

TÜRKİYE'DE KAMU SAĞLIK HARCAMALARININ TARİHSEL SEYRİ: BETİMLEYİCİ BİR DEĞERLENDİRME

Volkan YILMAZ*, Nurhan YENTÜRK**

Öz: Türkiye'nin sağlık sistemi 2003 yılında uygulanmaya başlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile köklü bir dönüşüm sürecine girmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesi ve sonrası Türkiye sağlık sisteminde kamu sağlık harcamalarının seyrini çıkarmak, gerek Türkiye'de sağlık sisteminin dönüşümü üzerine akademik tartışmayı ilerletebilmek, gerekse Türkiye için farklı sağlık politikası alternatiflerini tartışmaya açmak açısından önem arz etmektedir. Bu makale Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesi ve sonrasını kapsayacak biçimde Türkiye'de kamu sağlık harcamalarının tarihsel seyrini çıkarmakta ve bu seyri sağlık politikalarındaki değişikliklerle birlikte değerlendirmektedir. Makalede 2006 yılından sonrası için kolaylıkla bulunabilen ayrıntılı kamu sağlık harcamaları verisi kütüphane taraması ve yazışmalar yoluyla elde edilen verilerle birleştirilerek 1988 yılına kadar geriye götürülmektedir. Bu verilere dayanarak makalede yıllık kamu sağlık harcamalarının gayrisafi yurt içi hasıla içindeki oranının reform öncesi dönemden itibaren artış eğiliminde olduğu ve reformun bu artış eğilimini tersine çevirmediği iddia edilmektedir. Kamunun sağlık harcamalarındaki bu artış büyük oranda Sosyal Güvenlik Kurumu cari sağlık harcamalarından ve özellikle de tedavi harcamalarından kaynaklanmaktadır.

Anahtar sözcükler: sağlık harcamaları, sağlık sistemi, sağlık politikası, kamu harcamaları, Türkiye

Historical Trajectory of Public Health Expenditures in Turkey: A Descriptive Analysis

Abstract: Turkey's health system has been undergoing a radical transformation process after the implementation of Health Transformation Program since 2003. Describing the historical trajectory of public health expenditures is important not only to advance the debate on transformation of Turkey's health care system but also to open the debate for other health care policy alternatives for Turkey. This article provides data on the historical trajectory of public health expenditures that covers the timeframe before and after the reform and analyzes this trajectory against the background of health care policy changes. Using desk research and personal correspondence of authors with state officials, the article compiles annual public health expenditures data, which are publicly available after 2006, back to 1988. Based on this data, the article suggests that the share of annual public health expenditures in gross domestic product has been in an upward trend before the reform and the reform did not reverse this trend. This rise in annual public health expenditures originates mainly from the increase in current health expenditures of the Social Security Institution and especially from expenditures on treatment services.

Key words: health care expenditures, health care system, health care policy, public expenditures, Turkey

Giriş

Sağlık hizmetlerinin kamusal bir hizmet alanına dönüşümünün tarihi sanayileşme sonrası ortaya çıkan halk sağlığı sorunlarını ortadan kaldırmaya yönelik halk sağlığı programlarına dayanmaktadır (Rosen, 1993). Tedavi edici sağlık hizmetlerinin ve bu hizmetlerin finansmanının kamusallaşması 19. yüzyılda Bismarck dönemi Almanya'sında ve 20. yüzyılın başında Sovyetler Birliği'nde gerçekleşmeye başlamış olsa da, bu eğilimin gerek ulusal gereke uluslararası düzeyde genel kabul görmesi ancak İkinci Dünya Savaşı sonrasında gerçekleşebilmiştir. Özellikle dönemin sosyal refah devletleri ile sosyalist blok ülkeleri, yurttaşlarının sağlık hakkını hayata geçirmek üzere hem önemli halk sağlığı atılımları gerçekleştirdiler hem de sağlık hizmetlerine

erişimi kolaylaştırmak üzere ulusal sağlık sistemlerini kurdular. Bu sürecin sonunda sağlık alanını önemli ölçüde kamulaştı, sağlık riskleri kolektif riskler olarak tanımlandı ve bu çerçevede hem sağlık hizmetlerinin finansmanı hem de sağlık harcamaları büyük oranda kamusal nitelik kazandı (Deppe, 2011). Türkiye de –bazı eksiklikleriyle birlikte– bu eğilimi izleyen ve önemli ölçüde sağlık alanını bir kamu politikası alanı olarak inşa etmeyi başaran ülkelerden biri oldu (Aydın, 2002).

1970'lerin sonundan bu yana, sağlık hizmetlerinin yeniden metalaştırılmasına yönelik siyasi dinamikler ortaya çıktı. Bu siyasi dinamiklerin en önemli dayanaklarından birini kamunun sağlık alanında

*Yrd. Doç. Dr., Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Politika AD

**Prof. Dr., İstanbul Bilgi Üniversitesi, Sivil Toplum Çalışmaları Merkezi

Geliş Tarihi / Received : 18.03.2017

Kabul Tarihi / Accepted : 21.05.2017

üstlendiği rolün finansal olarak sürdürülemez olduğu iddiası oluşturmaktaydı (**Mackintosh ve Koi-vusalo, 2005**). Sağlık harcamalarındaki artış eğilimi ampirik olarak da izlenebiliyordu. Özellikle tedavi edici sağlık hizmetlerinin, koruyucu ve önleyici sağlık hizmetleri ve halk sağlığı yaklaşımı karşısında güçlenmesi bu artışa temel oluşturmaktaydı.

Tedavi edici sağlık hizmetleri kapsamındaki teşhis ve ilaç alanlarında yaşanan gelişmeler ve artan fiyatlar, epidemiyolojik geçiş sonrası Batı Avrupa ve Kuzey Amerika gibi toplumlarda yaşlanma ve kronik hastalıkların artışı ile birleşmekte ve bu durum kamu bütçeleri üzerinde giderek artan bir baskı oluşturmaktaydı. Tüm bu etkenler sağlık harcamalarındaki artış eğiliminin ülkelerin ekonomik büyümelerinden daha hızlı bir ivmeye ulaşmasına sebep oldu (**Wessen, 1999; Abel-Smith ve Mossialos, 1994**). Sağlık harcamalarındaki bu yüksek ivmeli artış, 1970'lerin sonundan itibaren, kamu harcamalarının özelleştirmeler yolu ile düşürülmesine yönelik siyasi baskıya da dayanak sağlamış oldu.

Kamunun sağlık alanındaki yeni rolü ve sağlık harcamalarının artışının nasıl kontrol altına alınacağı tartışılırken, bu alanda çalışan araştırmacılar gerek ulusal sağlık sistemleri ile sağlık harcaması düzeyleri gerekse sağlık harcaması düzeyleri ile sağlık çıktıları arasındaki ilişkiler üzerine önemli çalışmalar gerçekleştirdiler. Farklı çalışmalar sağlık harcamalarının kolektifleşmesinin (başka bir deyişle, toplam sağlık harcamaları içinde kamunun payının artmasının) sağlık alanındaki harcamaları daha etkin bir biçimde kontrol altına almaya olanak sağladığının altını çizdiler (**Abel-Smith ve Mossialos, 1994; Blank ve Burau, 2010**). Ayrıca karşılaştırmalı sağlık politikaları çalışmaları bir ülkede sağlık harcamaları düzeyinin yüksek olmasının her zaman o toplumun sağlık çıktılarının olumlu olmasını beraberinde getirmedigine dikkat çektiler. Örneğin, Dünya Sağlık Örgütü'nün 2000 yılındaki raporu, büyük bölümü özel sağlık sigortası temelli finansman modeli üzerine kurulu olan Amerika Birleşik Devletleri sağlık sisteminin dünyada en yüksek düzeyde kişi başına sağlık harcamasına sahip olmasına rağmen, Amerikan toplumunun sağlık çıktılarının daha az miktarda harcama yapan ülkelere göre çok daha olumsuz seyrettiğini duyurdu (**Dünya Sağlık Örgütü, 2000**). Bir diğer çalışmada ise, vergi temelli finansman modeli üzerine kurulu olan Büyük Britanya'nın ulusal sağlık sisteminin tüm yurttaşlara eşit erişim olanağı sağladığı, bu sistemde harcamaların özel sektörün finansman ve hizmet sunumunda önemli rol üstlendiği diğer sağlık finansman modellere

oranla daha rahat kontrol altında tutulabildiği ve de bu sistemde sağlık çıktılarının da örneğin Amerikan sistemine oranla çok daha olumlu olduğu sonucuna varıldı (**Moran, 1999**).

Türkiye'de de 1990'lardan itibaren süregiden sağlık sisteminin reformu tartışmalarında sağlık harcamaları önemli bir başlık oluşturdu. Her ne kadar makalenin devamında görüleceği üzere, reform öncesi Türkiye'deki sağlık harcamalarının düzeyi karşılaştırmalı olarak çok yüksek olmasa da ve devletin bu harcamaların vergiler yoluyla finanse edilmesine yönelik rolü epey kısıtlı kalmış olsa da, sağlık harcamalarının kontrol altına alınması Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel hedeflerinin arasında ve Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun gerekçesinde yerini aldı (**Sağlık Bakanlığı, 2003; Başbakanlık, 2007**).

2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı, 1980'li yıllarla birlikte Türkiye'nin sağlık sisteminin ana finansman modeli olarak belirginleşen sosyal sigorta modelini büyük ölçüde korumayı tercih etti. Bunu yaparken, her ne kadar bir yandan kamunun tek ödeyici olduğu bir finansman modeline sadık kalsa da, diğer yandan gelirin sağlık hizmetlerine erişimdeki enformel rolünü yasal bir çerçeveye oturtarak, sağlık hizmetlerinin finansmanında özelleştirmenin yolunu da açmış oldu (**Yılmaz, 2013**). Son olarak reform kamu sağlık sigortalıların özel sağlık kuruluşları tarafından sunulan hizmetlerden faydalanmasının yolunu açarak, sağlık hizmetlerinin sunumunda özel sektörün rolünün artışına neden oldu ve bu da finansmanda özelleştirme eğilimini perçinledi (**Ağartan, 2012; Yılmaz, 2013**).

Bu arka plan çerçevesinde, bu makale Türkiye'de kamu sağlık harcamalarının tarihsel seyrini çıkarmayı ve bu seyri sağlık politikalarındaki değişikliklerle birlikte değerlendirmeyi hedeflemektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesi ve sonrası Türkiye sağlık sisteminde kamu sağlık harcamalarının seyrini çıkarmak, gerek Türkiye'de sağlık sisteminin dönüşümü üzerine gerçekleştirilen akademik tartışmaları ilerletebilmek, gerekse Türkiye için farklı sağlık politikası alternatiflerini tartışmaya açmak açısından önem arz etmektedir. Kamu sağlık harcamalarının seyrini takip etmek ve bu seyri kamu sağlık sigorta fonunun gelir gider dengesi ile birlikte okumak aynı zamanda mevcut sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliğine ilişkin de önemli ipuçları sunabilecektir.

Bu çalışmada, kamu sağlık harcamalarının tüm alt kalemlerini bir arada ve uzun dönem için görünür

hâle getirmeyi hedefliyoruz. 2003 yılında çıkarılan 5018 sayılı Kamu Malî Yönetimi ve Kontrol Kanunu ile birlikte kamu harcamaları verileri 2006 yılından itibaren elektronik olarak erişime açılmıştır. Bu çalışma 2006 yılından sonrası için kolaylıkla bulunabilen ayrıştırılmış kamu sağlık harcamalarını, kütüphane taraması ve kamu kurumları ile yazışmalar yoluyla elde edilen 2000 yılı öncesi verileriyle birleştirilerek 1988 yılına kadar geri götürmektedir. Bu yönüyle bu çalışma ekonometrik çalışmalar için gerekli uzun veri gruplarının üretilmesini sağlayacak ve aynı yöntem ile her yıl yeni verilerin izlenmesine katkıda bulunacaktır.

Bu amaca ulaşmak için çalışmanın birinci bölümünde Türkiye’de sağlık harcamaları ile ilgili akademik tartışmalara değinen özet bir literatür taramasına yer verilecektir. Çalışmanın ikinci bölümünde, sağlık harcamalarının hesaplanmasına yönelik farklı tanımlara ve çeşitli kurumlar tarafından farklı tanımlara sadık kalınarak üretilmiş verilerin karşılaştırılmasına yer verilmektedir. Çalışmamızın temel bölümü olan üçüncü bölüm, 1988 ve 2015 yıllarını kapsayacak biçimde kamu sağlık harcamaları verisinin üretilmesine ve bu verinin üretilmesindeki yöntemin tartışılmasına ayrılmıştır. Çalışmanın dördüncü bölümünde, politika önerilerinde kullanmak amacıyla kamu sağlık harcamalarının gayri safi yurtiçi hasılaya (GSYH) oranları ve kişi başına düşen sağlık harcaması hesaplamalarına yer verilmiştir. Çalışmanın beşinci bölümünde ise sağlık sisteminin gelir gider dengesine ilişkin ulaşılabilen tek yıla ait veriler paylaşılmıştır. Altıncı ve son bölümde ise kamu sağlık harcamalarının seyrine ve bu seyrin Türkiye’de sağlık politikalarıyla ilişkisine yönelik değerlendirmelerde bulunulmuştur.

1. Türkiye’de sağlık harcamaları üzerine çalışmalar

Türkiye’de sağlık harcamalarına ilişkin güncel akademik tartışmalar üç temel başlığa odaklanmış görünmektedir. Bu başlıklardan birini hanehalkının sağlık alanında gerçekleştirdiği cepten ödemelerin oranı oluşturmaktadır. Örneğin araştırmacılar cepten ödemelerin oranındaki artış ve sağlık reformu arasındaki ilişki üzerinde çalışmışlardır (**Erus ve Aktakke, 2010**). Bu çalışmaya ek olarak, Hamzaoğlu Türkiye’de sağlık harcamalarının kaynağı üzerine yaptığı çalışmada, sağlık harcamalarının büyük oranda sigorta primleri ve cepten harcamalarla finanse edildiğini ve devletin bu harcamalara katkısının yaklaşık beşte bir oranında kaldığını göstermiştir (**Hamzaoğlu, 2013**). Bir diğer araştırma başlığını ise sağlık harcamalarının hanehalkları üzerinde

oluşturduğu finansal yük oluşturmuştur (**Sulku ve Bernard, 2009**). Reformun toplam sağlık harcamalarına etkisi ise üçüncü başlığı oluşturmaktadır. Örneğin Sönmez, Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın sağlık harcamalarına nasıl etkide bulunduğunu incelemiştir (**Sönmez, 2011**). Sönmez ilgili çalışmasında Türkiye’de toplam sağlık harcamalarındaki artışı Sağlıkta Dönüşüm Programı ile açıklamaktadır. Diğer yandan, Sönmez’in çalışmasında Sosyal Güvenlik Kurumu’nun (SGK) gelir gider dengesinin bozuk olduğu ve bu bozukluğun devlet katkısı yoluyla giderildiğine dikkat çekilmiş, ancak gelir gider dengesizliğinde emeklilik ve sağlık sistemlerinin ayrı etkileri olup olmadığına ilişkin öngöründe bulunulmamıştır. Reformun sağlık harcamaları üzerindeki etkisi başlığı altında değerlendirilebilecek bir diğer çalışmada da, Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrasında sağlık harcamalarının çok hızlı arttığına işaret edilmiştir (**Belek, 2012**). Belek sağlık harcamalarına ilişkin Sağlık Bakanlığı verilerini kullanmış ve 1999-2008 yılları arasına odaklanmıştır. Sönmez’den farklı olarak Belek, toplam sağlık harcamalarındaki artışa paralel olarak, kamusal sağlık harcamalarının da arttığını belirtmektedir (**Belek, 2012**).

Literatürdeki bu önemli çalışmalardan farklı olarak bu çalışma sağlık harcamalarındaki değişimi Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaya geçirilmeden önceki dönemden itibaren incelemeye aldığı için tartışmalara uzun dönemli perspektif sunarak katkı sunabilecek niteliktedir. Ayrıca makalenin beşinci bölümünde sağlıkta gelir gider dengesine ilişkin yer alan bilgiler, sosyal güvenlikte gelir gider dengesine ilişkin literatürde yürütülen tartışmaya yeni bir iddia ile katkı sunabilecek niteliktedir.

2. Harcamaların tanımlanması ve izlenen yöntem

Kamu sağlık harcamalarının nasıl hesaplanacağına ilişkin farklı kamu kurumları ve uluslararası örgütler tarafından kullanılan çeşitli tanımlar bulunmaktadır. Türkiye’de sağlık harcamalarının hesaplanmasına yönelik çalışan birçok kurum bulunmaktadır. Bunların başında Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) gelmektedir. TÜİK’e ek olarak sağlık harcamalarının izlenebilmesi için Sağlık Harcamaları İzleme ve Değerlendirme Komisyonu (SHİDK) kurulmuştur. Ayrıca Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı (OECD) kendi oluşturduğu Sağlık Hesapları Sistemi’ne (SHS) uygun olarak sağlık harcaması verilerini üye ülkeler için üretmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise dünya ülkelerini kapsayan sağlık harcamaları verilerini üretmektedir. Bu çalışmalar, yöntem ve elde edilen sonuçlar açısından farklılık gösteren kamu

sağlık harcaması verileri üretmektedirler. Ancak daha da önemlisi bu kurumlar tarafından paylaşılan verilerin alt kalemlerine çok kısıtlı olarak ulaşılmakta ve bu verileri 1999 yılı öncesine götürmek mümkün olmamaktadır.

TÜİK uluslararası standartlarda sağlık istatistikleri üretmektedir. TÜİK tarafından üretilen sağlık harcamaları OECD Sağlık Hesapları Sistemine (SHS) uygun ve Avrupa İstatistik Enstitüsü (EUROSTAT) verileri ile uyumlu olarak üretilmektedir. Ancak bu veriler 1999 yılından geriye gitmemektedir. TÜİK'in sağlık istatistikleri üretim süreci şöyle özetlenebilir: Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü'nce, 1999-2000 yılları için OECD Sağlık Hesapları Sistemine (SHS) uygun olarak üretilen Sağlık Harcamaları İstatistikleri, TÜİK tarafından aynı yöntem kullanılarak (OECD ve EUROSTAT ile uyumlu) 2001-2003 yılları için revize edilmiş, 2004 yılı için yeniden hesaplanmış, 2005-2007 yılları için ise ilk defa üretilmiştir (**TÜİK, 2010**). TÜİK'in Sağlık ve Sosyal Koruma Veritabanı'nda 1999-2013 yılları arası sağlık harcamaları istatistikleri yer almaktadır. Bu istatistikler arasından genel devlet sağlık harcamaları toplam ve alt kurumlar (merkezi yönetim, yerel devlet ve sosyal güvenlik kurumları) ile özel sektör sağlık harcamalarına ayrı ayrı ulaşılabilir. TÜİK 2014 yılında, sağlık harcamaları verilerini 2008 yılı ve sonrası için üretmiştir. TÜİK'e göre sağlık harcaması kapsamında, hastaneler, evde hemşirelik bakımı, ayakta bakım sunanlar, perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanlar, halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimi, genel sağlık yönetimi ve sigorta, diğer endüstriler ve dış alem bazında bilgi derlenmektedir. Yaptığımız çalışmaya göre, TÜİK tarafından yayınlanan sağlık harcamaları 1999 yılına kadar geri gitmektedir.

Sağlık Bakanlığı'nın 2013 yılı Faaliyet Raporu'nda, 2002 yılından itibaren kamu sağlık harcamaları yayınlanmaktadır (**Sağlık Bakanlığı, 2014**). Kamu sağlık harcamalarını izleyebilmek amacıyla 2009 yılı Ekim ayında Sağlık Harcamaları İzleme ve Değerlendirme Komisyonu (SHİDK) kurulmuştur. Bu komisyon tarafından üretilen sağlık harcamaları 2002 yılından sonraki yılları kapsamaktadır. Sağlık Bakanlığı 2013 Faaliyet Raporu'nda Sosyal Güvenlik Kurumu sağlık harcamaları izlenebilmektedir. Merkezi devlet cari sağlık harcamaları koruyucu sağlık ve temel sağlık harcamaları ile sağlık yönetimi kapsamında yer alan personel ve diğer cari harcamaları içermektedir. Tüm bunlara sağlık yatırımları eklenmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın 2014 yılı Faaliyet Raporu'nda 2002-

2013 yılları arası veriler ne yazık ki tek kalem olarak yayınlanmakta, kurumlar ya da cari/yatırım harcamaları açısından alt kalemlere yer verilmemektedir.

OECD tarafından geliştirilen SHS'de sağlık amacı ile örtüşen tüm harcama ve faaliyetler ekonomik amaçlarına bakılmaksızın Ulusal Sağlık Hesapları içinde yer alır. Genel olarak, sağlığı geliştirme veya koruma amacını benimseyen tüm koruma, geliştirme, bakım, beslenme ve acil programlar için yapılan harcamalar sağlık harcaması olarak kabul edilmektedir. OECD Sağlık Hesapları Sistemi Sınıflandırması'nda sağlık harcamaları, cari sağlık harcamaları ve sağlık yatırımı olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Cari sağlık harcamaları ise, kişisel sağlık harcamaları (Sosyal Güvenlik Kurumu cari sağlık harcamaları) ve kolektif sağlık harcamaları (merkezi devlet cari sağlık harcamaları) olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Her bir harcama kaleminin alt dağılımı ise finanse edici kurumların (SGK, Sağlık Bakanlığı ve diğer merkezi yönetim bütçesindeki kurumlar, diğer kamu kuruluşları) her birinden derlenen veriler toplulaştırılarak oluşturulmaktadır.

Yukarıda sayılan kamu kurumları ve uluslararası örgütler aynı tanımları kullanarak sağlık harcaması istatistiği üretmelerine rağmen, bu kurumların Türkiye için ürettiği kamu sağlık harcamaları toplamaları birbirinden farklı çıkmaktadır. Yaptığımız çalışmaya göre OECD verilerine göre hesaplanan toplam diğer kaynaklardan alınan verilere göre hesaplanan toplamdan düşük çıkmakta, OECD ve diğer kaynaklardan alınan verilere göre hesaplanan toplamlar arasındaki fark özellikle 2005'ten sonra büyümektedir.

Çeşitli kurumlar tarafından üretilen kamu sağlık harcamaları verileri arasında görülen bu farklılık ve var olan verilerin 2000'li yıllardan geriye gitmemesi nedeniyle, giriş bölümünde belirtilen amaca uygun olarak, bu çalışmada 2006 yılından itibaren elektronik ortamda ulaşılabilen veriler ile kamu kurumlarıyla yazışmalar yoluyla elde edilen 2002 yılından önceki kamu sağlık harcamalarını aynı yöntemle dayanak olarak birleştirilmekte ve 1988-2014 yıllarını kapsayan kamu sağlık harcamaları verisi oluşturulmaktadır. Bu veriler oluşturulurken, özellikle politika değerlendirmesi yapma açısından önemli olan Sosyal Güvenlik Kurumu cari sağlık harcamaları ve merkezi devlet sağlık harcamaları ayrıştırması yapılmaktadır.

Bu çalışma yalnızca kamu kesimi sağlık harcamaları üzerinedir. Bilindiği gibi kamu kesimi sağlık harcamaları, en üst ayırmada kamu kesimi cari ve yatırım harcamaları olarak ikiye ayrılmaktadır. Cari harcamalar ise kamu kesimi kişisel sağlık harcaması (tedavi ve

ilaç harcamaları) ve kamu kesimi kolektif sağlık harcamasının (koruyucu sağlık ve temel sağlık harcamaları ile personel harcamaları dâhil olmak üzere sağlık yönetimi harcamaları) toplamından oluşmaktadır. Veri kaynaklarında kamu kesimi yatırım harcamaları ile kamu kesimi kolektif sağlık harcamaları verileri ayrıştırılmadığı için, bu çalışmada kamu kesimi yatırım harcamaları kamu kesimi kolektif sağlık harcamaları toplamı içinde yer almaktadır. Her ne kadar bu durum kamu kesimi kolektif sağlık harcamalarını olduğundan yüksek gösterebilecek bir etki yapsa da, makalenin ileriki bölümlerinde yapılan değerlendirmelerden görülebileceği üzere buna rağmen kamu kesimi kişisel sağlık harcamalarının kamu sağlık harcamalarındaki artışın esas kaynağı olduğu ortaya çıkmakta ve bu sonuç da makalenin temel iddiasını desteklemektedir.

Bu verilerin oluşturulmasında kullanılan kaynaklar şunlardır: 1988-2005 yılları arasında kamu personeli için gerçekleştirilen ilaç ve tedavi harcamaları bilgisi Maliye Bakanlığı'ndan edinilmiştir. 2006-2015 yılları arası kamu personeli için gerçekleştirilen ilaç ve tedavi harcamaları bilgisi ise Kalkınma Bakanlığı'ndan elde edilmiş ve bu harcamalar 2010 yılından itibaren Sosyal Güvenlik Kurumu toplamı içinde değerlendirilmiştir. Kamu emeklileri için Emekli Sandığı'nın gerçekleştirmiş olduğu harcama bilgisi SGK'nın devreden kurum istatistiklerinden edinilmiştir (**SGK, 2017a**). Sosyal Sigortalar Kurumu'nun 1988-1989 yıllarında gerçekleştirdiği harcamalar tahminidir. Bu tahmin, Sosyal Sigortalar Kurumu'nun bu iki yıl için bilinen toplam harcama tutarı ve 1990-1993 yılları arasında kurumun yaptığı toplam harcama içinde sağlık harcamalarının ortalama payı kullanılarak yapılmıştır. 1990-1995 yılları arasında gerçekleştirdiği harcamalar Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan elde edilmiştir. 1995-2004 yılları arası için veriler SGK'nın devredilen kurum istatistiklerinden alınmıştır (**SGK, 2017a**). BAĞ-KUR için de aynı veri kaynağı kullanılmıştır (**SGK, 2017a**). 2004 yılı sonrası SGK ilaç ve tedavi harcamalarına bütçe gerekçelerinden ulaşılmıştır (**Maliye Bakanlığı Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü, 2017**). 1995-2005 yılları arasında Yeşil Kart programına yönelik harcamaları için SGK'nın aylık istatistik bültenlerini, 2006 sonrası harcamaları için ise genel bütçe istatistikleri kullanılmıştır (**SGK, 2017b; Maliye Bakanlığı Muhasebat Genel Müdürlüğü, 2017**).

Maliye Bakanlığı'nın bütçe gerekçelerinde sağlık harcaması olarak ilaç ve tedavi harcamalarına yer verilmektedir. Bu tanıma göre kamu personeli ve Yeşil Kart ilaç ve tedavi giderlerinin toplamı merkezi

yönetim sağlık harcamalarını vermekte, bu toplama eklenen Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından yapılan ilaç ve tedavi harcamaları ile toplam sağlık harcamalarına ulaşılmaktadır. Diğer yandan kamu harcamalarının analitik sınıflandırılmasında, fonksiyonel sınıflandırmaya göre "sağlık hizmeti" harcamaları yer almaktadır. Bu harcamalar ise "devlet tarafından yürütülen sağlık hizmetleri, hastane vb. oluşturulması ve yürütülmesi, halk sağlığı hizmetleri, ayakta tedavi hizmetleri" olarak tanımlanmaktadır.

Kurumlar açısından yapılan sınıflandırmada dikkate aldığımız bir diğer nokta, bu süreç içerisinde son yıllarda birçok kurumun birleşmiş olması ve harcamalarını birleşik olarak vermeleri olmuştur. Örneğin Sosyal Sigortalar Kurumu, Emekli Sandığı ve BAĞKUR'un sağlık harcamaları 2006 yılından itibaren birleşik olarak Sosyal Güvenlik Kurumu'nun sağlık harcaması olarak yayınlanmaktadır. Kamu personeli sağlık harcamaları 2010 yılından itibaren SGK harcamaları içinde yer almaktadır. Yoksullara yönelik Yeşil Kart uygulaması, 2012'den itibaren yerini yoksul oldukları gelir testi ile belirlenen kesimlerin genel sağlık sigortası priminin kısmen ya da tamamen devlet tarafından ödenmesi uygulamasına dönüşmüştür. Yeşil Kart harcamaları 1995-2011 yılları arasında Sağlık Bakanlığı harcamaları içerisinde yer almaktaydı. 2012 yılından itibaren ödeme gücü olmayanların primleri Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından SGK'ya ödenmekte ve bu amaçla yapılan harcamalar SGK'nın sağlık harcamalarının içerisinde yer almaktadır.

Bu harcama bilgilerinin ileriki yıllarda izlenebilmesi ve verilerin eskiye doğru üretilebilmesi için ayrıntılandırılması gerekmektedir. Bu ayrıntılandırmada yol gösterici olması amacıyla Kalkınma Bakanlığı'ndan yazılı talep ile 2001-2012 yılları arası kurumlar bazında kamu sağlık harcamaları alınmıştır. Kalkınma Bakanlığı'nın Ekonomik ve Sosyal Göstergeler isimli yayınında Sağlık Bakanlığı'nın harcamaları sağlık harcamaları olarak yer almaktadır. 2012 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı üç ayrı kamu idaresine ayrılmıştır. Bu üç idarenin bir tanesi yine Sağlık Bakanlığı iken diğer ikisi Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'dur. 2012 yılından itibaren bu üç kurumun harcamaları hesaba katılmıştır.

3. Kamu Sağlık Harcamalarının Tarihsel Seyri: 1988-2015

3.a. Kamu kesimi kişisel sağlık harcamaları

Tablo 1'de 1988 ve 2015 yılları arasında kamu kesimi kişisel sağlık harcamalarının yıllık toplamaları görülebilmektedir.

Tablo 1. Kamu kesimi kişisel sağlık harcamaları, 1988-2015

	Toplam SGK tedavi ve ilaç	Kamu personeli tedavi ve ilaç	Yeşil Kart tedavi ve ilaç	Toplam tedavi ve ilaç
1988	752,353	214,000		966,353
1989	1,523,980	448,000		1,971,980
1990	2,718,879	769,000		3,487,879
1991	4,982,121	1,501,000		6,483,121
1992	9,351,028	3,131,000		12,482,028
1993	16,318,560	6,122,000		22,440,560
1994	33,932,929	13,841,000		47,773,929
1995	70,657,565	25,572,000	4,950,000	101,179,565
1996	140,985,100	47,344,000	10,145,000	198,474,100
1997	337,770,946	101,155,000	25,891,000	464,816,946
1998	794,474,919	214,103,000	60,938,000	1,069,515,919
1999	1,522,383,500	386,784,000	127,434,000	2,036,601,500
2000	2,633,552,400	590,353,000	198,519,000	3,422,424,400
2001	4,576,158,790	1,021,707,000	392,000,000	5,989,865,790
2002	7,629,866,331	1,650,411,000	650,000,000	9,930,277,331
2003	10,662,503,424	2,027,775,000	917,000,000	13,607,278,424
2004	13,150,686,601	2,460,494,000	1,062,000,000	16,673,180,601
2005	13,607,000,000	2,196,661,000	1,809,000,000	17,612,661,000
2006	17,676,000,000	2,439,690,000	2,932,431,000	23,048,121,000
2007	20,045,000,000	2,711,230,000	3,934,651,000	26,690,881,000
2008	25,404,000,000	2,734,325,000	4,048,542,000	32,186,867,000
2009	28,863,000,000	3,292,282,000	5,506,334,000	37,661,616,000
2010	32,556,000,000	794,000,000	4,944,199,000	38,294,199,000
2011	36,542,000,000	292,762,000	5,139,860,000	41,974,622,000
2012	44,151,000,000	311,255,000	230,149,000	44,692,404,000
2013	49,963,000,000	336,131,000	1,852,000	50,300,983,000
2014	54,603,000,000	358,380,000	1,489,000	54,962,869,000
2015	59,608,000,000	380,275,000	1,614,000	59,989,889,000

Kaynak: Maliye Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu ile yazarların yaptığı yazışmalar ve (SGK, 2017a; SGK, 2017b; Maliye Bakanlığı Muhasebat Genel Müdürlüğü, 2017)

Tablo 1’de yer alan toplam SGK tedavi ve ilaç harcamaları reform öncesi dönemde Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu ve BAĞ-KUR’un ilaç ve tedavi harcamaları toplamıdır. Tablodan izlenebileceği gibi, genel sağlık sigortası kapsamında yapılan tüm tedavi ve ilaç harcamaları Sosyal Güvenlik Kurumu’nda toplanmaktadır. Kamu kesimi kişisel sağlık harcamalarında 1988 yılından 2015 yılına dek sürekli bir artış görülmektedir.

3.b. Kamu kesimi kolektif sağlık harcamaları

Tablo 2’de 1988 ve 2015 yılları arasında kamu kesimi kolektif sağlık harcamalarının (sağlık yatırım harcamaları dâhil) yıllık toplamı görülebilmektedir.

Kamu kesimi kolektif sağlık harcamalarını hesaplayabilmek için merkezi yönetim kapsamındaki fonksiyonel sınıflandırmaya göre kamu idarelerinin sağlık harcamalarının toplamını dikkate almak yararlı olacaktır. Ancak bir önceki bölümde kişisel sağlık harcamaları kapsamında değerlendirdiğimiz Yeşil Kart harcamaları 1995-2011 yılları arasında merkezi yönetim idarelerinden biri olan Sağlık Bakanlığı’nın sağlık harcamaları içerisinde yer almaktadır. 2012 ve 2014 yılları arasında Genel Sağlık Sigortası uygulamasına geçilmesine rağmen, Sağlık Bakanlığı’nın sağlık harcamaları içerisinde Yeşil Kart süresi devam edenlere yönelik hâlen çok küçük miktarda bir harcama yer almaktadır. Mükerrerlik olmaması için

Tablo 2. Kamu kesimi kolektif sağlık harcamaları, 1988-2015

	Merkezi yönetim sağlık harcamaları (Yeşil Kart hariç)	Toplam mahalli idarelerin sağlık harcamaları	SYDTF sağlık yanserferleri	Toplam kamu kesimi kolektif sağlık harcamaları
1988	641,000			641,000
1989	1,482,000			1,482,000
1990	3,213,000			3,213,000
1991	5,222,000			5,222,000
1992	10,499,000			10,499,000
1993	19,133,000			19,133,000
1994	31,538,000			31,538,000
1995	52,325,000			52,325,000
1996	106,974,000			106,974,000
1997	231,061,000			231,061,000
1998	411,825,000			411,825,000
1999	679,499,000	158,000,000		837,499,000
2000	945,069,000	458,000,000		1,403,069,000
2001	1,433,490,000	231,000,000		1,664,490,000
2002	2,397,713,000	356,000,000		2,753,713,000
2003	2,791,416,000	482,000,000		3,273,416,000
2004	3,901,000,000	500,000,000		4,401,000,000
2005	5,526,000,000	467,000,000		5,993,000,000
2006	6,341,231,000	551,814,000	64,237,000	6,957,282,000
2007	7,341,726,000	770,469,000	101,349,064	8,213,544,064
2008	8,923,618,000	754,754,000	122,323,465	9,800,695,465
2009	10,175,399,000	781,787,000	140,777,249	11,097,963,249
2010	11,126,554,000	747,912,000	76,356,000	11,950,822,000
2011	13,454,370,000	919,694,000	154,539,000	14,528,603,000
2012	15,350,734,000	969,618,000	191,230,000	16,511,582,000
2013	19,568,104,000	1,083,815,000	244,060,000	20,895,979,000
2014	21,478,767,000	928,752,000	285,130,000	22,692,649,000
2015	25,047,488,000	1,000,000,000	364,200,000	26,411,688,000

Kaynak: (Maliye Bakanlığı Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü, 2017; Maliye Bakanlığı Muhasebat Genel Müdürlüğü, 2017; TÜİK, 2017a; Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2016; Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü, 2011)

Yeşil Kart harcamaları kamu kesimi kolektif harcamalarından çıkarılmıştır. Genel devlet kurumlarının toplam sağlık harcamalarına ulaşabilmek için merkezi yönetim sağlık harcamaları toplamına eklenmesi gereken iki kurum bulunmaktadır. Bunlar mahalli idareler ve Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu'dur (SYDTF). Mahalli idareler il özel idaresi, belediyeler, bağlı idareler ve mahalli idari birliklerin harcamalarını kapsamaktadır.

Tablo 2'de görülebileceği gibi, kamu kesimi kolektif sağlık harcamalarında da 1988 yılından 2015 yılına dek sürekli bir artış görülmektedir. Kamu kesimi kolektif sağlık harcamaları toplamına mahalli idarelerin ve Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu'nun katkısı düşük miktardadır.

Kamu kesimi kişisel ve kolektif sağlık harcamaları toplamı aşağıda görülen Tablo 3'te birlikte gösterilmektedir. Kamu kesimi kolektif sağlık harcamalarına sağlık yatırım harcamalarını dâhil ettiğimiz için, bu toplam kamu sağlık harcamaları toplamını vermektedir. Bu çalışma çerçevesinde üretilen Tablo 3'te yer alan toplam kamu sağlık harcaması miktarı Kalkınma Bakanlığı tarafından üretilen 2012 yılı kamu sağlık harcamaları toplamı ile uyumaktadır. Bu çalışma çerçevesinde elde ettiğimiz kamunun toplam sağlık harcamaları TÜİK ve OECD'nin ürettiği harcamalardan daha yüksek çıkmaktadır.

Tablo 3'te görülebileceği gibi Türkiye'de kamu sağlık harcaması toplamı 1988'den 2015 yılına dek düzenli olarak artış göstermiştir. 1990'lı yılların

Tablo 3. Toplam kamu sağlık harcamaları, 1988-2015*

	Kamu kesimi kişisel sağlık harcamaları	Kamu kesimi kolektif sağlık harcamaları	Kamunun toplam sağlık harcaması
1988	966,353	641,000	1,607,353
1989	1,971,980	1,482,000	3,453,980
1990	3,487,879	3,213,000	6,700,879
1991	6,483,121	5,222,000	11,705,121
1992	12,482,028	10,499,000	22,981,028
1993	22,440,560	19,133,000	41,573,560
1994	47,773,929	31,538,000	79,311,929
1995	101,179,565	52,325,000	153,504,565
1996	198,474,100	106,974,000	305,448,100
1997	464,816,946	231,061,000	695,877,946
1998	1,069,515,919	411,825,000	1,481,340,919
1999	2,036,601,500	837,499,000	2,874,100,500
2000	3,422,424,400	1,403,069,000	4,825,493,400
2001	5,989,865,790	1,664,490,000	7,654,355,790
2002	9,930,277,331	2,753,713,000	12,683,990,331
2003	13,607,278,424	3,273,416,000	16,880,694,424
2004	16,673,180,601	4,401,000,000	21,074,180,601
2005	17,612,661,000	5,993,000,000	23,605,661,000
2006	23,048,121,000	6,957,282,000	30,005,403,000
2007	26,690,881,000	8,213,544,064	34,904,425,064
2008	32,186,867,000	9,800,695,465	41,987,562,465
2009	37,661,616,000	11,097,963,249	48,759,579,249
2010	38,294,199,000	11,950,822,000	50,245,021,000
2011	41,974,622,000	14,528,603,000	56,503,225,000
2012	44,692,404,000	16,511,582,000	61,203,986,000
2013	50,300,983,000	20,895,979,000	71,196,962,000
2014	54,603,000,000	22,692,649,000	77,295,649,000
2015	59,989,889,000	26,411,688,000	86,401,577,000

Kaynak: Tabloda sunulan veriler Tablo 1 ve 2'den yararlanılarak hesaplanmıştır.

ortalarından itibaren kamu kesimi kişisel sağlık harcamaları ile kolektif sağlık harcamaları arasındaki fark artmış, bu fark son yıllar da yavaş da olsa azalma eğilimine girmiştir.

4. Sağlık harcamalarının GSYH'ya oranı ve kişi başına yıllık sağlık harcaması

Türkiye'de kamu sağlık harcamalarının hem yıllara göre hem de farklı ülkelerle karşılaştırılması için, harcamaların her yılın gayrisafi yurt içi hasılasına oranının ve kişi başına yıllık sağlık harcaması verisinin üretilmesi gerekmektedir.

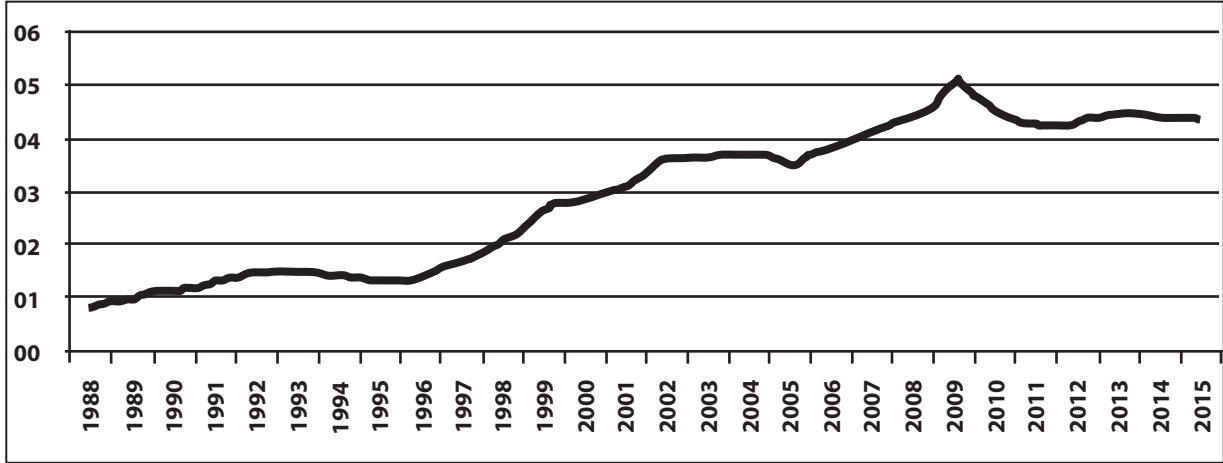
4.a. Sağlık Harcamalarının GSYH'ya Oranı

Şekil 1'de 1988 ile 2015 yılları arasında kamunun yıllık toplam sağlık harcamasının GSYH'ya oranı görülmektedir.

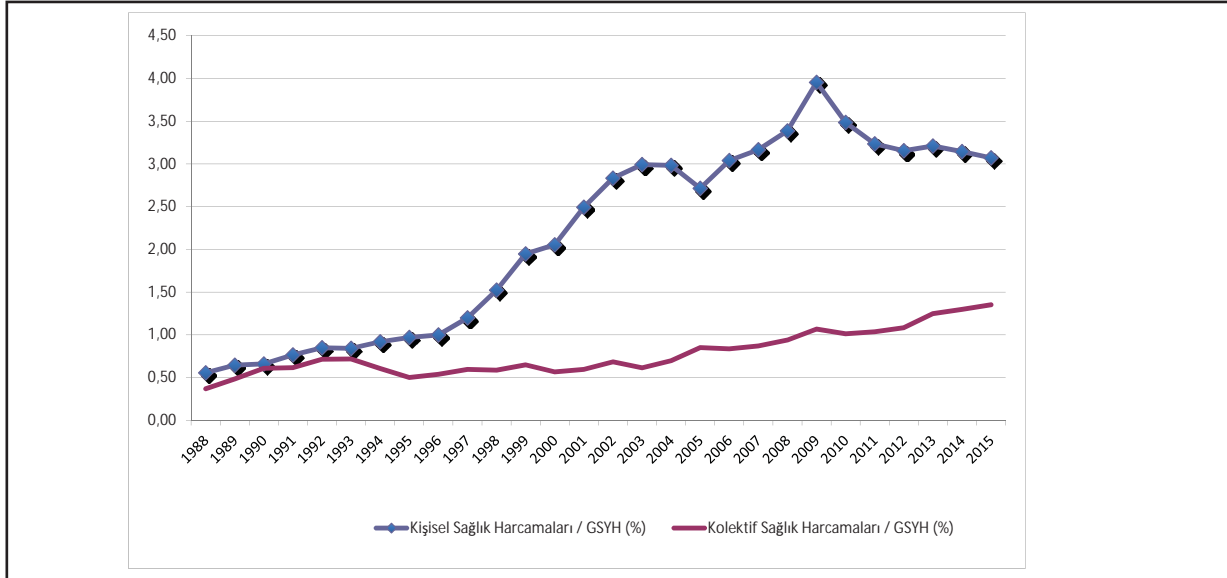
Şekil 1'de görülebileceği üzere 1988 yılında GSYH'ya oranı yüzde 1'in altında olan kamu kesimi

toplam sağlık harcamaları 2000'li yıllarda yüzde 2'nin üzerine çıkmıştır. Sağlık harcamaları 2007 yılında yüzde 4,1, 2008 yılında yüzde 4,4 ve 2009 yılında ise yüzde 5,1 olmuştur. 2009 yılının ekonomik kriz yılı olması nedeniyle GSYH'da daralma yaşanmış ve bu daralma sağlık harcamalarının GSYH'ya oranının yükselmesine neden olmuştur. 2010 yılı ile birlikte sağlık harcamalarının GSYH'ya oranı yüzde 4,6'ya düşmüş, 2011 ve 2012 yıllarında düşüş eğilimi devam etmiş ve yüzde 4,3 ile 2008 yılı oranının altına düşmüştür. Harcamaların oranı 2013 ve 2014 yıllarında yeniden yükselerek yüzde 4,5 olmuştur. Genel eğilime bakıldığında Türkiye'de toplam kamusal sağlık harcamalarının GSYH içindeki oranının 1988 ile 2014 yılları arasında neredeyse 5 kat arttığı göze çarpmaktadır.

Artışın kaynaklarını daha yakından izleyebilmek için kamunun toplam sağlık harcamalarının bileşenlerini



Şekil 1. Toplam kamu sağlık harcamalarının GSYH'ye oranları, 1988-2015



Şekil 2. Toplam kamu sağlık harcamalarının temel bileşenlerinin GSYH'ye oranları, 1988-2015

incelemek gerekmektedir. Şekil 2 aynı yıllar arasında Sosyal Güvenlik Kurumu cari sağlık harcamalarının ve merkezi devlet cari sağlık harcamalarının GSYH içindeki oranlarını ayrıştırmış biçimde göstermektedir.

Şekil 2'de görüldüğü gibi, 1988 ve 2015 yılları arasında her iki harcama türünün GSYH'ye oranları artış göstermektedir. 2014 yılı itibariyle toplam kamu sağlık harcamalarının yüzde 72'si Sosyal Güvenlik Kurumu cari sağlık harcamalarından oluşmaktadır. İki harcama türü arasındaki fark 1990'lı yılların sonundan itibaren açılmıştır. Örneğin 1993-1996 yılları arasında sosyal güvenlik kurumlarının cari sağlık harcamalarının GSYH içindeki oranı artmaya devam ederken, merkezi devlet cari sağlık harcamalarının GSYH içindeki oranı düşmüştür. Her ne kadar sonrasında merkezi devlet cari sağlık harcamalarının GSYH

içindeki oranı yükseliş eğilimine girse de, bu harcamaların artış oranının ivmesi Sosyal Güvenlik Kurumu cari sağlık harcamalarına göre düşük kalmıştır.

4.b. Kişi başına yıllık kamu sağlık harcamaları

Kişi başına yıllık sağlık harcamasının gelişimi sağlık harcamaları açısından önemli göstergelerden birisidir. Tablo 4'te 2000 ve 2015 yılları arasındaki her yıl için Türkiye'de kişi başına düşen yıllık kamusal sağlık harcamaları Amerikan doları cinsinden üretilmiştir. Tablo 4'ün son üç sütununda görüldüğü gibi, cari fiyatla bir artış yanıltıcı olacağından, toplam sağlık harcaması dolara çevrilerek ve nüfusa bölünerek kişi başına sağlık harcaması oranı hesaplanmıştır.

Bu şekilde elde edilen kişi başına kamusal sağlık harcamasının 2001 krizinde biraz düşmekle birlikte, 2008 yılına kadar hızlı artış göstermiş olduğu, 2008

Tablo 4. Kişi başına toplam kamu sağlık harcaması, ABD doları cinsinden, 1988-2015

	Kamunun toplam sağlık harcaması, TL cari fiyat	Nüfus	Kişi başına sağlık harcaması TL, cari fiyat	ABD ortalama döviz kuru	Kamunun toplam sağlık harcaması, ABD dolar	Kişi başına sağlık harcaması, ABD dolar
1988	1,607,353			0.0014	1,131,333,230	
1989	3,453,980			0.0021	1,628,636,634	
1990	6,700,879			0.0026	2,569,729,754	
1991	11,705,121			0.0042	2,807,084,332	
1992	22,981,028			0.0069	3,336,623,598	
1993	41,573,560			0.0110	3,784,243,815	
1994	79,311,929			0.0297	2,670,045,872	
1995	153,504,565			0.0457	3,360,914,601	
1996	305,448,100			0.0811	3,767,075,738	
1997	695,877,946			0.1514	4,595,407,392	
1998	1,481,340,919			0.2600	5,696,586,046	
1999	2,874,100,500			0.4201	6,841,044,115	
2000	4,825,493,400	64,695,517	75	0.6237	7,736,832,536	119.59
2001	7,654,355,790	65,135,000	118	1.2254	6,246,352,892	95.90
2002	12,683,990,331	66,009,000	192	1.5058	8,423,199,232	127.61
2003	16,880,694,424	66,873,000	252	1.4931	11,306,045,287	169.07
2004	21,074,180,601	67,734,000	311	1.4223	14,816,545,822	218.75
2005	23,605,661,000	68,582,000	344	1.3408	17,605,785,395	256.71
2006	30,005,403,000	69,421,000	432	1.4311	20,966,524,586	302.02
2007	34,904,425,064	70,586,256	494	1.3015	26,818,407,130	379.94
2008	41,987,562,465	71,517,100	587	1.2929	32,475,239,935	454.09
2009	48,759,579,249	72,561,312	672	1.5471	31,517,574,786	434.36
2010	50,245,021,000	73,722,988	682	1.5004	33,488,643,392	454.25
2011	56,503,225,000	74,724,269	756	1.6700	33,834,266,467	452.79
2012	61,203,986,000	75,627,384	809	1.7925	34,144,483,124	451.48
2013	71,196,962,000	76,667,964	929	1.9013	37,446,267,047	488.42
2014	77,295,649,000	77,695,904	995	2.1879	35,329,339,629	454.71
2015	86,401,577,000	78,741,052	1,097	2.7187	31,780,474,859	403.61

Kaynak: TÜİK, 2017b; Kalkınma Bakanlığı, 2000; Kalkınma Bakanlığı, 2016

sonrasında ise küçük oynamalar göstermekle beraber, oldukça sabit kaldığı görülmüştür.

Türkiye OECD ülkeleri içinde, Meksika dışında, en düşük oranda kişi başına kamu sağlık harcaması yapan ülkedir (**OECD, 2017**). Dolayısıyla Türkiye’de 2008 yılına dek yükselen kişi başına kamu sağlık harcaması uluslararası karşılaştırmalı olarak incelendiğinde, Türkiye’yi yüksek harcama yapan ülkelerden biri haline getirecek düzeyde bir artışa denk gelmediği görülmektedir.

5. Sağlık fonunda gelir gider dengesi

Sağlık harcamaları ile ilgili tartışmaların en önemli ayaklarından birini, özellikle Türkiye gibi toplam sağlık harcamaları içinde kamusal sağlık harcamalarının oranı yüksek olan ülkelerde, harcamalar ile finansman dengesi oluşturmaktadır. Bilindiği gibi sağlık sistemi reformu tartışmaları başladığından bu yana, Türkiye’de sosyal sigortalar (sağlık ve emeklilik) sisteminin açığı ana akım siyasetçiler ve medya tarafından “kara delik” olarak nitelenirdi. Bu bölümde, konunun önceki bölümlerinde tartışılan

Tablo 5. Genel sağlık sigortası fonu gelir ve giderleri, 2013

GSS Fon Gelirleri, TL, 2013		GSS Fon Giderleri, TL, 2013	
4-1/a GSS prim gelirleri	26,409,686,882	Emeklilere ve diğer hak sahiplerine tedavi ve	
4-1/b GSS prim gelirleri	2,586,643,449	sağlık malzemesi giderleri	31,021,483,735
4-1/c GSS prim gelirleri	9,463,867,966		
Katılım payları	2,726,349,444	Emekliler ve diğer hak sahiplerinin ilaç giderleri	926,198,444
GSS primini kendisi ödeyenler	392,039,805	Emeklilere ve diğer hak sahiplerine tedavi ve	
GSS primi devletçe ödenenler	8,281,504,886	sağlık malzemesi giderleri	6,433,869
GSS devlet katkısı	10,700,051,115		
Red ve iadeler	-680,394,685	Emekliler ve diğer hak sahiplerinin ilaç giderleri	15,093,781,148
Toplam Gelirler	59,879,748,862	Toplam Giderler	47,047,897,196
GSS Fon Varlığı (Olması Gereken)			12,831,851,667

Kaynak: Sayıştay, 2013

ve büyük oranda Sosyal Güvenlik Kurumu cari sağlık harcamalarından kaynaklandığı görülen kamusal sağlık harcamalarındaki artışın gelir gider dengesine nasıl bir etkisi olduğu incelenecektir.

Bilindiği üzere sosyal güvenlik reformu sonrasında Türkiye’de emeklilik ve sağlık sigortası sistemleri birbirinden ayrılmıştır. Bu ayrışma sonrasında finansal sürdürülebilirliğe ilişkin değerlendirmeleri sağlık ve emeklilik sistemleri için ayrı yapmak elzem hâle gelmiştir. Ancak, sağlık ve emeklilik fonlarının gelir ve giderlerine ilişkin veriler ayrıştırılmış olarak kamuoyu ile paylaşılmamaktadır. Fakat Sosyal Güvenlik Kurumu’nun 2013 yılı denetim raporunda sağlık harcamaları konusunda daha önce hiçbir kurum tarafından kamuoyuyla paylaşılmamış bu bilgi tek yıllık da olsa yer almaktadır. Bu bilgiye göre Genel Sağlık Sigortası (GSS) Fon geliri, giderlerinden fazladır. GSS Fon gelirleri 2013 yılı için 59.879.748.863 TL iken, fonun giderleri 47.047.897.196 TL’dir. Bu durumda raporda GSS Fon varlığını 12.831.851.667 TL olması gerektiği belirtilmektedir (Bkz. Tablo 5).

Kamuoyu ile paylaşılan bir diğer veri de hesaba katıldığında GSS Fonu’nun 2013 yılı için fazla vermesi daha da çarpıcıdır. 21.11.2013 tarihinde Mersin Milletvekili Ali Öz tarafından verilen yazılı soru önergesine Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı tarafından SGK’nın 68925832/610/5458306 no’lu evrakına dayalı olarak verilen yanıtı göre, GSS gelir testine dayalı olarak tahakkuk eden ana para prim miktarının 7.330.016.849 TL olduğu, ancak tahsil edilebilen ana para prim miktarının sadece 357.832.872 TL olduğu belirtilmektedir (SGK, 2013). Bu veri, Sayıştay raporundan alınan ve kitabın bir önceki konusunda yer verilen Tablo 5’te yer alan verilerle birlikte değerlendirildiğinde, çalışma ilişkisi üzerinden prim ödeyenler dışında kalan nüfustan prim toplama konusunda başarısız olunmasına rağmen, bu durumun sağlık alanındaki gelir gider dengesini bozmamış olduğu ortaya çıkmaktadır.

Sonuç ve değerlendirmeler

Türkiye’de kamusal sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki oranı diğer orta gelirli ülkelere oranla yüksektir (OECD ve Dünya Bankası, 2008). Bu durum tarihsel olarak Türkiye’de kamunun sağlık alanındaki güçlü mevcudiyetine işaret etmektedir. Küresel eğilime paralel olarak Türkiye’de kamunun sağlık harcamalarının GSYH’ya oranı bu çalışmanın kapsadığı 1988 yılından bu yana artmaktadır. Kamunun sağlık harcamalarının GSYH’ya oranı yalnızca reform sürecinde değil, Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaya geçirilmeden önceki dönemde de ciddi artış göstermiştir. Örneğin 1992 ile 2002 yılları arasındaki 10 yıllık dönemde kamunun sağlık harcamalarının GSYH’ya oranı iki kattan fazla oranda artmıştır. Bu artış eğilimi Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın uygulanmaya başlamasından bugüne dek de sürmüştür. Dolayısıyla sağlık harcamalarındaki artış yalnızca reformla ilişkili gibi gözükmemekte, uzun dönemli yapısal bir artış eğilimine işaret etmektedir. Reform bu eğilimi tersine döndürmemiştir.

Çalışmanın temel bulgularından biri, kamusal sağlık harcamalarının GSYH içindeki payında görülen artışın büyük oranda Sosyal Güvenlik Kurumu cari sağlık harcamalarından kaynaklandığıdır. Başka bir deyişle, kamusal sağlık harcamalarındaki büyük ölçüde ilaç ve tedavi harcamalarındaki artıştan kaynaklanmaktadır. Bu tespit daha önce başka araştırmacılarca yine reformla ilişkili olarak yapılmıştır. Ancak bizim çalışmamız reform öncesi dönemde de sosyal güvenlik kurumlarının cari sağlık harcamalarında ciddi oransal bir artış olduğuna dikkat çekmektedir. Reformla ilişkili artış incelendiğinde ise, Sosyal Güvenlik Kurumu cari sağlık harcamaları içinde özellikle tedavi harcamalarındaki yükselişin, genel artışın temel kaynağını oluşturmakta olduğu ortaya çıkmaktadır (Arslanhan Memiş, 2012).

Kamusal sağlık harcamalarının GSYH içindeki payının reform öncesi ve sonrasını kapsayan uzun

dönemli artışı çeşitli nedenlerle açıklanabilir. Bu nedenler arasında sağlık hizmetleri maliyetlerinde genel bir yükseliş eğilimi sayılabilir. Reform süresince yaşanan artışta ise, reformla birlikte kişi başına yıllık hekime müracaat sayısındaki artış etkili olmuş olabilir (**Sağlık Bakanlığı, 2013**). Buna paralel olarak, sağlık kurumlarının ve kamu sağlık personelinin çalışma ilişkilerinin işletmeleştirilmesi sonucunda ortaya çıkan yeni ortam "aşırı tanı ve tedavi" sorununa yol açmış olabilir (**Kılıçaslan ve Kılıçaslan, 2013**). Üçüncü olarak, reform sonrasında daha önce sağlık hizmetlerine erişemeyen kişiler sağlık hizmetlerine erişme olanağı bulmuş olabilirler. Yeşil Kart sahibi nüfusun sayısının 2000'lerin başında 7 milyon civarında iken 13 milyona yaklaşması ve Yeşil Kart hizmet paketinin diğer sigortalılarla neredeyse eşitlenmesi bu önermenin doğruluğunu destekler niteliktedir (**Sosyal Güvenlik Kurumu, 2010; Sosyal Güvenlik Kurumu, 2014**). Son olarak, reform çerçevesinde özel sağlık hizmeti sunucuların Sosyal Güvenlik Kurumu mensuplarına belirli bir fark ücreti karşılığı hizmet sunmaya başlaması ve reform süresince özel sağlık hizmeti sunucuların sağlık harcamalarından yükselen oranda pay alması bu artışta bir diğer etkeni oluşturmuş olabilir.

Çalışmanın temel bulgularından bir diğeri ise dolar bazında yıllık kişi başına kamusal sağlık harcaması oranının yıllar içinde belirli bir artış göstermekte olduğu, ancak nüfus artışı kontrol edildiğinde 2008 yılından itibaren bu oranın oldukça sabit kaldığıdır. Sağlık harcamalarına ilişkin karşılaştırmalı veriler incelendiğinde, Türkiye'nin kişi başına sağlık harcaması düzeyinin -sağlık harcamalarının GSYH'ya oranı yıllar içinde artmasına rağmen- en düşük oranda harcama yapan OECD ülkeleri arasında olduğu (2013 yılında en düşük oranda harcama yapan ülke olduğu) ortaya çıkmaktadır.

Buradan hareketle iki değerlendirme yapılabilir. Birincisi, bulgularımız henüz Türkiye'de kamusal sağlık harcamalarında beklenen "patlamanın" gerçekleşmediğini göstermektedir. İkincisi, makalenin giriş bölümünde belirtildiği üzere, Türkiye'de kişi başına kamusal sağlık harcaması düzeyinin, karşılaştırmalı olarak değerlendirildiğinde, düşük olması kendi başına bir soruna işaret etmeyebilir. Türkiye'de kişi başına yıllık sağlık harcamaları oranının karşılaştırmalı olarak düşük olması, genellikle hem akademik yazında hem de medyada kendi başına olumsuz bir gösterge olarak değerlendirilmektedir. Halbuki kamusal sağlık harcamalarının düzeyine ilişkin değerlendirmeler bu harcamaların ne tür çalışmalara, yatırımlara ve hizmetlere

yöneltildiği (örneğin ne ölçüde koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerine kaynak aktarıldığı) göz önünde bulundurularak yapılmalıdır.

Her ne kadar bu alanda daha detaylı ve uzun dönemli çalışmalara gereksinim bulursa da Sayıştay raporundaki veriler üzerinden en azından 2013 yılı için sağlık sisteminin kendi içinde gelir gider dengesi olduğu da iddia edilebilir. Sayıştay raporuna dayanarak 2013 yılında sağlık sisteminin gelirlerinin giderlerinden yüksek olduğunu not etmiştik. Ancak bu fazla, Sayıştay'ın tespitine göre GSS Fonu'ndan alınmış ve emeklilik aylıklarının ödendiği Sosyal Sigorta Fonu'na transfer edilmiştir. Sayıştay'a göre, SGK'nın Sosyal Sigorta Fonu'nda ortaya çıkan açığı GSS Fonu'ndan aktardığı kaynak ile değil -çünkü bu kaynak yalnızca sağlık harcamaları için işaretlenmiştir- Hazine'den ayıracağı kaynak ile karşılaması gerekmektedir. GSS Fonu'ndan kanunen sadece genel sağlık sigortası hizmetleri ve haklara yönelik giderlerin yapılması mümkün olabileceğine göre, Sayıştay'ın kamuoyu ile paylaştığı bu bilgiye dayanarak, GSS kapsamında sunulan sağlık hizmetlerinin nitelik ve niceliğinin artırılması, kamusal sağlık yatırımları yapılması ve kapsamlı koruyucu ve önleyici sağlık atılımları gerçekleştirilmesi için yeterli kaynak bulunduğu belirtilebilir.

Bu kaynağın kullanılabileceği bir diğer alan ise, yine daha önce değindiğimiz dönemin Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı'nın Mersin milletvekili Ali Öz'ün önermesine verdiği yanıtı dayanarak düşünülebilir (**SGK, 2013**). Tahsil edilebilen genel sağlık sigortası primi miktarının düşüklüğü, geliri asgari ücret ve asgari ücretin üçte biri arasında olan vatandaşların primlerini ödeyemediklerinin bir göstergesi olabilir. Buna ek olarak, gelir testi yaptırmak için Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıflarına (SYDV) başvurmayan vatandaşların SGK tarafından resen tescil edilip, asgari ücretin iki katından çok gelir elde ettikleri kabul edilerek borçlandırıldıkları için yüksek bir tahakkuk ortaya çıkmış da olabilir. Bu bilgilerden yola çıkılarak, ücreti asgari gelirin altındaki tüm vatandaşlarımızın sağlık hakkından yararlanabilmeleri için primlerinin devlet tarafından karşılanmasının gerçekçi bir öneri olduğu ortaya çıkmaktadır. GSS priminin asgari gelirin altında geliri olan tüm nüfus için devlet tarafından karşılanması durumunda tahakkuk eden 7.330.016.849 TL kadar bir ek kamu gideri düşünülmesi gerekecektir. Bu miktar muhtemelen, örneğin emeklilik sistemindeki açığı kapatmak üzere transfer edilmeseydi, 2013 yılındaki GSS Fonu'ndaki 12.831.851.667 TL varlık bunu karşılayabilecek düzeydeydi.

Tüm sağlık giderlerinin devlet tarafından vergiler yoluyla karşılanması için, Sayıştay'ın SGK 2013 raporunda yer verilen GSS Fon gelirlerine bakılınca anlaşılacağı gibi (Bkz. Tablo 5) GSS Fonu'nda varlık birikmemesi (gelir gider dengesi olması) durumunda, 47 milyar TL giderin tümünün devlet tarafından karşılanması gerekmektedir. Hâlihazırda devlet genel gelirlerinden 19 milyar TL prim ve katılım payını GSS Fonu'na ödemektedir (Bkz. Tablo 5). Dolayısıyla ek 28 milyar TL'nin daha devletin genel bütçesinden çıkması durumunda, sağlık harcamaları tümüyle vergilerden karşılanabilecektir. Vergi temelli finansman modeli finansman ile erişimi tümüyle birbirinden ayırttığı için sağlık hizmetlerine erişimini tüm yurttaşlar hatta Türkiye'de ikâmet eden herkes için eşitleme olanağı sağlayabilecektir. Ancak sağlık hizmetlerinin finansmanında gerçekleştirilecek böylesi bir dönüşümün gelir dağılımı üzerinde düzeltici bir etki yapabilmesi ve hakkaniyetli bir finansman modeli oluşturabilmesi ise dolaylı vergilerin toplam vergi gelirleri içindeki oranını azaltacak ve artan oranlı vergilendirmeyi tesis edecek bir vergi reformu ile birlikte olanaklı görünmektedir.

Son olarak, bu çalışmada ve sağlık harcamaları üzerine gerçekleştirilen diğer tüm çalışmalarda, günümüzde kamunun sağlık alanında gerçekleştirdiği kamu-özel ortaklığı yatırımlarının görülemediği not edilmelidir. Kamunun doğrudan harcama yapmadığı ancak, örneğin arazi tahsisi yolu ile kaynak aktardığı bu projelerin de sağlığa ayrılan kaynaklar olarak değerlendirilmesi ve bu projelerin uzun dönemli maliyet etkinliğinin incelenmesi önemli görünmektedir.

Kaynaklar

- Abel-Smith, B., Mossialos, E.** (1994). Cost containment and health care reform: a study of the European Union. *Health Policy*, 28(2), 89-132.
- Ağartan, T. I.** (2012). Marketization and universalism: crafting the right balance in the Turkish healthcare system. *Current Sociology*, 60(4), 456-471.
- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı** (2016) *Faaliyet raporu*, Ankara.
- Arslanhan Memiş, S.** (2012) *Son Dönemdeki Sağlık Harcamalarının Analizi. Değerlendirme notu, Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı*, Ankara.
- Aydın, E.** (2002). *Türkiye'de sağlık teşkilatlanması tarihi (The history of health organisation in Turkey)*. Ankara: Naturel Yayınları.
- Başbakanlık** (2007) *Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Tasarısı Gereğesi*, Ankara.
- Belek, İ.** (2012). *Sağlıkta Dönüşüm: Halkın Sağlığına Emperyalist Saldırı*, Yazılama Yayınları, İstanbul.
- Blank, R. H., Burau, V.** (2010). *Comparative health policy*. Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Deppe, H. U.** (2011) *Sağlık Hizmetlerinin Doğası: Metaleştirilmeye*

Karşı Dayanışma, İçinde: Panitch, L. ve Leys, C., (Ed.) Kapitalizmde Sağlık/Sağlıksızlık Semptomları. Yordam Kitap, İstanbul.

Dünya Sağlık Örgütü (2000) *Health Systems: Improving Performance, The World Health Report*, World Health Organization, Cenevre.

Erus, B., Aktakke, N. (2010) *Impact of Healthcare Reforms on Out-of-pocket Health Expenditures in Turkey for Public Insurees*, Economic Research Forum, Kahire.

Hamzaoğlu, O. (2013). *Türkiye'de sağlık harcamalarının kaynağı ve Sağlık Bakanlığı 2014 yılı bütçe sunumu*. *Toplum ve Hekim*, 28(6), 459-465.

Kalkınma Bakanlığı (2000) *Ekonomik ve sosyal göstergeler*, Ankara.

Kalkınma Bakanlığı (2016) *Temel ekonomik göstergeler*, Ankara.

Kılıçaslan, A. Kılıçaslan, Z. (2013) *Aşırı Tam ve Tedavi, Osman Elbek (der.) Kapitalizm Sağlığa Zararlıdır, Hayy Kitap*, s. 177-192, İstanbul.

Mackintosh, M., Koivusalo, M. (2005). *Commercialization of healthcare: global and local dynamics and policy responses*. Hampshire and New York: Palgrave Macmillan.

Maliye Bakanlığı Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü (2017) *Bütçe Gereçekleri*, Ankara.

Maliye Bakanlığı Muhasebat Genel Müdürlüğü (2017) *Genel Bütçe İstatistikleri, Bütçe Gider Tabloları (2006-2015)*, Ankara.

Moran, M. (1999) *Governing the Health Care State: A Comparative Study of the United Kingdom, the United States and Germany*, Manchester University Press, Manchester ve New York.

OECD (2017) *Health Statistics*, www.oecd-library.org, OECD, Paris

OECD Dünya Bankası (2008) *Turkey. OECD Reviews of Health Systems*.

Rosen, G. (1993). *A history of public health*. Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press.

Sağlık Bakanlığı (2003) *Sağlıkta Dönüşüm Programı*, Ankara.

Sağlık Bakanlığı (2013) *Sağlık İstatistikleri Yıllığı*, Ankara.

Sağlık Bakanlığı (2014) *2013 Yılı Faaliyet Raporu*, Ankara.

SGK (2010) *Primsiz Ödemeler Genel Müdürlüğü Aralık ayı istatistik bülteni*. Ankara.

Sayıştay (2013) *Sosyal Güvenlik Kurumu Raporu*. Ankara.

SGK (2013) *Mersin Milletvekili Ali Öz'e ait (7/33524) esas numaralı soru önergesine yazılı yanıt*, Ankara.

SGK (2014) *Nisan ayı istatistik bilgileri*. Ankara.

SGK (2017a) *Devredilen Kurum İstatistikleri*, Ankara.

SGK (2017b) *Primsiz Ödemeler İstatistikleri (1995-2005)*, Ankara.

Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü (2011) *Faaliyet raporu*, Ankara.

Sönmez, M. (2011) *Paran Kadar Sağlık: Türkiye'de Sağlıkın Ticarileşmesi*. İstanbul, Yordam Kitap.

Sulku, S. N., Bernard, D. M. (2009) *Financial Burden of Health Care Expenditures in Turkey: 2002-2003*, Agency for Healthcare Research and Quality, Münih.

TÜİK (2010) *Haber Bülteni*, Sayı: 29, 22 Şubat 2010, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, Ankara.

TÜİK (2017a) *Sağlık Harcamaları İstatistikleri, Sağlık ve Sosyal Koruma İstatistikleri veri tabanı*, Ankara.

TÜİK (2017b) *Genel nüfus sayımları*, Ankara.

Wessen, A. F. (1999). *Structural differences and healthcare reform. In Healthcare systems in transition: an international perspective (pp. 369-392)*. Thousand Oaks, London and New Delhi: Sage Publications.

Yılmaz, V. (2013) *Changing origins of inequalities in access to health care services in Turkey: From occupational status to income*, *New Perspectives on Turkey*, no. 48, 53-75.