

# TÜRKİYE’DE KAMUSAL SAĞLIK HARCAMALARININ VE BİRİM HASTA MALİYETLERİNİN BÖLGESEL DAĞILIMI ÜZERİNE BİR DEĞERLENDİRME

***Ahmet Burçin YERELİ***

Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi, İ.İ.B.F, Maliye Bölümü,  
aby@hacettepe.edu.tr

***İsmail KOBAL***

Müfettiş, Sosyal Güvenlik Kurumu, Kocatepe Sağlık Merkez Müdürü,  
ismailkobal@mynet.com

***Altuğ Murat KÖKTAŞ***

Araş.Gör., Ankara Üniversitesi, Siyasal Bilgiler Fakültesi, Maliye Bölümü,  
Altug.Murat.Koktas@politics.ankara.edu.tr

## 1. Giriş

Beşeri sermaye stoku üzerine yapılan yatırımlar olarak değerlendirilen eğitim ve sağlık harcamaları, bir ülkenin kalkınma sürecinde ihtiyaç duyduğu en önemli faktörlerden birisidir. Eğitimli ve sağlıklı işgücü potansiyeli, ülkelerin kalkınmasını hızlandırmakta ve böylece geri kalmışlık ve yoksulluk gibi küresel bir sorun haline gelmiş kronik problemler, beşeri sermayeye yapılan yatırımlarla çözülebilmektedir.

Literatürde sağlığın farklı tanımları yapılmakla birlikte, en fazla kabul gören tanım Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılandır. Buna göre sağlık, sadece sakatlığın ve hastalığın yokluğu değil, bireylerin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik halleri olarak tanımlanmaktadır (DSÖ; 1994).

Stiglitz’e göre devletin sağlık hizmetinde üstlendiği görev esas itibariyle iki genel gerekçeden kaynaklanmaktadır. Birincisi özel piyasaların pareto-etkin olmasına engel olan piyasa aksaklıklarıdır. Sağlık hizmetleri piyasasında görülen piyasa aksaklıkları, hizmet sunucuları arasındaki aksak rekabet, tüketiciler arasındaki eksik bilgi ve dışsallıklardır. İkincisi ise, gelir eşitsizliğidir. Diğer yandan sağlık hizmetleri konusunda özel piyasa pareto-etkin olsa dahi, sağlık hizmeti sigortasız olan ve bu hizmetlerin bedelini ödeyemeyecek kadar fakir olan toplum üyelerine sunulmamaktadır (Stiglitz; 1988: 350). Bu

bağlamda, devlet sağlık hizmetinin arzını, finansmanını ve toplumun özellikle yoksul kesimlerinin sağlık hizmetleri tüketimini destekleyici bir aktör olarak piyasada yer almaktadır.

Sağlık harcamaları, toplumun tamamına yaydığı pozitif dışsallıklar nedeniyle büyüme ve verimliliği doğrudan etkileyen harcamalar olarak değerlendirilmektedir. Diğer yandan sunulan sağlık hizmetinin kalitesi ise insan yaşamının süresini uzatması yanında özellikle koruyucu sağlık hizmetleri yoluyla negatif dışsallıkları azaltması nedeniyle de büyümeyi pozitif yönde etkilediği kabul edilmektedir (Yılmaz; 2007).

Türkiye’de 2003 yılından bu yana uygulamada olan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) çerçevesinde, elde edilen olumlu kalkınma göstergelerinin yanında, toplam sağlık harcamalarının da artması, olumlu karşılırken, bu gelişmenin kamu maliyesi üzerindeki etkileriyle birlikte, kamu kaynağının karşılığı olarak çıktılarının sorgulanması, başta hasta maliyetleri olmak üzere çeşitli faktörlerin bölgesel dağılımının incelenmesi, SDP’nin orta ve uzun vadede başarı şansını etkileyecektir. Bu bağlamda, harcamalar ile birlikte, hasta sayıları ve bunlara ilişkin birim maliyetlerinin bölgesel dağılımı, çalışmanın ana unsurunu oluşturmaktadır.

## **2. Sağlık Harcamaları ve Kalkınma İlişkisi**

Sağlık harcamaları, beşeri sermaye stokuna yapılan yatırım olarak değerlendirildiğinden kalkınma carileri olarak da adlandırılmaktadır. Beşeri sermaye stoku üzerindeki olumlu etkisinin yanı sıra, sahip olduğu yüksek dışsallıklar nedeniyle hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkeler sağlığa yatırım yaparak, ülke kalkınmasına olumlu katkı sağlamaya çalışmaktadır. OECD ülkelerinde son 10 yıllık döneme bakıldığında sağlık harcamalarının hem kamu hem de özel kesim payının ve bu payın GSYİH’ya oranının sürekli bir şekilde arttığı görülmektedir. Bu bağlamda, ülkeler sağlığa yoğun bir şekilde kaynak ayırmaktadır (OECD, 2010).

Beşeri sermaye ile büyüme arasındaki ilişkiye yönelik teorik çalışmalar genel itibariyle Lucas (1988), Solow (1990), Mankiw vd. (1992) tarafından yapılan modeller çerçevesinde ele alınmaktadır. İçsel ve dışsal büyüme modelleri olarak bilinen bu modeller beşeri sermaye ile büyüme arasındaki ilişkiyi modellemektedir. Diğer yandan Pack (1994) ve Barro (1998) tarafından yapılan çalışmalar, beşeri sermayenin üretimde verimliliği artırdığını ve böylece ekonomik büyümeyi hızlandırdığını ortaya koymaktadır. Beşeri sermaye ile ekonomik büyüme ilişkisini açıklayan teorik literatürün büyük bir bölümü, eğitim-büyüme ilişkisi üzerinde yoğunlaşmaktadır. Son zamanlarda bu çalışmalarda, sağlığın etkisi de incelenmeye başlanmıştır.

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde gerçekleştirilen çalışma sonuçlarına göre, ekonomik büyümenin sağlık üzerinde olumlu etkisinin olduğu, sağlık alanındaki gelişmelerin de ekonomik verimliliği ve büyümeyi büyük oranda etkilediğini kanıtlamaktadır (Atun ve Fitzpatrick, 2005: 6). Barro’ya (1996) göre ise, sağlık ekonominin motorudur.

Beraldo ve diğerlerinin (2005) yapmış olduğu ampirik çalışmaya göre ise, sağlık harcamalarının

ekonomik büyüme ve kalkınma üzerindeki olumlu etkisi vurgulanmaktadır. Bununla birlikte, kamu kesimi tarafından sağlık harcamalarının, yine kamu tarafından yapılan eğitim harcamalarına göre daha etkili olduğu tespit edilmiştir. Diğer yandan kamu kesimi sağlık harcamalarının beşeri sermaye üzerindeki olumlu katkısının, özel kesime göre daha fazla olduğu ileri sürülmektedir. Bunun nedeni olarak da, özel kesim sağlık harcamalarının, sağlığın topluma yaydığı pozitif dışsallığını dikkate almaması gösterilebilir.

Kar ve Ağır (2003) tarafından Türkiye için 1926-1994 yılları arasında, seçilmiş sağlık göstergeleri ve GSYİH verileri kullanılarak sağlığın ekonomik büyüme üzerindeki etkisi incelenmiştir. Analiz sonucuna göre, sağlık kurumlarının sayısı ile GSYİH arasında bir nedensellik ilişkisi bulunmamakla birlikte, doğuştan yaşam beklentisi, sağlık kurumlarının yatak sayısı ve sağlık personeli başına düşen kişi sayıları ile GSYİH arasında çift yönlü bir nedensellik ilişkisi tespit edilmiştir. Diğer yandan benzer bir çalışmada aynı yönlü nedensellik ilişkisi Ecevit ve Çiftçi (2008) tarafından da tespit edilmiştir. 1980-2000 dönemine ait yıllık veriler kullanılarak yapılan bir diğer nedensellik testi sonuçlarına göre ise, doğuştan yaşam beklentisi ile ekonomik büyüme arasında çift yönlü bir nedensellik ilişkisi görülürken, sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında herhangi bir nedensellik ilişkisine rastlanamamıştır. Bu sonuç ise, yapılan harcamaların yetersiz ve verimsiz olması ile ilişkilendirilmektedir (Taban, 2006)

Bekmez ve diğ. (Bekmez ve diğ., 2009) tarafından Türkiye’de beşeri sermayenin bölgesel kalkınma açısından önemi üzerine yapılan analizde, eğitim ve sağlık harcamalarının etkileri incelenmiştir. Buna göre her bölge için ayrı ayrı yapılan regresyon analizlerine göre İstanbul ve Batı Anadolu Bölgelerinde eğitim yatırımlarının etkisi, sağlık yatırımlarından büyüktür. Buna karşın, Doğu Marmara, Güneydoğu Anadolu ve Ortadoğu Anadolu Bölgelerinde sağlık yatırımlarının, eğitime oranla büyüme üzerinde daha fazla etki oluşturduğu sonucuna ulaşılmıştır.

### 3. Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Gelişimi

OECD ülkelerinin son 10 yıllık sağlık harcamaları incelendiğinde, hemen hemen tamamında kriz yılları da dahil olmak üzere, sağlık harcamalarının arttığı görülmektedir (OECD, 2010). Sağlık harcamalarındaki artış, büyük oranda sektörde ileri teknolojik ürünlerin kullanımı ile açıklanmakla birlikte, artışın bir diğer kaynağı ise sektördeki rekabet dışı oluşumlar ve yolsuzluk olarak açıklanabilir (Mullen ve Spurgeon, 2000). Diğer yandan, hizmet sunucularının, hizmetin daha kaliteli sunumuna yönelik çalışmaları ile hizmet alanların sayısındaki artış da yine sağlık harcamalarını artıran önemli faktörlerdendir.

Türkiye, diğer OECD ülkelerinde olduğu gibi, sağlık harcamalarında sürekli olarak artış yaşamaktadır. Harcamaların yıllar itibariyle gerek reel değerleri ve gerek GSYİH içindeki payları sürekli olarak artmaktadır. Özellikle 2003 yılında uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde sağlık göstergelerinde yaşanan iyileşmeler, sağlık harcamalarının artışını da beraberinde getirmiştir. Aşağıda verilen tablolar, Türkiye’de kamu sağlık harcamalarının yıllar itibariyle gelişimini göstermektedir.

**Tablo 1:** Türkiye’de Sağlık Harcamalarına İlişkin Göstergeler (Milyon, 2007-2008)

	2007			2008		
	TL	ABD \$	SGP ABD \$	TL	ABD \$	SGP ABD \$
<b>GSYİH</b>	843.178	643.746	947.391	950.354	730.199	989.952
Cari Sağlık Harcaması	46.495	35.498	52.242	52.320	40.200	54.500
Yatırım Harcaması	4.409	3.366	4.954	5.420	4.164	5.646
Cari Sağlık Harcamasının GSYİH’e Oranı (%)	5.5			5.5		
Yatırım Harcamasının GSYİH’e Oranı (%)	0.5			0.6		
Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH’e Oranı (%)	6			6.1		

*Kaynak: TÜİK, Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2008, 2009*

Tabloda görüldüğü üzere, sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı 2007 yılında %6 ve 2008 yılında ise %6.1 olarak gerçekleşmiştir. Erişilebilen son veri seti olan 2008 yılı sağlık harcamaları istatistiklerine göre OECD ülkelerinde sağlık harcamalarının GSYİH’e oranının %9 olduğu düşünüldüğünde, Türkiye mevcut harcama oranı ile son sıralarda yer almaktadır. (OECD, 2010). Aynı oran ABD’de %16, Fransa’da %11.2 ve İsviçre’de %11.2’dir.

**Tablo 2:** Yıllara Göre Kamu Sağlık Harcamalarının Gelişimi

	Kamu Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (%)	Kişi Başı Sağlık Harcaması, ABD \$	Kişi Başı Sağlık Harcaması, SGP ABD \$	Sağlık Bakanlığı Bütçesinin GSYİH İçindeki Oranı (%)
<b>2008</b>	4.44	456	618	1.26
<b>2007</b>	4.10	375	552	1.23
<b>2006</b>	3.97	301	505	1.13
<b>2005</b>	3.70	259	422	1.04
<b>2004</b>	3.83	221	390	0.80
<b>2003</b>	3.84	174	339	0.81

*Kaynak: TÜİK, Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2008, 2009*

Kamu kesimi tarafından yapılan sağlık harcamalarının, yıllara göre gelişimi Tablo 2’de verilmektedir. Özel kesim tarafından cepten yapılan harcamalar çıkarıldığında, kamu kesimi tarafından yapılan sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payının yıllar itibariyle arttığı görülmektedir. Aynı şekilde kişi başı sağlık harcamaları da gerek nominal ve gerekse satın alma gücü paritesine göre, sürekli bir şekilde artmaktadır. OECD geneline bakıldığında ise, Türkiye kamu ve özel tarafından yapılan toplam harcamaların kişi başına göre dağılımında, satın alma gücü paritesine göre 767 ABD \$ ile son sırada yer almaktadır (OECD; 2010).

2000-2008 yılları arasında OECD ülkelerinin tamamında, sağlık harcamalarında gerçekleşen artış ortalama %2.2 olarak gerçekleşmiştir. Aynı döneme ilişkin gerçekleşen kişi başı sağlık harcamaları ise OECD ortalamasında %4.2’dir. Türkiye ise bu yıllarda sırasıyla %6.5 ve %3.5’lik bir artış sağlamıştır. Dolayısıyla, bu dönemde gerçekleşen reform çalışmaları ile birlikte, hizmet sunulan nüfusun artması, hayat beklentisinin uzaması, bebek ölüm oranlarının azalması gibi faktörler, gerçekleşen harcamalarda artışa neden olmuştur. Sosyal bir devlet olmanın gereği olarak sosyal bir hak olan sağlık hizmetinin, toplumun tamamına ve adil bir şekilde dağıtılması ve beşeri sermaye üzerinde olumlu

etkiler sağlayarak ülke kalkınmasına yardımcı olan sağlık harcamaları, bu niteliği itibarıyla yatırım olarak değerlendirilebilir.

#### 4. Türkiye’de Seçilmiş Bölgesel Göstergeler

Türkiye’de bölgesel kalkınma ve buna ilişkin göstergeler aşağıdaki tablolarda verilmektedir. Seçilmiş seriler dikkate alınarak oluşturulan veriler, birinci düzey bölgesel gruplar dikkate alınarak oluşturulmuştur. Buna göre, Tablo 3, Türkiye’de bölgelerin demografik göstergelerini vermektedir.

**Tablo 3: Türkiye’de Seçilmiş Bölgesel Kalkınma Göstergeleri, 2009**

Bölge Adı	Toplam Nüfus	Şehir	Köy	Şehir Nüfusunun Toplam Nüfus İçindeki Oranı (%)	Nüfus Artış Hızı (binde)
Türkiye	725.61.312	54.807.219	17.754.093	75,53	14,5
İstanbul	12.915.158	12.782.960	132.198	98,98	17,02
Batı Marmara	3.129.772	1.945.587	1.184.185	62,16	7,17
Ege	9.517.153	6.882.805	2.634.348	72,32	14
Doğu Marmara	6.701.343	5.617.157	1.084.186	83,82	18,36
Batı Anadolu	6.875.349	6.120.535	754.814	89,02	18,56
Akdeniz	9.252.902	6.499.564	2.753.338	70,24	22,1
Orta Anadolu	3.831.373	2.637.314	1.194.059	68,83	10,2
Batı Karadeniz	4.512.288	2.629.750	1.882.538	58,28	7,62
Doğu Karadeniz	2.526.619	1.393.834	1.132.785	55,17	7,64
Kuzeydoğu Anadolu	2.198.061	1.171.181	1.026.880	53,28	-1,73
Ortadoğu Anadolu	3.638.401	2.030.787	1.607.614	55,82	5,61
Güneydoğu Anadolu	7.462.893	5.095.745	2.367.148	68,28	15,14

*Kaynak: TÜİK, Karşılaştırmalı Bölgesel İstatistikler, 2009*

2009 yılı verilerine dayanılarak oluşturulan tabloda Türkiye’de İstatistikî Bölge Birimleri Sınıflaması-1’e Göre (İBBS-1, NUTS-1) bölgesel kodlar çerçevesinde 12 bölgeye ilişkin nüfus verileri yer almaktadır. Buna göre nüfusun en fazla olduğu bölge, yaklaşık 13.000.000’lük nüfus ile İstanbul’dur. Bunu sırasıyla 9.517.153 ile Ege bölgesi, 9.252.902 ile Akdeniz bölgesi izlemektedir. Güneydoğu Anadolu bölgesi ise 7.462.893 kişi ile dördüncü sırada yer almaktadır. Bölge nüfusunun yaklaşık olarak %69’u ise şehirde yaşamaktadır. Dolayısıyla nüfus yoğunluğu bakımından 12 bölge içinde dördüncü sırada yer almakla birlikte, nüfus artış hızı bakımından da beşinci sırada yer almaktadır. Kuzeydoğu Anadolu bölgesi nüfus yoğunluğu bakımından son sırada yer almakta ve bu nüfusun yaklaşık %53’ü şehirde yaşamaktadır.

**Tablo 4: Türkiye’de İşgücü Göstergelerinin Bölgesel Dağılımı, 2009 (1.000)**

Bölge Adı	15 ve Yukarı Yaştaki Nüfus	İşgücü	İstihdam	İşsiz	İşsizlik (%)	Tarım Dışı İşsizlik (%)
Türkiye	51.686	24.748	21.277	3.471	14	17,3
İstanbul	9.598	4.479	3.726	753	16,8	16,8
Batı Marmara	2.455	1.255	1.120	135	10,8	14,8
Ege	7.212	3.491	2.999	492	14,1	17,3
Doğu Marmara	5.004	2.440	2.088	352	14,4	16,5
Batı Anadolu	5.032	2.384	2.088	296	12,4	13,7
Akdeniz	6.408	3.288	2.711	576	17,5	22,6
Orta Anadolu	2.722	1.144	985	159	13,9	18,2
Batı Karadeniz	3.315	1.816	1.681	134	7,4	13,5
Doğu Karadeniz	1.885	1.144	1.075	69	6	12,1
Kuzeydoğu Anadolu	1.378	712	652	61	8,5	17,8
Ortadoğu Anadolu	2.248	988	823	164	16,6	23,4
Güneydoğu Anadolu	4.428	1.608	1.329	279	17,4	20

Kaynak: TÜİK, Karşılaştırmalı Bölgesel İstatistikler, 2009

Tablo 4’de Türkiye’de işgücü göstergelerinin bölgesel dağılımı gösterilmektedir. 15 ve daha yukarıdaki nüfus içerisinde işgücü dikkate alındığında, İstanbul birinci sırada yer alırken, onu sırasıyla Ege, Akdeniz ve Doğu Marmara izlemektedir. 12 bölge içerisinde işgücü rakamları dikkate alındığında Güneydoğu Anadolu Bölgesi onuncu sırada yer almaktadır. Bununla birlikte, işsizlik oranları dikkate alındığında ise Güneydoğu Anadolu Bölgesi, Akdeniz’den sonra ikinci sırada yer almaktadır. Bölgesel kalkınma göstergeleri arasında önemli bir yer tutan, işgücü ve işsizlik göstergelerine bakıldığında Güneydoğu Anadolu Bölgesi, işsizlik oranı ile geri kalmış bölge durumundadır. Yüksek işsizlik oranı, beraberinde yoksulluğu getirmekte ve böylece durum kısır döngüye yol açmaktadır. Tablo 5’de bölgesel yoksulluk göstergeleri verilmektedir.

**Tablo 5: Türkiye’de Yoksulluk Göstergelerinin Bölgesel Dağılımı**

Bölge Adı	Yoksulluk Sınırı-TL			Yoksul Sayısı ( 1.000)			Yüzde (%)		
	2006	2007	2008	2006	2007	2008	2006	2007	2008
Türkiye	2.351	3.013	3.146	12.412	10.525	11.123	100	100	100
İstanbul	2.351	3.013	3.146	532	75	393	4,3	0,7	3,5
Batı Marmara	2.351	3.013	3.146	339	322	343	2,7	3,1	3,1
Ege	2.351	3.013	3.146	1.057	889	1.041	8,5	8,4	9,4
Doğu Marmara	2.351	3.013	3.146	370	340	310	3,0	3,2	2,8
Batı Anadolu	2.351	3.013	3.146	612	346	586	4,9	3,3	5,3
Akdeniz	2.351	3.013	3.146	2.056	1.849	1.444	16,6	17,6	13,0
Orta Anadolu	2.351	3.013	3.146	442	417	604	3,6	4,0	5,4
Batı Karadeniz	2.351	3.013	3.146	915	705	740	7,4	6,7	6,6
Doğu Karadeniz	2.351	3.013	3.146	278	217	285	2,2	2,1	2,6
Kuzeydoğu Anadolu	2.351	3.013	3.146	788	631	726	6,4	6,0	6,5
Ortadoğu Anadolu	2.351	3.013	3.146	1.316	1.192	1.276	10,6	11,3	11,5
Güneydoğu Anadolu	2.351	3.013	3.146	3.707	3.541	3.376	29,9	33,6	30,4

Kaynak: TÜİK, Karşılaştırmalı Bölgesel İstatistikler, 2009

**Tablo 6: İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflaması-1'e Göre (İBBS-1) Seçilmiş Bölgesel Sağlık İstatistikleri, 2009**

Bölge Adı	Bebek Ölüm Hızı (1.000 Canlı Doğumda)	Anne Ölüm Oranları (100.000 Canlı Doğumda)	15-49 Yaş Grubu Halen Evli Kadınlarda Kontraseptif Yöntem* Kullanım Oranı, (%)	1.000 Kişiye Düşen Toplam Hekim Sayısı, Tüm Sektörler
Türkiye	13.1	18.4	73	1.64
İstanbul	9.6	13.8	74	1.93
Batı Marmara	8.3	21.0	76	1.30
Ege	9.7	11.8	80	1.73
Doğu Marmara	9.5	15.8	77	1.45
Batı Anadolu	11.6	9.6	76	2.97
Akdeniz	15.6	16.7	70	1.38
Orta Anadolu	13.0	12.0	72	1.47
Batı Karadeniz	11.8	20.2	78	1.36
Doğu Karadeniz	9.9	20.0	68	1.38
Kuzeydoğu Anadolu	17.8	28.3	70	1.20
Ortadoğu Anadolu	18.1	37.3	62	1.30
Güneydoğu Anadolu	18.1	25.8	58	1.03

\*: Herhangi bir yöntem kullanımı, Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2009

Tablo 6, 2009 yılına ilişkin kalkınmanın göstergeleri arasında yer alan bebek ölüm oranlarını, anne ölüm oranlarını, kadınlarda korunma oranlarını ve hekim başına düşen nüfusun bölgesel dağılımını vermektedir. Yukarıda daha önce bahsedildiği üzere, son yıllarda kamu sağlık harcamaları sürekli bir artış göstermektedir. Buna paralel olarak da sağlık göstergelerinde OECD ülkelerine yaklaşıldığı ifade edilebilir (OECD, 2008). Bu bağlamda Türkiye genelinde 2000 yılında bebek ölüm hızı ‰ 43 iken, 2009 yılında bu oran ‰ 13.1'dir. Dolayısıyla, bu göstergede büyük bir iyileşme yaşanmıştır. Bebek ölüm oranının bölgesel dağılımına bakıldığında ise en yüksek oranlar Ortadoğu Anadolu ile Güneydoğu Anadolu bölgesine aittir ve Türkiye ortalamasının oldukça üzerindedir. Bebek ölüm oranının en düşük olduğu bölge ise Batı Marmara'ya aittir. Anne ölüm oranları incelendiğinde Türkiye ortalaması yüzbin canlı doğumda 18.4'tür. Anne ölüm oranlarının en fazla görüldüğü bölge ise 37.3 ile Ortadoğu Anadolu bölgesidir. İkinci sırada 28.3 ile Kuzeydoğu Anadolu bölgesi yer alırken, üçüncü sırada 25.8 ile Güneydoğu Anadolu bölgesi bulunmaktadır. Anne ölümleri bakımından en iyi oran 9.6 ile Batı Anadolu bölgesinde yer almaktadır. Seçilmiş kalkınma göstergelerinden bir diğeri ise kadınlarda korunmaya ilişkin bir yöntemin kullanımınıdır. Buna göre Türkiye'de 15-49 yaş grubu aralığında herhangi bir yöntem ile korunma oranı % 73'tür. Bölgesel dağılımında ise % 80 ile Ege bölgesi birinci sırada yer alırken, Batı Karadeniz bölgesi % 78 ile ikinci ve Doğu Marmara % 77 ile üçüncü sıradadır. Son sırada ise % 58'lik oran ile Güneydoğu Anadolu bölgesi bulunmaktadır. Bin kişiye düşen hekim sayısı ise Türkiye genelinde 1.64'tür. Bölgesel dağılımda ise 2.97 ile Batı Anadolu bölgesi birinci sıradadır. İkinci İstanbul bölgesi 1.93 ve üçüncü Ege bölgesi 1.73'tür. Hekim sayısı göstergesi bakımından son sırada 1.03 ile Güneydoğu Anadolu Bölgesi yer almaktadır. Tabloya genel olarak bakıldığında hemen hemen tüm göstergelerde Güneydoğu Anadolu bölgesi son sırada yer almaktadır.

**Tablo 7: İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflaması-1'e Göre (İBBS-1) 10.000 Kişiye Düşen Hastane Yatağı ve Yoğun Bakım Yatak Sayısı, Tüm Sektörler, 2008-2009**

Bölge Adı	10.000 Kişi Başına Hastane Yatak Sayısı	10.000 Kişi Başına Hastane Yatak Sayısı	10.000 Kişi Başına Yoğun Bakım Yatak Sayısı
	2009	2008	2009
Türkiye	26.9	26.3	2.2
İstanbul	23.7	23.2	2.6
Batı Marmara	25.4	24.7	1.6
Ege	25.7	25.9	2.0
Doğu Marmara	23.3	23.2	2.0
Batı Anadolu	31.4	29.3	3.3
Akdeniz	22.1	21.8	2.1
Orta Anadolu	25.7	25.5	2.1
Batı Karadeniz	29.6	28.4	2.1
Doğu Karadeniz	32.3	31.2	2.2
Kuzeydoğu Anadolu	25.4	24.1	1.4
Ortadoğu Anadolu	25.5	25.3	1.8
Güneydoğu Anadolu	17.0	15.5	1.9

*Not: Milli Savunma Bakanlığı'na (MSB) bağlı hastane yatak sayısı 15.900'dür ve Türkiye toplamında yer almaktadır. MSB'ye bağlı hastaneler hariç 10.000 kişiye düşen yatak sayısı 2007 ve 2008 yılları için 24.1'dir. 2009 yılı için 24.8'dir. Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2009*

Tablo 7'de İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflaması-1'e Göre (İBBS-1) 10.000 kişiye düşen hastane yatağı ve yoğun bakım yatak sayıları verilmektedir. Türkiye genelinde 10.000 kişi başına düşen yatak sayısı 2008 yılında 26.3 iken, 2009 yılında 26.9'dur. 2008 yılında yatak sayısının bölgesel dağılımına bakıldığında 31.2 ile Doğu Karadeniz bölgesi birinci sırada yer almaktadır. Batı Anadolu bölgesi 29.3 ile ikinci sırada yer alırken, Batı Karadeniz bölgesi 28.4 ile üçüncüdür. Yatak sayısının 2009 yılına göre bölgesel dağılımında ise yine Doğu Karadeniz Bölgesi 32.3 ile birinci, Batı Anadolu 31.4 ve Batı Karadeniz 29.6 ile üçüncü sıradadır. Güneydoğu Anadolu bölgesi ise hem 2008 ve hem 2009 yıllarında son sırada yer almaktadır. Diğer yandan onbin kişi başına düşen yoğun bakım yatak sayısına bakıldığında ise Batı Anadolu bölgesi 3.3 ile birinci sırada yer alırken, son sırayı bu kez 1.4 ile Kuzeydoğu Anadolu bölgesi almaktadır.



**Tablo 8: İBBS-1'e ve Sektörlere Göre Yataklı Tedavi Kurumlarında 100.000 Kişiye Düşen MR Cihaz Sayısı, 2009**

Bölge Adı	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
Türkiye	0.32	0.10	0.47	0.89
İstanbul	0.24	0.05	1.04	1.32
Batı Marmara	0.51	0.06	0.29	0.86
Ege	0.48	0.12	0.35	0.95
Doğu Marmara	0.30	0.12	0.34	0.76
Batı Anadolu	0.32	0.19	0.51	1.02
Akdeniz	0.35	0.12	0.37	0.83
Orta Anadolu	0.23	0.13	0.34	0.70
Batı Karadeniz	0.42	0.09	0.33	0.84
Doğu Karadeniz	0.47	0.04	0.20	0.71
Kuzeydoğu Anadolu	0.23	0.09	0.14	0.45
Ortadoğu Anadolu	0.33	0.14	0.41	0.88
Güneydoğu Anadolu	0.13	0.05	0.29	0.48

*Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2009*

İBBS-1'e ve sektörler'e göre yataklı tedavi kurumlarında 100.000 kişiye düşen MR cihaz sayısının 2009 yılında bölgesel dağılımı Tablo 8'de gösterilmektedir. Buna göre 2009 yılında Türkiye genelinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı hizmet sunucularında yüzbin kişiye düşen MR cihaz sayısı 0.32'dir. Batı Marmara bölgesi 0.51 ile birinci sırada yer alırken 0.13 ile Güneydoğu Anadolu bölgesi son sırada yer almaktadır. Üniversite hizmet sunucularına göre yapılan dağılıma bakıldığında ise, 2009 yılında Türkiye genelinde 0.10 iken, 0.19 ile Batı Anadolu birinci sırada yer almaktadır. Doğu Karadeniz bölgesi ise 0.04 ile son sırada bulunmaktadır. Bölgesel dağılımda toplamda ise Güneydoğu Anadolu bölgesi 0.48 ile son sıradadır. Tablo 9'da ise İBBS-1'e ve sektörler'e göre yataklı tedavi kurumlarında yüzbin kişiye düşen Bilgisayarlı Tomografi (BT) cihaz sayısının 2009 yılı dağılımı verilmektedir. Buna göre, Türkiye genelinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı hizmet sunucularında yüzbin kişiye düşen BT sayısı 0.49'dur. Bu oranın en yüksek olduğu bölge 0.69 ile Batı Karadeniz bölgesidir. Bölgesel dağılım dikkate alındığında en son sırada yer alan bölge ise 0.32 ile Güneydoğu Anadolu bölgesidir. Tüm hizmet sunucuları değerlendirilerek yapılan sıralamada ise 1.43 ile İstanbul bölgesi birinci sırada yer alırken, 0.72 ile Güneydoğu Anadolu bölgesi yine en son sırada yer almaktadır.

**Tablo 9: İBBS-1'e ve Sektörlere Göre Yataklı Tedavi Kurumlarında 100.000 Kişiyeye Düşen Bilgisayarlı Tomografi (BT) Cihaz Sayısı, 2009**

Bölge Adı	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
Türkiye	0.49	0.14	0.53	1.15
İstanbul	0.33	0.07	1.03	1.43
Batı Marmara	0.64	0.10	0.48	1.21
Ege	0.65	0.13	0.44	1.22
Doğu Marmara	0.46	0.15	0.40	1.01
Batı Anadolu	0.57	0.31	0.38	1.25
Akdeniz	0.44	0.17	0.55	1.17
Orta Anadolu	0.39	0.21	0.44	1.04
Batı Karadeniz	0.69	0.18	0.31	1.17
Doğu Karadeniz	0.63	0.08	0.36	1.07
Kuzeydoğu Anadolu	0.59	0.09	0.14	0.82
Ortadoğu Anadolu	0.52	0.14	0.58	1.24
Güneydoğu Anadolu	0.32	0.08	0.32	0.72

*Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2009*

Kamu kesimi tarafından yapılan sağlık harcamaları ve bu harcamalara ilişkin çeşitli sağlık göstergeleri dikkate alarak gerçekleştirilen incelemelerde, hemen hemen tüm göstergelerde Güneydoğu Anadolu bölgesi son sırada yer almaktadır. Gerek hizmet sunucularının teknolojik ve beşeri kaynakları ve gerekse sağlık ile ilgili göstergeler, ülkenin doğu bölgelerine doğru gidildikçe ortalamanın altına düşmekte ve genel itibariyle kötüleşmektedir. Bu bağlamda, özellikle bölgesel kalkınma eşitsizliklerinin giderilmesi ve geri kalmış bölgelerin geri kalmışlığının giderilebilmesi bakımından, yapılan kamu sağlık harcamalarının bölgeler arasında adaletsizliği giderecek şekilde dağılması ve geri kalan bölgelerdeki sağlık harcamalarının artırılması bir politika olarak değerlendirilebilir. Bekmez vd. (2009) tarafından yapılan ampirik çalışmada, Doğu Marmara, Güneydoğu Anadolu ve Ortadoğu Anadolu Bölgelerinde sağlık yatırımlarının, eğitime oranla büyüme üzerinde daha fazla etki oluşturduğu sonucu dikkate alındığında, bu bölgelere ayrılan sağlık harcamalarının artırılmasının, bölgesel kalkınmada olumlu sonuçlar doğuracağı söylenebilir. Hizmet sunucularının teknik ve beşeri unsurlarının geliştirilmesinin yanında, tedavi edici sağlık hizmetleri yerine, koruyucu sağlık hizmetlerine bu bölgelerde ağırlık verilmesi gerekmektedir.

## 5. Türkiye’de Hasta Maliyetleri: İç Anadolu ve Güneydoğu Anadolu Bölgeleri

2003 yılında Türkiye’de uygulanmaya başlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte, sağlık göstergelerinde OECD ülkelerine yaklaşılmış ve olumlu sonuçlar alınmaya başlanmıştır. Yaşam süresinin uzaması, bebek ölüm oranlarının düşmesi gibi kalkınma göstergelerinde yaşanan iyileşmeye karşın, özellikle harcamaların dağılımı ve bileşenleri konusunda yaşanan çarpıklık, orta ve uzun vadede SDP’nin mali sürdürülebilirliğini tehdit etmektedir. 2008 yılında yaşanan kriz döneminde dahi OECD ülkelerinde toplam sağlık harcamalarının artması ve bunun yanında bu artışın çoğu ülkede milli gelirden daha hızlı artması (OECD, 2010) bu harcamaların frenlenmesini gündeme getirmiştir. Bu bağlamda, katılım payları ve ilaç bedelleri gibi uygulamalarla bireylerin bu hizmetlere ulaşımı, gelir ile orantılandığından, hizmetten faydalananların bölgesel dağılımı ile gelire göre dağılımı ülkenin farklı bölgelerinde farklı sonuçlar vermekte ve bu da bölgesel kalkınma başta olmak üzere, birçok faktör üzerinde olumsuz sonuçlar doğurmaktadır. Diğer yandan, sektörün devasa büyüklüğünün yanında, düzenleyici ve denetleyici bir otoritenin bulunmaması, hasta maliyetlerinin takip edilmemesi ve daha da önemlisi bu maliyetlerin bölgeden bölgeye değişmesi, ülkede sağlık hizmetinin kalitesini düşürmektedir. Nitekim nüfus yoğunluğu bakımından üst sıralarda yer alan Güneydoğu Anadolu Bölgesi, yüzbin kişi başına düşen yatak sayısı ile son sırada yer almaktadır. Aynı şekilde bebek ölümlerinin görülme sıklığının yanında, ülkedeki yoksulların medyan gelire göre yaklaşık %30’unun bu bölgede yaşaması, kalkınma odaklı politika üretme noktasında, sağlığın önemine dikkat çekmektedir.

Tablo 10’da, Güneydoğu Anadolu Bölgesi illerinden Diyarbakır, Mardin, Siirt ve Batman ile birlikte İç Anadolu Bölgesi illerinden Ankara, Kastamonu, Çankırı, Bolu, Karabük ve Kırıkkale’ye ilişkin birim hasta maliyetlerinin, özel hizmet sunucuları ile üniversite hizmet sunucularına göre 2009 ve 2010 yılları dağılımı verilmektedir. Yapılan harcamalar, SGK tarafından finanse edilen harcamalar olup, özel harcamalar yer almamaktadır. Diğer yandan Sağlık Bakanlığı harcamaları ise, Bakanlığın götürü bütçe uygulaması nedeniyle bilinmemektedir. Bu bağlamda, incelenen hasta maliyetleri, ilgili hizmet sunucuları tarafından, SGK’ya fatura edilen hizmetlere ödenen tutarlar veri alınarak hesaplanmıştır.

**Tablo 10: Hizmet Sunucuları ve İllere Göre Hasta Maliyetleri, (TL)**

	Hasta Maliyeti (2009)		
	Özel Hizmet Sunucuları	Üniversite Hizmet Sunucuları	Toplam
<b>Ankara</b>	116.74 (91.6)	205.34	172.32
<b>Kastamonu</b>			
<b>Çankırı</b>			
<b>Bolu</b>			
<b>Karabük</b>			
<b>Kırıkkale</b>	67.30 (52.8)		
<b>Diyarbakır</b>			
<b>Mardin</b>			
<b>Siirt</b>			
<b>Batman</b>			
Hasta Maliyeti (2010)			
	Özel Hizmet Sunucuları	Üniversite Hizmet Sunucuları	Toplam
<b>Ankara</b>	113.58 (88,5)	180.76	137.43
<b>Kastamonu</b>			
<b>Çankırı</b>			
<b>Bolu</b>			
<b>Karabük</b>			
<b>Kırıkkale</b>	62.30 (48,5)		
<b>Diyarbakır</b>			
<b>Mardin</b>			
<b>Siirt</b>			
<b>Batman</b>			

*Not: Kamu hizmet sunucularında götürü bütçe uygulaması nedeniyle hasta maliyetleri hesaplanamamaktadır. Askeri hastaneler toplama dahil değildir. Parantez içindeki tutarlar, 2003 yılı baz alınarak hesaplanan reel tutarlardır. Kaynak: SGK verilerinden tarafımızca hesaplanmıştır.*

Tablo 10'da görüldüğü üzere, iki bölgede toplam 10 il merkezine ait, özel ve üniversite hizmet sunucuları tarafından verilen hizmet karşılığı oluşan birim hasta maliyetleri yer almaktadır. Bu bağlamda, özel ve üniversite hastaneleri üzerinde yapılan hesaplamalara göre 2009 yılında Diyarbakır bölgesinde bir hastanın özel hizmet sunucularında ortalama maliyeti 67.30 TL iken, Ankara bölgesinde özel hizmet sunucularında ortalama 116.74 TL ve üniversite hizmet sunucularında ortalama 205.34 TL şeklinde gerçekleşmiştir. Aynı maliyetler 2010 yılında ise nispeten azalmış olmakla birlikte Diyarbakır bölgesine ait özel hizmet sunucularında yaklaşık 63 TL iken, Ankara bölgede 113.5 TL olarak gerçekleşmiştir. Aynı şekilde tüm bölgeye ilişkin üniversite hizmet sunucularının hasta maliyetleri ise 180.76 TL'dir. Bir önceki yıla oranla maliyetlerde azalma yaşandığı görülmekle birlikte iki bölge arasındaki hasta maliyetleri arasındaki fark hemen hemen iki kattır. Üniversite hizmet sunucularında ise, durum biraz daha farklıdır. Üniversite hizmet sunucularında tedavi olan bir hastanın birim maliyeti yaklaşık olarak Diyarbakır bölge özel hastanelerinin üç katı iken, Ankara bölgedeki özel hizmet sunucularının yaklaşık olarak iki katıdır. Üniversite hastanelerinde görülen gereksiz tetkik ve tedavilerin yanında tedavinin aşama uyumsuzluğu, faturalarda yolsuzluk, yapılmayan hizmetin faturalandırılması gibi etkenler, bu

birimlerde hasta maliyetlerinin fazlalığı üzerindeki en önemli etken olarak değerlendirilebilir. Tüm bunlara rağmen, gerek üçüncü basamak olan üniversite hizmet sunucularının sunduğu hizmetin kalitesi gereği ve gerekse bu hizmet sunucularının eğitim ve araştırma faaliyetleri nedeniyle hasta maliyetlerinin arttığı düşünülmektedir.

Tablo 10'da dikkat çeken bir diğer unsur ise, her iki bölgede de hasta maliyetlerinin azalmasıdır. Gerek bölgesel bazda ve gerekse toplam harcamalarda reel düzeyde bir artış yaşanırken, hasta maliyetleri hem özel hizmet sunucularında hem de üniversite hizmet sunucularında azalmıştır. Maliyetlerdeki azalma, hizmete sunucularında tedavi gören hasta sayısının artması ile açıklanabileceği gibi, harcamaların denetiminin artması ile de ilişkilendirilebilmektedir. Hizmet maliyetlerinin yanında, her iki bölgede gerçekleştirilen toplam tedavi harcamalarının gelişimi ise aşağıdaki tabloda verilmektedir.

**Tablo 11: Hizmet Sunucuları ve İllere Göre Toplam Tedavi Harcamaları, Nominal ve Reel Değerler, 2003=100 (TL)**

	Toplam Tedavi Harcamaları (2009)		
	Özel Hizmet Sunucuları	Üniversite Hizmet Sunucuları	Toplam
Ankara			
Kastamonu			
Çankırı	256.914.207		
Bolu	(201.596.208)		
Karabük		593.801.974	975.293.602
Kırıkkale		(465.946.307)	(765.296.298)
Diyarbakır			
Mardin	124.577.421		
Siirt	(97.753.738)		
Batman			
Toplam Tedavi Harcamaları (2010)			
	Özel Hizmet Sunucuları	Üniversite Hizmet Sunucuları	Toplam
Ankara			
Kastamonu			
Çankırı			
Bolu	% 4.40		
Karabük		% 19.24	% 16.42
Kırıkkale			
Diyarbakır			
Mardin	% 27.78		
Siirt			
Batman			

*Not: Kamu hizmet sunucularında götürü bütçe uygulaması nedeniyle hasta maliyetleri hesaplanamamaktadır. Askeri hastaneler toplama dahil değildir. Parantez içindeki tutarlar, 2003 yılı baz alınarak hesaplanan reel tutarlardır. Kaynak: SGK Verilerinden Tarafımızca Hesaplanmıştır.*

Birim hasta maliyetlerinde görülen farklılaşmaya benzer bir şekilde, yapılan toplam tedavi harcamalarının bölgesel dağılımı da birbirinden farklılaşmaktadır. Tabloda görüldüğü üzere, 2009 yılında Ankara bölgeye ait özel hizmet sunucularına ödenen toplam tutar 256.914.207 TL iken, bu tutar Diyarbakır bölgeye ait özel hizmet sunucularında 124.577.421 TL olarak gerçekleşmiştir. Bölgelere ait nüfus farklılığının yanında, hizmet sunucu sayısının azlığı bu iki bölge arasındaki tutar farklılığının ana etkenlerinden biri olmakla birlikte, asıl önemli gösterge bu iki bölgenin toplamının üniversite hizmet sunucularının yaklaşık yarısı tutarında bir harcamaya sahip olmasıdır. Diğer yandan 2009 yılında özel ve üniversite hizmet sunucularına ilişkin SGK tarafından yapılan toplam ödeme 975.293.602 iken bu tutar 2010'da 1.142.692.733 TL olarak gerçekleşmiştir. Bu değerlerin nominal olması nedeniyle, her iki yıl arasındaki reel miktarların değişim oranları incelendiğinde Ankara bölgedeki özel hizmet sunucularına yapılan sağlık harcamaları reel olarak % 4.40 artmıştır. Diyarbakır bölgede bu oran % 27.78'tir. Üniversite hizmet sunucularında ise reel olarak %19.24 olarak artmıştır. Toplamda yapılan bu ödemelerin enflasyondan arındırılmış analizinde reel olarak % 16.42'lik bir artış yaşandığı görülmektedir. Bu bağlamda, harcamalar nominal olarak artarken, reel olarak da artış yaşanmıştır. Harcamalarda yaşanan artışın en önemli nedeni olarak hasta sayısında yaşanan artış gösterilebilir. Özellikle SDP çerçevesinde bireylerin tüm hizmet sunucularına erişiminin artırılması, hizmet sunumunda eşitsizliğin giderilerek adaletin sağlanması, ödenen paranın karşılığının garanti altına alınması ve toplumun büyük bir kesiminin sosyal güvenlik şemsiyesi altına alınması, harcamalarda yaşanan artışın önemli nedenleri arasında sıralanabilir. Özel ve üniversite hizmet sunucularında tedavi gören hasta sayısının 2009 ve 2010 yıllarına göre bölgesel dağılımı tablo 12'de verilmektedir.

**Tablo 12: Özel Hizmet Sunucuları ve İllere Göre Hasta Sayısı**

	Özel Hizmet Sunucuları (2009)			
	Toplam Tedavi Harcaması, TL	Hasta Sayısı	Doktor Sayısı	Hasta Maliyeti, TL
Ankara	256.914.207 (201.596.208)	2.200.613	2.514	116.74 (91.6)
Kastamonu				
Çankırı				
Bolu				
Karabük				
Kırıkkale				
Diyarbakır	124.577.421 (97.753.738)	1.851.040	911	67.30 (52.8)
Mardin				
Siirt				
Batman				
	Özel Hizmet Sunucuları (2010)			
	Toplam Tedavi Harcaması, TL	Hasta Sayısı	Doktor Sayısı	Hasta Maliyeti, TL
Ankara	269.930.382 (210.472.032)	2.376.374	1.073	113.58 (88.5)
Kastamonu				
Çankırı				
Bolu				
Karabük				
Kırıkkale				
Diyarbakır	160.199.069 (124.911.554)	2.571.175	415	62.30 (48.5)
Mardin				
Siirt				
Batman				

Not: Kamu hizmet sunucularında götürü bütçe uygulaması nedeniyle hasta maliyetleri hesaplanamamaktadır. Askeri hastaneler toplama dahil değildir. Parantez içindeki tutarlar, 2003 yılı baz alınarak hesaplanan reel tutarlardır. Kaynak: SGK verilerinden tarafımızca hesaplanmıştır.

Tablo 12’de Ankara ve Diyarbakır bölgede yer alan özel ve üniversite hizmet sunucularına ilişkin 2009 ve 2010 yıllarına ait tedavi harcamaları, hasta sayısı, doktor sayısı ve buna ilişkin olarak ortaya çıkan hasta maliyetleri yer almaktadır. Ankara bölgede yer alan toplam 6 adet şehre ilişkin, özel hizmet sunucularında tedavi görenlerin sayısı 2.200.613 iken, Diyarbakır bölgeye ait özel hizmet sunucularında tedavi görenlerin sayısı 1.851.040’tır. Bu bağlamda, harcamanın yukarıda ifade edildiği gibi toplam tutarının neredeyse yarı yarıya olması, nüfus yoğunluğundan ya da tedavi olanların azlığından kaynaklanmamaktadır. Burada birim hasta maliyetlerinin oldukça düşük olması, toplam sağlık harcamalarının bu bölgede düşük olmasına yol açmaktadır. Doktor sayısında görülen azlığa rağmen, bu bölgede tedavi edilen hasta sayısı oldukça yüksektir. 2010 yılında ise Diyarbakır bölgede bulunan özel hizmet sunucularında tedavi gören hasta sayısı 2.571.175 TL olarak gerçekleşmiş ve bu miktarla aynı yılda Ankara bölgede tedavi gören 2.376.374 hasta sayısını geçmiştir. Hasta sayısının daha fazla olmasına rağmen, toplam harcama miktarının Ankara bölgeden daha az olmasının yanı sıra, doktor sayısının Ankara bölgede 1.073 iken, Diyarbakır bölgede 415’tir. Benzer şekilde birim başı hasta maliyetleri ise 2010 yılında Ankara bölgede 113.58 TL iken, Diyarbakır bölgede ise 62.30’dur.

Hasta sayısının artmasının en önemli nedeni olarak hizmet sunucularına erişimin artırılması olarak gösterilebilir. Diyarbakır bölgede bir yılda yaklaşık 700.000 kişilik bir artış yaşanması, bunu göstermektedir. Diğer yandan doktor sayısındaki azalış ile birlikte hasta maliyetlerindeki azalışta, bu konuyu tartışmaya açmaktadır. Diyarbakır bölgesindeki özel hizmet sunucularında yaklaşık 2.500.000 hasta toplamda yaklaşık 160.000.000 TL ile tedavi hizmeti alırken, Ankara bölgede bundan daha düşük sayıda hasta yaklaşık 100.000.000 TL daha fazla harcamaya neden olmaktadır. Buna rağmen gerçekleşen reel değişim % 4'ler seviyesindedir. Tabloda dikkat çeken bir diğer unsur ise, Ankara bölge yer alan özel hizmet sunucularındaki doktor sayısının bir yıl içinde ilginç bir şekilde 2.514'den 1.073'e düşmesidir. Bunun nedeni olarak da tam gün çalışma yasası gösterilebilir.

**Tablo 13: Üniversite Hizmet Sunucuları ve İllere Göre Hasta Sayısı**

	Üniversite Hizmet Sunucuları (2009)			Üniversite Hizmet Sunucuları (2010)		
	Tedavi Harcaması	Hasta Sayısı	Hasta Maliyeti	Tedavi Harcaması	Hasta Sayısı	Hasta Maliyeti
<b>Ankara</b>	593.801.974 (465.946.307)	2.891.745	205.34 (161,1)	712.563.282 (555.604.898)	3.946.528	180,5 (140,7)
<b>Kastamonu</b>						
<b>Çankırı</b>						
<b>Bolu</b>						
<b>Karabük</b>						
<b>Kırıkkale</b>						
<b>Diyarbakır</b>						
<b>Mardin</b>						
<b>Siirt</b>						
<b>Batman</b>						

*Not: Kamu hizmet sunucularında götürü bütçe uygulaması nedeniyle hasta maliyetleri hesaplanamamaktadır. Askeri hastaneler toplama dahil değildir. Parantez içindeki tutarlar, 2003 yılı baz alınarak hesaplanan reel tutarlardır. Kaynak: SGK verilerinden tarafımızca hesaplanmıştır.*

Tablo 13'de üniversite hizmet sunucularına ilişkin 2009 ve 2010 yıllarında tedavi harcamaları ve tedavi gören hasta sayısı verilmektedir. Buna göre 2009 yılında toplam harcama 593.801.974 TL olarak gerçekleşmiş ve yine aynı yıla ilişkin tedavi gören hasta sayısı 2.891.745 olmuştur. 2010 yılında ise toplam harcamalar 712.563.282 TL olmuş ve mutlak olarak harcamalarda bir artış görülmüştür. Bununla birlikte tedavi gören hasta sayısı ise 3.946.528 olmuştur. Dolayısıyla harcamalardaki artış dikkate alındığında, harcamaların karşılığında hizmet alan hasta sayısı da artmıştır. Bunun nedeni olarak da hasta maliyetlerindeki azalma gösterilebilir. 2009 yılında bir hastanın ortalama maliyeti 205 TL iken, bu tutar 2010 yılında yaklaşık olarak 180.5 TL'dir. Hasta maliyetlerindeki azalmanın kaynağı ise, özellikle SGK'nın bu yılda hizmet denetimlerini arttırması olarak gösterilebilir. Yapılan denetim, fatura denetimi



ile birlikte, hizmetin yerindeliği şeklinde gerçekleştirilmekte ve böylece sağlık harcamalarını arttıran faktörler dikkate alınarak, harcamaların gereksiz artışı önlenmektedir. Harcanan kamu kaynağının karşılığı garanti altına alınmakta ve böylece, kalkınma aşamasında önemli bir yer tutan sağlık hizmetinin topluma eşit, kaliteli ve düşük maliyetle sunulması amaçlanmaktadır. Dolayısıyla, toplumsal refahın ençoklaştırılması amacını güden kamu kesimi, kamu kaynağının kullanımında; etkin, verimli ve ekonomiklik kriterlerini gözeterek, kamu kaynağının karşılığının garanti alınması adına denetim fonksiyonunu arttırmıştır denilebilir.

## 6. Sonuç ve Değerlendirme

Sağlığa ayrılan kaynağın yanında, sağlığa ilişkin altyapının varlığı, bir ülkenin ekonomik büyüme ve kalkınmasında oldukça önemli bir unsur olarak değerlendirilmektedir. Bu bağlamda çalışmada, Türkiye’de sağlık ile ilgili harcamalar ve altyapı göstergeleri incelenmiştir. Bunların bölgesel dağılımı analiz edilerek, özellikle Güneydoğu Anadolu bölgesi ile İç Anadolu bölgesine ait hasta maliyetleri ve hizmet sunucularının hasta sayıları, birim maliyetleri ve toplam harcama tutarları analiz edilmiştir.

Kalkınmaya ilişkin 2009 yılı verileri incelendiğinde, nüfus artış hızı bakımından Güneydoğu Anadolu bölgesi beşinci sırada yer almakta ve nüfusun yaklaşık %69’u şehirde yaşamaktadır. İstihdama ilişkin göstergelerde ise işsizlik oranı Akdeniz’den sonra yüksek ikinci bölgedir. İşsizlik oranı ile ilgili olarak yoksulluğa ilişkin durum ise benzerdir. Güneydoğu Anadolu bölgesi yoksulluğun en fazla görüldüğü bölge olarak göze çarpmaktadır. Dolayısıyla kalkınmaya ilişkin incelemelerde genellikle son sırada yer almaktadır.

Bölgelerin sağlık göstergelerinin analizinde ise, yukarıdakine benzer şekilde, Güneydoğu Anadolu bölgesi sürekli bir şekilde son sırada yer almaktadır. Bebek ölüm oranının en fazla görüldüğü bölge Ortadoğu Anadolu ile birlikte Güneydoğu Anadolu bölgesidir. Anne ölümlerinde ise, Ortadoğu Anadolu bölgesi, en yüksek orana sahipken, Kuzeydoğu Anadolu bölgesi ikinci, Güneydoğu Anadolu bölgesi ise üçüncü sırada yer almaktadır. Diğer bölgelerdeki oranın yüksekliği, hastane şartlarında yapılan doğum oranının düşük seviyelerde gerçekleşmesinden kaynaklandığı ileri sürülebilir. Kadınlarda korunma yönteminin kullanım oranının en az olduğu bölge yine Güneydoğu Anadolu bölgesidir. Bu durumun nüfus artış hızını artırması, düşük oranları ve çocuk sağlığı bakımından olumsuz etkilere yol açması mümkündür. Sağlığa ilişkin dikkat edilen en önemli göstergelerden biri de nüfus başına düşen hekim sayısıdır. Buna göre Güneydoğu Anadolu bölgesi, bin kişi başına düşen hekim sayısında 1.03 ile son sırada yer almaktadır. Batı Anadolu bölgesinde ise hekim sayısı yaklaşık üç katıdır. Bu bağlamda, özellikle hekim sayısının yetersiz olduğu bölgelerde hekim sayısının artırılması gerekmektedir.

Hizmet sunucularının mevcut hizmet altyapılarının bölgesel dağılımına bakıldığında ise bölgeler arası eşitsizlik göze çarpmaktadır. Onbin kişi başına düşen hastane yatağı sayısında son sırada yer alan Güneydoğu Anadolu bölgesi, yoğun bakım yatak sayısında biraz daha iyi durumda yer almaktadır. Nitekim Kuzeydoğu Anadolu bölgesi, yoğun bakım yatak sayısında son sıradadır. Yüzbin kişi başına düşen MR ve BT sayısında ise aynı şekilde bu bölge son sırada yer almaktadır. Dolayısıyla, gerek sağlık göstergelerinde ve gerekse hizmet sunucularının altyapılarında Güneydoğu Anadolu bölgesi Türkiye

genelinde en kötü durumda yer alan bölgedir.

Kamu kesimi tarafından yapılan sağlık harcamalarının bölgesel dağılımı İç Anadolu bölgesi ve Güneydoğu Anadolu bölgesi çerçevesinde incelenmiş olup, bu iki bölgeye ilişkin hasta sayıları, doktor sayıları, birim hasta maliyetleri ve toplam sağlık harcamalarının tutarları analiz edilmiştir.

2003 yılında uygulanmasına başlanan SDP ile birlikte, ulaşılmaması amaçlanan unsurlar; Sosyal güvenlik kapsamındaki nüfus oranının arttırılması, sağlık hizmetine erişimde adaletin sağlanması, bölgeler arası sağlık hizmeti sunumunda kalite farkının ortadan kaldırılması, SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı'nın tek çatı altında birleştirilerek Genel Sağlık Sigortası'nın kurulması, kamu hastanelerine özerklik tanınması, aile hekimliği uygulamasına geçmek suretiyle, etkin bir koruyucu sağlık sistemi oluşturmak şeklinde sıralanabilir (OECD, 2008:36). Ortaya konulan politika hedefleri çerçevesinde gerçekleştirilen uygulamalar sonucu Türkiye, sağlık göstergelerinde OECD ülkelerine yaklaşmış ve olumlu ilerlemeler kaydetmiştir. Bununla birlikte özellikle politikanın başlangıç yılı olan 2003 yılından itibaren, sağlık harcamalarının olağanüstü boyutlarda artması, SGK'yı harcamaları kontrol altına almaya yönelmiş ve böylece harcamaların artışı önlenerek, büyük oranda açık veren SGK bütçesinin, SDP'nin orta ve uzun vadede devam ettirilebilmesi amacıyla mali sürdürülebilirliğinin sağlanması amaçlanmaktadır. 2003 yılında SGK sağlık harcamaları 10.662.000 TL iken, SDP'nin uygulanmasıyla birlikte geçen 7 yılda sağlık harcamaları yaklaşık 3 kat artmış ve programın sürdürülebilirliği tehdit altına girmiştir. Ayrıca 2012 yılında yeşil kartlıların da kurum bünyesine alınmasıyla birlikte, sağlık harcamalarında olağanüstü bir artış beklenebilir.

2009 ve 2010 yıllarında hasta tedavi harcamalarında artış görülmekle birlikte, birim maliyetlerinde azalma izlenmektedir. Bu ise, hizmet sunucularına erişimin artırılması ve adaletin sağlanması ile birlikte hasta sayısının artması ile açıklanabilir. Diğer yandan, özellikle 2009 yılında uygulamaya başlanan katkı payları ve katılım bedelleri ile, kamu kesiminin payının bu yılla birlikte düşeceği ve finansmanın bileşeninin özel kesime doğru kayacağı tahmin edilmektedir. Her ne kadar, uygulamayla birlikte özel kesimin cepten yaptığı harcamaların artacağı düşünülse de, özellikle inceleme konusu olan her iki bölgede de tedavi gören hasta sayısının artması, özel kesimin cepten yaptığı harcamanın da büyüklüğünü gösterecektir.

Sağlık sektöründe harcamalarda görülen artışın büyük oranda yolsuzluktan kaynaklandığı göz önüne alındığında ise harcamaların denetimi ve sektörün denetlenmesi konusundaki eksiklik, kendisini bölgesel hasta maliyetlerindeki çarpıklıkta göstermektedir. Bu bağlamda, faturalarda görülen yolsuzluğun yüksek ulaştığı bölgelerde harcamalardaki artışın tamamen verimli sağlık harcaması olarak değerlendirilmesi yanlıtıcı olacaktır.

Sağlığa yapılan harcama beşeri sermaye stokuna yapıldığından, kalkınma perspektifinde olumlu karşılanmaktadır. Özellikle yoksul kesimin bu hizmetlere ulaşımında yeşil kart uygulaması, bu kesimin sağlık hizmetine ulaşımı bakımından son derece önemlidir. Nitekim kamu kesiminin toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranının sürekli bir şekilde artması, Dünya Bankası tarafından hazırlanan 2010 Dünya Kalkınma Göstergelerinde dikkat çekerek kendisine yer bulmuştur. Bununla birlikte, harcamaların artması olumlu bir gelişme iken, harcamaların karşılığının ne boyutta elde edildiği, yapılan

harcamanın gerekliliği, bölgeler arası dağılım ve finansman kaynağının kamu-özel ayrımı, Türkiye’de kalkınmışlığın yanında, bölgesel geri kalmışlığın önlenmesi için tartışılması gereken konular olarak düşünülmektedir.

Sonuç olarak, sürekli bir şekilde büyüyen sağlık sektörü, büyümeyle birlikte sağlık harcamalarında artışa neden olmakta ve bu şekilde toplam sağlık harcamaları artmaktadır. Harcamaların artışı, kalkınma ve bölgesel kalkınma açısından olumlu karşılanmaktadır. Bir kalkınma carisi olarak Sağlık Carilerinin, ülke kaynaklarından daha fazla pay alması, beşeri sermaye stokuna yapılan bir yatırım olarak değerlendirilmekte ve bu ise ülkenin orta ve uzun vadede kalkınmasında etkili rol oynamaktadır. Bununla birlikte, tüm dünyada artan sağlık harcamaları, ülkeleri bütçeleri üzerindeki sağlık harcamaları yükünün azaltılması adına politika geliştirmeye sevk etmekte ve harcamaların frenlenmesi amaçlanmaktadır. Türkiye’de de bu yönde çalışmalar yapılmakta ve özellikle harcamaların finansmanına özel kesim katılımı katkı payı ve ilaç bedelleri gibi uygulamalarla artırılmaktadır. Bu durum, harcamaların finansmanında özel kesim payının artırılması bakımından olumsuz bir gelişme olarak değerlendirilebilir. Yoksul kesimin, sağlık hizmetine erişiminde katılım bedelleri, erişimi olumsuz etkileyebilecektir. Bu bağlamda, bölgesel hasta maliyetlerinin gösterdiği gelişime uygun bir şekilde yapılması gereken uygulama, sektörün denetlenmesi ve düzenlenmesidir. Bölgesel hasta birim maliyetleri takip edilerek, daha az girdi ile daha çok çıktının sağlanması ancak sektörde hakim bir otoritenin varlığı ile gerçekleştirilebilir. Bu amaçla kurulacak Sağlık Piyasasını Düzenleme ve Denetleme Kurumu (SPDDK) böyle bir ihtiyacı ortadan kaldıracaktır. Nitekim, SGK tarafından 2010 yılında gerçekleştirilen denetim uygulamaları, harcamanın karşılığını garanti altına almakta ve sektördeki yolsuzluk türü uygulamaları önlemektedir. Bu ise, bahse konu bağımsız otoritenin uygulama başarısı hakkında ipucu verebilir. Bu bağlamda, geri kalmış bölgelerde bir kalkınma politikası olarak, sağlık hizmetine erişimin arttırılmasının yanında, denetimin yolsuzluk ve yerindelik denetimini sağlayacak biçimde geliştirilmesi, bölge kalkınmasının yanında ülke kalkınmasını da hızlandıracaktır.

## KAYNAKÇA

- ATUN, R., FITZPATRICK, S. (2005).** Advancing Economic Growth: Investing in Health, A Summary of the Issues Discussed at a Chatham House conference held on 22–23 June, 2005.
- BARRO, R. (1996).** Three Models of Health and Economic Growth, Unpublished Manuscript, Cambridge, MA: Harvard University.
- BEKMEZ, S., KÖNE, A.,Ç., GÜNAL, D., (2009).** “Beşeri Sermayenin Türkiye’de Bölgelerarası Ekonomik Gelişme Açısından Önemi”, TİSK Akademii 2009/1, ss.67-81.
- BERALDO, S., MONTOLIO, D., TURATI, G., (2005).** Healthy, Educated and Wealthy: Is the Welfare State Really Harmful for Growth? <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/11967/1/127.pdf>, Erişim: 17.04.2011
- DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ (DSÖ), (2001).** “Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development”, Report of the Commission on Macroeconomics and Health.
- ECEVİT, E., ÇİFTÇİ, F. (2008).** The Relationship Between Health and Economic Growth in Terms of Cointegration and Causality Tests: The Case of Turkey, 1960-2005, International Sustainable Development Strategies, Baie Mare North University, 17-19 September.
- KAR, M., AĞIR, M. (2003).** Human capital and economic growth in Turkey: causality test, II: National Information, Economy and Management Congress Announcement Book, Derbent İzmir.
- LUCAS, R.E. Jr. (1988).** “On the Mechanics of Economic Development”, Journal of Monetary Economics, Cilt 22, ss. 3-42.
- MANKIW, N.G., ROMER, D., WEIL, D.N. (1992).** “A Contribution to the Empirics of Economic Growth”, Quarterly Journal of Economics, Cilt 107, ss. 407-437.
- MULLEN, P., P. SPURGEON (2000).** Priority Setting and the Public, Oxon: Radcliffe Medical Press.
- OECD (2008).** OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye, ←[www.sourceoecd.org/socialissues/9789264051089](http://www.sourceoecd.org/socialissues/9789264051089)→, Erişim Tarihi: 02.02.2011.
- OECD (2010).** OECD Health Data, ←<http://www.sourceoecd.org>→, Erişim Tarihi: 12.02.2011.
- SAĞLIK BAKANLIĞI (2008).** Sağlık Bakanlığı İstatistikleri Yıllığı, Ankara.
- SAĞLIK BAKANLIĞI (2009).** Sağlık Bakanlığı İstatistikleri Yıllığı, Ankara.
- SGK (2010).** SGK İstatistikleri, ←<http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/Anasayfa/Istatistikler>→, Erişim Tarihi: 12.02.2011.
- STIGLITZ., (1988).** Kamu Kesimi Ekonomisi, Çeviren: Ömer Faruk Batırel, İstanbul: Marmara Üniversitesi.
- TABAN, S., (2006).** “Türkiye’de Sağlık ve Ekonomik Büyüme Arasındaki Nedensellik İlişkisi”, Sosyoekonomi, 2006:2, ss.31-46.
- TÜİK, (2009).** Karşılaştırmalı Bölgesel Kalkınma İstatistikleri, [www.tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr)
- YERELİ, A.B., KOBAL, İ., KÖKTAŞ, A.M., (2010).** “Türkiye’de Sağlık Piyasasının Düzenlenmesi ve Denetlenmesi Gereği”, *Finans, Politik ve Ekonomik Yorumlar Dergisi*, Yıl 47, Kasım 2010, Sayı 549.
- YILMAZ, H.H. (2007).** İstikrar Programlarında Mali Uyumda Kalite Sorunu: 2000 Sonrası Dönem Türkiye Deneyimi, TEPAV, Ankara.