

AKP'Lİ YILLARDA SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI: Cepten Devlete, Devletten Patrona

Onur HAMZAOĞLU*

Öz: Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanında AKP'den önce hâkim olan genel bütçe ve kamu sigortası modeli iken, 2008 yılından itibaren, genel sağlık sigortası adı altında "neoliberal kamu sigortacılığı" modeline geçilmiştir. Seksenli yılların sonunda Dünya Bankası tarafından tüm ülkelerde var olduğu tanımlanan "sağlık krizi"nin çözümü için önerilen bu sağlık hizmetleri finansman modelinin, kendinden menkul bu sorunun çözümü için tek reçete olduğu ilân edilmişti. Nüfusun tümünü kapsama ve kamu sigorta kurumları arasında hizmet sunumundaki "eşitsizlikleri" ortadan kaldırma iddiası ile Haziran 2003 tarihinde AKP Hükümeti tarafından gündeme getirilen Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın da temel bileşeni olan bu modelin uygulanması ile 15 yılın sonunda, devlet, sağlık hizmetleri alanındaki finansal sorumluluklarının büyük bölümünü halkın üzerine yüklemiştir. Sağlık hizmetlerinin finansmanında kişilerin payı yıllar içinde sürekli olarak artarken, devletin payı azalmıştır. Bununla birlikte, oluşturulan fon sağlık alanında özel hastaneleri, teşvik etmek için kayıncı bir biçimde kullanılır hâle getirilmiştir.

Anahtar sözcükler: Türkiye, Adalet ve Kalkınma Partisi, sağlık harcamaları, sağlık hizmetlerinin finansmanı, genel sağlık sigortası

Financing of Health Services Under AKP From Pocket to State, from State to Bosses

Abstract: Before the AKP (Party for Justice and Development) the dominant model in financing health services was based on general budget and public insurance. Starting from 2008, however, there was a transition to "neoliberal public insurance" model presented as national health insurance. Towards the end of the 80's the World Bank declared this model as the only recipe for solving the "health crisis" assumed to be in existence in all countries. The model was also one of the main components of the Transformation in Health Programme launched in June 2003 by the AKP Government alleging that it would cover the whole population and eliminate "inequalities" in service delivery. 15 years after the introduction of the model the State shifted a large part of its financial responsibilities in health to the shoulders of the people. While the share of individual citizens in financing health services continuously increased that of the State shrunk. Along with this, the fund that was created is increasingly used in biased ways to encourage private health facilities.

Key words: Turkey, Party for Justice and Development, health spending, financing of health services, national health insurance

1. Sağlık hizmetlerinin finansman modelleri

Sağlık sistemleri genel olarak emek gücü, örgütlenme ve finansman başta olmak üzere, üç temel başlık altında incelenmektedir. Diğer bir ifadeyle, sağlık sistemleri üç temel bileşenden oluşmaktadır. Bu üç bileşenin her biri de özelliklerine göre kendi içlerinde ayrıca gruplandırılmaktadır. Örneğin sağlık hizmetlerinin finansmanında, gerçekleştirilen sağlık harcamalarının kaynağı dikkate alındığında, üç farklı modelin varlığı görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı için herhangi bir biçimde kaynak ayrılmayıp, kişilerin kendileri tarafından karşılanması "Kaynak Yok" olarak adlandırılmaktadır. Bu finansman modelinde yurttaşların, kullandıkları her bir hizmet karşılığında ceplerinden harcama yapması gerekir ya da ancak ceplerindeki parayla satın alabildikleri kadar sağlık hizmetine ulaşabilir. İkincisi, "Genel Bütçe"dir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı hükümet ve/veya yerel yönetimler aracılığı

ile genel bütçeden karşılanır (Beveridge Modeli). Üçüncüsü ise "Sağlık Sigortası"dır. Sağlık sigortası, gelecekteki sağlık risklerine karşı bir ön ödeme planıdır. Kamu ve özel sağlık sigortası olmak üzere, birbirinden farklı iki tipi vardır. Kamu sağlık sigortası (Bismarck Modeli); genellikle toplumun belirli bir gelir düzeyinin altındakiler için zorunludur. Düzenli aylık geliri olanları (çalışanları) kapsar. Gelire orantılı prim ödenir ve prim miktarı sağlık riskleriyle ilişkisizdir. Yatırılan primin miktarına bakılmaksızın kamu sigorta kapsamındaki herkes sunulan bütün hizmetlerden yararlanabilir. Kamu sigorta kurumunun kendisi sağlık hizmeti sunabilir (direkt sistem), sağlık hizmetini satın alabilir (indirekt sistem) ya da hem sağlık hizmeti üretip, hem de sağlık hizmetini üreten kamu ya/ya da özel sağlık kurumlarından satın alabilir (karma sistem). Kişi çalıştığı-primi kesildiği (ödediği) sürece sağlık hizmeti kapsamındadır.

*Prof. Dr., Kocaeli Dayanışma Akademisi (KODA)

Örneğin, Türkiye’de Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), kamu sigortası kapsamındaki hak sahiplerine, 2005 yılında hastaneleri Sağlık Bakanlığı’na devredilene kadar, hem kendi hastanelerinde (direkt sistem) sağlık hizmetini kendisi üreterek hem de devlet, üniversite ya da özel hastanelerden ve görüntüleme merkezlerinden hizmet satın alarak (indirekt sistem) her iki biçimde hizmet sunmuştur. Genellikle çalışma dönemi sonunda emeklilik hakkı kazananlar, bu dönemde prim ödemediği kapsamda kalır, hizmetten yararlanır. Bu modelde çoğu zaman devlet de sağlık için oluşturulan bu fona genel bütçeden düzenli katkıda bulunmaktadır. Özel sağlık sigorta sisteminde ise yalnızca sigortalanan prim öder. Kamu sağlık sigortasında olduğu gibi, özel sigorta sahibinin bakmakla yükümlü olduğu kişilerin herhangi bir hakkı bulunmaz. Her birinin ayrı ayrı sigortalı olması gerekir. Ayrıca, özel sağlık sigorta modelinde prim miktarı sağlık risklerine göre belirlenir ki bu uygulama aktüeryal sistem olarak adlandırılmaktadır. Sigorta kapsamına alınacak sağlık risklerinin kapsamı arttıkça, sigortalının ödeyeceği prim miktarı da artar. Prim miktarı sigorta yaptıracak kişinin demografik ve sağlık özelliklerine (yaş, hastalık durumu vb.) göre farklılık gösterir. Hastalanma riski yüksek olanlar (hizmetten daha fazla-sık yararlanma potansiyeli taşıdıkları gerekçesiyle) daha yüksek prim öder. Fon yönetimi, diğer bir ifadeyle, sağlık sigorta şirketleri özeldir. Sigortalıları için özel ya da kamu sağlık kuruluşlarından hizmet satın alır. Sigortalı ile fon yönetimi (sağlık sigorta şirketi) arasındaki sözleşme genellikle bir yıl ile sınırlıdır. Sözleşmenin süresi bittiğinde, tarafların kararı ile yenilenmesi gerekir. Sigorta şirketi de sözleşmeyi yenilememe hakkına sahiptir. Özellikle hastalanma riski (hizmet kullanma olasılığı) artan sigortalılar bu tür sorunları yaygın olarak yaşamaktadır. Sigorta şirketleri, sigortalılar arasında, sigortalılık döneminde, yeni kronik bir hastalık tanısı alanlardan poliçeyi yenileme döneminde, aynı teminat paketi için daha yüksek prim talep edilmekte ya da kanser vb. maliyeti yüksek hastalığı tespit edilmiş kişilerin sigortalılığını yenilemeyebilmektedir. Ülkeler sağlık hizmeti finansman modelleri yönünden incelendiğinde, genellikle ikisi ya da üçünün bir arada uygulanmakta olduğu izlenmektedir. Ülkelerin sağlık finansman modelleri, uyguladıkları modelden en geniş nüfusu kapsayan-en yaygın modelin adıyla isimlendirilmektedir (**Hamzaoğlu ve ark., 2006; Hamzaoğlu, 2014a**).

2. AKP’li yıllarda sağlık hizmetlerinin finansman modelindeki değişim

Türkiye’de 20 Mayıs 2006 tarihine kadar, hizmet akdiyle çalışanlar (işçiler) için 506 sayılı SSK, kendi nam

ve hesabına çalışanlar (esnaf) için 1479 sayılı Bağ-Kur, devlet memuru olarak çalışanlar için 5434 sayılı Emekli Sandığı (ES), tarımda hizmet akdiyle çalışanlar için 2925 sayılı ve tarımda kendi nam ve hesabına çalışanlar için de 2926 sayılı Yasalar kapsamında kendileri ve bakmakla yükümlü oldukları kişiler için sağlık güvenceleri kamusal olarak sağlanmıştır. Söz konusu tarihte uygulamaya giren 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) Yasası ile üç kamu sosyal güvenlik kurumu (SSK, ES ve Bağ-Kur) birleştirilerek, tek bir kurum hâline getirilmiştir. SGK, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’na bağlı bir kurum olup, diğer kamu sigorta kollarının (emeklilik, analık, mahlullük vb.) primleriyle birlikte, sağlık sigorta primlerini de toplamakta ve sigorta kapsamındakiler için devlet, özel (vakıf üniversite hastaneleri de dâhil) ve üniversite hastanelerinden tedavi edici sağlık hizmeti, eczanelerden ilaç, gözlükçülerden gözlük, medikal firmalarından da sigortalılar için ortez, protez ve tıbbi malzeme satın almaktadır. Diğer bir ifadeyle, daha önce üç ayrı kurum tarafından gerçekleştirilen sağlık harcaması, Mayıs 2006’da SGK’nin kurulmasının ardından ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasa’nın (SSGSS) uygulamaya girdiği tarihten itibaren tek elden yapılmaktadır. SSGSS Yasası, 31 Mayıs 2006 tarihinde kabul edilip, 1 Ocak 2007 tarihi itibarıyla uygulamaya girmesi öngörülmesine karşın, Anayasa Mahkemesi tarafından bazı maddelerinin iptal edilmesi nedeniyle, önemli bir bölümü ancak, 1 Ekim 2008 tarihinde, tamamı ise 1 Ocak 2012 tarihi itibarıyla uygulamaya girmiştir. Ekim 2008 tarihten itibaren, 5510 sayılı SSGSS Yasası’nın uygulamaya giren hükümleri ile birlikte, Türkiye’de sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için bazı istisnalar dışında, yurttaşlara sağlık primi ödemesi koşulu getirilmiştir. Yine bu Yasa ile Türkiye’de sağlık hizmeti sunumu ile sağlık hizmetlerinin finansmanı birbirinden ayrılmıştır. Tedavi edici sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı (SB), üniversite ve özel (vakıf üniversite hastaneleri dâhil) hastaneler tarafından sunulurken, bu kurumlardan en büyük hizmet alıcısı da SGK olmuştur. SGK, prim topladığı sigortalıların tedavi hizmet giderlerini belirli koşullar kapsamında bu kuruluşlara ödemektedir. Bunun dışında ilaç giderleri de yine bu kurum tarafından belirli koşullar altında ödenmektedir. Devlet memurlarının sağlık giderleri ilgili bakanlıkların bütçelerinden karşılanmaktadır. Emekli olduktan sonra ise aktif çalışırken ödemiş oldukları prim karşılığında SGK (ES) tarafından karşılanmaktadır (**Hamzaoğlu, 2013a; Hamzaoğlu, 2014a**).

Buraya kadar açıklananlar dikkate alındığında, AKP eliyle uygulamaya sokulan finansman modelinin,

kendileri tarafından da propagandası yapıldığı biçimiyle, kamu sağlık sigortacılığı olduğu zannedilebilir. Uygulamaya konan ve adına genel sağlık sigortası (GSS) sistemi dedikleri model, literatürde ve uygulamadaki bilinen haliyle kamu sağlık sigortası modelinin oldukça dışındadır. Öncelikle, düzenli sağlık primi ödüyor olmak ya da sağlık sigortası prim borcu olmaması sağlık hizmetini kullanabilmek için yeterli değildir. Hizmeti kullanabilmek için “reçete katılım payı”, “muayene katılım payı”, “ilaç katılım payı” ve “ilaç fiyat farkı” gibi sayısı 10’u geçen başlıkta ek ödeme yapmak zorunluluğu bulunmaktadır. Ayrıca, kamu sağlık sigorta sisteminin temel özelliklerinden birisi olmasına karşın, AKP’nin Dünya Bankası işbirliği ile kurduğu GSS modelinde, sigorta prim miktarı gelire orantılı değildir (Hamzaoğlu, 2017). Aylık geliri 5 bin TL olan da 15 bin TL olan da 55 bin TL olan da aynı miktarda prim ödemek zorundadır. SGK, 5510 sayılı SSGSS Yasası’nın 68. maddesinde yer alan, kendisine tanınan düzenleme yetkisine dayanarak çıkartılan tebliğler aracılığıyla, her istediği zaman ve miktarda katılım payı miktarlarını değiştirebilmektedir. Yalnızca bu nedenlerle bile, uygulamaya giren modeli ancak “neoliberal kamu sağlık sigortası modeli” olarak adlandırmamız doğru olacaktır.

3. AKP’li yıllarda sağlık harcamaları

3.1. Toplam sağlık harcamaları

Türkiye’de sağlık harcamaları ile ilgili düzenli olarak veri-bilgi paylaşımı, 2010 yılından itibaren, başlangıçta geriye dönük olarak önceki yıllar için, TÜİK tarafından “Sağlık Harcama İstatistikleri” başlığını taşıyan haber bültenleri aracılığıyla, hemen her yıl gerçekleştirilmektedir. TÜİK, 2010 yılında 1999-2007 yılları için, 2011 yılında 2008 yılı için, 2013 yılında 2009-2012 yılları için benzer hesaplama yöntemini kullandığı verileri paylaştı. Kasım 2014’de yayımladığı 2012 ve 2013 yıllarına ait sağlık harcama verilerinin hesaplanmasında, önceki yıllardan farklı, yeni bir hesaplama yöntemi kullandığını belirtmiştir (TÜİK, 2014). Durum böyle olunca, 2012 yılı verilerinin her iki yöntemle hesaplanmış sonuçlarına ulaşmamız da mümkün olmuştur. Söz konusu yıl için ilk hesaplamada, toplam sağlık harcaması 72 milyar 820 milyon TL olarak yer almakta ve bu harcamanın yalnızca %4.53’ünün sağlıkta yatırım için kullanıldığı bildirilmektedir. Daha sonra yapılan hesaplama sonuçlarına göre, 2012 yılında gerçekleşen toplam sağlık harcamasının 2 milyar 532 milyon TL azaltılarak, 70 milyar 288 milyon TL olduğu açıklanmıştır. Bununla birlikte, yatırım harcamalarının payı, önceki hesaplama göre, %16.1’lik

Tablo 1. Türkiye’de toplam sağlık harcaması ile cari ve yatırım harcamaları (milyon TL)

Yıl	Toplam	**Artış(%)	Cari	Yatırım	***Yatırım(%)
1999	4 985		4 786	199	3.99
2000	8 248	39.56	7 888	360	4.36
2001	12 396	33.46	12 086	310	2.50
2002	18 774	33.97	18 331	443	2.36
2003	24 279	22.67	23 676	603	2.48
2004	30 021	19.13	28 616	1 405	4.68
2005	35 359	15.10	33 292	2 067	5.85
2006	44 069	19.76	40 949	3 120	7.08
2007	50 904	13.43	46 495	4 409	8.66
2008	57 740	11.84	52 320	5 420	9.39
2009	57 911	0.30	55 294	2 616	4.52
2010	61 678	6.11	58 623	3 054	4.95
2011	68 897	10.48	65 372	3 525	5.12
2012	76 358	9.68	72 820	3 558	4.53
2012*	74 189		70 288	3 901	5.26
2013	84 390	12.09	79 702	4 688	5.56
2014	94 750	10.93	88 878	5 871	6.20
2015	104 568	9.39	96 786	7 782	7.44
2016	119 756	12.68	112 540	7 216	6.03

*TÜİK kendi hesaplamasını revize etti

**Bir önceki yıla göre toplam sağlık harcamasındaki artış

***Sağlık yatırım harcamalarının toplam sağlık harcamasındaki payı

Kaynak: TÜİK Haber Bülteni, Sayı: 29, 22 Şubat 2010, Sağlık Harcama İstatistikleri 1999-2007 Yılı Sonuçları. TÜİK Haber Bülteni, Sayı:34, 18 Şubat 2011, Sağlık Harcama İstatistikleri, 2008. TÜİK Haber Bülteni, Sayı: 15871, 10 Ekim 2013, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2009-2012. TÜİK Haber Bülteni, Sayı: 16161, 05 Kasım 2014, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2013. TÜİK Haber Bülteni, Sayı: 18853, 25 Kasım 2015, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2014. TÜİK Haber Bülteni, Sayı: 21527, 05 Kasım 2016, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2015. TÜİK Haber Bülteni, Sayı: 24574, 06 Kasım 2017, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2016. Verilerinden hesaplanmıştır.

Tablo 2. Kamu sağlık harcamalarının faiz dışı kamu harcamaları içindeki payı (%) 2003-2012

Yıllar	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Pay(%)	14.7	15.2	14.3	16.4	14.7	15.2	14.3	13.0	12.6	11.7

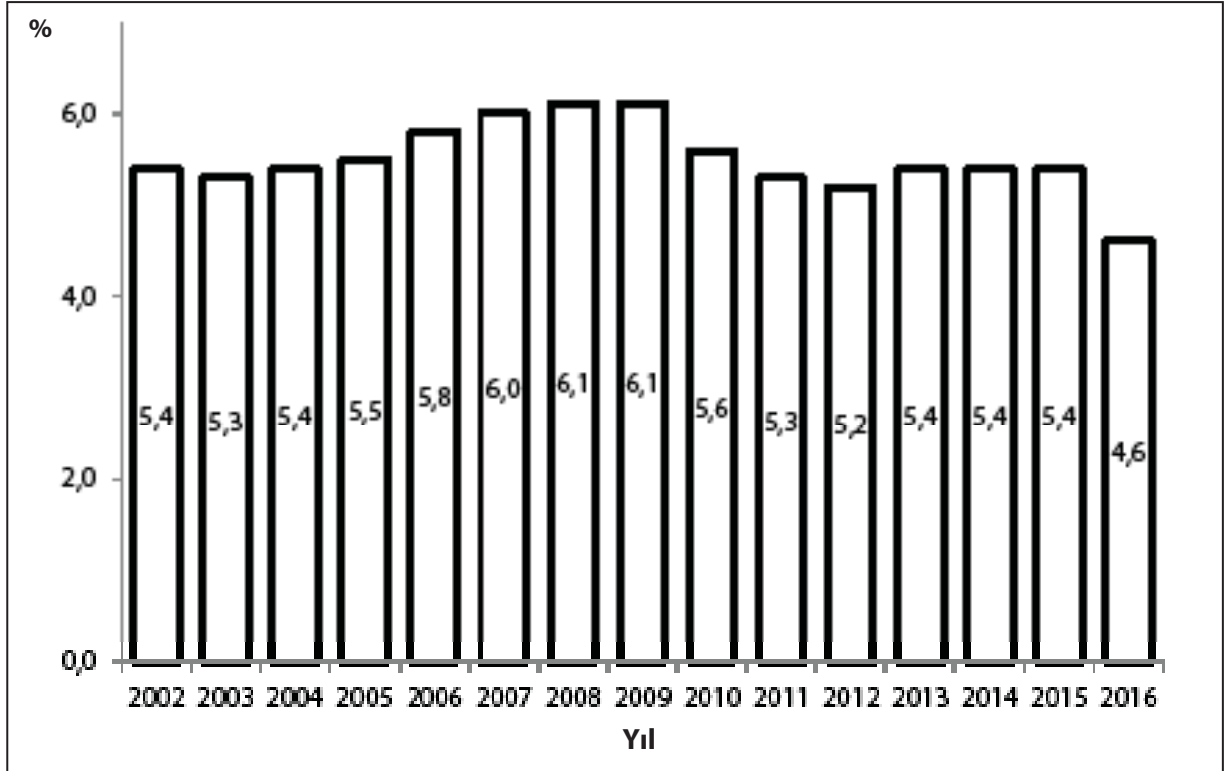
Kaynak: Sağlık Bakanlığı (2013), Sağlık Bakanı Dr. Mehmet Müezzinoğlu tarafından TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu'nda yapılan Sağlık Bakanlığı'nın 2014 yılı bütçe sunumu, 20 Kasım 2013. Grafik 22 ve 23'ten yararlanılarak hesaplanmıştır.

bir artışla, %5.26 olarak gerçekleştiği belirtilmiştir (Tablo 1). Hesaplama yöntemindeki farklılığın sonuçlara, harcama kalemlerinin payının değişmesi biçiminde yansımış olması nedeniyle, Tablo 1'de 2012 yılı için her iki hesaplama sonucuna da yer verilmiştir.

İlk aşamada, 1999-2012 dönemi için değerlendirdiğimizde, 2000 yılındaki toplam sağlık harcamasının bir önceki yıla göre %40 artarak gerçekleşmesine karşın, bir önceki yıla göre artış; 2003 yılında %23, 2008 yılında %12, 2012 yılında ise %10 olmuştur. Bu durum, toplam sağlık harcamalarındaki artışın yıllar içinde giderek azalmakta olduğunu göstermektedir. Toplam sağlık harcamaları içinde yatırım harcamalarının payı 2008 yılına kadar düzenli olarak artış göstermesine karşın, 2009 yılında gerçekleşen keskin bir düşüş ile birlikte, azalmaya başlamıştır. İkinci aşamada, 2012-2016 dönemi için toplam sağlık harcamalarında bir önceki yıla göre artışın yeniden %10'lar seviyesine ulaştığı, yatırım harcamaları için ayrılan payın da %5'in üzerine yükselmiştir.

AKP'li yıllarda ülke genelinde gerçekleşen sağlık harcamalarının gayri safi yurtiçi gelir (GSYİG) içindeki payı dört dönemde incelenebilir (Şekil 1). Hükümet olduklarının ilk yıllarında başlayan ve düzenli olarak artışın yaşandığı 2002-2009 dönemi, hızlı düşüşün yaşandığı 2010-2012 dönemi ve 2013-2015 yılları da yeniden yükseliş dönemi ki bu dönemde ancak birinci dönem olarak adlandırdığımız sekiz yıllık dönemin ilk yarısındaki (2002-2005) seviyesindeki paya ulaşabilmiştir. Ve 2016 yılı, taban yılı olarak isimlendirilebilir. Bu yıl, sağlık harcamalarının GSYİG içindeki payı AKP'li yılların en düşük seviyesine, %4.6'ya inmiştir. Kesinleşmiş verilere sahip olduğumuz son yıl olan 2016 yılındaki sağlık harcamalarının GSYİG içindeki payı, yalnızca AKP'li yılların değil, son 20-25 yılın da en düşük payıdır (**Maliye Bakanlığı, 2017; TÜİK, 2017**).

Son dört yıldır konuyla ilgili açıklanmış yeni bir bilgiye ulaşılamamakla birlikte, Türkiye'de toplam kamu harcamaları içinde kamu sağlık harcamalarının

**Şekil 1. AKP'li yıllarda sağlık harcamalarının GSYİG içindeki payı**

Kaynak: Maliye Bakanlığı, 2017 yılı Bütçe Gerekçesi, sayfa 14. TÜİK Haber Bülteni, Sayı: 24574, 06 Kasım 2017, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2016.

Tablo 3. Yıllara göre SGK cari sağlık harcamalarının genel devlet (merkezi devlet, yerel devlet ve SGK) toplam cari sağlık harcamaları içindeki payı

Yıllar	2012	2013	2014	2015	2016
SGK payı (%)	72.69	73.87	72.58	72.02	71.28

Kaynak: TÜİK Haber Bülteni, Sayı: 16161, 05 Kasım 2014, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2013. TÜİK Haber Bülteni, Sayı: 18853, 25 Kasım 2015, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2014. TÜİK Haber Bülteni, Sayı: 21527, 05 Kasım 2016, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2015. TÜİK Haber Bülteni, Sayı: 24574, 06 Kasım 2017, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2016. Verilerinden hesaplanmıştır.

payı özellikle 2006 yılından itibaren düzenli olarak azalmaktadır. Dönemin Sağlık Bakanı Dr. Mehmet Müezzinoğlu'nun, TBMM'deki "Sağlık Bakanlığı'nın 2014 Yılı Bütçesi" sunumunda gösterdiği 22 ve 23 numaralı grafiklerdeki veriler (**Sağlık Bakanlığı, 2013**) üzerinden yapılan hesaplama göre, kamu sağlık harcamalarının faiz dışı kamu harcamaları içindeki payı 2003 yılında %14.7, 2004 yılında %15.2 ve 2006 yılında da %16.4 iken, 2008 yılında %15.2'e, 2009 yılında %14.3'e, 2010 yılında %13.0'e ve 2012 yılında ise %11.7'ye gerilemiştir (Tablo 2).

Aynı veri kaynakları kullanılarak, faiz dışı genel kamu harcamalarında 2012 yılında 2003 yılına göre artışın %104'e ulaştığı, kamu sağlık harcamalarında ise %62'de kaldığı hesaplanmıştır. Bu durum, Tablo 1'de de izlenen, söz konusu yıllar içinde, Türkiye'de sağlık harcamalarında gerçekleşen artışın kaynağının kamu değil, kişiler/cepten harcamalar olduğunun bir göstergesi olarak ele alınmalıdır.

3.2. Cari Sağlık Harcamaları

TÜİK'in Haber Bültenlerinde sunduğu Sağlık Harcama İstatistikleri başlıklı tablolarında harcamaların kaynağı, a) Genel Devlet ve b) Özel Sektör, harcama alanları ise a) Cari b) Yatırım harcamaları olarak gruplandırılmaktadır. Genel Devlet merkezi devlet, yerel devlet ve sosyal güvenlik, Özel Sektör ise hanehalkları, sigorta şirketleri ve diğer başlıklarından oluşmaktadır. Sosyal güvenlik başlığı üzerinden sağlık harcaması yapan sadece SGK'dir. SGK, tarafından esas olarak sadece cari sağlık harcaması gerçekleştirilmekte, anlamlı büyüklükte sağlık yatırım harcaması yapılmamaktadır.

SGK tarafından gerçekleştirilen cari sağlık harcamasının, Genel Devlet cari sağlık harcaması içindeki payı yıllar içinde artmıştır. Türkiye'de sosyal güvenlik kurumlarının, 2006 yılından itibaren de SGK'nin yaptığı cari sağlık harcamasının, Genel Devlet cari sağlık harcaması içindeki payı 1999 yılında %54.6, 2002 yılında %53.4 iken, AKP hükümetleriyle birlikte, hızlı bir artış gerçekleşmiştir. Genel Devlet cari sağlık harcamaları içinde SGK'nin payı 2003 yılında %62.1'e, 2004 yılında ise %63.4'e yükselmiştir. Söz konusu artış, 2010 yılında %65.5'e ve 2011 yılında %65.8'e kadar ulaşmıştır (**Hamzaoğlu, 2013b**). Tablo 3'te de görüldüğü gibi, SGK'nin payındaki artış, AKP hükümetleri döneminde durmak bilmemektedir. AKP hükümetleri, SGK'nin Genel Devlet cari sağlık harcaması içindeki payını %50'ler civarında almış, 15 yıl içinde %75'ler sınırına ulaştırmıştır. Bu bilgiler, AKP hükümetlerinin açık olarak sağlıkta devlet harcamalarını SGK'nin üzerinden yürütmekte olduğunu göstermektedir.

Bununla birlikte, SGK sağlık harcamalarının kamu (Genel Devlet) sağlık harcaması olarak tanımlanması yeterli değildir. Çünkü, SGK harcamalarını devlet harcaması olarak ele almak büyük bir hata içermektedir. Nedeni de SGK'nin bir kamu kurumu olmasına karşın, gelirinin temel kaynağının genel bütçe olmamasıdır. SGK'nin gelirinin çok büyük bölümünün kaynağı, patronlardan ve ana kaynağının da emekçilerden ve kendi hesabına çalışanlardan olmak üzere topladığı primlerdir. Hâl böyleyken, TÜİK'in Genel Devlet cari sağlık harcamasının içinde gösterdiği, SGK tarafından yapılmış olan sağlık hizmet satın alım giderleri dışarıda tutulup, yalnızca merkezi ve yerel devlet

Tablo 4. Toplam cari sağlık harcamalarının kaynağına göre dağılımı (%)

Yıl	Kişi*	Devlet**	Şirket***	Kuruluş****	Toplam
2012	73.8	21.3	2.5	2.4	100.0
2013	74.8	20.5	2.4		100.0
2014	74.0	21.3	2.3	2.4	100.0
2015	73.2	21.9	2.4	2.5	100.0
2016	72.4	22.5	2.7	2.4	100.0

*GSS primi ve cepten harcama, **Merkezi ve yerel devlet, ***Sigorta şirketleri, ****Kâr amacı gütmeyen kuruluşlar

Kaynak: TÜİK Haber Bülteni, Sayı: 16161, 05 Kasım 2014, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2013. TÜİK Haber Bülteni, Sayı: 18853, 25 Kasım 2015, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2014. TÜİK Haber Bülteni, Sayı: 21527, 05 Kasım 2016, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2015. TÜİK Haber Bülteni, Sayı: 24574, 06 Kasım 2017, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2016. Verilerinden hesaplanmıştır.

harcamaları, Genel Devlet sağlık harcaması olarak kabul edildiğinde, sonuçlar oldukça farklılaşmaktadır. Buna göre, toplam cari sağlık harcamaları içinde Genel Devlet tarafından yapılmış harcamaların gerçek payının, 1999 yılı için %27.3, 2002 yılı için %29.1, AKP Hükümeti'nin ilk yılında, 2003'de %27.0 olduğu ortaya çıkmaktadır (**Hamzaoğlu, 2013b**). Söz konusu hesaplamaları, TÜİK'in yeni hesaplama yöntemini uyguladığı 2012-2016 dönemi için gerçekleştirdiğimizde, Tablo 4'te de görüldüğü gibi, ortaya çıkan sonuç oldukça çarpıcıdır.

Buna göre, Türkiye'de prim ödeme de dâhil olmak üzere, sağlık alanında yapılan her 100TL'lik cari sağlık harcamasının en az 72TL'si kişiler tarafından gerçekleştirilmiştir. Başka bir ifadeyle, AKP döneminde kişilerin sağlık hizmetine ulaşabilmek için yaptıkları harcamalar ve bu harcamaların toplam cari sağlık harcamaları içindeki payı sistemli bir biçimde artmıştır.

Makalenin, toplam sağlık harcamaları bölümünde yer verilen Şekil 1 ve Tablo 2'deki verilere göre, söz konusu yıllarda, sağlık harcamalarının GSYİG içindeki payı ve faiz dışı kamu harcamaları içindeki kamu sağlık harcamalarının payı benzer eğilim göstermemektedir. Diğer bir ifadeyle, birbiriyle uyumlu bir biçimde aynı dönemde artmamakta ya da aynı dönemde azalmamaktadır. Bu durum, cari sağlık harcamaları bölümünde ortaya konan, AKP'li yıllarda kamu sağlık harcamalarının kaynağının kişiler olduğu saptamasını güçlendirmektedir. Çünkü, kamu (Genel Devlet) sağlık harcamalarının kaynağı SGK harcamalarına (toplanan primlere) dayalı olarak değil, merkezi ve yerel devlet (genel bütçe) harcamalarına dayalı olarak gerçekleşiyor olsaydı, sağlık harcamalarının GSYİG içindeki payındaki değişime paralel bir değişimin kamu sağlık harcamalarının faiz dışı kamu harcamalarındaki payındaki değişimde de görülmesi gerekirdi. Özetle, Genel Devlet sağlık harcamaları genel bütçeye dayalı olsaydı, her iki grup veride de aynı yıllarda artma ya da aynı yıllarda azalma görülecekti. Oysa durum, bunun aksi yönünde gerçekleşmiştir.

4. SGK'nin Sağlık Harcamaları

Bu yazının kapsamına girmediği için, günümüzde SGK'nin prim toplayamama durumu, bu nedenle Hükümet'in aylık prim miktarını kişi başına 53TL civarına düşürüp kampanyalar yapmasına karşın, durumun değişmediği, nüfusun yaklaşık %20'si civarındaki yurttaşların sağlık sigortası kapsamında olmadığı ve 2017 yılı sonu itibarıyla sistemin çökmüş olduğuyla ilgili bilgilere yer verilmemiştir.

AKP'li yıllarda kurulan modelin yer aldığı ikinci bölümde de belirtildiği gibi, SSGSS Yasası ile birlikte, bir taraftan toplumun bütün üyelerinden, sağlık sigortası primi adı altında yeni bir vergi toplanmaktadır. Diğer taraftan, primlerini düzenli olarak ödeyenlerin de sağlık hizmetini kullanabilmek için ek olarak 10'dan fazla başlıkta, katılım payı adı altında ödeme yapmak zorunda olmalarıyla, Türkiye'de kamu sağlık sigortasının finansman kaynağı, kişilerin ceplerine (cepten harcamaya) dayalı hale getirilmiştir. Eş zamanlı olarak, sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanının birbirinden ayrılması (indirekt sistem) ile SGK, Türkiye'nin en büyük sağlık hizmet satın alıcısı konumuna ulaşmıştır. SGK'nin sağlık sigortası kapsamında en büyük gelir kalemini topladığı sağlık sigorta primleri, en büyük harcama kalemini de tedavi hizmeti giderleri oluşturmaktadır (**SGK, 2017**). Bilindiği gibi, AKP'li yıllardan önce, 1995 yılına kadar kamu sosyal güvenlik kurumlarının özel hastanelerden hizmet satın alması söz konusu olmamıştır. Ancak, 1996-2005 yıllarında bazı kamu sosyal güvenlik kurumlarının özel hastanelerden kalem-çeşit olarak az sayıda da olsa toplam cirosu yıllar içinde artan sağlık hizmetini satın almaya başlaması ile özel hastanelerin hem sayıları çoğalmış hem de ülke genelindeki dağılımları yaygınlaşmaya başlamıştır. Özel hastaneler açısından, 1995'e kadar olan dönem "Butik Özel Hastaneler Dönemi", 1996-2005 yılları arasındaki dönem ise "Geçiş Dönemi" olarak adlandırılmaktadır. Bununla birlikte, 5510 sayılı SSGSS Yasası'nın kabulüyle tüm kamu sosyal güvenlik kurumlarının özel hastanelerden tedavi hizmeti satın alması önündeki engel kaldırılıp, o zamana kadar çok büyük bölümü Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastaneleri eliyle sunulan yataklı tedavi hizmetleri, özel hastaneler eliyle de sunulmaya başlanmıştır. Çünkü AKP hükümetleri, SGK aracılığıyla, hem hizmet almada özel hastaneleri tercih etmiş hem de fark ücreti vb. uygulamalarla özel hastaneleri diğerlerine göre kayıran bir tutum takınmıştır. Sistemli bir biçimde hayata geçirilen uygulamayla, ülkenin hemen hemen her yerinde ve öncekilere göre, daha büyük yatak kapasiteli özel hastaneler kurulmuştur. "Mega Özel Hastaneler Dönemi" olarak adlandırılan üçüncü ve son dönemde ise özel hastanelerden en büyük hizmet alıcısı doğrudan kişiler değil, SGK olmuştur. Olmaya da devam etmektedir. Kamu sosyal güvenlik kurumları, tedavi harcama giderlerinin 2004 yılında %12.6'sı ile özel hastanelerden sağlık hizmeti satın alırken, 2009 yılında %30.9'u, 2015 yılında da %23.9'u ile tedavi edici sağlık hizmeti satın almıştır (**Hamzaoğlu, 2014b**). Başka bir ifadeyle, AKP hükümetleri topladığı primleri özel hastane patronlarına aktarmanın mekanizmasını kurmuştur. Hâl böyle olunca, 1975 yılında 79,

Tablo 5. Sağlık hizmet sunucusu türüne göre müracaat başına SGK'ye ortalama maliyet (TL)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Devlet Hastanesi (ikinci basamak)	43,33	46,12	49,48	4974	50,92	50,02	51,38
Özel Hastane	70.79	71,52	77,00	79,82	86,50	90,17	100,12

Kaynak: SGK Aylık İstatistik Bülteni, Eylül 2017. (Tablo 25) Verilerinden hesaplanmıştır.

1996 yılında 159, 2004 yılında 253 olan özel hastane sayısı, 2008 yılında 400'e, 2011 yılında 503'e ve 2016 yılında da 565'e ulaşmıştır (**Hamzaoğlu, 2014b; Sağlık Bakanlığı, 2017**).

SGK'nin yıllar içinde özel hastanelere yaptığı ödemelerdeki artışın temel nedeni yalnızca müracaat sayılarındaki kısırlanmış artış değildir. Tablo 5'te de görüldüğü gibi, artışın temel nedeni, özel hastanelere yapılan müracaat başına gerçekleştirilen SGK ödemesinin devlet hastanelerine yapılan müracaata göre çok daha fazla olmasıdır.

Tablo 5'te sunulan verileri kullanarak yapılan hesaplamalarda SGK'nin müracaat başına özel hastanelere, 2010 yılında 70.79TL öderken, 2016 yılında %41.3'lük bir artışla 100.12TL ödemiş olduğu görülmektedir. Oysa, devlet hastanelerine müracaat başına, 2010 yılında 43.33 TL öderken, 2016 yılında %18.6'lık bir artış ile 51.38TL ödemiştir. SGK, tedavi hizmetini, müracaat başına özel hastanelerden devlet hastanelerine göre 2010 yılında %63 oranında daha pahalıya satın alırken, fark 2016 yılında %95'e çıkmıştır. Bu durum, AKP'nin çalışanlardan topladıklarını patronlara aktarmadaki pervasızlığının önemli bir kanıtı olarak görülmeli, pahalı hizmet tercih edilerek yaratılan kamu zararı/soygun da gözden kaçırılmamalıdır.

Sonuç

Yirminci yüzyılın son yirmi yılının başında, Dünya Bankası tarafından, tüm ülkelerde var olduğu tanımlanan "sağlık krizi"nin çözümü için önerilen sağlık hizmetleri finansman modeli, Haziran 2003 tarihinde AKP Hükümeti tarafından gündeme getirilen Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın da temel bileşeni olmuştur. Türkiye'de, AKP'den önce sağlık hizmetlerinin finansmanında birbirine paralel olarak kullanılmakta olan genel bütçe ve kamu sigortası modeli, 2008 yılından itibaren yerini "**neoliberal kamu sigortacılığı**" modeline bırakmıştır.

Bu modelin uygulanması ile AKP'li 15 yılın sonunda, devlet, sağlık hizmetleri alanındaki finansal sorumluluklarının büyük bölümünü çalışanların üzerine yüklemiştir. Sağlık sigorta primi adı altında, 2017 yılında aylık 53TL olarak sabitleme girişiminde de bulunduğu, yeni bir vergi toplamaya başlamıştır.

Prim ödemesine ek olarak katılım payları başta olmak üzere, birçok yeni ödeme kalemi ile sağlık hizmetlerinin finansmanında kişilerin payı yıllar içinde sürekli olarak artarken devletin payı azalmıştır. Bununla birlikte, AKP hükümetleri tarafından yasal zorunluluk yaratılarak oluşturulan fon, devlet eliyle özel hastaneleri teşvik etmek için kayırcı bir biçimde kullanılmaktadır. Makalenin alt başlığında da ifade edildiği gibi, "cepten devlete, devletten patrona" mekanizması tesis edilmiştir.

En son kesinleşmiş verilerin bulunduğu yıl olan 2016'da, sağlık harcamalarının GSYİG içindeki payı (%4.6), yalnızca AKP'li yılların değil, son 20-25 yılın da en düşük seviyesindedir.

Kaynaklar

Hamzaoğlu, O., Soyer A., Balcıoğlu, H. (2006). *Dosya Editöründen (Sağlık Sistemleri). Toplum ve Hekim*, 21(5-6): 322-324.

Hamzaoğlu, O. (2013a). *Dünyada Sağlık Reformu Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm: Gerçekler ve Belgeleri. Toplum ve Hekim*, 28(3):172-180.

Hamzaoğlu, O. (2013b). *Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Kaynağı ve Sağlık Bakanlığı 2014 Yılı Bütçe Sunumu. Toplum ve Hekim*, 28(6): 459-465.

Hamzaoğlu, O. (2014a). *Türkiye'de Sağlık Harcamaları: Kim Kimin İçin Harcıyor?. İçinde: Sağlık(sız)lık Yılığ 2013, Ed., Arpat, H., Sönmez, E., Güven, O. Yazılama Yayınevi, İstanbul. ISBN 978-605-5892-96-8. Sf. 35 -51.*

Hamzaoğlu, O. (2014b). *Türkiye'de Özel Hastaneler: Sermayenin Yeni Birikim Alanı ya da AKP'nin Patron Sevgisi. Toplum ve Hekim*, 29(6): 430-438.

Hamzaoğlu, O. (2017). *Soygun! AKP'nin 2017 Yılı SGK Zamları. Tıp Dünyası, Sayı: 227, Şubat. Erişim adresi: <http://www.tipdunyasi.dr.tr/2017/03/soygun-akpnin-2017-yili-sgk-zamlari/>.*

Maliye Bakanlığı. (2017). *2017 yılı Bütçe Gerekeçesi. Erişim adresi: https://www.bumko.gov.tr/Eklenti/10275,2017yilibutcegerekcesi.pdf?0&_tag1=E595FBCC29FA4EAD494A56873635CD3CC34B8222.*

Sağlık Bakanlığı. (2013). *Sağlık Bakanı Dr. Mehmet Müezzinoğlu tarafından TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu'nda yapılan Sağlık Bakanlığı'nın 2014 yılı bütçe sunumu, 20 Kasım 2013.*

Sağlık Bakanlığı. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. (2017). *Sağlık İstatistikleri Yılığ 2016 (Yayın No:1083). Ankara.*

SGK. (2017). *SGK Aylık İstatistik Bülteni. Sağlık İstatistikleri, Eylül 2017.*

TÜİK Haber Bülteni, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2013. Sayı: 16161, 05 Kasım 2014.

TÜİK Haber Bülteni, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2016. Sayı: 24574, 06 Kasım 2017.