

TÜRKİYE'DE SAĞLIK HARCAMALARININ KARŞILAŞTIRMALI ANALİZİ

Düriye Toprak

Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Maliye Bölümü

Yrd.Doç.Dr.

dtoprak@mehmetakif.edu.tr

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8335-3386>

ÖZET

Gelişmiş ve sağlıklı bir toplumun varlığından söz edebilmek için, toplumun ihtiyaçlarını karşılayacak sağlık hizmetlerinin sunulması gerekmektedir. Bu hizmetlerin sağlanması için yapılan tüm harcamalar sağlık harcamaları altında toplanmaktadır. Son yıllarda Türkiye’de sağlık hizmetlerine yönelik kamu harcama politikalarında belirgin değişiklikler yaşandığı görülmektedir.

Bu çalışmada, özellikle sağlık reformu sonrasında Türkiye’de sağlık hizmetlerine yönelik kamu harcamalarının gelişimi ortaya konulmuş ve sağlık harcamaları düzeyi OECD ülkeleriyle karşılaştırmalı olarak değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Sağlıkta Dönüşüm Programı, Sağlık Harcamaları, Türkiye.

Alan Tanımı: Maliye

COMPARATIVE ANALYSIS OF HEALTH EXPENDITURES IN TURKEY

ABSTRACT

In order to talk about the existence of an advanced and healthy society, health services that meet the needs of the society need to be presented. All expenditures made for the provision of these services are collected under health expenditures. In recent years, it appears that there has been a significant change in public expenditures policies for health services in Turkey.

In this study, the development of public expenditures on health services in Turkey has been put forward especially after health reform and the level of health expenditure has been assessed in comparison with OECD countries.

Key Words: Health, Health Transformation Program, Health Expenditures, Turkey.

JEL Code: H51, I18.

1. GİRİŞ

Sağlık hizmetleri maliyetlerinin hızla artması, artan ve çeşitlenen hizmet beklentileri, sağlık ve sosyal güvenlik finansmanında yaşanan sorunlar, aktüeryal dengedeki sıkıntılar, sağlık güvencesi olmayan nüfusun yüksek olması, sağlık sisteminden ve hizmetlerinden memnuniyetsizlik, kaynak kullanımındaki verimsizlik gibi faktörler sağlıkta reformu zorunlu kılan nedenlerdir. Türkiye’de sağlık hizmetleri ve politikaları alanında “reform” anlayışı 1980’lerden sonra ağırlıklı olarak ele alınmış ve bu durumun sağlık harcamalarına da etkisi bulunmuştur.

1980’lerden sonra sağlık hizmetlerinde “reform” anlayışına daha fazla önem verilmiş, sağlık hizmetleri ve politikaları alanında neoliberal anlayışın hakim olduğu yeni bir döneme geçilmiştir (Pala, 2007: 3; Sur ve Atlı, 2001: 1163; Yenimahalleli Yaşar ve Uğurluoğlu, 2010: 6; Soyer, 2003: 305-307; Üçışık, 2010: 11; Altay, 2007: 43; Savaş, 2001: 93-94). 1990’lı yıllar ise sağlık reformu alanında projelerin öne çıktığı bir dönem olmuştur. Bu dönemde Dünya Bankası ile sağlık projesi ikraz anlaşmaları imzalanmış, ulusal sağlık kongreleri yapılmış ve Sağlık Bakanlığı tarafından da çeşitli çalışmalar gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmalarda genel olarak sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyetin sağlanabilmesi için genel sağlık sigortasına geçilmesi gerektiği üzerinde durulmuş, sağlık hizmetlerinin sunum ve finansmanının birbirinden ayrılmasının yanında, düzenleyici bir Sağlık Bakanlığı anlayışından hareketle, Sağlık Bakanlığı’nın sağlık politikalarını belirleyen, hizmetlere yönelik standartlar saptayan bir yapıya dönüştürülmesi öngörülmüştür. Bunların yanında; hastanelerin özertleştirilmesi ve gelirleri ile giderlerini karşılayabilen, kaliteli ve verimli hizmet sunabilen, rekabet edebilen işletmelere dönüştürülmesi belirtilerek, aile hekimliği sistemine geçilmesi ve koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi üzerinde durulmuştur (Özdemir, 2001: 283,285-286; Sur ve Atlı, 2001: 1164; Savaş, 2001: 94; Akın, 2007: 59-60). Sağlıkta, yeniden yapılandırma çalışmaları en somut karşılığını 2000’li yıllardan sonra bulmuştur. 2003 yılında uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP), 1990’lı yıllarda ortaya koyulan düzenlemelerin devamı niteliğinde olmakla birlikte, önceki dönemde hayata geçirilemeyen düzenlemeler bu dönemde büyük oranda gerçekleştirilmiştir. SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı’na bağlanması, aile hekimliği sisteminin getirilmesi, Sağlık Bakanlığı’nın yeniden yapılandırılması, zorunlu genel sağlık sigortası, Kamu Hastane Birlikleri’nin oluşturulması, kamu sağlık personelinin hastanelerde tam gün çalışmasının kararlaştırılması bu düzenlemelerin önde

gelenleridir (Sağlık Bakanlığı, 2003: 24, 26-37; OECD, 2008: 12; Sülkü, 2011: 10).

SDP reform süreciyle birlikte Türkiye'nin sağlık alanındaki çabaları, ilk aşamada birinci basamak sağlık hizmetlerine öncelik vermesi ve temel sağlık hizmetlerine erişimin ve kapsamının genişletilmesi üzerinde odaklanmıştır. SDP reformları, sağlık hizmetleri sunumunda önemli değişiklikler getirmiştir. SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na transferiyle, sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanı birbirinden ayrılmıştır. Sağlık hizmetlerine erişimin artırılmasına önem verilerek, Yeşil Kart uygulaması kapsamına ayakta tedavi hizmetleri katılmış, SSK ve yeşil kartlıların tüm serbest eczanelerden ilaç almalarına izin verilmiştir. Performansa dayalı ek ödeme sistemine geçilmiş ve Sağlık Bakanlığı hastanelerine, döner sermaye gelirlerini kullanma, satın alma ve yatırım ile ilgili kararlarda daha fazla otonomi sağlanmış, sağlık bilgi sistemleri geliştirilmiştir (Sülkü, 2011: 10).

SDP sürecinde özel sektörün de rolü artmıştır. Kamu hastaneleri, verimlilik artışı sağlamak ve tıbbi hizmetler üzerine yoğunlaşabilmek amacıyla altyapı hizmetlerini (bilgi teknolojileri, güvenlik, temizlik, lojistik, yemek gibi), özel firmalardan hizmet satın alarak temin etmişlerdir. Ayrıca kamu hastanelerinin, kaliteli sağlık hizmeti üretme ve sunmanın yanında teknolojideki en son yeniliklerden de yararlanmak için özel sağlık kurumlarından teşhis/tanı hizmetleri satın alması yaygınlaşmıştır. SDP politikalarıyla özel sağlık kurumlarına erişim kolaylaşmıştır. SGK, ayakta ve yatan hasta hizmetleri sunumu için özel kurumlarla sözleşmeler yapmıştır. Bu teşviklerle özel hastane sayısı yüksek artış göstermiş ve hastane sektörünün dinamikleri değişmiştir.

Bu dönüşüm sürecini ve devletin sosyal alandaki yerini incelemeye olanak veren göstergelerden biri sağlık harcamalarıdır. Kıt kaynakları etkin bir şekilde kullanabilmek için de sağlık harcamaları verilerinin izlenmesi ayrı bir öneme sahip olmaktadır. Ülkelerin gerçekleştirdiği sağlık harcamaları ulusal düzeyde karşılaştırılırken dünya genelinde kabul görmüş standart tanımlamalar oluşturulmuştur. Bu standartlardan en yaygın olanları; kişi başına düşen sağlık ve ilaç harcamaları, sağlık harcamalarının GSYH'ya oranları ve ilaç harcamalarının sağlık harcamaları içerisindeki payıdır. Bu sayede belirli dönemlerde harcamalarda meydana gelen değişiklikler ve eğilimler farklı ülkelerin değerleriyle karşılaştırılabilir (Teeling-Smith, 1972:35). Dünya Sağlık Örgütü (WHO), bir ülkede sağlık harcamalarına ayrılan payın o ülkenin yıllık GSMH'nın en az yüzde 5'i olması gerektiğini belirterek, bunu az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelerin önüne ulaşılması gereken bir hedef olarak koymuştur (Sağlık Bakanlığı, 1992:15).

Çalışmada genel olarak sağlık, sağlık harcamaları ve sağlık harcamalarının finansmanı ele alınmış, Türkiye’de sağlık harcamalarının gelişimi incelenerek, bu harcamalar OECD ülkeleri ile karşılaştırılmış ve değerlendirilmiştir.

2. SAĞLIK VE SAĞLIK HARCAMALARI

Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ-WHO) 1948’deki tanımına göre “sağlık yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik (refah) durumudur” (Sağlık Bakanlığı, 2011: 1). İnsanların en büyük hazinesi olan sağlığın elde edilmesi, korunması ve devamlılığının sağlanması amacıyla, sağlıkla ilgili mal ve hizmet üreten bütün kurum ve kuruluşların oluşturduğu yapıya genel olarak sağlık sektörü denilmektedir. Sağlık sektörü tarafından sağlık odaklı gerçekleştirilen tüm faaliyetler ise sağlık hizmetleri olarak tanımlanmaktadır. Kişileri ve toplumları hastalıklardan korumak, hastaları tedavi etmek ve tam olarak iyileşmeyip sakat kalanları rehabilite etmek için yapılan bütün hizmetler sağlık hizmetleri kapsamında ele alınmaktadır. Yapılan bu hizmetlerin amacı toplumun tümü açısından olumsuz olan hastalık durumunu önlemek ve daha sağlıklı ve üretken bir toplum elde etmektir (Akın, 2007: 6). Sağlık hizmetleri genel olarak; insan sağlığının korunması, gerektiğinde tedavileri ve esenlendirilmesi (rehabilitasyonu) için yapılan çalışmaların tümünü ifade etmektedir (Akdur, 2003: 12).

Bir ülkenin sosyoekonomik olarak güçlü olması, ekonomik büyümenin sağlanıp sürdürülebilir kılınması için, sağlıklı bir topluma sahip olunması gereklidir. Gelişmiş ve sağlıklı bir toplumun varlığından söz edebilmek için ise, toplumun ihtiyaçlarını karşılayacak sağlık hizmetlerinin sunulması gerekmektedir. Bu hizmetlerin sağlanması için yapılan tüm harcamalar sağlık harcamaları altında toplanmaktadır. Sadece sağlığın kaybolması durumunda sağlığı yeniden elde etmek için yapılan harcamalar değil, aynı zamanda aşılama, cinsel hastalıklarla mücadele gibi sağlığı koruma amacını benimseyen tüm koruma harcamaları ile beslenme ve sağlık yatırımları gibi geliştirme amaçlı harcamalar da “sağlık harcaması” olarak kabul edilmektedir (Akın, 2007: 28-29). Bir başka tanıma göre sağlık harcamaları genel olarak; sağlığı geliştirme veya koruma amacını benimseyen tüm koruma, geliştirme, esenlendirme, bakım, beslenme ve acil programlar için yapılan harcamalardır. Bu harcamalar, sağlık olarak tanımlanan malların nihai tüketimi ve sağlık faaliyeti olarak tanımlanan belirli faaliyetlerin üretimi için yapılan harcamaların değeridir (Sağlık Bakanlığı, 2006: XII).

Sağlık harcamalarının dünya genelinde hızlı bir şekilde yükseldiği göz önüne alındığında bu harcamaların nedenlerinin belirlenmesi önemlidir. Gelişmiş

ya da gelişmekte olan ÷lkelerin sağlık harcamalarının artış nedenleri genelde birbirine benzerdir. Artış, kişi başına gelirin y÷kselmesi, eğitim seviyesi ve sağlık bilincinin gelişmesi, sosyal değer yargılarının değişmesi, kentleşme, teknolojinin gelişmesi, yaşam s÷resini uzaması gibi ekonomik, teknolojik, sosyal ve k÷lt÷rel fakt÷rlerden kaynaklanabilir (Akın, 2007: 31-36; Hansen ve King, 1996:127).

Kıt kaynakları etkin bir şekilde kullanabilmek için sağlık harcamaları verilerinin izlenmesi ayrı bir öneme sahiptir. Bununla beraber sağlık harcamalarının gelişiminin izlenmesinin yanında, bu harcamaların sağlık ıktıları açısından etkilerinin ne olduğunun belirlenmesi de önemlidir. Bazı durumlarda az gelişmiş ÷lkelerde gerçekleşen sağlık harcamalarının ıktıları, gelişmiş ÷lkelere göre daha belirgindir. Daha k÷ük n÷fusa ve daha d÷şük hastalık y÷k÷ne sahip olan zengin ÷lkeler, daha b÷y÷k n÷fusu ve y÷ksek hastalık y÷k÷ olan yoksul ÷lkelerden daha fazla sağlık kaynakları kullanmaktadırlar. Bu durum, pek çok yoksul ÷lke için ek kaynak ihtiyacı ortaya çıkarırken, daha zengin ÷lkelerdeki sağlık harcamalarının verimliliği konusunda da soru işaretleri uyandırmaktadır (WHO, 2012:5).

Sağlık hizmetlerinin finansman y÷ntemleri ÷lkeden ÷lkeye değişmekle birlikte, ÷lkeler ekonomik, sosyal ve siyasi durumlarına göre bu y÷ntemlerden birini veya birkaçını seçmekte ve uygulamaktadırlar. Literat÷rde sıklıkla rastlanan ve sağlık hizmetlerinin finansmanına y÷nelik önemli bir ayırım özel finansman ve kamusal finansman y÷ntemleri ayırımıdır. Özel finansman y÷ntemleri cepten ödemeler, özel sağlık sigortaları ve tıbbi tasarruflardan oluşurken; kamusal finansman y÷ntemleri sosyal sağlık sigortacılığı, vergilerle finansman gibi y÷ntemleri kapsamaktadır (İstanbuluoğlu, vd., 2010:90-94). Sağlık sisteminin içerisinde çeşitli finansman y÷ntemleri olmasına rağmen, sağlık hizmetlerinin finansmanında ağırlıklı olarak genel vergiler ve primler kullanılmaktadır.

÷lkemizde sağlık hizmetlerinin finansmanı kamu gelirleri, zorunlu sigorta primleri ve kişilerin satın aldıkları hizmete karşılık yapmış oldukları direkt ödemelerden sağlanmaktadır. ÷lkemizde sağlık sistemi finansmanı bu şekilde karma bir yapıya sahiptir. Bu karmaşık yapı içinde sağlık için yapılan harcamalar temel olarak kamu sekt÷r÷ ve özel sekt÷r kaynakları tarafından karşılanmaktadır. Kamu sekt÷r÷ sağlık harcamaları içinde merkezi devlet ve yerel y÷netim ile sosyal g÷venlik kuruluşları tarafından yapılan harcamalar yer almaktadır. Özel sekt÷r harcamaları çoğunlukla hane halklarının doğrudan peşin yaptıkları ödemeler, firmaların personel için yaptığı ödemeler, özel sağlık sigortaları ve hane halklarına hizmet eden kar amacı olmayan kuruluşların harcamalarından oluşmaktadır. Devlet memurları, hizmet akdine göre ücretle çalışanlar, tarım

işlerinde ücretle çalışanlar, kendi hesabına çalışanlar ve tarımda kendi hesabına çalışanları kapsayan beş farklı emeklilik rejiminin, aktüeryal olarak hak ve yükümlülüklerinin eşit olacağı tek bir emeklilik rejimine dönüştürülmesi için SSK Başkanlığı, Bağ-Kur Genel Müdürlüğü ve Emekli Sandığı Genel Müdürlüğünü aynı çatı altında toplayan 20.06.2006 tarihli ve 26173 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren 5502 sayılı Kanunla Sosyal Güvenlik Kurumu kurulmuştur. Sağlık hizmetleri finansmanının bu kurumca sağlanması amaçlanmıştır (Bayram, 2011: 20-21). 2008’de uygulanmaya başlanan Genel Sağlık Sigortası ile de tüm nüfusun sağlık güvencesi kapsamına alınması hedeflenmiştir.

2.1. Türkiye’de Sağlık Harcamaları

Türkiye’de toplam kamu sağlık harcamaları; Sağlık Bakanlığı, Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü, üniversiteler, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu, diğer bakanlıklar ve kamu kurumları ile yerel yönetimler, devlet teşekkülleri ve sosyal güvenlik kurumları (SSK, ES ve Bağ-Kur) tarafından yapılan harcamalar ile devlet memurları ve Yeşil Kartlılar için yapılan harcamaların toplamından oluşmuştur.

Tablo 1. Kamu Sağlık Harcamalarının GSYH’ya Oranı %, 2006-2015

Yıllar	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Kamu Sağlık Harcamaları	4,15	4,31	4,52	5,21	4,67	4,46	4,42	4,67	4,56	4,26
SGK Sağlık Harcamaları (Ödeme Gücü Olmayanlar dahil)	2,85	2,88	3,08	3,49	3,14	2,95	3,25	3,35	3,28	3,07
Ödeme Gücü Olmayanların Primi							0,24	0,48	0,36	0,35
Sağlık Yönetim (Yeşil Kart Dahil)	1,22	1,34	1,36	1,65	1,46	1,43	1,10	1,25	1,23	1,13
Yeşil Kart Harcamaları	0,38	0,46	0,42	0,58	0,45	0,40				
Sağlık Idareler Mahalli	0,07	0,09	0,08	0,08	0,07	0,07	0,07	0,07	0,05	0,06

Kaynak: www.muhasabat.gov.tr, (22.09.2017); www.bumko.gov.tr, (22.09.2017).

Kamu sağlık harcamalarının ödeme yapanlara göre dağılımı Tablo 1’de yer almaktadır. Bu harcamaların GSYH içindeki payına bakıldığında; 2006 yılında %4,15 olan kamu sağlık harcamalarının oranı, 2009 yılında %5,21’e yükselmiştir. Ancak, 2009’dan sonra azalarak %4,5 oranlarında gerçekleşmiştir.

Merkezi yönetim sağlık harcamaları 2009 yılında GSYH'nın %1,65'i iken, 2015 yılında bu oran %1,13'e düşmüştür. Kamu sağlık harcamalarında en büyük pay SGK'ya ait olup, 2015 yılında GSYH'dan aldığı pay %3,07 olarak gerçekleşmiştir Türkiye'de kamu sağlık harcamalarının GSYH içindeki oranının en yüksek olduğu yıl 2009 yılı olup, daha sonraki yıllarda bu yükselişin yakalanamadığı görülmektedir (Bkz. Tablo 1).

Sağlık harcamaları içinde en büyük payları tedavi ve ilaç harcamaları almaktadır. SGK toplam sağlık harcamaları içinde, tedavi harcamalarının payı, ilaç harcamalarından yüksektir (SGK, 2012). 2011 yılında yeşil kart sağlık harcamaları içinde tedavi giderlerinin payı %71, ilaç giderlerinin payı ise %29 olarak gerçekleşmiştir. 2003 yılından sonra Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)'nin uygulanması ve gelir tespitine dayalı önlemlerin artırılması neticesinde yeşil kartlı sayıları 2008 ve 2010 yıllarında azalma göstermiştir. Bunun sonucu olarak, bu yıllarda yeşil kart sağlık harcamalarının artış oranlarının düştüğü görülmüştür (SGK, 2011). 2012 yılında Yeşil Kart programına son verilmiş ve Yeşil Kart sahipleri Genel Sağlık Sigortası kapsamına alınmıştır.

Türkiye'de toplam sağlık harcamalarının GSYH'ya oranı 2010 yılına kadar artış içinde olmuştur. Türkiye'de 1995 yılında %2,5 olan bu oranın, 2000'li yıllarda %5'e yükselmesini, 1999 yılındaki finansal kriz sonucu ekonomideki reel küçülmeye karşın, Marmara depremi ile ilişkilendirmek mümkündür. Aynı şekilde, 2001 finansal krizinde de kişi başı reel GSYH yaklaşık %7 oranında küçülürken, kişi başı sağlık harcamalarında %5'lik reel bir artış gözlenmiştir (Sülkü, 2011: 38).

Türkiye'de bazı temel sağlık harcaması oranları Tablo 2'de görülmektedir. 2003 yılından sonra Sağlıkta Dönüşüm Programı etkisiyle artan sağlık harcamalarının GSYH'ya oranı, en yüksek değerine %6,1 ile 2008 yılında ulaşmıştır. Ancak, 2009 yılından sonra toplam sağlık harcamalarının GSYH'ya oranının azalma eğilimine girdiği görülmektedir. Bu azalma eğilimi, hem kamu sağlık harcamalarının GSYH'ya oranında hem de özel sağlık harcamalarının GSYH'ya oranında görülmektedir (Bkz. Tablo 2).

Tablo 2. Türkiye’de Bazı Temel Sağlık Harcaması Oranları
(2000-2015)

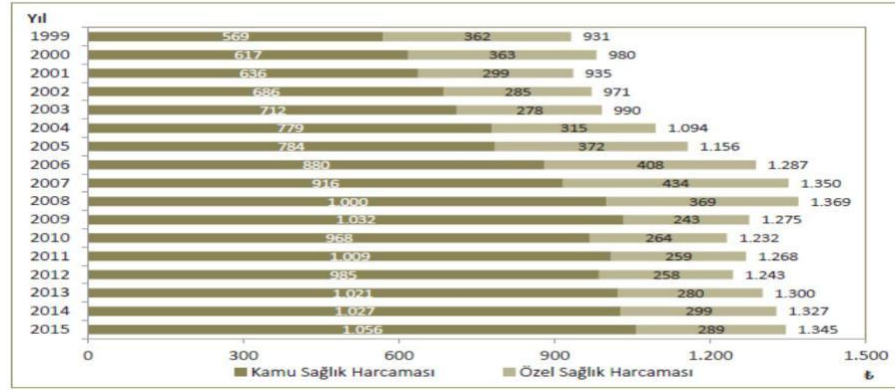
Yıl	Toplam sağlık harcaması/ GSYH	Kamu sağlık harcaması/ GSYH	Özel sağlık harcaması/ GSYH	Kamu sağlık harcamaları/ Toplam sağlık harcamaları %	Özel sağlık harcamaları/ Toplam sağlık harcamaları %	Cepten sağlık harcamaları/ Toplam sağlık harcamaları %
2000	4,9	3,11	1,83	62,9	37,1	27,6
2002	5,4	3,79	1,57	70,7	29,3	19,8
2004	5,4	3,83	1,54	71,2	28,8	19,2
2006	5,8	3,97	1,84	68,3	31,7	22,0
2008	6,1	4,44	1,64	73,0	27,0	17,4
2010	5,6	4,41	1,20	79,0	21,0	16,3
2012	5,2	4,15	1,09	77,0	23,0	15,8
2014	5,4	4,20	1,22	77,0	23,0	17,8
2015	5,4	4,21	1,15	78,0	22,0	16,6

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2016: 212; World Bank, 2017.

Türkiye’de kamu sektörünün yapmış olduğu sağlık harcamaları toplam sağlık harcamaları içerisinde önemli bir yer tutmaktadır. 2015 yılı için toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu sağlık harcamalarının oranı %78 iken, özel sağlık harcamalarının oranı %22 olarak gerçekleşmiştir (Bkz. Tablo 2). Yıllar itibariyle incelendiğinde toplam sağlık harcamaları içinde, kamu sağlık harcamalarının finansman payının, Sağlıkta Dönüşüm Programının da etkisiyle özellikle son yıllarda yüksek düzeyde gerçekleştiğini söylemek mümkündür.

Özel sağlık harcamalarının önemli bir kısmını oluşturan cepten yapılan ödemelere bakıldığında, 2000 yılında yaklaşık %28 oranında gerçekleşen cepten yapılan ödemelerin toplam sağlık harcaması içindeki payı, krizlerin de etkisiyle düşüş göstererek 2015 yılında yaklaşık %17 seviyelerinde olmuştur. Türkiye’de toplam sağlık harcamalarının küçümsenmeyecek kadar önemli bir oranı özel sektör tarafından karşılanmaktadır. Özel sektör, özellikle ayakta teşhis ve tedavi hizmetleri bakımında da önemli bir paya sahiptir. Son yıllarda sosyal güvenlik fonlarının kapsanan sigortalıların özel sektöre ait sağlık hizmet birimlerinden yararlandırılması uygulaması özel sağlık hizmetlerinin gelişmesini de olumlu etkilemiştir. Aşağıda Şekil 1’de, Türkiye’de 2015 yılı rakamları ile kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması reel olarak verilmiştir.

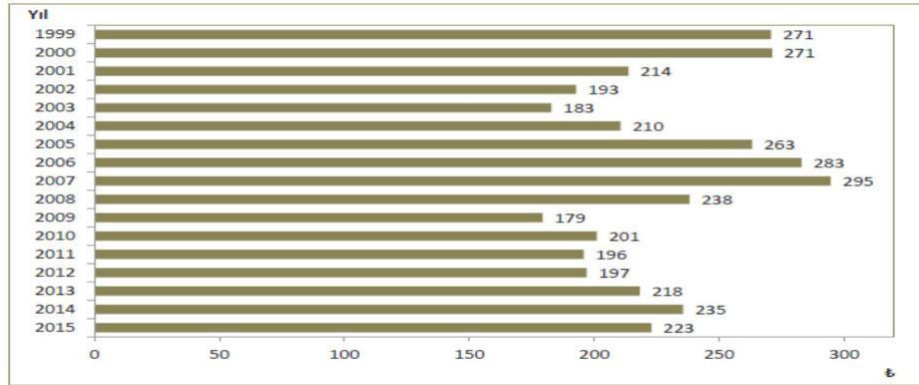
Şekil 1. Türkiye’de 2015 Yılı Rakamları ile Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması, Reel, TL



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2016: 213.

1999 sonrası, Türkiye’de kişi başı sağlık harcaması reel olarak en yüksek düzeyine 2006-2008 döneminde ulaşmıştır. Bu yıllar aralığında kişi başı toplam sağlık harcaması reel olarak yaklaşık 1300-1370 TL düzeylerinde gerçekleşmiştir. Türkiye’de kişi başı kamu sağlık harcamalarındaki artış reel olarak 2009 yılına kadar sürmüştür. Bu yıldan sonraki yıllarda düşüş gösteren kişi başı kamu sağlık harcamaları, 2009 yılında gerçekleşen artışı ancak 2015 yılında yakalayabilmiştir. Türkiye’de reel kişi başı özel sağlık harcamalarında ise, ekonomik krizlerin etkisiyle 2001-2003 yıllar aralığında ve 2009 yılında düşüşlerin gerçekleştiği görülmektedir (Bkz. Şekil 1).

Şekil 2. Türkiye’de 2015 Yılı Rakamları ile Cepten Yapılan Sağlık Harcaması, Reel, TL



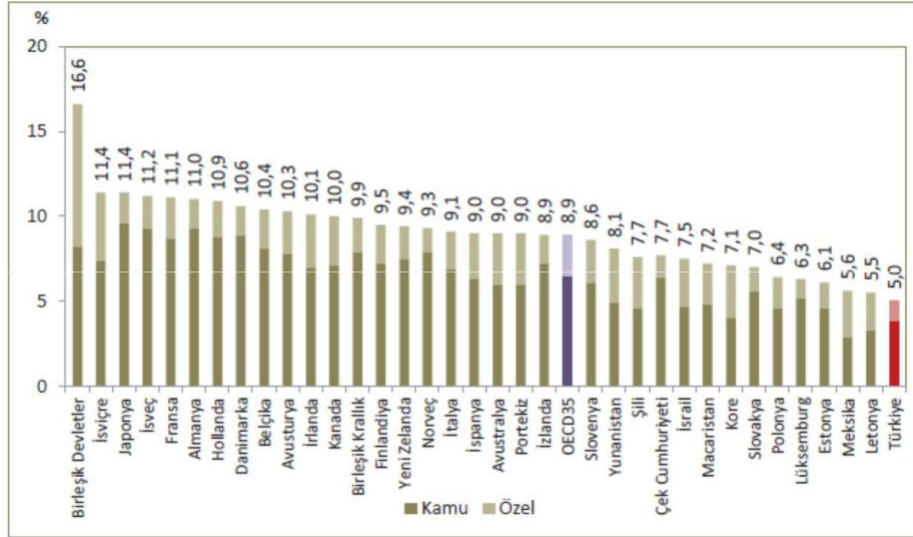
Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2016: 216.

Özel sağlık harcamalarının önemli bir kısmını oluşturan cepten yapılan ödemelere bakıldığında, bu harcamaların kriz dönemlerinden etkilendiği ve özellikle kriz yıllarında cepten yapılan harcamalarda önemli düşüşlerin yaşandığını söylemek mümkündür. Şekil 2’de görüleceği gibi 2001 ve 2008 krizleri sonrasında reel anlamda cepten yapılan ödemelerde düşüşler gerçekleşmiştir.

2.2. OECD Ülkeleri Sağlık Harcamalarında Türkiye’nin Yeri

OECD ülkeleri ile karşılaştırıldığında, Türkiye’de toplam sağlık harcamalarının GSYH’ya oranı düşük düzeyde kalmaktadır. Aşağıda Şekil 3’de görüldüğü gibi, Türkiye’de cari sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı 2015 yılında %5 olarak gerçekleşmiştir. Türkiye bu oranla OECD ülkeleri arasında son sırada yer almaktadır. ABD, Hollanda, Fransa, Almanya, İsviçre, Japonya, Danimarka ve İsveç gibi ülkeler bu oranın en yüksek olduğu ülkelerdir.

Şekil 3. Cari Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payının Uluslararası Karşılaştırması, (%), 2015

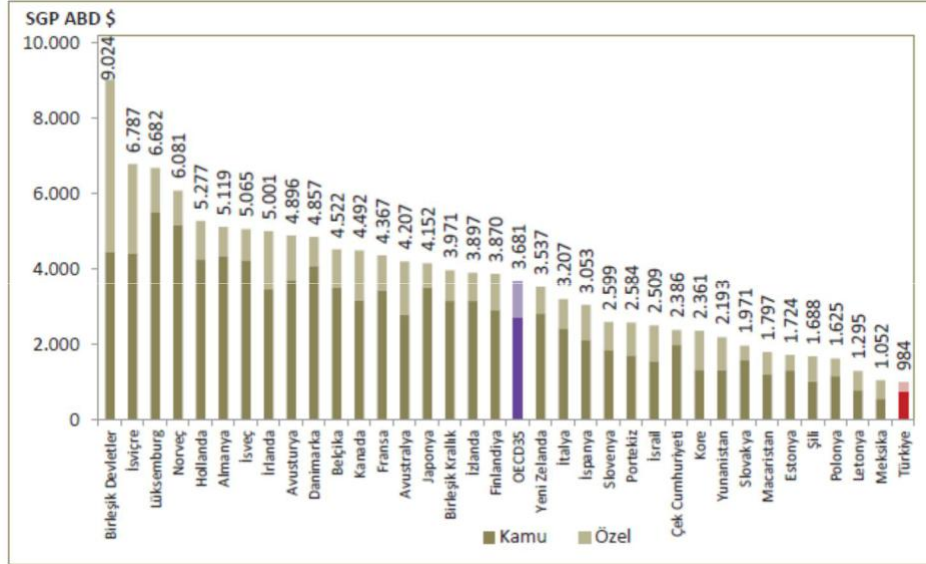


Kaynak: OECD, 2017; Sağlık Bakanlığı, 2016: 212.

2015 yılında OECD ülkeleri toplam cari sağlık harcamalarına GSYH’larının % 8,9’u kadar pay ayırmışlardır (Bkz. Şekil 3). OECD ülkelerinde kamu sağlık harcamalarının GSYH’ya oranı, Japonya, Almanya, Hollanda, İsveç ve Danimarka’da yüksek düzeyde seyretmektedir. Bu oranın en düşük olduğu ülkeler ise, Kore, Meksika ve Letonya olarak görülmektedir. Özel sağlık

harcamalarının GSYH'ya oranına baktığımızda; ABD, İsviçre, Portekiz'in yanı sıra; Yunanistan, Şili, Kore ve Meksika'da bu oranın yüksekliği dikkati çekmektedir (OECD, 2017b: 135). Şekil 4'de OECD ülkelerinde kişi başına toplam cari sağlık harcamalarına bakıldığında da durum farklı değildir. Türkiye, kişi başına sağlık harcaması açısından diğer ülkelere göre en son sırada yer almaktadır.

Şekil 4. Kişi Başı Cari Sağlık Harcamasının Uluslararası Karşılaştırılması, SGP, ABD \$, 2015



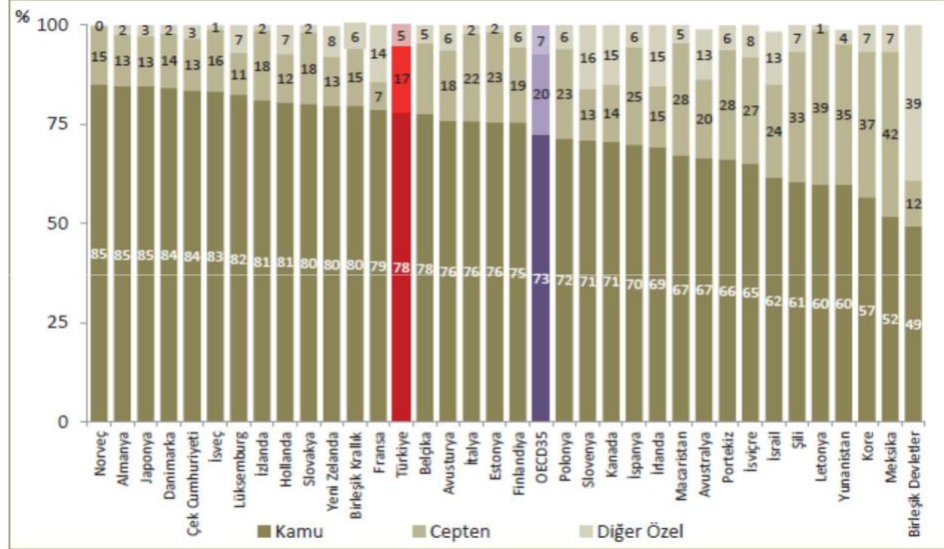
Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2016: 215.

Kişi başı toplam cari sağlık harcamalarının en yüksek olduğu ülke ABD'dir. 2015 yılında kişi başı cari sağlık harcaması ABD'de 9.024 USD olarak gerçekleşmiştir. Kişi başı cari sağlık harcamalarında ABD'yi izleyen ülkeler İsviçre, Lüksemburg ve Norveç'tir. Bu ülkelerde kişi başı harcama miktarı OECD ortalamasının %50 üzerinde gerçekleşmiştir. Kuzey ve Batı Avrupa ülkelerinin çoğunda, Kanada ve Avusturya'da kişi başı harcamalar 4000 ve 5000 USD arasındadır. OECD'nin Güney ve Doğu Avrupa üyeleri, Kore, Meksika ve Türkiye'de harcamalar OECD ortalamalarının altındadır (Bkz. Şekil 4).

Kişi başı özel sağlık harcamalarında ABD'nin baskın rolü devam etmektedir. ABD, kişi başı kamu sağlık harcamasında da Norveç, Lüksemburg ve İsviçre dışında en fazla harcama yapan ülkedir. İsviçre ise kişi başı özel sağlık harcamasında ABD'den sonraki en yüksek harcama yapan ülke konumunda olup,

özel kaynaklardan gelen sağlık finansmanında büyük paya sahiptir (OECD, 2017b: 132-133).

Şekil 5. OECD Ülkelerinde Finansman Türüne Göre Sağlık Harcamaları, 2015



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2016: 218.

OECD ülkeleri arasında, kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık içindeki payının en yüksek olduğu ülkeler, Norveç, Almanya, Japonya ve Danimarka'dır. Bu ülkelerde, kamu sağlık harcamalarının payı %85'lerdedir. Kamu sağlık harcaması finansman payının en düşük, özel sağlık harcaması finansman payının en yüksek olduğu ülkeler ise, ABD, Meksika ve Kore olarak görülmektedir (Bkz. Şekil 5). Türkiye'de 2015 yılı için toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu harcamalarının finansman oranı %78 olup, OECD ortalamasından yüksektir. Türkiye'de 2015 yılı için toplam sağlık harcamaları içerisinde özel harcamaların finansman oranı ise %22 olup, OECD ortalamasından beş puan daha düşüktür (Bkz. Şekil 5). Dolayısıyla, Türkiye'de sağlık harcamalarında finansman türüne göre kamunun daha ağırlıklı bir yapıda olduğunu söylemek mümkündür.

3. SONUÇ

Sağlık harcamaları tüm dünyada artmaktadır. Ülkemizde yaşanan nüfus, pahalı ve hızlı gelişen teknoloji, hastaların ve hizmeti sunanların bu teknolojiye yararlanma isteği, bilgi kaynaklarının gelişmesi, yaşam süresinin uzaması, artan

kronik hastalıklar ve hizmete kolay ulaşılması sağlık harcamalarını arttırmıştır. Tüm OECD üyesi ülkeleri farklı sağlık sistemlerine sahip olsa da, kişi başına düşen sağlık harcamaları ve sağlık harcamalarının GSYH'daki payları son otuz yılda önemli derecede artmıştır. Sağlık harcamaları incelendiğinde yıllar itibariyle Türkiye verilerinin OECD ortalamasından düşük düzeylerde gerçekleştiği görülmektedir. Türkiye hem cari sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı açısından, hem de kişi başı sağlık harcamaları açısından OECD ülkeleri içinde son sırada yer almaktadır.

Türkiye'de sağlık harcamalarının çok önemli bir kısmı halen kamu tarafından finanse edilmeye devam etmektedir. Türkiye'de toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu harcamalarının finansman oranı %78 olup, OECD ortalamasından yüksektir. Türkiye'de toplam sağlık harcamaları içerisinde özel harcamaların finansman oranı ise %22 olup, OECD ortalamasından beş puan daha düşüktür. Dolayısıyla, Türkiye'de sağlık harcamalarında finansman türüne göre kamunun daha ağırlıklı bir yapıda olduğunu söylemek mümkündür.

Yıllar itibariyle incelendiğinde kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payının, Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)'nin da etkisiyle özellikle son on yılda artış eğiliminde olduğunu, özel sağlık harcamalarının payının ise düşüş gösterdiğini söylemek mümkündür. Özel sağlık harcamaları içinde cepten yapılan harcamalar daha büyük yer tutmaktadır.

Bu durum sağlık alanında devletin harcamalarının azalmadığını ama işlev değiştirdiğini göstermektedir. Devlet, doğrudan üretim alanlarından çekilmiş ancak sağlık alanında yaptığı harcamaları artış göstermiştir. 1980 sonrası dönemde devlet, sosyal refah sağlamada temel aktör olmayı sürdürse de, devletin görevinin niteliği değişmiş ve devlet hizmet üretmeyi değil, hizmetlerin düzenlenmesinden ve denetlenmesinden sorumlu olmayı ve hizmetlerin gerçekleştirilmesinde söz konusu kesimlere finansal destek sağlamayı yöntem olarak benimsemiştir. Dolayısıyla, küreselleşme ve piyasacı yeni liberal anlayışın egemenliğini pekiştirmesine paralel olarak, sosyal devletin daha esnek, yeni küresel kapitalizmin ihtiyaçlarına cevap verecek şekilde, rekabetçi ve işbirliği ile hizmet üretmeye odaklı, özel sektörün gelişimini teşvik eden bir biçimde yapılandığını söylemek mümkündür.

KAYNAKLAR

Akdur, R. (2003), *Sağlık Sektörü Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumunu*, Ankara.

Akın, C. S. (2007), "Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye'de Sağlık Sektörü ve Harcamaları", Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

Altay, A. (2007), "Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi", *Sayıştay Dergisi*, Sayı 64, s. 33-58.

Bayram, Y. (2011), "1980 Sonrası Sağlık Harcamalarının Bütçedeki Gelişimi ve Değerlendirilmesi", Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı (Yüksek Lisans Tezi), Ankara.

Hansen, P. and King, A. (1996), "The Determinants of Health Care Expenditure: A Cointegration Approach", *Jornal of Health Economics*, Vol.15, p.127-137.

İstanbuluoğlu, H., Güleç, M. ve Oğur, R. (2010), "Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri", *Dirim Tıp Gazetesi*, yıl:85, sayı:2, ss. 86-99.

OECD (2008), *Sağlık Sistemleri İncelemeleri-Türkiye*, OECD ve Dünya Bankası.

OECD (2017), <http://stats.oecd.org/>, (22.09.2017).

OECD (2017b), *Health at a Glance*, OECD.

Özdemir, Y. E. (2001), "Sağlık Reformları-1980 ve 1990'lı Yılların Sağlık Politikaları", *Yeni Türkiye Dergisi*, Sayı: 39, s. 276-293.

Pala, K. (2007), "Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu?" Şubat, Bursa, https://www.researchgate.net/publication/280230044_Turkiye_icin_nasil_bir_saglik_reformu, (21.09.2017).

Sağlık Bakanlığı (1992), *Sağlık Reformu Çerçeve Taslağı*, Ankara.

Sağlık Bakanlığı (2003), *Sağlıkta Dönüşüm*, Aralık.

Sağlık Bakanlığı (2006), *Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları Hane Halkı Sağlık Harcamaları 2002-2003*, Ankara.

Sağlık Bakanlığı (2011), *Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü*, Ankara, Nisan.

Sağlık Bakanlığı (2016), *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015*, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara.

Savaş, B. S. (2001), “Türkiye’de Sağlık Sistemi “Kısa Bir Genel Bakış”, *Yeni Türkiye Dergisi*, Sayı: 39, s. 87-128.

SGK (2011), *Primsiz Ödemeler İstatistikleri*, Aralık, SGK, Ankara.

SGK (2012), *Mali İstatistikler*, SGK, Ankara.

Soyer, A. (2003), “1980’den Günümüze Sağlık Politikaları”, *Praksis*, Sayı: 9, s. 301-319.

Sur, H. ve Atlı, H. (2001), “Türkiye’de Sağlık Reformu Çalışmalarına Bir Bakış”, *Yeni Türkiye Dergisi*, Sayı: 40, s. 1163-1167.

Sülkü, S. N. (2011), *Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları*, Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı Yayın No: 2011/414, Ankara.

Teeling-Smith, G. (1972), “Health Economics and Cost-Benefit Analysis”, *Health Planning and Organization of Medical Care*, WHO, Copenhagen, pp. 34-46.

Üçışık, H. F. (2010), *Sağlık Hukuku*, Ötüken Neşriyat, 2. Baskı.

WHO (2012), *Global Health Expenditure Atlas*, World Health Organization, March.

World Bank (2017),
<http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=2&Topic=8>,
(22.09.2017)

Yenimahalleli Yaşar, G. ve Uğurluoğlu, E. (2010), “Neoliberalizm, Küreselleşme ve Sağlık”, *Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri MYO Dergisi*, Cilt 9, Sayı 1, Ocak, s. 1-10.

<www.bumko.gov.tr>, (22.09.2017)

<www.muhasibat.gov.tr>, (22.09.2017)