

BAŐKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK KURUMLARI İŐLETMECİLİĐİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

TÜRKİYE'DE MUAYENE KATILIM PAYI UYGULAMALARININ
SAĞLIK HİZMETİ MÜRACAATLARINA VE SAĞLIK
HARCAMALARINA ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAZIRLAYAN
ECZ. LEYLİ DENİZ YİĞİT

TEZ DANIŐMANI
PROF.DR. ŞAHİN KAVUNCUBAŞI

ANKARA - 2012

BAŐKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK KURUMLARI İŐLETMECİLİĐİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

TÜRKİYE'DE MUAYENE KATILIM PAYI UYGULAMALARININ
SAĞLIK HİZMETİ MÜRACAATLARINA VE SAĞLIK
HARCAMALARINA ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAZIRLAYAN
ECZ. LEYLİ DENİZ YİĞİT

TEZ DANIŐMANI
PROF.DR. ŞAHİN KAVUNCUBAŞI

ANKARA - 2012

KABUL VE ONAY SAYFASI

Leyli Deniz YİĞİT tarafından hazırlanan “Türkiye’de Muayene Katılım Payı Uygulamalarının Sağlık Hizmeti Müracaatlarına ve Sağlık Harcamalarına Etkisinin Değerlendirilmesi” adlı bu çalışma jürimizce Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Kabul (sınav) Tarihi: 19/06/2012

(Jüri Üyesinin Unvanı, Adı-Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi : Prof. Dr. Şahin KAVUNCUBAŞI

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Simten MALHAN

Jüri Üyesi : Dr. Ergün ÖKSÜZ

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylım.

19/06/2012

Prof. Dr. Doğan TUNCER

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Katkılarından dolayı, danıőmanım Baőkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Sağlık Kurumları İőletmeciliėi Bólúm Baőkan Yardımcısı Deėerli Hocam Prof. Dr. şahin Kavuncubaşı'na;

Çalıőmamdaki katkılarından dolayı Baőkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Sağlık Kurumları İőletmeciliėi Bólümü öğretim görevlilerinden Dr. Fikriye Yılmaz' a, öğretim üyelerinden Deėerli Hocam Doç. Dr. Simten Malhan'a ve yüksek lisans eğitimim boyunca anlayıőlarını esirgemeyen diğer tüm hocalarıma,

Sosyal Güvenlik Kurumuna ve çalıőmamın tüm safhalarında yardımcı olan ve emeğini esirgemeyen Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü Politika Geliştirme Daire Baőkanı Dr. Halil Akçe'ye;

Tüm yüksek lisans çalıőmalarım süresince gösterdikleri anlayıő ve fedakârlık ile eğitimimi tamamlamama yardımcı olan, moral kaynağım biricik kızım Ceyda'ya, sevgili eőim şeref'e ve beni her zaman destekleyen aileme;

Sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Araştırmamızda Türkiye’de muayene katılım payı uygulamalarının sağlık hizmeti sunucularına müracaatlarına ve sağlık harcamalarına etkisinin değerlendirilmesi hedeflenmiştir. Türkiye’de 2008-2011 yılları arasında sağlık tesislerine göre farklı oranlarda uygulanan ayakta hekim ve diş hekimi muayene katılım payı uygulamalarının sağlık tesislerine müracaat, sağlık harcamaları, reçete sayıları ve ilaç harcamaları üzerindeki etkileri tespit edilmeye çalışılmıştır.

Çalışmanın verileri Sosyal Güvenlik Kurumu kaynaklarından elde edilmiştir. Çalışmanın evrenini 2008-2011 yılları arasında Türkiye genelindeki üniversite hastanelerine, Sağlık Bakanlığı hastanelerine, özel hastanelere ve eczanelere yapılan müracaatlar oluşturmaktadır.

2008-2011 yılları arasında toplam hasta müracaatlarında artış olduğu, 2011 yılında artışın en fazla özel sağlık kurumlarında ve üniversite sağlık tesislerinde olduğu, özel sağlık kurumlarında ve 3. basamak devlet sağlık tesislerinde 2010 yılında gerçekleşen artışın, 2009 yılındaki artıştan daha az olduğu, 2010 yılında artışın en az özel 2. basamak sağlık tesislerinde gerçekleştiği görülmektedir.

Hasta müracaatlarındaki artışa paralel olarak hasta fatura tutarlarının da arttığı, bu artışın en fazla 3. basamak devlet sağlık kurumlarında ve özel sağlık tesislerinde olduğu görülmektedir.

2008-2011 yılları arasında ayakta müracaat sayılarında artış olduğu, 2010 ve 2011 yıllarındaki artışın 2009 yılına göre daha düşük olduğu görülmektedir.

Toplam müracaat sayılarındaki farklılıklar detaylı incelendiğinde 2010 ve 2011 yıllarındaki müracaat sayısının diğer yıllara göre ciddi farklılık gösterdiği, 2010 ve 2011’de hasta müracaatlarının diğer yıllara nazaran daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Yıllara göre müracaat fatura tutarlarında farklılıklar detaylı incelendiğinde, tüm müracaatlara ait fatura tutarlarının yıllara göre farklılık gösterdiği, 2009 ve 2011 yıllarında diğer yıllara göre ciddi farklılık olduğu, bu yıllardaki hasta fatura tutarlarının bir önceki yıllarına göre daha yüksek olduğu ve bu yükselişin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir.

Yıllara göre müracaatların SGK kapsamına oranı detaylı incelendiğinde, yatarak müracaatların SGK kapsamına oranı hariç diğerleri yıllara göre farklılık göstermektedir. Toplam müracaatların SGK kapsamına oranı açısından değerlendirme yapıldığında oranın 2008-2011 arasında ciddi bir şekilde arttığı fark edilmektedir ve tüm yıllardaki artış farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($F=78,019$; $p=0,000$).

Reçete sayılarının 2008-2011 yılları arasında arttığı görülmektedir. Reçete sayılarındaki artış tutarlara da yansımış ancak 2010 yılı reçete tutarları düşüş göstermiştir.

100 ayakta müracaat başına düşen ayakta reçete sayılarının yıllar itibariyle azaldığı görülmektedir.

Artan ve yaşlanan bir nüfusa sahip olan ülkemizin sağlık harcamalarının gün geçtikçe artacağı gerçeği kaçınılmazdır. GSS ile tüm vatandaşların sigorta kapsamına alınması, sağlık harcamalarını artıracak yönünde bir başka faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Ülkemizde 2008-2011 yılları arasında yapılan düzenlemeler ile sağlık harcamaları kontrol altına alınmaya çalışılmıştır. Bu çalışmanın sonuçlarından da görüldüğü gibi 2008-2011 yılları arasındaki katılım payı uygulamaları yetersiz

kalmaktadır. Etkili bir katılım payı uygulaması için; özellikle fakir kesim tarafından gerekli olan sağlık hizmetlerinin kullanımı engellenmemesi hususu dikkate alınmak suretiyle, Ülkemizdeki sağlık hizmeti kullanımı ve talebin incelenmesi, sağlık hizmeti kullanımını etkileyen faktörlerin belirlenmesi, sağlık hizmeti talep edenler ile sağlık hizmeti sunanların davranış modellemelerinin belirlenmesi ve elde edilen veriler ışığında katılım payı uygulamalarının yeniden belirlenmesi gerekmektedir. Ayrıca, talep odaklı stratejilerin yanında, arzı yönetmeye yönelik yeni bir takım politikaların da düzenlemeler içine alınması ve mevcut arz odaklı politikaların etkinliğinin değerlendirilerek gerekli revizyonların yapılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Katılım payı, sağlık sigortası, Sosyal Güvenlik Kurumu.

ABSTRACT

It has been targeted for evaluation of effects to the health expenses and health service appeals of the applying of exam participation fee in Turkey, in our study. According to the health facilities in Turkey, it has been tried to fix the effects on pharmaceutical expenses, quantities of prescription health expenses and service request of applying of outpatient therapy and examinations of dentists' participation fee that has been applied as different rates between the years of 2008-2011.

The data of the study has been taken from SSI and MOH. The scope of the study has been generated to appeal to the pharmacies, private hospitals, governmental hospitals and university hospitals all over Turkey between the years of 2008-2011.

It has been seen that total patients appeals has increased between 2008-2011 and this raise in the year of 2011 has been shown the most in university health facilities and private health facilities, the raise in the year of 2010 at the private health facilities and third stage governmental health facilities is lesser then the raise in the year of 2009, the minimum raise in the year of 2010 happened at the second stage private health facilities.

As parallel of patients' appeals raise, the invoices have increased and mostly in third stage governmental health facilities and the private hospitals.

It has been shown that the numbers of appeals of the outpatient increased between the years of 2008-2011, but the raises between the years of 2010-2011 less than the year of 2009.

When the difference of total appeals in detail is observed, 2010 and 2011 have been shown the serious difference, and the patient's appeals in 2010 and 2011 have been detected to be higher than the other years.

When the difference between numbers of appeals and the amount of invoices is examined in detail regards to the years, it has been fixed that the years of 2009 - 2011 shows the serious difference against to the other years and the amount of the other patients' invoices are higher than the other years and this raise is significant as statistical.

When the rate which the appeals according to the years to SSI's contain, it determines in detail, the others has been shown the difference except the rate of inpatient appeals to the SSI's content. When the evaluation has been done deal with the rate of total appeals to the SSI content, it has been noticed that the rate increased as seriously in 2008-2011 and the difference of raise is significant as statistical ($F=78,019$; $p=0,000$).

It has been seen that the numbers of prescription increased between the years of 2008-2011. The raise on the quantities of prescription have been reflected to the costs, but the costs have been decreased in 2010.

It has been seen that the quantity of outpatient's prescription against to the per hundred appeals are decreasing.

While between the years of 2008-2010 the most prescription has been prescribed in the first stage health facilities of MOH, the raising in second stage health facilities has been determined. Additionally the numbers of prescription has been shown serious rising by the business facilities doctors starting from 2010. When the total numbers of prescriptions have been evaluated, a serious decreasing has been detected in the year of 2011. The

numbers of prescription are increased in the governmental institutions between the years of 2008-2011, but decreased in the other administrations.

According to the changing dates of applying for outpatient therapy participation fee, when the quantities and amounts of prescription reviews, it has been detected the numbers of prescription between October of 2008 and June of 2009 are higher than the adequate years. The same result has been reached deal with the amount of prescription cost.

When the difference in the numbers and cost amount of prescription in the therapy of outpatient and inpatient has been looked at, it has been determined that there is significant difference as statistical ($t=35,926$; $p=0,000$) and the cost amount and quantities of prescription are higher in outpatient therapy.

It has been detected that the quantity of prescription ($t=25,639$; $p=0,000$) and cost amount of prescription ($t=13,217$; $p=0,000$) are significant different as statistical on the treatment of routine and reported pharmaceuticals, at the routine therapy the quantities of prescription are higher, but at the reported treatment the cost amounts of prescription are most higher.

The truth of our country's population which raising getting elder will be appeared our expenses of health growing up. It is another factor that we have been met that the expenses of health will increase because all the citizens have been put to the social security by General Health Insurance. The health authorities should some regulations like the world authorities made to be enough to the population that are growing up and for the scarce source of our country. Thus the expense of health has been tried under control by some regulations between the years of 2008-2011, but has not been enough. As the results by our study has been shown that the participation fee is not enough, our country needs

complementary health insurance and some policies to manage offers should be in new regulations.

Key Words: Participation Fee, Health Insurance, Social Security Institution.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	I
ÖZET.....	II
ABSTRACT	V
TABLolar LİSTESİ.....	XI
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	XIII
KISALTMALAR	XIV
BÖLÜM I. GİRİŞ VE GENEL BİLGİLER.....	1
1.1. SAĞLIK	1
1.2. SAĞLIK HİZMETLERİ.....	1
1.3. SAĞLIK HİZMETİ SUNUCUSU.....	2
1.4. SOSYAL GÜVENLİK.....	2
1.4.1. Sosyal Güvenliğin Norm ve Standartları.....	3
1.4.1.1. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi.....	3
1.4.1.2. Avrupa Sosyal Şartı	4
1.4.1.3. Avrupa Sosyal Güvenlik Kodu.....	5
1.4.1.4. Avrupa Sosyal Güvenlik Sözleşmesi.....	5
1.4.2. Sosyal Güvenlik Sisteminin Niteliği	5
1.4.3. Ülkemizde Sosyal Güvenlik Sistemi	6
BÖLÜM II. SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANI.....	9
2.1. SAĞLIK FİNANSMANI KAVRAMI VE SAĞLIK FİNANSMANININ AMACI.....	9
2.2. SAĞLIK FİNANSMAN YÖNTEMLERİ.....	9
2.3. SAĞLIK FİNANSMANI DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ.....	16
BÖLÜM III. SAĞLIK HARCAMALARI	18
BÖLÜM IV. SAĞLIK HİZMETLERİNDE MALİYET SINIRLAMA	
STRATEJİLERİ	24
4.1. TALEP ODAKLI STRATEJİLER	25
4.1.1. Talep Odaklı Maliyet Paylaşım Mekanizması	26
4.1.2. Talep Odaklı Stratejilerin Geliştirilmesinde Sağlık Kullanımı Etkisi.....	29
4.1.3. Sağlık kullanımını etkileyen faktörler	29
4.2. ARZ ODAKLI STRATEJİLER.....	33

BÖLÜM V. SOSYAL GÜVENLİK KURUMUNUN SAĞLIK HİZMETLERİ SATINALMA VE ÖDEME YÖNTEMLERİ	36
5.1. SAĞLIK HİZMETİ BEDELLERİNİN BELİRLENMESİ.....	36
5.2. SAĞLIK HİZMETLERİ SATINALMA VE ÖDEME YÖNTEMLERİ	36
5.2.1. Ödeme Yöntemleri	38
5.2.1.1. Başvuru Başına Ödeme Yöntemi.....	39
5.2.1.2. Hizmet Başına Ödeme Yöntemi.....	42
5.2.1.3. Taniya Dayalı İşlem Üzerinden Ödeme Yöntemi	42
5.2.1.4. Ödeme Yöntemlerin Uygulanması	42
BÖLÜM VI. TÜRKİYE’ DE KATILIM PAYI UYGULAMALARI.....	44
6.1. 5510 SAYILI KANUN ÖNCESİ KATILIM PAYI UYGULAMALARI.....	44
6.2. 5510 SAYILI KANUN SONRASI KATILIM PAYI UYGULAMALARI.....	46
6.2.1. Yasal Mevzuat.....	46
6.2.1.1. Katılım payı alınacak sağlık hizmetleri ve katılım payı tutarları	46
6.2.1.2. Katılım Payı Alınmayacak Kişiler.....	49
6.2.1.3. Katılım Payı Alınmayacak Haller ve Sağlık Hizmetleri.....	50
6.2.2. Uygulamalar.....	51
6.2.2.1. Muayene Katılım Payı Uygulamaları	51
6.2.2.2. İlaç Katılım Payı Uygulamaları.....	56
6.2.2.3. Tıbbi Malzeme Katılım Payı Uygulamaları	57
6.2.2.4. Üremeye Yardımcı Tedavi Katılım Payı Uygulamaları	58
BÖLÜM VII. ÇALIŞMANIN YÖNTEMİ	59
7.1. ÇALIŞMANIN AMACI.....	59
7.2. ÇALIŞMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	59
7.3. ÇALIŞMADA KULLANILAN DEĞİŞKENLER	59
7.4. VERİLERİN ANALİZİNDE KULLANILAN YÖNTEMLER	60
BÖLÜM VIII. BULGULAR.....	63
8.1. HASTA MÜRACAATLARININ DAĞILIMINA İLİŞKİN BULGULAR.....	63
8.2. HASTA MÜRACAATLARI İLE SGK KAPSAMI İLİŞKİSİNE YÖNELİK BULGULAR.....	75
8.3. REÇETE TUTARLARINA İLİŞKİN BULGULAR	76
BÖLÜM IX. SONUÇ VE ÖNERİLER	81
KAYNAKLAR.....	87

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Sağlık Sistemleri Modelleri.....	6
Tablo 2. Sağlık Finansmanının İşlevleri İle İlgili Politikalar.....	10
Tablo 3. Sağlıkta Finansman ve Hizmet Sunum Modelleri.....	12
Tablo 4. Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH ye Oranı (2003-2010).....	18
Tablo 5. Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması (Cari fiyatlarla ve Satın Alma Gücü Paritesi) (ABD Doları) (2003-2010).....	20
Tablo 6. 2008-2012 Yılları Hastane Harcamaları.....	21
Tablo 7. Yıllara göre Müracaat Başına Ortalama Hastane Maliyeti (TL).....	22
Tablo 8. GSS Kapsamındaki Alternatif Maliyet Senaryoları.....	23
Tablo 9. Çeşitli Ülkelerdeki İlaçta Katkı Payı Uygulamaları.....	28
Tablo 10. Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının Ayaktan Tedavilerde Sınıflandırılması Listesi	40
Tablo 11. Ayaktan Başvurularda Ödeme Listesi.....	41
Tablo 12. 2008-2011 yıllarında SGK muayene katılım payı uygulamaları.....	55
Tablo 13. Sağlık Tesislerine Göre Hasta Müracaat Sayıları Dağılımı, 2008-2011 (Bin Adet).....	63
Tablo 14. Sağlık Tesislerine Göre Müracaat Sayılarının Bir Önceki Yıla Göre Değişim Oranları.....	63
Tablo 15. Tesis Türüne Göre Ayakta Müracaat Sayılarının Toplam Ayakta Müracaat Sayısı İçindeki Oranı.....	64
Tablo 16. Sağlık Tesislerine Göre Hasta Fatura Tutarları Dağılımı, 2008-2011 (Bin TL, KDV Hariç).....	64
Tablo 17. Sağlık Tesislerine Göre Hasta Müracaatı Başına Ortalama Maliyet Dağılımı, 2008-2011 (TL).....	65
Tablo 18. Yıllara Göre Ayaktan, Yatarak ve Günübirlik Müracaat Sayıları.....	66
Tablo 19. Türüne Göre Müracaat Sayılarının Bir Önceki Yıla Göre Değişim Oranları.....	66
Tablo 20. Türüne Göre Müracaat Sayılarının Toplam Müracaat İçindeki Oranları.....	67
Tablo 21. Yıllara Göre Ayaktan, Yatarak ve Günübirlik Müracaatlara Ait Fatura Tutarları (KDV Hariç).....	67
Tablo 22. Yıllara Göre Ayakta, Yatarak ve Günübirlik Müracaat Sayıları Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	68

Tablo 23. Yıllara Göre Ayakta, Yatarak ve Günübirlik Müracaat Fatura Tutarları Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	69
Tablo 24. 2008 Yılı Tesislere Göre Müracaat Sayıları Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	70
Tablo 25. 2009 Yılı Tesislere Göre Müracaat Sayıları Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	71
Tablo 26. 2010 Yılı Tesislere Göre Müracaat Sayıları Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	73
Tablo 27. 2011 Yılı Tesislere Göre Müracaat Sayıları Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	74
Tablo 28. Yıllara Göre İllerin Müracaat Sayıları/SGK Kapsamı Oranına İlişkin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	75
Tablo 29. Yıllara Göre Reçete Sayıları (Bin Adet)	76
Tablo 30. Reçete Sayılarının Bir Önceki Yıla Göre Değişim Oranı	77
Tablo 31. Yıllara Göre 100 Ayakta Müracaat Başına Düşen Reçete Sayısı.....	77
Tablo 32. 2009-2010 Yılları Aylara Göre 100 Ayakta Müracaat Başına Düşen Ayakta Reçete Sayıları.....	77
Tablo 33. Yıllara Göre Reçete Tutarları (Bin TL).....	78
Tablo 34. Yıllara Göre Reçete Başı Ortalama Maliyet (TL).....	78
Tablo 35. Ayakta Tedavide Katılım Payı Uygulamasının Değişim Tarihlerine Göre Türkiye Geneline Reçete Adetleri ve Tutarları Ortalama ve Standart Sapma Değerleri...	79
Tablo 36. Ayaktan ve Yatarak Tedavi Gören Hastaların Reçete Adetleri ve Tutarları Ortalama Ve Standart Sapma Değerleri.....	80

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Sağlık Hizmetleri Üçgeni	9
Şekil 2. Sağlık Finansman Kaynakları, Toplama Yöntemleri ve Toplayıcı Kurum Örnekleri	10

KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
BAĞ-KUR	Esnaflık ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
BKK	Bakanlar Kurulu Kararı
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ/ WHO	Dünya Sağlık Örgütü
GSMH	Gayri Safi Milli Hâsıla
GSS	Genel Sağlık Sigortası
GSYİH	Gayri Safi Yurt İçi Hâsıla
HAS	(Haute Autorité de Santé) Fransa Yüksek Sağlık Kurulu
NICE	(The National Institute for Health and Clinical Excellence) İngiltere Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü
OECD	(Organisation for Economic Co-operation and Development) Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
RG	Resmi Gazete
SB	Sağlık Bakanlığı
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
SUT	Sağlık Uygulama Tebliği

BÖLÜM I. GİRİŞ VE GENEL BİLGİLER

1.1. Sağlık

Sağlık, 1948 DSÖ Tüzüğü'nde "Yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması durumu değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal refah durumu." şeklinde tanımlanmıştır (SB, 2011).

1.2. Sağlık Hizmetleri

5 Ocak 1961 tarihli ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'da sağlık hizmetleri, "İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması için yapılan tıbbi faaliyetler" olarak tanımlanmaktadır.

5510 sayılı "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu" nda sağlık hizmeti; "Genel sağlık sigortalısının ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlıklı kalmalarını; hastalanmaları halinde sağlıklarını kazanmalarını; iş kazası ile meslek hastalığı, hastalık ve analık sonucu tıbben gerekli görülen sağlık hizmetlerinin karşılanmasını, iş göremezlik hallerinin ortadan kaldırılmasını veya azaltılmasını temin etmek amacıyla finansmanı sağlanan tıbbi ürün ve hizmetler" olarak ifade edilmektedir

Organize kamu ve özel sağlık hizmetleri (sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, hastalık önleme, tanı, tedavi ve bakım hizmetleri dâhil), sağlık bakanlıkları ve dairelerinin politika ve faaliyetleri, sağlıkla ilişkili sivil kuruluşlar ve topluluk grupları ve profesyonel dernekler sağlık sektörünü oluşturmaktadır (SB, 2011).

1.3. Sağlık Hizmeti Sunucusu

5510 sayılı Kanunda sağlık hizmeti sunucusu; “Sağlık hizmetini sunan ve/veya üreten; gerçek kişiler ile kamu ve özel hukuk tüzel kişilerini ve bunların tüzel kişiliği olmayan şubeleri” şeklinde tanımlanmıştır.

Sağlık sistemi içinde yer alan kurum ve kuruluşların yönetimi, sağlık hizmetlerinin insanın sağlığını koruma ve iyileştirme fonksiyonunu üstlenmiş olması bakımından, sağlık politikalarının belirlenmesinde, önemli ve anlamlı bir yere sahiptir (Bulut ve İşman, 2004).

1.4. Sosyal Güvenlik

Genel anlamda sosyal güvenlik, kişilerin gelir azaltıcı veya gider artırıcı risklere karşı kamu tarafından güvence altına alınması ve kişilere sağlıklı ve asgari bir hayat standardını garanti edebilmek olarak tanımlanabilir (Öz, 2005).

Sosyal güvenlik, sosyal refah devleti anlayışının en önemli göstergelerinden biridir. Her toplumda bütün insanlar için temel ve vazgeçilmez haklarından biri olan sosyal güvenlik, insanların istekleri ve iradeleri dışında meydana gelen tehlikelerin zararlarından korunma garantisidir (DPT, 2001).

Sosyal güvenlik; hastalık, doğum, iş kazası, işsizlik, iş göremezlik, yaşlılık, ölüm gibi nedenlerle ortaya çıkabilecek ekonomik ve sosyal rahatsızlıklara karşı kamu önlemi ile toplumun kendini korunmasıdır (Güvercin, 2004).

Sosyal güvenlik, geliri veya kazancı sürekli ya da geçici olarak kesilmiş kimselerin geçinme ve yaşama ihtiyaçlarını karşılayan bir sistemdir (Ayhan, 2012).

Sosyal güvenlik kavramı; sosyal hizmetler, sosyal yardımlar ve sosyal sigortalar olmak üzere üç ana sistemi barındırmaktadır (SGK, 2005).

Kendi ellerinde olmayan nedenlerle yoksul duruma düşmüş birey ve gruplara, toplumdan dışlanmış olanlara, insan onuruna yaraşır asgari bir yaşam seviyesi sağlamak amacıyla karşılıksız olarak yapılan ayni ve nakdi yardımlar sosyal yardımlar olarak tanımlanabilir (DPT, 2007).

İnsanların sağlık ve iyilik halinin geliştirilmesine, kendilerine daha yeterli hale gelmelerine ve başkalarına bağımlı olmalarının önlenmesine, aile bağlarının güçlendirilmesine, bireylerin, ailelerin, grupların veya toplulukların sosyal işlevlerini başarıyla yerine getirmelerine ve refahlarının bir ölçüde de olsa artırılmasına yardımcı olmak amacıyla, sosyal hizmet elemanları ve diğer meslek mensupları tarafından gerçekleştirilen etkinlik ve programlar bütünü ise sosyal hizmetlerdir (DPT, 2007).

Sosyal sigortalar ise dağıtım ve kapitalizasyon yöntemi esasına dayalı olarak kişileri risklere karşı korumaya yönelik yürütülen etkinlik ve programlar bütünü olarak tanımlanabilir (DPT, 2007).

Sosyal güvenlik kavramı mevzuat anlamında ilk kez Amerika'da 1935 tarihinde yayımlanan ABD Sosyal Güvenlik Kanununda geçmiştir (Şenocak, 2009).

1.4.1. Sosyal Güvenliğin Norm ve Standartları

1.4.1.1. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi

Birleşmiş Milletler Genel Kurulu' nun 10 Aralık 1948 tarih ve 217 A(III) sayılı Kararıyla kabul ve ilan edilen "İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi" nde sosyal güvenliğin temel bir insan hakkı olduğuna vurgu yapılmıştır.

Ülkemizde İnsan Hakları Beyannamesi 6 Nisan 1949 tarih ve 9119 Sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile kabul edilmiştir (RG, 1949).

Uluslararası Çalışma Örgütü'nün 1952 yılındaki 35. Konferansında kabul ve ilan edilen “Sosyal Güvenliğin Asgari Normlarına İlişkin 102 Sayılı Sözleşme” de sosyal güvenlik sistemi içine alınması öngörülen sosyal riskler, hastalık halinde tıbbi ve parasal yardım, işsizlik, yaşlılık, iş kazası ve meslek hastalığı, analık, sakatlık, ölüm, aile ödenekleri olarak belirlenmiştir.

1952 Sosyal Güvenlik (Asgari Normlar) Sözleşmesi, 29 Temmuz 1971 tarihli ve 1451 sayılı Sosyal Güvenliğin asgari normları hakkındaki sözleşmenin onaylanmasının uygun bulunduğu Kanun ile Ülkemiz tarafından ilke olarak kabul edilmiş, hangi risklerin sosyal güvenlik kapsamına alınacağını Bakanlar Kurulu tarafından karara bağlanması kararlaştırılmıştır (RG, 1971). 1 Nisan 1974 tarihli ve 7/7964 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile Sözleşmenin; hastalık ödenekleri, ihtiyarlık yardımları, iş kazalarıyla meslek hastalıkları halinde yapılacak yardımlar, maluliyet yardımları, ölüm yardımları, sağlık yardımları ve analık yardımları bölümlerini düzenleyen hükümleri kabul edilmiştir (RG, 1974).

1.4.1.2. Avrupa Sosyal Şartı

Avrupa Sosyal Şartı, Avrupa Konseyi'ne üye ülkelerce 18 Ekim 1961 tarihinde imzalanmış ve 26 Şubat 1965'te beş devletin onaylamasından sonra yürürlüğe girmiştir. Avrupa Sosyal Şartı'nın “Sosyal Güvenlik Hakkı” başlıklı 12. maddesine göre taraf devletler, sosyal güvenliğin etkin biçimde kullanılması için bir sosyal güvenlik sistemi oluşturmak veya mevcut sistemi korumak, en azından ILO'nun 102 sayılı sözleşmesindeki normlara eşit bir sosyal güvenlik sistemini sürdürmek veya daha üst düzeye çıkarmaya çalışmakla yükümlü kılınmışlardır (Turan, 2004). Türkiye, “Avrupa Sosyal Şartı” nı 1961 yılında imzalamış ancak 1989 yılında kabul edilen 3981 sayılı Kanunla onaylamıştır.

1.4.1.3. Avrupa Sosyal Güvenlik Kodu

1968 tarihli Avrupa Sosyal Güvenlik Kodu Ülkemiz tarafından 31 Ağustos 1976 tarihinde onaylanmıştır.

1.4.1.4. Avrupa Sosyal Güvenlik Sözleşmesi

1 Mart 1977 tarihinde yürürlüğe giren Avrupa Sosyal Güvenlik Sözleşmesi, Ülkemiz tarafından 14 Aralık 1972 tarihinde imzalanmış ve 13 Temmuz 1976 tarihli ve 2023 sayılı “Avrupa Sosyal Güvenlik Sözleşmesinin Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun” ile kanunlaşmıştır (RG, 1976).

1.4.2. Sosyal Güvenlik Sisteminin Niteliği

Sosyal güvenliğin finansman ve harcama esasları, sosyal güvenlik sistemi içerisinde bir bütün olarak yer almaktadır. Sosyal hizmetler, sosyal yardımlar, uzun ve kısa vadeli sosyal sigortalar, bunların birbirleri ile olan ilişkileri ve finansman şekilleri sosyal güvenlik sistemini oluşturur. Finansman yöntemleri, çoğunlukla sosyal güvenlik sisteminin niteliğinin belirleyicisidir (Gümüş, 2010).

Bu açıdan, sosyal güvenlikte dört sistemden bahsedilebilir.

Bismark’çı sosyal güvenlik sistemi; 1880’li yıllarda geliştirilen ve prim esasına göre finansmanı sağlanan sosyal güvenlik sistemidir.

Beveridge tipi sosyal güvenlik sistemi; 1942 yılında geliştirilen ve vergi gelirleri ile finanse edilen sosyal güvenlik sistemidir.

Karma sosyal güvenlik sistemi; Prim ve vergilerle karma finansmanı öngören sosyal güvenlik sistemidir.

Özel zorunlu bireysel sigortacılık sistemi; 1981 yılında Şili’de uygulanmaya başlanan, devletin gözetim ve denetiminde finansmanı tamamen bireysel primlerle sağlanan sosyal güvenlik sistemidir (Gümüş, 2010).

Temel sağlık finansman modelleri, finansman kaynakları, karar verme mekanizmaları, hizmet sunucularının örgütlenmesi gibi konularda önemli ölçüde farklılaşmaktadır. Tablo 1’de, üç temel sağlık finansman modeli ve çeşitli özellikleri belirtilmektedir (Tatar, 2011).

Tablo 1. Sağlık Sistemleri Modelleri

	Beveridge Modeli	Bismarck Modeli	Özel Sigorta
Örnek	Ulusal Sağlık Hizmeti Örn. Birleşik Krallık	Sosyal Sağlık Sigortası Örn. Almanya	Birleşik Amerika
Karar verme mekanizması	Devlet tarafından karar verme ve yönetim	Sigorta fonu ve hekim birlikleri tarafından karar verme ve yönetim	Özel girişimcilik ilkeleri
Kaynaklar	Vergiler	Çalışanların ve işverenlerin katkıları	Özel finansman
Sağlık hizmetleri sunucuları	Kamu	Kamu/Özel	Özel

Kaynak: Tatar, M. 2011. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi. Sosyal Güvenlik Dergisi, 2011/1: 110.

1.4.3. Ülkemizde Sosyal Güvenlik Sistemi

Sosyal sigortaların kuruluşu ve sosyal sigortalara ilişkin temel ilkeler ilk kez 1936 tarihli 3008 sayılı İş Kanunu ile öngörülmüştür. 1945 yılında 4772 sayılı “İş Kazaları, Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortaları Kanunu” ve “İşçi Sigortaları Kurumu Kanunu” çıkarılmıştır. 1949 tarihinde “İhtiyarlık Sigortası Kanunu”, 1950 yılında “Hastalık ve

Analık Sigortaları Kanunu”, 1957 yılında “Maluliyet, İhtiyarlık ve Ölüm Sigortaları Kanunu” çıkarılmıştır. 1965 'te yürürlüğe giren 506 sayılı “Sosyal Sigortalar Kanunu” ile de dağınmık haldeki mevzuat bir bütün haline getirilmiştir (Güvercin, 2004).

Cumhuriyet döneminde ilk olarak 1934-1947 yılları arasında çeşitli devlet memurlarını kapsayan 11 ayrı emekli sandığının kurulduğu görülmekte olup bu sandıklar 1950 yılında kurulan Emekli Sandığı altında birleştirilmiştir. Emekli Sandığı, temel olarak devlet memurlarının emeklilik ve emekli olduktan sonra sağlık haklarını korumak amacıyla kurulmuştur (Tatar, 2011). Emekli Sandığı Maliye Bakanlığı'na bağlı olarak 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanununda düzenlenen sosyal sigorta programını yürütmüş ve sadece emekli, malûl, dul ve yetimler ile bağımlılarına sağlık hizmeti sağlamıştır (Dağlı, 2006).

Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağ-Kur, vakıf statüsünde ve tamamlayıcı sosyal sigorta sandıkları, ülkemizde sağlık sigortasını uygulamış olan sosyal güvenlik kuruluşlarıdır (Orhaner, 2006). Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve SSK, çalışanların mesleki faaliyet esasına göre örgütlenmiştir (Gümüş, 2010).

Türkiye'deki üç büyük sosyal güvenlik kurumundan biri olan Bağ-Kur, 1479 sayılı yasa ile 2 Eylül 1971 tarihinde kurulmuş olup önceleri sadece kentlerde yaşayan bağımsız çalışanları kapsamakta iken 1983 yılında 2926 sayılı kanunun yayınlanması ile birlikte kırsal kesimde bağımsız çalışan çiftçileri de kapsamı içine almış ve 5 Kasım 1985 tarih ve 3235 sayılı yasa ile 1 Ocak 1989'dan itibaren tüm Türkiye'de yaygınlaştırılmıştır (Tokat, 1993).

Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve SSK, 16 Mayıs 2006 tarihli 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile kurulan Sosyal Güvenlik Kurumuna devredilmiştir.

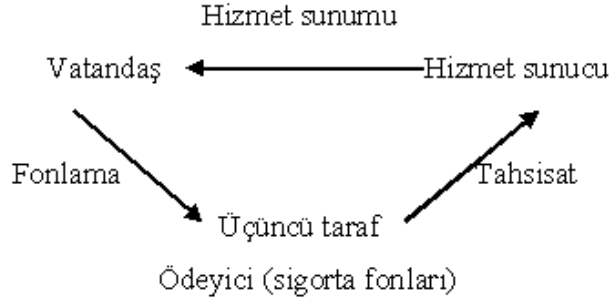
Sosyal sigortalar ile genel sağlık sigortası bakımından kişilerin güvence altına alınması, bu sigortalardan yararlanacak kişilerin ve sağlanacak hakların, bu haklardan yararlanma şartları ile finansman ve karşılanma yöntemlerinin belirlenmesi; sosyal sigortaların ve genel sağlık sigortasının işleyişı ile ilgili usûl ve esasların düzenlenmesi amacıyla 31 Mayıs 2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu yayımlanmış olup sosyal sigorta ve genel sağlık sigortası işlemleri, Sosyal Güvenlik Kurumunca yürütölmektedir.

BÖLÜM II. SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANI

2.1. Sağlık Finansmanı Kavramı ve Sağlık Finansmanının Amacı

Sağlık hizmetleri finansmanı basit şekilde, kaynak aktarımı olarak tanımlanabilir (Mossialos ve Dixon, 2002).

Şekil 1. Sağlık Hizmetleri Üçgeni



Kaynak: Mossialos ve Dixon, 2002. Funding health care: an introduction. Funding health care: options for Europe, 2002, Chapter One:2.

2.2. Sağlık Finansman Yöntemleri

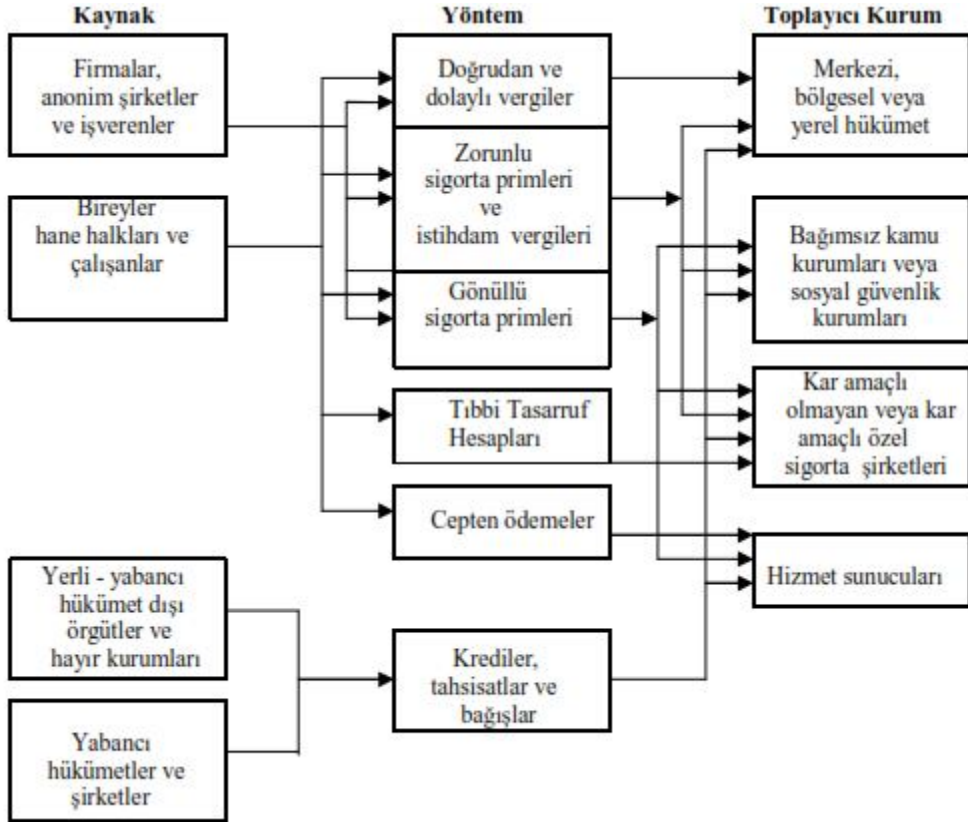
Sağlık finansmanının, gelir toplama, fon havuzlama ve hizmet sunuculara ödeme yapma olmak üzere üç temel işlevi bulunmaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002).

Tablo 2. Sağlık Finansmanının İşlevleri İle İlgili Politikalar

Finansman İşlevi	İlgili Politika
<ul style="list-style-type: none">• Gelir Oluşturma	<ul style="list-style-type: none">- Kimden ne kadar para toplanmalı?- Kimleri ve neleri kapsamalı?
<ul style="list-style-type: none">• Fon havuzlama	<ul style="list-style-type: none">- Kaynakları nasıl havuzlamalı?- Kaynakları hizmet sunuculara nasıl tahsis etmeli?
<ul style="list-style-type: none">• Hizmet Sunuculara Ödeme Yapma	<ul style="list-style-type: none">- Hizmetler kimden alınmalı ve nasıl ödenmeli?- Hangi fiyatla ödenmeli ve nasıl ödenmeli?

Kaynak: Dixon ve diğerleri, 2004. Facing the challenges of health care financing. Health systems in transition: learning from experience, Chapter 3, ISBN 92-890-1097-5: 53

Şekil 2. Sağlık Finansman Kaynakları, Toplama Yöntemleri ve Toplayıcı Kurum Örnekleri



Kaynak: Mossalios ve Dixon, 2002. Funding health care: an introduction. Funding health care: options for Europe, 2002, Chapter One:5

Akdur, 4 çeşit sağlık hizmeti finansman yönteminden bahsetmektedir (Akdur, 1999).

Kamu Genel Bütçesi Kaynaklı Finansman; Sağlık hizmetleri bedelleri vergiler yoluyla toplanan kamu bütçesinden karşılanır. Hizmeti alan ile hizmeti üreten arasında doğrudan para ilişkisi yoktur.

Zorunlu Sosyal Sigorta Kaynaklı Finansman: Kamu tarafından kurulan sigorta kuruluşlarına bireyler tarafından prim yatırılır ve bir sigorta fonu oluşturulur. Kişilerin sağlık harcamaları bu fondan karşılanır. Hizmeti alan ile hizmeti sunan arasında para ilişkisi yoktur.

Özel Sigorta veya Kapalı Ağ Sistemi: Kişiler herhangi bir özel sigorta şirketi ile sözleşme yapar ve prim öder. Sözleşme kapsamındaki (teminat kapsamı) sağlık hizmeti bedelleri sigorta tarafından karşılanır. Kapalı ağ sisteminin özel sigortacılıktan farkı şirketin çoğunlukla hekimler tarafından kurulmuş olması ve bizzat kendisinin sağlık hizmeti üretmesidir. Teminat paketinde bulunan ancak şirketin üretmediği türden hizmetler diğer sağlık kuruluşlardan satın alınır. Bu tür özel sigortacılıkta, hizmet üreten ile alan arasında doğrudan para ilişkisi vardır.

Hizmet Sırasında Bedel (ücret) Ödeme: Kişi hizmeti kendisi satın alır. Hizmetin karşılığını hizmet alımı esnasında öder. Bu yöntemde hizmeti alan ile üreten arasında bire bir para ilişkisi vardır (Akdur, 1999).

Özlü, finansman yöntemlerini kaynağına göre beş sınıfa ayırmıştır (Tablo 3) (Özlü, T. 2010).

Tablo 3. Sağlıkta Finansman ve Hizmet Sunum Modelleri

FİNANSMAN	SUNUM
<ul style="list-style-type: none">• Genel bütçe• Kamu sigortası• Özel sigorta• Doğrudan ödeme• Karma model	<ul style="list-style-type: none">• Kamu hizmeti• Kamu Pazar yaklaşımı<ul style="list-style-type: none">- Döner sermaye, performans...• Özel<ul style="list-style-type: none">- Kar amaçlı- Yardım amaçlı (vakıflar, dini kurumlar)

Kaynak: Özlü, T. 2010. Hasta Hakları Bağlamında Sağlık Finansmanı. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, Yıl:1, Sayı:2; 2010, ISSN 1309-1972: 11.

Genel anlamda sağlık hizmetleri finansmanı 2 temelde incelenmektedir (Yıldırım, 1994).

Doğrudan Finansman Yöntemi; Bu yöntemde sağlık hizmeti kullanan kişi aldığı hizmet bedelini sağlık hizmeti sunucusuna doğrudan kendisi ödemektedir (Yıldırım, 1994).

Dolaylı finansman yöntemi; Sağlık hizmeti kullanan kişi ile sağlık hizmeti sunucusu arasında üçüncü bir unsur olarak ödeme kurumu "üçüncü taraf ödeyici" (Third Party Payer) yer almaktadır (Yıldırım, 1994). Genel ve özel vergiler ile tüketici katkıları ve bağışlar ile finansman söz konusudur (Tutar ve Kılınç, 2007).

Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri, özel ve kamusal alan finansman kaynakları şeklinde ikiye ayrılarak da incelenebilir (İstanbuluoğlu ve diğerleri, 2010).

Özel finansman yöntemi;

a) Cepten ödemeler

Hane halkı tarafından cepten yapılan sağlık harcamaları, birçok ülkede önemli finansman kaynağıdır ve orta ve düşük gelirli ülkelerde cepten harcamaların rolü önemlidir. Orta ve düşük gelirli ülkelerde cepten harcama yükü yoksul kesim için daha fazladır. Cepten harcama yükü, bireylerin sağlık hizmeti kullanımını ve sağlık statüsünü etkileyebileceğinden, boyutunun ve alt gruplar (örneğin yoksullar) itibariyle dağılımının iyi anlaşılması gerekmektedir (SB, 2006).

Cepten harcamalar, bölge, yerleşim yeri, sağlık güvencesi durumu, yaş ve cinsiyet, kişi başı gelir dilimi, eğitim ve algılanan sağlık statüsü gibi faktörlere göre değişiklik göstermektedir. 2002-2003 yılı Türkiye ulusal hane halkı sağlık harcamaları incelemesine göre; ulaşım, konaklama, refakatçi ve yemek için yapılan harcamalar ile geri ödeme ve yardım miktarı hariç olmak üzere, sağlık sorunu yaşama durumunda sağlık hizmeti sunan kişi veya kuruluş tarafından kurumda veya evde sunulan ayakta sağlık hizmetleri için cepten yapılan harcamaların en yüksek ve en düşük olduğu bölgelerin, sırasıyla doğu ve orta bölge olduğu, yaş grupları itibariyle bakıldığında, 80+ yaş grubundaki kişilerin yaptığı ortalama cepten harcamanın, diğer yaş gruplarına göreceli olarak en yüksek olduğu, erkeklerin, kadınlara göre daha fazla cepten harcama yaptığı, üniversite mezunlarının en yüksek, anaokulunu bitirenlerin en düşük harcama yapan grupları temsil ettiği, ES mensuplarının göreceli olarak en yüksek cepten harcama yapan kişiler olduğu, buna karşın Bağ-Kur emeklilerinin en düşük cepten harcama yapan kişiler olduğu, birinci ve üçüncü gelir dilimindeki kişilerin, sırasıyla, ortalama en yüksek ve en düşük miktarda cepten harcama yapan kişiler oldukları, evli kişilerin harcamanın en yüksek olduğu grup olduğu, algılanan genel sağlık statüsü yükseldikçe, cepten harcamanın azaldığı tespit edilmiştir (SB, 2006).

Sağlık hizmetleri ihtiyacının ne zaman, nerede ortaya çıkacağını ve ne kadar maliyeti olacağını bilinmemesi nedeniyle, her sağlık sisteminde varolan cepten yapılan ödemelerin, tek başına bir sağlık hizmeti finansman yöntemi olması uygun bulunmamaktadır. Cepten ödemeler, mal ya da hizmetler için kişilerin ceplerinden doğrudan yaptıkları, geri ödeme kurumu ya da devlet tarafından ödenmeyen ödemelerdir. Modern sağlık sistemlerinde özellikle kullanıcı katkıları için cepten ödemeler, yapılmaktadır (Tatar, 2011).

Kullanıcı katkılarının ortaya çıkışının en önemli nedeni sağlık hizmetleri talebinin düzenlenmesi, özellikle gereksiz talebin engellenmesidir. Cepten yapılan ödemelerin hem gereksiz talebi engellemekte önemli rol oynayacağı hem de ilave kaynak yaratacağı öne sürülmektedir. Cepten ödemeler, bireyin geliri ile ilişkilendirilmediği durumlarda hem hakkaniyet hem de risk koruma açısından en olumsuz sonuçlara neden olur. Bu nedenle cepten yapılan ödemelere ancak zorunlu durumlarda başvurulması ve mümkünse bireyin gelir durumu ile ilişkilendirilmesi gerekmektedir (Tatar, 2011).

Doğrudan ödemeler; sosyal güvence kapsamı dışında kalan ve hizmet arzının sınırlı olduğu veya uzun bekleme süreleri nedeniyle hizmete ulaşımın aksadığı durumlarda yapılan ödemelerdir. Enformel ödemeler ise; sosyal güvence kapsamı içinde olan hizmetler için yapılan ve formel olmayan ödemelerdir (Mossialos ve Dixon, 2002).

Genellikle kamu sektöründeki gerek tedavi sonrası “teşekkür hediyeleri”, gerekse tedavi öncesi doktorlara büyük zarflarla sunulan “benimle özel olarak ilgilenin” paraları enformel ödemeleri oluşturmaktadır. Enformel ödemeler kayda geçmemekte ve birçok ülkede yasadışıdır. Kamu sistemindeki finansal kaynakların yetersizliği, özel sağlık hizmetlerinin yetersizliği, hizmet sunucuları etkileme arzusu ve kültürel gelenekleri, enformel ödemelere sebep olarak gösterilebilir (Mossialos ve Dixon, 2002).

b) Özel sağlık sigortası

Bu finansman yönteminde bireylerin ya da kurumların sağlık risklerini sigortalaması söz konusudur ve geri ödeme kurumu özel sağlık sigortasıdır. Özel sağlık sigortası da birçok açıdan, cepten yapılan ödemelerde olduğu gibi bir sağlık sisteminin finansmanında ağırlıklı olarak başvurulmaması gereken finansman yöntemlerinden biridir. Bu yöntem, temel sağlık finansmanı veya tamamlayıcı finansman olarak farklı düzeylerde ve farklı amaçlarla kullanılabilir. Özel sağlık sigortası, kamu sağlık hizmetlerinin finanse etmediği bölümü finanse etmek için kullanılmaktadır. Sosyal sigorta ile özel sigorta arasında risklerin havuzlanma şeklinde ciddi fark bulunmaktadır. Sosyal sigortada bireylerin ödemesi gereken primler, doğrudan gelir ile ilişkili olup bireyin sağlık statüsü ile hiçbir ilişkisi bulunmazken, özel sektörde bireyin ödeyeceği prim önemli ölçüde sağlık riskleri ya da sağlık statüsü ile ilişkilendirilir. (Tatar, 2011)

c) Tıbbi tasarruf finansmanı

Tıbbi tasarruf finansmanı, hane halkı ve firmaların gelecekte karşılaşılabilecekleri sağlık risklerine karşı, kendilerine ait banka hesaplarına gönüllü veya zorunlu olarak, önceden para yatırmaları ve yalnızca sağlık harcamaları için kullanmaları esasına dayanmaktadır (İstanbuluoğlu ve diğerleri, 2010).

Kamusal nitelikli finansman; Sosyal sağlık sigortacılığı ve vergilerle finansman şeklinde belirtilebilir (İstanbuluoğlu ve diğerleri, 2010).

Aktüerya kavramının sosyal sigortada öncelikli konular arasında yer alması, sosyal sağlık sigortası ile özel sağlık sigortası arasındaki en önemli farktır. Sosyal sigortada, bireyin riskleri ve sağlık statüsüyle ödenecek primler arasında bir bağlantı kurulmaz. Bireyin sağlık riskleri yüksekse daha fazla prim, düşükse daha az prim ödemez. (Tatar, 2011) Nitekim 5510 sayılı Kanununun 62 nci maddesinde kişilere sağlanacak sağlık

hizmetleri ve diğer haklar ile kişilerden alınan primlerin tutarı arasında ilişki kurulamayacağı hüküm altına alınmıştır.

2.3. Sağlık Finansmanı Değerlendirme Ölçütleri

Sağlık finansmanı değerlendirmede, sağlık hizmetlerine ulaşım, kaynak oluşturmada adalet, kaynak tahsisinde verimlilik ve sağlık hizmetlerinin sunumunda sürdürülebilirlik ölçütleri kullanılmaktadır (İstanbuluoğlu ve diğerleri, 2010).

Devasa sağlık sektörü reformlarına fiilen girişen ve genel sağlık sigortasını uygulayabilen çok az sayıda düşük ve orta gelire sahip ülke vardır. Dünya Bankası'nın en yeni araştırması olan "Sağlık Finansmanında İyi Uygulamalar: Düşük ve Orta Gelirli Ülkelerden Alınacak Dersler" adlı çalışması, dokuz "iyi uygulama" örneğine dayalı olarak on beş "etkinleştirici" faktörü tanımlamaktadır. İyi uygulama reformları için etkinleştirici şartlar, üç büyük kategoriye ayrılmıştır: Kurumsal ve toplumsal faktörler, politika faktörleri ve uygulama faktörleri. (OECD, 2008)

Kurumsal ve toplumsal faktörler

- Güçlü ve sürdürülebilir ekonomik büyüme
- Güçlü kurumsal çevre ve politika ortamı
- Nüfusun eğitim düzeyinin yüksek olması
- Uzun vadeli politik istikrar ve sürdürülebilir siyasi taahhüt

Uygulama faktörleri

- Kapsam değişiklikleri ile birlikte dikkatle basamaklandırılmış sağlık hizmet sunumu ve hizmet sunuculara yapılan ödemelerde reformlar

- Güçlü paydaş desteği
- Güçlü bilgi sistemleri ve kanıta dayalı karar alma
- Verimlilik kazanımları ve katkı paylarının finansman mekanizması olarak kullanılması
 - Esneklik ve süreç içindeki düzeltmeler

Politika faktörleri

- Hakkaniyet ve dayanışma taahhüdü
- Sağlık kapsamı ve finansman zorunlulukları
- Ademi merkezîyetçiliğe (desantralizasyona) yönelik sınırlar
- Risk havuzlarının birleştirilmesi
- Birinci basamağa odaklanma
- Özel finansman dâhil olmak üzere sağlığa ayrılmış mali kaynaklar (OECD, 2008).

BÖLÜM III. SAĞLIK HARCAMALARI

Tüm dünyada sağlık harcamaları artmaktadır. Sürdürülebilir sağlık hizmeti sağlanmasına yönelik planlamalar yapılabilmesi, kaynakların etkin kullanımı ve uygulanan finansman yöntemlerin değerlendirilebilmesi için sağlık harcamalarının incelenmesi önem arz etmektedir.

Toplam sağlık harcamalarının GSYİH' ye oranları incelendiğinde, ülkelerin neredeyse tamamında oranların arttığı, Türkiye'nin toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki oranının 2003 yılında % 5,3 iken 2008 yılında % 6,1 olduğu görülmektedir (Tablo 4).

Tablo 4. Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH ye Oranı (2003-2010)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Avustralya	8,3	8,5	8,4	8,5	8,5	8,7	..	..
Avusturya	10,3	10,4	10,4	10,3	10,3	10,4	11,0	..
Belçika	10,0	10,2	10,1	9,6	9,7	10,1	10,9	..
Kanada	9,8	9,8	9,8	10,0	10,0	10,3	11,4	11,3
Şili	7,5	7,1	6,9	6,6	6,9	7,5	8,4	..
Çek Cumhuriyeti	7,4	7,2	7,2	7,0	6,8	7,1	8,2	..
Danimarka	9,5	9,7	9,8	9,9	10,0	10,3	11,5	..
Estonya	5,0	5,1	5,0	5,0	5,2	6,1	7,0	..
Finlandiya	8,2	8,2	8,4	8,4	8,1	8,4	9,2	8,9
Fransa	10,9	11,0	11,1	11,0	11,0	11,1	11,8	..
Almanya	10,8	10,6	10,7	10,6	10,5	10,7	11,6	..
Yunanistan	8,9	8,7	9,6	9,6	9,6	..	..	..
Macaristan	8,3	8,0	8,3	8,1	7,5	7,2	7,4	..
İzlanda	10,4	9,9	9,4	9,1	9,1	9,1	9,7	9,3

İrlanda	7,4	7,6	7,6	7,5	7,7	8,8	9,5	..
İsrail	7,9	7,8	7,8	7,6	7,6	7,7	7,9	..
İtalya	8,3	8,7	8,9	9,0	8,7	9,0	9,5	9,6
Japonya	8,1	8,1	8,2	8,2	8,2	8,5	..	..
Kore	5,2	5,3	5,7	6,0	6,3	6,5	6,9	7,0
Lüksemburg	7,7	8,2	7,9	7,7	7,1	6,8	7,8	..
Meksika	5,8	6,0	5,9	5,7	5,8	5,8	6,4	6,1
Hollanda	9,8	10,0	9,8	9,7	9,7	9,9	12,0	..
Yeni Zelanda	7,9	8,3	8,7	9,1	8,8	9,6	10,3	..
Norveç	10,0	9,7	9,1	8,6	8,9	8,6	9,6	..
Polonya	6,2	6,2	6,2	6,2	6,4	7,0	7,4	..
Portekiz	9,8	10,1	10,4	10,1	10,0	10,1	..	..
Slovak Cumhuriyeti	5,8	7,2	7,0	7,3	7,7	8,0	9,1	..
Slovenya	8,6	8,4	8,4	8,3	7,8	8,4	9,3	..
İspanya	8,2	8,2	8,3	8,4	8,5	9,0	9,5	..
İsveç	9,3	9,1	9,1	8,9	8,9	9,2	10,0	..
İsviçre	11,3	11,3	11,2	10,8	10,6	10,7	11,4	11,6
Türkiye	5,3	5,4	5,4	5,8	6,0	6,1	..	..
İngiltere	7,8	8,0	8,2	8,5	8,4	8,8	9,8	..
ABD	15,7	15,7	15,7	15,8	16,0	16,4	17,4	..

Kaynak: <http://www.oecd.org/dataoecd/52/42/48304068.xls>

Ülkelerin kişi başına toplam sağlık harcamaları incelendiğinde tüm ülkelerde yıllar itibariyle artış olduğu, Türkiye'deki kişi başına toplam sağlık harcamasının 2003 yılında 447 ABD Doları iken 2008 yılında 902 ABD Doları olduğu görülmektedir (Tablo 5).

Tablo 5. Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması (Cari fiyatlarla ve Satın Alma Gücü Paritesi) (ABD Doları) (2003-2010)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Avustralya	2 673	2 878	2 980	3 164	3 353	3 445	..	..
Avusturya	3 199	3 390	3 472	3 629	3 792	4 128	4 289	..
Belçika	3 034	3 164	3 231	3 279	3 437	3 714	3 946	..
Kanada	3 055	3 205	3 442	3 665	3 844	4 024	4 363	4 478
Şili	781	798	843	863	959	1 092	1 186	..
Çek Cumhuriyeti	1 338	1 387	1 475	1 556	1 661	1 839	2 108	..
Danimarka	2 895	3 126	3 245	3 577	3 770	4 052	4 348	..
Estonya	669	759	831	960	1 113	1 331	1 393	..
Finlandiya	2 251	2 452	2 589	2 764	2 910	3 158	3 226	3 282
Fransa	2 991	3 122	3 306	3 493	3 679	3 809	3 978	..
Almanya	3 097	3 170	3 364	3 565	3 724	3 963	4 218	..
Yunanistan	2 028	2 091	2 352	2 608	2 724	..	..	..
Macaristan	1 283	1 305	1 411	1 486	1 433	1 495	1 511	..
İzlanda	3 194	3 334	3 304	3 193	3 320	3 571	3 538	3 366
İrlanda	2 550	2 777	2 959	3 200	3 494	3 784	3 781	..
İsrail	1 750	1 835	1 829	1 897	2 012	2 142	2 165	..
İtalya	2 265	2 373	2 516	2 725	2 771	3 059	3 137	3 236
Japonya	2 235	2 347	2 491	2 609	2 750	2 878	..	..
Kore	1 046	1 136	1 291	1 469	1 651	1 736	1 879	1 980
Lüksemburg	3 632	4 118	4 152	4 603	4 494	4 451	4 808	..
Meksika	629	688	731	776	842	892	918	934
Hollanda	3 097	3 309	3 450	3 613	3 944	4 241	4 914	..
Yeni Zelanda	1 850	2 044	2 197	2 467	2 525	2 784	2 983	..
Norveç	3 835	4 078	4 301	4 507	4 885	5 230	5 352	..
Polonya	748	807	857	934	1 078	1 265	1 394	..
Portekiz	1 894	1 996	2 212	2 303	2 419	2 508	..	..
Slovak Cumhuriyeti	791	1 057	1 139	1 350	1 619	1 859	2 084	..
Slovenya	1 768	1 857	1 974	2 106	2 129	2 451	2 579	..
İspanya	2 023	2 131	2 269	2 536	2 735	2 971	3 067	..
İsveç	2 832	2 954	2 963	3 193	3 432	3 644	3 722	..
İsviçre	3 777	3 936	4 015	4 150	4 469	4 930	5 144	5 344
Türkiye	447	520	591	712	798	902	..	..
İngiltere	2 317	2 540	2 735	3 006	3 051	3 281	3 487	..
ABD	5 986	6 336	6 700	7 073	7 437	7 720	7 960	..

Kaynak: <http://www.oecd.org/dataoecd/52/42/48304068.xls>

Toplam sağlık harcamaları toplam harcamaların önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Avrupa Birliği Ülkeleri ortalaması 1998 yılında GSYİH'nin % 8,5'i iken 2008 yılında bu oran % 9,6 düzeylerine ulaşmıştır. Kamu sağlık harcamaları 1998 yılında % 12, 2008 yılında ise % 14,7 olarak gerçekleşmiştir (European Commission, 2010).

Toplam sağlık harcamaları içinde kamunun payı giderek artmaktadır. 2008 yılı Avrupa Birliği Ülkeleri ortalaması %77 düzeylerine ulaşmıştır (European Commission, 2010).

2008 yılında SGK toplam hastane harcaması 13 milyar 774 milyon 843 bin TL iken 2011 yılında toplam harcama tutarı 21 milyar 940 milyon 33 TL ye kadar çıkmıştır. Toplam 2011 yılı hastane harcaması, 2010 yılına göre % 19,44 oranında artmıştır (Tablo 6).

Tablo 6. 2008-2012 Yılları Hastane Harcamaları

FATURA TUTARI (Bin TL) (KDV HARİÇ)					
	Devlet 2. Basamak Sağlık Tesisleri	Devlet 3. Basamak Sağlık Tesisleri	Özel 2. Basamak Sağlık Tesisleri	Üniversite Sağlık Tesisleri	Genel Toplam
2008	4.666.002	2.342.187	4.178.380	2.588.274	13.774.843
2009	5.191.214	2.871.840	4.538.739	2.968.705	15.570.498
2010	6.197.264	3.374.820	5.074.772	3.722.207	18.369.063
2011	7.364.183	4.110.392	6.184.474	4.280.984	21.940.033
2010-2011 Değişim Oranı (%)	18,83	21,8	21,87	15,01	19,44
2011 İlk 3 Ay	1.870.788	1.014.674	1.556.943	1.034.973	5.477.379
2012 İlk 3 Ay	2.583.498	1.322.450	1.737.400	1.269.051	6.912.399
2011-2012 Değişim Oranı (%)	38,1	30,33	11,59	22,62	26,2

Kaynak: SGK, 2012. Mart İstatistik Bülteni.

SGK verilerine göre, üniversite hastaneleri hariç müracaat başına ortalama hastane maliyetlerinde yıllar itibariyle artış gözlenmektedir. 2010-2011 yılları için müracaat başına ortalama hastane maliyetlerindeki değişim oranı % 3,69 olup % 6,21 lik değişim oranıyla müracaat başına maliyet artışı, en fazla ikinci basamak devlet hastanelerinde gerçekleşmiştir (Tablo 7).

Tablo 7. Yıllara göre Müracaat Başına Ortalama Hastane Maliyeti (TL)

	2008	2009	2010	2011	2010-2011 Değişim Oranı (%)	2011 İlk 3 Ay	2012 İlk 3 Ay	Değişim Oranı (%) (2011-2012)
Devlet 2. Basamak Sağlık Tesisleri	40,96	41,33	43,37	46,06	6,21	44,67	51,97	16,34
Devlet 3. Basamak Sağlık Tesisleri	75,43	77,13	83,78	86,60	3,37	83,15	94,34	13,45
Özel 2. Basamak Sağlık Tesisleri	73,33	68,55	71,02	71,98	1,35	70,57	76,77	8,78
Üniversite Sağlık Tesisleri	172,18	178,05	169,51	168,92	-0,35	165,43	177,07	7,04
Genel Toplam	63,49	63,37	66,41	68,86	3,69	66,47	73,91	11,18

Kaynak: SGK 2012 Mart İstatistik Bülteni.

Tablo 8’ de, SGK, Hazine Müsteşarlığı ve DPT uzmanları ile ortak yürütülen aktüeryal analiz sonucu oluşturulan toplam ve kamu sağlık harcamalarına yönelik alternatif “maliyet kısıtlama” ve “maliyet kısıtlayıcı olmayan” senaryolar sunulmaktadır (OECD, 2008).

Tablo 8. GSS Kapsamındaki Alternatif Maliyet Senaryoları

	GSYİH'nin %si olarak Toplam Sağlık Harcaması	GSYİH'nin %si olarak Kamu Sağlık Harcaması	GSYİH'nin %si olarak SGK Sağlık Harcaması	GSYİH'nin %si olarak SGK Genel Gelir Payı	Tüm SGK gelirinin payı olarak SGK Genel Geliri
Maliyet kısıtlama senaryosu					
2033	7.4	5.7	4.5	2.1	46.3
Maliyetin kısıtlanmadığı senaryo					
2033	9.7	7.6	6.0	3.5	59.5

Kaynak: OECD, 2008. Daha İleri Reform İçin Politika Zorlukları ve Tercihleri. Sağlık Sistemi İncelemeleri–
Türkiye – ISBN 978-975-590-282-1 – © OECD ve IBRD/Dünya Bankası 2008: 117

BÖLÜM IV. SAĞLIK HİZMETLERİNDE MALİYET SINIRLAMA STRATEJİLERİ

Sağlık harcamalarındaki hızlı artışlar, finansal açıdan sürdürülebilir sağlık hizmetleri için, kaynak aktarıcılar tarafından maliyet sınırlama stratejileri geliştirilmesi gereğini gündeme getirmiştir.

Maliyetleri sınırlama ve mevcut kaynakların daha etkili bir şekilde kullanımı, sağlık reformlarının amaçları arasında sayılmaktadır. Sağlık sistemlerinde ortaya çıkan yüksek maliyetler ve sağlığın GSMH içinde aldığı payların yüksek oranlara ulaşması neticesinde sağlık reformlarında gerek arz yönlü gerekse talep yönlü stratejiler ile maliyetlerin sınırlandırılması amaçlanmaktadır (Yıldırım, 2000a).

Maliyet sınırlama stratejileri, sağlık harcamalarının önceden açıklanan limitler içinde yapılması gibi yöntemlerle sağlık sektörünün maliyetini kontrol altına almaya çalışır. Maliyet sınırlama stratejileri genellikle harcamaların kesilmesi veya verimliliğin artırılması ile karıştırılmaktadır. Masraf kesintileri maliyet sınırlamasına yönelik kullanılabilir ancak bazı durumlarda, önceden tanımlanmış sınırlar dâhilinde olduğu sürece, harcamalar da artabilir. Dolayısıyla, maliyet sınırlaması ile asıl amaçlanan harcamayı düşürmek değil, harcamayı kontrol etmektir. Aynı şekilde verimlilik önlemleri de maliyetleri sınırlamaya ilişkin bir çaba olarak görülebilir. Verimliliğin artırılması bir taraftan sağlık hizmetlerinin çıktı maliyetini belirli düzeyde düşürebilirken, maliyet sınırlamasının daha fazla verimlilik içermesini gerektirmez. Maliyet sınırlaması, maliyetin düşmesine ve aynı zamanda verimsizliğin daha fazla artmasına neden olabilir (Saltman ve Figueras, 1998).

Maliyet paylaşımının verimliliği ve maliyetlerin sınırlanması ve sağlık harcamalarına etkisi konusunda etkin bir araç olup olmadığı konusunda farklı görüşler bulunmaktadır. Ancak düşük gelirli için sübvansiyon önlemleri olmadığı sürece maliyet

paylaşım stratejilerinin hizmetin finansmanı ve hizmete erişim açısından eşitlik ilkesine uygun olmayacağı konusunda daha genel bir görüş birliği vardır. Sağlık sisteminin iyi kurgulanamadığı ülkelerde maliyet paylaşımının mantığı, hizmet sunumunun sürdürülebilirliğini sağlama ve yaygınlaştırılması amacı için talep yönetiminden çok gelir artırma olabilir. Bazı ülkeler açısından bu aynı zamanda hizmet ve arzlarda gayri resmi ödemeler (gri pazar) anlamına da gelebilmektedir (Saltman ve Figueras, 1998).

4.1. Talep Odaklı Stratejiler

Talep odaklı stratejiler; sağlık sektöründeki maliyetlerin belli bir oranını bireye kaydırarak, kamu tarafından finanse edilen hizmetlere olan talebi düşürmeyi amaçlar (Saltman ve Figueras, 1998).

Hastaların bizzat kendileri tarafından doğrudan veya ilgili hekimler tarafından dolaylı bir şekilde istenecek olan sağlık hizmetleri miktarı, sağlık hizmetlerinde talebi oluşturmaktadır (Akyürek, 2007).

Sağlık hizmetlerinin talep esnekliği katıdır (Tokat, 2006). Sağlık hizmeti, barınma ve beslenme gibi zorunlu bir ihtiyaç olduğundan, sağlık hizmetlerinin fiyatlarının değişmesi karşısında bireylerin talep esneklikleri düşüktür. Bireylerin talepleri, sağlık hizmetinin fiyatının düşmesi nedeniyle artmaz (Arık, 2010).

Sağlık hizmetlerinin bir bölümü toplumsal özellik taşımaktadır ve sağlık hizmetlerine olan talep tesadüfidir. Sağlık hizmetlerinde kişinin talebini hekim belirler ve hasta almış olduğu sağlık hizmetlerinin kalitesini ve karakterini ölçme yeteneğine sahip değildir. Sağlık hizmetlerinin çoğu kez kar amaçlı olmayıp sosyal amaçlıdır (Tokat, 2006)

4.1.1. Talep Odaklı Maliyet Paylaşım Mekanizması

Sağlık hizmetlerinde hastanın maliyet paylaşımının üç ana mekanizması vardır (Saltman ve Figueras, 1998).

1) Ön ödeme: sigorta programının teminatları aktif hale gelmeden önce cepten ödenmesi gereken miktar

2) Katkı payı: yararlanılan her hizmet için sigortalının ödemek zorunda olduğu kesin miktar

3) Sigortalı payı: sigortalı tarafından bir hizmet için ödenmek zorunda olan toplam bedelin oranı (Saltman ve Figueras, 1998).

Hastanın, hastaneye yatma maliyetinin ilk 100 \$ lık bölümünü ödemesi, ön ödemeye; hastanın reçetede yer alan ilaçların %10 luk bedelini veya muayene ücretinin belli bir oranını ödemesi, katkı payına; hastanın toplam yatarak tedavi bedelinin %20'sini ödemesi ise sigortalı payına örnek gösterilebilir (Yıldırım, 2000b)

Katkı payı ve sigortalı payı, uzun yıllardan itibaren Ülkemizde katılım payı adı altında uygulanmış olup SGK tarafından, gereksiz sağlık hizmeti kullanımını azaltmaya yönelik olarak uygulanmaya devam edilmektedir.

Ön ödeme ülkemizde uygulanmamaktadır. SGK mevzuatına göre kişilerce ödenen, ayakta tedavilerde muayene katılım payı ile her bir kutu ilaç için katılım payları katkı payına, ayakta sağlanan ilaçlar ile vücut dışı protez ve ortezler için getirilen %10-20 oranındaki tutarların kişilerce ödenmesi ise sigortalı payına örnek verilebilir. Yine

yardımcı üreme yöntemi tedavisi için birinci denemede %30 ikinci denemede %25 oranında kişilerce ödenen tutarlar ile uygulanmamakla beraber 5510 sayılı Kanunda yer verilen ve yatarak tedavi bedelinin %1'i ne kadar olan kısmının kişilerden alınabilmesi uygulamaları da sigortalı katılım payı kapsamında değerlendirilebilir.

Kayıtlı ve kayıt dışı kullanıcı ücretleri hükümetlerin karşı karşıya kaldığı en tartışmalı ve siyasi sorumluluk taşıyan konulardan biridir. Kullanıcı ücretleri, gelir kaynağı olmanın yanında uygunsuz hizmet alımını önleyen bir mekanizmadır. Gereğinden fazla kullanılma eğiliminde olan hizmetler için, neredeyse tüm OECD ülkeleri katkı payı almaktadır (OECD, 2008).

Özellikle gelişmekte olan ülkelerde 1980'lerden itibaren kullanıcı katkıları, sağlıkta finansman kaynağı olarak kabul edilmeye başlanmıştır. Sağlık hizmetlerinin halka ücretsiz olarak sunulduğu devletler, sağlık hizmetlerinde kullanıcı katkısını tartışmaya ve kullanmaya başlamışlardır (Yalçın ve Yıldırım, 2001).

Maliyet kısıtlama tedbirleri olmaksızın, sağlık harcamalarını GSS bünyesinde etkin düzeylerde yapmak pek mümkün görünmemektedir (OECD, 2008).

Kullanıcı katkıları üç nedenden dolayı sağlık sektöründe problemleri çözebilir (Yalçın ve Yıldırım, 2001).

1) Kullanıcı katkılarının kullanılması sonucu daha fazla gelir elde edilmesi ve elde edilen gelirlerle daha iyi sağlık hizmeti verilmesi.

2) Elde edilecek yeni gelirlerle devletin sağlık hizmetlerini kırsal kesimlere kadar yayabilmesi ve böylelikle fakir nüfusun yoğunlukta olduğu kırsal alanlarda hizmetlere ulaşılabilirliğin sağlanması.

3) Kamu hizmetlerinin daha verimli olarak verilmesi, tüketicilerin sağlık hizmetleri talebinde daha duyarlı olmaları ve sevk sisteminin daha uygun olarak kullanılmasının sağlanması, gereksiz reçete yazımlarının engellenmesi (Yalçın ve Yıldırım, 2001).

Kullanıcı katkıları ile ilgili olarak iki farklı görüş bulunmaktadır. Bunlarda birisi, katkı payı uygulamalarının gereksiz kullanımları önleyeceği ve hastaları taleplerinde daha duyarlı ve maliyet bilinçli hale getireceği için faydalı olacaktır. Diğer görüş ise özellikle fakir kesim tarafından gerekli olan sağlık hizmetlerinin kullanımı engelleyeceği ve finansman yükünü bu kesimin üzerine yıkacağı ve finansal maliyetleri artıracığı için zararlı/dezavantajlı olacaktır (Yalçın ve Yıldırım, 2001).

Tablo 9. Çeşitli Ülkelerdeki İlaçta Katkı Payı Uygulamaları

ÜLKE	KATILIM
Neredeyse Katkı Payı Olmayanlar	
Hollanda	Teorik olarak hastalar referans fiyat ve gerçek fiyat arasındaki farkı öderler, ancak uygulamada bu nadiren gerçekleşir.
Sabit Katkı Payı	
Avusturya	£3.06 (Paket başına)
Avustralya	£12.54 (İlaç başına)
İtalya	£2.12-£3.89 (Geçerli olduğu bölgelerde paket veya reçete başına)
Yeni Zelanda	£5.61 (Parça başına)
Birleşik Krallık	£6.50 (İngiltere, İskoçya ve Kuzey İrlandada parça başına) £4.00 (Galler'de parça başına)
Sabit ve Yüzde Katkı Payları	
Finlandiya	£7.07 artı ilacın kalan kısmının % 50'si
Almanya	£3.54-£7.07 veya ilacın referans fiyatının %10'u
Katkı Payı Sınırı	
İrlanda	Maliyetler üzerinde £60.10 sınır
İsveç	Yıllık £62.73 sınır
Karmaşık Katkı Payı olan Ülkeler	
Kanada	Çeşitli
ABD	Çeşitli

Yüzde Esaslı Katkı Payı	
Belçika	%0, %22,5, %50–80, %100 (İlacın faydası değerlendirilerek)
Danimarka	%15, %25, %50, %100 (İlaç tüketimine dayanarak)
Fransa	%35–65, ciddi hastalıkların ilaçları için %65–100, ciddi olmayan hastalıkların ilaçları için (İlacın faydasına dayanarak)
Lüksemburg	Çoğu ilaç için %20 (%0, nispeten daha az ciddi durumlar için %60, ciddi hastalıklar için %100)
Portekiz	Jenerik ilaçları çoğu için %20 Jenerik olmayan ilaçların çoğu için %30 (halen değerlendirilen ilaçlar için %0, enfeksiyonlar için %50–60 ve kronik koşullar için %70–80%)
İspanya	Çoğu ilaç için %40

Kaynak: Değer, Ç. 2008. İlaçta Katkı Payı Uygulaması. Bütçe Dünyası Dergisi, Cilt 3, Sayı 28, Kış 2008: 30

4.1.2. Talep Odaklı Stratejilerin Geliştirilmesinde Sağlık Kullanımı Etkisi

Talep odaklı stratejilerin geliştirilebilmesi için sağlık hizmeti kullanımının incelenmesi ve sağlık hizmetinin kullanılmasını etkileyen faktörlerin belirlenmesi gerekmektedir (Erdem ve Pirinçci, 2003).

İnsanın kendisinin hasta olduğuna karar vererek hizmet talebinde bulunması süreci, kültüre ve kişiye göre farklılık gösterebilmektedir. Farklı kültürlerden insanların tıbbi açıdan aynı isimle adlandırılan belirtiler karşısındaki tepkilerinin incelendiği, ABD’de yapılan bir araştırmada, eski kuşak Amerikalıların, araştırmacıların beklediği tepkiyi gösterdiği, diğer taraftan Yahudi ve ülkeye yeni gelmiş İtalyanların aşırı tepki, İrlandalıların ise hiç tepki göstermediği görülmüştür. Yahudi ve İtalyanlar arasında ise belirtiler kaybolduğunda fark ortaya çıkmış, İtalyanlar belirtilerin kayboluşuna sevinirken, Yahudiler karamsar kalmıştır (Arslan, 2006).

4.1.3. Sağlık kullanımını etkileyen faktörler

Kişisel faktörler, kolaylaştırıcı faktörler ve ihtiyaç faktörleri olmak üzere üç başlık altında incelenebilir (Erdem ve Pirinçci, 2003).

1. Kişisel (Predisposing) Faktörler

a) Demografik Özellikler

Cinsiyet, yaş, medeni durum, ırk vb. faktörler sağlık hizmeti kullanımını etkiler (Erdem ve Pirinçci, 2003).

Türkiye'de ilk kez 1992 yılında gerçekleştirilen Sağlık Hizmet Kullanımı Araştırması sonucunda hizmeti kullananların özellikleri ve hizmet kullanımını etkileyen faktörler ile ilgili bilgiler elde edilmiştir. Araştırmada, kadınların erkeklerden daha çok hekime başvurduğu, hekime en az başvurunun okul çağı çocuklarında olduğu, tespit edilmiştir (SB, 1996).

b) Sosyo-Ekonomik Özellikler

Kişilerin eğitim düzeyi, sahip olduğu meslek, gelir seviyesi, aile yapısı, ait olduğu ırk, soy, dinsel inanç, kültür gibi sosyo-ekonomik özellikler, kişilerin sağlık kullanımını etkilemektedir (Erdem ve Pirinçci, 2003).

c) Tutum ve Davranışlar

Kişilerin sağlık ve hastalık konusundaki bilgilerinin ve duyarlılıklarının, tıbbi hizmetlere olan güven ve alınan hizmetlerden tatmin düzeyinin, sağlık hizmetleri kullanımında belirleyici rolü bulunmaktadır. Örneğin, doktor tedavisinin istenilen sonucu verebileceğine kuvvetle inanan aileler, tedavinin sonucuna daha az inanan ailelere göre, daha çabuk doktora başvurabilirler (Erdem ve Pirinçci, 2003).

Yapılan araştırmalarda, insanların tıbbi açıdan aynı isimle adlandırılan belirtiler karsısında farklı tepkiler vermesinin temelinde, sağlık ve hastalıkla ilgili bilgi, tutum ve inanç farklılıklarının yattığı sonucuna varılmıştır (Arslan, 2006).

2. Kolaylaştırıcı faktörler

a) Aileye ilişkin özellikler

Ailenin gelir düzeyi, sağlık sigorta kapsamı, düzenli bakım kaynağına sahip olup olmaması gibi aileye ilişkin faktörler sağlık hizmeti kullanımını etkilemektedir (Erdem ve Pirinçci, 2003).

Sigorta, literatürde ahlaki tehlike (moral hazard) şeklinde tanımlanan ve sağlık hizmetleri arz ve talebi üzerinde değişme yaratan eğilimlere neden olmaktadır. Ahlaki tehlikenin talep üzerindeki etkisi, sağlık sigortası sahibi olan bireyde sağlığın bozulmasına neden olacak etkenleri önemsememe veya önleyici sağlık hizmetlerini kullanmama gibi davranış değişiklikleri ve kişilerin sigortası yokken talep etmeyeceği sağlık hizmetlerini sigortalandıktan sonra talep etme eğilimi göstermesi şeklinde görülmektedir (Tiryaki ve Tatar, 2000).

Ülkemizde 1992 yılında gerçekleştirilen Sağlık Hizmet Kullanımı Araştırması sonucunda herhangi bir sağlık sigortasına sahip olmayan kişilerin hekimlik hizmetlerini diğerlerinden daha az kullandıkları tespit edilmiştir (SB, 1996).

b) Kamusal Özellikler

İkamet, bölge, yatak başına düşen nüfus, hizmetin ulaşılabilirliği, ülkenin ekonomik sistemi ve sağlık hizmeti fiyatı gibi özellikler, sağlık kullanımını etkileyen kamusal özellikler arasında sayılabilir (Erdem ve Pirinçci, 2003).

Ülkemizde 1992 yılında gerçekleştirilen Sağlık Hizmet Kullanımı Araştırması sonucunda toplumun hekime başvuru oranının, batıdan doğuya ve kentsel kesimden kırsal kesime gittikçe azaldığı tespit edilmiştir (SB, 1996).

3. İhtiyaç Faktörleri

“İhtiyaç” kavramı genel olarak, kişinin sağlığa erişimi veya sağlıklı kalabilmesi için gereken tıbbi bakım miktarı olarak tanımlanmaktadır (Akyürek, 2007).

İhtiyaç, algılanan ihtiyaç ve değerlendirilen ihtiyaç olarak ölçülebilir (Şenol, 2006).

a) Değerlendirilen İhtiyaç

Kişi sağlık hizmeti talebinde bulunduğu takdirde talep ettiği hizmetin gerekli olup olmadığına ya da hangi tür hizmetin gerekli olduğuna hekim karar verir. Değerlendirilen ihtiyaç, kişinin sağlık hizmeti talebine karşılık hekim tarafından belirlenen ihtiyaçtır. (Erdem ve Pirinçci, 2003)

b) Algılanan İhtiyaç

Algılanan ihtiyaç, kişinin iş göremezlik günleri sayısı, belirli bir zaman aralığında kişinin yaşadığı semptomlar ve genel sağlık durumu hakkında kendisinin belirttiği durumlar (mükemmel, iyi, orta, kötü gibi) ile ölçülür (Şenol, 2006).

Birçok çalışma özellikle yaşlıların açık bir patolojinin varlığında dahi sağlıklarını iyi olarak algulamalarının mümkün olduğunu göstermiştir (Şenol, 2006).

4.2. Arz Odaklı Stratejiler

Sağlık kurumlarının belli bir zamanda belli bir fiyattan sağlık hizmetinden satmaya razı oldukları miktar, sağlık hizmetleri arzıdır (Orhaner, 2006).

Kamu hizmeti sağlayanlar arasında rekabet oluşturmak; bu hizmet sunucular için toplam harcama tavanı veya toplam bütçeler hazırlamak; doktorların hizmet üretimini ve/veya hastanelerdeki yatak sayısını azaltmak; insan kaynaklarının (ör. maaşlar) maliyetini ya da sağlık hizmeti vermek için kullanılan, malzemelerin maliyetini kontrol altına almak; ayakta tedavi gören hastaya birinci basamak sağlık hizmeti vererek daha verimli hizmet modelleri getirmek, teknoloji kullanımını düzenlemek, hekimlerin kullanımda yetkili olduğu kaynakları kontrol etmek ve görevlileri ücretlendirme yöntemlerini değiştirmek gibi reform stratejileri arz odaklı stratejilerdir (Saltman ve Figueras, 1998).

Sağlık sektörü içinde yer alan sağlık personeli ile sağlık hizmeti sunucuları sağlık hizmetleri arz düzeyini, miktarını, kalitesini ve dağılımını belirlemektedir (Ateş ve diğerleri, 2004).

Hekim sayısı, sağlık hizmetleri arzını etkileyen unsurların başında gelmektedir. DSÖ verilerine göre hekim sayısı arttıkça o bölgedeki ortalama yaşam süreleri de uzamaktadır (Karabulut ve Emsen, 2003).

Sağlık hizmeti talep edenler genellikle teknik bilgiye sahip olmayıp bu konuda tam bilgi sahibi olan kişiler bu hizmeti sunan doktorlardır. Hizmeti talep eden bireylere bilgilendirme doktorlar tarafından yapılır ve sağlık hizmeti talep eden bireyler çoğu durumda karar verme yetkisini bu hizmeti sunan doktorlara bırakırlar. Sağlık hizmet sunucuları ise piyasa hakkında tüm bilgiye sahiptirler (Tokalaş S, 2006).

1. Harcama tavanı;

Harcama tavanı Belçika, Almanya, İrlanda, İtalya, Portekiz, İspanya ve İngiltere gibi birçok ülkede kullanılmaktadır. Yaygın olarak en fazla kullanılan kontrol yöntemi tüm harcamalar veya bunun büyük bir bölümü için personelin kontrolü üzerine yoğunlaşmış bir bütçe tavanıdır (Saltman ve Figueras, 1998).

Ülkemizde de ilk kez 2009 yılında Sağlık Bakanlığı ile yapılan ve anılan Bakanlığa bağlı sağlık hizmeti sunucularınca sunulan sağlık hizmetleri için Götürü Bedel Üzerinden Hizmet Alımı Protokolü bu kapsamda değerlendirilebilir. İlaç sektörü ile yapılan ilgili yıl için belirlenen üst sınırın aşılması durumunda ilaç kamu iskontolarının artırılması esasına dayanan protokol de yine bu kapsamda sayılabilir.

2. Doktorların hizmet üretimini ve/veya hastanelerdeki yatak sayısının sınırlandırılması;

Yatak sayısını azaltmaya yönelik stratejiler ikame politikalarının geliştirilmesiyle yakından ilişkili olup, hizmet sunumuna kaynakların en uygun şekilde tahsis edilmesi için yeniden gruplandırılması anlamına gelir (Saltman ve Figueras, 1998).

Sağlık Bakanlığı tarafından 15 Şubat 2008 tarihinde “Özel Hastaneler Hakkında Yönetmelik” te yapılan değişiklikle özel sağlık hizmeti sunucuları için hekim sınırlandırılması, sağlık hizmeti sunucusu açılmasının ve yatak kapasitesinin artırılması konularında Sağlık Bakanlığı onayının getirilmesi kuralı bu kapsamda değerlendirilebilir.

3. İlaç ve tıbbi malzeme fiyatlarını kontrol etmek;

Düzenlemeleri artırmayı, yararlı birimleri yoğunlaştırmayı, kontrolsüz büyümeyi önlemeyi ve kaynakların gereksiz yere kullanılmamasını ve verimliliği amaçlamaktadır

(Saltman ve Figueras, 1998). 2004 İlaç Fiyat Kararnamesi, Aralık 2004 Kamu İlaç Protokolü, Şubat 2005 Kamu Kurum İskontosu Uygulaması ilaç fiyatlarını kontrol etmeye yönelik stratejiler arasında sayılabilir. İngiltere’de NICE, Fransa’da HAS tarafından geliştirilen tıbbi kılavuzlar bu kapsamda değerlendirilebilir. Ülkemizde tıbbi kılavuzların ve iyi klinik uygulama rehberlerinin olmaması önemli bir eksikliklerdir.

BÖLÜM V. SOSYAL GÜVENLİK KURUMUNUN SAĞLIK HİZMETLERİ SATINALMA VE ÖDEME YÖNTEMLERİ

SGK tarafından sağlık hizmetlerinin sağlanması ve sağlık giderlerinin ödenmesi ile ilgili esaslar, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile belirlenmiştir.

5.1. Sağlık Hizmeti Bedellerinin Belirlenmesi

5510 sayılı Kanununun 72 nci maddesine göre;

Finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri için SGK tarafından ödenecek bedeller, sağlık hizmetinin sunulduğu il ve basamak, Devletin doğrudan veya dolaylı olarak sağlamış olduğu sübvansiyonlar, sağlık hizmetinin niteliği itibarıyla hayati öneme sahip olup olmaması, kanıta dayalı tıp uygulamaları, maliyet-etkililik ölçütleri ve genel sağlık sigortası bütçesi dikkate alınmak suretiyle, her sınıf için tek tek veya gruplandırarak Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenmektedir.

Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu; Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığını, Maliye Bakanlığını, Sağlık Bakanlığını, Devlet Planlama Teşkilâtı Müsteşarlığını, Hazine Müsteşarlığını temsilen birer üye ve Sosyal Güvenlik Kurumunu temsilen iki üye olmak üzere toplam yedi üyeden oluşmaktadır.

5.2. Sağlık Hizmetleri Satınalma ve Ödeme Yöntemleri

5510 sayılı Kanununun 73 üncü maddesine göre;

- Sağlık hizmetleri, SGK ile yurt içindeki veya yurt dışındaki sağlık hizmeti sunucuları arasında yapılan sözleşmeler yoluyla ve/veya bu Kanun hükümlerine uygun olarak genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından satın aldıkları sağlık hizmeti giderlerinin ödenmesi suretiyle sağlanmaktadır.

- Kamu idaresi sağlık hizmeti sunucuları dışındaki vakıf üniversiteleri dâhil sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularınca, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen sağlık hizmetleri bedeline ek olarak, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerden sağlık hizmeti sunucularının giderleri ve ürettikleri sağlık hizmetlerinin maliyetleri, yapılan sübvansiyonlar gibi kriterler dikkate alınarak bu bedellerin bir katına kadar alınabilecek ilave ücretin tavanını belirlemeye Bakanlar Kurulu yetkili olup bu tavan dâhilinde alınabilecek ilave ücret oranları ise SGK tarafından belirlenmektedir.

- Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen eşdeğer ilaçların, azami fiyatı ile kişinin talep ettiği eşdeğer ilacın fiyatı arasında oluşacak fark ve optik için tavan uygulanmamakta ve ilave ücret kapsamında değerlendirilmemektedir.

- Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları, Kurumca belirlenmiş standartların üstündeki talepleri karşılayan otelcilik hizmetleri ile hayati öneme sahip olmama ve alternatif tedavilerin bulunması gibi hususlar göz önüne alınarak Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenen istisnai sağlık hizmetleri için, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden, belirlenen hizmet fiyatlarının üç katını geçmemek üzere ilâve ücret alabilmektedir.

- Kamu idaresi sağlık hizmeti sunucuları otelcilik hizmeti ile istisnai sağlık hizmetleri dışında, sağladıkları sağlık hizmetleri için genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden ilave ücret talep edememektedir.

- 5510 sayılı Kanunun geçici 12 nci maddesinin onbirinci fıkrasında yer alan istisnai durumlar hariç olmak üzere, acil haller dışında sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından kişilerce satın alınan sağlık hizmeti bedelleri SGK tarafından ödenmemektedir.

- Sözleşmeli ve sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularınca, acil hallerde, sözleşmeli sağlık hizmetleri sunucularınca ise SGK tarafından belirlenen sağlık hizmetleri için genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden veya SGK' dan herhangi bir ilave ücret talep edilememektedir.

- SGK, kamu idarelerince verilecek sağlık hizmetlerini götürü bedel üzerinden hizmet alım sözleşmesiyle sağlamaya yetkilidir. Kamu idaresi sağlık hizmeti sunucuları, sözleşmede belirtilen götürü bedel karşılığında, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere sözleşme kapsamında verilmesi gereken her türlü sağlık hizmetini sunmakla yükümlüdür ve sözleşmede belirtilen götürü bedel dışında Kurumdan veya genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden, Kanunda belirtilen ilave ücretler ve katılım payları dışında ayrıca bir bedel talep edilememektedir.

- SGK, ayakta tedavide kullanılan tıbbi malzemeler gibi bazı istisnalar hariç olmak üzere sağlık hizmetlerini, resmi ve özel sağlık hizmeti sunucuları ile sözleşmeler yoluyla sağlamaktadır. Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmeti sunucuları ile Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca verilen sağlık hizmetleri SGK ile götürü bedel üzerinden hizmet alım sözleşmesi yapılarak sağlanmaktadır.

5.2.1. Ödeme Yöntemleri

5510 sayılı Kanunda yer alan esaslar çerçevesinde, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri, yol, gündelik ve refakatçi giderlerinden yararlanma esas ve usulleri ile bu hizmetlere ilişkin

Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen ödenecek bedellerin bildirilmesi amacıyla SGK tarafından Sağlık Uygulama Tebliği yayımlanmaktadır.

25 Mart 2010 tarihli 27532 sayılı Mükerrer Resmî Gazete’de yayımlanan “Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği” halen yürürlükte olup SGK nın sağlık hizmetleri ödeme usul ve esasları detaylı olarak düzenlenmiştir.

SGK ödeme yöntemi;

- 1- Başvuru başına ödeme yöntemi,
- 2- Hizmet başına ödeme yöntemi,
- 3- Taniya dayalı işlem üzerinden ödeme yöntemi,

şeklindedir.

5.2.1.1. Başvuru Başına Ödeme Yöntemi

Sağlık kurumlarında ayaktan her bir başvuru için, hastaların hizmet aldıkları uzmanlık dallarına ve hizmeti sunan sağlık kurumunun yatak sayıları da dikkate alınarak bulunduğu sınıfa göre (Tablo 10) belirlenmiş olan tutarların (Tablo 11) ödenmesi şeklindedir (SGK, 2010a).

Tablo 10. Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının Ayaktan Tedavilerde Sınıflandırılması Listesi

STATÜ	KODU	SINIFI
KAMU	U1	Üniversite hastanesi
	U2	Tıp fakültelerinin bulunduğu ilin dışında yer alan uygulama ve araştırma merkezleri ile enstitüleri
	E1	Eğitim hastanesi, genel
	E2	Eğitim hastanesi, kalp, kalp ve damar cerrahisi ile göğüs ve göğüs cerrahisi alanında hizmet veren
	E3	Eğitim hastanesi, kadın doğum ve çocuk alanında hizmet veren
	E4	Eğitim hastanesi, kemik hastalıkları ile fizik tedavi ve rehabilitasyon alanında hizmet veren
	E5	Eğitim hastanesi, ruh sağlığı alanında hizmet veren
	E6	Eğitim hastanesi, göz hastalıkları alanında hizmet veren
	E7	Eğitim hastanesi, onkoloji alanında hizmet veren
	H1	Entegre ilçe hastanesi
	H2	Gün hastanesi, tıp merkezi, dal merkezi
	H3	Yataklı kurum, Yatak sayısı 1-99
	H4	Yataklı kurum, Yatak sayısı 100-499
	H5	Yataklı kurum, Yatak sayısı 500 ve Üstü
	H6	Yataklı kurum, kadın doğum ve çocuk alanında hizmet veren
	H7	Yataklı kurum, kemik hastalıkları ile fizik tedavi ve rehabilitasyon alanında hizmet veren
	H8	Yataklı kurum, kalp, kalp ve damar cerrahisi ile göğüs ve göğüs cerrahisi alanında hizmet veren
H9	Yataklı kurum, ruh sağlığı alanında hizmet veren	
H10	Yataklı kurum, deri ve zührevi hastalıklar alanında hizmet veren	
H11	Yataklı kurum, diğer	
ÖZEL	TM	Tıp merkezi
	DM	Dal merkezi
	ÖH	Özel hastane

Kaynak: SGK, 2010a. Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği, Ek-10/A. 25 Mart 2010 tarihli ve 27532 sayılı RG

Tablo 11. Ayaktan Başvurularda Ödeme Listesi

UZMANLIK DALLARI	U1	U2	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	H9	H10	H11	TM	DM	ÖH
İç Hastalıkları	56	45	45	41	41	41	41	41	41	24	25	26	27	28	27	27	27	27	27	27	24	21	28
Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	55	44	44	40	40	40	40	40	40	23	24	25	26	27	26	26	26	26	26	26	23	20	27
Gastroenteroloji	55	44	44	40	40	40	40	40	40	23	24	25	26	27	26	26	26	26	26	26	23	20	27
Nefroloji	56	45	45	40	40	40	40	40	40	23	24	25	26	27	26	26	26	26	26	26	23	20	27
Romatoloji	55	44	44	40	40	40	40	40	40	23	24	25	26	27	26	26	26	26	26	26	23	20	27
İmmünoloji ve Alerji Hastalıkları	55	44	44	40	40	40	40	40	40	23	24	25	26	27	26	26	26	26	26	26	23	20	27
Hematoloji	56	45	45	40	40	40	40	40	40	23	24	25	26	27	26	26	26	26	26	26	23	20	27
Geriatri	55	44	44	40	40	40	40	40	40	23	24	25	26	27	26	26	26	26	26	26	23	20	27
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji	55	44	44	40	40	40	40	40	40	23	24	25	26	27	26	26	26	26	26	26	23	20	27
Kardiyoloji	68	54	54	58	52	52	52	52	52	30	31	32	33	34	33	33	36	33	33	33	29	26	34
Göğüs Hastalıkları	49	39	39	43	35	35	35	35	35	22	23	24	25	26	25	25	27	25	25	25	22	20	26
Nöroloji	51	41	41	37	37	37	37	37	37	25	26	27	28	29	28	28	28	28	28	28	25	22	29
Algoloji	51	41	41	37	37	37	37	37	37	25	26	27	28	29	28	28	28	28	28	28	25	22	29
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	49	39	39	35	35	35	54	35	35	27	28	30	31	32	31	31	31	36	31	31	25	25	30
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	49	39	39	35	35	35	54	35	35	27	28	30	31	32	31	31	31	36	31	31	25	25	30
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	45	36	36	33	40	33	33	33	33	21	22	23	24	25	27	24	24	24	24	24	21	20	25
Çocuk Kardiyolojisi	54	43	43	40	48	40	40	40	40	25	26	27	29	30	32	29	29	29	29	29	25	24	30
Çocuk Metabolizma Hast	51	40	40	37	45	37	37	37	37	24	25	26	28	29	31	28	28	28	28	28	24	23	29
Çocuk Endokrinolojisi	51	40	40	37	45	37	37	37	37	24	25	26	28	29	31	28	28	28	28	28	24	23	29
Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi	51	40	40	37	45	37	37	37	37	24	25	26	28	29	31	28	28	28	28	28	24	23	29
Çocuk Nefrolojisi	51	40	40	37	45	37	37	37	37	24	25	26	28	29	31	28	28	28	28	28	24	23	29
Çocuk Nörolojisi	51	40	40	37	45	37	37	37	37	24	25	26	28	29	31	28	28	28	28	28	24	23	29
Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları	51	40	40	37	45	37	37	37	37	24	25	26	28	29	31	28	28	28	28	28	24	23	29
Çocuk Gastroenterolojisi	51	40	40	37	45	37	37	37	37	24	25	26	28	29	31	28	28	28	28	28	24	23	29
Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları	51	40	40	37	45	37	37	37	37	24	25	26	28	29	31	28	28	28	28	28	24	23	29
Neonatoloji	51	40	40	37	45	37	37	37	37	24	25	26	28	29	31	28	28	28	28	28	24	23	29
Çocuk Romatolojisi	51	40	40	37	45	37	37	37	37	24	25	26	28	29	31	28	28	28	28	28	24	23	29
Çocuk Göğüs Hastalıkları	51	40	40	37	45	37	37	37	37	24	25	26	28	29	31	28	28	28	28	28	24	23	29
Deri ve Zührevi Hastalıkları	41	33	33	31	30	30	30	30	30	20	21	23	23	24	23	23	23	23	24	29	23	20	25
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	50	40	40	36	36	45	36	36	36	21	22	23	24	25	24	24	24	24	24	24	21	20	25
Genel Cerrahi	55	44	44	44	40	40	40	40	49	24	25	26	27	28	27	27	27	27	27	27	24	21	28
Gastroenteroloji Cerrahisi	55	44	44	44	40	40	40	40	49	24	25	26	27	28	27	27	27	27	27	27	24	21	28
Çocuk Cerrahisi	49	39	39	35	35	35	35	35	43	22	22	23	24	25	24	24	24	24	24	24	21	20	25
Göğüs Cerrahisi	49	39	39	43	35	35	35	35	43	21	22	23	24	25	24	24	28	24	24	24	21	20	25
Kalp ve Damar Cerrahisi	56	46	46	50	42	42	42	42	46	23	24	25	26	27	26	26	32	26	26	26	22	21	28
Çocuk Kalp ve Damar Cerrahisi	56	46	46	50	42	42	42	42	46	23	24	25	26	27	26	26	32	26	26	26	22	21	28
Beyin ve Sinir Cerrahisi	55	44	44	40	40	40	40	40	49	23	24	25	26	27	26	26	26	26	26	26	23	20	27
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	55	44	44	40	40	40	40	40	49	22	23	24	25	26	25	25	25	25	25	25	22	20	26
Ortopedi ve Travmatoloji	49	39	39	35	35	43	35	35	43	20	21	22	23	24	23	29	23	23	23	23	23	20	24
El Cerrahisi	49	39	39	35	35	43	35	35	43	20	21	22	23	24	23	29	23	23	23	23	23	20	24
Üroloji	55	44	44	44	40	40	40	40	49	22	23	24	25	26	25	25	25	25	25	25	22	20	26
Çocuk Ürolojisi	55	44	44	44	40	40	40	40	49	22	23	24	25	26	25	25	25	25	25	25	22	20	26
Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları	43	34	34	31	31	31	31	31	38	20	21	22	23	24	23	23	23	23	23	23	20	20	24
Ağız, Yüz ve Çene Cerrahisi	43	34	34	31	31	31	31	31	38	20	21	22	23	24	23	23	23	23	23	23	20	20	24
Göz Hastalıkları	43	34	34	31	31	31	31	39	38	20	20	21	22	23	22	22	22	22	22	22	20	20	23
Kadın Hastalıkları ve Doğum	61	49	49	44	54	44	44	44	54	27	28	29	30	31	27	30	30	30	30	30	27	23	31
Aile Hekimliği	44	35	35	32	39	32	32	32	32	20	21	22	23	24	23	23	23	23	23	23			
Spor hekimliği	50	40	40	36	36	45	36	36	36	21	22	23	24	25	24	30	24	24	24	24			
Pratisyen Hekim Muayenesi										20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20			
Acil																					20	20	
Tıbbi Ekoloji ve Hidroklimatoloji	50	40	40	36	36	45	36	36	36	21	22	23	24	25	24	30	24	24	24	24			

Kaynak: SGK, 2010a. Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği, Ek-10/A. 25 Mart 2010 tarihli ve 27532 sayılı RG; SGK, 2012a. Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ. 21 Ocak 2012 tarihli ve 28180 sayılı RG.

5.2.1.2. Hizmet Başına Ödeme Yöntemi

Sağlık hizmeti sunucusunca, sağlanan her bir sağlık hizmetinin fatura edilmesi ve Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen bedeller üzerinden SGK tarafından karşılanması esasına dayanmaktadır (SGK, 2010a).

5.2.1.3. Tanıya Dayalı İşlem Üzerinden Ödeme Yöntemi

İşlemlerin, işlem için belirlenen, yatak bedeli, yatış dönemindeki muayeneler ve konsültasyonlar, operasyon ve girişimler, anestezi ilaçları, ilaç (kan ürünleri hariç), kan bileşenleri (eritrosit süspansiyonu, tam kan, trombosit, plazma, v.b.), sarf malzemesi, anestezi bedeli, laboratuvar, patoloji ve radyoloji tetkikleri, refakatçi bedeli gibi tedavi kapsamında yapılan tüm işlemleri kapsayan tek bir paket fiyat üzerinden ödenmesi şeklindedir (SGK, 2010a; SGK, 2010c; SGK, 2012a).

5.2.1.4. Ödeme Yöntemlerinin Uygulanması

SUT' ta tedaviler, ayakta ve yatarak tedavi olmak üzere iki kategoride tanımlanmış olup evde sağlık hizmetleri ayakta tedavi kapsamında, günübirlik tedaviler ile yatan hasta tedavileri ise yatarak tedavi kapsamı içerisinde yer almıştır (SGK, 2010a; SGK, 2010c; SGK, 2012a)

Ödeme yöntemlerinin uygulanmasında ayakta ve yatarak tedavilerde farklılık bulunmaktadır. Genel olarak, sağlık hizmeti bedellerinin ödenmesinde her üç yöntem karma şekilde uygulanmaktadır.

İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına ayakta tedavilerde başvuru başına ödeme sistemi ile başvuru başına ödeme ücretine dâhil edilmemiş olan sağlık hizmetleri için hizmet başına ödeme yöntemi ile fatura edilmektedir. Bazı sağlık hizmetleri başvuru

başına ödeme tutarına dâhil edilmemiş olup bedelleri hizmet başına ödeme yöntemiyle ayrıca faturalandırılmaktadır (SGK, 2010a).

Ayrıca Özel tıp merkezleri ile özel dal merkezleri dışındaki sağlık kurumlarınca verilen acil sağlık hizmetleri, iş kazasına yönelik sağlanan sağlık hizmetleri, meslek hastalıkları hastanelerince sağlanan meslek hastalığına yönelik sağlık hizmetleri, onkolojik ön tanı/tanı konulmuş hastalıklar ile ilgili tüm işlemler, organ ve doku nakline ilişkin donöre yapılan hazırlık tetkik ve tahlilleri, resmi sağlık kurumu bünyesindeki; nükleer tıp, radyasyon onkolojisi, sualtı hekimliği ve hiperbarik tıp, radyoloji branşlarına tedavi için müracaat eden hastaların tedavisine ve tedavi sonrası takiplerine yönelik poliklinik hizmetleri ile tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji, tıbbi genetik, çocuk genetik hastalıkları branşlarınca verilen poliklinik hizmetleri, dış tedavilerine yönelik işlemler, SGK birimlerince sevk belgesi düzenlenmek suretiyle (maluliyet, meslek hastalığı ve kontrol muayeneleri vb.) sağlık hizmeti sunucusuna sevk edilen kişilere sunulan sağlık hizmetleri ve trafik kazazedelerine sağlanan sağlık hizmetleri ile adli vakalarda sağlanan acil sağlık hizmetleri başvuru başına ödeme uygulamasına dahil olmayıp hizmet başına ödeme yöntemiyle karşılanmaktadır. (SGK SUT, 2010a)

SGK ile sözleşmeli özel tıp merkezleri ve dal merkezlerinin vermiş oldukları acil sağlık hizmetleri için, uzmanlık dalı dikkate alınmaksızın başvuru başına ücret ödenmektedir. (SGK SUT, 2010a)

Yatarak tedavilerde ise tanıya dayalı işlem üzerinden ödeme yöntemi uygulanmakta olup paket fiyatı tespit edilmeyen işlemler, işlem paket fiyatlarına dahil olmayan sağlık hizmetleri ve eşlik eden hastalık, hastanın önceden bilinen risk faktörleri ve komplikasyonlara ilişkin sağlık hizmetleri hizmet başına ödeme yöntemi ile faturalandırılmakta ancak komplikasyonlarda %10 indirim uygulanmaktadır. (SGK, 2010a)

BÖLÜM VI. TÜRKİYE' DE KATILIM PAYI UYGULAMALARI

6.1. 5510 Sayılı Kanun Öncesi Katılım Payı Uygulamaları

506 sayılı “Sosyal Sigortalar Kanunu” nun “Muayene ücreti” başlıklı Ek 3 üncü maddesinde “506 sayılı Kanununun 35, 36, 40 ve 42 nci maddeleri uyarınca sağlık yardımlarından yararlanacak olanlardan yapılacak her bir poliklinik muayenesi için Sosyal Güvenlik Bakanlığının teklifi ve Bakanlar Kurulunun kararı ile 20 TL.'dan az olmamak üzere muayene ücreti alınır.” hükmü yer almıştır. Sağlık yardımları Sosyal Sigortalar Kurumu tarafından karşılanan kişiler için muayene ücreti ilk kez; 18 Eylül 1990 tarihli ve 90/913 sayılı BKK ile 1.000 TL olarak kararlaştırılmış, daha sonra bu miktar 6 Ağustos 1992 tarihli ve 92/3337 sayılı BKK ile 1 Ekim 1992 tarihinden itibaren 20 gösterge rakamının memur maaş katsayısı ile çarpımı sonucu bulunacak miktar olarak belirlenmiştir.

506 sayılı Kanununun 32, 33, 35, 36, 40 ve 42 nci maddelerinde yer alan hükümler gereği; sigortalının kendisi hariç aile bireyleri için %20 oranında, emekliler ve aile bireyleri için ise %10 oranında ilaç katılım payı uygulanmış olup, protez, araç ve gereçler için katılım payı ise iş kazası ve meslek hastalığında sağlananlar hariç olmak üzere sigortalının kendisi ve aile bireyleri için %20, emekliler ile aile bireyleri için %10 olarak uygulanmıştır.

1479 sayılı “Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu” nun “Sağlık yardımının kapsamı” başlıklı Ek 13 üncü maddesinin 25 Ağustos 1999 tarihli 4447 sayılı Kanununun 36 maddesi ile değişik ikinci fıkrasında; “Ayakta yapılan tedavilerde poliklinik muayene ücretinin ve verilen ilaç bedellerinin % 20'si sigortalı ve hak sahipleri, % 10'u aylık alanlar ve hak sahipleri tarafından karşılanır. İş kazası ve meslek hastalığı sonucu verilecek olanlar hariç, protez, araç ve gereç bedellerinin % 20'si sigortalı ve hak sahipleri, % 10'u ise aylık alanlar ve hak sahipleri (3/11/1980

tarihli ve 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun kapsamına girenler hariç) tarafından karşılanır. Ancak, katkı payı tutarı sigortalılarda birinci gelir basamağının birbuçuk katını, aylık alanlarda ise birinci gelir basamağının % 65'ini geçemez.” hükmü yer almış ve 2926 Sayılı “Tarımda Kendi Adına Ve Hesabına Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kanunu” na tabi kişiler dahil sağlık yardımları Bağ-Kur tarafından karşılanan kişiler için ayakta tedavilerde poliklinik muayenesi, ilaç protez, araç ve gereç katılım payı uygulamasına başlanılmıştır.

5434 sayılı “Emekli Sandığı Kanunu” nun Geçici 139 uncu maddesine 25 Ağustos 1999 tarihli 4447 sayılı Kanunun 25 inci maddesi ile eklenen fıkrada; “Kullanılması sağlık raporu ile gerekli görülen protez, ortez ve tıbbi araç ve gereç bedellerinin %10'u hak sahipleri tarafından ödenir. Ancak ödenecek miktar bu Kanunun ek 19 uncu maddesindeki aylıklardan fazla olamaz (bu Kanunun 64 üncü maddesinin ve 3/11/1980 tarihli ve 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanuna göre aylık bağlananlar hakkında bu hüküm uygulanmaz.)” hükmü yer almış ve tıbbi malzemelerde katılım payı uygulaması başlamıştır.

5434 sayılı Kanunun Geçici 139 uncu maddesine 30 Aralık 1982 tarihli 2771 sayılı Kanunun 7 nci maddesi ile eklenen fıkrada; “Muayene ve tedavi masrafları Sandık tarafından karşılanmakla birlikte ayakta veya meskende tedavi halinde kullanılacak ilaç bedellerinin % 10'u birinci fıkrada sayılan aylık sahipleri tarafından ödenir. Ancak, resmi sağlık kurulu raporu ile belirlenen ve tüberküloz, kanser, kronik böbrek, akıl hastalıkları, organ nakli ve benzeri uzun süreli tedaviye ihtiyaç gösteren hastalıkların ayakta veya meskende tedavileri sırasında kullanılmasına lüzum gösterilen ilaçlardan, hayati önemi haiz oldukları Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca tespit edilecek olanların bedellerinin tamamı Sandık tarafından ödenir.” hükmü ile ilaçta katılım payı uygulaması başlamıştır.

5434 sayı Kanun kapsamında sağlık yardımları karşılanan emekliler için, 5510 sayılı Kanun yürürlüğe girene kadar muayene katılım payı uygulanmamıştır.

Sağlık işlemlerine ilişkin işlemleri SGK ya devredilmeyen devlet memurları için muayene katılım payı ilk defa, 5510 sayılı Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten sonra, 25 Haziran 2009 tarihli 5917 sayılı Kanunun 26 ncı maddesi ile 13 Aralık 1983 tarihli 178 No'lu Maliye Bakanlığının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'ye eklenen Geçici 8 ve Geçici 9 uncu maddelerinden dayanakla uygulanmaya başlanmış ve SGK uygulaması esas alınmıştır.

6.2. 5510 Sayılı Kanun Sonrası Katılım Payı Uygulamaları

5510 sayılı Kanunun “Tanımlar” başlıklı 3 üncü maddesinde katılım payı; “Sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için, genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından ödenecek tutar” şeklinde tanımlanmıştır.

5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanununun “Kurumun gelirleri ve giderleri” başlıklı 34 üncü maddesinde katılım payları SGK nın gelirleri arasında sayılmıştır.

6.2.1. Yasal Mevzuat

Katılım payı alınacak sağlık hizmetleri, katılım payı alınmayacak haller, sağlık hizmetleri ve kişiler, 5510 sayılı Kanunun 68 ve 69 uncu maddelerinde belirtilmiştir.

6.2.1.1. Katılım payı alınacak sağlık hizmetleri ve katılım payı tutarları

SGK tarafından finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinden katılım payı alınmayacak olanlar 5510 sayılı Kanunun 68 inci maddesi ile belirlenmiştir.

Buna göre;

a) Ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi,

b) Vücut dışı protez ve ortezler,

c) Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar,

d) Kurumca belirlenecek hastalık gruplarına göre yatarak tedavide finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri,

katılım payı alınması gereken sağlık hizmetleridir.

5510 sayılı Kanununun 68 inci maddesine göre;

- Ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi için katılım payı 2 Türk Lirası olarak uygulanmakta olup SGK nın bu katılım payını; birinci basamak sağlık hizmeti sunucularında yapılan muayenelerde almama ya da daha düşük tutarlarda belirleme veya ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet sunucularında yapılan muayenelerde ise müracaat edilen sağlık hizmeti sunucusunun yer aldığı basamak, sağlık hizmeti sunucusunun resmi ve özel sağlık hizmeti sunucusu niteliğinde olup olmaması, önceki basamaklardan sevkli olarak başvurulup başvurulmadığı gibi hususları göz önünde bulundurarak on katına kadar artırma ve sağlık hizmeti sunucuları için farklı belirleme yetkisi bulunmaktadır.

- Vücut dışı protez ve ortezler ile için gereksiz kullanımı azaltma, sağlık hizmetlerinin niteliği itibarıyla hayati öneme sahip olup olmaması, kişilerin prime esas kazançlarının, gelir ve aylıklarının tutarı ve benzeri ölçütler dikkate alınarak % 10 ilâ % 20 oranları arasında olmak üzere SGK tarafından belirlenmektedir.

- İkinci fıkrada, 17 Ocak 2012 tarih 6270 sayılı Kanunun 9 uncu maddesi ile yapılan değişiklik ile SGK tarafından ayakta tedavide sağlanan ilaçlarda aile hekimlerince yazılan reçeteler dâhil olmak üzere reçetede yer alan üç kaleme/üç kutuya kadar ilaç/ilaçlar için 3 Türk Lirası, ilave her bir kalem/kutu ilaç için 1 Türk Lirası olmak üzere katılım payı uygulama yetkisi verilmiştir. Katılım payına ilişkin kutu hesabında enjekteable formlar, serum ve beslenme ürünleri ile SGK tarafından belirlenecek ilaçlar dikkate alınmayacaktır.

- Kurumca belirlenecek hastalık gruplarına göre yatarak tedavide finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri bedelinin % 1'ine kadar katılım payı alınabilecek olup bu katılım payını almamaya, yarısına kadar indirmeye SGK yetkili kılınmıştır.

- Katılım payına ilişkin 1 Türk Lirası, 2 Türk Lirası ve 3 Türk Lirasını, 4 Ocak 1961 tarihli ve 213 sayılı Vergi Usul Kanunu uyarınca belirlenen yeniden değerlendirme oranına kadar her yıl artırmaya SGK yetkilidir.

- Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin vücut dışı protez ve ortezler için ödeyecekleri katılım payının tutarı, sağlık hizmetinin alındığı tarihteki asgarî ücretin % 75'ini, yatarak tedavide finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri için ödeyecekleri katılım payının tutarı ise bir takvim yılında asgari ücret tutarını geçmemek kaydıyla her bir yatarak tedavi için asgari ücretin dörtte birini geçmemektedir.

- SGK tarafından finansmanı sağlanan ve bir hastalığın tedavisinin başka tıbbî bir yöntemle mümkün olmaması nedeniyle yapılacak yardımcı üreme yöntemi tedavisi dışındaki, yardımcı üreme yöntemi tedavisinde katılım payı ilk denemede % 30, ikinci denemede % 25 oranında uygulanmaktadır. Bu katılım payında üst limit dikkate alınmamaktadır.

- Katılım paylarının hesaplanmasında Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca tespit edilen sağlık hizmeti tutarları esas alınmaktadır.

6.2.1.2. Katılım Payı Alınmayacak Kişiler

- 24 Şubat 1968 tarihli ve 1005 sayılı İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre şeref aylığı alan kişiler ile bunların eşleri,

- 28 Mayıs 1986 tarihli ve 3292 sayılı Vatani Hizmet Tertibi Aylıklarının Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler,

- 3 Kasım 1980 tarihli ve 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler,

- 24 Mayıs 1983 tarihli ve 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişiler,

- Harp malûllüğü aylığı alanlar ile Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlar,

- Vazife malûlleri,

- Harp okulları ile fakülte ve yüksek okullarda, Türk Silâhlı Kuvvetleri hesabına okuyan veya kendi hesabına okumakta iken askerî öğrenci olanlar ile astsubay meslek

yüksek okulları ve astsubay naspedilmek üzere temel askerlik eğitimine tâbi tutulan adaylar,

- Polis Akademisi ile fakülte ve yüksekokullarda, Emniyet Genel Müdürlüğü hesabına okuyan veya kendi hesabına okumakta iken Emniyet Genel Müdürlüğü hesabına okumaya devam eden öğrenciler,

katılım payı uygulamasından muaf tutulan kişilerdir.

6.2.1.3. Katılım Payı Alınmayacak Haller ve Sağlık Hizmetleri

- İş kazası ile meslek hastalığı halleri ile askerî tatbikat ve manevralarda sağlanan sağlık hizmetleri,

- 5510 sayılı Kanununun 75 inci maddesinde yer alan afet ve savaş hali nedeniyle sağlanan sağlık hizmetleri,

- Aile hekimi muayeneleri ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri,

- Sağlık raporu ile belgelendirilmek şartıyla; Kurumca belirlenen kronik hastalıklar ve hayati önemi haiz vücut dışı protez ve ortezler ile organ, doku ve kök hücre; nakli,

- 5510 sayılı Kanununun 94 üncü maddesinde tanımlanan kontrol muayeneleri,

katılım payı uygulamasından muaf tutulmuştur.

Ayrıca, 3713 sayılı Kanuna göre aylık bağlanmış malûller ile aynı Kanun kapsamına giren olaylar sebebiyle vazife malûllüğü aylığı alan er ve erbaşların sağlık kurulu raporuyla ihtiyaç duydukları her türlü ortez/protez ve diğer iyileştirici araç/gereçler herhangi bir katılım payı veya fark alınmaksızın ve kısıtlama getirilmeksizin karşılanmaktadır.

5510 sayılı Kanununun 68 inci maddesi gereği, Harcamaları, taşınır ve taşınmazları ile bunlardan doğan hakları da dikkate alınarak, Kurumca belirlenecek test yöntemleri ve veriler kullanılarak tespit edilecek aile içindeki geliri kişi başına düşen aylık tutarı asgari ücretin üçte birinden az olan vatandaşlar, Vatansızlar ve sığınmacılar ve 1 Temmuz 1976 tarihli ve 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişilerin ödemiş oldukları katılım payları, talepleri halinde, 29 Mayıs 1986 tarihli ve 3294 sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu hükümlerine göre kendilerine geri ödenmektedir.

6.2.2. Uygulamalar

6.2.2.1. Muayene Katılım Payı Uygulamaları

5510 sayılı Kanununun Ekim 2008 tarihinde yürürlüğe girmesi ile birlikte söz konusu Kanundan dayanakla SGK tarafından muayene katılım payı uygulamaları belirlenmiş ve ilk uygulama sonrasında birçok değişiklik yapılmıştır.

Muayene katılım payı tutarları SGK tarafından yayınlanan Sağlık Uygulama Tebliğlerinde belirtilmektedir. SGK tarafından 29 Eylül 2008 tarih ve 27012 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği” ile aile hekimliği ve diğer birinci basamak sağlık hizmeti sunucuları hariç olmak üzere ayakta tedavide muayene katılım payı, ikinci basamak sağlık hizmeti sunucularında 3 TL, eğitim ve araştırma hastanelerinde 4 TL, üniversitelerde 6 TL ve özel sağlık kurumlarında 10 TL şeklinde belirlenmiştir.

Yeni getirilen düzenlemeden anlaşılacağı üzere 1 Ekim 2008 tarihinde, ikinci basamak sağlık kurumları, eğitim araştırma hastaneleri, üniversiteler ve özel sağlık kurum ve kuruluşları için ayrı tutarlar olmak üzere muayene katılım payı uygulamasına başlanmıştır.

Her ne kadar daha önce SGK ya devredilen kurumlar tarafından da ayakta tedavide muayene katılım payı uygulanmış olsa da 1 Ekim 2008 tarihinden itibaren geçerli olan katılım payı tutarları önceki tutarlara oranla daha yüksek belirlenmiştir. Örneğin 2008 Ocak ayında ayakta tedavilerde muayene için SSK kapsamındaki aktif sigortalılar 1 TL katılım payı ödemekte iken Ekim 2008 tarihinde bu kişiler üniversite hastanelerine başvurularında 6 TL, özel sağlık kurumuna başvurularında ise 10 TL katılım payı ödemeye başlamışlardır (SGK, 2008a).

SGK aleyhine açılan dava neticesinde Danıştay Onuncu Dairesinin 2008/11388 Esasına kayden ikame olunan davaya ilişkin anılan Dairenin 3 Nisan 2009 tarihli kararı ile 29 Eylül 2008 tarihli ve 27012 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği” nin “Ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payı” başlıklı 6.1. numaralı maddesinin birinci fıkrasının, ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi için özel sağlık kurumlarına başvuran hastalardan 10 TL katılım payı alınmasına ilişkin kısmının yürütülmesi durdurulmuş ve SGK tarafından gerekli düzenlemeler yapıncaya kadar 2 Haziran 2009 tarihinden geçerli olmak üzere SGK ile sözleşmeli ikinci ve üçüncü basamak resmi ve özel sağlık kurumlarında hekim ve diş hekimi muayenesi için katılım payı, 2 (iki) TL olarak uygulanmaya başlanmıştır (SGK, 2009b).

10 Temmuz 2009 tarihli ve 27284 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan 5917 sayılı Kanunun 40 ıncı maddesi ile 5510 sayılı Kanunun 68 inci maddesinin ikinci fıkrasında, ayakta tedavide hekim ve dişhekimi muayene katılım payının resmi ve özel sağlık hizmeti sunucuları için farklı belirlenebilmesine olanak sağlayan değişiklik sonrasında SGK tarafından muayene katılım payları yeniden belirlenmiştir.

1 Ekim 2009 tarihinden itibaren;

- Birinci basamak sağlık kuruluşları ve aile hekimliği muayenelerinde 2 TL,
- İkinci ve üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında 8 TL,
- Özel sağlık kurumlarında 15 TL

katılım payı alınması uygulanmasına geçilmiştir (SGK, 2009c).

1 Ekim 2009 tarihinden itibaren sağlık hizmeti sunucularında yapılan muayene sonrasında kişilerin muayeneye ilişkin reçete ile eczanelere müracaat etmemesi durumunda, birinci basamak sağlık kuruluşları ile aile hekimliği muayenelerinde katılım payı alınmaması, ikinci ve üçüncü basamak resmi sağlık kurumları ile özel sağlık kurumlarındaki muayenelerde ise 3 TL indirim yapılması uygulamasına da başlanmıştır (SGK, 2009c).

Türk Tabipler Birliği tarafından SGK aleyhine açılan dava neticesinde, Danıştay Onuncu Dairesinin 22 Mart 2010 tarihli ve 2009/13940 E. Sayılı Kararı ile 18 Eylül 2009 tarihli ve 27353 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan “2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ” in 1. ve 2. maddelerinin, aile hekimliği muayenelerinden alınacak katılım payı tutarının 2 TL olarak belirlenmesine ve bu tutarın ilgililerden tahsil edilmesine ilişkin kısımlarının yürütmesi durdurulmuştur. Söz konusu Danıştay Kararı sonrasında, 25 Mart 2010 tarihli ve 27532 sayılı Mükerrer Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren Sağlık Uygulama Tebliğindeki yürütmesi durdurulmuş olan hükme paralel aile hekimliği muayenelerinden 2 TL katılım payı alınacağına dair düzenlemenin uygulanmasına 13 Mayıs 2010 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere son verilmiştir (SGK, 2010b).

Acil sağlık hizmetleri, 1 Ocak 2008 tarihinden itibaren SGK tarafından katılım payı alınmayacak sağlık hizmetleri arasında sayılmış olup acil servise müracaat eden ancak yapılan muayene sonrasında acil olmadığı tespit edilen kişilerin muayene bedellerinin “Yeşil alan muayenesi” bedeli üzerinden karşılanmasına yönelik yapılan değişikliğe paralel olarak yeşil alan muayenesi için katılım payı uygulanmasına başlanmıştır. Acil servislerde verilen ve SGK ya acil sağlık hizmeti olarak faturalandırılan hizmetlerin SGK inceleme birimlerince acil hal kapsamına girmediğinin tespit edilmesi halinde kişilerin ödemesi gereken katılım payı tutarı sağlık hizmet sunucularının alacağından mahsup edilmektedir (SGK, 2008a; SGK, 2012a).

17 Ocak 2012 tarihli 6270 sayılı Kanununun 9 uncu maddesi ile 5510 sayılı Kanununun 68 inci maddesinin ikinci fıkrası değiştirilmiş olup ayakta tedavilerde sağlanan ilaçlarda aile hekimlerince yazılan reçeteler dâhil olmak üzere reçetede yer alan üç kaleme/üç kutuya kadar ilaç/ilaçlar için 3 Türk Lirası, ilave her bir kalem/kutu ilaç için 1 Türk Lirası olmak üzere katılım payı uygulamaya SGK yetkili kılınmıştır.

Nitekim 8 Mart 2012 tarihinde ayakta tedavilerde sağlanan ilaçlarda kutu başına 1 TL katılım payı uygulamasına geçilmiş ve aynı tarih itibariyle ayakta tedavilerde muayene katılım payında, reçete ile eczaneye müracaat edilmemesi durumunda yapılan 3 TL lik indirim uygulaması kaldırılarak ikinci basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında 5 TL, özel sağlık kurumlarında 10 TL muayene katılım payı alınmaya başlanmıştır (SGK, 2012b).

Genel sağlık sigortasının yürürlüğe girmesinden itibaren, SGK tarafından muayene katılım paylarına yönelik değişik düzenlemeler yapılmış olup bu düzenlemelerin bir kısmı SGK aleyhine açılan dava neticesinde uygulamadan kaldırılmıştır (Tablo 9).

Tablo 12’de, SGK katılım payı uygulamaları uygulandığı tarihler ile birlikte özet olarak sunulmaktadır.

Tablo 12. 2008-2011 yıllarında SGK muayene katılım payı uygulamaları

Tesis Türü	1/10/2008- 2/6/2009 tarihleri arası	2/6/2009- 18/9/2009 tarihleri arası	18/9/2009- 13/5/2010 tarihleri arası		13/5/2010- 8/3/2012 arası		8/3/2012 sonrası
			Reçete ile eczaneye müracaat		Reçete ile eczaneye müracaat		
			VAR	YOK	VAR	YOK	
Aile Hekimliği	0	0	2	0	0	0	0
Diğer birinci basamak	0	0	2	0	2	0	0
İkinci basamak resmi sağlık kurumları	3	2	8	5	8	5	5
Eğitim ve araştırma hastaneleri	4	2	8	5	8	5	5
Üniversite hastaneleri	6	2	8	5	8	5	5
Özel sağlık kurum ve kuruluşları	10	2	15	12	15	12	12

Kaynak: SGK, 2008a. 2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği. 29 Eylül 2008 tarihli ve 27012 sayılı RG; SGK, 2010a. Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği. 25 Mart 2010 tarihli ve 27532 sayılı RG.

5510 sayılı Kanunun 68 inci maddesinin 25 Haziran 2009 tarihli ve 5917 sayılı Kanunun 40 ıncı maddesi ile değiştirilen yedinci fıkrasında “Katılım paylarını, gelir veya aylık alan kişilerin gelir veya aylıklarından, çalışanların ücret veya maaşlarından mahsup edilmek suretiyle veya eczaneler ile diğer kurum ve kuruluşlar aracılığı ile tahsile ve katılım paylarının ödenme usulünü belirlemeye SGK yetkilidir. Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularına, tahsil ettikleri katılım payı düşüldükten sonra kalan tutar ödenmelidir.” hükmü yer almaktadır.

1 Ocak 2008 tarihinden itibaren ayakta muayene katılım payları, SGK dan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü olduğu kişiler için gelir ve aylıklarından mahsup edilmek suretiyle, diğer kişiler için ise reçete ile ilaç temini için başvuru Kurumla sözleşmeli eczaneler tarafından kişilerden tahsil edilmiştir (SGK, 2008a).

SGK dan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü olduğu kişiler dışında kalan diğer kişilerin muayene katılım payı tahsil yerlerinde değişiklik yapılmış ve 1 Şubat 2009 tarihinden itibaren, özel sağlık kurumlarında yapılan muayenelerde katılım payı bu kurumlar tarafından kişilerden tahsil edilmeye başlanmıştır (SGK, 2009a).

Kişilerin reçete ile eczaneye müracaat etmemesi durumunda muayene katılım payında indirim yapılması uygulamasına göre, reçete ile eczaneye müracaat nedeniyle tahsil edilmesi gerekli görülen 2 TL ve 3 TL, müracaat aşamasında eczanelerden tahsil edilmiştir (SGK, 2009c).

Yeşil alan muayenesi için alınması gereken muayene katılım payı, eczanelerce kişilerden tahsil edilmektedir (SGK, 2012a).

6.2.2.2. İlaç Katılım Payı Uygulamaları

1 Ocak 2008 tarihinden itibaren ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için katılım payı ile tıbbi malzeme katılım payı SGK dan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler için %10, diğer kişiler için %20 oranında uygulanmaktadır (SGK, 2008a; SGK, 2008b).

8 Mart 2012 tarihinden itibaren ilaç kutusu başına katılım payı uygulamasına başlanılmış olup buna göre; her bir reçete için; 3 (üç) kutuya kadar (üç kutu dahil) temin edilen ilaçlar için 3 (üç) TL, 3 (üç) kutuya ilave temin edilen her bir kutu ilaç için 1(bir)

TL, olmak üzere katılım payı alınmaktadır. İlaçların enjekteable formlar ile serum, beslenme ürünleri ve majistraller için kutu sayısına bakılmaksızın her bir kalem 1(bir) kutu olarak değerlendirilmektedir (SGK, 2012b).

1 Ocak 2008 tarihinden itibaren, ilaç katılım payları; SGK dan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü olduğu kişiler için gelir ve aylıklarından mahsup edilmek suretiyle, diğer kişiler için ise SGK ile sözleşmeli eczaneler tarafından kişilerden tahsil edilmektedir (SGK, 2008a; SGK, 2008b; SGK, 2010a).

6.2.2.3. Tıbbi Malzeme Katılım Payı Uygulamaları

Tıbbi malzeme için ödenecek katılım payının tutarı, tıbbi malzemenin alındığı tarihteki brüt asgarî ücretin yüzde yetmişbeşini geçmemekte, yüzde yetmişbeşlik üst sınırın hesaplanmasında her bir tıbbi malzeme bağımsız olarak değerlendirilmektedir (SGK, 2008a; SGK, 2008b).

1 Ekim 2008 tarihinden itibaren;

- Gözlük cam ve çerçevelerde katılım payı, SGK dan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü olduğu kişiler için gelir ve aylıklarından mahsup edilmek suretiyle, diğer kişiler için ise Kurumla sözleşmeli optisyenlik müessesesi tarafından kişilerden,

- SGK ile sözleşmeli sağlık kurum veya kuruluşlarınca yapılan ağız protezi katılım payları, sağlık kurum veya kuruluşlarınca kişilerden, SGK ile sözleşmesiz; serbest dişhekimlikleri ile sağlık kurum veya kuruluşlarında yaptırılan ağız protezi katılım payları, sosyal güvenlik il müdürlüklerince/ sosyal güvenlik merkezlerince ödeme aşamasında kişilerden,

- Kişilerce temin edilen ve SUT hükümleri gereği katılım payı tahsil edilmesi gereken tıbbi malzemeler için katılım payı, Sosyal güvenlik il müdürlüklerince/ sosyal güvenlik merkezlerince ödeme aşamasında kişilerden,

tahsil edilmektedir (SGK, 2008a; SGK, 2010a; SGK, 2011).

Sağlık kurumlarınca temin edilen tıbbi malzemeler için katılım payı, tıbbi malzemeyi temin eden sağlık kurumlarınca kişilerden tahsil edilmektedir (SGK, 2008b; SGK, 2010a).

6.2.2.4. Üremeye Yardımcı Tedavi Katılım Payı Uygulamaları

Yardımcı üreme yöntemleri için birinci denemede %30, ikinci denemede % 25, Embriyo freezing işlemi için de %30 oranında katılım payı tahsil edilmektedir (SGK, 2008a; SGK, 2010a).

Üremeye yardımcı tedavi (tüp bebek) katılım payı tedavinin yapıldığı merkez tarafından kişilerden tahsil edilmektedir (SGK, 2008b; SGK, 2010a).

BÖLÜM VII. ÇALIŞMANIN YÖNTEMİ

7.1. Çalışmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, Türkiye’de muayene katılım payı uygulamalarının sağlık hizmeti müracaatlarına ve sağlık harcamalarına etkisinin değerlendirilmesidir. Çalışmada Türkiye’de 2008-2011 yılları arasında sağlık tesislerine göre farklı oranlarda uygulanan ayaktan tedavi katılım payı uygulamalarının hizmet talebi, sağlık harcamaları ve ilaç harcamaları üzerindeki etkilerinin belirlenmesi hedeflenmiştir.

7.2. Çalışmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın verileri SGK kaynaklarından elde edilmiştir.

Çalışmanın evrenini 2008-2011 yılları arasında Türkiye genelindeki üniversite hastanelerine, Sağlık Bakanlığı hastanelerine, özel hastanelere ve eczanelere yapılan müracaatlar oluşturmaktadır. Çalışmada örneklem seçilmemiş, analize uygun olan tüm müracaatlar çalışma kapsamına alınmıştır.

7.3. Çalışmada Kullanılan Değişkenler

Türkiye’de 2008-2011 yılları arasında uygulanan katılım paylarının hastane ve eczane müracaatlarına ve sağlık harcamalarına etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki değişkenler incelenmiştir.

- Sağlık hizmeti sunucusunun mülkiyet durumu
- Sağlık hizmeti sunucusunun tesis türü
- Müracaat sayıları
- Müracaat türü
- Müracaat edilen ay
- Sağlık hizmeti sunucusunun faaliyet gösterdiği il
- Fatura tutarları
- SGK kapsamında yer alan nüfus
- Tedavi türüne göre reçete sayıları
- Tedavi türüne göre reçete tutarları

7.4. Verilerin Analizinde Kullanılan Yöntemler

Ayaktan tedavide katılım payı uygulamalarının hastane ve eczaneye müracaat ve sağlık harcamalarına etkisini değerlendirmek amacıyla retrospektif araştırma sonucu toplanan verilerden araştırma kapsamına alınan hastalar ile ilgili SPSS 18.0 paket programında istatistiksel analizler yapılmıştır.

Hasta müracaatlarının dağılımına ilişkin bulgular bölümünde;

- Sağlık tesislerine göre hasta müracaat sayıları ve fatura tutarları,

- Sağlık tesislerine göre hasta müracaatı başına ortalama maliyet,
- Yıllara göre ayakta, yatarak ve g n birlilik müracaat sayıları ve fatura tutarları,

frekans dağılımları oluşturulmuştur.

- Sağlık tesislerine göre müracaat sayılarının bir önceki yıla göre değişim oranlarını,

- Ayakta, yatarak ve g n birlilik müracaat sayılarının bir önceki yıla göre değişim oranlarını,

- Ayakta, yatarak ve g n birlilik müracaat sayılarının toplam ayakta müracaat sayıları içindeki oranlarını,

gösterir tablolar oluşturulmuştur.

Ayrıca yıllara göre ve her yıl için sağlık tesislerine göre ayakta, yatarak ve g n birlilik müracaat sayılarında ve fatura tutarlarında farklılık olup olmadığını belirlemek için tek yönlü varyans analizi yapılmıştır.

Hasta müracaatları ile SGK kapsamı ilişkisine yönelik bulgular bölümünde;

- İllere göre SGK kapsamı, 2008-2011 frekans dağılımını oluşturulmuştur.

Ayrıca yıllara göre illerin müracaat sayıları/SGK kapsamı oranında farklılık olup olmadığını belirlemek için tek yönlü varyans analizi yapılmıştır.

Reçete tutarlarına ilişkin bulgular bölümünde;

- Yıllara göre reçete sayıları,
- Yıllara göre reçete tutarları,
- Yıllara göre reçete başı ortalama maliyet,

frekans dağılımı oluşturulmuştur.

- Reçete sayılarının bir önceki yıla göre değişim oranlarını,
- Yıllara göre 100 ayakta müracaat başına düşen ayakta reçete sayılarını,
- 2009-2010 yılları ilk altışar aylık dönemler için 100 ayakta müracaat başına düşen ayakta reçete sayılarını,

gösterir tablolar oluşturulmuştur.

Ayrıca ayakta tedavide katılım payı uygulamasının değişim tarihlerine göre ve ayakta ve yatarak tedavi türlerine göre Türkiye genelinde reçete adetleri ve tutarlarını karşılaştırmak amacıyla 3 grup olan ayakta tedavide katılım payı uygulamasının değişim tarihleri Tek Yönlü Varyans Analizi ile diğer değişken ise 2 grup olduğu için Bağımsız 2 Örneklem T-Testi ile analiz edilmiştir.

BÖLÜM VIII. BULGULAR

8.1. Hasta Müracaatlarının Dağılımına İlişkin Bulgular

Tablo 13. Sağlık Tesislerine Göre Hasta Müracaat Sayıları Dağılımı, 2008-2011 (Bin Adet)

	2008	2009	2010	2011
Devlet 2. Basamak Sağlık Tesisleri	116.289	128.796	145.290	157.788
Devlet 3. Basamak Sağlık Tesisleri	29.312	36.188	40.079	46.347
Özel - 2. Basamak Sağlık Tesisleri	56.985	66.194	71.171	85.271
Üniversite Sağlık Tesisleri	14.344	15.964	21.093	25.189
Toplam	216.930	247.142	277.634	314.594

Kaynak: SGK 2012 Şubat Ayı İstatistik Bülteni

Tablo 14. Sağlık Tesislerine Göre Müracaat Sayılarının Bir Önceki Yıla Göre Değişim Oranları

	2009	2010	2011
Devlet 2. Basamak Sağlık Tesisleri	10,76%	12,81%	8,60%
Devlet 3. Basamak Sağlık Tesisleri	23,46%	10,75%	15,64%
Özel - 2. Basamak Sağlık Tesisleri	16,16%	7,52%	19,81%
Üniversite Sağlık Tesisleri	11,29%	32,13%	19,42%
Toplam	13,93%	12,34%	13,31%

Kaynak: SGK 2012 Şubat Ayı İstatistik Bülteni

Tablo 13 ve 14’de 2008-2011 yılları arasında toplam hasta müracaatlarında artış olduğu, 2011 yılında artışın en fazla özel sağlık kurumlarında ve üniversite sağlık tesislerinde görüldüğü, özel sağlık kurumlarında ve 3. basamak devlet sağlık tesislerinde 2010 yılında gerçekleşen artışın, 2009 yılındaki artıştan daha az olduğu, 2010 yılında artışın en az özel 2. basamak sağlık tesislerinde gerçekleştiği görülmektedir.

Tablo 15. Tesis Türüne Göre Ayakta Müracaat Sayılarının Toplam Ayakta Müracaat Sayısı İçindeki Oranı

	2008	2009	2010	2011
Devlet 2. Basamak Sağlık Tesisleri	53,46%	52,05%	52,61%	51,49%
Devlet 3. Basamak Sağlık Tesisleri	13,79%	14,82%	14,38%	14,47%
Özel - 2. Basamak Sağlık Tesisleri	26,49%	27,06%	25,88%	26,84%
Üniversite Sağlık Tesisleri	6,27%	6,06%	7,13%	7,20%

Kaynak: SGK verileri.

Tablo 15’de 2008-2011 yılları arasında en yüksek ayakta müracaat oranının, 2. basamak devlet sağlık tesislerinde (ortalama %52,40) ve özel sağlık tesislerinde olduğu (ortalama %26,56) ve bu oranlarda yıllar itibariyle anlamlı bir değişiklik olmadığı görülmüştür.

Tablo 16. Sağlık Tesislerine Göre Hasta Fatura Tutarları Dağılımı, 2008-2011 (Bin TL, KDV Hariç)

	2008	2009	2010	2011	Değişim Oranı (2010-2011)
Devlet 2. Basamak Sağlık Tesisleri	4.774.498	5.356.956	6.313.631	7.314.513	15,85
Devlet 3. Basamak Sağlık Tesisleri	2.264.956	2.828.865	3.381.379	4.085.673	20,83

Özel - 2. Basamak Sağlık Tesisleri	4.178.173	4.536.981	5.144.970	6.184.346	20,20
Üniversite Sağlık Tesisleri	2.553.808	2.930.342	3.648.406	4.282.934	17,39
Toplam	13.771.434	15.653.143	18.488.386	21.867.467	18,28

Kaynak: SGK 2012 Şubat Ayı İstatistik Bülteni

Tablo 16’da hasta müracaatlarındaki artışa paralel olarak hasta fatura tutarlarının da arttığı, bu artışın en fazla 3. basamak devlet sağlık kurumlarında ve özel sağlık tesislerinde olduğu görülmektedir.

Tablo 17. Sağlık Tesislerine Göre Hasta Müracaatı Başına Ortalama Maliyet Dağılımı, 2008-2011 (TL)

	2008	2009	2010	2011	Değişim Oranı (2010-2011)
Devlet 2. Basamak Sağlık Tesisleri	41,06	41,59	43,46	46,36	6,67
Devlet 3. Basamak Sağlık Tesisleri	77,27	78,17	84,37	88,15	4,48
Özel - 2. Basamak Sağlık Tesisleri	73,32	68,54	72,29	72,53	0,33
Üniversite Sağlık Tesisleri	178,04	183,56	172,97	170,03	-1,70
Toplam	63,48	63,34	66,59	69,51	4,39

Kaynak: SGK 2012 Şubat Ayı İstatistik Bülteni

Tablo 17’de hasta müracaatı başına ortalama maliyetin tüm yıllar için en yüksek üniversite sağlık tesislerinde olduğu, en düşük ise 2. basamak devlet sağlık tesislerinde olduğu görülmektedir. 2008-2011 yılları arasında değişimleri incelendiğinde özel sağlık tesislerinde 2009 yılında düşüş olduğu, üniversite sağlık tesislerinde 2008’den 2009’a arttığı ancak sonrasında düşüş olduğu, 2. ve 3. basamak devlet sağlık tesislerinde ise 2008’den 2011’e her yıl artış olduğu görülmektedir.

Tablo 18. Yıllara Göre Ayaktan, Yatarak ve Günübirlük Müracaat Sayıları

	2008	2009	2010	2011
Ayakta	206.806.774	234.820.710	262.051.409	295.292.374
Yatarak	9.365.892	7.961.324	7.903.813	9.078.232
Diğer	757.441	1.072.549	871.408	1.155.748
Günübirlük	0	3.287.768	6.806.961	9.499.862
Toplam	216.930.107	247.142.351	277.633.591	315.026.216

Kaynak: SGK 2011 Kasım Ayı İstatistik Bülteni; SGK verileri.

Tablo 18’de görüldüğü gibi tüm yıllarda tüm müracaat sayıları içerisinde en önemli payı ayaktan müracaatlar oluşturmakta ve yıllar itibariyle artış göstermektedir. 2008 yılı verilerinde günübirlük müracaatlar kaydedilmediği için Tablo 18’de “0” olarak yer almaktadır.

Tablo 19. Türüne Göre Müracaat Sayılarının Bir Önceki Yıla Göre Değişim Oranları

	2009	2010	2011
Ayakta	13,55%	11,60%	12,68%
Yatarak	-15,00%	-0,72%	14,86%
Diğer	41,60%	-18,75%	32,63%
Günübirlük	0,00%	107,04%	39,56%
Toplam	13,93%	12,34%	13,47%

Kaynak: SGK 2011 Kasım Ayı İstatistik Bülteni; SGK verileri.

Tablo 19’da 2008-2011 yılları arasında ayakta müracaat sayılarında artış olduğu, 2010 ve 2011 yıllarındaki artışın 2009 yılına göre daha düşük olduğu görülmektedir. 2008

yılı verilerinde günübirlik müracaatlar kaydedilmediği için Tablo 19’da “0” olarak yer almaktadır.

Tablo 20. Türüne Göre Müracaat Sayılarının Toplam Müracaat İçindeki Oranları

	2008	2009	2010	2011
Ayakta	95,33%	95,01%	94,39%	93,74%
Yatarak	4,32%	3,22%	2,85%	2,88%
Diğer	0,35%	0,43%	0,31%	0,37%
Günübirlik	0,00%	1,33%	2,45%	3,02%

Kaynak: SGK 2011 Kasım Ayı İstatistik Bülteni; SGK verileri.

Tablo 20’de toplam müracaatların ortalama %95 ini ayakta müracaatların oluşturduğu görülmektedir. 2008-2011 arasında ayakta müracaatların toplam müracaat içindeki oranında, sadece %1,59 düşme olduğu görülmüştür. 2008 yılı verilerinde günübirlik müracaatlar kaydedilmediği için Tablo 20’de “0” olarak yer almaktadır.

Tablo 21. Yıllara Göre Ayaktan, Yatarak ve Günübirlik Müracaatlara Ait Fatura Tutarları (KDV Hariç)

	2008	2009	2010	2011
Ayakta	7.056.678.003	7.763.182.431	9.087.360.170	10.624.623.357
Yatarak	6.463.523.210	6.337.802.081	7.253.539.877	8.468.616.603
Diğer	251.233.248	478.447.817	379.482.819	481.248.285
Günübirlik	0	1.073.711.095	1.877.676.041	2.181.515.005
Fatura Tutarı Toplam	13.771.434.461	15.653.143.423	18.598.058.907	21.756.003.249

Kaynak: SGK, 2011. Kasım Ayı İstatistik Bülteni; SGK verileri.

Tablo 21’de görüldüğü gibi hasta müracaatlarına paralel olarak ayaktan fatura tutarları tüm yıllar içinde en önemli paya sahiptir. Ancak yatarak tedaviler hasta müracaatları içerisinde %2-3 civarında bir yer kaplamasına rağmen yatarak tedavilerin fatura tutarları tüm yıllarda %40 civarında bir paya sahiptir. 2008 yılı verilerinde günübirlik müracaatlar kaydedilmediği için Tablo 21’de “0” olarak yer almaktadır.

Tablo 22’de yıllara göre ayakta, yatarak ve günübirlik müracaat sayılarının ortalama ve standart sapma değerleri yer almaktadır.

Tablo 22. Yıllara Göre Ayakta, Yatarak ve Günübirlik Müracaat Sayıları Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

		Sayı	Ortalama	Standart Sapma
Ayakta müracaatlar	2008	5.835	32.134,03	80.711,94
	2009	6.834	33.886,16	87.423,03
	2010	6.759	38.739,59	95.412,69
	2011	6.675	44.100,60	106.155,45
Yatarak müracaatlar	2008	5.060	1.666,66	3.858,28
	2009	4.416	1.771,58	4.126,44
	2010	3.711	2.127,23	4.385,90
	2011	3.722	2.418,03	4.950,08
Diğer müracaatlar	2008	2.635	250,25	619,37
	2009	2.597	224,14	535,32
	2010	2.981	224,69	464,31
	2011	3.917	296,05	608,09
Günübirlik müracaatlar	2008	0		
	2009	3.884	842,74	1.738,21
	2010	5.350	1.272,68	2.631,52
	2011	5.430	1.730,69	3.878,20
Toplam müracaatlar	2008	6.755	29.103,59	78.867,00
	2009	7.795	31.206,75	86.357,52
	2010	7.731	35.857,42	94.908,55
	2011	7.654	41.017,25	106.366,75

Yıllara göre müracaat sayılarında farklılık olup olmadığını belirlemek için Tek Yönlü Varyans Analizi yapılmıştır. Öncelikle değişkenler için varyansların homojenliği test edilmiş, değişkenlerin homojen olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Varyansların homojenliği sağlanamadığı için ikili karşılaştırmalarda Tamhane's T testi kullanılmıştır. Analiz sonuçlarına göre tüm müracaatlarda yıllara göre farklılık görülmektedir. Toplam müracaat sayılarındaki farklılıklar detaylı incelendiğinde 2010 ve 2011 yıllarındaki müracaat sayısının diğer yıllara göre ciddi farklılık gösterdiği, 2010 ve 2011'de hasta müracaatlarının diğer yıllara nazaran daha yüksek olduğu belirlenmiştir. (Tablo 22) 2008 yılı verilerinde gününbirlik müracaatlar kaydedilmediği için Tablo 22'de "0" olarak yer almaktadır.

Tablo 23'de yıllara göre ayakta, yatarak ve gününbirlik müracaat fatura tutarlarının ortalama ve standart sapma değerleri yer almaktadır.

Tablo 23. Yıllara Göre Ayakta, Yatarak ve Gününbirlik Müracaat Fatura Tutarları Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

		Sayı	Ortalama	Standart Sapma
Ayakta müracaat fatura tutarı	2008	5.835	1.091.550,86	2.968.707,06
	2009	6.834	1.132.027,20	3.169.745,60
	2010	6.759	1.344.838,00	3.584.188,65
	2011	6.675	1.606.460,77	4.116.338,29
Yatarak müracaat fatura tutarı	2008	5.060	1.143.461,29	3.401.381,72
	2009	4.416	1.415.429,15	4.008.472,24
	2010	3.711	1.952.707,47	5.073.526,28
	2011	3.722	2.275.430,18	5.626.993,52
Diğer müracaat fatura tutarı	2008	2.635	83.476,77	218.759,40
	2009	2.597	112.776,40	371.704,26
	2010	2.981	95.325,43	322.924,52
	2011	3.917	122.439,04	372.600,70

Günübirlik müracaat fatura tutarı	2008	0		
	2009	3.884	273.194,44	718.905,44
	2010	5.350	348.752,67	859.067,29
	2011	5.430	410.485,70	981.092,73
Toplam müracaat fatura tutarı	2008	6.755	1.831.987,35	5.594.466,70
	2009	7.795	1.968.027,76	6.197.495,98
	2010	7.731	2.391.184,74	7.344.815,54
	2011	7.654	2.861.354,53	8.450.852,59

Yıllara göre müracaat fatura tutarlarında farklılık olup olmadığını belirlemek için Tek Yönlü Varyans Analizi yapılmıştır. Öncelikle değişkenler için varyansların homojenliği test edilmiş, değişkenlerin homojen olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Analiz sonuçlarına göre tüm müracaatlara ait fatura tutarları yıllara göre farklılık göstermektedir. Özellikle toplam fatura tutarındaki yıllara göre farklılık detaylı incelendiğinde 2009 ve 2011 yıllarında diğer yıllara göre ciddi farklılık gösterdiği, bu yıllardaki hasta fatura tutarlarının bir önceki yıllarına göre daha yüksek olduğu ve bu yükselişin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. 2008 yılı verilerinde günübirlik müracaatlar kaydedilmediği için Tablo 23’de “0” olarak yer almaktadır.

Tablo 24’de her yıl için tesislere göre müracaat sayıları karşılaştırmaları verilmiştir.

Tablo 24. 2008 Yılı Tesislere Göre Müracaat Sayıları Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

		Sayı	Ortalama	Standart Sapma
Ayakta müracaatlar	SB 2.BASAMAK	2.917	34.508,40	69.316,50
	SB 3.BASAMAK	150	171.147,44	277.440,69
	ÖZEL	2.246	22.029,02	62.611,21
	ÜNİVERSİTE	522	22.398,03	31.913,02

Yatarak müracaatlar	SB 2.BASAMAK	1.997	1.741,18	2.447,30
	SB 3.BASAMAK	150	8.091,49	11.923,57
	ÖZEL	2.438	1.031,24	3.314,70
	ÜNİVERSİTE	475	2.585,81	4.058,46
Diğer müracaatlar	SB 2.BASAMAK	1.409	329,70	736,29
	SB 3.BASAMAK	104	604,73	1.050,53
	ÖZEL	757	81,11	246,71
	ÜNİVERSİTE	365	193,30	342,29
Toplam müracaatlar	SB 2.BASAMAK	2.923	35.786,07	71.208,38
	SB 3.BASAMAK	150	179.658,21	289.438,91
	ÖZEL	3.125	16.656,88	56.555,30
	ÜNİVERSİTE	557	23.322,41	35.116,99

2008 yılında tesislere göre müracaat sayılarında farklılık olup olmadığını belirlemek için Tek Yönlü Varyans Analizi yapılmıştır. Öncelikle değişkenler için varyansların homojenliği test edilmiş, değişkenlerin hiçbirinde varyansların homojen olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Varyansların homojenliği sağlanamadığı için ikili karşılaştırmalar için Tamhane's T testi kullanılmıştır. Analiz sonuçlarına göre tüm müracaatlarda tesis türüne göre farklılık olduğu belirlenmiştir. Toplam müracaat sayılarındaki farklılıklar detaylı incelendiğinde sağlık bakanlığı 2. Basamak sağlık kurumlarına müracaatların özel ve üniversite sağlık tesislerine müracaatlara göre daha fazla olduğu ve üniversite hastanelerine yapılan müracaat sayısının özel kurumlara göre daha fazla olduğu belirlenmiştir ($F=46,020$; $p=0,000$).

Tablo 25. 2009 Yılı Tesislere Göre Müracaat Sayıları Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

		Sayı	Ortalama	Standart Sapma
Ayakta müracaatlar	SB 2.BASAMAK	3.398	35.683,81	71.317,58
	SB 3.BASAMAK	203	168.034,38	301.714,35
	ÖZEL	2.623	23.736,28	67.095,88
	ÜNİVERSİTE	610	22.874,09	34.970,96

Yatarak müracaatlar	SB 2.BASAMAK	2.166	1.507,59	2.081,37
	SB 3.BASAMAK	203	6.644,39	11.849,32
	ÖZEL	1.544	1.330,75	4.202,26
	ÜNİVERSİTE	503	2.294,94	3.085,34
Diğer müracaatlar	SB 2.BASAMAK	1.222	183,08	421,62
	SB 3.BASAMAK	164	608,54	1.057,82
	ÖZEL	800	120,43	376,39
	ÜNİVERSİTE	411	394,70	670,71
Günübirlik müracaatlar	SB 2.BASAMAK	1.275	1.066,20	1.707,60
	SB 3.BASAMAK	129	2.686,35	5.020,84
	ÖZEL	2.136	587,80	1.189,10
	ÜNİVERSİTE	344	906,14	1.814,48
Toplam müracaatlar	SB 2.BASAMAK	3.400	37.088,87	73.518,50
	SB 3.BASAMAK	203	176.877,49	316.870,44
	ÖZEL	3.546	18.518,56	61.681,35
	ÜNİVERSİTE	646	24.119,94	38.481,77

2009 yılında tesislere göre müracaat sayılarında farklılık olup olmadığını belirlemek için Tek Yönlü Varyans Analizi yapılmıştır. Öncelikle değişkenler için varyansların homojenliği test edilmiş, varyansların homojen olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu nedenle ikili karşılaştırmalar için Tamhane's T testi kullanılmıştır. Analiz sonuçlarına göre tüm müracaatlarda tesis türüne göre farklılık olduğu belirlenmiştir. Toplam müracaat sayılarındaki farklılıklar detaylı incelendiğinde 2. Basamak devlet sağlık kurumlarına yapılan müracaatların özel ve üniversite sağlık tesislerine göre daha fazla olduğu ve üniversite hastanelerine yapılan müracaat sayısının özel sağlık tesislerine göre daha fazla olduğu belirlenmiştir (F=48,226; p=0,000).

Tablo 26. 2010 Yılı Tesislere Göre Müracaat Sayıları Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

		Sayı	Ortalama	Standart Sapma
Ayakta müracaatlar	SB 2.BASAMAK	3.272	42.295,71	81.133,37
	SB 3.BASAMAK	213	175.875,32	324.179,97
	ÖZEL	2.607	25.856,14	67.168,73
	ÜNİVERSİTE	667	27.857,43	45.758,03
Yatarak müracaatlar	SB 2.BASAMAK	2.054	1.585,45	1.896,74
	SB 3.BASAMAK	213	5.953,71	10.127,27
	ÖZEL	948	2.303,71	6.027,60
	ÜNİVERSİTE	496	2.390,32	2.858,61
Diğer müracaatlar	SB 2.BASAMAK	1.284	232,29	400,82
	SB 3.BASAMAK	165	780,85	1.094,59
	ÖZEL	1.128	82,95	245,39
	ÜNİVERSİTE	404	369,13	471,93
Günübirlik müracaatlar	SB 2.BASAMAK	1.826	1.745,48	2.401,50
	SB 3.BASAMAK	207	5.008,54	8.145,67
	ÖZEL	2.792	641,40	1.125,36
	ÜNİVERSİTE	525	1.512,46	3.049,52
Toplam müracaatlar	SB 2.BASAMAK	3.272	44.356,23	84.286,18
	SB 3.BASAMAK	213	187.301,37	342.460,62
	ÖZEL	3.543	20.173,65	62.245,54
	ÜNİVERSİTE	703	29.459,00	50.393,58

2010 yılında tesislere göre müracaat sayılarında farklılık olup olmadığını belirlemek için Tek Yönlü Varyans Analizi yapılmıştır. Öncelikle değişkenler için varyansların homojenliği test edilmiş, varyansların homojen olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu nedenle ikili karşılaştırmalar için Tamhane's T testi kullanılmıştır. Analiz sonuçlarına göre tüm müracaatlarda tesis türüne göre farklılık olduğu belirlenmiştir. Toplam müracaat sayılarındaki farklılıklar detaylı incelendiğinde 2. Basamak devlet sağlık tesislerine yapılan müracaat sayısının özel ve üniversite sağlık tesislerine göre daha fazla

olduğu ve üniversite hastanelerine yapılan müracaat sayısının özel sağlık tesislerine göre daha fazla olduğu belirlenmiştir (F=49,137; p=0,000).

Tablo 27. 2011 Yılı Tesislere Göre Müracaat Sayıları Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

		Sayı	Ortalama	Standart Sapma
Ayaktan müracaatlar	SB 2.BASAMAK	3188	47.647,36	90.790,02
	SB 3.BASAMAK	237	178.918,57	340.092,24
	ÖZEL	2559	30.838,57	76.230,99
	ÜNİVERSİTE	691	30.610,87	51.840,03
Yatarak müracaatlar	SB 2.BASAMAK	1982	1.792,11	2.144,49
	SB 3.BASAMAK	237	5.841,24	10.207,60
	ÖZEL	977	2.829,33	7.098,83
	ÜNİVERSİTE	526	2.470,17	2.951,07
Diğer müracaatlar	SB 2.BASAMAK	1616	366,05	624,83
	SB 3.BASAMAK	220	939,05	1.314,96
	ÖZEL	1589	112,05	358,71
	ÜNİVERSİTE	492	372,91	400,96
Günübirlik müracaatlar	SB 2.BASAMAK	1931	2.572,48	3.741,76
	SB 3.BASAMAK	237	6.444,24	12.292,40
	ÖZEL	2729	734,73	1.329,73
	ÜNİVERSİTE	533	1.684,42	3.006,02
Toplam müracaatlar	SB 2.BASAMAK	3188	50.510,56	95.120,72
	SB 3.BASAMAK	237	192.077,44	362.962,12
	ÖZEL	3503	23.940,42	70.857,44
	ÜNİVERSİTE	726	32.414,18	56.383,61

2011 yılında tesislere göre müracaat sayılarında farklılık olup olmadığını belirlemek için Tek Yönlü Varyans Analizi yapılmıştır. Öncelikle değişkenler için varyansların homojenliği test edilmiş, varyansların homojen olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu nedenle ikili karşılaştırmalar için Tamhane's T testi kullanılmıştır. Analiz sonuçlarına göre tüm müracaatlarda tesis türüne göre farklılık olduğu belirlenmiştir. Toplam müracaat sayılarındaki farklılıklar detaylı incelendiğinde 2. Basamak devlet sağlık tesislerine yapılan müracaat sayısının özel ve üniversite sağlık tesislerine göre daha fazla

olduğu ve üniversite hastanelerine yapılan müracaat sayısının özel sağlık tesislerine göre daha fazla olduğu belirlenmiştir (F=48,871; p=0,000).

8.2. Hasta Müracaatları ile SGK Kapsamı İlişkisine Yönelik Bulgular

Tablo 28’de illerin müracaat sayılarının SGK kapsamına oranına göre yıllar içinde farklılık olup olmadığı değerlendirilmiştir.

Tablo 28. Yıllara Göre İllerin Müracaat Sayıları/SGK Kapsamı Oranına İlişkin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

		Sayı	Ortalama	Standart sapma
Ayaktan müracaatların SGK kapsamına oranı	2008	81	3,13	0,69
	2009	81	3,95	0,78
	2010	81	4,44	0,73
	2011	81	4,73	0,76
Yatarak müracaatların SGK kapsamına oranı	2008	81	0,13	0,05
	2009	81	0,13	0,05
	2010	81	0,13	0,05
	2011	81	0,14	0,06
Diğer müracaatların SGK kapsamına oranı	2008	81	0,01	0,01
	2009	81	0,01	0,00
	2010	81	0,01	0,01
	2011	81	0,02	0,01
Günübirlik müracaatların SGK kapsamına oranı	2008	81	0,00	0,00
	2009	81	0,06	0,04
	2010	81	0,12	0,08
	2011	81	0,17	0,11
Toplam müracaatların SGK kapsamına oranı	2008	81	3,27	0,72
	2009	81	4,14	0,82
	2010	81	4,70	0,79
	2011	81	5,07	0,84

Yıllara göre müracaatların SGK kapsamına oranında farklılık olup olmadığını belirlemek için Tek Yönlü Varyans Analizi yapılmıştır. Öncelikle değişkenler için varyansların homojenliği test edilmiş, diğer ve günübürlük müracaatların SGK kapsamına oranı değişkenlerinde varyansların homojen olmadığı, diğerlerinde olduğu belirlenmiştir. Varyansların homojenliğinin sağlanamadığı değişkenler için ikili karşılaştırmalarda Tamhane's T testi, diğerlerinde Bonferroni testi kullanılmıştır. Analiz sonuçlarına göre yatarak müracaatların SGK kapsamına oranı hariç diğerleri yıllara göre farklılık göstermektedir. Toplam müracaatların SGK kapsamına oranı açısından değerlendirme yapıldığında oranın 2008-2011 arasında ciddi bir şekilde arttığı fark edilmektedir ve tüm yıllardaki artış farkı istatistiksel olarak anlamlıdır (F=78,019; p=0,000).

8.3. Reçete Tutarlarına İlişkin Bulgular

Tablo 29'da 2008-2011 yılları arasında kamu kurumlarına göre reçete sayıları, Tablo 30'da reçete sayılarının bir önceki yıla göre değişim oranları, Tablo 31'de yıllara göre 100 ayakta müracaat başına düşen reçete sayıları, Tablo 32'de 2009-2010 yılları aylara göre 100 ayakta müracaat başına düşen ayakta reçete sayıları gösterilmektedir.

Tablo 29. Yıllara Göre Reçete Sayıları (Bin Adet)

	2008	2009	2010	2011
SGK	240.453	267.400	272.296	304.118
DEVLET MEMURLARI	19.667	19.487	0	0
YEŞİL KART	42.292	40.114	34.164	35.499
TOPLAM KAMU	302.412	327.001	306.461	339.617

Kaynak: SGK, 2012. Şubat Ayı İstatistik Bülteni

Tablo 30. Reçete Sayılarının Bir Önceki Yıla Göre Değişim Oranı

	2009	2010	2011
SGK	11,21%	1,83%	11,69%
DEVLET MEMURLARI	-0,92%		
YEŞİL KART	-5,15%	-14,83%	3,91%
TOPLAM KAMU	8,13%	-6,28%	10,82%

Kaynak: SGK, 2012. Şubat Ayı İstatistik Bülteni

Tablo 29 ve Tablo 30’da SGK reçete sayısının 2008-2011 yılları arasında arttığı görülmektedir.

Tablo 31. Yıllara Göre 100 Ayakta Müracaat Başına Düşen Reçete Sayısı

2008	2009	2010	2011
75,73	71,46	59,83	53,80

Kaynak: SGK verileri.

Tablo 31’de 100 ayakta müracaat başına düşen ayakta reçete sayılarının yıllar itibariyle azaldığı görülmektedir.

Tablo 32. 2009-2010 Yılları Aylara Göre 100 Ayakta Müracaat Başına Düşen Ayakta Reçete Sayıları

YIL	OCAK	ŞUBAT	MART	NİSAN	MAYIS	HAZİRAN
2009	80	74	80	68	68	70
2010	63	61	68	64	63	56

Kaynak: SGK verileri.

Tablo 32’de, 2009 yılı ilk altı ay ile 2010 yılı ilk altı ay reçete sayıları karşılaştırıldığında 2010 yılı tüm aylarda, 100 ayakta müracaat başına düşen ayakta reçete sayılarında 2009 yılına göre azalma olduğu görülmektedir.

Tablo 33’de 2008-2011 yılları arasında kamu kurumlarına göre reçete tutarları gösterilmektedir.

Tablo 33. Yıllara Göre Reçete Tutarları (Bin TL)

	2008	2009	2010	2011
SGK	10.974.964	13.583.240	13.404.428	13.769.525
DEVLET MEMURLARI	713.703	817.477	0	0
YEŞİL KART	1.357.889	1.604.675	1.493.027	1.518.536
TOPLAM KAMU	13.046.556	16.005.392	14.897.455	15.288.061

Kaynak: SGK, 2012. Şubat Ayı İstatistik Bülteni

Tablo 33’de görüldüğü gibi SGK reçete sayılarındaki 2008-2009 arası artış tutarlara da yansımış, ancak 2010 yılı reçete tutarları düşüş göstermiştir.

Tablo 34’de 2008-2011 yılları arasında kamu kurumlarına göre reçete başı ortalama maliyetler gösterilmektedir.

Tablo 34. Yıllara Göre Reçete Başı Ortalama Maliyet (TL)

	2008	2009	2010	2011
SGK	45,64	50,80	49,23	45,28
Devlet Memurları	36,29	41,95	0	0,00
Yeşil Kart	32,11	40,00	43,70	42,78
Toplam Kamu	43,14	48,95	48,61	45,02

Kaynak: SGK, 2012. Şubat Ayı İstatistik Bülteni

Tablo 34’de görüldüğü gibi reçete başı ortalama maliyet 2009-2010 döneminde artmış, 2011’de azalmıştır.

Tablo 35’de ayakta tedavide katılım payı uygulamasının değişim tarihlerine göre Türkiye genelinde reçete adetleri ve tutarları ortalama ve standart sapma değerleri gösterilmiştir.

Tablo 35. Ayakta Tedavide Katılım Payı Uygulamasının Değişim Tarihlerine Göre Türkiye Genelinde Reçete Adetleri ve Tutarları Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

		Sayı	Ortalama	Standart sapma
REÇETE ADEDİ	Ekim2008- Haziran 2009	20.397	20.273	97.478
	Haziran 2009-Ekim 2009 arası	7.423	13.417	76.075
	Ekim 2009 sonrası	5.737	13.571	83.724
	Toplam	33.557	17.611	90.911
REÇETE TUTARI	Ekim2008- Haziran 2009	20.397	903.217	3.491.020
	Haziran 2009-Ekim 2009 arası	7.423	676.399	3.165.540
	Ekim 2009 sonrası	5.737	675.290	3.374.930
	Toplam	33.557	814.076	3.403.430

Ayakta tedavide katılım payı uygulamasının değişim tarihlerine göre reçete adetleri ve tutarlarında farklılık olup olmadığını belirlemek için Tek Yönlü Varyans Analizi yapılmıştır. Öncelikle değişkenler için varyansların homojenliği test edilmiş, ikisinde de varyansların homojenliği sağlanamadığı için ikili karşılaştırmalar için Tamhane’s T testi kullanılmıştır. Analiz sonuçlarına göre ayakta tedavide katılım payı uygulamasının değişim tarihlerine göre reçete adetleri ve tutarlarında farklılık görülmektedir (Sırasıyla $F=22,338$; $p=0,000$ ve $F=17,857$; $p=0,000$). Reçete adetlerindeki farklılıklar detaylı incelendiğinde Ekim 2008- Haziran 2009 döneminde reçete sayılarının izleyen diğer 2 döneme göre daha fazla olduğu belirlenmiştir. Reçete tutarları açısından da aynı sonuca ulaşılmıştır.

Tablo 36’da ayakta ve yatarak tedavi gören hastaların reçete adetleri ve tutarları ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir.

Tablo 36. Ayaktan ve Yatarak Tedavi Gören Hastaların Reçete Adetleri ve Tutarları Ortalama Ve Standart Sapma Değerleri

		Sayı	Ortalama	Standart sapma
REÇETE ADEDİ	Ayaktan	25.441	22.330	101.812
	Yatarak	7.854	2.558	37.190
REÇETE TUTARI	Ayaktan	25.441	1.042.900	3.841.650
	Yatarak	7.854	91.625	974.993

Ayaktan ve yatarak tedavilerde reçete adedi ve tutarında farklılık olup olmadığını belirlemek için Bağımsız 2 Örneklem T-Testi uygulanmıştır. Analiz sonuçlarına göre ayakta ve yatarak tedavilerde reçete adedinin ($t=25,882$; $p=0,000$) ve reçete tutarının ($t=35,926$; $p=0,000$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olduğu; ayakta tedavilerde reçete adedinin ve tutarının daha fazla olduğu belirlenmiştir.

BÖLÜM IX. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmamızda Türkiye’de muayene katılım payı uygulamalarının sağlık hizmeti sunucularına müracaatlarına ve sağlık harcamalarına etkisinin değerlendirilmesi hedeflenmiştir. Türkiye’de 2008-2011 yılları arasında sağlık tesislerine göre farklı oranlarda uygulanan ayakta hekim ve diş hekimi muayene katılım payı uygulamalarının sağlık tesislerine müracaat, sağlık harcamaları, reçete sayıları ve ilaç harcamaları üzerindeki etkileri tespit edilmeye çalışılmıştır.

Çalışmanın verileri Sosyal Güvenlik Kurumu kaynaklarından elde edilmiştir.

Çalışmanın evrenini 2008-2011 yılları arasında Türkiye genelindeki üniversite hastanelerine, Sağlık Bakanlığı hastanelerine, özel hastanelere ve eczanelere yapılan müracaatlar oluşturmaktadır.

2008-2011 yılları arasında toplam hasta müracaatlarında artış olduğu, 2011 yılında artışın en fazla özel sağlık kurumlarında ve üniversite sağlık tesislerinde olduğu, özel sağlık kurumlarında ve 3. basamak devlet sağlık tesislerinde 2010 yılında gerçekleşen artışın, 2009 yılındaki artıştan daha az olduğu, 2010 yılında artışın en az özel 2. basamak sağlık tesislerinde gerçekleştiği görülmektedir.

Hasta müracaatlarındaki artışa paralel olarak hasta fatura tutarlarının da arttığı, bu artışın en fazla 3. basamak devlet sağlık kurumlarında ve özel sağlık tesislerinde olduğu görülmektedir.

Hasta müracaatı başına ortalama maliyetin tüm yıllar için en yüksek üniversite sağlık tesislerinde olduğu, en düşük ise 2. basamak devlet sağlık kurumlarında olduğu

görülmektedir. 2008-2011 yılları arasında değişimleri incelendiğinde özel sağlık tesislerinde 2009 yılında düşüş olduğu, üniversite sağlık tesislerinde 2008'den 2009'a arttığı ancak sonrasında düşüş olduğu, 2. ve 3. basamak devlet sağlık tesislerinde ise 2008'den 2011'e her yıl artış olduğu görülmektedir.

Tüm yıllarda toplam müracaat sayıları içerisinde en önemli payı ayakta müracaatların oluşturduğu (ortalama %95) görülmektedir. 2008-2011 yılları arasında ayakta müracaat sayılarında artış olduğu, 2010 ve 2011 yıllarındaki artışın 2009 yılına göre daha düşük olduğu görülmektedir.

2008-2011 arasında ayakta müracaatların toplam müracaat içindeki oranında, sadece %1,59 düşme olduğu görülmektedir.

2008-2011 yılları arasında en yüksek ayakta müracaat oranının, 2. basamak devlet sağlık tesislerinde (ortalama %52,40) ve özel sağlık tesislerinde (ortalama %26,56) olduğu ve bu oranlarda yıllar itibariyle anlamlı bir değişiklik olmadığı görülmüştür.

Yıllara göre müracaat sayılarında farklılık olup olmadığını belirlemek için Tek Yönlü Varyans Analizi yapılmıştır. Öncelikle değişkenler için varyansların homojenliği test edilmiş, değişkenlerin homojen olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Varyansların homojenliği sağlanamadığı için ikili karşılaştırmalarda Tamhane's T testi kullanılmıştır. Analiz sonuçlarına göre tüm müracaatlarda yıllara göre farklılık görülmektedir. Toplam müracaat sayılarındaki farklılıklar detaylı incelendiğinde 2010 ve 2011 yıllarındaki müracaat sayısının diğer yıllara göre ciddi farklılık gösterdiği, 2010 ve 2011'de hasta müracaatlarının diğer yıllara nazaran daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Ayakta hasta müracaatlarındaki artışa paralel olarak ayaktan fatura tutarlarında yıllar itibariyle artış olduğu, ayrıca yatarak tedaviler hasta müracaatları içerisinde %2-3

civarında bir yer kaplamasına rağmen yatarak tedavilerin fatura tutarlarının tüm yıllarda %40 civarında bir paya sahip olduğu görülmektedir.

Yıllara göre müracaat fatura tutarlarında farklılık olup olmadığını belirlemek için Tek Yönlü Varyans Analizi yapılmıştır. Öncelikle değişkenler için varyansların homojenliği test edilmiş, değişkenlerin homojen olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Analiz sonuçlarına göre tüm müracaatlara ait fatura tutarları yıllara göre farklılık göstermektedir. Özellikle toplam fatura tutarındaki yıllara göre farklılık detaylı incelendiğinde 2009 ve 2011 yıllarında diğer yıllara göre ciddi farklılık gösterdiği, bu yıllardaki hasta fatura tutarlarının bir önceki yıllarına göre daha yüksek olduğu ve bu yükselişin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir.

2008 yılında tesislere göre müracaat sayılarında farklılık olup olmadığını belirlemek için Tek Yönlü Varyans Analizi yapılmıştır. Öncelikle değişkenler için varyansların homojenliği test edilmiş, değişkenlerin hiçbirinde varyansların homojen olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Varyansların homojenliği sağlanamadığı için ikili karşılaştırmalar için Tamhane's T testi kullanılmıştır. Analiz sonuçlarına göre tüm müracaatlarda tesis türüne göre farklılık olduğu belirlenmiştir. Toplam müracaat sayılarındaki farklılıklar detaylı incelendiğinde sağlık bakanlığı 2. basamak sağlık kurumlarına müracaatların özel ve üniversite sağlık tesislerine müracaatlara göre daha fazla olduğu ve üniversite hastanelerine yapılan müracaat sayısının özel sağlık tesislerine göre daha fazla olduğu belirlenmiştir ($F=46,020$; $p=0,000$).

2009 yılında tesislere göre müracaat sayılarında farklılık olup olmadığını belirlemek için Tek Yönlü Varyans Analizi yapılmıştır. Öncelikle değişkenler için varyansların homojenliği test edilmiş, varyansların homojen olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu nedenle ikili karşılaştırmalar için Tamhane's T testi kullanılmıştır. Analiz sonuçlarına göre tüm müracaatlarda tesis türüne göre farklılık olduğu belirlenmiştir. Toplam müracaat sayılarındaki farklılıklar detaylı incelendiğinde 2. basamak devlet sağlık kurumlarına yapılan müracaatların özel ve üniversite sağlık tesislerine göre daha fazla

olduğu ve üniversite hastanelerine yapılan müracaat sayısının özel sağlık tesislerine göre daha fazla olduğu belirlenmiştir (F=48,226; p=0,000).

2010 yılında tesislere göre müracaat sayılarında farklılık olup olmadığını belirlemek için Tek Yönlü Varyans Analizi yapılmıştır. Öncelikle değişkenler için varyansların homojenliği test edilmiş, varyansların homojen olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu nedenle ikili karşılaştırmalar için Tamhane's T testi kullanılmıştır. Analiz sonuçlarına göre tüm müracaatlarda tesis türüne göre farklılık olduğu belirlenmiştir. Toplam müracaat sayılarındaki farklılıklar detaylı incelendiğinde 2. basamak devlet sağlık tesislerine yapılan müracaat sayısının özel ve üniversite sağlık tesislerine göre daha fazla olduğu ve üniversite hastanelerine yapılan müracaat sayısının özel sağlık tesislerine göre daha fazla olduğu belirlenmiştir (F=49,137; p=0,000).

2011 yılında tesislere göre müracaat sayılarında farklılık olup olmadığını belirlemek için Tek Yönlü Varyans Analizi yapılmıştır. Öncelikle değişkenler için varyansların homojenliği test edilmiş, varyansların homojen olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu nedenle ikili karşılaştırmalar için Tamhane's T testi kullanılmıştır. Analiz sonuçlarına göre tüm müracaatlarda tesis türüne göre farklılık olduğu belirlenmiştir. Toplam müracaat sayılarındaki farklılıklar detaylı incelendiğinde 2. basamak devlet sağlık tesislerine yapılan müracaat sayısının özel ve üniversite sağlık tesislerine göre daha fazla olduğu ve üniversite hastanelerine yapılan müracaat sayısının özel sağlık tesislerine göre daha fazla olduğu belirlenmiştir (F=48,871; p=0,000).

Yıllara göre müracaatların SGK kapsamına oranında farklılık olup olmadığını belirlemek için Tek Yönlü Varyans Analizi yapılmıştır. Öncelikle değişkenler için varyansların homojenliği test edilmiş, diğer ve günübirlik müracaatların SGK kapsamına oranı değişkenlerinde varyansların homojen olmadığı, diğerlerinde olduğu belirlenmiştir. Varyansların homojenliğinin sağlanamadığı değişkenler için ikili karşılaştırmalarda Tamhane's T testi, diğerlerinde Bonferroni testi kullanılmıştır. Analiz sonuçlarına göre yatarak müracaatların SGK kapsamına oranı hariç diğerleri yıllara göre farklılık

göstermektedir. Toplam müracaatların SGK kapsamına oranı açısından değerlendirme yapıldığında oranın 2008-2011 arasında ciddi bir şekilde arttığı fark edilmektedir ve tüm yıllardaki artış farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($F=78,019$; $p=0,000$).

Reçete sayılarının 2008-2011 yılları arasında arttığı görülmektedir. Reçete sayılarındaki artış tutarlara da yansımış ancak 2010 yılı reçete tutarları düşüş göstermiştir. Reçete başı ortalama maliyet 2009-2010 döneminde artmış, 2011’de azalmıştır.

100 ayakta müracaat başına düşen reçete sayılarının yıllar itibariyle azaldığı görülmektedir. 2009 yılı ilk altı ay ile 2010 yılı ilk altı ay reçete sayıları karşılaştırıldığında 2010 yılı tüm aylarda, 100 ayakta müracaat başına düşen reçete sayılarında 2009 yılına göre azalma olduğu görülmektedir.

2009 yılı ilk altı ay ile 2010 yılı ilk altı ay reçete sayıları karşılaştırıldığında 2010 yılı tüm aylarda, 100 ayakta müracaat başına düşen reçete sayılarında 2009 yılına göre azalma olduğu görülmektedir.

Ayakta tedavide katılım payı uygulamasının değişim tarihlerine göre reçete adetleri ve tutarlarında farklılık olup olmadığını belirlemek için Tek Yönlü Varyans Analizi yapılmıştır. Öncelikle değişkenler için varyansların homojenliği test edilmiş, ikisinde de varyansların homojenliği sağlanamadığı için ikili karşılaştırmalar için Tamhane’s T testi kullanılmıştır. Analiz sonuçlarına göre ayakta tedavide katılım payı uygulamasının değişim tarihlerine göre reçete adetleri ve tutarlarında farklılık görülmektedir (Sırasıyla $F=22,338$; $p=0,000$ ve $F=17,857$; $p=0,000$). Reçete adetlerindeki farklılıklar detaylı incelendiğinde Ekim2008- Haziran 2009 döneminde reçete sayılarının izleyen diğer 2 döneme göre daha fazla olduğu belirlenmiştir. Reçete tutarları açısından da aynı sonuca ulaşılmıştır.

Ayaktan ve yatarak tedavilerde reçete adedi ve tutarında farklılık olup olmadığını belirlemek için Bağımsız 2 Örneklem T-Testi uygulanmıştır. Analiz sonuçlarına göre ayaktan ve yatarak tedavilerde reçete adedinin ($t=25,882$; $p=0,000$) ve reçete tutarının ($t=35,926$; $p=0,000$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olduğu; ayaktan tedavilerde reçete adedinin ve tutarının daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Artan ve yaşlanan bir nüfusa sahip olan ülkemizin sağlık harcamalarının gün geçtikçe artacağı gerçeği kaçınılmazdır. GSS ile tüm vatandaşların sigorta kapsamına alınması, sağlık harcamalarını artıracığı yönünde bir başka faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Kaynakların kıt olması ve giderek artan bir nüfusa yetebilmesi için tüm dünyada olduğu gibi sağlık otoritelerinin de bazı regülasyonlar yapması gerekmektedir. Nitekim ülkemizde 2008-2011 yılları arasında yapılan düzenlemeler ile sağlık harcamaları kontrol altına alınmaya çalışılmış ancak yeterli olamamıştır. Bu çalışmanın sonuçlarından da açıkça görüldüğü gibi 2008-2011 yılları arasındaki katılım payı uygulamaları yetersiz kalmaktadır. Etkili bir katılım payı uygulaması için; özellikle fakir kesim tarafından gerekli olan sağlık hizmetlerinin kullanımının engellenmemesi hususu dikkate alınmak suretiyle, Ülkemizdeki sağlık hizmeti kullanımı ve talebin incelenmesi, sağlık hizmeti kullanımını etkileyen faktörlerin belirlenmesi, sağlık hizmeti talep edenler ile sağlık hizmeti sunanların davranış modellemelerinin belirlenmesi ve elde edilen veriler ışığında katılım payı uygulamalarının yeniden belirlenmesi gerekmektedir. Ayrıca, talep odaklı stratejilerin yanında, arzı yönetmeye yönelik yeni bir takım politikaların da düzenlemeler içine alınması ve mevcut arz odaklı politikaların etkinliğinin değerlendirilerek gerekli revizyonların yapılması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

- Akdur, R. 1999. *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması*: Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 2000: 9, 10.
<<http://www.recepakdur.com/yayinlar.asp?tur=1&offset=10>>
- Akyürek, Ç.E. 2007. Sağlık Hizmetlerinde Talep Ve Öngörü Yöntemleri: Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Poliklinik Hizmetlerinin Öngörülmesi. Yüksek Lisans Tezi: 6. <<http://www.belgeler.com/blg/1ho0/>>
- Arık, Ö. 2010. Avrupa Birliğine Giriş Sürecinde Türkiye’de Özel Sağlık Sigortalarının Durumu ve Avrupa Birliği’ndeki Özel Sağlık Sigortası Uygulamaları İle Bir Karşılaştırma. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi: 11. <<http://library.cu.edu.tr/tezler/7835.pdf>>
- Arslan, S. 2006. Hastalanma ve Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Sıklıkları. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi:16, 17.
<<http://www.belgeler.com/blg/wiu/>>
- Ateş, M. Erbaydar, T. Demirkıran, K. Özhan, G. Cevahir, E. İşçi, E. 2004. Gebze Halkının Sağlık Hizmetlerini Kullanımı ve Sağlık Kuruluşlarını Tercih Etme Nedenlerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt:7, Sayı:3, 2004: 321.
- Ayhan, A. 2012. Sosyal Güvenlik Kavramı ve Sosyal Güvenlik İlkeleri. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 2012/1: 43.
- Bulut, D ve İşman, Ç. 2004. Muğla İli Sağlık Yöneticilerinde Kişisel Değer Analizi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt:7, Sayı:3, 2004: 278.
<<http://www.sid.hacettepe.edu.tr/73.shtml>>
- Dağlı, G.H. 2006. Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yapısı. Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Ekonomisi (Maliye) Anabilim Dalı, Ankara. Yüksek Lisans Tezi: 72.
<<http://www.belgeler.com/blg/p6o/>>
- Değer, Ç. 2008. İlaçta Katkı Payı Uygulaması. *Bütçe Dünyası Dergisi*, Cilt 3, Sayı 28, Kış 2008: 30.

- Dixon, A. Langenbrunner, J. Mossialos, E. 2004. Facing the challenges of health care financing. *Health systems in transition: learning from experience*, Chapter 3, ISBN 92-890-1097-5: 53.
- DPT, 2001. Sosyal Güvenlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu. *Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı*, Ankara, 2001, ISBN 975 – 19 – 2758-7, Yayın No: DPT: 2592-ÖİK: 604: 1.
- DPT, 2007. Sosyal Güvenlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu. *Dokuzuncu Kalkınma Planı 2007/2013*, Ankara, ISBN 978 - 975 – 19 – 4101-5, Yayın No: DPT: 2729-ÖİK: 681:1,2,3.
- Erdem, R. ve Pirinççi, E. 2003. Sağlık Hizmetlerinde Kullanım ve Kullanımı Etkileyen Faktörler. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi*, Cilt:20 No:1: 39-44.
- European Commission, 2010. Joint Report Health Systems. *European Economy, Occasional Papers 74* December, ISBN 978-92-79-18864-0, 2010: 11, 12, 23.
- Gümüş, E. 2010. Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sistemi: Mevcut Durum, Sorunlar ve Öneriler. *SETA Analiz, Siyaset, Ekonomi ve Toplum Araştırmaları Vakfı*, Sayı:24, Ağustos 2010: 5, 7.
- Güvercin, C.H. 2004. Sosyal Güvenlik Kavramı Ve Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Tarihçesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, Cilt: 57, Sayı:2, 2004: 89, 92.
- İstanbuluoğlu, H. Güleç, M. Oğur, R. 2010. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri. *Dirim Tıp Gazetesi*: 90, 92, 94.
<<http://www.frik.com.tr/TUR/dirim/yayin20102.aspx>>
- Karabulut K. ve Emsen Ö.S. 2003. Doğu Anadolu Bölgesinde Sağlık Sektörü ve Bir Model Önerisi. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, Cilt 4, Sayı 1, 2003: 23.
<<http://iibfdergi.cumhuriyet.edu.tr/issue.php?yil=2003&cilt=4&sayi=1>>
- Mossialos, E ve Dixon, A. 2002. Funding health care: an introduction. *Funding health care: options for Europe*, 2002, Chapter One: 2, 3, 5, 22, 24.
- OECD, 2008. Daha İleri Reform İçin Politika Zorlukları ve Tercihleri. *Sağlık Sistemi İncelemeleri*– Türkiye – ISBN 978-975-590-282-1 – © OECD ve IBRD/Dünya Bankası 2008: 96, 105, 116, 117.

<<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/ECAEXT/TURKEYINTURKISHEXTN/0,,contentMDK:22081660~pagePK:1497618~piPK:217854~theSitePK:455688,00.html> >

Orhaner, E. 2006. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası. *Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, Yıl: 2006 Sayı: 1: 4, 8.

<<http://www.ttefdergi.gazi.edu.tr/>>

Öz, E. 2005. Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Durumu ve Reorganizasyon Arayışları. *Sosyoekonomi/ 2005-2/ 050209*: 181.

<<http://www.sosyoekonomi.hacettepe.edu.tr/050209.pdf>>

Özlu, T. 2010. Hasta Hakları Bağlamında Sağlık Finansmanı. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, Yıl:1, Sayı:2; 2010, ISSN 1309-1972: 11.

RG, 1949. 27 Mayıs 1949 tarih ve 7217 Sayılı Resmi Gazete

RG, 1971. 10 Ağustos 1971 tarihli ve 13922 sayılı Resmi Gazete

RG, 1974. 15 Ekim 1974 tarihli ve 15037 sayılı Resmi Gazete

RG, 1976. 23 Temmuz 1976 tarihli ve 15655 sayılı Resmi Gazete.

Saltman, R.B. ve Figueras, J. 1998. *Avrupa Sağlık Reformu; Mevcut Stratejilerin Analizi*, Aralık 1998, DSÖ Avrupa Bölge Ofisi ve SB Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, ISBN 975 590 016 0: 79, 80, 81, 82, 84, 85.

SB, 1996. *Sağlık İnsan Gücü Mevcut Durum Raporu*. SB Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Birinci Sağlık Projesi, Doküman No: TSH/İGG/I-05/001, 1996, ISBN 975-8088-28-9: 12, 13.

<http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/saglik_insangucu_mevcut_durum_raporu.pdf>

SB, 2006. *Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları Hane Halkı Sağlık Harcamaları 2002-2003*. SB Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü,. Bakanlık Yayın No: 691, HM Yayın No: SB-HM-2005 / 09, Ankara. Alban Tanıtım Organizasyon: 10, 66.

SB, 2011. *Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü*. SB Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Bakanlık Yayın No: 814 ISBN: 978-975-590-361-3, Nisan 2011, Ankara: 1, 12.

- SGK, 2005. *Sosyal Güvenlik Reformu: Sorunlar ve Çözüm Önerileri*, (Beyaz Kitap) Nisan 2005: 3.
- SGK, 2008a. *2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği*. 29 Eylül 2008 tarihli ve 27012 sayılı RG md.6.2, md.6.3, md.6.4, md.6.6.1, md.6.6.2, md.6.6.3.
- SGK, 2008b. *2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ*. 31 Aralık 2008 tarihli ve 27097 sayılı RG md.3.
- SGK, 2009a. *2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ*. 29 Ocak 2009 tarihli ve 27125 sayılı RG md.2.
- SGK, 2009b. 1 Haziran 2009 tarihli ve *2009/77 sayılı Genelge*.
- SGK, 2009c. *2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ*. 18 Eylül 2009 tarihli ve 27353 sayılı RG md.1, md.2.
- SGK, 2010a. *Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği*. 25 Mart 2010 tarihli ve 27532 sayılı RG md.3.2.2, md.3.2.3, md.3.2.4, md.4.1, md. 4.2.1, md. 4.2.2.A, md. 4.2.2.B, Ek-10/A, Ek-10/B.
- SGK, 2010b. 12 Mayıs 2010 tarihli ve *2010/63 sayılı Genelge*.
- SGK, 2010c. *Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ*. 3 Haziran 2010 tarihli 27600 sayılı RG md.5.
- SGK, 2011. Kasım Ayı İstatistik Bülteni.
<http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler/aylik_istatistik_bilgiler_i/>
- SGK, 2011. *Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ*. 6 Ocak 2011 tarihli ve 27807 sayılı RG md.1.
- SGK, 2012. Mart Ayı İstatistik Bülteni.
<http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler/aylik_istatistik_bilgiler_i/>
- SGK, 2012. Şubat Ayı İstatistik Bülteni.
<http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler/aylik_istatistik_bilgiler_i/>
- SGK, 2012a. *Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ*. 21 Ocak 2012 tarihli ve 28180 sayılı RG md.2, md.10, md.15.
- SGK, 2012b. *Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ*. 29 Şubat 2012 tarihli ve 28219 sayılı RG md.5, md.6.

- Şenocak, H. 2009. Sosyal Güvenlik Sistemini Oluşturan Bileşenlerin Tarihi Süreç Işığında Değerlendirilmesi. *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, İstanbul Üniversitesi, Sayı:56/ 2009: 411
<<http://iudergi.com/tr/index.php/index/search/advancedResults>>
- Şenol, V. 2006. Kayseri İl Merkezinde Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı Ve Algılanan Sağlık İle İlişkisi. Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Doktora Tezi: 11, 14.
<<http://www.belgeler.com/blg/tz5/>>
- Tatar, M. 2011. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 2011, Cilt 1, Sayı 1: 110, 113, 114, 115, 116, 125.
- Tiryaki, D. ve Tatar, M. 2000. Sağlık Sigortası: Teori ve Uygulama. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt:5, Sayı:4, 2000: 128.
- Tokalaş, S. 2006. Kamu Sağlık Hizmetlerinin Satın Alınması. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Maliye Anabilim Dalı, Mali İktisat Bilim Dalı, İstanbul. Yüksek Lisans Tezi: 32. <<http://www.belgeler.com/blg/14v5/kamu-saglik-hizmetlerinin-satin-alinmasi-purchasing-of-the-public-health-care>>
- Tokat, M. 1993. *Türkiye’de Sağlık Sektörünün Finansmanı*. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara. ISBN - 975 - 7572 - 11 - X: 21.
- Tokat, M. 2006. Sağlık Ekonomisi. Hyatt Regency Oteli Toplantı Sunumları, 15 Nisan 2006: 10 <<http://www.husep.hacettepe.edu.tr/Etkinlik.html>>
- Turan, E. 2004. Sosyal Güvenlik Hakkı. Kamu-İş, *İş Hukuku ve İktisat Dergisi*; Cilt:7, Sayı: 3, 2004: 11, 12.
<<http://www.kamu-is.org.tr/dergiler.htm>>
- Tutar, F. ve Kılınç, N. 2007. Türkiye’nin Salık Sektöründeki Ekonomik Gelişmişlik Potansiyeli Ve Farklı Ülke Örnekleriyle Mukayesesi. *Afyon Kocatepe Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, C.IX, S.1, 2007: 43.
<<http://www.iibfdergi.aku.edu.tr/9-1.html>>
- Yalçın, T. ve Yıldırım, H.H. 2001. Sağlık hizmetleri finansmanı. *Yeni Türkiye Dergisi*, Sağlık Özel Sayı, No:40, 2001: 6.
- Yıldırım, H.H. 2000a. Yapısal Uyum Programları ve Sağlık Reformları: Türk Sağlık Reformları İçin Çıkarılacak Dersler. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt:5, Sayı:1, 2000: 4. <http://www.absaglik.com/hhy_YUP.pdf>

Yıldırım, H.H. 2000b. Sağlık Reformları ve Maliyet Sınırlama Stratejileri. 1. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi, Ankara:4, 5.

<http://www.absaglik.com/hhy_maliyetsinirlama.pdf>

Yıldırım, S. 1994.Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi. DPT Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü, Temmuz 1994, Yayın No: DPT: 2350, Uzmanlık Tezi: 39.

<<http://www.dpt.gov.tr/DocObjects/Download/3127/hizmet.pdf>>