



Türkiye’de Gereksiz Sağlık Harcamaları Üzerine Bir Değerlendirme

Prof. Dr. Ahmet Burçin Yereli^{*}, Ar. Gör. Ali Gökhan Gölçek^{} ve Doç. Dr. Altuğ M. Köktaş^{***}**

Özet

Sağlık harcamaları, gerek yüksek teknoloji ürünlerinin sağlık hizmet sunumunda daha yoğun olarak kullanılması gerekse yaşlanma ve yaşam süresinde meydana gelen iyileşmelerle birlikte hemen hemen tüm dünyada artmaya devam etmektedir. Bu durum ise sosyal güvenlik sistemi ve devlet bütçesi üzerindeki yükün artmasına ve sonuç itibarıyla sağlığın finansmanı üzerinde bir risk unsuru oluşturmaktadır. Dolayısıyla hükümetler, sağlık sistemini ayakta tutabilmek ve finansal sürdürülebilirliğini sağlayabilmek için çeşitli politikalar uygulamaktadır. Söz konusu politikalar ise genel olarak daha kolay olması nedeniyle katkı payı gibi talep tabanlı uygulamalardır. Sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaşması ve sosyal güvenlik tabanının gelişmesi nedeniyle artan sağlık hizmet talebi, sonuç itibarıyla gereksiz kullanımı da beraberinde getirmektedir. Çalışma, Türkiye özelinde gereksiz sağlık hizmetlerini ve bu yolla yapılan harcamaları konu edinmektedir. OECD ve Eurostat tarafından sunulan sağlık verilerinin kullanıldığı çalışmada, seçili ülkeler için çeşitli karşılaştırmalar da yapılmıştır. Çalışmanın elde ettiği sonuca göre Türkiye’de gereksiz sağlık hizmeti ve bu yolla oluşan harcamaları oldukça yüksek düzeydedir. Bu bağlamda, söz konusu harcamaların önlenmesi, sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliği açısından oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Gereksiz Sağlık Harcamaları, OECD, Türkiye.

1. Giriş

Sağlık harcamalarının, son yıllarda hızlı bir biçimde artış göstermesi, gelişmiş ekonomilerin yanı sıra gelişmekte olan ülkeler açısından da, sağlık hizmetlerinin finansmanında sürdürülebilirliği tehdit eden unsurların başında gelmektedir. Dolayısıyla sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engellerin kaldırılmasıyla birlikte, sağlık hizmetleri kullanımının artması, sağlık harcamalarında etkinlik ve verimlilik gibi unsurların birlikte değerlendirilmesi ve bu yönde politika geliştirilmesini zaruri hale getirmektedir. Bu yolla orta ve uzun vadede sosyal güvenlik sistemi ve kamu bütçesi üzerindeki finansal yükün kontrolü sağlanabilecektir. Bu bağlamda sağlık harcamalarının, çıktılarda olumsuz bir etkiye neden olmadan kontrol altına alabilmenin en kolay yolu ise gereksiz yapılan sağlık harcamalarının kısılması hatta tamamen ortadan kaldırılmasıdır. Nitekim bu yolla ekonominin konjonktürel dönemlerinden bağımsız

^{*} Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Maliye Bölümü

^{**} Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Maliye Bölümü

^{***} Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Maliye Bölümü

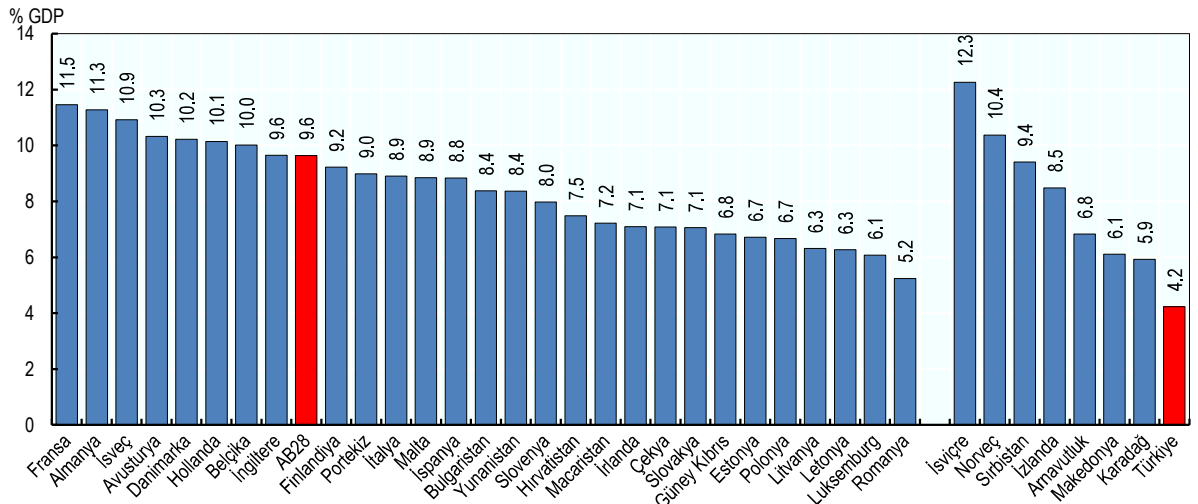
bir biçimde harcamalarda etkinlik sağlanacak ve sağlık hizmet sunumu etkili bir biçimde sürdürülecektir.

Gereksiz sağlık harcamalarına yönelik olarak gerçekleştirilen ampirik analizlerde, mevcut harcamaların beşte birinin gereksiz olduğu ve sağlık sisteminin performansını etkilemeden azaltılabileceğine yönelik kanıtlar bulunmaktadır. Fransa, Hollanda, İtalya ve Batı Avrupa ülkelerine ilişkin veriler, bu hipotezi destekler niteliktedir (OECD, 2018: 46). Bu düşünceyle çalışmanın odak noktası, Türkiye’de gerçekleşen muhtemel gereksiz sağlık harcamalarıdır. Bahse konu harcamalar tespit edilmeye çalışılacak ve Türkiye’deki mevcut durum ortaya konulacak ve çeşitli ülkelerle karşılaştırma yapılacaktır. Türkiye için daha önce böyle bir inceleme yapılmaması ise çalışmanın ayırt edici özelliği olduğundan literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

2. Sağlık Harcamaları Neden Artıyor?

Sağlık harcamalarının hemen hemen tüm ülkelerde düzenli bir biçimde artış gösterdiği dikkate alındığında, ortaya çıkan bu artışın OECD verilerine göre ülkelerin ekonomik büyüme hızlarından da fazla olduğu görülmektedir. Dolayısıyla sağlık harcamalarında gerçekleşen artış, ülkelerin bütçelerinde bir baskı unsuru haline gelmektedir. Örneğin Türkiye’de sağlık harcamalarının milli hâsıla içindeki payı 1990 yılında %2.5 iken bu oran 2017 yılında %4.2 olarak gerçekleşmiştir. Aynı dönemde ABD’de %17.2, İsviçre’de %12.3 ve Japonya’da %10.7’dir. 2017 yılında OECD ülkelerinde gerçekleştirilen sağlık harcamalarının milli hasılaya göre ortalaması ise %8.9 iken bu oran AB28 ülkelerinde %9.6 olarak gerçekleşmiştir (OECD, 2018). Tablo 1, AB ülkeleri ile seçili diğer ülkelere ilişkin sağlık harcamalarının, milli hasılaya olan oranını göstermektedir.

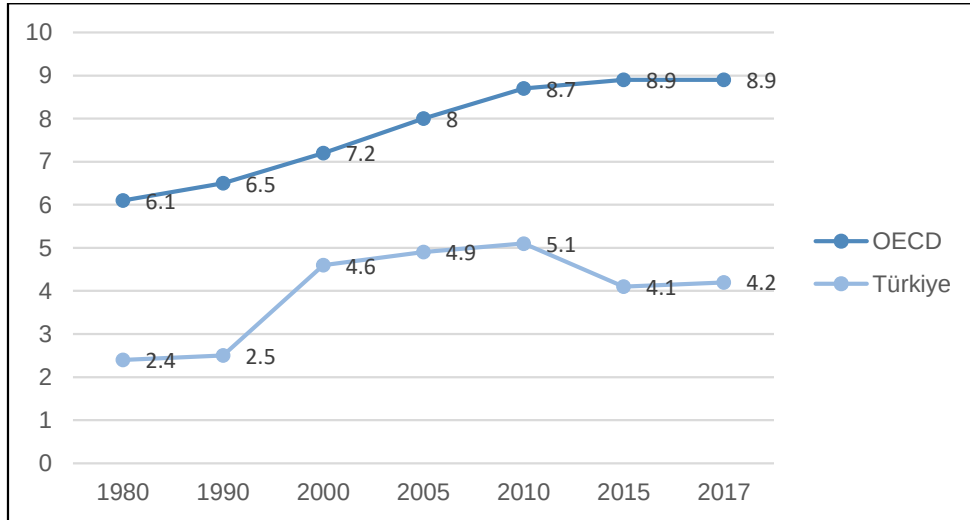
Şekil 1: AB28 Ülkeleri ile Seçili Diğer Ülkelerin Sağlık Harcamaları Milli Hasılaya Oranı (2017)



Kaynak: OECD Sağlık İstatistikleri 2018; WHO Sağlık İstatistikleri 2018

Tablo 1’de görüleceği üzere Türkiye, gösterilen ülkeler içinde sağlık harcamasının milli hasılaya olan oranı bakımından son sırada yer almaktadır. Milli hasılaya oranla en fazla sağlık harcaması yapan ülke %12.3 ile İsviçre iken onu %11.5 ile Fransa ve %11.3 ile Almanya takip etmektedir. AB28 ülkelerinin ortalamasının %9.6 olduğu düşünüldüğünde Türkiye bu seviyenin oldukça gerisindedir. Benzer biçimde 2017 yılı itibariyle Türkiye, OECD ortalamasının altında ve OECD ülkeleri arasında mevcut sağlık harcaması ile son sırada yer almaktadır. Bununla birlikte kanaatimizce, harcamanın büyüklüğünden ziyade nerelere ve hangi amaçlarla yapıldığının yakından incelenmesi gerekmektedir. Nispeten yaşlı nüfusa sahip Avrupa ülkelerinde gerçekleşen söz konusu yüksek harcamalar, sıra dışı olarak değerlendirilmemelidir. Dolayısıyla Türkiye’nin milli hasılaya oranla %4.2’lik bir sağlık harcaması gerçekleştirmesi, sağlık sisteminin performansı ile birlikte değerlendirilmesini gerektirmekte ve bu bağlamda ayrı bir çalışmanın konusuna girmektedir.

Şekil 2: Türkiye ve OECD Ülkelerinde Yıllar İtibariyle Sağlık Harcamalarının Gelişimi (% , Milli Hasıla)



Kaynak: OECD Sağlık İstatistikleri, 2018



Sağlık harcamalarının milli hasılaya olan oranına bakıldığında OECD ülkeleri ortalamasının genel itibariyle artış eğilimi gösterdiği görülmektedir. Diğer yandan 2008 finansal krizi sonrasında çoğu ülkede, sağlık harcamalarının azaldığı göze çarpmaktadır. Bunun temel nedeni ise maliyet yanlı önlemler ve yapısal reformlardır (Clements vd., 2013: 4028). Türkiye, söz konusu ülkelere örnek olarak gösterilebilir. 2003 yılında uygulamaya konulan “Sağlıkta Reform Programı” ile birlikte sağlık sisteminde köklü bir reform çalışması başlatılmış ve başarılı sonuçlar elde edilmiştir.

Günümüzde hükümetler finansman sorununu en aza indirebilmek ya da ortadan kaldıracı için sağlık sistemlerinin sürdürülebilmesi için çeşitli politikalar geliştirmektedir. Bunlar; sağlık harcamalarının frenlenmesi, diğer kamu harcamalarının kısılması ve vergilerin artırılmasıdır (OECD, 2010). Sağlık harcamalarındaki artışlar genellikle aşağıdaki nedenlere bağlı olarak ortaya çıkmaktadır:

- “Sosyal adaletin yaygınlaşması ve hizmet sunucularına erişimin artması,
- Hizmet kalitesine bağlı fiyat artışları,
- Teknolojik gelişmeye bağlı artışlar,
- Nüfusun artması ile birlikte tüketimde meydana gelen artışlar” (Mullen ve Spurgeon, 2000).

Yukarıda sayılan artış unsurları esas itibariyle bir ülkede gerçekleşmesi istenilen ve bu nedenle sıcak bakılan gelişmelerdir. Özellikle erişimin artması ile birlikte sosyal adaletin sağlanması, daha fazla bireyin bu hizmetlerden faydalanması ve tüketiminin artması, sağlıklı bir nüfus için gerekli harcamaların yapılması bakımından son derece önemlidir (Yereli vd, 2010: 6). Bununla birlikte harcama artışı her zaman sayılan bu faktörlerden kaynaklanmamaktadır. Yereli ve diğerleri tarafından Türkiye için sağlık harcamalarında artışa neden olan unsurlar aşağıdaki gibi tanımlanmaktadır (OECD, 2010):

- Verilmeyen hizmetlerin verilmiş gibi sunulması ve faturalandırılması,
- Gereksiz tetkik ve tedaviler,
- İleri tetkik ve tedavilerin aşama uyumsuzluğu,
- Bazı hizmet sunucularının rekabeti bozucu şekilde desteklenmesi,
- Mevzuata aykırı bir şekilde ve mevzuatın boşluklarından yararlanarak fatura tutarlarının yükseltilmesi,
- Mevzuata aykırı şekilde faturalandırma,
- Özel sigorta şirketlerinin ödemesi gereken hizmetlerin Sosyal Güvenlik Kurumu’na faturalandırılması,
- Yurtiçi hasta fiyatlandırması ile yurtdışı hasta fiyatlandırmasının farklılığı.

Sağlık harcamalarında artışa neden olan unsurlara dikkat edildiğinde yoğun olarak sağlık hizmetlerinin gereksiz ya da usulüne uygun olarak yapılmadığına vurgu yapılmaktadır. Nitekim bu durum OECD tarafından ayrı bir bölüm olarak ele alınmıştır (OECD, 2018: 45). Dolayısıyla gereksiz olarak gerçekleşen sağlık harcamalarının kaldırılması, hem sağlık sistemi hem de sosyal güvenlik sistemi için hayati düzeyde önemlidir. Aksi takdirde, gelecekte



yapılması gereken çoğu hizmetin finansman sorunu nedeniyle yapılamaması gibi istenmeyen durumlarla karşılaşılabilir.

3. Literatürde Gereksiz Sağlık Harcamaları

Sağlık harcamalarının önemli bir kısmının israfa neden olduğu ve aslında gereksiz yere yapıldığı olgusu, literatürde son on yıldır tartışılmaya başlamıştır (Bentley vd., 2008). Bununla birlikte bahse konu tartışmaların genel olarak ABD merkezli olması ve aralarında bir yöntem ve kavram birliği olmaması nedeniyle, tutarlı bir yaklaşım sergilemediği yönünden eleştiriler de bulunmaktadır. Bu bağlamda gereksiz sağlık harcamaları aşağıdaki gibi açıklanabilir (Couffinhal ve Socha-Dietrich, 2017: 19).

1. Zararlı olan veya fayda sağlamayan hizmetler ve işlemler,
2. Daha ucuz alternatifler veya avantajların tercih edilmesiyle önlenebilecek maliyetler.

Bir diğer yaklaşıma göre ise gereksiz harcamalar aşağıdaki formlarda oluşabilir:

1. Hastalar gereksiz olarak zarar görür veya sağlık durumlarında çok az ya da hiç fark oluşturmayan düşük nitelikli sağlık hizmeti alırlar,
2. Elde edilen sonuçlara daha az kaynak kullanılarak ulaşılabilir,
3. Yönetimsel bazı süreçlerin, çıktılarda etkisi yoktur ve böylece kaynaklar yolsuzluk gibi nedenlerle kaybedilebilir (OECD, 2018: 46).

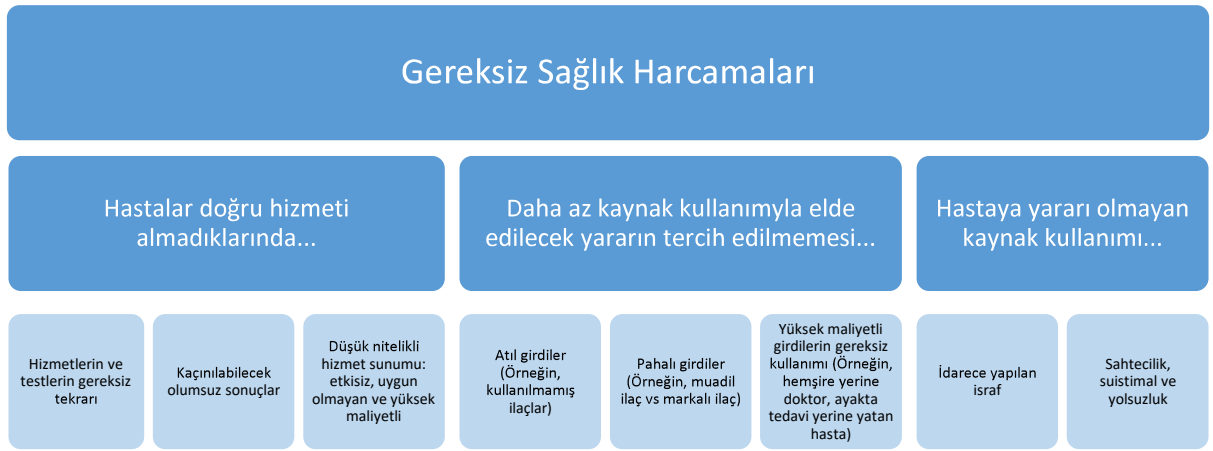
İsraf üretme potansiyeli olan aktörler dört kategoriye ayrılmaktadır: hastalar, klinisyenler, yöneticiler ve düzenleyici (regülatör) kurum ya da kuruluşlar. Bu aktörlerin farklı amaçları bulunduğundan, sağlık sisteminin organizasyonu, sağlık sisteminin hedeflerine ulaşılmasına katkıda bulunmak için bu aktörlerin davranışlarını düzenlemelidir. Dört ana neden, bireysel aktörlerin neden kaynakları boşa harcayabileceğini açıklayabilir (Couffinhal ve Socha-Dietrich, 2017: 20):

1. *Daha iyisini bilmemek: Önyargılar, bilgi asimetrisi ve alışkanlıklar, en kötü kararlara, hatalara ve en iyi uygulamalardan sapmalara yol açmaktadır.*
2. *Daha iyisini yapamamak: sistemin kötü organize edilmiş ve kötü yönetiliyor olmasının yanı sıra eşgüdümün de zayıf olması, israfa neden olmaktadır. Bununla birlikte bu iki durumun varlığında esas itibarıyla aktörler, israf üretmeye meyilli olmamakla birlikte ellerinden gelenin en iyisini yapmalarına rağmen sonuç yetersizdir. Sistemin kendisi israf üretir.*
3. *Doğru şeyleri yaparak kaybetmek: Ekonomik güdüler ile sistem hedeflerinin birbirine uyumsuz olarak programlanması, israfla sonuçlanmaktadır. Örneğin, sunulan sağlık*

hizmetinin sonuç üzerinde değer oluşturup oluşturmadığına bakılmaksızın, klinisyenlere ödeme yapıldığında, böyle bir sonuçla karşılaşılacaktır.

4. *Kasıtlı davranmak: Sistemde yer alan aktörlerin tamamı, yalnızca kendi çıkarlarına hizmet etmek amacıyla kasıtlı olarak israfa neden olabilirler. Bahse konu bu son faktör aslında kötü ekonomik teşviklerin de bir sonucudur ve temel olarak sağlık sistemindeki sahtekârlığa ve yolsuzluğa işaret etmektedir.*

Şekil 3: Gereksiz Harcamaları Belirlemeye Yönelik Bir Yaklaşım



Kaynak: OECD (2017)'den uyarlanmıştır.

Literatürde son yıllarda israfa neden olan harcamalarla ilgili ampirik çalışmalar da yoğunluk kazanmaktadır. Bulgular, sağlık harcamalarının beşte birinin boşa gittiğini ve sağlık sistemi performansına zarar vermeden elimine edilebileceğini göstermektedir (OECD, 2017). Bu kaygı verici tahmin, mevcut araştırmalarla desteklenmektedir. Örneğin, 2012 yılında Fransa'da doktorlar üzerinde yapılan bir ankete göre, müdahalelerin ortalama %28'inin tam olarak gerekçelendirilmediği tespit edilmiştir (OECD, 2018). ABD'de ise gereksiz ya da israfa neden olan sağlık harcamalarının, toplam harcamaların %20'den fazlasını temsil ettiğini ve üst sınırın da %50'ye yakın olduğu belirlenmiştir (Berwick ve Hackbarth, 2012). Benzer biçimde 2012 yılında yapılan bir araştırmada Avustralya'daki toplam sağlık harcamalarının neredeyse üçte birinin boşa gittiği tespit edilmiştir (OECD, 2017).

OECD ülkelerindeki her on hastadan biri, gereksiz yapılan sağlık hizmetleriyle zarar görmektedir. Hastane harcamalarının %10'undan fazlası, pek çok OECD ülkesinde hastanede yakalanan enfeksiyonların düzeltilmesine veya önlenabilir tıbbi hataların giderilmesi için yapılmaktadır. OECD ülkelerindeki her üç bebekten biri sezaryen ile doğuyor, ancak tıbbi bulgulara göre bu oranın en fazla %15 olması gerekmektedir. 7 OECD ülkesinde bu oran %35'in üzerinde olmakla birlikte, sadece İzlanda, Hollanda ve İsrail'de bu oran %15'e yakındır. Muadil ilaçların pazarlara girişi OECD ülkelerinde %10-80 arasında değişmektedir. Avustralya, Belçika, Kanada, Fransa, İtalya ve Portekiz beş acil servis başvurusunun en az

birinin gereksiz olduğunu raporlamıştır. Ortalama olarak, sahtecilik ve hata kaybı sağlık harcamalarının %6'sından fazladır, ayrıca OECD ülke vatandaşlarının üçte biri sağlık sektörünün bozuk veya aşırı yozlaşmış olduğunu düşünmektedir (Bu oran küresel olarak %45'tir).

4. Türkiye’de Gereksiz Sağlık Harcamalarının Oluşma Biçimleri

Sağlık harcamalarının çeşitli yollarla israfa neden olması nedeniyle kaynak kullanımında etkinsizlik sorunu gündeme gelmektedir. Özellikle beşeri sermaye yatırımları arasında yer alan sağlık hizmetlerinde oluşacak bir kayıp, gelecek nesilleri de doğrudan etkileme kapasitesi taşıdığından, bu alanda kaynak israfını engelleme üzerine uygulanacak politikalar, tartışmasız önem arz etmektedir. Dolayısıyla bu bölümde, Türkiye’de gereksiz olarak gerçekleşen sağlık harcamalarının ortaya çıkış yolları üzerinde durulmakta ve bunların önlenibilme potansiyeli tartışılmaktadır.

4.1. Gereksiz Başvurular

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı verilerine göre (2017) toplam hekime müracaat sayısı yaklaşık olarak 686 milyondur. Söz konusu başvuruların 216 milyonu birinci basamak sağlık hizmet kuruluşlarına yapılırken, geriye kalanı özel tıp merkezleri, hastaneler, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet kuruluşlarına yapılmıştır. Birinci basamak sağlık hizmet kuruluşlarına yapılan başvuruların çok büyük bir kısmı (205 milyon) aile hekimliğidir. İkinci ve üçüncü basamak hizmet kuruluşlarına yapılan başvuru sayısı toplamı ise yaklaşık 470 milyon seviyesindedir. 2002 yılında gerçekleşen toplam başvuru sayısının 209 milyon civarında gerçekleştiği dikkate alındığında, ortaya çıkan rakamın büyüklüğü daha iyi anlaşılmaktadır. Tablo, Türkiye’de yıllar itibariyle sağlık hizmet sunucularına yapılan başvuru sayılarını göstermektedir.

Tablo: Yıllar İtibariyle Sağlık Hizmet Sunucularına Yapılan Başvuru Sayısı

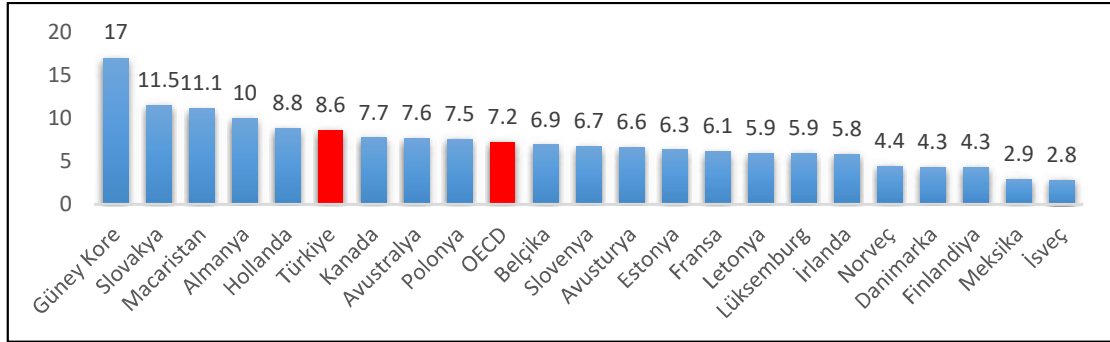
2002	2008	2010	2011	2012	2016
208.9 66.049	527.5 66.394	539.0 85.967	611.2 36.345	621.7 86.297	685.7 09.179

Kaynak: Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllıkları

Türkiye’de 2002 yılında sağlık hizmet sunucularına yapılan toplam başvuru sayısı yaklaşık olarak 209 milyondur. 2003 yılında uygulamaya konulan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile birlikte, sağlık hizmet sunucularına erişim olanağı kolaylaştırılmış ve sosyal

güvenlik kapsamında yer alan nüfusun payı ise yıllar itibariyle artmıştır. Bu etkenler sonucunda hizmet sunucularına yapılan başvuru sayısı da artış göstermiştir. Bu bağlamda 2008 yılında 527 milyon toplam başvuru varken bu sayı 2011 yılında 611 milyona yükselmiştir. Söz konusu artış, sıradışı olarak değerlendirilebilirken bunun yeşil kart sahibi nüfusun, sağlık hizmet sunucularına erişim olanağında meydana gelen iyileşmeden kaynaklandığı ileri sürülebilir. Nitekim 01.01.2012 tarihi itibariyle Genel Sağlık Sigortasının hayata geçirilmesiyle birlikte, sosyal güvenliğin kapsamı genişletilmiş ve sonuç olarak sağlık hizmet sunucularına yapılan başvuru sayısı artmıştır. Gerçekleşen başvuru sayılarının uluslararası karşılaştırması, aşağıdaki şekilde gösterilmektedir.

Şekil 4: Seçili Ülkelerde Kişi Başına Hekime Başvuru Sayısı (2016)



Kaynak: OECD Sağlık İstatistikleri, 2018

Yukarıda bahsedildiği üzere Türkiye, OECD ülkeleri arasında milli hasılasına kıyasla sağlık hizmetlerine ayırdığı pay ile son sıralarda bulunmasına rağmen, kişi başına düşen hekime başvuru sayısında ise Tablo 1’de gösterilen sağlık hizmet sunucularına yapılan başvuru miktarını destekler biçimde üst sıralarda yer almaktadır. Örneğin GSMH oranına göre yaklaşık %11’i düzeyinde sağlık harcaması yapan İsveç, hekime başvuru sayısında tabloda da görüleceği üzere son sırada yer almaktadır. Benzer biçimde yüksek oranda sağlık harcaması yapan Norveç, Finlandiya ve Danimarka gibi ülkelerin, hekim başvuru sayısında son sıralarda yer alması, dikkat çekicidir. OECD ülkeleri ortalamasının 7.2 olduğu düşünüldüğünde Türkiye kişi başına 8.6 başvuru sayısı ile ortalamanın üzerinde yer almaktadır. Dolayısıyla bahse konu başvuruların gerçeği yansıtıp yansıtmadığı ya da bir diğer deyişle gerekli olup olmadığı, incelemeye muhtaçtır.

Sağlık hizmet sunucularına yapılan başvuruların içeriğine odaklanıldığında, bunların gerçeği yansıtmadığı ve bazılarının gereksiz olduğu iddia edilmektedir. Özellikle hastane dışındaki çeşitli hastalık durumlarının birinci basamakta daha iyi yönetilmesiyle birlikte



hastanelere yapılacak başvuru sayısının azalacağı düşünülmektedir. Dolayısıyla söz konusu hastalıklardan bazıları şu şekilde sıralanabilir (OECD, 2018: 48): Diyabet, hipertansiyon, kalp, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), bronşit ve astım. Avrupa Birliği kapsamında sıralanan bu hastalıklar için 2015 yılında 4.6 milyon başvuru yapıldığı ve bunun toplam başvuruların %5.6'sını oluşturduğu düşünüldüğünde, daha iyi bir birinci basamak sağlık hizmeti yoluyla, bu başvurulardan kaçınılabileceği belirtilmektedir. Toplamda 37.6 milyon hastane yatış gününe denk gelen kronik beş hastalığın başvuru sayısının yüksek seyrettiği ülkeler ise Bulgaristan, Romanya, Polonya, Almanya, İspanya ve Macaristan'dır.

Diyabet, hipertansiyon, kalp, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), bronşit ve astım gibi hastalıklar nedeniyle sağlık hizmet sunucularına yapılan başvuruların, toplam başvuru sayısına oranı en yüksek olan ülkeler sırasıyla, Bulgaristan, Romanya ve Arnavutluk iken en düşük olan ülkeler ise İsveç, Sırbistan ve Hırvatistan'dır. AB25 ülkelerinin ortalaması %5.5 olup Türkiye'de bu oran %6.1 ile ortalamanın üzerindedir (OECD, 2017). Dolayısıyla Türkiye, sıralanan bu hastalıklar nedeniyle sağlık hizmet sunucularına gerçekleşen başvuru sayısını azaltabilecek potansiyele sahiptir. Bunun için de birinci basamak sağlık hizmetlerini geliştirmeli ve bu yönde politikaları hayata geçirmesi gerekmektedir.

4.2. Yolsuzluk

Sağlık sektöründe yolsuzluğa dair algı, vatandaşlar arasında oldukça yaygındır. OECD ülkeleri arasında yapılan bir araştırmaya göre, vatandaşların üçte birinin, sağlık sektöründe yolsuzluk yapıldığını düşünmesi, bu duruma örnek olarak gösterilebilir. Bu duruma, sağlık sektörünün doğasında yer alan asimetrik bilgi ya da bir diğer deyişle, arz ve talep eden taraflar arasında enformasyon probleminin neden olduğu ileri sürülebilir. Hizmeti talep eden tarafın (hasta), arz eden tarafa göre (hekim/hastane) eksik bilgiye sahip olması nedeniyle, gerçekleşecek işlemler üzerinde karar verici durumda olmaması ve bunun arz edici tarafından kötüye kullanılabilmesi durumu, sağlık sektörünü başarısızlığa uğratmaktadır. Bu bağlamda, tüketicilerin sağlık sektöründe yolsuzluk türü davranışların var olduğunu düşünmesi, yersiz değildir. 2013 yılı için 103 ülke için, sağlık sektöründe var olan yolsuzluk rakamlarına göre vatandaşların %45'i, sağlık sektörünün yozlaştığını düşünmektedir. OECD ülkeleri için bu oran %34 iken Türkiye'de ise global ortalamaya yakın bir biçimde %43'tür. Bu düşünceye neden olan faktörlerden birisi ise, sağlık sisteminde var olan informal ödemelerdir. Hastanın sağlık hizmetini doğru, hızlı ya da güvenilir bir biçimde alabilmesi için yapması gereken bir ödemenin varlığına işaret eden informal ödemeler, farklı isimlerle de ortaya çıkabilmektedir. Bu bağlamda OECD ülkelerinde vatandaşların %7'sinin, böyle bir ödeme yapmak zorunda olduğu belirtilirken Türkiye için bu oran %13 gibi oldukça yüksek bir seviyededir (OECD, 2017). Dolayısıyla, sistem içinde ortaya çıkan bu tür ödemelerin, gereksiz olduğu ve sağlık harcamalarını artırdığı ifade edilebilir.

4.3. Sezaryen Yoluyla Gerçekleştirilen Doğumlar

Sağlık harcamalarının gereksiz artışına neden olan bir diğer unsur ise sezaryen yoluyla gerçekleşen doğumlardır. Sezaryen, gerekli olması durumunda hem annenin hem de bebeğin



hayatını kurtaran önemli bir cerrahi müdahale yöntemi olmasına rağmen, günümüzde çoğu zaman bu amacın dışında uygulanmaktadır. Nitekim sezaryen ile gerçekleşen doğum oranlarına bakıldığında Türkiye, dünyada ilk sıralarda yer almaktadır. 2016 yılında OECD ülkelerinde her 1.000 canlı doğum başına sezaryen oranı ortalama 288 iken bu rakam Türkiye’de 531.5 gibi oldukça yüksek bir seviyededir. Türkiye %53’lük sezaryen oranı ile OECD ülkeleri arasında birinci sıradadır. Türkiye’yi %48 ile Şili, %46.7 ile Meksika ve %39 ile Kore takip etmektedir. En düşük sezaryen oranına sahip ülkeler ise %16 ile Hollanda ve Finlandiya’dır (OECD, 2018). Dolayısıyla sağlık harcamalarında artışa neden olan bu uygulamanın harcamaları gereksiz artırdığı ve azaltılması gerektiği ileri sürülebilir.

4.4. Antibiyotik Tüketimi

Türkiye’de gerçekleşen toplam sağlık harcamalarının yaklaşık olarak üçte biri, ilaç harcamalarına gitmektedir. Bununla birlikte Türkiye, OECD ülkeleri içinde antibiyotik tüketiminin en fazla olduğu Yunanistan’dan sonra ikinci ülke konumundadır. Sırasıyla 45.2 ve 42.3 düzeyinde 1.000 kişi başına gündelik doz kullanımının yer aldığı bu iki ülke, OECD ortalaması olan 22.9 seviyesinin de oldukça üzerindedir. Dolayısıyla, bu ülkelerde antibiyotik kullanımının akılcı yapılmadığı ve gereksiz sağlık harcamasına yol açtığı düşünülebilir. Nitekim antibiyotik tüketim oranlarının Hollanda’da 10.6, Avusturya’da 14.3 ve Estonya’da 14.5 olarak gerçekleştiği dikkate alındığında durumun ciddiyeti daha iyi anlaşılabilir (OECD, 2018).

Sonuç

Bilindiği gibi tüm dünyada sağlık harcamaları artış göstermektedir. Özellikle teknolojinin gelişmesi, yaşam sürelerinin uzaması, sosyal güvenlik ağlarının genişlemesi nedeniyle sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı bir sorun haline gelmektedir. Bunlara ek olarak ortaya çıkan gereksiz harcamalar da finansman sorununu daha da derinleştirmektedir.

Son yıllarda sağlık harcamalarının artışına yönelik yapılan çalışmalarda, gereksiz sağlık harcamalarının bir hayli arttığı gözlemlenmiştir. Bu kimi zaman sağlık hizmetini sunucularının bizatihi kendilerinden kaynaklanmakta kimi zaman da sağlık hizmetlerinden yararlananlar tarafından gereksiz sağlık harcamaları yapılmaktadır. Özünde sağlık hizmetinden yararlananların bu hizmetlerin kaliteli olup olmadığını ya da işe yarar olup olmadığını test etmeye kalkması, müdahaleye gerek duyulmayacak derecedeki sorunları sağlık hizmet sunucularına danışması, gereksiz yere sunucuları meşgul etmesi en bilindik gereksiz sağlık harcamalarındandır. Bununla birlikte sistemin kendisinden kaynaklı bazı gereksiz harcamalar da yapılmaktadır. Örneğin, sağlık idareleri tarafından yapılan idari israflar ile bürokratik işlemlerden kaynaklı kırtasiye masrafları ve belgelerde yapılan usulsüzlük ve sahtecilik bunların başında gelmektedir. Sağlık harcamaları noktasında en fazla pay yolsuzluk nedeniyle oluşmaktadır. Ayrıca hekimlerin ve sağlık personellerinin de harcamalara dikkat etmemesi, gereksiz yere sağlık harcamalarını arttırmaktadır. Kullanılması gereken ilaçların yerine başka ilaçların tercih edilmesi, pahalı muadil ilaçların kullanılması veya gerekmeyen durumlarda dahi yüksek teknolojik cihaz ve makinelerin kullanılması sağlık harcamalarını arttırmaktadır.



Türkiye’de gereksiz yere yapılan sağlık harcamaları bir hayli yüksektir. Söz konusu harcamaların önlenmesi, hem sağlık hizmetlerinin sunumunun kalitesini artıracak hem de finansman sorununun iyileşmesine vesile olacaktır.

Kaynakça

Bentley, T. G. K., Effros, R. M., Palar, K. & Keeler, E. B. (2008). “Waste in the U.S. Health Care System: A Conceptual Framework”, *The Milbank Quarterly*, 86 (4), 629-659.

Berwick, D. M. & Hackbarth, A. D. (2012). “Eliminating Waste in US Health Care”, *Journal of the American Medical Association*, 307(14), 1513-1516.

Clements, Benedict; Gupta, Sanjeev & Nozaki, Masahiro. (2013). What happens to social spending in IMF-supported programmes?, *Applied Economics*, 45 (28), 4022-4033.

Couffinhal, A. & Socha-Dietrich, K. (2017). “Ineffective spending and waste in health care systems: framework and findings ” içinde *OECD Tackling Wasteful Spending on Health 2017*, Paris: OECD Publishing.

Mullen, P. & Spurgeon, P. (2000). *Priority Setting and the Public*. Oxon: Radcliffe Medical Press.

OECD. (2010). *OECD health data*. <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>

OECD. (2017). *Tackling Wasteful Spending on Health*. Paris: OECD Publishing.

OECD. (2018). *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*. Paris: OECD Publishing.

Sağlık Bakanlığı. (2017). *Sağlık Bakanlığı İstatistikleri*. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11588/istatistik-yilliklari.html>

WHO. (2018). *World Health Statistics 2018: Monitoring Health for the SDGs*. Geneva: World Health Organization.

Yereli, A. B., Kobal, İ. & Köktaş, A. M. (2010). “Türkiye’de Sağlık Harcamalarını Arttıran Faktörler”, *Uluslararası 8. Bilgi, Ekonomi ve Yönetimi Kongresi Bildiriler Kitabı*, 28-31 Ekim, İstanbul.