



TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ VE KAMU SAĞLIK HARCAMALARININ FİNANSMANI*

Sinan AYTEKİN¹

A. Gamze ÇİFTÇİ AYTEKİN²

ÖZET

Birçok ülke sağlık sistemlerindeki belirsizliklerden dolayı kontrol edilemeyen sağlık harcamalarıyla karşı karşıya kalmıştır. Ekonomileri tehdit etme noktasına gelen bu harcamalar nedeniyle özellikle Sağlık Bakanlığı kendi bünyesinde bulunan hastanelerde gerek insan kaynakları yönetimi gerekse de malzeme kaynakları yönetimi konusunda ciddi adımlar atmıştır. Yapılan bu çalışmaların olumlu sonuçları beraberinde getirmesi beklenirken diğer taraftan Kamu Hastane Birlikleri gibi bir oluşumla sağlık sistemine daha özerk bir yapı kazandırılmaya da çalışılmaktadır. Bu çalışma, yeniden yapılandırma faaliyetleri altında Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumunda ve kamu sağlık harcamalarının finansmanında etkinlik sorunu olduğunu göstermeyi hedeflemektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı, İlaç Harcamaları, Sağlık Harcamaları, Sosyal Güvenlik.

HEALTH CARE SERVICES AND THE FINANCING OF PUBLIC HEALTH CARE EXPENDITURES IN TURKEY

ABSTRACT

Most countries have faced with uncontrollable health care expenditures due to the uncertain ties in their health care systems. Because of the expenditures which became a threat to economies, The Ministry of Health of Turkey took some serious steps forward as to the management of human and material resources at the hospitals operating within its own structure. While, on one hand, it is expected that these actions will provide positive results, on the other hand, it is attempted to provide an autonomous structure to the health care system via a formation such as The Association of Public Hospitals. This study aims to illustrate that, under reconstruction activities, there is an issue of efficiency in the financing of public health care expenditures and also in the supply of health care services in Turkey.

Keywords: Health Care Services and Finance, Medicine Expenditures, Health Care Expenditures, Social Security.

* Bu çalışmanın özeti, 27-29 Mayıs 2010 Tarihleri Arasında Balıkesir Üniversitesi Bandırma İ.İ.B.F ve University of Finance and Management In Bialystok-Poland tarafından Bandırma-Erdek'te Düzenlenen Küresel Kriz Sonrasında Ekonominin Yeniden Yapılanması, Uluslararası Sempozyum-V'te Bildiri Olarak Sunulmuştur.

¹ Öğr. Gör. Dr., Balıkesir Üniversitesi, Balıkesir Meslek Yüksekokulu, saytekin@balikesir.edu.tr,

² Arş. Gör., Balıkesir Üniversitesi, Bandırma İ.İ.B.F, aysegamze@balikesir.edu.tr,

GİRİŞ

Küresel krizin etkisiyle beraber 2009 yılında ekonomisi %6 daralan, 2010 yılında ise %3,5 oranında büyümesi beklenen Türkiye’de, sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayan Sosyal Güvenlik Kurumu’nun (SGK) hazırladığı Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) ile bir yandan sağlık harcamalarına yön vermeye çalışırken diğer taraftan sağlık harcamalarının %70’den fazlasını yapmaktadır (Yılmaz, 2010: 4). Koruyucu sağlık önlemlerine gereken önemin verilmemesi, yeşil kart sahibi kişilerin sosyal güvenlik kapsamı içinde büyük bir paya sahip olması ve sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaşmasının toplumda yanlış bir algı oluşturmaktadır.

Sağlık harcamalarındaki artıştan dolayı Sosyal Güvenlik Kurumu giderleri kontrol altına alabilmek için bütçe sınırlandırılmasına gitmiştir. İlaç sektörünü de kapsayan bu yeni bütçeye “global bütçe” denilmektedir. Global bütçede temel amaç sağlık riskinin süreci finanse eden kurumdan alınarak hizmeti veren kuruma devredilmesi iken SGK tarafından uygulamaya konulan global bütçe mali yılbaşlarında sağlık kurumlarına ve ilaç firmalarına ödenecek toplam tutarın belirlenmesi ve yıl içinde bu rakamın aşılabileceğinin anlaşılması durumunda giderek artan oranlarda iskonto uygulanması temeline dayanan bu uygulama, amacına ulaşamaması halinde oluşabilecek sıkıntıları ortadan kaldırmak için daha riskli yeni önlemler alınması gereğini beraberinde getirecektir.

Beşeri kalkınmanın odak noktaları olan temel düzeyde eğitim ve temel düzeyde sağlık hizmeti sunmak ülkelerin öncelikli amaçlarındandır. Bu noktada bir ülkenin eğitim ve sağlık harcamalarının kişi başına düşen dilimi ile o toplumun kalkınmışlık düzeyi değerlendirilebilmektedir. Bu bilince ulaşmış batılı ülkeler sağlık harcamalarına Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYH)’dan giderek artan oranlarda pay ayırmaya ve bu payı daha etkin kullanmaya başlamışlardır. Toplam sağlık harcamalarının GSYH’ya oranlarına bakıldığında Almanya’da %10,1, Fransa’da %11,1, İspanya’da %8,2 iken Türkiye’de bu oran %6,3’tür. Bu ülkelerdeki kişi başı sağlık harcamaları Almanya’da 3 bin 499, Fransa’da 3 bin 800, İspanya’da 2 bin 700 dolar, Türkiye’de ise sadece 880 dolardır. Fonksiyonel sınıflandırmaya göre 2009 yılı bütçesinin %5,2’si sağlık giderleri için harcanırken sosyal güvenlik ve sosyal yardım hizmetleri

giderleri ile bu pay %24’ü bulmaktadır. Buna karşın savunma hizmetleri için katlanılan gider bütçenin %5,6’sı, eğitim hizmetleri için ise %13,3’üdür (Maliye Bakanlığı, 2009).

Türkiye’de Mart 2010 itibarıyla 14.987.902 sosyal güvenlik kapsamında aktif çalışan, 9.244.048 sosyal güvenlik kapsamında aylık alan, 33.917.957 sosyal güvenlik kapsamında bakmakla yükümlü tutulan ve 9.449.734 yeşil kartlı olmak üzere sosyal güvenlik kapsamında toplam 67.599.641 kişi bulunmaktadır. Bu durumda aktiflerin pasifleri karşılama oranı dikkate alınarak yapılan sağlık harcamalarının ve kaynak yönetim sürecinin daha etkin ve etkili olması gereği ortaya çıkmaktadır (SGK, 2010).

I. SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK HARCAMALARI

Sağlık hizmetlerinin finansmanında, ilgili alana harcanacak paranın miktarını yani Gayri Safi Yurtiçi Hasıladan ne kadar para ayrılacağını belirleyen çeşitli faktörler vardır. Bunlar iki grup altında toplanabilir (Akdur, 2009);

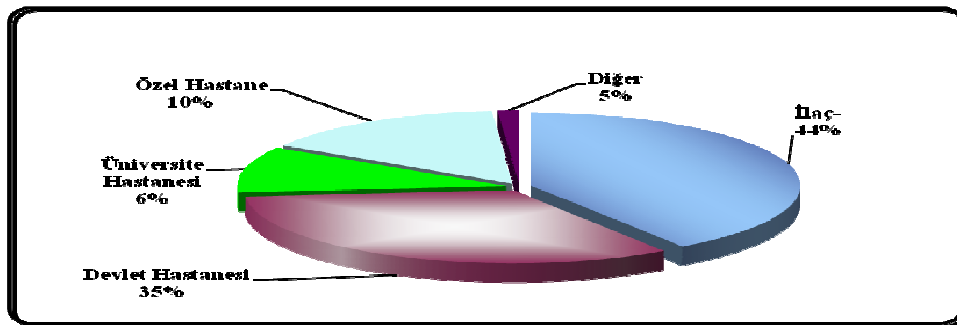
Sosyo-Kültürel Yapıya Bağlı Faktörler

- 1.Toplumun kalkınmışlık ve gelir düzeyi
- 2.Toplumun sağlık hizmetleri kültürü

Sağlık Politikasına İlişkin Faktörler

1. Sağlık hizmetlerinin sunulma biçimi (organizasyon yapısı)
2. Sağlık hizmetlerini finanse etmek için para toplama biçimi(finansman)
3. Toplanan paranın sağlık hizmetine dönüştürülme biçimi (performans)

Tablo 1: SGK’nın 2009 Yılı Sağlık Harcamalarının Dağılımı



Kaynak: SGK, Mali İstatistikler.

Gelirlerin elde edilmesi, biriktirilmesi ve kaynakların tahsisi ile hizmetlerin satın alınması süreci olarak tanımlanabilecek sağlık hizmetlerinin finansmanında ilgili alana harcanacak paranın miktarının belirleyen faktörler evrensel olmaktan çok ülkelerin iç dinamiklerine göre değişkenlik göstermekle beraber önemli olan harcamaların rasyonel bir şekilde gerçekleştirilmesidir. SGK’nın 2009 yılı sağlık harcamaları dağılımına bakıldığında tablo 1’de de görüldüğü üzere en büyük payı %44 ile ilaç harcamaları almaktadır. Bu oran ABD’de %12,6, Japonya’da %19,6, İngiltere’de %15,8, Almanya’da ise %14,8’dir.

Tablo 2’deki sağlık tesislerine 2009 yılı başvuru sayılarına bakıldığında toplam müracaatların %67’sinin devlet hastanelerine yapıldığı görülmektedir. Üniversite hastanelerine yapılan müracaat sayısı ise toplam başvuruların sadece %6’sını oluşturmaktadır. Buna karşın devlet hastaneleri için fatura tutarı toplam tutarın %52’si olurken bu oran üniversite hastaneleri için %19’dur. Üniversite hastanelerinde müracaat başına ortalama maliyet ikinci basamak devlet hastanelerinden yaklaşık 4,5 kat, üçüncü basamak devlet eğitim hastanelerinden ise yaklaşık 2,5 kat daha fazladır.

Tablo 2: Tesis Türlerine Göre 2009 Yılı Müracaat Sayıları ve Fatura Tutarları

TESİS TÜRÜ	Fatura Gönderilen Tesis Sayısı	Müracaat Sayısı	Müracaat Sayısı (%)	Fatura Tutarı	Fatura Tutarı (%)	Müracaat Başına Ortalama Maliyet
Devlet Hastaneleri (2. Basamak)	894	128.796.379	52	5.356.956.019	34	41,59
Devlet Hastaneleri (Eğitim-Araştırma) (3. Basamak)	61	36.187.681	15	2.828.864.829	18	78,17
Özel Hastaneler (2. Basamak)	1854	66.194.300	27	4.536.980.664	29	68,54
Üniversite Hastaneleri (3. Basamak)	77	15.963.991	6	2.930.341.911	19	183,56
GENEL TOPLAM	2886	247.142.351		15.653.143.423		63,34

Kaynak: SGK, Sağlık İstatistikleri.

Özel hastanelere yapılan müracaat sayısının üçüncü basamak devlet eğitim hastaneleri ve üniversite hastaneleri müracaat sayılarından fazla olması dikkat çekicidir. Bununla beraber özel sağlık tesisi sayısının tüm sağlık tesisi sayısının ortalama %64’ünü kapsamaması da özel hastaneciliğin giderek geliştiğinin göstergesidir. Diğer taraftan özel sağlık tesislerinde hasta başına ortalama maliyetin üçüncü basamak sağlık tesislerine göre düşük olması, başvuru sayısının yüksek olmasına rağmen fatura tutarlarının aynı oranda yüksek olmaması bu tesislere ayaktan müracaat sayısının diğerlerine göre daha çok olduğunu göstermektedir. Özellikle üniversite hastanelerinde komplikasyon ve eşlik eden hastalığı olan risk faktörleri yüksek, yoğun bakım gerektiren hasta gruplarının tedavi görmesinden dolayı müracaat başına ortalama maliyetin yüksek olduğu söylenebilir.

A. İLAÇ HARCAMALARI

2008 yılı Sağlık Uygulama Tebliği ile yatarak tedavilerde kullanılan ilaç ve malzemelerin sağlık kurumları tarafından temininin zorunlu kılınması nedeniyle ayaktan tedavilerdeki ilaç ödemelerini kapsayan bu oran diğer gelişmiş dünya ülkeleri ile kıyaslandığında oldukça yüksek seyretmektedir. 2009 yılına bakıldığında tablo 3’de de görüldüğü üzere SGK’nın, devlet memurları ve yeşil kartlıları kapsayan reçete başına ortalama maliyet ve reçete fatura tutarı önceki yıllara göre artış göstermiştir.

Tablo 3: Yıllara Göre Reçete Sayıları ve Maliyetleri

	2007	2008	2009
Reçete Sayısı (Bin Adet)	270.530	302.412	327.001
Reçete Başına Ortalama Maliyet (TL)	41.95	43.14	48.95
Reçete Fatura Tutarı (Milyon TL)	11.350	13.046	16.005

Kaynak: SGK, Sağlık İstatistikleri.

“PricewaterhouseCoopers Türkiye” tarafından hazırlanan bir raporda, Türkiye’nin Avrupa’daki en büyük 6. ilaç pazarı olarak son 3 yılda yatırımcılardan oldukça ilgi gördüğü vurgulanmaktadır. Giderek büyüyen ilaç pazarında Türkiye de cazibe merkezlerinden biri haline gelmiştir. Türkiye’de ilaç pazarındaki ithal ürünlerin payı, 2008 yılında hacimsel olarak %36 iken ithal ürünlerin çoğunu da orijinal ilaçlar (uzun araştırmalar sonucu geliştirilen, insanlar üzerinde klinik deneylerle yararı kanıtlanan, temelinde ‘patentli’ bir molekül bulunan ilaçlar) oluşturmaktadır. Yerel üretim oranı %64 iken, yerel üretim içinde jenerik ürünlerin (orijinal ilaçla aynı etken maddeye sahip, orijinal ilacın patent süresi bittiği için başka firmalarca da üretilen, uzun araştırmalar ve deneyler gerektirmediği için daha ucuz olan, orijinali ile aynı etkiye sahip olduğu kanıtlanan ilaçlar) payı ise %72’dir. Türkiye’de reçeteli ilaç pazarının toplam satışları, fabrika çıkış fiyatları üzerinden hesaplandığında 2007’de 8.5 milyar dolar iken 2008 yılında 9.4 milyar dolara ulaşmıştır. Bu rakam 2009 yılında 10.8 milyar dolar olarak gerçekleşmiştir. Türkiye’de ilaç fiyatları yasal fiyatlamaya göre Avrupa Birliği ülkeleri arasından belirlenmiş referans ülkelerdeki (Yunanistan, İspanya, İtalya, Portekiz ve Fransa) fiyatlar temel alınarak hesaplanmaktadır (Ergüzeloğlu, 2009). Kişi başına düşen ilaç tüketiminde Avrupa ülkelerinin en düşüklerinden biri olmasına, hesaplamının bu kadar hassas yapılmasına, zorunlu indirimlerde yapılan artışlara ve referans fiyatlardaki indirimlere rağmen ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki oranının yüksek olması ilaç giderlerin kontrol edilmesinde aynı hassasiyetin gösterilmediğinin belirtisidir.

B. ÜNİVERSİTE VE DEVLET HASTANELERİ

2009 yılı itibarıyla gelirlerinin giderlerini karşılama oranı %95 dolaylarında olan üniversite hastanelerinin döner sermaye bütçe açıkları giderek artmaktadır. Köklü üniversite hastanelerinin kendi döner sermaye bütçelerinin yarısına yaklaşan oranlarda borç yüküne sahip olmaları hareket esnekliklerini kısıtlamaktadır. 2009 yılı gelirleri 3 trilyon 685 milyon TL, giderleri ise 3 trilyon 886 milyon TL olarak gerçekleşen üniversite hastaneleri 2010 yılına 1 trilyon 98 milyon TL borç yükü ile girmişlerdir. 2010 yılı sağlık uygulama tebliğinden beklediğini bulamayan bu sağlık hizmet sunucularının, aynı yılın ilk dört ayında 2009 yılına göre %5’e yakın bir ciro artışı yakalamış olmalarına rağmen borçlarını eritecek gelirleri elde

etmeleri mümkün görünmemektedir (Ersoy, 2010). Oluşan borç stoğu gerek personele yapılan döner sermaye ödemelerinde gerekse de toplam bütçelerinin yaklaşık %30-40’ını oluşturan malzeme yönetim süreçlerinde ciddi sıkıntılar yaşamalarına sebebiyet vermektedir.

Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastaneler de ise 2010 yılının ilk dört ayında bir önceki yılın aynı dönemine göre %11’lik bir ciro artışı olmasına rağmen hastanelerin verimsiz işletilmesi durumu kaynak yönetimi ve hizmet sunumu noktalarında sıkıntılar yaratmaktadır. Aşağıdaki tabloda da görüldüğü üzere Sağlık Bakanlığı hastanelerinin 245 tanesinde 2009 yılı içinde yatak işgal oranı %50’nin altında kalmış hatta bu hastanelerde ortalama yatak işgal oranı %26,2 olarak gerçekleşmiştir. Toplam 21.665 yatağa sahip 72 ile dağılmış bu 245 hastanenin kapasite ve uzman hekim sayısına göre farklı rollerde olması da sonucu değiştirmemektedir (Sağlık Bakanlığı, 2010).

Tablo 4: Sağlık Bakanlığı 2009 Yılı Yatak İşgal Oranları

Yatak Sayısı	2009 Yılı Yatak İşgal Oranı (%)	2009 Ortalama Kalış Gün Sayısı	2009 Yatan Hasta Oranı (%)	2009 Yatak Devir Hızı
21.665	26,2	0,62	1,49	27,6

Yatak işgal oranı 2009 yılı ortalaması en yüksek olan hastanenin doluluk oranı %49,85 iken bu hastanenin yatak işgal oranının pik yaptığı aya ait doluluk oranı %75,4 olmuştur. Yatak işgal oranı 2009 yılı içindeki herhangi bir ayda %100 olan altı hastaneden yıllık ortalaması en düşük olanın doluluk oranı %12,62 iken en yüksek olanında ise %46,19 olarak gerçekleşmiştir.

Yaklaşık olarak %76’sının 100 yatak kapasitesinin altında olması ve çoğunluğunun ilçe devlet hastanelerinden oluşması dikkat çekicidir. Yatak doluluk oranı bakımından yetersiz kalan bu hastanelerden yalnızca bir tanesinin eğitim-araştırma hastanesi olması sağlık hizmeti alanların belirli noktalara eğilim gösterdiğini işaret etmektedir.

Tablo 5: Yatak İşgal Oranları Verilen Hastanelerin Yatak Sayılarına Göre Sınıflandırılması

0-49	50-99	100-199	200-399	400-599	600-799	800+	TOPLAM
89	98	34	16	5	1	2	245

Her geçen gün yeni bir hastane projesi ile yatak sayısını artırmayı hedefleyen Sağlık Bakanlığı’nın özellikle ilçe devlet hastanelerinin durumunu gözden geçirmesi gerekmektedir. Uzman hekim sıkıntısı nedeniyle çoğunlukla üniversite hastaneleri ile eğitim-araştırma hastanelerinde meydana gelen yığılmalar ilçe devlet hastanelerinin daha verimli kullanılmasıyla ya da birleştirilmeleriyle çözülebilecektir. Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerin yaklaşık olarak 1/4’üne tekabül eden bu hastanelerin içinde bulunduğu durum dikkatlice incelenmelidir. Bu noktada yeni hastane açmak yerine mevcut hastanelerin nasıl daha etkin kullanılabileceğinin cevabının aranması olası çözümlerin bulunmasını kolaylaştıracaktır.

Hastanelerin yatak işgal oranlarının %50’nin altında olmasının altında yatan sebepler irdelenmek istenildiğinde ortaya fiziksel ve insan kaynaklı değişkenler çıkmaktadır. İlgili oranların beklenilenin altında seyretmesinin nedenlerinin değişkenlerle ilişkisini araştırmak için ilişki gücü analizi yapılmıştır. Öncelikle yatak işgal oranı ile yatak sayısı, özellikli oda sayısı gibi fiziksel değişkenler karşılaştırılmış daha sonra da bu hastanelerde görev yapan uzman tabip, pratisyen tabip ve yardımcı sağlık personeli sayıları ile yatan hasta oranı, ortalama kalış gün sayısı gibi çıktıların ilişkileri karşılaştırılmıştır. Bunun için aşağıdaki hipotezler oluşturularak test edilmiştir.

H_0 = Değişkenler arasında ilişki yoktur.

H_a = Değişkenler arasında ilişki vardır.

İki değişken arasındaki Pearson korelasyon katsayısının 0,00 – 0,25 arasında olması ilişkinin çok zayıf, 0,26 – 0,49 arasında olması ilişkinin zayıf, 0,50 – 0,69 arasında olması ilişkinin orta, 0,70 – 0,89 arasında olması ilişkinin yüksek ve 0,90 – 1,00 arasında olması ilişkinin çok yüksek olduğunu gösterir.

Tablo 6: Fiziksel Değişkenler İçin Korelasyon Analizi Tablosu

		Yatak Sayısı	Yatak İşgal Oranı	Ortalama Kalış Gün Sayısı	1 Yataklı WC’li/Duş’lu Oda	2 Yataklı WC’li/Duş’lu Oda	1 Yataklı WC’siz/Duş’suz Oda	2 Yataklı WC’siz/Duş’suz Oda	3 Yataklı Oda
Yatak Sayısı	Pearson	1	,420**	0,11	,518**	,560**	,507**	,347**	,663**
	Sig.		0	0,087	0	0	0	0	0
Yatak İşgal Oranı	Pearson		1	0,102	,160*	,287**	0,061	0,123	,355**
	Sig.			0,114	0,012	0	0,343	0,056	0
Ortalama Kalış Gün Sayısı	Pearson			1	0,062	0,021	,128*	0,038	0,111
	Sig.				0,339	0,739	0,047	0,557	0,085
1 Yataklı WC’li/Duş’lu Oda	Pearson				1	,269**	,432**	,149*	,194**
	Sig.					0	0	0,02	0,002
2 Yataklı WC’li/Duş’lu Oda	Pearson					1	0,119	-0,033	,150*
	Sig.						0,064	0,607	0,019
1 Yataklı WC’siz/Duş’suz Oda	Pearson						1	,371**	,139*
	Sig.							0	0,03
2 Yataklı WC’siz/Duş’suz Oda	Pearson							1	0,072
	Sig.								0,266
3 Yataklı Oda	Pearson								1
	Sig.								

Tablo 6’da görüldüğü üzere değişkenler arasındaki ilişkiler incelendiğinde (**) değerler %1 önem seviyesinde korelasyona sahiptir. Sig. değeri 0,05’den küçük değişkenler için H_0 hipotezi reddedilirken değişkenler arasında ilişki olduğunu varsayan H_a hipotezi kabul edilmektedir. Özellikle yatak işgal oranına bakıldığında bu değişkenin odaların fiziksel özelliklerine göre sıralandığı diğer değişkenler arasında 1 yataklı ve 2 yataklı WC’li/Duş’lu oda

ile 3 yataklı oda sayıları arasında pozitif fakat çok zayıf bir ilişki bulunmaktadır. Dolayısıyla yatak işgal oranını sadece fiziksel değişkenlere bağlamak yanlış olacaktır. Sağlık tesisinde görev yapan uzman ve pratisyen tabip sayısı ile yardımcı sağlık personeli (ebe, hemşire, ilk ve acil yardım teknikeri, sağlık teknisyenleri v.b.) sayısı da yatak işgal oranına etki eden değişkenlerdendir.

Değişkenler arası ilişki %1 önem seviyesinde analiz edildiğinde yatak işgal oranı ile Sağlık Bakanlığı’nın 14.05.2010 tarihli personel cetvelinde yer alan uzman ve pratisyen tabip ile yardımcı sağlık personel düzeyi arasında ilişki olduğunu varsayan H_a hipotezi (Sig.<0,05) kabul edilmektedir. Değişkenler arasında pozitif fakat zayıf bir ilişki vardır. Bir diğer değişken olan ortalama kalış gün sayısı ile personel düzeyi arasında ise anlamlı bir (Sig.>0,05) ilişki yoktur. Yatak sayısı ile personel düzeyi arasındaki ilişkiye bakıldığında ise pozitif çok güçlü bir ilişki olduğu gözlenmektedir. Dolayısıyla yatak kapasitesi fazla olan hastanelerde istihdam edilen personel sayısı artarken bu durum tek başına yatak işgal oranını artırmamaktadır. Bu durumda hastanenin hizmet verdiği bölgenin sağlık ihtiyaçları net olarak belirlenerek bu ihtiyaçlara göre bir politika belirlenmeli, gerekli olduğu hallerde yatak sayıları azaltılarak istihdam fazlası personel, açığı bulunan hastanelerde görevlendirilmelidir.

Tablo 7: İnsan Kaynakları Değişkenleri İçin Korelasyon Analizi Tablosu

		Uzman Tabip	Pratisyen Tabip	Yardımcı Sağlık Personeli	Yatak Sayısı	Yatak İşgal Oranı	Ortalama Kalış Gün Sayısı	Yatan Hasta Oranı
Uzman Tabip	Pearson	1	,870**	,951**	,911**	,463**	,056	,237**
	Sig.		,000	,000	,000	,000	,387	,000
Pratisyen Tabip	Pearson		1	,898**	,869**	,481**	-,006	,245**
	Sig.			,000	,000	,000	,931	,000
Yardımcı Sağlık Personeli	Pearson			1	,967**	,476**	,058	,281**
	Sig.				,000	,000	,372	,000
Yatak Sayısı	Pearson				1	,443**	,104	,293**
	Sig.					,000	,106	,000
Yatak İşgal Oranı	Pearson					1	,117	,422**
	Sig.						,070	,000
Ortalama Kalış Gün Sayısı	Pearson						1	-,094
	Sig.							,147
Yatan Hasta Oranı	Pearson							1
	Sig.							

2009 yılı itibariyle 955 hastanesi olan Sağlık Bakanlığı’nın 2010 yılı Nisan ayı verilerine göre 2010 yılında 16 tanesi başka hastanelerle birleştirilen ve 2 tanesi yeni açılan olmak üzere toplam 939 hastanesi mevcuttur. Yatak doluluk oranları 2009 yılında ortalama olarak %50’nin altında olan 245 hastanede ortalama uzman tabip sayısı 21, pratisyen tabip sayısı ise 7’dir. Ortalama 88 yatağı olan bu hastanelerde görev alan ortalama yardımcı sağlık personeli sayısı ise 116’dır. İlgili hastanelerde görev yapan uzman tabip sayısı tüm Sağlık Bakanlığı uzman tabibinin %14,06’sı iken pratisyen tabip sayısı %5,47’si, yardımcı sağlık personeli ise %11,39’udur. Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı verilerine göre yine

bu hastanelerde bakanlık hastanelerinin 2009 yılı Medula dönem sonlandırma rakamları toplamı olan 8.101.100.551,51 TL’nin %12,51’i elde edilmiştir.

Sağlık Bakanlığı’nın Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi’nin (ÇKYS) bir alt modülü olarak malzeme yönetiminde de etkinliği sağlamak ve harcamaları kontrol altına almak için başlattığı Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi (MKYS) uygulaması ile hastaneler 3 aylık stoklarla stok maliyetlerini azaltmayı hedeflemektedir. Bir web ağı üzerinden birbirine bağlanan hastaneler son kullanım tarihi yaklaşmış malzemeler ile stok fazlası malzemeleri bu sisteme girerek birbirlerinden ücretli ya da ücretsiz malzeme temin edebilmektedirler. Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı ve Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü yetkilileri tarafından hazırlanan 18.01.2010 tarihli rapora göre Türkiye’nin köklü hastanelerinde olan Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nin 2007 yılında yaklaşık 127 milyon TL olan geliri %6’lık artışla 2009 yılında 135 milyon TL olarak gerçekleşirken, 2007 yılında 123 milyon TL olan gideri 2009 yılında %18’lik artışla 145 milyon TL’ye yükselmiştir. 2007 yılında gelirleri giderleri rahatlıkla karşılayabiliyorken 2009 yılında gelirlerin giderleri karşılama kabiliyeti azalarak bütçesi açık vermiştir. Malzeme giderleri 2007 yılında 30,7 milyon TL iken bu rakam 2009 yılında %21’lik artışla 37,3 milyon TL’ye yükselmiştir. Malzeme giderlerindeki artış toplam giderlerdeki artış oranından daha yüksek gerçekleşmiştir. Yapılan incelemede 4-5 milyon TL’lik stok fazlası olduğu tespit edilmiştir (Soyer, 2010). Tüm bu çabalara rağmen alınmaya çalışılan önlemlerin ve yapılan iyileştirmelerin istenilen sonuçları vermekten uzak olduğu görülmektedir.

Kamu Hastane Birlikleri Kanunu ile Sağlık Bakanlığı’na bağlı il merkezinde ve ilçelerinde hizmet veren devlet hastanelerinin tıbbi, mali ve idari yönetiminin illerde kurulacak yönetim kurullarınca yürütülecek olması sağlık hizmet sunucularına özerk bir yapı kazandıracaktır. Sistemin doğru kurgulanması ve gerek yönetim kurulu üyelerinin gerekse de diğer yöneticilerin ihtiyaçlara göre doğru bir şekilde seçilmesi durumunda bir denetim kurumu görevi üstlenecek Sağlık Bakanlığı, giderek büyüyen sağlık hizmetleri ağını desantralize ederek yerel yönetimlere bırakacak ve böylece kar amacı gütmeyen, toplumun ihtiyaç ve beklentilerine göre şekillendirilen, kolay ulaşılabilir, daha kolay yönetilebilir, daha kaliteli, hakkaniyet esaslarına uygun ve verimli bir sağlık hizmeti sağlanmış olacaktır.

II. SOSYAL GÜVENLİK VE SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

Türkiye’de sağlık sisteminin karma bir yapıya sahip olduğu söylenebilir. Bir taraftan belirli bir kesim için zorunlu/sosyal sigorta modeli (Bismarck modeli) uygulanırken diğer taraftan kamu yardımı (genel vergi gelirleri) modeli (Beveridge modeli) uygulanmaktadır. Türkiye’de vatandaşlar sağlık hizmetlerini kamu sağlık sunucularından alabildikleri gibi serbest piyasa ekonomisi içerisinde kar güdüsüyle faaliyette bulunan özel sağlık sunucularından da sağlık hizmeti alabilmektedirler. Buradan hareketle sağlık hizmetleri ağının gerek hizmet arzı gerekse hizmet talebi açısından çeşitlilik gösterdiği söylenebilir (Yurdadoğ, 2007: 592).

Tablo 8: Sosyal Güvenlik Kurumunun Gelir ve Gider Dengesi

						(Bin TL)
Yıllar	Gelirler	Artış Oranı (%)	Giderler	Artış Oranı (%)	Açık	Toplam Gelirlerin Toplam Giderleri Karşılama Oranı (%)
2005	41.249.438	19,9	59.941.373	18,4	-18.691.935	68,8
2006	53.830.886	30,5	71.867.475	19,9	-18.036.589	74,9
2007	56.874.830	5,7	81.915.401	14,0	-25.040.571	69,4
2008	67.257.484	18,3	93.159.462	13,7	-25.901.978	72,2
2009	76.876.878	14,3	105.579.533	13,3	-28.702.655	72,8

Kaynak: SGK, Mali İstatistikler.

Sağlık hizmetlerinin yüksek maliyetli olmasından dolayı bu hizmetten yararlanan kişilerin cepten finansmanını güçleştirmektedir. Bu durum kamu idaresinin finansman konusunda daha büyük rol oynaması gerektiğinin göstergesidir. Bireylerin doğrudan finansman şansının bulunmadığı durumlarda hizmetin finansmanının dolaylı olarak yapılması, bu noktada idarenin oynayacağı rolün tanımlanması ve optimal düzeyinin belirlenmesi gerekmektedir. Dolayısıyla sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin hizmetin maliyetine katılmalarını öngören

maliyet paylaşımı yaklaşımı ve katılım payı sistemin finansmanı açısından oldukça önemli bir noktadır (Aktan ve Işık).

Sağlık Bakanlığı verilerine göre Türkiye’de 57.266’sı uzman olmak üzere toplam 107.144 hekim görev yapmaktadır. Bu personel gücü ile sağlık hizmetinin finansmanı üstlenen SGK’nın tablo 8 ve 9’da da görüldüğü üzere 2009 yılı prim gelirlerinin emekli aylıklarını ve sağlık ödemelerini karşılama oranı %56,7, toplam gelirlerin toplam giderleri karşılama oranı ise %72,8’dir. Son beş yıllık dağılıma bakıldığında giderlerinin gelirlerinden daha büyük artış gösterdiği tek yıl 2007 olmasına rağmen giderlerinin gelirlerinden fazla olması her yıl artan oranlarda açık vermesine neden olmaktadır. 2005–2009 yılları arasında sağlık ödemeleri bir önceki yıla göre %3-30 arasında artarken 2009 yılında yapılan sağlık ödemeleri 2005 yılına göre %117’lik bir artış göstermiştir.

Tablo 9: Sosyal Güvenlik Kurumu Prim Gelirleri, Emekli Aylığı ve Sağlık Ödemeleri

						(Bin TL)
Yıllar	Devlet Katkısı Hariç Prim Gelirleri	Emekli Aylığı Ödemeleri	Sağlık Ödemeleri	Artış Oranı (%)	Toplam Ödeme	Prim Gelirlerinin Emekli Aylıklarını ve Sağlık Ödemelerini Karşılama Oranı (%)
2005	30.882.405	38.537.100	13.607.884	3,48	52.144.984	59,2
2006	41.619.875	45.075.855	17.666.674	29,83	62.742.529	66,3
2007	44.051.677	52.311.728	19.983.613	13,11	72.295.341	60,9
2008	54.546.453	59.136.539	25.345.913	26,83	84.482.452	64,6
2009	54.579.182	67.408.100	28.810.684	13,67	96.218.784	56,7

Kaynak: SGK, Mali İstatistikler.

Buradan hareketle sorunun odak noktası, sağlık hizmetlerini finanse etmek için gerekli olan fonları elde etme, arttırma ve bunları en iyi şekilde kullanma anlamına gelen sağlık hizmetleri finansmanının bütünüyle çalışanlardan alınan vergi ve primlerle karşılanmaya çalışıldığı, bunun yetmediği durumlarda ise oluşan finansman açığının yüksek reel faizli kredi ile borçlanılarak kapatılma yoluna gidildiği gerçeğidir. Dolayısıyla oluşan sosyal güvenlik

açıkları her yıl genel bütçeden yapılan bütçe transferleriyle kapatılarak sosyal güvenlik sistemi sübvansede edilmektedir.

Ortalama olarak 2 aktif çalışanın ödediği primlerle 1 kişinin emekli aylığı aldığı ve yine 1 aktif çalışanın ödediği primlerin ortalama 4 kişinin (emekli aylığı alanlar, yeşil kartlılar ve bakmakla yükümlü olunanlar) sağlık giderlerini karşıladığı sosyal güvenlik sisteminin çatısını oluşturan SGK’ya son üç yılda yapılan ve giderek artan bütçe transfer rakamları tablo 10’da gösterilmiştir.

Tablo 10: Sosyal Güvenlik Kurumunun Konsolide Nakit Akım Tabloları

				(MilyonTL)
Milyon TL	2007	2008	2009 GEÇİCİ GERÇEKLEŞME	2010 BÜTÇE
	SGK Toplam	SGK Toplam	SGK Toplam	SGK Toplam
Gelirler	56.875	67.257	76.877	86.877
Prim Gelirleri	44.052	54.546	54.579	60.432
Diğer Gelirler	12.823	12.711	22.298	26.445
Giderler	81.915	93.159	105.580	118.653
Emekli Aylıkları	52.312	59.137	67.408	75.524
Sağlık Giderleri	19.984	25.346	28.811	32.754
Diğer Giderler	9.619	8.677	9.361	10.376
Açık	-25.040	-25.902	-28.703	-31.776
Bütçe Transferleri	33.060	35.016	52.600	57.694

Kaynak: SGK, Mali İstatistikler.

SGK’nın finansman açığını azaltmak için ortaya koymaya çalıştığı global bütçe modeli ise sağlık harcamalarını kontrol etmek ve ekonomik kılmaktan çok ödeme rakamlarını azaltarak riski hizmeti sunan kurumlara devretme eğilimindedir. Sağlık hizmeti sunan bu kurumların maliyet kontrolü yaparak giderlerini azaltması için herhangi bir öneri ortaya koyamamaktadır.

Dolayısıyla sağlık hizmetinden faydalanan kişilerinde prim ve vergi ödemeleri dışında bu sürecin finansmanına katkı sağlamaları gerekmektedir (Çelik, 2009).

Son bir yıl içerisinde uygulamada oluşan aksaklıklar ve hakkaniyet olgusu nedeniyle üç kez değiştirilen katılım payı uygulaması sürekli olarak eleştirisi konusu olmuştur. Devletin sağlık hizmetini yerine getirmedeki görevi herkese temel düzeyde sağlık hizmeti sunmakla sınırlıdır. İster makro, isterse mikro düzeyde olsun sağlık hizmetlerinin finansmanı için toplanan paranın hakkaniyet ölçüsüyle, bireyler arasında eşit ve ekonomik bir temel sağlık hizmeti üretmek için kullanılması gerekmektedir (Yalçın ve Yıldırım, 2001). Birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarıyla bunu sağlamakla yükümlü olan devlet, vatandaşlarının asgari düzeydeki zorunlu sağlık giderlerini karşılamakla sorumlu iken belirli bir maddi yükümlülükle beraber hasta ve organizasyon odaklı uluslararası kalite standartlarını sağlayarak akredite olmuş bir sağlık kurumundan hizmet almanın bedelini karşılamak zorunda değildir. Yapılması gereken doğru kaynak yönetimiyle kamu sağlık sunucularının da eşit düzeye getirilmesidir. Dolayısıyla ekonomik olarak güçlü olan vatandaşların, sağlık giderlerine daha fazla katılımını sağlayabilmek sistemin sürdürülebilirliği açısından olumlu sonuçlar doğuracaktır. OECD’nin 2009 yılı sağlık harcamaları raporuna göre, ABD’de yıllık 7290 dolar olan kişi başına düşen sağlık harcamalarının %55’lik kısmına karşılık gelen 3882 dolar kişiler tarafından yapılan kişisel sağlık harcamalarıdır. Özel sağlık harcamaları İsviçre’de toplam sağlık harcamalarının %40’ını, Yunanistan’da %40’ını, Kore’de %45’ini, Meksika’da ise %55’ini oluşturmaktadır (Göktaş, 2010).

Katılım payı uygulamasının nedenleri şu şekilde açıklanabilir (Çelik, 2008);

- ✓ **Bireylerin Sağlık Sunucularına Olan Arz ve Talebinin Dengelenmesi:** Toplumu oluşturan bireylerin sağlık sunucularından sağlık hizmeti alabilmek için bu hizmetin bedelini önceden vergi ya da primlerle ödemesi tıpkı bedeli önceden ödenen her türlü mal ve hizmette olduğu gibi sağlık hizmetinde de tüketim eğilimini arttırmaktadır. Bu eğilim gerek kamu gerekse özel sağlık hizmetleri için geçerli olmaktadır. Bireyin, sağlık hizmetine her ihtiyaç duyduğunda oluşacak gideri kendi imkanlarıyla karşılayacak olması durumunda benzeri bir eğilimin oluşması söz konusu değildir. Herhangi bir şikayet ya da yakınma ile sağlık kuruluşuna başvuran bir kişinin gelmişken bir de şu

polikliniğine başvurayım düşüncesiyle hareket etmesi sıklıkla karşılaşılan bir durumdur. Gerçekten sağlık hizmetine ihtiyaç duyan kişinin ilgili hizmeti almasına engel olan bu davranış sağlık giderlerini bilinçsizce artırmaktadır. Dolayısıyla sağlık sisteminin sosyal ve ekonomik sürdürülebilirliğinin yanı sıra finansal açıdan da sürdürülebilir olması için hizmeti alan bireyin ödediği vergi ya da primler dışında bazı sağlık hizmetlerinde, hizmetin sunumu öncesi ya da sonrasında, bireylerin kendilerinin de talebini kontrol etmesine fırsat verecek ve yine sistemin finansmanında kullanılan bir kaynak ortaya konulmalıdır. Bu kaynak ise katılım payı olarak karşımıza çıkmaktadır.

- ✓ **Bireylerin Sağlık Hizmetini Kullanım Oranları Arasında Fark Olması:** Genel Sağlık Sigortası uygulaması açısından prim ödeyerek bu hizmeti almaya hak kazanan ya da bakmakla yükümlü olduğu kişilerin bu hizmetten faydalanmasını sağlayan kişiler açısından hizmetin alınması noktasında herhangi bir fark bulunmamaktadır. Sosyal devlet anlayışının bir uzantısı olarak görülen sağlık hizmetleri günümüzde temel sağlık hizmetleri olmaktan çok herkese eşit sağlık hizmeti haline gelmiştir. Bu noktada çok prim ödeyen ile az prim ödeyen arasında bir fark kalmazken bu hizmeti bilinçli kullanan ile sorumsuzca kullanan arasında da bir fark kalmamaktadır. Dolayısıyla katılım payı uygulaması bireylerde bu bilinci oluşturmaya açısından önemlidir.
- ✓ **Bireylerde Sigortalılık Bilinci Yaratması:** Katılım payı uygulaması ile sağlık hizmetinden faydalanan birey, ödediği katılım payı tutarı ile hizmetin toplam maliyeti arasında bir kıyas yapma fırsatı elde ederek, bu hizmetten faydalanmak için prim ödemenin, genel sağlık sigortasına katkı yapmanın önemini kavrayacaktır. Bireylerde sigortalı olma açısından farkındalık yaratacak bu uygulama Sağlık Uygulama Tebliği’nde tanımlanan istisnai durumlar ve istisnai kişiler dışında sağlık sisteminin finansmanının sağlanması ve sosyal güvenlik hizmetleri giderlerinin kontrol altına alınması adına hakkaniyet ölçülerine dayandırılarak, mevcut uygulamadan farklı olarak özel ve kamu sağlık sunucuları arasında ayırım yapılmaksızın devreye sokulmalıdır.

SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

SGK, her faaliyet alanında olduğu gibi sağlık harcamalarının kontrolü ve dağılımında da kaynakların etkin ve etkili kullanımını gözetmelidir. Etkinlik süreç odaklıdır ve temelinde işleri doğru yapmak vardır. Etkililik ise sonuç odaklı olup temelinde doğru işleri yapmak yatmaktadır. Kısaca etkinlik standart performansın gerçekleşen performansa oranı iken etkililik gerçekleşen çıktının planlanan çıktıya oranı olarak tanımlanmaktadır. Dolayısıyla tek başına kaynakları etkin kullanmak yeterli olmazken istenilen sonuca ulaşılabilmesi için aynı zamanda kaynakların etkili ve verimli de kullanılması gerekmektedir. Kaynakların dağılımında ve teknik açıdan etkinlik yakalanarak sağlık hizmetlerinin gerçek ihtiyaç sahiplerine ulaşabilmesini sağlamak temel nokta olmalıdır. Verimlilik sayesinde, sağlık hizmetleri maliyetleri aşağı çekilerek bütün bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanma olasılıkları ve hizmete ulaşılabilir dereceleri arttırılabilmektedir (Kavuncubaşı, 2000: 67).

Sosyal Güvenlik Kurumlarının tek bir çatı altında toplanmasının öncesi ve kamu çalışanlarının da bu kapsama alındığı dönemlerde dahil olmak üzere her geçen yıl sağlık harcamalarının genel bütçe içindeki artan payı, durumu daha dikkat çeker bir noktaya getirmiştir. Sağlık harcamalarındaki bu oransal artış ülkede sağlığa verilen önemin bir ölçüsü olarak sunulurken istatistiki veriler bu kaynakların istenilen sonucu elde etmek için sarf edilemediği göstermektedir. Türkiye’de sağlık harcamalarının kamu maliyesinin genel durumuna göre daha yüksek seyretmesinin nedenleri temelde bazı yapısal sorunlara bağlanabilmektedir. Tedavi süreci uzun ve pahalı olan sağlık sorunlarının ortaya çıkması, erken teşhisi sağlayan koruyucu sağlık hizmetlerinin yetersiz kalması, halen tüm illerde aile hekimliği uygulamasına geçilememesi, ilaç rejimindeki akılcı olmayan uygulamalar, altyapısı ve finansman imkanları oluşturulmadan hayata geçirilen ve sosyal güvenlik kapsamındaki bireylerin %14’lük kısmına tekabül eden yeşil kart programının hala devam ettirilmesi sosyal güvenlik sistemini sürdürülebilir olmaktan alıkoymaktadır (Karagöz, 2009).

Türkiye nüfusunun %30’unu oluşturan 3 büyük ilde (Ankara, İstanbul, İzmir) Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerin (dispanserler, sağlık ocakları, sağlık merkezleri v.b. hariç) %14’ünün bulunuyor olması ve bu hastanelerde 2009 yılı Medula dönem sonlandırma rakamlarının %38’ine karşılık gelen yaklaşık 3 milyar TL’lik bir cironun yine bakanlık

hastanelerinde görev yapan uzman hekimlerin %30’u (yaklaşık 10500 kişi) ile yapılmış olması sağlık hizmetlerinin büyük şehirlerde yoğunlaştığını göstermektedir. Özel hastanecilik girişimlerinin de bu illerde kümелendiği düşünüldüğünde tüm bireylerin ihtiyacı olan sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğin hakkaniyet ölçülerinde tabana yayılmasının gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

Sağlık hizmetinin sürdürülebilir olması açısından özellikle üniversite hastaneleri bulundukları borç yüklerinden arındırılmalı, sosyal güvenlik açıklarını azaltmak için uygulanan politikalar neticesinde oluşan riskler sistem içerisinde yaşatılması zorunlu olan sağlık hizmet sunucularına yüklenmemelidir. Üniversite hastanelerinin sistem içerisinde zayıflaması gerek asistan eğitimi gerekse ileri tetkik ve tedavi gerektiren hastaların takibi açısından büyük olumsuzluklar yaratacaktır. 2007 yılı Sağlık Uygulama Tebliği ile 2008 yılının Ocak ayında uygulamaya konulan ve yatarak tedavi gören hastalarda kullanılan ilaç ve malzemelerin sağlık kurumları tarafından temin edilmesi zorunluluğu ile birlikte bu malzemelerin sağlık hizmet sunucuları tarafından fiyatlandırılma kriterleri de yeniden belirlenerek alım gücü zayıf olan hastaneler korunmaya çalışılmıştı. Bugün gelinen noktada SGK, uygulamada gördüğü aksaklıklar ve oluşan aşırı çarpık fiyatlardan dolayı grup olarak cerrahi malzemeleri yeniden fiyatlandırarak tavan fiyatları tespit etmekte ve müspet listeler yayınlamaktadır. Dikkat edilmesi gereken husus ise bu fiyatların tüm sağlık sunucularının alım gücü ve piyasada satışı yapılan orijinal/muadil ürünleri kapsayabilecek bir fiyatlandırma yapmaktır. Oluşturulan bazı listeler için yapılan eleştiriler fiyatların gerçeği yansıtmayarak borçlu olan sağlık kurumlarının borç yükünü daha da arttırdığı yönündedir. Kalite standartlarını artırmak adına yapılan bu düzenlemeler sağlık hizmetleri açısından önemli olurken durumun finansal boyutu da göz önünde bulundurulmak zorundadır.

Aldığı sağlık hizmetine herhangi bir fark ödemek istemeyen bireyler öncelikle birinci basamak sağlık kurumlarından faydalanmalı, gerekli görüldüğü hallerde hasta buradan bir üst basamağa sevk edilmeli, faklı hizmet almak isteyen ve bu hizmetin finansmanına katkı payı ile cepten ödeme yaparak destek olmaya razı olan bireyler ise üniversite hastanelerine, eğitim-araştırma hastanelerine ve özel sağlık kurumlarına başvurabilmelidirler. Verilen hizmetin standartlarına göre SGK’nın özel sağlık kurumlarını sınıflamada kullandığı ölçütler baz

alınarak, özel sağlık kurumları talep edecekleri katkı payını kendileri belirlemeli, kamu idaresi yalnızca üst sınırı belirleyerek denetimlerini sıklaştırmalıdır. Üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastaneleri de özellikli hizmet verebilme kabiliyetlerinden dolayı yüksek maliyetlerini karşılayabilmek için katkı payı almalıdırlar. Özellikle üniversite hastaneleri, özel bütçeden herhangi bir ödenek alamadıkları ve yalnızca kendi öz gelirleri olan döner sermaye gelirleri ile personel giderleri dahil olmak üzere tüm süreçlerini finanse etmek durumunda oldukları için katkı payı konusunda daha da esnek olmalıdırlar. Adil bir finansman sistemi kurgulanarak bireylerin hizmet kullanımına engel olan hizmet maliyetlerini ortadan kaldıracak, ekonomik güçleri oranında sağlık harcamalarını finanse etmelerine olanak verecek bir yapı oluşturulmalıdır (Kavuncubaşı, 2000: 67).

2010 yılı Ocak ayı itibariyle sağlık giderlerini finanse etme açısından kapsamı genişletilen SGK, en kısa sürede içinde yeşil kart sahibi kişileri denetleyerek gerçek haksahiplerinin belirlenmesi, yeni başvuruların ise hakkaniyet ölçüsü içerisinde değerlendirilmesi sağlamalıdır. Yeşil kart harcamalarının Sağlık Bakanlığı bütçesinin son beş yıl içinde ortalama %40’larına ulaştığı bir ortamda bu durum mutlaka gözden geçirilmelidir. Bütün bireyler, sosyal güvenlik sisteminde oluşan açıkların yine kendilerinin ödediği vergilerden yapılan bütçe transferleriyle sübvansede edildiği gerçeğini unutmamalıdır.

KAYNAKÇA

- AKDUR, Recep; (2009), “**Sağlık Harcamaları**”, http://www.recepakdur.com/getfile.asp?file=Utopya_sa%F0l%FDk_harcamalr%FD_RA.pdf, (09.01.2010).
- AKTAN, Can C. ve A. Kadir IŞIK, “**Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Alternatif Yöntemler**”, <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/finansman-alternatif.pdf>, (10.01.2010).
- AYTEKİN, Sinan ve A. Gamze Ç. AYTEKİN; (2010), Türkiye’de Sosyal ve Ekonomik Boyutuyla Sağlık Harcamaları ve Finansmanı, Uluslararası Sempozyum-V, 27-29 Mayıs, Erdek.

-
- ÇELİK, Hüseyin; (16.11.2009), “**GLOBAL BÜTÇE: Nereye Kadar**”, Medimagazin, <http://www.medimagazin.com.tr/mm-global-butce-nereye-kadar-ky-52202.html>, (26.12.2009).
- ÇELİK, Hüseyin; (10.11.2008), “**GSS’de Katılım Payı ve SUT Uygulamasındaki Yasal Sorunlar**”, Medimagazin, <http://www.medimagazin.com.tr/mm-gssde-katilim-payi-ve-sut-uygulamasindaki-yasal-sorunlar-ky-51770.html>, (26.12.2009).
- ERGÜZELOĞLU, Fatma; (07.12.2009), “**Türkiye’de İlaç Tüketimi Düşük**”, Medimagazin, <http://www.medimagazin.com.tr/mm-turkiyede-ilac-tuketimi-dusuk-h-63045.html>, (12.12.2009).
- ERSOY, İbrahim; (17.05.2010), “**Tam Gün’e Borç Kısıncı**”, Medimagazin, <http://www.medimagazin.com.tr/mm-tam-gune-borc-kiskaci-h-67326.html>, (17.05.2010).
- GÖKTAŞ, Paşa; (09.12.2009), “Sağlıkta Bütün Giderleri Devlet (ve SGK) Karşılayamaz”, Sağlıkaktüel, http://www.saglikaktuel.com/index.php?option=com_content&task=view&id=6132&itemid=1, (19.12.2009).
- KALAYCI, Şeref; (2009), **SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri**, Ankara: Asil Yayın Dağıtım.
- KARAGÖZ, Kadir; (2009), Kamu Sağlık Harcamalarını Belirleyen Faktörler: Ekonometrik Bir Değerlendirme, EconAnadolu 2009: Anadolu Uluslararası İktisat Kongresi, 17-19 Haziran, Eskişehir.
- KAVUNCUBAŞI, Şahin; (2000), **Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi**, Ankara: Siyasal Kitabevi.
- SOYER, Ata; (2010), “**Kamu Hastane Birlikleri Yasası**”, Sağlıkaktüel, <http://www.saglikaktuel.com/haber/k.hastane-birlikleri-yasasi-7233.htm>, (26.04.2010).
- T.C. Maliye Bakanlığı, “2010 Yılı Bütçe Gerekçesi”.
- T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu, “**2010 Yılı Mart Sigortalı İstatistikleri**”, Sigortalı İstatistikleri, 07.05.2010, <http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/Anasayfa/Istatistikler>, (18.05.2010).

-
- T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu, “**2010 Yılı Mart Sağlık İstatistikleri**”, Sağlık İstatistikleri, 07.05.2010, <http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/Anasayfa/Istatistikler>, (18.05.2010).
- T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu, “**2010 Yılı Mart Mali İstatistikler**”, Mali İstatistikler, 07.05.2010, <http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/Anasayfa/Istatistikler>, (18.01.2010).
- YALÇIN, Türkan; H. Hüseyin YILDIRIM; (2001), Sağlık Hizmetleri Finansmanı, **Yeni Türkiye Dergisi**, Sağlık Özel Sayı, No:40.
- YILMAZ, H. Hakan; (2010), 2010 Yılı'nın Sağlık Bütçesi Açısından Görünümü ve Kamu Sağlık Harcamalarına Karşılaştırmalı Bir Bakış, **Sağlık-Sen Dergisi**, Şubat, s. 4-11.
- YURDADOĞ, Volkan; (2007), Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Finansmanı ve Analizi, **Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Cilt:16, Sayı:1, s. 591-610.