

AKP'Li YILLARDA SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI: NEOLİBERAL KAMU SAĞLIK SİGORTASI MODELİ

Onur HAMZAOĞLU*

Öz: Neoliberal kapitalist politikaların hayata geçirilebilmesi için gerçekleştirilen yapısal dönüşümün yaşandığı alanlardan birisi de sağlık hizmetleridir. Bu makalede, Dünya Bankası tarafından 1980'li yılların başında varlığı tanımlanan "sağlık krizi" ile eş zamanlı olarak, çözümünü için önerilen "sağlıkta reform programı" ve bu programın/yapısal dönüşümün Türkiye'de AKP hükümetleri eliyle, "Sağlıkta Dönüşüm Programı" adıyla hayata geçirilmesi ve bunun sağlık hizmetlerinin finansmanına yansımaları ele alınmıştır. Konu, altı başlık altında neoliberal kapitalizm, sağlıkta reform programı ve "yaşamın krizi", sağlık hizmetlerinin finansman modelleri, toplam ve cari sağlık harcamaları ile genel sağlık sigortası fon gelir ve giderleri ile AKP hükümetlerinin özel hastanelerle Sosyal Güvenlik Kurumu üzerinden kurduğu ilişki biçimi sayısal verilere dayalı olarak değerlendirilmiştir. AKP hükümetleriyle birlikte yaşanan 20 yılda devlet, sağlık hizmetleri alanındaki finansal sorumluluklarının büyük bölümünü halkın üzerine yüklemiştir. Sağlık hizmetlerinin finansmanında kişilerin payı yıllar içinde düzenli olarak artarken, devletin payı azalmıştır. Bununla birlikte, oluşturulan fon sağlık alanında özel hastaneleri teşvik etmek için kayıncı bir biçimde kullanılır hale getirilmiştir.

Anahtar sözcükler: Sağlık reformu, AKP, Sağlıkta Dönüşüm Programı, neoliberal kapitalizm, sağlık hizmetleri finansmanı, genel sağlık sigortası

Finance of Health Services in the Years of AKP: The Neoliberal Public Health Insurance Model

Abstract: One of the areas where the structural transformation realized for the implementation of neoliberal capitalist policies is experienced is health services. In this article, the "health reform program" proposed for its solution, simultaneously with the "health crisis", the existence of which was defined by the World Bank in the early 1980s, and the "Health Transformation Program" by the AKP governments in Turkey. "and its reflections on the financing of health services are discussed. The subject is covered under six headings: neoliberal capitalism, the health reform program and the "crisis of life", financing models of health services, total and current health expenditures, and general health insurance fund income and expenditures, and AKP governments' private hospitals and Social Security Institution. The type of relationship he established was evaluated based on numerical data. In the 20 years with AKP governments, the state has placed most of its financial responsibilities in the field of health services on the people. While the share of individuals in the financing of health services has increased regularly over the years, the share of the state has decreased. However, the fund has been used favorably to encourage private hospitals in the field of health.

Key words: Health reform, AKP, Health Transformation Program, neoliberal capitalism, health care financing, universal health insurance

Türkiye'de halk sağlığı olabilmemesinin hekimlerin/sağlıkçıların örgütlü mücadelesinin de parçası olmayı gerektirdiğini yaşamlarıyla bizlere gösteren sevgili Nevzat Eren ve Hamdi Aytekin'e saygı ve özlemle ...

1. Giriş: Neoliberal Kapitalizm, "Sağlıkta Reform Programı" ve Yaşamın Krizi

Kapitalist sistemde/üretim ilişkilerinde yetmişli yıllarla birlikte görünür olmaya başlayan buhranın, ulus ötesi sermaye gruplarının çıkarları doğrultusunda aşılabilmesi için birçok yapısal düzenleme gerçekleştirildi. Sermayenin denetimsiz dolaşımı ve ticaretin serbestleştirilmesi, üretim için daha ucuz enerji, hammadde ve emek gücü sağlanması ile pazar ekonomisi mekanizmalarının ekonomiyeye hakim olması, devletin mal ve hizmet sunumu-na son verilmesi, devlet kaynaklarının sermaye

sahiplerine doğrudan aktarılması ile merkez bankalarının "bağımsızlaştırılmasıyla" devletin piyasa üzerindeki müdahale olanaklarının daraltılması yoluyla sermaye sahiplerinin düşen kâr oranlarının yükseltilmesi bunlardan bazılarıdır. Böylece, 2. Dünya Savaşı'nın sonlarından itibaren, özellikle Batı ve Kuzey Avrupa ülkelerinde yürütülmekte olan sosyal devlet uygulamalarından vazgeçildi, toplumsal muhtabakat patronlar tarafından tek taraflı olarak bozuldu. Neoliberal kapitalist politikalar, ABD'nin hegemonyasında, sermayenin uluslararası kurumları Dünya Bankası (DB) ve Uluslararası Para Fonu (IMF)

*Prof.,Dr.,Kocaeli Dayanışma Akademisi(ORCID No: 0000-0002-7967-1354)

Geliş Tarihi / Received : 28.02.2023

Kabul Tarihi / Accepted : 03.04.2023

tarafından çevre kapitalist ülkelere kredi koşulu olarak "yapısal uyum programı" adıyla dayatıldı (**Hamzaoğlu, 2004**). Çevre kapitalist ülkelerin büyük çoğunluğu tarafından gönülsüz olarak da olsa uygulanmak zorunda kalınan bu program, ideolojik arka planını oluşturan postmodernizm marifetiyle toplumsal düzeyde meşrulaştırıldı. Öyle ki "kamusal harcamaların fazla olduğu, israfa dayandığı, ülke kaynaklarının bu yolla heder edildiği, bunun için de devlet tarafından üretilip sunulan her şeyin kötü olduğu, toplumun tüm üyelerinin çıkarlarının ortak (sınıfsız) olduğu vb." söylemleri söz konusu ülke toplumlarının büyük çoğunluğu tarafından benimsendi.

Ulus ötesi sermaye sahipleri adına DB ve IMF, buharanın kendi çıkarlarına çözümü için ekonomi, tarım, sağlık, eğitim gibi yaşamın bütün alanlarında; kamusal mülkiyetlerin özele devredilmesini, edilemeyenlerin işletmeleştirilmesini ve takiben şirketleştirilmesini, kamusal hizmet sunumlarının önce katkı payları vb. uygulamalarıyla kısmi olarak daha sonra da tümünden paralı hale getirilmesini sağlayacak genel programlar üretip, neredeyse hiçbir farklılık taşımadan bütün çevre kapitalist ülkelerde bu programların uygulanmasını sağladılar. O kadar titizlendiler ki programa katılan ülkelerde açtıkları bürolar aracılığıyla da uygulamaları bizzat yerinde izlediler/denetlediler (**Hamzaoğlu, 2004**). Diğer alanlarda olduğu gibi, sağlık alanının yeniden düzenlenmesiyle ilgili planlama ve uygulamalar da esas olarak DB merkezli olarak kapsamlı bir faaliyetler bütünüyle yürütülürken, IMF ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) de yardımcılıklarını üstlendi (**WB, 1987; WB, 1990; Laurel ve Arello, 1997; Hamzaoğlu, 2011; Hamzaoğlu, 2013a**).

Öte yandan, yetmişli yılların ikinci yarısından itibaren kapitalizmin yapısal krizinin çözümüne yönelik olarak, toplumsal yaşantının bütün alanları güncellenir-yapılandırılırken, sağlık alanında da benzer gelişmeler yaşandı. Ulus ötesi sermaye grupları ve uluslararası örgütleri, sağlık hizmetlerine talebin boyutunu, talebin genişleme potansiyelini ve kısırtılabilirliğini öngörerek, sağlık alanının yeni bir birikim alanı olabileceğini belirledi. Sağlık alanının birikim alanı haline getirilebilmesi için bu alanının sermayenin yatırım yapabileceği ve artı değer maksimizasyonunu sağlanabileceği biçimde düzenlenmesi için gerekli olan hem yapısal hem de fonksiyonel girişimlerde bulunuldu. Yanı sıra, sağlık hizmetleri sunumunun toplumsal bölüşümün yeniden düzenlendiği (üretim ilişkileri korunarak,

toplumsal kaynakların dağılımındaki eşitsizliklerin görel olarak azaltılması hedefiyle kamusal-parasız hizmet sunumu vb.) alan olmaktan çıkartılması, dolayısıyla sağlık harcamalarının hizmeti kullananlar tarafından yapılmasının sağlanması için de uygun duruma getirilmesi için gerekenler hayata geçirildi (**Hamzaoğlu, 2013a**). Böylece, dünyanın küreselleşmesinin sağlanabilmesi için sağlık alanında da gerekenler "sağlıkta reform" tanımlamasıyla; finansman modelinden emek gücüne, hizmet sunumundan çalışma ortamına, ilaçtan teknolojiye kadar bir hayata geçirildi. Doksanlı yıllarla birlikte, 'sağlık krizi'nin varlığı gerekçe gösterilerek, kapitalist ülkelerin neredeyse tümünde hayata geçirilen, DB merkezli "Sağlıkta Reform Programı" sonrasında, sağlık sistemlerinin ana hatlarıyla benzer hale getirildiği birçok çalışmada ortaya kondu.

"Kapitalizmin neoliberal ekonomi-politikalarının uygulanmaya başlandığı 1980'li yıllarla birlikte, hem boyut hem de hız olarak büyük ivme kazanan; doğanın talanı ve tahribatıyla ortaya çıkan; iklim krizi ve ikincil etkilerinin yanı sıra, endüstriyel çiftlikler dışında neredeyse yasaklanan bitkisel ve hayvansal tarımdaki uygulamalar, aynı yıllarda kapitalist ve kapitalistleşmekte olan (eski sosyalist) ülkelerin tümünde uygulandı. Eş zamanlı ve benzer içerikli olarak gerçekleştirilen reformlar sonucu sağlık, eğitim, kentleşme, ulaştırma, enerji vb. sistemlerde de krizlerin ortaya çıkması, çalışma yaşamında emeğin sahibini neredeyse yok sayan düzenlemeler; sınıflar ve ülkeler arasındaki eşitsizlikleri daha da derinleştirdi, yoksulluğu "insanlık onurunu" hiçleştiren bir hale getirdi. Gezegenimizde "insanlar insan, hayvanlar hayvan, bitkiler bitki" olarak yaşayabilme olanağını neredeyse tamamen yitirdi. Eldeki veriler ışığında, geline aşamanın, sistemin sahiplerinin alışıktığı biçimiyle, ekonomi ve finans alanlarında yapılacak düzenlemelerle bir kez daha "yoluna girebilme" olanağının neredeyse kalmadığı tespiti yapılabilir. Aksi bir durumun sağlanabilmesi ya da başka bir ifadeyle, "Yaşamın Krizi'nin çözümü için öncelikle gezegenimizdeki her bir türün yeniden 'kendisi olarak' yaşayabilmesinin koşullarının yaratılması gerekmektedir. Bunun için de toplumsal mücadelenin gerekli olduğu ve gecikilen her bir zaman diliminin geri dönüşü daha kısıtlı hale getirdiği bilinmektedir" (**Hamzaoğlu, 2022**).

2. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri

Sağlık sistemleri genel olarak emek gücü, örgütlenme, hizmet sunumu ve finansman başta olmak üzere, dört temel başlık altında incelenmekte-

dir. Diğer bir ifadeyle, sağlık sistemleri dört temel bileşenden oluşmaktadır. Bu dört bileşenin her biri ayrıca yapısal özelliklerine göre kendi içinde de alt gruplara ayrılmaktadır. 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 zorunludur. Ve ancak, satın alabildikleri kadar sağlık hizmetine ulaşabilmektedirler.

İkincisi, "Genel Bütçe"dir. Beveridge modeli olarak da adlandırılmaktadır. Sağlık risklerinin kolektif riskler olarak kabulünün de bir sonucu olarak, sağlık hizmetlerinin finansmanı hükümet ve/veya yerel yönetimler aracılığı ile genel bütçeden, doğrudan devlet tarafından karşılanır.

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. Birincisi, ilk kez 19. yüzyılda uygulanmaya başlayan, tedavi edici sağlık hizmetlerinin ve finansmanının kısmen de olsa kamusallaşmasını sağlayan (Deppe, 2011) "kamu sağlık sigortası"dır. Bismarck Modeli olarak da bilinen bu modelde sigortalılık, genellikle toplumun belirli bir gelir düzeyinin altında olanları için zorunludur. Düzenli aylık geliri olanları (çalışanları) ve onların ailelerini (bakmakla yükümlü oldukları kişileri) kapsar. Gelire orantılı (düşük maaşı/ücreti olan az, yüksek maaşı/ücreti olan fazla) prim ödenir ve prim miktarı sağlık riskleriyle ilişkisizdir. Başka bir ifadeyle, sigortalıların ücretlerinden/maaşlarından kesilen primin miktarına bakılmaksızın, kamu sigorta kapsamındaki herkes ve bakmakla yükümlü oldukları kişiler sunulmakta/sigortanın kapsamında olan bütün hizmetlerden yararlanabilir. Sağlık hizmeti kamu sigorta kurumunun kendisi tarafından sunulabilir (direkt sistem), kurum sağlık hizmetini satın alabilir (indirekt sistem) ya da hem sağlık hizmeti üretip hem de sağlık hizmetini üreten kamu ya/ya da özel sağlık kuruluşlarından satın alabilir (karma sistem). Kişi çalıştığı-primi kesildiği (ödediği) sürece sağlık hizmeti kapsamındadır. 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 (direkt sistem) hem de Sağlık Bakanlığı, devlet üniversitesi ya da özel hastanelerden ve

görüntüleme merkezlerinden hizmet satın alarak (indirekt sistem) her iki biçimde hizmet sunmuştur. Kamu sağlık sigortası modelinde çalışma dönemi sonunda emeklilik hakkı kazananlar, genellikle bu dönemde prim ödemediği kapsamda kalır ve hizmetten yararlanır. Bu modelde, çoğu zaman devlet de sağlık için oluşturulan bu fona genel bütçeden düzenli katılımda bulunmaktadır.

"Özel sağlık sigortası"nda ise yalnızca sigortalanan prim öder. Özel sağlık sigortasında, kamu sağlık sigortasında olduğu gibi, sigortalının bakmakla yükümlü olduğu kişilerin herhangi bir hakkı bulunmaz. Her birinin ayrı ayrı sigortalınması 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-daha sık yararlanma potansiyeli taşıdıkları gerekçesiyle) diğerlerinden yüksek prim öder. Fon yönetimi, diğer bir ifadeyle, sağlık sigorta şirketleri özeldir ve 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 etmekte ya da kanser vb. maliyeti yüksek hastalığı tespit edilmiş kişilerin sigortalılığını yenilemeyebilmektedir (Hamzaoğlu ve ark., 2006; Hamzaoğlu, 2014a; Hamzaoğlu, 2017). DB, sağlık hizmetlerinde verimliliği artırabilmenin temel yolunun hastanelerde hizmet sunumu ile finansmanın birbirinden ayrılmasını "sağlıkta reformun" en önemli ilkelerinden biri olarak önermesine ve bunun uygulamanın gerçekleştirildiği bütün ülkelerde hayata geçirilmiş olmasına karşın, son yıllarda sağlık sigorta şirketlerinin hastanecilik alanında da yatırım yapıp kendi sigortalılarına kendi şirket hastanelerinden de hizmet sunulmasının örnekleri görülmektedir.

Günümüzde sağlık hizmetlerinin finansmanında tek bir modelin uygulandığı ülke bulunmamaktadır. Ülkeler sağlık hizmeti finansman modelleri yönünden incelendiğinde, genellikle ikisi ya da üçünün bir arada uygulanmakta

olduğu izlenmektedir. Bu nedenle, ülkelerin sağlık finansman modelleri, uyguladıkları modelden en geniş nüfusu kapsayan/en yaygın modelin ismiyle adlandırılmaktadır.

3. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modeli

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 devlet tarafından sağlanmıştır. Bu üç sosyal güvenlik kurumu kapsamında olmayan, “hiçbir geliri bulunmayan” işsizlerin, yoksulların vb. sağlık hizmeti satın alamayacak yurttaşların sağlık hizmet gereksinimi ise 3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Karşılanması Hakkında Kanun kapsamında doğrudan devlet tarafından karşılanmıştır.

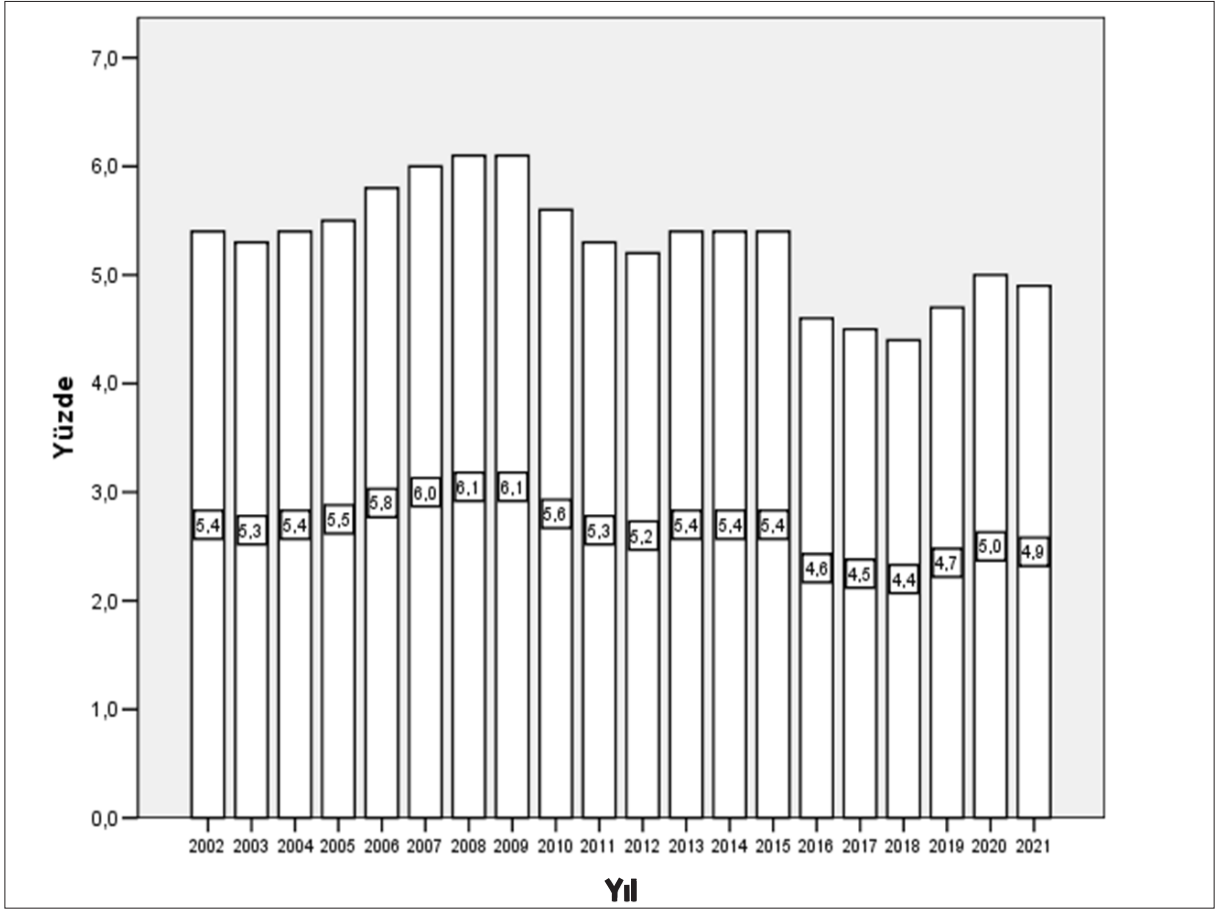
Söz konusu tarihte uygulamaya giren 5502 sayılı “Sosyal Güvenlik Kurumu Yasası” ile üç kamu sosyal güvenlik kurumu (SSK, ES ve Bağ-Kur) birleştirilerek, tek bir kurum haline getirilmiştir. Yeşil kart kapsamındaki kişiler için de yapılan gelir testi sonrasında hanede yaşayanların kişi başı gelir ortalaması net asgari ücretin üçte birinin altında olması halinde herhangi bir prim ödemeksizin 60/C-1 yeni adıyla sağlık sigortası kapsamına alınmıştır. SGK, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’na bağlı bir kurum olup, diğer kamu sigorta kollarının (emeklilik, analık, malullük vb.) primleriyle birlikte, sağlık sigorta primlerini de toplamakta ve sigorta kapsamındaki kişiler için Sağlık Bakanlığı, özel (vakıf üniversite hastaneleri de dâhil) ve devlet üniversitesi 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, 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**).

Sağlık harcamalarının sağlık hizmetlerini kullananlar tarafından dolaylı ya da doğrudan yapılmasının sağlanması ve sağlık hizmet sunumunun toplumsal bölüşümün yeniden düzenlendiği alan olmaktan çıkartılıp, birikim alanına dönüştürülebilmesi için Türkiye’de de onlarca ülkede olduğu gibi Dünya Bankası ve (AKP) Hükümetler(i) eliyle planlanıp uygulamaya konan sağlık hizmetlerinin finansman modeli “neoliberal kamu sağlık sigortası modeli” olarak adlandırılabilir. Yayımladıkları faaliyet raporları ve istatistik yıllıkları dahi bu modelle; çalışanlardan alıp sağlık alanının patronlarına aktaran bir model kurulduğunu göstermeye yeterlidir (**SGK, 2012a; SGK, 2012b; SGK 2021a, SGK 2021b**).

Çünkü, buraya kadar açıklananlar dikkate alındığında, AKP eliyle uygulamaya konan finansman modelinin, kendileri tarafından da propagandası yapıldığı biçimiyle, kamu sağlık sigortacılığı olduğu zannedilebilir. Oysa, 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 DB işbirliği ile kurduğu GSS modelinde, sigorta prim miktarı gelire orantılı değildir (**Hamzaoğlu, 2017**). Ayrıca, 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 değiştirilebilmektedir. Ve bugüne kadar gerçekleştirilen bütün uygulamalar sigortalıların (çalışanın, emekçinin, işçinin) aleyhinde olmuştur.



Şekil. Türkiye’de yıllara göre toplam sağlık harcamalarının GSYG içindeki payı (2002-2021)

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. TÜİK Haber Bülteni, Sayı: 24574, 06 Kasım 2017, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2016. TÜİK Haber Bülteni, Sayı: 27621, 15 Kasım 2018, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2017. TÜİK Haber Bülteni, Sayı: 230624, 12 Kasım 2019, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2018. TÜİK Haber Bülteni, Sayı: 233659, 19 Kasım 2020, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2019. TÜİK Haber Bülteni, Sayı: 37192, 08 Aralık 2021, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2020. TÜİK Haber Bülteni, Sayı: 45728, 07 Aralık 2022, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2021.

4. Sağlık Harcamaları

4.1. Toplam sağlık harcamaları

Türkiye’de toplam sağlık harcamasının gayri safi yurt içi gelir (GSYG) içindeki payı (orantısı) 1999 yılında %4,8 ve 2002 yılında %5,4, iken AKP’li ilk yıl olan 2003’de %5,3 olarak gerçekleşmiştir. Daha sonra, 2008 ve 2009 yıllarında %6,1 ile tarihinin en yüksek seviyesine ulaşmıştır. Bununla birlikte, yalnızca AKP’li yılların değil, son 20-25 yılın da en düşük payı 2018’de %4,4 ile gerçekleşmiştir.

AKP’li yıllarda ülke genelinde gerçekleşen toplam sağlık harcamalarının GSYG içindeki payı beş dönemde incelenebilir (**Şekil**). Hükümet olduklarının ilk yıllarında başlayan ve düzenli olarak artışın yaşandığı 2003-2009 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 (2003-2005) seviyesindeki paya ulaşılabilmiştir. Ardından, 2016-2019 yılları arasında yeniden azalma gerçekleşmiştir. Söz konusu pay, beşinci dönem olarak adlandıracağımız ve sağlık harcamalarının tüm dünyada zorunlu olarak artırıldığı COVID-19 pandemisinin başladığı ve dünya ile birlikte Türkiye’yi de alevleri içine aldığı yıl olan 2020’de %5,0, 2021’de ise ancak %4,9 olabilmıştır. AKP’li bütün yıllarda, Türkiye’de toplam sağlık harcamalarının GSYG’deki payı OECD ve AB ülke ortalamalarının her zaman gerisinde kalmıştır (**OECD, 2023**).

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

YIL	TOPLAM	CARI		YATIRIM	
		Artış(%)			*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	3 538	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
2017	140 647	14,85	130 981	9 666	6,72
2018	165 234	14,88	154 998	10 236	6,19
2019	201 031	17,81	187 673	13 357	6,64
2020	249 932	19,56	233 062	16 870	6,75
2021	353 941	29,38	330 928	23 013	6,50

*TÜİK kendi hesaplamasını yeniden düzenledi

**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 Harcaması İstatistikleri 1999-2007 Yılı Sonuçları. TÜİK Haber Bülteni, Sayı:34, 18 Şubat 2011, Sağlık Harcaması 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. TÜİK Haber Bülteni, Sayı: 24574, 06 Kasım 2017, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2016. TÜİK Haber Bülteni, Sayı: 27621, 15 Kasım 2018, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2017. TÜİK Haber Bülteni, Sayı: 230624, 12 Kasım 2019, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2018. TÜİK Haber Bülteni, Sayı: 233659, 19 Kasım 2020, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2019. TÜİK Haber Bülteni, Sayı: 37192, 08 Aralık 2021, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2020. TÜİK Haber Bülteni, Sayı: 45728, 07 Aralık 2022, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2021. Verilerinden hesaplanmıştır.

Tablo 2. Yıllara göre 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 Bakanlığının 2014 yılı bütçe sunumu, 20 Kasım 2013. Grafik 22 ve 23'ten yararlanılarak hesaplanmıştır.

Türkiye'de ilgili kamu kurumlarının 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 paylaşırken, Kasım 2014'te yayımladığı 2012 ve 2013 yıllarına ait sağlık harcama verilerinin hesaplanmasında, önceki yıllardan farklı, yeni bir hesaplama yöntemi kullandığını belirtmiştir. Durum böyle olunca, 2012 yılı verilerinin her iki yöntemle hesaplanmış sonuçlarına ulaşması 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 hesaplamaya göre, %16.1'lik bir artışla, %5.26 olarak gerçekleştiği belirtilmiştir.

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 rağmen, 2009 yılında gerçekleşen keskin bir düşüş ile birlikte, azalmaya başlamıştır. İkinci aşamada, 2012-2019 dönemi için toplam sağlık harcamalarında bir önceki yıla göre artışın ortalama %13'lere ulaştığı, yatırım harcamaları için ayrılan payın da %6'nın üzerine yükseldiği izlenmektedir. Dünya ve Türkiye için özel bir dönem olan COVID-19 pandemisinin ilk yılında toplam sağlık harcamalarındaki artış %20, ikinci yılında %29 olarak gerçekleşmiştir (**Tablo 1**). Yıllar içindeki seyir izlendiğinde, son iki yıldaki olağan olmayan artış oranlarının hızla gerileyeceği öngörülebilir.

Türkiye'de, 2003-2012 yılları arasında toplam kamu harcamaları içinde kamu sağlık harcamalarının payı, son olarak 2012 yılına ait verilere ulaşılabiliyor olmasına karşın, özellikle 2006 yılından itibaren düzenli olarak azalmaktadır. Dönemin Sağlık Bakanı Dr. Mehmet Müezzinoğlu'nun, TBMM'deki "Sağlık Bakanlığının 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.

4.2. 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, 2013'de %73,9 ile zirvesine ulaşmıştır. Daha sonraki yıllarda da %70'in altına düşmemiştir. AKP hükümetleri, SGK'nin Genel Devlet cari sağlık harcaması içindeki payını %50'ler civarında almış, 2013 yılında %74'e ulaştırmıştır. COVID-19 pandemisinin ortaya çıktığı 2020 ve devamındaki 2021 yılında salgınla mücadelede aşı başta olmak üzere, merkezi devlet sağlık harcamaları zorunlu olarak arttığından, SGK'nin payında görece bir azalma yaşanmıştır. Bu nedenle son iki yılı dışarda tuttuğumuzda, yayımlanan veriler AKP hükümetlerinin sağlık hizmetleri için devlet tarafından gerçekleştirilen harcamaları SGK'nin üzerinden yürütmüş olduğunu göstermektedir (**Tablo 3**).

Bununla birlikte, SGK sağlık harcamalarının devlet (Genel Devlet sağlık harcamaları içinde) sağlık harcaması olarak tanımlanmasının gerçeği yansıtmadığını belirtmemiz gerekir. Çünkü, bir kamu kurumu olmasına karşın, SGK'nin sağlık harcamaları, sağlık sigortası kapsamındaki çalışanlar ile patronlarından toplanan sağlık sigortası prim gelirinden karşılanmaktadır. 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 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'te %27,0, en yüksek seviyesine ulaştığı 2009 yılında %31,0 olduğu görülmektedir. Daha sonra hızla azalmakta ve genel olarak %22-23 olarak seyretmektedir. Bununla birlikte, COVID-19 pandemisinin başladığı 2020 yılı ile hasta ve ölüm sayılarındaki artışın devam ettiği 2021 yılında bile cari sağlık harcamaları içinde devletin payı %24,9 ve %28,7 ile AKP öncesi dönemin altında kalmaya devam etmiştir (**Tablo 4**).

Tablo 3. Yıllara göre genel devlet (merkezi devlet, yerel devlet ve SGK) toplam cari sağlık harcamaları içindeki SGK cari sağlık harcamalarının payı (2012-2021)

Yıllar	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
SGK payı (%)	72,69	73,87	72,58	72,02	71,28	71,59	70,53	69,91	68,45	63,66

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. TÜİK Haber Bülteni, Sayı: 27621, 15 Kasım 2018, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2017. TÜİK Haber Bülteni, Sayı: 230624, 12 Kasım 2019, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2018. TÜİK Haber Bülteni, Sayı: 233659, 19 Kasım 2020, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2019. TÜİK Haber Bülteni, Sayı: 37192, 08 Aralık 2021, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2020. TÜİK Haber Bülteni, Sayı: 45728, 07 Aralık 2022, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2021. Verilerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4. Yıllara göre devlet ve hanehalkları tarafından yapılan sağlık harcamalarının toplam cari sağlık harcamaları içindeki payı (%)

Yıllar	Devlet*	Hanehalkları**
2002	29,13	70,87
2003	27,02	72,98
2004	26,22	73,78
2005	27,34	72,66
2006	27,20	72,80
2007	28,35	71,65
2008	26,73	73,27
2009	30,99	69,01
2010	26,92	73,08
2011	27,04	72,96
2012	20,54	79,46
2013	20,48	79,52
2014	21,28	78,72
2015	21,86	78,14
2016	22,53	77,47
2017	22,07	77,93
2018	22,80	77,20
2019	23,40	76,60
2020	24,87	75,13
2021	28,67	71,33

*Merkezi ve yerel devlet

**Cepten, sağlık sigortası primi ve katkı payı olarak

Kaynak: TÜİK Haber Bülteni, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2004-2007. Sayı: 29, 22 Şubat 2010. TÜİK Haber Bülteni, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2013. Sayı: 16161, 05 Kasım 2014. TÜİK Haber Bülteni, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2014. Sayı: 18853, 25 Kasım 2015. TÜİK Haber Bülteni, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2015. Sayı: 21527, 05 Kasım 2016. TÜİK Haber Bülteni, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2016. Sayı: 24574, 06 Kasım 2017. TÜİK Haber Bülteni, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2017. Sayı: 27621, 15 Kasım 2018. TÜİK Haber Bülteni, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2018. Sayı: 30624, 12 Kasım 2019. TÜİK Haber Bülteni, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2019. Sayı: 33659, 19 Kasım 2020. TÜİK Haber Bülteni, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2020. Sayı: 37197, 08 Aralık 2021. TÜİK Haber Bülteni, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2021. Sayı: 45728, 07 Aralık 2022, verilerinden hesaplanmıştır.

5. Bilanço: Genel Sağlık Sigortası Fon Gelirleri ve Giderleri

SGK, diğer sigorta (yaşlılık, malullük, analık vb.) primlerinin yanı sıra, GSS fon gelirlerini toplama ve hak sahiplerinin GSS kapsamındaki sağlık hizmet giderlerinin karşılanmasıyla da yetkilendirilmiştir. Buna karşın, SGK, prim gelirlerini, mali bilançoya çoğu zaman toplu olarak yansıttığından, yayınlarında GSS fon gelirlerinin her bir yıl için, düzenli olarak ne miktarda olduğuna ilişkin herhangi bir bilgiye ulaşılamamaktadır.

Böyle bir eksiklik, bugüne kadar, kamuoyunda ilk defa, Ağustos 2014 tarihli "Sosyal Güvenlik Kurumu 2013 Yılı Sayıştay Denetim Raporu" üzerinden, SGK'nin 2013 yılı GSS fon gelir ve giderlerinde telafi edilebilmiştir. Daha sonrasında 2014-2019 yıllarına ait SGK faaliyet raporlarında söz konusu bilgiler paylaşılmış olmakla birlikte, 2020 yılı ve sonrasında yeniden ulaşılamaz hale getirilmiştir.

Bu nedenle, kuruluşundan bugüne kadar her bir yıl için toplanan GSS fon gelirleriyle sağlık harcamalarının ne kadarının karşılanabildiği, özel bir hizmet alanı için başta kişiler tarafından ödenmekte olan GSS prim gelirinin, SGK'nin GSS giderlerini karşılayıp karşılamadığı, karşıladıysa ne kadarını

karşıladığı ya da gelirin harcamalardan daha fazla olup olmadığı her bir yıl için bilinmemektedir.

Genel sağlık sigortası fon gelirleri, 55510 sayılı Yasa hükümleri gereğince işçiler (4/a), kamu çalışanları (4/c), bağımsız çalışanlar (4/b) ve ev hizmetlerinde çalışanlarla diğer çalışanların ödedikleri primlerle, devletçe karşılanan primler, primini kendisi ödeyenlerin ödemeler, sağlık primi devlet katkısı ve sağlık sigortası kapsamındaki (primlerini düzenli olarak ödeyen hak sahibi) sigortalıların sağlık hizmetlerini kullanabilmeleri için ödemek zorunda oldukları ve yaklaşık 10 kalemden oluşan katılım paylarından oluşmaktadır.

Tablo 5'te de izlenebileceği gibi SGK'nin GSS fon geliri 2018 yılı için 122 milyar 358 milyon TL iken aynı yıl SGK GSS fon gideri 94 milyar 855 milyon TL civarındadır. **Tablo 6**'daki verilerden de yararlanarak yalnızca 2018 yılı için gelir fazlasının 27 milyar 503 milyon (27.503.296.603,67) TL olduğu görülmektedir. Her iki tablodan, verilerine ulaşılabilen son yıl olan 2019 yılında ise GSS fon gelirlerinde, yasaya rağmen, Hükümet tarafından "GSS Devlet Katkısı" yapılmamıştır. Buna karşın, 2019 yılı gelir fazlasının yaklaşık 1,9 milyar (1.863.311.623,29) TL olduğu hesaplanabilmektedir.

Tablo 5. SGK GSS fon gelirleri (2018-2019)

Bütçe Gelir Kodu	Açıklama	2018 Yılı Tutar	2019 Yılı Tutar
800.02.02.01.	GSS prim gelirleri	96.188.470.322,65	114.166.414.148,83
800.02.05.01.02	GSS Devlet Katkısı	22.111.018.409,68	0,00
800.05.02.09.01	Katılım Payları	4.058.266.053,60	4.468.680.456,07
TOPLAM		122.357.754.785,93	118.635.094.604,90

Kaynak: SGK (2019), 2019 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Faaliyet Raporu.

Tablo 6. SGK GSS fon giderleri (2018-2019)

Bütçe Gider Kodu	Açıklama	2018 Yılı Tutar	2019 Yılı Tutar
830.05.06.20	Emeklilere ve Diğer Hak Sahiplerinin Tedavi ve Sağlık Malzeme Giderleri	64.231.708.578,35	75.463.458.039,50
830.05.06.21	Emekliler ve Diğer Hak Sahiplerinin İlaç Giderleri	2.587.884.263,10	3.135.488.808,13
830.05.06.22	Sosyal Güvenliği Olanların Tedavi ve Sağlık Malzeme Giderleri	32.220.057,57	31.934.122,81
830.05.06.23	Sosyal Güvenliği Olanların İlaç Giderleri	27.851.961.493,04	37.717.860.242,98
830.05.06.30	Yurt Dışından İthal Edilen İlaç Giderleri	150.683.790,20	423.041.768,19
TOPLAM		94.854.458.182,26	116.771.782.981,61

Kaynak: SGK (2019), 2019 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Faaliyet Raporu.

Bilindiği gibi, 5502 sayılı Yasa'nın 37. maddesi, "Sosyal sigorta fonu, genel sağlık sigortası fonu ile hiçbir şekilde birleştirilemez ve fonlar arasında kaynak aktarılamaz." biçiminde düzenlenmiştir. Yasa'nın bu amir hükmüne göre, prim dâhil her türden (katkı payı, devlet katkısı vb.) GSS gelirinin GSS fonunda, sosyal sigorta fonu gelirlerinden ayrı olarak izleneceği hüküm altına alınmıştır. Diğer yandan, 5510 sayılı Yasa'nın 74. maddesinde "Genel sağlık sigortası prim gelirleri; yönetim giderleri, genel sağlık sigortasından sağlanan sağlık hizmetleri ve diğer haklar dışında başka bir amaçla kullanılamaz." hükmüne yer verilmektedir. Bununla birlikte, SGK, GSS fon geliri fazlaları hakkındaki tasarrufunu bugüne kadar hiçbir biçimde kamuoyu ile paylaşmamıştır. Bunun yanı sıra, SGK sigortalıların her bir sağlık hizmeti kullanımında katkı payı ödeme uygulamasını devam ettirmekte ısrarını korurken, AKP Hükümeti ülkemizde yaşamakta olan mültecilerin yanı sıra, yaklaşık 15 milyon yurttaşını da GSS kapsamı dışında yaşamaya mahkûm etmiş durumdadır.

6. AKP, SGK ve Özel Hastaneler

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 çeşit/kalem 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 yılına kadar olan dönem "Butik Özel Hastaneler Dönemi", 1996-2005 yılları arasındaki dönem ise "Geçiş Dönemi" olarak tanımlanmaktadır. Bununla birlikte, 5510 sayılı SSGSS Yasası'nın kabulüyle 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, kuruluşları için uyguladığı teşviklerin yanı sıra, "pazarda alan açmak, müşteri bulmak" için de özel hastane işletmelerine büyük destekler sunmuştur. SGK aracılığıyla, sağlık sigortası kapsamındaki için hem hizmet satın almada özel hastaneleri tercih etmiş (kamu sağlık sigorta kurumunun özel sektörden hizmet satın alması) hem de fark ücreti vb. uygulamalarla özel hastaneleri diğerlerine göre öncelleyen 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 (Hamzaoğlu, 2014b) 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 %23.9'u, 2021'de %19.6'sı ve 2022 yılında da %17.9'u ile tedavi edici sağlık hizmeti satın almıştır (SGK, 2021a). Başka bir ifadeyle, AKP hükümetleri topladığı primleri özel hastane patronlarına aktarmasının mekanizmasını kurmuştur. Böyle olunca, 1975 yılında 79, 1996 yılında 159, 2004 yılında 253 olan özel hastane sayısı, 2008 yılında 400'e, 2011 yılında 503'e, 2018 yılında da 577'ye ulaşmıştır (Hamzaoğlu, 2014b; Sağlık Bakanlığı 2017; Sağlık Bakanlığı, 2021). Bununla birlikte, COVID-19 pandemisinin başladığı 2020 yılında özel hastane sayısı 566'ya kadar gerilerken, 2021 yılında 571'e yükselmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2021).

Kamu sağlık sigorta kurumu SGK, tedavi edici sağlık hizmetlerini, daha pahalı olmasına karşın, özel sektörden/hastanelerden satın almayı tercih etmektedir. Örneğin, 2019 yılı verilerine göre, hastane türüne göre müracaat başına SGK'ye ortalama hasta maliyeti ikinci basamak devlet hastanelerinde 51,9 TL, özel hastanelerde ise 126,0 TL, 2020 yılında aynı sırayla 71,8 TL, 181,5 TL ve 2021 yılında da 79,4 ile 202,6 TL'dir (SGK, 2021a). Özel hastanelerde müracaat başına ortalama maliyet devlet hastanelerine göre, 2019 yılında %243, 2020'de %253 ve 2021 yılında da %255 daha fazladır. Söz konusu farka rağmen, AKP hükümetlerinin SGK eliyle özel hastaneleri tercih etmesinin, hamilik yapmasının anlamı sözcüsü oldukları sınıfın çıkarlarına ne pahasına olursa olsun hizmet etmek ödevinin benimsenmiş olmasından başka hiçbir şeyle açıklanabilir gibi değildir.

7. Son Söz

1980'li yılların başında, DB 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 belirleyeni 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 20 yılın sonunda, devlet, sağlık hizmetleri alanındaki finansal sorumluluklarının büyük bölümünü çalışanların üzerine yüklemiştir. Sağlık sigorta primi adı altında, yeni bir vergi toplamaya başlamıştır. Bununla birlikte, sağlık sigortası kapsamında olabilmek için düzenli olarak ödemek gereken genel sağlık sigortası primi sağlık hizmetlerine ulaşabilmek, hizmeti kullanabilmek için yeterli olmamaktadır. Yanı sıra, sigorta kapsamındaki sağlık hizmetlerini kullanabilmek için 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 azaltılmıştır. Türkiye'de AKP'li yıllarla birlikte, sağlık hizmetleri finansmanında "kişiden/cepten devlete, devletten patrona" mekanizması kurulmuş ve işletilmektedir. Öyle ki AKP hükümetleri tarafından yasal zorunluluk yaratılarak kişilerden toplanan primlerle oluşturulan GSS fonu, devlet eliyle özel hastaneleri teşvik etmek için kayırcı bir biçimde kullanılmaktadır.

Kaynaklar.

Deppe, H. U. (2011) Sağlık Hizmetlerinin Doğası: Metalastırma Karşı Dayanışma, İçinde: Panitch, L. ve Leys, C., (Ed.) Kapitalizmde Sağlık/Sağlıksızlık Semptomları. Yordam Kitap, İstanbul.

Hamzaoğlu, O., Soyler A., Balcıoğlu, H. (2006). Dosya Editörü'nden (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 Yıllığı 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/>

Hamzaoğlu, O. (2022). 44 Ülkede COVID-19 pandemisi: Farklıklar benzerlikler ve nedenleri. Toplum ve Hekim, 37(5): 369-376.

Laurel, A.C., Arello, O.L. (1996). Market commodities and poor relief: The World Bank proposal for health, International Journal of Health Services, 26(1):1-8.

OECD (2023). Health expenditure and financing istics.

Erişim adresi: <https://stats.oecd.org> (16 Şubat 2023).

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 Yıllığı 2016 (Yayın No:1083). Ankara.

Sağlık Bakanlığı. (2021). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2020. Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,84930/saglik-istatistikleri-yilliklari.html> (14 Şubat 2023).

SGK. (2012a). SGK İstatistik Yıllığı 2012. Erişim adresi: <https://www.sgk.gov.tr/Istatistik/Yillik/fcd5e59b-6af9-4d90-a451-ee7500eb1cb4/> (17 Şubat 2023).

SGK. (2012b). 2012 Yılı Faaliyet Raporu. Erişim adresi: <https://www.sgk.gov.tr/Istatistik/Yillik/fcd5e59b-6af9-4d90-a451-ee7500eb1cb4/> (17 Şubat 2023).

SGK. (2017). SGK Aylık İstatistik Bülteni. Sağlık İstatistikleri 2017. Erişim adresi: <https://www.sgk.gov.tr/Istatistik/Yillik/fcd5e59b-6af9-4d90-a451-ee7500eb1cb4/> (18 Şubat 2023).

SGK. (2019). 2019 Yılı SGK Faaliyet Raporu. Erişim adresi: <https://www.sgk.gov.tr/Istatistik/Yillik/fcd5e59b-6af9-4d90-a451-ee7500eb1cb4/> (17 Şubat 2023).

SGK. (2021a). SGK İstatistik Yıllığı 2021. Erişim adresi: <https://www.sgk.gov.tr/Istatistik/Yillik/fcd5e59b-6af9-4d90-a451-ee7500eb1cb4/> (17 Şubat 2023).

SGK. (2021b). 2021 Yılı SGK Faaliyet Raporu. Erişim adresi: <https://www.sgk.gov.tr/Istatistik/Yillik/fcd5e59b-6af9-4d90-a451-ee7500eb1cb4/> (17 Şubat 2023).

TÜİK Haber Bülteni. (2010). Sağlık Harcama İstatistikleri 1999-2007 Yılı Sonuçları. Sayı: 29, 22 Şubat 2010.

TÜİK Haber Bülteni. (2011). Sağlık Harcama İstatistikleri, 2008. Sayı:34, 18 Şubat 2011.

TÜİK Haber Bülteni. (2013). Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2009-2012, Sayı: 15871, 10 Ekim 2013.

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

TÜİK Haber Bülteni. (2015). Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2014. Sayı: 18853, 25 Kasım 2015.

TÜİK Haber Bülteni. (2016). Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2015. Sayı: 21527, 05 Kasım 2016.

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

TÜİK Haber Bülteni. (2018). Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2017. Sayı: 27621, 15 Kasım 2018.

TÜİK Haber Bülteni. (2019). Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2018. Sayı: 30624, 12 Kasım 2019,

TÜİK Haber Bülteni. (2020). Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2019. Sayı: 33659, 19 Kasım 2020.

TÜİK Haber Bülteni. (2021). Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2020. Sayı: 37197, 08 Aralık 2021.

TÜİK Haber Bülteni. (2022). Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2021. Sayı: 45728, 07 Aralık 2022.

World Bank. (1987). Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform, Washington.

World Bank. (1990). World Development Report 1990, Poverty. New York: Oxford University Press.