

Türkiye Sağlık Harcamalarının Analizi ve Sağlık Harcama Düzeyinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi

Analysis of Turkish Health Expenditures and Evaluation of its Adequate Level

Yusuf ÇELİK*

ÖZET

Bu çalışmada, geçmiş yıllarda gerçekleşen Türk sağlık harcamalarının analizi diğer ülke ve ülke gruplarının sağlık harcamaları ile karşılaştırmalı olarak analiz edilmiştir. Temel amaç sadece sağlık harcamalarının karşılaştırmasını yapmak değil aynı zamanda en uygun sağlık harcama düzeyinin ne olduğu sorusunun cevabını yanıtlamaya çalışmaktır. Ülkelerarası kişi başı sağlık harcamaları kıyaslandığı zaman ülkeler arası farklılıkların çok büyük olduğu ve bazı ülkelerin GSYH'nın %1'ini bazılarının ise %10'dan daha fazlasını sağlık hizmetleri için harcadıklarını görebilmekteyiz. Yine ülkelerarası kıyaslamalarda ülke sağlık statüleri ile sağlık harcamaları arasında doğrudan bir ilişki olmadığı da son derece açıktır. Bu durumda en uygun sağlık harcama düzeyine karar vermede, *benzer ülkeler yaklaşımı, politik ekonomi yaklaşımı, üretim fonksiyonu yaklaşımı ve bütçe yaklaşımı* sağlık politikacılarının kullanabilecekleri araçlar arasında yer almaktadır. Ancak her aracın kullanılabilirliği, avantaj ve dezavantajları ülkeden ülkeye farklılık gösterebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Türkiye, sağlık harcaması, sağlık harcamalarının uygunluğu

ABSTRACT

In this study, Turkish health expenditures occurring in the previous years were analyzed by comparing its level with other countries' and country groups' health expenditures. The main purposes were set as comparing the level of Turkish health expenditures and as answering the question 'what is the adequate level of health expenditure in a country'. When compared the per capita health expenditures of countries, it can be observed that the differences between countries were very much and some countries spent 1% of their Gross Domestic Product (GDP) for health services while some spent more than 10%. According to country comparisons, it is also clear that there is no direct relationship between the level of health status and health expenditure. In this case, peer pressure approach, political economy approach, production function approach and budget approach were the tools that health policy makers might use in determining the adequate level of health expenditures. However, the usefulness, advantages and disadvantages of each tool differs according to countries.

Key Words: Turkey, health expenditure, adequate level of health expenditure

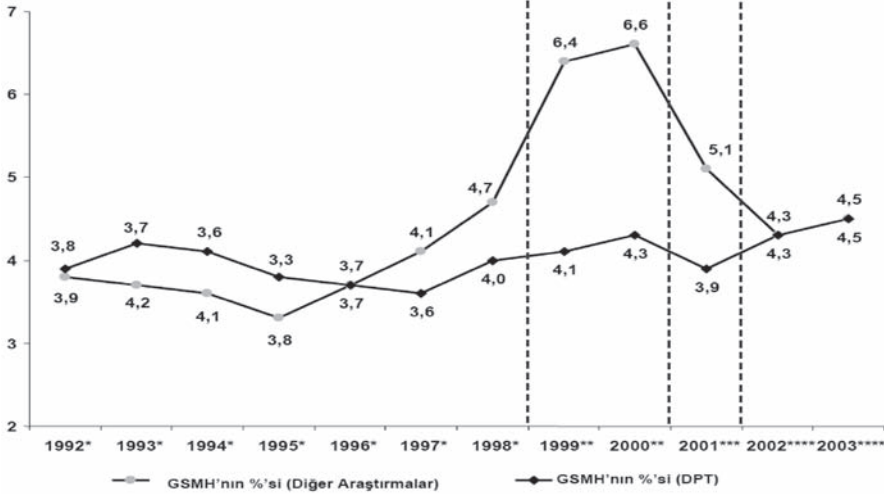
* Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık İdaresi Bölümü, yucelik@hacettepe.edu.tr

I- TÜRKİYE’DE SAĞLIK HARCAMALARININ DÜZEYİ NEDİR?

Türkiye’de veri toplamada farklı zamanlarda kullanılan farklı yöntemler nedeniyle sağlık harcamalarının zaman içinde ve diğer ülkelerle karşılaştırılması kolay olmamaktadır. Ayrıca, Türkiye’de yıllardan beri, sağlık harcamalarının ne olduğu ve farklı kaynaklardan elde edilen sonuçların karşılaştırılabilirliği konusundaki tartışmalar devam etmektedir. Bu tartışmaları biraz olsun ortadan kaldırmak için ilk Ulusal Sağlık Hesapları çalışması 1999 ve 2000 yılları için yapılmıştır. Bu çalışmada, diğer OECD üyesi ülkeler tarafından da kullanılan Sağlık Hesapları Sistemi (SHS) metodolojisi kullanılmıştır. Çalışma gerek sağlık harcamalarının gerçek düzeyini gerekse Türkiye ile diğer ülkelerin sağlık harcamaları açısından karşılaştırılmasını sağlamak açısından önemli bir zemin oluşturmuştur. 2001 yılı ve sonrası Türk sağlık harcamaları ise Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından toplanmakta ve raporlanmaktadır. Ayrıca, yıllardan beri Devlet Planlama Teşkilatı da (DPT) bu konuda veri toplamakta ve yayınlamaktadır. Farklı dönemlerde farklı kaynaklar ve veri toplama yöntemleri kullanılarak elde edilen veriler bir gra.kte (Şekil 2) karşılaştırıldığında sonuçların ne kadar farklı olduğu görülebilecektir. Böyle bir durumda sağlık sektörü ve politikaları ile ilgili doğru ve yerinde kararlar vermek mümkün değildir.

Şekil 1, toplam sağlık harcaması tahminlerinin nasıl farklılaştığını göstermektedir. DPT ve Sağlık Bakanlığı tahminlerinde, kamu sağlık harcamalarının doğru olarak tahmin edilmesine karşılık özel harcamaların boyutunun (örneğin cepten yapılan ödemeler) yeterince yansıtılmamış olması mümkündür. Bu durum, kısmen, SHS çerçevesi kullanılarak tahmin edilen sağlık harcamalarının neden Türkiye’nin geleceksel ve resmi istatistiklerinden daha yüksek olduğunu açıklayabilir. SHS çerçevesinin geniş kapsamı (Örneğin USH çalışması özel sektör, belediyeler, dernek ve vakıflar, cepten yapılan harcamalar gibi diğer çalışmalar tarafından ayrıntılı olarak ele alınmayan sağlık harcamalarını da kapsamıştır.) ve verilerin uluslararası karşılaştırılabilirliği nedeniyle, analizimizi USH çalışmalarında üretilen veriler üzerinde odaklandıracağız. Ancak bu durum, diğer resmi ve bağımsız çalışmaların katkı ve yararlarını ortadan kaldırmamaktadır.

Şekil 1. Toplam Sağlık Harcamalarının Düzeyi (GSMH yüzdesi olarak) ile İlgili Farklı Tahminlerin Sonuçları



*1992-1998 için Sağlık Bakanlığı, **1999-2000 için USH, ***2001 için Dünya Bankası ve ****2002-2003 için DPT.

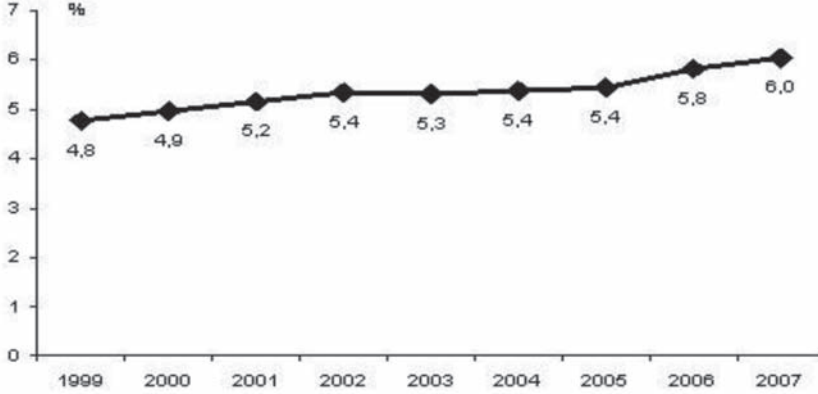
Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 1997; 2001a; 2001b. Kartal vd., 2004.

State Planning Organization, 2005 (www.dpt.gov.tr)

World Bank, 2003b.

Şekil 1’de karşılaşılan durumu ortadan kaldırmak amacıyla, DPT, TÜİK ve Sağlık Bakanlığı arasında kurulan bir koordinasyon mekanizması ile farklı kurumlar tarafından farklı bir şekilde yayınlanmakta olan sağlık harcamaları istatistikleri konusunda bir standardın oluşturulması kararlaştırılmış ve sağlık harcama istatistiklerinin üretilmesinde TÜİK’e yardımcı olunmasına ve TÜİK tarafından raporlanan istatistiklerin diğer kurumlar tarafından kullanılmasına ve farklı uluslararası kuruluşlara da aynı istatistiklerin gönderilmesine karar verilmiştir. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğünce, 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. Buna göre 1999-2007 yılları arasında GSYH içindeki oranına göre Türkiye sağlık harcamalarının gelişimi Şekil 2’de gösterilmiştir.

Şekil 2. Toplam Sağlık Harcamasının (TSH) Gayri Sa. Yurtiçi Hasılaya (GSYH) Oranı



Kaynak: T.C. Başbakanlık, Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni, Sayı: 29, 22 Şubat 2010

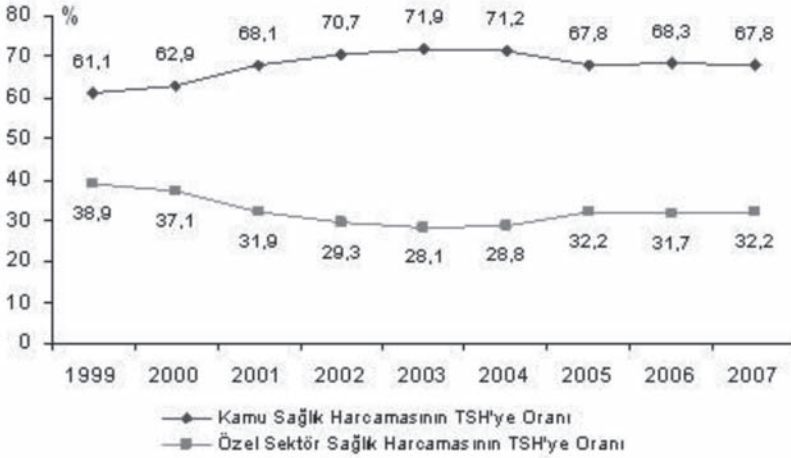
1999 yılında %4,8 olarak gerçekleşen TSH'nin GSYH'ye oranı, 2007 yılı itibariyle %6'ya yükselmiştir. 1999 yılında kişi başına sağlık harcaması 78,7 TL (186 ABD\$) iken, 2007 yılı kişi başı sağlık harcaması 724,6 TL (553 ABD\$) olarak gerçekleşmiştir.

SHS çerçevesinin geniş kapsamı (Örneğin USH çalışması özel sektör, belediyeler, dernek ve vakıflar, cepten yapılan harcamalar gibi diğer çalışmalar tarafından ayrıntılı olarak ele alınmayan sağlık harcamalarını da kapsamıştır.) ve verilerin uluslararası karşılaştırılabilirliği nedeniyle, yapılacak olan karşılaştırmalarda TUİK tarafından yayınlanan verilerin kullanılması daha doğru olacaktır.

Toplam sağlık harcamaları içinde kamunun ve özel sektörün payını bilmek kadar, özel sağlık harcamaları için de cepten yapılan harcamaların oranını bilmek son derece önemlidir. Bu oranları bilmek, sosyal devlet anlayışı içinde devletin sorumluluklarını ne kadar yerine getirmekte olduğunu ortaya koymada önemli olmakla birlikte, önümüzdeki dönemlerde sağlık sektörünün kamuya olacak yükünü tahmin etmekte de son derece önemlidir. Ayrıca, bireylerin fakirliğini artırmada önemli olduğu tartışılmakta olan cepten yapılan sağlık harcamalarının (Xu vd. 2003: 111-117; Xu vd. 2005: 4; WHO 2002: 186; Carrin vd. 2005: 5) ne boyutta olduğunu ve kimlerin daha fazla cepten harcama yaptığını bil-

mek de son derece önemli konulardır. Toplam sağlık harcamaları içinde kamunun ve cepten yapılan sağlık harcamalarının payı Şekil 3 ve 4’de gösterilmiştir.

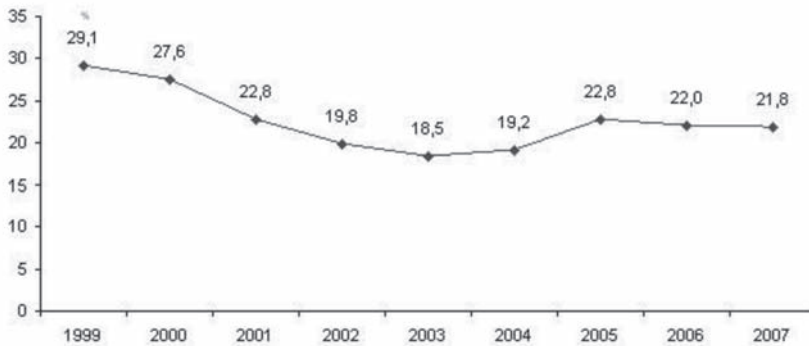
Şekil 3. Kamu Sağlık Harcaması ve Özel Sektör Sağlık Harcamasının TSH'ye Oranı



Kaynak: T.C. Başbakanlık, Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni, Sayı: 29, 22 Şubat 2010

1999 yılında TSH'nin %61,1'i kamu tarafından, %38,9'u özel sektör tarafından gerçekleştirilirken, 2007 yılında bu oranlar sırasıyla %67,8 ve %32,2 olmuştur.

Şekil 4. Cepten Yapılan Sağlık Harcamasının TSH'ye Oranı



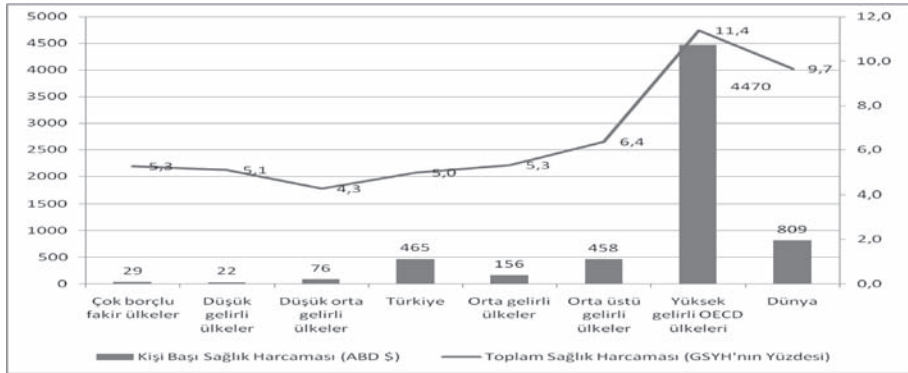
Kaynak: T.C. Başbakanlık, Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni, Sayı: 29, 22 Şubat 2010

1999 yılından 2007 yılına kadar ki süreçte, cepten yapılan sağlık harcamalarının TSH içindeki oranı 7,3'lük bir düşüş göstererek %21,8 olarak hesaplanmıştır.

II- DİĞER ÜLKELERLE KARŞILAŞTIRILDIĞINDA TÜRKİYE SAĞLIK HARCAMALARININ DÜZEYİ NEDİR?

Bir ülkenin sağlık harcama seviyesini belirleyen çok farklı unsur vardır. Ancak bunlar arasında bir ülkenin gelir seviyesi ve çözmek zorunda olduğu sağlık sorunları çok önemlidir. Bu bağlamda bir ülkenin sağlık harcama seviyesinin ne kadar uygun olduğunu değerlendirmek için aynı gelir grubunda ve coğrafyada olan diğer ülkelerle karşılaştırmak son derece önemlidir. Dünya Bankası veri bankasından yararlanılarak 2007 yılı için Türkiye sağlık harcaması düzeyi (kişi başı ve GSYH yüzdesi olarak), aynı gelir grubunda ve coğrafyada yer alan ülkelerle karşılaştırıldığında durumunun ne olduğu Şekil 5 ve Şekil 6'da gösterilmiştir.

Şekil 5. Gelir Gruplarına Göre Ülkelerin Kişi Başına ve GSYH Yüzdesi Olarak Sağlık Harcama Düzeyleri



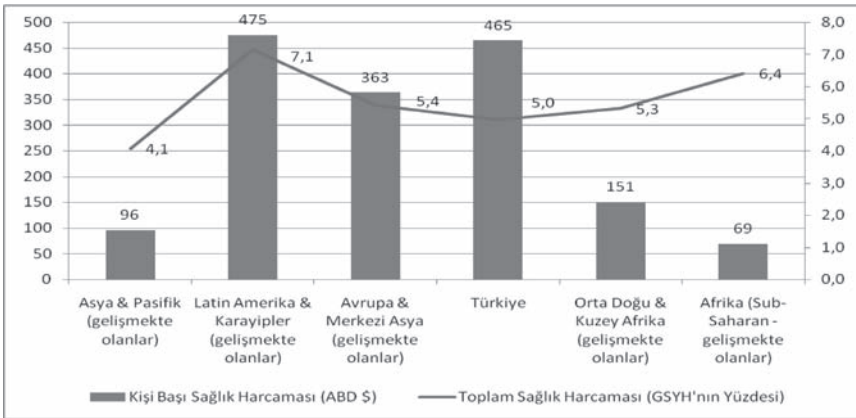
Kaynak: <http://www.worldbank.org>

Şekil 5'de açık bir şekilde görüldüğü üzere bir ülkenin gelir seviyesi ile gerek kişi başına olsun gerekse de GSYH yüzdesi olarak olsun

sağlık harcama düzeyi arasında önemli bir ilişki vardır. Gelir düzeyi yüksek olan ülkeler sağlık hizmetlerine daha fazla harcama yapma eğilimine sahiptirler. Eğer Türkiye'nin orta gelirli diğer ülkeler grubunda olduğu gerçeği göz önüne alınırsa, GSYH'nin yüzdesi olarak (2007 yılı için %5) gerek dünya ortalamasından gerekse de orta ve orta üstü gelirli diğer ülkelerden daha az harcama düzeyine sahip olduğu görülecektir. Ancak, TÜİK tarafından 2007 yılı için yayınlanan oranın %6 olduğu göz önüne alınırsa Türkiye'nin orta üstü gelirli ülkeler ortalamasına yakın bir sağlık harcama düzeyine sahip olduğu söylenebilir. Buna göre, 2007 yılında Türkiye'de kişi başına düşen sağlık harcaması orta gelirli ülkelerin yaklaşık 3 katı düzeyindedir.

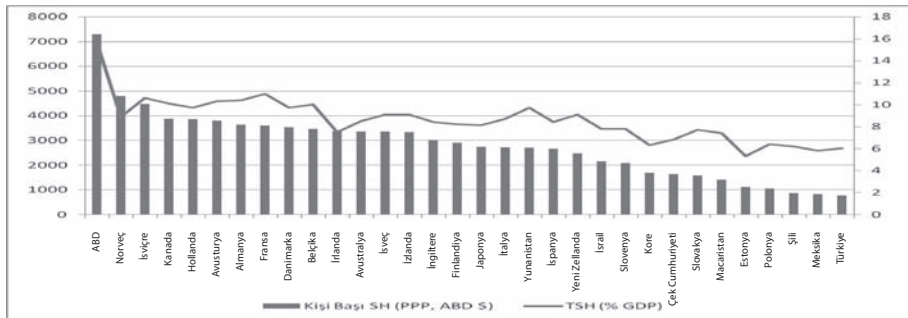
Türkiye, coğrafya olarak Avrupa, Merkezi Asya ve Orta Doğu ülkeleri arasında yer almaktadır. Sağlık sorunlarının da her ne kadar her zaman doğrusal olmasa da benzer olması ve sağlık harcama düzeylerinin yakın olması beklenir. Ancak, gelişmişlik ve gelir düzeyinin sağlık harcama seviyesinin şekillenmesinde çok daha önemli olduğunun belirtilmesi faydalı olmakla birlikte, Türkiye'nin coğrafi olarak kendine çok daha yakın ülkelerden ziyade coğrafi olarak çok daha uzakta olan gelişmekte olan Latin Amerika ülkeleri ile benzer kişi başına ortalama sağlık harcama düzeyine sahip olduğu görülmektedir.

Şekil 6. Bölge Gruplarına Göre Ülkelerin Kişi Başına ve GSYH Yüzdesi Olarak Sağlık Harcama Düzeyleri



OECD ülkelerinin kişi başı ve GSYH yüzdesi olarak sağlık harcamaları düzeylerine bakıldığında, Türkiye kişi başı sağlık harcaması satın alma gücü paritesine göre 767 ABD Doları olarak en düşük ülkedir. Kişi başına sağlık harcaması olarak Türkiye'ye en yakın fakat daha yüksek olan Meksika, Şili ve Polonya'dır. Ancak GSYH yüzdesi olarak Türkiye sağlık hizmetlerine Meksika ve Estonya'dan daha fazla kaynak ayırırken Kore, Polonya ve Şili'ye benzer oranlarda sağlık hizmetleri için harcama gerçekleştirmektedir. Her ne kadar bütün OECD ülkeleri için doğru olmasa da gelir ve gelişmişlik düzeyi daha yüksek olan OECD ülkeleri arasında da sağlık hizmetlerine daha fazla harcama yapma eğilimi vardır (Şekil 7).

Şekil 7. OECD Ülkelerinin Kişi Başına ve GSYH Yüzdesi Olarak Sağlık Harcama Düzeyleri



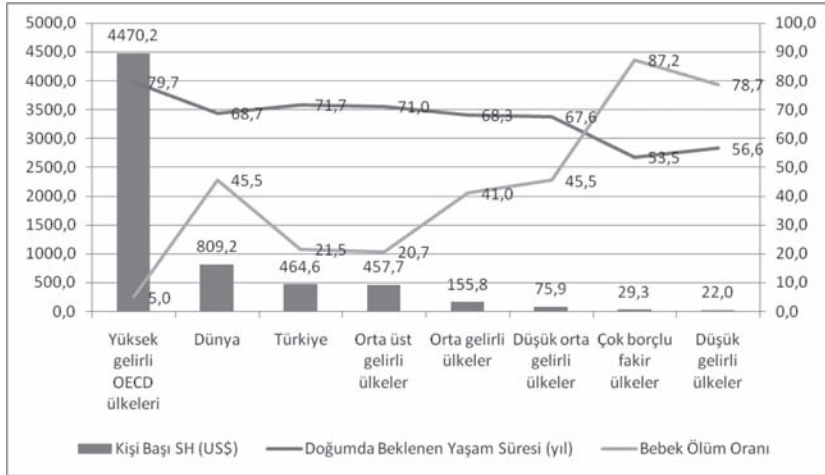
Kaynak: <http://www.oecd.org>

III- SAĞLIK HARCAMALARI ÜLKENİN SAĞLIK STATÜSÜNE YANSIMAKTA MIDIR?

Yapılan sağlık harcamalarının istenilen yönde ülke sağlık statüsüne etkide bulunup bulunmadığını görmek açısından sağlık harcamaları ile ülke sağlık statülerinin karşılaştırılması önemlidir. Hem gelir hem de bölge gruplarına göre ülkelerin kişi başına sağlık harcamaları ile doğumda beklenen yaşam süresi ve bebek ölüm oranları Şekil 8 ve 9'da karşılaştırılmıştır. Şekil 8'e bakıldığında yüksek gelirli OECD ülkelerinin en düşük bebek ölüm oranı ve en yüksek doğumda beklenen yaşam süresi ve kişi başına sağlık harcaması olan ülke grubu olduğu görüle-

cektir. Çok borçlu fakir ülkeler ve düşük gelirli ülkelerde ise sağlık statüsü göstergelerinin son derece kötü olduğu (doğumda beklenen yaşam süreleri düşük, bebek ölüm oranları yüksek) gibi kişi başı sağlık harcamaları da en düşük düzeydedir (20-30 ABD \$). Dünya ortalamasının altında bir kişi başı sağlık harcamasına sahip olan Türkiye'nin, diğer gelir grubunda yer alan ülkelerle karşılaştırıldığında en yüksek kişi başına sağlık harcamasına sahip iken, hem doğumda beklenen yaşam süresi hem de bebek ölüm oranı açısından orta üst ve orta gelirli ülkelerle aynı seviyede olduğu görülmektedir. Ancak, ülke sağlık statüsü göstergelerinin sadece sağlık harcamalarından değil eğitim, yoksulluk, yeterli beslenme ve gelişmenin diğer önemli unsurları ile de yakından ilişkili olduğu gerçeği göz önüne alınmalıdır. Ancak yine de sağlık harcamaları ile olumlu sağlık göstergeleri arasında önemli bir ilişkinin olduğu da bilinmelidir.

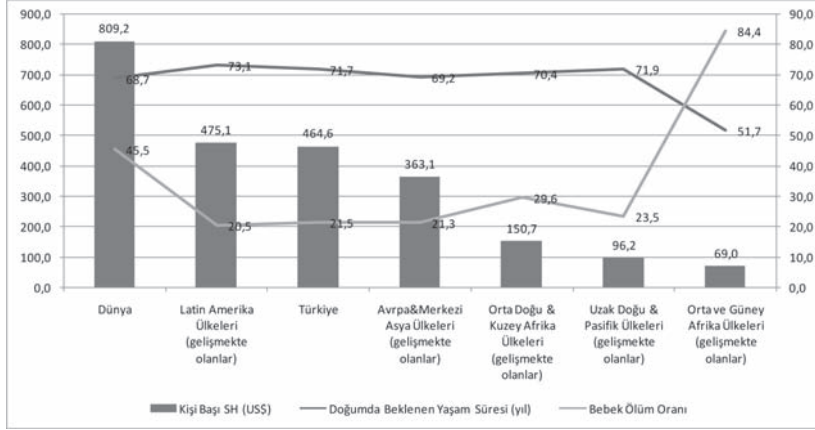
Şekil 8. Gelir Gruplarına Göre Ülkelerin Kişi Başına Sağlık Harcama Düzeyleri ve Sağlık Statüsü Göstergeleri



Kaynak: <http://www.worldbank.org>

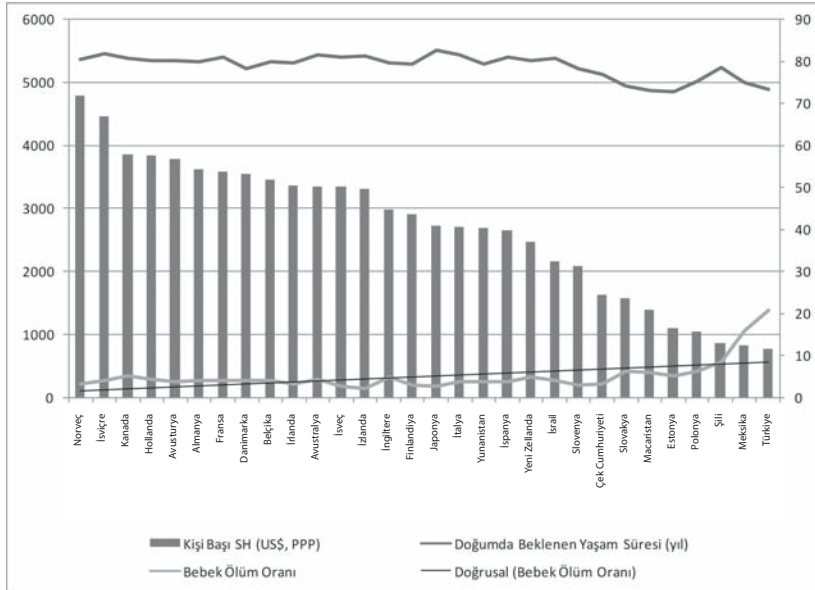
Sadece gelişmekte olan ülkeler ve buldukları bölge grupları dikkate alınarak bir karşılaştırma yapıldığında ise, Türkiye'nin Latin Amerika'da bulunan ve gelişmekte olan ülkelerle benzer bir kişi başına harcama düzeyi ve sağlık statüsü göstergelerine sahip olduğu görülmektedir (Şekil 9).

Şekil 9. Bölge Gruplarına Göre Ülkelerin Kişi Başına Sağlık Harcama Düzeyleri ve Sağlık Statüsü Göstergeleri



Kaynak: <http://www.worldbank.org>

Şekil 10. OECD Ülkelerinin Kişi Başına Sağlık Harcama Düzeyi ve Sağlık Statüsü Göstergeleri



Kaynak: <http://www.oecd.org>

Not: ABD ve Kore için 2007 yılı bebek ölüm oranı bilinmediği için grafikte bu ülkelere yer verilmemiştir.

Kişi başına yapılan sağlık harcamaları ve sağlık statüsü göstergeleri açısından OECD ülkeleri kendi aralarında karşılaştırıldığı zaman maalesef Türkiye'nin kişi başına sağlık harcaması düzeyinin en düşük ve sağlık statüsü göstergelerinden bebek ölüm oranının en yüksek (binde 20.7) ve doğumda beklenen yaşam süresinin en kötü ikinci sırada (Estonya 72.9 yıl, Türkiye 73.4 yıl) olduğu görülmüştür. Karşılaştırmalarda kullanılan veri seti 2007 yılına ait olduğu için özellikle bebek ölüm oranında Türkiye'de son yıllarda görülen önemli iyileşme gösterilememiştir. Ayrıca, Şekil 10, OECD ülkeleri arasında da kişi başına düşen sağlık harcamaları ile iyi sağlık statüsü göstergeleri arasında önemli bir ilişkinin olduğuna işaret etmektedir.

IV- TÜRKİYE'DE HANGİ KURUMLAR NE KADAR VE NE İÇİN SAĞLIK HARCAMASI YAPMAKTADIR?

Türkiye'de sağlık harcamasının temel kullanım alanları nelerdir? Tablo 1'de görüldüğü üzere hastaneler, ayakta hasta hizmetleri ve tıbbi malzemeler, hem 1999 yılında hem de 2004 yılında toplam cari sağlık harcamalarının neredeyse %90'ını oluşturmaktadır. Burada üzerinde durulması gereken önemli bir nokta "tıbbi malzeme" sınıflamasının ilaçlarla birlikte tıbbi sarf ve diğer tıbbi malzemeleri de içermesidir. Bu nedenle ilaçların kesin payını ortaya koymak kolay değildir. Ayrıca yatan hasta harcamaları da ilaç harcamalarını içermektedir.

Cari harcamanın sadece çok küçük bir bölümü (2004 yılında sadece %0,8) halk sağlığı hizmetleri için yapılmıştır. Burada ortaya çıkan temel soru, Türkiye'nin hastane, ayakta hasta hizmetleri ve tıbbi malzemeler için oransal olarak yaptığı yüksek harcama düzeyi rasyonel bir seçimin mi, yoksa verimsizliğin bir göstergesi midir? Maalesef, harcama yapısı ile ilgili sağlık sonuçları gibi diğer ilgili değişkenler hakkında kapsamlı veriler olmaksızın bu soruyu cevaplandırmak mümkün görünmemektedir.

2009 yılı rakamlarına göre Türkiye'de sağlık harcaması olan kamu kurumlarının sağlık harcaması düzeyleri ve sağlık harcamalarının önemli kalemlere göre dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Fonksiyonlara Göre Dağılımı

Fonksiyonlar	1999 Yılı	%	2004 Yılı	%
Hastaneler	2.015	39,9	13.674	43,2
Evde Hemşirelik Bakımı	0	0,0	111	0,4
Ayakta Bakım Sunanlar	1.183	23,4	5.446	17,2
Perakende Satış ve Diğer Tıbbi Malz. Sunanlar	1.309	25,9	9.416	29,7
Halk Sağlığı Programlarının Sunumu ve Yönetimi	6	0,1	268	0,8
Genel Sağlık Yönetimi ve Sigorta	94	1,9	604	1,9
Diğer Endüstriler	439	8,7	2.149	6,8
TOPLAM	5.046	100,0	31.668	100,0

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu (<http://www.tuik.gov.tr>)

Tablo 4’de Sağlık Bakanlığı Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında sunulan hizmetler için Sağlık Bakanlığına ayrılan miktar ve yerel yönetimler tarafından gerçekleştirilen sağlık harcamaları yer almamasına rağmen 2009 yılı kamu sağlık harcamalarının önemli bir boyuta ulaştığı söylenebilir. 2009 yılında Türkiye nüfusunun %82,64’ünü kapsayan (SGK, 2009 İstatistik Yıllığı) Sosyal Güvenlik Kurumu, 2009 yılı kamu sağlık harcamalarının yarısından fazlasını gerçekleştirmektedir. Nüfusun önemli bir bölümünü sosyal güvence olarak kapsayan Sosyal Güvenlik Kurumunun kamu sağlık harcamalarının sadece %50’sini ödemesi şaşırtıcı gelmemelidir. Sosyal güvence ve sağlık güvencesi kavramları birbirinden farklı olup Türkiye’de sağlık güvencesine sahip olan nüfus oranı %68 civarındadır (Liu ve ark., 2005). Sağlık Bakanlığı, kamu sağlık harcaması açısından en fazla harcamaya sahip ikinci kurumdur. Sağlık Bakanlığı, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumundan ve yönlendirilmesinden temel sorumlu kuruluş olup, bütün Sağlık Bakanlığı bütçesi sağlık harcaması olarak değerlendirilmektedir. Sağlık Bakanlığına ayrılan bütçenin çok önemli bir bölümü sağlık hizmeti sunumunda rol alan birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında çalışmakta olan sağlık personeli giderlerinden oluşmaktadır.

Her ne kadar 2010 yılı itibarı ile Sosyal Güvenlik Kurumunun kapsadığı nüfus miktarında önemli değişiklikler olsa bile (2010 Ocak ayı

itibarı ile aktif devlet memurları ve bağımlılarının sağlık harcamaları da Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından izlenmeye başlanmıştır.) 2009 yılı içinde aktif devlet memurları ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerin ve yeşil kartlıların sağlık harcamaları Maliye Bakanlığı tarafından izlenmiştir ve sağlık harcaması olan kamu kurumları arasında hiç de azımsanmayacak bir orana (%16,4) sahiptir.

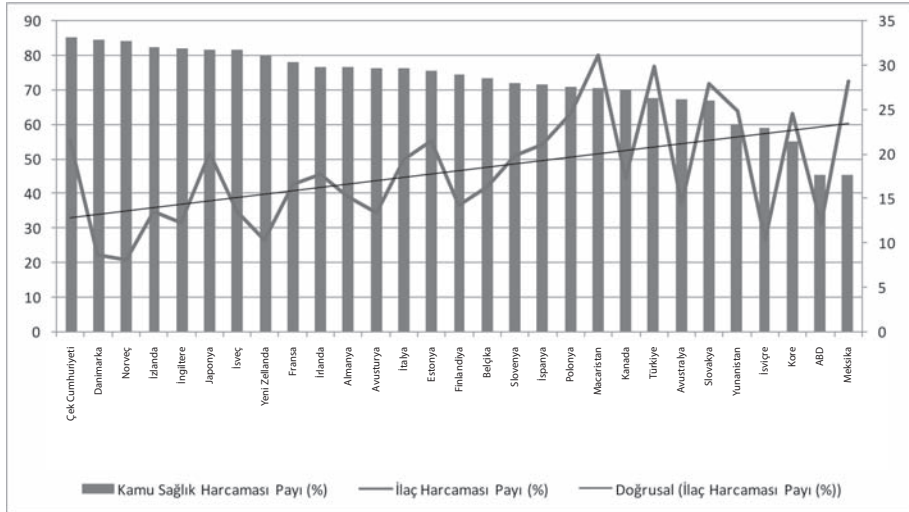
Tablo 2. *Türkiye’de 2009 Yılı Kamu Sağlık Harcamalarının Kurumlara Göre Dağılımı (Bin TL)*

Sağlık Harcaması Yapan Kamu Kurumları	Toplam		Yüzde
A) Sosyal Güvenlik Kurumu	28.811.000	100,0	54,0
İlaç	13.160.890	45,7	24,7
Tedavi	15.128.534	52,5	28,4
Diğer	521.385	1,8	1,0
B) Genel ve Katma Bütçeli Kuruluşlar	15.771.765	100,0	29,6
a) Sağlık Bakanlığı	14.705.420	93,2	27,6
İlaç ve İlaç Benzeri Ürünlerin Temini Hizmetleri	8.470	0,1	0,0
Tedavi	13.069.699	82,9	24,5
Diğer	1.627.251	10,3	3,0
b) Diğer Genel Bütçeli Kuruluşlar	111.678	0,7	0,2
c) Katma Bütçeli Kuruluşlar	954.667	6,1	1,8
C) Maliye Bakanlığı	8.775.688	100,0	16,4
Genel Tedavi ve Sağlık Malzemesi Giderleri	5.713.344	65,1	10,7
Genel İlaç Giderleri	2.799.699	31,9	5,2
Diğer	262.645	3,0	0,5
Toplam Kamu Sağlık Harcaması (A+B+C)	53.358.453		100,0

Tablo 2’de yer alan bütün kamu kurumlarının sağlık harcamaları içinde, tedavi giderlerinin (ayakta ve yatarak sunulan tedavi hizmetleri) payı en yüksektir. Ancak SGK, ilaca en fazla pay (%45,7) ayıran kurum konumundadır. Bunu da aktif devlet memurları ve bağımlıları ve yeşil kartlıların sağlık hizmetlerini finanse eden Maliye Bakanlığı izlemiştir ve toplam harcaması içinde ilacın payı %31,9 olarak gözükmektedir. Sağlık Bakanlığı harcamaları içinde ilaç harcamalarının payının az olması şaşırtıcı görülmemelidir, çünkü Sağlık Bakanlığı kurumlarında tüketilen ilaçların bedelleri ya SGK ya da Maliye Bakanlığı tarafından

Sağlık Bakanlığına ödenmektedir. Ortalama olarak toplam kamu sağlık harcamaları içinde 2009 yılı için ayakta ve yatarak tedavi hizmetlerinin payı %63,6 iken ilaç harcamalarının payı %29,9 olmuştur. Ancak bu noktada bu harcamalara cepten yapılan, yerel yönetimler eliyle gerçekleştirilen sağlık harcamaları ve birinci basamak sağlık hizmetleri için Sağlık Bakanlığına aktarılan (2010 yılı için yaklaşık 990 milyon TL) kaynakların dahil edilmediği de mutlaka göz önüne alınmalıdır. Peki bu oranlar makul düzey olarak kabul edilebilir mi?

Şekil 11. OECD Ülkeleri Arasında Toplam Sağlık Harcamaları İçinde Kamu Sağlık Harcaması ve İlaç Harcamalarının Payı (2007 Yılı)



Kaynak: <http://www.oecd.org>

Not: Türkiye ilaç harcama payı 2009 yılı içindir.

Her ne kadar bütün ülkeler için geçerli olmasa da toplam sağlık harcamaları içinde ilaç payının analizine yönelik olarak Şekil 11'e eklenen doğrusal eğilim doğrusu, bir ülkede kamu sağlık harcamalarının payı azaldıkça toplam sağlık harcamaları içinde ilaç harcamalarının oranının arttığını göstermektedir. Bu bulgu, kamu sağlık hizmetlerinden faydalanma imkânı az olan bireylerin, eğer ilaca erişim de kolay ise kendilerini ilaçla tedavi etmeye yöneldiklerinin bir işareti olarak değerlendirilebilir.

V- TÜRKİYE SAĞLIK HARCAMALARININ POLİTİK YANSIMALARI

Türkiye sağlık harcamaları miktarı ve düzeyinin yanı sıra, verimlilik ve hakkaniyet konuları da düşünüldüğünde, sağlık harcamalarını bilmek veya ne kadar olması gerektiğini tartışmak sağlık politikası için daha anlamlı hale gelecektir.

Türkiye’de genel sağlık harcaması düzeyinin uygun olmadığını – yani uluslararası karşılaştırmalara göre çok yüksek ya da çok düşük olduğunu- gösteren herhangi bir kanıt yoktur. *Türkiye GSYH’nin yaklaşık %6’sını sağlığa harcamaktadır ve bu harcama düzeyi, benzer düzeyde kişi başına GSYH’ye sahip ülkelerle uyumludur.*

Türkiye’de ilaç harcamalarında “kontrol dışı” bir maliyet artışından endişelenmek için herhangi bir neden bulunmamaktadır. Gerçekte, toplam sağlık harcaması içinde oransal olarak ilaç harcaması Türkiye’de, OECD ülkeleri ile karşılaştırıldığında, daha yüksek olmasına rağmen kişi başına ilaç harcaması OECD ortalamasından oldukça düşüktür ve bu da Türkiye’nin göreceli olarak düşük gelir düzeyi ile ilişkilidir. *Türkiye ilaç harcamalarındaki temel sorun yıllardır tartışıldığı üzere ilaç harcamalarının ve en fazla tüketilen ilaçların Türkiye’nin hastalık yükü ile paralellik arz etmemesidir.* (Liu vd. 2005:65).

Türkiye’de sağlık kaynaklarının ve ilaçların verimli bir şekilde kullanılmadığını gösteren bazı kanıtlar vardır. Hastane harcamalarının önemli bir bölümü ayakta hastalar için yapılmakta (yatan hastalar yerine) bu da birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve etkili bir sevk sisteminin kurulması ihtiyacını göstermektedir. Türkiye’deki ilaç harcamalarının yapısı, hastalık yapısı ile uyumlu değildir ve uluslararası eğilimlerle karşılaştırıldığında aşırı antibiyotik kullanımı söz konusudur. Antibiyotiklerin uygunsuz kullanımından ortaya çıkabilecek potansiyel ilaç direnci problemi düşünüldüğünde, politika belirleyicilerin rasyonel ilaç kullanımı konusunu ele alacak etkili kurumsal ve finansal mekanizmaları göz önüne almaları gerekmektedir. Bu mekanizmalar; hasta eğitim ve bilgilendirmesinin güçlendirilmesi, daha iyi klinik rehberlerin geliştirilmesi, hem tüketiciler hem de hizmet sunucularının ilaç kullanımını rasyonelleştirecek teşvikler yaratmak için

sosyal sigorta kurumlarının teminat paketini yeniden düzenlemesi gibi çeşitli politika araçlarını içerebilir.

Hane halkı verilerine dayalı olarak yapılan önceki çalışmalar, coğrafi eşitsizliklerin yanı sıra finansal erişim ve sağlık harcamalarının finansal yükü açısından da hakkaniyetsizliklerin bulunduğunu ortaya koymuştur. Yoksul insanların birçoğu ödeme güçleri olmadığı için hasta oldukları zaman hiçbir şey yapmamışlardır. Teminat paketlerine bağlı olarak, sigortalıların da sağlık hizmetlerine erişiminde farklılıkları bulunabilmektedir (SUVAK 2005). Tatar ve diğerlerinin yaptığı bir araştırmaya göre, kamuya yapılan toplam ödemelerin %62'si “formal” ve %38'i “informal” ödemeler için gerçekleşmiştir. Formal ve informal ödemelerin büyük çoğunluğunu ilaçlar oluşturmaktadır. Buna ilave olarak, toplumun en yoksul kesimini oluşturan Yeşil Kart sahipleri bile, ücretsiz olması gereken kamu kurumlarında informal ödemeler yapmak durumunda kalmaktadır. Daha da kötüsü, kamuda, kişi başına informal ödeme açısından bakıldığında yoksullar zenginlere, yaşlılar gençlere ve işsizler de çalışanlara göre daha fazla ödeme yapmıştır (Tatar vd. 2003: 8).

TARTIŞMA

Ülkelerarası kişi başı sağlık harcamaları kıyaslandığı zaman ülkelerarası farklılıkların çok büyük olduğu ve bazı ülkelerin GSYH'nın %1'ini bazılarının ise %10'dan daha fazlasını sağlık hizmetleri için harcadıklarını görebilmekteyiz. Yine ülkelerarası kıyaslamalarda ülke sağlık statüleri ile sağlık harcamaları arasında doğrudan bir ilişki olmadığı da son derece açıktır. Bu da bize, sağlık statüsünün, sağlık harcamaları ile birlikte diğer harcama türlerinin de (eğitim ve beslenme gibi) sağlık statüsünün iyileşmesinde önemli olduğunu göstermektedir. Bu durumda, “Sağlık sektörüne harcanması gereken miktar ne olmalıdır?” sorusu çok önemli olmaktadır. Çünkü bu soru sağlık politikası ile ilgili tartışmalarda çok sıklıkla gündeme gelmektedir. Yine yaygın ancak yanlış olan bir anlayış, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) ülkelerin GSYH'larının en az %5'ini sağlık hizmetleri için harcaması gerektiği konusundaki tavsiyesidir. Bu tavsiye yanlıştır çünkü böyle bir öneriyi DSÖ hiçbir zaman yapmamış ve onaylamamıştır. Çünkü böyle bir önerinin dayanacağı temeller gerçeklerden son derece uzaktır. Böyle bir

durumda bu sorunun cevabını bulmak son derece önemli hale gelmektedir. Bu sorunun anlamlı bir şekilde cevaplanabilmesi için ilave bazı soruların sorulması ve cevaplanması gereklidir (Savedoff, 2003: 2-11).

Öncelikle hangi ülkenin sağlık hizmetlerine ne kadar harcadığını söylemek, o ülkenin karşı karşıya olduğu sorunları bilmeden son derece zordur. Her ülkenin karşı karşıya kaldığı sağlık sorunları birbirinden son derece farklıdır. Bu durumda sorulması gereken diğer soru: *“Ülkenin mevcut epidemiyolojik göstergeleri göz önüne alındığında, bu ülke sağlık hizmetlerine ne kadar harcama yapmalıdır?”* olacaktır.

Ancak, sadece bir ülkenin epidemiyolojik göstergelerini bilmek, o ülkenin karşı karşıya olduğu sağlık sorunlarından hangisine öncelik vermesi gerektiği hakkında bir şeyler söyleyemeyebilir. Böyle bir durumda bazen politik bazı kararlar almak gerekebilir. O zaman sorulması gereken başka bir soru daha vardır: *“Ülkenin epidemiyolojik göstergeleri göz önüne alındığında ülkenin arzu edilen sağlık statüsü seviyesine erişmek için bu ülke sağlık hizmetlerine ne kadar harcama yapmalıdır?”*

Farklı sağlık hizmeti girdilerinin farklı etkililik düzeyine sahip olmaları nedeniyle, sadece bu soruyu cevaplamak da maalesef yeterli değildir. Mevcut teknoloji ve sahip olunan ilaç ve diğer ekipmanların kalitesiyle birlikte mevcut tıbbi personel ve halk sağlığı olanakları da sağlık statüsünü iyileştirmede farklı girdilerin etkililiğini yakından etkileyeceğinden dolayı sağlık hizmetlerine harcanması gereken kaynak miktarını da yakından etkileyecektir. Bununla birlikte, ihtiyaç duyulan kaynağın etkililiğini etkileyecek olan idari, destek ve sürdürülebilirlik ile ilgili çok farklı alternatif de söz konusudur. Böyle bir durumda bir önceki sorunun çok daha spesifik bir şekilde sorulması gerekecektir: *“Bir ülkenin arzu edilen sağlık statüsü seviyesine erişmesi için bu ülkenin epidemiyolojik göstergeleri de göz önüne alındığında ve ayrıca farklı girdilerin farklı etkililik düzeyleri de düşünüldüğünde bu ülke sağlık hizmetlerine ne kadar harcamalıdır?”*

Bir girdinin etkililik düzeyi tabii ki çok önemlidir. Ancak bu girdinin fiyat düzeyi de en az etkililik düzeyi kadar önemlidir. Ekonomisi ve pazarı büyük olan ülkeler, kitle üretim yaparak girdilerin fiyat düzeylerini aşağıya çekebilirler. Ayrıca bir ülkenin emek piyasası koşulları

ve eğitim sisteminin yapısı sağlık sektöründe kritik öneme haiz sağlık personelinin ücretlerini etkileyecektir. Bunun için sağlık hizmetlerine harcanması gereken kaynak miktarı ihtiyaç duyulan girdilerin fiyat düzeylerini de göz önüne almalıdır. O zaman sorulması gereken soru: *“Bir ülkenin arzu edilen sağlık statüsü seviyesine erişmesi için bu ülkenin epidemiyolojik göstergeleri ve mevcut fiyatları göz önünde bulundurularak alınacak olan sağlık girdilerinin etkililik düzeyleri de düşünüldüğünde bu ülke sağlık hizmetlerine ne kadar harcamalıdır?”* şeklinde olacaktır.

Ne kadar harcama yapılması gerektiği sorusu, yukarıdaki soruda bir ilave unsurun eklenmesi ile daha doğru bir şekilde cevaplanacaktır. Bir ülke, sağlık hizmetlerinin yanı sıra eğitim, altyapı ve güvenlik gibi diğer sektörleri de düşünmek zorundadır. Bunun için, sağlığın ne kadar önemli olduğu gerçeğinin yanı sıra, toplum sınırlı kaynakların ne kadar iyi kullanıldığıyla da ilgilidir. Çoğu zaman, farklı sektörlerle karşılaştırma yapıldığı zaman sağlık ve halk sağlığı hizmetlerine karşı daha yoğun bir destek olabilmektedir. Bu durumda sorulması gereken uygun soru şu şekilde olacaktır: *“Bir ülkenin arzu edilen sağlık statüsü seviyesine erişmesi için bu ülkenin epidemiyolojik göstergeleri ve mevcut fiyatları göz önünde bulundurularak alınacak olan sağlık girdilerinin etkililik düzeyleri ile birlikte bu ülkenin kaynak ayırması gereken diğer sektörlerin de durumu düşünüldüğünde bu ülke sağlık hizmetlerine ne kadar harcamalıdır?”*

“Sağlık hizmetlerine ne kadar harcama yapılması gereklidir?” gibi basit görünen bir sorunun cevaplanması için görüldüğü üzere ilave soruların sorulması ve her bir soruya doğru cevapların verilmesi gereklidir. Mevcut epidemiyolojik göstergeler, sosyal destek, sağlık girdilerinin tahsis ve teknik verimliliği, fiyat düzeyleri ve sınırlı kaynakların alternatif kullanım alanlarının bulunması gibi faktörlerin hepsi sağlık sektörüne harcanması gereken doğru harcama miktarını etkilemektedir.

Yukarıda sorulan soruların cevaplanması elbette kolay değildir. Bu konuda izlenecek ve kullanılacak bazı yaklaşımlar mevcuttur. Örneğin, benzer gelir, kültür ve epidemiyolojik göstergelere sahip ülkelere bakıp onların harcadığı kadar miktar ayırmaya karar veren *benzer ülkeler yak-*

laşımı, “Bir ülke sağlık hizmetlerine ne kadar harcama yapmalı?” sorusundan ziyade “Ülke olarak sağlık hizmetlerine niye daha fazla veya az harcama yapmalıyım?” sorusunun cevabını arayan *politik ekonomi yaklaşımı*, mevcut ve geçmişe ait verilerden hareketle sağlık girdilerinin göreceli verimliliklerini ve sağlık statüsü üzerindeki etkilerini ölçerek en uygun kaynak bileşiminden hareketle uygun kaynak miktarını belirlemeye çalışan *üretim fonksiyonu yaklaşımı* ve hangi sağlık hizmeti türünün üretimi için gerekli kaynaklara ne kadar kaynak ayrılması gerektiğini meclis çatısı altında bir bütçe dâhilinde karar veren *bütçe yaklaşımı* sağlık politikacılarının kullanabilecekleri araçlar arasında yer almaktadır. Ancak her aracın kullanılabilirliği, avantaj ve dezavantajları ülkeden ülkeye farklılık gösterebilmektedir.

Kaynakça

- Carrin, G., C. James, D. Evans (2005). *Achieving universal health coverage: Developing the health financing system. Technical briefs for policy makers*, No.1. World Health Organization, Geneva.
- Kartal, M., H. Ozbay, H.E. Eristi (2004). *SHA-based Health Accounts in Thirteen OECD Countries: Country Studies Turkey-National Health Accounts 2000*. OECD Health Technical Papers No. 13, Paris, France.
- Liu, Y., Y. Çelik, B. Şahin (2005). *Türkiye’de Sağlık ve İlaç Harcamaları*. SUVAK, Eylül.
- OECD (2011). <http://www.oecd.org> (15.02.2011)
- Sağlık Bakanlığı (1997). *Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996*. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2001a). *Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1997*. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2001b). *Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1998*. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.
- State Planning Organization (2005). *1950-2005 Social Indicators*. (www.dpt.gov.tr)
- T.C. Başbakanlık, *Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni*, Sayı : 29, 22 Şubat 2010
- Tatar, M., H. Özgen, B. Şahin, P. Belli, P. Berman (2003). *Informal Payments in The Health Sector: A Case Study from Turkey*. MEMIO. Harvard School of Public Health and Hacettepe University School of Health Administration.

William Savedoff. (2003) *How Much Should Countries Spend on Health?* WHO. Geneva,

World Bank (2011). www.worldbank.org (14.02.2011)

World Bank (2003b). *Turkey Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency (in Two Volumes)*, Volume 2: Main Report. World Bank 2011. <http://www.worldbank.org>

World Health Organization (2002). *Funding health care: options for Europe* (ed. Mossialos E, Dixon A, Figueras J, Kutzin J). European Observatory on Health Care Systems Series. Open

University Press: Buckingham, Philadelphia.

Xu K., DB. Evans, G. Carrin, Rivera AM Aguilar (2005). *Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure*, Technical Briefs for Policy-Makers, No.2, World Health Organization, Geneva.

Xu K., DB. Evans, K. Kawabata, R. Zeramdini, J. Klavus, CJL Murray (2003). Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet* 2003; 362: 111–17.