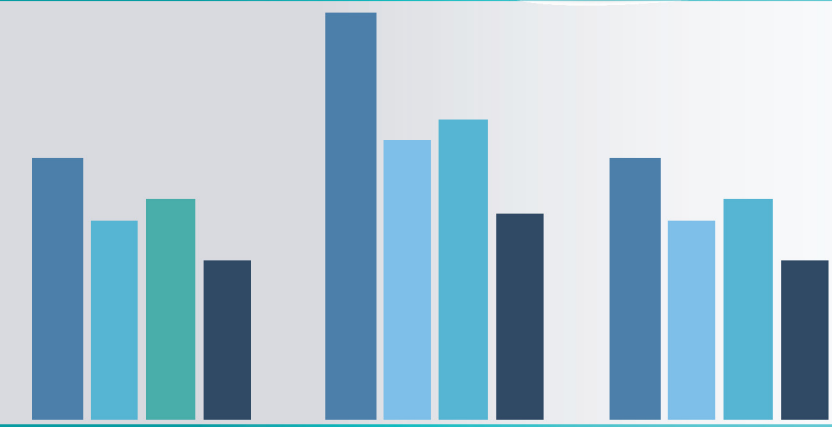


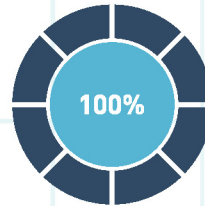
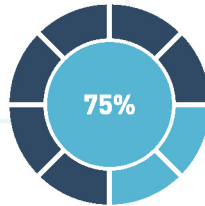
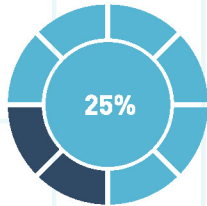
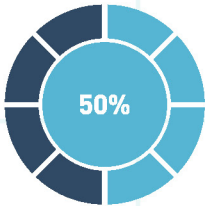


SASAM
ENSTİTÜSÜ
ISSN: 2459-0738

ANALİZ
YIL: 3 SAYI: 10 EYLÜL 2017



TÜRKİYE SAĞLIK HARCAMALARI ANALİZİ



SASAM YAYINLARI
YIL: 3 • SAYI: 10 • EYLÜL 2017
ISSN: 2459-0738

Sağlık-Sen Adına İmtiyaz Sahibi
Metin MEMİŞ
Genel Başkan

Genel Yayın Yönetmeni
Mustafa ÖRNEK

Yayın Kurulu
Mustafa Örnek, İdris Baykan, Abdülaziz Aslan, Murat Kalem,
Prof. Dr. Mustafa Necmi İlhan, Doç. Dr. Mehmet Merve Özyayın,
Dr. Özcan Kars, Mehmet Atasever, Arş. Gör. Mehmet Gözlü,
Zafer Karaca, Fatma Akay, Nihan Ready,
Onur Burak Barkan, Defne Demet

EYLÜL 2017
3.000 Adet

Grafik Tasarım
Sedat ALTUĞ



SAĞLIK-SEN GENEL MERKEZİ

GMK Bulvarı Özveren Sok. No:23
Demirtepe/ANKARA
Tel: 444 1995 Faks: (0312) 230 83 65
www.sagliksen.org.tr

 [sasamenstitusu](https://www.facebook.com/sasamenstitusu)

 [sasamenstitu](https://twitter.com/sasamenstitu)

   [sagliksen](https://www.instagram.com/sagliksen)

 [SaglikSenGenelMerkezi](https://www.youtube.com/SaglikSenGenelMerkezi)

SUNUŞ



Metin MEMİŞ
Sağlık-Sen Genel Başkanı
SASAM Enstitüsü Başkanı

Türkiye’de toplumun sağlık durumu son 15 yıl içerisinde sağlık hizmetlerinin sunumunda ve kapsamında meydana gelen iyileştirmeler sonucunda önemli ölçüde gelişme göstermiştir. Sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyetin gözetilmesine yönelik hiz-

met ve reformların uygulanması sağlık sigortası kapsamının artırılması toplum sağlığı konusunda kayda değer gelişmelerin sağlanması sağlık hizmetlerine yapılan harcamaların daha yüksek ve etkili olması bu iyileşmelerin önemli bir kısmının sebebi olarak gösterilebilir.

Sağlık harcamalarının GSYİH artışıyla orantılı bir yükseliş trendi sergilemesi yanında, sağlığa ayrılan kaynakların çeşitliliği ve sağlığa ilişkin alt yapının gücü, bir ülkenin ekonomik büyüme ve kalkınmasında önemli bir unsur olarak değerlendirilmektedir.

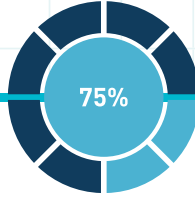
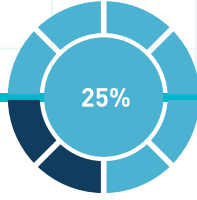
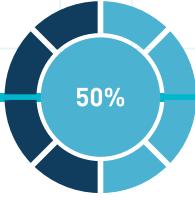
Sağlık hizmetlerinde son yıllarda tartışılan en önemli konuların başında, finansal sürdürülebilirlik ve artan maliyet baskılarına karşı sistemin finansal gücü yer almaktadır. Türkiye’de ekonomik büyüme endeksleri içerisinde sağlık harcamalarının temel makro göstergelerinin karşılaştırılması, finansal sürdürülebilirliğin bir ölçümü olarak görülebilir.

Ülkemizin sağlık alanında son yıllarda gösterdiği başarı, uluslararası kuruluşlar tarafından da takdir edilmektedir. Bu başarı, hem hizmet sunumu alanında hem de finansal sürdürülebilirlik alanında yaşanmasına rağmen bu başarıdaki en önemli paya sahip olan cefakâr sağlık personeli için sağlık bütçesinden yeterli hakedişin ayrıldığını söylemek mümkün değildir.

Sağlık-Sen olarak, başlangıçtan bu yana hizmet sendikacılığını benimseyen bir anlayışla, birikimlerimizi daha proaktif bir düzeye taşıyarak araştırma ve analizler yoluyla Türkiye’deki sağlık ve sosyal politikaların geliştirilmesine ve bu politikalarla ilgili kararların alınmasına katkı sağlamak amacıyla 2013 yılında Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi’ni (SASAM) kurduk. SASAM’ın temel amacı; sağlık, sosyal ve iş gücü politikalarını bilimsel çalışmalar ışığında çağdaş standartlara kavuşturacak akılcı çözümler üretmek, sağlık ve sosyal hizmet çalışanlarının haklarını geliştirmeyi hedefleyen politikalar üretmek, kamunun yönetim kapasitesini geliştirmeye teşvik edecek politikalar geliştirmek, sağlık ve sosyal politika karar süreçlerinde etkin ve öncü bir düşünce kuruluşu olarak, sağlık, sosyal ve iş gücü politikalarına küresel ölçekte katkı sağlamaktır.

Yapılan bu çalışmada Türkiye’de sağlık harcamaları genel hatlarıyla analiz edilmiştir. Sağlık harcamalarından sağlık personeline daha fazla pay ayrılması için gayretlerimizi artırarak devam edeceğiz. Çalışmanın sağlık sistemimize faydalı olmasını dilerim.

TÜRKİYE SAĞLIK HARCAMALARI ANALİZİ



Yazarlar
Mehmet ATASEVER
Zafer KARACA
Mustafa ÖRNEK

1. Türkiye'de Sağlık Finansmanı (Atasever, 2014)

Sağlık hizmetlerinin finansmanı, birçok ülkede çözümü oldukça zor ve önemli bir konu olmuştur. Sağlık hizmetlerinin finansmanının önemli ve birbiriyle ilişkili 3 ayağı bulunmaktadır. Bunların birincisi; sağlık hizmetlerinin finansmanı için yeterli fonun toplanması, ikincisi; ödeyiciler arasında risk paylaşımı esasına dayalı olarak fonların havuzlanması ve üçüncüsü; gerekli sağlık hizmetinin satın alınması veya sağlanması

için fonların uygun biçimde kullanılmasıdır.

Ülkelerin, sağlık hizmetleri için harcama yapması gerektiği konusunda hemen hemen herkes hemfikirdir. Ancak bu konuda sorulan ve sürekli olarak tartışmalara konu olan temel sorulardan birisi, "bu harcama düzeyinin ne olması gerektiği" ile ilgilidir. Sağlık harcamalarının temel belirleyicileri arasında hem yapısal hem de durumsal/dönemsel faktörler yer alabilmektedir.

Bu faktörler; sağlık sistemlerinin nasıl organize edildiği ve yönetildiği, nüfusun sağlık ihtiyaçları, ekonomik gelişme ve kişi başı gelir düzeyi, sosyo-kültürel faktörler, sağlık güvencesinin varlığı, sağlık hizmetini sunanların davranışı, hizmet sunumu ve hekim ödeme modelleri, nüfusun ve hastaların artan beklentileri, teknolojik gelişmeler, kullanım biçimlerinin değişmesi, hastalık dokusundaki değişimler, politik değişimler, çocuk nüfus oranı ve nüfusun yaşlanması ile birlikte sağlık hizmetleri ihtiyaçlarının artması olarak belirtilebilir. Sağlık harcamalarında bu belirleyicilerin payı, etkisi ve önemi ülkeden ülkeye farklılıklar göstermektedir.

Ülkelerin genelinde, sağlık politikası üreten kişiler için asıl önemli konu; insanların ihtiyaç duydukları anda ihtiyaç duydukları sağlık hizmetine ulaşmalarının nasıl garanti edileceği ve kişilerin sağlık harcamalarının finansal riskine karşı nasıl korunacağıdır.

Sağlık finansmanı konusunda 3 farklı yöntem bulunmaktadır:

Kamusal Finansman Modeli: Bu modelin temeli vergi ve prim esasına dayanır. Bu modelde sağlık hizmetlerinin finansmanı toplanan genel veya özel vergiler yoluyla (Beveridge Modeli)¹ ya da toplanan primler yoluyla (Bismark Modeli)² sağlanmaktadır. Finansmanın bir kısmının vergiler bir kısmı-

nın da primler yoluyla sağlandığı örnekler de vardır.

Özel Finansman Modeli: Bu modelde sağlık hizmetlerinin finansmanı özel sağlık sigortacılığı, tıbbî tasarruf hesapları ve cepten yapılan sağlık harcamaları ile karşılanır.

Karma Finansman Modeli: Bu modelde sağlık hizmetlerinin finansmanında kamusal finansman modeli ile özel finansman modeli birlikte kullanılmaktadır. Yani sağlık hizmetlerinin finansmanı Türkiye’de olduğu gibi vergiler, primler, özel sağlık sigortaları, tıbbî tasarruflar ve cepten yapılan harcamalarla karşılanmaktadır.

Türkiye’de sağlık sisteminin finansman yapısı karma özellik göstermektedir. Bir taraftan belirli bir kesim için sağlık sigortacılığı (Bismark Modeli) uygulanırken diğer taraftan kamu yardımı (Beveridge Modeli) modeli uygulanmakta ve sistemin finansmanında özel harcamalar da yer almaktadır.

Türkiye’de 2002 yılında sağlık hizmetlerinin finansmanında, toplanan primler yeterli olmadığı için vergiler yoluyla toplanan fonlar bu açığı finanse etmekteydi. Bu finansmanların yanında Türkiye’de düşük ölçekte olsa da özel sağlık sigortacılığı, sigorta sandıkları, vakıf üniversiteleri gibi kaynaklar (%9,5) ve hane halkının sağlık harcamaları

1- Sir William Beveridge tarafından sosyal güvenlik sisteminin tek elden yönetilmesi, bütün sigorta kolları için zorunlu olarak maktu tek prim alınması, milli sağlık hizmetinin kurulması, sosyal güvenliğin sadece ücretliler değil herkesi kapsamı gerektiği savunulan sigorta sistemidir. İlkeri ise: (a) genellik ve sigorta yardımlarında teklik ilkesi (b) yönetimde birlik ilkesi (c) primlerde teklik ve vergilerle katkı sağlama ilkesi (d) sosyal güvenlik sisteminin “tam istihdam” ve “ulusal sağlık” politikalarıyla desteklenmesi

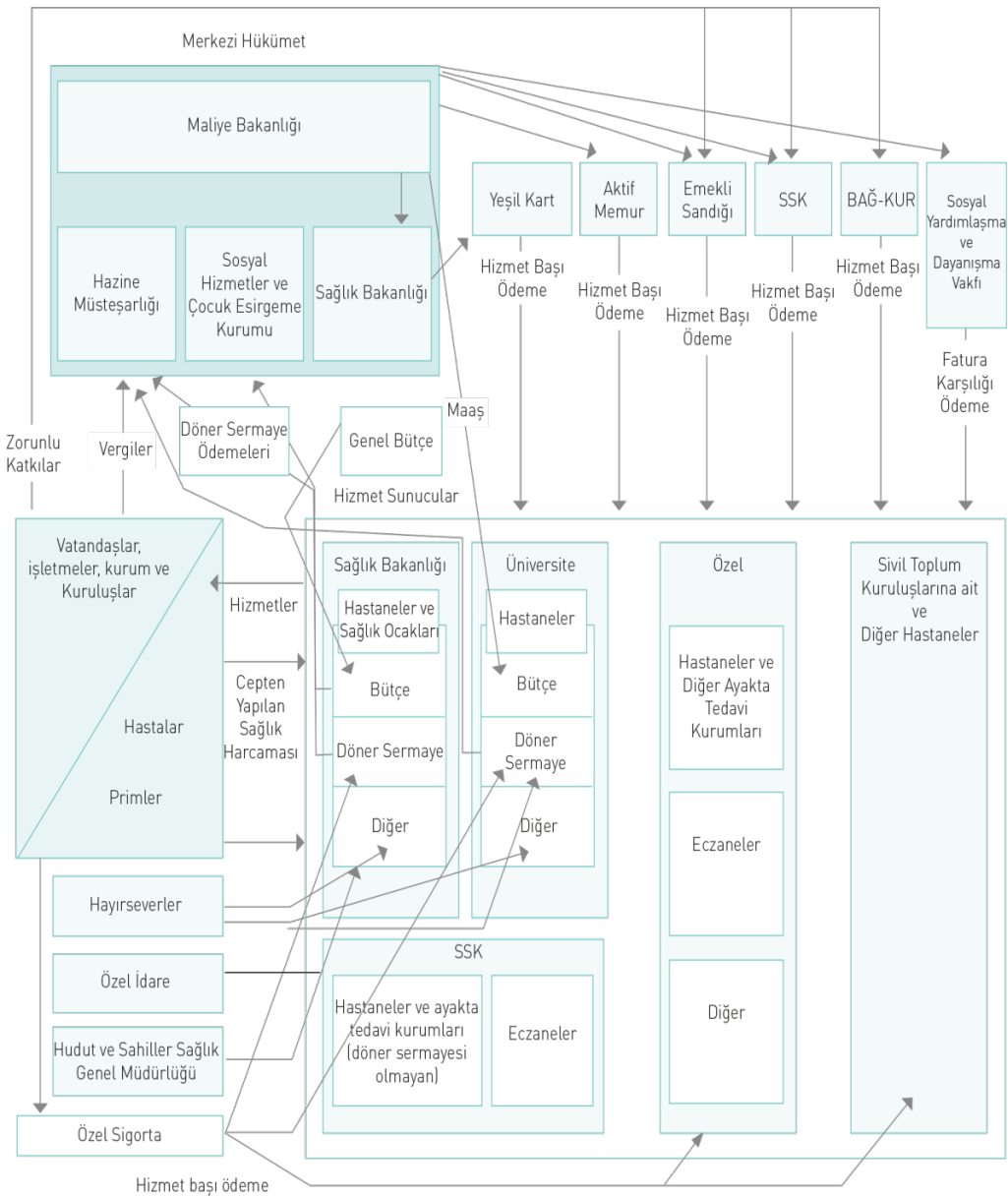
2- “Sosyal güvenlik sistemi” ya da “sigorta sistemi” olarak adlandırılan sağlık sistemine, temelleri atan kişi Bismarck olduğu için “Bismarck modeli” de denir. Finansmanı, zorunlu ödenen sigorta primleri ile sağlanır. Almanya bu modeli kullanan ülkeler arasındadır. Almanya sisteminin üç ana amacı vardır: Herkese eşit ulaşım olanağı sunulması, rekabet ve etkinliğin sağlanması ve bu amaçla üreticiye fiyat belirleme hakkının verilmesi, tüketiciye ve üreticiye seçme hakkının tanınması.

(%19,8) olmak üzere toplam sağlık harcamasının %29,3 tutarında özel sektör sağlık harcaması vardı.

2002 yılında Türkiye’de sağlık hizmetlerinin temel finansman kaynağı kamu finansmanıydı. Özellikle koruyucu hizmetlerin ta-

mamına yakını devlet tarafından karşılanmaktaydı. Türkiye’de 2002 yılında yapılan her 100 TL’ lik sağlık harcamasının 71 TL’ si kamu tarafından karşılanmıştır. 2003 yılında uygulamaya konan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ve sağlık alanında yapılan reformlarla kamunun sağlık harcaması

Şekil 1. Türkiye Sağlık Sistemindeki Fonların Akış Şeması, (2002)



Kaynak: Atasever, 2014

içindeki payı 2015 yılında %78,5'e yükselmiştir. 2003 yılında uygulamaya konan "Sağlıkta Dönüşüm Programı" ile geri ödeme sisteminin daha sağlıklı çalışabilmesi için 2004 yılında "Geri Ödeme Komisyonu" kurulmuştur. Bu komisyon; Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı ve Hazine Müsteşarlığı temsilcilerinden oluşturulmuştur. Bu komisyon, 2007 yılı Ağustos ayında SGK'ya devredilmiştir. Tüm sağlık sigorta fonları için tek bir geri ödeme komisyonu'nun kurulmasıyla birlikte, önceden var olan parçalı sistemin yerini alan ve tüm fonları etkileyecek ödeme stratejilerinin ele alınmasına yönelik bir mekanizma oluşturulmuştur.

Oldukça parçalı bir yapıya sahip sosyal güvenlik kurumları için norm birliğinin sağlanması ve sürdürülebilir bir sosyal güvenlik sistemi oluşturulması amacıyla, Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı, Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü ve BAĞ-KUR Genel Müdürlüğü'nü aynı çatı altında toplayan Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, 5502 Sayılı Kanunla 2006 yılı Mayıs ayında kurulmuştur. Bu reformla sigorta hak ve yükümlülüklerinin eşitlendiği, mali olarak sürdürülebilir, tek bir emeklilik ve sağlık sigortası sisteminin kurulması öngörülmüştür.

Reform ile birlikte nüfusun tamamına eşit, kolay, ulaşılabilir ve kaliteli sağlık hizmeti sunumunu amaçlayan genel sağlık sigortası sisteminin oluşturulması hedeflenmiştir. Bu itibarla, 2006 yılı Mayıs ayında 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu kabul edilmiş, 01.01.2007 tari-

hinde de yürürlüğe girmesi öngörülmüştür. Ancak 5510 Sayılı Kanunun bazı maddelerinin Anayasa Mahkemesince iptal edilmesi, kanuna ek ve değişiklik getiren mevzuatın çıkarılması gibi nedenlerle yürürlük tarihi; önce 01.07.2007 tarihine, sonra 01.01.2008 tarihine ertelenmiş ve nihayet 5510 Sayılı kanun 01.10.2008 tarihinde tüm hükümleri ile yürürlüğe girmiştir. 5510 Sayılı kanun ile sosyal sigortalar alanında birçok konuda norm ve standart birliği sağlanmış ve uygulamaya geçirilmiştir.

2007 yılından itibaren SSK, BAĞ-KUR ve Emekli Sandığı ödemelerinin SGK bünyesine alınmasını, 2010 yılından itibaren kamu görevlilerinin ödemeleri, 2012 yılından itibaren ise yeşil kart ödemeleri takip etmiştir.

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun tam anlamıyla işler hale getirilmesi 2012 yılı Ocak ayında yeşil kart ödemelerinin SGK bünyesine alınması ile tamamlanmıştır. SSK, BAĞ-KUR, Emekli Sandığı (2007 yılında) ve son olarak ödemeleri SGK bünyesine alınan kamu görevlileri (2010 yılı Ocak ayı) için teminat paketleri uyumlu hale getirilmiştir. Ancak 2013 yılı itibarıyla sadece yeşil kart sahipleri için teminat paketi farklıdır. Örneğin; yeşil kartlı vatandaşlar sadece aile hekimliğine ve Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelere serbest olarak başvuru yapabildikleri halde, üniversite hastanelerinden bazı istisnalar dışında yalnızca sevki olarak hizmet alabilmektedirler. Özel hastanelerden ise ancak bazı istisnai durumlarda hizmet alabilmektedirler (acil haller, kamu hastanelerinde yoğun bakım için yer olmaması gibi).

Sosyal Sigortalar ve GSS Kanunu kapsamında, GSS'nin primli ve primsiz iki sistemi mevcuttur. Primli sistem kapsamında, kamu sektörü ve özel sektördeki işçiler, çalışan devlet memurları, sözleşmeli personel ve serbest çalışanların ücretlerinin %12,5'i ayrıca işverenin katkısı %7,5 olarak toplanmaktadır.

2012 Yılından itibaren Primsiz sistemden yararlanacakların tespiti Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından yapılmaya başlanmıştır. Primsiz sistemden yararlananların neredeyse tamamına yakını daha önce yeşil kart sistemi aracılığıyla sağlık hizmetinden yararlanan vatandaşlardan başkası değildir.

Türkiye'de ödeme gücü olmayan vatandaşların sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için 1992 yılında çıkarılan 3816 Sayılı kanun ile yeşil kart uygulaması başlatılmıştır. 2006 yılı Haziran ayında yürürlüğe giren 5510 Sayılı "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu" ile Sosyal Sigorta Kurumları tek çatı altında toplanmış böylece uygulamayı tekleştirilerek sistemi basitleştirmek, sosyal güvence sistemini daha etkin hale getirmek ve tüm vatandaşlara kaliteli sağlık hizmeti sunmak hedeflenmiştir. GSS reformu ile tasarlanan sağlık sisteminde, her vatandaşın, gelir durumuna göre belirlenecek prim tutarları karşılığında ve ödediği prim tutarlarından bağımsız olarak kaliteli bir sağlık hizmetine ulaşabilmesi planlanmıştır.

Bu dönem yapılan önemli reformlardan biri olarak, 2007 yılında SGK bünyesinde bir GSS fonu oluşturulmuştur. GSS'nin oluş-

turulmasına paralel SGK bünyesinde yeşil kart dâhil olmak üzere tüm sağlık sigorta fonlarının taleplerini işleme almak üzere MEDULA üzerinde sanal bir kontrol ve ödeme yönetim sistemi kurulmuştur. Buna göre SGK ile sözleşmesi olan tüm kamu ve özel sağlık kuruluşlarının MEDULA sistemini kullanımı zorunlu hale gelmiştir.

MEDULA'nın kurulması, tüm sağlık sigorta fonlarının talep sunma işlemlerini standart hale getirmiş; bu birleşik sistem ile GSS' de sanal bir tek ödeyici sisteminin kurulması sağlanmıştır. Sağlık sisteminde yapılan reformlarla satın alma ve hizmet sunumu işlevlerinin önceki parçalı ve çoklu yapıdan kurtarılması; satın alıcılar ve hizmet sunucular arasında düzgün kurumsal ve hesap verebilirlik ilişkilerinin oluşturulması sağlanmıştır.

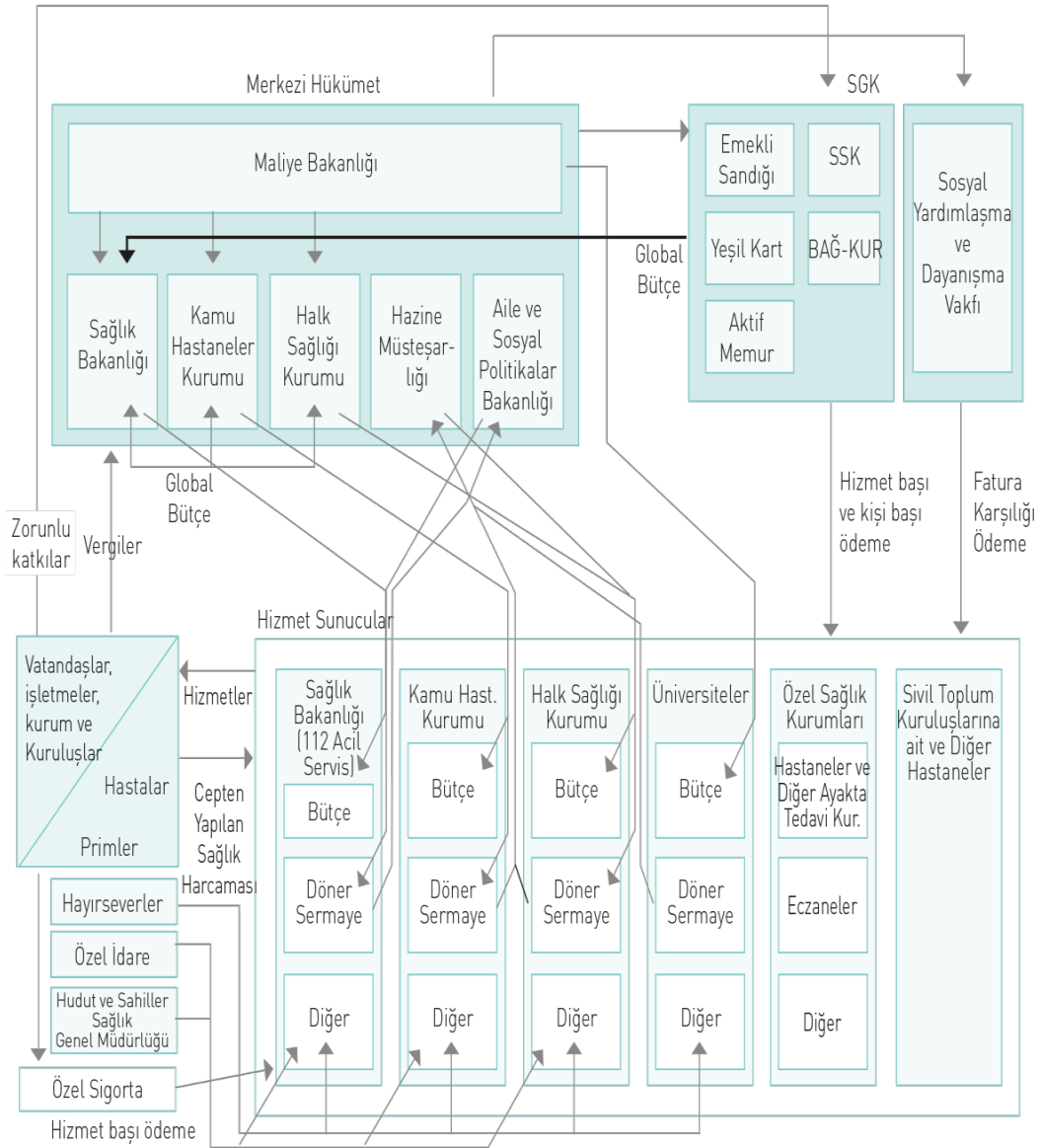
Bu yöndeki ilk önemli değişiklik, 2005 yılında SSK'nın sağlık sunum hizmeti işlevini Sağlık Bakanlığına bırakması ile yapılmıştır. SSK sağlık tesislerinin 2005 yılı Şubat ayında Sağlık Bakanlığına devri ile birlikte sosyal güvenlik kurumları hizmet sunumundan çekilmiştir.

2003-2015 döneminde sağlık finansmanı alanında yaşanan önemli reformlardan biri de sağlık alanında ekonomik bir etki doğurabilecek bütün kararların alındığı sağlıkla ilgili ekonomik koordinasyon kurulunun çalışmalarıdır. Yasal bir düzenleme ile oluşturulmadığı halde hükümet adına sağlık alanında kararların alındığı bu kurulun başkanlığını Hazine Sorumlu Başbakan Yardımcısı yapmaktadır. Kurulun üyeleri

Sağlık, Maliye, Çalışma ve Sosyal Güvenlik ve Kalkınma Bakanlarıdır. Kurul, düzenli olarak toplanarak sağlıkla ilgili özellikle finansal nitelikteki gelişmeleri tartışmakta, gerekiyorsa tedbir almaktadır. Bu kurula ilgili bürokratlar da katılmakta ve gerekli bilgilendirmeyi yapmaktadırlar. Ekonomik

koordinasyon kurulu, sağlık harcamalarının sistematik bir şekilde izlenmesi, değerlendirilmesi ve oluşabilecek finansal risklerin hızlı bir şekilde tespit edilebilmesini sağlamaya yönelik olarak “Sağlık Harcamaları İzleme ve Değerlendirme Komisyonu”nu kurmuştur. Sağlık Harcamaları İzleme ve

Şekil 2. Türkiye Sağlık Sistemindeki Fonların Akış Şeması, (2017)



Kaynak: Atasever, 2017

Değerlendirme Komisyonunda Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı (DPT)³, Hazine Müsteşarlığı, Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, SGK ve Türkiye İstatistik Kurumunun (TÜİK) 2 asil ve 2 yedek temsilcisi bulunmaktadır.

Komisyonun faaliyet alanı; sağlık harcamalarına ilişkin verileri derleyip düzenli bir şekilde sunulmasını sağlamak, doğru ve sağlıklı bilgiler ile objektif analizler içeren raporlar hazırlayarak sağlık politikalarıyla ilgili karar alıcıları bilgilendirmek ve gerekli stratejilerin oluşturulabilmesini sağlamaya yönelik önerilerde bulunmak şeklinde belirlenmiştir. Bu komisyon tarafından sağlık harcamalarının gelişimine ilişkin analizler yapılmakta ve bu analizler sonucunda gerek duyulması hâlinde yeni politikalar belirlenmektedir.

Sağlık finansmanı alanında yapılan reformlardan diğer bir önemli adım da Sağlık Bakanlığının kamu sağlık harcamalarından aldığı payın 2006 yılından itibaren “Global Bütçe” adı verilen yöntemle tespit edilmesidir.

2003-2017 Döneminde sağlığın finansmanı ile ilgili yapılan iyileştirmelerin en önemli olanlarını şöyle sıralayabiliriz.

- Vatandaşların sağlık sigortalarıyla özel hastanelerden hizmet alması sağlanmıştır.
- Acil ve yoğun bakım tedavileri tüm hastanelerde ücretsiz hale getirilmiştir.
- Yoksul vatandaşların, kamu sağlık hizmetlerinden bütünüyle faydalanabilmesi sağlanmıştır.
- İlaçta “Referans Fiyat Sistemi” uygulamasına geçilmiştir.
- Sağlık Bakanlığı hastaneleri genel işletmecilik ilkeleri doğrultusunda yönetilmeye başlanmıştır.
- Ekonomi koordinasyon kurulu ile sağlık finansmanı ile ilgili birimler arasında uyum ve koordinasyon tesis edilmiştir.
- Sağlık hizmetlerinin finansmanında “Global Bütçe Modeli” geliştirilmiştir.
- 18 yaşın altındaki tüm nüfusun ve eğitim görenlerin GSS kapsamına alınması sağlanmıştır.
- SSK’lı ve BAĞ-KUR’luların sağlık hizmeti alabilmesi için prim ödeme süresi 30 güne indirilmiştir.

2. Türkiye Sağlık Harcamaları (2002-2015 Dönemi)

Türkiye’de 2002-2015 dönemi gerçekleşen toplam sağlık harcamaları aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

2002-2015 yılları arası sağlık harcamaları nominal olarak 4,5 Kat, reel olarak ise 0,7 kat artmıştır (Tablo1).

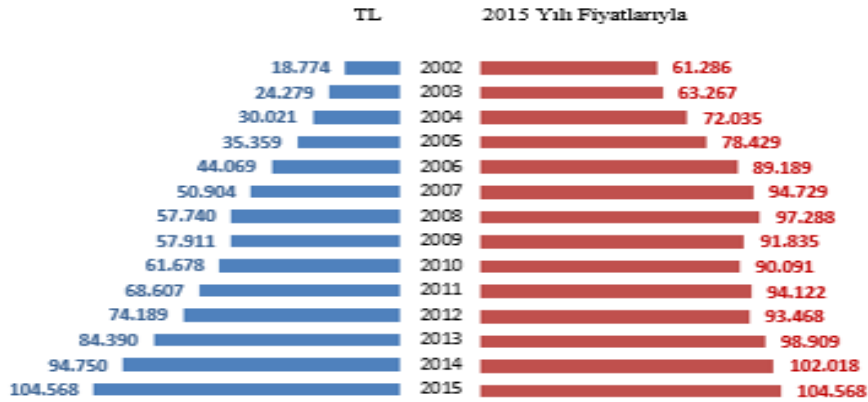
3- Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı 2011 yılında Kalkınma Bakanlığı’na dönüştürülmüştür

Tablo 1. Sağlık Harcamaları, (2002-2015), (Milyon TL/USD), Türkiye

Yıllar	TL	TL (2015 Yılı Fiyatlarıyla)	USD	SGP USD
2002	18.774	56.920	12.467	30.760
2003	24.279	58.760	16.261	31.497
2004	30.021	66.903	21.107	37.050
2005	35.359	72.842	26.372	42.568
2006	44.069	82.835	30.793	52.037
2007	50.904	87.980	39.112	58.907
2008	57.740	90.357	44.659	64.872
2009	57.911	85.293	37.434	63.494
2010	61.678	83.673	41.108	65.570
2011	68.607	87.416	41.082	69.169
2012	74.189	86.809	41.388	70.602
2013	84.390	91.862	44.385	75.886
2014	94.750	94.750	43.328	79.052
2015	104.568	104.568	38.444	82.337
2002-2015 Artış (Kat)	4,57	0,71	2,08	1,68

Kaynak: TÜİK verileri kullanılarak yazar tarafından hesaplanmıştır.

Grafik 1. Sağlık Harcamaları, (2002-2015), Türkiye



Kaynak: TÜİK verileri kullanılarak yazarlar tarafından çizilmiştir.

3. Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı

Türkiye’de 2002-2015 dönemi gerçekleşen sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

2002-2015 yıllarındaki sağlık hizmetlerinde sağlanan gelişmelere rağmen sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı değişme-

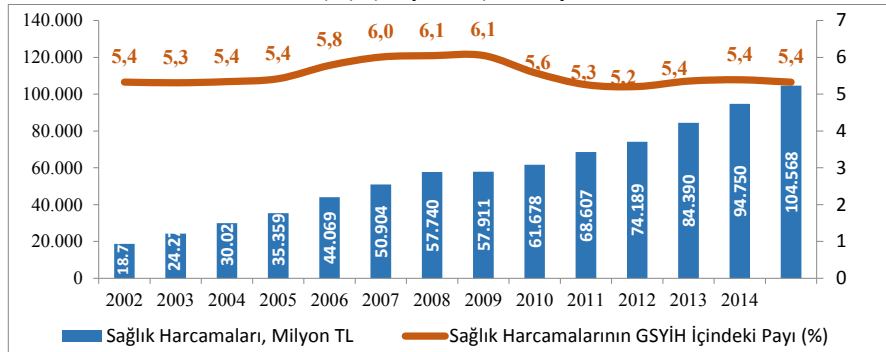
miştir (%5,4). OECD 2013 yılı ortalaması olan %8,9’a kıyasla oldukça düşük olan bu oranın (Tablo 2) , Türkiye’deki yaşlı/çocuk nüfus oranı ve sağlık personel sayısı gibi faktörler dikkate alınarak değerlendirilmesi gerekmektedir.

Tablo 2. Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı, (2002-2015), OECD Ülkeleri Ortalaması, Türkiye

Yıllar	Sağlık Harcamaları, Milyon TL	GSYİH, Milyon TL	Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (%)	OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (%)
2002	18.774	350.476	5,4	8,3
2003	24.279	454.781	5,3	8,5
2004	30.021	559.033	5,4	8,6
2005	35.359	648.932	5,4	8,7
2006	44.069	758.391	5,8	8,6
2007	50.904	843.178	6,0	8,6
2008	57.740	950.534	6,1	8,9
2009	57.911	952.559	6,1	9,6
2010	61.678	1.098.799	5,6	9,4
2011	68.607	1.297.713	5,3	9,3
2012	74.189	1.416.798	5,2	9,2
2013	84.390	1.567.289	5,4	8,9
2014	94.750	1.747.362	5,4
2015	104.568	1.952.638	5,4

Kaynak: TÜİK, OECD Health Data,2015

Grafik 2. Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı, (2002-2015), (%) , (Milyon TL), Türkiye



Kaynak: TÜİK

4. Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı

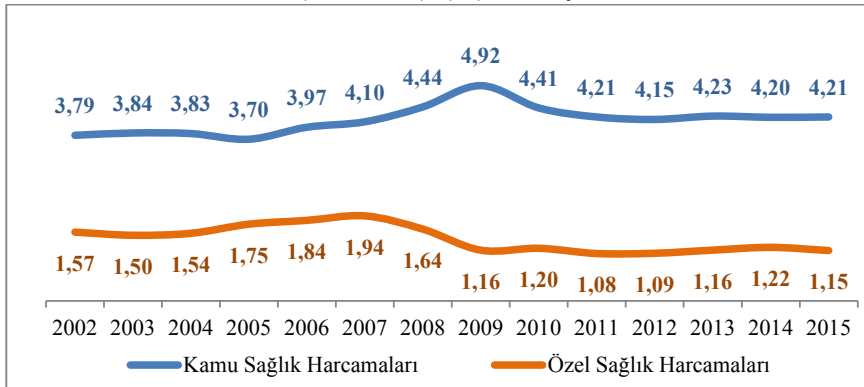
Tablo 3. Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı, (2002-2015), (%), Türkiye

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Kamu Sağlık Harcamaları	3,79	3,84	3,83	3,70	3,97	4,10	4,44	4,92	4,41	4,21	4,15	4,23	4,20	4,21
Özel Sağlık Harcamaları	1,57	1,50	1,54	1,75	1,84	1,94	1,64	1,16	1,20	1,08	1,09	1,16	1,22	1,15
Toplam Sağlık Harcamaları	5,36	5,34	5,37	5,45	5,81	6,04	6,07	6,08	5,61	5,29	5,24	5,38	5,42	5,36

Kaynak: TÜİK

2002 ile 2015 yılları karşılaştırıldığında Türkiye’de sağlık harcamalarının GSYH oranı (%5,4) değişmemiştir. Fakat finansman yapısı değişmiştir. 2002 yılında sağlık harcamalarının GSYH’ya oranının %3,8’ini kamu finanse ediyor iken bu oran 2015’de %4,2’ye yükselmiştir (Grafik 3).

Grafik 3. Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı, (2002-2015), (%), Türkiye



Kaynak: TÜİK

5. Kişi Başı Sağlık Harcamaları

Ülkeler temel sağlık bakımı ve koruyucu hizmetler için (kısaca temel sağlık hizmetleri olarak adlandırılır) kişi başına belli bir miktarda sağlık harcaması yapmak duru-

mundadır. Bir ülkedeki sağlık harcaması miktarının bunun daha da altına düşmesi, o ülkede yaşayan kişilerin temel sağlık bakımından bile yoksun kaldığı anlamına gelir.

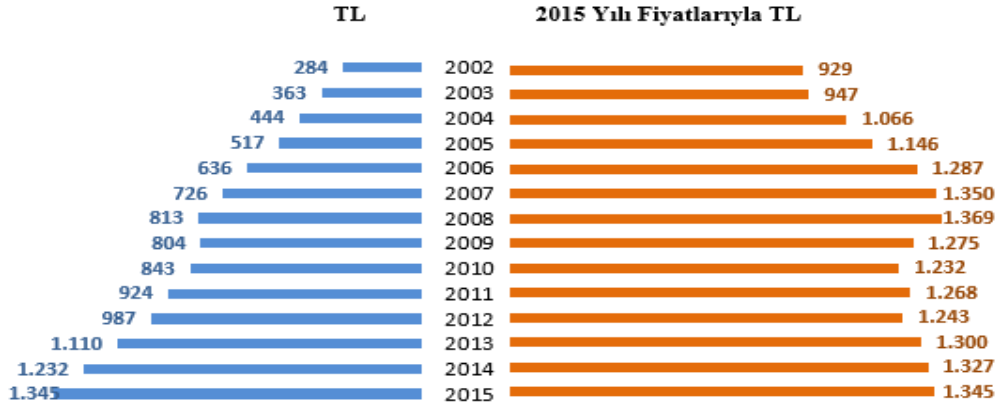
Tablo 4. Kişi Başı Sağlık Harcamaları, (2002-2015), (TL/USD), Türkiye

Yıllar	Kişi Başı Sağlık Harcaması, TL	Kişi Başı Sağlık Harcaması, 2015 Yılı Fiyatlarıyla, TL	Kişi Başı Sağlık Harcaması, USD	Kişi Başı Sağlık Harcaması, SGP USD
2002	284	862	189	466
2003	363	880	243	472
2004	444	990	312	548
2005	517	1.064	385	622
2006	636	1.195	444	751
2007	726	1.254	557	840
2008	813	1.272	629	913
2009	804	1.184	520	881
2010	843	1.144	562	896
2011	924	1.178	553	932
2012	987	1.155	551	939
2013	1.110	1.208	583	998
2014	1.232	1.232	563	1.028
2015	1.345	1.345	496	1.059
2002-2015 Artış (Kat)	3,73	0,45	1,62	1,27

Kaynak: TÜİK verileri kullanılarak yazar tarafından hesaplanmıştır.

2002-2015 döneminde kişi başı sağlık harcamaları nominal olarak 3,7 kat, reel olarak 0,45 kat artmıştır. Bu dönemde Türkiye'deki ekonomik gelişmelere paralel olarak ABD doları cinsinden kişi başı kamu sağlık harcamaları 1,6 kat, ABD doları cinsinden satın alma gücü paritesi olarak ise 1,27 Kat artmıştır (Tablo 4).

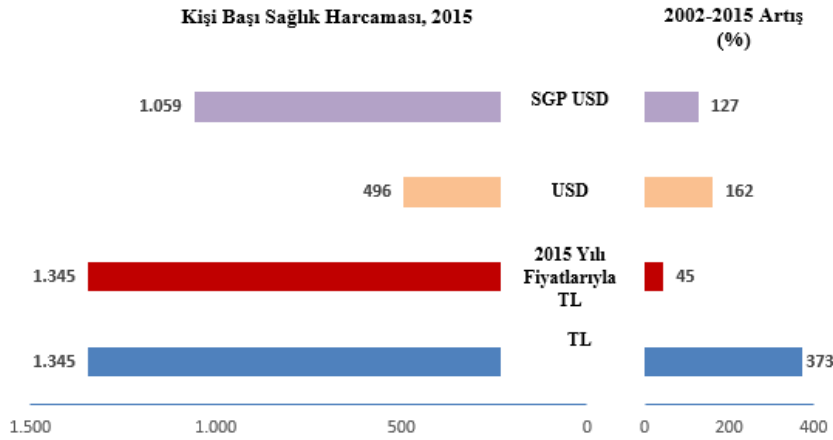
Grafik 4. Kişi Başı Sağlık Harcamaları, (2002-2015), Türkiye



Kaynak: TÜİK

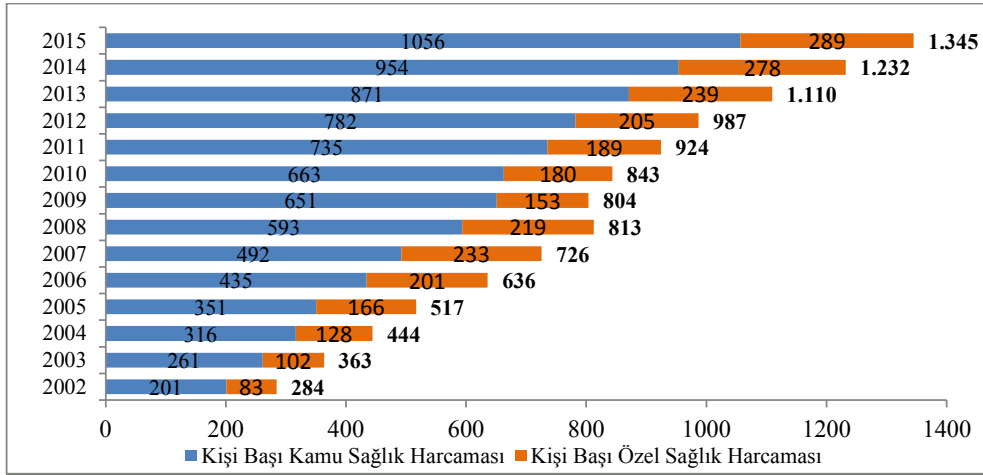
5.1. Kişi Başı Sağlık Harcamalarının Değişimi

Grafik 5. Kişi Başı Sağlık Harcamalarının Değişimi, (2002, 2015), (TL/USD), Türkiye



Kaynak: TÜİK

Grafik 6. Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcamaları, (2002-2015), (TL),Türkiye



Kaynak: TÜİK

5.2. Kişi Başı Kamu Sağlık Harcamaları

Tablo 5. Kişi Başı Kamu Sağlık Harcamaları, (2002-2015), (TL/USD), Türkiye

Yıllar	TL	2015 Yılı Fiyatlarıyla		
		(TL)	USD	SGP USD
2002	201	610	134	329
2003	261	633	175	339
2004	316	705	222	391
2005	351	722	261	422
2006	435	817	304	513
2007	492	851	378	570
2008	593	929	459	667
2009	651	959	421	714
2010	663	899	442	705
2011	735	937	440	741
2012	782	915	436	744
2013	871	948	458	783
2014	954	954	436	796
2015	1.056	1.056	388	832
2002-2015 Artış (Kat)	4,25	0,61	1,91	1,53

Kaynak: TÜİK

2002-2015 döneminde kişi başı kamu sağlık harcamaları nominal olarak 4,25 kat, reel olarak 0,61 artmıştır (Tablo 5).

5.3. Kişi Başı Özel Sağlık Harcamaları

Tablo 6. Kişi Başı Özel Sağlık Harcamaları, (2002-2015), (TL/USD), Türkiye

Yıllar	TL	2015 Yılı Fiyatlarıyla, TL	USD	SGP USD
2002	83	253	55	137
2003	102	247	68	132
2004	128	285	90	158
2005	166	342	124	200
2006	201	378	141	238
2007	233	403	179	270
2008	219	343	170	246
2009	153	225	99	168
2010	180	245	120	192
2011	189	241	113	191
2012	205	240	114	195
2013	239	260	126	215
2015	289	289	106	227
2002-2015 Artış (Kat)	2,46	0,06	0,92	0,66

Kaynak: TÜİK verileri kullanılarak yazar tarafından hesaplanmıştır

Kişi başı özel sağlık harcamaları 2002 yılına göre 2015 yılında nominal olarak 2,46 kat artarken reel olarak önemli değişim yaşanmamıştır (Tablo 6).

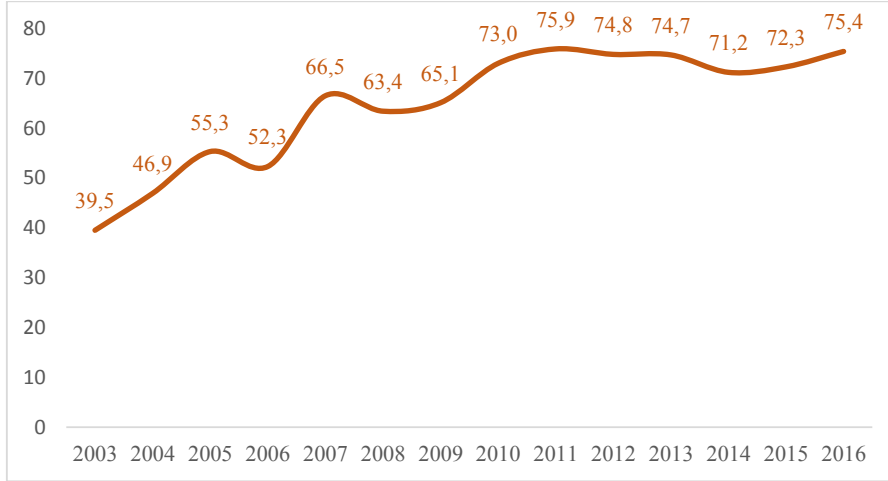
6. Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet

Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ismiyle 2003 yılında uygulamaya konan sağlık reformu ile sosyal güvenlik sandıkları birleştirilerek, toplumun tamamı için teminat paketleri tek bir sandık olan Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) altında toplanmış; nüfusun tamamı sosyal güvenlik kapsamına alınmış; yoksul kesimin sağlık hizmetlerine kolay erişimi sağlanmış; acil sağlık hizmetleri geliştirilmiş; aile hekimliğine geçilerek

bir üst sunucuda yığılmalar önlenmiş ve bütün bunların sonucu olarak sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranlarında AB ülkeleri ortalaması geçilmiştir.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinden memnuniyet 2003 yılında %40’dan 2016 yılında %75,4’e çıkarak son 10 yıldır AB Ülkeleri ortalamasının üzerinde seyretmektedir (Grafik 8).

Grafik 7. Yıllar İtibariyle Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet, (2003- 2015), Türkiye



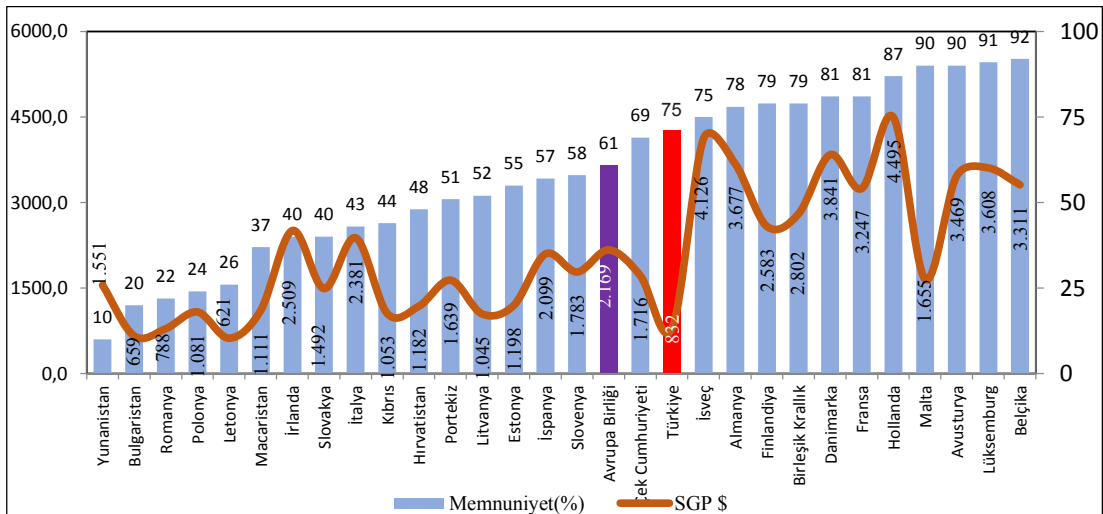
Kaynak: TÜİK

6.1. AB Ülkelerinde Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet ve Kişi Başı Kamu Sağlık Harcaması

Türkiye’de ile AB Ülkelerinde sağlık hizmetlerinden memnuniyeti karşılaştığımızda; Türkiye 2015 yılında 832 dolar kişi başı kamu sağlık harcaması (SGP\$) yaparken sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı (2016 yılı) %75’dir. Oysaki AB Ülkeleri ulaş-

labilen en yakın yıl verisine göre Türkiye’nin üç katı kişi başı kamu sağlık harcaması (2193 \$) yapmasına rağmen sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı %61’de kalmıştır (Grafik 8).

Grafik 8. AB Ülkelerinde Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet (%) 2013 ve Kişi Başı Kamu Sağlık Harcaması (SGP \$), 2011 veya En Yakın Yıl Verileri



Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yılı, 2014; Kaynak: OECD Health Data 2015, World Health Statistics 2015, Avrupa Komisyonu Social Climate Report 2014, TÜİK

* Türkiye verisi 2015 yılına aittir.

7. Katastrofik Sağlık Harcaması

Hane halklarının cepten yapılan sağlık harcamaları, sağlık hizmetlerinin mali yükünün değişimine bağlı olarak hane halklarının temel ihtiyaçlarından fedakârlık etmesini gerektirebilir. Bu türden harcamaları Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), “sağlık harcamalarının yarattığı finansal katastrofi” olarak nitelendirmektedir. Katastrofik sağlık harcamalarının oranı, nüfusun demografik yapısına göre farklılık gösterdiği gibi farklı kamu sağlık sigortası sistemlerine ait teminat paketleri arasında farklılıklar olması nedeniyle, hane halkının bağlı olduğu sağlık sigortası tipine göre de değişiklik göstermiştir. Bununla birlikte cepten yapılan sağlık harcaması (CSH), bireyin sağlık durumu (algılanan sağlık durumu) ile çok yakından ilişkilidir; kişinin hastalığı arttıkça cebinden ödediği para da artmaktadır.

Katastrofik harcamalar temel olarak yoksulluk, sağlık hizmetinden yararlanamama durumu ve risk değerlendirme mekanizmalarının yoksunluğundan kaynaklanmaktadır.

Güney Kore’de yapılan çalışmada katastrofik sağlık harcamalarının yalnızca kötü sağlık göstergelerine ve ekonomik zorluklara değil, aynı zamanda uzun dönemde düşük yaşam doyumu düzeyine neden olduğu tespit edilmiştir.

Katastrofik sağlık harcamaları hesaplama aşaması şöyledir (TÜİK, 2015):

1. Aşama Yoksulluk Sınırının Belirlenmesi

Hanehalkı bütçe anketi verileri doğrultusunda yoksulluk sınırı “gıda harcaması payına

göre sıralı %45-%55 arasında kalan hanelerin, eşdeğer fert başına gıda harcamalarının ortalaması”dır. Özellikle yoksulluk konusundaki analizlerde hanelerin yetişkin-çocuk bileşimlerindeki farklılıkları dikkate alınmakta; böylece farklı büyüklük ve bileşimlerdeki hane halkları arasında karşılaştırmalara imkân sağlamaktadır. Buna göre, eşdeğerlik ölçeği olarak adlandırılan katsayılar kullanılarak her bir hanehalkı büyüklüğünün kaç yetişkine (eşdeğer fert sayısına) denk olduğu hesaplanmaktadır. Hesaplama, her hane halkının eşdeğer büyüklüğü, hanehalkında bulunan fert sayısının 0,56. kuvveti alınarak hesaplanmaktadır. Daha sonra hanehalklarının kendi eşdeğer hane büyüklüklerine göre yoksulluk sınırları belirlenmekte, hanenin harcaması, kendi eşdeğer hane büyüklüğüne göre belirlenen yoksulluk sınırından küçük olan haneler “yoksul” olarak nitelendirilmektedir.

Yoksul hanehalklarının belirlenmesinden sonra hanehalkının katastrofik sağlık harcaması nedeniyle yoksulluk riskinin incelenmesi amacıyla, hanehalkının sağlık harcamasının ödeme kapasitesine (hanenin geçinme sınırı dışında kalan harcaması) oranı hesaplanmaktadır.

2. Hanenin ödeme kapasitesinin Belirlenmesi:

Hanenin geçinme sınırı dışında kalan harcaması olarak tanımlanmıştır. Buna göre;

Eğer hanenin yoksulluk sınırı gıda harcamasından düşük veya eşit ise,

Ödeme kapasitesi = Hanenin toplam harcaması - Hanenin yoksulluk sınırı

Eğer hanenin yoksulluk sınırı gıda harcamasından yüksek ise,

Ödeme kapasitesi = Hanenin toplam harcaması - Hanenin gıda harcaması

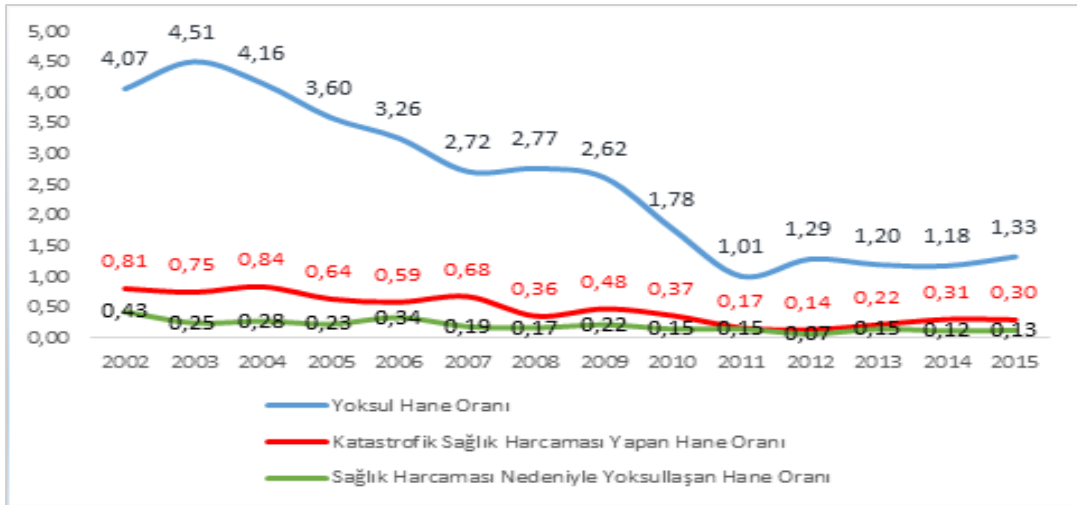
3. Katastrofik Sağlık Harcamasının Belirlenmesi

Sağlık harcamasının ödeme kapasitesine oranı %40 ve daha büyük olan haneler, “katastrofik sağlık harcaması yapan haneler” olarak nitelendirilmektedir. Yoksul olmayıp sağlık dışında kalan harcaması, kendi eşdeğer hane büyüklüğüne göre belirlenen

yoksulluk sınırından küçük olan haneler, “katastrofik sağlık harcaması nedeniyle yoksullaşan haneler” olarak belirlenmektedir.

Gerek katastrofik sağlık harcaması yapan hane oranları, gerekse sağlık harcaması nedeniyle yoksullaşan hane oranları gözüne alındığında söz konusu dönemde bu oranlar düşme eğilimi göstermiştir. 2002-2015 yılları arasında yoksul hane oranları 2002 yılında 4,07 iken 2015 yılında 1,33 gerilemiştir. Katastrofik sağlık harcaması 2002 yılına göre düşük seviyede olsa da son yıllarda artış eğilimi içinde 2015 yılında %0,30 düzeyinde seyir etmektedir (Grafik 9).

Grafik 9. Katastrofik Sağlık Harcamaları, 2002-2015, Türkiye



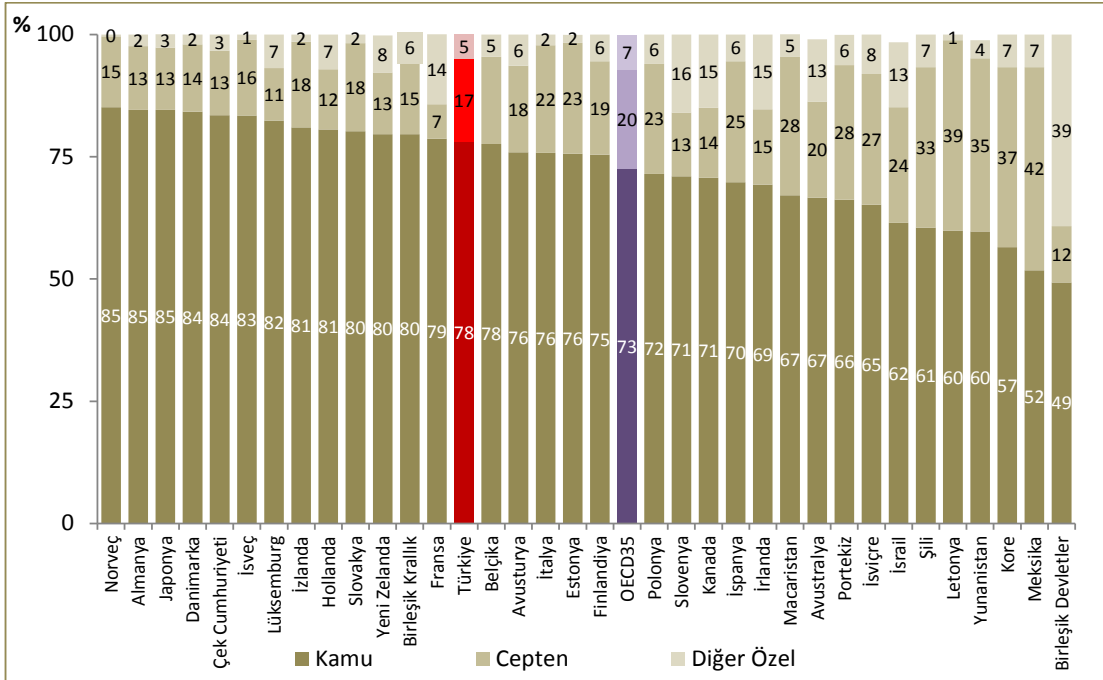
Kaynak: TÜİK

8. Sağlık Harcamalarının Uluslararası Karşılaştırması

Finansman türüne göre cari sağlık harcamaları incelendiğinde OECD ülkelerin kamu finansman payı %73 ve özel finans-

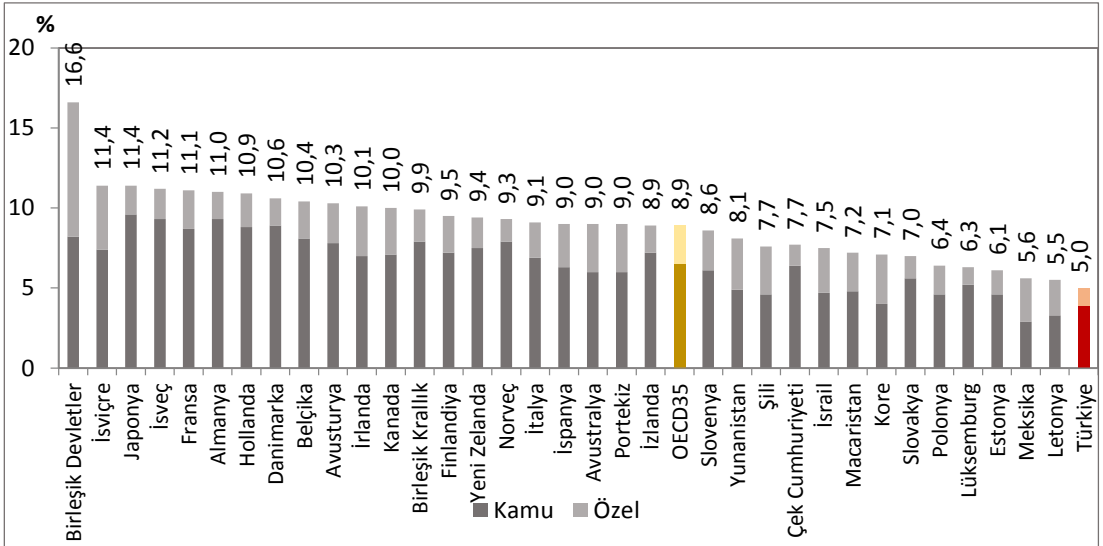
man payı ise %27 dir. Bu durum Türkiye’de %78 kamu, %22 özel finansman şeklindedir (Grafik10).

Grafik 10. Finansman Türüne Göre Cari Sağlık Harcaması Dağılımının Uluslararası Karşılaştırılması, 2014



Kaynak: TÜİK, OECD Health Data 2016; akt. Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2015
Not: Türkiye verisi 2015 yılına aittir.

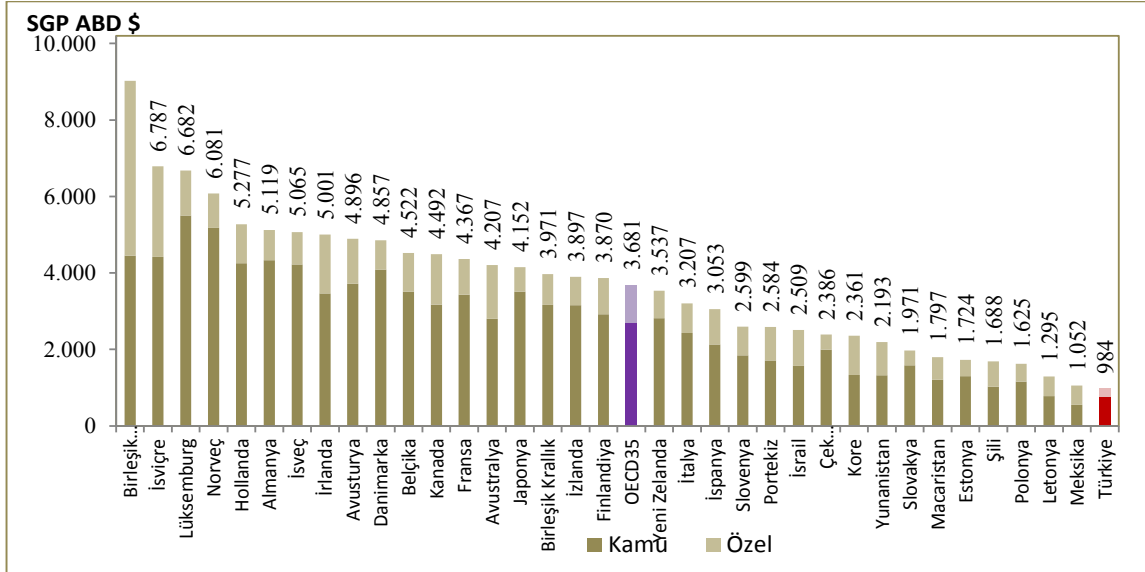
Grafik 11. Cari Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payının Uluslararası Karşılaştırılması, (%), 2014



Kaynak: TÜİK, OECD Health Data 2016; akt. Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2015
Not: Türkiye verisi 2015 yılına aittir.

OECD ülkelerinin toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki oranı 8,9 iken Türkiye'de bu oran %5,0 tir (Grafik11).

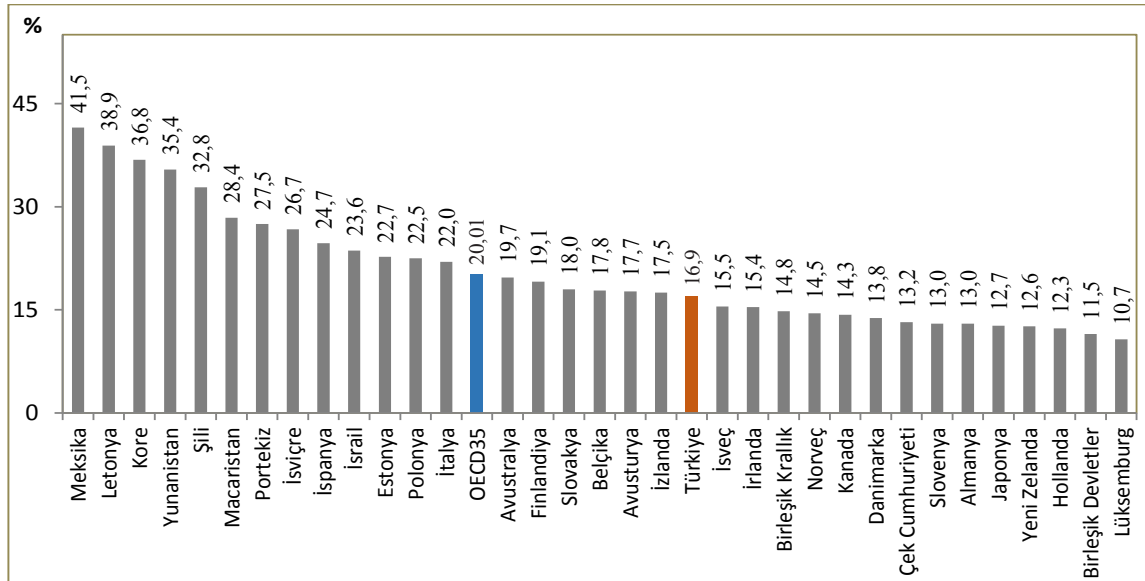
Grafik 12. Kişi Başı Cari Sağlık Harcamasının Uluslararası Karşılaştırılması, SGP ABD \$, 2014



Kaynak: TÜİK, OECD Health Data 2016; akt. Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2015
Not: Türkiye verisi 2015 yılına aittir

OECD ülkelerinin kişi başı cari sağlık harcaması ortalaması 3.621 SGP \$ iken Türkiye'de bu rakam 984 SGP \$ dır (Grafik12).

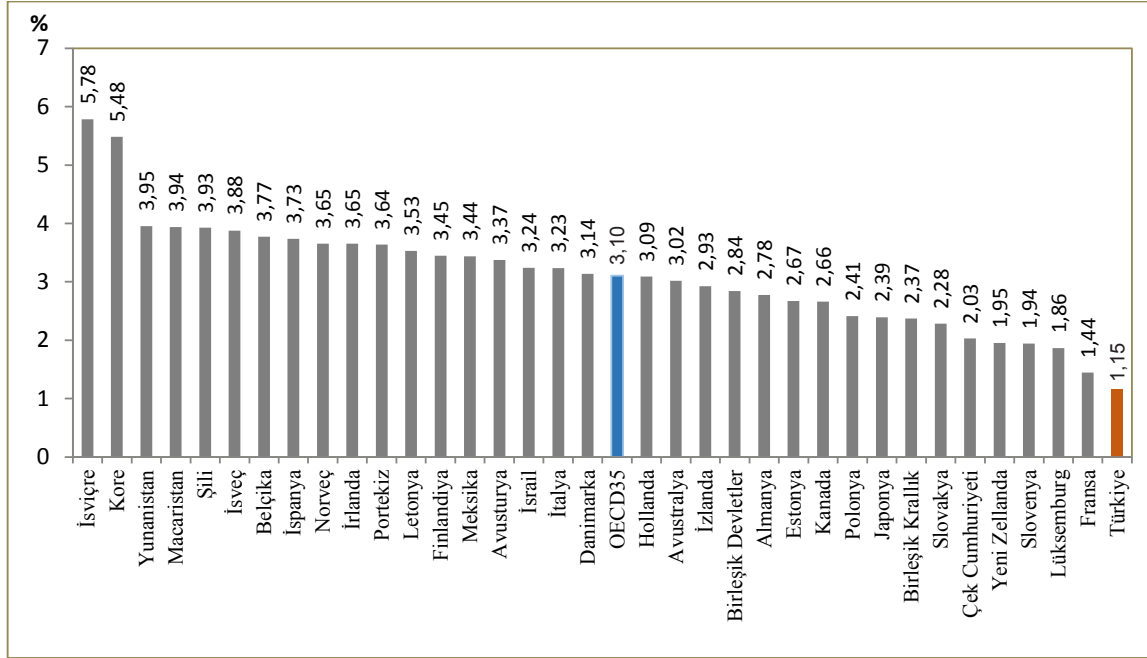
Grafik 13. Cepten Yapılan Cari Sağlık Harcamasının Cari Sağlık Harcaması İçindeki Oranının Uluslararası Karşılaştırılması, (%), 2014



Kaynak: TÜİK, OECD Health Data 2016; akt. Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2015
Not: Türkiye verisi 2015 yılına aittir.

OECD Ülkelerinde Cepten Yapılan Sağlık Harcamasının Toplam Sağlık Harcaması İçindeki Oranı %20,1 iken bu oran Türkiye'de %16,9'dir (Grafik13).

Grafik 14. Hanehalkı Nihai Tüketim Harcamaları İçinde Cepten Yapılan Cari Sağlık Harcamaları Oranının Uluslararası Karşılaştırması, 2014



Kaynak: TÜİK, OECD Health Data 2016; akt. Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2015

Not: Türkiye verisi 2015 yılına aittir ve sadece ilaç ve katkı payı karşılığıdır. Sağlık adına tüm harcamalar nihai tüketim harcamaları içinde 2,2 dir.

Hanehalkı nihai tüketim harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları ulaşılan en son yıl verilerine göre; OECD ortalaması %3,10 iken Türkiye ortalaması %1,15'dir.

KAYNAKÇA

- Akdağ, R. (2012). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu 2003-2011, Ankara
- Atasever M. (2014), Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi, Sağlık Bakanlığı Yayın No:983, ISBN:978-975590-521-1
- Atasever M. (2015). Türkiye İlaç Sektörü Analizi, ABSAM Yayınları, Ankara, Mayıs 2015, ISBN:978-605-8483-2-1
- Atasever M. & Demiralp K.Ö., T (2015). Türkiye'de Ağız - Diş Sağlığı Ve Dental Görüntüleme Hizmetleri, Tablet İletişim, Ankara, Ekim 2015, ISBN:978-605-5851-46-0
- Atasever M. & Karaca Z. (2017). Döner Sermayeli Sağlık İşletmeleri: Tespitler ve Öneriler, Sağlık- Sen Yayınları-35, ISBN:978-605-87841-2-3
- Atasever M. & Karaca Z., (2017). Türkiye Tıbbi Cihaz Sektör Analizi, Sağlık- Sen Yayınları-36, ISBN:978-605-87841-3-0
- Atasever, M. (1998). Hizmet İşletmelerinde İş Yeri Düzenlemesi "Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanelerinde Bir Uygulama". Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Erzurum Atatürk Üniversitesi
- Atlı, H. ve Ateş, M. (2012). Sağlık İşletmeciliği (2. Baskı). İstanbul: Beta Yayınevi
- Ateş, M. (2011). Sağlık Sistemleri (1. Baskı). İstanbul: Beta Yayınevi
- Dinç, G. (2009). Birleşik Krallık Sağlık Sistemi. Manisa
- İstanbulluoğlu, H., Güleç, M., Ogur, R. (2010). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri. Dirim Tıp Gazetesi
- OECD, Sağlık Hesapları Sistemine Göre Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000. (2004). Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Ankara
- OECD, Sağlık Sistemi İncelemeleri TÜRKİYE. (2008). OECD ve Dünya Bankası
- OECD Health Data 2013. <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>. (erişim tarihi 14.07.2014)
- Sağlık Bakanlığı, Stratejik Plan 2010-2014. (2010), Ankara
- Sağlık Bakanlığı, Stratejik Plan 2013-2017. (2012), Ankara
- Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllıkları, 2014 , 2015
- Tokat, M. (2001). Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1998, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Ankara
- Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri (2008). Sağlık Bakanlığı. Ankara
- Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları Hane Halkı Sağlık Harcamaları 2002-2003. (2006). Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Ankara
- TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 ve 2015

Hesaplama da Kullanılan Deflatörler

Yıllar	ABD \$	SGP \$	TÜFE
2002	1,51	0,61	3,41
2003	1,49	0,77	2,72
2004	1,42	0,81	2,46
2005	1,34	0,83	2,24
2006	1,43	0,85	2,02
2007	1,30	0,86	1,86
2008	1,29	0,89	1,69
2009	1,55	0,91	1,59
2010	1,50	0,94	1,46
2011	1,67	0,99	1,37
2012	1,79	1,03	1,26
2013	1,90	1,08	1,17
2014	2,19	1,16	1,08
2015	2,72	1,27	1

Kaynak: TÜİK



T.C.
TÜRK PATENT ve MARKA KURUMU

MARKA TESCİL BELGESİ

Marka No : 2016 62124 - Ticaret - Hizmet



Marka Sahibi : SAĞLIK VE SOSYAL HİZMET ÇALIŞANLARI
SENDİKASI (SAĞLIK-SEN)
TÜRKİYE CUMHURİYETİ
G.M.K. Bulvarı Özveren Sok. No:23 Demirtepe
Çankaya Ankara

Emtiası : 16 , 35 , 41 , 42
İlişiktir.



İşbu Marka 29/07/2016 tarihinden itibaren ON YIL süreyle
24/01/2017 tarihinde tescil edilmiştir.

Prof. Dr. Habip ASAN
Türk Patent ve Marka
Kurumu Başkanı

**TÜRK
PATENT**
TÜRK PATENT VE MARKA KURUMU



SAĞLIK-SEN GENEL MERKEZİ
GMK Bulvarı Özveren Sok. No:23
Demirtepe/ANKARA
Tel: 0 312 444 1995
Faks: 0 312 230 83 65
GSM: 0 506 397 92 92
www.sagliksen.org.tr