



Obama ile Yeşil Kartlı Hastaların Yolu Nerede Kesişir?

Yüksek sağlık harcamaları, günümüzde pek çok ülkenin tedavi edemediği ortak bütçe sorunsalıdır. Sağlık sektörünün geniş kapsamı, hizmetlerin verimliliğinin ölçüm zorluğu, yüksek maliyetleri, arz ve talep yanlı bilgi asimetrisine sahip yapısı bu sorunun temel girdileridir. Tüm kamu mallarında olduğu üzere tüketiciler bu hizmetten dışlanamazlar ve birbirlerine rakip değildirler. Sağlık hizmeti tüketicilere sunulan en önemli hizmet gruplarından olduğu için bu hizmetin salt piyasa ortamında görülmesi eksik hizmet riskini doğurmaktadır, toplumsal faydanın maksimizasyonu açısından piyasaya müdahale gerekmektedir fakat sağlık hizmetlerinin tümüyle kamu malı olarak addedilmesi de tartışmalıdır. Söz konusu bilgi asimetrisi ve talebi yaratanların aynı zamanda politikacıların seçmen kitlesini oluşturduğu gerçeği sistemi ahlaki çöküntü (moral hazard) tehlikesi ile karşı karşıya bırakmaktadır. Tüm bu hassas dinamikler arasında sağlık harcamalarının gerek kişi başına düşen harcama gerekse kamu harcamalarının oransal tutarı bazında giderek artan yüzdeler teşkil etmeleri sebebiyle pek çok ülke sağlık harcamalarının finansmanında yeni modeller arayışı içindedir.

¹ <http://www.tepav.org.tr/tr/ekibimiz/s/1266/Idil+Ozdogan>

Sağlık harcamalarının ne kadarı kamu, ne kadarı bireyler tarafından finanse edilmelidir?

Genel konjonktürde, sağlık harcamalarının finansmanında ana hedef doğrudan harcamaların (out of pocket) mümkün olduğunca azaltılmasıdır. Fakat doğrudan harcamaların bir başka ifadeyle cepten harcamaların ilaç kullanımında % 10 - 20 oranlarında görülen katkı payı harcamaları gibi harcamaların içerisinde tutulması tercih edilmektedir. Bu oranın temel amacı ödemelere tüketicilerin kendi bütçelerinden katkıda bulunması yoluyla fazla tüketimin engellenmesidir. Fakat bu katkının toplam içindeki payı oldukça önemlidir. Çünkü bu payın haksız yükselişi eşitsizliğe neden olabilmekte ve kamusal mal tanımından, özel mal tanımına geçişe yol açmaktadır.²

Sağlık hizmetlerinin finansmanında uygulamada üç modelden sıklıkla faydalanılmaktadır. Tüm vatandaşlara sağlık hizmetini toplanan vergiler sonucu eşit ve ulaşılabilir haklarla sunan Beveridge modeli, istihdam temelli ve prim ödeme sistemine dayalı Bismarck modeli ve bu iki sistemin aynı potada eritildiği karma, bir başka ifadeyle "Bev-marck Modeli". Kollektivist nitelikli politik rejimin hakim olduğu ülkelerde sistemin doğası gereği sağlık sisteminin vergiler ile finansmanı neredeyse tek çözüm olarak adledilebilir. Beveridge modeli koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini genel vergi gelirlerinden finanse ederek tüm vatandaşlara eşit ve hakkaniyet esasına dayalı şekilde sunmayı hedefler. Verginin, sistemin finansmanındaki ağırlığını belirleyen en önemli etken toplumun kolektif sorumluluğu ne ölçüde kamusal yollarla üstleneceğidir. Bismarck modeli ise sigorta sistemine dayanmaktadır.³

Amerikan sağlık sistemi uzun yıllar sigorta prim sistemi üzerinden beslenmiştir. Nitekim ulusal bir sigorta sistemi olmadan endüstrileşmiş yegane sistem olarak da adlandırılabilir. Özel ya da prim esaslı sigorta sisteminin yanında Medicare ve Medicaid programları bulunmaktadır. Medicare, özellikle alt gelir grupları için eyaletler ve federal hükümet tarafından ortaklaşa finanse edilen bir sosyal programdır. Medicare (Tıbbi Bakım) çoğunlukla genel bütçe üzerinden finanse edildiği için tümüyle kamusal bir hizmet sistemi gibi görünse de, bu sistem masrafların yalnızca bir kısmını karşılamaktadır. Medicare faydalanıcıları % 20' lik tutar için aynı şekilde özel sigorta şirketlerinden ödeme tutarını tamamlamak üzere sigorta satın almak veya cepten ödeme gerçekleştirmek zorundadırlar⁴.

Sağlık hizmetlerinin finansmanında merkezi hükümet ve eyaletlere ait gelirlerin kullanılmasının yanında tıbbi bakım (Medicare) ve tıbbi yardım (Medicaid) için yapılan genel yardımlar ve merkezi idare ile eyaletlerin bazı hastaneleri finanse etmeleri, özel sigortaların sağladığı finansman ve cepten ödemeler finansman kaynaklarını oluşturmaktadır. Uygulamada, ABD'de kamu ve özel kesimin katkılarının birleştiği ve

² Tatar, M., Ozgen, H., Sahin, B., Belli, P., Berman, P.: Informal payments in the health sector: a case study from Turkey. Health Aff. 26(4), 1029-1039, 2007

³ Yalçın, T., Yıldırım, H., Yeni Türkiye Dergisi Sağlık özel sayısı No: 40 Sağlık Hizmetleri Finansmanı, 2001

⁴ <http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11306.pdf>

bunun çalışanlardan alınan primlerle desteklendiği karma bir finansman sistemi mevcuttur.⁵

Dünya Bankası 2010 yılı verilerine göre A.B.D. 8362 \$, Türkiye 678 \$ kişi başı sağlık harcaması yapmaktadır. Bahsi geçen harcamaların ülkelerin gayrisafi yurtiçi hasıllarına oranı Türkiye'nin %6,7, A.B.D.'nin ise %17,9'luk kısmını teşkil etmektedir. Konuya A.B.D. perspektifinden bakarak başlayacak olursak yaklaşık olarak OECD ülke ortalamasının iki katına yakın sağlık harcaması yapan A.B.D. sağlık performansı açısından Dünya Sağlık Örgütü verileri bakımından sıralamada 37. sırada yer almaktadır.^{6 - 7}

Yukarıda bahsetmiş olduğumuz üzere Medicaid ve Medicare dışında özel sigorta sistemi üzerinden beslenen A.B.D. sağlık sigortası sistemini ayakta tutan temel unsur hastalık halinde sigorta başvurusunu reddetmelerinin yasaklanmamasıdır ki aksi durumda sigorta sisteminin karşısında duran en önemli tehlikelerden "free rider" problemi yani ancak sağlık sigortasına ihtiyaç duyulduğu anda sisteme dahil olunarak, sürekli olarak sisteme ödeme yapanların katkılarından haksızca nemalanma riskinin doğması kaçınılmazdır. ABD'nin yüksek sağlık harcamalarına rağmen, yaklaşık 31 milyon kişinin sağlık sigortası kapsamında olmadığı, çoğunlukla yüksek ödemeli özel sigortalarla finanse edilen sağlık sistemi bu bağlamda bir reform ihtiyacı içine girmiştir. Bu dönemde yıllardır beklenen sağlık sigortası reformu "Affordable Care Act" her vatandaşa sosyal sigortalı olarak sistemin finansmanını sürekli destekleme zorunluluğu beraberinde sigorta yaptırmayanlar için para cezası yaptırımı ile getirilmiştir. Tüm itirazlara rağmen Yüksek Mahkeme tarafından bir nevi vergi olarak adlandırılan sözkonusu para cezasını kapsayan "Obamacare" olarak da adlandırılan reform, ABD sigorta sistemini karma modelden, nispeten toplumun tümünden alınan vergi benzeri sosyal primlerle beslenen Beveridge modeline doğru bir geçişe sürüklemektedir.

Kongre araştırma hizmetleri verilerine göre yeni uygulama ile ortalama yıllık 120.000 \$ gelir elde eden bir aile, sisteme dahil olmaması durumunda 3000 \$ tutarında ceza vergisi ödemek durumundadır. 9500\$ yıllık gelir ise vergi muafiyeti için belirlenen kişisel alt baremdir. 8

Yüksek Mahkeme'nin onayladığı % 0,9 oranındaki "individual mandate", "bireysel zorunlu" vergi ile beraberinde gelen yatırımlardan alınacak %3,8 oranında yeni sağlık sistemi vergisi ev fiyatları, sermaye gelirleri, hisse senetlerine varan geniş bir skalada fiyatlarda değişikliğe yol açacaktır.⁹

⁵ Mutlu, A, Işık, A, Sağlık Ekonomisi Politikaları, Marmara Üniversitesi Yayınları, 2002

⁶ <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PCAP>

⁷ <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS>

⁸ <http://www.irs.gov/publications/p17/index.html>

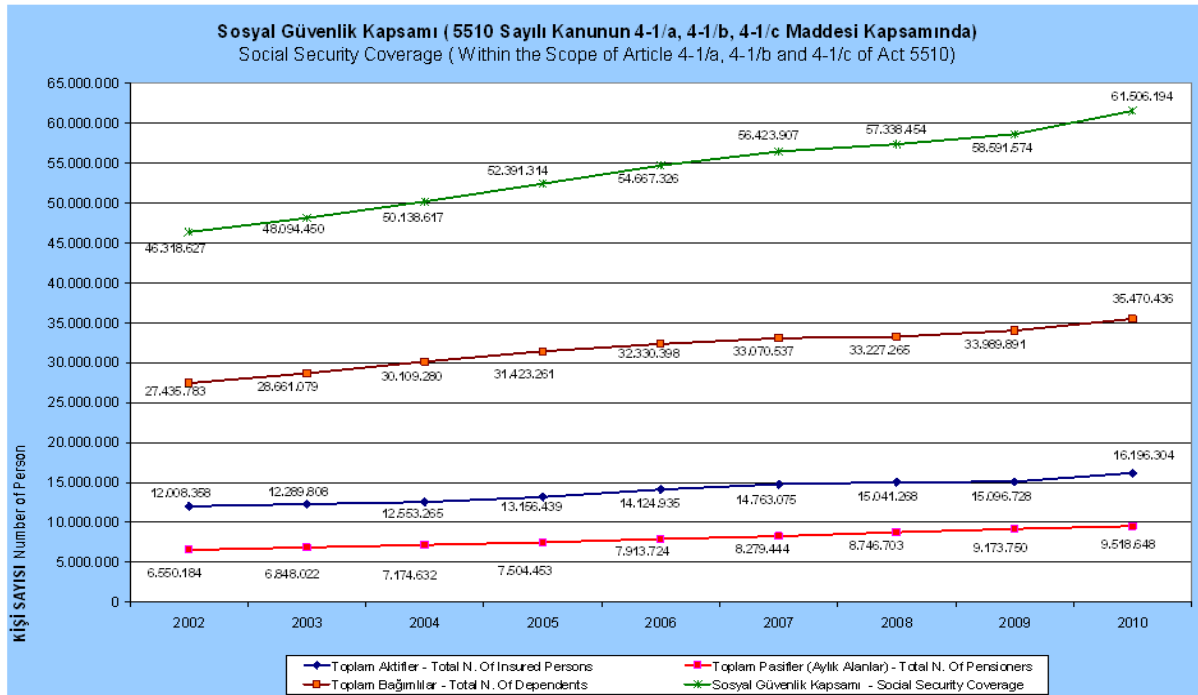
⁹ <http://www.ncsl.org/issues-research/health/congressional-research-service-reports-on-health-c.aspx>

A.B.D. ve Türk sistemleri yapısal olarak birbirlerinden oldukça farklı sistemler olmasına rağmen A.B.D. sağlık sisteminin yolu Obamaact sayesinde Türkiye'deki yeşil kart sistemiyle kesişmektedir.¹⁰

“Obamaact” ve Yeşil Kart

Şimdi “Obamaact”, Türkiye’de genel sağlık sistemi içinde yeniden yapılandırılmasına çalışılan yeşil kart uygulamasıyla hangi izdüşümünde eşleşiyor, inceleyelim. Sosyal Güvenlik Kurumu 2011 verilerine göre Türkiye’de Sosyal Güvenlik kapsamındaki kişi sayısı 61.506,194’dir. Bu rakamın 35.470,36’lık kısmını, bir sigortalıya bağımlı olarak kapsamda yer alanlar, 16.196,304’lük kısmını aktif sigortalı olanlar, 9.518,648’lik kısmını aylık alan pasifler oluşturmaktadır. Bu bağlamda yeşil kart sahiplerinin yani sosyal güvenlik kapsamı dışındaki kişilerin sayısı ise 9 milyon 449 bin 734’dir. İşte bu noktada A.B.D. sisteminin temel sorunu olan, sistemin finansmanına katkıda bulunan aktif sigortalı eksiği nedeniyle herkese sosyal prim ödeme zorunluluğu getirilmesi kavramı, Türkiye’de yeşil kartlılara uygulanan sistem ile benzer biçimde karşımıza çıkmaktadır.

Şekil 1. Sosyal Güvenlik Sistemi Kapsamı



Kaynak: SGK

Paralel reform uygulaması kapsamında 9.449,734 yeşil kartlının geliri, gelir tespit yöntemiyle yeniden belirlenerek söz konusu yeşil kartlılardan aylık kişi başı gelirleri asgari ücretin 1/ 3'ünden az olanların Genel Sağlık Sigortası primlerinin devletçe karşılanması,

¹⁰ Kararın detayları ve anayasal perspektiften incelenmesi açısından Tepav araştırmacılarından Mehmet Ratip'in çalışmasının incelenmesinin faydalı olacağı kanaatindeyim.

http://www.tepav.org.tr/upload/files/13431376258.Bir_Yasanin_Anayasaya_Uygunlugunun_Hikayesi_Obama_nin_Saglik_Reformu_Cerceve_Anayasa_ve_Yargisal_Aktivizm.pdf

1/3'ün üstünde olan kapsam dışı kesiminde sisteme prim ödemek yoluyla entegrasyonu zorunlu kılınmıştır. A.B.D. sağlık güvencesi reformunda da daha önce ifade ettiğimiz üzere muafiyet için yıllık gelir vergisi baremi, özel muafiyet koşulları içinde diğer zorda olma koşulları ve Medicaid desteği tanımlanmıştır. Sosyal güvenlik sistemi üzerinde yeşil kartlı sayısını azaltmaya yönelik bu eylem sonucu toplam yeşil kart maliyeti ile asgari ücretin 1/3'ünün altında kişi başı geliri tespit edilenlerin ödenen GSS primleri arasındaki fark tutarında bütçe fazla verecektir.

Şekil 2. Yeşil Kart Gelir Aralığı Belirlenmesi Metodolojisi

Gelir Kodu	Kişi Başına Aylık Gelir Durumu	Gelir Aralığı (TL)	Prim Durumu
G0	Brüt asgari ücretin üçte birinin altında	0 - 295,50	Primi devlet tarafından ödenecektir.
G1	Brüt asgari ücretin üçte biri ile asgari ücret arasında	295,50 - 886,50	Primini kişi ödeyecek. Prim tutarı: $295,50 \times \%12 = 35,46$ TL
G2	Brüt asgari ücret ile asgari ücretin iki katı arasında	886,50 - 1.773	Primini kişi ödeyecek. Prim tutarı: $886,50 \times \%12 = 106,38$ TL
G3	Brüt asgari ücretin iki katından fazla	1773 - ∞	Primini kişi ödeyecek. Prim tutarı: $1.773 \times \%12 = 212,76$ TL

Kaynak: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Gelir Testi İşlemleri

<http://www.sydgm.gov.tr/tr/haberler/s/4814>

Sağlık sisteminin prim ödeyicilerinin aynı zamanda seçmenler olduğu düşünülürse, bu alanda atılan her adımın bütçe kalemleri altında iyi makyajlanması kaçınılmazdır. Nitekim Türkiye'de yeşil kart sisteminin devreden çıkarılması sürecinde ve A.B.D' de sağlık vergilendirmesinin özel sigorta ödemelerinden düşük olacağına dair hesaplamalarda benzer bütçe makyajlarıyla karşılaşmaktadır. Yeşil kart bütçe ve ödenek değişimini inceleyecek olursak Sağlık Bakanlığı'nın yüksek harcama kalemlerinden olan yeşil kart ödemelerinin bu süreçte Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na devri ve sistem tümüyle elimine edilmeden önce Sağlık Bakanlığı bütçesindeki direkt azalış etkisi karşımıza çıkacaktır. Bu da şüphesiz ki reformun başarılı mali etkilerini kısa vadede destekleyecek bir argümandır.

Şekil 3. Sağlık Bakanlığı Merkezi Yönetim Bütçesi

Sağlık Bakanlığı Merkezi Yönetim Bütçesi										Milyon TL
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
MERKEZİ YÖNETİM BÜTÇESİ	4.003	5.350	6.625	6.765	8.798	5.751	4.941	906	340	359
Kamu Personeli Sağlık Giderleri	2.194	2.440	2.711	2.734	3.292	807	246	362	340	359
Tedavi	1.272	1.635	1.736	1.788	2.145	548	173	239	251	264
İlaç	922	805	975	946	1.147	259	73	122	88	95
Yeşil Kart Sağlık Giderleri	1.809	2.911	3.914	4.031	5.506	4.944	4.695	544	0	0
Tedavi	1.047	1.987	2.607	2.730	3.746	3.403	3.352	125	0	0
İlaç	762	924	1.307	1.301	1.760	1.541	1.343	419	0	0
SOSYAL GÜVENLİK KURUMU	13.607	17.667	19.984	25.346	28.811	32.509	34.154	43.359	47.693	50.540
Tedavi	6.606	9.294	11.126	14.629	15.650	18.962	20.045	28.376	30.073	31.576
İlaç	7.001	8.372	8.858	10.717	13.161	13.547	14.109	14.983	17.620	18.964

Kaynak: Sağlık Bakanlığı

Ödenek cetvelleri ve bütçeleri detaylı bir biçimde incelediğimizde, 2011 yılı yeşil kart harcamaları 4.944.000.000 TL'lik tutara yol masraflarının da eklenmesi suretiyle 5.139.815.000 TL olarak gerçekleşirken, 2012 yılı için hükümet ödeme gücü olmayanların GSS primi olarak 4.084.694.000 TL ayrıldığını fakat ayrılan bu rakamın Aile ve Sosyal Politikalar ödenek cetvelinde yer aldığını göreceğiz. 2012 yılında Sağlık Bakanlığı harcamalarındaki görece düşüşün temel nedeni 2011 yılına kadar Bakanlığın Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü harcamaları içinde yer alan yeşil kart harcamalarının çıkarılmış olmasıdır. Sağlık Bakanlığı ödenek cetvelinde yeşil kartlılara ilişkin olarak 2012 yılı sonuna kadar yeşil kartlıları finanse edecek 539.000.000 TL'lik ödenek de hesaba katıldığında Sağlık Bakanlığı'nın yeşil kart finansmanını bütçesinden elimine ederek 500.000.000 TL civarında kar etmesi planlanmaktadır.¹¹2 Asgari ücretin 1/3'ünün üzerindeki yeşil kart sahiplerinin prim ödemeleri de SGK sistemine gelir kaydedilecektir. Nitekim, geçen sürede 11 milyon 650 bin kişinin gelir testi yapılmış ve bu test doğrultusunda sisteme ilave sağlık primi ödeyecek kişi sayısı ise 3 milyon 826 bin kişi olarak açıklanmıştır. G1, G2 ve G3 grubunun 8 ay süresince ödedikleri primlerle 8 aylık periyotta 2 milyar 100 milyon liralık gelir sağlamıştır.

¹¹ <http://stk.bilgi.edu.tr/docs/SOSYAL-KORUMA-170712.pdf>

Şekil 4. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı 2012 Yılı Ödenek Cetveli

ÖDENEK CETVELİ

BÜTÇE YILI : 2012

KURUM ADI : 24 - AİLE VE SOSYAL POLİTİKALAR BAKANLIĞI

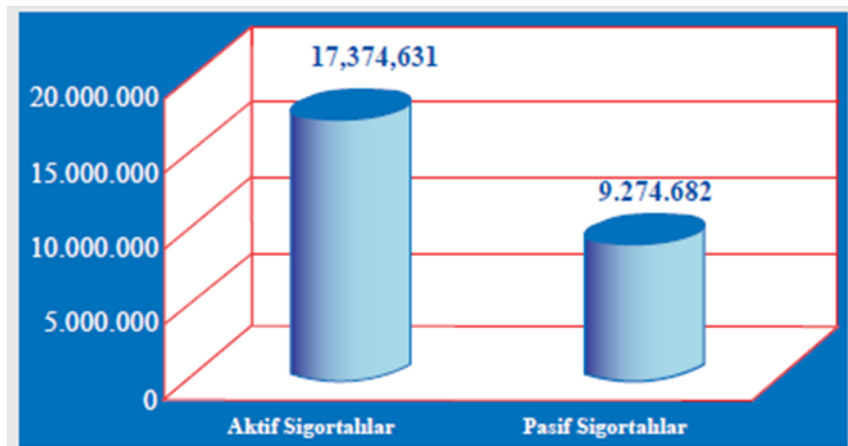
KURUMSAL SINIFLANDIRMA				FONKSİYONEL SINIFLANDIRMA				FİN. TİPİ		EKO. SINIF.		AÇIKLAMA	ÖDENEK
I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	I	II		(YTL)
										06	8	GAYRİMENKUL MAL BAKIM VE ONARIM GİDERLERİ	4,000
										06	2	SERMAYE GİDERLERİ	9,324,000
											2	MENKUL SERMAYE GİDERİMLERİ	9,324,000
											2	Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu'na Yardım	428,000,000
											2	Genel Bütçeli İdareler	428,000,000
										05	2	CARİ TRANSFERLER	4,280,000,000
											2	HACİNE YAKIDIMLARI	428,000,000
											2	Sınıflandırmaya Girmeyen Sosyal Güvenlik ve Sosyal Yardım Hizmetleri	4,084,694,000
											2	Sınıflandırmaya girmeyen sosyal güvenlik ve sosyal yardım hizmetleri	4,084,694,000
											2	Sosyal Güvenliği Olmayanların Sağlık Primi	4,084,694,000
											2	Genel Bütçeli İdareler	4,084,694,000
										05	1	CARİ TRANSFERLER	4,084,694,000
											1	GÖREV ZARARLARI	4,084,694,000
											1	Şehir Yakınları ve Gaziler Dairesi Başkanlığı	4,699,000
											1	SOSYAL GÜVENLİK VE SOSYAL YARDIM HİZMETLERİ	4,699,000
											1	Sınıflandırmaya Girmeyen Sosyal Güvenlik ve Sosyal Yardım Hizmetleri	4,699,000
											1	Sınıflandırmaya girmeyen sosyal güvenlik ve sosyal yardım hizmetleri	4,699,000
											1	Beklet ve Gazilere Yönelik Hizmetler	4,699,000
											1	Genel Bütçeli İdareler	4,699,000
										01	1	PERSONEL GİDERLERİ	1,250,000
											1	MEMURLAR	709,000
											2	SÖZLEŞMELİ PERSONEL	541,000
										02	1	SOSYAL GÜVENLİK KURUMLARINA DEVLET PRİMİ GİDERLERİ	251,000
											1	MEMURLAR	135,000
											2	SÖZLEŞMELİ PERSONEL	116,000
										03	2	MAL VE HİZMET ALIM GİDERLERİ	3,198,000
											2	İDAREYE YÖNELİK MAL VE MALZEME ALIMLARI	23,000
											3	YOLLUKLAR	50,000
											5	HİZMET ALIMLARI	3,087,000
											7	MENKUL MAL, GAYRİMADDİ HAK ALIM, BAKIM VE ONARIM GİDERLERİ	30,000
											8	GAYRİMENKUL MAL BAKIM VE ONARIM GİDERLERİ	8,000

Kaynak: Bümko

Aktif Sigortalı Sayısını Arttırmak

Gerek A.B.D.'de gerekse Türkiye'de sürdürülmekte olan sağlık reformları incelendiğinde ikisinin de temel amacının vergiler ve aktif sigortalı sayısını arttırarak pasif sigortalıları, büyük resimde ise sistemi finanse etmek olacağı görülecektir. Türkiye'de aktif / pasif sigortalı sayısına dair güncel veriler incelenecek olursa; sistemin halihazırda kendini finanse edemeyecek durumda olduğu çok açık ortadadır.

Şekil 5. 2011 Yılı İtibariyle Aktif- Pasif Sigortalı Sayısı



Kaynak: SGK

Şekil 6. Sosyal Güvenlik Kurumu Gelir Gider Dengesi

Yıllar Years	Gelirler Revenues	Artış Oranı Rate of Increase	Giderler Expenditures	Artış Oranı Rate of Increase	Açık Deficit	Toplam Gelirlerin Toplam Giderleri Karşılama Oranı Compensation Rate of Total Expenditures by Total Revenues
2000	8.575.831	-	10.987.036	-	-2.411.206	78,1%
2001	13.360.579	55,8%	17.830.745	62,3%	-4.470.166	74,9%
2002	20.018.189	49,8%	27.982.464	56,9%	-7.964.275	71,5%
2003	27.916.539	39,5%	41.336.077	47,7%	-13.419.538	67,5%
2004	34.689.248	24,3%	50.621.622	22,5%	-15.932.374	68,5%
2005	41.249.438	18,9%	59.941.373	18,4%	-18.691.935	68,8%
2006	53.830.886	30,5%	71.867.475	19,9%	-18.036.589	74,9%
2007	56.874.830	5,7%	81.915.401	14,0%	-25.040.571	69,4%
2008	67.257.484	18,3%	93.159.462	13,7%	-25.901.978	72,2%
2009	78.072.788	16,1%	106.775.443	14,6%	-28.702.655	73,1%
2010	95.273.183	22,0%	121.997.301	14,3%	-26.724.118	78,1%

NOT: Nakit Hareketler Tablosu Dikkate Alınarak Hazırlanan Gerçekleşme Rakamlarıdır.

Kaynak: SGK

Sosyal güvenlik kurumu verilerinden açıkça görüldüğü üzere devlet katkısı olmaksızın prim gelirleri sadece emekli aylığı ödemelerini gerçekleştirebilmek için dahi yetersiz kalmaktadırlar. Ortalama yaşam süresi beklentisinin arttığı ve Türkiye'nin demografik yapısının yaşlanma yönünde değiştiği düşünülürse bu açığı kapatmak üzere gerçekleştirilen cari transferler gün geçtikçe artacaktır. 2012 yılı bütçe gerekçesinde yer aldığı üzere cari transferler için toplam 130 milyar 220 milyon TL ödenek öngörülmüş olup, cari transferler içinde en önemli kalem sosyal güvenlik sistemine yapılacak transferlerdir. 2012 yılında bu amaçla öngörülen ödenek tutarı 69 milyar 123 milyon TL'dir

Şekil 7. Prim Gelirleri, Emekli Aylığı ve Sağlık Giderleri

Bin TL - Thousand TL						
Yıllar Years	Devlet Katkısı Harc Prim Gelirleri Premium Revenues Except State Contribution	Değişim Oranı Rate of Change	Emekli Aylığı Ödemeleri Pension Payments	Sağlık Ödemeleri Health Payments	Toplam Ödeme Total Payments	Prim Gelirlerinin Emekli Aylıklarını ve Sağlık Ödemelerini Karşılama Oranı Compensation Rate Of Pension and Health Payments By Premium Income
2000	6.575.348		6.756.700	2.633.552	9.390.252	70,0%
2001	9.739.521	48,1%	10.696.600	4.575.995	15.272.595	63,8%
2002	14.821.913	52,2%	16.687.400	7.629.027	24.316.427	61,0%
2003	21.178.426	42,9%	25.174.200	10.661.718	35.835.918	59,1%
2004	27.423.790	29,5%	30.660.700	13.150.129	43.810.829	62,6%
2005	30.882.405	12,6%	38.537.100	13.607.884	52.144.984	59,2%
2006	41.619.875	34,8%	45.075.855	17.666.674	62.742.529	66,3%
2007	44.051.735	5,8%	52.311.728	19.983.613	72.295.341	60,9%
2008	54.546.453	23,8%	59.136.539	25.345.913	84.482.452	64,6%
2009	54.579.182	0,1%	68.603.972	28.810.684	97.414.656	56,0%
2010	66.912.858	22,6%	78.957.499	32.508.883	111.466.382	60,0%

Nakit Hareketler Tablosu Dikkate Alınarak Hazırlanan Gerçekleşme Rakamlarıdır.

Kaynak: SGK

SONUÇ YERİNE

Sağlık harcamalarının kamu hizmeti özelliği nedeniyle pek çok ülkede devlet müdahilliği söz konudur. Piyasa ortamına göre, bazen hizmet sağlayıcı bazen düzenleyici olan devlet otoritesi tarafından sağlık hizmetleri sosyal politika aracı olarak da kullanılabilir. Harcamaların etkinliğinin esas olduğu ve hizmetlerin verimliliğinin ölçülmesinin oldukça zor olduğu sağlık sektörünün kimi zaman popülist kararlar ile yönlendirilmesi sistemi çok daha büyük çıkmazlara götürmektedir. Reform başlığı altında yapılan düzenlemelerin uzun vadede bütçeye etkileri iyi analiz edilmelidir. Sağlık sistemini finansmanına çözüm çoğunlukla sistemin kendi yapısal değişimi içinde aranmaktadır. Bu muhakkak ki doğrudur. Fakat sistemin finansman kaynağı olan sosyal güvenlik sisteminin işlevsel hale getirilmesi en az sağlık sistemi için öngörülen değişim kadar önemlidir.