Türkiye'de Sağlık Harcamaları:

Ulusal Sağlık Hesapları Sonuçlarının Genel Değerlendirmesi 1999-2016

Uzm. Hakan Oğuz ARI

TÜSEB
TÜSPE
TÜRKİYE SAĞLIK POLİTİKALARI ENSTİTÜSÜ

TÜSPE ANALİZ 2018/4

Türkiye'de Sağlık Harcamaları:
Ulusal Sağlık Hesapları Sonuçlarının Genel Değerlendirmesi 1999-2016

Uzm. Hakan Oğuz ARI

TÜSEB
TÜSPE
TÜRKİYE SAĞLIK POLİTİKALARI ENSTİTÜSÜ

Birinci Baskı
Mart 2018, Ankara

Editör
Prof. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM

© 2018 TÜSPE. Bu çalışmanın her hakkı saklıdır. Kaynak gösterilmeden hiçbir şekilde kullanılamaz.

Sertifika no: 40139
ISBN: 978-605-67412-6-5
Birinci Baskı, Mart 2018, Ankara

Grafik Tasaım: Sercan KOCA
Baskıya Hazırlık: TÜSPE
Baskı: Göktuğ Ofset, İstanbul Cad. Sedef Sok. No:1 İskitler/Ankara
0312 341 38 08 Sertifika No: 33830

Atıf
Arı HO. (2018). *Türkiye'de Sağlık Harcamaları: Ulusal Sağlık Hesapları Sonuçlarının Genel Değerlendirmesi 1999-2016.* TÜSPE Analiz: 2018/4, TÜSPE Yayınları, Ankara.

TÜSPE Yayınları
TÜSEB Türkiye Sağlık Politikaları Enstitüsü
Mithatpaşa Cad. No: 3 Sıhhiye 06434 Çankaya/ANKARA
tuspe@tuseb.gov.tr | www.tuspe.gov.tr
T: 0 (312) 585 11 00-01 | @TusebTuspe

Yazar Hakkında

Uzm. Hakan Oğuz ARI

9 Eylül 1973 tarihinde Eskişehir'de doğan Hakan Oğuz ARI, ilk ve orta öğrenimini aynı ilde tamamlamıştır. Kütahya Sağlık Meslek Lisesi'ni bitirdikten sonra, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde meslek yaşantısına başlamıştır.

Aynı zamanda eğitimine devam ederek 1996 yılında Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi bölümünden mezun olmuştur. Yüksek lisansını yine Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı'nda "Hastanelerde Nakit ve Nakit Benzeri Varlıkların Yönetiminde Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri" başlıklı tez ile tamamlamıştır.

2003 yılında Sağlık Bakanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü'nde teknik personel olarak çalışmaya başlayan ARI, sağlık ekonomisi ve finansmanı, sağlık harcamaları, sağlık sisteminin değerlendirilmesi ve ilgili diğer alanlarda çalışmalar yürütmüştür.

Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılanması sonucunda kurulan Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü'nde görev alan ARI, Bakanlığımız adına OECD, DSÖ ve Dünya Bankası gibi uluslararası kuruluşlarla birlikte yürütülen birçok proje, eğitim ve çeşitli araştırmalarda aktif görev almıştır. Görev aldığı başlıca çalışmalar; OECD Sağlık Hesapları Sistemine Göre Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları çalışması, Sağlık Sektörü Reform Analizi çalışması, Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Hazırlık ve Yasalaşma Süreci Çalışmaları, OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri çalışması, Sağlık Harcamaları İzleme ve Değerlendirme Komitesi çalışmaları, Health Systems in Transition, (HiT) Turkey, Health System Review çalışmaları, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllıkları Sağlık Ekonomisi ve Finansmanı Bölümlerinin Hazırlaması, Sağlıkta Dönüşüm Programının Finansal Sürdürülebilirliği Araştırması, OECD Nezdinde Ulusal Sağlık Hesapları Uzmanları Toplantılarına Katılım, Türkiye'de Hane Halkları Tarafından Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları Araştırması, Katastrofik Sağlık Harcamaları, OECD Ülke Kalite İncelemesi, Türkiye (Reviews of Health Care Quality: Turkey) Projesi, Sağlık Politikaları Sistem Analizi Programı gibi çalışmalardır.

2014 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı Müsteşarlık Makamında danışman olarak görev yapan Hakan Oğuz ARI, bu süreçteki çalışmalarında göstermiş olduğu gayret ve başarı nedeniyle 657 Sayılı Devlet Memurları Kanununun 122'nci maddesi uyarınca BAŞARI BELGESİ ile taltif edilmiştir.

Pompeu Fabra (Barselona/İspanya) Üniversitesinde "International Postgraduate Diploma in Health Economics" programını tamamlayarak sağlık ekonomisi ve finansmanı alanındaki çalışmalarına devam etmiştir. Hâlihazırda Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı'nda doktora programına devam etmekte olup, tez aşamasındadır.

5 Aralık 2017 tarihinden bu yana TÜSEB Türkiye Sağlık Politikaları Enstitüsü (TÜSPE) Sağlık Ekonomisi ve Finansmanı Politikaları Biriminde uzman olarak görev yapmaktadır.

TÜSPE Analiz

Sağlık politikaları konusunda istişare, kanıt ve araştırma temelli, güvenilir ve işlenmiş bilgi üreterek ve de yayarak, daha sağlıklı ve müreffeh bir Türkiye toplumuna ve insanlığa katkı sağlamak amacını güden TÜSPE'nin temel ürünlerinden birisi de Analiz çalışmalarıdır. TÜSPE Analiz, müstakil sağlık politikası konularını büyük bir yetkinlikle analiz ederek; kanıta dayalı sağlık politikalarının oluşturulmasını sağlamaya, Türkiye'nin sağlık politikaları bakımından kurumsal Ar-Ge kapasitesini geliştirmeye ve de Türkiye'nin sağlık politikaları açısından rekabet gücünü artırmaya hizmet eder.

Yayınlanmış Analizler

☞Arı HO. (2018). *Türkiye'de Sağlık Harcamaları: Ulusal Sağlık Hesapları Sonuçlarının Genel Değerlendirmesi 1999-2016.* TÜSPE Analiz: 2018/4, TÜSPE Yayınları, Ankara.

☞Yıldırım HH ve Bahçeci S. (2018). *Tıbbi Cihazlarda Piyasa Gözetimi ve Denetimi: Kuram ve Uygulama*. TÜSPE Analiz: 2018/3, TÜSPE Yayınları, Ankara.

☞Yıldırım HH. (2018). *Sağlık Turizmi ve Anadolu Nimetleri: Markalaşma Yolunda Türkiye İçin Stratejik Bir İş Modeli Önerisi*, TÜSPE Analiz: 2018/2, Gözden Geçirilmiş ve Güncellenmiş 2. Baskı, TÜSPE Yayınları, Ankara.

☞Yıldırım HH. (2018). *Sağlık İş Yerinde Şiddet: Kuramsal Bir Çerçeve*. TÜSPE Analiz: 2018/1, TÜSPE Yayınları, Ankara.

☞ www.tuspe.gov.tr
☞@TusebTuspe

Sunuş

Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB), Sağlık Bilimi ve Teknolojisi alanında bilgi üreterek, ülkemize ve insanlığa hizmet etmek amacıyla 2014 yılında kurulmuştur. Merkezi İstanbul'dadır. Bilim ve teknoloji alanında, serbest rekabete dayalı, şeffaf ve eşitlik ilkeleri çerçevesinde, bilimsel araştırmaların yapılması ve desteklenmesi öngörülmektedir. Üniversite ve sanayi işbirliği modeli ile bilginin ürüne dönüştürülerek, planlı ve sürdürülebilir kalkınmaya destek sağlanması amaçlanmaktadır.

TÜSEB bünyesinde faaliyet gösteren Türkiye Sağlık Politikaları Enstitüsü (TÜSPE); sağlık politikaları konusunda istişare, kanıt ve araştırma temelli, güvenilir ve işlenmiş bilgi üreterek ve yayarak daha sağlıklı ve müreffeh bir Türkiye toplumuna ve insanlığa katkı sağlamak amacıyla; sağlık yönetimi, sağlık ekonomisi ve finansmanı, sağlık hizmetleri sunumu, sağlık insangücü, halk sağlığı, sağlık endüstrisi, küresel sağlık politikaları ve sağlık turizmi ile ilgili politikalara yönelik araştırma-geliştirme, izleme ve değerlendirme, eğitim, yayın, toplantı ve danışmanlık faaliyetlerini gerçekleştirmek üzere Ankara merkezli olarak kurulmuştur.

TÜSPE'nin temel faaliyet alanlarından birisi olan yayın faaliyeti kapsamındaki temel çıktılarından birisi de analizlerdir. Analizler, müstakil sağlık politikası konularını büyük bir yetkinlikle analiz ederek; kanıta dayalı sağlık politikalarının oluşturulmasını sağlamaya, Türkiye'nin sağlık politikaları bakımından kurumsal Ar-Ge kapasitesini geliştirmeye ve Türkiye'nin sağlık politikaları açısından rekabet gücünü artırmaya hizmet eder.

Sağlık reformlarını gerçekleştirme ve kritik sağlık politikası kararları verme durumunda olan ülkeler, sağlık sektörlerinin finansman yapısını daha iyi anlama ihtiyacı içindedir. Ulusal Sağlık Hesapları (USH), uluslararası alanda, bu bilgiyi sağlayabilecek bir çerçeve ve yöntem olarak geliştirilmiştir. Bu kapsamda analiz çalışmasında, ülkemizde 1999 yılından bu yana yapılan sağlık harcamaları incelenmiş ve OECD ülkeleri ile karşılaştırmalar yapılarak, sağlık harcamalarının makroekonomi içindeki büyüklüğü ortaya konulmuştur.

Bu bağlamda, Uzm. Hakan Oğuz ARI'nın hazırladığı "*Türkiye'de Sağlık Harcamaları: Ulusal Sağlık Hesapları Sonuçlarının Genel Değerlendirmesi 1999-2016*" isimli Analizi sizlerle paylaşmaktan büyük mutluluk duymaktayız.

Analizimizin, ilgilenen herkes için faydalı olması dileğiyle…

Prof. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM
TÜSPE Başkanı
1.Baskı, Mart 2018, Ankara

İçindekiler

YAZAR HAKKINDA ..... **İİİ**

TÜSPE ANALİZ ..... **V**

SUNUŞ ..... **Vİİ**

İÇİNDEKİLER ..... **İX**

KISALTMALAR ..... **Xİ**

TABLOLAR ..... **Xİİİ**

GRAFİKLER ..... **Xİİİ**

1. GİRİŞ **1**

2. KURAMSAL ÇERÇEVE **1**

2.1. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HARCAMALARI 4

3. MATERYAL VE METOD **5**

3.1. AMAÇ 5
3.2. METOD 5
3.3. VERİ KAYNAKLARI 5

4. BULGULAR **6**

4.1. TOPLAM SAĞLIK HARCAMALARI 6
4.2. KAMU VE ÖZEL SAĞLIK HARCAMALARI 7
4.3. SAĞLIK HARCAMALARININ GSYH İÇİNDEKİ ORANI 8
4.4. SOSYAL GÜVENLİK KURUMU'NUN SAĞLIK HARCAMALARI 9
4.5. CEPTEN YAPILAN SAĞLIK HARCAMALARI 10
4.6. KİŞİ BAŞI SAĞLIK HARCAMALARI 11

5. OECD ÜLKELERİ İLE KARŞILAŞTIRMALAR **14**

5.1. OECD ÜLKELERİNDEKİ SAĞLIK HARCAMALARININ GSYH İÇİNDEKİ BÜYÜKLÜĞÜ 14
5.2. OECD ÜLKELERİNDE KİŞİ BAŞI SAĞLIK HARCAMALARI 15
5.3. OECD ÜLKELERİNDE KİŞİ BAŞI CEPTEN YAPILAN SAĞLIK HARCAMALARI 15

6. TARTIŞMA **16**

7. KAYNAKLAR **20**

Kısaltmalar

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
Ar-Ge	Araştırma Geliştirme
CSH	Cari Sağlık Harcaması
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
et al.	ve diğerleri
GSYH	Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla
HHEKAK	Hane Halklarına Hizmet Eden Kâr Amacı Gütmeyen Kuruluşlar
IHAT	Uluslararası Sağlık Hesapları Ekibi
OECD	Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
SB	Sağlık Bakanlığı
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SGP	Satınalma Gücü Paritesi
SHA	System of Health Accounts
SHS	Sağlık Hesapları Sistemi
SİAR	Sağlık İdaresi Araştırmaları İşletmesi
TL	Türk Lirası
TSH	Toplam Sağlık Harcaması
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
TÜSEB	Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı
TÜSPE	Türkiye Sağlık Politikaları Enstitüsü
USH	Ulusal Sağlık Hesapları
USHS	Uluslararası Sağlık Hesapları Sınıflaması
vd.	ve diğerleri
YH	Yatırım Harcaması
$	Dolar
%	Yüzde

Tablolar

TABLO 1. YILLARA GÖRE SAĞLIK HARCAMALARI (MİLYON TL) 6
TABLO 2. YILLARA GÖRE KAMU VE ÖZEL SAĞLIK HARCAMALARI, (MİLYON TL) 7
TABLO 3. SGK SAĞLIK HARCAMALARI 9
TABLO 4. YILLARA GÖRE GSYH VE SAĞLIK HARCAMALARINDAKİ REEL DEĞİŞİMLER (%) 17

Grafikler

GRAFİK 1. KAMU SAĞLIK HARCAMASI VE ÖZEL SEKTÖR SAĞLIK HARCAMASININ TSH'YE ORANI 8
GRAFİK 2. YILLARA GÖRE SAĞLIK HARCAMALARININ GSYH İÇİNDEKİ ORANLARI, % 8
GRAFİK 3. CEPTEN YAPILAN SAĞLIK HARCAMASININ TOPLAM SAĞLIK HARCAMASINA ORANI, % 10
GRAFİK 4. KİŞİ BAŞI KAMU VE ÖZEL SAĞLIK HARCAMASI TL, TÜRKİYE, 1999-2016, TL 11
GRAFİK 5. KİŞİ BAŞI KAMU VE ÖZEL SAĞLIK HARCAMASI ABD $,TÜRKİYE, 1999-2016 12
GRAFİK 6. KİŞİ BAŞI CEPTEN YAPILAN SAĞLIK HARCAMASI TL, TÜRKİYE, 1999-2016 13
GRAFİK 7. KİŞİ BAŞI CEPTEN YAPILAN SAĞLIK HARCAMASI ABD $, TÜRKİYE, 1999-2016 13
GRAFİK 8. CARİ SAĞLIK HARCAMALARININ OECD ÜLKELERİ VE TÜRKİYE'DE GSYH İÇİNDEKİ ORTALAMA ORANLARI, % 14
GRAFİK 9. OECD ÜLKELERİNDE VE TÜRKİYE'DE KİŞİ BAŞI SAĞLIK HARCAMALARI, SGP ABD $ 15
GRAFİK 10. KİŞİ BAŞI CEPTEN YAPILAN SAĞLIK HARCAMASI, OECD ÜLKELERİ ORTALAMASI VE TÜRKİYE (SGP ABD $) 16
GRAFİK 11. 2003 YILINA GÖRE GSYH VE SAĞLIK HARCAMALARINDAKİ REEL DEĞİŞİMLER (%) 17

1. Giriş

Genel olarak sağlık, hasta ya da sakat olmama durumu olarak tanımlansa da hâlâ en geçerli tanım, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) kuruluş anayasasında kullanılan sağlık tanımıdır. DSÖ sağlığı, "sadece hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil aynı zamanda bedenen, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir" şeklinde tanımlamıştır (WHO 1978).

İnsanların en büyük hazinesi olan sağlığın elde edilmesi, korunması ve devamlılığının sağlanması amacıyla, sağlıkla ilgili mal ve hizmet üreten bütün kurum ve kuruluşların oluşturduğu yapıya genel olarak sağlık sektörü denilmektedir. Sağlık sektörü tarafından sağlık odaklı gerçekleştirilen tüm faaliyetler ise sağlık hizmetleri olarak tanımlanmaktadır (Ersöz 2008). Topluma, sağlık hizmeti sunabilmenin birinci ön koşulu, bu hizmeti finanse etmek üzere, ulusal gelirden yeterli bir pay ayrılmasıdır. İkinci ön koşul ise; ayrılan bu payın verimli ve etkili bir biçimde ve geniş kitleler yararına kullanılmasıdır (Akdur 1990).

Sağlık harcamaları, sağlık hizmetlerinin üretimi için gerekli olan temel kaynaklardan ve/veya girdilerden birisini teşkil etmektedir. Ülkeler veya toplumlar sağlığı üretmek için harcama yapmak durumundadırlar. Dolayısıyla her ülke, farklı düzeylerde de olsa bir sağlık harcaması gerçekleştirmektedir. Her ülke; nüfusun demografik yapısı, teknolojik birikim, kültür, tarihsel arka plan, sağlık hizmetlerine erişim, sağlığa atfedilen değer, ekonomik güç (özellikle de ulusal gelir) gibi faktörlerin bir fonksiyonu olarak belirli ve farklı düzeylerde sağlık harcaması gerçekleştirir. Sağlık harcamaları ülke Gayri Safi Yurt İçi Hâsıla'sından (GSYİH) aldığı payla çok önemli bir sektör konumundadır. Bu denli önemli olan sağlık harcamaları nereden, nasıl ve hangi kurumlar aracılığıyla gerçekleştirilmektedir? (Yıldırım 2012) sorularına sistematik bir çerçevede cevap verilmesi önem arz etmektedir. Bu çerçeve ise ulusal sağlık hesapları (USH) sistemi ile sağlanabilmektedir.

OECD tarafından geliştirilen Sağlık Hesapları Sistemine (SHS) uygun olarak, ülkelerin sağlık harcamalarını izlemeleri amacıyla oluşturulan Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması sonuçları, sağlık sistemindeki finansal akışları ortaya koymaktadır.

Bu bağlamda bu çalışmanın amacı; ülke düzeyinde yapılan sağlık harcamalarını kaynaklarına ve kullanım yerlerine göre belirlemek ve sağlık harcamalarının makro ekonomi içindeki rolünü ortaya koymaktır.

Bu amaç çerçevesinde izleyen başlıklarda; kuramsal çerçeve kapsamında; USH kavramı ve ülkemizdeki sağlık harcamalarının genel çerçevesi hakkında bilgi verilmektedir. Materyal ve metod başlığı altında, analiz çalışmasının dayandırıldığı amaç ve veri kaynakları ile analiz çalışmasının metodolojisi belirtilmektedir. Bulgular bölümünde 1999-2016 yılları arasında Türkiye'de sağlık harcamalarına ilişkin rakamsal büyüklükler incelenmekte ve takip eden bölümde OECD ülkeleri ile karşılaştırmalar yapılarak Türkiye'nin durumu analiz edilmektedir. Tartışma bölümünde ise analiz çalışmasında verilen bilgiler ışığında genel bir değerlendirme yapılarak sonuç ve öneriler ortaya konulmaktadır.

2. Kuramsal Çerçeve

Sağlık reformlarını gerçekleştirme ve kritik sağlık politikası kararları verme durumunda olan ülkeler, sağlık sektörlerinin finansman yapısını daha iyi anlama ihtiyacı içindedir. Sağlık alanında belirlenen hedeflere ulaşılabilmesi için, mevcut kısıtlı kaynakların sektör içindeki miktarı ve dağılımı, bu kaynakların akış yönü, şekli ve geçmişte gözlenen hareketleri ile gelecekte beklenen

trendleri konusunda detaylı ve doğru bilgiye ihtiyaç duyulmaktadır (Sağlık Bakanlığı 2004). Ulusal Sağlık Hesapları (USH), uluslararası alanda, bu bilgiyi sağlayabilecek bir çerçeve ve yöntem olarak geliştirilmiştir.

USH, bir ülkenin sağlık sistemindeki finansal kaynak akışlarının sistematik, kapsamlı ve tutarlı bir şekilde izlenmesini sağlayan araçtır. Sağlık sistemi hedeflerinin, karar vericiler tarafından başarılı bir şekilde uygulanmasını kolaylaştırmak için tasarlanmıştır (Poullier et al. 2002).

Ülkelerin USH'yi geliştirmelerinin genellikle iki önemli amacı bulunmaktadır. Birincisi ve en önemlisi, kendi sağlık sistemlerinin performansını iyileştirmede kullanılabilecek temel bilgileri sağlamak ve ikincisi ise uluslararası karşılaştırma ve raporlamalarda yer almaktır (Sağlık Bakanlığı 2004).

OECD, kendisine üye ülkelerdeki uzmanların iş birliği ile sağlık harcamaları ve finansmanı üzerine güvenilir ve karşılaştırılabilir istatistiklere duyulan acil ihtiyaca karşılık 2000 yılında ilk versiyonu basılan Sağlık Hesapları Sistemi El Kitabı'nı geliştirmiştir. El Kitabı'nın basılmasından bu zamana kadar, bazı OECD ülkelerinde Sağlık Hesapları Sistemi'nin uygulanma sürecinde deneyim zenginliği kazanılmıştır ve çeşitli ulusal yayınlar yayımlanmıştır. Ayrıca 13-14 Mayıs 2004 tarihinde düzenlenen OECD Sağlık Bakanlarının ilk toplantısında basılan Sağlık Bakanları Bildirisi'nde üye ülkelerdeki Sağlık Hesapları Sistemi'nin uygulanması gelecekteki OECD'nin sağlık üzerine çalışma programında anahtar madde olarak vurgulanmıştır (Orosz and Morgan 2004).

OECD tarafından, sağlık harcamalarının sistematik analizini yapabilmek için geliştirilen Sağlık Hesapları Sistemi (SHS), belirli bir dönem için yapılan harcamalar üzerine odaklanır. Bu çerçevede, o dönem içinde gerçekleşen ve sağlık amacı ile örtüşen tüm harcama ve faaliyetler ekonomik amaçlarına bakılmaksızın USH içinde yer alır.

SHS kapsamına göre, sağlık harcaması olarak kabul edilen harcama türleri; sağlığı geliştirme veya koruma amacını benimseyen tüm koruma, geliştirme, esenlendirme, bakım, beslenme ve acil programlar için yapılan harcamalardır (Sağlık Bakanlığı 2004).

Gelişmiş sağlık hesaplarına olan talep, birçok ülkede sağlık hizmetlerinin artan karmaşıklığı ve tıbbi teknolojinin hızlı gelişiminden kaynaklanmıştır. Politika belirleyiciler, sağlık hizmetleri sistemi gözlemcileri ve yakın zamanlardaki reformlar mevcut hesaplama kurallarının uygunluğu ve mevcut sağlık hesaplarının hızla değişerek daha karmaşık hale gelen sağlık sistemlerini izleyebilme yeteneği konularında çeşitli sorular ortaya atmışlardır. Sağlık hizmetleri tüketicilerinin artan beklentileri sağlık hizmetleri sistemleri hakkında güncel verilere olan talebin artmasına katkıda bulunmaktadır (OECD 2000).

USH, sadece ülkedeki mevcut sağlık finansmanı durumunu tanımlayan doküman olmayıp sağlık sektöründe faaliyet gösteren yöneticilerin yönetim kapasitesini geliştirmede kullanılan çok önemli bir araçtır. Bu hesaplar aracılığıyla, politika yapıcılara yeni sektörel stratejilerin belirlenmesi, izlenmesi ve yapılan müdahalelerin etkisinin değerlendirilmesi fırsatı verilmektedir. Yine bu hesaplar aracılığıyla, sektör içindeki kaynakların dağılımı ve yapılanması incelenebilir ve sağlık hizmetlerinde öncelik belirleme yöntemlerinin planlanması ve politikaların uygulanmasında da rehberlik edilebilir. Analizler, yeterli şekilde detaylandırılabilirse hane halkları ve kurumlar arasındaki finansman akışı da ortaya konabilir. Özellikle özel sektör sağlık harcamalarının, sağlık harcamaları içinde çok önemli bir yer

tuttuğu ülkelerde, bu tür harcamaların hesaplanması sektörün gerçek büyüklüğünün ve önceliklerinin belirlenmesinde önemli veriler sağlar.

Sağlık politikası kararlarına rehberlik edilebilmesi için sağlık finansman yapısının bilimsel analizine olan ihtiyacı gören Türkiye, Ulusal Sağlık Hesaplarını geliştirmeye karar vermiştir (Sağlık Bakanlığı 2007).

Ülkemizde tüm kamu-özel kurum ve kuruluşlarının yaptıkları sağlık harcamalarıyla ilgili bir finans akış şemasının çıkarılmasını, vatandaşların hem sağlık sigortası hem de ceplerinden yaptıkları sağlık harcamalarının dağılımı ve miktarlarının saptanması aynı zamanda bu verilerin diğer ülkelerle karşılaştırmalarının yapılmasını sağlamak amacıyla, OECD SHS çerçevesinde USH Sistemi'nin oluşturulmasına gerek vardır. Bu sayede, sağlık harcamaları kamu-özel sektör ayrımında; finansman kaynağı, hizmet sunucuları ve sağlık fonksiyonları alt dağılımlarında detaylı bir şekilde analiz edilerek sağlık sektörü yöneticilerine objektif bilgiler sunulabilecektir. Bu analizin sağlayacağı faydalar; ödemeyi kimin, ne kadar ve ne için yaptığını ortaya koyarak sağlık sistemine fon akışı anlayışını getirmek ve böylece sağlık harcamalarının ve finansmanının en etkin şekilde gerçekleştirilmesine yardımcı olmak olarak sıralanabilir.

USH'de vurgulanan temel nokta; kimin, ne için, ne kadar ödeme yaptığının belirlenmesidir. Bu kapsamda USH için tanımlanan üç temel gruptan söz edilebilir (Sağlık Bakanlığı 2004);

- Para nereden gelmektedir? (Finansman kurumları)
- Para nereye gitmektedir? (Sağlık hizmeti sunucuları)
- Ne tür mal ve hizmetler verilmektedir ve ne tür mal ve hizmetler satın alınmaktadır? (Sağlık fonksiyonları)

Bu üç temel soruya cevap vermek üzere;

- Finansman Kurumu - Hizmet Sunucusu,
- Finansman Kurumu - Sağlık Fonksiyonu
- Hizmet Sunucusu - Sağlık Fonksiyonu tabloları oluşturulmaktadır.

Ulusal sağlık hesapları kapsamında 3 farklı harcama türünden bahsetmek mümkündür. Cari sağlık harcaması; sermaye veya yatırım kalemleri dışındaki kalemlere yapılan harcamalardır. Maaş ve ücretleri, sarf malzemesine yapılan harcamaları ve mal ve hizmet üretildikçe günlük olarak tüketilen mal ve hizmetlere yapılan harcamaları içerir. Yatırım harcamaları ise bina, ekipman, motorlu taşıtlar vb. için yapılan ödemelerden oluşan, sağlıkla ilgili fonksiyonlarda yer alan bir alt sınıftır. Cari sağlık harcaması ve yatırım harcamalarının toplamı ise toplam sağlık harcamasını tanımlamaktadır (Sağlık Bakanlığı 2004).

Ülkemizde, mevcut durumu ortaya koyacak detayda, uluslararası kabul görmüş yöntemlere dayalı sağlık sistemimizin finansal analizinin yapıldığı ilk çalışma, Sağlık Bakanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü koordinasyonunda gerçekleştirilen çalışmadır. II. Sağlık Projesi kapsamında Harvard Üniversitesi Halk Sağlığı Okulu Uluslararası Sağlık Sistemleri Grubu ve Sağlık İdaresi Araştırmaları İşletmesi (SİAR) işbirliğinde 1999-2000 USH'sini ortaya koymak üzere 30 Ekim 2001'de başlatılan çalışma, 28 Nisan 2004 tarihinde tamamlanmıştır.

Söz konusu çalışmanın kurumsallaşması ve sürekli bir şekilde güncellenebilmesi amacıyla takip eden yıllar için çalışmanın sorumluluğu, yapılan görüşmeler netice-

sinde Türkiye İstatistik Kurumu'na (TÜİK) devredilmiştir.

SHA 1.0 olarak adlandırılan Sağlık Hesapları Sisteminin ilk versiyonu, geçen zaman ve ülkelerin yaklaşık 10 yıllık deneyimlerinin ışığında, bir yandan ana el kitabındaki bariz eksikliklerden bazılarının düzeltilmesi için güncelleme ihtiyacını doğururken, aynı zamanda sağlık sistemlerindeki yeni gelişmelerden bazılarını dikkate almak için de bir fırsat sağlamıştır. Sağlık muhasebesinde küresel bir standart oluşturmak amacıyla, 2006 yılında SHA El kitabının revizyonunu denetlemek üzere OECD, Eurostat ve WHO arasında resmi bir iş birliği çalışması konusunda mutabakata varılmıştır.

Sağlık Hesapları Sisteminin ikinci versiyonu olan SHA 2011'in oluşturulmasının resmi süreci 2007 yılında, toplu olarak Uluslararası Sağlık Hesapları Ekibi (IHAT) olarak bilinen OECD, DSÖ ve Eurostat'tan sağlık hesapları uzmanlarının ortak faaliyeti olarak başlamış ve 2011 yılında yeni versiyon yayınlanmıştır.

SHA 2011 sağlık sisteminin yardımcı göstergelerinin derlenmesine olanak tanıyan SHA 1.0'e kıyasla şu ek boyutları tanımlar (OECD, Eurostat and WHO 2011):

- Sağlık hizmetlerinin finansman planları gelirlerinin çeşitlerinin sınıflandırılması
- Sağlık hizmeti sunum faktörlerinin sınıflandırılması
- Yararlananların sınıflandırılması: yaş, cinsiyet, hastalık, sosyoekonomik özellik veya bölge
- Sağlık hizmetlerinde ISCO 2008 kullanılarak insan kaynaklarının sınıflandırılması
- Sağlık ürünlerinin ve hizmetlerinin sınıflandırılması

Ülkemizde halen SHA 1.0 versiyonunun üretilmesini tavsiye ettiği 3 temel tablodan sadece "Finansman Kurumu - Hizmet Sunucusu" tablosu üretilebilmekte, SHA 2011 versiyonuna göre ise henüz bir veri üretimi yapılamamaktadır. Elde edilen USH sonuçları; her yıl OECD, DSÖ, Eurostat gibi uluslararası kuruluşlara ülkemiz resmi verisi olarak bildirilmektedir.

2.1. Türkiye'de Sağlık Harcamaları

Geçtiğimiz birkaç on yıllık zamanda, pek çok ülke sağlık hizmeti harcamalarının (genellikle GSYH ile ifade edilen) genel zenginlik seviyesinden çok daha hızlı büyümesi olgusuyla mücadele etmiştir. Genel anlamda, harcamalardaki bu çok büyük artışın ana nedenleri olarak; yaşlanan nüfus, pahalı teknolojilerin piyasaya sürülmesi ve daha iyi sağlık hizmetiyle bağlantılı olarak nüfusun beklentilerindeki artış sayılabilir (Annemans 2009). Sağlık sistemlerinin organizasyonu için yapılan öneriler, sadece sağlık harcamalarının düzeyiyle ilgili çalışmalara dayandırılmamalı; aynı zamanda sağlık harcamalarının değişim hızları da üzerinde önemle durulması gereken bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır (Barros 1998).

Sağlık hizmetlerini finanse etmekle ilgili konular, her devletin gündeminde üst sıralarda yer alır; zira sağlık hizmetlerinin finansmanı ağırlıklı olarak vergiler, sosyal sigorta veya her ikisinin bileşimi şeklinde kamudan gelen kaynaklarla karşılanır (Kobelt 2010).

Türkiye'de sağlık harcamalarının sistematik analizine yönelik çalışmalar, 1990'lı yıllarda başlamış; Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü tarafından 1992-1996 (Tokat 2001a), 1997 (Tokat 2001b), 1998 (Tokat 2001c) Sağlık Harcamaları kitapları, eldeki verilerle hazırlanmıştır. Dünya Bankası'nın 2003 yılında

yayımladığı rapor (World Bank 2003) bu konuda yapılan diğer bir çalışmadır. Bu raporlar özellikle, kamudaki mevcut genel bütçe kalemlerinin analiz ve projeksiyonlarını içermesine rağmen hizmet sunucusu ve sağlık fonksiyonu alt detaylarını kapsamamaktadır. Bu nedenle ülkedeki mevcut durumu ortaya koyacak detayda, uluslararası kabul görmüş yöntemlere dayalı sağlık sistemimizin finansal analizinin yapılması öncelikli ihtiyaç olarak ortaya çıkmıştır. Bu amaçla Ulusal Sağlık Hesapları çalışmaları başlatılmıştır.

Ülkemizde Ulusal Sağlık Hesapları için başvurulan finansman kaynakları aşağıda sıralanmıştır. (Sağlık Bakanlığı 2004):

- Kamu Sektörü- Bakanlıklar ve Diğer İdari Birimler
- Genel Bütçeli Kurumlar (Sağlık Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı, diğer bakanlıklar)
- Özel Bütçeli Kurumlar (Üniversiteler, Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu)
- Sosyal Güvenlik Fonları
- Sosyal Güvenlik Kurumu (Devredilen Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağ-Kur, Emekli Sandığı, Yeşil Kart, Devlet Memurları)
- Kamu Sektörü- Diğer Devlet Birimleri
- Belediyeler ve il özel idareleri
- Özel Sektör- Firmalar ve İşletmeler
- Kamu İktisadi Teşekkülleri (KİT), vakıf üniversiteleri, diğer işletmeler.
- Özel Sektör- Hükümet Dışı Örgütler
- Özel sosyal sigorta, özel sigorta şirketleri, hane halklarına hizmet eden kâr amaçsız kuruluşlar (Kızılay, Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı)
- Hane halkları tarafından cepten yapılan ödemeler

Ulusal Sağlık Hesapları, yukarıda listelenen tüm finansman kaynaklarını kapsayacak şekilde ülkemizde yapılan toplam sağlık harcama verilerine ulaşmayı ve raporlamayı hedeflemektedir. Her finansman kurumu için ayrı bir veri derleme sistemi var olması, sağlık harcaması ile ilgili veri toplanması alanında karşılaşılan önemli güçlüklerden biridir.

3. Materyal ve Metod

3.1. Amaç

Bu analiz çalışmasının amacı, ülke düzeyinde yapılan sağlık harcamalarını kaynaklarına ve kullanım yerlerine göre belirlemek ve sağlık harcamalarının makroekonomi içindeki rolünü ortaya koymaktır.

3.2. Metod

Analiz çalışması, TÜİK tarafından 1999-2016 yılları için yayımlanan Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları metodolojisi temel alınarak hazırlanmıştır.

3.3. Veri Kaynakları

Türkiye USH çalışması, günümüzdeki yeni metodolojik gelişmelerden, özellikle 2000 yılındaki OECD'nin SHS çerçevesindeki ve Uluslararası Sağlık Hesapları Sınıflamasındaki (USHS) gelişmelerden yararlanmıştır. Türkiye 1999 ve 2000 sağlık hesapları, OECD uygulaması ve gelişen uluslararası standartlarla uyumludur (World Bank 2003).

Bu çalışmada, Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğünce, 1999-2000 yılları için OECD Sağlık Hesapları Sistemi (SHS)'ne uygun olarak üretilen Sağlık Harcamaları İstatistikleri ile sonraki

yıllar için TÜİK tarafından aynı yöntem kullanılarak hesaplanan 2001-2016 yıllarına ait Ulusal Sağlık Hesapları sonuçları kullanılmıştır.

4. Bulgular

USH Çalışması kapsamında 1999 ile 2016 mali yıllarına ait Cari Sağlık Harcaması (CSH), Yatırım Harcaması (YH) ve Toplam Sağlık Harcaması (TSH) ile bu harcamaların Gayri Safi Yurt İçi Hâsıla (GSYH) içindeki payları, aşağıda sunulmuştur. Cari Sağlık Harcaması; sermaye veya yatırım kalemleri dışındaki kalemlere yapılan harcamalardır. Maaş ve ücretleri, sarf malzemesine yapılan harcamaları ve mal ve hizmet üretildikçe günlük olarak tüketilen mal ve hizmetlere yapılan harcamaları içerir. Yatırım Harcaması; bina, ekipman, motorlu taşıtlar vb. için yapılan ödemelerden oluşur. Toplam Sağlık Harcaması ise; cari sağlık harcaması ve yatırım harcamalarının toplamıdır.

4.1. Toplam Sağlık Harcamaları

Toplam Sağlık Harcaması, OECD Sağlık Hesapları Sistemine göre sağlık için yapılan cari harcama ve yatırım harcamasının toplamından oluşmaktadır.

Tablo 1'de yıllara göre ülkemizdeki sağlık harcamaları verilmiştir. 1999 yılında 4,9 milyar TL düzeyinde olan Toplam Sağlık Harcaması, 2016 yılında 119,7 milyar TL'ye yükselmiştir.

Tablo 1. Yıllara Göre Sağlık Harcamaları (Milyon TL)

Yıllar	Cari Sağlık Harcaması (CSH)	Yatırım Harcaması (YH)	Toplam Sağlık Harcaması (TSH)	TSH'nın Bir Önceki Yıla Göre Değişim Oranı (%)
1999	4.786	199	4.985	-
2000	7.888	360	8.248	65,5
2001	12.086	310	12.396	50,3
2002	18.331	443	18.774	51,5
2003	23.676	603	24.279	29,3
2004	28.616	1.405	30.021	23,6
2005	33.292	2.067	35.359	17,8
2006	40.949	3.120	44.069	24,6
2007	46.495	4.409	50.904	15,5
2008	52.320	5.420	57.740	13,4
2009	55.294	2.616	57.911	0,3
2010	58.623	3.054	61.678	6,5
2011	65.372	3.236	68.607	11,2
2012	70.288	3.901	74.189	8,1
2013	79.702	4.688	84.390	13,8
2014	88.878	5.871	94.750	12,3
2015	96.786	7.782	104.568	10,4
2016	112.540	7.216	119.756	14,5

Kaynak: TÜİK (www.tuik.gov.tr, erişim: 10.01.2018)

İncelenmiş olan 18 yıllık dönem içerisinde, toplam sağlık harcamalarının sürekli bir şekilde artış eğiliminde olduğu görülmektedir. 2000-2002 yılları arasında olduk-

ça yüksek seyreden (%50'ler düzeyinde) artış eğilimi 2009 yılına kadar dalgalı ve önceki döneme göre daha düşük bir oranda artış göstermeye devam etmiştir. 2009 yılında görülen ve bu zaman serisi içerisindeki en düşük değer olan %0,3'lük oran sonrasında, artış eğilimi devam etmiş ve 2016 yılında %14,5 düzeyinde olduğu görülmüştür.

4.2. Kamu ve Özel Sağlık Harcamaları

Tablo 2'de, yapılan toplam sağlık harcamasının ne kadarının kamu, ne kadarının da özel kaynaklarca karşılandığı ortaya konulmuştur.

Kamu sağlık harcamaları, Sağlık Bakanlığı, Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü, üniversiteler, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu, diğer bakanlıklar ve kamu kurumları ile yerel yönetimler, devlet teşekkülleri ile Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanan harcamalardır.

Özel sağlık harcamaları ise, cepten yapılan ödemeler, kişiler ve haneler tarafından karşılanan ilaç ve tedavi harcamaları ile özel sigorta sistemlerine ödeme yapan kişi ve şirketlerden oluşur.

Ülkemizde 1999 yılında yapılan toplam sağlık harcamasının %61,1'i kamu sektörü tarafından, %38,9'u ise özel sektör tarafından finanse edilmiştir. 2005 yılında ise kamu sektörünün payı %67,8'e yükselirken özel sektörün payı %32,2'ye gerilemiştir. 2009 yılı %81 ile toplam sağlık harcamalarının kamu kaynakları ile en yüksek düzeyde finanse edildiği yıl olmuştur. 2015 ve 2016 yıllarında ise bu oran %78,5 kamu, %21,5 özel sağlık harcaması payı olarak gerçekleşmiştir.

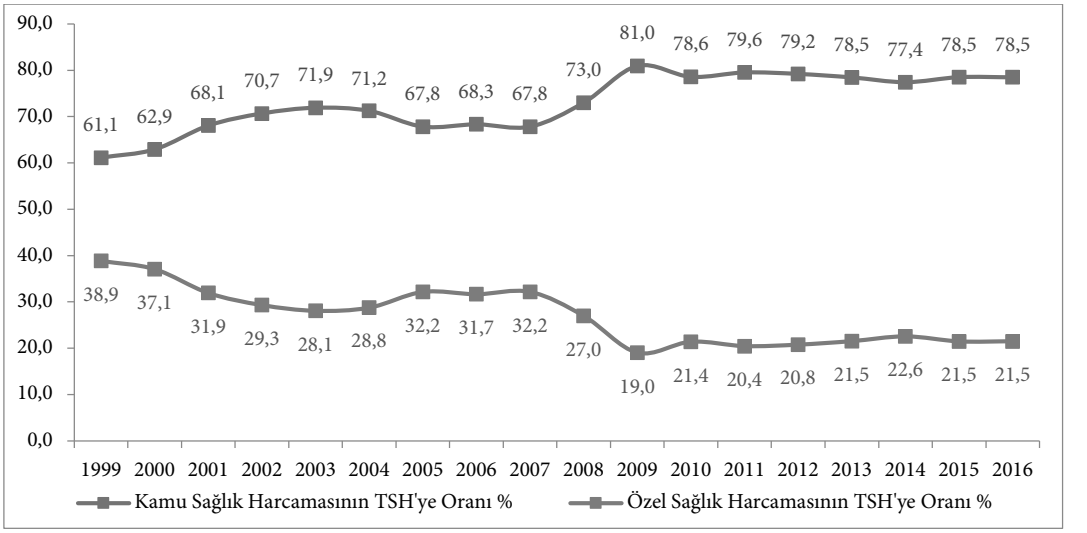
Tablo 2. Yıllara Göre Kamu ve Özel Sağlık Harcamaları, Milyon TL

Yıllar	Kamu Sağlık Harcaması	TSH İçindeki %	Özel Sağlık Harcaması	TSH İçindeki %	Toplam Sağlık Harcaması	Toplam (%)
1999	3.048	61,1	1.937	38,9	4.985	100,0
2000	5.190	62,9	3.058	37,1	8.248	100,0
2001	8.438	68,1	3.958	31,9	12.396	100,0
2002	13.270	70,7	5.504	29,3	18.774	100,0
2003	17.462	71,9	6.817	28,1	24.279	100,0
2004	21.389	71,2	8.632	28,8	30.021	100,0
2005	23.987	67,8	11.372	32,2	35.359	100,0
2006	30.116	68,3	13.953	31,7	44.069	100,0
2007	34.530	67,8	16.374	32,2	50.904	100,0
2008	42.159	73,0	15.581	27,0	57.740	100,0
2009	46.890	81,0	11.021	19,0	57.911	100,0
2010	48.482	78,6	13.196	21,4	61.678	100,0
2011	54.580	79,6	14.028	20,4	68.607	100,0
2012	58.785	79,2	15.404	20,8	74.189	100,0
2013	66.228	78,5	18.162	21,5	84.390	100,0
2014	73.382	77,4	21.368	22,6	94.750	100,0
2015	82.121	78,5	22.446	21,5	104.568	100,0
2016	94.012	78,5	25.744	21,5	119.756	100,0

Kaynak: TÜİK (www.tuik.gov.tr, erişim: 10.01.2018)

Grafik 1'de kamu ve özel sağlık harcamalarının 1999-2016 yılları aralığında, Toplam Sağlık Harcaması içindeki yüzde oranları grafik halinde verilmiştir.

Grafik 1. Kamu Sağlık Harcaması ve Özel Sektör Sağlık Harcamasının TSH'ye Oranı, %



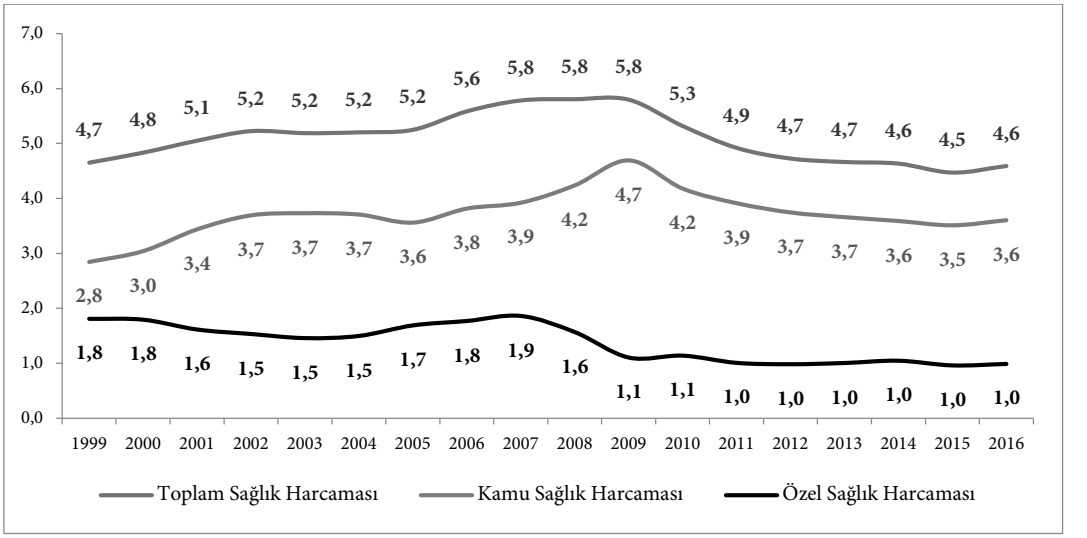
Kaynak: TÜİK (www.tuik.gov.tr, erişim: 10.01.2018)

4.3. Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Oranı

Grafik 2'de toplam sağlık harcamalarının GSYH içindeki oranları verilmiştir. Toplam sağlık harcamasının GSYH içindeki oranlarına bakıldığında; 1999 yılında %4,7 düzeyinde olan oran, 2005 yılında %5,2; 2010 yılında %5,3 ve 2016 yılında %4,6 olarak gerçekleşmiştir.

2007-2010 yılları aralığında toplam sağlık harcamalarının GSYH içindeki en yüksek oranı olan %5,8 oranı korunmuş, takip eden yıllarda azalma eğilimine girmiştir.

Grafik 2. Yıllara Göre Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Oranları, %



Kaynak: TÜİK (www.tuik.gov.tr, erişim: 10.01.2018)

1999 yılında kamu sağlık harcamasının GSYH içindeki oranı %2,8 düzeyindeyken takip eden yıllarda dalgalı bir artış eğilimi göstererek 2008 yılında %4,2; 2009 yılında %4,7; 2016 yılında ise %3,6 olarak gerçekleşmiştir. Özel sağlık harcamasının GSYH içindeki oranı ise 1999 yılında %1,8 düzeyinde olup; takip eden yıllarda azalarak 2009 yılında %1,1; 2016 yılında ise %1 olarak gerçekleşmiştir.

Sağlık harcamaları içinde yer alan kalemlerden belki de en önemlileri, kamu harcamaları açısından önemli bir bölümü oluşturan Sosyal Güvenlik Kurumu'nun harcamaları ile vatandaşlara yansıyan mali yükü göstermesi açısından cepten yapılan sağlık harcamalarıdır. Analizin devam eden bölümlerinde bu iki önemli bileşen incelenecektir.

4.4. Sosyal Güvenlik Kurumu'nun Sağlık Harcamaları

Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından yapılan sağlık harcamaları USH kapsamında bir alt bileşen olarak hesaplanmaktadır.

Tablo 3'te yıllara göre SGK sağlık harcamaları ve TSH içindeki oranları verilmiştir.

Tablo 3. SGK Sağlık Harcamaları

Yıllar	Harcama (Milyon TL)	TSH İçindeki Payı (%)
2002	7.631	40,6
2003	10.662	43,9
2004	13.231	44,1
2005	14.000	39,6
2006	17.667	40,1
2007	19.697	38,7
2008	25.346	43,9
2009	28.277	48,8
2010	30.695	49,8
2011	34.937	50,9
2012	41.630	56,1
2013	46.993	55,7
2014	51.356	54,2
2015	55.908	53,5
2016	64.163	54

TÜİK (www.tuik.gov.tr, erişim: 10.01.2018)

İncelenen yıllarda Türk sağlık sisteminin finansal örgüsünde SDP ile birlikte önemli değişimler meydana gelmiştir. 2002 yılında 7,6 Milyar TL düzeyinde olan SGK sağlık harcaması, toplam sağlık harcaması içinde %40,6'lık bir orana sahipti. 2007 yılı itibariyle üç farklı sosyal güvenli kuruluşunun tek çatı altında birleştirilmesi, devlet memurları ve Yeşil Kart mensuplarının ise 2010 yılında SGK'ya devir edilmesi neticesinde SGK sağlık harcamalarında artış gözlemlenmiştir. Nitekim 2008 yılında SGK sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı %43,9'a; 2011 yılında %50,9'a ve nihayet 2016 yılında da %54'e yükselmiştir.

Sağlık hizmetlerine erişimin artışı ve temel teminat paketi kapsamında sunulan

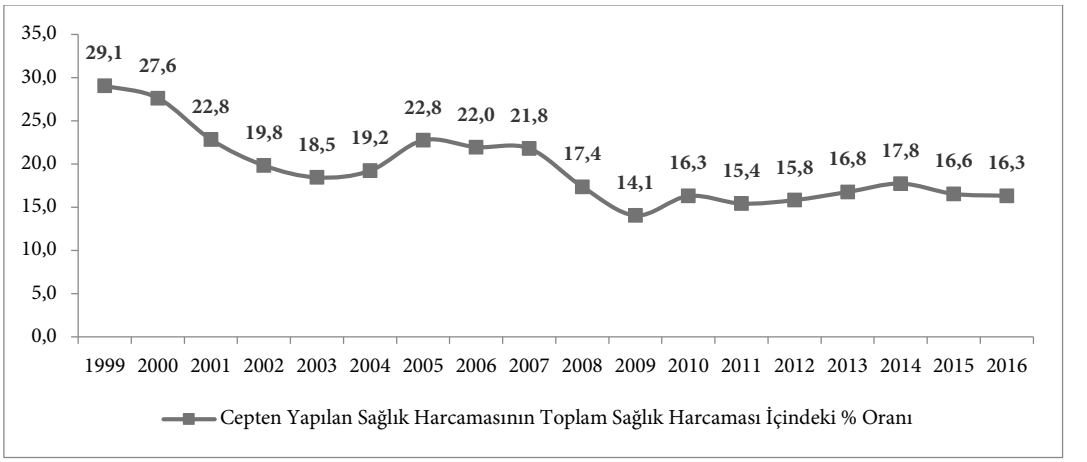
hizmetlerin çeşitliliği SGK sağlık harcamalarını artıran diğer faktörler olarak değerlendirilebilir. 2002 yılında kişi başı toplam hekime müracaat sayısı 3,1 düzeyindedir. SDP kapsamındaki reformlar ve hizmet sunumundaki gelişmeler sonucunda 2012 yılında kişi başı toplam hekime müracaat sayısı 8,2'ye, 2016 yılında ise 8,6'ya yükselmiştir (Sağlık Bakanlığı 2016).

SGK sağlık harcamalarının kontrolü amacıyla katkı ve katılım payı gibi uygulamalar devreye alınmıştır.

4.5. Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları

Sağlık harcamalarının önemli alt bileşenlerinden biri de cepten yapılan sağlık harcamasıdır. Ülke sağlık sisteminin kapsayıcılığı ve vatandaşlar (hastalar) tarafından karşılanan yükü ortaya koyan cepten sağlık harcaması; maliyet paylaşımı, kendi kendine bakım ve diğer harcamalar için hane halkları tarafından doğrudan yapılan harcamalardan oluşmaktadır (Sağlık Bakanlığı 2004). Grafik 3'te cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcaması içindeki yüzde oranı verilmiştir.

Grafik 3. Cepten Yapılan Sağlık Harcamasının Toplam Sağlık Harcamasına Oranı, %



Kaynak: TUİK (www.tuik.gov.tr, erişim: 10.01.2018)

1999 yılından 2007 yılına kadarki süreçte, cepten yapılan sağlık harcamalarının TSH içindeki oranı 7,3'lük bir düşüş göstererek %21,8 olarak hesaplanmıştır. 2007 yılından itibaren daha keskin bir düşüş görülerek cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcaması içindeki oranı 2016 yılında %16,3 olarak gerçekleşmiştir.

Özellikle kronik hastalığı olan ya da herhangi bir sağlık sigortası kapsamında olmayan bireyler için cepten yapılan sağlık harcamaları daha da önem kazanmaktadır. Bu kapsamda yer alan kişiler, sağlık sigortası kapsamında olan kişilere göre hem daha yüksek cepten sağlık harcaması yapmakta hem de az sayıda hekimle daha az süreli karşılaşmaktadır (Ruger and Kim 2007). Kore'de, en düşük gelir diliminde olan bireyler gelirlerinin %12,5'ini cepten sağlık harcaması olarak, aldıkları sağlık hizmetlerini karşılamak için kullanmaktadır. Bu oran en yüksek gelir diliminde olan bireylere göre yaklaşık 6 kat yüksektir (Hwang at al. 2001). Özellikle sağlık güvencesi olmayan bireylerin yaptıkları cepten sağlık harcamaları, düşük ve orta gelirli ülkelerin en önemli sağlık sorunlarından biridir. Bunun yanı sıra ülkedeki gelir dağılımını bozdu-

ğundan dolayı önlenmesi gereken ciddi bir sorundur.

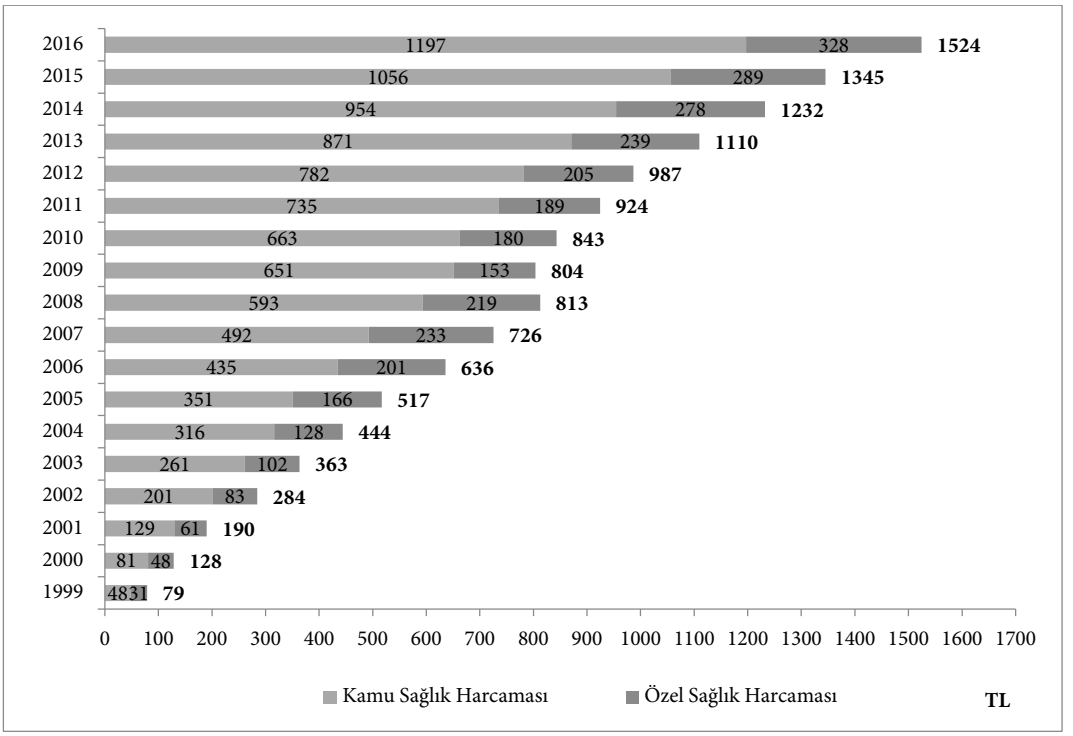
Cepten yapılan sağlık harcamalarının üzerinde önemle durulması gereken boyutu, katastrofik ve yoksullaştırıcı nitelikteki sağlık harcamalarıdır. Sağlık sistemleri, kişilere, sağlık durumlarında değişiklikler oluşturabilecek koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri sunmaktadır (Xu et al. 2003). Genel kabul görmüş bir yaklaşıma göre katastrofik sağlık harcaması, cepten yapılan sağlık harcamalarının, hane halklarının temel yaşam ihtiyaçlarını karşılamalarını sağlayan harcamaları belirli bir oranda aşması durumunda ortaya çıkmaktadır. Bu durum arttıkça hane halklarını gittikçe yoksullaştıran bir etki yaratmaktadır (Şahin ve Çınaroğlu 2016).

Cepten harcamalar bireylerin/hane halklarının ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini alamamalarına, almak istediklerinde ise öngörülemeyen harcama riski ile karşı karşıya kalmalarına ve hatta yoksullaşmalarına veya yoksul iseler daha da yoksullaşmalarına neden olabilmektedir (Özgen 2008). Bu nedenle özellikle katastrofik sağlık harcamaları nedenleri ve sonuçları itibariyle dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi gereken bir olgudur. TÜİK tarafından Hane Halkı Bütçe Anketi verileri baz alınarak yapılan çalışma sonucunda 2002 yılında katastrofik sağlık harcaması yapan hane oranı %0,81; katastrofik sağlık harcaması nedeniyle yoksullaşan hane oranı ise %0,43 olarak bulunmuştur. 2014 yılında; katastrofik sağlık harcaması yapan hane oranı %0,31 iken katastrofik sağlık harcaması nedeniyle yoksullaşan hane oranı ise %0,12 olarak tahmin edilmiştir (TÜİK 2015).

4.6. Kişi Başı Sağlık Harcamaları

Ülkemizde kişi başına düşen kamu, özel ve toplam sağlık harcaması Grafik 4'te verilmiştir.

Grafik 4. Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması TL, Türkiye, 1999-2016, TL

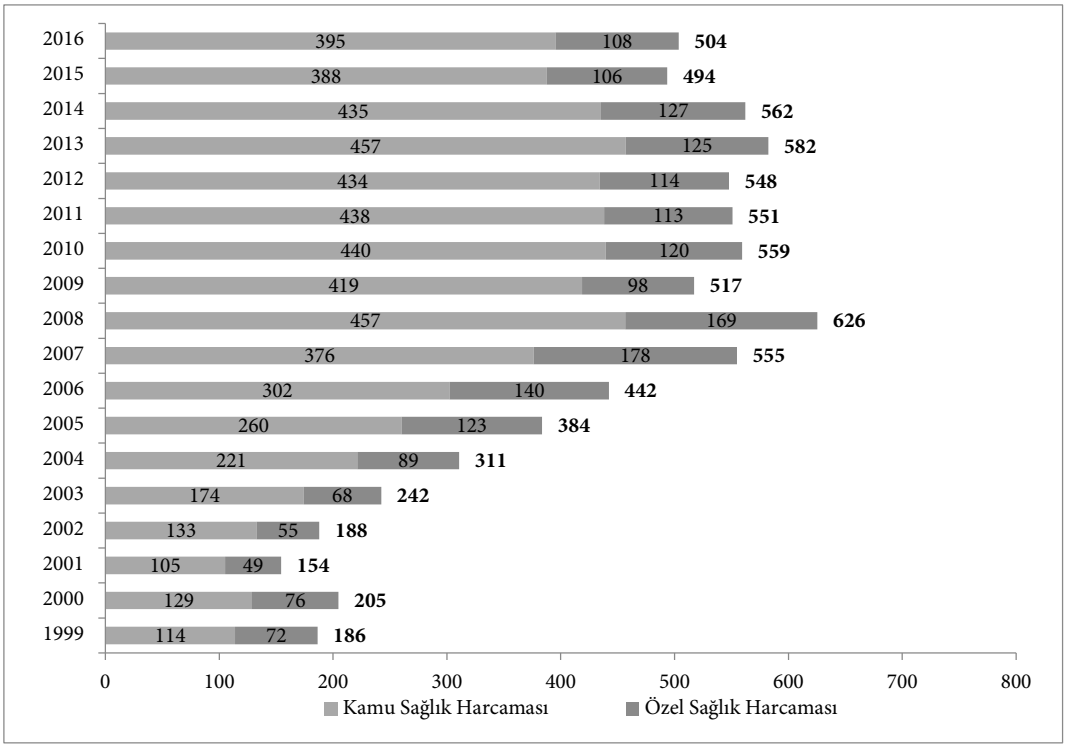


Kaynak: TÜİK (www.tuik.gov.tr, erişim: 10.01.2018)

1999 yılında kişi başı toplam sağlık harcaması 79 TL (48 TL Kamu, 31 TL Özel) düzeyindeyken, 2007 yılında 724 TL (491 TL Kamu, 233 TL Özel) olarak gerçekleşmiştir. Yıllara sari olarak giderek artış gösteren kişi başı sağlık harcamaları 2010 yılında 843 TL'ye (663 TL Kamu, 180 TL Özel), 2016 yılında ise 1524 TL'ye (1197 TL Kamu, 328 TL Özel) yükselmiştir.

Amerikan Doları açısından kişi başı kamu, özel ve toplam sağlık harcamaları ise Grafik 5'te gösterilmektedir.

Grafik 5. Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması ABD $,Türkiye, 1999-2016

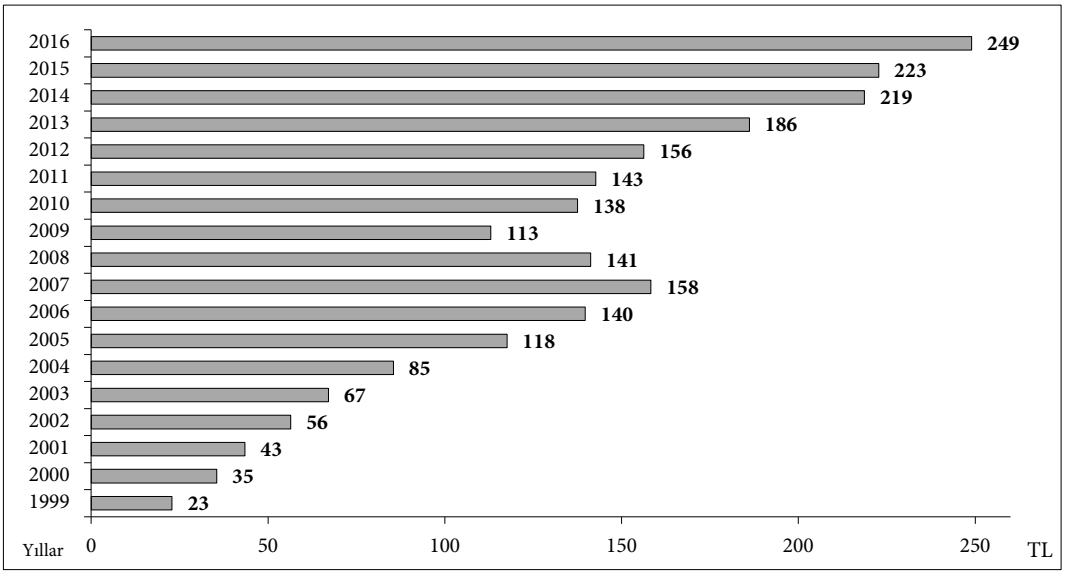


Kaynak: TÜİK (www.tuik.gov.tr, erişim: 10.01.2018)

1999 yılında kişi başı toplam sağlık harcaması 186 ABD $ (114 $ Kamu, 72 $ Özel) düzeyindeyken, 2007 yılında 553 $ (375 $ Kamu, 178 $ Özel) olarak gerçekleşmiştir. 2010 yılına bakıldığında kişi başı toplam sağlık harcaması 559 ABD $ (440 $ Kamu, 120 $ Özel), 2016 yılında ise 504 $ (395 $ Kamu, 108 $ Özel) yükselmiştir. Kişi başı sağlık harcaması en yüksek seviyesine 626 $ ile (457 $ Kamu, 169 $ Özel) ile 2008 yılında yükselmiştir.

Kişi başına cepten yapılan sağlık harcama miktarları Grafik 6'da verilmiştir.

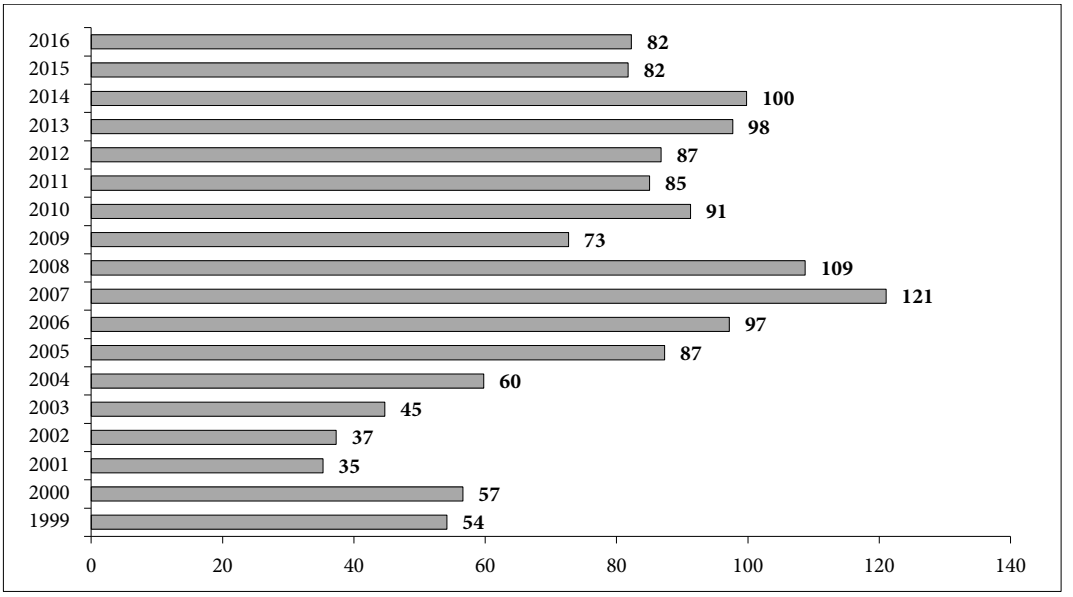
Grafik 6. Kişi Başı Cepten Yapılan Sağlık Harcaması TL, Türkiye, 1999-2016



Kaynak: TÜİK (www.tuik.gov.tr, erişim: 10.01.2018)

1999 yılında kişi başı cepten sağlık harcaması 23 TL düzeyindeyken, 2007 yılında 158 TL, 2010 yılında 138 TL ve 2016 yılında ise 249 TL olarak gerçekleşmiştir. Amerikan Doları açısından kişi başı cepten sağlık harcaması ise Grafik 7'de gösterilmektedir. Hane halkları tarafından yapılan cepten sağlık harcamalarına, özel sosyal sigorta (banka sandıkları), hane halklarına hizmet eden kâr amacı gütmeyen kuruluşlar (HHEKAK), KİT'ler, vakıf üniversiteleri, özelleştirme kapsamındaki kuruluşlar ve diğer işletmelerin yaptığı sağlık harcamalarının da eklenmesiyle toplam özel sağlık harcama rakamına ulaşılmaktadır.

Grafik 7. Kişi Başı Cepten Yapılan Sağlık Harcaması ABD $, Türkiye, 1999-2016



Kaynak: TÜİK (www.tuik.gov.tr, erişim: 10.01.2018)

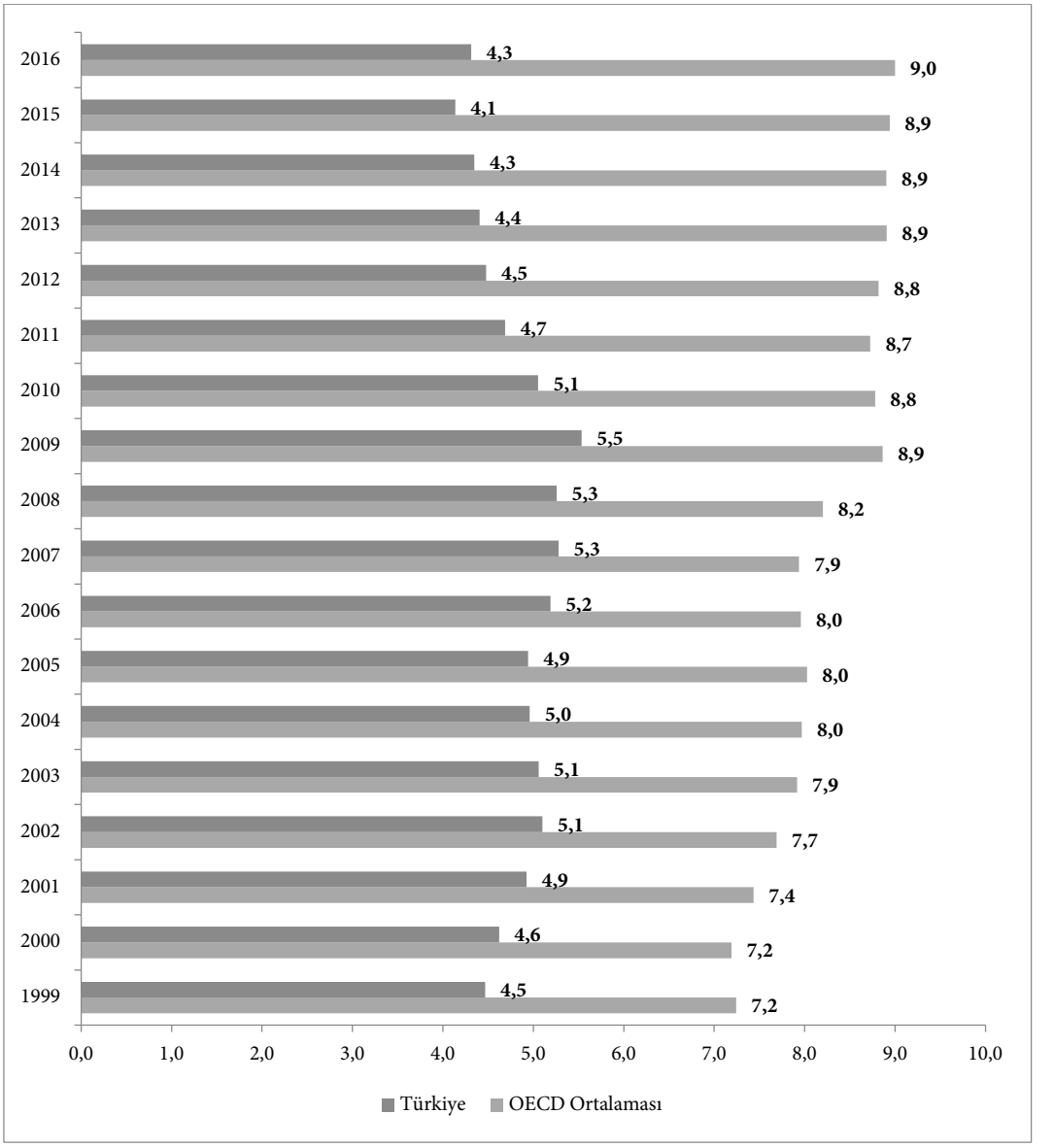
1999 yılında kişi başı cepten sağlık harcaması 54 ABD $ düzeyindeyken, 2007 yılında incelenen zaman serisi içindeki en yüksek değerine ulaşarak 121 ABD $ olarak gerçekleşmiştir. 2010 yılında 91 $'a gerileyen kişi başı cepten sağlık harcaması 2016 yılında 82 $ düzeyine gerilemiştir.

5. OECD Ülkeleri ile Karşılaştırmalar

5.1. OECD Ülkelerindeki Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Büyüklüğü

Grafik 8'de OECD üyesi ülkelerde ve ülkemizde, cari sağlık harcamalarının GSYH içindeki oranları gösterilmiştir.

Grafik 8. Cari Sağlık Harcamalarının OECD Ülkeleri ve Türkiye'de GSYH İçindeki Ortalama Oranları, %



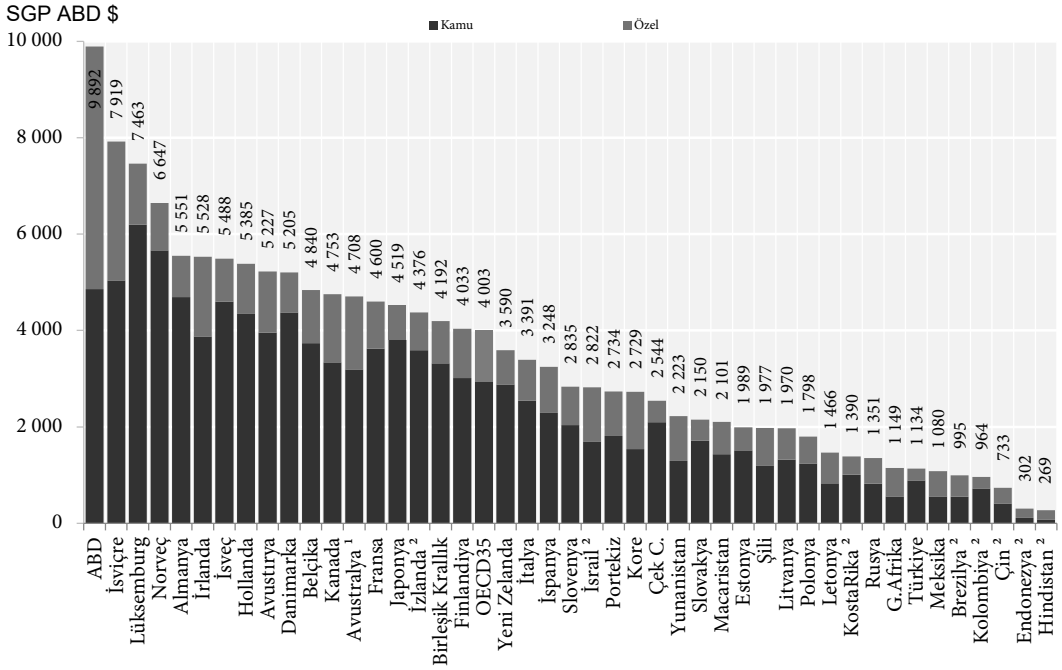
Kaynak: TÜİK (www.tuik.gov.tr, erişim: 10.01.2018); OECD Health Data 2017

1999 yılında OECD ülkelerinde cari sağlık harcamasının GSYH'ya oranı ortalama %7,2 düzeyindeyken, 2007 yılında %7,9'a, 2010 yılında %8,8'e ve 2016 yılında da %9'a yükselmiştir. Bu oran ülkemizde 1999 yılında %4,5 düzeyindeyken, 2007 yılında %5,3; 2010 yılında %5,1 ve 2016 yılında %4,3 düzeyindedir.

5.2. OECD Ülkelerinde Kişi Başı Sağlık Harcamaları

Grafik 9'da OECD üyesi ülkelerde ve ülkemizde, kişi başı sağlık harcamaları Satınalma Gücü Paritesi ABD $ cinsinden verilmiştir.

Grafik 9. OECD Ülkelerinde ve Türkiye'de Kişi Başı Sağlık Harcamaları, SGP ABD $



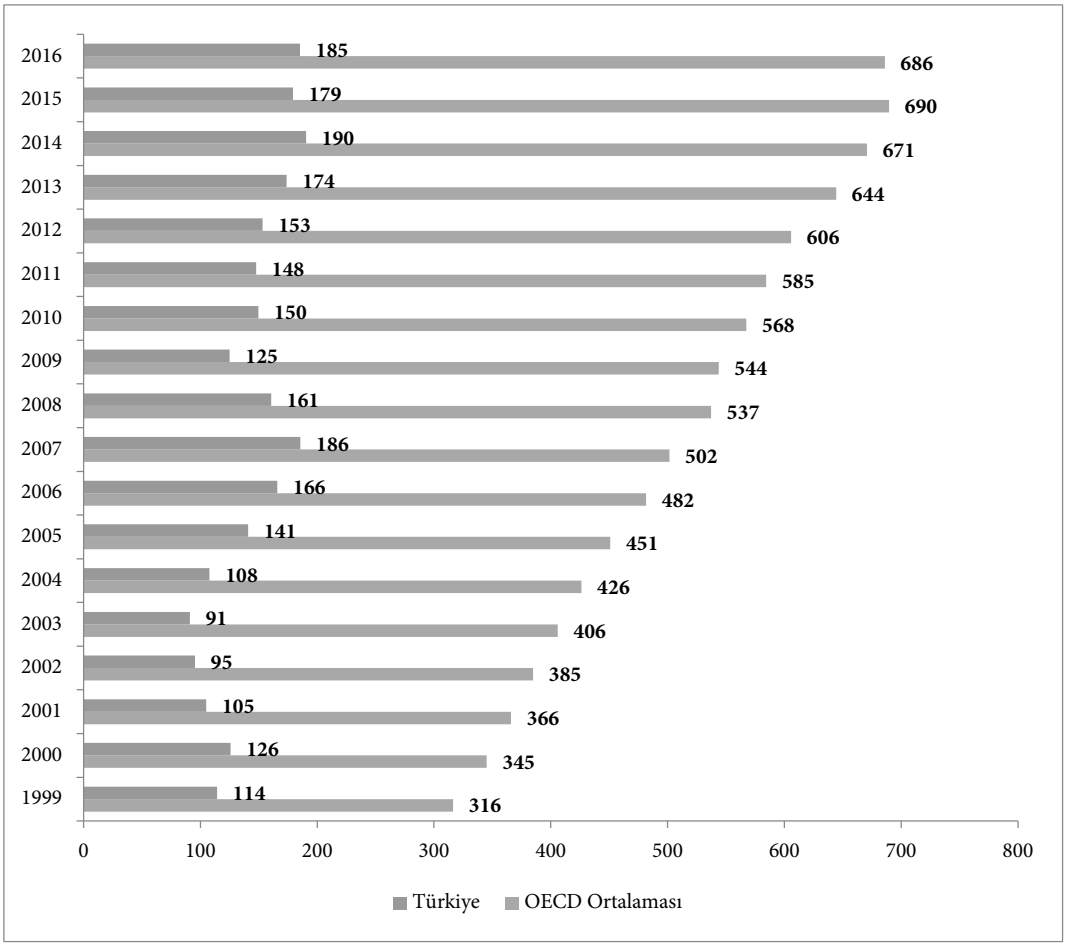
Kaynak: TÜİK (www.tuik.gov.tr, erişim: 10.01.2018); OECD Health at a Glance 2017
Türkiye verisi 2016, diğer ülkelere ait veriler 2015 veya ulaşılabilen son yol verisidir.

Satınalma Gücü Paritesine göre değerlendirildiğinde 2016 yılı (ya da ulaşılabilen en son yıl verilerine göre) OECD üyesi ülkelerin kişi başı sağlık harcaması ortalama 4.003 SGP ABD$ düzeyindedir. Amerika Birleşik Devletleri 9.892 SGP ABD$ ile bu ortalamanın iki katının üzerindeki bir harcama düzeyi ile en çok harcama yapan ülkedir. İsviçre, Lüksemburg ve Norveç ise bunu takip eden en yüksek harcama düzeyine sahip olan diğer ülkelerdir. Türkiye 1.134 SGP ABD$ (2016 yılı verisi) harcama düzeyi ile Meksika (1.080 SGP ABD$) ile birlikte (OECD ortalamasının çeyreği düzeyinde) en az harcama yapan ülkeler arasındadır.

5.3. OECD Ülkelerinde Kişi Başı Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları

Grafik 10'da OECD üyesi ülkelerde ve ülkemizde kişi başı cepten yapılan sağlık harcama miktarı Satınalma Gücü Paritesi ABD $ cinsinden verilmiştir.

Grafik 10. Kişi Başı Cepten Yapılan Sağlık Harcaması, OECD Ülkeleri Ortalaması ve Türkiye (SGP ABD $)



Kaynak: TÜİK (www.tuik.gov.tr, erişim: 10.01.2018); OECD Health Data 2017

OECD ülkelerinde 1999 yılında ortalama 316 SGP ABD $ düzeyinde olan kişi başı cepten sağlık harcaması, 2007 yılında 502 SGP ABD $, 2010 yılında 568 SGP ABD $, 2016 yılında ise 686 SGP ABD $'ına yükselmiştir. Ülkemizde ise 1999 yılında kişi başına yapılan cepten sağlık harcaması 114 SGP ABD $ olarak gerçekleşirken, 2007 ve 2010 yıllarında 150 SGP ABD $, 2016 yılında ise 185 SGP ABD $ düzeyindedir.

6. Tartışma

Yıllar içinde, ülkemizin toplam sağlık harcamalarında artma eğilimi görülmektedir. Bunun doğal bir sonucu olarak sağlık harcamalarının genel ekonomi içindeki payında da bir artış vardır. Yıldan yıla GSYH'deki artışa paralel olarak, toplam sağlık harcamasında artış görülmektedir. Tablo 4'teki analizde Sağlıkta Dönüşüm Programının genel ekonomi üzerinde oluşturduğu finansal etkinin ortaya konulabilmesi amacıyla SDP'nin başlangıç yılı olan 2003 yılı sonrası ekonomik büyüklükler incelenmiştir.

Tablo 4. Yıllara Göre GSYH ve Sağlık Harcamalarındaki Reel Değişimler* (%)

Yıllar	Nominal GSYH Artışı	2003 Yılı Rakamları İle Bir Önceki Yıla Göre Reel GSYH Artışı	2003 yılına göre Reel GSYH Artışı	Nominal TSH Artışı	2003 Yılı Rakamları İle Bir Önceki Yıla Göre Reel TSH Artışı	2003 yılına göre Reel TSH Artışı
2004	23,3	12,7	12,7	23,6	13,1	13,1
2005	16,8	8,4	22,2	17,8	9,3	23,6
2006	17,1	6,8	30,6	24,6	13,7	40,5
2007	11,6	2,9	34,4	15,5	6,6	49,8
2008	13,0	2,7	37,9	13,4	3,1	54,3
2009	0,4	-5,7	30,1	0,3	-5,8	45,3
2010	16,1	9,1	41,9	6,5	0,1	45,5
2011	20,2	8,8	54,5	11,2	0,7	46,5
2012	12,6	6,0	63,8	8,1	1,9	49,2
2013	15,3	7,3	75,8	13,8	5,9	58,0
2014	13,0	4,4	83,6	12,3	3,8	64,0
2015	14,4	5,1	93,0	10,4	1,4	66,4
2016	11,5	2,8	98,4	14,5	5,5	75,6

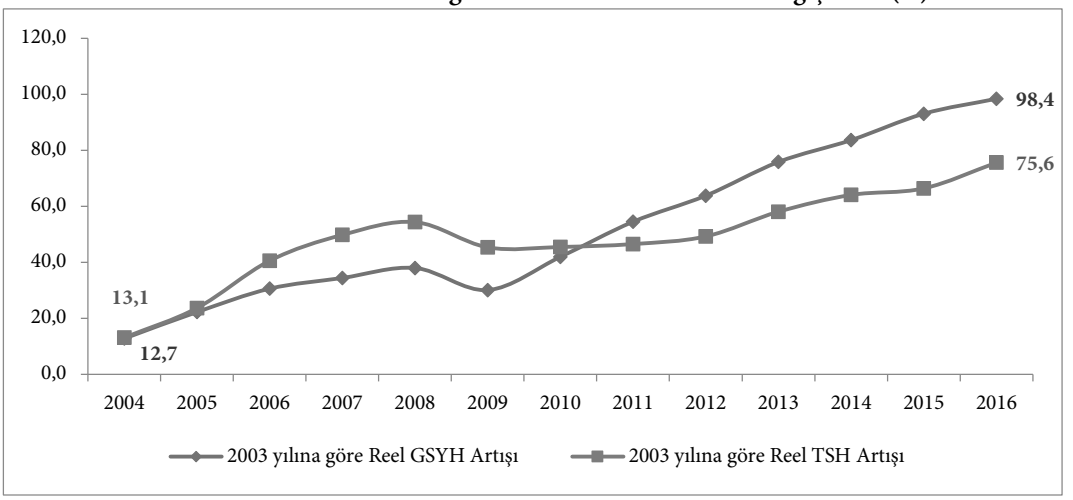
Kaynak: TÜİK (www.tuik.gov.tr, erişim: 10.01.2018)

*TÜİK tarafından açıklanan, 1994 Temel Yıllı Tüketici Fiyatları Endeksi Sonuçlarının yılsonu rakamlarına göre hesaplanmıştır.

Tablo 4'te ve Grafik 11'de de görüldüğü üzere, 2004-2016 yılları arasında GSYH, reel olarak %98,4 düzeyinde artış göstermiştir. Toplam sağlık harcamaları ise yine aynı dönemde reel olarak %75,6 düzeyinde artış göstermiştir.

2004-2011 yılları arasında reel bazda sağlık harcamalarının artışı, GSYH artışından daha yüksek bir düzeyde gerçekleşmiştir. 2011 yılından itibaren ise GSYH artışı toplam sağlık harcamalarının artış hızından daha yüksek bir düzeyde gerçekleşmiş olup bu seyir 2016 yılına dek devam etmiştir.

Grafik 11. 2003 Yılına Göre GSYH ve Sağlık Harcamalarındaki Reel Değişimler (%)



Diğer OECD ülkelerindeki harcama düzeylerine bakıldığında ve üst orta gelir grubu ülkelerle kıyaslandığında, Türkiye'de toplam sağlık harcamalarının aşırı olmadığı görülmektedir. Ancak sağlık alanındaki kamu harcamaları, nasıl ölçülürse ölçülsün, diğer ülkelere kıyasla ortalama seviyede veya bu seviyenin üstündedir. 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın başlatılmasını takip eden yıllarda, sağlık harcamaları hızla yükselmesine rağmen toplam sağlık harcamaları ile kamu sağlık harcamalarındaki artışların, Türkiye'deki ekonomik büyüme hızlı olduğu için, karşılanabilir düzeyde kaldığı görülmektedir (OECD 2008). 2003-2009 ve 2009-2016 yılları arasında OECD ülkelerindeki kişi başı reel sağlık harcamalarının büyüme oranlarına bakıldığında ülkemizdeki, birinci dönemdeki (2003-2009 yılları arasındaki) %4,6'lık büyüme oranının takip eden dönemde %1,7'ye gerilediği görülmektedir (OECD 2018).

Sağlık harcamalarında meydana gelen bu artış, büyük ölçüde kamu harcamaları ile finanse edilmiştir. 1999 yılında toplam sağlık harcamasının % 61,1'i kamu tarafından, % 38,9'u özel sektör tarafından gerçekleştirilirken, 2016 yılında bu oranlar sırasıyla % 78,5 ve % 21,5 olmuştur.

Sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılan bir diğer kaynak olan cepten yapılan sağlık harcamasında ise bir düşüş söz konusudur. 2003 yılından 2016 yılına kadarki süreçte, ülkemizde cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcaması içindeki oranı %2,2'lik bir düşüş göstererek %18,5'ten %16,3'e gerilemiştir. Kişi başı sağlık harcamalarının gelişimi incelendiğinde; 1999 yılında kişi başına sağlık harcaması 78,7 TL (186 ABD$) iken, 2007 yılında kişi başı sağlık harcaması 724,6 TL (553 ABD$) olarak gerçekleşmiştir.

Bu aşamada gelecek dönem için sağlık harcamaları bağlamında karar vericilere kanıt temelli politika oluşturma imkanı sağlanabilmesi için aşağıdaki adımların atılmasının faydalı olacağı düşünülmektedir:

1. USH'nin vurguladığı temel noktalar olan 3 ana tablodan halen üretilememekte olan Finansman Kurumu / Sağlık Fonksiyonu ve Hizmet Sunucusu / Sağlık Fonksiyonu tablolarının üretilmesi. Bu sayede sağlık sistemimizdeki finansal akışın hangi tür hizmetler için hangi tür sağlık kurumlarında harcandığının bir haritası ortaya konulmuş olacaktır.
2. USH 2011 versiyonunun ülkelerin sağlık sistemi ve finansmanı hakkında daha detaylı analiz yapabilmelerini sağlamak amacıyla üretilmesini önerdiği;
   - Finansman Kurumu – Gelir Kaynağı (Primler, devlet katkısı, vergiler)
   - Sağlık hizmeti sunumu faktörleri (maaşlar, sağlık materyalleri, yurtdışındaki tedaviler)
   - Sermaye Oluşumu (Bina, teçhizat ve diğer yatırımlar)
   - Sağlık hizmetleri ticareti (ithalat-ihracat)
   - Yararlanıcı karakteristiklerine göre sağlık harcamaları (Hastalık türüne göre, Sosyo-ekonomik kategorilere göre, Yaş ve cinsiyete göre ve Coğrafi bölgelere göre sağlık harcamaları tablolarının oluşturulması.
3. Sağlık sisteminde yapılacak değişikliklerin planlanması ve bütçelenmesi

için öngörü yapmaya imkânı veren ve reformların finansal etkisinin izlenmesine imkân sağlayan USH sisteminin güçlendirilmesi ve kendinden beklenen faydaları ortaya koyabilmesi için kurumsal işbirliklerinin artırılması.

4. Bu bağlamda USH sistemine veri ve bilgi sağlayan TÜİK, SGK, Kalkınma Bakanlığı gibi ulusal, OECD, DSÖ ve Eurostat gibi uluslararası kurum ve kuruluşlarla veri paylaşımı ve kullanımı konusundaki çabaların artırılması büyük önem arz etmektedir.
5. Giderek artış gösteren sağlık harcamalarının finansal sürdürülebilirliğinin araştırılması politika yapıcılar için önemli bilgiler sağlayacaktır.

Tüm bu değerlendirmelerin ışığında, artan sağlık harcamalarının toplumun sağlık statüsünde nasıl bir değişiklik oluşturduğu önemli bir araştırma konusu olarak karşımıza çıkmaktadır. Artan sağlık harcamalarına paralel olarak bu artışın toplumun daha etkili sağlık hizmeti alıp almadığı, verilen hizmetin kalitesi, sistemdeki hizmet sağlayıcı veya kullanıcılar tarafından bulunmuş olası açıklar ve sağlık göstergelerinde meydana gelen değişikliklerin daha detaylı bir şekilde ayrıca incelenmesinde fayda bulunmaktadır.

7. Kaynaklar

Akdur R. (1990). Ulusal Ekonomi ve Sağlık Harcamaları, *Sağlık ve Toplum*, 3: 18-21.

Annemans L. (2009). *Ekonomist Olmayanlar İçin Sağlık Ekonomisi,* Academia Press.

Barros PP. (1998). The Black Box of Health Care Expenditure Growth Determinants, *Health Economics*, 7(6): 533-544.

Çınaroğlu S ve Şahin B (2016). Katastrofik Sağlık Harcaması ve Yoksullaştırıcı Etki, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi,* 19(1): 73-86.

DSÖ. (1986). *Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi.* DSÖ, Cenevre.

Ersöz F. (2008). Türkiye İle OECD Ülkelerinin Sağlık Düzeyleri ve Sağlık Harcamalarının Analizi, *İstatistikçiler Dergisi*, 2: 95-104.

Hwang W, Weller W, Ireys H and Anderson G. (2001). Out-of-Pocket Medical Spending For Care of Chronic Conditions, *Health Affairs*, 20(6), 267-278.

Kobelt G. (2010). *Sağlık Ekonomisi: Ekonomik Değerlendirmeye Giriş.* (İkinci Baskının Çevirisi), Fransa.

OECD. (2018). OECD Health Data 2017, OECD.

OECD. (2000). Sağlık Hesapları Sistemi Versiyon 1.0, OECD.

OECD ve Dünya Bankası. (2008). *OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri: Türkiye,* OECD Publishing.

OECD, Eurostat and WHO. (2011). *A System of Health Accounts* , OECD Publishing.

OECD. (2017). *Health at a Glance 2017: OECD Indicators,* OECD Publishing, Paris.

Orosz E and Morgan D. (2004). SHA-Based National Health Accounts in Thirteen OECD Countries, A Comparative Analysis, OECD Health Working Papers No. 16, OECD Publishing.

Poullier JP, Hernandez P and Kawabata K. (2002). National Health Accounts: Concepts, Data Sources And Methodolog, Evidence and Information for Policy Cluster (EIP) Discussion Paper Series, WHO.

Ruger J P and Kim H (2007). Out-of-Pocket Healthcare Spending by the Poor and Chronically Ill in the Republic of Korea, *American Journal of Public Health,* 97(5): 804-811.

Özgen H. (2007). Sağlık Hizmetleri Finansmanında Cepten Harcama: Nedir? Neden Önemlidir? *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi,* 10(2):201-228.

Sağlık Bakanlığı. (2004). *OECD Sağlık Hesapları Sistemine Göre Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000.* RSHMB, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Ankara.

Sağlık Bakanlığı. (2007). *Türkiye'de Sağlığa Bakış. Sağlık Bakanlığı,* RSHMB, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara.

Sağlık Bakanlığı. (2017). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016,* Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağık Bakanlığı, Ankara.

Tokat M. (2001a). *Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996,* Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.

Tokat M. (2001b). *Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1997,* Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.

Tokat M. (2001c). *Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1998,* Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.

TÜİK. (2018a). *Sağlık Harcamaları İstatistikleri.* (http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084 erişim: 10.01.2018).

TÜİK. (2018b). *Tüketici Fiyat Endeksi (TÜFE).* (http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1014, erişim: 10.01.2018).

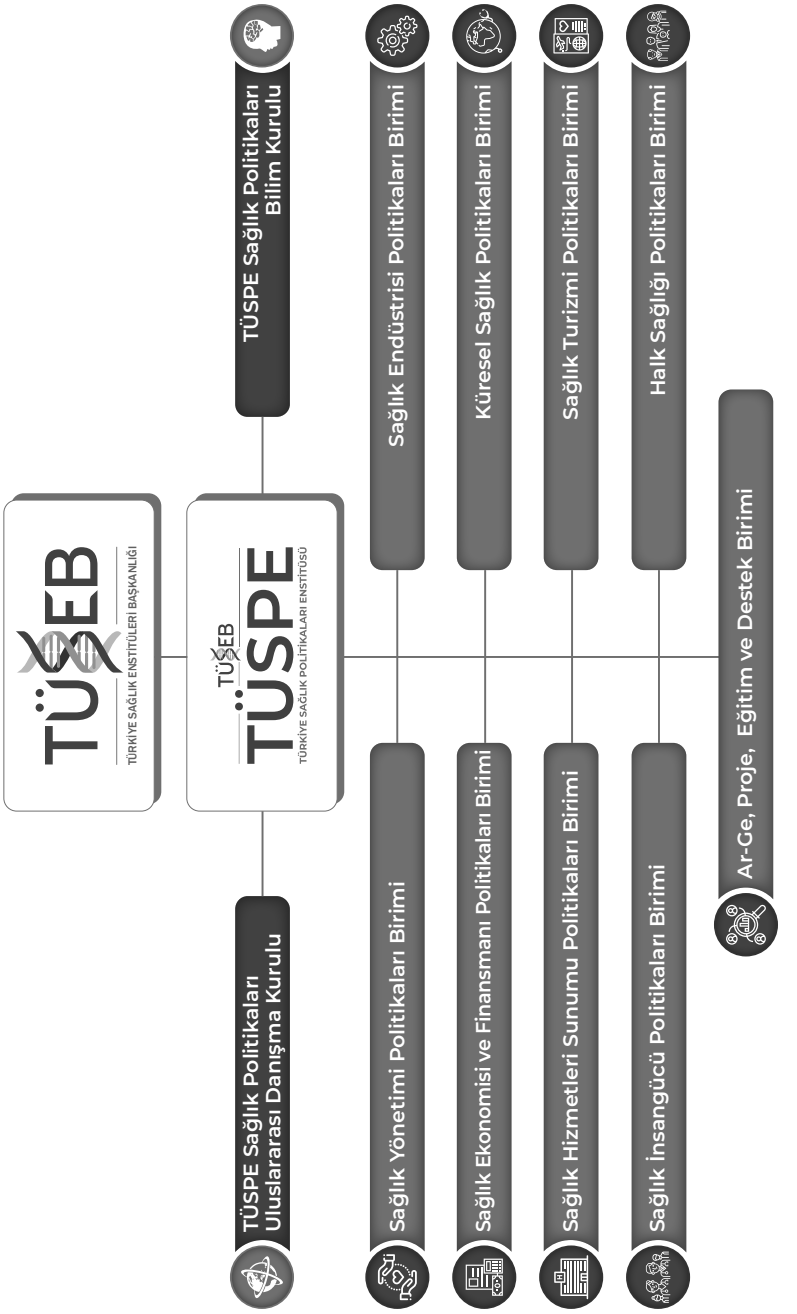
TÜİK. (2015). *Türkiye'de Katastrofik Sağlık Harcamaları.* (http://www.tuik.gov.tr/jsp/duyuru/upload/yayinrapor/Katastrofik_Saglik_Harcamalari_2014_TR.pdf erişim: 10.01.2018).

WHO. (1978). *Decleration of Alma Ata.* International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978 (http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf, erişim: 02.12.2017).

World Bank. (2003). *Turkey Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency Volume 1: Main Report.* Human Development Sector Unit Europe and Central Asia Region, Washington.

Xu K, Evans D B, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J and Murray C. (2003). Household Catastrophic Health Expenditure: A Multicountry Analysis, *The Lancet,* 362: 111-117.

Yıldırım HH. (2012). *Sağlık Sigortacılığı,* AÖF Yayınları, Eskişehir.


TÜSEB
TÜRKİYE SAĞLIK ENSTİTÜLERİ BAŞKANLIĞI
TÜSEB
TÜSPE
TÜRKİYE SAĞLIK POLİTİKALARI ENSTİTÜSÜ
TÜSPE Sağlık Politikaları Uluslararası Danışma Kurulu
TÜSPE Sağlık Politikaları Bilim Kurulu
Sağlık Yönetimi Politikaları Birimi
Sağlık Ekonomisi ve Finansmanı Politikaları Birimi
Sağlık Hizmetleri Sunumu Politikaları Birimi
Sağlık İnsangücü Politikaları Birimi
Sağlık Endüstrisi Politikaları Birimi
Küresel Sağlık Politikaları Birimi
Sağlık Turizmi Politikaları Birimi
Halk Sağlığı Politikaları Birimi
Ar-Ge, Proje, Eğitim ve Destek Birimi

TÜSEB

TÜSPE

TÜRKİYE SAĞLIK POLİTİKALARI ENSTİTÜSÜ

İstişare, kanıt, araştırma ve bilgi temelli sağlık politikaları

TÜSEB Türkiye Sağlık Politikaları Enstitüsü

TÜSPE; sağlık politikaları konusunda istişare, kanıt ve araştırma temelli, güvenilir ve işlenmiş bilgi üreterek ve de yayarak daha sağlıklı ve müreffeh bir Türkiye toplumuna ve insanlığa katkı sağlamak amacıyla; sağlık yönetimi, sağlık ekonomisi ve finansmanı, sağlık hizmetleri sunumu, sağlık insan gücü, halk sağlığı, sağlık endüstrisi, küresel sağlık politikaları ve sağlık turizmi ile ilgili politikalara yönelik Ar-Ge, izleme ve değerlendirme, eğitim, yayın, toplantı ve danışmanlık faaliyetlerini yürütür.

www.**tuspe**.gov.tr /TusebTuspe

ISBN: 978-605-67412-6-5

9 786056 741265