

SAĞLIK HARCAMALARININ ARTIŞI VE BUNUNLA BİRLİKTE SAĞLIK EKONOMİSİNİN ARTAN ÖNEMİ

Tüm sağlık sistemlerinin ortak hedefi, var olan kısıtlı kaynaklar dahilinde sorumlu oldukları topluluklara en iyi hizmetini sağlamaktır. Ancak, son yıllarda baş döndürücü bir hızla gelişen sağlık teknolojisi, piyasaya sürülen yeni ve pahalı ilaçların getirdiği maliyet dünyadaki tüm sağlık sistemlerini zorlamaktadır. Ayrıca yükselen yaşam beklentisi ve bununla orantılı olarak kronik hastalıkların sağaltımı için gerekli kaynakların sürekli artması, sistemdeki karar alıcı mekanizmaların daha bilimsel (ve şeffaf) bir şekilde çalışmasını kaçınılmaz kılmaktadır. Bu doğrultuda sağlık ekonomisi bilimi, gelişmiş ülkelerde karar alma mekanizmalarını destekleyen bir araç olarak giderek daha yaygın bir şekilde kullanılmaktadır.

Sağlık sektöründe yapılan harcama tutarlarının (GSYİH) Gayri Safi Yurtiçi Hasıla ve aile bütçesi içindeki payı, sektörün ekonomik önemini ortaya koymaktadır. Ekonomi bilim kurallarının sağlık sektörüne uygulanmasıyla birlikte ekonomi biliminin bir alt dalı olarak sağlık ekonomisi kavramı ortaya çıkmıştır.

Sağlık ekonomisi, sağlık sektörüne ayrılmış olan tüm kaynakların (sağlık işgücü, sermaye, tıbbi ekipman vb.) maksimum düzeyde sağlık hizmeti üretmek amacıyla en etkili ve verimli şekilde nasıl kullanılacağını ve üretilen bu hizmetin topluma en iyi şekilde bölüştürmeyi amaçlayan bilim dalıdır şeklinde de tanımlanabilir.¹

Sağlık ekonomisi işgücü, sermaye, bina, tıbbi ekipman vb. kaynaklarla bazı sorulara cevap aramaktadır. Bu sorular;

✓Hangi sağlık hizmeti ve hangi miktarda üretilmeli?

✓Bu hizmetler kim tarafından ve nasıl (hangi kurum ve teknolojik yöntemlerle) üretilmeli?

✓Kim için (toplumu oluşturan çeşitli sosyal grup ve kişiler bu hizmetlerden hangi ölçüde ve nasıl yararlanacak) üretilmeli?

şeklinde sıralanabilmektedir.²

¹ Çelik, Y.,(1994), Sağlık Ekonomisi Ders Notları/ Tokat,M., Sağlık Ekonomisi

² Tokat,M., (1994), Sağlık Ekonomisi

Sağlık ekonomisi, eldeki kaynaklar ile elde edilmesi olası en fazla sağlık getirisinin sağlanması yönünde yapılması gereken seçimlere yol göstermeyi amaçlar. Ekonomik değerlendirme yöntemleri, farklı sağlık program ve teknolojilerini maliyet- etkinlik açısından değerlendirip, var olan alternatifleri ile karşılaştırarak, toplum için optimal sağlık getirisini sağlamayı hedefler. Mortalite ölçütleri, geçmişte bazı sağlık programlarının sağladığı sağlık getirilerini (makro düzeyde) karşılaştırmada kullanıldıysa da, son yıllarda kronik hastalıkların giderek artması ve bu hastalara sunulan seçeneklerin çoğunun yaşam beklentisini artırmaktan çok bulguları hafifletici etkilerinin olması, ‘yaşam kalitesi’ kavramını öne çıkarmıştır. Yaşam kalitesi ölçüm birimi olarak geliştirilen ‘yaşam kalitesine göre düzeltilmiş yaşam yılı’ (QALY) son yıllarda yaygın kullanım alanı bulmuştur.

Sağlık Ekonomisi Sistemi, sağlık hizmetleri arzı ve talebinin sağlık piyasasında nasıl ve hangi koşullarda karşılaştığını ve değişim olayının nasıl gerçekleştiğini ortaya koyan mekanizmadır.

Ülkemizde sağlık ekonomisi sisteminin hem sunum hem de finansman modeli oldukça karmaşık ve parçalanmış bir yapıya sahiptir. Birbirinden bağımsız hareket eden farklı hizmet sunucuları ve finansman mekanizmaları, gelişmiş özel sektörün varlığı ile birlikte hem sistemin analizini hem de kapsayıcı ve evrensel sağlık politikalarının gelişmesini güçleştirmektedir. Sağlık hizmeti talebinde bulunanlar sağlık sigortası kapsamında olanlar ve olmayanlar diye ayrılmaktadır. Kapsam içinde olanlar da farklı rejimlere tabi tutulmaktadır.³

Tablo 1: Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Finansmanı

Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı
Kamu	Kamu
Sağlık Bakanlığı	Sağlık Bakanlığı
Üniversiteler	Savunma Bakanlığı
Milli Savunma Bakanlığı	Diğer Kamu Kaynakları
Diğer Bakanlıklar	Sosyal Sigortalar Kurumu
KİT’ler	Bağ-Kur
Belediyeler	Emekli Sandığı

³ Tatar, M. Ve Tatar, F., (1998), Yerel Yönetimler ve Sağlık

Özel	Özel
Türk ve Uluslar arası Hastaneler	Özel Sigorta Fonları
Özel Doktorlar	Kullanıcı Katkıları
Eczaneler	
Özel Lab.	
Gönüllüler	

Kaynak: Health Care System in transition: Turkey, WHO, (1996) ve Tatar,M., (1998), “Yerel Yönetimler ve Sağlık”

TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI VE HARCAMALARI

Türkiye’de sağlık hizmetleri finansmanının 3 temel kaynağı vardır:

Devlet Bütçesi: Vergiler ile oluşturulan devlet bütçesi Sağlık ve Savunma Bakanlıkları’na, üniversitelere, hastanelere ve diğer kamu kuruluşlarına ve halen çalışmakta olan devlet memurlarının sağlık hizmeti harcamalarına aktarılır.

Sosyal sigorta fonları: SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı üyelerinin katkıları ve SSK geçici 20. maddesine göre kurulan sandıkların katkıları.

Cepten harcamalar: Özel kurumlara ve doktorlara doğrudan ödeme, ihtiyari sağlık sigortası için ödenen primler, katkı payı şeklinde yapılan ödemeler.

1. Devlet Bütçesi:

Vergi gelirleri ile oluşturulan devlet bütçesi, Hükümet, Maliye Bakanlığı ve Devlet Planlama Teşkilatı tarafından hazırlanmaktadır. Daha sonra TBMM’de incelenen ve görüşülen bütçe, kanunlaşarak Remi Gazetede yayımlanır ve yürürlüğe girer. Devlet bütçesi vasıtası ile gelen vergi gelirleri, sağlık hizmeti sunan Sağlık Bakanlığı, Üniversite Hastaneleri, Savunma Bakanlığı ve diğer kamu kurumlarının temel finansman kaynağını oluşturur. Halen

çalışmakta olan devlet memurlarının ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerin sağlık harcamaları da bu bütçeden karşılanır.⁴

2. Sosyal Sigorta Kurumları

Türkiye’de 3 tane sosyal sigorta kurumu mevcuttur:

- Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), özel sektör ve kamu çalışanlarının sağlık hizmetlerini kapsar.
- Emekli Sandığı, devlet memuru emeklilerinin sağlık hizmetlerini kapsar.
- Bağ-Kur, serbest meslek çalışanlarının sağlık hizmetlerini kapsar.

2.1. Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)

Çalışanların sosyal güvenliği açısından reform niteliğinde olan ilk kanun 506 Sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu⁵ ile olmuştur. SSK, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’na bağlı, mali ve idari bakımdan özerkliği ve tüzel kişiliği olan bir devlet kurumudur. SSK, finansman kurumu olmasına rağmen, üyelerine 19.01.2005 tarihine kadar kendi sağlık tesislerinde hizmet sunmaktaydı. Ancak 5283 sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun⁶ ile 20.02.2005 tarihinde SSK’nın sağlık tesisleri Sağlık Bakanlığına devredilmiştir. SSK, işveren tarafından çalıştırılan sigortalıları çalışma yaşamının risklerine karşı sigorta ederek sosyal güvenliklerini sağlamak amacıyla kurulmuştur.

SSK sağlık harcamaları, sigortalılara, malullük ve yaşlılık aylığı alanlar ve bunların bakmakla yükümlü oldukları kişiler ile aylık alan dul ve yetimlerinin ayakta ve yatarak tedavileri için yapılan harcamalar, hastalık ve analık sigortalarından karşılanan protez araç-gereç giderleri ve diğer giderlerden oluşmaktadır. Ancak, her yıl yatırım programları çerçevesinde yapılan sağlık yatırımları bu harcamalara dâhil değildir.⁷

SSK, koruyucu sağlık hizmetleri alanında faaliyet göstermemekte olup, sağlık sigortasının finansmanı işçi ve işverenden sigorta primlerinden sağlanmaktadır. Sağlık ve emeklilik

⁴ Savaş, B. Serdar et. al. In Thomson, S. And Mossialos, E. eds. (2002), “Health care systems in transition: Turkey.” Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems.

⁵ 29.07.1964 tarih ve 11766 sayılı Resmi Gazete

⁶ 19.01.2005 tarih ve 25705 sayılı Resmi Gazete

⁷ Sıvacı Celalettin, (2005), “Genel Sağlık Sigortası ve Türkiye’de Uygulanabilirliği”, Devlet Bütçe Uzmanlığı Araştırma Raporu

primleri aynı mekanizma içinde toplanıyor olsa da, prim gelirleri hesapları bağımsız yapılmaktadır. 506 sayılı yasaya göre “Hastalık Sigortası prim oranı” sigortalının prime esas kazancının %11’i olup, bunun %6’sı işveren ve %5’i de sigortalı payıdır. SSK’da primler dışındaki gelir kaynağı ise, gelir olma özelliği dışında ayakta yapılan tedavilerde genel ilaç harcamalarını da kontrol altında tutan iştirak bedelidir.⁸

2.2. T.C. Emekli Sandığı

Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı 1949 yılında kurulmuş olup, 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanunu’nda⁹ düzenlenen sosyal sigorta programını yürütmektedir. Kanunun amacı, kamu kesiminde çalışan memurlarla, askeri personelin emekliliklerinde ve maluliyetlerinde kendilerinin, ölümleri halinde ise dul ve yetimlerinin sosyal güvenliklerini sağlamaktır. Ayrıca primsiz rejim ile ilgili görevlerde bulunmaktadır. Bu kuruma tabi olanlar kısa dönemli riskler (iş kazası, meslek hastalığı ve analık) bakımından emekli sandığından değil, kendilerini çalıştıran kurumlardan yardımlarını alırlar. Emekli Sandığı sadece emekli, malul, dul ve yetimler ile bağımlılarına sağlık hizmeti sağlar.¹⁰

Fonun gelirleri 4 kaynaktan toplanır:

- Primler (çalışanlar tarafından maaşlarının %11’i oranında, devlet tarafından ve işveren payı olarak, çalışan maaşlarının %18’i oranında sağlanmaktadır),
- Genel devlet bütçesinden sağlanan sübvansiyon,
- Depozitolardan alınan faizler,
- Diğer yatırımlardan elde edilen gelirler

Maliye Bakanlığı fonun yönetimini yürütür ve prim oranları ile bu primler karşılığı üyelere sağlanacak hizmetleri belirler. Diğer sosyal sigorta sistemlerinden farklı olarak, emekli devlet memurlarından sağlık hizmetleri için ayrı bir prim alınmaz. Bu nedenle Emekli Sandığı’nın sağlık sigortası fonu devlet bütçesinden karşılanır ve sağlık harcamaları için Emekli Sandığı’na bağlı olanların çalıştıkları (veya emeklilik öncesi çalışmış oldukları) kurumların bütçelerine doğrudan aktarma yapılması ile sağlanır. Emekli Sandığı üyelerinin

⁸ Işık Hayriye, (2001), Sağlık Hizmetleri, Finansmanı, Ülke Örnekleri ve Çözüm Önerileri, Yüksek Lisans Tezi

⁹ 17.06.1949 tarih ve 7235 sayılı Resmi Gazete

¹⁰ Kısa A, (1999), Sağlık Ekonomisine Giriş

acil ve yatan hasta hizmetleri masraflarının tümünü karşılar. Ancak üyeler ayaktan hasta ilaç masraflarının %10'luk kısmının kendileri karşılamak zorundadırlar.¹¹

2.3. Bağ-Kur

Bağ-Kur un sağlık sigortası yardımlarından; 1479 sayılı Kanuna tabi sigortalılar ile eş ve bakmakla yükümlü oldukları çocukları, anne ve babaları, yaşlılık ve malûllük aylığı almakta olanlar ile eş ve bakmakla yükümlü oldukları çocukları, ana ve babaları ile ölüm aylığı almakta olanlar yararlanırlar.

Bağ-Kur'un kendisi sağlık hizmeti sunmamaktadır. Sağlık hizmetini, Sağlık Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, mahalli idareler, üniversiteler, kamu iktisadi teşebbüslerine ait sağlık tesisleri ile diğer sağlık tesislerinden satın alma yoluyla sağlanmaktadır. Sigortalılara bu hizmetler ihtiyaca göre, ayakta ve yataklı sağlık müesseselerinde sunulur. İhtiyaç duyulan ilaç ve iyileştirme araçları temin edilir. Belirtilen bu hizmetler 1479 sayılı Kanun 'kapsamında sunulur.¹²

Sağlık primleri, sabit oranlarda, emeklilik ve diğer primler ile beraber toplanmaktadır. Sigortalılar, buldukları gelir basamağının %20'si oranında emeklilik ve diğer sigorta primlerini ve %12'si oranında sağlık sigortası primi ödemektedirler. Primler, Maliye Bakanlığı tarafından 1 ile 24 seviyeleri arasında belirlenen ve düzenli olarak güncellenen, gelir basamaklar üzerinden belirli oranlar esas alınarak hesap edilen ve aylık olarak ödenmesi gereken miktarlardır. Sigortalanmak isteyenler primlerini ödeyecekleri seviyeyi seçmektedirler. Basamak yükseltmek isteyen sigortalının ödemesi gereken fark, sigortalının bulunduğu gelir basamağı ile bir üst gelir basamağı arasındaki ödenmesi gereken farktır.¹³

2.4. Özel Sosyal Sigorta Sandıkları Uygulaması

506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanununun geçici 20. maddesine göre faaliyet gösteren sosyal sigorta sandıkları; vakıf statüsündedir. Bunlar kanunla kurulan sosyal güvenlik sandıkları olarak tanımlanmaktadır.¹⁴ Bankalar, sigorta ve reasürans şirketleri, ticaret

¹¹ Savaş, B. Serdar et. al.In Thomson, S. And Mossialos, E. eds. (2002), "Health care systems in transition: Turkey." Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems.

¹² Sıvacı Celalettin, (2005), "Genel Sağlık Sigortası ve Türkiye'de Uygulanabilirliği", Devlet Bütçe Uzmanlığı Araştırma Raporu

¹³ Savaş, B. Serdar et. al.In Thomson, S. And Mossialos, E. eds. (2002), "Health care systems in transition: Turkey." Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems.

¹⁴ A.Can Tuncay, (1998), Sosyal Güvenlik Hukuku Dersleri, 8.Bası, Beta Basım Yayım, İstanbul, s. 96

odaları, sanayi odaları, borsalar ve bunların teşkil ettiği birliklere ait olarak faaliyet gösteren 24 sandık bulunmaktadır. Bunlardan 16'sı banka, 7'si sigorta, 1'i TOBB mensuplarına aittir. Sandık üyelerine, 506 sayılı kanunla sağlanan haklardan az olmamak üzere, hastalık, analık, iş kazaları, meslek hastalıkları, yaşlılık, malullük ve ölüm hallerinde sosyal sigorta garantisi sağlanmaktadır. Bu sandıklar Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının denetimine tabi bulunmaktadır.¹⁵

Sandıklar tarafından sunulan sağlık yardımlarının asgari düzeyi 506 sayılı kanun ile belirlenmiştir. Ancak azami sınırları ile ilgili herhangi bir sınırlama getirilmemiştir. Sandık uygulaması özel sağlık sektörünün sosyal sağlık sigortacılığına iyi bir örnek oluşturmaktadır

Özel sosyal sigorta sandığı kapsamında yer alan kişi sayısı 324.302 kişi ile sınırlı bulunmaktadır. Bu kişilerin genel rejim içerisinde önemli bir paya sahip olmadığı açıkça görülmektedir.

3. Özel Sağlık Harcamaları

3.1. Cepten Yapılan Harcamalar

Cepten harcamalar özel kurumlara ve doktorlara doğrudan ödeme, ihtiyari sağlık sigortası için ödenen primler, ilaç ve servis için ödenen katkı payları şeklinde olabilir.

3.2. Özel Sağlık Hizmetleri Sistemi Uygulamaları

Kişilerin doğrudan yaptığı harcamaların dışında, organizasyonlar aracılığı ile gerçekleştirdikleri sağlık yardımları arasında en yaygın olanı özel sigorta harcamalarıdır. Özel sigorta şirketlerinin sağlık sigortaları içinde sahip olduğu pay, toplam sağlık güvencesine sahip nüfus içerisinde oldukça düşük düzeydedir.

Özel sağlık sigortalarının temel farklılıklarından birisi kapsamının sosyal sigorta kapsamına göre oldukça dar olmasıdır. Diğer bir farklılık sağlık sigortalarının yıllık olması ve her an için kişilerin kapsamdan çıkarılma olasılığının bulunmasıdır.

Doğrudan yapılan sağlık harcamalarının bir sistem olarak değerlendirilmemesi nedeniyle özel sağlık sisteminde özel sigorta şirketlerinin uygulamalarına yer verilecektir. Özellikle kamu sağlık hizmetlerinde kalite, erişilebilirlik ve hakkaniyet açısından görülen yetersizlikler uygulamada kişilerin özel sağlık sigortalarına yönelmesine neden olmaktadır.

¹⁵ Nuri Ernam, (1990), Açıklamalı ve Uygulamalı Sosyal Sigortalar Mevzuatı, Kamu-İş Yayınları, Türk Tarih Kurumu Basımevi, Ankara

Bu durumun bir sonucu olarak da özel ve kamu sağlık sistemlerinin sıklıkla karşılaştırılmasına ve birbirine olan üstünlüklerine yer verilmeye başlanmıştır.

KAYNAKÇA

1. Sıvacı Celalettin, (2005), “Genel Sağlık Sigortası ve Türkiye’de Uygulanabilirliği”, Devlet Bütçe Uzmanlığı Araştırma Raporu
2. Işık Hayriye, (2001), Sağlık Hizmetleri, Finansmanı, Ülke Örnekleri ve Çözüm Önerileri, Yüksek Lisans Tezi
3. Savaş, B. Serdar et. al. In Thomson, S. And Mossialos, E. eds. (2002), “Health care systems in transition: Turkey.” Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems.
4. A.Can Tuncay, (1998), Sosyal Güvenlik Hukuku Dersleri, 8.Bası, Beta Basım Yayım, İstanbul, s. 96
5. Nuri Ernam, (1990), Açıklamalı ve Uygulamalı Sosyal Sigortalar Mevzuatı, Kamu-İş Yayınları, Türk Tarih Kurumu Basımevi, Ankara
6. Çelik, Y.,(1994), Sağlık Ekonomisi Ders Notları/ Tokat,M., Sağlık Ekonomisi
7. Tokat,M., (1994), Sağlık Ekonomisi,
8. Tatar,M. Ve Tatar, F., (1998), Yerel Yönetimler ve Sağlık,
9. Health Care System in transition: Turkey, WHO, (1996) ve Tatar,M., (1998), “Yerel Yönetimler ve Sağlık”
10. 29.07.1964 tarih ve 11766 sayılı Resmi Gazete
11. 19.01.2005 tarih ve 25705 sayılı Resmi Gazete
12. 17.06.1949 tarih ve 7235 sayılı Resmi Gazete
13. Kısa A, (1999), Sağlık Ekonomisine Giriş