

26 - 03 - 2009

Tuncay TEKSÖZ
Dr. Yalçın KAYA
Kerem
HELVACIOĞLU

**Türkiye Ekonomi
Politikaları Araştırma
Vakfı**

Sağlık Reformunun Sonuçları İtibariyle Değerlendirilmesi

Türkiye 2004 yılından itibaren sağlık hizmetlerindeki erişim ve hakkaniyet sıkıntılarının çözümü için önemli reform hamleleri yapılmıştır. Bu çerçevede ortak noktası Genel Sağlık Sigortası olan “Sağlıkta Dönüşüm Programı”(SDP) ve “Sosyal Güvenlik Reformu” (SGR) eş zamanlı olarak başlatılmıştır.

Bu çerçevede son beş yılda aşağıdaki önemli değişiklikler hayata geçirilmiştir:

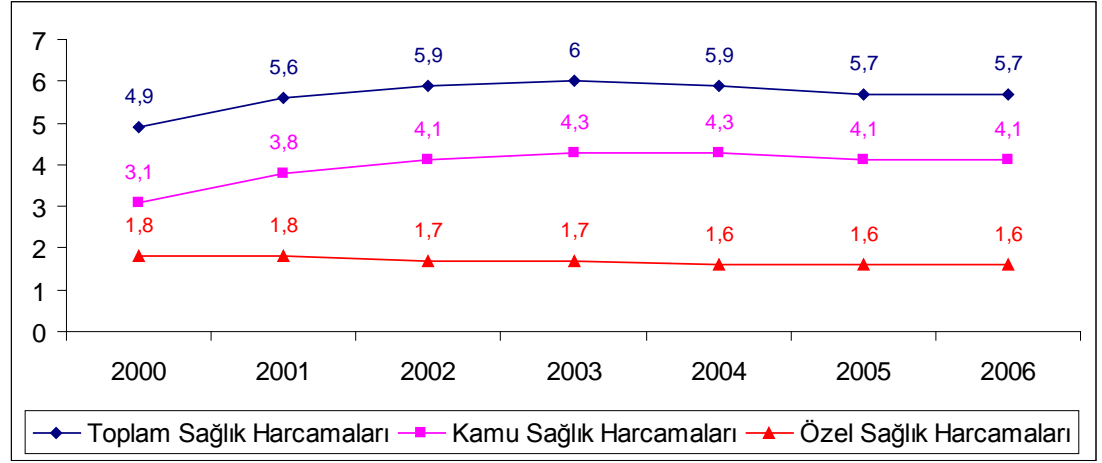
- Bütün sağlık tesisleri ve serbest eczaneler SSK'luların kullanımına açılmıştır.
- Sadece yatarak tedavilerin karşılandığı Yeşil Kart kapsamı, ayakta tedaviler ve ilaçları da kapsayacak şekilde genişletilmiştir.
- Sağlık hizmetlerine erişimde sosyal güvenlik kuruluşları arasında var olan kullanım kuralları farklılıkları giderilmiş, tüm nüfus kamu sağlık finansmanı açısından eşit haklara sahip kılınmıştır.
- Kamu sigortalılarının özel sağlık kuruluşlarından hizmet alması yaygınlaştırılmıştır.
- Askeri hastaneler hariç kamuya ait sağlık kuruluşlarının tümü Sağlık Bakanlığı bünyesinde toplanmıştır.
- Sağlık çalışanlarının gelirleri döner sermayelerden aktarılan performans ödemeleri ile artırılmıştır.
- Acil servis hizmetleri, sağlık ocakları ve ana çocuk sağlığı merkezlerinin etkinlikleri artırılmıştır.
- Aile hekimliği sistemine geçiş başlamış, 32 ilde, nüfusumuzun yüzde yirmisi kapsama alınmıştır.

Nüfusun tamamının sağlık güvencesine alınması ve sigorta programları arasında hakların eşitlenmesi sonucu ortaya çıkacak ilave finansman yükünün ağırlıklı olarak sağlık hizmeti üretiminde sağlanacak verimlilik artışları ile karşılanması planlanmıştır.

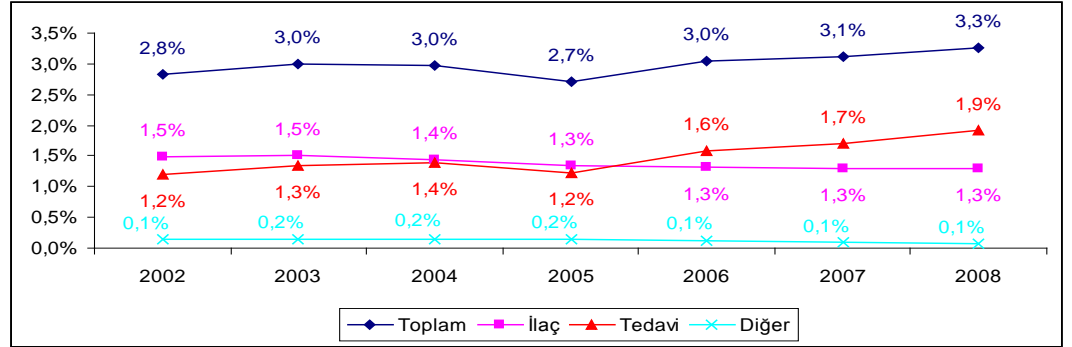
Sağlık sistemi reformlarının kısa vadede sadece sağlık çıktıları ile analizi olanaklı değildir. Aile hekimliği örneğinde olduğu gibi reformla gelen değişikliklerin hayata geçirilmesi zamana yayılabileceği gibi, kısa vadede gerçekleştirilen değişikliklerin sağlık göstergelerine yansımaları da uzun zaman alabilmektedir. Bu nedenle, erken bir değerlendirme yapılabilmesi için sağlık reformlarının sürdürülebilirlik, erişim, hakkaniyet, kalite, etkililik ve etkinlik gibi kriterler açısından incelenmesi bir yöntem olarak benimsenmiştir.¹

Sürdürülebilirlik; sistemin dışarıdan müdahale olmadan işleyişini sürdürebilme kapasitesi olarak tanımlanabilir. Sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payının değişimi sistemin sürdürülebilirliği açısından önemli bir göstergedir. **Ulusal Sağlık Hesapları verisine göre, toplam sağlık harcamalarının milli gelir içindeki oranı 2004 sonrası dönemde, beklenenin tersine artmamış, yaşanan hızlı ekonomik büyümenin de katkısıyla mevcut seviyesini korumuştur** (Şekil 1).

¹ Guy Hutton, 2000

Şekil 1: Sağlık Harcamalarının GSYİH içindeki % oranı²

Daha güncel bilgi için SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı, Yeşil Kartlılar ve Devlet Memurları için gerçekleştirilen “kamu sağlık hizmeti ödemeleri” iyi bir gösterge olabilir. Bu tutarlara bakıldığında da kamunun sağlık ödemelerinde ağırlıklı olarak tedavi harcamalarından kaynaklanan bir artış yaşandığı, fakat toplam ödemeler itibariyle bu dönemde mali sürdürülebilirlik konusunda başarı sağlandığı görülmektedir (Şekil 2).

Şekil 2: Kamu Sağlık Hizmeti Ödemelerinin GSYİH'ya oranı³

Bu döneme kamunun serbest eczanelerden ilaç alımlarına yönelik indirim, fiyatlandırma ve geri ödeme mekanizmalarında geliştirdiği köklü değişiklikler sonucu ilaç ödemelerinin milli gelir içindeki payı sabit kalmıştır. Türkiye’de satılan ilaç miktarı son dört yılda kutu cinsinden %42 artarken kamu tarafından ödenen tutar sabit fiyatlarla %14 artmıştır.

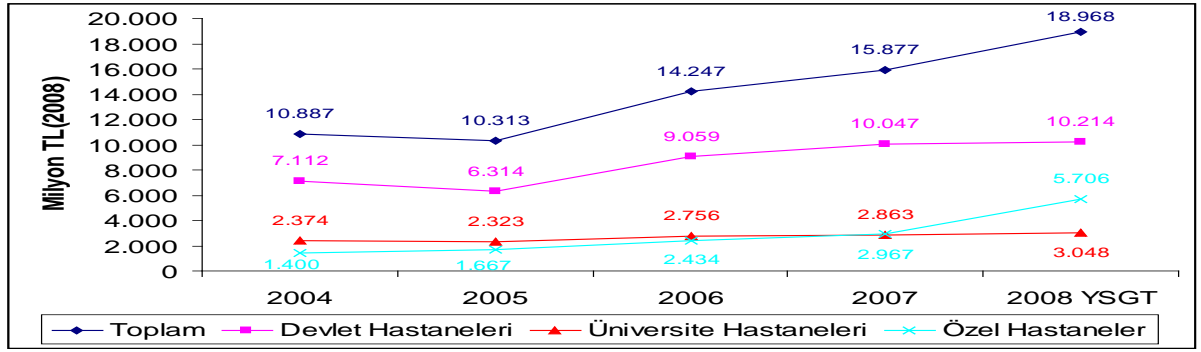
Harcamalarda artış yaşanan alan sağlık kuruluşlarına yönelik tedavi ödemeleri olmuştur. Özellikle 2007 yılı Temmuz ayından itibaren özel sağlık kurumlarından hizmet alımlarının yaygınlaştırılması ve üniversite hastanelerine başvuruları sınırlayan sevk kurallarının kaldırılması tedavi harcamalarında belirgin bir artışa yol açmıştır.

²OECD Health Data 2008

³SGK verileri ve yazarların hesaplamaları

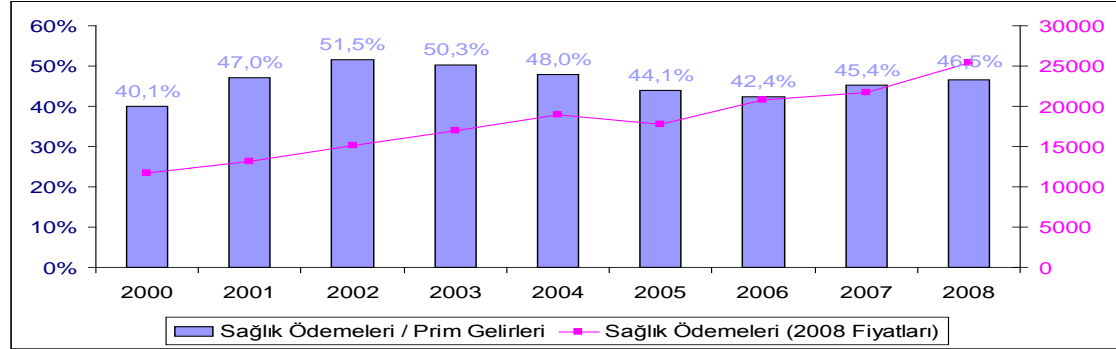
Sağlık Reformunun Sonuçları İtibariyle Değerlendirilmesi

Şekil 3: Kamu tedavi ödemelerinin sağlık kuruluşlarına dağılımı⁴



Sosyal Güvenlik Kurumu'nun sağlık harcamaları sürdürülebilirlik açısından değerlendirildiğinde en önemli gösterge kurumun prim gelirlerine oranla sağlık harcamalarının payıdır (Şekil 4). 2005 ve 2008 yılları arasında sağlık harcamalarının toplam prim gelirleri içindeki payı 2004 yılı seviyesinin altında kalmıştır. Sağlık harcamalarının prim gelirleri içindeki payının artmamasının sebebi yüksek prim geliri artışıdır. Bu dönemde yaşanan hızlı ekonomik büyüme, istihdamın sektörel dağılımındaki yapısal değişim ve işgücü verimliliği artışı bir yandan sigortalı sayısının artmasına diğer yandan kurumun prim gelirlerinin yükselmesine neden olmuştur.

Şekil 4: SGK sağlık ödemeleri ve prim gelirlerine oranı⁵



Bu göstergeler ışığında reform sürecinin mali sürdürülebilirlik açısından iyi yönetildiğini söylemek mümkündür.

Erişim; sağlık hizmetleri kullanımında karşılaşılabilecek fiziksel ve iktisadi engellerin düzeyi olarak tanımlanmaktadır. **Bu dönemde bir yandan toplam sigortalı sayısı önemli ölçüde artmış (Tablo 1), diğer yandan ilaç ve tedavi masraflarını ceplerinden karşılayanların oranı belirgin şekilde gerilemiştir (Tablo 2).**

Tablo 1: Sağlık sigortası kapsamındaki kişi sayısı⁶

	2004	2005	2006	2007	2008
Toplam	50.260.853	53.192.185	55.503.170	60.136.913	59.453.073

4 SGK Verileri ve yazarların hesaplamaları

5 SGK verileri

6 SGK verileri ve yazarların hesaplamaları

Tablo 2: İlaç ve tedavi masraflarının karşılanma kanalları (%)⁷

	2003	2004	2005	2006	2007
Kamu tarafından karşılanan⁸	62,7	68,2	70,4	78,6	81,4
Cepten karşılayan	32,1	28,2	26,1	19,0	16,5

Hakkaniyet; sağlık durumu, sağlık hizmetleri kullanımı ve erişimi konularında farklı sosyo-ekonomik veya bölgesel gruplar arasında farklılık olmaması durumudur. **Sosyal güvenlik alanında yapılan reformlar sonucu farklı sosyal güvenceye tabi kişilerin kişi başı harcama seviyeleri belirgin şekilde birbirine yaklaşmıştır (Tablo 3).** Sabit fiyatlarla incelendiğinde SSK ve Yeşil Kart kapsamında yapılan kişi başı harcamalar artarken, Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve aktif devlet memurları için gerçekleşen kişi başı harcamalar gerilemiştir. Bu göstergeler ışığında sistemin hakkaniyet düzeyinde iyileşme olduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 3: Sosyal Güvenlik Kurumlarına göre kişi başı sağlık harcamaları (2008 TL)⁹

	2004	2005	2006	2007	2008 ¹⁰
SGK					586
SSK	344	316	428	480	
BK	747	684	649	470	
ES	1481	1392	1202	856	
ADM	511	429	431	427	397
YK	212	321	448	460	432
Ortalama	463	435	497	487	540

Reform süreci etkinlik göstergeleri açısından değerlendirildiğinde bir iyileşme trendi gözlenmektedir. Kişi başına düşen doktor sayısında artış sınırlıdır ama doktor başına düşen muayene sayısı belirgin şekilde artmıştır. Paralel şekilde yatak doluluk oranlarında, aynı yatağın bir hasta tarafından kullanım süresinde ve yatak devir hızında da iyileşmeler vardır.

Kalite, sağlık alanında Türkiye için değerlendirilmesi en zor kriterlerden birisidir. Sağlık sisteminin işleyişi için gerekli kaynakların varlığı (yapısal kalite), sistem tarafından kaliteli hizmet sunumu (süreç kalitesi) ve kullanıcılar tarafından algılanan kalite (çıkıtı kalitesi) olarak üç ayrı kategoride incelenebilir. Türkiye için süreç kalitesi ile ilgili verilere erişilememiştir. Bu nedenle analiz yapısal kalite ve algılanan kalite alanlarında yapılmıştır. Çıkıtı kalitesinin bir diğer boyutu olan sağlık durumu ise etkililik kapsamında incelenmiştir.

Yapısal kalitenin en belirgin göstergeleri kişi başına düşen sağlık personeli sayılarıdır. Bu göstergelere göre Türkiye’de kişi başına düşen doktor ve hemşire sayılarında 1999-2006 yılları arasında çok az artış gözlenmektedir. **Özellikle kişi başı hemşire sayısının doktor sayısının altında olması çarpıcıdır¹¹.** (Tablo 4).

7 TÜİK Yaşam Memnuniyeti Araştırması

8 Bağlı olunan sosyal güvenlik kurumu ve yeşil kartla karşılananların toplamı

9 SGK verileri, yazarların hesaplamaları

10 2008 gerçekleşmesi SSK, BK ve ES detaylarında açıklanmamış olup SGK toplam verisi mevcuttur.

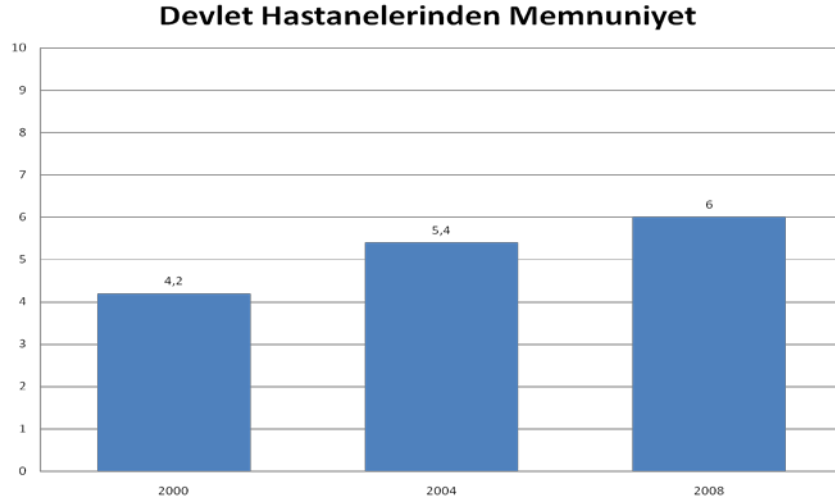
11 Hemşire sayısı istatistiği OECD DSÖ veritabanlarında Türkiye için hemşire ve ebe sayıları toplamı olarak yayınlanmıştır. Bu istatistik hemşire ve ebe olarak ayrıştırılabilmekte ve TÜİK tarafından yayınlanmaktadır. Bu yüzden uluslararası veritabanlarında yayınlanan hemşire sayısı olduğundan daha yüksek gözükmektedir.

Tablo 4: Kişi başına düşen doktor ve hemşire sayıları¹²

	2000	2006	DSÖ Avrupa
Kişi Başı Doktor	1,3	1,6	3,4
Kişi Başı Hemşire	1,1	1,2	7,2

Algılanan kalite incelendiğinde ise daha beklenen bir tablo göze çarpmaktadır. **2000-2008 yılları arasında Devlet Hastanelerinden memnuniyet oranında önemli bir gelişme olmuştur.** (Şekil 5).

Şekil 5: Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet (%)¹³



Etkililik, sağlık hizmetlerinin amaçlarına ulaşması olarak özetlenebilir. Türkiye’de doğuştan yaşam beklentisi ve bebek ölüm hızlarında süregelen bir iyileşme söz konusudur. Bu tip göstergelerde kısa sürede belirgin bir değişiklik beklemek yanlış olur ancak iyileşmenin reform döneminde de devam ettiği fakat hızının azaldığı gözlenmiştir. 1960’larda 48 yıl olan doğuştan beklenen hayatta kalma süresi 2007’de 72 yıla çıkmış, bin canlı doğum başına 148 olan bebek ölüm hızı 22’ye inmiştir. Bu iki göstergede de DSÖ Avrupa ortalamasının oldukça gerisindedir. (Tablo 5).

Tablo 5: Doğuştan Yaşam Beklentisi ve Bebek Ölüm Hızı

	1960	1980	2000	2007	DSÖ Avrupa (2006)
Doğuştan Yaşam Beklentisi	48	58	71	72	76
Bebek Ölüm Hızı	190	116	29	22	7

12 WHO HFADB, TÜİK

13 TEPAV, (2008), Toplumun Kamu Yönetimine ve Kamu Hizmetlerine Bakışı Araştırması

Sonuę

Türkiye’de 2004 sonrası sağlık reformu süreci sürdürülebilirlik, erişim, hakkaniyet, kalite, etkililik ve etkinlik gibi temel kriterlere göre incelendiğinde belirgin bir başarı ivmesinin yakalandığı görülmektedir. Reform ilk beş yıllık uygulamasında mali sürdürülebilirlik açısından iyi yönetilmiştir. Erişim ve hakkaniyet seviyelerindeki çarpıcı artışlara rağmen harcamaların milli gelir içindeki payı korunabilmiş, Sosyal Güvenlik Kurumu’nun gelirlerine oranla sağlık harcamalarının düzeyi reform öncesi düzeyinin altında kalmıştır.

Sağlık reformunun kalite ve etkinlik alanlarında güçlendirilerek devam ettirilmesi gerekmektedir. Temel sağlık hizmetlerinin, özellikle Aile Hekimliğinin, önlenebilir hastalıklara ilişkin risk faktörlerini azaltacak şekilde yaygınlaştırılması ile bir yandan sistemin uzun dönemli mali sürdürülebilirliği korunurken, sağlık çıktılarına ilişkin toplam etkililiğin artırılması mümkün olabilecektir.

Sonuęlar yorumlanırken sağlık reformlarının sağlık göstergeleri üzerindeki yansımalarının uzun zamana yayıldığı, kalite ve etkililiğe yönelik kapsamlı bir analiz için yeterli veriye ulaşılamamış olması özellikle dikkate alınmalıdır.