

Türkiye’de Sağlık Piyasasının Düzenlenmesi ve Denetlenmesi Gereği

Özet

Türkiye’de, 1990’lardan itibaren gerçekleştirilen reformlar sonucunda sağlık harcamaları artış göstermiştir. Bu artışa bağlı olarak sağlık harcamalarının finansmanı sorunu ortaya çıkmıştır. Pek çok ülkede sağlık harcamalarının bütçe üzerindeki yükü hafifletilmeye çalışılmaktadır. Ülkeler sağlık harcamalarının kontrol edilmesi ve azaltılması yönünde politika üretmeye çalışmaktadırlar. Bu bağlamda piyasanın düzenlenmesi ve denetimi bir çözüm önerisi olarak düşünülebilir. Söz konusu düzenleme ve denetim, fiyat odaklı olabileceği gibi talep veya kalite odaklı da olabilir. Sağlık sektöründe talep kontrolü yerine maliyet kısıtlaması yoluyla hem hizmet sunucuları ve hem de ilaçlar üzerinde bir fiyat kontrolünün uygulanması tercih edilmektedir. Sektörde fiyatların mali sürdürülebilirliğini sağlayacak bir düzenleme politikasıyla birlikte hizmet kalitesinin de düşürülmemesi, politika üretkenlerin tek başlarına uygulayabilecekleri bir süreç değildir. Türk Sağlık Piyasasında, düzenleyici ve denetleyici bir kuruma olan ihtiyaç, Sağlık Piyasasını Düzenleme ve Denetleme Kurumu (SPDDK) adı altında oluşturulacak bir otoriteyi gerekli kılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: *Sağlık Piyasasında Düzenleme ve Denetim, Sağlık Hizmetleri, Sağlık Harcamaları.*

Abstract

In Turkey, healthcare spending increased as a result of reforms carried out since the early 1990s. The funding issue, depending on this increase in healthcare spending has emerged. Many countries are trying to lighten the burden of healthcare expenditure on the budget. Countries are trying to produce policies to control and to reduce healthcare spending. In this setting market regulation and supervision can be considered as a solution. Such regulation and supervision, as well as price focused or can be focused on demand or quality. The implementation of a price control is preferred on both healthcare servers and drugs by cost restriction strategies rather than demand control in the healthcare sector. Securing sustainable price stability and not reduce the quality of healthcare services by a regulation policy is not an administrative process that the policy makers apply alone. The requirement of regulatory and supervisory agency on Turkish Healthcare Market is forced to establish an agency under the name of Healthcare Market Regulation and Supervision Agency (HMRSA).

Keywords: *Healthcare Market Regulation, Healthcare Services, Healthcare Expenditure.*

Ahmet Burçin YERELİ¹
İsmail KOBAL²
Altuğ Murat KÖKTAŞ³

¹ Prof. Dr. , Hacettepe Üniversitesi, İ.İ.B.F., Maliye Bölümü, aby@hacettepe.edu.tr

² Müfettiş, Sosyal Güvenlik Kurumu, Kocatepe Sağlık Merkez Müdürü, ismailkobal@mynet.com

³ Araş.Gör., Ankara Üniversitesi, Siyasal Bilgiler Fakültesi, Maliye Bölümü, Altug.Murat.Koktas@politics.ankara.edu.tr

1. Giriş

Türkiye’de 1990’ların ortasından itibaren, sağlık sisteminin iyileştirilmesine yönelik çabalara ağırlık verilmeye başlanmıştır. 2003 yılında uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Türk Sağlık Sistemindeki göstergelerin gelişmiş ülkelerdeki göstergelere erişmesi hedeflenmiştir. Sağlık hizmetine erişimin artırılması amacıyla sağlık hizmetlerinin sunumunda yapılan reformlar ile birlikte genel sağlık sigortası kapsamının genişletilmesi ve nüfusun mali korumasının artırılması, anılan reform çalışmalarının temelini oluşturmaktadır. Gerçekleştirilen reformlar sonucunda sağlık harcamalarında artış yaşanmış ve bu artışa bağlı olarak Türkiye, sağlık göstergelerinde OECD ülkeleri sıralamasında yukarılara doğru tırmanmaya başlamıştır. Ancak, sağlık hizmetleri için yapılan harcamaların artışına bağlı olarak bu harcamaların finansmanı sorunu da her geçen gün daha sık tartışılır hale gelmiştir.

2003 yılından itibaren uygulanmaya başlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı, hem hizmet sunumunda hem de teminat paketinin bir çatı altında (Sosyal Güvenlik Kurumu, SGK) toplanması bakımından ve özellikle 2008 yılında Genel Sağlık Sigortası (GSS)’nin uygulamaya konulmasıyla yeni bir boyut kazanmıştır. Bu bağlamda daha önce sağlık hizmeti sunucularına yapılan ödeme mekanizmalarında dağıntık, geçmişe dönük ve hizmet başına şeklindeki ödeme sisteminden performansa dayalı ödemeyi içeren, geleceğe yönelik bir ödeme sistemine doğru bir değişim gerçekleştirilmiştir. Ayrıca ödeme yetkisinin tek bir kurumda toplanması ve sisteme farklı birimlerin de müdahil olması ile birlikte piyasa koşullarında hareket eden sağlık hizmeti sunucularının düzenlenmesi ve denetlenmesi konusu giderek daha ciddi bir gereksinim haline gelmiştir. İşte bu gereksinim çalışmanın ana eksenini oluşturmaktadır. Diğer yandan OECD’ye göre, gelişmiş ülkelerin sağlık harcamalarının 2005–2050 yılları arasında iki kattan fazla artacağı tahmin edilmektedir (OECD; 2006). Sadece bu tahmin bile bu çalışmada ileri sürülen yaklaşımların değerlendirilmesi açısından büyük önem taşımaktadır.

2. Piyasalarda Kamusal Düzenleme ve Denetim Gereğinin Ortaya Çıkışı

İkinci Dünya Savaşı sonrasında neredeyse tüm

dünyada, piyasalar üzerindeki kamu müdahaleleri artış göstermiştir. İkinci Dünya Savaşı’nın küresel düzeyde yol açtığı yıkımın piyasa süreci ile telafisi oldukça güç olacağı için pek çok ülkede siyasi iktidarlar daha aktif makroekonomik politikalar uygulamaya başlamış, bazı girişimler kamusallaştırılmış veya yeni bazı kamu girişimleri kurulmuş, ulusal gelire oranla kamu harcamaları artırılmış ve daha da önemlisi düzenleyici faaliyetlerin alanı ve derinliği genişletilmiştir. Gelişmiş ülkelerde, korporatist düşüncenin ortaya çıkmasıyla birlikte laissez faire tabanlı ekonomi politikalarına karşı ve özellikle kapitalizmin savaş dönemindeki başarısızlıklarına yönelik bir tutum ortaya çıkmıştır. Bu bağlamda Batı Avrupa ülkelerinin çoğu, stratejik değer atfettikleri endüstrileri, hükmedici güçlerini pekiştirmek amacıyla devletleştirmişlerdir. Aynı zamanda kapitalist firmaların aşırılıklarını kontrol altına alabilmek için düzenleyici önlemler alınmıştır. Bu dönemde serbest piyasa ekonomisi ile ün kazanan A.B.D., bazı alanlardaki düzenleme uygulamaları ile diğer gelişmiş ülkelere daha ileri bir düzeye ulaşmıştır¹. 1930’ların sonlarında iletişim, su, elektrik, gaz ve petrol gibi kamu kolaylıkları ile havayolu ve demiryolu gibi doğal tekel niteliği taşıyan sektörlerin düzenlenmesinde A.B.D. oldukça başarılı uygulamalar gerçekleştirmiştir. Bu dönemde yapılan düzenleme çalışmalarının amacı, ölçek ekonomilerinde tahsis etkinliğinin geliştirilmesi, rekabetçi bir baskı olmadan üretimde etkinliğin artırılması (X etkinliği), aşırı rekabetin neden olduğu fiyat savaşlarının önlenmesi ve doğal tekel niteliğindeki hizmetlerin erişilebilirliğini sağlamaktır. Dolayısıyla, anti-tröst düzenlemeleri bu dönemde artış göstermiştir.

1970’li yıllar ise geçiş dönemi olarak tanımlanabilir. Dünya ekonomisinde yaşanan iki petrol şokunun ardından borç krizi gibi büyük makroekonomik sorunlar yaşanmıştır. Ekonomik krizler politik değişiklikleri beraberinde getirmiş ve piyasa prensipleri geniş bir alana yayılmıştır. Dolayısıyla bu dönem, piyasa temelli politikaların geliştirildiği bir geçiş dönemidir.

1980 ve sonrası ise liberal ekonomik uygulamaların hız kazandığı ve kuralsızlaşmanın

1 Ayrıntılı bilgi için bakınız: Glaeser, E.L. ve Shleifer, A., (2001), *The Rise of the Regulatory State*, Harvard Institute of Economic Research, <<http://post.economics.harvard.edu/hier/2001papers/2001list.html>>, 18.06.2010.

(deregülasyon) arttığı yıllar olarak anılmaktadır. Bu dönemde gelişmiş ülkeler ekonomide düzenleme reformları, bütçe kısıtlamaları ve özelleştirme gibi geniş çaplı bir yeniden yapılandırma politikası uygulamışlardır. 1970'lerde yaşanan kamu başarısızlıklarını analiz etmek için geliştirilen kuramların etkisi ile birlikte, yeni yaklaşımlar geliştirilmiştir. Geliştirilen modeller, düzenleyici otorite ile düzenlenen firmalar arasındaki asimetrik enformasyonun varlığı ve bunun neden olduğu ilave izleme maliyetleri, üretim faktörlerinin yanlış bileşimi ve diğer verimsizlikler üzerinde yoğunlaşmıştır (Chang, 1997: 705–714).

Devlet, toplumdaki tüm endüstriler için potansiyel bir kaynak ve aynı zamanda tehdit unsurudur. Varlığı gereği sahip olduğu güç, zorlama ya da yasaklama ve kaynak aktarma ya da çekme gibi şekillerde ortaya çıkmakta, böylece endüstrilerin büyük bir kesimine olumlu veya olumsuz etki edebilmektedir. Ekonomik düzenleme teorisine ilişkin olarak asıl yapılması gereken, düzenleme ile birlikte ortaya çıkan maliyetleri kimin yükleneceği ve faydalardan kimin yararlanacağına açıklanması, ne tür bir düzenlemenin gerçekleştirileceği ve kaynakların tahsisi üzerindeki etkilerinin analizidir (Stigler, 1971: 3).

Düzenleme (Regülasyon) genel olarak devletin, özel kesim ajanlarının faaliyetlerine, kamu yararı ilkesi ile çelişmeyecek şekilde neleri yapıp nelemi yapamayacağı hakkında doğrudan müdahale etmesi ve yasaklar getirmesi şeklinde tanımlanabilir. Bu tanımdan hareketle düzenleme, vergi gelirleriyle sunulan kamusal mallardan veya kamu girişimciliği yoluyla sunulan ticari mallardan ayrılmaktadır. (Chang, 1997: 704).

Baldwin vd. (1998: 3) ise düzenlemenin üç farklı anlamı üzerinde durmaktadır. Bunlar, hedeflenen kurallar, ekonomide kamu müdahalesinin tüm çeşitleri ve sosyal denetimin tüm mekanizmalarıdır. Düzenleyici otorite tarafından belirlenen kurallara bazı mekanizmaların da eşlik etmesiyle birlikte tipik bir kamu otoritesinin kurulması ve bu otoritenin belirlenen kurallar çerçevesinde piyasayı izleyerek denetim altına alması, düzenlemenin ilk anlamını oluşturmaktadır. İkinci anlamı ise, ekonominin kamu otoritesi tarafından yönetilmesi ve yönlendirilmesidir. Bu ise, birinci anlamdan daha geniş bir müdahaleyi kapsamaktadır. Buna göre kural koymanın yanı sıra vergileme, teşvik, yeni-

den dağıtım ve kamu mülkiyeti belirtilen düzenleme kategorisinde gösterilebilir. Düzenlemenin son anlamını ise sosyal kontroller oluşturmaktadır.

Tarihsel gelişimi göz önüne alındığında, ekonomide düzenleme gereksinimi piyasa başarısızlıkları nedeniyle var olmakta; kapsamı ve derinliği tarihsel süreç boyunca değişse de günümüzde de gerekli görülmektedir. Bu bağlamda devletin piyasaları düzenlemesi etkinlik, kaynak tahsisi, kamu yararı ve sosyal adalet gibi birçok süreç üzerinde etkili olmaktadır.

3. Sağlık Piyasasında Regülasyon

Klasik ekonomi teorisine göre, arz ve talebin rekabetçi piyasalarda karşılaşması sonucunda mal ve hizmetin denge fiyatı ve denge miktarı oluşmaktadır. Eğer böyle bir karşılaşma gerçekleşmez ise, piyasa başarısızlığa uğramakta ve etkinlik sağlanamamaktadır. Bu bağlamda, sağlık piyasası tam rekabetçi bir yapının gereklerini sağlamada bazı açılardan başarısızlığa uğramaktadır. Dolayısıyla, böyle bir piyasa başarısızlığı ekonomide kamu müdahalesini gerekli kılmaktadır (McGuire vd., 1992).

Donaldson ve Gerard (1993)'a göre tam rekabetçi bir piyasanın karakteristik özelliği, rasyonellik, tüketicilerin piyasa üzerinde tam bilgiye sahip olması ve tüketicilerin kendi faydaları peşinde koşmalarıdır. Bu koşullar altında yazarlar, sağlık piyasasında tam rekabetçi bir yapının olmadığını ve bu nedenle de müdahaleye ihtiyaç duyulduğunu belirtmektedirler.

Peruna'ya (2004) göre ise, sağlık piyasasında düzenlemenin gerekçelerini piyasa başarısızlıkları oluşturmaktadır. Kamu müdahalesinin bir formu olan düzenleme, piyasanın kendi kendisini optimum düzeyde dengeye getiremediği ve ekonomik etkinliği sağlayamadığı düzeyde gerekli olmaktadır. Özellikle asimetrik enformasyonun hâkim olduğu sağlık piyasasında, anlamlı düzeyde piyasa başarısızlığı görülmektedir. Bu bağlamda piyasada yapılacak bir düzenleme, birbiriyle etkileşim içerisinde bulunan en az üç aktörü etkilemektedir. Bunlar tüketici, sigorta şirketi ve hizmet sunucularıdır. Bu etkileşim ise, düzenlemeyi sigorta şirketi ile tüketici ve hizmet sunucuları ile tü-

ketici arasında olmak üzere iki yönlü oluşturmaktadır. Bu bağlamda düzenleme, sigorta şirketi tarafından, güçlü fiyat kontrolleri şeklinde gerçekleştirilmektedir.

Daha önce de belirtildiği üzere düzenleme, piyasa başarısızlıklarını düzeltmeye yönelik denetleme, kontrol ve teşvik gibi mekanizmalar yardımıyla gerçekleştirilen bir kamu müdahalesidir. Sağlık piyasasında düzenleme ise piyasa düzenlemesine göre daha geniş bir anlam taşımaktadır. Buna göre sağlık piyasasında düzenleme, esas olarak üç ana hedef arasında bir dengeyi amaçlamalıdır. Bunlar makroekonomik gerçeklik, mikroekonomik etkinlik ve sosyal adalet şeklinde sayılabilir (Magalhães’dan aktaran: Santos ve Merhy, 2006: 2).

İkinci Dünya Savaşı sonrasında, kamu kesimi tarafından sunulan sağlık hizmetlerine erişimde eşitliğin sağlanması en önemli amaç haline gelmiştir. Buna en güzel örnek İngiliz Ulusal Sağlık Hizmetleri’dir. 1980’lerden itibaren ise sağlık hizmetlerinin maliyetlerinde sürekli olarak artış yaşanmıştır. Bu artışların başlıca nedenleri arasında biyomedikal araştırmalar (genetik vb.), daha önceden bilinmeyen bazı hastalıkların ortaya çıkması (AIDS vb.), medikal yolsuzluklar ve daha uzun yaşama beklentisinin artması sayılabilir (Nunes vd., 2009; 258).

Ülkeler arasında önemli kültürel farklılıklar olmasına ve sağlık ile ilgili çıktılarının artırılmasına odaklanan sağlık sistemlerine rağmen, çözülmesi gereken asıl sorun mali sürdürülebilirliktir. Sağlık harcamalarının kontrol edilmesine yönelik ana strateji ise, maksimum etkinliğin sağlanmasıdır. Bu bağlamda maliyetlerin azaltılmasına yönelik olarak çoğu ülke, Yeni Kamu Yönetimi (New Public Management) yaklaşımının kural ve prensiplerini uygulamaya koymuşlardır (Saltman ve Figueras, 1997).

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin çoğunda, devlet sağlık hizmetlerinin sunumuna doğrudan müdahale etmektedir. Çoğu zaman bunun da ötesinde, planlama, düzenleme (regülasyon) ve sistemdeki reform ve dönüşümü gerçekleştirip, sağlık hizmeti sunumunun dağılımına etki etmektedir (Saltman ve Figueras, 1997). Yapılan bu çalışmalar ise, sağlık hizmetleri çıktılarındaki artışı garanti altına alınması ile ilgilidir. Bu düşünceye-

le, bazı ülkeler sağlık hizmetlerinde piyasa yaklaşımını benimsemekte ve böylece kaynakların etkin dağılımı sağlanarak çıktının maksimize edilmesini öngörmektedirler. Yapılan çalışmalardan elde edilen bulgular, sağlık hizmetlerinde finansmanın ve hizmet sunumunun iç içe geçtiği karma yapıların genellikle etkin olmadığını göstermektedir. Bu bağlamda, sağlık sektöründe devletlerin rolü, hizmet erişiminin garanti altına alınması ile birlikte bu tür faaliyetlerin düzenlenmesi olarak ifade edilebilir (Nunes vd., 2007: 170).

Avrupa ülkelerinde, sağlık hizmetleri genellikle bir sosyal hak olarak değerlendirilmekte ve sağlık hizmetinin sunumundaki farklılıklara da bu perspektiften bakılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda, erişimde eşitlik ve adaletin sağlanması, hizmet sunumunun etkinliği konusunda tartışmalara neden olmaktadır. Bu bağlamda etkinlik üzerine yapılan çalışmalar, özellikle gelişmiş ülkelerde, sektörde düzenleme düşüncesinin gelişmesini sağlamıştır (Nunes vd., 2007: 170). Birçok ülkede sağlık sektöründeki düzenlemeler sektörün performansını artırıcı bir etken olmakla birlikte, aynı zamanda bir sosyal adalet politikası olarak da düşünülmektedir (Baldwin ve Cave, 1999). Bu bağlamda, çeşitli nedenlerden dolayı, Batılı toplumların hemen hemen tamamında, sağlıkta düzenleme, performansın artırılmasına yönelik bir araç olarak gelişmiştir (Crew;1999). Portekiz’de 2003 yılında kurulan Sağlık Hizmetleri Düzenleme Kurumu ile İngiliz Sağlık Komisyonu gerçek bir bağımsız otorite ve iyi uygulama örnekleri olarak gösterilebilir. (Nunes vd., 2009: 262).

Sağlıkta düzenleme düşüncesine yönelik tartışmalar, özellikle gelişmiş ülkelerde yoğun bir biçimde artmakta ve çeşitli düzenleme yöntemleri üzerinde tartışmalar devam etmektedir (Boyer ve Saillard, 2002). Düzenlemeye ilişkin öneriler, genellikle güçlü ve bağımsız yapılar üzerine kurgulanmaktadır. Böylesi bir bağımsız düzenleyicinin, bazı piyasa başarısızlıklarını önemli derecede düzelttiği kabul edilmektedir. Bunlar, asimetrik enformasyon, dışsallıklar, hizmet sunumundaki kıtlık, piyasa belirsizliği ve tekelleri yapılanma şeklinde sayılabilir (Nunes vd., 2007: 177). Walshe’ye göre ise (2002), sağlık sisteminde farklı düzenleme sistemleri, hem kamu hem de piyasa başarısızlığını düzeltmeye çalışmaktadır. Tablo 1’de bağımsız bir düzenlemenin ana unsurları görülmektedir.

Tablo: 1 - Bağımsız Sağlık Düzenlemesinin Karakteristiği

Kamu Yararı	Sağlıkta düzenlemeye ilişkin ana hedef, performansın artırılması ve kamu yararı çerçevesinde kamusal malların korunmasıdır (Sağlık hizmetlerine erişim, çoğu Avrupa ülkesinde sosyal ve politik bir haktır). Piyasa yaklaşımıyla rekabetin artırılması ise, ikincil amaç olarak değerlendirilmektedir.
Yetki	Düzenleyici otorite, ilgili kesim tarafından tanınmalı ve çalışmaları için yasal bir sistem oluşturulmalıdır.
Merkezileşme	Sağlık sisteminin kontrol, denetim ve izlenmesi, en iyi sonuçların alınabilmesi için merkezileştirilmelidir.
Bağımsızlık	Düzenleyici otorite çalışmalarında iyi sonuçlar elde edebilmesi için mali, organik ve fonksiyonel olarak hükümet ve düzenlenen organizasyonlardan bağımsız olması gerekmektedir.
Düzenleyici Denetim	Düzenleyici otoritenin varlığı piyasa faaliyetlerini göz önüne alacak şekilde dış kaynaklı; adil ve şeffaf bir şekilde topluma hesap verebilir olmalıdır.

Kaynak: Nunes vd., 2007: 172.

Tablo 1’de, sağlık sektöründe faaliyet gösterecek bağımsız bir düzenleyici ve denetleyici kurumun karakteristik özellikleri gösterilmektedir. Düzenleyici kurum/kuruluş bir kamu aktörü olmakla birlikte yapısı gereği siyasi, iktisadi ve mali olarak bağımsız olmalıdır. Yasal güce sahip olarak, hem yatay (tüm sağlık kuruluşları) ve hem de dikey (ilaç hariç tüm fonksiyon ve faaliyetler) düzenleme ve denetim yapmalıdır. Kamusal iradeyle oluşturulan böyle bir kurum, sağlık sektöründe tamamen yönetici bir otorite olmaktadır (Nunes vd., 2007: 173).

Sağlıkta düzenleme ile ilgili olarak öne sürülen temel kavramlardan biri de düzenlemenin etkinlik ve eşitlik arasında bir denge sağlamasıyla birlikte, düzenleyicinin ekonomik düzenlemenin yanı sıra sosyal düzenlemeyi de gerçekleştirmeye çalışmasıdır. Kamu tercihi teorisyenlerinin (Boyne vd., 2003) geleneksel maksimum etkinliğin gereksinimine yönelik yaklaşımlarına rağmen, eşitlik ve kalitenin de en azından gelişmiş ülkelerde onun kadar önemli olduğu söylenebilir. Bu bağlamda sağlık sektöründe bağımsız bir düzenleyicinin varlığı, yaygın olan sorunların giderilmesi bakımından da önemlidir (Whincop, 2001). Sağlıkta düzenleme aynı zamanda kamu tarafından finanse edilen bir sektör olan sağlık sektörünün de hesap verebilirliğinin bir aracı olarak değerlendirilmektedir (Nunes vd., 2009).

4. Türk Sağlık Sisteminde Reform Arayışları

Türk Sağlık Sistemi (TSS)’nde son dönemde gerçekleştirilen reformlar daha çok 2003 yılından

sonra başlatılan çalışmalara dayanmaktadır. Bunlar, esas itibarıyla 10 yıllık (2003–2013) bir dönem kapsayan sağlıkta iyileştirme çalışmaları şeklindeki Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) uygulamalarıdır. Bu bağlamda SDP, TSS’nin uzun zamandan beri var olan sorunlarına çözüm bulmak amacıyla tasarlanmıştır denilebilir. Bu sorunlar (OECD, 2008: 36):

- TSS’nin diğer OECD ve orta gelirli ülkelere kıyasla geri kalmış olan sağlık göstergeleri,
- Sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizlikler,
- Sağlık hizmetleri finansmanı ve sunumunda verimsizliğe yol açan ve mali sürdürülebilirliği zayıflatan parçalı yapı,
- Düşük hizmet kalitesi ile hastalara sınırlı cevap verebilirlik olarak sıralanmaktadır.

Belirtilen sorunlar çerçevesinde uygulamaya konulan SDP’nin amacı yönetim, hizmet verimliliği, hizmet sunucu ve kullanıcı memnuniyeti ile uzun vadeli mali sürdürülebilirliği iyileştirerek sağlık sistemini daha iyi bir konuma getirmek şeklinde özetlenebilir. Bu amaç doğrultusunda Sağlık Bakanlığı’nın sektördeki lider konumu gözetilerek ve kılavuz rolü üstlenerek yeniden yapılandırılmasına girişilmiştir. Ayrıca kamu hastanelerinin özleştirilmesine çalışılmıştır. Hepsinden önemlisi GSS’nin hayata geçirilmesi ile sektörde tek bir satın alıcı oluşturulmuş ve Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve Yeşil Kart uygulamasının tek bir çatı altında toplanması ile birlikte de tek bir ödeyici kurum meydana getiril-

miştir. Öte yandan 2007 yılında kabul edilen Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) ile aşağıdaki uygulamalara başlanmıştır:

- SSK ve Bağ-Kur için Sağlık Bakanlığı hastanelerinden üniversite hastanelerine sevk zorunluluğu kaldırılmıştır.
- Kronik rahatsızlığı olan hastaların hekim onayı olmadan eczaneden yeniden ilaç alabilmesine izin verilmiştir.
- SGK ile sözleşme yapmış tüm Sağlık Bakanlığı hastaneleri, üniversite hastaneleri ve özel hastanelerde CPT (Current Procedural Terminology) ve ICD-10’a (International Statistical Classification of Diseases) dayanan ayakta ve yatan hastalara toplu (sabit) fiyat ödemesi uygulaması başlamıştır.
- SGK ile sözleşme yapan hastanelerin yatan hastaların ilaç ve tıbbi malzemelerini ücretsiz sağlaması esasına geçilmiştir.
- SGK ile sözleşme yapan tüm hizmet sunucularının taleplerini MEDULA (Medikal Ulak) üzerinden bildirme zorunluluğu getirilmiştir.

2005 yılında Yeşil Kart sahipleri ayakta tedavi hizmeti ve ilaçlara erişim olanağına kavuşmuş, böylece Yeşil Kart sahipleri diğer sigorta kurumları ile birlikte aynı haklara sahip olmuştur. Bunun sonucu olarak, Yeşil Kart sahiplerinin mali koruma ve hizmete erişim olanakları artırılmıştır. Yine aynı yıl SSK’lı hastaların tüm devlet hastanelerine ve eczanelere erişim imkânı sağlanmış ve nihayet 2007 yılında her Türk vatandaşının Sosyal Güvenlik Sistemi kapsamında olmasa dahi birinci basamak sağlık hizmetine erişim hakkı yasallaştırılmıştır. Diğer yandan SUT kapsamında, tüm sağlık sigorta sistemleri bünyesinde yer alan hak ve olanaklar daha fazla uyumlu hale getirilmiş ve aralarında fark kalmamıştır. 2008 yılında Sosyal Sigortalar ve GSS’nin hayata geçirilmesi ile birlikte Yeşil Kart sahiplerinin de GSS’ye katılması planlanmış fakat bu düşünce 2012 yılına ertelenmiştir. Son olarak aktif memurların da 15 Ocak 2010 tari-

hinde, SGK kapsamına alınması ile birlikte kamu tarafından ödenen tedavi ve ilaç tutarları da bu kuruma devredilmiştir.

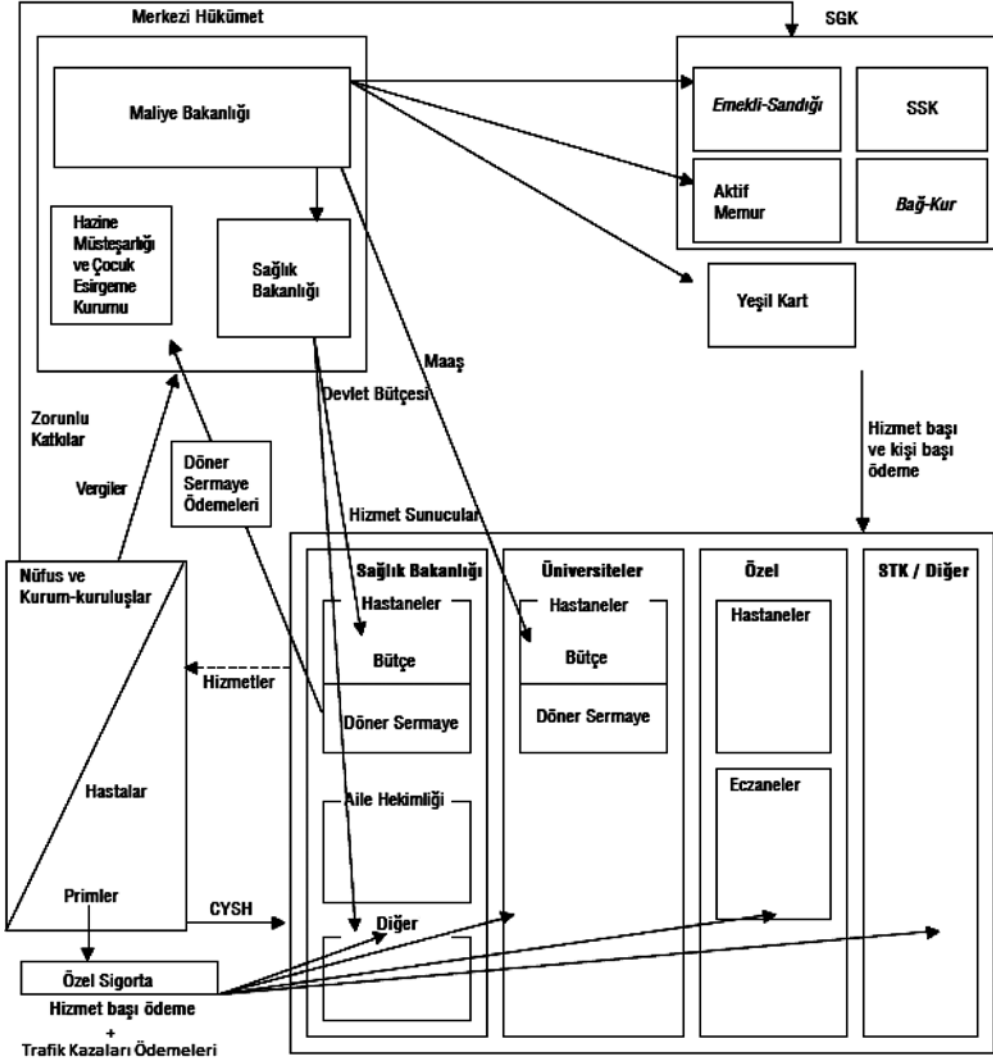
GSS kapsamındaki nüfusun artması ve erişimdeki kolaylıklar ile birlikte, sevk zincirinin de ortadan kalkması, kamu sağlık harcamalarını son yıllarda artış eğilimine sokmuştur. Özellikle ilaç harcamalarının, toplam sağlık harcamalarının üçte birine ulaştığı bu dönemde (Bkz. Ek Tablo: 1), mali sürdürülebilirlik açısından ileriye dönük sıkıntı yaşanacağı ileri sürülebilir.

Ödeyici kurum, tüm hizmet sunucularına ödeme yaparken, hizmet sunucularını programlı olarak yılda iki defa denetlemesi, hatalı faturalandırmaları kabul etmemesi veya sunulmayan hizmetlerin faturalandırılmasının önüne geçilmesi, ödeyici kurumun maliyetler üzerinde ciddi bir şekilde denetim unsuru oluşturduğunu göstermektedir. Diğer yandan kamu hastanelerin 2009 yılı başından itibaren götürü usulde bütçelemeye geçirilerek denetim dışına çıkarılmıştır. Sağlık Bakanlığı’na yapılan ödeme, kamu hizmet sunucularına dağıtılmaktadır.

SGK’nın kurulmasının sonucu olarak, GSS sistemine yönelik yeni yönetim düzenlemeleri yapılmıştır. 2004 yılında SGK, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı ile Hazine Müsteşarlığı temsilcilerinden oluşan bir Geri Ödeme Komisyonu kurulmuştur. Komisyon sağlık hizmetleri, ilaçlar ve SGK’nın geri ödemesini yaptığı sağlık hizmetleri için fiyat belirlenmesinden ve SGK hizmet paketinde değişiklikler yapılmasından sorumlu tutulmuştur.

GSS’nin hayata geçmesi ve hizmet sunucularına hastalar için ödenen fiyatın toplulaştırılması ve ödemedi sorumlu tek bir merkez olması sonucu sağlık sisteminde oluşan yeni temel mali akış yapısı aşağıdaki gibi şematize edilebilir:

Şekil: 1 - Türk Sağlık Sistemindeki Temel Mali Akışlar, 2010



Kaynak: OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye, 2008: 48'den alınarak güncellenmiştir.

Şekil: 1'de görüldüğü üzere Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Hazine Müsteşarlığı ve Çocuk Esirgeme Kurumu merkezi hükümetin sağlık sektöründe görev alan kurumlarıdır. GSS ile birlikte bütün sigorta kuruluşlarının SGK çatısı altında toplanmış olması, mali korunma ile birlikte SGK'yı hizmet sunucularına yapılan ödeme merkezi haline getirmiştir. Hizmet sunucuları ise Sağlık Bakanlığı hastaneleri, üniversite hastaneleri, özel hastaneler, vakıf üniversitelerinin hastaneleri, eczaneler ve diğerleri şeklinde sayılabilir. SGK kapsamındaki nüfusun prim ödemelerinin SGK için gelir unsuru olması ve merkezi hükümetin de SGK açıklarını, vatandaşlardan elde ettiği vergiler yardımıyla fonlaması ve hasta katılım payları, kamu sağlık harcamalarının finansmanını oluşturmaktadır. Bu bağlamda Türk Sağlık Sektörünün kamusal finansman kaynağı primler, vergiler ve hasta katılım paylarıdır. Hane halkının

sağlık hizmet sunucularına kendi öncelikleri doğrultusunda ceplerinden yapmış oldukları ödemeler de bir diğer finansman kaynağı olarak düşünülebilir. Şekil: 1'de dikkat çeken bir diğer unsur ise trafik kazaları sağlık giderlerinin özel sigortalar tarafından karşılanmasıdır. 2008 yılı Sayıştay denetimi raporunda, trafik kazalarına ilişkin ödemelerin SGK kapsamından çıkarılıp, 2918 Sayılı Karayolları Trafik Kanunu'nun 8. maddesinin -b- fıkrası uyarınca zorunlu mali sigorta kapsamında ödemesi gerektiği vurgulanmıştır. Bu tarihten itibaren, söz konusu ödemeler özel sigorta şirketleri tarafından yapılmaktadır.

5. Sağlık Harcamalarının Gelişimi

Yapılan reform çalışmalarıyla birlikte, sosyal güvenlik kapsamındaki nüfusun artırılması, hizmet sunucularına erişimin artırılması ve sosyal sigor-

ta kurumları arasındaki erişim farklılıklarının ortadan kaldırılması neticesinde erişimde adaletin sağlanması, yoksul kesime yönelik sosyal güvenlik uygulamalarının genişletilmesi gibi başarılı sonuçlara ulaşılmış ve bazı sağlık göstergelerinde OECD ortalamalarına yaklaşılmıştır (OECD,

2008: 13). Ancak gerçekleştirilen reformlar sonucu elde edilen başarıya rağmen bütçe üzerinde giderek artan sosyal güvenlik açıklarının neden olduğu mali baskı SDP’ni orta ve uzun vadede tehdit eder niteliktedir.

Tablo: 2 - OECD Ülkelerinde 2008 Yılı İtibariyle Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH’ya Oranı ve Bu Oranın Sektörel Dağılımı (%)

	Toplam Sağlık Harcaması	Kamu	Özel
A.B.D.	16.0	7.4	8.5
Almanya	10.5	8.1	2.5
Avustralya	8.5	5.7	2.8
Avusturya	10.5	8.1	2.4
Belçika	10.2	7.4	2.8
Çek Cumhuriyeti	7.1	5.9	1.2
Danimarka	9.7	8.2	1.5
Finlandiya	8.4	6.2	2.2
Fransa	11.2	8.7	2.5
Hollanda	9.9	7.4	1.6
İngiltere	8.7	7.2	1.5
İrlanda	8.7	6.7	2.0
İspanya	9.0	6.5	2.5
İsveç	9.4	7.7	1.7
İsviçre	10.7	6.3	4.4
İtalya	9.1	7.0	2.1
İzlanda	9.1	7.6	1.5
Japonya	8.1	6.6	1.5
Kanada	10.4	7.3	3.1
Kore	6.5	3.6	2.9
Lüksemburg	7.2	6.5	0.7
Macaristan	7.3	5.2	2.1
Meksika	5.9	2.8	3.1
Norveç	8.5	7.2	1.3
OECD Ortalaması	9.0	6.5	2.4
Polonya	7.0	5.1	1.9
Portekiz	9.9	7.1	2.8
Slovakya	7.8	5.4	2.4
Şili	6.9	4.1	2.8
Türkiye	6.0	4.1	1.9
Yeni Zelanda	9.8	7.9	1.9
Yunanistan	9.7	5.8	3.8

Kaynak: OECD Health Data 2010.

Tablo: 2’de OECD ülkelerindeki toplam sağlık harcamalarının GSYİH’ya oranları ile birlikte, gerçekleşen harcamaların kamu ve özel sektör arasındaki dağılımı görülmektedir. Buna göre sağlık harcamalarına GSYİH’sının %16’sını ayıran A.B.D. en üst sırada yer alırken, %5,9 ile Meksika son sırada yer almaktadır. Türkiye ise %6 ile OECD ortalamasının altında kalmıştır. Türkiye’de 1999 yılı itibariyle toplam sağlık harcamalarının GSYİH’ya oranı %4,8 iken, 2007 yılı itibariyle

bu oran %6’ya yükselmiştir (TÜİK, 2007:1). Bu bağlamda 2000 ve 2001 yıllarının kriz yılları olduğu düşünülürse, bu yıllarda dahi bir artış mevcuttur ve SDP’nin başlangıç yılı olan 2003 yılında bu artış devam etmiştir. Dolayısıyla, sağlık harcamaları, talebin kontrol edilememesi yani hastalığın ortaya çıkışının önlenememesi nedeniyle kriz dönemlerinde dahi bir artışa neden olmaktadır denebilir. Bunun nedeni ise, Türk sağlık sisteminde hastalığı daha oluşmadan önleme amacı güden

koruyucu sağlık uygulamalarından ziyade, daha maliyetli olan tedavi edici sağlık uygulamalarına ağırlık veriliyor oluşudur. Kişi başına yapılan sağlık harcamaları dikkate alındığında, 1999 yılında kişi başına sağlık harcaması 78,7-TL. (186.-USD) iken, 2007 yılında 724,6-TL. (553.-USD) olmuştur (TÜİK, 2007: 2). Yapılan sağlık harcamalarının kamu ve özel sektör arasındaki dağılımına ilişkin veriler ise Tablo: 3'de görülmektedir.

Tablo: 3 - Kamu Sağlık Harcamaları ve Özel Sektör Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına (TSH) Oranı

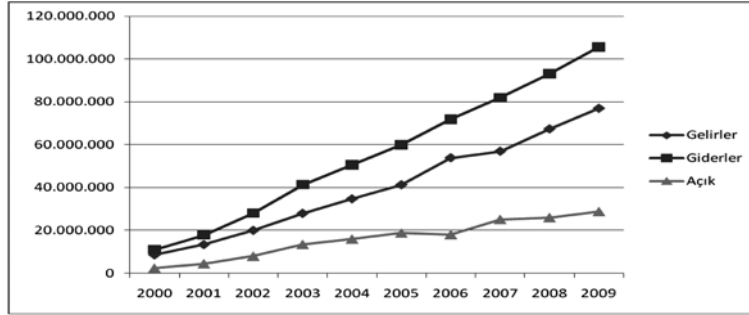
Yıllar	Kamu	Özel
1999	61.1	38.9
2000	62.9	37.1
2001	68.1	31.9
2002	70.7	29.3
2003	71.9	28.1
2004	71.2	28.8

2005	67.8	32.2
2006	68.3	31.7
2007	67.8	32.2

Kaynak: TÜİK, Sağlık Harcama İstatistikleri, 2004–2007.

Tabloda görüldüğü üzere, toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu harcamalarının payı 1999 yılında yaklaşık %61 iken, bu oran 2007 yılında yaklaşık %68 olarak gerçekleşmiştir. Özel kesim harcamalarının oranı ise 1999'da yaklaşık %39 iken, kriz yılları olan 2000 ve 2001'de düşüş yaşayarak %28'lere kadar inmiş ve daha sonra 2007 yılında yaklaşık %32 olarak gerçekleşmiştir. Yapılan sağlık harcamalarının kamu tarafından sağlanan bölümü, OECD ortalamasının %73 olduğu 2005 yılı verileri dikkate alındığında, OECD ortalamasına yakındır denilebilir. Bununla birlikte harcamanın finansmanına bakıldığında, mali açıkların arttığı görülecektir. SGK bütçesinin, son yıllardaki mali göstergeleri aşağıdaki tabloda görülmektedir:

Grafik: 1 - SGK Bütçesi Gelir, Gider ve Açıkları (2000–2009)



Kaynak: SGK İstatistikleri 2009 verilerinden uyarlanmıştır.

Grafik: 1'de görüldüğü üzere, SGK bütçesinin yıllar itibariyle gelir ve gider kalemlerinde artış izlenmektedir. Bununla birlikte giderlerdeki artışın, gelirlerdeki artıştan daha fazla gerçekleşmesi nedeniyle SGK bütçesi tüm yıllarda açık vermiştir. Dolayısıyla, sağlık sektöründe uygulama konulan re-

form çalışmalarının orta ve uzun vadede mali sürdürülebilirliği tartışmalı bir konudur. Buna bağlı olarak, reform sonucu sağlık sisteminde yaşanan iyileşmenin bir finansman sorunuyla karşılaşması muhtemel görünmektedir. Aşağıda buna ilişkin veriler yer almaktadır:

Tablo: 4 - SGK Prim Gelirleri ve Sağlık Harcamaları (2000-2009)

Yıllar	Prim Gelirleri	Emekli Aylığı Ödemeleri	Sağlık Harcamaları	Prim Gelirlerinin Emekli Aylıklarını ve Sağlık Ödemelerini Karşılama Oranı (%)
2000	6.575.348	6.756.700	2.633.552	70,0
2001	9.739.521	10.696.600	4.575.995	63,8
2002	14.821.913	16.687.400	7.629.027	61,0
2003	21.178.426	25.174.200	10.661.718	59,1
2004	27.423.790	30.660.700	13.150.129	62,6
2005	30.882.405	38.537.100	13.607.884	59,2
2006	41.619.875	45.075.855	17.666.674	66,3
2007	44.051.677	52.311.728	19.983.613	60,9
2008	54.546.453	59.136.539	25.345.913	64,6
2009	54.579.182	67.408.100	28.810.684	56,7

Kaynak: SGK İstatistikleri, 2009.

Tablo: 4’de SGK bütçesine ilişkin devlet katkısı hariç elde edilen prim gelirleri ile birlikte, ödenen emekli aylıkları, sağlık harcamaları ve gelirlerin bu harcamaları karşılama oranları verilmektedir. Buna göre 2000 yılından itibaren gelirlerde artış yaşanmasına rağmen, gelirlerin giderleri karşılama oranlarında azalış gözlenmektedir. Özellikle sağlık harcamaları ile birlikte emekli aylığı ödemelerinde ortaya çıkan artış, SGK bütçesinde ileriye dönük ciddi sıkıntıların yaşanabileceğine işaret eder. Tek alıcı ve tek ödeyici durumundaki SGK, mevcut bütçe yapısı içinde gerçekleşen harcamaları karşılayamamaktadır. Harcamalardaki artışlar dikkate alındığında önümüzdeki yıllarda da bu açığın giderek artacağı düşünülmektedir. Bu bağlamda, gelecek yıllarda sağlık harcamalarında maliyet kısıtlamasına gidilmesi beklenebilir. OECD ülkeleri içerisinde GSYİH’nın %16’sını sağlık harcamalarına ayıran ABD hariç (OECD, 2008: 116), tüm ülkelerin sağlık harcamaları içerisinde kamu harcamalarını azaltma eğiliminde oldukları düşünüldüğünde bunun çok uzak bir olasılık olmadığı iddia edilebilir.

6. Türkiye’de Sağlık Piyasasında Düzenleme Gereksinimi

Son yıllarda sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaşması ile birlikte kamu sağlık harcamalarında da önemli bir artış yaşanmıştır. Bu bağlamda, birçok gelişmiş ülkede olduğu gibi gelişmekte olan ülkelere de, sağlık harcamalarının bütçe üzerindeki yükü hafifletilmeye çalışılmaktadır. Hizmette erişimin arttığı ve yaygınlaştığı düşünüldüğünde ve talebin kontrol edilebilmesinin mümkün olmayacağı varsayımıyla, gelecekte sağlık hizmetlerinin hacminin daha da artacağı bir gerçektir. Dolayısıyla, talep kontrolü yerine maliyet kısıtlaması yoluyla hem hizmet sunucuları ve hem de ilaçlar üzerinde bir fiyat kontrolünün uygulanması tercih edilmektedir.

Sağlık politikası üretkenlerin önünde esas itibariyle üç seçenek bulunmaktadır. Bunlar; hizmet kalitesinin kontrolü, fiyat kontrolleri ve bunların her ikisinin birden bir arada gerçekleştirilmesidir. Sektörün reform süreci dikkate alınarak, sağlık harcamalarında meydana gelen artış ile birlikte, politika belirleyicilerinin fiyatları makul seviyede ve sürdürülebilir maliyetlerde tutarak hizmet kalitesini artırabileceği konusu tartışmalıdır. Dolayısıyla, bu yönde bir düşünce ekseninde fiyatların mali sürdü-

rülebilirliğini sağlayacak bir düzenleme politikasıyla birlikte hizmet kalitesinin de düşürülmemesi, politika üretkenlerin tek başlarına uygulayabilecekleri bir süreç değildir. Bu nedenle sağlık piyasasında, piyasayı düzenleyen ve denetleyen bağımsız bir kurumun gerekliliğine olan ihtiyaç giderek daha tartışılır bir konu haline gelecektir.

Sağlık piyasasının düzenlenmesi ve denetlenmesine olan gereksinim esas itibariyle iki ana başlık altında incelenebilir. Bunlar: “Sağlık Harcamalarının Artması” ve “Organizasyon Farklılığı”dır.

6.1. Sağlık Harcamalarının Artması Nedeniyle Düzenleme Gereksinimi

Türkiye’de 2003 yılında uygulamaya konulan SDP sonrasında ve daha önce belirtilen nedenlere bağlı olarak artan sağlık harcamaları, SGK bütçesinde yıllar itibariyle büyüyen bütçe açıklarına neden olmakta ve reform sürecinin mali sürdürülebilirliğini tehdit etmektedir. Dolayısıyla, OECD ülkelerinde olduğu gibi Türkiye’de de sağlık harcamalarının azaltılması yönünde uygulamalar geliştirilmektedir. Bu bağlamda fiyat kontrolleri bir politika aracı olarak öne çıkmaktadır. Piyasada tek alıcı pozisyonunda bulunan SGK, kendi bünyesinde oluşturduğu ödeme kanalları ve denetim mekanizmaları ile birlikte, belirlenen fiyat üzerinden ödeme yapmakta ve denetimi de kendisi gerçekleştirmektedir.

Sağlık harcamalarının artması, sosyal devlet gereği sosyal harcamaların artması bakımından olumlu karşılanabilir. Özellikle yoksulların daha fazla yararlandığı düşünülen sosyal harcamaların artırılması, bu kesimlerin yoksulluktan kurtulabilmesi açısından önemlidir. Sağlık harcamalarındaki artışlar genellikle aşağıdaki nedenlere bağlı olarak ortaya çıkmaktadır (Mullen ve Spurgeon, 2000):

- Hizmet sunucularına erişimin artması ve sosyal adalet,
- Hizmet kalitesine bağlı fiyat artışları,
- Teknolojik gelişmeye bağlı artışlar,
- Nüfusun artması ile birlikte tüketimde meydana gelen artışlar.

Sıralanan sağlık harcamalarındaki artış nedenle-

ri, genelde olumlu olarak kabul edilen gelişmelere bağlanmıştır. Özellikle erişimin artması ile birlikte sosyal adaletin sağlanması, daha fazla bireyin bu hizmetlerden faydalanması ve tüketiminin artması, sağlıklı bir nüfus için gerekli harcamaların yapılması bakımından son derece önemlidir.

Olumlu artışların yanı sıra, sağlık sisteminde gözlemlenen ve sağlık harcamalarının artışına yol açan olumsuz gelişmeler de bulunmaktadır. Sağlık harcamalarının tüketimde ve kalitede herhangi bir artış olmadan, piyasada yolsuzluk yoluyla (Mullen ve Spurgeon, 2000) artması bu gelişmelere verilebilecek en güzel örnektir. İşte tam bu noktada, Türkiye'deki sağlık sisteminde sağlık harcamalarını artıran ve düzenleyici ve denetleyici bir kurumun gerekliliğini ortaya koyan nedenleri şu şekilde sıralayabiliriz:

- Verilmeyen hizmetlerin verilmiş gibi sunulması ve faturalandırılması,
- Gereksiz tetkik ve tedaviler,
- İleri tetkik ve tedavilerin aşama uyumsuzluğu,
- Bazı hizmet sunucularının rekabeti bozucu şekilde desteklenmesi,
- Mevzuata aykırı bir şekilde ve mevzuatın boşluklarından yararlanarak fatura tutarlarının yükseltilmesi,
- Mevzuata aykırı şekilde faturalandırma,
- Özel sigorta şirketlerinin ödemesi gereken hizmetlerin, SGK'ya faturalandırılması,
- Yurtiçi hasta fiyatlandırması ile yurtdışı hasta fiyatlandırmasının farklılığı,
- Medikal malzemelerin standart belirsizliği.

Başlıklar itibariyle sıralanan bu nedenler, sağlık sisteminde reform sonrası artan sağlık harcamalarına gerekçe olarak sayılabilir ki bu tür uygulamaların pek çok örneği denetim elemanlarının inceleme tutanaklarında yer almaktadır.

Harcama artışına yol açan en önemli neden verilmeyen sağlık hizmetlerinin verilmiş gibi gösteril-

mesi ve bu yolla tek alıcı olan SGK'ya fatura edilmesidir. Hizmet sunucularının SUT'da öngörülen ve MEDULA ekranında görüntülenen, böylece ilgili faturalarda kesinti yapılmasına sebep olan kelimeleri harcamaların artmasına neden olmaktadır. Bu nedenle, SGK fatura ödemelerinde örnekleme yoluyla denetime gitmekte ve bir oran bulularak tüm faturalara uygulamaktadır. Dolayısıyla yapılan denetim sadece örnek yoluyla yapılmakta, tüm işlemler denetlenmemektedir. Böyle bir denetim uygulaması evrensel denetim ilkelerine de aykırılık teşkil etmektedir. Diğer yandan Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin 2009 yılı Ocak ayı itibariyle, götürü usulde bütçe sistemine geçmesi sonucu, bu hizmet sunucularının örnekleme yoluyla denetlenmesinin de önüne geçilmiştir. Mevcut durum itibariyle, ilgili denetim sadece üniversite hastaneleri ve özel hastanelere uygulanmaktadır. Dolayısıyla, piyasada faaliyet gösteren hizmet sunucularının denetlenmesi noktasında da sistemde farklılıklar bulunmaktadır. Bu nedenle, hizmet sunucularının hepsinin objektif bir değerlendirmeye tabi tutularak denetlenmesi ve bu yolla sunulmayan hizmetlerin faturalandırılmasının önüne geçilmesi ancak düzenleyici ve denetleyici bir kurumun mevcudiyeti ile sağlanabilecektir.

Sağlık harcamalarının artmasına neden olan ikinci etken ise gereksiz tetkik ve tedavilerdir. Hastanın, herhangi bir hizmet sunucusuna giderek tedavi olma isteği, sağlık sisteminin bir diğer özel konumunu oluşturmaktadır. Sağlık piyasasında talebin bir kere oluşmasıyla birlikte, bundan sonra ortaya çıkan arzın belirlenmesi yani hastaya hangi tetkik ve tedavilerin uygulanacağına tespiti hekime bağlıdır. Hastalığın tespiti için gerekli tetkiklerin seçimi ve bunun sonucunda konulan teşhise yönelik tedavinin belirlenmesi ve tedavinin uygulanması ilgili hekimin vereceği karara göre değişmektedir. Bu nedenle gereksiz uygulanan tetkik ve tedaviler harcamaların artışına neden olacaktır. Nitekim özel ve üniversite hastaneleri üzerinde yapılan hesaplamalara göre 2009 yılında Diyarbakır'da bir hastanın özel hizmet sunucularında ortalama maliyeti 67.-TL. iken, Ankara'da özel hizmet sunucularında ortalama 117.- TL. ve üniversite hizmet sunucularında ortalama 205.- TL. şeklinde gerçekleşmiştir. Bu nedenle sunulan sağlık hizmetlerinin gerekliliği sıkı bir şekilde denetlenmeli ve gereksiz harcamaların önüne geçilmelidir.

Tablo: 5 – 2009 Yılı İtibariyle Hizmet Sunucuları ve İllere Göre Birim Hasta Maliyetleri (TL)

	Hasta Maliyeti		
	Özel Hizmet Sunucuları	Üniversite Hizmet Sunucuları	Toplam
Ankara	116.74	205.34	172.32
Kastamonu			
Çankırı			
Bolu			
Karabük			
Kırıkkale	67		
Diyarbakır			
Mardin			
Siirt			
Batman			

Not: Kamu hizmet sunucularında götürü bütçe uygulaması nedeniyle hasta maliyetleri hesaplanamamaktadır.

Kaynak: SGK Verilerinden Hesaplanmıştır.

Bir diğer etken ise, ileri düzey tetkik ve tedavilerin aşama uyumsuzluğudur. Yani, bir basamakta yapılması gereken tetkikin atlanarak daha üst basamaklardaki tetkiklerin uygulanmasıdır. Örneğin, MRI (Magnetic Resonance Imaging) ile tespit edilebilecek bir hastalığın CT (Computed Tomography) kullanılarak tespit edilmesi, birinci basamak yoğun bakım ünitesinde yatması gereken bir hastanın, bu basamak atlanarak üçüncü basamak yoğun bakım ünitesine alınması, kullanılan ilaçlarda doz aşımı, diyaliz merkezlerinde kür sayısının artırılması gibi uygulamalar harcamaları olumsuz yönde artırmaktadır.

Harcamaları olumsuz yönde artıran bir diğer faktör ise, bazı hizmet sunucularının, piyasada var olan rekabeti bozucu şekilde desteklenmesidir. SUT’da üniversite hastanelerinin desteklenmesine yönelik özel bazı hükümler konulmuştur (SUT; 7.2.1.A-1). Özel hastaneler ve üniversite hastaneleri malzeme alımlarında KDV’li fiyattan alım yapmaları nedeniyle, SGK da onlara KDV ilave ederek ödeme yapmaktadır (Vakıf üniversite hastaneleri hariç). Diğer yandan üniversite hastanelerinin korunması ve desteklenmesi düşüncesiyle (Vakıf üniversite hastaneleri hariç) diğer sağlık hizmet sunucularından farklı olarak, üniversite hastanelerine, kuruma ibraz ettikleri malzeme faturalarına ilave olarak %15 işletme gideri ve Hazine ile SHÇEK payları (%1) gibi ödemeler yapılmaktadır². Özel hastanelere ise, kuruma ibraz ettikleri

fatura bedelleri üzerinden değil, SUT gereği kurumun belirlediği fiyatlardan ve muadil malzemenin en düşük bedeli üzerinden ödeme yapılmaktadır. Kamu hastaneleri ise bütçe uygulaması nedeniyle denetlenmemekte ve ibraz edilen faturalar aynen ödenmektedir. Ayrıca, özel hastaneler kullanacakları malzemeleri hastaya aldırılmazken, üniversite hastaneleri başhekimlik makamı onayıyla doğrudan veya ihale edemediğini göstererek (KİK, 22/f) malzemeleri hastaya aldırabilmekte ve hasta da bunları SGK’ya fatura edebilmektedir.

Bir diğer husus ise, üniversite hastanelerinde bazı tetkiklerin (genetik, mikrobiyoloji, biyokimya) SUT’da belirtilen fiyatlarına %10 ilave yapılabilmesidir. Öte yandan üniversite hastanelerinde doktor ve hasta kotası yokken, özel hastanelerde kota uygulanmaktadır (Hekim başı günde 50 hasta). Dolayısıyla tek bir ödeyici kurum ve fiyat komisyonuna rağmen, farklı fiyat uygulamalarının yanında bazı kurumların sübvansiyonlarla desteklenmesi, bazı maddelerin hizmet sunucuları arasında farklı uygulanması ve çeşitli yasakların getirilmesi hem kamu kaynaklarının israfına neden olmakta hem de hizmet sunucuları arasında haksız bir rekabete yol açmaktadır.

Sağlık harcamalarının olumsuz şekilde artışına neden olan bir başka etken ise, mevzuata aykırı bir

2 Üniversite hastanelerinin finansmanı, SGK üzerinden değil de merkezi yönetim bütçesinden ayrılacak araştırma

ve eğitim bütçesiyle sağlanabilir ve böylece hizmet sunucuları arasında adil bir rekabet meydana getirilebilir. Ayrıca, ödenen primlerin amacına aykırı bir şekilde kullanılmasının da bu yolla önüne geçilebilir.

şekilde ve mevzuatın boşluklarından yararlanarak faturaların artırılmasıdır. Buna konuya örnek olarak aynı kişinin aynı anda iki farklı hastanede yatış işleminin yapılması gösterilebilir. Sistemden onay alınması yoluyla yapılan yatış işlemi, sistemin iki farklı yerde onay vermesi nedeniyle, mükerrer olarak uygulanabilmektedir. Bu suretle aslında yapılmayan bir işlem faturalandırılabilir. Bu noktada sistemde ve mevzuatta ayrı ayrı boşluk bulunmaktadır. Mevzuata aykırı şekilde yapılan faturalara örnek olarak SUT Ek-9'da belirtilen fiyat yerine SUT Ek-8'e göre faturalandırılmasının yapılması verilebilir. Bu tür uygulamalar denetimin örnekleme yoluyla yapılması nedeniyle sıklıkla kontrol edilememekte ve önlenememektedir.

Harcamaları artıran bir diğer konu ise, özel sigorta şirketleri tarafından ödenmesi gereken hizmetlerin SGK'ya fatura edilerek kurumdan tahsil edilmesidir. 2008 Yılı Sayıştay Raporuna göre, SGK'nın bu tür ödemeleri yapması mevzuata aykırı olarak değerlendirilmiş ve 2009 yılı itibarıyla bu tür ödemelerin yapılmaması istenmiştir. Böylece bu hizmetlerin bedellerinin 2918 Sayılı Karayolları Trafik Kanunu'nun 8. maddesinin -b- fıkrası uyarınca zorunlu mali sigorta kapsamında ödenmesi gerektiği belirtilmiştir. Fakat uygulamada denetimin yetersiz kalması nedeniyle, hizmet sunucuları tarafından bu faturalar SGK'ya gönderilebilmekte ve ancak örneklemede denk geldiği takdirde izlenebilmektedir.

Harcamaları artıran faktörlerden bir diğeri ise, yurtiçi ve yurtdışı hizmet fiyatlandırmasının farklı olması nedeniyle ödenen farklı tutarlardır. Ülkeler arası sosyal güvenlik anlaşmaları gereği, alınacak ve ödenecek fiyatların ülkelerin kendi fiyatları üzerinden belirlenmesi yoluna gidilmektedir. Örneğin, yurtdışında ameliyat olan SGK'ya tabi bir birey için, o ülkede geçerli olan fiyat üzerinden ödeme yapılırken, yurtdışından Türkiye'ye gelen ve ameliyat olan başka bir birey için istenebilecek fiyat SUT'da belirlenen fiyattır. Bu nedenle, son yıllarda gelişen sağlık turizminin, yurtdışında tedavi olan hastalar için, sağlık harcamalarında olumsuz bir etkiye neden olduğu söylenebilir.

Sağlık harcamalarına neden olan sonuncu etken medikal malzemelerin standart belirsizliğidir. Mevcut sistemde medikal malzeme sunucuları SGK ile çift taraflı bir sözleşme yapmama ve hastaneler medikal sunucularından doğru-

dan malzeme alabilmektedir. Daha sonra ise, yukarıda anlatıldığı üzere bu malzemeler SGK'ya farklı şekillerde fatura edilmektedir. Burada belirtilen asıl sorun ise, medikal malzemeler arasında bir standart bulunmaması ve bunu da belirleyecek bir otoritenin sistemde yer almamasıdır. Şöyle ki, kullanılacak medikal malzemenin kullanımına ilişkin karar ilgili hekimler tarafından verilmektedir. Aynı malzemenin daha uygun fiyatlı muadilinin kullanılması ise, Sağlık Bakanlığı tarafından kararlaştırılmaktadır. Dolayısıyla, ödeyici kurum olan SGK'nın bu süreçte herhangi bir etkisi bulunmamaktadır. Tek ödeyici kurum olan SGK'nın daha uygun fiyatlı muadil medikal malzeme alımı yönündeki politikası, kendisi dışındaki birimlere bağlı olmakta ve bu da kurumun medikal malzeme alım harcamalarını artırmaktadır. Medikal malzemelerin muadillerinin belirlenmesinde ortaya çıkan boşluğun, düzenleyici bir otorite tarafından giderilebileceği düşünülmektedir. Malzeme standartlarının tespit edilerek, kullanılacak muadil malzemelerin belirlenmesinin düzenleyici otorite tarafından yapılması, bu alanda ortaya çıkabilecek yolsuzlukların önüne geçerek harcamaları makul seviyelerde tutabilecektir.

6.2. Kurumlar Arası Organizasyon Farklılığı Nedeniyle Düzenleme Gereksinimi

Türk Sağlık Sisteminde, sektörde ve piyasada yer alan aktörlerin çeşitliliğinin, uygulanan politikalarda yeknesaklığa engel olduğu söylenebilir. Merkezi hükümetin sektörde Sağlık Bakanlığı ile yer almasının yanı sıra, tek bir ödeyici kurum olan SGK'nın finansmanı gerçekleştirilmesi, hizmet sunucularının fiyatlarının ise GSS kapsamında, Hazine, Maliye, DPT ve Sağlık Bakanlığı temsilcileri tarafından belirlenmesi sistemin bir diğer ayağını oluşturmaktadır. Hal böyle olunca, Sağlık Bakanlığı bünyesinde yer alan genel müdürlükler ile SGK arasında bir yetki karmaşası meydana gelebilmektedir.

OECD'ye göre, SDP çerçevesinde kendisine lider ve sektörde kılavuz olma rolü verilen Sağlık Bakanlığı'nın birinci ve ikinci kamu hizmet sunucularını -özerk olsalar dahi- sürekli yönlendirmesi gerekmektedir. Sağlık Bakanlığı, SGK, Hazine Müsteşarlığı, Maliye Bakanlığı ve DPT'nin harcamaları ve gelirleri sürekli olarak izlemesi, paranın karşılığını güvence altına alması ve sürdürülebilirliği sağlaması oldukça önemlidir (OECD,

2008: 16). Diğer yandan SDP’nin uygulamaya konulmasındaki nedenlerden biri olarak kurumlar arasındaki koordinasyon eksikliği nedeniyle kaynakların verimsiz bir şekilde kullanıldığı belirtilmiştir. Bu nedenle Sağlık Bakanlığı’nın sektörde tek planlayıcı olması amaçlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2003: 16–27). Fakat her ne kadar Sağlık Bakanlığı sektörde lider ve kılavuz bir pozisyonda yer alıyormuş gibi görünmekte ise de bu görev esas itibariyle, 2008 yılında 5510 sayılı yasayla GSS ile SGK’ya verilmiştir. Dolayısıyla Sağlık Bakanlığı, üst basamaklarda yer alan hizmet sunucularına yönelen talebi azaltmaya yönelik politikalar üretmekle birlikte, hizmet sunucularının kalitesinin artırılması ve denetlenmesi ile de ilgilenmelidir. Bu amaçla, birinci basamak sağlık hizmetleri ve aile hekimliğinin önemli bir fonksiyonu yerine getireceği düşünülmektedir. Birinci basamak ve aile hekimliği ile ilgili politikalar Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülürken, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularının hizmet kalitesinin ve fiyat denetiminin tamamen sektörü düzenleyici ve denetleyici ayrı bir kurum tarafından yapılması önerilmektedir.

İlaç ve malzeme fiyatlandırmalarında, aradaki organizasyon imkânsızlığından dolayı, SGK Sağlık Bakanlığı’nın kullandığı *İlaç Takip Sistemi* ile *Malzeme Takip Sistemini* görüp kontrol edememekte ve sağlık hizmet sunucularına ilaç ve malzeme ödemelerinde *Ulusal Bilgi Bankasından* veri almasına ve piyasa araştırması yapmasına rağmen daha yüksek fiyatlardan ödeme yapabilmektedir. Bunun önüne geçilebilmesi için, *İlaç Takip Sistemi* ile birlikte SGK’nın kullandığı *Ulusal Bilgi Bankasının* örtüştürülmesi ve uyumlaştırılması gerekmektedir. Ayrıca, malzeme bedellerinin Ulusal Bilgi Bankasına göre tespit zorunluluğu sadece Kamu İhale Kanunu gereği, kamu hastaneleri ve üniversite hastaneleri için geçerli olup bu durum ayrı bir karmaşıklığa neden olmaktadır. Öte yandan fiyatlandırmada SUT’un dikkate alınması, *Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü* ile birlikte *İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü*’nün sistemdeki yapısını tartışılır kılmaktadır. Bu bağlamda, düzenleyici ve denetleyici bir kurum tarafından sağlık sistemindeki uyumlaştırma sağlanarak, bilginin hızlı ve güvenilir bir şekilde dağılması sağlanabilir.

Bütün bu anlatılanlar ışığında, toplam büyüklüğü dikkate alındığında devasa bir boyuta ulaşan sağ-

lık sektöründeki hareketlerin yakından izlenmesi, piyasanın kontrol edilmesi ve düzenlenmesi, harcamaların izlenerek kamu kaynaklarının karşılığının güvence altına alınması açılarından bağımsız bir kurumun sağlık piyasasında düzenleyici bir rol üstlenmesinin gerekli olduğu düşünülmektedir.

7. Sonuç

Sağlık hizmetlerinin finansmanında son dönemde yaşanan mali baskı, ülkeleri bu harcamaların kontrol edilmesi ve azaltılması yönünde politika geliştirmeye zorlamaktadır. Söz konusu kontrol mekanizmaları, fiyat odaklı olabileceği gibi talep veya kalite odaklı da olabilmektedir. Sonuç itibariyle, sağlık harcamaları içerisinde kamu harcamalarının kontrol altına alınması, bu hizmetlerin sunumunda mali sürdürülebilirlik açısından oldukça önemlidir.

Sağlık harcamalarında meydana gelen artışın kaynaklarına bakıldığında Türkiye’de OECD tarafından ileri sürülen harcama artış kaynaklarından farklı unsurların varlığı dikkat çekmektedir. Özellikle daha önce ayrıntılı bir şekilde anlatılan yolsuzluk ve türevi uygulamaların varlığı, sağlık harcamalarını artıran önemli unsurlardır. Bunun yanında bazı hizmet sunucularının denetim dışında olması ve farklı bütçe uygulamaları nedeniyle maliyetlerin takip edilememesi de harcamalar üzerindeki diğer olumsuz etkilerdir.

Yıllar itibariyle sosyal güvenlik açıklarında meydana gelen artışların her yıl daha fazla gerçekleşmesinin yanı sıra, sağlık harcamalarının da buna paralel olarak artması, kamunun bu sektördeki varlığını tehdit eder hale gelmiştir. Bu bağlamda, yapılan sosyal güvenlik reformları ile birlikte özellikle sağlık hizmetlerinin sunumunda hane halkının katkı payları ile hizmetin finansmanına katılımını sağlamak, gelecek dönemde sağlık harcamaları içerisinde özel kesim payının artacağını düşündürmektedir. Dolayısıyla bu uygulama, özellikle yoksul kesimin bu hizmetlerden faydalanmasını etkileyecektir. Bu bağlamda yapılması önerilen, talep yönlü politikalara oranla, kaliteli hizmet sunumunun mevcut kaynaklar ile optimum sunumunun sağlanmasıdır.

Sağlık sektöründe yer alan aktörlerin çeşitliliği ve fazlalığı, sektördeki harcama kontrolünün önünde-

ki bir diğer faktördür. Sektörde lider konumda yer aldığı belirtilen Sağlık Bakanlığı'nın yanında ödemeler ve finansman ile ilgili tek yetkili kurum olan SGK'nın yer alması bir çelişkiyi ortaya koymaktadır. Diğer yandan fiyatların belirlenmesinde diğer kurumların da sürece dâhil olması, sektörü git-tikçe daha karmaşık bir hale sokmaktadır. Harcama-ların denetiminin SGK tarafından yapılmasının yanında kamu hizmet sunucularının bunun dışında tutulması da başka bir karışıklığa neden olmaktadır. Dolayısıyla, harcama artışının kontrol altına alınması, sektörün tamamının (kamu-özel ayrımı yapılmadan) denetimi ile birlikte düzenlenmesiyle gerçekleşebilecektir. Türk Sağlık Piyasasında düzenleyici ve denetleyici bir kuruma olan ihtiyaç, Sağlık Piyasasını Düzenleme ve Denetleme Kurumu (SPDDK) adı altında oluşturulacak bağımsız bir otoriteyi gerekli kılmaktadır.

Kaynakça

- BALDWIN, R., C. SCOTT AND C. HOOD (1998), 'Introduction', in R. BALDWIN, C. SCOTT AND C. HOOD (eds), *A Reader on Regulation*, Oxford: Oxford University Press, pp. 1–55.
- BALDWIN, R., M. CAVE (1999), *Understanding Regulation Theory, Strategy and Practice*, Oxford: Oxford University Press.
- BOYER, R., Y. SAILLARD (2002), (der) *Regulation Theory. The State of the Art*, London: Routledge.
- BOYNE, G.A., C. FARRELL, J. LAW, M. POWELL, M.R. WALKER (2003), *Evaluating Public Management Reforms: Principles and Practice*, Buckingham: Open University Press.
- CHANG, H.J., (1997), "The Economics and Politics of Regulation", *Cambridge Journal of Economics*, Volume 21, Issue 6, pp. 703-28.
- CREW, M.A., (ed) (1999), *Regulation under Increasing Competition*, Boston: Kluwer Academic Publishers.
- DONALDSON, C., K. GERARD (1993), *Economics of Health Care Financing, The Visible Hand*, London:McMillan Press.
- MCGUIRE, A., J.B. HENDERSON, G. MOONEY (1988), *The Economics of Health: An Introductory Text*, London: Routledge and Kegan Paul.
- MULLEN, P., P. SPURGEON (2000), *Priority Setting and the Public*, Oxon: Radcliffe Medical Press.
- NUNES, R., G. REGO, C. BRANDÃO (2007), "The Rise of Independent Regulation in Health Care" *Health Care Analysis*, Volume 15, Number: 3 / September, 2007, Springer: Netherlands, pp. 169–177.
- NUNES, R., G. REGO, C. BRANDÃO (2009), "Healthcare Regulation as a Tool for Public Accountability" *Medicine, Health Care and Philosophy*, Volume 12, Number: 3 / August, 2009, Springer: Netherlands, pp. 257–264.
- OECD (2006), "Future Budget Pressures Arising from Spending on Health and Long-Term Care", *OECD Economic Outlook*, Volume 2006/1 Number: 79, <<http://www.oecd.org/dataoecd/19/24/37740852.pdf>>, Erişim Tarihi: 04.02.2010.
- OECD (2008), *OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye*, <www.sourceoecd.org/socialissues/9789264051089>, Erişim Tarihi: 02.02.2010.
- OECD (2010), *OECD Health Data*, <<http://www.sourceoecd.org>>, Erişim Tarihi: 12.06.2010.
- PERUNA, V.B., (2004), "Health Market Regulation" Paper to conclusion of the Minerva Program Activities, Secretariat of Administration of State of Bahia, Washington DC, <<http://www.gwu.edu/~ibi/minerva/Fall%202004/health%20market%20regulation.pdf>>, Erişim Tarihi: 13.02.2010.
- SAĞLIK BAKANLIĞI, (2003), *Sağlıkta Dönüşüm Programı*, Ankara.
- SALTMAN, R.B., & J. Figueras (eds) (1997), *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies*, Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- SANTOS, F.P., E.M. MERHY, (2006), "Public Regulation of the Health Care System in Brazil - A Review" Translated by Flávia Maria Daou Lindoso da Fonseca. *Interface (Botucatu)* [online] Volume 2 Selected Edition, <http://socialsciences.scielo.org/pdf/s_icse/v2nse/scs_a09.pdf>, Erişim Tarihi: 09.02.2010.
- SGK (2009), *SGK İstatistikleri*, <<http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/Anasayfa/Istatistikler>>, Erişim Tarihi: 12.07.2010.
- STIGLER, G.J., (1971), "The Theory of Economic Regulation", *The Bell Journal of Economics and Management Science*, Volume 2, Issue 1 (Spring), pp. 3-21.
- WALSHE, K., (2002) "The Rise of Regulation in the NHS", *British Medical Journal*, 324 pp. 967–970.
- WHINCOP, M.J., (ed) (2001), *Bridging the Entrepreneurial Financing Gap: Linking Governance with Regulatory Policy*, Burlington: Ashgate.

Ek Tablo: 1 – Çeşitli Ülkelerde Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde İlaç Harcamalarının Payı

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Avustralya	13,8	14,8	15,1	14,5	15,0	14,8	14,3	14,3	14,3	v.y.
Avusturya	12,0	12,3	12,5	12,8	13,3	13,0	13,0	13,1	13,3	13,3
Çek Cumhuriyeti	23,0	23,4	24,0	23,9	24,2	24,8	24,8	22,8	21,5	20,4
Danimarka	8,7	8,8	9,2	9,8	9,1	8,7	8,6	8,5	8,6	v.y.
Fransa	16,0	16,5	16,9	16,8	16,7	16,8	16,7	16,5	16,5	16,4
Almanya	13,5	13,6	14,2	14,4	14,4	13,9	15,1	14,8	15,1	15,1
İzlanda	13,6	14,5	14,1	14,0	15,2	15,4	14,4	14,2	13,5	13,9
Kore	24,5	25,9	25,2	25,8	25,8	26,0	25,5	25,4	24,5	23,9
Hollanda	11,4	11,7	11,7	11,5	v.y.	v.y.	v.y.	v.y.	v.y.	v.y.
Yeni Zelanda	v.y.	v.y.	v.y.	v.y.	v.y.	10,4	10,4	11,0	10,2	9,4
İsviçre	10,6	10,8	10,7	10,4	10,6	10,5	10,6	10,4	10,3	v.y.
Türkiye	26,2	26,6	v.y.	v.y.	v.y.	v.y.	v.y.	v.y.	v.y.	v.y.
İngiltere	v.y.	14,1	13,9	13,5	13,5	13,2	12,8	12,3	12,2	11,8
ABD	10,8	11,3	11,7	12,0	12,1	12,2	12,0	12,2	12,0	11,9

Kaynak: OECD Health Data 2010.