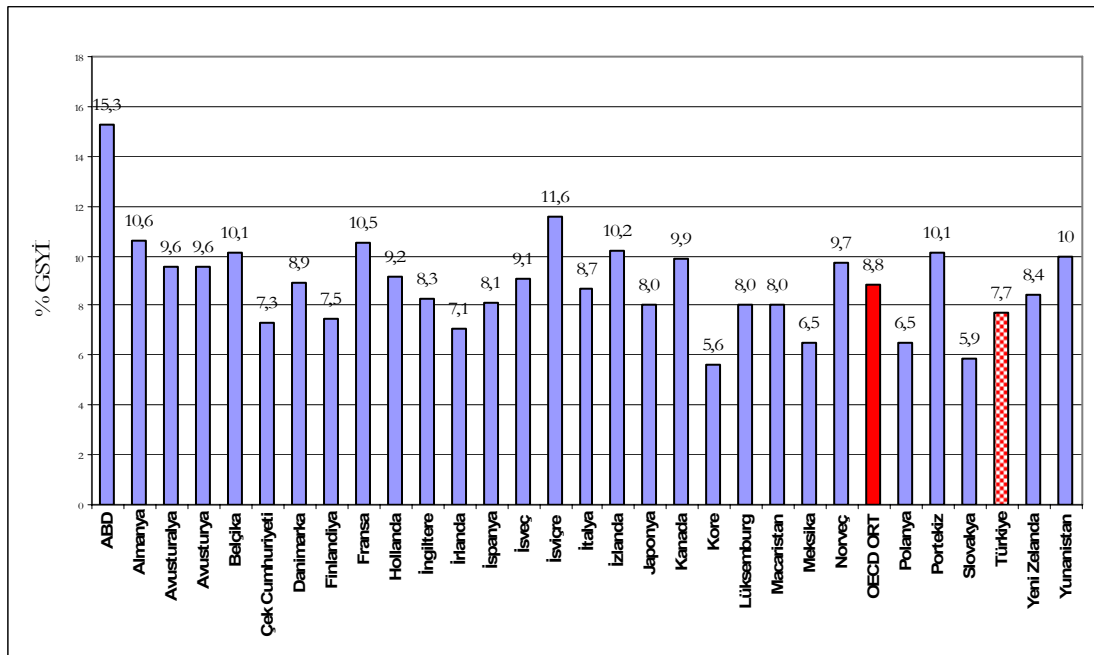
Sağlık harcamalarının artan gelire beraber artmasını açıklayan bir diğer görüş ise nüfus içerisindeki yaşlı oranının her geçen gün yükselmesidir (OECD Health at A glance,2005,90). OECD ülkelerinde artan gelire birlikte insanların yaşam kalitesi yükselmiş sağlık hizmetlerine ulaşım kolaylaşmış ve yeni kuşak ilaçların sayesinde hastalıklarla mücadele daha da kolaylaşmıştır. Bütün bunların sonucunda insanların yaşam sürelerinde kayda değer artışlar gözlenmiştir. Ülkelerin nüfusu içerisindeki yaşlı oranı artması başka bir deyişle nüfusun yaşlanması, sağlık harcamalarının artmasına yol açmaktadır. Geride kalan son 40 yılda tüm OECD ülkelerinde nüfus içerisindeki 65 yaş ve üzeri insan sayısı artmıştır (<http://www.oecd.org/document/>). Bu eğilimin önümüzdeki yıllarda devam etmesi beklenmektedir. Yaşlı kimselere sunulan sağlık hizmetlerinin uzun vadeli bakım hizmetleri olduğu düşünülürse, sunulan sağlık hizmetleri de süreklilik arz edecektir.

Şekil 23’de 1960 ile 2003 yılında OECD ülkelerindeki yaşlı sayısının genel nüfusa oranı verilmiştir. 1960 yılında OECD ülkelerinde nüfus içerisindeki yaşlı yüzdesi % 9 iken bu oran 2003 yılı itibariyle % 14 olmuştur.



Şekil 23: Nüfus İçerisindeki 65 Üstü Yaşlı Yüzdesinin 1960-2003 Yılları Arasında ki Değişimi
Kaynak: OECD Health At a Glance 2005 Edition

OECD ülkeleri artana sağlık harcamalarının finansmanı için GSYİH'larından her geçen yıl daha da fazla pay ayırmışlardır. Bu oran 1970 yılında ise %5'in biraz üzerinde iken 1990 yılında %7,1, 2004 yılında %8,8 olmuştur (OECD Health at a Glance indicators 2005,21). Şekil 24'de OECD ülkelerinin 2004 yılı itibariyle GSYİH'larından sağlık harcamaları için ayırmış oldukları pay görülmektedir.



Şekil 24: OECD Ülkeleri Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Oranı (%), 2004
Kaynak: OECD Health Data 2006

2004 yılı verilerine göre OECD ülkelerinin, GSMH'dan sağlık için ayırdıkları paylara baktığımızda ABD %15,3 pay ile ilk sırada almaktadır. Türkiye 1998 yılında sağlığa GSYİH'sının %4,8'ini ayırarak OECD ülkeleri arasında içinde sağlığa en az payı ayıran ülke konumunda iken, 2004 yılında GSYİH'nın %7,7'sini toplam sağlık harcamalarına ayırarak Polonya, Slovakya, Kore, İrlanda, Finlandiya, Çek Cumhuriyeti, ve Meksika'nın önüne geçmiştir. Bununla birlikte sağlık için ayrılan bu pay OECD ülkelerinin ortalamasından (%8,8) düşüktür.

3.7. Türkiye ve OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının Yapısı

Bir ülkedeki mevcut sağlık sisteminin etkin bir şekilde yürüyüp yürümediğini sorgularken bakılan göstergelerden bir tanesi de yapılan sağlık harcamalarının ne şekilde dağıldığıdır. Türkiye' de gerçekleştirilen sağlık harcamalarının analizi veri kalitesinin düşük olması ve harcamaları gerçekleştiren kurumların geri bildirim vermemesi nedeniyle etkin olarak yapılamamaktadır. Sağlık harcamaların fonksiyonlarına göre dağılımı son olarak 2000 yılında TÜİK tarafından hesaplanarak yayınlanmıştır. Tablo 11' de Türkiye'de gerçekleştirilen sağlık harcamalarının fonksiyonlarına göre dağılımı sunulmuştur.

Tablo 11: Türkiye Sağlık Harcamalarının Fonksiyonlara Göre Dağılımı (2000)

FONKSİYONLAR	CARİ HARCAMA (%)
Yatan Hasta	19,02
Ayakta Hasta	28,44
Rehabilitasyon Edici Hizmetler	0,88
Yardımcı Sağlık Hizmetleri	3,48
Ayakta Hastalara Verilen Tıbbi Malzemeler	27,8
Halk Sağlığı Hizmetleri	2,41
Sağlık Yönetimi	4,27
Sınıflanamayan Diğer Kategoriler	13,7
Toplam	100

Kaynak: TÜİK sağlık istatistikleri, http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=417

Tablo 11'de görüldüğü üzere ayakta hasta hizmetleri ve tıbbi malzemeler 2000 yılında cari sağlık harcamasının %60'ına yakın bir bölümünü oluşturmuştur (ayakta hasta hizmetleri ve tıbbi malzemeler için sırasıyla %28,44 ve %27,8). Tıbbi malzeme

sınıflaması ilaçlarla birlikte tıbbi sarf ve diğer tıbbi malzemeleri de içermektedir. Her ne kadar ilaç harcamalarının yüzdesini tam olarak belirleyemesekte bu oranın %80 seviyesinde olduğu düşünülmektedir. Buna karşılık genelde çok kayda değer bir maliyet oluşturacağı düşünülen yatan hasta bakımı, cari sağlık harcamasının sadece %19,89'unu oluşturmaktadır. Ayrıca yatan hasta harcamaları da ilaç harcamalarını içermektedir. Cari harcamanın sadece çok küçük bir bölümü (%2,41) halk sağlığı hizmetleri için yapılmıştır.

Hastalıkların ortaya çıkmasının ardından tedavi edilmesi hem daha masraflı olması, hem de iş gücü kaybına neden olması sebebiyle gelişmiş ülkelerde koruyucu sağlık hizmetlerine daha çok ödenek ayrılmaktadır. Gelişmiş ülkelerde gerçekleşen sağlık yatırımları da, az gelişmiş ülkelere oranla daha yüksek miktarlarda gerçekleşmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerine daha fazla harcama yapan ve sağlık yatırımlarına öncelik veren ülkelerde, tıbbi malzeme-ilaç harcamaları ve ayakta tedavi harcamaları daha düşük miktarlarda gerçekleşmektedir. Tablo 12'de OECD ülkelerinden bazılarının, toplam sağlık harcamalarının fonksiyonel dağılımları sunulmuştur.

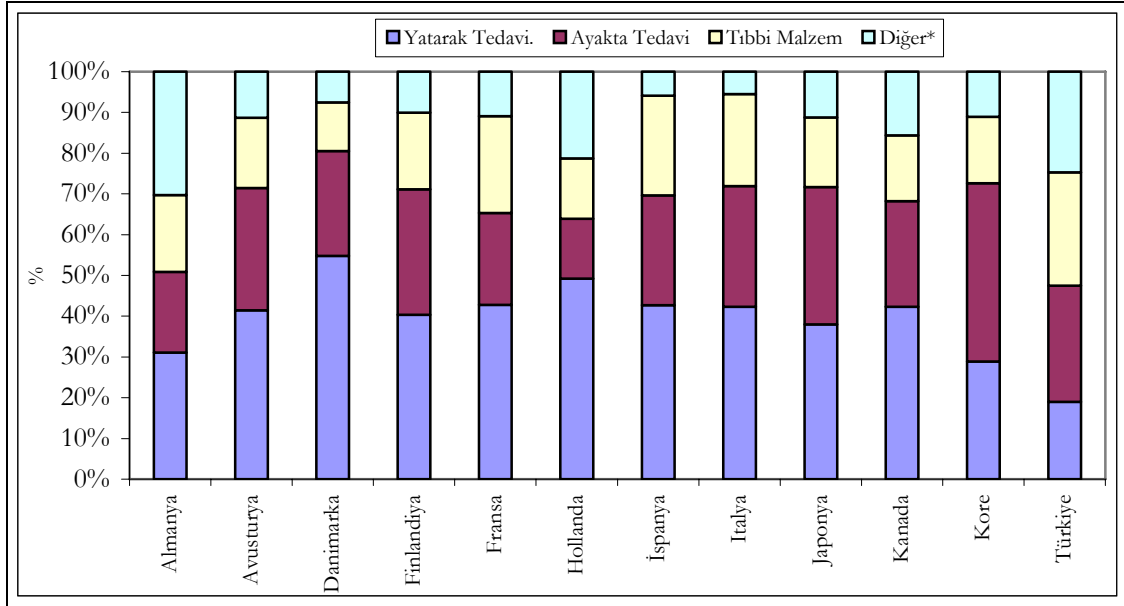
Tablo 12: OECD Ülkeleri Toplam Sağlık Harcamalarının Fonksiyonel Dağılımları

	Yatarak Tedavi	Ayakta Tedavi	Tıbbi Malzeme	Koruyucu S.H.	Yatırım	Diğer*
Almanya	31,1	19,8	18,9	4,6	2,8	22,8
Avusturya	41,5	30	17,3	0,6	7,1	3,5
Danimarka	53,5	25,2	11,6	0	2,8	6,9
Finlandiya	39,9	30,4	18,6	3,4	3	4,7
Fransa	42,8	22,5	23,8	2,5	2,5	5,9
Hollanda	49,2	14,7	14,8	4	4,9	12,4
İspanya	42,3	26,6	24,3	0,7	2,6	3,5
İtalya	42,3	29,6	22,6	0,4	4,9	0,2
Kanada	42	25,7	16	6,7	3,8	5,8
İsviçre	44,2	27,7	12,6	2,4	2,6	10,5
Kore	28,1	42,6	15,9	3	5,1	5,3
Türkiye	19,02	28,44	27,8	2,41	4,27	18,07

*Evde bakım hizmetleri ve yönetim giderlerini içermektedir.

Kaynak: OECD HEALTH DATA 2002 4th edition verileriyle hazırlanmıştır.

OECD ülkelerinin toplam sağlık harcamaları fonksiyonel dağılımına göre incelendiğinde, Türkiye %19,02'lik yatan hastalara sunulan tedavi hizmetleri harcamaları payı ile en düşük, %27,80'lik ilaç kalemini de içinde bulunduran tıbbi malzeme harcamaları payı ile en yüksek harcama yapan ülkedir.



Şekil 25 OECD Ülkeleri Toplam Sağlık Harcamalarının Fonksiyonel Dağılımı, 2000

*Diğer: Sağlık Yönetimi, evde bakım hizmetleri, yatırımlar ve koruyucu sağlık hizmetlerini içermektedir

Kaynak: OECD Health Data 2002

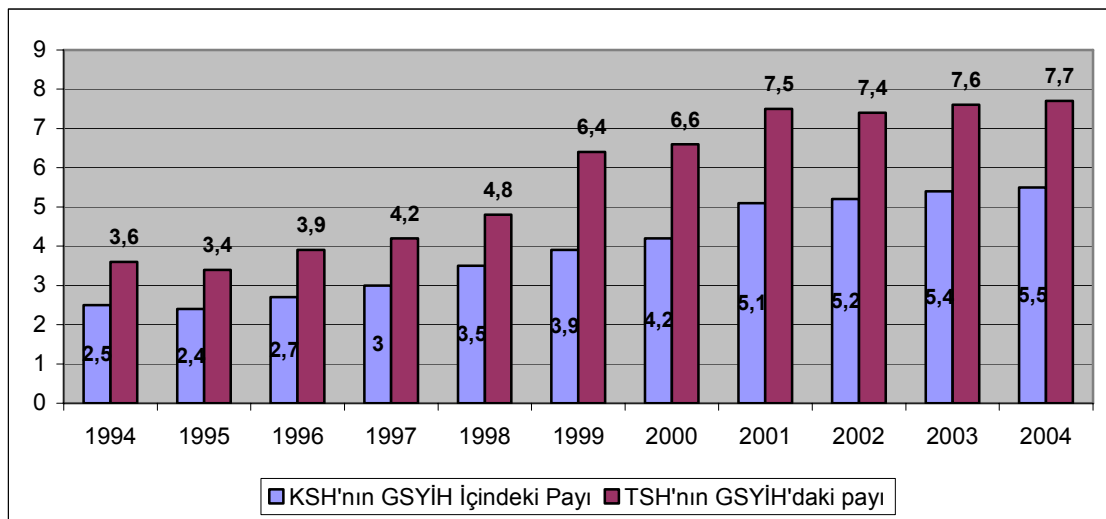
Ayakta tedavi için yapılan harcamaların temel unsurunun ilaç olduğunu düşünürsek Türkiye gerçekleşen sağlık harcamalarının yarısından fazlası (% 56,2) ilaç için yapılmaktadır. Türkiye'nin kısmen yaşlılara verilen sağlıkla ilgili evde bakım harcamaları ile yönetim giderleri de diğer OECD ülkelerine göre daha yüksektir. Yıllardır süregelen bu durum aynı zamanda sağlık harcamaları için ayrılan kaynakların etkin kullanıp kullanılmadığı sorusunu da beraberinde getirmektedir. Türkiye'nin sağlık harcamalarının büyük bir kısmını oluşturan ilaç harcamalarının yapısının incelenmesi, her sene yüksek miktarlarda gerçekleşen ilaç harcamalarının altında yatan nedenlerin araştırılması gerekmektedir. Yapılacak bu araştırma sayesinde sağlığa yapılan harcamaların da amacına ulaşıp ulaşmadığı da büyük oranda belirlenebilir.

3.8 Türkiye ve OECD ülkelerinde Sağlık Harcamalarının Kamuya Getirdiği Yük

1994-2004 yılları arasında kamunun sağlık harcamalarının finansmanı için yüklenmiş olduğu kısım GSYİH'nin % 2,5 ile % 5'i arasında değişmiştir. (OECD

Health Data). Türkiye de kamu tarafından karşılanan sağlık harcamalarının GSYİH olan oranlarını OECD ülkelerinin oranları ile karşılaştırdığımızda bu oranlar kaygı verici görünmemektedir (Top, Tarcan,2004,3). Diğer taraftan mevcut rakamlar OECD ülkelerinin ortalamalarıyla karşılaştırıldığında bir benzerlik gösterse de arada sistem farklılıklarından ortaya çıkan etkinlik farkı vardır. OECD ülkeleri sağlık harcamalarını belirli bir program dahilinde gerçekleştirmektedir. Başka bir deyişle gelişmiş ülkelerde sağlığa yapılan harcamaların bir yatırım olarak görülmesi, bu alana yapılan harcamalar gerçekleştirilirken belirli politikalar izlenmesine neden olmaktadır. Bu ülkeler hastalıkların tedavi maliyetlerinin yüksek olmasından dolayı yatırımlarını tedavi hizmetlerinden çok koruyucu sağlık hizmetlerine kaydırmışlardır.

Aşağıda Şekil 26'da Türkiye'nin toplam sağlık harcamaları ile toplam kamu sağlık harcamalarının GSYİH' daki payları beraber sunulmuştur. Toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı son 10 yıllık periyotta iki kata yakın artış gösterirken, GSYİH içerisindeki kamu sağlık harcamaları daha hızlı oranda artış göstermiştir.



Şekil 26: Toplam Kamu Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payı (%), 1994-2004.

Kaynak: OECD Health Data ve RSHMM 2006 verilerinden hazırlanmıştır

2004 yılında OECD ülkelerinde toplam sağlık harcamalarının ortalama 71,6 sı kamu kaynaklarından, %28,4'ünün ise özel kaynaklardan karşılanmıştır (OECD Health Data 2006). OECD ülkelerinin çoğunda, sağlık sigortasının ya da sağlık hizmetlerinin doğrudan kamu tarafından finanse edilmesi sonucu, ABD, Kore ve Meksika dışındaki bütün ülkelerde sağlık harcamalarının en büyük bölümünü kamu sektörü tarafından üstlenilmektedir.

1990-2005 yılları arası OECD ülkelerinde kamunun sağlık harcamaları artış hızını incelendiğinde de 1990-1997 yılları arasında kamunun sağlık harcamalarında ekonomik büyüme ile benzer ya da hatta daha düşük oranda artışlar gözlenirken, 1997-2005 yılları arası tüm OECD ülkelerinde kamu sağlık harcamaları ekonomik büyümeden daha hızlı bir oranda artış göstermiştir. OECD ülkelerinde ilaç faturalarının ortalama %60'ı kamu fonlarından karşılanması nedeniyle ilaç harcamalarının hızla artması toplam olarak sağlık harcamalarındaki genel artışın dolayısıyla kamu sağlık harcamaları artışının ardında yatan başlıca etmen olmuştur. Bu dönem içerisinde OECD ülkelerinin çoğunda ilaç harcamalarındaki artışın toplam sağlık harcamalarındaki artışı geçtiğine tanık olunmuştur. ABD ve Avustralya'da ilaç harcamaları bu dönem içerisinde toplam sağlık harcamalarındaki artış oranının iki katından çok artmıştır. (Health at a Glance 2005) Tablo 13'de OECD ülkelerinin 1980-2004 yılları arası yapılan sağlık harcamalarının kamuya getirdiği yük ortaya konmuştur (Health at a Glance,2005).

Tablo 13:Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Harcamalarının Payı (%)

	1980	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004
Avusturya	68,8	73,5	69,3	69,9	69,5	70,5	70,3	70,7
Kanada	75,6	74,5	71,4	70,3	69,9	69,6	70,1	69,8
Çek Cumh.	96,8	97,4	90,9	90,5	89,9	89,7	89,8	89,2
Danimarka	87,8	82,7	82,5	82,4	82,7	82,9	..	..
Finlandiya	79,0	80,9	75,6	75,1	75,9	76,1	76,2	76,6
Fransa	80,1	76,6	76,3	75,8	75,9	78,1	78,3	78,4
Almanya	78,7	76,2	80,5	78,6	78,4	78,6	78,2	..
Yunanistan	55,6	53,7	52,0	52,6	55,5	54,1	53,6	52,8
İzlanda	88,2	86,6	83,9	82,6	82,7	83,2	83,5	83,4
İrlanda	81,6	71,9	71,6	73,3	75,6	75,2	78,0	79,5
İtalya	..	79,1	71,9	73,5	75,8	75,4	75,1	76,4
Japonya	71,3	77,6	83,0	81,3	81,7	81,5	81,5	..
Kore	33,4	38,5	35,3	46,2	51,9	50,6	50,7	49
Lüksemburg	92,8	93,1	92,4	89,3	87,9	90,3	90,6	90,4
Meksika	..	40,4	42,1	46,6	44,9	43,9	44,1	46,4
Yeni Zelanda	88,0	82,4	77,2	78,0	76,4	77,9	78,3	77,4
Norveç	85,1	82,8	84,2	82,5	83,6	83,5	83,7	83,5
Polonya	..	91,7	72,9	70,0	71,9	71,2	69,9	68,6
Portekiz	64,3	65,5	62,6	72,5	71,5	72,2	72,6	71,9
İspanya	79,9	78,7	72,2	71,6	71,2	71,3	70,4	70,9
İsveç	92,5	89,9	86,6	84,9	84,9	85,1	85,4	84,9
İsviçre	..	52,4	53,8	55,6	57,1	57,9	58,5	58,4
Türkiye	29,4	61,0	70,3	62,9	68,2	70,4	71,6	72,1
İngiltere	89,4	83,6	83,9	80,9	83,0	83,4	85,4	85,5
ABD	41,3	39,7	45,3	44,0	44,8	44,8	44,6	44,7

Kaynak:OECD HEALTH DATA 2006 www.irdes.fr/ecosante/OCDE/431010.html

1990 sonrası yüksek gelirli birçok OECD ülkesi, gerçekleşen yüksek miktardaki sağlık harcamalarının finansmanı sebebiyle kamuya binen yükü hafifletmek amacıyla çeşitli çalışmalarda bulunmuşlardır. Özellikle ilaç harcamalarının azaltılmasına yönelik tedbirler alınmış ve özel sigortanın teşvik edilmesi sonucu birçok OECD ülkesinde kamu harcamalarında kayda değer tasarruflar sağlanmıştır. 1990- 2003 yılları arasında Polonya kamu sağlık harcamalarını %21,8 azaltırken, Macaristan %16, İspanya %7,5, Avusturya %5,9 tasarruf sağlamıştır. Söz konusu süre içerisinde Türkiye’de kamu sağlık harcamalarında %1,9 luk artış gözlenmiştir.

4. BÖLÜM

TÜRKİYEDE İLAÇ SEKTÖRÜ VE İLAÇ HARCAMALARI

4.1. Türkiye’de İlaç Sektörü ve Pazarın Mevcut Durumu

Dünyadaki ilaç endüstrisine paralel aşamalar geçiren ve bugün uluslararası bir düzeye ulaşmış olan Türkiye ilaç endüstrisinin gelişimi üç döneme ayrılabilir. Bunlar: Cumhuriyet'ten önceki eczane dönemi, Cumhuriyet'ten II. Dünya Savaşı sonuna kadar olan laboratuvar dönemi ve II. Dünya Savaşı'ndan sonraki fabrika dönemidir.

Cumhuriyet öncesi dönemde kutulanmış ilaç yapımı eczanede başlamıştır. 1915'de ülkemizde üretici adedi 30'u bulmuş, ancak bazı ağrı kesiciler, kuvvet ilaçları ve damlalar gibi sınırlı çeşitlerden ibaret kalmıştır. İhtiyaç duyulan diğer ilaçlar ithal edilmiş, bunlar da kalite ve fiyat kontrolü yapılmadan ve ruhsata tabi tutulmadan satışa çıkarılmıştır(İEİS,2005).

Cumhuriyet'in ilanından sonra, 1928'de çıkarılan 1262 sayılı kanunla, ilaç ithal ve üretiminde devlet kontrolü kurulmuş, yerli üretimle ithal edilen ilaçlarla rekabet imkanı sağlanınca ilaç endüstrisi gelişmeye başlamıştır.

2. Dünya Savaşı sırasında da, ilaç endüstrisinde imkansızlıklar devam etmiş bununla birlikte yerli ilaç üretimi, az gelişmiş ülkelere oranla çok iyi sayılabilecek bir düzeye ulaşmış, sıkıntılı savaş yıllarında ülke sağlığına büyük hizmetlerde bulunulmuştur.

2. Dünya savaşını izleyen yıllarda, ilaç üreten laboratuvarlar faaliyetlerini geliştirmek imkanı bulmuşlar ve modern Türkiye ilaç endüstrisinin öncüleri olmuşlardır. 1952-1957 yılları arasındaki hızlı sanayileşme döneminde yurt ihtiyacının yüzde 60'ını karşılayacak duruma gelmiştir (İEİS 2003).

Yüz yılı aşkın bir geçmişe sahip olan ve 1984 yılında yürürlüğe giren “İyi Üretim Uygulamaları”nın gerektirdiği yatırımları yaparak gelişimini hızlandıran Türkiye İlaç Endüstrisi, ilaç üretiminde AB ülkeleri ile karşılaştırılabilir bir düzeye

ulaşmıştır. İlaç endüstrisinde, diğer Avrupa ülkelerinde olduğu gibi uluslararası norm ve standartlar uygulanmaktadır (DPT, 2001,1).

Türkiye, dünyada ilaç üretiminde kendine yeterli 18 ülkeden biridir. Türkiye ilaç endüstrisi, son derece modern, uluslararası standartlarda üretim tesislerine sahiptir ve bu tesislere her yıl yeni yatırımlar yapılmaktadır. Firmalar, üretim tesislerinde orijinal ya da lisanslı ürünlerinin yanı sıra diğer firmaların ürünlerinin fason üretimlerini de gerçekleştirmektedir.

İlaç endüstrisinde aktif faaliyet gösteren yerli veya yabancı sermayeli 300'ün üzerinde firma bulunmaktadır. Türkiye'de bulunan yaklaşık 50 yabancı sermayeli firmanın 11 tanesi kendi üretim tesislerini kurmuş ve üretimlerini kendi tesislerinde sürdürmektedirler. Türk ilaç pazarında Mayıs 2005 itibarıyla 1388 etken madde ve farklı formlarda (yaklaşık 7000) 3667 ürün mevcuttur. Pazar tamamen markalı orijinal ürünler ve markalı jenerik ürünlerden oluşmaktadır (İEİS 2005).

Türkiye'de ilaç sektörüne ilişkin düzenlemeler, 1928 tarihli ve 1262 sayılı İspençiyarı ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu çerçevesinde gerçekleştirilmektedir. 1262 sayılı Kanuna göre, ilaç sektöründe ruhsatlandırma aşamasından fiyatlama aşamasına kadar hemen hemen bütün faaliyetlerin düzenlenmesi ve denetlenmesi Sağlık Bakanlığı'nın yetkisindedir. Sağlık Bakanlığı, bu yetkisini, kurmuş olduğu İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü (İEGM) alt birimi aracılığıyla gerçekleştirmektedir. 1262 sayılı Kanuna göre Sağlık Bakanlığı'nın ilaç sektörü ile ilgili yetkileri şunlardır:

- Türkiye'de üretilecek ve ithal edilecek ilaçlara ruhsat düzenlemek,
- İlaç ve kozmetik ürünlerin başvurularını değerlendirmek,
- Eczane ve ecza depolarının ruhsatlarını düzenlemek,
- İlaç, ilaç hammaddesi ve kozmetik ürünler ile ilgili denetimleri yapmak ve
- İlaç fiyatlarını belirlemektir.

Sağlık Bakanlığı sahip olduğu geniş yetkilerle ilaç sektörünün sıkı denetim altında tutmaktadır. Bu düzenlemelerden bazıları, dünyada genelinde kabul görmüş ve ürün olarak ilacın pazara sunulabilmesi için yapılması zorunlu olan düzenlemelerken, bazıları ise yalnızca katı fiyat kontrollerinin hüküm sürdüğü ülkelerde gözlemlenen

düzenlemelerdir. Türk ilaç sektöründe, fiyat rekabeti ile doğrudan ya da dolaylı olarak ilişkili olan düzenlemeler, diğer ülkelerde de olduğu gibi; fiyatlandırma, ruhsatlandırma ve dağıtım kanallarının faaliyetlerinin serbestliği ile ilişkilidir (Karakoç ,2005,22).

4.2.Türkiye İlaç Harcamalarının Genel Görünümü

Türkiye de kişilerin yapmış oldukları sağlık harcamaları incelendiğinde oldukça çarpıcı bir sonuçla karşılaşılmaktadır. Yapılan sağlık harcamalarının neredeyse 2/3'ünü ilaç harcamaları oluşturmaktadır (TÜİK 2005). Kayıt altındaki ilaç harcamaları verilerine baktığımızda sosyal güvenlik kurumlarının yapmış olduğu ilaç harcamaları bu bilgiyi ortaya koymaktadır. Sosyal Güvenlik Kurumları ve diğer kamu kurumlarının 2006 yılı sonu itibariyle, ilaç ürünleri için yaklaşık sekiz milyar Yeni Türk Lirası (beş milyar dolar) ilaç harcaması gerçekleştireceği tahmin edilmektedir. Sosyal Güvenlik Kurumlarının toplam sağlık harcamaları içinde ilaç giderlerinin payı yaklaşık %45-55 arasında seyretmektedir. Başka bir ifade ile Sosyal Güvenlik Kurumları sağlık harcamaları için ayırdığı ödeneğin yaklaşık olarak yarısını ilaç ürünleri için kullanmaktadır. 1998-2005 döneminde Bağ-Kur ve Emekli Sandığı tarafından gerçekleştirilen ilaç harcaması, bu iki kurumun toplam sağlık harcamasının %50-55'ini oluştururken, SSK hastanelerinin sağlık bakanlığına devredilene kadar olan sürede yapmış oldukları ilaç harcamaları, kurumun toplam sağlık harcamasının %33-38'ini oluşturmuştur. 1998-2005 yılları arasında Devlet memurları ve bağımlıları için yapılan ilaç harcamaları ise toplam sağlık harcamasının %52 gibi büyük bir kısmını oluşturmaktadır. (Sağlık Bakanlığı 2005)

İlaç harcamalarının bu denli yüksek olması nedeniyle yapılan düzenlemeler sonrasında, ilaç satışlarının büyük ölçüde bilgisayarlı kayıt sistemi altına alınması, ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payını % 45 seviyesine indirmiş fakat toplam sağlık harcamalarının hızlı yükselişi, toplam ilaç harcamaları miktarında bir artışı beraberinde getirmiştir. Ayrıca sosyal güvenlik kapsamında olmayan bireylerin doğrudan kendileri tarafından ilaç alımı için yaptıkları harcamalar dahil edildiğinde bu oranın günümüzde daha yükseklerde olduğu tahmin edilmektedir.

Sosyal güvenlik kurumlarının yapmış olduğu ilaç harcamaları bir bütün olarak Türkiye'nin ilaç harcamalarını ortaya koymasa da yapılan harcamaların büyüklüğü

hakkında genel bir fikir vermektedir. İlaç harcamalarının kesin olarak hesaplanabilmesi için özel ilaç harcamaları ve cepten ilaç harcamalarının da bu hesaplama katılması gerekmektedir. Fakat konu ile ilgili yeterli ve güvenilir veriye ulaşılamaması, reçetesiz satılan ilaçların kayıt altına alınamaması nedeniyle bu kalemler çalışma kapsamına dahil edilmemiştir.

4.2.1. Sosyal Güvenlik Kurumlarının İlaç Harcamaları

İkinci bölümde de ifade edildiği gibi ülke nüfusunun % 87'si bir sosyal güvenlik semsiyesi altındadır. Dolayısıyla ülke genelinde yapılan toplam sağlık harcamalarının büyük bir kısmı sosyal güvenlik kurumları tarafından gerçekleştirilmektedir. Türkiye'de Sosyal Güvenlik Kurumlarının (SGK) ülke sağlık harcamalarındaki payı 2004 yılına kadar sürekli bir artış içinde olmuştur. 1996 yılında yüzde 35'ler civarında olan SGK payı 2002 yılında yüzde 47'ye çıkmış olup bu oran 2003 yılında ise yüzde 51 düzeyinde ulaşmıştır (Emil ve Yılmaz, 2003: 31). 2005 yılı sonu itibariyle bu oran %40'tır. Bu kurumların sağlık harcamalarının temel unsurunu ilaç harcamaları oluşturmaktadır (DPT,2005).

Sosyal güvenlik kurumlarından Emekli Sandığı ve Bağ-Kur'un üyeleri tedavi için gerekli ilaçlarını kurum dışından geri ödeme esasına göre karşılamaktadır. SSK ise Sağlık bakanlığına devir olana kadar ilaç ihtiyacını kendi ilaç tesisindeki ürettiği ilaçlar ve kurum dışından toplu ilaç alımları ile gerçekleştirmiş, bunları da kendi sağlık tesislerindeki eczaneler aracılığıyla dağıtmıştır. Türkiye'de mevcut kamu sosyal güvenlik kuruluşlarının her üçü de ayaktan tedavide ilaç harcamalarının, çalışanlarda %80'ini, emeklilerde ise % 90'ını geri ödemektedir. Hastalığın yaşamsal öneme sahip olduğu ve bunun bir raporla belgelenmesi durumunda, ilaç harcamalarının % 100'ü geri ödenmektedir. Yatan hastaların yatış süresi içerisinde kullandıkları tüm ilaç bedeli sosyal güvenlik kuruluşlarınca karşılanmaktadır. (Top ve Tarcan,2004,8)

4.2.1.1. Emekli Sandığı İlaç Harcamaları

Emekli Sandığı devlet memurları, memur emeklileri, bunların bakmakla yükümlü olduğu yakınları ile dul ve yetimlerinin ilaç harcamalarını karşılar. Kurum doğrudan ilaç alımı yapmamaktadır. Emekli sandığı daha önceden sözleşme yaptığı eczanelerden gelen reçeteler karşılığında, eczanelere geri ödeme yapmaktadır (Top ve

Tarcan,2004,9) . Emekli Sandığı, güvenlik şemsiyesi altına aldığı kişiler için ülkemiz genelinde yaklaşık 16.000 eczane ile sözleşme yapmış durumdadır (İEİS, 2004,21).

Aktif olarak çalışan memurlar, kurumla anlaşma imzalamış olan eczanelerden ilaç bedelinin %20'sini , emekliler ise %10 katılım payı ödeyerek ilaçlarını temin edebilmektedir. Reçete edilmiş ilaçların, anlaşmalı olmayan bir eczaneden bedeli ödenerek alınması durumunda, fiyat kupürü, reçete fatura ile birlikte kuruma gönderilmesi durumunda ilaç bedeli ilgilere ödenmektedir. Kurum üyelerinin hastalıkları uzun süreli bir tedaviyi gerektirmesi durumunda, resmi bir sağlık kurulundan alınan rapor doğrultusunda tedavide kullanılan ilaç bedellerinin tamamı ödenmektedir. Bu raporda hastalık tanısının açıkça yazılması ve hastanın fotoğrafının olması şarttır. Rapor, iki yıl süre ile geçerli olup, bu sürenin sonunda yenilenmesi zorunludur. Sözleşme yapılan eczanelerden ilaç temini halinde, sağlık kurulu raporunun onaylı bir fotokopisinin ilgili eczaneye verilmesi gereklidir. Ayrıca Sağlık Bakanlığı'nca saptanan ve her yıl 'Bütçe Uygulama Talimatı' ile isimleri yayımlanan ilaçlarda, kurum üyelerinden %10 katılım payı alınmaz (Top ve Tarcan 2004,9).

Tablo 14: Emekli Sandığı Toplam ve Kişi Başı Sağlık / ilaç Harcamaları (1995-2005)

Yıllar	Toplam Sağlık Harcaması		İlaç - Eczane Ödemeleri		TSH içerisinde İlaç harcamaları %	Kişi başına Sağlık ödemesi (\$)	Kişi başı ilaç harcaması (\$)
	Milyar TL.	Milyon (\$)	Milyar TL.	Milyon (\$)			
1995	17.858	367	9495	146	53	238	61
1996	34.625	436	19754	211	57	234	105
1997	84.040	551	42924	324	51	281	157
1998	187.036	598	106.044	407	57	361	203
1999	360.262	667	198.485	475	55	413	227
2000	623.074	927	358.184	574	57	421	260
2001	1.089.391	756	660.134	539	61	326	232
2002	1.840.487	1.123	1.099.663	730	60	461	303
2003	2.498.235	1.789	1.516.600	1014	61	713	404
2004	2.795.695	1.965	1.524.299	1100	55	772	441
2005	2.917.045	2.176	1.607.042	1199	56	851	479

Kaynak : <http://www.emekli.gov.tr/ISTATISTIK/saglik.html#s1> (Son erişim 21 Nisan 2006)

Tablo 14 Emekli Sandığının 1998-2005 yılları arasında toplam sağlık harcamalarını ve ilaç-eczane ödemelerini göstermektedir. Tablo incelendiğinde ilaç-eczane ödemelerinin toplam sağlık harcamalarının önemli bir kısmını oluşturduğu görülmektedir. 2005 yılı verisine göre kurum kişi başına 851 \$ sağlık harcaması yapmıştır. Kişi başına yapılan ilaç harcaması ise 479 \$'dır. Bu da kişi başına yapılan sağlık harcamalarının yarısından fazlasının (yaklaşık % 56) ilaç harcaması olarak yapıldığını göstermektedir.

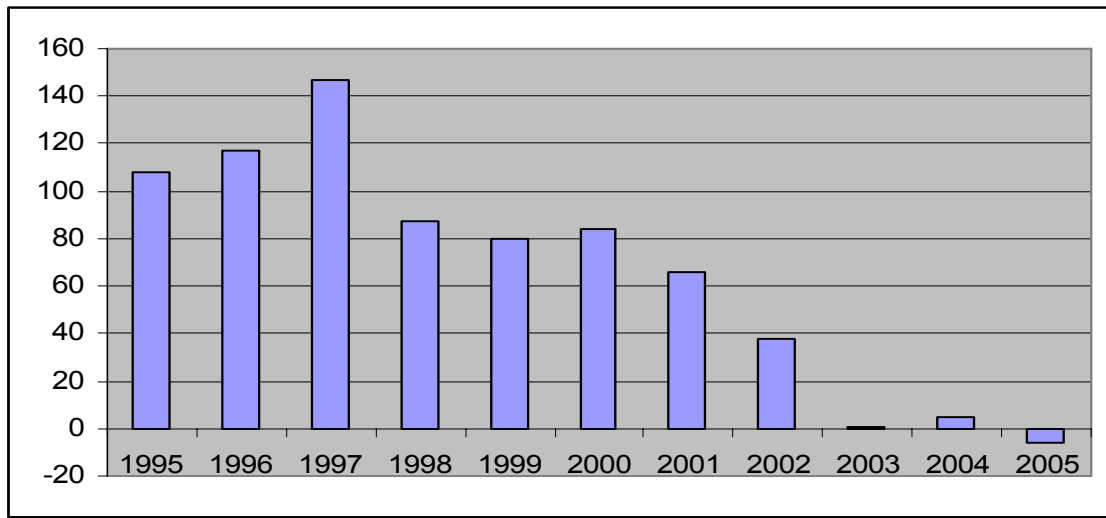
Emekli Sandığı 1994 yılında kurumun sağlık harcamalarında yıllardır süregelen hızlı artışı önlemek için Sağlık Harcamaları Denetim Projesini uygulamaya karar vermiş ve bu projeyi ülke genelinde 1999 yılında uygulamaya başlamıştır. Bu proje ile sağlık ödemeleri otomasyona bağlanmış ve bu harcamalar etkin bir şekilde denetlenmeye başlanmıştır. 1990-1998 döneminde ilaç harcamaları dolar bazında ortalama %25 artış gösterirken bu projenin uygulanmasından sonra ilaç ödemeleri, 1999-2002 döneminde dolar bazında ortalama %13 civarında bir artış göstermiştir. Bu verilerden hareketle ilaç harcamalarının artış hızının yaklaşık % 50 oranında azaldığı söylenebilir (Top ve Tarcan 2004,11).

Emekli Sandığı, Sağlık Harcamaları Denetim Projesi kapsamında 1 Mart 2003 tarihinde farmasötik eşdeğer özelliklerine sınıflandırılan ilaçların aritmetik ortalamasının alınması suretiyle tespit edilen referans fiyatları üzerinden ilaç bedellerinin ödenmesine karar vermiştir. Hayata geçirilen referans fiyat uygulaması ile sadece bir yıl içerisinde yaklaşık 500 trilyon TL.'lik bir tasarruf sağlanmıştır. Ancak bu uygulama 1 yıl uygulanmış ve 1 Mart 2004 tarihinden itibaren yargı kararı ile yürütme durdurulmuştur (Top ve Tarcan 2004,11).

Maliye Bakanlığı, ilaç harcamalarındaki artışı frenlemek amacıyla 2005 yılı bütçesi ile birlikte yeni bir uygulama başlatmış ilaç bedellerinin ödenmesinde “en ucuz eşdeğer ilacın en fazla yüzde 30 fazlasının ödenmesi kararını almıştır. Bu kararla birlikte, en ucuz eşdeğerinin yüzde 30'undan daha pahalıya satılan bazı ithal ilaçların fiyatlarında 50'lere ulaşan indirimler sağlanmıştır. Yapılan bu indirimler, Tıp Kurumu tarafından “Maliye Bakanlığı'nın kararından önce bu ilaçlar yüzde 50 pahalıya satılıyordu ve devlet zarara uğratılıyordu” biçiminde yorumlanmıştır.Yapılan uygulamalar çerçevesinde 450 ilaç muadilleri bulunmaması nedeniyle uygulama dışında bırakılmıştır. Bu 450 ilacın

“eşdeğer ilaç uygulaması”nın dışında bırakılması, devletin zarara uğratılmaya devam ettiği konusunda ki şüpheleri beraberinde getirmektedir. Tıp Kurumu’nun belirlemelerine göre, kapsam dışı bırakılan söz konusu 450 ilacın Türkiye’ye yıllık faturası yaklaşık 700 milyar YTL’dir. Bir başka deyişle bu durum ulus ötesi ilaç tekellerinin hakimiyetinin sürdüğünün bir anlamda göstergesi olarak kabul edilebilir (Aygün,2006,2).

Aşağıda Şekil 27’de 2003 yılında uygulamaya konulan eşdeğer ilaç uygulaması sonrası, Emekli Sandığı tarafından gerçekleştirilen ilaç harcamalarındaki değişimin gösterilmesi amaçlanmaktadır.



Şekil 27: Yıllara Göre Emekli Sandığı İlaç Harcamalarının Değişimi (1995-2005)

Kaynak: <http://www.emekli.gov.tr/ISTATISTIK/saglik.html#s1> (Son erişim 22-3-2006) verilerinden hazırlanmıştır.

Şekil 27’ de görüldüğü gibi 2003 yılına kadar gerçekleşen ilaç harcamalarında yüksek oranlı artışlar görülürken, 2003 yılında uygulamaya konan eşdeğer ilaç uygulaması sonrası bu artış frenlenmiştir. Diğer taraftan ilaç-eczane harcamaları kurum toplam sağlık harcamalarında halen yüksek bir yer kaplamaktadır. Bu durum ilaç kullanımında ayrıntılı bir şekilde maliyet-etkililik analizlerinin yapılmasını kaçınılmaz kılmaktadır.

1994-2002 döneminde Sağlık Harcamalarını Denetim projesi için Emekli Sandığı yaklaşık 10 milyon \$ yatırım harcaması gerçekleştirmiş ve bu yatırımlar sonucunda toplam sağlık harcamalarında 325 milyon \$ bir tasarruf sağlanması hedeflenmiştir. Ancak bu hedefe akıllı kart uygulaması, hastane ödemelerinde otomasyonun sağlanması, sağlık dosyalarının otomasyonu gibi ülke genelinde yaygınlaştırılmış çalışmalar sayesinde

ulaşılması amaçlanmıştır. 1999 yılından itibaren uygulamaya konulan bu proje ile birlikte İlaç-eczane ödemelerinde ülke genelinde otomasyon sistemine geçilmesiyle 1999-2003 yılları arasında 110 milyon \$ tasarruf sağlanmıştır. Emekli Sandığı tarafından uygulanan bu projenin veya aynı amaç doğrultusunda düzenlenecek projelerin tüm kamu kurum ve kuruluşlarında ve özellikle diğer sosyal güvenlik kurumlarında uygulanması mutlak suretle gerekmektedir (Top ve Tarcan 2004,11).

4.2.1.2. SSK İlaç Harcamaları

SSK hastanelerinin sağlık bakanlığına devrinden önce SSK bünyesinde, 261 eczane bulunmaktaydı. SSK hastanelerinin tümünde ve dispanserler gibi sağlık hizmeti veren tesislerinin büyük bir kısmında merkezden bağımsız, eşdeğer ilaçlardan en ucuzunun tercih edilmesi prensibi doğrultusunda hizmet veren eczaneler bulunmaktaydı. B eczaneler ilaç endüstrisi ile her yıl yenilenen sözleşmeler doğrultusunda, %10 iskonto ve 45 gün vade ile doğrudan ilaç alımı yapmaktaydı. Kurum üyeleri reçetede yazılı ilaçlarını, SSK bünyesindeki eczanelerden aktif sigortalılar için %20, emekliler için %10 katılım payı ödeyerek sağlamaktaydı. Reçetede yazılı olan ve SSK eczanelerinden temin edilemeyen ilaçlar ise, kurumun daha önceden sözleşme imzaladığı eczanelerden, aynı oranda katılım payı ödenerek temin edilebilmekteydi. SSK sağlık hizmeti verdiği süre içerisinde gerçekleştirdiği ilaç harcamalarının yaklaşık %80'ini kurum eczaneleri aracılığıyla gerçekleştirmiştir (Top ve Tarcan,2004,11).

SSK' nın sağlık hizmeti sunduğu yıllarda, sigortalıları için yapmış olduğu sağlık harcama kalemleri incelendiğinde, ilaç harcamalarının diğer sosyal güvenlik kurumlarında olduğu gibi pastanın en büyük dilimini oluşturduğu görülür. Yapılan ilaç harcamalarının diğer kalemlere göre yüksek ve artış hızının katlanan oranda olması tüm sağlık harcamalarının kontrol için tek çatı altında toplanması fikrini doğurmuştur.

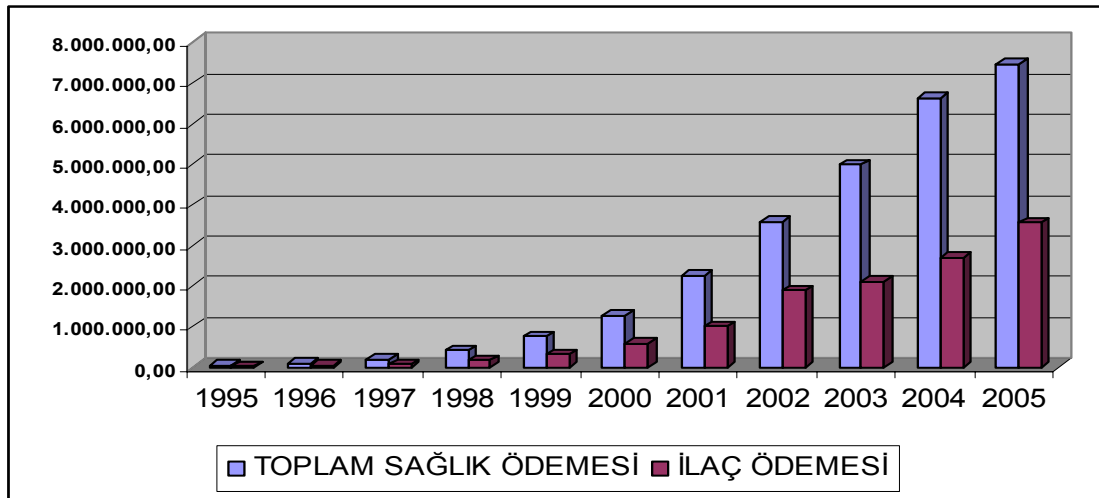
Tablo 15, SSK toplam sağlık harcamalarını ve ilaç harcamalarındaki artış oranını ve sağlık harcamaları içindeki ilaç harcamalarının payını göstermektedir. Tablo incelendiğinde SSK ilaç harcamalarının Kurumun toplam sağlık harcamaları içindeki payının diğer sosyal güvenlik kurumlarına göre daha düşük olması göze çarpmaktadır. Emekli Sandığı ve Bağ-Kur ilaç harcamaları bu kurumların toplam sağlık harcamaları içindeki payı yaklaşık %55-60 iken, 2005 yılı verisine göre SSK'nın payı %47.6 olarak gerçekleşmiştir.

Tablo 15: SSK Toplam Sağlık ve İlaç Harcamaları Dağılımı(1995-2006)Milyar TL

YILLAR	TOPLAM SAĞLIK ÖDEMESİ	İLAÇ ÖDEMELERİ			KURUM ECZANELERİ	ANLAŞMALI ECZANELER
		İLAÇ ÖDEMESİ	İLAÇ ÖDEMESİ ARTIŞ ORANI (%)	SAĞLIK ÖDEMELERİ İÇİNDEKİ ORANI (%)		
1995	44.754,46	17.141,76	104,4	38,3	14.870,36	2.271,40
1996	87.937,00	32.460,21	89,4	36,9	27.439,29	5.020,92
1997	199.230,00	72.224,00	122,5	36,2	61.064,21	11.159,00
1998	406.180,40	165.584,50	132,5	40,8	138.100,00	27.484,50
1999	748.699,50	304.016,70	83,6	40,6	247.198,10	56.818,60
2000	1.280.188,80	572.409,30	88,3	44,7	445.379,10	127.030,20
2001	2.257.957,60	992.615,60	73,4	44,0	770.999,40	221.616,20
2002	3.594.350,10	1.878.558,20	89,3	52,3	1.553.767,40	324.790,80
2003	4.981.193,70	2.101.495,70	11,9	42,2	1.662.127,60	439.368,10
2004	6.635.691,00	2.687.750,10	27,9	40,5	2.159.597,50	528.152,60
2005	7.457.105,00	3.552.939,00	32,2	47,6	881.953,00	2.670.986,00

Kaynak: <http://www.calisma.gov.tr/basimbulteni/2006/3.htm> (Son erişim 14 Mart 2006)

Aşağıda Şekil 28’de SSK sağlık ve ilaç harcamalarının grafiksel gösterimini birlikte sergilenmektedir. Üye sayıları dikkate alındığında Emekli sandığında 2,5 milyon insanın sağlık hizmetlerinden sorumlu olarak yaklaşık 1,3 milyar \$ ilaç harcaması gerçekleştirirken 33 milyon insanın sağlık hizmetlerinden sorumlu SSK’nın 2,4 milyar \$ ilaç harcaması gerçekleştirmiş olması, SSK’nın ilaç harcamalarındaki verimliliğini göstermektedir.

**Şekil 28: SSK Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki İlaç Harcamaları**

Kaynak: <http://www.calisma.gov.tr/basimbulteni/2006/3.htm> (Son erişim 14 Mart 2006)

4.2.1.2.1. SSK Hastanelerinin Devrinden Sonraki İlaç Harcamaları

Hastanelerin devri ile birlikte, kurumun sigortalı hastalara vereceği ilaçları piyasa eczanelerinden temin etmesi ilacın sağlık harcamaları içindeki payını % 47,6'ya düzeyine çıkarmıştır (SSK 2005). Toplu ilaç alımı imkanının ortadan kalkması, ilaç fabrikasının kapatılması kurumun ilaç giderlerinin hızla artmasına neden olmuştur.

İlaç Fabrikası ile eczanelerinin kapatılması kurum açısından iki önemli kaybı gündeme getirmiştir. Bunlardan birincisi Sağlık Bakanlığı'na devredilen hastanelerin stoklarında bulunan ilaçlar ile İlaç Fabrikasının stoklarında bulunan ilaçların miadı dolmadan sigortalı hastalara verilememesi halinde uğrayacağı kayıp, diğeri ise ilaçların toplu alım yapılamamasından kaynaklanan kayıptır (Türk-İş, 2006,4).

Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı'ndan elde edilen verilerine göre Kurum eczanelerinin stoklarında bulunan 474,3 milyon YTL tutarındaki ilaç Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Hastanelerin devri ile birlikte eczaneler de kapatıldığından devredilen bu ilaçların sigortalı hastalara, özellikle ayaktan tedavi gören hastalara verilmesi imkanı azalmıştır. Stoktaki ilaçlar kullanım süresi içinde sigortalı hastalara verilememesi nedeniyle imha edilecektir. Keza kapatılan İlaç Fabrikasının stoklarında da 4,2 milyon YTL tutarında ilaç bulunmaktadır. Bu ilaçlarında yukarıda belirtilen süreler içinde değişik tarihlerde miatları dolacaktır.

İlaçların serbest piyasa eczanelerinden alınması, doğrudan üreticilerden ve ecza depolarından toplu alım nedeniyle kurumun sağladığı avantajı ortadan kaldırmıştır. Buna bağlı olarak Kurumun ilaç giderleri, 2004 yılına oranla 2005 yılında yüzde 32,5 artışla 3,6 milyar YTL'nin üstünde olmuştur. (Sağlık Bakanlığı, 2005). Sağlık giderlerindeki hızlı ve büyük oranlardaki artış, kurumu kaynak sıkıntısına sokmuştur. Buna bağlı olarak protokol gereği 45 günlük süre içinde ödemesi gereken ilaç bedelleri, 60 gün içinde ödenebilmektedir(Türk-İş, 2006,6).

4.2.1.3. Bağ-Kur İlaç Harcamaları

Kısaca Bağ-Kur olarak adlandırılan “Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu” na bağlı sigortalılar, ayakta tedavi için tüm

ilaçlarını, reçete karşılığında aktif sigortalılar için %20, emekliler için %10 katılım payı ödeyere kanlaşmalı eczanelerden temin edebilmektedirler. Sağlık hizmetlerinin yatarak alınması durumunda, tedavi için kullanılan ilaçlar için ise herhangi bir katılım payı ödememektedirler. Diğer sosyal güvenlik kurumlarında olduğu gibi Bağ-Kur üyeleri de tedavinin ayakta verildiği uzun süreli hastalıklarda, hizmet satın aldığı resmi sağlık kurumlarından alınan sağlık kurulu raporu doğrultusunda reçeteler için katılım payı ödememektedirler. Hastanın kullanacağı ilaçlar ayakta tedavilerde 10 günlük, yatarak tedavilerde ise 5 günlük doz olarak reçete edilmektedir. Hastalığın tedavisi için gereken ilacın Türkiye sınırlarında temin edilememesi durumunda resmi sağlık kurumlarından alınan sağlık kurulu raporuyla yurt dışından temin edilebilmekte, bu ilaç bedelleri Sağlık Bakanlığının ithal izni olmak kaydıyla ilacın alış tarihindeki fiyatının aynı tarihteki Merkez Bankası efektif satış bedeli üzerinden hesaplanarak ilgililere ödenmektedir (Top ve Tarcan 2004,15).

Bağ-Kur, 1997 yılında eczane ve kurum ödemelerini bilgisayar ortamında gerçekleştirmek üzere, bilgisayarlı reçete işlemleri uygulaması başlatmıştır. Bu uygulamayla, reçetede yer alan bilgiler ve ilaç tedavi şemaları eczacılar tarafından Bağ-Kur'la bağlantı halinde olan bilgisayara kaydedilmekte, anında teyit alınarak reçeteler kuruma elden teslim edilmektedir. Bu şekilde, verilen eczana hizmetleri hız kazanmakla birlikte ilaç kullanımındaki denetim kolaylaşmış, bunun sonucunda gereksiz ödemelerin büyük oranda önüne geçilebilmiştir (İEİS, 2004: 27).

Tablo 16'da, Bağ-Kur'un yıllara göre sağlık giderlerini harcama kalemlerine göre göstermektedir. 2004 yılında yapılan düzenlemeler ve özellikle muadil ilaç uygulamasıyla sağlanan ilaç harcamalarındaki azalma kayda değer niteliktedir. Diğer taraftan sağlık harcamaları içerisindeki ilaç harcamaları için ayrılan dilim hala kaygı verici boyutlardadır. Geçmiş yıllardaki Bağ-Kur ve diğer kamu kurumlarının ilaç harcama rakamlarındaki artışa bakıldığında, akılcı ilaç kullanımının gerekliliği kaçınılmaz bir gerçek olarak bir kez daha ortaya çıkmaktadır..

Tablo 16: Bağ-Kur 'un Toplam Sağlık ve İlaç Harcamaları 1995-2005 (YTL.)

YILLAR	HARCAMALAR			
	İLAÇ HARCAMALARI	SAĞLIK HARCAMALARI	İH/TSH %	DİĞER SH
1995	3489	8.045	43,37	56,63
1996	9.195	18.412	49,94	50,06
1997	24.971	54.500	45,82	54,18
1998	121.417	201.254	60,33	39,67
1999	231.419	413.417	55,98	44,02
2000	458.336	730.291	62,76	37,24
2001	780.446	1.228.806	63,51	36,49
2002	1.321.532	2.195.295	60,20	39,80
2003	1.997.220	3.183.120	62,74	37,26
2004	2.187.971	3.719.300	58,83	41,17
2005	1.840.940	3.625.815	50,77	49,23

Kaynak: BAĞ-KUR Aylık İstatistik Bülteni ve 2005 Yılı İstatistik Yıllığı, Bağ-Kur, 2005 www.bagkur.gov.tr/finansman (Son erişim 22 Nisan 2006)

2006 yılı verisine göre Bağ-Kur'dan 10.859.402 kişi sağlık karnesi almıştır (Bağ-Kur, 2006: web sayfası). Buna göre Bağ-Kur, 2005 yılında kişi başına 334880 YTL (224 \$) sağlık harcaması yapmış ve bunun 169 YTL. (112 \$) kısmını ilaç harcaması için gerçekteşirmiştir.

4.3.Türkiye' de İzlenen İlaç Politikaları ve Politik Sorunlar

Günümüzde ilaç yalnızca tıbbi bir enstrüman olmakla kalmayıp, aynı zamanda bilimsel, ekonomik ve politik konuların içerisinde yer almaktadır. Bu nedenle ilaçla ilgili politikalar saptanırken, bir çok iç ve dış aktörün söz sahibi olması kaçınılmazdır. Sağlık politikaları belirlenirken temel prensip, liberal ekonominin kuralları içerisinde ilaca erişilebilirliğin, kalitenin, rasyonel ilaç kullanımının, üretim ve dağıtım kanallarının sağlanması ve sektörün geliştirilip, istihdamın dengeli bir şekilde oluşturulmasıdır.

Ülkemizde yıllar boyu izlenen ilaç politikaları, daha önceki yanlış politikaların üzerinde bir takım düzeltmeler yapılarak oluşturulduğundan yapısal bozukluklar yıllardır süregelmiştir. Avrupa Birliğine girme çabasıyla birlikte Türkiye, bu yapısal bozuklukların giderilmesi için bütün kurumlarını ve politikalarını yeni baştan gözden geçirmek zorunda kalmıştır. Bu çerçevede ilaç politikalarında da köklü bir değişim yaşamıştır. Geri ödeme, fiyatlandırma, ruhsatlandırma, fikri mülkiyet hakları, kalite ve Avrupa Birliği normlarına uyum, bu süreçte üzerinde yoğun bir şekilde durulan ve tartışılan konuların başında gelmektedir.

İlaç politikalarının belirlenmesinde rol alan aktörlerden bir tanesi de ilaç sektörüdür. İlaç sektörü politika belirlenmesine katkıda bulunurken aynı zamanda yaptığı çalışmalarla ve belirlediği hedeflerle sağlık hizmetlerine de katkıda bulunmaktadır. İlaç Sektörünün temel amacı ekonomik programda yer alan nihai amaca paralel olarak; uluslararası ölçüde rekabet gücüne sahip, yaşam kalitesini artırıcı ve ülke ilaç ihtiyacının büyük kısmını karşılayan bir sektör olarak varlığını devam ettirebilmektir. Bu amaçlara ulaşmak için;

- Yüksek ve gelişen teknoloji yatırımları için fon yaratmak ve üretimin devamlılığını sağlamak,
- Bütçeden ve diğer kaynaklardan sağlanacak finansmanlar çerçevesinde, kredi imkanlarının artırılması ile ithalat/ihracat dengesinde ülke ve sektör yararına iyileştirmeler gerçekleştirmek,
- İlaç hammaddesi üretiminde çeşitlendirme, gelişme ve uluslararası rekabette etkinlik sağlamak,
- Hekim ve eczacıların katkıları ile tüketici bilincini oluşturmak,
- Sektör/üniversite işbirliği ile yeni ilaç Ar-Ge adımlarını atmak, hedefleri belirlenmiştir. (TİSK 2001)

İlaç sektörü günümüze kadar gerek yapısı gereği gerekse uygulanan yanlış politikalar nedeniyle çeşitli zorluklarla karşı karşıya kalmıştır. Finans, bankacılık ve reel ekonomiyi temsil eden bütün sektörler yanında ilaç sektörü diğer bütün sektörlerden farklı bir yapıda olması, insan sağlığına hizmet vermesi, yasalarla bağlı olduğu Sağlık Bakanlığı normlarına uyma mecburiyeti sebebiyle ekonomik krizlerden daha ciddi boyutta etkilenmiştir. Maliyetinin yaklaşık % 50'sini oluşturan hammaddenin büyük bir

bölümü ile hayati önem taşıyan bir kısım ilaçları ithal eden ilaç sektörü, döviz kurlarındaki artışlardan direkt olarak etkilenmektedir.

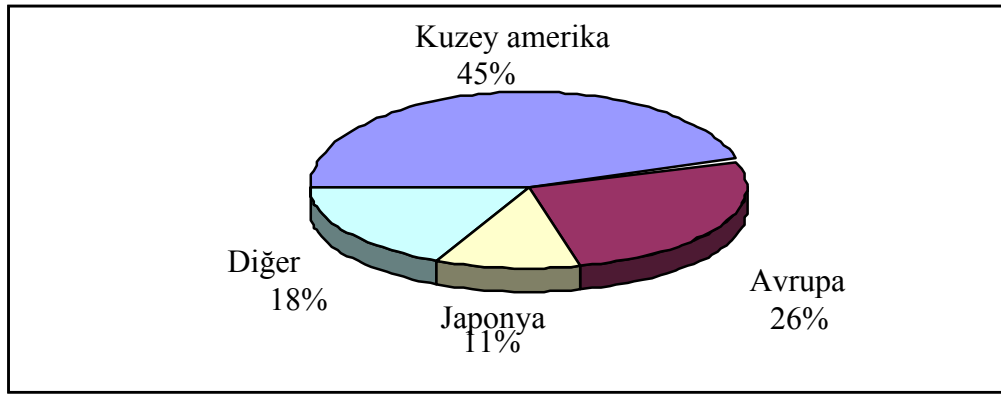
Türkiye’de faaliyet gösteren ilaç sektörü 1995 yılından sonra dünya genelinde yaşanan hızlı değişimlere ayak uydurmaya çalışmış fakat çeşitli engellerle karşı karşıya kalmıştır. İlaç sektörüne yönelik sıkça değişen mevzuatlar, devletin fiyat ve pazara müdahaleleri, ilaç pazarında şirketlerin daha yüksek pay alma çabaları, ülke genelinde yaşanan olumsuz ekonomik koşullar, döviz kurlarında meydana gelen aşırı dalgalanmalar, ihracatta düşüşler ve ithalatta yaşanan artışlar kamu ilaç alımı ve sonrasında yaşanan ödeme sıkıntıları, sektörü büyük zararlara sürüklemiş planlanan atılım ve yatırımlar gerçekleştirilemediği gibi sektör hayatta kalma çabası içerisine girmiştir (Top ve Tarcan 2004,18).

Planlanan yatırımlar için ülkeye yabancı sermayenin girmesi şarttır. Türkiye de sadece 50 adet yabancı ilaç firması bulunmakla birlikte ne yazık ki ilaç sektöründe yabancı sermaye yoğunluğu düşüktür. Bilimsel Araştırma ve Geliştirme çalışmalarının ülkemizde yapılmasını teşvik etmek gerekmektedir. Yabancı sermayeyi teşvik eden düzenlemelerle Ar-Ge çalışmalarına ve klinik araştırmalara da daha fazla dış kaynak akışı sağlamak mümkün olabilir. Bilimsel değerlendirme, bilimsel sorumluluklar ve politik sorumlulukların birbirinden ayrılması; bilimsel değerlendirmenin bağımsız olması, araştırmacı ilaç firmaları için Türkiye’yi daha da cazip bir ülke kılacaktır. Gerek politik baskı, gerekse özel sektör veya kamudan gelebilecek ekonomik baskı ortamının giderilmesi ile uluslararası sermayeyi daha fazla yatırıma teşvik edecektir (Kılıçdaroğlu,2005,5).

Piyasada ki ilaçların İlaçların fiyatlandırma ve geri-ödeme sistemleri sürekli tartışma konusu olmaktadır. Türkiye de fiyatlar üzerinde kamu müdahalesinin olduğu nadir alanlardan birisi de ilaç sektörüdür. 1262 sayılı ilaç yasasının 7. maddesi gereği, ülkemizde ilaç fiyatları Sağlık Bakanlığının denetimindedir. Bir taraftan, hükümetler ilaç harcamalarını kısıtlamayı bütçe hedeflerine ulaşmada en kolay araç olarak görürken. bir taraftan da hastaların ve hekimlerin yeterli tedavi seçeneğine sahip olmaları için ilaç çeşitliliğinin sağlanması ve sınırlandırılmaması gereğini savunmaktadırlar. (Top ve Tarcan 2004,19).

4.4. Türkiye İlaç Harcamalarının OECD Ülkeleri İle Karşılaştırılması

OECD ülkelerinde ilaç sektöründe faaliyet gösteren şirketlerin artması ve piyasaya yeni ilaçların sunulması ile birlikte ülkelerin ilaç harcamaları artarak sağlık harcamaları içinde önemli bir yer tutmaya başlamıştır. 2004 yılında dünya genelinde üretici fiyatlarıyla toplam 550 milyar \$'lık ilaç harcaması gerçekleşmiştir. Kuzey Amerika pazarı olarak adlandırılan ABD ve Kanada, 248 milyar dolarlık ilaç harcaması gerçekleştirerek toplam harcamaların % 45'ini gerçekleştirirken, Avrupa 144 milyar \$'lık ilaç harcaması gerçekleştirerek, dünya pazarının % 26'sını oluşturmuştur. Japonya ise 58 milyar \$'lık ilaç harcaması gerçekleştirerek dünya ilaç harcamalarının % 11'lik kısmını gerçekleştirmiştir (IMS Report 2005).



Şekil 29: Dünya İlaç Harcamalarının Dağılımı 2005

Kaynak:IMS: Information Medical Statistics Report 2005

1970'li yıllarda OECD ülkelerinde kişi başına ortalama 22 \$'lık ilaç tüketimi gerçekleşirken, 1990'ların sonunda bu rakam 270 \$'a çıkmıştır. 2004 yılı itibariyle OECD ülkelerinde kişi başına ilaç harcamasının ortalama 385 \$'a kadar yükselmesi ilaç tüketimindeki artışı açıkça göstermektedir (OECD Health Data 2005). Aynı yıl OECD ülkeleri içerisinde Kuzey Amerika ülkeleri (ABD, Kanada) 670 \$'lık KBIH gerçekleştirerek ilk sıralarda yer almıştır. OECD sağlık veri setinde Türkiye'nin ilaç harcamalarıyla ilgili olarak yeterli veriye ulaşılamamaktadır. İEİS raporlarından elde edilen verilere göre Türkiye'de kişi başına yapılan ilaç harcamaları 2001 yılında 38 \$ olarak saptanmıştır (İEİS, 2003:6-23). 2002 yılında ise 45\$'lık ilaç tüketimi gerçekleşirken 2005 yılında üretici fiyatları temel alındığında eczane satışlarına göre kişi başı ilaç tüketimi % 100'ün üzerinde artış göstererek 93 dolar olarak gerçekleşmiştir (İEİS 2005).

2023 yılında sektör öngörüsü kişi başına 160 \$ olup Devlet Planlama Teşkilatı ise kişi başına 250 \$'lık ilaç tüketimi olacağını tahmin etmektedir (TÜBİTAK, 2003, 35). Üretici fiyatlarıyla dünya genelinde kişi başına ilaç tüketim rakamlarına baktığımızda 2001 yılı rakamlarıyla Türkiye Avrupa ülkeleri arasında Bulgaristan'dan sonra en düşük kişi başı ilaç harcamasını gerçekleştirmiştir. Tablo 17' de Avrupa İlaç Endüstrileri ve Birlikleri Federasyonu'nun hazırlamış olduğu 2004 raporuna göre OECD ülkelerinde üretici fiyatlarıyla gerçekleştirilen kişi başı ilaç tüketim rakamları verilmiştir.

Tablo 17: OECD Ülkeleri Kişi Başına Düşen İlaç Harcamaları 2004

ÜLKELER	KBİH \$ (2001)	ÜLKELER	KBİH \$ (2001)
Kuzey Amerika	670	İtalya	207
Japonya	377	İrlanda	199
Fransa	284	İspanya	182
İsviçre	281	Yunanistan	163
Belçika	250	Hollanda	159
İsveç	240	Macaristan	101
İngiltere	227	Polonya	80
Finlandiya	223	Çekoslovakya	77
Almanya	221	Litvanya	56
Portekiz	208	Türkiye	38
Avusturya	207	Bulgaristan	24

Kaynak: Avrupa İlaç Endüstrileri ve Birlikleri Federasyonu 2004 Raporu

Almanya, Avusturya, Belçika, Danimarka, Finlandiya, Fransa, Hollanda, İngiltere, İrlanda, İspanya, İsveç, İsviçre, İtalya, Lüksemburg, Norveç, Portekiz ve Yunanistan bir araya gelerek kurduğu Avrupa İlaç Endüstrileri ve Birlikleri Federasyonu (EFPIA) ülkelerinin 2003 yılında üretici fiyatlarıyla toplam ilaç harcaması 144 milyar \$ olup, Türkiye'nin 2003 yılında üretici fiyatlarıyla gerçekleştirdiği toplam ilaç harcaması 4,3 milyar dolardır. EFPIA üyesi 17 ülkenin toplam olarak gerçekleştirdiği ilaç tüketiminin dünya ilaç tüketiminin % 3 olduğu düşünülürse, Türkiye ilaç tüketiminin dünya ilaç tüketiminin % 0.75'i olması kaygı verici bir durumdur (EFPIA Raporu 2004). Ayrıca Türkiye'de 2001 yılı ilaç harcamaları tüketici

fiyatlarıyla 4,09 milyar \$ iken 2004 yılında bu rakam 6 Milyar YTL olmuş ve 2005 yılında 9 Milyar YTL'ye ulaşmıştır. 5 yıl içerisinde ilaç harcamalarının % 100'e yakın arttığı görülmektedir. (İEİS 2005).

Günümüzde OECD ülkeleri başta olmak üzere gelişmiş ülkelerde ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı %20'lere yaklaşmıştır. Aşağıda Tablo 18'de OECD ülkelerinde ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki yüzdeleri verilmiştir

Tablo 18: OECD Ülkelerinde İlaç Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Yüzdesi % (1980-2004)

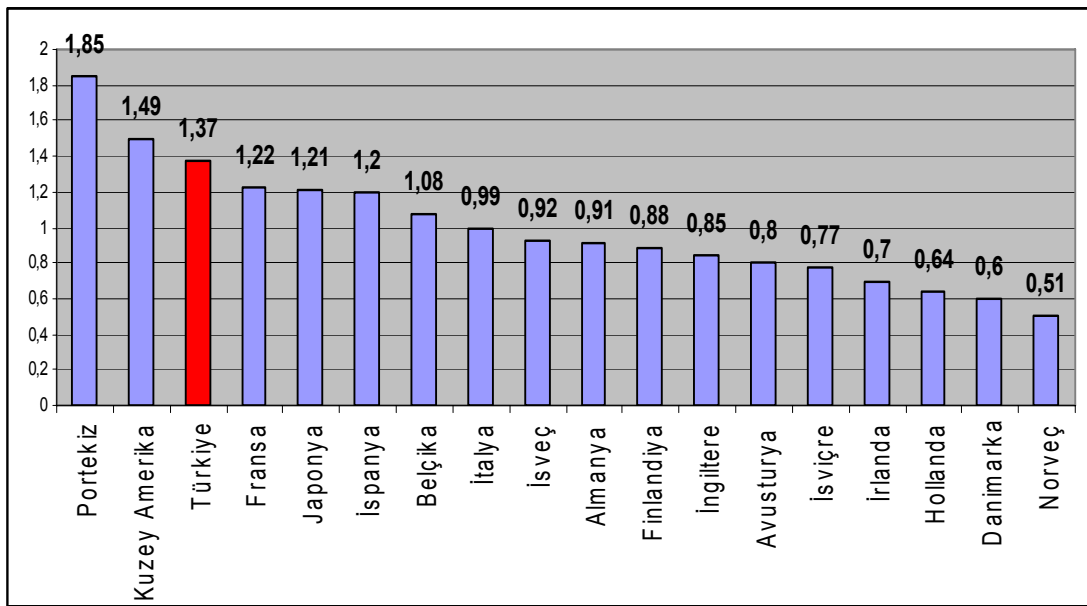
	1980	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004
Avusturya	..	..	9,2	12,6	12,3	12,8	13,1	13,0
Belçika	17,4	15,5	16,8	16,5	..	..	11,3	
Kanada	8,5	11,5	13,8	15,9	16,2	16,7	17,0	17,7
Danimarka	6,0	7,5	9,1	8,8	9,2	9,8	10,0	9,4
Finlandiya	10,7	9,4	14,1	15,5	15,8	16,0	16,0	16,3
Fransa	16,0	16,9	17,6	20,3	20,9	18,7	18,8	18,9
Almanya	13,4	14,3	12,7	13,6	14,2	14,5	14,6	..
Yunanistan	18,8	14,3	15,7	15,0	15,1	16,2	17,1	17,4
İzlanda	15,9	13,5	13,4	15,1	14,4	14,7	14,5	14,8
İrlanda	10,9	12,2	10,4	10,6	10,3	11,0	11,8	12,4
İtalya	..	21,4	21,1	22,4	22,6	22,5	22,1	21,4
Japonya	21,2	21,4	22,3	18,7	18,8	18,4	18,9	..
Kore	31,5	34,7	31,4	27,8	27,6	27,9	27,6	27,4
Lüksemburg	14,5	14,9	12,0	11,0	11,5	10,3	9,4	8,5
Hollanda	8,0	9,6	11,0	11,7	11,7	11,5	..	..
Norveç	8,7	7,2	9,0	9,5	9,3	9,4	9,2	9,5
Portekiz	19,9	24,9	23,6	22,4	23,0	23,3	22,6	23,2
İspanya	21,0	17,8	19,2	21,3	21,1	21,8	22,8	22,8
İsveç	6,5	8,0	12,3	13,8	13,2	13,0	12,6	12,3
İsviçre	..	10,2	10,0	10,7	10,6	10,3	10,5	10,4
Türkiye	10,7	20,4	31,6	24,8	..	..	..	..
ABD	9,0	9,1	8,9	11,7	12	12,3	12,4	12,3

Kaynak: OECD Health Data 2006

Tablo 18'de görüldüğü üzere 2004 yılında OECD ülkelerinde ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamalarındaki payı %8,5 ila %27,4 arasında değişmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde ise ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamalarındaki payının %20-40 arasında olması dikkat çeken bir konudur. Aynı

zamanda gelişmekte olan ülkelerde kamu sağlık harcamalarının yaklaşık %10-40'ı da ilaç için yapılmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerin sanayileşmiş ülkelere göre ilaç harcamalarına daha çok pay aktarmaları çeşitli görüşlerle açıklanmaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetlerine daha çok öncelik verilmesi, ilaç sanayisinde dışa bağımlılık, hızlı teknolojik gelişmelerin sonucunda piyasadaki ilaç çeşitliliğinin artması ve yoğun antibiyotik kullanımı gelişmekte olan ülkelerde ilaç harcamalarının sağlık harcamalarının temel unsurunu oluşturmasında başlıca faktörlerdir. (Top, Tarcan 2004,3-8). Tablo18'e göre, Türkiye'de ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamalarındaki payı 1980 yılında % 10,7 iken 2000 yılında % 24,8'e yükseldiği görülmektedir. Yapılan projeksiyon çalışmalarına göre 2023 yılında ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamalarındaki payı % 25 olarak öngörülmesine rağmen öngörülen rakamlara şimdiden ulaşılmıştır. (TÜBİTAK,2003,36).

Şekil 30'da görüldüğü üzere 2000 yılı itibariyle OECD ülkeleri içerisinde GSYİH'sından ilaç harcamaları için en fazla payı % 1,85 ile Portekiz ayırmaktadır. İkinci sırada % 1,49 ile kişi başı en yüksek sağlık harcamalarını gerçekleştiren Kuzey Amerika ülkeleri bulunmaktadır. Üçüncü sırada ise GSYİH'sından ayırdığı %1,37'lik pay ile Türkiye bulunmaktadır. Bu rakam 2001 yılında 1,69'a 2005 yılında ise 1,93'e ulaşmıştır. (Gümüşel B., 2006 Toplantı Sunumları)



Şekil 30: OECD Ülkelerinde Üretici Fiyatlarıyla İlaç Harcamalarının GSYİH İçerisinde Payı 2000
Kaynak: EFPIA ve OECD verileriyle hazırlanmıştır.

5. BÖLÜM

SONUÇ

Bu çalışmada sağlık kavramı üzerinde durularak sağlık ekonomisi hakkında bilgiler verilmiş, sağlık ile ekonomi arasındaki ilişki, dünyada gelişmişlik göstergesi olarak belirlenmiş sağlık göstergeleri kullanılarak değerlendirilmeye çalışılmıştır. Sağlık göstergeleri ile ekonomik göstergeler arasındaki ilişki karşılıklı olarak sorgulanmış, sağlık göstergelerinde meydana gelen değişikliklerin ekonomi üzerine olan etkileri sorgulanırken ekonomide meydana gelen değişikliklerin de sağlık göstergelerini ne şekilde etkilediği araştırılmıştır. Bu araştırmaların sonucunda doğumda yaşam beklentisi ile KBDGSYİH arasında pozitif yönlü bir ilişkinin olduğu belirlenirken, bebek ölüm hızı, çocuk ölüm hızı ve kaba ölüm oranı arasında negatif yönlü bir ilişkinin olduğu ortaya konmuştur.

Dünya genelinde gelişmişlik göstergesi olarak kabul görmüş sağlık göstergeleri olan bebek ve çocuk ölüm oranları ile doğumda yaşam beklentisinde meydana gelen iyileşmelerin emek arzı üzerinde önemli etkileri vardır. Yapılan ampirik araştırmalar doğrultusunda, bebek ve çocuk ölüm hızlarının diğer ülkelere göre daha düşük olduğu ve ortalama yaşam süresinin yüksek olduğu toplumlarda insanların genel sağlık durumlarının diğerlerine göre daha iyi olduğu söylenebilir. Sağlık açısından durumu iyi olan bir toplumda, beşeri sermayenin kullanım süresi daha uzun olmakta, işgücünün verimliliği artmakta ve bunun sonucunda ekonomik büyüme olumlu yönde etkilenmektedir. Çalışan işgücünün ortalama ömrünün uzaması, eğitimin maliyet-getiri ilişkisini pozitif yönde etkilemektedir. Bununla birlikte uzun yaşam beklentisi, insanların yaşamları boyunca yatırımlardan daha uzun süre istifade edeceği beklentisini doğurmakta, bu durum kişilerin özel sermaye birikim kararlarını pozitif yönde etki etmektedir. Yaşam süresinin uzamasıyla birlikte artan tasarrufların yatırıma dönüşmesi gelirden de artışa neden olacaktır. Bu bulgular sağlık göstergelerinde meydana gelen iyileşmelerin ekonomik büyüme üzerinde pozitif etkileme gücüne sahip olmasında neden olmaktadır (Taban,2004,5).

OECD ülkelerinin 1994-2004 yılları arasında KBDGSYİH rakamlarındaki değişime baktığımızda bu ülkeler ortalama olarak %45 büyüme kaydetmişlerdir. Aynı

dönemde temel sağlık göstergelerinde önemli iyileşmeler görülmüştür. Doğumda yaşam beklentisi OECD ülkelerinde ortalama % 3 artarken Bebek Ölüm Hızlarında ortalama %29,2 azalma görülmüştür. Artan kişi başı gelir ile sağlık göstergeleri arasındaki ilişki Türkiye koşullarında da araştırılmış benzer sonuçlara ulaşılmıştır. 1994 yılında 2682 \$ olan KBDGSYİH 2004 yılında 4172\$'a yükselerek %55 artış gösterirken, Doğumda Yaşam Beklentisi %0.78 artmış, Bebek ölüm Hızında ve Kaba Ölüm Oranında sırasıyla %55 ve %12'lik azalma gerçekleşmiştir. Bu veriler doğrultusunda ekonomik göstergelerdeki olumlu değişimlerin temel sağlık göstergelerinde pozitif yönde değişime neden olduğu söylenebilir.

Türkiye'de ki sağlık sistemi ve organizasyon yapısı ortaya konularak sağlık sunumu ve finansmanı incelendiğinde Türkiye'de ki sağlık sisteminin karma bir yapıya sahip olduğu ifade edilebilir. Bir taraftan belirli bir kesim için zorunlu sigorta modeli uygulanırken diğer taraftan kamu yardımı modeli uygulanmaktadır. Türkiye'de vatandaşlar sağlık hizmetlerini kamu kuruluşlarından alabildikleri gibi serbest piyasa sistemi içerisinde kar güdüsüyle faaliyet göstermekte olan özel sağlık kurumlarından da sağlayabilmektedir.

1980'li yılların ikinci yarısında bir çok ülkeyle beraber Türkiye'de var olan sağlık sistemlerindeki yapıyı sorgulamaya başlamış, bireylerin sağlıklarını koruyup geliştirerek, hizmetlerin maliyetlerini düşürmek ve sağlık sektöründe kaynakların daha etkin kullanılabilmesi için sistem arayışlarına ve reform çabalarına girmiştir. Bu çalışmalar kapsamında koruyucu sağlık hizmetleri yanında, birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerini sunan aynı zamanda sağlık politikalarını belirleyip yürüten Sağlık Bakanlığının yeniden yapılandırılması, politika belirleyen yönlendiren, denetleyen ve düzenleyici bir yapı kazandırılması, hizmet sunumu fonksiyonunun azaltması amaçlanmıştır (Yurdadoğ,2006,177).

Sağlık hizmetlerinin kapsamında ve bu hizmetlerin sunumunda kullanılan teknolojide meydana gelen değişimler ile birlikte diğer sosyal nedenler sağlık hizmetlerinin talebini ve maliyetlerini artırmış, bunun sonucunda ülkeler bireylerin sağlıklarını koruyup geliştirmek için daha yüksek miktarlarda sağlık harcaması gerçekleştirmek zorunda kalmışlardır. Türkiye'de gerçekleşen toplam sağlık harcamalarının yıllar içindeki değişimi incelendiğinde Türkiye'nin sağlık

harcamalarında da artış eğilimi görülmektedir. Bunun doğal bir sonucu olarak sağlık harcamalarının genel ekonomi içindeki payı artmıştır. 1998 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı kitabı verilerine göre toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki oranı %4,76 iken, bu rakam 1999 yılında %6,44, 2000 yılında ise %6,60 olarak tespit edilmiştir. 2005 yılında bu oran 7.6 olmuştur. Sağlık harcamaları, giderek büyüyen GSYİH' da daha yüksek bir oranda pay almaktadır.

Toplam sağlık harcamaları içinde kamu ve özel harcamaların payı incelendiğinde kamu-özel payı, 2004 yılında %72,1-%27,9 şeklinde gerçekleşmiştir. Bu rakamlar ile Türkiye OECD ülkeleri arasında, yüksek düzeyde özel sağlık harcaması yapan ülkeler arasında yer almaktadır.

Türkiye'nin sağlık harcamalarının yapısı incelendiğinde gerçekleşen sağlık harcamalarının daha çok tedavi hizmetleri için gerçekleştirildiği görülmektedir. 2000 yılında yapılan ulusal sağlık hesapları çalışmasına göre ayakta verilen tedavi hizmetlerinin payı ise 28,4 iken, ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı %24,8 dir. Sağlık sektöründe koruyucu sağlık hizmetleri yerine daha çok tedavi edici sağlık hizmetleri için kaynak ayırmak, ilaç başta olmak üzere tıbbi araç, gereç ve malzemelerin yoğun bir şekilde kullanılmasına neden olmaktadır. Ülkemiz de sağlık sektörüne ayrılan kıt kaynakların yarısının uzun dönemde fazla bir getirisi olmayan ve tedavide sadece araç olarak kullanılan ilaç için kullanılması ülke sağlık politikalarını oluşturan bürokratların ve ülke ekonomistlerin dikkatle ele alması gereken bir konudur (Top, Tarcan, 2004, 21).

Genel olarak bir değerlendirme yapıldığında, dünya ülkelerinde ulusal ilaç harcamaları toplam sağlık harcamalarının %7 ile %66'sını oluşturmaktadır. Gelişmemiş ya da gelişmekte olan ülkelerde toplam sağlık harcamaları içerisinde ilaç harcamaları için ayırdıkları pay % 25 ile % 66 arasında değişirken, gelişmiş ülkelerde bu pay % 6 ile % 30 arasında değişmektedir. Bu veriler doğrultusunda gelişmişlik düzeyine bağlı olarak, ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payının küçüldüğü söylenebilir. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın 2000 yılında gerçekleştirdiği ulusal sağlık hesapları çalışmasına göre ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı %24,8 olarak belirlenmiştir. Bununla

beraber ilaçla tedavinin büyük yer kapladığı, ayakta verilen tedavi hizmetlerinin sağlık harcamaları içindeki payı (%28,4) ilaç harcamalarına eklendiğinde Türkiye'nin sağlık harcamaları içerisinde ilaç harcamalarının payının % 50'nin üzerinde olduğu görülür. Türkiye 2005 yılı verilerine göre yaklaşık 8 katrilyon (6 milyar \$) ilaç harcaması yapmıştır.

Günümüzde Türkiye toplam sağlık harcamalarının yarısını SSK, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur gibi sosyal güvenlik kurumları gerçekleştirirken, bu kurumların ilaç için yaptığı harcamalar toplam sağlık harcamalarının % 55-60'ını oluşturmaktadır. Emekli Sandığı kişi başına ilaç harcaması en yüksek sosyal güvenlik kurumudur. 2005 yılı verilerine göre kurum 851 dolar kişi başı sağlık harcaması gerçekleştirirken bunun 479 \$'ı sadece ilaç harcamaları için yapılmıştır. Bağ-Kur kişi başı 79 \$'lık kişi başı ilaç harcaması gerçekleştirirken, SSK kişi başına yaklaşık 37,5 \$'lık kişi başı ilaç harcaması gerçekleştirmiştir. Yukarıdaki verilere göre SSK politikalarının diğer kamu kurumlarına göre başarılı olduğu ortaya çıkmaktadır. Bağ-Kur SSK'ya göre yaklaşık iki kat kişi başı ilaç harcaması gerçekleştirirken Emekli Sandığı yaklaşık olarak 13 kat daha fazla kişi başı ilaç harcaması gerçekleştirmiştir.

OECD ülkelerinin yapmış olduğu toplam ilaç harcamaları, Türkiye'nin gerçekleştirmiş olduğu ilaç harcamalarıyla karşılaştırıldığında Türkiye'de ki ilaç harcamaları OECD ülkelerindeki ilaç harcamalarına göre düşük düzeyde olduğu, diğer taraftan Türkiye'de sosyal güvenlik kapsamında olan bireylerin ülke ortalamasının çok üstünde kişi başı ilaç harcamaları gerçekleştirdiği görülmektedir. Bu verilerden hareketle Türkiye'de ilaç tüketiminin çok az olduğu yönündeki düşüncelerin yeniden gözden geçirilmesi, ilaç harcamalarını maliyet-etkin kılmak için stratejiler geliştirip uygulanması gerekmektedir (Top ve Tarcan 2004,20).

KAYNAKÇA

- Ağırbaş, İ. , Tatar , M. 2001 “Sağlık Hizmetlerinde Ekonomik Değerlendirme Teknikleri” , *Yeni Türkiye Dergisi*, Sağlık Özel Sayısı 2 Yıl 7, Sayı 40
- Akdoğan Abdurrahman (1999), *Kamu Maliyesi*, 7. Baskı, Gazi Kitabevi, Ankara: s.44
- Aktan C. Işık A, 2006, *21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık*, s 5
- Aygün, Sinan,2006, İlaçtaki Ur: Dışa Bağımlılık Raporu, *Ankara Ticarat Odası Bülteni* s.2
- Bag-Kur (2004), *2003 Yıllık İstatistik kitabı*.
- Bag-Kur (2005), *2004 Yıllık İstatistik kitabı*.
- Barro, Robert J. ve Jong-Wha Lee (1993), “*Losers and Winners in Economic Growth*”, <http://ideas.repec.org/p/nbr/nberwo/4341.html> , (Erişim Tarihi: 21.04.2006).
- Baykara, Tamer- Çaylı, Hülya- Çelik, Hüseyin- Tokat, Mehmet- Ünalın, Turgay (2003) *Türkiye’de İlaçta Veri Korunması ve Uygulamasının Mali Etkileri*. Pfizer İlaçları Limited Şirketi, Ankara.
- Bekir, Metin 2001. *Sağlıkta Özelleşme ve Sağlık Sigortası* Ankara,
- Bekir Metin, 2003, *Türkiye’nin Sağlık Sorunları- Cumhuriyet Döneminde Sağlık Reformları*, Ankara, s1
- Belek, İlker. 2001, *Sosyal Devletin Çöküşü ve Sağlıkın Ekonomi Politikası*, Sorun Yayınları 3. Baskı, İstanbul,
- Belek İlhan, Kasım 1994 - Şubat 1995, “Sağlık Sistemleri Hangi Dinamiklerle Gelişiyor ve Nasıl Gruplanıyor?”, *Toplum ve Hekim*, , Cilt. 9, S. 64, s.15
- Bhargava, Alok (2001), “Nutrition, health and economic development: Some policy priorities”, *Food and Nutrition Bulletin*, Vol.22, No.2
- Birleşik Sağlık Sistemleri (BSS) 2002, *Sağlık Reformu Projesi Mevcut Durum Raporu*, Ankara
- Bora, Serdar. “Kamuda Yeniden Yapılanmada Sağlık Sisteminin İzlenmesi, Değerlendirilmesi ve Performans Yönetimi”, *Bağ-Kur Genel Müdürlüğü Sağlık İşleri Daire Başkanlığı Sunumu*, Kızılcahamam , 26-27 Eylül 2005

<http://www.sabem.saglik.gov.tr/forum/ezadmin/htmlarea/files/documents/2484.pdf>

Corman, Hope ve Michael Grossman (1985), “Determinants of Neonatal Mortality Rates in The U.S”, *Journal of Economics*, Vol. 4, p.213-236.

Çilingiroğlu Nesrin, 2001, “Ekonomik Kalkınma ve Sağlık Ekonomisi”, *Yeni Türkiye*, Sayı 40, s.1592

Nesrin Çilingiroğlu, Sağlık Ekonomisi ,*Yayımlanmamış Halk Sağlığı Ders Notları*, Hacettepe Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kasım 2003, s. 11

DİE (2005), (www.die.gov.tr)

DPT (2001), Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı: Nüfus, *Demografik Yapısı, Göç Özel İhtisas Komisyonu Raporu*, DPT:2556-ÖİK:572, Ankara.

DPT (2006); *Ekonomik ve Sosyal Sektörlerdeki Gelişmeler, Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005) 2005 Yılı Programı Destek Çalışmaları*, Ankara.

Dreger, Christian ve Hans-Eggert Reimers (2005), “Health Care Expenditures in OECD Countries: A Panel Unit Root and Cointegration Analysis”, *IZA DP*, No.1469.

Dreze, Jean ve Amartya Sen (1989), *Hunger and public Action*, Oxford: Clarendon Press.

Edgman, Michael R.; Ronald L. Moomaw and Kent W. Olson, *Economics and Contemporary Issues*, The Dryden Press, Orlando USA, 1996, s.166

Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü. *Sağlık İstatistikleri 2005*

Emekli Sandığı. (www.emekli.gov.tr)

Emil, Ferhat ve Yılmaz, Hakan H. (2003), “Kamu Borçlanması, İstikrar Politikaları ve Uygulanan Maliye Politikalarının Kalitesi: Genel Sorunlar ve Türkiye Üzerine Gözlemler”. Middle East Technical University Economic Research Center. *ERC Working Papers in Economics* 03/07. September 2003, Ankara.

- Erişti, H.E. ve Diğerleri (2004), OECD *Sağlık Hesapları Sistemine Göre Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000*, Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara
- Erdil, Erkan ve I.Hakan Yetkiner (2004), “A Panel Data Approach for Income-Health Causality”, *The Economics of Health Reforms* (Ed. J.N. Yfantopoulos), Athens: Chapter 38, p.701-724,.
- European Health for All Database CD-Rom (2004); Updated January 2004.
- Feldstein, J.Paul (1993), *Health Care Economics*, 4th Edition, Delmar Publishers, Irvine, California.
- Folland, Sherman, Allen C. Goodman ve Mirone Stano (2001); *The Economics of Health and Health Care*, 4th Edition Pearson Prenticehall, New Jersey.
- Fujino, Shiro, “*Health Economics in Japan: Prospects for the Future* “; (edited by Geoge T.Smith.), *Health Economics: Prospects for the Future*, London, Croom Helm, 1987, ss.90-91
- G. Teeling Smith, “Public Health In Europa, 1. Health Planning and Organization of Medical Care”, WHO, Copenhagen, s.34 -35
- Gümüşel Bülent,2006, "Türkiye'de Sağlık Reformu: Sağlıkta Dönüşüm Projesi" Hyatt Regency Oteli Toplantı Sunumları
- Govindaraj, Ramesh; Reich, Micheal R.; Cohen, Jilliam C. (2000), *World Bank Pharmaceuticals*. World Bankl, Washington.
- Görgün, Sevim, *Kamu Maliyesine Giriş Ders Notları*, SBF Yayınları, İstanbul, 1993, s.74.
- Hansen, Paul ve Alan King (1996); “The Determinants of Health Care Expenditure: A Cointegration Approach”, *Jornal of Health Economics*, Vol.15, p.127-137.
- Hamlin, Alan, (1993) “Public Expenditure and Political Process” (edited by Norman Gemmel), *The Growth of the Public Sector* Edward Elgar Publishing Limited, , s.80.
- Hatun, Şükrü, Nilay Etiler ve Erdem Gönüllü (2003); “Yoksulluk ve Çocuklar Üzerine Etkileri”, *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 46 s.252.

Health At a Glance: OECD Indicators-2005 Edition

Education At a Glance: OECD Indicators-2005 Edition

Hobijn, Bart ve Philip Hans Franses (1999), “Are Living Standarts Converging”,
<http://pages.nyu.edu/~bh32>, (Erişim Tarihi: 09.03.2006).

Işık, Abdülkadir (1998); “Sağlık Ekonomisi, Finansmanı ve Ekonometrik Bir Analiz
Çerçevesi”, *Yayınlanmamış Doktora Tezi*, Marmara Üniversitesi Sosyal
Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Işık, Abdülkadir ve diğerleri 1997, *Sağlık Ekonomisinin Kapsamı ve Tarihsel
Gelişimi*, Ankara, s.31,34,65

İEİS (2003), *Türkiye’de İlaç: 2003*. İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası (İEİS),
Ankara.

Jones, I.Charles (2002); “Why Have Health Expenditures As A Share of GDP Risen
So Much?”, Working Paper 9325, *National Bureau of Economic Research*,
<http://www.nber.org/papers/w9325>, (Erişim Tarihi: 15.04.2006).

Karagül, M. (2002) “Beşeri Sermayenin İktisadi Gelişmedeki Rolü ve Türkiye
Boyutu, Afyon: *Afyon Kocatepe Üniversitesi Yayın No. 37*.

Karakoç H.D. *İlaç Sektöründe Fiyat Rekabeti* Ankara 2005 s.22

Kılıçdaroğlu, kemal,2005 “Sosyal güvenliğe farklı bir bakış” ,*Meclis Bülteni*,s. 4

Kartal, M., Ozbay, H. Eristi, H.E. (2004). SHA-Based Health Accounts in Thirteen
OECD Countries: *Country Studies Turkey-National Health Accounts 2000*.
OECD Health Technical Papers No. 13, Paris, France.

Kurtulmuş Sevgi (1998), *Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi*, İstanbul

Lichtenberg, Frank R. (2002), “Sources of U.S. Longevity Increase,1960-1997,
NBER” Working Paper No: 8755, *National Bureau of Economic Research*,
Inc. <http://www.cesifo.de>, (Erişim Tarihi: 04.06.2006).

Lindahl, Mikael (2002), “Estimating the Effect of Income on Health and Mortality
Using Lottery Prizes as Exogenous Source of Variation in Income”, *IZA DP*
No. 442, February.

Liu ve diğerleri (2005) *Sağlık ve ilaç harcamaları*,Ankara s 14

- Maliye Bakanlığı Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü. (www.bumko.gov.tr).
- Mazgit, İsmail (1998), “Ekonomik Kalkınma Sürecinde Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılanması”, *Yayınlanmamış Doktora Tezi*, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Muskin, Selma J. (1962); “Health as An Investment”, *The Journal of Political Economy*, Vol.70, No.5, Part 2.
- Musgrave, Richard A., (1969), *Fiscal Systems*, Yale University Press.
- Mutlu, A., Işık, A. 2002 “Sağlık Ekonomisi ve Politikaları”, *Marmara Üniversitesi Maliye Araştırma ve Uygulama Merkezi*, Yayın No:14, , İstanbul,
- Nadaroğlu Halil (1981), *Kamu Maliyesi Teorisi*, 5. Baskı, Filiz Kitabevi, İstanbul,s.34
- Newhouse, Joseph P., *The Economics of Medical Care: A Policy Perspective*, Reading, MA, Addison-Wesley Co., 1978, s.83.
- Nordhaus, William D (2005), “Irving Fisher and The Contribution of Improved Longevity to Living Standards”, *American Journal of Economics and Sociology*, January, Vol:64, No:1, p.367-392.
- Philips, David R. And Yola Verhasselt, 1994, *Introduction: Health and Development*, London and New York.
- OECD Health Data CD-Rom (2005), Updated October, 2005
- OECD Health Data CD-Rom (2006)
- ÖZSARI, Haluk. “Sağlık ve Sigorta” , *Sigorta Dünyası Dergisi* , Sayı 472 , İstanbul , Nisan 2000
<http://www.sabem.saglik.gov.tr/forum/ezadmin/htmlarea/files/documents/659_1saglik_sigorta.pdf>
- ÖZTEK, Zafer. “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri”, *Yeni Türkiye Dergisi*, Sağlık Özel Sayısı 1, Yıl 7, Sayı 39, Mayıs-Haziran 2001
- Pheelps, Charles E. (1997), *Health Economics*, Second Edition, y.y.
- Preston, Samuel H. (1975), “The Changing Relation Between Mortality and Level of Economic Development”, *Bulletin of The World Health Organization* 2003, 81 (11), Reproduced from *Population Studies*, 29 (2), p. 231-248.

- Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü
Tarafından Sağlık Bakanı İçin Hazırlanan Bilgi Notu 2006
- Rosetti, Alejandra Gonzales. “Türkiye Sağlık Sektöründe Dönüşümün Uygulanabilmesi için Stratejik Tercihler”, *Sağlık Bakanlığı ve Dünya Bankası Son Rapor*, 12 Mayıs 2004
- Sağlık Bakanlığı (2004), *Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000*, T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı(2005).*Sağlık istatistikleri*.(http://www.saglik.gov.tr/sb/extras/istatistikler/apk_2005/s_077.htm)
- Sağlık Bakanlığı (2005). Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı. Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2004). OECD Sağlık Hesapları Sistemine Göre Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000. Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü. Ankara.
- Sağlık Bakanlığı ve Başkent Üniversitesi (2003). *Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik Projesi: Hane Halkı Araştırması Ara Raporu*. (2005). (www.hm.saglik.gov.tr)
- Sağlık Bakanlığı, *Sağlık Reformu Çerçeve Taslağı*, Ankara, 1992, s.15
- Saltık, Ahmet (1995), “Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar”, *Toplum ve Hekim*, Temmuz-Ağustos , Cilt 10, Sayı 68, s. 38.
- Schieber, George ve Akiko Maeda (1999); “Health Care Financing and Delivery in Developing Countries”, *Health Affairs*, May/June, p.193-205.
- Sen, Amartya (1985), *Commodities and Capabilities*, Amsterdam: *North-Holland Press*.s14
- Sen, Amartya (1987), *Standard of Living*, New York: Cambridge University Press.
- Smith, Adam (2006), *Ulusların Zenginliği* 1, (Çev.:Metin Saltoğlu), Palme Yayıncılık, Ankara.
- Sophia Witter (2002), “Briefing Paper for Oxfam GB, Health Financing in Developing and Transitional Countries” *Centre For Health Economics* University of York, 22 January, 2002 s. 4

Sosyal Sigortalar Kurumu 2005 Yılı Çalışma Raporu, Working Paper.
(www.ssk.gov.tr)

Stiglitz Joseph E., *Kamu Kesimi Ekonomisi* (1994), (Çev. Ömer Faruk Batirel)
Marmara Üniversitesi Yayınları Yayın No: 549, İstanbul, s.350

Şener Orhan (1998), *Kamu Ekonomisi*, 6. Baskı, Alkım Yayınevi, İstanbul, s.60

Şenses, Fikret (2003), *Küreselleşmenin Öteki Yüzü Yoksulluk*, 3. Baskı, İletişim
Yayıncılık, İstanbul.

Taban, Sami (2004); “Türkiye’de Sağlık ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Nedensellik
Testi”, 3. *Ulusal Bilgi, Ekonomi ve Yönetim Kongresi*, Osmangazi
Üniversitesi İİBF, Eskişehir.

Tatar, Mehtap, “Sağlık Hizmetlerinde Özel Sektör/Kamu Sektörü Tartışmasının
İdeolojik Boyutları”, *Toplum ve Hekim*, Cilt 11, Sayı:72, Mart-Nisan 1996

Tatar, Mehtap ve Diğerleri, “Sağlık Hizmetlerinde Öncelik Belirleme: Teori ve SSK
Hastaneleri Yöneticilerinin Görüşleri” , *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*,
Cilt:6 , Sayı. 1 , 2003

[http://www.sabem.saglik.gov.tr/forum/ezadmin/htmlarea/files/documents/
912_1saglik_hizmetlerinde_öncelik_belirleme.pdf](http://www.sabem.saglik.gov.tr/forum/ezadmin/htmlarea/files/documents/912_1saglik_hizmetlerinde_öncelik_belirleme.pdf)

The Task Force Report (2005); Reducing Infant Mortality in Delaware, The Task
Force Report, May, 2005, p.56. [http://dhss.delaware.gov/dhss/dph/files/infant
mortalityreport.pdf](http://dhss.delaware.gov/dhss/dph/files/infant_mortalityreport.pdf)

Tokalaş, Sevinç, “Kamu Sağlık Hizmetlerinin Satın Alınması”, *Yüksek lisans tezi*
İstanbul 2006, s 14

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

Tokat, Mehmet. *Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1998*, T.C. Sağlık
Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, Ocak 2001

Tokat, Mehmet (2004); “Türk Sağlık Sisteminin Ekonomik Boyutu (Sağlıkta
Örgütlenme-Sağlık Harcamaları ve Finansmanı)”, *ASOMEDYA*, Şubat
2004, s.1-24.

- Tokgöz Erdinç (1981), *Sosyal Gelişmede Sağlık, Türkiye 2. İktisat Kongresi Sosyal Gelişme ve İstihdam Komisyonu Tebliğleri*, DPT Yayınları, Yayın No. 1783, Ankara, 1981, s. 499
- Top ve Tarcan (2004) "Türkiye İlaç Ekonomisi ve İlaç Harcamaları Araştırması-1998-2003 Dönemi" *Liberal Düşünce Dergisi*, Cilt 9, Sayı 35, Sayfa. 177-200
Ankara
- TÜBİTAK (2003), *Teknoloji Öngörü Projesi- Sağlık Ve İlaç Paneli Sonuç Raporu.*"TÜBİTAK Vizyon 2023, TÜBİTAK, Ankara.
- TÜİK Sağlık İstatistikleri 2005
- TÜRK-İŞ (2006) Ssk Sağlık Tesislerinin Sağlık Bakanlığı'na Devrinden Sonraki Uygulama Sonuçları
http://www.kristalis.org.tr/aa_dokuman/turkis_sskraporu.doc (Son erişim 14 Ekim 2006)
- TİSK(2001) *Sektörel Sorunlar ve Çözüm Önerileri*
<http://www.tisk.org.tr/duyurular.asp?ayrinti=True&id=272> (Son Erişim 12 Ocak 2007)
- UNDP (2005); *Human Development Report: The Human Development Impact of Economic Crises, Human Development Report Office Occasional Paper*, Miller, Calum, 2005/19.
- Warnes, Anthony M., " Socio-Economic Change and the Health of Elderly People, Future Prospects for the Developing World " (edited by David R. Phillips and Yale Verhasselt), *Health and Development*, Routledge, London and New York, 1995, s.157.
- Whyness, David K., "Health Care Expenditure", (edited by Norman Gemmel) *The Growth of the Public Sector, Theories and International Evidence*, Edward Elgar Publishing Limited UK, 1993, s.172.
- Williams Alan, *Health and Economics*, "Introduction", London UK, Mac Millian, 1987, s.xi
- World Bank (1993); *Investing in Health: World Development Report* , Oxford University Press for the World Bank, p. 344, New York.

- World Health Organisation (2003a). European Health for All Database. (<http://www.euro.who.int/hfadb>).
- World Health Organization, *Health Dimesions of Economic Reform*, Geneva, 1992, s.vii.
- World Health Organization, “Health Systems Improving Performance”, What is a Health System? Cheapter One, *The Word Health Report*, Regional Office For Europe, Genove, Switzerland, 2000, s, 19
- World Health Organization, *Global Strategy for Health for All Bye The Year 2000*, Geneva, 1981, s.19-29
- Yıldırım, Savaş. “Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi”, *DPT Uzmanlık Tezleri*, Yayın No:DPT:2350, Ankara1994
- Yılmaz, Mine (2002); “İnsani Kalkınma Politikaları ve Türkiye Üzerine Bir Deneme”, *Yayınlanmamış Doktora Tezi*, Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aydın.
- Yusuf Alper, 1988, “21.Yüzyıla Doğru Sosyal Güvelik”, *Yayınlanmamış Rapor*,a.g.r., Bursa,
- Yurdadoğ Volkan, “Sağlık Karma Malının Tahsisinde Etkinlik Sorunu Ve Türkiye’de Sağlık Reformu” *Doktora Tezi* Ankara, 2006

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı: Cemil Serhat AKIN

Doğum Yeri-Yılı: Hatay-1975

Medeni Durumu: Evli

Adresi: 100. Yıl Mah. Magosa sk. 36. cd. Yıldız Blokları, B Kanat, Kat 9/42
Çankaya/ANKARA

E-posta: sakin44@hotmail.com

EĞİTİM DURUMU

Yüksek Lisans: Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat ABD 2007

Lisans: Çukurova Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi İktisat Bölümü 2001

Lise: Antakya Lisesi-Hatay 1991

Ortaokul: Atatürk Ortaokulu-Hatay 1988

YABANCI DİL:

İngilizce iyi derecede, Almanca Orta derecede

BİLGİSAYAR BECERİSİ:

Windows NT/9X/3.1, MS Word, MS Excel, MS Power Point, XP Professional

HOBİLER: Karikatür, Müzik Enstrümanları, Su Altı Sporları, Tenis,