



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

REFAH MODELLERİ AÇISINDAN TÜRKİYE'DE SAĞLIK
SİSTEMİ VE FİNANSMANI

Murat BAŞER

Tez Danışmanı

Dr. Öğretim Üyesi Süreyya YILMAZ

İstanbul – 2019

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**REFAH MODELLERİ AÇISINDAN TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİ
VE FİNANSMANI**

Murat BAŞER

Tez Danışmanı
Dr. Öğretim Üyesi Süreyya YILMAZ

İstanbul – 2019

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Anabilim Dalı : SAĞLIK YÖNETİMİ
Program : SAĞLIK YÖNETİMİ
Öğrenci No : 164201012
Öğrenci Adı Soyadı : MURAT BAŞER

REFAH MODELLERİ AÇISINDAN TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİ VE FİNANSMANI isimli çalışma aşağıdaki jüri tarafından 06/02/2019 tarihinde yapılan sınavda Yüksek Lisans Tezi olarak oybirliğiyle kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı : Prof.Dr. Haydar SUR
(ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ)

İmza 

Danışman : Dr.Öğr. Üyesi Süreyya YILMAZ
(ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ)

İmza 

Üye : Dr.Öğr. Üyesi Ali ARSLANOĞLU
(SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ)

İmza 

ONAY

Bu tez, yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun tarih ve sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Doç.Dr. Türker Tekin ERGÜZEL
Enstitü Müdür V.

ÖZET

Sanayi Devrimi ile beraber ekonomik ve sosyal hayatta bir takım değişiklikler meydana gelmiştir. Bu değişikliklerin bir sonucu olarak bireylerle devletlerarasındaki ilişkilerde de farklılaşmalar yaşanmıştır. İlerleyen yıllarda bireylerin devletlerden beklentileri artmış ve “refah devleti” kavramı ortaya çıkmıştır. Therborn, Leibfried ve Esping-Andersen gibi araştırmacılar bir takım refah devleti modelleri oluşturmuşlardır. Refah devletinin en önemli görevlerinden birisi de vatandaşların sağlık açısından iyi oluş hallerinin sağlanmasıdır. Diğer bir ifadeyle refah devletlerinde sağlık hizmetlerinin planlanması, organize edilmesi, sürdürülmesi ve geliştirilmesi devletin önemli görevlerinden biri olmuştur. Sağlık hizmetlerinin sunumundaki en ciddi sorunlardan biri ise finansman kaynaklarının oluşturulması ve kullanılmasıdır. Bu çalışmanın amacı, Türkiye’de sağlık sisteminin finansmanın refah devleti modelleri açısından değerlendirilmesi ve sağlık sisteminin finansmanının daha iyi hale getirilmesi için getirilen önerilerin belirtilmesidir. Çalışmanın amacına ulaşmak için konu hakkında hazırlanmış yerli ve yabancı kitap ve makaleler incelenmiştir. Ayrıca sağlığın finansmanı hakkındaki istatistiksel verilerden faydalanılmış ve Türkiye’de sağlık sisteminin finansmanında kullanılan kanalların oynadıkları roller refah devleti modelleri açısından değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda Türkiye’de sağlığın finansmanı sisteminin en çok Kurumsal Refah Modeli-Bismarck Modelinin özelliklerine sahip olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Türkiye’de Sağlık Sisteminin Finansmanı, Refah Modelleri

ABSTRACT

Some differences have been observed in economic and social lives of people as a result of Industrial Revolution. One of those is the changing properties of relationships between society and states. Following years, there has been an increase at the expectations of individuals from states and the term “Welfare State” aroused. Some models of welfare states have been developed by researchers such as Therborn, LeibfriedandEsping-Andersen. One of the most important responsibilities of welfare states is the ensure well-being of individuals in terms of health. In other words, planning, organizing, maintaining and developing health services have been one of the most important responsibilities of welfare states. Establishing and managing financial sources of a great problem for health services. Aim of that study is evaluating financing of health services of Turkish health system in terms of welfare state models. Furthermore, it is also aimed to provide suggestions in order to develop financing of health system of Turkey. In order to reach aim of the study, books and articles prepared about financing health systems are gathered and studied. Then, statistical data about expenditures of sources about health sector is gathered and analyzed in order to examine financing system of health services in Turkey in terms of welfare state models. At the end of the study, it is seen that there are significant similarities with financing system of Turkish health services and State Socialism Model-Bismarck Model.

Key Words: Health, Financing Health System in Turkey, Welfare Models.

TEŞEKKÜR

Tez çalıőmam sűresince deęerli bilgi ve birikimlerini benimle paylaőan, desteklerini hiç eksik etmeyen çok deęerli tez danıőmanım Dr. Őęr. Őyesi Sűreyya YILMAZ'a teőekkűr ve saygılarımı sunuyorum.

Çalıőmalarım boyunca maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen, gűven ve sabırlarıyla yanımda olan aileme teőekkűr ederim.



BEYAN FORMU

Bu çalışmanın kendi tez çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

08.02.2019

Murat BAŞER

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
TEŞEKKÜR	iii
BEYAN FORMU	ii
İÇİNDEKİLER	ix
TABLolar DİZİNİ	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
RESİMLER DİZİNİ	ix
SİMGE VE KISALTMALAR	x
1. GİRİŞ	1
2. REFAH MODELLERİ	3
2.1. Therborn`a Göre Refah Devleti Modelleri.....	12
2.2.Esping–Andersen`in Refah Devleti Modelleri.....	13
2.2.1.Liberal Refah Devleti.....	14
2.2.2.Muhafazakar Refah Devleti	15
2.2.3.Sosyal Demokrat Refah Devleti.....	15
2.3.Leibfried`e Göre Refah Devletleri Modeli.....	17
2.3.1.Sosyal Demokratik Refah Devleti-İskandinavya Modeli	19
2.3.2.Kurumsal Refah Modeli-Bismark Modeli	20
2.3.3.Kalıntı Refah Devleti Anglo-Sakson Modeli.....	21
2.3.4.Tam Oluşmamış Refah Devleti-Latin Havzası Modeli.....	22
3. TÜRKİYE`DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU	25
3.1.Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü ve Aile Hekimliği Hizmetleri	25
3.2.112 Acil Sağlık Hizmetleri	27
3.3.Türkiye Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Tarafından Sunulan Hastane Hizmetleri	28
3.4.İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Kontrolünde İlaç ve Tıbbi Malzemeye Erişim.....	29
4. TÜRK SAĞLIK SİSTEMİNİN FİNANSMAN YAPISI	35
4.1.Yıllara Göre Sağlık Harcamaları.....	35
4.2.Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri.....	39
4.3.Sağlık Hizmetlerinin Finansman Kaynakları.....	42
4.3.1.Merkezi Yönetim ve Yerel Yönetim.....	42

4.3.2.Sosyal Güvenlik Kurumu.....	44
4.3.3.Hane Halkları.....	46
4.3.4.Diğer Finansman Yöntemleri.....	47
5. REFAH MODELLERİ ÇERÇEVESİNDE TÜRK SAĞLIK SİSTEMİ FİNANSMAN YAPISININ İNCELENMESİ	50
5.1.Merkezi Yönetim ve Yerel Yönetim.....	51
5.2.Sosyal Güvenlik Kurumu.....	53
5.3.Hane Halkları.....	56
5.4.Diğer	58
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	60
7. KAYNAKLAR	69



TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: Esping-Andersen`in Üç Tür Refah Kapitalizm.....	16
Tablo 2: Refah Rejimlerinin Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	24
Tablo 3: Türkiye`deki Sağlık Sistemi Hakkında Seçilmiş Değişkenler üzerine OECD Verileri.....	33
Tablo 4: Yıllar İtibariyle Toplam Sağlık Harcamaları ve Gayrisafi Yurtiçi HâsılayaOranları.....	36
Tablo 5: Sağlık Harcamalarının Sınıflandırılması.....	41



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Refah Devleti Modellerinin Unsurları	14
Şekil 2: Leibfried'e Göre Sosyal Politika Rejimleri Açısından Refah Devleti Modelleri	18
Şekil 3: Sağlık Hizmetleri Üçgeni	39
Şekil 4: Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında Alternatif Gruplandırma	49



RESİMLER DİZİNİ

Resim 1: Türkiye İlaç Pazarı ve Yerli İlaç Üretim İstatistikleri	31
Resim 2: 2017 Yılı Sağlık Harcamalarının Harcama Alanlarına Göre Dağılımı.....	35
Resim 3: Türkiye`de Sağlık Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Dağılımı.....	37
Resim 4: Ülkelere Özel Sağlık Sigortası Penetrasyonu (Nüfus Yüzdesi).....	38
Resim 5: 2017 Yılı Sağlık Harcamalarının Harcama Yapan Kaynağa Göre Dağılımı.....	50
Resim 6: Yıllar İtibariyle Merkezi Yönetim ve Yerel Yönetim Birimlerinin Sağlıkın Finansmanında Sahip Oldukları Paylar	52
Resim 7: Yıllar İtibariyle Sosyal Güvenlik Kurumu`nun Sağlıkın Finansmanında Sahip Olduğu Pay.....	54
Resim 8: Yıllar İtibariyle Hane Haklarının Sağlıkın Finansmanında Sahip Olduğu Pay	56

KISALTMALAR DİZİNİ

BASAGM	: Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel M¼d¼rl¼ę¼
Gn. Md.	: Genel M¼d¼rl¼ę¼
GSYH	: Gayri Safı Yurtiçi Hâsıla
ILO	: International Labour Organisation
K.H.K.	: Kanun H¼km¼nde Kararname
KHGM	: Kamu Hastaneleri Genel M¼d¼rl¼ę¼
KHK	: Kanun H¼k¼m¼nde Kararname
OECD	: Organization for Economic Coordination and Development
s.	: Sayfa
TASHGM	: T¼rkiye Acil Sağlık Hizmetleri Genel M¼d¼rl¼ę¼
THK	: T¼rkiye Halk Sağlığı Genel M¼d¼rl¼ę¼
TİTCK	: T¼rkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu
TL	: T¼rk Lirası
TOBB	: T¼rkiye Odalar ve Borsalar Birliği
TUİK	: T¼rkiye İstatistik Kurumu

1. GİRİŞ

Çalışmada; refah modelleri çerçevesinde Türkiye’de uygulanan sağlık sisteminin finansmanına ilişkin politikalara değinilerek, Türkiye’deki sağlık sistemi ve finansmanının geleceğine ışık tutmayı ve verimliliğini yükseltmeyi hedefleyen öneri ve görüşler ileri sürmek amaçlanmaktadır. Çalışmada ayrıca refah devleti modellerinin karşılaştırılması ve sağlık sisteminin finansmanı açısından değerlendirilmeleri amaçlanmaktadır.

Bu amaca ulaşmak için çalışma iki ana bölüme ayrılmıştır. Birinci bölümde refah devleti modelleri ve sağlığın finansmanı kavramları üzerinde durulmuş ve genel bilgiler değerlendirilmiştir. Bu bölümde sırasıyla sosyal refah devleti kavramı, ilgili kaynaklarda üzerinde en çok durulan refah devleti modelleri ve Türkiye’deki sağlık sistemi incelenmiştir. Türkiye’deki sağlık sistemi incelenirken sağlık hizmetlerinin sunumu, yıllar itibariyle sağlık harcamaları hakkındaki sayısal veriler ve sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri incelenmiştir.

Çalışmanın ikinci ana bölümünde Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanı refah devleti açısından değerlendirilmiştir. Bu bölümde öncelikle finansman sistemleri yolları olan Merkezi Yönetim ve Yerel Yönetim birimleri, Sosyal Sigortalar Kurumu, Hane halkı harcamaları ve diğer finansman kaynaklarının Türkiye’de sağlığın finansmanında oynadıkları rol sayısal veriler kullanılarak yıllar itibariyle analiz edilmiştir. Sonrasında, her bir finansman yoluna verilen önem dikkate alınarak hangi refah devleti modeline yakın olduğu değerlendirilmiştir. Diğer bir ifadeyle önce ilgili finansman yönteminin yıllar itibariyle ne yoğunlukla kullanıldığı belirlenmiş ve sonrasında kullanım yoğunluğu göz önünde bulundurularak hangi refah devleti modeline yakın olduğu değerlendirilmiştir.

Çalışmanın son aşamasını sağlığın finansmanı ile ilgili öneriler oluşturmaktadır. Söz konusu son aşamada konu hakkında gerçekleştirilmiş çalışmaların da katkısıyla Türkiye’de sağlığın finansmanı açısından önemli olabilecek ve verimliliği artıracak uygulamalardan bahsedilmiştir.

Çalışmanın amacına ulaşmak için geniş kapsamlı bir alanyazın taraması gerçekleştirilmiştir. Bu kapsamda konu hakkında hazırlanmış kitaplar, makaleler ve benzeri kaynaklar incelenmiştir. Çalışmada özellikle Türkiye İstatistik Kurumu ve OECD gibi kurumların hazırladıkları sayısal verileri içeren raporlar incelenmiş ve ilgili veriler toplanmıştır.



2. REFAH MODELLERİ

Sanayi Devrimi sonrasında Dünya genelinde hem ekonomik hem de sosyal açıdan önemli değişimler yaşanmıştır. Zira Sanayi devrimi insanların kırsal yaşamdan uzaklaşıp fabrikaların bulunduğu kent merkezlerine göç etmelerine neden olmuştur ve sonuçta çok sayıda insan belirli merkezlerde toplanmıştır. Çok sayıda insanın bir arada bulunması etkileşimi artırırken halkın büyük bölümünün işçi statüsünde bulunması bir takım işçi hareketlerini meydana getirmiştir. İşçi hareketleri ise devamında birey ile devlet arasındaki ilişkilerde değişiklikleri ortaya çıkarmıştır. Zaman içerisinde bireylerin devletlerden beklentileri artmış ve “Refah Devleti” kavramı ortaya çıkmıştır. Özellikle son yüzyıllık zaman diliminde refah devleti kavramı üzerinde yoğun bir biçimde durulan bir kavram haline gelmiştir.

Refah devleti hakkında çok sayıda çalışma gerçekleştirilmiş ve bir takım modeller geliştirilmiştir. Bu modeller arasında en bilinenler Therborn, Leibfried ve Esping-Andersen refah devleti modelleridir.

Therborn tarafından oluşturulan modelde dört farklı refah devleti türü bulunmaktadır. Bunlar Güçlü Refah Devleti Modeli, Yumuşak Telafi Edici Refah Devleti Modeli, Tam İstihdam Odaklı Küçük Refah Devleti Modeli ve Piyasa Odaklı Küçük Refah Devleti Modelidir. Güçlü Müdahaleci Refah Devletlerinde sosyal haklar yüksek seviyelerdedir. Devlet tam istihdam hedefine ulaşabilmeye önem verir. Yumuşak Telafi Edici Refah Devletlerinde sosyal haklar yüksek standartlardadır. Diğer tarafta devletin tam istihdam gibi bir hedefi bulunmamaktadır. Daha çok telafi edici bir yaklaşım benimsenmektedir. Tam İstihdam Odaklı Küçük Refah Devletlerinde tam istihdam hedefi ön plandadır. Bu devletlerde sosyal hakların düzeyi nispeten daha düşük seviyededir. Piyasa Odaklı Küçük Refah Devletlerinde sosyal ihtiyaçların giderilmesinde piyasa ve aile daha etkin olmaktadır. Devlet gidilecek en son kapı olmaktadır ve sadece muhtaçlık durumunda yardımcı olmaktadır.

Leibfried refah devletini iki grupta toplamıştır. Bunlar kapsam bakımından ve sosyal politikalar bakımından refah devletleridir. Kapsam bakımından refah devletleri Parçalanmış Refah Devletleri (Bazı riskler bazı gruplar açısından değerlendirilir), Kısmi Refah Devletleri (Bir takım riskler grupların çoğunluğu için evrensel bir boyutta

kapsanır), Bölünmüş Refah Devletleri(Risklerin neredeyse tamamı bazı grupların tamamını kapsar ve Kapsamlı Refah Devleti (Risklerin büyük çoğunluğunu neredeyse tüm gruplar için kapsar) şeklindedir. Sosyal politikalar bakımından refah devletleri Sosyal Demokratik Refah Devleti-İskandinavya Modeli(Temel hedef iş ve yüksek istihdam oluşturulmasıdır. Sosyal hizmetlerin dağıtımında bireylerin çalışmalarına veya yaptıkları ödemelere bakılmaksızın evrensel bir bakış açısı benimsenir), Kurumsal Refah Modeli-Bismark Modeli (İşçi ve işverenlerin ödedikleri primlerle oluşan sistemden faydalanmak için hak ediş gerekmektedir), Kalıntı Refah Devleti Anglo-Sakson Modeli (Refah sağlama görevi aile ve piyasadadır. Aile ve piyasanın refah sağlayamadığı zamanlarda devlet devreye girer) ve Tam Oluşmamış Refah Devleti-Latin Havzası Modeli (Devlet refah noktasında sorumluluk almak yerine bireylere çalışma hayatına katılma noktasında zorlama yapar) şeklindedir.

Esping-Andersen sınıflandırmasında ise üç tür refah devleti bulunur. Bunlar Liberal Refah Devleti, Muhafazakar Refah Devleti ve Sosyal Demokrat Refah Devleti şeklindedir. Liberal Refah Devletlerinde sosyal hakların belirlenmiş ve sabit olması savunulur ve bireylerin de bu durumu benimsemeleri istenir. Muhafazakâr Refah Devletinde hizmetlerin sunulmasında sınıf farklılıkları etkili olmaktadır. Sosyal Demokrat Refah devletlerinin en önemli özelliği yüksek düzeyde bir evrenselliğe sahip olmalarıdır.

Refah devleti kavramının sıklıkla tartışıldığı alanlardan birisi sağlık hizmetlerinin sunumudur. Zira sağlık hizmetlerine erişim toplumun refah düzeyinin önemli göstergelerinden biri durumundadır. Sağlık, insanoğlunun hayattaki en kıymetli varlığı olarak kabul edilmektedir. Sağlık sunucularından temin edilen teşhis, tedavi, doktor muayenesi, tahlil, ameliyat ve diğer sağlık hizmetlerinin maliyetleri sağlık harcamalarını teşkil etmektedir. Sağlık harcamaları, Türkiye’de her geçen yıl hızla artış göstermektedir. Sürekli olarak artan sağlık taleplerini ve maliyetlerini karşılayabilmek amacıyla yeni sağlık politikaları geliştirmek ve mevcut sosyoekonomik şartlarına uygun finansman mekanizmaları uygulamak gerekmektedir.

Sağlık sisteminin üzerinde durulması gereken en önemli unsurlarından birisi finansman konusudur. Zira sağlık harcamaları devletlerin bütçelerinde önemli bir paya sahiptir. Günlük yaşamda ve teknoloji alanında görülen hızlı değişimler insanların

hayatlarına etki eden sistemlerin de sürekli olarak güncellenmesini zorunlu hale getirebilmektedir. Sağlık sektörünün hem vatandaşlar hem de bireyler açısından hayati öneme sahip olması, onun en önemli unsurlarından biri olan finansmanı konusunda da çalışmalar ve güncellemeler yapmayı zorunlu hale getirmektedir. Bu süreç içerisinde, sağlık sisteminin finansman yapısını güncellerken refah devleti modellerini göz önünde bulundurmaya faydalı olacaktır. Zira sağlık hizmetleri “refah devleti” kavramının açıklanması noktasında önemli bir yere sahiptir. Bu çalışma, sağlık sisteminin finansmanını refah devleti modelleri açısından incelemesi ve öneriler sunması nedeniyle önemlidir.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumunda Aile Sağlığı ve Aile Hekimliği Hizmetleri, Acil Sağlık Hizmetleri, Hastane Hizmetleri ve İlaç ve Tıbbi Malzemeye Erişim yöntemleri kullanılmaktadır. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanı söz konusu olduğunda en büyük para kaynağının Sosyal Güvenlik Kurumu olduğu görülmektedir. Sosyal Güvenlik Kurumu’nun yanında sırasıyla Merkezi Yönetim, hane halkı tarafından gerçekleştirilen cepten ödemeler, sigorta şirketleri, Yerel Yönetim birimleri ve diğer kaynaklar kullanılmaktadır. Yapılan toplam harcama açısından değerlendirildiğinde ise 1999 yılı ile 2017 yılı arasında sağlık harcamalarında çok ciddi bir artışın yaşandığı anlaşılmaktadır.

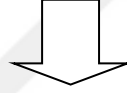
İlgili çalışmalar incelendiğinde çeşitli refah devleti modellerinin tanımlandığı görülmektedir. Üzerinde sıklıkla durulan refah devleti modelleri ise Therborn, Esping ve Leibfried tarafından geliştirilen refah devleti modelleridir. Refah devleti kavramının ortaya çıkmasındaki en önemli etmenlerden birisi sanayi devrimi olmuştur. 18. Yüzyılın sonlarına doğru sanayi devriminin hızlanmasıyla beraber sadece çalışma hayatında değil sosyal hayatta da önemli değişimler yaşanmaya başlamıştır. İnsanların toplu olarak şehirlerde beraber yaşamaları, teknolojik gelişmeler, ulaşım ve haberleşme alanlarında görülen ilerlemeler, ürün ve hizmetlerdeki çeşitlilik gibi birçok neden insanların yaşam tarzlarında da değişimlerin yaşanması ile sonuçlanmıştır. Sanayi devriminin refah devletini ortaya çıkaran sonuçları ekonomik değişimler, sosyal değişimler, ideolojik değişimler ve siyasal değişimler açısından gruplandırılabilir. Refah devletinin ortaya çıkmasında etkili olan ekonomik değişimler kapitalist üretim tarzına geçiş ve sanayileşmedir. Sosyal değişimler ise ücret karşılığı çalışmanın yaygınlaşması ve

kentleşmedir. İşçi sınıfının daha bilinçli ve örgütlü hale gelmesi ideolojik değişimi ortaya çıkarırken demokratik yönetimlere geçilmesi siyasal değişimleri oluşturmuştur. Tüm bu unsurlar bir araya geldiğinde özellikle çalışan kesimlerin beklentilerinde artış olmuş ve isteklerini daha yüksek sesle dile getirilebilmişlerdir. Ek olarak, sanayileşmeyle beraber iş kazaları ve kentlerde yoğunlaşan insanların sağlık ihtiyaçları refah devleti kavramının gelişmesinde etkili olmuştur (Toprak, 2015, s. 152).

Gümüş (2012) refah devletinin tarihsel gelişimini dört aşamada özetlemektedir (s. 37):

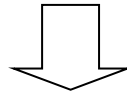
BİRİNCİ AŞAMA **1880 Öncesi Dönem**

Kapitalizm öncesi dönemi kapsar. Binyıllar boyunca tarım odaklı bir ekonomik sistem yaşanmıştır. Bu dönemde aile, devlet ve toplum sistemlerinde değişimler kısıtlı olmuştur. Benzer bir biçimde refah devleti noktasında da devletin görevleri kısıtlı olmuş.



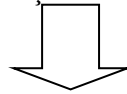
İKİNCİ AŞAMA **1880-1945 Arası Dönem**

Refah devleti kavramının ilk uygulamaları ortaya çıkmaya başlamıştır. Zira sanayi devriminin meydana getirdiği ekonomik ve sosyal değişimler yoğun bir biçimde görülmüştür.



ÜÇÜNCÜ AŞAMA **1945-1975 Arası Dönem**

Refah devletinin zirvesi olan dönemdir. Keynezyen iktisadî anlayışın da etkili olması ile beraber devletler bir taraftan ekonomik büyümeye odaklanırken diğer taraftan vatandaşlarının mutluluğuna önem vermişlerdir.



DÖRDÜNCÜ AŞAMA

1975`ten Günümüze Kadar Olan Dönem

Refah devleti anlayışı bir dönüşüm yaşamıştır. Refah devleti uygulamalarında farklılıklar ortaya çıkmaktadır.

Gough ve Therborn (2009)`a göre ise bir devletin sınırları içerisinde yaşayan vatandaşlarının iyi oluş hallerini mümkün olan en üst düzeye çıkarma durumu aslında Avrupa`da ortaya çıkan sanayi devriminden çok daha öncelere gitmektedir. Yazarlara göre bu durum özellikle Asya kıtasında yaygın olan tüm dini temelli ideolojilerde uzun yıllar boyunca benimsenmiş ve uygulanmıştır. İslam ve Konfüçyusim gibi ideolojiler insanların yaşam standartlarının yükseltilmesi ve sosyal hizmetlerden yararlanabilmeleri gibi konulara büyük önem vermişlerdir. Özellikle de adaletli hükümlerin verilmesi, açlık ile mücadele ve mal varlıkların korunması konularında devletler sorumlu görülmüştür. Ayrıca yazarlara göre hayırsever kuruluşların oluşturulması, yiyecek stoklarının oluşturulması ve sel kontrolü ile ilgili adımların atılması gibi önlemler eski çağlardan itibaren devletler tarafından üzerinde durulan konular olmuştur (Gough ve Therborn, 2009, s. 1).

Günümüzdeki anlamıyla refah devleti kavramı devletin ekonomik düzene doğrudan müdahalelerde bulunmasını gerekli görmektedir. Devletin ekonomik sisteme yönelik gerçekleştireceği müdahalelerin temel amacı sosyal refahın mümkün olan en üst düzeye çıkartılmasıdır. Özellikle de piyasa ekonomisinin yaşadığı başarısızlıkların bir sonucu olarak bireylerin zor şartlar altında kalmasını engellemek ve piyasadaki çalışan ve işveren gibi farklı aktörler arasındaki güç dengesinin sağlanması gerekli görülür (Alp, 2009, s. 266).

Refah devleti kavramını açıklamak için çeşitli tanımlar oluşturulmuştur. Andersen (2012)`ye göre refah devleti organize gücün politika ve yönetim araçları kullanılarak pazardaki güçlerin davranışlarını kontrol etmek amacıyla üç boyutta kullanıldığı devlet biçimidir. Söz konusu boyutların ilki bireylerin ev ailelerin sahip oldukları mal varlıkları veya gerçekleştirdikleri çalışmaların parasal değerleri dikkate alınmaksızın elde edecekleri asgari ücretin belirlenmesidir. İkinci boyut ailelerin bazı krizleri yaşamamaları için yaşlılık aylığı veya sağlık güvencesi gibi alanlarda belirli bireysel ev sosyal ihtiyaçlarının güvence altına alınması amacıyla gerçekleştirilen uygulamalardır. Üçüncü boyut ise din, dil ve benzeri konularda ayrımcılık

yapılmaksızın tüm vatandaşların sosyal hizmetlerden eşit ve mümkün olan en iyi düzeyde yararlanmalarının sağlanmasıdır (Andersen, 2012, s. 4).

Ndunda (2016)'nın aktardığına göre, Briggs (1961) refah devletini devletin bazı temel refah konularında vatandaşlarının haklarını güvence altına alması şeklinde tanımlamaktadır. Therborn (1983) ise refah devleti kavramını devletin faaliyetlerinin tarihsel dönüşümü olarak nitelendirmekte ve bir devletin günlük faaliyetlerinin vatandaşlarının refahlarını etkileyen görevleri yerine getirmekten ibaret olduğunu belirtmiştir. Titmus refah devleti kavramını hem devletin hem de devlet tarafından oluşturulan veya devlete bağımlı olmayan kuruluşların vatandaşların refah seviyelerini yükseltmek veya refah düzeylerini korumak için gerekli hizmetlerin verilmesini sağlamaları şeklinde açıklamıştır. Yazara göre refah devletinin en önemli özelliklerinden birisi herhangi bir gruba yönelik olarak değil toplumu oluşturan tüm bireylere yönelik ayırım yapmaksızın sosyal hizmetleri sağlamasıdır. Özellikle de ekonomik sistemin veya ailenin sorunlar yaşadıkları dönemlerde sosyal devlet devreye girmelidir (Ndunda, 2016, s. 2).

Sosyal refah devletinin daha iyi anlaşılması için sosyal güvenlikle ilgili olan bazı kavramlar hakkında bilgi sahibi olmak gerekir. Bu kavramlardan ilki *sosyal politika* kavramıdır. Sosyal politika kavramı dünyanın farklı yerlerinde farklı biçimlerde tanımlanmaktadır. Avrupa'da sosyal politika (social policy) olarak incelenen kavram Amerika Birleşik Devletlerinde daha çok sosyal refah (social welfare) ile ilişkilendirilir. Bu durumda sosyal politika kavramının geniş bir anlama sahip olduğu ve sonuç olarak sosyal refah düzeyini artırmayı amaçlayan uygulamaların bir bütünü olarak görülebileceği düşünülebilir. En genel anlamda sosyal politika kavramı toplumun refah düzeyini artırmayı amaçlayan ve gelir dağılımını yeniden düzenleyen uygulamaların bir bütünü olarak tanımlanır (Erdoğan, 2018, s. 34).

Bir diğer önemli kavram *sosyal koruma* kavramıdır. Sosyal koruma, sosyal güvenlik ifadesinden daha kapsamlı bir anlama sahiptir. Zira sosyal koruma dendiğinde sosyal güvenlik kapsamında bulunmayan uygulamalar ve önlemler de düşünülür. İsminden de anlaşılacağı üzere vatandaşların refah düzeyini standartlarda tutmak için gerekli önlemlerin alınmasını ifade eden sosyal koruma kavramı farklı ülkelerde farklı bakış açıları ile uygulanmaktadır (ILO, 2010, s. 13).

Sosyal güvenlik kavramı ise bireylerin özellikle belirli durumlarda sağlık ve para gibi bir takım gereksinimlerinin güvence altına alınmasıdır. Sosyal güvenlik kavramı yaşlılık, iş kazası, çalışamama, engellilik, hastalık, işsizlik ve benzeri durumlarda bireylerin sağlık ve gelir elde etme konularında güvence altına alınmasıdır (ILO, 2018, s. 1).

Sosyal sigorta ifadesi sosyal güvenliğin sağlanması amacıyla kurulan ve uygulamaya yönelik olan sistemi ifade eder. Bireylerin sosyal güvenlik çatısı altında refah açısından korunabilmeleri için karmaşık sistemlerin oluşturulmasına gereksinim duyulur (Erdoğan, 2018, s. 24).

Bireylerin refah düzeylerinin yükseltilmesi amacıyla kullanılan araçlardan biri *sosyal yardım* aracıdır. Sosyal yardımlar çoğunlukla planlı bir biçimde yürütülebilen ve en temel insani gereksinimlerini karşılamakta sorun yaşayan bireylerin desteklenmelerini sağlayan uygulamalardır. Ayni ve nakdi yardımlar yoluyla geri dönüşü beklenmeyen yardımlar yaparak bireylerin kendilerine yeterli duruma getirilmeleri hedeflenir (BASAGM, 2010, s. 28).

Açıklanması gereken son kavram *sosyal hizmettir*. Sosyal hizmet bir meslek ve akademik bir disiplindir. Sosyal hizmetlerle beraber bireylerin gelişmeleri, güçlenmeleri, sosyal hayata uyum sağlamaları, özgürleşmeleri ve sosyal değişim konularında olumlu ilerlemelerin kaydedilmesi amaçlanır. Sosyal hizmetin esasları arasında ortak sorumluluk, sosyal adalet, farklılıklara saygı ve insan hakları oluşturur. Sosyal hizmetlerle beraber insanlar ve kurumlar sistemli bir biçimde refahın artırılması amacıyla organize edilir (Selcık ve Güzel, 2016, s. 462).

Refah devletinin çeşitli amaçları bulunmaktadır. Bu amaçlar şu şekilde listelenebilir (Erdal, 2012, s. 32-44):

- Fakirlikle Mücadele: Fakirlikle mücadele refah devletinin en temel görev alanlarından birisi olarak kabul edilir.
- Doğal Eşitsizliklerin Giderilmesi, Fırsat Eşitliğinin Temini ve Hayat Standartlarının Yükseltilmesi: Toplum içerisinde beraber yaşayan insanlar arasındaki imkânlar açısından oluşan eşitsizliğin mümkün olduğunca ortadan

kaldırılması toplumu oluşturan tüm kesimlerin daha rahat yaşamalarını sağlayacaktır.

- Gelir Dağılımında Adalet: Refah devleti vatandaşları arasındaki gelir farkını mümkün olan en alt düzeyde tutabilmek için piyasalara çeşitli şekillerde müdahale edebilmelidir.
- Sosyal Barış ve Dengenin Temin Edilmesi ve Sosyal Dayanışma: Refah devleti sadece ekonomik konularla ilgilenmez. Bunun yanında sosyal konularda da refah düzeyinin yükseltilmesi noktasında bir takım görev ve sorumluluklara sahiptir.
- İktisadi İstikrar: Özellikle fiyat istikrarı ve tam istihdam refah devletinin nihai amaçları arasındadır.
- Ekonomik Etkinliğin Sağlanması: İktisat, insanların sınırsız ihtiyaçlarına karşılık, üretim faktörlerinin gerek miktar gerekse kalite olarak sınırlı olmasının ortaya çıkardığı sorunlara ve ihtiyaçların tatminine çözüm arayışında olan bir bilim dalıdır.
- Ekonomik Büyüme ve Kalkınmanın Sağlanması: Ekonomik büyüme ve kalkınma nihayetinde vatandaşların refah seviyelerinin yükselmesi ile sonuçlanacaktır.
- İdari Düzenlemelerin Uygulanabilirliği ve Anlaşılabilirliği: Refah hizmetlerinin tespit edilmesinde idari açıdan en uygun bileşimlerin oluşturulması, refah devletinin bir başka amacıdır.

Toprak (2015) ise sosyal devletin hedeflerini şu şekilde listelemektedir (s. 154):

- Sağlık hizmetlerinde yararlanabilme,
- Eğitim hakkının kullanılabilmesi,
- Asgari bir gelire sahip olma,
- Sosyal güvenliğin belirli bir düzeyde olması,
- Gerekğinde barınma yardımı,
- Yoksullukla mücadele,
- Gelir adaletsizliğinin giderilmesi,
- Sosyal bütünleşmenin önündeki engellerin kaldırılması ve
- Toplumsal katılımın desteklenmesi.

Refah devletinin söz konusu hedeflere ulaşmak için kullandığı bir takım araçlar bulunmaktadır. Bu araçlar şu şekilde sıralanabilir (Erdal, 2012, s. 37-52):

- Ekonomik ve Sosyal Regülasyonlar ve Fiyat Kontrolleri: Kimi durumlarda devletler bir takım iktisadi araçlarla ekonomiye müdahalelerde bulunabilirler. Bu müdahaleler bazen doğrudan olurken bazen dolaylı bir biçimde gerçekleştirilebilir.
- Doğrudan Kamusal Üretim: Özel sektörün yetersiz kaldığı durumlarda vatandaşların ihtiyaçlarının giderilmesi amacıyla devlet doğrudan yatırımlar yapabilir.
- Kamu Harcamaları: Devlet gerekli gördüğü durumlarda çeşitli harcamalar yapabilir. Refah düzeyinin yükseltilmesi veya mevcut durumun korunması noktasında devletin yaptığı harcamalar önemli araçlardır.
- Kamu Gelirleri: Refah politikalarının uygulanabilmesi için devlet gelir kalemlerine ihtiyaç duyar.
- Sosyal Politika Araçları: Sosyal politika araçları ihtiyaç duyulduğunda refah açısından olumlu katkılar sunar.
- Para-Kredi ve Dış Ticaret Politikası: Ekonomik istikrar, büyüme ve kalkınma konularında para, kredi ve dış ticaret konularında doğru politikaların geliştirilmesi ve uygulanması dolaylı olarak refah düzeyini yükseltecektir.

Kısaca özetlemek gerekirse, refah devleti devletin vatandaşlarının refah düzeylerini belirli bir seviyede tutmak için çeşitli yollar kullanarak gerçekleştirdiği bir takım uygulamalardır. Özellikle asgari ücret, sağlık ve emeklilik gibi konularda refah devleti bireylere önemli katkılar sunar. Toplumun refah düzeyinin bireylerin yaşam standartları açısından oldukça önemli olması nedeniyle refah devleti kavramı araştırmacıların ilgisini çekmektedir. Gerçekleştirilen uygulamalar ve devletlerin konu hakkında geliştirdikleri politikalar ile beraber refah devleti modelleri oluşturulmuştur. Çalışmanın bu aşamasında konu hakkında gerçekleştirilmiş olan çalışmalarda üzerinde sıklıkla durulan refah devleti modellerinin genel hatları incelenmektedir.

2.1. Therborn`a Göre Refah Devleti Modelleri

Konu hakkında gerçekleştirilmiş olan çalışmalarda üzerinde en çok durulan araştırmacılardan birisi Therborn`dur. Birçok çalışma gerçekleştiren yazarın üzerinde durduğu en önemli konulardan birisi devletin yapısıdır. Araştırmacı özellikle refah devletinin hangi özelliklere sahip olması gerektiğine odaklanmıştır. Refah devletinin sahip olması gereken en önemli özelliklerinden birisi günlük faaliyetlerinin vatandaşlara hizmet sunmasıdır. Aslında bu durum 1970 öncesindeki refah devleti uygulamalarının tam anlamıyla refah devleti kapsamında görülmemesi gerektiği düşüncesini ortaya çıkarmaktadır. Zira dünya genelinde 1970`lerden önce sağlık ve benzeri alanlarda devletler hizmetleri bütün vatandaşlara ulaştırma noktasında yeterli imkâna sahip değildi. Günümüzde ise savunma, hukuk, yönetim, eğitim ve sağlık gibi konularda devletler vatandaşlarına yeterli düzeyde hizmet sağlamak durumundadırlar (Therborn, 1983).

Therborn sosyal devleti açıklarken dokuz tane görev belirlemektedir. Bunlar sağlık hizmetlerine erişim, istihdam ve çalışma şartları, ekonomik kaynaklar ve müşterilerin korunması, eğitim, aile ve sosyal ilişkiler, barınma ve çevre hizmetleri, rekreasyon ve kültür, yaşamın ve mal varlığının korunması ve politik kaynaklardır. Doğal olarak yazar sosyal devletin burada bahsedilen dokuz konuda vatandaşların ihtiyacını karşılaması gerektiğini düşünmektedir (Therborn, 1983, s. 21).

Therborn`un görüşleri dört farklı refah devleti türünü ortaya çıkarmaktadır. Bunlar Güçlü Müdahaleci Refah Devletleri, Yumuşak Telafi Edici Refah Devletleri, Tam İstihdam Odaklı Küçük Refah Devletleri ve Piyasa Odaklı Küçük Refah Devletleri şeklindedir.

Güçlü Müdahaleci Refah Devletlerinde sosyal haklar yüksek seviyelerdedir. Devlet tam istihdam hedefine ulaşabilmeye önem verir. Norveç, İsveç ve Avusturya bu grupta yer almaktadır. Yumuşak Telafi Edici Refah Devletlerinde sosyal haklar yüksek standartlardadır. Diğer tarafta devletin tam istihdam gibi bir hedefi bulunmamaktadır. Daha çok telafi edici bir yaklaşım benimsenmektedir. Danimarka, İrlanda, Belçika ve Hollanda bu grupta görülebilir. Tam İstihdam Odaklı Küçük Refah Devletlerinde tam istihdam hedefi ön plandadır. Bu devletlerde sosyal hakların düzeyi nispeten daha düşük

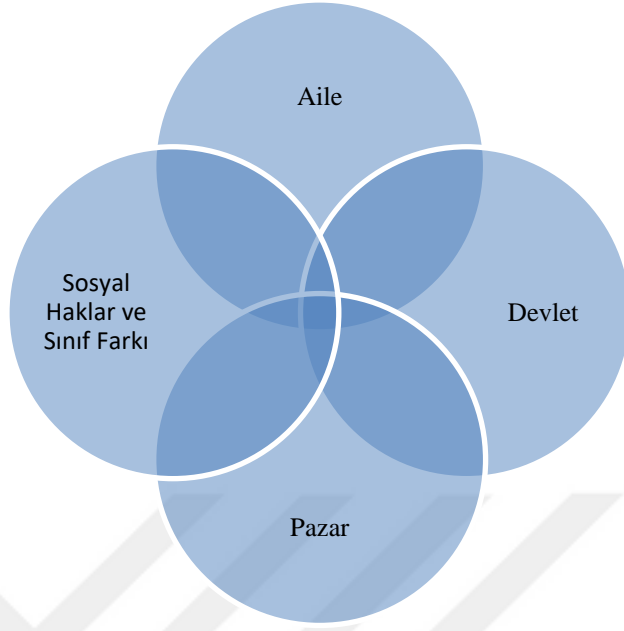
seviyededir. Japonya ve İsviçre bu grupta görülebilir. Piyasa Odaklı Küçük Refah Devletlerinde sosyal ihtiyaçların giderilmesinde piyasa ve aile daha etkin olmaktadır. Devlet gidilecek en son kapı olmaktadır ve sadece muhtaçlık durumunda yardımcı olmaktadır. Yeni Zelanda, İngiltere, Amerika Birleşik Devletleri, Avustralya ve Kanada bu grupta değerlendirilebilir (Karaman, 2015, s. 56).

Therborn'un üzerinde durduğu konulardan birisi de refah devletine işçi sınıfının bakış açısından yaklaşılmasıdır. Yazara göre gerçekleştirilen tanımların ve uygulanan politikaların büyük çoğunluğu refah devletinin sahip olması gereken özelliklere, oluşturulması gereken kurumlara ve geliştirilmesi gereken politikalara/uygulamalara odaklanmaktadır. Genellikle sosyal sigorta ve sağlık gibi konulara dikkat edilmektedir. Yazara göre önemli olan refah devletine işçi kesiminin sahip olduğu sorulara göre yaklaşmaktadır. Bu sorular arasında işçi sınıfının hangi beklentilere sahip oldukları ve işçi hareketleri esnasında mücadele gösterirken hangi amaçlara sahip oldukları bulunmaktadır (Therborn, vd., 1984, s. 20).

2.2.Esping-Andersen'in Refah Devleti Modelleri

Esping-Andersen (1990)'a göre sosyal haklar konusunda uluslar arası unsurlar bulunmaktadır. Bu unsurlar devlet, Pazar ve aile arasında bulunmaktadır. Devlet, Pazar ve aile ile söz konusu unsurlar arasındaki ilişki Şekil 1'de görselleştirilmektedir.

Şekil 1: Refah Devleti Modellerinin Unsurları



(Ndunda, 2016)

Esping-Andersen refah devletlerini üç gruba ayırmaktadır. Bunlar liberal refah devleti, muhafazakar refah devleti ve sosyal demokrat refah devleti şeklindedir. Bu modelde refah devleti gruplarının oluşmasında toplum içerisindeki sınıfların (özellikle işçi sınıfının sahip olduğu özeller), politik yapıların ve devletin kurumsal geçmişinin etkisi bulunmaktadır (Güler, 2015).

2.2.1. Liberal Refah Devleti

Liberal refah devletlerinde sosyal hakların belirlenmiş ve sabit olması savunulur ve bireylerin de bu durumu benimsemeleri istenir. Sosyal hizmetlerin sunulmasında ailenin ve bireylerin belirli mal varlıklarına sahip olup olmaması durumuna dikkat edilir. Kanada ve Amerika Birleşik Devletleri bu grupta kabul edilir. Liberal refah devletleri liberalizmin de etkisiyle bireylerin devlet eliyle refah kaynaklarına ulaşmalarını zorlaştırmaktadır. Özellikle de yardıma muhtaç olduğu düşünülen veya başvuran kimselere destek sunma noktasında uzun süren araştırmalar yapılır. Temel bakış açısı, devletten destek alacağını düşünen bireylerin çalışma isteklerinin ortadan kalkmasını engellemektir. Bu modelde vatandaşlar piyasanın aktörleri olarak kabul edilir (Aydın ve Çakmak, 2017, s. 5).

Bu modelde vatandaşlar için özel sektörün sunduğu hizmetler önemli olmaktadır. Vatandaşlar refah düzeylerini yükseltmenin yollarını piyasa koşullarında ararlar. Refah açısından bakıldığında devlet sadece son çare olarak görülür. Ayrıca devlet sosyal desteklerin sunulması aşamasında gelir testi uygular ve yardımları elde edilen sonuçlara bağlı olarak dağıtır. Sosyal sigorta yararları düşük seviyelerdedir (Özmen, 2017, s. 373).

2.2.2. Muhafazakar Refah Devleti

Muhafazakâr refah devletinde hizmetlerin sunulmasında sınıf farklılıkları etkili olmaktadır. Diğer bir ifadeyle bireylerin sosyal hizmetlere erişimlerinde sahip oldukları varlıkların etkisi olmaktadır. Sosyal destekten ziyade sosyal sigorta önemli görülür. Yaşlılık, çalışmama veya benzeri nedenlerle işsizlik sorunu yaşandığında toplanmış olan sosyal sigorta primleri kullanılarak insanlara hizmetler sunulur (Ndunda, 2016, s. 4).

Güler (2015)'e göre Çalışma hakkının değil sosyal güvenlik hakkının ön plana çıktığı muhafazakâr refah rejiminde aile ve din kurumu, sosyal politika sağlayıcı kurumlar arasında güçlü bir yere sahiptir. Bu ülkelerde sosyal güvenlik hakkının ön plana çıkartılmasının doğal bir sonucu olarak sosyal sorunlarla karşılaşıldığı anda mücadele edilir (s. 5).

Fransa, Hollanda, Almanya, İtalya ve Belçika gibi ülkelerde muhafazakâr sosyal devlet modeli benimsenmektedir. Piyasa odaklı bir anlayış hâkimdir. Diğer tarafta, liberal refah devletleri ile kıyaslandığında daha yumuşak bir yaklaşım vardır. Sosyal haklara sahip olmak kolay değildir ve uğraş gerektirir. Ayrıca geleneksel aile yapısının desteklenmesine yönelik uygulamalar bulunur. Devletin aileye destek verebilmesi için ailenin kendi başına ayakta kalmasının olanaksız olması gerekir. Sosyal sigorta gibi yapılara refah düzeyini yükseltme görevi verilirken piyasa mekanizmasının etkisi azalır (Aydın ve Çakmak, 2017, s. 5).

2.2.3. Sosyal Demokrat Refah Devleti

Sosyal demokrat refah devletlerinin en önemli özelliği yüksek düzeyde bir evrenselliğe sahip olmalarıdır. Bu grupta bulunduğu düşünülen devletlerde vatandaşlara

sosyal hizmetler mümkün olduğunca üst düzeyde verilir. Sosyal hakların belirlenmesinde ve verilmesinde pazarın sahip olduğu özellikler göz ardı edilir. Özel sektöre barınma gibi konularda görev verilirken vatandaşların refah düzeylerinin ve haklarının belirlenmesinde özel sektörün ciddi bir etkisi bulunmamaktadır. Bu grupta bireysel özgürlüklere büyük önem verilirken aile bireyin aile olan bağımlılığının tamamen ortadan kaldırılması istenmez. Özellikle kadınların çalışmaları desteklenir ve çalışmanın bir kadının en doğal haklarından birisi olduğu görüşü hâkimdir. Ayrıca sosyal demokrat refah devletlerinde çocuğun doğumdan itibaren devletin bakım desteğine sahip olması gerekir (Ndunda, 2016, s. 4).

Sosyal demokrat refah devletlerinde sendikalar oldukça güçlüdür. Devlet gerekli gördüğünde eşitlikçi bir sistem kurabilmek için piyasalara müdahale edebilmektedir. Dengeli büyümenin sağlanması, tam istihdam hedefi, ücret eşitliği ve yaygın toplu sözleşme bu modelin en önemli özellikleri arasındadır. Refah kaynakları bu ülkelerde büyük çoğunlukla devlet tarafından sağlanmakta ve özel sektör refah unsurlarının sağlanmasında oldukça düşük bir orana sahiptir (Özdemir, 2007, s. 140).

Esping-Andersen`in refah modelleri Tablo 1`de özetlenmektedir.

Tablo 1: Esping-Andersen`in Üç Tür Refah Kapitalizmi

Rejim	Liberal Refah Devleti	Muhafazakar Refah Devleti	Sosyal Demokrat Refah Devleti
Önde Gelen Örnekleri	Amerika Birleşik Devletleri, İngiltere	Almanya	İsveç
Felsefi Temeli	Klasik Liberalizm	Muhafazakar Sosyal Politika	Sosyalizm/Marksizm
Dekomidifikasyon	Düşük	Orta	Yüksek
Sosyal Haklar	Gereksinim Temelli	Katkıya Dayalı	Evrensel
Refah Önlemleri	Karma Hizmetler	Transfer Ödemeleri	Kamu Hizmetleri
Haklar	Düz Oranlı Ödenekler	Katkıya Dayalı	Yeniden Dağıtıcı
Sosyal Politika Sağlayan Kurumlar	Piyasa (Kalıntısız)	Devlet (Mesleksel)	Devlet (Evrensel)

(Toprak, 2015, s. 158)

Esping-Andersen refah devletlerini sınıflandırmanın yanında söz konusu devletlerin nasıl oluştuklarını da belirtmektedir. Diğer bir ifadeyle sosyal devletlerin

hangi nedenlerle ve nasıl davrandıkları hakkında bilgiler vermiştir. Örnek vermek gerekirse, liberal ekonomik anlayışa sıkı sıkıya bağlı olan ülkelerle muhafazakâr dünya görüşünün benimsendiği ülkelerdeki uygulama farklılıkları sebep-sonuç ilişkisi yoluyla belirtilmektedir (Isakjee, 2017, s. 6).

2.3. Leibfried`e Göre Refah Devletleri Modeli

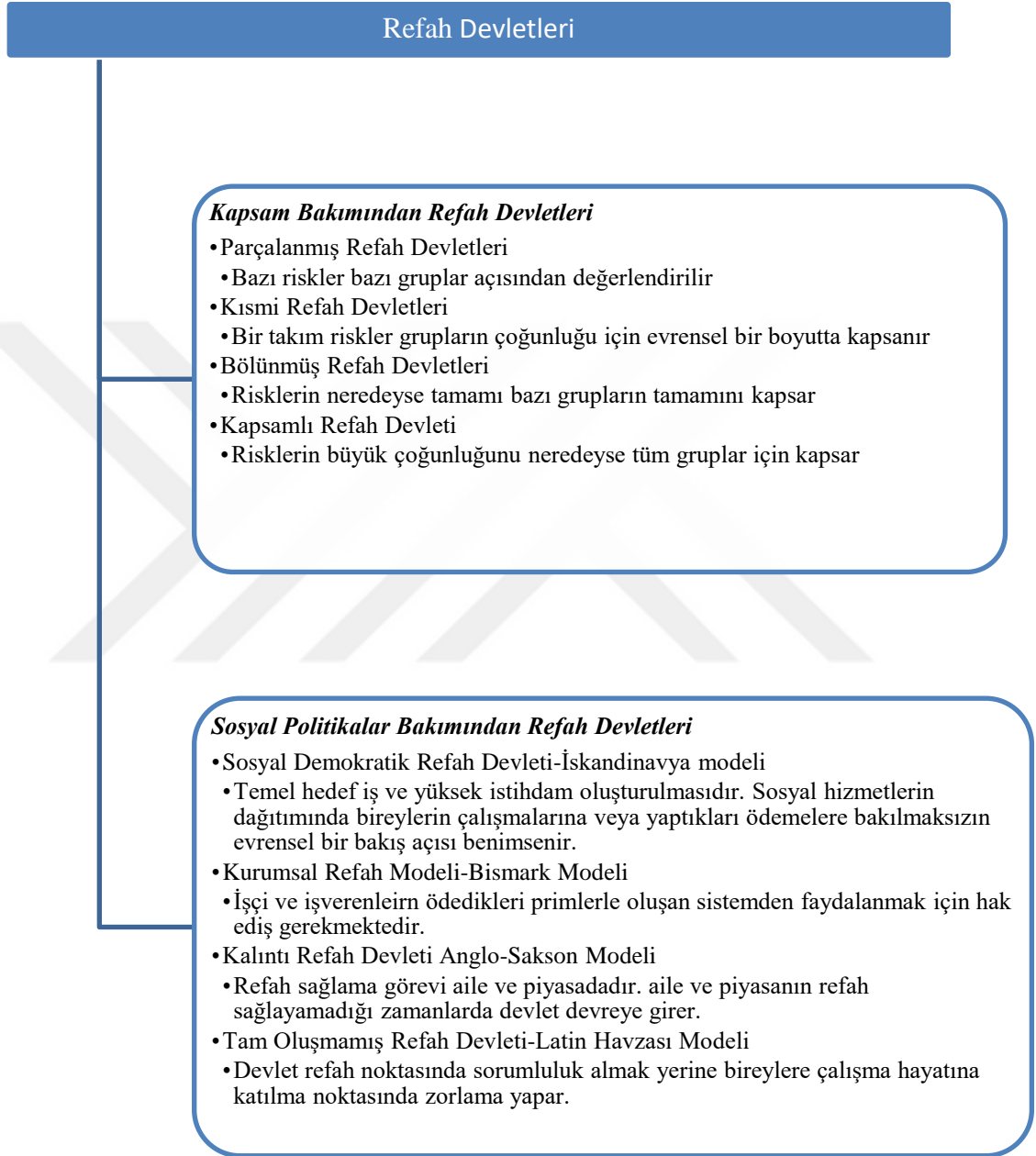
Leibfried refah devletlerine getirdiği sınıflandırmasında temel olarak Sosyal Avrupa düşüncesi üzerinde durmuştur. Araştırmacıya göre Avrupa kıtası sadece bir kara parçası olmayıp çok daha fazla anlam ifade etmektedir. Leibfried`e göre Avrupa ortak Pazar, kültür, tarih ve savaş gibi konularda başat aktör konumundadır ve Avrupa birleşmesinde sosyal yurttaşlık düşüncesinin hâkim olduğunu ileri sürmektedir. Yazar sınıflandırmalarını oluştururken sosyal sigortalar ve yoksulluk politikaları üzerinde durmuştur (Güler, 2015, s. 61-62).

Araştırmacı kapsam bakımından refah devletlerini dört gruba ayırmaktadır. Bunlar Parçalanmış Refah Devletleri, Kısmi Refah Devletleri, Bölünmüş Refah Devletleri ve Kapsamlı Refah Devletleri şeklindedir.

Parçalanmış refah devletlerinde bazı riskler bazı gruplar açısından değerlendirilir. Kısmi refah devletlerinde bir takım riskler grupların çoğunluğu için evrensel bir boyutta kapsanır. Bölünmüş refah devletlerinde risklerin neredeyse tamamı bazı grupların tamamını kapsar. Kapsamlı refah devleti ise risklerin büyük çoğunluğunu neredeyse tüm gruplar için kapsar. Kapsamlı refah devleti modeli evrensel bir niteliğe sahiptir (Toprak, 2015, s. 159).

Söz konusu refah devleti modelleri arasında sadece kapsamlı refah devleti modeli evrensel bir niteliğe sahiptir ve gerçek manada bir refah devletinin varlığından söz edilebilir. Sosyal Demokratik Refah Devleti-İskandinavya modeli, Kurumsal Refah Modeli-Bismark Modeli, Kalıntı Refah Devleti Anglo-Sakson Modeli ve Tam Oluşmamış Refah Devleti-Latin Havzası Modelleri ise araştırmacı tarafından sosyal politika rejimleri açısından şekillendirilen bir sınıflamayı oluştururlar (Özmen, 2017: 372). Bu modellerin temel özellikleri Şekil 2`de gösterilmektedir.

Şekil 2: Leibfried'e Göre Sosyal Politika Rejimleri Açısından Refah Devleti Modelleri



(Güler, 2015; Erdal, 2012; Toprak, 2015).

2.3.1. Sosyal Demokratik Refah Devleti-İskandinavya Modeli

Bu modelin en belirgin özelliklerinden birisi yüksek istihdam düzeyinin amaçlanmasıdır. “Çalışma merkezli toplum” ifadesi ile nitelendirilen bir yapı söz konusudur. Vatandaşların ödeme yapıp yapmamalarına bakılmaz. Orta yaşın yaşam standartlarına bağlı yardımlar oluşturulur. İlerleyen sayfalarda incelenen modellerden farklı olarak çalışabilecek durumda olan ama çalışmayan veya eğitimini tamamlamak isteyen bireylere de destek sunulur. Devletin tüm vatandaşlarının refah düzeylerine odaklanması yasalarla güvence altına alınmıştır. Koşulları yerine getirmiş tüm bireylerin aile durumları ve çalışma özelliklerine bakılmaksızın destek sunulur. Evli kadınlar sosyal yardımlardan eşlerinden bağımsız bir biçimde faydalanırlar. Sendika üyeliği, hastalık ve işsizlikten faydalanma konularında ise yapılan ödemeler dikkate alınmaktadır. Diğer modellerde devlet başvurulacak son merci iken bu modelde devlet başvurulacak ilk merci konumundadır (Albayrak ve Birinci, 2017, s. 64-65).

Sosyal Demokratik Refah Devleti Modeli Beveridge Modeli ismi ile de anılmaktadır. Bu modelde serbest piyasanın kendi başına ekonomik gelişmenin sağlanmasında yeterli olmayacağı kabul edilir. Devlet elde ettiği ödemeler yoluyla çalışan bireyleri, sosyal yardım programları yoluyla da çalışamayacak durumlarda olanları koruma, temel yaşam standartlarına kavuşturma ve sosyal güvenlik sisteminin içine alma görevini üstlenir. Sosyal Demokratik Refah Devleti Modelinde bireylerin çalışma durumlarının ne olduğuna önem verilmez ve toplumun tamamı sosyal hizmetlerden faydalanır. İlgililerin gelirleri ne olursa olsun ödenekler tektir. Merkezi bir sistemdir (Durdu, 2009, s. 46-47).

“Tam istihdam politikası refah devletinin bir parçasını da oluşturabilir. Yardımların makul olması durumunda bu pahalı bir sistemdir. Katkıları çok yüksek tutulmazsa (İsveç gibi) etki; örneğin şirket maaşları için minimum devlet yardımının fazlaştırıldığı iki bağlı sistem (iki bağlı ücret yapısı) olma eğilimindedir. Bu tür rejimlere sahip diğer ülkeler Norveç, Danimarka, Hollanda ve Finlandiya'dır. Bu tür rejimlerde öne çıkan ilkeler, evrensellik, sosyal dayanışma ve sınıflar arasında eşitlik. Yararlar, büyük oranda, yüksek vergi düzeyleri getiren ve temel refah aktörü durumunda olan devlet tarafından sağlanmaktadır. Orta sınıf ve çalışan sınıf için yüksek yararlar söz konusudur” (Erdal, 2012, s. 94).

2.3.2. Kurumsal Refah Modeli-Bismark Modeli

Alman Yönetici Otto von Bismarck zorunlu sosyal sigortayı 1880'lerde ilk kez uygulamaya koyan kişi olmuştur. Bu sosyal sigorta sisteminde parasal kaynak yapısı çalışanlar ve işverenlerinin yaptıkları ödemelerle şekillendirilmekteydi. Para havuzunun oluşturulmasında, yönetilmesinde ve kararların alınmasında işçi temsilcileri, işveren temsilcileri ve hükümet temsilcileri bir arada rol almaktaydı. Performans-başarı prensibi benimsenmiştir. Bu sistemin en eleştiriye açık noktalarından birisi, değerlendirmelerin ve kazanımların dağıtılmalarında bireylerin sahip oldukları konumlara odaklanılması olmuştur. Sınıflar arasındaki risk paylaşımının küçük boyutta olması amaçlanmıştır. Başlarda sosyal sigorta uygulaması sadece belirli alanlarda uygulanmıştır. Özellikle İkinci Dünya Savaşından sonra ise çalışan kesimin tamamı sosyal sigorta kapsamına dâhil edilmiştir (Andersen, 2012, s. 6).

Kurumsal Refah Modeli-Bismark Modeli incelenirken örnek olarak en çok Almanya gösterilir. Almanya'nın yanında İtalya, Avusturya, Belçika ve Fransa'da bu model kapsamında değerlendirilebilir. Kurumsal Refah Modeli-Bismark Modelinin ayırt edici bazı temel nitelikleri bulunmaktadır. Önemli niteliklerden biri ekonomik büyüme ve gelişmenin sosyal refahın düzeyini belirleyeceği görüşünün hâkim olmasıdır. Bu sistemde devlet tam istihdam sağlama sözünde bulunmamakta ancak ekonomik büyüme ve gelişmenin tam istihdamın ortaya çıkmasını sağlayacağını vurgulamaktadır. İstihdam açısından istenmedik durumlar meydana geldiğinde ise devlet devreye girerek onarıcı bir rol üstlenir. Çalışma hakkından ziyade çalışmak için durumu uygun olmayanlar sosyal güvenlik hakkının tanındığı görülür. Kurumsal Refah Modeli-Bismark Modeli tüm çalışanların ortak olarak sisteme dâhil oldukları bir yapıya sahiptir (Toprak, 2015, s. 162-163).

Kurumsal Refah Modeli-Bismark Modelinde sosyal güvenlik sosyal politikaların odağındadır. Faydalar gelire bağlı bir biçimde belirlenir. Bireyin sosyal politikalardan hak sahibi olabilmesi için katkı sağlamış olması gerekmektedir. İşçilerin ve işverenlerin katkıları bu yüzden önem kazanmaktadır. İkamet ve ihtiyaç sahibi olma durumlarından ziyade yapılan katkının miktarı önemli görülür (Akyol ve Ulutürk, 2016, s. 297). Erdoğan (2018)'e göre Kurumsal Refah Modeli-Bismark Modelinin temel özellikleri "Sistemden yararlananların ödediği primler, belli kurallar bütünüyle tespit edilmekte

olup sistemin asgari tabanı ve azami tavanı bulunmaktadır, yapılan yardımlarla kişinin katkı düzeyi arasında ilişki vardır, sisteme katılım zorunludur, sigortalılarca sisteme aktarılan primlerle finansmanı yapılmaktadır” şeklindedir (Erdoğan, 2018, s. 26-27).

2.3.3. Kalıntı Refah Devleti Anglo-Sakson Modeli

Refah devletleri hakkında gerçekleştirilen ilk çalışmalardan biri Wilensky ve Lebeaux tarafından 1958 yılında yapılmıştır. Yazarlar gerçekleştirdikleri bu çalışmalarında refah devletlerini ikiye ayırmışlardır. Bunlardan ilki yukarıda belirtilen göre Kurumsal Refah Modeli-Bismark Modeli iken diğer Kalıntı (residual) Refah Devleti Modelidir. Kalıntı Refah Devleti Modelinde öncelikle ailenin ve piyasanın refah sağlaması beklenir. Aile ve piyasanın refah sağlayamadığı durumlarda ise devlet devreye girer. Modern refah devletlerinin en önemli özelliklerinden birinin modern sanayi toplumlarında refah sağlama konusunun devletin en önemli görevlerinden biri olduğu kabul edilir (Akyol ve Ulutürk, 2016, s. 284).

Kalıntı Refah Devleti Modeli genellikle İngilizce konuşan ülkelerde yaygın olarak görülür. Kanada, Amerika Birleşik Devletleri, İngiltere ve Yeni Zelanda bu grupta gösterilmektedir. Bunların yanında İsviçre’de refah devleti açısından sahip olduğu bir takım özellikler nedeniyle kısmen bu grupta değerlendirilir. Bu modeldeki önemli amaçlardan biri insanların işgücü piyasasına dâhil olmaları ve burada kalıcı olmalarıdır. Devlet refah düzeyinin yükseltilmesi noktasında piyasayı teşvik eder. Bu modelde sosyal refahın dağıtılmasında evrensellik ilkesi değil seçicilik ilkesi baz alınır. Sosyal politikaların öncelikli ilkesi seçiciliktir. Devlet, sosyal desteklerin elde edilmesinde başvurulacak son yerdur. Seçicilik ilkesi uygulanırken hem risk çeşitleri hem de gruplar dikkate alınır. Devletin başvurulacak en son merci olması nedeniyle gelir transferi yapılması için çok kötü durumda olunması gerekir. Bireylere gelir transferi yapılmadan önce olanak ve gelir testi uygulanır. Birey bu testlerden belirli düzeyin altında sonuç elde ederse destek sağlanır. Desteğin sağlanması için belirli insan gruplarında yer almak gerekir. Kapsam bakımından Kısmi Refah Devletleri bünyesinde bulunmaktadır (Toprak, 2015, s. 165).

Sosyal destek sisteminin oluşturulmasında belirli grupların katkılarından ziyade vergilerden oluşturulan kaynak havuzu kullanılır (Andersen, 2012, s. 6). Kalıntı Refah

Devleti Modelinin farklı kaynaklarda üzerinde durulan genel özellikleri şu şekilde listelenebilir(Spicker, 2013, s. 90; Batool, 2018, s. 6):

- Devletin müdahalesi asgari düzeydedir,
- Hizmetler sınırlı düzeydedir,
- Toplumun küçük bir bölümü hizmetlerden faydalanır,
- Sosyal desteğin sunulma oranı düşük düzeydedir,
- Ulusal gelirin çok az bir bölümü sosyal refah için kullanılır,
- Bireylerin kazançlarının test edilmesine önem verilir,
- Sadece ciddi anlamda ihtiyaç sahibi olanlar desteklerden yararlanır,
- Devlete bağlı olmayan kuruluşların önemli görevlere sahiptir
- Aile, dini kurumlar ve piyasa refahın dağıtılması ile sorumludur,
- Refah sistemi sosyal bir ağ olarak görülür,
- Refah devleti kapsamında devletin bireylere destekte bulunması olumlu bir durum olarak görülmez,
- Sosyal desteklerden faydalanmak utanç verici bir durum olarak değerlendirilir,
- Fakir bireyler ikinci sınıf insanlar olarak görülür ve ikinci sınıf hizmetler sunulur.

Kısaca özetlemek gerekirse Kalıntı Refah Devleti Modelinde bireylerin ihtiyaçlarını aile ve piyasadan karşılama beklenir. Bunun yanında dini kurumlar gibi harici kurumlar da faaliyet gösterebilir. Aile, piyasa ve diğer kurumların yetersiz kaldığı dönemlerde ise devlet devreye girmektedir. Karaman (2015)'in gerçekleştirdiği çalışmasında aktardığına göre “Titmuss, bu modelin teorik temellerinin İngiliz Yoksullar Yasası'na kadar götürülebileceğini ve toplumları organik-mekanik-biyolojik bir yapı olarak kurgulayan Spencer ve Radcliffe-Brown gibi sosyologlardan ve Friedman ve Hayek gibi ekonomistlerden destek bulunabileceğini belirtmektedir” (Karaman, 2015, s. 54).

2.3.4. Tam Oluşmamış Refah Devleti-Latin Havzası Modeli

Tam Oluşmamış Refah Devleti-Latin Havzası Modeli genellikle Portekiz, İspanya, Yunanistan ve kısmi bir biçimde İtalya'da görülmektedir. Tam Oluşmamış Refah Devleti-Latin Havzası Modelinde Kalıntı Refah Devleti modeline benzer bir

biçimde devlet sosyal refahın sağlanması noktasında istekli değildir. Bun yerine bireyler çalışma hayatına dâhil olmaları noktasında baskı hissederler. Eski refah sistemi geleneğinin etkisi bulunmaktadır ve tarihi kökenlerini Katolik kilisesinden alır (Karaman, 2015, s. 65).

Refah hizmetlerinin sunulmasında aile dayanışmasının ve geleneksel destek hizmetlerinin kullanılması tercih edilir. Devletin oluşturduğu sosyal koşullar ve refah devletinin kurumsal yapısı zayıftır. Ayrıca bu devletler “Kurumsallaşmış Vaatler Devleti” olarak da tanımlanır. Zira bu devletlerin anayasalarında refah devletinin oluşturulmasında yönelik maddeler bulunmaktadır. Uygulamada ise söz konusu maddelere önem verilmez.

Tam Oluşmamış Refah Devleti-Latin Havzası Modelinin genel özellikleri şu şekilde listelenebilir:

- Sosyal refahın sağlanmasında en önemli görev ailededir,
- Katolik kilisesinin tarihi sosyal doktrini geçerli görülür,
- Bu toplumlarda işsizlik oranları yüksek iken kadın çalışma oranları düşüktür,
- Kamuda çalışanların iyi düzeyde gelir elde etmelerine rağmen özel sektörde çalışan bireylerin bu modelin uygulandığı ülkelerde düzenli çalışmadıkları görülmektedir. Genellikle mevsimlik veya geçici çalışma sistemleri bulunmaktadır. Bu nedenle sosyal refahın sağlanmasında devletin görev alması durumunda önemli bir maddi yük oluşacaktır,
- Sosyal refahın sağlanmasında en çok kullanılan araç emeklilik aylıklarıdır,
- Emeklilik ve benzeri gelirlerin elde edilmesinde ödenilen primlere göre miktarlar belirlenir,
- Refah hizmetlerinin sunumunda bireylerin statüleri önemlidir,
- Çalışmayan bireylerin korunmaları nadir görülür,
- Eğitim ve sağlık hizmetleri hem çalışan hem de çalışan bireylere eşit bir biçimde sunulur,
- Engelliler ve dullar en çok destek alan gruplar arasındadır,

- Çalışma hayatına yeni girenler, kayıt dışı çalışanlar, uzun dönem işsiz olanlar ve kayıtlı olmayan mülteciler sosyal hizmetlerden en az yaralanan kişilerdir (Klose ve Fuentes, 2013, s. 478-479).

Geleneksel yardım hizmetlerinin ve aile dayanışmasının refah sunumunda ağırlıklı olduğu bu modelde, refah devletinin kurumsal yapısı ve sosyal koşullarının oldukça yetersiz olduğu görülmektedir. Bu rejime dâhil olan ülkelerin anayasalarında ve yasalarında modern refah devletine yönelik vaatler yer almakla birlikte, bunların uygulamaya geçirilememesi nedeniyle bu ülkeler genellikle “kurumsallaşmış vaatler devleti” olarak adlandırılmaktadır (Koray, 2012, s. 95).

Güler (2015) gerçekleştirdiği çalışmasında yukarıda bahsedilen refah rejimlerinin belirgin özelliklerini şu şekilde karşılaştırmaktadır.

Tablo 2: Refah Rejimlerinin Özelliklerinin Karşılaştırılması

	Sosyal Demokrat Refah Devleti-İskandinav Modeli	Kurumsal Refah Modeli-Bismark Modeli	Kalıntı Refah Devleti Modeli-Anglo-Sakson Modeli	Tam Oluşmamış Refah Devleti Modeli-Latin Havzası Modeli
Karakteristik	Devlet toplumun refahından sorumludur. Birincil işveren devlettir ve düzenleyici bir rolü vardır. Tam istihdam hedeflenir.	Tam büyüme önemlidir. Devlet birinci düzenleyici ve nihai işveren rolündedir.	Tam büyüme önemlidir. Devlet nihai düzenleyici rolündedir ve piyasa odaklı çalışma anlayışı benimsenmiştir.	Kurumsallaşmış Vaatler Devleti
Hak	Çalışma (Kurumsal sosyal yurttaşlık kökenli)	Sosyal Güvenlik (Kurumsal sosyal yurttaşlık kökenli)	Gelir Transferi	Kısmen yerine getirilmiş çalışma ve refah
Temel Gelir Tartışmaları	Marjinal ancak gelir paketleri ile geliştirilebilir.	Çalışma ve refah arasında radikal ve bölünme yaratabilecek yapıda	Normal refah sistemlerinin gelişimini destekleyebilir	Normal refah sistemlerinin gelişimini destekleyebilir

(Güler, 2015, s. 6)

Çalışmanın amacına ulaşmak için refah devleti modellerinden sonra Türkiye’de aktif olan sağlık sistemi üzerinde durmak faydalı olacaktır. Çalışmanın bu bölümünde Türk Sağlık Sistemi incelenmektedir.

3. TÜRKİYE`DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU

Türkiye`de sağlık hizmetlerinin sunumunda dört farklı alandan bahsetmek mümkündür. Bunlar “Halk Sağlığı ve Aile Hekimliği Hizmetleri”, “112 Acil Sağlık Hizmetleri”, “Hastane Hizmetleri” ve “İlaç ve Tıbbi Malzemeye Erişim” şeklindedir.

3.1.Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü ve Aile Hekimliği Hizmetleri

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü “Herkesin sağlığının korunup geliştirildiği sağlıklı ve mutlu bir Türkiye” ifadesini misyon olarak belirlemiştir (THSGM, 2016, s. 8). Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünün 15/08/2017 tarih ve 694 sayılı K.H.K. ile belirlenen görev ve sorumlulukları aşağıda yer almaktadır (694 Sayılı KHK):

- a) Halk sağlığını korumak ve geliştirmek, sağlık için risk oluşturan faktörlerle mücadele etmek.
- b) Birinci basamak sağlık hizmetlerini yürütmek, bu amaçla birinci basamak sağlık kuruluşlarını kurmak ve işletmek, gerektiğinde bunları birleştirmek, ayırmak, nakletmek veya kapatmak.
- c) Bulaşıcı, bulaşıcı olmayan, kronik hastalıklar ve kanser ile anne, çocuk, ergen, yaşlı ve engelli gibi risk gruplarıyla ilgili olarak izleme, sürveyans, inceleme, araştırma, bağışıklama ve kontrol çalışmaları yapmak, bunlarla ilgili verilerin toplanmasını sağlamak, belirlenen hedefler doğrultusunda plan ve programlar hazırlamak, uygulamaya koymak, denetlenmesini sağlamak, değerlendirmek ve gerekli önlemleri almak.
- ç) Yaşam kalitesini yükseltecek alışkanlıkları kazandırarak toplumdaki tüm bireylerin sağlığını geliştirmek; hatalı beslenme alışkanlıkları, obezite, sigara ve benzeri zararlı maddelerin yol açtığı sağlık riskleri ve tehditleri ile mücadele etmek, bu hususları izlemek, araştırmak, veri toplanmasını sağlamak ve değerlendirmek.
- d) Birey, toplum ve çevre sağlığını etkileyen ve genel sağlığı ilgilendiren her tür etkeni incelemek, teşhis etmek, değerlendirmek ve kontrol etmek üzere gerekli laboratuvar hizmetlerinin organizasyonunu sağlamak ve ulusal referans laboratuvarı kurmak ve

işletmek, içme sulan, biyosidal ürünler gibi görev alanına giren konularda tüketici güvenliği ile ilgili tedbirleri almak ve buna yönelik her türlü iş ve işlemi tesis etmek.

e) Sağlık tehditlerine yönelik erken uyarı ve cevap geliştirilmesi amacıyla gerekli organizasyonu sağlamak, halk sağlığını tehdit eden konularda gereken tüm tedbirleri almak ve gerektiğinde müeyyide uygulamak.

f) Biyolojik ürünler ve test materyali ile benzeri ürünlerle ilgili araştırma ve geliştirme faaliyetlerinde bulunmak, bu ürünleri temin etmek veya edilmesini sağlamak, üretirmek ve gerektiğinde üretmek.

g) Görev ve sorumluluk alanıyla ilgili olarak hizmet standardizasyonunu sağlamak, meslek personelinin yetişmesi için ilgili kurumlar]a işbirliği yaparak eğitim programları hazırlamak, eğitim ve yayın faaliyetinde bulunmak.

ğ) Bakan tarafından verilen benzeri görevleri yapmak.

Halk sağlığı hizmetlerinin sunumu noktasında oluşturulan birimler şu şekildedir: “Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Başkan Yardımcılığı”, “Bulaşıcı Hastalık Kontrol Programları Başkan Yardımcılığı”, “Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Programlar ve Kanser Başkan Yardımcılığı”, “Tüketici ve Çalışan Güvenliği Başkan Yardımcılığı”, “Destek Hizmetleri Başkan Yardımcılığı”, “Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı”, “Denetim Hizmetleri Daire Başkanlığı”, “Hukuk Müşavirliği” ve “Hukuk Müşavirliği” (THSGM, 2016, s. 9-12).

Eylül 2017`de yürürlüğe giren Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Hizmet Birimleri ve Görevleri Hakkındaki Yönetmelik Türkiye`de halk sağlığı ve aile hekimliği uygulamalarının faaliyetlerini düzenlemektedir. İlgili yönetmelikte haile hekimliği hizmetlerinin Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü kapsamında yürütüldüğü görülmektedir. Bu yönetmelikte aile hekimliğinin görevlerinin aile sağlığı birimlerinin açılması, hizmetlerin yürütülmesi ve kapatılması, doktor tayinlerinin gerçekleştirilmesi, Aile Hekimliği Bilgi Sisteminin uygulanması, gezici hizmetlerin onaylanması, hekimlerin görevlerinin belirlenmesi, gerekli araştırmaların ve tanıtımların yapılması, görüşlerin değerlendirilmesi, sistemin geliştirilmesi ve eğitimlerin oluşturulması şeklinde olduğu belirtilmektedir (Resmi Gazete, 2015).

3.2. 112 Acil Sağlık Hizmetleri

Türkiye`de Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü vizyonunu “Ulusal düzeyde acil sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği, etkinliği, verimliliği, hizmet sunan ve sunulanların memnuniyet ve eğitim düzeylerinin sürekli artırılması, teknolojik yeniliklerden faydalanarak hizmetin toplumun her kesimine aynı standartta ulaştırılmasını sağlamak” şeklinde ifade etmektedir (TASHGM, 2015). Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün 02.11.2011 tarih ve 663 sayılı K.H.K. ile belirlenen görevleri şu şekildedir:

- a) Afetlerde ve acil durumlarda ülke genelinde sağlık hizmetlerini planlamak ve yürütmek.
- b) Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerine ait birimleri kurmak ve işletmek, gerektiğinde hastane acil servisleri ile entegre etmek, ilgili birimlerin faaliyetlerini izlemek, değerlendirmek, hasta nakil ve sevk koordinasyonunu sağlamak.
- c) Kara, hava ve deniz ambulanslarının temin, tahsis, sevk ve idaresini sağlamak.
- d) Yurtiçinde meydana gelen afet ve acil durumlardaki tıbbî kurtarma ve acil sağlık hizmetlerini ilgili tüm taraflarla işbirliği ve koordinasyon içinde sağlamak.
- e) Yurtdışında meydana gelen afet ve acil durumlarda ulusal ve uluslararası kuruluşlar ve sivil toplum örgütleri ile işbirliği içinde sağlık ve insanî yardım faaliyetlerine katılmak.
- f) Afet ve acil durumlara yönelik sağlık hizmetlerinin sunumunda ihtiyaç duyulacak haberleşme, ilaç, tıbbî ve teknik malzemelere yönelik planlama, tedarik, dağıtım ve depolama faaliyetlerini yürütmek.
- g) Tehlikeli kimyasal ve biyolojik maddelere bağlı sağlık tehditlerine yönelik hazırlık ve cevap geliştirilmesi amacıyla gerekli organizasyonu sağlamak.
- h) Toplumun ilkyardım bilgi ve becerisinin geliştirilmesi amacıyla gerekli eğitim faaliyetlerini planlamak ve yürütmek.
- i) Görev ve sorumluluk alanı ile ilgili personelin yetiştirilmesi için ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği içinde eğitim programı hazırlamak ve uygulamak, tatbikat organizasyonları yapmak, ulusal ve uluslararası tatbikatlara katılmak.
- j) Bakan tarafından verilen benzeri görevleri yapmak.

Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü hizmetlerini altı farklı birim vasıtasıyla sürdürmektedir. Bunlar “112 Acil Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı”, “Afet ve Acil Durum Yönetimi Daire Başkanlığı”, “İdari ve Mali İşler Daire Başkanlığı”, “Lojistik ve Teknik Hizmetler Daire Başkanlığı” “Eğitim ve Projeler Daire Başkanlığı” ve “İzleme Değerlendirme Daire Başkanlığı” şeklindedir (TASHGM, 2018).

3.3.Türkiye Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Tarafından Sunulan Hastane Hizmetleri

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumunda kullanılan bir diğer kurum Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumudur. Türkiye Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü’nün 15/08/2017 tarih ve 694 sayılı K.H.K. ile belirlenen görev ve sorumlulukları aşağıda yer almaktadır (694 Sayılı KHK):

- a) Bakanlığa bağlı hastaneleri, ağız ve diş sağlığı merkezlerini ve benzeri sağlık kuruluşlarını kurmak ve işletmek, gerektiğinde bunları birleştirmek, ayırmak, nakletmek veya kapatmak.
- b) Sağlık kuruluşlarında her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin yürütülmesini sağlamak, faaliyetleri izlemek ve değerlendirmek, iyi uygulama örneklerini yaygınlaştırmak.
- c) Performans değerlendirmesi yapmak ve değerlendirme sistematığı için her türlü alt yapıyı kurmak.
- ç) Sağlık kuruluşlarında hasta haklarına, hasta ve çalışanların sağlığına ve güvenliğine yönelik iyileştirme çalışmaları yapmak.
- d) Bakan tarafından verilen benzeri görevleri yapmak.

Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü hizmetlerini sunmak için şu birimleri kullanmaktadır; “Şehir Hastaneleri Koordinasyon Daire Başkanlığı”, “Hukuk ve Mevzuat Dairesi Başkanlığı”, “Verimlilik ve Koordinasyon Dairesi Başkanlığı”, “Döner Sermaye bütçe ve Muhasebe İşlemleri Dairesi Başkanlığı”, “Finansal Analiz ve Faturalandırma Dairesi Başkanlığı”, “Tedarik Planlama, Stok ve Lojistik Yönetimi Dairesi Başkanlığı”, “Tıbbi Cihaz ve Tıbbi Hizmet Alımları Planlama Dairesi Başkanlığı”, “Sağlık Tesisleri Yatırım Planlama ve Takip Dairesi

Başkanlığı”, “Sağlık Hizmetleri Dairesi Başkanlığı”, “Acil Sağlık Hizmetleri ve Yurt Dışı Birimleri Dairesi Başkanlığı”, “Sağlık Bakım Hasta Hizmetleri ve Eğitim Dairesi Başkanlığı”, “İnsan Gücü Planlama Dairesi Başkanlığı”, “İstatistik, Analiz, Raporlama ve Stratejik Yönetim Dairesi Başkanlığı”, “Ek Ödeme Dairesi Başkanlığı”, “Tedarik Yöntemleri ve Satın Alma Dairesi Başkanlığı”, “Hasta, Çalışan Hakları ve Güvenliği Dairesi Başkanlığı” ve “İdari Hizmetler ve İletişim Yönetimi Dairesi Başkanlığı” (KHGM, 2018).

Ayrıca ağız ve diş sağlığı hastaneleri de Kamu hastaneleri Genel Müdürlüğü çatısı altında hizmet vermektedir. “T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Türkiye’de Toplam: 81 ilde 156 sağlık tesisinde 23 yatakla ve 6.871 Diş Ünitesi ile hizmet vermektedir. Bu verilere T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Gn.Md. Kurumları ile Özel ve Üniversite sağlık tesisleri ile ADSH Yatakları ve Hastane Diş Üniteleri dahil değildir” (KHGM, 2018).

3.4. İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Kontrolünde İlaç ve Tıbbi Malzemeye Erişim

İlaç ve tıbbi cihazların sağlanması noktasında T.C. İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu görevlidir. Kurumun 02.11.2011 tarih ve 663 sayılı K.H.K. ile belirlenen görevleri şu şekildedir:

Kurumun görev, yetki ve sorumlulukları şunlardır:

- a) Görev alanına giren ürünlerin ruhsatlandırılması, üretimi, depolanması, satışı, ithalatı, ihracatı, piyasaya arzı, dağıtımı, hizmete sunulması, toplatılması ve kullanımları ile ilgili kural ve standartları belirlemek, bu faaliyetleri yürütecek kamu ve özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişilere izin vermek, ruhsatlandırmak, denetlemek ve gerektiğinde yaptırım uygulamak, laboratuvar analizlerini yapmak veya yaptırmak.
- b) Sağlık beyanı ile satışa sunulacak ürünlerin sağlık beyanlarını inceleyerek bu beyanlara izin vermek, izinsiz veya gerçeğe aykırı sağlık beyanı ile yapılan satışları denetlemek, gerektiğinde durdurma, toplama, toplatma ve imha iş ve işlemlerini yapmak veya yaptırmak, izin ve sağlık beyanları yönünden bunların her türlü reklam ve tanıtımlarını denetlemek ve aykırı olanları durdurmak,

piyasaya arz edilen ilaç, tıbbî cihaz ve ürünlerin reklam ve tanıtımının usûl ve esaslarını belirlemek ve uygulamasını denetlemek.

c) Görev alanına giren ilaç, tıbbî cihaz ve ürünlere ilişkin klinik araştırmalarla ilgili düzenlemeleri yapmak, izin vermek ve denetlemek.

ç) Türk Farmakopesini hazırlamak.

d) Hayati önemi haiz ilaç, tıbbî cihaz ve ürünlerin piyasada sürekli bulunabilmesi için gerekli tedbirleri almak.

e) Tıbbî cihazlar için onaylanmış kuruluşları belirlemek, lisans, ruhsat veya izin vermek, denetim yapmak ve gerektiğinde yaptırım uygulamak.

f) Görev alanına giren ilaç, tıbbî cihaz ve ürünlerle ilgili uyarı sistemlerini kurmak veya kurdurmak, işletmek veya işlettirmek.

g) Kurum personelinin uluslararası karşılıklı tanınma ve akreditasyonunu sağlamak.

ğ) Görev alanına giren ilaç, tıbbî cihaz ve ürünlerin piyasa gözetimi ve denetimini yapmak, gerektiğinde toplatmak, imha etmek veya ettirmek, piyasadaki ürünler için güvenlik bildirim yöntemlerini belirlemek, gerekli bildirimleri yapmak, laboratuvar analizlerini yapmak veya yaptırmak.

h) İlaç fiyatlarının belirlenmesi için farmako-ekonomik değerlendirme ve çalışmalar yapmak.

ı) Görev alanına giren ilaç, tıbbî cihaz ve ürünleri üretenler, satanlar ve faydalananlar arasında doğabilecek ihtilafların çözümüne yönelik usûlleri belirlemek.

i) Görev alanı ile ilgili faaliyetleri izlemek, değerlendirmek, iyi uygulama örneklerini yaygınlaştırmak, politika üretilmesi ve gerekli düzenlemelerin yapılması için Bakanlığa teklifte bulunmak.

j) Görev alanı ile ilgili konularda ulusal veya uluslararası, kamu kurumları ve üniversiteler ile özel kuruluşlarla bilimsel ve teknik işbirliği yapmak, müşterek çalışmalar yürütmek.

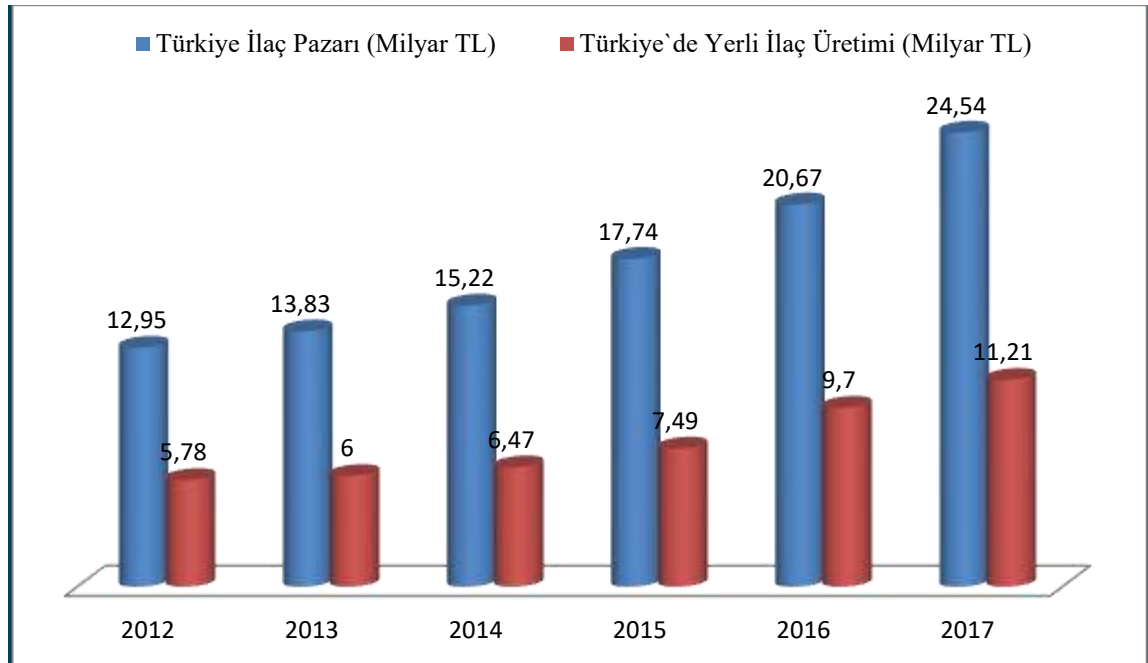
k) Kurum personelinin atama, nakil, özlük, ücret, emeklilik ve benzeri işlemlerini yürütmek.

l) Kurum hizmetlerinin gerektirdiği her türlü satın alma, kiralama, bakım ve onarım, arşiv, idarî ve malî hizmetleri yürütmek.

Kurum hizmetleri yerine getirme noktasında şu birimleri kullanmaktadır; “Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı”, “Hukuk Müşavirliği”, “İlaç ve Eczacılık Başkan Yardımcılığı”, “Tıbbi Cihaz ve Kozmetik Ürünler Başkan Yardımcılığı”, “Ekonomik Değerlendirmeler ve Laboratuvar Hizmetleri Başkan Yardımcılığı”, “Denetim Hizmetleri Başkan Yardımcılığı” ve “Destek Hizmetleri ve Bilgi Yönetimi Başkan Yardımcılığı” (TİTCK, 2018).

İlaç harcamalarının çok ciddi rakamlara ulaşması yerli ilaç üretimini önemli hale getirmektedir. İthal ilaçların 2017 yılının ilk 6 ayında ulaştığı satış değeri 6,5 milyar TL’dir. Kutu satışları 227 milyon düzeyinde gerçekleşti. 2016’nin aynı dönemi ile karşılaştırıldığında, değerde yüzde 14,7 ve hacimde yüzde 1,5 oranında yükselme oldu. İthal ilaçlardaki ortalama kutu fiyatı 28,2 TL düzeyindedir. Türkiye’de üretilen ilaçların satış değeri ise 2017’nin ilk 6 ayında, 2016’nın aynı dönemine göre yüzde 17,6 oranında artış göstererek 5,3 milyar TL olarak gerçekleşti. Yerli üretim ilaçların kutu başına ortalama fiyatı 6,1 TL’dir (Orhan, 2018). Türkiye’de yerli ilaç üretimi ve ilaç harcama verileri Grafik 1’de özetlenmektedir.

Resim1: Türkiye İlaç Pazarı ve Yerli İlaç Üretim İstatistikleri



(TOBB, 2018, s. 4-9)

Yukarıdaki grafik Türkiye`de ilaç sektörünün yıllar itibariyle düzenli bir artış sergilediğini göstermektedir. Aynı zamanda, Türkiye`de üretilen ilaç miktarında da bir artış söz konusudur. Diğer bir ifadeyle Türkiye`de yerli ilaç üretimi yıllar itibariyle artış göstermektedir. Bu artışın 2015 yılı itibariyle hızlandığı anlaşılmaktadır.

Diğer tarafta, Türkiye`deki sağlık sistemi ile ilgili olarak belirtilmesi gereken bir diğer önemli konu 2003 tarihli Acil Eylem Planıdır. Söz konusu planda “Herkesin Sağlık” başlığı ile gerçekleştirilmesi onaylanan eylemler şu şekilde listelenebilir (Çavmak ve Çavmak, 2017, s. 51-52):

- Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi,
- Anne ve çocuk sağlığına önem verilmesi,
- Hastanelerin mali ve idari açıdan özerkliğine kavuşturulması,
- Kalkınmada öncelikli bölgelerde yaşanan sağlık personeli eksikliğinin giderilmesi,
- Koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması,
- Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi,
- Sağlık Bakanlığı`nın fonksiyonel ve idari açıdan yeniden yapılandırılması,
- Sağlık kurumlarının tek çatı altında toplanması,
- Tüm kamu kuruluşlarının alt kademelere yetki devri,
- Tüm vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamına alınması,
- Sağlık alanında e-dönüşüm projesinin hayata geçirilmesidir

Bu bölümde son olarak Türkiye`deki sağlık hizmetleri hakkında OECD verilerinin özetinin sunulması faydalı olacaktır. Tablo 3, Türkiye`deki sağlık istatistikleri hakkında seçilmiş değişkenlerin verilerini göstermektedir.

Tablo 3: Türkiye`deki Sağlık Sistemi Hakkında Seçilmiş Değişkenler üzerine OECD Verileri

Değişken			Birim	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
Toplam Sağlık ve Sosyal İstihdam			Çalışan Kişi Sayısı	590375	692675	807950	858125	973775	1055950	1123125	
Sağlık İstihdamı ve Eğitim Durumu		Hekimler	Çalışan Hekim Sayısı	123447	126029	129772	133775	135616	141259	144827	
Fiziksel ve Teknik Kaynaklar		Hastaneler	Hastaneler	Sayı	1397	1410	1483	1517	1528	1533	1510
		Yatak Sayısı	Toplam Hastane Sayısı	Sayı	184339	188047	200072	202031	206836	209648	217771
		Tıbbi Teknoloji	Bilgisayarlı Tomografi Tarayıcı	Sayı	904	974	1017	1058	1071	1119	1152
				Bir milyona kişiye düşen	12,36	13,12	13,53	13,89	13,88	14,31	14,53
		Manyetik Rezonans Görüntüleme Birimleri	Sayı	Sayı	678	709	720	751	757	794	836
				Bir milyona kişiye düşen	9,27	9,55	9,58	9,86	9,81	10,15	10,55
		Pozitron Yayınlayıcı Tomografi (PET) tarayıcıları	Sayı	Sayı	40	47	71	85	101	104	119
				Bir milyona kişiye düşen	0,55	0,63	0,94	1,12	1,31	1,33	1,5
		Gamma kameraları	Sayı	Sayı	171	172	218	252	260	274	292
				Bir milyona kişiye düşen	2,34	2,32	2,9	3,31	3,37	3,5	3,68
		Mamografi	Sayı	Sayı	638	727	936	905	903	896	931
				Bir milyona kişiye düşen	8,72	9,79	12,45	11,88	11,7	11,46	11,74
		Radyoterapi ekipmanı	Sayı	Sayı	131	150	180	192	196	202	215
				Bir milyona kişiye düşen	1,79	2,02	2,39	2,52	2,54	2,58	2,71

(OECD, 2018)

Yukarıdaki tablo incelendiğinde Türkiye`de gerçekleştirilen sağlık harcamalarında yıllar itibariyle artış gözlemlendiği sonucuna ulaşılabilir. Zira tabloda da görüleceği üzere gerek istihdam gerekse tıbbi cihaz sayılarında yıllar itibariyle artış yaşanmaktadır. Diğer tarafta, kişi başına düşen hekim ve ekipman oranlarında da olumlu gelişmeler görülmektedir. Bu durum Türkiye`de vatandaşlara sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinde yıllar itibariyle olumlu yönde gelişmeler yaşandığı şeklinde yorumlanabilir.

Türkiye`de sağlık hizmetlerinin sunulması yollarının yanında, bir sonraki bölümde Türk Sağlık Sistemi`nin finansman yapısı incelenecektir.

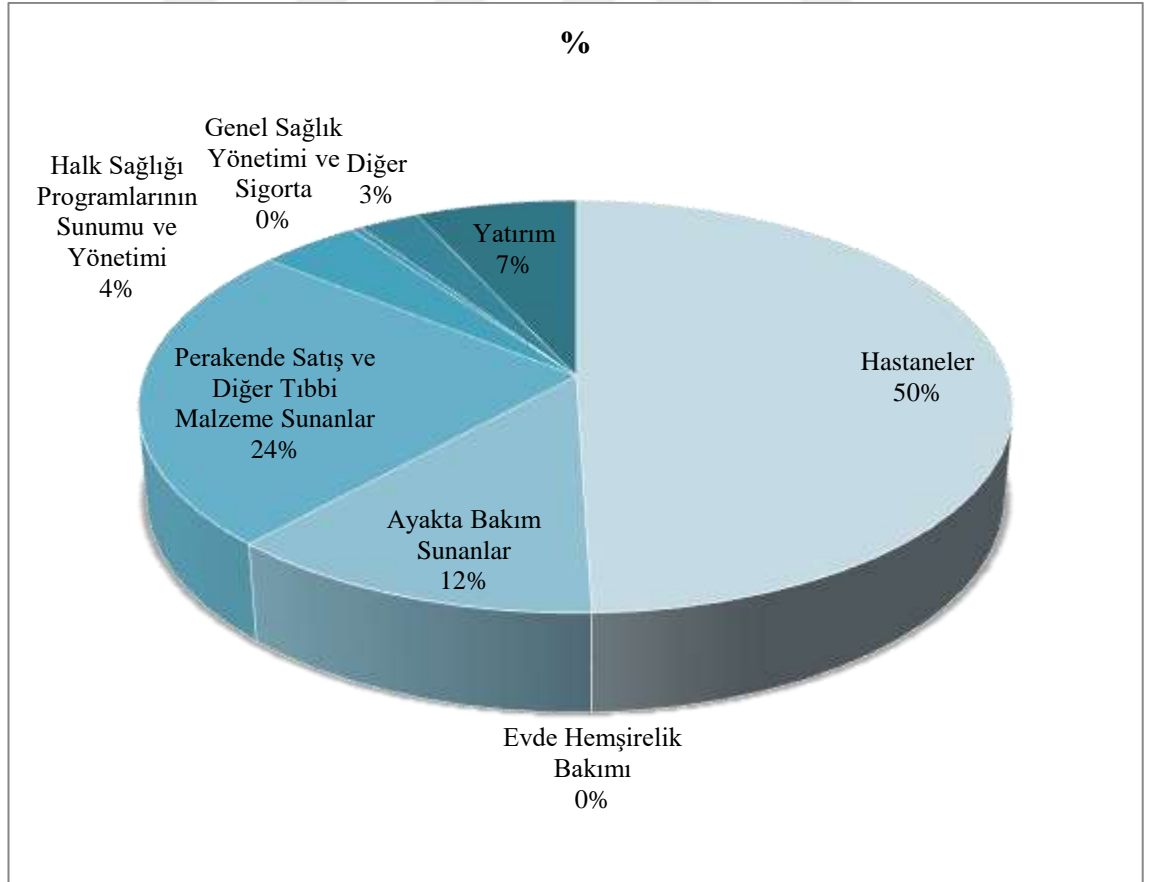


4. TÜRK SAĞLIK SİSTEMİNİN FİNANSMAN YAPISI

4.1. Yıllara Göre Sağlık Harcamaları

2017 yılı verileri incelendiğinde gerçekleştirilen toplam sağlık harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hasılaya oranının yüzde 4,5 düzeyinde olduğu görülmektedir. Toplam sağlık harcaması 140,647 milyon TL olmuştur. Bu rakamın yüzde 78'lik bir kısmı genel devlet bütçesinden karşılanmıştır. Kişi başı sağlık harcaması 1,751 TL düzeyinde oldu. Gerçekleştirilen toplam sağlık harcamalarının büyük çoğunluğunu hastane masrafları oluşturmuştur. Hastaneler için yapılan harcamaların toplam miktarı 69,636 milyon TL tutarındadır (TUİK, 2018). Grafik 2 sağlık harcamalarını harcama alanına göre görselleştirmektedir.

Resim 2: 2017 Yılı Sağlık Harcamalarının Harcama Alanlarına Göre Dağılımı



(TUİK, 2018)

Harcamayı yapan birim açısından bakıldığında ise sağlık harcamalarının büyük çoğunlukla sosyal güvenlik kaynaklı gerçekleştirildiği görülmektedir. Sosyal güvenliğin sağlık harcamalarındaki payı 2017 yılı itibariyle yüzde 52 düzeyinde olmuştur (TUİK, 2018).

Yıllar itibariyle incelendiğinde Türkiye`de sağlık harcamalarında ciddi bir yükselişin gözlemlendiği anlaşılmaktadır. Zira 1999 yılında 4,985 milyon TL olan toplam sağlık harcamaları 2016 yılında 119,756 milyon TL ve 2017 yılına gelindiğinde 140,647 milyon TL olmuştur (TUİK, 2018). Tablo 4 yıllar itibariyle sağlık harcamalarının rakamsal gelişimini ve gayrisafi yurtiçi hasılaya oranlarını göstermektedir.

Tablo 4: Yıllar İtibariyle Toplam Sağlık Harcamaları ve Gayrisafi Yurtiçi Hâsılaya Oranları

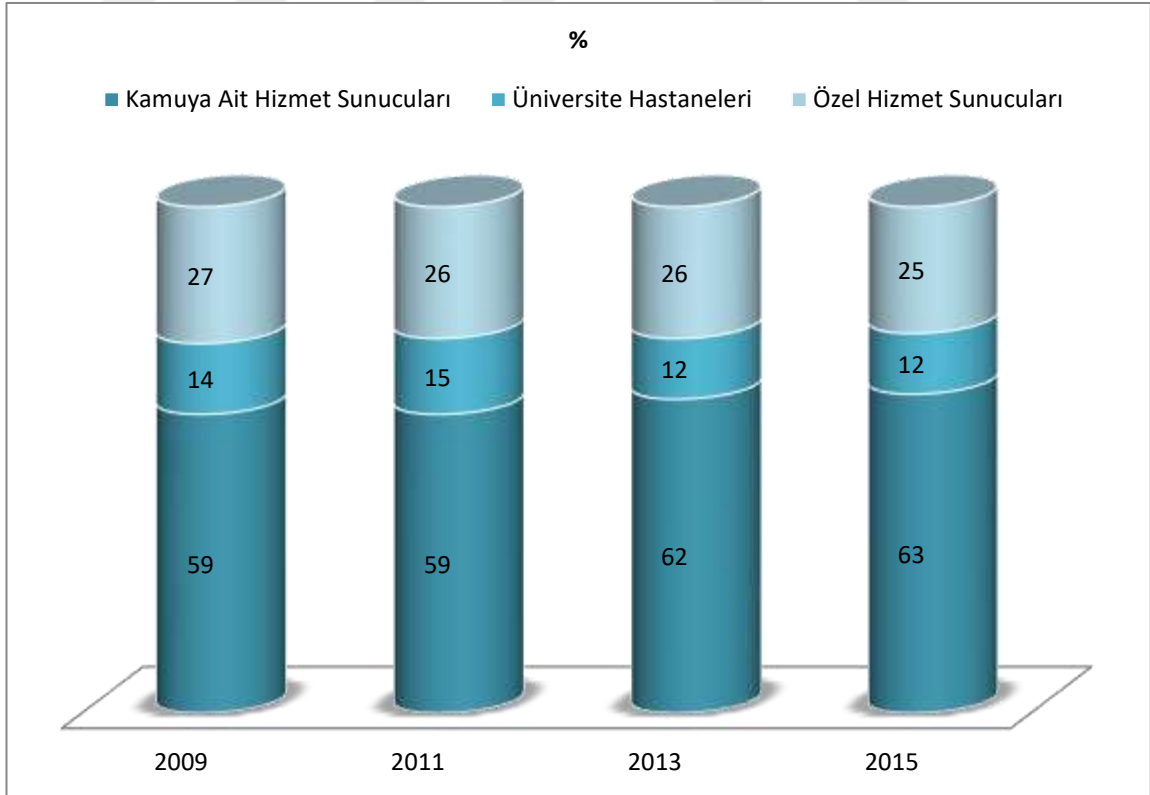
YIL	TOPLAM HARCAMA	GSYH ORANI (%)
1999	4,985,000,000	4,7
2000	8,248,000,000	4,8
2001	12,396,000,000	5,1
2002	18,774,000,000	5,2
2003	24,279,000,000	5,2
2004	30,021,000,000	5,2
2005	35,359,000,000	5,2
2006	44,069,000,000	5,6
2007	50,904,000,000	5,8
2008	57,740,000,000	5,8
2009	57,911,000,000	5,8
2010	61,678,000,000	5,3
2011	68,607,000,000	4,9
2012	74,189,000,000	4,7
2013	84,390,000,000	4,7
2014	94,750,000,000	4,6
2015	104,568,000,000	4,5
2016	119,756,000,000	4,6
2017	140,647,000,000	4,5

(TUİK, 2018)

Yukarıdaki tabloda da görüleceği üzere Türkiye`de yıllar itibariyle sağlığa harcanan miktarlarda ciddi yükselişler yaşanmıştır. Diğer tarafta gerçekleştirilen sağlık harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla içerisinde oranlarında yükseliş olmadığı anlaşılmaktadır. Bu durum, sağlığa ayrılan bütçenin Gayri Safi Yurtiçi Hâsılaya olan oranı açısından değil ülkenin ekonomik durumuna bağlı bir biçimde artış gösterdiği şeklinde yorumlanabilir. Ek olarak, 1999 yılından 2017 yılına kadar geçen süre içerisinde sağlık hizmetlerine olan talepte de bir artış yaşanması doğaldır. Yine bu dönemde sağlık enflasyonunda da bir artış olduğu hesaba katılmalıdır. Artan nüfus ve enflasyon ile beraber sağlık harcamalarının miktarlarında da artış gözlemlenmesi kaçınılmaz olmaktadır.

Türkiye`de hizmet sunucuları üç grupta toplanabilir. Bunlar kamuya ait hizmet sunucuları, üniversite hastaneleri ve özel hizmet sunucularıdır. Bu gruplar arasında en büyük pay kamuya ait hizmet sunucularınınındır. Grafik 3 Türkiye`de sağlık harcamalarının hizmet sunucularına göre dağılımı özetlemektedir.

Resim 3: Türkiye`de Sağlık Harcamalarını Hizmet Sunucularına Göre Dağılımı

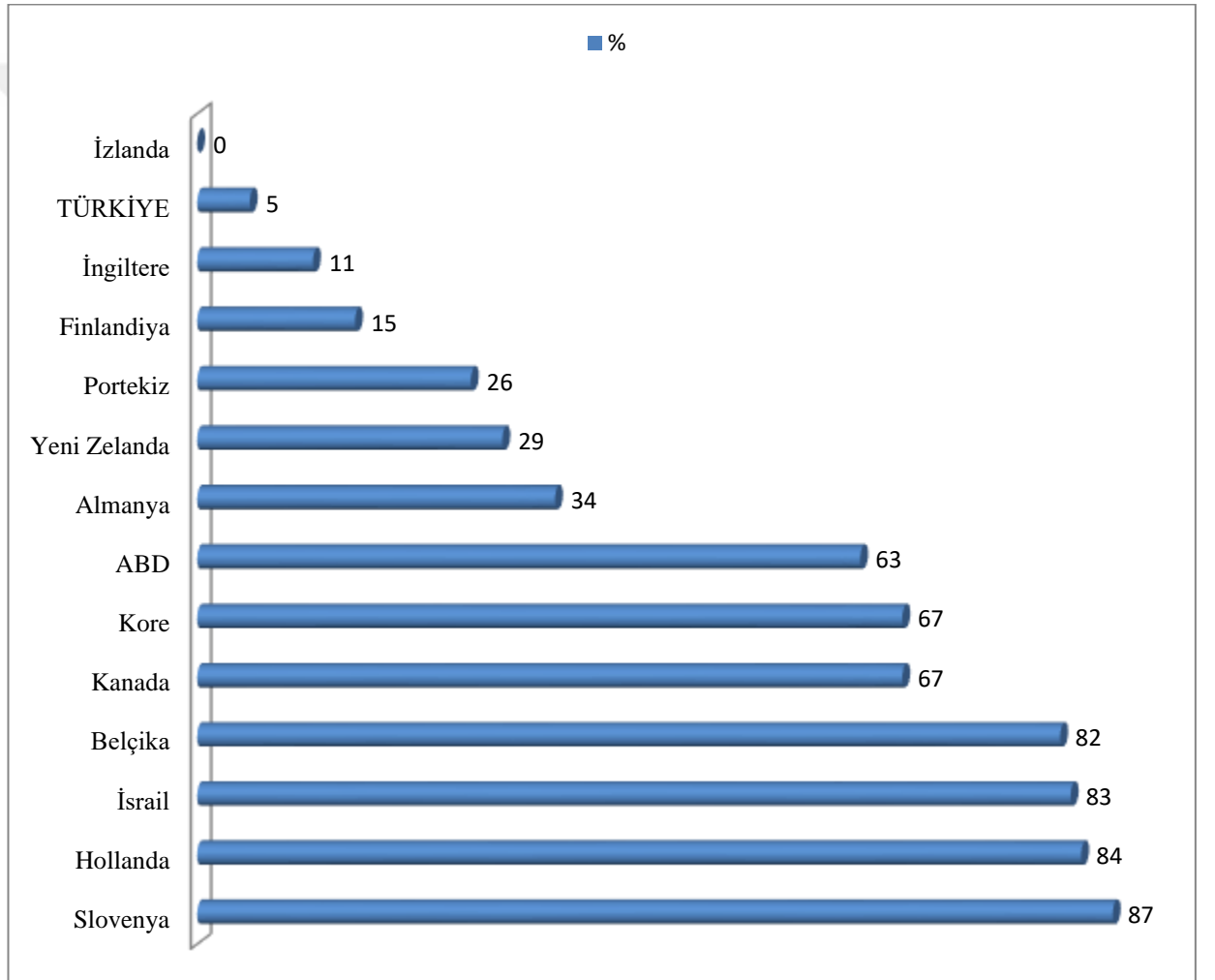


(TOBB, 2017, s. 9)

Yukarıdaki grafikten de anlaşılacağı üzere kamuya ait hizmet sunucularının rolünde bir artış bulunmaktadır. Aksi durum ise üniversite ve özel hastane sunucuları için söz konusudur.

Türkiye`deki sağlık sektörü hakkında bahsedilmesi mümkün olan bir diğer husus özel sağlık sigortasıdır. Özel sağlık sigortası penetrasyonu açısından Türkiye diğer ülkelerle kıyaslandığında oldukça düşük bir orana sahiptir. Grafik 4 belirli ülkelerdeki özel sağlık sigortası penetrasyonu verilerini karşılaştırmaktadır.

Resim 4: Ülkelere Göre Özel Sağlık Sigortası Penetrasyonu (Nüfus Yüzdesi)



(TOBB, 2017, s. 24)

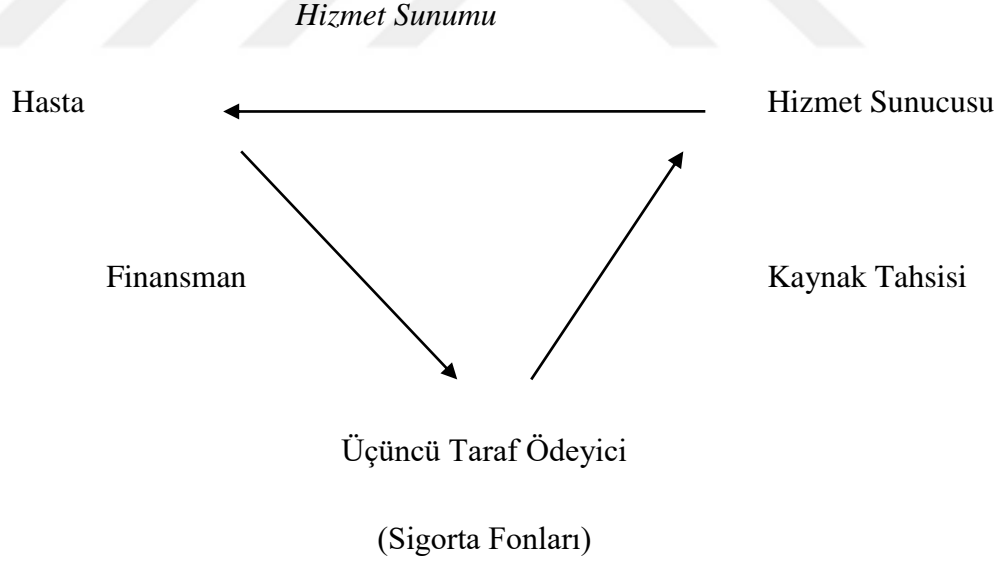
Söz konusu veriler özel sağlık sigortasının Türkiye`de düşük düzeyde kaldığını göstermektedir. Birçok ülkede ise özel sağlık sigortasının nüfusun büyük bölümü tarafından kullanıldığı anlaşılmaktadır.

4.2. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri

Günlük yaşamda bireyler bir takım sağlık riskleri ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Sağlıkın korunması için karşılaşılan sağlık risklerinin kontrol altına alınması veya risklerle mücadele edilmesi gerekir. Diğer tarafta, sağlık açısından iyi oluş durumunun sağlanmasında bu iki yöntem her zaman yeterli olmayabilmektedir. Dahası, önemli olan sadece bireyin kendi sağlığını koruması değil toplumun bir bütün olarak sağlığının korunmasıdır. Toplumun refah düzeyinin yükseltilmesi noktasında sağlığın iyileştirilmesinin rolü büyüktür. Toplumun refah düzeyinin yükseltilmesi noktasında sağlık hizmetlerinin planlanmasında ve uygulanmasında sorumlu olan asıl birim devlettir. Sağlık hizmetleri ile ilgili olarak atılan adımlarda ve doğal olarak sağlığın finansmanında sorumlu olan nihai merci devlettir (Orhaner, 2017, s. 399).

Sağlığın finansmanı konusunun daha iyi anlaşılabilmesi için sağlık hizmetleri üçgeninin incelenmesi gerekir. Şekil 3 Sağlık Hizmetleri Üçgenini görselleştirmektedir.

Şekil 3: Sağlık Hizmetleri Üçgeni



(Güvercin, Mil ve Tarım, 2016, s. 82)

Dünya genelinde sağlığın finansmanı yaklaşık 40 yıldır incelenmektedir. Bu konuda çok sayıda görüş ileri sürülmekte ve araştırmalar gerçekleştirilmektedir. Konunun hayati öneme sahip olması nedeniyle çeşitli ulusal ve uluslararası çalışmalar da yapılmaktadır. Dünya genelinde sağlığın finansmanı noktasında gerçekleştirilen

önemli uygulamalardan biri olan 1978 Alma-Ata Deklarasyonu ile sađlđın tüm topluma yayılması ve uygulanacak olan sağlık hizmetlerinin finanse edilmesi için kaynak arayışı üzerine çalışılmaya başlanmıştır. İkinci bir olay, 1989 yılında Sovyetler Birliği'nin dağılmasından sonra bu birlikte yer alan ve Semashko türü sağlık sistemine sahip olan ülkelerin sosyal sigorta sistemlerinde bir takım değişikliklere gitme çabalarıdır. 1999 yılına gelindiğinde bir takım küresel ağlar sağlık finansman sistemlerinde reformlar gerçekleştirilmesi hususunda propaganda çalışmalarına başlamıştır. Bir diğer önemli gelişme de 1990'lı yıllarda Dünya Sağlık Örgütü'nün Avrupa kıtasında “21. Yüzyıl İçin Sağlık Politikası” belirleme çalışmalarına başlamış olmasıdır (Yaşar, 2018, s. 5).

Türkiye'de ise sağlık sisteminin finansmanı konusunda gerçekleştirilen çalışmaların çoğunlukla 1990'lı yıllarda başladığı görülmektedir. Sağlık sisteminin finansmanı ile ilgili olarak Türkiye'de gerçekleşen ilk çalışmalardan birisi Devlet planlama Teşkilatı'nın 1990 yılında hazırladığı “Sağlık Sektörü Master Plan” çalışmasında. 1990 yılında atılan bir diğer adım Sağlık Bakanlığı bünyesinde “Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü” kurulmasıdır. 1992 ve 1993 yıllarında ise “I. Ulusal Sağlık Kongresi” ve “II. Ulusal Sağlık Kongresi” gerçekleştirilmiştir. Yine 1993 yılında Ulusal Sağlık Politikası Dokümanı hazırlanmış ve 1995 yılında Hazine Müsteşarlığı girişimi ile “Avusturya Sağlık Komisyonu Raporu: Türkiye için Sağlık Finansman Seçenekleri” raporu hazırlanmıştır. 2003 yılına gelindiğinde “Sağlıkta Dönüşüm Programı” oluşturulmuştur (Yaşar, 2018, s. 7).

Bu başlık altında incelenmesi mümkün olan bir diğer konu sađlđın finansmanı noktasında sistem oluşturulurken gerçekleştirilen sağlık harcamalarının farklı açılardan değerlendirilmesidir. Tablo 5 sağlık finansman sistemini farklı sınıflar açısından özetlemektedir.

Tablo 5: Sağlık Finansman Sistemi

SAĞLIK HARCAMA SINIFI	ALT SINIFLANDIRMA	
Finansman Sağlayanlara Göre Sağlık Finansmanı		
Kamu Sağlık Harcamaları	Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) Harcamaları	SSK Sağlık Harcamaları, BAĞ-KUR Sağlık Harcamaları, Emekli Sandığı Sağlık Harcamaları.
	Merkezi Yönetim Sağlık Harcamaları	Kamu Görevlilerinin Sağlık Harcamaları, Yeşil Kart Harcamaları, Sağlık Bakanlığı Sağlık Harcamaları, Üniversitelerin Sağlık Harcamaları, Diğer Kamu Sağlık Harcamaları.
	Yerel Yönetimler ve Diğer Kamu Kurumlarının Sağlık Harcamaları	Mahalli idareler ve il özel idareleri ile sosyal güvenlik ve merkezi yönetim bütçesi kapsamı dışında kalan diğer kamu idareleri tarafından yapılan sağlık harcamalarından oluşmaktadır.
Özel Sektör Sağlık Harcamaları	Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları	Maliyet paylaşımı, katkı payı, katılım payı, kendi kendine bakım ve diğer harcamalar için hane halkları tarafından doğrudan yapılan harcamalar.
	Diğer Özel Sektör Sağlık Harcamaları	Özel sigorta şirketleri, hane halklarına hizmet eden kâr amacı gütmeyen özel kuruluş ve işletmelerin yaptığı sağlık harcamaları.
Hizmet Sunucularına Göre Sağlık Finansmanı		
Sağlık Bakanlığı Tesisleri Sağlık Harcamaları	Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşların sorumluluğunda olan tesislerde gerçekleştirilen harcamalar.	
Üniversite Sağlık Tesisleri Sağlık Harcamaları	Kamuya ait üniversitelerde gerçekleştirilen harcamalar.	
Özel Sağlık Tesisleri Sağlık Harcamaları	Özel girişim tarafından yapılan tesislerde gerçekleştirilen harcamalar.	
Perakende İlaç Harcamaları (Serbest Eczaneler)	Hastane dışındaki eczanelerden temin edilen ilaçlarla ilgili olarak gerçekleştirilen harcamalar.	
Diğer Sağlık Harcamaları	Optik, tıbbî cihaz, geçici iş göremezlik, sağlık hizmeti almak için yapılan yolluk vb. gider kalemlerine ait harcamaları içermektedir.	
Fonksiyonlarına Göre Sağlık Finansmanı		
Halk Sağlığı ve Aile Hekimliği Hizmetleri İçin Yapılan Sağlık	Tamamı kamunun verdiği aile hekimliği, aşılama, hıfzıssıhha, ana ve çocuk sağlığı, toplum sağlığı gibi hizmetler için yapılan harcamaları kapsar.	

Harcamaları	
112 Acil Sağlık Hizmetleri İçin Yapılan Harcamalar	Acil sağlık hizmetleri için gerçekleştirilen harcamalar.
Hastane Hizmetleri İçin Yapılan Harcamalar	Hastanelerde verilen sağlık hizmetleri için gerçekleştirilen harcamalar.
Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri İçin Yapılan Harcamalar	Diş üzerinde çalışan hastane ve poliklinik gibi alanlarda gerçekleştirilen harcamalar.
Perakende İlaç Hizmetleri İçin Yapılan Harcamalar	İlaçların perakende alımı için yapılan harcamalar. Hastanede kullanılan ilaçlar hariç.
Yönetim Hizmetleri İçin Yapılan Sağlık Harcamaları	Yönetim, örgütlenme ve planlama gibi konular için yapılan harcamalar.
Diğer Sağlık Hizmetleri İçin Yapılan Harcamalar	Belirli bir kategoride bulunmayan harcamalar.
Niteliklerine Göre Sağlık Finansmanı	
Cari Sağlık Harcamaları	Diğer Cari Giderler, Hizmet Alım Giderleri, İlaç Giderleri, Kanuni Yükümlülükler, Personel Giderleri, Tıbbî Malzeme Giderleri, Tıbbî Tetkik (Laboratuvar ve Görüntüleme) Giderleri, Yönetim Giderleri, Sınıflandırılmayan Cari Giderler
Yatırım Harcamaları	Ambulans Giderleri, Makine-Teçhizat Giderleri, Onarım Giderleri, Yapı-Tesis Giderleri, Diğer Yatırım Harcamaları.

(Atasever, 2014, s. 16-20)

4.3. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Kaynakları

Bu bölümde sağlık hizmetlerinin finansman sistemleri arasında bulunan Merkezi Yönetim ve Yerel Yönetim, sosyal güvenlik kurumu, hane halkları ve diğer finansman yöntemleri incelenmektedir.

4.3.1. Merkezi Yönetim ve Yerel Yönetim

Sağlığın finansmanında merkezi yönetim veya yerel yönetim birimleri tarafından gerçekleştirilen harcamaların temeli vergiye dayanmaktadır. Dünya Bankası tarafından hazırlanan rapora göre sağlık giderlerinin finansmanında vergi gelirleri önemli bir yer tutmaktadır. Raporda üzerinde durulan önemli bir tespit, özellikle düşük gelir düzeyine sahip ülkelerde sağlık harcamalarında yapılan artışların ekonomik denge üzerinde gözle

görülür bir etki oluşturduğudur. Bu sebeple sağlık hizmetlerine ayrılan pay ile ülkede genel olarak toplanan vergilerin miktarı arasında bir ilişki bulunmaktadır (World Bank, 2016, s. 218).

Ülke ekonomilerinde vergiler kamu hizmetlerinin sunulması noktasında kullanılan en önemli kaynaklardır. Doğal olarak vergiler sağlık hizmetlerinin finansmanında da kullanılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanında önemli bir yere sahip olan vergiler iki ayrı türe sahiptir. Bu ayırım vergilerin ekonomik etkinliği, yansımaları ve adalet algılaması gibi kriterlere göre oluşturulmaktadır. Söz konusu türler dolaylı vergiler ve dolaysız vergiler şeklindedir (Çoban, 2009, s. 119).

Ağırlıklı olarak merkezi yönetim veya yerel yönetim birimleri tarafından finanse edilen bir sağlık sisteminde, sağlık hizmetlerinin sunulması, planlanması ve finanse edilmesi alanlarında sorumlu olan mercii devlet olmaktadır. Böyle bir durumda ülkenin zenginlik düzeyinin artması, vergi adaletinin sağlanması ve vergi toplama noktasında devletin yeterliliğinin yükselmesi durumunda sağlık hizmetlerine daha fazla maddi kaynağın aktarılabilmesi düşüncesi savunulmaktadır. Sağlık hizmetlerinin finanse edilip dağıtılması konusunda dolaylı ve dolaysız vergilerin oranı, hangi sağlık hizmetlerinin finanse edildiği, vergi toplama kapasitesi ve ülkenin genel vergi yapısı etkili olan unsurlardır (Orhaner, 2017, s. 400).

Bu başlık altında incelenmesi gereken bir diğer önemli nokta *kamu görevlilerinin sağlık harcamaları*dır. Türkiye`de Sosyal Güvenlik Kurumu`na devredilmeden önce kamu personelinin faydalanması için gerçekleştirilen sağlık harcamaları bulunmaktaydı. Bu harcama grubu “kamu görevlilerinin sağlık harcamaları” başlığı altında incelenmekteydi. 2010 yılından itibaren ise kamu personelinin sağlık ihtiyaçlarının giderilmesi için oluşturulan bütçe de doğal olarak Sosyal Güvenlik Kurumu`na aktarılmıştır. Merkezi yönetim veya yerel yönetim birimleri tarafından gerçekleştirilen harcamaların bir diğer türü *yeşil kart harcamaları*dır. Kamu çalışanlarına benzer bir biçimde, 2012 yılından itibaren yeşil kart harcamaları da Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından kontrol edilmeye başlanmıştır. Yeşil kart hizmetleri hiçbir sosyal güvencesi olmayan bireylerin sağlık ihtiyaçlarını karşılayan bir sistemdir. *Sağlık Bakanlığı Sağlık Harcamaları* Sağlık Bakanlığı ve bakanlığa bağlı kuruluşların özel veya genel bütçeden aldıkları miktarı ifade eder.

Üniversitelerin Sağlık Harcamaları ise devlete bağlı olan üniversitelerdeki sağlık harcamalarını ifade eder. *Yerel Yönetimler ve Diğer Kamu Kurumlarının Sağlık Harcamaları* merkezi yönetim, mahalli iareler, sosyal güvenlik kurumu ve il özel idareleri haricindeki kamu idarelerinin gerçekleştirmiş oldukları sağlık harcamalarını ifade etmektedir. *Diğer Kamu Sağlık Harcamaları* Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı, kamu iktisadi teşebbüsleri, askeri hastaneler vb. kurumların sağlık alanında gerçekleştirdiği harcamaları kapsar (Askeri hastaneler 676 sayılı kanun KHK kapsamında kaldırılmış ve Sağlık Bakanlığı bünyesine alınmıştır) (Atasever, 2014, s. 16-17).

Merkezi Yönetim ve Yerel Yönetim birimleri tarafından sağlık sisteminin finanse edilmesi durumu “Ulusal Sağlık Sistemi” kavramı ile de açıklanabilir. Ulusal sağlık sistemi ülke içerisindeki tüm vatandaşları kapsayan ve devletin topladığı vergilerle finanse edilen sağlık sistemini ifade etmektedir. Bu sistemde ilaç, MR, tedavi, BT ve labratuvar gibi sağlık hizmetleri için vatandaşlardan vergiler dışında herhangi bir ek para istenmez. Ulusal ve kamu kaynaklık bir sağlık finansman sisteminin benimsendiği durumlarda devlet ülkede yaşayan vatandaşların sağlık olarak iyi oluş durumlarının oluşturulması noktasında sorumlu kabul edilen birimdir. Vergilerden belirli bir miktar sağlığın finansmanı için ayrıldıktan sonra koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin vatandaşlara ücretsiz olarak sunulması sağlanır. Vergi sistemi adil ve etkili olduğunda ulusal sağlık sisteminin başarılı olacağı düşünülür (Ekici, 2018).

4.3.2. Sosyal Güvenlik Kurumu

Daha önceki sayfalarda da belirtildiği üzere zorunlu sosyal sigortalar ilk olarak 1800`lü yılların sonlarına doğru Almanya`da Otto Von Bismarck tarafından yasal hale getirilmiştir. Bu kapsamda belirli sektörlerde ve belirli bir miktarın altında kazanca sahip olan bireylerin zorunlu sağlık sigorta sistemine dâhil olmaları sağlanmış ve bu sistemde hem işçilerden hem de işverenlerden katkı alınmıştır. Sosyal sigorta veya sosyal güvenlik şeklinde açıklanabilecek olan bu sistem işsizlik, iş kazası, hastalık, yaşlılık ve ölüm gibi sebeplerin sonucu olarak ortaya çıkabilecek olan sosyal ve ekonomik problemlerin etkilerinin azaltılması amacıyla devlet mekanizmalarının devreye girmesini ifade eder. Devlet mekanizmaları bu şamada devreye girdiklerinde

ihtiyaç duydukları ekonomik kaynağı işçi ve işverenlerden elde ettikleri zorunlu katkı payları ile toplarlar (Çoban, 2009, s. 121).

Sosyal güvenlik sistemi Türkiye`de uygulanan bir sistemdir. 5510 sayılı Yasa çerçevesinde sosyal sigorta sisteminden yararlananlar arasında bir işverene bağlı olarak çalışanlar, muhtarlar ile kendi adına ve hesabına çalışanlar, kamu idarelerinde çalışanlar, isteğe bağlı sigortalılar, primi devletçe ödenecekler, Türk vatandaşı olmayanlar, işsizlik sigortası kapsamında olanlar, gelir ve aylık almakta olanlar ve diğer kişiler bulunmaktadır. Ayrıca çeşitli kanunlara göre kimi bireylerin primleri devlet tarafından ödenir. Bu bireyler 1005 Sayılı Kanuna göre şeref aylığı alanlar, 2022 Sayılı Kanuna göre 65 yaş aylığı alanlar, 2330 Sayılı Kanuna göre nakdi tazminat veya aylık alanlar, 2828 Sayılı Kanuna göre ücretsiz olarak bakılan, korunan ve rehabilite edilen bireyler, 3292 Sayılı Kanuna göre vatana hizmet aylığı almakta olanlar, 5434 ve 3713 Sayılı Kanunlara göre harp malullüğü veya terör mağduru aylığı almakta olanlar, aile içindeki geliri asgari ücretin 1/3'ünden az olanlar, vatansızlar ve sığınmacılar, 442 Sayılı Kanuna göre geçici köy korucuları ve 5774 Sayılı Kanuna göre aylık bağlanan veya devlet sporcusu sayılanlarla bunların aileleri şeklindedir (Yaşar, 2018, s. 26).

Sosyal güvenlik kurumları yoluyla sağlık sisteminin finanse edilmesi Türkiye`de ve birçok ülkede görülebilmektedir. Bu durumun ortaya çıkmasında sosyal sağlık sigortasının faydaları etkili olmaktadır. Sosyal sağlık sigortasının faydaları şu şekilde listelenebilir (Orhaner, 2017, s. 400):

- Sağlık sisteminin finansmanı sürecinde düzenli bir gelir kaynağı oluşturmaktadır,
- Elde edilen gelirler sağlık hedeflerine ulaşılma ve sağlık politikalarının oluşturulması süreçlerinde yardımcı olur,
- Sağlık hizmetlerinin daha etkin bir biçimde sunulmaları mümkün hale gelmektedir,
- Sağlık finansmanı konusunda oluşturulmuş olan fonların rahat bir biçimde görülmesi sağlanır,
- Oluşan risk havuzu sayesinde farklı hizmet gruplarına finansal kaynağın bölünmesi sağlanır ve finansal yük ödeme gücü dikkate alınarak dağıtılır,

- Katkı paylarının elde edilmesinde gelir düzeyi belirleyici olmaktadır. Gelir düzeyi yüksek olanlardan daha fazla katılım payı alınması sayesinde gelir düzeyi düşük olan bireylerin sağlık gereksinimlerinin giderilmesi noktasında bir mali yardım kaynağı elde edilmiş olur.

Kısaca özetlemek gerekirse, Çoban (2019)'a göre “sosyal sigorta sistemi toplumun değerlerine, dayanışmasına, inançlarına bağlı olarak devlet tarafından düzenlenen yasal mevzuatı, düzenlemeleri ve toplumsal değerler ile yasalar arasındaki uyumu ifade etmektedir”. Yazara göre “toplumsal yapı ve kültürel beklentiler doğrultusunda oluşturulan sosyal sigorta kuruluşları, sağlık hizmetinin sunucusu olan birimlerle birlikte sosyal sigorta organizasyonlarını oluşturmakta ve tüm bu süreçlerin sonunda sağlık hizmetlerinin finansmanına ilişkin fon akımı, ödeme teknikleri ve sözleşmeler ortaya konmaktadır” (s. 122).

4.3.3. Hane Halkları

Sağlık sisteminin finansmanı konusunda gerçekleştirilen gruplandırmalardan bir diğeri doğrudan finansman yöntemi ve dolaylı finansman yöntemi şeklindedir. Doğrudan finansman yöntemi, sağlık hizmetlerini almak isteyen bireylerin elde ettikleri sağlık hizmetlerinin ücretini kendilerinin doğrudan ödedikleri finansman yöntemidir. Bu yöntemde ister özel sektör tarafından isterse de kamu tarafından sunulan sağlık hizmetleri tüketici konumundaki bireyler tarafından satın alınmaktadır (Tutar ve Kılınc, 2007, s. 43).

Doğrudan ödemelerin gerçekleştiği bu grupta genellikle özel laboratuvarlarda yapılan tetkikler, estetik ameliyatlar, özel hekim muayeneleri ve sosyal güvence kapsamı dışında olan ilaçlar gibi harcamalar yer almaktadır. Bu tür ödemeye genellikle sosyal güvence kapsamında bulunmayan sağlık hizmetlerinin elde edilmesi durumunda başvurulur. Ayrıca erişimin zor olduğu sağlık hizmetlerinin elde edilmesi sürecinde de hane halkı doğrudan ödemeler gerçekleştirerek söz konusu sağlık hizmetlerini elde eder. bu gruptaki bir diğer ödeme de sağlık hizmetlerinin finansmanına destek olması amacıyla alınan katkı paylarıdır. Katkı payları özellikle sağlık hizmetlerine olan gereksiz talebin azaltılması yoluyla sağlık hizmetlerinin maliyetinin azalmasına katkı sunmaktadır (Orhaner, 2017, s. 402).

Sağlık hizmetlerinden faydalanmak için verilen kullanıcı ödemeleri büyük çoğunlukla kamu kurumları tarafından toplandıktan sonra sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılması için satın alma süreçlerine dâhil edilir. Bu ödemeler elde edilen sağlık hizmetini maddi açıdan tam olarak karşılamamaktadır (Çoban, 2009, s. 120).

4.3.4. Diğer Finansman Yöntemleri

Yukarıda belirtilen finansman sistemleri haricinde en çok kullanılan yöntemlerden biri de özel sağlık sigortalarıdır. Özel sağlık sigortası sistemi ile devlet tarafından yürütülen sağlık sigortası sistemlerinin işleyiş biçimleri birbirlerine benzer. Özel sağlık sigortaları hastalık durumunda söz konusu hastalığın ortaya çıkaracağı ekonomik gelir kayıplarının ve hastalığın masraflarının finanse edilmesi amacıyla özel sigorta şirketlerine para ödenmesini ifade eder. Özel sağlık sigortalarının daha çok gelir düzeyi yüksek olan ülkelerde yaygın bir biçimde kullanıldığı bilinmektedir. Devlet tarafından yürütülen sağlık sigorta sistemi ile kıyaslandığında özel sağlık sigortalarının birçok üstün niteliğe sahip olması özellikle gelir düzeyi yüksek olan toplumlar tarafından tercih edilmesini sağlamaktadır (Çoban, 2009, s. 127-128).

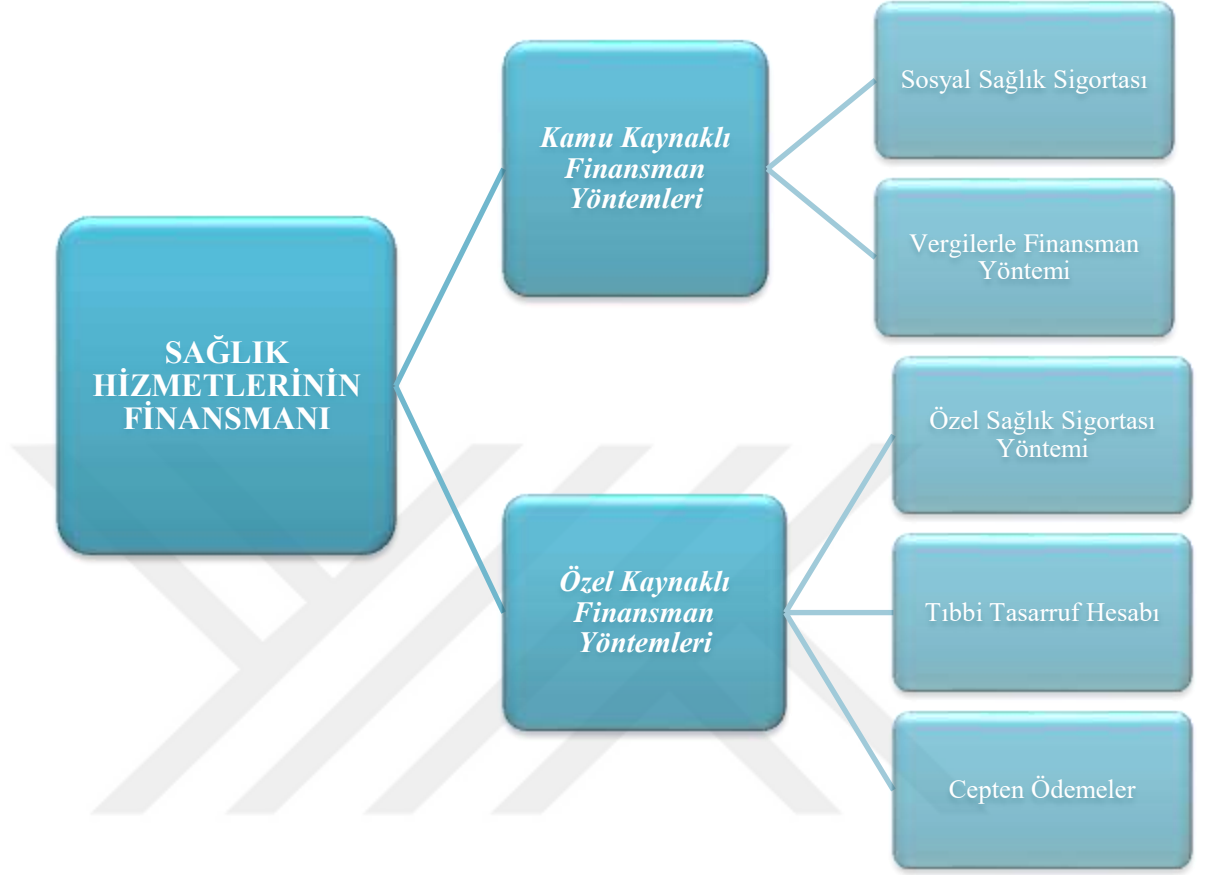
Özel sağlık sigortalarının en önemli olumlu yönlerinden birisi, devlet tarafından karşılanmayan sağlık hizmetlerinin bedelinin karşılanmasıdır. Özel sağlık sigortaları devlet tarafından karşılanmayan sağlık giderlerine olan erişim noktasında bireylere alternatifler sunar. İşlev bakımından özel sağlık sigortaları iki grupta incelenebilir. Bunlardan ilki zorunlu sağlık sigortası yoluyla kullanılan tamamlayıcı sağlık sigortasıdır. İkincisi ise ikame edici sağlık sigortasıdır. İkame edici sağlık sigortası zorunlu sağlık sigortasının yerine geçmektedir (Orhaner, 2017, s. 400).

Sağlık sigortasının temel mantığı, benzer dağlık riskine sahip olan bireyler tarafından oluşturulan bir grubun gerçekleştirdikleri ödemeler yoluyla bir havuz oluşturulması ve havuza dâhil olup kendi başına sağlık masrafını karşılama noktasında sorun yaşayacak olan bireylerin sağlık hizmetlerine erişimleri durumunda söz konusu havuzun kullanılmasıdır. Sağlık sigortasında bir risk bölüşümü ve dağılımı gerçekleştirilir. Risklerin paylaşılmasıyla beraber bir sosyal dayanışma ortamı oluşur (Gülay, 2017, s. 18).

Son olarak bahsedilecek olan konu “Tıbbi Tasarruf Yoluyla Finansman” sistemidir. Bu sistem ilk olarak Singapur`da uygulandıktan sonra 1996 yılında Amerika Birleşik Devletleri`nde kısmi bir biçimde uygulamaya konuldu. Tıbbi tasarruf sistemi Beveridge ve Bismark modellerinin ortak kullanımı şeklinde tanımlanabilir. Bu sistemde bireyler sağlıklı ve genç iken hesap açıp kazanlarının belirli bir bölümünü burada biriktirmeleri istenir. Zorunlu bir tasarruf durumu söz konusudur. Biriken para ilerleyen dönemlerde yatan hasta hizmetleri için kullanılmaktadır. Hesaplar sadece ilgili bireyin masrafları için kullanılmaktadır (Orhaner, 2017, s. 400).

Konu hakkında gerçekleştirilmiş olan çalışmalar incelendiğinde sağlık sisteminin finansmanı noktasında başka bir yöntemden de bahsedildiği görülmektedir. Bu yöntemde sağlık hizmetlerinin finansmanı iki ana grupta toplanmaktadır. Bunlar “Kamu Kaynaklı Finansman Yöntemleri” ve “Özel Kaynaklı Finansman Yöntemleri” şeklindedir. Şekil 4 söz konusu sınıflandırmayı özetlemektedir.

Şekil 4: Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında Alternatif Gruplandırma



(Güvercin, Mil ve Tarım, 2016, s. 84-85)

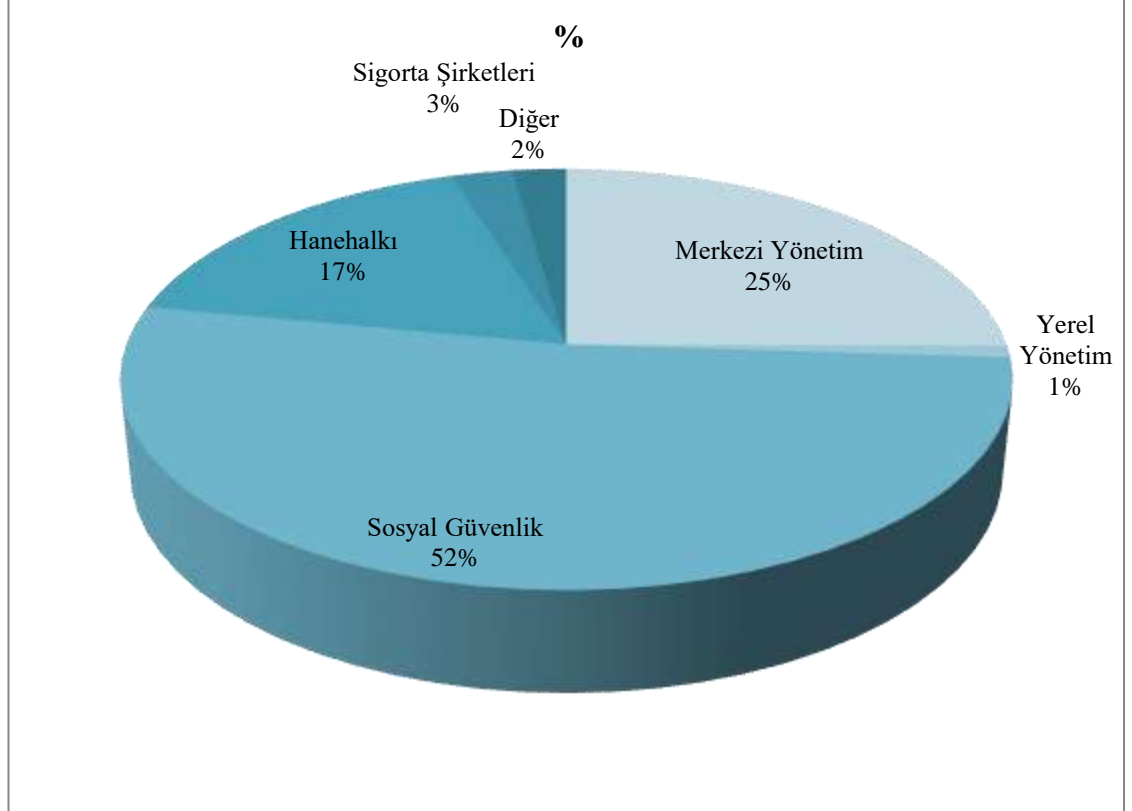
Bu bölümde görüldüğü üzere sağlık sisteminin finansmanında gerçekleştirilen harcamalar iki farklı şekilde gösterilebilir. Bunlardan ilkinde Merkezi Yönetim, Yerel Yönetim, sosyal güvenlik kurumu, hane halkları ve diğer finansman yöntemleri bulunmaktadır. İkinci gruplandırma ise kamu kaynakları finansman yöntemleri ve özel kaynaklı finansman yöntemleri şeklinde gerçekleştirilmektedir. İlerleyen sayfalarda gereksinim duyulan sayısal verilerin elde edilebilirliği açısından bakıldığında ve Türkiye İstatistik Kurumu gibi kaynaklar incelendiğinde bu çalışmada birinci grupta yöntemi üzerinde durulmasının daha faydalı olacağı görülmüştür.

5. REFAH MODELLERİ ÇERÇEVESİNDE TÜRK SAĞLIK SİSTEMİ FİNANSMAN YAPISININ İNCELENMESİ

Bu bölümde Merkezi Yönetim ve Yerel Yönetim, sosyal güvenlik kurumu, hane hakları ve diğer finansman yöntemlerinin Türk Sağlık Sisteminin finansmanı içerisindeki ağırlığı ve söz konusu ağırlığın refah devleti modelleri açısından incelenecektir. Diğer bir ifadeyle öncelikle söz konusu finansman sisteminin Türkiye’de sağlığın finansmanında ne yoğunlukta kullanıldığı belirlenecek ve bu durumun refah devleti modellerinden hangisine daha yakın olduğu saptanacaktır.

Türkiye’de 2017 yılında sağlığın finansmanı noktasında kullanılan kaynak miktarı toplamda 140,647 milyon TL olmuştur. Finansman noktasında en büyük katkının Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından gerçekleştirildiği görülmektedir. Grafik 5 sağlık harcamalarında harcama yapılan kaynakların 2017 yılı itibariyle dağılımını görselleştirmektedir.

Resim 5: 2017 Yılı Sağlık Harcamalarının Harcama Yapan Kaynağa Göre Dağılımı



(TUİK, 2018)

Diğer finansman kaynakları grubunda yer alan finansman kaynaklarını özel sigorta şirketleri, hane halklarına hizmet eden kar amacı gütmeyen kuruluşlar ve diğer işletmelerin yaptığı sağlık harcamaları oluşturmaktadır. Yukarıdaki grafikte de görüleceği üzere Sosyal Güvenlik Kurumu önemli bir paya sahiptir. Sosyal Güvenlik Kurumu önemli bir paya sahiptir. Sosyal Güvenlik Kurumu'nun bu denli yüksek bir paya sahip olması Thernborn tarafından oluşturulan model açısından bakıldığında Türkiye'nin refah devletleri açısından Güçlü Müdahaleci Refah Devletleri grubunda bulunduğu ileri sürülebilir. Bilindiği üzere bu grupta devlet tam istihdama önem vermekte ve primler değerleri görülmektedir. Leibfried açısından bakıldığında ise işçi ve işveren ödeneklerinin ön plana çıktığı Kurumsal Refah Devleti Modeli-Bismarck Modeli'nin Türkiye'yi ifade ettiği düşünülebilir.

Ek olarak hane halkı ödemelerinin sahip olduğu yüzde 17'lik pay dikkate alındığında Kalıntı Refah Devleti Modelinin de kısmi bir biçimde Türkiye'de uygulandığı anlaşılmaktadır. Diğer tarafta, bu payın yüksek olmaması Türkiye'nin daha çok Kurumsal Refah Devleti Modeli bünyesinde değerlendirilmesini daha mantıklı hale getirmektedir.

Yukarıdaki grafikten de anlaşılacağı üzere sağlık hizmetlerinin finansmanı noktasında en büyük pay Sosyal Güvenlik Kurumu'na aittir. Çalışmanın bu aşamasında söz konusu finansman kaynağı gruplarının sağlığın finansmanında sahip oldukları paylar yıllar itibariyle refah devleti modelleri açısından değerlendirilmektedir.

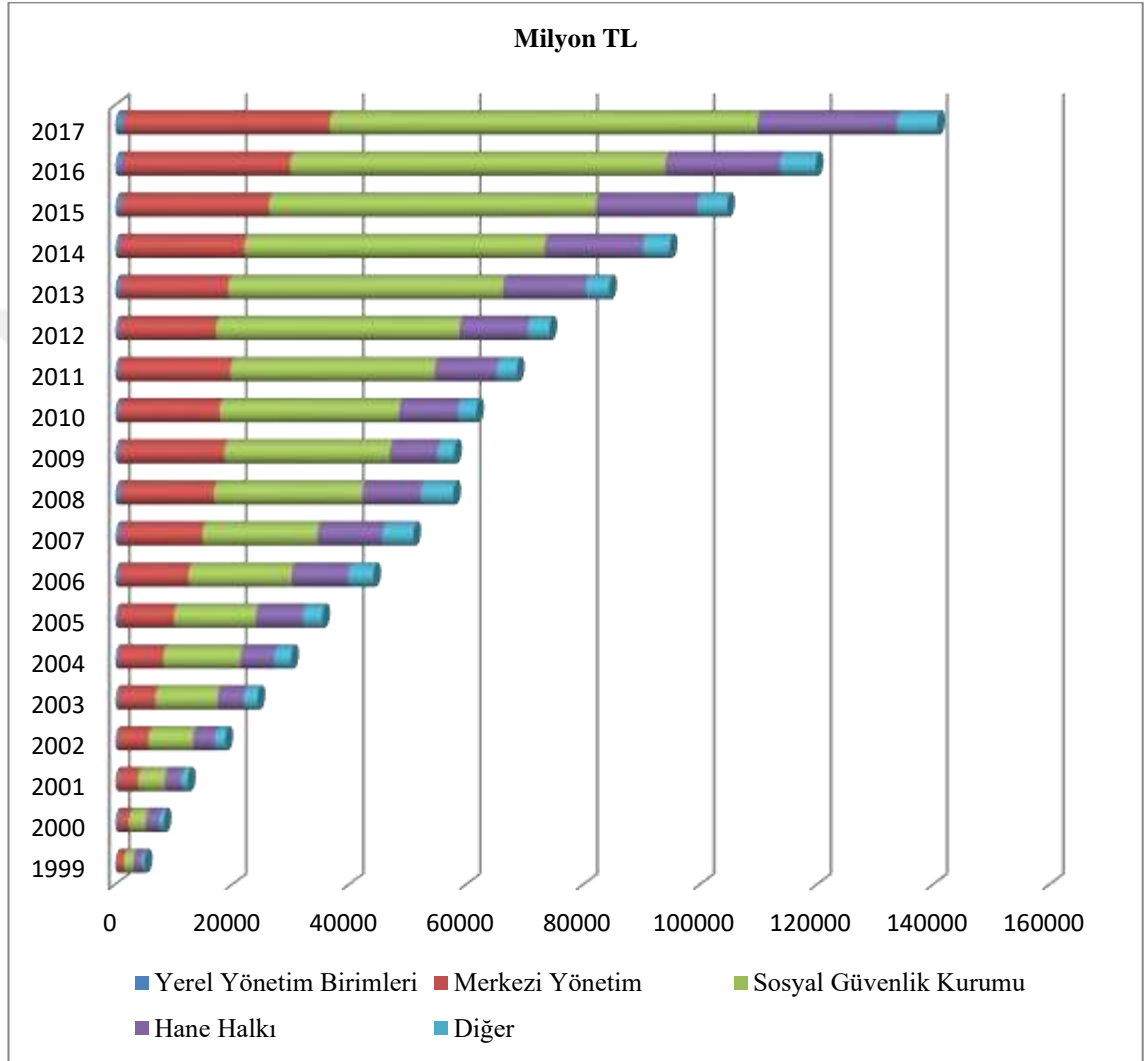
5.1. Merkezi Yönetim ve Yerel Yönetim

Grafik 6, Türkiye'de merkezi yönetim ve yerel yönetim birimlerinin sağlığın finansmanı noktasında yıllar itibariyle sahip oldukları payları göstermektedir. Grafikte dikkati çeken ilk nokta Türkiye'de yıllar itibariyle gerçekleştirilen sağlık harcamalarında önemli bir yükseliş olduğudur.

Önceki sayfalarda da belirtildiği üzere ülke ekonomisindeki makro ekonomik gelişmelere paralel bir biçimde gerçekleştirilen sağlık harcamalarında da yükseliş yaşanmaktadır. Yine grafikte dikkati çeken bir diğer konu ise Yerel Yönetim birimleri tarafından gerçekleştirilen sağlık harcamalarının oldukça düşük bir düzeyde olduğudur. Diğer bir ifadeyle devlet sağlık harcamalarına katkı sunarken bunu daha çok merkezi bir

sistem içerisinde gerçekleştirmektedir. Yerel yönetimlerin ise sağlık harcamalarında çok düşük bir katkılarının oldukları görülmektedir.

Resim 6: Yıllar İtibariyle Merkezi Yönetim ve Yerel Yönetim Birimlerinin Sağlık Finansmanında Sahip Oldukları Paylar



(TUİK, 2018)

Yıllar itibariyle merkezi yönetim ve yerel yönetim birimlerinin sağlık finansmanında sahip oldukları paylar incelendiğinde bu oranların özellikle sosyal güvenlik kurumu ile kıyaslandığında büyük ölçüde bulunmadıkları anlaşılmaktadır. Thornborn açısından bakıldığında bu durum Türkiye'nin Güçlü Müdahaleci Refah Devletleri ve Piyasa Odaklı Küçük Refah Devletleri modellerine uygun davrandığı ileri sürülebilir.

Hatırlamak gerekirse Güçlü Müdahaleci Refah Devletlerinde devlet tam istihdam hedefine ulaşmaya önem verirken diğer tarafta sosyal haklar ön plandadır. Yukarıdaki grafik ise devletin tüm yükü almak yerine ihtiyaç durumunda katkı sağladığı anlaşılmaktadır. Piyasa Odaklı Küçük Refah Devletlerinde sosyal ihtiyaçların giderilmesinde piyasa ve aile daha etkin olmaktadır. Devletin yükün büyük bölümünü karşılamaması Türkiye'nin kısmi bir biçimde Piyasa Odaklı Küçük Refah Devletleri modeli kapsamında bulunduğu şeklinde yorumlanabilir.

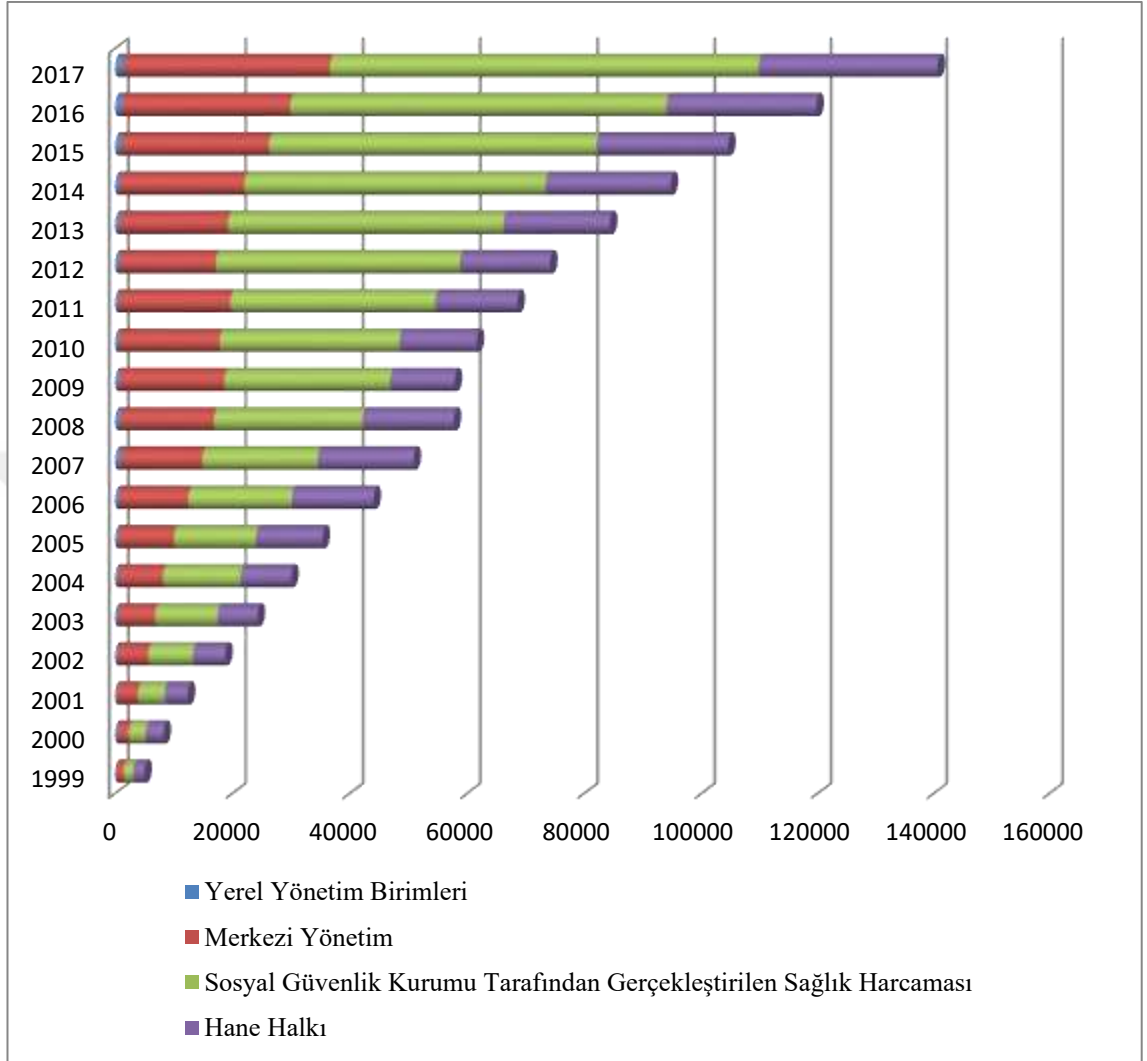
Leibfried açısından bakıldığında Türkiye'nin Kurumsal Refah Devleti-Bismarck Modeli ve Kalıntı Refah Devleti Modelleri kapsamında bulunduğu sonucuna ulaşılabilir. Kurumsal Refah Devleti-Bismarck Modelinde işçi ve işverenlerin ödedikleri primlerin sistemin merkezinde bulunması ve Türkiye'de devletin katkısının kısıtlı olması Türkiye'nin bu model kapsamında bulunmasını sağlamaktadır. Diğer tarafta, yükün büyük çoğunlukla aile ve piyasada bulunduğu ve devletin gerekli olduğu kadar sürece dâhil olduğu anlaşılmaktadır. Bu özellikleri nedeniyle Türkiye'nin Kalıntı Refah Devleti Modeli kapsamında da yer aldığı anlaşılmaktadır.

Esping-Andersen açısından bakıldığında ise Türkiye'de Merkezi Yönetim ve Yerel Yönetim birimleri tarafından gerçekleştirilen harcamaların araştırmacının oluşturduğu modellerden Muhafazakar Refah Devleti Modeli kapsamında bulunduğu şeklinde bir sonuca ulaşmak mümkün görülmektedir. Türkiye'de devletin gerekli durumlarda yaşlılar ve benzeri gruplara imtiyazlar tanınması, yaşlı aylığı gibi uygulamalar ile devletin yüzde 17'lik payı Türkiye'de sağlığın finansman sisteminin Liberal Refah Devleti kapsamından çıkmasını sağlamaktadır. Benzer bir biçimde devletin tüm yükü sırtlanmaması Türkiye'nin Bismarck Modeli kapsamında bulunmamasına neden olmaktadır.

5.2. Sosyal Güvenlik Kurumu

Grafik 7, Türkiye'de yıllar itibariyle Sosyal Güvenlik Kurumu'nun sağlığın finansmanı noktasında sahip olduğu payı göstermektedir.

Resim 7: Yıllar İtibariyle Sosyal Güvenlik Kurumu'nun Sağlık Finansmanında Sahip Olduğu Pay



(TUİK, 2018)

Grafik 7'de Türkiye'de sağlık finansmanı noktasında en büyük payın Sosyal Güvenlik Kurumunda bulunduğunu göstermektedir. Sosyal Güvenlik Kurumu'nun ekonomik kaynağının işçi ve işverenler tarafından ödenen primlerden oluştuğu dikkate alındığında Türkiye'nin Thernborn'a göre Tam İstihdam Odaklı Küçük Refah Devletleri ve Güçlü Müdahaleci Refah Devletleri modelleri kapsamlarında değerlendirilmesi mümkün görülmektedir. Türkiye'de Sosyal Güvenlik Kurumunun sahip olduğu bu büyük pay insanları çalışmaya yönlendirmesi ve tam istihdamı hedeflemesi nedeniyle Tam İstihdam Odaklı Küçük Refah Devletleri modeline uygun hale getirmektedir. Yine tam istihdama önem vermesi ve bunun yanında sosyal hakların da önemli görülmesi de

Güçlü Müdahaleci Refah Devletleri Modelinin Türkiye`yi tarih ederken kullanılmasını mümkün hale getirmektedir.

Leibfried açısından değerlendirildiğinde Türkiye`nin Sosyal Demokrat Refah Devleti Modelinden uzak olduğu anlaşılmaktadır. Bilindiği üzere bu modelde sosyal hizmetlerin dağıtılmasında bireylerin çalışmalarına veya yaptıkları ödemelere bakılmaz ve evrensel bir yaklaşım benimsenir. Türkiye`de ise Sosyal Güvenlik Kurumunun oynadığı rol dikkate alındığında Türkiye`nin daha çok Kurumsal Refah Modeli-Bismarck Modeli kapsamında değerlendirilmesi daha doğru görülmektedir. Kurumsal Refah Modeli-Bismarck Modeli`nin işçi ve işverenlerden toplanan primleri finansman sisteminin merkezine koyması ve aynı zamanda insanları çalışmaya teşvik etmesi ile Türkiye`de Sosyal Güvenlik Kurumu`nun büyük rol oynaması Türkiye ve söz konusu modeli aynı sınıfa koymaktadır.

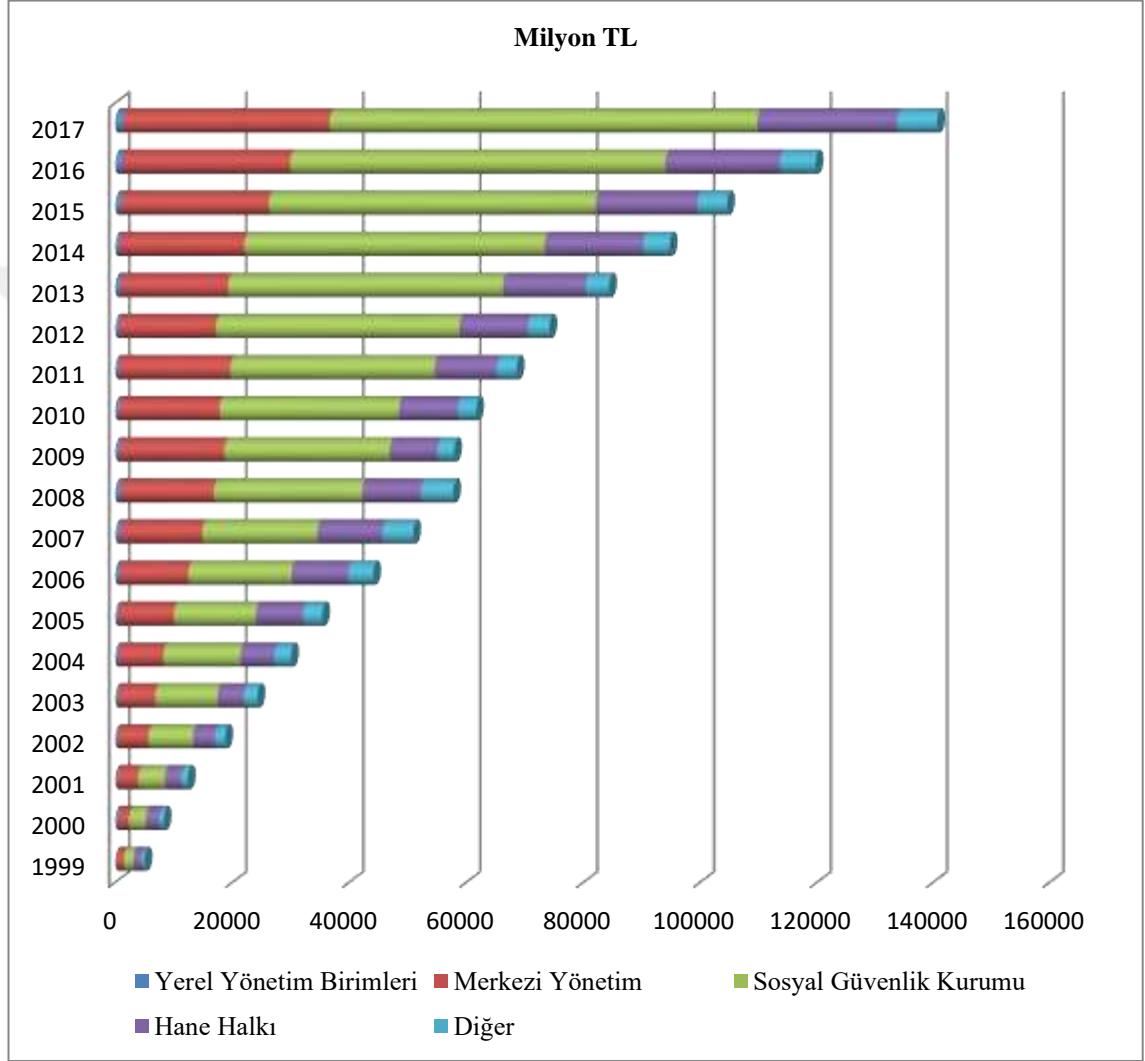
Esping-Andersen açısından bakıldığında ise Türkiye`de Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından gerçekleştirilen harcamaların araştırmacıların oluşturduğu modellerden Muhafazakâr Refah Devleti Modeli kapsamında bulunduğu şeklinde bir sonuca ulaşmak mümkün görülmektedir. Bir önceki başlıkta da belirtildiği üzere Türkiye`de devletin gerekli durumlarda yaşlılar ve benzeri gruplara imtiyazlar tanınması, yaşlı aylığı gibi uygulamalar ile devletin yüzde 17`lik payı Türkiye`de sağlığın finansman sisteminin Liberal Refah Devleti kapsamından çıkmasını sağlamaktadır. Benzer bir biçimde devletin tüm yükü sırtlanmaması Türkiye`nin Sosyal Demokrat Refah Devleti Modeli kapsamında bulunmamasına neden olmaktadır.

Diğer tarafta, katkıya dayalı bir sistemin ağırlıklı bir biçimde kullanıldığı görülmektedir. Devletin sağlığın finansmanında çalışanların ve işverenlerin gerçekleştirdikleri prim ödemelerine ve çalışmalarına bu denli önem vermesi Türkiye`nin Muhafazakar Refah Devleti Modeli kapsamında değerlendirilmesi için yeterli görülebilir.

5.3. Hane Halkları

Grafik 8, Türkiye’de yıllar itibariyle Hane Halklarının sağlığın finansmanı noktasında sahip olduğu payı göstermektedir.

Resim 8: Yıllar İtibariyle Hane Haklarının Sağlığın Finansmanında Sahip Olduğu Pay



(TUİK, 2018)

Hane halkları tarafından gerçekleştirilen ödemeler incelendiğinde iki önemli gelişme dikkati çekmektedir. Bunlardan ilki yıllar itibariyle hane halkları tarafından gerçekleştirilen cepten ödemelerin miktarında önemli ölçüde bir yükselişin gerçekleştiğidir. Grafikte dikkati çeken bir diğer önemli nokta ise diğer finansman kaynakları ile olan oranlar değerlendirildiğinde hane halkları tarafından gerçekleştirilen

cepten ödemelerin sağlığın finansmanındaki paylarında önemli bir düşüşün gerçekleştiğidir. Diğer bir ifadeyle sağlık harcamalarının miktarında önemli bir yükseliş olurken aynı zamanda hane halkları tarafından gerçekleştirilen ödemelerin miktarlarında da önemli yükseliş görülmüştür. Buna rağmen sağlığın finansmanı noktasında hane haklarının yaptığı katkının oranında ise özellikle 1999 ile kıyaslandığında önemli bir düşüş yaşanmış ve hane halkları oran olarak daha az katkı sunmuşlardır.

Bu durum dikkate alındığında, Thernborn tarafından oluşturulan sınıflandırmaya göre Türkiye'nin 1990'lü yılların sonlarında ve 2000'li yılların başlarında Piyasa Odaklı Küçük Refah Devletleri Modeli kapsamında bulunduğu ileri sürülebilir. Hatırlamak gerekirse Piyasa Odaklı Küçük Refah Devletlerinde sosyal ihtiyaçların giderilmesinde piyasa ve aile daha etkin olmaktadır. Devlet gidilecek en son kapı olmaktadır ve sadece muhtaçlık durumunda yardımcı olmaktadır. Söz konusu dönem içerisinde hane halkları tarafından gerçekleştirilen cepten ödemelerin sağlığın finansmanında önemli bir yere sahip olması Piyasa Odaklı Küçük Refah Devletleri Modelini Türkiye için ön plana çıkarmaktadır. İlerleyen yıllarda ise hane halkları tarafından gerçekleştirilen cepten ödemelerin sağlığın finansmanında sahip oldukları önemin azalması Türkiye'de Thernborn'un sınıflandırması açısından bir dönüşüm yaşandığı şeklinde yorumlanabilir.

Leibfried tarafından oluşturulan sınıflandırma açısından değerlendirildiğinde ise Türkiye'nin 1990'lı yılların sonlarında ve 2000'li yılların başlarında Tam Oluşmamış Refah Devletleri kapsamında değerlendirilmesinin mümkün olduğu anlaşılmaktadır. Zira aile ve piyasa ön plana çıkmaktadır. İlerleyen yıllarda ise devletin payının yükselmesi ile Sosyal Demokratik Refah Devleti Modeli'nin, Sosyal Güvenlik Kurumu'nun rolünün artması ile de Kurumsal Refah Devleti Modeli-Bismarck Modelinin daha etkin hale geldiği anlaşılmaktadır.

Esping-Andersen sınıflandırması açısından bakıldığında Türkiye'nin 1990'lı yılların sonlarında ve 2000'li yılların başlarında Liberal Refah Devleti Modeli kapsamında bulunduğu anlaşılmaktadır. İlerleyen yıllarda ise daha çok Muhafazakar Refah Devleti Modelinin özellikleri gözlemlenmektedir.

5.4. Diğer

Daha önceki sayfalarda da bahsedildiği üzere diğer finansman kaynakları grubunda yer alan finansman kaynaklarını özel sigorta şirketleri, hanehalklarına hizmet eden kar amacı gütmeyen kuruluşlar ve diğer işletmelerin yaptığı sağlık harcamaları oluşturmaktadır. Bu grupta özellikle özel sağlık sigorta şirketleri aktif rol oynamaktadır.

Bir önceki başlığa benzer bir biçimde, diğer kaynaklar tarafından gerçekleştirilen ödemeler incelendiğinde iki önemli gelişme dikkati çekmektedir. Bunlardan ilki yıllar itibariyle diğer kaynaklar tarafından gerçekleştirilen harcama miktarında bir yükselişin gerçekleştiğidir. Özellikle 2008 yılında ciddi bir yükseliş meydana gelmiştir. Grafikte dikkati çeken bir diğer önemli nokta ise toplam sağlık harcamaları ile kıyaslandığında diğer kaynaklar tarafından gerçekleştirilen cepten ödemelerin sağlığın finansmanındaki paylarında önemli bir düşüşün gerçekleştiğidir. Diğer bir ifadeyle sağlık harcamalarının miktarında önemli bir yükseliş olurken aynı zamanda diğer kaynaklar tarafından gerçekleştirilen ödemelerin miktarlarında da önemli yükseliş görülmüştür. Buna rağmen sağlığın finansmanı noktasında diğer kaynakların yaptığı katkının oranında ise özellikle 1999 ile kıyaslandığında önemli bir düşüş yaşanmış ve diğer kaynaklar oran olarak daha az katkı sunmuşlardır. 1999 yılında gerçekleştirilen toplam harcama oranı 9,985 milyon iken bunun 488 milyon TL'lik kısmı diğer finansman kaynakları aracılığı ile gerçekleştirilmiştir. 2017 yılına gelindiğinde ise Türkiye'de gerçekleştirilen toplam sağlık harcamalarının miktarı 140,647 milyon TL seviyesine çıkarken diğer kaynakların gerçekleştirdikleri sağlık harcamaları 6,900 milyon TL seviyesinde olmuştur (TUİK, 2018).

Bu durum dikkate alındığında, Thernborn tarafından oluşturulan sınıflandırmaya göre Türkiye'nin 1990'lü yılların sonlarında ve 2000'li yılların başlarında Piyasa Odaklı Küçük Refah Devletleri Modeli kapsamında bulunduğu ileri sürülebilir. İlerleyen yıllarda ise çoğunluğu özel sigorta şirketleri tarafından gerçekleştirilen diğer kaynak ödemelerin sağlığın finansmanında sahip oldukları önemin azalması Türkiye'de Thernborn'un sınıflandırması açısından bir dönüşüm yaşandığı şeklinde yorumlanabilir.

Leibfried tarafından oluşturulan sınıflandırma açısından değerlendirildiğinde ise Türkiye'nin 1990'lı yılların sonlarında ve 2000'li yılların başlarında Tam Oluşmamış

Refah Devletleri kapsamında değerlendirilmesinin m¼mk¼n olduğu anlaşılmaktadır. Esping-Andersen sınıflandırması açısından bakıldığında T¼rkiye'nin 1990'lı yılların sonlarında ve 2000'li yılların başlarında Liberal Refah Devleti Modeli kapsamında bulunduğu anlaşılmaktadır. İlerleyen yıllarda ise diğer kaynakların etkisinin azalması ile beraber daha çok Muhafazakâr Refah Devleti Modelinin ¼zellikleri g¼zlemlenmektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Memiş (2016), Türkiye`de sađlđın finansmanı ile ilgili çözümlerini iki grupta toplamaktadır. Bu gruplar örgütlenme ve tedavi edici sağlık hizmetleri ve acil sağlık hizmetleri şeklindedir. Yazara göre örgütlenme noktasında ortak alım sisteminin özellikle büyük illerde ve merkezlerde geliştirilmesi gerekirken bölgesel anlamda daha esnek bir satın alma sistemi geliştirilmelidir. Kimi malzemeler için özel satın alma sistemleri oluşturulabilir. Tedavi edici sağlık hizmetlerinin finansmanı ile ilgili olarak Teşhis İle İlgili Gruplar (TİG) sistemi benimsenmelidir. Özellikle hizmetlerde fiyat artışına gidilmelidir. Finansal konulardan sorumlu personele eğitimler verilmelidir. Kamu hastanelerinde finansal disiplin konusunda daha dikkatli davranmak gerekir. Üniversite hastanelerine finansal açıdan destek olunmalıdır. Sağlık turizmi gibi kaynakların kullanılması yoluyla yeni gelir kalemleri oluşturulmalıdır (Memiş, 2016, s. 45-52).

Bir başka çalışmada Erumut (2012) Türkiye`de sağlık sisteminin finansmanı konusunda öncelikle bir takım sorunların üzerinde durulması gerektiğini belirtmektedir. Yazara göre Türkiye`de sağlık sisteminin finansmanı üzerinde olumsuz etkileri bulunan söz konusu sorunlar arasında bir takım yönetsel ve kurumsal sorunlar, işsizlik, kayıt dışı istihdam, işgücü katılım oranının düşüklüğü ve istikrarsız büyüme durumları şeklindedir. Yazar gerçekleştirdiği çalışmasında iki önemli unsur üzerinde durulması gerektiğini belirtmektedir. Bunlar “Tıbbi Tasarruf Hesabı Modeli” ve “Genel Sağlık Sigortası Modeli” şeklindedir (Erumut, 2013, s. 93).

Tıbbi tasarruf hesapları kişisel tasarruf hesaplarıdır ve bu hesaplar sağlık harcamalarının finanse edilmesi için oluşturulur. Sistemin esasında kurumlar ve bireyler oluşturulan hesaplara düzenli bir biçimde belirli bir miktar para koyarlar. Bu para ilerleyen dönemlerde ortaya çıkması olası sağlık risklerinin tedavilerinde kullanılmak üzere biriktirilir. Bu sayede hem ilerleyen yıllarda ortaya çıkma durumu bulunan sağlık masrafları için kaynak oluşturulmakta hem de sağlık hizmetlerini talep edenler ve bireylerin sağladıkları katkılar kayıt altına alınmaktadır. Tıbbi tasarruf hesapları özellikle ek kaynakların oluşturulmasını sağlar. Oluşturulan kaynaklar hem mevcut zaman diliminde kullanılabilir hem de ilerleyen yıllar için kaynak birikimi sağlanmış olur. Bu hesaplar sayesinde bireylerin sağlık harcamaları konusunda daha ihtiyatlı

davranmaları da mümkün olmaktadır. Bireylerin kendilerinin birikim oluşturmaları onların sağlık hizmetleri noktasında daha ekonomik alternatiflere yönelmelerine yardımcı olur. Tıbbi Tasarruf hesabının olumsuz noktası ise pahalı sağlık hizmetlerine gereksinim duyulduğunda bireylerin zor durumda kalmalarıdır (Akbolat, 2018, s. 42).

Tıbbi tasarruf hesapları modelinin kullanılması konusunda incelemelerin ve tartışmaların yapılmasına ihtiyaç bulunmaktadır. Türkiye için yeni sayılabilecek olan bu kavram Türkiye'deki sağlığın finansmanı sisteminde ciddi bir değişimin yaşanmasını gerekli hale getirecek ve ciddi karşıt görüşler oluşabilecektir. Örnek vermek gerekirse, risk havuzlama sistemi ile kıyaslandığında iki kavram arasında çok büyük farklılıklar bulunmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı açısından getirilebilecek önerilerden biri risk havuzlarının oluşturulup yönetilmelerinde hassas davranılmasıdır. Risk havuzlama faaliyetleri sağlığın finansmanında kaynakların toplanıp yönetilmesi sistemini ifade eder. Toplanan kaynaklar sağlık hizmetlerinin vatandaşların tamamına ulaştırılmasını sağlar. Risk havuzlamanın tıbbi tasarruf hesapları ile karşılaştırıldığında ortaya çıkan en önemli farkın sağlık hizmetlerinin vatandaşların tamamına ulaştırılması olduğu görülmektedir. Risk havuzlama sistemi sayesinde zenginler, sağlıklılar ve iyi durumda olanlar fakirlerin, sağlıksızların ve iyi oluş bakımından sorun yaşayan bireylerin sağlık hizmetlerinin giderilmesinde katkı sunmaktadırlar. Kısacası “fon havuzlama” şeklinde de ifade edilen risk havuzlamada sağlık giderleri ortaya çıkmadan oluşturulan havuz kullanılarak sağlık hizmetlerinin kullanılmaları toplumsallaştırılır (Aydemir, 2017, s. 413). Sosyal refah devletinin oluşturulması açısından bakıldığında ise risk havuzlama sisteminin oldukça faydalı olduğu anlaşılmaktadır.

Sağlığın finansmanında üzerinde tartışılması gereken bir diğer konu özel sağlık sigortasıdır. Aslında özel sağlık sigortasının Türkiye'de sağlığın finansmanı açısından önerilmesi noktasında tereddütler bulunmaktadır. Zira bu sistemin bazı olumlu yönlerinin yanında bir takım olumsuz yönleri de bulunmaktadır. Özel sağlık sigortasının birey ve sistem üzerinde oluşturduğu olumlu etkiler şu şekilde listelenebilir (Formosapost, 2016; Hica, 2018):

- Özel hastane odalarına erişim,

- Kamu tarafından karşılanmayan sağlık hizmetlerine erişim,
- Para biriktirme imkânı,
- Devlet teşvikleri,
- Azalan bekleme süreleri,
- Kamu sistemine olan gereksinimin azalması,
- Yaşam boyu sürdürülen sistemlerle para biriktirme,
- Özel sağlık sigortası sistemleri arasında tercih yapabilme,
- Ziyaretçi saati gibi kısıtlamalardan kurtulma,
- Özel ilgi görme.

Diğer tarafta özel sağlık sigortası hakkında bir takım olumsuz görüşlerin bildirildiği çalışmalar da bulunmaktadır. Söz konusu çalışmalarda üzerinde durulan noktalar şu şekilde listelenebilir (Formosapost, 2016):

- Pahalılık,
- Sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyulmadığında fazladan para kaybının yaşandığı düşüncesi,
- Esneklik ve tercihler arttıkça ödenene para miktarının artması,
- Masrafların tamamının karşılanmaması,
- Sınırlı anlaşmalı işletme sayısı,
- Her bir sağlık durumu için ayrıca para ödenmesi,
- Sınırlı kapsam,
- Sigorta işletmesi alternatiflerinin az olması,
- Kapsayıcılık hakkında şikâyetlerin olması,
- Zaman kısıtlaması,
- Eşitsizlik oluşturmaları.

Yukarıdaki ifadelerden de anlaşılacağı üzere özel sağlık sigortasının sağlığın finansmanında kullanımının teşvik edilmesi noktasında bir takım şüpheler oluşmaktadır. Bu sebeple özel sağlık sigortasının teşvik edilmesi veya hangi düzeyde teşvik edilmesi konusunda geniş kapsamlı incelemelerin yapılması faydalı olabilecektir.

Uğurluoğlu ve Özgen (2008)'e göre sağlık hizmetlerinin finansmanı sürecinde dikkat edilmesi gereken konulardan birisi hakkaniyettir. Bu noktada hakkaniyet ve

eşitlik kavramları arasındaki farkı iyi anlamak gerekir. Eşitlik dendiğinde sağlık hizmetlerinin finansmanında bireylerin hepsinden aynı miktarda katkı elde edilmesi anlamı ortaya çıkmaktadır. Diğer tarafta, hakkaniyet dendiğinde toplum içerisindeki bireylerin sahip oldukları maddi kazançlarla doğru orantılı bir biçimde prim ödemeleri anlamı ortaya çıkmaktadır. Yazarlara göre sağlığın finansmanında hakkaniyetli davranmak ve toplum içerisindeki tüm vatandaşların sağlık hizmetlerine erişimlerinin önündeki engellerin kaldırılması gerekir (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008, s. 148).

Aile hekimliği sisteminin geliştirilmesinin ve yaygınlaştırılmasının Türkiye'deki sağlık hizmetleri için yapılan harcamaların miktarının azalmasına katkı sunabilecektir. Özellikle bireylerin doktorlar tarafından yakından tanınması ve sağlık süreçlerinin takip edilerek kayıt altına alınması, meydana çıkması olası hastalıkların önlenmesine yardımcı olacaktır. Ciddi sağlık risklerinin önceden belirlenmesi ve önlenmesi ilerleyen süreçlerde ortaya çıkacak olan işgücü kaybı ve sağlık masrafı sorunlarını ya tamamen ortadan kaldıracak ya da masrafların düzeyini mümkün olan en alt seviyeye indirecektir. Dahası, aile sağlığı merkezlerinde özellikle bebeklere yönelik olarak gerçekleştirilen hizmet ve takipler ilerleyen yıllardaki sağlık harcamalarının ciddi anlamda azalmasını sağlamaktadır. Kısacası aile sağlığı hizmetlerinin daha etkin bir biçimde yürütülmesinin dolaylı bir biçimde sağlığın finansmanına katkı sunacağı ileri sürülebilir.

Çoban (2009)'a göre sağlık sektöründe özel işletmelerin payının artırılması sağlığın finansmanı noktasında olumlu bir etki oluşturacaktır. Yazara göre özel sektörün sağlık sistemi içerisindeki rolünün artırılmasına yönelik politikalar geliştirilmeli ve teşvikler sunulmalıdır. Sağlık sektörüne doğrudan yabancı yatırımların çekilmesi özellikle ileri teknoloji gerektirmesi nedeniyle maliyetleri yükselten cihazların elde edilmesi açısından faydalı olacaktır. Yazar son olarak özerk sağlık kuruluşlarının oluşturulması gerektiğini belirtmektedir. Zira özerk sağlık kuruluşları devletin sağlık hizmetleri alanındaki yükünün hafifletilmesinde önemli rol oynayabilecektir (Çoban, 2009, s. 181-182).

Konu hakkında kapsamlı bir araştırma yapan Özer (2015) sağlığın finansmanını sürdürülebilirlik açısından incelemiştir. Yazara göre sağlığın finansmanının sürdürülebilirliği noktasında çalışma sonucunda elde ettiği sonuçlar şu şekilde özetlenebilir (Özer, 2015, s. 170-173):

- Teminat paketi yeniden gözden geçirilmelidir. Bu yapılırken cepten ödemelerin artırılmamasına dikkat edilmelidir.
- Tamamlayıcı sağlık sigortası geri ödeme kapsamında bulunmayacak hizmetleri desteklemelidir.
- Tedavi edici hizmetlerden ziyade koruyucu hizmetlere odaklanmak gerekir. Zira koruyucu hizmetlerin maliyetleri tedavi edici hizmetlerin maliyetlerinden çok daha azdır.
- Sevk sistemi zorunlu olmalıdır. Sağlık hizmetlerinden faydalanmak isteyen bireylerin ikinci ve üçüncü basamaklardan önce birinci basamak sağlık hizmetleri kullanmaları teşvik edilmelidir. Doğal olarak aile hekimliği sistemine verilen önemin artırılması faydalı olacaktır.
- Sağlık hizmetlerinin hatalı ve kötüye kullanımlarının önüne geçilmelidir. Bunun sağlanmasında insanların bilinçlendirilmeleri faydalı olacaktır.
- Akılcı ilaç kullanımı teşvik edilmelidir. İlaç harcamalarının kontrol altına alınması ve akılcı ilaç kullanımı konusunda vatandaşların bilgilendirilmesi gerekmektedir.
- Yerli ilaç üretimi desteklenmelidir. Türkiye`de ilaç üretimi yeterli düzeyde değildir. Ülke içerisinde ilaç üretiminin teşvik edilmesi için gerekli olan önlemler alınmalıdır.
- Sağlık hizmetlerinin gereksiz bir biçimde kullanılmalarının önüne geçecek tedbirler alınmalıdır.
- Performans değerlendirme sisteminde bir takım değişikliklere gitmek faydalı olabilecektir. Özellikle de performans kriterlerinin yeniden belirlenmesi gerekmektedir.
- Sağlık finansmanının sürdürülebilirliği noktasında toplanan primlerin gelirle doğru orantılı olmasını sağlayacak önlemler alınmalıdır.
- Dolaylı vergilerden ziyade doğrudan vergilere odaklanılmalıdır.
- Global bütçe etkin bir biçimde kullanılmalıdır.
- Sağlık sistemi hakkında kararlar alınırken tek bir kurum yerine sağlık ile ilgili tüm paydaşların oluşturduğu ortak karar alma mekanizmaları kurulmalıdır. Sağlıkla ilgili kararlar alınırken vatandaşların da karar alma süreçlerine dâhil

olmaları sağlanmalıdır. Bu durum siyasi eleştirilerin ortadan kaldırılmasına da yardımcı olacaktır.

- Sağlık okuryazarlığına yönelik toplumda farkındalık oluşturulmalı.
- Sağlık hizmetlerinin akıllıca kullanılmasının sağlanması için davranış modellemeleri, izleme ve değerlendirme süreçleri oluşturulmalı.
- Tanıya İlişkin Gruplama yönteminin kullanılması düşünülmelidir.

Aktan ve Işık (2018)'e göre sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılması mümkün olan yeni yönelimlerden ikisi Maliyet Paylaşımı Yaklaşımı ve Gönüllü Sağlık Organizasyonlarıdır. Maliyet paylaşımı yaklaşımı günümüzde de kullanılmaktadır. Maliyet paylaşımı yaklaşımı bireylerin elde etmiş oldukları sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin bir kısmını cepten ödeme yoluyla karşılamalarını ifade etmektedir. Daha önceki sayfalarda bu durumun önemli bir katkısının da sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımlarının önüne geçmek olduğundan bahsedilmiştir. Birçok ülkede miktarların farklı olmasına rağmen kullanılan bir yöntemdir. Genellikle sigorta kurumuna yapılan ödeme, sağlık hizmetine erişilen birime yapılan ödeme ve ilaç alımında yapılan ödeme şeklinde gerçekleştirilir (Aktan ve Işık, 2018, s. 5).

Kar amacı gütmeyen kuruluşların kurulması sağlığın finansmanında önemli bir katkı sunacaktır. Bu tür kurumlar genellikle bağış sistemi ile çalışmaktadır. Maddi durumu iyi olmayan bireylerin sağlık masraflarının gönüllü sağlık organizasyonları tarafından karşılanması devletin sağlık hizmetleri yükü üzerinde olumlu etki oluşturacaktır. Bu durum aynı zamanda toplum içerisindeki yardımlaşma duygusunun gelişimine de katkı sağlayacaktır. Bu amaca ulaşmak için çeşitli vakıflar, hayır kuruluşları ve derneklerin kurulması sağlanabilir. Günümüzde birçok gelişmiş ülkede gönüllü sağlık organizasyonları faaliyet göstermektedir. Söz konusu organizasyonların gelir kaynakları arasında devlet hibeleri, bağışlar ve sergiler gibi faaliyetlerden elde edilen kazançlar bulunmaktadır. Ayrıca bu grupta bulunan organizasyonlara verilebilecek bir örnek dini organizasyonlardır. Dini organizasyonların maddi durumu iyi olmayan bireylerin sağlık harcamalarını karşılamaları sağlığın finansmanına katkı sağlamaktadır (Aktan ve Işık, 2018, s. 5).

Sağlığın finansmanına olumlu katkı sunacak bir durum da sağlığı daha masraflı hale getiren bazı durumlardan uzaklaşmamasıdır. Bir takım konulara odaklanmak ve

daha dikkatli olmak gereksiz harcamaların önüne geçecektir. Örnek vermek gerekirse koruyucu sağlık hizmetlerine daha fazla önem verilmesi, araştırma faaliyetlerinin yapılması, teknolojik yeniliklerin oluşturulması ve takip edilmesi, sağlık konusunda vatandaşların eğitilmeleri gibi uygulamalar birçok harcamanın önüne geçebilecektir. “Sağlık hizmetlerindeki talep artışları aynı zamanda artan hizmet miktarını da belirlemektedir ki bu aşamada; maksimum verimlilik düzeyinde kaynakları akıllıca kullanmak çok önemlidir” (Atabey, 2012, s. 176).

Çalışmada elde edilen en önemli sonuç Türkiye’de sağlığın finansmanının refah devleti modelleri açısından incelendiğinde Kurumsal Refah Devleti Modeli-Bismarck Modeli’nin özelliklerinin görüldüğüdür. Çalışmada da belirtildiği üzere Kurumsal Refah Devleti Modeli-Bismarck Modeli ilk olarak 1800’lü yıllarda Otto Von Bismarck tarafından uygulamaya konulmuştur. Bu modelin temel mantığı çalışanlardan ve işverenlerden katkı payları alınarak sağlık hizmetlerinin finanse edilmesidir. Türkiye İstatistik Kurumu tarafından yayınlanan sayısal veriler incelendiğinde 2017 yılı itibariyle sağlık hizmetlerinin finansmanında büyük ölçüde Sosyal Güvenlik Kurumu’nun sorumlu olduğu anlaşılmıştır. Bu sebeple Türkiye’de sağlık sisteminin finansmanının refah devletleri açısından değerlendirildiğinde Kurumsal Refah Devleti Modeli-Bismarck Modeli’ne benzediğini iddia etmek yanlış olmayacaktır. Ayrıca Thernborn tarafından oluşturulan Güçlü Müdahaleci Refah Devletleri Modelinin ve Sosyal Demokrat Refah Devleti Modeli’nin Türkiye açısından benzerliklere sahip olduğu düşünülebilir.

Merkezi yönetimin ve yerel yönetim birimlerinin harcamaları dikkate alındığında Thernborn’un sınıflandırmasına göre Türkiye’nin Güçlü Müdahaleci Refah Devletleri modeline, Leibfried’in sınıflandırmasına göre Kurumsal Refah Devleti-Bismarck Modeline ve Esping-Andersen sınıflandırmasına göre Muhafazakâr Refah Devleti Modeline uygun bir finansman sistemini benimsediği görülmektedir.

Sosyal Güvenlik Kurumu’nun harcamaları dikkate alındığında Thernborn’un sınıflandırmasına göre Türkiye’nin Tam İstihdam Odaklı Küçük Refah Devletleri ve Güçlü Müdahaleci Refah Devletleri modellerine, Leibfried’in sınıflandırmasına göre Kurumsal Refah Devleti-Bismarck Modeline ve Esping-Andersen sınıflandırmasına

göre Muhafazakâr Refah Devleti Modeline uygun bir finansman sistemini benimsediği görülmektedir.

Hane Halklarının cepten ödeme yoluyla gerçekleştirdiği harcamaları dikkate alındığında Thernborn'un sınıflandırmasına göre Türkiye'nin 1990'lü yılların sonlarında ve 2000'li yılların başlarında Piyasa Odaklı Küçük Refah Devletleri Modeline uygun bir sisteme sahip olduğu ve ilerleyen yıllarda ise bir dönüşüm yaşandığı anlaşılmaktadır. Leibfried'in sınıflandırmasına göre Türkiye'nin 1990'lı yılların sonlarında ve 2000'li yılların başlarında Tam Oluşmamış Refah Devletleri modeline uygun özelliklere sahip olduğu ve ilerleyen yıllarda yine bir dönüşüm yaşandığı görülmektedir. Esping-Andersen sınıflandırmasına göre ise Türkiye'nin 1990'lı yılların sonlarında ve 2000'li yılların başlarında Liberal Refah Devleti Modeli kapsamında bulunduğu anlaşılmaktadır. İlerleyen yıllarda ise daha çok Muhafazakâr Refah Devleti Modelinin özellikleri gözlemlenmektedir.

Diğer kanallar vasıtasıyla gerçekleştirilen harcamalar dikkate alındığında Thernborn'un sınıflandırmasına göre Türkiye'nin 1990'lü yılların sonlarında ve 2000'li yılların başlarında Piyasa Odaklı Küçük Refah Devletleri Modeline uygun bir sisteme sahip olduğu ve ilerleyen yıllarda ise bir dönüşüm yaşandığı anlaşılmaktadır. Leibfried'in sınıflandırmasına göre Türkiye'nin 1990'lı yılların sonlarında ve 2000'li yılların başlarında Tam Oluşmamış Refah Devletleri modeline uygun özelliklere sahip olduğu ve ilerleyen yıllarda yine bir dönüşüm yaşandığı görülmektedir. Esping-Andersen sınıflandırmasına göre ise Türkiye'nin 1990'lı yılların sonlarında ve 2000'li yılların başlarında Liberal Refah Devleti Modeli kapsamında bulunduğu anlaşılmaktadır. İlerleyen yıllarda ise daha çok Muhafazakâr Refah Devleti Modelinin özellikleri gözlemlenmektedir.

Çalışmanın bir diğer amacı olan sağlık sisteminin finansmanının geliştirilmesi ve verimliliğin artırılması için öneriler sunulmasına ulaşmak için konu hakkında Türkiye'de gerçekleştirilmiş olan çeşitli çalışmalar incelenmiştir. Bu çalışmalar sonucunda ortaya çıkan öneriler şu şekilde özetlenebilir:

- Refah modelleri açısından ödeme modelleri kapsamında gerekli tartışmalar yapılmalı ve en uygun model benimsenmelidir,

- Halk sağlığı uygulamaları kapsamında hizmet içi eğitim programları hazırlanıp uygulanmalıdır,
- Tıbbi Tasarruf Modeli hakkında dűşünűlmelidir,
- Risk Havuzu sisteminin yűrűtűlmesinde dikkatli davranılmalıdır,
- Sağlığın finansmanında hakkaniyet unsuru ön planda tutulmalıdır,
- Özel sağlık sigortasının devlet tarafından teűvik edilmesinin faydaları ve zararları tartıűılmalıdır,
- Aile hekimliği sistemi yaygınlaűtırılmalıdır,
- Koruyucu sağlık hizmetlerine daha fazla önem verilmelidir,
- Akılcı ilaç kullanımı konusunda halk bilinçlendirilmelidir,
- Yerli ilaç űretimi desteklenmelidir,
- Gnűllű sađlık organizasyonlarının yaygınlaűması açısından, sivil toplum kuruluşlarına destek olunmalı ve onların bu konudaki deneyimlerinden faydalanılmalıdır.

Toplumun refah dűzeyinin yűkseltilmesinde bireylerin sađlık açısından iyi oluű durumlarının sađlanmasının önemli bir rolű vardır. Diđer tarafta sađlık harcamaları devletler için bűyűk bir yűk oluűturmaktadır. Sađlıđın finansmanı bu sebeple űzerinde dikkatli bir biçimde durulması gereken bir konudur. Sosyal yaűamdaki ve alıűma yaűamındaki deđiűiklikler, artan nűfus ve kaynakların daha dikkatli kullanılması ihtiyacı nedeniyle sađlıđın finansmanı ile ilgili olarak gerekleűtirilen gűncel alıűmaların sayısının artırılması hem űlke ekonomisi hem de sađlık hizmetlerinin eriűilebilirliđi ve kalitesi açısından faydalı olacaktır.

7. KAYNAKLAR

11.10.2011 Tarih 663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname . (2011).

694 Sayılı KHK.

AKBOLAT, M. (2018). *Sağlık Sektörü Reformu*. Aralık 12, 2018 tarihinde

<http://content.lms.sabis.sakarya.edu.tr/>:

http://content.lms.sabis.sakarya.edu.tr/Uploads/67205/39139/11._hafta_sa%C4%9Fl%C4%B1k_sekt%C3%B6r%C3%BC_reformu-

[_organizasyon,_d%C3%BCzenleme_ve_davran%C4%B1%C5%9F.pdf](#) adresinden alındı

AKTAN, C. C., & Işık, K. (t.y.). *Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Alternatif Yöntemler*. 12 14,

2018 tarihinde <http://www.canaktan.org/>: <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/finansman-alternatif.pdf> adresinden alındı

AKYOL, S., & ULUTÜRK, S. (2016). Küresel Kriz Kısacasında Sosyal Harcamalar: Seçilmiş AB Ülkeleri Bağlamında Bir İnceleme . 31. *Türkiye Maliye Sempozyumu* . Mersin: 31. Türkiye Maliye Sempozyumu .

ALBAYRAK, T. E., & BİRİNCİ, M. (2017). Sosyal Devlet Modelleri: Sosyal Demokrat Model, İsveç-Norveç Örneği. *Sosyal Çalışma Dergisi* , 64-100.

ALP, S. (2009). Refah Devleti Düşüncesinin Gelişimi ve Bir Liberal Alternatif Olarak Üçüncü Sektör. *Maliye Dergisi* , 265-279.

ANDERSEN, J. G. (2012). *Welfare States and Welfare State Theory* . Aalborg: Centre for Comparative Welfare Studies Working Paper.

ATABEY, E. S. (2012). *Ulusal Sağlık Sistemleri ve 1980 Sonrasında Türkiye`de Sağlıkta Dönüşüm Programlarının İncelenmesi ve Değerlendirilmesi*. Ankara: Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi.

ATASEVER, M. (2014). *Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi: 2002-2013 Dönemi*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.

AYDEMİR, İ. (2017). Sağlık Sistemi Finansman Hedefleri ve Politika Enstürmanları. *Akademik Bakış Dergisi* , 410-428.

AYDIN, K., & ÇAKMAK, E. E. (2017). Sosyal Devletin Temelleri. *Bilgi* , 1-19.

BASAGM. (2010). *Sosyal Yardım Algısı ve Yoksulluk Kültürü*. Ankara: Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü.

BATOOL, U. (2018). *Residual and Institutional Models of Welfare*. Bahawalpur: The İslamia University of Bahawalpur.

ÇAVMAK, Ş., & ÇAVMAK, D. (2017). Türkiye`de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı. *Sağlık Yönetimi Dergisi* , 48-57.

ÇOBAN, H. (2009). *Sağlık Ekonomisi ve Türkiye`de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması*. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi.

DURDU, Z. (2009). Modern Devletin Dönüşümünde Bir Ara Dönem: Sosyal Refah Devleti. *Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* , 37-50.

Ekici, D. (2018). *Sağlık Finansman Yöntemleri*. 12 13, 2018 tarihinde <http://www.dilekekici.com/>: <http://www.dilekekici.com/bilgi/saglik-finansman-yontemleri/> adresinden alındı

ERDAL, S. (2012). *Küreselleşme Sürecinde Refah Devleti Uygulamaları Açısından İsveç Modelinin Değerlendirilmesi* . İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi.

ERDOĞAN, E. S. (2018). *Avrupa Birliği Ülkeleri Ve Türkiye`de Sosyal Güvenlik Harcamalarının Değerlendirilmesi* . Ankara: Ankara Üniversitesi Avrupa Toplulukları Araştırma Ve Uygulama Merkezi (Ataum) Araştırma Dizisi No:41.

ERUMUT, C. M. (2013). Türkiye İçin Alternatif Sağlık Finansman Önerisi: İki Sütunlu Sistem. *Sosyal Güvence Dergisi* , 93-126.

Formosapost. (2016, 11 25). *Pros and Cons of Private Health Care*. 12 14, 2018 tarihinde <https://www.formosapost.com/>: <https://www.formosapost.com/pros-and-cons-of-private-health-care/> adresinden alındı

Gough, I., & Therborn, G. (2009, 09 17). *The Global Future of Welfare States*. 09 12, 2018 tarihinde <http://personal.lse.ac.uk/>: http://personal.lse.ac.uk/goughi/gough%20therborn%20final_chapter_47_17.09.2009_10.46.31.pdf adresinden alındı

GÜLAY, A. (2017). Türkiye`de Sağlık Sisteminin Finansmanı ve İngiltere İle Karşılaştırılması. *Marmara Sosyal Araştırmalar Dergisi* , 17-37.

Güler, M. A. (2015). *Güney Avrupa Refah Rejiminde Dışlanma*. 12 09, 2018 tarihinde <http://www.sekeris.org.tr/>: http://www.sekeris.org.tr/dergi/multimedia/dergi/16_guney_avrupa_refah_rejiminde_sosyal_dislanma.pdf adresinden alındı

Gümüş, İ. (2012). Tarihsel Perspektifte Refah Devleti: Doğu, Yükseliş ve Yeniden Yapılanma Süreci. *Journal of Political Administrative and Local Studies* , 32-66.

GÜVERCİN, A., MİL, H. İ., & TARIM, B. (2016). Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK). *Bartın Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi* , 80-94.

HİCA. (2018, 5 7). *What are the benefits of private health insurance?* 12 14, 2018 tarihinde <https://www.hica.com.au/>: <https://www.hica.com.au/health-insurance-news/what-are-the-benefits-of-private-health-insurance> adresinden alındı

ILO. (2018). *Social Security*. Cenevre: International Labour Organisation.

ILO. (2010). *World Social Security Report 2010/11: Providing coverage in times of crisis and beyond*. Cenevre: International Labour Organization.

ISAKJEE, A. (2017). *Welfare State Regimes: a Literature Review*. Birmigham: The Institute for Research into Superdiversity (IRiS) Working Paper Series.

KARAMAN, N. (2015). *Refah Devletleri Sınıflandırmaları Ekseninde Türkiye`de İş-Aile Yaşamını Uyumlaştırma Politikaları ve Kadın İstihdamı*. İzmir: Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.

KHGM. (2018). *Sağlık Tesisleri*. 12 05, 2018 tarihinde <https://khgmozellikli.saglik.gov.tr/>: https://khgmozellikli.saglik.gov.tr/svg/saglik_tesisleri.php?srr=12 adresinden alındı

KHGM. (2018, 10 18). *Teşkilat Şeması*. 12 02, 2018 tarihinde <https://khgm.saglik.gov.tr/>: <https://khgm.saglik.gov.tr/TR,39965/teskilat-semasi.html> adresinden alındı

KLOSE, M. P., & FUENTES, M. F. (2013). The Southern European Welfare model in the post-industrial order. *European Societies* , 475-492.

KORAY, M. (2012). *Sosyal Politika*. Ankara: İmge Kitabevi.

MEMİŞ, M. (2016). *Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi (Odak Grup Görüşmeleri Raporu)*. Ankara: Sasam Enstitüsü.

Ndunda, T. (2016). *A Review of Esping-Andersen's Three Worlds of Welfare Capitalism*. 12 02, 2018 tarihinde <https://www.researchgate.net/>: <https://www.researchgate.net/publication/301548513> adresinden alındı

OECD. (2018). *Health Spending*. OECD.

ORHAN, H. (2018). *İlaç*. İstanbul: KPMG International Cooperative.

ORHANER, E. (2017). Sağlık Harcamalarının Finansmanında Özel Sağlık Sigortalarının Rolü. *Usaysad Derg* , 398-412.

ÖZER, Ö. (2015). *Türkiye Sağlık Sisteminde Finansal Sürdürülebilirlik: Paydaş Görüşleri ve Değerlendirmeleri*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi.

ÖZMEN, Z. (2017). Refah Devleti Kavramı Ve Refah Devleti Modellerine Göre Avrupa`da Bazı Ülkelerin Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Finansman Yönünden İncelenmesi. *International Journal Of Academic Value Studies (Javstudies)* , 370-387.

- Resmi Gazete. (2015). *Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Hizmet Birimleri ve Görevleri Hakkındaki Yönetmelik*. Ankara.
- SELCİK, O., & GÜZEL, B. (2016). Sosyal Hizmet Mesleğinin Çalışma Alanı Ve Sosyal Hizmet Uygulamasının Türkiye Ölçeğinde Değerlendirilmesi . *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi* , 461-469.
- SPICKER, P. (2013). *Principles of social welfare*. California: Routledge.
- TASHGM. (2015). *Misyon ve Vizyon*. 12 17, 2018 tarihinde <http://acilafet.saglik.gov.tr/>: <http://acilafet.saglik.gov.tr/TR,4186/misyon-ve-vizyon.html> adresinden alındı
- TASHGM. (2018, 11 20). *Teşkilat Şeması*. 12 15, 2018 tarihinde <http://acilafet.saglik.gov.tr/>: <http://acilafet.saglik.gov.tr/TR,4185/teskilat-semasi.html> adresinden alındı
- THERBORN, G. (1984). *Classes and States Welfare State Development*. 12 11, 2018 tarihinde <https://www.researchgate.net/>: https://www.researchgate.net/publication/277095286_Classes_and_States_Welfare_State_Developments_1881-1981 adresinden alındı
- THERBORN, G. (1983). *When, how and why does a welfare state become a welfare state?* Freiburg: Paper presented at the ECPR Workshops.
- THSGM. (2016). *2015 Yılı Performans Programı*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü.
- THSGM. (2016). *2015 Yılı Performans Programı*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü.
- TİTCK. (2018). *Organizasyon Şeması*. 12 05, 2018 tarihinde <https://www.titck.gov.tr/>: <https://www.titck.gov.tr/Kurumsal/OrganizasyonSemasi> adresinden alındı
- TOBB. (2018). *Türkiye İlaç Sektörü 2017*. Ankara: Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği.
- TOBB. (2017). *Türkiye Sağlık Sektörüne Genel Bakış*. Ankara: Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği.
- TOPRAK, D. (2015). Uygulamada Ortaya Çıkan Farklı Refah Devleti Modelleri Üzerine Bir İnceleme . *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* , 151-175.
- TUİK. (2018). *Hizmet Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları*. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu.
- TUİK. (2018). *Sağlık harcamaları ile ilgili göstergeler, 1999-2017*. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu.
- TUİK. (2018). *Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2017*. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu.
- TUİK. (2018). *Sağlık harcamalarının genel toplam içindeki dağılımı, 2016, 2017*. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu.

TUTAR, F., & KILINÇ, N. (2007). Türkiye`nin Sağlık Sektöründeki Ekonomik Gelişmişlik Potansiyeli ve Farklı Ülke Örnekleriyle Mukayesesi. *Afyon Kocatepe Üniversitesi, İ.İ.B.F. Dergisi* , 31-54.

Türkiye İstatistik Kurumu. (2018). *Hizmet Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları*. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu.

UĞURLUOĞLU, E., & Özgen, H. (2008). Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* , 133-159.

World Bank. (2016). *Financing Health in Low-Income Countries*. Washington: World Bank.

YAŞAR, G. Y. (2018). *Genel Sağlık Sigortası: Tam Kapsayıcılık Düzeyi ve Sağlık Durumuna Etkisi*. 12 12, 2018 tarihinde <https://add.org.tr/>: <https://add.org.tr/wp-content/uploads/2018/05/G%C3%9CLB%C4%B0YE-Y-YA%C5%9EAR-ADD-2023-Sempozyumu-Nisan-2018.pdf> adresinden alındı