

**T.C.
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS**

**SAĞLIK İŞLETMELERİNİN FİNANSAL SORUNLARI
VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ**

HÜMEYRA TÜRK (UZAN)

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Ali Rıza GÖKBUNAR

Manisa- 2006

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	I
KISALTMALAR.....	V
TABLolar.....	VI
ŞEKİLLER.....	VII
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK İŞLETMECİĞİ ORGANİZASYONU VE FİNANS FONKSİYONU

I. SAĞLIK İŞLETMELERİ KAVRAMI.....	8
II. SAĞLIK İŞLETMELERİNİN GÖREVLERİ VE SAĞLIK PİYASASINI DİĞER PİYASALARDAN AYIRAN ÖZELLİKLER	9
A. SAĞLIK İŞLETMELERİNİN GÖREVLERİ.....	9
B. SAĞLIK PİYASASI VE SAĞLIK HİZMETLERİNİ DİĞER PİYASA ÜRÜNLERİNDEN AYIRAN ÖZELLİKLER.....	10
III. SAĞLIK HİZMETİ ÜRETİM BİRİMİ OLARAK HASTANELER.....	12
A. KAMU HASTANELERİ VE YÖNETİMİ.....	14
1. Başhekim.....	17
2. Hastane Konseyi.....	18
3. Hastane Müdürü.....	18
B. ÖZEL HASTANELER.....	20
IV. SAĞLIK İŞLETMELERİNDE FİNANS BÖLÜMÜNÜN ÖRGÜTLENMESİ.....	21

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK İŞLETMELERİNİN FİNANSMAN YÖNTEMLERİ

I. GENEL OLARAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI.....	24
A. KAMUSAL KAYNAK AKTARIMLARI.....	25
1. Genel Vergi Gelirleri	25
2. Açık Finansman ve Enflasyon Kullanımı/Borçlanma	26
3. Özel Amaçlı Vergiler.....	27
4. Diğer Gelirler	28
5. Sosyal Sigorta Primleriyle Finansman	29
6. Dış Yardımlar	31
B. SAĞLIK İŞLETMELERİNİN ÖZEL FİNANSMAN KAYNAKLARI.....	31
1. Özel Sağlık Sigortası	31
2. Kullanıcı Katkıları/Doğrudan Hane Halkı Harcamaları.....	32
3. Döner Sermaye	34
4. Toplum Finansmanı	42
5. Gönüllü Hayır Kuruluşlarının Katkıları	43
6. İşverenin Finanse Ettiği Sağlık Hizmetleri	44
II. TÜRKİYE’ DE VE OECD ÜLKELERİNDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI.....	44
A. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI	45
1. Genel Bütçe	48
2. Sosyal Güvenlik Programları	49
2.1. Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK).....	51
2.2. Bağ-Kur	53
2.3. T.C. Emekli Sandığı.....	54
3. Özel Sosyal Güvenlik Sandıkları ve Özel Sigortalar.....	55
B. OECD ÜLKELERİNDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI ...	56
1. Amerika Birleşik Devletleri	61
1.1. Kamu Finansmanı (Medicare and Medicaid).....	61
1.2. Kar Amaçlı Özel Sigorta Şirketleri.....	63

1.3. Bağımsız Sigorta Planları ve Sağlık Organizasyonları	64
1.4. Mavi Haç ve Mavi Kalkan Uygulaması.....	65
2. Kanada	65
3. İngiltere.....	66
4. Almanya	67
5. Fransa	69
6. İtalya	70
7. Japonya	71
8. Güney Kore	72

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK İŞLETMELERİNİN FİNANSAL SORUNLARI VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

I. SAĞLIK İŞLETMELERİNİN FİNANSAL SORUNLARI.....	74
A. GENEL OLARAK SAĞLIK SİSTEMİNİN FİNANSAL SORUNLARI.....	74
1. Türkiye’de Sağlık Sistemi Finansman Hedefleri.....	79
2. Türkiye’de Sağlık Reformlarının Uygulanması ve Reform Sürecinin Geldiği Son Nokta	81
B. SAĞLIK İŞLETMELERİNİN FİNANSAL SORUNLARI	84
1. Kamu Hastanelerinin Finansal Sorunları.....	86
2. Özel Hastanelerin Finansal Sorunları.....	87
C. SAĞLIK İŞLETMELERİNİN FİNANSAL SORUNLARININ TESPİTİNE YÖNELİK ANKET UYGULAMASI VE DEĞERLENDİRİLMESİ	88
1. Anketin Amacı.....	89
2. Ankette İzlenen Yöntem.....	89
3. Anket Uygulaması ve Değerlendirilmesi.....	90
3.1. Hastane Alacaklarının Tahsilatında Yaşanan Problemler.....	90

3.2. Hastanelerin Mal ve Hizmet Sağlayan Birimlere Olan Borçları.....	91
3.3. Net Çalışma Sermayesi	92
3.4. Sağlık Hizmetlerinin Maliyeti ve Fiyatı	93
3.5. Sağlık işletmelerinde Yatırım Kararları.....	94
3.6. Kamu Hastanelerinde Merkezi Yapı Yerine Desantralize Yapı.....	96
3.7. Sağlık işletmelerinde Ekonomik Analiz Tekniklerinin Kullanımı.....	97
3.8. Mal ve Hizmet Alımlarında Stok Kontrol Yöntemi ve Kamu İhale Kanunu.....	98
3.9. Hastanelere Sosyal Güvenlik Programlarının Katkıları	99
II. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMAN SORUNLARINA YÖNELİK ÇÖZÜM ÖNERİLERİ.....	100
A. SAĞLIK KOOPERATİFÇİLİĞİNDEN YARARLANMA	101
B. GENEL SAĞLIK SİGORTASINDAN YARARLANMA.....	102
III. SAĞLIK İŞLETMELERİNİN FİNANSAL SORUNLARINA YÖNELİK ÇÖZÜM ÖNERİLERİ	105
A. ÖZELLEŞTİRME.....	105
B. FORFAİTING YÖNTEMİ.....	107
C. FİNANSAL KİRALAMA (LEASİNG) YÖNTEMİ	108
D. MODERN FİNANSAL YÖNETİM.....	109
E. MODERN FİNANSAL YÖNETİCİ	110
ANKETİN İÇERİĞİ.....	111
SONUÇ	115
KAYNAKÇA.....	118

KISALTMALAR

- a.g.e : Adı Geçen Eser
a.g.ç : Adı Geçen Çalışma
a.g.m : Adı Geçen Makale
DBD : Dünya Bankası Dokümanı
DPT : Devlet Planlama Teşkilatı
GSMH: Gayri Safi Milli Hasıla
GSYİH: Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
GSS : Genel Sağlık Sigortası
HMO : Sağlığa Destek Organizasyonları
İİBF : İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
İ.Ü. : İstanbul Üniversitesi
ILO : Uluslar Arası Çalışma Örgütü
KHK : Kanun Hükmünde Kararname
NHS : Ulusal Sağlık Servisi ve Hizmetleri
OECD : Avrupa Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı
s. : Sayfa
SSK : Sosyal Sigortalar Kurumu
UHS : Ulusal Sağlık Hizmetleri
WHO : Dünya Sağlık Örgütü

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Türkiye’de Hastanelerin Kurumlara Göre Dağılımı (2004).....	16
Tablo 2. 1999- 2001 Yılı Döner Sermaye Gelirleri	41
Tablo 3. Sağlık Hizmetleri Sunumu ve Finansmanı	46
Tablo 4. Tahsil Edilen Sigorta Primlerinin Sağlık Harcamalarını Karşılama Durumu.....	48
Tablo 5. Sağlık Bakanlığı’na Tahsis Edilen Genel Devlet Bütçesi Yüzdesi(1995-2004).....	49
Tablo 6. Yeşil Kart Kapsamında Olan Nüfus (1992-2001).....	50
Tablo 7. SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığına Yapılan Bütçe Transferleri.....	51
Tablo 8. Emekli Sandığı Sağlık Harcamaları.....	54
Tablo 9. Özel Sağlık Sigortasına Sahip Nüfus.....	56
Tablo 10. Seçilmiş Bazı Gelişmiş Ülkelerde Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı, Ödeme Sistemleri ve Organizasyon Yapıları.....	58
Tablo 11. OECD Ülkelerinin Sağlık Harcamaları (2005).....	76
Tablo 12. Çalışanların Meslek Gruplarına Göre Dağılımı.....	90

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Hastane Organizasyon Yapısı	7
Şekil 2. Sağlık Bakanlığı Genel Hastane Organizasyonu	19
Şekil 3. Büyük Hastanelerde Finans Bölümünün Hastane Organizasyonundaki Yeri ...	22
Şekil 4. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında Finansal Organizasyonların Yeri.....	30
Şekil 5. Sağlık Hizmetlerinde Cepten Ödemelerin İşleyişi (İkili Basit Yöntem)	34
Şekil 6. Hastanelerin Tahsilat Problemi.....	91
Şekil 7. Kamu Hastanelerinin Mal ve Hizmet Tedarik Eden Kuruluşlara Ödemeleri ...	92
Şekil 8. Kamu Sağlık İşletmelerinin Sosyal Güvenlik Kurumlarından Aldığı Pay.....	99

GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinin finansmanı, finansman kaynakları ve yöntemleri, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde gündemi meşgul eden konular arasında yer alır. Bunun temel nedenleri, kaynakların gelişmişlik düzeyi ne olursa olsun her ülkede kıt olması, artan sağlık hizmetleri talebinin karşılanamaması ve bunların sonucu olarak mevcut kaynakların verimli kullanımı ihtiyacıdır.

Sağlık sektörünün kendine özgü özellikleri, diğer mal ve hizmetler için geçerli ekonomik kuralların ve uygulamaların bu sektör için de geçerli olmasını mümkün kılmamaktadır. Bu özellikler arasından finansman açısından en önemli olan belirsizlik özelliğidir. Sağlık sektöründe belirsizlik (risk) hastalık ve sakatlık hali ile ne zaman, nerede, nasıl karşılaşılabileceğinin bilinmemesi ve sağlık hizmeti ihtiyacı ile karşılaşılan noktada bu hizmetlerin maliyetlerinin kişilerin ödeyebileceğinden çok fazla olabilme ihtimali gibi kendine özgü özellikleri, kişilerde sağlık gereksinimlerini güvenceye alma arzusunu doğurmuştur.

Devletler, gerek ekonomik kalkınmayı sağlamak gerekse gelecekteki planlamada istekli ve akılcı davranan sağlıklı insanları yetiştirmek için sağlık hizmetlerinin, yaygınlaştırılmasına ve iyileştirilmesine çalışmaktadır. Ancak sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, yaygınlaştırılması için sağlık hizmeti veren kurumların harcamalarının finansmanı vergilerden, sigorta primlerinden, doğrudan ödemelerden vb. kamu ve özel kaynaklardan karşılanmakta ancak finansman kaynakları yeterli olmamaktadır.

Bir ülkenin en değerli serveti olan insanın, iktisadi faaliyetlere katılması için önce sağlık şartlarının sonra eğitim seviyesinin yükseltilmesi gerekir.¹ Özellikle kalkınma çabası içinde bulunan ülkeler kalkınma çabasının gerektirdiği ve insan unsuru

¹ Necdet Serin (1972). **Eğitim Ekonomisi**, Ankara: Ankara Üniversitesi Eğitim Fakültesi Yayınları Yayın No:25, s.64.

ile ilgili bulunan sađlık hizmetlerini iyileřtirmek zorundadırlar. Sađlık dűzeyi ve eđitimle ilgili veriler űlkenin kalkınmıřlık derecesini ortaya koyan en ۆnemli verilerdir.

Geliřmekte olan űlkelerde sađlık hizmetlerinin sorunları diđer űlkelere gۆre bazı farklılıklar içermektedir. ۆncelikli sađlık alanına yapılacak kamu kaynakları yetersizdir. Bunun yanında toplumun sađlıđa olan gereksinimi her geçen gűn artmaktadır. Geliřmekte olan űlkelerde nűfusun hızlı bir řekilde artması ve buna bađlı olarak dođumlardaki ۆlűm oranlarının yűkseklіđi, dođanın gitgide bozulan řartlarında meydana gelen hastalıklar, yetersiz beslenme sonucu oluřan rahatsızlıklar ve daha sıralayabileceđimiz bir çok nedenden dolayı sađlık hizmetlerine olan talep artmıřtır.

Bireylerin ve toplumların sağlık hizmetlerine olan ihtiyaçları sonsuz olmasına karşın bu hizmetlere ayrılan kaynaklar her zaman kısıtlıdır. Kaynaklar, ۆzellikle 1980’li yıllarda tűm dűnyayı etkileyen ekonomik bunalım ve bunun yarattığı ekonomik krizden dolayı daha da azalmış ve bu kaynakların kullanım maliyetleri çok fazla artmıştır. Bu da űlkelerin sağlık hizmetlerinin finansmanında daha akılcı politikalar yapmaya ve daha verimli faaliyetleri finanse etmeye zorlamaktadır. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinin finansman modelleri, hizmet sunucuları ve ۆdeme yۆntemleri gibi konular gűndemde yer almaya başlamıştır.

Gűnűműzde sađlık hizmetlerine olan talebin artması diđer taraftan kaliteli sađlık hizmeti sunmak için sađlık kurumalarının modern teknolojiyi satın almak ve nitelikli personel istihdam etmek için çabaları sađlık giderlerini artırmaktadır. Sađlık hizmeti veren sađlık kurumları giderlerinin dűzenli bir řekilde karřılanabilmesi için de finansmanın hangi kaynaklardan ne řekilde karřılanacađını çok iyi tespit etmesi gerekir.. Hemen hemen her űlkede hem kamu hem de ۆzel kaynakların yer aldıđı sađlık finansman sistemi gۆrűlmektedir.

Arařtırmamızda, ۆncelikle sađlık iřletmeciliđinden, sađlık iřletmelerinin yapısı ve organizasyonundan bahsedilmiřtir. Devamında sađlık harcamalarından en bűyűk payı alan hastanelere yer verilmiřtir. Tűrkiye’deki hastane sistemi ve organizasyonu ele alınmıřtır.

İkinci bۆlűmde ise sağlık hizmetlerinin nasıl finanse edildiği konusu incelenmiştir. Ardından bu finansman kaynaklarını kamu ve ۆzel olmak űzere ikiye ayrılmıştır . Kamusal yada yarı kamusal kaynaklar ele alınırken devletin sağlık

hizmetlerinin finansmanını nasıl sağladığı genel hatlar çizilerek ortaya konmuştur. İkinci ayırmada özel finansman kaynaklarının neler olduğu ele alınmıştır. Devamında Türkiye’de ve seçilmiş bazı OECD ülkelerinde sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri ve uygulamaları, sağlık harcamalarının yıllara ve sektörlere göre dağılımı anlatılmıştır.

Üçüncü bölümde genel olarak Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansal sorunlarının neler olduğu ve sorunların çözümüne yönelik sağlık alanında yapılan reformlar, reform sürecinin geldiği son nokta ve çözüm için yapılan çalışmalar anlatılmıştır. Çalışmamızın devamında Türkiye’de sağlık işletmelerinin kamu ve özel sektör olmak üzere finansman sorunları maddelendirilmiş, bu sorunların tespitine yönelik anket uygulaması ve yorumlaması ile bir sonuç çıkarılmaya çalışılmıştır.

Tüm ülkelerin nihai amacı olan ve “fert başına düşen milli gelir ve dağılımı, sanayileşme ve istihdam düzeyi, beslenme, altyapı, temel mal ve hizmetlerden tüketim düzeyi, eğitim ve sağlık göstergeleri v.s. gibi” bir çok sosyal, ekonomik kültürel ve siyasal göstergelerin bileşkesiyle açıklanabilen kalkınma, artık nerdeyse sadece eğitim ve sağlık göstergeleriyle açıklanmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin finansman sorunlarının gitgide arttığı ülkemizde, sağlık işletmesi olan hastanelerimizin kaliteli hizmet verebilmesi için, sağlık alanında yapılan çalışmaların hızlandırılmasına önem verilmelidir. Sağlık hizmetlerine, sağlık bakımına ihtiyacı olan vatandaşların hastanelerden en iyi şekilde yaralanabilmesi için bir an önce hastanelerin finansal sorunlarına çözüm bulunmalıdır. Kaliteli hizmet; en son teknolojilerle, en iyi ekipmanla sağlanabilir. Bunun için de kaynak gereklidir. Zaten kıt olan üretim faktörleri en iyi faydayı sağlayacak şekilde bir araya getirilmeli ve kaynak israfına kesinlikle izin verilmemelidir.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK İŞLETMECİĞİ ORGANİZASYONU VE FİNANS FONKSİYONU

Sağlık; bireyin hastalık ya da fiziksel eksikliklerinin bulunmayışı değil, bunun yanında bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel faktörlerle uyum içerisinde mutlu bir şekilde yaşantısını sürdürebilmesidir.² Bireyin tam olarak iyi olma hali sağlığın göstergesidir.

Hastaneler doğrudan sağlık hizmeti sunan işletmelerdir. Son yıllara kadar hastaneler kar amacı gütmeyen sosyal devlet ilkesinin bir gereği olarak yalnız hizmet amaçlı olarak algılanan kurumlardır. Bu durum ilgili çevreler tarafından hastanelerin bir işletme olarak kabul edilmemesine neden olmuştur. Burada şunu belirtmekte fayda var bir kurumun işletme olarak kabul edilebilmesi için yalnızca kar amacı gütmesi gerekmez. Bunun yanında;³

- Topluma hizmet etme,
- Kazanç elde etme,
- Varlığını devam ettirebilme,
- Büyüme,
- Sosyal sorumluluk

olmak üzere beş grupta toplanabilir.

İşletmeler faaliyetlerini kıt kaynaklarla yürütmek durumunda olan ekonomik birimlerdir. İşletmeler kıt kaynaklarla en yüksek verime ulaşmaya çalışırlar.⁴

Toplumların ve bireylerin ellerindeki sınırlı kaynaklarla, sınırsız ihtiyaçlarını karşılarlarken akılcı davranmaları ve ellerindeki kaynakları optimal kullanmaları

² E.Y. Yeğinboy (1993). **Ulusal Düzeyde Sağlık İşletmelerinin Değerlendirilmesi**, İzmir, s.3.

³ Yeğinboy, a.g.e., s.4.

⁴ Tuna Taner, Semra Öncü (1999). **İşletmelerde Planlama-Bütçeleme-Kontrol**, Manisa: Emek Matbaası, s.3.

gerekmektedir. Sağlık kuruluşlarının hizmetin istenen düzeyde verilebilmesi için ihtiyaç duyduğu üretim faktörleri;⁵

- Finansman(Sermaye)
- İnsan Gücü(Emek)
- Bina-Donanım
- Makine-Teçhizat (Teknoloji)
- Malzemeler

olarak sıralanabilir. Öte yandan sağlık hizmeti veren insan gücü, hizmet binaları, ilaçlar da dahil olmak üzere her türlü malzeme, bilgi ve teknoloji türünden her türlü kaynağın üretilmesi, kuruluşun kaynak üretimini oluşturmaktadır. Bu kaynakların gelecekte işletmenin ihtiyacını karşılayabilmesi için, kaynakların her biri için planlama yapılması gerekir.

Hastane işletmeleri amaçları ve üretim faktörleri açısından değerlendirildiğinde tüm özellikleri bünyelerinde bulundurmaktadırlar. Bu sebeple hastanelerin de bir işletme olarak ele alınması ve çağdaş işletmecilik esaslarına göre faaliyetlerini yürütmesi gerekmektedir.

Bu bağlamda hastanelerin işletme fonksiyonları;⁶

- Üretim Fonksiyonu,
- Finansman Fonksiyonu,
- Pazarlama Fonksiyonu,
- Yönetim Fonksiyonu,
- Halkla İlişkiler Fonksiyonu.

olmak üzere beş grupta toplanabilir. Hastane işletmeleri açısından bu fonksiyonlar tam bir bütünlük halinde iş görür. Finansman fonksiyonunun kapsamı;

⁵ Ekrem Özkul, Yaşar Odacıoğlu (2004). **Sağlık Kurumlarında Kaynak Planlaması**, (der. Hikmet Seçim, Ayşe Hepkul), Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayın No: 1430, s.223.

⁶ Yasemin Yeğinboy, Muammer Doğan (1994). "Sağlık Hizmetlerinde Alternatif Finansman Yöntemlerinin Değerlendirilmesi", **I. Ulusal Sağlık Kuruluşları Sempozyumu**, Aydın, s.196.

- En uygun fon kaynaklarının belirlenmesi,
- Fonların uygun koşullarda sağlanması,
- Elde edilen fonların etkin kullanılması,
- Faaliyet dönemi sonucunda değerlendirme yapılabilmesi için finansal raporların hazırlanması,
- Finansal raporlar neticesinde elde edilen sonuçlardan yola çıkarak yatırım ve gelecek planlarının hazırlanması,
- Bilançodaki varlıklarının artırılmasına yönelik kararlar alınması,
- İşletmenin sürekliliği için kazanç fazlasının dağıtılması
- biçiminde belirtilebilir.

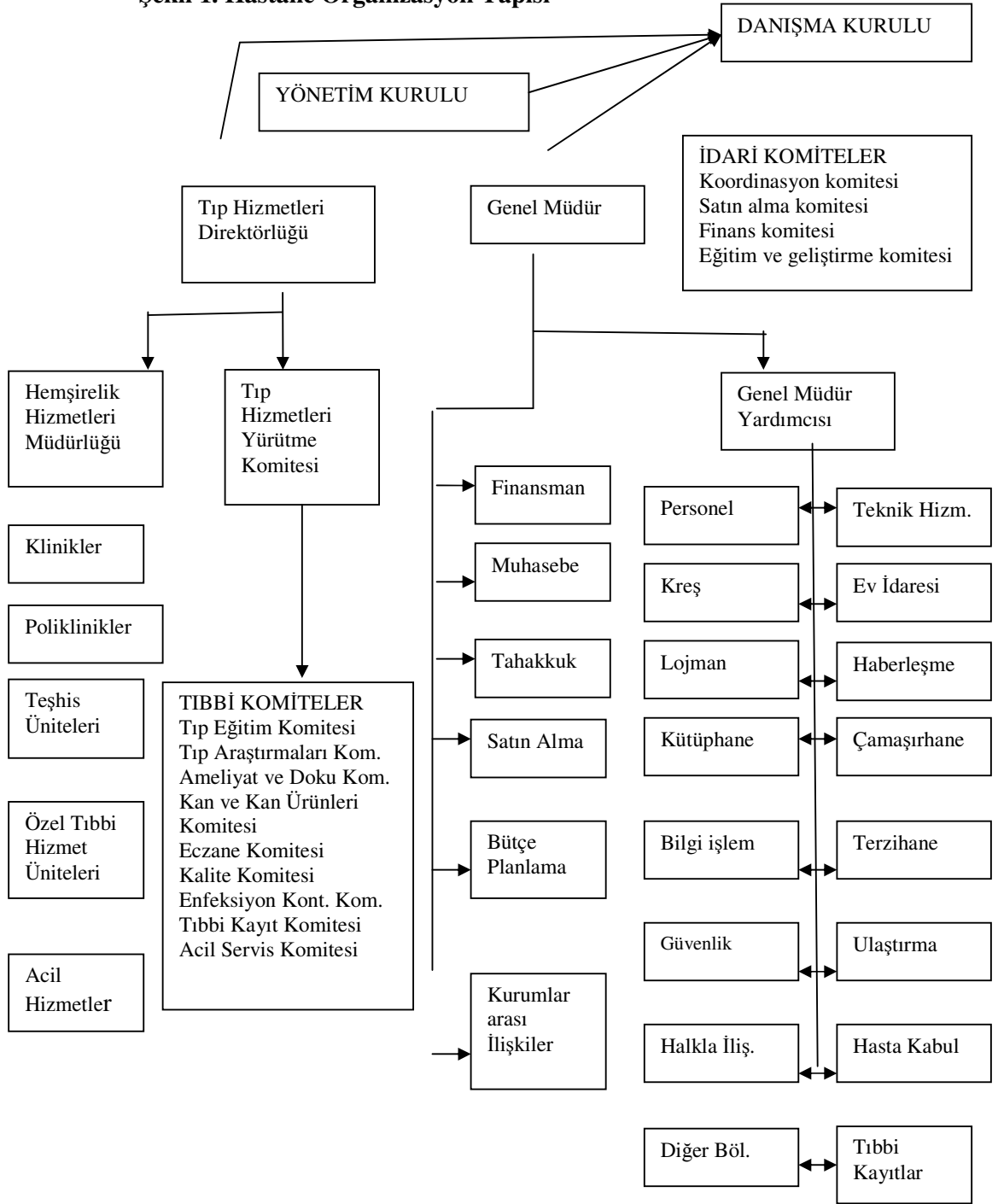
İşletmelerde finans bölümü fon gereksinimin belirlendiği ve fonların bazı ilkelere göre dağıtıldığı merkezdir. Finans bölümünün başarısı doğrudan işletmenin başarısını etkilemektedir. Finans bölümünün aldığı kararlar ne kadar isabetli olursa işletme sıkıntıya düşmeyecek ve faaliyetlerini en iyi şekilde yürütebilecektir.

Sağlık işletmelerinin finansman bölümü hastane faaliyetlerinin gerçekleştirilebilmesi için gerekli fonları sağlamak ve bu faaliyetlerin en uygun maliyetlerle gerçekleşmesini sağlamaktır. Hastanelerin faaliyetlerine devam edebilmesi için en azından gelirlerinin giderlerini karşılaması gerekir. Gelir gider dengesinin sağlandığı bu nokta başa baş noktasıdır. Hastaneler başa baş noktasında üretim yapmakla varlıklarını devam ettirebilirler.

Hastane üst yönetim kurulu, hastanenin tüm faaliyetlerinden sorumlu en üst birimdir. Hastane üst yönetimi kamu hastaneleri ile özel hastanelerde yönetim kurulu adı altında anılır. Yönetim kurulu hastanenin politikasının belirlenmesi ve stratejik kararların alınması, hastaneye finans sağlanması, hastanenin temsil edilmesi ve hastaneye değişik alanlarda danışmanlık yapılması görevlerini üstlenirler.⁷

⁷ Şahin Kavuncubaşı, Adnan Kısa (2002). **Sağlık Kurumları Yönetimi**, (Editör: Nuray Uzkesici), Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları No: 1429, s.110.

Şekil 1. Hastane Organizasyonu Yapısı



Kaynak: Kavuncubaşı, Kısa, a.g.ç., s.110.

I. SAĞLIK İŞLETMELERİ KAVRAMI

Bireylerin mevcut ihtiyaçlarını karşılamak ve doyuma ulaştırmak için kişilerin gösterdikleri çabalar ve yaptıkları çalışmalar ekonomi olarak bilinir. Bireyin ihtiyaçlarının karşılandığı her yerde işletme maliyeti söz konusu olduğu için işletme; ekonomik çalışmaların yürütüldüğü temel birim olarak tanımlanır.⁸

Buradan yola çıkarak, sağlık işletmesi; bireyde fizyolojik ihtiyaçlara bağlı olarak ortaya çıkan sağlıkla ilgili sorunların uyumlu bir şekilde çözüme kavuşturularak, onun bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel yönden tam uyum içinde yaşantısını sürdürmesine katkıda bulunan ekonomik hizmet ya da ekonomik mal üreten sosyo-ekonomik bir birim olarak tanımlanabilir.⁹

Hastaneler, kişisel bir hizmet sağlamak amacıyla çok sayıda mesleki, yarı mesleki ve mesleki olmayan çok sayıda grubun gayret ve becerilerini seferber eden örgütlerdir. Diğer örgütler gibi belli bir amacı gerçekleştirmek maksadıyla kurulurlar. Bu örgütlerin amacı müşterilerine yani hastalarına uygun bakım ve tedavi sağlamaktır. Bu tür işletmelerin ürünleri, hastaya verilen tıbbi, cerrahi ve hemşirelik hizmetleridir. Hastanelerin ana konusu hastanın hayatı ve sağlıdır.¹⁰

1987 yılında yürürlüğe giren 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun 5 inci maddesi "Milli Savunma Bakanlığı" hariç kamu kurum ve kuruluşlarına ait tüm sağlık kuruluşlarının kamu tüzel kişiliğine haiz sağlık işletmelerine dönüştürülmesine imkan tanımıştır. Bu hakla hastaneler, verimlilik ve etkililik esaslarına dayalı işletmecilik anlayışı ile hizmet veren kurumlar haline getirilmek istenmiştir. Devamında hastaneler, elde ettikleri gelirlerini giderleri doğrultusunda harcayabilen ve kendi personelini ihtiyaçları doğrultusunda planlayan ve yöneten, personelini özelliklerine göre istihdam edebilen, idari ve mali yönden özerk, piyasa koşullarında rekabet edebilen işletmelere dönüştürülmüşlerdir.¹¹

⁸ M. Doğan (1992). **İşletme Ekonomisi ve Yönetimi**, İzmir: Dördüncü Baskı, s.5.

⁹ E.Y. Yeğinboy (1992). **Sağlık İşletmelerinde Finansal Performansın Değerlendirilmesi ve Hastane İşletme İçin Bir Model Önerisi**, İzmir: Yayınlanmamış Doktora Tezi, s.2-3.

¹⁰ Semih Bükler, Hasan Bakır (2001). **Hastanelerde Finansal Yönetim**, Anadolu Üniversitesi, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayın No: 995, s.24-25.

¹¹ **Sağlık Bakanlığı (2004)**. "80. Yılda (1923- 2003) Tedavi Hizmetleri", Ankara: Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, s. 33.

Sağlık işletmelerinin finansmanı, gelirlerin elde edilmesi, elde edilen gelirlerin fon havuzunda biriktirilmesi ve kaynakların tahsisi ve hizmetlerin satın alınması süreçlerini takip eder. Bu süreci üç alt birim olarak incelersek:¹²

Gelir elde etme, birincil (hane halkı ve firmalar) ve ikincil (hükümetler ve donör kuruluşlar) kaynaklardan elde edilen para hareketlerini ifade eder. Fonlar sekiz birimden elde edilebilir, bunlar; cepten ödemeler, gelir temelli gönüllü sigorta, risk temelli gönüllü sigorta, zorunlu sigorta, genel vergiler, özel amaçlı vergiler, hükümet dışı kuruluşların bağışları ve donör kuruluşlardan sağlanan transferler. Fon biriktirme çeşitli kaynaklardan sağlanan fonların bir havuzda biriktirilmesini ifade eder. Satın alma ve tahsisat ise çeşitli kaynaklardan elde edilen ve bir havuzda toplanan gelirlerin bireysel veya kurumsal hizmet sunucularına verdikleri hizmetler karşılığı tahsis edilmesi demektir.

II. SAĞLIK İŞLETMELERİNİN GÖREVLERİ VE SAĞLIK PİYASASINI DİĞER PİYASALARDAN AYIRAN ÖZELLİKLER

3359 Sayılı Kanuna dayanan kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık işletmelerinin yönetimi ile çalışma usul ve esasları hakkında yönetmeliğe göre; sağlık işletmeleri, sağlık hizmeti üretmek amacıyla kurulmuş, kamu tüzel kişiliğine haiz, idari ve mali bakımdan özerk kamu kurumlarıdır. Sağlık işletmeleri koruyucu sağlık hizmetleri ile teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve uzmanlık eğitimi hizmetlerinin tamamını veya birkaçını vermekle yükümlüdür.

A. SAĞLIK İŞLETMELERİNİN GÖREVLERİ

Sağlık hizmetlerini üreten birim olarak hastanelerin sağlık piyasasında rolü ve önemi oldukça fazladır. Bunun yanında sağlık hizmeti veren doktor muayenehaneleri, bakım evleri, gezici sağlık araçları da mevcuttur. Hastaneler dışındaki bu birimlerin sağlık hizmeti sunumu hastanelere göre oldukça sınırlıdır.

Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Yönetimi İle Çalışma ve Usul ve Esasları Hakkında Yönetmeliğe göre, sağlık işletmelerinin görevler şu şekilde sıralanabilir;¹³

¹² C.J.L Murray and Julio Frenk (2000). **A Framework for Assessing the Performance of Health Systems**, Buletin of the World Health Organization, s.72.

¹³ <http://www.hukuki.net/kanun/946407.35.text.asp> (erişim:17.08.2006)

- Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri, eşit, kaliteli, kaynak israfına neden olunmadan, gerektiğinde kurum dışından hizmet satın alınarak halka sunulmalıdır.
- Tesis edilecek eğitim, denetim, değerlendirme, ve oto-kontrol sistemi ile verimli sağlık hizmeti vermelidir. Bunun yanında sağlık işletmelerinde Sağlık Bakanlığının izni dairesinde uzmanlık eğitimi verilebilir.
- Sağlık işletmeleri modern tıbbi yontemleri takip etmeli ve uygulamaya koymalıdır.
- Tıp ve işletmecilik alanında araştırma ve geliştirme faaliyetleri sunmalıdır.
- Sağlık işletmeleri toplumun sağlık seviyesini yükseltmede katkı sağlamalıdır.

Sağlık işletmeleri bu görevlerinin yerine getirirken, katılımcılık ve işletmecilik esaslarına göre sevk ve idare sistemini benimsemelidir. Bunun yanında kendi alanında sağlık hizmeti sunmada diğer kuruluşlarla rekabet edebilmelidir. Kaliteli hizmet sunabilmek modern tıp ve bilgi sistemlerinin takip edilmesine bağlıdır.

Sağlık işletmelerinin faaliyetlerini sürdürebilmeleri için gelirlerinin giderlerini karşılaması gerekir. Bunun içinde etkin bir mali yapı oluşturulmalı ve kaynaklardan maksimum fayda sağlanmalıdır.

B. SAĞLIK PİYASASI VE SAĞLIK HİZMETLERİNİ DİĞER PİYASA ÜRÜNLERİNDEN AYIRAN ÖZELLİKLER

Sağlık işletmelerinin ürettiği sağlık hizmetleri piyasa ekonomisi aracılığıyla üretilip pazarlanan diğer mal ve hizmetlerden ne gibi özelliklerle ayrılır? Sağlık bakımı diğer üretim girdileri gibi kıt kaynaklara sahiptir. Dolayısıyla diğer mal ve hizmetlerin üretimi için kullanılan kaynakların planlanması gerektiği gibi aynı durum sağlık hizmetlerinin kaynakları içinde geçerlidir. Kaynak dağılımına ve bu dağılımı düzenleyici kurumlara ihtiyaç vardır. Sağlık hizmetlerini diğer mal ve hizmet üreten işletmelerden farklılıklarını sıralayacak olursak:¹⁴

¹⁴Nesrin Çilingiroğlu (1997). **Sağlık Ekonomisi**, Halk Sağlığı (Temel Bilgiler), (der.Münevver Bertan,Çağatay Güler), Ankara: Güneş Kitapevi, s.400.

- Sağlık işletmelerinin sağladığı sağlık bakımı hem bir tüketim hem de bir yatırım elemanıdır. Sağlık hizmetleri kullanan kişiyi tedavi edebildiğı için kullanıldıklarında haz verirler, hem tüketene hem de çevreye yarar sağlarlar dolayısıyla, sağlıklı bireylerin daha fazla üretim ve yatırımda bulunma olanaklarının artırır.
- Sağlık bakımının maliyetleri gelire bağlı olarak yükselebilir. Kamu düşük gelir gruplarına parasız sağlık hizmeti sunarak bir anlamda gelir dağılımını etkileyebilir.
- Hastalar sağlık hizmetlerinin üretiminde ve tüketiminde doğrudan katkı sağlayabilirler.
- Sağlık işletmelerinin ürettiğı sağlık hizmetleri bölünemez ve geriye dönük olarak değiştirilmez.(Yanlış tedavi sonucu ölen bir hastanın geri getirilememesi gibi).
- Sağlık işletmelerinin üretimi olan sağlık hizmetleri diğer işletme ürünleri gibi stoklanamaz.
- Sağlık işletmelerinin piyasası uygulamada tam rekabet piyasası gibi işlev görmemektedir. Sağlık hizmeti tüketicileri faydalarını maksimum yapmak için kendi ekonomik kaynaklarını kullanırlar. Bunun yanında rasyonel karar veremeyen hastalarda mevcuttur (akıl hastaları gibi). Bu durumda sağlık hizmetlerinin devlet tarafından sunumu yapılır. Eğer devlet sağlık hizmetlerine müdahale etmezse sağlık hizmetine ihtiyacı olup da gücü yetmeyenler her zaman daha az tüketeceklerdir.
- Sağlık hizmetlerinde risk ve belirsizlik hakimdir. Sağlık hizmetine ihtiyaç ne kadar? Bunu kestirmek zordur. Maliyetler yüksektir. Bundan dolayı sigorta sistemi geliştirilmiştir. Bu sistemde devlet katkısı her zaman için olmayabilir. Özel sigorta şirketleri müracaatta bulunanların özelliklerini dikkate alarak, tahmini maliyetlerle primler saptanabilir. Bazı sigortalar yüksek risk gruplarını programlarına almak istemeyebilirler.
- Tüketiciler çoğu mal ve hizmet piyasası hakkında az çok bilgiye sahiptirler. Ancak sağlık işletmelerinin ürettiğı hizmetlerde, hasta, tedavi olup olmama

durumunda karşılaşıcağı sonuçların ne olacağını kestiremez. Tüketicinin sağlık hizmeti pazarına giriş çıkışı çok sık değildir, düzensizdir. Hastalar tüketim yapma kararlarını hekimlere bırakırlar. Dolayısıyla sağlık bakımında talep genellikle hizmeti sunanın inisiyatifindedir.

- Sağlık hizmetleri piyasası serbest rekabete açık değildir. Bazı meslek grupları piyasaya giriş çıkışları kontrol eder. Sağlık hizmetleri sunucularının mesleklerinde yeterlilik şartı aranır. Belirli standartlara göre piyasaya sağlık hizmetleri sunulabilir. Bu tür uygulamalar arz kapasitesini azaltmakta, tekel(monopol) etkisiyle maliyetleri artırabilmektedir. Rekabetin olmaması sağlık hizmeti fiyatlarının yükselmesine neden olmaktadır.
- Sağlık bakımında tüketim yada üretim faaliyetlerinden ötürü dışsallıkla sıklıkla karşılaşılır. Dışsallık kamu malı olarak bilinir. Yani, herhangi bir mal bir kez sunulduktan sonra bir grubun bu malı tüketmesi diğerlerinin tüketiminin payını azaltmaz. Dışsallık, bir ekonomik birimin üretim veya tüketim faaliyeti neticesinde, diğer birimlerin fayda veya maliyet fonksiyonlarının olumlu veya olumsuz etkilenmesidir.¹⁵
- Sağlık piyasalarının üretiminde yer alan üretim faktörleri diğer piyasalarla karşılaştırıldığında sayısal olarak daha azdır. Şehirlerin çoğunun orta büyüklükte olması bu piyasanın daha fazla ekipman, yatak ve personelle donanımlı olan sağlık kuruluşlarını finanse etmede yetersiz kalmasına neden olmaktadır. Bu sebeple sağlık hizmeti sunan satıcılar diğer piyasalardan daha az sayıdadır.¹⁶
- Sağlık piyasalarında bilgi maliyetleri yüksektir. Gerçek hayatta bütün bilgilerin elde edilmesi olanaksızdır. Sağlık piyasalarının önemli bir bölümü bilgi eksikliği sebebiyle etkin çalışmamaktadır.¹⁷

III. SAĞLIK HİZMETİ ÜRETİM BİRİMİ OLARAK HASTANELER

Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde hastaneler, "hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin, ayakta veya yatarak müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum

¹⁵ A. Mutlu , a. Kadir Işık (2005). **Sağlık Ekonomisine Giriş**, Bursa: Ekin Kitapevi, s.49.

¹⁶ Mutlu, Işık, a.g.e., s.59.

¹⁷ Mutlu, Işık, a.g.e.,s.64.

yapılan kurumlar” olarak tanımlanmaktadır.¹⁸Bir başka tanıma göre hastaneler, tedavi ve tıbbi bakım fonksiyonlarının yanı sıra doktorların ve yardımcı sağlık personelinin eğitimi, tıbbi araştırma ve toplum sağlığı gibi hizmetleri de yerine getirmektedirler. Bu nedenle hastaneleri tıbbi bir kuruluş, ekonomik bir işletme, doktor ve diğer personeline eğitim veren bir eğitim kurumu, bir araştırma ünitesi, birçok meslek gruplarından kişilerin çalıştığı sosyal bir örgüt olarak da tanımlamak mümkündür.¹⁹

Hastaneler toplumdaki karmaşık ve dinamik kurumlar arasında yer alırlar. Hastane, sağlık ve bakım sisteminin merkezi olarak düşünülür. Hastaneler, toplum sağlığının yükseltilmesinde de önemli rol oynarlar. Hasta ve yaralıların tedavisi dışında kalan hizmetler de önemlidir ve ayrıca bireylerin ve toplumun sağlığı üzerinde büyük etkide bulunmaktadır. Hastaneler, dinamik değişken bir çevre içinde, aldıkları girdileri kullanarak geri dönüştürürler, çıktılarının önemli bir bölümünü yine aynı çevreye veren, sistemlerdir. Hastanenin girdileri, mali ve insan kaynaklarından oluşmaktadır.²⁰

Hastanelerin amacı, belli düzeydeki sağlık hizmetlerini en düşük maliyette ve toplumun ihtiyaçlarını göz önüne alarak hizmetin kalitesini en yüksek düzeyde tutarak sunmak olmalıdır. Hastanede finans yöneticisi, bu amacı gerçekleştirmek için hastane kaynaklarını optimum düzeyde planlayan ve kullanan kimse olarak tanımlanabilir.

Hastanelerin tarihçesi Mısır Eski Yunan uygarlığına dayanır. O dönemde hasta kimselere tedavi dini örgütlerce yapılmaktaydı. Sağlık hizmetlerinin neredeyse tamamı din adamları tarafından yönetilmekteydi. 19. yüzyılın sonlarına doğru batıda teknoloji gelişmiş, bilimsel anlamda yapılan çalışmalar artmış ve sağlık alanında daha etkili yöntemler uygulanmaya başlanmıştır. ABD’de modern hastanelerin ortaya çıkışı 20 yy’ da başlamıştır.²¹

Batıda sanayi devrimiyle birlikte artan endüstrileşme sonucu kentleşme olgusu ortaya çıkmıştır. Kentleşme sonucunda insanların çoklu gruplar halinde yaşamaları hastalıkların artmasına sebep olmuş ve bu durum büyük ölçüde sağlık hizmeti sunan

¹⁸ Nurgül Özgülbaş (1995). **Hastanelerde Finansal Yönetim: Sorunlar ve Çözüm Önerileri**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, s.20.

¹⁹ Cihangir Özcan (1997). **Devlet Hastanelerinde TKY’nin Uygulanabilirliği, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü**, (Ed.: Mithat Çoruh), Ankara: Haberal Eğitim Vakfı, s.10

²⁰ Özgülbaş, a.g.e., s.21.

²¹ Mutlu, Işık, a.g.e., s.101.

hastane ihtiyacını gündeme getirmiştir. İlk önceleri hastaneler hayırseverlerin bağışları, yerel ve merkezi fonlarla finanse ediliyordu. Hastaneler bu yardım ve fonlarla toplumun ihtiyaçları tam olarak karşılayamamıştır. Sağlığa olan talebin artması, üçüncü grup ödeyicileri ve özel sigortaları çalışanların sağlık harcamalarını finanse etmeye yöneltmiştir.²²

Gelişmiş ülkelerde toplam sağlık harcamaları ve kişisel harcamaları içerisinde hastane harcamalarının payı çok yüksektir. Sağlık piyasası içinde en büyük harcama kalemi hastane hizmetleridir. Gelişmiş ülkelerde yıllık hastane harcamalarında %10'uk bir artış gözlenir.²³

Hastaneler, sağlık hizmeti üreten işletmelerdir. Bu işletmeler her günün her saatinde hizmet vermek zorunda olan işletmelerdir. Bu sebeple hastanenin donanım, personel ve diğer ekipmanının her zaman hizmete hazır halde bulunması zorunludur. Nedeni ise sağlık hizmetlerinin reddedilemez olması ve acilen yapılması gerektiğindedir.²⁴

Hastanın sağlık hizmetlerinin özelliğini ve kalitesini tam olarak belirleme ve değerlendirme durumunda olmaması, hastanın menfaatlerinin devlet tarafından teminat altına alınmasını zorunlu kılmaktadır.

A. KAMU HASTANELERİ VE YÖNETİMİ

Kamu kesimi tarafından yerine getirilen kamu sağlık hizmetleri önemli bir boyuttadır. Sağlık hizmetlerinin sunucusu olan kamu kesimi toplumun ve kişilerin sağlığını, korumak ve tedavi etmek durumundadır. Sağlık piyasası içerisinde sağlık hizmetlerinin üretiminin gerçekleştirilmesinde kamu kesimi eğitim ve araştırma faaliyetlerini de gerçekleştirir. Bu konuda çalışan enstitüler, araştırma merkezleri, tıp fakülteleri v.b. kurumlar kamu kesiminde mevcuttur.²⁵

Türkiye'de sağlık hizmet sunumunda özel sektörde kurulan hastanelerin dışında sektörün hakimi Kamu hastaneleridir. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı hastaneleri ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığına bağlı Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)

²² Mutlu, Işık, a.g.e., s.102.

²³ Mutlu, Işık, a.g.e., s.101.

²⁴ Mehmet Dallı (1992). **Hastanelerde Döner Sermaye Uygulaması ve Yönetime Etkileri**, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, s. 40.

²⁵ Mutlu, Işık, a.g.e., s.104.

hastaneleri Sağlıkta Dönüşüm Programıyla birlikte tek çatı altında toplanmış ve Sağlık Bakanlığına bağlı olarak hizmet vermeye başlamıştır. Bu hastaneler, Emekli Sandığı, SSK veya BAĞKUR üyesi tüm vatandaşlar ile sosyal güvencesi bulunmayan yeşil kartlı hastalara hizmet vermektedirler.²⁶

Tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri sağlık hizmetlerinin temel unsurlarından biridir. Bu alanda yataklı tedavi kurumları önemli bir yere sahiptir. Hastanelerde verilmekte olan sağlık hizmeti kalitesinin hasta beklentilerine uygun olması, hastaların modern tıp ve teknoloji imkanlarından yararlanarak en iyi şekilde teşhis ve tedavi edilmeleri, dolayısıyla hastaların iyileştirilmesi hastanelerin asıl amacıdır. Nüfusun hızla artması hastane sayılarının da artırılmasını gerektirmiştir.²⁷

Cumhuriyetin ilan edildiği ilk yıllarda ülkemizde toplam 86 hastane mevcuttu. Bu hastanelerin üçü sıhhat ve içtimai muavenet vekaletine, altısı belediyelere, kırkbeşi il özel idarelerine ve otuz ikisi de yabancı azınlıklara aitti.²⁸

01.01. 2004 tarihi itibarı ile ülkemizde (M.S.B.'na bağlı hastaneler dahil) 1172 adet hastane mevcuttur. Bu hastanelerin çoğu kamu kurum ve kuruluşlarına ait hastanelerdir. Sağlıkta dönüşüm programı ile devlet hastaneleri, sigorta hastaneleri ve kurum hastaneleri tek çatı altında birleştirilmiştir.²⁹

Kamu hastaneleri de artık bir işletme gibi düşünölmeye başlanmıştır. Kamu hastaneleri, işletmecilik anlayışı ile hizmet veren, kendi gelirleri ile giderlerini karşılayabilen, gerekli personelini ihtiyaçlarına göre planlayan ve niteliklerine göre istihdam edebilen, piyasa koşullarında rekabet edebilen kurumlar haline getirilmeye çalışılmaktadır. Kamu hastanelerinin idari ve mali yönden özerk bir yapıya kavuşturulması amacıyla işletme yönetimine geçilmesi için yetkili merciler bu konuda yasalar çıkarmaya devam etmektedir. Bu anlamda kısmen de olsa sağlık kuruluşlarının bir işletme olarak düşünölmelerinin bir göstergesi olarak Bütçe Kanunu'na dayalı olarak hastane döner sermayeleri kurulmuştur. Burada amaç personele prim dağıtılarak çalışanların performansını artırma ve kaynakları en iyi şekilde kullanmak ve serbest

²⁶ <http://www.canaktan.orgpolitikakamuda-kaliteasuna>.

²⁷ Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, a.g.ç., s. 14.

²⁸ Dallı, a.g.e, s.51.

²⁹ T.C. Sağlık Bakanlığı (2003). "Sağlıkta Dönüşüm Programı" Ankara, s.3.

çalışmayan hekimlere daha fazla prim ödenerek tüm zamanlarını hastanede geçirmeleri sağlanmaktadır.³⁰

Tablo 1. Türkiye’de Hastanelerin Kurumlara Göre Dağılımı (2004)

Kurumun Adı	Hastane Sayısı	Hastanede Kadro Yatağı Sayısı	Kadro Yatağı Dağılımı %
Sağlık Bakanlığı	668	91.202	50,4
Milli Savunma B.	42	15.900	8,8
S.S.K	121	29.157	16,1
KİT	8	1.607	0,9
Diğer Bakanlıklar	2	680	0,4
Üniversiteler	50	26.162	14,5
Belediyeler	9	1.389	0,8
Dernek ve Vakıflar	18	1.674	0,9
Yabancılar	3	268	0,1
Azınlıklar	5	934	0,5
Özel Hastaneler	246	11.824	6,5
TOPLAM	1.172	180.797	100

Kaynak: Sağlık Bakanlığı (2004). “80. Yılda (1923- 2003) Tedavi Hizmetleri”, Ankara: Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, s. 14.

Sağlık hizmetlerinin ülke genelinde yürütülmesi, organizasyonu ve denetimi Sağlık Bakanlığının elindedir. Sağlık bakanlığı, kendine bağlı hastanelerden doğrudan, diğer hastanelerden dolaylı olarak sorumludur. Sağlık Bakanlığın bağlı hastaneler ülkenin yönetimine uygun olarak il esasına göre örgütlenmişlerdir. Bu amaçla illerde valilere bağlı Sağlık ve Sosyal Yardım Müdürlükleri bulunmaktadır. İldeki hastaneler, bu müdürlüğün yönetim ve denetimi altındadır.³¹

Günümüzde hastane yöneticileri, çok karmaşık boyutlarda bir örgütü işletmek, çok büyük bir bütçenin sorumluluğunu taşımak ve yüzlerce personelin uyumlu bir şekilde çalışmasını sağlamak zorundadır. Bir işletme olarak hastanelerin yönetimi söz konusu olduğunda hastanelerin şu özellikleri unutulmamalıdır;³²

³⁰ Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri, a.g.ç., s.15.

³¹ Dallı, a.g.e., s.52.

³² Ümit Şahin (1999), **Hastane İşletmecisinde Kalite**, Eskişehir.

- Hastaneler, kamusal otorite ve toplumsal baskı grupları ile karşılıklı etkileşimde buluna örgütlerdir. Hastanelerde sunulan hizmetler, tüm ülkelerde anayasal bir hak olarak güvence altına alınan hizmetlerdir.
- Hastaneler hizmet üretim süreci en karmaşık işletmelerdir. Hastaneler ilk etapta temel hizmetleri (hekimlik, hemşirelik, diyetetik, eczacılık ve hemşirelik) vermek zorundadırlar. Ardından hastanelerin ikincil süreçte temel hizmetlere yardımcı olan hizmetleri (bio-medikal, yemek, laboratuvar, biokimya, mikrobiyoloji, patoloji, genetik, ambulans ve sosyal hizmetler) yerine getirmek durumundadırlar.Hastaneler tüm bu hizmetleri bir araya getiren işletme ilgili hizmetleri de verir. Bunlar işgören yönetimi, finans ve satın alma, halkla ilişkiler, sosyal pazarlama ve bilgi işlem dir.

1. Başhekim

Hastane yönetimi; hastane amacına yönelik olarak sağlık hizmeti için gerekli olan üretim faktörlerini verimli, ekonomik ve uyumlu bir biçimde harekete geçiren, bu iş yapılırken bilimsel yönetim tekniklerini kullanan, yeni bilgi ve beceriler gerektiren, işin yapılmasına yönelik olarak çeşitli fonksiyonları kapsayan bir bilim, sanat ve özelleşmiş bir yönetim alanıdır. Hastaneler, hizmetlerini tam olarak yerine getirebilmek için etkili bir yönetime sahip olmak zorundadırlar. Hastane yönetimi, genel yönetimin bir çeşididir ve planlama, programlama, bütçeleme, kadrolama, yürütme, kontrol gibi faaliyetleri yürütür.³³ Hastanelerin yönetimini içeride başhekimler gerçekleştirmektedir. Uzmanlık alanları tıp doktorluğu olmasına rağmen işletme yöneticisi gibi görevler verilmiştir. Hastanedeki tüm idari, mali, teknik hizmetlerden şekilde de görüldüğü gibi sorumludur. Bir kişinin bütün bu yetkileri yerine getirebilmesi güçtür. Bunun için başhekim sorumlu olmak kaydıyla, yetkilerinin bir bölümünü fonksiyonel yöneticilere devretmektedir. Buna göre hastanenin mali işlemleri başhekim adına hastane müdürü, hemşirelik hizmetleri başhemşire, ve tıbbi hizmetler uzman ekipler tarafından yerine getirilmektedir.³⁴

Hastanede başhekim tüm hastane faaliyetlerinden sorumlu en üst mercidir. Başhekim görevlerinin ne kadarını kimlere devredeceğini kendisi karar vermektedir.

³³ Özgülbaş, a.g.e., s.21.

³⁴ Dallı, a.g.e., s.53.

Bazı hastanelerin kapasitelerinin büyüklüğü nedeniyle gerektiğinde hastaneye üç başhekim yardımcı kadrosu açılabilir.³⁵

Üniversite hastanelerinde tıp eğitimi ile tıp hizmetleri birbirinden ayrılmış ve örgüt yapılarını ona göre kurmuşlardır. Hastane başhekimi klinik birimlerde devamlı görev yapan profesörler arasından tıp fakültesi dekanının görüşü alınarak rektör tarafından atanmaktadır. Başhekimin görev süresi üç yıldır. Rektör gerekirse üç yıl dolmadan başhekimi görevinden alabilir. Üniversite hastanelerinde başhekim aynı sağlık bakanlığı hastanelerindeki gibi yetkilere sahiptir.³⁶

2. Hastane Konseyi

Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, hastanelerde başhekim başkanlığında, servis ve laboratuvar uzmanları ile hastane müdürünün ve başhemşirenin katıldığı bir konseyin kurulmasını öngörmüştür.

Gerek görev alanını belirsizliği, gerekse tüm servis ve laboratuvar uzmanlarının katılımı ile heyet çok kalabalıklaşmaktadır. Bu da konseyin görevlerini tam yapamaz hale getirmektedir. Sonuçta Başhemşire ve hastane müdürünün konseydeki gücü yetersiz kalmaktadır.³⁷

3. Hastane Müdürü

Hastanelerde tıp ve hemşirelik hizmetleri dışında kalan işler “idari hizmetler” olarak adlandırılmaktadır. Bu hizmetler Şekil 3’de görüldüğü gibi başhekime bağlı olarak hastane müdürü tarafından organize edilmektedir.

Hastane müdürü söz konusu idari hizmetlerde kendisine yardımcı olmak üzere hastanenin büyüklüğüne göre müdür yardımcısı tayin eder. Müdür yardımcılarının görevleri hastane müdürünün insiyatifindedir.³⁸

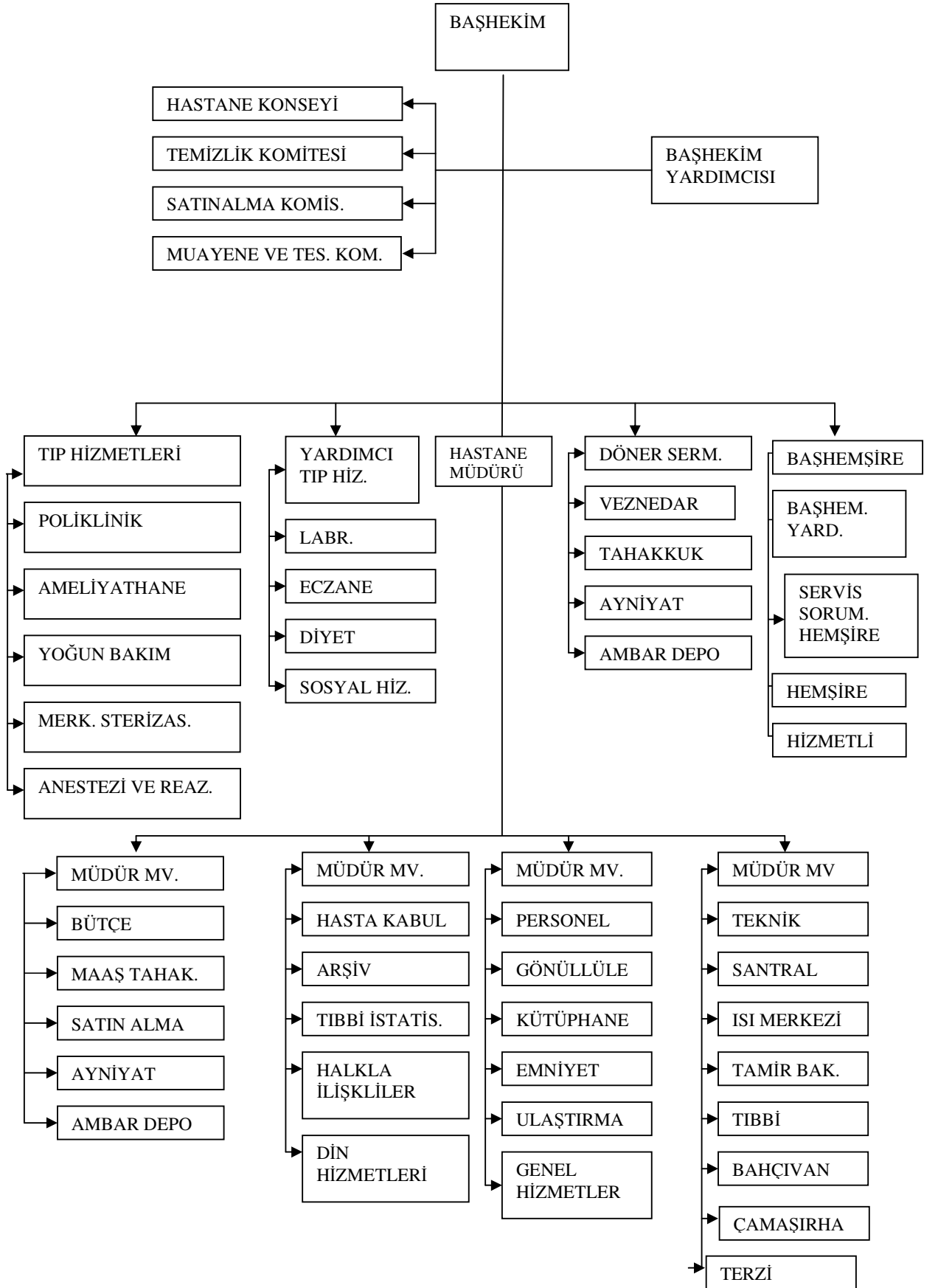
³⁵ Ahmet Sarpyer (1977). **Hastane Yönetim ve Organizasyonu**, İstanbul: İ.Ü. İşletme Fakültesi Yayınlanmamış Doktora Tezi, s.304.

³⁶ Dalli, a.g.e., s.58.

³⁷ Hikmet Seçim (1985). **Hastane Yönetimi ve Organizasyonu**, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayın no: 130, s.137.

³⁸ Dalli, a.g.e., s.54.

Şekil 2. Sağlık Bakanlığı Genel Hastane Organizasyonu



B.ÖZEL HASTANELER

Ülkemizde özel hastane işletmeciliği gelişen ve olgunlaşmakta olan bir sektördür. Özel hastane işletmeciliği son birkaç yılın en gözde yatırımlarından biri haline gelmiştir. Özel hastanelerin en büyük gelir kaynağını direk hasta gelirleri oluşturmaktaydı.³⁹

Ama bu gelirler ülke ekonomisine bakıldığında kaliteli bir hizmet almak isteyen vatandaşın cebini yakmaktadır. Cepten ödemeler, sağlık hizmetlerinin pahalılığı ve her geçen gün ticarileşen özel hastanelerin giderlerini finanse etmede yeterli olamamıştır. Bunun için devlet sağlık hizmeti talebini karşılamak ve büyük oranda sağlık hizmeti sunan kamunun yükünü hafifletmek amacıyla özel hastanelere ayrıcalıklar tanımıştır.

Cumhuriyetin ilanından önce açılan özel hastaneler ile Cumhuriyetin ilk yıllarında açılan özel hastanelere 1931 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsat düzenlenmeye başlanmıştır. 2003 yıl sonu itibarı ile ülkemizde toplam 14700 yatak kapasitesi ile 272 özel hastane faaliyet göstermekte olup, bu hastanelerden 18 tanesi Vakıf ve Derneklere, 3'ü yabancılara, 5'i azınlıklara ve 246 tanesi de gerçek kişiler ve özel hukuk tüzel kişiliklerine aittir.⁴⁰

Devlet, sağlık sektörünün büyük ölçüde kamuda olan yükünü özel sağlık kurum ve kuruluşları ile paylaşmak, devlet ve özel sektör ayırımına bakılmaksızın sağlık alanında var olan tüm ülke kaynaklarının daha etkin ve verimli kullanılmasını sağlamak istemiştir. Bu sebeple, özel sektör tarafından sunulan sağlık hizmetinden devlet memurları ve emeklilerinin ve bakmakla yükümlü oldukları aile fertlerinin faydalanmasını sağlamak amacıyla hazırlanan Teşhis ve Tedavi Amacıyla Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarına Hasta Sevkinde İlişkin Usul ve Esaslar Hakkındaki Tebliğ 30.05.2003 tarih ve 25123 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu yönetmeliğe göre hastalara hekim ve kurum seçme hakkı serbestleştirilmiştir.⁴¹

³⁹ Ömer Karahan (1997). **Hastanelerde Finans ve Kontrat Yönetimi**, Hastane Yöneticiliği, (Editörler: Osman Hayran, Haydar Sur) İstanbul: Nobel Tıp Kitap Evleri, s.158.

⁴⁰ Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri, a.g.ç., s.16.

⁴¹ Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri, a.g.ç., s.16.

IV. SAĞLIK İŞLETMELERİNDE FİNANS BÖLÜMÜNÜN ÖRGÜTLENMESİ

Dünya Bankası, sağlık işletmelerinin örgütlenmesinin finansman metotlarına göre ele almakta, kamu sektörü kar amaçlı özel sektör ve kar amacı gütmeyen özel sektör (üçüncü sektör) olmak üzere üçlü bir sınıflandırma yapmaktadır. Her üç örgütlenme türünde de sistemin genel vergilerle, sosyal sigortalarla, özel sigortalarla ya da doğrudan harcamalar yolu ile finanse edileceği üzerinde durulmaktadır. Dünya Bankasının yaklaşımında finansman metotlarının örgütlenmeyi belirlediği veya tam tersi bir şekilde, hizmetlerin örgütlenme şeklinin finansman metotları üzerinde etkili olduğu ortaya konulmaktadır.⁴²

Hastanelerde finans bölümünün örgütlenmesi hastanelerin büyüklüğüne göre değişmektedir. Küçük hastanelerde finans bölümü ile muhasebe bölümü birbirinden ayrılmamıştır. Küçük hastanelerde finans ve muhasebe ile ilgili fonksiyonlar doğrudan hastane müdürüne yada genel müdüre bağlıdır. Küçük bir hastanedeki finans yöneticisinin görevi şu şekilde sıralanabilir:⁴³

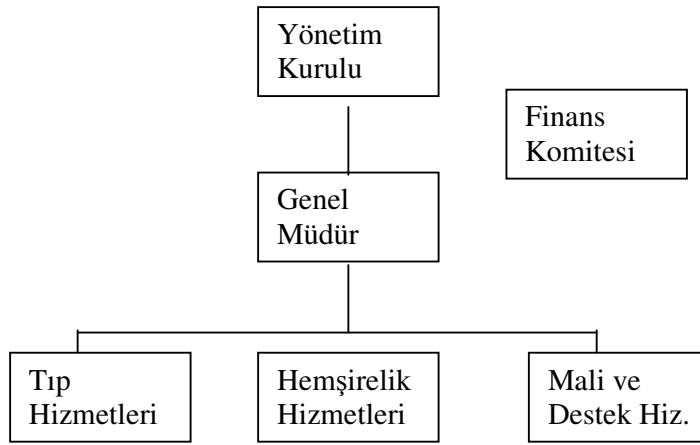
- Finansal yönetici, hastanenin bütün fon ve evrakını korur.
- Hastanenin borçlarının ödenmesinde fon çıkışlarını önceden saptayarak onaylar.
- Kredi ve tahsilat politikalarını belirler.
- Hastanede görev alan personelin bordrolarının hazırlanmasını sağlar.
- Finansal planlar ile ilgili olarak hastane müdürüne yada genel müdüre yardımcı olur.
 - Yatırım programlarının yapılmasında
 - Finansal ihtiyaçların karşılanmasında
- Kar dağıtım politikasının saptanmasında
- Hastanenin nakit yönetimini belirler. Bunun için;

⁴² Hayriye Işık (2001). **Sağlık Hizmetleri; Finansmanı, Ülke Örnekleri ve Çözüm Önerileri**, Eskişehir: (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, s.18

⁴³ Büker, Bakır, a.g.e., s.34.

- Küçük kasanın yönetimi ve banka hesaplarının denetimini yapar.
- Parayla ilgili olayların kayıtlarının tutulmasını sağlar.
- Çıkarılması gereken kıymetli evrakları belirler.
- Devlete ve hastane ile ilişkisi olan kuruluşlara karşı hastanenin finansal kayıtları ile ilgili bilgileri verir.

Şekil 3. Büyük Hastanelerde Finans Bölümünün Hastane Organizasyonundaki Yeri



Kaynak: Semih Büker, Hasan Bakır (2001). “Hastanelerde Finansal Yönetim” Anadolu Üniversitesi, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayın No: 995, s.24-25.

Büyük bir hastanede finans bölümü mali destek ve hizmetlerin içinde yer almakta ve finans bölümünden ayrı olarak finans komiteleri de yer almaktadır.

Sağlık hizmetini arz edenle sağlık hizmetini talep eden arasında üçüncü bir unsur olan ödeme kurumu “üçüncü taraf ödeyici” yer almaktadır. Sağlık hizmetini arz ve talep edenler arasındaki para ilişkisi kısmen ve ya tamamen ortadan kalkmaktadır. Finansal araçlar da denilen üçüncü taraf ödeyicilerin yer aldığı bu tür yapılanmalarda tüketicilerin riski paylaşmaları söz konusudur.⁴⁴

Sağlık işletmeleri finansal kaynak ihtiyacını üçüncü taraf ödeyiciler dediğimiz, sosyal güvenlik kurumları, özel sigortalar ve diğer resmi kurumlar aracılığı ile sağlar. Bunların yanında herhangi bir sosyal güvencesi olmayan kesim ise cepten ödemelerle

⁴⁴ Savaş Yıldırım (1994). **Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi**, Ankara: DPT, Yayın No: 2350, s.40.

sağlık hizmeti satın alma yoluna gider. Cepten ödemelerle sağlık hizmeti satın almanın mümkün olmadığı bu şartlarda, bireyler sosyal güvenlik kurumlarından herhangi birine mensup olmayı tek çıkar yol olarak görmektedir. Devletin herkesi GSS adı altında sağlık hizmetlerinden yararlandırma fikri en çok da ödeme gücü olmayan yoksul vatandaşların ihtiyaçlarını karşılamaya yarayacaktır.Sağlık işletmeleri, sundukları sağlık hizmetinin karşılığını bu kurumlardan sağlarken tahsilatta sorun yaşamaktadırlar. Bu sorunlar üçüncü bölümde ele alınmıştır.

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK İŞLETMELERİNİN FİNANSMAN YÖNTEMLERİ

I. GENEL OLARAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

Sağlık sektörü, sağlık elde etmek ve toplumu sağlıklı kılmak amacını gerçekleştirmek üzere çok geniş bir alanı kapsayan sağlıkla ilgili mal ve hizmet türündeki her türlü ürünü üretmek ve tüketmek üzere kurulan sistem ve alt sistemler ve bunların içinde yer alan kişi, kurum, kuruluş, statü, ürün vb. unsurların tümünü belirtmek için kullanılan genel ve kapsayıcı bir kavramdır.

¹ Sağlık hizmetlerinin finansman biçiminde siyasal tercihler ve sosyal hedefler rol oynar. Kimi ülkelerde sağlık harcamalarının büyük bir bölümü doğrudan devlet bütçesinden karşılanırken (İngiltere ve Bağımsız Devletler Topluluğu gibi), kimi ülkelerde genel bütçe imkanları yanında katma bütçe ve mahalli idareler kaynaklarından yararlanır (İsveç gibi). Bazı ülkelerde ise sağlık hizmetleri dolaylı katkılar dışında genel bütçe ile ilgilendirilmeyip kişinin sağlığını koruma ve geliştirmede sorumluluk taşıması gereğinden hareket edilerek çalışan ve çalıştırının katkıları ile finansmanı yolu seçilmiştir (Batı Avrupa Ülkeleri gibi).²

Bir ülkenin sağlık düzeyi gelişmişlik düzeyi ile yakından ilgili olduğundan ulusal gelirdeki sağlık harcamalarının payı da kişi başına düşen ulusal gelirle yakından ilişkilidir. Ancak sağlık hizmetlerine en fazla ihtiyacı olan gelişmekte olan ülkeler toplam kaynaklarının çok az bir kısmını sağlığa ayırabilmektedir.³

Bireylerin ve toplumların sağlık hizmetine olan ihtiyaçları sonsuz olmasına karşın bu hizmetlere ayrılan kaynaklar her zaman kısıtlıdır. Bu da ülkeleri sağlık hizmetlerinin finansmanında daha akılcı politikalar yapmaya ve daha verimli faaliyetleri finanse etmeye zorlamaktadır.⁴

¹ DPT (2001). "Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu", Ankara: Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, s.115.

² DPT (2001). a.g.e, s. 118.

³ Çilingiroğlu, a.g.e, s.402.

⁴ M.Hulki Uz (1997). **Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Hastanelere Ödeme Yöntemleri**, Hastane Yöneticiliği, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, s.151-157.

Sağlık işletmelerinin finansman kaynakları vergi ve sigorta temelli olarak ele alınmaktadır. Bu finansman yöntemlerinin hangilerinin finansal açıdan uygun olduğu konusunda çalışmalar yapılmaktadır. Sonuçta bu yöntemlerin her ikisinin birlikte kullanılması en iyi seçenek olarak görülmektedir.⁵

Sağlık hizmetlerinin finansman sisteminde yeniden yapılanmanın temelinde yatan düşünce “kaynağın” ne olacağı ile ilgilidir. Kamusal ve özel finansman kaynakları arasında denge ile bu iki finansman grubunda yer alan her bir kaynağın diğerlerine oranla ne kadar kullanılacağıdır.⁶

Sağlık kuruluşunun finansal kaynakları kuruluşu ve kalite yönetimi çerçevesinde belirlenen vizyon ve misyonu gerçekleştirecek politikayı destekleyecek şekilde kullanılmalıdır.⁷

Sağlık hizmetlerinin finansmanı sağlayan kaynaklar kamusal ve özel kaynaklar olarak ikiye ayrılabilir.

A. KAMUSAL KAYNAK AKTARIMLARI

Bir sağlık bakım sistemi içerisinde çok çeşitli finansman yöntemleri olmasına rağmen; sağlık hizmetlerinin finansmanı ağırlıklı olarak genel vergilerden (bütçeden) ve primler yoluyla finanse edilmektedir.⁸

1. Genel Vergi Gelirleri

Hemen her ülkede vergi gelirleri sağlık işletmelerinin finansmanında temel kaynak olarak kullanılmaktadır. Sağlık hizmetlerinde piyasa ekonomisinin çok geliştiği ABD’ de devlet genel vergilerden elde ettiği kaynaklarla “Medicare” ve “Medicaid” ‘i finanse etmektedir.⁹

⁵ WHO (1999). “Health 21: The Health For All Policy Framework for the WHO European Region”, Copenhagen ,European Health For All Series No, 6,WHO Regional Office For Europe ,s.131.

⁶ F. Tatar (1996). “Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları”, **Toplum ve Hekim**, Cilt 11, Sayı 72, Mart-Nisan , s.42.

⁷ Özkul, Odacıoğlu, a.g.e., s.223.

⁸ Jeffrey C. Merrill (1994). **The Road to Health Care Reform: Design a System That Works**, New York, s.129.

⁹ Uz, a.g.m., s. 95.

Ancak gelişmekte olan ÷lkelerde vergilerin toplanmasında karşılaşılan g÷çl÷k bu finansman kaynağını etkilemektedir. D÷şük vergi oranları (ulusal gelirin ne oranda vergi olarak toplandığı) sağlık hizmetlerinin yeterince karşılanamadığını g÷sterir. Vergi oranlarında kalkınmaya paralel olarak kaydedilen artış da b÷y÷k ölç÷de ÷lkenin politik tercihlerine (oranın saptanması ve toplama yöntemi açasından) bağlıdır. Bu ÷lkelerde sağlık sektörüne ulusal bütçede verilen önem ve öncelik görel olarak azdır. Ayrıca vergi yükünün toplumun hangi kesiminde yoğunlaştığı belli değildir ve gelişmekte olan ÷lkelerde sağlığın dışında kaynak ayrılması gereken diğer sektörlerin de oluşu (örneğin tarım ve eğitim vb.) sağlığa ayrılan payı etkilemektedir.¹⁰

Genel vergi gelirlerinin sistem içindeki ağırlığı ÷lkeden ÷lkeye, değişmektedir. Örneğin, sosyalist ÷lkeler sistemin doğası gereği genel vergi gelirleri finansmanda başvurulan neredeyse tek kaynak niteliğindedir.¹¹

Genel vergilerle finanse edilen sağlık hizmetlerinin genelde tüm bireyler kullanabilir. Ancak kamu elindeki bu kaynakların dağıtımı siyasi çıkarlar nedeniyle bazen göz ardı edilir ve yatırımlar daha pahalı alanlara veya kent merkezlerine kaydırılır. Bu da özellikle gelişmekte olan ÷lkelerde kırsal alanda yaşayan ve sağlık hizmetine daha fazla ihtiyacı olan nüfus kesiminin sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamamasına neden olur.

2. Açık Finansman ve Enflasyon Kullanımı/Borçlanma

Genel vergi gelirleri kısa vadeli bir yardım kaynağı olan borçlanma ile de desteklenebilir. Borç kaynakları ulusal yada uluslar arası olabilir. Genel vergi gelirlerinden karşılanan geri ödemeler belirli bir faiz oranı üzerinden alınır. Gelişmekte olan ÷lkelerde yüksek enflasyon oranları (ödünç alınan kaynakların gerçek faiz hadlerini etkileyerek) ve devletin borcunu ödemesi konusunda duyulan güvensizlik, borçlanmanın dezavantajıdır. Bu ÷lkelerde dış yardım sağlık hizmetleri alt yapısını genişletme amacıyla kullanılırsa da genellikle ithalatı desteklemeye yönelik olup geri ödemede büyük sorunlar yaşanmaktadır.¹²

¹⁰ Çilingiroğlu, a.g.e., s.402.

¹¹Tatar, a.g.e., s. 45.

¹² Çilingiroğlu, a.g.e., s.402.

Açık finansman borç alma ve bunu şimdi harcayarak daha sonra belli zaman sürecinde genel vergi dışı gelirlerden geri ödeme kararıdır. Yukarıda da değindiğimiz gibi ulusal yada uluslar arası nitelik taşıyabilir. Kısa vadeli düşük faizli borç veya tahvil ve hisse senedi mekanizması ile olabilir. Bu fonların kullanımının maliyeti faizdir. Az gelişmiş ülkelerdeki yüksek enflasyon oranları, bu gerçek borç faiz oranlarını etkiler ve genellikle hükümetlerin aldıkları krediyi geri ödeyememe konusundaki şüpheler bu tür finansmanın sağlık sistemlerini desteklemede kullanılmasını güçleştirir.¹³

Enflasyon tüketici fiyatlarındaki genel artışı ifade eder. Devletin giderleri gelirlerini aşarsa bütçe açığı oluşur. Devlet bu açığı nasıl kapatabilir? Ya para basarak yada kamu mal ve hizmetlerine zam yaparak bu açığı kapatmaya çalışır. Gerek sağlık hizmetlerinin ve gerekse de diğer hizmetlerin açık finansman veya enflasyonun kullanılarak finansmanında özellikle gelişmekte olan ülkeler bu konuda yetersizdir. Bu eksiklik beraberinde daha büyük açıkları ve hiperenflasyonu getirebilir. Bundan dolayı dikkat edilmelidir.¹⁴

Enflasyonun yüksek ve gelişmenin yavaş olduğu ülkelerin kredi bulma şanslarının az olmasından dolayı devamlı ve güvenli bir metot değildir.¹⁵

Az gelişmiş ülkelerin enflasyonu kontrol altında tutma becerileri göz önüne alındığında enflasyonun gerçek bir finansman kaynağı olamayacağı açıkça ortaya çıkmıştır.

3. Özel Amaçlı Vergiler

Genelde vergiler ulusal bir havuzda toplanır ve daha sonra hükümetler tarafından değişik alanlara sarf edilir. Bununla beraber bazı hükümetler belli bir vergiyi belli bir amaç için toplayabilirler. Bu durumda belli bir hizmetin maliyetini karşılamak üzere alınan vergi “özel amaçlı (earmarked taxes) vergi” niteliğini taşır.¹⁶

Özel amaçlı vergiler, genel vergilerin dışında belli bir amaç için bazı mal (sigara, içki, lüks tüketim malları gibi) veya hizmetlerin (eğlence, seyahat gibi) üzerine konulan ek vergilerden elde edilen gelirlerin doğrudan amaç doğrultusunda, örneğin, sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılmasıdır. Güncel bir örnek verecek olursak

¹³ Tatar, a.g.m., s. 47.

¹⁴ Sorkin, a.g.e., s.345-346.

¹⁵ Uz, a.g.m., s.155.

¹⁶ Tatar, a.g.m., s.46.

Sayısal Loto’da oynanan kupon başına ve her araç alım satımında koyulan ve kesintisiz eğitimin desteklenmesi için kurulan fonlara aktarılan ek vergiler verilebilir. Önemli bir kaynak olmasa da ve toplanmasında ve dağıtımında güçlükler yaşansa da özel proje ve programların finansmanında başvurulabilir.¹⁷

Bu tür vergiler yönetiminin zor oluşu, politik yönden popüler olmayışı ve vergilerin yönetiminde sorumlu olanların hareket serbestisini sınırladığı için talep edilmez.¹⁸

Özel amaçlı vergilerin en belirgin avantajı, belirli bir kaynağın belirli bir amaç için ayrılmış olmasıdır. Bu tür vergiler popüler olmayabilir ve genelde uygulandığı üzere eğer bu vergiler yiyecek maddelerinden, eğlenceden, sigara ve alkol gibi maddelerden alınıyorsa adaletsiz (regressive) bir özellik taşır ve bu da az gelirliler için oransal olarak çok büyük yük yükler. Bu tür gelirler araba, dayanıklı tüketim maddeleri gibi daha çok toplumun yüksek gelirli kesimince satın alınan lüks ürünlerden alınıyorsa aslında adil de (progressive) olabilirler. Bu finansman kaynağı belli programlar veya projenin finansmanında kullanılabilir.¹⁹

4. Diğer Gelirler

Bazı ülkelerde sağlık hizmetlerinin finansmanının sağlanması için piyango bahis gelirlerinden faydalanılmaktadır. Piyango ve bahisten elde edilebilecek gelirler sağlık hizmetlerinin finansmanında başvurulabilecek kaynaklardan biri olarak belirtilmektedir.

Genellikle yarı kamusal nitelikli olup, merkezi yada yerel yönetimlerin koyduğu kurallara göre yönetilir. Bu tür oyunları gelir düzeyleri düşük kimseler oynadığı için, onların ödedikleri bir tür regresif vergiye benzerler. Ancak ikramiye ödemeleri ve yüksek idari maliyetler yüzünden getirisi düşüktür. Brüt hasılatın yüzde onu ile yüzde otuzu arasında bir kısmı net getiridir.²⁰

¹⁷ Uz, a.g.m., s.154.

¹⁸ Çilingiroğlu, a.g.e., s.402

¹⁹ Tatar, a.g.e, s.46.

²⁰ Çilingiroğlu, a.g.e. , s. 403.

Doğrudan bir finansman kaynağı olamazlar. Nadiren kullanılmaktadır. Adil olmayan bir özelliği olduğu için eşitsizliklere yol açabilir.

5. Sosyal Sigorta Primleriyle Finansman

Sosyal güvenlik (social security) sistemleri gelecekteki çeşitli sosyal, ekonomik ve sağlıkla ilgili risklere karşı bireyleri finansal bakımdan güvence altına alan sistemlerdir. Amaç toplumsal yaşantı içinde ortaya çıkan risklere karşı toplumsal düzeyli bir koruma güvence sistemi oluşturmaktır. Bu amaca ulaşabilmek için bir fon ve kurumlardan oluşan organizasyon yaratmak, risk ortaya çıktığında da, sistemi kullanarak sorunu yaşayan bireylerle diğerleri arasında dayanışma oluşturmak gerekir. Sosyal güvenlik sistemlerinin oldukça karmaşık yapıları vardır. Bu karmaşıklık zaman içinde daha da artmıştır. Sağlıkla ilgili finansman sistemleri de sosyal güvenlik sistemlerinin bir parçasıdır.²¹

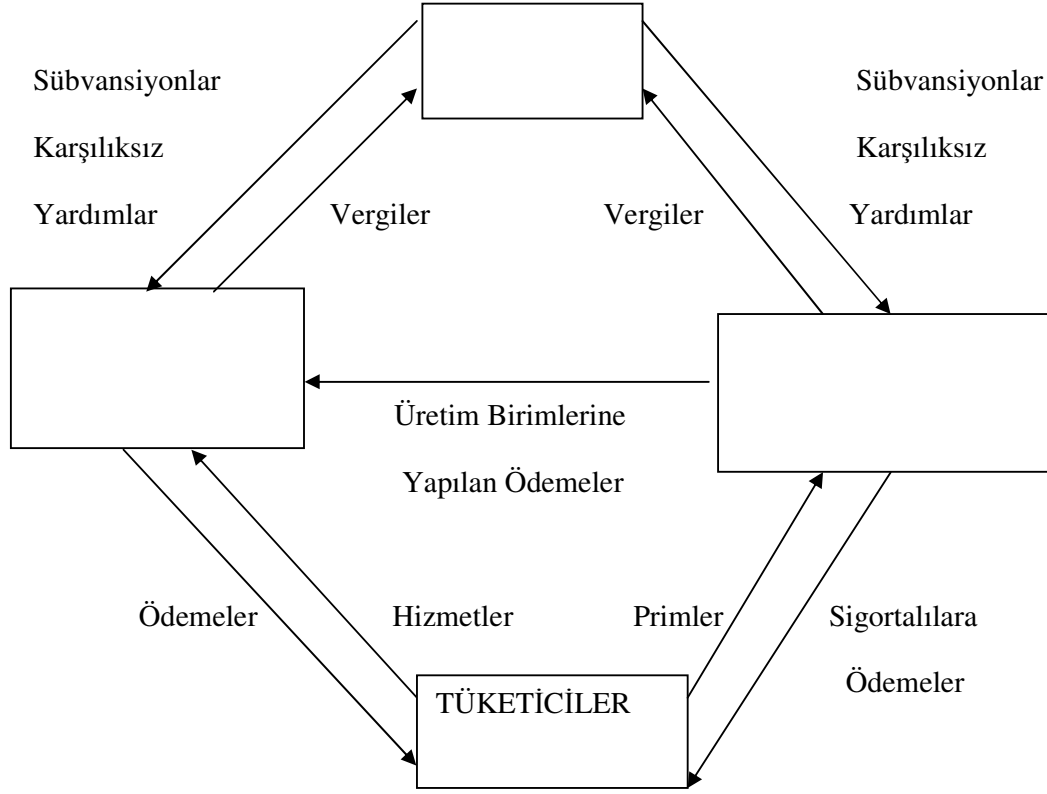
İlk kez 1883 yılında Almanya’da Bismark hükümeti tarafından yaşama geçirilmiştir. İlk uygulaması hastalık sigortası biçimindedir. Hastalık sigortacılığı sosyal güvenlik sistemlerinin gelişimine öncülük etmiştir. Sosyal sigorta uygulaması 1930’larda Avrupa, Latin Amerika, ABD ve Kanada’ya, İkinci Dünya Savaşı sonrası yıllarda ise Afrika ve Asya ülkeleri içinde ekonomileri iyi olanlarına yayılmıştır. Sosyal sigortanın temel özellikleri şunlardır;²²

- 1) Fonun oluşturulmasına işçi ve işveren tarafları katılır, devlet de bütçeden katkı yapabilir.
- 2) Katılım zorunludur.
- 3) Katkılar özel bir fonda toplanır.
- 4) Fonun asıl amaçlarından artan kaynaklar yatırımda kullanılabilir.
- 5) Katkı bireyin kazancına bağlıdır.
- 6) Zorunlu sigorta kapsamında yer alan iş kazası sigortası, genellikle yalnızca patrandan yapılan kesintilerle karşılanır, bunda da devlet desteği olabilir.

²¹ İlker Belek (2001). *Sosyal Devletin Çöküşü ve Sağlıkın Ekonomi Politikası*, İstanbul: Sorun Yayınları, s.80.

²² Belek, a.g.e., s.83.

Şekil 4. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında Finansal Organizasyonların Yeri



Kaynak: Ayşegül Mutlu, Abdülkadir Işık (2005). "Sağlık Ekonomisine Giriş", Bursa: Ekin Kitapevi, s.287.

Sosyal sigorta çalışanların ücretlerinden alınan zorunlu kesintilerle desteklenir. Ayrıca işveren de en az çalışan kadar prim öder. Bazı hallerde devlet de katkıda bulunur. Sigortadan yararlananlar (çalışanlar ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişiler) hizmetin kullanımı halinde de bazen ödeme de bulunurlar. Devletse işveren rolünü üstlenerek ya kendi sosyal sigorta programlarını yürütür ya da özel sigorta kurumlarıyla anlaşarak hizmet sunar.²³

²³ Çilingiroğlu, a.g.e., s.403.

6. Dış Yardımlar

Çoğu gelişmekte olan ülkelerde kamu finansmanına alternatif olarak dış yardımlar gündeme gelmektedir.(Örneğin Dünya Bankası, Uluslar arası Para Fonu, UNICEF gibi).²⁴

Dış yardımlar sağlık hizmetlerinin finansmanında ağırlıklı olarak yer almamaktadır. Özellikle kriz dönemlerinde başvurulan bir finansman yöntemidir.

Dış yardımların amacına ulaşılabilmesi için söz konusu yardımları koordine edecek yöneltecek bir aktörü ve düzenlemeleri gerekli kılmaktadır. Bu finansman yöntemi oldukça politik bir konudur. Ancak eğer gereği gibi ele alınıp değerlendirilirse sağlık sektörü için yararlı bir finansman kaynağı olabilir.²⁵

B. SAĞLIK İŞLETMELERİNİN ÖZEL FİNANSMAN KAYNAKLARI

Genel kural olarak ülke zenginliği ile özel sektörün finansmandaki rolü arasında ters bir orantı olduğu söylenebilir. Bunun en önemli istisnası toplam sağlık harcaması içinde yaklaşık olarak %60'lık bir özel sektör payı ile Amerika Birleşik Devletleri'dir.²⁶

1. Özel Sağlık Sigortası

Özel sağlık sigortası, hükümet eliyle ve ya diğer kamu kurumlarınca oluşturulan güvence fonlarının garantilediği hizmetle yetinmek istemeyen ve daha üst ya da özel nitelikte hizmet arayışında olanların gereksinimlerine hizmet vermeye yöneliktir. Özel sigorta uygulamasında prim kesintisi yalnızca sigortalanan kişi tarafından ödenir.²⁷

Özel sigorta kişilerin çıkarlarının çeşitli risklere karşı güvence altına alınması için hür iradeleri (sigorta sözleşmesi) ile meydana getirdikleri bir risk teminatıdır. 1950'lerin sonlarında sanayileşmiş ülkelerin bir çoğu, vatandaşlarını genel sağlık sigortası kapsamına almışken hizmet kullanımı, fiyatlar ve enflasyonun artışı hükümetleri önceliklerin belirlenmesi ve talebin karşılanması konusunda yoğun bir

²⁴ Alan L. , Sorkin (1986). **Financing Health Development Projects: Some Macro-Economic Considerations**, Social Science and Medicine, Vol. 22, No.3, s.347

²⁵ Yalçın, Yıldırım, a.g.m., s.7.

²⁶ Türkan Yalçın, Hasan H. Yıldırım (2001). "Sağlık Hizmetleri Finansmanı", **Yeni Türkiye Dergisi**, Sağlık Özel Sayı, No:40, s.6.

²⁷ Işık, a.g.e., s. 25.

baskı altına sokmuştur. Bu dönemde hükümetler toplumun artan talebini karşılamak üzerindeki yükü hafifletmek amacıyla, zaten faaliyet gösteren özel sektörü ve özel sigortasını teşvik edici ve geliştirici uygulamalara gitmişlerdir. Primler ortalama tutarlardır.²⁸

Yoğun sübvansiyon ve hizmetlerin kamu eliyle ücretsiz olarak sunulduğu gelişmiş ülkelerin çoğunda kamu sağlık hizmetlerinin finansmanında en büyük rolü almasına karşın özel finansmanda da önemli bir yer tutmaktadır.²⁹

Özel sağlık sigortası kişisel risk özelliklerine ve kapsanan grup ya da bireyin hastalanma olasılığına dayanır. Dolayısıyla ücretler farklı kişiler ve veya gruplar için farklıdır. Hizmet kullanımını kontrol edebilmek için, çoğu kez bireyler kullanılan hizmet ücretinin bir kısmını öderler. Özel sigortalar politik tercihlerden etkilenmezler ve sağlık sektörüne ekstra fonlar sağlayabilir. İleri teknoloji sağlık bakımını teşvik ettiği ve eşitsizliği artırdığı için gelişmekte olan ülkelerde yaygın olarak kullanılabilir kaynak değildir.³⁰

Özel sigorta uygulamaları sosyal dayanışmayı önemli ölçüde zedelemektedir. Çünkü özel sigortalar birey ve risk temelli olarak prim alırlar.³¹

2. Kullanıcı Katkıları / Doğrudan Hane Halkı Harcamaları

Hizmeti kullanım sırasında yapılan ödemelerdir. Buna cepten ödeme de (Out-of Pocket Payment) denilmektedir.³²

Kişilerin kullandıkları sağlık hizmetlerini kendi ceplerinden direkt olarak satın alırlar. Sosyal sigorta adı altında dahi olsa en azından alınan ilaçların bedelinin bir kısmının katkı payları ile ödenmesi de doğrudan hane halkı harcamaları kapsamında değerlendirilebilir.

1980'lerden beri kullanıcı katkıları, özellikle gelişmekte olan ülkelerde sosyal sektörde özellikle de sağlıkta bir finansman kaynağı olarak kabul edilmeye başlanmıştır.

²⁸ O. W. Andersen (1988). **Government Health Insurance and Privatization: An Examination of the Concept of Equity**, International Journal of Health Planning and Management 3, , s.35-43.

²⁹ T. Besley, J. Hall And Preston (1999). **I. The Demand for Private Health Insurance: Do Waiting Lists Matter?**, Journal of Public Economics, s.155.

³⁰ Çilingiroğlu, a.g.m., s.403.

³¹ WHO, a.g.e., s. 131.

³² Belek, a.g.e., s. 92.

Sağlık hizmetlerinin ücretsiz olarak halkına sunan devletler sağlık hizmetlerinde kullanıcı katkıları üzerinde yoğunlaşmışlardır.³³

Arka kapıdan özelleştirme olarak nitelendirilen kullanıcı katkılarının nedeni olarak;³⁴

- 1) Ek gelir elde etmek,
- 2) Bu yolla elde edilen gelirlerle hizmetler yaygınlaştırılabilir veya ikame finans kaynağı olarak kullanılabilir,
- 3) Hizmetlerin aşırı ve gereksiz kullanımını engellemek olarak ifade edilmektedir.

Yukarıda açıklanan gerekçelere ek olarak;³⁵

- Hizmet sunucu, hastasına ek bir mali yük getirebileceği için gereksiz hizmet sunumundan (reçeteye fazla ilaç yazma gibi) kaçınabilir,
- Elde edilen gelir, hizmetlerin geliştirilmesi için yeni bir kaynak olarak kullanılabilir.

Ancak burada üzerinde durulması gereken nokta, hangi hizmetlere ne kadar katkı payı uygulanacağıdır. Çünkü kişilerin gereksiz talepleri azaltılırken, çok yoksul durumda olanların temel hizmetleri almalarını engellemeyecek bir miktar bulunmalıdır.

Bu yöntemle sağlık hizmeti genellikle bağımsız çalışan kişilerden ya da grup halinde hizmet sunanlardan satın alınır. Hizmeti sunanın sorumluluğu doğrudan hastayadır. Hane halkı geliri çoğu kez sağlık hizmetlerinin finansmanında nihai kaynaktır, ancak doğrudan yapılan harcamalar ayrı bir finans kategorisinin oluştururlar. Tüketicinin sağlık hizmeti sunanlara yaptığı tüm harcamalar (hizmete ödenen ücret, ilaç ve tıbbi malzeme masrafları vb.) bu kapsamdadır. Çoğu ülkede bu tür harcamaların kapsamı hakkında bilgi oldukça az olup, düzeyi kısmen devletin sağlık hizmeti uygulamalarına yönelik politikalarından, kısmen de ücretsiz yada çok ucuz olan kamu sağlık hizmetlerine olan sınırlı başvurudan kaynaklanmaktadır. Kamu sağlık hizmeti

³³ Yalçın , Yıldırım, a.g.m., s.6.

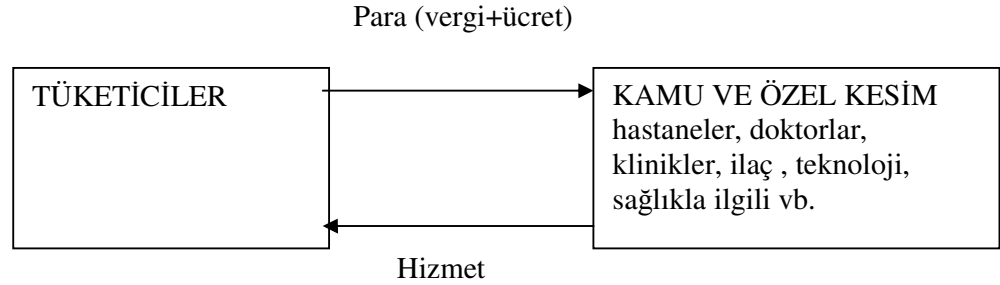
³⁴ Uz, a.g.m., s. 99.

³⁵ Uz, a.g.m., s. 99.

yoksa veya yetersiz geliyorsa bu durumda kişiler sağlık hizmetlerini cepten ödemelerle dışarıdan karşılama yoluna giderler.³⁶

Son yıllarda oldukça pahalı olan bakım ünitelerinin tedavi masrafları, anestezi, ilaç, ameliyat, ve organ nakli gibi kişiler tarafından finanse edilmesi oldukça güçtür. Bu olgu hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkeler içinde geçerlidir. Masrafların bu denli ağır olması cepten ödemelerin (dolaysız olarak) sağlık hizmeti satın alınmasını azaltmış, üçüncü grup ödeyiciler dediğimiz, kamu, yarı kamu, özel finansal organizasyonların sisteme girişinin artırmıştır.³⁷

Şekil 5. Sağlık Hizmetlerinde Cepten Ödemelerin İşleyişi (İkili Basit Yöntem)



Kaynak: Ayşegül Mutlu, Abdülkadir Işık (2005), “Sağlık Ekonomisine Giriş”, Bursa: Ekin kitap Evi, s.284’den alınmıştır.

Dayanışma açısından, cepten ödemeler sağlık hizmetleri için yapılan en ilkel ödeme şeklini temsil eder. Bu tür ödemeler, tıbbi hizmetleri daha fazla kullanan yoksullar için önemli ölçüde gelir paylaşımında adaletsizlik oluşturmaktadır. Eğer düzenleyiciler, düşük gelirli grupları katkı paylarından muaf tutarsa, sosyal dayanışma için sonuçlar daha az zarar verici olacaktır.³⁸

3. Döner Sermaye

Döner sermaye işletmesi; “Genel ve katma bütçeli idarelerin kanunla verilen asli görevlerini yürütürken ortaya çıkan ve genel idare esaslarına göre yönetilmesi

³⁶ Çilingiroğlu, a.g.m., s. 404.

³⁷ Thomas F. Getzen (1997). **Health Economics: Fundamentals and Flow of Funds**, New York: Temple University Press and John Wiley and Sons Inc., s. 8.

³⁸ **Avrupa Sağlık Reformu (1998)**. “Mevcut Stratejilerin Analizi”, Ankara: Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, s.135.

mümkün olmayan faaliyetlerin değerlendirilmesi amacıyla kurulan işletme” olarak tanımlanmaktadır.³⁹

Döner sermayeli işletmeler özel kanunlarla, kuruluş kanunlarıyla ve bütçe kanunlarıyla düzenlenmişlerdir. Kamu kurumlarının bu kanunlar yoluyla döner sermaye kurmaya başlamaları ile bunların sayıları artmış ve sonuçta kamu maliyesinde döner sermaye açısından düzensiz bir sistem oluşmuştur.⁴⁰

Döner sermayelerin oluşturduğu bu sistemi düzeltmek için 27.09.1984 tarih ve 3046 Sayılı Bakanlıkların Kuruluş ve Görev Esasları Hakkında Kanun’un kabul edilmiştir. Bu kanunun 40. maddesinde “Bakanlıklar ve bağlı kuruluşlar ihtiyaç halinde döner sermaye işletmesi kurabilirler. Döner sermaye işletmesinin kurulması, sermayesi, gelirleri, işleyiş ve denetimi ile ilgili esas ve usuller kanunla düzenlenir” ifadesi kullanılmıştır. İşletmelerin kurulması ile ilgili olarak ise aynı kanunun geçici ikinci maddesinde “Döner sermayeli işletmelerin ilgili bakanlığın teklifi, Maliye Bakanlığının ve Sayıştay’ın olumlu görüşü alındıktan sonra teklif yapan bakanlıkça çıkarılacak bir yönetmelikle düzenlenir” denilmiştir. Yapılan bu düzenlemelerle döner sermayeli işletmeler ve işleyişi bir ölçüde yenilenmiştir.⁴¹

Devletin genel idari kuruluşu içinde yer alan genel ve katma bütçeli idarelere bağlı ve iktisadi özelliği bulunan döner sermaye işletmeleri; kuruluş amacı, ekonomik faydası, statüleri ve kamu hizmeti görmeleri açısından KİT’lerden farklıdır. Sınai bütçeli kuruluşlar olmaları ve iktisadi özellikleri nedeniyle kamu hizmeti görüp yatırım kaynağı yaratırlar.⁴²

Döner sermaye işletmelerinin özelliklerini sıralayacak olursak ;⁴³

- Genelde tüzel bir kişiliğe sahip değildirler.
- Sermayeleri, bağlı buldukları kuruluşun verdiği ödenekler ve işletme karlarından oluşmaktadır.

³⁹ Maliye Bakanlığı Muhasebat Genel Müdürlüğü (1994). “Döner Sermayeli İşletmeler Muhasebe Yönetmeliği Tasarısı”, Ankara, s.1.

⁴⁰ Tamer Kostik (1998). **Döner Sermayeli İşletmeler**, Seçkin Yayınevi, Ankara, s.9.

⁴¹ Özhan Çetinkaya (2003). “Konsolide Bütçenin Başlangıç Değerlerinin Uygulama Sonuçları ile Birlikte Değerlendirilmesi”, **Akdeniz Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi**, Sayı 5, s.48-65.

⁴² Dinçer Gönen,Hikmet Işık (1985). **Döner Sermayeli Kuruluşlarda İhale, Muhasebe, Denetim**, Ankara, s.4.

⁴³ Gönen, Işık, a.g.e, s.5.

- Döner sermaye işletmelerinin bütçesi yıllık olarak hazırlanır.
- Denetimleri, bağlı oldukları kuruluşun üst amirleri veya görevlendireceği kişiler, Maliye Bakanlığı ve Sayıştay tarafından yapılır.
- Ticari işlemleri ve işleri hakkında Türk Ticaret Kanunu ve Borçlar Kanunu hükümleri uygulanır.
- Döner sermaye işletmeleri sözleşmeli işçi çalıştırlarsa toplu ve bireysel iş hukuku hükümleri ile Sosyal Sigortalar Kanuna tabi olurlar.⁴⁴

Hastanelerin varlıklarını sürdürebilmeleri, her şeyden evvel tedavi masraflarının geri dönüşümüyle mümkün olmaktadır. Pahalı yatırım ve hizmet arz eden sağlık sektöründe genel bütçeden ayrılan pay kişilerin sağlıklı bir yaşam sürdürebilmeleri için yeterli değildir.⁴⁵

Kamu hizmetlerinden faydalananların bir müşteri gibi kabul edilmesi, hastanelerin döner sermayeli kuruluşlar olarak çalıştırılması hizmetlerin desantralize yapıya geçmesini sağlar. Bunun yanında sağlık hizmetleri için özel veya genel sağlık sigorta sistemlerine ödeyecekleri primler sonucu hizmetlere katkı payında bulunmaları da gerçekleştirilmiş olacaktır.⁴⁶

Ülkemizde sağlık sektöründe ilk döner sermaye sistemi 15 Şubat 1954 tarihinde ve 6266 Sayılı kanunla yürürlüğe girmiştir. Bu kanun, kan bankası ve kan nakil merkezlerinin döner sermaye ile yürütülmesi ile ilgilidir. Daha sonra 09.01.1961 tarih ve 10702 Sayılı Resmi Gazete ile yayınlanan 209 Sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına bağlı sağlık kurumları ile rehabilitasyon kurumlarına verilecek döner sermaye kanunudur. Bu kanunla 1954 tarih ve 6266 Sayılı kanunla kurulan kan bankası ve kan nakil merkezleri döner sermaye idarelerinin her türlü hak ve borçlarının 209 Sayılı kanunla oluşturulan döner sermaye işletmelerine devri ile gerçekleşmiştir.⁴⁷

Hastanelerdeki döner sermaye uygulaması 209 Sayılı yasaya göre yapılmaktadır. Yasanın 3. maddesinde 1983 yılında yapılan değişiklikle, döner sermayeli kuruluşlara ürettikleri mal ve hizmetler ile yaptıkları alımları fiyatlandırma

⁴⁴ Münir Şakak (1997). **Döner Sermaye İşletmelerinde Muhasebe Sistemi**, İstanbul: Yasa Yayınları, s.21.

⁴⁵ Dallı, a.g.e., s.23.

⁴⁶ Dallı, a.g.e., s. 23.

⁴⁷ Dallı, a.g.e., s.26.

yetkisi verilmektedir. Sağlık kurumları da kar amacıyla çalışan işletmeler haline gelmişlerdir. Aynı yıl çıkarılan Döner Sermaye Yönetmeliği'nin 9. maddesinde bu işletmelerin Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın emir ve talimatlarına uygun olarak idare edileceği yer almıştır. 11.01.2001 tarihinde çıkarılan 4618 Sayılı yasayla da yalnızca hastaneler değil sağlık ocakları da kar amaçlı işletmeciler haline getirilmiştir.

Hastanelerdeki döner sermaye işletmesinin gelirleri hastanenin ihtiyaçlarının karşımada kullanılırken, bir kısmı da, örneğin %50' yi geçmemek kaydıyla, hastane personeline dağıtılabılır. Böylece personelin hastane gelirlerini olumsuz etkileyen davranışlarından (örneğin ücretsiz hasta bakımı veya kaynakların verimsiz kullanımı gibi) sakınması teşvik edilebilir. Bu dağıtım personelin kalifikasyonunun yanı sıra döner sermayeye katkısı ve hizmet üretiminde gösterdiği performans da dikkate alınarak adil bir hesaplama yöntemi kullanılarak yapılmalıdır.⁴⁸

Döner sermayeli kuruluşlarda başlangıçta yalnızca acil durumlarda ve kurumda bulunmayan personele dışardan çağrıldığında ücreti ve yol parası veriliyordu. Daha sonra orada çalışanlara da döner sermayeden ödeme yapılmaya başlandı. 1989 yılında çıkarılan 375 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile, döner sermaye gelirinin %50'sinin personele ek ödeme olarak dağıtılabileceği kabul edildi. 11.01.2001 tarihli 4618 Sayılı yasayla ek ödeme oranları değiştirildi. Yardımcı sağlık personeli ve yardımcı hizmetlerde çalışanların ödeme payı %50'den %80'e çıkarıldı. Bu oran, 2. vardiyada çalışılan günler için %30, yoğun bakım, diyaliz, yeni doğan, ameliyathane gibi yerlerde çalışanlar için %50, muayenehane açmayan başhekimler için %200 fazlasıyla tespit "edilebilir" hale getirildi. Ayrıca aynı yasayla eğitim hastaneleri ve 100'den fazla yatağı olan hastanelerdeki şef, şef muavini ve uzmanlar saat 16'dan sonra acil vakalar hariç "özel sağlık hizmeti" verebilme olanağı sağlamaktadır. Bundan elde edilen gelirin ne kadarının bu işi yapanlara verileceğini ise bakanlık belirleyecektir.⁴⁹

Devletin küçülmesinin ve kişilerin kamu hizmetlerinden faydalanırken bir müşteri gibi kabul görmesinin gündemde olduğu yeni ekonomik düzende, hastanelerin döner sermayeli kuruluşlar olarak çalıştırılması, hizmetlerin yerelliğini sağlayacağı gibi

⁴⁸ A. Mills ,**The Economics of Hospitals in Developing Countries. Part 2 : Costs and Sources of Income**, Health Policy and Planning, s.203-217.

⁴⁹ Nadir Sevinç (2001). "Pilav Üstü Az Döner", **Hekimden Hekime Dergisi**, İlkbahar Sayısı.

kişilerin sağlık hizmetleri için özel veya genel sağlık sigortası sistemlerine ödeyecekleri primler sonucu hizmetlere katkı payında bulunmaları da gerçekleştirilmiş olacaktır.⁵⁰

Döner sermaye işletmelerinin kurulmalarında temel amacı, kamu kurumlarındaki atıl kapasiteleri harekete geçirmek ve kamu yöneticilerinin hizmetteki verimliliğini ve etkinliğini sağlayacak yenilikleri geliştirebilmesine imkan sağlamaktır. Bu sistemle kurum yöneticileri merkezi yönetimin kanunun kaynak temini ve hiyerarşik yönlendirmelerin dışına çıkarak hizmetle müşteri arasındaki ilişkileri daha rasyonel ve bağımsız düzenleyebilme gücüne kavuşmaktadır.

Döner sermaye işletmelerinin kurulması ile birlikte kurumlar genel bütçenin katı kurallarından kurtulmuştur. Böylece kamu kurumları, giderlerinde serbest davranan, idari ve mali bakımdan özerk, özel olanak ve ayrıcalıkları olan ama tüzel kişiliği olmayan işletmeler oluşturmuşlardır. Bu serbestlik kamu kaynaklarının olumsuzca kullanılmasına neden olmuştur. Kanun bunun önüne geçmek için döner sermaye işletmelerinin gelir ve giderlerini tek tek tesbit etme yoluna gitmiştir.

209 sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanunda 11.02.2006 tarihinde bazı maddelerinde değişiklik yapılmıştır. Yasanın 5. maddesinde yapılan değişiklikle döner sermayelerin gelirleri sıralanmıştır. Buna göre döner sermayelerin gelirlerini belirtecek olursak;

- Her türlü muayene, teşhis, tedavi, laboratuvar, tetkik, tahlil, ameliyat ve benzeri sağlık hizmetleri karşılığında elde edilen ücretler,
- Üretilip satışı sunulacak ilk madde, malzeme, mamul, aşı, serum, protez ve benzerleri karşılığında elde edilen ücretler,
- İlâç, insan kanı ve kan ürünleri imali ile istihsal veya imal edilen diğer madde ve malzemeler karşılığında elde edilen ücretler,
- Özel tarifeli poliklinik, teşhis, tetkik, tahlil, ameliyat ve Bakanlıkça uygun görülen diğer hizmetlerden alınan ücretler,
- Bastırılan veya yaptırılan her nevi belgelerden elde edilen ücretler,
- Trafik kazaları ile ilgili olarak özel veya 2918 sayılı Karayolları Trafik Kanununa göre zorunlu sigortalı olan kişilere verilen hizmetler ile sigortalı

⁵⁰ Dallı, a.g.e., s. 23.

turistlere veya yabancı hastalara verilen sağlık hizmetlerinden elde edilen ücretler,

- Sağlık alanında verilen kurs, eğitim, araştırma yayın ve danışmanlık hizmetlerinden elde edilen ücretler,
- Diğer kamu veya özel sektör kuruluşlarının sağlık alanında sunduğu hizmetlere kredi notu verilmesi veya akredite edilmesinden elde edilen ücretler,
- Atölye, tamirhane veya depolarda gerçekleştirilen sağlık hizmetleri ile ilgili montaj, demontaj veya proje işlerinden elde edilen ücretler,
- Sağlık kurum ve kuruluşlarında üçüncü şahıslarca yapılacak sağlık alanı dışındaki tanıtım hizmetlerinden elde edilen ücretler,
- Kurumlara üçüncü şahıslarca yapılan her türlü bağış ve yardımlar,
- Her yıl Merkezî Yönetim Bütçe Uygulama Talimatları ile belirlenen fiyatları aşmamak üzere belirlenen fiyat üzerinden Kanun kapsamına dâhil döner sermayeli işletmelere sunulan hizmet bedelleri karşılığında elde edilen gelirler,
- Kullanılmayan veya ihtiyaç fazlası olan mal veya demirbaşların tespit edilen bedel üzerinden Kanun kapsamına dâhil döner sermayeli işletmelere devredilmesi karşılığında elde edilen gelirler.
- Aynı kanunun 7. maddesinde 11.02.2006 tarihinde yapılan değişikle döner sermayelerin giderleri sıralanmıştır;
- Deneysel amaçlı ve hizmet gereği canlı hayvan beslenmesi ve bunların ürünlerinden faydalanılması ile ziraât mahsullerden ihtiyaç görülenlerin yetiştirilmesi, bakımı ve satışına ilişkin giderlerin yapılması ile vergi, resim, harç ve komisyon giderleri,
- Döner sermaye kazancının elde edilmesiyle ilgili giderler.
- Tamirat, tadilat, inşaat, tıbbî ve fennî tesisat ile kamulaştırma yaptırılmasıyla ilgili giderler,veya taşınmaz mal satın alınması, ihtiyaç duyulan taşınmaz mallar üzerinde sınırlı aynî hak tesis edilmesi, kiralanması veya bunlara ilişkin yapılan her türlü giderler,
- Tamir ve imal atölyeleri açılması ve bunlara sermaye tahsis edilmesi,
- Fiyatlandırılan mamullerin serbest piyasaya veya sair müesseselere intikal ettirilmesi ve buna ilişkin giderler,

- Kanun kapsamına dâhil döner sermayeli işletmelerden, Merkezî Yönetim Bütçe Uygulama Talimatlarında belirlenen fiyatları aşmamak üzere belirlenen fiyat üzerinden temin edilen hizmet alım giderleri,
- Bakanlığa bağlı diğer döner sermayeli işletmelerin kullanmadıkları veya ihtiyaç fazlası olup bedeli karşılığında devralınan mal ve demirbaşaya ilişkin giderler,
- Yılı yatırım programı ile ilişkilendirilmesi kaydıyla, Merkezî Yönetim Bütçe Ödeneği ile devam etmekte olan kurum ve kuruluşun bina projelerinin tamamlanmasına yönelik inşaat işleri için yapılan giderler,
- Döner sermayeli işletmelerin, tıbbî cihaz, tıbbî sarf malzemesi, ilâç ve büro malzemeleri gibi merkezî olarak satın alınmasında fayda görülen mal alımları ile hizmet alımları için yapılan her türlü giderler,
- Eğitim hastanelerinde uzmanlık eğitimi yapmakta olan yabancı uyruklu asistanlara ilgili mevzuat uyarınca yapılan ödemeler.

209 Sayılı Kanunun 7. maddesinde yer alan ifadeye göre döner sermaye işlemleri Muhasebe-i Umumiye Kanuna tabi değildir. Döner sermayelerin gelirleri ve masrafları mali yılın bitiminden itibaren 4 ay içerisinde merkez müdürlüğünce genel bir bilanço düzenlenerek Sayıştay'a ve Maliye Bakanlığı'na bildirilir. Sayıştay ve Maliye Bakanlığı bir ay içerisinde ilgili kurumun döner sermaye işlemlerini tetkik eder. Bu maddeden yapılan atıfla, döner sermaye işlemleri 24.12.2003 tarihinde Resmi Gazete'de yayımlanan 5018 Sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanuna göre yapılacaktır.

Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu ile, döner sermayeler bu kanunun amacına uygun olarak işletilecek, kamu kaynakları daha etkili, ekonomik ve verimli bir şekilde kullanılacaktır. Bununla beraber, mali saydamlık sağlanarak, tüm mali işlemler kontrol altına alınacaktır. Döner sermaye işletmeleri, gerçekleşen tüm işlemleri için hesap verebilir nitelikte olacaktır. Kontrol mekanizmasının kurulmasıyla hastaneler, döner sermaye gelirlerini artırma yoluna giderek kamu kaynaklarını zarara uğratamayacak ve mali işlemler ilgili idarece denetlenecektir.

Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanununun 81. maddesine göre, döner sermayelerin mali işlemleri, mali yönetim ve kontrol sistemi kuruluncaya kadar Maliye Bakanlığı'nın birimleri tarafından yapılmaktadır. Aynı kanunun 10. geçici maddesinde,

“Genel yönetim kapsamındaki kamu idarelerine bağlı olarak kurulan döner sermaye işletmeleri ve fonların bütçeleri, ilgili idarelerin bütçeleri içinde yer alır. Bu kanun kapsamındaki kamu idarelerinde kurulmuş döner sermaye işletmeleri ile fonlar, 31.12.2007 tarihine kadar tasfiye edilir. Bu süre sonuna kadar döner sermaye işletmeleri ile fonların borç ve yükümlülüklerinin tasfiyesi için ilgili idarelerce gerekli tedbirler alınır. Bu süre sonunda varlıkları ve kadroları ilgili kamu idaresine devredilir. Döner sermaye işletmeleri ve fonların tasfiyesine ilişkin esas ve usuller, Maliye Bakanlığının teklifi üzerine Bakanlar Kurulunca çıkarılacak yönetmelikle belirlenir.” denilmektedir.

Tablo 2. 1999- 2001 Yılı Döner Sermaye Gelirleri

	1999	2000	2001
Döner Sermayeli Kurum Sayısı	587	608	608
Toplam Nominal Sermaye	100.000.000	200.000.000	400.000.000
Toplam Tahmini Bütçe	433.720.196	863.796.851	1.127.723.778
Toplam Gelir	351.048.210	608.827.767	1.023.761.029
Toplam Gider	308.780.594	585.920.581	963.636.951

Kaynak: Sağlık Bakanlığı (2002), “Türkiye Sağlık Hizmetlerinde Üç Yıl Mayıs 1999- Mayıs 2002”, s.35.

2000 yılında nominal sermaye %100 artırılarak 200 milyon YTL yükselmiştir. 2001 yılınca ise 400 milyon YTL’ ye yükselmiştir. 2000 yılı gelirleri 1999 gelirlerine göre %57,7 ve 2001 yılı gelirleri 2000 yılı gelirlerine göre %59,4 oranında artmıştır.⁵¹

Döner sermayelerin kendilerine ait muhasebe yönetmelikleri ve ihale kanunları vardır. Bu kuruluşlar personeline ek ödeme yapabilmektedir. 3418 Sayılı Kanun çerçevesinde kurulmuş olan özel fonların ve bütçe-içi kurumlar bağlı döner sermayelerin satın alma ve tedarik prosedürleri Bakanlar Kurulu tarafından yayımlanan yönetmeliklerle belirlenir. Döner sermayelerin satın alma ve tedarik prosedürleri Konsolide bütçe kurumlarından daha basittir nedeni ise vize şartının döner sermaye işletmeleri için geçerli olmamasıdır. Döner sermaye işletmeleri açıklık ve adillik ilkesini

⁵¹ Sağlık Bakanlığı (2002). “Türkiye Sağlık Hizmetlerinde Üç Yıl Mayıs 1999- Mayıs 2002”, s.35.

gözettiği sürece, özel sektördeki sağlık işletmeleri gibi satın alma ve tedarik prosedürlerini uygulayabilir.⁵²

Döner sermaye işletmeleri ile kamu kurumunun, devletin temel hizmetini yerine getirirken ortaya çıkan iktisadi nitelikteki mal ve hizmet üretimlerinin piyasada fiyat karşılığı değerlendirilmesi için, kendi bütçesinden harcama olarak ayırdığı döner sermaye ödeneği ile kurduğu işletmesi vasıtasıyla gelir sağlama amacı gerçekleşmiş, piyasada talep karşılanmış, devlete ek gelir sağlanmış, atıl kapasite doldurulmuş olur.⁵³

Hastanelerde döner sermayeleri çıkar amaçlı kullananların devlete yüklediği faturalar, devleti güç durumda bırakmıştır. Hastanelerde gereksiz ameliyatlara artmış, hastalara yanlış teşhisler konulmuş ve sonuçta ortaya çıkan tablo, döner sermayeden fazla pay almak isteyenlerin işine yaramıştır. Hastaneler nitelikli iş yapmaktan çok, döner sermaye sistemi ile birlikte nicelikli iş yapmaya yönelmiştir.

Döner sermayeler yüksek enflasyon ortamında vakıflar ve kısıtlı bütçeli devlet kurumları için yenilikçi çözüm oluşturmaktadır. Sağlık sektöründe sayıları her geçen gün artan döner sermayeler, kaynak kullanımları ve hedefe ulaşma başarıları konusunda özel bir sorumluluğa sahip değildir ve yıllık faaliyet raporları hazırladıkları halde ve hesapları denetlendiği halde, kamu fonlarının kullanımında şeffaflıktan uzak bir unsur bulunmakta ve bu fonların kullanımı için potansiyel olanaklar sağlamaktadır. Döner sermayeler bütçenin kapsamını daraltmakta ve bütçe kontrollerinin etkinliğini azaltmaktadır. Bunun yanında avantaj olarak gördüğümüz döner sermayeler doğru kullanıldığında sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırabilecek kaynağın elde edilmesine olanak sağlar. Döner sermayeler, devletten aldığı maaşa ek olarak doktorlara kaynak tahsis etmenin yanında tedavi için kullanılan cihazların satın alınmasını sağlamak için de kullanılmaktadır.⁵⁴

4. Toplum Finansmanı

Sağlık hizmetlerinde bir finansman kaynağı olarak belirtilen toplum finansmanı; toplumun malzeme işgücü gibi yönlerden katkıda bulunması ile yapılan finansmandır. Burada toplumun katkıda bulunuyor olması, toplumun kendi

⁵² **Dünya Bankası Dökümanı (Mart-2003)**. “Türkiye: Daha İyi Erişim ve Etkinlik İçin Sağlık Sektörü Reformu”, Ankara:Rapor No:24358, s.142.

⁵³ Nihat Edizdoğan (1995). **Kamu Bütçesi**, Ekin Kitabevi, Bursa, s.39

⁵⁴ **DBD (Mart-2003)**, s.143.

potansiyelinin farkına varmasını sağlar. Bireysel olarak tıbbi malzeme satın alınması toplum finansmanı sayılmaz. Burada önemli unsur birlikteliktir.

Gelişmekte olan ülkelerde, temel sağlık hizmetleri çabalarında toplum katılımı ve ulusal çapta kendi kendine yeterli olmanın önemi vurgulanmaktadır. Bu ülkelerde tam kapasite kullanılmayan ulusal ya da yerel kaynakları harekete geçirerek, kültürel açıdan uygun, kabul edilebilir hizmet sunma sistemleri oluşturarak, temel sağlık hizmetlerinin herkes için ulaşılabilir duruma geleceği umulmaktadır. Dolayısıyla bazı devletler ve çok sayıdaki sivil toplum örgütleri bu yola başvurumaktadırlar. Bu konuya karşıt görüşte olanlar, finansman yükünün bunu en az kaldırma gücünde olanların üstünde (örneğin kırsal kesimdeki fakir köylerde imece usulüyle sağlık ocağı binasının yaptırılması) olduğunu ileri sürmektedirler.⁵⁵

5. Gönüllü Hayır Kuruluşlarının Katkıları

Sağlık hizmetlerinin finansmanında rastlanılan diğer bir yöntem de gönüllü hayır kurumlarının katkılarıdır. Bunlar, işletmelerin, zengin birey ve ailelerin ve dinsel örgütlerin gönüllü yardımlarıdır.

Bu tür yardımlar parasal destek şeklinde olabildiği gibi, hizmet sunma, malzeme ve teçhizat ya da fiziksel mekan sağlama şeklinde de olabilir.

Gönüllü hayır kurumlarının katkılarının yarattığı sorunlar dolaylı yoldan ortaya çıkmaktadır. Geçmişte, özellikle dünyanın belli kesimlerinde (Afrika gibi), önemli rolünü yitirmeye başlayan bu finansman kaynağının açtığı sorunlar;⁵⁶

- 1) Yardım yapan kuruluş veya şahısların öncelikleri, yardımı alanın önceliklerinden çok farklı olabilir.
- 2) Bu tür katkılar başka finans kaynaklarının azalmasına ve ya onların yerini almaya da yol açabilir.

Yukarıda bahsedilen sorunlara örnek verecek olursak, yardıma konu olan malların uzun dönemde bakım ve onarım masrafları sorun yaratabilir. Ayrıca yardımlar vergiden muaf oldukları için az da olsa genel vergi gelirlerini azaltabilirler. Günümüzde

⁵⁵ Çilingiroğlu, a.g.m., s.403-404.

⁵⁶ Tatar, a.g.e.,s.48.

acil yardım ve afetler dışında uluslar arası düzeyde bağış ve yardımlar giderek önemini kaybetmektedir.

6. İşverenin Finanse Ettiği Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetlerinin bu tür sunumu yalnızca insancıl niyetlerden değil, sağlıklı olmayan işçinin düzenli saatlerde ve verimli çalışamayacağı görüşünden hareket eder. İşveren bunu isterse sağlık kuruluşlarından sağlık hizmeti satın alarak ya da işyerinde sağlık personeli çalıştırarak yapar.

İşverenler sağlık hizmetlerini, çeşitli yollarla, çalışanlarının ihtiyaçlarının tamamını veya bir bölümünü finanse edebilir. Ailenin diğer bireylerinin kapsayan bir uygulama değildir.

Bu yöntemin hiçbir ülkede sağlık hizmetlerinin finansmanında ağırlıklı bir yere sahip olmadığı belirtilmektedir.

II. TÜRKİYE DE VE OECD ÜLKELERİNDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

Ülkeleri sağlık sistemlerini finanse ediş açısından yaygın olarak başvurulan yöntemlere göre üç gruba ayrılabiliriz;⁵⁷

- 1) Temel olarak vergilemeye dayanan ülkeler,
- 2) Sosyal güvenceye dayanan ülkeler,
- 3) Devlete ait bütçe fonlarının merkezi planlama esasına göre normatif biçimde dağıtıldığı ülkeler.

Sağlık hizmetlerinin finansman sistemleri benzer biçimde Kamu Yardımı Sistemi, Sağlık Sigortası Sistemi ve Sosyalleştirme Sistemi olarak da benzer bir sınıflamaya tabi tutulabilir.

Kamu Yardımı Sisteminde, yeterli mali gücü olmayanlar için sağlık hizmetlerinden yararlanma karşılığında ücret alınmaz. Belirli bir mali gücü olanlar ise sigortalanır. Vergi ve sigorta yoluyla finansmanın birleştirilmiş biçimi olarak görülür.

Sağlık Sigortası Sistemi, genellikle sanayileşmiş batı ülkelerinin tercih ettiği bir finansman biçimi olup, pek çok ülkede kısmen uygulanan bir finansman tekniğidir.

⁵⁷ WHO (1998). "The World Report", Geneva, s.168.

Sistemin esası riskin sigortalılar tarafından paylaşılması esasına dayanır. Kişiler ödeme güçlerine göre sisteme prim ödeyerek katkıda bulunurlar ancak sağlık hizmetlerinden ödenen prime bakılmaksızın ücretsiz veya kısmen ücretli olarak yararlanırlar. Sağlık hizmetlerinin sigorta primleri ile finanse edilmesi usulü *Bismark* modeli olarak adlandırılır ve uygulamanın en başarılı örneği olarak Almanya gösterilir. Sosyalleştirme sistemi, ulusal sağlık sistemi veya *Beveridge* modeli olarak adlandırılır. Bu modele göre sağlık hizmetlerinin finansmanı vergilemeye dayanır. Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin tamamı devlet tarafından vergilerle finanse edilir. İngiltere ve eski doğu bloğu ülkelerinin tercih ettiği bir finansman biçimidir.⁵⁸

A. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

Türkiye’de birçok ülkede olduğu gibi sağlık hizmetlerinin finansmanında kamu ve özel olmak üzere ikili bir yapı vardır. Kamu, Sosyal sigortalar kurumları ve vergilerden karşılanan hizmetler aracılığıyla, özel sektör ise özel sağlık kuruluşlarının sunduğu sağlık sigortaları ile sağlık hizmetlerinin finansmanına katılmaktadır.⁵⁹

Ülkemizde insan sağlığını koruyacak ve geliştirecek çabaları, birçok ülkede olduğu gibi devlet göstermektedir. Anayasanın 56. maddesi gereğince; “Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesinin sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir”. Sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesinin düzenlemek görevi devletindir.

Türkiye’de sağlık hizmetleri sistemi, gerek hizmet arzı, gerek hizmet talebi, gerekse finansmanı açısından karmaşık yapıya sahiptir. Tüm sağlık hizmetleri kamu ve özel sektörde değişik kurumlar tarafından sunulurken, hizmet talebinde bulunanlar da sağlık sigortası kapsamında olanlar ve olmayanlar diye iki gruba ayrılmakta, kapsam

⁵⁸ Yıldırım, a.g.e., s.15-16.

⁵⁹ Derya Tiryaki, Mehtap Tatar (2000). “Sağlık Sigortası: Teori ve Uygulama”,Ankara: **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt:5, Sayı:4, s.129.

içinde olanlar ise gerek hizmet alımı gerekse finansmanı yönüyle farklı rejimlere tabi bulunmaktadır.⁶⁰

Tablo 3. Sağlık Hizmetleri Sunumu ve Finansmanı

Hizmet Sunumu	Finansman Kaynakları
Kamu Kesimi -Sağlık Bakanlığı -SSK -Üniversite Hastaneleri -Belediye Hastaneleri -KİT hastaneleri -Savunma Bakanlığı -Diğer Kamu kurumları	Genel Finansman -Sağlık Bakanlığı -Yüksek Öğrenim Kurumu -Savunma Bakanlığı -Diğer Kamu Kuruluşları Zorunlu Sigorta -Sosyal Sigortalar Kurumu -Bağ-kur -Emekli Sandığı
Özel Kesim -Yerli ve Yabancı Azınlık Hastaneleri -Özel Hekimler -Özel Eczaneler -Özel Hastaneler	Özel Sandıklar Özel Sigortalar Özel Ödemeler

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Türkiye Sağlık Sistemi Reformu, Ankara, 1996, s.5.

Tablo 3’de Türkiye’deki sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansman kaynakları verilmektedir. Sağlık hizmetleri esas olarak Sağlık Bakanlığı, SSK, Üniversiteler, Milli Savunma Bakanlığı’na bağlı kuruluşlar ile özel hekimler ve eczacılar tarafından sunulmaktadır. Diğer Bakanlıklar, kamu kuruluşları, ve diğer özel sektör hastaneleri, dini gruplar ve azınlıklar ile yabancı toplulukların birçok vakıf ve hastaneleri bulunmaktadır.

⁶⁰ Mehmet Tokat (1994). **Sağlık Ekonomisi**, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayın No:793, s.14.

Türkiye sağlık hizmetleri finansmanında üç temel kaynağa sahiptir:⁶¹

- 1) Vergi gelirleriyle finanse edilen ve büyük oranda Sağlık Bakanlığı'na, Milli Savunma Bakanlığı'na, üniversite hastanelerine ve diğer kamu kuruluşlarına ve aktif memurların sağlık hizmeti harcamalarına tahsis edilen genel devlet bütçesi,
- 2) SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı üyelerinden elde edilen sosyal güvenlik katkıları,
- 3) Özel hekimler ve kuruluşlara direkt ödeme ve gönüllü sağlık sigortası için ödenen primler ve ortak ödemeler şeklinde olan cepten yapılan ödemeler/kullanıcı katkıları.

Sağlık güvencesi olan nüfusun bir kısmı, SSK, Bağ-Kur, ve özel sigortada olduğu gibi, çalışanlar ve işverenler tarafından ödenen primler karşılığında hizmetlerden faydalanırken, diğer bir kısmının sağlık harcamaları emekliler ve aktif devlet memurlarında olduğu gibi devletçe karşılanmaktadır. Sağlık güvencesi olmayan nüfusun bir kısmı aldıkları sağlık hizmetlerinin karşılığı olarak direkt ödeme yaparken, ödeme gücü olmayanların sağlık giderleri devlet tarafından belirli ölçülerde çeşitli fon gelirlerinden karşılanmaktadır.

Tablo 4'de sigorta primlerinin sağlık harcamalarını karşılama durumu gösterilmiştir. Yıllar itibariyle baktığımızda 1996 yılında sağlık harcamalarının %82,4'ü sigorta primlerinden karşılanırken daha sonraki yıllarda bu oranın düştüğü görülmektedir. Sigorta primleri 2005 yılına gelindiğinde sağlık harcamalarını %50'sini bile karşılayamaz duruma gelmiştir.

⁶¹ S.Savaş, ve diğ. (2002). **Health Care Systems in Transition: Turkey**, European Observatory On Health Care Systems.

Tablo 4. Tahsil Edilen Sigorta Primlerinin Sağlık Harcamalarını Karşılama Durumu (Bin YTL)

Yıllar Years	Gelir Income	Artış Oranı (%) Increase Rate	Gider Expenditure	Artış Oranı (%) Increase Rate	Karşılama Oranı Proportion Rate (%)
1996	15.163		18.412		82,4
1997	43.270	185,4	54.499	196,0	79,4
1998	75.973	75,6	201.254	269,3	37,7
1999	142.707	87,8	413.417	105,4	34,5
2000	285.075	99,8	730.296	76,6	39,0
2001	518.816	82,0	1.228.849	68,3	42,2
2002	964.303	85,9	2.195.308	78,6	43,9
2003	1.410.561	46,3	3.183.146	45,0	44,3
2004	1.965.189	39,3	3.719.356	16,8	52,8
2005	1.707.701	-13,1	3.625.815	-2,5	47,1

Kaynak: www.saglikbakanligi.gov.tr. (erişim: 04.05.2006)

1. Genel Bütçe

Genel bütçe vergilerle finanse edilmekte ve Parlamento, DPT ve Yüksek Planlama konseyi tarafından hazırlanmaktadır. Daha sonra bütçe TBMM tarafından tartışılmakta ve düzenlenmektedir ve yönetimim maliye bakanlığı yapmaktadır. Genel bütçe Sağlık Bakanlığı, Savunma Bakanlığı, üniversite Hastaneleri, ve diğer kamu kuruluşlarınca verilen hizmetlerini finanse eden temel bir kaynaktır. Aktif memurların ve bağımlıların sağlık hizmetleri genel devlet bütçesi yoluyla finanse edilmektedir.⁶²

Kamu sağlık harcamaları içerisinde en büyük paya sahip olan Sağlık Bakanlığı'nın en önemli finans kaynağı genel bütçe aracılığıyla sağlanan vergi gelirleridir. Hastanelerin döner sermaye gelirleri ve ek vergiler (tahsis edilmiş vergiler; örneğin, taşıt alım, akaryakıt tüketim vergileri, sigara ve alkollü içkilerden alınan

⁶²Türkan Yıldırım (2004). *Avrupa Birliği Genişlemesi ve Sağlık: Avrupa Birliğine Uyum Sürecinde Türk Sağlık Sisteminin Karşılaşabileceği Sorunlar*, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, s.155.

vergiler ile eğitim, gençlik, spor ve sağlık hizmetleri vergisi gelirleri gibi) önemli ek finansman kaynaklarıdır.⁶³

Tablo 5. Sağlık Bakanlığı'na Tahsis Edilen Genel Devlet Bütçesi Yüzdesi(1995-2004)

Yıllar	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
%	3,6	2,7	3,2	2,6	2,5	2,3	2,3	2,4	2,46	3,19

Kaynak:Sağlık Bakanlığı, “Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı”, 2004.

Sağlık Bakanlığı'na genel bütçeden ayrılan pay yıllara göre farklılık göstermiş ve 2002 yılına gelindiğinde genel bütçeden Sağlık Bakanlığı'na % 2,4 lük bir pay ayrılmıştır.

Sağlık Bakanlığı ülkemizde koruyucu sağlık hizmetlerinin tek sunucusu , birinci basamak tedavi ve yataklı tedavi hizmetlerinin ise en yaygın sunucusu olması itibarıyla ülkenin tüm sağlık hizmetlerinin sunumunda tartışmasız en büyük paya sahiptir. Buna rağmen diğer ülkelerle karşılaştırıldığında Sağlık Bakanlığı'na ayrılmış mali kaynaklar çok düşüktür. Bakanlığın konsolide bütçe içindeki payı Cumhuriyetin kuruluşundan bu yana %2.2 ile %4.7 arasında değişmektedir.

Yeşil kart programı sağlık hizmetlerini ödeme gücü az olan ya da hiç olmayan fakir kişilere sağlık hizmeti sunmayı hedefleyen bir mekanizma olarak ortaya çıkmıştır. 1992 yılında 3816 Sayılı Kanunla yürürlüğe giren Yeşil Kart programı hedef kitesine ücretsiz sağlık hizmeti sunmaktadır.

Tablo. 6 1992- 2001 yılları arasında Yeşil Kart kapsamında olan nüfusu vermektedir. Şu anda yaklaşık olarak 11.3 milyon vatandaş Yeşil Kart programından yararlanmaktadır.⁶⁴

⁶³ Çilingiroğlu, a.g.m., s.408.

⁶⁴ **World Bank (2003)**. “Turkey Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency”, Volume I: Main Report.

Tablo 6. Yeşil Kart Kapsamında Olan Nüfus (1992-2001)

Yıllar	Yeşil Kart Başvuruları	Yeşil Kart Verilenler	Toplam Nüfus	Kapsam İçindeki Nüfus
1992	910.873	365.509	58.179.932	0,6
1993	2.971.722	2.211.341	59.052.631	3,7
1994	4.469.935	3.671.452	59.938.421	6,1
1995	5.977.439	4.996.728	60.837.497	8,2
1996	6.948.328	5.713.066	61.564.398	9,3
1997	8.246.854	6.666.978	62.865.574	10,6
1998	9.592.807	7.760.443	64.166.750	12,1
1999	10.944.955	8.721.629	65.505.088	13,3
2000	12.555.783	10.125.706	67.844.903	14,9
2001	14.213.305	11.346.250	69.272.291	16,4

Kaynak: World Bank, “Turkey Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency”, VolumeI: Main Report, March, 2003.

2. Sosyal Güvenlik Programları

Türkiye’de üç temel sosyal güvenlik programı bulunmaktadır.

- 1) Özel sektör çalışanları ve kamu sektörü işçilerine yönelik sigorta programı olan Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK),
- 2) Serbest çalışanlara yönelik sigorta programı olan Bağ-Kur,
- 3) Emekli memurları sigorta eden program olan Emekli Sandığı.

SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı Türkiye’nin sosyal güvenlik sistemini oluşturmakta ve ülke nüfusunun % 85’den fazlasını kapsamına almaktadır. Sosyal güvenlik kurumlarınca yapılan sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı 1996 ile 2001 yılları arasında iki kattan fazla artmış, 1996’ da % 0,96 iken 2001’de % 2,2 olmuştur. Sisteme bağımlı olma oranı (prim ödeyen aktif üye başına bakmakla yükümlü olunan kişi sayısı) 2000 yılında SSK için 4,41, Bağ-Kur için 3,54 ve Emekli Sandığı için 3,51’dir.⁶⁵

⁶⁵ DBD (Mart-2003).. a.g.ç, s.144.

Aşağıdaki tabloda sağlık bakanlığının sosyal güvenlik programlarına yaptığı bütçe transferleri gösterilmiştir.

Tablo 7. SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığına Yapılan Bütçe Transferleri (YTL)

Yıllar	SSK	BAĞ-KUR	EMEKLİ SANDIĞI	TOPLAM	BÜTÇE HARC. İÇİND. ORANI (%)	GSMH İÇİND. ORANI (%)
1999	1.111.000	796.145	1.035.000	2.942.145	10,5	3,8
2000	400.000	1.051.460	1.775.000	3.226.460	6,9	2,6
2001	1.108.000	1.740.000	2.675.000	5.523.000	6,9	3,1
2002	2.386.000	2.622.000	4.676.000	9.684.000	8,4	3,5
2003	4.808.617	4.930.000	6.145.000	15.883.617	11,3	4,5
2004	5.757.000	5.273.000	7.800.000	18.830.000	12,4	4,4
2005	7.507.267	6.926.000	8.889.300	23.322.567	14,7	4,8

Kaynak: www.saglik.gov.tr (erişim: 12. 05. 2006)

2.1. Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)

1945 yılında 4792 Sayılı kanunla “İşçi Sigortaları Kurumu” adıyla kurulmuş olan SSK, 1964 tarihli ve 506 Sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu ile Sosyal Sigortalar Kurumu adını almıştır. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’na bağlı, mali ve idari bakımdan özerk ve tüzel kişiliği bulunan bir devlet kurumudur.⁶⁶

SSK tüm özel sektör çalışanlarına ve kamu çalışanlarına sağlık alanında hem uzun vadeli sigortacılık, hem de sağlık hizmeti veren bir kamu kuruluşudur. 506 Sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu’na göre; sigortalılara sürekli iş görmezlik geliri, malullük veya yaşlılık aylığı alanlar ile bunların eş, çocuk, ana ve babalarına, dul ve yetimlerine sağlık yardımı yapılmaktadır. Bunun yanı sıra, ikili anlaşma gereğince dış ülkelerde bulunan Türk işçilerinin Türkiye’deki eş ve çocukları ile kendilerinin Türkiye’de

⁶⁶ Ayşe Yiğit Şakar (Eylül-1999). *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları*, İstanbul: Türkiye Sağlık İşçileri Sendikası, s.54.

bulunmaları sırasında hastalanmaları halinde tedavileri SSK tarafından sağlanmaktadır. SSK, ülke nüfusunun yaklaşık % 43'üne sağlık hizmeti vermektedir.⁶⁷

506 Sayılı yasaya göre, “ Hastalık Sigortası Prim Oranı” sigortalının prime esas kazancının %11'i olup, bunun %6 'sı işveren ve %5'i de sigortalı payıdır. SSK da farklı sigorta kolları ayrı ayrı finanse edilmeye çalışılmakla birlikte fazla veren sağlık sigortası fonları diğer sigorta fonlarına, örneğin emekli aylıklarına transfer edilebilmektedir.⁶⁸

Tablo 7. incelendiğinde, SSK'nın hazine yardımlarının tutarı 1999 yılında 1.111.000 YTL iken, 2000 yılında bu miktar 400.000 YTL düşmüştür. 2001 yılında 1.108.000 YTL olmuştur. Daha sonraki yıllarda artmış ve 2005 yılına gelindiğinde SSK'ya 7.507.267 YTL hazine yardımı yapılmıştır.

SSK'nın hizmet sunduğu nüfus grubundaki artışa paralel olarak sağlık alt yapısında da aynı ölçüde genişleme sağlanamamış olması sağlık hizmetlerinde darboğaza yol açmaktadır. Sigortalıların taleplerinin karşılayacak ölçüde arz kapasitesinin artırılmaması sebebiyle, anlaşmalı hekim ve kurumlardan alınan hizmetler için yapılan ödemeler sürekli artmıştır. Kurumun kendi dışındaki kamu ve özel hizmetlerinden uygun şartlarda yaralanması alternatifinin gerçekçi bir şekilde değerlendirilmesi gereği vardır. SSK'nın ürettiği ve dışarıdan satın aldığı hizmetlerin maliyet-fayda analizinin yapılması ve buna dayanarak stratejik kararların alınması gerekmektedir. Hatta bunun bir ileri safhası olarak, SSK'nın ürettiği hizmetlerin de piyasa şartlarında kullanılması (yani değişik hizmet sunucularından hizmet satın alınması ve üretilen hizmetin talep eden bütün kesimlere satılması) hususu gündeme getirilebilir. SSK hastanelerinin döner sermayeli özerk sağlık işletmeleri haline dönüştürülerek piyasaya hizmet üreten kuruluşlar haline getirilmesiyle, bunların hem kuruma olan mali yükü ortadan kalkacak hem de hizmetin kalitesi açısından avantajlı duruma geçilebilecektir.⁶⁹

⁶⁷ T.C. Sağlık Bakanlığı (Ocak 2001), “Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Finansmanı ”, Ankara: Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, s.14.

⁶⁸ T.C. Sağlık Bakanlığı (1996). “ Türkiye Sağlık Sistemi Reformu”, Ankara: Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, s.5-6.

⁶⁹ Yıldırım, a.g.e., s.74.

2.2. Bağ-Kur (Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu)

Türkiye’de üç büyük sosyal güvenlik kuruluşlarından olan Bağ-Kur, 1479 Sayılı Yasa ile 1971 yılında kurulmuş, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’na bağlı, mali ve idari bakımdan özerk bir kamu tüzel kişiliğidir. 1983 yılında çıkarılan 2926 Sayılı Yasa ile kırsal kesimde bağımsız çalışan çiftçileri de kapsama almıştır. Ayrıca köy ve mahalle muhtarları ile yurt dışında çalışan Türk vatandaşlarının yanında olmayan eşleri, ev kadınları ve belirli bir işi olmayanlar da isteğe bağlı olarak Bağ-Kur’un verdiği hizmetlerden yararlanabilirler.⁷⁰

Zorunlu olarak Bağ-Kur tarafından sigortalanması gerekenler iki grupta sınıflandırılmıştır. İlk grupta yer alan esnaf, sanatkar, tüccar, sanayici ve diğer bağımsız çalışanlar ile mahallelerin ya da köylerin idaresinden sorumlu muhtarlar, 1479 Sayılı kanun çerçevesinde zorunlu sigortalı olarak Bağ-Kur’a kayıt yaptırmakla yükümlüdür. 1479 Sayılı kanun çerçevesinde sigortalanmış kişiler yaşlılık, malullük ve hak sahiplerine ödenen sigortalar ve sağlık sigortası dahil olmak üzere uzun vadeli sigorta imkanlarından yararlanma hakkına sahiptir. İkinci grup ise hiçbir sosyal güvenlik kurumunda sigorta kaydı olmayan ve bir hizmet akdi çerçevesinde bir işveren için çalışmayan, 2629 Sayılı kanun çerçevesinde Bağ-Kur’a kayıt yaptırmaya zorunluluğuna sahip olan tarım sektörü çalışanlarından oluşur. 2926 Sayılı kanuna tabi olan sigortalılar da yaşlılık, malullük ve hak sahiplerine ödenen sigortalılar ile sağlık sigortası dahil olmak üzere uzun vadeli sigorta kollarından yararlanma hakkına sahiptir.⁷¹

Bağ-Kur’un kendisine ait sağlık tesisleri bulunmamaktadır. Sağlık hizmeti, Sağlık Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, mahalli idareler, üniversiteler, kamu iktisadi teşebbüslerine ait sağlık tesisleri ile diğer sağlık tesislerinden satın alma yoluyla sağlanmaktadır. Teşhis ve tedavi için gerektiğinde klinik laboratuvar tetkikleri yapılır. İhtiyaç duyulan ilaç ve iyileştirme araçları temin edilir. İlaç iştirak bedeli ödenir.⁷²

Sağlık sigortasına tabi sigortalıların sağlık yardımlarından faydalanmaları, en az sekiz ay eksiksiz sağlık sigortası primi ödemiş olmaları, sağlık ve sigorta primi borcu bulunmaması şartına bağlıdır (Ek md. 12). Sağlık yardımlarından yararlanacaklara bir

⁷⁰ DBD, a.g.ç., s.146.

⁷¹ DBD,a.g.ç., s. 146.

⁷² Işık, a.g.e., s.58.

yıl süreyle geçerli “sağlık karnesi” verilir(Bağ-Kur Sağlık Sigortası Yardımları Yön. Md.12).⁷³

2.3. T.C. Emekli Sandığı

T.C. Emekli Sandığı 1949 yılında kurulmuştur. Amacı devlet memurlarının emekliliklerinde ihtiyaç duyacakları sosyal güvenlik yardımlarını yapmaktır. T.C. Emekli Sandığı, Maliye Bakanlığına bağlı bir kurumdur ve sadece emekli, malul, dul ve yetimler ile bağımlılarına sağlık hizmeti sunar.Emekli Sandığı emekli memurlara yönelik bir emekli fonudur ve sağlık sigortasını da içeren diğer faydaları sağlamaktadır. Program temel olarak devlet bütçesiyle finanse edilmektedir.

Tablo 8. Emekli Sandığı Sağlık Harcamaları

Tahakkuk Ocak-Temmuz

ÖDEME TÜRÜ	2005	2006	Fark	Değişim
HASTANE	632.100.890	842.251.999	210.151.109	33,25
DİŞ TEDAVİ-PROTEZ	14.623.227	5.381.632	-9.241.595	-63,2
GÖZLÜK CAM ÇERÇEVE	24.870.727	26.027.604	1.156.877	4,65
PROTEZ	123.276	757.393	634.117	514,39
KAPLICA	220.850	570.578	349.728	158,36
İŞİTME CİHAZLARI	2.244.246	7.927.359	5.683.113	253,23
SAĞLIK YOLLUĞU	2.770.396	3.089.617	319.221	11,52
ECZANE-İLAÇ	922.930.674	751.150.045	-171.780.629	-18,61
TIBBİ MALZEME	30.353.494	37.399.091	7.045.597	23,21
TOPLAM	1.630.237.780	1.674.555.318	44.317.538	2,72

Kaynak: www.emekli.gov.tr (erişim: 17.06.2006)

Tablo 8'e göre Emekli Sandığı'nın 2005 yılında yaptığı toplam harcamaların yaklaşık olarak %56,6'sını eczana ve ilaç harcamaları oluşturmaktadır. Daha sonra % 38,7 lik bir harcama payı ile hastane giderleri takip etmektedir. Aynı durum 2006'nın ilk 6 ayı için geçerli değildir. 2006'nın ilk yarısında hastane giderleri daha fazladır.

⁷³ Şakar, a.g.e., s.65.

Emekli Sandığı'nın kendine ait sağlık tesisleri ve personeli yoktur. Bu hizmeti, mensupları için resmi ve özel sağlık kuruluşlarından satın alır. Sağlık yardımlarında ayaktan tedavide kullanılan ilaçlardan alınan %10'luk iştirak bedeli dışında üyelerden herhangi bir maddi katkı beklenmez. Üyeler, ayakta ve yataklı tedavi tesislerde teşhis ve tedavi imkanlarından yararlanırlar. Sağlık harcamaları, içinde ağırlıklı olarak genel bütçe transferlerinin bulunduğu kurumun genel gelirlerden karşılanmaktadır. Kurum, üye nüfusunun kullanmış olduğu sağlık hizmeti bedellerinin fatura karşılığı direkt ilgili kuruma ödemektedir. Kurum içinde hizmet maliyetleri ya da hizmet kullanım sıklıkları konularında hiçbir teknik analiz yapılmamakta, sadece sağlık kuruluşlarından gönderilen faturalar ödenmektedir. Bu durum, emekli sandığı için dezavantaj yaratmaktadır.⁷⁴

3. Özel Sosyal Güvenlik Sandıkları ve Özel Sigortalar

Türkiye'de, SSK kapsamı dışında bırakılmış ve Sosyal Sigortalar Kanunu'nun geçici 20. maddesine dayanılarak kurulmuş olan vakıf statüsünde "özel sosyal güvenlik sandıkları" bulunmaktadır. Bu sandıklar, sigorta ve reasürans şirketleri, ile bankalar ile ticaret ve sanayi odaları personeline yöneliktir. Bu personelin iş kazalarıyla meslek hastalıkları, hastalık, analık, malullük, yaşlılık ve ölüm ile eş ve çocuklarının hastalık hallerinde en az Sosyal Sigorta Kanunu'nda öngörülen düzeyde ve özerk bir yapıda üyelerine hizmet temin etmektedirler. Özel sandıklarda, kişilerce yapılan giderlerin geri ödenmesi sistemi yaygın olarak kullanılmaktadır. Bugün sayıları 22 olan ve bağımlılarıyla birlikte 308 bin kişiyi kapsayan özel sosyal güvenlik sandıklarıyla genel nüfusun %0.5'ine sosyal güvenlik sağlanmaktadır. Bu sandıkların bazıları (Türkiye İş Bankası Emekli Sandığı gibi) mensuplarına, SSK'nın sağladıklarının çok üzerinde sosyal güvenlik ve sağlık hizmeti temin ederken, sigorta sayıları az ve mali açıdan güçsüz olan bazı sandıklar ise geçmişten zor duruma düşmüşler,(İstanbul Bankası Emekli Sandığı gibi) bazıları da ödemelerini yapamadıklarından SSK'ya devredilmek durumunda kalmıştır.⁷⁵

Tablo 9. incelenecek olursa özel sağlık sigortasına sahip kişi sayısı 1990 yıllarda pek fazla yaygın değildi. Sigortalı sayısı 2000'li yıllara gelindiğinde artış göstermiştir. Özel sağlık sigortası 1990'lı yıllarda pek gelişmiş değildi, fakat 1990'da

⁷⁴Türkiye Sağlık Sistemi Reformu (1996) .,a.g.ç., s.7.

⁷⁵Şakar, a.g.m., s.80.

yaklaşık olarak 15.000 kişi özel sağlık sigortasına sahipti. Bugün ise özel sağlık sigortasına sahip olan nüfusun 650.000 civarında olduğu tahmin edilmektedir. Bununla birlikte, 2000 yılından bu yana özel sağlık sigorta kuruluşlarının prim gelirleri tahminleri özel sağlık sigortası alan kişi sayısında bir azalma olduğunu işaret etmektedir.⁷⁶

Tablo 9. Özel Sağlık Sigortasına Sahip Nüfus(1000)

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Özel Sağlık Sigortasına Sahip Kişi Sayısı	150	250	375	500	600	550	620

Kaynak: Savaş S., ve diğ. “Health Care Systems in Transtion:Turkey”, European Observatory On Health Care Systems, 2002, s.53.

Ülkemizde halen otuzu aşkın özel sektör kuruluşu sağlık sigortacılığı yapmaktadır. Özel sigorta yaptırmış kişiler, hem kanunla dahil olmak zorunda kaldıkları sigortaya prim ödemekte hem de daha iyi hizmet almak üzere üye oldukları özel sigortalara prim ödemek durumunda kalmaktadırlar. Özel sağlık sigortacılığı ülkemizin hızlı gelişen sigortacılık kolu olma özelliğine sahip bulunmaktadır.⁷⁷

Türkiye’de devlet ve kamu kuruluşlarının sağlık hizmetlerini karşılamadaki yetersizlikleri, özel sektör kuruluşlarınca giderilmeye çalışılmaktadır. Özel sektörde mülkiyet %89’luk bir oranla şahıslarda toplanmıştır. Bunu % 7’lik bir oranla Dernek ve Vakıflar, %2’lik bir oranla yabancılar ve yine %2’lik bir oranla azınlıklar izlemektedir.⁷⁸

B. OECD ÜLKELERİNDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

Gelişmiş ülkelerin sağlık finansmanı kurumları arasında, özellikle, üçüncü taraf ödeyiciler ya da taraflar olarak adlandırılan sigorta kurumları ağırlıklı olarak yer almaktadır. Bu durum, doğrudan kullanıcı tarafından yapılan ödemelerin önemini azaltmaktadır. Gelişmiş ülkelerin sağlık sistemleri içinde, kamu kesiminin kurmuş

⁷⁶Yıldırım, a.g.e., s.160.

⁷⁷Işık, a.g.e., s.67.

⁷⁸Nurcan Turan (2004). **Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektöründe Temel sorunlar: Çözüm İçin Sağlık Kooperatifçiliğinden Yararlanma Gereği ve Olanakları**, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları, No:1555, s.41.

olduğu sigorta kurumları ile birlikte özel sektöre ait kar amaçlı olan sigorta kurumları da vardır. Bu yapılanma nedeniyle, sağlık hizmetleri tüketicisi ve sağlık üretim birimi arasında doğrudan bir para ilişkisi bulunmamaktadır. Ödemelerde, tüketici katkısının oranı ve sistemin işleyişı ülkelere göre farklılıklar gösterebilir.⁷⁹

Gelişmiş ülkelerde gerek kamu kesimine gerekse özel kesime ait olmak üzere, çok iyi çalışan sağlık üretim birimleri ve personeli bulunmaktadır. Bu durum, kurumlar arasında rekabeti doğurmakta ve tüketici faydasını maksimize edilmesi açısından yararlı olmaktadır. Dünyadaki diğer başlıca ülkeler , İsviçre, Portekiz, Hollanda, Danimarka, İrlanda, İskoçya, Avustralya, Avusturya, Norveç, Singapur, vb. gibi finansman yöntemleri bakımından benzerlik göstermektedirler. Eski sosyalist devletler (yıkılan Sovyetler Birliği ve bu birliğe bağlı diğer ülkeler gibi) ve Çin’de tamamıyla devlet tarafından sağlanan finansman (yeni reformlarla birlikte , oranları ve çapları küçük de olsa kullanıcı katkıları ve özel sigortalar lehinde gelişmelerden söz edilebilir) söz konusudur. Dolayısıyla da ülke örnekleri ele alınırken gelişmiş veya işleyişı farklı olan ülke örnekleri ele alınmaya çalışılmıştır.⁸⁰

Gelişmiş olan veya refah düzeyi yüksek olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin finansmanı, ödeme sistemleri ve organizasyonları aşığıdaki tablo yardımıyla daha detaylı görülebilir. Tabloda görüldüğü gibi, sağlık hizmetleri finansman, mülkiyet, ödeme yöntemi ve organizasyon yapısı açısından bir ayırımı tabi tutulmuştur. Bu tabloda sağlık hizmetlerinin kamu ve özel kesim tarafından sunulmasının yanında, genel bütçe ve harcamalar üzerinde sınır olup olmadığı ve hizmetlerin entegre olup olmamasına göre sınıflandırma yapılmaktadır. Buna göre gelişmiş olan ülkelerin sağlık hizmetlerini finanse etmede kamu kesiminin rolü yanında özel kesiminde yer aldığı karma bir yapı vardır.

⁷⁹ Işıık, a.g.e., s.36.

⁸⁰ Susana Isabel and Curto de Cassas (1994). **Health Care in Latin America**, (edited by David R. Philips and Yola Verhasselt), Health and Development, Routledge, New York, s. 240.

Tablo 10. Seçilmiş Bazı Gelişmiş Ülkelerde Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı, Ödeme Sistemleri ve Organizasyon Yapıları

Ülkeler	Finansman	Sahiplik	Ödeme	Organizasyon
Kanada	Genel vergiler Merkezi yada bölgesel yönetimler	Kamu ve özel Karışık/karma	Genel bütçe	Hizmetler entegre olmamıştır
Fransa	Kontrollü sosyal sigorta, iki yönlü kamu ve özel kesim planlaması	Kamu ve özel Karışık/karma	Genel bütçe	Hizmetler entegre olmamıştır
Almanya	Kontrollü sosyal sigorta, iki yönlü kamu ve özel kesim planlaması	Kamu ve özel Karışık/karma	Genel bütçe	Hizmetler entegre olmamıştır
Japonya	Kontrollü sosyal sigorta, iki yönlü kamu ve özel kesim planlaması	Kamu ve özel Karışık/karma	Genel bütçe	Hizmetler entegre olmuştur
Kore Cumhuriyeti	Kontrollü sosyal sigorta, iki yönlü kamu ve özel kesim planlaması	Kamu ve özel Karışık/karma	Harcamalar üzerinde herhangi bir sınırlama yoktur	Hizmetler entegre olmamıştır
Singapur	Kamu hastaneleri, ulusal düzeyde sağlama ile özel sigortalar	Kamu ve özel Karışık/karma	Harcamalar üzerinde herhangi bir sınırlama yoktur	Hizmetler entegre olmamıştır
İspanya	Sosyal sigorta ve idare planlaması	Kamu ve özel Karışık/karma	Genel bütçe	Hizmetler entegre olmuştur
İsveç	Genel vergiler ve yerel yönetimler	Kamu kesimi	Genel bütçe	Hizmetler entegre olmuştur
İngiltere	Genel vergiler	Kamu kesimi	Genel bütçe	Hizmetler entegre olmuştur
ABD	Serbest tercih hakkı ve rekabet	Kamu ve özel Karışık/karma	Harcamalar üzerinde herhangi bir sınırlama yoktur	Hizmetler entegre olmamıştır

Kaynak: OECD Publications, The Reform of Health Care; A Comparative Analysis of Seven OECD Countries, Paris, 1994, s.19-27.

Avrupa Bölgesinde sağlık hizmetlerinde; vergilendirme, sosyal sigorta sistemlerine dayalı olan katkılar, isteğe bağlı özel sigortalar ve cepten yapılan ödemelere olmak üzere dört ana kaynak bulunmaktadır. Bu dört kaynak kamu ve zorunlu sigortalar (sosyal sağlık sigortası ve vergilendirme) ya da isteğe bağlı sistemler (isteğe bağlı sigorta ve cepten ödemeler) olarak sınıflandırılabilir. Avrupa'daki birçok sağlık sistemi bu dört kaynağın karması üzerine kurulmuştur. Bununla birlikte, bölge ülkeleri, sağlık sistemlerini karakterize eden ağırlıklı kamu finansman düzenlerine veya geliştirmeye çalıştıkları kamu finansman sistemine göre beş grupta toplamak mümkündür. Bu beş grup ise;⁸¹

- a) İyi kurulmuş finansman sistemlerine sahip , Bismarck modelini temel alan sağlık sistemleri (yani genellikle sigortaya dayalı olan finansman sistemleri)
- b) Bismarck modeli mantığı ile kurulmuş ancak halihazırda geçiş döneminde olan sağlık sistemleri,
- c) İyi kurulmuş finansman sistemlerine sahip, Beveridge modeli mantığı ile kurulmuş sağlık sistemleri(genellikle vergiye dayanır),
- d) Daha önceden sigortaya dayalı olup son zamanlarda vergiye dayalı olan yolunda olan ve dolayısıyla geçiş döneminde bulunan sağlık sistemleri,
- e) Daha önceden Semasko modeline bağlı olan ve sigortaya dayalı sisteme geçilmesi planlanan ve uygulama safhasında olan sağlık sistemleri.

Sigortaya Dayalı Finansman(Bismarc Modeli)

Sosyal sigorta , risklerini ihtiyaç durumunda mali güvence elde etmek için paralarıyla bir birikim yapmış birey gruplarına dağıtılması amacıyla ortaya çıkmıştır.

Avrupa'daki tüm sosyal sigorta sistemleri aynı ilkelere dayalı olmasına ve aynı amaçlara ulaşmayı planlamalarına rağmen, bu sistemler arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır. Sosyal sigorta finansmanı yıllar içinde yavaş yavaş gelişmekle beraber, bu farklılıklar ülkelerin, sosyal, ekonomik i kurumsal ve ideolojik yapılarındaki ayrılıklardan doğmaktadır.

⁸¹ **Avrupa Sağlık Reformu (1998)**, "Mevcut Stratejilerin Analizi", Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, s.115.

Tüm ülkelerde sağlık hizmetleri finansmanının ana kaynağı sosyal sigortalardır. Tüm durumlarda sosyal sigortaya yapılan katkılardan toplanan fonlar sağlık hizmetlerine aktarılmaktadır. Sosyal sigorta sistemini sübvans etmek için kısmen devlet bütçesinden sağlanan fonlar kullanılır. Buna ek olarak, devlet fonları, genellikle halk sağlığı, tıp eğitimi ve araştırması konularında da kullanılmaktadır. Buna rağmen , genel vergilendirme ile devlet bütçesinden yapılan finansman, toplam sağlık finansmanının büyük bir kısmını oluşturmaktadır.⁸²

Vergiye Dayalı Finansman (Beveridge Modeli)

İrlanda, İngiltere ve Kuzey Avrupa Ülkeleri, sağlık sistemlerinin ağırlıklı olarak genel vergi gelirleri ile finanse edildiği ülkeler arasında bulunmaktadır. Bu ülkelerde, sağlık hizmetleri yararına kurulan ilk sosyal güvenlik sistemleri 19.yy sonları ile 20. yy başlarında ortaya çıkmış ve sosyal sigorta düzeninin yapısını belirlemişlerdir. Bunlar, genel nüfusun küçük bölümlerini kapsayan bazen devlet tarafından sübvans edilen çeşitli hastalık fonlarını içermektedirler. Zamanla, sosyal sigortaya dayalı ülkelerde olduğu gibi, çabalar, kapsam altında olan nüfusun artmasına yönelik olmuştur. Sosyal sigortaya dayalı sistemlerin aksine, vergiye dayalı sağlık hizmeti finansmanını uygulayan ülkelerin vatandaşları, kamu sistemi kapsamındadır ve sağlanan hizmetler geniş kapsamlıdır. Buna ek olarak sosyal sigorta sistemi uygulamalarından farklı olarak tüm vatandaşlar için hizmet dağılımı aynı olacaktır.⁸³

Vergiye dayalı finansmanı sosyal sigortadan ayıran özellikler;⁸⁴

- Kapsam daha geniş bir kitleye yönelik oldukça, devletin vergi gelirlerinden olan sorumluluğu artmaktadır.
- Kapsam altında olan nüfus ülke geneline yayılmıştır.(Örneğin, tüm nüfusu kapsam altına alabilmek için) sigorta fonuna olan katkı payları sağlık yardımı almayı belirleyici faktördür.
- Hastalık fonları devletten ayrı kimliklerini ve bağımsızlıklarını kaybetme eğilimindedirler.

⁸²Avrupa Sağlık Reformu (1996).a.g.ç., s.117.

⁸³Avrupa Sağlık Reformu (1996). a.g.ç., s.121.

⁸⁴Avrupa Sağlık Reformu (1996). a.g.e., s.122.

- Sağlık hizmetleri sunumu(hastanelerin ve diğer sağlık hizmeti tesislerinin yönetimi doktorların ve diğer sağlık hizmeti veren personelin istihdamı) gün geçtikçe kamu sektörünün sorumluluğu altına girmektedir.

1. Amerika Birleşik Devletleri

ABD’de 1910’larda sağlık sigortacılığı yaygınlaşmaya başlamıştır. Ancak 1930’ların büyük depresyonunda, çoğu sigortalı sigorta masraflarının karşılayamaz olmuştur. Sonrasında, sağlık sektöründe bunalımdan etkilenen çıkar grupları olan hekimler ve hastaneler, kendi aralarında birlikler oluşturarak ve devletin desteğini de sağlayarak finansmanın bir kısmını üstlenmişlerdir. Böylece devlet ve hastane birlikleri sigorta şirketlerine ödemeleri, devlet ve hekim birlikleri de hekim ücretlerini karşılamaya başlamışlardır. Bu yapılardan ilki Blue Cross (Mavi Haç), ikincisi ise Blue Shield (mavi Kalkan), olarak bilinmektedir. Blue Cross Amerikan Hastaneler Birliği, Blue Shield ise Amerikan Hekimler Birliği’nce işletilmektedir. Her iki örgütünde bugün kendilerine ait bir hizmet ağı bulunmaktadır. Bugün halen Amerikan özel sağlık sektörünün yaklaşık %40’ına Blue Cross Hastaneleri ve Blue Shield Hekim Hizmeti Ağı sahiptir. Bu hizmetler kar amaçlı olmayan özel kurumlardır. Tüm organizasyon değişik derecelerde hekimlerin denetimindedir. Bu nedenlerle, diğer sağlık sistemlerine göre daha geniş kapsamlı hizmet sunarlar. Amerikan sağlık sistemindeki bir diğer önemli gelişme 1960’ların ortalarında oluşturulan iki kamu finansman kurumudur. Bunlar yoksullara ve yaşlılara yönelik hizmetleri finanse eden Medicaid ve Medicare adlı kurumlardır.⁸⁵

ABD’de sağlık hizmetlerinin finansmanı, merkezi hükümet gelirleri, Tıbbi Bakım(Medicare) ve Tıbbi Yardım(Medicaid) için yapılan genel yardımlar, özel sigortalar ve direkt ödemelerden oluşmaktadır.⁸⁶

1.1. Kamu Finansmanı (Medicare and Medicaid)

ABD’de kamu sigortası kapsamında günümüzde uygulanan sigorta biçimlerini iki şekilde ele almak mümkündür.

⁸⁵ Belek, a.g.e, s.157.

⁸⁶Susana, Isabel and Curto, de Cassas, a.g.e, s. 240.

a)*Medicare (Tıbbi Bakım ve Yaşlılara Sağlık Sigortası)*: Yoksulların, işsizlerin ve yaşlıların sağlık harcamaları sırasında karşılaştıkları güçlükler bu programların doğmasına yol açmıştır. Bu programların sunduğu sağlık güvence paketlerinin kapsamı oldukça arsa da, 1960'lara kadar hiçbir kamu sosyal güvenlik kurumunun bulunmadığı düşünülürse, kurulmalarının bile başlı başına bir gelişme olduğu söylenebilir. Medicare 1966 yılında 65 yaş üstündeki vatandaşları kapsayacak şekilde oluşturulmuştur. Ancak yararlanma açısından zaman sınırlaması vardır. Bu nedenle kronik hastalığı olanların masraflarının önemli bir kısmı yine hasta üzerine kalmaktadır. Medicare programı federal bir programdır ve genel vergilerle finanse edilmektedir.⁸⁷

Medicare sağlık hizmetleri finansman programları arasında yeganedir: Nüfusun 65 yaş ve üzerine, sürekli sakatlara ve kronik hastalığı olanlara hizmet eder. Çok büyük ve pahalı devlet destekli bir programdır. Sigortanın takibi iki ayrı ödeme planından oluşur: İlk parça zorunlu hastane ödemelerinden ve ikinci parça da ise tıbbi hizmetler için gönüllü ödemeler, ayaktan tedavi hizmetleri ve laboratuvar giderleri karşılanır. İlk parçanın finansmanı, işçi ve işverenden alınan vergilerden sağlanır. Alan kimseler bir aylık prim öder ikinci parçanın finansmanı maliyetin %25'lik kısmına karşılık; hesap farkı federal vergi gelirlerinden ödenir.⁸⁸

Medicare, yaşlıların sağlık sigortası ihtiyacının karşılanması için yardım etmede çok başarılıdır.⁸⁹

b)*Medicaid (Tıbbi Yardım Sigortası, Sağlık Yardımı)*; Medicaid 1967'de kurulmuştur. Yoksulları kapsar. Yoksulluk sınırını federal hükümet belirler. Ancak hiçbir eyalette yoksulların tamamı Medicaid kapsamına girmemektedir. Yoksulların, ebeveynleri işsiz olanların, hastalığı nedeniyle çalışamayanların, tek ebeveynli ailelerin ve yeti yitimi olanların sağlık masrafların önemli kısmını öder. Yoksul olup Medicaid kapsamına giremeyen ve her hangi bir sigorta sistemi içinde olmayan bireyler de vardır. Bu grup genellikle daha düşük kaliteli belediye hastanelerinden yararlanır. Medicaid kapsamındakiler, kurumun anlaşma yaptığı hekimlere muayene olabilirler ve

⁸⁷ Belek, a.g.e., s.162.

⁸⁸ Marie L. Lasse, William R. Lasse, Martin J. Jinks (1997). **Health Care Systems Around The World**, by Prentice- Hall, Inc. Simon & Sachuster/ A Viacom Company Upper Saddle River, New Jersey 07458, s.57.

⁸⁹ Sally T. Burner, Daniel R. Waldo and David R. McKusick (1992). **National Health Expenditure Projections Throught 2030**, Health Care Financing Rewiev, s.1-29

belirlenmiş fiyatların üzerindeki harcamalar için ceplerinden ödeme yapmak zorundadırlar.⁹⁰

Medicare bir sigorta programı olduğu halde, aynı kanunla yürürlüğe konan Medicaid federe devlet yardım programlarını destekleyen bir programdır. Finansmanı ise merkezi ve eyalet hükümetlerinin genel vergileriyle yapılır. Her eyalet kendisinin belirlemiş olduğu çerçeve içinde, bir sağlık yardım programına sahiptir. Medicaid yardımından sosyal güvenlik sistemi içinde bulunan tamamlayıcı güvenlik geliri (Supplementary Security Income, SSI) programından nakit yardımı alan herkes yararlanmaktadır. SSI yaşlılar, körler ve sakatlar için asgari gelir garantisi sağlamaktadır.⁹¹

1.2. Kar Amaçlı Özel Sigorta Şirketleri

Bu sigortadan, çoğunlukla bir işverene bağlı çalışanlar yaralanmakta ve çalışanlar prim ödemek yoluyla finansmana katılmaktadır. Uygulama çoğu kez, işyerlerine yönelik grup sigortalarının yapılması şeklinde gerçekleşir. Ancak piyasadaki büyük şirketler bu yöntemi seçerken, küçük sigorta kurumları daha çok bireylere yönelik sigortaya ağırlık vermektedirler. Grup sigortalarının avantajlı yönü bütün grup üyelerini eşit olarak ele almasıdır. Günümüzde bazı şirketlerin bunu uygulama dışına çıkardıkları görülse de hastalık riski ne olursa olsun grup üyelerinin aynı şartlarda prim ve yararlanma ilişkisi dikkate alınarak ele alınması daha ağırlıktadır. Bireysel sigortalar ise, hastaya masrafları çok olduğu için daha düşük ödeme yaptıkları için daha az tercih edilmektedir. Büyük şirketlerde devamlı ve yüksek ücretle istihdam edilenler geniş kapsamlı sigortadan yararlanırken, küçük şirketlerde, devamsız ve düşük ücretle çalışanların sigortaları ise daha dar kapsamlı olmaktadır.⁹²

Özel sigortaların ödemelerle ilgili bir takım özel uygulamaları bulunabilir. Sözgelimi sigortalıların bir yıl içinde yaptıkları harcamaların bir bölümünü karşılamaları istenebilir.⁹³

⁹⁰ Belek, a.g.e., s.162.

⁹¹ Uwe E. Reinhardt (1996). **The Health System of United States: Lessons for Other Countries**, (edited by David W. Dunlop and Jo. M. Martins), An International Assessment of Health Care Financing, Lessons for Developing Countries, The World Bank Washington, s.127.

⁹² Işık, a.g.e., s.38.

⁹³ M.W. Raffle, **The US Health System: Orgins and Functions**, Third Edition Delmar Publishers, New York USA, s. 218.

1.3. Bağımsız Sigorta Planları ve Sağlık Organizasyonları

Kimi eyalet Medicaid'leri hizmet için HMO (Health Maintance Organizations; Sağlık Bakım Organizasyonu)'ları kullanılır. Bunların dışında askeri sektörde çalışanları kapsayan iki ayrı sosyal güvenlik sistemi daha vardır. Bunlar CHAPUS ve CHAPVA'dır.

Özel sigortalı Amerikan nüfusunun %10'u HMO' lar tarafından sigortalanmıştır. Bunların kapsadıkları nüfus 1982'de %6, 1972'de %3 oranındaydı. Diğer üçüncü el sigortalama sistemlerinin tersine, HMO hem sigorta şirketi hem de hizmeti üreten kurumdur. Kullanıcılar(patron temelli bir sigorta, tek bir birey, Medicare, Medicaid olabilir), hizmetten yararlanmak üzere daha önceden HMO' ya para öderler. HMO'ların entegre karakteri onları daha ucuz hizmet üretmeye ve gereksiz hizmet üretimini engellemeye yönlendirir. Bu da harcamaları azaltıcı etki yapar. HMO' lar arasındaki rekabetin de maliyetlerin düşürülmesinde, gereksiz hizmet kullanımının azaltılmasında etkili olacağı düşünülmektedir. 1999 yılı için toplam nüfusun %30'u HMO'lara kayıtlıdır. HMO organizasyon içinde tekelleşme vardır. ABD'de en büyük beş HMO bütün katılımcıların %68'ini örgütlemiş durumdadır.⁹⁴

Diğer bir özel sigorta uygulaması PPO (Prefered Provider Organizations: Tercihli Hizmet Sağlayan Organizasyon)'dur. Bu da diğer üçüncü el sigorta şirketlerinin bir benzeridir. Tek farkı PPO'nun anlaşma yaptığı hastane ve hekimlerden belli bir indirim üzerinden hizmet sağlayabilmesidir. Ancak burada da hizmet sınırlaması vardır. Acil müdahaleler ve hastane yatışları ancak PPO'nun izni ile olanaklıdır. PPO'nun da rekabeti artırdığı belirtilmektedir.

Son yıllarda yaygınlaşmaya başlayan diğer bir hizmet organizasyonu EPO (Exclusive Provider Organizations: Belirlenmiş Üretici Organizasyonu)'dur. Bu program çerçevesinde sigorta şirketleri ve patronlar sigortalıları kendilerinin belirlediği sağlık kurumlarının kullanmaya zorunlu kılarlar. Belirlenmiş kurumların dışındakilerden yararlanmak isteyenler kendi ceplerinden ödeme yapmak zorunda kalırlar.Sıralanan tüm organizasyonların amacı harcamalardaki artışın sınırlanmasıdır. Uygulamaları arasında isimleri dışında önemli bir fark yoktur.⁹⁵

⁹⁴ Belek, a.g.e., s.165-166.

⁹⁵ Belek, a.g.e., s.166

1.4. Mavi Haç ve Mavi Kalkan Uygulaması

ABD’de modern sağlık sigortalarının tarihi gelişiminde önemli yeri olan ve Dallas Texas’da 1929’lu yıllarda bir grup okul öğretmeni tarafından kurulan Baylo Hastanesi ile önceden belirlenen aylık masraflarına karşılık oda ve tedavi hizmetleri almayı sağlayan ve daha sonra Blue Cross adını alan finansman örgütlemesidir.⁹⁶

Blue Croos hastane masraflarını, Blue Shield ise hekim harcamalarını sigorta etmektedir. Ancak uygulamada hekim ücretlerinin yüksek olması Blue Shiel’i mali açıdan zor durumda bırakmaktadır. Her iki grup her eyalette faaliyet göstermektedir. İsteyen grup poliçe yapabildiği gibi isteyen de bireysel poliçe de yapabilir. Bu tür bir sigortanın tedaviyi kendi hastanelerinde yapabildiği gibi, diğer hastanelerle anlaşarak da bunu yerine getirebilir. Bu durumda hizmetin maliyeti ucuzlamaktadır.

2. Kanada

Kanada sağlık hizmetlerinin karşılama ve finanse etme sistemi, daha önceleri geliştirilmiştir. Birleşik Devletlerin Medicare Programıyla karıştırılmamalıdır. Kanada’da devlet tarafından kısmen desteklenen genel bir program mevcuttur. 10 eyalet ve üç bölge bu programı takip etmektedir. Takip genel, geniş ve taşınabilir olmak zorundadır, bunun anlamı hastalar eyaletler arasında sevkedilebilir olmalıdır. Girişte finansal engel yoktur, ve hastalar hizmet sağlayan kimse seçiminde özgürdür. Kanada’nın sağlık sistemini 1990’da Coyte, 1991’de Rakich ve 1999’da Graig kurmuştur. Kanada’nın Medicare’i, Britanya’nın Ulusal Sağlık Hizmetlerinden daha seçkindir. Çoğu Kanada’lı hekim, imtiyazları kabul eden hastanelere sahip olmakla birlikte, özel çalışmalar da yapmaktadır. Onlar hekim organizasyonları ve iller tarafından görüşülen ücret tarifesi temel alınarak, hizmet için ücret tarifesi üzerinden iller tarafından hizmetlerinin karşılığı olan geri ödemeleri alırlar. Hastaneler vilayetler (iller) tarafından geniş ölçüde finanse edilmesi ve bütçelerinin onaylanmasına rağmen ,özel kuruluşlardır.⁹⁷

Kanada’nın sistemi 1930’lu yıllarda zorunlu sağlık sigortası programlarının bazı eyaletler tarafından ileri sürülmesiyle oluşturulmuştur. Bununla birlikte esas

⁹⁶ **Source Book of Insurance (1994)**. “Health Association of Amerika”, Data 1994, Washington DC, No:20036-3998.

⁹⁷ Sherman Folland, Allen C. Goodman, Miron Stano (2001). **The Economics of Health and Health Care**, Upper Saddle River, New Jersey 07458, s.493

hızlanma, iki kaynaktan gelmiştir: hastane hizmetlerinin yatan hasta için maliyet bölüşümünü sağlayan 1966 Tıbbi Hizmet Hareketidir. 1972'den beri, her eyalet ve toprak parçası hastane ve hekim bakımı için genel korumayı sağlamaktadır. Kanada alelade bir şekilde ulusal sağlık sigortalarının sermaye yatırımı yaptı ve Birleşik Devletler büyük ölçüde özel finansman ve hizmet dağıtanlara güvendi. Bunun yanında hükümetler geniş sayıda düzenleyici programlara ve Medicare büyük oranda ilgi gösterdiler. Bu zaman çerçevesinde, Birleşik Devletlerde harcamalar geniş gruplara rağmen oldukça hızlı büyüdü. Bu gruplar ya sigortasız ya da minimum derecede sigortalıydı.⁹⁸

Kanada'da görece kamunun payı yüksek olmasına rağmen(2000 yılında tüm sağlık harcamalarının %70.9'u kamuya aittir), sağlık kurumları tümüyle bağımsızdır. ABD'de hastanelerin yaklaşık %70'i kar amacı gütmeyen topluma dayalı kurumların mülkiyetindedir. Bu durum, ABD sağlık sisteminin sağlık hizmetleri finansmanında eşit ya da etkin olmadığının çok açık bir kanıtıdır. Bununla birlikte, diğer gelişmiş ülkelerde daha kolektif bir geleneksellik hakim iken, ABD dünyanın en gelişmiş sağlık piyasasına sahip olması nedeniyle, ülkede piyasacı reformlar sonucunda özel sağlık şirketleri oldukça yaygınlık kazanmıştır.⁹⁹

3. İngiltere

İngiltere'de sağlık hizmetlerinin finanse edilmesinin temeli 1911' lere dayanan ve 5 Temmuz 1948'de kurulan Ulusal Sağlık Hizmeti (National Health Service, kısaca NHS)'nin rolü büyüktür. NHS ilk kurulduğunda amaç, sağlık hizmetlerinin ücretsiz olması ve ihtiyacın olduğu her yerde hiçbir kriter aranmaksızın herkese sunulmasıydı. Bugün sağlık hizmetleri yerine getirilirken merkezi hükümetin topladığı genel vergiler temel kaynağı oluştururken, genel sosyal sigorta fonları da NHS'nin finansmanında kullanılmaktadır. Bunun yanında bazı hizmetler(diş ve gözlük harcamalarında olduğu gibi) kullanıcı tarafından yapılan ödemelerle doğrudan hasta tarafından finanse edilmektedir.¹⁰⁰

⁹⁸ Folland; Goodman; Stano,a.g.e., s.494.

⁹⁹ Chris Holden (Kasım-Aralık 2005). "Sağlık Hizmetlerinde Özelleştirme ve Ticaret Kanıtı Dayalı Bir Derleme", (Çeviri:Özlem Özkan), **Toplum ve Hekim**, Cilt:20, Sayı:6, s.42.

¹⁰⁰ Ruth Lewitt, Wall Andrew and John Appleby (1996). **The Reorganized National Health Service**, (6 th edeption), Chapman and Hall UK, s. 276.

İngiltere sağlık sistemi çok önemli oranda kamusal bir özellik gösterir. NHS devlet tarafından işletilir. İngiltere'nin en büyük ekonomik sektörlerinden birisidir. Bunun da ötesinde Avrupa'nın en büyük sivil işletmesidir. NHS içinde 500 çeşit işte 1.25 milyon kişi istihdam edilmektedir.¹⁰¹

NHS' nin sağlık hizmetlerinin ücretsiz sağlanması, İngiltere'nin sağlık hizmetlerini yerine getirirken zorlanması neden olmaktadır. 1979'da başlayan özelleştirme çalışmaları özel sigorta şirketlerinin kuruluşunu ve halkı bunlara yönlendirmeyi amaçlamışsa da, bugün bunların oranı toplam içinde ancak %8-10 gibi bir rakam yükseltebilmiştir.¹⁰²

NHS' nin temel özellikleri yüksek derecede merkezîyetçilik, coğrafi olarak yaygın yönetsel yapı, üç ayaklı organizasyonu, korporatist¹⁰³ politika üretme tarzı ve demokratik sorumluluk açısından zayıf yapısıdır. NHS' nin merkezîyetçiliği finansmanı genel bütçeden sağlayan yapısından ileri gelir. Merkezîyetçi yapı NHS'yi aynı zamanda parlamento karşısında sorumlu kılar. Coğrafi yaygınlık sistemin 14 bölgede ve yaklaşık 200 alt bölgede örgütlenmiş olmasını ifade eder. Bunların her birisi yerel bir kurul tarafından yönetilir. 1960'larda her alt bölge kendi hastanesinin ve kendi tıp fakültesinin de kurmuştur. Coğrafi yaygınlığın bir amacında kaynakların eşit miktarda dağıtılmasıdır. NHS önemli oranda genel vergilerle finanse edilmektedir. NHS hizmetleri kullanım anında parasızdır.¹⁰⁴

4. Almanya

İlk zorunlu hastalık sigortası 1883 yılında Almanya tarafından kabul edildi. İşçilerin önceleri isteğe bağlı olan fonları zorunlu kılınmıştır. Kaza, yaşlılık, uzun süreli sakatlık, zor günler ve işsizlik sigortası yasaları sırasıyla 1927 yılına kadar yürürlüğe girmiştir. Neredeyse bütün diğer Avrupa ülkeleri, Almanya'nın izinden gitmiş ve 1930 yılına kadar sosyal sigorta Avrupa'da yaygınlaştırılmıştır. Tüm şartlarda sosyal

¹⁰¹ Belek, a.g.e., s.172.

¹⁰² Brian Abel-Smith (1996). **Assesing the Experience of ealth Financing in the United Kingdom**, (edited by David W. Dunlop and Joç M. Martins), An International Assesment of Health Care Financing, Lessons for Developing, Washington: The World Bank, s.159.

¹⁰³ Korparatizm: hükümet ile hekim birliğı arasındaki görüşmeler anlamına gelir ve sistem içinde hekim birliğinin gücünü ve etkisini tanımlar.

¹⁰⁴ Belek, a.g.e, s.173.

sigortanın gelişimi daha çok grubun sigorta sistemlerine dahil edilmesini ve böylece kapsam altına alınan nüfusun artırılmasını içerir.¹⁰⁵

1883 yılında bu sistemi Bismarck kurmuştur. Alman sağlık sisteminde, işçiler ve işverenler aralarında maliyetleri eşit paylaşarak, bütün çalışanlar zorunlu sağlık sigortasına sahiptir. İşçilerin payı vergilerle brüt ücretleri üzerinden orantılı olarak toplanır. 2001 yılında hastalık fonlarının ortalama katılım oranı %13.5 tir. Bireysel gelirin ötesinde nüfusun %7-10'unun kullanımı, verilen tavan fiyat özel sağlık sistemini seçmek için uygundu. Almanların %92'si sosyal sigortaya, % 7'si özel sigortaya sahiptir, küçük bir yüzdesi ise çeşitli nedenlerle bağımsız hizmet alıyor. Sosyal sigortanın esası 400 sınırlı hastalık fonları etrafında organize olmuştur. Bu fonlar ve kendi yönetilir bağımsızdırlar. Onlar üyelerine hizmet sağlamak için ücreti, bireysel hastanelerle görüşüp direkt sağlayıcılara öderler. Bölgesel grupların fonları dişçilik ve ambulans hizmetleri için ödemeleri bölgesel doktor ve dişçi dernekleriyle görüşür. Bu fonlardan ödemeler sağlık hizmetlerinin %70'ini temsil eder.¹⁰⁶

Almanya sağlık sistemi kontrol ve karar mekanizmasının güçlü delegasyonuna dayanmaktadır. Kontrol ve karar verme mekanizması ağırlıklı olarak, hastalık fonlarına, hastane organizasyonlarına ve hekim birliklerine bırakılmıştır. Devlet (özellikle de ulusal düzeydeki) sistem üzerinde sınırlı bir denetime sahiptir. Bu durum politik müdahalenin minimum düzeyde olması ile sonuçlanmıştır. Almanya'da ayakta bakım hizmetleri bölgesel hekim birliğine bağlı olan hekimler tarafından verilmektedir. Hastane hizmetleri (klinik hizmetler) ise kamu, kar amaçsız ve ticari hastaneler tarafından sağlanmaktadır. Bu hastanelerin hepsi hizmet verirken, hastalık fonları ile sözleşme yapmak durumundadır ve bu nedenle tümü aynı muameleyi görürler. Hiç birinin özel bir statüsü yoktur.¹⁰⁷

Almanya'nın sağlık güvenlik sistemi; zorunlu sağlık sigortası programı, özel sağlık sigortası programı ve diğer güvenlik sistemlerinden sorumluluğundadır. Zorunlu

¹⁰⁵ Avrupa Sağlık Reformu (1998), a.g.ç, s.117.

¹⁰⁶ Folland, Goodman, Stano,a.g.e, pp.487-488.

¹⁰⁷ Yıldırım, a.g.e, s.120.

sağlık sigorta programının finansman kaynakları tarafların (işçi, işveren ve devlet) prim katkılarından ve diğer gelirlerden oluşmaktadır.¹⁰⁸

5. Fransa

Sağlık hizmetleri politikası sağlık sisteminin yönetiminde sağlık sigortasının denetiminde ağırlıklı bir role sahip olan devlet tarafından yürütülmektedir. 1996 yılından beri “bölgesel hastane yatış ajansları (regional hospitalisation agencies/Agences Regionales d’Hospitalisation) özel ve kamu sağlık bakım kurumlarının fiyat yapısı ve planlamasının denetiminden sorumlu olmuşlardır. Sağlık hizmetlerinin sunumu kamu ve özel sektörce karma olarak sunulmaktadır. 1998 yılı rakamlara göre genel pratisyenlerin %75’i ve uzmanların %68’i özel sektörde çalışmışlardır. Hastane yataklarının %65’i kamu sektörüne ait olup (1998) ve özel sağlık kurumlarının 1/3’i ise kar amaçsız kurumlardan oluşmaktadır.¹⁰⁹

Fransa sağlık hizmetleri sigorta temelli bir sistemdir. Sigortalı kimseler sağlık hizmet sunucusunu ve sağlık hizmet kurumunu seçmekte serbesttir. Genelde sigortalı grup aldığı sağlık hizmetlerinin karşılığını peşin öder daha sonra bunu sigorta fonundan geri alır. Ancak bazı durumlarda sağlık sigortası kendi payının doğrudan hizmet ödeyicisine sigortalı ile birlikte öder. Bu ödeme sistemi az veya çok sistematik olarak kamu sağlık kurumlarında veya eşdeğeri olan kurumlarda hastane bakımı için gerçekleştirilmektedir.¹¹⁰

Fransa nüfusunun hemen hemen tümü (nüfusun %99’u) sosyal güvenlik sisteminin bir kolu olan zorunlu sağlık sigortası (Assurance-maladie) sağlık güvenliği kapsamında yer almaktadır. Zorunlu sağlık sigortasına üye olmak, bireyin sosyal ve/veya mesleki kategorisine göre belirlenmekte olup, farklı programlar aracılığıyla gerçekleşmektedir. Zorunlu sağlık sigortasına ek olarak nüfusun %87’si gönüllü, ek hastalık fonlarının üyesi durumundadır veya özel sigorta sahibidir.¹¹¹ Zorunlu sağlık sigortası kapsamında olmayan kesim de yerel topluluklar tarafından sağlanan sosyal yardım çerçevesinde kapsama alınmışlardır. Nüfusun bu kesimini Fransızların en fakir

¹⁰⁸ Missoc- Info. (03/ 2002). **Health Care in Europe**, Missoc- Info., Bulletin of the Information SYstem on Social Protection in the European Union.

¹⁰⁹ Missoc- Info, 2002.

¹¹⁰ Missoc- Info, 2002.

¹¹¹ C.Blachier and P. Kanavos. **France: Pharmaceutical Pricing and Reimbursement**, Country Profile, France

halkı oluşturmaktadır. Sistem, kamu çıkarlarının garantörü olan ve sağlık durumunun geliştirilmesinden sorumlu olan Devlet tarafından denetlenmektedir.¹¹²

Herkesi kapsayan özelliğine ek olarak Fransa sağlık sigortası sistemi, iki temel özelliği ile ön plana çıkmaktadır. Bunlardan birincisi 1997 yılından beri Fransız Parlamentosu, “Yıllık Sosyal Güvenlik Finansman Yasası” yapmakta ve böylelikle de politika istikametlerinin belirlenmesinde ve zorunlu sağlık sigortası için harcama hedefleri üzerinde daha aktif bir rol almaktadır. İkincisi ise başlangıçta ücretlere dayalı olan zorunlu sağlık sigortası katkıları (sigortalılar tarafından), zamanla yerinin tüm gelirlere uygulanan “özel amaçlı vergilere” bırakmıştır. Bu bağlamdaki özel amaçlı vergiler zorunlu sigorta fonlarının gelir kaynaklarının yaklaşık olarak dörtte birini oluşturmaktadır. Buna karşılık işveren payında bir değişiklik olmamıştır. İşverenin katkısı ücret bordrosu maliyetlerinin %12,8 ‘ini oluşturmaktadır.¹¹³

Mevcut sağlık harcamaları GSYİH’ nin yaklaşık olarak % 10,1’ine karşılık gelmektedir. Fransa’da kişi başı sağlık harcaması yaklaşık olarak 2003 yılı itibariyle yaklaşık olarak satın alma gücü paritesine göre 2903 \$ dır.¹¹⁴

6. İtalya

İtalya, evrensellik ve dayanışma prensiplerine dayalı olan bir Ulusal Sağlık Hizmetleri’ne (USH) sahip olan bir ülkedir. İtalya’da sağlık hizmetlerinin sağlanması 20 bölge ve merkezi yönetim arasında paylaşılmış durumdadır. Son yıllarda İtalya sağlık hizmetleri reform sürecinden geçmektedir. Bu reform sürecinin temel amacı ise bölgelere daha fazla yönetsel ve mali özerklik kazandırmaktır.¹¹⁵

İtalya sağlık sistemi ulusal, bölgesel ve yerel olmak üzere üç düzeyde organize edilmektedir. Ulusal düzey, temel prensipler açısından ulusal sağlık sisteminin genel amaçlarının sağlanmasından sorumludur. Bölgesel düzey ise, Bölge Sağlık Departmanlarının yönetimindeki yerel sağlık birimleri aracılığıyla ve kamu ve özel hastaneler aracılığıyla sağlık hizmetlerinin sağlanmasından sorumludur.

¹¹² A. Paris ve diğ. (**Summer 2003**). **Recent Developments in France**, Euro Observer, Vol:5, No:2, s .5-6.

¹¹³ Paris ve diğ., a.g.e, s.5-6

¹¹⁴ **OECD Health Data** , 2005, OECD, Paris, 2005

¹¹⁵ F. Taroni. (**Spring 2000**). **Develving Responsibility for Funding and Delivering Health Care in Italy**, Euro Observer, Vol: 2, No:1, s.1-2.

İtalya’da birinci basamak sağlık hizmetleri genel pratisyenler, pediatriyenler ve serbest çalışan hekimler tarafından verilmektedir. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise akredite kamu ve sağlık kuruluşları tarafından sağlanmaktadır. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine hastaların erişmesi, ancak bağlı oldukları genel pratisyenlerin sevk edilmesiyle mümkün olabilmektedir.¹¹⁶

İtalya USH’sini oluşturan 1978 yılı reformları sağlık hizmetlerinin finansmanın genel vergilerden sağlanmasını öngörmekteydi. Ancak 1990’lara gelindiğinde USH’nin finansman yapısı değişmeye başlamış ve bu bağlamda sosyal sağlık sigortası katkıları (ağırlıkta), genel vergiler, bölgesel vergiler ve ortak ödemeler karma olarak finansman kullanılmaya başlanmıştır. Zamanla özel sağlık harcamalarının payı giderek artmıştır.¹¹⁷

Ülkede bir Ulusal Sağlık İdaresi kuruldu ancak organizasyonel değişikliklerin gerçekleşmesinde büyük farklılıklar meydana geldi. İtalya, toplum hizmeti ile tedavi hizmetlerinin ayıran geleneksel modeli takip etti. Ülkenin bölgesel yapısını kullanarak, önemli sağlık problemleri üzerine yoğunlaşacak, bölgesel düzeyde güçlü toplumsal ekipler oluşturdular.¹¹⁸

İtalya’da mevcut sağlık harcamaları GSYİH’ nın yaklaşık olarak %8,4’üne karşılık gelmektedir. 2003 yılı itibariyle, toplam sağlık harcamaları içinde kamu harcamalarının payı %75,1 ve kişi başı sağlık harcamaları (satın alma gücü paritesine göre) 2258 \$ dır.¹¹⁹

7. Japonya

Dünyadaki tüm ülkeler arasında, en yüksek ortalama yaş süresine sahip olan ülke Japonya’dır. Buna karşılık, Japonya, GSYİH’ nın sadece % 7,9’unu sağlık hizmetlerine ayırmaktadır. Halbuki ABD’de bu oran, Japonya’nın iki katı dolayındadır. 2002 yılı içinde Japonya’da kişi başına düşen sağlık harcaması miktarı yaklaşık olarak(satın alma gücü paritesine göre) 2139 ABD\$ dır.¹²⁰

¹¹⁶ A. Rico and W. Wisbaum (Summer 2002). **Radical Develution in Finnish Health Care**, Euro Observer, Vol:4, No:2, , s.7-8.

¹¹⁷ Rico ve diğ., a.g.e., s.7-8.

¹¹⁸ J. Gene, J. Goicoechea, R. Sadana, C. Cricelli. B. Mercuris, B. Paccagnella, A. Pangratis and V. Ramos (1999). **Güney Avrupa Ülkelerinde Temel Sağlık Bakımı: Ulusal Tecrübelerin Karşılaştırılmalı Bir Analizi**, (Çevirenler Mualla Aykut, Fevziye Çetinkaya, Yusuf Öztürk, Osman Ceyhan, Osman Günay, Ahmet Öztürk), Kayseri: Erciyes Üniversitesi Yayınları No:115, s.37.

¹¹⁹ **OECD Health Data**, 2005.

¹²⁰ **OECD Health Data**, 2005.

ABD ve Japonya sağlık sistemleri karşılaştırıldığında, her iki ũlkede kullanılan teknoloji birbirine çok yakındır. Buna karşın, sağlık hizmetlerinin organizasyonu, fonların akım şekli ve bundan dolayı da hizmetlerin kalitesi ve yoğunluğu oldukça farklıdır.¹²¹

Tũm dũnyada olduğu gibi Japonya'da da sağlık hizmetlerinin maliyetleri hızla yũkselmekte, bu durum kaynak arayışlarını beraberinde getirmektedir. Bugũn, Japonya'da ayakta tedavi hizmetlerinin yaklaşık %90'ı, yatarak tedavi hizmetlerinin %87'si kamu tarafından yani genel bũte fonlarından finanse edilmektedir. Sigorta zorunludur, sigorta primleri gelirlere gũre farklılık gũsterir. Dolayısıyla sistem aktũeryal bir prim sisteminden daha çok bir vergi niteliğindedir.¹²²

2003 yılı için Japonya'da kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı %81 ve ũzel sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı ise %19 dur. Sosyal sigorta sağlık harcamalarının, genel kamu sağlık harcamalarına oranı %80.5 ve cepten harcamaların ũzel sağlık harcamalarına oranı ise %90.1 dir.¹²³

8. Gũney Kore

Gũney Kore'nin sağlık sistemi Almanya ve İngiltere'nin sağlık sisteminden farklı olarak aydın kesim ve politikacılar tarafından pek fazla ũnem verilmez. Bununla beraber, Gũney Koreli tecrũbesi, Birleşik Devletler' ide içine alan genel sağlık sigortası gũvencesi olmayan diğer ũlkeler için ũnemli bir ũrnek teşkil edebilir. 1977 yıllarında Gũney Kore nũfusunun %10'nundan daha az bir kısmı sigortalıydı. Temmuz 1989'da, Gũney Kore hizmet giderlerinin karşılamak için ũcretli sağlık bakımının kişisel sağlanmasını sũrdũren bir sistem oluşturdu.¹²⁴

Sağlık hizmetlerinin finanse edilmesinde bugũn Kore'de, merkezi idarenin genel bũte vergi gelirleri ile yaptığı finansman ile birlikte, işçi ve işverende aldığı primlerle karşılamaktadır. Bunun yanında cepten ũdemeler de diğer bir finansman

¹²¹ Naoki Ikegami and John Campbell (1995). **Medicare In Japan**, New England Journal of Medicine, Vol:33, No:19, s.1295-1299.

¹²² S. Tanaka (1990). **Japan in** , Advences in Health Economics and Health Services Research Supplement, No:1, Comparative Health Systems, JAI Pres Inc., s.169-170.

¹²³ **OECD Health Data** , 2005.

¹²⁴ Folland, Goodman, Stano,a.g.e, s.491-492.

türüdür. Sağlık sigortasına sahip olanlar sağlık hizmetlerinin karşılı olarak %30'luk katkı payı sağlamak zorundadırlar.¹²⁵

Kore'de 2003 yılı itibariyle, toplam sağlık harcamaları GSYİH' nın %5.6'sı oranında ve toplam kamu harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı ise %49.4'tür. Kore'de satın alma gücü paritesine göre kişi başı sağlık harcaması 1.074 ABD\$ dır. Görüldüğü gibi Kore'de sağlık harcamalarının yarısına yakını kamu tarafından karşılanmaktadır. Kamunun ağırlığı diğer ülkelerdeki gibi fazla değildir.¹²⁶

Sigortanın yaklaşık olarak 350 sigorta kurumu tarafından sağlanması ve işveren katkıları ve ücret bordrosu sonuçları tarafından finanse edilmesi gerekiyor. Örneğin işçi programı için kesintiler ücret ve maaşların yüzdeliği olarak alınır. Bunlar %3'den % 8'e kadar çeşitlilik gösteren oranlarda işçi ve işveren arasında eşit bir şekilde dağıtılır. Sigorta kurumları, ayakta ve yatan hasta hizmetlerinin geniş bir dizisinin içeriğini ve faydalarını karşılaştırır. Sisteme göre, ayaktan tedavi harcamalarının %55 ile %30 arasında, hastanede yatan hasta bakımı için %20 oranında sigortalar tarafından karşılanır. Genişleyen sigorta ile eşitlik ve Güney Kore nüfusunun hızla büyümesi, maliyetler ve kullanımı hızlı bir şekilde artırmıştır. Örneğin, birinci sınıf yararlananlar için ayaktan tedavide ziyaretler kişi başı 1977 de 1.3 den 1987'de 6.2 çıkmıştır, hastanede yatan hasta hizmetleri her 100 kişide 3.0'da 6.2'ye yükselmiştir. GSYİH' nın harcamalara oranı, 1978'de % 2.8, 1990'da %3.9 ve 1998'de %5.0 olmuştur.¹²⁷

¹²⁵ Mutlu, Işık, a.g.e., s. 326.

¹²⁶ **OECD Health Data**, 2005.

¹²⁷ Folland, Goodman, Stano, a.g.e., s.491-492.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK İŞLETMELERİNİN FİNANSAL SORUNLARI VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

I. SAĞLIK İŞLETMELERİNİN FİNANSAL SORUNLARI

Sağlık işletmeleri olan hastanelerin finansman sorunları gitgide artmaktadır. Hastanelerin kaliteli hizmet verebilmesi için hastanecilik sektörünün finansman sorunlarına çözüm bulunmalıdır.

Özel sektör sağlık alanına da yatırım yapmaktadır . Hastanelerin yatırım amacıyla kurulması, sağlık hizmetlerinin sosyal olma özelliğini ortadan kaldırmıştır. Sağlık alanına yatırım yapan özel sektör, kar sağlamayı amaçlamaktadır. Hastanelerin bir işletme olarak kabul edildiği yeni ekonomik düzende, ekonomik gidişattan hastaneler de etkilenmektedir.

A. GENEL OLARAK SAĞLIK SİSTEMİNİN FİNANSAL SORUNLARI

Gelişmekte olan ülkelerde sağlık sektörüne ayrılan kaynaklar olması gerekenin altındadır.¹Kamu sağlık harcamaları toplam kamu harcamalarının, az gelişmiş ülkelerde %3'ünü, orta gelirli ülkelerde ise %5-6'sını oluşturmaktadır.² Bunların çoğunluğu da kamu hastanelerinin ağır masrafları için harcanmaktadır. Kamu sübvansiyonlarının oldukça küçük bir kısmı bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve bunlardan korunma için sarf edilmektedir. Kamu sağlık hizmetleri de genelde kentsel alanlarda yaygındır, kırsal bölgelerde daha sınırlıdır.³

Ülkemizde sağlık hizmetleri alanında çeşitli sorunlar yaşanmaktadır. Mevcut sistemin ana sorunları içerisinde; sağlık politikalarının geliştirilmesi, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı, sağlık kurumlarında yönetim, insan gücü ve mevzuata yöneliktir.

Sağlık kurumları arasındaki işbölümü, koordinasyon eksikliği, organizasyon bozukluğu, yatırım ve teçhizat yetersizliği, istihdam politikalarındaki yanlışlıklar

¹ World Bank (1993). World Development Report: Investing in Health

² D. de Ferranti (1985), **Paying For Health Services in Development Countries: An Overview**, Washington: DC:World Bank Staff Working Paper, s.721.

³ Meliha Erener, Nazan Yelkikalan (2003) "Gelişmekte Olan Ülkelerin Sağlık Sistemlerinin Yeniden Yapılanması ve Finansmanı:Türkiye Deneyimi", **Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Sayı:6, s.102.

kaynak kullanımında verimsizliğe yol açmaktadır. Temel sağlık hizmetlerine yeterince önem verilmemesi, sağlık hizmetlerinin hastane ağırlıklı olmasına yol açmıştır. Türkiye’de toplam sağlık harcamaları içinde koruyucu sağlık harcamalarının payı ancak % 0,9’dur. Kalan %99’luk kısım tedavi edici sağlık hizmetlerine yani hastanelere yönelmektedir.⁴ Türkiye’de bulaşıcı hastalıkların sıklığı ve nüfus artış hızının yüksekliği dikkate alındığında bu oranın oldukça düşük kaldığı gözlenmektedir.

Ülkemizde etkin bir sevk sistemi olmaması nedeniyle hizmet sunumu verimsiz olmakta, hastanelerde aşırı bürokrasi hizmetin hızlı ve kaliteli sunumunu önlemektedir. Coğrafi uzaklık ve hizmet kalitesi açısından hastane hizmetlerine ulaşmada zorluklar vardır. Ülkenin doğusuna ve kırsal bölgelere doğru gidildiğinde hekim ve yatak sayısı dramatik bir şekilde azalma göstermektedir.

OECD ülkelerinde yapılan sağlık harcamaları içinde kamu sağlık harcamalarının ortalaması oldukça yüksektir. Ülkeler bazında ele aldığımızda %15.2’lik bir oranla en çok sağlık harcamasında bulunan ve dünyada kapitalist sistemin öncülüğünü yapan ABD’de toplam sağlık harcamalarının %44.6’sı; İngiltere’de %7.7’lik oranın yani harcamaların %85.7’si; Almanya’da %11.1’lik oranın yani harcamaların %78.2’si kamu kaynaklıdır. Buradan çıkan sonuç, temelde liberal ekonomiyi sistem olarak seçmiş bazı gelişmiş ülkelerin sağlık sektöründe kamunun ağırlığı daha fazladır.

Türkiye’de sağlık hizmetlerine devlet bütçesinden ayrılan pay oldukça düşüktür ve bu durum sağlık sorunlarının ana kaynağını oluşturmaktadır. Türkiye’de bu oranın uzun bir dönemde %3 civarında seyrettiği gözlenmektedir. Sağlık Bakanlığı’nın genel bütçeden aldığı pay Cumhuriyet tarihinin hiçbir döneminde %5-6’yı geçmemiştir. Oysa Dünya Sağlık Örgütü’nün önerdiği oran %10’dur ve bu oranı alt sınır olarak görmektedir.⁵

Türkiye’de toplam sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı 7.6 dır. Bu oran 1996 yılı verilerine göre 3.7 idi. OECD ülkelerinde 1996 yılında toplam sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı ortalama olarak 7.2’dir. 2003 yılı ortalaması yaklaşık 8.9’dur

⁴ T.C. Sağlık Bakanlığı, 1998.

⁵ Sevgi Kurtulmuş (1996). **Sağlık Ekonomisi**, İstanbul, s.105-106.

Tablo 11. OECD Ülkelerinin Sağlık Harcamaları (2005)

Ülkeler	Toplam Sağlık Harc./GSYİH	Kamu Sağlık Harc./Toplam Sağlık Harc.	Özel Sağlık Harc./Toplam Sağlık Harc.	Kişi Başına Sağlık Harc.(\$) ⁿ
Avustralya	9.5	67.5	32.5	2699 ¹
Avusturya	7.5	67.6	32.4	2280 ¹
Belçika	9.4	67.2	32.8	2827
Kanada	9.9	69.9	30.1	3003 ²
Çekoslovakya	7.5	90	10	1298
Danimarka	9.0	83	17	2763
Finlandiya	7.4	76.5	23.5	2118
Fransa	10.1	76.3	23.7	2903 ²
Almanya	11.1	78.2	21.8	2996
Yunanistan	9.9	51.3	48.7	2011
Macaristan	8.4	72.4	27.6	1115 ¹
İzlanda	10.5	83.5	16.5	3115 ²
İrlanda	7.3	78.9	21.1	2386 ¹
İtalya	8.4	75.1	24.9	2258
Japonya	7.9	81	19	2139 ^{1 2}
Lüksemburg	6.8	90.8	9.2	3190 ¹
Meksika	6.2	46.4	53.6	583
Hollanda	9.8	62.4	37.6	2976
Yeni Zelanda	8.1	78.3	21.7	1886
Norveç	10.3	83.7	16.3	3807 ²
Polonya	6.5	69.9	30.1	677 ¹
Portekiz	9.6	69.7	30.3	1797
İspanya	7.7	71.3	28.7	1835
İsveç	9.4	85.2	14.8	2594 ¹
İsviçre	11.5	58.5	41.5	3781 ²
İngiltere	7.7	85.7	14.3	2231 ¹
ABD	15.2	44.6	55.4	5635
Türkiye	7.6	71.6	28.4	452 ³

Kaynak: OECD Health Data 2005, OECD, Paris, 2006 (n: Satın Alma Gücü Paritesi
1:2002 yılı verileri, 2:TahminiDeğer, 3:2000 yılı verileri)

OECD ülkelerinde yapılan sağlık harcamaları içinde kamu sağlık harcamalarının ortalaması oldukça yüksektir. Ülkeler bazında ele aldığımızda %15.2'lik bir oranla en çok sağlık harcamasında bulunan ve dünyada kapitalist sistemin öncülüğünü yapan ABD'de toplam sağlık harcamalarının %44.6'sı; İngiltere'de %7.7'lik oranın yani harcamaların %85.7'si; Almanya'da %11.1'lik oranın yani harcamaların %78.2'si kamu kaynaklıdır. Buradan çıkan sonuç, temelde liberal ekonomiyi sistem olarak seçmiş bazı gelişmiş ülkelerin sağlık sektöründe kamunun ağırlığı daha fazladır.

Hükümet 2003 yılında hazırladığı “Sağlıkta Dönüşüm” programıyla sağlık hizmetlerinde köklü dönüşümleri yapmayı hedefliyordu. Sağlık Bakanlığı bu programda 2003 yılında ülkenin sağlık sorunlarını şu şekilde sıralıyor;⁶

- Sağlık Hizmetlerinin Organizasyon ve Sunumu; Sağlık hizmetleri çok başlı karmaşık bir yapıya sahiptir. Sağlık Bakanlığı sektöre yön verememektedir. Yatırım planlarında, demografik, epidemiyolojik veriler ve toplumsal ihtiyaçlar göz ardı edilmektedir. Özellikle kentsel alanda birinci basamak sağlık hizmetleri yerince güçlü değildir. Sevk zinciri işlememektedir. Hastane hizmetlerinin sunumunda verimsizlik bulunmaktadır. Sağlıkta kalite çalışmaları yetersizdir.
- Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı; Türkiye'de karma bir yapı (genel vergiler-sigorta-cepten ödeme) mevcuttur. Sağlığa ayrılan kaynak OECD ülkelerinin oldukça altındadır. Kaynaklar verimsiz kullanılmaktadır. Tüm bireyleri kapsayan sosyal güvenlik sistemi yoktur. Cepten ödemeler yüksektir.
- İnsan Kaynakları; Sağlık insan gücü yetersiz olmakla birlikte dengesiz dağılmıştır. Hekim/ hemşire, uzman hekim/ pratisyen hekim dengelerinde hemşire ve pratisyen hekim aleyhine dengesizlikler bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinde nitelikli yönetici temininde güçlükler bulunmaktadır.
- Bilgi sistemleri; Etkili bir sürveyans sistemi bulunmamaktadır.
- İlaç politikası; Ulusal ilaç politikası bulunmamaktadır. İlaç tüketimi gelişmiş ülkelerin altında kalsa bile, sağlık harcamalarındaki payı neredeyse iki kat fazladır.

⁶ TC Sağlık Bakanlığı (2003). “Sağlıkta Dönüşüm”.

- Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın amacı; sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun olarak organize edilmesi, finansman sağlanması ve sunulması olarak belirtilmiştir. Burada etkililikle halkın sağlık düzeyinin yükseltilmesi amacı hedeflenmektedir. Bu hedef epidemiyolojik verilerle izlenecektir. Verimlilikle, kaynakların uygun kullanılması, aynı kaynakla daha fazla iş yapılması hedeflenmiştir. Hakkaniyet ilkesiyle ise, insanların sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde ulaşmalarının ve hizmetlerin finansmanına mali güçleri oranında katkıda bulunmalarının sağlanması amaçlanmaktadır. Bir başka gaye de sağlık göstergelerindeki bölgesel ve sosyal farklılıkların ortadan kaldırılmasıdır.

Kısaca, "Sağlıkta Dönüşüm Programı"; sağlık hizmetlerinde evrensel bir kamu sağlığı sigortasının ortaya konmasını, kamu hastanelerine finansal ve idari özerklik verilmesini, aile hekimliğinin yaygınlaştırılmasını, öngörmektedir.⁷

VII.Beş Yıllık Kalkınma Planı uygulaması sonucunda sağlık sektöründe karşı karşıya kalınan finansal sorunlar özet olarak verilmiştir;⁸

- Bütçenin kıt kaynaklarından sağlık hizmetlerine ayrılan pay verimsiz olarak kullanılmakta,
- İlaç harcamalarının kamu sektörünün finansman payı olağanüstü düzeyde yükselmiştir,
- Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı kamu sağlık kurumlarında bir arada yürütülmekte ve bu durum ilgili kuruluşların yönetim fonksiyonlarını (planlama, örgütleme, yürütme ve denetim) faaliyetlerinin verimsiz olarak yürütmelerine neden olmakta,
- 1998 yılı itibariyle halen nüfusumuzun %21,4'ü sağlık sigortası kapsamında değil,
- Emekli sandığına ödenen sağlık yardımlarının ağır yükü,sağlık sektörü ilgili yatırımların planlanması aşamasında fizibilite etütlerine yeterince önem verilmemekte,

⁷ Coşkun Bakar, Seval Akgün, a.g.m, s.346.

⁸ **DPT(2001)**.“Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyon Raporu”,Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, Ankara: Yayın no:DPT:2561-ÖİK:577, s.126-132.

- Kamu hastane kuruluşlarının yönetsel ve finansal açıdan özerkliği bulunmamakta, bu durumda hazırlanan bütçeler verilecek hizmetleri sınırlayıcı olmakta, bu nedenle genel mali sistem içinde verdikleri hizmetler verimsiz olarak yürütülmekte,
- Sağlık sektöründe kamuya ait olan kaynaklar ve iş gücü, kişilerin özel kazançları için kullanılmakta,

Bunların yanında daha sayabileceğimiz bir çok sorunla karşı karşıya kalan sağlık sektörünün iyileştirilmesi için reformlara gereksinim duyulmaktadır.

1. Türkiye’de Sağlık Sistemi Finansman Hedefleri

Sağlık finansman sisteminde yeniden yapılanma sürecinde başlıca iki faktörün rol oynadığı söylenebilir:⁹

- 1) Genel sosyo-ekonomik politikalarda 1980’li yılların başından beri yaşanan değişimler,
- 2) Toplumun daha geniş kesiminin sağlık güvencesine kavuşturulması yönündeki baskılar.

VIII. Beş Yıllık Kalkınma Döneminde (2001-2005) sağlık sektörünün finansmanı ile ulaşılmak istenen amaçlar aşağıda belirtilmiştir:¹⁰

- Sağlık sektörü finansal yapılanması hakkaniyet, eşitlik ve adalet ilkelerine bağlı olarak gerçekleştirilmelidir.
- Sağlık sektörüne ilişkin finansal göstergeler gelişmiş ülkeler düzeyine yükseltilmelidir.
- Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumu ayrı kuruluşlar tarafından gerçekleştirilecektir.
- Sağlık sisteminin finansmanında sosyal sigortacılık temeline dayalı genel sağlık sigortası uygulamasına geçilmelidir.
- Sağlık sektöründe kamu kaynak tahsisinde objektif olunmalıdır.

⁹ T.Yalçın ve H.H.Yıldırım, "Sağlık Hizmetleri Finansmanı", **Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı**, Sayı:40, Temmuz-Ağustos 2001.

¹⁰ **DPT (2001)**, s.126-132.

- Sağlık hizmetlerinin sunumunda desantralizasyona geçilmelidir.
- Sağlık sektörü politikaları katılımcı metot ile üretilmelidir.
- Sağlık Bakanlığı'nın sağlık sektörü içindeki payı yeniden belirlenmelidir.
- Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında sektör içindeki endüstrilerin özelliklerine dikkat edilmelidir.
- Özel sektör teşvik edilmelidir.
- Sağlık hizmeti sunan kuruluşlar finansal faaliyetleri açısından denetlenmeli ve akredite edilmelidir.
- Sağlık sektörü üst kademe yönetimleri ve finansal yöneticileri profesyonelleşmeli ve geliştirilmeleri sağlanmalıdır.
- Sağlık yatırımları proje ve fizibilite etütlerine dayalı olarak gerçekleştirilmelidir.
- Kamuya ait ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları özertleştirilmelidir.
- Sağlık iş gücünün maliyetlerinin optimize edilebilmesi için, bilimsel metotlara uygun ve yerinde çalışmaları sağlanmalıdır.
- Sağlık hizmetleri maliyetlerinin denetim altına alınabilmesi için bilimsel metotlara dayalı olarak maliyet sistemleri oluşturulmalıdır.
- Sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılması maliyet temelli olarak yapılmalıdır.
- Sağlık işletme ve kuruluşlarında işletme bütçesi sistemine geçilmelidir.
- Sağlık sektöründe finansal planlama, organizasyon, yürütme ve denetim faaliyetlerinin ilgilendiren mevzuat günün koşullarına uygun hale getirilmelidir.
- Sağlık işletmelerinin kapasitelerinden azami derecede yararlanılmalıdır.Sağlık sektörünün tamamını içeren bir yönetim bilgi sistemi kurulmalı ve finansal bilgiler de bu sistem içerisinde ilgilenen herkese sunulmalıdır.

Hizmetlerin finansmanı için öncelikle 20 milyon sigortasız insanı da kapsayacak bir Genel Sağlık Sigortası Kurumunun (GSS) kurulmalıdır. Sistemin temeli hizmet sunumu ile hizmetin finansmanını ayırmaktadır. Bu yöntemle hizmet sunumu tarafından sağlanacak rekabetle birlikte verimliliğin ve kalitenin gelişeceği

beklenmektedir. Bu kurum, üyelerinden gelir seviyelerine göre prim toplayacaktır. Ödeme gücü olmayanların tamamı veya basamak sistemine göre belirlenen kısmı devlet tarafından, Sağlık Bakanlığı'nın bütçesinden karşılanacaktır.¹¹

Yukarıda sıraladığımız maddeler içerisinde genel sağlık sigortası kavramında hiç ödeme gücü olmayanlara da GSS kapsamında, sistemin hazırlığı aşamasında, kamu hizmetlerinden ücretsiz yararlanabilmeleri için yeşil kart verilecektir. Bu kartla yataklı ve ayaktan sağlık hizmetleri sağlanacak ve ayrıca yatan hasta ilaçları ücretsiz verilecektir. Masraflar Sağlık Bakanlığı yoluyla genel bütçeden karşılanacaktır. Bunu hedefleyen özel bir yasa 1992'de TBMM'den geçmiştir.¹²

2. Türkiye'de Sağlık Reformlarının Uygulanması ve Reform Sürecinin Geldiği Son Nokta

Türkiye'de son yirmi yıl boyunca sağlık reform çalışmaları sürekli olarak gündemdeki yerini korumuştur. Bu çalışmalarla birlikte, ülkenin sağlık sorunlarının çözülmesi, toplumun tümünü kapsayacak sosyal güvenlik sistemini kurulması, sağlıkla ilgili olarak kamu dışında ek kaynaklar yaratılması, ikinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve her kesime yayılması hedeflenmiştir.

Türkiye'nin sağlık düzeyi, bugün reform çalışmalarının başladığı döneme göre daha iyidir. Sağlık düzeyi gelişmiş ülkelerin çok gerisindedir. Sağlıkla ilgili bulduğu insani gelişmişlik indeksine göre, Türkiye 88. sıradadır. Oysa ekonomik sıralamaya bakıldığında en güçlü ekonomiye sahip yirmi ülke arasında olması, aslında Türkiye'nin olması gereken yeri göstermektedir. Türkiye'de sağlık hizmetleri, Cumhuriyet'in ilanından bu yana değişim arayışları içinde olmuştur. Bu konuda ciddi adımlar atılmış, bazı dönemlerde çağın önünde giden yasalar hazırlanmıştır. Ancak, bu süreç içerisinde değişmeyen tek şey belki de, yasaların uygulamaya geçirilmesindeki sorunlardır. Yapılan düzenlemeler, uygulamadaki eksiklikler nedeniyle, hiçbir zaman gerektiği şekliyle uygulanamamıştır. Örneğin Refik Saydam döneminde açılan Numune Hastaneleri, olması gerektiği gibi, yerel yönetimlere devredilememiştir. Behçet Uz dönemindeki sağlık örgütlenmesi kurulamamıştır. Hepsinden önemlisi, sosyalizasyon yasası hiçbir zaman uygulanamamıştır. Özellikle sosyalizasyon yasasının hayata

¹¹ Türkan Yıldırım, a.g.e, s.168.

¹² S. Savaş, "Türkiye'de Sağlık Sistemi 'Kısa Bir Genel Bakış' ", **Yeni Türkiye**, Sayı:39 Sağlık Özel Sayısı I, Mayıs-Haziran 2001.

geçirilememesi, Türkiye için büyük talihsizlik olmuştur. Yasanın birçok maddesi çeşitli nedenlerle yasalaşamamış, uygulamada ise sürekli olarak yasanın öngördüğünü anlayışın gerisinde kalınmıştır. Ülkenin birçok yerinde alt yapı hazırlanmadan uygulamaya geçilmiş; doğal olarak da başarısız olunmuştur.¹³

Kısa ömürlü koalisyon hükümetlerinin oluşturduğu belirsizlik, genel sağlık sigortası, hastanelerin özerkliği, aile hekimliği, merkeziyetçilikten uzaklaşma, sağlık bilgi sistemi gibi yapısal reformlarda neden ilerleme kaydedilemediğini açıklasa da önleyici/koruyucu programlara daha fazla harcama yapma yoluyla sağlık sonuçlarında iyileşme sağlama fırsatının neden göz ardı edildiğini açıklamak çok daha zordur. Uygun ortamın olduğu yada politikanın uygulanmasında kritik öneme sahip olmadığı durumlarda bile, eskiye dönük bütçe uygulamalarının bir sonucu olarak kamu harcamaları ve politikaları arasında bir kopukluk söz konusudur; buradaki kopukluk etkinlikten uzak bütçe yönetiminden ve ihtiyaca cevap vermeyen kamu finansmanından kaynaklanmaktadır.¹⁴

Türkiye’de sağlık bakım hizmetleri sistemi hem finansman açısından hem de hizmet sunumu açısından çok parçalı bir yapıya sahiptir. Bir dizi bütçe içi ve bütçe dışı finansman kaynağının aynı anda mevcut olması, sağlık bakım hizmetlerinin üretimi, finansmanı ve temininde çok başlı bir sistem oluşmasına yol açmış, bu da sağlık hizmetlerinin kalitesi, sağlık bakım hizmetlerinin kim tarafından ve nerede verildiği, ve bu hizmetler için kim tarafından ne kadar para ödendiği gibi bir çok birimde farklılıklara neden olmuştur.

Bütün bu gelişmelerin yanında ülke “sağlık reformu” kısır döngüsünden kurtulamamıştır. Nedeni ise sorunların hep yasalarla çözümlenebileceği ilkesi benimsenmiş ve yeni uygulamaların sorunları çözebileceğine inanılmıştır. Ancak her yapılan yeni düzenlemenin tam olarak uygulanamaması halinde başarıya ulaşılamayacağı göz ardı edilmiştir.

Aile hekimliği sistemi ise 1991 yılından bu yana sürekli değişmiştir. Başlangıçta ülkenin tamamının aile hekimliği sistemine alınması planlanıyordu, ancak I. Ulusal Sağlık Kongresinden sonra yayınlanan dokümanlarda sadece kentsel bölgelerde

¹³ Coşkun Bakar, Seval Akgün, a.g.m, s.349

¹⁴ **DBD (Mart 2003)**, s.165.

uygulanacağı, kırsal alanda eski sistemin devam edeceği bildirilmişti. Şimdi uygulamaya geçirilen yasada ise bu ayırım yapılmamakta; talep olmayan yerlere bile görevlendirmeye sağlık personeli gönderilmesi yada gezici sağlık hizmetleri uygulaması getirilmesi planlanmaktadır.

Uygulamada görev yapacak personelin atamaları ile ilgili olarak, daha önce hekim ile anlaşma yapılması; hekiminde yardımcı sağlık personelinin İş Kanunu'na göre kendisinin istihdam etmesi uygun görülmüştür. Uygulamada hekim ve aile sağlığı elemanı Sağlık Bakanlığı ile sözleşmeli çalıştığı gibi, bakanlık bu personelini aile hekimliği uygulamasında görevlendirebilir. Sonuç olarak tamamen özel hekimlik anlayışının uygulamaya geçirilmesinin düşünüldüğü bir uygulama, yarı özel bir yapıya bürünmüştür.¹⁵

Reformların etkili bir şekilde uygulanması yolu; hizmetlere ulaşılabilirliğin artırılması, kaynakların tüm ülke geneline akılcı bir biçimde dağıtılması ve bunların etkili bir biçimde kullanılması, tüm vatandaşların sosyal sağlık güvencesi kapsamına alınması, toplumun ihtiyaçlarına uygun sağlık hizmetlerinin sunulması hedeflenmektedir.¹⁶

Sağlık Bakanlığı'nı son zamanlarda "sağlık reformu" adı altında ülkemizin sağlık sisteminde köklü değişiklikler yapmayı planlamaktadır. Aslında son 20 yıldır Dünya Bankası ve IMF tarafından dayatılmakta olan bu değişikliklerin amacı, kamuyu sağlık hizmetlerinden çekerek sağlıkta piyasa ekonomisini ve özellikle uluslar arası sermayeyi egemen kılmaktır.¹⁷

Değişiklik önerilerinin ilk boyutu ilk basamak sağlık hizmetinde Aile Hekimliğinin getirilmesidir. Yaklaşık 3000 nüfusa tedavi edici ve bireysel koruyucu hizmetler götürecek olan pratisyen hekimlerin serbest çalışacakları, ücretlerinin ise Genel Sağlık Sigortasından alacakları belirtilmektedir. Genel Sağlık Sigortası hizmet kullananların primlerinden ve prim ödemeyecek olanlara devlet tarafından yapılacak ödemelerden finansman sağlayacaktır. Reformun diğer bir bacağı zaten gelirlerinin önemli payının hastalardan temin eden hastanelerin, tamamen özertleştirilmesidir.

¹⁵ Coşkun Bakar, Seval Akgün, a.g.m, s.348

¹⁶ Çetin Değer, a.g.e, s.31

¹⁷ Necati Dedeoğlu, "Sağlık Bakanlığının 'Sağlık Reformu' ve Alternatifi", **Toplum ve Hekim**, Cilt: 18, Sayı: 6, Kasım-Aralık 2003, s.434.

Ayrıca, Kamu Yönetimi Yasası ile de Sağlık Bakanlığı il teşkilatının, hastanelerin ve sağlık ocaklarının yerel yönetimlere devredilmesi, personelin de sözleşme ile çalıştırılması öngörülmektedir. Böylece hastalar artık "müşteri", sağlık kurumları "işletme", sağlık personeli "işçi" olacaktır.¹⁸

Uluslar arası sermayenin bu yoğun saldırısı karşısında ilk yapılması gereken savunmadır. Elimizdeki değerleri, savunmamız, korumamız gerekmektedir. Bu da ancak Ulusal Sağlık Sistemi ile olabilir. Ulusal Sağlık Sistemi, diğer bütün sistemler gibi alt sistemlerden oluşur. Bunun sağlık örgütlenmesi, tedavi edici ve koruyucu sağlık, sağlığın yönetimi, insan gücü, bina v.b. gibi kaynaklar ve finansmandır. Finans ögesinin özellikleri şunlardır:¹⁹

Finansman

- Sağlık hizmeti adil olarak toplanan vergilerden oluşturulmuş devlet bütçesinden finanse edilir.
- Bütçeden sağlığa en az %10 pay ayrılır.
- Sağlık harcamalarında koruyucu hizmetler, birinci basamak tedavi hizmeti, toplumsal öneme sahip sağlık sorunları öncelik alır.
- Sağlık hizmetleri finansmanında maliyet-yarar, maliyet-etkinlik gözetilerek akılcı bütçe yapılır.
- Bütçe vatandaşın veya isteyenlerin denetimine açık ve şeffaftır.

B. SAĞLIK İŞLETMELERİNİN FİNANSAL SORUNLARI

İşletmelerde finans bölümü, fon gereksinimlerinin belirlendiği ve fonların bazı ilkelere göre dağıtımlarının yapıldığı yerlerdir. İşletmelerde finans bölümünün başarısı işletmenin başarısını etkilemektedir. Bu nedenle işletmelerde finans biriminin faaliyetlerini eksiksiz yapabilmesi için finansal yönetim mekanizmasının çok iyi oluşturulmuş olması gerekir.

Sağlık işletmesi olan hastanelerin finansal açıdan başarılı olabilmeleri kısa vadeli borçlarını ve dönen varlıklarını etkin kullanabilmelerine bağlıdır. Kaynaklar ve

¹⁸ Necati Dedeoğlu, a.g.m., s.434.

¹⁹ Necati Dedeoğlu, a.g.m., s.435.

varlıklar hastanelerin amaçları doğrultusunda yönetilmezlerse, hastaneler en başta likitide sorunu olmak üzere bir çok finansal problemle karşı karşıya kalır. Bu sebeple hastaneler sermayelerini çok iyi yönetmek zorundadırlar.²⁰

Kamu hastaneleri her konuda merkeze bağlı olarak, merkez tarafından belirlenen yönetmeliklere, bütçeye göre hareket etmektedirler. Kamu hastanelerinin aşırı merkeziyetçi olması verimliliklerini etkilemektedir

Sağlık işletmeleri, faaliyetleri için ihtiyaç duydukları sabit varlıklarını (duran varlıklarını) satın alır veya kiralama yolunu kullanırlar. Bunun yanında faaliyetlerini sürdürebilmek için kısa süreli paraya dönüşebilen varlıklara diğer bir deyişle işletme sermayesine ihtiyaç duyarlar.

Hastaneleri mülkiyetlerine göre kamu ve özel hastaneler olmak üzere ayırdık. Aşağıda hastanelerin finansal sorunlarına yer verilmeye çalışılmıştır.

Nitelikli sağlık yöneticisinin eksikliği, sağlık personelinin uzmanlık alanlarına göre fonksiyonel dağılımının ihtiyaca uygun olmaması, sağlık çalışanlarının istihdam, ücret ve haklar gibi konulardaki sorunları ve sağlık mevzuatının günün koşullarına ve değişen ihtiyaçlara cevap veremeyecek kadar eski ve ayrıntılı olması da diğer sorunlar arasındadır.

Maliyet muhasebesinin tekniklerinin kullanılmamasından dolayı sağlık hizmetlerinde bütün gider unsurları maliyetlere yansıtılmamaktadır. Sunulan hizmetlerin fiyatlandırılmasında gerçek maliyetler yeterince dikkate alınmamakta ve hizmetlerin bedelinin ancak bir kısmı kullanıcıdan veya bağlı bulunduğu sigorta kurumundan alınmaktadır.

Maliyet hesapları, mal ve hizmetlerin planlanan biçim ve özelliğe getirilmesi için yapılan giderlerin toplandığı ve maliyet unsurlarına dönüştürülerek takip edildiği hesaplardır. Kısaca üretilen mal ve hizmetlerin maliyetlerinin saptandığı hesaplardır.²¹

²⁰ Nermin Özgülbaş, Aysun Bayram (2002). "Hastanelerin Finansal Başarısızlığında Çalışma Sermayesi Yönetiminin Rolünün Tespiti: Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Bir Uygulama", **5. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu**, Eskişehir: Osmangazi Üniversitesi Yayın No: 080, s.267.

²¹ Fehmi Karesioğlu, Hakan Aracı (2003). **Çözümlü Muhasebe Problemleri**, Ders Notları, Konya: Ofset Matbacılık, s.244.

Sübvansiyon edilmiş olan hizmetlerden sadece ihtiyacı olan değil, gelir düzeyine bakılmaksızın herkes aynı ücreti ödemek suretiyle yararlanabilmektedir. Kurumlara sağlanan ve seçici olmayan bu sübvansiyon uygulamasıyla kaynaklar yanlış yönlendirilmekte, asıl ihtiyacı olanlara doğrudan bir sübvansiyon sağlanmamaktadır. Finansman ve hizmet sunumunun aynı elde toplandığı uygulamalarda (Sağlık Bakanlığı ve SSK gibi) hizmetin planlanması ve gerçekleştirilmesinde sorunlar ortaya çıkmakta ve denetim mekanizması işletilmemektedir.

1. KAMU HASTANELERİNİN FİNANSAL SORUNLARI

- 1) Tahsilat problemi: kamu sağlık işletmeleri alacaklarını zamanında tahsil edememektedir. İşletmeler sundukları sağlık hizmetlerinin bedellerinin tahsil ederken sorunlar yaşamaktadır.
- 2) Merkeze bağımlılık: kamu hastanelerinin merkeze bağımlı olmaları finansal yapılarını olumsuz yönde etkilemektedir. Kamu hastanelerinin merkeze bağımlı olmaları sebebiyle hızlı kararlar alınamadığı için problemler yerinden çözülememektedir. Dolayısıyla ortada etkin olmayan ve verimsiz bir idare yapısı gözlenmektedir.²²
- 3) Kaynak problemi: kamu hastanelerinde kıt olan kaynakların yanlış kullanılması kaynak israfına neden olmakta, bu da teknik verimsizliğe yol açmaktadır.
- 4) Kamu sağlık işletmelerinde net çalışma sermayesi, kısa vadeli borçlarını ödemediği yaşamaktadır.
- 5) Maliyet problemi: kamu sağlık işletmelerinde verilen sağlık hizmetlerinin maliyeti belirlenmemektedir. Bu kurumlarda maliyet analizi yapılamamakta ve maliyet muhasebesinden yararlanılmamaktadır.
- 6) Fiyat problemi: kamu sağlık işletmelerinde fiyatlar maliyetlere dayalı olarak hesaplanamamaktadır. Çünkü, maliyetleri sürekli olarak tespit ve takip edebilecek finansal yapı hiçbir hastanede mevcut değildir. Verilen sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin bilinmemesi nedeniyle fiyatlandırma işlemleri, bilimsel olmayan kriterlere göre yapılmaktadır.

²² N. Tamer Hotamaroğlu(4-7 Mayıs 1994). "Sağlık Kuruluşları ve Hastanelerde Finansal Yapı", Aydın: **I. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu**, s.168.

- 7) Strateji belirleme problemi: kamu hastanelerinin merkezi otoriteye bağımlı olması, otoritenin belirlediği politikalara uyulmasını zorunlu kılmakta, sonuçta işletmenin ihtiyaçlarına yeteri kadar cevap verememektedir.
- 8) Bütçeleme problemi: kamu hastane kuruluşlarının yönetsel ve finansal açıdan özerkliği bulunmamakta, bu durumda hazırlanan bütçeler verilecek hizmetleri sınırlayıcı kılmakta ve sonuçta sağlık hizmetlerini verimsizleştirmektedir.
- 9) Özel çıkar gruplarının yarattığı sorunlar: kamu sağlık sektöründe kamuya ait olan kaynaklar ve iş gücü, kişilerin özel kazançları için kullanılmaktadır.
- 10) Finansal yönetici eksikliği problemi: kamu sağlık kuruluşlarında çoğunlukla hekim nosyonlu yöneticiler üst düzey yönetimde yer almakta, işletme ve finansal yönetim konularında yeterli bilgiye sahip olmadıkları için alternatif yatırım yöntemlerini değerlendirememektedirler.
- 11) Kamu sağlık işletmelerinde sağlık sektörü ile ilgili yatırımların planlanması aşamasında fizibilite etütlerine yeterince önem verilmemektedir.
- 12) Teknoloji sorunu: kamu sağlık işletmelerinde işe yaramayan cihazlar hastaneleri teknoloji çöplüğüne çevirmiştir.
- 13) Sağlık işletmelerinde mal ve hizmet alımlarında stok kontrol yöntemleri uygulansa bile stoklara ilişkin enflasyon muhasebesi teknikleri kullanılmamakta, sonuçta maliyetler ve dolayısıyla fiyatlama olumsuz yönde etkilenmektedir.
- 14) Atıl kapasite problemi: kamu hastane işletmeleri kapasitelerinin tamamını kullanamamakta bu durum maliyetlerde istenmeyen artışlara yol açmaktadır.

2. ÖZEL HASTANELERİN FİNANSAL SORUNLARI

Özel hastanelerde kamu hastanelerinde olduğu gibi benzer sorunlar yaşamaktadırlar. Özel hastaneler kamu hastanelerinden farklı olarak yerinden yönetilirler. Bu sebeple merkezi yönetimin oluşturduğu sorunlardan uzaktırlar.

- 1) Tahsilat problemi: özel hastaneler de alacaklarını zamanında tahsil edememektedir.

- 2) Katma Değer Vergisi problemi: Özel sağlık işletmelerinde sağlık harcamalarından alınan KDV oranı yüksektir.²³
- 3) Gider Sorunu: özel ve kamu hastanelerinin ortak sorunlarından birisi de elektrik, su vb. giderlerin yüksek olmasıdır.²⁴
- 4) Maliyet problemi: özel hastanelerde de sağlık hizmetlerinin maliyeti tam anlamıyla belirlenememektedir.
- 5) Finansal yönetici problemi: İşletme sahiplerinin finansal yönetim açısından bilgi noksanlığı mevcuttur bunun yanında profesyonel yönetici çalıştırılmamaktadır.
- 6) Teknoloji sorunu: özel sağlık işletmelerinde bütçelerinin elvermemesi sebebiyle cihazlarını yenileyememektedirler.
- 7) Özel hastanelerde, işletme sermayesi ve öz kaynak yetersizliği yaşanmaktadır.
- 8) Özel hastaneler yabancı kaynak sağlamada güçlük çekmektedir. Bunun yanında, hastanelerin kredi maliyetleri yüksektir.

C. SAĞLIK İŞLETMELERİNİN FİNANSAL SORUNLARININ TESPİTİNE YÖNELİK ANKET UYGULAMASI VE DEĞERLENDİRİLMESİ

Günümüzde hastane işletmeleri mülkiyetleri bakımından kamu ve özel olarak incelendiğinde, kamu hastanelerinin finansman kararları bağlı oldukları kamusal bütçeler tarafından fon özelliğinde kaynaklardan oluşur. Özel hastane işletmelerinde ise işletme bütçeleri tarafından planlanan sermaye niteliğindeki finansman kaynaklarından oluşmaktadır. Kamusal bütçelerde giderler önceden belirlenerek ona göre gelir kaynakları sağlanmaya çalışılır. Kamu hastanelerinde fon niteliğindeki gelirler kamusal bütçelerin giderlerini oluşturur. Kamu hastaneleri için belirlenmiş yıllık bütçeler bulunmaktadır. Özel sağlık işletmelerinde ise önce gelirler belirlenir ona göre gider planlaması yapılır.

Kamu sağlık işletmelerinin bağlı olduğu bütçe türlerine göre, katma bütçeli kurumlar, özerk bütçeli yada özel bütçeli kurumlar ve döner sermaye gelirleri, sağlık

²³ Metin Yerebakan (2000). **Özel Hastaneler Araştırması**, İstanbul Ticaret Odası Yayın No: 2000-26, İstanbul: Mega Ajans, s.128.

²⁴ Yerebakan, a.g.e., s.128.

hizmetlerinin finansmanı için kullanılır. Özel hastane işletmeleri ise yabancı kaynaklardan ve öz sermayeden oluşur.

1. Anketin Amacı

Birinci bölümde sağlık işletmeciliği kavramından, sağlık işletmelerinin organizasyon yapısından ve finans fonksiyonunun özelliklerinden bahsettik. Burada sağlık işletmelerinin işletme olarak kabul edilmesinin nedenlerini açıkladık ve devamında sağlık işletmelerini diğer işletmelerden ayıran temel nitelikleri yansıtmaya çalıştık. İkinci bölümde ise genel olarak sağlık hizmetlerinin finansman kaynaklarını ele alındı. Aynı bölümün devamında Türkiye’de sağlık sistemi nasıl işlemekte, sağlık hizmeti sunan kurumlar kimler, sağlık kurumlarının yaptıkları sağlık harcamalarını tutarlarının tespiti ve son olarak seçilmiş bazı OECD ülkelerinin sağlık hizmetlerinin finansmanı ve Türkiye’deki durumla karşılaştırması yapılmıştır. Üçüncü bölümde ilk kısım genel olarak sağlık hizmetlerinin finansman sorunları neler ve ne gibi çözümler getirilmeye çalışılmış bunlara yer verdik ve devamında sağlık hizmeti sunan hastane işletmelerinin finansal problemlerini sıraladık.

2. Ankette İzlenen Yöntem

Sağlık işletmelerinin karşı karşıya kaldıkları bir çok finansal problemleri bulunmaktadır. Hastaneler ilk önceleri bir işletme olarak kabul görmemişti. Daha sonra bazı çevreler hastanelerin de bir işletme olduğunu kabul etmek durumunda kaldı. Hastaneler de diğer işletmeler gibi üretim faktörlerini kullanarak hizmet üretmeye çalışmakta ve kazanç elde etmektedirler. Anket çalışmasında İzmir’e ait hastanelerin yaklaşık 1/4 ile, Alaşehir ve Salihli devlet hastaneleri ile özel hastaneleri ve Manisa’da ki kamu ve özel hastanelerle birlikte toplam 20 hastane ile görüşülmeye çalışılmış yalnız 15 hastane ankete cevap vermiştir. Bu hastanelerin 10’u kamu hastanesi ve 5’i özel hastanedir.

Anket söz konusu hastanelerde çalışan 15 personel üzerinde yapılmıştır. Ankete katılan kişiler görevleri gereği hastanelerin finansmanından sorumlu kişilerdir. Bu personelin dördü kamu hastanesinde hastane müdürü, biri üniversite hastanesinde işletme müdürü, beşi kamu hastanelerinde hastane müdür yardımcısı, dördü özel hastanelerin muhasebe müdürü ve biri de özel bir hastanenin işveren konumundaki doktorudur.

Tablo 12. Çalışanların Meslek Gruplarına Göre Dağılımı

Görevi	Sayısı	%
Hastane Müdürü	4	26,6
İşletme Müdürü	1	6,6
Hastane Müdür Yardımcı	5	33,3
Muhasebe Müdürü	4	26,6
İşveren	1	6,6

Ankete katılanlar finansman konusunda hastane bünyesinde yetkili kişilerdir. Tesadüfi olarak seçilmemiştir. Ankete katılanların çoğu hastanelerin finansal ihtiyaçlarını ve finansal açıdan karşılaştıkları sıkıntıları en iyi bilen ve sağlık idaresi alanında ihtisas yapmış kimselerdir.

3. Anket Uygulaması ve Değerlendirilmesi

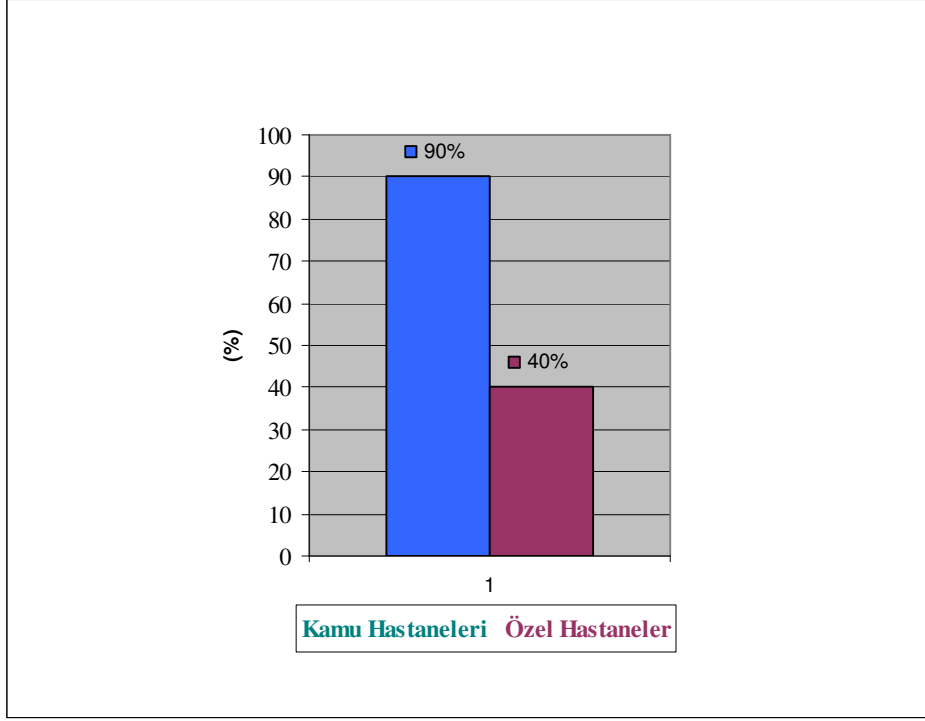
3.1. Hastane Alacaklarının Tahsilatında Yaşanan Sorunlar

İşletmelerin faaliyetlerinin devamı için gelir-gider dengesinin sağlanması gerekir. Hastaneler de bir çeşit işletme olduklarına göre iş yapabilmeleri için gelirlerini zamanında tahsil etmelidirler.

Ankete katılan kamu hastanelerinin %90'ı, alacaklarını zamanında tahsil edemediklerini ve bundan dolayı hastaneler yılın ilk yarısı olmadan bütçe açığı ile karşılaştıklarını belirtmişlerdir. Kamu hastaneleri sağlık hizmeti satın alan vatandaşın alacağını tahsil edemedikleri gibi bunun yanında sosyal güvenlik kurumlarından da alacaklarını geç tahsil etmektedir. Alacaklarını zamanında alamayan hastaneler tahsilat süresiyle ilgili soruyu boş bıraktırmıştır. Zamanında tahsil edilemeyen alacaklar, hastanelerin gelir-gider dengesinin kurulamamasına neden olmaktadır.

Özel hastaneler için durum biraz daha iyi, onların yalnızca % 40'ı alacaklarını zamanında tahsil edememektedir. Geri kalan % 60'lık kısım tahsilatta sıkıntı yaşamamaktadır.

Şekil 6. Hastanelerin Tahsilat Problemi



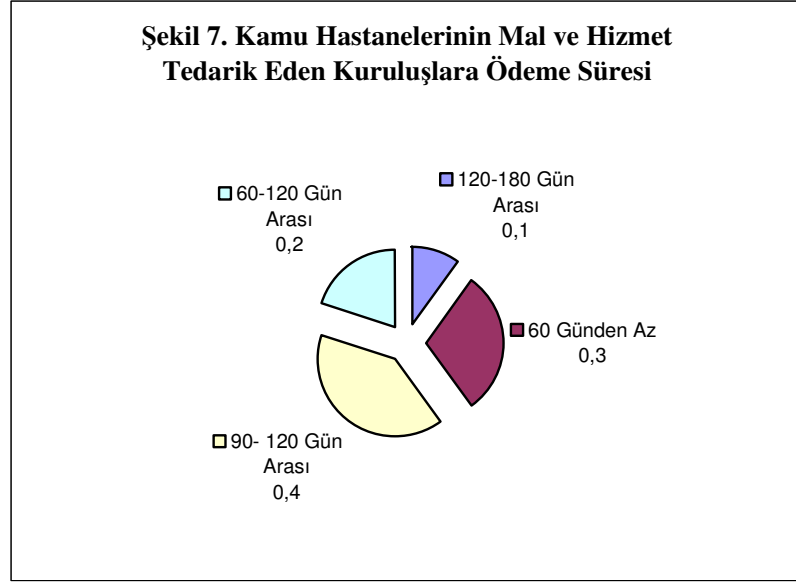
Alacaklarını zamanında tahsil edemeyen hastanelerin alacaklarını icra yoluyla almaya çalışmaları kamu hastanelerinin piyasadaki imajını zedelememektedir. Hastaneler vatandaştan alacakları sağlık hizmeti bedelini karşılayamazken, devletin sosyal güvenlik kurumlarından tahsil edemediği alacakları için kime icra davası açsın?

Özel hastanelerin piyasa ekonomisi içerisinde yer almaları ve kazanç odaklı hareket etmeleri, piyasada rekabeti doğurmaktadır. Bir anlamda iyi bir reklam işletmenin piyasada daha çok tutulmasını sağlayacak ve hastaneye olan talebi artıracaktır. Özel hastaneler alacaklarını icraya verdikleri takdirde bir anlamda kötü reklam yapmış olur. Özel hastanelerin %60'ına göre alacaklarını icra yoluyla tahsil etmeye çalışmaları piyasadaki imajlarını zedeler.

3.2. Hastanelerin Mal ve Hizmet Sağlayan Birimlere Olan Borçları

Ankete katılan hastanelerin büyük çoğunluğu, hastaneler için mal ve hizmet sağlayan kurumlara borçlarını zamanında ödeyebilmektedir. Ödemenin zamanında gerçekleşmesi kurumların hastane ihtiyaçlarını karşılamada aksaklıklara neden

olmaması demektir. Bu da devamlı hizmet vermek durumunda olan hastanelerin işlerinin yolunda gitmesi için gereklidir.



Kamu hastanelerinin mal ve hizmet tedarik eden kuruluşlara borçlarını ödeme zamanları Şekil 7.'de yer verilmiştir. Hastanelerin %40'ı üç aydan dört ay arasında, %30'u iki aydan daha kısa bir zamanda, %20'si iki aydan üç ay arasında %10'u da dört aydan altı ay arasında borçlarını ödemektedir. Şekle göre hiçbir hastane altı aydan daha uzun süreli borç altına girmemektedir. Buradan da anlaşılıyor ki hastaneler bilançolarında uzun vadeli borç kalemini çalıştırmıyor. Kamu hastaneleri borçlarını dört aydan daha kısa bir zamanda ödemektedir.

Özel hastanelerde kamu hastaneleri gibi mal ve hizmet sağlayan birimlerle olan anlaşmalarına göre borç ödeme süreleri değişmektedir. Özel hastanelerin %20'si iki aydan daha kısa sürede, %60'ı iki aydan üç ay arasında mal ve hizmet sağlayan birimlere borçlarını ödemektedir. Geri kalan %20'lik kesimse her bir kurumla olan anlaşmaya göre ödeme süresinin değiştiğini belirtmiştir.

3.3. Net Çalışma Sermayesi

Çalışma sermayesi yönetimi ve kontrolü, işletme açısından büyük önem taşımaktadır. Çalışma sermayesi bir işletmenin tam kapasite ile çalışabilmesi, üretime kesintisiz devam edebilmesi, iş hacmini artırabilmesi, likiditeyi artırarak borçlarını

karşılatabilmesi, kredi değerliliğini artırabilmesi, olağanüstü durumlara hazırlıklı çıkması, karlılığı ile verimliliğini artırabilmesi için çok önemlidir.

Sağlık kurumlarında çalışma sermayesi, kurumun mevcut işletme sermayesi ile kısa vadeli borçlarını ödeyebilme durumunu göstermektedir. Hastanelerde iyi bir hizmet vermek için hastanenin cihazlarının, binasının, makinelerinin vs. duran varlıklarının olmasının yanında işletmenin bu çarkı döndürebilmesi için dönen varlıklarının da yeterli oranda olması gerekir. Bu oran dönen varlıkların/ kısa vadeli borçlarına bölünmesi ile bulunur. Sonuç +1 den büyük olmalıdır. Oranın +1 den küçük olması hastanelerin borçlarını ödeyemediğini gösterir.

Ankete katılan kamu hastanelerin %50'si dönen varlıklarının, kısa vadeli borçlarını karşılayabildiğini, %30'u karşılayamadığını, %20'si de bu konuda fikirlerinin olmadığını belirtmiştir.

Özel sağlık kurumlarının %100'ü çalışma sermayelerinin borçlarını ödemek zorunda olduğunu, yoksa bu çarkın dönmesinin mümkün olmayacağını ifade etmiştir.

Çalışma sermayesinin yetersizliği sağlık kurumlarında finansal başarısızlığa neden olmaktadır. Kamu sağlık kurumlarının bütçe açığı vermelerinin bir nedeni de işletmeyi döndürecek sermayelerinin olmayışındandır.

3.4. Sağlık Hizmetlerinin Maliyeti ve Fiyatı

VIII. Beş yıllık kalkınma planında sağlık hizmetlerinin fiyatları belirlenirken maliyetler esas alınmalıdır ilkesi yer alıyor. Fiyatlandırmanın maliyetlere göre yapılmaması sağlık hizmetlerinin satın alınmasında ve faturalandırılmasında güçlükler yol açmaktadır. Hastanelerin çoğu zaman sosyal güvenlik kurumlarına gönderdikleri faturalara itirazlar gelmektedir.

Kamu hastanelerinin %70'i, özel hastanelerin %90'nına yakın kısmı sağlık hizmetlerinin maliyetlerini belirleyebildiklerini öne sürmüşlerdir. Sağlık kurumlarının hepsi hastanelerinin fiyat politikasının şeffaf olduğunu ve fatura bilgilerin doğru bir şekilde yansıtıldığını belirtmiştir.

Sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılmasında maliyet esasının göz önüne alınması gerekir. Hastanenin fiyat politikası şeffaf olmalıdır. Aynı sağlık hizmetinin fiyatı hastanelere göre farklılık göstermemelidir.

Kamu hastanelerindeki teşhis, tedavi, ve rehabilite hizmetlerinin fiyatlandırılması Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmaktadır. Bakanlık bütün hastaneler için sabit bir ücret tarifesi belirler. Bunun için hastanelerin fikirlerini alması gerekmez. Bu fiyatlandırma, hizmetlerin kalitesi ve maliyetleri ile ilgili değildir. Hastaneler arasındaki hizmet düzeyleri büyük farklılık göstermekte, bölgesel olarak farklılıklar hizmet şartlarını etkilemektedir. Sonuçta fiyatların aynı olması bazı hastanelere yığılmaları kaçınılmaz hale getirmektedir.

Sağlık hizmetinin fiyatı ne kadar artırılsa artırılsın bu hizmete karşı olan talep değişmeyecektir. Sağlık hizmetlerinin bireyler için hayati önem taşıması, sağlık hizmetinin fiyatı ne olursa olsun kişilerin bu hizmeti satın almalarına engel olamaz.

Sağlık hizmetlerinde ekonomik anlamda etkinliğin sağlanması için sağlık üreticileri (hastane, doktor muayenesi, tıp okulları) üretim maliyetlerini minimize etmelidir. Sağlık hizmeti üreticileri, sağlık hizmetlerinin miktarını talebe göre belirlemeli ve hizmetlerin kaliteli olmasına özen göstermelidir.

Kamu hastanelerinin %70'i, özel hastanelerin %90'ı fiyatların standart olmasından yanadır. Ankete katılanların çoğu fiyatların piyasaya bırakılması sonucu hizmette aksaklıkların olacağını düşünmektedir.

Hastaneden sağlık hizmeti satın alan hastaların, hizmetin karşılığında ödemeleri gereken faturayı gördüklerinde itiraz ettiklerini tanık olmaktadır. Her ne kadar hastanelerin teşhis, tedavi ve rehabilite hizmetlerinin fiyatları bilinse de hastalar aldıkları sağlık hizmetlerinin karşılığı olan faturayı gördüklerinde mutlaka itiraz etmektedirler. Kamu hastanelerinin % 70'i, özel hastanelerin %80'i sağladıkları hizmetlerin karşılığı olan fiyatlara hastalar tarafından itiraz edildiğini belirtmiştir.

3.5. Sağlık İşletmelerinde Yatırım Kararları

Sağlık işletmeleri yatırımlarını gerçekleştirirken gelecekte neler olabileceğini az çok kestirmek durumundadırlar. Bunun için sermaye bütçelerinden yararlanırlar. Sermaye bütçesi bir çeşit yatırım planlamasıdır.

Yatırım kararı verirken, yeni bir sabit varlığı satın alma, eski bir sabit varlığı yenileme yada belirli bir dönem için sabit varlığı kiralama yoluna mı gidilmeli?

sorusuna cevap aranır. Sağlık işletmeleri finansal açıdan hangi kararın işletme için en uygun olduğunu ekonomik analizler yaparak saptayabilir.

Yatırımlar uzun bir dönemi kapsarlar. Bunun için karar vericilerin bu konuda ekonomik açıdan analiz yapmaları ve karşılaşılabilecekleri riskleri göz önüne almaları gerekir. Örneğin hastane için yeni bir bina yapımına başlandıktan sonra, yapım işleri yarıda bırakılmaz. Hastane böyle bir durumda uzun yıllar boyunca yüksek sabit giderlerle uğraşmak zorunda kalır.

Hastane gelirinin çok yüksek olması isteniyorsa, talep tahminleri yapılmalı ve piyasa ekonomisinden yararlanılmalıdır. Yoksa hastaneye talebi olmayan yeni bir servis açılması atıl kapasiteye neden olacak ve hastaneye yükleyeceği maliyetlerde artacaktır.

Ankete katılan kamu hastanelerinin % 80'i elde ettikleri gelirlerinin bir kısmını yatırım harcamalarına ayırabilirken, özel hastanelerin ancak %40'ı yatırım amaçlı harcama yapabilmektedir. Aynı anda birden çok yatırım yapabilen hastaneler varken hiç yatırım yapmayan hastanelerde mevcuttur.

Yatırım türlerinin dağılımına bakılacak olursak yatırım yapan kamu hastaneleri içinde %75 modernizasyon yatırımı yapmaktadır. İkinci sırayı %37,5'lik bir oranla kapasite artırma yatırımları almıştır. Hiç yapılmayan yatırım türü ise darboğaz giderme yatırımlarıdır. Özel hastanelerin %60' ı yatırım yapmamaktadır. Yatırım yapan kesim ise yenileme, modernizasyon, kapasite artırma ve finansal kiralama yatırımı yapmaktadır.

Finansal kiralama: bir yatırım malının mülkiyetinin kiralayan şirkette kalarak, belirlenen bir kira bedeli karşılığında kullanım hakkının kiracıya geçmesini sağlayan bir çeşit finansman yöntemidir. Kamu ve özel hastanelerin yalnızca %20'si finansal kiralama tekniğini kullanmaktadır. Sabit varlıklarının bir kısmını satın almak yerine, teknoloji yakalamak ve sabit varlığın hastaneye maliyetini azaltmak amacıyla kiralama yolunu kullanmaktadırlar. Bunun yanında finansal kiralama tekniğini kullanmayan fakat avantajlı olduğunu düşünenlerde vardır.

Kamu ve özel hastanelerde ankete katılanların %100'ü yatırım yaparken mutlaka talebin dikkate alınmasını gerektiğini belirtmişlerdir.

Hastanelerde yatırım kararı verenlerin bu konuda yeterli mesleki eğitimi almış uzman kişiler mi olduğu sorusuna gelen yanıtlarda, kamu hastanelerinin %50'si ve özel hastanelerin %20'si tıp eğitimi almış kişilerin bu alanda sağlıklı kararlar veremeyeceği görüşündedir.

Kamu hastanelerinin %70'i belirli dönemlerde finansal raporlar hazırlamaktadır. Yalnız bu raporlar geleceğe yönelik olarak yatırım harcamalarına karar verilirken kullanılmamakta yalnızca bilgi edinme maksadıyla hazırlanmaktadır. Özel hastanelerin %80'i finansal raporlar hazırlamaktadır. Bu raporları değerlendirip yatırım yapanların oranı ise %70'tir.

Sağlık işletmelerinde verilen finansal kararlar, bir yandan hastanenin gelecekteki gelir akışının büyüklüğünü etkilediği gibi diğer taraftan işletmenin risk derecesini etkilemektedir. Kazanç ile risk arasında doğrudan bir ilişki bulunmaktadır.²⁵ Kamu hastanelerinin %40'ı finansal kararlarda risk faktörünü göz önüne almadığını ve %30'da bu konuda fikirlerinin olmadığını beyan etmişlerdir. Özel hastaneler de ise risk faktörünü değerlendirenlerin oranı %80'dir. Riski hafifletmek özel hastanelerin %60'ına göre kazancı azaltırken, kamu hastanelerinin yalnızca %20'sine göre kazancı azaltmaktadır.

Finansman kararları; işletmenin finansal yapısının oluşturulmasında finansman plan ve bütçesi yapılarak ihtiyaç duyulan fonların kullanım amaçlarına göre sağlanmasıdır. Böylece sağlık işletmesi finansal piyasadan yararlanarak optimal kaynak bileşimini sağlayacak finansal yapıyı oluşturacaktır. Bu durum işletmenin şimdiki ve gelecekteki varlıklarıyla ilgili kararları da kapsayacaktır.²⁶

Kamu sağlık işletmelerinin yalnızca %10'u optimal kaynak bileşimini sağlamak için finansal piyasadan yararlanırken, geri kalan kısım piyasadan habersiz olarak işlerini yürütmektedir. Özel hastaneler ise piyasaya mekanizması aracılığıyla iş yaptıkları için %60'ı finansal piyasadan yararlanmaktadır.

3.6. Kamu Hastanelerinde Merkezi Yapı Yerine Desantralize Yapı

Kamu hastanelerinin merkeze bağımlı olmaları karar verme sürecinde hastanelerin zaman kaybetmesine neden olmaktadır. Merkezi otorite tarafından

²⁵ Yeğinboy (1992), a.g.e, s.65.66.

²⁶ Yeğinboy (1994), a.g.e., s.198.

belirlenen politikalar, uyulması gereken yasal düzenlemeler hastanenin ihtiyaçlarına cevap verememektedir. Hastaneler bu aşamadan sonra finansal işlemlerini yerine getirirken çeşitli maliyetlere katlanmak durumunda kalmaktadırlar.

Ankete katılan kamu hastane çalışanlarının %60'ı, hastanelerin merkeze bağımlı olması hastanelerin finansal yapılarını olumsuz etkiler kanısındadır. Hastanelerin yerinden yönetime geçmesi finansal sorunlarına çözüm olabilir diyenlerin oranı ise %70'tir.

3.7. Sağlık İşletmelerinde Ekonomik Analiz Tekniklerinin Kullanımı

Sağlık hizmetlerinin üretim ve tüketiminde dışsallıkların varlığı, dışsal maliyet ve faydaların parasal olarak ifadesini mümkün kılmaz. Bu yüzden piyasa ekonomisinde yapılan harcama, yatırım, proje vb. faaliyetlerin analiz edilmesinde kullanılan, paranın zaman değerini göz önüne almayan statik yöntemler, ortalama gelirin yatırım tutarına oranı yöntemi, geri ödeme süresi yöntemi ve paranın zaman değerini göz önüne alan dinamik yöntemler , net şimdiki değer yöntemi, iç karlılık oranı yöntemi ve anüite yöntemi gibi analiz tekniklerinin sağlık hizmetleri için kullanılmasında problemler ortaya çıkmaktadır. Nedeni ise, bu proje değerlendirme teknikleri sadece kar amacı taşıyan yatırım planları için kullanılmaktadır. Büyük ölçüde sosyal amaçlı olan sağlık hizmetlerinde analiz teknikleri ise oldukça farklıdır.²⁷

Sağlık alanında önceliklerin saptanması ve ihtiyaç alanlarının belirlenmesi; sağlık hizmetlerinin etkisinin saptanması ve maliyetlerin kontrol edilebilmesi, sağlık hizmeti sunma sistemlerinin uluslar arası kıyaslamaların yapılması, hizmetlerin planlanması ve değerlendirilmesi, bölgesel farklılıkların göz önüne alınması, sınıflar arası eşitsizliklerin giderilebilmesi için sağlık hizmetlerinin somut olarak ölçülebilir olması gerekmektedir.²⁸

Ekonomik analiz tekniklerinde maliyet kazanç analizi, kazancın fırsat maliyetine göre değerlendirilmesidir. Eğer kazanç maliyetten fazla ise bu amaç gerçekleştirilir. Kamu hastanelerinin %60'ı, özel hastanelerin %100'ü maliye-kazanç analizi yapmaktadır.

²⁷ Getzen, a.g.e., s.9.

²⁸ Çilingiroğlu, a.g.m., s.411.

Diğer bir ekonomik değerlendirme tekniği olan maliyet-fayda analizi sonuçlar bir program yerine bir başka programı işler hale getirmekle kazanılan her bir sağlıklı günün maliyeti ya da kaliteye göre ayarlanmış yaşam süresinin maliyeti olarak bilinir. Bu analizde çıktıların hesaplanmasında kullanılan değer ölçütü para değildir. Fayda değere, ya da sağlık konumunun belirli bir düzeydeki ederine karşılık gelir.²⁹

Kamu hastanelerinin %50'sine göre yalnız maliyet-fayda kriterlerinin göz önüne alınması işletmelerin finansal kaynak açığı ile karşılaşmalarına neden olmaktadır. Sosyal devlet ilkesine göre devletin hastanelerinin sağlık hizmetlerini parası olmayan vatandaşa da sunması bir görevdir. Özel hastanelerin %60'ına göre ekonomik değerlendirme tekniği olan maliyet- fayda analizine göre sağlık hizmeti sunmak sağlık işletmelerin kaynak açığı ile karşılaşmalarına neden olur.

Sağlık yatırımlarından ve hizmetlerinden kazanç amacı olmayan hastaneler yalnızca maliyet-fayda kriterlerini göz önüne alarak iş yaparlarsa finansal kaynak açığı ile karşılaşacaklardır. Bu da gelirlerin giderleri karşılayamaması anlamına gelir.

3.8. Mal ve Hizmet Alımlarında Stok Kontrol Yöntemi ve Kamu İhale Kanunu

Kamu hastanelerinin ihale usulü ile alımlarda merkez onayı gerekmektedir. Bu sistem kaynakların yanlış ve yersiz kullanımını engellemek için geliştirilmiştir. Dolayısıyla, finansal yapının hastane düzeyinde yönetsel unsurlara değil, merkezi idare esaslarına dayandığı ortaya çıkmaktadır.

Kamu sağlık işletmelerinin mal ve hizmet alımlarında kamu ihale kanuna göre hareket etmeleri kamu hastanelerinin %50'sine yük getirirken geri kalan kısım için herhangi bir yük teşkil etmemektedir. Kamu hastaneleri mal ve hizmet alım işlemleri için sınırlandırılmaktan yana değildir. Daha çok hastaneler kendi yönetsel yapıları içinde karar almak istemektedirler. Kamu İhale Kanunu'nun hastanenin işlerinin yürütülmesinde zaman ve maliyet kaybına neden olduğunu belirtmişlerdir.

Kamu ve özel hastanelerin hepsi mal ve hizmet alımlarında stok kontrol yöntemlerini uygulamaktadır.

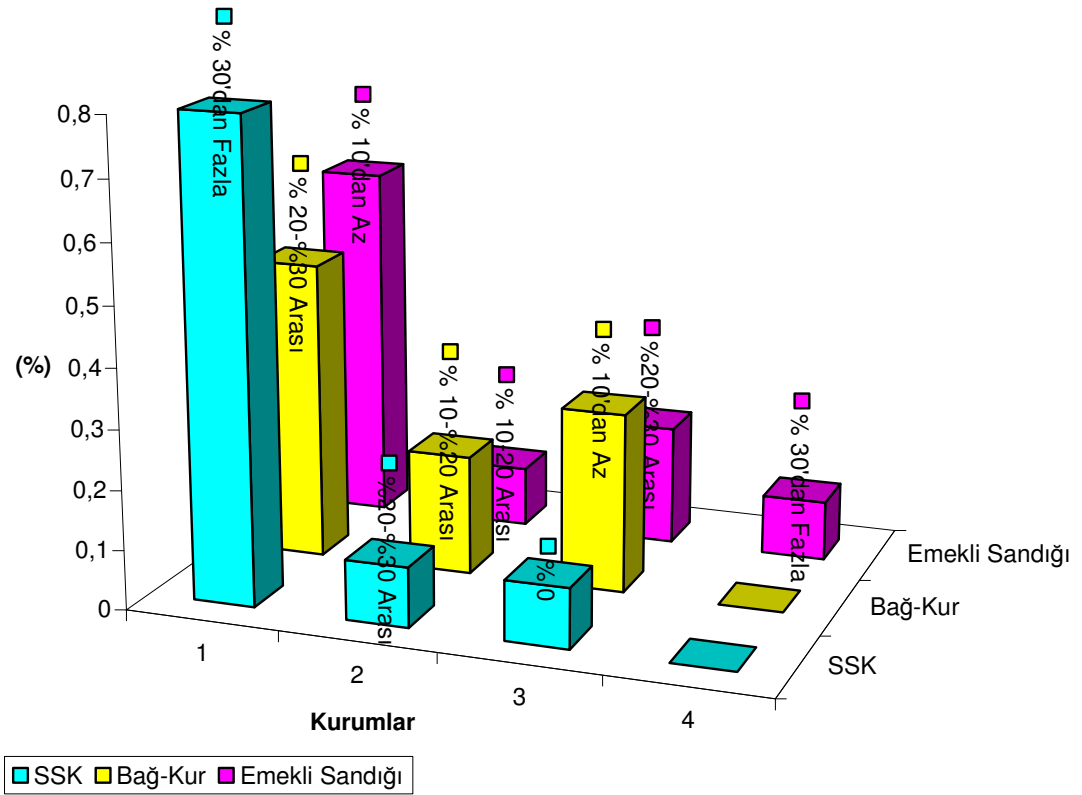
²⁹ Çilingiroğlu, a.g.m., s.416.

3.9. Hastanelere Sosyal Güvenlik Programlarının Katkıları

Sağlık işletmelerinin finansmanında temel sosyal güvenlik kurumlarının payı oldukça fazladır. Sağlık Bakanlığı, SSK, Üniversite Hastaneleri, Belediye Hastaneleri, KİT hastaneleri, Savunma Bakanlığı ve diğer kamu kurumlarına ait hastanelerin finansmanı zorunlu sigorta kapsamında SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı tarafından sağlanmaktadır. Bunun yanında bu hastanelere başvuran çok az da olsa ücretli hasta grubu vardır.

Özel hastanelerin finansmanı ise özel sigortalar, özel sandıklar ve cepten ödemelerle sağlanmaktaydı. Sağlıkta dönüşüm programıyla birlikte, özel hastaneciliğin teşviki ve sağlık hizmetlerinin zorunlu sigortalılar tarafından da satın alınabilmesi için özel hastanelere bu programlardan belli oranlarda pay ayrılmaktadır. Yalnızca özel sigorta ve cepten ödemelerle özel hastanelerin hiçbiri yeterli finansmanı sağlayamamaktadır.

Şekil 8. Kamu Sağlık İşletmelerinin Sosyal Güvenlik Kurumlarından Aldığı Pay



Kamu ve özel hastanelerin hepsi sosyal güvenlik kurumlarından farklı oranlarda pay almaktadır. Özel hastanelerin aldığı pay anlaşmaya göre değişirken, kamu kurumlarının aldığı pay ise hastanenin kuruluş amacına göre değişmektedir. Sağlık hizmetleri sunan kamu hastanelerinin tek çatı altında toplanmasıyla bu oran değişmiştir. Önceleri bazı kamu kurumlarına ait (SSK, Devlet Hastaneleri gibi) hastanelerde meydana gelen yığılmaların, bu uygulamalar sayesinde önüne geçilmiştir.

Kamu işletmelerinin temel sosyal güvenlik kurumlarından aldığı katkılar Şekil 8. yardımıyla açıklanmıştır. Şekle göre hastanelerin %80'i SSK'dan, %30'dan fazla pay almaktadır. Emekli Sandığından ise hastanelerin %50'si, %10'dan daha az bir pay almaktadır. Diğer bir sosyal güvenlik kurumu olan Bağ-Kur'dan hastanelerin %50'si %20-%30 arasında pay almaktadır.

Özel hastaneler sosyal güvenlik kurumlarından aldığı paya bakacak olursak; hastanelerin %60'ı SSK'dan %30'dan fazla pay almaktadır. Bağ-Kur'dan, hastanelerin %60'ı, %10 daha az bir pay almaktadır. Sosyal Güvenlik Kurumları, özel sağlık işletmelerine en az Bağ-Kur'dan, en fazla ise SSK'dan pay vermektedir. Emekli Sandığının özel hastanelerin % 80'ine olan katkısı ise, %10 ile %30 arasında değişmektedir.

II. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSAL SORUNLARINA YÖNELİK ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Ülkemizde sağlık sisteminin pek çok sorunu bulunmaktadır. Bu sorunlara, yıllardır bir çok çözüm önerileri geliştirilmiş ve reformlar önerilmiştir. Halen sağlık alanında yeni çalışmalar yapılmaktadır. Sağlık sorunlarının çözümüne yönelik olarak Genel Sağlık Sigortasından, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinden, -pek yaygın olmasa da- sağlık kooperatifçiliğinden yararlanılması gerektiğinden bahsedilmektedir.

Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde yeniden yapılanmaya giderken, sağlık hizmetlerinin sunumunda rekabetin ön plana çıkarılmaya çalışıldığı düzenlemeler ile, özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasını özendirilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin taşıdığı özel önem ve özellikler, bu hizmetlerin sunumunun, kar amacını ön planda tutan ve piyasa mekanizması kurallarına göre çalışan

işletmelere bırakılmasının sakıncalarını ortaya koymaktadır. Özellikle sosyal mal niteliği taşıyan koruyucu sağlık hizmetleri, özel sektör için cazip bir alan oluşturmaz.

A. SAĞLIK KOOPERATİFÇİLİĞİNDEN YARARLANMA

Ülkemizde sağlık sisteminde hizmet sunumunda devlet, özel sektör, vakıflar ve derneklere yer verilirken kooperatifler göz ardı edilmiştir. Toplum yararını gözetmeyi temel ilkeleri arasında benimseyen kooperatif işletmeler, sağlık alanında aktif rol oynayabilirler.³⁰

Sağlık kooperatifleri kapsamına, ambulans hizmetleri gibi sağlık hizmetlerinde çeşitli hizmetler veren işçi kooperatifleri, ecza kooperatifleri, sosyal bakım kooperatifleri, sağlık sigortası sağlayan kooperatifleri gibi pek çok kooperatif türü girebilmektedir. Bu kooperatiflerden ecza kooperatifleri gibi kooperatifler ülkemizde de sağlık alanında faaliyet gösteren kooperatiflerdir. Ülkemizde sağlık hizmetlerinin toplumun tümünü kapsayacak şekilde yaygınlaşmamış olması ve verilen hizmetlerin de nitelik ve nicelik olarak yetersizliği sağlık hizmetlerinden yararlanan kesimin zor durumda olduğunu göstermektedir. Öte yandan, ülkemizde sağlık hizmeti sunan sağlık insan gücünün de pek çok sorunları bulunmaktadır. Özellikle kamudaki sağlık insan gücünün maaşları, yan ödemeleri ve diğer ödemeleri mesleki sorumlulukları ve sosyal durumları ile uygun olmayacak kadar azdır. Çalışma koşulları ağır ve elverişsizdir. Bu nedenle Türkiye’de sağlık kooperatifinin hizmetten yararlanacak olanlar tarafından yada hizmeti sunacak olan sağlık insan gücü tarafından kurulması düşünülebilir.³¹

Kooperatif işletmelerin sağlık alanında faaliyet göstermesine olanak tanıyan, özel bir yasa yada yönetmelik ile, Türkiye’de sağlık kooperatiflerinin en iyi şekilde kurulup gelişebilmesine olanak yaratılabilir. Türkiye’de var olan sosyo-ekonomik yapı içerisinde sağlık kooperatiflerinin kurulup gelişmesi için pek çok neden bulunmaktadır.³²

Özellikle önemli finansal sorunlara karşı karşıya olan sosyal güvenlik sistemlerinin tartışıldığı dönemde, kendi kendine yardım aracı olan kooperatif işletmeler aracılığı ile sağlık hizmetlerinin sunulması önemli yarar sağlayacaktır.³³

³⁰ Torun, a.g.e., s.108.

³¹ Torun, a.g.e., s.112.

³² Torun, a.g.e., s.112.

³³ Torun, a.g.e., s.112.

B. GENEL SAĞLIK SİGORTASINDAN YARARLANMA

Genel sağlık sigortası, dünyada bilinen önemli bir sağlık örgütlenme modelidir. Özellikle gelişmiş Batı ülkelerinde uygulanan genel sağlık sigortası, modeli, mevcutlar arasında en pahalı örgütlenme modelidir. Bu modelde sağlık hizmetlerinin finansmanının büyük bölümü, sağlık hizmetlerinden yararlananlardan dolayı veya dolaysız şekilde alınan primlerden karşılanmaktadır.

Genel sağlık sigortası sisteminde ulaşım, eğitim, kentleşme, haberleşme alanlarında sağlam bir alt yapı geliştirildiği için sistem kendi iç tutarlılığına sahiptir. Genel sağlık sigortası halen Batı Avrupa, Kuzey Amerika ülkeleriyle Avustralya, Yeni Zelanda, Japonya ve İsrail’de uygulanmaktadır.³⁴

Genel Sağlık sigortası Sistemi, sağlık güvencesinden yoksun olan tüm nüfusu sigortalayarak, düşük gelir gruplarına devlet yardımı yaparak sağlık finansmanında yeni bir yapılanmayı gerekli kılmaktır.³⁵

Bu yapılanmanın temel amacı ülkede sağlık hizmetlerine erişimini; herkes için risk paylaşım ilkesine ve hakkaniyetine dayalı olarak; üst düzeye çıkarmak ve sağlık alanında tam finansal koruma mekanizmalarını kurmaktır.

Bu başlığın altında üç temel hedef bulunmaktadır;³⁶

- Sağlıkta hizmet sunumu ve finansman boyutların birbirinden ayrılması, mevcut entegre sistemi ayrıştıracak ve günümüzde kumanda ve kontrol mekanizmalarının yerine geçecek, sağlık hizmetleri ile mali kaynak arasında sözleşmeye bağlı ilişkiyi kuracaktır. Bu bağlamda genel sağlık sigortasına özgü ayrı özerk bir kurumsal yapının oluşturulması gerekmektedir. Bu nitelikli bir değişim sağlık hizmeti verenlere yeni teşvikler yaratarak verimlilik yönünde kazanımlar sağlaması beklenirken, hakkaniyetli bir sistemin kurulmasına yol açacaktır.
- Daha fazla hakkaniyetin sağlanabilmesi için nüfusun %100’ünün sağlık sigortası kapsamına alınması zorunludur. Hakkaniyetin ilkesinin tamamen

³⁴ Emine Orhaner (2000). **Türkiye’de Sağlık Sigortası**, Ankara: Gazi Kitapevi, s.90.

³⁵ Emine Orhaner (2006), “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası” Ankara: **Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm eğitim Fakültesi Dergisi**, Sayı:1, s.12.

³⁶ Tandpoğan Tokgöz, “Genel Sağlık Sigortası”, <http://www.tisk.org.tr/> (erişim:18.05.2006), s.1-4.

yerleştirebilmesi için nüfusun tamamının sağlık sigortası şemsiyesi altına alınmasının yanı sıra, hizmet harmonizasyonu ve giderlerin finansmanı için daha geniş maddi katılım ve hizmet sunumu gerekecektir. Tüm nüfusu kapsayan sigorta yapısı sağlık sistemi (halk sağlığı hizmetleri hariç) sürekli ve belirsiz bir kaynak aktarımı gereğini ortadan kaldıracak gibi, hizmeti satın almada birleştirilmiş güç oluşturacak ve fiyatların belirlenmesine yansıtacak, gider azaltıcı etkisine bağlı olarak sistemin verimliliği arttıracaktır.

- Üçüncü hedef ise bunları destekleyici mahiyette olup, bireyin sigortasının yapabilirliği ve hizmet kullanımı ile ilgili bilgileri eleştirmeyi mümkün kılan yönetim bilgi sistemi ve ortak veri tabanının geliştirilmesidir.

Ülkemizde Genel Sağlık Sigortasının gerçekleştirilmesi için değişik tarihlerde çalışmalar yapılmıştır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın 1967'de oluşturduğu komisyon ilk kez Genel Sağlık Sigortası tasarısını hazırlayıp Bakanlığa vermiş ancak bu tasarı hükümete iletilmemiştir. Genel Sağlık Sigortası, 1969'da Sigorta Yasası olarak TBMM'ne sevk edilmiş fakat komisyonda görüşülememiştir. Genel Sağlık Sigortası alanında ilk geniş kapsamlı çalışma, Sağlık Bakanlığı'nca 1989 yılında başlatılmış ve Sağlık Sigortası Kurumu Kanun Tasarısı oluşturulmuştur. Ancak bu tasarıda çeşitli nedenlerle yasalaşmamıştır. 1992 yılında kabul edilen 3816 sayılı "Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun" ile Genel Sağlık Sigortası uygulamasına geçilene kadar fakir vatandaşların sağlık hizmeti, ihtiyaçları karşılanmaya çalışılmıştır.³⁷

Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı kapsamında 1997 Programı içinde sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve etkin sunumu amacıyla "Aile Hekimliği" uygulamasına geçileceği, sosyal güvencesi olmayan kesimin sigortalanmasının sağlanacağı belirtilmiştir. Sekizinci Beş Yıllık Plan döneminde de Genel Sağlık Sigortası üzerinde çalışmalar yapılmış ve 2005 yılında Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı TBMM'ne gönderilmiştir.

Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı TBMM'de kanunlaştığında tüm nüfus sağlık güvencesine sahip olacaktır. Bu anlamda Genel Sağlık Sigortası kapsamına, "Türkiye'de sürekli ikamet eden T.C. vatandaşları ile bunların yabancı uyruklu eş ve

³⁷ Orhaner, a.g.m., s.13.

çocukları, sosyal sigorta kurumlarına tabi çalışan yabancılar ve Türkiye'nin onayladığı sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında olan kimseler ile sığınmacılar ve vatansızlar” girmektedir.

Genel Sağlık Sigortası, kişilerin ekonomik gücüne ve istekli olup olmadıklarına bakılmaksızın gelecekte ortaya çıkacak hastalık riskine karşı toplumun bütün fertlerinin sağlık hizmetlerinden yaygın ve etkin bir şekilde faydalanmasını sağlayacaktır. Genel Sağlık Sigortasının işlemesiyle birlikte ülkemizde, sigortalılar sağlık yardımlarının sağlanmasında kamu ve özel kesime ait bütün sağlık tesislerinde hizmet alabileceklerdir. Genel Sağlık sigortası uygulaması için sağlık sektöründe de bir çok reforma ihtiyaç duyulmaktadır. Örneğin; aile hekimliği uygulamasında, hastanelerden sözleşmeler yoluyla hizmet alımında, sağlık hizmetlerinin planlama ve idaresinde reform vb. gibi. Genel Sağlık Sigortasında aile hekimliği uygulaması önem taşımaktadır. Hastalar önce aile hekimine gidecek, aile hekimi duruma göre hastaya ilacını verip evine ya da gerekiyorsa hastaneye yollayacaktır. Daha önce 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” ile çevreden merkeze doğru “sağlık evleri”, “sağlık ocakları”, “sağlık merkezleri” adıyla kurulan kurumlarca hastaların, kısa sürede sağlık kurumlarına ulaşılması düşünülmüştür. Ancak 1963 yılında ilk kez Muş'ta başlatılan bu uygulama, sosyo-ekonomik ve politik faktörler, en önemlisi de finansal kaynak ve nitelikli iş gücü yetersizliği nedeniyle başarılı olamamışlardır. Hastalar sözü edilen sağlık zincirine uymak yerine doğrudan büyük kentlerdeki sağlık tesislerine yoğun talepte bulunmuşlardır. Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı, sağlık müracaat zincirinde aile hekimlerini birinci basamak olarak görmektedir. Hastalar aile hekimi onay vermedikçe hastaneye gidemeyecektir. Halen birkaç pilot bölgede uygulaması başlatılan aile hekimliği, Genel Sağlık Sigortası Uygulamasının başarılı olmasında mutlaka eksiksiz uygulanmalıdır. Ancak hekim sayısının yeterli olmaması, nüfusun artışı, halkın bilinç düzeyi, vb. aile hekimliğinin yaygınlaşması ve başarısında önemli engellerdir.³⁸

Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısına göre sigortalılar, işverenler ve devlet genel sağlık primi ödeyecektir. Prim oranı prime esas kazancın %12,5'idir. Prim ödeme gücü olmayan yoksulluk sınırının altında gelir alanların (Sosyal Hizmet ve Yardımlar

³⁸ Orhaner, a.g.e., s.14.

Kanunda belirtilen gelir alt sınırı) primi devlet ödeyecektir. 1479 sayılı Bağ-Kur Kanununa göre prim ödeme gücü bulunanlar primin tamamını öderken 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu ve 5434 sayılı T.C. Emekli Sandığı Kanuna göre sigortalı %6, işveren %6,5 prim ödeyecektir.

Genel Sağlık Sigortası hizmetlerinin yürütülebilmesi için Bakanlığına bağlı, mali ve idari bakımdan özerk ve kamu tüzel kişiliğine sahip Sağlık Sigortası Kurumu kurulacaktır. Ayrıca bu kanun kapsamında sağlık hizmet ve yardımlarından hak kazananlar Sağlık Sigortası Kurumu tarafından kendilerine verilen “Sağlık Belgesi”ni göstererek hizmet satın alma sözleşmesi yapılan hekim ve sağlık kurumlarından faydalanabilecektir.

III. SAĞLIK İŞLETMELERİNİN FİNANSAL SORUNLARINA YÖNELİK ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Günümüzde sağlık sektörüne olan talep artmıştır. Sağlık kurumları artan bu talebi karşılamak için çaba harcamaktadır. Modern teknolojiyi satın almak, nitelikli personel istihdam etmek zaten finansman sıkıntısı çeken hastanelerin maliyetlerini daha da artırmıştır.

Hastanelerde doğrudan kaynak yetersizliğinin yanında finansal sıkıntılar da mevcuttur. Bu sorunlara bir anlamda çözüm bulabilmek için aşağıda öneriler sunulmuştur.

A. ÖZELLEŞTİRME

Kamu hastane sektöründe yaşanan problemlerin çözümü için özelleştirme savunulmaktadır. Buna rağmen, kimi ülkeler özelleştirmeye kesinlikle karşı çıkmaktadır. Karşı çıkan ülkeler özelleştirme olmadan da hastanelerin finansal anlamda sorunlarının çözümlenebileceğinden bahsetmektedir. Kamu hastaneleri için devlet, önceden tahmin yoluyla belirlenen gelirlerin giderleri karşılayamaması durumunda finansman için ya borçlanacak yada vergileme yoluna gidecektir. Devletin borçlanması demek risk altına girmesi anlamına gelmektedir. Bu durumda devlet borcunu uzun vadede vergilerle ödemeye çalışacaktır. Sonuçta kamu hastanelerinin finansmanı için borçlanmanın, hastanenin faaliyetlerini sürdürebilmesi için uygun olmadığı kanısına varılmaktadır.

Devlet, kamu hastanelerini finansal açıdan ayakta tutabilmek için özel hastanelerin kriterlerini taşıması gerektiği inancına varmıştır. Desantralizasyon, bir anlamda özerkleştirme ve özelleştirme olarak iki yönlü düşünülmektedir. Kamu hastaneleri bu reformlarla kamu bürokrasisinden arınacak ve kendi performanslarını sergilemeye çalışan işletmeler haline gelecektir. Özelleştirme sayesinde; kamu hastanelerinde meydana gelen kaynak israfının önüne geçilecek ve kaynaklar etkin bir şekilde kullanılabilir, hastanelerde birincil karar mercii hastane yönetimi olacak ve tüm girdi ve çıktılar hastane yönetimi tarafından kontrol edilecek, hastanenin mülkiyeti özel sektöre devredilecek ve sağlık hizmetleri piyasasında rekabet oluşabilecek, hastanelere aktarılan kamu kaynakları azalacak, hastaneler kısa ve uzun dönemde finansal istikrara kavuşabilecektir.

Özelleştirme kavramı, beş yaklaşım içinde ele alınmaktadır;³⁹

- Birincil Yaklaşım; devletin mülkiyetinde olan iktisadi varlık ve değerlerin tamamı yada bir kısmı satılarak veya hisse senetlerinin özel kesim tarafından satın alınması olan “mülkiyet devri”.
- İkinci yaklaşım; yarı kamusal hizmetlerden olan sağlık hizmetleri sunulmasında devletin ulaşamadığı bölgeler, özel kesime “teşvik sağlanması”.
- Üçüncü yaklaşım; belirli bir sağlık hizmetlerinin sunulabilmesi için özel kesimle “iş ortaklığı”.
- Dördüncü yaklaşım; devletin görevleri içerisinde yer alan sağlık hizmetlerinin belirli bir süre “özel kesimce yerine getirilmesi”.
- Beşinci yaklaşım; sağlık hizmetlerinin sunulmasında devlete ait hastanelerin belirli bir süre özel kesime yada özel kesimdeki hastanenin belirli bir süre kamu kesimine “kiralınması”. biçiminde belirtilebilir.

Ülkemizde yasaların öngördüğü şekilde bu modellerden herhangi biri uygulanabilir. Sık rastladığımız bir diğer model olan kamu-özel ortaklığı, yap-işlet-devret modelidir. Bu modelde hastanenin tamamının yada herhangi bir bölümünün özel sektörce yapılıp anlaşmaya göre belirli bir süre gelirin özel sektörce alınması ve bu süre

³⁹J.L. Scarpaci (1989). **Health Services Privatization in Industrial Societies Rutgers University Pres**, New Brunswick. s. 130- 141.

sonunda hastanenin kamu idaresine devredilmesi kuralı işlemektedir. Özel kesim sermaye şirketi yatırımı gerçekleştirip belirli bir süre tesisi işlettikten sonra karşılıksız olarak tesisi kamuya devredecektir. Bu model özelleştirmeler içerisinde uygulanabilirliği en çok mümkün olmaktadır.

B. FORFAITING YÖNTEMİ

Kamu ve özel sağlık işletmeleri alacaklarını tahsil etmede sorun yaşamaktadırlar. Bu sorunlara bir çözüm olarak sağlık işletmeleri alacak ve borçlarını bir başka kuruluşa devredebilir. Bu durumda finansman gereksinimlerini, zaman ve maliyet kaybı yaşamadan ekonomik ve finansal yapı içerisinde karşılayabilirler. Sağlık işletmeleri elindeki alacaklarını ve borçlarını piyasada bu alanda uzman kuruluşlara satarak değişimini sağlayabilir.

Forfaiting, özellikle mal ve hizmet ihracatından doğan ve bir ödeme planına bağlı olarak tahsil edilebilecek alacakların bir banka veya bu konuda uzmanlaşmış bir finans kuruluşu tarafından satın alınmasıdır. Mal veya hizmet satıcısı, malın bedelini alıncaya kadar geçecek dönem içerisinde gerekli olan finansman ihtiyacını bu kuruluştan sağlayabilir.

Forfaiting yönteminde taraflar mevcuttur. Alacakların satın alınması işlemine forfaiting, alacakları satın alana forfaiter denmektedir. Forfaiter, alacakların belli bir iskonto oranı üzerinden hesaplanmış tutarını anında alacaklarını satan kuruluşa ödeyen ve finansman sağlayan kurumdur. İşletme elinde bulundurduğu alacaklarını kısa sürede nakde dönüştürebilir.

Sağlık işletmeleri sağlık hizmetlerinin karşılığında alacaklarını forfaiting kuruluşlarına satabilirler. Diğer bir anlatımla alacaklarını devredebilirler.

Senetli ve senetsiz her çeşit alacak forfaiting işlemine konu olabilirse de, uygulamada, emre yazılı senet ve poliçeler daha güvenli olduklarından daha çok tercih edilmektedir. Forfaiting toplam alacağın %80-90'ını içeren bir işlemdir.

Hastane işletmeleri için forfaiting işleminin avantajlarını sıralayacak olursak;

- Hastanenin likiditesi artar ve hastane diğer işlemlerinin finansmanı için kaynak aramak zorunda kalmaz. Bu yolla kaynak ihtiyacını karşılayabilir.
- Hastane finansman yükünü önceden bildiği için uzun vadeli faaliyet planı yapabilir.
- Hastanenin borçlanmadan dolayı karşılaşıacağı faiz riskini ortadan kaldırır.
- Hastaneler alacaklarının temin edilmesi için zaman ve para harcamak durumunda kalmaz.
- Sağlık işletmeleriyle, doğrudan sağlık hizmeti satın alan kişileri karşı karşıya getirmez.
- Hastanelerin karşılaşacakları finansman sorunlarına bir anlamda çözüm olabilir.

C. FİNANSAL KİRALAMA (LEASİNG) YÖNTEMİ

Kamu ve özel hastaneler yaygın bir biçimde kurulmuş olmasına rağmen insan gücü, donanımı, binaları ve gerekli olan makine ve teçhizatı yetersizdir. Bu sebeple hastaneler istenilen düzeyde ve istenilen kalitede hizmet sunamamaktadır. Bazı hastaneler ihtiyaç duydukları donanımı ne kadar yük getirirse getirsin satın alma yoluna giderler. Buna alternatif olarak hastaneye hem daha az maliyete sebep olacak hem de en yeni cihazların kullanımını sağlayacak bir finansman tekniği olan finansal kiralama (leasing) yöntemi ileri sürülebilir.

Leasing temelde bir orta vadeli kredi sağlama işlemidir. Alışılmış kredi ilişkisinden farkı, kiracının bu krediyi nakit almamasıdır. Kiracı olan hastane işletmesi ihtiyacı olan sabit kıymeti seçer ve leasing şirketinden bu işlem için kendisine kredi tahsis edilmesi talebinde bulunur. Leasing şirketi tahsis ettiği krediyi kiracının seçtiği malın alımında kullanır.

Leasing şirketi satın aldığı sabit varlığı kiracının kullanımına verir. Kiracı durumunda olan hastane leasing yöntemiyle kiralamış olduğu sabit varlık için leasing şirketine aralarındaki sözleşme ile belirlenmiş kiralari öder. Sözleşme süresi sonunda

sabit varlık finansal kiralama sözleşmesinde belirtilen sembolik bir bedel karşılığında hastaneye devredilebilir.

Leasing, yatırım mallarının satın alınması yerine, kiralanarak kullanılmasını sağlar. Sözleşmeye göre, kiralama işlemi süresince kiracı kiralayan leasing şirketine kira bedeli öder. Bu rakam yatırım malının satın alınmasıyla katlanılacak maliyetin çok altındadır. Hastanenin bu fırsattan yararlanıp geri kalan işletme sermayesi ile hastanenin diğer işlemleri için kullanabilir, sonuçta verimlilik ve karlılık artar. Finansal kiralama yöntemi, hastaneleri finans sıkıntısına düşmekten kurtarır. Finansal kiralama (leasing) tekniğinin sağlık işletmeleri için avantajlarını sıralayacak olursak ;

- Hastanelerin yatırım malını kullanım süresi sonunda tercihlerini sınırlandırmaz.
- Sınırlı olan finans kaynaklarının çok az bir kısmıyla hizmeti sağlama olanağı doğar.
- En son teknolojilerden yararlanma imkanı sağlar.
- Finansal kiralamadan doğan vergi avantajlarıyla hastanenin maliyetleri en aza iner.
- Leasing yatırım maliyetlerinizi önemli ölçüde azaltır:
- Türkiye'de oldukça kıt olan, orta ve uzun vadeli kaynak sağlar.
- Leasing şirketi kira ödemelerini hastaneye danışarak, hastanenin ihtiyaçlarını göz önüne alarak belirler. Böylece hastane işletmesinin ödeme gücü ve nakit akımı dikkate alınarak, hastaneye özgü bir model oluşturulur.

D. MODERN FİNANSAL YÖNETİM

Kamu ve özel sağlık işletmelerinde modern finansal yönetim ve muhasebe sistemleri kurulmalı ve geliştirilmelidir. Hastanelerde bütün gelir gider faaliyetleri hesapların birlikteliği sağlanmalıdır. Sağlık hizmetlerinin fiyatlarının belirlenebilmesi için maliyetlerinin tam olarak tespit edilmesi gerekmektedir.

Modern işletmecilik anlayışının gelişmesiyle birlikte, profesyonel yönetim yapılarına ihtiyaç duyulmaya başlanmıştır. Bu ihtiyaç hem kamu sektöründe hem de özel sektörde de mevcuttur. Hastanelerin finansal yönetiminde yer alanlar finansal faaliyetlerinin sürdürülmesinde, yatırım kararlarının alınmasında sürekli finansal

raporlara ihtiyaç duymaktadır. Bu raporlar ancak hastanenin muhasebe departmanı çok iyi çalışırsa sağlıklı kararların verilmesine yardımcı olur. Muhasebenin kendi içinde personel ve görev tanımları iyi yapılmalı ve muhasebe araçları belirlenmelidir.

E. MODERN FİNANSAL YÖNETİCİ

Sağlık işletmelerinin nitelikli finansal yöneticilere ihtiyacı vardır. Halen günümüzde hekim odaklı yöneticiler hastane yönetiminde yer almaktadır. Yöneticiler, işletme yönetiminden anlayan bu alanda kendini yetiştirmiş iş tecrübesi olan kimseler olmalıdır. Hastanelerin finansal başarısızlığında yöneticilerin payı büyüktür. Yöneticilerin yapılan iş konusunda temel bilgi, beceri ve birikimleri mevcut olmalıdır.

İyi bir finans yöneticisinin gelecekle ilgili tahminler yapabilmesi gerekir. Bu tahminler, işletmenin ileride karşılaşılabileceği sorunların önüne geçecektir.

Yöneticilerin yapılan iş konusunda temel bilgi, beceri ve birikimleri mevcut olmalıdır.

Hastaneler faaliyetlerini devam ettirebilmek için, reel varlıklara ihtiyaç duyarlar. Bu varlıkların çoğu makine, cihaz, tıbbi malzemelerdir. Hastaneler bu ihtiyaçlarını piyasadaki sağlayacaklardır. Hastane yöneticisi finansal piyasalardan yararlanmayı iyi bilmelidir.

Hastanede finans yöneticisi hastanenin öncelikli ihtiyaçlarını saptayabilmelidir. Gereksiz makine ve cihaz alımlarıyla hastaneleri finansal sıkıntıya düşürecek her türlü girişimden uzak durmalıdırlar. Hastanenin hangi reel varlıkları edineceğini tespit etmeli yani sermaye bütçelemesi kararını en iyi şekilde vermeli ve bunun için gerekli olan nakdi nasıl elde edeceğini bilmelidir. Nakit ihtiyacının karşılanması bir finanslama kararıdır. Hastane yöneticisi nakit ihtiyacını borçlanma yoluyla karşılıyorsa, borcun faiz oranını göz önüne almak durumundadır. Bir anlamda gelecekle ilgili tahminler yapabilen, vizyonu geniş yöneticilere ihtiyacı vardır.

ANKETİN İÇERİĞİ

1. Hastane gelirlerini zamanında tahsil edebiliyor musunuz?
a.Evet b.Hayır
2. Cevabınız evetse tahsil süreniz ne kadardır?
a.60 günden az b.60-90 Gün Arası c.90-120 Gün Arası
d.120-180 Gün Arası e.180 Günden Çok
3. Hastane alacaklarını tahsil ederken herhangi bir güçlükle karşılaşılıyor musunuz?
a.Evet b.Hayır c.Fikrim Yok
4. Hastane için mal ve hizmet tedarik eden kuruluşlara borçlarını zamanında ödeyebiliyor musunuz?
a.Evet b.Hayır
5. Hastane için mal ve hizmet tedarik eden kuruluşlara ortalama borçlarını kaç günde ödeyebiliyorsunuz?
a.60 Günden Az b.60-120 Gün Arası c.90-120 Gün Arası
d.120-180Gün Arası e.180 Günden Çok f.Anlaşmaya Göre Süre Değişir
6. Hastane alacaklarınızın tahsil edilememesi sonucunda icra yoluyla alacaklarınızı tahsil etmeye çalışmak hastanenizin piyasadaki imajını zedeliyor mu?
a.Evet b.Hayır c.Fikrim Yok
7. Net çalışma sermayesi kısa vadeli borçlarınızı ödeyebiliyor mu? (Net çalışma sermayesi= Dönen Varlıklar- Kısa Vadeli Borçlar)
a.Evet b.Hayır c.Fikrim Yok
8. Hastanenizde verilen sağlık hizmetlerinin maliyeti tam anlamıyla belirlenebiliyor mu?
a.Evet b.Hayır c.Fikrim Yok
9. Sizce hastaneler fiyatları belirlerken standart mı koymalı yoksa fiyatlar piyasa ekonomisi tarafından mı belirlenmelidir?
a.Standart Olmalı b.Piyasa Belirlemeli
10. Sizce hastanenizin fiyat politikası şeffaf mı? Faturaya doğru bilgiler tam anlamıyla yansıtılabiliyor mu?
a.Evet b.Hayır c.Fikrim Yok

11. Hastanenizde fiyatların hastalara önceden açıklanması ve yaklaşık bir bütçe verilmesine rağmen, bu fiyatlar daha sonradan itiraz edilebiliyor mu?
a.Evet b.Hayır c.Fikrim Yok
12. Hastane gelirlerinizin bir kısmıyla yatırım amaçlı harcama yapabiliyor musunuz?
a.Evet b.Hayır c.Fikrim Yok
13. Eğer yatırım yapabiliyorsanız daha çok ne tür yatırımlara yöneliyorsunuz?
a.Yenileme b.Modernizasyon c.Tamamlama d.Darboğaz giderme
e.Entegrasyon f.Kalite Düzeltme g.Finansal Kiralama h.Kapasite Artırma
14. Hastaneniz için gerekli olan donanımın(makine, teçhizat, cihaz vs) temininde satın alma yoluna mı gidiyorsunuz?
a.Evet b.Hayır c.Fikrim Yok
15. Eğer 14. soruya cevabınız hayırsa kiralama yolunu kullanıyorsunuzdur. Sizce donanımın kiralanması daha mı avantajlı?
a.Evet b.Hayır c.Fikrim Yok
16. Yatırım harcamalarını yaparken sağlık hizmetlerine olan talebi dikkate alıyor musunuz?
a.Evet b.Hayır c.Fikrim Yok
17. Hastanenizde yatırım kararı verenlerin, alternatif üretim yöntemlerini bildiklerini, talep tahmini yapabildiklerini, fiyatları belirleyebildiklerini ve harcamalarla ve finansman konusunda yeterli bilgiye sahip olduklarını söyleyebilir misiniz?
a. Evet b.Hayır c.Fikrim Yok
18. Sağlık alanında herhangi bir programın uygulanmasına karar verilirken klinik açıdan değerlemenin yanında finansal açıdan da değerlendirilmelidir fikrine katılıyor musunuz?
a.Evet b.Hayır c.Fikrim Yok
19. Hastanenizde belirli dönemlerde sonuçları değerlendirmek maksadıyla finansal raporlar hazırlanıyor mu?
a.Evet b.Hayır c.Fikrim Yok
20. Eğer rapor hazırlanıyorsa, raporların değerlendirilmesinden sonra mı büyük çaplı yatırım harcamaları yapılıyor?
a.Evet b.Hayır c.Fikrim Yok

21. Hastanemiz kazancını yükseltmek amacıyla aldığı finansal kararlarda risk faktörünü göz önüne alıyor mu?
a.Evet b.Hayır c.Fikrim yok
22. Sizce riski hafifletmek kazanç kaybına yol açar mı?
a.Evet b.Hayır c.Fikrim Yok
23. Sağlık işletmeniz optimal kaynak bileşimini sağlamak için finansal piyasadan yararlanıyor mu?
a.Evet b.Hayır c.Fikrim Yok
24. Kamu hastanelerinin merkeze bağımlı olmaları finansal yapılarını olumsuz yönde etkiler mi?
a.Evet b.Hayır c.Fikrim Yok
25. Eğer etkilerse hastanelerin desantralize (yerinden yönetim) yapıya geçmesi finansal sorunlarına çözüm olabilir mi?
a.Evet b.Hayır c.Fikrim Yok
26. Kamu hastanelerinin özelleştirilmesi hastanelerin finansal sorunlarına çözüm olabilir mi?
a.Evet b.Hayır
27. Maliyet-kazanç analizi sağlık alanında uygulama şekliyle, bir sağlık programının yada hastalığın ortadan kaldırılmasından yada önlenmesinden kaynaklanan yararların ölçütü olarak hizmet görür ve ulaşılmak istenilen amacın gerçekleştirilmeye değer olup olmadığını araştırır. Eğer kazanç maliyetten fazla ise bu amaç gerçekleştirilir. Hastanemizde maliyet kazanç tahmini yapılabilir mi?
a.Evet b.Hayır c.Fikrim Yok
28. Sağlık işletmelerinde yalnız fayda-maliyet kriterlerinin göz önüne alınması işletmelerin finansal kaynak açığı ile karşılaşmalarına neden olur mu?
a.Evet b.Hayır. c.Fikrim Yok
29. Kamu İhale Kanunu mal ve hizmet alımlarında sizin için ek bir yük müdür?
a.Evet b.Hayır
30. Mal ve hizmet alımlarında stok kontrol yöntemlerini uyguluyor musunuz?
a.Evet b.Hayır c.Kısmen

31. Hastaneniz gelirlerinde temel sosyal güvenlik kurumlarının payı ne kadar?

1.SSK	2.Bağ-Kur	3.Emekli Sandığı
a.%10'dan Az	a.%10'dan Az	a.%10'den Az
b.%10-20 Arası	b.%10-20 Arası	b.%10-20 Arası
c.%20-%30Arası	c.%20-%30Arası	c.%20-%30Arası
d.%30'dan Fazla	d.%30'dan Fazla	d.%30'dan Fazla

32. Sosyal güvenlik kurumlarının payı olmasa hastaneniz özel sigorta şirketleri ve cepten ödemelerle kendini finanse etmede yeterli olur mu?

- a.Olur b.Olmaz c.Fikrim Yok

SONUÇ

Sağlık hizmetleri, insanların yaşam sürelerine, kuvvet ve dirençlerine, enerji ve canlılıklarına, çevrede uyum halinde yaşamalarına etki eden tüm faaliyetleri kapsamaktadır. Sağlık hizmetlerinin etkin sürdürülmesi insanların sağlıklı olmasını sağlayacaktır. Bir ülkede nüfusun sağlıklı insanlardan oluşması ülkenin ekonomik yönden gelişmesi için en önemli unsurdur.

Ekonomik kalkınmanın amacı insanlara daha yüksek bir yaşam düzeyi sağlamak olduğu için sağlık hizmetlerinin en iyi şekilde gerçekleştirilmesi gerekir.

Sağlıklı yaşam temel insan haklarından biridir. Bireylerin sağlıklı yaşamasını sağlamak ve gerekli tedbirleri almak devletin görevidir. Anayasamızda da bahsedildiği gibi “Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir”. Bu cümlenin devamında devletin bu hakkı vatandaşına verebilmesi için yerine getirmesi gereken ödevlerden bahsedilmiştir.

Sağlık hizmetlerinin finanse edilmesi her ülkenin ekonomik durumuna göre farklılık göstermektedir. Finansman yöntemleri doğrudan ve dolaylı olarak ele alındığında, dolaylı finansman yönteminin uygulama alanının daha fazla olduğunu söyleyebiliriz. Bunu daha da açacak olursak sağlık hizmetlerinin finansmanında genel olarak bütün ülkelerde kamunun payı daha fazladır. Kamu dolaylı finansmanı sağlarken en çok genel vergileri ve sigorta yoluyla finansmanı kullanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı yalnız kamuya bırakılmamış bir kısmı özel kesim tarafından karşılanmaktadır. Kamunun sağlık hizmetlerinin finansmanında daha fazla yer almasının nedeni, bu hizmetlerin kamusal ve dışsal bakımından diğer hizmetlerden ayrılmasıdır. Özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinin yani sosyal faydanın özel faydadan daha büyük olduğu hizmetlerin devlet tarafından sunulması gerekmektedir.

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin arzına yönelik veriler henüz gelişmiş ülkelerin gerisindedir. Sağlık hizmetleri arzında hekim, hastane, sağlık ocağı, sağlık personeli, teşhis, tedavi, araçları sayısı istenen sayıda ve kalitede değildir. Sağlık hizmetleri arzının kalitesizliği karşısında sağlığa olan talep de düşüktür. Bunun nedeni kişi başına gelirin düşük olması, büyük kentler dışında hekim sayısının azlığı, hastane olanaklarının olmayışı ve toplumun bilgisizliğidir. Sağlık talebinin artması, diğer taraftan sağlık

arzının artmasına bağlı olacağından devletin sağlık arzının artması gerekir. Devlet bunun için sağlık harcamalarını artırmalıdır.

Diğer ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de sağlık hizmetlerinin ve sağlık işletmelerinin finansmanında çeşitli sorunlar yaşanmaktadır. Bu sorunların temelinde devlet bütçesinden sağlık hizmetlerine ayrılan kaynağın yetersiz olması gelmektedir.

Türkiye’de sağlık finansmanı sorunlarını çözmek amacıyla önerilen Sağlık Reform Modeli ve reform kapsamında yer alan Genel Sağlık Sigortası ile bunun yürütülmesi düşünölen Sağlık Finansman Kurumu’nun yasalaşmasıyla beraber uygulamaya bir an önce geçirilmesi gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansman sorunlarına çözümler için önerilen Genel Sağlık Sigortasının yanında sağlık kooperatifçiliğinden yararlanma ve sağlık işletmelerinin özelleştirilmesi kavramları tartışılan konular arasında yer almaktadır.

Türkiye’de sağlık alanında yapılan reformların uygulamaya geçirilebilmesi için öncelikle güçlü bir kararlılık gereklidir. Ülkemiz bu kararlılıktan yoksundur. Siyasi iradenin kararlı olabilmesi için toplumun desteğine ihtiyacı vardır. Halk reformları desteklemeli, bu konuda yapılan yeni uygulamalara açık olmalı ve reformların uygulanmasında karar vericilere yardımcı olmalıdır. Örneğin; ülkemizde aile hekimliği uygulaması için pilot bölgeler seçilmişti. Bu yörenin insanı önce aile hekimine gitmek yerine doğrudan kentlerdeki sağlık kurumalarına müracaat ederek buralarda yığılmalara neden olmuşlardır.

Kamu sağlık işletmelerinde giderlere karşılık olarak gelirler yaratılarak sağlık hizmetleri yerine getirilmektedir. Devlet bütçesinin çok katı olması, kaynakların verimsiz kullanılması ve yerinde harcamaların yapılmaması kamu hastanelerini finansal açıdan dar boğaza sürüklemektedir.

Özel sağlık sigortası uygulaması daha çok gelir düzeyi yüksek gelişmiş olan ülkelerde tercih edilmektedir. Türkiye gibi gelişmekte olan bir ülkede özel sağlık sigortası kısıtlı da olsa uygulama alanı bulmaktadır. Asıl amaç, toplumun bir kısmının değil, toplumun genelinin sağlık sigortasına sahip olmasını sağlamaktır.

Özel sağlık sigortaları, ülkemizde 1991 yılından bu yana ümit edilen gelişmeyi gösterememişlerdir. Özel sağlık sigortalarının; pahalı olması, sağlık hizmetlerinde alt yapı yetersizliği, sağlık veri ve istatistiklerinin yeterli ve güvenilir olmaması, sigorta

şirketlerine duyulan güvensizlik, vb. gelişmelerini engelleyen olumsuzluklardır. Genel Sağlık Sigortası uygulaması ile özel sağlık sigortası hizmeti veren sigorta şirketlerinin değişen duruma uygun olarak kendilerini geliştirmesi gerekir.

Sağlık Reform modeli uygulanmaya geçtiğinde sağlık finansman problemlerine çözüm getireceği düşünülmektedir. Önerilen Sağlık Finansman Kurumu'nun uygulamada başarılı olabilmesi için özerk bir kurum olarak faaliyete geçmesi ve politik baskı ve müdahalelerden uzak tutulması, bu kurum aracılığıyla toplanacak sağlık primlerinin üyelerine ödeme güçlerine göre belirlenmesi gerekmektedir. Hizmet sunumunda bireylere kamu ya da özel sağlık kuruluşunu tercih etme konusunda serbestlik tanınması durumunda kurumlar arasında rekabet yaratılıp, hizmetlerin kalitesinin artması mümkündür.

Sağlık reformlarının uygulanmasıyla hastane işletmelerinde meydana gelen karmaşalar bitecek ve sağlık hizmeti talep edenler daha kaliteli hizmet alabilecektir.

Hastane sektörünü başlı başına bir sektör olarak değerlendirmemiz gerekir. Hastaneleri bir işletme olarak kabul etsek bile onların topluma karşı olan sosyal sorumluluğunun önüne geçemeyiz.

Kamu hastaneleri ve özel hastanelerde yaşanan finansal problemler hastaneciliğin yatırım için karlı bir alan olmadığını ortaya koymaktadır. Sürekli değişen teknolojiyi takip etmek zorunda olan hastaneler, kaynak problemleriyle karşı karşıya kalmıştır. Kaynak açığını telafi etmek durumunda olan hastaneler ekonomik analiz tekniklerini kullanarak, doğru tahminlerle bütçeler hazırlayıp ona göre plan yapmak zorundadırlar.

Hastanelerin vizyonu geniş yöneticilere ihtiyacı vardır. Eline geçen fırsatı kaçıran, işletme yönetiminden anlamayan yöneticilerin artık kenara çekilip ihtisas alanlarıyla ilgilenmeleri gerekir. Türkiye yeterince maliyet ve zaman kaybına uğradı. Bu durumun değişmesi için toplum olarak da herkese vazifeler düşmektedir.

Hastanelerin en büyük sorunu alacaklarını alamaması, nakit akışlarını kontrol altında tutamamalarıdır. Bunun için hastaneler piyasada bu alanda uzmanlaşmış finansal kuruluşlardan yararlanmalıdır. Önemli olan insan sağlığıdır. Sağlık şartlarının iyileştirilmesi hastanelerin finansal başarılarına bağlıdır.

KAYNAKÇA

KİTAPLAR

ABEL-SMİTH, Brian (1996). **Assesing the Experience of Health Financing in the United Kingdom**, (edited by David W. Dunlop and Joç M. Martins), An International Assesment of Health Care Financing, Lessons for Developing, The World Bank Washington.

ANDERSON, O. W. (1988). **Government Health Insurance and Privatization: An Examination of the Concept of Egquity**, İnternational Journal of Health Planning and Management 3.

BELEK, İlker (2001). **Sosyal Devletin Çöküşü ve Sağlıkın Ekonomi Politikği**, İstanbul: Sorun Yayınları.

BESLEY, T.; HALL, J.And PRESTON (1999). **I. The Demand for Private Health Insurance: Do Waiting Lists Matter?**, Journal of Public Economics, 72.

BILACHIERC. and KANAVOS P. **France: Pharmaceutical Pricing and Reimbursement**, Country Profile, France.

BÜKER, Semih; BAKIR, Hasan (2001). **Hastanelerde Finansal Yönetim**, (Editör: Semih Büker), Anadolu Üniversitesi Yayın No: 995, Eskişehir.

BURNER, Sally T.; WALDO, Daniel R. and MCKUSICK, David R. (1992). **National Health Expenditure Projections Throught 2030**, Health Care Financing Rewiev.

ÇİLİNGİROĞLU, Nesrin (1997). **Sağlık Ekonomisi**, Halk Sağlığı (Temel Bilgiler), der.(Münevver Bertan,Çağatay Güler), Ankara: Güneş Kitapevi.

DALLI ,Mehmet (1992). **Hastanelerde Döner Sermaye Uygulaması ve Yönetime Etkileri**, (Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), İzmir.

DE FERRANTI, D. (1985). **Paying For Health Services in Development Countries: An Owerview**, Washington, DC:World Bank Staff Working Paper.

DEĞER, Çetin (1998). **Üst Düzey Sağlık Yöneticilerinin Hastane ve Finansman Reformuna İlişkin Bilgi ve Tutum Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma**, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin Sağlık Kurumları İçin Öngördüğü Bilim Uzmanlığı Tezi Olarak Hazırlanmıştır, Ankara.

DİRİCAN, Rahmi (1997). **Sağlık Yönetimi**, (Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları), Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi, Ankara.

DOĞAN, M. (1992). **İşletme Ekonomisi ve Yönetimi**, İzmir: Dördüncü Baskı.

FOLLAND, Sherman ; GOODMAN, Allen C.; STANO, Miron (2001). **The Economics of Health and Health Care**, Upper Saddle River, New Jersey 07458.

GENE, J.; GOICOECHEA, J.; SADANA, R.; CRİCELL, C.; MERCUIRIS, B.; PACCAGNELLA, B.; PANGRATIS ,A. and RAMOS, V. (1999). **Güney Avrupa Ülkelerinde Temel Sağlık Bakımı: Ulusal Tecrübelerin Karşılaştırılmalı Bir Analizi**, (Çevirenler Mualla Aykut, Fevziye Çetinkaya, Yusuf Öztürk, Osman Ceyhan, Osman Günay, Ahmet Öztürk), Erciyes Üniversitesi Yayınları No:115, Kayseri.

GETZEN, Thomas F. (1997). **Health Economics: Fundamentals and Flow of Funds**, New York: Temple University Pres and John Willy and Sons Inc.

GÖNEN, Dinçer; Hikmet, Işık (1985). **Döner Sermayeli Kuruluşlarda İhale, Muhasebe, Denetim**, Ankara.

IKEGAMI, Naoki and CAMPPELL, John (1995). **Medicare İn Japan**, New England Journal of Medicine, Vol:33, No:19.

ISABEL , Susana and DE CASSAS ,Curto (1994). **Health Care in Latin America**, (edited by David R. Philips and Yola Verhasselt), Health and Development, Routledge, London New York.

IŞIK, Hayriye (2001). **Sağlık Hizmetleri; Finansmanı, Ülke Örnekleri ve Çözüm Önerileri**, (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

LASSEY, Marie L.; LASSEY, William R. Martin ; JINKS, J. (1997). **Health Care Systems Around The World**, by Prentice- Hall, Inc. Simon & Sachuster/ A Viacom Company Upper Saddle River, New Jersey 07458.

LEWITT, Ruth; ANDREW, Wall and APPLEBY, John (1996). **The Reorganizated National Health Service**, (6 th edeption), Chapman and Hall UK.

KARAHAN, Ömer (1997). **Hastanelerde Finans ve Kontrat Yönetimi**, Hastane Yöneticiliği, (Editörler: Osman Hayran, Haydar Sur) İstanbul: Nobel Tıp Kitap Evleri.

KARESİOĞLU, Fehmi; ARACI Hakan (2003). **Çözümlü Muhasebe Problemleri**, Ders Notları, Konya: Ofset Matbaacılık.

KAVUNCUBAŞI, Şahin; KISA Adnan (2002). **Sağlık Kurumları Yönetimi**, (Editör: Nuray Uzkesici), Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları No: 1429.

KOSTİK, Tamer (1998). **Döner Sermayeli İşletmeler**, Seçkin Yayınevi, Ankara.

KURTULMUŞ, Sevgi (1996). **Sağlık Ekonomisi**, İstanbul.

MERRIL, Jeffrey C. (1994). **The Road to Health Care Reform :Design a System That Works**, New York.

MILLS, A. ,**The Economics of Hospitals in Developing Countries. Part 2 : Costs and Sources of Income**, Health Policy and Planning.

MISSOC- INFO (2002). **Health Care in Europe**, Missoc- Info., Bulletin of the Information SYstem on Social Protection in the European Union.

MURRAY, C.J.L and FRENK, Julio (2000). **A Framework for Aessessing the Performance of Health Systems**, Buletin of the World Health Organzation.

MUTLU, A. ; IŞIK, A. Kadir (2005). **Sağlık Ekonomisine Giriş**, Bursa: Ekin Kitapevi.

ORHANER, Emine (2000). **Türkiye’de Sağlık Sigortası**, Ankara: Gazi Kitapevi.

ÖZCAN, Cihangir (1997). **Devlet Hastanelerinde TKY'nin Uygulanabilirliği, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü**, (Ed.: Mithat Çoruh), Ankara: Haberal Eğitim Vakfı.

ÖZGÜLBAŞ, Nurgül (1995). **Hastanelerde Finansal Yönetim: Sorunlar ve Çözüm Önerileri**, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

ÖZKUL, Ekrem; ODACIOĞLU, Yaşar (2004) **Sağlık Kurumlarında Kaynak Planlaması**, (der. Hikmet seçim, Ayşe Hepkul), Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Yayın No: 1430, Eskişehir.

PARIS, A. ve diğ. (2003). **Recent Developments in France**, Euro Observer, Vol:5, No:2.

RAFFEL, M.W. **The US Health System: Orgins and Functions**, Third Edition Delmar Publishers, New York, USA.

REINHART, Uwe E. (1996). **The Health System of United Satates: Lessons for Other Countries** (edited by David W. Dunlop and Jo. M. Martins), An International Assesmentof Health Care Financing, Lessons for Developing Countries, The World Bank Washington.

RICO, A. and WISBAUM ,W. (2002). **Radical Develution in Finnish Health Care**, Euro Observer, Vol:4, No:2.

SARPYER, Ahmet (1977). **Hastane Yönetim ve Organizasyonu**, İstanbul: İ.Ü. İşletme Fakültesi Yayınlanmamış Doktora Tezi.

SCARPACI, J.L. (1989). **Health Services Privatization in Industrial Societies Rutgers University Pres**, New Brunswick.

SAVAŞ, Yıldırım (1994). **Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi**, DPT, Yayın No: 2350.

SARGUTAN, Erdal (1993). **Türk Sağlık Hizmetleri Yapı ve Ürünlerinin İyileştirilmesi**, Sağlık- İş Yayınları, Ankara.

SAVAŞ, S. ve diğ. (2002). **Health Care Systems in Transtion: Turkey**, European Observatory On Health Care Systems.

ŞAKAK, Münir (1997). **Döner Sermaye İşletmelerinde Muhasebe Sistemi**, İstanbul: Yasa Yayınları.

SEÇİM, Hikmet (1985). **Hastane Yönetimi ve Organizasyonu**, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayın no: 130.

SERİN, Necdet (1972). **Eğitim Ekonomisi**, Ankara Üniversitesi Eğitim Fakültesi Yayınları Yayın No:25, Ankara.

SORKİN, Alan L. (1986). **Financing Health Development Projects: Some Macro-Economic Considerations**, Social Science and Medicine, Vol. 22, No.3.

ŞAHİN, Ümit (1999), **Hastane İşletmeciliğinde Kalite**, Eskişehir.

ŞAKAR, Yiğit Ayşe (1999). **Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları**, Türkiye Sağlık İşçileri Sendikası, İstanbul.

TANAKA, S. (1990). **Japan in**, Advances in Health Economics and Health Services Research Supplement, No:1, Comparative Health Systems, JAI Pres Inc.

TANER, Tuna; ÖNCÜ, Semra (1999). **İşletmelerde Planlama-Bütçeleme-Kontrol**, Manisa: Emek Matbaası.

TARONİ, F. (2000). **Develing Responsibility for Funding and Delivering Health Care in Italy**, Euro Observer, Vol: 2, No:1.

TOKAT, Mehmet (1994). **Sağlık Ekonomisi**, Anadolu üniversitesi Yayın no:793, Eskişehir.

TURAN, Nurcan (2004). **Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektöründe Temel sorunlar: Çözüm İçin Sağlık Kooperatifçiliğinden Yararlanma Gereği ve Olanakları**, Anadolu Üniversitesi Yayınları, No:1555, Eskişehir.

UZ , M. Hulki (1997). **Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Hastanelere Ödeme Yöntemleri**, (Editörler: Osman Hayran, Haydar Sur), Hastane Yöneticiliği, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.

YEĞİNBOY, E.Y (1993). **Ulusal Düzeyde Sağlık İşletmelerinin Değerlendirilmesi**, İzmir.

YEĞİNBOY, E.Y (1992). **Sağlık İşletmelerinde Finansal Performansın Değerlendirilmesi ve Hastane İşletme İçin Bir Model Önerisi**, İzmir: Yayınlanmamış Doktora Tezi.

YEREBAKAN, Metin (2000). **Özel Hastaneler Araştırması**, İstanbul Ticaret Odası Yayın No: 2000-26, İstanbul: Mega Ajans.

YILDIRIM, Savaş (1994). **Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi**, DPT, Yayın No:2350.

YILDIRIM, Türkan (2004). **Avrupa birliği Genişlemesi ve Sağlık: Avrupa Birliğine Uyum Sürecinde Türk Sağlık Sisteminin Karşılaşabileceği Sorunlar**, (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

SÜRELİ YAYINLAR

BAKAR, Coşkun; AKGÜN, Seval, “ Türkiye’de Sağlık Reformları; Sonu Gelmeyen Hikaye”, *Toplum ve Hekim Dergisi*, Cilt:20, Sayı:5, Eylül-Ekim 2005.

BATIREL, Ömer Faruk, “Sağlık Hizmetleri Üretimi ve Finansmanı Konusunda Yeni Yaklaşımlar”, *İ.Ü. İktisat Fakültesi, Maliye Araştırma Merkezi Konferansları*, Prof.Dr. Memduh Yaşa’ ya Armağan , Otuzdördüncü Seri, Yıl:1990/91, İstanbul, 1993.

ÇAĞLAYAN, Çiğdem, “Avrupa’nın Sağlıksız Sağlık Politikası”, (Çeviri), *Toplum ve Hekim*, Cilt:20, Sayı:3, Mayıs-Haziran 2005.

ÇETİNKAYA, Özhan, “Konsolide Bütçenin Başlangıç Değerlerinin Uygulama Sonuçları ile Birlikte Değerlendirilmesi”, *Akdeniz Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, Sayı 5, 2003.

DEDEOĞLU, Necati “Sağlık Bakanlığının ‘Sağlık Reformu’ ve Alternatifi”, *Toplum ve Hekim*, Cilt: 18, Sayı: 6, Kasım-Aralık 2003.

ERENER, Meliha; YELKİKALAN, Nazan, “Gelişmekte Olan Ülkelerin Sağlık Sistemlerinin Yeniden Yapılanması ve Finansmanı: Türkiye Deneyimi”, *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Sayı:6, 2003.

HOLDEN, Chris, “Sağlık Hizmetlerinde Özelleştirme ve Ticaret Kanıtı Dayalı Bir Derleme”, *Toplum ve Hekim*, (Çeviri:Özlem Özkan), Cilt:20, Sayı:6, Kasım-Aralık 2005.

HOTAMAROĞLU, N. Tamer, “Sağlık Kuruluşları ve Hastanelerde Finansal Yapı,” *I. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu*, Aydın, 4-7 Mayıs 1994.

ORHANER, Emine , “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası” *Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm eğitim Fakültesi Dergisi*, Sayı:1, 2006.

ÖZGÜLBAŞ, Nermin; BAYRAM, Aysun (2002). “Hastanelerin Finansal Başarısızlığında Çalışma Sermayesi Yönetiminin Rolünün Tespiti: Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Bir Uygulama”, *5. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu*, Eskişehir: Osmangazi Üniversitesi Yayın No: 080.

SAVAŞ, S., “Türkiye’de Sağlık Sistemi ‘Kısa Bir Genel Bakış’ ”, *Yeni Türkiye Dergisi*, Sayı:39 Sağlık Özel Sayısı I, Mayıs-Haziran 2001.

SEVİNÇ, Nadir, “Pilav Üstü Az Döner”, *Hekimden Hekime Dergisi*, İlkbahar Sayısı, 2001.

TATAR, F.,”Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları”, *Toplum ve Hekim*, Cilt 11, Sayı 72, Mart-Nisan 1996.

TEKİN , Fazıl, “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı”, *Eskişehir Anadolu Üniversitesi İ.İ.B.F Dergisi*, Cilt.5, Sayı:1, Haziran 1987.

TİRYAKİ, Derya; TATAR, Mehtap, “Sağlık Sigortası: Teori ve Uygulama”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt:5, Sayı:4, Güz 2000

YALÇIN, Türkan; YILDIRIM, Hasan H., “Sağlık Hizmetleri Finansmanı”, *Yeni Türkiye Dergisi*, Sağlık Özel Sayı, No:40, 2001.

YILDIRIM, H.H., “Yapısal Uyum Programları ve Sağlık Reformları:Türk Sağlık Reformu İçin Çıkarılacak Dersler”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt:5, Sayı:1, Kış 2000.

YEĞİNBOY, Yasemin, “Sağlık Kuruluşları ve Hastanelerde Finansal Yapı”,(Editörler:Muammer Doğan, Ömer Harmancıoğlu, Yasemin Yeğınboğ), *I. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu*, Aydın, 1994.

RESMİ KAYNAKLAR/ RAPORLAR/İSTATİSTİKLER

AVRUPA SAĞLIK REFORMU (1998). “Mevcut Stratejilerin Analizi”, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü.

DÜNYA BANKASI DÖKÜMANI (2003). “Türkiye: Daha İyi Erişim Etkinlik İçin Sağlık Sektörü Reformu”, Rapor No:24358-TU.

DPT (2001). “Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyon Raporu”,Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, Yayın no:DPT:2561-ÖİK:577, Ankara.

ILO, Public Services International, “Health Care Privatization: Worker’s Insecurities in Eastern Europe”, Report of Workshop Held in Geneva, December 6-7, 2001, Geneva.

MALİYE BAKANLIĞI MUHASEBAT GENEL MÜDÜRLÜĞÜ (1994). “Döner Sermayeli İşletmelerin Muhasebe Yönetmeliği Tasarısı”, Ankara.

OECD, OECD Health Data , 2005, OECD, Paris, 2005.

SOURCE BOOK OF INSURANCE (1994). “Health Association of Amerika”, Data 1994, Washington DC, No:20036-3998, 1994.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI (2001). “Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, “Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Finansmanı ”, Ankara.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI (2002). “Türkiye Sağlık Hizmetlerinde Üç Yıl Mayıs 1999- Mayıs 2002”.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI (2003). “Sağlıkta Dönüşüm”.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI (2001). “Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Finansmanı ”, Ankara: Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI (1996). “ Türkiye Sağlık Sistemi Reformu”, Ankara: Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI (2004). “80. Yılda (1923- 2003) Tedavi Hizmetleri”, Ankara: Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü.

WHO (1999). “Health 21: The Health For All Policy Framework for the WHO European Region”, European Health For All Series No, 6,WHO Regional Office For Europe, Copenhagen.

WHO (1998). “The World Report”, Geneva.

WORLD BANK (2003), “Turkey Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency”, Volume I: Main Report, March, 2003.

ELEKTRONİK YAYINLAR

ENGİZ, Oğuz, “Sağlık Sektörünü Batırmayın”, (Hastane Dergisi), <http://www.hastanedergisi.com>. (Erişim Tarihi,17.05.2006).

TOKGÖZ, Tandoğan, “Genel Sağlık Sigortası”, (Tisk-İşveren Dergisi), <http://www.merih.net/m1/whulkuz21.htm>. (Erişim Tarihi,15.05.2006).

<http://www.tiskorg.tr/isveren>. (Erişim Tarihi, 18.05.2006).

<http://www.hukuki.net./kanun/946407.35.text.asp> (Erişim:17.08.2006).

<http://www.canaktan.orgpolitikakamuda-kaliteasuna> (Erişim: 15.07.2006).

