Makale I

Sağlık Reformu Kapsamında Talep Yanlı Maliyet Paylaşımı: Türkiye Üzerine Bir Değerlendirme

Altuğ Murat KÖKTAŞ
Ankara Üniversitesi, Siyasal Bilgiler Fakültesi, Maliye Bölümü Araştırma Görevlisi

İsmail KOBAL
Sosyal Güvenlik Kurumu Başmüfettişi

ÖZET

Çalışmada, Türkiye'de uygulanmakta olan sağlık reformunun bir aracı olarak, talep yanlı maliyet paylaşımı ve maliyet sınırlama politikaları değerlendirilmektedir. 2002-2011 TÜİK Hane Halkı Bütçe Anketi Verileri, Sosyal Güvenlik Kurumu, Sağlık Bakanlığı ve OECD Sağlık İstatistikleri kapsamında, tanımlayıcı yöntem kullanılmıştır. Çalışmanın temel sonucu sağlık hizmetleri kullanımı ile ilgilidir. Sağlık hizmetlerine erişim, sağlık reformu sonrasında artmıştır. Diğer yandan son 12 ay içinde, hekim tarafından tedavi önerilmesine rağmen, herhangi bir sağlık hizmeti alamayanların oranı 2008'te %4.9 iken, 2010'da %19.9 olmuştur. Dolayısıyla, sağlık hizmetleri kullanımının hane halkı üzerindeki finansal yükü, tam olarak bilinememektedir. Bu bağlamda sağlık reformunun hane halkı refahıüzerindeki etkisi kapsamlı olarak incelenmeye muhtaçtır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Reformu, Talep Yanlı Maliyet Paylaşımı, Maliyet Sınırlandırma

ABSTRACT

We assessed the demand side cost sharing as a tool of health care reform in Turkey. Cost containment policies are evaluated. We used descriptive analysis on 2002-2011 TURKSAT Household Budget Survey Data, Social Security Institution, Ministry of Health and OECD Health Statistics. The main result is about using health care. Access to health care increased after health care reform. On the other hand, percentage of not consulting a specialist even needed to consult a specialist but did not during the past 12 months is %4.9 in 2008 and %19.9 in 2010. So, financial burden of health care on household's budget is not clear. Therefore, effects of the health care reform on household welfare need to analyse comprehensively.

Key Words: Health Reform, Demand Side Cost Sharing, Cost Containment

1. Sağlıkta Reform Düşüncesi

Sağlıkta reform düşüncesi, son yirmi yıldır birçok ülkenin gündeminde kalmış ve sağlık ekonomisi literatüründe geniş bir yer kaplamıştır. Ülkelerin karşı karşıya kaldığı yaşlanma, ileri düzey kronik hastalıklar, yeni tedavi yöntemleri ve yüksek maliyetli ileri teknoloji ürünlerinin sağlık hizmetlerinde kullanılması gibi sorunlar sağlık harcamalarının artması yönünde baskı oluşturarak, reform çalışmalarına zemin hazırlanmıştır (Saltman ve Figueras, 2004: 3). Kaynakların verimsiz kullanımı, bireylerin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerine erişememesi ve sağlık hizmetlerinin bireylerin ihtiyaçlarına cevap verememesi ise reform gerekçelerinden bazılarıdır[1] (Cassels, 1995: 330). Bu bağlamda 1980'lerin ikinci yarısından itibaren Batılı gelişmiş ekonomilerde görülen sağlık endüstrisinde reform politikaları, ülkelerin en önemli girişimleri arasında yer almaktadır (Flood, 2003: 1; Twaddle, 2002: 3). Doğu Avrupa ülkeleri, sosyal sigorta programlarını genişletmekte, Güney Amerika ülkeleri, sağlık sigorta kapsamını kır ve kentte yaşayan yoksulları kapsayacak biçimde yaygınlaştırmakta, Afrika'da mali desantralizasyon hastanelere ek kaynak oluşturmak amacıyla kullanılmakta ve verimliliğin artırılması için birçok ülke, geri ödeme sistemleri ve sağlık hizmet sunumu organizasyonunda yeni yöntemler denemektedir (Roberts vd., 2009: 3-17).

Reform, toplum düzeni ve yapısının daha iyi bir konuma getirilebilmesi için gerçekleştirilen köklü değişim ya da düzeltme olarak tanımlanmakta ve hissedilen sorunlar üzerinde meydana gelen pozitif yönlü gelişim biçiminde ifade edilmektedir (Berman ve Bossert, 2000). Bir diğer yaklaşıma göre isc reform, *"politika hedeflerine ulaşmak için sürdürülebilir ve yoğun kurumsal ve yapısal değişiklikleri kapsayan bir süreci kapsamaktadır"* (Saltman ve Figueras, 2004: 3). Sağlık hizmetlerinde reform ise, *"sağlık hizmetleri sisteminin performansını geliştirme yönünde önemli ve amaçlı bir çaba"* olarak tanımlanmaktadır (Roberts vd., 2009: 9). Bu bağlamda reform, sağlık politikaları ve ilgili kuruluşları bir defaya mahsus olmayıp uzun vadede değiştirmeye yönelik faaliyetlerdir. Dolayısıyla sağlık reformu, önceliklerin belirlenmesi, politikaların geliştirilmesi ve bu politikaların uygulanacağı kurumlarda köklü bir değişime gidilmesi biçiminde özetlenebilir (Cassels, 1995: 331). Sağlık sektörünün finansman, ödeme sistemi, organizasyon, düzenleme ve tüketici davranışları gibi bir takım *"kontrol düğmeleri"* yoluyla etkilenmesi ise, reformun odak noktasını oluşturmaktadır (Hsiao, 2000).

Sağlıkta reform çalışmaları kapsamında, sağlık hizmetlerinde kamu ile piyasanın rolleri değişime uğrayarak yeniden tanımlanmıştır. Piyasanın etkinliğine olan inanç, sağlık reformuna ışık tutmuş, onu şekillendirmiş ve politika önerileri bu çerçevede gelişmiştir. Bu bağlamda neoliberal politikalar çerçevesinde iki temel reform ekolü bulunmaktadır. Bunlardan birincisi, 1970'li yıllardan itibaren uygulanan maliyetleri azaltmaya yönelik reformlar, ikincisi ise 1990'lı yıllardan bugüne uygulanan ve piyasa tarzı mekanizmalar yardımıyla sağlık hizmetleri sistemini yeniden yapılandırma politikalarıdır (Lister, 2008). Dolayısıyla sağlık hizmetlerinde uygulanan yapısal ve idari reformlar, kar amacındaki kapitalist sistemin küresel pazara uygun ve fiyat bakımından karşılanabilir sağlık hizmetleri sunma konusundaki sürekli başarısızlığına bir çare bulma girişimleri olarak nitelendirilebilir. Söz konusu pazar ise "istek"ten çok "gereksinim" tarafından yönlendirilen ve sayısal olarak, bu hizmetlere kar getiren bir ücret ödeyemeyecek kadar yoksulların ağırlıklı olduğu bir pazardır (Drache ve Sullivan, 1999).

2. Sağlık Hizmetleri Finansmanında Maliyet Sınırlama

Sağlık harcamalarında görülen artış ile birlikte, harcamaların devlet bütçeleri içinde meydana getirdiği baskı, kaynak tahsisi üzerinde yeni politikaların geliştirilmesine neden olmaktadır. Söz konusu politikaların kaynağını ise esas itibariyle birbiriyle ilişkili iki temel seçenek oluşmaktadır. Bunlardan ilki, mevcut kamu harcamaları kompozisyonunu sağlık harcamaları lehine değiştirerek veya vergi ve sosyal sigorta gibi katkıları artırarak ek kaynak oluşturmaktır. Sağlık harcamalarının GSYİH'daki büyümeye bağlı olarak artırılması ya da benzer gelir düzeyine sahip ülkelerin sağlığa ayır-

[1] Yüksek ve orta gelirli ülkelerde olduğu gibi en yoksul ve gelişmekte olan ülkelerde farklı siyasi görüşlere sahip hükümetlerin benzer reform paketlerini uygulaması dikkat çekicidir (Lister, 2008: 24).

dığı kaynak seviyesine göre kıyaslama yaparak, sağlık hizmetlerinin fonlanmasıdır. İkincisi ise, arz ve talebi etkileyen reform politikaları yoluyla sağlık harcamalarının kontrol altına alınmasıdır. Maliyetlerin sınırlanması, sağlık harcamalarının belirlenen sınırlar dahilinde gerçekleşmesiyle sağlanabilmektedir. Bu bağlamda, maliyet sınırlaması harcamaları kontrol altına almayı amaçlamaktadır. Dolayısıyla harcamaların düşmesi gerekmemektedir (Saltman ve Figueras, 1997: 79, Rubin ve Mendelson, 1996: 56). Bu bağlamda söz konusu maliyet sınırlama düşüncesi;

a. Hastaların katılım payı veya benzer isimlerle daha fazla ödeme yaptığı talep yanlı maliyet paylaşımı ile,

b. Sağlık hizmetleri çalışanlarının dürtülerini değiştiren arz yanlı maliyet paylaşımı gibi iki farklı yaklaşım çerçevesinde şekillenmektedir (Ellis ve McGuire, 1993: 135).

3. Talep Yanlı Maliyet Paylaşımı ve Maliyet Sınırlama

Sağlık harcamalarında meydana gelen artış sonucu, maliyetlerin kontrol altına alınabilmesi için yürütülen temel politikalardan biri, söz konusu hizmetlere olan talebin kısılmasıdır. Bu düşünceye göre uygulanacak talep yanlı maliyet paylaşımı ile gereksiz tetkik ve tedavinin önüne geçilecek ve harcamalar kontrol altına alınacaktır. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinde maliyet paylaşımı, *"sağlık hizmetleri sunumunda tüketicinin cepten harcama yapmaya maruz kalması"* olarak tanımlanabilmektedir (Rubin ve Mendelson, 1996: 57). Cepten yapılan sağlık harcaması ise (out-of-pocket payments, OPPs) *"tüketici tarafından, formal veya informal yollarla katlanılan, tüm dolaysız maliyetlere ilişkin ödemeler"* olarak ifade edilmektedir. Ayni veya nakdi olarak gerçekleşen bu doğrudan ödemeler, yasal katkı payları ve informal ödemeler, cepten harcamalara örnek olarak gösterilebilir. (Mossialos ve Dixon, 2002: 22, Belli vd., 2004: 122). Söz konusu tanım kapsamında tüketicinin yüz yüze olduğu maliyetler, dolaylı ve dolaysız maliyet paylaşımı olmak üzere iki farklı maliyeti kapsamakla birlikte, sağlık hizmeti kullanımı ile doğrudan ilişkili olmaması nedeniyle ödenen sigorta primlerini içermemektedir. Dolaysız ve dolaylı maliyet paylaşımında kullanılan araçlar ise farklı yöntemlerle uygulanmaktadır (Saltman ve Figueras, 1997: 85-90, Robinson, 2002: 161, Ruger ve Kim, 2007).

3.1. Dolaysız Maliyet Paylaşımı

Tüketicilerin bazı sağlık hizmetlerinin sosyal sigorta kapsamında yer almaması ya da hizmete erişimin kısıtlı olması gibi nedenlerle (arz yetersizliği veya uzun bekleme süreleri) sağlık hizmetinin maliyetine katlanması, doğrudan ödemelerin kaynağı olarak gösterilebilmektedir. Diğer yandan söz konusu ödemeler diş sağlığı, sigorta kapsamında yer almayan ilaç, özel hekim muayeneleri veya hastanelerde özel muayeneler ile laboratuarlar ve klinikler gibi yoğun olarak özel sektör tarafından sunulan hizmetlerde görülmektedir (Mossialos ve Dixon, 2002: 22). Doğrudan maliyet paylaşımına ilişkin olarak kullanılan araçlar aşağıdaki gibi sıralanabilir (Rubin ve Mendelson, 1996: 57).

a. *Katkı Payı (Co-Payment/User Fee):* Kullanılan her bir sağlık hizmet için hastanın ödemek zorunda olduğu miktardır. Hastanın her bir muayene için 3 $ veya her bir reçete için 1 $ ödemesi katkı payına örnektir.

b. *Sigortalı Payı (Co-Insurance):* Hastanın, kullandığı sağlık hizmetinin toplam tutarının belirli bir yüzdesini ödemesidir. Örneğin, hastanede yatarak alınan tedavinin toplam bedelinin %10'unu hastanın ödemesidir.

c. Ön Ödeme (*Deductible):* Sigorta kapsamına dahil ödemelerin, teminat kapsamıyla başlayabilmesi için hastanın önceden ödemesi gereken tutardır. Hastanede alınacak tedavinin ilk 200 $'ını hastanın ödemesi buna örnek olarak gösterilebilir.

d. *Yaşam Boyu Teminat Tavanı (Maximum Lifetime Benefit):* Hastanın yaşamı boyunca yararlanabileceği sağlık hizmetlerinin tavanını göstermektedir. Dolayısıyla bu miktarın üzerindeki sağlık harcamalarının tamamı, hastanın kendisi tarafından finanse edilmektedir. Sigortacı kuruluş tarafından bir yıl içinde geri ödenen harcamaların tutarının 100.000 $'ı aşması durumunda, aşan kısmın veya 1.000.000 $'ı aşması durumunda ise hastanın tüm yaşamı boyunca yapacağı harcamaları hastanın ödemesi buna örnek olarak gösterilebilir.

e. *Ekstra Faturalandırma (Balance Billing):* Hizmet sunucuların talep ettiği miktarın, sigortacı kuruluş tarafından tam olarak karşılanmaması nedeniyle, sigortacının ödediği tutarın üzerinde kalan kısmın, hasta tarafından ödenmesidir. Örneğin, muayene bedeli olarak sigortacının 50 $ ödemesi ve muayene bedelinin 80 $ olması durumunda aradaki 30 $'lık farkın, hasta tarafından ödenmesidir.

3.2. Dolaylı Maliyet Paylaşımı

Talep odaklı maliyet paylaşımı olan, dolaylı maliyet paylaşımında ise hasta her ne kadar doğrudan bir ödemeye maruz kalmasa da, uygulanan araçlar sonuç itibariyle cepten harcamaya neden olmaktadır. Bununla birlikte ulusal sağlık harcamaları hesapları, harcamaları

doğrudan ya da dolaylı olarak ayırmamaktadır. Ayrıca hastaların doğrudan maliyet paylaşımlarından korunmak için yaptıracakları ekstra sigortalar yoluyla, bunları üçüncü taraflara (third-party payments) ödettirmesi söz konusu hesapları karmaşık bir yapıya sokmaktadır (Robinson, 2002: 162). Bu bağlamda dolaylı maliyet paylaşımına ilişkin unsurlar aşağıdaki gibi sıralanabilir (Rubin ve Mendelson, 1996: 57, Saltman ve Figueras, 1997: 85-90)

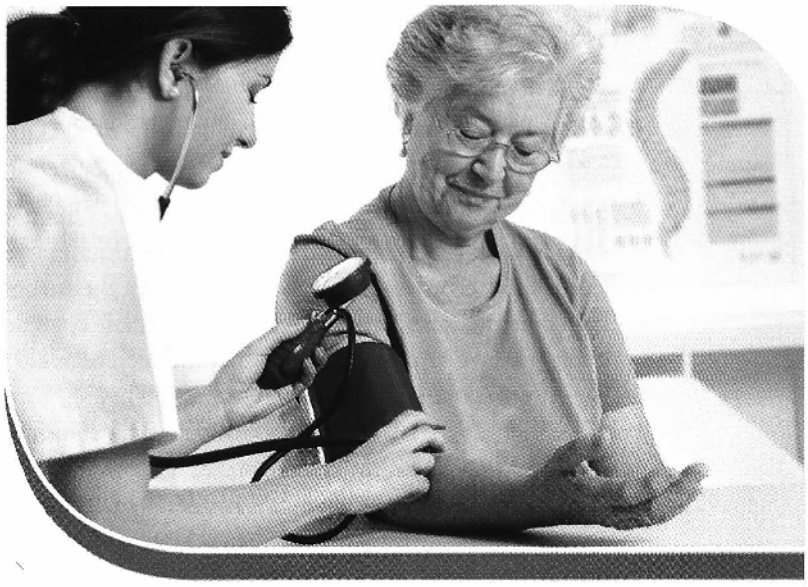
a. *Kapsam Dışında Bırakma (Coverage Exclusion):* Bazı sağlık hizmetlerinin, sigorta kapsamı dışında bırakılmaları yoluyla, hastaların tüm harcamalardan veya sigorta kapsamının üzerindeki harcamalardan sorunlu olmasıdır. Buna göre ulusal formüllerde bulunmayan ilaçlar veya tedavi değerleri sorgulanabilir ilaçlar ya da hastanelerin birinci basamak sağlık hizmet sunucularına giderek sevk zincirine uymak yerine, acil hizmet gerektirmeyen durumlarda hastanelerin acil servislerinin kullanılması durumunda, hastanın sigorta kapsamı dışında bırakılması örnek uygulamalardır.

b. İlaçlara Yönelik Referans Fiyatlandırma (*Pharmaceutical-Specific Benefit Designs):* Sigortacı kuruluş tarafından tedaviye yönelik etkinliği karşılaştırılabilir ilaçlar için hazırlanan ve her bir ilaç için belirlenen farklı geri ödeme yöntemleriyle, ilaç harcamalarının bir kısmının hastaya yüklenmesidir. Örneğin muadil ilaç uygulamasıyla hastanın sigortacının ödediğini değil daha pahalı olan ilacı tercih etmesi durumunda, referans ilaç ile aradaki fark hasta tarafından ödenmektedir.

c. *Hizmet Kullanım Düzeyi (Utilization Review):* Bu mekanizmayla, hastanın geçmiş ve gelecekteki muhtemel sağlık hizmeti kullanımı analiz edilerek sigortacı kuruluşun gereksiz tetkik ve tedavi ödemelerinin önüne geçilmektedir. Bu yolla belirlenen ödemeler, hastaya yansıtılmaktadır. Dolayısıyla hasta, sağlık hizmetinden elde edeceği faydayı değerlendirecek ve yararlı olan hizmetleri tercih edecektir. Bu bağlamda, hizmet ile ilgili verilecek karar, fiyat esnekliği nedeniyle fiyatın bir fonksiyonu olacaktır.

4. Maliyet Paylaşımının Etkileri

Maliyet paylaşımının, verimlilik ve maliyet sınırlaması üzerinde etkin bir araç olup olmadığı konusunda literatürde genel kabul görmüş bir kanı olmamakla birlikte, düşük gelir gruplarına yönelik sübvansiyon önlemlerinin bulunmadığı bir sağlık sisteminde maliyet paylaşımının, hizmetin finansmanı ve hizmete erişim açısından hakkaniyeti sağlamayacağına ilişkin yaygın bir görüş



bulunmaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002: 23, Robinson, 2002: 174, Wagstaff vd., 1989). Diğer yandan sağlık sisteminin etkin bir şekilde işlemediği ülkelerde ise, maliyet paylaşımı talep yönetiminden çok, inelastik fiyat esnekliğinin varlığında ek gelir sağlamaya yönelik olabilmektedir (Saltman ve Figueras, 1997: 85-90, Robinson, 2002: 161-163). Dolayısıyla temel hedef, hastanın maliyet paylaşımı yoluyla sağlık harcamaları üzerinde bilgi sahibi olarak talep edilen hizmet miktarında sorumluluk almasını sağlamaktır (Rubin ve Mendelson, 1996: 57).

Maliyet paylaşımının sağlık hizmetlerine olan talebi azaltmak ve ek gelir sağlamak gibi iki farklı hedefinin bulunduğuna yönelik tartışmalar ise, esas itibariyle talebin fiyat esnekliğine yönelik farklı varsayımlara dayanmaktadır. Teorik olarak talebin azaltılmasına ilişkin birinci hedefin gerçekleşmesi durumunda, ek gelir sağlamaya yönelik ikinci hedefin başarısız olacağı düşünülebilir. Bu bağlamda artan kullanıcı ödemelerinin, sağlık hizmetleri kullanımını azaltacağı varsayımıyla, toplam gelirlerin artması mümkün olmayacaktır. Talebin inelastik olması nedeniyle toplam gelirlerin artacağı düşüncesi ise, yine talebin bu özelliği sonucu yüksek kullanıcı ödemelerinin sağlık hizmetleri talebini yeteri düzeyde azaltamayacağı için tartışmalıdır (Kutzin, 1998).

4.1. Maliyet Paylaşımı ve Etkinlik

Sağlık ekonomisine ilişkin yapılan kuramsal tartışmalar, maliyet paylaşımı araçlarının bulunmadığı bir sağlık sisteminde talebin, ahlaki tehlike sorunu ile aşırı düzeyde büyüdüğü ile ilişkilidir. Arrow (1963) bu durumu aşağıdaki gibi ifade etmektedir:

"...Sağlık bilgisi çok karmaşık olduğundan dolayı, hekimlerin tedavinin ihtimalleri ve sonuçlarına ilişkin sahip ol-

dukları bilgi, hastadan çok daha fazladır veya en azından her iki taraf, bunun böyle olduğuna inanır. Dahası her iki taraf da bu bilgi eşitsizliğinin farkındadır ve aralarındaki ilişki bu bilgiyle şekillenmektedir".

Dolayısıyla hasta ve hekim arasındaki ilişki bilgi, güven ve profesyonelliğe dayandığından, hasta hizmet sunucusuna güvenerek, tedavi kararlarını almasına ve talebi açıkça etkilemesine izin vermektedir[2]. Bu durum sağlık hizmetlerinde bireysel talebi tartışmalı bir hale getirmekte ve yapay talebe (supplier induced demand) neden olmaktadır (Ellis ve McGuire, 1993: 137, Kim vd., 2005: 297). Bu bağlamda maliyet paylaşımı, sağlık hizmetleri kullanımını azaltmakta fakat maliyetleri düşürmemektedir. Bunun nedeni olarak maliyetlerin arza dayalı faktörler tarafından belirlenmesine karşın maliyet paylaşımının talebe dayalı bir dizi politika ile kurgulanması gösterilebilir. Diğer yandan GSYİH'nın bir oranı olarak sağlık harcamaları, hekime başvuru ve hastanede yatış süresi gibi verilerin, sağlık hizmetleri maliyetlerini etkileyen temel faktörler olmadığı düşünülmektedir. Dolayısıyla söz konusu temel faktör sağlık hizmetlerinin yoğunluğudur. Hizmet sunucularının talepteki azalışı, hizmet hacmi ve yoğunluğunda meydana getirecekleri yapay taleple telafi edebilme yetenekleri maliyetlerin ve genel harcama miktarının düşmesini engellemektedir (Saltman ve Figueras, 1997: 98).

Literatürde maliyet paylaşımı uygulamasının, sağlık hizmetleri kullanımı üzerindeki etkileri yaygın bir biçimde incelenmektedir. Scheiber ve Maeda (1997) gelişmekte olan ülkelerde maliyet paylaşımının yaygınlığı üzerinde durmuşlardır. Buna göre cepten ve informal harcamaların oldukça yüksek olması, sağlık hizmetleri ile hizmet tüketimini olumsuz yönde etkilemektedir. Belli ve diğerleri ise (2004) çalışmalarında, Gürcistan'da maliyet paylaşımının 1990 ve 1999 yılları arasında, yatak doluluk oranını %51'den %29'a düşürdüğünü belirtmişlerdir. Benzer biçimde aynı dönemde yıllık kişi başı muayene miktarı 7.3'ten 1.42'ye ve nihayet ambulans çağırma oranı, kişi başına yıllık 0.22'den 0.03'e gerilemiştir. Hsu ve diğerleri ise (2006), California'da acil servis kullanımının, maliyet paylaşımı ile birlikte %12 ile %23 arasında azaldığını tespit etmişlerdir. Lee ve diğerlerinin (2012) Güney Kore'de katkı paylarındaki yeni düzenlemelerin ilaç kullanımı üzerindeki etkisine ilişkin yaptıkları zaman serisi analizinde, katkı paylarındaki artışın kişi başına ilaç harcamalarını %12 azalttığı bulunmuştur.

4.2. Maliyet Paylaşımı ve Eşitlik

Genel olarak herhangi bir sağlık finansman sisteminin üç temel amacı bulunmaktadır. Bunlar, i. Tüketicileri, sağlık harcamalarının finansal riskinden korumak, ii. Sağlık hizmetleri sunumunda etkinlik ve iii. Tüketici ve hizmet sunucu arasında adil olmaktadır (Ellis ve McGuire, 1993: 138). Bununla birlikte sağlık sisteminde reform düşüncesiyle ortaya atılan maliyet paylaşımı, söz konusu finansman amaçları arasında çatışmaya neden olmaktadır. Çünkü sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılan cepten harcama yöntemi, *en adaletsiz ve en etkinsiz* olanıdır (Wagstaff, 1989; Xu vd., 2003). Maliyet paylaşımı sonucu ortaya çıkan finansal yükün düşük gelirlilerce taşınması potansiyeli nedeniyle finansmanda, yaşlı, genç ve kronik hastaların sağlık hizmetlerine erişimini azaltarak, bu hizmetlerin kullanımında hakkaniyetsizliğe neden olabilmektedir (Saltman ve Figueras, 1997: 85-90). Temel mantığı, hizmet sunumuna yönelik talebi kısmak olan maliyet paylaşımı, özellikle düşük gelirlilerin hizmet talebini düşürmektedir (Robinson, 2002: 177, Scheiber ve Maeda, 1997). Benzer biçimde söz konusu maliyet paylaşımının işsiz ve evsizlerin sağlığını olumsuz yönde etkilediği de bilinmektedir (Rubin ve Mendelson, 1995). Bu bağlamda bireylerin katastrofik[3] sağlık harcamalarına maruz kaldığı ileri sürülebilir.

Literatürde yer alan ampirik çalışmalar, sağlık hizmetlerinde görülen maliyet paylaşımı uygulamasının genel olarak regresif (eşitliği bozucu) sonuçlar verdiğini göstermektedir. Wagstaff ve diğerleri tarafından (1999) sağlık hizmetlerinin finansmanında eşitlik

[3] Hanelerin sağlık sistemi finansmanına olan katkılarının, gelirlerinin belirli bir oranını aşması durumunda (örneğin %10) söz konusu harcamalar, katastrofik olarak tanımlanmaktadır.

[2] "Böylesi güven ilişkilerinin bir sonucu ise, hekimin her an gelirini en üst seviyeye çıkarıyormuş gibi davranamaması, en azından davranıyor gibi görünememesidir. Mümkün olduğunca alıcının yanında duruyormuş hissini alıcıya ileterek, hekim, karı en üst düzeye çıkarma işaretlerini ortadan kaldırır. Mesafeli pazarlama davranışları mantıksal olmasa da uygun değildir ancak güven ilişkilerinde tamamen psikolojiktir. Bu özel ilişkilerden, yukarıda bahsedilen çeşitli etik davranışlar ortaya çıkmakta ve bu yüzden hastanelerde karı en üst seviyeye çıkarmanın göreceli önemsizliği ortaya çıkmaktadır. "kar" kelimesi, güven ilişkilerini reddeden bir sinyaldir... Doktor ile hasta arasındaki bilgi eşitsizliğinin ve uygun tipte sigorta bulunmamasının ikinci sonucu olarak, hasta kendi seçim özgürlüğünün büyük bir kısmını hekime teslim eder. Hasta, tedaviler, sevkler veya hastanede tedavi hakkında karar verme konusunda bilgiye sahip değildir. Bu yetkiyi gerekçelendirmek için doktor, kendini tıpkı benzer durumdaki bir görevli gibi sınırlı bir halde bulur. Yapılacak en güvenli iş, toplumsal olarak günün "en iyi" tedavisini vermek için hareket eden gerçek bir görevli gibi olmamaktır" (Arrow, 1963: 965).

üzerine seçili Avrupa ülkelerinde karşılaştırmaya dayalı ve Kakwani indeksi ile yapılan incelemede, dolaysız ve cepten yapılan harcamaların söz konusu ülkelerde regresif olduğu tespit edilmiştir. Castano ve diğerlerinin (2002) Kolombiya sağlık sisteminde uygulanan maliyet paylaşımına yönelik ampirik analize göre, hanehalkı gelirine dayalı olarak hesaplanan Kakwani indeksi 1984 yılında -0.126 iken 1994'te -0.3498 olarak gerçekleşmiştir. Bu durum hanehalkı cepten sağlık harcamalarının regresif yönde geliştiğini göstermektedir. Dao ve diğerlerinin (2008) Vietnam'da uygulanan maliyet paylaşımının yoksul kesimin hizmet kullanımı üzerindeki etkisine yönelik yaptıkları ampirik analize göre, maliyet paylaşımının sisteme ek gelir sağlamasına karşın, yoksul kesimin daha da yoksullaştığı tespit edilmiştir. Zengin ve yoksul kesim arasındaki eşitsizliğin derinleşmesinin yanı sıra, hizmet sunumu çıktılarının da adaletsizleştiği görülmüştür.

5. Türkiye'de Sağlığın ve Sosyal Güvenliğin Dönüşümü

2002 yılı itibariye Türk Sağlık Sisteminin köklü bir reform sürecine olan ihtiyacı sonucu, 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) uygulamaya konulmuştur. SDP, *"Herkes için ulaşılabilir, nitelikli ve sürdürülebilir sağlık hizmetidir. Program, bütün vatandaşların ülkenin eşit haklara sahip kişileri olarak sağlık hizmetlerine hakkaniyet içinde erişmelerini amaç edinen ahlaki bir anlayış üzerine inşa edilmiştir"*. Bu bağlamda SDP'nin amaçları *"sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasıdır"*. SDP'nin temel ilkeleri ise, insan merkezcilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, güçler ayrılığı, desantralizasyon ve rekabet olarak belirtilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2003: 25).

Sosyal Güvenlik Sisteminde süregelen yapısal sorunlar ile mali yapının sürdürülemez boyutlara ulaşması, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel yapı taşlarından biri olarak Sosyal Güvenlik Reformunu gündeme getirmiştir. Söz konusu reform düşüncesinin temel nedenleri ise nüfus yapısındaki değişim, sistemin yoksulluğa karşı koruma sağlayamaması, sosyal güvenlik kuruluşlarının finansman açığının ekonomi üzerindeki olumsuz etkileri, bütün nüfusun sosyal güvenlik çatısı altına alınamaması, erken emeklilik, prime esas kazançların düşük gösterilmesi, kayıt dışı istihdamın yüksekliği, prim tahsilat oranlarının düşüklüğü, afla ödeme kolaylığı, prim ödeme eğiliminin azalması, ödenmeyen primlerin gecikme cezalarına uygulanan aflar, fon gelirlerinin yetersizliği, aylık bağlama oranının yüksekliği, prim ödeme gün sayısının düşüklüğü, erken yaşta emeklilik uygulamaları, primi alınmadan yapılan sigorta ödemeleri, borçlanma kanunları, uzayan ortalama ömür nedeniyle artan aylık ödemeleri ve sağlık yardımlarının yanında prim gelirleri ile ödenen aylıklar arasındaki ilişkinin zayıflığı ve sosyal güvenlik teminat paketleri arasında norm birliğinin bulunmaması olarak sıralanmaktadır. Bu bağlamda, sigorta hak ve sahipleri bakımından norm ve standart birliğinin sağlanması, tüm vatandaşlara eşit ve adil hizmet sunumunu sağlayacak genel sağlık sigortasının kurulması ve yoksulluğa karşı daha etkin korumanın sağlanması sosyal güvenlik reformunun temel nedenleri olarak belirtilmektedir (5547 Sayılı Kanun Gerekçesi, 1-2; Başbakanlık, 2005: 33-54).

Sosyal güvenlik reformu esas itibariyle üç aşamalı olarak planlanmıştır. Bunlardan birincisi, sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında birleştirilmesi, ikincisi sosyal sigortalar ve genel sağlık sigortası hükümlerinin tek bir kanunla bir araya getirilmesi yoluyla norm ve standart birliğinin sağlanması ve üçüncüsü ise primsiz ödemeler sisteminin sosyal sigorta sisteminden ayıklanması ve tek elden yürütülmesidir[4] (5547 Sayılı Kanun Gerekçesi: 2). Dolayısıyla kurgulanan sosyal güvenlik sisteminde oluşacak tek çatı, daha önce SSK'da olduğu gibi sağlık hizmet sunuculuğu ile eczane işletmeciliği de yapmayacaktır. Bu bağlamda 16.05.2006 tarihli ve 5502 Sayılı "Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu" ile birlikte SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı Sosyal Güvenlik Kuruluşları tek bir çatı altında toplanmıştır. Kurumun temel amacı ise *"sosyal sigortacılık ilkelerine dayalı, etkin, adil, kolay erişilebilir, aktüeryal ve mali açıdan sürdürülebilir, çağdaş standartlarda sosyal güvenlik sistemini yürütmek"* olarak belirlenmiştir. Kurumun görevleri aşağıdaki gibi sıralanmaktadır (5502 Sayılı SGK Kanunu, Madde 3):

[4] Sosyal güvenlik sisteminin tek bir çatı altında toplanmasının altında yatan temel neden, örgütlenmedeki dağınık ve parçalı yapının, büyük ölçüde israfa ve kötüye kullanımlara neden olması, birinci basamak hizmet sunucuları yerine çok daha pahalı olan ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerinin kullanılması ve sonuç olarak sağlık harcamalarının artmasıdır. Bu bağlamda "Sağlıkta Dönüşüm Programı" ile uyumlu olarak, SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve Maliye Bakanlığı tarafından farklı finansman yöntemleri ile yürütülen programların tek elden toplanması ve etkin kontrol mekanizmaları ile güçlendirilmiş bir sağlık hizmeti satın alma işlevinin sağlanması, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile istenilen sonuçlara ulaşmayı kolaylaştıracaktır (Başbakanlık, 2005: 63).

i. Ulusal kalkınma strateji ve politikaları ile yıllık uygulama programlarını dikkate alarak sosyal güvenlik politikalarını uygulamak, bu politikaların geliştirilmesine yönelik çalışmalar yapmak,

ii. Hizmet sunduğu gerçek ve tüzel kişileri hak ve yükümlülükleri konusunda bilgilendirmek, haklarının kullanılmasını ve yükümlülüklerinin yerine getirilmesini kolaylaştırmak,

iii. Sosyal güvenliğe ilişkin konularda; uluslararası gelişmeleri izlemek, Avrupa Birliği ve uluslararası kuruluşlar ile işbirliği yapmak, yabancı ülkelerle yapılacak sosyal güvenlik sözleşmelerine ilişkin gerekli çalışmaları yürütmek, usulüne göre yürürlüğe konulmuş uluslararası antlaşmaları uygulamak,

iv. Sosyal güvenlik alanında, kamu idareleri arasında koordinasyon ve işbirliğini sağlamaktır.

31.05.2006 tarihinde ise norm ve standart birliğinin sağlanması amacıyla 5510 Sayılı "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu" 01.01.2007 tarihinde yürürlüğe girmek üzere kabul edilmiştir. Kanunun amacı *"sosyal sigortalar ile genel sağlık sigortası bakımından kişileri güvence altına almak; bu sigortalardan yararlanacak kişileri ve sağlanacak hakları, bu haklardan yararlanma şartları ile finansman ve karşılanma yöntemlerini belirlemek; sosyal sigortaların ve genel sağlık sigortasının işleyişi ile ilgili usul ve esasları düzenlemek"* olarak belirlenmiştir (5510 Sayılı Kanun, Madde 1). Diğer yandan Anayasa Mahkemesi'nin kamu çalışanlarına yönelik kanun maddelerini anayasaya aykırı olduğu gerekçesiyle iptal etmesi üzerine kanunun yürürlük tarihi 01.07.2007 ve 01.01.2008 olmak üzere iki kez ertelenmiş ve 07.04.2008 tarihli 5754 Sayılı Kanun ile çeşitli değişiklikler yapılarak 01.10.2008'de yürürlüğe girmiştir. Bu kapsamda, sigortalıların özel hizmet sunucularından hizmet alması, herkesin iş kazası, salgın ve meslek hastalığına karşı birinci basamak sağlık hizmet sunucularında ücretsiz sağlık yardımlarından faydalanması ile yurt dışı tedavi olanakları getirilmiştir. Diğer yandan sisteme getirilen en önemli yenilik ise Genel Sağlık Sigortası'dır. Söz konusu uygulama ile sosyal güvenliğin kapsamı ve teminat paketi genişletilmiştir. Sağlık hizmet sunucularına yapılan başvuru sayısındaki artışa paralel olarak sağlık harcamalarında görülen olağanüstü artış, maliyet sınırlama düşüncesini ortaya çıkarmıştır. Bu bağlamda hizmet sunucularına gereksiz başvuruyu azaltarak, harcamalardaki artışı kontrol altına almak amacıyla bir talep yanlı maliyet sınırlama yöntemi olan "katılım payı" uygulaması ileri sürülmüştür[5].

5.1. Talep Yanlı Maliyet Paylaşımı ve Katılım Payı Uygulaması

Talep yanlı maliyet paylaşımının bir aracı olarak sisteme giren katılım payı 5510 Sayılı Kanunun 3. Maddesinde *"sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için, genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından ödenecek tutar"* olarak tanımlanmaktadır. Kanunun 68. Maddesinde katılım payı alınacak sağlık hizmetleri ise i.) Ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi, ii.) Vücut dışı protez ve ortezler, iii.) Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar, ve iv.) Kurumca belirlenecek hastalık gruplarına göre yatarak tedavide finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri olarak sıralanmaktadır.

SSK ve Bağ-Kur çalışanları ile bunların emeklileri ve 5510 Sayılı Kanun'dan önce memur olanları kapsayan 5510 Sayılı Kanunun uygulanmasını açıklamak amacıyla SGK tarafından 29.10.2008 tarih ve 27012 (Mükerrer) sayılı Resmi Gazete'de 2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği yayımlanmıştır. Diğer yandan Maliye Bakanlığı ise benzer biçimde 31.12.2008 tarih ve 27097 sayılı Resmi Gazete'de "Tedavi Katılım Payının Uygulanması Hakkında Tebliğ" yayımlamıştır[6]. Bu bağlamda i.) Sağlık Bakanlığı tarafından sözleşme imzalanmış, görevlendirilmiş ve yetkilendirilmiş aile hekimleri hariç olmak üzere ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi, ii.) Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar, iii.) Vücut dışı protez ve ortezler ile iv.) Yardımcı üreme yöntemi tedavileri, katılım payına tabi tutulmuştur (Sağlık Uygulama Tebliği, Madde 3.2.1.). Bu çerçevede uygulanacak katılım payları i.) İkinci basamak resmi sağlık kurumlarında 3 TL, ii.) Eğitim ve araştırma hastanelerinde 4 TL, iii.) Üniversite hastanelerinde 6 TL ve iv.) Özel sağlık kurum ve ku-

[5] Bu düşünce Sağlık Bakanı Recep Akdağ tarafından TBMM Genel Kurul'unda "Türkiye'de hekim sayımız yetersizdir, dolayısıyla biz vatandaşlarımızı önemli olmayan hastalıkları için aile hekimlerinden hizmet almaya yönlendirmeliyiz... daha basit hastalıklar için vatandaşlarımız hastaneye gittiğinde ağır hastalığı olan vatandaşlarımıza ayrılacak süreler azalmaktadır. Onun için katkı payları son derece iyi niyetle konmuş rakamlardır ve vatandaşlarımızın basamaklı sevk sistemini benimsemelerini teşvik etmek amacıyla konulmuştur" biçiminde açıklanmıştır (TBMM Tutanak Dergisi, 06.12.2011). Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı Ömer Dinçer ise katkı payı uygulamasının hedefini "hastadan alınacak para olmayıp, devlet ve üniversite hastanelerinin yükünü hafifletmek" olarak açıklamıştır.

[6] Devlet Memurları ile Yeşil Kartlılar, söz konusu dönemde Maliye Bakanlığı'na tabi olarak hizmet almaktadır.

ruluşlarında[7] 10 TL olarak belirlenmiştir (2008 SUT, Madde 6.1.). Maliye Bakanlığı tarafından çıkarılan "Tedavi Katılım Payının Uygulanması Hakkında Tebliğ" ile kapsama dahil kişilerden, ayakta tedavilerinde hekim ve diş hekimi muayenelerinde, protez, ortez ve tıbbi malzeme kullanımlarında ve yardımcı üreme yöntemi tedavilerinde, katılım payı alınmasına ilişkin esas ve usuller tespit edilmiştir. Buna göre, i.) Hekim ve diş hekimi muayenelerinde, ii.) Protez, ortez ve tıbbi malzeme kullanımlarında ve iii.) Yardımcı üreme yöntemi tedavilerinde, katılım payı uygulaması getirilmiştir. Söz konusu katılım payı uygulaması SUT'a paralel olarak; i.) İkinci basamak resmi sağlık kurumlarında 3 TL, ii.) Eğitim ve araştırma hastanelerinde 4 TL, iii.) Üniversite hastanelerinde 6 TL ve iv.) Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında 10 TL olarak açıklanmıştır (Madde 6). Bununla birlikte, birinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılan muayene ile aile hekimliği uygulamasına geçilen illerde aile hekimi ve acil poliklinik muayenelerinden katılım payı alınmamaktadır. Süreç içerisinde SUT'da birçok değişikliğe gidilmiş ve günümüzde uygulanan katılım payları, ikinci ve üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında 5 TL ve özel sağlık hizmeti sunucularında 12 TL olarak belirlenmiştir. Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için ise, kurumca bedeli karşılanan ilaçlar için kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişilerden %10, diğer kişilerden %20 oranında katılım payı uygulanmaktadır. Ayrıca her bir reçete için, 3 kutuya kadar (üç kutu dâhil) temin edilen ilaçlar için 3 TL ve 3 kutuya ilave temin edilen her bir kutu ilaç için 1 TL olmak üzere katılım payı alınmaktadır (2013 SUT, Madde 1.8.2.). Yardımcı üreme yöntemi tedavilerinde birinci denemede %30, ikinci denemede %25 oranında olmak üzere bu tedaviler için belirlenen bedeller üzerinden katılım payı uygulanmaktadır. Ayrıca özel hizmet sunucuları ile vakıf üniversitelerine ait hastaneler, hastalardan kurumca belirlenen tutarların %90'ına kadar ilave ücret adı altında fark ücreti alabilmektedir.

6. Talep Yanlı Maliyet Paylaşımının Etkileri

6.1. Sağlık Hizmetleri Kullanımı

Talep yanlı maliyet paylaşımının temel mantığı, hastaları hizmetin finansmanına dahil ederek farkındalık oluşturmak ve bu yolla gereksiz tetkik ve tedavilerin önüne geçmektir[8]. Dolayısıyla sağlık hizmet sunucularına yapılan başvuruların azalmasıyla birlikte, sağlık harcamalarının kontrol altına alınabileceği düşünülmektedir. Dolayısıyla kişi başı hekime müracaat sayısı ile sağlık hizmet sunucularına yapılan başvuru sayılarının azalması, söz konusu politikanın temel hedefi olarak görülmektedir. Tablo 1, yıllar itibariyle kişi başı hekime müracaat sayısı ile sağlık hizmetlerine müracaat sayısını göstermektedir.

Tablo 1: Yıllar İtibariyle Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısı ile Sağlık Hizmet Sunucularına Müracaat Sayısı

	Hekime Müracaat Sayısı	Sağlık Hizmet Sunucularına Müracaat Sayısı (Tüm Sektörler)	Hastanede Ortalama Kalış Süresi	112 Acil Yardım İstasyonu Başına Düşen Vaka Sayısı	İlaç Tüketim Miktarları (Milyon Kutu)	MRI Çekimi (1.000 Kişi Başına)
2002	3.2	208.966.049	5.8	796	699,1	vy
2003	3.4	226.979.271	5.8	867	768,9	vy
2004	3.8	254.482.075	5.7	653	855,6	vy
2005	4.7	319.180.536	5.3	793	1.211,8	vy
2006	5.3	367.048.408	5.1	855	1.291,9	vy
2007	6.1	430.213.636	4.4	886	1.398,9	vy
2008	6.7	478.891.833	4.1	1.088	1.476,6	48.4
2009	7.3	527.566.394	4.2	1.305	1.531,5	67.2
2010	7.3	539.085.967	4.1	1.507	1.570,0	79.3
2011	8.2	611.236.345	3.9	1.568	1.721,5	97.4

Kaynak: 2011 Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllığı, OECD 2013 Sağlık İstatistikleri.

[8] Hastaların teorik olarak, kendilerine sağlanan ücretsiz hizmet sunumunda gereksiz tetkik ve tedavilerden yüksek miktarlarda yararlanacağı düşüncesi hayal ürünü olarak değerlendirilmektedir (Lister, 2008: 34). Söz konusu sağlık hizmetinin ücretsiz sunulması durumunda bile talep sınırsız olmaktan uzaktır. Çünkü sağlık hizmetini talep edenler, belirli hastalıklara sahip kişilerdir. Bu bağlamda bireylerin ücretsiz olması nedeniyle, kemoterapi veya açık kalp ameliyatı gibi hizmetleri, ihtiyaçları olmadan tüketeceği düşüncesi gerçeklikten uzaktır (Deber, 2000).

[7] 29.9.2008 tarih ve 27012 mükerrer sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan 2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği'nin 6.1. maddesinin 1. fıkrasının, ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi için özel sağlık kurumlarına başvuran hastalardan 10 TL katılım payı alınmasına ilişkin kısmının iptali ve yürütülmesinin durdurulması isteğiyle Danıştay'da dava açılmıştır. 5510 sayılı Yasanın 68. maddesine göre, sağlık hizmetinden ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi şeklinde yararlanan kapsamdaki kişilerden alınacak katılım payı tutarının ve bu tutarın ödenmesine ilişkin usul ve esasların yönetmelikle düzenlenmesi gerekmektedir. Kurumun, bu madde ile ilgili olarak yönetmelik çıkarmak şeklinde sahip olduğu düzenleme yetkisini, tebliğ çıkarmak suretiyle kullanmasında yasaya aykırılık görülmüştür. Diğer yandan 5510 sayılı Yasanın 68. maddesinde, özel sağlık kurum ve kuruluşları ile kamuya ait sağlık kurum ve kuruluşlarına başvuran hastalardan, katılım payının farklı alınmasına olanak sağlayan bir kural bulunmaması, idare tarafından katılım payının farklı uygulanmasını gerektiren nesnel ve somut bir neden gösterilmemesi ve yasada belirtilen ölçütün de (önceki basamaklardan sevkli olarak başvurulup başvurulmadığı) dikkate alınmaması nedeniyle, tebliğin ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi için özel sağlık kurumlarına başvuran hastalardan 10 TL katılım payı alınmasına ilişkin kısmının yürütmesi, 03.04.2009 tarih ve 2008/11388 esas sayılı numaralı Danıştay kararıyla durdurulmuştur.

Tablo 1'de görüldüğü üzere, SDP'nin uygulamaya konulduğu 2003 yılı itibariyle hekim başvuru sayısı düzenli olarak artış göstermiştir. Özellikle kamuda sağlık hizmet sunucularının birleştirilmesi ile birlikte, özel hizmet sunucularına erişimin kolaylaşması, bu oranı artıran en önemli faktörlerdendir. Bu bağlamda, söz konusu oranda meydana gelen artış, maliyetleri ve harcamaları da artırdığından, 2009 yılında uygulamaya konulan katkı payı ile bu oran kontrol altına alınmaya çalışılmıştır. Nitekim 2010 yılında, katkı payı uygulaması etkisini göstermiş fakat izleyen yıl başvurular yine artmıştır. Kişi başı hekime müracaat sayısı OECD ortalamasında 6.4 iken Türkiye ile benzer gelir düzeyine sahip Meksika'da 2.9 ve Şili'de 3.2'dir. Sağlık hizmet sunucularına yapılan başvuru sayısında ise benzer biçimde yıllar itibariyle artış görülmektedir. 2002 yılında yaklaşık 209 milyon başvuru gerçekleşirken, hizmet sunucularına erişimin kolaylaştırılmasıyla birlikte 2011 yılında başvuru sayısı 611 milyondur. Diğer yandan başvuru sayısındaki artış kendisini tetkik ve tedavilerde de göstermektedir. Buna göre Türkiye, 1.000 kişi başına yapılan MRI çekiminde 97.4 ile ABD'den sonra (102.7) ikinci sıradadır (OECD, 2013). Yıllar itibariyle hastanede kalış sürelerine dikkat edildiğinde ise, belirgin bir azalıştan söz etmek mümkündür. 2002 yılında 5.8 olan ortalama kalış süresi 2011'de 3.9'dur[9]. Söz konusu oran OECD ortalamasında 7.1 iken, Meksika'da 3,9, Şili'de ise 5.6'dır. Türkiye bu oran ile OECD sıralamasında Meksika ile son iki sırada yer almaktadır. 2009 sonu itibariyle uygulamaya geçen katılım payı sonucu, bu maliyete katlanmak istemeyen hastaların ise yoğun olarak acil servisleri kullandığı düşünülmektedir[10]. Türkiye'de yıllar itibariyle ilaç tüketim miktarlarına bakıldığında ise benzer biçimde, ilaç tüketiminin arttığı görülmektedir. İlaç tüketiminin artmasına rağmen reçete başına ortalama maliyet ise nominal olarak azalmaktadır. 2009 yılında toplam kamu reçete başına ortalama maliyet 48,95 TL iken bu tutar 2012 yılında 41.26 TL[11] olarak gerçekleşmiştir (SGK, 2013). Sağlık hizmeti ihtiyacı olmasına rağmen bu hizmetten yararlanamayanların oranı da, maliyet paylaşımının etkisi üzerinde fikir verebilmektedir. TÜİK tarafından ilki 2008 yılında yapılan ve daha sonra 2010 yılında tekrarlanan "Sağlık Araştırması" verilerine göre, son 12 ay içerisinde bir hekim tarafından yataklı ya da günübirlik tedavi hizmeti önerilmesine rağmen, bu hizmeti alamayanların oranı Tablo 2'de gösterilmektedir.

Tablo 2: Son 12 Ay İçerisinde Bir Hekim Tarafından Yataklı ya da Günübirlik Tedavi Hizmeti Önerilmesine Rağmen, Bu Hizmeti Alamayanların Oranı (%)

	2008	2010
Hizmet alamayanlar	4.9	19.9
Ödeme güçlüğü (çok pahalı olması ya da sigorta fonu tarafından karşılanmaması)	44.1	44.9
Poliklinikte muayene olma güçlüğü	6.3	6.8
İş, çocuk ya da bakmakla yükümlü olduğu diğer kişilerden dolayı zaman bulamama	17.4	18.3
Hastanenin uzak olması, ulaşım imkanının zorluğu	3.5	4.3
Ameliyat/Tedavi korkusu	10.3	4.1
Kendisini hastaneye götürecek birinin olmaması	2.4	2.7
Ailesinin veya yakınlarının gerek görmemesi	1.9	0.6
Diğer nedenler	12.4	15.7

Kaynak: TÜİK, Sağlık Araştırması, 2008-2010.

Tablo 2'ye göre 2008 yılında ihtiyaç duymasına rağmen hizmet alamayanların oranı %4.9 iken söz konusu oran 2010 yılında %19.9 olmuştur. Hizmet alamayanların, bu hizmeti alamama nedenleri incelendiğinde ise her iki dönemde de ödeme güçlüğü birinci sırada yer almaktadır. Buna göre 2008 yılında sağlık hizmetinin çok pahalı olması ya da sigorta fonu tarafından karşılanmaması nedeniyle ödeme güçlüğü yaşayanların oranı %44.1 iken, 2010 yılında %44.9 olarak gerçekleşmiştir. Diğer yandan Genel Sağlık Sigortası uygulamasıyla bu oranın 2012 sonrasında düşeceği ileri sürülebilir.

6.2. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Sağlık harcamalarında meydana gelen artışın, devlet bütçelerinde oluşturduğu finansal baskı, ülkeleri iki farklı politikaya yöneltmektedir. Bunlardan birincisi sağlık sistemine ek gelirler sağlamak, ikincisi ise

[9] Hastanede ortalama kalış süresindeki azalış, çeşitli unsurlardan kaynaklanabilir. Bunlardan biri, SGK'nın hizmet sunucularına paket ödeme sistemi uygulamasıdır. Örneğin doğum nedeniyle SGK'nın hizmet sunucusuna yaptığı ödeme miktarının paket olarak belirli olması, hizmet sunucularını, yatış süresini azaltmaya yöneltebilir. Bir diğer unsur ise SGK'nın 2008'den bu yana sağlık hizmet sunucularını 5510 Sayılı Kanunun 103. Maddesi gereği, denetlemeye başlamasıdır. Söz konusu madde uyarınca, sağlık hizmeti sunulmadığı halde sağlık hizmetinin fatura edilmesi, faturayı veya faturaya dayanak oluşturan belgelerin, gerçeğe aykırı olarak düzenlenmesi, kapsam dışı tutulan sağlık hizmetlerinin, kapsam içinde olan sağlık hizmetleri gibi gösterilmesi, sağlık hizmetlerine hak kazanmayan kişilere, sağlık hizmeti sunarak Kuruma fatura edilmesi ve belirlenen tavanın üzerinde ilave ücret alınması gibi fiiller yakından izlemeye alınmıştır. Bu durumda gereksiz tetkik ve tedavilerin tespiti ile tanı ve tedavi algoritma sürecine uyulmaması gibi unsurlar nedeniyle gelirleri azalan hizmet sunucularının, hizmet miktarını azaltma eğiliminde olduğu ileri sürülebilir.

[10] Acil servis kullanımının yaygınlaşması nedeniyle, acil sağlık hizmeti ihtiyacı olmayanların başvurularını azaltmak amacıyla "yeşil alan" uygulamasına geçilmiş ve yeşil alan kapsamınki başvurulara, katılım payı getirilmiştir.

[11] Bu miktarın azalışının nedenleri ayrıca incelenmeye muhtaçtır. Çünkü, söz konusu azalış etkinlikten kaynaklanabileceği gibi, gereksiz tetkik ve tedavinin önlenmesi yoluyla da sağlanabilir.

harcamaları kontrol etmektir. Bu bağlamda ek gelir elde etmek adına, sağlık hizmetleri finansmanının daha yoğun olarak özel kesime ya da bir diğer değişle hanelere kaydırılması düşüncesi, söz konusu hedefle uyumluyken, bu kaymanın haneler üzerindeki finansal yükü artırması ise, hizmetten yararlanan kesim üzerinde olumsuz etkiye yol açmakta ve nihayetinde hizmete erişimi engellemektedir. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin finansmanında cepten yapılan harcamaların yüksekliğinin, söz konusu etkiyi daha da şiddetlendireceği ileri sürülebilir. Diğer yandan TÜİK tarafından 2009 yılından buyana, sağlık harcamaları istatistiklerinin yayınlanmaması, talep yanlı maliyet paylaşımının sağlık hizmetlerinin finansmanı üzerindeki etkisinin analizine olanak vermemektedir[12]. Sağlık harcamalarının haneler düzeyindeki dağılımı ise TÜİK tarafından gerçekleştirilen "Hane Halkı Tüketim Harcamaları" verileri yardımıyla izlenebilmektedir. Buna göre söz konusu harcamaların dağılımı Tablo 3'te gösterilmektedir.

Tablo 3: Yıllara Göre Hane Halkı Sağlık Harcamaları

	Sağlık Harcamasının Hane Halkı Tüketimi İçindeki Payı (Toplam)	Hane Halkı Sağlık Harcaması Miktarı (Nominal)	Hane Halkı Sağlık Harcaması Miktarı (Reel, 2003)	Değişim (%)
2008	1.9	6.605.228.916	4.250.469.057	-
2009	1.9	7.123.258.092	4.349.284.462	%2,32
2010	2.1	8.803.480.416	4.996.583.470	%14,8
2011	1.9	9.264.901.884	4.946.293.248	% -1

Kaynak: TÜİK Hane Halkı Bütçe Anketi Verilerinden kendi hesaplamalarımız.

Tablo 3'te görüldüğü üzere, sağlık harcamalarının hane halkı tüketimi içindeki payı yıllara göre benzerlik göstermektedir. 2008 ve 2009 yılında %1.8 olan sağlık harcaması payı, 2010'da %2.1 olmuş ve daha sonra 2011'de yeniden %1.9'a gerilemiştir. Söz konusu harcamaların hane halkı gelir dilimleri dikkate alındığında ise 2008 yılında en yoksul 1. %20'lik dilimde yer alan hanelerin sağlık harcamaları oranı %1.8 iken 2011'de %2.1'dir. Aynı dönemde en zengin 5. %20'lik dilimde yer alan hanelerin sağlık harcamaları oranı ise sırasıyla %2.1 ve %2'dir. Dolayısıyla sağlık harcamalarının gelir dilimleri çerçevesinde kompozisyonunun değiştiği ileri sürülebilir. Sağlık harcamalarının miktarında ise maliyet paylaşımının uygulamaya konulmasıyla birlikte 2009 ve 2010 yılları arasında reel olarak %15'lik bir artış görülürken izleyen yıl azalış gerçekleşmiştir. Bu durumun sağlık harcamaları istatistiklerinin yayımlanmasıyla birlikte ayrıntılı olarak incelenmesi gerekmektedir. 2012 yılı itibariyle SGK tarafından hane halkından tahsil edilen katılım payı tutarı 2.132 Milyon TL olarak açıklanmıştır[13]. Bununla birlikte aynı dönemde SGK tarafından özel hizmet sunucularına yapılan ödeme tutarı 6.861 Milyon TL'dir. Özel hizmet sunucularına yönelik, katılım payının yanı sıra %30 ile %90 arasında "ilave ücret" uygulaması dikkate alındığında ve ortalama %60 ilave ücret alındığı varsayımıyla, hane halkının söz konusu hizmet sunucularına ödediği tutar yaklaşık olarak 4.116 Milyon TL'dir. Dolayısıyla hane halkının yalnızca katılım payı ve ilave ücret nedeniyle katlandığı maliyet yaklaşık 6.248 Milyon TL'dir. Sonuç olarak talep yanlı maliyet paylaşımının, hane halkı refahı üzerindeki etkisi çerçevesinde sağlık harcamaları istatistiklerinin yakından izlenmesi gerekmektedir.

Sonuç

Sağlıkta Dönüşüm Programının uygulamaya geçmesiyle birlikte, sosyal güvenlik sisteminde de paralel bir reform çalışmasına gidilmiştir. Hizmet sunucularına erişimin önündeki engeller kaldırılmış, sosyal güvenlik kapsamı genişletilmiş ve sigorta teminat paketleri tek çatı altında birleştirilmiştir. Sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaşmasıyla birlikte, sağlık harcamalarında görülen artış, talep yanlı maliyet paylaşımı ile birlikte kontrol altına alınmaya çalışılmıştır. Bu kapsamda getirilen katılım payı ve ilave ücret uygulamasının, talebi kısmadığı görülmektedir. Yıllar itibariyle hizmet sunucularına yapılan başvuru sayısının artmasıyla birlikte MRI ve CT benzeri çekim sayıları da artmaktadır. Benzer biçimde ilaç tüketimi de azalmamış ve yıllar itibariyle artmıştır. Diğer yandan katılım payının dünyada görülen muhtemel sonuçlarına benzer biçimde hastanede ortalama kalış süresi azalmış ve acil servis kullanım oranı artmıştır. Aynı dönemde sağlık hizmeti ihtiyacı olmasına rağmen bu hizmetten yararlanamayanların oranı % 4.9'dan, %19.9'a yükselmiştir. Hane halkı sağlık harcamalarında ise reel olarak %15'lik bir artış gerçekleşmekle birlikte bir sonraki yıl %1 azalış görülmüştür. Sağlık harcamalarının gelir dilimleri içindeki kompozisyonunda ise yoksul kesim aleyhine bir değişim görülmektedir. Bu bağlamda talep yanlı maliyet paylaşımının hizmet kullanımını azaltma başarılı olduğu söylenemez.

[13] Faruk Çelik (2013), İzmir Milletvekili Aytun Çıray'a ait 7/13926 esas numaralı soru önergesi cevabı.

[12] Bununla birlikte Menon ve diğerleri tarafından (2013) Türkiye'de, yoksullara yönelik yeşil kart uygulamasının konu edinildiği Dünya Bankası yayınında, TÜİK tarafından henüz açıklanmamış bulunan 2010 sağlık harcamaları verileri, kaynak gösterilmeden yayımlanmıştır (2013, 3).

Kaynakça

- **Arrow, K. J.,** (1963), "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", *American Economic Review*, p. 941-973.
- **Belli, P., Gotsadze, G., Shahriari, H., (2004),** "Out-of-Pocket and Informal Payments in Health Sector: Evidence from Georgia", *Health Policy*, Vol: 70, p.109-123.
- **Berman, A., Bossert, T.,** (2000), A Decade of Health Sector Reform in Developing Countries: What Have We Learned? http://www.hsph.harvard.edu/ihsg/publications/pdf/closeout.PDF Erişim: 13.02.2012.
- **Cassels, A.** (1995), "Health Sector Reform: Some Key Issues in Less Developed Countries", *Journal of International Development*, 7(3): 329-348.
- **Castano, R.A., Arbelaez, J.J., Giedion, U.B., Morales, L.G.** (2002), "Equitable Financing, Out-of-Pocket Payments and the Role of Health Care Reform in Colombia", *Health Policy and Planning*, Vol: 17/1, p.5-11.
- Dao, H.T., Waters, H., Le Q.V. **(2008) "User Fees and Health Service Utilization in Vietnam: How to Protect the Poor?", Public Health, Vol: 122/10, p.1068-1078.**
- **Deber, R.** (2000), Getting What We Pay For: Myths and Realities about Financing Canada's Health Care System, Dialogue on Health Reform, http://www.utoronto.ca/hpme/dhr/pdf/atrevised3.pdf, Erişim: 10.04.2012.
- **Drache, D., Sullivan, T., (1999),** *Health Reform: Public Success, Private Failure*, Routledge: London.
- **DPT** (2003), 58. Hükümet Acil Eylem Planı, Ankara.
- **Ellis, Randall P., McGuire, Thomas G.,** (1993), "Supply-Side and Demand Side Cost Sharing in Health Care", *Journal of Economic Perspectives*, Volume 7, Number:4, 135-151.
- **Flood, C.** (2003), International Health Care Reform: A Legal, Economic and Political Analysis, Routledge Chapman & Hall.
- **Hsiao, W.C.** (2000), "Inside the Black Box of Health Systems." Program on Health Care Financing, Harvard School of Public Health: Boston.
- **Hsu J, Price M., Brand, R., Ray G.T., Fireman, B., Newhouse, J.P., Selby, J.V.** (2006), "Cost-Sharing for Emergency Care and Unfavorable Clinical Events: Findings from the Safety and Financial Ramifications of ED Copayments Study." *Health Services Research*, vol. 41, no. 5.
- **Kim J., Ko, S., Yang, B.** (2005) "The Effects of Patient Cost Sharing on Ambulatory Utilization in South Korea", *Health Policy* Vol: 72: 293–300.
- **Kutzin, J.,** (1998), "The Appropriate Role for Patient Cost-Sharing." Saltman, R.B., Figueras, J., and Sakellarides, C., (eds)., Critical Challenges for Health Care Reform in Europe, Open University Press, Buckingham and Philadelphia, pp. 78-112.
- **Lister, J.** (2008), *Sağlık Politikası Reformu – Yanlış Yolda mı Gidiyoruz?*, İnsev: İstanbul.
- **Mossialos, E., Dixon, A.,** (2002), "Funding Health Care: An Introduction", Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J., Kutzin, J., (eds), *Funding Health Care: Options for Europe*, Buckingham: Open University Press, p.1-30.
- **Menon, R., Mollahaliloğlu, S. ve Postolovska, I., (2013),** *Turkey's Green Card Program for the Poor*, Universal Health Coverage Studies Series No: 18, World Bank, http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2013/02/04/000333037_20130204152023/Rendered/PDF/750120NWP0Box300for0the0Poor0TURKEY.pdf
- **OECD** (2013), Sağlık İstatistikleri.
- **Roberts, M., Hsiao, W., Berman, P., Reich, M., (2009),** *Sağlık Reformunun Doğru Yapılması, Performans ve Hakkaniyetin Geliştirilmesi İçin Bir Kılavuz*, Sağlık Bakanlığı Yayınları No: 784: Ankara.
- **Robinson, R.,** (2002) "User Charges for Health Care" Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J., Kutzin, J., (eds), *Funding Health Care: Options for Europe*, Buckingham: Open University Press, p.161-183.
- **Rubin, R.J. and Mendelson D.N., (1996),** "A Framework for Cost-Sharing Policy Analysis", *PharmacoEconomics*, Vol.:10, Issue 2, p.56-67.
- **Ruger, J. and H. Kim** (2007), "Out-of-Pocket Healthcare Spending by the Poor and Chronically Ill in the Republic of Korea", *American Journal of Public Health*, Vol. 97, No. 5.
- **Sağlık Bakanlığı,** (2011), İstatistik Yıllığı.
- **Sağlık Bakanlığı,** (2003), Sağlıkta Dönüşüm Programı, Ankara.
- **Saltman, R.B. and Figueras, J., (1997),** *European Health Care Reform. Analysis of Current Strategies*, WHO Regional Publications, European Serias No: 72: Copenhagen.
- **Schieber, G. and Maeda, A.** (1997), A Curmudgeon's Guide to Financing Health Care in
- Developing Countries, Schieber, G. (ed.) *Innovations in Health Care Financing*. Washington, DC: World Bank.
- **SGK** (2013), SGK Mali İstatistikleri.
- **T.C. Başbakanlık** (2005), *Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma: 9 Sosyal Güvenlik Reformu: Sorunlar ve Çözüm Önerileri*, İGB: Ankara.
- **TBMM** (2002), 58. Hükümet Programı, http://www.tbmm.gov.tr/hukumetler/HP59.htm
- **TÜİK** (2008) Sağlık Araştırması, Ankara.
- **TÜİK** (2010) Sağlık Araştırması, Ankara.
- **Twaddle, A.** (2002), Health Care Reform Around the World, Health Care Reform Around the World.
- **Wagstaff, A., Doorslaer, E. van, and Paci, P., (1989),** "Equity in the Finance and Delivery of Health Care: Some Tentative Cross-Country Comparisons." *Oxford Review of Economic Policy*, Vol: 5: 89–112.
- **Wagstaff vd.,** (1999), "Equity in the Finance of Health Care: Some Further International Comparisons", *Journal of Health Economics*, (18): 263-290.
- **WHO** (1997), *European Health Care Reform Analysis of Current Strategies*, B. Saltman and Josep Figueras (Ed), WHO Regional Publications, European Series, No: 72.
- **Xu, K., Evans, D.B., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J., Murray, C.J.L.** (2003), "Household Catastrophic Health Expenditure: A Multicountry Analysis", *The Lancet*, Vol 362, July 12, p.111-117.