

**T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNE
YÖNELİK MALİYE POLİTİKALARININ
ETKİNLİĞİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
Hüseyin GÖKÇE**

Enstitü Anabilim Dalı : Maliye

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Aytaç EKER

KASIM 2007

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

**TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNE
YÖNELİK MALİYE POLİTİKALARININ
ETKİNLİĞİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Hüseyin GÖKÇE

Enstitü Anabilim Dalı : Maliye

Bu tez 16/11/2007 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Aytaç EKER
Jüri Başkanı

Yrd. Doç. Dr. Temel Gürdal
Jüri Üyesi

Yrd. Doç. Dr. Şükran AKGÜL
Jüri Üyesi

BEYAN

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Hüseyin GÖKÇE

16 Kasım 2007

ÖNSÖZ

Bugün dünyada sanayileşmiş ülkelere göz attığımızda, bu ülkelerin gayri safi milli hâsıla içinde sağlık hizmetleri harcamalarına ayrılan payın yüksek olduğu görülmektedir. Türkiye’de ise sağlık sektöründe pek çok kurum ve kuruluş olmasına rağmen gayri safi milli hâsıladan ayrılan payın az olması ve sağlık düzeyi ölçütlerindeki kötü durum dikkat çekicidir. Bu çalışmanın amacı Türkiye’de sağlık hizmetlerine yönelik uygulanan maliye politikalarının analiz edilerek değerlendirilmesidir. Bu kapsamda sağlık sektörüne yönelik uygulanan harcama politikası, vergi politikası ve bütçe politikası incelenecek seçilmiş bazı OECD ülkeleri ile karşılaştırılması yapılacaktır. Bu çalışmanın hazırlanması sırasında bilgisi, tecrübesi ve dostça tavrı ile yardımlarını esirgemeyen danışman hocam Prof. Dr. Aytaç EKER’e teşekkürlerimi sunmayı bir borç bilirim. Çalışma boyunca yoğun işleri arasında bana zaman ayırıp benden yardımlarını esirgemeyen Yrd. Doç. Dr. Temel GÜRDAL ve Arş. Gör. Fatih YARDIMCIOĞLU’na teşekkür ederim. Bu günlere ulaşmamda en pay sahibi olan ve haklarını hiçbir zaman ödeyemeyeceğim anneme ve babama, iyi insan olmam için desteğini eksik etmeyen, yetişmemde ve bu çalışmanın hazırlanmasında katkısı olan herkese çok teşekkür ederim.

Hüseyin GÖKÇE

16 Kasım 2007

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	İ
TABLolar LİSTESİ.....	V
ÖZET	Viii
SUMMARY	İx
GİRİŞ	1
BÖLÜM 1: SAĞLIK HİZMETLERİ VE MALİYE POLİTİKASI: KAVRAMSAL ÇERÇEVE	4
1.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı Ve Özellikleri	4
1.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	7
1.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	7
1.2.1.1. Çevreye yönelik hizmetler	7
1.2.1.2. Kişiyeye yönelik hizmetler	8
1.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	8
1.2.3. Rehabilitasyon Hizmetleri	8
1.3. Kamu Ekonomisi İçerisinde Sağlık Hizmetlerinin Yeri Ve Önemi	9
1.3.1. Kamusal Mal Olarak Sağlık Hizmetleri	9
1.3.2. Sağlık Hizmetlerinin Kamu Ekonomisi Alanına Alınmasının Gerekliliği	10
1.3.2.1. Dışsallık Özelliği	10
1.3.2.2. Doğal Tekel Oluşturma Özelliği	11
1.3.2.3. Salt Kamusal Mal Özelliği	11
1.4. Maliye Politikasının Etkinliğine Yönelik Teorik Yaklaşımlar	12
1.4.1. Klasik görüş ve maliye politikası	12

1.4.2. Keynesyen görüş ve maliye politikası	13
1.4.3. Monetarist görüş ve maliye politikası.....	14
1.4.4. Arz yönlü iktisadi düşünce ve maliye politikası	15
BÖLÜM 2: SAĞLIK HİZMETLERİNE YÖNELİK MALİYE POLİTİKALARI	16
2.1. Sağlık Hizmetlerine Yönelik Harcama Politikaları	16
2.1.1. Maliye Politikasının Bir Aracı olarak Harcama Politikası.....	16
2.1.2. Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Yapısı Ve Gelişimi.....	17
2.1.2.1. Kamu Kesimi Sağlık Harcamaları	18
2.1.2.1.1. Sosyal Sigorta Primi Kaynaklı Kamu Sağlık Harcamaları	19
2.1.2.1.1.1. SSK sağlık Harcamaları	19
2.1.2.1.1.2. Esnaf ve Sanatkâr ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu (BAĞ-KUR) Sağlık Harcamaları	28
2.1.2.1.1.3 Emekli Sandığı Sağlık Harcamaları.....	36
2.1.2.1.2.1. Sağlık Bakanlığı Harcamaları	41
2.1.2.1.2.2. MSB-Diğer Bakanlıklar ve Kamu Kurumlarının Sağlık Harcamaları.....	48
2.1.2.1.2.3. Üniversitelerin Sağlık Harcamaları.....	52
2.1.2.1.2.4. Belediyelerin Sağlık Harcamaları	56
2.2. Sağlık Hizmetlerine Yönelik Vergi Politikaları.....	58
2.2.1. Maliye Politikasının Bir Aracı olarak Vergi Politikası.....	58
2.2.2. Türkiye’de Sağlık hizmetlerine yönelik uygulanan vergi politikaları	59
2.3. Sağlık Hizmetlerine Yönelik Bütçe Politikaları.....	64
2.3.1. Maliye Politikasının Bir Aracı olarak Bütçe Politikası.....	64

2.3.2. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerine Yönelik Uygulanan Bütçe Politikaları	64
2.3.2.1. Bütçede Sağlık Harcamalarının Gelişimi.....	66
2.3.2.2. Bazı OECD Ülkelerinde Uygulanan Bütçe Politikaları.....	68
BÖLÜM 3: TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNE YÖNELİK MALİYE POLİTİKALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ.....	70
3.1. Uygulanan Harcama Politikalarının Değerlendirilmesi.....	70
3.1.1. Toplam Kamu Sağlık Harcamaları ve Değerlendirilmesi.....	70
3.1.1.1. Türkiye’deki Toplam Kamu Sağlık Harcamalarının GSMH İçindeki Payı	72
3.1.1.2. Bazı OECD Ülkelerindeki Toplam Kamu Sağlık Harcamalarının GSMH İçindeki Payının Karşılaştırılması.....	74
3.1.2. Özel Sektör Sağlık Harcamaları ve Değerlendirilmesi	75
3.1.2.1. Toplam Özel sektör Sağlık Harcamaları.....	77
3.1.3. Bazı Ülkelerdeki Kamu ve Özel Sektör Sağlık Harcamaları GSMH İçindeki Payının Karşılaştırılması	80
3.1.5. Kişi Başına Sağlık Harcamaları ve Değerlendirilmesi	81
3.1.4. Toplam Sağlık Harcamaları ve Değerlendirilmesi.....	85
3.1.4.1. Türkiye’de Toplam Sağlık Harcamalarının GSMH içindeki Payı.....	85
3.1.4.2. Bazı OECD Ülkelerindeki Toplam Sağlık Harcamalarının GSMH içindeki Payı.....	87
3.2. Uygulanan Vergi Politikalarının Değerlendirilmesi	90
3.3. Uygulanan Bütçe Politikalarının Değerlendirilmesi.....	93
3.4. Uygulanan Sağlık Politikaların Değerlendirilmesi	98

SONUÇ.....	104
KAYNAKÇA.....	110
ÖZGEÇMİŞ.....	117

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1: SSK'nın Kapsadığı Nüfus Sayısı.....	19
Tablo 2: SSK Yataklı Kurum Sayısı ve Yatak Sayıları.....	20
Tablo 3: SSK Sağlık Harcamaları.....	21
Tablo 4: SSK Gelir –Gider Dengesi.....	23
Tablo 5: SSK'ya Yapılan Bütçe Transferleri (1994–2006).....	24
Tablo 6: Bağ-Kur'un Kapsadığı Nüfus Sayısı.....	28
Tablo 7: Bağ-Kur'un Toplam Sağlık ve İlaç Harcamaları.....	29
Tablo 8: Bağ-Kur Yıllara Göre Toplam Gelir ve Giderle.....	30
Tablo 9: Bağ-Kur'a Yapılan Bütçe Transferleri (1994–2006).....	32
Tablo 10: Emekli Sandığı'nın Kapsadığı Nüfus Sayısı (1995–2006).....	34
Tablo 11: Emekli Sandığı'nın Sağlık ve İlaç Harcamaları (2000–2006).....	35
Tablo 12: Emekli Sandığı'na Yapılan Bütçe Transferleri.....	37
Tablo 13: Sağlık Bakanlığı Hastaneleri ve Yatak Sayıları 1967–2006.....	40
Tablo 14: Genel Bütçe içerisinde Sağlık Bakanlığı Bütçesi.....	42
Tablo 15: Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Konsolide Bütçe'ye Oranı	43
Tablo16: Yıllara Göre Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Harcama Birimlerine Dağılımı (%), (1992–2004).....	44
Tablo17: Milli Savunma Bakanlığı Sağlık Harcaması.....	46
Tablo 18: KİT'lerin sağlık Harcaması.....	47
Tablo 19: Bakanlıklara Ait Sağlık Harcamaları.....	48
Tablo 20: Diğer Bakanlık ve Resmi Kuruluşlara Ait Hastane ve Yatak Sayısı.....	49
Tablo 21: Üniversitelerin Hastane ve Yatak Sayıları 1990–2006.....	51

Tablo22: Üniversitelerin Sağlık Harcamaları	52
Tablo 23: Belediyelerin Hastane ve Yatak Sayıları.....	53
Tablo 24: Belediyelerin Sağlık Harcamaları.....	54
Tablo 25: Tüm Belediyelerin Fonksiyonel ve Ekonomik Sınıflandırma Düzeyinde Bütçe Giderleri (2006)	55
Tablo 26: Sosyal Güvenlik Kuruluşlarının Gelir-Gider Dengesi(2000-2006).....	62
Tablo 27: Bütçede Sağlık Harcamalarının Gelişimi ve Konsolide Bütçedeki Oranı.....	64
Tablo 28: Yıllar İtibarıyla Karşılaştırmalı Bütçe Sağlık Harcamaları (2004-2006).....	65
Tablo 29: Toplam Kamu Sağlık Harcaması.....	67
Tablo 30: Toplam kamu Sağlık Harcamalarının Kamu Kurumlarına Dağılımı.....	69
Tablo31: Toplam Kamu Sağlık Harcamasının GSMH İçindeki Oranı	70
Tablo 32: Bazı Ülkelerde Kamu Sağlık Harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hâsılaya Oranı(%), (1992–2002).....	71
Tablo 33: Özel Hastaneler ve Bunlara Ait Yatak Sayıları.....	75
Tablo34: Özel Kesim Sağlık Harcamaları.....	76
Tablo 35: Bazı OECD Ülkelerdeki Sağlık Harcamalarının Kamu/Özel Sektör ve Toplam Sağlık Harcamalarının GSMH'daki Oranları	78
Tablo36: OECD Ülkelerinde Kişi Başına Sağlık Harcamaları	79
Tablo 37: Direkt Ödemeler Yoluyla Yapılan Sağlık Harcamalarının Özel Sektör Harcamalarına Oranı.....	81
Tablo 38: Toplam Sağlık Harcaması(Kamu-Özel) ve GSMH İçindeki Payı.....	83
Tablo 39: Değişik Ülkelerde Toplam Sağlık Harcamalarının GSMH Oranı.....	85
Tablo 40: Sosyal Güvenlik Kurumu Bütçe Hedef ve Gerçekleşmeleri.....	91

Tablo 41: Bütçede Sağlık Harcamalarının Gelişimi ve Konsolide Bütçedeki Oranı.....	92
Tablo 42: Yıllar İtibarıyla Karşılaştırmalı Bütçe Sağlık Harcamaları (2004-2006).....	93

TEZİN BAŞLIĞI: Türkiye’de Sağlık Hizmetlerine Yönelik Maliye Politikalarının Etkinliği

Tezin Yazarı: Hüseyin GÖKÇE **Danışman** : Prof. Dr. Aytaç EKER

Kabul Tarihi: 16 Kasım 2007 **Sayfa Sayısı** : I X (ön kısım) +I 14 (tez)

Anabilim dalı: Maliye **Bilim dalı** : Maliye

Sağlıklı bireylere ve toplumlara kavuşma çabaları, günümüz devletlerinin en önemli sosyal ve ekonomik sorunların başında gelmektedir. Sağlık sorunları artan nüfus ile birlikte değişen refah düzeyleri ve sosyal değişimlere bağlı olarak hem artmakta hem de çeşitlilik göstermektedir. Artan refah düzeyi ile birlikte toplumun sağlık hizmeti üretimi ve tüketimi için ayrılan harcama miktarları da yükselmektedir. Sanayileşme, çevre kirliliği, kentleşme, artan yaşam süresi ile artan nüfus oranı gibi etkenler beraberinde pek çok sağlık sorununu da ortaya çıkarmıştır. Sosyal devlet anlayışı gereği de bu sorunları çözmesi gerekli merci ise devlettir. Devletin bu sorunların giderilmesi için yaptığı harcamalar ve maliyetler giderek artmaktadır. Bu durum sağlık sorunlarının ekonomik boyutunu ortaya çıkarmıştır.

Küreselleşen dünyamızda sağlık, birey ve toplum için taşıdığı önem nedeniyle öncelikli olarak sunulması gereken bir hizmet türüdür. Bu nedenle bu alana daha fazla kaynak ayrılması gereği ortaya çıkmaktadır. Bugün dünyada sanayileşmiş ülkelere göz attığımızda, bu ülkelerin gayri safi milli hâsıla içinde sağlık hizmetleri harcamalarına ayrılan payın yüksek olduğu gözlenmektedir. Ama burada karşımıza sağlık hizmetinin en temel özelliği olan belirsizlik ve öngörülemezlik sorunu çıkmaktadır (iş kazası, trafik kazası, ev kazası, tabi afetler, hastalıklar vb). Bunun için sağlık ilgili olarak gerekecek hizmetlere kimin ne zaman gereksinim duyacağı önceden öngörülemez. Bu özelliğinin kaçınılmaz bir sonucu sağlık hizmetinin yol açacağı maliyetlerin de belirsiz ve öngörülemez oluşudur (Şenatalar,2003:25)

Türkiye’de son yıllarda bu sektöre yönelik Sağlık Bakanlığının yapmış olduğu “Sağlıkta Dönüşüm” programı çerçevesinde uygulamaya koyduğu projeler artan ihtiyaçlara çözüm bulma çabalarının bir yansımasıdır. Yeni yapılanma ve sağlık için ayrılan gayri safi milli hâsıla içindeki orandaki artış olumlu bir gelişmedir.

Bu çalışmanın amacı Türkiye’de sağlık hizmetlerine yönelik uygulanan maliye politikalarının analiz edilerek değerlendirilmesidir. Bu kapsamda sağlık sektörüne yönelik uygulanan harcama politikası, vergi politikası ve bütçe politikası incelenecek seçilmiş bazı OECD ülkeleri ile karşılaştırılması yapılacaktır. Çalışma ile ilgili değinilmesi gereken bir nokta da genel olarak sağlık hizmetleri ile ilgili güncel, güvenilir ve sağlıklı verilerine ulaşmada güçlüklerle karşılaşmıştır. Türkiye’de sağlık hizmetlerine yönelik uygulanan harcama politikalarının değerlendirilmesinde kullanılacak verilerin temininde ciddi problemlerle karşılaşılmamakla beraber özellikle vergi politikaları ve bütçe politikaları ile ilgili literatürün yetersizliği söz konusudur. Dolayısıyla hizmetlerin etkinliği ile ilgili değerlendirmeler harcama politikaları bağlamında yapılmıştır.

Anahtar kelimeler: Sağlık, Sağlık Harcaması, Maliye Politikası

Sakarya University Institute of Social Sciences Abstract of Master's Thesis

TITLE OF THE THESIS: The Efficiency Of Fiscal Policies Towards Health Services In Turkey	
Author: Hüseyin GÖKÇE	Supervisor : Prof. Dr. Aytaç EKER
Date : 16 Kasım 2007	No. of pages: IX (pre text) + 114 (main body)
Department: Public Finance	Subfield : Public Finance
<p>Contemporary states are making every effort to succeed in getting healthy individuals and societies, which is of socially and economically outmost importance. Today health problems in every society show both dramatic increase and diversity thanks to population growth and prosperity levels with accompanying social changes. Costs of healthcare delivery are rising with increasing prosperity. Such factors as industrialization, environmental pollution, urbanization, increase of life-expectancy and population growth has brought about a many health problems. As required by understanding of social state, it is the state which is expected to solve these problems. However, costs and expenses paid by the states in solving these problems are increasing day by day. That points to the economic dimension of health problems.</p> <p>In globalized world, providing health service has priority over other services due to its importance for the individual and the society. Therefore, more resources need to be reserved for health services. A careful analysis of developed countries shows us that the portion of healthcare costs in GNP is definitely high in comparison with other countries. Yet, at this point we face problem of indefiniteness and uncertainty of expenses, a basic feature of medical services (work accident, traffic accident, domestic accident, natural disasters, diseases etc.). That is to say, it cannot be foreseen who will need health care and when. That's why health expenses are unforeseen (Şenatarlar, 2003: 25).</p> <p>In Turkey, current projects in frame of the Ministry of Health's "Transformation in Health" programme are reflections of efforts to supply increasing demands. Reorganization in health sector and a greater portion of GNP for health services are recent positive developments.</p> <p>The aim of this study is to analyze and interpret fiscal policies towards health services. In this context, expenditure, tax and budget policies towards healthcare service will be examined alongside a comparison with some selected OECD countries. Another point that must be identified about this study is that there have been some difficulties in reaching current, reliable and safe data. Though there is not a grave difficulty in getting data that is used in analysis of expenditure policy in health service, specifically the serious gap in literature about tax and budget policies must be mentioned. Consequently, assessments about the efficiency of health service have been made in scope of expenditure policy.</p>	
Key words: Health, Health Expenditure, Fiscal Policy	

GİRİŞ

İkinci Dünya Savaşından sonra kamu ekonomisi açısından en belirgin özelliği kamu kesimi payının giderek artmasıdır. bu özellikle devletin geleneksel görevleri yanında, kişilerin refah düzeylerinin artırıcı yeni görevler üstlenmesi anlayışının gelişmesi sonucunda ortaya çıkan bir durumdur. Bu bağlamda devlet, güvenlik, yargı ve eğitim gibi hizmetlerin yanında sağlık ve sosyal sigorta gibi hizmetleri de sunarak sosyal ve ekonomik yaşama önemli bir katkıda bulunmaya başlamıştır.

Özellikle 1960 ve 1970'li yıllarda tüm dünyada yayılmaya başlayan bu sosyal devlet anlayışı ülkemizde 1961 Anayasası ile Türk hukukumuzda girmiş ve 1982 Anayasasında da düzenlenerek Cumhuriyetimizin temel niteliklerinden biri haline gelmiştir. Bu bağlamda ülkemizde SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı gibi kurumlar kurulmuş ve özel sandıklara da müsaade edilerek ülke vatandaşlarının bu sosyal hizmetlerden faydalanması sağlanmaya çalışılmıştır.

Sağlık, birey ve toplum için taşıdığı önem nedeniyle öncelikli olarak sunulması gereken bir hizmet türüdür. Sağlık hizmetlerinin üretilmesindeki temel amaç, toplumun bütününe sağlıklı olmasına çalışmak, sağlık hakkının güvence altına almak ve bireyin temel üretim faktörü olarak kullanılmasını sağlamaktır. Günümüzde, farklı siyasal ve ekonomik sistemler bu noktadan hareketle ortalama yaşam ömrünü artırmak ve beşeri sermaye stokuna nitelik kazandırmak için sağlık hizmetlerine büyük önem vermektedirler.

Sağlıklı bireylere ve topluma kavuşma çabaları, günümüz devletlerinin en önemli sosyal ve ekonomik sorunların başında gelmektedir. Sağlık sorunları artan nüfus ile birlikte değişen refah düzeyleri ve sosyal değişimlere bağlı olarak hem artmakta hem de çeşitlilik göstermektedir. Artan refah düzeyi ile birlikte toplumun sağlık hizmeti üretimi ve tüketimi için ayrılan harcama miktarları da yükselmektedir. Sanayileşme, çevre kirliliği, kentleşme, artan yaşam süresi ile artan nüfus oranı gibi etkenler beraberinde pek çok sağlık sorununu da ortaya çıkarmıştır. Sosyal devlet anlayışı gereği de bu sorunları çözmesi gerekli merci ise devlettir. Devletin bu sorunların giderilmesi için

yaptığı harcamalar ve maliyetler giderek artmaktadır. Bu durum sağlık sorunlarının ekonomik boyutunu ortaya çıkarmıştır.

Bugün dünyada sanayileşmiş ülkelere göz attığımızda, bu ülkelerin gayri safi milli hâsıla içinde sağlık hizmetleri harcamalarına ayrılan payın yüksek olduğu, yaşam sürelerinin uzun, bebek ölüm oranı azlığı gözlenmektedir. Türkiye’de ise sağlık sektöründe pek çok kurum ve kuruluş olmasına rağmen gayri safi milli hâsıladan ayrılan payın az olması ve sağlık düzeyi ölçütlerindeki kötü durum dikkat çekicidir. Son yıllarda bu yönde Sağlık Bakanlığının yapmış olduğu “Sağlıkta Dönüşüm” programı çerçevesinde uygulamaya koyduğu projeler umut vericidir. Yeni yapılanma ve sağlık için ayrılan gayri safi milli hâsıla içindeki oransal artış olumlu bir gelişmedir.

Çalışmanın Amacı ve Önemi

Bu çalışmanın amacı Türkiye’de sağlık hizmetlerine yönelik uygulanan maliye politikalarının analiz edilerek değerlendirilmesidir. Bu kapsamda sağlık sektörüne yönelik uygulanan harcama politikası, vergi politikası ve bütçe politikası incelenecek ve seçilmiş bazı OECD ülkeleri ile karşılaştırılması yapılacaktır. Çalışma Türkiye’de sağlık hizmetlerine yönelik uygulanan maliye politikaları ile ilgili olarak bu güne kadar Türkçe literatürde fazla çalışmanın yapılmadığı görülmektedir. Bu bağlamda çalışma literatüre katkı sağlaması bakımından önemlidir.

Çalışmanın Sınırlılıkları

Çalışma ile ilgili değinilmesi gereken bir nokta da çalışmanın sınırlılıkları ile ilgilidir. Genel olarak sağlık hizmetleri ile ilgili güncel, güvenilir ve sağlıklı verilerine ulaşmada güçlüklerle karşılaşmıştır. Türkiye’de sağlık hizmetlerine yönelik uygulanan harcama politikalarının değerlendirilmesinde kullanılacak verilerin temininde ciddi problemlerle karşılaşmamakla beraber özellikle vergi politikaları ve bütçe politikaları ile ilgili literatürün yetersizliği söz konusudur. Dolayısıyla hizmetlerin etkinliği ile ilgili değerlendirmeler harcama politikaları bağlamında yapılmıştır. Çalışmada kullanılan veriler ise bir bütünlük arz etmesi bakımından genellikle 1994–2006 yılları arasında kapsamaktadır.

Çalışmanın ilk bölümünde sağlık hizmetlerinin ekonomik boyutunu ve önemini ortaya koymak için kavramsal çerçevesi çizilmiştir. Bu bağlamda sağlık hizmetleri kavramı açıklanmış, sağlık hizmetlerinin diğer mal ve hizmetlerden ayıran özellikleri ve kamu ekonomisi içerisinde sağlık hizmetlerinin yeri ve önemi üzerinde durulmuş ve maliye politikasının etkinliğine yönelik teorik yaklaşımlara değinilmiştir.

İkinci bölümde sağlık hizmetlerine yönelik maliye politikaları ayrıntılı bir şekilde ortaya konulmuştur. Bu çerçevede, sağlık hizmetine yönelik harcama politikaları ve kapsamı, sağlık hizmetine yönelik vergi politikaları ve sağlık hizmetine yönelik bütçe politikaları ele alınmıştır.

Üçüncü bölümde ise sağlık hizmetlerine yönelik maliye politikalarının değerlendirilmesi yapılmıştır. İlk olarak sağlık hizmetlerine yönelik harcama politikalarının değerlendirilmesi yapılmış, ikinci olarak sağlık hizmetlerine yönelik vergi politikalarının etkinliği tartışılmış ve son olarak da sağlık hizmetlerine yönelik bütçe politikaları incelenmiştir.

Sonuç bölümünde ise araştırmadan elde edilen bulguların değerlendirilmesi yapılarak, varılan sonuçların açıklanmasına yer verilmiştir.

BÖLÜM 1: SAĞLIK HİZMETLERİ VE MALİYE POLİTİKASI: KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı Ve Özellikleri

Sağlık, birey ve toplum için taşıdığı önem nedeniyle öncelikli olarak sunulması gereken bir hizmet türüdür. Günümüzde, farklı siyasal ve ekonomik sistemler bu noktadan hareketle ortalama yaşam ömrünü artırmak ve beşeri sermaye stokuna nitelik kazandırmak için sağlık hizmetlerine büyük önem vermektedirler (Aktan ve Işık:1).

Sağlık hizmetleri bireyin ve toplumun sağlığını korumak; beden, ruhen ve sosyal yönden ortaya çıkacak olan hastalıkları tedavi edip insanları esen kılmak için yapılan tüm faaliyetleri kapsamaktadır.

İnsanlar yaşamlarının her döneminde sağlık hizmeti alırlar; bir başka deyişle, doğumdan ölüme kadar sağlık hizmetlerinden doğrudan ya da dolaylı olarak yararlanma söz konusudur. Bu durum, sağlık hizmetlerinin doğrudan tedavi hizmetleriyle sınırlı kalmaması sonucunu doğurur. Bu doğrultuda 5.1.1961 tarihli ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanunda sağlık hizmetleri kavramını şöyle tanımlamaktadır: “Sağlık hizmetleri, insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması için yapılan tıbbi faaliyetlerdir” olarak tanımlanmıştır (Resmi gazete, 12 Ocak 1961-sayı;10705, madde 2/III).

Kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmemiş sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumun sağlık düzeylerini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümüne sağlık hizmetleri denir (Öztek ve Saat, 1987:7).

Bir diğer tanım ise: “Sağlık hizmetleri; insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirlerinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması için yapılan sağlık faaliyetleridir.”

Sağlık hizmetlerinin üretilmesindeki tembel amaç, toplumun bütününün sağlıklı olmasına çalışmak, sağlık hakkının güvence altına almak ve bireyin temel üretim faktörü olarak kullanılmasını sağlamaktır. Dünya sağlık örgütü (WHO)'nün “Sağlık hizmetleri devletin iktisadi işlevinin en az düzeyde olduğu ülkelerde bile kamu işlevidir” tanımını getirmesi karar alma organlarının sağlık hizmetlerinin kamusal yönünü bir tartışma konusu olmaktan çıkardığını göstermektedir (Tekin, 1987:263).

Sağlık hizmetlerini diğer, ekonomide üretilen mal ve hizmetlerden ayıran bazı özellikleri vardır. Bu özelliklerinden dolayı sağlık hizmetleri genellikle kar amaçlı değil de sosyal amaçlıdır. Sağlık hizmetlerinin özelliklerin şöyle sıralayabiliriz;

Sağlık hizmetlerinin ilk özelliği: sağlık hizmetleri yarı kamusal mal ve dışsallık özelliklerine sahip hizmetlerdir. Sağlık hizmetlerinin yarı kamusal mal olması, bu hizmetlerin kişilere özel fayda sağlamasından hem de topluma dışsal fayda yaymasından kaynaklanmaktadır. Birey muayene veya tedavi olarak sağlık hizmetlerinin tüketiminden özel bir fayda sağlarken, toplum içinde sağlıklı bireylerin artması topluma da sosyal bir fayda sağlar. Özel mal ve tam kamusal mal ve hizmetlerin özelliklerin birlikte göstermesi sonucu, bu mal ve hizmetlere “karma mallar” da denilmektedir. Bu tür kamusal mal ve hizmetler bölünebilir veya pazarlanabilir özellikleri nedeniyle özel mala benzerken, birlikte tüketim olanağı vermesi ve yoğun dışsal ekonomiler yayması nedeniyle, tam kamusal mal niteliği de taşırlar (Şener, 1996: 57).

Sağlık hizmetlerinin ikinci özelliği ise, sağlık hizmetlerinin erdemli (merit) mal olma özelliğine sahip olmasıdır. Bir görüşe göre, özel mal ve hizmetlerin belli bir bölümünün çok önemli olduğu düşünüldüğünden bu özel mal ve hizmetlerin piyasa mekanizması tarafından üretilip satılması ile birlikte, buna ek olarak kamu ekonomisinde finansmanı ve üretimi kabul edilmektedir (Akalin, 1981:212). Toplumsal açıdan önem arz eden, piyasa ekonomisi tarafından yeterince üretilemeyen erdemli mal ve hizmetlerin kamu ekonomisi tarafından üretimi zorunludur. Aksi takdirde çok büyük toplumsal sorunlarla karşılaşılabilir. Erdemli mal ve hizmetlere örnek olarak konut imkânlarının sağlanması ve artırılması, kamu sağlık tesisleri ve sağlık hizmetleri, düşkünlere, gözleri görmeyenlere, yaşlılara ücretli veya düşük ücretle sağlık ve tedavi hizmetleri sunulması gösterilebilir (Akdoğan, 2002:48).

Sağlık hizmetlerinin üçüncü özelliği, sağlık hizmetlerinde ikame edilememe ve ertelenemezlik özellikleridir. Herhangi bir sağlık hizmetinin başka bir sağlık hizmeti ile ikamesi mümkün değildir. Buna sağlık hizmetlerinin “ikame edilemezlik” ilkesi denir (Saltık, 1995:38). Ayrıca sağlık hizmetleri niteliği gereği diğer mal ve hizmetlerin, kişilerin ekonomik ve diğer nedenlerle söz konusu olan taleplerini ertelemeleri gibi geciktirmeleri mümkün değildir.

Sağlık hizmetlerinin dördüncü özelliği, sağlık hizmetlerinin talebinin belirsiz olmasıdır. Sağlık talebinin ne zaman ortaya çıkacağını tahmin etmek oldukça güçtür. Bu durum sağlık piyasasında sağlık hizmetlerinin arz edenler ve talep edenler açısından sorun oluşturmaktadır. Talep edecek olan tüketicinin ortaya çıkacak hastalık durumu için belirli bir miktar kaynağı önceden ayırması gerekirken, arz edenler açısından ise, üretim düzeyinin belirlenmesi konusunda bir belirsizlik vardır. Bunu çözüm için sağlık sigortası sistemi getirilmiştir. Sigorta, talepteki belirsizliği çözerek sağlık hizmeti açısından pazar koşullarını garanti altına alır (Belek, 1994:74).

Sağlık hizmetlerinin beşinci özelliği ise, sağlık hizmetlerinde tekelleşmenin söz konusu olmasıdır. Sağlık piyasalarında var olan bilgi eksikliği rekabeti aksattığı için üreticilere bir anlamda tekelleşme olanağı sağlar. Bu durum devlet müdahalesinin gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır. Örneğin, sağlık hizmetlerinin belli merkezlerdeki daha az sayıdaki hastanelerde toplamak ve tedavi ücretlerinin devletçe düzenlenmesini sağlamak gerekmektedir (Akalin, 1981:211-212).

Sağlık hizmetlerinin altıncı özelliği ise, sağlık hizmetlerinin beşeri sermayeye yatırım özelliği vardır. Sağlık hizmetleri, bir ulusun bireylerinin genel sağlık ve dolayısıyla etkinlik seviyelerini yükseltmek suretiyle kalkınmaya katkıda bulunur (Ocakcioğlu, 1991:276).

Sağlık hizmetlerinin yedinci özelliği, sağlık hizmetlerinde tüketicinin bilgisizliğinin söz konusu olmasıdır. Serbest piyasa koşullarında tüketiciler, üretilen mal ve hizmetler hakkında tam bir bilgi sahibidirler. Ama sağlık hizmetlerinde, gerekli olan bilgiye sadece hekim sahiptir. Hasta doktora görünme konusunda ilk kararı kendisi alır, ancak hizmetten ne kadar tüketeyeğine doktor karar verir.

Son özelliği ise, sağlık hizmetlerinin fiyatlarının gerçek maliyetleri yansıtmamasıdır. Sağlık fiyat biçilemeyen dolayısıyla iktisadi ölçülerin dışımda tutulması gereken bir hizmettir (Kurtulmuş, 1996:38-43).

1.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri birbirini tamamlayan nitelikte olmalarına rağmen anlaşılabilirliğini kolaylaştırmak, hizmet sunumunda etkinlik sağlamak, maliyet fayda analizi yapabilmek v.b. gibi amaçlarla sınırlandırılma gereği doğmuştur. Bununla ilgili olarak birçok değişik ayırma gidilmiştise de, bu çalışmada kullanılan sınıflandırma dünyada sağlık alanında en yetkili örgüt olan Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılmış ve ülkemizde sağlık hizmetlerinden sorumlu olan Sağlık Bakanlığı'nca da kabul edilmiş aşağıda belirtilen şekilde sınıflandırılıp açıklanacaktır (Yeğinboy, 1993:22):

- Koruyucu sağlık hizmetleri
- Tedavi edici sağlık hizmetleri
- Rehabilitasyon hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetlere yine kişiye yönelik sağlık hizmetleri ve çevreye yönelik sağlık hizmetleri olarak, alt gruplara ayrılarak incelenecektir (Ertekin, 2000:8).

1.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Kişinin ve toplumun sağlığının korunup geliştirilmesi için kişiye ve çevreye yönelik olarak alınacak tedbirlerin tümünü ifade eder. Koruyucu sağlık hizmetleri çok geniş kapsamlı bir hizmet türüdür. Toplum hastalık ihtimali azalttırılırsa, bütün toplum üyeleri bundan birbirine rakip olmaksızın yararlanır. Koruma hizmeti, bu niteliği sebebiyle, tedavi hizmetlerine kıyasla, daha çok kamu ekonomisi üstlenir (Bulutoğlu, 2003:270). Koruyucu sağlık hizmetleri iki ana gruba ayrılmaktadır.

1.2.1.1. Çevreye yönelik hizmetler

Genel olarak çevre sağlığı hizmeti olarak bilinen bu hizmetler; yeterli düzeyde temiz hava ve su temini, katı ve sıvı atıkların sağlığa uygun imhası, haşerelerle mücadele, gıda sağlığı, atık su ve kanalizasyon, v.b. hizmetleri kapsamaktadır. Çevreye yönelik yapılan bu koruyucu sağlık hizmetlerinin amacı, çevredeki biyolojik, fiziksel ve kimyasal

olumsuz faktörleri yok ederek, düzelterek ya da insanları etkilemelerini önleyerek kişilerin sağlığını koruyabilmektir (Çilingirlioğlu, 1995:376).

1.2.1.2. Kişiyeye yönelik hizmetler

Kişileri, dolayısıyla toplumu hastalık etkenlerine karşı dirençli ve güçlü kılmayı, hastalanmaları halinde ise erken dönemde teşhis konularak hasarsız veya en az hasarla tedavi etmeyi sağlayan hizmetlerdir. Burada temel amaç bireyin sağlığı konusunda bilinçlendirilmesidir. Koruyucu hizmetler çerçevesinde, hastalıkların görülme sıklığını azaltmaya ve bulaşıcı hastalıkların kontrolüne yönelik yapılan harcamalarla, tedavi hizmetleri için yapılacak harcamalarda tasarruf sağlanabilir (Ertekin,2000:9). Bu bağlamda kişilere sunulacak bireysel sağlık hizmetleri şunlardır; aile planlaması, ana-çocuk sağlığı, bağışıklama, sağlığa uygunluk ve sağlık eğitimi, dengeli beslenme, ilk yardım, konut sağlığı, okul sağlığı, işçi sağlığı ve sağlığa zararlı alışkanlıklarla savaş (Bulutoğlu, 2003:271).

1.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Hastalık riskinin ortaya çıkması durumunda verilen sağlık hizmetlerine tedavi edici sağlık hizmetleri denir. Tedavi edici sağlık hizmetleri, tehlikenin zararından kurtarıcı bir etkidir. Çünkü tehlikenin birçoğu ferdin çalışma gücünü geçici veya sürekli olarak ortadan kaldırmaktadır. Aslında kazancın kesilmesi toplumun büyük kesimi için bu sebeple ortaya çıkmaktadır. Başka bir ifade ile kazancın eksilmesi veya kesilmesi, işsizlik ve aile geliri hariç, bütün tehlikelerin çalışma gücünün ortadan kaldırılmasının bir sonucudur (Yazgan, 1992:203). Koruyucu sağlık hizmetlerine göre, tedavi edici sağlık hizmetlerinde kişisel fayda daha ön plandadır (Yıldırım, 1994:13). Fakat bireyin tedavi görmesi sonucunda tüm toplumun fayda görmesi de kaçınılmazdır. Devletin toplum üyelerine kamu hizmeti olarak sağlayacağı tedavi hizmetlerinin toplam faydası, kişiyeye sağlanan bölünebilir fayda ile topluma sağlanan bölünmez dış faydanın toplamıdır. Bu hizmetlerde sosyal fayda, hastalığın bulaşıcı olma derecesine veya hastanın etrafı için tehlike olma derecesine bağlıdır (Bulutoğlu, 2003:270).

1.2.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Sakat ve işgücünü kaybedenlere, işgücü ve çalışma imkanı sağlamasına yönelik hizmetler rehabilitasyon hizmetleridir. Bu hizmetler hekim ve diğer sağlık personeli

tarafından yapılan tıbbi rehabilitasyon ile sosyal çalışanlar tarafından yapılan rehabilitasyondur (iş bulma, işe uyum sağlama gibi). Koruyucu ve tedavi edici çabalara karşın bir toplumda kalıcı bedensel ve zihinsel bozuklukları olan insanlar olabilmektedir. Bu kişilerin sosyal bakımdan yeterli hale getirilebilmeleri ve üretken bir yaşam sürdürebilmelerinde bu hizmetin ve sosyal çevrenin önemi büyüktür (Bulutoğlu, 2003:267).

1.3. Kamu Ekonomisi İçerisinde Sağlık Hizmetlerinin Yeri Ve Önemi

Sağlıklı insanların oluşturduğu bir nüfusun önemi günümüzde giderek daha fazla anlaşılmıştır. İyileştirilen bir hastanın uzayan ömrü nedeniyle kazanılan işgücü, o toplumda gelir artışı yaratır. Üretim sürecinde sağlıklı emek faktörünün yaratacağı verimlilik artışının yanı sıra, hastalıkların yaratacağı dış zarar veya tedavinin meydana getireceği dışsal faydanın ne derece kamu yönetimi veya denetimi dışında kalabileceğini tartışmalı hale getirmiştir.

Sağlık hizmetleri sahip olduğu özellikler nedeniyle günümüzde ağırlıklı olarak kamu kesimi tarafından sunulmaktadır. Çünkü bu hizmetler pozitif dışsallıklara sahip bulunmaktadır. Bu tür mal ve hizmetlerin özelliklerine baktığımızda kısmen fiyatlandırılabilir ve pazarlanabilir özelliklerde olduğu gözlenir. Fakat sahip olduğu dışsallıklar bu iki özelliğin önüne geçerek devlet müdahalesini haklı hale getirmektedir. Bir diğer husus ise, sağlık hizmetleri piyasasında, piyasanın fiyat dengeleme görevini üstlenemeyeceğidir (Güney, 1998:20). Bunun nedeni de sağlık hizmetlerinin ikame olanağının bulunmamasıdır. Diğer bir nedende üreticinin belirlediği bir talep olmasıdır. Sağlık hizmeti sunumunda bulunan kesimin aynı zamanda talebi de belirlemeleri, kamu müdahalesini zorunlu kılmaktadır. Buradan hareketle kamu, sağlık piyasasına devlet hizmeti arz ederek girebilmekte, aynı zamanda yasal düzenlemeleri yaparak dolaylı olarak da piyasaya girebilmektedir

Sebepler ne olursa olsun günümüzde kamu ekonomisi içerisinde sağlık hizmetlerinin yeri ve önemi giderek artmaktadır (Yeğinboy, 1993:2).

1.3.1. Kamusal Mal Olarak Sağlık Hizmetleri

Bazı mal ve hizmetler için, karşılaşılan piyasa aksaklıkları kaynak tahsisinde etkinliğin sağlanmasına engel oluşturur. Bu aksaklıklardan bir tanesi de ekonomideki bazı

malların kamu malı niteliğinde olması nedeniyle ortaya çıkar. Kamu malları, tüketicinin hepsinin serbestçe kullanıp bir fayda sağlayabildiği mallardır. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinin yarı kamusal bir maldır. Bu hizmetlerin hem kişilere özel fayda sağlamasından hem de topluma dışsal fayda yaymasından kaynaklanmaktadır. Bu hizmetleri bir tüketicinin kullanımına sunarken, diğer bazı tüketicilerin de bu hizmetlerden bir fayda sağlaması kaçınılmazdır. Sağlık hizmetlerinden elde edilen bireysel fayda pazarlanabilir nitelikte olmasına karşın, bu hizmetlerin sağladığı fayda pazarlanamaz niteliktedir. Mal ve hizmet üretmek isteyen bir üreticide yalnızca pazarlayabileceği özel faydayı dikkate alarak hareket eder. Bu nedenlerden dolayı yarı kamu malı niteliğinde olan sağlık hizmetlerinin üretilmesi, diğer kamu malları için olduğu gibi, bütünüyle piyasa koşullarına bırakmak gerçekçi/mümkün değildir (Çalışkan, 1999:16–17).

1.3.2. Sağlık Hizmetlerinin Kamu Ekonomisi Alanına Alınmasının Gerekliliği

Sağlık hizmetlerinin kamu ekonomi alanına alınmasının gerekliğine neden olan; kamusal mal ve hizmetlere ilişkin ortak özelliklerden kaynaklanmaktadır. Bunlar;

- Dışsallık özelliği
- Doğal tekel oluşturma özelliği
- Salt kamusal mal olma özelliği

1.3.2.1. Dışsallık Özelliği

Genel olarak dışsallık, bir ekonomik birimin faaliyeti dolayısıyla diğer ekonomik birim veya birimler üzerinde dolaylı olarak görülen olumlu veya olumsuz etkileri ifade eder (Akdoğan, 2002:51). Ekonomik birimlerin üretim ve tüketim davranışları, başka ekonomik birimleri üretim ve tüketimin fonksiyonlarını etkiliyorsa, bu faaliyetlerin dışsallıklarından söz edilir. Dışsallık, diğer ekonomik birimlerin durumunu olumlu yönde etkiliyorsa pozitif, olumsuz yönde etkiliyorsa negatiftir.

Kamusal mal ve hizmet üretiminin en temel gerekçelerinde birisi, üretilen mal ve hizmetlerin dışsal ekonomi oluşturmalarıdır. Sağlık hizmeti tüketimiyle, bu hizmeti tüketen kişi veya aile için değil, toplum geneline yayılan bir fayda söz konusudur. Dışsallık kavramıyla açıklanan bu olgu, toplumdaki bazı kimselerin bedel ödememeleri

durumunda bile, belli bir fayda sağlamalarını gündeme getirmektedir ki, sağlık hizmetleri piyasasına devlet müdahalesini gerektiren nedenlerden birisi bu olgudur (Şahbaz, 1999:17).

Sağlık hizmetlerinin dışsal etkileri sadece toplum sağlığını olumlu etkileme yönünde olmayıp aynı zamanda reel ekonomi için de, işgücü verimliliği ve işgücü arzını arttırarak olumlu etkide bulunduğundan söz edilebilir. Etkin ve verimli sağlık hizmetleri üretimiyle; ölüm oranlarında meydana gelen düşüşler potansiyel işçi stokunu arttırmakta böylece işgücüne dayalı hizmetleri geliştirmekte, hastalık oranlarında meydana gelen/gelebilecek düşüşler ise işgücü verimliliğini olumlu yönde etkilemektedir (Tatar, 1994:164).

1.3.2.2. Doğal Tekel Oluşturma Özelliği

Tekelin sağlık hizmetlerinde mevcut olması, bu sektörde fiyatların saptanması, sağlık kurumlarının sunacakları hizmetlerin çeşitlerinin ve miktarlarının saptanması, bu kurumların kuruluş yerlerinin seçimi ve kapasitelerinin saptanması gibi konularda devletin müdahalesini gerektirebilmekte, hatta bazı durumlarda da devlet müdahalesini zorunlu kılmaktadır. Özel sektörün sağlık hizmetlerini karşılamada yetersiz kalması nedeniyle devletin sağlık hizmetlerini finanse etmesi ve bu sektörde yer almasını doğal hale getirmektedir.

Sağlık hizmetlerinin tamamı piyasa ekonomisine bırakıldığı zaman tedavi hizmetlerinin özelliklerinden dolayı bazı kişilerce yetersiz ve düzensiz (kişinin hastalığının farkında olmaması, tedavinin acı vermesi, sonucun belirsiz olması ve en önemlisi mali güçlerinin yetersizliği gibi) talep edilmektedir. Devlet bütün bu sonuçları ortadan kaldırmak ve sağlık hizmetlerinin tüketiminde bir azamili gerçekleştirmek için, bu mal ve hizmetlerin piyasa mekanizması tarafından üretilip satılması yanında, buna ek olarak kamu sektörünce finanse edip sağlamak yoluna gitmektedir (Balbay, 1997:28).

1.3.2.3. Salt Kamusal Mal Özelliği

Sağlık hizmetleri yarı kamusal mal olması, bu hizmetlerin hem kişilere özel fayda sağlamasından hem de topluma dışsal fayda yaymasından kaynaklanmaktadır. Ama bazı özelliklerle bakımından sağlık hizmetleri tam kamusal mal niteliği de taşımaktadır. Tam kamusal malların temel özelliklerinden olan faydaların bölünememesi ve

pazarlanamaması, ortak tüketim için üretilmesi, söz konusu mal ve hizmetlerden faydalananların tüketimde birbirlerine rakip olmayışı (Eker, 1999:65) özellikleri nedeni ile koruyucu sağlık hizmetleri ile aynı eksende olduğu ifade edilebilir. Çevreye dönük koruyucu sağlık hizmetlerinden olan çevre sağlığı hizmetleri ele alındığında; hava kirliliğini önlemek için yapılan faaliyetlerden toplumun bütünü istifade etmektedir. Toplum için sağlanan havanın da kullanıcılara pazarlanması söz konusu olamaz ve bu havayı solumak için hiçbir birey diğerine rakip pozisyonunda değildir. Bu yönü ile çevre sağlık hizmetleri salt(tam) kamusal mal niteliği taşımaktadır.

1.4. Maliye Politikasının Etkinliğine Yönelik Teorik Yaklaşımlar

1.4.1. Klasik görüş ve maliye politikası

18. yy. Sonları ile 19. yy. Başlarında devlet otoritesini elinde bulunduran imtiyazlı sınıfın, bu otoritesini en aza indirecek liberal düşünce akımını benimseyen klasik iktisat düşüncesi Adam Smith'in önderliğinde pek çok bilim adamının katkısıyla gelişmiştir (Ulusoy, 2004:42).

Klasik iktisadi düşünce merkantilistlerin müdahaleci devlet ilkesine tepki olarak devlet faaliyetlerini sınırlayan, küçük devlet ilkesini savunmuşlardır. Fizyokratik teorinin sahip olduğu “bırakınız yapsınlar, bırakınız geçsinler” felsefesi klasik iktisatçıların temel ilkesi olmuştur (Eker, 1999:57).

Klasik iktisatçılar, devleti ekonomik faaliyetlerin dışında tutmaya çalışmış ve bunun doğal bir sonucu olarak da kamu harcamalarının mümkün olduğu ölçüde sınırlı kalmasını savunmuşlardır (Pehlivan, 2000:86). Klasik maliyecilerin kamu harcamalarını kıstak isteyişlerinin altındaki asıl neden, kamu harcamalarını basit bir tüketim gibi görmeleri, devlete harcamaları aracılığıyla toplumun istifadesine sunulmuş mallardan bir kısmını alıp tüketen yani yok eden bir tüketici gözüyle bakmalarındır. Dolayısıyla Klasik iktisatçılara göre, devletin yaptığı harcamalar, milli geliri azaltıcı hatta onu yok edici bir nitelik taşımaktadır. Bu ise, toplumu milli gelirden daha az pay alması yani fakirleşmesinden başka bir şey değildir (Kalkan, 1998:3)

Piyasanın gizli el tarafından en iyi şekilde idare edildiğine inanan klasikler, devlet müdahalesinin en aza indirgenmesi gerektiğini savunmuşlardır. Devlet sadece iç ve dış güvenliği sağlamalı, bunun yanında da özel sektörün girmediği, fakat toplumsal yararı olan (bayındırlık, eğitimi sağlık, yollar vb.) alanlara yatırım yaparak fazla harcamalarını sınırlandırmalıdır. Aksi halde harcamaları ne kadar fazla ise vergi gelirlerinin harcamaları finanse etmek için o derece artırılması yoluna gidilecek, devletin piyasaya daha fazla müdahale etmesi sonucunu doğuracaktır. Bu müdahale de piyasalarda var olan doğal dengeyi bozacaktır.

Klasik maliye anlayışına egemen olan ilke gelirlerin giderlere uydurulmasıdır. Klasik iktisatçılar maliye politikası aracı olarak küçük ama denk bütçeden yanadırlar. Buna göre, bütçe açığı kadar bütçe fazlası da olumsuz karşılanır. Çünkü bütçe fazlası özel tasarrufların azalmasına yol açmaktadır. Bu ise, toplam yatırım hacmini azaltarak ekonominin uzun dönemli gelişmesini olumsuz yönde etkilemektedir (Ulusoy, 2004:44-46).

Klasiklerin maliye politikası ile ilgili temel ilkelerini şu başlıklar halinde sıralayabiliriz;

- Kamu harcamalarının en düşük seviyede tutulması
- Devlet bütçesinin denk olması
- Kamu harcamalarının dolaylı vergilerle karşılanması
- Ekonomiyi etkilemeyecek borçlanma

1.4.2. Keynesyen görüş ve maliye politikası

John Maynard Keynes, klasik ve Neo-Klasik iktisadın “ekonomide otomatik sağlanan tam istihdam dengesi” ne ilişkin teorisine karşı öne sürdüğü fikirlerle iktisat tarihinde önemli bir gelişmeye imza atmıştır. Keynes (1883–1946)’in iktisadi düşünceleri öncelikle II. Dünya Savaşı yıllarından sonra iktisat politikaları uygulamasına yön vermiştir. 1936 yılında “Genel Teori” adlı eserini yazmıştır. Bu kitapta kamunun sahip olduğu mali güçlerin kullanılması ile ekonominin istikrara kavuşturulacağını ileri sürmüştür. Bunun anlamı devletin piyasada yönlendirici ve düzenleyici ekonomik faaliyetlerde bulunarak, sisteme müdahale etmesiydi.

Keynesyen ekonomi, işsizlik, enflasyon gibi temel ekonomik problemlerle mücadelede harcama ve vergilerle toplam talebin ayarlanarak mücadele edilmesinin mümkün olduğunu ileri sürer. Özellikle kamu harcamalarında yapılacak değişikliklerin toplam talep üzerinde direkt etkisi vardır. Vergiler de toplam talep üzerinde etkili olmakla birlikte harcamalara nazaran daha dolaylı etkileri içerirler.

Klasik iktisat teorisinde pasif ve tarafsız bir kamu maliyesi istenirken Keynesyen iktisatta aktif olarak talep düzenleyici dolayısıyla istikrarı sağlamada kullanılan etkin bir harcama ve vergi politikaları öngörülmektedir. Bugünün modern devletleri çok çeşitli ekonomik ve sosyal fonksiyonlar üstlenmektedirler. Fonksiyonları artan devletin harcamaları artmış bunların finansmanında ve iktisat politikalarının düzenlenmesinde kullanılacak vergiler de hacim ve miktar olarak değişmiştir (Eker ve diğerleri, 2005:52–67).

1.4.3. Monetarist görüş ve maliye politikası

Chicago Üniversitesi'nden Milton Friedman öncülüğünde geliştirilen görüşte, Keynesyen iktisadi politikalara tepkisel bir yaklaşım geliştirilerek, makro ekonomik teorilere yeni bir boyut getirilmiştir. (Eker, 1999:71–72) İstikrarla mücadelede en etkili iktisat politikası aracının, maliye politikasının değil de para politikasının olduğunu kabul etmiştir.

Maliye politikası uygulamalarına karşı olan monetaristler, denk bütçe uygulamasına özen gösterilmesi ve piyasa mekanizmasının işleyişini etkileyen monopollerle mücadele edilmesini isterler. Para politikasının kurallara bağlı biçimde uygulanması görüşündedirler. Ayrıca monetaristler, devletin para arzını her yıl üretim artış hızına eşit bir oranda artırılmasını tavsiye ederler.

Friedman, devletin büyümesi yönündeki eğilimin durdurulması için harcamalar ve vergiler üzerine anayasal sınırlamalar getirilmesini önerir. Ona göre, eğer harcamaya bir sınır getirilirse, kamu harcamaları gelirin değişmez bir oranı olarak kalacaktır. Böylece devletin büyümesi yönündeki eğilim durdurulacaktır. Friedman harcamalara sınır getirilmesinin yanı sıra, harcamaların azaltılmasının teşvik edilmesi ve artan oranlı

vergileri kaldırarak düz oranlı gelir vergisinin uygulama konulmasını önermektedir (Ulusoy, 2004:61).

Monetarist iktisadi yaklaşım paranın istikrarı sağlamak için önemli olduğunu ileri sürerek, istikrarla mücadelede para politikasının en iyi yol olduğunu kabul etmiştir. Bununla birlikte para politikalarının aktif bir şekilde uygulanmalarına karşı çıkarak, kontrollü para politikalarının uygulanmasını tavsiye etmektedir (Eker ve diğerleri, 2005:75).

1.4.4. Arz yönlü iktisadi düşünce ve maliye politikası

Arz yönlü iktisat yaklaşımı, talep yönlü ekonomiye bir tepki olarak ortaya çıkmış ve insanları çalışmaya, tasarrufa teşvik etmek için talep yönlü politikalar yerine arz yönlü politikalara ağırlık verilerek, vergi oranlarında büyük indirimlere gidilmesini savunmuştur. Bu sayede ekonomik büyüme hızlanacak ve verimlilik arttırılabilecektir (Savaş, 1984:172).

Arz yönlü iktisat, devlet harcamalarını sınırlayarak toplam talebi azaltan, para arzındaki artışı kontrol altına alan ve tasarruf ve sermaye birikimini olumsuz yönde etkileyen vergi yüklerini hafifletmeye yönelik öneriler getirmiştir. Arz yönlü iktisat yaklaşımına göre vergi oranlarında yapılacak indirimler sonucunda vergi gelirleri azalmayacak aksine artacaktır(Eker ve diğerleri, 2005:88).

Arz yanlı iktisatçılar kamu harcamalarının, vergi oranlarının ve toplam talebin aşırı artmasının meydana getirdiği geçici dengesizliklerin, verimlilik artışına dayanarak aşılabileceğini ileri sürmüştür. Bu nedenle, ekonomik istikrarsızlığın giderilmesi için bütçe denkliğinin önemli olduğunu savunurlar.

Devletin ekonomik istikrarın sağlanması için sosyal harcamaları azaltması, tasarruf ve yatırımları özendirerek bir vergi yapısını düzenlemesi, para arzını sabit bir hızla artırması ve piyasanın işleyişini bozacak kural ve düzenlemeleri kaldırmasını savunurlar (Ulusoy,2004:75-78).

BÖLÜM 2: SAĞLIK HİZMETLERİNE YÖNELİK MALİYE POLİTİKALARI

2.1. Sağlık Hizmetlerine Yönelik Harcama Politikaları

2.1.1. Maliye Politikasının Bir Aracı olarak Harcama Politikası

Kamu harcamalarından söz edebilmek için öncelikle bir veya birçok kamu ihtiyacının ortaya çıkması daha sonra da bunların karşılanabilmesinde birbiriyle bağlantılı hizmetlerin görülmesi, sonuçta da harcama yapılması gerekmektedir (Çınar,2002:3). Kamu harcamaları kamu hizmetlerinin dolayısıyla kamusal hizmetlerin görülmesi için yapılmaktadır. Kamusal ihtiyaçların ve hizmetlerin artması ile birlikte kamu harcamaları da artmaktadır (Eker, 2005:43).

Maliye politikasının araçlarından biri olan harcama politikaları klasik maliyecilere göre ve modern maliyecilere göre farklı şekillerde tanımlanabilir. Klasik maliyecilere göre kamu harcamaları; kamu harcamaları kamu makamlarının, toplumsal ihtiyaçları karşılamak üzere, belirli usullere uyarak yaptıkları parasal harcamalardır. Dikkat edilecek olursa burada dört unsur vardır. Bunlar şöyledir; kamu makamları, toplumsal ihtiyaçlar, belirli usuller ve parasallıktır (Türk, 2005:28-31). Modern maliyecilere göre kamu harcamaları ise; kamu harcamaları kamu makamlarının toplumsal ihtiyaçlarını karşılamak ve/veya ekonomik ve sosyal hayata müdahalede bulunmak üzere, belirli usullere uyarak yaptıkları parasal harcamalardır. Bu tanımın klasik maliyecilerin yapmış olduğu tanımla arasındaki fark tanıma yeni bir unsur olarak ekonomik ve sosyal hayata müdahale unsurunun girmesidir. Ekonomiye ve sosyal hayata müdahale ile kast olunan husus ekonomik faaliyetlerin yönünü değiştirmek, yoğunluğunu artırmak veya azaltmaktır (Türk, 2005:28-31).

Bir başka tanıma göre kamu harcamaları, yalnız devlet ve diğer kamu kuruluşlarının harcamaları değil, iktisadi devlet teşekküllerinin harcamaları, sosyal sigorta ödemeleri, vergi muaflik ve istisnaları ve özel kişilerin kamu kuruluşlarına yardımlarını da içeren bir kavramdır (Erginay, 1998:31).

2.1.2. Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Yapısı Ve Gelişimi

Gelişen dünyada her alanda olduğu gibi, sağlık hizmetlerine kamu ve özel kesimce ayrılan maddi kaynaklar gün geçtikçe önemli miktarlarda artmaktadır. Sağlık harcamalarının çeşitli ülkelerdeki gelişim seyrine bakıldığında 1950–1980 yılları arasında söz konusu harcamaların önemli ölçüde arttığı görülmektedir. Söz konusu mal ve harcamaların yükselme nedenlerine bakıldığında, diğer mal ve hizmetlerde etkili olan arz ve talep faktörlerinin yanında, temel olarak büyüme nedenleri üç grupta toplanabilir. Bunlar; gelirlerin yükselmesi, ihtiyaçların artması ve maliyetlerin yükselmesidir (Işık, 1997:79-83).

Ülkemizde Cumhuriyet’in kurulması ile başlayan, Refik Saydam döneminde benimsenen ilkeler ve gerçekleştirilen uygulamalar ülkenin sağlık politikasının temellerini oluşturmuştur (Dağlı, 2006:53). Refik Saydam’ın bakanlık yaptığı 1923-1937 döneminde geliştirilen koruyucu hizmetler tamamen genel bütçeden karşılanmıştır. Tedavi hizmetlerinde de yine kamu finansmanı esas alınmış ancak, bu harcamalarda, yerel bütçelere ağırlık verilmesi düşünülmüştür. Bunun dışında genel bütçeden numune hastaneleri kurulmuş, il özel idareleri ve belediyelerin bunu örnek alarak, yerel hastaneler kurması teşvik edilmiştir. Sağlık hizmetlerinde önemli bir adım 1928 yılında “Refik Saydam Hıfzısıhha Enstitüsü”nün kurulması olmuştur. Bu enstitüde bakteriyolojik kontrol ve tahlil, aşı, serum, kimya, immünolojik konsantrasyon, BCG virüs ve viroloji gibi çeşitli alanlardan bir araya gelmekteydi. Savaş koşulları nedeniyle artan hastalıklarla mücadele için önceliğin buna verilmesi genel olarak yerinde bir tercih olmuştur. Çünkü savaş sonrası ülkede artan salgın hastalıkların varlığı ciddi boyutlara ulaşmıştı. Refik Saydam döneminde bu hastalıklarla mücadele için yoğun aşılama faaliyetlerinde bulunulmuştur (Dağlı, 2006:53).

1946’tan sonra geliştirilen sağlık merkezleri uygulanması ile tedavi edici hizmetlerin genel bütçeden karşılanmasına çalışılmıştır. Tedavi edici hizmetlerin finansmanında, kişi kendine yapılan hizmet üretiminin tamamını ya hekime öder, ya da bir kısmını hastanenin döner sermayesine öder. 1945 yılında İşçi Sigorta Kurumu’nun kurulması ile kamu sigortacılığı uygulaması başlamıştır. Bundan sonra hükümet, kendi olanakları ile işçilere hizmet veremeyeceğini göz önüne alarak sağlık sigortasını da sosyal sigortalar kapsamına almıştır.

1950'den sonra "Devlet Hastaneleri" uygulaması ile tedavi hizmetlerinin tamamen genel bütçeden karşılanması düşüncesi pekiştirilmiş ve hastane hizmetlerinin devlet eliyle tüm Anadolu'ya yayılması amaçlanmıştır. 1960'tan sonra uygulamaya sokulan, 12.01.1961 yılı 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkında kanun tasarısı ile tüm harcamaların, kamu sektörü tarafından karşılanması, hizmetlerin de kamu sektörü eliyle yürütülmesi düşüncesi yoğunlaşmıştır. Fakat sosyalleşme günümüzde bile hala başarıya ulaşamamıştır.

24 Ocak 1980 Kararları'nın bir sonucu olarak bu tarihten sonra sağlık hizmetlerinin tamamen kamu kesimi tarafından sunulması düşüncesinden vazgeçilmiştir. Bu çerçevede, devletin sağlık alanındaki yükümlülüklerinin azaltılması yönündeki politikalara yönelmiştir. Bunu da, kamu kaynaklarının az olmasına ve kamu işletmeciliğindeki sorunlar nedeniyle, hastana işletmeciliği alanında özel kesimin daha başarı kaydedeceği yönündeki düşünceye dayandırılmaktadır. Buna paralel olarak, özel sektörün sağlık hizmetlerini sunması için çaba harcanmıştır (Şin, 1999:67-68). Son yıllarda yapılan yeni düzenlemelerde bu düşünceye paralel olarak hareket etmekte ve özel sektör teşvik edilmeye devam edilmektedir. Son zamanlarda artan özel hastane sayısı da bunun başarıya ulaştığını göstermektedir. 15.5.1987 tarihinde sağlık hizmetleri ile ilgili temel esasları düzenlemek amacıyla Resmi Gazete'de 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu yayımlanarak yürürlüğe girmiş ve günümüze kadar bu kanun devam etmiştir.

2.1.2.1. Kamu Kesimi Sağlık Harcamaları

Türkiye'de kamu kesimi sağlık harcamaları, Sağlık Bakanlığı, Üniversite Araştırma ve uygulama Hastaneleri harcamaları ile SSK, Bağ-Kur, T.C. Emekli Sandığı, Milli Savunma Bakanlığı, diğer kamu kuruluşları (KİT'ler, belediyeler, diğer bakanlıklar... vs) kamu çalışanları (memurlar) tarafından yapılan harcamalar, mahalli idareler harcamaları olmak üzere değişik başlıklar altında incelenmektedir (Yıldırım, 1994:53).

Sağlık Bakanlığı, üniversite araştırma ve uygulama hastaneleri ile Milli Savunma Bakanlığı sadece hizmet üreticisi durumundadırlar. Değişik kategorilerde harcamalar yapmak suretiyle üretilen hizmetin kullanılmasıyla elde edilen gelirler döner sermayeye (sağlık Bakanlığı ve üniversite araştırma ve uygulama hastaneleri) gelir kaydedilir.

Sosyal sigortalar kurumu öncelikle kendi mensupları için hizmet üretirken aynı zamanda kendisi dışındaki kişi veya kuruluşlardan da hizmet satın almaktadır. Ayrıca bazı durumlarda, ürettiği hizmetin mensubu olamayanlara satışı da söz konusudur (yurt dışındaki sigortalıların bakmakla yükümlü oldukları kişilere sunulan hizmetler gibi).

Bağ-Kur, T.C. Emekli Sandığı ve özel sandıklar, sigortalıları için hizmeti sadece satın almakta ve bu maksatla harcama yapmaktadırlar. Kamu çalışanları için de aynı şekilde sağlık harcaması yapılmaktadır (Yıldırım, 1994:54).

Kamu sağlık harcamaları temelde iki kaynaktan finanse edilmektedir. Birincisi ve en önemlisi vergilerdir. İkinci kaynak ise sigorta primleridir (Balbay,1997:174). Sigorta primi kaynaklı kamu sağlık harcamaları kapsamına Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağ-Kur, T.C. Emekli Sandığı girmektedir. Vergi kaynaklı kamu sağlık harcamaları kapsamına ise, Sağlık Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı-Diğer Bankalıklar ve Kamu Kurumlarının Sağlık Harcamaları, Belediyelerin Sağlık Harcamaları ve Üniversitelerin Sağlık Harcamaları girmektedir. Bu nedenle Kamu sağlık harcamalarını bu iki başlık altında inceleyeceğiz (Kanca, 1995:76).

2.1.2.1.1. Sosyal Sigorta Primi Kaynaklı Kamu Sağlık Harcamaları

2.1.2.1.1.1. SSK sağlık Harcamaları

Cumhuriyetin ilk yıllarında ülke genel sağlık durumunun bozuk olması, bu alanda bazı adımların atılmasını zorunlu kılmıştır. İlk kez 1930’larda Atatürk “sosyal güvenlik hizmetlerinin düzenleyecek bir kuruluştan bahsetmiştir” ve bu düşünce 1936’da çıkan İş Kanunu’nun 100. maddesi ile yasal olarak düzenlenmiştir. 1945 yılında hem çalışanların, hem de işverenlerin yararına olduğu düşünülen kararların tartışıldığı bir ortamda 4792 Sayılı yasa ile “İşçi Sigorta Kurumu” kurulmuştur. Kuruluşundan 20 yıl sonra 1964 yılında ise, 506 Sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu 136 numaralı maddesi ile “İşçi Sigortalı Kurumunun” adı Sosyal Sigortalar Kurumu olarak değiştirilmiştir. 29.09.2003 ve 4958 sayılı Sosyal Sigortalar Kurumu kanunu çıkarılmış, bu kanunda yerini 16.05.2006 ve 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu kanununa bırakmıştır. Çalışma ve Sosyal Güvenlik bakanlığı’na bağlı, mali ve idari bakımdan özerk ve tüzel kişiliği bulunan bir devlet kurumudur (Şakar, 1998:18).

06.01.2005 tarihinde kabul edilen 5283 sayılı bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına devredilmesine dair kanun ile Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)'na ait hastaneler Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Bu düzenleme neticesinde Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), hem arz hem de talep eden konumda iken, sadece arz yönlü (finansör) bir kuruluş haline gelmiştir. Artık, Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), tıpkı diğer sosyal güvenlik kurumlarında olduğu gibi, sağlık hizmetlerini satın almaktadır.

Sosyal Sigortalar Kanunu'nda belirtildiği şekliyle bir hizmet akdine dayanarak bir veya birkaç işveren tarafından çalıştırılanlar, sigortalı sayılmakta ve bunlar iş kazaları, meslek hastalıkları, analık sigortası, malullük, yaşlılık ve ölüm hallerinde kanunda yazılı şartlarla sigorta yardımı elde etmektedirler. Bu yardım ücretsiz muayene, tedavi ve ilaç giderlerinin belli oranlarda katılımı şeklindedir. Aktif veya pasif sigortalı, öldüğü zaman bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı devam etmektedir (Poyraz, 1990:90).

Sosyal Sigortalar Kurumu, tamamen kendi kaynaklarından finanse edilmek suretiyle kurulan ve işletilen sağlık ünitelerinde, üyesi olan sigortalılara ve sigortalıların bakmakla yükümlü olduklarına hizmet sunmaktadır. Ayrıca gerekli görüldüğü durumlarda anlaşmalı hekim ve müesseselerden de hizmet satın almaktadır (Yıldırım, 1994:73).

Sosyal Sigortalar Kurumu, koruyucu sağlık hizmetleri alanında faaliyet göstermemekte olup, sağlık sigortasının finansmanı işçi ve işverenlerden alınan sigorta primlerinden sağlanmaktadır (Şin, 1999:81).

Sosyal Sigorta Kurumunda ayakta yapılan tedavilerde genel ilaç harcamalarını da kontrol altında tutan ilaç iştirak bedeli (prim ödeyen aktif üyelere ilaç bedelinin %20'si, emeklilerde %10'u) ile SSK hastanelerinde döner sermaye benzeri uygulamalarla elde edilen gelirler SSK'da primler dışında iki ayrı gelir kaynağını oluşturmaktadır (Şin,1999:81). 506 sayılı yasaya göre "Hastalık Sigortası Primi Oranı" sigortalının prime esas kazancının %11'i olup, bunun %6'sı işveren ve %5'i de sigortalı payı şeklindedir.

Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) 'nun hizmet sunduğu nüfus grubundaki artışa paralel olarak sağlık alt yapısında da aynı ölçüde genişleme sağlanamamış olması sağlık hizmetlerinde darboğaza yol açmıştır. Sigortalıların taleplerini karşılayacak ölçüde arz kapasitesinin arttırılamaması sebebiyle anlaşmalı hekim ve kurumlardan alınan hizmetler için yapılan ödemeler sürekli artmıştır (Şakar, 1999;34).

Tablo 1: SSK'nın Kapsadığı Nüfus Sayısı

YILLAR	SSK Toplamı	1. Aktif Sigortalılar	2. İsteğe Bağlı Aktif Sigortalılar	3. Tarımdaki Aktif Sigortalılar	4. Aylık Alanlar (Emekli, malul, dul ve yetim)	5. Sigortalıların Bakmakla yükümlü oldukları (1)
1995	28.523.960	4.208.761	980.841	253.463	2.337.755	20.743.140
1996	28.062.033	4.695.016	1.055.513	244.232	2.539.696	19.527.576
1997	30.379.656	5.098.867	1.031.714	246.401	2.731.793	21.270.881
1998	32.488.539	5.323.434	910.343	228.343	2.930.752	23.095.667
1999	30.744.524	5.030.732	901.265	193.826	3.148.826	21.469.875
2000	32.192.374	5.283.234	843.957	184.675	3.339.327	22.541.181
2001	31.979.879	6.136.107	888.675	142.306	3.220.325	21.592.466
2002	34.050.190	6.563.187	942.024	149.163	3.402.086	22.993.730
2003	35.646.264	6.750.460	697.630	165.268	3.587.044	24.610.697
2004	37.999.186	6.952.848	327.962	176.717	3.769.896	26.771.763
2005	41.501.929	7.651.705	266.558	178.178	3.957.617	29.447.871
2006	45.845.927	9.034.021	278.608	180.100	4.166.390	32.186.808

Kaynak: <http://www.ekutup.dpt.gov.tr/ekonomigostergetr1950-04esg.html>, istatistik göstergeler (1923–2005) ve http://www.ssk.gov.tr/skgdoc/istatistiksgk_bulten2006_01.pdf derlenmiştir.

(1) TAHMİN

Yukarıdaki Tablo 1 ' de Sosyal Sigortalar Kurumu'nun yıllar itibari ile faydalananların sayıları yer almaktadır. 1995 yılında toplam Sosyal Sigortalar Kurumu'ndan faydalananların toplam sayısı 28.523.960 kişi iken bu sayı 2000 yılında 32.192.374 kişiye ve 2004 yılında ise 38.233.739 kişiye ulaşmıştır. 1994 yılında itibaren sürekli bir artış olduğu görülmektedir. Sosyal Sigortalar Kurum'undan faydalananların genel nüfus içindeki oranları 1994 yılında %45 seviyelerinde iken 2000 yılında %47 ve 2004 yılında da %53 seviyelerine gelmiştir.

Sosyal Sigortalar Kurumu'nun hizmet sunduğu nüfus grubundaki artışa paralel olarak sağlık alt yapısında aynı ölçüde genişleme sağlanamamış olması, sağlık hizmetlerinde darboğaza yol açmaktadır. Sağlık dışında diğer sigorta dallarının finansman yapısındaki olumsuzluklar, kurumun sigorta yükümlülüğünden doğan giderlerin bir kısmının sağlık sigortası primleriyle karşılanması uygulanmasına gidilmesine yol açmakta ve daha fazla yatırıma yönelmesine imkân vermemektedir. Başlamış pek çok yatırım bulunmakla birlikte, finansman sorunları nedeniyle yatırımların sürüncemede kalmasına neden olmuştur/olmaktadır (Yıldırım, 1994:73).

Tablo 2: SSK Yataklı Kurum Sayısı ve Yatak Sayıları

YILLAR	SSK hastane sayısı	Artış oranı	SSK yatak sayıları	Artış oranı
1965	30	-	4 916	-
1970	56	86.7	10 455	112.7
1975	68	21.4	12 756	22
1980	73	7.4	18 408	44.3
1985	77	5.5	17 820	—3.2
1990	93	20.8	21 096	184
1995	115	23.7	25.397	20.4
1996	115	-	25 359	—0.001
1997	115	-	25 934	0.02
1998	115	-	26 279	0.01
1999	115	-	27 062	0.021
2000	118	0.02	27 900	0.03
2001	118	-	28 517	0.022
2002	120	0.01	28 979	0.016
2003	121	0.008	29 157	0.06
2004	146	0.20	32 174	0.10
2005	148	0.01	32 438	0.008

Kaynak: http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=12 hesaplanmıştır

Görüldüğü gibi son on yıldaki hastane ve yatak sayısı bakımından en hızlı gelişme 1965–1970 döneminde gerçekleşmiştir. Bu dönemde hastane sayısı %86,7, yatak sayısı

ise %112 oranında artış göstermiştir. Bu durum, o dönemde yatak kapasitesi fazla olan büyük hastanelerin açıldığına işaret etmektedir. 1980–1985 döneminde ise hastane sayısında %5,5’lik bir artış olmasına rağmen, yatak sayısında %-3,2’lik negatif yönde bir gelişme gözlenmektedir. 1995 yılından sonra hastane ve yatak sayılarında bir durağanlık söz konusu olmuştur. 1995–2005 yılları arasındaki dönemde en fazla artış 2003–2004 döneminde; hastane sayısı %20’lik bir artış gösterirken buna karşılık yatak sayısında %10’luk bir artış söz konusu olmuştur. Yaşanan durağanlığın nedeni ise yukarıda anlatıldığı gibi çeşitli sebeplerle artan SSK giderlerinin sağlık sigortası primleriyle karşılanması uygulanmasına gidilmesi ve daha fazla yatırıma yönelememesidir.

Tablo 3: SSK Sağlık Harcamaları

YILLAR	TOPLAM SAĞLIK HARCAMASI (*)	TOPLAM SAĞLIK HARCAMASI DEĞİŞİM ORANI (%)	İLAÇ HARCAMASI	İLAÇ HARCAMASI DEĞİŞİM ORANI (%)	İLAÇ HARCAMALARININ SAĞLIK HARCAMALARI İÇİNDEKİ ORANI (%)
1996	87.937,2	-	32.033,6	86,9	36,4
1997	199.230,4	126,5	71.224,4	122,3	35,7
1998	406.180,4	103,9	165.584,5	132,5	40,8
1999	748.699,5	84	304.016,7	83,6	40,6
2000	1.280.189	71,0	572.409	88,3	44,7
2001	2.257.958	76,4	992.616	73,4	44,0
2002	3.594.350	59,2	1.878.558	89,3	52,3
2003	4.981.194	38,6	2.101.496	11,9	42,2
2004	6.635.691	33,2	2.687.750	27,9	40,5
2005	7.677.105	15,7	3.552.940	32,2	46,3
2006	11.699.804	52,4	5.265.514	48,2	45,0

Kaynak: http://www.calisma.gov.tr/basinbulteni/2006_bulten/bulten2006.htm ve Türkiye Sağlık İstatistikleri 2006 (Türk Tabipleri Birliği) verilerinden hesaplanmıştır.

* ilaç harcamaları dâhildir.

Yukarıdaki tabloda yer alan SSK sağlık harcamalarının 1996-2006 yılları arasındaki seyrine baktığımızda, Sosyal Sigortalar Kurumu'nun 1996 yılındaki toplam sağlık harcaması 87,937 trilyon TL olup bunun 32,033 trilyon TL'si ilaç harcamasından oluştuğunu görmekteyiz. Bu Sosyal Sigortalar Kurumu sağlık harcamaları toplamının %36,4'üne tekabül etmektedir. Toplam harcamanın ilaç harcamaları dışında kalan kısmı Sosyal Sigortalar Kurumu'nun kurum sağlık tesislerinde, kuruma ait olmayan sağlık tesislerinde ve anlaşmaları hekimlere yapılan ödemeler şeklinde gerçekleştirilmektedir.

Sosyal Sigortalar Kurumu toplam sağlık harcamaları en fazla artışı 1996–1997 yılında 87.937 trilyon TL'den 199.230 trilyon TL ye %126,5'lik bir artışla gerçekleştirmiştir. Bundan sonraki yıllarda sürekli bir artış söz konusu olsa da bu artış azalarak artma şeklinde devam etmiştir. 1998 yılında toplam sağlık harcamaları %103'lük bir artış olurken, 2000 yılında %71'e, 2002 yılında %59,2, 2006 yılında ise %52,4 şeklinde gerçekleştiğini görmekteyiz. Buna paralel Sosyal Sigortalar Kurumu toplam sağlık harcamaları içinde ilaç harcamaları ise, en büyük artışı 1997–1998 yılında gerçekleştirerek % 132,5'lik bir artış gerçekleştirmiştir. İlaç harcamaları da sürekli bir artış olmasına karşılık bu da azalarak artış şeklinde olmuştur. Toplam sağlık harcaması içindeki oranı 1998 yılında %40,8'e, 2000 yılında %44,7 ye, 2002 yılında %52,3 ve 2006 yılında ise %48,2 şeklinde gerçekleştiğini görmekteyiz. Buradan toplam sağlık harcamalarının büyük bir kısmının ilaç harcamalarına gittiğini ve Sosyal Sigortalar Kurumu'nun diğer gerekli yatırımlara yapması gereken harcamaların azaldığını ve bunun sonucunda da gerekli yatırımların sürüncemede kaldığını söyleyebiliriz.

Sosyal Sigortalar Kurumu'nun gelir-gider dengesinin de meydana gelen fark veya değişiklik ile daha iyi görebiliriz. Tablo 4'te 1990 ile 2006 yılları arasında Sosyal Sigortalar Kurumunun gelir ve gider dengesinde meydana gelen değişimler gösterilmektedir. Bu bizim Sosyal Sigortalar Kurumunun durumunun daha iyi analiz yapmamıza yardımcı olacaktır.

1995 yılından sonra gelir ve gider dengesinde ki değişiklikler negatif yönde devam etmiş ve günümüze kadar aradaki fark artarak devam etmiştir. 1990 ve 1995 yıllarında Sosyal Sigortalar Kurumu gelirleri giderlerinden fazla iken, 2000 yılında toplam gelirleri 4.894.718 milyar TL iken, toplam giderleri ise 5.294.718 milyar TL ve aradaki farkta 400.000 milyar TL civarındadır. Bu oranları 2002 yılında toplam gelirleri

11.132.049 milyar TL ye çıkarken, toplam giderleri 13.518.049 milyar TL ye ulaşmıştır. 2006 yılında ise Sosyal Sigortalar Kurumu toplam geliri 29.064.366 milyar TL iken, toplam gideri 37.271.817 milyar TL'ye ulaşmış ve aradaki fark her geçen sene görüldüğü üzere artmıştır.

Tablo 4: SSK Gelir –Gider Dengesi

	Milyar TL/Bin YTL		Milyar TL/Bin YTL	
Yıllar	Gelirler	Değişim Oranı (%)	Giderler	Değişim Oranı (%)
1990	120.013	-	90.201	-
1995	279.941	133	169.759	89
1998	2.145.683	664	2.145.683	1163
2000	4.894.718	96,2	5.294.718	46,8
2001	7.698.531	57,3	8.806.531	66,3
2002	11.132.049	44,6	13.518.049	53,5
2003	15.450.060	38,8	20.258.677	49,9
2004	19.417.958	25,7	25.174.958	24,3
2005	22.739.770	17,1	30.151.437	19,8
2006	29.064.366	27,8	37.271.817	23,6

Kaynak: http://www.calisma.gov.tr/basinbulteni/2006_bulten/bulten2006.htm ve Türkiye Sağlık

İstatistikleri 2006 (Türk Tabipleri Birliği) verilerinden hesaplanmıştır

* Gelirlere hazine yardımı, ek ödeme dâhil değildir.

1990 ve 1995 yıllarında, gelir-gider dengesinin Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) lehine olan pozitif görüntüsü, Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)'nun çeşitli kuruluşlardan prim alacaklarının zamanında tahsil edememesi nedeniyle anlamını kaybetmektedir. Bu durum Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)'nun ödeme güçlüğüne düşmesine neden olmakta ve genel bütçeden yapılan transfer ile ortaya çıkan bu gelir-gider farkı giderilmeye çalışılmaktadır. Hazineden Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)'na yapılan

yardımların kapsamı 940.01.03.406.900 no'lu tertipte "...genel bütçeli ve katma bütçeli idarelerin sosyal zammı borçlarının tümü ile transfer tertibinden yardım alan kuruluşlar ile KİT ödeneklerinden ödeme yapılan KİT'lerden Maliye Bakanlığınca uygun bulunanların sosyal yardım borçlarının bu tertipte verilen ödenekten mahsup etmeye Hazine Müsteşarlığının bağlı olduğu bakan yetkilidir.." şeklinde belirtilmiştir (Şakar, 1999:57). Özellikle 1995 yılından sonra görülen bu gelir-gider dengesizliği yukarıdaki tablo 4'te açıkça görülmektedir.

Aşağıdaki tabloda Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)'nın söz konusu tertip kapsamında hazineden aldığı yardımların yıllar itibari ile gelişimi görülmektedir.

Tablo 5: SSK'ya Yapılan Bütçe Transferleri (1994–2006)

YILLAR	SSK(milyar TL)	GSMH'nın %'si
1994	14.480	0,37%
1995	59.200	0,75%
1996	146.000	0,97%
1997	337.000	1,15%
1998	451.000	0,84%
1999	1.105.000	1,41%
2000	400.000	0,32%
2001	1.108.000	0,63%
2002	2.386.000	0,87%
2003	4.809.000	1,35%
2004	5.757.000	1,34%
2005	7.507.000	1,54%
2006	8.527.000	1,58%

Kaynak: http://www.calisma.gov.tr/basimbulteni/2006_bulten/bulten2006.htm

Yukarıdaki tabloya bakıldığında, Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)'nın hazine yardımlarının tutarı 1994 yılında 14,5 trilyon TL civarında iken, 1996 yılında 146.000 trilyon TL, 1998 yılında 451 trilyon TL, 2000 yılında 400.000 trilyon TL, 2002 yılında 2.386.000 trilyon TL, 2004 yılında 5.757.000 trilyon TL ve 2006 yılında ise 8.527.000 trilyon TL' yükseldiğini görmekteyiz. Yapılan bu transferlerin GSMH'ya oranı 1994 % 0,37, 1996 yılında %0,97, 1998 yılında %0,84, 2000 yılında %0,32, 2002 yılında %

0,87, 2004 yılında %1,34 ve 2006 yılında ise %1,58 civarında gerçekleşmiştir. Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)'nın gelir-gider dengesindeki açığın son yıllardaki artışı ile orantılı olarak Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)'na bütçeden yapılan transferlerinin artışı ve bu artış oranlarının GSMH'ya içindeki paylarının giderek çoğalması yukarıdaki tabloda açıkça görülmektedir. Buna önlem alınmazsa gündün güne bir çığ artmaya devam edecektir. Bu yüzden Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)'nın yeniden yapılanmaya gitmesi gerekliliği ortaya çıkmıştır. Son yıllarda bunun için çalışmalar yapılmaktadır. Kurumun belli ilaçlar için para vermemesi, yada belli bir sayıya (orana) kadar kurumun karşılaması ve bazı ilaç sayılarında azaltmaya gitmesi buna verilebilecek örneklerden bazılarıdır. Ayrıca daha önce hem arz hem de talep eden konumda iken, Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)'na ait hastaneler 2006 yılında Sağlık Bakanlığına devredilmesi ile tıpkı diğer kurumlarda olduğu gibi, sağlık hizmetlerini satın alarak arz etme yönüne girmiş bir kuruluş olmuştur.

2.1.2.1.1.2. Esnaf ve Sanatkâr ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu (BAĞ-KUR) Sağlık Harcamaları

Türkiye'de üç büyük sosyal güvenlik kurumundan biri olan Bağ-Kur 1479 sayılı yasa ile 02.09.1971 tarihinde kurulmuş ve 01.10.1972 tarihinde bütün yurttan uygulamaya konulmuştur. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlı, mali ve idari bakımdan özerk bir kamu tüzel kişisidir. Başlangıçta sadece kentlerde yaşayan bağımsız çalışanların sosyal güvenliğini sağlamakla yükümlü kılınan Bağ-Kur, 1983 yılında çıkartılan 2926 Sayılı yasa ile kırsal kesimde bağımsız çalışan çiftçileri de kapsamına almıştır. Ayrıca köy ve mahalle muhtarları ile yurtdışında çalışan Türk vatandaşlarının yanlarında bulunan çalışmayan eşleri, ev kadınları ve belirli bir işi olmayanları da isteğe bağlı olarak Bağ-Kur'un sunduğu hizmetlerden faydalanabilmektedir (Balbay, 1997:180).

Başlangıçta üyelerine uzun vadeli sigorta kollarında malullük, yaşlılık ve ölüm sigortası yapmakta iken, Bağ-Kur mensubu olan sigortalılar ve bağımlılarına 5.11.1985 tarih ve 3235 sayılı yasa ile sağlık sigortasına kavuşma imkânı sağlamış, 1.1.1986 tarihinden itibaren kademeli olarak uygulanmaya başlanmıştır. 1.1.1989 tarihinden itibaren de tüm Türkiye'de yaygınlaştırılmıştır (Tokat, 1993:21).

Sağlık sigortası yardımıyla yararlanmaya hak kazanmış olanlara, hastalık ve iş kazası halinde hastalık hekime muayene ettirilmesi, hekimin gerekli görmesi halinde teşhis için gerekli klinik ve laboratuvar tetkiklerinin yaptırılması ve tedavi sağlanması, gerekirse bir sağlık kuruluşuna yatırılması ve tedavi süresince gerekli ilaç ve iyileştirme vasıtalarının sağlanması hallerini kapsamaktadır.

Bağ-Kur sağlık sigortası yardımları kapsamında verilmekte olan hizmetler, kendisine ait tesisi bulunmadığından Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, mahalli idareler, üniversiteler, kamu iktisadi teşebbüslerine ait sağlık tesisleri ile diğer sağlık tesislerinden "hizmet satın almak" suretiyle yürütülmektedir. Sigortalılara bu hizmetler ihtiyaca göre, ayakta ve yataklı sağlık müesseselerinde sunulur. İhtiyaç duyulduğunda ilaç ve iyileştirme araçları temin edilir. Belirtilen bu hizmetler 1479 sayılı yasa çerçevesinde sunulmaktadır (Sözer, 1997:138).

Sağlık sigortasına tabi sigortalıların, sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için en az sekiz ay eksiksiz sağlık sigortası primi ödenmiş olması gerekir. Ayrıca sağlık ve sigorta prim borcu bulunmaması, Kurumca kendilerine ve hak sahiplerine aylık bağlananların ise aylıklarından en az sekiz ay sağlık sigortası primi kesilmiş olması şarttır. Sağlık sigortası primi, sigortalının bulunduğu basamağın gösterge tutarının %12'si, aylık alanların ise aylıklarının %10'u kadardır. Sağlık sigortası primi kendilerine ve hak sahiplerine aylık bağlanmış olanların aylıklarından aktif sigortalı iken sağlık sigortası primi ödenen süre dâhil 10 yılı geçmeyecek şekilde alınmaktadır (Bağ-kur,10. genel kurul raporu, yayın no95/2,Ankara 1995.s:86). Sağlık yardımlarından yararlanacaklara belli bir süreyle geçerli olmak üzere sağlık karnesi verilir.

Ayakta ve yataklı tedavi masraflarının tamamını karşılayan Bağ-Kur sağlık hizmetini resmi sağlık kurumlarından satın almak yoluyla sunmaktadır. Aktif sigortalılar ilaç bedelinin %20'sini, aylık alanlarda %10'unu kendileri ödemektedir (Tokat, 1993:21).

1.1.1994 tarihinden itibaren sigortalı ve hak sahiplerinin sağlık kurum ve kuruluşlarındaki tedavi giderlerinin fatura işlemleri bilgisayar kayıtlarıyla izlenmeye başlanmıştır. Bu yöntemler sağlık harcamalarının kontrolü etkili bir şekilde yapılmaya çalışılmaktadır.

Tablo 6’da 1995–2006 yılları Bağ-Kur Genel müdürlüğü aktif sigortalı sayısı ve bunlarla birlikte faydalananlar (bağımlılar) gösterilmektedir. 1995 yılında Bağ-Kur’dan aktif sigortalıların sayısı 2.669.351 iken pasif (Aylık Alanlar; Emekli, malul, dul ve yetim) sigortalıların sayısı 880.820 kişi ve bunlarla birlikte sigortalıların bakmakla yükümlü oldukları kişilerin sayısı da 8.282.543 kişi ve toplamda ise de 11.832.714 kişi faydalanmaktadır. 1997 yılında aktif sigortalı sayısı 2.804.890 kişiye, pasif sigortalı sayısı ise 1.032.342 ve sigortalıların bakmakla yükümlü oldukları ile birlikte toplam sayı 12.679.890 kişiye ulaşmış, 2000 yılında aktif sigortalı sayısı 3.312.694 kişiye, pasif sigortalı sayısı ise 1.277.444 kişiye ve toplamda ise 15.036.318 kişiye yükselmiştir. 2002 yılında bu sayı aktiflerde 3.321.332 kişiye pasif sigortalı sayısı 1.393.670 kişiye ve sigortalıların Bakmakla yükümlü oldukları (bağımlılar) ile birlikte toplamda 15.281.654 kişiye; 2004 yılında ise aktif sigortalıların sayısı 3.448.549 kişiye ulaşırken pasif sigortalı sayısı 1.519.190 kişiye ve Bağ-Kur’dan yararlananların sayısının toplamda 16.233. 984 kişiye çıkmıştır.

Tablo 6: Bağ-Kur'un Kapsadığı Nüfus Sayısı

YILLAR	Bağ-Kur Toplamı	1. Aktif Sigortalılar	2.İsteğe Bağlı Aktif Sigortalılar	3. Tarımdaki Aktif Sigortalılar	4. Aylık Alanlar (Emekli, malul, dul ve yetim	5. Sigortalıların Bakmakla yükümlü oldukları (*)	Genel Nüfus	Bağ-Kur'lu sayısı\ Genel nüfus
1995	11.832.714	1.791.246	78.973	799.132	880.820	8.282.543	62.304.000	0,18
1996	11.823.316	1.766.809	87.351	796.805	947.038	8.225.313	63.443.000	0,18
1997	12.679.890	1.873.497	129.050	802.343	1.032.342	8.842.658	64.584.000	0,19
1998	13.220.024	1.911.259	200.676	796.564	1.104.614	9.206.911	65.723.000	0,20
1999	13.899.982	1.939.593	264.284	860.742	1.179.817	9.655.546	66.856.000	0,21
2000	15.036.318	2.181.586	254.960	876.148	1.277.444	10.446.180	67.913.000	0,22
2001	15.281.654	2.198.200	249.306	889.149	1.343.840	10.601.159	68.898.000	0,225
2002	15.547.991	2.192.555	237.801	890.976	1.393.670	10.832.989	69.875.000	0,227
2003	15.881.624	2.224.247	236.398	923.204	1.445.820	11.051.955	70.847.000	0,224
2004	16.233.984	2.212.299	238.313	997.937	1.519.190	11.266.245	71.813.500	0,226
2005	15.990.253	2.103.651	239.388	1.011.333	1.600.294	11.035.587		
2006	16.383.589	2.082.318	244.105	1.049.206	1.753.025	11.254.935		

Kaynak: <http://pekutup.dpt.gov.tr/ekonomigostergetr1950-04esg.htm> ve istatistik göstergeler (1923-2005) den derlenmiştir.

* Bağ-Kur Kanunu 1972 yılında yürürlüğe girmiş ve 1479 sayılı Kanuna tabi sigortalılara sağlık sigortası uygulamasına 1986, 2926 sayılı Kanuna tabi sigortalılara da 1999 yılından itibaren başlanmıştır.

* Tahmin

2006 yılında ise de aktif sigortalı sayısı 3.375.629 kişiye ulaşırken pasif sigortalı sayısı ise 1.753.025 kişiye ve bağımlılar ile birlikte toplamda 16.383.58 kişiye varmıştır. 1995 ile 2006 yılları arasında Bağ-Kur'dan sigortalıların sayısının arttığı görülmektedir. Ancak, hastalık yardımı sadece sağlık karnesi verilenlere (prim borcu bulunmayanlara)

sağlandığı için sigortalı nüfusun ancak %50'si civarında kişi bu haktan istifade edebilmektedir.

Tablo 7: Bağ-Kur'un Toplam Sağlık ve İlaç Harcamaları

YILLAR	TOPLAM SAĞLIK HARCAMALARI	TOPLAM SAĞLIK HARCAMASI DEĞİŞİM ORANI (%)	İLAÇ HARCAMASI	İLAÇ HARCAMASI DEĞİŞİM ORANI (%)	İLAÇ HARCAMALARININ SAĞLIK HARCAMALARI İÇİNDEKİ ORANI (%)
2000	730.296	76,6	458.336	98,1	62,8
2001	1.228.849	68,3	780.446	70,3	63,5
2002	2.195.308	78,6	1.321.532	69,3	60,2
2003	3.183.100	45,0	1.997.200	51,1	62,7
2004	3.719.000	16,8	2.188.000	9,6	58,8
2005	3.625.825	—2,5	1.841.000	—15,9	50,8
2006	3.622.577	—0,1	1.766.037	—4,1	48,8

Kaynak: http://www.calisma.gov.tr/basimbulteni/2006_bulten/bulten2006.htm

* Sağlık harcamalarına ilaç harcamaları dâhildir.

* milyar TL\Bin YTL

Yukarıdaki tablo 7’de Bağ-Kur’un toplam sağlık ve ilaç harcamaları 2000–2006 yılları arasındaki değişimi gösterilmektedir. Bağ-Kur’un ilaç harcamalarının toplam harcamalar içindeki payı başlangıçta oldukça yüksek iken daha sonraki yıllarda bu oran azalma eğilimine girmiştir.

2000 yılında Bağ-Kur’un yapmış olduğu sağlık harcaması 730.296 milyar TL iken bu harcamalar içinde ilaç harcamalarının oranı %62,8 (458.336 milyar TL), bu oran 2001 yılında sağlık harcaması miktarı 1.228.849 milyar TL ve ilaç harcamalarının oranı ise %63,5 (780.446 milyar TL), 2002 yılında sağlık harcaması 2.195.308 milyar TL ve ilaç harcaması oranı ise %60,2 (1.321.532 milyar TL) ye, 2003 yılında sağlık harcamaları

3.183.100 milyar TL'ye, 2004 yılında 3.719.000 milyar TL, 2005 yılında 3.625.825 milyar TL ve 2006 yılında ise de sağlık harcamaları 3.622.577 milyar TL'ye ve bunun içinde ilaç harcamalarının oranı ise de %50,8 seviyelerine gelmiştir. Bu yıllar arasında Bağ-Kur'un toplam sağlık harcamalarının yıllar itibari ile artış gerçekleştirdiğini ama buna paralel olarak sağlık harcamaları içinde ilaç harcama paylarının ise bir gerileme\azalma söz konusu olduğu görülmektedir.

Bağ-Kur tarafından yapılan toplam sağlık giderlerinin %37,8'i hastane harcamaları, %48,8 ilaç harcamaları ve %13,4'ü de diğer harcamalar şeklinde gerçekleşmiştir.

Tablo 8: Bağ-Kur yıllara göre Toplam Gelir ve Giderler

Yıllar	Gelir(*)	Gider	Fark	Karşılama oranı(%)
1996	43.600	108.125	—64.525	40,3
1997	130.042	307.274	—177.233	42,3
1998	220.140	650.473	—430.333	33,8
1999	414.138	1.309.599	—895.461	31,6
2000	725.913	1.899.118	—1.173.206	38,2
2001	1.280.348	3.059.214	—1.778.866	41,9
2002	2.101.540	5.032.115	—2.930.575	41,8
2003	2.982.986	8.061.199	—5.078.214	37,0
2004	4.241.518	9.953.538	—5.712.020	42,6
2005	3.726.768	11.020.036	—7.293.268	33,8
2006	7.901.741	12.180.660	—4.278.919	64,8

Kaynak: <http://www.bagkur.gov.tr/finansmanG-%20MALI%20YAPI.XLS> alınmıştır

* Bin YTL

Tablo 8'de Bağ-Kur'un 1996–2006 yılları arasındaki gelir ve gider gösterilmektedir. Bu tablodan görüldüğü gibi, 1996 yılında Bağ-Kur'un geliri 43.600 bin YTL iken, giderleri 108.125 bin YTL ve aradaki farkta -17.233 bin YTL'dir. Yani Bağ-Kur kendi

kaynakları ile giderlerinin %40,3'ünü karşılayabilmektedir. 1998 yılında gelirleri 220.140 bin YTL'ye giderleri ise 650.473 bin YTL ve gelir-gider farkı ise -430.333 YTL'ye çıkmış, 2000 yılında gelirleri 725.913 bin YTL'ye giderleri ise 1.899.118 bin YTL ve gelir-gider farkı ise -1.173.206 YTL'ye çıkmış, 2002 yılında gelirleri 2.101.540 bin YTL'ye giderleri ise 5.032.115 bin YTL ve gelir-gider farkı ise -2.930.575 YTL'ye çıkmış, 2004 yılında gelirleri 4.241.518 bin YTL'ye giderleri ise 9.953.538 bin YTL ve gelir-gider farkı ise -5.712.020 YTL'ye çıkmış ve 2005 yılında ise de gelirleri 3.726.768 bin YTL'ye giderleri ise 11.020.036 bin YTL ve gelir-gider farkı ise -7.293.268 Bin TL'ye çıkmıştır. Bu tabloya bakıldığında gelirleri giderleri karşıyla da yetersiz olduğu gözlenmektedir. 1996 yılında gelirler giderlerin %40,3'ünü, 1998 yılında %33,8'ini, 2000 yılında %38,2'sini, 2002 yılında %41,8'ini ve 2005 yılında ise de gelirler giderlerin %33,8'ini karşılayabildiğini görmekteyiz. Yıllar itibari ile olumlu bir azalış gözlemlense de hala yeterli derecede değildir.

Bağ-Kur'un gelir ve giderleri arasındaki farkı hazine yardımları ile karşılanmaktadır. 940.01.3.407.900 no'lu tertipte; "...1479 sayılı kanunun 15.maddesi gereğince esnaf ve sanatkarlar ve diğer bağımsız çalışanlar SSK'ya ve Bağ-Kur'a yapılacak yardımlar .." hükmünden oluşmaktadır (T.C. Maliye Bakanlığı, Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü, Bütçe Gerekçesi 2000, Ankara).

Bağ-Kur'un bu tertip kapsamında hazineden almış olduğu yardımların 1994-2006 yılları arasındaki gelişimi tablo 9'da verilmiştir.

Tablo 9: Bağ-Kur'a Yapılan Bütçe Transferleri (1994–2006)

YILLAR	Bağ-kur(milyar TL\Bin YTL)	GSMH'nın %'si
1994	4.530	0,12%
1995	8.000	0,10%
1996	70.100	0,47%
1997	123.000	0,42%
1998	435.000	0,81%
1999	796.145	1,02%
2000	1.051.460	0,84%
2001	1.740.000	0,99%
2002	2.622.000	0,95%
2003	4.930.000	1,38%
2004	5.273.000	1,23%
2005	6.926.000	1,42%
2006	4.330.000	0,79%

Kaynak: http://www.calisma.gov.tr/basinbulteni/2006_bulten/bulten2006.htm

Bağ-Kur'un hazineden aldığı yardımların GSMH içindeki payı 1994 yılında %0.12 iken, 1996 yılında %0.47, 1998 yılında %0.81, 2000 yılında %0.84, 2002 yılında %0.95, 2004 yılında %1.23 ve 2006 yılında ise de %0.79 'dur. Ayrıca 1994 yılında yapılan bütçe transferi tutarı 4.530 milyar TL (Bin YTL), 2000 yılında 1.051.460 milyar TL (Bin YTL) ve 2006 yılında da bu miktar 4.330.000 milyar TL (Bin YTL) ulaşmıştır.

Tablodan da görüldüğü üzere artan gelir ve gider farkları ile bütçeden yapılan transfer miktarlarının GSMH'daki oranlarında yıllar itibari ile artış göstermektedir. Kurumun en önemli sorunu olan gelir ve gider dengesizliği artan Bağ-Kur üye sayısı ile günden güne daha da büyüyen bir sorunu haline gelmektedir. Her ne kadar da olsa gelirlerin giderleri karşımıla oranı yıllar itibari ile azalma gösterse de yeterli değildir. Bunun için kurumun bu soruna yeni çözüm yolları bularak bu sorun gidermesi gerekliliği önem arz etmektedir.

2.1.2.1.1.3 Emekli Sandığı Sağlık Harcamaları

T.C. emekli Sandığı 1.1.1950 tarihinden itibaren 5434 Sayılı kanunun 1. maddesi uyarınca “Emekli işlemlerini” yürütmeye başlamıştır. 1950 yılından günümüze kadar geçen süre içerisinde çeşitli kanunlarla Sandığa tabi personelin kapsamı genişletilmiş ve Sandığın görevleri ile sağladığı hizmetlerde çok önemli artışlar meydana gelmiştir. Emekli Sandığı, 657 sayılı Devlet Personel Kanunu’na göre çalışan devlet memurlarının emeklileri, dul ve yetimlere ve bunların aile fertlerine, öncelikle devlete ait sağlık kuruluşlarından satın alma yöntemi ile hizmet sunmaktadır.

Emekli sandığı aktif devlet memurlarının aylıklarından kesilen %15 çalışan ve %20 işveren katkısından sağladığı gelirlerle tüm sosyal güvenlik hizmetlerini finanse etmeğe çalışmaktadır. Sağlık sigortası primi adı altında ayrı bir prim almayan Emekli Sandığı’nın bilânço açıkları Bütçe’den aktarılmaktadır (Tokat, 1993:23).

5434 sayılı kanuna göre, Emekli Sandığının organları; Genel kurul, Yönetim kurulu, Genel kurul ve Sağlık kurulundan oluşmaktadır (Dağlı, 2006:72).

Tablo 10’da emekli Sandığının 1995–2006 yılları arasında kapsadığı nüfus miktarı yer almaktadır. Eğer nüfus ile birlikte artan harcamaların göz önünde bulundurularak değerlendirilmesi, bizim ortaya çıkan durumu daha iyi değerlendirmemiz açısından bize yol gösterici olacaktır.

Tablo 10: Emekli Sandığı'nın kapsadığı nüfus sayısı (1995–2006)

YILLAR	Emekli Sandığı Toplamı	1. Aktif Sigortalılar	2. Aylık Alanlar (Emekli, malul, dul ve yetim)	3. Sigortalıların Bakmakla yükümlü oldukları (*)	Genel Nüfus	Emekli Sandığı sayısı\ Genel nüfus
1995	7.173.345	1.880.437	952.360	4.340.548	62.304.000	0,115
1996	7.502.475	1.963.751	1.048.211	4.490.513	63.443.000	0,118
1997	7.654.866	1.994.509	1.114.480	4.545.877	64.584.000	0,118
1998	7.929.730	2.071.867	1.172.741	4.685.122	65.723.000	0,12
1999	8.125.713	2.118.085	1.239.314	4.768.314	66.856.000	0,121
2000	8.311.050	2.163.698	1.296.935	4.850.417	67.913.000	0,122
2001	8.572.259	2.236.050	1.355.558	4.980.651	68.898.000	0,124
2002	9.037.596	2.372.777	1.408.941	5.255.878	69.875.000	0,129
2003	9.238.101	2.408.148	1.466.679	5.363.274	70.847.000	0,13
2004	9.269.916	2.404.091	1.534.576	5.331.249	71.813.500	0,129
2005	10.192.799	2.402.409	1.595.973	6.194.417		
2006	10.265.312	2.420.897	1.649.998	6.194.417		

Kaynak: <http://tekekonogostergetr1950-04esg.htm> ve istatistik göstergeler (1923-2006) den derlenmiştir.

* TAHMİN

Tablodan da görüldüğü gibi aktif sigortalı ve pasif sigortalı (Aylık Alanlar; Emekli, malul, dul ve yetim) sayısının 1995–2006 yıllarında düzenli bir artış gösterdiği görülmektedir. 1995 yılında aktif sigortalı sayısı 1.880.437, pasif sigortalı sayısı 952.360 ve bağımlılarla birlikte toplam sigortadan faydalananların sayısı ise 7.173.345 kişidir. Bunların genel nüfus içindeki oranları da %0,11 civarındadır. Bu sayı 2000 yılında aktifler de 2.163.698, pasif sigortalılarda 1.296.935 kişi ve toplamda da

8.572.259 kişiye ulaşmış ve bu toplamın genel nüfusa oranı ise %,12 civarına gelmiştir. 2006 yılında ise de aktiflerin sayısı 2.420.897, pasif sigortalılarda 1.649.417 kişi ve toplamda da 10.265.312 kişiye Emekli Sandığı yararlananı çıkmıştır.

Tablo 11: Emekli Sandığı'nın sağlık ve ilaç harcamaları (2000–2006)

YILLAR	TOPLAM SAĞLIK HARCAMALARI	TOPLAM SAĞLIK HARCAMASI DEĞİŞİM ORANI (%)	İLAÇ HARCAMASI	İLAÇ HARCAMASI DEĞİŞİM ORANI (%)	İLAÇ HARCAMALARININ SAĞLIK HARCAMALARI İÇİNDEKİ ORANI (%)
2000	623	73,0	358	80,8	57,5
2001	1.089	74,8	660	84,4	60,6
2002	1.840	68,9	1.100	66,7	59,8
2003	2.498	35,8	1.517	37,9	60,7
2004	2.796	11,9	1.524	0,5	54,5
2005	2.917	4,3	1.607	5,4	55,1
2006	2.744	—5,9	1.265	—21,3	46,1

Kaynak : http://www.calisma.gov.tr/basinbulteni/2006_bulten/bulten2006.htm

* Sağlık harcamalarına ilaç harcamaları dâhildir.

* milyon YTL

T.C. Emekli Sandığı'nın yukarıdaki tabloda yer alan yıllar itibari ile sağlık harcamalarına bakıldığında, ilaç giderlerinin toplam sağlık harcaması içerisinde büyük paylara sahip olduğunu görmekteyiz.

2000 yılında Emekli Sandığı ilaç harcamaları miktarı 358 milyon YTL ve bu toplam harcamalar içerisinde %57,5'lik bir paya sahipken, 2002 yılında ilaç harcamaları 1.100 milyon YTL'ye ve toplam sağlık harcamaları içerisinde ki oranı ise %59,8'e çıkmıştır.

2004 yılında ilaç harcaması 1.524 milyon YTL ve toplam içindeki miktarı % 54,5 civarındadır. 2006 yılında ise de ilaç harcamaları 1.265 milyon YTL'ye gerilerken toplam sağlık harcamaları içerisindeki oranı da %46,1'e gerilemiştir. Toplam sağlık harcamaları 2005 yılına kadar düzenli olarak artış göstermiş. 2006 yılında bir azalma kaydetmiş buna paralel olarak ta ilaç harcamaları toplam içerisindeki oranında aynı yönde ama toplam sağlık harcamalarından daha fazla bir oranda azalma göstermiştir.

Emekli sandığı harcamaları kendi elde ettiği gelirler ile giderlerini karşılayamamakta ve tıpkı SSK ve Bağ-Kur' da olduğu gibi hazine yardımlarıyla bu fark karşılanmaktadır. Emekli Sandığına yapılan bu yardımları 940.01.03.401.900 no'lu tertipte yer almakta ve bu tertibin kapsamı "...5434 sayılı Emekli Sandığı Kanunu'nun 14'üncü maddesi uyarınca genel ve katma bütçeli kuruluşlar adına oluşacak %4 ek karşılıklar ile ilgili T.C. Emekli Sandığına ödemeler..." den oluşmaktadır (T.C. Maliye Bakanlığı, Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü, Bütçe Gerekçesi 2000, Ankara).

Emekli Sandığının 1994–2006 yılları arasında yapılan bütçe transferleri aşağıdaki tablo 12'de düzenlemiştir.

Tablo 12: Emekli Sandığı'na yapılan bütçe transferleri

YILLAR	Emekli Sandığı(milyar TL\Bin YTL)	GSMH'nın %'si
1994	20.000	0,51%
1995	41.000	0,52%
1996	119.200	0,80%
1997	280.000	0,95%
1998	610.000	1,14%
1999	1.035.000	1,32%
2000	1.775.000	1,41%
2001	2.675.000	1,52%
2002	4.676.000	1,70%
2003	6.145.000	1,72%
2004	7.800.000	1,82%
2005	8.889.000	1,83%
2006	10.035.000	1,86%

Kaynak: http://www.calisma.gov.tr/basinbulteni/2006_bulten/bulten2006.htm

1994 yılında bütçede transfer edilen miktar 20.000 milyar TL (Bin YT) iken, 1996 yılında 119.200 milyar TL (Bin YT), 1998 yılında 610.000 milyar TL (Bin YT), 2000 yılında 1.775.000 milyar TL (Bin YT), 2002 yılında 4.676.000 milyar TL (Bin YT), 2006 yılında ise de 10.035.000 milyar TL (Bin YT)'ye ulaşmıştır. Bu yapılan bütçe transferlerinin GSMH içersindeki oranları 1994 yılında %0,51 iken bu oran 2000 yılında %1,41 ve 2006 yılında da bu oran %1,86'ya yükselmiştir. Tablodan görüldüğü üzere 1994–2006 yılları arasında Emekli Sandığı gelir-gider arasındaki fark açılmış ve bununlar doğru orantılı olarak ta bütçeden transfer edilen miktarlar ve bunları GSMH içindeki oranları artış göstermektedir.

2.1.2.1.2. Vergi Kaynaklı Kamu Sağlık Harcamaları

2.1.2.1.2.1. Sağlık Bakanlığı Harcamaları

Sağlık Bakanlığı'nın, Milli Mücadelenin başlangıcında 2 Mayıs 1920 tarihinde çıkarılan 3 sayılı kanunla, Türkiye Büyük Millet meclisi'nce Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı olarak kurulmuştur. Bu kuruluş, Türk sağlık sisteminin örgütsel yapısı içinde en üst düzeyde ülkenin sağlık politikasını saptayan yönetim ve denetim sorumluluğu olan bir kuruluştur (Şahbaz, 1999:68). Sonraki yıllarda hizmetlerin gelişmesi karşısında 23.6.1986 tarih ve 3017 sayılı "Sağlık ve sosyal Yardım Teşkilatı ve Memurun Kanunu" çıkarılarak Bakanlık teşkilatı zamanın ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde genişletilmiştir (Karabulut, 1998:57).

Sağlık Bakanlığının görevleri; birey ve toplum sağlığını korumak ve bu amaçla ülkeyi kapsayan plan ve programlar yapmak, uygulamak ve uygulatmak ve her türlü önlemi almak, gerekli teşkilatı kurmak ve kurdurmak, bulaşıcı salgın ve sosyal hastalıklarla savaşarak koruyucu, tedavi edici hekimlik ve rehabilitasyon hizmetleri ile ana-çocuk sağlığının korunması ve aile planlaması hizmetlerini yapmak, gerekli aşı, serum, kan ürünleri ve ilaçlarının üretimini yapmak, temel sorumluluk Sağlık Bakanlığına ait olma üzere Tarım ve Köy işler Orman Bakanlığı ve mahalli idarelerle işbirliği açısından denetim hizmetlerini yürütmek, bulaşıcı, salgın insan hastalıklarına karşı kara hudut kapıları, deniz ve hava limanlarında koruyucu sağlık önlemlerini almak; kanser, verem ve sıtma ile savaş hizmetlerini yürütmek ve bu alanda hizmet veren kurum ve kuruluşların çalışmalarının koordinasyonunu ve denetimini kurmak ve işletmek, meslek personelini yetiştirmek, sağlık hizmetleriyle ilgili olarak uluslar arası ve yurt içindeki kurum ve kuruluşlarla işbirliği içinde bulundurmaktır diyebiliriz (Bümko1993:4). Ayrıca, Sağlık Bakanlığı, özel sağlık hizmeti veren kurum ve kişilere, hizmeti yapabilirlik konusunda onay ve izin vermekte ve zaman zaman bu kişi ve kuruluşları denetlemektedir. Standartlara uygun hizmet sunumunda bulunmayan kurum ve kişileri süreli veya süresiz hizmetten men etme yetki ve sorumluluğuna sahiptir. Ayrıca, üyeleri ve aileleri için kendi hastanelerinde tıbbi bakım veren Sosyal Sigortalar Kurumu hastaneleri üzerinde sınırlı denetimi vardı fakat bugün yapıyla değişiklik ile bu geçerliliğini yitirmiştir.

Sağlık Bakanlığının bu hizmetleri üretmek için kullandığı finansman kaynaklarının başında genel bütçede ödemeleri ve bunun yanında döner sermaye gelirleridir. 1988 yılından itibaren 3418 sayılı yasa ile oluşturulan fon çerçevesinde, bu kaynaklara ek olarak sigara, akaryakıt, otomobil gibi ürünlerin satışı üzerinden sağlık amaçlı ek vergiler konulmak suretiyle yeni finansman kaynakları oluşturulmuştur (Türkiye Sağlık Reformu, T.C.Sağlık Bakanlığı Sağlık projesi Genel koordinatörlüğü, 1996:5-6).

Türkiye Cumhuriyetinin sağlık politikasını da yürütmekle görevli olan Sağlık bakanlığı, koruyucu sağlık hizmetleri yanında, birinci ve genellikle de ikinci basamak sağlık hizmetlerini de sunan en önemli kuruluştur. Özellikle Türkiye'nin toplam sağlık hasta yatağının yarısından fazlasının Sağlık Bakanlığı'na ait oluşu, bu konudaki önemini açık bir şekilde göstermektedir (Günaydın, 1994:78).

Cumhuriyetin kuruluşundan bu yana geniş kapsamlı sağlık hizmeti üreten ve bu hizmetleri üretmek üzere başta devlet bütçesinin olmak üzere değişik kaynaklardan finanse edilen en büyük kuruluş Sağlık Bakanlığıdır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin tamamını, birinci basamak hizmetler ile yataklı tedavi hizmetlerinin büyük bir kısmını yürüten Sağlık Bakanlığı, kamu harcamalarının önemli bir kısmını yapmaktadır.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin tek sunucusu, birinci basamak sağlık hizmetleri ile yataklı tedavi hizmetlerinin en yaygın sunucusu olması itibariyle Sağlık Bakanlığı, sektör içerisinde tartışmasız en büyük yere sahip olmasına rağmen, Konsolide Bütçeden aldığı pay hiçbir zaman 5,2'nin üzerine çıkmamıştır (Yıldırım, 1994:54-55).

Sağlık Bakanlığı'na ait hastaneler ve yatak sayılarının 1967–2006 arasındaki gelişimi tablo 13'de gösterilmektedir.

Tablo 13: Sağlık Bakanlığı Hastaneleri ve Yatak Sayıları 1967–2006

YILLAR	Sağlık Bakanlığı yatak sayısı	Sağlık Bakanlığı hastane sayıları
1967	41 272	510
1970	47 270	570
1975	52 499	593
1980	57 076	604
1985	62 603	481
1990	71 258	499
1995	76 991	677
1996	78 347	682
1997	80 297	698
1998	82 032	727
1999	84 022	734
2000	86 117	744
2001	87 709	751
2002	88 827	654
2003	91 202	664
2004	94 710	683
2005	131 843	795
2006	133 168	769

Kaynak: http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=12, http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=13, T.C. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2005 ve T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu Türkiye İstatistik Yıllığı'ndan derlenerek hazırlanmıştır.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin tek sunucusu, birinci basamak sağlık hizmetleri ile yataklı tedavi hizmetlerinin en büyük sunucusu olan Sağlık Bakanlığı, ülkemizde hastane ve yatak sayısı bakımından da en büyük miktarda hastane ve yatak sayısını sahip kuruluştur.

Tablo 13'te de görüldüğü gibi 1967 ile 2006 yılları arasında Sağlık Bakanlığına ait hastanelerde artan nüfusa paralel olarak hastane ve bunların yatak sayılarında artış meydana gelmiştir. 1967 yılında 510 hastane ile 41 272 yatak sayısına sahip olan Sağlık bakanlığı 1975 yılında 593 hastaneye 52499 yatak kapasitesine ulaşmış, 1980 yılında 604 hastane ve 57 076 yatak kapasitesine, 1995 yılında 677 hastane 76 991 yatak sayısına, 2000 yılında 744 hastane ve 86 117 yatak sayısına, 2004 yılında hastane sayısı

683 iken yatak sayısı da 94 710 kişiye, 2005 yılında 5283 sayılı kanunun yürürlüğe girmesi ile SSK hastanelerinin devri gerçekleşmiş ve hastane sayısı 795 yatak sayısı da 131 000 kişi kapasiteye ulaşmıştır (Sağlık Bakanlığı, Strateji Geliştirme Başkanlığı, Sağlık 2005:72). Bu bize Sağlık Bakanlığının ne kadar büyük bir sağlık hizmeti sunduğunu göstermektedir.

Artan nüfus ile birlikte sosyal devlet anlayışı gereği sağlık hizmetlerini de artıran ve bunun için hastane ve yatak sayısını günden güne artıran Sağlık Bakanlığı, artan bu işgücü ile birlikte harcamaları da artış göstermiştir.

Türkiye’de sağlık politikalarını belirlemekle yükümlü olan, koruyucu sağlık hizmetlerinin tek sunucusu ve yataklı tedavi kurumlarının önemli bir bölümünü bünyesinde bulunduran ve buna bağlı olarak en çok sağlık harcaması yapan Sağlık Bakanlığının 1994–2006 yılları arasındaki sağlık harcamaları ve bunun Genel bütçe içerisindeki oranları Tablo 14’te verilmiştir.

Sağlık Bakanlığı harcaması 1994 yılında toplamda 31.428 milyar TL iken genel bütçe kuruluşlarının harcamaları içinde %3,5’lik bir paya sahipti. 1998 yılında toplam sağlık harcaması 471.218 milyar TL iken genel bütçe kuruluşlarının harcamaları içinde %3 civarında paya sahiptir. 2002 yılında bakanlığın toplam sağlık harcaması 3.038.945 milyar TL ve genel bütçe içindeki oranı da %2,41’dir. Sağlık Bakanlığının hızla artan sağlık harcamaları 2004 yılında 4.460.899 milyar TL ye yükselmiş ve bunu genel bütçe kuruluşlarının harcamaları içindeki oranı ise %3,19 civarına gerçekleşmiştir. 2006 yılında ise de 7.477.471 milyar TL ye yükselmiş ve bunu genel bütçe kuruluşlarının harcamaları içindeki oranı ise %4,39 civarında gerçekleşmiştir.

Sağlık Bakanlığının 1994 yılından 2006 yılına kadar bütçedeki artış süreklilik arz etmiş ve en önemli artışı ise 2001–2002 yılında gerçekleştirmiştir. Sağlık Bakanlığı bünyesinde personel harcamalarının, toplam harcamalar içerisindeki payının büyük olması, istihdam fazlalığı ile birlikte daha az ücretle daha fazla çalıştırıldığı ve kaynak tahsisinde iktisadi kararlardan çok siyasi kararların rol oynadığı şeklinde değerlendirilebilir. Tablo 14’te de görüldüğü gibi personel harcamalarının fazla olması son zamanlar da azalmış ve yatırım harcamaları da personel harcamaları kadar bir oranda yapılmaya başlanmıştır.

Tablo 14: Genel Bütçe İçerisinde Sağlık Bakanlığı Bütçesi

Yıllar	Genel Bütçe Kuruluşlarının Harcamaları			Sağlık Bakanlığı Harcaması			SB Pers./ GB pers.	SB Yat./ GB Yat.	SB Toplam/ GB toplam
	Personel	Yatırımlar (Ser.Tr)	Toplam	Personel	Yatırımlar (Ser.Tr)	Toplam			
1994	233.082	22.520	890.425	25.443	1.314	31.428	10,9	5,8	3,5
1995	404.117	34.600	1.704.845	45.117	2.640	57.074	11,2	7,6	3,3
1996	793.133	83.906	3.916.254	94.182	5.014	116.894	11,9	6,0	3,0
1997	1.695.537	223.627	7.993.610	201.770	14.445	255.950	11,9	6,5	3,2
1998	3.207.403	387.241	15.466.378	365.132	23.967	471.218	11,4	6,2	3,0
1999	5.637.345	627.191	27.841.439	626.592	23.308	805.246	11,1	3,7	2,9
2000	8.004.246	932.870	46.384.290	850.016	54.590	1.139.512	10,6	5,9	2,28
2001	12.237.221	1.392.280	80.186.248	1.311.817	113.246	1.821.581	10,7	8,1	2,65
2002	18.868.593	2.483.401	114.963.019	2.031.547	291.232	3.038.945	10,8	11,7	2,41
2003	24.652.967	2.459.793	139.488.804	2.678.703	171.092	3.674.262	10,9	7,0	2,43
2004	23.762.777	2.399.273	138.404.199	2.617.401	260.514	4.460.899	11,0	10,9	3,19
2005	-	-	153.928.793	-	-	5.462.975	-	-	3,55
2006	-	-	170.156.782	-	-	7.477.471	-	-	4,39

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı 2006 ve <http://ekutup.dpt.gov.tr/ekonomi/gosterge/tr/1950-04/esg.htm>'den derlenmiştir.

* milyar TL

Sağlık bakanlığı son yıllar da özellikle de 2002 yılından sonra hem harcamalardaki artışın hem de bununla birlikte yatırımlara verdiği önem yukarıdaki tablodan anlaşılmaktadır. Tabii bunu yeterli olduğunu söylemek mümkün değildir. Artan nüfusumuz ile birlikte sağlık hizmetlerine olan ihtiyaçta günden güne artmaktadır. Özellikle de sağlık personeli yetersizliği ilk göze çarpan bir gerçektir.

Tablo 15:Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Konsolide Bütçe'ye Oranı

Yıl	Sağlık Bütçesi				Kons. Büt.İçin.pay (%)		Kamu Yat. İçin. Pay(%)	
	Toplam		Yatırım		Toplam		Yatırım	
	Başlangıç Ödeneği	Harcama	Başlangıç Ödeneği	Harcama	Başlangıç Ödeneği	Harcama	Başlangıç Ödeneği	Harcama
1983	76	71	12	2	3,0	2,7	2,1	0,4
1984	101	101	16	4	3,1	2,7	2,2	0,6
1985	143	150	21	7	2,9	2,8	2,1	0,6
1986	200	220	38	13	2,8	2,6	2,9	0,7
1987	308	372	56	37	2,8	2,9	3,0	1,6
1988	570	641	96	69	2,7	3,0	2,8	1,9
1989	906	1.482	121	128	2,8	3,8	2,3	2,2
1990	2.651	3.213	424	322	4,1	4,7	4,3	3,3
1991	4.121	5.222	425	200	4,1	4,0	3,2	1,1
1992	9.810	10.499	814	715	4,7	4,0	3,0	2,2
1993	18.031	19.133	1.426	1.235	4,5	3,9	3,1	2,1
1994	30.321	31.538	2.613	1.314	3,7	3,5	3,1	1,8
1995	48.298	57.074	3.757	2.640	3,6	3,3	4,4	2,7
1996	96.755	116.894	12.390	5.014	2,8	3,0	5,2	2,1
1997	201.569	255.950	26.355	14.445	3,2	3,2	5,3	2,4
1998	390.962	471.218	32.613	23.967	2,6	3,0	3,3	2,4
1999	658.639	805.246	93.300	23.308	2,8	2,9	7,0	0,8
2000	1.057.786	1.139.512	155.670	54.590	2,3	2,4	6,6	2,2
2001	1.276.201	1.821.581	112.480	113.246	2,6	2,3	3,2	2,7
2002	2.345.447	3.038.946	203.840	291.232	2,4	2,6	3,6	4,2
2003	3.570.054	3.674.262	325.500	171.092	2,4	2,6	4,1	2,4
2004	4.554.490	4.461.250	331.048	260.514	3,0	3,2	5,6	3,5
2005	5.500.114	6.769.154	404.254	303.191	3,5	4,6	3,9	2,9
2006		8.535.254				4,9		

Kaynak: Türkiye sağlık istatistikleri 2006 (Türk tabipler birliği) ve <http://ekutup.dpt.gov.tr/ekonomi/gosterge/tr/1950-06/esg.htm> ve Sağlık Bakanlığı, Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007'den derlenmiştir.

*milyar TL

Sağlık Bakanlığı'nın finansman kaynaklarının önemli bir bölümünü oluşturan Konsolide devlet bütçesinden tahsis edilen kaynak verileri yukarıdaki tablo 16'da 1983–2006 yılları arasındaki değişimi yer almaktadır.

1983 yılında Sağlık Bakanlığının konsolide bütçeye oranı %3'ken 1987 yılında %2,7'ye gerilediği gözlenmektedir. 1990 yılında %4,1'e çıkmış ve 1992 yılında %4,7 olarak 1983–2004 yılları arasındaki en yüksek orana ulaşmıştır. 1994 yılında %3,7 1998 yılında %2,6 2000 yılında %2,4 2002 yılında %2,6 seviyesine çıkmıştır. 2004 yılında

% 3,2 civarında ve 2006 yılında %4,6 seviyesinde seyrederek 2004 yılında göre önemli bir artış gösterdiği gözlenmektedir.

Tablo16: Yıllara Göre Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Harcama Birimlerine Dağılımı (%), (1992–2004)

	1992	1994	1998	2000	2002	2004
Personel giderleri	76.7	79.1	77.5	78.4	77.9	55.9
Diğer cari harcamalar	8.4	7.9	5.8	7.2	5.6	28.1
Yatırımlar	8.1	8.5	8.3	5.1	8.7	8.1
Transferler	6.8	4.5	8.4	9.3	7.8	7.9

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri 1991–2003.

* 2003 yılında sağlık kalemlerinin kategorizasyonu Bakanlık tarafından değiştirilmiştir. Bu nedenle yer almamaktadır.

Tablo 16’de 1992 ile 2004 yılları arasındaki Sağlık Bakanlığı bütçesinin harcama birimlerine dağılımı yer almaktadır. Bu tablo, yapılan Sağlık Bakanlığı harcamalarının nerelere yapıldığını göz önüne sererek kurumun mevcut durumunu daha iyi değerlendirmemize yardımcı olacaktır.

1992- 2004 yılları arasındaki harcama birimleri Sağlık Bakanlığının harcama kalemlerini kategorizasyonundan yola çıkılarak hazırlanmıştır. Kategoriler personel giderleri, diğer cari giderler (ilaç ve diğer tıbbi malzeme giderleri), yatırımlar ve transferlerden oluşmaktadır. Bunlar içinde en çok yapılan harcama kalemi personel giderleri tablodan gözlenebilmektedir. 1992 yılında %76,2 iken 1994 yılında %79, 1998 yılında %77, 2000 yılında %78, 2002 yılında %77 ve 2004 yılında ise %55 civarlarında olduğu gözlenmektedir. 1992–2004 yıllar arasında artış gösteren personel harcamaları 2004 yılında %55,9 a gerilemiş ve bu azalma diğer carilerdeki artıştan kaynaklandığı görülmektedir. Diğer carilerin içersinde en önemli paya sahip olan ilaç harcamaları bu artışın gerçekleşmesini sağlayan en büyük etken olduğu tablodan açıkça görülebilmektedir. Yatırım ve transferlerin mevcut yıllar itibari ile aynı seviyede gittiği

de tablodan açıkça görülmektedir. Yatırımların az olması dikkat çekilmesi gereken diğer bir konudur. 1992 ile 2004 yılları arasında fazla bir değişim göstermemiş sadece 2000 yılında büyük bir düşme göstermiştir (%5,1 seviyesine inmiş). Bunu göz önünde bulundurarak Sağlık Bakanlığının, artan nüfus ve buna paralel artan sağlık hizmetleri ihtiyacı için gerekli yatırımları gerçekleştiremediği söylenebilmektedir. Sürekli artan personel giderleri ve bunun önünde duran önemli bir engeldir. Tabi bunda Sağlık Bakanlığı bütçesinin yetersizliğini de göz önünde bulundurmak gerekir. Çünkü bakanlık daha genel nüfusun ihtiyacı olan gerekli sağlık hizmetini karşılayacak personele sahip olmamasına rağmen, var olan mevcut personel giderlerini karşılamakta zorlanırken ya da personelini tam memnun edememişken yatırıma yönelmesinin çok zor olduğu açıktır.

2.1.2.1.2.2. MSB-Diğer Bakanlıklar ve Kamu Kurumlarının Sağlık Harcamaları

Türkiye’de kendi sağlık sistemini kurarak hizmet veren kuruluşlardan bir de Milli Savunma Bakanlığı’dır. Milli Savunma Bakanlığı 926 Sayılı Kanuna göre görev yapan Subay, Astsubay ve bunların emekli, dul ve yetimleri ile silah altındaki er ve erbaşlara sağlık hizmeti vermektedir. Milli Savunma Bakanlığı bir devlet kuruluşu olduğu için kendine bağlı hastane harcamalarının tamamı genel bütçeden karşılanmaktadır (Yıldız, 1992:80).

Tablo 17’de Milli Savunma Bakanlığı sağlık harcamaları gösterilmektedir. Bakanlığın yapmış olduğu sağlık harcamaları toplamı 133.965.000 milyon TL’dir. Bu harcamanın 64.303.200 milyon TL’si hastane harcamalarına ve toplam içinde %48’zini oluştururken, ilaç harcamaları 29.472.300 milyon TL ile %22 ve ayakta tedavi harcamaları ise de 40.189.500milyon TL ile %30’unu oluşturduğu tablodan gözlenebilmektedir.

Tablo17: Milli Savunma Bakanlığı Sağlık Harcaması

Harcama Türleri	Milyon TL	Milyon USD	Oran %	97\98 değişim % TL	97\98 değişim % USD
Hastane Harcamaları	64.303.200	242,9	48,0	115,4	26,5
İlaç Harcamaları	29.472.300	111,3	22,0	115,4	26,5
Ayaktan tedavi harcamalar	40.189.500	151,8	30,0	115,4	26,5
Toplam	133.965.000	506,1	100,0	115,4	26,6

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık projesi genel koordinatörlüğü, Ocak 2001

Kamu iktisadi teşebbüsleri (KİT), kamu sermayeli kuruluşlar olmalarına karşın, özel hukuk kurallarına göre faaliyet gösteren ve özerk bütçeye sahip olan bu kuruluşlar, giderlerini kendi özel gelirleriyle karşılamakta ve bütçelerini de kendileri hazırlamaktadır. Özel hukuk kurallarına göre faaliyet göstermeleri sebebiyle sağlık alanında da mensuplarına anlaşma yaptıkları hekim ve sağlık kuruluşlarınca sağlık hizmeti verebilmektedir (Dağlı, 2006:77).

Kamu iktisadi teşebbüslerinin (KİT), yapmış olduğu sağlık hizmeti harcamaları tablo 18’da gösterilmektedir. Buna göre yapılan hastane sağlık harcaması 18.439.617 milyon TL ve bunun toplam sağlık harcamasının içindeki oranı %30 ‘dur. İlaç ve tıbbi malzeme harcamaları 27.659.426 milyon TL ve toplama içindeki payı %45 ile en fazla yere sahiptir. Ayakta tedavi hizmetlerine yapılan harcama miktarı ise 61.465.391 milyon TL ve toplam sağlık harcaması içindeki payı ise de %25 civarında gerçekleşmiştir.

Tablo 18: KİT'lerin sağlık Harcaması

Harcama Türleri	Milyon TL	Milyon USD	Oran %	97\98 değişim % TL	97\98 değişim % USD
Hastane Harcamaları	18.439.617	67,7	30,0	84,7	8,5
İlaç ve tıbbi malzeme Harcamaları	27.659.426	104,5	45,0	84,7	8,5
Ayaktan tedavi harcamalar	15.366.348	58,1	25,0	84,7	8,5
Toplam	61.465.391	232,2	100,0	84,7	8,5

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık projesi genel koordinatörlüğü, Ocak 2001

* Not: KİT'lerde çalışan toplam memur ve sözleşmeli personel sayısı 350.646 olup, bağımlıları ile birlikte toplam sayıları 1.472.713 olarak alınmıştır.

Sağlık ve Milli Savunma Bakanlığı gibi sağlık hizmeti veren bakanlıkların yapmış olduğu sağlık harcamaları dışında, bakanlıklara bağlı Genel ve Katma bütçeli kuruluşlarda 657 sayılı Personel Kanunu hükümlerine göre çalışan devlet memurlarının sağlık güvenceleri, bu kurumlar tarafından sağlanmaktadır. Bu kişilere yapılacak her türlü sağlık gideri, kamu gelirlerinden ayrılmış ödeneklerle karşılanmaktadır (Tokat, 1993:24).

Bakanlıkların, doğrudan sağlık hizmeti sunumuna yönelik bir örgütleri ve sağlık tesisleri yoktur. Tabi burada Sağlık Bakanlığı ve Milli Savunma Bakanlığı dışındaki bakanlıklar kastedilmektedir. Bakanlıkların personellerinin sağlık ödemeleri bütçe ödenekleri ile karşılanır. Milli savunma bakanlığı dışındaki bakanlıkların sağlık harcamalarının dağılımı konusunda sağlıklı ve ayrıntılı bilgiler elde etmek mümkün görünmemektedir. Bakanlıkların yapmış oldukları sağlık harcamaları tablo 19'de gösterilmektedir. Veri yetersizliği nedeniyle elde edilen kaynaklar daha önce Sağlık Bakanlığı Sağlık projesi Genel Koordinatörlüğü tarafından 2001 yılında yapılan özel bir araştırmanın sonuçlarından yararlanılarak hazırlanmıştır. Son yıllara ait veriler elde edilememiştir.

Tablo 19: Bakanlıklara Ait Sağlık Harcamaları

Harcama Türleri	Milyon TL	Milyon USD	Oran %	97\98 değişim % TL	97\98 değişim % USD
Hastane Harcamaları	55.544.280	209,8	33,0	65,7	—2,7
İlaç Harcamaları	92.573.800	349,7	55,0	65,7	—2,7
Ayakta tedavi harcamalar	20.197.920	76,3	12,0	65,7	—2,7
Toplam	168.316.000	635,9	100,0	65,7	—2,7

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık projesi genel koordinatörlüğü, Ocak 2001

Sağlık Bakanlığı ve Milli Savunma Bakanlığı dışındaki tüm bakanlıkların yapmış olduğu toplam sağlık hizmeti harcaması 168.316.000 milyon TL'dir. Bunun 55.544.280 milyon TL'si hastane harcaması, 92.573.800 milyon TL ilaç harcaması ve 20.197.920 milyon TL'si de ayaktan tedavi harcamalarından oluşmaktadır. Bunların toplam içindeki pay dağılımı ise; %33'ü hastane harcamalarından, %12'si ayakta tedavi harcamaları ve %55'side ilaç harcamalarından oluşmaktadır. En fazla yapıyla harcamalarının ilaç harcamalarına olduğu açıkça görülmektedir. Bunun nedeni ise bakanlıkların herhangi bir sağlık hizmeti örgütüne veya tesisine sahip olmamasından kaynaklanmaktadır.

Tablo 20: Diğer Bakanlık ve Resmi Kuruluşlara Ait Hastane ve Yatak Sayısı

YILLAR	Diğer bakanlık ve resmi kuruluşlara ait hastane sayıları	Diğer bakanlık ve resmi kuruluşlara ait hastanesi yatak sayıları
1990	18	2 926
1991	17	2 991
1992	16	2 977
1993	15	2 877
1994	13	2 779
1995	13	2 779
1996	12	2 897
1997	12	2 897
1998	12	2 897
1999	12	2 897
2000	10	2 287
2001	10	2 287
2002	10	2 287
2003	10	2 287
2004	8	1 587

Kaynak: http://www.tuik.gov.tr/PrelstatistikTablo.do?istab_id=12 ve http://www.tuik.gov.tr/PrelstatistikTablo.do?istab_id=13 derlenmiştir.

(*) Her türlü tedavi hizmetini yapmakla yükümlü olan hastaneler, doğum ve çocuk bakımevleri, ruh ve sinir hastaneleri, göğüs hastaneleri, onkoloji hastaneleri ve sağlık merkezlerini kapsar.

Tablo 20’de Diğer bakanlık ve resmi kuruluşlara ait hastane ve yatak sayısı gösterilmektedir. Buna göre hastane ve yatak sayısının 1990’dan sonra düzenli bir azalış gösterdiği görülmektedir. 1990 yılında 18 hastane ile 2.926 yatak sayısına sahip olan bakanlık ve resmi kuruluşlar, 1994 yılında 13 tane hastane ile 2.779 yatak sayısına, 1998 yılında 12 tane hastane ile 2.897 yatak sayısına, 2002 yılında 10 tane hastane ile 2.287 yatak sayısına ve 2004 yılında ise de 8 hastane ile 1.587 yatak sayısına azaldığı görülmektedir.

2.1.2.1.2.3. Üniversitelerin Sağlık Harcamaları

Türk mali sisteminde özel bütçeli kuruluşlar içinde yer alan üniversitelere bağlı tıp fakülteleri hastaneleri, diş hekimliği ve eczacılık fakülteleri ile hemşirelik yüksek okulları, sağlık yüksek okulu, sağlık hizmetleri meslek yüksek okulları ve sağlık meslek

lisesi gerek sağlık hizmeti ureterek, gerekse sağlık eğitimi yaparak harcamalarda bulunmaktadırlar. Özellikle hizmet sunumunda önemli ölçüde harcama yapmaktadırlar. Bu kurumlar, sigortalı ve sigortasız tüm hastalara hizmet vermektedirler (Tokat,1993:26). Üniversiteler tıp fakülteleri dışında mediko-sosyal merkezleri aracılığı ile de ayrıca sağlık hizmetlerini sunmaktadır (Şakar, 1999:62).

Ülkemizde üniversitelerin birimi olarak faaliyet gösteren tıp fakültelerinin üç işlevi vardır. Birincisi, kamu sektöründe araştırma yapmak. İkincisi, yüksek düzeyde sağlık personeli yetiştirmek için eğitim vermek. Üçüncüsü ise, sağlık hizmetlerinin doğrudan toplumun kullanımına sunmaktır (Karabulut, 1998:59).

Üniversite hastaneleri, sağlık hizmeti yanında yüksek kalitede eğitim kuruluşları olmaları sebebiyle bu hastanelerde hizmet talebi çok yüksektir. Üniversite hastaneleri, özellikle büyük kentlerde, tedavi edici sağlık hizmetlerinin önemli bir bölümünü yüklenmiştir (Şin, 1999:93).

Üniversite araştırma ve uygulama hastaneleri tıp eğitimi veren üniversiteler bünyesinde hizmet sunan araştırma uygulama birimidirler. Sistem içerisinde en üst kademedeki yer almakta olup, esas itibariyle üst müracaat hizmetleri vermeleri gerekmektedir. Ancak, hem mevcut sistemin işleyişindeki aksaklıklardan dolayı bu hastanelere gereğinden fazla talep olmaktadır, hem de döner sermaye gelirlerini arttırmak için adi vaka kabulünü çok arttırmışlardır. Aşırı talep döner sermaye gelirlerinin genişlemesi imkânını sağlamakla birlikte araştırma ve uygulama hastanelerinin asıl fonksiyonları olan eğitim hizmetlerine gerektiği gibi önem verilememesine yol açmakta ve hastanecilik hizmetleri önemini arttırarak korumaktadır (Yıldırım, 1994:62).

Tablo 21: Üniversitelerin Hastane ve Yatak Sayıları 1990–2006

YILLAR	Üniversite hastane sayıları	Üniversite hastanesi yatak sayıları
1990	23	18 068
1991	25	18 298
1992	25	18 298
1993	27	19 009
1994	29	19 852
1995	33	20 811
1996	35	22 056
1997	37	23 383
1998	40	23 828
1999	42	24 094
2000	42	24 647
2001	43	24 754
2002	50	26 024
2003	50	26 162
2004	52	27 299
2005	53	28 055
2006	56	29 700

Kaynak: http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=12 , http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=13 ve Türkiye İstatistik Yıllığı (TÜİK)'nden derlenerek hazırlanmıştır. derlenmiştir.

(*) Her türlü tedavi hizmetini yapmakla yükümlü olan hastaneler, doğum ve çocuk bakımevleri, ruh ve sinir hastaneleri, göğüs hastaneleri, onkoloji hastaneleri ve sağlık merkezlerini kapsar.

Tablo 21’de üniversite hastanelerinin 1990 ile 2006 yılları arasındaki hastane ve yatak sayısındaki değişimi gösterilmektedir. Buna göre hastane ve yatak sayısının 1990’dan sonra düzenli bir artış gösterdiği görülmektedir. 1990 yılında 23 hastane ile 18.068 yatak sayısına sahip olan hastaneler, 1994 yılında 29 hastane ile 19.852 yatak sayısına, 1998 yılında 40 hastane ile 23.828 yatak sayısına, 2002 yılında 50 hastane ile 26.024 yatak sayısına ve 2004 yılında ise de 52 hastane ve 27.299 yatak sayısına ulaştığı görülmektedir. Özellikle 2001 2002 yılları arasında en fazla artış yaptığı yıllar olduğu görülmektedir. Bu dönem ülkemiz açısından nasıl bir zor zaman (2001 krizi) olduğu düşünüldüğünde bu artışın şaşırtıcı olması kanaatimce herkes için geçerlidir.

Tablo22: Üniversitelerin sağlık harcamaları

Harcama yerleri	1992	1993	1994	1995	1996	1998
Eğitim harcamaları	1.149.872 (%30)	1.961.316 (%30)	3.634.764 (%28)	5.488.686 (%25)	10.531.453 (%18)	43.712.606 (%14,6)
Hastane harcamaları	2.236.744 (%59)	4.251.402 (%65)	8.729.695 (%68)	15.541.255 (%72)	46.241.702 (%80)	248.365.386 (%83,2)
Genel bütçe	816.750 (%21)	1.887.892 (%29)	3.232.970 (%25)	3.839.478 (%18)	7.878.642 (%14)	52.972.970 (%17,7)
Döner sermaye	1.419.994 (%37)	2.374.010 (%36)	5.496.725 (%43)	11.701.777 (%54)	38.363.060 (%66)	195.412.46 (%65,4)
Mediko-sosyal harcamaları	420.882 (%11)	324.209 (%5)	501.701 (%4)	660.033 (%3)	1.083.200 (%2)	6.616.213 (%2,2)
Toplam	3.807.498 (%100)	6.536.927 (%100)	12.866.160 (%100)	21.689.974 (%100)	57.856.355 (%100)	298.694.205 (%100)

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık projesi genel koordinatörlüğü, Ocak 2001.

*milyon TL

*toplam içindeki dağılımı (%)

Tablo22’te Üniversite sağlık harcamalarının harcama yerlerine dağılımı ve 1992–1998 yılları arasındaki harcama miktarları gösterilmektedir. 1992 ile 1998 yılları arasındaki alınması nedeni gerekli kaynak yetersizliğinden kaynaklanmaktadır.

Bu tablodan üniversite sağlık harcamalarının yıllar itibari ile artış gösterdiği gözlenmektedir.1992 yılında toplam sağlık harcaması 3.807.498 milyon TL iken bunun %30’unu(1.149.872 milyon TL) eğitim harcamaları, %59’unu(2.236.744 milyon TL) hastane harcamaları ve %11’inide(420.822) mediko-sosyal harcamaları oluşturmaktadır. 1994 yılında toplam sağlık harcaması 12.866.160 milyon TL iken bunun %28’ini eğitim harcamaları, %68’ini hastane harcamaları ve %4’ünüde mediko-sosyal harcamaları oluşturmaktadır. 1998 yılında ise de toplam sağlık harcaması 12.866.160 milyon TL, bunun %14,6’sını eğitim harcamaları, %83,2’sini hastane harcamaları ve %2,2’sini de mediko-sosyal harcaması olarak gerçekleştirilmiştir. Bu tablodan bakıldığında toplam

sağlık harcamalarının sürekli olarak bir artış gösterdiği ve bunun içinde ise hastane harcamalarının giderek daha fazla dağılımdan pay aldığı görülmektedir. Bu üniversite hastanelerinin eğitimden çok hastane harcamalarına yöneldiğini ve bunun artan nüfus ile birlikte artan sağlık hizmetleri sorumluluklarından kaynaklandığı söylenebilir. Tabii hastane harcamaları ve bununla birlikte yapılan hasta bakımları ile hastaneye döner sermaye ile gelen gelirinde göz önünde tutulması gerekir.

2.1.2.1.2.4.Belediyelerin Sağlık Harcamaları

Belediyeler özel bütçeli kuruluşlar olarak sağlık harcaması yapan diğer kamu kurumudur. Ancak, memurların tamamen genel bütçe hükümlerine tabi olduğu için Maliye Bakanlığınca almış oldukları ödenekleri (180 no'lu tertip ödeneği) kullanmakta ve kendilerine ait 1396 yataklı sekiz hastaneye sahip bulunmaktadır.

Tablo 23'te belediyeler ait 1990–2006 yılları arası hastane sayıları ve bunların sahip olduğu yatak kapasiteleri yer almaktadır. 1990 yılında 5 hastane ve 1 160 yatak sayısına sahip olan belediyeler, 1996 yılında 6 hastane ve 1 218 yatak sayısına, 2002 yılında 10 hastane ve 1389 yatak sayısına ulaşmıştır. 2004 yılında ise de hastane sayısı 8'e düşerken yatak kapasitesi 1396'ya yükselmiştir. 2002 yılına kadar az da olsa artış göstererek gelen hastane sayısı ve buna paralel olarak yatak kapasitelerindeki artış 2002 yılından sonra hastane sayılarında azalma göstermiş ama yatak sayısında bir değişime olmamış hatta az miktarda artmıştır.

Tablo 23: Belediyelerin hastane ve yatak sayıları

YILLAR	Belediyeleri hastane sayıları	Belediyeleri hastanesi yatak sayıları
1990	5	1 160
1991	5	1 160
1992	5	1 160
1993	5	1 160
1994	5	1 160
1995	5	1 160
1996	6	1 218
1997	6	1 218
1998	7	1 273
1999	8	1 313
2000	9	1 341
2001	9	1 341

2002	10	1 389
2003	9	1 389
2004	8	1 396
2005	7	1 233
2006	6	1 191

Kaynak: http://www.tuik.gov.tr/PrelstatistikTablo.do?istab_id=12

(*) http://www.tuik.gov.tr/PrelstatistikTablo.do?istab_id=13 derlenmiştir ve TÜİK İstatistik Yıllığı 2006

(*) Her türlü tedavi hizmetini yapmakla yükümlü olan hastaneler, doğum ve çocuk bakımevleri, ruh ve sinir hastaneleri, göğüs hastaneleri, onkoloji hastaneleri ve sağlık merkezlerini kapsar.

Belediyelerin sağlık harcamaları tablo 24’te gösterilmektedir.

Tablo 24: Belediyelerin sağlık harcamaları

Harcama türleri	1992	1993	1994	1995	1996	1998
Hastane harcamaları	29.200	49.600	110.000	198.400	678.074	18.439.617
İlaç ve hastane dışı ayakta tedavi giderleri	116.800	198.400	440.000	793.600	2.712.294	43.025.774
Toplam	146.000	248.000	550.000	992.000	3.390.368	61.465.391

Kaynak: T.C.Sağlık Bakanlığı, Sağlık projesi genel koordinatörlüğü, Ocak 2001’den derlenmiştir.

*milyon TL

Belediyelerin sağlık harcamalarının yıllar itibari ile artış gösterdiği tabloda görülmektedir. Toplam sağlık harcaması 1992 yılında 146.000 milyon TL iken, 1994 yılında 550.000 milyon TL’ye ve 1998 yılında da 61.464.391 milyon TL’ çıkmıştır. Toplam sağlık harcamaları içinde en fazla paya ilaç ve hastane dışı ayakta tedavi harcamaları sahipken (%80) kalan kısım ise hastane harcamalarına (%20) gitmektedir (<http://vizyon2023.tubitak.gov.tr/teknolojiongorusupanellesaglikveilacraporlarsonek-18.pdf>). 2006 yılına ait tüm belediyelerin harcamaları tablo 25’da ayrıca gösterilmiştir.

Tablo 25: Tüm Belediyelerin Fonksiyonel ve Ekonomik Sınıflandırma Düzeyinde Bütçe Giderleri (2006)

	Personel Giderleri	Sos. Gv. Kurum Dev. Pirim Gid.	Mal ve Hizmet Alım Giderleri	Faiz Giderleri	Cari Transferler	Sermaye Giderleri	Sermaye Transferi	Borç Verme	TOPLAM
Genel Kamu Hizmetleri	2.217.380	245.829	2611279	562.395	781.367	824.943	205.614	267.849	7.716.656
Savunma Hizmetleri	2.131	365	3.271			209			5.976
Kamu Düzeni ve Güvenlik Hizmetleri	412.480	55.378	208.745		6.896	119.381			802.880
Ekonomik İşler ve Hizmetleri	797.497	122.601	1.231.079		12.780	2.115.902	1.606		4.281.465
Çevre Koruma Hizmetleri	515.353	70.464	1.121.368		12.321	331.500	0		2.051.006
İskan ve Toplum Refahı Hizmetleri	711.570	99.849	1.015.022		10.447	3.764.427	722		5.602.037
Sağlık Hizmetleri	95.293	14.313	123.642		2.508	11.217	4		246.977
Dinlenme Kültür ve Din Hizmetleri	184.632	24.519	452.396		53.949	355.111	2.086		1.072.693
Eğitim Hizmetleri	2.007	279	69.404		2.538	523			74.751
Sosyal Güvenlik ve Sosyal Yardım Hiz.	19.158	3.040	70.084		207.185	5.983	1.681		307.131
TOPLAM	4.957.501	636.637	6.906.290	562.395	1.089.991	7.529.196	211.713	267.849	22.161.572

Kaynak: <http://www.muhasabat.gov.tr>

* Bin YTL

Tablodan da görüldüğü gibi tüm belediyelerin sağlık hizmetlerine yapmış olduğ toplam sağlık harcaması tutarı 246.977 bin YTL'dir.

2.2. Sağlık Hizmetlerine Yönelik Vergi Politikaları

2.2.1. Maliye Politikasının Bir Aracı olarak Vergi Politikası

Günümüzde maliye politikası amaçlarına ulaşmada kullanılan araçların başında vergiler gelmektedir. Vergi, devletin egemenlik gücüne dayanarak vatandaştan cebri olarak

aldığı bir ekonomik değerdir. Alınan vergilerin cebri olarak vatandaştan alınması vergilerin mali amaçlara ulaşmada en etkili araç haline getirmektedir (Ulusoy, 2004;36).

Vergiler öncelikle artan kamu harcamalarının finansmanını sağlayan en önemli araçtır. Vergi politikasının amacı, sadece toplumsal mal ve hizmetlerin üretimi için gerekli finansmanı sağlamak değil, ekonomide üretim kapasitesinin genişlemesini ve verimliliğini artmasına katkı sağlamaktır (Pehlivan, 2000;383).

2.2.2. Türkiye’de Sağlık hizmetlerine yönelik uygulanan vergi politikaları

Bir ülke ekonomisinde mevcut üretim faktörlerinin, sahip olunan teknoloji düzeyinde, en etkin bir biçimde üretime sokulması ve üretim kapasitesi veya potansiyel üretim olanaklarının genişletilmesinde; kaynak dağılımını yönlendiren ve bu yöndeki girişimleri teşvik eden vergi politikası, günümüz batı ekonomilerinin en önemli uygulamalarından birisini oluşturmaktadır.

Kalkınmış ülkeler, diğer ülkelere kıyasla büyük mali yatırım ya da eğitim ve sağlık olanaklarını geliştirmek gibi sorumluluklar açısından daha az yükümlülük altında bulunmalarına ve kamu harcamalarını, sahip oldukları büyük ölçüdeki gelişmiş sermaye piyasalarından karşılama olanaklarına rağmen, yüksek oranda vergi hâsılatına ihtiyaç duyarlar. Bu ağır vergi yüküne neden olmaktadır ki, ülkeler açısından olumlu bir durum değildir. Bunun için verginin doğru vergi ile ilgili vergileme tekniklerinin iyi olmasının büyük önemi vardır (Akdoğan, 2002;430–434).

Vergi politikası uygulamak suretiyle ekonominin yönlendirilmesi çeşitli yollarla mümkündür. Bunlar arasında en etkin uygulanan ve özellikle gelişmekte olan ülkelerde özel yatırımların teşvik edilmesi ve tasarruf-sermaye birikiminin sağlanması için başvurulan vergi politikası uygulaması, vergi indirimi veya muafiyetidir.

Dolaylı vergileri yanı sıra dolaysız vergilerde yapılacak indirimler veya artışlar önemli ekonomik sonuçlara yol açarlar. Dolaysız vergilerde (kurumlar vergisi) yapılacak indirimler tasarruf ve yatırımları teşvik etme yönünde etki yaratabilecektir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde iktisadi kalkınma açısından önemli görülen sektörlere götürülecek vergi istisnaları (indirim veya muafiyet) önemli teşvik tedbirleri olarak kabul edilmektedir (Eker ve diğerleri, 2005;44–45).

27/12/2004 tarihli ve 2004/8301 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile katma değer vergisi oranlarını düzenleyen 17/7/2002 tarihli ve 2002/4480 sayılı Bakanlar Kurulu Kararının II sayılı listesinin “B) Diğer Mal ve Hizmetler” bölümüne 12. sıra olarak ilave edilen hüküm uyarınca ilgili Bakanlıklar tarafından ya da kanunlarla izin verilen gerçek veya tüzel kişiler tarafından yerine getirilen insan sağlığına yönelik koruyucu hekimlik, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ve ambulans hizmetlerine uygulanan katma değer vergisi oranı 1/1/2005 tarihinden geçerli olmak üzere % 18 den % 8 e indirilmiştir.

Her yıl “KDV dahil” olarak tespit edilen tedavi giderlerine ilişkin fiyat tarifeleri ile birim fiyatları gösteren Bütçe Uygulama Talimatı bu yıl “KDV hariç” tutarlar üzerinden belirlenmiştir. Böylece Devlet; KDV mükellefi olmadığı halde düzenlediği faturada KDV gösterip bu vergiyi kendisinden tahsil eden resmi sağlık kurum ve kuruluşlarına kendisine dönmeyecek KDV’yi ödeme uygulamasından vazgeçmiştir.

Bundan böyle, saymanlıklar sadece KDV mükellefiyeti bulunan özel sağlık kurum ve kuruluşlarınca düzenlenen tedavi giderlerine ilişkin faturalara KDV ödeyecek, resmi sağlık kurum ve kuruluşlarına ise Bütçe Uygulama Talimatında yer alan KDV hariç tarife esas alınarak ödeme yapılacaktır (Küçük, 2005; http://www.alomaliye.com/saban_kucuk_tedavi.htm).

Bu yapılan değişiklik ile devletin bazı kazanımları oldu. Bunların ilki; yıllardır, sağlık sektöründeki hatalı bir uygulaması nedeniyle, devletin katrilyonlarca lirası kayboluyordu. Hastanelerin çoğu, KDV’den müstesna olduğu halde ‘KDV dahil tarife’ üzerinden, fatura kesip, ona göre tahsilat yapıyorlar, böylelikle ekstradan bir gelirleri oluyordu. Devlet, KDV’ye tabi olmayan hastanelere, KDV ödüyordu. Artık KDV hariç tarifeler üzerinden fiyatlar belirleniyor ve bunu sonucu olarak da devlet KDV’de müstesna olan hastanelere artık KDV ödemiyor ve bu devlete milyar YTL’lerle ifade edilebilecek önemli bir kazanç sağlıyor. İkincisi; Sağlıkla ilgili harcamaların, yüzde 80’ini kamu kurumları ile TC Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur yapıyor. Nitekim 1 Ocak 2005’ten itibaren KDV yüzde 18’den 8’e inince, Devletin KDV ödemelerinde büyük bir azalma oldu. Bu da devlete milyar YTL’lik (katrilyon liralık) bir avantaj sağladı. Üçüncüsü ise; Özellikle tıbbi cihaz ve medikal malzemelerde, KDV oranının

indirilmesi, kamu hastanelerinin bu cihaz ve malzemelerin alımında ödediği, KDV tutarını azalttı.

Ayrıca bu indirim ile birlikte özel, dernek ve vakıf hastanelerinin de çok büyük kazanımları oldu. Bunları da şöyle sıralayabiliriz; Özel hastanelerin KDV'den müstesna olan kamu hastaneleri ve bazı vakıf hastaneleriyle yaşadıkları haksız rekabetten kurtuldular. Ayrıca, sağlık ve tedavi hizmetlerinin ücretleri, indirilen KDV oranı kadar aşağı çekildi ve en çokta vatandaşın lehine oldu. Dernek ve vakıf hastaneleri; Katma Değer Vergisi ödeyen ancak bunu indirim konusu yapamayan bazı hastaneler, istisnadan yararlanmayacaklarını bağlı oldukları vergi dairesine bildirerek, KDV mükellefi olup ödedikleri KDV'yi indirim konusu yapabileceklerdir (Kızılot, 2005; <http://webarsiv.hurriyet.com.tr/2005/01/12/583434.asp>).

3359 sayılı kanun kapsamındaki (Kamu idare ve kuruluşları tarafından genel insan ve hayvan sağlığını korumak ve tedavi amacıyla işletilen hastane, klinik, dispanser, sanatoryum, huzurevi, çocuk bakımevi, hayvan hastanesi ve dispanseri, hayvan bakımevi, veteriner bakteriyoloji, seroloji, distofajin kuruluşları ve benzeri kuruluşlar) kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık kurum ve kuruluşlar, Kurumlar Vergisinden, yapılacak bağış ve yardımlar sebebiyle Veraset ve İntikal Vergisinden, yapacakları her türlü muameleler dolayısıyla Damga Vergisinden, muafır. Ayrıca sağlık işletmelerine yapılacak bağış ve yardımlar her türlü vergi, resim ve harçtan muafır. Bu bağış ve yardımlar Kurumlar ve Gelir Vergisi matrahından indirilebilirler (Resmi Gazete, 21.06.2006, s;26205,m:5).

Bu yaşanan yeni gelişmeler sağlık sektörü için güzel gelişmelerdir. Böylece ilaç fiyatlarındaki KDV indirimleri hem devletimize çok büyük kazançlar sağlamakta, hem de özel sektör ile vakıf ve derneklere ait sağlık kuruluşlarının da çeşitli avantajlar elde etmesini ve dolayısıyla onların teşvik edilmesini sağlamaktadır. Ayrıca kamu sağlık harcamaları içinde önemli bir yer ve paya sahip olan ilaç harcamalarında bir azalmaya neden olduğu gözlenmektedir.

Ayrıca 30 Kasım 1981 tarihli Bakanlar Kurulu kararı ile sağlık yatırımları teşvik kapsamına alınmıştır. Bu Kanunun amacı; bazı illerde vergi ve sigorta primi teşvikleri uygulamak, enerji desteği sağlamak ve yatırımlara bedelsiz arsa ve arazi temin etmek suretiyle yatırımları ve istihdam imkânlarını artırmaktır. Bu kararlar birlikte, özel

hastane ve modern sıhhi kontrol tesisleri yatırımları gümrük muafiyeti, yatırım indirimi ve orta vadeli kredilerde faiz iadesi gibi ayrıcalıklardan yararlandırılmaya başlanmıştır. Bu nedenle özel önem taşıyan sektörler kapsamına alınan sağlık sektörü uygulanan diğer teşvik tedbirleriyle de bugün belirli bir seviyeye gelmiştir.

Yatırım Teşvik Mevzuatı çerçevesinde, teşvik belgesine bağlanan yatırımlara sağlanabilecek destek unsurları:

- a) Gümrük Vergisi ve Toplu Konut Fonu istisnası,
- b) Yatırım indirimi,
- c) Katma Değer Vergisi istisnası,
- d) Vergi, resim ve harç istisnası,
- e) Kredi tahsisi.

Gümrük Vergisi; Bu sektörde ithal makine parkının, önemli bir boyutta olması bu teşvik tedbirlerinin daha fazla bir önemi olduğunu ortaya çıkarmaktadır. Yatırım teşvik belgesi kapsamındaki makine ve teçhizat (ham madde, ara malı ve işletme malzemeleri hariç) ithalatı, yürürlükteki İthalat Rejimi Kararı gereğince ödenmesi gereken Gümrük Vergisi ve Toplu Konut Fonu'ndan istisnadır.

Yatırım indirimi; Sağlık sektörü özel önem taşıyan sektörler kapsamında olması nedeniyle %100 oranında bir yatırım indirimi teşviki söz konusudur. Yatırımcıların Hazine Müsteşarlığı'na müracaat tarihinden başlamak üzere tüm yörelerde yapılan yatırımlar %100 oranında yatırım indiriminden faydalanmaktadırlar. Yatırım indiriminden yararlanabilmek için yatırım indirimi uygulamalarına ilişkin olarak Yeminli Mali Müşavirlerce hazırlanan tasdikli raporun yıllık beyanname ile birlikte ilgili vergi dairesine verilmesi zorunludur. Yatırım indiriminin başlangıç tarihi ise Yatırım Teşvik Belgesi üzerinde belirtilen ve Yatırım Teşvik Belgesi düzenlenmesine dayanak teşkil eden Müsteşarlığa müracaat tarihidir.

Katma Değer Vergisi istisnası; Bazı vergi kanunlarında değişiklik yapan 4369 sayılı Yasa'dan önce yerli makine ve teçhizat için Katma Değer Vergisi Desteği, ithal makine ve teçhizat için ise KDV ertelenmesi olarak uygulanan bu destek unsuru 1.8.1998

tarihinden sonra “Katma Değer Vergisi İstisnası” olarak uygulanmaktadır. Buna göre, eski ve yeni Yatırım Teşvik Belgesi ayırımına bakılmaksızın Yatırım Teşvik Belgesi kapsamında 1.8.1998 tarihinden sonra satın alınan makine ve teçhizatlar KDV’den istisna edilmektedir. Herhangi bir makine ve teçhizatın KDV istisnasından yararlanabilmesi için daha önce açıklandığı üzere yatırım konusu üretimle ilgili amortismanına tabi iktisadi bir kıymet olması ve Yatırım Teşvik Belgesi eki listeler üzerinde Müsteşarlıkça makine ve teçhizat olduğuna dair şerh düşülmesi gerekmektedir.

Enerji Desteği; 5084 sayılı kanunda yer alan madde şöyledir; “31.12.2008 tarihine kadar uygulanmak üzere, 2 nci maddenin (a) bendi kapsamındaki illerde (Devlet İstatistik Enstitüsü Başkanlığınca 2001 yılı için belirlenen fert başına GSYİH tutarı 1500 ABD \$ veya daha az olan 5084 sayılı Kanun kapsamı Ek 1’de yer alan iller ile bu iller dışında kalan ve Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığınca 2003 yılı için belirlenen sosyo-ekonomik gelişmişlik sıralamasına göre endeks değeri eksi olan Ek 2’de yer alan iller ile Gökçeada ve Bozcaada’da bulunan işletmeler için enerji desteği uygulamasını kapsamaktadır. Ek 1 ve Ek 2’de yer alan liste kapsamı illerin fert başına GSYİH tutarları ve sosyo-ekonomik gelişmişlik sıralaması değişse dahi kapsamda bir değişiklik yapılamaz), (Resmi Gazete; 4 Temmuz 2007) 01.10.2003 tarihinden itibaren imalat sanayi, madencilik, hayvancılık (su ürünleri yetiştiriciliği ve tavukçuluk dahil), seracılık, soğuk hava deposu, turizm konaklama tesisi, eğitim veya sağlık alanında faaliyete geçen, fiilen ve sürekli olarak asgari on işçi çalıştıran işletmelerin elektrik enerjisi giderlerinin %20’si Hazinece karşılanır. Bu orana ondan sonraki her bir işçi için 0,5 puan eklenir. Hazinece karşılanacak oran, organize sanayi veya endüstri bölgelerinde kurulu bulunan işletmeler için %50’yi, diğer alanlarda kurulu bulunan işletmeler için %40’ı geçemez.”

Fon’dan Kredi Tahsisi ve Arsa Tahsisi; Uygulanmakta olan teşvik politikaları vergisel ağırlıklı olup nakdi devlet yardımları asgariye indirilmiş bulunmaktadır. Nakdi teşviklere kaynak teşkil eden Yatırımları Teşvik Fonu’ndan; sadece KOBİ yatırımlarına, yarım kalmış veya işletme sermayesi yetersizliği nedeniyle işletmeye geçememiş yatırımlara, Ar-Ge yatırımlarına ve teknopark yatırımları ile çevre korumaya yönelik Bilim ve Teknoloji Yüksek Kurulunca belirlenen öncelikli teknolojik yatırımlara ve bölgesel amaçlı yatırımlara nakdi devlet yardımları verilmektedir.

Kaynak Kullanımını Destekleme Fonu Kesintisi İstisnası; Yatırım Teşvik Belgesi kapsamında yapılan ithalat ve bu belge kapsamında kullanılan 2 yıldan uzun vadeli yatırım kredileri ile bankalarca yurtdışından sağlanan kredilerin yatırım teşvik belgesi kapsamında kullanılan kısmı Kaynak Kullanımını Destekleme Fonu (KKDF) kesintisinden istisna edilmektedir. (Temel, 2003;13-15)

2.3. Sağlık Hizmetlerine Yönelik Bütçe Politikaları

2.3.1. Maliye Politikasının Bir Aracı olarak Bütçe Politikası

Bütçe, belli bir dönemde toplanacak gelirler ile yapılacak giderlerin tahmini ve karşılaştırmalı bir hesap cetvelidir. Bütçenin uygulanması ise, yetkili organlar tarafından söz konusu giderlerin yapılması ve gelirlerin toplanması için verilen izin ile gerçekleştirilir. Bütçenin ekonomideki makro ekonomik hedeflere diğer bir deyişle belirlenen iktisat politikası hedeflerinin gerçekleştirilmesi yönünde kullanılması “bütçe politikası” olarak adlandırılır. Bütçe politikası kamusal bütün gelir ve giderlere ilişkin önlemleri kapsamaktadır (Eker ve diğerleri, 2005;47).

2.3.2. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerine Yönelik Uygulanan Bütçe Politikaları

Sağlık Bakanlığı başta devlet memuru ve emeklileriyle bunların aile bireylerine ayrıca sağlık güvencesi altında olsun yada olmasın tüm ülke halkına sağlık hizmeti sunmakta, gelirleri; genel bütçe, döner sermaye ve fon gelirlerinden oluşmaktadır. Genel bütçe içinde payı fazla artış göstermeyen Sağlık Bakanlığı bütçesi son yıllarda bütçe dışı kaynaklardan daha fazla beslenir olmuştur. Sağlık Bakanlığı bütçesi içinde fon ve döner sermaye gelirlerinin % 30-% 50 arasında değişmektedir. Devlet bütçesinden Sağlık Bakanlığına ayrılan doğrudan katkının yanı sıra devletin sosyal güvenlik kuruluşlarına prim katkısı da söz konusudur. Ayrıca 1992 yılından itibaren devlet, finansman sıkıntısı çeken sosyal güvenlik kuruluşlarına bütçeden transfer harcaması yapmaktadır.

Devlet, ödeme gücü olmayan vatandaşların tedavi giderlerini de üstlenmektedir. Yeşil Kart Uygulaması ile ilgili kanunun 1992’de yürürlüğe girmesiyle devlet; hiçbir sosyal güvencesi olmayan ve aylık geliri veya aile içindeki payı 1475 sayılı Kanunu’na göre belirlenen asgari ücretin, vergi ve sosyal sigorta primi dışındaki miktarının 1/3’ünden az olan ve Türkiye’de ikamet eden Türk vatandaşlarının tedavi hizmetlerini ve her türlü

masraflarını karşılamaktadır. Yeşil Kart kapsamında 13,4 milyon kişi bulunmaktadır (Orhaner, 2006;7-8).

Tablo 26: Sosyal Güvenlik Kuruluşlarının Gelir-Gider Dengesi (Milyon YTL)

Kaynak: http://www.calisma.gov.tr/basimbulteni/2006_bulten/bulten2006.htm

Yıllar	Gelirler	Artış Oranı (%)	Giderler	Artış Oranı (%)	Açık (-)
2000	7.759.396	-	10.990.836	-	3.231.441
2001	12.196.056	57,2	17.974.745	63,5	5.778.689
2002	18.214.977	49,4	28.150.164	56,6	9.935.187
2003	25.247.060	38,6	41.689.877	48,1	16.442.817
2004	31.440.421	24,5	51.221.958	22,9	19.781.537
2005	35.281.103	12,2	58.679.123	14,6	23.398.020
2006	46.809.607	32,7	68.656.140	17,0	21.846.533

Bütçe yeterli olmadığında kurumlara hazineden bütçe transferleri gerçekleştirmektedir. Bunlar tablo 26’te sosyal güvenlik kurumlarının gelir-gider durumu ve bütçede oluşan açıklar için yapılan transferler gösterilmektedir.

Sosyal Güvenlik Kurumlarının 2005 yılı gelirler toplamı 35.281.103 Bin YTL iken, Kurumların 2006 yılında elde ettiği gelirler %32,7 oranında artarak 46.809.607 Bin YTL olarak gerçekleşmiştir. Kurumların giderleri 2006 yılında 58.679.123 Bin YTL iken %17,0 artış göstererek 68.656.140 Bin YTL olarak gerçekleşmiştir.

Yıllar itibari ile Sosyal Güvenlik kuruluşlarına yapılan ve gelir-gider arasındaki dengesizliklerden kaynaklanan bütçe transferlerinin, artan gelir-gider kalemlerine paralel olarak artış gösterdiği tabloda açıkça görülmektedir. Bu devletimize her geçen yıl daha fazla bütçede yük olacağını ve eğer hükümetin bu konu hakkında gerekli düzenlemeleri yapmaması ve gerekli önlemleri almaması durumunda da devam edeceğini apaçık ortaya koymaktadır.

2.3.2.1. Bütçede Sağlık Harcamalarının Gelişimi

Tablo 27’da bütçe içersinde sağlık harcamalarının 1990–2006 yılları arasındaki gelişim seyri yer almaktadır.

Tablo 27’ya baktığımızda 1990–2006 yılları arasında artan bütçe ile birlikte sağlık harcamalarının bütçeden aldıkları payda artış göstermiştir.1990 yılında sağlık harcamalarının konsolide bütçe içerisindeki oranı %12,8 iken 1995 yılında 11,3’e gerilemiştir. Bunun nedeni 1994 yılında ülkemizin yaşamış olduğu krizden kaynaklanmaktadır. 2000 yılında ise %11,1 iken 2004 yılında %17 ve 2006 yılında bu oran %17,8 civarına yükseldiği gözlenmektedir. Bütçedeki oranların, ülkenin o zaman ki durumunu göz önünde bulundurarak bakmamız daha sağlıklı bir değerlendirme yapmamıza yardımcı olacaktır.

Tablo 27: Bütçede Sağlık Harcamalarının Gelişimi ve Konsolide Bütçedeki Oranı

Yıllar	Konsolide Bütçe (Gerç.) Milyar TL.)	Toplam Kamu Sağlık Harcaması (Milyar TL.)	Toplam Özel sağlık harcaması	Kamu Sağ.Harc./Kons.Bütçe %
1990	67.193	8.622	5.298	12,8
1991	130.263	14.847	8.532	11,4
1992	221.658	28.616	14.584	12,9
1993	485.249	58.000	27.000	12,0
1994	897.296	103.500	56.500	11,5
1995	1.710.646	193.000	107.000	11,3
1996	3.940.162	352.000	198.000	8,9
1997	7.990.748	655.000	385.000	8,2
1998	15.601.363	1.479.673	719.576	9,5
1999	28.084.685	3.047.000	642.000	10,9
2000	46.705.028	5.190.000	1.938.000	11,1
2001	80.579.065	9.097.000	3.058.000	11,3
2002	115.682.350	14.445.000	4.240.000	12,5
2003	140.454.842.	19.510.000	6.079.000	13,9
2004	141.020.860	24.019.000	7.749.000	17,0
2005	146.097.573	26.426.000	9.218.000	18,1
2006	175.303.995	31.284.000	10.587.000	17,8

Kaynak: Yıldırım, Savaş, "Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi", DPT Yayın No:2350, Ankara, 1994- <http://ekutup.dpt.gov.tr/ekonomi/gosterge/tr/1950-06/esg.htm> ve Sağlık Bakanlığı, Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007’ den derlenmiştir.

Tablo 28’da 2004 yılı sonunda sağlık harcamaları bütçe ödeneğinin %107 oranında gerçekleşmiş ve ödeme aşımına neden olan kalemler ilaç ile tedavi ve diğer sağlık giderleri kalemi olmuştur 2006 yılı sonunda toplam sağlık harcamaları, bütçe ödeneğinin % 132 üzerinde gerçekleşmiştir. Sağlık harcamalarında ödenek aşımına neden olan ana kalem, ödeneğini % 182 oranında aşan yeşil kart harcamaları olmuştur.

Tablo 28: Yıllar İtibarıyla Karşılaştırmalı Bütçe Sağlık Harcamaları (2004–2006)

(bin YTL)	2004	2005	2006
Sağlık Harcamaları	3.074.705	4.033.317	5.344.560
Yeşil Kart	614.211	1.808.746	2.910.611
İlaç	1.220.015	935.502	804.149
Tedavi ve Diğer Sağ. Gid.	1.240.479	1.289.069	1.629.800
Ayrılan Bütçe Ödenekleri			
Bütçe Ödeneği	2.862.218	3.471.540	4.054.697
Yeşil Kart	678.600	1.150.000	1.600.000
İlaç	1.111.818	1.125.422	1.178.937
Tedavi ve Diğer Sağ. Gid.	1.071.800	1.196.118	1.275.760
Ödeneğe Göre Gerçekleşme (%)			
Sağlık Harcamaları	107,42	116,18	131,81
Yeşil Kart	90,51	157,28	181,91
İlaç	109,73	83,12	68,21
Tedavi ve Diğer Sağ. Gid.	115,74	107,77	127,75

Kaynak: TEPAV, Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı, İstikrar Enstitüsü, Mali izleme Raporu, (2006 yılı Bütçe Uygulama Sonuçları),s:17

Ödenek ile gerçekleştirmeler arasındaki fark, ödeneğin yetersiz olduğu zaman bütçeden yapılan transferler ile telafi edilmektedir.

2.3.2.2. Bazı OECD Ülkelerinde Uygulanan Bütçe Politikaları

OECD ülkelerinin çoğunda kamu tarafından finanse edilen sağlık sigortasının ya da sağlık hizmetlerinin doğrudan kamu tarafından finanse edilmesinin ağır basması sonucu, ABD, Meksika ve Kore dışındaki bütün ülkelerde sağlık harcamalarının en büyük bölümünü kamu sektörü üstleniyor. Özel sektörün finansmanda özellikle büyük bir rol oynadığı ABD’de bile kamunun sağlık harcamaları OECD ortalamasına benzer ölçüde GSMH’nın %6,6’sını oluşturuyor.

Son yıllarda ilaç harcamalarının hızla artması (ki bu rakam, 1997'den bu yana yılda ortalama %5'in üzerinde) toplam olarak sağlık harcamalarındaki genel artışın ardında yatan başlıca etmen oldu. Gerçekten de bu dönem içerisinde OECD ülkelerinin çoğunda ilaç harcamalarındaki artışın toplam sağlık harcamalarındaki artışı geçtiğine tanık olundu. ABD ve Avustralya'da ilaç harcamaları bu dönem içerisinde toplam sağlık harcamalarındaki artış oranının iki katından çok arttı. Bu dönemin başında kişi başına düşen miktar oldukça düşük olmasına rağmen, İrlanda ve Kore'de de önemli artışlar gözlemlendi. Japonya'da ise artış oranı çok daha sınırlı oldu.

OECD ülkelerinde ilaç faturalarının ortalama %60'ı kamu fonlarından, geri kalan bölüm ise esas olarak cepten yapılan ödemelerle, daha az bir kısmı da özel sigortalar tarafından karşılanıyor. Ancak, bu ortalama içinde (Meksika'da %11, ABD'de %21 gibi düşük oranlar ile İrlanda'da %86 gibi yüksek oranlar arasında seyreden) çok büyük farklılıklar gizlidir. Bunun bir nedeni, ilaçların ulusal sağlık programları ve kamu tarafından finanse edilen sigorta kapsamına nasıl girdiği ve hatta girip girmediği.

2003 yılında, kişi başına düşen ilaç harcamasının en yüksek olduğu ülke 700 dolar ile ABD iken, onu 600 dolar ile Fransa ve yaklaşık 500 dolar ile Kanada ve İtalya izliyordu. En düşük harcamanın olduğu ülkeler ise Meksika ve Türkiye idi (100 doların biraz üzerinde). İlaç harcamalarında ülkeler arasındaki farklılıklar hacim, tüketim yapısı ve fiyat seviyesindeki farklılıkların bir yansımasıdır. Ülkeler arasında gelir düzeyi farklılıkları da ilaç harcamalarını etkilemektedir (OECD göstergeleri 2005, s;3-4).

BÖLÜM 3: TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNE YÖNELİK MALİYE POLİTİKALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de, sosyal ve ekonomik kalkınmanın temel göstergelerinden biri olan sağlık hizmetleri, giderek artan bir önem kazanmaktadır. Ülkelerin kalkınma düzeylerinin tanımlanmasında başvurulan en önemli göstergelerden biri toplumsal sağlık statüsüdür. Devletler bir yandan toplumun sağlık statüsünü iyileştirmek üzere ek kaynak sağlama çabası sergilerken, öte yandan mevcut kaynakların verimli kullanımını sağlayacak programlar geliştirmektedirler. Ulusal gelirden sağlığa ayrılan payın yüksekliği ve giderek artma eğilimi göstermesi verimlilik arayışını hızlandırmaktadır. Bugün ABD gibi bazı gelişmiş ekonomilerde ulusal gelirin % 10’undan fazlası sağlık hizmetleri için kullanılmaktadır. Mutlak değer olarak ifade edildiğinde sorunun boyutları çok daha çarpıcı bir şekilde görülmektedir; ABD 1,3 trilyon dolarını, Almanya ise 225 milyar dolarını her yıl sağlık hizmetleri için harcamaktadır (Tatar, 2005; 27).

3.1. Uygulanan Harcama Politikalarının Değerlendirilmesi

Çalışmanın bu kısmında Türkiye’de sağlık hizmetlerine yönelik uygulanan harcama politikalarının değerlendirilmesi yapılacaktır. Bu amaçla öncelikle harcama politikaları toplam kamu harcamaları, toplam özel sektör harcamaları ve toplam sağlık harcamaları başlıkları altında ayrı ayrı incelenecek ve seçilmiş bazı OECD ülkelerinde yapılan sağlık harcamaları ile karşılaştırılarak tartışılacaktır.

3.1.1. Toplam Kamu Sağlık Harcamaları ve Değerlendirilmesi

Önceki bölümlerde kurum bazında tüm ayrıntılarıyla incelenmiş olan sağlık harcamalarının toplamından oluşan toplam kamu sağlık harcamalarının gelişimi ile ilgili veriler Tablo 29’de görülmektedir.

Tablo 29: Toplam Kamu Sağlık Harcaması

Yıllar	Konsolide bütçe (Milyar TL.)	Toplam sağlık harcaması (özel+kamu)	Toplam kamu Sağlık Harcaması (Milyar TL.)	Kamu Sağ.Har./ Top.Sağ.H.	Kamu Sağ.Harc./ Kons.Bütçe
1990	397.178	13.920	8.622	61,9	12,8
1991	634.393	23.379	14.847	63,5	11,4
1992	1.103.605	43.200	28.616	66,2	12,9
1993	1.997.323	85.000	58.000	68,2	12,0
1994	3.887.903	160.000	103.500	64,7	11,5
1995	7.854.887	300.000	193.000	64,3	11,3
1996	14.978.067	550.000	352.000	64,0	8,9
1997	19.393.262	1.040.000	655.000	63,0	8,2
1998	23.518.332	2.199.249	1.479.673	67,3	9,5
1999	28.084.685	4.985.000	3.047.000	61,1	10,9
2000	46.705.028	8.248.000	5.190.000	62,9	11,1
2001	80.579.065	13.337.000	9.097.000	68,2	11,3
2002	115.682.350	20.524.000	14.445.000	70,4	12,5
2003	140.454.842.	27.259.000	19.510.000	71,6	13,9
2004	141.020.860	33.237.000	24.019.000	72,3	17,0
2005	146.097.573	37.013.000	26.426.000	71,4	18,1
2006	175.303.995	43.197.000	31.284.000	72,4	17,8

Kaynak: Yıldırım, S., "Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi", DPT Yayın No:2350, Ankara, 1994 ve Sağlık Bakanlığı, Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007'dan derlenmiştir.

(*) Satın alım gücü paritesine göre hesaplanmıştır.

Tabloda 1990 ile 2006 yılları arasındaki toplam kamu sağlık harcamaları, toplam sağlık harcamaları ve kamu sağlık harcamalarının toplam içindeki payı gösterilmektedir. Toplam kamu sağlık harcamalarının 1990 yılında günümüze kadar artan bir seyir izlediği gözlenmektedir. 1990 yılında 8.622 milyar TL olan toplam kamu sağlık harcamaları 1994 yılında 103.500 milyar TL'ye, 2000 yılında 5.190.000 milyar TL'ye 2004 yılında 24.019.00 milyar TL ve 2006 yılında ise de 31.284.000 milyar TL ulaşmıştır. Bu dönemde toplam kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı da artan kamu sağlık harcaması ile birlikte artış gösterdiği görülmektedir.

1990 yılında toplam sağlık harcaması içindeki toplam kamu sağlık harcama oranı 61,9 iken, 1994 yılında 64,7'e, 1998 yılında 67,3'e, 2002 yılında 70,4'e ve 2004 yılında 72,3 ve 2006 yılında da 72,4'e ulaştığı görülmektedir.

Tablo 30: Toplam Kamu Sağlık Harcamalarının Kamu Kurumlarına Göre Dağılımı 2006

Kurumlar	
Merkezi Hükümet	21,77
Sağlık Bakanlığı Sağlık Programları	9,47
Yeşil Kart	2,25
Bağlı Bütçeli Kuruluşlar	1,12
Devlet Memurları Sağlık Giderleri	7,09
Diğer	1,84
Yerel İdareler	4,16
Sosyal Güvenlik kurumları	35,75
SSK	19,20
Emekli Sandığı	7,62
Bağ-Kur	8,93
Toplam Kamu	61,67
Toplam Özel	38,33
Genel Toplam	100,00

Kaynak: http://www.tuik.gov.tr/PrelstatistikTablo.do?istab_id=413

Tablo 30'de toplam kamu sağlık harcamalarının kamu kurumları arasındaki dağılımı gösterilmektedir. Toplam sağlık harcamaları içinde en büyük paya sahip olan kurum Sosyal Güvenlik Kurumlarıdır (SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kur). Toplam içindeki payı %35,75 civarındadır. Daha sonra en fazla harcamaya sahip olan kurum merkezi kurumdur ki onunda payı %21,77'dir.

Türkiye'de sağlık alanındaki kamu harcamaları ve verimlilikleri değerlendirilecek olursak; son yıllarda toplam kamu sağlık harcamalarında artış görüldüğü ancak; koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan payın azaldığı ve tedavi edici hizmetlere ayrılan payın ise artmakta olduğu gözlemlenmektedir (Sarıçay,2006:20).

3.1.1.1.Türkiye'deki Toplam Kamu Sağlık Harcamalarının GSMH İçindeki Payı

Türkiye'deki toplam kamu sağlık harcamalarının 1990–2006 yılları arasındaki GSMH içindeki payı tablo 31'de gösterilmiştir.

Tablo 31: Toplam Kamu Sağlık Harcamasının GSMH içindeki oranı

YILLAR	GSMH (Milyar TL.)	Toplam kamu Sağlık Harcaması (Milyar TL.)	Kamu Sağ.Har./ GSMH
1990	397.178	8.622	2,2
1991	634.393	14.847	2,3
1992	1.103.605	28.616	2,6
1993	1.997.323	58.000	2,9
1994	3.887.903	103.500	2,7
1995	7.854.887	193.000	2,5
1996	14.978.067	352.000	2,4
1997	29.393.262	655.000	2,2
1998	53.518.332	1.479.673	2,8
1999	77.415.000	3.047.000	3,4
2000	124.583.000	5.190.000	4,2
2001	178.412.000	9.097.000	5,1
2002	277.574.000	14.445.000	5,2
2003	359.763.000	19.510.000	5,4
2004	430.511.000	24.019.000	5,6
2005	487.202.000	26.426.000	5,4
2006	576.322.231	31.284.000	5,4

Kaynak: Yıldırım, S., "Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi", DPT Yayın No:2350, Ankara, 1994. Sağlık Bakanlığı, Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007'dan derlenmiştir.
*milyar TL

Tabloda görüldüğü gibi kamu sağlık harcaması yıllar itibari ile artış göstermiş ve buna paralel olarak ta GSMH içindeki payı arttığı görülmektedir. Toplam kamu sağlık harcamasının GSMH içindeki oranı 1990 yılında 2,2 iken, 1994 yılında 2,7'ye yükselmiş, 1996 yılında 2,4'e düşmüş, 1998 yılında 2,8'e, 2000 yılında 4,2'ye, 2002 yılında 5,2'ye ve 2004 yılında ise de 5,6 ve 2006 yılında ise 5,4 seviyesine geldiği görülmektedir. Bu oranı değerlendirmek için diğer ülkeler ile karşılaştırma yaparak daha iyi görme şansına sahip olabiliriz.

3.1.1.2. Bazı OECD Ülkelerindeki Toplam Kamu Sağlık Harcamalarının GSMH İçindeki Payının Karşılaştırılması

Bazı ülkelerin kamu sağlık harcamalarının GSMH içindeki oranları 1992–2004 yılları arasındaki seyri aşağıdaki Tablo 32’de gösterilmektedir.

Tablo 32: Bazı OECD Ülkelerindeki Kamu Sağlık Harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hâsılaya Oranı(%), (1992–2004)

Ülkeler	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004
A.B.D.	6.0	6.3	6.7	5.8	5.8	6.6	6.9
Almanya	8.0	8.0	8.2	7.9	8.0	8.6	8,1
Avustralya	5.8	5.8	5.6	5.9	6.0	6.5	6,5
Avusturya	5.7	5.9	5.9	5.8	5.6	5.4	6,8
Belçika	7.2	7.2	6.9	7.9	6.2	6.5	-
Danimarka	5.6	5.5	5.1	6.7	6.8	7.3	-
Finlandiya	7.4	5.9	5.6	5.2	5.0	5.5	5,7
Fransa	7.0	7.6	7.8	7.3	7.2	7.4	8,3
Hollanda	6.8	6,8	6.6	6.0	5.5	5.8	5,7
İngiltere	5.9	5.8	5.8	5.9	5.9	6.4	7,0
İrlanda	5.5	6.1	6.0	4.5	5.1	5.5	5,7
İspanya	5.7	5.7	6.0	5.4	5.4	5.4	5,7
İsveç	6.6	6.3	6.0	6.7	6.2	7.8	7,7
İsviçre	6.6	6.9	*	7.6	6.0	6.5	6,8
İtalya	6.5	5.9	5.3	5.6	5.9	6.4	6,5
İzlanda	7.0	6.8	6.6	7.2	7.6	8.3	8,5
Japonya	4.9	5.3		5.9	5.9	6.5	-
Kanada	7.6	7.1	6.6	6.3	6.5	6.7	6,9
Kore	1.9	2.0	*	2.3	2.6	2.6	2,9
Lüksemburg	6.1	6.0	*	5.4	5.3	5.3	7,3
Macaristan	6.6	5.2	4.7	5.2	5.1	5.5	5,8
Meksika	2.6	2.7	2.7		2.5	2.7	3,0
Norveç	7.0	6.6	6.5	7.4	6.5	8.0	8,1
Polonya	5.0	4.6	*	4.7	4.2	4.4	4,5
Portekiz	4.4	4.9	4.9	5.2	5.8	6.6	7,4

Yeni Zelanda	6.0	5.4	5.5	6.2	6.2	6.6	6,5
Yunanistan	3.4	4.2	4.9	4.7	4.6	5.0	5,3
Ortalama	5.9	5.8	5.4	6.0	5.7	6.1	6,4
Türkiye	2.5	2.5	2.6	-	3.6	4.3	5,5

Kaynak: Türk Tabipler Birliği, Sağlık İstatistikleri 2006 ve Sağlık Bakanlığı, Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007’den derlenmiştir.

Tablodaki ülkelerin kamu sağlık harcamalarının GSMH içindeki paylarına bakıldığında Türkiye’nin yapmış olduğu kamu sağlık harcamalarının yetersizliği görülebilmektedir. 1992 yılında gelişmiş ülkelerin kamu sağlık harcamalarının GSMY içindeki oranı %5,9 iken Türkiye’nin ortalaması %2,5’tir. Yani bu ülkelerin ortalamalarının yarısına bile eşit seviyede harcama yapmamıştır. 1994 yılında ülke ortalamaları %5,4 civarında iken Türkiye’nin kamu sağlık harcamasının GSMH’daki payı %2,5’tir. 1996 yılında ülke ortalaması %5,4 iken Türkiye’nin oranı %2,6’ya çıkmıştır. 2000 yılında ülkelerin ortalama kamu sağlık harcamalarının GSMH’daki payı %5,7’ye çıkarken Türkiye’nin kamu sağlık harcamalarının GSMH’daki payı %3,6’ya çıktığı gözlenmektedir. 2002 yılında ülke ortalamaları %6,1 seviyesinde iken Türkiye’nin kamu sağlık harcamasının GSMH içindeki payı %4,3 ve 2004 yılında ise de ülke ortalamaları %6,4 seviyesinde iken Türkiye’nin kamu sağlık harcamasının GSMH içindeki payı %5,5 seviyesin geldiği görülmektedir. Bu görünüm bize sağlık harcamalarına ayırdığımız payın ne denli yetersiz olduğunu ortaya koymaktadır.

3.1.2. Özel Sektör Sağlık Harcamaları ve Değerlendirilmesi

Türkiye’de 5.1.1961 tarihinde kabul edilen 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanunun 4.maddesi ile özel sağlık hizmeti sunumu serbest bırakılmıştır. Aynı kanunun 5. maddesi ile de isteyene ücretini ödemek şartı ile sağlık hizmetlerini gördürmek üzere istedikleri sağlık personelini veya müessese ve eczaneyi seçme hakkı verilmiştir. Bu maddenin 3.maddesi de sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölge veya kurumlarda çalışan hekim ve diğer sağlık personelinin özel olarak çalışamayacağı hükmünü içermekte olup; hekimlerin özel veya kamu sağlık sektöründen birini seçmeleri yönünde zorunluluk getirmiştir. 25 Ağustos 1981 tarihli ve 2514 sayılı “Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanun” ile bu zorunluluk kaldırılmıştır. 30 Kasım 1981 tarih ve 17530 sayılı Resmi gazetede yayınlanan Bakanlar Kurulu Kararı ile sağlık alanında özel sektörün desteklenmesi

konusunda bazı kısmi düzenlemelerle sağlık kurumları teşvik kapsamına alınmıştır (Soyer, cilt14:1114).

Kamuya ait olmayan tüm hastaneler 1933'den beri yürürlükte olan ve en son Sağlık Bakanlığı tarafından 1983'de güncellenen özel hastaneler yasasına göre faaliyetlerini sürmektedirler. Özel polikliniklerle ilgili yönetmeliklerde olduğu gibi, özel hastanelere uygulanan yasa ve yönetmeliklerin odak noktası asgari fiziksel standartların, eleman ve donanımın sağlanmasıdır. Yasaya göre, özel hastaneler Sağlık Bakanlığı'nın denetimine tabidir. Bu hastanelere lisans verilmesi ve hastanelerin denetlenmesi de yine Sağlık Bakanlığı'nın o bölgedeki yerel yetkilileri (günümüzde il sağlık müdürlükleri) tarafından yerine getirilir.

Özel sektör tarafından yapılan sağlık harcamalarını şu şekilde sıralayabiliriz. Hastaneler, poliklinikler, özel sigorta şirketleri, laboratuvarlar, özel hekim muayenehaneleri, ilaç, tıbbi teknoloji, tıbbi malzeme üretimi ve ticareti yapan kuruluşlar (Şin, 1999:100). Özel sektördeki sağlık hizmetleri beş farklı şekilde verilir: (i) özel muayenehanesinde özel ve tam zamanlı olarak çalışan hekimler; (ii) özel muayenehanesinde yarı zamanlı olarak çalışan devlet memuru hekimler; (iii) özel poliklinik, tıp merkezleri ve özel hastaneler; (iv) kamu kurumlarında verilen özel hizmetler ve (v) 50 ya da daha fazla sayıda eleman çalıştıran özel şirketlerle anlaşmalı iş yeri hekimleri tarafından verilen özel hizmetler şeklinde verilmektedir.

Özel sağlık sektörüne baktığımızda, açık seçik bir hal almış bazı tespitlere değinmek gerekir. Birincisi, özel sağlık hizmet sektörünün ticari hayatını devam ettirebilmesi için kar elde etmeleri gerekmektedir. İkincisi, özel sektör hastanelerinin en başarılı olanları, hastalara verilen sağlık hizmetinin yüksek kalitede olması ve buna bağlı olarak ünlü olması durumudur. Hastanın verilen sağlık hizmetinden tatmin olması, uygun karlar getiren gelirlere yol açar. Düşük kalite ve hastanın memnun olmaması finansal kayıplara ve felakete yol açar (Rountree, 1993:78).

Türkiye'de en çok gelişen özel sektör alanı, özel hastanecilikdir. Özel hastanelerin büyük çoğunluğu büyük il merkezlerinde yer almaktadır. Özel hastaneler kar amacıyla çalışmaktadırlar ve bu çok doğal bir olaydır. Türkiye'de hükümet, sağlık alanında özel sektörün etkinliğini artırma eğilimindedir.

3.1.2.1.Toplam Özel sektör Sağlık Harcamaları

Türkiye’de kamuya ait olmayan hastaneler 4 kategoride toplanabilir: özel hastaneler (Türk vatandaşları tarafından şirket olarak kurulan hastaneler) vakıf hastaneleri, etnik azınlıklara ait hastaneler ve yabancıların sahip oldukları hastanelerdir. Kamuya ait olmayan hastaneler arasındaki en baskın grup % 82 oranı ile özel hastanelerdir. Bu hastanelerin sayısı 1990’larda bu yana sürekli olarak artmış; 1995 ve 2000 yılları arasında ise tam iki kat, 2000- 2006 arasında ise % 25,2 artmıştır. Vakıf hastaneleri sayı ve kapasite açısından daha az etkindir (kamuya ait olmayan hastanelerin % 9’u) bununla birlikte 1990’lı yıllar boyunca artmıştır.

Tablo 33’te özel hastanelerin 1990 ile 2006 yılları arasındaki dağılımı gösterilmektedir. Bu tabloya bakarak özel sektör içinde özel hastanelerin gelişimini görmemiz daha kolay olacaktır.

Tablo 33: Özel Hastaneler ve Bunlara Ait Yatak Sayıları

Yıllar	Hastane sayısı	Yatak sayısı
1990	125	6 230
1991	133	6 570
1992	143	7 136
1993	151	7 724
1994	154	7 925
1995	166	8 934
1996	184	10 042
1997	210	11 255
1998	237	12 678
1999	260	14 077
2000	261	14 257
2001	267	14 682
2002	270	14 729
2003	272	14 700
2004	278	14 558
2005	268	12 339
2006	305	13 707

Kaynak: http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=12

(*) http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=13 ve Türkiye İstatistik Yıllığı (TUIK)'ndan derlenmiştir.

(*) Her türlü tedavi hizmetini yapmakla yükümlü olan hastaneler, doğum ve çocuk bakımevleri, ruh ve sinir hastaneleri, göğüs hastaneleri, onkoloji hastaneleri ve sağlık merkezlerini kapsar.

(*)Kişilere, derneklere, yabancılara ait hastaneleri kapsar.

Özel hastanelerin 1990–2006 yılları arasındaki sayı ve bunların sahip olduğu yatak kapasitelerine baktığımızda son 15 yıl içinde iki katından daha fazla bir artış gösterdiğini görmekteyiz. 1990 yılında 125 hastane ile 6.230 yatak kapasitesine sahip olan özel hastaneler, 1995 yılında 166hastane ve 8.934 yatak kapasitesine, 2000 yılında 261 hastane ve 14.257 yatak kapasitesine ve 2004 yılında 278 hastane ve 14.558 yatak kapasitesine ve 2006 yılında ise de 305 hastane ve 13.707 yatak kapasitesine ulaştığını tablodan gözlenmektedir. Her sene düzenli bir şekilde artan hastane sayısı ve bununla orantılı olarak yatak sayısı özel hastaneciliği özel kesim sağlık harcamaları içinde en önemli paya sahip olmasını sağlamıştır.

Tablo 34’te de özel kesim sağlık harcamalarının 1990–2006 yılları arasındaki gelişimi ve toplam sağlık harcaması içindeki oranı gösterilmiştir.

Tablo 34: Özel Kesim Sağlık Harcamaları

YILLAR	Özel Sağlık harcaması	Toplam Sağlık Harcaması	Toplam Sağlık Harcaması/ Özel sağlık harcaması (%)
1990	5.298	13.920	38,1
1991	8.532	23.379	36,5
1992	14.584	43.200	33,8
1993	27.000	85.000	31,2
1994	56.500	160.000	35,4
1995	107.000	300.000	35,7
1996	198.000	550.000	36
1997	385.000	1.040.000	37,1
1998	719.576	2.199.249	32,8
1999	1.938.000	4.985.000	38,9
2000	3.058.000	8.248.000	37,1
2001	4.240.000	13.337.000	31,8
2002	6.079.000	20.524.000	29,6
2003	7.749.000	27.259.000	28,4
2004	9.218.000	33.237.000	27,7
2005	10.587.000	37.013.000	28,6
2006	11.913.000	43.197.000	27,6

Kaynak: Yıldırım, S., "Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi", DPT Yayın No:2350, Ankara, 1994 ve Sağlık Bakanlığı, Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007’den derlenmiştir.
*milyar TL

1990–2006 yılları arasında özel kesim sağlık harcamalarının sürekli artışı söz konusu iken toplam sağlık harcamaları içindeki oranı ise sürekli bir azalış içindedir. Tabii bunda geçen yıllar itibari ile artan nüfus ve toplumun satın alma gücü önemli bir etkidir. Ülkenin bu süre içerisinde ki durumu da bu azalışı etkileyen başka bir etkidir. 1994 krizi ve ülke ekonomisinin durumunu göz ardı etmemeliyiz. Bu bağlamda tabloya bakıldığında özel sektörün hastane ve yatak sayısındaki artış ile birlikte özel kesim

sağlık harcamalarının arttığı gözlenmektedir. Toplam sağlık harcamaları içinde, özel sektör sağlık harcamalarının toplamdaki payının düşmesi ise devletin sosyal devlet anlayışı gereği artan sağlık hizmetleri ile birlikte artan kamu kesimi sağlık harcamalarından kaynaklanmaktadır.

1990 yılında özel kesim sağlık harcaması 5.298 milyar TL iken toplam sağlık harcaması içindeki payı %38, 1995 yılında 107.000 milyar TL ve toplam içindeki oranı %35,7, 2000 yılında bu miktar 3.058.000 milyar TL'ye çıkarken toplam içindeki oranı %37,1'e gerilemiş ve 2004 yılında özel kesim sağlık harcamaları 9.218.000 milyar TL'ye ulaşırken toplam sağlık harcaması içindeki oranı ise % 27,7'ye ve 2006 yılında ise de özel kesim sağlık harcamaları 11.913.000 milyar TL'ye ulaşırken toplam sağlık harcaması içindeki oranı ise % 27,6'ya gerilemiştir.

3.1.3. Bazı Ülkelerdeki Kamu ve Özel Sektör Sağlık Harcamaları GSMH İçindeki Payının Karşılaştırılması

GSMH'den sağlığa ayrılan payın kamu ve özel sektör arasındaki paylaşımı da ülkeler arasında önemli farklılıklar göstermektedir. Farklılıkların temelinde o ülkenin benimsemiş olduğu ekonomik sistem oldukça etkilidir. Örneğin, sağlık harcamalarının tamamını kamu gelirlerinden karşılayan İsveç, İsviçre, Almanya ve İngiltere gibi sağlık sektörüne öncülük yapmış ülkelerde kamu sektörünün sağlık harcamaları içindeki payı oldukça yüksektir. ABD'de özel sağlık harcamaları toplam sağlık harcamasının % 55,2'sini oluştururken aynı oran İngiltere'de % 17,0'dir. Türkiye'de bu oran 1998 yılında % 31,8'dir. 1993 yılı ile karşılaştırıldığında bir azalma eğilimi göstermiştir. 2004 yılında yürürlüğe giren "Sağlıkta Dönüşüm Projesi" ile sağlık bakımı piyasasının derinliğinin sağlanması için önemli düzenlemeler yapılmıştır. Düzenlemelerin temelinde, sağlık hizmetleri piyasasında kullanılmakta olan kaynakların etkin ve verimli kullanımını sağlamaktır (Tatar, 2005;30).

Toplam sağlık harcamaları içinde özel sektör harcamalarının artması o ülkede sağlık sektöründe piyasa ekonomisine geçişle ifade edilebilir. Bu durum, sektörde kamunun sadece koruyucu sağlık hizmetleri ve sosyal güvenlik şemsiyesi altında olanlardan sorumlu olduğunu ifade eder. Bu şemsiyenin dışında kalanlar özel sektörle yaptığı anlaşma doğrultusunda özel hastanelere ve kliniklere yönlendirilmektedir. Bunun yanında özellikle yemekhane, güvenlik, muhasebe işlemleri ve otelcilik hizmetleri

diyebileceğimiz temizliğin özel sektöre devri ile kamunun sağlık sektöründeki payı küçülmeye başlamıştır (Baykara; Çaylı; Çelik ve Diğerleri, 2003;29).

Tablo 35: Bazı OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının Kamu/özel Sektör Oranları 2001-2004 (%)

	Toplam sağlık harcaması - Total health expenditures											
	Kamu - Public				Özel - Private				GSYH - % of GDP			
	2001	2002	2003	2004	2001	2002	2003	2004	2001	2002	2003	2004
ABD - USA	44.8	44.8	44.6	44.7	55.2	55.2	55.4	55.3	14.0	14.7	15.2	15.3
Almanya - Germany	79.4	79.3	78.7	76.9	20.6	20.7	21.3	23.1	10.4	10.6	10.8	10.6
Çek Cumhuriyeti												
Czech Republic	89.9	89.7	89.8	89.2	10.1	10.3	10.2	10.8	7.0	7.2	7.5	7.3
Fransa - France	75.9	78.1	78.3	78.4	24.1	21.9	21.7	21.6	9.3	10.0	10.4	10.5
İngiltere												
United Kingdom	83.0	83.4	85.6	86.3	17.0	16.6	14.4	13.7	7.5	7.7	7.8	8.1
İtalya - Italy	74.3	74.2	73.7	75.1	25.7	25.8	26.3	24.9	8.2	8.3	8.4	8.7
İspanya - Spain	71.2	71.3	70.4	70.9	28.8	28.7	29.6	29.1	7.2	7.3	7.9	8.1
Japonya - Japan	81.7	81.5	81.5	-	18.3	18.5	18.5	-	7.8	7.9	8.0	-
Kanada - Canada	69.9	69.6	70.1	69.8	30.1	30.4	29.9	30.2	9.4	9.7	9.9	9.9
Meksika - Mexico	44.9	43.9	44.1	46.4	55.1	56.1	55.9	53.6	6.0	6.2	6.3	6.5
Portekiz - Portugal	71.5	72.2	73.5	73.2	28.5	27.8	26.5	26.8	9.3	9.5	9.8	10.1
Yunanistan - Greece	55.5	54.1	53.6	52.8	44.5	45.9	46.4	47.2	10.4	10.3	10.5	10.0
Türkiye - Turkey	68.2	70.4	71.6	72.1	31.8	29.6	28.4	27.9	7.5	7.4	7.6	7.7

Kaynak: <http://www.oecd.org>, 2006

Tablo 35 incelendiğinde; sağlık hizmeti piyasasında özel sektör harcamalarının en fazla, kamu harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payının en düşük olduğu ülke ABD'dir. Bunun birçok nedeni olabilir, ancak en önemlileri sağlık hizmeti piyasasının serbest piyasa ekonomisine tam olarak geçmiş olması ve özel sağlık sigortasının yaygınlaşmış olması ile açıklanabilir. Türkiye'de ise kamu harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payının yaklaşık %70 olduğu görülmektedir. Türkiye hâlâ serbest piyasa ekonomisine tam olarak geçememiş ve özel sağlık sigortası istenilen düzeyde gelişmemiş olmasından kaynaklanmaktadır.

3.1.5. Kişi Başına Sağlık Harcamaları ve Değerlendirilmesi

Sağlığa verilen önemin bir diğer ölçütü, halkın yada hükümetlerin yılda kişi başına yaptıkları sağlık harcamalarıdır. Tablo 36'da, toplam sağlık harcamaları içinde kişi başına düşen sağlık harcaması, seçilmiş OECD ülkeleri ve Türkiye açısından ele alınmıştır.

Tablo 36: OECD Ülkelerinde Kişi Başına Sağlık Harcamaları (ABD Doları), 2000–2005

Ülkeler	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Avustralya	2397	2541	2724	2892	3128	-
Avusturya	2825	2898	3018	3236	3418	3519
Belçika	2301	2452	2631	3080	3290	3389
Kanada	2509	2727	2867	3006	3161	3326
Çek Cumhuriyeti	971	1055	1199	1353	1413	1479
Danimarka	2381	2561	2656	2793	2972	3108
Finlandiya	1717	1861	2012	2045	2202	2331
Fransa	2487	2649	2795	3011	3191	3374
Almanya	2634	2754	2886	3129	3169	3287
Yunanistan	1950	2178	2364	2616	2669	2981
Macaristan	857	977	1115	1291	1337	--
İzlanda	2697	2775	3036	3161	3331	3443
İrlanda	1822	2151	2368	2536	2742	2926
İtalya	2078	2188	2278	2281	2437	2532
Japonya	1967	2080	2138	2243	2358	-
Kore	780	932	977	1051	1138	1318
Lüksemburg	2984	3270	3729	4727	5352	-
Meksika	506	548	578	608	655	675
Kanada	2258	2525	2775	2910	3094	-
Yeni Zelanda	1605	1709	1850	1911	2148	2343
Norveç	3082	3293	3616	3872	4103	4364
Polonya	590	647	734	754	814	867
Portekiz	1625	1685	1783	1832	1896	2033
Slovakya	595	642	716	798	1061	1137
İspanya	1520	1617	1723	1954	2099	2255
İsveç	2272	2409	2593	2760	2827	2918
İsviçre	3181	3371	3650	3861	4045	4177
Türkiye	451	461	484	514	562	586
İngiltere	1859	2034	2228	2328	2560	2724
Amerika	4569	4917	5306	5684	6037	6401

Kaynak: OECD Health Data, 2007.

Tablo 36’da kişi başına sağlık harcaması yüksek olan ülkelerin başında ABD gelmektedir. OECD ülkeleri içinde en düşük paya sahip olan ülke Türkiye’dir. ABD’de kişi başına sağlık harcaması ortalama 5000 \$ iken OECD ülke ortalaması yaklaşık 2000 \$ dır. Türkiye’de kişi başına düşen sağlık harcaması 2005 yılı itibariyle 586 \$ dır. Türkiye nüfus bakımından ABD ve Almanya’dan sonra üçüncü sırada yer almaktadır. Ayrıca Türkiye’nin AB ülkeleri ve ABD’ye göre kişi başına milli gelirinin düşük olması kişi başına sağlık harcamalarının düşük olmasına bir sebeptir.

Kişi başına sağlık harcamasının yüksek olması gelişmişlik göstergesi olarak ifade edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü, 1998 yılı itibariyle 191 üye ülkesi ve 2 asosiy üyesi arasında 1998 yılında yaptığı bir değerlendirme ile üye ülkeleri; en az gelişmiş ülkeler (48 ülke), en az gelişmiş ülkeler hariç gelişmekte olan ülkeler (97 Ülke), geçiş dönemindeki ekonomiler (22 Ülke), gelişmiş piyasa ekonomileri (26 Ülke) olmak üzere 4 gruba ayırmıştır. Bu sınıflama, kişi başına gayri safi yurtiçi hasıla, yaşamda takviyeli fiziksel kalite endeksi (doğumda yaşam beklentisi, beslenme, eğitim göstergeleri vb.) ve ekonomik çeşitlenme endeksine bağlı olarak yapılmış olup Türkiye'nin bu sınıflamadaki yeri en az gelişmiş ülkeler dışındaki gelişmekte olan ülkeler. arasında yer almaktadır (Sağlık Hizmetlerinde etkinlik özel ihtisas raporu, 2001:116).

Esasen sağlık harcamalarının yıllar itibariyle artış göstermesi o ülkenin yaşlandığını ve o ülkedeki kronik ve bulaşıcı hastalıkların yaygınlaştığını gösterebilir. Çağımızın en tehlikeli ve maliyeti en yüksek olan hastalığı AIDS'tir. Bu tür vakalar ABD gibi gelişmiş ülkelerde daha fazladır. Bu açıdan değerlendirildiğinde, sağlık harcamalarının yüksek olması tek başına o ülkenin gelişmişlik göstergesi olmayabilir

Tablo 36'ya göre, kişi başına sağlık harcamasında OECD ülkelerinden ABD; Türkiye, İsviçre ve diğer üye ülkelere göre farklılık göstermektedir. ABD sağlık harcaması diğer OECD ülkeleri kişi başına sağlık harcamaları ortalamasının yaklaşık 2,5 katıdır (ABD'de kişi başına sağlık harcaması yaklaşık 5000 \$ iken OECD ortalaması 2000 \$'dır). Türkiye'nin kişi başına sağlık harcaması ise OECD ortalamasının oldukça altındadır.

Türkiye'nin sağlık sisteminde gerek hizmet sunumu, gerekse finansmanı açısından önemli farklılık gösteren rejimlerin olduğu bilinen bir gerçektir. Toplam sağlık harcamalarının finansmanında vergi, sigorta ve direkt ödemeler (cepten ödemeler) söz konusudur. Kişilerin yaptıkları doğrudan ödemelerin özel sağlık harcamaları içindeki payı OECD ülkeleri ve Türkiye açısından Tablo 37'de ele alınmıştır.

ABD, Hollanda, Fransa ve Almanya’da direkt yapılan ödemeler, başta Türkiye olmak üzere Danimarka, Norveç ve İtalya’ya göre yaklaşık %50 daha azdır. Toplam sağlık harcamaları içinde kişi başına düşen sağlık harcamaları incelendiğinde, kişi başına sağlık harcaması düşük olan ülkelerde direkt yapılan ödemeler daha yüksektir. Örneğin, Türkiye’de 2001 yılı itibariyle kişi başına sağlık harcaması 391 \$ iken aynı yıl cepten yapılan harcama %99,8’e yakındır. Burada ülkenin genel sağlık sigortası kapsamına geçmemiş olması oldukça önemlidir (TTB, 2006:20).

Tablo 37: Direkt Ödemeler Yoluyla Yapılan Sağlık Harcamalarının Özel Sektör Harcamalarına (ÖSH) Oranı, 1998-2001

Ülkeler	Direkt Ödemeler/ÖSH				Ülkeler	Direkt Ödemeler/ÖSH			
	1998	1999	2000	2001		1998	1999	2000	2001
Hollanda	24,7	25	24,5	24,1	Danimarka	92	90,4	90,9	90,8
Fransa	43,1	43	43,1	42,6	Avusturya	58,7	60,7	61,3	61,3
İngiltere	55,1	54,7	55	55,3	Kanada	55,2	55,3	54,3	52,3
İrlanda	45,6	51,4	50,5	55,2	Norveç	96,6	96,6	96,7	96,8
Almanya	44,5	43,2	42,2	42,4	İtalya	86,9	85,6	84,9	82,1
ABD	28	27,6	27,2	26,5	Portekiz	57,7	60,6	59,4	58,5
Avustralya	57,6	59,3	60,4	59,6	Türkiye	99,6	99,8	99,9	99,8

Kaynak: OECD Health Data, 2004.

Tablo 37 sağlık harcamalarının ne kadarlık kısmının vatandaşların doğrudan cebinden çıktığını ortaya koymaktadır. Buna göre, doğrudan yapılan sağlık harcamalarının özel sektör harcamalarına oranı, ABD’de yaklaşık olarak %27 iken Türkiye’de %99’dur. ABD sağlık hizmetleri piyasasında özel sağlık sigortasının yaygınlığı diğer AB ülkelerinden daha fazladır. Dolayısıyla da Hollanda ve ABD dışındaki ülkelerde özel sağlık sigortası yerine kamunun denetiminde olan sigorta sistemi ağırlık kazanmaktadır. Türkiye’de özel sektör harcamaları içinde ilaca direkt yapılan ödemenin yüksek olmasının nedeni, özel sağlık sigortasının gelişmemiş olmasına bağlanabilir.

3.1.4. Toplam Sağlık Harcamaları ve Değerlendirilmesi

Sağlık hizmetlerinin finansmanında iki temel model söz konusudur. Bunlardan biri finansmanın tamamen kamu kaynaklarından karşılanması, diğeri ise hizmeti talep eden bireyler tarafından karşılanmasıdır. Türkiye’de bu iki uç arasında karma bir yapıya sahiptir (Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm, Haziran 2003;18).

Bu bölüme kadar ayrı ayrı ele aldığımız sağlık harcamalarını bu bölümde toplu olarak ele alıp genel bir değerlendirme yapacağız. Bu hem bütünü görmemizi hem de ülke açısından durumunun değerlendirilmesinde daha iyi bir bakış açısı sağlayacaktır.

3.1.4.1. Türkiye’de Toplam Sağlık Harcamalarının GSMH içindeki Payı

Tablo 38’de Türkiye’nin kamu ve özel sağlık harcamaları ve bunların toplamının GSMH içindeki oranları gösterilmektedir. 2004 yılında toplam sağlık harcamaları içinde kamu sağlık harcamaları %84,1 iken özel sağlık harcama oranı ise %15,9 civarında gerçekleştiği gözlenmektedir.

Tablo 38: Toplam Sağlık Harcaması (kamu-özel) ve GSMH İçindeki Payı

Yıllar	GSMH (Milyar TL.)	Toplam Kamu Sağlık Harcaması (Milyar TL.)	Toplam Özel Sağlık Harcaması	Toplam Sağlık Harcaması	Top. Sağ.H. /GSMH (%)
1990	397.178	8.622	5.298	13.920	3,5
1991	634.393	14.847	8.532	23.379	3,7
1992	1.103.605	28.616	14.584	43.200	3,9
1993	1.997.323	58.000	27.000	85.000	4,3
1994	3.887.903	103.500	56.500	160.000	4,1
1995	7.854.887	193.000	107.000	300.000	3,8
1996	14.978.067	352.000	198.000	550.000	3,7
1997	29.393.262	655.000	385.000	1.040.000	3,5
1998	53.518.332	1.479.673	719.576	2.199.249	4,1
1999	77.415.000	3.047.000	1.938.000	4.985.000	6,4
2000	124.583.000	5.190.000	3.058.000	8.248.000	6,6
2001	178.412.000	9.097.000	4.240.000	13.337.000	7,5
2002	277.574.000	14.445.000	6.079.000	20.524.000	7,4
2003	359.763.000	19.510.000	7.749.000	27.259.000	7,6
2004	430.511.000	24.019.000	9.218.000	33.237.000	7,7
2005	487.202.000	26.426.000	10.587.000	37.013.000	7,6
2006	576.322.231	31.284.000	11.913.000	43.197.000	7,5

Kaynak: Yıldırım, Savaş, "Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi", DPT Yayın No:2350, Ankara, 1994 ve Sağlık Bakanlığı, Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007'dan derlenmiştir.

1990 ile 2006 yıllarına baktığımızda toplam sağlık harcamalarının sürekli bir artış gösterdiğini görmekteyiz. Sadece 1994 yılı ile 1997 yılları arasında artışta bir düşüş yaşadığı görülmektedir ki bunun da nedeni 1994 krizi ve sonrasındaki durumdan kaynaklanmaktadır.

1990 yılında toplam sağlık harcamasının GSMH içindeki payı %3,5 iken, 1995 yılında bu oran %3,8'e gerilemiştir. 2000 yılında GSMH içindeki payı %6,6'e çıkan toplam sağlık harcamaları 2004 yılında da %7,7 ve 2006 yılında ise de bu oran %7,5 seviyesine ilerlediği görülmektedir. Toplam sağlık harcaması içinde giderek büyüyen kamu sağlık harcamaları 2004 yılında en büyük orana sahip olmuştur. Bu artışın sürekliliğini artan nüfus ile birlikte artan sağlık harcamalarından kaynaklandığını söyleyebiliriz.

Özel sektör sağlık harcamalarının kamu sağlık harcamalarına göre daha az olmasının nedeni; kamunun sahip olduğu hastane ve hekim sayısının özel sektöre göre çok daha fazla olması ve bireylerin ikinci basamak sağlık hizmeti alırken daha çok kamu sektörünün tercih etmesidir. Ayrıca sağlık harcamalarında önemli bir yeri olan ilaç harcamalarının da bundaki payını unutmamak gerekir. Çünkü bireyler kamu sektöründe ilaçlar devlet tarafından finanse edildiği için daha fazla talep ederken, özel sektörde ise ilaçların büyük bir bölümünü kendisi karşılamaktadır. Günümüzde en önemli harcamalardan olan ilaç harcamalarında bu fazla talebi ortadan kaldırmak için Sağlık Bakanlığınca yeni yaklaşımlar getirilmeye çalışılmaktadır. Örneğin kişilerin gereğinden fazla almamaları için belli bir kota getirilmesi ve bu kotayı aşan kısım için kişilerin bizzat karşılaması. Ayrıca ilaç kutularında çok fazla ilaç yer alması ve kişilerin bunları tüketmemesi nedeniyle elde kalması ve zaman içinde bozulmaları nedeniyle tabletlerdeki ilaç sayılarının azaltılması bunlardan bazılarıdır.

3.1.4.2. Bazı OECD Ülkelerindeki Toplam Sağlık Harcamalarının GSMH içindeki Payı

Ülkelerin milli gelirlerinden sağlığa ayırdıkları paylar, temelde gelişmişlik düzeylerine ve sağlık sektörünün yapılanmasına bağlı olarak farklı düzeylerde gerçekleşmektedir. Tablo 39'da bazı OECD ülkelerinin GSMH'dan sağlık harcamalarına ayırdıkları paylar yer almaktadır.

Tablo 39: Değişik Ülkelerde(OECD Ülkelerinde) Toplam Sağlık Harcamalarının GSMH'ya Oranı(%), (2000–2005)

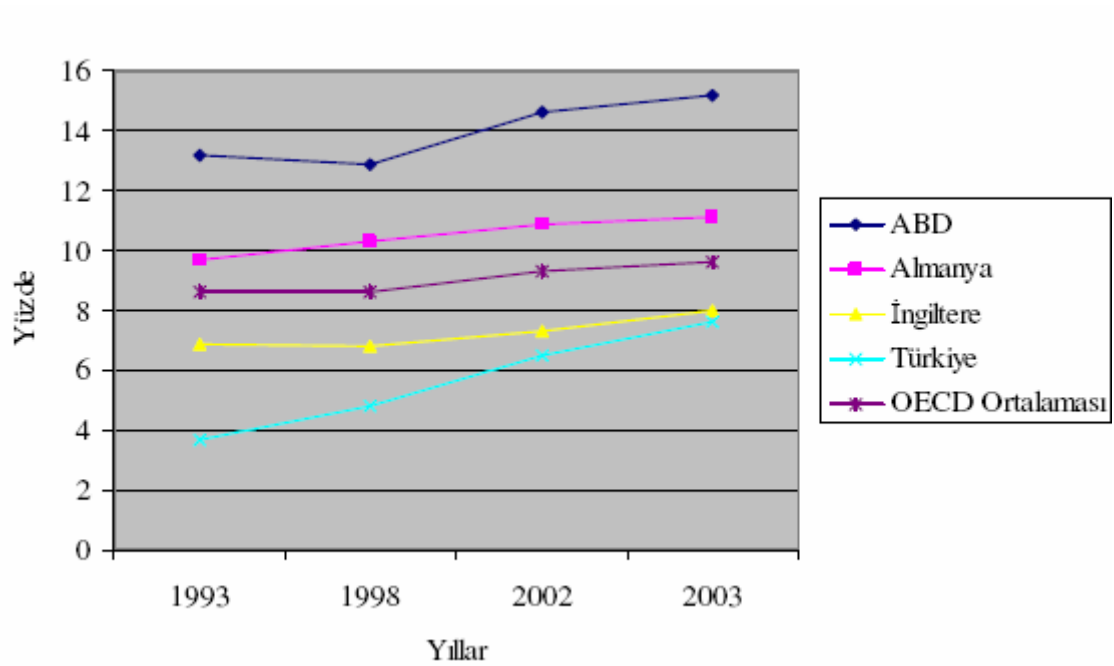
Ülkeler	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Avustralya	8,8	8,9	9,1	9,2	9,5	
Avusturya	10,0	10,0	10,1	10,2	10,3	10,2
Belçika	8,6	8,7	9,0	10,1	10,2	10,3
Kanada	8,8	9,3	9,6	9,8	9,8	9,8
Çek Cumhuriyeti	6,5	6,7	7,1	7,4	7,3	7,2
Danimarka	8,3	8,6	8,8	9,1	9,2	9,1
Finlandiya	6,6	6,7	7,0	7,3	7,4	7,5
Fransa	9,6	9,7	10,0	10,9	11,0	11,1
Almanya	10,3	10,4	10,6	10,8	10,6	10,7
Yunanistan	9,3	9,8	9,7	10,0	9,6	10,1
Macaristan	6,9	7,2	7,6	8,3	8,1	
İzlanda	9,3	9,2	10,0	10,3	10,0	9,5
İrlanda	6,3	7,0	7,2	7,3	7,5	7,5
İtalya	8,1	8,2	8,3	8,3	8,7	8,9
Japonya	7,7	7,9	8,0	8,1	8,0	
Kore	4,8	5,4	5,3	5,4	5,5	6,0
Lüksemburg	5,8	6,4	6,8	7,8	8,3	
Meksika	5,6	6,0	6,2	6,3	6,5	6,4
Kanada	8,0	8,3	8,9	9,1	9,2	
Yeni Zelanda	7,7	7,8	8,2	8,0	8,6	9,0
Norveç	8,4	8,8	9,8	10,0	9,7	9,1
Polonya	5,5	5,9	6,3	6,2	6,2	6,2
Portekiz	8,8	8,8	9,0	9,7	9,8	10,2
Slovakya	5,5	5,5	5,6	5,9	7,2	7,1
İspanya	7,2	7,2	7,3	7,9	8,1	8,2
İsveç	8,4	8,7	9,1	9,3	9,1	9,1
İsviçre	10,4	10,9	11,1	11,5	11,5	11,6
Türkiye	6,6	7,5	7,4	7,6	7,7	7,6
İngiltere	7,3	7,5	7,7	7,8	8,1	8,3
Amerika	13,2	13,9	14,7	15,2	15,2	15,3

Kaynak: OECD Health Data, 2007.

Buna göre, OECD ülkelerinden ABD ve Türkiye'ye ait veriler diğer üye ülkelerden farklılık göstermektedir. ABD sağlık harcaması OECD ülke ortalamasının yaklaşık %5 puan üzerindedir. Örnek olarak, 2002 yılında OECD ortalaması %9,3 iken ABD'de bu oran %14,7'dir. Türkiye 1993 yılında OECD ortalamasının oldukça altında iken (yaklaşık %5 puan) 2003 yılına gelinceye kadar önemli bir artış göstererek; OECD ortalamasının %2, ABD'nin ise yaklaşık %6,6 puan altına yükselmiştir. 2005 yılında Türkiye'de toplam sağlık harcamalarının oranı %7,6 seviyesine gelirken hala gelişmiş

ülkelerin sahip olduğu toplam sağlık harcama miktarlarının yarısına sahiptir. Son yıllarda ülkemizde sağlık harcamalarının payı arttığı görülmekte ama bu OECD ülke ortalamalarının hala yakalayamamış durumdadır. Bunun da en önemli nedeni diğer OECD ülkeleri gibi büyük ekonomilere sahip olmamızdan kaynaklandığını söyleyebiliriz.

Grafik 1: Bazı OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının GSMH İçindeki Payı



Grafik 1.1'e göre, Türkiye ve ABD 1993 yılından 2003 yılına gelinceye kadar GSMH içinde sağlık harcamalarının payı önemli bir yükseliş gösterirken (1993 yılına göre 2003'te sağlık harcamalarındaki artış; ABD'de %11, Türkiye'de ise yaklaşık %100'dür) diğer OECD ülkelerinde bu oranda bir artış olmadığı görülmektedir. 1993'ten 2003 yılına sağlık harcamalarında ABD ile Türkiye'de önemli artışlar olmuştur. Türkiye'deki artış oranı 1995'ten sonra OECD ortalamasının bir hayli üzerine çıkmıştır.

GSMH'den sağlık harcamalarına ayrılan payın yüksek olmasını birçok nedene bağlayabiliriz. Bunların başında o ülkenin gelişmişlik düzeyi ile sağlık harcamalarına ayrılan pay arasındaki pozitif ilişkidir. İkinci olarak, hastaların sağlık hizmetlerine olan talep bilincinin gelişmesi, ülke yöneticilerinin sağlığa verdiği önem ve ülkedeki özel sağlık sektörünün durumudur.

GSMH' den sağlık harcamalarına ayrılan payın yıllar itibariyle artış göstermesi bir gelişmişlik göstergesi olarak değerlendirilirse Türkiye sağlık alanında önemli gelişme kaydetmiştir diyebiliriz. Ancak, özellikle Türkiye'de sağlık harcamalarıyla ilgili veriler ilaç harcamalarının tespitinde olduğu kadar yeterince güvenilir değildir. Baykara'ya göre (2003), ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payının yüksek çıkmasının temel nedenlerinden birisi sağlık sektörünün veri tabanının yetersiz olmasıdır (Baykara; Çaylı; Çelik ve Diğerleri, 2003:28).

3.2. Uygulanan Vergi Politikalarının Değerlendirilmesi

Vergi politikası uygulamak suretiyle ekonominin yönlendirilmesi çeşitli yollarla mümkündür. Bunlar arasında en etkin uygulanan ve özellikle gelişmekte olan ülkelerde özel yatırımların teşvik edilmesi ve tasarruf-sermaye birikiminin sağlanması için başvuru olan vergi politikası uygulaması, vergi indirimi veya muafiyetidir.

Dolaylı vergileri yanı sıra dolaysız vergilerde yapılacak indirimler veya artışlar önemli ekonomik sonuçlara yol açarlar. Dolaysız vergilerde (kurumlar vergisi) yapılacak indirimler tasarruf ve yatırımları teşvik etme yönünde etki yaratabilecektir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde iktisadi kalkınma açısından önemli görülen sektörlerde götürülecek vergi istisnaları (indirim veya muafiyet) önemli teşvik tedbirleri olarak kabul edilmektedir (Eker ve diğerleri, 2005;44-45).

Vergi mevzuatında yapılan son değişikliklerle bazı vergi oranlarında indirime gidildi. 1 Ocak 2005'ten itibaren yürürlükte olacak bu indirimler, 27/12/2004 tarihli ve 2004/8301 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile katma değer vergisi oranlarını düzenleyen 17/7/2002 tarihli ve 2002/4480 sayılı Bakanlar Kurulu Kararının II sayılı listesinin "B) Diğer Mal ve Hizmetler" bölümüne 12. sıra olarak ilave edilen hüküm uyarınca ilgili Bakanlıklar tarafından yada kanunlarla izin verilen gerçek veya tüzel kişiler tarafından yerine getirilen insan sağlığına yönelik koruyucu hekimlik, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ve ambulans hizmetlerine uygulanan katma değer vergisi oranı 1/1/2005 tarihinden geçerli olmak üzere % 18 den % 8 e indirilmiştir.

Amaç, vergi oranlarında yapılacak bir indirim sayesinde hem piyasaları canlandırmak, hem de bütçe açıklarından kaynaklanan kamu finansman sorununu çözmektir. Sistem iki yönlü çalışacaktır; bir taraftan mükelleflere, diğer taraftan hazineye avantajlar yaratacak

ve vergide yapılacak indirim sayesinde her iki tarafta bulunan iktisadi birimler olumlu etkilenecekti.

Sağlık alanında bilindiği gibi ilaçta daha önce oran yüzde 8'e çekilmişti. 2005'ten itibaren tedavi amaçlı araç gereç ve tedavi hizmetlerinde de KDV oranı yüzde 8'e indirilmiştir. Bunlar:

- Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılan veya ithaline izin verilen beşeri tıbbi ürünler;
- İlgili Bakanlıklar tarafından ya da kanunlarla izin verilen gerçek ve tüzel kişiler tarafından yerine getirilen insan veya hayvan sağlığına yönelik koruyucu hekimlik, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri (hayvan ırkının ıslahına yönelik hizmetler dahil), ambulans hizmetleri;
- Tıbbi cihazlar (Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Tıbbi Cihaz Yönetmeliği", "Vücuda Yerleştirilebilir Aktif Tıbbi Cihazlar Yönetmeliği" ile "Vücut Dışında Kullanılan Tıbbi Tam Cihazları Yönetmeliği" kapsamında tanımları verilen ve doğrudan sağlık hizmetleri ile veterinerlikte kullanılan cihazlar, bunların aksam ve parçaları) ile bunların kiralanması hizmetleri (Temelli, http://www.turkishtime.org/36/30_5_tr.asp).

Bu yapılan değişiklik ile devletin bazı kazanımları oldu. Bunların ilki; yıllardır, sağlık sektöründeki hatalı bir uygulaması nedeniyle, devletin katrilyonlarca lirası kayboluyordu. Hastanelerin çoğu, KDV'den müstesna olduğu halde 'KDV dahil tarife' üzerinden, fatura kesip, ona göre tahsilat yapıyorlar, böylelikle ekstradan bir gelirleri oluyordu. Devlet, KDV'ye tabi olmayan hastanelere, KDV ödüyordu. Artık KDV hariç tarifeler üzerinden fiyatlar belirleniyor ve bunu sonucu olarak da devlet KDV'de müstesna olan hastanelere artık KDV ödemiyor ve bu devlete milyar YTL'lerle ifade edilebilecek önemli bir kazanç sağlıyor. İkincisi; Sağlıkla ilgili harcamaların, yüzde 80'ini kamu kurumları ile TC Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur yapıyor. Nitekim 1

Ocak 2005'ten itibaren KDV yüzde 18'den 8'e inince, Devletin KDV ödemelerinde büyük bir azalma oldu. Bu da devlete milyar YTL'lik (katrilyon liralık) bir avantaj sağladı. Üçüncüsü ise; Özellikle tıbbi cihaz ve medikal malzemelerde, KDV oranının indirilmesi, kamu hastanelerinin bu cihaz ve malzemelerin alımında ödediği, KDV tutarını azalttı.

Ayrıca bu indirim ile birlikte özel, dernek ve vakıf hastanelerinin de çok büyük kazanımları oldu. Bunları da şöyle sıralayabiliriz; Özel hastanelerin KDV'den müstesna olan kamu hastaneleri ve bazı vakıf hastaneleriyle yaşadıkları haksız rekabetten kurtuldular. Ayrıca, sağlık ve tedavi hizmetlerinin ücretleri, indirilen KDV oranı kadar aşağı çekildi ve en çokta vatandaşın lehine oldu. Dernek ve vakıf hastaneleri; Katma Değer Vergisi ödeyen ancak bunu indirim konusu yapamayan bazı hastaneler, istisnadan yararlanmayacaklarını bağlı oldukları vergi dairesine bildirerek, KDV mükellefi olup ödedikleri KDV'yi indirim konusu yapabileceklerdir (Kızılot, 2005; <http://webarsiv.hurriyet.com.tr/2005/01/12/583434.asp>).

Sağlık hizmetleri alanında sağlanan indirimin düşük gelirli aileleri etkilemesi ancak çok düşük oranlarda söz konusu olabilir. Orta ve alt gelir sınıfında bulunan ve nüfusun büyük çoğunluğunu oluşturan aileler eğitim ve sağlık hizmetini kamu hizmeti kapsamında çoğunlukla devlet kurumlarından ve bedelsiz sağlamaktadırlar. Bu nedenle yapılan KDV indiriminin belki direkt yapılan ilaç harcamalarını bir nebze de olsa azaltılacağı düşünülse de düşük gelirli aile grubuna etkisinin pek fazla olmayacağını söyleyebiliriz. Tabi burada hiçbir kamu veya özel sağlık kurumu sağlık hizmetlerinden faydalanmayan kişileri unutmamak gerekir ki bu da toplumun azda olsa belli bir kısmını temsil etmektedir.

Genel olarak bu yapılan KDV indirimini derlendirdiğimizde düşük gelirli aileler için olumlu bir gelişme olduğunu söylemek gerekir. Çünkü devlet yapılan ilaç harcamalarının tamamının karşılamamakta veya bazı ilaçları kapsam dışında bırakmaktadır ki bu düşük gelirli aileler için çok büyük bir harcama gerektiren bir durum ortaya çıkarmaktadır. Bu yönden bakıldığında bu indirimin özellikle düşük gelirli veya hiçbir sağlık güvencesi olmayan aileler için önemli bir gelişme olduğunu gözlemlemekteyiz. Tabi burada şunu da göz ardı etmemek lazım ki yapılan KDV indiriminin ilaç fiyatlarına ne kadar yansıdığıdır. Çünkü bilindiği gibi fiyatlar aşağıya

doğru katı olduğundan, indirim etkisi orta vadede bu ürünlerin fiyatlarında olası artışın engellenmesi yönünde düşünülebilir. Tabi bu da Sağlık Bakanlığı bünyesindeki gerekli organların yapacağı denetimlerle ile önüne geçilebilecek bir durumdur.

Ayrıca yatırımlar için sağlanan diğer Gümrük Vergisi ve Toplu Konut Fonu istisnası, Yatırım indirimi, Katma Değer Vergisi istisnası, Vergi, resim ve harç istisnası ve Kredi tahsisi teşvikler de sağlık alanına özel sektör tarafından yapılan yatırımları özendirir/attırır. Günümüzde gittikçe artan sayıdaki özel hastane ve diğer sağlıkla ilgili kuruluşlarda bu yapılan teşviklerin ne kadar önemli ve gerekli olduğunu ortaya koymaktadır.

3.3. Uygulanan Bütçe Politikalarının Değerlendirilmesi

Sağlık Bakanlığı başta devlet memuru ve emeklileriyle bunların aile bireylerine ayrıca sağlık güvencesi altında olsun ya da olmasın tüm ülke halkına sağlık hizmeti sunmakta, gelirleri; genel bütçe, döner sermaye ve fon gelirlerinden oluşmaktadır. Genel bütçe içinde payı fazla artış göstermeyen Sağlık Bakanlığı bütçesi son yıllarda bütçe dışı kaynaklardan daha fazla beslenir olmuştur. Sağlık Bakanlığı bütçesi içinde fon ve döner sermaye gelirlerinin % 30-% 50 arasında değişmektedir. Devlet bütçesinden Sağlık Bakanlığına ayrılan doğrudan katkının yanı sıra devletin sosyal güvenlik kuruluşlarına prim katkısı da söz konusudur. Ayrıca 1992 yılından itibaren devlet, finansman sıkıntısı çeken sosyal güvenlik kuruluşlarına bütçeden transfer harcaması yapmaktadır.

Devlet, ödeme gücü olmayan vatandaşların tedavi giderlerini de üstlenmektedir. Yeşil Kart Uygulaması ile ilgili kanunun 1992’de yürürlüğe girmesiyle devlet; hiçbir sosyal güvencesi olmayan ve aylık geliri veya aile içindeki payı 1475 sayılı Kanunu’na göre belirlenen asgari ücretin, vergi ve sosyal sigorta primi dışındaki miktarının 1/3’ünden az olan ve Türkiye’de İkamet eden Türk vatandaşlarının tedavi hizmetlerini ve her türlü masraflarını karşılamaktadır. Yeşil Kart kapsamında 13,4 milyon kişi bulunmaktadır (Orhaner, 2006;7-8).

Bütçe yeterli olmadığında kurumlara hazineden bütçe transferleri gerçekleştirmektedir. Bunlar aşağıdaki tablo 40’da sosyal güvenlik kurumlarının gelir-gider durumu ve bütçeden açıklar için yapılan transferler gösterilmektedir.

Devlet bütçe transferleriyle sosyal güvenlik kuruluşlarının açıklarını kapatmaktadır. Sosyal güvenlik kuruluşlarının gelir sıkıntısı Tablo 40’te açık bir şekilde görülmektedir. Tablo 40’tan da görüleceği üzere Sosyal Güvenlik kuruluşlarının 2005 yılındaki gelir-gider açığı (-23.398 milyon YTL) dolayısıyla yapılan bütçe transferi 23.322 milyon YTL iken bu rakam 2006 yılında 22.892 milyon YTL’dir. Dolayısıyla sosyal güvenlik kuruluşları diğer branşlarda olduğu gibi sağlık sigortasında da gider azaltıcı, gelir artırıcı önlemler almaya gerek duymaktadırlar (Orhaner,2006;9).

Tablo 40: Sosyal Güvenlik Kurumu Bütçe Hedef ve Gerçekleşmeleri (Milyon YTL)

	2005				2006 HEDEF				2006 GERÇEKLEŞME			
	SSK	BK	ES	Toplam	SSK	BK	ES	Toplam	SSK	BK	ES	Toplam
Gelirler	22.739	3.903	8.638	35.280	26.466	5.171	9.413	41.050	29.064	7.902	9.844	46.810
Prim Gelirleri	19.865	3.548	7.286	30.699	23.218	5.027	7.721	35.967	25.704	7.364	7.814	40.882
Diğer Gelirler	2.874	356	1.352	4.582	3.247	144	1.692	5.083	3.361	538	2.030	5.928
Giderler	30.151	10.784	17.744	58.679	33.166	11.922	19.248	64.335	37.272	12.181	19.204	68.656
Emekli Aylıkları	21.944	5.600	11.716	39.260	24.558	6.440	12.969	43.966	24.978	6.713	13.094	44.786
Sağlık Giderleri	7.677	3.626	2.917	14.220	8.010	3.660	2.812	14.481	11.700	3.623	2.744	18.067
Diğer Giderler	530	1.557	3.111	5.198	599	1.822	3.467	5.888	594	1.845	3.365	5.803
Açık	-7.412	-6.880	-9.106	-23.398	-6.700	-6.750	-9.835	-23.285	-8.208	-4.279	-9.360	-21.847
Bütçe Transferi	7.507	6.926	8.889	23.322	6.700	6.750	9.835	23.285	8.527	4.330	10.035	22.892

Kaynak: Genel Faaliyet Raporu, T.C. Maliye Bakanlığı 2006, Haziran 2007

Tablo 41’de bütçe içerisinde sağlık harcamalarının 1990–2006 yılları arasındaki gelişim seyri yer almaktadır.

Tablo 41’e baktığımızda 1990–2006 yılları arasında artan bütçe ile birlikte sağlık harcamalarının bütçeden aldıkları payda artış göstermiştir.1990 yılında sağlık harcamalarının konsolide bütçe içerisindeki oranı %12,8 iken 1995 yılında 11,3’e gerilemiştir. Bunun nedeni 1994 yılında ülkemizin yaşamış olduğu krizden kaynaklanmaktadır. 2000 yılında ise %11,1 iken 2004 yılında %17 ve 2006 yılında bu oran %17,8 civarına yükseldiği gözlenmektedir. Bütçedeki oranların, ülkenin o zaman ki durumunu göz önünde bulundurarak bakmamız daha sağlıklı bir değerlendirme yapmamıza yardımcı olacaktır. Yıllar itibari ile özel sağlık harcamaları ve kamu sağlık harcamalarındaki artış seyri olumlu bir gelişme olarak karşımıza çıkmaktadır. Kamu sağlık harcamalarının konsolide bütçedeki artışta var olan yönetim ile eski yönetimlerin sağlığa verdikleri önemi göstermektedir. Tabi burada asıl önemli olan bu harcamaların doğru yerlerde ve verimli bir şekilde kullanılmasıdır. Artan sağlık hizmeti talebi ile

birlikte sağlık harcamalarının, var olan talebi karşılamakla birlikte, gelecekte ortaya çıkacak talepleri de karşılamaya yönelik yatırımlar yapmaya yönelik yapılmalıdır.

Tablo 41: Bütçede Sağlık Harcamalarının Gelişimi ve Konsolide Bütçedeki Oranı

Yıllar	Konsolide Bütçe (Gerç.) Milyar TL.)	Toplam Kamu Sağlık Harcaması (Milyar TL.)	Toplam Özel sağlık harcaması	Kamu Sağ.Harc./Kons.Bütçe %
1990	67.193	8.622	5.298	12,8
1991	130.263	14.847	8.532	11,4
1992	221.658	28.616	14.584	12,9
1993	485.249	58.000	27.000	12,0
1994	897.296	103.500	56.500	11,5
1995	1.710.646	193.000	107.000	11,3
1996	3.940.162	352.000	198.000	8,9
1997	7.990.748	655.000	385.000	8,2
1998	15.601.363	1.479.673	719.576	9,5
1999	28.084.685	3.047.000	642.000	10,9
2000	46.705.028	5.190.000	1.938.000	11,1
2001	80.579.065	9.097.000	3.058.000	11,3
2002	115.682.350	14.445.000	4.240.000	12,5
2003	140.454.842.	19.510.000	6.079.000	13,9
2004	141.020.860	24.019.000	7.749.000	17,0
2005	146.097.573	26.426.000	9.218.000	18,1
2006	175.303.995	31.284.000	10.587.000	17,8

Kaynak: Yıldırım, Savaş, "Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi", DPT Yayın No:2350, Ankara, 1994- <http://ekutup.dpt.gov.tr/ekonomi/gosterge/tr/1950-06/esg.htm> ve Sağlık Bakanlığı, Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007’ den derlenmiştir.

Tablo 42’de 2006 yılı sonunda toplam sağlık harcamaları, bütçe ödeneğinin % 132 üzerinde gerçekleşmiştir. Sağlık harcamalarında ödenek aşımına neden olan ana kalem, yukarıda da belirttiğimiz gibi, ödeneğini % 182 oranında aşan yeşil kart harcamaları olmuştur. Yeşil karttan sonra en fazla olan harcama kalemi ise ilaç harcamalarıdır. Buna yönelik yapılan çalışmalarla ilaç tüketiminde savuranlığı ve israfı önlemeye yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Tabi bu konuda öncelikli olarak halkımız ilaç kullanımı konusunda bilgilendirilme ve eğitilmesi ile birlikte, doktorlarımızın ilaç yazım

alışkanlıklarının da değiştirilmesi konusunda çalışmaların yapılmasının gerekli olduğunu söyleyebiliriz.

Tablo 42: Yıllar İtibarıyla Karşılaştırmalı Bütçe Sağlık Harcamaları (2004–2006)

(bin YTL)	2004	2005	2006
Sağlık Harcamaları	3.074.705	4.033.317	5.344.560
Yeşil Kart	614.211	1.808.746	2.910.611
İlaç	1.220.015	935.502	804.149
Tedavi ve Diğer Sağ. Gid.	1.240.479	1.289.069	1.629.800
Ayrılan Bütçe Ödeneği			
Bütçe Ödeneği	2.862.218	3.471.540	4.054.697
Yeşil Kart	678.600	1.150.000	1.600.000
İlaç	1.111.818	1.125.422	1.178.937
Tedavi ve Diğer Sağ. Gid.	1.071.800	1.196.118	1.275.760
Ödeneğe Göre Gerçekleşme (%)			
Sağlık Harcamaları	107,42	116,18	131,81
Yeşil Kart	90,51	157,28	181,91
İlaç	109,73	83,12	68,21
Tedavi ve Diğer Sağ. Gid.	115,74	107,77	127,75

Kaynak: TEPAV, Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı, İstikrar Enstitüsü, Mali izleme Raporu, (2006 yılı Bütçe Uygulama Sonuçları),s;17

Ödenek ile gerçekleştirmeler arasındaki fark, ödenenin yetersiz olduğu zaman bütçeden yapılan transferler ile telafi edilmektedir.

Yukarıdaki tablolar incelendiğinde sağlık harcamalarının her geçen gün arttığını ve artan bu sağlık harcamaları ile birlikte kurumların gelir-gider dengesindeki meydana gelen dengesizlik karşısında da devletin bu açığı sürekli olarak bütçe transferleri yolu ile kapatmaya çalıştığı gözlenmektedir. Var olan hükümetin daha önceki hükümetlere oranla daha fazla bütçeden kaynak tahsis ettiği fakat bunu yeterli olmadığı görülmektedir.

Dünyada yaşanan teknolojik gelişmeler, nüfusun özellikle gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfus sayısındaki ki artış önemli denecek boyutlara gelmesi, hastalıkların yapısındaki değişim, toplumun algılama düzeyi ve beklentileri sonucunda sağlık hizmetlerinin GSMH içindeki payı artmıştır. Bu önümüzdeki zaman dilimi içersindeki gelecek hükümetlerin en önemli sorunların başında gelmektedir.

Ülkemizdeki bu artış yalnız bizim sorunumuz değil diğer gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerinde çözmek zorunda oldukları bir problemdir. ABD başta olmak üzere OECD ülkelerinde yıllar itibariyle sağlık harcamaları ve ilaç harcamalarında önemli oranda artış olmuştur. Bu harcamalardaki artışın nedenlerini şöyle sıralayabiliriz; sağlık bilincinin artmasıyla hastaların sağlık hizmetlerine daha fazla talepte bulunmaları, hasta ve doktor açısından çift yönlü ahlaki tehlikenin söz konusu olması, belki de en önemlisi hasta adına sağlık hizmetlerini ve harcamalarını belirleyen doktorun reçete yazma tutumu ve sağlık hizmeti sunulan kuruluştaki fonksiyonu, sağlık hizmetlerinde kullanılmakta olan tıbbi araç ve gereçlerin yaygınlaşması ve ileri teknoloji gerektiren ürünlerden oluşması, genel sağlık güvencesi kapsamında hastanın sağlık harcamalarına katılımının sağlanması için katkı payı ödemesinin zorunlu hale getirilememesi yada düşük oranın belirlenmesi sayılabilir (Turna, 2006:90). Ayrıca, ülkemizde “Tezgâh Üstü İlaç Satımı” olarak da ifade edilen reçetesiz ilaç kullanma alışkanlığı ilaç harcamalarındaki artışın ve dolayısıyla sağlık harcamalarının artışının bir diğer nedenidir.

Sağlık harcamalarını sürekli artmasına neden olan bu nedenler bütçenin sürekli açık vermesine neden olmaktadır. Buda yıl içersinde sağlık hizmetlerini yerine getiren kurumlara bütçeden sürekli bir aktarımı gerekli kılmakta bu ise devlete yeni ve ağır yükler getirmektedir. Bunun için bu sorunun en çabuk ve en yakın zamanda çözüme kavuşturulması gerekmektedir. Bunun içinde ilk önce sağlam bir ekonomiye sahip olmak daha sonra ise sağlık harcamalarında yapılan yanlış yatırım harcamaları ile yanlış uygulamalar sonucu ihtiyaçtan çok fazla tüketilen\israf edilen ilaç harcamalarının kontrol altına alınarak harcamaların kontrol altına alınması gerekir.

3.4. Uygulanan Sağlık Politikaların Değerlendirilmesi

Bu bölümde sağlıkla ilgili uygulanan mevcut politikaların neler olduğu ortaya koyularak, bunlara yönelik yapılan çalışmalar değerlendirilip maliye politikalarının etkinli tartışılacaktır. Öncelikle kalkınma planında sağlıkla ilgili mevcut durum ortaya konularak mevcut durumla ilgili belirlenen plan ortaya konacak ve en son olarakta bunlar üzerinden değerlendirme yapılacaktır.

VIII. kalkınma planını sonucu durum ve IX. kalkınma planında yer alan sağlık hizmetleri ile ilgili mevcut durumu özetlemek gerekirse; VIII. Plan döneminde sağlık alanında; sağlık personeli sayısı, yatak sayısı ve kullanım oranları, bebek ölüm hızı, aşılama gibi göstergelerde iyileşmeler kaydedilmiştir. Bununla beraber, henüz istenen düzeye ulaşamamıştır.

Hekim başına düşen nüfus sayısı 2000 yılında 792 iken 2005 yılında 715'edüşmüş olmakla birlikte halen, AB ortalaması olan 288'in oldukça gerisinde kalmıştır. AB ülkelerinde 8,8 olan yüz bin kişiye düşen tıp fakültesi mezunu sayısı ülkemizde bu dönemde 7,5'ten 6,1'e düşmüştür. Bu durum, gelişmiş ülkeler ile aramızdaki farkın daha da açılmasına neden olmaktadır.

Birinci basamaktaki altyapı, personel ve kalite yetersizlikleri ile sevk zincirinin etkin çalıştırılmaması, hastaların hizmet maliyetleri daha yüksek olan ikinci ve üçüncü basamağa yönelmesine sebep olmakta ve oluşan yığılmalar hastanelerin hizmet kalitesini düşürmektedir. 2000- 2004 döneminde sağlık ocağı imkanlarının geliştirilmesi ve mobil sağlık hizmeti uygulaması ile bu alanda önemli iyileşmeler sağlanmasına rağmen, yataklı tedavi kurumlarında verilen poliklinik hizmetlerinin yüzde 95'i ayakta tedavi hizmetlerinden oluşmaktadır.

VIII. Plan döneminde sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması, hizmet kalitesinin artırılması, Sağlık Bakanlığının planlama ve denetleme rolünün güçlendirilmesi, sağlık bilgi sistemlerinin geliştirilmesi, akılcı ilaç ve malzeme kullanımının sağlanması, genel sağlık sigortası sisteminin oluşturulması amacıyla Sağlıkta Dönüşüm Programı başlatılmıştır. Bu kapsamda sevk zincirinin etkinliğinin artırılması amacıyla aile hekimliği pilot uygulamaları sürdürülmektedir.

Ayrıca, sağlık hizmet sunumu ve finansmanının birbirinden ayrılması amacıyla kamuya ait tüm hastaneler Sağlık Bakanlığı çatısı altında toplanmış ve sağlık hizmetlerine erişimde önemli iyileşmeler sağlanmıştır. Performansa dayalı ek ödeme uygulaması ile personel motivasyonu ve verimlilikte iyileşmeler sağlanmış, kamuda çalışan tam zamanlı uzman hekimlerin oranı beş kat artırılmıştır.

Hizmetlerin standardizasyonu ve bilgi sistemlerinin etkin kullanımına yönelik çalışmalar başlatılmış olmakla birlikte, hastanelerin mali ve idari özerkliğe kavuşturulması ihtiyacı devam etmektedir. 2000 yılında sosyal sigorta programları tarafından kapsanan nüfus oranı yüzde 82,2, sağlık hizmetleri bakımından sosyal sigorta kapsamındaki nüfus oranı ise yüzde 80,9 iken; bu oranlar, 2005 yılında sırasıyla yüzde 91,4 ve yüzde 91'e yükselmiştir.

Sosyal sigorta kuruluşlarının en önemli sorunu, gelirlerinin, giderlerini karşılayamamasıdır. Sosyal sigorta kuruluşlarına bütçeden yapılan transfer tutarının GSYİH'ya oranı 2000 yılında yüzde 2,6 iken, bu oran 2005 yılında yüzde 4,8'e yükselmiştir. Ayrıca, sosyal güvenlik sisteminde; tüm nüfusun kapsanamaması, kuruluşlarca sağlanan hakların ve yükümlülüklerin farklı olması, bilgi işlem altyapısının yetersiz olması, ortak bir veri tabanının olmaması ve sistemdeki denetim mekanizmalarının etkin işlememesi gibi sorunlar bulunmaktadır. Sosyal güvenlik sistemindeki bu sorunların giderilmesine yönelik olarak; sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanması ve genel sağlık sigortasının kurulması amacıyla hazırlanan Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, TBMM tarafından kabul edilmiştir (DPT: VIII ve IX'uncu beş yıllık kalkınma planı).

Mevcut durumu ortaya koyduktan sonra bunlara yönelik yapılacak ve IX. kalkınma planında yer alan politikalarda şöyle sıralayabiliriz; 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. 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 artırılabacaktır. Başta birinci basamak hizmetleri olmak üzere sağlık hizmetlerinin kalitesi altyapı ve personelin niteliğinin geliştirilmesi ile artırılabacaktır. 2008 yılı sonu itibarıyla aile hekimliği hizmet modeli tüm illere yaygınlaştırılacaktır. Daha verimli işletilmelerinin sağlanması ve hizmet kalitelerinin artırılması amacıyla, hastaneler idari ve mali açıdan kademeli olarak özertleştirilecektir.

Sağlık Bakanlığının planlayıcı, düzenleyici ve denetleyici rolü güçlendirilecektir. Özel sektörün sağlık alanında yapacağı yatırımlar teşvik edilecektir. Sevk zincirinin etkin işletilmesi ve bilgi sistemlerinin yaygın olarak kullanılması ile hastanelerde hizmet verilmesi kolaylaştırılacak ve sağlık harcamalarının kontrolü sağlanacaktır.

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. 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.

Uluslararası kriterlere uygun sağlık veri tabanı oluşturulacaktır. Sosyal güvenlik sistemi; nüfusun tümünü kapsayan, toplumun değişen ihtiyaçlarını karşılayabilen, mali sürdürülebilirliği olan ve kaliteli hizmet sunan bir yapıya kavuşturulacaktır. Sosyal sigorta sistemi, çalışan nüfusun tümünü kapsayacak şekilde yaygınlaştırılacak ve kayıt dışı istihdam önlenecektir. Sosyal güvenlik sisteminin mali sürdürülebilirliği aktüeryal dengeler gözetilerek sağlanacaktır. Sosyal sigorta sisteminin bilgi işlem altyapısında tam otomasyona geçilerek, hak kaybını ve mükerrer yararlanmayı önleyen etkili, erişilebilir ve sürdürülebilir hizmet sunan bir yapı oluşturulacaktır.

Hasta haklarını ve memnuniyetini gözeterek, erişilebilir, kaliteli ve koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik veren, maliyet etkin ve sürdürülebilir bir sağlık sistemi oluşturulacaktır.

Vatandaşların sağlık hizmetlerinden yararlanabilmelerini kolaylaştırmak amacıyla genel sağlık sigorta sistemi hayata geçirilecektir. Kaliteli hizmet sunumu için standartlar oluşturulacak, gerekli fiziki ve hukuki altyapı geliştirilecek, sağlık sektöründeki insan

gücünün niteliği ve niceliği artırılabacaktır. Etkili bir sevk sistemi oluşturulması, maliyet etkin hizmet sunumu, akılcı ilaç kullanımı ve sağlık bilgi sistemlerinin kullanımı yaygınlaştırılacaktır. Sağlık sektöründe kamunun düzenleyici ve denetleyici rolü güçlendirilirken, hizmet sunumunda özel kesimin payı artırılabacaktır (DPT: IX. kalkınma planı 22007-2013).

Yapılan çalışmalar sonucunda var olan durumu değerlendirdiğimiz de şöyle sonuçlarla karşılaşmaktayız; Sağlık Bakanlığı'nın 1 Temmuz 2003 tarihinde başlattığı ve 2003 Yılı Aralık ayında bir kitapçıkla kamuoyuna duyurduğu Sağlıkta Dönüşüm Projesi, geçmişteki reform ve proje çalışmalarını değerlendirerek gelecekte geçilmesi düşünülen sağlık sistemini tasarlayacak ve bu sisteme geçişi kolaylaştıracak gerekli değişiklikleri yapmayı planlamıştır.

Öncelikle sağlık hizmetlerine ulaşmada kolaylıklar getirilmesine rağmen nitelikli personel ihtiyacının giderilmesine yönelik pek bir ilerleme kaydedilememiştir. Üniversite sayılarında artış olmasına rağmen öğrenci sayısında azalmalar meydana gelmiştir. Bu üniversitelerin mevcut yapılarındaki eksiklikler (teknolojik eksiklik, iş yükü fazlalığı vb) ile bu bölümlerin kazanılmasının zorluklarından kaynaklanmaktadır. Kalkınma planında hemen hayata geçirilmesi gerekliliği üzerinde durulan genel sağlık sigortasının hala yürürlüğe girmemiştir. Tabi bunda birçok bilim adamının da ortak kanaati olan, bu yasanın tam olgunlaşmadan, gerekli alt yapı ve finansmanının sağlanmadan yürürlüğe koymanın hatalı olduğu düşüncesi, etkili olduğunu söylemek yanlış olmasa gerek. Burada karşılaşılan en önemli sorun genel sağlık sigortası ile tüm nüfusun sosyal sigorta şemsiyesi kapsamına alınması ile ortaya çıkan parasal kaynak sorunu ve tüm nüfusu içine alan bu kapsamlı sigorta sisteminde hiçbir güvencesi olmayan(ödeme gücü olmayan) insanların tespitindeki zorluklardır. Ayrıca birinci basamak sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve gerekli personeli temin edilmesi sorunu hala güncelliğini korumaktadır.

Hastaların büyük çoğunluğunun sorunlarının birinci basamakta çözülebilir olduğu ve hastane polikliniklerinin bu tür hastalarla dolu olduğu bir gerçektir. Etkin ve kademeli bir sevk zinciri, hem hastanelerimizdeki gereksiz yığılmaları azaltarak tedavi hizmetlerinin kalite artışına hizmet edecek, hem de sağlık harcamalarındaki israfı azaltacaktır. 9. kalkınma planında sevk zincirinin güçlendirilmesinin yapılan

reformların başarısı için, olmasının gerekliliği üzerine sıklıkla durulmasına rağmen, getirilen yeni uygulamalarla sevk zincirini zayıflatılmakta ve uygulanan politikalarında etkinliğini zedelemektedir.

Özel sektörün desteklenmesi için yapılan vergi ve yatırımlara yönelik teşvikler olumlu yönde etki yapmaktadır. Ama piyasanın kamu ve özel sektör tarafından karşılanma oranlarına baktığımızda bunun gelişmiş ülkeler seviyesinin gerisinde olduğunu gözlemlemekteyiz. Bu nedenle özel sağlık sektörünü teşvik yönünde yapılan uygulamaların artarak devam etmesinin gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Bu bağlamda uygulanan politikalar da Keynes' yen anlayıştan Liberal anlayışa bir kayış olduğunu söyleyebiliriz.

İlaç kullanımındaki israf ve savurganlığı önlemeye yönelik çalışmalar olumlu gelişmelerdir. İlaç tabletlerinin sayısının azaltılması, belli ilaçların sigorta güvencesi dışına çıkarılması ve ilaçların toptan fazla fazla verilmesi yerine az sayıda ve gerekli kontroller yapıldıktan sonra verilmesi uygulamaları bunlardan bazılarıdır.

Hizmetlerin standardizasyonu ve bilgi sistemlerinin etkin kullanımına yönelik, bilgi sistemlerinin yaygın olarak kullanılması ile hastanelerde hizmet verilmesi kolaylaştırılacak ve sağlık harcamalarının kontrolü sağlanacaktır çalışmalarla ilgili belirli adımlar atılmıştır. Buna yönelik getirilen MEDULA sistemi; MED(ikal) ULA(k) sözcüklerinden oluşur. Medula, GSS ile sağlık tesisleri arasında , sağlık tesislerinin iç süreçlerine müdahale etmeksizin, fatura bilgisini elektronik olarak toplamak, hizmetlerin ödenmesini kolaylaştırmak için oluşturulmuş bütünleşik sistemdir. Sistem; kamu hastaneleri, üniversite hastaneleri, özel hastaneler, özel tanı merkezleri ve özel tedavi merkezleri tarafından kullanılacak şekilde geliştirilmiştir. Medula sisteminin ana süreçleri şunlardır;

- Provizyon Alma (Sigortalı ve Hizmet Sunucu Doğrulama)
- Sevk Bildirimi (Sevk, reçete, tetkik) (Sevk, Reçete ve Tetkik Talep Bildirimi)
- Ödeme Bilgisi Kayıt (Ödeme Sorgusu (Claims Processing))
- Fatura Bilgisi Kayıt (Fatura Sorgulama)

Bu sistemin getirdiği yeniliklerle birlikte hastanelerde hizmet verilmesi kolaylaştırılmaya çalışılmış ve bu olumlu olduğu kadar olumsuz etkileri de beraberinde getirmiştir. Bunlara kısaca değinmek gerekirse; hastane kabulünün internet üzerinden yürütülmesi ile ortaya çıkabilecek sorunlar (internette yaşanabilecek kesilme, netteki yavaşlama vb.) nedeniyle hastaların bekletilmesi yada geri çevrilmesi sorunu ortaya çıkabilir. ayrıca hastanelerin elinde hastalara ait ayrıntılı bir listenin bulunması, işlemlerin eksiksiz yapılıp yapılmadığını ve bunların sisteme aktarılıp aktarılmadığının bilinmesi gerekir. Bu hastane tarafından bilinmezse, personel sürekli olarak bunların yapılıp yapılmadığını kontrol etmek zorunda kalacak ve buda ciddi bir zaman ve kaynak kullanımına yol açacaktır. Bu sorunları ortadan kaldırılması Medula ile iletişimi kuran programın tasarımına ve yeteneğine bağlıdır. Bu nedenle bu aksaklıklara önlem alınmaması sorunları zlemek için getirilen sistemin beraberinde yeni aksaklıklara yol aacağının söyleyebiliriz (<http://www.gssmedula.com/html/medula2.htm>).

Son olarakta Ulusak Sağlık Projesine değinirsek; ülkelerin sağlık harcamalarının tanımlanması ve ölçümü son yıllarda politika belirleyicilerinin önemle üzerinde durdukları bir konu olarak ortaya çıkmaktadır. Sağlık sektöründe, diğer sektörlerde de olduğu gibi ulusal amaçları gerçekleştirmek için gerekli kaynaklar oldukça sınırlıdır. Bu nedenle sağlık sektöründeki politika belirleyiciler ve planlamacıların amaçlarını gerçekleştirmede etkin rol oynayabilmeleri için mevcut kaynakların miktarını ve sınırlılıklarını bilmeleri gerekmektedir. Bu yaklaşım benimsendiği takdirde sağlık sektöründe karar verme konumunda bulunan kişi ve grupların kaynakların sektör içindeki miktarı ve dağılımı, bu kaynakların akış yönü ile şekli ve geçmişte gözlenen hareketleri ile gelecekte beklenen hareketleri konusunda doğru bilgiye ihtiyaçları olacaktır. Sağlık harcamalarının tahminine yönelik çalışmaların temel amacı bu türde bilgiyi sağlamaktır. Türkiye’de de Ulusal Sağlık Hesapları projesinin temel dayanağını oluşturacak Sağlık Hesapları Sistemi getirilmiştir. Sağlık Hesapları Sistemi, sağlık harcamaları ve finansmanını birbirleri ile ilişkili tablolar aracılığı ile analiz etme ve raporlamaya olanak sağlayan bir ereve sunmaktadır.

SONUÇ

Sağlıklı bireylerin olduğu ve sağlık hizmetlerinin yaygın ve eşit bir biçimde sunulduğu topluma ulaşmak ülke yönetimlerinin temel hedefleri arasında yer almaktadır. Bu nedenle sağlık hizmetleri konusu ulusal düzeyde, ekonomik, sosyal ve kültürel koşullar çerçevesinde bir bütün olarak ele alınan konular arasında yer almaktadır. Sağlık hizmetleri, insanların yaşam sürelerine, kuvvet ve dirençlerine, enerji ve canlılıklarına, çevreyle uyum halinde yaşamalarına etki eden tüm faaliyetleri kapsamaktadır. Sağlık hizmetlerinin etkin sürdürülmesi insanların sağlıklı olmasını sağlayacaktır. Bir ülkede nüfusun sağlıklı insanlardan oluşması ülkenin ekonomik yönden gelişmesi için en önemli unsurdur.

İnsanlara daha yüksek bir yaşam düzeyi sağlamak olduğu için sağlık hizmetlerinin en iyi şekilde gerçekleştirilmesi ekonomik kalkınmanın amacıdır. Diğer bir taraftan insanların ekonomik faaliyetlere verimli bir şekilde katılması için önce sağlık şartlarının iyileştirilmesi gerekmektedir ki, bu nedenle sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi aynı zamanda kalkınmak için bir araçtır.

Türkiye’de sağlık hizmetleri sunumundan asıl sorumlu kurum Sağlık Bakanlığı olmakla birlikte sağlık hizmetini sunan ve talep eden pek çok kurum ve kuruluş vardır. Türk sağlık sektöründeki çoklu talep, arz ve finansman mekanizmaları sektörde verimsizliğe neden olmaktadır. Çalışmada ülke sağlık harcamalarının büyük çoğunluğunun kamu tarafından yapıldığı ortaya konmuştur. Özellikle sosyal güvenlik kurumlarının sağlık harcamalarındaki artışlar dikkat çekmektedir.

Sağlık harcamaları; koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerine yapılan harcamalar, ilaç harcamaları, medikal ürünlere yapılan harcamalar olarak değerlendirilebilir. Bu harcamalar, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere göre önemli farklılıklar göstermektedir. ABD başta olmak üzere OECD ülkelerinde yıllar itibariyle sağlık harcamaları ve ilaç harcamalarında önemli oranda artış olmuştur.

Bir ülkenin gelişmişlik seviyesi büyük oranda, o ülkenin sağlık eğitim gibi alanlardaki temel sosyo-ekonomik göstergeleriyle ölçülür. Bu nedenle günümüzde , hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerin sağlık hizmetlerini yerine getirmek için büyük çaba sarf etmektedirler. Çünkü, ekonomik kalkınmanın en önemli araçlarından biri olarak sağlıklı bir topluma sahip olmak görülmektedir.

Ülkemizde sağlık arzına yönelik göstergeler henüz ekonomik yönden gelişmiş ülkelerdeki göstergelerin gerisindedir. Sağlık hizmetleri arzında hekim, hastane, sağlık ocağı, sağlık personeli sayısı, teşhis, tedavi araçları istenilen miktar ve kalitede değildir. Sağlık arzının yetersizliği karşısında sağlık talebi de kişi başına gelirin düşük olması, büyük şehirler dışında hekim sayısının azlığı, hastane olanaklarının olmayışı, bilgisizlik, vb. nedenlerle düşüktür. Sağlık talebinin artması bir yerde sağlık arzının artmasına bağlı olacağından devletin sağlık arzını dolayısıyla sağlık harcamalarını artırması gerekmektedir.

Ülkemizde diğer ülkelerde olduğu gibi sağlık hizmetleri finansmanın sağlanmasında bazı sorunlar yaşanmaktadır. Türkiye’de sağlık hizmetlerin sunumunda ve finansmanında kamu kesiminin ağırlıkta olduğu bir yapı söz konusudur. Sağlık hizmetlerinin finansmanı vergi, sigorta primleri ve kişilerin satın aldıkları hizmet karşılığında direkt olarak cepten yaptıkları ödemelerle karşılanmaktadır. Bunun yanında hasta hanelerde uygulanan döner sermaye, sigorta kapsamındakilerden talep edilen katkı bedelleri ve ödeme gücü olmayanlar için kullanılan fon gelirleri de diğer finansman kaynakları arasındadır.

Günümüzde doğumlarda meydana gelen ölüm olaylarının azalması, ilaç girdi maliyetlerinin artışı, nüfus artışı, teknolojiye değişiklikler (özellikle sağlık hizmetlerinin teknolojik gelişmelere daha bağımlı hale gelmesi..), vb. devletin finansman konusunda zorlanmasına neden olmakta ve sağlık harcamalarında artış meydana getirmektedir. Sağlık ve sağlık hizmetlerine olan ihtiyacın günden güne giderek artması bu alana daha fazla kaynak ayrılması gerekliliğini ortaya çıkarmıştır.

Toplam sağlık harcamalarından hizmetlere ayrılan paylar incelendiğinde maliyet etkililiği en yüksek hizmet olan, yani en az yatırımla en etkili çıktı sağlanabilecek olan koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan pay olağanüstü düşük ve yüzde 1 oranında gerçekleşmektedir. Bu oranın düşüklüğü nedeniyle ayaktan ve yatarak verilen sağlık hizmetlerine yapılan harcama tutarları olağanüstü düzeyde artmaktadır . Bunun için devletin koruyucu sağlık alanına daha fazla pay ayırarak bunu önlemesi gerekir.

Sağlık hizmetlerinde yaşanan eşitsizlikler kurum sağlık harcamalarında da kendisini göstermektedir. Emekli Sandığı’nın sağlık harcamaları kapsadığı nüfus ile ilişkilendirildiğinde diğer sosyal güvenlik kurumlarına göre kişi başına sağlık harcaması oldukça yüksektir. SSK’nın ise kapsadığı nüfus ülke nüfusunun yaklaşık yarısını oluşturmasına rağmen kişi başına sağlık harcaması diğer kurumlara nazaran düşüktür.

Bunda Kurumun kendi sağlık tesislerinin olması ve ilaç politikasının farklılığı önem arz etmektedir

Ülkemizin ilaç ve tıbbı malzeme konusunda dışa bağımlı olması, ilaç tüketimindeki bilinçsizlik ve savurganlık önemli bir boyuta ulaşmış olması sağlık harcamalarının artışının en büyük nedenlerindedir. Günümüzde Türkiye’de bireyler çok basit hastalıkların tedavisi için dahi çok ileri düzeyde sağlık bakımı sunan hastanelere doğrudan başvurma eğilimindedir. Etkili bir hasta sevk zinciri uygulanamadığından eğitim hastaneleri başta olmak üzere üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan kurumların birçoğunda doktorlar bazen gereksiz reçeteler yazabilmektedir. Özellikle ilaç harcamasının Sosyal Güvenlik Kurumlarının sağlık harcamaları içinde en önemli paya sahip olması bu sorunun vahametini göz önüne sermektedir. İlaç tüketimi Sosyal Güvenlik Kurumlarında savurganlık derecesinde yapılmakta iken, bu olanaklara sahip olmayan toplumun diğer kesimi için ise ilaç bulmak oldukça zor olmaktadır.

Gelişmiş ölkelerde tüm sağlık hizmetleri için harcanan paranın yüzde 15.i ilaç tüketimini oluştururken ölkemizde bu pay sosyal güvenlik kuruluşu harcamaları içinde yüzde 50.yi aşmış durumdadır. Sosyal güvenlik kurumlarındaki ilaç tüketimi için harcanan para tüm sağlık harcamaları içinde büyük bir kısmını oluşturması kurumların artan ve ciddi boyutlara ulaşan ilaç harcamalarını karşılamakta zorlanır duruma gelmelerine ve dolayısıyla bu soruna bazı önlemler almak zorunda kalmalarına neden olmuştur. Sosyal Sigortalar Kurumunda hastaya mevcut eşdeğer ilaçların en düşük fiyatlı olanının verilmesi, Emekli Sandığı’nda ilaç, doza dikkat edilerek ilaç adedinin sınırlandırılması (provizyon uygulamaları), alınan tedbirlere örnek olarak gösterilebilir.

Son yıllarda sürekli konuşulan sağlık harcamalarının finansmanı reformunda önerilen Genel Sağlık Sigortasının iki amacı bulunmaktadır: Toplumun sağlık sigortası kapsamına girmeyen % 15’lik kısmını da sağlık hizmetlerinden yararlandırmak ve sağlık harcamalarının finansmanına katkı sağlamak.

Devlet, Genel Sağlık Sigortası ile sosyal güvenlik kuruluşlarından alacağı sağlık primini artırmakta, yoksulluk sınırının üstünde gelir elde edenlerden de isteğine bırakmaksızın prim toplamayı düşünmektedir. Sağlık hizmetleri için ayrıntı toplam kaynak miktarı ölkemiz için bugün hala yeterli düzeyde değildir. Gelişmiş ve gelişmekte olan birçok ölkenin sağlık bütçesi rakamlarına baktığımızda bu daha açık bir şekilde ortaya çıkmaktadır.

Bazı OECD ülkelerinin toplam sağlık harcamalarının GSMH oranları göz attığımızda bunu daha iyi görebilmekteyiz. 2000 yılında toplam sağlık harcamalarının GSMH'ya oranları yüzdelik olarak, ABD'de 13.2 iken, Avusturya'da 10, Danimarka'da 8.3, Fransa'da 9.6, Almanya'da 10.3, İtalya'da 8.1, İsviçre'de 10.4 ve Türkiye'de ise 6.6 seviyesindedir. OECD'nin 2007 verilerinde yer alan, OECD ülkelerinin toplam sağlık harcamaların GSMH oranları 2000 yılındaki ortalamasının 7.9 olduğunu düşünürsek Türkiye'nin ortalamanın altında kaldığını gözlemlemekteyiz. 2005 yılında ise bu oranlar ABD'de 15.3 iken, Avusturya'da 10.2, Danimarka'da 9.1, Fransa'da 11.1, Almanya'da 10.7, İtalya'da 8.9, İsviçre'de 11.6 ve Türkiye'de ise 7.6'ya çıktığı görülmektedir. 2005 yılında ülkelerin sağlık harcamalarının GSMH'ya oranlarının ortalaması ise 8.9 seviyesine yükseldiği ve Türkiye'nin 2005 yılında hala ortalamanın altında olduğunu görmekteyiz. Dünya ölçeği ile karşılaştığımızda ülkemizde sağlık hizmetleri için GSYH bazında ayrılan tutar yetersizdir. Bu durum tabi ki ülkemizin sağlık harcamaları konusunda gelişmiş ülkeler seviyesine gelmek için daha uzun bir yol alması gerektiğini ortaya koymaktadır. Tabi bu arada Türkiye'nin birçok OECD ülkesinin sağlık harcaması ortalamasından daha fazla olduğunu da göz ardı etmememiz gerekir.

Genel Sağlık Sigortası Türkiye'de yaşayan herkesin yurtiçinde veya yurtdışı sağlık tesislerinde göreceği tedavileri, ilaç, iyileştirme araçları, aşı, serum, vb. ücretlerini karşılayacaktır. Uygulamada birinci basamak sağlık hizmetleri verilmeden ikinci basamak yada üçüncü basamak sağlık hizmetlerini almak mümkün olmayacaktır. Genel Sağlık Sigortası sigortalıya prim yükü getirirken kısa ve orta vadede sağlık hizmetlerinin çok kaliteli verileceğini beklemek hayal olacaktır. Daha kaliteli sağlık hizmeti bekleyenler, diğer gelişmiş ülkelerdeki örneklerde olduğu gibi özel sağlık sigortalarına yöneleceklerdir. Aile hekimliği uygulamasının yaygınlaştırılması Genel Sağlık Sigortası Sisteminin etkin sürdürülmesi açısından mutlaka gereklidir. Aile hekimliği uygulaması hemen yaygınlaştırılmalı, halkımız, sağlık müracaat zincirindeki değişiklik üzerine bilgilendirilmesi gerekmektedir.

Ülkemizde sağlıkta uygulanan vergi uygulaması ise vergi mevzuatında yapılan son değişikliklerle bazı vergi oranlarında indirimle gidilmesidir. 1 Ocak 2005'ten itibaren yürürlükte olacak bu indirimler, 27/12/2004 tarihli ve 2004/8301 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile katma değer vergisi oranlarını düzenleyen 17/7/2002 tarihli ve 2002/4480 sayılı Bakanlar Kurulu Kararının II sayılı listesinin "B) Diğer Mal ve Hizmetler" bölümüne 12. sıra olarak ilave edilen hüküm uyarınca ilgili Bakanlıklar tarafından yada kanunlarla izin verilen gerçek veya tüzel kişiler tarafından yerine getirilen insan sağlığına yönelik koruyucu hekimlik, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ve

ambulans hizmetlerine uygulanan katma değer vergisi oranı 1/1/2005 tarihinden geçerli olmak üzere % 18 den % 8 e indirilmiştir.

Bunu sağladığı yararları şöyle sıralayabiliriz; Birincisi kamunun bundan sağladığı faydadır. Devletin yıllardır sağlık sektöründeki hatalı bir uygulaması nedeniyle katrilyonlarca lirası heba oluyordu. Hastanelerin çoğu, KDV'den müstesna olduğu halde 'KDV dahil tarife' üzerinden, fatura kesip, ona göre tahsilat yapmasıyla fazladan bir gelirleri ortaya çıkıyordu. Devlet, KDV'ye tabi olmayan hastanelere, KDV ödüyor buda devletimize ek bir yük getiriyordu. Artık KDV hariç tarifeler üzerinden fiyatlar belirleniyor ve bunu sonucu olarak da devlet KDV'de müstesna olan hastanelere artık KDV ödemiyor ve bu devlete milyar YTL'lerle ifade edilebilecek önemli bir kazanç sağlıyor. Ayrıca; Sağlıkla ilgili harcamaların, yüzde 80'ini kamu kurumları ile TC Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur yapıyor. 1 Ocak 2005'ten itibaren KDV yüzde 18'den 8'e inince, Devletin KDV ödemelerinde büyük bir azalma oldu. Bu da devlete milyar YTL'lik (katrilyon liralık) bir avantaj sağladı. Bir diğeri ise; Özellikle tıbbi cihaz ve medikal malzemelerde, KDV oranının indirilmesi, kamu hastanelerinin bu cihaz ve malzemelerin alımında ödediği, KDV tutarını azalttı ve dolayısıyla bunun getirdiği ek külfette devletin üzerinden bir nebze olsun almış oldu. İkincisi özel sektöre sağladığı faydadır. Buda Özel hastanelerin KDV'den müstesna olan kamu hastaneleri ve bazı vakıf hastaneleriyle yaşadıkları haksız rekabetten kurtulmaları şekline ortaya çıktı. Dernek ve vakıf hastaneleri; Katma Değer Vergisi ödeyen ancak bunu indirim konusu yapamayan bazı hastaneler, istisnadan yararlanmayacaklarını bağlı oldukları vergi dairesine bildirerek, KDV mükellefi olup ödedikleri KDV'yi indirim konusu yapabilecekleri bir duruma geldiler.

Genel olarak bu yapılan KDV indirimini derlendirdiğimizde düşük gelirli aileler için olumlu bir gelişme olduğunu söylemek gerekir. Çünkü devlet yapılan ilaç harcamalarının tamamının karşılamamakta veya bazı ilaçları kapsam dışında bırakmaktadır ki bu düşük gelirli aileler için çok büyük bir harcama gerektiren bir durum ortaya çıkarmaktadır. Tabi burada şunu da her zaman göz önünde bulundurmanız gereken bir durumdur ki KDV indiriminin ilaç fiyatlarına ne kadar yansıdığıdır. Çünkü bilindiği gibi fiyatlar aşağıya doğru katı olduğundan, indirimin etkisi orta vadede bu ürünlerin fiyatlarında olası artışın engellenmesi yönünde düşünülebilir. Tabi bu da Sağlık Bakanlığı bünyesindeki gerekli organların yapacağı denetimlerle ile önüne geçilebilecek bir durumdur.

Ayrıca yatırımlar için sağlanan diğer Gümrük Vergisi ve Toplu Konut Fonu istisnası, Yatırım indirimi, Katma Değer Vergisi istisnası, Vergi, resim ve harç istisnası ve Kredi tahsisi teşvikler de sağlık alanına özel sektör tarafından yapılan yatırımları özendirir/arıtırır. Günümüzde sağlık alanında yapılan reform hareketleri ile birlikte özel sektörü harekete geçirecek, onları yatırma teşvik edecek ve destekleyecek bu tür teşvik edici unsurların devam ettirilmesi önem arz etmektedir.

Sonuç olarak, ülkemizde ve diğer ülkelerde sağlık hizmetlerinin en iyi şekilde sunulabilmesi için hem kamu hem de özel finansman kaynaklarına ihtiyaç vardır. Artan sağlık ihtiyaçları, iyi temellere oturtulmuş bir ekonomi ve dolayısıyla gelir seviyesinin yükselmesi, sağlık bilincinin toplumumuzda oluşturulması, gelişen teknolojiye sahip olma ve gelişmeye yardımcı olma ve diğer birçok neden bağlı olarak artan sağlık harcamalarının karşılanmasında sahip olduğumuz kısıtlı kaynaklar, tüm finansman yöntemlerinin birlikte uygulanmasını zorunlu kılmaktadır. Bunun içinde devletin, herkesin faydalandığı koruyucu sağlık hizmetlerini bir yandan yerine getirirken diğer yandan toplumun sağlıklı ve huzurlu bir ortamda yaşaması için sağlık politikalarını belirlemesi ve bunu kararlılıkla uygulamaya çalışması, diğer sağlık kurumlarını denetleyici bir rol üstlenmesi gerekmektedir.

KAYNAKÇA

- AKALIN Güneri**, Kamu Ekonomisi, Ankara 1981
- AKDOĞAN Abdurrahman**, Kamu Maliyesi, Ankara 2002
- AKTAN Coşkun Can ve Abdülkadir Işık**, Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Alternatif Yöntemler, Makale www.canaktan.org
- BAĞ-KUR**, 10. Genel Kurul Raporu, Yayın no95/2,Ankara 1995
- BALBAY Yücel**, Sağlık Sisteminin Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası(yayınlanmamış yüksek lisans tezi) Hacettepe üniversitesi 1997
- BAYKARA, Tamer**; Hülya Çaylı; Hüseyin Çelik ve Diğerleri; “Türkiye’de İlaçta Veri Koruması ve Uygulamasının Mali Etkileri”, Pfizer İlaçları Limited Şirketi, Ankara 2003, ss. 1–62.
- BELEK İlker**, Sosyal Devletin Krizi ve Sağlıkın Ekonomi Politikası, Sorun yayınları, İstanbul 1994.
- BULUTOĞLU Kenan**, Kamu ekonomisine Giriş, Yapı kredi yayınlar, İstanbul 2003
- BÜMKO**, Sağlık Hizmetleri 1980–1983, Gelir-Gider-Kadrolar-Tedavi Yardımları, Maliye Bakanlığı Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü, Ankara 1993 Ocak
- ÇALIŞKAN Zafer**, Ulusal Sağlık Hizmetleri Sisteminin Finansman Kaynakları Yönünden Türkiye’de Uygulanabilirliği, (yayınlanmamış yüksek lisans tezi) 1999 Antalya
- ÇINAR Şakir**, Savunma Harcamalarında İktisadi Etkinlik,(yayınlanmamış y.l.) tezi, 2002 İstanbul, İstanbul üniversitesi, s:3
- ÇİLİNGİRLİOĞLU N.**, “Sağlık Ekonomisi” Halk sağlığı temel bilgiler, Der; Bertan M.- Güler Ç. , Güneş kitap evi, Ankara 1995, s:376
- DAĞLI Gamze H.** Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yapısı, (Y.L. tezi) Ankara 2006

- DPT**, Genel Ekonomik Hedefler ve Yatırımlar, 2005
- DPT**, Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Raporu, Ankara 2001
- DPT**, Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, Ankara Haziran 2000
- DPT**, Dokuzuncu Kalkınma Planı 2007-2013, Ankara 2006
- ERGİNAY Akif**, Kamu Maliyesi, Savaş Yayınları, Ankara 1998.
- EKER Aytaç**, Kamu Maliyesi, Anadolu matbaacılık, İzmir 1999
- EKER Aytaç, Asuman Atay ve Mustafa Sakal**, Maliye Politikası (Teori, İlkeler ve Yöntemler), İzmir 2005
- ERTEKİN Şaban**, 1980 sonrası Dönemde Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması ve Finansman sorunu, Yayınlanmamı yüksek lisans tezi, 2000 İzmir
- GÜNAYDIN Gönül**, Türkiye’de Sağlık Sektörünün Ekonomik Etkinliği (yayınlanmamış y.l. tezi) Eskişehir 1994
- GÜNEY Mümin**, Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması, Dokuz Eylül Üniversitesi,(yayınlanmamış yüksek lisans tezi), 1998 İzmir
- IŞIK Abdülkadir**, Sağlık Ekonomisi: Finansmanı ve Ekonometrik Bir Analiz Çerçevesi(-yayınlanmamış doktora tezi.) İstanbul 1997
- KALKAN Mehmet**, Türkiye’de Kamu Harcamalarında Etkinlik ve verimlilik Arayışları (yayınlanmamış yüksek lisans tezi), Bursa 1998
- KANCA Filiz Semerci**, Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı (yayınlanmamış y.l. tezi) İstanbul1995
- KARABULUT Kerem**, Türkiye’de Sağlık Sektörü(doktora tezi) Erzurum 1998
- KIZILOT Şükrü**, Sağlıkta KDV İndirimde Katrilyonluk Kazanç,
<http://webarsiv.hurriyet.com.tr/2005/01/12/583434.asp>

KURTULMUŞ Sevgi, Sağlık Ekonomisi, İstanbul 1996

KÜÇÜK Şaban , Devletçe Karşılana Tedavi Giderlerinde Katma Değer Vergisi Uygulaması, http://www.alomaliye.com/saban_kucuk_tedavi.htm

Maliye Bakanlığı, Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü, Bütçe Gerekçesi 2006

Maliye Bakanlığı, Genel Faaliyet Raporu 2006, Haziran 2007

OCAKCIOĞLU Bora, “Sağlık Hizmetlerinin Sosyal Refaha Katkısı ve Genel Sağlık Sigortası”, Maliye Araştırma Merkezi Konferansları,35.seri,yıl1991/1992

OECD, Sağlığa Bakış 2005: OECD göstergeleri

OECD, OECD Sağlık İstatistikleri 2006, <http://www.oecd.org>

OECD, OECD Sağlık İstatistikleri 2007, <http://www.oecd.org>

ORHANER Emine, Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi, Türkiye’de Sağlık Hizmetleri finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası, Gazi Üniversitesi Yayını, Yıl: 2006 Sayı: 1

ÖZTEK Zafer, Zeliha Saat, Sağlık Hizmetlerinde Denetim, Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitim Genel Müdürlüğü yayını, Ankara, 1987

PEHLİVAN Osman, Kamu Maliyesi, Trabzon 2000

RESMİ GAZETE, 12 Ocak 1961,Sayı;10705, madde 2/III

RESMİ GAZETE, 21 Haziran 2006, Sayı; 26205, Madde 5

RESMİ GAZETE, 4 Temmuz 2007, Sayı; 26572, Enerji Desteğinin Uygulanmasına İlişkin Tebliğ, Tebliğ no:2007/1

ROUNTREE George D. “Özel Sağlık Kuruluşlarının Gelişmiş Ülkelerdeki Genel Görünümü”, Ülkemizde Sağlık Sorunlarının Çözümünde Özel Sağlık Kuruluşlarının Yeri ve Önemi- Seminer, İstanbul Ticaret Odası, yayın no:1993–9

POYRAZ Türkan, Sağlık Ekonomisi (yayınlanmamış y.l. tezi) 1990 İstanbul

- Sağlık Bakanlığı**, Sağlıkta Dönüşüm, Haziran 2003
- Sağlık Bakanlığı**, Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Merkezi Müdürlüğü, Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007
- Sağlık Bakanlığı**, Sağlık İstatistikleri 1991–2003
- Sağlık Bakanlığı**, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı 2006
- Sağlık Bakanlığı**, Strateji Geliştirme Başkanlığı, Sağlık 2005, Ankara
- Sağlık Bakanlığı**, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2005 ve 2006, Ankara 2006-2007
- Sağlık Bakanlığı**, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ocak 2001
- Sağlık Bakanlığı**, Türkiye Sağlık Reformu, Sağlık Bakanlığı Sağlık projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara1996
- SALTIK Ahmet**, “Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar”, Toplum ve Hekim, Temmuz-Ağustos 1995, c:10,sayı:68
- SARIÇAY Nesrin Yardımcı**. Sağlıkta Kemer Sıkma Dönemi Mi Geliyor?, AR&GE Bülten 2006 Haziran, İzmir Ticaret Odası
- SAVAŞ Vural**, Kalkınma Ekonomisi, Beta Yayıncılık, İstanbul 1984
- SOYER Ata**, “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri:1980–1995”, Cumhuriyet dönemi Türkiye Ansiklopedisi, cilt:14
- SÖZER Ali Nazım**, Sosyal Devlet Uygulamaları, Türkiye İşçi Emeklileri Cemiyeti Yayınları, İzmir 1997
- ŞAHBAZ Ergün**, Türkiye’de Sağlık Sektörünün Ekonomik Açından Analizi(yayınlanmamış yüksek lisans tezi) Muğla üniversitesi 1999
- ŞAKAR Ayşe Yiğit**, Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları, Türkiye sağlık işçileri sendikası, İstanbul Eylül 1999

ŞAKAR Ayşe yiğit, Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları,(y.l.)İstanbul 1999

ŞENATALAR, Burhan, Sağlık Ekonomisine Genel Bir Bakış, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi cilt:24 s:4 (ek) 2003
(<http://www.cumhuriyet.edu.tr/edergi/dergi.php?name1=tipfakultesi&yil=2003&cilt=25&sayi=4-Ek>)

ŞENER Orhan, Kamu Ekonomisi, Beta Yayınları, İstanbul 1996

ŞİN İsmail, Sağlık Harcamaları ve Türkiye’deki Gelişimi (Y.L. tezi) İstanbul 1999

TATAR Mehtap, “Sağlık Hizmetlerinde Ekonomik Değerlendirme Yöntemleri” Verimlilik Dergisi MPM yayını 1994/4

TATAR, Mehtap; “Türkiye’de Sağlık Harcamaları İlaç Harcamaları ve Farmoekonomi”, Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksek Okulu, Ankara, 24 Mayıs 2005, ss. 1–39.

TEKİN Fazıl, “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı”, Eskişehir Anadolu Üniversitesi İ.İ.B.F. dergisi, cilt:5, Sayı:1, Haziran 1987

TEMEL Türkan, Özel Hastaneler Sektör Profili, İstanbul Ticaret Odası, Haziran 2003
www.ito.org.tr/ITOPortal/Dokuman/15.41.pdf

TEMELLİ Sezai, Vergi indirimi kime yarar?

http://www.turkishtime.org/36/30_5_tr.asp

TEPAV, Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı, İstikrar Enstitüsü, Mali izleme Raporu -2006 yılı Bütçe Uygulama Sonuçları-

TOKAT Mehmet, Türkiye’de Sağlık Sektörünün Finansmanı, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara Nisan 1993

TUİK, İstatistik göstergeler 1923–2005

TUİK, Türkiye İstatistik Yıllığı 2006

- TURNA Sevil Dursun**, İlaç Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçersinde Yeri: Türkiye ile Diğer OECD Ülkelerinin Karşılaştırılması, Kayseri Ekim 2006 (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi)
- TÜRK İsmail**, Kamu Maliyesi, Turhan kitapevi, Ankara 2005
- Türk Tabipler Birliği**, Türkiye Sağlık İstatistikleri 2006
- ULUSOY Ahmet**, Maliye Politikası, 2004 Şubat Trabzon
- YAZGAN Turgan**, İktisatçılar İçin Sosyal Güvenlik Ders Notları, Türk Dünyası Araştırmaları Vakfı Yayınları, İstanbul 1992
- YEĞİNBOY Yasemin**, Ulusal Düzeyde Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, Doğruluk Matbaacılık, İzmir 1993
- YILDIRIM Savaş**, Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi, DPT uzmanlık tezi 1994 yayın no:2350
- YILDIZ Zühra**, Kamu Kesimi Açısından Sağlık Harcamaları (doktora tezi) Eskişehir 1992

<http://www.gssmedula.com/html/medula2.htm>

http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=413

<http://www.muhasabat.gov.tr>

<http://www.ekutup.dpt.gov.trekonomigostergetr1950-04esg.htm>

http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=12

http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=13

http://www.calisma.gov.tr/basinbulteni/2006_bulten/bulten2006.htm

<http://www.bagkur.gov.trfinansmanG-%20MALI%20YAPI.XLS>

<httpvizyon2023.tubitak.gov.trteknolojiongorusupanelersaglikveilacraporlarsonEK-18.pdf>

http://www.turksaglikxen.org.tr/index.php?option=com_content&task=view&id=2895&Itemid=26 (OECD’NİN Sağlıkla İlgili Raporu)

<http://dx.doi.org/10.1787/427077022807>, OECD Sağlık verileri 2006

http://www.ssk.gov.trsgkdocistatistiksgk_bulten2006_01.pdf

ÖZGEÇMİŞ

1981 yılı haziran ayında İstanbul'da dünyaya gelen Hüseyin GÖKÇE, ilk, orta ve lise öğrenimini İstanbul'da tamamladı. 1999 yılında Karadeniz Teknik Üniversitesi Ünye İ.İ.B.F. İşletme Bölümünde üniversite eğitimine başladı. 2003 yılında Karadeniz Teknik Üniversitesi İşletme Bölümünden mezun olduktan sonra aynı yıl Sakarya Üniversitesi S.B.E.'nde Yüksek lisans eğitimine başladı.