



türkiye ekonomi politikaları araştırma vakfı

Genel Sağlık Sigortası'nın Mali Sürdürülebilirlik Açısından Analizi: 2009'da ne oldu?

Tuncay Teksöz
Pfizer Sağlık Politikası Koordinatörü

Kerem Helvacıoğlu

TEPAV Politika Notu
Kasım 2009

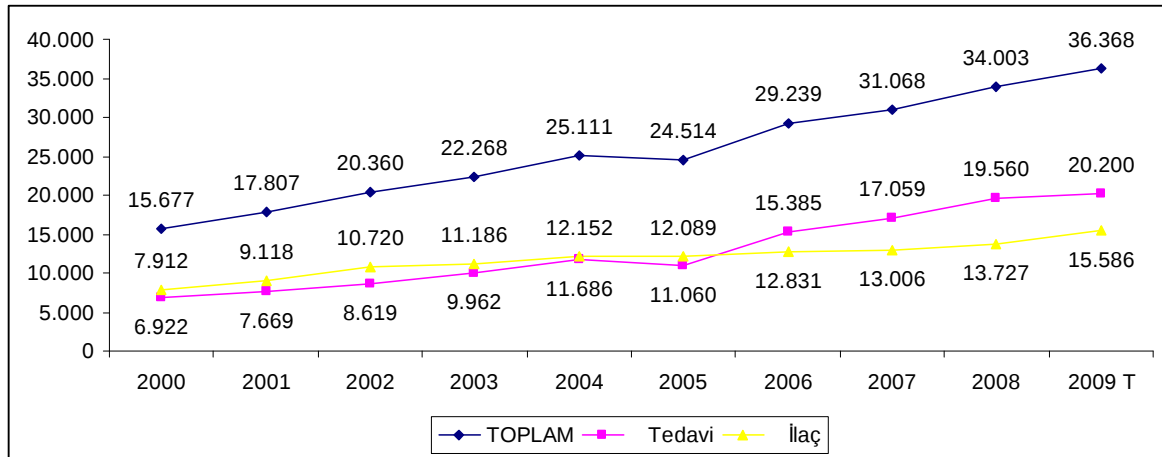
Genel Sağlık Sigortası'nın Mali Sürdürülebilirlik Açısından Analizi: 2009'da ne oldu?

Bu çalışmada 2009 yılı kamu sağlık ödemelerinin sosyal güvenlik sisteminin mali sürdürülebilirliği açısından değerlendirilmesi amaçlanmıştır. 2009 yılı sosyal güvenlik sistemi finansman açığının ve buna bağlı olarak Genel Bütçe'den yapılan transferin çok hızlı arttığı bir yıl olmuştur. Sosyal güvenlik sisteminde oluşan yüksek finansman açığının temel nedeni, ekonomide yaşanan daralmaya bağlı olarak istihdam ve ücretler genel seviyesinde yaşanan düşüş nedeniyle hızla azalan prim gelirleridir. Bu açığın kısa vadede sosyal güvenlik sistemi içinde geliştirilebilecek bir önlemle azaltılabilmesi ancak sağlık harcamalarını azaltacak tedbirlerle mümkündür. Hükümet tarafından Orta Vadeli Program çerçevesinde böyle bir politika izleneceği açıklanmış ve özellikle ilaç harcamalarında yaklaşık yüzde yirmi oranında gerilemeye yol açacak fiyat düşüşleri hayata geçirilmiştir.

2009 yılı sosyal güvenlik sisteminin mali yapısının olumsuz etkilendiği ve bütçe transferi ihtiyacının ciddi şekilde arttığı bir yıl olarak görünmektedir. Bu çalışmada harcama seviyesi, harcamaların gelire oranı ve sistemin bütçeye yükünün yanı sıra harcamaların kompozisyonu da incelenerek 2009 yılında sistemin mali yapısında meydana gelen değişimin sebepleri araştırılmıştır. Yazıda geçen 2009 yılı rakamları ilk 8 ay gerçekleşmesine dayanarak tahmin edilmiştir.

2009 yılında kamu sağlık ödemeleri reel fiyatlarla incelendiğinde toplamda trend dışı bir artış görülmemektedir. Ancak, harcama kompozisyonunda ve artışın kaynağında değişiklik gözlenmektedir. 2009 yılında kamunun toplam sağlık ödemesinin yaklaşık 36 milyar seviyesinde gerçekleşeceği tahmin edilmektedir. 2005 yılından itibaren artış gösteren tedavi harcamaları 2009 yılında kontrol altına alınırken önceki dört yıl reel olarak durağan seyreden ilaç harcamalarında artış görülmektedir.

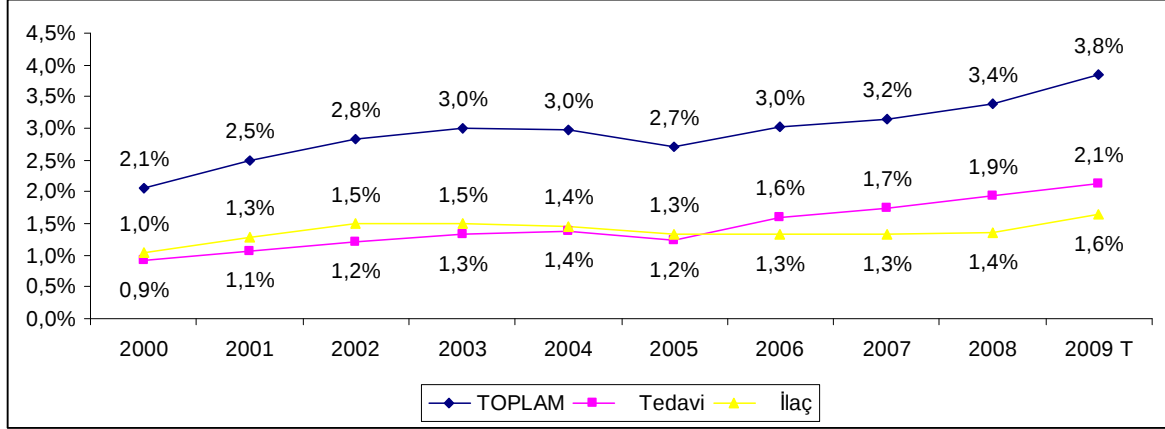
Şekil 1: Kamu Sağlık Ödemeleri (2009 TL)



SGK Bülten, Bütçe Verileri

Sağlık harcamaları temelde sağlık hizmeti talebine bağlı olan genel ekonomiye duyarlı harcamalardır. 2009 yılında yaşanan ekonomik daralma sonucu sağlık harcamalarının milli gelire oranı önceki yıllara göre daha yüksek artış göstermektedir. Kamu sağlık ödemelerinin milli gelire oranının 2009 yılında %3,8'e yükselmesi beklenmektedir.

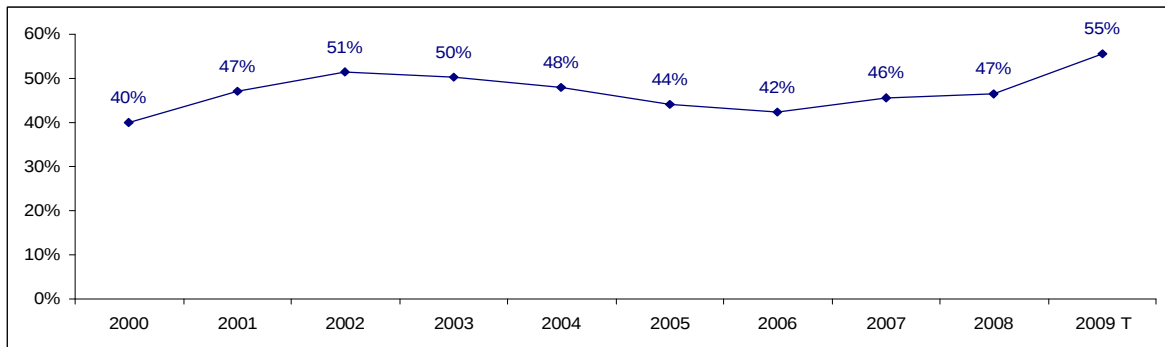
Şekil 2: Kamu Sağlık Ödemeleri (%GSYİH)



SGK Bülten, Bütçe Verileri

Harcamalar yukarıda belirttiğimiz şekilde gerçekleşirken ekonomideki daralmanın etkisiyle kayıtlı istihdam ve ücret seviyeleri gerilemiş, bunun sonucu olarak prim gelirlerinin azalması SGK'nın mali yapısını olumsuz etkilemiştir. Sağlık ödemelerinin prim gelirlerine oranı reform dönemi boyunca 2002 yılındaki seviyenin altındadır. Yani 2002 ile 2008 yılları arasında prim gelirleri reforma rağmen sağlık ödemelerinden hızlı büyümüştür. Ancak trend krizin etkisi ile son bulmuştur. 2009 yılında sağlık ödemelerinin prim gelirlerine oranının %55 olarak gerçekleşeceği tahmin edilmektedir.

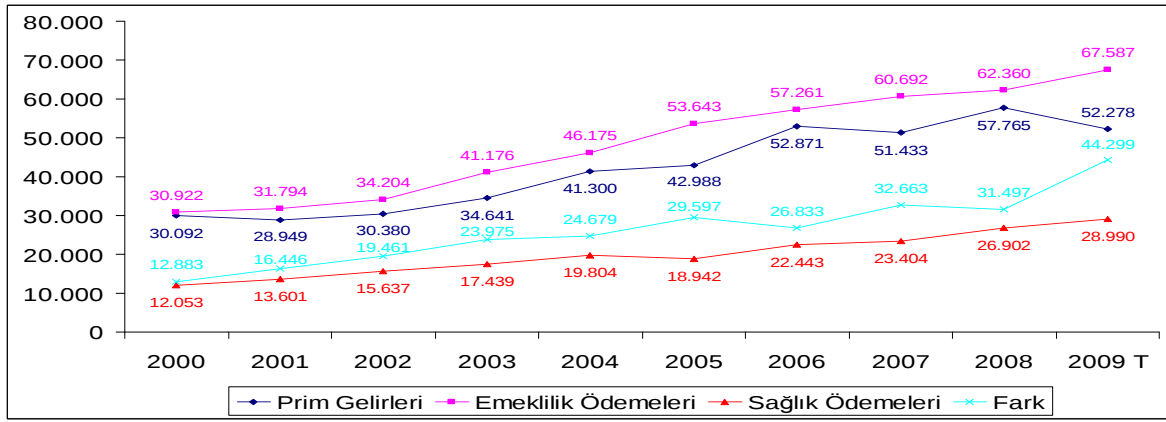
Şekil 3: SGK Sağlık Ödemeleri – Prim Gelirleri Oranı



SGK Bülten

SGK gelir-gider dengesi incelendiğinde ise Kurum’un temel harcama kalemleri olan emeklilik ve sağlık ödemeleri ile prim gelirleri arasındaki farkın yaklaşık %40 büyüyerek 2009 sonunda 44,3 milyar seviyesine ulaşması beklenmektedir. Harcamalarda trend dışı bir artış gözlenmezken açığın bu denli hızlı bir şekilde büyümesi SGK’nın mali yapısının özellikle gelirler açısından ekonominin genel durumuna yüksek derecede bağlı olduğunu göstermektedir.

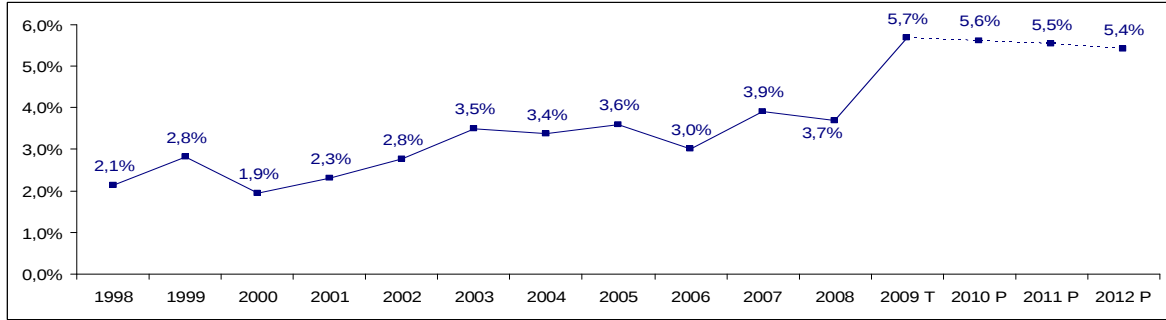
Şekil 4: SGK Gelir-Gider Dengesi (2009 TL)



SGK Bülten

SGK gelir gider dengesindeki bozulmaya, bu sene başlayan işveren priminin 5 puanlık kısmının devlet tarafından ödenmesi uygulaması da eklenince SGK’ya yapılan bütçe transferlerinde ciddi bir sıçrama gerçekleşmektedir. Öyle ki 2008 yılına kadar milli gelire oranı %4’ün altında tutulan bütçe transferlerinin bu yıl içinde %3,7’den %5,7 seviyesine çıkacağı tahmin edilmektedir. 1992 yılında başlayan sosyal güvenlik kurumlarının bütçeden yardım alması süreci boyunca bir yılda yüzde ikiye varan bir bütçe transferi büyümesi yaşanmamıştır.

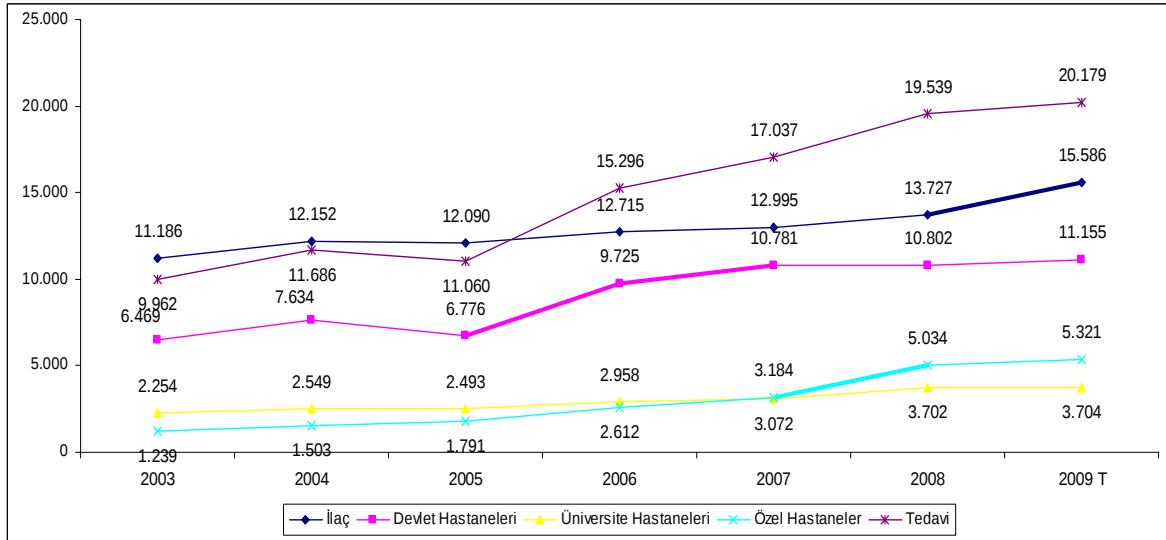
Şekil 5: SGK Bütçe Transferleri (%GSYİH)



SGK Bülten

Kamu sağlık ödemelerinin kompozisyonu detaylı olarak incelendiğinde reform sürecinde sağlık ödemelerinin yıllara göre farklı kaynaklardan büyüdüğü görülmektedir. 2005 ve 2007 yılları arasında sosyal güvenlik kapsamındaki genişleme ile büyümenin ana kaynağı devlet hastanelerine yapılan tedavi ödemeleri olurken 2008 yılında özel hastanelere yapılan ödemeler artışa sebep olmuştur. 2009 yılında ise tedavi ödemelerindeki artış yavaşlamış, 2004 yılından itibaren durağan seyreden ilaç ödemelerindeki artış büyümeye yol açmıştır.

Şekil 6: Kamu Sağlık Ödemeleri Kırılımı (2009 TL)

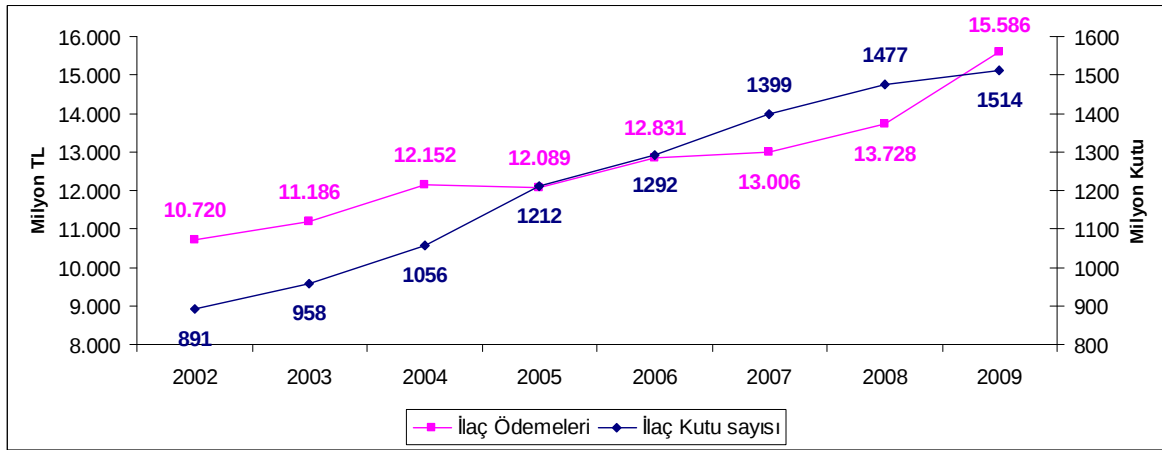


SGK Bülten, Bütçe Verileri

ilaç harcamalarında son 4 yılın aksine, bu yıl ödemeler, tüketilen miktardan fazla artmıştır. 2004'ten itibaren ilaç fiyatlandırılmasında uygulanmaya başlanan referans fiyatlandırma sistemi ve geri ödeme politikalarında rekabetini artırıcı önlemler sayesinde fiyatlarda önemli ölçüde düşüş sağlanmıştır. 2008'e kadar kamunun satın aldığı kutu miktarı yaptığı ödemelerden daha hızlı artmıştır. Fakat 2009'da ödemeler kutu sayısından hızlı artmıştır.

Referans fiyatlandırma sistemine dair kararnamede ilaçlar, orijinal, jenerik ve "yirmi yıllık" olarak üç farklı kategoride değerlendirilmiştir. Orijinal ilaçların Sağlık Bakanlığı'nın yönetmelikle belirlediği beş AB ülkesinde geçerli olan en düşük fiyatı alması zorunlu kılınmış ve bu fiyatlar sabit Avro kuruna bağlanmıştır. Jenerik ilaçların fiyatların tavanı ise orijinallerinin referans fiyatının en fazla yüzde sekseni olarak belirlenmiştir. Referans fiyatlar periyodik olarak güncellenmekte, referans ülkelerdeki ilaç fiyatı düşüşleri Türkiye'deki fiyatlara da otomatik olarak yansıtılmaktadır. Ancak "yirmi yıllık" olarak tanımlanan ilaçlar bir istisna hükmü ile referans fiyatlandırma sistemi dışında tutulmuştur.

Şekil 7: Kamu İlaç Ödemeleri (2009 TL), IMS İlaç Satışları (kutu)¹



SGK Bülten, Bütçe Verileri, IMS Veritabanı

Tüketilen ilaçların kompozisyonundaki değişim bu tablonun oluşmasında etkili olmuştur. SGK verileri incelendiğinde reçete başına maliyet artarken reçete başına kutu sayısının azaldığı görülmektedir. Bu durum ise reçete başına daha az miktarda daha yüksek fiyatlı ilaç yazıldığına işaret etmektedir.

¹ 2004 yılı ve öncesinde IMS verileri SSK tarafından sağlanan ilaç miktarını içermemektedir. Bu yüzden bu yıllarda SSK ilaç kutu sayısı IMS kutu sayısına eklenmiştir.

Tablo 1: GSS Reçete Analizi

	2008 Ocak- Temmuz	2009 Ocak- Temmuz	Büyüme
Reçete Sayısı (milyon)	179	193	7,9%
IMS Kutu (milyon)	864	883	2,1%
Reçete Başına Kutu	4,8	4,6	-5,4%
Reçete Tutarı (milyon TL)	7.417	9.363	26,2%
Reçete Başına Maliyet	41,39	48,42	17,0%

SGK Bülten

Bu çıkarım ilaç pazarı dinamiklerinde 2009’da yaşanan ilginç değişimle açıklanabilir. Son 12 ay ilaç satışları önceki 12 ayla karşılaştırıldığında pazarın %30’unu oluşturan “yirmi yıllık” ürünlerin toplamda %12 büyüdüğü, bu büyümenin ise neredeyse tamamının fiyat kaynaklı olduğu görülmektedir. Jenerik ürünlerin fiyat kaynaklı büyümesi %16 olurken orijinal ürünler için bu oran %6 olmuştur. Eşdeğer grubunda olmayan ürünler alternatifleri olmadığı için kamu ilaç ödemelerini doğrudan etkilemektedir. Bu gruptaki yirmi yıllık ve jenerik ürünler de fiyat kaynaklı, orijinal ürünler ise miktar kaynaklı büyümüşlerdir. Eşdeğer grubundaki ürünlerde de benzer durum söz konusu olmuş, yirmi yıllık ve jenerik ürünler fiyat kaynaklı büyümüşlerdir.

Tablo 2: İlaç Pazarı²

(Ekim 2008- Eylül 2009)	Pazar Payları (TL)		
	Eşdeğer Grubunda Olanlar	Eşdeğer Grubunda Olmayanlar	Toplam İlaç Pazarı
20YILLIK	23%	7%	30%
ORİJİNAL	23%	24%	47%
JENERİK	17%	1%	18%
TOPLAM	63%	33%	96%

IMS Veritabanı

² Pazar Payları TL satış payı olarak düzenlenmiştir.

Tablo 3: Fiyat-Miktar Analizi³

(Ekim 2008-Eylül 2009)	Eşdeğer Grubunda Olanlar			Eşdeğer Grubunda Olmayanlar			Toplam İlaç Pazarı		
	TOPLAM BÜYÜME	Miktar Kaynaklı	Fiyat Kaynaklı	TOPLAM BÜYÜME	Miktar Kaynaklı	Fiyat Kaynaklı	TOPLAM BÜYÜME	Miktar Kaynaklı	Fiyat Kaynaklı
20YILLIK	11%	1%	10%	16%	-1,5%	17%	12%	0,3%	12%
ORİJİNAL	7%	5%	2%	28%	21%	5%	16%	10%	6%
JENERİK	26%	12%	13%	35%	-3%	40%	26%	9%	16%
TOPLAM	13%	3%	9%	25%	5%	19%	17%	2%	14%

IMS Veritabanı

Pazarda yaşanan bu değişikliğin altında ilaç fiyatlandırma mevzuatı yatmaktadır. 2004 ve 2007 ilaç fiyat kararlarının ve bu kararlara dayanan tebliğlerin sağladığı ayrıcalık ile “yirmi yıllık” olarak gruplandırılan ilaçlar referans fiyatlandırma sisteminin dışında tutulmuştur. Bu ayrıcalık orijinal ve jenerik ürünlerin aksine “yirmi yıllık”ların fiyat düşüşlerinden etkilenmemelerine ve ülkemizde referans fiyatların oldukça üstünde satılmalarına sebep olmuştur. Ayrıca jenerik ürünlerin fiyatları orijinalinin %80’i ile sınırlandırılırken, “yirmi yıllık” grubundaki ürünlerin jeneriklerinin orijinalleri ile aynı fiyatı alabilmelerine olanak verilmiştir.

Sonuç ve Değerlendirme

2009 yılı, reform sürecinde mali sürdürülebilirlik açısından istisnai bir yıl olmuştur. Bir yandan prim gelirlerinde yaşanan hızlı düşüş, diğer yandan emeklilik ve sağlık harcamalarının ekonomik daralmadan etkilenmeyen artış trendi, SGK’nın ihtiyaç duyduğu bütçe transferinin radikal bir şekilde büyümesine yol açmıştır.

Bütçe transferi ihtiyacının yükselmesinde ana etken sağlık harcamaları olmamıştır. Fakat prim gelirlerinin ekonomiye yüksek bağımlılığı mali yapının gelir tarafını büyük ölçüde dışsal hale getirmektedir. Bu yıl uygulanmaya başlanan 5 puanlık prim indirimi esasen kriz döneminde istihdam artırmaya yönelik bir önlem olarak değerlendirilebilir. Emeklilik ödemeleri ise kurumun kaçınamayacağı bir harcama kalemidir. Bu nedenle sağlık harcamaları kısa vadede karar vericilerin müdahale alanı haline gelmektedir. Nitekim Orta Vadeli Programda da ağırlıklı olarak sağlık harcamalarının sınırlandırılmasına yönelik tedbirler üzerinde durulurken diğer giderlerle ilgili herhangi bir somut önlem açıklanmamıştır.

³ Miktar –Fiyat analizinde toplam büyüme oranının miktarla açıklanamayan kısmı fiyat kaynaklı büyüme olarak kabul edilmektedir. Bu oran eşdeğer grubunda olanlar, olmayanlar ve toplam pazar için ayrı hesaplanmıştır. Miktar olarak standart ünite alınmıştır. IMS veritabanına göre “reçetesiz” ve “bilinmeyen” olarak sınıflandırılan ürünler toplam pazarın yaklaşık %4’ünü oluşturuyor olup bu analizin dışında tutulmuşlardır.

Program'ın açıklanmasının hemen ardından kamu ilaç harcamalarını azaltmaya yönelik radikal önlemlere ilişkin düzenlemeler gerçekleştirilmiştir. Bu çerçevede fiyat kararnamesi değiştirilerek jeneriği olan orijinal ürünlerin alabileceği fiyat tavanı yüzde 40 düşürülerek referans alınan ülkenin fiyatının yüzde 60'ına çekilmiş, jenerik ilaçların tavanı da 20 puan düşürülerek orijinal ürün ile eşitlenmiştir. Diğer yandan “yirmi yıllık” ürünlere sağlanan ayrıcalıklı konum korunmaya devam etmiş, bu ilaçlardan fiyatları 10 TL'nin üstünde olanlarının fiyatları ancak referans ülkelerdeki fiyatları seviyesine kadar düşürülmüştür. Jeneriği olmayan orijinal ürünlerin fiyatlarında bir değişiklik yapılmamış fakat bu ilaçlar için Sosyal Güvenlik Kurumu'nun geri ödemelerinde yüzde 13 zorunlu ilave indirim uygulaması getirilmiştir.

Gerçekleştirilen düzenlemelerin 2010 yılında yaklaşık 3,2 milyar TL'lik bir ilaç harcaması azalmasına yol açacağı beklenmektedir. Bu durum 2009 yılında 15,6 milyar TL olarak gerçekleşmesi beklenen kamu ilaç ödemelerinin 2010 yılında 14,6 milyar TL olarak bütçelenebilmesine olanak sağlamıştır. Boyutu toplam pazarın yüzde 20'sine varan bu daralma, şüphesiz sektörün kamu dışında ana paydaşları olan hastalar, eczacılar, depolar ve üreticileri de önemli ölçüde etkileyecektir.

Hasta açısından değerlendirildiğinde gerek cepten ödemelerinde gerekse SGK kanalıyla yapılan ödemelerde fiyat ve katkı payı azalmalarından kaynaklanan ortalama yüzde 20'lik bir avantaj yaratılmıştır. Ancak, sektörün arz bacağı aynı üretim miktarı ve hizmet için yaklaşık yüzde 20 daha az ciro elde edecektir. İlaç üreticileri giderlerinde bir değişiklik olmaksızın ürün portföylerine bağlı olarak yüzde 40 ila yüzde 13 arasında değişen ve toplamda yaklaşık 2,2 milyar TL'ye ulaşan gelir kaybı ile karşı karşıyadır. Bu gelir kaybının sektörün toptancısı konumundaki depoculara yansması 2010 yılında yaklaşık 180 milyon TL olacaktır. Eczacılar ise aynı dönemde sundukları hizmet karşılığında toplamda yaklaşık 590 milyon TL daha az gelir elde edecektir. Fiyatlardaki gerileme nedeniyle beklenen KDV düşüşü ise yaklaşık 230 milyon TL'dir.

Bu durum ilaç firmalarını ve eczacıları hükümetle yeni uzlaşma alanları yaratma arayışına itmiştir. Bu çerçevede ilaç üreticileri ve hükümet arasında karşılıklı olarak 3 yıllık bir pazar istikrarı güvencesi neticesinde yeni bir mutabakat sağlanmıştır. Bu mutabakata bağlı olarak referans ülke fiyatının yüzde 100'ünden yüzde 60'ına indirilen orijinal ilaç fiyat tavanı yüzde 66'ya yükseltilmiş, yeni getirilen yüzde 13 zorunlu ilave kamu indirimi yüzde 12'ye düşürülmüş ve yirmi yıllık ilaçların fiyatlarının referans ülke fiyatlarının yüzde 100'üne düşürülmesi dört ay öne çekilmiştir. Firmalarla sağlanan bu mutabakat eczacılar ile hükümet arasında yeni bir uzlaşma için yeterli bulunmamış, Türk Eczacıları Birliği planladıkları eylemlere aynen devam edeceklerini açıklamıştır.

Son beş yıllık reform döneminde toplam sağlık harcamaları genel olarak iyi yönetilmiş olmasına rağmen, istihdam ve ücretler genel seviyesinde yaşanan düşüşün yol açtığı prim geliri kaybı, Genel Sağlık Sigortasının mali sürdürülebilirliğini tehdit eder boyuta ulaşmıştır. Diğer taraftan kısa vadede gelirler bacağına hızlı bir artış beklemek de gerçekçi değildir. Bu nedenle sağlık harcamalarını radikal olarak baskılayacak önlemlerle sosyal güvenlik sisteminin bütçeye yükünün azaltılması hedeflenmiştir. Orta Vadeli Programın kredibilitesi açısından bu önlemlerin başarıya ulaşması önem taşımaktadır.

Uzun vadede ise sistemin mali yapısının yeniden sürdürülebilir bir patikaya oturtulması, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın hedeflediği aile hekimliği, sevk zinciri gibi etkililik ve etkinliği artırıcı reformların kararlı bir şekilde uygulanması ve sistemin gelir bacağına güçlendirici politikaların geliştirilmesi ile mümkün olacaktır.