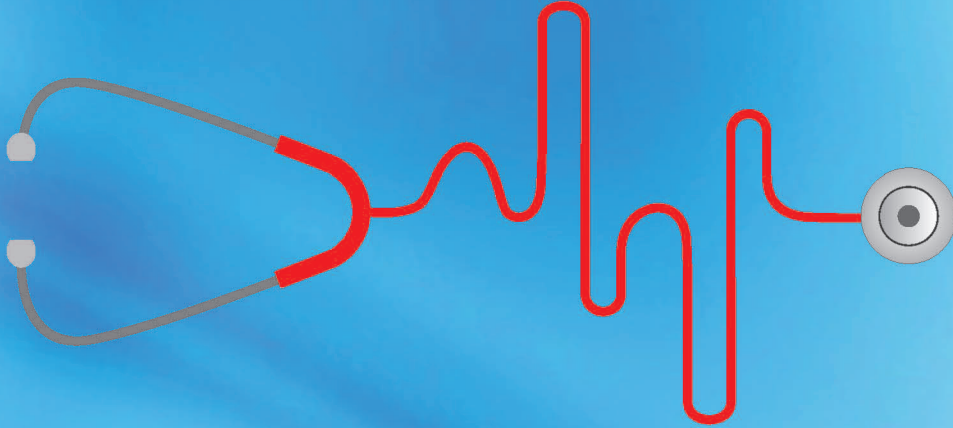




TÜRKİYE'DE SAĞLIK POLİTİKALARI VE SAĞLIK HARCAMALARININ ETKİNLİĞİ ÜZERİNE BAZI GÖZLEMLER

• Ferhat EMİL • Doç. Dr. H. Hakan YILMAZ • Doç. Dr. Nuray YAZIHAN • Dilara TUNCA



Aralık 2013

āū

ankara üniversitesi yayınevi



āy
ankara üniversitesi yayınevi

Türkiye’de Sağlık Politikaları ve Sağlık Harcamalarının Etkinliği Üzerine Bazı Gözlemler

Ferhat Emil - Doç. Dr. H. Hakan Yılmaz - Doç. Dr. Nuray Yazıhan - Dilara Tunca

Aralık 2013

Çalışmanın tamamlanma aşamasında metnin okunması ve tasarım konusundaki katkılarından dolayı Demet Karaoğlu’na teşekkür ederiz.

Ankara Üniversitesi Yayınları No: 396
Ankara Üniversitesi Yayınevi Yayın No: 6

Türkiye’de Sağlık Politikaları ve Sağlık Harcamalarının Etkinliği Üzerine Bazı Gözlemler
Ferhat Emil - Doç. Dr. H. Hakan Yılmaz - Doç. Dr. Nuray Yazıhan - Dilara Tunca

Ankara Üniversitesi Yayınevi
Ankara Üniversitesi Tandoğan Yerleşkesi Öğrenme Merkezi,
Döğol Caddesi 06100
Tandoğan / Ankara / Türkiye
Tel: +90 (312) 223 57 61
Faks: +90 (312) 213 95 32
Sertifika No: 25394

Birinci Basım: Aralık 2013

Genel Yayın Yönetmeni: Prof. Dr. Doğan Atılğan

Kapak Tasarımı ve Sayfa Uygulama : Ankara Üniversitesi Basımevi

© Ankara Üniversitesi Yayınevi

Tüm hakları saklıdır. Yayınevinden yazılı izin alınmadan kısmen veya tamamen alıntı yapılamaz, hiçbir şekilde kopya edilemez, çoğaltılamaz ve yayımlanamaz.

ISBN: 978-605-136-128-4

Baskı Yeri:
Ankara Üniversitesi Basımevi
İncitaşı Sokak No.10, 06510, Beşevler/ANKARA
Tel: 0312-213 66 55
Basım Tarihi: 18.12.2013

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ	7
I. TÜRKİYE’DE SAĞLIK POLİTİKALARINDA VE KURUMSAL YAPIDA DEĞİŞİM	8
II. TÜRKİYE’DE DEMOGRAFİK GEÇİŞ, SAĞLIĞA ERİŞİM VE ERİŞİM GÖSTERGELERİNDEKİ GELİŞMELER.....	13
II.1 Demografik Geçiş ve Epidemiyolojik Geçiş Kuramı Kapsamında Türkiye.....	13
II.2 Türkiye’de Sağlığa Erişim ve Erişim Göstergelerindeki Gelişme.....	19
III. TÜRKİYE’DE KAMU SAĞLIK HARCAMALARI VE MALİ SÜRDÜRÜLEBİLİRLİK KONUSU: KARŞILAŞTIRMALI BİR ANALİZ	23
III.1 Sağlık Harcamalarının Gelişimi ve Mali Sürdürülebilirlik.....	23
III.2 Kamu Halk Sağlığı Harcamaları.....	28
IV. VERİ ZARFLAMA ANALİZİ VE TÜRKİYE’DE SAĞLIK SİSTEMİNİN GÖRELİ ETKİNLİĞİ.....	33
IV.1 Veri Zarflama Analizi: Yöntem, Veri Yapısı, Seçilen Ülkeler ve İki Yönlü Ülke Korelasyonları..	33
IV.2 Veri Zarflama Analizi Sonuçları	38
V. SONUÇ	43
VI. EKLER	44
Ek 1: Kalkınma Planında “Sağlık Sisteminin Etkinleştirilmesi” Başlığı Altında Yer Alan Hedefler....	44
Ek 2: Orta Vadeli Programlarda Yer Alan Sağlık Politikaları İle İlgili Hedefler	46
Ek 3: Birleşik Krallıkta Başlıca Ölüm Sebeplerine Ait Mortalite Hızlarının Değişimi	50
Ek 4: Fransa’da Başlıca Ölüm Sebeplerine Ait Mortalite Hızlarının Değişimi	51
VII. KAYNAKÇA.....	52

TABLolar

Tablo 1	663 Sayılı KHK İle Karşılaştırmalı Şekilde Sağlık Bakanlığının Değişen Örgütsel Yapısı	10
Tablo 2	2003-2012 Yılları Arasında Belirlenen Temel Sağlık Politikaları ve Uygulamaları	11
Tablo 3	Türkiye’de Temel Demografik Göstergeler	13
Tablo 4	Ana Hastalık Gruplarına Göre Türkiye’de Ölüm Hızları (100 binde)	16
Tablo 5	Türkiye, Fransa ve Birleşik Krallıkta Yaşa Göre Düzeltilmiş Ölüm Hızları (2004).....	17
Tablo 6	Türkiye, Fransa ve Birleşik Krallıkta Yaşa Göre Düzeltilmiş Ölüm Hızları (2008).....	18
Tablo 7	Hastane Müracaat Sayıları Toplamı (bin kişi, 2002-2012)	19
Tablo 8	Türkiye’de Kamu Sağlık Harcamalarının Kurumsal Gelişimi (2000-2012)	24
Tablo 9	Sağlık Bakanlığı Hastaneleri Döner Sermaye Hesaplarından Silinen SGK Sağlık Borçları.....	27
Tablo 10	2008 ve 2009 Yıllarında İlaç Harcamalarının Hastalık Gruplarına Göre Dağılımları	28
Tablo 11	Sağlık Sistemlerinin Görelî Etkinliğinin Karşılaştırılmasında Kullanılan Girdi ve Çıktılar	34
Tablo 12	Sağlık Sistemlerinin Kronik Hastalıklarla Mücadele Açısından Görelî Etkinliğinin Karşılaştırılmasında Kullanılan Girdi ve Çıktılar	35
Tablo 13	Üst-Orta Gelir Grubu Ülkeleri İki Yönlü Korelasyon Sonuçları	36
Tablo 14	Yüksek Gelir Grubu Ülkeleri İki Yönlü Korelasyon Sonuçları.....	37
Tablo 15	Üst-Orta ve Yüksek Gelir Grubu Ülkeleri İki Yönlü Korelasyon Sonuçları	37
Tablo 16	Üst-Orta Gelir Grubu Ülkelerinin Sağlık Sistemlerinin Görelî Etkinlik Değerleri	38
Tablo 17	Yüksek Gelir Grubu Ülkelerinin Sağlık Sistemlerinin Görelî Etkinlik Değerleri.....	39
Tablo 18	Üst-Orta Gelir Grubu Ülkelerinin Sağlık Sistemlerinin Kronik Hastalıklarla Mücadele Açısından Görelî Etkinlik Değerleri.....	40
Tablo 19	Yüksek Gelir Grubu Ülkelerinin Sağlık Sistemlerinin Kronik Hastalıklarla Mücadele Açısından Görelî Etkinlik Değerleri.....	41
Tablo 20	VZA Sonuçlarına Göre Üst-Orta Gelir Grubu Ülkeleri İçinde Sağlık Sistemlerinin Kronik Hastalıklarla Mücadele Açısından Türkiye’ye Referans Gösterilen Ülkeler	41
Tablo 21	VZA Sonuçlarına Göre Yüksek Gelir Grubu Ülkeleri İçinde Sağlık Sistemlerinin Kronik Hastalıklarla Mücadele Açısından Türkiye’ye Referans Gösterilen Ülkeler	42

GRAFİKLER

Grafik 1	Türkiye’de Yaş Gruplarına Göre Nüfusun Değişimi (%).....	14
Grafik 2	Türkiye’de Yaş Gruplarına Göre Nüfusun Değişimi (Kişi Sayısı)	14
Grafik 3	Birleşik Krallık ve Fransa’da Yaş Gruplarına Göre Nüfusun Değişimi	16
Grafik 4	Fransa, Türkiye, Birleşik Krallık, Portekiz ve Meksika’da Yıllara Göre Kaba Mortalite Hızları	17
Grafik 5	Türkiye’de Hekim Başına Nüfusun Gelişimi (2000-2012).....	19
Grafik 6	Hekim ve Hemşire Başına Hastanelere Müracaat Sayıları (2002-2012)	20
Grafik 7	Türkiye’de Yıllar İtibarı ile İlaç Tüketimi	21
Grafik 8	Kişi Başı Sağlık Harcamalarındaki Yıllık Ortalama Artış (OECD, 2000-2009)	23
Grafik 9	Türkiye’de Kamu Sağlık Harcamalarının Gelişimi (1999-2012)	25
Grafik 10	OECD Ülkelerinde İlaç Harcamaları (% Toplam Sağlık Harcamaları, 2009)	26
Grafik 11	Kamu İlaç Harcamalarının Artışı (2003 Sağlık Fiyatları, Milyon TL).....	26
Grafik 12	OECD Ülkelerinde Toplam Sağlık Harcamaları İçinde Halk Sağlığı Harcamalarının Payı (%). 29	
Grafik 13	Türkiye’de Kadın ve Erkek Kanser İnsidans Değerleri (100.000’de, 2000-2006)	30
Grafik 14	Türkiye’de Kanser İnsidans, Prevalans ve Mortalite Hızları (2005).....	31
Grafik 15	2005-2030 Yıllık Bazda Toplam Kanser Harcamalarının Gelişimi (milyar \$; 2008-2030, 2008 fiyatlarıyla)	31

GİRİŞ

Bu çalışma kapsamında Türkiye’de son 10-15 yıllık dönemde kamu sağlık politikaları ile sağlık harcamalarının analizi konusunu ele almaktayız. Kamu sağlık politikalarında başta sağlık hizmetlerine erişim olmak üzere son on yılda önemli değişiklikler yapılmış olmakla beraber, bu alanda uygulanan politikaların kamu kaynaklarının kullanımını nasıl etkilediği ve sağlıkta dönüşüm politikaları olarak adlandırılan uygulamaların, kamu kaynaklarının etkin bir biçimde kullanılmasına yol açıp açmadığı hususları çok fazla tartışılmamıştır. Çalışma bu konudaki tartışmalara katkı sağlamayı amaçlamaktadır.

Sağlık harcamalarının sunum düzeyi ve kalitesi insan yaşamının süresini uzatması yanında özellikle koruyucu sağlık hizmetleri yoluyla negatif dışsallıkları azaltması nedeniyle de büyümeyi pozitif etkilemektedir. Tüm dünyada sağlık harcamalarında gözlemlenen belirgin artış, özellikle gelecek 10-15 yıllık dönemde gelişmiş ülkeler yanında gelişmekte olan ülkelerde de kamu politikaları içinde sağlık politikalarını öncelikli alanların başına getirecektir. Bu çalışma aynı zamanda sağlığa ilişkin kamusal politikaların bütünsel bir çerçeve içinde oluşturulması, plan ve programlara öncelikle çerçevesinde yansıtılması sürecinde mali yönetim ve sürdürülebilirlik konusundaki tartışmalara katkı vermek amacıyla da hazırlanmıştır.

Çalışmanın birinci bölümünde sağlık politikalarında başlanan dönüşüm programı konusundaki gelişmelere dikkat çekilerek bir durum tespiti yapılmaktadır. Bu kapsamda sağlık politikalarını uygulayacak ve hizmet üretecek kurumlardaki yapısal değişimin görünümü ve bu alanda sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılmasına yönelik alınan kararların kronolojik bir sıralaması verilmektedir.

Çalışmanın ikinci bölümünde; bütün bu alınan kararlar sonrasında, Ülkemizde sağlık hizmetlerine erişim konusunun değişik boyutları değerlendirilmeye çalışılmakta ve bu çerçevede sağlıkta dönüşüm politikalarının eldeki veriler çerçevesi içinde şu ana kadar gözlemlenen çıktıları üzerinde odaklanılmaktadır.

Üçüncü bölümde ise; sağlık politikalarındaki yapısal dönüşüm uygulamaları sırasında ortaya çıkan kamu harcamalarının çerçevesi çizilmekte ve bu harcamaların hangi alanlara yoğunlaştığı konusuna odaklanılmaktadır. Bu alanda diğer ülke örnekleri ile karşılaştırmalı bir biçimde Ülkemizdeki sağlık harcamalarının uluslararası alandaki yeri konusuna açıklık getirilmeye çalışılmaktadır.

Çalışmanın dördüncü bölümünde ise bu bulgulardan hareketle sağlık harcamalarının teknik etkinliğinin Veri Zarflama Analizi (VZA) yöntemiyle değerlendirilmesi yapılmaktadır. Bu bölümde önce söz konusu analiz yöntemi açıklanmakta ve daha sonra bu yöntem ile ulaşılan sonuçlar hakkında bilgi verilmektedir.

Son bölümünde ise çalışmanın bulguları çerçevesinde genel sonuçları konusunda değerlendirmelerde bulunmaktadır.

I. TÜRKİYE’DE SAĞLIK POLİTİKALARINDA VE KURUMSAL YAPIDA DEĞİŞİM

Hükümet sağlığa ilişkin temel politika alanlarını 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı ile belirlemiştir. Özellikle sağlık alanında uzun yıllardan bu yana biriken ve ertelenen sorunlara bir çözüm olarak düşünülen Sağlıkta Dönüşüm Programı, önceden yapılan çalışmaların daha bütünsel bir çerçevede ortaya konması açısından önemli değişiklikler öngörmektedir. Nitekim Hükümet, izleyen dönemlerde program çerçevesinde öngörülen değişiklikler doğrultusunda bazı temel adımları atmıştır.

Şimdi öncelikle “Sağlıkta Dönüşüm Programı” adı altında getirilen bu değişikliklerin neler olduğuna bakalım. Bunu yaparken, aynı zamanda bu programın daha sonra kalkınma planlarına nasıl yansıtıldığı konularına da değineceğiz. Böylece, sağlık alanındaki hükümet politikalarının uygulamaya geçişindeki temel politika belgelerini de ele almış olacağız. Buna göre; Sağlık Bakanlığı, 2003 yılı haziran ayında açıklamış olduğu Sağlıkta Dönüşüm Programında, Programın amacını sağlık hizmetlerinin **etkili, verimli ve hakkaniyete** uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması olarak belirlemiştir. **Etkililik** ile hedeflenen; uygulanacak olan politikaların sonucunda anne ve çocuk ölümlerinin azaltılması ve doğuştan yaşam beklentilerinin artırılması şeklindeki göstergeler ile ölçerek sağlık düzeyinin yükseltmesidir. **Verimlilik** kaynakları uygun bir şekilde kullanılarak maliyetlerin düşürülmesi ve bunun sonucunda aynı kaynakla daha fazla hizmet üretilmesidir. Bakanlık akılcı ilaç kullanımı, sağlık işletmeciliği ve koruyucu hekimlik uygulamalarını bu çerçevede değerlendirmiştir. **Hakkaniyet** ise, vatandaşların sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde ulaşmalarının ve hizmetin finansmanına mali güçleri oranında katkıda bulunmalarının sağlanması olarak görülmüştür.

Sağlıkta Dönüşüm Programı sekiz bileşenden oluşmaktadır (SB, 2003):

1. Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı
2. Herkesi tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası
3. Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi
4. Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü
5. Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları
6. Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon
7. Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma
8. Karar sürecinde etkili bilgiye erişim (sağlık bilgi sistemi).

Sağlıkta Dönüşüm Programının uygulamaya konmasını zorunlu kılan nedenlere ilişkin tartışmalar izleyen yıllarda dört ana başlık altında toplanmıştır. Bunlar;

- Sağlık hizmetleri sunumundaki maliyet artışları
- Vatandaşların beklentilerinin artması
- Kamunun ödeme kapasitesinin sınırlı olması
- Kamuda yönetim anlayışının vatandaş tarafından sorgulanmaya başlanması (SB, 2011).

Hükümet Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde açıklamış olduğu acil eylem planı ile programdan temel beklentilerinin neler olduğunun da genel bir çerçevesini çizmiştir. Acil eylem planında Sağlıklı Toplum başlığı altında 9 faaliyet alanı belirlenmiştir. Bunlar;

- Sağlık Bakanlığı yeniden yapılandırılması
- Devlet hastanesi, sigorta hastanesi, kurum hastanesi ayrımı kaldırılarak tüm hastanelerin tek bir çatı altında toplanması

- Hastanelerin idari ve mali yönden özerk bir yapıya kavuşturulması
- Sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanının ayrılması
- Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve Kurumu kurulması
- Aile hekimliği uygulamasına geçilerek sağlam bir sevk zinciri kurulması
- Anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi
- Koruyucu hekimlik sisteminin yaygınlaştırılması
- Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapması özendirilmesi

olarak ele alınmaktadır.

Türkiye’de sektörel politikaları uzun vadeli olarak şekillendiren temel plan belgesi **Kalkınma Planıdır**. 2007-2013 dönemini kapsayan 9. Kalkınma Planı beş ana eksen üzerine oturmuş, bu eksenlerden üçüncüsü sağlık sektörünün etkinleştirilmesi alt başlığında ele alan “beşeri gelişme ve sosyal dayanışmanın güçlendirilmesidir” olarak belirlenmiştir.

Kalkınma Planının (2007-2013) sağlığa yönelik olarak ortaya koyduğu kapsamlı hedeflerin içinde öne çıkanlar aşağıdaki gibi sıralanabilir (Ayrıntılı bilgi için Ek 1’e bakılabilir):

- Sağlık Bakanlığının planlayıcı, düzenleyici ve denetleyici rolünün güçlendirilmesi
- Koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi
- Sağlık hizmetlerine erişim olanaklarının iyileştirilmesi
- Hasta odaklı bir sağlık sistemi oluşturulması
- Hastanelerin idari ve mali açıdan özerkleştirilmesi
- Sağlık personeli açığının giderilmesi ve hizmet sunumuna ve personele ilişkin ulusal standartların belirlenmesi ile sağlık birimlerinin akreditasyonu sistemi oluşturulması
- Uluslararası kriterlere uygun sağlık veri tabanı oluşturulması
- Aile hekimliği hizmet modelinin yaygınlaştırılması
- Sevk zincirinin etkin işletilmesi ve bilgi sistemlerinin yaygın olarak kullanılması ile hastanelerde hizmet verilmesinin kolaylaştırılması ve sağlık harcamalarının kontrolünün sağlanması
- İlacın akılcı kullanımının sağlanması
- Genel sağlık sigortası sisteminin, getireceği mali yüklerin azaltılması için, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte uygulanması
- Aşı ve anti-serum başta olmak üzere yaşam kalitesinin yükseltilmesine yönelik sağlık araştırmalarının desteklenmesi
- Türkiye’nin fiyat, hizmet kalitesi ve jeotermal kaynaklar açısından rekabet üstünlüğü göz önüne alınarak, sağlık hizmetleri turizminin desteklenmesi
- Özel sektörün sağlık alanında yapacağı yatırımların teşviki.

Kalkınma Planının uygulandığı dönemde çıkarılan **Orta Vadeli Programların (OVP)** sağlıkla ilgili hedefleri Kalkınma Planı ile büyük ölçüde paralellik arz etmiştir (Ek 2’de ilgili OVP’lerde yer alan hedefler yer almaktadır). Planın yıllık uygulamaları dilimini gösteren Yıllık Programlar, Kalkınma Planı ile ortaya konulan amaçlara ulaşabilmesine yönelik öncelikleri ve tedbirleri detaylı bir şekilde ele almıştır.

2 Kasım 2011 tarih ve 28103 sayılı Mükerrer Resmi Gazete’de yayımlanan 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile, Sağlık Bakanlığı gerek Sağlıkta Dönüşüm Programı gerekse diğer politika ve plan belgelerinde ifade edildiği şekilde önemli bir yeniden yapılanma sürecini başlatmıştır.

Getirilen kapsamlı düzenleme ile Sağlık Bakanlığının, merkez birimi sürekli kurulların da önemli desteği ile politikayı belirleyen, uygulamaya yönelik norm ve standartları tespit eden ancak uygulama yapmayan daha işlevsel ve daha küçük bir merkez teşkilatı haline getirilmesi amaçlanmıştır. Bu şekilde Bakanlığın politika oluşturan, koordinasyon ve sağlık politikalarının uygulanmasından sorumlu bir kurumsal yapı haline dönüştürülmesi öngörülmüştür. Hizmet sunumunun ise, söz konusu KHK çerçevesinde getirilen düzenlemeler ile bağlı kuruluşların merkez ve özellikle de taşra teşkilatları eliyle yürütülmesi planlanmıştır.

Aynı KHK ile bağlı kuruluşları ile birlikte Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatının organizasyon yapısı da önemli ölçüde değiştirilmiştir. Aşağıdaki tabloda 663 sayılı KHK ile getirilen örgütsel yapının daha önce geçerli olan 181 sayılı KHK ile farkı karşılaştırılmalı olarak gösterilmektedir:

Tablo 1: 663 Sayılı KHK ile Karşılaştırmalı Şekilde Sağlık Bakanlığının Değişen Örgütsel Yapısı

663 sayılı KHK	181 sayılı KHK
Ana Hizmet Birimleri	
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü	Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü	Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü	İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü
Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü	Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü
Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü
Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü	Sıtma Savaşı Dairesi Başkanlığı
	Verem Savaşı Dairesi Başkanlığı
	Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı
Dış İlişkiler ve Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü	Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı
	Avrupa Topluluğu Koordinasyon Dairesi Başkanlığı
	Danışma ve Denetim Birimleri
Denetim Hizmetleri Başkanlığı	Teftiş Kurulu Başkanlığı
Strateji Geliştirme Başkanlığı	Strateji Geliştirme Başkanlığı
Hukuk Müşavirliği	Hukuk Müşavirliği
Bakanlık Müşavirliği	Bakanlık Müşavirleri
	Basın ve Halkla İlişkiler Müşavirliği
Yardımcı Birimler	
Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü	Personel Genel Müdürlüğü
	İdari ve Mali İşler Dairesi Başkanlığı
	Savunma Sekreterliği
Özel Kalem Müdürlüğü	Özel Kalem Müdürlüğü
Sürekli Kurul	
Sağlık Politikaları Kurulu	Yüksek Sağlık Şurası
Yüksek Sağlık Şurası	
Tıpta Uzmanlık Kurulu	
Sağlık Meslekleri Kurulu	
Bağlı Kuruluşlar	
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu	Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü
Türkiye İlaç ve Tıbbî Cihaz Kurumu	Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı
Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü	
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu	

Bakanlığın Sağlıkta Dönüşüm Programının uygulanması sürecinde öngörülen bu yapısının Sosyal Güvenlik Kurumunun (SGK) kurulması, hizmetlerinin çeşitlenmesi ve ayrışması ile geldiği son nokta ile nasıl bir uyum göstereceği dikkatle izlenmesi gereken bir süreç olarak değerlendirilmelidir. Zira kamusal sağlık hizmetlerinin yönetiminde temel bir değişimi yansıtan bu yapıya uygun bir iş yapma biçiminin gerek Bakanlık gerekse Bakanlık ve yeni kurulan bağlı kurumlar ile diğer kamu kurumları arasındaki ilişkiye ne düzeyde yansıtacağı yakın gelecekte çözülmesi gereken önemli bir sorun alanı olarak görülmektedir.

Gerek Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Acil Eylem Planı gerekse Kalkınma Planı ile Orta Vadeli Programlarda öngörülen sağlığa ilişkin politikalar ile hedefleri hayata geçirmeye yönelik olarak 2003'den bugüne verilen ve gerçekleştirilen temel kararlar ve uygulamalar, bu açıklamaların da ışığında, kronolojik olarak aşağıda yer alan tabloda özet bir biçimde toplanmıştır.

Tablo 2: 2003-2012 Yılları Arasında Belirlenen Temel Sağlık Politikaları ve Uygulamaları

DÖNEM	TEMEL POLİTİKA UYGULAMALARI
2003-2005	- Sağlıkta dönüşüm programının açıklanması
	- Yeşil kart kapsamına ayakta tedavi hizmetlerinin alınması
	- İlaçta referans fiyat uygulamasına geçilmesi
	- İlaçta KDV oranlarının % 18'den % 8'e düşürülmesi
	- SSK hastaneleri başta olmak üzere kamu kurumlarının sahip olduğu hastanelerin Sağlık Bakanlığına devredilmesi ile birlikte sosyal güvenlik kapsamındaki herkesin bütün kamu hastanelerinden hizmet alınmaya başlanması
	- SSK'nın ilaç üretim ve alım politikaları hastanelerin de devri ile değiştirilerek ilaçların tamamen piyasadandan alınmaya geçilmesi
	- Yeşil kart uygulamasında önemli bir değişime gidilmesi ve yeşil kart uygulamasının SYDTF kapsamından çıkartılarak tamamen Sağlık Bakanlığı yetkisi altına alınması
	- Böylece hem yeşil kartlı sayısı artırılması, hem de yeşil kart sahiplerinin geçmişten farklı olarak diğer sigortalılar gibi sağlık hizmetlerinden yararlanması ve ilaçlarını eczanelerden alması imkanının getirilmesi
	- Sağlık hizmetlerine erişimle birlikte ilaç tüketimi hızla artması karşısında ilaç maliyetlerinin bütçeye ve SGK'ya yükünü azaltmak için ilaçta KDV indirimi yapılması
	- Aile hekimliği pilot uygulamasına başlanması
2006-2008	- 5510 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu kanununun kabul edilmesi ve kanunun aşamalı bir şekilde uygulamaya konması
	- Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde global bütçe uygulamasına başlanması
	- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin herkes için ücretsiz olması
	- Yeşil kart sahiplerine yönelik sağlık hizmet paketi kapsamının genişletilmesi
	- Genel sağlık sigortası kapsamında 18 yaşın altındaki tüm nüfusun sağlık sigortası kapsamı altına alınması
	- SGK'nun sağlık hizmet kapsamının genişletilmesi, geçmişte kısmen ödenen veya kapsam için bulunmayan bazı sağlık hizmetlerinin özellikle seçim öncesi dönemlerde kapsam altına alınması
	- Yurt içinde tedavisi mümkün olmayan hastalıklarda tüm sigortalıların yurt dışında tedavi görebilmeleri imkanı sağlanması
2009-2012	- İlaçta yönelik jenerik ilaç ve iskonto oranlarının dönem içinde farklılaştırılarak uygulanması
	- İlaçta erişimi artırmaya yönelik çeşitli uygulamaların yaygınlaştırılması
	- Yeşil kartlı hastalara ilişkin hizmet paketlerinin genişletilmesi özel hastanelerin acil servis ve yoğun bakımlarından faydalanmaya başlanması
	- Bazı ilaçların KDV oranlarının düşürülmesi
	- Genel sağlık sigortası uygulaması kapsamında tüm nüfusun sağlık sigortası kapsamına alınması uygulamasına geçilmesi ve yeşil kart uygulamasının bu çerçevede SGK'ya devredilmesi
	- Aile hekimliği uygulamasına geçiş

Bütün bu açıklamalarımızdan görüleceği üzere, 2003 yılından itibaren getirilen düzenlemeler ile sağlık hizmetlerine erişimin yaygınlaştırılması konusunda önemli yasal ve kurumsal düzenlemeler yapıldığı görülmektedir. Ancak bu düzenlemelerin getirdiği harcama artışlarının ise çeşitli mali politika uygulamaları ile kontrol altına alınması yoluna gidildiği de dikkati çekmektedir. Bunları kısaca özetleyecek olursak:

- Sağlık Bakanlığı hastanelerinin döner sermayelerinin SGK'dan olan alacaklarının silinmesi gelmektedir. SGK sağlık harcamaları kapsamında 2004-2010 yılları arasında Bakanlık hastanelerine toplam tahakkuk eden tutarın % 14,2'sini ödememekte ve bu alacaklar silinmektedir.
- 2004 yılında ilaçta KDV oranlarının % 18'den % 8'e düşürülmesiyle ilaç faturasında % 9,2 oranında bir düşme sağlanmıştır.
- Bu uygulamalara üniversite hastanelerinin yaklaşık % 15 düzeyinde birikmiş alacaklarının silinmesi, finansal açıdan zor duruma düşen hastanelere yardım yapılması, özel muayene uygulamasının kaldırılması ile özel muayeneden dolayı ortaya çıkan kayıpların karşılanmasına ilişkin çeşitli yardımlar ile ilaç başta olmak üzere sağlık hizmetlerine ilişkin katılım paylarının artırılması eklenebilir.

Tüm bu uygulamalar sonucunda her yıl ortalama olarak % 10-15 düzeyinde sağlık harcaması yükünün, alacakların silinmesi ve veri indirimleri yapılmak suretiyle hafifletilmesi yoluna gidilmiştir. Bir başka deyişle, bu tür tedbirler ile sistem mali sürdürülebilirlik açısından desteklenmeye çalışılmıştır. Bu tür mali politika uygulamaları ile maliyet artışlarına ilişkin olarak raporun özellikle üçüncü bölümünde gerekli değerlendirmeler yapılmıştır.

İkinci bölümde bütün bu uygulamaların sonucunda sağlık hizmetlerine vatandaşların erişimi konusunda ne tür gelişmelerin söz konusu olduğunu değişik veriler ve uluslararası karşılaştırmalar yolu ile ele alacağız.

II. TÜRKİYE'DE DEMOGRAFİK GEÇİŞ, SAĞLIĞA ERİŞİM VE ERİŞİM GÖSTERGELERİNDEKİ GELİŞMELER

II.1 Demografik Geçiş ve Epidemiyolojik Geçiş Kuramı Kapsamında Türkiye

Bu bölümde, son yıllarda dünya genelinde sağlık hizmetlerindeki gelişme ile birlikte demografik yapıda nasıl bir dönüşüm yaşandığı ve buna bağlı olarak Ülkemizde demografik yapının nasıl bir gelişme gösterdiği konusuna değineceğiz. Birleşmiş Milletlere (2012) göre, dünyada doğumda beklenen ortalama yaşam uzunluğu 2005-2010 yıllarında 68 yıla yükselmiştir. Bu artışın temel nedeni mortalite yani ölüm hızlarındaki azalma olmuştur. Sosyoekonomik nedenler ile ve teknolojideki gelişmelere bağlı olarak ölüm oranlarının azalması ve aynı zamanda doğum hızlarındaki azalma sonucunda toplumlarda orta yaş ve üzeri grupların oranlarının artmaya başladığı görülmektedir. Azalan doğum oranları ile birlikte yaşlanma sorunu, toplumsal yaşlanma anlamına gelen *demografik geçiş* ve bu geçişin ortaya çıkardığı farklı sonuçlara yol açmaktadır. Demografik geçiş açısından Ülkemizdeki duruma ilişkin veriler ise Tablo 3'te yer almaktadır.

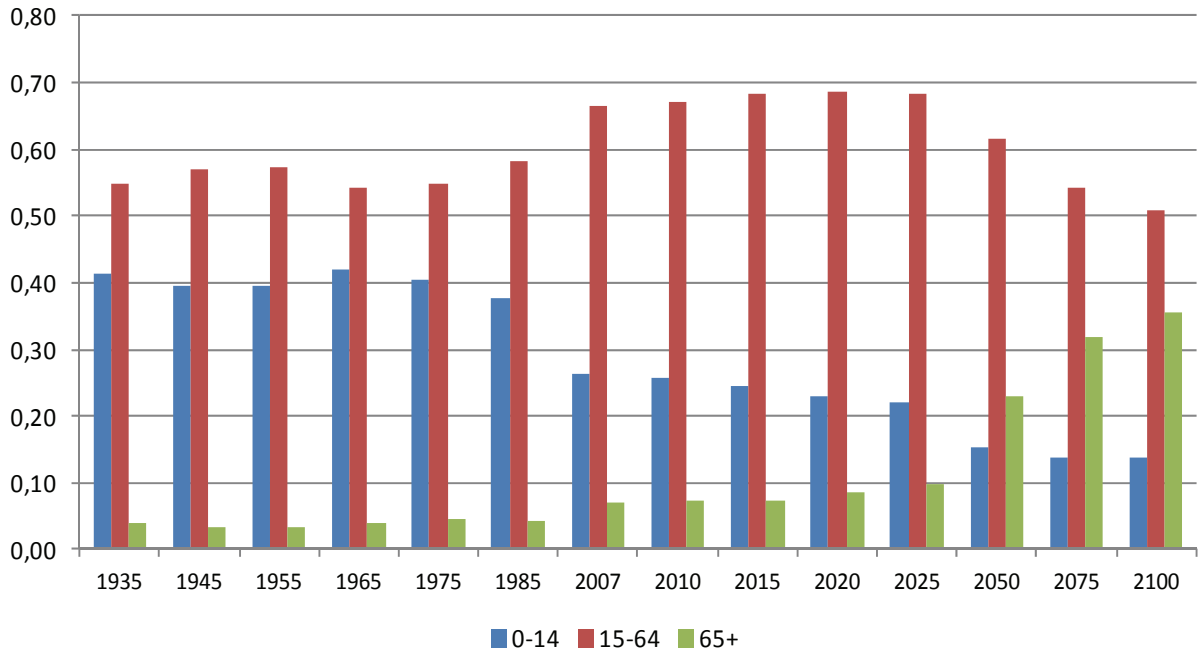
Tablo 3: Türkiye'de Temel Demografik Göstergeler

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	OECD	AB 27
Nüfus Artış Hızı (binde)	12,1	11,8	11,5	11,3	11,0	10,8	6,6	2,7
Toplam Doğurganlık Hızı	2,2	2,2	2,1	2,1	2,1	2,1	1,7	1,6
Doğuştaki Beklenen Yaşam Süresi (yıl)	73,2	73,4	73,6	73,7	73,9	76,0	79,5	79,6
Bebek Ölüm Hızı (bin canlı doğumda)			17,0	13,1	10,1	7,7		
Anne Ölüm Oranı (yüz bin canlı doğumda)			19,4	18,4	16,4	15,5		6,3

Kaynak: SB, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010, 2012 Yıllık Programı, Kalkınma Bakanlığı, OECD Health at a Glance 2011, DSÖ HFA Database, Eurostat, OECD Stats.

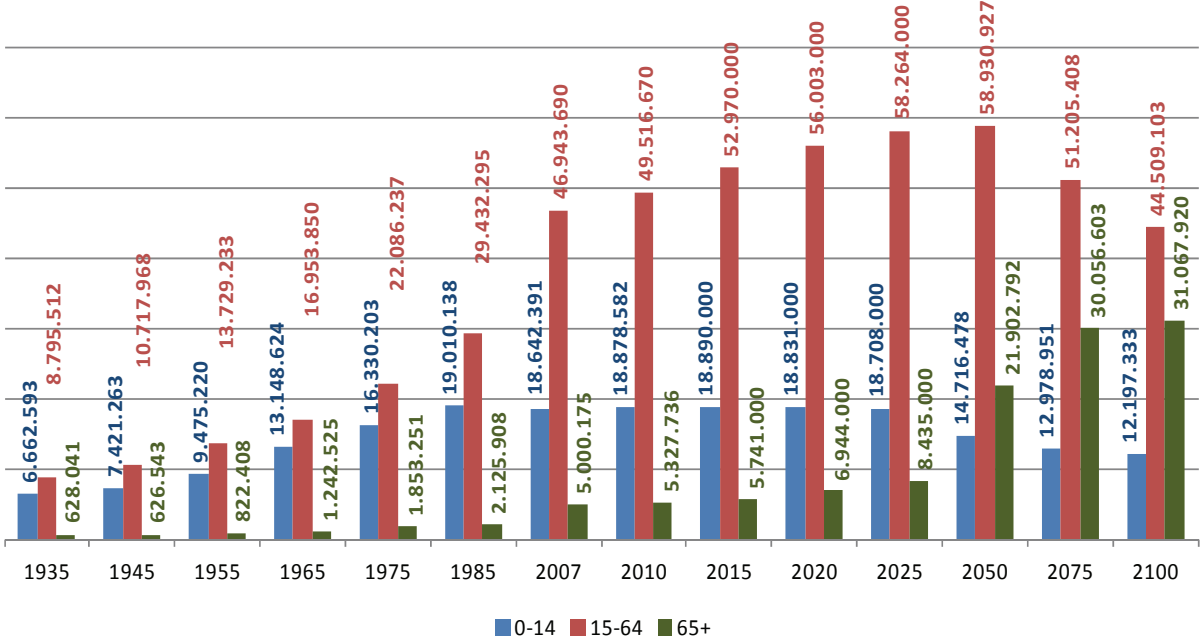
Çoğu gelişmiş ülke demografik geçişe 19. yüzyılda başlamış ve 20. yüzyılın ortalarında ortalama doğum oranları toplumsal yenilenme oranı olan 2,1'in altına düşmüş, doğumda beklenen yaşam uzunluğu 70 yaşın üzerine çıkmıştır (BM, 2012). Yukarıdaki tabloya baktığımızda, doğuştaki beklenen yaşam süresi OECD ve AB ülkelerinden daha düşük seviyede çıkmakla birlikte, Türkiye'de de bu geçişin başladığını söylemek mümkündür. Türkiye'de 2011 yılında 74,1 olan yaşam süresi beklentisi AB ülkeleri ortalamasında 80'e çıkmakta, İngiltere gibi bazı ülkelerde ise 80'i aşmaktadır. Gelecek 20-30 yıl içinde belirgin bir şekilde toplam nüfusun yaşlanmasıyla demografik geçiş daha hızlı yaşanacaktır. Gelecek dönemde toplam nüfus içinde 0-14 yaş grubunun oranı azalırken, 15-64 yaş grubunda ise önce artış oranında yavaşlama, sonrasında sabit bir seyirden sonra azalma başlamaktadır. 65 ve üstü yaş grubunun oranı ise diğer iki yaş grubuna göre belirgin bir şekilde artmaktadır. Sonuç olarak, Ülkemizde de ileriye yönelik olarak yaşlılığa bağlı hastalık ve ölüm oranlarında ve buna bağlı olarak sağlık harcamalarında bir artış yaşanması olasılığı fazladır. İzleyen kısımlarda belirtileceği üzere bu durum sadece sağlık harcamalarında değil diğer harcama gruplarında da kendisini gösterecektir.

Grafik 1: Türkiye’de Yaş Gruplarına Göre Nüfusun Değişimi (%)



Kaynak: 2025 yılına kadar TÜİK, 2012, 2050-2075-2100 yılları için Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, 2012

Grafik 2: Türkiye’de Yaş Gruplarına Göre Nüfusun Değişimi (Kişi Sayısı)



Kaynak: 2025 yılına kadar TÜİK, 2012, 2050-2075-2100 yılları için Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, 2012

Grafik 2’de görüldüğü üzere; bugün 5 milyon civarında olan 65 yaş üstü kişi sayısı 2025 yılında 8 milyonu aşmakta, 2050 yılında ise 22 milyona ulaşmaktadır.

Önceden de belirttiğimiz gibi, demografik geçişin istihdamdan eğitime, sağlıktan sosyal güvenlik sistemine varan çeşitli etkileri bulunmaktadır. Sağlık sistemi açısından bakıldığında, toplumların yaşlanması ve teknolojik ilerlemelerin *epidemiolojik¹ geçişi* de beraberlerinde getirdikleri görülmektedir. Omran (2005) tarafından kuramsallaştırılan epidemiolojik geçiş kavramına göre, değişen demografik ve sosyo-ekonomik yapıya bağlı olarak toplumun hastalık ve ölüm olaylarının nedenlerinin ve yaygınlıklarının değişmesi söz konusudur.

Çağımızda yaşanmakta olan epidemiolojik geçiş, doğumda beklenen yaşam süresinin 50 yılın üzerinde olması ve tıbbi terminolojide adlandırıldığı biçimi ile morbidite ve mortalitenin² en önemli nedeni olan bulaşıcı hastalıkların yerini insan nedeni ve dejeneratif hastalıkların³ alması ile karakterize edilmektedir (Omran, 2005). Yaşam süresindeki uzama, zaman içinde mortalite risklerinde görülen değişimin başlıca nedenidir (BM, 2012). Bulaşıcı olmayan hastalıkların ileri yaşlarda görülmesi yaşa bağlı eğilimin ve risk faktörlerine (tütün ve alkol kullanımı, kötü beslenme ve fiziksel aktivitede bulunmama, çevresel olumsuzluklar) maruz kalma olasılığındaki artışa bağlıdır. Dolayısıyla insanların hastalık ve ölüm oranlarındaki niteliksel ve niceliksel gelişmeler artık biyolojik ve sosyoekonomik faktörler tarafından birlikte belirlenmektedir.

Toplumların sağlık durumunun yaş yapısına olan yüksek bağımlılığı nedeniyle, ülkeler arası karşılaştırma yaparken sağlık göstergeleri **yaşa göre** (Dünya ya da Avrupa standart popülasyonlarına göre bu tür düzeltmeler yapılabilmektedir) **düzeltilerek** (YGD) kullanılmakta ve yaş dağılımının etkisi giderilmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2008 yılı ölüm nedenleri verilerine bakıldığında, Kuzey ve Batı Avrupa ülkeleri gibi gelişmiş ülkelerde ölümlerin % 80'inin bulaşıcı olmayan hastalıkları içeren Grup⁴ II nedenlerden kaynaklandığı görülmektedir. Afrika bölgesi için bu oran % 30'larda iken, Dünya genelinde % 58 civarındadır. Bu durum gelişmiş ve az gelişmiş bölgeler arasında demografik ve sosyoekonomik farklılıklardan kaynaklanmakta, bu ise sağlık önceliklerini, politikalarını ve harcama gereksinimlerini farklılaştırmaktadır.

Türkiye'de DSÖ tarafından belirlenen ana hastalık gruplarına göre ölüm hızlarına bakıldığında, 2004 yılında 100.000'de 74,79 sıklığında görülen ve özellikle çocuk ve yaşlılarda yaygın olan Grup I hastalıklara bağlı ölüm hızının 2008 yılında 53,27'ye indiği, öte yandan yaş dağılımının etkisinden arındırıldığında 2004 yılı için 81,56 olan bu oranın 2008 yılında % 53,27'ye indiği anlaşılmaktadır. Aynı durum Grup II hastalıklar için daha da belirgindir. Bu grup hastalıklar orta yaş ve üzeri gruplarda daha yaygın görüldüğünden, görece genç nüfusa sahip Türkiye'de yaş etkisinden arındırıldığında 100.000'de 700,89 olduğu görülmektedir. Bu grup hastalıkların kaba mortalite hızı 2004-2008 yılları arasında 130 puandan fazla artmıştır. Bu artışın, demografik geçiş göz önünde bulundurulduğunda daha da yüksek olması söz konusudur. Bu durum izleyen bölümlerde kanser örneği üzerinden daha detaylı olarak ele alınacaktır. Kazalara bağlı ölüm hızlarında trafik kazalarından kaynaklı ölümlerdeki azalmaya bağlı olarak bir azalma gerçekleşmiştir (DSÖ, 2012). Ancak, DSÖ verileri bir iyileşmeyi ortaya koymakla birlikte, bu verilerin sadece iki yılla sınırlı kalması, güvenilirliği ve karşılaştırılabilirliği önemli bir sorun alanı olarak karşımıza çıkmaktadır.

¹ Epidemiyoloji toplumların hastalık ve ölüm dağılımlarını, belirleyicileri ve nedenleri ile birlikte inceleyen ve uygulamada doğum kontrolü gibi kitlesel olayların ele alınmasına uzanan bir bilim dalıdır (Omran, 2005).

² Belirli bir nüfusta, belirli bir dönemdeki hastalık hali morbidite, ölüm hali ise mortalite ile tanımlanır.

³ Doku ve organların yaşa bağlı olarak bozulması sonucu görülen hastalıklardır.

⁴ Grup I (bulaşıcı, maternal, perinatal, beslenme ile ilgili hastalıklar), Grup II (bulaşıcı olmayan hastalıklar), Grup III (yaralanmalar).

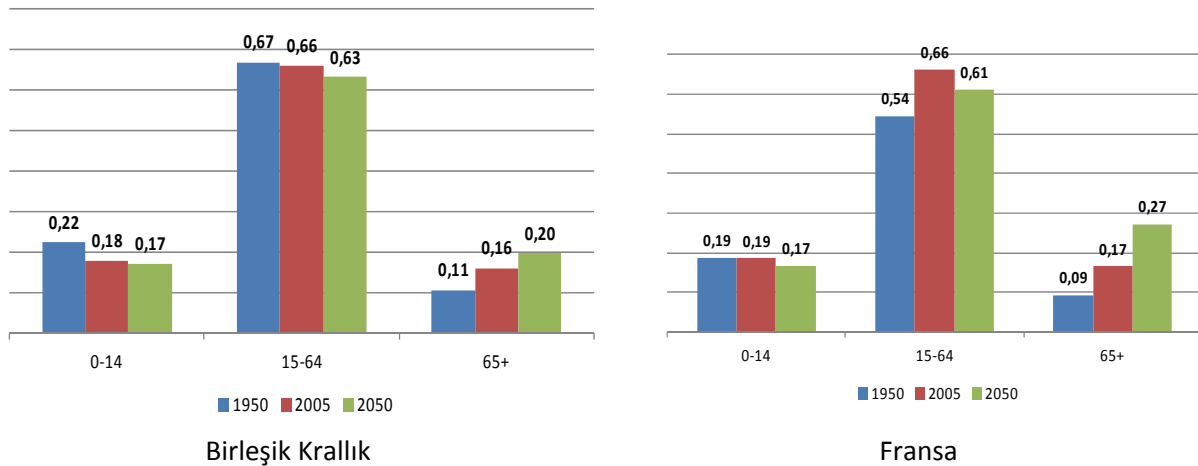
Tablo 4: Ana Hastalık Gruplarına Göre Türkiye’de Ölüm Hızları (100 binde)

	2004 (Kaba Ölüm Hızları)	2004 (YGD)	2008 (Kaba Ölüm Hızları)	2008 (YGD)
GRUP I (Bulaşıcı, Maternal, Perinatal ve Beslenmeye Bağlı Durumlar)	74,79	81,56	47,32	53,27
GRUP II (Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar)	465,65	700,89	424,55	589,53
GRUP III (Kazalar)	35,31	38,57	28,27	30,55

Kaynak: DSÖ, Mortality Database, 2012

Epidemiyolojik geçişin önemi farklı demografik yapıdaki ülkelerin kaba ve yaşa göre düzeltilmiş mortalite hızları karşılaştırıldığında daha da belirginleşmektedir. Türkiye’de ilk 10 ölüm sebebi Birleşik Krallık ve Fransa gibi demografik geçişe çok önce girmiş ülkelerle karşılaştırıldığında, karşılaşılabilecek sağlık sorunları hakkında sosyoekonomik faktörlerin belirleyiciliğini göz ardı etmeden öngörüle bulunmak mümkün olabilmektedir.

Yaş gruplarının toplam nüfusa oranları açısından bakıldığında, Türkiye’de 0-14 yaş arası nüfusun oranındaki düşme ve 65+ yaş grubunun oranındaki artış göze çarpmaktadır. Bu durum Türkiye’nin Birleşik Krallık ve Fransa’nın tarihsel süreçte yaşadığına benzer bir deneyim yaşamakta olduğunu ve nüfusunun henüz genç bir yapıya sahip olmasına rağmen benzer bir eğilim içinde yaşlandığını göstermektedir.

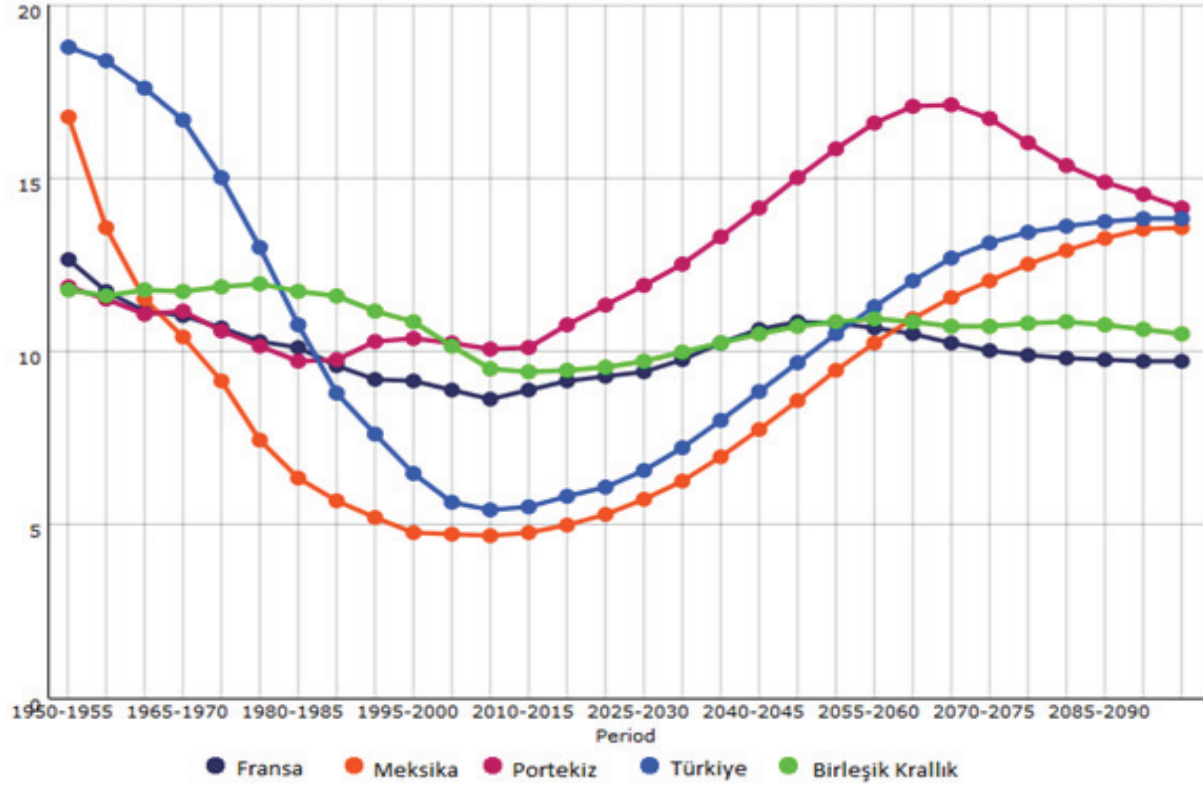
Grafik 3: Birleşik Krallık ve Fransa’da Yaş Gruplarına Göre Nüfusun Değişimi

Kaynak: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, 2012

Türkiye’de kaba mortalite hızları 1950’li yıllardan itibaren hızla düşüş göstermiştir. Öte yandan 2010 yılından itibaren mortalite hızlarının artması ve yüzyılın sonuna değin Fransa ve Birleşik Krallığın üzerinde seyretmesi beklenmektedir. Benzer durum yine görece genç nüfusa sahip Portekiz ve Meksika için de geçerlidir. Bunların kaba hızlar olduğu ve beklenen yaşlanma olgusu ile birlikte yaşa göre düzeltilmiş hızları daha da yükseleceği unutulmamalıdır.

Nitekim Türkiye'nin 2004 ve 2008 yıllarına ilişkin kaba ve yaşa göre düzeltilmiş mortalite hızları demografik geçiş sürecine Türkiye'den çok önce girmiş olan Fransa ve Birleşik Krallık verileri ile karşılaştırıldığında özellikle Birleşik Krallığın çok altında seyreden mortalite hızlarının, yaşa göre düzeltme yapıldığı takdirde tam tersi bir resim sergilediği görülmektedir.

Grafik 4: Fransa, Türkiye, Birleşik Krallık, Portekiz ve Meksika'da Yıllara Göre Kaba Mortalite Hızları



Kaynak: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, 2012

Tablo 5: Türkiye, Fransa ve Birleşik Krallıkta Yaşa Göre Düzeltilmiş Ölüm Hızları (2004)

	2004 (Kaba Ölüm Hızları)			2004 (YGD Ölüm Hızları)			
	Türkiye	Fransa	Birleşik Krallık	Türkiye	Fransa	Birleşik Krallık	
Toplam	575,74	901,42	993,65	Toplam	821,02	457,58	504,03
İskemik Kalp Hastalığı	129,33	83,19	186,78	İskemik Kalp Hastalığı	199,15	38,03	90,08
Serebrovasküler Hastalıklar	89,27	65,11	105,66	Serebrovasküler Hastalıklar	142,19	27,86	45,57
KOAH	34,25	13,49	46,20	KOAH	58,58	5,93	22,00
Trake, Bronş, Akciğer Kanseri	23,87	49,55	57,40	Trake, Bronş, Akciğer Kanseri	33,24	31,09	32,22
Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları	19,70	24,27	62,00	Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları	25,49	9,54	25,34
Hipertansif Kalp Hastalığı	16,00	13,34	6,05	Hipertansif Kalp Hastalığı	23,69	5,46	2,85
Diyabet	13,70	20,60	11,81	Diyabet	19,68	9,61	5,81
Prematüre ve Düşük Ağırlıkta Doğum	12,18	0,59	2,26	Prematüre ve Düşük Ağırlıkta Doğum	11,53	0,82	3,47
Trafik Kazaları	11,53	9,32	6,24	Trafik Kazaları	12,12	9,16	6,06
İnflamatuvar Kalp Hastalığı	10,59	9,73	4,73	İnflamatuvar Kalp Hastalığı	18,00	4,65	3,01

Tablo 6: Türkiye, Fransa ve Birleşik Krallıkta Yaşa Göre Düzeltilmiş Ölüm Hızları (2008)

	2008 (Kaba Ölüm Hızları)			2008 (YGD Ölüm Hızları)			
	Türkiye	Fransa	Birleşik Krallık	Türkiye	Fransa	Birleşik Krallık	
Toplam	500,15	841,83	960,20	Toplam	673,36	397,68	462,09
İskemik Kalp Hastalığı	109,86	68,68	150,74	İskemik Kalp Hastalığı	157,11	29,25	68,80
Serebrovasküler Hastalıklar	79,29	54,97	91,32	Serebrovasküler Hastalıklar	116,48	21,67	36,89
KOAH	32,74	13,42	47,47	KOAH	50,41	5,44	21,47
Trake, Bronş, Akciğer Kanseri	20,43	49,68	58,54	Trake, Bronş, Akciğer Kanseri	25,89	29,55	30,98
Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları	16,27	23,02	60,99	Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları	20,61	8,36	23,69
Hipertansif Kalp Hastalığı	13,76	14,89	8,48	Hipertansif Kalp Hastalığı	18,98	5,43	3,67
Prematüre ve Düşük Ağırlıkta Doğum	11,06	0,46	2,26	Diyabet	15,01	8,12	5,04
Diyabet	10,93	19,03	10,91	İnflamatuvar Kalp Hastalığı	14,90	3,79	2,97
Mide Kanseri	10,51	9,18	9,81	Trafik Kazaları	13,75	6,59	4,77
İnflamatuvar Kalp Hastalığı	9,76	8,56	4,92	Prematüre ve Düşük Ağırlıkta Doğum	11,00	0,65	3,39

Tablo 5 ve 6'da yer aldığı şekilde DSÖ'nün veri sisteminden alınan Türkiye için ölüm hızlarında dört yılda bu düzeyde bir düşmenin yaşanması verilerin ilgili yıllar için güvenilirliği konusunu tekrar gündeme getirmektedir.

Epidemiyolojik geçişin demografik, biyolojik, sosyolojik, iktisadi ve psikolojik bileşenleri (belirleyicileri ve sonuçları) bulunmaktadır. Epidemiyolojik geçiş sonuçlarının erken dönemde tespiti ve toplumun sağlık durumunun gelişiminin önceden tahmin edilmesi, politika önceliklerinin belirlenmesi ve finansman yöntemlerinin belirlenmesi ve kaynakların etkin kullanımı açısından önem taşımaktadır.

Sağlık harcamalarındaki artışın nedenleri olarak tedavi teknolojilerindeki ilerleme ve fiyat artışı, kaynakların etkisiz kullanımı, özel sigorta kullanımının artışı, ekonomik büyüme, görece fiyat artışları ve yaşlanma sayılmaktadır. Sağlık harcamalarındaki artışın % 65'inin tedavi teknolojilerindeki gelişime bağlı olduğu ortaya konmuştur (Appleby ve Harrison, 2003). Buna ek olarak tedavisi için ileri teknoloji ve pahalı ilaç kullanımı gerektiren kronik hastalıkların insidanslarındaki⁵ artış da bu yöntemlere başvurma ihtiyacını arttırmaktadır.

Kronik hastalıkların artışında yaşlanma olgusunun önemine daha önce değinmiştik. Yaşlılığın vücudun kronik hastalıkların oluşmasına yol açacak şekilde dejenere olması ile ilişkili etkileri ile birlikte, risk faktörlerine maruz kalma ve sağlıksız yaşam alışkanlıklarının yaygınlaşmasının da orta ve üstü yaş gruplarında kronik hastalık görülme olasılığını arttırdığı bilinmektedir. Düşük ve orta gelirli ülkelerde kronik hastalıklarda görülen artış bu sebeplere bağlıdır ve kısıtlı kaynak yapısı ile tedavisi pahalı bu hastalıklarla mücadelede halk sağlığı alanına giren önleme programları DSÖ (2005) tarafından hayati önemde görülmektedir.

Sonuç olarak; Ülkemizde demografik değişim açısından batının gelişmiş ülkelerindeki kadar olmasa bile bir yaşlılık eğiliminin yaşandığı, buna bağlı olarak epidemiyolojik değişim kuramı kapsamında yaşa bağlı hastalık (morbidite) ve ölüm hali (mortalite) eğilimlerinin artma ihtimali gösterdiği ve bunun sonucunda da bu tür hastalıkların tedavi aşamasına gelmeden, ileride de değineceğimiz gibi, daha az maliyet içeren koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık vermek suretiyle giderilmesinin daha fazla gündeme alınması gerektiğini ifade edebiliriz.

⁵ Belirli bir dönemde belirli bir nüfusta söz konusu hastalığa ait yeni vaka görülme sıklığıdır. Çoğunlukla bir yıl için 100.000 kişide görülme sıklığı olarak verilmektedir.

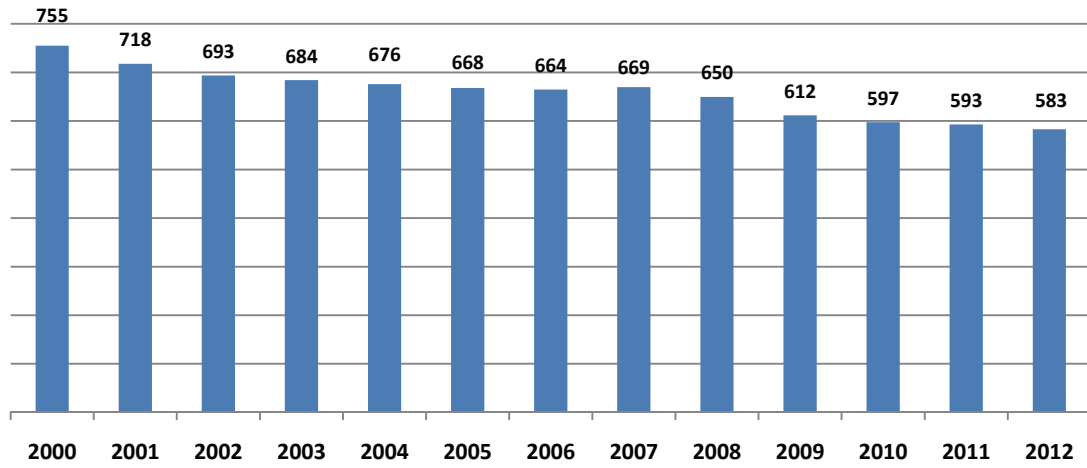
II.2 Türkiye’de Sağlığa Erişim ve Erişim Göstergelerindeki Gelişme

Türkiye’de özellikle 2000 sonrası dönemde uygulanan sağlık ve sosyal yardım politikalarının etkileri ile sağlığa erişim önemli ölçüde artmıştır. Yeşil kart uygulaması ve yeşil kartlı sayısındaki artış ile genel sağlık sigortası uygulaması sonucunda, 2000’lerin başında % 80’ler düzeyinde olan sağlık güvencesi kapsamındaki nüfus 2011 sonunda % 90’ının üzerine çıkmıştır. 2012 yılında genel sağlık sigortasına geçişle nüfusun tamamının sağlık sigortası kapsamına alınması programlanmıştır.

Sağlık güvencesi kapsamındaki nüfusun artışıyla birlikte sağlık hizmetlerinin kapsamının genişlemesi, hizmeti sunan kurumların çeşitlenmesi, SSK’nın dışarıdan hizmet alımına geçmesi ile ilaç uygulamalarındaki politika değişiklikleri, sağlığa erişimin bu dönemde artmasının temel nedenleri olmuştur.

Türkiye’de son 10 yıllık dönemde sağlık hizmeti sunan hekim başına nüfusa baktığımızda % 16 civarında bir iyileşme görülmektedir. 2000’lerin başında hekim başına 750 civarında nüfus düşerken, bu sayı 2012 yılına geldiğinde 600’ün altına düşmüştür. Bununla birlikte, AB ülkeleri ortalamasına bakıldığında, Türkiye hala bu anlamda gelişmiş ülke ortalamalarının altında kalmaktadır. DSÖ verilerine göre (SB, 2011) Türkiye’de 100.000 kişi başına 156 hekim düşerken bu sayı AB ülkeleri ortalamasında 322 olmaktadır.

Grafik 5: Türkiye’de Hekim Başına Nüfusun Gelişimi (2000-2012)



Kaynak: Kalkınma Bakanlığı Ekonomik ve Sosyal Göstergeler (1950-2010), Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2008-2010), TÜİK

Sağlığa erişimin artmasına ilişkin temel göstergelerin başında, tedavi amaçlı olmak üzere hastaneye yapılan müracaatlar gelmektedir. İzleyen tabloda hastaneye müracaat sayılarının Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte uygulanan politikaların bir sonucu olarak % 100’ün üzerinde arttığı görülmektedir.

Tablo 7: Hastane Müracaat Sayıları Toplamı (bin kişi, 2002-2012)

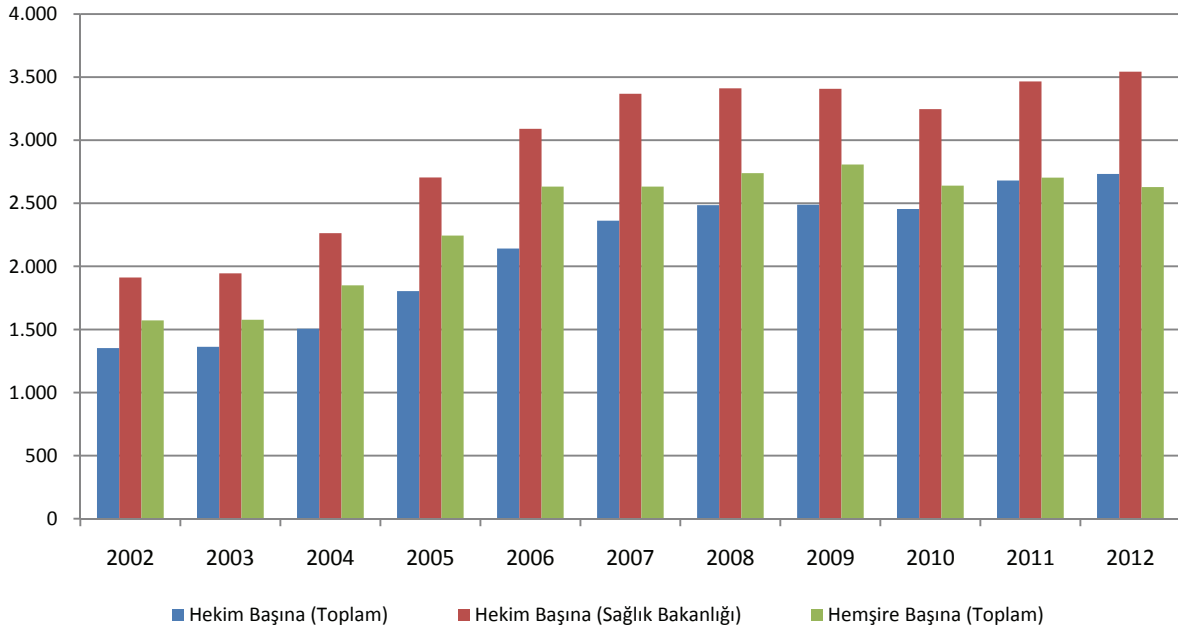
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2012/2002 (%)
Sağlık Bakanlığı	109.737	113.849	135.169	164.758	189.422	209.630	216.724	228.279	235.173	254.343	260.974	137,8
Üniversite	8.891	9.637	10.685	11.494	12.589	15.025	18.291	19.365	20.099	24.437	27.080	204,6
Özel	5.681	6.158	6.994	10.978	15.529	24.486	38.688	47.618	47.412	59.069	66.582	1.072,0
Toplam	124.309	129.644	152.848	187.230	217.540	249.141	273.703	295.262	302.684	337.850	354.636	185,3

MSB hastaneleri dahil değildir.

Kaynak: 2012 Yıllık Programı, Kalkınma Bakanlığı

Bu açıdan yukarıdaki tablo çok önemli bir soruna dikkatimizi çekmektedir. 2002 yılında hastanelere sağlık hizmeti almak için 124,3 milyon müracaat varken, bu sayı 2012 yılında ise % 185 düzeyinde artarak 354 milyona çıkmıştır. Özel hastanelere olan müracaat bu dönemde % 1.100'ler düzeyinde artmıştır. Özellikle SSK kapsamındaki nüfusun sağlık hizmetine erişimine yönelik politikalar ile yeşil kart uygulamasındaki değişiklikler buradaki artışı hızlandıran temel politikalar olmuştur.

Grafik 6: Hekim ve Hemşire Başına Hastanelere Müracaat Sayıları (2002-2012)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllıkları (2008-2012), Kalkınma Bakanlığı Temel Ekonomik ve Sosyal Göstergeler (2013)

Hekim başına nüfus oranı açısından olumlu bir gelişme gözlenirken, sağlığa erişim göstergelerine hekim başına hastanelere müracaat edilen vaka sayısı açısından baktığımızda;

- 2002 yılında Sağlık Bakanlığı hastanelerinde hekim başına 1.912 olan müracaat sayısının 2010 yılında % 85,3 artarak 3.543'e çıktığı görülmektedir. Toplamda ise, 2002 yılında 1.371 olan hekim başına müracaat sayısı 2010 yılı sonunda % 102 oranında artarak 2.769'a çıkmıştır.
- Hemşire başına müracaat sayısı 2002-2012 yılları arasında % 67 oranında artarak 1.572'den 2628'e çıkmıştır.

Sonuç olarak, sağlıkta dönüşüm politikaları ve sağlığa erişimin yaygınlaştırılması, daha fazla hastanın daha fazla bir biçimde, "tedavi amaçlı" olarak hastanelere müracaat etmesi ve doktor ile hemşire başına vaka sayısının artması gibi bir çıktı (output) yaratmıştır. Bu artışın bir kısmı kapasitenin daha etkin kullanımı gibi düşünülse de, özellikle sağlık personelinin sayısındaki artış hızının talep karşısında yetersiz kalması dikkate alındığında, hizmetin kalitesinde bir düşme söz konusudur. Bu ise hatalı teşhis ve tedavi riskleri ile birlikte, ilaç tüketiminde de aşağıda ele aldığımız gibi artışlara yol açmaktadır.

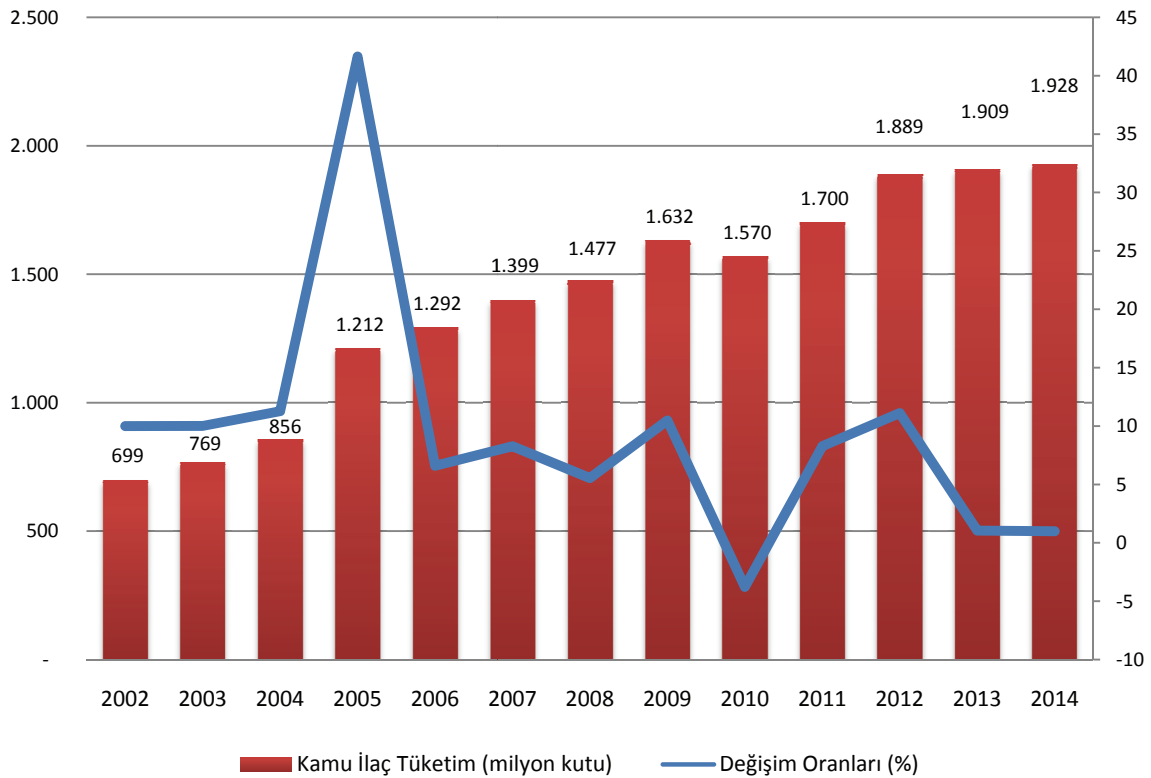
Bu konuda belirtilmesi gereken diğer bir husus da, aile hekimliği ve birinci basamak sağlık hizmeti uygulamasıdır. 2010 yılına kadar sağlık ocakları ile ana çocuk sağlığı merkezlerinde ağırlıklı olarak verilen birinci basamak sağlık hizmetleri, 2010 yılı sonunda aile hekimliğinin uygulamaya geçmesi ile tüm illerde yerini aile hekimliği birimlerine bırakmıştır. 663 sayılı KHK ile birinci basamak sağlık

hizmetleri Türkiye Halk Sağlığı Kurumu altında yer almıştır. 2000'lerin başında yaklaşık 70 milyon muayene birinci basamak sağlık kurumlarında yapılırken, bu sayı 2010 yılı itibarı ile yaklaşık üç kat artarak 200 milyonu aşmıştır. Bununla birlikte, bu kurumlarda görev yapan hekim sayısı ise 17 bin civarından sadece 20 bine çıkmıştır. Bu durum bu kurumlarda sunulan sağlık hizmetlerini olumsuz etkilemektedir. Zira ilk basamak hizmetleri aynı zamanda koruyucu sağlık hizmeti verilen bir aşama olduğu için bu alandaki diğer yetersizlikler ile birleştiğinde doktor yetersizliği durumu daha da sorunlu bir hale getirmektedir.

Bu politikaların bir diğer çıktısı da tedavi amaçlı sağlık hizmetlerine yönelik erişimin artmasıyla birlikte Türkiye'de ilaç tüketiminin hızla artması olmuştur.

Kamu kesiminin ilaç tüketim miktarları 2002-2012 döneminde yıllık ortalama % 10 artış göstermiştir.2012'den itibaren bu artış % 1 ile sınırlı kalmıştır. Dönem başı-dönem sonu artış oranı ise, 2000'lerin başında 600 milyon kutu ilaç tüketiminden 2013 sonunda 1,9 milyar kutu ilaç tüketimine çıkarak % 173 seviyesindedir. Özellikle 2005 yılında SSK'nun sağlık hizmeti ve ilaç alımına ilişkin politikaların değişmesi, ilaç tüketimini % 40'ın üzerinde artırmıştır. Bu durum yılda yaklaşık 1,3 milyar kutu tüketimi seviyesine çıkan ilaç kullanımının izleyen yıllarda sağlık hizmetlerine ilişkin politikaların bir sonucu olarak artışını devam ettirmiştir.

Grafik 7: Türkiye'de Yıllar İtibarı ile İlaç Tüketimi



Kaynak: Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllıkları (2008-2010) ve Sağlık Bakanı Bütçe Sunumu (2014)

İlaç tüketiminin bu düzeyde artması, Türkiye'nin nüfusu büyüklüğü, demografik yapısı ve epidemiyolojik geçişle birlikte düşünüldüğünde, sağlık politikaları açısından önemli risk alanlarının birisi haline gelmiştir. Nitekim sağlık harcamaları içinde ilaç harcamalarının büyüklüğü de bu duruma işaret etmektedir.

ilaç harcamalarının bu düzeye yükselmesi ve artışını devam ettirmesi, kamunun ilaç alımı uygulamalarının sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde öngörülen farmako-ekonomi bilimin ışığı çerçevesinde ve ilaç tüketiminin bilimsel kriterlere göre yönlendirilmesi ilke ve tespitlerine (SB, 2003) uygun olmadığını göstermektedir. Özellikle demografik yapının görece olarak uygun olduğu bir yapıda ilaç tüketiminin akılcı ilaç politikalarıyla yönlendirilememesi sağlıkta dönüşüm programının orta vadeli mali risklerini artıran bir özellik taşımaktadır.

Yukarıdaki açıklamalarımızı toparlayacak olursak; Ülkemizde gelişmiş ülkelerde yaşanan eğilimlere paralel bir demografik geçiş (nüfus içinde yaşlı nüfusun artmaya başlaması) ve bunun ile bağlantılı olarak yaşlılık ve sosyo ekonomik faktörlere bağlı (epidemiolojik) hastalık ve ölüm haline bağlı olarak sağlık, sosyal güvenlik problemlerinin ve harcamalarının artacağını beklemek, kötümser bir tahmin olmanın ötesine geçmiş bulunmaktadır. Buna karşılık, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlığa erişimin yaygınlaştırılması ile, daha fazla hastanın daha fazla hastaneye “tedavi amacı” ile başvurması durumu yaratılmış olup, buna paralel olarak ilaç tüketimi artmış, özellikle üniversite hastanelerinin iş yükü çoğalmış ve tıp hizmetlerinin “olmazsa olmaz” ilkesi olan araştırma ve geliştirme hizmetlerinin aksaması ve uzman personel sıkıntısının artma riski baş göstermiştir. Bu bağlamda bundan sonraki bölümde değineceğimiz, Sağlıkta Dönüşüm Programı ve sağlık harcamaları arasındaki ilişkiler çok daha yakından incelenmesi gereken bir konu haline gelmiştir.

III. TÜRKİYE'DE KAMU SAĞLIK HARCAMALARI VE MALİ SÜRDÜRÜLEBİLİRLİK KONUSU: KARŞILAŞTIRMALI BİR ANALİZ

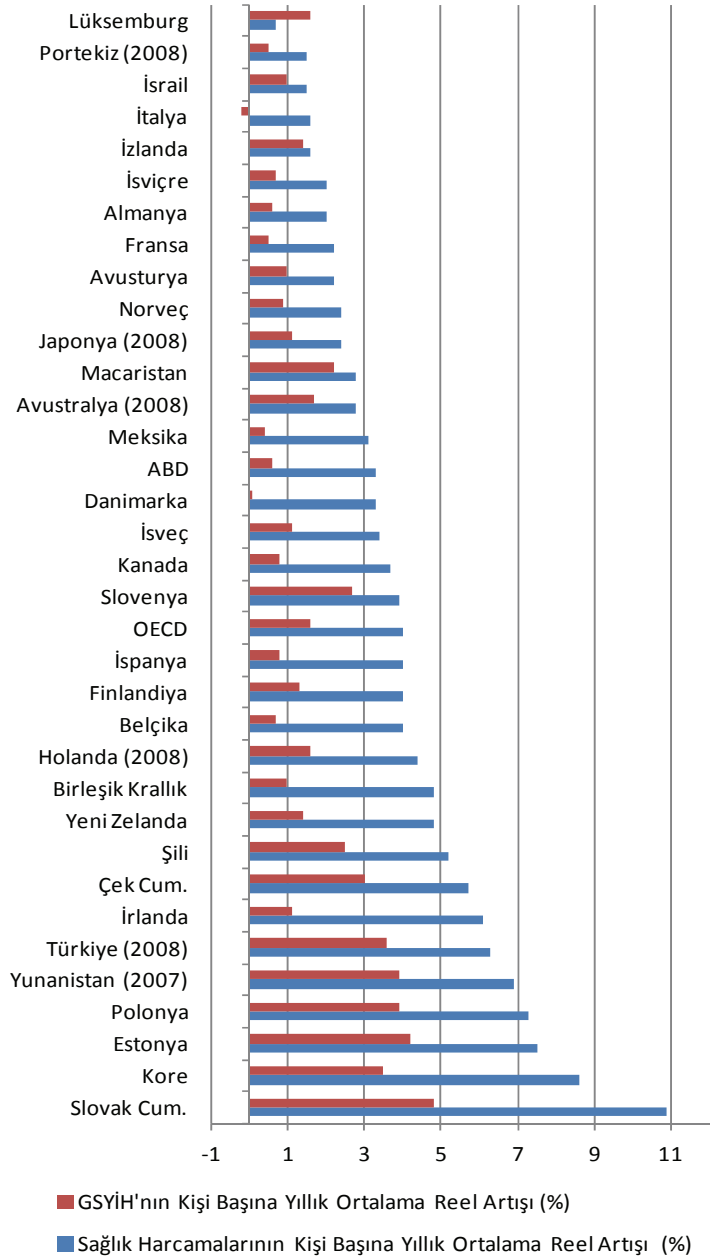
III.1 Sağlık Harcamalarının Gelişimi ve Mali Sürdürülebilirlik

Türkiye, sağlık harcamaları, özellikle kamu sağlık harcamaları, son 10 yıllık dönemde en hızlı artan ülkeler içinde yer almaktadır. OECD 2009 yılı verilerine göre, Türkiye'de sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı OECD ortalaması olan % 9,6'nın altında, % 6,2 seviyesinde çıkmaktadır. Sağlık harcamalarına 2000-2009 döneminde kişi başına reel artış açısından bakıldığında, Türkiye'nin % 6,3 ile 6. sırada bulunduğu; aynı dönemde GSYİH'nın kişi başına reel artışının % 3,6 seviyesinde bulunduğu görülmektedir. Bu rakamlar OECD ortalamasında sırası ile % 4 ve % 1,6'dır.

2000'lerin başında GSYİH'nın % 5'leri düzeyinde olan toplam sağlık harcamaları, 2010'lu yıllara gelince % 6'lar düzeyine ulaşmıştır. Kamu sağlık harcamaları ise % 3'lerden % 4,5'lere kadar çıkmıştır. Sağlık harcamalarındaki artışı belirleyen kamu sağlık harcamalarında dönem boyunca yaşanan reel artış olmuştur. 1990'lı yıllara göre bakıldığında ise sağlık harcamalarındaki artış çok daha çarpıcı bir şekilde ortaya çıkmaktadır.⁶

Kamu sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı 1990'ların sonunda % 3'ün altında iken, bugün bu oran % 4'lerin üzerine çıkmıştır. 2003 yılı sağlık fiyatları ve ABD doları cinsinden bakıldığında da, kamu sağlık harcamalarındaki artış izleyen tablo ve grafikte belirgin bir şekilde görülmektedir:

Grafik 8: Kişi Başı Sağlık Harcamalarındaki Yıllık Ortalama Artış (OECD, 2000-2009)



Kaynak: OECD, Sağlık Verileri, 2011

⁶ Sağlık harcamalarına ilişkin olarak döner sermaye sistemine yönelik uygulamalar da dahil olmak üzere kapsamlı bir değerlendirme notu 2012 yılı Mali İzleme Çalışmaları kapsamında çıkarılacaktır

Tablo 8: Türkiye’de Kamu Sağlık Harcamalarının Kurumsal Gelişimi (2000-2014)

<i>milyon TL</i>	2000	2005	2008	2009	2010	2011	2012	2013 (GT)	2014 (B)
Kamu Sektörü	4.855	23.858	42.005	48.669	50.084	56.570	61.073	69.859	75.540
Genel Yönetim	4.804	23.623	41.791	48.457	49.893	56.380	60.892	69.696	75.369
Merkezi Yönetim	1.972	9.570	15.559	18.473	16.589	18.982	15.754	18.480	20.119
Sağlık Bakanlığı	1.051	6.474	11.714	14.248	14.731	17.500	14.296	16.853	18.239
Sağ Bak.(Yeşil K hariç)	885	4.665	7.683	8.742	9.787	11.990	14.213	16.853	18.239
Üniversiteler	173	555	789	837	850	952	1.131	1.287	1.491
Memur ve Diğ. Ted. Gid.	592	2.211	2.733	3.000	560	0	0	0	0
Diğer	20	163	201	285	349	440	236	248	293
Bütçe Dışı Fonlar	135	167	122	104	99	90	90	92	96
Sosyal Güvenlik Kurumları	2.634	13.607	25.347	29.052	32.556	36.500	44.151	50.140	54.066
Yerel Yönetimler	198	446	885	932	748	898	987	1.076	1.184
KİT'ler	51	235	214	212	191	190	181	162	171
GSYH'ya Oranları									
Kamu Sektörü	2,91	3,68	4,42	5,11	4,54	4,36	4,31	4,48	4,39
Genel Yönetim	2,88	3,64	4,40	5,09	4,52	4,34	4,30	4,47	4,38
Merkezi Yönetim	1,18	1,47	1,64	1,94	1,50	1,46	1,11	1,19	1,17
Sağlık Bakanlığı	0,63	1,00	1,23	1,50	1,33	1,35	1,01	1,08	1,06
Sağ Bak.(Yeşil K hariç)	0,53	0,72	0,81	0,92	0,89	0,92	1,00	1,08	1,06
Üniversiteler	0,10	0,09	0,08	0,09	0,08	0,07	0,08	0,08	0,09
Memur ve Diğ. Ted. Gid.	0,36	0,34	0,29	0,31	0,05	0,00	0,00	0,00	0,00
Diğer	0,01	0,03	0,02	0,03	0,03	0,03	0,02	0,02	0,02
Bütçe Dışı Fonlar	0,08	0,03	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
Sosyal Güvenlik Kurumları	1,58	2,10	2,67	3,05	2,95	2,81	3,12	3,22	3,15
Yerel Yönetimler	0,12	0,07	0,09	0,10	0,07	0,07	0,07	0,07	0,07
KİT'ler	0,03	0,04	0,02	0,02	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01
% Dağılım									
Kamu Sektörü	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Genel Yönetim	99,0	99,0	99,5	99,6	99,6	99,7	99,7	99,8	99,8
Merkezi Yönetim	40,6	40,1	37,0	38,0	33,1	33,6	25,8	26,5	26,6
Sağlık Bakanlığı*	21,7	27,1	27,9	29,3	29,4	30,9	23,4	24,1	24,1
Sağ Bak.(Yeşil K hariç)	18,2	19,6	18,3	18,0	19,5	21,2	23,3	24,1	24,1
Üniversiteler	3,6	2,3	1,9	1,7	1,7	1,7	1,9	1,8	2,0
Memur ve Diğ. Ted. Gid.	12,2	9,3	6,5	6,2	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Diğer	0,4	0,7	0,5	0,6	0,7	0,8	0,4	0,4	0,4
Bütçe Dışı Fonlar	2,8	0,7	0,3	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1
Sosyal Güvenlik Kurumları	54,3	57,0	60,3	59,7	65,0	64,5	72,3	71,8	71,6
Yerel Yönetimler	4,1	1,9	2,1	1,9	1,5	1,6	1,6	1,5	1,6
KİT'ler	1,0	1,0	0,5	0,4	0,4	0,3	0,3	0,2	0,2

Kaynak: Emil, Yılmaz, 2008; Yılmaz, Emil, 2010; Yılmaz 2010 çalışmalarında kullanılan yöntemle Maliye Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı verileri kullanılarak güncellenmiştir.

2010 yılı sonrası kamu sağlık harcamaları GSYH'ya oran olarak % 4,5'lere yakın bir seviyede gerçekleşmiştir. Bu seviye ile sağlık harcamaları GSYH'ya oran olarak % 4'ün altında olan kamu eğitim harcamaları üzerindeki konumunu korumuştur. 2014 yılın kamu sağlık harcamalarının hedeflenen kur düzeyine göre 39,9 milyar dolara çıkması öngörülmektedir. Demografik yapıda değişimlerin yanında

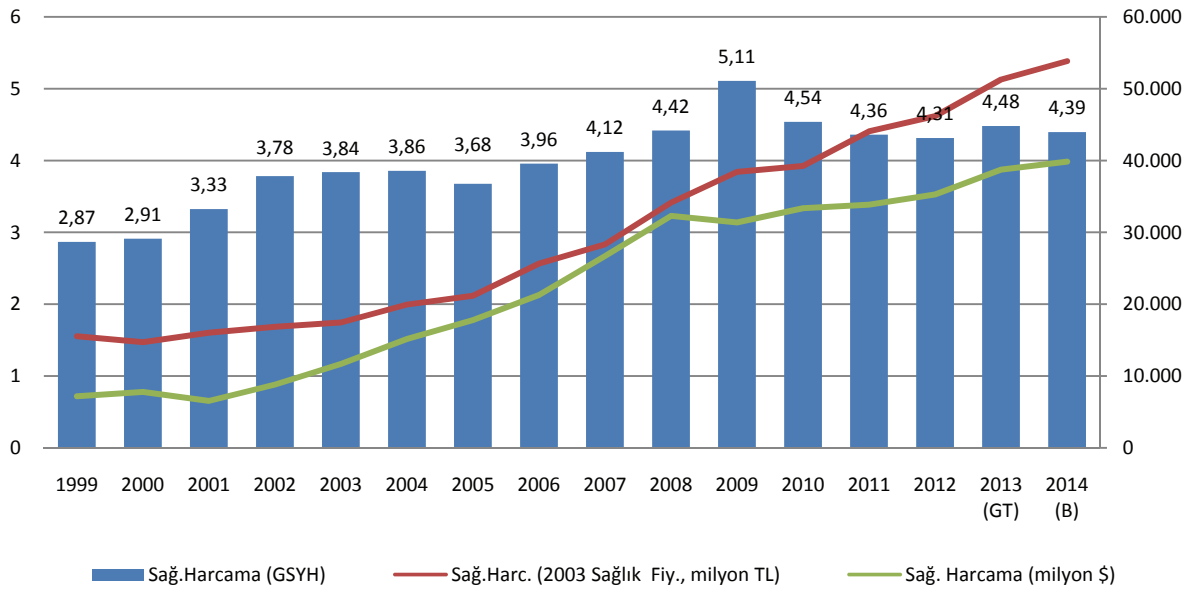
uygulanan sağlık politikalarının etkisiyle kamu sağlık harcamalarındaki artışın politika parametrelerinde bir değişiklik olmadığı durumda izleyen 10 yıllık dönemde devam etmesi beklenmektedir.

Sağlık harcamalarındaki artışa kurumsal olarak bakıldığında (kaynağı harcamaya çeviren kurum olarak), bütçenin sağlık harcamaları içindeki payı düşerken sosyal güvenlik sistemine ilişkin çıkarılan yasal düzenlemelerin uygulanmasına paralel olarak SGK'nun payının arttığı görülmektedir. 2000 yılında merkezi yönetim bütçesi kapsamındaki kurumların sağlık harcamaları içindeki payı % 40,6 seviyesinde iken, bu pay 2012 yılında % 25,8'e düşmüş, 2014 yılında ise % 26,6 seviyesinde gerçekleşmesi beklenmektedir. SGK payı ise aynı dönemde sırası ile % 54,3, % 72,3 ve % 71,6'dır. Bu değişimin anlamı SGK'nun sistemin finansmanında temel aktör konumuna gelmiş olmasıdır.

2014 mali yılında **merkezi yönetim bütçesi** kapsamındaki kurumlar için 20,1 milyar TL düzeyinde bir kaynak kullanımı öngörüsünde bulunulmuştur. Bu kaynakların % 90,6'sı Sağlık Bakanlığı tarafından kullanılması planlanırken, ikinci büyük kurumsal yapı % 8,2 ile üniversiteler olmaktadır.

2012 yılında genel sağlık sigortası uygulamasına tam olarak geçilmesi ile yeşil kartlıların sağlık güvencesinden yararlanmaları SGK'nın toplam sağlık harcamaları içindeki payını % 70'lerin üzerine taşımıştır. Bütçenin payındaki azalmayı belirleyen temel değişimi ise yeşil kart harcamalarının genel sağlık sigortası kapsamında bütçe dışına çıkarılarak SGK tarafından ödenecek olmasıdır.

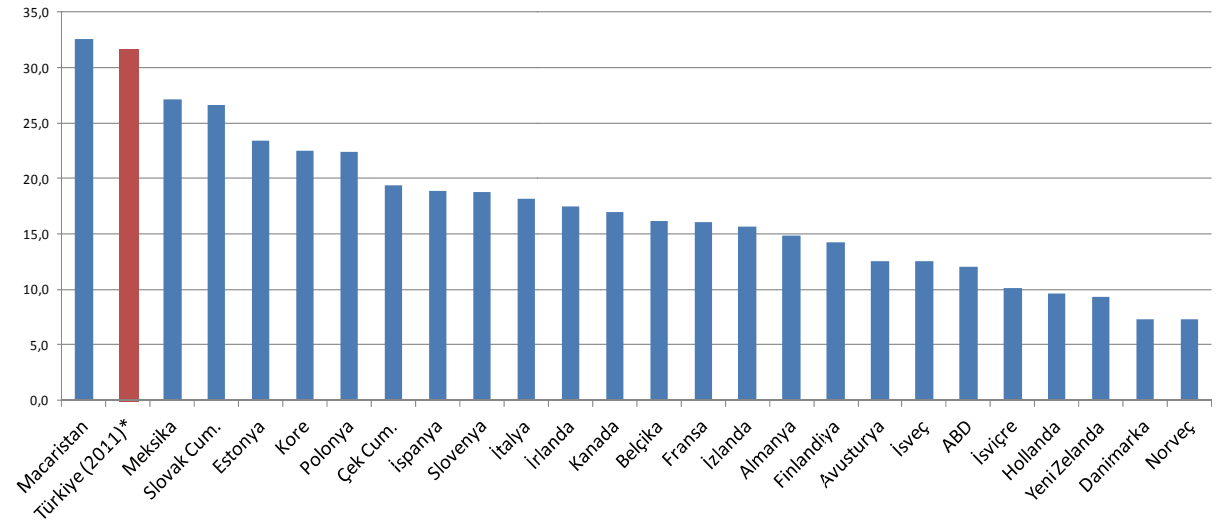
Grafik 9: Türkiye'de Kamu Sağlık Harcamalarının Gelişimi (1999-2014)



Kaynak: Emil, Yılmaz, 2008; Yılmaz, Emil, 2010; Yılmaz 2010 çalışmalarında kullanılan yöntemle Maliye Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı verileri kullanılarak güncellenmiştir.

Sağlık harcamalarının etkinliği açısından kullanılan göstergelerden bir tanesi de sağlık harcamaları içinde ilaç harcamalarının payıdır. Türkiye, OECD ülkeleri içinde sağlık harcamaları içinde ilaca ayrılan kaynağın en yüksek olduğu ülkeler grubu içinde yer almaktadır.

Grafik 10: OECD Ülkelerinde İlaç Harcamaları (% Toplam Sağlık Harcamaları, 2009)



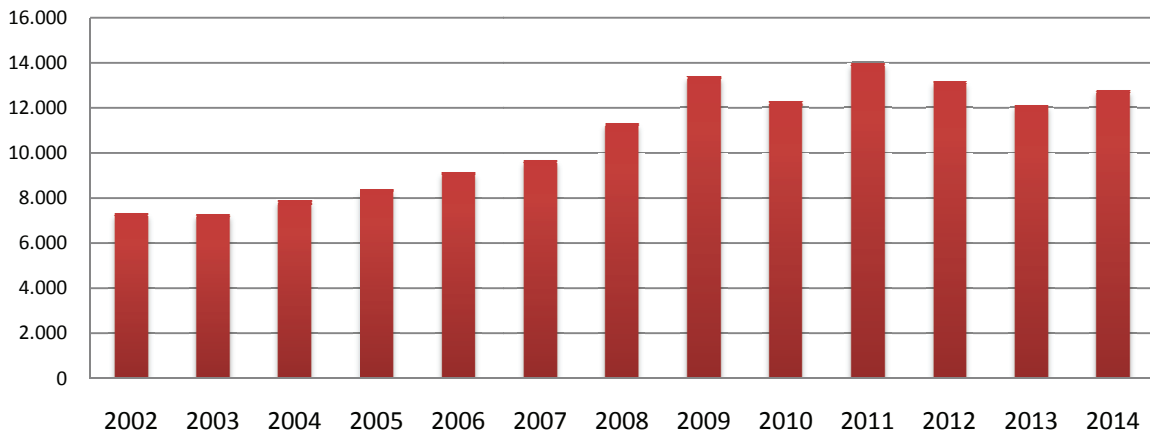
* Sadece kamu ilaç harcamalarının kamu sağlık harcamaları içindeki payı

Kaynak: OECD Sağlık Verileri 2011 - Versiyon: Aralık 2011, Türkiye Sağlık Bakanlığı ve Maliye Bakanlığı verilerinden hareketle kendi hesaplamamız

Kamu ilaç harcamaları ilaç tüketimindeki artışa paralel bir şekilde, aynı düzeyde olmamakla birlikte, dönem içinde sabit fiyatlarla bir artış içinde olmuştur. 2003 yılı sağlık sektörü fiyatları kullanılarak yapılan hesaplamada, 2003 yılında 7,3 milyar TL olan kamu ilaç harcamaları 2012 yılı sonunda % 95 oranındaki artış ile 14,3 milyar TL'ye çıkmaktadır.⁷

Bir önceki bölümde altını çizdiğimiz üzere; kamu ilaç harcamalarındaki artış, ilaç konusunda Sağlıkta Dönüşüm Programının hedeflediği etkinlikten uzaklaştığını ortaya koymaktadır. Bu düzeydeki bir artış ile birlikte, ilaç fiyatlarının tespitinde uygulamada yaşanan problemlere yönelik yapısal nitelikli ve bilimsel araştırmalara dayanan politikaların geliştirilememesi, mali sürdürülebilirlik açısından SGK'nun bütçe dengeleri üzerinde önemli bir baskı yaratmaktadır.

Grafik 11: Kamu İlaç Harcamalarının Artışı (2002-2014) (2003 Sağlık Fiyatları, Milyon TL)



Kaynak: Emil, Yılmaz, SGK ve Maliye Bakanlığı İstatistikleri ve Mali Raporları (2000-2012), TÜİK TÜFE Sağlık Fiyatları 2003 Bazlı Endeks.

⁷ Sağlık Bakanlığının yayımlanmış olduğu çeşitli raporlarda sabit fiyatlarla artış düzeyi ve oranı daha düşük çıkmaktadır. Burada temel farklılığın alınan enflasyon endeksinden kaynaklandığı tahmin edilmektedir. Bu hesaplamada alınan endeks sağlık fiyatlarındaki değişimi gösteren endeks değeri olmuştur.

Sağlık harcamalarında son 10 yıllık dönemde görülen hızlı artış, bu harcamaları toplam kamu harcamaları içinde fonksiyonel olarak sosyal güvenlik ve koruma harcamalarının altında ikinci sıraya taşımıştır. Bu dönemde toplam pay açısından sağlık harcamaları ile eğitim harcamaları yer değiştirmiştir. Sağlık harcamalarındaki bu artış, yapısal olarak kamu açığı sorunu olan Ülkemiz açısından sağlık politikalarında mali sürdürülebilirlik konusunu gündeme getirmiştir.

Bu durumun en temel göstergelerinin başında özellikle Sağlık Bakanlığı hastanelerinin SGK'dan olan alacaklarının silinmesi gelmektedir. SGK 2004-2010 döneminde ortalama olarak her yıl Bakanlık hastanelerine olan sağlık hizmetinden kaynaklı yükümlülüğünün % 14,2'sini ödemiştir. Bu uygulama ile, 2010 yılı fiyatları ile toplamda 11,1 milyar TL düzeyinde bir sağlık harcaması silinmek suretiyle toplam harcamalar içinde yer almamıştır.

Tablo 9: Sağlık Bakanlığı Hastaneleri Döner Sermaye Hesaplarından Silinen SGK Sağlık Borçları

	Tahakkuk milyon TL	Tahsilat milyon TL	Silinen		Silinme Oranı (%)
			Cari Fiyatlarla	2010 Sağlık Fiyatlarıyla	
2004	5.936	5.183	753	954	12,7
2005	6.629	4.870	1.759	2.062	26,5
2006	9.030	7.789	1.241	1.395	13,7
2007	10.301	9.233	1.068	1.157	10,4
2008	12.245	10.173	2.072	2.142	16,9
2009	13.522	11.852	1.670	1.719	12,4
2010	14.426	12.721	1.705	1.705	11,8
Toplam	72.089	61.821	10.268	11.133	14,2

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Dönüşüm Programı, Değerlendirme Raporu (2003-2010), kendi hesaplamalarımız

2004 yılında ilaçta KDV oranlarının % 18'den % 8'e düşürülmüştür. Bu sayede ilaç faturasında, 2004-2011 arasında 2010 yılı sağlık fiyatları ile yaklaşık 8,5 milyar TL düzeyinde bir düşme sağlanmıştır. Bu uygulamalara ek olarak Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamasında zaman içinde ortaya çıkan maliyet artışlarının finanse edilemez boyutlara doğru bir eğilim göstermesi ile baş edilebilmesi için; üniversite hastanelerinde de döner sermaye alacaklarının silinmesi, finansal açıdan zor duruma düşen hastanelere yardım yapılması, özel muayene uygulamasının kaldırılmasıyla özel muayeneden dolayı ortaya çıkan kayıpların karşılanmasına ilişkin çeşitli yardımlar yapılması yoluna gidilmiştir. Ancak bu tür yardımlar sağlığa yönelik harcamalar içinde gösterilmemiştir. Özetlemek gerekirse, tüm bu uygulamalar aslında bize sistemin finansal olarak bir sürdürülebilirlik problemi yaşamaya başladığını göstermektedir. Her yıl ortalama olarak % 10-15 arasında bir sağlık harcaması çeşitli yöntemlerle harcamaların içinde yer almamakta, yine vergi ve benzeri kolaylıklar ile sistem mali açıdan desteklenmeye çalışılmaktadır.

ilaç harcamaları açısından bir diğer önemli husus da, bu ilaçların hangi hastalıklarda kullanıldığı meselesidir. 2008 ve 2009 yılındaki ilaç harcamalarının hastalık dağılımlarına göre düzeyleri değerlendirildiğinde, enfeksiyon hastalıklarının ilaç harcamaları içinde ilk sırayı aldığı görülmektedir. Kardiyovasküler hastalıklar ve solunum yolu hastalıkları enfeksiyonları takip eden ve ciddi mali yük getiren diğer hastalık gruplarıdır. Solunum yolu hastalıklarının tedavisinde spesifik ilaçların yanı sıra enfeksiyona yakalanma riskinin yüksek olması ve yaşam kalitesinin düşük olması nedenleri ile antibiyotik ve analjezik gibi ilaçlar da kullanıldığından, bu hastalık grubunda enfeksiyon ilaçlarının kullanımı da artmakta ve grubun maliyeti aslında aşağıdaki tabloya yansiyandan daha yüksek bir değer taşımaktadır.

Tablo 10: 2008 ve 2009 Yıllarında İlaç Harcamalarının Hastalık Gruplarına Göre Dağılımları

Hastalık grupları	US\$ Year/08 (Absolute)	US\$ Year/09 (Absolute)	Toplamdaki % 2008	Toplamdaki % 2009
Enfeksiyon hastalıkları	1.642.077.423	1.584.608.059	11,13	11,05
Kardiyovasküler hastalıklar	1.314.136.971	1.237.237.565	8,91	8,63
KOAH (solunum yolu) ve astım	694.260.289	715.363.419	4,71	4,99
Kanser	652.568.088	706.054.042	4,42	4,92
Diabet	488.380.845	490.885.938	3,31	3,42
Antidepresanlar	313.963.339	280.459.017	2,13	1,96
üst solunum yolu hastalıkları (antibiyotik hariç)	257.787.675	272.142.368	1,75	1,90
Serebrovasküler hastalıklar	45.887.650	41.794.977	0,31	0,29
Toplam ilaç kullanımı	14.752.793.334	14.341.055.812	100,00	100,00

Kaynak: IMS veri sisteminden kendi hesaplamalarımız

III.2 Kamu Halk Sağlığı Harcamaları

“Kamu sağlık harcamalarının hızla artması, kamu sağlık hizmetlerinin daha etkin ve daha fazla sunulmasından mı kaynaklanmaktadır?” sorusu bu sürecin temel sorularının başında gelmektedir. Sağlık Bakanlığı bütçesinin toplam sağlık harcamaları içindeki payının önemli oranda düşmesi ve koruyucu sağlık hizmetlerinin bu dönemde reel olarak azalması etkinlik ve kalite sorununu bugün daha çok gündeme getirmektedir.

Sağlık harcamaları, özellikle dışsalıklar nedeni ile büyüme ve verimliliği doğrudan etkileyen harcamalar olarak değerlendirilmektedir. Sağlık harcamalarının, sağlık hizmetlerinin sunum düzeyi ve kalitesi açısından insan yaşamının süresini uzatması yanında özellikle koruyucu sağlık hizmetleri yoluyla negatif dışsalıkları azaltması nedenleri ile büyümeyi pozitif etkilediği genel kabul görmektedir (Yılmaz, 2007).

Devletin veya geniş anlamda kamunun sağlık sektöründe faaliyette bulunmasını açıklayan iki grup neden bulunmaktadır: Bunlardan ilki, piyasanın Pareto etkinliğinden uzaklaşmasına sebep olan piyasa başarısızlıklarının varlığıdır. Piyasa başarısızlıklarına üreticiler arasındaki eksik rekabet (incomplete market), tüketiciler arasındaki eksik bilgi-bilgi asimetrisi (imperfect information) ve dışsalıklar örnek olarak verilebilir. Devletin müdahalesini açıklayan ikinci grup neden ise, gelir eşitsizliğidir (income inequality). Piyasa Pareto etkinliğinde olabilir ama bununla birlikte sağlık güvencesi dışında olan ve yoksul olan insanlar sağlık hizmetinden faydalanamıyor olabilirler (Stiglitz, 1988:287, Yılmaz, 2007). Sonuç olarak; devlet sağlık sektörüne hem piyasanın etkinliğini sağlamak için düzenleyici olarak, hem de gelir eşitsizliğini gidermek üzere fiilen üretici/sübvans edici bir şekilde müdahale edebilir. Özellikle dışsalıkların olduğu ve erdemli hizmetler arasında yer alan koruyucu sağlık hizmetleri kamusal müdahale açısından daha öncelikli bir alandır.

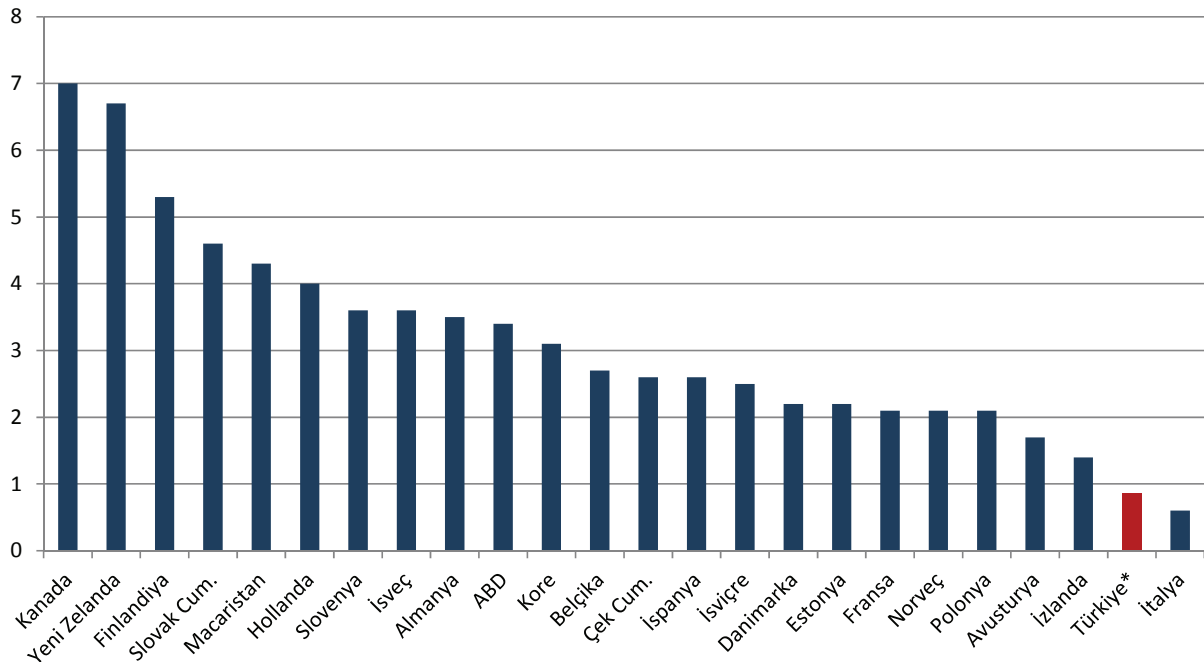
Sağlık harcamalarının büyümeye katkısı ve kalitesi konusunda değerlendirilmesi gereken bir husus, bizzat bu sektörün içindeki önceliklendirme meselesidir. Özellikle önleyici ve temel sağlık hizmetleri ile daha yüksek maliyetli tedavi edici sağlık hizmetleri arasındaki tercih, birincisinin sosyal faydasının maliyetinden daha yüksek olmasının beklendiği bir ortamda daha bir önem kazanmaktadır (Emil ve

Yılmaz, 2010). Bu çerçeve içinde kamu halk sağlığı harcamaları sağlık harcamalarının etkinliği kapsamında önemli ve daha tercih edilebilir hale gelmektedir.

SGK esas olarak tedavi hizmetlerine yönelik olarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine ilişkin ödemeleri yapmaktadır. Tedavi hizmetlerine yönelik Bakanlık kurum ve hastaneleri (663 sayılı KHK ile 2011 yılında Kamu Hastaneleri Birliği kurulması ile bu birimler bakanlık bütçesi dışında kalmaktadır) çıkarıldığında, koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik kaynaklar esas olarak Bakanlık bütçesinde karşılanmaktadır. Bakanlık bütçesinin halk sağlığına yönelik kaynaklarının reel olarak artması, sağlık harcamalarının kalitesini göstermesi açısından önem taşımaktadır.

2012 yılında bütçe sağlık harcamaları içinde (yeşil kart harcamaları ayıklanmış) koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik kamu halk sağlığı harcamalarının payı % 4,8 olup, toplam kamu sağlık harcamaları içindeki payı ise % 1,2 seviyesindedir. Bu oranlar 2011 yılında sırasıyla % 6,2 ve % 1,5'dir. 2011 yılına göre kamu halk sağlığı ödemelerinde ise bir düşme söz konusudur. Türkiye, halk sağlığı harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payının en düşük olduğu ülkeler kategorisi içinde yer almaktadır. OECD ülkelerinde toplam sağlık harcamaları içinde halk sağlığı harcamalarının payı % 2-7 arasında değişirken, bu oran Türkiye'de % 1'in altında çıkmaktadır. Halk sağlığı harcamaları içinde olması gereken bazı harcamalar, bütçe kodlaması çerçevesinde birincil basamak hizmetler (Bakanlığın içindeki Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı aile hekimliğinin sunduğu hizmetler) kurum harcamaları içinden ayıklanamamaktadır. Bu durum halk sağlığı harcamalarını düşük göstermekle birlikte, bu rakamların eklenmesiyle de harcamaların çok yüksek çıkmayacağı düşünülmektedir. Bu anlamda Bakanlığın ve SGK'nun bu ayrımı ortaya koyacak bir kodlama sistemini hayata geçirmesinde fayda görülmektedir.

Grafik 12: OECD Ülkelerinde Toplam Sağlık Harcamaları İçinde Halk Sağlığı Harcamalarının Payı (%)



*Türkiye sadece kamu kesimi ve kendi hesaplamamız

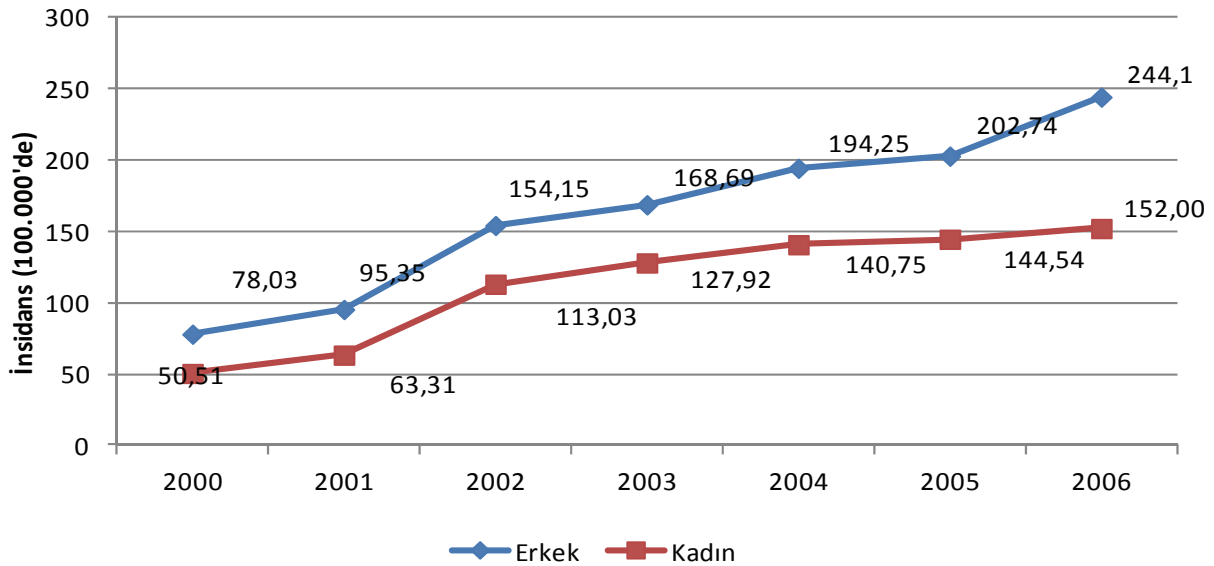
Kaynak: OECD, Sağlık Verileri 2011

Koruyucu sağlık harcamaları açısından önemli bir konu günümüzde kanser olgusu üzerinedir. Nüfus artış hızı dünyada ve benzer şekilde Türkiye'de de azalmakta, öte yandan doğumda beklenen yaşam

süresi artmaktadır. Bunun anlamı, yakın gelecekte toplumda demografik geçiş yaşanacağıdır. Bu durumda yaşlı nüfus genç nüfusun oranını geçecek ve nüfus yaşlanacaktır. Sağlık sistemi açısından bu durum yaşlılığa bağlı olarak görülen hastalıkların insidanslarında artış beklenmesi anlamına gelmektedir. Tek ödeyicili sağlık sistemleri açısından birlikte seyretmesi olası önemli diğer bir husus da, prim ödeyen kesimin oranının azalmasına rağmen hizmet bekleyen kesimin oranının artışıdır. Sağlık hizmetlerine olan talep artışı ile birlikte finansman kanallarının daralması sorunu kaynakların etkin kullanılması gerekliliğini daha da arttıracaktır.

Nitekim izleyen grafikte verilen, Türkiye’de yıllara göre kadın ve erkekler için kanser insidanslarına bakıldığında bu tablo daha iyi anlaşılacaktır. 2006 yılında kanser insidansları kadınlar için yüz binde 152, erkekler için ise 244,1’dir. 2002 yılında görülen ani artış kanser kayıtçılığindeki iyileşmeye bağlı olarak değerlendirilmelidir. Kanser insidanslarını kaba oranlar ve yaşa göre düzeltilmiş oranlar olarak ele aldığımızda, 2005 yılında kaba oranların kadınlar için yüz binde 140,75, erkekler için ise yüz binde 194,25 olduğu görülmektedir. Bu oranlar Avrupa ve Dünya standart popülasyonlarına göre düzeltilerek genç nüfusun etkisinden arındırıldığında ise, oranların kadınlarda sırası ile 279,40 ve 163,53’e ve erkeklerde de 391,55 ve 227,98’e yükseldiği görülmektedir.

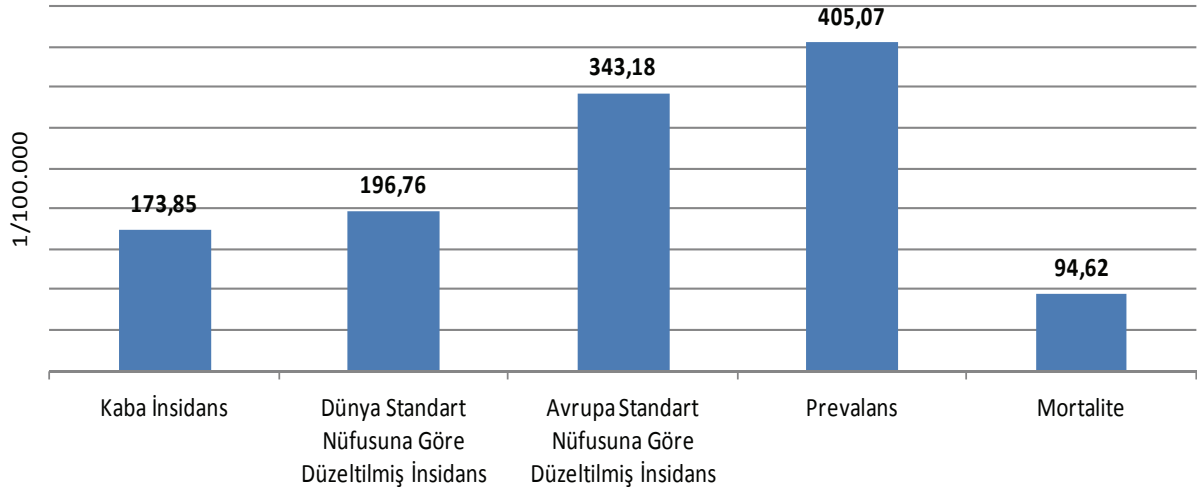
Grafik 13: Türkiye’de Kadın ve Erkek Kanser İnsidans Değerleri (100.000’de, 2000-2006)



Kaynak: TC Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı verileri, 2010

Yılmaz ve ark. (2009) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, kadın ve erkekler için 2006-2030 yılları arası kanser insidansı projeksiyonları yapılmıştır. 2005 yılında yüz binde 176,4 olan insidans oranının 2010 yılında yüz binde 214,8’e, 2020 yılında yüz binde 285,3’e, 2030 yılında yüz binde 393,9’a çıkacağı tahmin edilmiştir. Bu yapı ve gelişmeler önleyici sağlık hizmetleri kapsamında kanserle mücadeleyi önemli bir politika alanı haline getirmektedir.

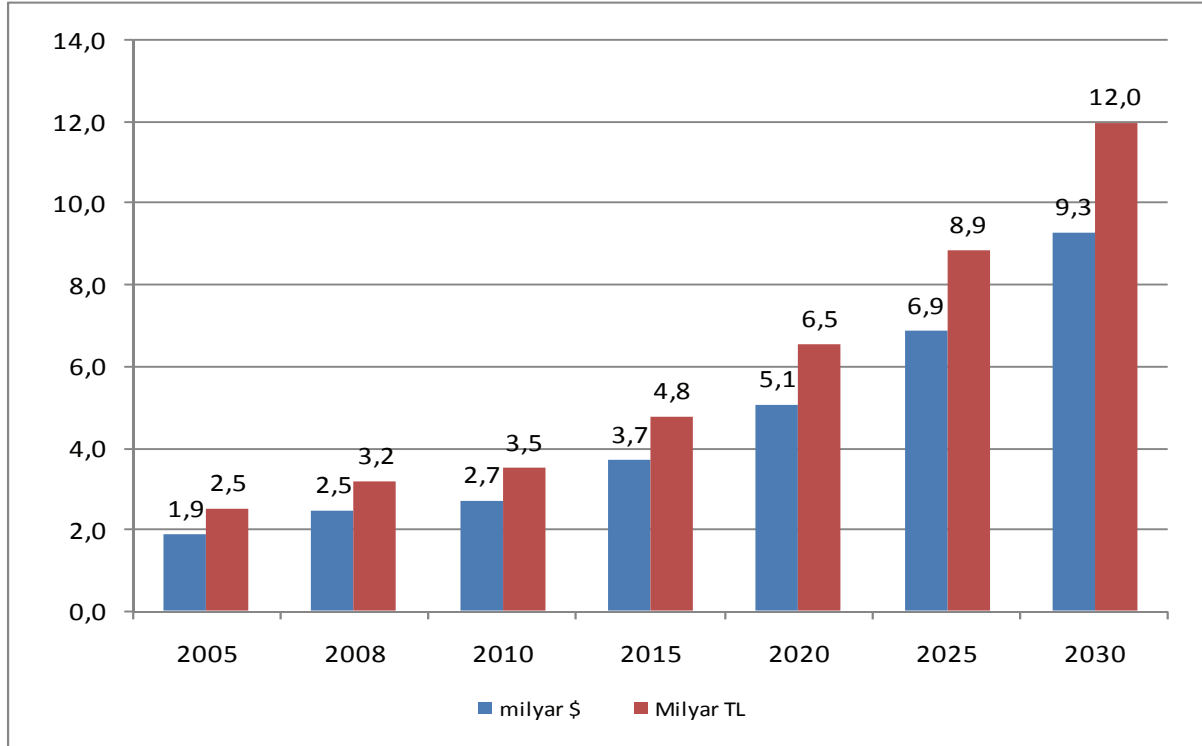
Grafik 14: Türkiye’de Kanser İnsidans, Prevalans⁸ ve Mortalite Hızları (2005)



Kaynak: Yılmaz ve ark., 2010

Kanser görülme sıklığı ve yaşayan hasta sayısındaki artışa paralel bir şekilde kanser harcamaları da artmaktadır. Yılmaz ve ark. (2010) tarafından 2005 yılında 1,9 milyar ABD doları düzeyinde hesaplanan kanser tedavisine yönelik toplam harcamalar, aktif bir müdahalenin yapılmadığı durumda 2010 yılında 2008 yılı fiyatları ile 2,5 milyar dolara çıkmaktadır. Bu tutar 2020 yılında 5,1 milyar dolara, 2030 yılında ise 9,3 milyar dolar düzeyine ulaşmaktadır.

Grafik 15: 2005-2030 Yıllık Bazda Toplam Kanser Harcamalarının Gelişimi (milyar \$; 2008-2030, 2008 fiyatlarıyla)



Kaynak: Yılmaz ve ark., 2010

⁸ Mevcut hasta sayısının, risk altındaki nüfusa oranıdır.

Kanser türlerinin dağılımına bakıldığında, en sık görülen ilk 10 kanser türü içinde yer alan akciğer, prostat, meme, mide ve kolon kanserlerine ilişkin ölümlerin % 40'ının önleme programları ile önlenilebileceği bilinmektedir (DSÖ, 2007). Bu önlenebilir ölümlerin % 60'ı tütün kullanımı ile ilişkilidir. Diğer kanser türleri ise tarama yolu ile erken dönemde tespit edilebilmekte ve örneğin meme kanserinde tanılanların % 63,7'si erken lokalize dönemde konulabilmektedir. Bu dönemde yakalanan hastaların 5 yıllık yaşam beklentileri % 97,9'dur (American Cancer Society, 2006). Yazıhan ve Yılmaz (2007) çalışmasında ortaya konduğu üzere, risk altındaki toplam kadın nüfusunun her iki yılda bir taranması sonucunda tedavi giderlerinden yapılan tasarruf altı yıl için 217,78 milyon TL düzeyinde olmaktadır. Bu ise aynı dönem içinde yaklaşık olarak bir yıllık tedavi gideri toplamına karşılık gelmektedir.

Benzer şekilde, Türkiye'de kronik hastalıklarla mücadeleye yönelik olarak; Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı-Risk Faktörleri; Birincil İkincil ve Üçüncül Korumaya Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı, Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıklarını (Astım-KOAH) Önleme ve Kontrol Programı (2009-2013), Ulusal Kanser Programı (2009-2015) ve Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı (2011-2014) gibi programlar uygulanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011). Ancak aynen kanser örneğimizde olduğu gibi bu programların maliyet ve finansman yapıları detaylı bir şekilde ortaya konmamış olup, uygulanan programların hem teknik etkinliği (maliyet etkinliği anlamında) hem de etkililiği (bu programların uygulanması sonucunda hedef grupların yaşam kalitesinin artması anlamında) yapılmış kapsamlı değerlendirmeler bulunmamaktadır.

Sonuç olarak, Ülkemizde kamu kaynaklarından sağlığa ayrılan pay yıllar içinde artış göstermiş olmakla beraber, bu payın içinde tedavi amaçlı sağlık harcamalarının oranının koruyucu sağlık hizmetlerine oranla çok daha fazla olduğu görülmektedir. Bu akla iki soruyu getirmektedir: i) Sağlık harcamaları ne ölçüde maliyet etkin, yani aynı miktar sağlık hizmeti daha düşük maliyetle verilebiliyor mu? ve ii) Söz konusu harcamalar ne kadar etkilidir, yani hizmeti alan vatandaşların yaşam kalitesi yükselmekte midir? Bu soruya koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri açısından politika tercihi olarak baktığımızda, bu bölümdeki açıklamalarımız bizi tedavi edici sağlık hizmetlerine oranla koruyucu sağlık hizmetlerine ne kadar çok pay ayrılırsa maliyet etkin bir sağlık politikasına o kadar yaklaşacağımızı göstermektedir. Buna karşılık, benzer şekilde koruyucu sağlık hizmetlerine verilecek ağırlık, tedavi edici sağlık hizmetlerine oranla daha etkili olma şansına sahip bulunmaktadır. Bu açıdan bu bölümdeki açıklamalarımız bizi Sağlıkta Dönüşüm Programının henüz bu doğrultuda bir dönüşüm yaratmadığı sonucuna götürmektedir.

Bundan sonraki bölümde ise, bu soruların yanıtını daha genel bir açıdan ele alacağız. Burada hareket noktamız veri zarflama analizi tekniği ile Türkiye'de sağlık sisteminin harcama etkinliği konusunda bazı çıkarımlarda bulunmak olacaktır.

IV. VERİ ZARFLAMA ANALİZİ VE TÜRKİYE’DE SAĞLIK SİSTEMİNİN GÖRELİ ETKİNLİĞİ

IV.1 Veri Zarflama Analizi: Yöntem, Veri Yapısı, Seçilen Ülkeler ve İki Yönlü Ülke Korelasyonları

Veri Zarflama Analizi (VZA) organizasyon, üretilen ürün ya da hizmet açısından benzer yapıdaki karar verici birimlerin (KVB) görelî etkinliklerini karşılaştırmak üzere kullanılan ve parametrik olmayan, doğrusal programlama tabanlı matematiksel bir yöntemdir. Doğrusal programlama tekniği, ilk kez tek çıktısı ve birden çok girdisi olan birimlerinin etkinliğinin incelenmesi amacıyla Farrel (1957) tarafından kullanılmıştır. Ölçeğe göre sabit getiri (CRS) varsayımına dayanan ilk VZA modeli ise Charnes, Cooper ve Rhodes (CCR) tarafından 1978 yılında geliştirilmiştir. 1984 yılında ise Charnes ve Cooper, modeli ölçeğe göre değişken getiri (VRS) varsayımı altında ölçek verimliliği ve teknik verimliliği ayrı ayrı ölçmeyi sağlayacak şekilde gözden geçirmişlerdir.

VZA, karşılaştırılacak KVB’lerin uzman görüşü ile belirlenen girdi ve çıktı kalemleri üzerinden etkinlik/etkinsizlik miktarını ortaya koyabilme gücünde olması nedeni ile, kar amaçlı olan ya da olmayan çok sayıda kurumun etkinliğinin analizinde yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. KVB’lerin görelî etkinlik düzeylerinin belirlenmesinde ve etkinsizlik nedenlerinin tespit edilmesi, gerekli girdi azaltma/çıktı arttırma miktarlarının belirlenmesi ve etkinsiz birimlerin ne şekilde daha etkin hale getirilebileceğinin tespitinde yol göstericidir. VZA özellikle girdi ve çıktıların ancak birden fazla farklı birimle ölçülebildiği durumlarda analiz yapmaya izin vermesi nedeni ile tercih edilmektedir.

Sigorta şirketleri, bankalar, hastaneler, üniversiteler, oteller, mahkemeler ve huzurevleri gibi örnek verilecek sektör ve alanlarda farklı düzenlemelerin uygulamaya konulduktan sonra sonuçlarının ve öncesinin karşılaştırıldığı, iki durumdaki etkinliklerinin ölçüldüğü ve kıyaslandığı çok sayıda VZA uygulaması bulunmaktadır. Son yıllarda özellikle kamu politikası ve harcamaları açısından önemli hale gelen sağlık alanında da kullanımına başvurulmaya başlanmıştır (IMF, 2007; Zaim ve Diler, 2009; Ayanoğlu ve ark., 2003).

Yöntem, her bir gözlemi kullanarak Pareto verimlilik kümesiyle tespit edilen bir uç sınır hesaplamakta ve önceden belirlenen bir etkinlik sınırı fonksiyonuna ihtiyaç duymamaktadır. Bir başka deyişle, üretim olanakları sınırını eldeki gözlemlerden yola çıkarak kendisi belirlemektedir. Çok sayıda karar verici birimin, farklı ağırlıklara sahip çok sayıda girdi ve çıktısını aynı anda göz önünde bulundurarak, tüm karar birimlerinin maksimum performans ölçüsünü hesaplamak suretiyle ampirik bir üretim olanakları sınır yüzeyi belirlenmektedir. Tek girdili ve iki çıktılı bir modelde bu sınır iki boyutlu bir üretim olanakları eğrisine tekabül ederken, çok girdili ve çok çıktılı bir modelde bir sınır yüzeyi oluşturulmaktadır. Ardından her bir karar verici birimin sınır yüzeye olan radyal uzaklığı hesaplanmak suretiyle birimin etkinlik/etkinsizlik derecesi ortaya konmaktadır. Sınır üzerinde bulunan, yani etkinlik derecesi 1 olan birimler etkin kabul edilirken, diğer birimler etkinsiz kabul edilmekte ve sınıra olan uzaklıklarına göre bir etkinlik değeri almaktadırlar.

Bunlara ek olarak, yöntem etkin olmayan her birim için etkin olan birimlerden oluşan bir referans kümesi sunmaktadır. Referans olarak gösterilen bu birimler görelî olarak etkin olup, benzer girdi ve çıktı kombinasyonuna sahiptir ve etkin birime örnek operasyon uygulamaları konusunda yön göstermektedir (Ayanoğlu ve ark., 2010).

Çalışmada, Dünya Bankası tarafından belirlenmiş üst-orta ve yüksek gelirli olmak üzere iki ülke grubuna giren ülkeler içinde gerekli veri setine ulaşılabilen ülkeler analize dahil edilmiştir. Üst-orta gelir grubuna giren ülkeler; Arnavutluk, Mauritius Cezayir, Meksika, Arjantin, Namibya, Azerbaycan, Güney Afrika, Bosna Hersek, Surinam, Botswana, Tayland, Şili, Tunus, Çin, Türkiye, Kolombiya, Venezüella, Kosta Rika, Uruguay, Küba, Brezilya, Dominik Cum., Kazakistan, Ekvator, Panama, Gabon, Romanya, İran, Seyşeller, Jamaika, Bulgaristan, Ürdün, Letonya, Lübnan, Palau, Libya, Beyaz Rusya, Malezya, Rusya Fed., Maldivler, Litvanya'dır. Yüksek gelir grubuna giren ülkeler ise; Andorra, Avustralya, Birleşik Arap Emirlikleri, Avusturya, Birleşik Krallık, Belçika, Portekiz, Brunei, Bahreyn, Kanada, İspanya, Hırvatistan, Yeni Zelanda, Kıbrıs, Polonya, Ekvator Ginesi, Fransa, Yunanistan, ABD, Macaristan, Çek Cum., İzlanda, İtalya, İsrail, İrlanda, Japonya, Slovak Cum., Kuveyt, Slovenya, Lüksemburg, Almanya, Malta, Estonya, Umman, Hollanda, Suudi Arabistan, İsveç, Singapur, Finlandiya, İsviçre, Danimarka, Trinidad ve Tobago, ile Norveç'tir.

Çalışmada kullanılan VZA tekniği için iki senaryo düşünülmüştür. Burada amaç, genel olarak sağlık sisteminin performansının değerlendirilmesi ve özellikle daha sağlıklı bir yaklaşım olarak düşündüğümüz, spesifik olarak kronik hastalıklara yönelik olarak görelî etkinliğin ölçülmesidir.

Birinci modelde, sağlık sistemlerinin genel performansı değerlendirilmiştir. Bu modelde Türkiye'nin sağlık sisteminin görelî etkinlik düzeyi, Dünya Bankasının üst-orta ve yüksek gelir grubu ülkeleri göz önünde bulundurularak, IMF'nin 2007 yılı çalışmasında kullandığı girdi ve çıktı kalemleri açısından tespit edilmiştir.

Tablo 11: Sağlık Sistemlerinin Görelî Etkinliğinin Karşılaştırılmasında Kullanılan Girdi ve Çıktılar

Girdiler	
Kişi Başına Gelir (GNI, int. \$, SGP)	
Sağlık Harcamaları (Toplam, % GSYİH)	
Kişi Başına Kamu Sağlık Harcaması (int. \$, SGP)	
Kamu Sağlık Harcaması (% Toplam Sağlık Harcamaları)	
Hekim Sayısı (10.000 kişi başına)	
Hemşire Sayısı (10.000 kişi başına)	
Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (Yıl, Kadın)	
Çıktılar	
Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (Yıl, Kadın)	
1/Verem Prevalansı (100.000 kişide)	
Bebek Ölümleri (1.000 canlı doğumda)	
	Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar**
	Kardiyovasküler Hastalıklar**
Mortalite Değerleri (DPSP, YGD)	Kanser**
	Yaralanmalar**

**Yüksek değerler hesaplamalarda olumlu olarak değerlendirildiğinden, mortalite değerleri 1/Mortalite hızı olarak ele alınmıştır.

İkinci modelde ise yine aynı ülke grupları, sağlık sistemlerinin görelî etkinlikleri açısından Türkiye için sağlık önceliği olarak görülen kronik hastalıklara ilişkin çıktılar göz önünde bulundurularak bir karşılaştırma yapılmıştır.

Tablo 12: Sağlık Sistemlerinin Kronik Hastalıklarla Mücadele Açısından Görelî Etkinliğinin Karşılaştırılmasında Kullanılan Girdi ve Çıktılar

Girdiler	
Kişi Başına Gelir (GNI, int. \$, SGP)	
Kişi Başına Kamu Sağlık Harcaması (int. \$, SGP)	
Çıktılar	
	Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar**
Mortalite Değerleri (DPSP, YGD)	Kardiyovasküler Hastalıklar**
	Kanser**
	Yaralanmalar**

Teknik etkinliğin ölçüldüğü “ölçeğe göre sabit getiri varsayimli girdi odaklı veri zarflama analizi”, Tim Coelli tarafından yazılan DEAP 2.1 programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

Kutu: VZA ve İki Yönlü Korelasyon Analizi

VZA, etkinlik ölçümünde kullanılan doğrusal programlama temelli bir istatistiksel tekniktir ve karar verme birimleri olarak adlandırılan (KVB) ürettikleri ürün ya da hizmet açısından birbirine benzeyen ekonomik karar birimlerinin görelî etkinliğinin ölçülmesi için geliştirilen parametresiz bir etkinlik ölçüm tekniğidir. Bu teknik KVB'nin çıktıları oluşturmak için mevcut kaynakları nasıl etkin bir biçimde kullanacağını belirlemesini sağlar. Etkinlik değerlendirmesinin sağlıklı biçimde gerçekleşebilmesi için çeşitli girdi-çıkıtı senaryoları VZA tekniği ile sınanabilir ve böylece süreci en iyi temsil edebilecek anlamlı girdi ve çıktılar belirlenebilir. Üretime katkı sağlamayan ve birbiriyle çoklu bağlantısı bulunan girdi-çıkıtı değişkenlerinin elenmesi gerekir.

Bu değerlendirme yönteminin nonparametrik olmasının getirdiği kısıtlar nedeniyle, VZA analizinde kullanılacak etkinlik değerlerinin belirlenmesi için öncelikle uygun karar birimleri belirlenmelidir. Seçilen karar birimlerinin homojen dağılımları değerlendirildikten sonra, girdi ve çıktılar arasındaki doğrusallık ilişkisi korelasyon analizi ile belirlenir. Bu amaçla çalışmamızda girdi ve çıktılar iki yönlü korelasyon analizi ile değerlendirilerek yöntemin güvenilirliği ve kullanımı güçlendirilmiştir. Bu kapsamda korelasyon analizi, farklı ülke gruplarında ve tüm ülkeleri kapsayacak şekilde yapılmıştır. Bu şekilde istatistiki olarak anlamlı ilişki çıkan ülke grupları için veri zarflama analizinin sonuçlarının uygulanan sağlık politikalarını değerlendirmede daha güçlü bir yapıyı ortaya koyacağı kabul edilmiştir.

Korelasyon sonuçlarını, çalışmada ele alınan iki ülke grubu ile bütün ülkeler için üç tablo çerçevesinde ele alırsak:

A. Üst-Orta Gelir Grubu Ülkeleri

Üst orta gelir grubunda bulunan ülkeler için girdi ve çıktılarına yönelik olarak iki yönlü korelasyon analizi yapıldığında, kamu ve kişi başı sağlık harcamalarındaki değişimin temelde bebek ölümleri ve verem prevalansında bir iyileşme yönünde etki gösterdiği, bulaşıcı olmayan hastalıklarla sağlık harcamaları arasında ise doğrusal bir ilişki göstermediği görülmüştür. Bu durum gelir düzeyi yüksek olan ülke grubundan farklılık göstermektedir ve üst-orta gelir düzeyindeki ülkelerde sağlığa yapılan harcamaların bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı mortalite değerlerini doğrudan etkileyecek bir düzenlemeye sahip olmadığını düşündürmektedir. Benzer şekilde, bu ülkelere yönelik veri zarflama analizinin güçlü bir ilişkiye dayanmaması da bu bulguyu destekleyerek, bulaşıcı olmayan hastalıklara

yönelik uygulanan sağlık politikalarında bir kararsızlık olduğu izlenimini de vermektedir. Özellikle bu ülke gruplarında sağlığa yönelik yapılan harcamaların DSÖ tarafından da temel sağlık göstergelerinde iyileşme analizlerinde kullanılan temel parametrelerden anne-çocuk sağlığı ve enfeksiyöz ajanlarla mücadeleye yöneltilmiş olmasından kaynaklanabileceği akla gelebilir. Ancak bunun yanı sıra yaşam beklentisinin artmasına bağlı insidans ve prevalansı hızla artmakta olan kardiyovasküler hastalıklar, kanser gibi hastalıkların bu ülkelerin sağlık politikaları öncelikleri içinde yeterince dikkate alınmaması ile de ilgisi olabilir. Oysaki hedeflenen parametrelerdeki iyileşme bulaşıcı olmayan hastalıklarda artış riskini arttırmakta (yani insanlar yaşam süreleri uzadıkça ileri yaşlarda rastlanan hastalıklara daha çok yakalanabilmekte) ve bu hastalıklara karşı mücadelede de önceliklendirme zorunluluğu taşımaktadır. Her ne kadar bulaşıcı hastalıklarda elde edilen iyileşmeler olsa da, hastalıklara göre gruplandırılmış ilaç tedavi maliyetlerinin sonuçları enfeksiyon hastalıklarının da hala ciddi maliyet getiren önemli sorunların başında geldiğini göstermektedir (Tablo 10). Bu durum göz önünde tutulduğunda, sağlık harcamalarının mevcut ve olası risk parametrelerinin ağırlandırılarak doğru sağlık politikaları ile yönlendirilmesinin önemli olduğu görülmektedir.

Tablo 13: Üst-Orta Gelir Grubu Ülkeleri İki Yönlü Korelasyon Sonuçları

		Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (Yıl, Kadın)	1/Verem Prevalansı (100.000 kişide)	Bebek Ölümleri (1.000 canlı doğumda)	Mortalite Değerleri (DPSP, YGD)		
					Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar	Kardiyovasküler Hastalıklar	Kanser
Kişi Başına Gelir (GNI, int. \$, SGP)	R	,158	-,243	-,331(*)	-,060	-,079	-,084
	p	,318	,122	,032	,707	,619	,598
Sağlık Harcamaları (Toplam, % GSYİH)	R	,130	,420(**)	-,164	,203	,176	-,151
	p	,411	,006	,299	,196	,264	,340
Kişi Başına Kamu Sağlık Harcaması (int. \$, SGP)	R	,295	,344(*)	-,445(**)	,204	,149	-,217
	p	,058	,026	,003	,195	,347	,167
Kamu Sağlık Harcaması (% Toplam Sağlık Harcamaları)	R	,204	,306(*)	-,258	,115	,056	-,063
	p	,196	,049	,099	,468	,727	,690

** Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlı (2-yönlü)

* Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlı (2-yönlü)

B. Yüksek Gelir Grubu Ülkeleri

Yüksek gelir grubunda yer alan ülkelerde parametreler arasındaki korelasyon değerlendirildiğinde kişi başına düşen gelir, kamu ve bireysel sağlık harcamalarda artış, doğumda beklenen yaşam süresine olumlu etki göstermektedir. Orta-üst düzey ülkelerdekine benzer şekilde verem prevalansı ve bebek ölümleri de azalmaktadır. Ülkelerin gelir düzeyi arttıkça kardiyovasküler hastalık prevalansı artmakta ve buna paralel olarak kardiyovasküler hastalıklara bağlı mortalite (ölümler) de artmaktadır. Kardiyovasküler hastalıklar bulaşıcı hastalıklar arasında en yüksek yüzdeye sahip hastalık grubudur. Bulaşıcı olmayan hastalıklardaki artışın kanser veya yaralanmadan değil kardiyovasküler hastalıklara bağlı ölümlerdeki artışa bağlı olduğunu düşündürmektedir. Korelasyonlardaki bu anlamlılık, özellikle üst orta gelir grubu ülkelerden farklı olarak bulaşıcı olmayan hastalıklar, kardiyovasküler hastalıklar ve kanserde temel girdiler ile ilişkinin veri zarflama açısından bu ülkeler için daha kullanılabilir olduğunu bize göstermektedir. Dolayısı ile bu ülkelerde uygulanan sağlık politikalarının etkinliğini veri zarflama analizi ile ölçmeye çalışmak anlamlı hale gelmektedir.

Tablo 14: Yüksek Gelir Grubu Ülkeleri İki Yönlü Korelasyon Sonuçları

		Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (Yıl, Kadın)	1/Verem Prevalansı (100.000 kişide)	Bebek Ölümleri (1.000 canlı doğumda)	Mortalite Değerleri (DPSP, YGD)		
					Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar	Kardiyovasküler Hastalıklar	Kanser
Kişi Başına Gelir (GNI, int. \$, SGP)	R	,346(*)	,391(**)	-,304(*)	,419(**)	,387(**)	,293
	p	,021	,009	,045	,005	,009	,054
Sağlık Harcamaları (Toplam, % GSYİH)	R	,574(**)	,485(**)	-,418(**)	,258	,597(**)	-,617(**)
	p	,000	,001	,005	,091	,000	,000
Kişi Başına Kamu Sağlık Harcaması (int. \$, SGP)	R	,512(**)	,666(**)	-,361(*)	,359(*)	,612(**)	-,373(*)
	p	,000	,000	,016	,017	,000	,013
Kamu Sağlık Harcaması (% Toplam Sağlık Harcamaları)	R	-,073	,098	,027	,033	-,069	-,083
	p	,637	,527	,862	,829	,656	,591

** Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlı (2-yönlü)

* Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlı (2-yönlü)

C. Üst-Orta ve Yüksek Gelir Grubu Ülkeleri Birlikte

Üst-orta gelir grubundaki ülkeler ile yüksek gelir grubunda bulunan ülkelerin hepsi birlikte ele alındığında, korelasyon sonuçları üst-orta gelir grubundaki ülkelere göre daha anlamlı çıkmaktadır. Tüm ülkeler beraber değerlendirildiğinde, kişi başına gelir düzeyindeki artış doğumda beklenen yaşam süresinde artışa, verem prevalansında ve bebek ölümlerinde azalmaya, bunun yanı sıra başta kardiyovasküler hastalıklarda olmak üzere bulaşıcı olmayan hastalıklarda artışa neden olmaktadır. Kamu sağlık harcamalarında artış kardiyovasküler hastalıklarda doğrudan bir iyileşmeye neden olmazken, kansere bağlı mortalitede azalma sağlamaktadır. Tüm bu değerlendirmeler, yüksek gelir grubunun da dahil olduğu tüm ülke değerlendirmelerinde bulaşıcı hastalıklara bağlı mortalite kamu sağlık harcamaları ile ilişkilendirilebilecekken, üst-orta grupta bu tür analizlerin doğrudan fonksiyon analizleri yerine alt fonksiyonel dağılım analizleri ile değerlendirilmesinin daha doğru olacağını göstermektedir. Bu açıdan kamu sağlık harcamalarının ülke içi risk faktörleri ağırlandırılarak önceliklendirmesinin yapılması, hem bebek ölümleri hem enfeksiyöz hastalıklar hem de yaşam beklentisindeki artışa paralel artacak olan bulaşıcı olmayan hastalıklar arasında uygun bir biçimde dağıtılmasının bu hastalıklara bağlı mortalitelerde de orta vadede iyileşme sağlaması mümkündür.

Tablo 15: Üst-Orta ve Yüksek Gelir Grubu Ülkeleri İki Yönlü Korelasyon Sonuçları

		Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (Yıl, Kadın)	1/Verem Prevalansı (100.000 kişide)	Bebek Ölümleri (1.000 canlı doğumda)	Mortalite Değerleri (DPSP, YGD)		
					Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar	Kardiyovasküler Hastalıklar	Kanser
Kişi Başına Gelir (GNI, int. \$, SGP)	R	,532(**)	,528(**)	-,476(**)	,617(**)	,565(**)	,067
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,542
Sağlık Harcamaları (Toplam, % GSYİH)	R	,425(**)	,491(**)	-,376(**)	,308(**)	,494(**)	-,415(**)
	p	,000	,000	,000	,004	,000	,000
Kişi Başına Kamu Sağlık Harcaması (int. \$, SGP)	R	,591(**)	,716(**)	-,495(**)	,586(**)	,680(**)	-,245(*)
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,023
Kamu Sağlık Harcaması (% Toplam Sağlık Harcamaları)	R	,292(**)	,312(**)	-,273(*)	,315(**)	,227(*)	-,091
	p	,006	,004	,011	,003	,036	,404

** Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlı (2-yönlü)

* Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlı (2-yönlü)

IV.2 Veri Zarflama Analizi Sonuçları

Birinci Model Sonuçları:

Üst-orta gelir grubu ülkeler, genel sağlık performanslarının 7 girdi ve 7 çıktı üzerinden değerlendirildiği birinci modele göre, göreceli etkinlik değerleri açısından karşılaştırıldığında; ele alınan 42 ülkenin 30'unun etkinlik sınırı üzerinde bulunduğu, yani eldeki girdileri mevcut çıktılara ulaşmada % 100 etkin kullandığı görülmektedir. Türkiye'nin etkinlik düzeyinin de 1 olduğu görülmektedir.

Tablo 16: Üst-Orta Gelir Grubu Ülkelerinin Sağlık Sistemlerinin Göreceli Etkinlik Değerleri

Ülke	Etkinlik Değeri	Ülke	Etkinlik Değeri
Arnavutluk	1.000	Mauritius	1.000
Cezayir	1.000	Meksika	1.000
Arjantin	1.000	Namibya	1.000
Azerbaycan	1.000	Güney Afrika	1.000
Bosna Hersek	1.000	Surinam	1.000
Botswana	1.000	Tayland	1.000
Şili	1.000	Tunus	1.000
Çin	1.000	Türkiye	1.000
Kolombiya	1.000	Venezüella	1.000
Kosta Rika	1.000	Uruguay	0.966
Küba	1.000	Brezilya	0.949
Dominik Cum.	1.000	Kazakistan	0.919
Ekvator	1.000	Panama	0.901
Gabon	1.000	Romanya	0.824
İran	1.000	Seyşeller	0.795
Jamaika	1.000	Bulgaristan	0.751
Ürdün	1.000	Letonya	0.743
Lübnan	1.000	Palau	0.706
Libya	1.000	Beyaz Rusya	0.698
Malezya	1.000	Rusya Fed.	0.674
Maldivler	1.000	Litvanya	0.649

Aynı model yüksek gelir grubu ülkeleri için uygulandığında, ele alınan 44 ülkenin 25'inin etkinlik sınırı üzerinde bulunduğu, yani girdileri mevcut çıktılara ulaşmada % 100 etkin kullandığı görülmektedir. Türkiye'nin etkinlik düzeyinin de 1 olduğu görülmektedir.

Tablo 17: Yüksek Gelir Grubu Ülkelerinin Sağlık Sistemlerinin Görelî Etkinlik Değerleri

Ülke	Etkinlik Değeri	Ülke	Etkinlik Değeri
Andora	1,000	Türkiye	1,000
Avustralya	1,000	Birleşik Arap Emirlikleri	1,000
Avusturya	1,000	Birleşik Krallık	1,000
Belçika	1,000	Portekiz	0,991
Brunei	1,000	Bahreyn	0,990
Kanada	1,000	İspanya	0,986
Hırvatistan	1,000	Yeni Zelanda	0,979
Kıbrıs	1,000	Polonya	0,974
Ekvator Ginesi	1,000	Fransa	0,967
Yunanistan	1,000	ABD	0,952
Macaristan	1,000	Çek Cum.	0,936
İzlanda	1,000	İtalya	0,926
İsrail	1,000	İrlanda	0,922
Japonya	1,000	Slovak Cum.	0,921
Kuveyt	1,000	Slovenya	0,910
Lüksemburg	1,000	Almanya	0,903
Malta	1,000	Estonya	0,891
Umman	1,000	Hollanda	0,853
Suudi Arabistan	1,000	İsveç	0,782
Singapur	1,000	Finlandiya	0,737
İsviçre	1,000	Danimarka	0,694
Trinidad ve Tobago	1,000	Norveç	0,671

Bu modele göre, her iki gelir grubundaki ülkeler için etkinlik sınırı üzerinde çok sayıda ülke bulunması ve genel etkinlik düzeylerinin yüksek bulunması, sağlık sistemlerinin performansı açısından olumlu bir sonuca işaret etmektedir. Öte yandan, modelde ele alınan ve bir ülkenin genel sağlık düzeyini ortaya koymada önem taşıyan çıktılar, sadece modelde yer alan girdiler ve bu girdilerin düzeyini belirleyen politik karar alma süreçleri ile ilişkili değildir. Son 50-100 yıl içinde sağlık göstergeleri açısından dünya çapında gerçekleşen iyileşmeler, ekonomik gelişmeye bağlı olarak iyileşen yaşam şartları ile de yakından ilişkilidir. Daha kaliteli beslenme ve daha yüksek eğitim düzeyinin, yaşam süresinin uzaması ve bebek ölümlerinde azalma gibi iyileşmelere yol açtığı bilinmektedir. Buna ek olarak, kamu hizmetlerinin finansman kaynaklarının iyileşmesi altyapı hizmetlerinin de iyileşmesini sağlayarak, kötü altyapı sistemlerinden kaynaklanan çok sayıda bulaşıcı hastalığın bir sağlık sorunu olmasını engellemiştir. Bu iyileşmelerin halkların sağlık durumu üzerindeki etkisinin sağlık harcamalarının parasal büyüklüğünden daha etkili olduğu Dünya Bankası tarafından da ortaya konmaktadır (DB, 2009). Tüm bu nedenler ile modelde yer alan sağlık çıktılarının sadece aynı dönemde gerçekleşen sağlık girdileri ile doğrudan ilişkili olduğunu varsayarak, sonuçları bu doğrultuda yorumlamak politika kararların analizi noktasında gerçekçi sonuçlara götürmeyebilir. Alınan politika kararlarının etkisini yorumlarken geçmiş dönemlerde alınan ve sağlık düzeyi ile dolaylı da olsa ilişkisi olan politika kararlarının etkisini de göz önünde bulundurmak önem taşımaktadır.

Sonuç olarak, kısa ve orta dönemde uygulanan sağlık politikalarının değerlendirilmesinde verem ve anne-bebek ölüm oranlarını çıktılar içine almak doğru bir yaklaşımı yansıtmamaktadır. Bu yüzden, özellikle son dönemde nüfusun yaşlanması ve diğer çevresel faktörler ile artan sağlık harcamalarının

etkinliği açısından bu çalışma kapsamında ortaya konan ikinci model sağlık politikalarının etkinliğinin değerlendirilmesinde özellikle geleceğe ilişkin risklerin de iyi kavranması açısından daha doğru görülmektedir.

İkinci Model Sonuçları:

st-orta gelir grubu ülkelerinin, kişi başına gelir ve kamu sağlık harcamaları girdileri ile kronik hastalık mortaliteleri ıktıları açısından, sağlık sistemlerinin kronik hastalıklar ile mücadelelerinin görelilik etkinliğ değerlerinin karşılaştırıldığı ikinci model sonuçlarına göre; ele alınan 42 ülkenin 5'inin etkinliğ sınırı üzerinde bulunduğu görülmektedir. Türkiye'nin etkinliğ düzeyinin ise 0,377 olduğu görülmektedir. Bu, Türkiye'nin aynı çıktılara mevcut kaynaklarının % 37,7'sini kullanarak da ulaşabileceği ve kaynakların % 62,3'nn etkin kullanılmadığı anlamına gelmektedir.

Tablo 18: st-Orta Gelir Grubu lkelerinin Sağlık Sistemlerinin Kronik Hastalıklarla Mücadele Açısından Görelilik Etkinliğ Değerleri

lke	Etkinliğ Değer	lke	Etkinliğ Değer
Azerbaycan	1.000	şili	0.548
Çin	1.000	Botswana	0.526
Küba	1.000	Meksika	0.517
Ekvator	1.000	İran	0.509
Namibya	1.000	Malezya	0.508
Ürdün	0.886	Güney Afrika	0.470
Dominik Cum.	0.870	Uruguay	0.469
Kolombiya	0.854	Gabon	0.455
Surinam	0.816	Lübnan	0.443
Tunus	0.812	Arjantin	0.429
Cezayir	0.802	Libya	0.391
Jamaika	0.780	Beyaz Rusya	0.386
Panama	0.666	Bulgaristan	0.383
Maldivler	0.657	Palau	0.377
Tayland	0.655	Türkiye	0.377
Bosna Hersek	0.654	Romanya	0.361
Kosta Rika	0.649	Kazakistan	0.353
Mauritius	0.590	Letonya	0.263
Brezilya	0.582	Litvanya	0.260
Arnavutluk	0.571	Rusya Fed.	0.248
Venezüella	0.551	Seyšeller	0.240

Yüksek gelir grubu ülkelerin sağlık sistemlerinin kronik hastalıklarla mücadele açısından hesaplanan görelilik etkinliğ değerleri ikinci modele göre karşılaştırıldığında, ele alınan 44 ülkenin 2'sinin etkinliğ sınırı üzerinde bulunduğu görülmektedir. Türkiye'nin etkinliğ düzeyinin ise 0,361 olduğu görülmektedir. Bu, Türkiye'nin aynı çıktılara mevcut kaynaklarının % 36,1'ini kullanarak da ulaşabileceği ve kaynakların % 63,9'unun etkin kullanılmadığı anlamına gelmektedir.

Tablo 19: Yüksek Gelir Grubu Ülkelerinin Sağlık Sistemlerinin Kronik Hastalıklarla Mücadele Açısından Görelî Etkinlik Değerleri

Ülke	Etkinlik Değeri	Ülke	Etkinlik Değeri
Lüksemburg	1,000	Birleşik Krallık	0,597
BAE	1,000	Slovak Cum.	0,586
İzlanda	0,982	İsviçre	0,583
Kuveyt	0,981	İsveç	0,578
Brunei	0,932	Avusturya	0,574
Finlandiya	0,869	Andora	0,563
Norveç	0,861	Çek Cum.	0,539
Kanada	0,819	Ekvator Ginesi	0,513
ABD	0,801	Macaristan	0,506
Danimarka	0,797	Slovenya	0,496
Hollanda	0,725	Avustralya	0,493
Singapur	0,711	Japonya	0,492
Belçika	0,703	Hırvatistan	0,489
Malta	0,675	Bahreyn	0,488
Estonya	0,668	Yunanistan	0,483
Umman	0,666	İtalya	0,471
İrlanda	0,644	İspanya	0,463
Trinidad ve Tobago	0,643	İsrail	0,421
Suudi Arabistan	0,640	Yeni Zelanda	0,416
Fransa	0,632	Polonya	0,412
Almanya	0,605	Portekiz	0,386
Kıbrıs	0,597	Türkiye	0,361

Kronik hastalıklar ile mücadele açısından etkinlik düzeylerinin karşılaştırıldığı model sonucunda Türkiye etkinlik sınırı üzerinde çıkmamıştır. Bu durumda, kullanılan program benzer girdi ve çıktı bileşenlerine sahip ülkeleri Türkiye'ye referans noktası olarak önermektedir. Kullanılan model girdi odaklı olduğundan, yani çıktılardan ziyade girdiler üzerinde nasıl bir iyileştirme yapılabileceğine odaklandığından, aşağıdaki iki tablo, Türkiye'nin Küba, Ekvator, Namibya, Lüksemburg ve Birleşik Arap Emirlikleri örneklerini mevcut mortalite hızları ile mücadeleye yönelik politika uygulamaları ve bunların finansmanı açısından göz önünde bulundurmasını önermektedir.

Tablo 20: VZA Sonuçlarına Göre Üst-Orta Gelir Grubu Ülkeleri İçinde Sağlık Sistemlerinin Kronik Hastalıklarla Mücadele Açısından Türkiye'ye Referans Gösterilen Ülkeler

Kişi Başına Gelir (GNI, int. \$, SGP)	Kişi Başına Kamu Sağlık Harcaması (int. \$, SGP)	1/Mortalite Hızı			
		Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar	Kardiyovasküler Hastalıklar	Kanser	
Küba	5747	875	0.002135057	0.004531325	0.007061947
Ekvator	6860	170	0.002500821	0.007172742	0.008242847
Namibya	5890	196	0.001264658	0.002362903	0.018022987
Türkiye	13790	467	0.001696255	0.002854394	0.008705758

Tablo 21: VZA Sonuçlarına Göre Yüksek Gelir Grubu Ülkeleri İçinde Sağlık Sistemlerinin Kronik Hastalıklarla Mücadele Açısından Türkiye'ye Referans Gösterilen Ülkeler

	Kişi Başına Gelir (GNI, int. \$, SGP)	Kişi Başına Kamu Sağlık Harcaması (int. \$, SGP)	1/Mortalite Hızı		
			Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar	Kardiyovasküler Hastalıklar	Kanser
Lüksemburg	67990	5212	0.002758892	0.006541681	0.008100544
BAE	62650	693	0.002460162	0.004093837	0.016888269
Türkiye	13790	467	0.001696255	0.002854394	0.008705758

Öte yandan, bu ülkelerin ele alınan kronik hastalıklara ilişkin mortalite değerleri, ele alınan girdilerden başka nedenlere bağlı olarak da düşük olabileceğinden, bu sonuçlar doğrudan girdi düzeylerinin bu ülkelerinkiler ile aynı seviyeye çekilmesi gerektiği olarak yorumlanmamalıdır. Program, girdi ve çıktı bileşenlerine göre matematiksel olarak bir hesaplama yapmakta ve işinsal olarak etkinlik düzlemi üzerinde bulunan en yakın etkin ülkeleri referans göstermektedir. Etkinlik sınırı üzerinde bulunan ve Türkiye ile yapısal olarak benzerlik gösteren ülkelerin, kronik hastalıklarla mücadelede hangi politika uygulamalarını tercih ettiğinin incelenmesi daha doğru bir yaklaşım olacaktır.

V. SONUÇ

2013 yılsonu itibarıyla kamu sağlık harcamaları GSYH'nin % 4,5'ine ulaşmıştır. Bu oranın gelecek 10 yıllık dönemde mevcut yapısal faktörlerin ve gelişmelerin devam ettiği varsayımlarında en iyimser tahminde OECD ortalaması olan %6-7 seviyesine çıkması beklenmektedir. Bu ise hem diğer kamu politikası alanları üzerinde vergilerin (OECD ülkeleri için en düşük vergi yüküne sahip ülke grubu içinde yer almaktayız) artırılmadığı sürece bir mali baskı yaratacak hem de sağlık alanında bir mali sürdürülebilirlik problemi ile bizi karşı karşıya bırakacaktır.

Bu çerçeve içinde çalışmanın temel bulguları aşağıdaki başlıklarda yer aldığı şekilde özetlenebilir:

- Ülkemizde son 10 yılda sağlık politikaları alanında önemli adımlar atılmıştır. Bu adımlar ile kurumsal yapılar, sağlığın finansmanı ve hizmet sunumu önemli ölçüde değiştirilmiştir.
- Bu politikalar sonucunda vatandaşların sağlığa erişimi önemli ölçüde artmıştır.
- Öte yandan bu politikaların ileriye yönelik olarak mali sürdürülebilirlik açısından önemli risk alanları yarattığı gözlenmektedir. Bunlar;
 - Döner sermaye işletmelerinin mali yükümlülüklerindeki artış ve mali yönetim sorunları
 - Üniversitelerde sunulan üçüncü basamak sağlık hizmetlerine yönelik hizmet sunum ve fiyatlandırma konusunda biriken sorunlar
 - Gelecek 20-30 yıllık dönemi yaşam kalitesi, süresi ve tedavi harcamalarının maliyeti açısından temel tıp bilimlerine yönelik gelişmelere maliyet etkinliği açısından bakılmaması
 - Hekimler ve diğer sağlık personelinin iş yükünün artması
 - Hastanelerde hizmet kalitesinin düşmesi
 - İlaç tüketiminin artması
 - Epidemiyolojik geçişi dikkate alan bir sağlık politikasına yönelik kalıcı strateji oluşturulmaması
 - Daha az maliyetli koruyucu sağlık hizmetleri yerine tedavi edici sağlık hizmetlerinin sistem içinde giderek daha fazla yer tutması

Gelecek döneme ilişkin olarak doğumda beklenen yaşam süresinin artması ile birlikte değişen hastalık yüklerini kavramaya yönelik bir sağlık politikası etkinliği ve ilaç kullanımını bu anlamda çözülmesi gereken önemli bir sorun alanı olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sağlık harcamalarının etkinliğine yönelik olarak Veri Zarflama Analizi yöntemi ile içinde Türkiye'nin de yer aldığı yüksek ve üst-orta grup ülkeler için iki farklı etkinlik modeli üzerinde çalışılmıştır. İçinde çok sayıda girdinin ve çıktının yer aldığı ilk modelde sonuçlar etkin çıkmıştır. Ancak, kronik hastalıklara yönelik yaptığımız ikinci modelde ise sağlığa yönelik kullanılan kaynaklarla bu hastalıkların mortalite değerleri açısından bir etkinlik problemi olduğu tespit edilmiştir. Başka bir ifade ile, kronik hastalıklarla mücadele açısından etkinlik düzeylerinin karşılaştırıldığı bu model sonucunda Türkiye etkinlik sınırı üzerinde çıkmamıştır.

Etkinlik sonucunun Türkiye'de düşük çıkması aslında sadece Türkiye'ye özgü bir sorun olarak karşımıza çıkmamaktadır. Özellikle Türkiye'nin de içinde bulunduğu üst-orta gelir grubundaki ülkelerde bulaşıcı olmayan hastalıklar ile sağlık harcamaları arasındaki iki yönlü ilişkinin zayıflığı genel bir sorun olarak görülmüştür. Bu sonuç söz konusu ülkelerde sağlık politikalarının etkin yönetilmediğinin bir göstergesi olarak da değerlendirilebilir.

VI. EKLER

Ek 1: Kalkınma Planında “Sağlık Sisteminin Etkinleştirilmesi” Başlığı Altında Yer Alan Hedefler

Kurumsal Yapı ve Personel	<p>581. Beşeri gelişme ve sosyal dayanışma alanlarındaki politikaların temel amacı, toplumun tüm kesimlerinin temel kamu hizmetlerinden ve çok boyutlu bir sosyal koruma açısından yeterince faydalanmasını sağlayarak, yaşam kalitesini ve refah düzeyini yükseltmektir. Temel kamu hizmetlerinin sağlanmasında eğitim ve sağlık; sosyal koruma ağının geliştirilmesinde ise kapsayıcı ve sürdürülebilir bir sağlık ve sosyal güvenlik sistemi, etkinliği artırılmış sosyal hizmetler, gelir dağılımının iyileştirilmesi, sosyal içme ve yoksullukla mücadele, kültürün korunması, güçlendirilmesi ve toplumsal diyalogun geliştirilmesi politikaları temel öncelik alanları olacaktır.</p> <p>604. Sağlık personeli açığının giderilmesi için eğitim programlarının kontenjanları artırılabilecektir. Sağlık eğitiminin kalitesi, öğrencilerin temel sağlık hizmetlerine yönelik becerilerini artıracak şekilde geliştirilecek, ülke gereksinimlerine ve uluslararası standartlara uygun bir yapıya kavuşturulacaktır. Ayrıca, sağlık çalışanlarının niteliğinin iyileştirilmesi amacıyla hizmet içi eğitimler artırılabilecektir.</p> <p>607. Daha verimli işletilmelerinin sağlanması ve hizmet kalitelerinin artırılması amacıyla, hastaneler idari ve mali açıdan kademeli olarak özleştirilecektir.</p> <p>608. Hizmet kalitesinin artırılması amacıyla hizmet sunumuna ve personele ilişkin ulusal standartlar belirlenecek, sağlık birimlerinin akreditasyonu için gerekli sistem oluşturulacaktır.</p> <p>609. Sağlık Bakanlığının planlayıcı, düzenleyici ve denetleyici rolü güçlendirilecektir.</p> <p>615. Uluslararası kriterlere uygun sağlık veri tabanı oluşturulacaktır.</p>
	<p>611. Önleme tedaviden önce gelir ilkesine uyarak kaynakların tahsisinde, başta bulaşıcı hastalıklar ve anne-çocuk sağlığı olmak üzere önlenebilir hastalıklar, gıda, tüketici ve çevre sağlığı alanlarına yönelik koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilecektir.</p> <p>614. Koruyucu sağlık alanında çalışan personelin sayısı ve niteliği artırılacak, gerekli altyapı ihtiyacı karşılanacak ve halkın koruyucu sağlık hizmetleri ile sağlıklı yaşam biçimleri hakkında bilinçlendirilmesi sağlanacaktır.</p>
Tedavi Hizmetleri	<p>603. Sağlık hizmetlerine erişim olanaklarının iyileştirilmesi için altyapı ve sağlık personeli ihtiyacı karşılanacak ve ülke genelindeki dağılımları dengelenecektir. Erişimi kolaylaştıracak genel sağlık sigortası sistemi hayata geçirilecektir.</p> <p>605. Hasta odaklı bir sağlık sistemi oluşturulacak, tıptaki kötü uygulamaları önlemeye yönelik hukuki düzenlemeler yapılacaktır. Ayrıca, vatandaşların ve sağlık personelinin hasta hakları konusunda bilinçlendirilmesi sağlanacak ve sağlık kuruluşlarında hasta haklarına ilişkin birimler kurularak uygulamalar yaygınlaştırılacaktır.</p> <p>606. Başta birinci basamak hizmetleri olmak üzere sağlık hizmetlerinin kalitesi altyapı ve personelin niteliğinin geliştirilmesi ile artırılabilecektir. 2008 yılı sonu itibarıyla aile hekimliği hizmet modeli tüm illere yaygınlaştırılacaktır.</p> <p>612. Sevk zincirinin etkin işletilmesi ve bilgi sistemlerinin yaygın olarak kullanılması ile hastanelerde hizmet verilmesi kolaylaştırılacak ve sağlık harcamalarının kontrolü sağlanacaktır.</p>

İlaç-Teçhizat Politikaları	613. İlacın akılcı kullanımının sağlanması için sağlık personelinin ve halkın bilinçlendirilmesi sağlanacaktır. İlaç ve tıbbi cihazların kalitesini, kullanımını ve bunlara yönelik harcamaların etkinliğini kontrol edecek mekanizmalar oluşturulacaktır.
Finansman-Harcama Politikaları	366. Mali disiplinin sürdürülebilmesinde önemli katkı sağlayacak harcama reformuna ilişkin düzenlemelere devam edilecek; kamu harcamalarında etkinliği, şeffaflığı ve hesap verebilirliği artırmayı amaçlayan 5018 sayılı Kanun tüm unsurlarıyla hayata geçirilecektir. Bu amaçla; kamu harcamalarının etkinleştirilmesine yönelik çalışmalarda sosyal güvenlik, tarım, sağlık ve personel alanlarına öncelik verilecektir. 370. Genel sağlık sigortası sistemi, getireceği mali yüklerin azaltılması için, Sağlıkta Dönüşüm Programıyla birlikte uygulanacaktır. Genel sağlık sisteminin getireceği mali yükün öngörülenin üzerine çıkması halinde, sistem gözden geçirilerek mali yükü azaltmaya yönelik tedbirler alınacaktır.
Teşvikler	482. Geleceğe yönelik olarak nanoteknoloji, biyoteknoloji, yeni nesil nükleer teknolojiler ile hidrojen ve yakıt pili teknolojileri; sanayi politikasının öncelik vereceği sektörlerdeki araştırmalar; yerli kaynakların katma değere dönüştürülmesini amaçlayan Ar-Ge faaliyetleri; aşı ve anti-serum başta olmak üzere yaşam kalitesinin yükseltilmesine yönelik sağlık araştırmaları; bilgi ve iletişim teknolojileri ile savunma ve uzay teknolojileri öncelikli alanlar olarak desteklenecektir. 551. Türkiye'nin fiyat, hizmet kalitesi ve jeotermal kaynaklar açısından rekabet üstünlüğü göz önüne alınarak, sağlık hizmetleri turizmi desteklenecektir. 557. Ülkemiz, bilgi teknolojileri sektöründe, yazılım ve hizmetler alanında bölgesel bir oyuncu olarak konumlandırılacaktır. Bu kapsamda;.....Rekabet gücü artırılan sektör ihracata yönlendirilecek, ihracatta proje odaklı hizmetlere ve katma değeri yüksek telekomünikasyon, eğitim, sağlık ve savunma sanayii gibi sektörlerle özel yazılım ürünlerine odaklanılacaktır. 610. Özel sektörün sağlık alanında yapacağı yatırımlar teşvik edilecektir.
Dezavantajlı Gruplar	616. Yoksulluk ve gelir dağılımındaki dengesizlik, sürdürülebilir büyüme ve istihdam, eğitim, sağlık ve çalışma hayatı politikalarıyla kalıcı bir şekilde azaltılacaktır. Yoksulluk ve sosyal dışlanma riski taşıyan birey ve grupların ekonomik ve sosyal hayatta yer almaları sağlanacak ve yaşam kaliteleri yükseltilecektir.
Yatırım	680. Kırsal kesimde merkezi yerleşim birimleri öncelikli olmak üzere, temel altyapı ihtiyaçları karşılanacaktır. Ekonomik ve sosyal gelişmeye yönelik proje ve destekler ile eğitim ve sağlık hizmetlerinin sunumunda bu merkezi birimlere öncelik verilecektir.
Gıda-Beslenme	560. Toptan ve perakende ticaret hizmetleri sektörüne yönelik yapılacak düzenlemelerde; sektörün girdi ve çıktı tarafı göz önüne alınarak tarım ve imalat sanayii sektörleri ile tüketiciler üzerindeki etkilerinin çok yönlü analiz edildiği, bir yandan kayıt dışılığın önlenmesinin, verimlilik ve kalitenin artırılmasının ve hijyenik yönden sağlık kurallarına uyumun sağlanması , diğer yandan ticaretin küçük esnaf ve sanatkar ağırlıklı yapısının, işletmelerin birleştirilmesi gibi ölçek büyütücü politikalarla modern bir yapıya dönüştürülmesi teşvik edilecektir.

Ek 2: Orta Vadeli Programlarda Yer Alan Sağlık Politikaları İle İlgili Hedefler

	2006-2008	2007-2009
Kurumsal Yapı ve Personel	<p>2. Sağlık hizmeti alt yapısı ve personeli dağılımında bölgeler arası farklılıklar azaltılacaktır.</p> <p>5. Sağlık Bakanlığı yeniden yapılandırılarak düzenleme, planlama ve denetleme rolü güçlendirilecektir.</p> <p>7. Hizmet kalitesini artırmak amacıyla, hastane yönetimleri idari ve mali açıdan özerk ve rekabetçi bir yapıya kavuşturulacak; sağlık kurumlarında sertifikasyon ve akreditasyon sistemleri geliştirilecektir.</p> <p>11. Sağlık insan gücü planlaması yapılarak bilgi ve beceri ile donanmış, motivasyonu yüksek yeterli sayıda insan gücü sağlanacaktır</p> <p>13. Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi etkin hale getirilecektir.</p>	<p>2. Sağlık hizmetlerinin alt yapı ve personel ihtiyacı, bölgeler arası farklılıklar gözetilerek giderilecektir.</p> <p>3. Sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanının birbirinden ayrılmasına yönelik düzenlemeler tamamlanacaktır.</p> <p>4. Sağlık Bakanlığı yeniden yapılandırılarak düzenleme, planlama ve denetleme rolü güçlendirilecektir.</p> <p>7. Hizmet kalitesini artırmak amacıyla, hastane yönetimleri idari ve mali açıdan özerk ve rekabetçi bir yapıya kavuşturulacak; sağlık kurumlarında sertifikasyon ve akreditasyon sistemleri geliştirilecektir.</p> <p>9. Sağlık insan gücü planlaması yapılarak bilgi ve beceri ile donanmış, motivasyonu yüksek yeterli sayıda insan gücü sağlanacaktır.</p> <p>11. Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi etkin hale getirilecektir.</p>
Koruyucu Sağlık	<p>1. 'Koruma/önleme, tedaviden önce gelir' ilkesi çerçevesinde, ekonomik kayıpların önlenmesi ve yaşam kalitesinin artırılması amacıyla koruyucu sağlık hizmetleri etkinleştirilerek yaygınlaştırılacaktır.</p> <p>9. Koruyucu ve birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında anne, çocuk ve üreme sağlığı ile bulaşıcı hastalıklarla mücadelede önem verilecektir.</p> <p>6. Birinci basamak hizmet birimleriyle bütünleşmiş bir şekilde yurt çapında aile hekimliği uygulamasına geçilerek etkili bir sevk sistemi sağlanacaktır.</p>	<p>1. 'Koruma/önleme, tedaviden önce gelir' ilkesi çerçevesinde, ekonomik kayıpların önlenmesi ve yaşam kalitesinin artırılması amacıyla koruyucu sağlık hizmetleri etkinleştirilerek yaygınlaştırılacaktır.</p> <p>5. Birinci basamak hizmet birimleriyle bütünleşmiş bir şekilde yurt çapında aile hekimliği uygulamasına geçilerek etkili bir sevk sistemi sağlanacaktır.</p>
Tedavi Hizmetleri	<p>7. Hizmet kalitesini artırmak amacıyla, hastane yönetimleri idari ve mali açıdan özerk ve rekabetçi bir yapıya kavuşturulacak; sağlık kurumlarında sertifikasyon ve akreditasyon sistemleri geliştirilecektir.</p> <p>12. Sağlık hizmeti sunumunda hasta hakları ve hasta memnuniyeti esas alınacaktır.</p>	<p>6. Birinci basamak sağlık hizmetleri, anne, çocuk sağlığı ile gezici sağlık hizmetlerine önem verilerek güçlendirilecektir.</p> <p>10. Sağlık hizmeti sunumunda hasta hakları ve hasta memnuniyeti esas alınacaktır.</p>
İlaç- Teçhizat Politikaları	<p>8. Kişilerin klinik bulguları ve bireysel özelliklerine göre uygun ilaca, uygun süre ve dozda en düşük fiyatla kolayca ulaşabilmelerini sağlamak amacıyla 'Akılcı İlaç Kullanımı' ilkesi etkin hale getirilecektir.</p>	<p>8. Kişilerin klinik bulguları ve bireysel özelliklerine göre uygun ilaca, uygun süre ve dozda en düşük fiyatla kolayca ulaşabilmelerini sağlamak amacıyla 'Akılcı İlaç Kullanımı' ilkesi etkin hale getirilecektir.</p>
Finansman-Harcama Politikaları	<p>3. Alt yapı ihtiyacını maliyet etkin bir şekilde kısa sürede tamamlamak için yerel idarelerin inisiyatif alması desteklenecektir.</p> <p>4. Sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanının birbirinden ayrılmasına yönelik düzenlemeler tamamlanacaktır.</p>	<p>5. Genel sağlık sigortası, getireceği mali yüklerin makul düzeyde tutulması amacıyla, sağlıkta dönüşüm programıyla birlikte uygulanacaktır.</p> <p>6. Sağlık hizmetlerinin kalitesinden ödün verilmeksizin, ilaç ve tedavi harcamalarını kontrol altında tutmaya yönelik tedbirler alınmaya devam edilecektir.</p>

	8. Genel sağlık sigortasının getireceği mali yüklerin makul düzeyde tutulması için, genel sağlık sigortasının sağlıkta dönüşüm programıyla birlikte uygulanması yakından izlenecek ve gerekli tedbirler alınacaktır.	8. Sosyal güvenlik reformu sonrasında emeklilik sisteminin açığında önemli oranlarda düşme olmakla beraber, genel sağlık sigortası ve prim oranlarında yapılacak indirimlerin doğuracağı ek yükten dolayı sosyal güvenlik açığı Program döneminde mevcut seviyesini koruyacaktır.
Teşvikler	14. Özel sektörün sağlık yatırımları teşvik edilecektir.	12. Özel sektörün sağlık yatırımları teşvik edilecektir.
Dezavantajlı Gruplar	10. Yaşlı sağlığı hizmetleri ile evde bakım ve gezici sağlık hizmetleri geliştirilecektir. 1. Eğitim ve sağlık hizmetlerine dezavantajlı grupların erişimi artırılabilecektir (sosyal içerme ve yoksullukla mücadele). 2. Sosyal dışlanma riskini azaltmaya yönelik olarak sosyal güvenlik sisteminin kapsamı genişletilecek ve genel sağlık sigortasına geçilecektir. Sistemin mali sürdürülebilirliğini sağlamaya yönelik olarak tam otomasyon gerçekleştirilerek etkili bir denetim sistemi oluşturulacaktır. Koruyucu sağlık hizmetleri sağlık sigortasıyla ilişkilendirilecek ve sevk zinciri etkin bir şekilde uygulamaya konulacaktır.	1. Eğitim ve sağlık hizmetleri dezavantajlı gruplar için daha erişilebilir ve eşit olarak yararlanılabilir hale getirilecektir. Ayrıca bu grupların; istihdama, sosyal sigorta ile sosyal hizmet ve yardımlara hakkaniyet esasları çerçevesinde ulaşılabilirliği artırılabilecektir.
Yatırım	12. Eğitim, sağlık, teknolojik araştırma, ulaştırma, içme suyu ve e-Devlet yatırımlarına öncelik verilecektir.	12. Eğitim, sağlık, teknolojik araştırma, ulaştırma, içme suyu ve e-Devlet yatırımlarına öncelik verilecektir.

	2008-2010	2009-2011
Kurumsal Yapı ve Personel	iii) İhtiyaç duyulan alanlarda sağlık personeli yetiştirilmesi sağlanacaktır. v) Sağlık Bakanlığı yeniden yapılandırılarak, düzenleme, planlama ve denetleme rolü güçlendirilecektir. vii) Hizmet kalitesini artırmak amacıyla, hastane yönetimleri idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulacak; sağlık kurumlarının akreditasyonuna ilişkin bir sistem geliştirilecektir. viii) Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi etkin hale getirilecektir.	iv) Sağlık Bakanlığı yeniden yapılandırılarak, planlama, düzenleme ve denetleme rolü güçlendirilecektir. vi) Sağlık hizmetlerinin etkinliğinin ve kalitesinin artırılması amacıyla hastane yönetimleri idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulacak, sağlık kurumlarının akreditasyonuna ilişkin bir sistem geliştirilecektir. vii) Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi etkin hale getirilecektir.
Koruyucu Sağlık	i) Başta koruyucu sağlık ve ana-çocuk sağlığı hizmetleri olmak üzere birinci basamak sağlık hizmetleri güçlendirilerek yaygınlaştırılacaktır.	i) Koruyucu sağlık hizmetleri güçlendirilerek yaygınlaştırılacaktır.
Tedavi Hizmetleri	ii) Birinci basamak sağlık hizmetleri başta olmak üzere sağlık hizmetlerine erişim olanakları iyileştirilecektir. vi) Sağlık hizmeti sunumunda hasta hakları ve hasta memnuniyeti esas alınacaktır.	ii) Başta birinci basamak sağlık hizmetleri olmak üzere, sağlık hizmetlerine erişim olanakları iyileştirilecektir. v) Sağlık hizmeti sunumunda hasta hakları ve hasta memnuniyeti esas alınacaktır.
İlaç- Teçhizat Politikaları	iv) Akılcı ilaç kullanımı ilkesi etkin hale getirilecektir.	iii) İlaç ve tıbbi cihaz kullanımının etkinliği artırılacaktır.

Finansman-Harcama Politikaları	<p>vii) Sağlık hizmetlerinin kalitesinden ödün verilmeksizin, ilaç ve tedavi harcamalarını kontrol altında tutmaya yönelik tedbirler alınmaya devam edilecektir.</p> <p>viii) Genel sağlık sigortası, getireceği mali yüklerin makul düzeyde tutulması amacıyla, sağlıkta dönüşüm programıyla birlikte uygulanacaktır.</p> <p>ix) 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunuyla getirilen düzenlemelerde tasarruf sağlayıcı tedbirler alınacaktır.</p>	<p>ix) Sağlık hizmetlerinin kalitesinden ödün verilmeksizin, ilaç ve tedavi harcamalarını kontrol altında tutmaya yönelik tedbirler alınmaya devam edilecektir.</p> <p>x) Genel sağlık sigortası, getireceği mali yüklerin makul düzeyde tutulması amacıyla, sağlıkta dönüşüm programıyla birlikte uygulanacaktır.</p>
Dezavantajlı Gruplar	<p>ii) Eğitim, sağlık, istihdam, sosyal güvenlik gibi temel hizmetler, dezavantajlı gruplar için daha erişilebilir ve eşit olarak yararlanılabilir hale getirilecektir.</p>	<p>ii) Eğitim, sağlık, istihdam ve sosyal güvenlik gibi temel hizmetler, dezavantajlı gruplar için daha erişilebilir ve eşit olarak yararlanılabilir hale getirilecektir.</p>
Yatırım	<p>ii) Eğitim, sağlık, teknolojik araştırma, ulaştırma, içme suyu ve e-Devlet yatırımlarına öncelik verilecektir.</p>	<p>ii) Eğitim, sağlık, teknolojik araştırma, ulaştırma, içme suyu ile bilgi ve iletişim teknolojilerinin geliştirilmesine yönelik altyapı yatırımlarına öncelik verilecektir. İstanbul bilişim vadisi projesi bu çerçevede özel önem taşımaktadır.</p>

	2010-2012	2011-2013
Kurumsal Yapı ve Personel	<p>ii) Sağlık hizmetlerine erişilebilirlik artırılacaktır.</p>	<p>i) Sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği, kalitesi ve etkinliği artırılacaktır.</p> <p>iv) Sağlık Bakanlığı düzenleme, planlama ve denetleme rolü güçlendirilecek şekilde yeniden yapılandırılacaktır.</p>
Koruyucu Sağlık	<p>iii) Koruyucu sağlık hizmetleri güçlendirilerek yaygınlaştırılacaktır.</p>	<p>ii) Koruyucu sağlık hizmetleri güçlendirilerek yaygınlaştırılacaktır.</p>
Tedavi Hizmetleri	<p>i) Aile hekimliği uygulaması tüm yurda yaygınlaştırılacaktır.</p>	
İlaç- Teçhizat Politikaları	<p>iv) Akılcı ilaç kullanımı ve teşhise dayalı fiyatlandırma gibi uygulamalarla başta ilaç olmak üzere, sağlık harcamalarında etkinliğin artırılması sağlanacaktır.</p>	<p>iii) Akılcı ilaç kullanımı ve teşhise dayalı fiyatlandırma gibi uygulamalarla başta ilaç olmak üzere, sağlık harcamalarında etkinliğin artırılması sağlanacaktır.</p>
Finansman-Harcama Politikaları	<ul style="list-style-type: none"> Sağlık hizmet ve harcamaları etkinleştirilmiştir. 2010 yılında SGK Başkanlığı koordinasyonunda, toplamda maliyet artışına yol açmadan Sağlık Uygulama Tebliğinde yer alan fiyatlar gerçek maliyetlere göre güncellenecek ve teşhise dayalı fiyatlandırma sistemi yaygınlaştırılacaktır. Gereksiz ilaç ve hizmet kullanımını önleyecek tedbirler alınacaktır. Sağlık giderlerinde global bütçe uygulaması yaygınlaştırılacaktır. <p>iii) Sağlık hizmetlerinin kalitesinden ödün verilmeksizin, yararlanıcıların sistemin maliyetine katılımlarını sağlayacak düzenlemeleri de içerecek şekilde, ilaç ve tedavi harcamalarını daha akılcı hale getirmeye yönelik tedbirler alınmaya devam edilecektir.</p>	<p>v) Sağlık hizmetlerinin kalitesinden ödün verilmeksizin ilaç ve tedavi harcamalarını daha akılcı hale getirmeye yönelik tedbirler alınmaya devam edilecektir. Üniversite hastanelerinin finansman sıkıntılarının giderilmesine yönelik yapısal tedbirler alınacaktır (kamu harcama politikası).</p> <p>vi) Sağlık harcamalarına ilişkin denetimlerin daha etkin bir şekilde yapılabilmesi amacıyla, sağlık hizmet sunucularının geçmiş davranışlarını dikkate alan denetim modelleri geliştirilecek, risk analizi ve veri madenciliği alanlarında yazılım, donanım ve eğitim altyapısı güçlendirilecektir (kamu harcama politikası).</p>

	iv) Genel sağlık sigortası, getireceği mali yüklerin makul düzeyde tutulması amacıyla, sağlıkta dönüşüm programıyla birlikte uygulanmaya devam edilecektir.	v) Genel sağlık sigortası, getireceği mali yüklerin makul düzeyde tutulması amacıyla, sağlıkta dönüşüm programıyla birlikte uygulanmaya devam edilecektir (kamu harcama politikası).
Dezavantajlı Gruplar	i) Dezavantajlı gruplar için eğitim, sağlık, istihdam ve sosyal güvenlik gibi temel hizmetlerin erişilebilirliği artırılabilecektir (Gelir Dağılımının İyileştirilmesi, Sosyal İçerme ve Yoksullukla Mücadele).	ii) Dezavantajlı gruplar için eğitim, sağlık ve sosyal güvenlik gibi temel hizmetlere erişilebilirlik ve iş imkanları artırılacak ve özürülerin ekonomik ve sosyal hayata katılımlarının artırılması için sosyal ve fiziki çevre şartları iyileştirilmeye devam edilecektir.
Yatırım	ii) Eğitim, sağlık, teknolojik araştırma, ulaştırma, içme suyu ile bilgi ve iletişim teknolojilerinin geliştirilmesine yönelik altyapı yatırımlarına öncelik verilecektir. iv) Dışa bağımlılığın yüksek olduğu savunma, sağlık ve enerji gibi sektörlerde yerli teknolojiye dayalı ürün ve teknolojiler geliştirilmesine yönelik programların işlerliği artırılacaktır.	ii) Eğitim, sağlık, teknolojik araştırma, ulaştırma, içme suyu ile bilgi ve iletişim teknolojilerinin geliştirilmesine yönelik altyapı yatırımlarına öncelik verilecektir.

	2012-2014	
Kurumsal Yapı ve Personel	iii) Sağlık harcamalarına ilişkin denetimlerin daha etkin bir şekilde yapılabilmesi amacıyla, sağlık hizmet sunucularının geçmiş davranışlarını dikkate alan denetim modelleri geliştirilecek, risk analizi ve veri madenciliği alanlarında yazılım, donanım ve eğitim altyapısı güçlendirilecektir. iv) Sağlık Bakanlığının düzenleme, planlama ve denetlemeye ilişkin rolleri güçlendirilecektir. v) Üniversite hastanelerinin yapısal sorunları sistematik ve bütüncül bir anlayışla çözüme kavuşturulacaktır.	
Koruyucu Sağlık	ii) Koruyucu sağlık hizmetleri güçlendirilerek yaygınlaştırılacaktır.	
Tedavi Hizmetleri	i) Sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği, kalitesi ve etkinliği artırılmaya devam edilecektir.	
İlaç- Teçhizat Politikaları	ii) Sağlık hizmetleri ve harcamalarında etkinliğin sağlanması amacıyla; sağlık hizmetlerinin kalitesinden ödün verilmeksizin, gereksiz ilaç ve hizmet kullanımını önlemek üzere ilaç ve tedavi harcamaları daha akılcı hale getirilecektir. iii) İlaçların etkin ve bilinçli kullanımını sağlamak amacıyla sağlık hizmet sunucularına ve vatandaşlara yönelik bilgilendirme faaliyetleri ve gerekli denetimler artırılacaktır.	
Finansman-Harcama Politikaları	iv) Sağlıkta global bütçe uygulaması geliştirilerek sürdürülecektir. ii) Tamamlayıcı emeklilik ve sağlık sigortası modelleri geliştirilecektir.	
Dezavantajlı Gruplar	ii) Dezavantajlı gruplar için eğitim, sağlık, istihdam ve sosyal güvenlik gibi temel hizmetlere erişilebilirlik artırılacak ve özürülerin ekonomik ve sosyal hayata katılımlarının artırılması için sosyal ve fiziki çevre şartları iyileştirilmeye devam edilecektir.	
Yatırım	ii) Eğitim, sağlık, teknolojik araştırma, ulaştırma, içme suyu ile bilgi ve iletişim teknolojilerinin geliştirilmesine yönelik altyapı yatırımlarına öncelik verilecektir.	

Ek 3: Birleşik Krallıkta Başlıca Ölüm Sebeplerine Ait Mortalite Hızlarının Değişimi

Birleşik Krallık	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005
Tüm Nedenler (100.000 kişide)	1087,36	1031,38	969,35	915,37	823,93	776,98	697,35	628,01
Tütün Kullanımına Bağlı Ölümler (100.000 kişide)			480,07	472,47	408,63	354,76	291,77	244,86
Dolaşım Sistemi Hastalıkları (100.000 kişide)	550,6	523,25	475,04	433,51	365,17	319,9	260,23	211,28
Kanserler (100.000 kişide)	215,2	215,79	218,08	224,38	220,49	207,19	193,79	180,74
İskemik Kalp Hastalıkları (100.000 kişide)	264,01	271,32	256,07	525,46	215,73	182,14	140,41	106,17
Solunum Yolu Hastalıkları (100.000 kişide)	157,97	136,83	131,5	97,04	84,96	110,62	105,94	79,33
Serebrovasküler Hastalıklar (100.000 kişide)	150,73	134,88	115,77	106,52	89,15	75,31	62,54	54,99
Alkol Kullanımına Bağlı Ölümler (100.000 kişide)			71,41	65,06	63,61	57,39	50,44	51,79
Trake, Bronş, Akciğer Kanserleri (100.000 kişide)	55,51	57,36	58,91	58,18	54,19	48,62	43,09	40,14
Meme Kanseri (100.000 kişide)	36,93	38,59	36,69	41,45	40,22	36,07	31,06	28,34
Yaralanma ve Zehirlenmeler (100.000 kişide)	46,51	43,23	40,62	36,06	33,4	28,89	29,75	28,19
Anne Ölümleri (100.000 canlı doğumda)	18,03	12,04	10,89	7,33	7,64	6,97	6,77	7,06
Diyabet (100.000 kişide)	8,92	8,81	7,78	10,54	10,43	8,11	7,79	6,97
İntiharlar ve Kendini Yaralama (100.000 kişide)	7,95	7,49	8,68	8,81	7,81	7,17	7,17	6,42
Trafik Kazaları (100.000 kişide)	13,83	11,91	11,21	9,13	9,09	5,87	5,59	5,17
Çocuk Ölümleri (1.000 canlı doğumda)	18,49	16,04	12,1	9,37	7,86	6,18	5,58	5,08
Neonatal Mortalite (1.000 canlı doğumda)			7,68	5,4	4,53	4,19		3,49
Serviks Kanseri (100.000 kişide)	8,38	7,56	6,97	6,56	5,71	4,16	3,33	2,64
Verem (100.000 kişide)			1,67	1,26	0,89	0,76	0,67	0,53

Kaynak: DSÖ, HFA Database, 2012

Ek 4: Fransa'da Başlıca Ölüm Sebeplerine Ait Mortalite Hızlarının Değişimi

Fransa	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005
Tüm Nedenler (100.000 kişide)	970,53	937,83	845,57	787,93	689,41	638,04	613,61	563,13
Kanserler (100.000 kişide)	192,58	202,7	204,45	205,34	201,18	193,04	186,68	176,28
Dolaşım Sistemi Hastalıkları (100.000 kişide)	344	339,77	294,24	264,82	205,56	182,74	167,36	142,96
Tütün Kullanımına Bağlı Ölümler (100.000 kişide)			238,61	226,97	186,92	167,25	149,94	130,73
Alkol Kullanımına Bağlı Ölümler (100.000 kişide)			176,76	155,22	137,46	117,38	83,19	71,17
Yaralanma ve Zehirlenmeler (100.000 kişide)	90,98	86,86	85,81	79,22	72,04	62,95	56,16	48,08
İskemik Kalp Hastalıkları (100.000 kişide)	71,92	82,05	75,89	76,03	61,86	53,54	49,4	40,39
Trake, Bronş, Akciğer Kanserleri (100.000 kişide)	21,41	25,72	29,89	32,2	34,09	35,44	35,38	36,38
Solunum Yolu Hastalıkları (100.000 kişide)	62,78	58,2	48,37	47,17	43,81	41,75	36,03	32,9
Serebrovasküler Hastalıklar (100.000 kişide)	127,89	120,56	95	79,68	55,43	45,33	39,03	31,8
Meme Kanseri (100.000 kişide)	24,3	26,73	26,01	27,15	28,13	27,91	27,01	25,43
İntiharlar ve Kendini Yaralama (100.000 kişide)	15,91	15,91	18,99	21,77	18,95	18,71	16,76	15,87
Diyabet (100.000 kişide)	13,63	13,81	10,19	9,55	7,96	7,2	11,86	11,26
Trafik Kazaları (100.000 kişide)	23,51	21,77	19,72	17,32	16,83	13,2	11,99	8,14
Anne Ölümleri (100.000 canlı doğumda)		19,86	12,87	11,97	10,36	9,59	6,47	5,31
Çocuk Ölümleri (1.000 canlı doğumda)	15,15	13,8	10,01	8,31	7,34	4,86	4,39	3,58
Neonatal Mortalite (1.000 canlı doğumda)	9,61	9,15	5,75	4,6	3,55	2,86	2,8	2,32
Serviks Kanseri (100.000 kişide)	3,39	3,26	3,3	2,72	2,31	2,13	1,89	1,88
Verem (100.000 kişide)			3,19	2,29	1,82	1,31	1,2	0,81

Kaynak: DSÖ, HFA Database, 2012

VII. KAYNAKÇA

- Appleby, J., Harrison, A., Devlin, N., (2003), What is the Real Cost of More Patient Choice, King's Fund
- Ayanoğlu, Y., Atan, M., Beylik, U., (2010), Hastanelerde Veri Zarflama Analizi (VZA) Yöntemiyle Finansal Performans Ölçümü ve Değerlendirilmesi, Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, Yıl:1 Sayı: 2
- Birleşmiş Milletler, Changing Levels and Trends in Mortality: the role of patterns of death by cause, 2012
- Cancer Facts and Figures, American Cancer Society, 2005 <http://www.cancer.org/downloads/STT/CAFF2005f4PWSecured.pdf>
- Coelli, T., A Guide to DEAP Version 2,1: A Data Envelopment Analysis (Computer) Program, CEPA Working Paper 96/08
- DB, Health and Growth, 2009
- DSÖ Health Statistics and Health Information Systems
- DSÖ World Health Statistics 2010
- Emil, F., Yılmaz, H.H., (2010), Social Expenditures at Different levels of Government : Turkey. World Bank
- Emil, F., Yılmaz, H.H., Institutional and Policy Mapping of The Budgeting Environment and Child Budgeting in Turkey, UNICEF&Ankara University, (forthcoming)
- Emil, F., Yılmaz, H.H., TEPAV Mali İzleme Raporları: Sağlık Notları, 2007-201
- González, E., Cárcaba, A., and Ventura, J., (2010), Value Efficiency Analysis of Health Systems: Does Public Financing Play a Role, Journal of Public Health, 18:337-350
- IMF, 2007, Benchmarking the Efficiency of Public Expenditure in the Russian Federation.
- IMS, Türkiye İlaç Satışları Veriler (2008-2011).
- Karakoç, İ., (2003), Veri Zarflama Analizi'ndeki Ağırlık Kısıtlamalarının Belirlenmesinde Analitik Hiyerarşı Sürecinin Kullanımı, D.E.Ü.İ.İ.B.F. Dergisi Cilt:18 Sayı:2, ss:1-12
- Keçek, G., Veri Zarflama Analizi, Siyasal Yayınevi, Ankara, 2010
- Omran, A., The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change, The Milbank Quarterly, Vol. 83, No. 4, 2005 (pp. 731–57), 2005
- Sağlık Bakanlığı, Hastalık Yüğü Çalışması, 2004
- Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2008-2010
- Sağlık Bakanlığı, Türkiye'de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri ile Mücadele Politikaları, 2011
- Stiglitz, Economics of the Public Sector: Third Edition, 1988:287
- Yazıhan, N., Yılmaz, H.H., (2007) " Türkiye'de Meme Kanseri. Maliyet Etkinlik ve Maliyet Etkililik", Türkiye'de Kanser Kontrolü, ed. Prof. Dr. Murat Tuncer, Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara
- Yılmaz, H.H., Yazıhan, N., Tunca, D., Güven, S., Pamuk, H., Arslanhan, S., Tuncer, A. M., (2009), Türkiye'de Kanser Harcamaları ve Maliyet Etkinlik Çalışmaları, Türkiye'de Kanser Kontrolü (Editör A. Murat Tuncer) Sağlık Bakanlığı, Ankara
- Yılmaz, H.H., (2007), "İstikrar Programlarında Mali Uyumda Kalite Sorunu: 2000 Sonrası Dönem Türkiye Deneyimi", TEPAV yayını
- Yılmaz, H.H., Yazıhan, N., Tunca, D., Sevinç, A., Özen, E., Özgül, N., Tuncer, M., Cancer Trends and Incidence and Mortality Patterns in Turkey, Jpn J Clin Oncol 2010 doi:10.1093/jjco/hyq075
- Zaim, O., Diler, M., (2009), The Impacts of Health Sector Reform on the Efficiency and Productivity of Public and Private Hospitals in Turkey