



**T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
MALİYE ANABİLİM DALI**

**SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU VE FİNANSMANI:
TÜRKİYE'DE SAĞLIK HARCAMALARININ ANALİZİ
(2005-2017)**

(Yüksek Lisans Tezi)

Malam Soares CASSAMA

BURSA – 2019



**T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
MALİYE ANABİLİM DALI**

**SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU VE FİNANSMANI:
TÜRKİYE'DE SAĞLIK HARCAMALARININ ANALİZİ
(2005-2017)**

(Yüksek Lisans Tezi)

Malam Soares CASSAMA

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Reyhan LEBA

BURSA – 2019

TEZ ONAY SAYFASI

T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Maliye Anabilim Dalı'nda 701612013 numaralı Malam Soares Cassama'in hazırladığı “Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Finansmanı: Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Analizi (2005-2017)” konulu Yüksek Lisans Tezi ile ilgili tez savunma sınavı,/...../..... günü-..... saatleri arasında yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin/çalışmasının (başarılı/başarısız) olduğuna (oybirliği/oy çokluğu) ile karar verilmiştir.

Üye (Tez Danışmanı ve Sınav Komisyonu Başkanı)

.....
Uludağ Üniversitesi

Üye

.....
Uludağ Üniversitesi

Üye

Üye

...../...../.....



SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS/DOKTORA İNTİHAL YAZILIM RAPORU

BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
MALİYE ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA

Tarih: 12/11/2019

Tez Başlığı / Konusu: SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU VE FİNASMANI: TÜRKİYE'DE SAĞLIK HARCAMALARININ ANALİZİ (2005-2017)

Yukarıda başlığı gösterilen tez çalışmamın a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 98 sayfalık kısmına ilişkin, 05/11/2019, tarihinde şahsım tarafından turnitin adlı intihal tespit programından (Turnitin)* aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan özgünlük raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 16 'tür.

Uygulanan filtrelemeler:

- 1- Kaynakça hariç
- 2- Alıntılar hariç/dahil
- 3- 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Bursa Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Özgünlük Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları'nı inceledim ve bu Uygulama Esasları'nda belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

Tarih ve İmza

Adı Soyadı: Malam Soares CASSAMA
Öğrenci No: 701612013
Anabilim Dalı: Maliye Anabilim Dalı
Programı: Yüksek Lisans
Statüsü: Y.Lisans Doktora

Danışman
(Adı, Soyad, Tarih)
Dr. Öğr. Üyesi Reyhan LEBA

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Finansmanı: Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Analizi (2005-2017)” başlıklı çalışmanın bilimsel araştırma, yazma ve etik kurallarına uygun olarak tarafımdan yazıldığına ve tezde yapılan bütün alıntıların kaynaklarının usulüne uygun olarak gösterildiğine, tezimde intihal ürünü cümle veya paragraflar bulunmadığına şerefim üzerine yemin ederim.

Tarih ve İmza

Adı Soyadı : Malam Soares CASSAMA

Öğrenci No : 701612013

Ana Bilim Dalı : Maliye

Programı :

Statüsü : Yüksek Lisans Tezi

ÖZET

Yazar Adı Soyadı : Malam Soares CASSAMA
Enstitü : Sosyal Bilimler Enstitüsü
Anabilim Dalı : Maliye Anabilim Dalı
Bilim Dalı : Mali - İktisat
Öğrenci No : 701612013
Tezin Niteliği : Yüksek Lisans Tezi
Sayfa Sayısı : xii+103
Mezuniyet Tarihi :/...../2019
Tez Danışmanı : Dr. Öğr. Üyesi Reyhan LEBA

SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU VE FİNANSMANI: TÜRKİYE'DE SAĞLIK HARCAMALARININ ANALİZİ (2005-2017)

Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı bütün dünyada olduğu gibi Türkiye'de de önemli bir kalemdir. Sağlık beşeri sermaye olduğu için Türkiye gibi gelişmekte olan ülkeler açısından sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı ayrı bir önem arz etmektedir. Bu çalışmada sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı ele alınacak ve Türkiye'de 2005-2017 yılları arasında sağlık harcamalarının analizi yapılacaktır.

Anahtar Sözcükler: Sağlık Ekonomisi, Sağlık Sektörü Sunumu ve Finansmanı, Sağlık Harcamaları.

ABSTRACT

Name and Surname : Malam Soares CASSAMA
University : Uludag University
Instution : Social Sciences Institute
Field : Public Finance
Branch : Finance - Economics
Degree Awarded : Master
Page Number : xi+165
Degree Date :/...../2019
Supervisor : Dr. Öğr. Üyesi Reyhan LEBA
Student No : 701612013

PRESENTATION AND FINANCING OF HEALTH SERVICES:

ANALYSIS OF HEALTH SPENDING IN TURKEY (2005-2017)

As health care delivery and financing is an important item in the whole world it is in Turkey. provision of health services in terms of health care in developing countries like Turkey because it is human capital and financing poses a special importance. This study will be discussed in the presentation of health services and financing and analysis of health expenditures between the 2005-2017 year will be held in Turkey.

Keywords: Health Economics, Health Sector Presentation and Financing, Health Expenditures

ÖNSÖZ

Günümüzde devletler sağlık alanına ciddi yatırım yapmaktadır. Şüphesiz bunun ana nedenlerinden biri sağlık harcamalarının beşeri sermaye olarak yapılan yatırımlardan biri olmasıdır. Bu harcamalar fiziki olarak elde edilen sermayeden ziyade bireylerin hayat standardını artırıp daha kaliteli bir hale getirmektedir.

Ülkelerin ekonomik ve sosyal gelişmişlik düzeylerine göre sağlık ekonomisinin sunumu ve finansmanı ağırlıklı olarak kamu sektörü veya özel sektör tarafından gerçekleştirilmektedir. Çalışmamızda sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı bağlamında Türkiye’de sağlık harcamalarının analizine yer verilmiştir.

Tez çalışma sürecimde çalışmamı değerlendiren ve yönlendiren başta danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Reyhan LEBA’ya, çalışmamda yaptığım analizlerde beni yönlendiren Prof. Dr. Kadir Yasin ERYİĞİT’e teşekkürlerimi sunarım. Eğitim hayatım boyunca her aşamada arkamda olan ve desteklerini esirgemeyen Annem ANA EMBALO ’ya sonsuz teşekkürler ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY SAYFASI.....	i
YEMİN METNİ.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT	vi
ÖNSÖZ.....	vii
İÇİNDEKİLER.....	viii
TABLolar LİSTESİ.....	xiii
GRAFİKLER LİSTESİ	xiv
KISALTMALAR	xv
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

PİYASA BAŞARISIZLIKLARI

1. PİYASA BAŞARISIZLIĞI KAVRAMI VE UNSURLARI.....	2
1.1. Dışsallıklar	3
1.1.1. Dışsallıkların Türleri.....	3
1.1.1.1. Negatif Dışsallıklar	4
1.1.1.2. Pozitif Dışsallıklar.....	4
1.2. Doğal Tekeller.....	5
1.3. Asimetrik ve Eksik Bilgiler	6
1.4. Ahlaki Tehlike.....	7
1.5. Ters Seçim	7
2. KAMUSAL MALLAR	7
2.1. Kamusal Malların Özellikleri	9
2.1.1. Fayda Bölünmezliği.....	9

2.1.2. Faydadan Mahrum Bırakılmama	9
2.1.3. Fiyatlanamama ve Pazarlanamama	10
2.1.4. Kolektif Tüketim	10
2.2. Kamusal Malların Türleri	10
2.2.1. Tam Kamusal Mal ve Hizmetler	11
2.2.2. Yarı Kamusal Mal ve Hizmetler.....	12
2.2.3. Özel Mallar.....	13
2.2.4. Yarı Özel Mallar.....	14
2.2.5. Erdemli Mallar	15
2.2.6. Klüp Mallar	16
2.2.7. Yerel Kamusal Mallar.....	16
2.2.8. Ulusal Kamusal Mallar	17
2.2.9. Küresel Kamusal Mallar	17
2.2.9.1. Bir Küresel Kamusal Mal Olan: Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	
.....	18
2.2.9.1.1. Kamusalılık Özelliği	18
2.2.9.1.2. Dışsallık.....	19
2.2.9.1.3. Erdemli Mallar	20
2.2.9.1.4. Asimetrik Bilgilenme	21
2.2.9.1.5. Belirsizlik Altında Seçim	22
2.2.9.1.6. Devlet Müdahaleleri.....	22
2.2.9.1.7. Sağlık Hizmetinin Yetersiz Tüketiminin Toplamı	
Etkilemesi.....	23
2.2.9.1.8. Hastalık Riskinin ve Tüketiminin Önceden	
Belirlenememesi	24
3. SAĞLIK PİYASALARININ ÖZELLİKLERİ.....	25
3.1. Sağlık Hizmetleri Piyasasında Heterojenlik	25
3.1.1. Satıcıların Azlığı.....	25
3.1.2. Piyasaya Giriş Sınırlamaları	26

3.1.3. Arz ve Talep Arasındaki Dengesizlik	26
3.1.4. Bilgi Maliyetleri	27
3.1.5. Monopolleşme	28
3.1.6. Satıcılar Arasında Anlaşma	30
3.2. Arz ve Sunum Yönüyle Sağlık Hizmetleri	30
3.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Arzı	31
3.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Talebi	32
3.2.3. Dışsallıklar Yönüyle Sağlık Hizmetleri	32

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU VE FİNANSMANI

1. SAĞLIK KAVRAMI VE TANIMI	35
2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI	36
2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	39
2.1.1. Bireye Dönük Koruyucu Sağlık Hizmetleri	39
2.1.2. Çevreye Dönük Koruyucu Sağlık Hizmetleri	39
2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	41
2.2.1. Ayakta Sunulan Tedavi Hizmetleri	41
2.2.2. Yataklı Tedavi Hizmetleri	41
2.3. Rehabilitasyon Hizmetleri	42
2.3.1. Tıbbi Rehabilitasyon Hizmetleri	43
2.3.2. Sosyal Rehabilitasyon Hizmetleri	43
3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU VE FİNANSMANI	44
3.1. Sağlık Hizmetlerinin Devlet Tarafından Sunumu	45
3.1.1. Merkeziyetçi Yöntem	46
3.1.2. Yerelleştirme Yöntemi	46
3.1.2.1. Dekonsatrasyon	47
3.1.2.2. Devolüsyon	48

3.1.2.3. Delegasyon	49
3.1.2.4. Özelleştirme	50
3.2. Sağlık Hizmetlerinin Özel Sektör Tarafından Sunumu	51
3.2.1. Piyasa Yöntemi	51
3.2.2. İhale Yöntemi	52
3.2.3. Sevk Yöntemi	52
3.2.4. Sübvansiyon Yöntemi	52
3.2.5. Kupon Yöntemi	53
3.2.6. Yönetim Devri Yöntemi	53
3.2.7. Sağlık Hizmetlerinin Kar Amacı Gütmeyen Gönüllü Kuruluşlar Tarafından Sunumu	54
3.2.8. İmtiyaz Yöntemi	54
3.3. Kamu ve Özel Sektör Ortaklığı (KÖSO) Sunumu	54
3.3.1. Kamu Özel Sektör Ortaklığı Modelleri.....	55
3.3.1.1. Yap-İşlet-Devret Modeli (YİD)	56
3.3.1.2. Yap-Sahip Ol-Kirala (YSK).....	57
3.3.1.3. Tasarla-Yap-Finanse Et-İşlet (TYFEİ)	57
3.3.1.4. Yap-Kirala-Devret (YKD)	57
3.3.1.5. Yap-Devret-İşlet (YDİ).....	57
3.4. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Kullanılan Yöntemler	58
3.4.1. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Sistemi.....	60
3.4.2. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında Kullanılan Yöntemler	62
3.4.2.1. Sağlık Hizmeti Satın Alanların Yaptığı Ödemenin Şekline Göre Finansman Yöntemleri.....	64
3.4.2.1.1. Doğrudan Finansman Yöntemi.....	64
3.4.2.1.2. Dolaylı Finansman Yöntemi	64
3.4.2.2. Kaynağına Göre Finansman Yöntemleri.....	65
3.4.2.2.1. Kamu Finansman Yöntemleri	65
3.4.2.2.1.1. Vergileme Yöntemi.....	65

3.4.2.2.1.2. Kullanıcı Harçları.....	66
3.4.2.2.1.3. Sosyal Sağlık Sigortası	67
3.4.2.2.2. Özel Finansman Yöntemleri	68
3.4.2.2.2.1. Cepten Ödemeler.....	69
3.4.2.2.2.2. Özel sağlık sigortaları.....	70
3.4.2.2.2.3. Kullanıcı Katkıları.....	71
3.4.2.2.2.4. Tıbbi Tasarruf Hesabı Yoluyla Finansman.....	72
3.4.2.2.2.5. Enformel Ödemeler	72

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYEDE SAĞLIK HARCAMALARININ ANALİZİ (2005-2017)

1. SAĞLIK HARCAMALARININ GELİŞİMİ (2005-2017 DÖNEMİ).....	73
2. TÜRKİYE’DE YILLARA GÖRE SAĞLIK HARCAMALARININ GSYH İÇİNDEKİ PAYI	74
3. TÜRKİYE’DE KİŞİ BAŞI SAĞLIK HARCAMALARI.....	78
3.1. Kişi Başı Kamu Sağlık Harcamaları.....	79
3.2. Kişi Başı Özel Sağlık Harcamaları.....	80
4. FİNANSMANI SAĞLAYANLARA GÖRE SAĞLIK HARCAMALARI	82
4.1. Kamu Sağlık Harcamaları.....	86
4.1.1. Sosyal Güvenlik Kurumlarının Sağlık Harcamaları	87
4.1.2. Merkez Yönetim Kurumlarının Sağlık Harcamaları	88
4.1.3. Yerel Yönetimler ve Diğer Kamu Kurumlarının Sağlık Harcamaları	90
4.2. Özel Sağlık Harcamaları	91
4.2.1. Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları.....	93
4.2.2. Diğer Özel Sağlık Harcamaları.....	95
GENEL DEĞERLENDİRME VE SONUÇ.....	97
KAYNAKÇA	100

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1.	2005-2017 Yılları Arası Türkiye’de Sağlık Harcamaları (TL/USD)	74
Tablo 2.	Türkiye’de 2005-2017 Yılları Arası Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı.....	76
Tablo 3.	Türkiye’de 2005-2017 Yılları Arası Harcamalarının GSYH İçindeki Payı .	77
Tablo 4.	Türkiye’de 2005-2017 Yılları Arası Kişi Başı Sağlık Harcamaları (TL/USD).....	78
Tablo 5.	Türkiye’de 2005-2017 Yılları Arası Kişi Başı Kamu Sağlık Harcamaları, (TL/USD).....	80
Tablo 6.	Türkiye’de 2005-2017 Yılları Arası Kişi Başı Özel Sağlık Harcamaları (TL/USD).....	81
Tablo 7.	Türkiye’de 2005-2017 Yılları Arası Toplam Sağlık Harcamalarının Kamu Ve Özel Sağlık Harcamalarına Oranı , (Milyon TL).....	83
Tablo 8.	Türkiye’de 2005-2017 Yılları Arası Sağlık Harcamalarının Finansmanı Sağlayanlara Göre Dağılımı, (TL).....	85
Tablo 9.	Türkiye’de 2005-2017 Yılları Arası Kamu Sağlık Harcamaları (TL/USD) .	86
Tablo 10.	Türkiye’de 2005-2017 Yılları Arası Sosyal Güvenlik Kurumlarının Sağlık Harcamaları ve GSYH İçindeki Payı, (TL/Dolar).....	87
Tablo 11.	Türkiye’de 2005-2017 Yılları Arası Merkezi Yönetim Kurumlarının Sağlık Harcamaları ve GSYH İçindeki Payı, (TL/USD).....	89
Tablo 12.	Türkiye’de 2005-2017 Yılları Arası Yerel Yönetim ve Diğer Kamu Kurumlarının Sağlık Harcamaları (TL/USD)	90
Tablo 13.	Türkiye’de 2005-2017 Yılları Arasında Yapılan Özel Sağlık Harcamaları (Milyon TL/ Dolar).....	92
Tablo 14.	2005-2017 Yılları Arasında Türkiye’de Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı (TL/Dolar)	94
Tablo 15.	Türkiye’de 2005-2017 Yılları Arası Yapılan Diğer Özel Sağlık Harcamaları (TL/USD).....	96

GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 1.	2005-2013 Yılları Arası Sağlık Harcamaları, (Milyon TL).....	75
Grafik 2.	Sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı (2005-2017)	77
Grafik 3.	Türkiye’de Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı	78
Grafik 4.	Türkiye’de 2005-2017 Yılları Arası Kişi Başı Sağlık Harcamaları (Milyon TL)	79
Grafik 5.	Türkiye’de 2005-2017 Yılları Arası Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcamaları, (TL).....	82
Grafik 6.	Türkiye’de 2005-2017 Yılları Arası Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarına Oranı (TL).....	84
Grafik 7.	Türkiye’de 2005-2017 Yılları Arası Toplam Sağlık Harcamalarının Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarına Oranı (TL)	85
Grafik 8.	Türkiye’de 2005-2017 Yılları Arası Sosyal Güvenlik Kurumlarının Sağlık Harcamaları ve GSYH İçindeki Payı, (TL/Dolar).....	88
Grafik 9.	Türkiye’de 2005-2017 Yılları Arası Merkezi Yönetim Kurumlarının Sağlık Harcamaları ve GSYH İçindeki Payı, (TL)	89
Grafik 10.	Türkiye’de 2005-2017 Yılları Arası Yerel Yönetim ve Diğer Kamu Kurumlarının Sağlık Harcamaları (TL)	91
Grafik 11.	Türkiye’de 2005-2017 Yılları Arasında Yapılan Özel Sağlık Harcamalarının GSYH içindeki payı.....	93
Grafik 12.	2005-2017 Yılları Arasında Türkiye’de Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Oranı, (TL)	94
Grafik 13.	Türkiye’de 2005-2017 Yılları Arası Yapılan Diğer Özel Sağlık Harcamalarının GSMH İçindeki Payı (TL)	96

KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	: Amerika Birleşmiş Devletler
AGE	: Adı Geçen Eser
AGM	: Adı Geçen Makale
AGTZ	: Adı Geçen Tezi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GSYH	: Gayri Safi Yurtiçi Hasılat
KÖSO	: Kamu ve Özel Sektörü Ortaklığı
OECD	: Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurum
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
TYFEİ	: Tasarla-Yap-Finanse Et-İşlet
UNDP	: Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı
UNİCEF	: Birleşmiş Milletler Çocuklar Yardım Fonu
YDI	: Yap-Devret-İşlet
YİD	: Yap-İşlet-Devret Modeli
YKD	: Yap-Kirala-Devret
YKS	: Yap-Sahip ol-Kirala

GİRİŞ

Kenneth Arrow, sağlık hizmetlerinde arz ve talebi incelerken özellikle talebin düzenli olmaması ve belirsiz olması durumu dolayısıyla piyasa aksaklıkları üzerinde durmuştur.

Sağlık ekonomisi çalışma alanı içindeki en temel konulardan birisi, sağlık piyasasında yaşanan piyasa aksaklıklarıdır. Piyasa aksaklıkları, ekonomik analiz ve tekniklerin yanı sıra, devletin sistemdeki etkinliğini arttırıcı sonuçlar ortaya koymaktadır. Piyasa aksaklıkları nedeniyle sistemdeki etkinliğini sürekli arttıran devlet ile özel sektör firmaları arasındaki karşılaştırmalı analizler, sağlık ekonomisinin kapsamını da genişletmiş ve finansman boyutunu da içine alarak önemini arttırmıştır.

Üç bölümden oluşan bu çalışmamın birinci bölümünde, genel olarak piyasa başarısızlıkları, kamusal malların özellikleri ve türleri ile sağlık piyasalarının özellikleri ele alınmıştır. İkinci bölümde, sağlık hizmetlerinin sınıflandırılmasının ardından sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanına ilişkin yöntemler irdelenmiştir. Çalışmanın üçüncü bölümde ise, Türkiye’de 2005-2017 yılları arasında sağlık harcamalarının analizi yapılmaktadır. Bu itibarla, ilgili yıllarda sağlık harcamalarının gelişimi, yıllara göre sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı, kişi başı kamu ve özel sağlık harcamalarının seyri, finansmanı sağlayanlara göre kamu ve özel sektör açısından yapılan finansmanın sağlık harcamaları ve GSYH içindeki payları tablolarla analiz edilerek durum tespiti yapılmaya çalışılmıştır. Bu noktada, konu ile ilgili değerlendirmeler yapılırken OECD, TÜİK ve Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası istatistiki verilerinden yararlanılmıştır.

Sonuç bölümünde, çalışmamızın bu aşamasına kadar elde ettiğimiz bulguların genel bir değerlendirmesi yapılmaktadır.

BİRİNCİ BÖLÜM

PİYASA BAŞARISIZLIKLARI

Kamu harcamaları dışsallıkları ve piyasa başarısızlıkları dolayısıyla ortaya çıkmıştır. Buna ilave olarak kamu harcamaları kamusal malları üretip yeniden dağılım yoluyla sosyal güvenliği sağlamaya yöneliktir. Ayrıca kamu müdahalesi yalnız piyasa başarısızlığının olduğu durumlarda devletin müdahalesi için bir gerekçe görülmektedir. Dolayısıyla bu piyasa başarısızlıklarından bahsetmekte yarar vardır. Bunlar:¹

- 1) Kamu mallarının üretiminin yetersiz olması,
- 2) Pozitif dışsallıklara sahip bazı mal hizmetlerin yetersiz üretimi olurken, negatif dışsallıklara sahip olan mal ve hizmetlerin aşırı üretiminin olması,
- 3) Doğal monopollerin aşırı fiyatlamanın olması,
- 4) Sosyal hizmet arzının yetersiz olması,
- 5) Piyasa sürecinden etkilenen gruplar için mevcut bilginin yetersiz olmasıdır.

1. PİYASA BAŞARISIZLIĞI KAVRAMI VE UNSURLARI

Kamunun ekonomik yaşama müdahalesinin bir açıklaması olan piyasa başarısızlığı, düzenlenmemiş piyasanın, bütün durumlarda tahsis etkinliğini başaramamasıdır.²

Fizyokratlar “doğal düzen” , klasik iktisatçılar da “görünmez el” fikri ile ekonominin sürdürülebilmesi için ortaya çıkabilecek dengesizlik ve istikrarsızlıkların temelde geçici nitelikte olduğu ve zamanla ortadan kalkacağını savunmuşlardır. Yani, piyasa ekonomisinin sosyal refahı optimize edebilmesi için yeterli olduğunu ve kamu ekonomisine gerek kalmadığını ifade etmişlerdir.

Neo-klasik düşünce ise, piyasa ekonomisinin tek başına optimum sağlamaya yakın olmadığını, dolayısıyla bu noktada kamu ekonomisine ihtiyacın kalmadığını

¹ Abdulkadir Kökocar, *Kamu Ekonomisi*, Ekin Basımevi, Bursa, 2011, s. 97.

² Haşim Akça, “Devlet Müdahalesinin Başarısızlığı Üzerine Bir Değerlendirme”, *Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Cilt: 20, Sayı: 3, 2011, s. 181.

açıklanmıştır. Neoklasik anlayışın, görüşleri iktisat biliminde piyasa başarısızlığı teorisi olarak ifade edilmektedir.³

Diğer bir ifade ile piyasa başarısızlığı, piyasanın Pareto optimal mal veya ikinci en iyi kaynak tahsisini gerçekleştirmemesi ile israfı yol açmasıdır. Yani piyasa başarısızlıklarının ortaya çıkması, kaynak tahsisinin optimal olmadığını göstermektedir. Dolayısıyla piyasa başarısızlıklarının giderilememesi, tüketicilerin ulaşabilecekleri maksimum refah düzeyinden vazgeçmeleri anlamına gelmektedir.⁴

1.1. Dışsallıklar

Dışsallıklar bildiğimiz gibi “bir üretici veya tüketici birimin, üretim veya tüketim faaliyeti nedeniyle, başka bir üretici veya tüketici birimin üretim veya tüketim faaliyetini olumlu veya olumsuz etkilemesi” olarak ifade edilir.⁵

Dışsallık kavramından ilk defa ekonomist Marshall söz edilmiştir. Marshall’a göre dışsallık büyük ölçekte yapılan üretimin oluşturduğu dışsal etkiler nitelendirilmiş olup, bu etkileri endüstriye giren her yeni firmanın, önceki firmaların üretimdeki ortalama maliyetlerini azaltmaları şeklinde tanımlanmıştır.⁶

Dışsallıkların önemli bir özelliği, mal ve hizmetlerin maliyetlerini veya faydalarını, piyasada oluşan fiyat içerisinde kapsamıyor olmasıdır. Bunun için söz konusu olan faydaların özel fayda olmayıp topluma yayılmasıdır.⁷

1.1.1. Dışsallıkların Türleri

Dışsallık etkilediği kişiye, üretici ve tüketicide yarattığı sonuca göre negatif ya da pozitif olarak üretici ya da tüketiciyi etkileyebilir. Piyasada tüketici ve üretici her an

³ Coşkun Can Aktan “Piyasa Başarısızlığının Anatomisi ve Kamu Ekonomisi Rasyoneli”, <http://www.canaktan.org>, (Erişim Tarihi: 19.05.2018).

⁴ Kökocar, a.g.e., s. 97.

⁵ Paulo Nunes, <http://knoow.net/cienceconempr/economia/externalidades/>, 2017, (Erişim Tarihi: 07.04.2018).

⁶ Nihat Edizdoğan, Özhan Cetinkaya, Erhan Gümüş, *Kamu Maliyesi*, 6.b., Ekin Basım Yayın Dağıtım, Bursa, 2015, s.30.

⁷ Hülya Kirmanoğlu, *Kamu Ekonomisi*, 5.b., Beta Basım Dağıtım A.Ş., İstanbul, 2014, s.158.

çok sayıda karar verebilmektedir. Dolayısıyla her kararın sonucunda; kazananlar pozitif etkilenenler ve kaybedenler negatif etkilenenler vardır.⁸

Yani dışsallıklar, pozitif ve negatif dışsallık olarak ikiye ayrılmaktadır.

1.1.1.1. Negatif Dışsallıklar

Piyasa sürecinde denge fiyatı üstünden ödeme yapmak isteyenler tüketimde bulunurken, bu fiyatın üstünden üretim yapabilenler ise satış gerçekleştirirler. Bu nedenle üretim, marjinal maliyet marjinal gelire eşit olduğu noktaya kadar sürer ve sosyal fayda en üst noktaya çıkar. Etkin bir üretim, tüketim süreci gerçekleşmiş olur. Fakat bu sürece negatif dışsallıkları ekleyecek olursak, piyasa ekonomisinin etkili sonuç olmaktan uzaklaştığını görürüz. Çünkü negatif dışsallıklar topluma ekstra maliyetler yüklenmesine yol açmaktadır. Örnek verecek olursak bu duruma; sigara tüketen bir kişinin sigaradan aldığı fayda negatif dışsallıktır⁹. Dolayısıyla bu durumda kişi; bu tüketim faaliyetinden dolayı sigaranın piyasa fiyatını ödeyerek sigara içme kararının maliyetine katlanmaktadır. Fakat aynı odayı paylaşan pasif içicilere verdiği zarar için bir maliyete katlanmadığından aşırı tüketim söz konusu olmaktadır.¹⁰

1.1.1.2. Pozitif Dışsallıklar

Herhangi bir üretim ya da tüketim işleyişinde üçüncü kişilerin fayda sağlanmaları pozitif dışsallık olarak tanımlanmaktadır. Olumlu dışsallık ya da dışsal fayda olarak da adlandırılan bu tür durumlarda, ekonomik aktivitenin tarafı olmayan şahısların fayda fonksiyonu etkilenmektedir. Aslında her ekonomik aktivite, farklı önem derecelerinde de olsa, pozitif bir dışsallığa sahip olmaktadır.¹¹ Başka bir deyişle, pozitif dışsallık, üretim düzeyinin sosyal açıdan etkin düzeyin altından gerçekleşmesine yol açan bir dışsallık türüdür.¹² Örnek olarak; bir yere kurulan beş yıldızlı bir otelde

⁸ Fatih Savaşan, *Kamu Ekonomisi*, 6.b., Dora Basım Yayın, Bursa, 2016, s. 190.

⁹ Metin Erdem, Doğan Şenyüz, İsmail Tathioğlu, *Kamu Maliyesi*, Ezgi Basım Yayın Dağıtım, Bursa, 2017, s.20-21.

¹⁰ Savaşan, a.g.e., s.199.

¹¹ Erdem, Şenyüz, Tathioğlu, a.g.e., s.24.

¹² Savaşan, a.g.e., s.240.

konaklamaya gelen müşterilerin çevredeki esnafın işlerini arttırması durumu pozitif dışsallıktır.

1.2. Doğal Tekeller

Piyasa başarısızlığı teorisine göre, kamu ekonomisinin varlığını gerekli kılan nedenlerden biri doğal tekellerdir¹³.

Tam rekabet piyasaları, çok sayıda alıcı ve satıcı bulunan, piyasaya giriş ve çıkış serbestisi sağlanmış homojen malların bulunduğu ve bütün piyasa ilişkileri açık bir şekilde oluşan bir piyasa modelidir. Fakat doğal tekeller piyasası, tam rekabet piyasası özelliklerine sahip olmayan bir piyasa modelidir.¹⁴ Tam rekabet piyasasında 180 derece karşısında doğal tekel yer almaktadır¹⁵.

Doğal tekeller; malın üretiminde kullanılan hammadde ve ara mallarının tek üreticisi ve sahibi olma; üretim teknolojisini tek başına geliştirip gizli tutmaktadır. Taşımacılık, elektrik, iletişim gibi teknolojik olarak büyük üretim ölçeği gerektiren alanlarda yer alır. Ayrıca kamu yararı gözetilmesi amacı ile piyasada tek bir işletmenin ölçeğe göre artan getiriyle yer almasıdır. Ölçeğe göre artan getiri üretim düzeyi arttığında maliyetlerin düşmesini ifade etmektedir.¹⁶

Tam kamusal mal niteliğinde ya da tam özel mal niteliğinde olmayan doğal tekeller rakipsizlik özelliğine sahiptir. Buna örnek olarak kablolu tv, paralı köprü ve otoyol gibi mal veya hizmetleri üreten işletmeleri söyleyebiliriz. Doğal tekeller ekonomideki kaynakların etkin olmadığı noktada devreye girmektedir. Bu noktada devlet kar amacı ile hareket eden özel firmalar yerine sosyal faydayı esas alan doğal tekellerin oluşmasına çeşitli düzenlemelerle yardımcı olmaktadır.¹⁷

¹³ Kirmanoğlu, a.g.e., s.171.

¹⁴ Emin Ertürk, *İktisada Giriş*, 1.b., Nobel Yayın Dağıtım, Bursa, 2006, s.141.

¹⁵ İlker Parasız, *İktisadın A B C'si*, Ezgi Kitabevi Yayınları, 1.b., Bursa, 1996, s.93.

¹⁶ Savaşan, a.g.e., s.146.

¹⁷ Cihan Yüksel, Kamu Maliyesi Ders Notları, Mersin, <http://www.cihanyuksel.org> s.12, (Erişim Tarihi: 18.10.2019).

1.3. Asimetrik ve Eksik Bilgiler

Tam rekabet piyasasında en önemli özelliklerden biri tam bilgidir. Dolayısıyla açık bir piyasada üretici ve tüketici ürün hakkında eşit, tam ve mükemmel bilgiye sahiptir.

Piyasada tam bilgi olduğunda arz ve talep doğru belirlenir, arz ve talebin kesiştiği noktada piyasada denge sağlanmaktadır. Bu durumda kaynaklar etkin kullanılmış olmaktadır. Fakat gerçek hayatta tam ve mükemmel bilgiye sahip olmak mümkün değildir.¹⁸

Asimetrik bilgiler; piyasada alıcı ve satıcının ürün hakkında birinden olan bilginin ya da eşit bilgiye sahip olmaması olarak ifade edilmektedir.¹⁹ Başka bir deyişle, gelişmiş piyasalarda, alıcı bütün mallar hakkında tam ve mükemmel bilgiye sahip değiller. Çoğu durumda alıcılar mallar hakkında yeterli bilgiye sahip değillerdir. Piyasalar çoğu zaman bu bilgiyi yeterince sunmaz.²⁰ Böyle durumlarda kaynak tahsisinde etkinlik bozular, piyasa hiç oluşmaz.²¹ Dolayısıyla asimetrik bilgi sorunu ya satıcıların ya da alıcıların karşı karşıya kaldığı eksik bilgilerden oluşmaktadır.

George Akerlof'un klasik "limon" piyasası örneği asimetrik bilgiyi açıklayacak en güzel örnektir. Akerlof satıcılarından sahip olduğu bilgilerle, potansiyel alıcıların aynı bilgiye sahip olmadığını anlatır. Araçlar ister aldıktan birkaç yıl sonra, ister aldıktan birkaç ay sonra ikinci el piyasasına sunulsun, potansiyel alıcı eksik bilgiyle hareket etmektedir. Bundan dolayı bazı alıcılar ikinci el piyasasından tamamen çekilirler. Bunun sonucunda, piyasada potansiyel alıcıların sayısı azaldığında, satıcılar otomobillerinin fiyatını düşürmek zorunda kalırlar. Satıcılar, birkaç ay sonra piyasaya tekrar otomobillerini sunarlarsa, otomobillerin değer kaybının daha çabuk olduğunu düşünmektedirler.²² Dolayısıyla Akerlof'un alıcılar tarafından sunulan ürünün kalitesinde problem yaşanacağını bu nedenle piyasa işleyişinin sekteye uğrayacağını ifade eden çalışmasıyla bu konuda yapılan araştırmaların başlangıcı olarak kabul edilmektedir.

¹⁸ Yüksel, a.g.e. s.13.

¹⁹ Savaşan, a.g.e.,s.291.

²⁰ Kirmanoğlu, a.g.e., s.113.

²¹ Savaşan, a.g.e., s.291.

²² A.g.e., s.292.

Bilginin bir tür mal olduğunu ifade eden Stiglitz bu durumlarda devletin regülasyon denetleme rolünün önemli olduğunu savunur.²³

Asimetrik bilgi iki durumda piyasa başarısızlığına neden olur: bunlar; *Ahlaki Tehlike ve Ters Seçimdir*. Bunlar kısaca değdirmekte fayda vardır.

1.4. Ahlaki Tehlike

Normalde finansal piyasalarda olan Ahlaki Tehlike, kredi alanın, kredi verenin kişinin, bankaların ya da kurumların, bilgisi dışında ve arzu edilmeyecek şekilde kredi kullanarak ahlaki olmayan aktivitede bulunarak kredi verenin çıkarını karalama tehlikesi olarak tanımlanmaktadır.²⁴

1.5. Ters Seçim

Bir piyasadaki taraflardan daha az bilgiye sahip olan tarafın yanlış seçim yapması anlamına gelmektedir: Diğer bir tanımla, bir piyasada bilgi yetersizliği ile malul olan tarafın aslında seçmek istemediği müşteri kitlesini seçmesine ters seçim denilmektedir.²⁵

2. KAMUSAL MALLAR

Toplum halinde yaşayan insanların varlığı ve bunların ihtiyaçlarının karşılanması toplumu meydana getiren kişilere ayrı ayrı fayda sağlamaktadır. Bu bağlamda, kamu ekonomisinin faaliyetlerinin önemi ekonomik açıdan üç nedenden ileri gelmektedir. Birincisi kamu sektörü tarafından üretilen mal ve hizmetlerin özel sektörde ya hiç ya da arzu edilen miktarda üretilmemesidir. İkincisi kamusal mal ve hizmetlerin üretilmesi sırasında milli gelire bir ilave yapılmış olmasıdır. Üçüncüsü ise, birtakım varsayımlar altında kamu ekonomisi faaliyetlerinin, özel ekonominin faaliyet alanını daraltmasıdır.²⁶

²³ Kirmanoğlu, a.g.e., s.113.

²⁴ Mehmet Maşuk Fidan, “Kobi Kredi Piyasasında Asimetrik Bilgi ve Ahlaki Tehlike”, *Maliye Finans Yazıları*, Yıl: 25, Sayı: 90, Ocak 2011, s.45.

²⁵ Savaşan, a.g.e., s.296.

²⁶ Şerafettin Aksoy, *Kamu Maliyesi*, 3.b., Filiz Kitabevi, İstanbul, 1992, s.55.

Kamusal mal; kamusal açıdan önem taşıyan belirli mallar ve hizmetler, devlet tarafından üretilmez ise, farklı türde üretilmeyecek niteliktedirler. Bu mal ve hizmetlere kamusal mallar denilmekte olup, söz konusu mallar fiyatlandırılmaz ve dolayısıyla pazarlanamazlar. Başka bir deyişle; herhangi bir mal veya hizmetin kamusal derecesini anlamak için husus göz önünde bulundurulur. ²⁷

Bunlardan birincisi, tüketimde rekabet var mı yok mu? İkincisi ise dışlanma var mı yok mudur? Eğer kişiler bir malın tüketirken başka kişilerde aynı malı tüketilmesine engellemek durumunda kalıyorsa bu malın tüketimde rekabet vardır. Günlük hayata kullandığımız birçok malda rekabet vardır. Örneğin bir ayakkabı beğenip onu satın aldığımızda bu ayakkabıyı bir başkasının tüketmesini engellemiş oluruz. Fakat kamusal malların tüketimine baktığımızda rekabet yoktur. Kamusal mal veya hizmeti bir bireyin tüketmesi halinde başka bir bireylerin de tüketmesine engel oluşturmaz.

Bir malın tüketilmesinden elde edilen faydadan herkese faydanabiliyorsa, o malın dışlanması söz konusu olamaz. Kamusal malların faydalarından dışlanamaz. Dolayısıyla toplumun ortak tüketilen mal türüdür. ²⁸

Devlet topladığı vergi ve vergi benzeri kaynaklarla, toplumun sosyal ihtiyaçlarını gideren çeşitli mal ve hizmet üretmekte ve bunları kamu hizmetleri biçiminde tüketicilere sunmaktadır.

Devletin sosyal ihtiyaçları gidermek amacıyla bütçe ile sunduğu hizmetlere genel anlamda kamusal mal denir. ²⁹ Diğer tanıma göre toplum açısından önem taşıyan bazı mallar, devlet tarafından üretildiğinde özel ekonomi tarafından üretilmeyecek niteliktedir. Fiyatlandırılmayan ve dolayısıyla pazarlanmayan bu mallara kamusal mallar denilmektedir. ³⁰

²⁷ Abdurrahman Akdoğan, *Kamu Maliyesi*, Gazi Büro Kitabevi, Ankara, 1993,s.32.

²⁸ Yüksel, a.g.e., s.7.

²⁹ Orhan Şener, *Kamu Ekonomisi*, 8.b., Beta Basımevi, Kırklareli, 2006, s.49.

³⁰ Edizdoğan, Çetinkaya, Gümüş, a.g e., s.25.

2.1. Kamusal Malların Özellikleri

Modern anlamda kamusal mal tanımı ilk defa Samuelson tarafından yapılmıştır. Samuelson kamusal malları tanımlarken, bunların iki özelliği üzerinde durmuştur. Bunlar “ *faydadan dışlanamazlık*” ve “ *tüketimde rakip olmama*” özelliğidir.

Faydadan dışlanamazlı kamusal mal, ürettikten sonra toplumdaki herhangi bir bireyin bu malı tüketmesinin engellenemeyeceğini; tüketimde rakip olmama özelliği ise, toplumdaki bireylerin kamusal malın, kamusal malı tüketirken birbirlerinin tüketimini etkileyemeyeceği yani tüketim miktarlarının azalmasına neden olmayacağını ifade eder.³¹

Yukardaki tanımlama tam kamusal malları ifade eder. Burada tam kamusal malların kamu ekonomisindeki yeri ve önemini daha iyi izah edebilmek için sahip oldukları özelliklerini ele alacağız.

2.1.1. Fayda Bölünmezliği

Herhangi bir mal veya hizmetin tam kamusal olmasının ilk şart sağladığı faydanın bölünemez oluşudur.

Bilindiği gibi özel mal bireyler tarafından ayrı ayrı tüketilir ve faydası sadece o tüketimi yapan şahsa aittir. Mesela elbise ihtiyacı hisseden bir kişi, bedelini ödeyerek elbise alır ve ihtiyacını giderir. Faydasını da sadece kendi hisseder. Ancak, kamusal malların toplumu oluşturan bireyler arasında fiziki olarak bölünerek fertlerin kendi istedikleri miktar ve hacimde tüketilmeleri mümkün değildir.³²

2.1.2. Faydadan Mahrum Bırakılmama

Faydadan dışlanabilirlik, bir malın bedelini ödemeyen kişinin o malın tüketimden mahrum bırakılabilmesi durumunu ifade etmektedir. Bir malın piyasa içinde üretilebilmesi için bu özelliğin olması zorunlu olmaktadır. Fakat kamu malları bir bütün olarak toplama sunulduklarından ve bir kez sunulduktan sonra herkes tarafından eşit olarak tüketildikleri için (herkes eşit fayda sağlayabilir) bedel ödemeyen tüketimden

³¹ Abdulkadir Kökocar, *Kamu Ekonomisi*, Ekin Basımevi, Bursa, 2011, s.128-129.

³² Erdem, Tatlıoğlu, Şenyüz, a.g.e. s.34.

dışlanamaz. Dolayısıyla hiç kimse bedel ödemeye istekli olmadığı için bedavacılık problemi ortaya çıkar.³³

2.1.3. Fiyatlanamama ve Pazarlanamama

Fiyatlanamaması ve pazarlanamaması özelliği birbiri içine geçmiş iki özelliktir. Kamusal malların özel malların aksine tüketici bazında birim olarak bölünemediği için yine birim olarak fiyatlanamazlar dolayısıyla fiyata ve talebe bağlı olarak pazarlanamazlar. Bu nedenle piyasa şartlarında arz ve talebe göre miktar fiyat dengesi ortaya çıkmaz. Faydaları bölünmediğinden fiyatlanıp pazarlanamaması gibi özellikleri de vardır.³⁴

2.1.4. Kolektif Tüketim

Kolektif ihtiyaçlar, topluluk halinde yaşamının ortaya çıkardığı ihtiyaçlardır. Bu tür ihtiyaçların giderilmesine yönelik mal ve hizmet tüketimi de toplumun bütün fertlerince birlikte yapılır. Tam kamusal malların taşıdıkları yukarıda sayılan özellikler nedeniyle, finansmanın vergilerle yapılması zorunluluk arz eder.

2.2. Kamusal Malların Türleri

Samuelson 1954 yılında yazdığı makalede; bir malın özel mal mı, yoksa kamusal mal özellikleri mi gösterdiğini bazı kıstaslara göre değerlendirmektedir. Buradan hareketle bu kıstasların bir kısmının talep ile ilgili, bir kısmının da arz ile ilgili kıstaslar olduğunu görüyoruz. Talebe ilişkin kıstas; faydanın, sadece o malı tüketen kişiye mi ait olduğu yoksa diğer kişilere de mi yayıldığı sorusu ifade eder. Bir malın faydasını sadece o malı tüketen kişi elde ediyorsa bu mal özel bir maldır. Fakat bir malı birden fazla kişi aynı zamanlı olarak tüketebiliyorsa bu mal kamusal maldır. Samuelson bu özelliği bağlı tüketim olarak ifade etmiştir. Fakat fayda belirli derecelerde bütün topluma yayılıyorsa, bu durumda pozitif dışsallık durumu göstermekte olup bu mal “

³³ Kirmanoğlu, a.g.e., s.121.

³⁴ Erdem, Tatlıoğlu, Şenyüz, a.g.e., s.35.

kamusal mal” özelliği göstermektedir. Netice itibariyle kamusal bir mal, mutlak dışsallığın olduğu bir özelliğe sahiptir.³⁵

2.2.1. Tam Kamusal Mal ve Hizmetler

Yalnızca devlet ve kamu kesimi tarafından sunulmakta olan, bu mal ve hizmetler genellikle devletin tümünde sunulmaktadır. Böylece bireyler bu mal ve hizmetlerden faydalanmaktadır.³⁶

Diğer bir deyişle tüketimde rekabet olmayan ve dışlanamazlık özelliği bulunan mal tam kamusal maldır.³⁷ Bildiğimiz gibi tam kamusal mal ve hizmetlerin faydası birimlere bölünemez dolayısıyla bu tür mal ve hizmetlerden hangi bireyin ne ölçüde yararlandığının tespiti mümkün değildir. Bu duruma en iyi örnek savunma hizmetlerinden devletlerdeki vatandaşların ne kadar birimde fayda sağlandığının ölçülememesi durumudur.

Faydası ölçülemeyen bir hizmetin fiyatının belirlenmesi konusunda da belirsizliğin hâkim olduğu durumlarda bu hizmetin karşılığında ödeyeceği fiyat da belirsizdir. Dolayısıyla faydanın belirlenemiyor olması faydanın tüm toplum tarafından bedeli vergilerle karşılanmaktadır. Tam kamusal mal ve hizmetler günümüzde topluma yetecek düzeyde üretildiği için kimse dışarıda bırakılmaz ve tüketicilerin her biri için bu hizmet üretildiğinden tüketiciler birbiriyle rekabet etmezler. Kısacası üretim şemsiyesi bütün vatandaşları kapsamakta olup bu hizmet bir kere üretildiğinde bireylerin tamamı rekabet etmeden bu hizmetten yararlanır ve faydasından mahrum bırakılamaz.³⁸

Kamusal malın faydadan mahrum bırakılamama özelliği ve tüketimde rekabet olmaması özelliği nedeniyle bu malın etkin üretiminde piyasa başarısız olur.³⁹ Kamusal malların faydasından mahrum bırakılamama özelliğine yukarıda değinmiştik.

Tüketimde rekabet olmaması özelliğini açıklamak gerekirse, özel mallarda olduğu gibi bir mal ve hizmetin faydasından sadece o hizmetin parasını ödeyenlerin faydalandığı bir durum söz konusu değildir. Bu noktada örnek olarak adalet hizmetinin

³⁵ Kirmanoğlu, a.g.e., s.120.

³⁶ <http://www.gencmaliye.com/kamusal-mal-ve-hizmetler>, (Erişim Tarihi: 10.05.2019).

³⁷ Savaşan, a.g.e., s.159.

³⁸ Abdülkadir Işık, *Kamu Maliyesi*, 3.b., Ekin Basım Yayın Dağıtım, Bursa, 2014, s.61.

³⁹ Savaşan, a.g.e., s.159.

ülkedeki bazı kişilerin yararlanması durumunda diğer kişiler bu hizmetten yararlanamaması ya da engel oluşturması gibi bir durum söz konusu değildir. Ancak bazen bazı tabii ve bölgesel sınırlamalar olması dolayısıyla tüketimde rakip olmama halinin mutlak bir kesinlik ifade edilmediğini ileri süren yazarlara göre tüketimde rakip olmama gerçek olmaktan çok teorik bir niteliktedir. Çünkü yol, polis ve itfaiye gibi hizmetlerin belirli bir kapasiteleri olduğu için bu hizmetten yararlananlar arttıkça diğerlerinin yararlanma imkânları daralmakta ve yavaşlamaktadır.⁴⁰

2.2.2. Yarı Kamusal Mal ve Hizmetler

Bölünmezlik özelliği açısından ele alındığında kamusal mallar ile özel malları birbirinden ayırmak, sınırları daha belirgin bir şekilde ortaya koymak kolaydır fakat bazı mallar için aynı uygulamayı yapmak pek kolay olmamaktadır. Bazı mallar kamu ekonomisi tarafından üretilmekle beraber, tam kamusal mal niteliğinde değildir. Çünkü parçalar halinde bölünebilir ve fiyatlandırılabilirler. Bununla birlikte hem içsel hem de dışsal fayda topluma yaydıkları dolayısıyla faydaları kamusal mallarda olduğu gibidir. Bireylere sağladığı faydalar ise, özel malların sağladığı faydalara benzemekte; devlet tarafından üretilmektedir. Bütçe yönünden ifade edilirse genellikle özel bütçeli kuruluşlar tarafından sunulurlar.⁴¹

Kamu kesimi tarafından üretilen bazı mal ve hizmetler vardır ki, bu malların faydası belli bir noktaya kadar bölünemezken, belli bir noktadan sonra fayda bölünebilir hale geldiği için, bu tür mal ve hizmetler belirli bir noktaya kadar kamusal mal ve hizmettir. Belirli bir noktadan sonra ise kısmen özel mal ve hizmet haline dönüşmektedir. Örneğin, temel sağlık- aşılama gibi hizmetler tam kamusal bir mal iken, hizmetlerin derecesi yükseldikçe örneğin çürük dişlerin tedavisi ya da kalp ameliyatı gibi örnekler faydanın bölünebildiği hizmetlerdir.⁴²

Diğer yandan eğitim, bu hizmetten yararlananlara daha fazla bilgi sahibi olma, olayları daha farklı değerlendirme, yeni beceriler kazanma ve daha iyi koşullarda iş bulma olanağı sağlar. Dolayısıyla kişiler eğitim sayesinde ek kişisel fayda elde eder

⁴⁰ Ramazan Kılıç, “Yükseköğretim Mal, Hizmetinin Nitelikleri”, *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Sayı:6, Haziran 2002, s.6-7.

⁴¹ Edizdoğan, Çetinkaya, Gümüş, a.g.e., s.29.

⁴² Işık, a.g.e., s.62.

ancak eğitimin sağladığı fayda sadece kişisel fayda artışı ile sınırlı değildir. Eğitimin toplumsal faydayı artırma özelliği de vardır. Nitekim eğitilmiş bireylerden oluşan toplumda, toplumsal fayda daha yüksektir.⁴³

Yarı kamusal mal ve hizmetin anlamı aşağıda verilen özelliklerin yarı kısmen olarak ve bu mal ve hizmette bulunmasıdır. Yarı kamusal malların özellikleri aşağıdaki gibidir.

- Arzına ve talebine siyasal otorite karar vermektedir
- Faydası kısmen bölünebilir, kısmen bölünemez,
- Faydası kısmen ölçülebilir, kısmen ölçülemez,
- Kısmen fiyatlandırılır, kısmen fiyatlandırılmaz,
- Kısmen pazarlanabilir, kısmen pazarlanamaz,
- Kısmen dışlama vardır, kısmen dışlama yoktur,
- Kısmen herkes için yeterli derecede üretim yapılır, kısmen sadece belli bir kesim için üretim yapılır.
- Tüketiciler mal ve hizmetten yararlanmak için kısmen rekabet etmezler, kısmen rekabet ederler,
- Hizmetin üretimi ve tüketimi kısmen zorunlu olabilir, kısmen zorunlu olmayabilir,
- Kısmen bütçe finansmanı, kısmen hizmetten yararlanan kişilerin cepten yaptıkları ödemelerle karşılanır.

Yarı kamusal ve hizmetlere en iyi örnek, temel eğitim ve temel sağlık dışında kalan diğer eğitim ve sağlık hizmetleridir.⁴⁴

2.2.3. Özel Mallar

Özel mallar, bir piyasa ekonomisinde, piyasa işleyişi içinde özel üretim birimleri tarafından sunulmaktadır. Gerek tüketimden mahrum bırakmanın mümkün olduğu,

⁴³ Kökocar, a.g.e., s.135.

⁴⁴ Işık, a.g.e., s.64.

gerekse tüketiminde rekabet olan mallar olduğu için, piyasanın bu malları aksaksız olarak sunması beklenir. Bu ideal durum gerçekleşse dahi, devlete bu alanda bazı roller düşer.⁴⁵

Bu malların herhangi bir birey tarafından tüketilmesi diğer bireylerin tüketimini yani bu mal ve hizmetin faydasından yararlanmasını tam olarak engelleyecektir. Dolayısıyla bedelini ödeyerek satın alanlar, ödedikleri bedel kadar tüketebilecektir. Bedelini ödemeyenlerin bu malları tüketmesi mümkün olmamakla beraber rakip olma ve dışlama özelliklerini aynı anda taşıyan mallar, piyasa koşullarında alınıp satılabilirler. Dışlama, rakip olma ve bölünebilme özelliklerini aynı anda taşıyan mallar özel mal olup bu mal ve hizmetlerin birimlere ayrılması da söz konusudur.⁴⁶

Özel mal ve hizmetleri özellikleri aşağıda sıralandığı gibidir;

- Bireysel tüketimleri vardır.
- Faydaları bölünebilirdir.
- Bu mal ve hizmetler fiyatlandırılabilir.
- Bu mal ve hizmetlerde piyasa mekanizması işler.
- Özel mal ve hizmetlerin tüketiminde rekabet söz konusudur.
- Özel mal ve hizmetlerin tüketimleri zorunlu tutulamaz.

Kolektif tüketimi olmayan bu hizmetler fiyat, arz-talep ilişkisi sonucunda ortaya çıktığı için piyasa mekanizması etkin olup rekabet oluşmaktadır. Dolayısıyla bireylerin bu hizmete olan talebi çok yüksek ise o noktada hizmetin fiyatı yüksek olmaktadır. Bu nedendir ki her bireyin fiyatı yükselen bu hizmetten yararlanması durumu söz konusu olmayıp faydalanan kişiye bireysel bir fayda sağlamaktadır.⁴⁷

2.2.4. Yarı Özel Mallar

Sınırlı düzeyde dışsallık yayan ve tüketicilerin kolayca dışlanabildiği mal ve hizmetleri yarı özel mallar olarak tanımlıyoruz. Bu mal ve hizmetler üretimin teknik

⁴⁵ Kirmanoğlu, a.g.e., s.123.

⁴⁶ Kökocak, a.g.e., s.139.

⁴⁷ <http://www.gencmaliye.com/kamusal-mal-ve-hizmetler>.

koşullarından (azalan maliyetler, sıfır marjinal maliyet gibi) kaynaklanan nedenlerden dolayı devlet tarafından üretilmektedir. Genellikle yerel yönetimler ve kamu ekonomi kuruluşları tarafından piyasa koşullarına uygun üretilmektedir. Yarı özel malları özel maldan ayıran en önemli özellik; fiyatlamasının piyasa koşullarına göre değil, kamu ekonomisi kurallarına göre gerçekleşmiş olması durumudur. Bu tür mal ve hizmet üretenlerin bazı koşullardan dolayı karşılaştıkları zararlar; bir tür sosyal fayda yaratılması nedeniyle devlet bütçesinden karşılanmaktadır. Fakat özel mal ve hizmet bedelinin önemli bir bölümü bu mal ve hizmetten yararlanan tüketicilerden sağlanmaktadır.⁴⁸

2.2.5. Erdemli Mallar

Musgrave, halkın sağlığı açısından gerekli olan ancak bilgi ve eğitim eksikliği nedeniyle yeterince tüketilmeyen malları erdemli mallar olarak tanımlamıştır. Dahası bu malların tüketimin özendirilmesi veya zorunlu hale getirilmesi durumunu desteklemiştir.⁴⁹

Erdemli mallar; bölünebilen, tüketimde mahrum bırakma, yani dışlama ilkesinin uygulanabildiği fakat bir bedel karşılığında sunulması mümkün olmayan mallardır. Bu tür malların uygun düzeyde tüketilmesi toplumda ciddi dışsal faydalar sağladığı bilinmesine rağmen dışsal faydası göz önünde bulundurulmadığından özel ekonomide genellikle gerekli olan düzeyin altında üretilmesine rağmen devlet tarafından piyasa fiyatı altında ya da ücretsiz bir biçimde sunulurlar.⁵⁰

Bazı yazarlar, bu tür mal ve hizmetlere, geleceği önemsemediği veya çok uzak bir zamanda değerlendirildiği için yeterli talep edilmediği gerekçesiyle, özel sigorta hizmetlerini de dâhil etmişlerdir. Özel sigorta gibi hizmetlerin talebinin yetersiz oluşu, kaynak tahsisinde etkinsizliğe yol açacaktır. Baile'e göre, bu etkinsizliği düzelmenin 3 yolu vardır.⁵¹

- 1) Devletin bu hizmetin alımını zorunlu hale getirmesi, (temel eğitimin zorunlu olması bu duruma örnek gösterilebilir)

⁴⁸ Işık, a.g.e., s.66.

⁴⁹ Kökocar, a.g.e., s.137.

⁵⁰ Edizdoğan, Çetinkaya, Gümüüş, a.g.e., s.38.

⁵¹ Kirmanoğlu, a.g.e., s.124.

- 2) Bilgiye erişimi kolaylaştırmak ve kişilere riskleri göstermek,
- 3) Fiyat üzerine sübvansiyon yaparak talebi artırmak.

2.2.6. Kulüp Mallar

Kulüplerin üye sayılarının farklılaşmasının sonucunda üyelerinin tüketimlerini nasıl etkilediğiyle, optimum hizmet miktarının ne olması gerektiğiyle ilgilenen Buchanan, bu mal hizmetlerden yararlananların büyüklüğü ve sayılarıyla özel olarak ilgilenmiştir.⁵²

Bireylerin tek başına büyük maliyetlerle almak istedikleri hizmetlerin maliyetlerinin eşit bir biçimde kulüp üyeleri ile paylaşılmasıyla üyeler tarafından eşit bir biçimde tüketilmesini esas alan bu hizmetlerde pozitif dışsallıklar ortaya çıkmaktadır.⁵³

Bu mallarda dışlamanın olması dolayısıyla üye sayısının ve kulübün optimal hacminin belirlenmesi önemli olmaktadır. Örnek açıklayacak olursak; yüzme havuzundan yararlanacak ilave bir kişi fayda sağlayacak ancak havuzda daha fazla bakteri oluşması ve buna benzer nedenlerden dolayı da maliyet artışlarına neden olabilecektir. Nitekim bu mallarla tam kamusal mal ve hizmetler arasındaki ayırım noktası, ilave bir kişinin maliyetinin tam kamusal mal ve hizmetlerde sıfır olmasıdır. Ticari ve Sanayi Odaları, Barolar, Tabipler Birliği, Bağ Kur, Emekli Sandığı, ve bunun gibi kurumların üyelerine sundukları hizmetler, kulüp malı niteliğinde olup her bir üye için tıpkı tam kamusal mal ve hizmette olduğu gibidir.⁵⁴

2.2.7. Yerel Kamusal Mallar

1956 yılında iktisatçı Tiebout'un yayınladığı bir makale ile yerel kamusal mallar kamu ekonomisi araştırma alanına girmiştir.⁵⁵ Dolayısıyla bu noktada yerel kamusal mallardan bahsetmekte yarar vardır.

⁵² Işık, a.g.e., s.66.

⁵³ Edizdoğan, Çetinkaya, Gümüş, a.g.e., s.39.

⁵⁴ Işık, a.g.e, s.66-67.

⁵⁵ Kirmanoğlu, a.g.e., s.134.

Kamu hizmetleri ulusal kamu ve yerel kamu hizmetleri olarak ikiye ayrılmaktadır. Eğer hizmetlerin faydası tüm ülkeye yayılıyorsa; savunma, adalet hizmeti gibi bu hizmetler ulusal kamusal hizmetleridir. Bir diğer kamu hizmeti olan yerel kamu hizmetleri ise faydası belirli bir bölgeyle sınırlı olduğu için o bölge dışındakilerin dışlandığı hizmetlerdir. Dolayısıyla o bölgede ikamet eden bireylerin dışlaması mümkün değildir.⁵⁶

Yerel kamusal mallar ülkeden ülkeye değişim gösterir örneğin itfaiye hizmetleri ve halk sağlığına ilave olarak bazı ülkelerde polis, eğitim, sağlık hizmetleri gibi hizmetler yerel idari birimler tarafından sunulmakta yerel kamusal mal olarak adlandırılmaktadır.⁵⁷

2.2.8. Ulusal Kamusal Mallar

Faydası bir ülke sınırları içinde yayılan kamusal mallara. “ulusal kamusal mallar” diyebiliriz. Ulusal kamusal mallarda dışlanamazlık özelliği sadece ülke sınırları içinde geçerli olup söz konusu ülkenin merkezi hükümeti bu kamusal mal ve hizmeti bütçeden karşılamak zorundadır. Yani bütçe büyüklükleri siyasal düzeyde karar alınarak ulusal savunma, adalet ve iyi bir ekonomi yönetimi verilir.⁵⁸

2.2.9. Küresel Kamusal Mallar

1999 yılında ilk kez Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) tarafından yapılan “Global Public Goods” çalışma ile kapsamlı olarak ele alınan sonrasında ise Birleşmiş Milletler Kalkınma Programının yaptığı geniş kapsamlı bir küresel kamusal mal tanımını esas alınmış bu noktada bu mallara ilişkin faydalar, bütün insanlık için yapılmaktadır. Bu tanımda küresel kamusal mallar iki kritere bağlanmıştır;⁵⁹

- Birincisi küresel kamusal malların tüketiminde rekabet yoktur ve bireyler bu malları kullanmaktan mahrum edilemez.

⁵⁶ Burak Hamza Eryiğit, “Yerel Mal ve Hizmetlerin Kapsamındaki Değişimin İktisadi Açından Değerlendirmesi”, *Mevzuat Dergisi*, Yıl: 16, Sayı: 181, 2013, s.13.

⁵⁷ Kirmanoğlu, a.g.e., s.134.

⁵⁸ A.g.e., s.135.

⁵⁹ Hülya Kirmanoğlu, Binhan Elif Yılmaz, “Maliye Teorisi Çıkmazı: Küresel Kamusal Mallar (Kalkınma Yardımları İçinde Küresel Malların Finansmanı)”, *Maliye Dergisi*, Sayı: 150, 2006, s.26-27.

- İkincisi ise bu malların faydaları sadece belirli bir grup ülkeyi değil tüm dünya ülkelerine yayılmaktadır.

2.2.9.1. Bir Küresel Kamusal Mal Olan: Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

İktisat literatüründe mal ve hizmetlerin üretimlerinin piyasa ekonomisi içindeki yeri belirlenirken ortaya çıkan çeşitli ayırıcı özellikleri vardır, bu ayırıcı özellikler birçok mal ve hizmet için söz konusu olabilir. Sağlık hizmetlerinin ortak özellikleri çeşitli başlıklar altında toplanabilir. Bunlar, kamusal özellik, dışsallıklar, erdemli mallar, asimetrik bilgilendirme, belirsizlik altında seçim, devlet müdahaleleri, sağlık mallarını yetersiz tüketiminin toplumu etkilemesi, hastalık riskinin ve tüketiminin önceden belirlenememesi olarak sayabiliriz. Başlıkların tek tek incelenmesinde fayda vardır.⁶⁰

2.2.9.1.1. Kamusal Özellik

Daha önceden bahsettiğimiz gibi modern anlamda kamusal mal tanımı ilk defa Samuelson tarafından yapılmış ve bu tanımı Samuelson yaparken kamusal hizmetlerin iki temel özelliği üzerinde durmuştu. Bunlardan biri “ faydadan dışlanamazlık” diğeri ise “ tüketimde rakip olmama” özelliğidir. Dışlanamazlık, kamusal mal ürettikten sonra toplumu oluşturan bireylerin bu hizmeti tüketmesi engellenememektedir. Diğeri bir özellik olan “tüketimde rakip olmama” özelliği ise, toplumu oluşturan her bir bireyin kamusal malı tüketirken birbirlerinin tüketimini etkileyemeyeceği ve tüketim miktarlarının azalmasına neden olmayacağı ifade eder.⁶¹ Dolayısıyla bu mallar ya bedava arz edilir, ya hiç arzedilemezler. Her iki özellik, yani rakip olmama ve dışlanamama özellikleri bir derece meselesidir. Gerçek anlamda kamusal mal niteliğinde çok az mal vardır, ancak malların önemli bir bölümü edici sonuç vermez. Sağlık hizmetleri genel itibari ile yarı kamusal mal ve hizmetler olarak literatür de yer alırlar. Bölünebilme ve pazarlanabilme özelliğe sahip bu hizmetlerin tüketimleri neticesinde toplum fayda sağlamaktadır. Bununla birlikte karşılığını ödeyemeyen bireyler için faydadan dışlanma durumu gerçekleşebilir. Fiyatlandırılabilme ve

⁶⁰ Ferhat Sayım, “Sağlık Hizmetinin Özellikleri”, *Akademik Arge Dergisi*, Yıl: 2015, Sayı: 15-1, İstanbul, s.4.

⁶¹ Kökocar, a.g.e., s. 128-129.

bölünebilme ilkeleri dolayısıyla özel mal ve hizmete benzetmekle beraber bazı durumlarda ortak tüketim olanağı verme durumu ve sosyal fayda yayıyor olma sebebiyle kamusal niteliklere de sahiplerdir.⁶²

2.2.9.1.2. Dışsallık

Piyasada tam rekabet koşullarının geçerli olduğu varsayımında dışsallığın olmadığı düşünülür. Fakat reel de yaşadığımız bundan farklıdır. Dışsallık kavramının var olma durumu tam rekabet piyasası ile ve birinci en iyi durumu olarak ifade edebildiğimiz Pareto optimalinin aksamasına neden olmaktadır.

Daha önce de bahsettiğimiz gibi dışsallık bir ekonomi de alıcı veya satıcının ekonomik faaliyet gerçekleştirmesi neticesi itibari ile diğer bir ekonomik birimin bu durumdan pozitif ya da negatif etkilenmesi durumuydu. Yani bir ekonomik faaliyet olan üretim veya tüketim faaliyeti ile üçüncü şahısların fayda veya maliyet fonksiyonları etki görüyorsa bu noktada dışsallık söz konusudur. Sağlık hizmetlerinde marjinal özel faydadan daha büyük olan marjinal sosyal fayda olduğu içindir ki bu hizmetin üretimi sadece piyasaya bırakıldığında, şirket pazarlayabileceği ve bedelini alacağı miktarın ötesinde üretim yapamayacağı dolayısıyla sağlık hizmetleri eksik üretilecektir.⁶³

Sağlık hizmetlerinin yaydığı dışsallık fazladır. Buna en güzel örnek koruyucu sağlık hizmetidir. Çünkü koruyucu sağlık hizmetlerinin sağladığı faydalar hemen ortaya çıkmasa da yaydığı dışsallık fazladır. Toplumda olan hastalıkların oluşma sıklığı ve bu hastalıkların tedavilerine harcanan kaynak miktarlarının ortalamasını ölçmek son derece zordur. Buna ilave olarak hastalığı sonrası sağlığına kavuşan kişilerin, kişisel kazanımlarının ötesinde işgücüne katılımını ölçmek yani fayda maliyet analizi yapmak son derece zordur.⁶⁴

Örnek verecek olursak; bulaşıcı bir hastalığın önlenmesi, bebeklerin doğum öncesi ve sonrası sağlıkları için koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaşması durumu bireylerin refahları üzerinde olumlu bir etki yapar. Dolayısıyla bu noktada kamu kesiminin desteklediği önleme ve kontrol programları son derece önemli olup bu

⁶² Ayşegül Mutlu, A. Kadir Işık, *Sağlık Ekonomisine Giriş*, Ekin Kitabevi Yayınları, Bursa, 2005, s.47.

⁶³ Sıtkıcan Saraçoğlu, Fahriye Öztürk, "Sağlık Hizmetlerine Yönelik Talebin Belirleyicileri: Türkiye Üzerine Bir Uygulama", *İş ve Hayat*, Cilt: 2, Sayı: 4, 2016, 297.

⁶⁴ Sayım, a.g.m., s.6.

noktada kamu kesimince yürütülen hastalığı önleyici bağışıklık kazandırma gibi konulara ağırlık verilir.⁶⁵ Pozitif dışsallıkların ciddi bir bölümü sağlık hizmetleri ile ilgili olmakla birlikte sadece sağlık piyasalarına özgü değildir.

2.2.9.1.3. Erdemli Mallar

Daha önce de söz ettiğimiz gibi Musgrave, halkın sağlığı açısından gerekli olan, bilgi ve eğitim eksikliği nedeniyle yeterince tüketilmeyen malları erdemli mallar olarak tanımlamış bu malların tüketimin özendirilmesi veya zorunlu hale getirilmesi gerektiğini vurgulamıştır.⁶⁶ Erdemli mallar; bölünebilen, tüketiminde dışlamamanın olduğu ve bedel karşılığında sunulmasının imkânı olmayan mallardır.⁶⁷

Sağlık piyasalarında üretimi yapılan sağlık hizmeti yararlı bir mal olup bu duruma en önemli örnek çocuklara yönelik yürütülen tedavi hizmetleridir. Bu tür hizmetlerde kararların aile ya da başkaları tarafından verilmiş olması çocukların elde edeceği yararları etkilememekle birlikte bazı durumlarda aileler bu tür hizmetlerin maliyetlerini karşılamada yetersiz kalabilirler. Dolayısıyla doğum öncesi ve sonrası kamu kesimi tarafından yapılacak destekler ile beraber hamilelik ve sütanneliği döneminde bebek ve çocuklara yardım için yapılan diğer hizmetlerin kamu kesimince çeşitli şekillerde sağlanması son derece önemlidir.⁶⁸

Sağlık hizmetlerinin erdemli hizmet olma özelliği iki yaklaşımla aşağıdaki şekilde açıklanmaktadır;⁶⁹

- Sağlık hizmeti kullanımında bireylerin bilgi düzeyinin yetersizliği nedeniyle tedavi olmalarının getirilerini değerlendirememektedir. Bu noktada erdemli isteklerin tanımladığı zorunlu tercihler, bireylerin tercihlerinden üstün olduğu düşünülmektedir.
- Erdemli isteklerin diğer bir özelliği ise dışsallıklarla açıklanabiliyor olmasıdır. Bu duruma en güzel örnek zorunlu sağlık sigortasıdır. Böylece ödeme gücünden yoksun olan bireylerin tedavi edilmesi durumunda, talebin

⁶⁵ Mutlu, Işık, a.g.e., s.51.

⁶⁶ Kökocar, a.g.e., s.137.

⁶⁷ Edizdoğan, Çetinkaya, Gümüş, a.g.e., s.38.

⁶⁸ Mutlu, Işık, a.g.e., s.52.

⁶⁹ Saraçoğlu, Öztürk, a.g.m., s.298.

düzensizliğinin ortaya çıkmasına ve belirli olmayışına karşılık, devlet ya zorunlu kamusal sigortayı uygular ya da doğrudan kamu sağlık hizmetlerini kurma yoluna gider.

2.2.9.1.4. Asimetrik Bilgilenme

Daha önce bahsettiğimiz gibi, tam rekabet piyasasında en önemli özelliklerden biri tam bilgidir. Buradan hareketle diyebiliriz ki; açık piyasada üretici ve tüketici ürün hakkında eşit, tam ve mükemmel bilgiye sahiptir. Piyasada tam bilgi olduğunda arz ve talep doğru belirlenmektedir. Arz ve talebi kestiği noktada piyasa dengesi sağlanmış olup dolayısıyla kaynaklar etkin kullanılmış olur. Fakat reel olarak bireylerin tam ve mükemmel bilgiye sahip olmaları mümkün değildir.⁷⁰

Arz edenin talep edene göre daha fazla bilgisinin olduğu sağlık hizmetlerinde örnek olarak doktorlar dikkate değer bir şekilde hastalara göre daha fazla bilgi sahibidir.⁷¹ Doktor- hasta örneği incelendiğinde hasta doktor için bütün bilgilerinin doktor tarafından açıklıkla bilinmesini isterken, bu noktada doktor farklı bir pozisyonda hareket etmektedir.⁷²

Doktor hasta örneğine devam edecek olursak; etik ve mesleki sorumluluk kaygısı doktoru dürüst olmaya itmektedir. Fakat doktor daha öncede ifade ettiğimiz gibi tam bilgiye sahip olduğu için daha fazla kazanç elde edebilmek için hastayı kandırabilir. Ya da hastanın hastanede yatma süresi, kullanacağı ilaç ve hangi sürede kullanması gibi bazı konuları doktorlar belirlemektedir. Bu noktada hasta hizmetin boyutunu pazarlık konusu haline getiremez. Hasta bireyler asimetrik bilgiye sahip olduğundan süreç hakkında bilgi sahibi olmayabilir. Konu sağlık olunca asimetrik bilgilenme diğer sektörlere göre sağlık sektöründe çok daha geniş boyuttadır.⁷³

⁷⁰ Yüksel, a.g.e., s.13.

⁷¹ Sayım, a.g.m., s.8.

⁷² Mutlu, Işık, a.g.e., s.56-57.

⁷³ A.g.e., s.56-57.

2.2.9.1.5. Belirsizlik Altında Seçim

Lancaster'in iktisat bilimine kazandırmış olduğu Arrow'un ise bu konuda sıklıkla literatür de işlediği belirsizlik kavramı; hasta ve doktor ilişkisinde asimetrik bilgilenme nedeniyle hasta başlangıçta doktora gitme kararı vermiş olsa da az bilgi sahibi olduğundan dolayı asıl belirleyici karar doktora aittir.⁷⁴

Sağlık hizmetleri ile ilgili olarak belirsizlik kavramı iki şekilde meydana gelmektedir;⁷⁵

Bunlardan ilki, mal ve hizmetlerdeki taleplerden başka olarak sağlık hizmetleri sürekli ve tahmin ile ilerlenebilir şekilde değildir. Dolayısıyla; sağlık hizmetlerine yönelik talebin ne zaman ortaya çıkacağı belirsizdir. Bu nedenledir ki; sağlık hizmetlerinde talebin ani bir şekilde olması, kişilerin bu harcamalarla beklenmedik bir şekilde karşılaşmaları durumunu ortaya çıkarmaktadır. Bu noktada bütçe planlaması yapmamış olan bireylerin bu ihtiyaçlarının karşılanması durumu sigorta kavramını gerekli kılmıştır.

İkincisi ise; sağlık hizmetleri verilirken belirsizlik durumu ile karşılaşmadır. Hastalıklar için bazı iyileşme süreleri öngörülmüş olsa da, hastalık durumundan iyileşme durumuna geçiş net değildir. Çok çeşitli tedavinin olması durumu, tedavinin etkisi ve süresinin hastadan hastaya değişiyor olma durumu, dahası hizmet kalitesinin ölçülememesi durumu bu belirsizliği daha da artıran faktörlerdendir.

2.2.9.1.6. Devlet Müdahaleleri

Sağlık hizmeti sunanlar, bazı devlet müdahalelerine maruz kalmaktadır. Bunlardan biri de ruhsat ve sınırlamalarını oluşturan denetimlerdir. Bundan ötürü sağlık piyasalarında piyasaya giriş çıkış serbestisi diğer sektörlerle karşı ciddi derecede engellenmektedir.⁷⁶

Devletler sağlık piyasalarına müdahale ederken yalnızca yeterlilik belgesi ve diplomalarla değil aynı zamanda sigorta sistemini kurma yoluyla da sisteme müdahale

⁷⁴ Mutlu, Işık, a.g.e., s.54.

⁷⁵ Saraçoğlu, Öztürk, a.g.m., s.300.

⁷⁶ Sayım, a.g.m., s.8.

edebilir. Dahası bu harcamaları finanse edebilmek amacıyla hali hazırda var olan sigortalara belli finansal yardımlar yapmaya giderek sağlık piyasalarına müdahalede bulunurlar.⁷⁷

Devletin sağlık hizmetlerinin üretiminde bulunması ve bu hizmetlere müdahale etmesinin nedenlerini sıralamakta fayda vardır:⁷⁸

- Bireyler ve toplumun tamamı açısından sağlık hizmetleri son derecede önemlidir. Dolayısıyla devlet bu noktada bu hizmeti üretmek ve iyileştirmek konusunda müdahil olur.
- Bireylerin bilgi düzeyinin yeterli olmayışı, gelir dağılımının eşitsizliği ve yoksulluğun varlığı dolayısıyla sağlık hizmetleri talebinin belirlenmesi zor olmaktadır. Bu durumda devletin mevcut elde ettiği verilere dayanarak tahminde bulunabilir. Böylece sağlık hizmetleri piyasasında ortaya çıkan aksaklıkların giderilmesi gerekmektedir.
- Özel sektöre ait sağlık hizmeti veren kuruluşların, sağlık hizmetlerine olan talebi karşılamakta yetersiz kaldığı ve karlılıklarına göre aksiyon almaları. Bununla birlikte sağlık yatırımlarının belli yerlerde toplanmış olması durumundan kaynaklı görece dengesiz sunulan hizmetin toplumun tüm kesimlerine açılması gerekmektedir.
- Sağlık hizmetlerinde bölünmezlik özelliği olduğu dolayısıyla birçok bulaşıcı hastalık devlet çapında mücadeleyi gerektirmektedir. Dolayısıyla sadece koruyucu sağlık hizmetlerinin değil sağlık sisteminin finansmanının ya da denetiminin tümüyle devlet tarafından sağlanması gerekmektedir.

2.2.9.1.7. Sağlık Hizmetinin Yetersiz Tüketiminin Toplumunu Etkilemesi

Kamusallık ve dışsallık olması yönünden sağlık hizmetinin yeterli miktarda sunulmaması durumunda toplum bu durumdan negatif etkilenecektir.⁷⁹

⁷⁷ Mutlu, Işık, a.g.e., s.54.

⁷⁸ Saraçoğlu, Öztürk, a.g.m., s. 299.

⁷⁹ Mutlu, Işık, a.g.e., s.58.

Sağlık hizmetleri çoğunlukla pozitif dışsallık yayan hizmetlerden olduğu için bu hizmeti yeterince kullanan bireyler, hem kişisel faydalarını sağlamış hem de toplumsal fayda sağlamaya sebebiyet verirler. Bu hizmetlerin yetersiz olması durumunda ise bireyler bu hizmetin maliyetlerine katlanmanın yanı sıra toplumda sağlıklı bireyler oluşacaktır. Sağlıklı bireylerinde sağlık durumunun bozulma riskinin yüksek olması durumu dolayısıyla topluma ekstra maliyetler getirecektir.⁸⁰

Ekonomik gücü zayıf olan toplumun yoksul kesimlerinin de sağlık hizmetinden yeterince faydalanamadıkları zaman yine maliyet riski baş göstermektedir. Dolayısıyla devlet bu kesime yönelik harcamaların artırılması ya da sübvansiyon edilmesi durumunda toplumun sağlıklı üyelerinin de korunmasını sağlamaktadır. Bu nedenle diğer piyasaların aksine sağlık piyasalarında kötü sağlık koşullarından toplumun tümü etkileneceği için çeşitli önlemler alınması gereklidir. Bu durumda ücretsiz sağlık ve sigorta önlemleri, hastalığı önleyen tedbirler ve sağlık hizmetini yeterince alamayan bölgelere yapılan teşvik, kamu sağlık kurumlarının sayılarının ve kalitelerinin artırılması gibi sübvansiyonlar önem arz etmektedir.⁸¹

2.2.9.1.8. Hastalık Riskinin ve Tüketiminin Önceden Belirlenememesi

Sağlık hizmetlerinde tüketim durumu ansızın meydana gelmekte; hizmetin hangi lokasyonda, hangi tarihte, ne miktarda isteneceği kolay kolay belli olmamaktadır.⁸²

Bu hizmetlerin genellikle ihtiyaç duyulduğunda gerçekleştirilmesi için depolanması gibi bir durum söz konusu olmamakta dolayısıyla bu durum sağlık kuruluşunun en yüksek kapasiteli olarak tasarlanmasına sebebiyet verir.⁸³

Sağlık piyasalarında çoğunlukla hastaların ve taşıdıkları risklerin ne olduğunu önceden belirlemek olası olmadığı içindir ki, kontrollü uygulanan hastalığı önleme programları, aşılama programları olası hastalık risklerine karşı bir önlemdir.⁸⁴

⁸⁰ Sayım, a.g.m., s.9.

⁸¹ Mutlu, Işık, a.g.e., s.59.

⁸² A.g.e., s.58.

⁸³ Saraçoğlu, Öztürk, a.g.m., s.302.

⁸⁴ Mutlu, Işık, a.g.e., s.58.

3. SAĞLIK PİYASALARININ ÖZELLİKLERİ

Arz ve talebinin sürekli olarak birbirinden etkilendiği sağlık hizmetleri piyasası, taşıdığı özellikler dolayısıyla kendine nevi şahsına münhasırdır. Dolayısıyla bu noktada bu özelliklerin incelenmesinde fayda vardır.

3.1. Sağlık Hizmetleri Piyasasında Heterojenlik

Bu piyasalarda sunulan malın heterojen olma durumu, mal ve hizmetlerden yararlananların eksik ve yetersiz bilgiye sahip olmalarına, rasyonel tercihler yapamamalarına neden olmaktadır. Bununla beraber fiyatın düşük olmasının kalitesiz bir malın göstergesi olup olmadığı konusunda net bir yargıya varmamalarına sebebiyet verir. Sağlık hizmetlerinin farklılaşmaya uygun olması, belli bilgiye ve yeteneğe sahip olan doktorun tekel oluşturmasına sebebiyet verir. Dolayısıyla kısıtlı bilgi; hizmetlerin heterojenliğini araştırıp değiştirme maliyetlerine sebebiyet verir. Buna ek olarak her hizmet sunucusu, hastanın kendini rahat hissedebileceği başka bir doktor aramak için gerekli olan zamandan, bulduğu doktorun kalitesi konusundaki belirsizlikten ve sağlık durumunu netleştirmek için yapılacak her ek ziyaret dolayısıyla ek maliyetler olması durumu kendi hastalarına tekel gücü uygulamaktadırlar.⁸⁵

3.1.1. Satıcıların Azlığı

Sağlık piyasaları üretiminde yer alan unsurlar, diğer piyasalarla karşılaştırıldığında sayısal olarak az kaldığı ortadadır. Şehirlerin bir çoğunun orta büyüklükte olması, piyasanın küçük olması ve bu piyasanın fazla ekipman, yatak ve personel ile donanımlı olan sağlık kuruluşlarını finanse etmede yetersiz kalınmasına neden olmaktadır. Sağlık ekonomisi alanında yapılan çalışmaların ileri sürdükleri şu ki; yatak sayıları belli bir düzeyi geçtikten sonra ölçek ekonomileri nedeniyle gereken verimin alınmayacağı açıktır. Dolayısıyla nüfus yoğunluğu fazla olan yerlerde bazen yeterli sağlık üretim birimleri olmayabilir. Bu gibi durumlarda doğal tekellerle karşılaşmak mümkün olup kamu kesimi diğer kesimlerde olduğu gibi, elektrik, telefon, ulaşım gibi alandaki düzenlemelerin benzerini burada yapacaktır. Netice tamamen

⁸⁵ Saraçoğlu, Öztürk, a.g.m., s.302.

tatmin edici olmayabilir fakat tam rekabetin oluşmadığı bir yerde idarenin kontroller aracılığı ile yapabileceği çok fazla bir şey yoktur. Hastanelerin kar amaçlı olmadığını vurgulamak ve bundan dolayı hastanenin monopol gücü kuramayacağını varsayan bu düşüncenin iki eleştirisini yapabiliriz.⁸⁶

- Kar güdüsünün olmaması durumu kaynakların kötü kullanılmasına neden olabilir.
- Gereksiz tekrarlar ve verimsizlik gerçekleşirken hastaneler daha çok doktorlara yarar sağlamaya yarayabilir.

3.1.2. Piyasaya Giriş Sınırlamaları

Bildiğimiz gibi tam rekabet piyasasında herhangi bir firmanın piyasaya giriş veya çıkışında ekonomik veya yasal bir engel bulunmaz.⁸⁷ Fakat sağlık piyasalarında işleyiş bu şekilde değildir. Sağlık piyasalarına giriş sınırlamalarına, sağlık piyasalarının arz tarafında yer alan doktorlarla ilgili yapılan müdahalelere örnek verebiliriz. Doktorların görevlerine başlamaları ya da kuruluşların faaliyetlerini devam ettirmeleri için lisansın zorunlu olması gibi önemli noktalarda denetlenmesi, sağlık piyasalarına girişi sınırlarken sağlık kurumlarının faaliyetlerini devam ettirebilmeleri için de gereklilik arz eder.⁸⁸

Sağlık piyasasına girişte var olan sınırlamalardan bir diğeri de sadece imtiyazlı doktorların hastanelerde çalışabileceği şeklindeki sınırlamalardır. Bu kurumların sağlık hizmetini verirken sağlayacakları hizmetin kalitesine verdikleri önem; doktorlardan elde edecekleri sağlık hizmetinin kapsamına bağlı olarak değişmekle birlikte ekonomide sınırlı rekabetin bir yolu olarak da görülebilir. Genelde, yöneticiler ve doktorlar arasında sosyal amaçlarda hizmet etme düşüncesi zamanla yerleşmeye başlamıştır.

3.1.3. Arz ve Talep Arasındaki Dengesizlik

Bildiğimiz gibi arz ve talebin kesiştiği noktada piyasa dengesi belirlenmektedir. Arz ve talep piyasasında bir malın fiyatı arz ve talebin kesişmesi sonucunda

⁸⁶ Mutlu, Işık, a.g.e., s.59-60.

⁸⁷ Tümay Ertek, *Mikroekonomi Teorisi*, 1.b., Alfa Basım Yayım Dağıtım, İstanbul, 2009, s.250.

⁸⁸ Saraçoğlu, Öztürk, a.g.m., s. 303.

belirlenmektedir. Piyasada arz ve talep karşılaştığında arz edilen miktar ile talep edilen miktarı birbirlerine eşitleyen fiyata **denge fiyatı** yani **piyasa fiyatı** diyoruz. Bu fiyat tek olup alıcı ve satıcılar tarafından kabullenilmektedir. Dolayısıyla piyasa fiyatında, satıcıların satmak istedikleri miktar ile alıcıların almak istedikleri miktar birbirine eşittir.⁸⁹ Fakat sağlık piyasalarında maalesef ki fiyatlar denge noktalarına ulaşmada başarısızdır.⁹⁰

Sağlık piyasalarında ortaya çıkan arz ve talep arasındaki dengesizlik, talep veya arzın genişlemesi nedeniyle ortaya çıkan nedensizlik olarak tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetlerini sunan kuruluşların genelde monopolcü bir yapı halinde olma durumları ve bazı kısıtlamaların olma durumu, kamu kurumlarından izin ve yetki alınması zorunluluğu ile meslek odalarının fiyat belirlenmesinde oynadıkları rol arz açısından piyasayı monopolistik bir hale getirmektedir. Bu şekilde arz yönünden monopolistik yapıya karşın, talep açısından bir dağınıklık söz konusudur.⁹¹

Ayrıca sağlık hizmetlerinin arz ve talebi arasında dengesizliklere yol açan diğer faktörlerden bahsetmekte fayda vardır. Bunlar: sağlık hizmetlerin heterojenliği, sağlık hizmetini üretenler ve tüketenler arasındaki bilgi dengesizliği, sağlık piyasasında üretici grubun aralarında anlaşıp ortak hareket etmelerine karşın, talebi belirsiz olan tüketici grubun piyasada talep baskısı oluşturamamaları gibi durumlardır.⁹²

3.1.4. Bilgi Maliyetleri

Tam rekabet piyasasında alıcı olan tüketici veya (hasta) ile satıcı olan üreticinin veya (doktorun) her biri piyasa ile ilgili bütün bilgilere sahip olduğu varsayılır.⁹³

Tam rekabet bir piyasa modelinde karar alma sürecinde ihtiyaç duyulan fiyat, üretim imkânları gibi bilgiler üreticiler tarafından bilinmektedir. Yüksek bilgi maliyetleri sağlık piyasalarının en önemli özelliklerinden biri olduğu için hasta doktor arasındaki ilişkide hastanın ihtiyaçlarının belirlenmesinin tek yolu doktorun hastayı,

⁸⁹ Metin Berber, Ersan Bacutoğlu, *Mikro İktisada Giriş*, 4.b., Ekin Basım Yayın Dağıtım, Bursa, 2014, s.88.

⁹⁰ Kemal Yıldırım, İlyas Şıklar, İbrahim Bakırtaş, *Mikro İktisada Giriş*, 4.b., Ekin Kitabevi Yayınları, Bursa, 2006, s.74.

⁹¹ Mutlu, Işık, a.g.e., s.62.

⁹² Saraçoğlu, Öztürk, a.g.m., s.303.

⁹³ Orhan Türkay, *Mikro İktisat Teorisi*, 11.b., İmaj Yayınevi, Ankara, 2002, s.155.

hastanın doktoru görmesidir. Doktor hastanın ihtiyaçlarını en iyi anlayan ve bilendir dolayısıyla bu noktada bilgi maliyetleri iktisadi analizi içinde ele alınmaktadır. Maalesef ki sağlık piyasalarının bir bölümünde bilgi eksikliği nedeniyle piyasa fonksiyonları verimli çalışmamakta ve aynı şekilde bu fonksiyonlara daha iyi nasıl işlerlik kazandırılacağı konusunda anlaşmazlıklar vardır.⁹⁴

3.1.5. Monopolleşme

Monopol, bir malın üretiminde rekabetin ortadan kalkarak tek bir üreticinin bulunduğu bir piyasayı ifade etmektedir. Tanıma göre monopol piyasasında arzedenler yönünde rekabet ortadan kalkmakta böylece malın fiyatını belirlemede monopolcü serbesttir.⁹⁵

Üretimde coğrafi bakımında alana dağıtılması zorunlu olan altyapı tesisleri toplam maliyetler içinde geniş bir yer tutuyorsa doğal tekel durumu söz konusudur. Bu tür piyasada satılan malın başka hiçbir malın ikame edilmemesi durumu varsa bu monopol piyasasına **saf monopol piyasası** diyebiliriz.⁹⁶ Monopol birçok durumda kanunla yani devlet eliyle yaratılmaktadır. Çünkü bazı malların üretiminin piyasaya bırakılması kamu yararı ile bağdaşmaz.⁹⁷ Mal üretiminde birden fazla firmanın yapması gereken toplam maliyetleri monopolcu en düşük seviyede tutmaktadır. Dolayısıyla devlet, monopolcüye karının devlete aktarılması arzu edildiğinde başvuracaktır.

Bu noktada monopolleşmeyi sağlayan unsurlara bakmakta yarar vardır.⁹⁸

- Endüstriye girişlerin az olması durumunda, tek bir firmanın varlığı piyasa da olduğundan, diğer firmaların piyasaya girişlerinin mümkün olmadığı sonucuna varılabilir.⁹⁹ İkamesi mümkün olmayan bir malın üretilmesi yani ikame malların arz esnekliğinin düşük olması durumudur.
- Monopolleşme maliyetlerinin düşük olması nedeniyle hükümetlerin tüketicileri korumak amacıyla monopolleşmeye gitmesi özel sektöre göre

⁹⁴ Mutlu, Işık, a.g.e., s.64-65.

⁹⁵ Rona Turanlı, *Mikroekonomik Analiz*, 2.b., Bilim Teknik Yayınevi, İstanbul, 1995, s.318.

⁹⁶ İsmail Bulmuş, *Mikro iktisat*, 6.b., Dumat Ofset, Ankara, 2008, s.357.

⁹⁷ Türkay, a.g.e., s.182.

⁹⁸ <https://studylibr.com/doc/663474/monopol-piyasas>, (Erişim Tarihi:08.08.2018).

⁹⁹ Mutlu, Işık, a.g.e., s.65.

daha etkili olur. Bu noktada değerli bir malın düşük maliyetle üretilmesi durumunda amaç karlı monopolleşmeye ulaşmaktır. Monopolleşme maliyetlerinin düşük olması sebebiyle diğer yönden aynı malı üretenlerin tekel kurma kararları da piyasa da tekele sebep olmaktadır.¹⁰⁰ Bu noktada aynı malı üreten firmalar birleşebilir veya birçok üyeli kartelin oluşması açık bir biçimde belirlenebilir.

- Endüstriye girişlerin az olması, çeşitli sebeplerle ortaya çıkabilir. Farklılaşmış mal piyasalarının oluşabilmesi durumunda fiyat farklılaşması farklı mal miktarlarına göre farklı fiyat uygulaması yapılabilir. Buna örnek olarak; belediye otobüslerinde öğrenci ve tam bilet, hava taşımacılığında; ekonomik sınıf ve birinci sınıf uygulamaları verilebilir.
- Üretimde standartlaşma durumunda karteldeki firmalardan anlaşmalara aykırı davranışlar kolaylıkla tespit edilebilir. Standartlaşmaya uymayan üretimler gerçekleştirilemez. Örneğin: Türkiye'deki tütün tekeli. Burada kanunla malın üretimi bir firmaya bırakılabilir ve o üretim alanına başka firmaların girmesi yasaklanabilir.
- Ham maddenin kaynağına tek bir firmanın sahip olması durumunda kaynağa bağlı olarak, üretim yapan firma tekel olabilmektedir. Böylece mülkiyet hakkının monopolleşmeye yol açması durum söz konusudur. Patent hakları da bu kategoride değerlendirilir.
- Piyasada bir firmanın hâkim olması durumudur; bu durumda rekabetin ortaya çıkardığı tekelleşme durumu olduğu için ortaya çıkmıştır. Girdi anlamında ihtisaslaşma durumunda bir endüstri yukarı doğru eğimli arz eğrisi olan girdiyi satın alabilir. Bunlara alüminyum, çelik, petrol ve bazı kimyasal endüstriler örnek verilebilir.

Şehirlerde hastanelerin yaygınlaşması ile birlikte doktorlar da kolay ulaşabilir nitelikte olmuştur. Sağlık hizmetinin sunulması ve diğer mallarla ikame edilemez durumu; doktorların monopol gücünden dolayı ücret, vergi, ve benzeri yollarla monopol kazancı elde ettirebilir. Monopol piyasaları sağlık hizmetleri alanında çok uygulama

¹⁰⁰ Emin Ertürk, *Mikroekonomik Analize Giriş*, 2.b., Aktüel Yayınları Akademi, Bursa, 2004, s.177-178.

alanı bulabilen bir piyasa türü olması durumu itibari ile devlet müdahale ve düzenlemelerine olan ihtiyaca gereksinim ortaya çıkarmaktadır. Sağlık hizmeti üretim birimleri olan hastanelerin ölçek ekonomileri ve faydacılık deneyimleri nedeniyle doğal monopol özelliği tartışılmaktadır fakat sağlık piyasalarına genel olarak bakıldığında monopol piyasaların bazı özelliklerini rahatlıkla görmek mümkündür.¹⁰¹ Bu özellikleri tek tek açıklamakta fayda vardır.

3.1.6. Satıcılar Arasında Anlaşma

Sağlık piyasalarında üretim görevini yerine getiren satıcılar arasında anlaşma koşulları da ortaya çıkabilmektedir. Böylece aynı piyasa içinde sağlık hizmetlerini sunan satıcıların anlaşarak tekeli eğilim içinde girmeleri durumunda; tüketici ve toplum için dezavantajlar başlar. Meslek odalarının fiyatları belirleyebilmesinin yanı sıra sağlık hizmetleri sektöründe yer alan grupların; ilaç firmaları ve hastaneler gibi, ortak hareket etmeleri durumları her zaman mümkündür. Kamu kesiminin düzenleyici bir rolü üstlenmemesi ya da bu rolü etkin yerine getirmemesi tüketici kaybının büyütülmesine yol açar, tüketicilerin tek başlarına bu güce karşı hareket etmeleri söz konusu olmadığı için, kamu kesiminin müdahalesi gerekli olmaktadır.¹⁰²

3.2. Arz ve Sunum Yönüyle Sağlık Hizmetleri

Arz ve sunum yönüyle sağlık hizmetlerini incelediğimizde, arz analizi konusunu açıklamadan önce arz fonksiyonunu incelemekte fayda vardır.

Arz Fonksiyonu belirli bir dönemde malın fiyatı dışında diğer etkenler ceteris paribus durumunda iken, satıcıların farklı fiyatlardan satmak istedikleri miktarlardır.¹⁰³

Bir üreticinin belirli bir sürede satmak istediği malın miktarını etkileyen çok sayıda unsur vardır. Unsurların en önemlisi malın fiyatıdır. Malın fiyatı yükselince, arzı etkileyen diğer şeyler sabitken, üretici firma karı ve satmak istediği malın miktarı

¹⁰¹ Mutlu, Işık, a.g.e., s.67.

¹⁰² A.g.e., s.67-68.

¹⁰³ Zeynel Dinler, *Mikro Ekonomi*, 22.b., Ekin Basım Yayın Dağıtım, Bursa, 2011, s.226.

yükselmektedir; tam tersi durumunda firmanın satmak istediği mal miktarı azalmaktadır.¹⁰⁴

Malın fiyatı dışında, arzını etkileyen değişkenlerden en önemlilerini aşağıdaki şekilde sıralayabiliriz:¹⁰⁵

- Malın üretiminde kullanılan üretim faktörlerinin fiyatları yükselirse, ceteris paribus durumunda, malın değeri yükselir
- Bir mal üretimde öteki mallar ile rakip olabilir veya bağlı mal olabilir. Dolayısıyla malın üretimde ilişkili olduğu öteki malların fiyatında, değişimler malın arzını etkiler ve arz eğrisini kaydırır. Bir mal üretimde öteki mallar ile rakip olabilir veya bağlı mal olabilir.
- Malın üretim teknolojisindeki gelişmeler; girdilerin marjinal verimini yükseltir. Dolayısıyla aynı miktar çıktı daha az girdi kullanarak üretilir veya aynı miktar girdi birleşimi ile daha çok çıktı üretilir.
- Malın satışında vergi konulması arzı azaltır, fakat satışta üreticiye prim verilmesi malın arzını artırır.
- Özellikle açık alanlarda üretilen mal ve hizmetlerin arzı iklim şartlarından etkilenir.
- Satıcıların gelecekle ilgili beklentileri, içinde bulunulan dönemde malın arzını etkiler.

3.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Arzı

Sağlık ekonomisinde hizmet üretilirken, başta toplum sağlığının korunması ve iyileştirilip geliştirilmesi yönünde gerçekleştirilen faaliyetleri iki başlık altında ele alabiliriz. Bunlar;

- Tedavinin gerçekleşmesi için mal ve hizmetin arzı
- Koruyucu niteliğe sahip mal ve hizmetin arzıdır

¹⁰⁴ Erdal M. Ünsal, *Mikro İktisat*, 8.b., İmaj Yayıncılık, Ankara, 2010, s.59.

¹⁰⁵ Hüseyin Şahin, *Mikro İktisat*, 4.b., Ezgi Kitabevi, Bursa, 2008, s.191-192.

Sağlık hizmetlerinin arzı ekonomide üretimi yapılan diğer hizmetlerin arzından başka bir şekilde ele alınmalıdır. Çünkü sağlık hizmetleri konusunda piyasa içinde üretimi yapılan mal ve hizmet arzı sınırlıdır. Bunun dışında uluslararası ve ulusal anlamda tekellerin varlığı, fiyat ve patent gibi mevzularda yasal düzenlemelerin sınırlama getirmesi dolayısıyla diğer hizmetlerin arzından farklı olarak ele alınmalıdır. Bunun dışında sağlık piyasalarında üretilmesi gereken bazı mal ve hizmetlerin üretilmesi uzun bir araştırma ve deneme safhasına ihtiyaç gerektirir. Dahası sağlık sektöründe arzın arttırabilmesi kapasitenin artırması ile sağlanabilmekte, fakat bu durum maliyetleri yükselteceği için bu maliyetlere katlanılmasına sebebiyet verir. Sağlık sektöründe hızlı bilimsel ve teknolojik değişmelerin yaşanması, arzın bu gelişmeler ışığında şekillenmesinde önemli etkiler yapmaktadır. Sağlık hizmeti arzını temelde sağlık personeli ve sağlık üretim birimleri belirlese de sistemin yapısı ve işleyişi, kaynak miktarı, devlet politikaları da bu noktada son derece önemlidir.¹⁰⁶

3.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Talebi

Bireylerin sağlık problemleri ile ilgili sağlık kurumlarından yararlanabilme imkânını konu almaktadır. Eğer bireylerin sağlık sigortaları veya yeşil kartları varsa sağlık hizmeti fiyatı talebi etkilememekte dolayısıyla sağlık hizmetleri talebinde fiyat bir faktör değildir. Sağlık hizmetleri ikame edilmemekte ve sağlık hizmeti talebi hayatın devamı için önemli bir ihtiyaç olduğu için önemlidir. Sağlık hizmeti stoklanamaz. Dahası diğer mal ve hizmetlerin sağlık hizmetlerine olan talebı iyi belirlenirse, sağlık hizmetleri arzı daha iyi belirlenebilir.¹⁰⁷

3.2.3. Dışsallıklar Yönüyle Sağlık Hizmetleri

Dışsallık; “bir ekonomik birimin (alıcı veya satıcı) gerçekleştirdiği ekonomik faaliyet (üretim veya tüketim) sonucunda, başka ekonomik birimlerin bundan olumlu veya olumsuz etkilenmesi durumudur”. Dolayısıyla bir üretim ve/veya tüketim faaliyeti ile üçüncü şahısların fayda ve/veya maliyet fonksiyonları etkileniyorsa, dışsallık söz

¹⁰⁶ Mutlu, Işık, a.g.e., s.95-97.

¹⁰⁷ Emine Orhaner, “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası” *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, Sayı: 1, Yıl: 2006, s.6.

konusudur. Dışsallıkların hayatımızda varoluşu durumu tam rekabet piyasası ve Pareto optimalite aksamasına sebebiyet verir.¹⁰⁸

Dışsallık sağlık hizmetlerinin önemli bir özelliğidir ama sadece sağlık piyasalarına özgü değildir. Bulaşıcı bir hastalığın önlenmesi ya da varlığı diğer bireylerin refahları üzerinde olumlu bir dışsallık yaratır. Örneğin, bebeklerin doğum öncesi ve sonrası sağlıkları annelerinin sağlığına bağlıdır. Bu durumda kamu kesiminin desteklediği hastalıkları önleme ve kontrol programları büyük önem taşımakta; kamu kesimince yürütülen hastalık kontrol programları çerçevesinde (aşılama ve bağışıklık kazandırma gibi) ağırlık verileceği gibi, bu temelde hastalığı önleyici diğer hizmetler ve sağlık eğitimi konuları üzerinde durulmalıdır.¹⁰⁹

Sağlık hizmetlerinin yaydığı dışsallığın fazla olduğu dolayısıyla özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinin sağladığı faydalar hemen ortaya çıkmamaktadır. Toplumda görülen hastalıkların görülme sıklığı ve bu hastalıkların tedavilerine uzun yıllar boyunca harcanacak kaynak miktarları ortalaması alınarak fayda-maliyet analizi yapmak mümkündür. Fakat bu noktada tedavi sonrası sağlıklı olan bireylerin kazanımları ve toplam işgücüne yaptıkları katılımı ölçme durumu zordur. Buna ek olarak tedavi sonrası sağlıklı olan bireylerin işgücüne katılımı sonrası (yaptıkları işler dışsallığı yoğun işlerden biri olma durumunda) bir başka belirsizlik meydana getirmektedir.¹¹⁰

Diğer yandan yapılan tıbbi araştırmalar ve sağlanan tıbbi gelişmeler de dışsallığa neden olabilir; yapılan araştırmalar sonucu elde edilen faydalar, toplumun bireyleri, toplumun bireyleri için dışsal bir fayda niteliğindedir. Kamu kesiminde AR-GE faaliyetlerinin düzeyinin yeterli düzeye gelmesi ile kamu kesimi özel sektörün araştırmalarını desteklemek için çeşitli teşvik ve vergi indirimleri sağlayabilme durumu neticesinde sosyal faydaların artması söz konusudur.¹¹¹

Sağlık hizmetlerinde dışsallık dört farklı biçimde ortaya çıkmaktadır, bunları açıklamakta fayda vardır:¹¹²

¹⁰⁸ Yüksel, a.g.e., s.10.

¹⁰⁹ Mutlu, Işık, a.g.e., s.51.

¹¹⁰ Sayım, a.g.m., s.6.

¹¹¹ Mutlu, Işık, a.g.e. s.,51.

¹¹² Saraçoğlu, Öztürk, a.g.m., s.298.

- Arz kaynaklı negatif dışsallıklara en çarpıcı örnek; tedavi etmek için üretilen ilaçların üretimi sırasında hava kirliliğine sebebiyet vermesidir. Bu durum marjinal sosyal maliyetin, marjinal özel maliyetten büyük olduğu durumunu ifade eder.
- Arz kaynaklı pozitif dışsallıkları incelediğimizde bir ilaç firmasının AR-GE faaliyetleri kapsamında yeni bir ilaç geliştirmesi durumunu konu alır. Bu noktada marjinal sosyal fayda marjinal özel faydadan daha büyüktür.
- Talep kaynaklı negatif dışsallıklara bakıldığında kişilerin sigara kullanımının, yanında bulunan diğer kişiler üzerindeki etkisi örnek olarak verilebilir. Burada marjinal sosyal fayda, marjinal özel faydadan kktr.
- Son olarak talep kaynaklı pozitif dışsallıkta marjinal sosyal fayda, marjinal özel faydadan büyük olduğu durumlarda ortaya çıkmaktadır. Aşılama hizmetleri örnek olarak gösterilebilir.

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU VE FİNANSMANI

1. SAĞLIK KAVRAMI VE TANIMI

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı; “sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedensel, zihinsel ve sosyal yönden tam iyilik hali” olarak tanımlamaktadır.¹¹³ Bu bakımdan, bireylerden üst düzeyde verim alabilmek için sağlık hizmetleri toplumun tüm kesimini kapsayacak nitelikte etkin olarak işletilmesi gereken zorunlu bir ihtiyaç olarak karşımıza çıkmaktadır. Çünkü her birey yaşamının belli dönemlerinde fiziksel veya zihinsel olarak sağlık hizmetinden yararlanmak zorunda kalmakta ve zorunluluk hali belirli bir süre için geçerli olabileceği gibi bir ömür boyu süren bir hal de alabilmektedir¹¹⁴.

Günümüzde sağlık ekonomisi gelişmiş ülkelerin yanında gelişmekte olan ülkelerde de giderek önem kazanmaktadır. Sağlık ekonomisi alanında çalışan Smith ve Feldstein’e göre bu önem temelde aşağıdaki sıralanan nedenlerden kaynaklanmaktadır;¹¹⁵

- 1) Ekonomik faaliyetlerin meydana geldiği her yerde kaynaklar sınırlıdır dolayısıyla kullanım yerleri arasında tercih yapma zorunluluğu sağlık ekonomisinin yardımı ile mümkündür.
- 2) Sağlık ekonomisi, sağlık sektörü ile ilgisi bulunan kişiler ve karar noktasında bulunan politikacılar arasındaki önemini gittikçe artırmaktadır. Sağlık faaliyetlerinin meydana geldiği bu bölümde yapılan bütün faaliyetlerde, kararların alınma süreci, bu kararların uygulanması ve elde edilen sonuçların değerlendirilmesinde kilit bir rol oynamak suretiyle sağlık ekonomisi önemini artırmaktadır.

¹¹³ World Health Organization, *Conceito da Saude*, <http://cemi.com.pt/2016/03/04/conceito-de-saude-segundo-oms-who/>, (Erişim Tarihi: 05.04.2019).

¹¹⁴ Ferhat Seçginel, “Emeklilik Sistemi ve Sağlık Hizmetleri Açısından Sosyal Güvenlik Reformunun Değerlendirilmesi”, (Yüksek Lisans Tezi) Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa, 2009, s.40.

¹¹⁵ Mutlu, Işık, a.g.e., s.19.

- 3) Bilimsel alanda elde edilen gelişmeler bilim dalları arasında bir etkileşim meydana gelmektedir. Bu bağlamda alt disiplin dalları da gelişmektedir. Bu gelişme sağlık sektöründe kıt kaynaklardan daha fazla verim elde edilmesi konusunda ki tekniklerin gelişmesine yardımcı olmaktadır.
- 4) Ekonomi bilimi ile diğer bilim dalları arasında, ekonomi biliminin sahip olduğu yöntem ve analiz tekniklerinin sağlık sektörüne uygulanması açısından geçmişten bu yana artan bir istek vardır.

2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

Gelişmiş olan ülkelerde sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak devlet ve özel kesimin yer aldığı bir karma sistem içinde sunulurken, gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin sunumunda devlet daha ağırlıklı bir konumdadır.¹¹⁶

Hizmet sektörünün genel özelliklerini taşıyan sağlık hizmetlerinin kendine özgü dokuz özelliği vardır. Bunları şu şekilde açıklayabiliriz:¹¹⁷

- Sağlık personelinde uzmanlaşma seviyesi çok yüksektir ve bu duruma paralel olarak ücretleri de yüksek olmaktadır.
- Sağlık hizmetlerinde işlevsel bağımlılık çok yüksektir dolayısıyla farklı meslek grupları arasında yüksek düzeyde iş bölümü ve koordinasyon gereklidir.
- Sağlık hizmetleri personeli, profesyonel kişilerden oluşur ve bu kişiler kurumsal hedeflerden çok, mesleki hedefleri önemsemektedirler.
- Hizmet miktarını sağlık harcamalarının ciddi ölçüde belirleyen hekimlerin otonomisi üzerinde, tam etkili bir denetim mekanizması kurulamamıştır.
- Sağlık hizmetlerinde ikili otorite hattı bulunmakta dolayısıyla eşgüdümleşme, denetim ve çatışma sorunları oluşmaktadır.

¹¹⁶ Seçginel, a.g.t., s.40.

¹¹⁷ Sümeyye Özmen, “Genel Sağlık Sigortasının Özel Sağlık Hizmeti Sunucularına ve Hasta Memnuniyetine Olan Etkileri”, (Yüksek Lisans Tezi), Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa, 2013, s.6.

- Sağlık kurumlarında yapılan işler, kolpex ve değişken olduğu için hizmet standartlaştırılmaz. Dolayısıyla her bir hasta için aynı süreç izlenmez.
- Sağlık hizmetlerinin ikamesi yoktur. Acil nitelikte olduğu için ertelenemez ve süreklilik arz eder. Bununla beraber sağlık hizmetlerinin yerine bir başka ürün ya da hizmet konamaz. Ayrıca kabul etmeme durumunda karşılığının paraya çevrilmesi mümkün değildir. Bedeli pazarlık konusu yapılamaz.
- Sağlık hizmetleri hata ve belirsizlik durumunu kabul etmez, hata durumu tolere edilmez.
- Sağlık hizmeti sunucularında yapılan tedavilerin çıktısının tanımlanması ve ölçümü güçtür.

Sağlık hizmetlerinin özelliklerini inceledikten sonra sağlık hizmetlerini diğer hizmetlerden ayıran özelliklerden bahsetmek yarar vardır.

Sağlık hizmetlerini diğer hizmetlerden ayıran özellikleri ise dört ana başlık altında toplamak mümkündür.

Sağlık hizmetlerinin birinci özelliği **belirsizlik ve ertelenemez** olmasıdır. Sağlıklı olan bireylerin ne zaman hastalanacağını ve sağlık hizmetlerine ne zaman ihtiyaç duyacağını önceden belirli olması mümkün değildir. Dolayısıyla hastalığın ortaya çıkıp sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyulduğu zaman bu ihtiyacın ertelenmeksizin yani acilen karşılanması gerekmektedir. Aksi bir durum hastalığın daha da ilerlemesine neden olabileceği gibi maalesef ki insan yaşamının sona ermesine de neden olabilir.¹¹⁸

Sağlık hizmetlerinin diğer bir özelliği ise kamusal yönünün ağır basmasıdır.¹¹⁹ Her ne kadar kamusal yönü ağır bassa da sağlık hizmetleri genel olarak yarı kamusal mallar olarak sınıflandırılmaktadır. Dolayısıyla bu tür mallar tüketimleri sonucu topluma dışsal fayda sağlarken, hizmet tüketen kişiye de özel fayda sağlamaktadır. Bu mal ve hizmetler bölünebilme ve pazarlanabilme özelliğine sahiptir¹²⁰. Günümüzde sağlık hizmetleri, artık bireylerin kendi imkânları ile katlanmak zorunda oldukları bir yük olmaktan çıkmış kamunun finanse ettiği yardımlar halini almıştır. Çünkü bu

¹¹⁸ Arif Türker Kızılova, “Türkiye’de Genel Sağlık Sigortası: Gelişimi, Uygulanması ve Sorunları”, (Yüksek Lisans Tezi), Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa, 2015, s.22.

¹¹⁹ Kızılova, a.g.t., s.22.

¹²⁰ Mutlu, Işık, a.g.e., s.47.

hizmetler bireyin sağlıklı olmasının sadece kendisini ilgilendiren bir durum olmadığı, yaşam süresinin uzaması, hastalık nedeniyle kaybedilecek çalışma süresini azaltması ve işgücünün kalitesini artırması gibi nedenlerle esas itibariyle toplumu ilgilendiren bir durum olarak benimsenmiştir.

Sağlık hizmetlerinin üçüncü özelliği **alternatif olmamasıdır**. Çünkü sağlık hizmetleri diğer mal veya hizmetlerde olduğu gibi aynı faydayı sağlayabilecek bir başka şey ile ikame edilemez. Dolayısıyla belirli bir hastalık söz konusu ise ancak o hastalığı tedavi edebilecek ilaç ve yöntemlerin kullanılması ile iyileşme sağlanabilir¹²¹.

Sağlık hizmetlerinin bir diğer özelliği ise **sunulan hizmetlerin teknolojik, sosyolojik kültürel değişimlere bağlı olarak değişim** göstermesidir. Kamu sağlık hizmet sunucularının veya özel sağlık hizmet sunucularının sağlıkla ilgili değişiklikleri sadece ülke içinde değil dünya genelinde takip edilip olumlu değişimleri hizmet sunumuna entegre etme zorunluluğu vardır.¹²²

Sağlık kavramının tüm dünyada kabul edilen tanımı daha öncede belirttiğimiz gibi; “bedensel, zihinsel ve sosyal açıdan bir bütün olarak iyi olma hali”¹²³ şeklinde oluşturulmuştur. Bu tanımlamayla sağlık hizmetleri ve tedavi hizmetlerine ek olarak, koruyucu sağlık hizmetleri hastalıklardan korunmayı ifade etse de aynı zamanda sosyalleşme ile ilgili sorunların ortadan kaldırılması ve rehabilitasyon hizmetlerini de içermektedir. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin **koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon** hizmetleri şeklinde kategorizelendirilmesi, hastalığın tedavisi bakımından net şekilde bir seviyeyi göstermesinden kaynaklı üç düzeyde ele alınabilir.¹²⁴

2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetleri sürecinin ilk aşaması olan koruyucu sağlık hizmetleri hastalık henüz kendini göstermemişken alınan bütün önlem ve potansiyel hastaları

¹²¹ Kızılova, a.g.t., s.23.

¹²² A.g.t., s.23.

¹²³ World Health Organization, a.g.e.

¹²⁴ Hilmi Çoban, “Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması”, (Doktora Tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 2009,s.16.

bilinçlendirmeyi içermektedir.¹²⁵ “Koruyucu sağlık hizmetleri” **bireye dönük** ve **çevreye dönük** olmak üzere iki kategoriye ayrılmaktadır. Bu hizmetleri ele almakta yarar vardır.

2.1.1. Bireye Dönük Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Bireye dönük sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerinin dar kapsamda incelenmesinin ardından sonuç olarak elde ettiğimiz bir kavramdır. Doktor, ebe, sağlık çalışanı, hemşire vb. sağlık sektöründe bulunan personeller tarafından verilen hizmetler bakımından aşılama, doğum kontrol ve doğum kontrol eğitimleri, bilinçli beslenmeye yönlendirme gibi çalışmalar, vb. bireye yönelik sağlık hizmetleri bu kategoride değerlendirilmektedir.. Bu çerçevede bilinçli beslenme, aşılama gibi hizmetler kişinin hastalığa sebep olan etkenlere karşı bağışıklık sistemini güçlendirerek hastalıklara karşı direncini arttırıp, sağlık eğitimleri ile hastalıkların erken teşhis sayısında artış sağlanmakta bu sebeple tedavi maliyetlerini düşürmektedir. Dışarıdan bakıldığında basit gibi gözükse de bu hizmetler aslında sağladıkları fayda ve yarattıkları pozitif dışsallıklar sayesinde hem hastalığa yakalanma oranını düşürmekte hem de tedavi maliyetlerini oldukça azaltmaktadır.¹²⁶

2.1.2. Çevreye Dönük Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Çevreye dönük koruyucu sağlık hizmetleri, bireyin çevresinde var olan ve kişinin sağlık durumunu olumsuz etkileyen birçok biyolojik, kimyasal, fiziksel ve sosyal etkenlerin üstesinden gelmek amacıyla görülen hizmetler bütünüdür. Bu hizmetleri şu şekilde sıralayabiliriz:

- Yeterince temiz ve içilebilir su sağlanması,
- Atıkların çevreye zararını minimize etme,
- Konut sağlığı,
- Endüstri sağlığı,

¹²⁵ Seçginel, a.g.t., s.42.

¹²⁶ Çoban, a.g.t., s.16.

- Böceklerle mücadele,
- Hava kirliliği ile mücadele,
- Yüksek gürültü ve radyasyon ile mücadeledir.

Yapılan bu hizmetlerde görüldüğü üzere, çevreye dönük koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık sektöründen daha çok, diğer sektör ve meslek gruplarını ilgilendiren bir hizmet grubudur.

Sağlık sektörünün bu durumda ki esas görevi bu hizmetleri yürütenlere karşı danışmanlık etme yine yapılan hizmetleri denetlemek ve yol göstermektir.¹²⁷

Koruyucu sağlık hizmetleri; birincil koruma, ikincil koruma ve üçüncül koruma olmak üzere üç aşama şeklinde ortaya çıkmaktadır. Bunlar¹²⁸;

- **Birincil Koruma Aşaması:** Kişinin hastalıklara yakalanması önlenmeye çalışılır. Bu amaçla yapılan aşılama, aile planlaması, genetik danışma ve sağlık eğitimi hizmetleri gibi uygulamalar birincil korumayı kapsar.
- **İkincil Koruma Aşaması:** Birincil koruma aşamasında ki uygulamaların yetersiz kalması durumlarında, hastalık semptomları ortaya çıkmadan veya semptomların yeni ortaya çıkması durumunda teşhis ve tedavi faaliyetlerini içermektedir. İkincil koruma tedbirlerine örnek olarak; erken teşhis, sağlık taramaları, saha araştırmaları, doğru tedavi ve sakatlığı azaltma uygulamaları gösterilebilir.
- **Üçüncül Koruma Aşaması:** Birincil koruma ve ikincil korumada alınan tüm tedbirlere rağmen hastalığa yakalanması engellenememiş kişilerde hastalığın olumsuz sonuçlarını üçüncül koruma aşamasında minimize edilmesi amaçlanmaktadır. Hastalığa yakalanılmasının ardından oluşabilecek sakatlık ve işlev kayıplarının en aza indirilmesi için alınacak tedbirlere üçüncül koruma ismini veriyoruz. Örnek olarak; diyabeti olan kişide göz komplikasyonlarının veya diabetiknöropatide bacak amputasyonlarının engellenmesi verilebilir.

¹²⁷ Recep Akdur, *Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslanması*, Ankara, 1999, s.5, http://www.recepakdur.com/upload/ab_turkiye_kiyaslama.pdf, (Erişim Tarihi: 25.08.2019).

¹²⁸ T.C. Millî Eğitim Bakanlığı, *Sağlık Hizmetleri ve Personel Yönetimi*, Ankara, 2015, s.5-6.

2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Hastalığa yakalanması engellenemeyen bireylerin tekrar sağlıklı hale erişirebilmek için uygulanan sağlık hizmetleri olup sorumlu bir doktor ve beraberinde diğer sağlık personelinin katkılarıyla sağlanır.¹²⁹

Fiziksel veya zihinsel yönden rahatsızlık yaşayan bireylerin bu sıkıntılarını ortadan kaldırmaya yönelik olan tedavi edici sağlık hizmetleri; çalışma ilişkisi yönünden ise “kişilerin çalışma gücündeki geçici veya sürekli kayıp nedeni ile kazancın de kesilmesi ile neticelenen çalışma gücünün kişiye yeniden fazlası ile kazandırılma gayretleri” olarak tanımlanmaktadır.¹³⁰

Tedavi edici sağlık hizmetleri ayakta görülen tedavi edici sağlık hizmetleri ve yataklı tedavi edici sağlık hizmetleri olmak üzere iki ayrı başlıkta incelenmektedir. Bu başlıklar;

2.2.1. Ayakta Sunulan Tedavi Hizmetleri

Hastaların tedavilerine yönelik uygulamaların evde ve ayakta yapıldığı sağlık hizmetleri olup bu tür hizmetleri sunan kurumlar çoğunlukla yataklı tedavi imkanı olmayan sağlık ocakları, aile hekimlikleri, dispanserler benzeri sağlık kurum ve kuruluşlarıdır.¹³¹

2.2.2. Yataklı Tedavi Hizmetleri

Hastaların tanı, tedavi hizmetleriyle alakalı süreçlerde, yataklı tedavi hizmeti veren kurumlarda hasta yatırılarak tedaviye devam edilmesini sağlayan hizmet türüdür. Uzman doktorların bulunduğu, az sayıda yatak kapasitesine sahip olan hastane ve sağlık kuruluşu olduğu gibi, çok sayıda uzman doktorun, hemşirenin ve sağlık personelinin olduğu, teknik olarak en ileri düzeyde tanı ve tedavi hizmetine olanak sağlayan sağlık merkezleri de olabilir.

¹²⁹ Özmen, a.g.t., s.9.

¹³⁰ Seçginel, a.g.t., s.43.

¹³¹ Çoban, a.g.t., s.18.

Tedavi edici sağlık hizmetleri, hastanın sevk zinciri üç aşamada sınıflandırılmaktadır. Bunlar; **birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak tedavi hizmetleri'** dir. Dolayısıyla bu basamakları tek tek açıklamakta fayda vardır;¹³²

- **Birinci basamak tedavi hizmeti:** Hastaların başvurularını yaptığı, ayakta veya evde tedavi görerek hizmet gördükleri kuruluşlardır. Örnek olarak: Dispanserler, aile hekimlikleri, sağlık ocakları vb.
- **İkinci basamak tedavi hizmeti:** Hastaların yatırılarak tanı ve tedavi hizmeti gördüğü yerlerdir. İkinci basamak tedavi hizmetleri verilen hastanelerde, hastalar uzman doktorlarca tedavi edilmektedir.
- **Üçüncü basamak tedavi hizmeti:** Birinci ve ikinci basamak tedavi hizmeti aşamalarında tedavi süreçleri tamamlanamayan ya da tedavisi görülemeyen hastalar üçüncü basamak tedavi hizmeti görebilecekleri kurumlara yani ileri düzey tıp teknolojisi kullanılan, üniversite hastaneleri, kanser araştırma ve tedavi merkezleri, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri ve sanatoryumlara sevk edilirler.

2.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Bireyler, hastalık süreci sonunda veya yaşadıkları kazalar sebebiyle sakat kalması durumunda iş görme kabiliyetlerini tamamen ya da kısmen kaybedebilirler. Bu sebeple bu bireylerin sakatlıklarının giderilmesi ve bedensel aktivitelerini arttırmak amacıyla rehabilitasyon sağlık hizmetleri verilmektedir.. Aynı zamanda onlara yeni beceriler kazandırılması, sosyal çevreye yeniden uyum sağlaması ve iş uyumu sağlanarak günlük yaşama yeniden adapte olması amacıyla bedensel kabiliyetlerini yeterli duruma getirilmeleri için de çalışmalar ortaya konmaktadır. Görülen bu hizmetlerin tamamına rehabilitasyon hizmetleri olarak tanımlanmaktadır.¹³³

Rehabilitasyon hizmetlerinde ilk olarak hekim ve sosyal hizmet uzmanları tarafından hastanın hastalıktan önceki iş görme kapasitesine veya ona yakın bir güce kavuşmasını kazandırmaya çalışılır. Felç gören kişinin ilk olarak ilaç tedavisine

¹³² T.C. Millî Eğitim Bakanlığı, a.g.e., s.6-7.

¹³³ <https://acikders.ankara.edu.tr/>, s.2-3, (Erişim Tarihi: 01.03.2018).

başlaması bu duruma bir örnek teşkil edebilir. İlaç tedavisinin başlamasının ardından onunla beraber masaj, fizyoterapi gibi yöntemlerle hastaya rehabilite edilmeye çalışılır. İş görme kapasitesine erişemeyen hastalara, sahip olduğu “bedensel olanaklara uygun işler” önerilir. Örneğin, tekerlekli ya da akülü sandalye de hayatını devam ettirmek zorunda olan bir işçiye el becerisi veya akli yeteneklerini ön plana çıkaracağı bir meslek edinmesini önermek olabilir.

Rehabilitasyon hizmetleri; **tıbbi rehabilitasyon** ve **sosyal rehabilitasyon** olmak üzere iki ana başlığa ayrılmaktadır. Bu başlıkları kısaca açıklamakta fayda vardır.

2.3.1. Tıbbi Rehabilitasyon Hizmetleri

Herhangi bir sebeple organlarının bir kısmını veya uzuvlarını yitiren bireylerin, temel ihtiyaçları sebebiyle diğer insanlara olan bağımlılıklarını azaltmak için ortaya konan tıbbi hizmetlerin tamamına tıbbi rehabilitasyon denir.¹³⁴

Dolayısıyla tıbbi rehabilitasyon, bedensel sakatlıkların olabildiğince düzeltilmesine yönelik bir çalışmadır.¹³⁵

2.3.2. Sosyal Rehabilitasyon Hizmetleri

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün rehabilitasyon kapsamında sosyal rehabilitasyon tanımı şu şekildedir; “tüm rehabilitasyon sürecini zora sokabilen ekonomik ve sosyal yükümlülükleri azaltmak, ailenin toplumun ve mesleğinin taleplerini bireye göre ayarlanmasına yardımcı olmak kaydıyla kişinin yada bireyin topluma katılımını amaçlayan rehabilitasyon sürecidir.”

Sosyal rehabilitasyonun ortaya çıkış süreci özel ihtiyaç sahibi bireylerin, çocukların, engellilerin, yaşlıların, mahkûmların hayat kalitelerini arttırmaya yönelik çalışmaların sistematik hale getirilmesiyle oluşmuş ve kavram anlam kazanmıştır.

Günümüz dünyasında konjonktürel sebeplerden dolayı ihtiyaçların artması ve çalışma alanlarının farklılaşması sebebiyle DSÖ tarafından psiko-sosyal rehabilitasyon kavramı ortaya atılmıştır. Bu tanıma göre psiko-sosyal rehabilitasyon: “ruhsal bozukluk

¹³⁴ Çoban, a.g.t., s.19.

¹³⁵ Kızılova, a.g.t., s.26.

nedeniyle bireyde ortaya çıkan işlev kaybı, yetersizlik ve engellerin azaltılması ya da ortadan kaldırılması ve bireyin yaşam kalitesinin mümkün olduğunca yükseltilmesi amacıyla planlanan müdahale ve eylemler” biçiminde tanımlamıştır.

Sosyal rehabilitasyon çalışmalarına katılan kişiler kendilerini “hasta” olarak değil “birey” olarak tanımlamaktadırlar. Bu sebepten dolayı bireylerin yeniden özgüven kazanmalarını sağlamak amacıyla ve tekrar bir sosyal çevreye sahip olabilmeleri için sosyal rehabilitasyon ekip ve gruplar dahilinde oluşturulmuştur.¹³⁶

3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU VE FİNANSMANI

Sağlık hizmetleri piyasasında oluşan piyasa başarısızlıklarının temel sebepleri; sağlığın yapısı sebebiyle bünyesinde pozitif ve negatif dışsallıklar barındırması, gelir dağılımındaki adaletsizlik gibi etkenlerdir.¹³⁷

Sağlık hizmetlerinin sunumuyla alakalı en yaygın iki yöntem; bu hizmetlerin sunumlarının *devlet tarafından* veya *özel sektör tarafından* yapılması olup burada önemli olan konu sağlık hizmetlerinin uygularken kullanılacak yöntemin hangi sınıflandırmaya tabi olduğudur. Doğal olarak pozitif dışsallığı yüksek olan koruyucu sağlık hizmetlerinin, devlet tarafından görülmesi ön plana çıkarken dışsallığın koruyucu sağlık hizmetlerine göre daha düşük olduğu tedavi ve rehabilitasyon süreci özel sektör tarafından görülen sağlık hizmet sunumunu ön plana çıkarmaktadır.¹³⁸ Öte yandan, 1980’li yılların sonlarına doğru küreselleşmenin de etkisiyle kamu yönetiminde esnek ve piyasa tabanlı bir anlayış hakim olmaya başlamıştır. Bu bağlamda, sağlık hizmetlerinin sunumunda *Kamu ve Özel Sektör Ortaklığı (KÖSO) Sunumu* giderek artan şekilde kendini göstermiştir. Burada özel sektör finansmanı sağlayıp, altyapı tesislerini kurmak, bakım ve yönetimini üstlenmek, bir takım temel ve yan hizmetleri sunmak amacı ile kamuyla sözleşme temelli bir ilişki içine girmektedir.¹³⁹

¹³⁶ World Health Organization, “World Report on Disability”, s.4-10, https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf, (Erişim Tarihi: 01.03.2018).

¹³⁷ Ferdi Çelikay, Erdal Gümüş “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı”, *Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Eskişehir, 11(1), s.180.

¹³⁸ Çoban, a.g.t, s.72.

3.1. Sağlık Hizmetlerinin Devlet Tarafından Sunumu

Temel sağlık hizmetlerinin sunumunda devletin hizmetleri gören esas taraf olmasının sebepleri, içme suyuna erişim, çevre temizliği ve bulaşıcı hastalıklardan koruma gibi alanlar tamamen özel sektöre bırakılamaz. Bu hizmetlerin büyük bir kısmı devletin sorumluluğundadır. Yine aynı sebepten dolayı etkin koruyucu sağlık hizmetleri sunumu da örnek olarak: Anne ve çocuk sağlığının korunması gibi konular da devletin esas görevlerindedir. Milenyum Kalkınma Hedefleri arasında sağlıkla ilgili belirlenen amaç ve hedeflere ulaşılabilmesi için devletin koruyucu sağlık fonksiyona önem vermesi gerekmektedir.¹⁴⁰

Temel olarak sağlık hizmetlerine **kamu malı** niteliğini sağlayan dışsallık etkeni, tüm sağlık hizmetlerinde görülmekle birlikte, bu dışsallıklar kimi sağlık hizmetlerinde daha net biçimde göstermektedir. Özellikle koruyucu sağlık hizmetleri özel sektörü, sosyal faydası yüksek olan koruyucu sağlık hizmetleri alanını karı az olduğundan dolayı tercih etmeyecek ve bu alanı devlete bırakacaktır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin pozitif dışsallığının fiyatlandırmasının mümkün olmaması, bunun yanı sıra koruyucu sağlık hizmetlerinin geleceğe yönelik riskleri de içermesi ve hizmetlerin görülememesi bu sebeple negatif dışsallıkların ve maliyetlerin toplum tarafından hesaplanamaması, bireylerin bedavacılık içgüdüleri ve dahası özel sektörün bu alanda faaliyette bulunmak istememesin en önemli göstergelerindedir. Devlet burada oluşan boşluğu, sosyal faydayı maksimize etmek amacıyla hizmetleri kendi eliyle görmektedir.¹⁴¹

Kamu kesiminin sağlık hizmetlerinin sunma aşamasında, yöntem türleri olarak **Merkeziyetçi Yöntem ve Yerelleştirme Yöntemi** olmak üzere iki yöntem bulunmaktadır. Bu yöntemler sağlık hizmetlerinin kamu malı niteliği taşıması hasebiyle devlet tarafından sunumuna ilişkim temel kümeleri oluşturmaktadırlar.¹⁴²

Bu seçenekleri incelemekte fayda vardır.

¹⁴¹ Hasan Tahsin Keçelgil, “Kamu-Özel İbirliği: Esasları ve Türkiye Uygulaması”, *Terazi Hukuk Dergisi*, Cilt: 13, Sayı: 145, Eylül 2018, s.168.

¹⁴⁰ Coşkun Can Aktan, “Sağlık Alanında Devletin Değişen Rolünün ve Fonksiyonlarının Yeniden Tanımlanması”, s.12, <http://www.canaktan.org/reform/saglik-reform/PDF-aktan/04%20%20devlet-rolu.pdf>, (Erişim Tarihi: 04.03.2018).

¹⁴¹ Çoban, a.g.t., s.73.

¹⁴² Seçginel, a.g.t., s.44.

3.1.1. Merkeziyetçi Yöntem

Sağlık hizmetlerinin doğrudan devlet tarafından vergilerle finanse edilerek sunulması merkeziyetçi yöntem olarak literatürde incelenmiştir. Merkeziyetçi yöntemle birlikte sağlık hizmetleri bizzat devlet (*merkezi yönetim ya da yerel yönetimlere bağlı hastaneler, poliklinikler, dispanserler ve sağlık ocakları*) tarafından görülmektedir. Sonuç olarak sağlık hizmetlerinin görülmesinde maliyet tamamen vergilerle karşılanmaktadır.

Merkeziyetçi yöntem; piyasa başarısızlıklarını çözmek amacıyla pazar gücü, enformasyon ve karar alma sorunları, dışsallıkları ve kamusal mal kavramlarına dikkat çekerek; plan, yönetim ve kaynak dağılımı ile ilgili sorumlulukların merkezi otorite tarafından yürütüldüğü bir süreç olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık endüstrisindeki piyasa aksaklıkları, temel olarak merkezi otoritenin sisteme dahil olma gerekçesini doğurmaktadır. Sağlık hizmetlerinin genel olarak merkeziyetçi yöntem dahilinde olmasının en temel nedenleri; Koruyucu sağlık hizmetlerinin kamusal mal niteliği taşıması sebebiyle vergilerle finanse edilmesi, kamusal malların fiyatlandırılmaması dolayısıyla sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılmaması ve piyasa aksaklıklarının en önemli faktörü olan dışsallıkların giderilememesi sebebiyle merkeziyetçi yöntem ön plana çıkmaktadır.

3.1.2. Yerelleştirme Yöntemi

Yerelleşme kavramı, merkezi otoritede bulunan kimi yetki ve görevlerin yerel yönetimlere devrini açıklamaktadır. Yetkilerin devriyle beraber yerel yönetimler ekonomik, mali ve yönetsel kazanımlar elde etmektedirler.¹⁴³

Yerelleşme, hizmeti sunan kurumlar ile hizmeti gören bireyler arasında yakın bağ kurarak hem demokratikleşmeye hem sosyal faydaya hem de katılımcılığa büyük katkı sağlamaktadır. Katılımcılığın artmasıyla beraber yerel yönetime dahil kurumlarda şeffaflığın yaygınlaşmasında, verimliliğin artmasında ve sunulan hizmetin kalitesinde gözle görülür bir yükselme sağlayacaktır. Bu verimlilik ve kalite artışının karşılığında mükelleflerde vergi bilincinin artması sebebiyle tahsil edilen vergi miktarında artış

¹⁴³ Çoban, a.g.t., s.73-75.

yaşanır ve doğal olarak kamu malı niteliği taşıyan sağlık hizmetlerinin finansmanını büyük oranda arttıracaktır.

Yerelleşme birden fazla anlamı ifade etmesi hasebiyle farklı başlıklarda incelenebilmektedir. İlk olarak, en yaygın sınıflandırılmalarından birisi fonksiyonel ve bölgesel yerelleşme biçiminde ortaya çıkan sınıflandırmadır.. Bu sınıflandırılma özellikle sistem organizasyonları ile yakından ilişkilidir. Fonksiyonel yerelleşme, belli bir işleve ilişkin yürütme erkinin hizmeti, görülecek hizmet alanında uzmanlaşmış yerel birimlere bırakmasıdır.

Sağlık hizmetleri organizasyonunun yerelleştirilmesi iki yöntemle de olabilmektedir. Ancak sağlık hizmetlerinin sunumunun uzmanlık gerektirmesi ve coğrafi sınırlarının çok mümkün olmaması, verimlilik açısından fonksiyonel yerelleşme, sağlık hizmetlerinin yerelleşmesinin de daha da cazip hale gelmektedir.

Yerelleşme yönteminin uygulanmasında en yaygın olan sınıflandırmalar ise; **dekonsatrasyon, devölasyon, delegasyon ve özelleştirme** biçiminde oluşturulan sınıflandırmadır. Bu konuları alt başlıklar altında açıklamalarda yarar vardır.¹⁴⁴

3.1.2.1. Dekonsatrasyon

Dekonsatrasyon, bakanlıkların veya onları temsil eden taşra teşkilatının mevcut idari yetki ve sorumluluklarını hiyerarşik olarak kendinden daha aşağıda bulunan diğer kurum ve kuruluşlara devretmesini ifade eder.¹⁴⁵

Merkezi yönetim içinde aşağıdaki kademelere yetki transferini içeren bu kavram; Yönetimsel sorumlulukların devletin merkez teşkilatlarından taşra teşkilatlarına devrini içerir. Dünya Bankası (WB) yayınlamış olduğu makalelerde bu yerelleşme yöntemi diğer yöntemler arasında en zayıf olan yöntem olarak kabul edilir.¹⁴⁶

¹⁴⁴ Çoban, a.g.t., s.73-75.

¹⁴⁵ Dennis A. Rondinelli, John R. Nellis, G. Shabbir Cheema, “Decentralization in Developing Countries a Review of Recent Experience”, 1983, <https://link.springer.com/article/10.1007/BF02686198>, (Erişim Tarihi: 12.04.2018).

¹⁴⁶ Levent Özmüş, “Desantralizasyon (Yerelleşme) ve Yeni Kamu Yönetimi Anlayışı”, *TMMOB Harita ve Kadastro Mühendisleri Odası 10. Türkiye Harita Bilimsel ve Teknik Kurultayı*, 28 Mart - 1 Nisan 2005, Ankara, https://www.hkmo.org.tr/resimler/ekler/SUO5_175_ek.pdf, (Erişim Tarihi: 04.03.2019).

Yerel yönetimler, dekonsatrasyon uygulaması iki biçimde yapılandırılabilir. İlki yerel yönetimin dikey bir şekilde yapılanarak uygulanması. Bu uygulamaya göre bakanlıkların yerel idare memurları yine kendi bakanlıklarına karşı tam sorumludur. Bakanlık personellerinin ve alt kurum ve kuruluşlarının birbirinden bağımsız şekilde çalışmaları mümkün olmaması sebebiyle personel veya kurumlar arasında ki koordineyi sağlamak amacıyla koordinasyon komiteleri kurulmaktadır. Bu komiteyi bakanlık memurlarının dışında siyasi partilerin memurları ve yerel parlamento üyeleri oluşturmakta, koordinasyon komitesi, devletin her türlü işlev ve fonksiyonunu fonlanması sebebiyle toplumun ihtiyaçları ve karşılaştığı zorlukların üstesinden gelmeyi amaçlamaktadır. Esas olarak dekonsatrasyon uygulaması yerelleştirmeden ziyade daha çok, merkezi yönetim hizmetlerinin etkinliğini arttırabilmek, merkezi yönetim ile yerel yönetim arasında ki koordinasyonu sağlamak ve bilgi dezenformasyonunu minimize etmeye yoğunlaşmaktadır.¹⁴⁷

Dekonsatrasyon merkezi idarenin yoğun vesayeti ve denetim eksikliği sebebiyle sağlanan koordinasyon ve etkinlik arttırımı sekteye uğrama ihtimali ile karşı karşıyadır.¹⁴⁸

3.1.2.2. Devolüsyon

Devolüsyon, milli yapılanma biçiminde belirli yetki ve sorumlulukların merkez ve yerel teşkilat arasında paylaşımını ifade etmektedir. Burada alt kuruluşlar daha özerk biçimde oluşturulmakta ve harcama, gelir toplama ve karar alma süreçleri kendilerine aittir.¹⁴⁹

Devolüsyon da diğer yerelleşme yöntemlerine nazaran taşra teşkilatı pek çok durumda daha özgürdür. Bölgelerin coğrafi sınırları netleştirilmiş, yasal düzenlemeler oluşturulmuş, gelir toplama ve bu geliri harcama yetkisine sahip bir konuma getirilmiştir. Desantralizasyondan farkı ise yerel teşkilatın sadece idari fonksiyonların devrini değil bununla birlikte yetki ve sorumluluklarını devralarak yerelleşme sürecine

¹⁴⁷ Ramadhani Marijani, “Community Participation in the Decentralized Health and Water Services Delivery in Tanzania”, *Journal of Water Resource and Protection*, 2017, 9, s. 639, <https://pdfs.semanticscholar.org/2b0c/7e69e4cacb1c7277333389af9b3b5bc7e0f7.pdf>, (Erişim Tarihi: 04.06.2018).

¹⁴⁸ Çoban, a.g.t., s.76-78.

¹⁴⁹ Marijani, a.g.m., s.639.

katılmasıdır. Ancak yerel teşkilat devolüsyon da her ne kadar daha bir bağımsız gözükse de tamamen özerk değiller.¹⁵⁰

Yerelleşme uygulamalarından devolüsyonun en önemli problemi; yasal sınırlamalara rağmen yerel teşkilatların hizmet sunumu için harcama yaparken bu yasal düzenlemeleri yok sayarak fazla maliyetli hizmetlerin (örn: sağlık hizmetleri) ön planda tutması ve mali genişlemeye yol açmasıdır bu sebepten ötürü devolüsyon uygulamasından beklenen verimliliğin elde edilememesine yol açmaktadır.¹⁵¹

3.1.2.3. Delegasyon

Delegasyon kavramı temel olarak; yönetsel sorumlulukların ve yetkilerin dolaylı olarak yerel teşkilatlara ve organizasyonlara devrini ifade etmektedir.¹⁵²

Delegasyon uygulaması ile merkezi yönetim sahibi olduğu karar ve sorumluluk verme yetkilerini yarı özerk kurum ve organizasyonlara transfer etmiş olur. Bu yetki devrinden kaynaklı sonuçlar merkezi yönetim tarafından tamamen denetlenmesi ve kontrol edilmesi mümkün değildir. Bu yetkiler; serbest girişimler, barınma, özel hizmet birimleri, özel okul sahaları, ulaşım, kooperatifler veya özel proje uygulama birimleri ve bölgesel kalkınma kooperatiflerinin oluşturulmasında görülür¹⁵³.

Diğer bir tanımla delegasyon, merkezi yönetim sorumluluğun da kimi fonksiyonlarının merkez yönetim teşkilatı dışında bulunan kurum ve organizasyonlara devridir ve bu devir aşamasından sonra yerel kurum ve organizasyonlar merkezi yönetim tarafından dolaylı olarak denetlenmektedirler. Delegasyon sonucunda hükümetler; maliyetlerin artacağı endişesiyle bir yönetsel sorumluluğu bulunan bir organizasyonu kendileri oluştururlar ve böyle esas sorumluluk yine hükümette kalarak diğer fonksiyonları yürütmek amacıyla bu organizasyona devrederler.¹⁵⁴

Sağlık hizmetlerinde daha çok eğitim hastanelerinin işletmesinde uygulanan delegasyon yöntemi, sağlık hizmetlerinin özerklik, mali ve idari bağımsızlığa sahip

¹⁵⁰ Özmüş, a.g.m., s.5.

¹⁵¹ Çoban, a.g.t, s.78-79.

¹⁵² Gerson Aragao, “*Quais Sao as Formas de Descentralização Administrativa?*”, <https://gersonaragao.jusbrasil.com.br/artigos/216401139/quais-sao-as-formas-de-descentralizacao-administrativa>, (Erişim Tarihi: 02.03.2018).

¹⁵³ Marijani, a.g.m., s.640.

¹⁵⁴ Özmüş, a.g.m., s.5.

organizasyonlar tarafından yürütülmesi şeklinde gerçekleşmektedir. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin esas sorumluluğu, desentralizasyon uygulamasıyla çatışmakta ve yerleşmenin aksine daha merkeziyetçi bir organizasyonun ortaya çıkmasına sebep olmaktadır.¹⁵⁵

3.1.2.4. Özelleştirme

Özelleştirme birçok kaynakta dar anlamda özelleştirme ve geniş anlamda özelleştirme gibi iki şekilde karşımıza çıkmaktadır. Dolayısıyla dar ve geniş anlamda özelleştirmeden bahsetmekte yarar vardır. Dar anlamda özelleştirme, kamunun sahibi olduğu kaynakların bir anlamda KİT'lerin yönetim ve mülkiyetinin özel sektör iştirakçilerine devredilmesi olarak açıklanırken, geniş anlamda özelleştirme ise, kamusallaştırmanın aksine, kamunun piyasaya müdahalesini minimize etmeyi amaçlayan uygulamalar bütünüdür.¹⁵⁶

Sağlık sektörü için ise, özelleştirme mevcut kamu hakkı ya da malının devrini ve sektörde devlet payının minimize edilmesi veya kaldırılması anlamına gelmektedir bu açıdan bakıldığında sağlık sektörü için geniş anlamda özelleştirme tanımına daha yatkındır.¹⁵⁷

Özelleştirme, yerleşme uygulamaları arasında en uç noktada olanı olup farklı uygulama türlerine bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Özelleştirme uygulamaları plan yapma, kaynak tahsisi, gelirler ve yönetim konusundaki işlevlerin transferini de içeren oldukça geniş bir anlama sahiptir.

Daha öncede ifade ettiğimiz gibi sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin olarak piyasa aksaklıkları olan dışsallıklar, asimetrik bilgi enformasyonu vb. etmenler nedeniyle sağlık hizmetlerinin sunumunu devletin bizzat kendisinin üstelenmesi rasyonel kabul edilmiştir.¹⁵⁸ Ancak kamu sağlık hizmet sunumunda ortaya çıkan sürekli

¹⁵⁵ Çoban, a.g.t., s.80.

¹⁵⁶ Marijani,a.g.m., s.655.

¹⁵⁷ Kerem Karabulut, "Sağlık Sektöründeki Özelleştirilmesi", *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, Cilt: 15, Sayı: 1-2, Mart 2001, s.31.

¹⁵⁸ Licínio Velasco Jr, "Privatização: Mitos e Falsas Percepções", s.186, <https://web.bndes.gov.br/.pdf>, (Erişim Tarihi: 16.03.2018).

artan maliyetler, etkinlikteki düşüş ve hizmet kalitesindeki problemler özel sektör sunumunu da bir tercih olarak daima gündemde tutmuştur.¹⁵⁹

3.2. Sağlık Hizmetlerinin Özel Sektör Tarafından Sunumu

Özel kesimin sağlık hizmetlerinin sunumunda kullandığı yöntemler, kamu kesiminin kullandığı yöntemlerden daha fazladır. Bunları piyasa yöntemi, ihale yöntemi, sevk yöntemi, sübvansiyon yöntemi, kupon yöntemi, yönetim devri yöntemi, sağlık hizmetlerinin kar amacı gütmeyen gönüllü kuruluşlar tarafından sunulması, imtiyaz yöntemi olarak aşağıda kısaca değinmekte fayda vardır;

3.2.1. Piyasa Yöntemi

Özel sağlık kurumları ve özel hastaneler tarafından sunulan sağlık hizmetleri; kar amacı ile piyasada faaliyet gösteren teşebbüsler tarafından sunulmaktadır. Sosyal güvenlik kurumları veya özel sigorta kurumları aracılığıyla da ödenebilen bu bedeli ödemeyen tüketiciler bu hizmetten yararlanamazlar.¹⁶⁰

3.2.2. İhale Yöntemi

Bu yöntemde devlet sağlık hizmetlerinin sunumu için özel bir firma ile sözleşme yapmaktadır. Devlet özel firmaya sağlık hizmetlerinin tüketicilere sunulması karşılığında bir karşılık ödemektir. Buna örnek olarak; temiz su sağlanması hizmetlerini devlet, doğrudan kendisi yapmak yerine ihale sözleşmesi ile özel sektöre devredebilir.¹⁶¹

3.2.3. Sevk Yöntemi

Sevk yöntemi de özel kesim ile kamu kesiminin beraber hareket etmesinden dolayı ihale yöntemine benzetmektedir. Sevk yöntemi, hastanın tedavi için özel hastaneye yatırılması ve bundan doğan masrafların devlet tarafından karşılanması

¹⁵⁹ Çoban, a.g.t., s.80-81.

¹⁶⁰ Coşkun Can Aktan, A. Kadir Işık, "Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler", <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sunum-alternatif.pdf>, (Erişim Tarihi: 14.03.2018).

¹⁶¹ A.g.m.

durumudur. Bu yöntem maliyet artırıcı bir yöntem olmakla beraber sağlık hizmetinin daha geniş kitlelere ulaştırılması mümkün olduğu durumda, daha fazla fayda sağlayacaktır.¹⁶²

3.2.4. Sübvansiyon Yöntemi

Sübvansiyon kelimesi Türkçe diline Fransızcadan (subvention) girmişti, tam karşılığı Türk Dil Kurumu sözlüğünde destekleme olarak verilmiştir. Devlet tarafından üretici veya tüketicilere dolaylı veya dolaysız olarak desteklenmesi olarak tanımlanan sübvansiyon yöntemi devletçe yapılan para yardımı, para desteği anlamlarında da kullanılır.¹⁶³ Devlet bu yöntemle beraber sağlık hizmetlerini doğrudan sunmak yerine özel sektörü sübvansiyon ederek hizmetin özel kesim tarafından gördürülmesini amaçlamaktadır.

Sağlık sektörüne hizmet sunumu için yapılan sübvansiyonlar doğrudan nakit, vergi istisnası veya muafiyeti, aynı sübvansiyon ve garanti sübvansiyonları olabilir. Mesela devlet sağlık sektörünü desteklemek amacıyla sağlık hizmet üreticilerine aynı ve nakdi yardımlarda bulunabilir.¹⁶⁴

3.2.5. Kupon Yöntemi

Bu yöntemde ise devletin desteklediği kesim ise sağlık hizmet tüketicileridir. Örnek olarak, devlet düşük gelirli kişilere ya kamu sağlık kurumlarında karşılıksız olarak hizmet vermekte ya da bu kişilere yine karşılıksız olarak bir kupon temin ederek bu kuponla özel sektörde sağlık hizmeti almalarını sağlamaktadır.

Devlet sadece gelir düzeyi düşük olan kimselere hizmetin bedelini kapsayan bir kupon vermekte yani sağlık hizmetleri özel kesim tarafından sunulmaktadır. Kuponları elde eden bireyler devletin belirlediği sınırlar içerisinde hangi hastanede hangi hizmeti göreceğine dair seçim özgürlüğüne sahiptirler. Kupon yönteminin uygulanmasında devletin rolü ise bu kuponların dağıtımını, kuponlar karşılığında hizmeti sunacak kurum

¹⁶² Seçginel, a.g.t., 45.

¹⁶³ Atakan Öztürk, Mustafa Fehmi Türker, Gülfem Mert Türk, "Orman Genel Müdürlüğü Sübvansiyon Uygulamaları ve Döner Sermaye Gelirlerine Etkisi: Artvin Orman Bölge Müdürlüğü Örneği", *Anadolu Orman Araştırma Dergisi*, 2017, 3(2) 183-1999, s.184.

¹⁶⁴ Aktan, Işık, a.g.m.

ve kuruluşları belirleme ve hizmetlerin denetimi gibi daha çok düzenleyici bir rol üstlenmektedir.¹⁶⁵

3.2.6. Yönetim Devri Yöntemi

Yönetim devri, özelleştirmeye ortaya çıkacak olan tekelleşme sorunu, liyakatsiz biçimde personel alımını önlemek bunlarla birlikte kaynak tahsisinde etkinliği sağlama ve maliyetlerin azaltılması gibi hedeflere yönelik olan bir yöntemdir.¹⁶⁶

Yönetim devri yöntemi adından da anlaşılacağı gibi kamu sağlık kurum ve kuruluşlarının yönetim kısmının özel kesime bir sözleşme aracılığı ile devredilerek birkaç cümle önce bahsettiğimiz hedeflere ulaşmayı amaçlamaktadır. Böylece mülkiyet devlette kalmakta ve yönetim özelleştirmektedir. Sağlık hizmetlerinin (ambulans hizmetleri, yemekhane, çamaşırhane, temizlik hizmetleri gibi belli bir bölümünün) özel kesim yönetimine devredilmesi yönetim devri yöntemine örnek olarak verilebilir.

3.2.7. Sağlık Hizmetlerinin Kar Amacı Gütmeyen Gönüllü Kuruluşlar Tarafından Sunumu

Bu yöntemde sağlık hizmetleri kar amacı gütmeyen bazı özel ve kamusal kuruluşlar tarafından sunulmaktadır. Vakıflar, dini organizasyonlar, azınlık grupları ve hayırsever kuruluşların bu konudaki faaliyetleri örnek olarak verebilir.¹⁶⁷

3.2.8. İmtiyaz Yöntemi

İmtiyaz, genel olarak bir kamu hizmetinin kullanılmasını ve belirli bir süre işletilmesini ya da zaten kurulmuş olan bir kamu hizmetinin karşılığında yararlananlardan bir bedel almak şeklinde oluşturulmuş bir yöntemdir. Ayrıca masrafları, kar ve zararı imtiyazcıya ait olmak üzere, kendi denetimi ve sorumluluğu altında sağlanan bir yönetim biçimidir.¹⁶⁸

¹⁶⁵ Işıl Fulya Orkunoğlu, “Özelleştirme ve Alternatifleri”, *Akademik Bakış Dergisi*. Sayı: 22, Ekim, Kasım, Aralık 2010, s.11.

¹⁶⁶ Çoban, a.g.t., s.88.

¹⁶⁷ Aktan, Işık, a.g.m.

¹⁶⁸ Ayhan Beydoğan, “Türk Hukukunda İmtiyaz Sözleşmelerinin Hukuki Niteliği: 406 ve 5809 Sayılı Kanunlar Açısından Değerlendirilmesi”, *Ankara Barosu Dergisi*, 2011/4, s.114.

Bu yöntemle devlet daha önce kendi sunduğu belirli mal ve hizmetlerin sunumunu tek ya da birkaç firmaya bırakarak esas amaç olan sosyal fayda maksimizasyonu olmak üzere hizmet kalitesini artırma verimlilik artışı gibi hedeflere ulaşmayı amaçlamaktadır. Devlet imtiyaz sunduğu bu firma veya firmalar üzerinde belli düzenleyici yetkilere hala sahiptir. Örneğin, ilaç fiyatlarının kontrolü, sağlık hizmetleri ile ilgili ürünlerin standartlara uygunluğunun denetim vb. gibi konularda devlet düzenleme yapma yetkisine sahiptir¹⁶⁹.

3.3. Kamu ve Özel Sektör Ortaklığı (KÖSO) Sunumu

Devletin esas görevi toplumun temel ihtiyaçlarını karşılayarak sosyal refahı maksimize etmeyi amaçlamaktadır. Ancak toplumun kimi ihtiyaçlarını karşılamak maliyet yönünden oldukça zor olduğundan devletin bu ihtiyaçları karşılayabilme açısından bütçe denkliğinden vazgeçmesi bütçe açıklarının sürekli artmasına sebep olacaktır. Bütçe açıklarının bu denli büyük sorunlar oluşması sebebiyle devletin maliyet yükünü hafifletecek yeni finansman modelleri oluşturulacaktır.¹⁷⁰

Bildiğimiz gibi, özel sektörün amacı kar maksimizasyonu olduğu için devlet gibi toplumsal faydayı düşünmeyecektir. Devletlerin her zaman toplumun ihtiyaçlarını karşılaması mümkün olmayabilir. Bu nedenle bazı ihtiyaçların karşılanma durumunu özel sektöre devredebilir. Kamu ve Özel Sektörü Ortaklığı (KÖSO) ile devlet belli hizmetlerini özel sektöre devretmektedir.¹⁷¹

KÖSO, projenin devlet tarafından hazırlanması koşulu ile devletin gösterdiği araziye sağlık kuruluşunun inşaatının ve kuruluşun teçhizatlarla donatılmasının tamamen özel sektör tarafından yapılmasıyla bu kuruluş mülkiyet hakkı devlette olmak koşulu ile en fazla 49 yıllığına yine devlete kiralanır böylece devlet maliyetin en yüksek aşaması olan sağlık hizmetlerinin kuruluş aşamasından muaf olacak, özel sektör ise 49 yıllığına aylık kira geliri elde etmiş olur.

¹⁶⁹ Hasan Husseyin Can, “Yerel Yönetimlerde İmtiyaz Uygulamaları”, *Türk İdare Dergisi*, Sayı: 478, s.388.

¹⁷⁰ Ertuğrul Acartürk, Sabiha Keskin, “Türkiye’de Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli” *Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisat İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt: 17, Sayı: 33, Yıl: 2012, s.26-28.

¹⁷¹ Secretaria de Finanças Públicas, “Parceria Publica e Privada”, <http://www.sorocaba.sp.gov.br/ppp/wp-content/uploads/sites/14/2015/01/Carlilha.pdf>, (Erişim Tarihi: 16.03.2018).

KÖSO modeli kamunun rolünü hizmetin sunumu olarak özel sektörü ise hizmeti temin eden olarak modellemektedir. Kimi zaman ise kamu ve özel sektörün hizmet sunumunu birlikte üstelendiği bir model olarak karşımıza çıkmaktadır.¹⁷²

3.3.1. Kamu Özel Sektör Ortaklığı Modelleri

1980’li yılların sonlarında neo-liberal politikaların etkisiyle yeni bir anlayış doğmuş ve kamu, özel kesim ve sivil toplum kuruluşlarının bir araya gelerek etkinliği ve verimliliği yüksek bürokrasi engeli olmayan pazar ve müşteri odaklı bir kamu anlayışı ortaya çıkmıştır.

Böylece, yeni kamu işletmeciliği anlayışını benimsemiş, mal ve hizmet üretimindeki maliyet, risk ve fayda gibi sonuçlar tüm kesimlerce paylaşılmıştır. Nitekim bu durum kamu özel sektör ortaklığı yönetimini beraberinde getirmiştir.

Özellikle son dönemde bu yöntem sağlık sektöründe ön plana çıkmakta olup dahası kamu hizmetinin örgütlenmesi ve finansmanında bu yöntem sayesinde esneklik sağlanmaya çalışılmaktadır.

KÖSO kamu yatırımlarını özel kesim tasarrufları ile finanse ederek, mevcut riskin her iki kesimle paylaşılması ve uzmanlığa dayalı bir yapının oluşturulması, tesisin yapım ve donatım süreçlerinin kısaltılması ve maliyet yükünün özel kesime aktarılmasıyla, kamu yatırımları uzun yıllara dayandırılması ve tıbbi hizmetler dışında kalan hizmetlerin özel kesim tarafından işletilmesi hedeflenmiştir.¹⁷³

Kamu özel sektör ortaklığına yönelik modellerin çıkış noktaları aynıdır fakat süre, yönetim biçimi ve sahiplik açısından birbirinden farklılıklar göstermektedir.

3.3.1.1. Yap-İşlet-Devret Modeli (YİD)

Yüksek teknoloji ve büyük finansman kaynağına ihtiyaç duyulan projelerin ortaya çıkarılmasında bu finansman ihtiyacını karşılamak için oluşturulan model olup,

¹⁷² Sabiha Keskin, Ertuğrul Acartürk, “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Kamu- Özel Ortaklığı Modeli, (Aydın Örneği)”, (Yüksek Lisans Tezi), Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aydın, 2011, s.15-16.

¹⁷³ Uysal Kerman, Yakup Altan, Mehmet Aktel, “Sağlık Hizmetlerinde Kamu Özel Ortaklığı Uygulaması”, *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt: 17, Sayı: 3, Yıl: 2012, s.21.

yatırımın finansmanı özel kesim tarafından karşılanarak belli süreliğine bu işletmenin kar payı dahil olmak üzere özel kesim tarafından işletilmesidir. Diğer bir tanımla; firmanın işletme sürecinde ürettiği mal ve hizmetleri yine bu hizmetten yaralanan kamu veya bireylere satmasıyla yatırımın bedelinin ödenmesini amaçlayan modeldir.

İsminden de anlaşıldığı üzere bu yöntemde, devlet bir sözleşme aracılığı ile belli sağlık hizmetlerinin gördürülmesini özel ve yabancı kesime transfer etmekte olup özel veya yabancı yatırımcılar devlet desteği de alarak sağlık hizmeti sunacak olan işletmeyi kurup belirli bir süre işletmektedirler. Süre sonunda ya işletmenin sahibi olmakta ya da çoğunlukla devlete bırakmaktadırlar. Ayrıca model sadece hizmetlerin gördürülmesinde maliyet esasına bakmayıp aynı zamanda yabancı ve yerli yatırımcıları da teşvik etmektedir.¹⁷⁴

3.3.1.2. Yap-Sahip Ol-Kirala (YSK)

KÖSO'nun bir diğer modeli ise yap-sahip ol-kirala modelidir. Bu modelde devlet hizmeti sunacağı tesisin yapımını mülkiyetin firmada kalacağı ve kendisinin bu firmadan kiralayacağı vaadi ile özel firmaya yükler.¹⁷⁵

3.3.1.3. Tasarla-Yap-Finanse Et-İşlet (TYFEİ)

Bu modelde ise hizmetin projesi-kurulumu-sunumu ve yönetimi yani tüm süreç özel firma tarafından yürütülecektir (YSK) ve devlet bu süreç içerisinde firma isterse firmadan hizmetin sunumunu alacağına yönelik bir vaatte bulunmaktadır. Bu modelin avantajı yatırımın proje aşamasından sunumuna kadar firmalar için yatırımı bir bütün olarak görmeyi ve planlamalarını bu duruma göre yapmayı olanak sağlar.¹⁷⁶

3.3.1.4. Yap-Kirala-Devret (YKD)

Bu modelde bir sözleşme ile özel sektör hizmetin sunulacağı tesisin yapım maliyetini üstlenerek mülkiyetinin kendinde kaldığı yine bu süre içerisinde hizmetin

¹⁷⁴ Aktan, Işık, a.g.m.

¹⁷⁵ <https://espanol.thelawdictionary.org/construir-arrendar-transferir-bl-transferir-por-sus-iniciales-en-ingles>, (Erişim Tarihi: 19.03.2018).

¹⁷⁶ Çoban, a.g.t., s.93.

sunumunu idareye kiraladığı ve tesisin kısmi bölgelerini kendisinin işletebildiği örn: hastane kafeteryası ve sözleşmenin sonunda tesisin mülkiyet hakkını yine idareye devrettiği bir modeldir.¹⁷⁷

3.3.1.5. Yap-Devret-İşlet (YDİ)

Yap devret işlet modelinde; Özel firma öncelikle hizmetin sunulacağı tesisin inşasını gerçekleştirir ardından ise bu işletmenin mülkiyetini bir sözleşmeyle idareye devreder ve son aşamasında tesisin mülkiyet hakkını almış olan idare tesisi yine inşasını yüklenmiş olan özel firmaya kiralar. Böylece özel girişimci bu tesisin yürütülmesi sırasında elde ettiği hizmet bedelleri ve ticari kazancı ile hem kamu kurumuna ödeyeceği kirayı hem de yatırım maliyet karşılamakta ve makul bir kâr elde etmektedir. Amaç, sermayedarın önce inşasını yüklediği tesisin mülkiyetini kamuya devrettikten sonra tekrar özel firmaya kiralanması, kamu mülkiyetinde bulunan bir varlığın özel sektöre devri ile ortaya çıkabilecek yasal sorunlardan korunmaktır. Bu modelin güneydoğu Asya ülkelerinde telekomünikasyon sektöründe uygulandığı bilinmektedir.¹⁷⁸

Sağlık sektöründeki kamu özel sektör ortaklığı modellerinde esas amaçlar hizmet kalitesini arttırmak, etkinliği ve verimliliği sağlamak, maliyet ve risklerin azaltılması ve paylaşılmasıdır. Birçok kamu-özel ortaklık modelinde görünen şu dur ki: Hizmetin sunulacağı tesisin inşaatı ve işletilmesi özel firmalar tarafından karşılanırken yine bu tesislerin mülkiyeti kamu tarafında kalmaktadır.

KÖSO sağlık sektörü kapsamında; özel firma sağlık tesisinin inşasından sonra bu tesisin mülkiyetini alabilir, işletebilir, tekrar devlete kiralayabilir. Bu modeller sonucunda yapılan sözleşmelerin uzun süreli olması sebebiyle imzalanacak sözleşmenin şartları iyi düzenlenmeli ve konjonktürel riskler iyi hesaplanmalıdır.¹⁷⁹

¹⁷⁷ Kerman, Altan, Aktel, a.g.m., s.10.

¹⁷⁸ Keskin, a.g.t., s.18.

¹⁷⁹ Çoban, a.g.t., s.94.

3.4. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Kullanılan Yöntemler

Sağlık finansmanı geniş bir kavram olup sağlık sektöründe tesis ve hizmetlerin hangi fonlarla ne kadar finanse edileceğini ve fonların etkin bir şekilde kullanılıp kullanılmadığını irdelemektedir. Yine sağlık finansmanında kullanılacak fonların nasıl toplanacağı ve nasıl arttırılacağıın cevabı bu kavram içermektedir. Yeterli düzeyde sağlık hizmetinin topluma sunulabilmesi için yeterli finansmanı piyasa ve devlet tarafından sağlanması, sağlık finansmanı olarak tanımlanmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin esas amacı, bireyleri beklenmedik hastalıklara karşı hastalığın gerektirdiği finansal yükten korumaktır. Dolayısıyla etkili ve verimli bir sağlık finansmanı ile ödeme gücü yeterli olmayan bireylerin hizmetten yararlanamaması ya da hizmeti kullandığı takdirde daha da yoksullaşması problemi azaltılabilir hatta ortadan kaldırılabilir.

Bu süreç; birincil ve ikincil kaynaklardan elde edilen gelirlerin fonlarda toplanması, toplanan bu fonların sağlık hizmetine finanse edilerek aktarılması olarak işlemektedir.¹⁸⁰

İnsanın en temel haklarından biri olan sağlıklı yaşam hakkı kavramını sadece kavramdan ibaret olmadığını ve insanların bu hak çerçevesince tüm bireylerin kaliteli bir sağlık hizmetinden faydalanması adına bu hizmetlerinin finansmanı da etkin, verimli ve rasyonel biçimde olmak zorundadır. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin finansmanı ekonomide makro ve mikro ölçekte büyük etkiler meydana getirmektedir. bu konunun önemini arttırmaktadır. Bu hizmetin görülmesinde yapılacak olan harcamaların büyüklüğü ve bu harcamalar için elde edilecek gelir ekonomiyi makro düzeyde etkilerken, kaynakların dağılımı ve sunulan hizmetin sonucuna bakıldığında en etkin ve en verimliler kullanılır böylece istenilen kapasite ve kalitede hizmetin sunumu gerçekleştirilmesi mikro düzeyde ekonominin konusunu içermektedir.¹⁸¹

Tarihsel süreçte incelendiğinde sosyal güvenlik uygulamaları vakıf ve dernekler ile dini kurumların düşük gelirli bireylere yaptığı yardımlara dayanmaktadır. İlk olarak, bağış toplayıp ardından yardım yapma şeklinde ortaya çıkan bu uygulamalar, daha sonra

¹⁸⁰ Mehmet Cihan Erumut, "Türkiye İçin Alternatif Sağlık Finansman Önerisi: Sütunlu Sistem", *Sosyal Güvençe Dergisi*, Sayı: 5, s.93.

¹⁸¹ Çelikay, Gümüş, a.g.m., s.186.

ise bu alanda çalışan firma ve şirketlerin gelişmesiyle farklı boyutlar kazanmıştır. Böylece firma ve şirketler zorunlu ve isteğe bağlı bir yapıya bürünerek istekte bulunanları olası tehlike ve risklere karşı sigortalamış ve bu sistemi sürdürmüşlerdir.

Literatür de sağlık hizmetlerinin finansman konusu daha geniş bir kavram olan ve içinde sosyal sigorta kavramını da barındıran sosyal güvenlik kavramı ile yakından ilişkilidir.. Dolayısıyla sosyal güvenlik politikaları ve sağlık hizmetlerinin finansman sorunu bir bütün olarak ele alınmalıdır.

Hastalık, ölüm, iş göremezlik, yaşlılık, doğum, iş kazası, gibi sebeplerle meydana gelebilecek olan sosyal ve ekonomik sorunlara karşı halkın kendi kendini koruması olan sosyal güvenlik; tıbbi yardım ve bireylerin çalışma hayatının sonrasında düzenli bir gelir elde etmeyi de amaçlar. Dolayısıyla sosyal güvenlik kavramı İkinci Dünya Savaşı'nın ardından yaygınlaşan sosyal devlet anlayışı çerçevesince kavram olmaktan çıkıp bir politika aracı olarak meydana gelmiştir. Hastalık, analık ve yaşlılık, iş kazaları, iş göremezlik durumlarında yapılan ödemeler ile birlikte bu tür risklere karşı alınan tedbirlere; günümüzde sağlık ile ilgili olup sosyal güvenlik politikaları çerçevesinde sağlıkla alakalı her düzeydeki hizmet kişiye yönelik; tedavi edici, koruyucu, ilaç temini, doğum hizmetleri, yine bu hizmetleri sunan merkezlerde bulunan uzmanlar tarafından sağlanan bakımı da içermektedir.¹⁸²

3.4.1. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Sistemi

Günümüzde sosyal devlet anlayışıyla ortaya çıkan en temel amaç sosyal refah maksimizasyonu ile bireyin en temel haklarından biri olan sağlıklı yaşam hakkının teminidir. Bu sebeple kamu, sağlık sektörünün içinde aktif bir biçimde yer alarak, sosyal güvenlik sistemini etkin biçimde kullanmak amacıyla bu sistemi tabana yaymak amacındadır.

Sağlık sistemlerinin finansman yapılarının farklı olması maliyetleri ve faydaların dağılımı planlanmasının farklı olmasına neden olmaktadır. Toplumun değer yargıları ne olursa olsun değişik kaynak tahsisi seçenekleri ile birlikte işlemsel etkinlikte bu dağılım yapılırken dikkate alınmalıdır. Toplum faydasının maksimize edebilmesi için bu alana

¹⁸² Aktan, Işık, a.g.m.

ayrılan gelir kaynaklarının arttırılması ve harcamaların tahsisinin uygun bir şekilde yapılması gerekir.

Sağlık sistemlerinin finansal performansı, sosyal ve politik kabul edilebilirliği, güvenilirliği, esnekliği, yeni gelişmeler ve bunların sağlık üzerinde ve hasta davranışı üzerinde meydana getirdiği etkileri doğrudan incelememizi sağlamaktadır. Sağlık hizmetlerinin sağlanması ve bu hizmetlerin işletilmesi üzerindeki etkileri ekonomi üzerindeki etkilerinin bilinmesi sağlık sektörüne ayrılan toplam kaynakları belirlemede yardımcı olduğu gibi, toplam harcamalar içinde bu alana ayrılan kaynakları ve bunları karşılaştırma imkânlarını da vermektedir.¹⁸³

Sağlığın finansmanında kullanılan en yaygın model olan sosyal sigorta modeli; nüfusu sağlık bakımından sigorta kapsamına cebirlik esas olarak dahil etmektedir. Modelin işleminde en önemli etmen işçilerin, işverenlerin, kendi namı ve hesabına çalışanlar ile bağımsız çalışanların yatırmak zorunda olduğu primler oluşturmaktadır. Ortak bir havuzda toplanan bu primler bireylerin hastalığa yakalanma riskine karşı bu havuzda toplanmaktadır. Hastalığa yakalanan sigorta sistemine dahil bireyler oluşan tedavi için gereken finansmanı bu toplanan bu fondan sağlamaktadırlar.¹⁸⁴

Vergileme yoluyla finansman modeli ilk kez İngiltere’de, 1948 yılında uygulanmıştır. 1942 yılında yayınlanan Beveridge raporundan esinlenen bu model, 1964 yılında İngiltere’de yürürlüğe giren ulusal sağlık hizmetleri yasası beraberinde sağlık hizmetlerinin finansmanını vergileme temelinde belirlenmiştir.¹⁸⁵

Vergileme yoluyla finansman modelinde ise sağlık finansmanın ana kaynağını genel vergiler oluşturmaktadır. Sağlık hizmetinin temel sunucusu ise bu modelde hükümetlerdir. Bu finansman modelinde; genel vergilerle karşılanan önleme ve tedavi amaçlı sağlık hizmeti, toplumun her bireyine tek çatı altında olacak şekilde sunulacak ortamın oluşturması öngörülmektedir.¹⁸⁶

Son olarak; gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetleri finansmanına ayrılan kaynakların sınırlı olması bu alandaki yöneticilere kontrol ettikleri finansal güçle ilgili

¹⁸³ Mutlu, Işık, a.g.e., s.278.

¹⁸⁴ Paula Freitas Monteiro de Castro, “Economia e Gestão da Saúde: Financiamento da Saúde”, *Universidade Federal de Juiz de Fora*, http://www.ufjf.br/oliveira_junior/files/2011/08/Aula-10-Financiamento1.pptx, (Erişim Tarihi: 12.05.2018).

¹⁸⁵ Erumut, a.g.m., s.98.

¹⁸⁶ Freitas Monteiro de Castro, a.g.m.

bir denetim imkânı sağlamaktadır. Bu kapsamda sosyal güvenlik kurumları, çeşitli acenteler, özel sigorta kurumları, yardımlar, bağışlar, dış yardımlar ve bu alanda sağlık finansmanı yapılan yerler arasındadır.¹⁸⁷

3.4.2. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında Kullanılan Yöntemler

Bir ülkede belirlenmesinde birçok farklı etkiler sağlık hizmetlerinin finansman modelinin yöntemler farklı birçok etki var olup, bu süreçte göz önüne alınması gereken en temel noktalar aşağıdaki şekilde sıralanabilir;¹⁸⁸

- Ülkenin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Düzeyi: Ülke içinde pek çok sebebe dayalı olarak bölgeler arasında gelişmişlik düzeyi bulunur bu sebeple gelişmiş bölgeler sosyo-ekonomik etmenler bakımından diğer bölgelere kıyasla ekonomik olarak daha üstündür. Gelir düzeyi ve gelir artış hızı yine ülke ortalamasının üstünde olan bu bölgelerde başta eğitim ve sağlık hizmeti olmak üzere diğer sosyal hizmetlerde oldukça ileri düzeydedir.¹⁸⁹

Bir ülkenin gelişmişlik düzeyini gösteren en önemli gösterge ise kişi başına düşen gelir ile gelir dağılımında ki adalettir. Bireylerin gelir düzeyi arttıkça sağlık hizmetlerini finanse etme kapasiteleri artar. Gelir dağılımında adalet sağlandığında vergi tabanı genişler ve sağlık hizmetlerini finanse edecek olan genel bütçe gelirleri artar. Bu sebeple belirlenecek olan finansman modelinin ülkenin ekonomisine göre esnek yapıda olması, sürdürülebilir bir finansman modelinin de ön şartıdır.

- Mali Kapasitesi: Finansman stratejisinin en önemli belirleyicisi olan ve sağlık harcamalarına kaynaklık edecek olan fonları harekete geçirme gücü olarak ifade edilebilir. Bu aşamada sorulması gereken soru, belirlenen stratejinin sürdürülebilir olup olmadığıdır. Örneğin: Sağlık hizmetlerini vergiyle finanse etmeyi benimseyen ülkelerde vergi kapasitesi ile vergi hasılatı karşılaştırılmalı verginin adil olup olmadığı sorulmalıdır. Görüldüğü

¹⁸⁷ Mutlu, Işık, a.g.e. s.278.

¹⁸⁸ Mehtap Tatar, "Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye'de Gelişimi", *Sosyal Güvenlik Dergisi*. Cilt 1, Sayı 1, 2011, s.106.

¹⁸⁹ Adem Sakarya, Çiğdem İbişoğlu, "Türkiye'de İllerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Endeksinin Coğrafi Ağırlıklı Regresyon Modeli İle Analizi", *Marmara Coğrafya Dergisi*, Sayı: 32, Yıl: 2015, s.219-220.

üzere mali kapasite ülkelerin gelişmişlik seviyeleriyle yakından ilişki içerisinde.

- Uygulanabilirlik: Sağlık hizmetlerin finansmanında belirlenen modelin uygulanabilirliği bu hizmeti finanse edecek olan kaynakların oluşturulması ve oluşturulan kaynakların doğru harcamalara kanalize edilmesi gerekmektedir. Seçilen modele göre gerek duyulan kayıt ve veriler farklılık gösterse de tüm modeller bu iki temel kurala dayanmaktadır.
- Verimlilik: Verimlilik kavramı sağlık hizmetleri açısından bakıldığında elde edilen gelirler ile yönetsel maliyetleri oransal olarak karşılaması gerekliliğini gösterir. Eğer elde edilen gelirler bu maliyetleri karşılamıyorsa sistemin verimliliğinde bir problem olduğunun sorgulanması kaçınılmazdır.¹⁹⁰
- Hakkaniyet: Sunulan hizmetin maliyeti bireylerin hastalıklara yakalanma riskine karşı değil ödeme gücüne dağıtılması gerektiğini belirten kavramdır. Böylece toplumdaki her bir birey için finansal koruma sağlar. Dolayısıyla bireylerin ya da hane halklarının sağlık amaçlı harcamaları sebebiyle yoksullaşan ya da sağlık hizmetlerini maliyet sebebiyle alamayan bireylerin olduğu bir sistem hakkaniyetli bir sistem değildir.. Her finansman kaynağı hakkaniyet açısından farklı etkilere sahiptir.¹⁹¹ Bazı finansman yöntemleri düşük gelirli bireyleri ve sağlık statüsü açısından daha alt tabakalarda yer alan kişileri olumsuz etkilemektedir. Netice itibari ile finansman yöntemi belirlenirken bu gruplarda hesaplamalara dahil edilmeli ve daha hakkaniyetli olan sistem seçilmelidir.
- Talep Kullanımı ve Tüketici Davranışı: Sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılacak olan modeli belirlerken önemli olan diğer bir etmen iste hizmete duyulan taleptir çünkü seçilecek olan yöntem hizmetin kullanımını yani talebini ve hizmetin türünü etkileyecektir. Ayrıca özel ve sosyal sağlık sigorta sistemlerinde hizmetin bireylerce gereksiz kullanımını engelleyecek bir sistem belirlemek gerekmektedir.

¹⁹⁰ Tatar, a.g.m., s.107.

¹⁹¹ Ece Uğurluoğlu, Hacer Özgen, "Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet", *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt: 11, Sayı: 2, Yıl: 2008, s.148-149.

- Arz / Hizmet Sunumu ve Hizmet Sunucusu Davranışı: Sağlık hizmetlerinin finansmanında seçilecek model hizmeti sunan kurum ve kuruluşları doğrudan ya da dolaylı olarak etkilemektedir. Hizmeti sunan firma veya bireylere hangi hizmeti sunacağı ve o hizmet için ne kadar ödeme yapılacağını yine seçilen sistem belirlemektedir. Doğal olarak sistem gereği istenirse hizmeti sunanları daha fazla veya daha az hizmet sunmaya yönlendirilebilirler.

Özetle bir ülkede sağlık hizmetlerinin finansman modelini belirlenirken dikkat edilmesi gereken temel kriterler önemli olup her model için farklı sonuçları söz konusudur.¹⁹² Sağlık hizmetleri finansmanı, farklı yollarla toplanan fonların farklı biçimlerde kullanımı ile sağlanmaktadır.¹⁹³

Sağlık hizmetlerinin finansmanı yöntemleri; sağlık hizmeti satın alanların yaptığı ödemenin şekline göre *doğrudan finansman ve dolaylı finansman* yöntemi olmak üzere sınıflandırılabilirdiği gibi, finansmanın kaynağına göre *kamu finansman kaynakları ve özel finansman kaynakları* şeklinde kategorize edilmektedir.¹⁹⁴ Bu kategorilere değinmekte fayda vardır.

3.4.2.1. Sağlık Hizmeti Satın Alanların Yaptığı Ödemenin Şekline Göre Finansman Yöntemleri

3.4.2.1.1. Doğrudan Finansman Yöntemi

Bu yöntem aslında bireylerin serbest piyasada bulunan mal ve hizmetlerin bedellerini ödeyerek almasına benzetilmektedir çünkü sağlık hizmetinden faydalanmak isteyen bireyler hizmet bedelini doğrudan kendi ceplerinden ödeyerek hizmeti satın almaktadırlar.¹⁹⁵

¹⁹² Tatar, a.g.m., s.107-108.

¹⁹³ Elias Mossialas, Anna Dixon, Josep Figueras, Joe Kurtzin, “Funding Health Care: Option for Europe”, s.3, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98310/E74485.pdf, (Erişim Tarihi: 02.04.2018).

¹⁹⁴ Çoban, a.g.t., s.119.

¹⁹⁵ Dilek Ekici, “Sağlık Finansman Yöntemleri”, <http://www.dilekekici.com/bilgi/saglik-finansman-yontemleri/>, (Erişim Tarihi: 10.05.2018).

3.4.2.1.2. Dolaylı Finansman Yöntemi

Bu yöntemde ise bireyler ile sağlık hizmeti sunanlar arasında başka bir ödeyici bulunmaktadır. Burada hizmetten faydalanacak olan kişi doğrudan bir ödeme yapmaz öncelikle ortak bir fona (üçüncü ödeyici) prim yatırılır ardından bu fondan hizmet bedeli karşılanır. Sonuç olarak hizmet bedeli ortak fona prim yatırılanlar arasında paylaştırılarak hizmetin mali yükü hafifletilir.¹⁹⁶

3.4.2.2. Kaynağına Göre Finansman Yöntemleri

Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemlerine yönelik olarak yapılan sınıflandırmalar finansmanın kaynağına göre **kamu finansman yöntemi ve özel finansman kaynakları** şeklinde de sınıflandırılabilmesine daha önce değinmiştik.¹⁹⁷

3.4.2.2.1. Kamu Finansman Yöntemleri

Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri sınıflandırılmasında ayrı bir başlık olan kamu finansman yöntemleri sağlık hizmetlerinin maliyetlerini karşılanması için kamunun elde edilecek olan kaynakları bir araya getirerek bu süreçte kullanılması gerektiğini gösteren yöntemlerdir. Kamu finansman yöntemlerini; vergileme yöntemi, kullanıcı harçları, sosyal sağlık sigortası yöntemi olarak aşağıda başlıklar altında açıklayacağız.

3.4.2.2.1.1. Vergileme Yöntemi

Vergileme yöntemi; devletin egemenlik hakkına dayanarak kamu hizmetlerini karşılamak amacı ile zora dayanarak aldığı ekonomik değer vergilerdir.¹⁹⁸ Kamu hizmetlerinin görülmesi amacıyla belirli bir hizmet karşılığı olmaksızın cebren alınmaktadır. Dolayısıyla devlet vergi adı altında bir kısım satın alma gücünü kamu kesimine aktarırken, bu vergi karşılığında sağlanabilecek hizmetlerden tümüyle bağımsız olarak hareket etmektir. Netice itibari ile vergileri, kamu hizmetlerinden yarı

¹⁹⁶ Aktan, Işık, a.g.m.

¹⁹⁷ Çoban, a.g.t., s.119.

¹⁹⁸ Akif Erginay, *Kamu Maliyesi*, 14.b., Savaş Yayınlar, Ankara, 1992, s.18.

bölünebilir hizmetlerin yarattığı giderleri karşılayan gelir çeşitleri olarak ifade edebiliriz.¹⁹⁹

Sağlık hizmetlerinin yürütülmesini devletin bir görevi olarak görülmesi anlayışı ile halkın bu hizmetlerden faydalandırılması için belli önlemler alınmaktadır. Bismarkçı sosyal sigorta sistemi ile başlamış olan bu süreç vergilerle finanse edilen sağlık hizmetleri yani Beveridge Sistemi ile devam etmiştir. İngiltere’de Beveridge tarafından toplumda gelirin daha adil ve sosyal adaletin yüksek olduğu bir sistemi tasarlayabilmek için farklı bir sosyal güvenlik modeli ortaya koymuştur.²⁰⁰ Böylece Beveridge’ in ortaya koyduğu bu sistem ile sağlık hizmetinin finansmanı vergilerle sağlanması gerektiğini vurgulanmaktadır. Bu sistemde ki temel amaç her bireyin vergiler aracılığı ile bu sisteme dahil edilmesi ve bu sistemden eşit şekilde faydalanması gerekliliğidir. Sağlık hizmetlerinin bu yöntemle finanse edilmesi vergilerin aynı zamanda kolektif bir amaca hizmet etmesine ve her bireyin vergilerle oluşturulan ortak havuzdan hizmet bedelinin karşılanmasıyla sosyal adalet esasıyla sağlık hizmetinden faydalanması gerektiğini ifade etmektedir.²⁰¹

Bu finansman modelinde önemli olan iki etmen ülkenin vergi kapasitesi ile vergi sisteminin adil olmasıdır. Bu aşamada vergi hasılatının büyüklüğünün ekonomiye etkisi her zaman olumlu olmamakta ve vergiyi ödeyenlerin vergi yükü altında ezilerek giderek daha az vergi ödemesine yol açmaktadır. Böylelikle ülkenin uluslararası rekabet gücü zayıflamakta yabancı yatırımlar için cazibesini kaybetmektedir.²⁰²

Bu hizmetin finansmanında kullanılacak olan vergiler daha adil olması açısından yansıtılması mümkün olmayan dolaysız vergiler olmalıdır. Bunları, doğrudan gelir, kar ve servet üzerinden alınan vergiler oluşturmaktadır.²⁰³

3.4.2.2.1.2. Kullanıcı Harçları

Devletin yaptığı bazı hizmetlerden, vergiler hariç fertlerin faydalanma dereceleri kısmen saptanabilmektedir. Tapu, adliye veya noter hizmetlerinden belirli kişilerin, yani

¹⁹⁹ Edizdoğan, Çetinkaya, Gümüş, a.g.e. s.114.

²⁰⁰ A.g.e., s.33.

²⁰¹ Çelikay, Gümüş, a.g.m., s.186.

²⁰² Tatar, a.g.m., s.112.

²⁰³ Çoban, a.g.t., s.120.

bu hizmetlerden faydalanmak durumunda olanların faydalanma derece veya miktarları tahmini olarak saptanabilir. Dolayısıyla kamu hizmetlerinin bir kısmında; bireylerin, tek tek faydalanma durumu göz önüne alınırken bölünebilen bir kısmında bölünmeyen bir kısmın ise; iç ve dış güvenlik hizmetleri veyahut sağlık tedbirleri gibi kimin ne kadar faydalandığı bilinemez.²⁰⁴

Bütçe gelirlerinin en önemli ikinci kalemini oluşturan harçlar hizmeti gören birim tarafından toplandığından yine kamusal gelir olarak sayılmakta ve hizmet ile arasında orantılılık olmak zorundadır. Vergi ile arasında ki en önemli fark ise vergi hiçbir karşılık olmaksızın elde edilen bir kamu geliri iken harçlar ise bir hizmet karşılığında(orantılılık esastır) elde edilen kamu gelirleridir. Her iki kamu gelirinde ise cebirlik yani zorunluluk esas alınmaktadır.

3.4.2.2.1.3. Sosyal Sağlık Sigortası

İlk kez Otto Van Bismarck tarafından 1883 yılında Almanya'da, kanun çıkartılarak olarak başlatılmış olan zorunlu sağlık sigortacılığı; İkinci Dünya Savaşı sonrası gelişerek devam eden sosyal sigorta Avrupa'nın sosyal gelişimini tamamlamasıyla başlamış, ardından 2. Dünya Savaşı sonrası sosyal devlet anlayışıyla gelişerek günümüze kadar sürmüştür. Sanayileşme sonrasında; şirket yöneticileri ve işçiler sendikalara başvurmuş bu çerçevede işverenler işçilerin daha iyi şartlarda sunulan sağlık hizmetlerinden faydalanmalarını sağlamışlardır.. Bu durum işçilerin verimliliğinde artış meydana getirerek işverenlerin bu sisteme olan desteklerini arttırmıştır şöyle ki; İşverenler kontrolü tamamen işçilerde olan bu hastalık fonlara mali destekte bile bulunmuşlardır. İşçiler tarafından oluşturulan hastalık fonları anlık çözüm odaklı olup gelire ve ihtiyaca dayalı bir sistemdir. Bismarck bu hastalık fonlarını Almanya' da daha kapsamlı ve daha gelişmiş bir hale getirerek toplumun geneline yaymıştır.

Sosyal güvenlik sistemi, temelinde sisteme katılan kişilerden toplanan primlerden oluşturulan ortan bir fondan prim ödeyenlerin hayatlarının her döneminde

²⁰⁴ Erginay, a.g.e., s.19.

karşılaşma ihtimali var olan hastalık, kaza, ölüm, doğum vb. durumların riskine karşı korumayı amaçlamaktadır.²⁰⁵

Sağlığın finansmanında kullanılan en yaygın model olan sosyal sigorta modeli; nüfusu sağlık bakımından sigorta kapsamına cebirlik esas olarak dahil etmektedir. Modelin işleminde en önemli etmen işçilerin, işverenlerin, kendi namı ve hesabına çalışanlar ile bağımsız çalışanların yatırmak zorunda olduğu primler oluşturmaktadır. Ortak bir havuzda toplanan bu primler bireylerin hastalığa yakalanma riskine karşı bu havuzda toplanmaktadır. Hastalığa yakalanan sigorta sistemine dâhil bireyler oluşan tedavi için gereken finansmanı bu fondan sağlamaktadırlar.²⁰⁶

Sosyal sağlık sigortasında primlerin miktarı ve toplanma şekli; primlerin toplanış biçimi ve harcamaların hangi kurumlarca yapıldığı ve bu kurumların örgütlenme yapısı ile sağlık hizmetlerinin sunumu şekli ülkeler arasında çeşitlilik gösterse de temel göstergeler değişmemektedir.

- Sigortalı bireylerden gelirleri göz önünde bulunarak düzenli alınan primlerin var olması
- Sistem parafsik kurulum ve kuruluşlarca yönetilmesi,
- Halkın tamamı için zorunlu olan ancak kimi ülkelerde belirli bir gelir düzeyinin üstünün istisna tutulduğu (Almanya’da olduğu gibi) ya da kişilerin sosyal sigorta ile özel sigorta arasında seçme özgürlüğünün bulunduğu sistem.

Sonuç itibari ile sosyal sigorta sistemi ile finanse edilen sağlık hizmetlerinin finansmanı bu yöntemle birlikte sürekli ve öngörülebilir hale gelmiştir..²⁰⁷

3.4.2.2.2. Özel Finansman Yöntemleri

Daha öncede bahsettiğimiz gibi sosyal sağlık sigortasının başlangıç süreci vakıfların, derneklerin ve dini kuruluşların bağış toplamaları ve ardından toplanan bu

²⁰⁵ İsmail Güneş, Soner Yakar, “Sosyal Sigortası Finansman Yöntemleri ve Türkiye’de Sosyal Sigorta Kurumlarının Finansman Yöntemlerinin Değerlendirilmesi”, s.127, <http://dergipark.gov.tr>, (Erişim Tarihi: 03.06.2018).

²⁰⁶ Erumut, a.g.m., s.98.

²⁰⁷ Tatar, a.g.m., s.116.

bağışların düşük gelirli bireylerin sağlık hizmeti harcamalarına aktarıldığını söylemiştik. Sonrasında ise özellikle sanayi devrimi sonrası sisteme işçi-işveren ve devlet üçgeni arasında yeni bir sistem oluşturulmuş sağlık harcamalarının finansmanı buradan karşılanmıştır. Süreç ilerledikçe alternatif finansman yöntemleri ortaya çıkmış ve bu yöntemlerden ön plana çıkan özel finansman yöntemleridir.²⁰⁸

Öne çıkan bu özel finansman yöntemleri;, özel sağlık sigortaları, cepten ödemeler, kullanıcı katkıları, tıbbi tasarruf hesabı yoluyla finansman, enformel ödemeler yoluyla finansman olup bu finansman yöntemlerini açıklamakta fayda vardır.

3.4.2.2.1. Cepten Ödemeler

Bireylerin sağlık hizmet kullanım bedelini doğrudan kendilerinin ödediği ve hastalık riskinden korunma adına herhangi bir önlem veya hizmet içermeyen finansman yöntemidir.²⁰⁹

Diğer bir deyişle, cepten ödemeler, doğrudan hastalar tarafından sağlık hizmetleri için yapılan ödemeleri kapsayan bir yöntemdir. Böylece hastalar veya hane halkı sağlık hizmetleri sunulurken veya tedavi görürken aynı yerde ödeme yapmasını zorunlu hale getirmektedir.

Cepten harcamalar hizmeti kullanan bireyin hiçbir aracının veya primin olmadığı ödemenin direk hizmet sunumu anında hizmeti sunan birime yaptığı sistemdir. Bireyin doğrudan hizmet sunan birime hizmet anında yapmasıyla sağlık harcamaların finansmanın en basit şeklini oluşturmaktadır.²¹⁰

Bu yöntemle birlikte birey ödemeyi hizmet anında yaptığı için herhangi bir sağlık problemi olmadığı zamanlarda bir ödeme yapmayacaktır. Bireyin her daim bir hastalanma riski taşıması sebebiyle karşılaşılan maliyet hastalığın türü ve tedavi sürecine göre çok az veya çok fazla olabilmektedir. Böyle bir durumda yüksek gelirli bireyler maliyet karşısında fazla etkilenmez iken düşük gelirli bireylerin bütçeleri ise sarsılmaktadır. Kısacası, bu yöntemde bireylerin sağlık riski her daim olurken sağlık

²⁰⁸ Çoban, a.g.t., s.123.

²⁰⁹ Hakan İstanbulluoğlu, Mahir Güleç, Recai Oğur, "Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri", *Dirim Tıp Gazetesi*, Sayı: 2, Yıl: 2010, s.90.

²¹⁰ Financiamento dos Sistemas de Saude "O Caminho Para o Cobertura Universal, Relatorio Mundial de Saude", s. 5-6, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf, (Erişim Tarihi: 07.08.2018).

hizmeti görmeyen maliyeti sisteme dahil olmadıklarından dolayı paylaştırılmadığından daha zorlayıcı olmaktadır.²¹¹

Cepten ödemeler yöntemi her finansman yönteminin içinde mevcut olsa da kişilerin sağlık riskleri hayatları boyunca mevcut olduğundan ve maliyet yükü düşük gelir düzeyli bireylere çok fazla yansıtacağından tek başına bir finansman sistemi olması mümkün değildir.²¹²

3.4.2.2.2.2. Özel Sağlık Sigortaları

Bu finansman yönteminde ise sigorta şirketleri ve firmalar tarafından yürütülmekte ve kar amacı güdülmektedir. Ülkelere göre farklılık gösteren bu yöntem, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) yaptığı tanımlamalara göre özel sağlık sigortası beş farklı rol üstlenir, Bunlar; **baskın, zorunlu, ikame edici, tamamlayıcı ve ilave edici**. Örneğin: ABD'de tüm çalışan nüfus için zorunlu olan özel sağlık sigortası iken, Belçika, Hollanda ve Almanya'da bireyler tarafından satın alınır.²¹³

Özel sağlık sigortası primlerinin hesaplanma süreci ise bireylerin, grupların veya toplumların taşıdığı sağlık risklerine göre belirlenmektedir. Bireysel sağlık riskinin ortaya çıkarılması risk profilinin yola çıkarak belirlenmektedir. Risk profili ise bireyin yaşı, cinsiyeti, hastalığa yakalanma riskine ve hizmeti kullanım sıklığına bakılarak şekillenmektedir. Grup ve toplumların prim hesaplamaları ise yine ortalama bir risk profili belirlenerek oluşturulmaktadır.²¹⁴

Bu model, cepten yapılan ödemelerin olumsuz yanlarını gidermekte olan niteliklere sahip olup, sağlık hizmetlerini satın alanlar ile sağlık hizmetlerini sunanlar arasında aracı rolünü üstlenmektedir. Özel sağlık sigortası primleri bireylerin ödeme güçlerine göre toplanmakta ve görülen hizmetin bedeli kadar hizmet sunucusuna ödeme yapmaktadır sosyal sigortadan farkı ise burada ki sigorta kuruluşlarının toplanan primler üzerinden kar amacı gütmesidir..²¹⁵

²¹¹ Çelikay, Gümüş, a.g.m., s.189.

²¹² Tatar, a.g.m., 113.

²¹³ Uğurluoğlu, Özgen, a.g.m., s.142.

²¹⁴ Gülbiye Yenimahalleli Yaşar, "Sağlık Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi", (Doktora Tezi), Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2007, s.19-23.

²¹⁵ Erumut, a.g.m., s.99.

Netice itibari ile özel sağlık sigortaları bireylerin sağlık hizmet maliyetlerini hafifletmekte olup prim bedelini düşürerek sigorta sistemini tabana yayabilir ve sağlık hizmeti sunucuları üzerinde hizmet bedellerini düşürmeleri için baskı kurabilirler. Bu baskı sonucu sağlık hizmeti sunucuları maliyetlerini azaltabilir ancak aynı zamanda sunulan hizmet kapsamını daraltabilir ve aynı zamanda hizmet kalitesini de düşürerek tüketici memnuniyetsizliğine yol açabilirler.²¹⁶

3.4.2.2.3. Kullanıcı Katkıları

1978 yılında Birleşmiş Milletler Çocuklar Yardım Fonu (UNİCEF) ve DSÖ önderliğinde yapılan Alma Ata Konferansında, tüm üye ülkeler sigorta sisteminin tüm topluma yayılma sözünü vermesi durumu bu sözün gerçekleşmesi için oluşturulacak finansal kaynakların varlığına dikkat çekmiştir. Bu dönemde temel sağlık hizmetleri yaklaşımı sadece ideolojik olarak kabul görmeye kalmamış aynı zamanda en etkili strateji olarak değerlendirilmiştir.²¹⁷

Kullanıcı katkıları ise sağlık hizmeti kullanımı durumunda ortaya çıkan maliyetin parasal olarak bireylere bir kısmının yansıtılması durumudur ve bireylerin cepten ödemelerle sağlık hizmetlerini talep edebileceğini savunmaktadır.

Bununla birlikte hizmeti sunan birim yapılan sözleşme itibariyle sadece hizmeti gören bireylere değil aynı zamanda kamu ya da özel sigorta şirketlerine karşı da sorumlu kılınmaktadır. Kullanıcı katkılarının avantajı ise toplanan fonun gelirlerin artmasıyla beraber artarak devletin uzun süreli fonlama ihtiyacını karşılayacaktır. Kullanıcı katkıları sağlık yardımına ihtiyacı olan yoksul ve fakir kesimin gelirleri üzerinde önemli etkilere neden olduğundan bu hizmetlerin gereksiz kullanımının önüne geçmektedir..²¹⁸

²¹⁶ Emine Orhaner, “Sağlık Harcamalarının Finansmanında Özel Sağlık Sigortalarının Rolü”, *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, Cilt: 3, Sayı: 3, 2017, s.401.

²¹⁷ Yenimahalleli, a.g.t., s.17.

²¹⁸ Çoban, a.g.t., s.126.

3.4.2.2.4. *Tıbbi Tasarruf Hesabı Yoluyla Finansman*

Şu an ABD’ de sınırlı şekilde uygulanan ve başlangıcı Singapur’da olan tıbbi tasarruf hesabı yolu ile finansman yöntemi Bismarckçı finansman yöntemi ile Beveridge tipi finansman yöntemi arasında bir yere konumlandırılmaktadır. Tıbbi tasarruf hesabı yolu ile finansman yönteminde bireyler genç ve sağlıklı iken zorunlu bir tasarruf hesabı açtırılarak burada birikim yaptırılır ardından kişi sağlık hizmetini kullandığında yine kendine ait bu hesaptan hizmet bedelleri karşılanmaktadır. Her bireyin kendine ait bir hesabı olduğundan yine bireyler sadece bu hesaplardan sağlık hizmet bedelini ödemek durumundadır.

Sonuç olarak bu yöntemin avantajı hizmeti kullananların fiyatlara duyarlı olmasından kaynaklı gereksiz hizmet kullanımını engellemek olup dezavantajı ise yine ortak bir havuz olmadığından maliyetler paylaştırılmaması sebebiyle tek bir bireyin üstünde kalmaktadır.²¹⁹

3.4.2.2.5. *Enformel Ödemeler*

Sağlık hizmet sunucularının ya da hekimlerin çeşitli gerekçelerle hizmet bedeli dışında aldığı halk arasında *bıçak parası* olarak adlandırılarak tedavi öncesi veya sonrası yapılan ödemelerdir.²²⁰

Kamu – özel farketmeksizin tedavi öncesinde hiçbir yasal dayanağı olmayan yapılan *benimle özel ilgilenin* ya da tedavi sonrasında *teşekkür hediyeleri* kayıt altına alnamaması sebebiyle varlığı ya da alınan miktarlar halen tartışılmaktadır. Bu ödemelerin temel sebebi ise sağlık sektörünü fonlayan kaynakların yetersiz kalması, hizmet kalitesinin düşüklüğü ve kültür-gelenek ile yakından ilişkilidir.²²¹

Dolayısıyla enformel ödemelerin gizli yapılması sebebiyle kaydı tutulamamakta olup ülkelerin toplam sağlık harcamaları arasında ki payı görülememektedir.

²¹⁹ Orhaner, a.g.m., s.403.

²²⁰ Çoban, a.g.t., s.127.

²²¹ Elias Mossialos, Anna Dixon, Josep Figueras, Joe Kutzin, a.g.e., s.24.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYEDE SAĞLIK HARCAMALARIN ANALİZİ (2005-2017)

1. SAĞLIK HARCAMALARININ GELİŞİMİ (2005-2017 DÖNEMİ)

Türkiye’de sağlık harcamalarının gelişimini aşağıdaki biçimde incelemekte yarar vardır;

Tablo 1. 2005-2017 Yılları Arası Türkiye’de Sağlık Harcamaları (TL/USD)

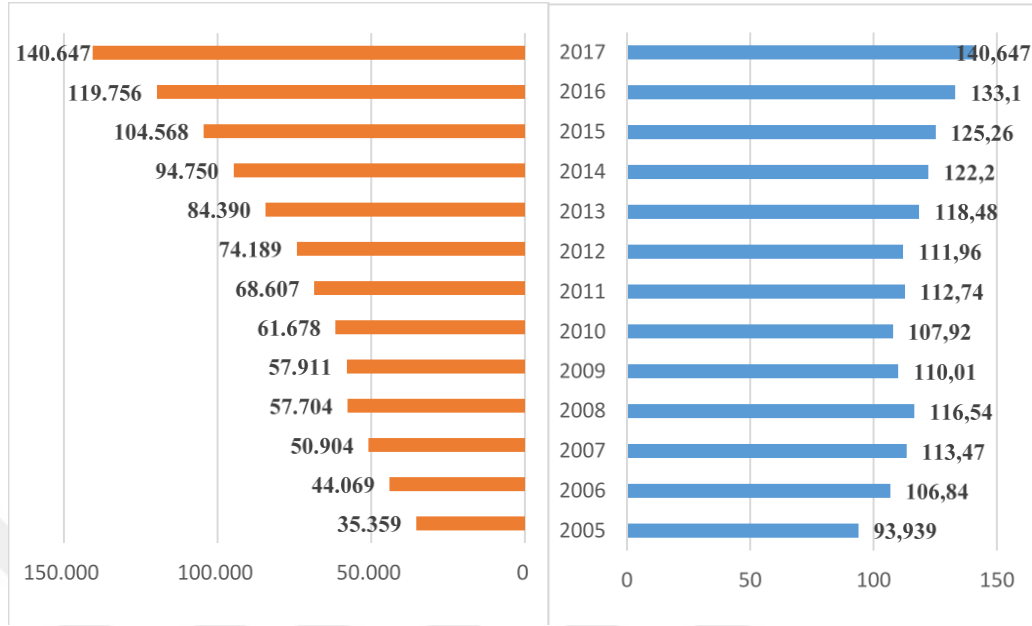
Yıllar	TL	2017 Yılı	USD
	Fiyatlarıyla TL		
2005	35.359	93,939	26.372
2006	44.069	106,84	30.793
2007	50.904	113,47	39.112
2008	57.704	116,540	44.659
2009	57.911	110,01	37.434
2010	61.678	107,92	41.108
2011	68.607	112,74	41.108
2012	74.189	111,96	41.388
2013	84.390	118,48	44.385
2014	94.750	122,20	43.225
2015	104.568	125,26	38.373
2016	119.756	133,10	39.608
2017	140.647	140,647	38.551
2002-2013 Artış (Kat)	2,98	4,9	0,46

Kaynak: TÜİK

2005-2017 yılları arasında sağlık harcamaları nominal olarak %298 reel olarak %49 artmıştır, Amerikan doları ise %46 artmıştır. Buradan hareketle Türkiye’de sağlık harcamalarının gelişimini Grafik 1’de daha net bir biçimde görmekteyiz.

Sağlık Harcamaları, (milyon TL)

2017 Fiyatlarıyla Sağlık Harcamaları, (milyon TL)



Grafik 1. 2005-2017 Yılları Arası Sağlık Harcamaları, (Milyon TL)

Kaynak: TÜİK

Yukarıdaki Grafik 1'den hareketle görülüyor ki Türkiye'de sağlık harcamaları 2005 yılından itibaren nominal olarak sürekli artmaktadır. 2005-2017 yılları arasında sağlık harcamaları nominal olarak %298 reel olarak %49 artmıştır. Amerikan doları ise %46 artmıştır.

2. TÜRKİYE'DE YILLARA GÖRE SAĞLIK HARCAMALARININ GSYH İÇİNDEKİ PAYI

Devletlerin GSYH içinde sağlık hizmetlerine verdiği önem son derece önemlidir. Türkiye'de 2005-2017 dönemi gerçekleşen sağlık harcamalarının GSYH içindeki payını incelemekte fayda vardır.

Aşağıdaki tablodan hareketle 2005-2017 arası sağlık mal ve hizmetlerine bakıldığında bu dönemdeki ilerlemelere rağmen sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı negatif olarak değişmiştir. Yani 2005 yılı sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı %5,2 iken 2017 ise %4,5. OECD ülkelerin 2005 yılı sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı %8,7 iken 2017 yılında ise %8,9'a kıyasla bu oran oldukça düşüktür. Sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı incelenirken; yaşlı ve çocuk nüfus oranı

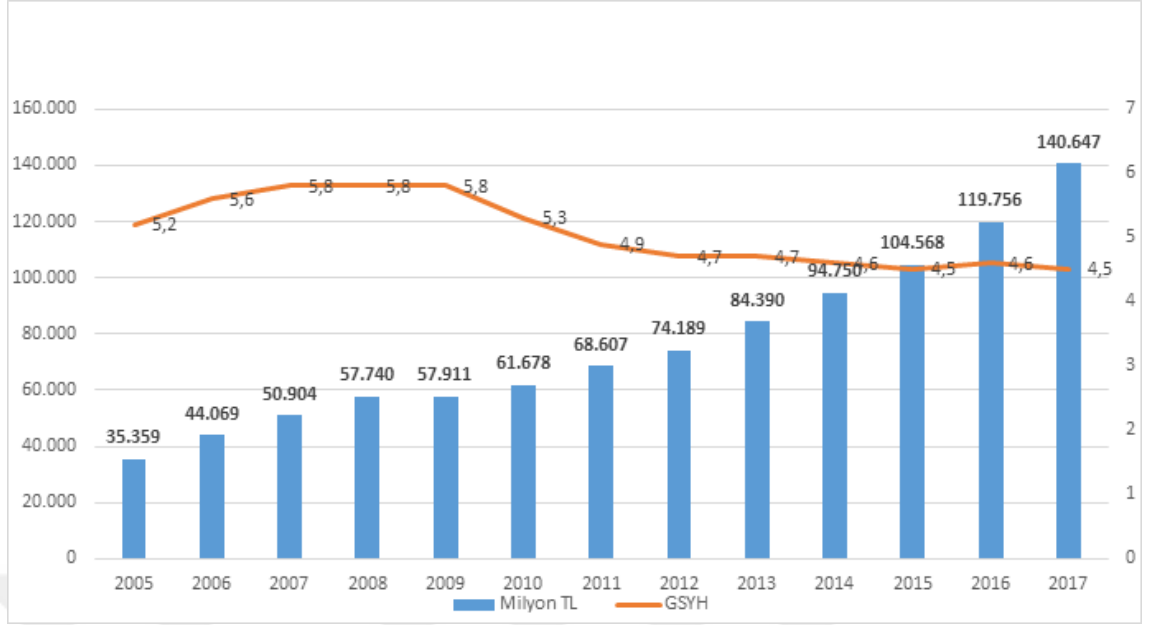
veya sağlık hizmetinde çalışan personel sayısı gibi diğer etkenlerinde göz önüne alınmasında fayda vardır.

Tablo 2. Türkiye’de 2005-2017 Yılları Arası Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı

Yıllar	Sağlık Harcamaları, Milyon TL	GSYH/ Milyon TL	Sağlık Harcamaların GSYH İçindeki Payı (%)	OECD lkelerin Sağlık Harcamaların GSMH İçindeki Payı (%)
2005	35.359	93,939	5,2	8,7
2006	44.069	106,84	5,6	8,6
2007	50.904	113,47	5,8	8,6
2008	57.740	116,540	5,8	8,9
2009	57.911	110,01	5,8	9,6
2010	61.678	107,92	5,3	9,4
2011	68.607	112,74	4,9	9,3
2012	74.189	111,96	4,7	9,2
2013	84.390	118,48	4,7	8,9
2014	94.750	122,20	4,6	8,9
2015	104.568	125,26	4,5	8,8
2016	119.756	133,10	4,6	8,9
2017	140.647	1 40,647	4,5	8,9

Kaynak: TÜİK, <https://data.oecd.org/>

Tablo 2’den hareketle aşağıdaki grafikte sağlık harcamalarının GSYH içindeki payını net bir biçimde görmekteyiz.



Grafik 2: Sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı (2005-2017)

Kaynak: TÜİK, <https://data.oecd.org/>

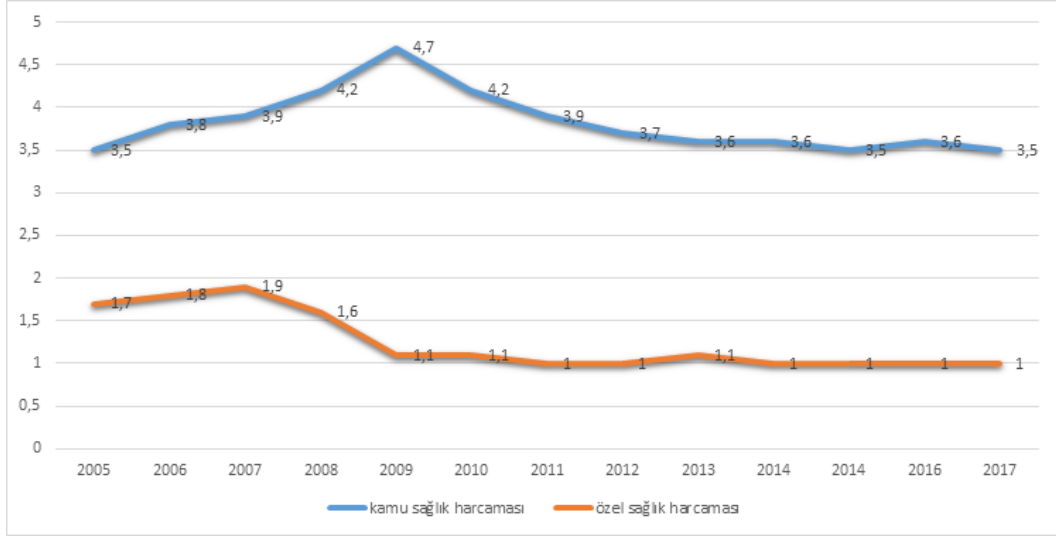
Sağlık harcamalarının GSYH içindeki payını net bir biçimde görmekteyiz. Bu noktada toplam sağlık harcamalarının GSYH içindeki payını incelemekte fayda vardır.

Tablo 3. Türkiye’de 2005-2017 Yılları Arası Harcamalarının GSYH İçindeki Payı

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Kamu Sağlık Harcamaları	3,5	3,8	3,9	4,2	4,7	4,2	3,9	3,7	3,6	3,6	3,5	3,6	3,5
Özel Sağlık Harcamaları	1,7	1,8	1,9	1,6	1,1	1,1	1,0	1,0	1,1	1,0	1,0	1,0	1,0
Toplam Sağlık Harcamaları	5,2	5,6	5,8	5,8	5,8	5,3	4,9	4,7	4,7	4,6	4,6	4,6	4,5

Kaynak: TÜİK

Yukarıdaki tablodan hareketle 2005 ile 2017 yılları karşılaştırıldığında Türkiye’de sağlık harcamalarının GSYH oranı **%4,5** değişmiştir. 2005 yılında sağlık harcamalarının GSYH ’ya oranının **%3,5’**ini kamu finanse ediyor iken bu oran 2017’de **%3,5’**te kalmaktadır. Buradan hareketle sağlık harcamalarının finansman yapısının değişmediğini görmekteyiz. Aşağıda Grafik 3’de 2005 – 2017 yılları arasındaki kamu ve özel sağlık harcamalarının GSYH içindeki payını net bir biçimde görmekteyiz.



Grafik 3. Türkiye’de Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı

Kaynak: TÜİK

Öte yandan, Türkiye’de doktor başına 572 hasta düşmekte ve toplamda 141 bin 259 doktorun görev yaptığı dikkate alındığında 100 bin kişiye yaklaşık 181 doktor düşmektedir. Bu rakam OECD ülkelerinde 100 bin kişiye yaklaşık 343 doktor civarındadır. Türkiye, kişi başına düşen doktor sayısında Güney Afrika, Endonezya gibi ülkelerle birlikte en alt sıralarda kalmaktadır. Çünkü Türkiye’de performans açısından bakıldığında nitelikten çok niceliğe önem verilirken, fazla hasta muayene eden doktorun performansının fazla olduğu ve döner sermayeden daha fazla para alacağı anlamına gelen bu sistem, doktorlar arasında rekabete neden olmaktadır. Performans nedeniyle hastaların işlemleri kısa tutulmaya çalışılmakta ve hastaya ayrılan süre azalmaktadır. Dolayısıyla performans sistemi hem halk sağlığını hem doktor haklarını olumsuz şekilde etkilemektedir. Ayrıca OECD ülkelerinde 100 bin kişiye düşen hemşire ve ebe sayısı 1.098 iken, Türkiye’de 257’dir. 2015 verilerine göre nüfusa göre bir değerlendirme yapıldığında Türkiye’deki hastane sayısının pek çok OECD ülkesine göre yetersiz olduğu görülmektedir. Örneğin 1 milyon kişiye düşen hastane sayısı Japonya’da 66,72, Fransa’da 46,36, Almanya’da 38,05, İngiltere’de 29,11 iken, Türkiye’de 19,6, Maceristan’da 17,07, İspanya’da 16,47, Slovenya’da ise 14,05 dir.²²²

²²² <https://www.sozcu.com.tr/2018/gundem/bugun-14-mart-tip-bayrami-turkiyede-bir-doktora-572-hasta-dusuyor-2285789/>, (Erişim Tarihi: 06.10.2019); <http://www.memurhaber.com/turkiuede-144-bin-hekim-bulunuyor-tip-fakultemiz-1855780h.htm>, (Erişim Tarihi 06.10.2019).

3. TÜRKİYE’DE KİŞİ BAŞI SAĞLIK HARCAMALARI

Türkiye’de 2005-2017 yılları arasında gerçekleşen kişi başı sağlık harcamalarını incelemekte fayda vardır.

Tablo 4. Türkiye’de 2005-2017 Yılları Arası Kişi Başı Sağlık Harcamaları (TL/USD)

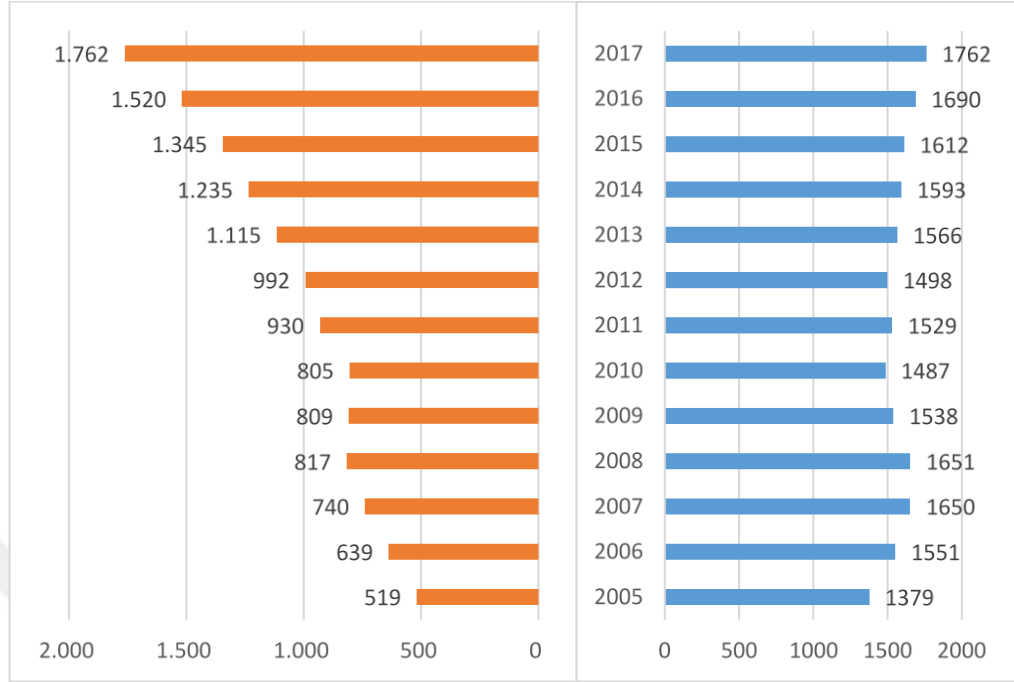
YILLAR	TL	2017 YILI	USD
2005	519	1379	387
2006	639	1551	446
2007	740	1650	569
2008	817	1651	633
2009	809	1538	521
2010	805	1487	536
2011	930	1529	556
2012	992	1498	551
2013	1115	1566	586
2014	1235	1593	563
2015	1345	1612	494
2016	1520	1690	503
2017	1762	1762	482
2005-2017 Artış (Kat)	2,4	0,30	1,65

Kaynak: TÜİK

Yukarıdaki tablodan hareketle görmekteyiz ki; 2005-2017 döneminde kişi başı sağlık harcamaları nominal olarak **%240**, reel olarak **%30** artmıştır. Bu dönemde Türkiye'deki ekonomik gelişmelere paralel olarak ABD doları cinsinden kişi başı sağlık harcamaları **%165** artmıştır. Buradan hareketle Türkiye’de 2005-2017 yılları arası kişi başı sağlık harcamalarını TL cinsinde Grafik 4’de açık bir şekilde incelemekte fayda vardır.

Kişi Başı Sağlık Harcamaları

2017 Fiyatlarıyla Kişi Başı Sağlık Harcamaları



Grafik 4. Türkiye’de 2005-2017 Yılları Arası Kişi Başı Sağlık Harcamaları (Milyon TL)

Kaynak: TÜİK

Türkiye’de 2005-2017 yılları arasında gerçekleşen kişi başı sağlık harcamalarını ele aldık bu noktada 2005-2017 yılları arasında gerçekleşen kişi başı kamu sağlık harcamaları ve özel sağlık harcamalarını incelemekte fayda vardır.

3.1. Kişi Başı Kamu Sağlık Harcamaları

Aşağıda Tablo 5’den hareketle 2005-2017 döneminde kişi başı kamu sağlık harcamaları nominal olarak **%300**, reel olarak **%50**, olarak arttığını görmekteyiz. Ayrıca bu dönemde Türkiye’deki ekonomik gelişmelere paralel olarak ABD doları cinsinden kişi başı kamu sağlık harcamalarının **% 47** arttığını söylemek mümkündür.

**Tablo 5. Türkiye’de 2005-2017 Yılları Arası Kişi Başı Kamu Sağlık Harcamaları,
(TL/USD)**

Yıllar	TL	2017 Yılı Fiyatlarıyla, TL	USD
2005	343	911	256
2006	437	1059	306
2007	495	1103	381
2008	597	1204	463
2009	655	1244	423
2010	668	1168	445
2011	740	1216	443
2012	786	1186	437
2013	875	1228	461
2014	957	1234	437
2015	1056	1264	388
2016	1193	1325	395
2017	1375	1375	377
2005-2017 Artış (Kat)	3,00	0,5	0,47

Kaynak: TÜİK

3.2. Kişi Başı Özel Sağlık Harcamaları

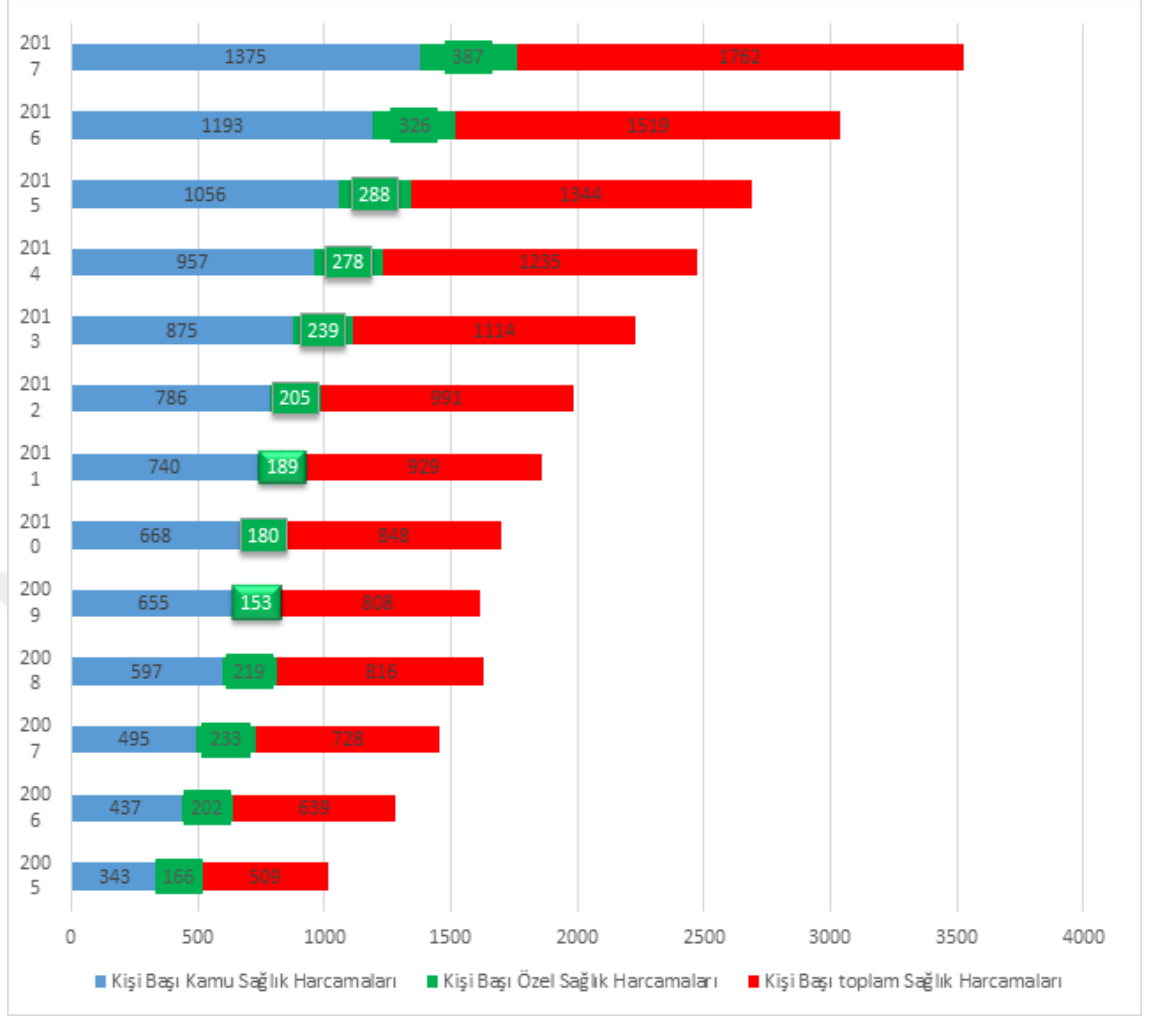
Türkiye’de kişi başı kamu sağlık harcamalarını inceledik bu noktada 2005 - 2017 yılları arası kişi başı özel sağlık harcamalarını aşağıda Tablo 6’da gösterilmektedir.

Tablo 6. Türkiye’de 2005-2017 Yılları Arası Kişi Başı Özel Sağlık Harcamaları (TL/USD)

Yıllar	TL	2017 Yılı Fiyatlarıyla, TL	USD
2005	166	441	124
2006	202	489	141
2007	233	519	179
2008	219	441	170
2009	153	290	99
2010	180	314	120
2011	189	310	113
2012	205	309	114
2013	239	335	126
2014	278	358	127
2015	288	344	106
2016	326	362	108
2017	387	387	106
2005-2017 Artış (Kat)	1,33	-0,12	-0,14

Kaynak: TÜİK

Yukarıda Tablo 6’da görülüyor ki, Türkiye’de 2005 - 2017 yılları arası kişi başı özel sağlık harcamaları nominal olarak **%133** artmıştır. Fakat reel olarak **%12** azalmaktadır. Ayrıca bu dönemde Türkiye'deki ekonomik gelişmelere paralel olarak ABD doları cinsinden kişi başı özel sağlık harcamaları - **%14** azalmaktadır. Tablo 5 ve Tablo 6’dan hareketle aşağıda Grafik 5’de 2005-2017 yılları arasında gerçekleşen kişi başı kamu sağlık harcamaları ve özel sağlık harcamalarını TL cinsinde karşılaştırmalı olarak görmekteyiz.



Grafik 5. Türkiye’de 2005-2017 Yılları Arası Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcamaları, (TL)

Kaynak: TÜİK

4. FİNANSMANI SAĞLAYANLARA GÖRE SAĞLIK HARCAMALARI

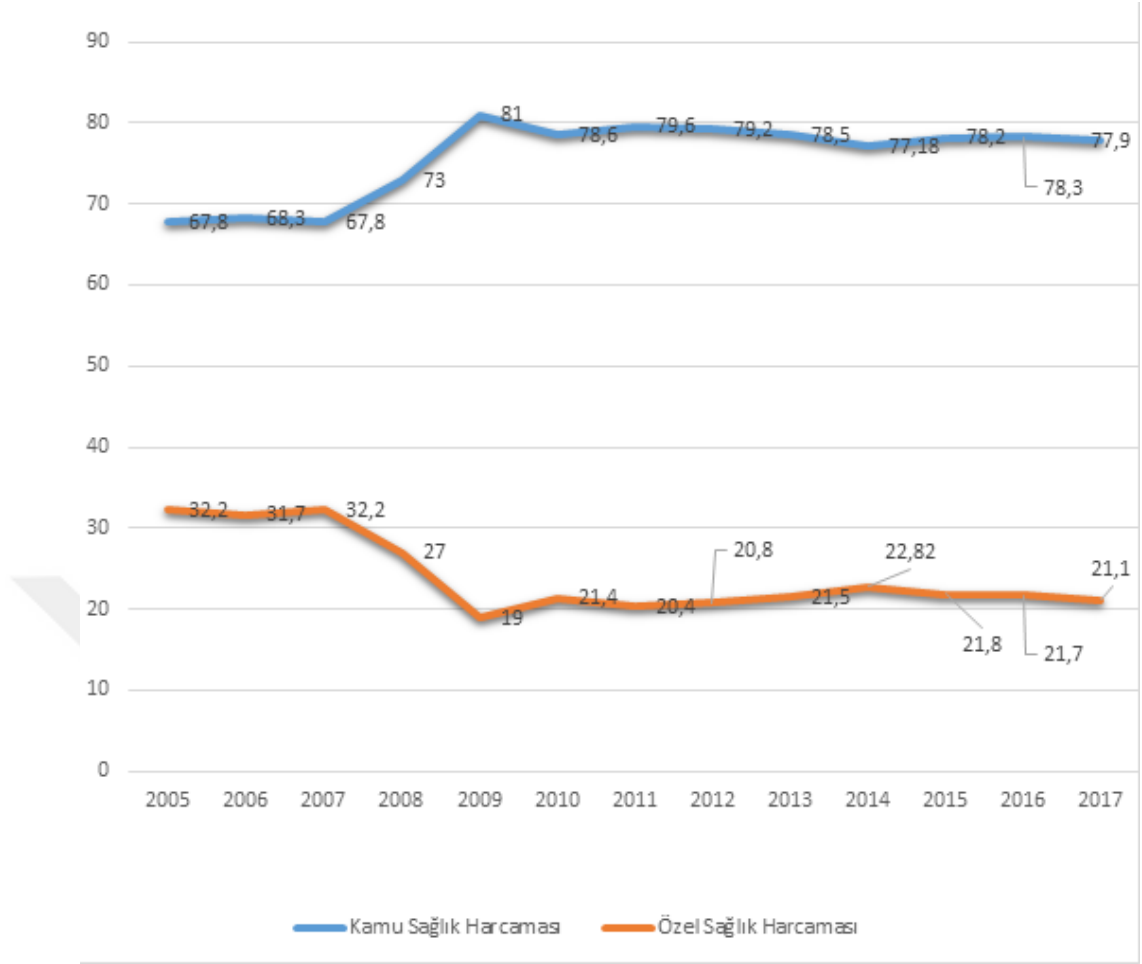
Türkiye’de 2005-2017 yılları arasında sağlık finansmanını sağlayanlara göre kamu ve özel sağlık harcamalarını TL cinsinden karşılaştırmalı olarak aşağıda Tablo 7’de incelemek mümkündür.

Tablo 7. Türkiye’de 2005-2017 Yılları Arası Toplam Sağlık Harcamalarının Kamu Ve Özel Sağlık Harcamalarına Oranı , (Milyon TL)

Yıllar	Kamu Sağlık Harcamaları	Özel Sağlık Harcamaları	Toplam Sağlık Harcamaları	Kamu Sağlık Harcamalarının Payı(%)	Özel Sağlık Harcamalarının Payı(%)
2005	23.987	11.372	35.359	67.8	32.2
2006	30.116	13.953	44.069	68.3	31.67
2007	34.530	16.374	50.904	67.8	32.2
2008	42.159	15.580	57.740	73.0	27.0
2009	46.890	11.021	57.911	81.0	19.0
2010	48.482	13.196	61.678	78.6	21.4
2011	54.580	14.028	68.607	79.6	20.4
2012	58.785	15.404	74.189	79.2	20.8
2013	66.228	18.162	84.390	78.5	21.5
2014	73.382	21.368	94.750	74.4	22.6
2015	82.121	22.446	104.568	78.5	21.5
2016	94.012	25.744	119.756	79.2	20.8
2017	109.744	30.904	140.647	78.0	22.0

Kaynak: TÜİK

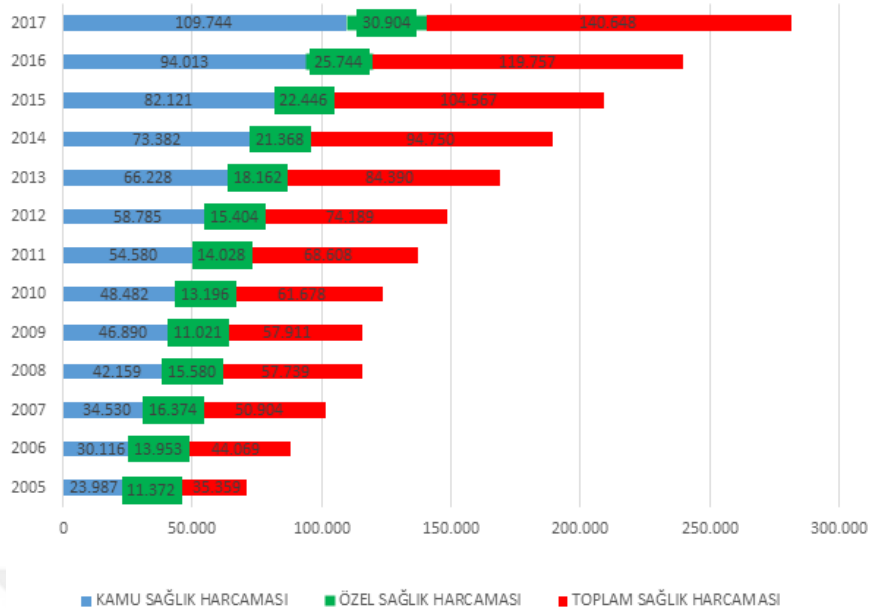
Türkiye’de 2005-2017 döneminde sağlık harcamalarının finansman yapısında önemli değişiklikler olmuştur. Tablo 7’den hareketle görülüyor ki, 2005 yılında sağlık harcamalarının %67,8’si kamu tarafından %32,2’yi ise özel harcamalardan finanse ediliyor iken; 2017 yılında kamu finansman payı %78,0’ı yükselmiş ve özel sektörün finansman payı ise %22,0’ye düşmüştür. Tablo 7’den hareketle Grafik 6’da açık bir biçimde görülüyor ki, Türkiye’de 2005–2017 döneminde sağlık hizmetlerinin finansmanında kamunun payı artarken fakat özel sektörün payı düşmektedir.



Grafik 6. Türkiye’de 2005-2017 Yılları Arası Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarına Oranı (TL)

Kaynak: TÜİK

2005-2017 yılları arası sağlık harcamalarının finansmanını sağlayanlar bakımından bazı yapısal değişiklikler meydana gelmiş; güvenlik kurumları birleştirilmiş, devlet memurları ve yeşil kartlıların ödemeleri SGK'ya bu çerçevede devredilmiştir. Bu noktada Grafik 7’de bu değişimi açık bir biçimde gözlemleyebiliriz.



Grafik 7. Türkiye’de 2005-2017 Yılları Arası Toplam Sağlık Harcamalarının Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarına Oranı (TL)

Kaynak: TÜİK

Tablo 8. Türkiye’de 2005-2017 Yılları Arası Sağlık Harcamalarının Finansmanı Sağlayanlara Göre Dağılımı, (TL)

		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2005 2017 Oran
Sosyal Güvenlik Kurumu	T	14.000	17.667	19.697	25.346	28.277	30.69	34.98	41.63	46.99	51.35	55.90	64.16	73.12	4,22
	L						5	7	0	3	6	8	3	5	
	%	39,9	40,1	38,7	48,9	48,8	49,8	50,9	56,1	55,7	54,0	54,4	53,5	51,9	
Merkez Yönetim	T	9.520	11.766	13.966	15.948	17.946	17.20	19.08	16.49	18.42	21.28	25.28	28.73	35.31	2,70
	L						9	6	3	5	3	6	1	6	
	%	26,9	26,7	27,4	27,6	31,0	27,9	27,8	22,2	21,8	22,4	24,0	23,9	25,1	
Yerel Yönetimler ve Diğer Kamu Harcamaları	T	467	683	867	865	667	577	557	662	810	744	927	1118	1308	1,80
	L														
	%	1,3	1,6	1,7	1,5	1,2	0,9	0,8	0,9	1,0	0,78	0,8	0,9	0,9	
Kamu Sağlık Harcamaları	T	23.987	30.116	34.530	42.159	46.890	48.48	54.58	58.78	66.22	73.38	82.12	94.01	109.7	3,58
	L						2	0	5	8	2	1	2	44	
	%	67,8	68,3	67,8	73,0	81,0	78,6	79,6	79,2	78,5	77,18	78,2	78,3	77,9	
Çapın Harcamaları	T	8.040	9.684	11.105	10.086	8.142	10.06	10.59	11.75	14.15	16.81	17.31	19.56	24.00	1,98
	L						2	0	6	9	5	2	4		
	%	22,8	22,0	21,8	17,4	14,1	16,3	15,4	15,8	16,8	17,7	16,3	16,3	17,6	
Diğer Özel Sektör Harcamaları	T	3.323	4.269	5.269	5.545	2.879	3.134	3.438	3.654	4.006	4.540	5.131	6.182	6.900	1,07
	L														
	%	9,4	9,7	10,4	9,6	5,0	5,1	5,0	4,9	4,7	4,8	5,3	5,1	4,9	
Özel Sektör Harcamaları	T	11.372	13.953	16.374	15.580	11.021	13.19	14.02	15.40	18.16	21.36	25.74	25.74	30.90	1,71
	L						6	8	4	2	8	4	9	4	
	%	32,2	31,7	32,2	27,0	19,0	21,4	20,4	20,8	21,5	22,8	21,8	21,7	22,1	
Toplam	T	35.359	44.069	50.904	57.740	57.911	61.67	68.60	74.18	84.39	94.75	104.5	119.7	140.6	2,98
	L						8	7	9	0	0	67	56	48	
	%														

Kaynak: TÜİK

Yukarıda Tablo 8’de 2005-2017 yılları arasında sağlık harcamalarının finansmanı sağlayanlara göre dağılımını net bir şekilde görmekteyiz. Buradan hareketle; 2005-2017 yılların arasında sağlık harcamalarının finansmanını sağlayanlara baktığımızda, en önemli artış sebebi, SGK harcamalarında yaşanmıştır. 2005 yılına göre 2017 yılında SGK sağlık harcamalarında 4,22 kat artış olmuştur. Bu artışın nedeni ise, SSK hastaneleri bu dönemde Sağlık Bakanlığına devredilmiş, özel hastaneler SGK’lılara açılmış, ilaca ve diğer sağlık hizmetlerine diğer yıllara oranla bu dönemde erişimi kolaylaşmış, memur ve yeşil kartlıların sağlık giderleri SGK tarafından karşılanmıştır.

Tablo 9. Türkiye’de 2005-2017 Yılları Arası Kamu Sağlık Harcamaları (TL/USD)

YILLAR	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2005-2017 Artış
TL	23.987	30.116	34.530	42.159	46.890	48.482	54.580	58.785	66.228	73.382	82.121	94.012	109.744	3,57
2017 yılı Fiatlarıyla	63.727	73.026	76.972	85.100	89.076	84.832	89.695	88.718	92.912	94.649	98.372	104.492	109.744	0,72
USD	17.900	21.060	26.561	32.681	30.251	32.321	32.682	32.658	34.856	33.507	30.191	31.129	30.066	0,67
Sağlık Harcamaları İçindeki Payı(%)	67,8	68,3	67,8	70,0	81,0	78,6	79,6	79,2	78,5	77,18	78,2	78,3	77,9	
GSYH İçindeki Payı(%)	3,5	3,8	3,9	4,2	4,7	4,2	3,9	3,7	3,6	3,6	3,5	3,6	3,5	

Kaynak: TÜİK

Tablo 9’dan hareketle; 2005-2017 dönemde kamu sağlık harcamaların nominal olarak **3,57** artar iken, reel olarak **0,67** artmaktadır. 2005 yılında **%67,8** olan kamu sağlık harcamalarının payı artarak 2017 yılında **%77,9**’u artmaktadır. GSYH içindeki payı, değişikliği olmamıştır. 2005 yılı **%3,5** iken 2017 yılında aynı kalmaktadır.

4.1. Kamu Sağlık Harcamaları

Kamu sağlık harcamaları sağlık hizmetlerinin kamu birimleri tarafından karşılanması sürecini ifade etmektedir. Kamu sağlık harcamalarını; sosyal güvenlik kurumları sağlık harcamaları, merkezi yönetim kurumlarının sağlık harcamaları, yerel yönetimler ve diğer kamu kurumlarının sağlık harcamaları olmak üzere üç başlık altında açıklayacağız.

4.1.1. Sosyal Güvenlik Kurumlarının Sağlık Harcamaları

Türkiye’de SSK, BAĞ-KUR ve Emekli Sandığı olmak üzere üç büyük Sosyal Güvenlik Kurumu bulunmaktaydı. 2002 yılsonunda yürürlüğe konulan *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı* çerçevesinde hizmet sunumunun birleştirilmesi için bir takım hazırlıklar yapılmıştır. Yapılan çalışmalar sonucunda Üniversite hastaneleri, Savunma Bakanlığı ve belediye hastaneleri dışında, tüm kamu sağlık kuruluşları Sağlık Bakanlığına devredilerek en önemli reformlardan biri yapılmıştır.

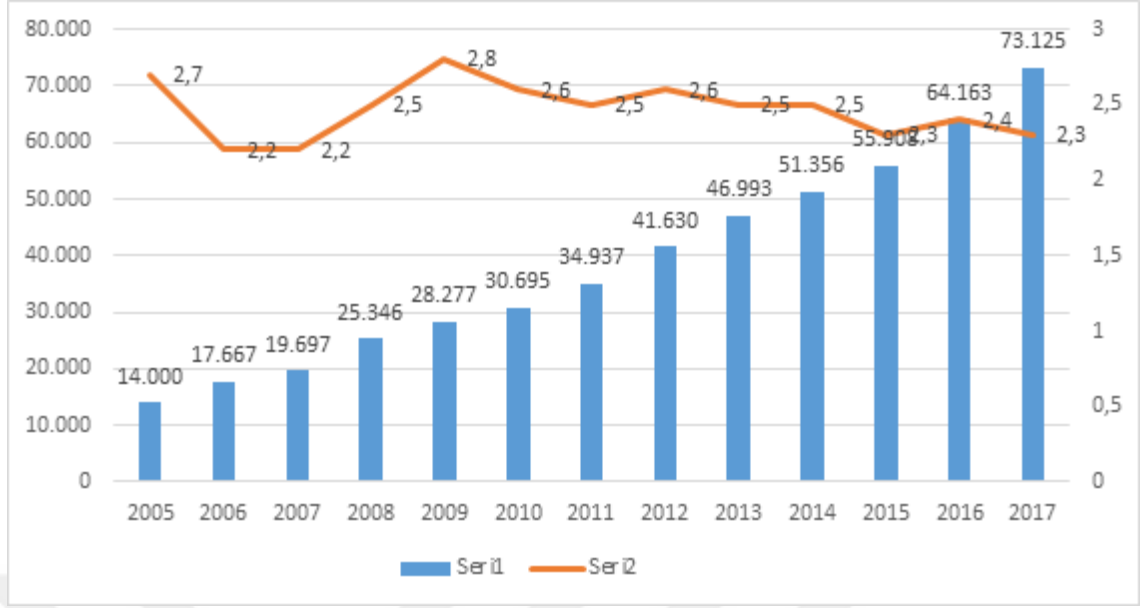
Dolayısıyla 2005-2017 yılları arasında, sağlık sisteminin genel durumu birçok konuda farklılaşmıştır. Sosyal güvenlik kurumları (SGK) tek bir havuza içinde toplanması ile önemli değişimlere gidilmiş ve yapısal çok çeşitli sorunlar çözülmüştür. Dolayısıyla bu noktada Türkiye’de sosyal güvenlik kurumlarının sağlık harcamalarını Tablo 10’da incelemekte fayda vardır. 2007 yılında SSK, BAĞ-KUR ve Emekli Sandığının, SGK içerisinde birleşmesinin buna ek olarak 2010 yılında devlet memurlarının ve 2012 yılında yeşil kart harcamalarının SGK’ya devri olmuştur. Bu durumun etkisi aşağıda Tablo 10’da görüldüğü üzere şu şekilde açıklayabiliriz; 2005 yılında %39,6 olan SGK’nın sağlık harcamalarının içindeki payı 2017 yılında %51,7 seviyesine yükselmiştir.

Tablo 10. Türkiye’de 2005-2017 Yılları Arası Sosyal Güvenlik Kurumlarının Sağlık Harcamaları ve GSYH İçindeki Payı, (TL/Dolar)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2005-2017 Artış
TL	14.000	17.667	19.697	25.346	28.277	30.695	34.937	41.630	46.993	51.356	55.908	64.163	73.125	4,22
2017YILI FİYATLARIYLA	37.194	42.829	43.907	51.152	53.717	53.709	57.414	62.828	65.973	66.240	66.971	71.315	73.125	0,96
USD	10.447	12.354	15.151	19.647	18.243	20.463	20.920	23.127	24.733	23.450	20.554	21.246	20.034	0,92
Sağlık Harcamaları	39,6	40,1	38,7	43,9	48,8	49,8	50,9	56,1	55,7	54,0	53,4	53,5	51,9	
GSYH İÇİNDEKİ PAYI(%)	2,7	2,2	2,2	2,5	2,8	2,6	2,5	2,6	2,5	2,5	2,3	2,4	2,3	

Kaynak: TÜİK

Tablo 10’dan hareketle yapılan aşağıda Grafik 8’de görülüyor ki, Sosyal Güvenlik Kurumların sağlık harcamalarının 2005 yılında GSYH içindeki payı %2,7 iken, 2017 yılında ise 2,3 düşmektedir.



Grafik 8. Türkiye’de 2005-2017 Yılları Arası Sosyal Güvenlik Kurumlarının Sağlık Harcamaları ve GSYH İçindeki Payı, (TL/Dolar)

Kaynak: TÜİK

4.1.2. Merkez Yönetim Kurumlarının Sağlık Harcamaları

2005 yılında Sağlık Bakanlığının; üniversite hastanelerinin özel bütçesi ve Milli Savunma Bakanlığına bağlı sağlık tesislerinin merkezi yönetim bütçesinden karşılanan giderlerinin finansmanı Merkezi Yönetim Bütçesinden karşılanmaktaydı. 2010 yılına gelindiğinde devlet memurlarının sağlık giderleri SGK tarafından karşılanmaya başlanmış ayrıca yeşil kartlıların sağlık giderleri de 2012 yılından itibaren SGK tarafından karşılanmaya başlanmıştır.

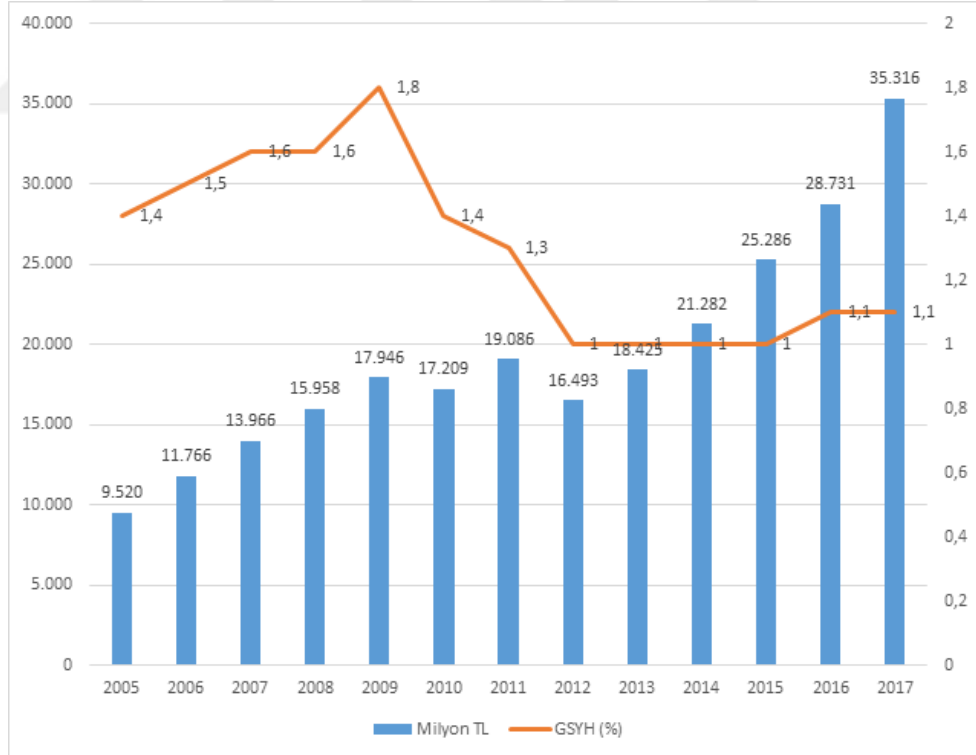
Dolayısıyla merkezi yönetim kurumlarının 2005-2017 yılları arasında yaptığı sağlık harcamalarını ve GSMH içindeki payını incelemekte fayda vardır. Tablo 11’den hareketle görülmektedir ki; 2005–2017 yıllarda merkezi yönetim sağlık harcamaları, nominal olarak **%270**, reel olarak ise **%40** artmıştır. 2005 yılında **%26,9** olan merkezi yönetim kurumlarının sağlık harcamaları içindeki payı 2017 yılında **%25,1**’e düşmüştür.

Tablo 11. Türkiye’de 2005-2017 Yılları Arası Merkezi Yönetim Kurumlarının Sağlık Harcamaları ve GSYH İçindeki Payı, (TL/USD)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2005-2017 Artış
TL	9.520	11.766	13.966	15.948	17.946	17.209	19.086	16.493	18.425	21.282	25.286	28.731	35.316	2,70
2017YILI FİATLARIYLA	25.292	28.523	31.132	32.185	34.091	30.111	31.365	24.891	25.866	27.450	30.289	31.933	35.316	0,40
USD	7.104	8.227	10.743	12.362	11.578	11.472	11.428	9.162	9.697	9.717	9.296	9.513	9.675	0,36
Sağlık Harcamaları	26,9	26,7	27,4	27,9	31,0	27,9	27,8	22,2	21,8	22,4	24,0	23,9	25,1	
GSYH İÇİNDEKİ PAYI(%)	1,4	1,5	1,6	1,6	1,8	1,4	1,3	1,0	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	

Kaynak: TÜİK

Tablo 11’den hareketle hazırlanan Grafik 9’da görülüyor ki, 2010 yılında devlet memurlarının sağlık giderleri ve 2012 yılından itibaren de yeşil kartlıların sağlık giderleri SGK tarafından karşılanmaya başlanmıştır. Grafik 9’da incelediğimiz üzere Merkezi yönetim kurumlarının sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı 2005 yılında %1,4 iken, bu oran 2017 yılında %1,1’e düşmüştür.



Grafik 9. Türkiye’de 2005-2017 Yılları Arası Merkezi Yönetim Kurumlarının Sağlık Harcamaları ve GSYH İçindeki Payı, (TL)

Kaynak: TÜİK

4.1.3. Yerel Yönetimler ve Diğer Kamu Kurumlarının Sağlık Harcamaları

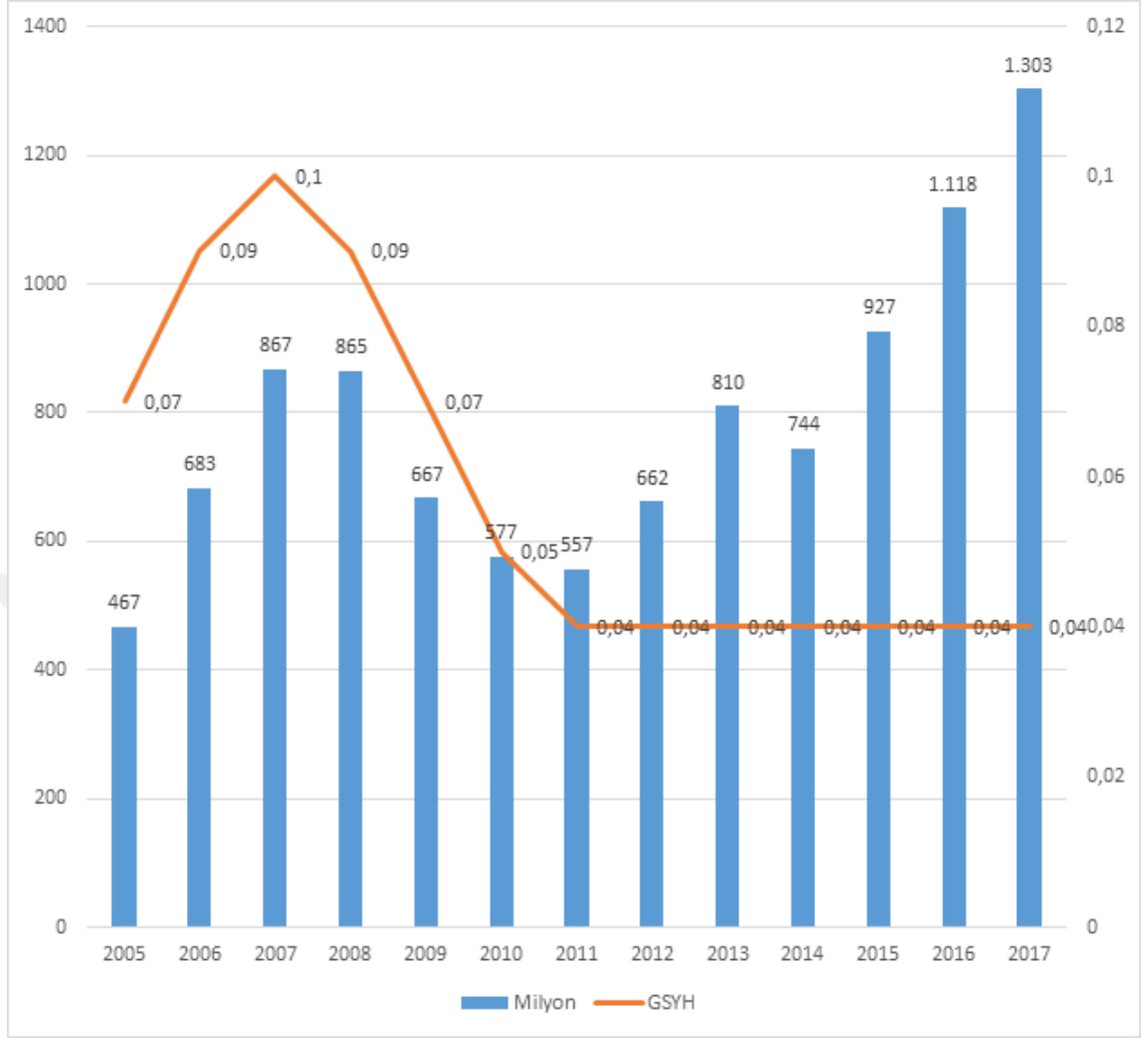
Yerel yönetimler ve diğer kamu kurumlarında çalışan memurların sağlık harcamaları finansmanı önemli bir harcama kalemidir. 2010 yılında bu harcamalar SGK tarafından karşılanmaya başlanmıştır. Böylece söz konusu harcamalar büyük miktarda azalmıştır ve finansmanı merkezi yönetim bütçesinden karşılanan sağlık giderlerine paralellik bir hal almıştır.

Buradan hareketle Tablo 12’de Türkiye’de 2005-2017 yılları arası yerel yönetim ve diğer kamu kurumlarının sağlık harcamalarını TL ve Dolar cinsinde incelemekte fayda vardır. 2005-2017 döneminde yukarıdaki tablodan hareketle görülüyor ki yerel yönetimler ve diğer kamu kurumları sağlık harcamaları nominal olarak %179 artmış, reel olarak ise %50 artırmıştır. 2005 yılında %1,2 olan yerel yönetimler ve diğer kamu kurumlarının sağlık harcamaları içindeki payı, 2017 yılında %0,9’a düşmüştür. GSYH içindeki payı 2005 yılında %0,07 olan yerel yönetimler ve diğer kamu kuruluşlarının 2017 %0,04 inmiştir.

Tablo 12. Türkiye’de 2005-2017 Yılları Arası Yerel Yönetim ve Diğer Kamu Kurumlarının Sağlık Harcamaları (TL/USD)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2005-2017 Artış
TL	467	683	867	865	667	577	557	662	810	744	927	1.118	1.303	1,79
2017YILI FİATLARIYLA	1.240	1.655	1.932	1.745	1.267	1.009	915	999	1.137	959	1.110	1.242	1.303	0,5
USD	348	477	666	670	430	384	333	367	426	353	340	370	356	0,2
Sağlık Harcamaları	1.2	1.6	1.7	1.5	1.2	0.9	0.8	0.9	1.0	0.78	0.8	0.9	0.9	
GSYH İÇİNDEKİ PAYI(%)	0,07	0,09	0,10	0,09	0,07	0,05	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04	

Kaynak: TÜİK



Grafik 10. Türkiye'de 2005-2017 Yılları Arası Yerel Yönetim ve Diğer Kamu Kurumlarının Sağlık Harcamaları (TL)

Kaynak: TÜİK

Tablo 12'den hareketle grafikte de görüldüğü üzere yerel yönetimler ve diğer kamu kurumları sağlık harcamalarının GSYH içindeki payını incelediğimizde 2005 yılında %0,07 olan bu oran 2017 yılına gelindiğinde %0,04'e gerilediğini görüyoruz.

4.2. Özel Sağlık Harcamaları

Daha öncede bahsettiğimiz gibi 2005-2017 döneminde özel sağlık harcamalarında önemli değişiklikler olmuştur. Bu noktada Türkiye 'de 2005-2017 yılları arasında yapılan özel sağlık harcamalarını toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı TL ve Dolar cinsinden incelemekte yarar vardır.

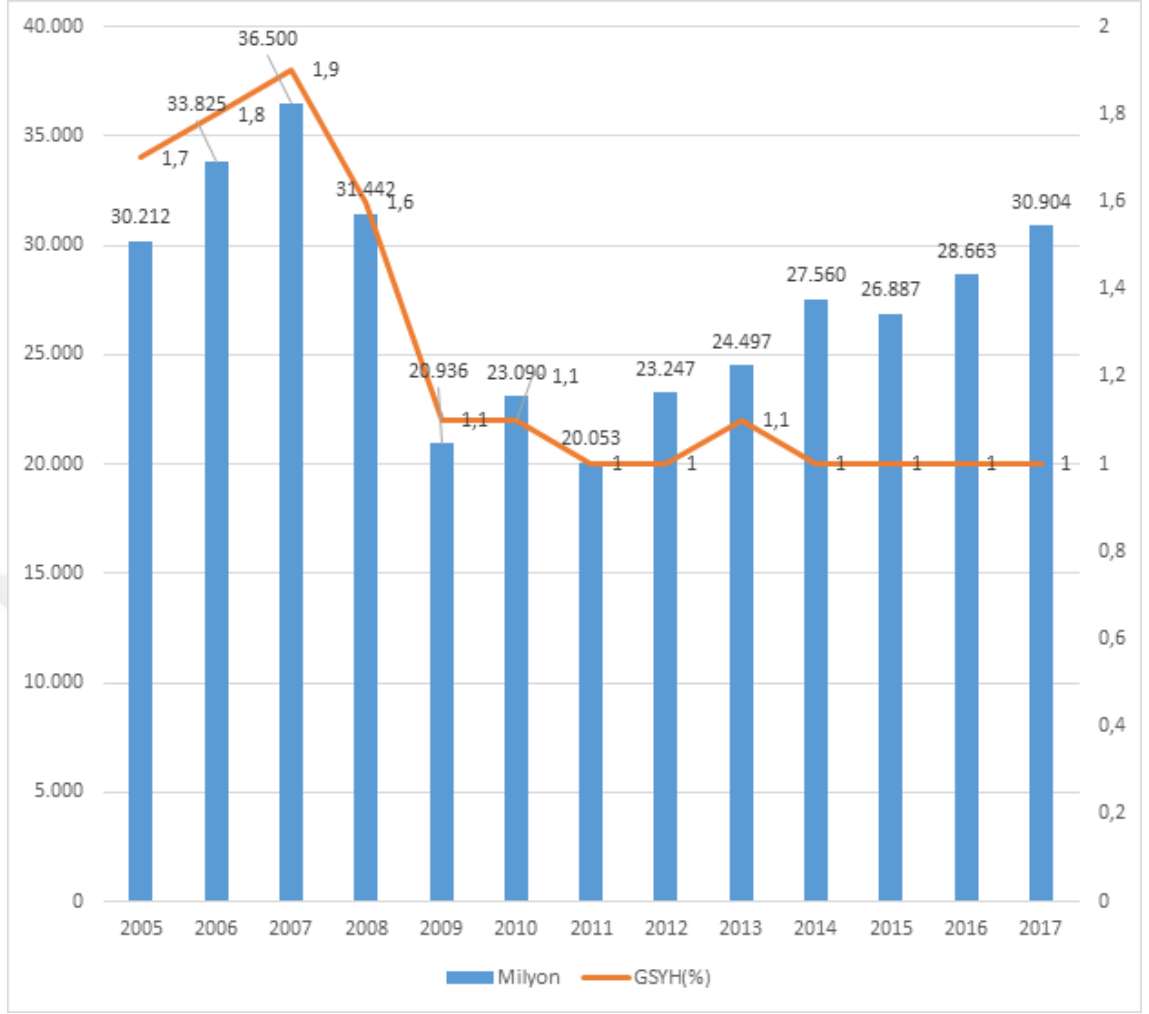
Aşağıda Tablo 13’de görüldüğü gibi 2005 yılına göre 2017 yılında özel sağlık harcamaları 1,72 kat artmıştır. Özel sağlık harcamalarının toplam sağlık harcaması içindeki payı %32,2’den %22,1’inmiştir.

Tablo 13. Türkiye’de 2005-2017 Yılları Arasında Yapılan Özel Sağlık Harcamaları (Milyon TL/ Dolar)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
TL	11.372	13.953	16.374	15.580	11.021	13.196	14.028	15.404	18.162	21.368	22.446	25.774	30.212
2017YILI FİATLARIYLA	30.212	33.825	36.500	31.442	20.936	23.090	20.053	23.247	24.497	27.560	26.887	28.663	30.212
USD	8.486	9.757	12.595	12.077	7.110	8.797	8.400	8.557	9.558	9.757	8.252	8.524	8.486
Sağlık Harcamaları içindeki payı(%)	32,2	31,7	32,2	27,0	19,0	21,4	20,4	20,8	21,5	22,8	21,8	21,7	22,1
GSYH İÇİNDEKİ PAYI(%)	1,7	1,8	1,9	1,6	1,1	1,1	1,0	1,0	1,1	1,0	1,0	1,0	1,0

Kaynak: TÜİK

Yukarıdaki Tablo 13’den hareketle Türkiye’de 2005-2017 Yılları Arasında Yapılan Özel Sağlık Harcamalarının GSYH içindeki payı Grafik 11’de gösterilmiştir. Buradan hareketle görülüyor ki Özel sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı ise %1,7’den %1,0’e gerilemiştir.



Grafik 11. Türkiye’de 2005-2017 Yılları Arasında Yapılan Özel Sağlık Harcamalarının GSYH içindeki payı

4.2.1. Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları

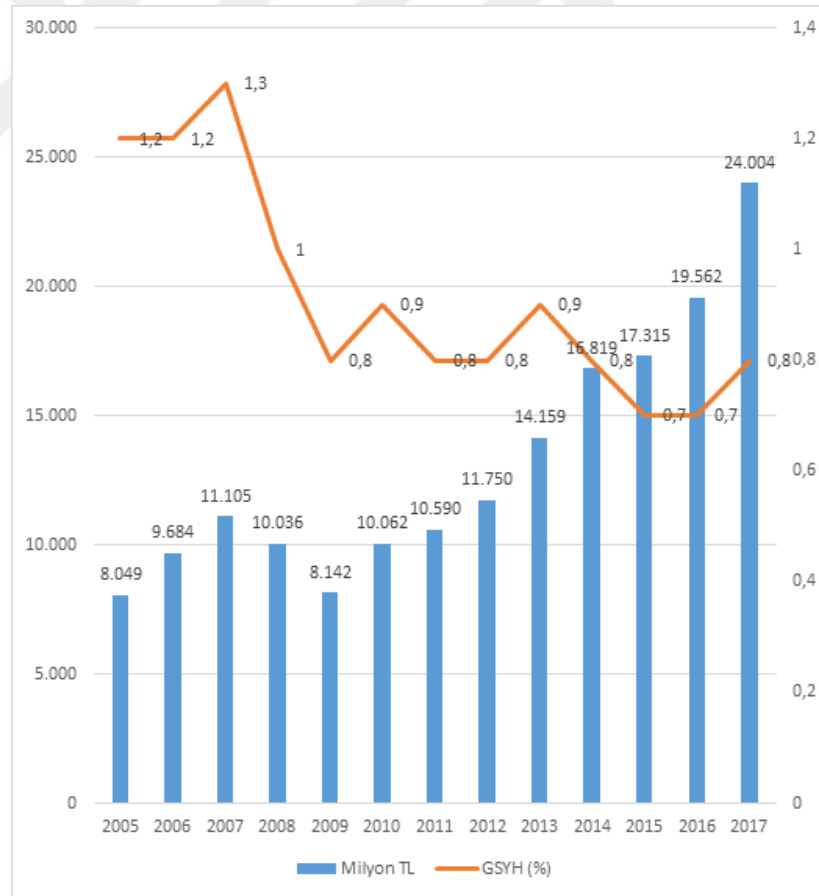
Özel sağlık harcamalarının en önemli kalemi cepten yapılan sağlık harcamalarıdır. Bu noktada Türkiye’de cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payını TL ve Dolar cinsinden Tablo 14’de incelemekte yarar vardır.

Tablo 14. 2005-2017 Yılları Arasında Türkiye’de Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı (TL/Dolar)

Yıllar	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2005-2017 Artış
TL	8.049	9.684	11.105	10.036	8.142	10.062	10.590	11.750	14.159	16.819	17.315	19.562	24.004	2,0
2017YILI FIATLARIYLA	21.384	23.476	27.754	20.254	15.467	17.606	17.403	17.733	19.873	21693	20.741	21.740	24.004	0,1
USD	6.006	6.772	8.542	7.779	5.252	6.708	6.341	6.527	7.450	7.679	6.365	6.477	6.576	0,9
Sağlık Harcamaları içindeki payı(%)	22,8	22,0	21,8	17,4	14,1	16,3	15,4	15,8	16,8	17,7	16,5	16,3	17,6	
GSYH İÇİNDEKİ PAYI(%)	1,2	1,2	1,3	1,0	0,8	0,9	0,8	0,8	0,9	0,8	0,7	0,7	0,8	

Kaynak: TÜİK

Tablo 14’den hareketle Türkiye’de cepten yapılan sağlık harcamasının toplam sağlık harcaması içindeki payı, 2005 yılında %22,8’ iken 2017 yılında %17,6’ya indiğini görmekteyiz.



Grafik 12. 2005-2017 Yılları Arasında Türkiye’de Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Oranı, (TL)

Tablo 14'den hareketle Grafik 12'de görüldüğü ki cepten yapılan sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı 2005 yılının %1,2 iken, 2017 ise %0,07'ye gerilemiştir. Bunun nedenini şu şekilde açıklamak mümkündür: 2008 yılından önce özel muayenehanelerin oldukça yaygın bir şekilde kullanılıyordu fakat 2008 yılı sonrasında Türkiye'de özel muayenehanelerin yerine kurumsal işletmeler yer almıştır. Buradaki amaç özel sağlık kuruluşlarından alınan hizmetin yaygınlaşmasıdır. Bunun dışında toplumun mali yönden korunması için tedbirlerin alınması durumu da gözletilmiştir. Dolayısıyla bu noktada 2008 yılında özel sağlık hizmeti sunan tesislerin otelcilik hizmetleri ve istisnai sağlık hizmetleri dışındaki bütün işlemler için sigortalılardan maksimum SGK tarafından ödenen bedelin %30'una kadar ek ücret talep edebileceklerine dair düzenlemeye gidilmiştir.

4.2.2. Diğer Özel Sağlık Harcamaları

Daha öncede bahsettiğimiz gibi devletlerin sosyo ekonomik gelişmişlik düzeylerindeki değişimlerle, farklı finansman modellerindeki artışları özel finansman yöntemlerini ön plana çıkarmıştır. Öne çıkan bu özel finansman yöntemlerinden biri olan cepten ödemeleri ele aldık. Bu noktada geriye kalan diğer özel sağlık harcamalarından bahsetmekte fayda vardır. Bu diğer özel sağlık harcamalarının içinde; özel sağlık sigortaları, kullanıcı katkıları, tıbbi tasarruf hesabı yoluyla finansman, enformel ödemeler yoluyla olan harcamalar vardır.

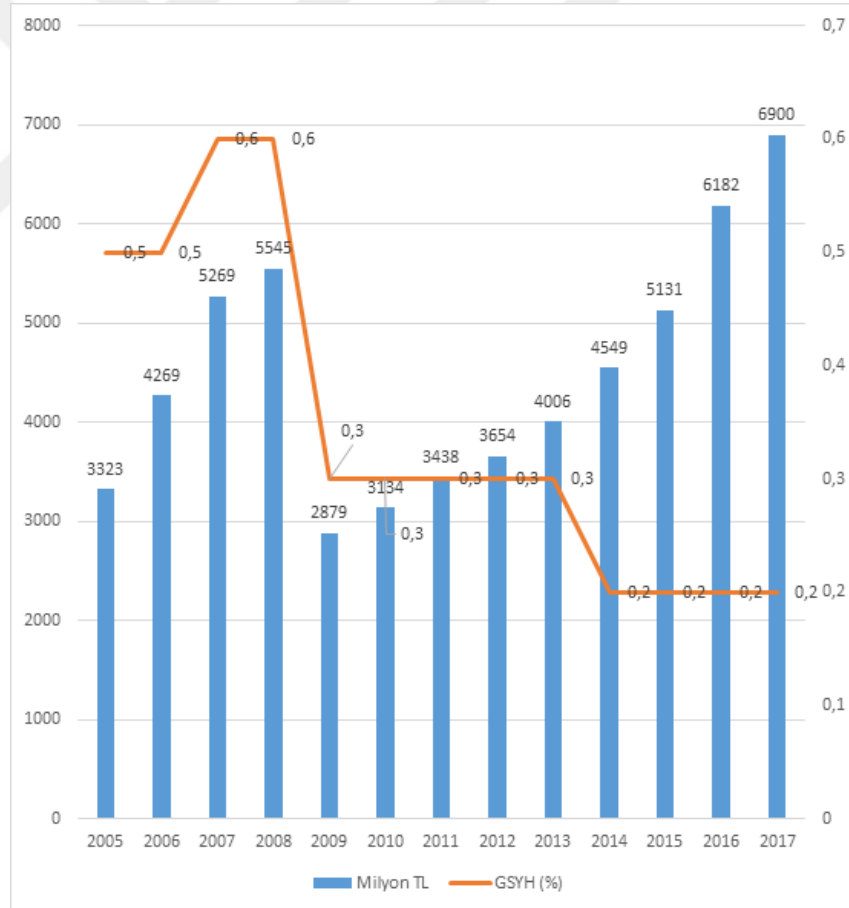
Aşağıda Tablo 15'de Türkiye'de 2005-2017 yılları arası yapılan diğer özel sağlık harcamalarının TL ve Dolar cinsinden payı gösterilmiştir. Buradan hareketle 2005 yılında %9,4 olan diğer özel sağlık harcamalarının toplam sağlık harcaması içindeki payı, 2017 yılında %4,9'a yükseldiğini söylemek mümkündür.

Aşağıda Tablo 15'den hareketle Grafik 13'de Türkiye'de 2005-2017 yılları arası yapılan diğer özel sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı ele alınmıştır. Bu çerçevede diğer özel sağlık harcamalarının GSYH içindeki payının 2005 yılında %0,5'de iken 2017 yılında %0,2'e gerilediği açık bir biçimde görülmektedir.

Tablo 15. Türkiye’de 2005-2017 Yılları Arası Yapılan Diğer Özel Sağlık Harcamaları (TL/USD)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2005-2017 Artış
TL	3.323	4.269	5.269	5.545	2.879	3.134	3.438	3.654	4.006	4.549	5.131	6.182	6.900	1,8
2017YILI FIATLARIYLA	8.828	10.349	11.745	11.190	5.469	5.483	5.649	5.514	5.624	5.867	6.146	6.871	6.900	-0,2
USD	2.479	2.985	4.053	4.298	1.857	2.089	2.058	2.030	2.108	2.077	1.886	2.047	1.890	-0,2
Sağlık Harcamaları içindeki payı(%)	9,4	7,7	10,4	9,6	5,0	5,1	5,0	4,9	4,7	4,8	5,3	5,1	4,9	
GSYH İÇİNDEKİ PAYI(%)	0,5	0,5	0,6	0,6	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	

Kaynak: TÜİK



Grafik 13. Türkiye’de 2005-2017 Yılları Arası Yapılan Diğer Özel Sağlık Harcamalarının GSMH İçindeki Payı (TL)

GENEL DEĞERLENDİRME VE SONUÇ

Günümüzde devletler sağlık hizmetleri ve sağlık harcamalarına ciddi yatırım yapmaktadır. Şüphesiz bunun ana nedenlerinden biri sağlık harcamalarının beşeri sermayeye yapılan yatırımlardan biri olmasıdır. Bu harcamalar fiziki olarak elde edilen sermayeden ziyade bireylerin hayat standardını artırıp daha kaliteli bir hale getirmektedir. Dolayısıyla sağlıklı bireylerin ekonomik hayata olan pozitif dışsallığı büyüktür.

Türkiye’de 2005 yılından 2017 yılına kadar olan süreçte yapılmış olan sağlık harcamalarındaki değişim ve gelişimi ortaya koymayı amaçlayan bu çalışmada söz konusu yıllara ilişkin sağlık harcamaları çeşitli istatistik veriler ışığında incelenmiştir.

Türkiye’de 2005-2017 döneminde gerçekleşen sağlık harcamalarının GSYH içindeki payını incelediğimizde, 2005-2017 yıllarındaki sağlık hizmetlerinde sağlanan gelişmelere rağmen sağlık harcamalarının GSYH içindeki payının negatif olarak değiştiğini görmekteyiz. 2005 yılı sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı **%5,2** iken 2017 yılında bu pay **%4,5**’e düşmüştür. OECD ülkeleri ortalamasında 2005 yılı sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı **%8,7** iken 2017 yılında **%8,9**’dur. OECD ile kıyaslandığında Türkiye’de bu oran oldukça düşüktür.

Ülkelerin ekonomik ve sosyal gelişmişlik düzeylerine göre sağlık ekonomisinin finansmanı ağırlıklı olarak kamu sektörü veya özel sektör tarafından sunulmaktadır. Türkiye’de kamu tarafından yapılan sağlık harcamalarına baktığımızda bu oranın nüfusa göre çok düşük olduğu görülmektedir. 2005 yılında Türkiye’de kamu sağlık harcamalarının GSYH’ ya oranı **%3,5** iken bu oran 2017 yılına geldiğimizde yine **%3,5** oranında olmaktadır. Türkiye’de 2005-2017 döneminde sağlık harcamalarının finansman yapısında önemli değişiklikler olmuştur, 2005 yılında sağlık harcamalarının **%67,8**’si kamu tarafından karşılanırken, 2017 yılında ise bu oran **%78,0**’a yükselmiştir. Fakat bu yükselme reel olarak değil, nominal bir yükselmedir. Kamu tarafından kişi başı düşen sağlık harcamaları 2005 yılında **343 TL** iken 2017 yılına gelindiğinde **1375 TL** olmuştur.

Bu noktada nominal olarak %300 bir artış söz konusu iken reel olarak ise %50 artmaktadır. Sağlık ekonomisinin özel sektör tarafından sunumunu incelediğimizde ise, 2005 yılında sağlık harcamalarının **% 32**’si özel sektör tarafından karşılanırken, 2017

yılında ise bu oranı **%20,8'e** düşmüştür. Bu düşmenin sebeplerinden biri; 2008 yılından önce özel muayenehanelerin oldukça yaygın bir şekilde kullanılmamasıdır. Ancak 2008 yılı sonrasında Türkiye'de özel muayenehanelerin yerine daha kurumsal işletmeler yer almaya başlamıştır. Burada amaç bir taraftan özel sağlık tesislerinin yaygınlaşmasını sağlamak iken diğer yandan ise vatandaşın mali yönden korunması için gerekli tedbirlerin alınmasıdır. Dolayısıyla yıllara göre özel sektör tarafından kişi başı düşen sağlık harcamaları 2005 yılında **166 TL** iken 2017 yılına ise **387 TL** olmuştur.

2005-2017 yılların arasında sağlık harcamalarının finansmanını sağlayanlara baktığımızda, en önemli artış sebebi, SGK harcamalarında yaşanmıştır. 2005 yılına göre 2017 yılında SGK sağlık harcamalarında 4,22 kat artış olmuştur. Bu artışın nedenlerine baktığımızda, SSK hastanelerinin bu dönemde Sağlık Bakanlığına devredilmesi, özel hastanelerin SGK'lılara açılması, ilaca ve diğer sağlık hizmetlerine diğer yıllara oranla bu dönemde erişimin kolaylaşması, memur ve yeşil kartlıların sağlık giderlerinin SGK tarafından karşılanmış olması dikkat çekmektedir.

2005 yılında **%26,9** olan merkezi yönetim kurumlarının sağlık harcamaları içindeki payı 2017 yılında **%25,1'e** düşmüştür. 2010 yılında devlet memurlarının sağlık giderleri ve 2012 yılından itibaren de yeşil kartlıların sağlık giderleri SGK tarafından karşılanmaya başlandığından, Merkezi yönetim kurumlarının sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı da 2005 yılında **%1,4** iken, bu oran 2017 yılında **%1,1'e** düşmüştür.

Öte yandan, 2005 yılında **%1,2** olan yerel yönetimler ve diğer kamu kurumlarının sağlık harcamaları içindeki payı, 2017 yılında **%0,9'a** düşmüştür. GSYH içindeki payı 2005 yılında **%0,07** olan yerel yönetimler ve diğer kamu kuruluşlarının payı 2017'de **%0,04'e** inmiştir.

2005 yılına göre 2017 yılında özel sağlık harcamaları 1,72 kat artmıştır. Ancak, özel sağlık harcamalarının toplam sağlık harcaması içindeki payı **%32,2'den %22,1'in**mistir. Özel sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı ise **%1,7'den %1,0'e** gerilemiştir.

Türkiye'de cepten yapılan sağlık harcamasının toplam sağlık harcaması içindeki payı, 2005 yılında **%22,8'** iken 2017 yılında **%17,6'ya** indiğini görmekteyiz. Cepten yapılan sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı 2005 yılın **%1,2** iken, 2017 ise

%0,07'ye gerilemektedir. Bunun nedeni ise, 2008 yılından önce özel muayenehaneler oldukça yaygın bir şekilde kullanılıyorken 2008 yılı sonrasında Türkiye'de özel muayenehanelerin yerine kurumsal işletmelerin yer alması ve özel sağlık kuruluşlarından alınan hizmetin yaygınlaşmasıdır. Bu noktada 2008 yılında özel sağlık hizmeti sunan tesislerin otelcilik hizmetleri ve istisnai sağlık hizmetleri dışındaki bütün işlemler için sigortalılardan maksimum SGK tarafından ödenen bedelin %30'una kadar ek ücret talep edebileceklerine dair düzenlemeye gidilmiştir.

2005 yılında %9,4 olan diğer özel sağlık harcamalarının toplam sağlık harcaması içindeki payı, 2017 yılında %4,9'a gerilediğini söylemek mümkündür. Diğer özel sağlık harcamalarının GSYH içindeki payının 2005 yılında %0,5'de iken 2017 yılında %0,2'e gerilediği görülmektedir.

Türkiye'de sağlık sisteminin merkezî yapısının ana nedeni, sağlığın yapısı itibarıyla pozitif dışsallığının çok yüksek olmasından ve Türkiye'nin anayasada yer alan Sosyal Hukuk Devleti Sistemini benimsemiş olmasındandır. Sağlık harcamaları beşeri sermaye olduğu için bu noktada devlet müdahalesi şarttır.

Diğer taraftan, Türkiye'de doktor başına 572 hasta düşmekte ve toplamda 141 bin 259 doktorun görev yaptığı dikkate alındığında 100 bin kişiye yaklaşık 181 doktor düşmektedir. Bu rakam OECD ülkelerinde 100 bin kişiye 343 doktor civarındadır. Türkiye, kişi başına düşen doktor sayısında Güney Afrika, Endonezya gibi ülkelerle birlikte en alt sıralarda kalmaktadır. Ayrıca OECD ülkelerinde 100 bin kişiye düşen hemşire ve ebe sayısı 1.098 iken, Türkiye'de 257'dir. 2015 verilerine göre nüfusa göre bir değerlendirme yapıldığında Türkiye'deki hastane sayısının pek çok OECD ülkesine göre yetersiz olduğu görülmektedir. Örneğin 1 milyon kişiye düşen hastane sayısı Japonya'da 66,72, Fransa'da 46,36, Almanya'da 38,05, İngiltere'de 29,11 iken, Türkiye'de 19,6, Macaristan'da 17,07, İspanya'da 16,47, Slovenya'da ise 14,05 dir.

Sonuç olarak, Türkiye'de 2005-2017 yılları arasında sağlık hizmetlerinde sağlanan gelişmelere rağmen sağlık harcamalarının GSYH içindeki payının negatif olarak değişmesi dikkate alındığında, bu pay daha da yükseltilmeli ve en azından OECD ülkeleri ortalaması yakalanmalıdır.

KAYNAKÇA

- ACARTÜRK Ertuğ, KESKİN Sabiha, “Türkiye’de Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli”, *Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi Bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt: 17, Sayı: 3, 2012, ss.25-51.
- AKÇA Haşim, “Devlet Müdahalesinin Başarısızlığı Üzere Bir Değerlendirme” *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Cilt: 20, Sayı: 3, 2011, ss.179-190.
- AKDOĞAN Abdurrahman, *Kamu Maliyesi*, Gazi Büro Kitabevi, Ankara, 1993.
- AKSOY Şerafettin , *Kamu Maliyesi*, 3.b., Filiz kitabevi, İstanbul, 1992.
- AKTAN Coşkun Can, “Yoksulluk: Terminoloji, Temel Kavramlar ve Ölçüm Yöntemleri, Yoksullukla Mücadele Stratejileri”, *Hak-İş Konfederasyonu Yayınları*, Ankara, 2002.
- AKTAN Coşkun Can, “Sağlık Alanında Devletin Değişen Rolünün ve Fonksiyonlarının Yeniden Tanımlanması”, <http://www.canaktan.org/reform/saglik-reform/PDF-aktan/04%20%20devlet-rolu.pdf>, (Erişim Tarihi: 04.03.2018).
- AKTAN Coşkun Can, “Piyasa Başarısızlığının Anatomisi ve Kamu Ekonomisi Rasyoneli”, <http://www.canaktan.org>, (Erişim Tarihi: 19.05.2018).
- AKTAN Coşkun Can, IŞIK A. Kadir, “Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler” <http://www.canaktan.org>, (Erişim Tarihi: 04.03.2018).
- ARAGAO Gerson, “Quais sao as Formas de Descentralização Administrativa?”, 2015, (Erişim Tarihi: 20.03.2018.).
- BERBER Metin, BOCUTOĞLU Ersan, “*Mikro İktisada Giriş*” 4.b., Ekin Basım Yayın Dağıtım, Bursa, 2014.
- BEYDOĞAN Ayhan, “Türk Hukukunda İmtiyaz Sözleşmelerinin Hukuki Niteliği: 406 ve 5809 Sayılı Konular Açısından Değerlendirilmesi”, *Ankara Barosu Dergisi*, 2011, ss.113-135.
- BULMUŞ İsmail, *Mikro İktisat*, 6.b., Dumat Ofset, Ankara, 2008.
- CAN Hasan Husseyin, “Yerel Yönetimlerde İmtiyaz Uygulamaları”, *Türk İdare Dergisi*, Sayı: 478, ss.381-419.
- ÇELİKAY Ferdi, GÜMÜŞ Erdal, “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı” *Eskişehir Osman Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(1), ss, 177-216.
- ÇOBAN Hilmi, “Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması”, (Doktora Tezi), *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, İzmir, 2009.
- DİNLER Zeynel, *Mikro Ekonomi*, 22.b., Ekin Basım Yayın Dağıtım, Bursa, 2011.

- DÜRRÜ Zerrin, “OECD Üyesi AB Ülkelerinin Sağlık Ekonomisi Yönünden Karşılaştırması”, (Yüksek Lisan Tezi), Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gaziantep, 2012.
- EDİZDOĞAN Nihat, ÇETİNKAYA Özhan, GÜMÜŞ Erhan, *Kamu Maliyesi*, 6.b., Ekin Basım Yayın Dağıtım, Bursa, 2015.
- ERDEM Metin, ŞENYÜZ Doğan, TATLIOĞLU İsmail, *Kamu Maliyesi*, Basım Yayın Dağıtım, Bursa, 2017.
- ERGİNAY Akif, *Kamu Maliyesi*, 14.b., Savaş Yayınları, Ankara, 1992.
- ERTEK Tümay, *Mikro Ekonomi Teorisi*, 1.b., Alfa Basım Yayın Dağıtım, İstanbul, 2009.
- ERTÜRK Emin, *İktisada Giriş*, 1.b., Nobel Yayın Dağıtım, Bursa, 2006.
- ERTÜRK Emin, *Mikro Ekonomik Analize Giriş*, 2.b., Aktüel Yayınları Akademi, Bursa, 2004.
- ERUMUT Mehmet Cihan, “Türkiye İçin Alternatif Sağlık Finansman Önerisi: İki Sütunlu Sistem”, *Sosyal Güvence Dergisi*, Sayı: 5, ss.93-126.
- ERYİĞİT Burak Hamza, “Yerel Mal ve Hizmetlerin Kapsamındaki Değişiminin İktisadi Açısından Değerlendirmesi”, *Mevzuat Dergisi*, Yıl: 16, Sayı: 181, Ocak 2013.
- FİDAN Mehmet Maşuk, “Kobi Kredi Piyasasında Asimetrik Bilgi ve Ahlaki Tehlike”, *Maliye Finans Yazıları*, Sayı: 90, Ocak 2011, ss.41-57.
- FİNACIAMENTO DOS SISTEMAS DA SAUDE, “O Caminho Para a Cobertura Universal Relatorio Mundial de Saude”, http://brasil.campusvirtualsp.org/sites/default/files/whr10_pt.pdf, (Erişim Tarihi: 07.08.2018).
- GOTTRET Pablo, SCHIEBER George, Health Financing Revisited a Practioner’s Guide”, Whashington, The World Bank, 2006, <https://siteresources.worldbank.org/INTHSD/Resources/topics/Health-Financing/HFRFull.pdf>, (Erişim Tarihi: 03.04.2018).
- GÜNEŞ İsmail, YAKAR Soner, “Sosyal Sigorta Finansman Yöntemleri ve Türkiye’de Sosyal Sigorta Kurumlarının Finansman Yöntemlerinin Değerlendirmesi”, <http://dergipark.gov.tr>, ss.127-142, (Erişim Tarihi: 03.06.2018).
- İŞİK Abdülkadir, *Kamu Maliyesi*, 3.b., Ekin Basım yayın Dağıtım, Bursa, 2014.
- ORKUNOĞLU Işıl Fulya, “Özelleştirme ve Alternatifleri”, *Akademik bakış Dergisi*. Sayı: 22, Ekim, Kasım, Aralık, Yıl: 2010, ss. 1-22.
- Kerem Karabulut, “Sağlık Sektöründeki Özelleştirilmesi”, *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, Cilt: 15, Sayı: 1-2, Mart 2001, s.31, ss.31-39.
- KEÇELİGİL Hasan Tahsin, “Kamu-Özel İbirligi: Esasları ve Türkiye Uygulaması”, *Terazi Hukuk Dergisi*, Cilt: 13, Sayı: 145, Eylül 2018,
- KERMAN Uysal, ALTAN Yakup, AKTEL Mehmet, EKE Erdal, “Sağlık Hizmetlerinde Kamu Özel Ortaklığı Uygulaması”, *Süleyman Demir Üniversitesi, İktisadi ve İdare Bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt:17, Sayı:3, 2012, ss. 1-23.

- KESKİN Sabiha, ACARTÜRK Ertuğ, “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Kamu Özel Ortaklığı Modeli (Aydın Örneği)”, (Yüksek Lisans), *Adnan Mendere Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Aydın, 2011.
- KIRMANOĞLU Hülya, YILMAZ Elif Binhan, “Maliye Teorisi Çıkmazı Küresel Kamusal Mallar (Kalkınma Yardımları içinde Küresel Malları Finansman)”, *Maliye Dergisi*, Sayı: 150, 2006, ss. 169-193.
- KIRMANOĞLU Hülya, *Kamu Ekonomisi*, 5.b., Beta Basım Dağıtım, İstanbul, 2014.
- KÖKOCAR Abdulkadir, *Kamu Ekonomisi*, Ekin Basımevi, Bursa, 2011.
- MARİJANİ Ramadhani “community participation in the decentralized health and water services delivery in Tanzania”, *Journal of Water Resource and Protection*, 2017, 9, ss. 637-655. (Erişim Tarihi: 04.06.2018).
- MONTEIRO DE CASTRO Paula Freitas, “Economia e Gestão da Saúde: Financiamento da saúde”, *Universidade Federal de Juiz de Fora*. http://www.ufjf.br/oliveira_junior/files/2011/08/Aula-10-Financiamento1.pptx, (Erişim Tarihi: 18.04.2018).
- MUTLU Ayşegül, IŞIK A. Kadir, *Sağlık Ekonomisine Giriş*, Ekin Kitabevi Yayınları. Bursa, 2005.
- NUNES Paulo, <http://know.net/cienceconempr/economia/externalidades/>, 2017. (Erişim Tarihi: 19.05/2018).
- ORHANER Emine, “Sağlık Harcamalarının finansmanında Özel Sağlık Sigortanın Rolü”, *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, Cilt:3, Sayı:3, 2017, ss. 398-412.
- ORHANER Emine, “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genele Sağlık Sigortası”, *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi* Yıl: 2006 Sayı: 1, ss. 1-22.
- ÖZTÜRK Atakan, TÜRKER Mustafa Fehmi, MERTTÜRKER Gülfe, “Orman Genel Müdürlüğü Sübvansiyon Uygulamaları ve Döner Sermaye Gelirlerine Etkisi Artvin Orman Bölge Müdürlüğü örneği”, *Anadolu Orman Araştırmaları Dergisi* 3(2), 2017, ss.183-199.
- PARASIZ İlker, *İktisadın ABC’si*, 1.b., Ezgi Kitabevi yayınları Bursa, 1996.
- RONDİNELLİ A. Dennis, NELLİS R. John, CHEEMA G. Shabbir, “Decentralization in development countries A review of recent experience”, <http://documents.worldbank.org/curated/en/868391468740679709/pdf/multi0page.pdf>, (Erişim Tarihi: 12.04.2018).
- SAKARYA Âdem, İBİŞOĞLU Çiğdem, “Türkiye’de İllerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Endeksinin Coğrafi Ağırlıklı Regresyon Modeli ile Analize”, *İstanbul, Marmara Coğrafya Dergisi*, Sayı: 32, Temmuz, 2015, ss.211-238.
- SARAÇOĞLU Sıtkıcan, ÖZTÜRK Fahriye, “Sağlık Hizmetlerine Yönelik Talebin Belirleyicileri: Türkiye Üzerine Bir Uygulama”, *İş ve Hayat*, Cilt: 2, Sayı: 4, 2016, ss. 293-342.

- SARI Ramazan, “Gelir Dağılımında Eğitim Faktörü: Kentsel Bazda Bir Örnek”, *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, Cilt: 58, Sayı: 2, Nisan- Haziran 2003, ss. 177-189.
- SAVAŞAN Fatih, *Kamu Ekonomisi*, 6.b., Dora Basım Yayın Bursa, 2016.
- SAYIM Ferhat, “Sağlık Hizmet Finansmanına İlişkin Ulusal Hesaplar ve Sağlık Alanında Belediyelere Verilen Görev ve Yetkiler”, *Bütçe Dünyası Dergisi*, Sayı: 35, 2011, ss.1-18.
- SAYIM Ferhat, “Sağlık Hizmetinin Özellikleri”, İstanbul, *Akademik Arge Dergisi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Sayı:15-1, 2015, ss.1-12.
- SECRETARIA DAS FINANÇAS, “Parcerias Publico Privado”, <http://www.sorocaba.sp.gov.br/ppp/wpcontent/uploads/sites/14/2015/01/Carlilha.pdf>, (Erişim Tarihi: 16.03.2018).
- SEÇGİNEL Ferhat, “Emeklilik Sistemi ve Sağlık Hizmetleri Açısından Sosyal Güvenlik Reformunun Değerlendirilmesi”, (Yüksek Lisans Tezi), *Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Bursa, 2009.
- ŞAHİN Hüseyin, *Mikro İktisat*, 4.b., Ezgi Kitabevi, Bursa, 2008.
- ŞENATALAR Burhan, “Sağlık Ekonomisine Genel Bir Bakış”, C.Ü Tıp Fakültesi, 25 (4), Özel Eki, İstanbul, 2013, ss.25-30.
- ŞENER Orhan, *Kamu Ekonomisi*, 8.b., Beta Basımevi, Kırklarlı, 2006,
- TATAR Mehtap, “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi”, *Ankara, Sosyal Güvenlik Dergisi*, Cilt: 1, Sayı: 1, 2011, ss.103-133.
- TURANLI Rona, *Mikro Ekonomi Analiz*, 2.b., Bilim Teknik Yayınevi İstanbul, 1995.
- TURKAY Orhan, *Mikro İktisat Teorisi*, 11.b., İmaj Yayınevi, Ankara, 2002.
- UĞURLUOĞLU Ece, OZGEN Hacer “Sağlık Hizmetlerin Finansmanı ve Hakkaniyet”, *Hacettepe Sağlık İdarisi Dergisi*, Cilt: 11, Sayı:2, 2008, ss.133-160.
- UYMAZ Berna, “Mali Alanın Siyasi ve İktisadi Sınırları”, *İktisat Dergisi*, 2013,ss:86-98.
- ÜNSAL M. Erdal, *Mikro İktisat*, 8.b., İmaj Yayıncılık, Ankara, 2010.
- VELASCO JR Licínio Velasco Jr, “Privatização: Mitos e Falsas Percepções <https://web.bndes.gov.br/> ss. 183-216. (Erişim Tarihi: 06.06.2018).
- World Health Organization “Conceito de Saude”, <http://cemi.com.pt/2016/03/04/conceito-de-saude-segundo-oms-who/>, (Erişim Tarihi: 05.04.2019).
- YAŞAR Yenimahalleli Gülbiye, “Sağlığın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi”, *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, (Doktora Tezi), Ankara, 2007.
- YILDIRIM Kemal, ŞIKLAR İlyas, BAKIRTAŞ İbrahim, *Mikro Ekonomi*, 4.b., Ekin Kitabevi Yayınları, Bursa, 2006.

YÜKSEL Cihan, Kamu Maliyesi Ders Notları, Mersin, <http://www.cihanyuksel.org>, (Erişim Tarihi: 18.10.2019).

E Kaynaklar:

<http://dergipark.gov.tr/download/article-file/29918> (Erişim Tarihi: 01.07.2019).

<http://dergipark.gov.tr/download/article-file/50177> (Erişim Tarihi: 05.04.2019).

http://www.canaktan.org/ekonomi/kamu_maliyesi/kamu-ekonomisi/kamu-ekon-rasyoneli.pdf (Erişim Tarihi: 19.08.2019).

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98310/E74485.pdf(Erişim Tarihi: 28.07.2019).

[http://www.memurhaber.com/turkiuede-144-bin-hekim-bulunuyor-tip fakulitemiz-1855780h.htm](http://www.memurhaber.com/turkiuede-144-bin-hekim-bulunuyor-tip-fakulitemiz-1855780h.htm), (Erişim Tarihi: 21.07.2019).

http://www.wm.tuberlin.de/fileadmin/a38331600/2002.publications/2002.normand_Funding.pdf (Erişim Tarihi: 14.08.2019).

<https://gersonaragao.jusbrasil.com.br/artigos/216401139/quais-sao-as-formas-de-descentralizacao-administrativa> (Erişim Tarihi: 10.04.2019).

<https://www.sozcu.com.tr/2018/gundem/bugun-14-mart-tip-bayrami-turkiyede-bir-doktora-572-hasta-dusuyor-2285789/> erişi tarih. (Erişim Tarihi:06.08.2019).

<https://8fit.com/lifestyle/the-world-health-organization-definition-of-health> (Erişim Tarihi: 20.07.2018).

TÜİK <http://www.tuik.gov.tr/Start.do> (Erişim Tarihi: 14.11.2018).