

OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri TÜRKİYE



OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri

Türkiye



THE WORLD BANK

EKONOMİK İŞBİRLİĞİ VE KALKINMA ÖRGÜTÜ (OECD)

OECD, otuz demokratik hükümetin; küreselleşmenin ekonomik, sosyal ve çevresel zorluklarını ele almak üzere birlikte çalıştığı emsalsiz bir forumdur. OECD aynı zamanda hükümetlerin tüzel yönetim, enformasyon ekonomisi ve yaşanan nüfusun zorlukları gibi yeni gelişme ve endişeleri anlamasına ve bunlara yanıt vermesine yardımcı olma çabalarının ön planında yer almaktadır. OECD, hükümetlerin politika tecrübelerini karşılaştırabileceği, yaygın sorunlara çözüm arayabileceği, iyi uygulamaları tespit edebileceği, ulusal ve uluslararası politikaları koordine etmek üzere çalışabileceği bir ortam sağlamaktadır.

OECD'ye üye ülkeler şunlardır: Avustralya, Avusturya, Belçika, Kanada, Çek Cumhuriyeti, Danimarka, Finlandiya, Fransa, Almanya, Yunanistan, Macaristan, İzlanda, İrlanda, İtalya, Japonya, Kore, Lüksemburg, Meksika, Hollanda, Yeni Zelanda, Norveç, Polonya, Portekiz, Slovakya, İspanya, İsveç, İsviçre, Türkiye, İngiltere ve ABD. Avrupa Toplulukları Komisyonu da OECD çalışmalarında yer almaktadır.

OECD Publishing (Yayınları), OECD'nin topladığı istatistikler ile ekonomik, sosyal konular ve çevre konularıyla ilgili araştırma sonuçlarını ve üye ülkelerin mutabık kaldığı anlaşma, kılavuz ve standartları geniş bir kitleye yaymaktadır.

Bu çalışma OECD Genel Sekreteri'nin sorumluluğu altında yayımlanmaktadır. Burada ifade edilen düşünceler ve ileri sürülen görüşler; OECD'nin, Dünya Bankası'nın veya temsil ettiği hükümetin resmî görüşlerini yansıtmayabilir.

OECD yayınlarının düzeltmelerini bu adreste bulabilirsiniz: www.oecd.org/publishing/corrigenda.

© OECD ve Dünya Bankası, 2008

OECD'yi kaynak ve telif sahibi olarak uygun şekilde tanımak koşuluyla, OECD metninin içeriğini kopyalayabilir, indirebilir veya yazdırabilir ve OECD yayınları, veri tabanları ve multimedya ürünlerini kendi dokümanlarınızda, sunumlarınızda, bloglarınızda ve eğitim materyallerinizde kullanabilirsiniz. Kamusal veya ticari kullanıma ve çeviri haklarına yönelik tüm talepler rights@oecd.org adresine iletilmelidir. Kamusal veya ticari kullanım için bu materyalin bazı kısımlarının fotokopisini çekmeye yönelik izin talepleri doğrudan info@copyright.com 'deki Copyright Clearance Center (CCC)'ye veya Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) contact@cfcopies.com'a iletilmelidir.

Ön Söz

OECD/Dünya Bankası tarafından Türk Sağlık Sistemi'ne yönelik gerçekleştirilen bu ortak inceleme, T.C. Sağlık Bakanlığı'nın talebi üzerine gerçekleştirilmiş ve Bakanlığın sağlamış olduğu finans hibesiyle desteklenmiştir. Bu inceleme, Kore, Meksika, Finlandiya ve İsviçre sağlık sistemlerine yönelik OECD incelemelerinin izinden gitmektedir.

Bu incelemeye OECD Sağlık Projesi (2001-2004) kapsamında geliştirilen analitik çerçeve kılavuzluk etmiştir. Ayrıca bu inceleme, Türk Sağlık Sistemi'ne yönelik Dünya Bankası incelemeleri de dahil olmak üzere, Dünya Bankası'nın sağlık sistemi ve reformlarını inceleme konusunda sahip olduğu engin deneyimlerinden de yararlanmaktadır.

Bu rapor, OECD'den Jeremy Hurst ve Peter Scherer ile Dünya Bankası'ndan Sarbani Chakraborty ve George Schieber'den oluşan bir ekip tarafından hazırlanmıştır. Bu çalışmaya, Christine Le Thi (OECD) ve Susan Sparkes (Dünya Bankası) istatistiksel konularda; Judy Zinnemann (OECD) ve Elif Yüksekler (Dünya Bankası) ise sekreteryaya konularında destek sağlanmıştır. 2006 yılında OECD'deki staj dönemi sırasında Başak Hacibedel tarafından Türk Sağlık Sistemi konusunda kapsamlı bir literatür çalışması yapılmış ve 2007 yılında Dünya Bankası'ndaki görevi sırasında Adam Leive (IMF) tarafından Türk Sağlık Sistemi konulu analitik bir not hazırlanmıştır.

Bu raporu kaleme alanlar, başta Ankara'da bulunan Türkiye Sağlık Kurumu (Eski Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü) ve Sosyal Güvenlik Kurumu olmak üzere, Türk yetkililere, yazılı bir ankete cevap vererek bu ekibe sağlamış oldukları tavsiye ve bilgilerden ötürü teşekkürü bir borç bilmektedir; özellikle kısa süre içinde sağlanan yazılı ve sözlü desteklerinden dolayı Türkiye Sağlık Kurumu'ndan Dr. Salih Mollahaliloğlu, Dr. Ünal Hülür, Dr. Hakkı Gürsöz, Dr. Mustafa Kosdak, Dr. Hasan Gökhun Öncül ve Uzm. Hakan Oğuz Arı'ya teşekkür etmek istemektedir; ayrıca Aralık 2007 ve Nisan 2008'de Türkiye'ye gerçekleştirdikleri ziyaretler sırasında ekip üyelerine yardımcı olan ve bilgi veren diğer tüm kurum ve kişilere de teşekkür etmektedir. Ekip özellikle Nisan 2008'de Eskişehir'e gerçekleştirdiği saha gezisinden çok şey öğrenmiştir.

İçindekiler

Kısaltma ve Türkçe Terimler Listesi	9
Yönetici Özeti	11
Bölüm 1. Yakın Tarihte Yapılan Sağlık Reformları Öncesi	
Türk Sağlık Sistemi'ne Genel Bakış	19
1.1. 2003 Yılında Türkiye'de Sağlık Finansmanı	20
1.2. Sağlık Harcamaları ve Cepten Yapılan Harcamalar	23
1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunulması	23
1.4. Türk Sağlık Sektöründe Yönetişim Düzenlemeleri	28
1.5. Sonuçlar	28
Notlar	31
Ek 1.A1. Türk Sağlık Sisteminin Geçmişine Genel Bakış ve Sağlık Politikasındaki Temel Gelişmeler	32
Notlar	34
Bölüm 2. Türkiye'de Yakın Tarihte Yapılan Sağlık Reformları	35
2.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı	36
2.2. SDP Kapsamında Türkiye'deki Sağlık Kapsamı ve Sağlık Finansmanı Reformları (2003-2008)	38
2.3. Satın Alıcı ve Hizmet Sunucu Arasındaki İlişki	40
2.4. Hizmet Sunumu Reformları	42
2.5. SDP Kapsamındaki Yönetişim Reformları	45
2.6. Birbiriyle Bağlantılı Önemli Hususlar: İnsan Kaynakları ve Sağlık Bilgi Sistemleri	45
2.7. Halk Sağlığı	47
Notlar	48
Bölüm 3. Türk Sağlık Sistemi'nin Performansı ve Belirleyicileri	49
3.1. Giriş	50
3.2. Performans Değerlendirmesi	51
3.3. Sonuçlar	83
Notlar	85
Ek 3.A1. Dünya'daki Diğer Ülkelerle Kıyaslanarak Türk Sağlık Sistemi'nin Performansı	86
Notlar	94
Bölüm 4. Daha İleri Reform İçin Politika Zorlukları ve Tercihleri	95
4.1. Giriş	96
4.2. Başarılı Sağlık Hizmeti Reformları Konusunda Kanıt Temeli	96
4.3. Bağlamsal Konular	97
4.4. SDP'nin Bugüne Kadarki Değerlendirmesi	99

4.5. SDP'nin Tamamlanması, 2009-2013	101
4.6. Türk Sağlık Sisteminin Karşılaşabileceği Uzun Vadeli Sorunlar	113
4.7. Sonuçlar ve Gelecek İçin Kilit Öneriler	120
Notlar	124
Kaynaklar	125
Kutular	
1.1. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerine Yönelik Talep	30
2.1. Sağlıkta Performans Yönetimi: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi (PDEÖ)	41
3.1. Türkiye'de Sağlık Tıbbi ve Tıbbi Olmayan Belirleyicileri	53
4.1. Sağlık Harcamaları için Alternatif Büyüme Yollarının Aktüeryal Analizi, 2008-2033	116
4.2. Kilit Önerilerin Özeti	123
Tablolar	
1.1. Sağlık Sigorta Kapsamı Türüne Göre Sigortalı Birey Sayısı, 2002-2003..	22
1.2. Sağlık Hizmetleri Kullanımı, 1993-2003	25
1.A1.1. 1990 Ulusal Sağlık Politikası; Sağlık Alanındaki Hedefler (Seçilen Göstergeler)	33
2.1. Türkiye'deki Sağlık Sektörü Reformlarının Zaman Çizelgesi, 2003-2008....	37
3.1. EUROPEP Ölçeği Kullanılarak Hazırlanan Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet, Türkiye Puanları ile 10 Avrupa Ülkesi İçin Ortalama Puanlar	80
3.2. EUROPEP Ölçeği Kullanılarak Hazırlanan Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet, 2008 Anket Çalışması, 81 İl, Türkiye	81
4.1. Sağlık Reformlarına Yönelik Etkinleştirici Şartlar	96
4.2. GSS Kapsamındaki Alternatif Maliyet Senaryoları	117
Şekiller	
1.1. Fonların 2003 yılına kadar Türk Sağlık Sistemi'ndeki Akışı	21
1.2. Sağlık Alanındaki Cari Kamu Harcamalarının Fonksiyonel Dağılımı, 2000	23
1.3. SB'nın Sağlık Sektöründeki Sorumlulukları ve Diğer Hükümet Kurumlarına Karşı Hesap Verme Düzenlemeleri	29
2.1. Türk Sağlık Sistemindeki Temel Mali Akışlar, Aralık 2007	38
2.2. SB Merkez Teşkilatı	46
2.3. Türk Sağlık Sistemindeki Temel Mali Akışlar, 2008 (GSS Yasasının Kabulünden Sonra)	48
3.1. Türkiye'de Doğumda Beklenen Yaşam Süresi ve OECD Ortalaması, 1960-2006	52
3.2. Bebek Ölüm Hızları, Meksika, Portekiz, Türkiye ve OECD, 1970-2006 ..	52

3.3. Türkiye’de 65 Yaşında Beklenen Yaşam Süresi ve OECD Ortalaması, 1970-2006.....	53
3.4. Kişi Başına Düşen GSYİH, Kişi Başına Düşen Reel Sağlık Harcaması ve Sağlık Harcamalarının GSYİH’deki Payı, Türkiye ve OECD, 1980-2006.....	55
3.5. Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcaması, Kişi Başına Düşen Kamu Sağlık Harcaması, Kişi Başına Düşen GSYİH ile GSYİH içinde Sağlık Harcamalarının Payında Meydana Gelen Yıllık Değişiklikler, Türkiye, 1999-2000 ila 2005-2006	56
3.6. Kişi Başına Düşen GSYİH ve Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları, OECD Ülkeleri, 2006	56
3.7. Elde Edilen En Üst Eğitim Seviyesine ve Cinsiyete Göre 25-64 Yaş Arası Nüfus Dağılımı, 2005	57
3.8. Her Gün Sigara İçen Kadın ve Erkeklerin Oranı, 2005 ve Cinsiyete Göre Sigara İçme Oranındaki Değişimler, 1990-2006.....	59
3.9. Kişi Başına Düşen Alkol Tüketimi – (Litre), 15 Yaş ve Üzeri Nüfus, OECD Ülkeleri, 2006 (veya en son yıl).....	60
3.10. Cepten Yapılan Harcamaların Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı, Türkiye ve Dünyanın Diğer Ülkeleri, 2006.....	62
3.11. Cepten Yapılan Sağlık Harcaması ve Pozitif Cepten Sağlık Harcaması Yapan Hanelerin Cepten Sağlık Harcamalarının Hane Harcamaları İçindeki Payı.....	63
3.12. Yoksul Hanelerin ve Katastrofik Sağlık Harcamaları Yüzünden Yoksulluğa Düşen Hanelerin Oranı	64
3.13. Sağlık Harcamalarının Kişi Başı Hane Harcamaları Brütü ve Neti, Brüt Harcama Seviyesine Göre.....	64
3.14. 26 Bölgede Bebek Ölümleri ve Hekim Yoğunluğu, Türkiye, 2007	66
3.15. 1000 Nüfus Başına Düşen Hekim Sayısı, Türkiye ve Diğer OECD Ülkeleri ..	67
3.16. 1000 Nüfus Başına Düşen Hemşire Sayısı, Türkiye ve Diğer OECD Ülkeleri	68
3.17. Hemşirelerin Hekimlere Oranı, Türkiye ve Diğer OECD Ülkeleri, 1990-2006 ...	69
3.18. Sabit Ücret Alan Pratisyen Hekim ve Uzman Doktorların Toplam Aylık Maaşları, Türkiye’nin İki Bölgesi, 2000-2007	69
3.19. Pratisyen Hekimlerin Toplam Geliri, Türkiye, 2007	70
3.20. Ortalama Ücrete Göre Pratisyen Hekimlerin Geliri, Türkiye ve Bazı OECD Ülkeleri, 2005 veya Mevcut En Son Yıl	70
3.21. Ortalama Ücrete Göre Uzmanların Geliri, Türkiye ve Bazı OECD Ülkeleri, 2005 veya Mevcut En Son Yıl.....	71
3.22. Ortalama Ücrete Göre Hemşirelerin Geliri, Türkiye ve Bazı OECD Ülkeleri, 2005 veya Mevcut En Son Yıl.....	72
3.23. Doktor Başına Düşen Başvuru Sayısı, OECD Ülkeleri	75
3.24. Doktor (Bordrolu) Başına Düşen Başvuru Sayısı, Türkiye ve OECD, 1993-2007	76
3.25. Boğmaca İçin Aşılama Oranları, 2 Yaş Çocukları, Türkiye ve Diğer OECD Ülkeleri, 2006.....	78

3.26. Kızamık için Aşılama Oranları, 2 Yaş Çocukları, Türkiye ve Diğer OECD Ülkeleri, 2006	79
3.A1.1. Bebek Ölüm Hızını Kişi Başı GSYİH ve Kişi Başı Sağlık Harcamaları ile İlişkilendiren Regresyon Eğrilerinden Sapmalar, 2006.....	87
3.A1.2. Anne Ölüm Oranını Kişi Başı GSYİH ve Kişi Başı Sağlık Harcamaları ile İlişkilendiren Regresyon Eğrilerinden Sapmalar, 2005	87
3.A1.3. Ortalama Yaşam Süresini Kişi Başı GSYİH ve Kişi Başı Sağlık Harcamaları ile İlişkilendiren Regresyon Eğrilerinden Sapmalar, 2006.....	88
3.A1.4. Sağlık Personeli Eşliğinde Gerçekleştirilen Doğumların Oranını Kişi Başı GSYİH ve Kişi Başı Sağlık Harcamaları ile İlişkilendiren Regresyon Eğrilerinden Sapmalar, 2005	88
3.A1.5. Erişkin Okur Yazarlığı ve Kişi Başı GSYİH, 2005	89
3.A1.6. Erişkin Kadın Okur Yazarlığı ve Kişi Başı GSYİH, 2005	89
3.A1.7. Kızamık Bağışıklama Oranını Kişi Başı GSYİH ve Kişi Başı Sağlık Harcamaları ile İlişkilendiren Regresyon Eğrilerinden Sapmalar, 2006 ..	89
3.A1.8. 1000 Nüfusa Düşen Hastane Yatağı ve Kişi Başı GSYİH, 2000-2006..	90
3.A1.9. 1000 Nüfusa Düşen Hekim ve Kişi Başı GSYİH, 2000-2006.....	90
3.A1.10. 1000 Nüfusa Düşen Sağlık Çalışanı ve Kişi Başı GSYİH, 2000-2006....	91
3.A1.11. Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'deki Payı ve Kişi Başı GSYİH, 2006	92
3.A1.12. Kişi Başı (ABD doları SGP) Toplam Sağlık Harcamaları ve Kişi Başı GSYİH, 2006.....	92
3.A1.13. Kamu Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarındaki Payı ve Kişi Başı GSYİH, 2006	93
3.A1.14. Kamu Sağlık Harcamalarının GSYİH'deki Payı ve Kişi Başı GSYİH, 2006.....	93
3.A1.15. Kişi Başı Kamu Sağlık Harcamaları ve Kişi Başı GSYİH, 2006.....	94
3.A1.16. Kamu Sağlık Harcamalarının Genel Devlet Harcamalarındaki Payı ve Kişi Başı GSYİH, 2006	94
4.1. 2002 Yılı Türkiye'deki Hastalık Yükü ve 2020 Yılı Dünya Bankası Avrupa ve Orta Asya Bölgelerindeki Hastalık Yükü, 2020.....	98

Kısaltma ve Türkçe Terimler Listesi

Bağ-Kur	Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
TTP	Temel Teminat Paketi
BH	Bulaşıcı Hastalıklar
CPT	Cari Prosedür Terminolojisi
DRGler	Tanıya Dayalı Gruplar
ECA	Avrupa ve Orta Asya
GP	Genel Pratisyen
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Programı
ICD	Uluslararası Hastalık Sınıflandırması
IMF	Uluslararası Para Fonu
MEDULA	Medikal Ulak
MB	Maliye Bakanlığı
SB	Sağlık Bakanlığı
ÇSGB	Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
BoH	Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar
OECD	Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
CYSH	Cepden Yapılan Sağlık Harcaması
PDEÖ	Performansa Dayalı Ek Ödeme
SGP	Satın Alma Gücü Paritesi
SAĞLIK-NET	Sağlık Bilgi Ağı
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
STK	Sivil Toplum Kuruluşları
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SUT	Sağlık Uygulama Tebliği
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
YTL	Yeni Türk Lirası
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
MEB	Milli Eğitim Bakanlığı
KÖO	Kamu Özel Ortaklığı
GSYİH	Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
GSMH	Gayri Safi Milli Hasıla
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
GSS	Genel Sağlık Sigortası
BKİ	Beden Kitle İndeksi

Yönetici Özeti

Türk toplumunun sağlık durumu, son 15-20 yıl içerisinde sağlık hizmetlerinin ölçeği ve işleyişinde meydana gelen iyileşmelerle birlikte önemli ölçüde ilerleme göstermiştir. Sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyetin artırılması için yapılan hizmet sunumu reformları ve sağlık sigortası kapsamının genişlik ve derinliğinin artması, nüfusun mali korumasının genişletilmesi konusunda etkileyici bir yol kat edilmesini sağlamıştır. Geçtiğimiz 15-20 yıl zarfında, sağlık harcamaları gelir artışıyla orantılı artış göstermiştir. Bununla birlikte, toplumun sağlık durumunun daha da iyileştirilmesi ve sistemin verimliliğinin artırılması bakımından Türkiye'deki sağlık politikası önemli zorluklarla karşılaşmaktadır.

Türk Sağlık Sistemi İncelemesi, Hükümet'in Sağlıkta Dönüşüm Programı'nı (SDP) 2003 yılında uygulamaya koymasından önceki süreçte sistemin belli başlı özelliklerine değinerek başlamaktadır. Daha sonra, SDP kapsamında uygulamaya konan başlıca reformları anlatmaktadır. Ardından sistemin performansını; erişim ve hakkaniyet, sağlığın iyileştirilmesi, kullanıcılara cevap verebilirlik, paranın karşılığı ve mali sürdürülebilirlik olarak özetlenebilecek temel sağlık politikası hedefleri bakımından değerlendirmektedir. *İnceleme*, Genel Sağlık Sigortası (GSS) kapsamına geçiş ve bu geçişin muhtemel etkileri de dahil olmak üzere yakın tarihte yapılan reformları değerlendirmektedir. Son olarak *İnceleme* sistemin güçlendirilmesi için nerelerde ek politikalara ihtiyaç olabileceğine değinmektedir.

Türk Sağlık Sistemi, diğer çoğu OECD ülkesinin sağlık sistemlerine doğru bir dönüşüm geçirmektedir.

Türk Sağlık Sistemi (TSS), dönüşüm geçirmektedir. Hükümet, SDP'nin bir parçası olarak, sağlık finansmanı ve hizmet sunumu sistemlerinde parçalanmayı ve duplikasyonu (tekrarlama) engellemek; sağlık sigortasına ve sağlık hizmetlerine genel erişimi sağlamak için kurumsal ve yapısal reformlar gerçekleştirmektedir.

2003 yılından önce TSS'de, sağlık hizmetlerini finanse eden ve sunan çeşitli kamu kurumları vardı. Bunların bazıları arasında hiyerarşik; bazıları arasında ise sözleşmeye dayalı ilişkiler söz konusuydu. Bunlar toplumun farklı kesimlerine hizmet vermekteydi, bu da kapsamda boşluklar doğurmaktaydı. Sosyal güvenlik kurumları; kayıtlı sektörde maaşlı çalışanları, serbest çalışanları, çalışan veya emekli devlet memurlarını kapsıyordu. Hükümet tarafından finanse edilen bir program (Yeşil Kart programı) da, düşük gelirli sigortasızları kapsıyordu. Kayıt dışı ekonomide çalışanlar, nüfusun %25'ini oluşturmaktaydı. Bunlardan sadece bir kısmı başka bir sigortalının bakmakla yükümlü olduğu kişi olarak kapsam dâhiline girmektedir. Nüfusun büyük çoğunluğunun, Yeşil Kart dahil, herhangi bir sağlık sigortası

kapsamında olmasına ve tüm vatandaşların ücretsiz birinci basamak ve acil hastane hizmeti alabilmesine karşın, hizmet sunumu tarafında ciddi sorunlar vardı. Bu da sigortalı kişilerin bile sağlık hizmetine uygun erişiminin bulunmadığı anlamına geliyordu. Sağlık Bakanlığı (SB), koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak sağlık hizmetleri veren merkezlerden oluşan çok büyük bir ağ üzerinden çalışırken, sosyal güvenlik kurumlarından bir tanesinin de kendisinin işlettiği kendi kuruluş/hastane ağı vardı. Ayrıca, pek çoğu düzenlemeye tabi tutulmayan özel kuruluşlar da bulunmaktaydı.

Sağlık hizmetlerinin kullanımında bölgesel ve kırsal kent ayrımından kaynaklanan eşitsizlikler söz konusuydu. Kırsal alanlarda sağlık hizmetlerine erişim daha zor ve daha pahalıydı. Sağlık harcamalarının büyük çoğunluğu koruyucu ve birinci basamak sağlık hizmetleri yerine daha maliyetli olan yatan hasta tedavisi ve ayakta tedaviye yönelik hastane bazlı hizmetlere tahsis edildiği için sağlık hizmetlerinin tahsis verimliliği çok azdı. Kısmen birinci basamak sağlık kuruluşlarında ve genel olarak kamu sektöründe, hizmet kalitesinin düşük olduğu yönündeki algı nedeniyle nüfusun koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelik talebi çok düşüktü. Bu yüzden ayakta tedavi başvurularının çoğu, hastane ortamında gerçekleşiyordu. Dört basamaklı entegre bir sağlık hizmetleri sunum sistemi oluşturulmasına rağmen, sevk sistemi çalışmıyordu. Hastalar çoğu kez daha üst basamaklardan hizmet alabilmek için birinci basamağı atlıyordu.

Amacı yönetişim, verimlilik, kullanıcı ve hizmet sunucu memnuniyeti ile uzun vadeli mali sürdürülebilirliği iyileştirerek sağlık sistemini daha etkili kılmak olan Hükümet'in Sağlıkta Dönüşüm Programı 2003 yılından beri uygulanmaktadır. SDP'nin kilit unsurları arasında şunlar yer almaktadır: i) SB'nin bir planlama ve denetleme kurumu haline getirilmesi ii) Türkiye'deki tüm vatandaşları tek bir Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) çatısı altında birleştiren GSS'nin hayata geçirilmesi iii) Sağlık hizmetleri sunumunun genişletilmesi ve daha erişilebilir, dostane hale getirilmesi iv) Sağlık personelinin motivasyonunun iyileştirilmesi ve bu personelin gelişmiş bilgi ve beceriyle donatılması v) Sistemi desteklemek üzere eğitim ve bilimsel kurumların tesisi vi) Etkili ve kaliteli sağlık hizmetlerini teşvik etmek üzere kalite ve akreditasyon sistemlerinin sağlamaştırılması vii) Akılcı ilaç kullanımı ile tıbbi malzeme ve cihaz yönetiminin uygulanması viii) Etkili bir Sağlık Bilgi Sistemi kurulması vasıtasıyla karar almaya yönelik etkili bilgiye erişim sağlanması.

2003'ten beri SDP'nin uygulanması, sağlık sisteminde bazı önemli değişikliklere yol açmıştır. Türkiye'deki devlet hastanelerinin çoğunluğu, daha önceden Sosyal Sigortalar Kurumu tarafından yönetilenler de dahil olmak üzere, artık tek bir çatı (Sağlık Bakanlığı) altında entegre edilmiştir. Böylelikle prensipte sağlık hizmetleri satın alıcısı ile hizmet sunucusu birbirinden ayrılmıştır. Bu reformların sonucu olarak, çeşitli sosyal güvenlik kurumları artık tek bir kurum altında, yani SGK bünyesinde birleşmiştir. Bu kurumlar, ortaklaşa yararlanılan veri tabanları ile talep ve kullanım yönetim sistemlerini paylaşmaktadır. Çeşitli sağlık sigorta şemalarının kapsamındaki teminat paketi bir kuruluş (SGK) altında entegre edilmiş durumdadır. Hizmet sunuculara ödeme mekanizmaları dağınık, geriye dönük, hizmet başına ödeme sistemlerinden; performansa dayalı ödemeyi içeren ileriye dönük ödeme sistemlerine doğru geçiş halindedir. 2008 Ekim'de "Sosyal Sigortalar ve GSS Kanunu" nun uygulamaya konmasıyla birlikte, Türkiye'deki kamu hastaları için tek bir ödeyici sistem oluşturulmuştur. Türkiye'deki 81 ilin 23 tanesinde (aile hekimliği modeli bazında) entegre bir Birinci Basamak Sağlık Sistemi uygulanmaktadır. Devlet hastanelerine kaynak tahsisi konusunda daha fazla özerklik verilmiştir; aynı zamanda hastanelerin SB'ye karşı daha fazla hesap verebilirlik çerçevesinde çalışmaları beklenmektedir.

Sağlık durumunda, hasta memnuniyetinde ve mali korumadaki belli başlı iyileşmelere rağmen, halen sistemin performansının artırılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

Türkiye'deki sağlık durumu son yıllarda hızla iyileşmekte ve bazı bakımlardan OECD ortalamalarına yaklaşmaktadır. Bununla birlikte, Türkiye'deki ortalama yaşam süresi diğer OECD ülkelerindekilerden daha düşük ve bebek ölüm oranı da daha yüksektir. SDP kapsamında gerçekleşen yakın tarihli iyileşmelere rağmen, Türkiye ile diğer OECD içi ve dışı üst orta gelirli ülkeler arasında kıyaslamalar yapıldığında Türkiye'deki sağlık durumunun, beklenilenin biraz altında olduğu görülmektedir.

Türkiye'deki sağlık durumunun iyileşmesini sağlayan pek çok unsur olmakla birlikte, sağlık hizmetlerine yapılan harcamaların daha yüksek ve daha etkili olması, bu iyileşmelerin önemli bir kısmının sebebi olarak görülebilir. Toplam sağlık harcamaları ile kamu sağlık harcamaları çok aşırı gözükmesine de, diğer OECD ülkelerindeki harcama düzeylerine bakıldığında ve üst orta gelir grubu ülkelerle kıyaslandığında, toplam sağlık harcamalarının aşırı olmadığı görülmektedir. Ancak sağlık alanındaki kamu harcamaları, nasıl ölçülürse ölçülsün, diğer ülkelere kıyasla ortalama seviyede veya bu seviyenin üstündedir. 2003 yılında SDP'nin başlatılmasını takip eden ilk 3 yıl içinde, sağlık harcamaları hızla yükselmesine rağmen toplam sağlık harcamaları ile kamu sağlık harcamalarındaki artışların, Türkiye'deki ekonomik büyüme hızlı olduğu için, karşılanabilir düzeyde kaldığı görülmektedir.

Türkiye'de etkili sağlık sigortası kapsamında bir dizi gelişmenin ard arda gelmesi ve bununla birlikte GSS'yi hayata geçiren mevzuatın 2008 yılında kabul edilmesi, hem nüfusun sağlık hizmetlerine erişiminde hakkaniyeti artırmış hem de yüksek sağlık harcamalarına karşın yoksul kesim için mali korumayı iyileştirmiştir. Önceki yıllarda, nüfus içindeki daha dezavantajlı bazı gruplar bakımından sağlık sigortası kapsamının eksik olması ve elde edilen teminatların yetersiz kalması, Türkiye'ye ilişkin bazı göstergelerde nispeten daha düşük bir sağlık durumunun görülmesinde muhtemelen önemli bir rol oynamıştı. SDP kapsamında, Türkiye'nin ihtiyacı en yoğun olduğu güneyindeki ve doğusundaki sağlık personeli sayısında önemli bir artış olmasına rağmen, 2007 yılında Türkiye'deki bölgelerde bebek ölüm oranı ile hekimlerin yoğunluğu arasında ters bir ilişkinin var olduğunu gösteren bölgesel veriler, Türkiye'de "ters hizmet kuralı"nın varlığını (bakıma erişim ile bakım ihtiyacı arasında ters ilişki) gösterebilmektedir.

Sağlık sektörü girdileri bakımından, Türkiye'deki hemşire/doktor oranı OECD'deki en düşük oranlardan biridir. Bu da beceri dağılımı ve personelin birbirine oranı konusunda bazı sorunlar doğurmaktadır. Hekimlerin sadece % 30'unun pratisyen olarak çalışması, birinci basamakta var olduğu bildirilen zayıflığın muhtemel bir sebebidir. Hekimlere ve diğer personele yapılan ödemeler, 2004 yılında -performansa dayalı ödemelerin başlatılması ile birlikte- önemli ölçüde iyileşme göstermiş; aile hekimi olmayı seçen pratisyenlerin sayısını da artırmıştır. Bununla birlikte, 2005 yılında, kamu sağlık ocaklarındaki maaşlı pratisyenlere yapılan ödemeler, hala diğer OECD ülkelerine kıyasla nispeten düşük görünmekle beraber, maaşlı uzmanlara yapılan ödemeler ise nispeten yüksekti. Hemşirelere yapılan ödemeler ise diğer OECD ülkelerinden bazıları ile aynı doğrultuydu. İlaç tüketimi, özellikle Yeşil Kart ve SSK üyeleri için kapsamın artırıldığı 2005 yılından beri hacimsel olarak artış göstermiştir. Son yıllarda ilaçlarda çeşitli fiyat indirimleri yapılmıştır, bu da paranın karşılığının arttığını göstermektedir. Fakat Türkiye'deki ilaç tüketiminin akılcılığı ve maliyet etkililiği konusunda halen endişeler vardır.

Performansa dayalı ödemelerin başlatılmasından bu yana bildirilen hekim başına başvurulardan anlaşıldığı üzere, faaliyet hacminde ve hekim üretkenliğinde büyük artışlar meydana gelmiştir. Fakat, Türkiye’de aile hekimliği sisteminin başlatılması konusunda kaydedilen ilerlemelere rağmen, başvuru dağılımı bakımından hastaneye başvuru, diğer bazı OECD ülkelerine kıyasla daha ağır basmaktadır. Hastanede ortalama kalış süresi, 2005’teki OECD ortalamasından daha kısadır; ama bu durum, Türkiye’nin demografisini yansıtıyor da olabilir. Türkiye’deki tıbbi bakımın teknik kalitesi konusunda çok az veri mevcuttur. Fakat çocuklardaki aşılama oranlarında gözle görülür iyileşmeler kaydedilmiştir. 2007’de Türkiye’de kızamık hastalığı neredeyse tamamen ortadan kaldırılmıştır. Sistemin cevap verebilirliği ile hizmet memnuniyetine ilişkin veriler, SDP’den önce hem sağlık ocaklarında hem de hastanelerde uzun bekleme süreleri olduğunu ve hasta memnuniyetinin düşük düzeyde olduğunu göstermektedir. Programın başlatılmasından sonra, bekleme sürelerinin kısaldığı; hem birinci basamak sağlık hizmetlerinin hem de kamu hastanelerindeki sağlık hizmetlerinin kalitesinden duyulan genel memnuniyetin hızla arttığı bildirilmiştir. Hastaların yeni aile hekimliği hizmetlerinden özellikle memnun olduğu görülmektedir.

İddialı sağlık reformu programı, yeni fırsatlar doğursa da zorluklar devam etmektedir.

SDP, GSS’nin hayata geçirilmesi gibi önemli sağlık sektörü reformlarının geliştirilmesi ve uygulanmasında “iyi uygulama”nın nasıl olacağını pek çok açıdan yansıtmaktadır. Ciddi finansman reformları ile birlikte hükümetin güçlü taahhüdü ve liderliği, dikkatle planlanmış hizmet sunumu reformlarıyla tamamlanmıştır. SDP’nin; sağlık durumu, mali koruma ve hasta memnuniyetinin tüm yönleri üzerindeki etkisini değerlendirmek için henüz çok erken olsa da mevcut verilerden elde edilen ilk göstergeler, bu üç alanda da önemli ilerlemeler kaydedildiğini ortaya koymaktadır. Türkiye diğer OECD ülkeleri ile arasındaki performans açığını kapatmakta ve genel maliyetler dahil bir dizi konuda kıyaslanabileceği diğer üst orta gelir grubuna giren ülkelere oranla daha iyi bir performans göstermektedir. Aslında diğer ülkelerin Türkiye’deki sağlık reformlarından, özellikle personel verimliliğini artırmak üzere performansa dayalı ödeme sisteminin kullanılması konusunda, öğrenebileceği pek çok şey olabilir.

Bununla birlikte bazı eski zorluklar devam etmektedir ve bazı yeni zorluklar ortaya çıkmaktadır. 2008 yılında sağlık sisteminin karşı karşıya kaldığı eski zorluklardan en önemlisi, sağlık durumunun nasıl daha fazla iyileştirilebileceği konusudur (İyileştirmeden; diğer üst orta gelir grubuna giren ülkelerdeki ortalama seviyeye nasıl getirileceği; demografik ve epidemiyolojik değişimler ile beslenme alışkanlıklarındaki farklılaşmaların ışığında, bu iyileşmelere mali yönden karşılanabilir bir biçimde nasıl devam edileceği anlaşılmalıdır.). Bununla ilgili bir zorluk da, kamu sağlık harcamalarının sürdürülebilirliğini korurken, iyileştirmenin nasıl başarılacağıdır. Yeni sağlık sisteminin tasarımı yüzünden, gelecek yıllarda maliyet kısıtlama krizlerine yakalanma riski yüksek görünmektedir. Gelecekte ekonomik büyüme hızında meydana gelebilecek düşüşler durumu daha da kötüye götürebilir. Bu zorluğu aşmak için gereken politikalar şunlar olacaktır: i) Sağlık harcamalarının büyüme hızı üzerinde kontrol ii) Verimlilikte daha ileri iyileştirmelerin teşviki iii) Erişimde hakkaniyet sağlanmasına yönelik daha fazla ilerleme ve mali koruma alanında ulaşılan yüksek düzeyi koruma. Diğer bir zorluk da GSS’nin ödeme gücünü temin etmek için yeterli gelirin elde edilmesidir.

Sağlık harcamalarının büyüme hızı üzerinde kontrol sağlanmalıdır

Sağlık hizmetleri alanında maliyet kısıtlaması gerçekleştirilmede Türkiye'nin iyi bir geçmişi vardır; fakat – artık hizmetlere erişimin sınırlandırılmasına daha fazla bağlı kalamayacak olan – yeni sağlık sistemi, daha hızlı bir büyüme potansiyeline sahiptir. Bu bakımdan, hükümetin – özel hizmet sunuculara yaptığı ödemeler de dahil olmak üzere – toplam kamu sağlık harcamaları üzerindeki denetimini sürdürmek amacıyla, gelecekte SGK'nin toplam kamu sağlık harcamaları üzerinde sıkı bir üst limit uygulaması arzu edilebilir olacaktır. Bu üst limit, birinci basamaktaki ve hastanelerdeki – özel hastaneler dahil olmak üzere – tüm kamu harcamalarını kapsamalıdır. Bu, ya sağlık hizmetleri hacminin ya da fiyatlarının – veya her ikisinin karışımının – kontrol edilmesi anlamına gelecektir; aynı zamanda SGK'nin aktif satın alma gerçekleştirmesini ve performans yönetimi sisteminin uygun şekilde değerlendirilmesini gerekli kılacaktır.

Ek olarak, aile hekimliği hizmetleri tüm ülke geneline yayıldığı zaman, bir aile hekiminden sevk olmaksızın hastanelerin ayakta tedavi birimlerine yapılacak başvurular için katkı payı uygulamasının hayata geçirilmesi ve aşırı hasta sevkine karşı aile hekimi geri ödeme kesintilerinin yeniden yürürlüğe konması gerekecektir. Hastaların daha üst basamaktaki hastanelere (kendiliklerinden) gitmeleri gibi uygunsuz sevkler için de benzer katkı payları uygulanmalıdır. Maliyetleri kısıtlamanın önemli bir diğer yolu da ilaç fiyatlarında daha fazla indirim yapılması ve – sağlık harcamalarının yaklaşık üçte birini oluşturan – ilaç tüketiminin daha da akılcı hale getirilmesi yönünde çaba göstermek olacaktır.

Orta ve uzun vadede, doktor sayısının gerektiği şekilde artırılmasından sonra, doktorluk mesleğine giren mezunların sayısını tekrar azaltmak ve akabinde kontrol altında tutmak önemli hale gelecektir. Türkiye'dekine benzer sağlık sistemlerinde sağlık harcamalarının doktor sayıları ile doğrudan ilgili olduğunu gösteren kanıtlar mevcuttur.

Verimlilikte daha fazla iyileşme yapılması gerekecektir

Hem maliyet kısıtlamasına yardımcı olabilecek hem de paranın karşılığını artıracak verimlilik iyileştirmelerini teşvik etmek üzere, yetkililer önümüzdeki beş yıl içinde SDP'nin II. Faz'ının tamamlanması için çalışmalarını hızlandırmalıdır. Yetkililer, birinci basamakta yeni aile hekimliği hizmetlerini yaygınlaştırmaya ve bunların yanı sıra koruyucu sağlık hizmetlerini geliştirmeye devam etmelidirler. İlave aile hekimleri, kısa vadede maliyet baskılarını artırsa bile, hastanelerin ayakta tedavi birimlerindeki yükü azaltarak orta ve uzun vadede verimliliğin iyileşmesine yardımcı olacaktır.

İkinci basamakta, hizmet satın alınanın SGK'ye devrinin tamamlanması; SGK'nin yönetim kapasitesi bu göreve uygun hale geldiğinde ve Tanıya Dayalı Grup (DRG) ile toplu ayakta tedavi ödeme reformları yeterli düzeyde ilerleme kat ettiğinde, önemli hale gelecektir. Aynı zamanda, hastanelerdeki performans yönetimi sisteminin diğer ödeme reformları ile uyumunu gerçekleştirmek; hacim, kalite, verimlilik ve birim maliyetlerde tasarrufu ödüllendirmeyi sağlamak amacıyla bu sistemin reforme edilmesi iyi olacaktır. Ayrıca hastanelere daha fazla özerklik veren politikalarda –hastanelerin bu politikaları idare edecek yönetim kapasitesini ortaya koyması koşuluyla –ısrarcı olunması gerekebilecektir.

Daha genel olarak ise şunlara yatırım yapılması önem kazanacaktır: Daha iyi bilgi ve Bilişim Teknolojileri (BT); sağlık teknolojileri değerlendirmesi, hemşire iş gücünün boyutu ve becerileri. Diğer OECD ülkelerinde edinilen tecrübelerle bakıldığında, Türkiye'de hemşirelerin hekimlere destek verme açısından daha büyük bir rol oynamaları için geniş bir alan olduğu görülmektedir. Hizmet kalitesinin ölçülmesinde, sağlık harcamalarındaki değişiklik-

lerin izlenmesi ve öngörülmesinde; teknolojiye yaşanan değişikliklerin değerlendirilmesine ilişkin becerilerde önemli bazı boşluklar bulunmaktadır.

Erişimde hakkaniyete doğru daha fazla ilerleme gereklidir

Türkiye'deki ortalama sağlık durumunu, özellikle coğrafi boyutta sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyet alanında daha fazla iyileştirmeler yaparak geliştirmek mümkündür. Yeni sağlık sistemi, erişim hakkaniyetinin iyileştirilmesine yardımcı olacaktır; çünkü para, hastayı takip edecektir. Fakat ülkenin doğusunda ve İstanbul'da sistemin kapasitesini güçlendirmek üzere arz yönlü harekete geçilmesi gerekecektir. DRG'lerde ve ayakta tedavi toplu ödeme oranlarında uygun "ihtiyaç" düzenlemeleri yapılması, sağlık alanındaki bölgesel kamu harcamalarına yönelik kişi başı ödeme yaklaşımlarının geliştirilmesi ve sağlık çalışanlarını yoksun alanlara çekmek üzere daha güçlü mali teşvikler olması bu eylemlere rehberlik edebilir.

Daha fazla gelir elde edilmelidir

SGK'nin, nüfusun sağlık sigortasına kaydolma oranını artırma ve katkı payı elde etme yolları bulmaya çalışması önem kazanacaktır. Fakat katkılardan elde edilen sağlık alanındaki kamu harcamalarının payını, yetkililerin Türkiye'deki kayıt dışı sektörü küçültme yönündeki politikaları nedeniyle denetim altında tutmak gerekecektir. Çünkü katkılar, işgücü üzerindeki "vergi baskısını" artırarak kayıt dışılığı teşvik eder. Kayıt dışılık azalırsa, genel gelirleri artırmak daha kolay olabilir. Şüphesiz hem vergi idaresinin iyileştirilmesi, hem de mevcut vergilerde reform yapılması vasıtasıyla gelirler artırılabilir.

Daha kapsamlı halk sağlığı meselelerini ele almak önemli olacaktır

Daha iyi sağlık hizmetlerinin; tek başına, Türkiye'nin sağlık durumu konusunda, benzer ülkeleri yakalamasını sağlaması pek mümkün değildir. Eğitim düzeyi, sigara kullanımı, beslenme ve fiziksel aktivite gibi diğer sağlık dışı belirleyicilerin sağlık durumunun belirlenmesinde önemli bir rol oynadığına dair güçlü kanıtlar vardır. Bu yüzden Türkiye'nin, SB dışındaki diğer bakanlıkları da içeren sektörler arası daha güçlü politikalara ihtiyacı vardır.

İleride daha başka zorluklar da olacaktır

Yukarıda bahsedilen zorluklar, SB'nin liderlik etme konusunda büyük bir rolü olduğunu göstermektedir. SDP'nin tamamlanma sürecinin izlenmesi gerekmektedir. Birinci ve ikinci basamak kamu hizmet sunucularının – özerk hale gelseler bile – sürekli yönlendirilmesine ihtiyaç olacaktır. Ayrıca, diğer kilit bakanlıkları da içeren halk sağlığı alanındaki kapsamlı eylemleri koordine etmek üzere, SB'nin liderlik etmesine ihtiyaç vardır. SB, SGK, Hazine Müsteşarlığı, Maliye Bakanlığı (MB) ve Devlet Planlama Teşkilatı (DPT)'nin harcamaları ve gelirleri sürekli olarak izlemesi, paranın karşılığını güvence altına alması ve sürdürülebilirliği sağlaması gerekecektir.

Kilit Önerilerin Özeti

- Sağlık hizmetleri alanındaki toplam kamu harcamaları üzerinde SGK tarafından sıkı bir üst limit uygulanması
- Sevk olmadan hastanelerin ayakta tedavi birimlerine yapılan başvurular için katkı payı ödemesinin uygulanması
- İlaç fiyatlarında daha fazla indirim yapılmaya çalışılması ve akılcı ilaç reçetelendirme uygulamasının hayata geçirilmesi
- Şu an ihtiyaç duyulan doktor sayısı artışının sağlanmasının ardından, orta ve uzun vadede doktorluk mesleğine girişin kontrol altına alınması
- Önümüzdeki beş yılda SDP'nin uygulanmasına devam edilmesi
 - ❖ Aile hekimliği hizmetlerinin yaygınlaştırılmasına devam edilmesi
 - ❖ Aile hekimliği hizmetlerinin yanı sıra halk sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi ve koordine edilmesine devam edilmesi
 - ❖ Hastane ve birinci basamaktan sağlık hizmetlerinin satın alımı işlerinin, yönetim kapasitesi uygun olduğunda SGK'ye devrinin tamamlanması
 - ❖ DRG ve toplu ayakta tedavi ödeme sistemlerinin tamamlanması ve risklerin hizmet sunuculara yönetilen bakım ilkelerine dayalı olarak devredilmesi için yeni sistemler geliştirilmesi
 - ❖ DRG ödemesini desteklemek, verimlilik ve maliyet etkililik konularına daha fazla ağırlık vermek üzere performans yönetimi sisteminin reforme edilmesi
 - ❖ Uygun yönetim kapasitesine sahip hastanelere daha fazla özerklik verilmeye devam edilmesi
 - ❖ Karar alma için daha güçlü BT sistemlerine yatırım yapılması
 - ❖ Sağlık teknolojileri değerlendirmesini üstlenmek, sağlık reformlarını izlemek ve değerlendirmek üzere kapasite geliştirilmesi
 - ❖ Türkiye'deki hemşire sayısının ve hemşirelerin görevlerinin artırılması
- Yeni sağlık sistemini, sağlık hizmetlerine erişimdeki coğrafi hakkaniyeti iyileştirme konusunda desteklemek üzere arz yönlü harekete geçilmesi (Muhtemelen bölgelere göre ağırlıklı "kişi başı ödeme" hedefleri vasıtasıyla bilgilendirme yapılarak.)
- GSS'ye kayıtların ve katkı ödemelerinin artırılması, ödeme gücünün dikkatle izlenmesi
- Bakanlıklar arasında kapsamlı halk sağlığı konularının ele alınması
- SB'nin kılavuzluk kapasitesinin geliştirilmesine devam edilmesi

Bölüm 1

Yakın Tarihte Yapılan Sağlık Reformları Öncesi Türk Sağlık Sistemine Genel Bakış

Türk Sağlık Sistemi'nde yakın tarihte yapılan reformlar – SDP – 2003'te uygulanmadan önce sağlık sistemi, topluma sınırlı sağlık hizmetini ücretsiz sunan ulusal bir sağlık hizmeti ile kayıtlı sektör çalışanları ve bu kişilerin bakmakla yükümlü oldukları insanları kapsayan bir dizi sosyal sigorta sisteminin bileşimiydi. Yoksul ve zayıf gruplar için de bir sosyal destek programı vardı. Bu sistemin tarihsel gelişimi Ek 1.A1'de anlatılmaktadır. Bu bölümde SDP'nin 2003'te uygulamaya girmesinden önceki dönemde sağlık sistemi ve sorunları ele alınmaktadır. Ayrıca bu bölümde, reform öncesi finansman ve nüfusa yönelik kapsam düzenlemelerine, sağlık hizmetleri sunumu sisteminin organizasyonuna, hizmet sunuculara yapılan ödeme düzenlemelerine, kaynak tahsis mekanizmalarına ve hükümetin rolüne değinilmektedir.

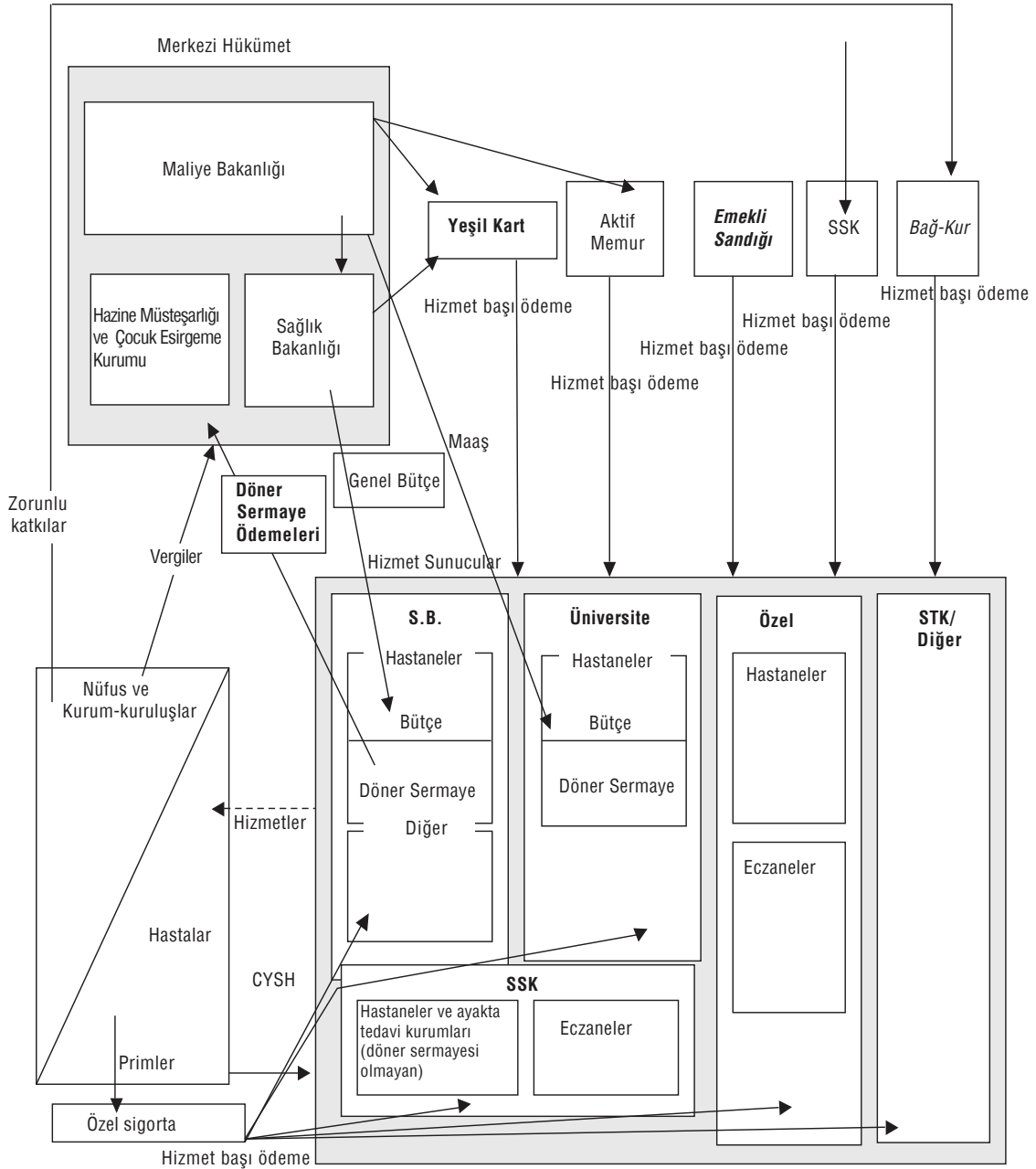
1.1. 2003 Yılında Türkiye'de Sağlık Finansmanı

2003 yılında, Türkiye'de sağlığa ayrılan toplam finansmanın büyük kısmı (yaklaşık %60 ila %70'i) kamu kaynaklarından, kalan kısmı ise özel kaynaklardan elde edilmekteydi. Türkiye'de sağlık alanında yapılan kamu harcamaları; SB, Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü, üniversiteler, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu, Diğer Bakanlıklar ve kurumlar, yerel yönetimler, devlet teşebbüsleri, devlet memurları ve sosyal güvenlik kurumlarınca üstlenilen harcamaları içermekteydi. Özel harcamalar; cepten yapılan ödemeleri, şirketler ve bireyler tarafından finanse edilen politikalara yönelik özel sağlık sigortası ödemelerini kapsamaktaydı. Şekil 1.1'de 2003 yılında Türk sağlık sektöründeki fon akışı düzenlemeleri gösterilmektedir.

2003 yılında, kamu sağlık finansmanı ile ilgili düzenlemelerin özünde 1946 yılında kurulan, 1960'lar ve 1970'ler boyunca önemli ölçüde gelişen bir sosyal güvenlik sistemi vardı. Bu sistemde, üç ayrı sağlık sigorta fonu bulunmaktaydı: (i) Kamu ve özel sektördeki mavi yakalı işçiler için *Sosyal Sigortalar Kurumu* yani SSK (ii) Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar için *Sosyal Sigortalar Kurumu* yani *Bağ-Kur* (iii) Devlet Memurları Emeklilik Fonu yani *Emekli Sandığı*. Çalışan devlet memurları Emekli Sandığına dahil edilmemişti ve harcamaları doğrudan devlet bütçesinden karşılanmaktaydı. 1992 yılında Hükümet, "Yeşil Kart" uygulamasını başlattı. Yeşil Kart programının amacı, sağlık hizmetlerini karşılayamayan fakir ve zayıf insanlara sağlık yardımı sağlamaktı. Yeşil Kart programı, GSS uygulaması başlayana kadar bir geçiş çözümü olarak düşünülmüştü. Yeşil Kart başvuruları ilçe düzeyindeki bir Komisyon tarafından değerlendirilerek sonuçlandırılmaktaydı. Kaymakamlıklar bünyesinde kurulan bu Komisyon, başvuranların gelirleri ile ilgili yapılan incelemeye dayanarak insanların kart için uygun olup olmadığına karar vermekteydi.

Teminat paketi, farklı sosyal güvenlik sistemleri arasında farklılık göstermekteydi. Örneğin, SSK sigortalıları sadece SSK hastanelerini ve eczanelerini kullanabiliyorlardı. Diğer yandan, Bağ-Kur sigortalıları ve bakmakla yükümlü oldukları kişiler, – SB hastaneleri de dahil olmak üzere kamu ve özel – pek çok hizmet sunucusundan tıbbi muayene, laboratuvar testleriyle yatan hasta ve ayakta tedavi hizmetleri alabiliyordu. Fakat Bağ-Kur sigortalıları ve bakmakla yükümlü oldukları kişiler, ancak hizmete ihtiyaç duydukları zamandan önce – en az 90 gün – primlerini ödemişlerse sağlık hizmetleri alabiliyorlardı. Bağ-Kur, hizmet almak üzere çok sayıda kamu kuruluşu ve özel kuruluş ile sözleşme yapmıştı (örneğin, SB'ye bağlı hastaneler, üniversite hastaneleri, özel hastaneler ve Kızılay gibi sivil toplum kuruluşları).

Şekil 1.1. Fonların 2003 Yılına Kadar Türk Sağlık Sistemi'ndeki Akışı



Not: SSK ve Bağ-Kur, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (ÇSGB) bünyesinde yarı özerk bir şekilde çalışmaktadır.

Kaynak: Dünya Bankası.

Emekli Sandığı, sağlık sigortası sistemleri arasında en kapsamlı teminat paketine sahip olanı ve hem medikal hem de medikal olmayan hizmetler ile her türlü özel kuruluşa ve kamu kuruluşlarına erişim sahibiydi. Ödeme mekanizmaları da sağlık sigortası fonları arasında farklılık göstermekteydi. Örneğin SSK, kendi bütçesinden finanse ederek hastanelerini yönetirken, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur'un hizmet sunuculara yaptıkları ödemeler hizmet başı ödeme temelinde dayanmaktaydı. Ancak, ufak istisnalar dışında, katkı payı ödeme oranları, farklı sağlık sigorta sistemleri arasında büyük ölçüde benzerlik göstermekteydi.¹

Sağlık Kapsamı: DPT'ye göre 2003 yılında, nüfusun yaklaşık %85'i bir biçimde sağlık sigortası kapsamında yer almaktaydı. Geri kalan %15'lik kesimin ise bir sağlık sigortasına erişimi yoktu ve katkı payı ödemesi yapmıyorlardı. Ancak SB ağı aracılığıyla sunulan koruyucu hizmetleri, birinci basamak sağlık hizmetleri ve acil tıbbi bakımları dolaylı olarak karşılanmaktaydı. Nüfusun %46,3'lük kesimini kapsayan SSK en büyük sigortacıydı. Bunu nüfusun %22,3'ünü kapsayan Bağ-Kur izliyordu, daha sonra %15,4'ünü kapsayan Emekli Sandığı geliyordu. Türkiye'de özel sigortaların kapsamı çok azdı (%0,5'den az) (Tablo 1.1.). Sağlık sigortası kapsamına dair bu resmî veriler, dikkatle ele alınmalıdır. Çünkü rakamlar, fiilî kayıtlı çalışan sayısından ziyade tahminlere dayalıydı. Bu döneme ait sağlık sigortası kapsamı rakamlarıyla ilgili üç önemli sorun vardı: i) Çoğu insan birden fazla sosyal güvenlik kurumunca sigortalanmıştı, bu yüzden birçok kayıta görünmekteydiler ii) Çalışan nüfus sayısı, düzenli katkıda bulunarak mevcut görünenleri değil programa kayıt yaptırmış herkesi gösteriyordu (bu özellikle Bağ-Kur için geçerliydi) iii) Sigortalıların bakmakla yükümlü oldukları kişilerin sayısı tahminîydi, yani kesin olarak bilinmiyordu. DPT'nin bildirdiği resmî rakamlara karşın, SB tarafından 2002 yılında yapılan bir hane halkı çalışması, nüfusun %67'sinin sağlık sigortasına sahip olduğunun bildirildiğini tespit etmişti. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından üç ayda bir yapılan bir çalışma olan Türkiye Hane Halkı Bütçe Araştırması'na göre 2003 yılında herhangi bir sigortanın kapsamı altında olan nüfusun oranı %64 idi. Bu araştırmaların ikisi de Türk nüfusunu istatistiki olarak temsil eden bir örneklem üzerinde yapılmıştır ve bu resmî rakamlar arasındaki büyük fark çok çarpıcı olup aynı zamanda resmî rakamlarda bildirim ve tahmin yanlılığı sorunları olduğunu da doğrulamaktadır. 2003 yılında iş gücünün yaklaşık %46'sının kayıt dışı sektörde çalıştığı tahmin edilmektedir. Sağlık sigortası kapsamının %85 civarında olduğu tahmin edildiği için, kayıt dışı çalışanların büyük bir kısmının Yeşil Kart kapsamında olması, SSK, Bağ-Kur veya Emekli Sandığı bünyesinde sağlık sigortasına sahip bireylerin bakmakla yükümlü olduğu kişiler arasında olması mümkündür. Örneğin, 2003 Hane Halkı Bütçe Araştırması'na göre en fakir ondalık dilime girenlerin yalnızca %12'si (kişi başı harcama dilimlerine göre) Yeşil Kart kapsamındaydı ve daha yüksek ondalık dilimlere girenler arasında Yeşil Kart kapsamı yüzde %1 ila %8 arasında değişmekteydi.

Tablo 1.1. Sağlık Sigorta Kapsamı Türüne Göre Sigortalı Birey Sayısı, 2002-2003

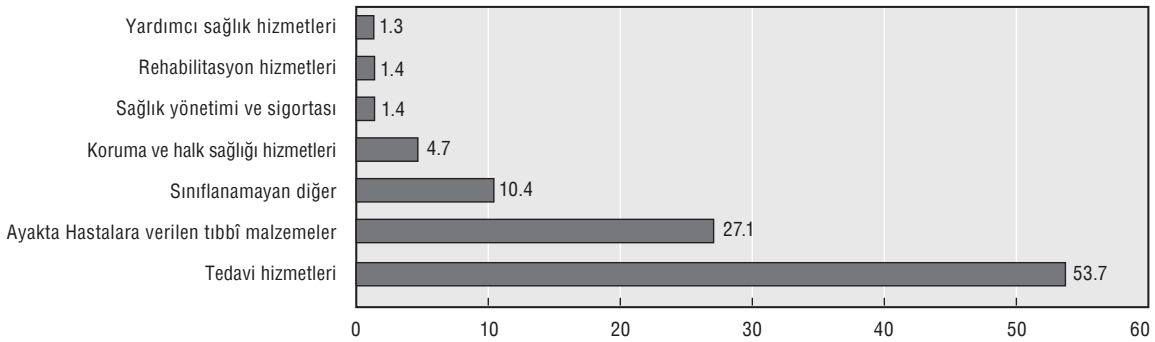
	Devlet Planlama Teşkilatı 2002	Hanehalkı Sağlık Harcamaları Araştırması
	Toplam Nüfus İçindeki %	Toplam Nüfus İçindeki %
Memurlar	15.4 ¹	
Çalışan	–	7.4
Emekli	–	5.1
SSK	46.3	33.5
Bağ-Kur	22.3	11.7
Özel Fonlar	0.5	0.4
Yeşil Kart	–	8.6
Diğerleri	–	0.5
Toplam sigortalı	84.5	67.2

1. Bu şekil hem çalışan hem de emekli memurları kapsamaktadır. Kaynak: Devlet Planlama Teşkilatı, www.dpt.gov.tr, Ekonomik ve Sosyal Göstergeler ve Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları Hane Halkı Sağlık Harcamaları Araştırması 2002-2003. Kaynak: Dünya Bankası (2006).

1.2. Sağlık Harcamaları ve Cepten Yapılan Harcamalar

1996-2003 döneminde, kamunun sağlık harcamaları GSYİH'nin yüzdesi olarak 1996 yılında %2 iken, 2003 yılında bu oran %4'e yükselmiştir (OECD Health Data 2008). 1999-2000 yılı Ulusal Sağlık Hesapları (USH)'na göre, Türkiye'deki özel sağlık harcamaları toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %37'sini oluşturmaktaydı. 1999 ve 2000 yıllarını kapsayan bir sağlık hizmeti sunucusu anketine dayanan USH, kamu harcamalarının büyük çoğunluğunun (%49-54 arasında), hem yataklı hem de ayakta tedaviyi içeren tedavi edici bakıma tahsis edildiğini göstermektedir.² Koruyucu sağlık ve halk sağlığı hizmetlerine tahsis edilen miktar ise oldukça az olup %5 civarındaydı (Şekil 1.2.).

Şekil 1.2. Sağlık Alanındaki Cari Kamu Harcamalarının Fonksiyonel Dağılımı, 2000



Kaynak: OECD Sağlık Hesapları Sistemine Göre Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000, Türkiye Sağlık Kurumu, Sağlık Bakanlığı (2002a).

2002 yılında Türkiye'nin coğrafi bölgelerinden birinde yürütülen ve yaklaşık 900 haneyi kapsayan bir çalışma, toplam cepten yapılan harcamaların % 25'inin gayri resmî olduğunu ortaya koymuştur. Kayıt dışı ödemelerin çoğu nakit (% 71) olarak ve ayakta tedavi hizmetleri için yapılmıyordu. Sağlık sigortasına sahip olmak, hastaları kayıt dışı ödemeler yapmaktan kurtarmıyordu; aslına bakılırsa, sağlık sigortası tarafından karşılanan hizmetleri almak için hastaların öncelikle doktorun muayenehanesine gitmesi ve ödeme yapması gerekiyordu. Kamu kuruluşlarında, yoksul insanların kişi başına ödedikleri miktar yoksul olmayanların ödediklerinden fazlaydı. Yaşlı insanların ödedikleri gençlerin ödediklerinden fazlaydı. Bu durum hakkaniyet konusunda ciddi endişeler doğurmaktaydı. Bu çalışmayı gerçekleştirenler, kayıt dışı bu ödemeleri iki muhtemel unsurla ilişkilendirmektedir: (i) Kamu sektörü sağlık personelinin özel sektörde çalışmasına izin verilmesi ve hastayı çalışma saatleri dışında kendi özel kliniğine yönlendirmek gibi etik olmayan uygulamalar yapabilmesi (ii) Sağlık kuruluşlarının kaynak sıkıntıları ile karşı karşıya kaldığı, hastaların kendi ihtiyaçlarını almak zorunda kaldığı anlamına gelen teminat paketinin eksik finansmanı veya eksik sigortalılık. Bu çalışma, sigortalılar tarafından yapılan kayıt dışı ödemelerin çoğunun doktorların hizmetleri için olduğunu tespit etmiştir. Yeşil Kartlılar, çoğunlukla hekimlik hizmetleri ve ameliyatlara için kayıt dışı ücretler ödemişlerdir. Bu durum, İncelemede belirtildiği üzere, yoksul insanların bile doktorların özel muayenehanelerine yönlendirilebildiğine işaret etmektedir (Tatar ve ark., 2007).

1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunulması³

2003'te, Türkiye'de kamu ve özel hizmet sunucularından oluşan karma bir sağlık hizmetleri sunum sistemi vardı. Başlıca üç kamu hizmet sunucusu şunlardı: (i) SB (ii) SSK

(iii) üniversite hastaneleri. SB, en önemli birinci ve ikinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcısıydı ve gerçekte koruyucu sağlık hizmetleri sunan tek kurumdu. 2002 yılında SB'nin yönetimi altında yaklaşık 700 hastane, 6000 sağlık merkezi ve sağlık ocağı, 247 verem savaş dispenseri, 234 ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi ve 138 poliklinik vardı.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri: 1961 tarihli Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un uygulanması, dört kademeli bir birinci basamak sağlık sisteminin ortaya çıkmasına yol açmıştır. Ebelerin görev aldığı, kırsal kesimdeki sağlık evleri, 2000–2500 arası bir nüfusa hizmet vermekteydi ve bu evler kırsal kesimdeki insanlar için ilk temasa geçilecek en önemli merkezlerdi. Bir sonraki kademede ise, 5000-10.000 arası nüfusa hizmet veren ve genelde sadece temel tıp diploması olan bir pratisyen hekim, bir hemşire, iki ebe ve destek personelinin (toplam 8 personel) görev yaptığı kırsal sağlık ocakları bulunmaktaydı. Bir sonraki kademede, 10.000–30.000 arasında bir nüfusa hizmet veren ve birden fazla doktor, bir diş hekimi, bir eczacı, birçok sağlık memuru, bir çevre sağlığı teknisyeni, laboratuvar teknisyenleri, hemşireler ve ebelerin (toplam 16 personel) görev aldığı bölge sağlık ocakları bulunmaktaydı. Son olarak, 22 sağlık çalışanı ve 6 destek personelinden oluşan 28 kişilik personel kadrosuyla il sağlık ocakları bulunmaktaydı.

Sağlık ocaklarının en önemli işlevi, halka kapsamlı koruyucu sağlık ve birinci basamak sağlık hizmeti sunmaktı. Bu işlev, bulaşıcı hastalıkların ve bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve tedavisi, ana çocuk sağlığı (aşılar ve aile planlaması da dahil olmak üzere), halk sağlığı eğitimi, çevre sağlığı, hasta bakımı ve sağlık konusunda istatistiksel bilgi toplanması gibi hizmetleri de içermekteydi. Sağlık ocaklarının haneler için sağlık sistemindeki birinci temas noktası olarak ve daha üst düzey tıbbi kuruluşlara sevklerin yönetimi için hizmet vermesi beklenmiştir. Bu birinci basamak sağlık ağının yanı sıra, SB bünyesindeki ilgili Daireler tarafından yürütülen ve ana çocuk sağlığı, bulaşıcı hastalıklar gibi konularda hizmet veren dikey programlar da vardı.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumu, yeterli kaynak olmaması (hem personel hem de işlevsel kaynaklar), çok parçalı olma ve dikey hastalık kontrol programları ile üst basamak sağlık kuruluşları arasındaki koordinasyon eksikliği, sağlık personeli maaşlarının düşüklüğü, ikili uygulamalardan kaynaklanan gecikmeler, izolasyon ve asgari düzeyde verilen eğitimden kaynaklanan sayısız sorun yaşamaktaydı. Sevk mekanizması gerçek anlamda işlemiyordu. Nüfusun çoğu, doğrudan daha üst düzey sağlık kuruluşlarından hizmet alabilmek için birinci basamak sağlık kuruluşlarını atlama eğilimine girmişti. Genel anlamda, (ayakta) hastaların hastaneye gelme oranı düşüktü; ancak birinci basamak sağlık kuruluşlarına gitme oranı daha da düşüktü (Tablo 1.2.). Örneğin, 2000 yılında ayakta tedavi için sağlık ocaklarına yapılan yıllık ortalama başvuru sayısı kişi başına yalnızca 0,8 iken, hastanelerin ayakta tedavi bölümlerinde bu rakam 1,6 idi. Diğer bir sorun da, birinci basamak yöneticilerinin personel kademeleri ile kaynak tahsisini belirleme özerkliğine ve idari özerkliğe sahip olmamalarıydı.

İşletme giderleri üzerindeki ağır kısıtlama sorununa çare bulmak için 2001 yılında döner sermaye⁴ sistemi uygulamaya geçirilmiş ve birinci basamak sağlık kuruluşlarının, SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı sigortalılarına sundukları tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini ücretlendirmelerine izin verilmişti. Hastanelerdeki döner sermayeye benzeyen bu döner sermayeler hem personelin maaşlarını yükseltmek için (döner sermaye kaynaklarının %50'ye kadar bir kısmı personel maaşları için kullanılabilir) hem de cihazların finansmanı ve diğer girdiler için kullanılabilirdi. Sigortalı olmayan insanlara karşı ayrımcılığı önlemek amacıyla, birinci basamak sağlık kuruluşlarının döner sermayeleri il sağlık müdürlükleri tarafından merkezi olarak yönetilmekteydi. 2002 yılı itibarıyla, birinci basamak sağlık kuruluşlarında 45 döner sermaye işler durumdaydı.

SSK birinci basamak sağlık ağı kapsamında; SSK ve Bağ-Kur'a kayıtlı kişilere birinci basamak sağlık hizmeti sunması beklenen, sınırlı sayıda sağlık merkezi ve dispenser

Tablo 1.2. Sağlık Hizmetleri Kullanımı, 1993-2003

	Kişi başına düşen ayakta tedavi başvuru sayısı Yılda ¹	Yatan hasta kabulü 100 kişide
1993	1.50	5.88
1994	1.60	6.17
1995	1.70	6.28
1996	1.80	6.50
1997	2.00	6.88
1998	2.10	7.12
1999	2.10	7.34
2000	2.40	7.53
2001	2.60	7.72
2002	-	7.91
2003	-	8.11
Değişimin yüzdesi	75.33²	37.90

1. Sağlık ocaklarına ve hastanelerin ayakta tedavi birimlerine başvuruları içerir.

2. 1993-2001.

Kaynak: Herkes İçin Sağlık Veritabanına dayalı olarak Dünya Bankası derlemesi, DSÖ/Avrupa, 2006.

bulunmaktaydı. SSK'ya kayıtlı kişiler arasındaki birinci basamak sağlık hizmetlerinden faydalanma oranı, ulusal ortalamadan düşüktü ve bu durum, genel olarak SSK birinci basamak sağlık merkezlerinin sayısının az olduğunu ve bu yüzden erişimin sınırlı olduğu gerçeğini yansıtmaktaydı. SSK dispanseri olmayan yerlerde, SSK sigortalıları SB'nin merkezlerini kullanmaktaydı. Ancak, birçok işyeri, çalışanlarına temel sağlık hizmeti veren bir hekim bulundurmaktaydı.

Kamu Hastaneleri: 2002 yılında, yaklaşık 654 SB hastanesi, 50 üniversite hastanesi ve yaklaşık 120 SSK hastanesi bulunmaktaydı (Sağlık Bakanlığı, 2002b). SB hastanelerinin çoğunluğunun (%80), uzmanlaşmış ayakta tedavi ve akut yatan hasta hizmeti sunan ikinci basamak sağlık kuruluşları (tam teşekküllü hastaneler) olarak hizmet vermesi amaçlanmıştır. SB bünyesinde aynı zamanda uzman hastaneler ile birlikte üçüncü basamak sağlık kuruluşu olarak hizmet veren araştırma ve eğitim hastaneleri bulunmaktaydı. Üniversite hastaneleri, bütün hizmet çeşitlerini (ayakta tedavi, yatan hasta ve üçüncü basamak) sunmaktaydı. O tarihten bu yana SB hastanelerinin sayısı artarken, üniversite hastanelerinin sayısı aynı kalmıştır.

SB hastaneleri iki kaynaktan finanse edilmekteydi: Devlet bütçesi ve döner sermaye. MB'den gelen devlet bütçesi kalemi şunları finanse etmekteydi: (i) Taban personel maaşları (ii) Diğer ek işletim giderleri (iii) Yatırım harcamaları. Personel maaşları, devlet bütçesinden tahsis edilen ödeneğin çoğunluğunu (% 80'den fazlasını) oluşturuyordu. Devlet bütçesinden gelen ödeneğin kullanılmasında hastane yöneticilerinin sınırlı esneklikleri vardı. Döner sermaye, Bağ-Kur, Emekli Sandığı sigortalılarına ve Yeşil Kart sahiplerine verilen hizmetler ve özel hastaların ödediği ücretler ile finanse edilmekteydi. Döner sermaye, genelde hastane bütçe yönetimi üzerinde daha fazla esneklik sağlıyordu. Örneğin, bütçe uygulama ve satın alma açısından daha fazla esneklik vardı. Artan kaynaklar yıl sonunda bir sonraki yıla taşınabilirdi. Sermaye harcamaları ve personele ek ödeme yapılması gibi bütçe tahsislerinde daha fazla esneklik vardı. Örneğin, döner sermaye gelirlerinin % 50'ye varan kısmı, ödenmemiş fatura olmadığı sürece, personele yapılan ek ödemeler için tahsis edilebilirdi. Ancak, gerçekte durum böyle değildi ve personele yapılacak ek ödemeler için yalnızca küçük miktarlar tahsis ediliyordu. SB hastaneleri söz konusu olduğunda ise hastane yöneticilerinin; hatta döner sermaye kullananların da harcamalar ile ilgili karar verme yetkisi yoktu ve bütçenin kullanılmasına ilişkin tüm kararların, merkezi Ankara'da bulunan SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından onaylanması gerekiyordu. Çok merkezîyetçi olan bu

işletim yöntemi, döner sermayenin hastane işletim masrafları için kullanılmasını sınırlandırmaktaydı. Üniversite hastanelerine gelince, döner sermaye harcamaları için hastane yönetimi konseyinin önerisi üzerine üniversite rektörünün onay vermesi gerekiyordu. Toplam hastane bütçesinin %80'inden fazlasını kapsayan döner sermaye gelirleri, SB ve üniversite hastanelerini finanse eden öncelikli kaynaktı.

Devlet hastanelerindeki bütçeleme süreci etkinliği desteklemiyordu. Hastanelere, tıbbi cihazların temin edilmesi ve bakımını karşılamaları için onaylı yatak başına günlük sabit bir miktar tahsis edilmişti. Kamu hizmetlerine yönelik harcamalar geçmişteki tüketime göre kararlaştırılıyordu ve personel harcamaları da personel pozisyon sayısı esas alınarak tahsis ediliyordu. Hastaneler, işletmeyi finanse edebilmek için döner sermayeye dayanıyor; sigortalı veya ödeme yapan hastalara verdikleri hizmeti en üst düzeye çıkarmaya çalışıyorlardı. Tüm SB ve üniversite hastaneleri satın alma sorumluluğunu aldığı ve satın alma kararları sadece üç fiyat teklifine dayalı olarak hastane satın alma komitesi tarafından verildiği için satın alma süreçleri de etkili değildi. Diğer yandan, bu satın alma yöntemi ilaçların ve tıbbi cihazların hızlı teslimatını sağlıyordu; ancak özellikle satın almalar, az miktarda alım yapan küçük ilçe hastaneleri tarafından yapıldığında, en rekabetçi fiyatları elde edemiyordu.

Türkiye'deki kamu hastaneleri, geleneksel kamu kurumları gibi, sınırlı mali ve idari özerklikle işletiliyordu. Yöneticilerin, personel işe alma ya da işten çıkarma yetkileri yoktu. Personelle ilgili tüm kararlar (SB hastaneleri için) SB ve (SSK hastaneleri için) SSK Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından alınıyordu. Sağlık personeli genellikle devlet memuruydu ve düşük performansla çalışsa bile işten çıkartılamazdı.

Kamu sektörü, Türkiye'deki toplam yatak kapasitesinin yaklaşık %92'sine sahipti. 2002 yılında, Türkiye'de 1000 kişiye 2,3 yatak düşmekteydi. Ancak, 1000 kişiye 3,7 yatağın düştüğü İç Anadolu Bölgesi'ndeki Eskişehir ili ile 1000 kişiye 0,60 yatağın düştüğü Güneydoğu Anadolu Bölgesi'ndeki Şırnak ili karşılaştırıldığında, çok ciddi bölgesel farklılık olduğu görülmekteydi. Ankara, İstanbul ve İzmir; hastane yataklarının neredeyse %36'sına sahipti. Ayrıca hastanelerin büyüklüğü bakımından da ülke genelinde önemli farklılıklar vardı. Örneğin, birinci basamak sağlık ağının bir parçası olan sağlık merkezlerinin 10 yatağı bulunurken, en büyük devlet hastanelerindeki yatak sayısı 1800'e kadar çıkabiliyordu. Türkiye'deki hastanelerin neredeyse yarısı küçük (50 ve daha az yatak kapasiteli) hastanelerdi (öyle kalmaya devam etmektedirler). Hastaneye kabul edilen hasta sayısı yatak kapasitesi ile orantılıydı. SB hastaneleri, ülkedeki hastanelere yapılan tüm kabullerin yarısından fazlasından sorumluydu ve SB hastanelerini SSK hastaneleri ve üniversite hastaneleri izliyordu.

Türkiye'de 2002 yılında hastane doluluk oranı yaklaşık %60 (SB, 2002b) ve ortalama hastanede kalış süresi yaklaşık 5,9 gündü. Bölgeler arasında bu rakamlarda büyük farklılıklar vardı (örneğin, hastane doluluk oranlarında %20-%82 arası). Genel hastanelerdeki doluluk oranı, uzmanlık hastanelerindekinden düşüktü. Özellikle, SB ilçe hastanelerindeki doluluk oranı düşüktü. Uygun personel ve cihaz eksikliği nedeniyle ilçe hastaneleri genellikle yeterince kullanılmıyordu. Genel anlamda, SB hastanelerinin doluluk oranları, SSK ve üniversite hastanelerine göre daha düşüktü. Bakım kalitesi ve hasta memnuniyetine ilişkin bu zaman dilimine ait sağlam veriler mevcut olmamasına rağmen, odak grubu tartışmalarına ve bilgilendirici görüşmelere dayanan nitelendirici bilgiler, hasta memnuniyeti ve algılanan bakım kalitesi açısından üniversite hastanelerinin birinci sırada yer aldığını ve onları SSK hastanelerinin izlediğini göstermektedir. Düşük maaşlı SB sağlık personeli, kamu hastalarına bakma konusunda fazla teşvike sahip olmadıkları ve zamanlarını özel çalışarak (muayenehanede) geçirmeyi tercih ettikleri için SB hastaneleri genel olarak en alt sıralarda yer alıyordu. 573 hastanede yapılan teknik verimlilikle ilgili bir çalışma, Türkiye'deki akut tam teşekküllü hastanelerin %10'dan azının, benzerleri ile karşılaştırıldığında verimli bir şekilde işletildiği

sonucuna varmıştır. Verimli hastanelerle karşılaştırıldığında, verimsiz hastaneler; ortalama %32 daha fazla uzman, %47 daha fazla birinci basamak hekimi ve %119 daha fazla personelle desteklenmiş yatak kapasitesi kullanmakta ve daha az çıktı üretmekteydi (%13 daha az ayakta tedavi başvurusu, %16 daha az yatan hasta kabulü ve %57 daha az cerrahi işlem) (Ersoy ve ark., 1997).

Türkiye’de devlet hastanelerinin tedavi birimlerine gelen ayakta hasta sayısı, 1996-2001 yılları arasında %40 oranında artmıştır. Ayakta tedavi hizmetlerine erişim, sigortalı ya da bir ücret ödemeye gönüllü herkese açıktı ve herhangi bir sevk gerekmemekteydi. Sonuç olarak, devlet hastanelerinin sorunlarından biri, uzman bakımı gerektirmeyen hastalar nedeniyle aşırı kalabalık olması ve doktorların günde 50’ye yakın hasta bakmaları idi. Bu durum, bakım kalitesi ve hasta memnuniyeti açısından olumsuz sonuçlar doğuruyordu. Başvuruların %90’ından fazlası tam teşekküllü hastanelere yapıyordu. Ayakta tedavi hastalarının yarısından fazlası SB hastanelerine geliyordu. Ayakta tedavi hizmetlerinin kullanılması konusunda da bölgesel farklılıklar vardı. Türkiye’de doktora gitme sayısının en düşük olduğu yer Güneydoğu Bölgesi idi. Bu durum, anılan illerdeki insanların çoğunluğunun sağlık sigortası kapsamında olmadığını ve Yeşil Kart’ın ayakta tedavi hizmetlerini karşılamadığı gerçeğini yansıtıyordu.

Özel Sağlık Hizmetleri: Türkiye’de 1980’li yıllardan önce, neredeyse hiç özel sağlık hizmeti, özellikle de özel sağlık hizmeti sunan hastane yoktu. Özel sektörün faaliyet alanının büyük kısmı esasen doğum (öncesi ve sonrası) hizmeti veren 50’den az yataklı küçük klinikler ve ayakta tedavi hizmetlerine yoğunlaşmıştı. 1980’ler boyunca, Hükümetin özel sektörü teşvik politikasının bir sonucu olarak, özel hastane ve kliniklerin sayısında bir artış olmuştur. Önceki dönemlerdeki özel merkezlerin aksine, bu klinik ve hastanelerin kapasitesi daha büyüktü ve insanlara tam teşekküllü sağlık hizmeti sunabilmekteydi.

Özel ayakta tedavi hizmetleri şu ortamlarda sunulmaktaydı: i) Tam zamanlı olarak özelden çalışan özel doktorlar ii) Yarı zamanlı olarak özelden çalışan kamu sağlık personeli iii) Özel poliklinikler ve tıp merkezleri iv) Kamu kuruluşlarında sunulan özel hizmetler v) Özel sektörde çalışan doktorlar tarafından, 50’den fazla işçisi olan şirketlere sunulan sağlık hizmetleri. SB, 1998-2001 yılları arasındaki dönemde, özel sektörde yaklaşık 11.000 genel hekimin olduğu ve kamu hekimlerinin %60’ının özel sektörde çalıştığı yönünde tahminde bulunmuştur. Kamu sektöründeki maaşların düşük olması nedeniyle, kamudaki hekimlerinin özel sektörde de çalışmasına izin verilmesi, kamu sektöründe yeterli sayıda doktor bulunmasını sağlamanın bir yoluydu. 2001-2002 yıllarında, ülkede tahmini 250 özel hastane bulunmaktaydı. Özel kuruluşlar özellikle büyük şehirlerde (Ankara, İstanbul ve İzmir) yoğunlaşma eğilimindeydi. SSK ve Bağ-Kur gibi sosyal sigorta kurumlarının da uzman sağlık hizmetleri sunan özel hastanelerle sözleşmeleri olmasına rağmen, özel merkezlerin çoğunluğu özel hastalar tarafından finanse ediliyordu.

Halk Sağlığı Hizmetleri: SB bünyesinde yarı özerk bir kuruluş olan Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, hastalık kontrol laboratuvarları da dahil olmak üzere bölgesel düzeyde ve il düzeyinde geniş bir halk sağlığı kuruluşları ağını yönetmekteydi. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü de halk sağlığı hizmetleri sunumunda yer alıyordu. İl düzeyinde, il sağlık müdürlüğü, dikey hastalık kontrolü programlarının uygulanmasından sorumluydu. Ayrıca, sağlık ocaklarında görevli çevre sağlığı teknisyenleri; su güvenliği, katı atıkların ortadan kaldırılması, kanalizasyon sistemleri ve gıda hijyeni gibi halk sağlığı programlarından da sorumluydu. Bunun yanı sıra, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri; bağışıklama, aile planlaması, emzirmeyi teşvik ve düzgün beslenme gibi bir dizi koruyucu sağlık hizmeti sunmaktaydı.

1.4. Türk Sağlık Sektöründe Yönetişim Düzenlemeleri

Sağlık sektörünün idaresinde birçok kuruluş ve aktör yer almaktaydı. SB, sağlık politikası yapımından sorumlu en önemli hükümet organıydı. Üç sosyal güvenlik kurumu, ÇSGB bünyesinde yarı bağımsız kuruluşlar olarak çalışmaktaydı. Bu anlamda ÇSGB aynı zamanda teminat paketleri, hizmet sunuculara ilişkin ödeme düzenlemeleri ve iş sağlığı gibi konular bakımından sağlık sektörünün yönetimi üzerinde nüfuz sahibiydi. SB'nin sosyal sağlık sigortası dahil olmak üzere sağlık sigortası düzenlemeleri açısından rolü ve işlevi net değildi. Ayrıca, MB, Hazine Müsteşarlığı ve DPT'de özellikle sağlık sektörü bütçeleri, sermaye yatırımlarının planlanması belirlenmesi ile ilgili olarak sağlık sektörünün yönetiminde yer alıyordu.

Bunların yanı sıra, sağlık politikasının uygulanması için gerekli kanun ve yönetmeliklerin kabul edilmesi yönünden, T.C. Anayasa Mahkemesi ve Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) de sağlık sektörünün yönetiminde önemli ölçüde nüfuz sahibiydi. Yasaların kabul edilme süreci uzundu. Çoğu kez önerilen yasalar hiçbir zaman görüşülmemekte veya kabul edilmemekteydi. Bu durum, beş yıllık kalkınma planında SB için iyi bir sağlık politikasının oluşturulduğu 1990'lı yıllarda, sağlık sektöründe meydana gelen (Ek 1.A1'de tanımlanan) gelişmelerden anlaşılabilir. Ancak politikaların (örneğin, aile hekimliği, GSS) uygulanmasına olanak sağlayabilecek yasalar hiçbir zaman Meclis'ten geçmemiştir.

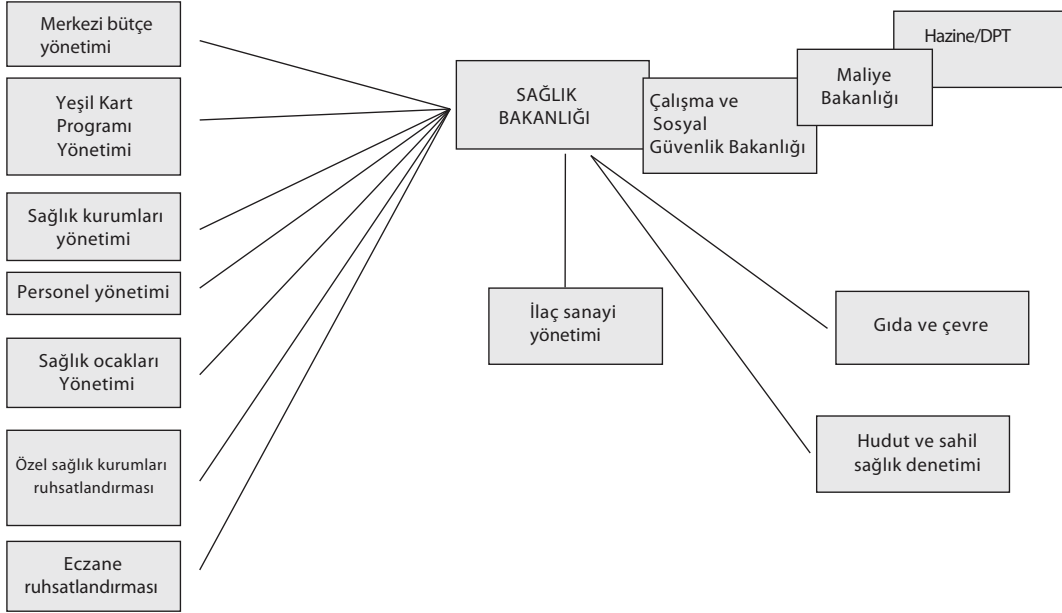
SB'nin, sağlık sektörü ile ilgili başlıca sorumlulukları arasında şunlar yer almaktaydı: i) Sağlık hizmet sunum sisteminin planlanması ve programlanması ii) Sermaye yatırımlarının onaylanması (Aynı zamanda DPT de tüm sektörler için genel düzeyde onay verir) iii) Bulaşıcı hastalıklar ve bulaşıcı olmayan hastalıklara yönelik programlar geliştirilmesi iv) İlaçların üretimi, reçeteye yazılması ve dağıtımının düzenleme altına alınması v) Sağlık kuruluşları inşa etme ve işletme (Bk Şekil 1.3.). SB, hizmet sunum işlevi de dahil olmak üzere birçok görev ve sorumluluk nedeniyle taşıyabileceğinden fazla yük altına girmişti. Bu durum, SB'nin idari fonksiyonunu etkili bir şekilde yerine getirme becerisini azaltıyordu.

1.5. Sonuçlar

Özetlemek gerekirse, 2003 yılında Türk sağlık sisteminin göze çarpan özellikleri şunlardı:

1. Kayıtlı sektörde çalışanların harcamalarını karşılayan bir sosyal sağlık sigorta sistemi ile SB tarafından yönetilen bir çeşit ulusal sağlık hizmeti sistemi vardı. Ayrıca yoksul ve zayıflara yönelik sağlık sigortasını kapsayan bir sosyal yardım programı vardı (Yeşil Kart). Bu durum parçalı ve duplikatif bir sağlık finansmanı ve sunumu sistemine neden olmaktaydı.
2. Sağlık sigortası sistemi ve Yeşil Kart programının sigorta kapsamı yüksek olup nüfusun neredeyse %85'ini kapsamaktaydı. Daha güvenilir bir veri bulunmadığı için, bu veri Türkiye'de o döneme ait sağlık sigortası kapsamına ilişkin yapılan en iyi tahmindir. Sağlık sigortasının durumu, bir bireyin sağlık hizmeti almaya karar vermesindeki en önemli belirleyici idi. Sağlık sigortası olan insanlarla karşılaştırıldığında, sağlık sigortası olmayan hasta insanlar ve haneler, hasta olduklarında sağlık hizmeti almak için daha az başvurma eğilimindeydi. Sağlık sigortası olmayanların ve Yeşil Kart programı kapsamında olanların cepten yaptıkları harcamalar, sosyal güvenlik sistemine dahil olanların yaptıklarından oldukça yüksekti. Sağlık sigortası olmaması ya da yetersiz (yani sınırlı kapsamlı) sigorta yapılması (Yeşil Kart programı kapsamında olduğu gibi) durumu, kayıtlı sektörde istihdam edilmeyen yoksul insanlar arasında yaygındı. Bu durum, finansal korumayı artırmak için nüfusun sahip olduğu sigorta kapsamının hem enine hem de derinlemesine genişletilmesinin önemini göstermiştir (Kutu 1.1).

Şekil 1.3. SB'nın Sağlık Sektöründeki Sorumlulukları ve Diğer Hükümet Kurumlarına Karşı Hesap Verme Düzenlemeleri



Kaynak: Sağlık Bakanlığı

3. Sağlık hizmetlerine erişim konusunda bölgesel düzeyde – kırsal, kentsel – eşitsizlikler bulunmaktaydı. Kırsal kesimde sağlık hizmetlerine erişim daha da zor ve pahalıydı. Büyük kamu sağlık kuruluşları ağı kaynak kısıtlamaları, personelin az eğitilmiş olması, düşük ücretler, mesleki teşvik ve merkezlerin azlığı, ikili uygulamaların yarattığı bölünmeden dolayı düşük performans sergilemekteydi. Sonuç olarak, verimlilik düşüktü. Ayrıca, personelin coğrafi olarak yanlış dağılımı da önemli bir husustur. Örneğin, SB istatistikleri (2000), sağlık ocaklarının %12'sinde doktor bulunmadığını ve kırsal sağlık ocaklarının üçte ikisinde ise ebe bulunmadığını gösteriyordu.
4. Sağlık hizmetlerinin tahsis etkinliği zayıftı. Sağlık harcamalarının büyük kısmı, koruyucu sağlık ve birinci basamak sağlık hizmetleri yerine, daha masraflı olan yatan hasta ve ayakta tedavi hizmetlerine tahsis edilmişti. Nüfusun koruyucu ve birinci basamak sağlık hizmetlerine talebi çok düşüktü. Buna büyük oranda birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki hizmet kalitesinin düşük olması neden olmaktaydı. Bu nedenle hastalar, ayakta tedavi için çoğunlukla hastanelere müracaat ediyordu.
5. Dört kademeli ve entegre bir sağlık hizmeti sunum sistemi kurulmasına rağmen, sevk sistemi çalışmıyordu. Hastalar daha üst basamaktaki sağlık kuruluşlarından hizmet almak için birinci basamağı sürekli atlıyorlardı. Birinci basamaktaki hizmet kalitesinin düşük olması, sevk zincirine uyulmasına yönelik mali teşviklerin yokluğu ve diğer faktörler de sorunu büyütüyordu.
6. Sağlık sektöründeki kayıt dışı ödemeler aşırı boyutlara varmıştı. Bu durum, hakkaniyet, şeffaflık ve sağlık sektörünün finansmanı konusundaki hesap verebilirlik hususlarına ilişkin endişeleri artırmaktaydı. Kayıt dışı ödeme olgusu; büyük ölçüde sigorta finansmanının düşük olması veya sınırlı kapsamda sigorta yapılmasıyla ve kamudaki doktorların özel sektörde de çalışmasına izin verilmesi, böylece hastaları kamudaki normal çalışma saatleri dışında kendi özel muayenelerine yönlendirme gibi etik olmayan uygulamalara yol açılması gerçeğiyle ilişkiliydi.

7. Yatak kapasitesi ve hasta kabul oranı düşük birçok küçük hastane bulunmaktaydı. Bu durum klinik kalite ve kaynak yönetimi konusundaki endişeleri artırmaktaydı.
8. Sağlık sektöründeki idari düzenlemeler parçalı bir haldeydi. Yetkinin büyük kısmı niha-yetinde Anayasa Mahkemesi ve TBMM'ye aitti.

Kutu 1.1 Türkiye'de Sağlık Hizmetlerine Yönelik Talep

- Sağlık hizmetlerine erişim kentsel kesim için kırsal kesimden çok daha kolaydı. Kentte yaşayanların %87'si bir sağlık ocağına yürüme mesafesindeyken, kırsal alanlarda yaşayanlar için bu oran sadece %37 idi. Ulaşım masraflarından dolayı, kırsal alandaki hanelerin %57'si bir sağlık ocağına ulaşmanın zor olduğunu düşünüyordu. Genel anlamda, kırsal alanda yaşayanlar için sağlık harcamaları, kentsel alanda yaşayanlardan önemli ölçüde yüksekti. Örneğin, kentte yaşayanlar için bir ayakta muayene 12 YTL'ye mal olurken bu rakam kırsal alanda yaşayanlar için 20 YTL idi.
- Nüfusun en düşük gelirli birinci ve ikinci yüzde 20'lik gruplarındaki hanelerin; hastalanması durumunda sağlık hizmeti alma oranı (%75), en yüksek gelirli birinci ve ikinci yüzde 20'lik gruplara kıyasla(%87), daha düşüktü.
- Sağlık hizmeti başvurularının %91'i tedavi hizmeti almak içindi. Koruyucu sağlık hizmeti talep edilmesi oranı oldukça düşüktü.
- Sağlık ve sağlık hizmeti ile ilişkili konularda bilgi sahibi olmak; hastalığı tanımak, sağlık hizmetlerinden faydalanmak ve koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanmak ile doğru orantılıydı.
- Yoksul insanların, kayıtlı sektörde istihdam edilmesi ihtimali daha düşüktü. Bu nedenle, sağlık sigortasından yoksun olma ihtimalleri daha yüksekti.
- Sağlık sigortasının durumu, sağlık hizmetlerinden faydalanılmasında önemli bir belirleyici olmuştur. Yeşil Kart da dahil olmak üzere, herhangi bir sağlık sigortası sahibi olmak, hanelerin bir hastalığı bildirme ve sağlık hizmeti alma eğilimini artırmıştır. Sağlık sigortası olan hanelerin %90'ı hasta olduğunda sağlık hizmeti almak için başvururken, sağlık sigortası olmayan haneler için bu oran %70'tir. Sigorta aynı zamanda, sağlık harcamalarının düzeyi konusunda belirleyici olmuştur. Sigortası olmayan bireyler ve Yeşil Kartlı bireyler, sigortası olan insanlara kıyasla, gıda dışı toplam hane harcamalarının daha fazlasını sağlık hizmeti için harcamışlardır. Örneğin, Yeşil Kart sahibi bir insanın ayakta tedavi için yaptığı ortalama harcama ve sağlık sigortası olmayan bir insanın yaptığı harcama sırasıyla 22,6 YTL ve 21,6 YTL'dir. Bunun karşın, SSK sigortası olan biri sadece 8,3 YTL öderken, *Bağ-Kur* ve *Emekli Sandığı* sigortalıları sırasıyla 14,4 YTL ve 10,6 YTL harcamaktaydı.
- Sağlık alanında cepten yapılan harcamalar, zengin insanlarla karşılaştırıldığında, yoksul insanlar için daha büyük bir yük getirmekteydi. Örneğin, en düşük gelirli birinci ve ikinci yüzde 20'lik gruplardaki bireyler, sağlık ocağına bir gidişlerinde ortalama 27 YTL öderken, en yüksek gelirli birinci ve ikinci yüzde 20'lik gruplardaki bireyler yaklaşık 13 YTL ödemekteydi.

Kaynak: Dünya Bankası (2003), Cilt. 2, Bölüm 2: "Sağlık Hizmetlerine olan Talep".

Notlar

1. Ayakta tedavi için hastaneye her gidişinde 0,8 YTL ödemesi gereken SSK emeklileri ve onların bakmakla yükümlü olduğu kişiler dışında, ayakta tedavi hizmetlerine yönelik katkı payları vardı. Yatan hasta tedavi hizmetleri için herhangi bir katkı payı yoktu. Ayakta tedavi ilaçlarına yönelik olarak, SSK, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur sigortalısı çalışanlar ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler için katkı payı oranı %20 iken, emekliler ve onların bakmakla yükümlü olduğu kişiler için bu oran %10 idi.
2. Bu şekil 2000 yılı Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları'ndan alınmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2002a).
3. Bu bölümde ağırlıklı olarak şu dokümanlardan yararlanılmıştır: Dünya Bankası (2003) özellikle raporun 2. cildi (Sağlık Hizmetlerinin Satın Alınması konulu bölüm).
4. Döner sermaye; kamu sektörüne, devlet bütçesi ile karşılaştırıldığında daha fazla yönetim esnekliği olan bir bütçe aracı sunmak için Türkiye'deki birçok kamu kuruluşunda kurulan bütçe dışı fonlara karşılık gelmektedir. Kamu hastaneleri bakımından bu fonlar, verilen hizmetlere yönelik sosyal sağlık sigorta ödemeleri ile özel şahıslar tarafından ödemelerden kaynaklanmaktadır. Döner sermayede genellikle, satın alma ve bütçe uygulaması konularındaki finansal yönetim kontrolleri daha esnektir. Harcanmayan fonlar bir sonraki yıla taşınabilir. Döner sermaye; kaynak tahsisi konusunda daha fazla esneklik sağlar ve sermaye yatırımları ile personele performans dayalı ek ödeme verilmesi gibi insan kaynakları kararları üzerinde daha fazla kontrol imkanı verir.

EK 1.A1

Türk Sağlık Sisteminin Geçmişine Genel Bakış ve Sağlık Politikasındaki Temel Gelişmeler¹

T.C. Sağlık Bakanlığı (SB) 1920 yılında kurulmuştur. SB başlangıçta, savaş sonrasında yeniden yapılanmaya ve ülke sağlık sistemini kurmak için kilit mevzuatın oluşturulması konularına odaklanmıştır. Türkiye'deki mevcut halk sağlığı sisteminin temelleri, 1923-1946 yılları arasında atılmıştır. Bu dönemde, sağlık programlarının planlanması, düzenlenmesi ve uygulanmasından sorumlu olan SB'nin görev ve işlevlerini açık ve kesin bir şekilde ortaya koyan birçok yasa çıkmıştır. Koruyucu halk sağlığı programlarına; tüberküloz, sıtma ve cüzzam gibi bulaşıcı hastalıkların kontrolüne yönelik programlara ağırlık verilmişti. Bu dönemde, teşkilat modeli "Dikey" örgütlenmişti. İlçe düzeyinde tanı ve tedavi merkezleri kurulmuş; Ankara, Diyarbakır, Erzurum ve Sivas gibi illerde tam teşekküllü hastaneler açılmıştı.

1946-1960 yılları arasındaki dönemde, Türkiye'deki insanlara entegre sağlık hizmetleri sunması beklenen sağlık ocakları kurulmuş; tüm hastaneler, yerel yönetimlerden SB'ye devredilmiştir. SSK, özel sektörde çalışan işçilere ve kamu sektöründeki mavi yakalılara sağlık sigortası sağlamak üzere 1946 yılında kurulmuştur.

1961 yılında, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (224 sayılı) kabul edilmiştir. Bu kanun, Türkiye'de ulusal sağlık hizmetlerinin kurulmasına zemin hazırlamıştır. Bu kanunda, sağlık hizmetlerinin tarafsız bir biçimde, sürekli ve halkın ihtiyaçları doğrultusunda sağlanması gerektiği belirtilmiştir. Bu durum, Entegre Sağlık Hizmetleri Sistemi'nin oluşturulmasına öncülük etmiştir. Bu kanun ile tüm vatandaşlara ücretsiz – ya da kısmen ücretsiz – sağlık hizmetinin sağlanması hedeflenmiştir: Finansman, sağlık hizmeti için yapılan sigorta ödemelerinden ve hükümet bütçesinden yapılan tahsislerle sağlanmıştır. (Burada amaç, koruyucu sağlık ve çevre sağlığı hizmetleri ile ülkenin her yerinde sağlık eğitimi de dâhil olmak üzere sağlık hizmetlerini genişletebilecek bir altyapının geliştirilmesini üstlenmek ve herkesin bu altyapıya kolayca erişmesini sağlamaktır.) Sağlık ocakları – önceki dönemde kurulan – kavramı, köy düzeyindeki sağlık ocakları ile birlikte bölge hastanelerini de kapsayacak şekilde daha da genişletilmiştir. Ancak, bu tür bir genişlemenin gerektirdiği büyük miktardaki sermaye yatırımları yapılmamıştır. Kaynakların çoğu personel giderlerine tahsis edilmiş ve hizmet vermek için gerekli olan altyapı, tıbbi ekipman ve diğer ihtiyaçlar geri planda kalmıştır.

1963 yılında, ilk kez, beş yıllık kalkınma planında sağlığa yer verilmiştir. Sağlık sektörüne yönelik ilk beş yıllık kalkınma planının hedefleri şunlardı: i) Koruyucu sağlık hizmetlerine

öncelik verilmesi ii) SB aracılığıyla halk sağlığı hizmetleri sunulması iii) Sağlık personelinin ülke genelinde eşit şekilde dağıtılması iv) Toplum sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi, v) Ulusal ilaç sanayinin teşvik edilmesi vi) Özel hastanelerin kurulmasının desteklenmesi vii) GSS'nin kurulması viii) Devlet hastanelerinde döner sermaye² sisteminin kurulması.

Daha sonra, genel sağlık sigortası fikrini destekleyen GSS Yasası taslak olarak hazırlanmıştır; bu yasa ancak 1971'de TBMM'ye sunulabilmiş, fakat kabul edilmemiştir. 1974 yılında yasa tekrar Meclis'e sunulmuş; ancak hiçbir zaman görüşülmemiştir. 1978 yılında, Kamuda Çalışan Hekimlerin Tam Gün Çalışmasına ilişkin bir yasa kabul edilmiş ve doktorların özel sektörde çalışması engellenmiştir. 1980 yılında ise bu kanunu iptal eden yeni bir kanun getirilmiştir (Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun). Bu kanun, asıl olarak, hekimlerin ve diğer sağlık personelinin özel sektörde de olmak üzere yarı zamanlı çalışmasına izin vermiştir.

1980-2002 yılları arasında, Türk vatandaşlarına sosyal sigorta ve sağlık hizmetlerine erişime ilişkin çok önemli anayasal haklar tanınmıştır. 1982 Anayasası'na göre, tüm vatandaşların sosyal güvenlik hakkı vardır ve devlet tüm vatandaşlarına sosyal sigorta sağlamak için gerekli adımları atmalıdır. Anayasa'da aynı zamanda sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinde Devletin rolünü güçlendiren maddeler ve bunun yanı sıra GSS uygulanmasına ilişkin maddeler bulunmaktadır. 1986-1989 yılları arasında Hükümet, Sağlık Hizmetleri Temel Kanun'u (1987) ve Bağ-Kur yoluyla Sağlık Sigortası Başlatma Yasası'nı kabul etmiştir. Temel Sağlık Hizmetleri Yasası'nda aynı zamanda hakkaniyete ve sağlık hizmetlerine erişime vurgu yapılmış ve 1960 Entegre Sağlık Hizmetleri Sistemi'ndeki eksikliklerin düzeltilmesi amaçlanmıştır. Entegre Sağlık Hizmetleri Sistemi'nin işlememesinin nedenlerinden birinin kaynak sıkıntısı olduğu göz önüne alınarak, Temel Yasa ile sağlık sektörüne sağlanan finansmanın artırılması amaçlanmıştır. Ancak, Temel Yasa'nın başarısı sınırlı kalmıştır. Ne sistemsel reformları destekleyebilecek uygun yasalar ne de kapsamlı bir sağlık politikası benimsenmiştir. Sağlık sektörünü yeniden canlandırma konusundaki çabalar tamamlanamamıştır.

1988-1993 yılları arasında SB ve DPT, ihtiyaçları anlamak ve reform yapılacak yönleri belirlemek için büyük bir sağlık reformu çalışması gerçekleştirmiştir. Ulusal Sağlık Politikası, 1990 yılında Hükümet tarafından resmî olarak kabul edilmiştir. Bu arada GSS ve aile hekimliğinin Türkiye'de uygulanmasına yer verilmiştir. Bu politika belgesinde, ulaşılmaması gereken belirli hedefler ortaya konmuş ve ana çocuk sağlığı gibi sağlıkla ilgili temel öncelikler belirlenmiştir (Ek Tablo 1.A1.1.).

Tablo 1.A1.1. 1990 Ulusal Sağlık Politikası; Sağlık Alanındaki Hedefler (Seçilen Göstergeler)

Odak alanı	Hedef	Hedeflenen Tarih
Ana çocuk sağlığı	5 yaş altı ölüm hızı: Binde 50	2000
Bulaşıcı hastalıklar	Bebek ölüm hızının % 30 oranında azaltılarak binde 29'a düşmesi	2000
	Anne ölüm oranı: 100.000 canlı doğumda 67	2000
	Kızamık, çocuk felci, difteri, neonatal tetanoz eradikasyonu	2005
Kardiyovasküler hastalıklar	Tüberküloz insidansının 100.000 kişide 1'e gerilemesi	2005
	65 yaş altı ölüm hızının % 15 oranında azalması	2005
Kanser	65 yaş altı ölüm hızının % 15 oranında azalması	2005
Kazalar	Araba, ev ve iş yerinde yaralanma nedeniyle ölüm hızının % 25 azalması (3000 hayat kurtarma)	2005
Eşitsizlik	Bölgeler arası eşit altyapı düzeyine ulaşma	2000

Kaynak: Ulusal Sağlık Politikası, Sağlık Bakanlığı (1993).

1992 yılında düzenlenen Birinci Ulusal Sağlık Kongresi'nde, GSS uygulamasının başlatılması konusu yeniden ele alınmış; ama herhangi bir ilerleme kaydedilememiştir. Ancak, aynı yıl, (1. Bölüm'de daha detaylı bir şekilde anlatılan) Yeşil Kart programının başlatılması ile birlikte, sigortasız nüfusun sağlık harcamalarının karşılanması arttırılması konusunda çok önemli bir gelişme meydana gelmiştir. 1993 yılında Hükümette bir değişiklik olmuş ve ulusal sağlık politikası arka planda kalmıştır ve hayata geçirilememiştir. 1993-1997 yılları arasında Türkiye altı farklı Sağlık Bakanı'na sahip olmuş ve sağlık politikaları açısından istikrar çok az olmuştur.

Bu dönemde, çeşitli kalkınma planlarında sağlık reformlarına yer verilmeye devam edilmiştir. Örneğin, 1996-2000 yıllarını kapsayan Yedinci Kalkınma Planı şunları amaçlamıştır: i) GSS'nin olabildiğince çabuk başlatılması ii) Hizmet sunumu ile finansmanın birbirinden ayrılması iii) Hastanelerin kaliteli sağlık hizmetleri sunmalarına ve kendilerini merkezi yönetim yapısının kısıtlamalarından kurtarmalarına yardımcı olmak için hastanelere özerklik verilmesi iv) Birinci Basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği modelinin benimsenmesi ve koruyucu sağlık hizmetleri sunumunun güçlendirilmesi v) Ülkedeki sağlık hizmetlerinin izlenmesindeki rolünü güçlendirmek üzere SB'nin yeniden yapılandırılması.

Kasım 2000 ve Şubat 2001'de, Türkiye büyük çaplı bir ekonomik kriz ile karşı karşıya kalmıştır: Para birimi %100'den fazla değer kaybetmiş, enflasyon oranı %68 olmuş ve ekonomi %8 oranında küçülmüştür. İşsizlik oranı arttıkça, ekonomik kriz sağlık anlamında yoksulluk getirmiş ve sosyal etkileri olmuştur. Artan gıda fiyatları ve enflasyon, daha önceleri korunan haneleri yoksulluğa karşı korunmasız hale getirmiştir. Sağlık sektörü üstündeki en önemli etkisi ise kayıtlı sigortalıların sayısında düşüş ve Yeşil Kart sahiplerinin sayısında bir artış olmasıdır (2000-2001 yıllarında 3,2 milyon yeni Yeşil Kart başvurusu yapılmıştır).

2003 yılında, 1. Bölüm'de belirtildiği üzere, sağlık sisteminin durumu önceki dönemlerde meydana gelen gelişmeleri yansıtmaktaydı. Söz konusu sağlık sistemi, topluma sınırlı ücretsiz sağlık hizmetleri sunan ulusal bir sağlık hizmeti ve kayıtlı sektördeki nüfusun farklı kesimlerini kapsayan bir sosyal sigorta sistemi ile yoksul ve zayıflara yönelik bir sosyal destek programının kombinasyonuydu.

Notlar

1. Bu bölümde ağırlıklı olarak şu dokümanlardan yararlanılmıştır: Sağlık Bakanlığı (2007b, Türk Sağlık Sistemi'nin Tarihine Genel Bakış konusundaki bölümler); Savaş ve ark. (2002); ve Dünya Bankası (2001).
2. Bölüm 1'de belirtildiği üzere, döner sermaye, kamu sektörüne, sözü edilen devlet bütçesi ile karşılaştırıldığında daha fazla yönetim esnekliği olan bir bütçe aracı sunmak için Türkiye'deki birçok kamu kuruluşunda kurulan bütçe dışı fonlara karşılık gelmektedir. Kamu hastaneleri bakımından bu fonlar, verilen hizmetlere yönelik sosyal sağlık sigortası ödemeleri ile özel şahıslar tarafından yapılan ödemelerden beslenmektedir. Döner sermayede genellikle, satın alma ve bütçe uygulaması konularındaki finansal yönetim kontrolleri daha esnektir; harcanmayan fonlar bir sonraki yıla taşınabilir ve kaynak tahsisi konusunda daha fazla esneklik vardır ve sermaye yatırımları ile personele performansa dayalı ek ödeme verilmesi gibi insan kaynakları kararları üzerinde daha fazla kontrol söz konusudur.

Bölüm 2

Türkiye’de Yakın Tarihte Yapılan Sağlık Reformları

Bu bölümde, Türkiye'de sağlık sisteminde yapılan yakın zamanlı reformlar; yani GSS uygulamasını da içeren SB'na ait SDP anlatılmaktadır. SDP, 2003-2013 yılları arasındaki dönemi kapsayan 10 yıllık bir reform programı olarak düşünülmüştür. Burada anlatılan reformlar 2003-2008 yılları arasındaki dönemi kapsamaktadır.

2.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı

SDP, Türk sağlık sektörünün uzun zamandan beri var olan (1. ve 3. Bölüm'de anlatıldığı üzere) sorunlarını ele almak için tasarlanmıştır, bu sorunlar: i) Diğer OECD ve orta gelirli ülkelere kıyasla geri kalmış olan sağlık sonuçları ii) Sağlık hizmetlerine erişimdeki hakkaniyetsizlikler iii) Sağlık hizmetleri finansmanı ve sunumunda verimsizliğe yol açan ve mali sürdürülebilirliği zayıflatan parçalı yapı iv) Düşük hizmet kalitesi ile hastalara sınırlı cevap verebilirliktir.

SDP'nin amacı, yönetim, verimlilik, kullanıcı ve hizmet sunucu memnuniyeti ile uzun vadeli mali sürdürülebilirliği iyileştirerek sağlık sistemini daha etkili hale getirmektir. SDP kapsamında öngörülen kilit özellikteki kurumsal ve organizasyon değişiklikleri şunlardır:

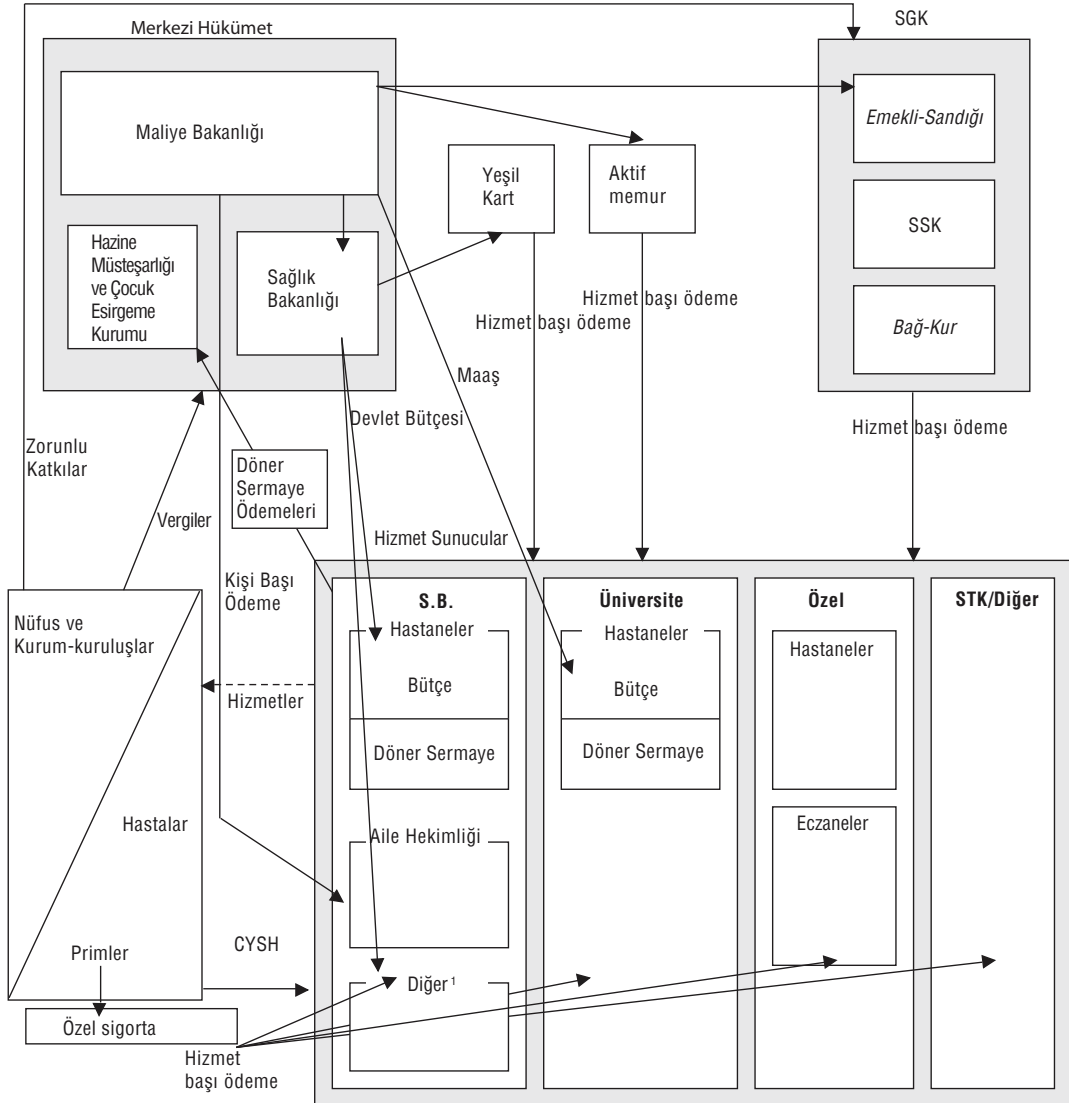
- SB'nin *kılavuzluk işlevinin* güçlendirilmesi amacıyla SB'nin yeniden yapılandırılması. (Bunun için SB'nin hizmet sunucu işlevinden kurtulması ve bunun yerine hastalık sürveyansı/hastalık kontrolü, sağlık düzenlemesi, planlama ve yönetim kapasitesi, izleme ve değerlendirme, sağlığın teşviki, sağlık alanında sosyal katılım, hakkaniyetli erişimin artırılması, kalite güvencesi, insan kaynakları eğitimi, halk sağlığı, kontrol ve afet önleme araştırmaları gibi işlevlerini güçlendirerek genişletmesi gerekmektedir.)
- SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve Yeşil Kart programlarını tek bir şemsiye (SGK) altında birleştirecek tek bir satın alıcı bünyesinde GSS'nin kurulması. (GSS'ye kaydolmak zorunlu olacaktır. Prim oranları, ödeme gücü ile orantılı olacak ve tüm lehdarlar aynı teminat paketine hak kazanacaktır. Primini ödeyemeyeceği düşünülenlerin primleri, para ve mal varlığı soruşturması sonucuna göre kamu fonlarından ödenecektir. SGK, sağlık sektöründeki tek satın alıcı olarak, teminat paketinin sunumu için özel hizmet sunucular ve kamu hizmet sunucuları ile sözleşmeler yapacaktır.)
- Kamu hastanelerine özerklik tanımak, aile hekimliği modeline dayalı güçlü bir koruyucu sağlık ve birinci basamak sağlık hizmetleri sistemi oluşturmak, etkili bir sevk sistemi kurmak ve sağlık kuruluşlarındaki hizmet kalitesini iyileştirmek vasıtasıyla *sağlık hizmetleri sunumu sistemlerinin reforme edilmesi*.
- SDP'nin sağlık reformu hedeflerinin gerçekleştirilmesi için *birbiriyle ilintili konuların ele alınması*. (Bu hedefler şöyledir: Yeterli bilgi ve becerilere sahip motive sağlık personelinin olması, sağlık sistemini destekleyecek eğitim ve bilim enstitülerinin güçlendirilmesi ve sağlık sektörü karar alma süreçlerinde etkili bilgiye erişimin iyileştirilmesi) (Sağlık Bakanlığı, 2007b).
- SDP kapsamında şu ana kadar uygulanmış olan sağlık sektörü reformlarının zaman çizelgesi aşağıda Tablo 2.1'de sunulmaktadır. Şekil 2.1. ve Şekil 2.3. ise GSS'nin 2008 yılında hayata geçirilmesinin öncesinde ve sonrasında Türk sağlık sistemindeki mali akışları göstermektedir.

Tablo 2.1. Türkiye'deki Sağlık Sektörü Reformlarının Zaman Çizelgesi, 2003-2008

2003	2004	2005	2006	2007	2008
Ambulans hizmetlerinin ücretsiz yapılması.	Bireysel performansla dayalı ödeme sisteminin SB kuruluşlarında uygulamaya geçirilmesi	Yeşil Kart sahiplerinin ayakta tedavide verilen reçeteli ilaçlarının kapsama alınması	SB hastaneleri için global bütçenin uygulamaya başlaması	Sosyal güvence kapsamında olmaya bile birinci basamak sağlık hizmetlerinin ücretsiz hale getirilmesi	Özel Ayakta Tam ve Tedavi merkezleri konulu yeni SB Yönetmeliğinin kabul edilmesi ve "İhtiyaç Ruhsatı" koşulunun konulması ve yeni ruhsatlandırma prosedürünün SB tarafından kabul edilmesi
Ödeme yapılmadığı için hastaların hastanede rehlin tutulması sisteminin ortadan kaldırılmasına yönelik mekanizmaların uygulanması	Yeşil Kart sahiplerinin ayakta tedavi kapsamına alınması	Kurumsal kriterlerin ve kalite kriterlerinin SB kuruluşlarındaki performansla dayalı ek ödeme sistemine eklenmesi	5502 sayılı kanunun (Sosyal Güvenlik Kurumlarının entegrasyonu) uygulanmasına başlanması		Sosyal Sigortalar ve GSS kanunu değişikliklerinin Meclis tarafından kabulü ve Cumhurbaşkanı tarafından imzalanması
Toplam Kalite Yönetimi'nin (TKY) SB'nde uygulanması	Maliye Bakanlığının kararnameyi uyarınca geri ödeme kararlarından sorumlu Geri Ödeme Komisyonu'nun kurulması	SSK eczanelerinin kapatılması ve üyelerin özel kuruluşlara erişimine izin verilmesi	Alle Hekimliğinin Eskişehir'de uygulamaya konulması	Yeni Sağlık Uygulama Tebliği'nin (SUT) kabulü, buna göre: i) SSK ve Bağ-Kur için SB hastanesinden üniversite hastanesine sevk zorunluluğunun kaldırılması ii) Kronik rahatsızlığı olan hastaların önce hekim onayı olmadan eczanede tekrar reçete yaptırabilmesi iii) SGK ile sözleşmeli tüm SB hastaneleri, üniversite hastaneleri ve özel hastanelerde CPT ve ICD-10'a dayalı fiyat) ödemenin getirilmesi iv) SGK ile sözleşmeli hastanelerin yatan hasta ilaç ve tıbbi malzemeleri (sigorta kapsamında) ücretsiz sağlanması ve hastadan ücret alırsa cezalandırılması v) SGK ile sözleşmeli tüm SB, üniversite ve özel hastanelerin talepleri MEDULA üzerinden bildirme zorunluluğu getirilmesi	GSS uygulamasının başlaması. Yeşil Kart programının GSS kapsamına alınması. Yeşil Kart sahiplerinin GSS kapsamındaki diğer sağlık sigortası sistemlerinde aynı teminatlardan yararlanması
Performansa dayalı ödemelerin 10 SB hastanesinde pilot olarak uygulanması	Hekim seçme hakkının SB hastanelerinde uygulanması	SSK hastanelerinin SB'ne devredilmesi	Alle Hekimliğinin Edirne, Denizli, Adıyaman ve Gümüşhane illerinde uygulamaya konulması	Ambulans hizmetlerinin kırsal erişimi zor alanlarda daha erişilebilir hale getirilmesi	Pentavalan aşılama programının alınması
Kızamığa karşı ulusal bağışıklama kampanyası kapsamında aşılama günlerinin organize edilmesi	Ülke çapında gebelere ücretsiz demir desteği sağlanması	ilaçlar için Yeşil Kartlılara yönelik katkı payı koşullu getirilmesi	SGK'da ilaç harcaması takip sisteminin kurulması ve SGK için MEDULA'nın başlatılması	Alle Hekimliğinin Elazığ, Isparta, Samsun ve İzmir illerinde uygulamaya konulması	Açık ve kapalı kamu alanlarında sigara içilmesini yasaklayan Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanunun kabul edilmesi
		Alle hekimliğinin ilk olarak Düzce'de uygulamaya konulması	Sağlık için Kamu Özel Ortaklığı (KOO) Kanunu'nun Meclis'te kabul edilmesi		
		ilaçlar için ruhsatlandırma yönetmeliğinin kabul edilmesi	Kızamık, kabakulak ve kızamıkçık aşılama rutin aşılama programlarına alınması		

Kaynak: SB'nin ve SGK'nin verilerine dayalı Dünya Bankası derlemesi

Şekil 2.1. Türk Sağlık Sistemi'ndeki Temel Mali Akışlar, Aralık 2007



1. Alt seviyedeki SB kurumlarının; örneğin sağlık ocakları, dispanserler, köylerdeki ocakların ve diğer birinci basamak sağlık kuruluşlarının tek başına yönetilen bir bütçeleri veya döner sermayeleri bulunmamaktadır. Bunun yerine, il sağlık müdürlükleri kuruluşların finansmanını yönetmekte ve birimlerin operasyonlarını kontrol etmektedir (Mollahaliloğlu ve ark., 2006 s. 146-7). Bazı alt seviyedeki kuruluşların döner sermayeleri yakınlarındaki bir hastane tarafından da yönetilebilir.

2.2. SDP Kapsamında Türkiye'deki Sağlık Kapsamı ve Sağlık Finansmanı Reformları (2003-2008)

Sağlık Teminatlarının ve Kapsamının Uyumu

Farklı sağlık sigortası sistemleri ve Yeşil Kart sahiplerine yönelik sağlık teminatlarını birbirleriyle uyumlu hale getirmek amacıyla çeşitli reformlar uygulamaya geçirilmiştir. 2005'te, Yeşil Kart sahipleri ayakta tedavi hizmeti ve ilaçlara erişim hakkına kavuşmuştur. Bu değişiklikte birlikte Yeşil Kart sahipleri, SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı ile aynı haklara erişim sahibi olmuşlardır. Bu reformun amacı, Yeşil Kart sahipleri için mali koruma ve hizmete erişim imkânlarını artırmaktır.

2005'te, SSK'lılara tüm devlet hastanelerine ve eczanelere erişim imkânı sağlanmıştır. 2006'da, Yeşil Kart sahipleri dahil olmak üzere (gerçekte) tüm sağlık sigortası sistemlerindeki pozitif ilaç listeleri entegre edilmiştir.¹ 2007 yılında alınan yasal tedbirler, her Türk vatandaşının sosyal güvenlik sistemi bünyesinde yer alması bile birinci basamak sağlık hizmetine erişim sahibi olmasını resmî hale getirmiştir. 2007 yılı *Sağlık Uygulama Tebliği* (SUT) kapsamında; SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı sağlık sigorta sistemleri bünyesinde yer alan haklar daha fazla uyumlu hale getirilmiştir.

SUT'tan önce SSK ve Bağ-Kur mensuplarının SB hastanelerine gitmeleri için herhangi bir sevk zorunluluğu yokken Üniversite hastanelerine erişim için bir sevk zorunluluğu vardı. Bu sevk zorunluluğu ortadan kaldırılmıştır. Özel sağlık kuruluşlarına erişim öncekiyle aynı kalmıştır. Yani SSK ve Bağ-Kur mensupları sağlık sigorta sistemlerinin sözleşmeli olduğu özel sağlık kuruluşlarından ayakta tedavi ve yatan hasta hizmeti almaya devam ettiler. Sözleşmesi olmayan özel bir kuruluştan ayakta tedavi ve tanı hizmeti almak için ise sevk gerekliydi. Bu değişikliklerle birlikte SSK ve Bağ-Kur mensuplarının hakları Emekli Sandığı seviyesine gelecek şekilde düzeltilmiştir.

Sosyal Sigortalar ve GSS Kanunu'nun işler hale getirilmesi (2008 yılı Ekim ayında) ile birlikte teminat paketlerinin uyumlu hale getirilmesi tamamlanmıştır. Böylece Yeşil Kart sahipleri resmî olarak GSS'ye katılmış; Haziran 2007 SUT'tan beri diğer lehdarların almakta oldukları teminat paketinin aynısını almaya başlamışlardır. Yakın zamanda onaylanan Sosyal Sigortalar ve GSS Kanunu kapsamında, GSS'nin primli ve primsiz unsurlarında da değişiklikler yapılması öngörülmektedir. Primli sistem kapsamında, kamu sektörü ve özel sektördeki mavi yakalılar, çalışan devlet memurları, beyaz yakalılar ve serbest çalışanların emeklilik maaşlarının % 12,5'i toplanacaktır. Bu miktarda işverenin katkısı % 7,5 olacaktır. Primsiz sistem için Yasa, mevcut Yeşil Kart sisteminin (kart almaya) uygunluk ve finansman koşullarını değiştirmektedir. Yeni bir para ve mal varlığı soruşturma sistemi uygulamaya geçirilecektir. Yeni para ve mal varlığı soruşturma mekanizmasının çeşitli etkilerinin olması beklenmektedir. İlk olarak, şu anda Yeşil Kart kapsamında olan nüfusun bazı kesimlerinin primsiz sağlık sigortasına hak kazanamaması beklenmektedir. Bu grup için Sosyal Sigortalar ve GSS Kanunu indirimli bir prim oranı tanımlanmaktadır. Bunun da söz konusu grubun katılımı için teşvik oluşturması beklenmektedir. Primsiz ödemeler (ki bunlar için prim katkılarını Hükümet yapacaktır) ve indirimli prim oranı, kayıt dışı sektör çalışanlarının GSS'ye kaydolmalarını sağlamaya yönelik temel mekanizmalardır.

Farklı Sağlık Sigortası Sistemlerinin İdarî Yönden Uyumlu Hale Getirilmesi ve Tek Ödeyici Sisteminin Oluşturulması

5502 sayılı Kanun 2006'da TBMM'ce kabul edilmiştir. 5510 sayılı Kanuna (Sosyal Sigortalar ve GSS Kanunu) ilave yapması amaçlanan bu yasanın amacı 3 ayrı sosyal güvenlik ve sağlık sigorta sistemini (SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı) tek bir sosyal güvenlik kurumu altında birleştirmektir. Bu yasa, 2006'dan beri uygulanmaktadır. Sonuç olarak, SGK bünyesinde bir GSS Fonu bulunmaktadır.

Yeşil Kart dahil olmak üzere tüm sağlık sigorta fonlarının taleplerini işleme almak üzere MEDULA adı verilen bir talep ve kullanım yönetim sistemi kurulmuştur. 2007 SUT'a göre, SGK ile sözleşmesi olan tüm kamu ve özel sağlık kuruluşlarının taleplerini MEDULA sistemiyle sunması gerekmektedir. Birleşik bir talep yönetim sisteminin kurulması, tüm sağlık sigorta fonlarının talep sunma işlemlerini standart hale getirmiş; bu birleşik sistem, GSS kanununun yokluğu halinde dahi sanal bir tek ödeyici sisteminin kurulmasına katkıda bulunmuştur.

2.3. Satın Alıcı ve Hizmet Sunucu Arasındaki İlişki

SDP'nin önemli hedeflerinden biri, satın alma ve hizmet sunumu işlevlerinin önceki parçalı ve çoklu yapıdan kurtarılması; satın alıcılar ve hizmet sunucular arasında düzgün kurumsal ve hesap verebilirlik ilişkilerinin kurulmasıdır. Bu yöndeki ilk değişiklik, 2005 yılında SSK'nın sunum işlevini SB'ye bırakması ile yapılmıştır. Sosyal Sigortalar ve GSS Kanunu kapsamında, Yeşil Kart programının SGK'ya devri planlanmıştır. Fakat Sosyal Güvenlik Yasası, Anayasa Mahkemesi'nden geçemediği ve bu yüzden de planlandığı gibi 1 Ocak 2007'de uygulamaya konmadığı için SB, Yeşil Kart programından sorumlu olmaya devam etmektedir. Bu program kapsamında, SB bütçesinin bir parçası olarak Hazine'den yıllık bir tahsis almakta ve bu fonları, Yeşil Kart sahiplerinin hastane seviyesindeki harcamalarını finanse etmek için kullanmaktadır.

Ne var ki, Yeşil Kart programının SGK kapsamına alınmasına hazırlık olarak, Eylül 2007 itibarıyla SB hastanelerinden, Yeşil Kart sahiplerinin sağlık hizmeti kullanımı hakkındaki bilgileri SGK'ya vermeleri talep edilmektedir. 2006 yılında, hızla artmakta olan SB harcamalarına cevap olarak, SGK, 850 SB hastanesi için sınırlı bir yıllık bütçe (SB hastaneleri için genel bütçe) olması konusunda SB ile müzakerelerde bulunmuştur. Bu düzenleme nedeniyle ve SB, Yeşil Kart programını yönetme işlevini devam ettirdiği için; SB, birinci basamak hizmet sunucuları ve hastanelerinden oluşan büyük bir ağı finanse ederek ve yöneterek ege- men bir satın alıcı olarak işlev görmeye devam etmektedir.

SB hastanelerinin performansını iyileştirmek amacıyla SB "iç pazarlar"ın bazı unsurlarını hâli hazırda uygulamaya koymuştur. Buna göre SB Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, SB hastanelerinde kurumsal performans kriterleriyle bağlantılı bir performansa dayalı ödeme sistemi uygulamaktadır (Performans Yönetim Sistemi'nin detayları için Kutu 2.1'e bk.). Esas olarak bunun anlamı, Türkiye'deki satın alıcı ve hizmet sunucu ilişkilerinin dönüşüm geçirmekte olduğudur. SGK ile üniversite hastaneleri ve özel kuruluşlar arasındaki ilişki daha geleneksel bir satın alıcı ve hizmet sunucu modeli bağlamında yürümektedir. Buna göre SGK, her üniversite ve özel hastane ile teminat paketi kapsamında yer alan hizmetlerin sunumuna yönelik sözleşmeler yapmaktadır.

SDP'nin başlangıcında, ödeme mekanizmasında yapılacak değişiklik çok azdı. Sağlık sigortası fonlarının yaptığı ödemeler geriye dönüktü (hizmet başı ödeme). Farklı sağlık sigorta fonları ile değişik hastane türlerinin (yani üniversite, kamu ve özel) fiyat tarifesi ve ödeme mekanizmaları koordineli değildi. SUT kapsamında SGK 2007 yılında, işlemsel ve ICD 10 (Uluslararası Hastalık Sınıflandırması) kodlama sistemlerini esas alarak yatan hasta ve ayakta tedavi hizmetleri için toplu bir fiyat geliştirmiştir. Bütün sağlık sigorta fonları ile kamu hastaneleri ve özel hastaneler için aynı fiyatın uygulamaya konması, paranın hastayı takip ettiği ileriye dönük bir ödeme sistemine (hizmet başı ödeme sisteminde olduğu gibi) doğru geçiş için atılan ilk adımdır.²

Yukarıda bahsedildiği üzere, SB hastanelerine yönelik global bütçe ilk olarak 2006 yılında oluşturulmuştur. Bu, üst limiti olan bir bütçe miktarı olup SB ile yıllık müzakere edilir. Bu bütçe, geçmişteki harcama düzeyleri ile Hazine'nin orta vadeli bütçe tahminlerini yansıtır. SB hastanelerine global bütçeye dayalı olarak SB tarafından belirlenen aylık bir tutar ödenir. Bu ödemeler global bütçe üst limitini karşılayacak şekilde düzenlenir; harcamalar üst limiti aşıyorsa, yıl sonu talepleri ödenmeyebilir.

2008 yılı Nisan ayında kabul edilen değişikliğe uğramış Sosyal Sigortalar ve GSS Kanunu, devlet hastanelerine yönelik ödeme mekanizmalarını belirlemektedir. Devlet hastaneleri için, SGK'nin DRG'li global bütçeleri kabul etmesi beklenmektedir.

Kutu 2.1. Sağlıkta Performans Yönetimi: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi (PDEÖ)

2004 yılında, SB hastanelerinde performansa dayalı bir ek ödeme sistemi (bundan sonra PDEÖ sistemi olarak anılacaktır) başlatılmıştır. İlk olarak on hastanede pilot çalışması yapılmış ve daha sonra sistem tüm SB'ye ait sağlık kuruluşlarına yayılmıştır. SSK hastaneleri, 2005 yılında SB'ye devredildiği zaman, PDEÖ sistemi bu hastanelere de yayılmıştır. Şu anda 850 SB hastanesinin hepsinde bu PDEÖ sistemi uygulanmaktadır. Bu sistem, sağlık hizmeti veren diğer kamu kurumlarında (ör. üniversite hastaneleri) yoktur.

PDEÖ sisteminin temel amacı, kamudaki sağlık personelinin iş motivasyonunu ve üretkenliğini teşvik etmektir. SDP başlatıldığı zaman, kamu sektöründeki insan kaynakları krizinin SDP hedeflerine ulaşılmasını engelleyebilecek önemli bir etken olacağı fark edilmiştir. SDP'nin başlatılması aşamasında, nüfus başına düşen sağlık personeli oranı, diğer orta gelirli ülkeler ve OECD ülkelerinden daha düşüktü (Bu bölümde ve 3. Bölüm'de anlatıldığı üzere). Kamudaki doktorların çoğu yarı zamanlı olarak çalışmaktaydı ve doktorlar özel sektörde çalışmayı tercih etmekteydi. Sonuç olarak, devlet hastaneleri aşırı kalabalıktı; doktoru görmek için uzun bekleme süreleri söz konusuydu. Hasta ve hizmet sunucularının sağlık sistemine ilişkin memnuniyetleri düşüktü. PDEÖ bu sorunları çözebilecek kilit bir müdahale olarak düşünülmüştür. PDEÖ; hizmet kalitesi, verimlilik ve hasta memnuniyetine odaklanmayı, SB hastanelerinde performans yönetimini artırmayı hedefleyen SDP'nin kritik bir bileşenidir.

PDEÖ sistemi nedir ve nasıl çalışır? Esas olarak PDEÖ, sağlık personelinin düzenli maaşına ek olarak her ay aldığı bir ek ödemedir. Taban maaş, SB bütçesinden (personel gideri, temel maaşlar kaleminden) ödenir. Performansa dayalı ek ödemeler ise daha çok genel sigorta sisteminden finanse edilen döner sermayelerden ödenmektedir.

Sağlık personelinin performansa dayalı ödeme olarak ne kadar alacağını şu faktörler belirler: Birincisi, sağlık kuruluşunun sağlık personeline yapılacak PDEÖ için tahsis edebileceği toplam miktar, gelirlerin %40'ı ile sınırlıdır. Bazı hastaneler, hastanenin diğer ihtiyaçlarına (örneğin, laboratuvar ekipmanının daha iyi hale getirilmesi gerekiyorsa veya hastanenin daha fazla yardımcı sağlık personeli işe alması gerekiyorsa) bağlı olarak %40'tan az bir miktar tahsis etmeyi seçebilir. Hastane yönetimi, SB'nin tanımladığı limitler dahilinde PDEÖ için ne kadar tahsis edileceğine karar vermekten sorumludur. Ayrıca personele yönelik bireysel ek ödemelerin üst sınırı, temel maaşın belli bir katı kadardır. Örneğin aylık 1000 YTL taban maaş alan bir uzman, en fazla 7000 YTL ek ödeme alabilir.

İkincisi, bu toplam (sınırlı) miktar, daha sonra sağlık ocağı veya hastanenin kurumsal performansı esas alınarak ayarlanır. Her sağlık ocağı ve hastaneye kurumsal performans göstergelerine dayalı olarak 0-1 arası bir puan verilir ve performansa dayalı ek ödemeler bu faktörle çarpılır. Örneğin, bir hastane, personeli için döner sermaye gelirinin %40'ını (üst sınırlı limit) ek ödeme olarak ayırmak isterse ve kurumsal performansı da 0,8 ise o zaman gerçekte bu gelirin sadece %32'si personel ek ödemelerine ayrılabilir. Bu, iyi kurumsal performansa yüksek bir ödül verilmesi anlamına gelmekte ve yüksek hizmete yönelik bireysel teşvikleri, genel kurumsal kaliteye yönelik grup teşvikleri ile dengelemektedir. SB, hastanelerin kurumsal performansını ölçmek üzere beş gösterge kategorisi oluşturmuştur; bunların her birinin ağırlığı eşittir. Bu göstergeler hizmetin yapısal kalitesi ile sunucu ve hasta memnuniyetini hedef almaktadır. Bu beş kategori şu şekildedir: (i) Muayene odalarına erişim (ii) Hastane altyapısı ve süreç (iii) Hasta ve hizmet veren memnuniyeti (iv) Kurumsal üretkenlik (yatak doluluk oranı, ortalama kalış süresi) (v) Kurumsal hizmet hedefleri (sezaryen oranı, tam zamanlı çalışan doktorların oranı, cerrah ve ameliyathane başına cerrahi puanlar, performans izleme sistemine yönelik puanların SB'ye bildirimi).

Kutu 2.1. Sağlıkta Performans Yönetimi: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi (PDEÖ) (devam)

Üçüncüsü, her bir personel için bireysel düzeyde bir performans puanı hesaplanmaktadır. Bu skor, bir hastanenin toplam ek ödeme miktarının sağlık çalışanları arasında nasıl dağıtılacağını kararlaştırmak için kullanılmaktadır.

Hekimler için bireysel performans puanı, öncelikle o personelin gerçekleştirdiği işlem sayısına dayanmaktadır. Her klinik işlemin SB tarafından tespit edilen bir puanı vardır.

Daha sona bir hekimin toplam puanı, farklı görevlerdeki doktorlar (yani idari görevler, eğitim vs) için klinik hizmet sunumu dışındaki iş yükünü de ölçmeye yarayan unvan katsayısına göre düzenlenir. Bu düzenleme bireye göre değil sadece unvanına göre farklılık gösterir. Puan ayrıca o kişinin yıl içinde çalıştığı gün sayısı ile de ayarlanır. Puan kişinin hastanede tam zamanlı mı yoksa yarı zamanlı mı çalıştığına bağlı olarak da düzenlenir. Tam zamanlı çalışanlar için şu anki katsayı 1 iken yarı zamanlı çalışanlar için 0,4'tür. Bu düzenlemenin bu şekilde yapılmasının sebebi kamu hastanelerinde tam zamanlı çalışmayı teşvik etmek ve "ikinci bir gelir kaynağı için" özel sektörde çalışılmasının önüne geçmektir.

Özel hastaneler için, ödeme mekanizması tanımlanmamıştır. Ancak SGK, verilen hizmetlere dayalı olarak uygun ödeme mekanizmaları oluşturmak zorundadır. Bu hüküm, global bütçeler veya örneğin DRG'lere dayalı şekilde karma vaka bazlı ödeme sistemleri gibi ödeme mekanizmalarını uygulamaya geçirmesi için SGK'ya yasal bir dayanak vermektedir. Dahası, GSS Kanunu, özel sunucuların "ekstra faturalandırma" yapmasına izin vermektedir. Buna göre, Bakanlar Kurulu'nun kabul edeceği detaylı kriterlere dayalı olarak, özel sunucuların SGK tarafından ödenen fiyatlardan %100'e kadar fazla ücret alabilmesi mümkün olacaktır. Alınan ekstra ücretler hastalar tarafından cepten ödenecektir. SGK tarafından yakın tarihte kabul edilmiş olan ikincil mevzuat, özel hastanelerin talep edebileceği miktarı SGK tarafından ödenen fiyatın %30 fazlası ile sınırlandırmaktadır.

2006 yılından beri DRG'lere dayalı olarak hastanelere ödeme yapılması konulu bir pilot çalışma yapılmaktadır. Bu proje kapsamında, Avustralya DRG sistemi Türkiye'ye adapte edilmektedir. Yaklaşık 50 hastaneden hastane maliyeti ile ilgili veriler toplanmış ve analiz edilmiştir; temel maliyetler ve göreceli ağırlıklar geliştirilmiştir. Bir sonraki adım, SGK ile sözleşmeli olan seçilmiş devlet hastaneleri ve özel hastanelerde DRG'lerin uygulanmasına başlamaktır.

2.4. Hizmet Sunumu Reformları

Aile Hekimliği Uygulaması Dahil Olmak Üzere Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Güçlendirilmesi

Aile hekimliği pilot uygulaması kanunu 2004 yılında TBMM'de kabul edilmiş böylece kişi başı ödemeye dayalı aile hekimliği pilot çalışmasının yapılması için gerekli yasal çerçeve oluşturulmuştur. Şu anda Türkiye'de uygulanan aile hekimliği modeli kapsamında, birinci basamak (örneğin SB sağlık ocakları) ve ikinci basamak (örneğin SB hastanelerinin ayakta tedavi birimlerinde) sağlık hizmetlerinde çalışan maaşlı pratisyen hekimlere kamudaki işlerinden izin alma ve bağımsız, kişi başı ödemeye dayalı bir aile hekimi olarak çalışma seçeneği tanınmaktadır. Bu doktorların kamudaki asıl işlerine istedikleri zaman dönme hakları vardır.

Aile Hekimi olmaya hak kazanabilmek için bu hekimlerin aile hekimliği konulu 10 günlük birinci faz uyum eğitimlerini tamamlamaları gerekmektedir. Bu eğitimlerde aile hekim-

liği uygulamasının ilkeleri, iletişim, klinik yöntemler ve epidemiyoloji anlatılmaktadır. Eğiticiler genelde Türkiye'deki akredite üniversitelerden gelen aile hekimliği profesörleridir. Mevcut programlardan yeterli sayıda Aile Hekimliği mezunu çıkmadığı için, yeni bir sertifikalandırma programına ihtiyaç vardır.

Uyum eğitimini tamamladıktan sonra aile hekimleri, kendilerine kayıtlı kişilerin sayısına dayalı olarak (yani kişi başı bazında) aylık bir kişi başı ödeme alırlar. Kentsel alanlarda, açık bir kayıt sistemi söz konusudur ve her birey kendi aile hekimini seçebilir. Fakat yeterli sayıda aile hekimi seçeneğinin olmadığı kırsal alanlarda, nüfus, hizmet bölgelerine dayalı olarak, aile hekimi sahibi olacaktır. Hem grup çalışmaları hem de tek başına çalışan pratisyenler olabilir. Aile hekimlerinin SB'ye ait sağlık ocaklarında çalışmalarına izin verilmekte ve buna karşılık aylık bir kira ödemeleri gerekmektedir. Kişi başı ödemeler hem maaşları hem de işin yürütülmesi için gereken tanı ekipmanlarının alımı gibi aile hekimine ait diğer tüm masrafları kapsamaktadır.

Kişi başı ödemelerin bir kısmı, performans göstergelerinin yerine getirilmesi bazında ödenmektedir. Bunlar belirlenmiş aşılama oranları, doğum öncesi viziteler ve sevklerle ilgili göstergeleri içermektedir. Örneğin, sevk sayısı ne kadar fazla olursa, aile hekiminin aldığı puanlar da o kadar az olacaktır. Aile hekimliği konusunda sürekli eğitim de şartlardan bir tanesidir. Tüm aile hekimlerinin mesleki bilgi ve becerilerin geliştirilmesine odaklanan daha yoğun ikinci düzey eğitimi tamamlamaları gerekmektedir. 2006 yılı Temmuz ayına kadar zorunlu bir sevk zinciri vardı. Yani aile hekimliği sistemine kayıtlı kişilerin bir hastaneden ikinci basamak hizmeti alabilmeleri için önce sevk almaları gerekmekteydi. Ancak bu zorunluluk aile hekimlerinin üzerindeki yoğun iş yükü sebebiyle askıya alınmıştır.

Aile hekimliği uygulaması Düzce ilindeki pilot çalışma ile başlatılmıştır ve şu anda Türkiye'deki 81 ilin 23'ünde uygulanmaktadır. Türk vatandaşlarının yaklaşık %20'si aile hekimliği sistemine kaydolmuş durumdadır. Türkiye'de nüfus başına düşen aile hekimi oranı düşüktür (1:3400). Aile hekimliğini uygulayan çoğu ülkede, aile hekimi başına düşen nüfus ortalama 1:1200 civarındadır. Yukarıda bahsedildiği üzere, aile hekimi sayısının düşük olması sevk sistemini askıya almayı gerekli kılmıştır. Dahası, Kanun modelin sadece pilot çalışmasının yapılmasına izin verdiği için, kurumsal sürdürülebilirlik olması isteniyorsa sonuç olarak aile hekimliği konulu bir çerçeve kanununun kabul edilmesi gerekecektir. Hükümetin bu tip bir çerçeve kanunu TBMM'ye ne zaman sunmayı planladığı net değildir.

Aile hekimliği modeli aşamalı uygulanırken, bir yandan da Türkiye'deki birinci basamak sağlık hizmetleri ağını güçlendirmek için SDP kapsamında çaba sarf edilmektedir. Böylelikle gelecekte aile hekimleri ve koruyucu sağlık merkezleri daha iyi bir toplum sağlığı elde etmek üzere uyumlu bir şekilde çalışabilecektir. Aile hekimliğinin uygulandığı illerde toplum sağlığı merkezleri kurulmaktadır. Bu merkezler; entegre koruyucu, tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri sunmaktadır. Yine bu merkezler; aşılama kampanyaları, üreme sağlığı ve çocuk sağlığı hizmetleri gibi koruyucu sağlık hizmetlerini denetlemekten sorumludurlar. Aile hekimliğinin uygulanmadığı illerde ise eski sağlık ocakları sistemi işler durumdadır.

Aile hekimliği sisteminin etkin bir şekilde uygulanmasının önündeki engellerden bir tanesi bugüne kadar ülkedeki hekim (özellikle pratisyen) sayısının az olmasıdır. Bu eksiklik giderilmezse üst basamaklara sevk, aile hekimlerinin kontrol ettiği aile hekimliğinde "kapı tutucu" (gatekeeper) modelini tam olarak uygulamak zor olacaktır.

Türkiye'deki SB (Kamu) Hastanelerinin Reforme Edilmesi

SDP'nin I. Fazı kapsamında uygulanan kilit reformlardan bir tanesi, tüm kamu kuruluşlarının (Üniversite Hastaneleri ile Milli Savunma Bakanlığı'na ait olan sağlık kuruluşları hariç olmak üzere) SB bünyesinde entegre edilmesidir. 2005 yılında gerçekleştirilen bu entegrasyon,

SSK hastanelerinin de SB'na bağlanmasını sağladığı için SSK'nın hizmet sunumu işlevinden kurtulmasına ve sadece satın almaya odaklanmasına yardımcı olmuştur. Bu reformun amacı tüm kamu hastaneleri arasındaki yönetim ve ödeme mekanizmalarının uyumlu hale getirilmesi ve bu hastanelerin özerkleşmesine giden yolun açılmasıydı. Entegrasyonun, esas olarak hastanelere erişimi artırması ve SB hastanelerinin önceden başarıyla benimsediği, üretkenlik ve etkinliği artıran aynı performans yönetimi modelinin kabulü vasıtasıyla tahsis verimliliğini ve teknik verimliliği iyileştirmesi beklenmekteydi (bk. Kutu 2.1 ve Bölüm 3).

SDP'nin uygulanmasının erken dönemlerinde hastane özerkliği modelinin ülke çapında uygulanmaya başlaması için 2008 yılının çok erken olabileceği fark edilmiştir. Bu yüzden, SDP'nin yaklaşık olarak ortalarında bir yerde Hükümet, bunun yerine hastane özerkliği reformlarına yönelik bir pilot çalışma yapmaya karar vermiştir. Pilot hastane özerkliği kanunu (Devlet Hastaneleri Birliği'nin Pilot Uygulaması Konulu Yasa Taslağı) 2007 yılında hazırlanmış ve görüşülmek üzere TBMM'ye sunulmuştur. 2008 yılında bu rapor hazırlanırken görüşmeler halen devam etmekteydi. Kanun, kamu teşebbüsü modeline dayalı hastane yönetimi ilkelerini belirlemektedir. Buna göre pilot projeye katılan hastaneler kurullar tarafından yönetilecek; ama SB'ye bağlı olmaya devam edeceklerdir. Kanun, bölgesel düzeyde ortak bir hastane birliği oluşturulması imkânını da sunmaktadır. Bu birlik, program planlama, bütçelendirme ve uygulamayı ortaklaşa üstlenecek bir hastaneler ağından meydana gelecektir. Pilot hastane birlikleri, sağlık personeli işe alımı ve kaynak tahsisi kararları konusunda daha fazla özerkliğe ve esnekliğe sahip olacaktır. Hastane çalışanları, artık kamu çalışanı sınıfında olmayacak ve artık sağlık sektöründe ömür boyu istihdam hakkına sahip olmayacaklardır. SB, hizmet kalitesini garanti etmekten ve hastane birliklerinin SB standartlarına uymalarını sağlamaktan sorumlu olacaktır.

Hastane özerkliği uygulamasına yönelik planlar; SDP'nin I. Faz uygulaması sırasında değişikliğe uğradığı için, devlet hastanelerini daha insan odaklı ve üretken hale getirmek ve verilen hizmetin kalitesini artırmak amacıyla seçilmiş hastane reformları uygulanmıştır. Bu reformlar; hizmet kalitesi, hizmet verimliliği ve etkinliğini vurgulayan bir hesap verebilirlik çerçevesi kapsamında hastanelere hizmet sunumu işlevinin yerine getirilmesinde daha fazla özerklik ve esneklik sağlamıştır. Bugüne kadar yapılan reformlar arasında şunlar bulunmaktadır: i) Hastane yöneticilerine döner sermayelerin yönetimi ve ayrıca satın alma ve yatırım kararları konusunda daha fazla özerklik ve esneklik verilmesi ii) Performansa dayalı ek ödeme sisteminin uygulanması (bk. Kutu 2.1) iii) Hastane klinik (tanı) hizmetlerinin dışarıdan hizmet alımı yöntemiyle özel sektörden alınması (kamu özel ortaklığı) iv) Sağlık enformasyon sistemlerinin daha iyi bir seviyeye getirilmesi v) Hastane kalite ve verimlilik denetimlerinin yapılması.

Bu reformlar, hastane yöneticilerine yönelik eğitim programları ile desteklenmektedir.

Sağlık Hizmetlerinin Özel Sektör Tarafından Sunulması ve Kamu Özel Ortaklıkları

GSS kapsamında SGK yatan hasta ve ayakta tedavi hizmetlerinin sunumuna yönelik olarak özel kuruluşlarla sözleşme yapmaktadır. Şu anda yaklaşık 1000 özel kuruluşun SGK ile sözleşmesi bulunmaktadır ve bunların 350 tanesi özel hastanedir. Özel hastanelerin "ekstra faturalandırma" yapmasına izin verilmesi gibi hizmet sunuculara ödeme yapılması yöntemleri, özel sektörü SGK ile sözleşme yapmaya teşvik amacıyla SGK'nın benimsediği bir yöntemdir. Bu mekanizmalar, özel hizmet sunumuna yönelik düzenlemelerin SB tarafından daha da güçlendirilmesi ile desteklenmektedir. 2008 yılı Şubat ayında SB tarafından yeni bir düzenleme kabul edilmiştir. Bu düzenleme, yeni özel ayakta tedavi klinik ve tanı merkezleri için "ih-

tiyaç ruhsatı” koşulu uygulamasını getirecektir. Bu düzenlemenin ülke genelindeki kamu kuruluşları ve özel kuruluşların etkili, daha kaliteli ve ihtiyaç odaklı bir şekilde işlemini sağlayarak önemli pozitif bir etkide bulunması beklenmektedir. 2006’da sağlık sektörüne yönelik bir KÖO Kanunu kabul edilmiş ve sağlık sektöründe pilot çalışmalar yapmak üzere SB bünyesinde yeni bir Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı kurulmuştur. 2008 yılı için, özel sektörün yeni SB eğitim ve araştırma hastaneleri inşa etmesini de içeren çeşitli KÖO insiyatiflerinin uygulanması planlanmaktadır.

2.5. SDP Kapsamındaki Yönetişim Reformları

2005-2006 yıllarında, SB’nin yeniden yapılandırılması için etkinleştirici bir yasal çerçeve yaratacak daha geniş bir Kamu Yönetimi Temel Kanunu tasarısı, TBMM’ye sunulmuştur. Bu kanun kabul edilseydi, sağlık sektörü düzenlemesi ve kamu sağlığından sorumlu yarı bağımsız birimlerin kurulmasına yardımcı olacak; sağlık sektöründeki yönetim düzenlemelerini önemli ölçüde değiştirecek düzenlemelerin yolu açılmış olacaktı.

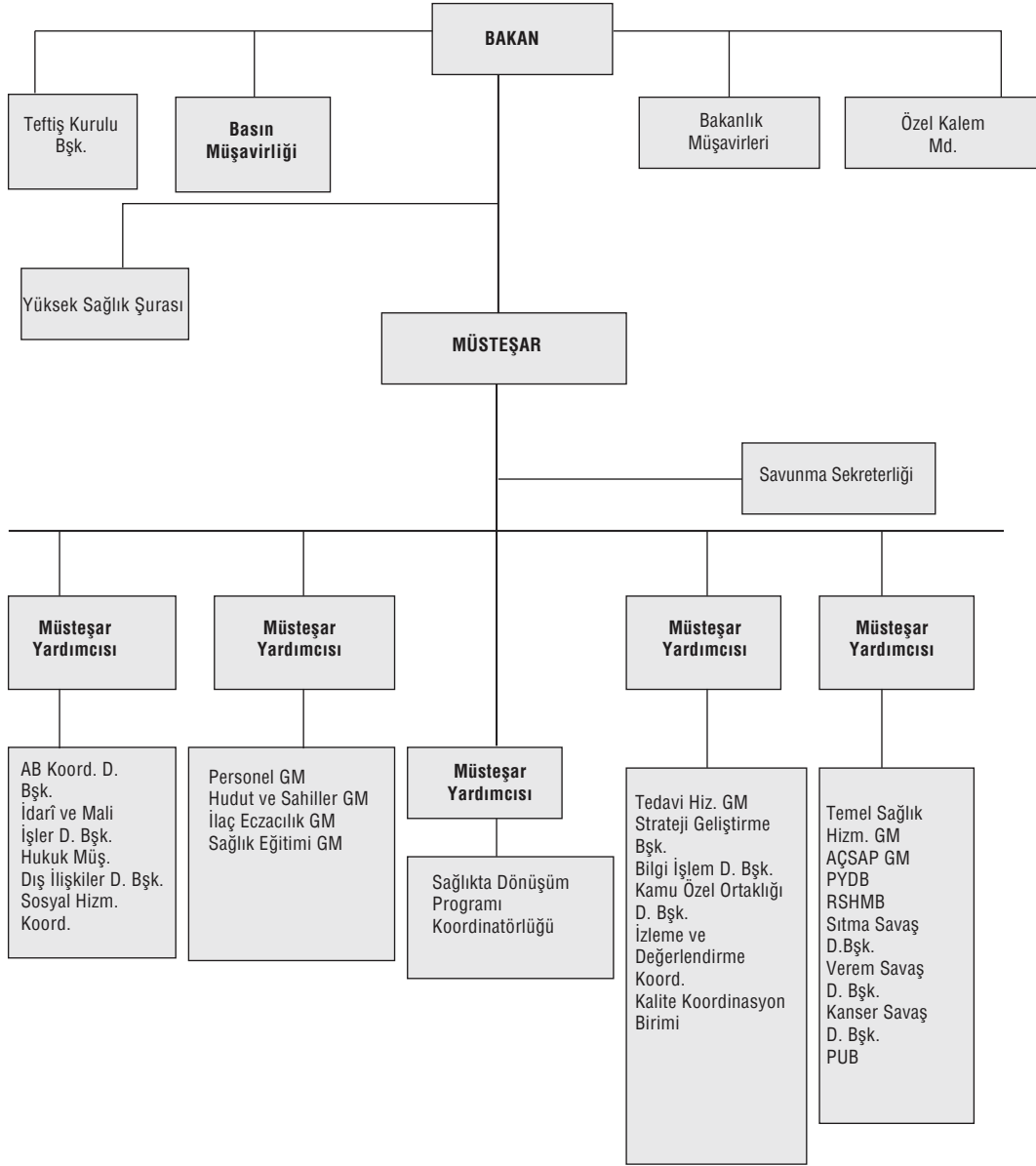
Çerçeve kanunu, o zamanki Cumhurbaşkanı tarafından veto edilmiş ve sonuç olarak SB’nin yeniden yapılandırılması gecikmeye uğramıştır. SB, SDP’nin uygulamasının I. Fazı sırasında (Bakanlık kararnameleleri vasıtasıyla) izleme ve değerlendirme ile performans yönetimi ve kalite geliştirme gibi fonksiyonlardan sorumlu, çeşitli yeni daire başkanlıkları kurmuştur (bk. Şekil 2.2’deki kalın harflerle yazılı kısımlar). Ancak SB’nin yeniden yapılandırılması ve sağlık sektörünün düzenlenmesinden sorumlu yarı kamusal kuruluşların kurulması ve de halk sağlığı sisteminin yeniden yapılandırılması, SDP’nin I. Fazı kapsamında tamamlanamamıştır.

SGK’nin kurulmasının sonucu olarak GSS sistemine yönelik yeni yönetim düzenlemeleri ortaya çıkmıştır. 2004 yılında bir Geri Ödeme Komisyonu kurulmuştur. Bu komisyon; SGK, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, MB, DPT ve Hazine Müsteşarlığı temsilcilerinden oluşmaktadır. Komisyon sağlık hizmetleri, ilaçlar ve SGK’nin geri ödemesini yaptığı sağlık hizmetleri için fiyat belirlenmesinden ve SGK teminat paketinde değişiklikler yapılmasından sorumludur. Bu Komisyon’un altında Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu yer almaktadır. Bu alt komisyon Geri Ödeme Komisyonu tarafından karar alınmasını kolaylaştırmak için gerekli teknik çalışmalardan sorumludur. Tüm sağlık sigorta fonları için tek bir Geri Ödeme Komisyonu’nun kurulmasıyla birlikte, önceden var olan parçalı sistemin yerini alan ve tüm fonları etkileyecek ödeme stratejilerinin ele alınmasına yönelik bir mekanizma oluşturulmuştur.

2.6. Birbiriyle Bağlantılı Önemli Hususlar: İnsan Kaynakları ve Sağlık Bilgi Sistemleri

SDP uygulamasının ilk aşamalarında, SDP’nin gerçekleştirilmesi için bilginin ve uygun insan kaynakları kapasitesinin kritik önem taşıyacağı fark edilmiştir. Bu yüzden, motive ve iyi çalışan bir iş gücüne yönelik koşulları oluşturmak ve bilgi sistemleri kurmak üzere önemli çabalar sarf edilmiştir. Geçen birkaç yılda SB Bilgi Sistemi genişlemiş ve toplanan veri miktarı önemli ölçüde artmıştır. E-sağlık olarak bilinen SB Bilgi Sistemi içerisinde Aile Hekimliği Bilgi Sistemi, Yeşil Kart Bilgi Sistemi, Doktor Veri Bankası, Hasta Hakları Bilgi Sistemi, Ulusal Veri Sözlüğü ve Minimum Veri Setleri gibi farklı bir dizi bilgi sistemi ve veri seti bulunmaktadır. Minimum Veri Setleri bir dizi sağlık konusuna odaklanmaktadır. Bunlar arasında: 15-49 yaş arası kadınlara sunulan ve özellikle doğum öncesi hizmetlere odaklanan üreme sağlığı hizmetlerinin takibi, ilaç bağımlılığı, psiko-sosyal takip, bulaşıcı hastalıklar, enfeksiyonların ve sıtmanın sebepleri, HIV kayıtları, yenidoğan kayıtları, ülke dışı olanların

Şekil 2.2. SB Merkez Teşkilatı



Not: GM: Genel Müdürlük; AÇSAP: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması; PUB: Proje Uygulama Birimi; PYDB: Proje Yönetim Destek Birimi; RSHMB: Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Türkiye Sağlık Kurumu Başkanlığı.

kayıtları, test sonuçları, ayakta tedavi hizmetleri, yatan hasta hizmetleri ve organ nakli sayılabilir. Harcama verileri şu anda toplanmamaktadır. Ancak bu verilerin MEDULA ile entegre edilmesi planlanmaktadır. Sağlık-NET, seçilen sağlık kuruluşlarında pilot olarak uygulanmıştır ve yakın gelecekte daha da yayılması planlanmaktadır. SB'nin Bilgi İşlem Daire Başkanlığı tarafından bir tele-tıp pilot uygulaması başlatılmış olup şu anda 18 hastaneyi kapsamaktadır. Duplikasyonu ve SB hastaneleri üzerindeki idari yükü engellemek üzere SB bilgi sistemleri MEDULA ile uyumlu hale getirilmiş durumdadır.

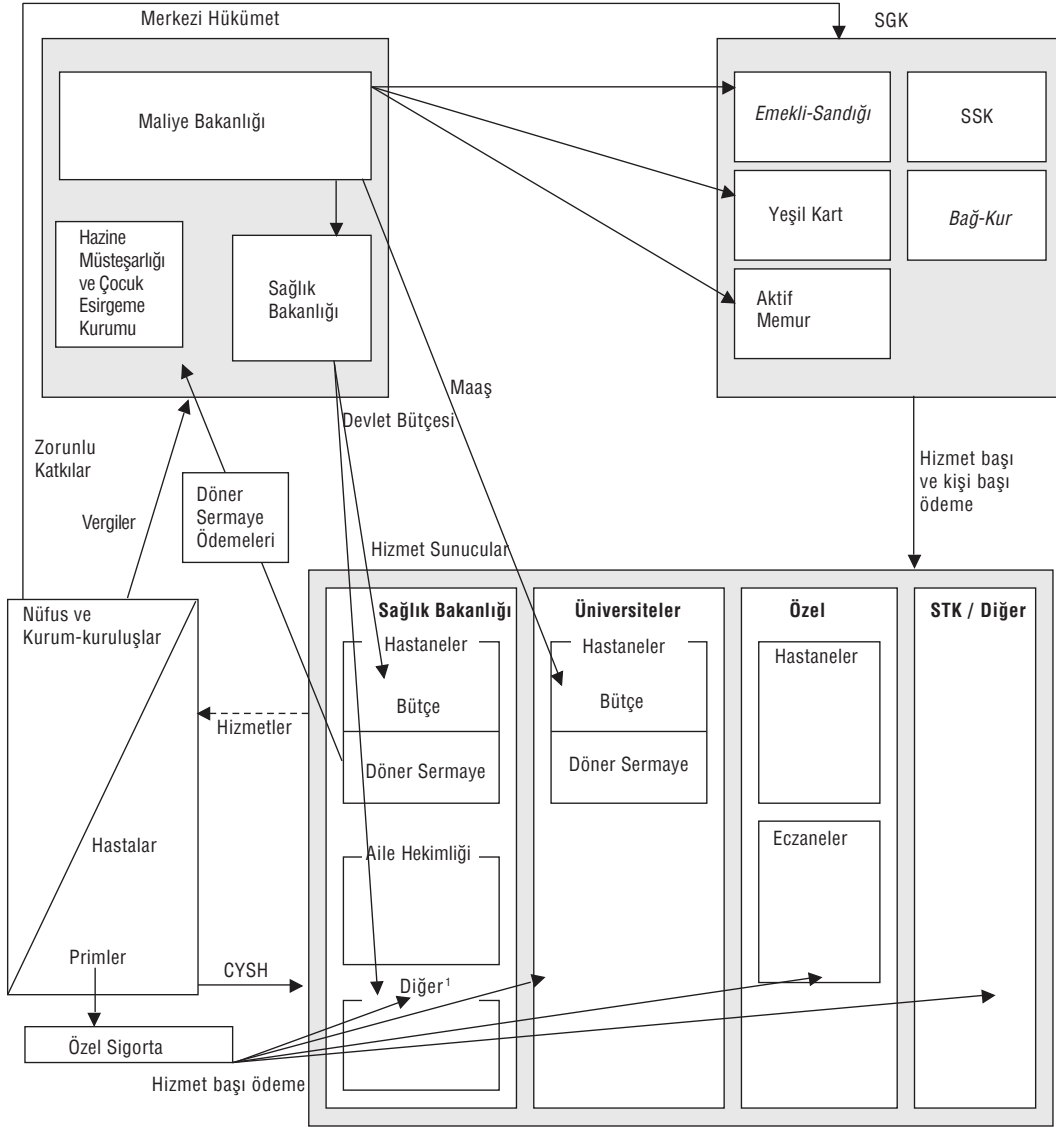
ICD-10 kodları kullanılarak hastalıkların sistematik kodlanması, Türkiye'deki tüm SB hastanelerinde yapılan bir uygulamadır ve sırasıyla hastane yönetimi ile aile hekimliği bilgi sistemlerinin altyapıları oluşturulmuştur. Aile hekimlerine yönelik bilgi sistemi işler durumdadır. Aile hekimleri her ay hastalık şablonları ve sevklerle ilgili bilgileri içeren bir "minimum veri seti" bildirmektedir. Bilgi sistemi, aile hekimlerine yönelik performansla dayalı ödeme sisteminin başarılı şekilde uygulanması için şarttır.

SDP kapsamında motive ve iyi çalışan bir iş gücü oluşturulmasının kilit unsuru; performansla dayalı ek ödeme sisteminin uygulanmasıydı (Kutu 2.1'de tanımlanmıştır). 1. Bölüm'de bahsedildiği üzere, SDP'den önce hastane ve sağlık kuruluşlarının döner sermayelerini, personele yapacakları ek ödemeler için kullanma izinleri olmasına rağmen, ödeme düzeyleri oldukça düşüktü. Sağlık kuruluşları arasında ödeme düzeyleri arasında farklılıklar vardı, bu ödemelerin nasıl yapıldığı konusunda sınırlı bir şeffaflık söz konusuydu. Bu ödemelerin yapılması için kullanılan bir performans kriteri yoktu. SDP kapsamındaki önemli teşviklerden biri, bu ek ödemelerin yapılması için sağlık personelinin performansı ile ilgili bir çerçevenin oluşturulmasıdır. Bu çerçeve, tüm SB hastanelerine uygulanmış ve böylelikle bu süreç daha standart ve şeffaf hale gelmiştir. Buradaki temel amaç, sağlık personelinin üretkenliğinin teşvik edilmesidir. Bu amaç, kamudaki sağlık personeli eksikliğinin bilincinde olarak iş başı üretkenliğini artırmayı hedefleyen SDP insan kaynakları politikası ile uyumludur. Ödeme sistemlerinin desteklenmesine ek olarak, uzaktan eğitim metodolojileri kullanılarak doktor ve hastane yöneticileri için yönetim eğitim programları başlatılmıştır. Hastanelerdeki SB personeli ve idari personel, sağlık sistemleri performansı, sağlık reformu uygulaması ve ilgili diğer konular hakkında eğitilmiştir. SB bünyesinde çalışan sağlık personeli sayısı, 100.000 kişi artırılmış ve yeni mezun doktorların kırsal alanda görev yapma zorunluluğu uygulanmıştır.

2.7. Halk Sağlığı

Kronik hastalıklardan kaynaklanan ve gittikçe artan hastalık yükünün farkında olarak, SDP kapsamında, kalp sağlığı, akıl sağlığı ve diyabet gibi hastalıkları hedef alan ulusal programlar uygulanmıştır. 49 ilde ücretsiz kanser tarama hizmetleri verilerek pratisyenler için eğitim merkezleri açılmıştır. 2008 yılı Ocak ayında SB, Kardiyovasküler Hastalıkların Kontrolüne yönelik Eylem Planı'nı yayımlamıştır. Bu plan bulaşıcı olmayan hastalıklarla ilgili risklere odaklanmakta ve tütün tüketimi, pasif içicilik, obezite ve fiziksel hareketsizlik konularını ele almaktadır. Sıtma, şark çıbanı, tifo ve verem gibi bulaşıcı hastalıkları kontrol altına alma çabasına yönelik çalışmalar yaygınlaştırılmıştır. 2003 senesinde verem tedavisi ile ilgili olarak "Doğrudan Gözetimli Tedavi" uygulaması başlatılmış ve kuş gribiyle mücadele için sektörler arası bir Ulusal Plan geliştirilmiştir. "Bebek Dostu Hastanelerin" sayısı, dört kattan fazla artırılmıştır (Bu sayı 2002'de 141 iken 2007'da 619'a çıkmıştır). Beş yaşındaki çocuklara yönelik bağışıklama programı, kızamıkçık, kabakulak ve menenjit içerecek şekilde genişletilmiştir. Hamilelere, anemiyle mücadele ve doğum öncesi ile doğum sırasında anne ve bebeğin korunması amacıyla ücretsiz demir desteği sağlanmıştır. Muhtemel D vitamini eksikliğini gidermek amacıyla Mayıs 2005 ila Ağustos 2008 arasında yaklaşık 4 milyon bebeğe ücretsiz D vitamini desteği dağıtılmıştır. Yenidoğan tarama programı kapsamındaki çabalar hızlandırılmış ve tüm ülkeye yayılmıştır. Fenilketonüri taramaları da ülke çapında yaygınlaştırılmıştır.

**Şekil 2.3. Türk Sağlık Sistemindeki Temel Mali Akışlar, 2008
(GSS Yasasının Kabulünden Sonra)**



1. Alt seviyelerdeki SB kurumlarının, örneğin sağlık ocakları, dispanserler, köylerdeki ocaklar ve diğer birinci basamak sağlık kuruluşlarının tek başına yönetilen bir bütçeleri veya döner sermayeleri bulunmamaktadır. Bunun yerine, il sağlık müdürlükleri kuruluşun finansmanını yönetmekte ve birimin operasyonları kontrol etmektedir (Mollahaliloğlu ve ark., 2006 s. 146-7). Bazı alt seviye kuruluşların döner sermayeleri yakınlardaki bir hastane tarafından da yönetilebilmektedir.

Notlar

1. Yeşil Kart'a ait pozitif ilaç listesinin içinde, diğer sağlık sigorta sistemlerinin bileşik listeleri ile aynı ilaçlar yer almaktadır. Ama bu liste 2008 yılının Ekim ayında gerçekleşmesi planlanan Yeşil Kart sahiplerinin GSS'ye resmen dahil edilmesi aşamasına kadar ayrı tutulacaktır.
2. Mart-Nisan 2008'de, Türkiye'deki Yüksek Mahkeme SUT'ta bahsedildiği şekilde toplu bir fiyatlandırma yapılması uygulamasına karşı bir yasak yayınlamıştır. Yüksek Mahkeme'ye göre, toplu fiyatlar Anayasa'ya aykırıdır ve sağlık hizmetlerine erişimi tehlikeye sokabilir. Yüksek Mahkeme, ayrıca toplu fiyatlandırma sistemi için verilen analitik temelin yetersiz olduğunu ilan etmiştir.

Bölüm 3

Türk Sağlık Sisteminin Performansı ve Belirleyicileri

3.1. Giriş

Bu bölümde, OECD üyesi ülkeler arasında karşılaştırılan değerlendirme çerçevesi kullanılarak Türk sağlık sisteminin performansı ve belirleyicileri değerlendirilmiştir. “Sağlık sistemi” genellikle Sağlık Bakanlıklarının sorumluluğu altında olan tıbbi bakım ve halk sağlığı faaliyetlerini kapsayacak şekilde tanımlanır. “Performans” ise sağlık politikasının temel hedeflerine göre değerlendirilir: i) Sağlık sonuçlarının ve kullanıcılara verebilirliğin en üst düzeye getirilmesi ii) Bu sonuçların elde edilmesine bağlı olarak maliyetlerin en aza indirilmesi iii) Hem beklenmeyen katastrofik tıbbi hizmet maliyetlerine karşı mali koruma hem de sağlık hizmetlerine erişim konusunda hakkaniyet sağlanması (Hurst, 2002). Türk sağlık sisteminin performansının bu hedeflere göre değerlendirmesi için şunlar gerekmektedir: a) Sosyoekonomik ve siyasi ekonomik etmenler bağlamında zaman içinde sağlık alanındaki harcamaların “makul” seviyesinin belirlenmesi b) Sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyet ve beklenmeyen yüksek sağlık harcamalarına karşı mali koruma sağlanması c) Bireysel kullanıcı ve hizmet sunucu seviyesinde paranın karşılığının veya mikroekonomik verimliliğin, güvence altına alınması. Bu hususlara sonraki kısımlarda daha detaylı bir şekilde değinilecektir.

Türkiye uzun yıllardır OECD üyesi olan¹ ve yüksek gelir düzeyine yaklaşmış üst orta gelirli bir ülke olarak, eskiden beri kendisini, diğer OECD üyesi ülkeler ile kıyaslamalar yaparak değerlendirmiştir. Türkiye'nin ekonomik hedefleri ve reform hedefleri göz önünde bulundurulduğunda, bu kesinlikle doğru bir bakış açısıdır. Ancak, Türkiye'nin oldukça düşük gelir seviyesi ile sağlık harcamaları düşünüldüğünde, Türkiye'nin performansını, elimizde verileri olan dünyadaki diğer benzer üst orta gelirli ülkelerle kıyaslamak da uygun olacaktır. Bu raporda her iki yaklaşım da kullanılmaktadır. Bu bölümün asıl metninde OECD ile yapılan kıyaslamaları bulabilirsiniz. Dünya ile yapılan kıyaslamalar ise bölüm sonundaki ek kısmında yer almaktadır. Bölüm içinde gereken yerlerde bunlara atıfta bulunmaktadır.

Bu bölüm ve Ek 3.A1'de yer alan analizin çoğu, Türkiye'deki kilit sağlık sistemi göstergelerinin ortalama düzeyi ile bir grup benzer ülkedeki aynı göstergelere ait ortalama düzey arasındaki karşılaştırmalardan oluşmaktadır. Ek 3.A1, verilen bir sağlık sistemi göstergesinin beklenen düzeyini ve bu göstergenin, sağlık harcamaları veya kişi başına düşen gelir gibi görünürdeki bir veya iki belirleyicisinin düzeyini saptamak üzere ülkeler arasındaki regresyon eğrilerinden faydalanmaktadır. Unutulmamalıdır ki uluslararası verilerin, regresyon eğrilerine veya ortalamalarına uygun hale getirilmesi doğru veya yanlış diye nitelenebilir. Bu veriler, sadece benzer ülkelere yönelik ilginç değişkenlerin ortalama davranışlarını yansıtmaktadırlar. Ortalamanın altında veya üstüne olmak, iyi veya kötü diye nitelendirilemez. Buna ilaveten sağlık sektöründeki karmaşık etkileşimler yüzünden aynı anda birçok ölçünün göz önüne alınması çok önemlidir. Örneğin, sağlık harcamalarının düşük olması, ülkenin (benzerlerinin ortalamalarına nispeten) sağlık alanında yeterince harcama yapmadığı anlamına gelebileceği gibi ülkenin harcamalarını çok verimli yaptığı anlamına da gelebilir. İdeal olanı, benzer harcama düzeylerine karşılık ne sonuçlar – sağlık sonuçları, mali koruma ve kullanıcı memnuniyeti – alındığının karşılaştırılmasıdır. Mevcut veriler buna her zaman imkân vermeyebilir. Bununla birlikte, belli bir ülkenin uluslararası ortalamadan veya

regresyon eğrisinden büyük sapmalar göstermesi o ülkenin sağlık sistemi performansı hakkında sorular doğurabilir ve daha fazla araştırılması gereken bazı konulara dikkat çekebilir.

Bu bölümde ilk olarak Türkiye nüfusunun sağlık durumu üzerinde durulacaktır. Bu husus, sadece sağlık sistemine değil; sağlık sisteminin dışında yer alan millî gelir ve nüfusun eğitim durumu gibi diğer bazı önemli etkenlere de bağlı olduğu için söz konusu belirleyiciler bu bölümde incelenecektir. Aynı zamanda, gözlemlenen sağlık çıktıları açısından Türkiye'deki sağlık harcamalarının "uygunluk" seviyesinin belirlenmesi tartışmalarına da yer verilecektir. Türk vatandaşlarının sağlığının iyileştirilmesi için sektörler arası (bakanlıklar arası) eylemin kapsamına da ışık tutulacaktır. Bu bölümde, kapsam ve erişime mikroekonomik düzeyde göz atılacak ve sistem performansı paranın karşılığı açısından değerlendirilecektir. Son kısımda ise kilit sonuçlar ortaya konulacaktır.

3.2. Performans Değerlendirmesi

Sağlığa Yapılan Harcamaların Uygun Seviyesinin Zaman İçinde Bulunması

Yukarıda sıralandığı üzere sağlık sistemlerinin temel hedeflerine ulaşılması, önceden yapılan diğer harcamaların fırsat maliyeti göz önüne alınarak sağlık harcamalarının "uygun" seviyesine ilişkin bir yargıya varılmasını içerir. İkincil, ancak oldukça önemli olan bir diğer hedef de, zaman içinde sağlık alanındaki yapılan harcamalarda mali sürdürülebilirliği başarmaktır.

İstenen harcama seviyesi, toplumun kaynaklarının alternatif kullanımlarına kıyasla ek sağlık hizmetlerine verdiği değerle belirlenir. Harcamanın ve özellikle kamu harcamasının düzeyine ilişkin verilecek nihai karar, hükümetlerin ve seçmenlerinin vereceği bir karardır. Ancak, bu tür kararların verilebilmesi için, zaman içinde, sağlık durumundaki değişimler, sağlık hizmetlerinden memnuniyet ve ülkelerdeki sağlık sistemlerinin maliyetleri hakkında küresel kanıtlar ve uluslararası kıyaslamalar bir araya getirilerek bilgi elde edilmelidir. Bu bölümün kalan kısmında yapılan budur.

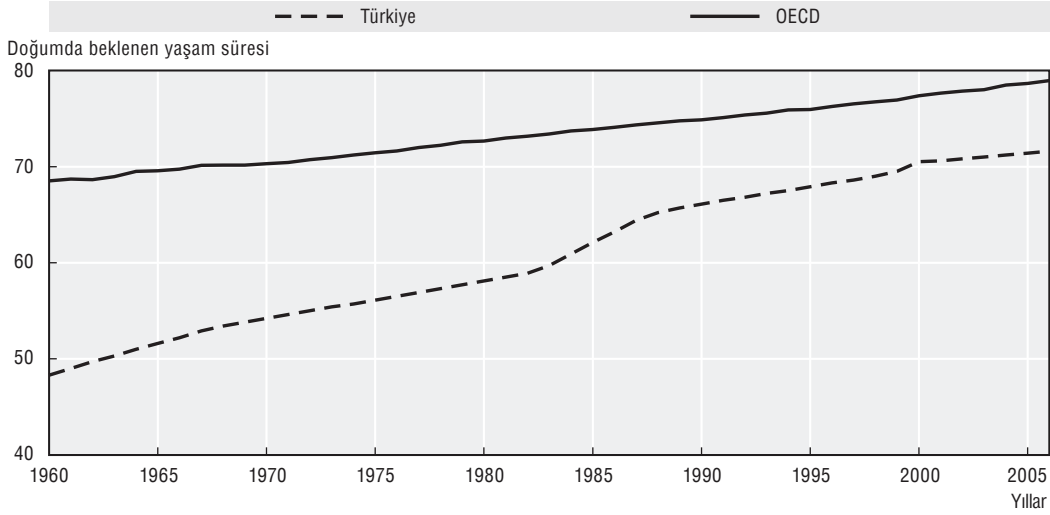
Geçmişte Türkiye'de Sağlık Alanında Yaşanan Değişimler

Doğumda Beklenen Yaşam Süresi: OECD Health Data verilerine göre, Türkiye'de doğumda beklenen yaşam süresi (yani ortalama ömür) son 45 yıldır yükselmektedir (Şekil 3.1.). Hatta bu süre OECD ortalamasına yaklaşmaktadır. Türkiye'de doğumda beklenen yaşam süresi, 1960'ta OECD ortalamasının %71'i oranındaydı. Buna karşın, 2006 yılında bu oran %91 olmuş ve ortalama yaşam süresi 71,6 yaşa kadar yükselmiştir (2007 yılında 71,8 yaş olmuştur). 2006 yılı küresel verilere bakıldığında ve diğer üst orta gelirli ülkelerle kıyaslandığında, Türkiye'deki ortalama yaşam süresi; benzer sağlık harcaması düzeyine sahip ülkelerin ortalamasına yakinken, gelir düzeyi bakımından ortalamanın biraz altındadır (bk. Ek 3.A1, Şekil 3.A1.3).

Bebek Ölüm Hızı: Türkiye'de, bebek ölüm hızı son 35 yıldır ciddi bir düşüş göstermiş ve hem OECD ortalamasına hem de Meksika ve Portekiz gibi ülkelerin oranlarına yaklaşmıştır (Şekil 3.2). Bununla birlikte, Türkiye'de her 1000 canlı doğumda 22,6 olarak gerçekleşen bebek ölümleri, 2006 yılında OECD bölgesinde bildirilen en yüksek oran olup OECD ortalamasının dört katından daha fazladır. Bu rakam aynı zamanda benzer gelir ve sağlık harcaması düzeyine sahip ülkelerin de üzerindedir (bk. Ek 3.A1, Şekil 3.A1.1). Buna karşın, Türkiye'deki bebek ölüm hızı 2007 yılında düşerek 21,7'ye inmiştir.

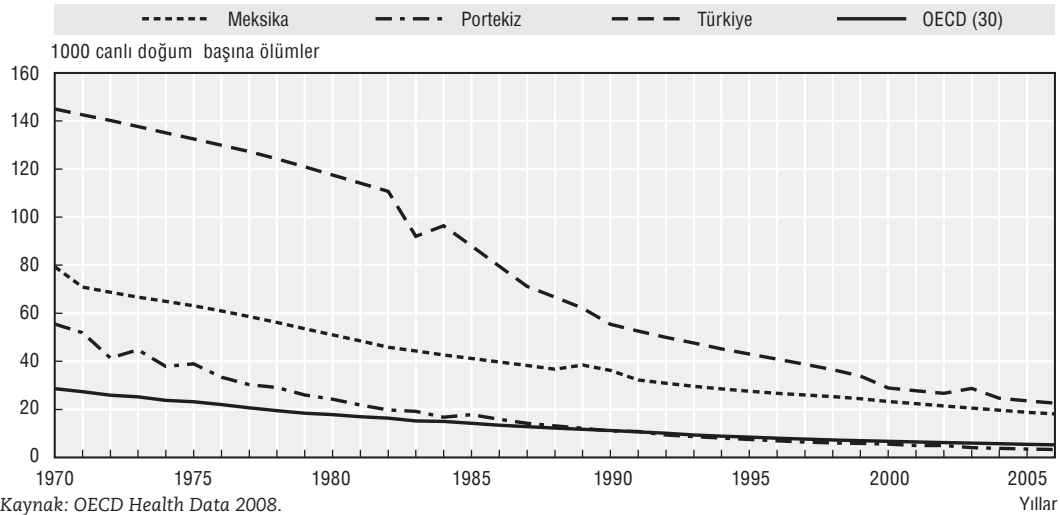
Anne Ölüm Oranı: OECD Health Data 2008'e göre Türkiye'deki anne ölüm oranı (100.000 canlı doğumdaki ölümler) 1973 ila 2007 yılları arasında hızla düşerek (yaklaşık on misli) OECD

Şekil 3.1. Türkiye’de Doğumda Beklenen Yaşam Süresi ve OECD Ortalaması, 1960-2006



Kaynak: OECD Health Data 2008.

Şekil 3.2. Bebek Ölüm Hızları Meksika, Portekiz, Türkiye ve OECD, 1970-2006

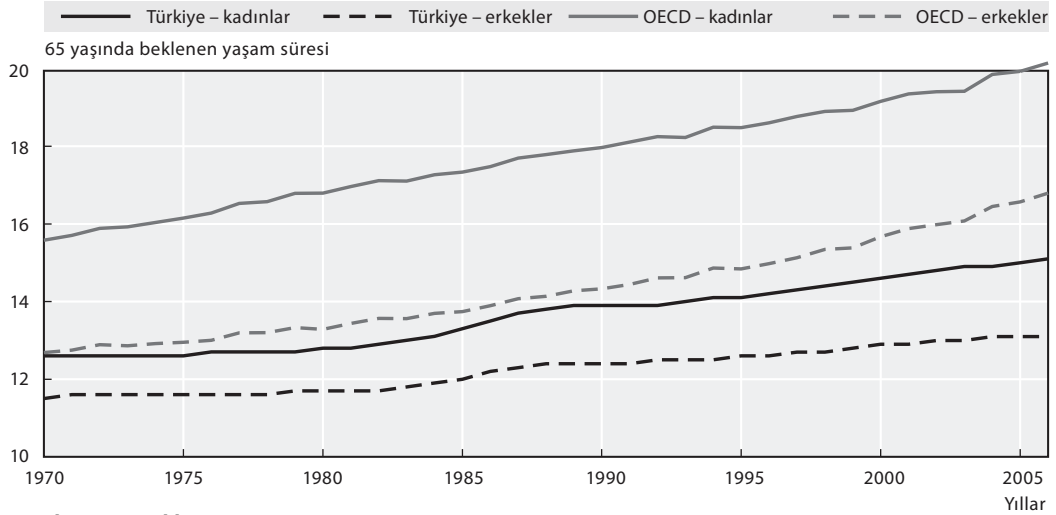


Kaynak: OECD Health Data 2008.

ortalamasına yaklaşmıştır. 1973 yılında Türkiye’de anne ölüm oranı OECD ortalamasının sekiz katından fazlaydı. 2006 yılında OECD ortalamasının yaklaşık 2,5 katı kadardı. En yakın uluslararası verileri kullanan Ek 3.A1’deki (Şekil 3.A1.2) dünya kıyaslamalarına göre Türkiye’deki anne ölüm oranı, Türkiye’nin gelir ve sağlık harcaması düzeyine sahip bir ülkeden beklenen seviyenin biraz yukarısındadır. Fakat Türkiye’nin yakın geçmişte kaydettiği önemli ilerlemeye bakılırsa, 2007 küresel verileri alındığında daha iyi bir görüntü ortaya çıkabilir.

65 Yaşında Beklenen Yaşam Süresi: Türkiye’de 65 yaşında beklenen yaşam süresi, 1970’ten bu yana sürekli bir artış göstermiştir (Şekil 3.3). Ancak, kadın ve (daha fazla olduğu için) erkeklerdeki oranlar, ilgili OECD ortalamalarından farklıdır. Türkiye’de kadınlar için 65 yaşında beklenen yaşam süresi, 1970 yılında OECD ortalamasının %81’iyken; 2006’da bu oran %75’e düşmüştür.

Şekil 3.3. Türkiye’de 65 Yaşında Beklenen Yaşam Süresi ile OECD Ortalaması, 1970-2006



Kaynak: OECD Health Data 2008.

Erkekler için, söz konusu rakamlar sırasıyla %91 ve %78’dir. 2006 yılında kadınlar için 15,1 ve erkekler için 13,1 ile, Türkiye’nin 65 yaşta beklenen yaşam süresi OECD bölgesindeki en düşük süre olmuştur. Kadınlar arasında 65 yaşta beklenen yaşam süresi 2007 yılında değişim göstermemiştir ama erkekler arasında bu süre 13,2’ye yükselmiştir.

Kutu 3.1. Türkiye’de Sağlıkın Tıbbi ve Tıbbi Olmayan Belirleyicileri

Türkiye’nin sağlık durumundaki değişimler, hem tıbbi hem de tıbbi olmayan etkenlerce belirlenmektedir. Halk sağlığı için çok sayıda belirleyici olduğunu belirten geniş bir literatür bulunmaktadır. Örneğin, ülke içinde ve ülkeler arasında ölüm oranının belirleyicileri üzerinde yapılan son incelemede, Cutler ve ark., (2006) hem zaman serilerinde hem de kesit verilerinde, özellikle düşük gelirli ülkeler için, kişi başı gelir ile ölüm oranları arasında güçlü korelasyon olduğuna işaret etmişlerdir. Buna ek olarak farklı ülke ve dönemlerde ölüm oranlarında iyileşme yarattığını tespit ettikleri etkenler ise şunlardır: Daha iyi beslenme, daha etkili tıbbi olmayan halk sağlığı tedbirleri, eğitim düzeyinin artması ile bazı durumlarda, daha iyi tıbbi bakım. Adı geçen araştırmayı yapanlar; gelirden sağlığa kadar bilinen doğrudan mekanizmaları önemsemeyerek, daha iyi beslenme, daha iyi eğitim ve daha fazla sağlık harcamasının bunlarla değil yüksek gelirle ilintili olduğunu savunmuşlardır. Ters bir sebep sonuç ilişkisi olasılığına da dikkat çekmişlerdir. Sağlık, gelirin önemli bir belirleyicisi olabilir. Gottret ve Schieber (2006) literatürü araştırarak devletin sağlık harcamaları ile sağlık sonuçları üzerindeki diğer kesit unsurları arasındaki ilişkinin yeni kanıtlar ortaya koymuşlardır. Hükümetin sağlık harcamalarındaki artışların, 5 yaş altı ölüm oranının azaltılması üzerinde, eğitim, yol ve temizlik alanındaki hükümet harcamalarındaki benzer artışlardan daha büyük ve net bir etkisi olduğunu tespit etmişlerdir. Jamison (2006) ise gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerdeki sağlık sonuçlarının gelişimini etkileyen kilit unsurları ele almaktadır.

Eğitim ve sağlık arasında nedensel ilişkiye yönelik gittikçe artan sayıda kanıt bulunmaktadır. Eğitim ve sağlık arasındaki ilişki üzerine OECD Eğitim Direktörlüğü tarafından yaptırılan son çalışma, yüksek gelirli ülkelerdeki bireylerin sağlık durumunun eğitim seviyesindeki artışla kuvvetli ve pozitif bir şekilde ilişkili olduğunu – ve en azından bu ilişkinin bir kısmının nedensel olduğunu – ileri sürmektedir (Feinstein ve ark., 2006).

OECD Ülkelerindeki Sağlık Durumu Belirleyicileri

Sağlık belirleyicileri üzerine OECD tarafından yapılan son deneysel çalışma, doğumda beklenen yaşam süresi ve 65 yaşında beklenen yaşam süresi kazanımları ile 1991 ve 2003 yılları arasında bebek ölüm hızındaki düşüşleri açıklamaya çalışmıştır (Joumard ve ark., 2008). İncelenen belirleyiciler arasında şunlar yer almaktadır: Reel sağlık harcamaları, sigara kullanımı, alkol tüketimi, beslenme, kirlilik, eğitim ve kişi başına düşen GSYİH. İnceleme, OECD ülkeleri arasında, reel sağlık harcamalarında meydana gelen değişimlerin, söz konusu dönemde tüm ülkelerin sağlık durumundaki değişimlerin en önemli belirleyicisi olduğunu ileri sürmektedir. Ya kişi başına düşen GSYİH’de meydana gelen değişimler ya da eğitim düzeyindeki değişimler, genellikle ikinci ya da üçüncü en önemli belirleyici olmuştur.

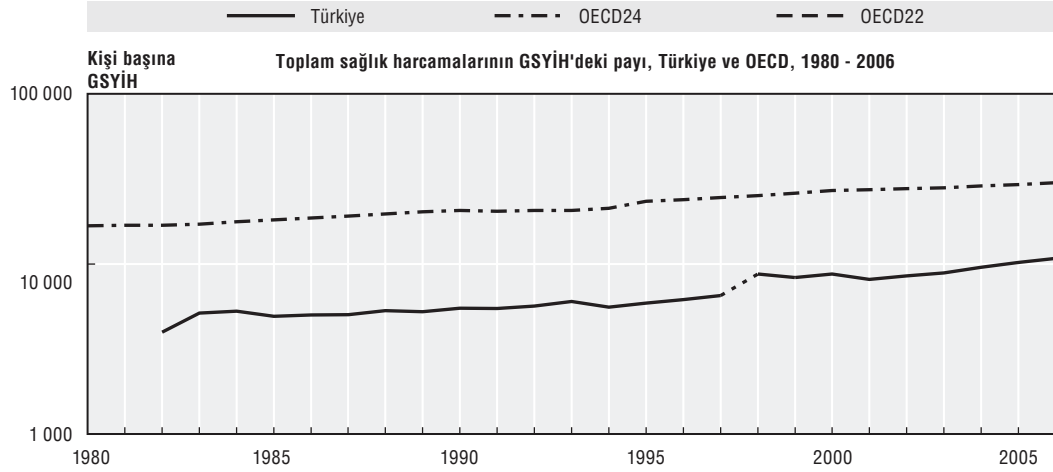
Bu inceleme, herhangi bir OECD ülkesinde sağlık durumunun neden OECD ortalamasından saptığını tahmin etmek amacıyla kullanılabilir. Türkiye açısından, doğumda beklenen yaşam süresi 2003 yılında OECD ortalamasının 7,4 yıl altındaydı. OECD modelinde tahmin edilen katsayılar temel alındığında, bu farkın yaklaşık yarısı, Türkiye’deki reel sağlık harcamalarının daha düşük olmasına; yaklaşık üçte biri Türkiye’deki eğitim durumunun düşük olmasına ve yaklaşık dörtte biri de Türkiye’deki kişi başı GSYİH’nin OECD ortalamasından düşük olmasına bağlanabilir. Ancak, Türkiye’de alkol tüketiminin düşük olması bu farkı yaklaşık beşte bir oranında azaltmaktadır.

Türkiye’de Kişi Başına Düşen GSYİH ile Sağlık Harcamalarındaki Artış: Şekil 3.4, kişi başına düşen reel GSYİH’nin (yani sabit fiyatlarla kişi başı GSYİH), kişi başına düşen reel toplam sağlık harcamalarının ve sağlık giderlerinin GSYİH’deki payının hem Türkiye’de hem de ortalama olarak OECD bölgesinde nasıl arttığını göstermektedir. Kişi başı milli gelir, daha düşük seviyelerde olabilir; ama Türkiye’deki kişi başı reel GSYİH büyümesinin zamanla OECD ortalaması ile aynı hareket ettiğini görülmektedir.² Türkiye’de kişi başına düşen reel sağlık gideri ise 1985-2006 yılları arasında OECD’nin yıllık %4,8’lik oranı ile karşılaştırıldığında yıllık ortalama %8,5’lik artış göstermiştir. Sonuç olarak, Türkiye’de GSYİH’nin sağlık harcamaları içindeki payı 1985 yılında OECD ortalamasının üçte biri civarında olup % 2,2 şeklindeyken 2006 yılında OECD ortalamasının üçte ikisine yaklaşarak %5,6 olmuştur. Fakat GSYİH’nin sağlık harcamalarındaki payı 2006’da 2001’dekiyle aynı olmuştur.

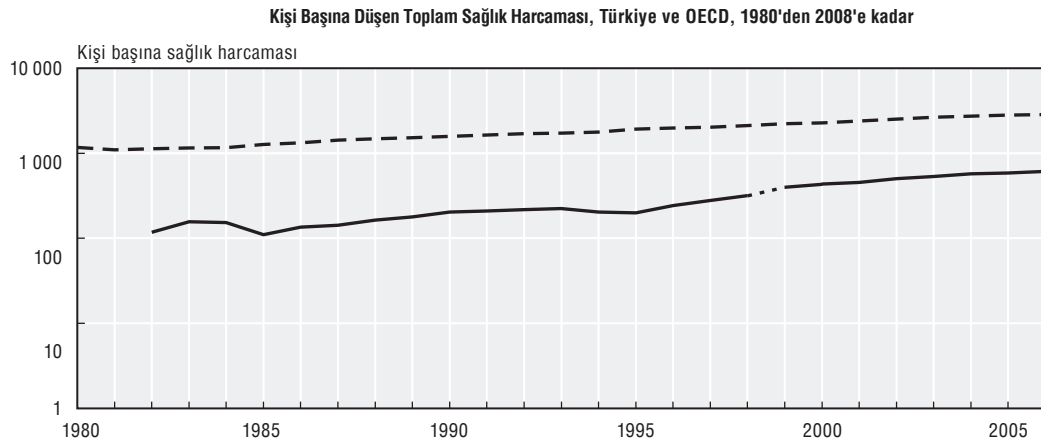
Şekil 3.5, sürekli ve tutarlı tahminlerin mevcut olduğu yıllarda (1999’dan bu yana) Türkiye’de sağlık harcamaları, kişi başına düşen GSYİH ile sağlık giderlerinin GSYİH’deki payında meydana gelen yıllık *değişiklikleri* göstermektedir. Kamu sağlık harcamalarındaki değişiklikler, sağlığa yapılan toplam harcamadan ayrılmıştır. Hem GSYİH hem de kişi başına düşen sağlık harcaması, 1999-2006 yılları arasında kayda değer bir artış göstermiştir. Ancak kişi başına düşen GSYİH ile ilgili olarak 2000-2001 yılları arası dönem bir istisnadır; çünkü bu dönemde Türkiye’de büyük bir ekonomik bunalım yaşanmıştır. Bu yılın dışında, sağlık harcamaları, kişi başına düşen GSYİH ile aşağı yukarı paralel olarak artmıştır.

Ancak, kamu sağlık harcamaları, 2003’ten önce sağlığa yapılan toplam harcamadan daha hızlı bir artış göstermiştir. 2006 itibarıyla kamunun toplam sağlık harcamaları içindeki payı %72’ye ulaşarak %73³ olan OECD ortalamasının hemen altında yer almıştır. Teminat açısından, sağlık hizmetlerinin kapsamındaki iyileşmeler (Yeşil Kart programındaki gelişmeler gibi) ile bu durum ilişkilendirilseydi, yoksul kesimin sağlık durumunda oldukça pozitif bir etkiye sahip olabilirdi. Bu bağlamda, SDP’nin başlatıldığı yıl olan 2003-2004’ten bu yana sağlığa yapılan kamu harcamalarının artış oranının, sağlığa yapılan toplam harcamanın artış oranına benzer olması ve her ikisinin de GSYİH’nin büyüme hızından çok az daha yavaş olması dikkat çekicidir. Ancak, 2001 yılı ekonomik bunalımı sonrası GSYİH’deki yüksek büyüme oranının gelecekte korunup korunamayacağı sorusu – Bölüm 4’te ele alınmaktadır – gibi bir soru da söz konusudur. Korunmaması halinde, bu durumun gelecekteki sağlık harcamaları artışlarına yönelik ciddi sonuçları olabilir.

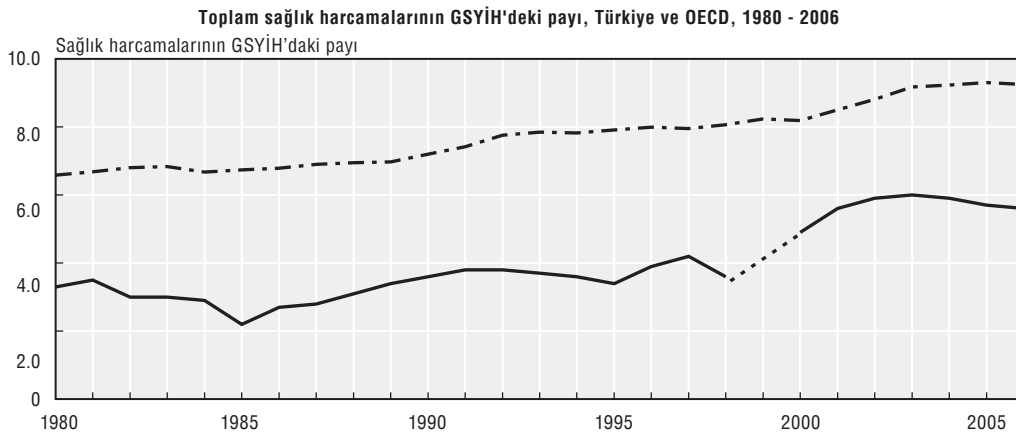
Şekil 3.4. Kişi Başına Düşen GSYİH, Kişi Başına Düşen Reel Sağlık Harcaması ve Sağlık Harcamalarının GSYİH'deki Payı, Türkiye ve OECD, 1980-2006



Not: OECD ortalaması, 24 OECD ülkesi arasındaki tutarlı bir ortalamadır. (Dikey ekseninde logaritmik ölçek)



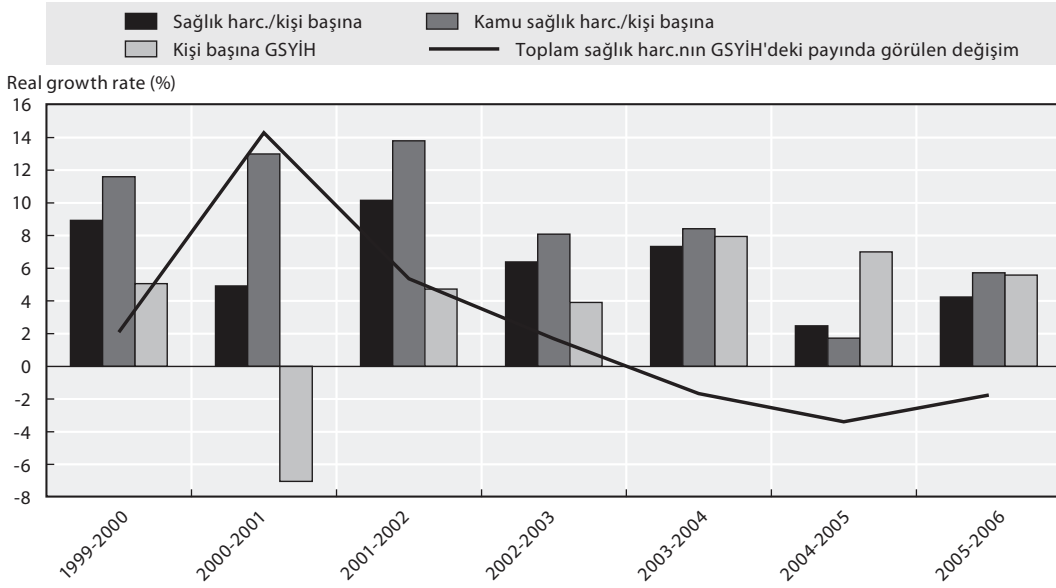
Not: OECD ortalaması, 22 OECD ülkesi arasındaki tutarlı bir ortalamadır. (Dikey ekseninde logaritmik ölçek)



Not: Türkiye için sırasıyla 1999'da sağlık harcamaları ve 1998'de GSYİH verilerinde kesintiler vardır. OECD ortalaması, 24 OECD ülkesi arasındaki tutarlı bir ortalamadır.

Kaynak: OECD Health Data 2008.

Şekil 3.5. Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcaması, Kişi Başına Düşen Kamu Sağlık Harcaması, Kişi Başına Düşen GSYİH ile GSYİH İçinde Sağlık Harcamalarının Payında Meydana Gelen Yıllık Değişiklikler, Türkiye, 1999-2000 ila 2005-2006

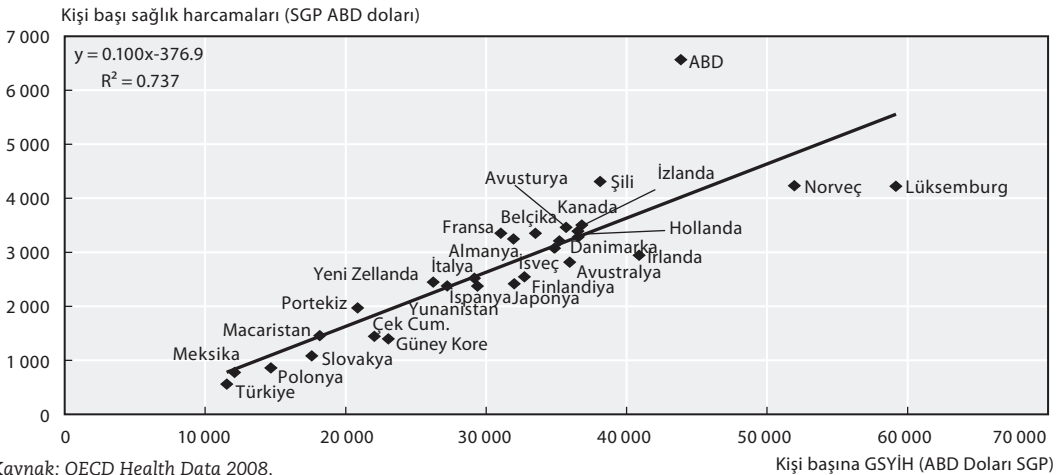


Kaynak: OECD Health Data 2008.

Türkiye’de kişi başına düşen GSYİH’de ve kişi başına düşen sağlık harcamalarında uzun süreli bir artış olmasına rağmen, Şekil 3.6, 2005 yılında OECD bölgesinde Türkiye’nin hem kişi başı en düşük GSYİH’ye (10.771 SGP ABD doları) hem de kişi başı en düşük sağlık harcamasına (609 SGP ABD doları) sahip olduğunu göstermektedir. Sağlık harcamalarının GSYİH’deki payı da – yukarıda bahsedildiği üzere %5,6 ile – OECD bölgesindeki en düşük oran olmuştur. Ayrıca, Ek 3.A1’deki Şekil 3.A1.11 ve 3.A1.12’ye göre toplam sağlık harcamalarının GSYİH’deki payı ve kişi başı toplam sağlık harcamaları, karşılaştırılabilir diğer üst orta gelirli ülkelerdeki oranın biraz altındadır.

Bununla birlikte, kamu sağlık harcamaları – ister toplam sağlık harcaması içindeki payı, ister GSYİH’nin payı, isterse de kişi başına düşen ya da genel devlet harcamasının payı olarak ölçülsün – Türkiye, diğer üst orta gelir grubundaki ülkeler kadar veya bunlardan daha fazla harcama yapar (Ek 3.A1, Şekil 3.A1.13 ve 3.A1.16.).

Şekil 3.6. Kişi Başına Düşen GSYİH ve Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları, OECD Ülkeleri, 2006

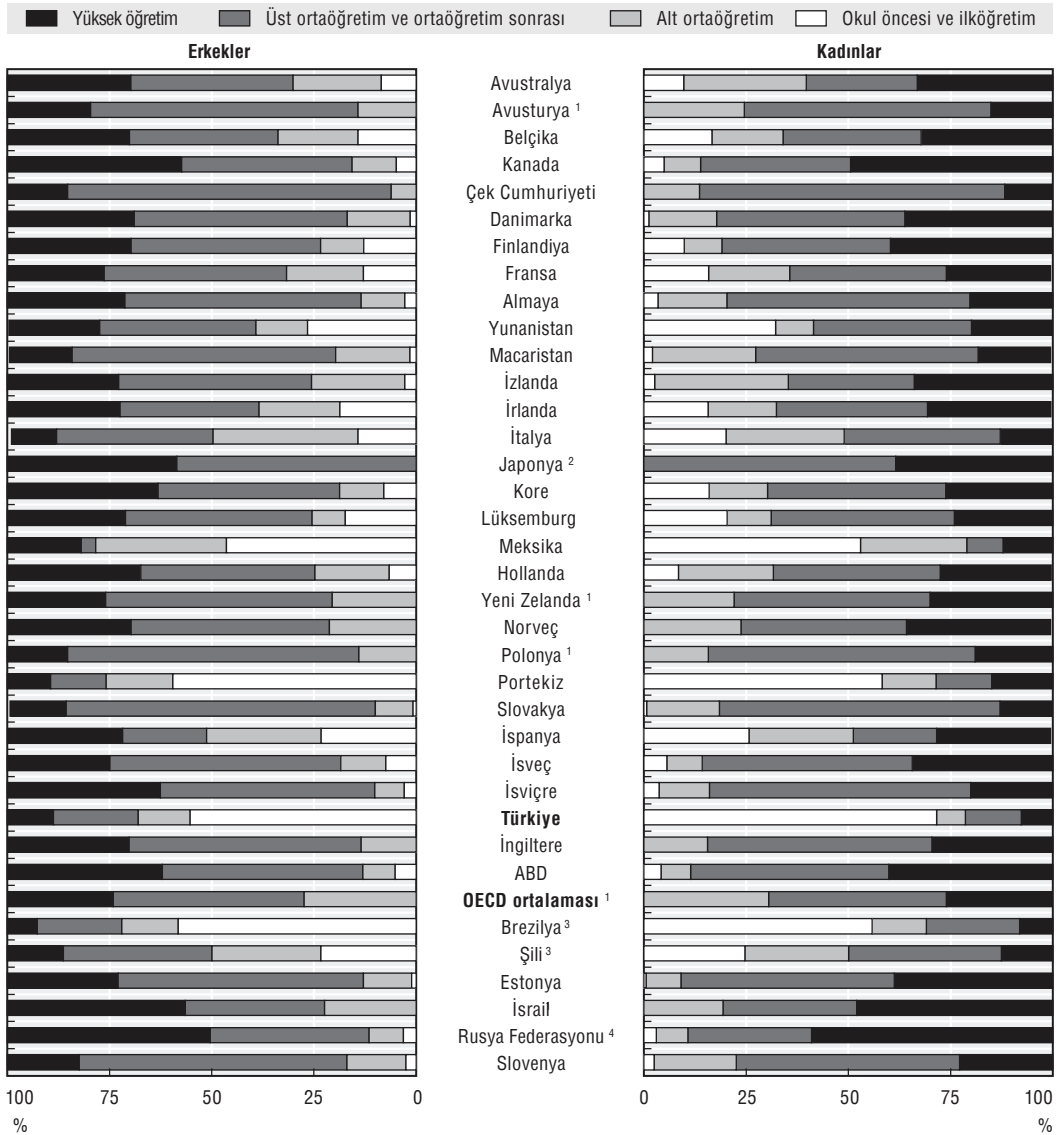


Kaynak: OECD Health Data 2008.

Eğitim Düzeyi: Türkiye’de eğitim düzeyi, özellikle kadınlar arasında, OECD ülkeleri ile diğer bazı orta gelirli ülkelerdeki düzeylerin gerisinde görünmektedir. Erişkinlerdeki okuryazarlıkla ilgili olarak, Ek 3.A1’deki Şekil 3.A1.5 ve Şekil 3.A1.6’ya göre Türkiye’nin gelir seviyesine sahip bir ülke için genel yetişkin okuryazarlık oranı ortalamaya yakınken, kadın okuryazarlık oranı diğer üst orta gelirli ülkelerdekinden biraz aşağı düzeydedir.

Eğitim düzeyine yönelik daha kapsamlı ölçülerin kullanıldığı Şekil 3.7’de 2005 yılında kadınlarla ilgili olarak, Türkiye’de 25-64 yaş arası nüfusun büyük bir kısmının sadece ilköğretimi tamamladığı ve diğer OECD ülkeleri ile karşılaştırıldığında daha düşük bir kısmının da yüksek öğretime devam ettiği gösterilmektedir. Aynı durum, OECD ülkeleri arasında Portekiz

Şekil 3.7. Elde Edilen En Üst Eğitim Seviyesine ve Cinsiyete Göre 25-64 Yaş Arası Nüfus Dağılımı, 2005



1. "Okul öncesi ve ilköğretim" kategorisi "Alt orta eğitim" içinde yer almaktadır.

2. "Okul öncesi ve ilköğretim" ve "Alt orta eğitim" kategorileri "Üst orta eğitim" içinde yer almaktadır.

3. Referans yılı 2004.

4. Referans yılı 2003.

Kaynak: OECD (2007b), *Eğitime Bakış*.

dışında, erkeklerde de geçerlidir. Türk hükümetinin eğitime yapılan yatırımları son yıllarda ciddi bir biçimde artmasına ve çocukların çoğunun ilköğretimin yanı sıra orta öğretime de devam etmesine rağmen; bu gelişmelerin nüfusun tamamında etkisini göstermesi birkaç yıl sürecektir. Eğitim görmüş kadınların sayısı arttıkça bebek ölüm hızı da bu durumdan daha hızlı etkilenecektir. Ancak ülkedeki daha yaşlı gruplar etkilenmeyecektir. Bu kişilerin sağlık durumlarındaki gelişmeler, orta ve yüksek öğretimi seneler önce uzatan ülkelerdeki benzerlerinin sağlık durumlarındaki gelişmelerin gerisinde kalmaya devam edecektir. Ayrıca, halen Türkiye'deki çocuklar arasında, orta öğretime devam konusunda kızlar, erkek çocukların gerisinde kalmaktadır (TÜİK, 2008).

Kadın okuryazarlığının bebek ölüm hızı üzerinde iyi bir etkisinin olmasını sağlayan mekanizmalar tam olarak anlaşılmamaktadır. Kadınların çocuk hastalıkları ve çocuk bakımı (annelerin "sağlık bilgisi") hakkında bilgi sahibi olmaları açık bir etken olabilir. Ancak, annelerin haneye ait maddi kaynaklar üzerindeki idaresinin de önemli bir etken olması muhtemeldir. Örneğin, kadın eğitiminin daha üst seviyede olması, kadınların ekonomiye ve haneye ait gelirlere katılım düzeylerinin daha yüksek olması ile ilişkilendirilebilir.

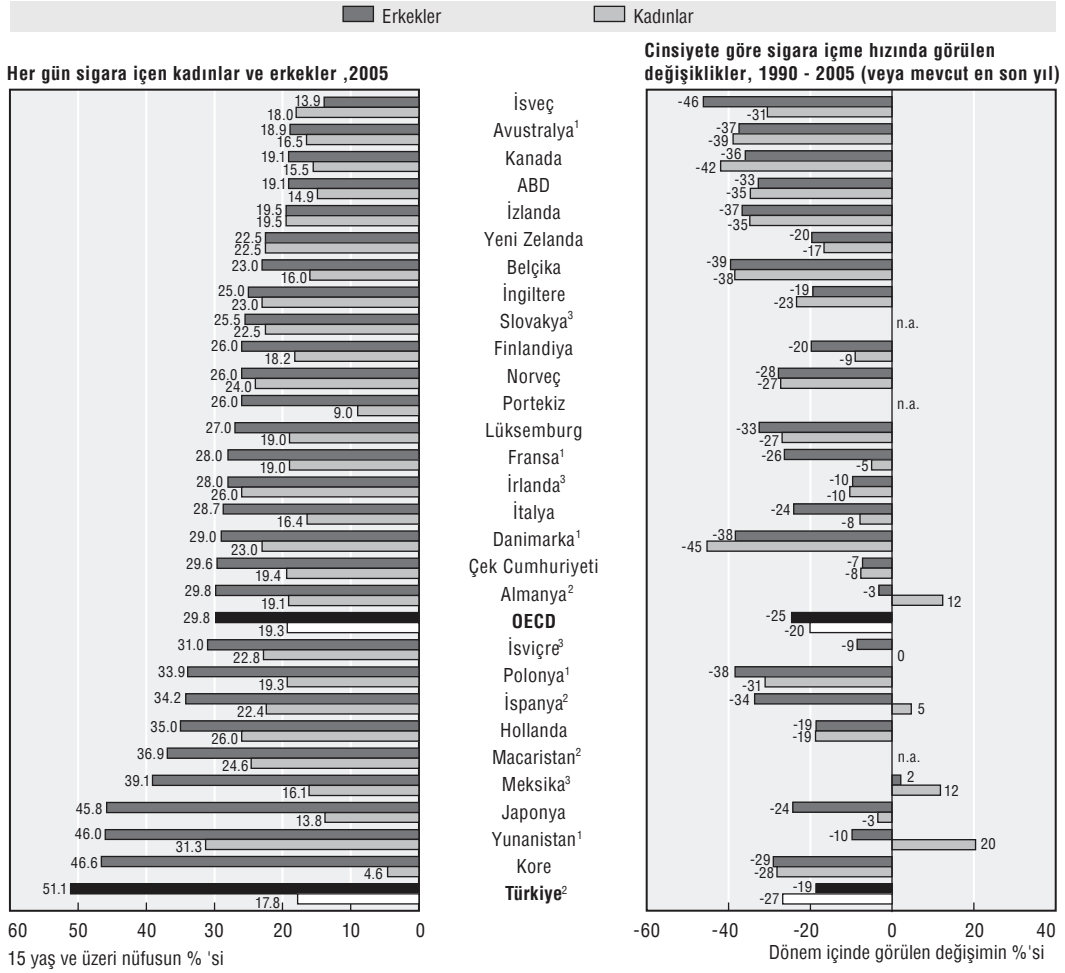
Sigara Kullanımı: Sigara kullanımı, çok sayıda hastalığın önemli bir belirleyicisidir. Son 15 yılda diğer OECD ülkelerinde olduğu gibi sigara kullanımı Türkiye'de de düşüş göstermektedir. Bu da daha geniş anlamda halk sağlığı tedbirlerinin başarısına işaret edebilir. Örneğin, Türkiye'de kamusal alanlarda sigara içme yasağı kısmi olarak, 1997'de getirilmiş ve yasak tam olarak, Mayıs 2008'de uygulamaya konmuştur.

Türkiye'de sigara kullanım oranları, ilgili OECD ortalamalarıyla kıyaslandığında kadınlarda erkeklere göre daha hızlı düşmektedir. Kısmen bunun bir sonucu olarak, 2005 yılında Türkiye, erkekler arasında %51'lik sigara içme oranıyla OECD ülkeleri arasında en yüksek sigara içme oranını bildirirken (2006 yılında % 50,6'ya düşmüştür), OECD ortalamasının altında olan, kadınlar arası sigara içme oranı %17,8 olmuştur (2006 yılında % 16,5'e düşmüştür) (Şekil 3.8). Erkekler arasındaki sigara içme oranının yüksek olması ve oranların nispeten bu şekilde süregelmeye, 1970-2006 yılları arasında Türkiye'de 65 yaşında erkeklerde beklenen yaşam süresinin (%14) 65 yaşında kadınlarda beklenen yaşam süresine (%20) göre neden daha yavaş yükseldiğini açıklayabilir (Şekil 3.3).

Alkol Tüketimi: Alkol tüketimi de birçok hastalık için risk etkenidir. Türklerin çoğunluğunun Müslüman olması dolayısıyla beklediği üzere Şekil 3.9'da Türkiye'de alkol tüketiminin diğer OECD ülkelerinden daha düşük seviyede olduğu görülmektedir. Aslında, Türkiye'de 2006 yılında kişi başı 1,2 litre olan tüketim OECD ortalamasının %15'inden daha azdır.⁴ Yukarıda da bahsedildiği üzere, OECD tarafından yapılan tahminlere göre, Türkiye'nin düşük seviyedeki alkol tüketimi doğumda beklenen yaşam süresine, OECD ortalamasına kıyasla yaklaşık 1,5 yıl eklemektedir (Joumard ve ark. 2008).

Beslenme ve Kötü Beslenme: OECD Health Data verilerine göre; Türkiye'de ortalama beslenme, yeterli veya iyi seviyededir. 2003 yılında 3328 olan kişi başına düşen günlük kalori tüketimi, 3407 olan OECD ortalamasına yakındı. Çoğu çalışmada sağlıklı ilişkilendirilen meyve ve sebze tüketimi, yıllık kişi başına 338 kiloyla OECD bölgesinde ikinci sırada yer almıştır ve aynı yılın OECD ortalamasının yaklaşık olarak %50 üzerinde olmuştur. Ancak, nüfus içerisinde gıda maddelerinin farklı tüketiminin de dikkate alınması gerekir.

Şekil 3.8. Her Gün Sigara İçen Kadın ve Erkeklerin Oranı, 2005 ve Cinsiyete Göre Sigara İçme Oranındaki Değişimler, 1990-2006

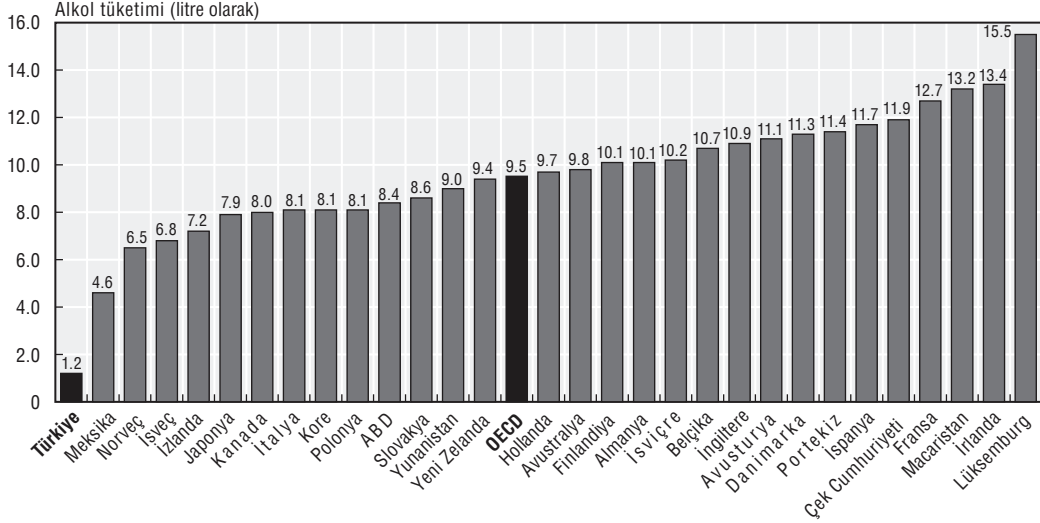


Kaynak: OECD Health Data 2007.

Kötü beslenme Türkiye'de yoksul kesimler arasında sorun olmaya devam etmektedir. Ergin ve ark. (2007); kronik yetersiz beslenme sonucu bodurluğun Türkiye'de 5 yaş altı çocukların %12,2'sini etkilediğine 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'ndan elde edilen kanıtlar ortaya koymaktadır. Türkiye'nin batısında yer alan Aydın ilinde yapılan bir çalışmada, bodurluk görülme sıklığı %10,9 olarak tespit edilmiştir. Aydın'da bodurluk riskinin yüksek olması ile ilişkili önemli etkenler şunlardır: babaların eğitim seviyeleri, babalarda işsizlik, sosyal güvencenin olmaması, hane büyüklüğü, düşük doğum ağırlığı, süten erken kesilme ve kolostrum sağlanamaması. Bodurluk riski, annelerin orta öğretim görmemiş olması ya da işsiz olması durumunda daha yüksek olmasına rağmen; bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı değildir. Araştırmacılar, iyileştirilmiş sosyal güvence finansmanının zaruri olduğunu vurgulayarak emzirmenin ve bebeklere kolostrum verilmesinin önemi konularında annelerin daha fazla bilgilendirilmeleri gerektiği sonucuna varmıştır.

Çocuklardaki düşük doğum ağırlığı da konuyla bağlantılı bir sorundur. OECD ülkeleri arasında en fazla düşük doğum ağırlığı vakasını Türkiye bildirmektedir. 2005 yılında OECD ülkelerindeki yenidoğanların ortalama %6,6'sı 2500 gramın altındayken Türkiye'de yenidoğanların %11,3'ü doğumda 2500 gramın altındadır (OECD, 2007a).

Şekil 3.9. Kişi Başına Düşen Alkol Tüketimi, (litre), 15 Yaş ve Üzeri Nüfus, OECD Ülkeleri, 2006 (veya en son yıl)



Kaynak: OECD Health Data 2008

Obezite ve Metabolik Sendrom: “Beslenmede Geçiş Dönemi”ni – yani nüfusta gıda azlığından gıda bolluğuna geçişi – yaşayan diğer ülkelerde olduğu gibi; çoğu Türk vatandaşı, şu anda obezite ile obeziteye bağlı – kardiyovasküler hastalıklar ve diyabet riskini de içeren – metabolik sendrom gibi kronik hastalıkların riski altındadır. OECD Health Data verilerine göre Türkiye’de obezite oranları (BKİ 30’dan daha büyük olan nüfus oranı) erkeklerde %10; kadınlarda %15 olup OECD’nin ilgili 2005 yılı (veya mevcut olan en son yıl) ortalamalarının altındadır. Ancak, bu veriler, kişilerin kendi bildirdiği boy ve kiloya dayandırılmıştır. Bu bildirimlerde sağlık inceleme anketlerinde ölçülen boy ve kilodan daha düşük bir BKİ elde edildiği bilinmektedir.

Daha güvenilir sağlık inceleme yöntemleri kullanan ve küçük bir örneklem üzerinde obezite ve buna bağlı metabolik sendromu ölçen birkaç çalışma mevcuttur. Örneğin, Kozan ve ark., (2007) 20 yaş ve üzeri yaklaşık 4300 Türk vatandaşından oluşan bir örneklemde obezite oranlarını yetişkin erkeklerde %20,6 ve yetişkin kadınlarda %39,9 olarak bildirmiştir. Kadınlar açısından bu seviye, sağlık inceleme anketleri bazında ulusal obezite seviyelerinin yüksek olduğunu bildiren İngiltere ve ABD gibi OECD ülkelerinin bildirdiği obezite oranlarının üzerindedir. Daha endişe verici olanı ise, Kozan ve ark., Türkiye’de erkeklerin %28’i ve kadınların %39,6’sının metabolik sendromdan muzdarip olduğunu tespit etmişlerdir. Türk vatandaşlarından oluşan bir diğer örneklemde de Özşahin ve ark., (2004) tarafından benzer metabolik sendrom düzeyleri tespit edilmiştir. Kozan ve ark., Türk vatandaşlarının dünyada en yüksek metabolik sendrom prevalanslarından birine sahip olduğu neticesine ulaşarak; bu prevalansın Amerikalı, Koreli, Çinli, Japon ve Moğollardan daha yüksek olduğu ve Meksikalı Amerikalılar, İranlılar ve Güney Asyalılarınki ile benzer olduğu sonucuna varmışlardır. Yüksek insidans ile birlikte olası genetik eğilim, koruyucu programların geliştirilmesi için güçlü bir gerekçe sağlamaktadır.

Hastalara Cevap Verirlik ve Sağlık Hizmetlerinden Duyulan Memnuniyette Değişimler

Sağlık sisteminin diğer önemli hedefi de hasta ihtiyaçlarına cevap verebilirliktir. İhtiyaça cevap verme durumunun ölçülebilmesi için üç alternatif araç veya bunların bir kombinasyonu kullanılmaktadır: i) Muayene için bekleme süreleri veya doktorun hastaya alternatif tedaviler önerip önermediği gibi sağlık hizmetlerinin çeşitli yönleri ile ilişkili hasta

deneyimlerine ait göstergeler ii) Sağlık hizmetlerinin farklı yönlerinden kişisel olarak memnun kalındığına dair göstergeler iii) Sağlık hizmetleri ile ilişkili kişisel beklentilere ait göstergeler. Hasta deneyimleri ölçümlerinin, özellikle farklı gruplar ve nüfuslar arasında kişisel memnuniyet ya da beklenti ölçümlerinin yorumlanmasından daha kolay olduğuna dair genel bir kanı vardır. Ne yazık ki; standartlaştırılmış araçlar kullanarak Türkiye’de veya Türkiye ile diğer ülkeler arasında hasta deneyimlerini karşılaştıran çok az veri bulunmaktadır.

Ne var ki SB, TÜİK tarafından yayımlanan ve Türk vatandaşlarının sağlık hizmetlerinden genel memnuniyet oranının SDP’nin başlatılmasından hemen önce 2003 yılında %39,5 iken; 2005’te %55,2’ye ve 2007 yılında %66,5’e yükseldiğini gösteren yaşam memnuniyeti anketi sonuçlarına dikkat çekmiştir (Akdağ, 2007a). Ayrıca birinci basamak hizmetlerine yönelik memnuniyet 2003 yılında % 39,4 iken 2006 yılında % 57,1’e yükselmiş ve kamu hastanelerinin hizmetlerine yönelik memnuniyet de 2003 yılında %41 iken 2007 yılında %51,5’e yükselmiştir (Akdağ, 2008). Sağlıkta memnuniyete ilişkin daha detaylı bazı karşılaştırmalar mikroekonomik verimlilik kısmında ele alınacaktır.

Yüksek Sağlık Giderlerine Karşı Mali Korumanın Sağlanması ve Sağlık Hizmetlerine Erişimde ve Sağlık Hizmetleri Finansmanında Eşitlik

OECD ülkelerindeki sağlık politikasının iki önemli hedefi vardır: i) Özellikle yoksul haneler için yüksek veya uzun süreli sağlık harcamalarına karşı mali korumanın sağlanması ii) Nüfusun bütün üyelerinin gerekli sağlık hizmetlerine eşit derecede erişimlerinin sağlanması. Dezavantajlı ve yüksek riskli gruplar başta olmak üzere uygun “sağlık sigortasının” sağlanması, her iki hedefe ulaşılması için gerekli bir koşuldur. Uygun bir “sağlık sigortası”, zorunlu primler veya gönüllü katkılar ödenmesi gibi bir koşula bağlanabilir veya kamu harcamasıyla finanse edilen sağlık hizmetlerine serbest erişim şeklinde şartsız kılınabilir.

Türkiye, uzun yıllardır genel ve iştirakçi bir sosyal sağlık sigortasına doğru hareket etmekte olup bu hedefine Nisan 2008’de kabul edilen mevzuat ile ulaşmış bulunmaktadır. OECD Health Data verilerine göre; 2003 yılı itibariyle Türkiye nüfusun %68,2’lik kısmını kapsam altına almıştır (% 67,2 kamu ve %1 özel sektör kapsamı). Ancak, bu tahmin hizmetlere erişenlerin değil daha çok sağlık sigortası primi ödeyenlerin (ve Yeşil Kart sahipleri) sayısıyla ilişkili gibi görünmektedir. Türkiye’de birkaç senedir bütün vatandaşların sağlık ocaklarında sağlanan birinci basamak sağlık hizmetine ve hastanelerdeki acil servis hizmetlerine ücretsiz erişim hakkı bulunmaktadır. Önemli sağlık gereksinimleri olanlar, resmî sistemlere ve Yeşil Kart’a yönelik geriye doğru seçimler yapmışlardır. Ayrıca, resmî programlara dâhil olmayanlar tarafından Yeşil Kart ve diğer sağlık sigortası türlerinin kayıt dışı ve hileli kullanımları olmuş olabilir. Bazı uzmanlar, sonuç olarak Nisan 2008’de GSS kabul edildiğinde sağlık hizmeti ihtiyaçlarına yönelik etkin kapsamın neredeyse %100’e yaklaştığı görüşündedir. Şekil 3.5’te de gösterildiği üzere, 1999-2003 yılları arasında özel sektör harcamalarına göre sağlık alanında kamu harcamalarında meydana gelen artış, bu düzelmelerin kaynağını oluşturmuş olmalıdır.

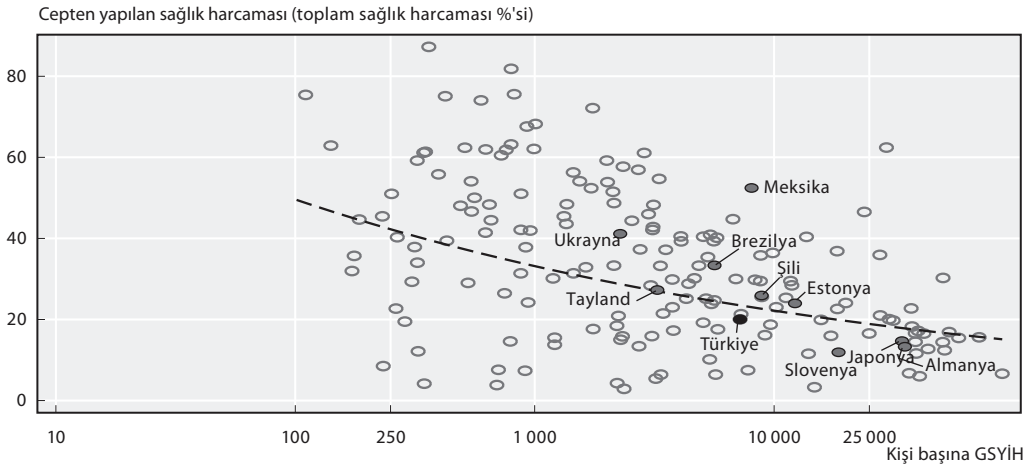
Mali Koruma

Mali koruma, pek çok ölçüte bakılarak ölçülebilir; bunlardan en yaygın olanları şunlardır: Cepten yapılan sağlık harcamasının toplam sağlık harcamaları içindeki payı, gelir sınıflarına göre cepten yapılan sağlık harcamasının hanenin tüketimi (bazen gıda dışı tüketim) içindeki payı ve katastrofik sağlık harcamaları yüzünden yoksulluğa düşen hane yüzdesi. Ne yazık ki uluslararası kıyaslamalar açısından, bunlardan sadece birincisine yönelik standart veriler bulunmaktadır.

Ancak, ikinci ölçüt için 2002-2003 Türkiye Ulusal Hane Halkı Cepten Sağlık Harcamaları Araştırması kullanılarak; ikinci ve üçüncü ölçütler için de 2006 Türkiye Hane Halkı Bütçe Araştırması kullanılarak Türkiye'ye özgü veriler elde edilebilir.

Şekil 3.10, 2006'da – SDP'nin başlangıcından 3 yıl sonra – Türkiye'de cepten yapılan sağlık harcamasının toplam sağlık harcaması içindeki payının, nispeten düşük olduğunu göstermektedir (%19,3). Bu durum, 2006'da Türkiye'de daha fazla insanın risk birleştirme/sağlık sigortasından yararlandığını ve bu yüzden ortalamada – aynı yıl – benzer gelir düzeyine sahip diğer pek çok ülkeye kıyasla katastrofik sağlık harcamalarından daha iyi korunduğunu göstermektedir (Ke Xu ve ark., 2007).

Şekil 3.10. **Cepten Yapılan Harcamaların Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı, Türkiye ve Dünyanın Diğer Ülkeleri, 2006**



Not: Bugünkü ABD Doları olarak kişi başına GSYİH; Log ölçeği.

Kaynak: Dünya Kalkınma Göstergeleri ve DSÖ, erişim Ağustos 2008. Sağlık harcamaları verileri, 2008 Ağustos itibariyle yaklaşıktır.

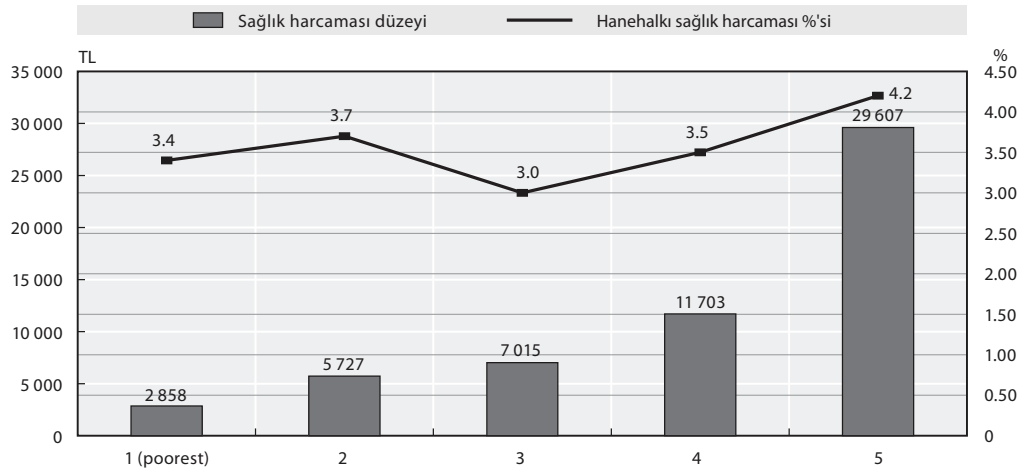
Cepten yapılan ödemenin bireyleri yoksulluğa itmesi bakımından gösterdiği etkiyi belirlemek için mikro veri setlerinin incelenmesi gerekmektedir. Türkiye için iki bilgi seti mevcuttur: 2002-2003 Türkiye Ulusal Hane Halkı Cepten Sağlık Harcamaları Araştırması ve 2003-2006 Hane Halkı Bütçe Araştırmaları. Ne yazık ki, farklı araştırmalarda kullanılan sorular ve ölçütlerdeki farklılıklar göz önünde bulundurulduğunda, bulgular kesin kıyaslanabilir değildir ve 2002-2003 Türkiye Ulusal Hane Halkı Cepten Sağlık Harcamaları Araştırması verileri, SDP'nin temeli olarak kullanılamaz.

Sülkü ve Bernard (2008), SDP'den önce Türkiye'deki sağlık sigortası sisteminin 65 yaş altı nüfus için cepten yapılan yüksek sağlık harcamasına karşı ne derece yeterli koruma sağladığını incelemek amacıyla 2002-2003 Türkiye Ulusal Hane Halkı Cepten Sağlık Harcamaları Araştırması'nı kullanmıştır. Yaşlı olmayan nüfusun %19'unun (12,6 milyon kişi) hane gelirlerinin %10'undan fazlasını sağlık hizmetlerine harcayan ailelerde yaşadığını tespit etmişlerdir. Yoksullara bakıldığında ise %23'ünün hane gelirlerinin %10'undan fazlasını sağlık hizmetlerine harcayan ailelerde, %19,4'ünün ise hane gelirlerinin %20'sinden fazlasını sağlık hizmetlerine harcayan ailelerde yaşadıkları ortaya konmuştur. Bu şekildeki katastrofik sağlık harcamalarının oranı, farklı kamu sağlık sigortası sistemlerine ait teminat paketleri arasında farklılıklar olması nedeniyle, hane halkının bağlı olduğu sağlık sigortası tipine göre de değişiklik göstermiştir.

Aran ve Hentschel (yayıma hazırlanıyor) Türkiye Hane Halkı Bütçe Araştırmaları'nı kullanarak 2006 için oldukça farklı bir tablo ortaya koymuştur. Hanelerin sadece %5,3'ü o yıl içindeki hane harcamalarının %10'undan fazlasını sağlık hizmetlerine harcamıştır. Bu durum da, katastrofik tıbbi tedavi harcamaları nedeniyle yoksullaşma seviyelerinin oldukça düşük olduğunu akla getirmektedir. Fakat ne yazık ki, Türkiye Ulusal Hane Halkı Cepten Sağlık Harcamaları Araştırması ve Hane Halkı Bütçe Araştırmaları'nın benzer olmadığı göz önünde bulundurulduğu zaman, katastrofik sağlık harcamalarının son yıllarda azaldığı çıkarımına varmak mümkün değildir.

Aşağıdaki Şekil 3.11, 2006 yılı Türkiye Hane Halkı Bütçe Araştırması'nı kullanmaktadır. Söz konusu şekil, cepten yapılan sağlık harcaması (soldaki eksen ve çubuk grafiğinde) ile hanelerin gıda dışı tüketimi içindeki cepten yapılan sağlık harcamasının payını yüzde 20'lik gelir dilimleri (sağdaki eksen ve çizgi grafiğinde) halinde göstermektedir. Ayrıca bu şekil, cepten yapılan harcamaların hem bağıl hem de mutlak koşullar bakımından oldukça progresif olduğunu – zengin hanelerin yoksul hanelere göre hane harcamalarının daha fazlasını sağlık harcamalarına ayırdığını – göstermektedir. Cepten yapılan sağlık harcamalarının yüzdesi, verilerin elde edilebildiği diğer ülkelere göre düşüktür (Aran ve Hentschel, yayıma hazırlanıyor; Hsiao, 2007).

Şekil 3.11. Cepten Yapılan Sağlık Harcaması ve Pozitif Cepten Sağlık Harcaması Yapan Hanelerin, Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Hane Harcamaları İçindeki Payı



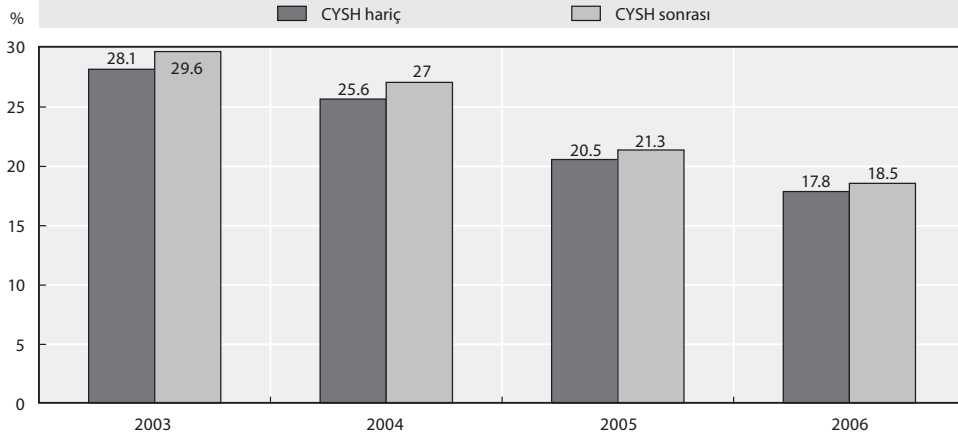
Not: En zengin yüzde 20'lik grup, sağlık için hem nominal hem de toplam harcama payı olarak daha fazla harcama yapmaktadır. Kişi başı sağlık harcamasının aylık seviyesi (nominal YTL olarak sağlık harcaması olması şartıyla), 2006.

Kaynak: Aran, M. ve. Hentschel (yayıma hazırlanıyor), "Türkiye'deki Hane Halkı Düzeyindeki Sağlık Harcamaları ve Yoksullara Yönelik Sağlık Sigortası Kapsamı", Dünya Bankası.

Bu tablo, cepten yapılan sağlık harcaması sonucu yoksulluğa itilen insan sayısı değerlendirilerek daha derinlemesine irdelenmiştir. Şekil 3.12'deki koyu gri çubuklar 2003-2006 yılları arasında cepten yapılan sağlık harcamaları hesaba katılmadan önce (TÜİK tarafından) yoksul hane olarak değerlendirilmiş olan Türk ailelerinin yüzdeler oranını göstermektedir. Açık gri çubuklar ise cepten yapılan sağlık harcamaları hesaba katıldıktan sonra (Aran ve Hentschel tarafından) yoksul hane olarak değerlendirilmiş olan ailelerin yüzdeler oranını göstermektedir. Görüldüğü gibi, Türkiye'de yüksek miktarlardaki tedavi harcamalarının yoksullaşmayı artırma oranı düşüktür ve giderek de azalmaktadır. Ayrıca, bu konuda verilerin elde edilebildiği diğer ülkelere nazaran da oldukça düşüktür (Aran ve Hentschel, yayıma hazırlanıyor; Hsiao, 2007).

Şekil 3.13, katastrofik sağlık harcamalarının hanelerin genel harcama düzeyleri üzerindeki etkisini göstermektedir. Toplam hane halkı harcaması dikey eksen üzerinde ve nüfus

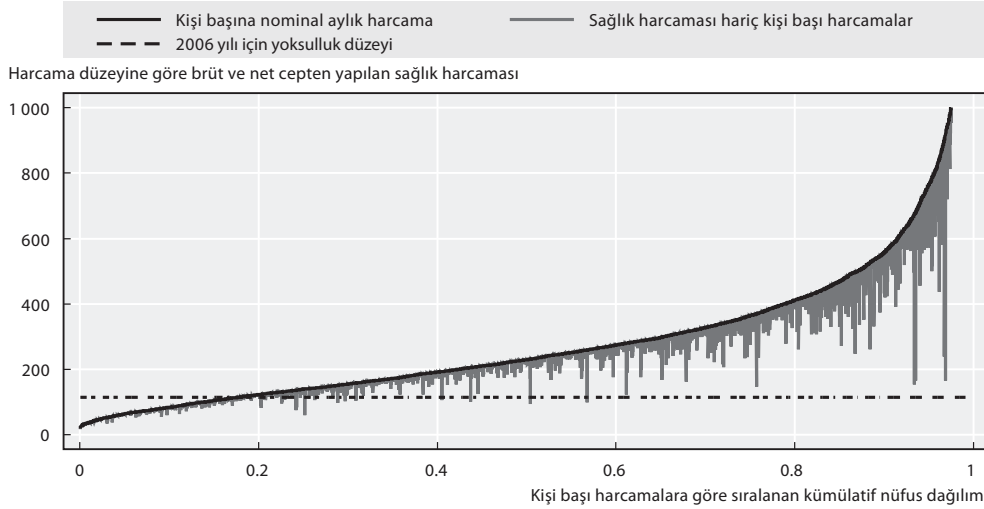
Şekil 3.12. Yoksul Hanelerin ve Katastrofik Sağlık Harcamaları Yüzünden Yoksulluğa Düşen Hanelerin Oranı



Not: Pozitif sağlık harcamaları olan hane halklarına dayalı yüzde.

Kaynak: Aran, M. ve J. Hentschel (yayıma hazırlanıyor), "Türkiye'deki Hane Halkı Düzeyindeki Sağlık Harcamaları ve Yoksullara Yönelik Sağlık Sigortası Kapsamı", Dünya Bankası.

Şekil 3.13. Sağlık Harcamalarının Kişi Başı Hane Harcamaları Brütü ve Neti, Brüt Harcama Seviyesine Göre



Not: Tüm bireyler için, sağlık alanında zenginler yoksullara göre 16 kat daha fazla harcama yapmaktadır. Sadece sağlık hizmetlerini kullananlar için, zenginler yoksullara göre 10 kat daha fazla harcama yapmaktadır. Yoksullar için ortalama cepten yapılan ödemeler hane içi harcamaların %13'ü iken zenginlerde bu oran %2,6'dır. Bk. Aran ve Hentschel, a.g.e.

Kaynak: Aran, M. ve J. Hentschel (yayıma hazırlanıyor), "Türkiye'de Hane Düzeyinde Sağlık Harcamaları ve Yoksulların Sağlık Sigortası Kapsamı", Dünya Bankası.

dağılımı da yatay eksen üzerinde gösterilmektedir. Noktalı yatay çizgi, hane harcamalarında yoksulluk düzeyini göstermektedir. Aralıksız (koyu renk) eğri ise, cepten yapılan sağlık harcamaları çıkarılmadan önce, kişi başına düşen toplam hane harcamasına göre sıralanmış kümülatif nüfus dağılımını göstermektedir. Çubukların tabanları cepten yapılan sağlık harcaması çıkarıldıktan sonra kişi başına düşen hane harcamasını göstermektedir. Eğer bir çubuk yoksulluk çizgisini geçerse, ilgili hane sağlık harcamaları yüzünden yoksulluğa sürüklenmektedir. Bir kez daha, cepten yapılan sağlık harcamasının görece yoksullaştırıcı etkilerinin oldukça düşük olduğu, bunların yanı sıra daha yüksek gelirli haneler üzerindeki yükün giderek arttığı bir tablo ortaya çıkmaktadır. En zengin yüzde 20'lik grup, en yoksul

yüzde 20'lik gruba göre on kat daha fazla harcama yapmaktadır. Ayrıca sağlık harcaması bakımından zenginlerin, yoksullara göre 16 kat daha fazla harcama yaptığı görülmektedir. Genel olarak yoksullar, tüketimlerinin %1,3'ünü sağlığa harcarken, zenginler tüketimlerinin %2,6'sını harcamakta; genel ortalama %2,2 olmaktadır. Cepten yapılan harcama giderek artmakta ve orantısız biçimde zenginlerin cepten yaptığı sağlık harcaması yükselmektedir (Aran ve Hentschel, yayıma hazırlanıyor).

Ancak, burada çok önemli bir unsur söz konusudur. Bu harcama örüntüsü, progresif ve çok adaletli bir sistem gibi görünmekle birlikte, zenginlerin kamu kaynaklarıyla finanse edilen sağlık hizmeti kalitesinin düşük olduğu algısı nedeniyle özel hizmetlere büyük meblağlar harcadığı; yoksulların ise özel hizmet satın almaya güçleri yetmediği için ihtiyaç duydukları hizmetler olmaksızın yaşadığı yönünde de yorumlanabilir. Yoksulların hizmet kullanımına ilişkin veriler olmaması durumunda, bu olası alternatif açıklamayı reddetmek mümkün değildir. Dolayısıyla bu daha fazla değerlendirme yapılması gereken önemli bir alandır.

İkinci bir önemli unsur ise yukarıda bahsedilen iki araştırma arasındaki belirgin farklılıktır. Hanelerin sağlık harcamalarını ve bu harcamaların yoksullaşma üzerindeki etkisini geçerli, yinelenebilir ve tutarlı ölçümlerle dikkatli izlemeyi sürdürmek, Türkiye için çok önemli olacaktır. 4. Bölümde bahsedildiği gibi, bu izlemler SDP uygulamasının önemli bir unsurudur.

Ne var ki, en son Ulusal Sağlık Hesapları ve Hane Halkı Bütçe Araştırması'ndan elde edilen genel bilgiye dayanarak, hem mutlak koşullar açısından hem de diğer ülkelere göre, Türk sağlık sisteminin eşitlik ve mali koruma bakımlarından oldukça iyi işlediği görülmektedir. Cepten yapılan harcama payı oldukça düşüktür ve cepten yapılan harcama oranı progresif olup orantısız bir biçimde zenginler tarafından gerçekleştirilmektedir. Katastrofik sağlık harcaması nedeniyle meydana gelen yoksullaşma düzeyi de düşüktür. Şu anda resmî sigorta kapsamında olmayan kayıt dışı sektör çalışanları ve diğer katkıda bulunmayan gruplar, sisteme dâhil oldukça genel sağlık sigortası kapsamına doğru olan hareket mali korumayı iyileştirmek için devam etmelidir.

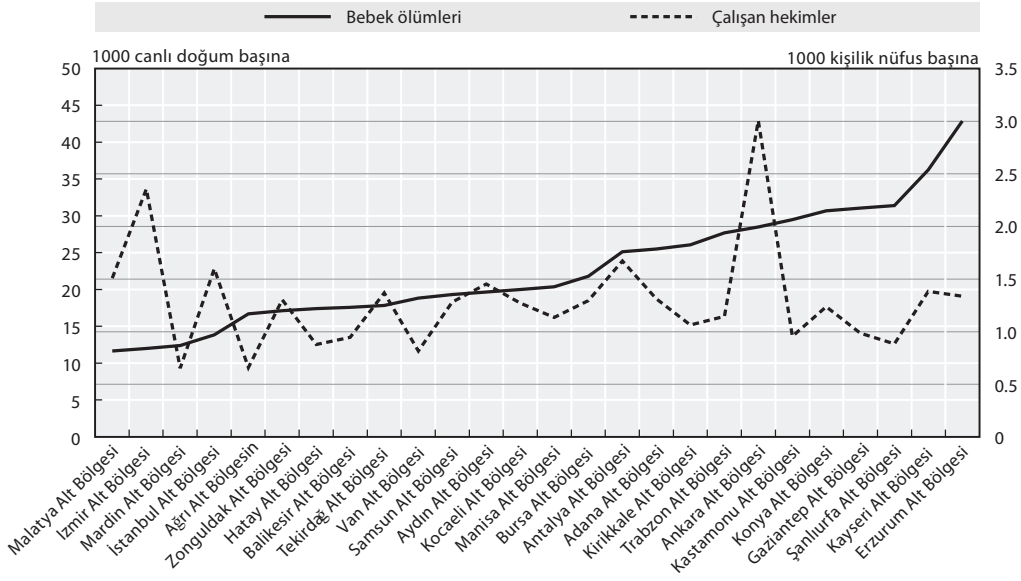
Hizmetlere Erişimde Hakkaniyet

Zaruri sağlık hizmetlerine erişimde makul bir eşitliğin yakalanması – yani “eşit ihtiyaç için eşit tedavi” olması–, tamamında olmasa da birçok ülkede başlı başına önemli bir hedef olarak görülmektedir. Bunun ayrıca, bir ulusun ortalama sağlık durumu üzerinde de kayda değer sonuçları kesinlikle olacaktır. Müdahale olmaksızın, bütün ülkeler, “ters hizmet kuralı” deneyimini – sağlık hizmetlerine erişim eğiliminin sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyaç ile ters orantılı olması – yaşamaktadır. Çünkü düşük gelirli, genellikle kötü sağlık durumu ile ilişkilendirilmektedir. Daha iyi bir ortalama sağlık durumunun sağlanması için, bir ülkedeki sağlık harcamalarının dağılımının değiştirilerek zengin lehine değil fakir lehine yapılması – tercihen aşağı çekilmesi değil yukarı çekilmesi – genel sağlık harcamalarının artırılması kadar etkili olabilir.

Açıkça görülmektedir ki; Türkiye ters hizmet kuralı sorununu 1993 yılında Yeşil Kart uygulamasının getirilmesi ile azaltmıştır. Son dönemlerde ise Yeşil Kart ve SSK programlarında 2005 yılı için ek iyileştirmeler yapılması ve 2008 yılında GSS'nin getirilmesi, erişimde eşitliğe ulaşılması umudunu daha da güçlendirmiştir. En düşük gelirli yüzde 20'lik dilime girenlerin Yeşil Kart almasında büyük bir artış olmuş ve 2003 yılında bu hanelerin %24'ü Yeşil Kartlı iken, muhtemelen SDP'nin bir sonucu olarak bu oran 2006 yılında %68'e çıkmıştır. Bu gelişmelerin, ilgili gruplar arasında refahı da kayda değer bir biçimde artırmış olması muhtemeldir.

Ne yazık ki, meydana gelen değişimlerin izlenebilmesi için Türkiye'de gelir grupları arasında hizmetlerden faydalanmaya ilişkin oldukça az bilgi mevcuttur. Ancak, son yıllarda

Şekil 3.14. 26 Bölgede Bebek Ölümleri ve Hekim Yoğunluğu, Türkiye, 2007



Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu, Bölgesel İstatistikler.

Türkiye'nin coğrafi bölgelerinde, hizmetlere erişimde hakkaniyete ilişkin bazı bilgiler bulunmaktadır. Şekil 3.14'te, soldan sağa doğru, 2007 yılındaki bebek ölüm hızlarına göre 26 bölge en solda en düşük bebek ölüm hızına sahip bölge ile başlanarak gösterilmektedir. Soldan sağa doğru gidildiğinde bebek ölüm hızının üç kattan fazla arttığı görülmektedir. Bebek ölüm hızının, diğer kötü sağlık durumu göstergeleriyle ilişkililiği muhtemel olduğu için diğer ihtiyaç türlerinin eğimi, bebek ölüm hızına ait eğimden farklı olabilir; ama bu durum Türkiye'deki bölgelerde sağlık hizmetlerine yönelik ihtiyaçtaki farklılaşmanın bir çeşit göstergesidir. Bu arada 2007 yılında aynı bölgelerde hekim yoğunluğu (kamu sektöründe ve özel sektördeki hekimler dâhil olmak üzere) da gösterilmiştir. Ortalama olarak, hekim yoğunluğu azaldıkça bebek ölüm hızı artmaktadır. İlk dört ve son dört bölgedeki ortalama değerler alındığında, sağdaki hekim yoğunluğu soldakinin %75'ine kadar inmektedir; ama kalan bölgelerin çoğunda değerler genel olarak yakındır. Bu da 2007 yılında Türkiye'nin halen "ters hizmet kuralı"ndan coğrafi boyutta etkilendiğini göstermektedir.

SDP kapsamında hekimlerin coğrafi dağılımı, çok daha eşit hale gelmiştir. SB, 2003 ve 2007 yılları arasında yeni atanan sağlık personeli sayısının kayda değer şekilde artırdığını bildirmiştir. Yeni personelin 16.000'i kişi başına düşen sağlık personeli açısından sıkıntılı bölgelerde görevlendirilmiştir. Bu süreç, önemli farklılıklar sürse de Türkiye'nin bölgelerinde *ağırlıklandırılmamış* kişi başına düşen doktorların ve hemşirelerin dağılımında önemli gelişmeleri beraberinde getirmiştir (Akdağ, 2007a). Nihai hedef "eşit ihtiyaç için eşit tedavi" sağlanması olacaksa uzun vadede amaç, *ihtiyaca göre ağırlıklandırılan* kişi başına düşen sağlık personelinde eşitliğin sağlanması olmalıdır.

Girdiler, Personele Yapılan Ödemeler, Aktivite ve Mikroekonomik Düzeyde Paranın Karşılığının Korunması

Sağlık politikasının üçüncü temel hedefi, sağlık hizmetlerinin sunulması ve hizmetlerden yararlanmada paranın karşılığının veya mikroekonomik verimliliğin sağlanmasıdır. Bu da, ortaya çıkan maliyetten elde edilecek çıktıları en üst seviyeye çıkarmayı veya diğer bir alternatif olarak, söz konusu çıktıların maliyetlerini azaltmayı içerir. Yukarıda da belirtildiği üzere, sağlık sisteminin gerçek çıktıları iki tanedir: Sağlık hizmetlerinin teknik etkinliği

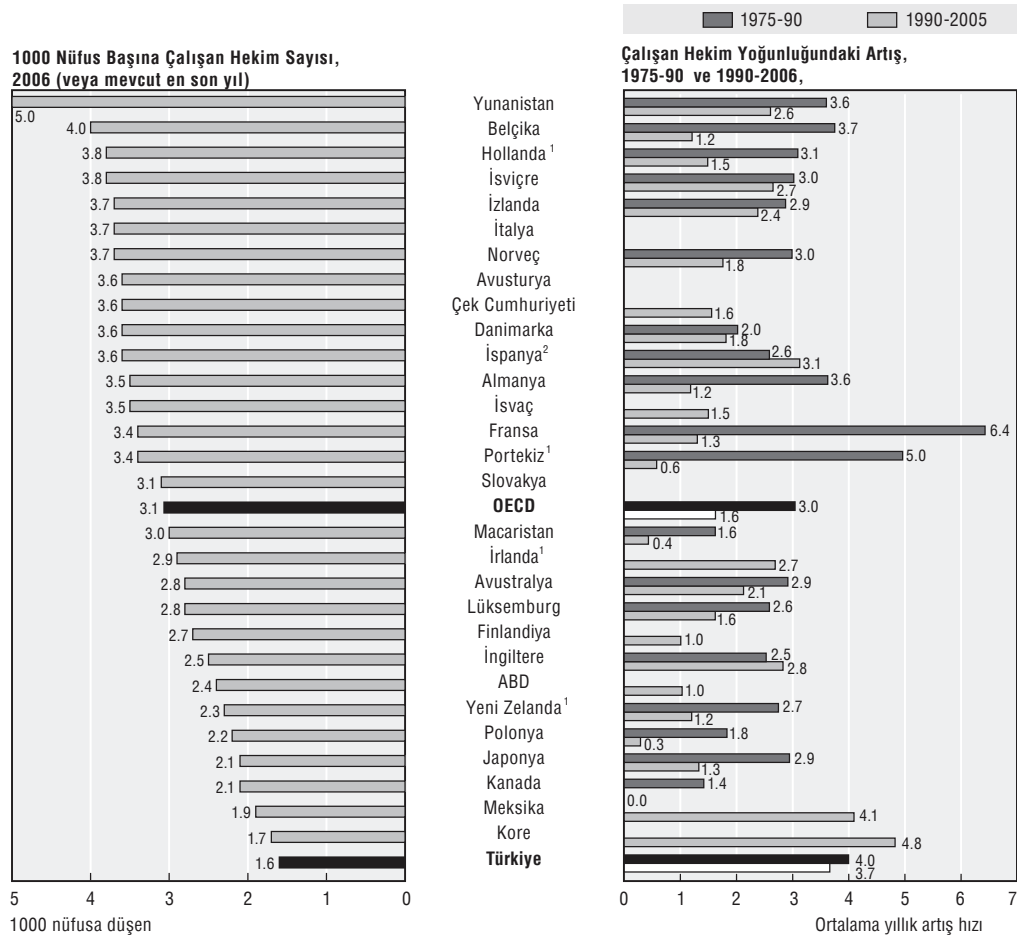
(koruyucu, tedavi edici ya da bakım sağlayıcı müdahalelerin beraberinde getirdiği sağlık durumu iyileşmeleri) ile hizmet sunumunun kullanıcı beklentilerine cevap vermesi (hizmetlerin zamanında, ilgi gösterilerek ve hoş bir ortamda sunulması gibi uygulamalarla hasta memnuniyetinde iyileştirmeler sağlanması). Her ikisi de nüfusun refah durumunun iyileştirilmesine katkıda bulunabilir. Ayrıca, mikro seviyede verimliliğin iyileştirilmesi, *genel sağlık harcamalarının uygun seviyesinin ortaya konması (veya makro verimlilik)* hususunda – mesela çıktılardan fedakârlık yapılmaksızın sağlık harcamalarında tasarrufa imkân tanıyarak veya aynı düzeydeki harcamalar için çıktılarını iyileştirerek – önemli bir katkı sağlayabilir.

Bu kısımda, sistemdeki bazı girdiler, bazı ara çıktılar, bazı “üretkenlik” oranları (girdilerin ara çıktılara oranı anlamında) ve son olarak hem hizmet hem de hasta memnuniyetinin teknik kalitesine yönelik birkaç kalite göstergesi incelenerek Türk sağlık sisteminin mikro-ekonomik verimliliği uluslararası bir bağlamda araştırılacaktır.

Girdiler ve Ödeme

Hekimler ve Hemşireler: Şekil 3.15'e göre, 2006 yılında Türkiye'de 1000 nüfusta 1,6 olan hekim yoğunluğu, diğer OECD ülkelerinden daha düşüktü. Türkiye'deki hekim yoğunluğu, 2006 yılında OECD ortalamasının yarısı civarındaydı. Türkiye'deki hekimlerin %50'sinden

Şekil 3.15. 1000 Nüfus Başına Düşen Hekim Sayısı, Türkiye ve Diğer OECD Ülkeleri



1. İrlanda, Hollanda, Yeni Zelanda ve Portekiz, sadece çalışanların değil çalışma hakkı olan tüm hekimlerin sayısını vermiştir.

2. İspanya verileri, diş hekimleri ve stomatolojistleri içermektedir.

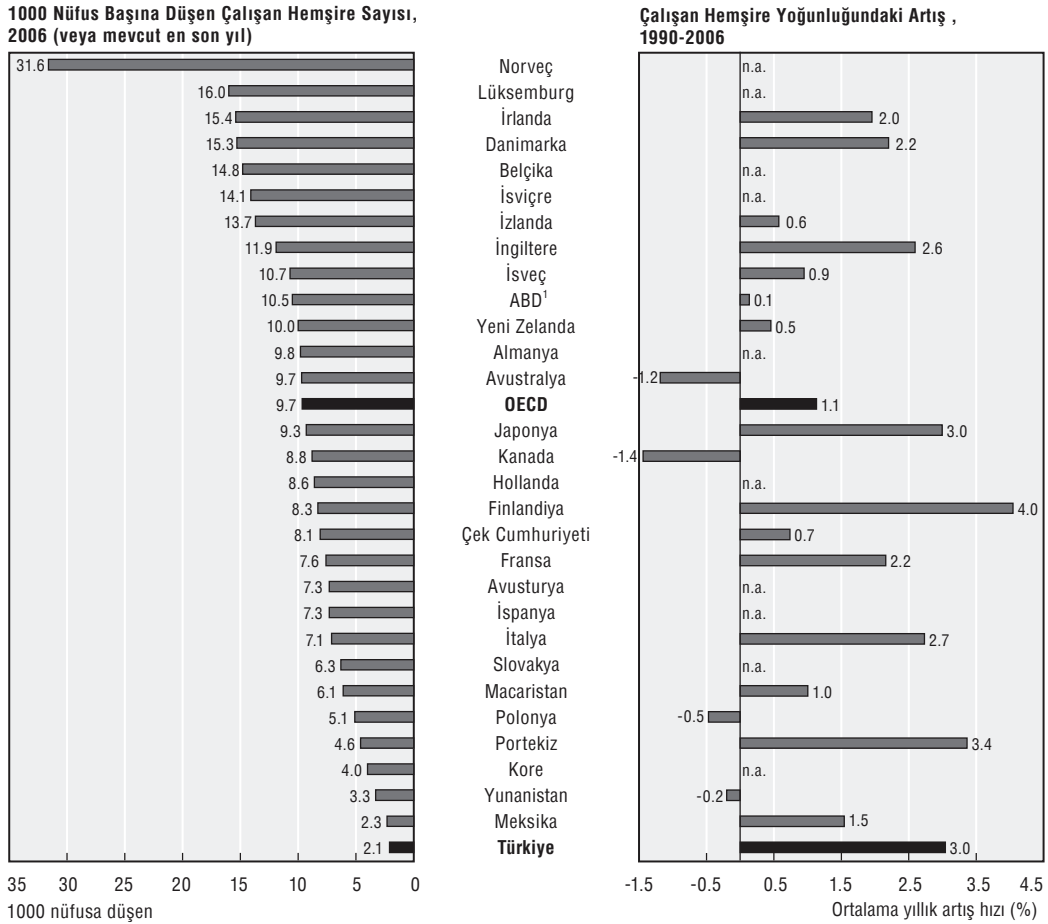
Kaynak: OECD Health Data 2008.

biraz fazlası uzman olup yaklaşık %20'si de uzman olmaya çalışan asistan pozisyonundadır ve sadece %30'u pratisyen hekim olarak çalışmaktadır. Aşağıda Ek 3.A1'de yer alan Şekil 3.A1.9 ve Şekil 3.A1.10'daki dünya geneliyle yapılan kıyaslamalara göre, Türkiye, Türkiye'nin yaşam standardına sahip bir ülkeden beklenenle neredeyse aynı sayıda hekime sahipken genel olarak sağlık çalışanı sayısı çok daha azdır.

Aynı şekilde, Şekil 3.16'ya göre Türkiye'deki hemşire yoğunluğu, 2006 yılında diğer OECD ülkelerinden daha düşük olup OECD ortalamasının yalnızca beşte biri civarındaydı. Buna ilave-ten, Şekil 3.17, Türkiye'nin 2006 yılında OECD bölgesindeki en düşük hemşire/hekim oranlarından birini bildirdiğini göstermektedir: OECD ortalaması 3,1 iken Türkiye 1,4 seviyesindedir.

Ancak, Türkiye henüz OECD ülkelerini yakalamamış olsa bile, Türkiye'deki hem hekim hem de hemşire yoğunluğu son 15 yıl içerisinde OECD ortalamasının 2 katından hızlı bir artış göstermiştir (Şekil 3.16). Hemşire yoğunluğu, hekim yoğunluğundan daha yavaş artmaktadır ve hemşirelerin hekimlere oranı son 15 yıl içerisinde bir miktar düşmüştür (Şekil 3.17). Diğer OECD ülkelerinde görülen yüksek hemşire/hekim oranı ve beceri dağılımına bakıldığında ve hemşire yetiştirmenin hekim yetiştirmekten daha az maliyetli olduğu dikkate alındığında, Türkiye'de hemşire sayısı hekim sayısından daha hızlı artsaydı bu durum klinik ve ekonomik olarak daha anlamlı olabilirdi.

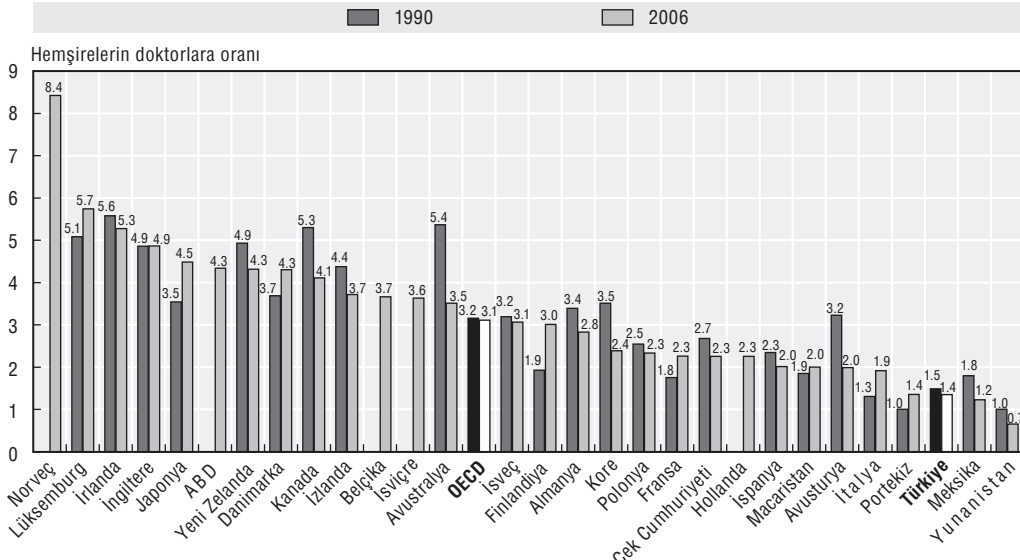
Şekil 3.16. **1000 Nüfus Başına Düşen Hemşire Sayısı, Türkiye ve Diğer OECD Ülkeleri**



1. Yıllık ortalama büyüme oranı, farklı bir dönem için hesaplanmıştır, 1999-2006.

Kaynak: OECD Health Data 2008.

Şekil 3.17. Hemşirelerin Hekimlere Oranı, Türkiye ve Diğer OECD Ülkeleri, 1990-2006

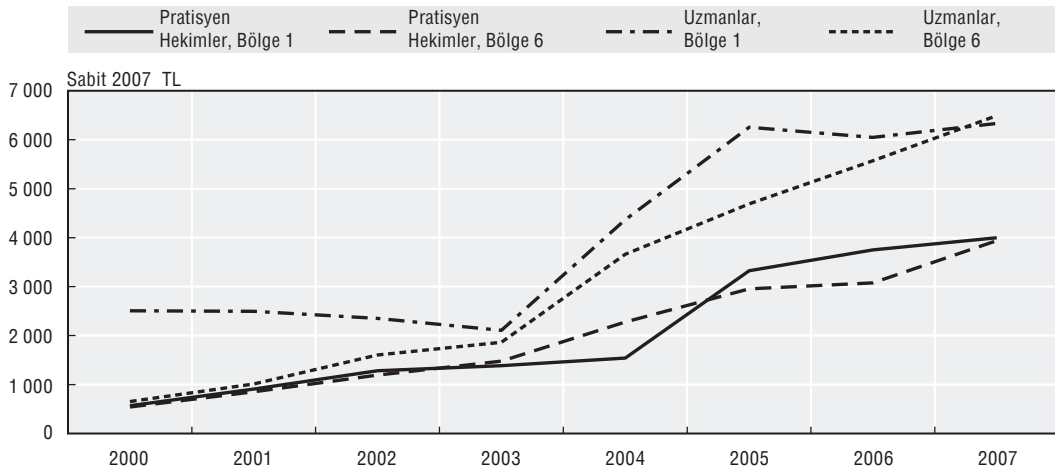


Not: Veriler, çalışan hemşire sayısının çalışan doktor sayısına oranını göstermektedir.

Kaynak: OECD Health Data 2008.

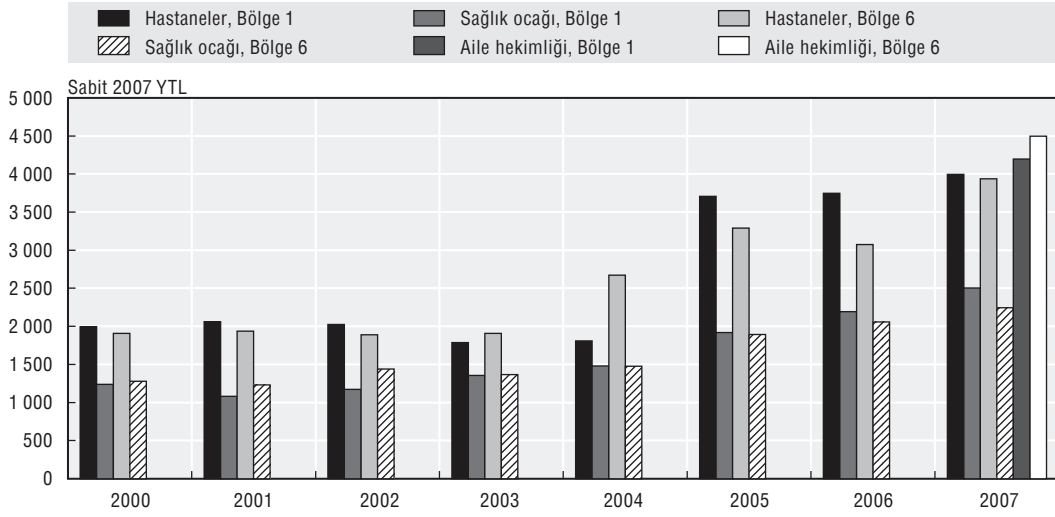
Hekim ve Hemşirelerin Gelirleri: 2004 yılında getirilen performans yönetim sistemi (bk. Kutu 2.1 Bölüm 2) hem uzmanlar hem de pratisyen hekimlere verilen sabit ücretlerde belirgin bir artış getirmiştir (bk. Şekil 3.18). Şekil 3.19'a göre pratisyen hekimlere bakıldığında, hastanelerde çalışanlar sağlık ocaklarında çalışanlardan daha fazla gelir elde etmektedirler. Şekil 3.12'ye göre, her türlü pratisyen hekimin aile hekimliğine geçişinin sağlanması için uygun bir teşvik olarak aile hekimlerinin maaşı hastanelerde çalışan pratisyen hekimlerin maaşının hemen üzerinde bir düzeyde belirlenmiştir. Ancak, tıp öğrencileri açısından bakıldığında, 2007 yılında uzmanların aylık maaşları, aile hekimlerinin maaşının yaklaşık %40 üzerinde olduğu için aile hekimliğine geçmek yerine uzmanlık yapmaları için teşvikler söz konusu olacaktır.

Şekil 3.18. Sabit Ücret Alan Pratisyen Hekim ve Uzman Doktorların Toplam Aylık Maaşları, Türkiye'nin İki Bölgesi, 2000-2007



Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı.

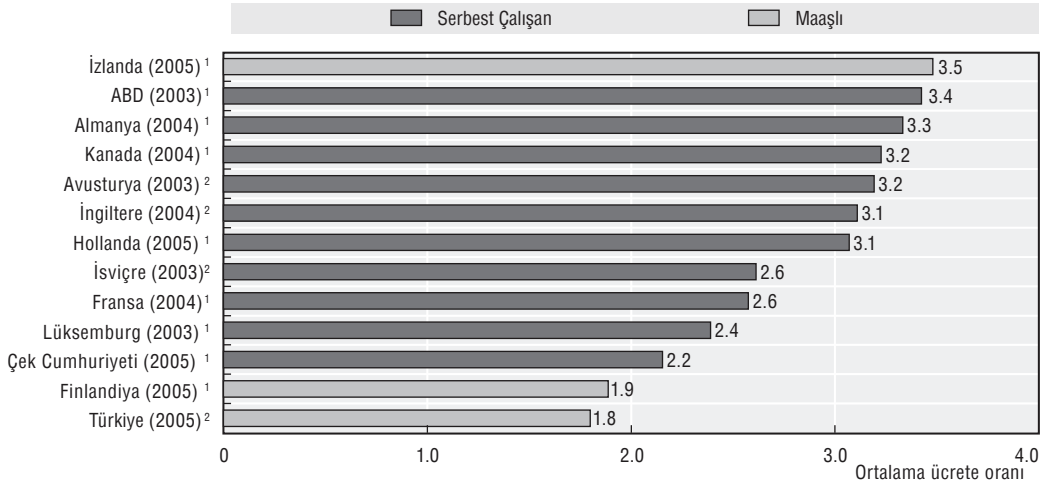
Şekil 3.19. Pratisyen Hekimlerin Toplam Geliri, Türkiye, 2007
Pratisyenler için toplam ödemeler (aylık maaş + ek ödeme)



Kaynak: Türkiye Sağlık Bakanlığı

OECD kıyaslamalarına dönülecek olursa; Şekil 3.20'ye göre 2005 yılında Türkiye'de devlete ait sağlık ocaklarında ücretli çalışan pratisyen hekimlerin geliri (aile hekimliği hizmeti getirilmeden önce) ortalama ücrete göre yaklaşık 1,8 idi. Bu oran Finlandiya'daki maaşlı çalışan pratisyen hekimlerinki ile benzer; ancak diğer OECD ülkelerindeki serbest çalışan pratisyen hekimlerin maaşlarıyla karşılaştırıldığında düşüktü. Türkiye'de aile hekimliği hizmetinin uygulamaya konması, pratisyen hekimlerin gelirlerini artırmaktadır ve gelecekte Türkiye'nin görece gelir dağılımları bakımından daha iyi bir seviyeye gelmesi beklenmektedir.

Şekil 3.20. Ortalama Ücrete Göre Pratisyen Hekimlerin Geliri, Türkiye ve Bazı OECD Ülkeleri, 2005 veya Uygun Olan En Yakın Yıl



1. Tam zamanlı GP'lerin ücretleri

2. Yarın zamanlı GP'lerin verileri de dâhildir.

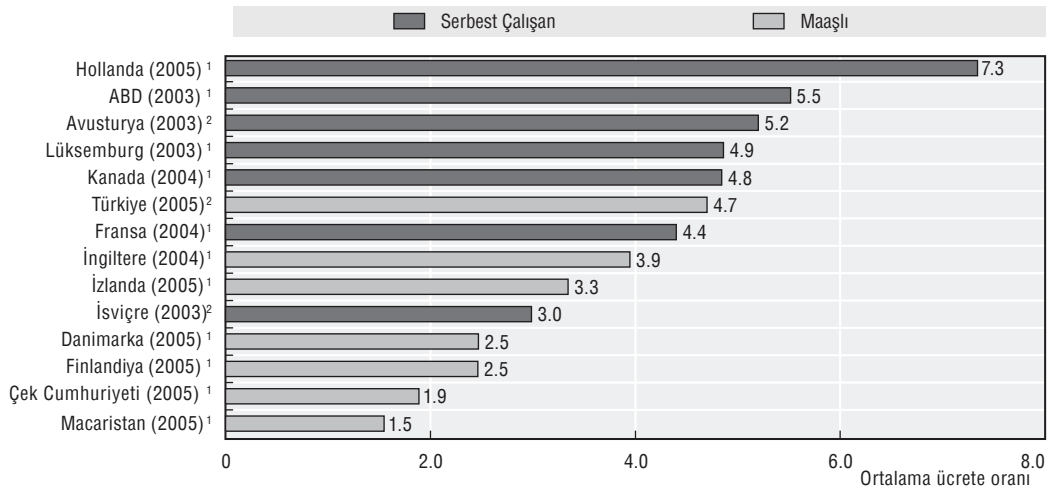
Not: Ortalama ücrete yönelik veriler, OECD Ulusal Hesapları Veritabanı ile 80 sayılı Aralık 2007 OECD Economic Outlook'a dayalı OECD tahminleridir.

İzlanda ve Türkiye için ortalama ücrete yönelik veriler, bir OECD yayını olan Taxing Wages'den alınmıştır ve sadece seçilmiş sanayi sektörlerinde tam zamanlı çalışanların ortalama ücretlerini içermektedir.

Kaynak: OECD Health Data 2008; Türkiye için gelirlere yönelik veriler Türkiye Sağlık Kurumu tarafından ve ABD için Toplum İzleme Çalışması Hekim Araştırması'ndan (2004-2005) sağlanmıştır.

Şekil 3.21 Türkiye’de 2005 yılında kamu hastanelerinde maaşlı çalışan uzman doktorların gelirlerinin, ortalama ücretin 4,7 katı olduğunu göstermektedir. *Bütün* uzmanlar – hem maaşlı hem de serbest çalışan – dikkate alındığında Türkiye uluslararası dağılımda orta sıralarda yer alırken, maaşlı uzman doktorlar bakımından bu dağılımın en üst sırasında yer almaktadır. Bu rakamlar 2004 yılından itibaren kamu hastanelerine Performans Yönetimi Sistemi’nin getirilmesinden sonra uzmanların kazanabileceği önemli düzeydeki ek ödemeleri de yansıtmaktadır. OECD ülkelerinde görece gelir ve uzmanların yoğunluğu arasında gözlemlenen ters ilişki dikkate alındığında Türkiye’nin dağılımdaki görece konumu hiç de şaşırtıcı değildir (OECD, 2007a, Şekil 4.4.2). Türkiye, Şekil 3.21’de verilen ülkeler arasında en düşük uzman yoğunluğuna sahip ülkedir.

Şekil 3.21. Ortalama Ücrete Göre Uzmanların Geliri, Türkiye ve Bazı OECD Ülkeleri, 2005 veya Mevcut En Son Yıl



1. Tam zamanlı uzmanların ücretleri.

2. Yarı zamanlı uzmanların verileri de dâhildir.

Not: Ortalama ücrete yönelik veriler, OECD Ulusal Hesapları Veritabanı ile 80 sayılı Aralık 2007 OECD Economic Outlook'a dayalı OECD tahminleridir.

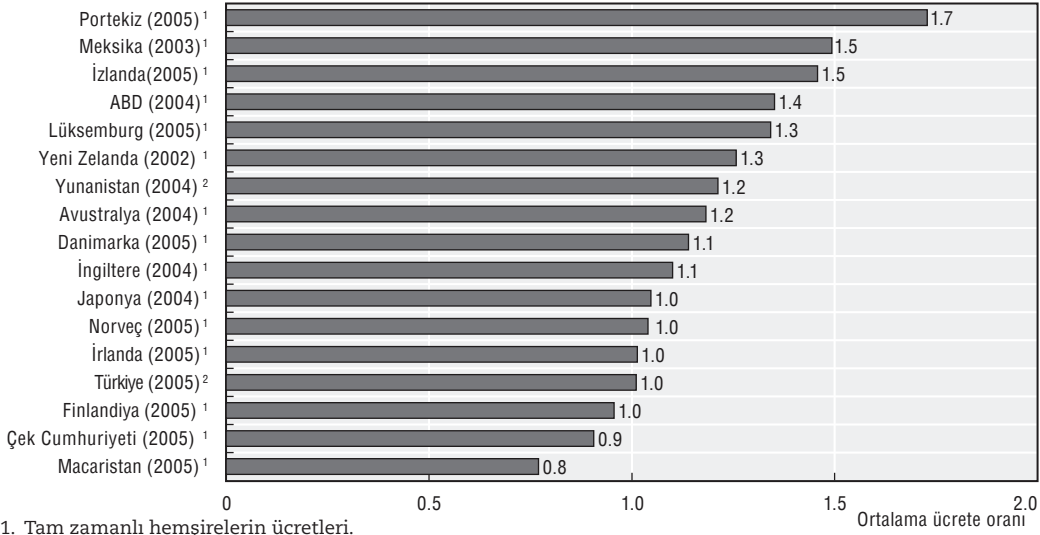
İzlanda ve Türkiye için ortalama ücrete yönelik veriler, bir OECD yayını olan Taxing Wages'den alınmıştır ve sadece seçilmiş sanayi sektörlerinde tam zamanlı çalışanların ortalama ücretlerini içermektedir.

Kaynak: OECD Health Data 2008; Türkiye için gelirlere yönelik veriler Türkiye Sağlık Kurumu tarafından ve ABD için Toplum İzleme Çalışması Hekim Araştırması'ndan (2004-2005) sağlanmıştır.

Şekil 3.22'ye göre Türkiye’de 2005 yılında maaşlı hastane hemşirelerinin görece geliri ortalama ücrete eşitti. Diğer birkaç OECD ülkesinde de hemşireler için benzer seviyede görece maaş verilmektedir.

Doktor ve Hemşirelerin Eğitimi: 2005'te Türkiye’de her 1000 doktor için 42,7 yeni doktorun mezun olduğu bildirilmiştir ki bu rakam OECD ortalaması olan 34,6'nın oldukça üzerindedir. Yıllık mezun olan tıp öğrencilerinin sayısı 1960'lardan beri on kat artmış ve 1998'den bu yana aynı kalmıştır (Mollahaliloğlu ve ark., 2007a). 42,7'lik bir mezuniyet oranı hekim iş gücünde sürekli bir büyümeye imkân tanımaktadır; çünkü doktor sayısının korunması için sadece 1000 doktor için 33 yeni doktorun mezun olması yeterli olacaktır.⁵ Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi amacı dikkate alındığında oldukça rahatsız edici bir durum da tıp mezunları arasında uzmanlık eğitimi almak için asistan olma eğiliminin son zamanlarda artmış olmasıdır (Mollahaliloğlu ve ark., 2007b). Bu durum, yukarıda belirtildiği üzere Türkiye’deki uzmanlara yönelik nispeten yüksek ödemelerin bir yönlendirmesi de olabilir.

Şekil 3.22. Ortalama Ücrete Göre Hemşirelerin Geliri, Türkiye ve Bazı OECD Ülkeleri, 2005 veya Mevcut En Son Yıl



1. Tam zamanlı hemşirelerin ücretleri.

2. Verilerin, yarı zamanlı hemşireleri içerip içermediği bilinmemektedir.

Not: Ortalama ücrete yönelik veriler, OECD Ulusal Hesapları Veritabanı ile 80 sayılı Aralık 2007 OECD Economic Outlook'a dayalı OECD tahminleridir.

İzlanda ve Türkiye için ortalama ücrete yönelik veriler, bir OECD yayını olan Taxing Wages'den alınmıştır ve sadece seçilmiş sanayi sektörlerinde tam zamanlı çalışanların ortalama ücretlerini içermektedir.

Kaynak: OECD Health Data 2008; Türkiye için gelirle ilgili veriler Türkiye Sağlık Kurumu tarafından ve ABD için Toplum İzleme Çalışması Hekim Araştırması'ndan (2004-2005) sağlanmıştır.

Türk sağlık sisteminin bazı alanlarında doktor eksikliği görülmesi nedeniyle, son dönemde, hükümet her yıl kabul edilecek tıp öğrencisi sayısının 4500'den yaklaşık 6000'e çıkarılacağını açıklamıştır. Bu da mezuniyet oranını 1000'de 64'e çıkarabilir. Bu oran şimdiye kadar OECD'ye bildirilen tüm oranlardan daha yüksek bir oran olacaktır. Kabul edilen öğrencilerin mezun olmalarının en az altı yıl – ya da uzmanlık eğitimi gerekirse daha da fazla – süreceği dikkate alınmalıdır.

Türkiye'de 2005 yılında bildirilen hemşire mezuniyet oranı her 1000 hemşire için 30,7 idi. Bu oran hem 45,7 olan OECD ortalamasının oldukça altındadır hem de hemşire işgücünün sürekli büyümesine çok az olanak tanıyabilir ve Türkiye'nin OECD içerisindeki en düşük oranlardan biri olan hemşirelerin doktora oranının yükseltilmesine izin vermeyecektir. Hemşirelerin çalışma hayatı doktora göre daha kısa olma eğilimindedir. Ortalama çalışma hayatları 25 yıl olsaydı, sabit bir iş gücünün muhafaza edilebilmesi için göç alınıp verilmediği varsayıldığında her 1000 hemşire için 40 yeni hemşirenin mezun olması gerekirdi.

Türkiye'deki doktor ve hemşirelerin eğitimlerinin kalitesine ilişkin bazı eleştiriler olmuştur. 1990'ların sonundaki durum hakkında yazan Savaş ve ark. (2002), her tıp fakültesi mezununun daha fazla eğitime ihtiyaç duymaksızın pratisyen hekim olarak çalışmaya yetkin olduğunu açıklamışlardır. Fakat yeni aile hekimliği sistemi kapsamında, şu anda istihdam edilmiş olan 22.000-24.000 pratisyen hekime üç aşamalı olarak hizmet içi eğitim verilmesi planlanmaktadır. Ancak şimdiye kadar sadece 5000 doktor ve hemşire dönüşüm sürecinin ilk aşaması olarak bir haftalık kurslara tabi tutulmuştur (Mollahaliloğlu ve ark., 2007b). Daha genel anlamda, Savaş ve ark., sağlık çalışanlarına yönelik uygulamalı eğitim fırsatlarında ve müfredatta zayıflıklar bulunduğunu ileri sürmüştür. Mollahaliloğlu ve ark., (2007a) Türkiye'de tıp eğitiminde, öğretim üyesi/öğrenci oranının bazı Avrupa ülkelerinin oranlarından daha yüksek olduğuna dikkat çekmelerine rağmen, Savaş ve ark., sağlık personeli eğitecek öğretim üyesi sayısının az olduğunu ileri sürmüşlerdir.

Akut Bakım Yatakları: 2006'da akut bakım hastane yataklarının nüfusa oranı bakımından Türkiye OECD bölgesindeki en düşük beşinci oranı bildirmiştir. Türkiye'de her 1000 kişiyi ortalama 2,5 yatak düşmekteydi. Bu değer, OECD ortalamasının yaklaşık üçte ikisiydi. Fakat Türkiye'ye ait bu değer 2007 yılında 1000 kişi başına 2,85'e yükselmiştir. Ek 3.A1'de yer alan Şekil 3.A1.8'deki dünya geneline yönelik kıyaslamalar da benzer bir durum ortaya koymaktadır. Benzer yaşam standardı olan ülkelere kıyasla 1000 kişi başına düşen akut bakım yatağı sayısı Türkiye'de daha düşüktür. Ancak, 1000 nüfusa düşen yatak sayısı, diğer OECD ülkelerinde genel olarak düşüş göstermekle birlikte Türkiye'de 1990 yılından beri yıllık ortalama %1,4 oranında bir artış göstermektedir.

Faaliyet

Doktor Başvuruları: Türkiye'deki doktor yoğunluğu düşük olmasına rağmen, doktorlara başvuru oranı⁶, kişi başı 4,6 olup 2006 yılında kişi başı 6,5 olan OECD ortalamasının %70'i civarındaydı. Türkiye'de kişi başına düşen başvuru oranı 2007 yılında 5,4'e yükselerek bir önceki yıla ait OECD ortalamasının %80'ine ulaşmıştır. Hekim başına düşen başvuru oranının daha yüksek olması, (bk. aşağıda) bir noktada Türkiye'deki hekim yoğunluğunun düşük olmasını telafi etmektedir. Türkiye, verileri olan OECD ülkeleri arasında, kişi başına düşen hekime başvuru oranındaki en hızlı büyümeyi bildirmiştir. Büyüme hızı 1990 ila 2006 yılları arasında yıllık sadece %0,6 olan OECD ortalamasına karşın Türkiye'de bu oran yıllık %7,3'tür.

Fakat daha önce de ifade edildiği gibi, Türkiye'de başvuruların birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerindeki dağılımı konusunda sorunlar bulunmaktadır. Türkiye'de başvuruların sadece %40'ı sağlık ocaklarında çalışan pratisyen hekimlere yapılmaktadır. Başvuruların %60'ı ise; hastaların birinci basamak hizmeti veren "kapı tutucu"ya (gatekeeper) uğramadan doğrudan başvurabildikleri hastanelerin ayakta tedavi birimlerinde gerçekleşmektedir. Devletin sağlık ocaklarındaki hizmet kalitesi nispeten düşük olarak algılandığı için, bu davranışın tarihi seyri içinde arttığı görülmektedir (ayrıca bk. aşağıdaki hizmet kalitesi kısmı). Fakat TÜİK'in Yaşam Memnuniyeti Araştırmalarına göre SDP'nin başlangıcından bu yana sağlık ocaklarındaki sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyet, hastanelerdeki hizmetten duyulan memnuniyetten daha hızlı bir artış göstermektedir. OECD, diğer OECD ülkelerindeki başvuru dağılımına ilişkin istatistik toplamamaktadır. Ancak kabataslak yapılan hesaplamalar göstermektedir ki doktorlara yapılan ayakta başvuruların birinci/ikinci basamak dağılımı Finlandiya'da 65/35 civarında; İngiltere'de ise 73/27 civarındadır. Her iki ülkede hastane dışındaki pratisyenlik uygulamalarının genel olarak iyi olduğu düşünülmektedir.

Ne yazık ki bu rapor tamamlandığında yeni aile hekimliği hizmetine ilişkin bir değerlendirme mevcut değildi. Ancak, OECD ve Dünya Bankası ekibi, Nisan 2008'de aile hekimliği hizmetinin pilot olarak yürütüldüğü illerden biri olan Eskişehir'i ziyaret etmiştir. Bu ilde, Temmuz 2006'da nüfusun tamamı için aile hekimliğinin kurulması ve zorunlu sevk sisteminin getirilmesi, ilk etapta başvurularda aşırı bir artışa neden olmuştur. Aynı zamanda, Eskişehir'deki bütün özel pratisyen hekim muayenehanelerinin (gönüllü olarak) kapanmasıyla sonuçlanmıştır. 2005 yılında hastanelerin lehine 46/54 olan başvuru dağılım oranı, 2006 yılında aile hekimlerinin lehine 53/47 olmuştur. Zorunlu sevk, yeni aile hekimlerinin hastanelere sevk isteyen hastalardan dolayı yaşadığı aşırı yoğunluk nedeniyle kaldırılmasından sonra bile bu oran 2007'de 52/48 civarındaydı.

İlaç Tüketimi: OECD Health Data verilerinde Türkiye'deki ilaç kullanımına ilişkin çok az veri bulunmaktadır. Ancak, yayıma hazırlanan bir Dünya Bankası raporu Türkiye'de ilaç sektörü konusuna ışık tutmaktadır (Çelik ve Seiter, 2008). 2001-2007 yılları arasında reçete edilen ilaç hacminde artışlar olduğu kaydedilmiştir. Özellikle SDP kapsamında Yeşil Kart

sahiplerinin ayakta başvurusunda reçete edilen ilaçlarını almaya başlamaları ve SSK'lıların özel eczanelere erişimlerinin sağlandığı 2004 ve 2005 yılları arasında büyük bir artış meydana gelmiştir (reçete sayısı bakımından %33). 2008'in Ocak ayında yeni bir şart getirilerek yatan hastalar için gerekli olan ilaç ve malzemeleri sağlamak hastanelerin sorumluluğu haline getirilmiştir. Daha öncesinde, hastane eczanesinde olmayan ilaç ve malzemelerin sözleşmeli eczanelerden veya medikal firmalardan hasta veya hasta yakını tarafından reçeteyle gidilip alınması gerekiyordu (bu tip ilaç ve malzemeler bu değişiklik öncesinde ücretsizdi, değişiklikten sonra da ücretsiz olmaya devam etmektedir). Bu gelişmeler, şu anda tamamının olmasa bile Türk vatandaşlarının çoğunun, modern ilaçlara erişimlerinin iyi ve uygun olduğunu göstermektedir.

Ancak, ilaç ve diğer tıbbi malzemelere yapılan harcamalar, 2000 yılında Türkiye'de toplam sağlık harcamalarının %34'ünü oluşturmaktayken (Mollahaliloğlu ve ark., 2006), OECD ülkelerinde ortalama oran 2003 yılında %22 idi (OECD, 2005). Bu şartırtıcı değildir. OECD ülkelerinde ilaçların, harcamalardaki payının kişi başına düşen GSYİH ile ters orantılı olma eğilimi vardır. Çünkü ilaçlar, uluslararası pazarlanmakta ve dünyadaki fiyat seviyeleri pazara hâkim olmaktadır. Bir rapora göre, çok uluslu firmalar Türkiye'deki ilaç pazarının %53'ünü ellerinde bulundurmaktadır (Sülkü, 2008).

SB, 2004 yılında alınan bir kararın ardından biyoeşdeğer ürünler için düşük fiyatlara sahip beş Avrupa ülkesindeki ilaç fiyatlarıyla yapılan kıyaslamaya dayanan referans fiyatlandırma sisteminin Türkiye'de başlatılmasından sonra, yaklaşık bin ilaçta %1 ila %80 arasında değişen indirimlerin elde edildiğini bildirmiştir. Bunun sonucunda, ilaçlara yapılan reel kamu harcamaları, erişimde yukarıda ifade edilen iyileştirmelere rağmen 2003-2006 yılları arasında sadece %16 artmıştır (Akdağ, 2008).

Türkiye'de ilaçların reçetelenmesi ile ilgili bazı sorunlar halen devam etmektedir. Hastalar, eczanelerden reçetesiz ilaç alabilmektedir. Aynı zamanda, Türkiye'nin bazı bölgelerinde, bazı eczacıların, eczane açabilmeleri için üçüncü şahıslara diplomalarını kiraladıkları ve bu eczanelerin daha sonra çok kısıtlı eğitime sahip teknikerler tarafından işletildiği bildirilmektedir. Bu durum, kanun müdahale edene kadar bu tür eczanelere reçetesiz başvuran hastaların, yetersiz bilgilendirilecekleri anlamına gelmektedir. Ayrıca, hastalar bazı ilaçlar için cepten daha fazla ödemek durumunda kalabilir; çünkü hizmet sunuculara sağlanan teşvikler daha pahalı ilaçların – SGK'nin geri ödeme limitlerinin üzerinde – reçetelenmesini ve dağıtılmasını destekleyebilir. Aynı zamanda, SGK'de hekimlerin reçetelendirme alışkanlıklarını izlemeye yönelik bazı planlar olsa da şu anda bu tip bir izleme pek yoktur. SGK, ilaçlar için mümkün olan en iyi fiyatı her zaman elde edemeyebilir. Özellikle ilaçlar biyolojik değil terapötik olarak denk olduğunda, geri ödeme kararları alınırken maliyet etkililik ölçütleri her zaman uygulanmamaktadır.

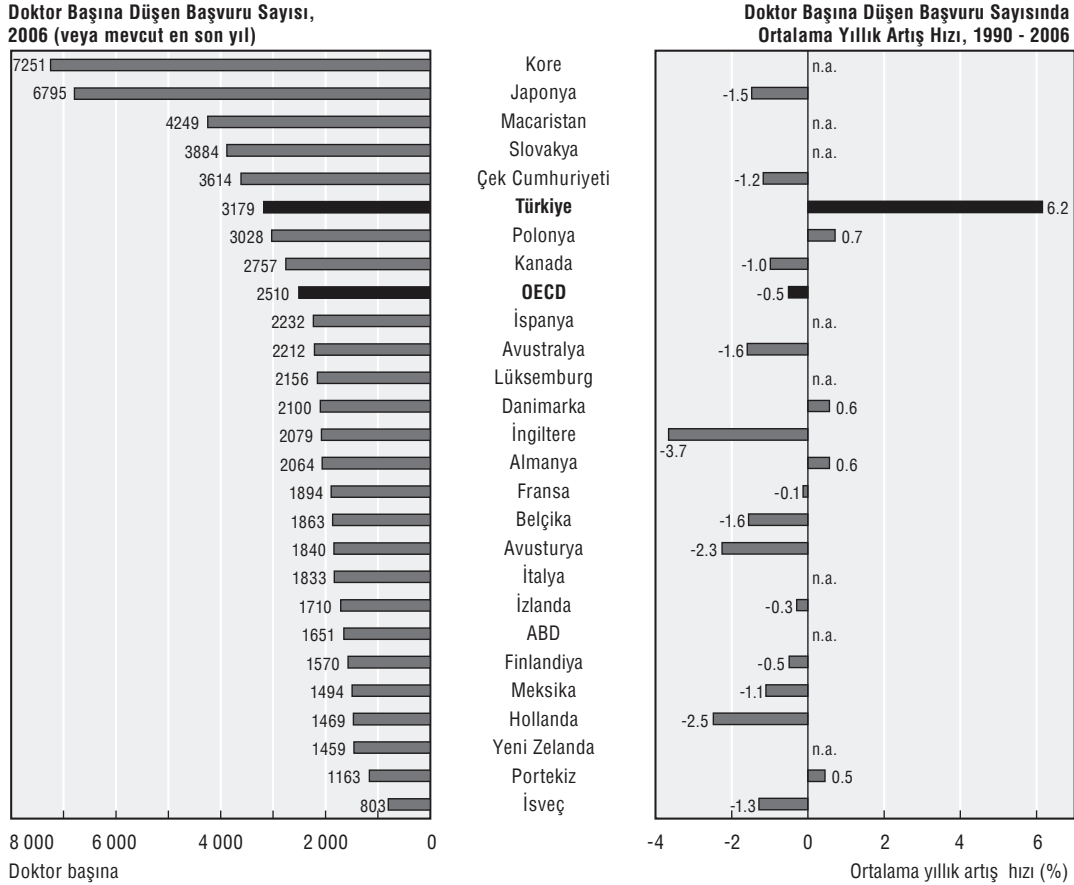
Hastaneden Taburcu Olma: SB, Türkiye'de 1000 kişiye düşen taburcu olma sayısının 2005'te 95 ve 2007'de 117,6 olduğunu bildirmiştir. Fakat bu ikinci rakam, daha önceki tahminden daha düşük olan yeni bir nüfus tahminini yansıtmaktadır. Daha önceki rakam 2005 yılında OECD ortalamasının %60'ı civarındaydı (OECD, 2007a). Türkiye'deki taburcu oranlarının, genel olarak OECD bölgesine kıyasla çok daha hızlı yükseldiği görülmektedir. Bu oran, 1995 ila 2005 yılları arasında Türkiye'de %38,7 hızla artarken OECD ortalaması sadece %6,2'ydi (OECD, 2007a).

Üretkenlik

Doktor Başına Düşen Yıllık Başvuru: Doktorların üretkenliğinin – hizmetlerin kalitesinde veya maliyetlerinde varyasyonlara izin vermeyen – kaba bir ölçütü de doktor başına düşen başvurulardır. Türkiye'de 2006'da doktor başına yıllık 3179 başvuru düşmekteydi ve bu,

o yıl 2510 olan OECD ortalamasının çok üstündeydi. Ayrıca Türkiye’de doktor başına düşen başvuru sayısı 2007’de 3630’a çıkmıştır. Türkiye’de doktor başına düşen başvuru 1990-2006 yılları arasında yıllık olarak %6,2’lik bir artış göstererek OECD bölgesinde bu değişkenin en hızlı büyüme oranına sahip olmuştur, bu arada ortalama bir OECD ülkesinde oranlar yıllık %0,5’lik düşüş göstermiştir (Şekil 3.23).

Şekil 3.23. Doktor Başına Düşen Başvuru Sayısı, OECD Ülkeleri



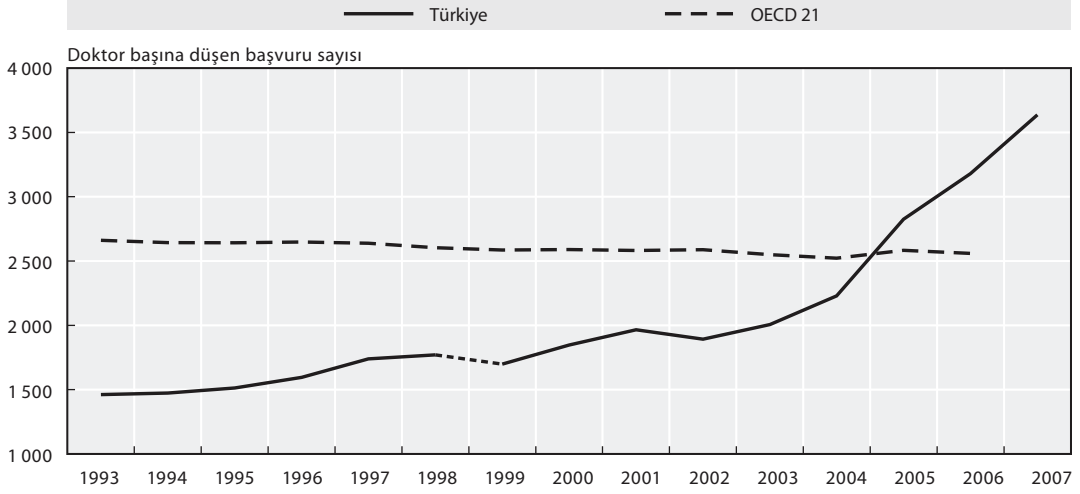
Not: Türkiye için, 2006 yılı doktor başına başvuru verileri Türkiye Sağlık Kurumu tarafından sağlanmıştır. Türkiye için doktor başına başvurulardaki yıllık ortalama büyüme oranında 1990 için 2008 OECD Health Data ve 2006 için Türkiye Sağlık Kurumu verileri kullanılmıştır

Kaynak: OECD Health Data 2008 ve Türkiye Sağlık Kurumu, SB, Türkiye.

Şekil 3.24, doktor başına düşen başvuru sayısının 1993 ila 2007 yılları arasında Türkiye’de ve 21 OECD ülkesinde ortalama olarak yıl yıl nasıl değiştiğini göstermektedir. Buna göre doktor başına düşen başvuru sayısı Türkiye için özellikle 2004 yılından sonra hızla artmış ve 2005 yılında OECD ortalamasını geçmiştir. Türkiye’de 2004 yılında uygulamaya geçirilen performansa dayalı ödeme sisteminin (Kutu 2.1) ve bununla ilintili olarak doktor maaşlarındaki artışın (Şekil 3.18, yukarıda) bu sonuçları açıklayıcı nitelikte olduğu görülmektedir. İlk bakışta, hizmet kalitesinin olumsuz yönde değişmediği varsayılırsa, performansa dayalı ödeme sisteminin, Türkiye’de üretkenliği teşvik ettiği gibi bir durum söz konusudur.⁷

Bahsedildiği üzere, başvuru verileri hem birinci basamaktaki hem de ikinci basamaktaki başvuruları içermektedir. Birinci basamakta, performans yönetimi sisteminin uygulamaya

Şekil 3.24. Doktor (Bordrolu) Başına Düşen Başvuru Sayısı, Türkiye ve OECD, 1993-2007



Not: Tutarlı OECD ortalaması 21 ülke için hesaplanmıştır.
2000 yılı Türkiye verileri, Türkiye Sağlık Kurumu'ndan gelmiştir.
Kaynak: OECD Health Data 2008 ve Türkiye Sağlık Kurumu, Türkiye.

geçirilmesi 2002 ila 2007 yılları arasında koruyucu ve birinci basamak sağlık hizmetlerindeki harcamaların üç kat artırılmasıyla desteklenmiştir. Ayrıca hekimleri, yoksun alanlara çekmeyi amaçlayan tedbirler (düzenleyici ve mali teşviklerin bir karışımı); atıl sağlık ocaklarının faaliyete geçirilmesi ve sağlık ocaklarındaki muayene odalarında keskin bir artış yapılması da bunu desteklemiştir. 2002'de sağlık ocağı doktorlarının sadece %45'i kendi muayene odasına sahipken, 2006'da %95'i bu tür odalara sahipti. Bu değişimlerin faydalı bir sonucu da aynı dönemde hastaların sağlık ocaklarından hastanelere sevk oranınının %20'den %6'ya düşmesidir (Akdağ, 2007a). Buna ilaveten, aile hekimliği hizmetlerinin hayata geçirildiği bölgelerde, birinci basamaktaki başvuruların hastanelerin ayakta tedavi kliniklerindeki başvurulara oranı 40/60'dan 51/49'a çıkmıştır (Akdağ, 2008).

Diğer önemli gelişmeler ise, eski SSK hastaneleri de dâhil olmak üzere SB'ye bağlı hastanelerdeki uzman hekimlere erişimde olmuştur. Ayakta tedavi başvuru oranı, 2002 ve 2007 yılları arasında %91 oranında artmıştır. Talep açısından, bu artış Mayıs 2004'te Yeşil Kart kapsamına ayakta tedavi hizmetlerinin de dâhil edilmesi ile desteklenmiştir. Arz açısından ise hizmetlerin yaygınlaştırılması, artırılan personel sayısı ile desteklenmiştir; ancak hizmetleri artıran asıl neden doktorların tam zamanlı olarak çalışmaları olmuştur (2002 yılında %11'den 2008'de %73'e çıkmıştır) (Akdağ, 2008). Kamu hastanelerine, çok sayıda ek muayene odası sağlanmış ve çoğu doktor kendilerine ait muayenehanelerini kapatmıştır. Daha önce özel muayenehaneleri olan hekimler, hastalarını kamu hastanelerine transfer etmişlerdir. Bu değişimlerin arkasındaki en önemli etkenlerden biri, SDP'nin bir parçası olarak geliştirilen performansa dayalı ödeme sistemi kapsamında tam zamanlı çalışma için verilen güçlü teşvihtir. Ülke seviyesinde, başvuru oranı hastanelerin lehine 60/40 olarak kalmıştır.

Akut Hastane Yatak Doluluk Oranı: Her 1000 kişiye düşen akut hastane yatak sayısı diğer OECD ülkelerinden daha az olmasına rağmen; Türkiye OECD bölgesindeki en düşük yatak doluluk oranlarından birini bildirmektedir: 2005'te Türkiye'deki oran %65 iken OECD ortalaması %75 idi. Bu durum, Türkiye'deki uzman hekimlerin ve hemşirelerin OECD'ye kıyasla az sayıda olması ile ilişkilendirilebilir. Fakat Türkiye'de yatak doluluk oranı 2007 yılında %69'a çıkmıştır.

Yatış Süresi: Türkiye, nispeten kısa bir ortalama yatış süresi bildirmektedir; bu durum düşük akut hastane yatağı oranı ile düşük yatak doluluk oranı dikkate alındığında şaşırtıcı değildir. 2005'te 5,2 gün olan Türkiye ortalaması, 6,3 gün olan OECD ortalamasının oldukça altındaydı (OECD, 2007a). Bu oran 2007'de SB verilerine göre daha da düşerek 4,6 gün olmuştu. Türkiye'de normal doğumda ortalama yatış süresi 1,7 gün iken; OECD bölgesinde aynı ortalama 3,3 gündür.

Ortalama yatış süresinin düşmesi bazen OECD ülkelerinde hastane verimliliğinin artmasına yönelik bir gösterge olarak kullanılmaktadır. Çünkü bu düşüş hem sağlık hizmetlerinin kalitesindeki teknik gelişmeler (daha az invazif cerrahinin yaygınlaşması ve daha iyi anesteziğin olması gibi) hem de vaka başına maliyetlerin azalması ile ilişkilendirilebilir. SB, Türkiye'de 1990-2007 yılları arasında ortalama akut yatış süresinin %30'dan fazla azaldığını bildirmiştir.

Hizmet Kalitesi

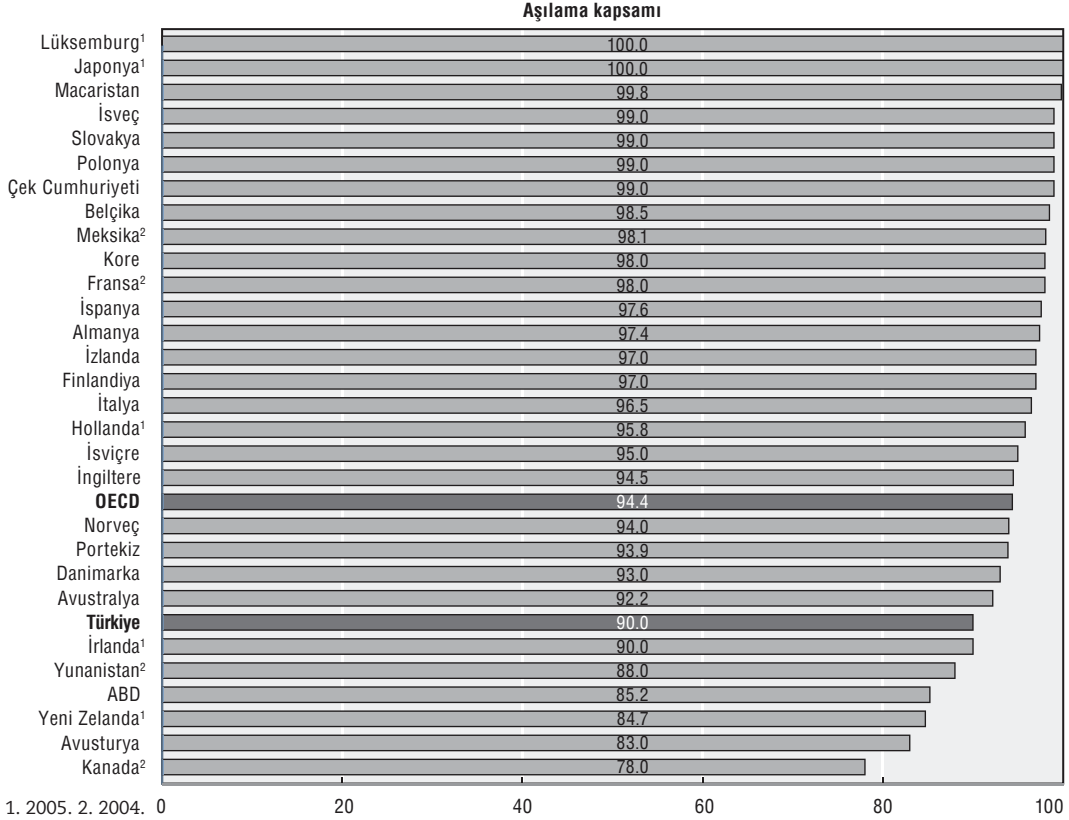
Hizmetin kalitesi yukarıda verilen sağlık sistemi çıktılarının ikisi için de incelenebilir: sağlık hizmetleriyle ilişkilendirilebilir sağlık durumu iyileşmeleri; hastalara cevap verebilirlik veya hasta memnuniyeti.

Sağlık Hizmetleriyle İlişkilendirilebilir Sağlık Durumu İyileşmeleri: Sağlık durumundaki gelişmelerle ilgili olarak OECD, Sağlık Hizmeti Kalitesi Göstergeleri Projesi kapsamında sağlık hizmetlerinin teknik kalitesinin uluslararası göstergelerine ilişkin veri belirleme ve toplama çalışmalarını başlatmıştır (OECD, 2006a ve 2007a). Göstergeler, sağlık çıktıları göstergeleri ile süreç göstergelerinin bir karışımıdır. İlki, sağlık durumunda tıbbi bakımla ilişkilendirilebilir değişiklikleri ölçmeyi amaçlamaktadır. Sonraki ise kalp krizi geçiren hastalar için bazı kanıtlanmış ilaçların hızla uygulanması gibi "uygun" tıbbi hizmetin sunumunu ölçmektedir. Şimdiye kadar, 29 OECD ülkesinde 19 gösterge için veri toplanmıştır; ama ülkelerin çoğu bu göstergelerden sadece bazıları hakkında bildirimde bulunmuşlardır. Türkiye, sağlık hizmetlerinin kalitesine ilişkin üç gösterge hakkında bildirimde bulunmuştur: 2 yaşındaki çocuklarda boğmacaya karşı aşılama oranı, 2 yaşındaki çocuklarda kızamığa karşı aşılama oranı (her iki süreç göstergesi), yetişkinlerde sigara içme oranı (bu husus yukarıda ele alınmıştır).

Türkiye'de 2006'da boğmaca ve kızamık için bildirilen 2 yaşındaki çocuklarda aşılama oranları sırasıyla %90 ve %98 olarak bildirilmiştir. (Şekil 3.25 ve 3.26). Bu oranlar, 1990'larda %80'lerdeki seviyesinden artış göstermiştir (Akdağ, 2007a). Ayrıca bu oranlar 2006'da boğmaca için %93,4 olup OECD ortalamasına yakındı; kızamık için ise %92,8 olup OECD ortalamasının oldukça üstündeydi. 2003'te başlayan geniş kapsamlı aşılama kampanyasının ardından SB, 2007'de kızamık aşılama oranını %98 olarak bildirmiştir. Bakanlık aynı zamanda, 2001 gibi yakın bir zamanda 30.000 olan kızamık insidansının 2006'da tüm Türkiye'de 34 vakeye düştüğünü bildirmiştir (Akdağ, 2007a). 2008'de, Ağustos ayına kadar Türkiye'de çocuklarda herhangi bir kızamık vakası tespit edilmemiştir (Sağlık Bakanlığı). Bu Türkiye'nin kızamığın önlenmesi konusunda çoğu OECD ülkesini geçtiği anlamına gelmektedir. Ek 3.A1, Şekil 3.A1.7'de gösterildiği üzere, 2006'da kızamık aşılama oranları dünya geneliyle kıyaslandığı zaman benzer bir sonuç ortaya çıkmakta ve Türkiye'nin diğer benzer gelirli ve sağlık harcamalı ülkelerden daha iyi performans gösterdiği görülmektedir.

Tüm OECD ülkeleri hastane enfeksiyonlarını kontrol altına almaya çalışmaktadır. OECD'nin Sağlık Hizmeti Kalitesi Göstergeleri Projesi bu konuya ilişkin henüz veri toplama-mıştır. Ancak Türkiye; yatan hastalardan oluşan bir örneklem grubunda ventilatörün neden olduğu pnömoni, kateterlerin neden olduğu kan enfeksiyonları ve kateterin neden olduğu

Şekil 3.25. Boğmaca İçin Aşılama Oranları, 2 Yaş Çocukları, Türkiye ve Diğer OECD Ülkeleri, 2006



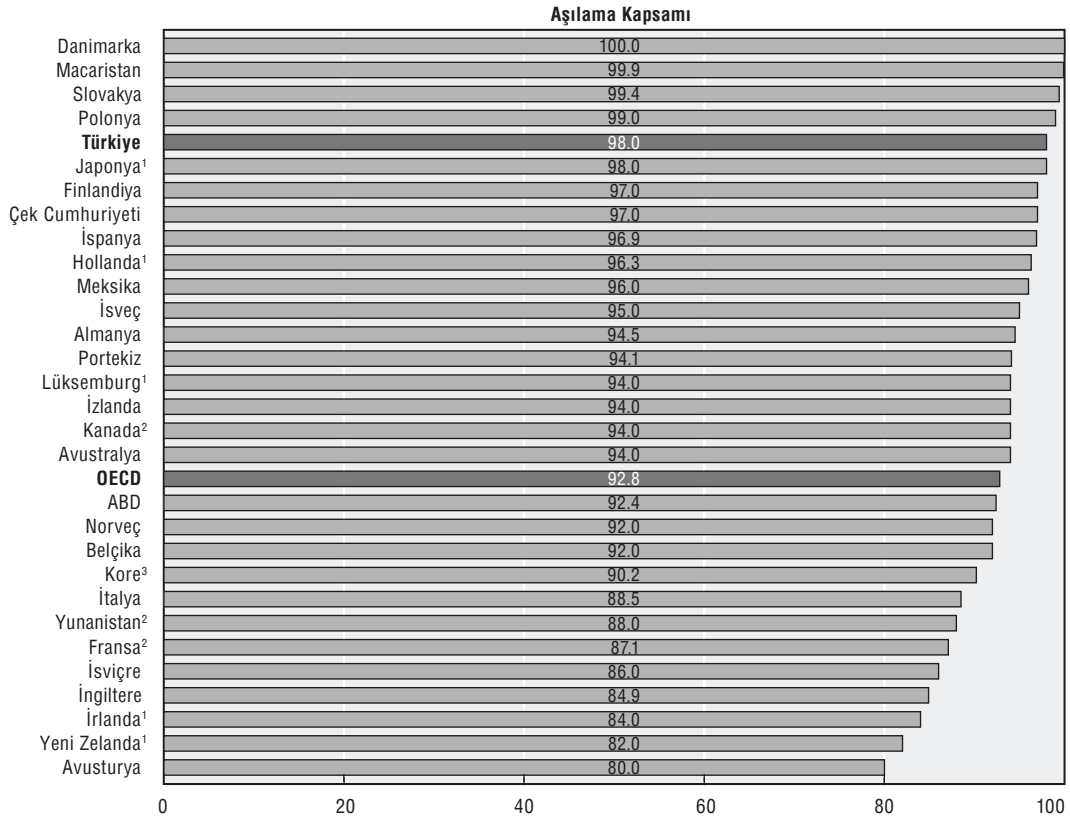
Kaynak: OECD (2008), Sağlıkta Bakış.

üriner sistem enfeksiyonları oranlarını bildirmiştir. Bunlar, orta gelirli ülkelerin karşılaştırma grubu için bildirilen oranlarıyla aşağı yukarı aynıdır. Ancak, Türkiye'deki ve bu ülke grubundaki oranlar (ortalama olarak), ABD'deki Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Sisteminin bildirdiği oranların çok üzerindedir (Mollahaliloğlu ve ark., 2007b).

Hastalara Cevap Verebilirlik: Hastalara cevap verebilirlik, sağlık sisteminin önemli diğer hedefidir. Daha önce ele alındığı gibi, cevap verebilirliğin ölçülmesinde ya üç farklı yöntem ya da bu üç yöntemin bileşimi kullanılmaktadır: i) Muayene için bekleme süresi gibi hastaların sağlık hizmetlerine ilişkin deneyimlerine ait göstergeler ii) Sağlık hizmetlerinin çeşitli aşamalarından kişisel memnuniyet göstergeleri iii) Sağlık hizmetlerinden kişisel beklentilere ilişkin göstergeler. Hasta deneyimlerinin ölçümlerinin, özellikle farklı nüfus gruplarında kişisel memnuniyet ya da beklenti ölçümlerinden daha kolay yorumlanabileceğine ilişkin genel bir kanı vardır. Bunun nedeni, memnuniyet ve beklentilerin bildirilmesi göreceli olarak taraflyken; deneyimlerin bildirilmesinin nispeten tarafsız olabilmesidir. Ayrıca, memnuniyet beklentilere de bağlı olabilir.

Ne yazık ki Türkiye'nin tamamında veya Türkiye ile diğer ülkeler arasında hasta deneyimlerini standart araçlar kullanarak kıyaslayan çok az veri mevcuttur. Örneğin SB'nin 2004'te yayımladığı bir çalışmada bildirdiği hasta deneyim verilerine göre, muayene için bekleme süresi ilçe polikliniklerinde 47,5 dakika; hastanelerin ayakta tedavi birimlerinde ise 118 dakikaydı. Muayene süresi ise sırasıyla 6,3 ve 7,2 dakikaydı (Mollahaliloğlu ve ark., 2007b). 2004'te Performans Yönetim Sisteminin getirilmesi ile birlikte sağlık ocakları ve hastanelerde bekleme sürelerinin düştüğü bildirilmiştir.

Şekil 3.26. Kızamık İçin Aşılama Oranları, 2 Yaş Çocukları, Türkiye ve Diğer OECD Ülkeleri, 2006



1. 2005. 2. 2004. 3. 1999.

Kaynak: OECD Health Data 2008

Hasta memnuniyeti ölçütleri ile ilgili olarak, Dağdeviren ve Aktürk (2004) SDP başlamadan önce EUROPEP anketini kullanarak Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetlerinde memnuniyeti araştırmıştır (Grol ve ark., 2000). Birinci basamak sağlık hizmetleri memnuniyetinin ölçülmesi yöntemi, Türkiye’nin yanı sıra bazı Avrupa ülkelerinde de kullanılmaktadır. Böylece beklentilerin tüm ülkede aynı şekilde olduğu varsayılarak uluslararası kıyaslama yapmak mümkün hale gelmektedir. Ankette, hastalara daha önce yapılan araştırmalarda onlar için önemli olduğu tespit edilen birinci basamak sağlık hizmetlerinin 23 yönüne ilişkin sorular sorulur. (Ankete katılanlardan, beşli Likert Ölçeği,⁸ kullanarak sağlık hizmetlerinin her bir yönünü değerlendirmeleri istenir; “zayıf” ve “mükemmel” gibi uçlar arasında ölçütlerle cevap verilir.). Türkiye’de yapılan ankette, ankete katılmaya gönüllü olan 42 hekim muayene mahallinden 33 tanesi seçilmiştir. Söz konusu çalışmada, seçilen örneklemi tabakalandırmak için çaba gösterilmiş olsa da yazarlar, bu çalışmayı bütün ülkeyi temsil etmeyen bir çalışma olarak nitelemişlerdir. Ankete dâhil edilen muayene mahallerinin çoğu, maaşlı doktorların çalıştığı, devlete ait küçük sağlık ocaklarıdır. Her bir muayene mahallinde, birbirini izleyen en az 30 yetişkin hastaya anket soruları sorulmuştur. Cevap verme oranı %77 olmuştur.

Tablo 3.1, Türkiye’deki (sütun 2) ve (ortalama olarak) 10 Avrupa ülkesinden (sütun 3) oluşan bir gruptaki sağlık hizmetlerine ilişkin 23 soruya “iyi” ya da “mükemmel” cevaplarını veren hastaların oranlarını göstermektedir.

Tablo 3.1. EUROPEP Ölçeği Kullanılarak Hazırlanan Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet, Türkiye Puanları ile 10 Avrupa Ülkesi İçin Ortalama Puanlar ¹

Sağlık hizmetlerine ilişkin 23 soruya “iyi” veya “mükemmel” yanıtını veren hasta yüzdeleri

	Türkiye'nin puanı (%)	10 Avrupa ülkesi ortalama puanı (%)
Hastaların Kayıt ve Bilgilerinin Gizli Tutulması	68	94
Doktorun Hastayı Dinlemesi	72	89
Hastalara Konsültasyon Sırasında Yeterli Zamanlarının Olduğunun Hissettirilmesi	65	87
Acil Sağlık Sorunları İçin Hızlı Hizmet Sunulması	76	87
Hastaların Hastalıklarının Semptomları İle İlgili Bilmek İstedikleri Bilginin Verilmesi	70	85
Doktorların İşini Tam Yapması	73	85
Hastaya Yapılan Fizik Muayene	75	85
Hastalara Yapılan Test ve Tedavilerin Amaçlarının Açıklanması	68	85
Sağlık Birimindeki Doktor Dışı Personelin Yardımcı Olma Durumu	67	84
Hastaların Doktorlara Sorunlarını Söylemelerini Kolaylaştırma	67	84
Hastaların Kişisel Durumu İle İlgilenilmesi	67	84
Hastaların Günlük Normal Aktivitelerini Gerçekleştirecek Kadar İyi Hissetmelerini Sağlamak	63	84
Hastalara Doktor Tavsiyelerine Uymanın Öneminin Kavratılması	77	83
Hastaların Tıbbi Bakımları İle İlgili Kararlara Katılımının Sağlanması	61	83
Hastaya Uygun Zamanlarda Randevu Verilmesi	70	82
Hastanın Semptomlarının Çabuk İyileştirilmesi	63	81
Doktorların Önceki Görüşmelerde Hastalara Yaptıklarını ve Söylediklerini Bilmesi	71	81
Hastaların Bir Uzmandan veya Hastane Bakımından Ne Bekleyecekleri Konusunda Hazırlanılması	66	79
Hastaların Sağlık Durumlarıyla İlgili Duygusal Sorunlarla Başa Çıkabilmelerine Yardımcı Olunması	60	79
Hastalıklardan Korunma İçin Hizmet Sunulmasının Teklif Edilmesi (örn. tarama, sağlık kontrolü, bağışıklama)	64	77
Muayenehaneye Telefonla Ulaşabilme	76	77
Hastaların Doktorlarla Telefon İle Görüşebilmesi	75	75
Hastaların Bekleme Odasında Geçirdikleri Zaman	63	63

1. Bu 10 ülke şunlardır: Belçika (Flanders), Danimarka, Almanya, İzlanda, Hollanda, Norveç, Slovenya, İsveç, İsviçre ve İngiltere.

Her bir Avrupa ülkesinde, muayene mahalli büyüklüğü ve kentleşmeye göre tabakalandırılmış 36 muayene mahalli için en az 30 adet tamamlanmış anket elde edilmiştir.

Ortalama olarak, tüm sağlık hizmeti türlerinde, Türk hastaların üçte ikisinden fazlası aldıkları birinci basamak sağlık hizmetini mükemmel ya da iyi olarak tanımlamışlardır. Ancak bu, 10 Avrupa ülkesindeki buna karşılık gelen ortalamanın yaklaşık %14 altındadır. Daha önce de belirtildiği üzere, bu farkın yorumlanması oldukça güçtür; çünkü bu çalışmalarda beklentilere ilişkin veri toplanmamıştır. Türkiye'deki beklentilerin Avrupa'daki beklentilerden daha düşük olduğu varsayılırsa, bu durumda Türkiye'nin beklentilere göre belirlenen memnuniyeti, Avrupa'ya oranla ortalama olarak yine de daha düşük olacaktır.

Tablo 3.1'de bildirilen değerlendirmeler, genel olarak Türkiye'de sağlık ocaklarındaki birinci basamak sağlık hizmetlerinin, bu on yılın ilk yarısında daha çok aceleci ve hasta odaklı olmayan bir şekilde olabileceğine ve hasta kayıtlarının gizliliğine kimi zaman dikkat edilmediğine ya da edilmediğinin düşünüldüğüne işaret etmektedir. Türkiye'ye ait çalışmanın yazarları, sabit ve oldukça düşük olan maaşlar ve personelin sık değişmesi nedeniyle, sağlık ocaklarında hasta memnuniyetinin sağlanması için sağlık personeline verilen teşviklerin yetersiz olduğuna işaret etmişlerdir.

Genel anlamda yazarlar, Türk toplumundaki ve özellikle tıp eğitimindeki hiyerarşik yapıya ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde tıbbi kayıt tutulmasına ilişkin kural yetersizliğine dikkat çekmişlerdir. SDP öncesi diğer bir çalışmanın yazarları da, o dönemde çoğu birinci basamak

sağlık merkezindeki talep baskısına ve bazı sağlık merkezlerinde kısa süren bir hizmeti almak için saatlerce kuyrukta bekleyen hastalar olduğuna dikkat çekmektedir (Büken ve Büken, 2004).

Türkiye'nin 81 ilinde yapılan ve geniş bir hasta örneklemini kapsayan daha yakın tarihli bir EUROPEP anketi ise Eylül 2008'de birinci basamak sağlık hizmetleri ile ilgili memnuniyeti araştırmıştır. Elde edilen bulgular Tablo 3.2'de verilmektedir. Tüm iller bir arada değerlendirildiğinde, birinci basamak sağlık hizmetlerinin birçok özelliği ile ilgili memnuniyetin Dağdeviren ve Aktürk (2004) tarafından bildirilen EUROPEP anket çalışmasından beri keskin bir biçimde arttığı görülebilir. Özellikle memnuniyetle ilgili "sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması", "tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması" ve özellikle de "hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler" gibi özellikler bakımından büyük ilerlemeler kaydedilmiştir. Türkiye'deki hasta memnuniyeti ve diğer Avrupa ülkelerindeki hasta memnuniyeti arasındaki açık, bazı açılardan kapanmış ya da neredeyse kapanmak üzeredir. Aile hekimliğine henüz geçmemiş illerdeki hizmetlerin birçok özelliği ile ilgili memnuniyet artmış olmasına rağmen, aile hekimliğine geçmiş 23 ildeki memnuniyet artışı çok daha fazladır ve büyük ölçüde Avrupa'daki ortalama seviyelere eşdeğer hale gelmiş; hatta ortalama seviyeleri geride bırakmıştır. Bu kanıt temel alındığında Türk hastalar, yeni aile hekimliği hizmetlerinden memnun görünmektedirler.

Tablo 3.2. EUROPEP Ölçeği Kullanılarak Hazırlanan Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet, 2008 Anket Çalışması, 81 İl, Türkiye, (%)

	Aile Hekimliği illeri (23 il)	Diğer iller (58 il)	Toplam (81 il)
Hastaların Kayıt ve Bilgilerinin Gizli Tutulması	90,7	82,0	84,5
Doktorun Hastayı Dinlemesi	93,3	83,4	86,3
Hastalara Konsültasyon Sırasında Yeterli Zamanlarının Olduğunun Hissettirilmesi	89,6	76,8	80,5
Acil Sağlık Sorunları İçin Hızlı Hizmet Sunulması	83,1	75,7	77,8
Hastaların Hastalıklarının Semptomları İle İlgili Bilmek İstedikleri Bilginin Verilmesi	90,1	78,8	82,0
Doktorların İşini Tam Yapması	91,2	83,6	85,7
Hastaya Yapılan Fizik Muayene	90,4	82,9	85,0
Hastalara Yapılan Test ve Tedavilerin Amaçlarının Açıklanması	88,7	77,9	81,0
Sağlık Birimindeki Doktor Dışı Personelin Yardımcı Olma Durumu	86,9	77,9	80,4
Hastaların Doktorlara Sorunlarını Söylemelerini Kolaylaştırma	90,8	80,3	83,3
Hastaların Kişisel Durumu İle İlgilenilmesi	89,9	77,8	81,3
Hastaların Günlük Normal Aktivitelerini Gerçekleştirecek Kadar İyi Hissetmelerini Sağlamak	86,8	77,5	80,1
Hastalara Doktor Tavsiyelerine Uymanın Öneminin Kavrılması	88,5	77,4	80,6
Hastaların Tıbbi Bakımları İle İlgili Kararlara Katılımının Sağlanması	86,5	75,3	78,6
Hastaya Uygun Zamanlarda Randevu Verilmesi	78,8	66,4	70,0
Hastanın Semptomlarının Çabuk İyileştirilmesi	86,8	77,5	80,1
Doktorların Önceki Görüşmelerde Hastalara Yaptıklarını ve Söylediklerini Bilmesi	85,1	73,3	77,1
Hastaların Bir Uzmandan veya Hastane Bakımından Ne Bekleyecekleri Konusunda Hazırlanılması	82,7	74,3	76,7
Hastaların Sağlık Durumlarıyla İlgili Duygusal Sorunlarla Başa Çıkabilmelerine Yardımcı Olunması	83,4	72,5	75,6
Hastalıklardan Korunma İçin Hizmet Sunulmasının Teklif Edilmesi (örn. tarama, sağlık kontrolü, bağışıklama)	84,5	78,8	80,5
Muayenehaneye Telefonla Ulaşılma	75,3	59,4	63,9
Hastaların Doktorlarla Telefon İle Görüşebilmesi	72,2	58,1	62,1
Hastaların Bekleme Odasında Geçirdikleri Zaman	76,7	63,7	67,4

Türkiye'deki hastane hizmetleriyle ilgili memnuniyete dönülecek olursa, Büken ve Büken (2004) SDP öncesinde hastaların 1998 yılında kabul edilen Hasta Hakları Yönetmeliği'nde belirlenen haklarla ilgili bir farkındalık eksikliği olduğuna dikkat çekmiştir. Kuzu ve ark., tarafından 2001 senesinde Denizli ilindeki üç hastanede yapılan başka bir çalışma, SDP öncesinde çok az sayıda hastanın hasta hakları hakkındaki yönetmelikten haberdar olduğunu ifade etmektedir. Ancak SDP, hasta haklarının tanınmasını tüm devlet hastanelerinde "Hasta Hakları Birimleri" kurarak güçlendirmiştir ve Eylül 2004 yılından bu yana bu hastanelerde hekim seçme hakkını kademe kademe yaygınlaştırmaktadır (Akdağ, 2007a). 2008 yılı itibarıyla, 786 devlet hastanesi hastalarına kendi hekimlerini seçme hakkı sunmuştur.

Bostan ve ark., (2007) Trabzon ilinde hastaların, hastane hizmetlerinden beklentilerine ilişkin bir araştırma hakkında bir çalışma hazırlamışlardır. Bu küçük araştırmaya, şehrin farklı ilçelerinden hastaneye en az bir kere gitmiş olan 396 yetişkin katılmıştır. Bu araştırma 2004'te yapılmıştır. Türkiye'nin hasta hakları mevzuatı temel alınarak 33 soru hazırlanmıştır. Anket kapsamında (özetle) şu haklar yer almaktadır: hizmete ilişkin bilgilendirilmek, seçme hakkı, mahirane tedavi yapması ve özenli yaklaşması; hastanede iyi yönetim ve yatış işlemleri sırasında destek görmek.

Araştırmada, ankete katılanların çoğu, "Sağlık hizmetlerinin birçok alanında hasta haklarından faydalanıyorum" ifadesine "Katılıyorum" ya da "Kesinlikle katılıyorum" cevabını vermiştir. Örneğin, "Hastane seçme hakkına sahibim" ifadesine %94,6'sı; "Dava etme hakkına (yanlış uygulama olduğunda) sahibim" ifadesine %85,1'i; "Hastalığımla ilgili bilgi alma hakkına sahibim" ifadesine %79,8'i "Katılıyorum" ya da "Kesinlikle katılıyorum" cevabını vermiştir. Ancak, ölçeğe diğer taraftan bakıldığında; hastaların sadece %14,4'ü "Tedavi yöntemlerini seçme hakkına sahibim" ifadesine "Katılıyorum" veya "Kesinlikle katılıyorum" cevabını vermiştir. Ayrıca, hastaların yaklaşık olarak sadece 1/3'ü şu haklara sahip olduklarına "Katılıyorum" veya "Kesinlikle katılıyorum" demiştir: mahremiyetlerinin korunması, sağlık personeli seçebilme, iyi eğitilmiş ve görevlendirilmiş personelden tıbbi bakım alma, tedavi sırasında gerekli özenin gösterilmesi, resmî prosedürün personel tarafından izlendiği konusunda güvence verilmesi ve şikâyetle bulunma. Beklenti seviyeleri; eğitim ve gelir durumu ile birlikte artmış; hastaların yaş durumuna göre azalmıştır. Bağ-Kur'lu ya da Yeşil Kart sahibi hastalar, diğer tür sağlık güvencelerine sahip hastalardan daha düşük beklentiye sahiptir.

Puanlama sistemi kullanarak yazarlar, beklentilerin incelenen sağlık hizmetlerinin 33 yönünün 18'inde "minimum kabul edilebilir seviye"nin altında kaldığı sonucuna varmıştır. Türkiye'deki hastanelerde verilen hizmetlerin çeşitli yönlerinden memnun kalmanın yüksek veya oldukça yüksek olarak tespit edildiği diğer yayımlanmış araştırmaları inceleyen yazarlar, Trabzon'da elde ettikleri kendi bulgularının ışığında, bu sonuçların hizmetlerin yüksek kalitesinden mi yoksa Türkiye'deki düşük beklenti seviyelerinden mi kaynaklandığını sorgulamışlardır.

Türkiye'de kamu hastaneleri ve özel hastanelerdeki hasta memnuniyetine ilişkin bazı karşılaştırmalar bulunmaktadır. Örneğin, Tengilimoğlu ve ark. (2001) 1996'da Ankara'da 4 kamu hastanesi ve 3 özel hastanede yapılan hasta memnuniyeti anketinin sonuçlarını bildirmişlerdir. 2000'in üstünde hastaya mülakat yoluyla sorular sorulmuştur. Bildirilen muayene bekleme süresi, iki özel hastanede en düşük süreydi. Ancak, üçüncü özel hastanede bekleme süreleri, dört kamu hastanesinin üçünden daha fazla olmuştur. Bu üç kamu hastanesinde, hastaların %40'tan fazlası muayene için hiç beklemediklerini düşünürken; hastaların %20'sinden daha azı 60 dakikadan daha fazla beklediklerini bildirmiştir. Dördüncü kamu hastanesinde ise; hastaların %56'sından fazlası, muayene için 60 dakikadan daha fazla beklediklerini bildirmiştir. 5'li Likert ölçeği kullanılarak ve "Hastane doktorlarının yardımseverliği ve genel davranışı", "doktorların beceri, deneyim ve eğitimleri" ile "hemsirelerin beceri, deneyim, davranış ve eğitimleri" gibi sağlık hizmetinin yönlerine ilişkin belirlenen memnuniyet puanları, özel hastanelerde kamu hastanelerinden genel olarak daha yüksektir.

Ne var ki ulusal anket çalışmalarına göre kamu hastaneleri ve özel hastanelerden duyulan memnuniyet, SDP'nin ardından kamu hastaneleri lehine değişmiştir. TÜİK'in 2003 yılında yaptığı Yaşam Memnuniyeti Araştırması'na göre, ankete cevap verenlerin %41'i kamu hastanelerinden memnunken, üniversite hastanelerinden memnun olanların oranı %47 ve özel hastanelerden memnun olanların oranı da %49'du. 2007'de yapılan araştırmaya göre ise kamu hastanelerinden memnuniyet %67, üniversite hastanelerinden memnuniyet %69 ve özel hastanelerden memnuniyet %61 olmuştur. Memnuniyet kamu hastaneleri için 26 puan yükselirken, üniversite hastaneleri için 22 ve özel hastaneler için 12 puan artmıştır.

3.3. Sonuçlar

Bu bölümde Türk sağlık sisteminin, sağlık sonuçları, mali koruma ve kullanıcıya cevap verebilirliği ile ilgili performansı değerlendirilmiştir. Performans, OECD üye ülkelere ve aynı zamanda dünya geneline (Ek 3.A1'de) göre değerlendirilmiştir. Bu kıyaslamaların her ikisi de birbirini destekler biçimde benzer bir görüntü sunmaktadır.

Sağlık Durumu ve Sağlık Harcaması Düzeyi Konulu Sonuçlar

1. Türkiye'deki sağlık durumu geçtiğimiz son on beş yirmi yılda hızlı bir iyileşme göstermiş ve bazı bakımlardan OECD ortalamalarına yaklaşmıştır. Bununla birlikte Türkiye'deki ortalama yaşam süresi, diğer OECD ülkelerinden daha düşük olmaya devam etmektedir. Bebek ve anne ölüm oranları halen yüksektir. SDP kapsamındaki yakın tarihte yapılan iyileştirmelere rağmen, Türkiye ile OECD bölgesi dışındaki diğer üst orta gelir düzeyindeki ülkeler karşılaştırıldığında Türk sağlık durumunun beklenen düzeyin halen biraz altında olduğu görülmektedir.
2. Türkiye'nin sağlık durumunda meydana gelen bu iyileşmelerden sorumlu çeşitli faktörler olsa da, bunun önemli bir kısmının geçtiğimiz yıllarda sağlık hizmetleri alanında yapılan daha yüksek ve daha etkili harcamalara bağlı olabileceğini ileri sürmek mantıklı görünmektedir. Bununla birlikte, diğer OECD ülkelerindeki harcama seviyelerine bakıldığında sağlık hizmetleri alanındaki toplam harcamaların ve kamu harcamalarının aşırı olmadığı görülmektedir. Ama Türkiye diğer üst orta gelir grubu ülkelerle karşılaştırıldığında, sağlık alanındaki kamu harcamalarının – nasıl ölçülürse ölçülsün – dünyadaki benzer ortalamalar düzeyinde veya yukarısında olduğu görülmektedir. Ayrıca, 2003'te SDP'nin başlatılmasından sonraki ilk 3 yıl içinde, sağlık harcamaları hızla artmış olmasına rağmen, sağlık alanındaki toplam harcamalar ve kamu harcamaları Türkiye'deki ekonomik büyüme de hızlı olduğu için karşılanabilir olmaya devam etmiştir.
3. Kişi başı GSYİH'nin düşük olması, düşük eğitim durumu (özellikle kadınlar arasında), obezite seviyelerinin artması ve yüksek sigara kullanma oranları (en azından erkekler arasında) gibi Türkiye'deki sağlık durumunu belirleyen başka önemli unsurlar da bulunmaktadır. Bu bakımdan Türkiye'de koruyucu sağlık hizmetlerine daha fazla yatırım yapılması, en az tedavi hizmetlerine yatırım yapılması kadar önemli olabilir.

Mali Koruma ve Hizmete Erişimde Hakkaniyet Konulu Sonuçlar

1. 2008'de GSS'yi uygulamaya geçiren mevzuatın kabul edilmesiyle doruk noktasına ulaşan Türkiye'deki etkili sağlık sigorta kapsamını iyileştirmeye yönelik uzun soluklu çabalar, yüksek sağlık harcamalarına karşın hem yoksul kesim için mali korumayı hem de nüfusun sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyetini iyileştirmiştir. Önceki yıllarda sağlık sigorta kapsamının eksik kalması ve nüfus içindeki daha dezavantajlı bazı gruplara yönelik kapsamın yetersiz olması, Türkiye'de belli göstergeler bakımından nispeten daha

düşük bir sağlık durumu ortaya çıkmasında önemli bir rol oynamıştır. Fakat katastrofik sağlık harcamaları yüzünden yoksullaşan nüfusun yüzdesi küçüktür ve daha da azalmaktadır. Bu oran, elde verileri olan diğer ülkelere göre de düşüktür.

2. Türkiye’de “ters hizmet kuralı”nın (bakıma erişim ile bakım ihtiyacı arasında ters ilişki olduğu, 2007’de Türkiye’deki bölgelerde bebek ölüm hızı ile hekimlerin yoğunluğu arasında ters bir ilişki olduğunu gösteren bölgesel verilerden görülebilir. Fakat SDP kapsamında, ihtiyacın en fazla olduğu Türkiye’nin doğusundaki sağlık personelinde önemli ölçüde artış görülmüştür.

Girdiler, Gelirler, Faaliyetler ve Paranın Karşılığı Konulu Sonuçlar

1. Türk sağlık sistemindeki mikroekonomik verimlilik düzeyini, özellikle de birim maliyetler ve detaylı kullanım bilgileri açısından, değerlendirmek için eldeki veriler oldukça azdır. Girdi bakımından, hemşire/hekim oranı OECD’deki en düşük oranlardan bir tanesidir ve bu da uygun beceri dağılımı hakkında sorular akla getirmektedir. 2005’te hekimlerin sadece %30’u pratisyen olarak çalışmaktaydı ve bu durumun da birinci basamakta olduğu bildirilen zayıflığı etkilediği düşünülmektedir. Tıp öğrencisi sayısının planlı bir şekilde artırılmasından sonra, hekim mezuniyet oranlarının 6-10 yıl içinde OECD bölgesindeki en yüksek oran haline gelmesi beklenmektedir. Buna karşın, hemşirelere yönelik eğitim oranlarının düşük kalmaya devam ettiği görülmektedir.
2. 2004’te performansa dayalı ödeme sisteminin başlatılması ile birlikte hekim ve diğer personelin gelirlerinde net bir iyileşme yaşanmış; hatta pratisyenler aile hekimi olduklarında bu gelirler daha da artmıştır. 2005 itibarıyla sağlık ocaklarındaki maaşlı pratisyenlerin görece gelirleri, diğer OECD ülkelerine kıyasla hâlâ düşük görünmekteydi; fakat maaşlı uzmanların gelirleri yüksek görünmekteydi. Kısmen bunun sebebi, benzer ülkelerde Türkiye’nin en az uzman yoğunluğuna sahip ülke olması olabilir. Hemşirelerin görece gelirlerinin diğer bir dizi OECD ülkesiyle karşılaştırıldığında oldukça benzer özellikte olduğu görülmektedir.
3. İlaç tüketiminde, özellikle 2005’te Yeşil Kart ve SSK sistemi üyeleri için kapsamın genişletilmesiyle birlikte, hacim bakımından bir artış görülmüştür. Geçtiğimiz yıllarda çeşitli fiyat düşürme başarıları elde edilmiştir. Bu da paranın karşılığının artmış olabileceği anlamına gelmektedir. Fakat Türkiye’deki ilaç tüketiminin akılcı olup olmadığı ve maliyet etkili olup olmadığı konusunda bazı şüpheler vardır.
4. Performansa dayalı ödemenin başlatılmasından beri, hekim (bordrolu çalışanlar) başına düşen bildirilmiş muayene sayına bakıldığında, Türkiye’de hem faaliyet hacminde hem de hekim üretkenliğinde büyük artışlar olduğu görülmektedir. 2006 itibarıyla, bildirilen hekim başı muayene sayısı, OECD’deki ortalama düzeyi %25 geçen seviyelere ulaşmıştır. Türkiye’nin hekimlerin üretkenliğini artırmak amacıyla performansa dayalı ödeme sisteminin kullanılması konusundaki belirgin başarısından – henüz sağlık sonuçları üzerindeki etkisi belli olmamakla ve daha detaylı araştırmalar halen yapılmakla beraber – diğer OECD ülkelerinin öğrenebileceği dersler olabilir. Ayrıca, Türkiye’de aile hekimliği sisteminin başlatılmasına yönelik olarak bazı ilerlemeler kaydedilmiş olsa da diğer OECD ülkelerine kıyasla, başvuru dağılımı hastaneye yapılan başvurular yönünde ağır basmaya devam etmektedir. 2005’te ortalama hastanede kalış süresi OECD ortalamasından daha kısa olmuştur.
5. Türkiye’deki tıbbi hizmetlerin teknik kalitesi konusunda – yani sağlık sonuçları konusunda – elde çok az veri vardır. Fakat çocuklara yönelik aşılama oranlarında önemli iyileştirmeler olmuştur.

2007'de Türkiye'de kızamık neredeyse ortadan kaldırılmıştır. Sistemin cevap verebilirliği ve hizmet memnuniyeti konulu veriler, SDP'nin başlatılmasından önce sağlık ocağı ve hastane hizmeti için uzun bekleme süreleri ve düşük memnuniyet olduğunu göstermektedir. Hasta memnuniyeti bakımından, SDP'nin uygulamaya geçirilmesinin ardından, bekleme sürelerinin daha kısa olduğu bildirilmiş; sağlık hizmeti kalitesi bakımından ise özellikle aile hekimliği hizmetlerine geçen illerdeki birinci basamak sağlık hizmetleri kalitesine yönelik genel memnuniyetin hızla arttığı bildirilmiştir. Ayrıca kamu hastanelerine yönelik hasta memnuniyetinde de büyük bir iyileşme olduğuna dair kanıt mevcuttur.

Notlar

1. Dünya Bankası'nın sınıflandırmasına göre, Türkiye (OECD ülkeleri arasında Macaristan, Meksika, Polonya ve Slovakya ile birlikte) "üst orta gelir düzeyinde" bir ülke olarak kategorize edilmektedir. Geri kalan OECD ülkeleri ise "yüksek gelir düzeyindeki" ülkeler olarak kategorize edilmektedir. Üst orta gelir düzeyindeki ülkeler, 2006'da kişi başına düşen gayri safi milli hasılası (GSMH); 3956 ile 11.115 Amerikan Doları arasında olan ülkeler olarak tanımlanmaktadır. Yüksek gelir düzeyindeki ülkeler ise 2006 yılında kişi başına düşen GSMH'si 11.115 Amerikan Doları'nın üstünde olan ülkeler olarak tanımlanmaktadır.
2. Sonraki yıllar için uygulanan tahmin metodlarında iyileştirmeler yapıldığı için, 1990'lı yılların sonlarında Türkiye'de hem kişi başına düşen GSYİH hem de sağlık harcamaları serilerinde kopmalar olmuştur. Söz konusu yılda harcamalardaki değişim, önceki ve sonraki yılların ortalama büyümesi olarak tahmin edilerek sağlık harcamaları eğilimindeki kopma ortadan kaldırılabılır.
3. Bu şekil 2008 OECD Health Data verilerinden alınmıştır. Ancak, hem 2008 OECD Health Data hem de Ulusal Sağlık Hesapları'na (Mollahaliloğlu ve ark., 2006) göre, 2000'de Türkiye'deki toplam sağlık harcamaları içinde kamu sağlık harcamasının payı, yalnızca %63'tü; bunun nedeni sağlığa yapılmış olan ek özel harcamaların o yıl içinde tespit edilmiş olmasıdır. Bu rapor tamamlandığı sırada 2000'den beri Türkiye'de detaylı sağlık hesapları hazırlanmamış olduğu için, 2000'den beri bildirilmiş olan sağlık harcamalarında özel harcamaların payının düşük tahmin edilmiş olması ve kamu harcamalarının payının da olduğundan yüksek tahmin edilmiş olması muhtemel bir durumdur.
4. Bu veriler alkol satışlarını esas almaktadır ve kendiliğinden bildirme (self-reporting) önyargısından bağımsız olmalıdır. Ama bu veriler şüphesiz yasa dışı üretilmiş ya da satılmış alkolü kapsamaz.
5. Ortalama doktorun emeklilik ya da istifadan önce 30 yıl çalıştığı ve doktorlarla ilgili olarak göç alınıp verilmediği varsayılmaktadır.
6. OECD'nin "başvuru" tanımı, hem muayenehane bazlı hekimlere hem de hastanelerin ayakta tedavi bölümlerindeki hekimlere yapılan başvuruları içermektedir.
7. Ancak, üç uyarı notu vurgulanmalıdır. İlk olarak, hekimlerce yapılan başvuru oranını hesaplarken bordrolu çalışan hekim sayısı kullanılmıştır. Yarı zamanlı çalışma ile ilgili değişiklikler için, hekimler arasında hiçbir düzenleme yapılmamıştır. Aslında, ana metinde bahsedildiği gibi, 2004'te kamu hastanelerinde çalışan hekimlerde tam zamanlı çalışmaya doğru güçlü bir geçiş olmuştur. Bu da, hekimin çalıştığı saat başına düşen başvuru değişikliğinin, hekim başına düşen başvurudaki değişiklikten daha az olduğu anlamına gelmektedir. İkinci olarak, kamu hastanelerinde tam zamanlı çalışmaya geçen hekimler, kendi özel hastalarından bazılarını – daha önce kaydedilmemiş olan–, çalıştıkları kamu kuruluşlarına getirmiş ve kayıtlı başvuru sayılarını artırmış olabilirler. Üçüncü olarak da performans yönetim sistemi, büyük olasılıkla yapılan muayenelerin bildirilmesini teşvik ederek daha önce kayıt altına alınmamış olan kamuda yapılan muayenelerin daha kapsamlı olarak bildirilmesini teşvik etmiş olabilir.
8. Likert ölçeği, anketlerde sıkça kullanılan psikometrik bir cevap ölçeğidir. Ankete katılanlardan, verilen bir ifadeye katılma derecelerini belirtmeleri istenir. Katılanlar 5 seviyede görüş bildirebilirler: 1) kesinlikle katılmıyorum 2) katılmıyorum 3) kararsız 4) katılıyorum 5) kesinlikle katılıyorum.

EK 3.A1

Dünyadaki Diğer Ülkelerle Kıyaslanarak Türk Sağlık Sisteminin Performansı

Giriş

Sağlık sistemi performansının OECD kıyaslamalarına bakılarak değerlendirilmesi, Türkiye'nin dönüşüm yolunu aydınlatmak için gerçekten önemli olmakla birlikte, OECD üyesi olmayan ülkeler ve – başta diğer üst orta gelir düzeyindeki ülkeler olmak üzere – diğer ülkelere kıyasla Türkiye'nin sağlık sistemini anlamak da önemli bir husustur.

Ne yazık ki, dünyadaki tüm ülkeler için oluşturulan sağlık veri tabanları, OECD'nin sağlık veri tabanından daha az kapsamlıdır. Sağlık durumu, kullanım, harcama ve kalitenin çeşitli özellikleri hakkındaki veriler küresel olarak çok daha seyrek ve daha az güvenilirdir. Zaman serisi verileri genellikle bulunmamaktadır ve tanımlarda çok daha fazla çeşitlilik vardır. Bununla birlikte, benzer üst orta gelirli ülkeler de dâhil olmak üzere tüm ülkeler için son bir yıldaki küresel regresyon ilişkileri bazında, çapraz karşılaştırmalar yaparak Türk sağlık sisteminin çeşitli kilit boyutlarda nasıl işlediğini görmek mümkündür.

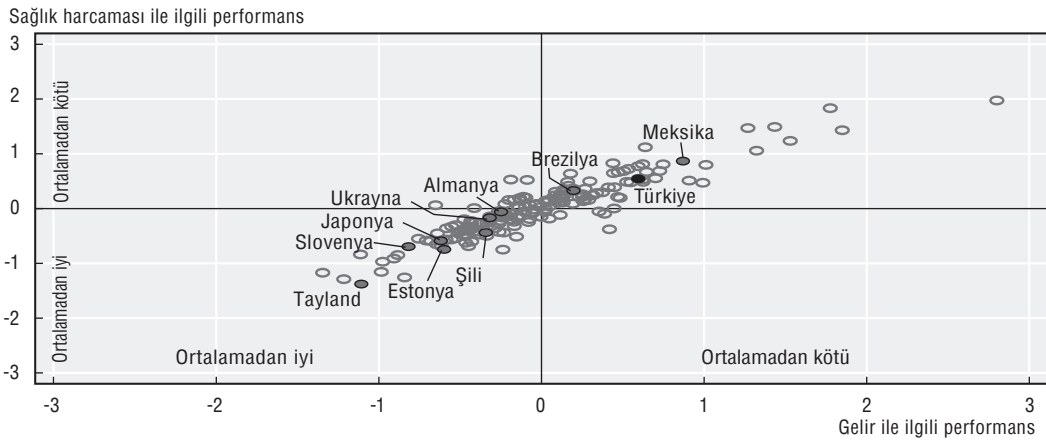
Bu ek, aşağıdaki göstergeler doğrultusunda Türk sağlık sisteminin performansını gözden geçirmektedir: sağlık durumu, sağlık durumunun çeşitli belirleyicileri; seçilmiş sağlık insan kaynağı göstergeleri; toplam ve kamu sağlık harcaması düzeyi. Türkiye'nin bu ölçütlerdeki performansı, DSÖ ve Dünya Bankası'ndan elde edilen en son 2006¹ verileri kullanılarak diğer ülkelerde – diğer orta gelirli ülkeler de dâhil olmak üzere mümkün olan her ülkede – bulunan düzeylere göre değerlendirilmektedir.

Sağlık durumu

Bu bölümde, uluslararası verilere uyan regresyon çizgileri bazında hem milli gelir hem de sağlık harcaması düzeylerine ilişkin Türk halkının sağlık durumunun 3 göstergesi değerlendirilmektedir. Bu bölümde, yapılan karşılaştırmalar regresyon çizgilerinden aynı anda iki çeşit sapma gösteren dörtlü grafikleri kullanmaktadır: i) Spesifik bir sağlık durumu göstergesini (bebek ölümleri gibi) ülkeler arasında kişi başına düşen GSYİH ile ilişkilendiren regresyon çizgisinden sapmalar ii) Aynı sağlık durumu göstergesini ülkeler arasında kişi başına düşen sağlık harcaması ile ilişkilendiren regresyon çizgisinden sapmalar. Bu araç; hem milli gelir hem de sağlık harcaması etkilerinin hata payı aynı grafik üzerinde ayrıca gösterildikten sonra, Türkiye'nin sağlık durumuna ait çeşitli göstergelerin benzer ülkelerin göstergelerinden nasıl saptığını eş zamanlı olarak görmemizi sağlamaktadır.

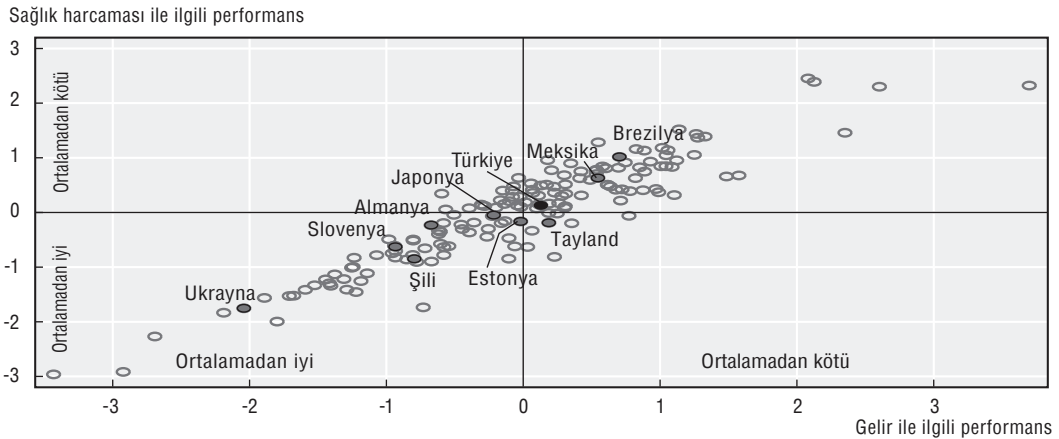
Şekil 3.A1.1 ile Şekil 3.A1.3 arasındaki şekiller, dörtlü grafikler kullanılarak, Türkiye'nin kişi başına GSYİH ve kişi başına sağlık harcaması bakımından, üç spesifik sağlık durumu ölçütüne göre benzer diğer ülkelere kıyasla ne durumda olduğunu göstermektedir: bunlar bebek ölümleri, anne ölümleri ve ortalama yaşam süresidir. Genel olarak ise milli gelirle ilgili bulgular, 3. Bölüm'de yer alan, sadece OECD ülkeleri bazında yapılan karşılaştırmalarla tutarlı gibi görünmektedir. Bebek ölümleri (Şekil 3.A1.1) ve anne ölümleri (Şekil 3.A1.2) konusunda kişi başına GSYİH ve sağlık harcaması bakımından benzer ülkelere göre Türkiye'nin ortalamanın altında olduğu görülmektedir. Ancak bu son karşılaştırma, en güncel (2005) ve benzer uluslararası anne ölüm verilerini temel almakla birlikte, Türkiye'nin son yıllarda gösterdiği yukarıda belirtilen dikkat çekici ilerleme göz önüne alındığında, 2007'nin küresel verileri de olsaydı, daha iyileşmiş bir tablo ortaya çıkabilirdi.² Ortalama yaşam süresi bakımından (Şekil 3.A1.3), Türkiye'nin performansı kişi başı sağlık harcaması açısından benzer diğer ülkelerle yaklaşık aynı olup benzer kişi başı gelire sahip ülkelere göre ise biraz daha düşüktür.

Şekil 3.A1.1. Bebek Ölüm Hızını Kişi Başı GSYİH ve Kişi Başı Sağlık Harcamaları ile İlişkilendiren Regresyon Çizgilerinden Sapmalar, 2006



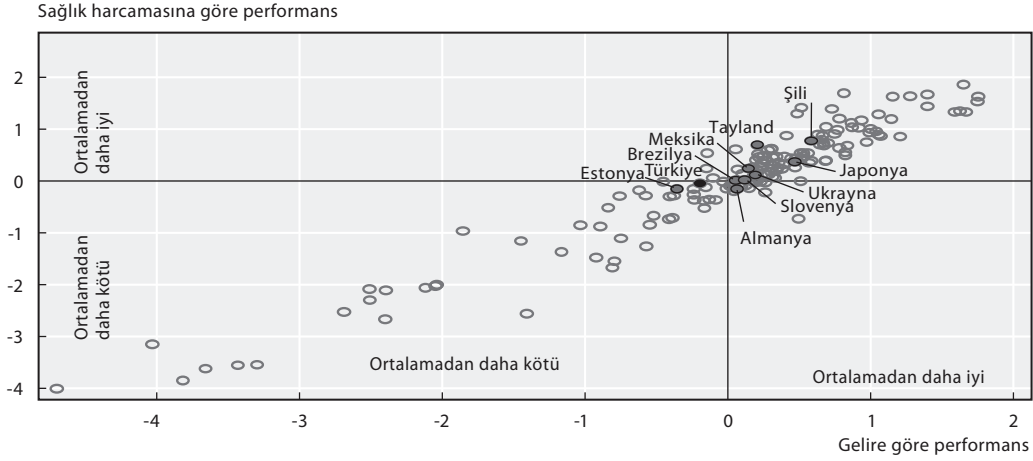
Kaynak: Dünya Kalkınma Göstergeleri ve DSÖ, erişim Ağustos 2008. Sağlık harcamaları verileri Ağustos 2008 itibarıyla yaklaşıktır.

Şekil 3.A1.2. Anne Ölüm Oranını Kişi Başı GSYİH ve Kişi Başı Sağlık Harcamaları ile İlişkilendiren Regresyon Eğrilerinden Sapmalar, 2005



Kaynak: Dünya Kalkınma Göstergeleri ve DSÖ (2007). Sağlık harcamaları verileri Ağustos 2008 itibarıyla yaklaşıktır.

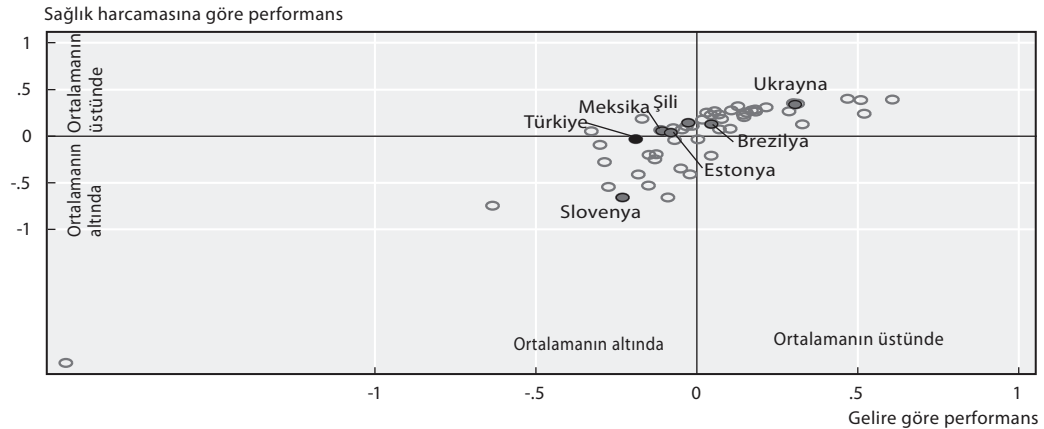
Şekil 3.A1.3. Ortalama Yaşam Süresini Kişi Başı GSYİH ve Kişi Başı Sağlık Harcamaları ile İlişkilendiren Regresyon Eğrilerinden Sapmalar, 2006



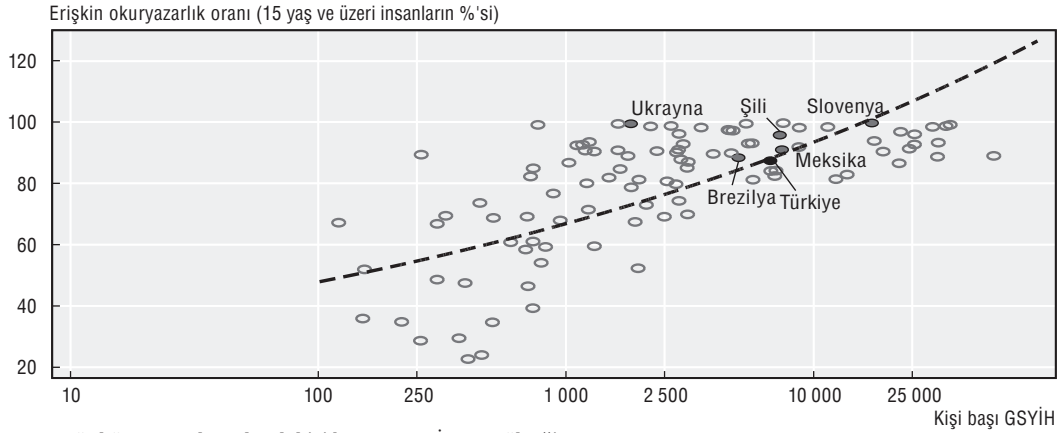
Sağlık Durumunun Belirleyicileri

Şekil 3.A1.4'ten 3.A1.7'ye kadar olan şekiller, çoğu ülkeden verilerin elde edilebildiği sağlık durumunun çeşitli belirleyicilerine yönelik kanıt sunmaktadır. Şekil 3.A1.4 sağlık personeli eşliğinde gerçekleştirilen doğumların oranını gösterir. Türkiye kişi başı gelire göre ortalama seviyenin biraz altında olup kişi başı sağlık harcamasına göre ise yaklaşık ortalama düzeydedir. Bu bulgular, yukarıda belirtilen, Türkiye'de bebek ölüm hızının ortalamanın üstünde olmasını açıklamaya yardımcı olabilir. Şekil 3.A1.5, erişkinlerde okuryazarlığa dair basit regresyon çizgisini ve Şekil 3.A1.6 ise dünyadaki birçok ülkede tespit edilen bayan erişkinlerde okuryazarlığı göstermektedir. Gelir göz önünde bulundurulduğunda, genel okuryazarlık bakımından Türkiye yaklaşık ortalama düzeyde olup bayan erişkin okuryazarlığında ortalama seviyenin altında kalmaktadır. Yine, bu şekillerin ikincisi, bebek ölümlerinin Türkiye'de neden beklenenin üzerinde olduğunu açıklamaya yardımcı olabilir. Buna karşın, Şekil 3.A1.7 kızamığa karşı bağışıklama oranı açısından, gelir ve sağlık harcaması bakımından benzer ülkelere kıyasla Türkiye'nin daha iyi durumda olduğunu göstermektedir. Bu da 3. Bölüm'de sunulmuş olan kanıtı destekleyen bir bulgudur.

Şekil 3.A1.4. Sağlık Personeli Eşliğinde Gerçekleştirilen Doğumların Oranını Kişi Başı GSYİH ve Kişi Başı Sağlık Harcamaları ile İlişkilendiren Regresyon Eğrilerinden Sapmalar, 2005



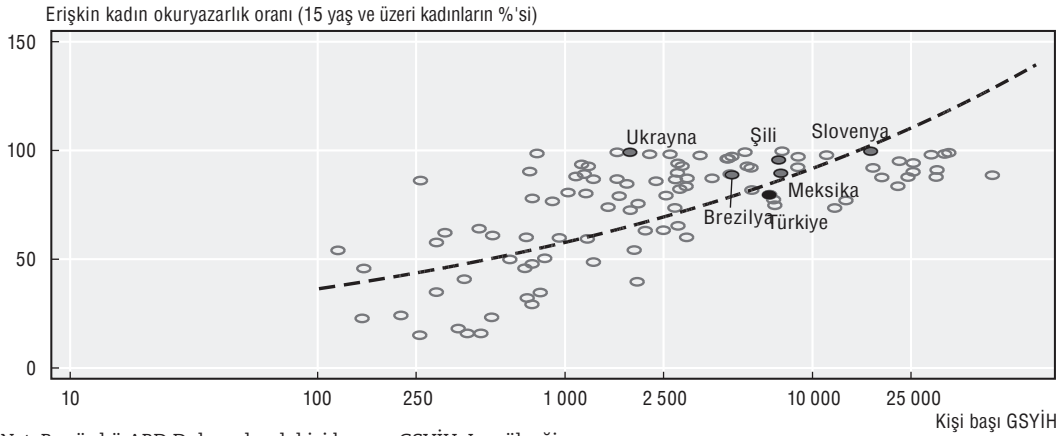
Şekil 3.A1.5. Erişkin Okuryazarlığı ve Kişi Başı GSYİH, 2005



Not: Bugünkü ABD Doları olarak kişi başına GSYİH; Log ölçeği.

Kaynak: Dünya Kalkınma Göstergeleri ve DSÖ (2007).

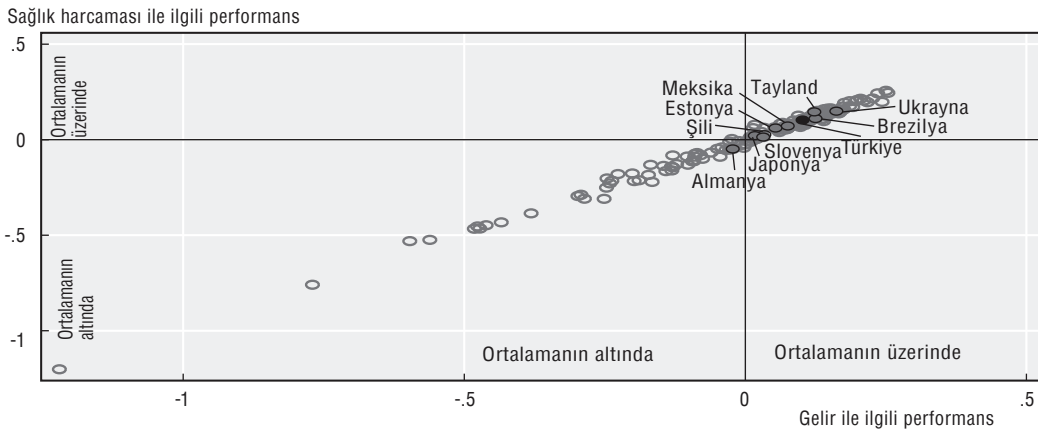
Şekil 3.A1.6. Erişkin Kadın Okuryazarlığı ve Kişi Başı GSYİH, 2005



Not: Bugünkü ABD Doları olarak kişi başına GSYİH; Log ölçeği.

Kaynak: Dünya Kalkınma Göstergeleri ve DSÖ (2007).

Şekil 3.A1.7. Kızamık Bağışıklama Oranını Kişi Başı GSYİH ve Kişi Başı Sağlık Harcamaları ile İlişkilendiren Regresyon Eğrilerinden Sapmalar, 2006

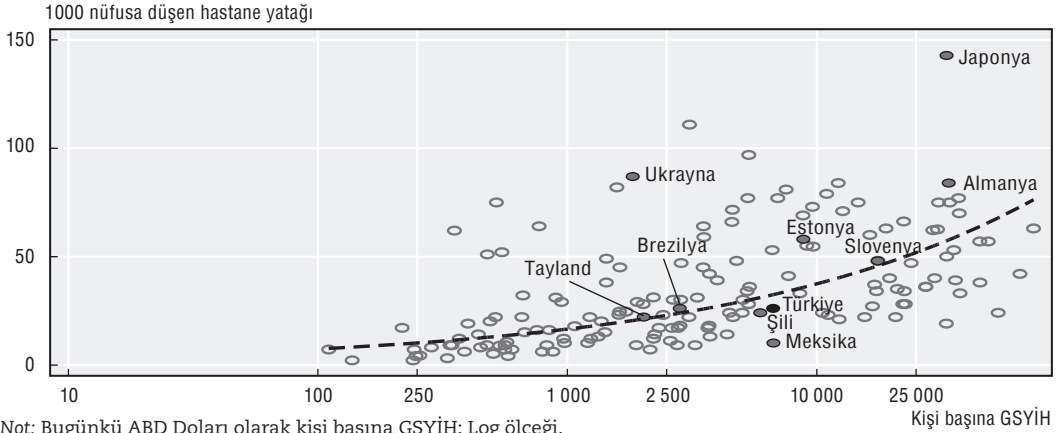


Kaynak: Dünya Kalkınma Göstergeleri ve DSÖ, erişim Ağustos 2008. Sağlık harcamaları verileri Ağustos 2008 itibariyle yaklaşıktır.

Sağlık Hizmetleri Kaynakları

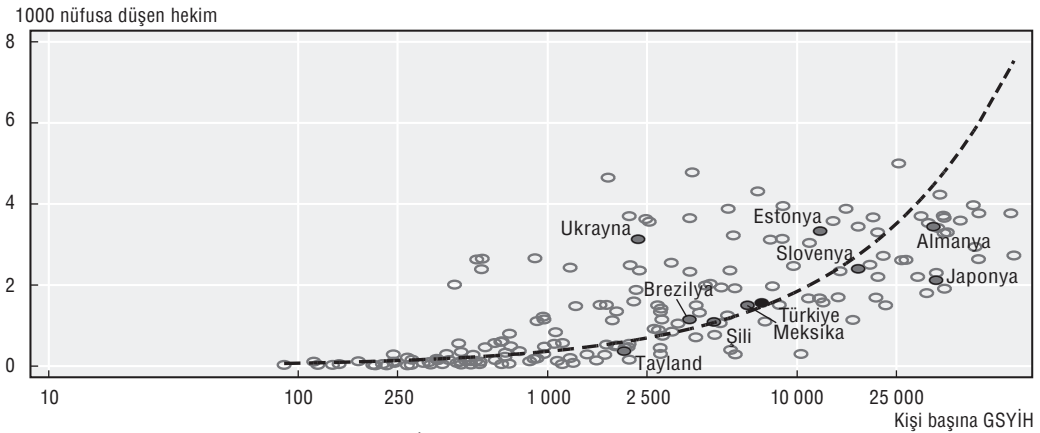
Bu bölüm, Türkiye'nin bazı sağlık hizmetleri kaynak düzeylerini – özellikle de, hasta- ne yatakları ve sağlıkta insan kaynakları (SAİK) – gelir bakımından benzer ülkelerle kıyas- lamaktadır. Şekil 3.A1.8'den Şekil 3.A1.10'a kadar olan şekiller sırasıyla nüfus başına hasta- ne yatağı, nüfus başına hekim ve nüfus başına toplam sağlık çalışanı oranlarını, dünyada- ki birçok ülke için kişi başına düşen GSYİH'ye göre ortaya koymaktadır. 1000 kişiye düşen hastane yatağı ile ilgili olarak, gelir bakımından benzer diğer ülkelere kıyasla Türkiye'nin kişi başına düşen yatak sayısı daha azdır (Şekil 3.A1.8). Ne var ki bu regresyon çizgisi, eski- den – belki de hâlâ – çok büyük yatak sayısına sahip eski Sovyetler Birliği ülkelerince yuka- rı doğru çekilmektedir. SAİK bakımından ise Türkiye'nin kişi başına düşen hekim sayısı gel- ir bakımından benzer diğer ülkelerde bulunan kişi başına düşen hekim sayısına göre yak- laşık ortalama düzeydedir (Şekil 3.A1.9), fakat 3. Bölüm'de belirttiği gibi, OECD ortalama- sının oldukça altındadır. Toplam SAİK açısından, Türkiye'nin benzer gelirli ülkelere ait orta- lamanın oldukça altında kaldığı görülmektedir (Şekil 3.A1.10).

Şekil 3.A1.8. 1000 Nüfusa Düşen Hastane Yatağı ve Kişi Başı GSYİH, 2000-2006

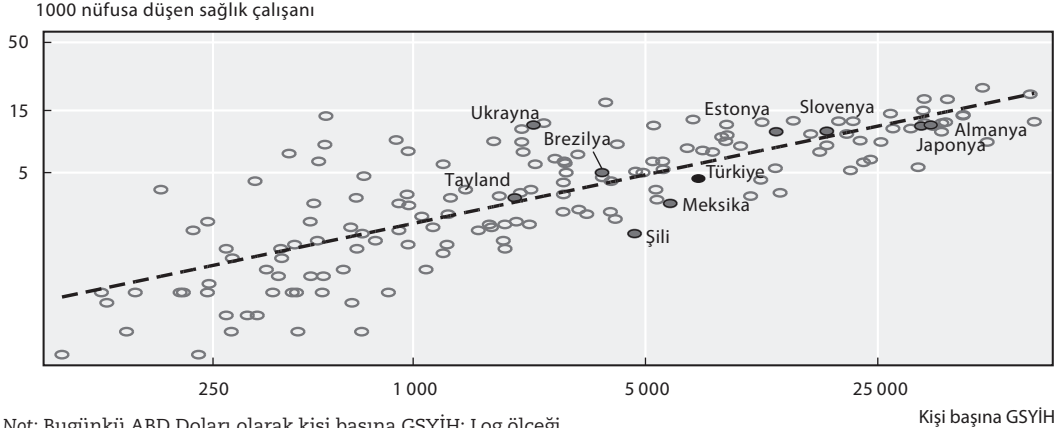


Not: Bugünkü ABD Doları olarak kişi başına GSYİH; Log ölçeği.
Elde edilebilen en son yıldaki kişi başına yatak ve GSYİH verileri
Kaynak: Dünya Gelişim Göstergeleri ve DSÖ (2007).

Şekil 3.A1.9. 1000 Nüfusa Düşen Hekim ve Kişi Başı GSYİH, 2000-2006



Not: Bugünkü ABD Doları olarak kişi başına GSYİH; Log ölçeği.
Elde edilebilen en son yıldaki kişi başına yatak ve GSYİH verileri
Kaynak: Dünya Gelişim Göstergeleri ve DSÖ (2007).

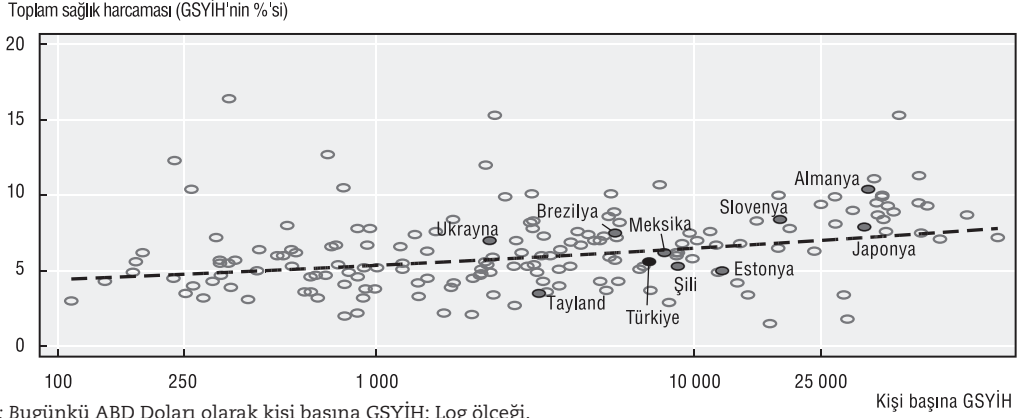
Şekil 3.A1.10. 1000 Nüfusa Düşen Sağlık Çalışanı ve Kişi Başı GSYİH¹, 2000-2006

Toplam Sağlık ve Kamu Sağlık Harcamaları Düzeyi

Bu bölüm Türkiye ve dünyadaki diğer ülkeler arasındaki toplam sağlık ve kamu sağlık harcamaları düzeylerini karşılaştırmaktadır.

Şekil 3.A1.11 ve Şekil 3.A1.12, toplam sağlık harcamalarının sırasıyla GSYİH içindeki payı ve kişi başına düşen toplam sağlık harcamaları bakımından Türkiye'nin yaşam standardında olan bir ülkeden beklenen düzeylere oldukça yakın olduğunu göstermektedir. Söz konusu şekiller, toplam sağlık harcamasının GSYİH'ye oranının ve kişi başına düşen toplam sağlık harcamasının küresel ortalamasının biraz altında olduğunu ifade etmektedir. Ancak Şekil 3.A1.13, Türkiye'nin toplam sağlık harcamalarındaki kamu payının oldukça yüksek olduğunu ve bu payın ilgili regresyon çizgisinden beklenen düzeyin üzerinde olduğunu ortaya koymaktadır.³ Sonuç olarak, sağlık alanındaki kamu harcamalarının, ister GSYİH'nin bir payı olarak (Şekil 3.A1.14) ve kişi başına (Şekil 3.A1.15) ister genel devlet harcamalarının bir payı olarak (Şekil 3.A1.16) ölçülmüş olsun, beklenen seviyede ya da bu seviyenin üzerinde olması şartıdır. Bu ölçüm de kamu harcamalarının bu üç ölçütünü kişi başı GSYİH ile ilişkilendiren regresyon çizgileri ile değerlendirilmiştir. Bu durum, sağlık alanında yapılan kamu harcamalarının diğer bazı orta gelirli ülkelere göre Türkiye'de daha yüksek bir önceliğe sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca bu durum, 3. Bölüm'de bildirilen, Türkiye'deki cepten yapılan sağlık harcamalarının oldukça düşük olduğuna dair elde edilen bulguları da desteklemektedir. Diğer harcama önceliklerinin ve gelecekte sağlık sektörüne özel olası maliyet baskılarının ışığı altında, Türkiye'nin sağlığa yapılan bu kamu harcaması seviyelerini sürdürmek için mali imkâna sahip olup olmayacağı 4. Bölümde ele alınacaktır.

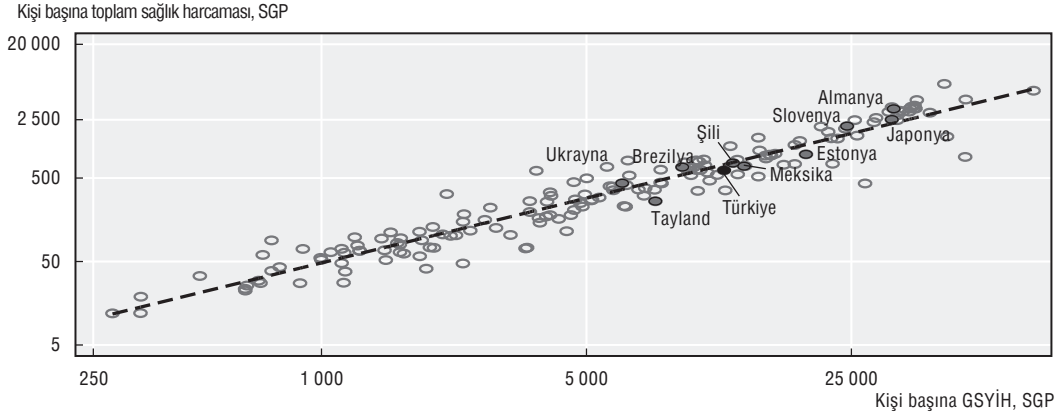
Şekil 3.A1.11. Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'deki Payı ve Kişi Başı GSYİH, 2006



Not: Bugünkü ABD Doları olarak kişi başına GSYİH; Log ölçeği.

Kaynak: Dünya Kalkınma Göstergeleri ve DSÖ, Ağustos 2008'de erişilmiştir. Sağlık harcamaları verileri Ağustos itibarıyla yaklaşıktır.

Şekil 3.A1.12. Kişi Başı (ABD doları SGP) Toplam Sağlık Harcamaları ve Kişi Başı GSYİH, 2006

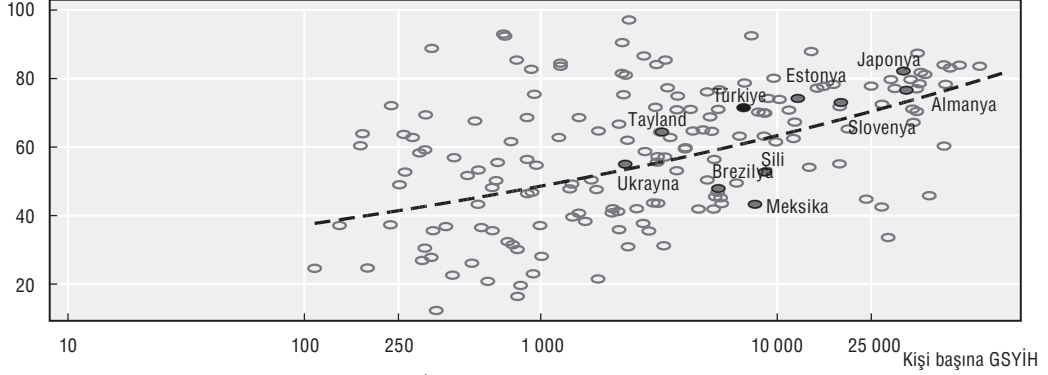


Not: Bugünkü ABD Doları olarak kişi başına GSYİH; Log ölçeği.

Kaynak: Dünya Kalkınma Göstergeleri ve DSÖ, Ağustos 2008'de erişilmiştir. Sağlık harcamaları verileri Ağustos 2008 itibarıyla yaklaşıktır.

Şekil 3.A1.13. Kamu Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarındaki Payı ve Kişi Başı GSYİH, 2006

Kamu sağlık harcaması (toplam sağlık harcamasının %'si)

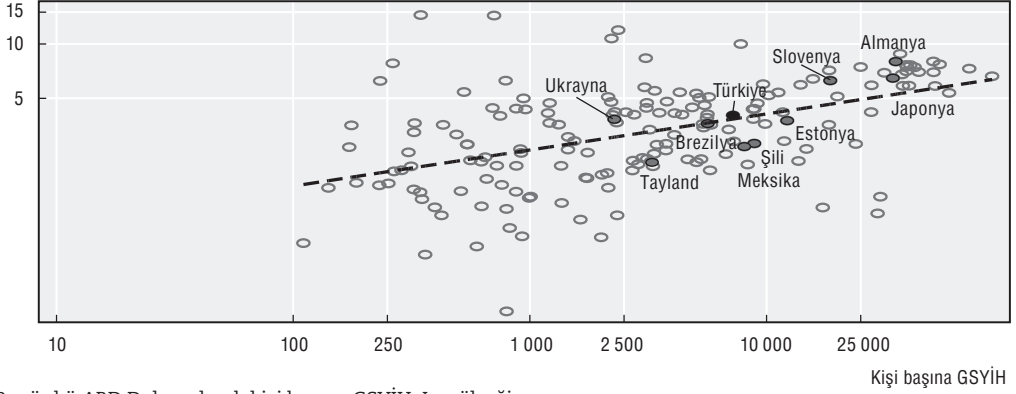


Not: Bugünkü ABD Doları olarak kişi başına GSYİH; Log ölçeği.

Kaynak: Dünya Kalkınma Göstergeleri ve DSÖ, Ağustos 2008'de erişilmiştir. Sağlık harcamaları verileri Ağustos 2008 itibarıyla yaklaşıktır.

Şekil 3.A1.14. Kamu Sağlık Harcamalarının GSYİH'deki Payı ve Kişi Başı GSYİH, 2006

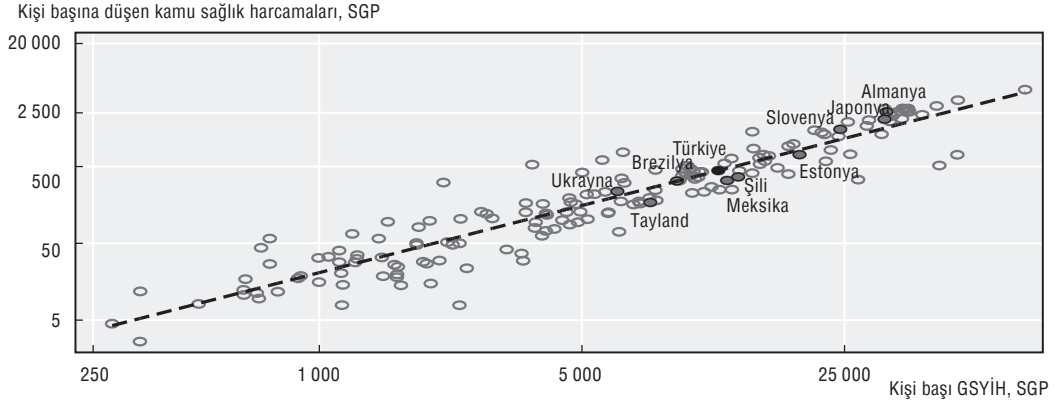
Kamu sağlık harcaması (GSYİH'nin %'si)



Not: Bugünkü ABD Doları olarak kişi başına GSYİH; Log ölçeği.

Kaynak: Dünya Kalkınma Göstergeleri ve DSÖ, Ağustos 2008'de erişilmiştir. Sağlık harcamaları verileri Ağustos 2008 itibarıyla yaklaşıktır.

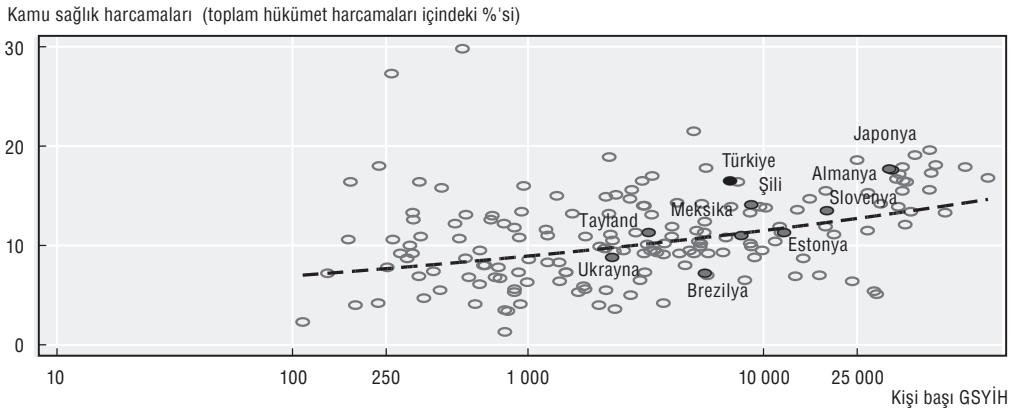
Şekil 3.A1.15. Kişi Başı Kamu Sağlık Harcamaları ve Kişi Başı GSYİH, 2006



Not: Bugünkü ABD Doları olarak kişi başına GSYİH; Log ölçeği.

Kaynak: Dünya Gelişim Göstergeleri ve DSÖ, Ağustos 2008'de erişilmiştir. Sağlık harcamaları verileri Ağustos 2008 itibarıyla yaklaşıkştir.

Şekil 3.A1.16. Kamu Sağlık Harcamalarının Genel Devlet Harcamalarındaki Payı ve Kişi Başı GSYİH, 2006



Not: Bugünkü ABD Doları olarak kişi başına GSYİH; Log ölçeği.

Kaynak: Dünya Kalkınma Göstergeleri ve DSÖ, Ağustos 2008'de erişilmiştir. Sağlık harcamaları verileri Ağustos 2008 itibarıyla yaklaşıkştir.

Notlar

1. Bazı değişkenler için, 2005 ya da daha önceki yıllara ait veriler (örn., anne ölümleri ve sağlık altyapısı), eldeki en son tarihli verilerdir. Bu analizlerin yapılması için, eldeki en son yıla ait verileri kullandık. Verisi bulunan yıllar için – değişken ve ülkeye göre – Dünya Bankası'nın 2007 Dünya Kalkınma Göstergeleri veri tabanına bakınız.
2. Kullanılan anne ölüm rakamları, yakın zamanda yayımlanan ortak bir DSÖ, UNICEF, UNFPA ve Dünya Bankası değerlendirmesinden elde edilen, en karşılaştırılabilir verilerdir: 2005'te Anne Ölümleri (DSÖ, 2008). Bu kuruluşlar tarafından Türkiye için kullanılan en karşılaştırılabilir uluslararası rakam 44'tür. Söz konusu rakam, alt sınırı 29 ve üst sınırı 58 olan bir dağılımın orta noktasını yansıtmaktadır. Türkiye için alt sınır kullanılsaydı, o zaman Türkiye'nin hem gelir hem de sağlık harcaması hususundaki performansı benzer ülkelerden daha iyi bir durumda olurdu.
3. Ancak, Türkiye'de sağlık harcamalarındaki kamu payı tahminleri, bu rapor tamamlandığı zaman farklıydı. Ana metinde 85. sayfadaki Not 3'e bk.

Bölüm 4

Daha İleri Reform İçin Politika Zorlukları ve Tercihleri

4.1. Giriş

Bu bölüm, “başarılı” sağlık reformları konusundaki küresel kanıt temeli bağlamında Türkiye’nin reform çabalarını ele almaktadır. Gelecekte Türk sağlık sisteminin karşı karşıya kalacağı birtakım kavramsal konuları göz önünde bulundurmaktadır. SDP ve uygulanan bu programın önümüzdeki beş yıl içinde tamamlanması için gereken aşamalarla ilgili bir değerlendirme yapmaktadır. Uzun vadede sağlık sisteminin karşılaşılabileceği birtakım fırsatlar ve zorlukları dikkate almakta; ekonomik büyüme, demografik/epidemiolojik değişiklikler, hizmet kullanımı ve sunumundaki artışlara yönelik muhtemel gelecek senaryolarına dayalı olarak maliyetlerle ilgili bazı öngörü seçenekleri sunmaktadır. Türkiye’de geleceğe dönük sağlık politikası seçenekleri açısından birtakım kilit alanları tanımlamaktadır. Son olarak ise Kutu 4.2’de bu zorlukların aşılmasına yönelik kilit öneriler ele alınmaktadır.

4.2. Başarılı Sağlık Hizmeti Reformları Konusunda Kanıt Temeli

Türkiye’nin bugüne dek giriştiği reform çabaları değerlendirilirken, Türkiye’nin geçtiği süreçleri ve uyguladığı politikaları geniş çaplı sağlık finansmanı reformlarında “iyi uygulamalar” konulu kanıt temeli ile karşılaştırmak, öğretici olacaktır. Kanıt temeli, tamamlanmaktan çok uzak olmakla beraber,¹ son dönemlere ait birtakım OECD ve Dünya Bankası çalışmaları, sağlık reformlarının başarıya ulaşması için etkinleştirici ortak unsurları değerlendirmeye çalışmaktadır. Bu tür bir karşılaştırma, “devasa” sağlık sektörü reformlarına fiilen girişen ve genel sağlık sigortasını uygulayabilen çok az sayıda düşük ve orta gelire sahip ülke olduğundan ilgi çekicidir.² 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. Bu etkenler, Banka’nın önceki çalışmalarından birinde yüksek gelirli ülkelere ait “etkinleştirici kilit faktörler” şeklinde tanımladıklarıyla tümüyle tutarlıdır.³

İyi uygulama reformları için etkinleştirici şartlar, üç büyük kategoriye ayrılmıştır: Kurumsal ve toplumsal faktörler, politika faktörleri ve uygulama faktörleri. Tablo 4.1’de bu 15 “etkinleştirici” faktör gösterilmektedir.

Tablo 4.1. Sağlık Reformlarına Yönelik Etkinleştirici Şartlar

Kurumsal ve toplumsal faktörler	Uygulama faktörleri
<ul style="list-style-type: none"> • Güçlü ve sürdürülebilir ekonomik büyüme • Uzun vadeli politik istikrar ve sürdürülebilir siyasi taahhüt • Güçlü kurumsal çevre ve politika ortamı • Nüfusun eğitim düzeyinin yüksek olması 	<ul style="list-style-type: none"> • Kapsam değişiklikleri ile birlikte dikkatle basamaklandırılmış sağlık hizmet sunumu ve hizmet sunuculara yapılan ödemelerde reformlar • Güçlü bilgi sistemleri ve kanıta dayalı karar alma • Güçlü paydaş desteği • Verimlilik kazanımları ve katkı paylarının finansman mekanizması olarak kullanılması • Esneklik ve süreç içindeki düzeltmeler
<p>Politika faktörleri</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hakkaniyet ve dayanışma taahhüdü • Sağlık kapsamı ve finansman zorunlulukları • Özel finansman dâhil olmak üzere sağlığa ayrılmış mali kaynaklar • Risk havuzlarının birleştirilmesi • Ademi merkezîyetçiliğe (desantralizasyona) yönelik sınırlar • Birinci basamağa odaklanma 	

Kaynak: Gottret ve ark. (2008).

Bu yaygın etkinleştirici şartların birçoğu, Türkiye’de mevcuttur ve aslında reforma yönelik itici gücün büyük çoğunluğunu oluşturmaktadır. Ne var ki “devasa” genel sağlık sigortası reformlarının uzun vadeli yapısı dikkate alındığında, mali konular ve hizmet sunumunun basamaklandırılması reformları (örneğin genel olarak hekim ve aile hekimi sayısının artırılması), hizmet sunuculara yapılan ödemelerdeki reformlar, verimlilik kazanımları, katkı payı alınması ve güçlü ve sürdürülebilir ekonomik büyüme gereksinimi gibi hizmet sunumuyla ilgili değişikliklerin bazılarının hâlâ birbiriyle oldukça ilgili olduğu görülmektedir. Aşağıda belirtildiği üzere SDP ve “sosyal güvenlik” gündeminde bu etkinleştirici koşullara doğrudan dayanan ve henüz sonuca ulaşmayan bir dizi madde bulunmaktadır.

4.3. Bağlamsal Konular

Demografik ve Epidemiyolojik İhtimaller

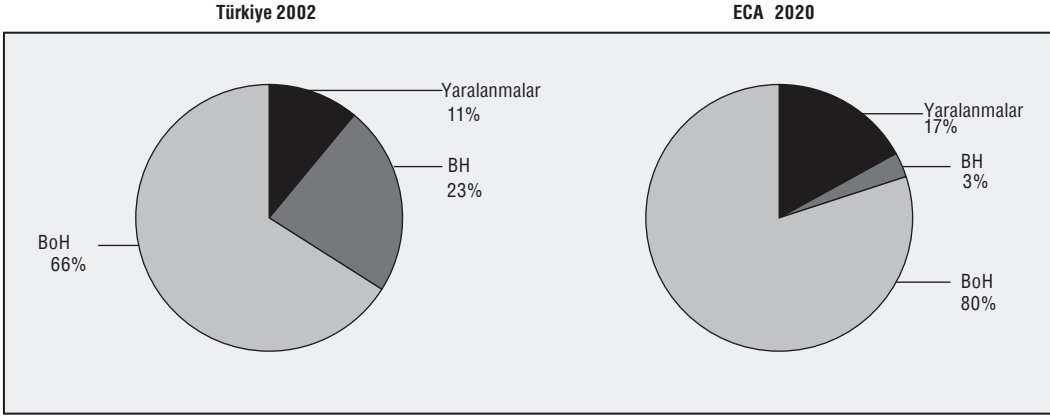
Türkiye, nüfusun sağlık ihtiyaçları ve bu ihtiyaçları finanse edecek ekonomisinin yetkinliği üzerinde önemli etkileri olacak demografik, epidemiyolojik ve beslenme geçişleri ile karşı karşıyadır. Bu ihtiyaçlara destek vermesi gereken çalışan nüfusun kapasitesi açısından, Türkiye son 25 yıldır diğer OECD ülkelerine göre daha olumlu bir demografik tablo çizmektedir. Orta vadeli BM nüfus tahminlerine göre, çalışma yaşındaki nüfusun (15-65) oranı 2005’te gözlemlenen %66 düzeyinden 2030’da %69’a yükselecektir. Bu durum – çocuklar ve yaşlılarla karşılaştırıldığında – sağlık hizmetlerinden ortalama olarak daha az yararlanan ama sağlık sigortasına daha büyük katkıda bulunan insan sayısının artacağına işaret etmektedir. Ne var ki asıl sorun, böylesine bir “nüfus artış hızının” nüfus yapısı açısından “avantaj” mı yoksa “dezavantaj” mı olacağı, ülkenin; nüfusun büyüyen bu bölümünü üretken olabilecek şekilde istihdam edip vergilendirme becerisine bağlıdır.

Ne var ki Türkiye’deki “üretken” yaş aralığındaki nüfusun oranı artarken ve yaşlı nüfusun oranı 2005’te diğer OECD ülkelerinin çoğunda görülen % 14’lük nüfus seviyesinin altında seyrederken, 65 yaş üzeri nüfusun oranı, ikiye katlanarak yaklaşık %5’ten %11’e ulaşmış sağlık sistemi üzerinde artan bir maliyet baskısı oluşturacaktır. Bu raporun kapsamı dışında olan ama aynı ve kapsamlı bir raporda ele alınması gereken uzun süreli sağlık hizmetleri için de bazı sonuçları söz konusu olacaktır. Sağlık hizmetleri talebi açısından önemli bir belirleyici olan kaba ölüm hızı, aynı dönemde Türkiye’de 1000 kişide yaklaşık 6’dan 7’ye yükselerek oldukça hafif bir artış gösterecektir. Sağlık hizmetlerine yönelik talebin bir başka belirleyicisi olan doğurganlık hızının ise daha genç ve bağımlı yaş aralığındaki nüfus sayısında azalmaya yol açarak düşmeye devam etmesi beklenmektedir.

Bu değişen nüfus yapısının, sağlık sistemi ve bireylerin karşı karşıya kalacağı hastalık yükü üzerinde önemli etkileri olacaktır. Sonuç olarak, burada gösterildiği gibi bu nüfus yapısının Türkiye’de yarattığı hastalık yükü, 2000 yılındaki (Sağlık Bakanlığı, 2004) düzeyinden önemli oranda bir sapma gösterecek ve DSÖ’nün tahmin ettiği 2020’ye ait, Avrupa ve Orta Asya’daki değerlere yaklaşacaktır (Şekil 4.1).

Böylelikle Türkiye’nin sağlık sistemi ve sağlık finansmanı; sağlığın teşviki ve korunmasına yönelik etkin politikalar gerektiren, bulaşıcı olmayan hastalıkların tedavisine yönelik ihtiyaca dayalı olacaktır. Benzer biçimde Türkiye’nin hastalık profili, daha yüksek gelire sahip diğer ülkelere yaklaştıkça sağlık sisteminin fiziki altyapısı ve insan kaynaklarının da bunlara uyum sağlaması gerekecektir. Temel halk sağlığı politikasının da beslenme gibi sektörler arası zorlu konulara eğilmesi gerekecektir. Çünkü aşırı beslenmeden kaynaklanan hastalık yükü ve bunun olumsuz etkileri, kaydedilen önemli ilerlemelere rağmen Türkiye’nin bazı bölgelerinde bir sorun olmaya devam eden yetersiz beslenmenin etkilerinden fazla olmaya başlamıştır (Akdağ, 2008). Açıkça görülmektedir ki tıbbî açıdan ve kullanıcı

Şekil 4.1. 2002 Yılı Türkiye'deki Hastalık Yükü ve 2020 Yılı Dünya Bankası Avrupa ve Orta Asya Bölgelerindeki Hastalık Yükü, 2020



Not: BH = Bulaşıcı hastalıklar; ECA = Avrupa ve Orta Asya; BoH = Bulaşıcı olmayan hastalıklar.
Kaynak: DSÖ ve Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık Kurumu (2004).

eğitimi açısından bu alanda da dikkatli koordinasyon gerekmektedir. Türkiye'deki yüksek trafik kazası oranının ve yaralanmaların diğer ekonomik, sosyal sebeplerinin de dikkate alınması gerekecektir. Çünkü bu alan, geleceğe ilişkin hastalık yükünün artan ve pahalı bir bölümünü oluşturmaktadır. Hastalık yükünün her iki açıdan da ele alınması ve bulaşıcı olmayan hastalıklara geçiş ve yaralanma sebebiyle ortaya çıkan hastalık yükü; halk sağlığı, hizmet sunum sistemi ve sağlık finansmanı açılarından aşılması gereken önemli bir zorluktur.⁴

Makroekonomik İhtimaller

Önem arz etmekle birlikte demografik değişiklikler, Türkiye'de sağlık hizmetlerine yönelik talebin diğer belirleyici unsurları kadar önem kazanacak gibi görünmemektedir. Tüm OECD ülkelerinde 1981 ve 2002 yılları arasında (OECD, 2006b) sağlık alanında artan reel kamu harcamaları konulu yeni bir OECD analizi, sağlık için yapılan kamu harcamalarında ortalama yıllık artışın %3,6 olduğunu göstermiştir. Gelir esnekliğinin 1 olduğu varsayılırsa bu yıllık artışın yaklaşık olarak üçte ikisi, kişi başına düşen GSYİH'nin artışına bağlanabilir. Artışın çeyreğinden fazlası ise değişen tıbbi teknoloji ve "görelî fiyat etkisi" denen etkinin bileşimine (yani sağlık sektöründeki üretkenlik, bütün olarak ekonomide görülen üretkenlikten daha yavaş artma eğiliminde olduğu için sağlık hizmetlerine ilişkin fiyatların zaman içinde genel enflasyona göre daha hızlı artma eğilimi göstermesine) bağlı olabilir. Yıllık artışın %10'undan daha azı ise demografik değişikliklere dayalı olabilir. Türkiye'de ekonomik büyümeye ilişkin iyimser öngörülerin yanı sıra sağlık hizmetlerinde teknolojik değişime açıklık göz önüne alındığında, büyük olasılıkla, Türkiye'nin önümüzdeki yıllarda diğer OECD ülkelerine benzer bir talep baskısıyla karşı karşıya kalacağı görülmektedir. Son on yıl içinde yalnızca bir OECD ülkesi (Çek Cumhuriyeti) sağlık harcamalarındaki büyümeyi GSYİH büyümesinin altında tutabilmiştir. Esasen, 1990-2006'da sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranla nominal esnekliği, Türkiye için sadece %1,07 iken, tüm OECD ülkelerinin ortalaması %1,29 idi. Diğer bir deyişle, bu süre boyunca sağlık harcamaları Türkiye'de yıllık olarak, GSYİH'den, %7 oranında daha hızlı artmıştır; ancak bu hız, diğer tüm OECD ülkeleri için %29 olmuştur. Yakın geçmişte, harcamalardaki artışları GSYİH artışı ile paralel oranda tutmaya ilişkin Türkiye'nin göstermiş olduğu başarı (çünkü Türkiye genel sağlık sigortasına geçişi tamamlamakta ve hizmet sunum kapasitesini de önemli ölçüde artırmaya devam etmektedir), daha gelişmiş OECD sağlık sistemlerine özgü bu artan maliyet baskıları ile yüzleşmek durumunda kalacak gibi görünmektedir.

Türkiye için çizilen geleceğe ilişkin makroekonomik görünüm, olumlu olmakla beraber ekonomiyi raydan çıkarabilecek olası riskler olduğu da açıktır (IMF, 2008). OECD'nin geleceğe ilişkin ortalama tahminlerine göre 2010'a kadar yıllık yaklaşık %5'lik bir ekonomik büyüme oranı gerçekleşecektir. Bu da Dünya Bankası'nın ilk tahminlerinin önümüzdeki 25 yıl içinde sürdürülebilir olacağını ortaya koymaktadır. Türk Hükümeti ise 2035'e kadar daha yüksek düzeyde bir ekonomik büyüme oranı tahmininde bulunarak büyümenin %6'dan fazla olacağını öne sürmüştür. Bu farklı büyüme senaryoları, aşağıda yer alan GSS kapsamının maliyeti ve sürdürülebilirliğini değerlendirme çalışmaları için aktüeryal analizlerde kullanılmaktadır.

Konuyla ilgili ve önemli bir soru da sağlık konusuna tahsis edilebilecek ek bir devlet bütçesi için "mali imkân" temin edilip edilemeyeceğidir. Bu, yalnızca gelecekteki ekonomik büyüme oranına değil; aynı zamanda borçlanma, hibeler, hükümler hakkı politikaları ve sektörler arası kamu harcamalarının etkinliğine de bağlı olacaktır. (Heler, 2005) Mevcut şartlarda Bölüm 3'te ve Ek 3.A1'de gösterildiği üzere, Türkiye, devlet bütçesinin önemli bir bölümünü sağlık için ayırmaktadır. Bu da aslında Türkiye'yle karşılaştırıldığında daha düşük ve orta gelire sahip ülkelere göre oldukça yüksek bir paydır. Sağlık ve diğer kamu programlarındaki verimlilik kazanımları ve gelecekteki büyüme, bütçenin; Türk ekonomisinin geleceğe ilişkin mali sürdürülebilirliğini tehlikeye atmadan; GSS'nin artan maliyetleri, teknolojiye büyüme, göreceli fiyat değişiklikleri, demografik, epidemiyolojik ve beslenme geçişleri ve diğer hükümet önceliklerini içine alacak şekilde genişlemesine imkân verebilecek midir? Hükümet nispeten düşük olan gelir sağlama çabalarını iyileştirebilir mi?⁵ Türkiye diğer önemli sektörlerden gelen rekabet halindeki talepleri, artan sağlık harcaması baskılarıyla nasıl dengeleyecektir?⁶ Genel gelirlerden elde edilen GSS finansmanına primsiz ödemelerin payı, başta önerilen tahmini pay olan GSS maliyetlerinin %25'i düzeyinde mi kalacak; yoksa aşağıda ele alınan politika senaryolarının öngördüğü gibi, genel hükümet bütçesi üzerine sürekli artan bir yük mü bindirecektir? Aşağıda yer alan aktüeryal analiz, etkin harcama kısıtlama politikaları temeline sıkıca bağlı olan bir GSS uygulama programı geliştirme ihtiyacına ilişkin erken uyarılarda bulunmaktadır.

4.4. SDP'nin Bugüne Kadarki Değerlendirmesi

Aşağıda yer alan SDP'ye ilişkin değerlendirmeler, sağlık politikasının, 3. Bölümün başında belirtilen üç temel hedefine dayandırılmıştır: i) Sağlık sonuçlarının ve kullanıcılara cevap verebilirliğin en üst düzeye getirilmesi ii) Bu sonuçların elde edilmesine bağlı olarak maliyetlerin en aza indirilmesi iii) Beklenmeyen katastrofik sağlık harcamalarına karşı mali koruma sağlanması ve sağlık hizmetlerine erişim açısından hakkaniyetin gözetilmesi. Bunlar ayrıca bir önceki bölümde yer alan analize dayanmaktadır.

Birçok açıdan SDP'nin içeriği, Türkiye'de 2003 öncesinde var olan sistemin zayıf yönlerini gidermeyi hedeflerken bu sistemin güçlü yönlerine dayanan bir sağlık sistemine yönelik bir dizi reforma ait bir "ders kitabı" gibi görünmektedir. Eski sistem – birçok diğer orta gelirli ülkelerde ve bazı OECD ülkelerinde olduğu gibi – sağlık sigortasında aşırı bölünmeler ve ek-sik bir sigorta kapsamı ortaya koymuş; hastanede yapılan, yüksek maliyetli tedavi hizmetlerine odaklanmıştır. Ayrıca, yeni teknolojilerin getirilmesini sınırlamış; büyük kayıt dışı ve cepten harcamalara yol açacak şekilde hekimlerin çift yönlü (kamuda ve özelde) çalışmalarını teşvik etmiş ve etkililik amaçlı teşvikleri sınırlamıştır. Söz konusu sistem, yoksul kesimin ve kırsal kesimde yaşayanların sağlık hizmetlerine erişiminde ciddi ölçüde hakkaniyetsizlikler yaratmış ve niteliksiz sağlık hizmeti sunmuştur. SDP/GSS reformları, sistemin temel zayıf noktalarını bertaraf etmek üzere kapsamlı bir projeyi temsil etmektedir.

Ayrıca SDP/GSS reformları, eski sistemin güçlü yönlerine dayandırılarak tasarlanmıştır. Bu güçlü yönler arasında şunlar sayılabilir: Son on yılda yoksul kesimi hedefleyen Yeşil Kart uygulamasına geçiş, Türkiye'nin birçok bölgesinde devletin sunduğu makul düzeyde kaliteye sahip uzmanlık hizmetleri, canlı bir özel sektör, nüfusun sağlık durumunda iyileşme, nüfusun tüm kesimlerinin – özellikle de yoksul kesim ve diğer az hizmet alan gruplara – kaliteli hizmete erişimini sağlamayı taahhüt eden bir hükümet ve SB.

SDP'yi yürütmek için atılan adımlar, sistemin işleyişinde önemli gelişmeler oluşturmuş gibi görünmektedir. Sağlık sigortası incelendiğinde, Yeşil Kart'ın kapsamının 2005'te ayakta tedavi hizmetleri ve ayakta tedavi gören hastalara reçete yazılmasını içine alacak şekilde genişletildiğini görüyoruz. Benzer şekilde SSK mensupları da 2004'te tüm hastaneler ve özel eczanelerden yararlanma hakkını elde etmiştir. Bu değişiklikler, 2003 ve 2007 yılları arasında Yeşil Kart sahiplerinin sayısında %7,5 SSK mensuplarının sayısında ise yaklaşık %33 oranında bir artışla ilişkilendirilmektedir. Bu değişiklikler, ayrıca hastanelere erişim ve ilaca yönelik kişi başına düşen harcama miktarında bu gruplar için hızlı artışlara da yol açmıştır. Bunlardan ikincisi bir dereceye kadar ilaç fiyatlarındaki indirimlerle dengelenmiştir. Önceki bölümde de belirtildiği gibi, kullanıcıların kendi ceplerinden yaptıkları ödemeler azalırken genel olarak sağlık harcamalarının düzeyi; özellikle de devletin bundaki payı, bu dönemde önemli bir artış göstermiştir. Olumlu bir gelişme olarak Türk Hükümeti bu artışları, Türkiye'nin bu dönemdeki güçlü ekonomik büyümesi sayesinde karşılayabilmiştir.

Aslında SGK ve SB, 2008 itibarıyla sağlık hizmetlerine önemli ölçüde ihtiyaç duyan birçok Türk vatandaşının hizmetlerden makul derecede yararlanabildiği düşüncesini taşımaktadır. Bunun sebebi ise birinci basamak sağlık hizmeti ve hastanede acil servis hizmetine yönelik hiçbir engel bulunmamasıdır. Ayrıca hak sahibi olmayanların sahtecilik yoluyla sağlık karnelerini kullanmalarına ek olarak Bağ-Kur mensubu ve Yeşil Kart sahibi olmak için geriye doğru seçim olması sebebiyle, "resmî" sigorta kaydı verilerinin, kapsam dışı nüfusun %10 ila 15 olduğunu öngörmesine karşın, önemli ihtiyaçları olan nüfusun büyük bir kesimi devletin karşıladığı sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadır.

Bu arada, Şubat 2005'ten itibaren eski SSK hastanelerini de kapsayacak şekilde SB kuruluşlarına performans yönetim sisteminin getirilmesinin yanında danışmanlık imkânlarında yaşanan gelişmelerin, kamu sektöründe uzmanların tam gün çalışması ve hastane faaliyetlerinde önemli artışa yol açtığı görülmektedir. SB'nin yayımladığı son veriler, SB kuruluşlarında tam gün çalışan hekimlerin sayısının 2003'te %11'den 2008'de %73'e yükseldiğini göstermektedir. SB hastanelerinde destek hizmetleri konusunda dışarıdan kaynak temini oldukça artmıştır. Çalışanların birçoğu, özellikle de hemşireler, kamu sektöründe çalışıp atanmaya tabi tutulmaktansa artık kısa dönemli sözleşmelerle çalıştırılmaktadır.

Yeni aile hekimliği sistemi, Ağustos 2008 tarihi itibarıyla 23 ilde uygulanmaktadır ve 2009 yılı sonu itibarıyla 59 ili kapsayacaktır. Nüfusun yaklaşık %20'si, birinci basamak sağlık hizmetlerini almak üzere aile hekimlerine kaydolmuştur. SB, bu oranı 2009'un ilk çeyreği itibarıyla %50'ye yükseltmeyi planlamaktadır. Pilot projelerle ilgili birtakım değerlendirmeler yapılmaktadır ve belirli sonuçlara ilişkin ilk sonuçlar da alınmaya başlanmıştır. Örneğin, hasta memnuniyeti, aile hekimliği sistemini uygulayan illerde artış göstermiştir. Yeni sisteme geçen illerde birinci basamak sağlık hizmeti kuruluşlarına yapılan başvuru sayısı %27 oranında artış gösterirken bu sistemi henüz benimsememiş illerde %23'lük bir artış görülmüştür. Buna, diğer illerde hastanelere yapılan başvuru sayısında görülen %16'lık bir artış karşılığında aile hekimliği sisteminin olduğu illerde ikinci basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşlara yapılan başvuruların sayısında %1 oranında bir düşüş eşlik etmiştir. Hastanelere yapılan başvurular, aile hekimliği sisteminin uygulanmaya başlanmasından önce % 58 oranındayken aile hekimliği sisteminin benimsenmesiyle bu oran %41'e gerilemiştir. Sevk sistemi cezalarının durdurulmasına karşın, aile hekimliği sistemini uygulayan illerde

2008’de birinci basamağa başvuran kişi sayısı %51, ikinci basamağa başvuran kişi sayısı ise %49 olmuştur. SB, uygulamaya konan katkı payı kuralları ile, birinci basamağa başvurma oranını %60’a çıkarmayı planlamaktadır. Bu ilk değerlendirmelere göre sistem; sağlık hizmetleri kullanımını, ikinci basamaktan birinci basamağa kaydırarak hasta memnuniyetini artırmıştır (Aile Hekimliği Daire Başkanlığı; Akdağ, 2008). Yeni sistemin sonuçlar üzerindeki etkileri, hâlihazırda yapılmakta olan geniş çaplı değerlendirmelerin sonucunu beklemektir. Bu değişiklikler hekimlerin Türkiye’deki coğrafi bölgelere dağılımında kaydedilen ilerlemelerle, işin hizmet sunumu yönünden de desteklenmiştir.

Arz söz konusu olduğunda, ayakta tedavi hizmetlerinin büyük oranda “yanlış” yerde – yani hastane polikliniklerinde – yaygınlaşması konusu tartışmaya açık olsa da, yukarıda bahsedilen değişikliklerin, kapasite ve üretkenlik açısından iyileşme oluşturduğu görülmektedir. Özellikle, performans yönetim sisteminin uygulamaya konmasının ve tam zamanlı çalışmaya yönelimin ardından, hekime yapılan başvuru sayısı keskin bir şekilde artmıştır. Bu bakımdan, kapsam konusundaki gelişmeler, birinci ve ikinci basamak sağlık hizmeti kapasitesinde yeniden dağılımın hakkaniyetli yapılması ve bu hizmetlere erişimin sağlanmasıyla eşleştirilmiştir. Türkiye’de bu reformlardan önce karşılanmayan ihtiyaçlar olduğu düşünüldüğünde bunların sağlayacağı sonuçlar, en azından önceden bu hizmetlere erişimi engellenmiş insanlar açısından daha iyi erişim ve hakkaniyet olacaktır. Kapasite ve üretkenlik alanlarında gelişmeler yaşanmasaydı, sağlık hizmetleri için artan talep, insan kaynakları ve tesis yetersizliği sebebiyle karşılanamazdı.

Başlangıç yıllarında SDP’ye ait harcamaların karşılanabilir olduğu görülmektedir. Sağlık harcamalarındaki artış, GSYİH büyümesiyle paralel gitmiştir. Erişim ve personel gelirlerindeki iyileştirmelerin maliyetleri, en azından, verimliliğin artması ve ilaç fiyatlarının düşmesi ile kısmen de olsa telafi edilmiş görünmektedir. Sağlık hizmetleri için ayrılan kamu harcamaları, 2003-2006 arasında yılda ortalama %7 civarında ve 1999-2004 arasında yıllık %10 artış göstermiştir. GSYİH içinde toplam sağlık harcamalarının payı, 1999 ve 2003 yılları arasında yaklaşık bir puan artmış olmakla beraber, 2003 ve 2006 arasında güçlü ekonomik büyüme sebebiyle neredeyse sabit kalmıştır.

4.5. SDP’nin Tamamlanması, 2009-2013

SDP’nin, 2008’de henüz tamamlanamamış olması şunlara bağlıdır: Reformlar konusunda yasal gecikmelere yol açan TBMM ve mahkemeler arasında uyumsuzluklar; özel hizmet sunucuların ekstra faturalandırma yapması ve bütçeye sınırlamalar koyulması gibi zorlu politika seçimleri; DRG’ler gibi teşvik ödeme sistemlerinin oluşturulması, büyük miktardaki yeni ödemelerin yapılabilmesi için SGK’nin kapasitesinin artırılması, yeni personelin eğitilmesi ve mevcut personelin yeniden eğitilmesi gibi konularda karşılaşılan kaçınılmaz gecikmeler.

Finansman açısından, sosyal güvenlik yasasının GSS ile ilgili bölümleri, TBMM’den ancak Nisan 2008’de geçebilmiştir. Yeşil Kart uygulaması, henüz SGK tarafından bütünüyle benimsenmemiştir; ancak bunun 2009 itibarıyla başarılabilmesi için planlar yapılmıştır. Yeşil Kart almaya hak kazanmak için tanımlanan gelir düzeyinin fazlasına sahip birçok Türk vatandaşları kayıt dışı sektörde çalışmakta ve birçoğunun sosyal güvenlik kaydı bulunmamakta ya da sağlık sigortası için prim ödemesi yapmamaktadır. Yeşil Kart almaya hakkı olanlar ve önceden sigortası olmayanlar için SGK’nin nasıl para ve mal varlığı soruşturması yapacağına ilişkin yeni prosedürler henüz belirlenmemiştir. Katkı payı ödemesi oranlarıyla ilgili kararlar, GSS Yasası’nın geçmesinin ardından ikincil mevzuatı beklemektedir. Ne var ki bir Aile Hekimi’nin sevki olmadan hastane polikliniklerine yapılan başvurular da dâhil olmak üzere, kendi kararları üzerine ve uygun düşmeyecek biçimde başvurularda bulunanların ödeyeceği katkı payı oranlarının daha yüksek olacağı öngörülmektedir. Başvuru sistemiyle

İlgili önemli konular askıda kalmıştır. Aile hekimliği sisteminin tamamlanmasını beklemektedir (yani SB'ye göre bunun anlamı 30.000 tane yeni aile hekiminin eğitilmiş ve çalışır durumda olmasıdır). Benzer şekilde, özel hastanelerin ekstra faturalandırmalarına ilişkin tavan oranlarla ilgili kararlar, ekstra faturalandırmayı %30 ile sınırlandıran yeni taslak kuralların uygulanmasını beklemektedir. Ayrıca, GSS Yasası, SGK'nin kamu sağlık hizmetleri kurumlarıyla (SB ve Üniversite) global bütçe uygulamasına gideceğini belirtmesine karşın SGK'nin özel sağlık hizmeti kuruluşlarıyla nasıl çalışacağı kesinlik kazanmamıştır. Bu, özel sağlık hizmetleri kuruluşlarına yapılan harcamalar, SGK harcamalarının en hızlı büyüyen bileşeni olduğundan ve büyük ihtimalle 2008 yılında SGK'de bir bütçe açığı oluşturacağından büyük önem taşımaktadır.

Hizmet sunumu açısından, yukarıda da söz edildiği üzere aile hekimliği hizmetleri Türkiye'deki 81 ilin 23 tanesine yayılmış durumdadır. Devlet hastanelerinde henüz önemli ölçüde bir özzerklik sağlanamamıştır ve satın alıcı hizmet sunucu ayrımı, henüz SB hastanelerinde tam işlerlik kazanmamıştır. Ayrıca Türkiye'nin bazı bölgelerinde doktor ve hemşireler arasında, genişleyen kapsamanın getirdiği artan talep ve hareketli özel sektör tarafından tetiklenen kapasite sıkıntıları da ortaya çıkmaya başlamıştır. Hükümet, tıp fakültelerine kabul edilecek öğrenci sayısının yılda 4500'den yaklaşık 6000'e çıkartılacağı duyurusunu yapmıştır. 2008'in ilk aylarında da yeni planlama yönetmelikleri yayımlayarak kamu sektörünün ve özel sektörün ortak kapasitesini akılcı hale getirmek üzere yeni özel hastaneler ile ayakta hasta klinikleri ve tedavi merkezleri için standartlar belirlemiştir.

SDP'de öngörülen yeni ödeme sistemi; yani DRG'ler uyarınca paranın hastaların peşinden gitmesinin sağlanması, henüz işlerlik kazanmamıştır. SB hastaneleri için SGK'den SB hastanelerine akan döner sermayeyi de içeren bütçeler ve aylık ödemelerle ilgili kararları halen SB vermektedir. SGK fonları, SB hastanelerine sunulan hizmetler karşılığında verilen faturalardan çok SB kararlarına göre aylık olarak tahsis edilmektedir. Ayrıca Bakanlık, kamu hastanelerindeki çalışanların maaşlarının bir bölümünü ve yeni aile hekimliği projelerini de içerecek şekilde birinci basamak ve kamuya ait sağlık hizmetleri için gerek duyulan fonları ödemektedir. Hastane hizmetlerinde DRG'lerin oluşturulması halen tasarım aşamasında olmakla beraber denemeye hazırdır ve bunun için 47 hastanede keşif amaçlı projeler yapılmıştır. Hastane performansı standartları, hastane faaliyetlerini artırmış olsa da PDEÖ Sistemindeki teşviklerin (bk. Yukarıdaki Kutu 2.1) önerilen DRG sistemi doğrultusunda uygulanması gerekmektedir. Hem hekimlerin hem de kurumsal üretkenliğin artırılması, tahsisatın ve teknik verimliliğin geliştirilmesi ve gereksiz hizmetlerin önünü keserek genel maliyetleri kontrol altına alıp makro verimliliğin sağlanması için, devlet hastanelerindeki bütçelerde bu eksik unsurların tamamlanması gerekmektedir.

Son olarak, SDP'de öngörülen yönetim değişiklikleri henüz tamamlanmamıştır. SGK, henüz alacaklarını yeterli oranda işleme koyma ya da yenilikçi teşvike dayalı ödeme sistemlerini tasarlayıp uygulamaya sokma kapasitesine erişememiştir. SB, sevk ve idare eden rolünü benimsemektense halen yoğun bir biçimde birinci ve ikinci basamak hizmetleri temin etme ve bunların bütçesini oluşturma konularıyla ilgilenmektedir.

Bu sebeple, halen son ayrıntıların belirlenmesi için bekleyen pek çok kilit politika kararı bulunmaktadır ve bunların bazıları uzun yıllar sürecektir (örneğin hekim sayısının artırılması). Bu da en sonunda Türk nüfusu için sağlık durumunun, mali korumanın ve kullanıcıya cevap verebilirliğin geliştirilmesi konusunda GSS'nin etkinliği, harcamalarının karşılanabilirliği ve sürdürülebilirliğini tespit edecektir. SDP'nin tamamlanmasına ilişkin kilit uygulama karar alanları, aşağıda tartışılmıştır.

Finansman, Temel Teminat Paketi (TTP) ve Satın Alma

SDP'de, uygulamaya konmayı veya yakın gelecekte ayrıntılarının biraz daha belirlenmesini bekleyen çok sayıda finansman meselesi ve politika vardır. Bunun kapsamında şunlar

bulunmaktadır: Kayıt dışı sektörün kayıt altına alınması ve prim ödemeyenler için yeni hedef mekanizmaları; Yeşil Kart hedefi; Hükümetin GSS'ye katkısının kapsamı, TTP'nin genişliği; kullanıcı ücretleri ve kayıt dışı ödemeler; özel hizmet sunucularının ekstra faturalandırma kapsamı; sağlık finansmanında özel sektörün rolü; DRG'ler ve ayakta tedavilere yönelik toplu ödemeler gibi teşvike dayalı ödeme sistemlerinin ve diğer muhtemel risk paylaşımı düzenlemelerinin geliştirilmesi, denenmesi ve uygulamaya konulması; Global harcama kısıtlamalarının rolü ve kapsamı; tıp eğitimi finansmanı ve ilaç politikaları. Bu konuların her birine sırasıyla değinilecektir.

Kayıt Dışı Sektör Çalışanları

Kayıt dışı sektör çalışanları, istihdamın %22'sini oluşturmakta ve işgücünün %25'i birtakım sebeplerle kazandığı gelir karşılığında vergi beyannamesi doldurmamaktadır (OECD, 2008a, Bölüm 2). Genç ve sağlıklı bazı kişiler katkıda bulunmak için pek bir sebep görmeyecektir. Bu da gönüllü ve zorunlu sigorta sistemlerinde karşılaşılan en büyük zordur. Bu grupta yer alan çalışanları tanımlamak ve bu kişilerin prim ödemelerini yapmalarını sağlamak, tüm ülkelerin karşılaştığı önemli bir sorundur. Tayland gibi bazı ülkeler, bu grupta yer alan kişileri, yoksullar için uyguladığı prosedüre tabi tutarak katkı payı almadan sigorta kapsamına almaktadır. Diğer ülkeler ise kamu kuruluşlarında tüm fiyat sübvansiyonlarını kaldırarak, güçlü negatif mali teşvikler sağlama yoluyla kendi istekleriyle kaydolup primlerini ödemelerini temin etmektedir. Türkiye'de yeni GSS uyarınca Türk vatandaşları, birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanmak için sağlık sigortası fonuna katkıda bulduklarını kanıtlayacak bir belgeye gereksinim duymayacaktır; ancak prim ödemeyen bu kişilerin, hastanelere acil olmayan bir hizmet almak için ödeme yapmaları gerekecektir. SGK'nin politikası; hastanelere başvurmak istediklerinde prim ödemeyen kişileri kayıt altına alıp bu kişilerin ödemelerini takip etmek ya da bir başka seçenek olarak bu kişilere Yeşil Kart dağıtmaktır. Ne var ki kayıt dışı sektör çalışanları devlet hastanelerinden uzak durdukça kayıt altına alınmadan faaliyetlerini sürdürebilmekteydi. Diğer ülkeler, bu sorunla başa çıkabilmek için idari bakımdan, talep ve arz açısından çeşitli düzenlemeler ortaya koymuştur. Talep açısından yapılan düzenlemeler arasında şunlar sayılabilir: Prim sübvansiyonları sağlamak, hizmetlerin maliyetini tümüyle yansıtan ücretler getirerek kamu kuruluşlarına uygulanan fiyat sübvansiyonlarını kaldırmak, özel sektör kuruluşlarına da istedikleri oranda ücret almalarına izin vermek. Arz yönlü sübvansiyonlar ve idari düzenlemeler arasında ise şunlar sayılabilir: Cazip bir teminat paketinin sunulması, bireylerin; birlikler, sendikalar ve diğer toplum örgütleri yoluyla kayıt altına alınması; iyi yönetim sağlayarak ve yolsuzluğu önleyerek Hükümetin uygulamalarına duyulan güvenin artırılması.⁷

Yoksul Kesimin Tanımlanması ve Hedeflenmesi

Yoksul kesimin tanımlanması ve hedeflenmesi de başka bir idari sorundur. 2003-2006'dan beri, Yeşil Kart kapsamı, en düşük gelire sahip %10'luk kesimin %25'inden %54'üne yükselmiştir. Merkezi yönetimin atadığı *Kaymakamların* kart dağıtma yetkisinin olduğu toplum hedefli program, iyi işliyor görünmektedir; çünkü Yeşil Kart programının sağladığı faydanın %83'ü gelir dağılımının en altında yer alan iki gruba tahakkuk etmiştir (Aran ve Hentschel, yayıma hazırlanıyor). Bu arada, şartlı nakit transferlerini hedefleyen para ve mal varlığı soruşturması sisteminin, hedefini beklenenden de iyi gerçekleştirdiği düşünülmektedir; ancak oldukça küçük, kısıtlı bir lehdar grubuna hitap etmektedir. Mevcut Yeşil Kart'tan para ve mal varlığı soruşturması sistemine geçiş, a) Önemli oranda mevcut Yeşil Kart çalışanlarına yeniden eğitim verilmesini b) Bir kurumdan (SB'nin verdiği Yeşil Kartlardan) diğerine geçiş yapmayı (Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu'ndaki para ve mal varlığı soruşturması) ve c) Verilerin bilgisayara işlenmesi ile internet bağlantısının sağlanmasını (para

ve mal varlığı soruşturması, internet veri tabanına dayalı olarak yapılmaktadır) zorunlu kılan pek çok lojistik zorluk oluşturacaktır. Türkiye, Yeşil Kart'ı devam ettirme veya GSS muafiyetlerini hedef alma yolu olarak para ve mal varlığı soruşturması mekanizmalarına geçişin maliyet ve faydalarını dikkatlice tartmalıdır.

GSS'ye Hükümet Katkısının Kapsamı

Hükümetin GSS'ye katkısının kapsamı, dikkatlice incelenmelidir. Türk yetkililerinin ekonomiye yönelik önde gelen amaçlarından biri de büyüme ve üretkenliğin artırılması amacıyla Türk iş gücünün kayıt altına alınma oranının yükseltilmesidir. Buna katkıda bulunacak bir politika, Türkiye'de kayıtlı sektörde istihdamı olumsuz etkileyen gelire uygulanan yüksek vergi oranlarının düşürülmesi olabilir. Bu, 2008 İstihdam Görünümü'nde (OECD, 2008a) yer alan bir analiz ve OECD'nin yeni yayımladığı Türkiye'nin Ekonomik Araştırması (OECD, 2008b) ile desteklenmiştir. Sağlık sigortası katkıları, vergiden kaynaklanan engellerin bir bölümünü oluşturmaktadır. Belki de başta asıl amaç, genel gelirler payının GSS maliyetinin % 25'i dolaylarında tutulması olmuşken, ek genel gelirlerle sağlık sigortası katkılarını ikame ederek katkıların büyüme oranını sınırlama, hatta bunları azaltma seçeneği mevcuttur. Yetkililerin, bu alternatif vergi/gelir kaynaklarının verimlilik ve hakkaniyet bakımından ortaya koyabileceği etkileri, dikkatli bir şekilde dengelemeleri gerekmektedir.

OECD ülkelerinin çoğu ve gelişmekte olan birçok ülke, GSS programlarını genel gelirler ve maaştan kesilen vergilerin birleşimiyle karşılamaktadır. Estonya, sosyal sağlık sigorta sistemini neredeyse sadece maaştan kesilen vergilerle karşılayan belki de dünyadaki tek ülkedir. OECD ülkelerinin birçoğu, GSS programlarını, esas olarak genel gelirlerinden karşılamaktadır. Fransa ve Almanya da dâhil olmak üzere Bismarkçı sistemlere sahip diğer OECD ülkeleri, Türkiye gibi kamu sistemlerinin finansman dengesini, maaştan kesilen sağlık katkılarından genel gelirlere doğru kaydırmışlardır. Bunun sebebi de kısmen çalışanlar ve işverenlerin üzerindeki vergi yükünü azaltmaktır. Bu, genel gelirlerle karşılanmakta olan büyüyen sosyal güvenlik açıklarından dolayı bir dereceye kadar Türkiye'de fiili olarak gerçekleşiyor görünmektedir. Açıkça görülmektedir ki açık uçlu vergi yükümlülüğü kaynağından sapsular olması, arzu edilen bir durum olmayacaktır. Bundan dolayı, geleceğe ilişkin harcama yükümlülüklerinin hem karşılanabilir hem de sürdürülebilir olması; Hükümet bütçesi üzerinde sınırsız bir beklenmedik maliyet yükümlülüğü oluşturmaması sağlanmalıdır. Bu tür bir fiili kaymayı tetikleyecek önemli etkenlerden ikisi, ücret tabanında oluşabilecek büyüme ve bu ücret büyümesinin üzerinde gerçekleşebilecek sağlık harcaması artışlarıdır. Aşağıda gösterildiği üzere, bireysel katkılardan genel gelirlere muhtemel büyük geçişin kritik belirleyicilerinden biri, harcama etkinliği olacaktır. Aktüeryal ödeme gücü ve harcamaların sınırlandırılması ile ilgili konular aşağıda ele alınmaktadır.

Temel Teminat Paketi'nin Genişliği

TTP'nin genişliği de yetkililer için önemli bir konudur. TTP; GSS'nin sağlık çıktıları, mali koruma ve kullanıcılara cevap verebilirliğiyle ilgili oluşturacağı etkileri belirlemede kilit bir araçtır. Başlı başına tartışmalı bir konu olmamakla beraber, GSS teminat paketi kapsamı, sistemin harcamalarının gelecekte de karşılanıp karşılanamayacağı sorusunu akıllara getirmektedir. Genel teminatlar, kullanıcılara cevap verebilirlik ve mali koruma açısından şüphesiz iyi bir şeydir. Ülke olarak, hizmetlerin birçoğu, önemli koruyucu hizmetler ve birinci basamak hizmetlerini de içerecek şekilde kapsama alınıyorsa, tahsisat verimliliği ve sağlık sonuçları genişletilmelidir. Ama bu tip risk birleştirme mekanizmalarından elde edilen sosyal ve bireysel faydaların, bu mekanizmaların tahmin edilebilir küçük harcamalara değil tahmin edilemeyen büyük tıbbi harcamalara karşı sağladığı mali korumaya mahsus

olduğunu da unutmamak gerekir. Birçok ülkede kapsamlı teminat paketi olmasına rağmen, genelde bütçe kısıtları, katkı ödemeleri ve arz yönlü kısıtların çeşitli birleşimleri, maliyetleri sınırlamaktadır. Türkiye’de, en azından fiziki altyapı, ekipman ve insan kaynakları açısından bu kısıtların bir bölümünü en kısa sürede kaldırmaya çalışan Hükümet sayesinde TTP, bazı yönlerden geleceğe ilişkin tıbbi tüketim açısından boş bir çek gibi görünebilir. Ayrıca, vatandaşlar (özellikle de prim ödeyenler) GSS’yi kendileri ve Hükümet arasında bir sözleşme gibi gördüğü sürece yetkililer, maliyetleri ne olursa olsun kapsamlı teminatlar sağlama yönünde artan bir baskıya maruz kalacaktır.

Yukarıda da söz edildiği üzere tıbbi teknolojilerdeki değişiklikler, OECD sağlık sistemlerinin birçoğunda maliyeti artıran önemli bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Türkiye; ihtiyatlı satın alma, dışarıdan hizmet satın alma, üretkenliğin geliştirilmesi ve hızlı GSYİH artışı ile SDP’nin uygulanması süresince sağlık harcamalarını GSYİH doğrultusunda tutabilmekte görece başarılı olmuş gibi görünmektedir. Ama yukarıda belirtilen pek çok OECD ülkesinin deneyimlerine ve yakın zamanda *Gelişmekte Olan Ülkelerde Hastalık Kontrol Öncelikleri* (Weatherall ve ark., 2006)’nde özetlenen tıbbi teknoloji literatürüne göre, gelecekteki maliyet baskılarına direnmek durumunda kalacaktır. Hemen hemen sınırsız bir teminat paketi ve artan hizmete erişimle birlikte yetkililerin, gerçekte bu derecede açık uçlu (ve çok az kimseyi dışarıda bırakan) bir paketin harcamalarını karşılayıp karşılayamayacağını yeniden değerlendirmesi gerekebilir. Yeni teknolojilerin kapsama alınmasıyla ilgili kurallar, gelecekteki maliyetleri sınırlandırmanın önemli bir unsuru olacaktır. Maliyet etkinliğiyle ilgili kıstasların da dikkate alınması, gelecekte doğabilecek ve geniş çaplı beklenmedik bu yükümlülükleri sınırlandırmanın önemli ilk adımlarını oluşturacaktır.

Kullanıcı Ücretleri (Kayıtlı ve Kayıt Dışı)

Kullanıcı ücretleri (kayıtlı ve kayıt dışı), tüm hükümetlerin karşı karşıya kaldığı en tartışmalı ve siyasi sorumluluk taşıyan konulardan biridir. Kullanıcı ücretleri, bir gelir kaynağı olmanın yanında uygunsuz hizmet alımını önleyen bir mekanizmadır (örneğin ahlaki hasarla ilişkili olarak). Yeni Sosyal Güvenlik Yasası, yetkililere, başvuru başına 10 YTL’lik kullanıcı ücreti alabilme imkânı tanısa da şartlar ve ücret düzeylerine ilişkin ayrıntılı politikalar üzerinde henüz çalışılmamıştır (SGK’nin listelediği bazı kronik hastalıklar muaf tutulacaktır). Bu konu, kısmen hastaların sevk zincirine uymaları gerekliliğinin ertelenmesiyle ilgilidir. Tanı sonrası ilk tedavi konusunda birinci basamak hizmet sunucularının yetersiz sayıda olması sebebiyle yetkililer, sevk sisteminde gerekli yolları izlemeyenler için uygulanacak parasal yaptırımlar yanında aile hekimlerine başvurulmasını sağlama hedefini de askıya almıştır. Ayrıca bireylerin kendi kendilerine tüm hastanelere gidebilmeleri, rutin vakaların daha maliyetli uzmanlıklar ve eğitim hastaneleri tarafından tedavi edilmesine, kaynakların ve verimliliğin boşa gitmesine yol açmaktadır. Neredeyse tüm OECD ülkeleri, gereğinden fazla kullanılma eğiliminde olan hizmetler için katkı payı almaktadır. Yukarıda sözü geçen küresel kanıt temeli, birçok ülkenin, sağlık sigortası kapsamındaki önemli genişlemeleri karşılayabilmek için katkı paylarından yararlandığını göstermektedir.

Ortalama kaynak kullanımının %5’i olarak belirlenen yoksul olmayan mensuplar için katkı payı ödemelerinde gözlemlenecek bir artış, toplam GSS finansman gereksinimlerinin yaklaşık %0,8’ini doğrudan üretecek ve toplam GSS harcamasını %0,5 oranında azaltacaktır. Bu da genel SGK finansman gereksinimlerinde %1,3 oranında bir düşüşle sonuçlanacaktır. Yeni yapılan çalışmalardan biri göstermektedir ki 2002 yılında kullanıcıların kendi ceplerinden yaptıkları ödemelerin %25’ni hizmet sunucularına yapılan kayıt dışı ödemeler oluşturmuştur (Tatar ve ark., 2007). Ne var ki hekimlerin gelirlerindeki önemli artış ve resmî katkı payı ödeme zorunluluğu, kayıt dışı ödemeleri “dışarıda bırakmalıdır”; çünkü hastalar, iki kez ödeme yapmayı kabul etmeyecektir. Her durumda yetkililer, Türkiye’deki mali korumanın

yüksek düzeyinin ve hakkaniyetli dağılımının riske atılmamasını sağlamak için bu alanı iyi izlemelidir.

Ekstra Faturalandırma

Ekstra faturalandırma; GSS programı maliyetleri, toplam sağlık hizmetleri maliyetleri, hakkaniyet ve mali koruma açılarından önemli sonuçlar doğuran ve üzerinde durulması gereken bir başka konudur. Şu anda ekstra faturalandırma, belirli şartlar altında üniversite hastanelerinde (konfor, üniversite kadrosu tarafından tedavi edilmek) ve yeni Sosyal Güvenlik Yasasından kaynaklanan yeni kanunlar kapsamında, SGK tarifesinin %30 fazlası ek ücret, ilaveten konfor için ekstra ücret alabilecek olan özel hastanelerde uygulanabilmektedir. Burada mantık, kısmen bir eşit rekabet ortamı oluşturmak ve SB hastanelerine düzenli olarak SB bütçesinden verilen arz yönlü sübvansiyonlara karşılık (örneğin personelin taban maaşları, bazı sermaye maliyetleri, arsa maliyetleri vb.) özel hastanelerin maliyetlerinin telafi edilmesine imkân tanımaktır.

Ne var ki ekstra faturalandırma hastalar açısından hiç de adil olmayan yükümlülükler oluşturmakta, özel/cepten yapılan ödemeleri ve toplam sağlık hizmetleri maliyetlerini artırmaktadır. “Eşit şart ortamı” meselesiyle başa çıkabilmenin en tatmin edici yolu, kamu kuruluşlarına tanınan arza dayalı sübvansiyonların kaldırılması ve tüm hastaneler için geri ödeme düzeylerinin tam etkinliğe sahip üretim maliyetlerine yaklaşmasının sağlanması olacaktır. Ne var ki bunun için devlet hastanelerindeki kamu hizmetine ilişkin kural ve şartlara tabi olarak istihdam edilen personel sayısında, emeklilik ve istifadan kaynaklanan kademeli bir azalmanın beklenmesi gerekebilir. Özel hastanelerde ekstra faturalandırma düzenlemesine izin verilmesinin tek sebebi, devlet hastanelerine verilen sübvansiyonların telafi edilmesiyse bunu başarmanın en adil ve en etkin yolu, sigortalının devlet hastanesine de özel hastaneye de gitse sigortasının kapsamı aynı olması gerektiğinden, SGK’nin geri ödemesinin bir bölümü olarak ekstra bir ödemeyi de kapsama almak olacaktır. Konfor açısından daha iyi koşullar söz konusuysa, temel tarifenin kapsadığı bir dizi konfor standardı oluşturulmalı ve tüm hastanelerin iyi tanımlanmış ek konforlar için ekstra faturalandırma yapmasına izin verilmelidir.

Ne var ki kamu hastanelerine yapılacak maaş sübvansiyonlarını dengelemek amacıyla, özel hastanelerin yaptığı ekstra faturalandırmaya yönelik devletin yapacağı ödemelerin – belki de katkı oranlarının yükseltilmesi yoluyla – finanse edilmesi gerekecektir. Yeşil Kart sahiplerinin, bu tür ödemeler yapıp yapmamaları gerektiği de cevaplanması gereken ayrı bir sorudur; çünkü GSS’ye kaydoldukları andan itibaren sigortalı olan diğer bireylerle aynı teminat paketine sahip olacaklardır (özel sağlık hizmeti sunan kuruluşlardan yararlanma hakkı da dâhil olmak üzere). Bu sebeple, hakkaniyet, mali koruma ve genel maliyet sebepleriyle yetkililerin, bu ekstra faturalandırma politikasını nasıl yürüteceklerini ve ekstra faturalandırmanın sigortalı bireyler mi yoksa SGK tarafından mı ödenmesi gerektiğini ele almaları gerekmektedir. Zaman içinde kamu kurumlarına uygulanan arz yönlü sübvansiyonların kaldırılması, satın alıcı hizmet sunucu ayırımını hayata geçirmek ve özel sektör için eşit şart ortamı oluşturmak amacıyla daha doğrudan ve etkin bir yol olabilir.

Özel Finansmanın Rolü

OECD Health Data verilerine göre şu an özel sektör harcamaları, Türkiye’deki sağlık harcamalarının %28’ini oluşturmaktadır. Özel finansmanın rolü (daha önce tartışılan katkı payları ve ekstra faturalandırma konularının ötesinde) önemli olmakla beraber genelde ihmal edilen bir konudur. İsteğe bağlı özel sağlık sigortasının rolü, üzerinde durulması gereken bir konudur. Önemli bir OECD çalışması, OECD ülkelerinde özel sağlık sigortasının farklı rollerini incelemiştir (Tapay ve Colomco, 2004). Türkiye, genel bir sağlık sigortası kapsamı geliştirdiğine ve kapsamlı bir teminat sistemine sahip olduğuna göre, isteğe bağlı özel sağlık

sigortası açısından sınırlı bir rol söz konusu olacaktır. Bu rol, teminat paketinde sunulandan daha yüksek konfor standartları ve SGK ile anlaşması olmayan kaliteli ve belirli konularda uzmanlaşmış özel kurumların sunduğu bakım gibi ek hizmetleri de kapsama almak için tamamlayıcı sigorta temin edilmesini de kapsayabilir. İsteğe bağlı özel sağlık sigortasının rolü bu tür bir sistemde kısıtlı olsa da sektörün ayakta kalması ve tüketicinin korunması için nitelikli düzenlemelerin yapılması önem taşımaktadır. Ayrıca yetkililerin, Kanada ve diğer bazı ülkelerde olduğu gibi özel sigortacıların kamu sistemindeki katkı paylarını da kapsama almalarını yasaklayıp yasaklamamayı düşünmesi gerekecektir. Uluslararası deneyimlerin de gösterdiği üzere imkânlarla sahip oldukları sürece kullanıcılar, özellikle devletin birden fazla sigorta programı uyguladığı yerlerde karşılanmayan katkı paylarının ödenmesi için özel sigortalara başvuracaklardır (Örneğin, Fransa nüfusunun %80'i Fransız sosyal sağlık sigortası sistemindeki katkı paylarını karşılamak için *Mutuelles*'den kapsam satın almayıken aynı orandaki Medicare lehdarları da ABD'de benzer düzenlemeler yapmaktadırlar.). Ancak, kamunun ihtiyaç duyduğu katkı payı ödemelerinin kapsama alınmasıyla devlet sigorta sistemine ek maliyetler yüklenmektedir; çünkü lehdarlar hizmet noktasında herhangi bir maliyetle karşılaşmadıklarından kamu hizmetlerinden daha çok yararlanma eğiliminde olacaktır. Bu tür bir kapsam yaygın olmadığı için, genel sağlık sigortası kapsamına geçişin bu evresi yetkililerin, isteğe bağlı özel sağlık sigortasına ilişkin düzenleyici politikayı ele almasının tam zamanı olacaktır.

Teşvike Dayalı Ödeme Mekanizmalarının Geliştirilmesi ve Uygulanması

SDP; DRG'ler ve diğer paket halindeki ödeme programları gibi teşvike dayalı ödeme mekanizmalarının geliştirilmesi ve uygulanması için hükümler içermektedir. Ayrıca performans dayalı ek ödeme sisteminde Cari Prosedür Terminolojisi kodlu, kaynağa dayalı görelî değer ölçeği kullanılmaktadır. DRG'ler bir süredir geliştirilme aşamasındadır ve 47 hastanede (33 SB, 7 üniversite ve 7 özel hastane) değerlendirilme sürecindedir. DRG hastane ödeme sistemleri, OECD ülkelerinde yaygın bir biçimde kullanılmaktadır; genel olarak kaynak ve kalitenin etkin kullanımını artırdıkları düşünülmektedir. Bununla birlikte, paket halinde olmalarına rağmen DRG'ler hizmet başı ödeme mekanizmalarıdır. Maliyetlerin ve alınan hizmetlerin kalitesinin izlenerek DRG'nin çok ağır hareket etmesi (daha yoğun vakaların bildirimini), ayrıntı kabulleri ve ek kabuller gibi DRG'nin kendinden kaynaklanan bazı ters teşvikleri gidermeye hazır olunması arzu edilmektedir.

Tepe Teknoloji ve Hacettepe Üniversitesi'nin geliştirme çalışmasının; SGK tarafından pilot testinin yapılması, iyileştirilmesi ve uygulanması önem taşımaktadır. Türkiye'nin, aynı zamanda, hem OECD ülkelerinde kullanılan daha yenilikçi, toplu, ileriye dönük, ayakta tedavi ödeme sistemlerine (yani ABD Medicare programının Ayakta Tedavi Ödeme Sınıflandırması Sistemi gibi DRG'leri model alan yeni, ileriye dönük, ayakta tedavi ödeme sistemleri) uyum sağlamak hem de yönetilen pek çok sağlık planında bulunan risk paylaşım düzenlemelerini işin içine katmak üzere, hizmet başına ödemeye dayalı ayakta tedavi ödeme sistemlerini yeniden yapılandırmayı da göz önünde bulundurması gerekir. Uzmanlara, tanı testlerine ve hastanelere yönelik gereksiz sevkleri azaltmak için hizmet sunuculara güçlü teşviklerin verilmesi yoluyla önemli verimlilik kazanımları elde edilebilir. Seçici sözleşme, bu tür düzenlemeler için önemli ve gerekli bir şart olabilir. Söz konusu yöntem, bireysel hizmetler karşılığındaki ödeme düzeylerinde küçük kesintiler yapılmasından çok daha etkili bir maliyet kontrol yöntemi olabilir. Bu, Türkiye'nin ayakta tedavi kliniklerine yönelik yakın zamandaki mahkeme zorluklarını ele almasında yardımcı olacaktır.

Hem Türkiye'deki mevcut ödeme mekanizmaları hem de aşağıda söz edilen global bütçelerle ilgili araştırılması gereken bir başka teknik konu da hastanelerde performans dayalı ek ödeme sistemi yoluyla verilen teşviklerde (Kutu 2.1) ve hastanelere yönelik DRG ödeme sisteminde tutarlılık sağlanması ihtiyacıdır. Örneğin, Cari Prosedür Terminolojisi kodlu,

kaynağa dayalı göreceli değer ölçeklerindeki göreceli ağırlıklar, DRG'ler ve toplu ayakta tedavi ödemeleri ile aynı mali tedavi teşviklerini mi içermektedir? Bu teşvikler, global bütçe kısıtlamalarıyla ne ölçüde zıtlık taşımaktadır? Ödeme mekanizmaları ve global bütçeler; farklı hizmet türleri (ayakta tedavi hizmetlerine karşın yataklı tedavi hizmetleri) ve hizmet sunucular (SB, üniversite ve özel kesim) çapında aynı teşvik mekanizmalarını desteklemekte midir? Mevcut durumda, bu farklı alanların her biri ile sağlık sistemindeki farklı kurumların ilgilendiği ve bu farklı mekanizmalara yönelik teşvik unsurlarının hepsinin, birbiri ile etkileşim içerisinde olduğu görülmektedir.

Eski IMF tavan fiyatlarına uygun olarak, global kısıtlar; yetkililerin genel sağlık hizmetleri maliyetlerini kontrol etme amacı taşıyan politikalarının önemli bir unsuru olmuştur. Bunlar SDP'nin başlangıç yıllarında harcamalarının karşılanabilmesi ve bu düzeyin korunabilmesi için önemli bir rol üstlenmişlerdir. Ne var ki bu tavan fiyatlar, yalnızca SB hastanelerinde uygulanmıştır. Yeni Sosyal Güvenlik Yasası'nın 73. Maddesi, hükümete üniversite hastaneleri de dâhil olmak üzere tüm devlet hastanelerine kısıt uygulama yetkisini vermiştir. Global bir sınırlama olmadan, özellikle de ek hizmet sunumunu teşvik eden hastane performans dayalı ek ödeme sistemi kurulmuşken sağlık hizmetleri maliyetlerinin kabul edilemeyecek derecede yüksek düzeylere çıkması, büyük ihtimal taşımaktadır. Uzun vadede maliyeti kontrol altına alma konusu aşağıda incelenmiştir. Ne var ki yakın gelecekte de maliyet kısıtlaması sorununa eğilmek önem kazanacaktır. 73. Madde'nin uygulamaya koyulmasının yanı sıra, SDP'nin II. Fazı sırasında tüm SGK harcamalarına yönelik bir sınır belirlenmesi dikkate alınmalı; üniversite hastaneleri ve özel hastaneler ile ayakta tedavi hizmetleri kısıtlama kapsamına dâhil edilmelidir. "Nasıl Yapılır: Sağlık Hizmeti Sunucularına Yapılan Ödemeler İçin Sistem Tasarlanması ve Uygulamasına Yönelik Kılavuzlar" isimli yeni bir Dünya Bankası yayını; hastaneler için vakaya dayalı ödeme sistemlerinin ve global bütçelerin uygulaması; satın alıcılar ve hizmet sunuculara yönelik sözleşme ve yönetim bilgi sistemleri ile ilgili detaylı politika ve teknik rehberlik sağlamaktadır (Langenbrunner *ve ark.*, yayıma hazırlanıyor).

Tıp Eğitiminin Finansmanı

Yukarıda söz edildiği üzere, hekim sayısında öngörülen büyük çaplı artış ile birlikte, Türkiye, tıp eğitiminin finansmanı konusunda net bir politikaya ihtiyaç duymaktadır. Tıp eğitimi, hem doğrudan maliyetler (profesör, uzman ve asistan maaşları) hem de dolaylı maliyetler (örneğin; eğitim işlevinin bir bölümü olarak istenen ilave testler) içermekte olup tıbbi araştırmaların finansmanı da yakından ilintilidir. Üniversite hastanelerinin çeşitli çıktıları bulunmaktadır: hasta bakımı, tıp eğitimi ve araştırma. Bu çıktıların eşzamanlı üretimine ilişkin olarak, ölçek ve kapsam ekonomileri söz konusudur. Şu anda önde gelen birtakım üniversite hastaneleri iflasın eşiğindedir; bunun sebebi, kısmen, döner sermaye ödemeleri ve Milli Eğitim Bakanlığı (MEB)'nin sağladığı diğer pedagojik finansman kaynaklarının tıp eğitimi desteklemede yetersiz kalması ve kısmen de, çok sayıdaki rutin hastanın, daha pahalı olan bu eğitim hastanelerinde gereksiz yere tedavi olmasına yol açan hastanın hastane seçme özgürlüğüdür (8). Ayrıca, Türkiye'deki eğitim hastanelerinin verimliliğine ilişkin endişeler de dile getirilmektedir. Bu konular, iyi eğitilmiş ve en son teknolojiyle donatılmış sağlık iş gücünün yaygınlaştırılması, üniversite hastanelerinin fonksiyonlarını verimli bir şekilde yerine getirmelerinin sağlanması ve bu hastanelere çalışmalarını sürdürmeleri için yeterli finansmanın temin edilmesi yönündeki hedeflerle tutarlı net politikaların geliştirilmesi amacıyla, Başkanlık Komisyonu ya da ulusal bir komisyon vasıtasıyla ele alınabilir.

İlaçlar

İlaçlar, Türkiye'deki toplam sağlık harcamalarının yaklaşık üçte birini oluşturmaktadır. Bu da etkinliğin artırılmasıyla elde edilecek tasarrufların, SDP'nin ikinci basamağına önemli

ölçüde finansman katkısında bulunabileceğini ortaya koymaktadır. SDP uyarınca Türkiye, ilaç politikalarında reform yapmak için önemli adımlar atmış bulunmaktadır. Farklı sağlık sigortası fonlarının geri ödeme listeleri, ortak bir SGK listesinde birleştirilmiştir. Fransa, İtalya, İspanya, Portekiz ve Yunanistan olmak üzere beş AB ülkesindeki en ucuz fiyata dayalı referans fiyatlar belirlemeye ilişkin 14 Şubat 2004 tarihli kararname, 900'den fazla ilaç fiyatında %80'e varan indirim yol açmıştır. Aynı sene içerisinde KDV'de yapılan indirimler de ilaçların maliyetlerini daha da düşürmüştür. Geri ödemeye ilişkin kararlar, SGK bünyesindeki merkezi bir komisyon tarafından alınmaktadır. Bu komisyon, geri ödeme listesine yeni bir ilacı ekleme karşılığında üreticilerden daha düşük fiyatlar almak için pazarlık gücünü kullanmaya başlamıştır. Jenerik ilaçlar için fiyatı en düşük olan seçenek değerlendirilerek ödeme yapılmaktadır ve hastanın daha pahalı bir ilacı seçmesi halinde fiyat farkından hasta sorumlu tutulmaktadır. Hekimlerin reçete yazma tutumlarını izleme amaçlı yeni bir sistem geliştirilmektedir. Üretici ve perakendeci düzeyinde uygulanan yasal indirimler, raflarda sınırlı yeri olan ve ortak jenerik kategorilerde pek çok eşdeğer ürünün bulunduğu bir piyasada, üreticilerden toptancılara ve perakende satıcılara devredilen birtakım kayıt dışı miktar indirimlerini "kaptırmamak" için SGK'nin yaptığı girişimlerdir. Tüm bunlar, son iki yıl içinde ilaç harcama büyümesinde önemli ölçüde yavaşlamaya yol açmıştır.

Ne var ki ilaç sektöründe halen önemli ölçüde bir etkinlik rezervi bulunmaktadır. Maliyet etkililik kriterleri, geri ödeme kararları açısından tutarlı bir şekilde hayata geçirilmemektedir. Bu da geri ödeme listesinin bazı açılardan Almanya ya da İsveç gibi yüksek gelire sahip bazı ülkelere göre daha cömert görünmesine yol açmaktadır. Örneğin, Türkiye'nin tersine, farklı ilaçların benzer klinik etkinlik ve güvenliğe sahip olduğunun kanıtlandığı durumlarda Almanya, birden fazla moleküllü kapsayan geri ödeme tavanlarını işleme sokmaktadır. Bu, pahalı "ben de" ürünlerini, daha ucuz ve eski ürünlerle aynı fiyat tavanı altına çekebilmektedir. Yeni çıkan jenerik ilaçların fiyatları (patent tarihinin geçmesinin ardından çıkanlar), daha rekabetçi piyasalardaki fiyatlara oranla nispeten daha yüksektir. En önemlisi ise Türk hekimlerin halen hiçbir şekilde sorumlu tutulmadan akılcı reçete yazma kurallarını hem nicelik hem nitelik açısından göz ardı ediyor olmalarıdır, bu da hekimlerin akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitilmesini büyük bir öncelik haline getirmektedir. SGK, belirli ilaçlar için geri ödeme tavanları benimseyerek kendini bir ölçüde koruma altına almışken daha pahalı ilaçların reçete edilmesi ve dağıtılmasını teşvik edecek şekilde düzenlenen ve hizmet sunuculara tanınan mali teşviklerin bir sonucu olarak hastaların kendi ceplerinden ödedikleri miktarlar gittikçe artmaktadır (Çelik ve Seiter, 2008).

Hizmet Sunumu Sistemindeki Değişiklikler

Yukarıda da söz edildiği üzere, başarılı finansman reformları yapan ülkeler, eş zamanlı olarak özenli bir şekilde aynı zaman dilimine denk getirilmiş hizmet sunumu sistemi değişiklikleri yapmışlardır. Yetkililer, bu tür tamamlayıcı değişikliklerin gerekliliğini önceden fark etmiş; erişim açısından gereken artışlar için kapasitenin artırılması, kalitenin iyileştirilmesi, tahsis ve teknik etkinliğin artırılması ve özel sektör için uygun bir rolün geliştirilmesi amaçları doğrultusunda özenli bir şekilde SDP'yi tasarlamışlardır. Ne var ki aile hekimliğinin yaygınlaştırılmasının tamamlanması ve Türkiye genelinde aile hekimlerinin eğitilmesi için; aile hekimliği ile toplum sağlığı hizmetleri arasındaki ilişkinin çözülmesi; hekim ve hemşire sayısının artırılması ve beceri dağılımlarının en üst noktaya çıkarılması; hastane özerkliğinin hayata geçirilmesi ve GSS sisteminde yer alan özel sunuculardan en iyi şekilde yararlanılmasının sağlanması gibi önemli konulara eğilmek gerekmektedir. Bu konular, sırasıyla aşağıda tartışılmaktadır.

Aile Hekimleri

Yeni aile hekimliği sisteminin Türkiye çapındaki gelişimini tamamlamak, hiç şüphesiz, reformların tam anlamıyla gerçekleştirilmesinin kilit unsurudur ve verimlilik kazanımları

için önemlidir. Yukarıda bahsedildiği üzere, yeni sistem Ekim 2008 itibarıyla 23 ilde uygulanmaktadır.

Uygulamanın, 2009 yılı sonuna kadar 59 ilde başlatılması planlanmaktadır. SB'ye göre uygulama 2010 yılı itibarıyla Türkiye'deki tüm illere yayılmış olacaktır. Ancak İstanbul'da potansiyel aile hekimi eksikliğinden dolayı bu ilin, söz konusu takvime dâhil edilmesi zor görünmektedir. Aile hekimleri ile hastane poliklinikleri arasındaki başvuru dağılımının, aile hekimliği sistemi yaygınlaştırılırken aile hekimliği sisteminin lehine bir şekilde düzenlenmeye devam edeceği tahmin edilmektedir. Ne var ki maliyet açısından aile hekimliği sisteminin tüm faydaları, şimdilik ertelenmiş sevk sistemi yeniden kuruluncaya ve uygun katkı payı teşvikleri oluşturulana kadar gerçekleşmeyecek gibidir. Yetkililere göre zorunlu bir sevk sistemi kurulmadan önce, hem aile hekimliği sisteminin tam uygulanması hem de hâlihazırda 3000 kişi olan ortalama hasta listesinin 2000-2500'lere düşürülmesi gerekmektedir. Esasen, aile hekimlerinin hasta yükü aşırı görülmektedir. Mart 2008 verilerine göre, hekim başına günlük tıbbi muayenelerin sayısı ortalama 44 seviyesindedir (bu da klinik muayene başına ortalama 7,5 dakika anlamına gelir).⁹ Hastalara sevkli veya sevksiz hastane başvuruları için farklı katkı payı ödemesi getirilerek uygun kullanım iyileştirilebilir.

Aile Hekimlerinin Gelecekteki Eğitimi

Türk yetkililer, yeni aile hekimliği hizmetinin tam anlamıyla uygulanmasını temin için 25.000 ila 30.000 yeni aile hekimine ihtiyaç olduğunu tespit etmiştir. SB bunun toplamda 40.000 ila 45.000 aile hekimi tutacağını tahmin etmektedir. Tıp fakültelerine öğrenci alınımında %50 oranında artırma gidilmesi yönünde açıklanan politikanın, önümüzdeki 5 sene boyunca sunulacak hizmetlere herhangi bir etkisi olmayacaktır. Çünkü Türkiye'de doktorların eğitimi en az 6 sene sürmekle birlikte uzman aile hekimi yetiştirilmesi daha fazla bir süre almaktadır. Kapasitede istenen artırımlar, mevcut pratisyenlerin yeniden eğitilmesi ile kısmen başarılabilir. SB, üç aşamalı yeni bir eğitim programını uygulamaya koymuştur. Eğitimin birinci aşaması, 10 gün sürmekte ve uyum üzerinde durmaktadır. Tüm aile hekimlerinin bu eğitimi alması zorunludur. Mart 2007 itibarıyla, Türkiye'de kamu hizmetindeki 25.000 kadar pratisyenden 11.430'u bu eğitimi almıştır. Eğitimin ikinci aşamasının uzaktan eğitim metoduyla verilmesi planlanmaktadır. Eğitim 40 modülden oluşacak ve bunlardan 3'ü uygulamalı olarak verilecektir. Eğitim alanların performansına bağlı olarak, eğitimin şu an 12 ay sürmesi planlanmaktadır. Eğitimin bu fazı henüz başlamamıştır. Üçüncü aşama ise henüz tanımlanmamıştır. Eğitimin üçüncü aşamasının, Tıpta Uzmanlık Sınavı ile yarı zamanlı olarak verilmesi ve esasen klinik tabanlı olması planlanmaktadır. Hükümet, internet tabanlı eğitim ve klinik eğitimi birleştiren bu modülün iyileştirilmesi için, OECD ülkelerindeki diğer birinci basamak eğitim modellerini incelemeyi düşünebilir.

Teşvik yönünden, mevcut gelir sistemi, aile hekimlerine, aile hekimliği eğitimi almaları ve bu şekilde çalışmalarını için güçlü mali teşvikler sağlamaktadır. Bir aile hekimi için toplam gelir (maaş veya kişi başına düşen ödemeler + ek ödemeler), hastanede çalışan bir pratisyen hekimden biraz, sağlık ocağında çalışan bir pratisyen hekimden ise belirgin derecede yüksektir. Ayrıca, ihtiyaç içindeki bölgelerde aile hekimlerinin geliri, tipik olarak daha yüksekken – coğrafi dağılım bozukluğunu gidermek için böyle olması gerekir – hastaneler ve sağlık ocaklarındaki pratisyen hekimlerin gelirleri yüksek değildir. Bu da, kuruluşlar, çalışma şekilleri ve coğrafi bölgeler bazındaki ücret yapısının; tıp fakültesi mezunlarının aile hekimliği dalında eğitim alma yönünde teşvik edilmesine yardımcı olduğu anlamına gelmektedir.

Aile Hekimleri ve Toplum Sağlığı Hizmetleri

SDP kapsamında, halk sağlığı uzmanlarının toplum sağlığı merkezlerinde, bunun yanında aile hekimlerinin ise sağlık ocaklarında – her ne kadar bazen bu iki yapı aynı olabilse de – çalışmaya devam etmesi düşünülmektedir. Bu iki önemli unsur arasında iş bölümü yapılması, yerel düzeyde halk sağlığının etkin bir şekilde geliştirilmesinin şartı olacaktır. Örneğin, aile hekimleri, kendilerine kayıtlı ailelerin sigara içme alışkanlıklarını soruşturabilme fırsatına sahip olabileceklerdir. Sigara içenlere, alışkanlığı bırakmaları yönünde birinci basamak hekimlerince kısa bir danışmanlık verilmesi, küçük bir hasta grubu için başarılı ve oldukça maliyet etkili bulunmuştur. Ne var ki pek çok sigara tiryakisi kendi aile doktorunun yaptığı kısa danışmanlıktan sonra sigara içmeyi bırakamayacak veya ara verdikten sonra yeniden içmeye başlayacaktır. Bu noktada hastanın, toplum sağlığı merkezince bir sigara bırakma kliniğine sevki uygun olacaktır.

Hemşire Hekim Beceri Dağılımı

Yukarıda bahsedildiği üzere Türkiye; OECD bölgesinde, çalışan hemşirelerin çalışan hekimlere oranı açısından en düşük oranlardan birini bildirmektedir: 2006'da bu oran, Türkiye'de 1,4 iken OECD'de 3,1 idi. Bu durumun maliyet etkili bir beceri dağılımı olup olmadığı tartışılabilir. Ayrıca, Türkiye'de hemşire mezuniyet oranı, 1000 hemşirede 30,7 olarak görülmektedir ki bu da 2005'te 45,7 olan OECD ortalamasının oldukça altındadır. Ancak, hekimlerin eğitiminden farklı olarak hemşire eğitimi konusunda, mevcut durumu iyileştirmeye yönelik bir plan bulunmamaktadır. Kamu için, bir hemşire yetiştirmek, bir doktor yetiştirmekten çok daha az zaman ve maliyet alır. Yetkililer, hizmet sunumunu maliyet etkili ve hızlı bir biçimde gerçekleştirmek amacıyla hemşirelerin hem eğitim oranını hem de klinik rolünü genişletmeyi düşünebilir. SDP'yi tamamlamak için öngörülen zaman çizelgesi kapsamında ek hemşireler yetiştirilebilir.

Hastane Özerkliği

Devlet hastanelerine, verimli bir şekilde çalışabilmeleri için daha fazla özerklik vermeyi amaçlayan hastane özerkliğine ilişkin yeni yasa halen TBMM'de görüşülmektedir. Yasa tasarınsı devlet hastanelerini yönetmek için yerel Yönetim Kurulları kurulmasını önermektedir. Tasarı; Kurulun kapsamını (ilgili niteliklere sahip deneyimli memurlar), Kurul üyelerine yapılacak ödemeleri, yetkilerini (personel alımı ve çıkarımı, tıbbî hizmetler de dâhil olmak üzere hizmet satın alımı, taşınır ve taşınmaz varlıkların satılmasına ilişkin hakları) tanımlamaktadır. Özerklik, her bir hastanenin gösterdiği performansın değerlendirilmesi sonucunda hastanelerin bunu "kazanması" esasına dayanarak verilecektir.

Önceki bölümde bahsedildiği üzere, SB hastanelerindeki yöneticiler; sözleşmeli personel istihdam etme, personel performansını ödüllendirmek üzere performans yönetim sistemi kullanma, yemek ve temizlik gibi bazı hizmetleri özel sektörden ihale yoluyla alma şeklinde bazı yeni özgürlükleri hâlihazırda kullanmaktadır. 3. Bölüm'de önerildiği üzere bu değişiklikler tıbbî personelin daha yüksek gelir elde etmesi ve verimlilik kazanımları ile ilişkilendirilmiştir. SB, hastane personelini yönetim konusunda eğiten, uzaktan eğitim programlarına önemli yatırımlar yapmıştır. Ancak bu alanda daha fazla çaba gerekmektedir.

OECD ülkelerindeki deneyim; önerilen yasada öngörüldüğü şekilde, daha fazla "kazanılmış" özerkliğin, devlet hastanelerine, özel hastanelerle etkin şekilde rekabete girebilme ve Türkiye'deki hastane hizmetleri bağlamında yeni satın alıcı/hizmet sunucu ayırımından kaynaklanacak verimlilik kazanımlarını tam kapasiteyle gerçekleştirebilme fırsatı sağlamak için hemen hemen zorunlu bir unsur olduğunu önermektedir. Ne var ki özerkliği

desteklemek üzere gerekli yönetim kapasitesi düzeyini güvence altına almak için yöneticilere ek eğitimler verilmesi gerekecektir. Ayrıca, yeterli bilgi ve teşvikler – DRG ödeme sisteminin ve SGK ile yapılacak yeni sözleşme düzenlemelerinin tamamlanması gibi – olması önemlidir. Merkeziyetçilikten uzaklaşmış bir karar alma yapısına uygun tasarlanmış bir hastane bilgi sisteminin olması da zaruridir. Özerkliğin başarılı olabilmesi için kamu hastanelerinde yeni davranış şeklinin öğrenilmesi gerektiğinden, bu tür bir davranışın sadece öğrenilmesi değil, aynı zamanda gösterilmesi için zaman tanımak doğru bir yaklaşımdır. Bu da, önümüzdeki birkaç yıl boyunca kamu hastanelerinde aynı anda SB idaresinin ve özerklik rejimlerinin, varlıklarını birlikte devam ettirmeleri gerekebileceği anlamına gelmektedir.

Sağlık Hizmetleri Sunumunda Özel Sektörün Rolü

Özel sektörün sağlık hizmetleri sunumundaki rolü; erişim, verimlilik ve sistemin gelecekteki sürdürülebilirliği bakımından kritik önem arz etmektedir. Türkiye, diğer pek çok ülkenin aksine, özel hizmet sunucularına, devlet sigortası altındaki hastaları tedavi etme ve bunun için ödeme almaya izin verme anlamında bir eşit şart ortamı oluşturmaya çalışmıştır. Ayrıca, kamu hastanelerindeki destek hizmetlerinin ihale yoluyla özel sektörden alınmasını teşvik etmiştir. Bunların sonucunda son 5 yıl içerisinde özel sağlık sektöründe belirgin bir büyümenin gerçekleştiği görülmektedir.

Özel sektör hizmet sunumuna ilişkin destekleyici bir politikaya rağmen SB, %70 civarındaki SB hekimlerinin mevcut durumda kamuda tam zamanlı çalışmasını ve özel sektörde çalışmamasını sağlamak için performans ek ödemelerini yükseltmiştir. Yeni aile hekimliği sistemi kurulduğu bazı illerde (örneğin Eskişehir) birinci basamak sağlık hizmetlerinde özel sektör hemen hemen dışarıda kalmıştır. Benzer şekilde, kamu sektöründeki teknolojik büyüme, bazı durumlarda mevcut özel sektör kapasitesini tekrarlayarak özel tanı merkezlerinin üzerinde daha fazla yaşam baskısı kurabilir. Öte yandan SB, zaten az sayıda olan alt dal uzmanlarını özel sektöre kaptırmanın endişesini giderek daha fazla yaşamaktadır. Çünkü ekstra faturalamadan ve kısıtlama olmaksızın hasta sevki sağlayan mevcut politikalarından dolayı, eksikliklerin olduğu bu yerlerdeki özel sektör kuruluşları, bu uzmanlara, kamu sektörünün verdiği maaşın 1,5-2 katı daha fazla ücret ödeyebilmektedirler.

Kamu sektörü ve özel sektör hizmet sunum kapasitesi bileşimini akılcı hale getirmek için, mevzuat oluşturulmuştur. Bununla birlikte, uzmanlaşmış sağlık personeli, özellikle hekim eksikliği yüzünden yetkililerin özel sektöre yönelik tutumunun bazen çelişkili olabildiği görülmektedir. Uzun vadede, kamu sektörü ve özel sektör arasında canlı bir işbirliği ve rekabet sağlamak amacıyla politikalar matrisi genelde iyi tasarlanmıştır. Ama orta vadede, devlet hastanelerine uygun düzeyde özerklik vermeye yönelik kısıtlamalar yüzünden ve devlet memurluğu şartlarına tabi hastane personeli sayısının, emekliye ayrılma ve istifa sebebiyle azalması yüzünden taviz verilmesi gerekebilecektir. Hükümetin, bu endişeleri dikkatle dengelemesi gerekmektedir. Kamu sektörü ve özel sektör ortak hizmet sunum kapasitesinin etkinliğini en üst düzeye çıkarmanın ana şartları şunlardır: Teşviklerin doğru yapılması ve hizmet sunucu/satın alıcı tarafında eşit şartlar oluşturulması.

Yönetişim ve İdare

Hâlâ ele alınması gereken, SB, MEB ve SGK gibi diğer ilgili hükümet kurumlarını ilgilendiren pek çok önemli yönetim ve idari konu bulunmaktadır. Bunlardan bazıları, SDP'de öngörülen sağlık sistemindeki işlev değişikliklerinin halen başlangıç aşamasında olmasından kaynaklanmaktadır. SB, hizmet sunanları finanse etme ve hizmet sunma işlevinden henüz çok uzaklaşmamıştır. SGK'nin GSS ödeyicisi olarak belirlenen işlevini tam olarak

üstlenmesi için gerekli gücü zayıflamaktadır. SGK'nin, hem işlemsel alacakların ödenmesi fonksiyonları açısından hem de GSS'nin sürdürülebilirliği ve ödeme gücünün en iyi şekilde tahmin edilmesiyle ve hizmet sunucu/ödeme reformları gibi konularla ilgilenen bir politika yapıcı organ olarak kapasitesini güçlendirmesi gerekmektedir.

Yukarıda bahsedildiği üzere; SB, MEB, SGK ve sağlık meslek grupları arasındaki ilişkilerin ve rollerin – özellikle sağlık iş gücünde önerilen büyük artışlar ve tıp eğitimi ile tıp araştırmalarının finansmanına yönelik açık politika eksikliğinin görünürdeki sebebi ışığında – daha fazla netlik kazanması gerekmektedir.

Bu bölümün son kısmı; SDP/GSS reformları tamamlandığında Türk sağlık sisteminin karşısına zorluk olarak çıkabilecek uzun vadeli sorunlara değinmektedir.

4.6. Türk Sağlık Sisteminin Karşılaşabileceği Uzun Vadeli Sorunlar

Daha uzun vadede, tüm Türk vatandaşları sağlık sigortasına kavuştuğunda ve sistem tü-müyle modernize edildiğinde bazı eski zorluklar devam edecek bu arada yenileri de orta-ya çıkabilecektir. GSS aşamasına ulaşmış OECD ülkeleri; hastalıkların önlenmesi, hizmetlere hakkaniyetli erişimin tam anlamıyla gerçekleştirilmesi, kamu harcamalarının ve genel harcamaların kısıtlanması, uzun vadeli mali sürdürülebilirliğin sağlanması ve verimliliğin en üst düzeye çıkarılması gibi zorluklarla halen karşı karşıya kaldıklarını belirtmektedirler.

Halk Sağlığı Zorlukları

3. Bölüm'de bahsedilen bazı halk sağlığı zorlukları, görünüşte hâlâ devam etmekte ya da daha da kötüleşmektedir. Zorunlu eğitimin süresini uzatarak çocukların ortalama eğitim düzeyini geliştirmek üzere alınan son tedbirler, ancak zaman içinde sonuç verecektir. Sigara tiryakiliği gibi kökleşmiş alışkanlıklar, hızlı değişime direnecek gibi görünmektedir. Nüfusun sağlıklı beslenmeye yönelmesine ve azalan fiziksel aktiviteye yol açan teknoloji ve yaşam biçimi değişiklikleri ki bunlar sonuç olarak obezite ve kronik hastalıkları tetikler, devam edecek gibi görünmektedir.

Sektörler arası (Bakanlıklar arasında) koruma politikaları, yalnızca Türkiye'deki sağlık durumunu düzeltmek açısından değil, aynı zamanda sağlık harcamalarının üzerindeki baskıyı kaldırmak açısından da önemli olacaktır. Örneğin, 3. Bölüm'de sözü edilen kanıt; eğitim durumunun, sağlık durumunu belirlemede çok önemli bir rolü olduğunu göstermektedir. Yani Türkiye'de özellikle kızlar arasında daha yüksek eğitim düzeylerini ve eğitim harcamalarının daha yüksek düzeyde etkinliğini teşvik konusunda SB ile MEB ortak bir ilgiye sahiptir. Ek eğitim başarısına atfedilebilecek ekonomik ve kültürel faydalara ilave edilecek potansiyel sağlık kazanımları ve (gelecekteki sağlık harcamalarından yapılacak) potansiyel tasarruflar vardır.

Sektörler arası politikaların da Türkiye'nin, kötü hayat şartlarıyla bağlantılı büyüyen hastalık yüklerine değinmesi gerekmektedir.¹⁰ Sigara tiryakiliği konusunda, tütün kullanımını azaltmak üzere maliyet etkili, sektörler arası politikalar üreten pek çok ülke deneyimi mevcuttur. Bu bilgi birikimine dayalı politikaların bazı ülkelerde sigara kullanım oranlarını bazen dramatik şekilde düşürmede başarılı olduğuna dair güçlü bir kanıt bulunmaktadır.

Hizmetlere Erişimde Coğrafi Eşitsizlikler

Diğer OECD ülkelerindeki deneyim, Türkiye'de koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerine erişimdeki coğrafi eşitsizliklerin, GSS'nin uygulanmaya başlamasından sonra bile devam edeceğini belirtmektedir. Bunun sebebi kısmen, sağlık hizmetleri için gerekli insan

kaynakları ve fiziksel kaynakların coğrafi dağılımında eskilere dayanan eşitsizliklerin, GSS'nin uygulamaya konmasından sonra yıllarca devam edebilecek olmasıdır. Bu eşitsizlikler, sıklıkla, sağlık çalışanlarının yoksul, uzak bölgeler ya da sıkıntılı sanayi alanları yerine ekonomik, fiziksel ve sosyal açıdan cazip alanlarda çalışma isteği ile varlığını sürdürmektedir.

Ekstra faturalandırma ve ikili (kamu ve özel) uygulama kuralları, dezavantajlı gruplara yönelik erişim hakkaniyetsizliklerini artırabilir ve özellikle daha zengin kesim ile yeterli hizmet alamayan kesim arasındaki eşitliği azaltabilir. Hekimler ve diğer sağlık çalışanları, sadece bir işin gerektirdiği klinik yük ve (yaşam maliyetindeki yerel farklılıkları da göz önüne aldıktan sonra) kazandıkları net gelire değil; barınma, çalışma saatleri dışındaki yaşam biçimleri, (eğer çocukları varsa) yerel okulların kalitesi, eşleri için iş olanakları ve mesleki gelişim fırsatlarıyla da motive olacaktırlar.

Ülkenin boyutu ve coğrafi çeşitliliğinden dolayı, Türkiye'de sağlık hizmetlerine erişimde coğrafi eşitliğin uygulanabilmesi için hiç kuşkusuz sürekli dikkat gösterilmelidir. Talep açısından, para, özellikle de yeterli hizmet alamayan bölgelerde hastaları takip edeceğinden, fon akışının dikkatli şekilde izlenmesi gerekecektir. Eğer bu akışlarda, uygun coğrafi ihtiyaç unsurları ile ilgili ödeme şeklinde yapılan düzenlemelerden sonra ciddi eşitsizlikler devam ediyorsa yetkililerin, ya ödeme şekline yönelik daha fazla düzenleme yapmayı veya coğrafi bölgeye doğrudan sübvansiyonda bulunmayı düşünmesi gerekecektir. Bu tip bir politika oluşturmanın önemli bir adımı da Türkiye'deki farklı bölgelerde sağlık hizmetlerine ilişkin hakkaniyetli kamu harcaması yapılabilmesi için hedefler geliştirmek ve kamu harcamalarını bu hedeflere kademeli olarak yaklaştırmayı amaçlamak olacaktır. Her bir bölgede, hangi düzeyde bir kamu harcaması, Türkiye çapında sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyaç karşısında eşit tedavi sağlayacaktır? Sağlık hizmetlerini çoğunlukla vergi kaynaklı fonlarla finanse eden çeşitli OECD ülkeleri, coğrafi bölgeler bazında sağlık hizmetleri için kamu kaynaklarının tahsisatını yönlendirmek üzere ağırlıklı kişi başı ödeme hedefleri oluşturmuş ve bazıları da harcamaları kademeli olarak bu göstergelerle (örneğin, bk. Sağlık Bakanlığı, İngiltere 2005) uyumlu hale getirmiştir. Bir bölgedeki kaba nüfusun, tipik olarak (yaşla ilgili ihtiyaçlar için) yaş yapısı; yaşa bağlı ölüm ve (ek ihtiyaçlar için) sosyoekonomik durum gibi göstergeler; coğrafi bölgelerde sağlık hizmetleri sunumunun maliyetindeki kaçınılmaz değişikliklerin ölçümü (coğrafi fiyat ve ücret değişikliklerine olanak tanımak için) yoluyla o bölgedeki kaba nüfusu ağırlıklandırarak söz konusu nüfusu düzenleyen formülün yardımıyla uygun hedefler belirlenmektedir. SB, Türkiye'de bölgesel GSS sağlık harcamalarına ilişkin bu tür hedefleri belirlemekle ve SGK ise – 10 veya 20 yıl gibi – belirlenmiş bir süre boyunca coğrafi harcamaları kademeli olarak bu hedefler doğrultusunda yönlendirmekle görevlendirilebilir.¹¹

Arz yönlü atılacak önemli bir adım da, sağlık çalışanlarını, yokluk çeken bölgelerde çalışmaya teşvik etmek için ülke politikalarını daha da geliştirmek olacaktır. Yukarıda önceden belirtildiği üzere, SDP kapsamında hekimlerin ülke içindeki coğrafi dağılımında belirgin bir gelişme sağlanmıştır (bu dağılım, her ne kadar ağırlıklı yerine kaba kişi başı göstergeler temelinde yapılmış olsa da). OECD; hekimlerin coğrafi dağılımı sorusunu ele alan, hekimlik hizmetlerinin arzı üzerine bir Tartışma Metni yayımlamıştır (OECD, 2006b). Dağılımı geliştirmek için OECD ülkelerinde başarıyla kabul edilen politikaları belirlemiştir. Bu politikalar içerisinde şunlar sayılabilir: genel hekim sayısını artırmak (ancak kimi alanlardaki eksiklikleri gidermeden, bazı alanlarda hekim sayısı açısından doygunluğa ulaşmak mümkündür); eğitime yönelik teşvikler kullanmak (yoksun alanlarda sağlıkla ilgili okullar açma, bu bölgelerde büyümüş öğrencileri seçme ve öğrencilere bu tür alanlarda çalışma fırsatı tanımak üzere müfredatta değişiklik yapma dahil); eğitim finansmanına yönelik teşvikler kullanmak (sağlık eğitimi için öğrencilere karşılıklı burs veya kredi sağlamak; bursun karşılığı,

mezunların belirli bir süreliğine yoksun alanlarda hizmet vermeleri olacaktır); düzenleyici politikalar (hekim sayısının fazla olduğu alanlarda çalışmaya başlamayı kısıtlama ve yoksun alanlarda çalışmayı kabul karşılığında lisans verilmesi gibi); finansal politikalar (yoksun alanlarda çalışan pratisyen hekimlere ek çalışma ödeneklerinin verilmesi veya gelirlerinin artırılması gibi).

Açıkçası, burada bahsedilen finansal politikalar, yukarıda sözü edilen talep yönlü finansman politikalarının ücret ve fiyat unsurlarını da tamamlamalıdır. Türkiye bağlamında, Doğu bölgelerinde ve İstanbul'da (en azından pratisyen hekimler ve aile hekimleri açısından) yoksunluklar olduğu görülmektedir. Ülkenin doğusundaki bu durumun, ekonomik zayıflıktan kaynaklandığı görülmektedir. İstanbul'daki yoksunluk ise ekonomik güçle ilgili olabilir; bu da büyük şehirlerde yaşamının, ikamet etmenin ve çalışmanın getireceği kaçınılmaz maliyetleri etkilemektedir. Her iki tür bölgede de oldukça farklı sebeplerden dolayı, hekimlik hizmetleri için daha fazla ödeme yapmak, buna göre görece kamu finansman tahsisatlarını yapmak, yoksunlukları gidermek ve tüm Türkiye'deki hastaların sağlık hizmetlerine hakkaniyetli erişimini sağlamak gerekli olabilir. Bunun da Türkiye'deki DRG oranlarının ve toplu ayakta tedavi ödemelerinin coğrafi olarak farklılaştırılmasına yönelik bazı sonuçları olacaktır. Pek çok ülke, DRG'leri coğrafi sebeplerle ayırmaktadır; örneğin Fransa, maliyet farklılıkları gerekçesiyle Paris-Île de France için %7 oranında bir ek ödeme yaparken Island of Réunion'a %30 kadar yüksek bir oran ayırmaktadır.

Maliyet Sınırlama, Sağlık Hizmetlerine Yönelik Uygun Kamu ve Toplam Harcama Düzeyi ve Mali Sürdürülebilirlik

Genel kapsama sahip yeni Türk sağlık sistemi, cömert bir teminat paketi, hizmet başına ödeme (veya DRG) teşvikleri ve genişletilmiş fiziksel altyapı ve insan sağlığı altyapısı nedeniyle, sürekli maliyet sınırlama baskılarıyla mücadele etmek zorunda olmak bakımından diğer OECD ülkelerine benzeyecektir. Ayrıca, tüm nüfusa sağlanacak çok kapsamlı temel bir teminat paketi, nüfusun beklentilerini sınırlamayacaktır. Erişimin önünde bir kaç finansal engel olacak; uygun katkı payları gerekse bile, hizmet fiyatları yüksek oranda sübvansede edilecektir. Zaman içinde, maliyeti artıran teknolojik değişim, sadece, mevcut hastalara sunulabilen hizmetlerin etkinliğine katkıda bulunmayacak aynı zamanda etkili tıbbi bakımın sunulabildiği hastalık ve hasta yelpazesini de genişletecektir. Tüm bunlar beklenti ve taleplerin yüksek olacağı ve artacağı anlamına gelecektir. Öte yandan, arz yönünde, artan hekim sayıları, gelişmiş ilaç reçete etmek, ulaşılabilir hale gelen yeni tanı hizmetlerini istemek ve hastaları daha üst basamaklara sevk etmek için pek çok yeni fırsata kavuşacaktır. Hastanelere DRG'ye göre yapılan ödeme – hizmet başına ödeme sisteminin toplu bir hali – özel hastaneler için ekstra faturalandırma imkânıyla birlikte hizmet sunucularını, hizmetleri genişletmek için daha istekli hale getirecektir. GSYİH'de meydana gelebilecek herhangi bir artış, çift taraflı olacaktır. Bu, sağlık konusunda daha fazla kamu harcamasını finanse edecek mali kapasitenin artmasına yardımcı olacaktır. Ancak aynı zamanda, hasta beklentilerini de artıracak ve ters bir görece fiyat etkisi oluşturma sebebi olacaktır.

Yeni Türk sağlık sisteminin bu özellikleri; yalnızca kamu harcamaları ve belki de genel sağlık hizmetleri harcamaları için sisteme maliyet sınırlama “frenleri” koymak için değil aynı zamanda bu frenleri kararlı ve düzenli bir şekilde uygulamak açısından da önemli olacaktır. Türk politika yapıcılarının elindeki ana maliyet sınırlama “frenleri” şunları içermektedir: tüm kamu sağlık hizmetleri harcamalarındaki, SGK'nin özel hastanelere yaptığı ödemeleri de içeren, “sıkı” global üst limitler (Örneğin, Hazine tarafından SGK'nin sağlık bütçesine uygulanacaktır.); hastaların hizmetlere erişimi için uygun düzeydeki katkı payı ödemeleri; “uygun” düzeye ulaştıktan sonra Türkiye'deki hekim sayısının kontrolü;

mikroekonomik verimlilikte sürekli iyileştirmeler (bu konuya bir sonraki kısımda değinilecektir). Politika yapıcılarının, aynı zamanda, hastane hekimlerini, kararlaştırılan hastane bütçelerini aştıkları için yaptırma tabi tutma gibi politikaları da içeren, ek ve daha sert risk paylaşım düzenlemelerini değerlendirmeleri de gerekmektedir (IMF, 2007). Yukarıda tartışıldığı üzere, Türkiye'nin, harcamalarını az çok son beş sene boyunca kaydettiği belirgin ekonomik büyüme ile aynı doğrultuda tutabilmedeki görünür başarısına rağmen (Akdağ, 2008), hem OECD deneyimleri hem de yukarıda sözü edilen küresel kanıt, kapsamlı teminat paketinin oluşturduğu genel sigortanın ve – Türkiye'nin hızla yaklaşmakta olduğu – son teknolojilerin yaygın mevcudiyetini de içeren gelişmiş bir modern sağlık sisteminin ciddi harcama baskıları ile karşı karşıya kalacağını ifade etmektedir. Kutu 4.1, hem arz hem de talep açısından güçlü maliyet kısıtlama tedbirlerinin alınmaması durumunda böyle bir sistemin muhtemel duraksamasına ilişkin oldukça net tahminler sunmaktadır.

Gerçekte (hâlihazırda kişi başına yaklaşık 7000 ABD doları ve sağlığa da GSYİH'nin %16'sını harcayan ABD hariç) tüm OECD ülkeleri sağlık alanındaki kamu harcamalarını bir şekilde sınırlandırmaktadırlar. Bu, Almanya'da ve bazı Kanada eyaletlerinde olduğu gibi (IMF, 2007), belirli sınırlamalar şeklini alırken, diğer durumlarda aşırı harcamalar,

Kutu 4.1. Sağlık Harcamaları İçin Alternatif Büyüme Yollarının Aktüeryal Analizi, 2008-2033

Maliyet kısıtlama tedbirleri olmaksızın, sağlık harcamalarını GSS bünyesinde etkin düzeylerde yapmak pek mümkün görünmemektedir. SGK, Hazine ve DPT uzmanları ile ortaklaşa yürütülen aşağıdaki aktüeryal analiz (bk. Mays ve ark., yayıma hazırlanıyor), Türkiye'de 2008-2033 arasında toplam ve kamu sağlık harcamalarına yönelik alternatif "maliyet kısıtlama" ve "maliyet kısıtlayıcı olmayan" senaryolar sunmaktadır. Burada sunulan iki senaryo farklılık göstermektedir. Bunun sebebi de, farklı maliyet kısıtlama derecelerinden kaynaklanan, sağlık harcamalarının, GSYİH'yi aşan aşırı büyümesine ilişkin alternatif varsayımlardır. Maliyet kısıtlama senaryosu, Türkiye'nin, geçmişte olduğu gibi sağlık harcamalarındaki artışı – sağlık harcamasının, 25 senelik tahmin süresi boyunca yaklaşık %7'nin üzerinde yıllık GSYİH artış oranını da aşan yıllık artışı ile – kontrol altına almaya devam edeceğini öne sürmektedir. Maliyet kısıtlayıcı olmayan senaryo, Türkiye'nin; sağlık harcamalarındaki yüzdelik artışın, yıllık %29 oranındaki GSYİH artışını aştığı, genel sağlık sigortasının büyük ölçüde başarılı olduğu diğer OECD ülkeleri gibi davranacağını öne sürmektedir. Her iki senaryo da yaşlanan nüfusu açıkça hesaba katmaktadır. Maliyet kısıtlama senaryosu altında sağlık harcaması GSYİH'den yılda sadece %1,09 daha hızlı artacaktır. Maliyet kısıtlayıcı olmayan senaryo altında ise sağlık harcaması GSYİH'den yılda sadece %2,41 daha hızlı artacaktır. Tablo 4.2 farklı sağlık harcamalarını ve iki senaryonun mali etkilerini göstermektedir.

Farklılıklar oldukça nettir. Maliyet kısıtlama tedbirleriyle, genel sağlık harcaması 2011'de GSYİH'deki %5,9 oranından 2033'te GSYİH'nin %7,4 oranına olmak üzere, %1,5 oranında artacaktır. SGK sağlık harcamasının GSYİH'deki payı %3,6'dan %4,5'e olmak üzere %0,9 puanlık bir artış sergileyecektir. Genel gelir katkısı GSYİH'nin %1,2'sinden %2,1'e yükselecek ve SGK'nin genel gelir payı da, belirgin derecede, ancak sürdürülebilir ölçüde, büyük olmayan bir artışla, %33'ten %46'ya yükselecektir. Maliyet kısıtlayıcı tedbirler söz konusu olmadığında ise ortaya farklı bir tablo çıkmaktadır: Bu durumda sağlık harcaması baz yıldaki GSYİH'nin %5,9'undan 3,8 puanlık bir artışla 2033'te %9,7 oranına yükselecektir. SGK sağlık harcamasının GSYİH'deki payı, GSYİH'deki %3,6'lık orandan %6,0'a ulaşacaktır. Daha da problematik olarak, genel gelir katkısı, GSYİH'deki %1,2'lik payını %3,5'e çıkaracak ve tüm SGK gelirlerinin genel gelir payı (katkı oranlarının sabit ve ücretlerin GSYİH ile orantılı olarak arttığı farz edilerek) %33'ten %60'a yükselecektir.

Kutu 4.1. Sağlık Harcamaları İçin Alternatif Büyüme Yollarının Aktüeryal Analizi, 2008-2033

Bunu, maliyet kısıtlayıcı bir çaba olmaksızın, mali anlamda karşılanabilir bir bağlama yerleştirmek amacıyla yetkililer, GSYİH payı olarak merkezi hükümet harcamalarından, sağlık harcamalarına yönelik %2'nin üzerinde bir tahsisat yapabilecekler mi? Türkiye'de merkezi hükümet harcaması, mevcut durumda GSYİH'nin %20'sinden biraz daha fazla olduğundan, yetkililer, altyapı ve eğitim gibi kritik kamu harcaması önceliği taşıyan alanlardan %10 oranında kesinti yaparak, bütçenin %10'unu sağlığa yeniden tahsis edebilecekler mi? Alternatif olarak Türkiye, bu tür muhtemel gelecek sağlık harcamalarındaki artışları karşılamak üzere, gelir/GSYİH oranını 2 puan daha artırmak mümkün mü? Bu rakamlar yuvarlak rakamlar olmasına rağmen, GSS'nin ana şartı olarak sağlık harcamalarını kontrolün önemine işaret etmektedir. Sağlık harcamalarının bu tür kontrolünü gerektiren maliyet sınırlama "frenleri", bu kutunun üstündeki paragrafta tartışılmıştır.

Tablo 4.2. 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					
2011	5.9	4.6	3.6	1.2	32.9
2033	7.4	5.7	4.5	2.1	46.3
Maliyetin kısıtlanmadığı senaryo					
2011	5.9	4.6	3.6	1.2	33.4
2033	9.7	7.6	6.0	3.5	59.5

Kaynak: Mays et al (yayıma hazırlanıyor)

Japonya'da olduğu gibi, sürekli düşürülen ücretlerle mahsup edilmeye çalışılır. Türkiye'nin, devlet hastaneleri için getirilen sınırlamalar konusunda deneyimi olmuştur ve önceden de belirtildiği üzere bu sınırlamaları özel hastanelere de uygulaması gerekmektedir. Çünkü son zamanlardaki harcama bilgilerinden bazıları, en yüksek artışların özel hastane hizmetlerinden geldiğini göstermektedir.

Pek çok OECD ülkesi de tıp fakültelerine veya lisansüstü tıp eğitimine – diğer amaçlar dışında – maliyetlerin dolaylı kontrolü amacıyla pek çok öğrenci kabul etmektedir. Türkiye'de zaman içerisinde hekim sayısı için "doğru" büyüme yoluna karar vermek önemli ve zor bir karar olacaktır. SDP, Türkiye'de mevcut durumda her 1000 kişiye 1,5 olan hekim sayısındaki yetersizliğe dikkat çekmiştir. Yukarıda bahsedildiği üzere hükümet, tıp fakültelerine yıllık öğrenci alımını 4500'den 6000'e çıkarmayı kararlaştırmıştır ki bu da her 1000 hekim başına mezun olma oranını OECD alanındaki diğer ülkelerin üstüne çıkarabilecektir. Hekim iş gücünün yaş yapısı incelendiğinde, önümüzdeki 20 sene içerisinde emekliliğe bağlı az bir yıpranma beklenmektedir. Doktorların yarısı 35 yaşın altındadır. Bu yüzden, hekim iş gücündeki mevcut genişleme (bk. Bölüm 3), diğer şartlar aynı kalmak kaydıyla, 6 sene sonrasından itibaren hızlanacaktır.

Açıkçası, hizmetlerin, karşılanmamış ihtiyaçları karşılamaları veya GSS ve aile hekimliği hizmetlerinin oluşturulması gibi politikaların uygulanması için kaliteyi yükseltmeleri gerektiğinde, hekim sayısının artırılması doğru bir yaklaşımdır. Fakat bir süre sonra bu ihtiyaçlar

karşılanmış olacağından, sayıyı azaltıcı düşüşler gerçekleşecektir. Bu noktada hizmet sunucunun indüklediği talep, kurtarıcı olmaktan çok bir sorun haline gelebilir. Bu arada, hizmet başına ödeme yapan sağlık sistemlerindeki hekim yoğunluğunun, diğer şartlar aynı kalmak kaydıyla, sağlık harcamalarını artırdığına ilişkin kanıt mevcuttur (OECD, 2006b). Ayrıca, Bismarkçı sağlık sistemine sahip diğer OECD ülkelerinde hekim yoğunluğu ile GSYİH'nin sağlık harcaması payı arasında bir korelasyonun bulunması da anlamlı olabilir.

Türkiye'de, şayet yeni tıp fakültesi mezunlarının önemli bir kısmı aile hekimi olursa o zaman, artan tıp fakültelerinin pek çoğu, aile hekimi sayısındaki yetersizliği gidermek için daha fazla öğrenci kaydı yapacaktır. Bu da etkin bir sevk sisteminin kurulmasını sağlar. Bu durumda, hizmet sunucunun indüklediği talebin, özellikle etkin sevk ve risk paylaşım gereksinimleri ile birleştiğinde, kötü olmaktan ziyade iyi olacağı düşünülmektedir. Bu nedenle, SB'nin aile hekimliğinde uzmanlaşmaya yönelik kapasite ve teşviklerinin güçlü olması çok önemlidir.

Verimlilik ve Mikroekonomik Etkinlik

Yeni Türk sağlık sistemi, kabul edilebilir maliyette – özellikle de kabul edilebilir kamu maliyetinde – yüksek kalitede sağlık hizmetleri verecekse, sistemin sürekli bir verimlilik ve etkinlik geliştiriminde bulunması gerekecektir. Yukarıda bahsedildiği üzere, mikroekonomik verimlilikteki kazanımlar, “uygun” sağlık harcaması düzeyini bulmada önemli bir katkı yapabilir. SDP'de öngörülen temel yapısal değişiklikler, 2013 yılına kadar tamamlansa bile programda öngörülen verimlilik geliştirimini gerçekleştirmek için önemli bir gündem, mevcudiyetini koruyacaktır.

SGK Tarafından Aktif Satın Alma Yapılması

Yeni Türk sağlık sistemindeki sağlık hizmetlerinin etkin bir satın alıcısı olarak SGK, sağlık hizmetlerinin hem kalitesini hem de maliyetini şekillendirmek üzere güçlü bir konumda bulunacaktır. SGK'nin bu fonksiyonu yerine getirmesi için yönetim becerileri edinmeye devam etmesi önemlidir. SGK'nin yönetim kapasitesi, özellikle, ödemelerin işlenmesi ve analizi; aktüeryal analiz ve ekonomik modelleme yapma; teşvik tabanlı ödeme sistemlerinin geliştirilmesi, test edilmesi ve uygulanması açılarından önemli olacaktır.

Aile Hekimleri

Aile hekimleri 2013 itibarıyla tüm nüfusa hizmet verebilecek olsalar da liste büyüklükleri en iyi ihtimalle yaklaşık 3000 kişi civarında olacaktır. Etkin bir sevk sisteminin kurulması için aile hekimi sayısının daha da artırılması ve aile hekimliği merkezlerinde verilen hizmetin çeşitliliği ve kalitesinin yükseltilmesi gerekebilir. Bu noktada, ABD'deki pek çok iyi hizmet düzenlemelerinin özelliği olan daha güçlü risk paylaşım yaklaşımlarını uygulamaya koymak uygun olabilir. Aşırı sevk karşısında aile hekimlerine yönelik negatif teşvikler uygulamaya ilaveten, birinci basamak hekimlerine, gereksiz reçete yazma, tanı testleri ve sevklerden kaçınarak elde edecekleri tasarruftan pay alma imkânı verme fikri de göz önüne alınabilir. Bir sonraki aşama ise aile hekimleri için hastane ve ilaç bütçesi tutma uygulaması getirmek olacaktır.

Hastaneler

Her ne kadar SGK ve DRG'li hastaneler arasındaki sözleşme sisteminin 2013 yılına kadar uygulamaya konması düşünülse de o zamana kadar tüm hastanelerin özerklik kazanmış olması mümkün görünmemektedir. Özerk hale gelenler de daha rekabetçi bir ortamda daha

fazla serbest şekilde çalışabilmeleri için gerekli beceri ve davranışları hâlâ öğreniyor olacaklardır. Pek çok hastane personeli, birkaç sene boyunca memurluk sözleşmesi kapsamında kalabilir. Türkiye’de piyasa rekabeti için mevcut alan gelecek birkaç sene boyunca sınırlı kalabileceğinden, özellikle nüfusun bir hastaneden fazlasını destekleyemeyeceği bölgelerde, hastaneler arasındaki rekabete bir standart veya kıstas getirmek iyi olabilir.¹² Bu, yeni DRG ödeme sistemi uygulamaya konduğunda daha da kolaylaşacaktır; fakat aynı zamanda hizmetlerin ve hasta memnuniyetinin klinik kalitesi için daha iyi göstergeler geliştirmek açısından da tercih edilir. Yetkililerin, ödeme teşvikleri ve etkin planlama yoluyla düşük seviyedeki hastane doluluk oranı ile başa çıkmaları gerekmektedir.

Bilgi Teknolojisi (BT)

Türkiye’nin, SDP kapsamında BT ve e-sağlık sistemlerini geliştirmek için hâlihazırda attığı adımlar yukarıda 2. Bölüm’de açıklanmıştır. Bununla birlikte, Türkiye’nin bu çabaları devam ettirmesi, hastaneler ve hekim uygulamaları da dâhil olmak üzere tüm düzeylerdeki reformları için gerekli bilgi sistemlerini uygulaması gerekir. Karar verme ve etkin izleme ve değerlendirme ile ilgili veriler kritik öneme sahip olmakla birlikte bunlar, ciddi reform çabalarının şartları olarak genellikle ihmal edilmektedir. BT’nin sağlık hizmetleri sunumunun etkinliğini geliştirmek üzere büyük bir potansiyel sağladığına dair yaygın bir kanaat mevcuttur. BT’nin ana uygulama alanları şunları içermektedir: Verilerin depolanması, yönetilmesi ve paylaşımı (özellikle klinik kayıtlar); klinik karar verme süreci hakkında bilgilendirme ve destekleme; uzaktan uzmanlaşmış mesleki hizmet ve klinik hizmeti sunma. Pek çok OECD ülkesinde özel orta vadeli bir amaç da sigortalı her bir birey için, ulusal bir elektronik sağlık kaydı oluşturmak ve tüm sağlık sektörü çalışanlarının, hizmet istenen tüm alanlarda bu kayıtlara erişimini sağlamaktır. Bu üç alanda donanım ve yazılım sunmaya yönelik epeyce ticari ilgi mevcuttur. Ayrıca, pek çok OECD ülke hükümeti de ulusal stratejiler oluşturmuş, hedefler belirlemiş ve e-sağlık için sağlık bilgi altyapılarını geliştirmeyi amaçlayan koordinasyon kurumları kurmuştur. Örneğin, İngiltere 2002’de “Ulusal Sağlık Hizmetinde Bilişim Teknolojisi Ulusal Programı”nı ve Kanada, elektronik sağlık bilgi sistemlerinin geliştirilmesi ve benimsenmesini hızlandırmak için 2001’de “Health Infoway (Sağlık Bilgi Yolu)”nu kurmuştur. Daha yakın zamanda 2004’te, Avustralya, yeni ulusal sağlık bilgi sisteminden sorumlu bir Ulusal e-Sağlık Dönüşüm Otoritesi ekibi oluşturmuştur. BT/e-sağlık gündemi hem ülkelerin kendi içinde hem de ülkeler arasında farklı uygulamalara göre farklı hızda ilerlemektedir. Ulusal yatırım seviyeleri de OECD ülkeleri arasında değişiklik göstermektedir. İngiltere’nin, SB ile olan düzenlemeleri finanse ederken Ulusal Sağlık Hizmetinin bilgisayarizasyonu için 15 milyar Euro üzerinde harcama yaptığı ve Kanada SB ile Kanada Infoway arasındaki finansman anlaşmalarının 2007 itibarıyla 1,6 milyar Kanada doları tuttuğu rapor edilmiştir. Ne var ki ulusal programlar, stratejiler ve yatırım yaklaşımları, resmin sadece bir parçasını oluşturmaktadır. Azımsanmayacak sayıda ülkede, yerel yargı organları, en çok yükü taşımaktadır. Sonuç, bazı ülkelerdeki yerel öncelikleri ve kısıtlamaları yansıtan belirgin “yerel” BT/e-Sağlık gündemler ve stratejilerin ortaya çıkmasıdır.

Sağlık hizmetlerinde BT uygulamalarına ilişkin literatürün kapsamlı bir incelemesi (Car ve ark., 2008), e-sağlık uygulamaları ile bağlantılı potansiyel avantajlarla, fiili deneysel gösterilebilir faydalar arasında büyük bir uçurum olduğunu ortaya koymuştur. Değerlendirme kanıtı noksan ve fayda gösteren çalışmaların pek çoğu da ABD’deki Kaiser Permanente ve Veterans Sağlık İdaresi (Garrido ve ark., 2005; Evans ve ark., 2006) gibi entegre sistemlere odaklanma eğilimindedir. Deneyimin hayal kırıklığı oluşturduğu durumlarda, organizasyonel konuların ve insan faktörlerinin, sorunların kökünü oluşturduğuna dair “genel bir konsensüs” bulunmaktadır (Car ve ark., 2008). Yani, teknolojik çözümlerin gücü çoğunlukla

realize edilmez. Çünkü uygulamalar; kullanıcılara, kullanıcılar arasındaki etkileşimlere ve bunların sınırlamalarına ilişkin yeterli anlayışla tasarlanmamıştır.

Elde edilen geçici bir ara sonuç şudur: Pek çok program, cari giderleri azaltma (maliyet tasarrufları) temelinden ziyade, potansiyel bir maliyetten kaçınma (bir başka deyişle gelecekte maliyete girmeme beklentisine) ile hizmet kalitesi ve hasta güvenliği için öngörülen gelişmeler temelinde daha fazla ilerleme kaydetmektedir. Ek teminatlar, ek giderlerden daha fazla olsa da çoğu e-sağlık yatırımının maliyet tasarrufu sağlamaktan çok maliyet artırıcı olabileceği ortaya çıkabilir.¹³

İlaç Tüketimi

Türkiye’de ilaç giderleri, toplam sağlık harcamalarının yaklaşık üçte birini oluşturmaktadır. Ayrıca, bu giderlerin, (son 20 yıldır neredeyse tüm OECD ülkelerinde gözlemlendiği üzere) genel sağlık giderlerinden daha hızlı arttığı görülmektedir; sebepleri şunlardır:

- Yenilik (eski, daha ucuz tedavilerin yerini alan veya şimdiye dek tedavi edilemeyen vakaları çözen yeni, etkili fakat çok pahalı ilaçlar).
- Sağlık hizmetlerine daha fazla erişim, daha çok hekim (ilaç tedavisi gerektiren diyabet ve yüksek tansiyon gibi mevcut sağlık sorunlarının daha fazla ortaya çıkarılmasını sağlar).
- Yaşam şekli etkenlerine ve yaşlanan nüfusa bağlı ve uzun süreli ilaç kullanımı gerektiren kronik hastalık insidansında artış.

Başka bir deyişle, akılcı reçete yazımını geliştirme ve ilaçlara ödenen ücreti düşürme amaçlı çabalar özellikle gereklidir. Etkinliği geliştirmeye yönelik öneriler şunları içerir (ilaç yönetim aracının, aşağıdaki unsurlara odaklanarak daha kapsamlı şekilde kullanılması): (1) Jenerik ilaç piyasasında rekabet oluşturma (en ucuz jenerikler için hasta katkı payından feragat edildiği Almanya, bir rol modeli olarak tanımlanabilir) (2) Sağlam bir izleme sistemi, geribildirim ve finansal teşviklere bağlı akılcı ilaç kullanımına ilişkin bağlayıcı klinik rehberlerin kullanılmaya başlanması (3) İlaçların maliyet etkinliğinin değerlendirilmesinin, geri ödeme kararlarında önemli bir rol oynamasını temin etmek üzere, geri ödeme işlevi ve artan şeffaflık için uzman desteği.

Sağlık Teknolojileri Değerlendirmesi

İlaçlarla ilgili yukarıdaki son öneri genelleştirilebilir. Öneri, sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesi ve sağlık hizmetlerinin finansmanı ile yönetilmesine ilişkin kararlarda maliyet etkinliği değerlendirmeleri yapabilmek için Türkiye’nin kapasite geliştirmesi gerektiğini ifade etmektedir. Türkiye’nin, tüm sağlık teknolojileri çapında orijinal klinik ve maliyet etkinlik çalışmaları yapmasına gerek olmayabilir. Günümüzde, kanıta dayalı tıp ve her yerden erişilebilir sağlık teknolojileri değerlendirmeleri hakkında giderek büyüyen bir uluslararası literatür bulunmaktadır. Ne var ki Türkiye’nin, bu kanıtı uyarlama ve kendi bağlamına göre yorumlama konusundaki mevcut kapasitesini geliştirmesi gerekebilir. İngiltere’de Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmeliyet Enstitüsü (NICE), yeni teknolojilerle ilgili kapsam kararları alırken Türkiye için yararlı bir model teşkil edebilir (Miners ve ark., 2005).

4.7. Sonuçlar ve Gelecek İçin Kilit Öneriler

Bu bölüm, yukarıdaki rapordan sonuçlar çıkarmakta ve geleceğe yönelik bazı kilit önerilerde bulunmaktadır (Kutu 4.2).

SDP'nin Başarılı Olduğunu Gösteren İlk Sonuçlar

SDP, bir OECD ülkesinde GSS'nin hayata geçirilmesi gibi önemli sağlık sektörü reformlarının geliştirilmesi ve uygulanmasında "iyi uygulama"nın nasıl olacağını pek çok açıdan yansıtmaktadır. Güçlü hükümet taahhüdü ve liderliği ile güçlü ekonomik büyümenin desteklediği önemli finansman reformlarına çok dikkatli bir şekilde planlanmış hizmet sunumu reformları eşlik etmekte ve tamamlayıcı görev görmektedir. SDP'nin; sağlık durumu, mali koruma ve hasta memnuniyetinin tüm yönleri üzerindeki etkisini değerlendirmek için henüz çok erken olsa da mevcut verilerden elde edilen ilk göstergeler, bu üç alanda da önemli ilerlemeler kaydedildiğini ortaya koymaktadır. Türkiye diğer OECD ülkeleri ile arasındaki performans açığını kapatmakta ve genel maliyetler dahil bir dizi konuda kıyaslanabileceği diğer üst orta gelir grubuna giren ülkelere oranla daha iyi bir performans göstermektedir. Aslında diğer ülkelerin Türkiye'deki sağlık reformlarından öğrenecekleri pek çok şey olabilir.

Fakat Türk sağlık sisteminde hem eskiden kalan zorluklar hem de yeni zorluklar vardır.

Bununla birlikte bazı eski zorluklar devam etmektedir ve bazı yeni zorluklar ortaya çıkmaktadır. 2008 yılında sağlık sisteminin yüz yüze olduğunu gördüğümüz eskiden kalma zorluklardan en önemlisi sağlık durumunun nasıl daha fazla iyileştirilebileceği konusudur. İyileştirmeden; diğer üst orta gelir grubuna giren ülkelerdeki ortalama seviyeye nasıl getirileceği; demografik ve epidemiyolojik değişimler ile beslenme alışkanlıklarındaki farklılaşmaların ışığında, bu iyileşmelere mali yönden karşılanabilir bir biçimde nasıl devam edileceği anlaşılmalıdır. Bununla ilgili bir zorluk da, kamu sağlık harcamalarının sürdürülebilirliğini korurken, iyileştirmenin nasıl başarılabacağıdır. Yeni sağlık sisteminin tasarımı yüzünden, gelecek yıllarda maliyet kısıtlama krizlerine yakalanma riski yüksek görünmektedir. Gelecekte ekonomik büyüme hızında meydana gelebilecek düşüşler durumu daha da kötüye götürebilir. Bu zorluğu aşmak için gereken politikalar şunları sağlayacaktır: i) Sağlık harcamalarının büyüme hızı üzerinde kontrol ii) Verimlilik alanında daha fazla iyileştirme yapılmasını teşvik iii) Erişimde hakkaniyet sağlanmasına yönelik daha fazla ilerleme ve mali koruma alanında ulaşılan yüksek düzeyi koruma. Diğer bir zorluk da GSS'nin ödeme gücünü temin etmek için yeterli gelirin elde edilmesidir.

Sağlık harcamalarının büyüme hızı üzerinde kontrol sağlanmalıdır

Sağlık hizmetleri alanında maliyet sınırlaması gerçekleştirilmedi Türkiye'nin iyi bir geçmişi vardır; fakat – artık hizmetlere erişimin sınırlandırılmasına daha fazla bağlı kalamayacak olan – yeni sağlık sistemi, daha hızlı bir büyüme potansiyeline sahiptir. Bu bakımdan, hükümetin – özel hizmet sunuculara yaptığı ödemeler de dahil olmak üzere – toplam kamu sağlık harcamaları üzerindeki denetimini sürdürmek amacıyla, gelecekte SGK'nin toplam kamu sağlık harcamaları üzerinde sıkı bir üst limit uygulaması arzu edilebilir olacaktır. Bu üst limit, birinci basamaktaki ve hastanelerdeki – özel hastaneler dahil olmak üzere – tüm kamu harcamalarını kapsamalıdır. Bu, ya sağlık hizmetleri hacminin ya da fiyatlarının – veya her ikisinin karışımının – kontrol edilmesi anlamına gelecektir; aynı zamanda SGK'nin aktif satın alma gerçekleştirmesini ve performans yönetimi sisteminin uygun şekilde değerlendirilmesini gerekli kılacaktır.

Ek olarak, aile hekimliği hizmetleri tüm ülke geneline yayıldığı zaman, bir aile hekiminden sevk olmaksızın hastanelerin ayakta tedavi birimlerine yapılacak başvurular için katkı payı uygulamasının hayata geçirilmesi ve aşırı hasta sevkine karşı aile hekimi geri ödeme kesintilerinin yeniden yürürlüğe konması gerekecektir. Hastaların daha üst basamakları hastanelere (kendiliklerinden) gitmeleri gibi uygunsuz sevkler için de benzer katkı payları uygulanmalıdır. Bu tedbirler, GP hizmetlerinin hastanelerin ayakta tedavi birimlerinden geri

çekilmesine – veya kısmen geri çekilmesine – imkân tanıyarak eğitim hastaneleri üzerindeki baskıları azaltacaktır. Maliyetleri kısıtlamanın önemli bir diğer yolu da ilaç fiyatlarında daha fazla indirim yapılması ve – sağlık harcamalarının yaklaşık üçte birini oluşturan – ilaç tüketiminin daha da akılcı hale getirilmesi yönünde çaba göstermek olacaktır.

Orta ve uzun vadede, hekim sayısının gerektiği şekilde artırılmasından sonra, hekimlik mesleğine giren mezunların sayısını tekrar azaltmak ve akabinde kontrol altında tutmak önemli hale gelecektir. Yukarıda gösterildiği üzere, Türkiye’dekine benzer sağlık sistemlerinde sağlık harcamalarının hekim sayıları ile doğrudan ilgili olduğunu gösteren kanıtlar mevcuttur.

Verimlilikte daha fazla iyileşme yapılması gerekecektir

Hem maliyet kısıtlamasına yardımcı olabilecek hem de paranın karşılığını artıracak verimlilik iyileştirmelerini teşvik etmek üzere, yetkililer önümüzdeki beş yıl içinde SDP’nin II. Fazı’nın tamamlanması için çalışmalarını hızlandırmalıdır. Yetkililer, birinci basamakta yeni aile hekimliği hizmetlerini yaygınlaştırmaya ve bunların yanı sıra koruyucu sağlık hizmetlerini geliştirmeye devam etmelidirler. İlave aile hekimleri, kısa vadede maliyet baskılarını artırsa bile, hastanelerin ayakta tedavi birimlerindeki yükü azaltarak orta ve uzun vadede verimliliğin iyileşmesine yardımcı olacaktır.

İkinci basamakta, hizmet satın almanın SGK’ye devrinin tamamlanması; SGK’nin yönetim kapasitesi bu göreve uygun hale geldiğinde ve DRG ile toplu ayakta tedavi ödeme reformları yeterli düzeyde ilerleme kat ettiğinde, önemli hale gelecektir. Aynı zamanda, hastanelerdeki performans yönetimi sisteminin diğer ödeme reformları ile uyumunu gerçekleştirmek; hacim, kalite, verimlilik ve birim maliyetlerde tasarrufu ödüllendirmeyi sağlamak amacıyla bu sistemin reforme edilmesi iyi olacaktır. Ayrıca hastanelere daha fazla özerklik veren politikalarda – hastanelerin bu politikaları idare edecek yönetim kapasitesini ortaya koyması şartıyla – ısrarcı olunması gerekebilecektir.

Daha genel olarak ise şunlara yatırım yapılması önem kazanacaktır: Daha iyi bilgi ve Bilişim Teknolojileri (BT); sağlık teknolojileri değerlendirmesi, hemşire iş gücünün boyutu ve becerileri. Hizmet kalitesinin ölçülmesinde, sağlık harcamalarındaki değişikliklerin izlenmesi ve öngörülmesinde; teknolojiye yaşanan değişikliklerin değerlendirilmesine ilişkin becerilerde önemli bazı boşluklar bulunmaktadır. Ayrıca, diğer OECD ülkelerinde edinilen tecrübelerle bakıldığında, Türkiye’de hemşirelerin hekimlere destek verme açısından daha büyük bir rol oynamaları için geniş bir alan olduğu görülmektedir.

Erişimde hakkaniyete doğru daha fazla ilerleme gereklidir

Türkiye’deki ortalama sağlık durumunu, özellikle coğrafi boyutta sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyet alanında daha fazla iyileştirmeler yaparak geliştirmek mümkündür. Yeni sağlık sistemi, erişim hakkaniyetinin iyileştirilmesine yardımcı olacaktır; çünkü para, hastayı takip edecektir. Fakat ülkenin doğusunda ve İstanbul’da sistemin kapasitesini güçlendirmek üzere arz yönlü harekete geçilmesi gerekecektir. DRG’lerde ve ayakta tedavi toplu ödeme oranlarında uygun “ihtiyaç” düzenlemeleri yapılması, sağlık alanındaki bölgesel kamu harcamalarına yönelik kişi başı ödeme yaklaşımlarının geliştirilmesi ve sağlık çalışanlarını yoksun alanlara çekmek üzere daha güçlü mali teşvikler olması bu eylemlere rehberlik edebilir.

Daha fazla gelir elde edilmelidir

SGK’nin, nüfusun sağlık sigortasına kaydolma oranını artırma ve katkı payı elde etme yolları bulmaya çalışması önem kazanacaktır. Fakat katkılardan elde edilen sağlık alanındaki kamu harcamalarının payını, yetkililerin Türkiye’deki kayıt dışı sektörü küçültme yönündeki politikaları nedeniyle denetim altında tutmak gerekecektir. Çünkü katkılar, işgücü

üzerindeki “vergi baskısını” artırarak kayıt dışılığı teşvik eder. Kayıt dışılık azalır, genel gelirleri artırmak daha kolay olabilir. Şüphesiz hem vergi idaresinin iyileştirilmesi, hem de mevcut vergilerde reform yapılması vasıtasıyla gelirler artırılabilir.

Daha kapsamlı halk sağlığı meselelerini ele almak önemli olacaktır

Daha iyi sağlık hizmetlerinin; tek başına, Türkiye'nin sağlık durumu konusunda, benzer ülkeleri yakalamasını sağlaması pek mümkün değildir. Eğitim düzeyi, sigara kullanımı, beslenme ve fiziksel aktivite gibi diğer sağlık dışı belirleyicilerin sağlık durumunun belirlenmesinde önemli bir rol oynadığına dair güçlü kanıtlar vardır. Bu yüzden Türkiye'nin, SB dışındaki diğer bakanlıkları da içeren sektörler arası daha güçlü politikalara ihtiyacı vardır.

İleride daha başka zorluklar da olacaktır

Yukarıda bahsedilen zorluklar, SB'nin sahip olduğu liderliği devam ettirmesi gerektiğini ve bu konuda önemli bir rol üstleneceğini göstermektedir. SDP'nin tamamlanma sürecinin izlenmesi gerekmektedir. Birinci ve ikinci basamak kamu hizmet sunucularının – özerk hale gelseler bile – sürekli yönlendirilmesine ihtiyaç olacaktır. Ayrıca, diğer kilit bakanlıkları da içeren kapsamlı halk sağlığı alanındaki eylemleri koordine etmek üzere, SB'nin liderlik etmesine ihtiyaç vardır. SB, SGK, Hazine, MB ve DPT'nin; harcamaları ve gelirleri sürekli olarak izlemesi, paranın karşılığını güvence altına alması ve sürdürülebilirliği sağlaması gerekecektir.

Kutu 4.2. Kilit Önerilerin Özeti

- Sağlık hizmetleri alanındaki toplam kamu harcamaları üzerinde SGK tarafından sıkı bir üst limit uygulanması.
- Sevk olmadan hastanelerin ayakta tedavi birimlerine yapılan başvurular için katkı payı ödemesinin uygulanması.
- İlaç fiyatlarında daha fazla indirim yapılmaya çalışılması ve akılcı ilaç reçetelendirme uygulamasının hayata geçirilmesi.
- Şu an ihtiyaç duyulan hekim sayısı artışının sağlanmasının ardından orta ve uzun vadede hekimlik mesleğine girişin kontrol altına alınması.
- Önümüzdeki beş yılda SDP'nin uygulamasına devam edilmesi.
 - ❖ Aile hekimliği hizmetlerinin yaygınlaştırılmasına devam edilmesi.
 - ❖ Aile hekimliği hizmetlerinin yanı sıra halk sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi ve koordine edilmesine devam edilmesi.
 - ❖ Hastane ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin satın alımı işlerinin, yönetim kapasitesi uygun olduğunda SGK'ya devrinin tamamlanması.
 - ❖ DRG ve toplu ayakta tedavi ödeme sistemlerinin tamamlanması ve risklerin hizmet sunuculara planlı hizmet ilkelerine dayalı olarak devredilmesi için yeni sistemler geliştirilmesi.
 - ❖ DRG ödemesini desteklemek, verimlilik ve maliyet etkililik konularına daha fazla ağırlık vermek üzere performans yönetimi sisteminin reforme edilmesi.
 - ❖ Uygun yönetim kapasitesine sahip hastanelere daha fazla özerklik verilmeye devam edilmesi.
 - ❖ Karar alma için daha güçlü BT sistemlerine yatırım yapılması.
 - ❖ Sağlık teknolojisi değerlendirmesini üstlenmek ve sağlık reformlarını izlemek ve değerlendirmek üzere kapasite geliştirilmesi.
 - ❖ Türkiye'deki hemşire sayısının ve hemşirelerin görevlerinin artırılması.
- Yeni sağlık sistemini, sağlık hizmetlerine erişimdeki coğrafi hakkaniyeti iyileştirme konusunda desteklemek üzere arz yönlü harekete geçilmesi (Muhtemelen bölgelere göre ağırlıklı “kişi başı ödeme” hedefleri vasıtasıyla bilgilendirme yapılarak).
- GSS'ye kayıtların ve katkı ödemelerinin artırılması ve ödeme gücünün dikkatle izlenmesi.
- Bakanlıklar arasında kapsamlı halk sağlığı konularının ele alınması.
- SB'nin kılavuzluk kapasitesinin geliştirilmesine devam edilmesi

Sağlık sistemi reformu, daimi bir süreçtir. Uygulamanın bu ilk safhalarında Türkiye'nin "devasa" bir reformu etkili bir şekilde hayata geçirebilen birkaç orta gelirli ülkeden biri olduğu görülmektedir. SDP, hem Türkiye'nin sosyal yardım sisteminde önemli bir iyileşme kaydettiğini yansıtmakta hem de aynı meselelerle mücadele etmekte olan diğer ülkelere "iyi bir uygulama" örneği teşkil etmektedir. Fakat programın nihai başarısı ve sürdürülebilirliği, Türk yetkililerin halen üstünde çalışmakta oldukları zorlu politika ve uygulama kararlarına bağlı olacaktır. Uluslararası tecrübelerle göre, uzun vadede sağlık sisteminin mali sürdürülebilirliğini sağlamak ve Türk insanının sağlık durumu ve refahının sürekli olarak iyileşmesini temin etmek için doğru politikalar seçilmesi ve bu politikaların etkili bir şekilde uygulanması gerekecektir.

Notlar

1. Çok az sayıda çalışma, 'başarılar' derken neyin kastedildiğini tanımlar; özenle yapılmış değerlendirmeler içerir; sağlığa ilişkin tüm karmaşık yapıların ve sonuçları etkileyen sektörler arası kilit etkileşimlerin anlaşılması için sağlık sistemiyle ilgili yeterli oranda ayrıntıya sahiptir ve genelde sağlıkla ilgili sonuçlar, maliyetler ve mali korumayla ilgili önemli veriler konusunda eksiktir.
2. Gottret ve Schieber (2006) ve Gottret ve ark. (2008). OECD perspektifi OECD (2004a) ve OECD (2004b)'de bulunabilir. Sonuncusu, Docteur ve Oxley'in "Sağlık Sisteminde Reform: Deneyimlerden Çıkarılan Dersler (Health System Reform: Lessons from Experience)" hakkında yazdıkları bir bölümü de içermektedir.
3. Gottret ve Schieber (2006), Bölüm 9, Gottret ve ark. (2008), Bölüm 5.
4. Dünya Bankası, Türk Hükümeti ile işbirliği içinde, Türkiye'de halk sağlığı ile ilgili büyük bir çalışma yürütecektir.
5. Türkiye'nin gelir/GSYİH oranı, karşılaştırılabilir diğer üst orta gelirli ülkelerin oranından düşüktür. Bk. George Schieber'in 29 Mayıs 2008'de Türkiye Ankara'da düzenlenen Üst Düzey Politika Semineri'nde yapmış olduğu "Sağlık Finansmanına Genel Bakış (Overview of Health Financing)" konulu sunum.
6. Türkiye'deki genel harcama ve gelir durumları konulu ve kısmen hükümetin sağlık harcamaları sonucunda ortaya çıkan olası mali alan baskısı konulu tartışmalar için bk. Uluslararası Para Fonu (2008) ve Dünya Bankası (2006a).
7. William Hsiao'nun 29 Mayıs 2008'de Türkiye Ankara'da düzenlenen Üst Düzey Politika Semineri'ndeki "Kayıt dışı Sektör İşçilerinin Kayıt Atına Alınması" konulu sunumundan.
8. Üniversite hastanesi etkinliğini farklı açılardan tetikleyebilecek bazı politikalar, şunları içerir: tam zamanlı üniversite personelinin, hastane içinde ve dışında özel muayene yapabilme imkanı; hastaların, kaçınıcı basamak olduğu fark etmeyecek şekilde herhangi bir hastaneye istedikleri gibi başvurabilme konusunda tam özgürlüğe sahip olmaları; üniversite hastanelerinde kullanılan performans standartları ve tıp eğitimi ve tıp araştırmaları için mevcut finansman örnekleri.
9. Aile Hekimliği Daire Başkanlığı, Mayıs 2008. Ofis dışında verilen hizmetler ve koruyucu sağlık hizmetleri de dahil olduğu takdirde sayı daha fazla olabilir.
10. Obezite salgını gibi daha "modern" olarak adlandırılan salgınlar ve bunların sağlık üzerindeki (diyabet ve kardiyovasküler hastalıklar dahil) pek çok yan etkisi durumunda, hangi müdahalelerin maliyet etkin olabileceği hususunda iyi bir kanıt henüz mevcut değildir. OECD, halihazırda, yetersiz beslenme ve fiziksel aktivite eksikliği ile ilgili kronik hastalıklar üzerinde özellikle durarak koruyucu sağlığın ekonomisini incelemektedir ve 2008 sonunda bir rapor çıkarılması planlanmaktadır. Diğerlerinin yanı sıra bu girişim, yetersiz beslenme ve fiziksel aktivite eksikliği ile başa çıkmak üzere yapılan müdahalelerin maliyet etkinliği ile ilgili kanıtları inceleyecektir. Rapor, aynı zamanda, OECD ülkelerinde bu konularla ilgili politikaların bir incelemesini de içerecektir.
11. Kaybeden alanlar üzerinde, hizmetleri kesin şartlarla durdurma baskısı oluşturmaktan kaçınmak için oldukça uzun bir zaman gerekecektir ki, bunu işler ve geçerli kılmak ve kazanan alanların üretici kullanımına yönelik ek kaynaklar ayırmasına (bu da insani ve fiziki kapasitenin ayarlanmasını gerektirebilir) imkân tanımak, politik açıdan zor olabilir. Esasen, SB'nin arz yönlü eylemine, hedeflerle uyumlu harcama yapmak üzere talep tarafındaki GSS politikalarını tamamlamak için ihtiyaç duyulabilir.
12. Rekabete 'standart' veya 'kıstas' getirmek, tipik olarak baskın bir satın alıcının, hizmet sunucularla (sunucular arasında karşılaştırma amaçlı tasarlanan uygun performans göstergeleri veya kıstasları temelinde maliyetler, hacim veya çıktılar açısından) yaptıkları sözleşmeden doğan performansını geliştirme konusunda müzakereye girdiği bir süreci tanımlar. Bu tür dolaylı rekabet, - her ne kadar bu piyasa rekabeti aynı zamanda uygun performans göstergelerince bilgilendirilebilse de - genelde sunucular arası seçim yapan pek çok satın alıcı tarafından yönlendirilen doğrudan, piyasa rekabeti ile çelişebilir.
13. OECD, sağlıkta BT uygulamasının bir incelemesini yapmakta olup 2008 sonu itibarıyla bir rapor yayınlayacaktır.

Kaynaklar

- Akdağ, R. (2007a), *The Progress So Far: Turkey Health Transformation Programme*, Ministry of Health, Ankara. (Akdağ, R. (2007a), *Nereden Nereye: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı*, Sağlık Bakanlığı, Ankara.)
- Akdağ, R. (2007b), *The Presentation of the Ministry of Health's 2008 Financial Year Budget to TBMM Plan and Budget Commission*, 19 October, Ankara. (Akdağ, R. (2007b), *Sağlık Bakanlığı'nın 2008 Mali Yılı Bütçesinin TBMM Plan ve Bütçe Komisyonuna Sunulması*, 19 Ekim, Ankara.)
- Akdağ, R. (2008), *Progress Report 2008 Health Transformation Programme*, Ministry of Health, Ankara. (Akdağ, R. (2008), *İlerleme Raporu 2008 Sağlıkta Dönüşüm Programı*, Sağlık Bakanlığı, Ankara.)
- Aran, M. and J. Hentschel (forthcoming), *Household Level Health Expenditures and Health Insurance Coverage of the Poor in Turkey*, World Bank, Washington DC. (Aran, M. ve J. Hentschel (yayıma hazırlanıyor), *Türkiye'de Hane Seviyesi Sağlık Harcamaları ve Yoksulların Sağlık Sigortası Kapsamı*, Dünya Bankası, Washington DC.)
- Aydın, S. (2006), "Reorienting and Restructuring the Ministry of Health for Effective Stewardship: Turkish Plans and Implementation Challenges", Ministry of Health Presentation, Istanbul. (Aydın, S. (2006), "Etkin Kılavuzluk için Sağlık Bakanlığı'nın Yeniden Yönlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması: Türk Planları ve Uygulama Zorlukları", Sağlık Bakanlığı Sunumu, İstanbul.)
- Bostan, S. et al. (2007), "Patient (Customer) Expectations in Hospitals", *Health Policy*, Vol. 82, pp. 62-70. (Bostan, S. ve ark. (2007), "Hastanelerde Hasta (Müşteri) Beklentileri", *Sağlık Politikası*, Cilt 82, s. 62-70.)
- Büken, N.O. and E. Büken (2004), "Emerging Health Sector Problems Affecting Patient Rights in Turkey", *Nursing Ethics*, Vol. 11, No. 6, pp. 610-624. (Büken, N.O. ve E. Büken (2004), "Türkiye'deki Hasta Haklarını Etkileyen Yeni Sağlık Sektörü Sorunları", *Hemşirelik Etiği*, Cilt 11, No. 6, s. 610-624.)
- Car, J. et al. (2008), "The Impact of eHealth on the Quality and Safety of Healthcare: A Systematic Overview and Synthesis of the Literature", Report for the NHS Connecting for Health Evaluation Programme. (Car, J. ve ark. (2008), "E-sağlık'ın Sağlık Hizmetlerinin Kalitesi ve Güvenliği Üzerindeki Etkisi: Literatür Sentezi ve Sistematik Bir Bakış", Sağlık Değerlendirme Programına Yönelik NHS Bağlantısı Raporu.)
- Celik Y. and A. Seiter (2008), "The Pharmaceutical Sector in Turkey", Draft report, International Bank for Reconstruction and Development, World Bank, Washington DC. (Celik Y. ve A. Seiter (2008), "Türkiye'de İlaç Sektörü", Taslak Rapor, Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası, Dünya Bankası, Washington DC.)
- Chakraborty, S. (2007), "Modelling the Health Expenditure Implications of the New Budget Law (SUT)", World Bank internal document prepared for SSI Actuarial Analysis, Ankara. (Chakraborty, S. (2007), "Yeni Bütçe Kanunu'nun (SUT) Sağlık Harcamaları Sonuçlarının Modellenmesi", Dünya Bankası SGK Aktüeryel Analizi için Hazırlanmış İç Doküman, Ankara.)
- Cutler, D.M., A.S. Deaton and A. Lleras-Muney (2006), "The Determinants of Mortality", National Bureau of Economic Research Working Paper No. 11963. (Cutler, D.M., A.S. Deaton ve A. Lleras-Muney (2006), "Ölüm Oranı Belirleyicileri", Ulusal Ekonomik Araştırma Bürosu Araştırma Dokümanı No. 11963.)
- Dagdeviren, N. and Z. Akturk (2004), "An Evaluation of Patient Satisfaction in Turkey with the EUROPEP Instrument", *Yonsei Medical Journal*, Vol. 45, pp. 23-28. (Dağdeviren, N. ve Z. Akturk (2004), "EUROPEP Aracıyla Türkiye'de Hasta Memnuniyeti Değerlendirmesi", *Yonsei Tıp Dergisi*, Cilt 45, s. 23-28.)
- Department of Health, England (2005), *Resource Allocation: Weighted Capitation Formula, Fifth Edition* www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4112065. (Sağlık Departmanı, İngiltere (2005), *Kaynak Tahsisi: Ağırlıklı Kişi Başı Ödeme Formülü, Beşinci Baskı* www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4112065.)
- Ergin, F. et al. (2007), "Nutritional Status and Risk Factors of Chronic Malnutrition in Children under Five Years in Aydın, a Western City of Turkey", *The Turkish Journal of Pediatrics*, Vol. 49, pp. 283-289. (Ergin, F. ve ark. (2007), "Aydın'da 5 Yaş Altı Çocuklarda Kronik Beslenme Bozukluğunun Risk Faktörleri ve Gıdasal Durumu", *Türk Pediatri Dergisi*, Cilt 49, s. 283-289.)
- Ersoy, E., S. Kuvuncubasi, Y. Ozcan and J. Harris (1997), "Technical Efficiencies of Turkish Hospitals", *DEA Approach, Journal of Medical Systems*, Vol. 21, No. 2. (Ersoy, E., S. Kuvuncubasi, Y. Özcan ve J. Harris (1997), "Türk Hastanelerindeki Teknik Etkinlikler", *DEA Yaklaşımı, Tıbbi Sistemler Dergisi*, Cilt 21, No. 2.)
- European Parliament (2006), *General Overview of the Public Health Sector in Turkey in 2006*, European Parliament, Strasbourg, France. (Avrupa Parlamentosu (2006), *2006'da Türkiye'de Halk Sağlığı Sektörünün Genel Görüntüsü*, Avrupa Parlamentosu, Strasbourg, Fransa.)
- Evans et al. (2006), "Effect of Implementation of an Enterprise-wide HER on Productivity in the VHA", *Health Economics Policy and Law*, Vol. 1, pp. 163-169. (Evans ve ark. (2006), "VHA'da Üretkenlik Konulu Girişim Çerçevesinde Bir EHR Uygulanmasının Etkisi", *Sağlık Ekonomisi Politikası ve Kanunu*, Cilt 1, s. 163-169.)

- Feinstein, L. et al. (2006), "What are the Effects of Education on Health?", Chapter 4 in *Measuring the Effects of Education on Health and Civic Engagement: Proceedings of the Copenhagen Symposium*, OECD, Paris. (Feinstein, L. ve ark. (2006), "Sağlık Konulu Eğitimin Etkileri Nelerdir?", Bölüm 4 Eğitimin Sağlık ve Yurttaşlık Üzerindeki Etkilerinin Ölçülmesi: Kopenhag Sempozyumu Oturumları, OECD, Paris.)
- Garrido, T. et al. (2005), "Effect of EHRs in Ambulatory Care", *BMJ*, Vol. 330, No. 7491, pp. 581-585. (Garrido, T. ve ark. (2005), "EHR'nin Ayakta Tedavideki Etkileri", *BMJ*, Cilt 330, No. 7491, s. 581-585.)
- Gottret, P. and G. Schieber (2006), *Health Financing Revisited*, World Bank, Washington, DC. (Gottret, P. ve G. Schieber (2006), *Yeniden Sağlık Finansmanı*, Dünya Bankası, Washington, DC.)
- Gottret, P., G. Schieber and H. Waters (2008), *Good Practices in Health Financing: Lessons from Reforms in Low and Middle-Income Countries*, World Bank, Washington, DC. (Gottret, P., G. Schieber ve H. Waters (2008), *Sağlık Finansmanında İyi Uygulamalar: Düşük ve Orta Gelirli Ülkelerdeki Reformlardan Alınan Dersler*, Dünya Bankası, Washington, DC.)
- Grol, R. et al. (2000), "Patients in Europe Evaluate General Practice Care: An International Comparison", *British Journal of General Practice*, Vol. 50, pp. 882-887. (Grol, R. ve ark. (2000), "Avrupa'daki Hastalar Genel Pratisyenlik Bakımını Değerlendiriyor: Uluslararası Bir Karşılaştırma", *İngiliz Genel Pratisyenlik Dergisi*, Cilt 50, s. 882-887.)
- Heller, P. (2005), "Understanding Fiscal Space", IMF Policy Discussion Paper PDP/05/4, International Monetary Fund, Washington, DC. (Heller, P. (2005), "Mali Alanın Anlaşılması", IMF Politika Tartışma Tebliği PDP/05/4, IMF, Washington, DC.)
- Hsiao, W. (2007), "Why is a Systematic View of Health Financing Necessary", *Health Affairs*, pp. 950-961, July/August. (Hsiao, W. (2007), "Sağlık Finansmanı Sistematik Görüşü Neden Gereklidir?", *Sağlık İşleri*, s. 950-961, Temmuz/Ağustos.)
- Hurst, J. (2002), "Performance Measurement and Improvement in OECD Health Systems: Overview of Issues and Challenges", *Measuring Up: Improving Health System Performance in OECD Countries*, OECD, Paris. (Hurst, J. (2002), "OECD Sağlık Sistemlerinde Performans Ölçümü ve İyileştirilmesi: Konuların ve Zorlukların Görünümü", *Nitelik Ölçümü: OECD Ülkelerinde Sağlık Sistemi Performansının İyileştirilmesi*, OECD, Paris.)
- International Monetary Fund (2007), *Turkey: Improving the Efficiency and Effectiveness of Government Health Expenditure*, Washington, D.C. (Uluslararası Para Fonu (2007), *Hükümetin Sağlık Harcamalarının Etkinlik ve Verimliliğinin İyileştirilmesi*, Washington, D.C.)
- International Monetary Fund (2008), "Turkey: Seventh Review and Inflation Consultation under the Stand-by Agreement and Request for Waiver of Non-observance of Performance Criteria-Staff Report", Staff Supplement: Press Release on the Executive Board Discussion and Statement by the Executive Director for Turkey, IMF Country Report No. 08/272, Washington, DC. (Uluslararası Para Fonu (2008), "Türkiye: Stand-by Anlaşması Kapsamındaki Yedinci İnceleme ve Enflasyon İstişaresi ve Performans-Kriterlerine Uyulmaması İçin Feragat Talebi – Personel Raporu", Personel Zeyili: Türkiye için Yönetici Direktörü tarafından verilen Yönetim Kurulu Görüşmeleri ve Raporu konulu Basın Bildirisi, IMF Ülke Raporu No. 08/272, Washington, DC.)
- Jamison, D. (2006), "Investing in Health", in D. Jamison et al. (eds.), *Disease Control Priorities in Developing Countries Second Edition*, World Bank and Oxford University Press, Washington, D.C. and New York, pp. 3-34. (Jamison, D. (2006), "Sağlığa Yatırım Yapılması", D. Jamison ve ark. (eds.), *Gelişmekte Olan Ülkelerde Hastalık Kontrolü Öncelikleri İkinci Baskı*, Dünya Bankası ve Oxford University Press, Washington, D.C. ve New York, s. 3-34.)
- Joumard, I. et al. (2008), "Health Status Determinants: Lifestyle, Environment, Health-care Resources and Efficiency", OECD Economics Department Working Papers No. 627, OECD, Paris. (Joumard, I. ve ark. (2008), "Sağlık Durumu Belirleyicileri: Yaşam Tarzı, Çevre, Sağlık Kaynakları ve Etkinlik", OECD Ekonomik Departmanı Araştırma Dokümanı No. 627, OECD, Paris.)
- Ke Xu, et al. (2007), "Protecting Households from Catastrophic Health Spending", *Health Affairs*, pp. 972-983, July/August. (Ke Xu, ve ark. (2007), "Hanelerin Katastrofik Sağlık Harcamalarından Korunması", *Sağlık İşleri*, s. 972-983, Temmuz/Ağustos.)
- Kozan, O. et al. (2007), "Prevalence of the Metabolic Syndrome among Turkish Adults", *European Journal of Clinical Nutrition*, Vol. 61, pp. 548-553. (Kozan, O. ve ark. (2007), "Erişkin Türk Nüfusunda Metabolik Sendrom Prevalansı", *Avrupa Klinik Beslenme Dergisi*, Cilt 61, s. 548-553.)
- Kuzu, N. et al. (2006), "Patients' Awareness of their Rights in a Developing Country", *Public Health*, Vol. 120, pp. 290-296. (Kuzu, N. ve ark. (2006), "Gelişmekte Olan Ülkelerde Hastaların Haklarının Farkında Olmaları", *Halk Sağlığı*, Cilt 120, s. 290-296.)
- Langenbrunner, J., C. Cashin, and S. O'Dougherty (forthcoming), *How to do It: Manuals for Designing and Implementing a Health Care Provider Payment System*, World Bank, Washington, D.C. (Langenbrunner, J., C. Cashin, ve S. O'Dougherty (yayıma hazırlanıyor), *Nasıl Yapılır: Sağlık Hizmeti Sunucularına Yapılan Ödemeler için Sistem Tasarlanması ve Uygulanmasına yönelik Kılavuzlar*, Dünya Bankası, Washington, D.C.)
- Mays, J. et al. (forthcoming), *UHI Actuarial Analysis: Projecting Health Expenditure Growth under UHI: Cost Pressure and Cost Management Scenario*, World Bank, Washington, D.C. (Mays, J. ve ark. (yayıma hazırlanıyor), *GSS Aktüeryel Analizi: GSS kapsamındaki Sağlık Harcamaları Büyümesi Projeksiyonu: Maliyet Baskısı ve Maliyet Yönetimi Senaryosu*, Dünya Bankası, Washington, D.C.)
- Miners, A.H. et al. (2005), "Comparing Estimates of Cost Effectiveness Submitted to the National Institute for Clinical Excellence (NICE) by Different Organisations: Retrospective Study", *BMJ*, Vol. 330, No. 7482. (Miners, A.H. ve ark. (2005), "Farklı Kuruluşlar Tarafından NICE'a Sunulan Maliyet Etkinlikleri Tahminlerinin Kıyaslanması: Retrospektif Çalışma", *BMJ*, Cilt 330, No. 7482.)

- Ministry of Health (1993), *National Health Policy*, Ministry of Health, Ankara. (Sağlık Bakanlığı (1993), *Ulusal Sağlık Politikası*, Sağlık Bakanlığı, Ankara.).
- Ministry of Health (2002a), "National Health Accounts, 1999-2000", School of Public Health, Ministry of Health, Ankara, Turkey. (Sağlık Bakanlığı (2002a), "Ulusal Sağlık Hesapları, 1999-2000", Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Ankara, Türkiye.).
- Ministry of Health (2002b), *Statistical Yearbook*, Directorate General of Curative Services, Ministry of Health, Ankara, Turkey. (Sağlık Bakanlığı (2002b), *İstatistik Yılı*, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Ankara, Türkiye.).
- Ministry of Health (2004), "Final Report on National Burden of Disease and Cost-Effectiveness Study," School of Public Health, Ankara. (Sağlık Bakanlığı (2004), "Ulusal Hastalık Yükü Konulu Nihai Rapor ve Maliyet Etkinliği Çalışması," Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara.).
- Ministry of Health (2006), *Family Medicine in Turkey*, Ankara. (Sağlık Bakanlığı (2006), *Türkiye'de Aile Hekimliği*, Ankara.).
- Ministry of Health (2007a), *The Progress so Far: Turkey Health Transformation Programme*, November 2002-June 2007, Turkey. (Sağlık Bakanlığı (2007a), *Nereden Nereye: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı*, Kasım 2002-Haziran 2007, Türkiye.).
- Ministry of Health (2007b), *Health at a Glance, Turkey*, Refik Saydam Hygiene Center, School of Public Health, Ankara. (Sağlık Bakanlığı (2007b), *Sağlığa Bakış, Türkiye*, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara.).
- Ministry of Health (2008a), *Regulation on Private Outpatient Diagnostic and Treatment Institutions*, Ankara. (Sağlık Bakanlığı (2008a), *Özel Ayakta Tedavi Tanı ve Tedavi Kurumları Yönetmeliği*, Ankara.).
- Ministry of Health (2008b), *The Performance-Based Supplementary Payment System*, Ankara. (Sağlık Bakanlığı (2008b), *Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi*, Ankara.).
- Mollahaliloğlu, S. et al. (2006), *Turkey National Health Accounts: Household Health Expenditures, 2002-2003*, Ankara. (Mollahaliloğlu, S. ve ark. (2006), *Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları: Hane Sağlık Harcamaları, 2002-2003*, Ankara.).
- Mollahaliloğlu, S. et al. (2007a), *Human Resources in Health and Policy Dialogue Workshop*, Ministry of Health, Ankara. (Mollahaliloğlu, S. ve ark. (2007a), *Sağlıkta İnsan Kaynakları ve Politika Diyalog Çalıştayı*, Sağlık Bakanlığı, Ankara.).
- Mollahaliloğlu, S. et al. (2007b), *Analysis of Current Situation for Human Resources in Health Sector*, Ministry of Health, Ankara. (Mollahaliloğlu, S. ve ark. (2007b), *Sağlık Sektöründeki İnsan Kaynaklarının Mevcut Durumu Analizi*, Sağlık Bakanlığı, Ankara.).
- OECD (2004a), "SHA Based Health Accounts in 13 OECD Countries: Country Studies-Turkey: National Health Accounts", OECD Health Technical Papers, No. 13, OECD, Paris. (OECD (2004a), "13 OECD Ülkesinde SHA Temelli Sağlık Hesapları: Ülke Çalışmaları-Türkiye: Ulusal Sağlık Hesapları", OECD Sağlık Teknik Tebliğleri, No. 13, OECD, Paris.).
- OECD (2004b), *Towards High-performing Health Systems*, OECD, Paris. (OECD (2004b), *Yüksek Performanslı Sağlık Sistemlerine Doğru*, OECD, Paris.).
- OECD (2004c), *Towards High-performing Health Systems: Policy Studies*, OECD, Paris. (OECD (2004c), *Yüksek Performanslı Sağlık Sistemlerine Doğru: Politika Çalışmaları*, OECD, Paris.).
- OECD (2005), *Health at a Glance: OECD Indicators*, OECD, Paris. (OECD (2005), *Sağlığa Bakış: OECD Göstergeleri*, OECD, Paris.).
- OECD (2006a), "Health Care Quality Indicators Project: Initial Indicators Report", OECD Health Working Papers No. 22, OECD, Paris. (OECD (2006a), "Sağlık Hizmeti Kalitesi Göstergeleri Projesi: Başlangıç Göstergeleri Raporu", OECD Sağlık Araştırma Dokümanı No. 22, OECD, Paris.).
- OECD (2006b), "Projecting OECD Health and Long-Term Care Expenditures: What are the Main Drivers?", OECD Economics Department Working Paper No. 477, OECD, Paris. (OECD (2006b), "OECD Sağlık ve Uzun Vadeli Bakım Harcamalarının Tahmin Edilmesi: Temel Sürücüler Nelerdir?", OECD Ekonomi Departmanı Araştırma Dokümanı No. 477, OECD, Paris.).
- OECD (2006c), "The Supply of Physician Services in OECD countries", OECD Health Working Paper No. 21, OECD, Paris. (OECD (2006c), "OECD Ülkelerinde Hekim Hizmetleri Arzı", OECD Sağlık Araştırma Dokümanı No. 21, OECD, Paris.).
- OECD (2007a), *Health at a Glance 2007: OECD Indicators*, OECD, Paris. (OECD (2007a), *Sağlığa Bakış 2007: OECD Göstergeleri*, OECD, Paris.).
- OECD (2007b), *Education at a Glance*, OECD, Paris. (OECD (2007b), *Eğitime Bakış*, OECD, Paris.).
- OECD (2008a), "Declaring Work or Staying Underground: Informal Employment in Seven OECD Countries", Chapter 2, OECD Employment Outlook, OECD, Paris. (OECD (2008a), "İş Bildirimi veya Yeraltına Kalma: Yedi OECD Ülkesinde Kayıt Dışı İstihdam", Bölüm 2, OECD İstihdam Görüntüsü, OECD, Paris.).
- OECD (2008b), *OECD Economic Survey-Turkey*, OECD, Paris. (OECD (2008b), *OECD Ekonomik Araştırması-Türkiye*, OECD, Paris.).
- Ozsahin, A.K. et al. (2004), "Prevalence of the Metabolic Syndrome in an Turkish Adult Population", *Diabet. Nutr. Metab.*, Vol. 17, pp. 230-234. (Ozsahin, A.K. ve ark. (2004), "Erişkin Türk Nüfusunda Metabolik Sendrom Prevalansı", *Diabet. Nutr. Metab.*, Cilt 17, s. 230-234.).

- Republic of Turkey (2006), *Law 5502: Law on Administrative Unification of the Social Security System*, Ankara. (Türkiye Cumhuriyeti (2006), *Kanun 5502: Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu*, Ankara.).
- Republic of Turkey (2007), *Pre-Accession Economic Programme*, Ankara, December. (Türkiye Cumhuriyeti (2007), *Katılım Öncesi Ekonomik Programı*, Ankara, Aralık.).
- Republic of Turkey (2008), *Law 5510: Law on Social Security and Universal Health Insurance*, Ankara. (Türkiye Cumhuriyeti (2008), *Kanun 5510: Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu*, Ankara.).
- Savas, S., O. Karahan and R. Saka Omer (2002), *Health Care Systems in Transition, Turkey*, European Observatory on Health Systems, Brussels. (Savas, S., O. Karahan ve R. Saka Omer (2002), *Dönüşüm Geçiren Sağlık Sistemleri, Türkiye, Avrupa Sağlık Sistemleri Gözlemevi, Brüksel.*)
- Schell, C.O. et al. (2007), "Socioeconomic Determinants of Infant Mortality: A Worldwide Study of 152 Low-, Middle-, and High-income Countries", *Scandinavian Journal of Public Health*, Vol. 35, pp. 288-297. (Schell, C.O. ve ark. (2007), "Bebek Ölümlerinin Sosyoekonomik Belirleyicileri: 152 Düşük, Orta ve Yüksek Gelirli Ülkeye Ait Bir Çalışma", *İskandinav Halk Sağlığı Dergisi*, Cilt 35, s. 288-297.).
- Sütkü, S.N. (2008), "The Factors that Increase the Share of Pharmaceutical Expenditure in Total Health Expenditure", Strategy Development Headship, Working Paper, Ministry of Health of Turkey, Ankara. (Sütkü, S.N. (2008), "Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki İlaç Harcamalarının Payını Artıran Unsurlar", Strateji Geliştirme Başkanlığı, Araştırma Dokümanı, Türkiye Sağlık Bakanlığı, Ankara.).
- Sütkü, S.N. and D.M. Bernard (2008), "Financial Burden of Health Expenses: Turkey, 2002-2003 Period", Strategy Development Headship, Working Paper, Ministry of Health of Turkey, Ankara. (Sütkü, S.N. ve D.M. Bernard (2008), "Sağlık Harcamaları Üzerindeki Mali Yük: Türkiye, 2002-2003 Dönemi", Strateji Geliştirme Başkanlığı, Araştırma Dokümanı, Türkiye Sağlık Bakanlığı, Ankara.).
- Tapay, N. and F. Colombo (2004), "Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems", Chapter 6 in *Towards High Performing Health Systems: Policy Studies*, OECD, Paris. (Tapay, N. ve F. Colombo (2004), "OECD Ülkelerinde Özel Sağlık Sigortası: Bireyler ve Sağlık Sistemleri İçin Faydaları ve Maliyetleri", Bölüm 6 *Yüksek Performanslı Sağlık Sistemlerine Doğru: Politika Çalışmaları*, OECD, Paris.).
- Tatar M., S.H. Ozgen, P. Belli and P. Berman (2007), "Informal Payments in the Health Sector: A Case Study from Turkey", *Health Affairs*, Vol. 26, No. 4, July/August. (Tatar M., S.H. Ozgen, P. Belli ve P. Berman (2007), "Sağlık Sektöründeki Kayıt Dışı Ödemeler: Türkiye'den Bir Vaka Çalışması", *Sağlık İşleri*, Cilt 26, No. 4, Temmuz/Ağustos.).
- Tengilimoğlu, D. et al. (2001), "Measurement of Patient Satisfaction in a Public Hospital in Ankara", *Health Services Management Research*, Vol. 14, pp. 27-35. (Tengilimoğlu, D. ve ark. (2001), "Ankara'daki Bir Devlet Hastanesinde Hasta Memnuniyeti Ölçümü", *Sağlık Hizmetleri Yönetim Araştırması*, Cilt 14, s. 27-35.).
- Turkish citizenstat (2008), "Education Statistics", accessed 4 March 2008, www.Turkish_citizenstat.gov.tr/PrelstatistikTablo.do?istab_id=135. (Türk İstatistik Kurumu (2008), "Eğitim İstatistikleri", erişim 4 Mart 2008, www.Turkish_citizenstat.gov.tr/PrelstatistikTablo.do?istab_id=135).
- United Kingdom, National Audit Office (2008), *The National Programme for IT in the NHS: Progress since 2006*, www.nao.org.uk/publications/nao_reports/07-08/0708484es.pdf. (İngiltere, Ulusal Denetim Ofisi (2008), *NHS'de BT için Ulusal Program: 2006'dan bu yana ilerleme*, www.nao.org.uk/publications/nao_reports/07-08/0708484es.pdf).
- Weatherall, D., B. Greenwood, H. Leng and P. Wasi (2006), "Science and Technology for Disease Control: Past, Present, and Future", in D. Jamison et al. (eds.), *Disease Control Priorities in Developing Countries Second Edition*, World Bank and Oxford University Press, Washington, D.C. and New York, pp. 119-138. (Weatherall, D., B. Greenwood, H. Leng ve P. Wasi (2006), "Hastalık Kontrolü İçin Bilim ve Teknoloji: Geçmiş, Şimdi ve Gelecek", D. Jamison ve ark. (eds.), *Gelişmekte Olan Ülkelerde Hastalık Kontrolü Öncelikleri İkinci Baskı*, Dünya Bankası ve Oxford University Press, Washington, D.C. ve New York, s. 119-138.).
- World Bank (2001), *Turkey: Public Expenditure and Institutional Review: Reforming Budgetary Institutions for Effective Government*, International Bank for Reconstruction and Development, World Bank, Washington, D.C. (Dünya Bankası (2001), *Türkiye: Kamu Harcamaları ve Kurumsal İnceleme: Etkili Hükümet İçin Bütçe Kurumlarının Reforme Edilmesi*, Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası, Dünya Bankası, Washington, D.C.).
- World Bank (2003), *Turkey: Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency*, International Bank for Reconstruction and Development, Vol. 1 and 2, World Bank, Washington DC. (Dünya Bankası (2003), *Türkiye: Daha İyi Erişim ve Verimlilik İçin Sağlık Sektörünün Reforme Edilmesi*, Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası, Cilt 1 ve 2, Dünya Bankası, Washington DC.).
- World Bank (2006a), *Turkey: Public Expenditure Review*, International Bank for Reconstruction and Development, World Bank, Washington DC. (Dünya Bankası (2006a), *Türkiye: Kamu Harcamaları İncelemesi*, Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası, Dünya Bankası, Washington DC.).
- World Bank (2006b), "Report on Health Expenditures in Turkey (May)", World Bank internal document, Ankara. (Dünya Bankası (2006b), "Türkiye'deki Sağlık Harcamaları konulu Rapor (Mayıs)", Dünya Bankası İç Dokümanı, Ankara.).
- World Bank (2008), *Good Practices in Health Financing*, Washington DC. (Dünya Bankası (2008), *Sağlık Finansmanında İyi Uygulamalar*, Washington DC.).
- World Health Organisation, UNICEF, UNFPA, and the World Bank (2008), *Maternal Mortality in 2005*, World Health Organisation, Geneva. (Dünya Sağlık Örgütü, UNICEF, UNFPA, ve Dünya Bankası (2008), *2005'te Anne Ölümleri*, Dünya Sağlık Örgütü, Cenevre.).

OECD PUBLICATIONS, 2, rue André-Pascal, 75775 PARIS CEDEX 16
PRINTED IN FRANCE
(81 2008 15 1 P) ISBN 978-92-64-05108-9 - No. 56397 2008

OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri

TÜRKİYE

Kısmen, artan sağlık harcamasının bir sonucu olarak, Türkiye'deki sağlık durumu son birkaç on yıl içinde hızlı iyileşme kaydetmiştir. 2003 yılında, iddialı bir program olan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulamaya başlanması da dahil olmak üzere, sağlık sisteminde iyileşmeler sağlanmıştır. Bu da, 2008 yılında Türkiye'de Genel Sağlık Sigortası'nı gündeme getirmiş, kamu hastaneleri reform sürecini başlatmış ve aile hekimliği hizmetlerini ülke çapında yaygınlaştırmıştır. Ancak, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın tamamlanması ile yeni sağlık sistemine harcanan paranın karşılığının sağlanması ve ekonomik yönden karşılanabilirliğini muhafaza etmesi de dahil bir takım zorluklar da söz konusudur.

Bu rapor, bu zorlukları incelemekte ve bu zorlukların ele alınmasına ilişkin politika önerileri sunmaktadır.

Bu kitabın tam metnine aşağıdaki linkten ulaşılabilir:
www.sourceoecd.org/socialissues/9789264051089

Tüm OECD kitaplarına erişim olanlar şu linki kullanmalıdır:
www.sourceoecd.org/9789264051089

SourceOECD, kitap, süreli yayın ve istatistik veri tabanlarının yer aldığı OECD'nin çevrimiçi kütüphanesidir. Bu ödüllü hizmetle ilgili daha fazla bilgi ve ücretsiz denemeler için kütüphane yetkilinize danışın veya SourceOECD@oecd.org adresinden bize yazın.

