

**T.C.
NİŞANTAŞI ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**GELİŞMİŞ ÜLKELER VE TÜRKİYE’NİN SAĞLIK
HİZMETLERİ FİNANSMANI AÇISINDAN
KARŞILAŞTIRILMASI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
Hasan Ali HUSSEIN**

**Enstitü Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi
Enstitü Bilim Dalı : Sağlık Yönetimi**

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Hazar DÖRDÜNCÜ

TEMMUZ- 2019

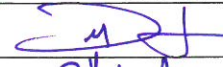
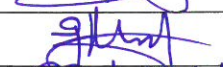
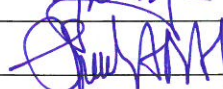
T.C.
NİŞANTAŞI ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

GELİŞMİŞ ÜLKELER VE TÜRKİYE’NİN SAĞLIK
HİZMETLERİ FİNANSMANI AÇISINDAN
KARŞILAŞTIRMASI

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Hasan Ali HUSSEIN

Enstitü Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi
Enstitü Bilim Dalı : Sağlık Yönetimi

“Bu tez 18./7/201.. tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI	İMZA
Dr. Hasan Dündüncü	Beşerî	
Dr. Fikret Mert	Beşerî.	
Dr. Serap Boyam	Beşerî	

BEYAN

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygu olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Hasan Ali HUSSEIN

18/07/2019



ÖNSÖZ

Sağlık sistemleri her toplumun kendi kültürel, ekonomik ve eğitim seviyelerine göre değişim gösterir. Her ne kadar dünya genelinde farklı modeller uygulansa da sosyal ve sağlık problemlerinin çözülmesi amacıyla aynı modellerin farklı şekillerde uygulandığı da görülmektedir. Sistemleri başarıya götüren önemli etmenlerden biri finansal kaynaklardır. Sağlık hizmetleri pahalı bir hizmettir. Hem personel, teknik alt yapı ve hem de bilimsel çalışmalarla elde edilen başarılar uzun yıllar sonunda kazanılmaktadır. Sağlık sisteminin finansal yapısı sistemin hem içinden hem de dışından birçok faktöre bağlı olarak değişiklik gösterir. Sistemin başarılı yürütülebilmesi ve toplumsal ihtiyaçların tam karşılanabilmesi amacıyla gelişmiş ülkelerin kimisi Beveridge modelini tercih ederken, kimisi Bismarck modelini tercih etmektedir. Kimisi ise Türkiye ve ABD gibi her ne kadar bu modellerden birini ağırlıklı tercih etsede, ihtiyaca göre diğer modellerden de yararlanmaktadırlar.

Türkiye'nin uygulamış olduğu sağlık finansman modelinin gelişmiş ülkelerde uygulanan modellerle karşılaştırmalı SWOT analizi tekniğiyle değerlendirildiği bu çalışmada hem sistemler etraflıca incelenmiş oldu hem de sorunsal alanların ortaya çıkması sağlanmış oldu.

Bu çalışmanın yürütülmesinde fikir ve yönlendirmeleriyle bana destek olan Tez Danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Hazar Dördüncü'ye teşekkürlerimi sunarım.

Hasan Ali HUSSEIN

18/07/2019

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR	iv
TABLO LİSTESİ.....	v
GRAFİKLER LİSTESİ.....	vii
ŞEKİL LİSTESİ.....	viii
GİRİŞ	1
BÖLÜM 1: SAĞLIK HİZMETLERİ VE FİNANSMANI.....	3
1.1. Sağlık Kavramına ve Sistemlerine Genel Bakış	3
1.1.1. Sağlık Kavramının Hizmet ve Sistem Yönü.....	4
1.1.2. Sağlık Sisteminin Kamusallaşması	6
1.1.3. Sağlık Politikaları	8
1.1.4. Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması	9
1.1.4.1. Kamu Tipi Kapsayıcı Sağlık Sistemi (Beveridge Modeli)	12
1.1.4.2. SSCB Örneğindeki Sosyalist Sağlık Sistemi	13
1.1.4.3. Özel Sektör Ağırlıklı Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistemi	13
1.1.4.4. Refah Yönelimli Karma Sağlık Sistemi (Bismarck Modeli)	14
1.1.5. Sağlık Hizmetlerinin Kavramsal Çerçevesi	15
1.1.5.1. Sağlık Hizmetlerinin Çeşitleri	16
1.1.5.2. Sağlık Hizmetlerinin Arzı	17
1.1.5.3. Sağlık Hizmetlerinin Talebi	19
1.1.5.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Arz ve Talep Dengesi	21
1.1.6. Gelişmiş Ülkelerde Uygulanan Sağlık Sistemlerinin Mevcut Durumu	23
1.1.6.1. Gelişmiş Ülkelerde Sağlık Sistemleri	23
1.1.6.2. Gelişmiş Ülkelerde Sağlık Sistemlerinin Mevzuat ve Politikaları.....	25
1.1.6.3. Gelişmiş Ülkelerde Sağlık Hizmetlerinin Arzı	26
1.1.6.4. Gelişmiş Ülkelerde Sağlık Hizmetlerinin Talebi	32
1.1.7. Türkiye’de Uygulanan Sağlık Sisteminin Mevcut Durumu	35
1.1.7.1. Türkiye Sağlık Sistemi	36
1.1.7.2. Türkiye Sağlık Sisteminin Mevzuat ve Politikası.....	38
1.1.7.3. Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Arzı.....	38
1.1.7.4. Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Talebi	47
1.2. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı.....	50
1.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanına Kavramsal Bakış	51

1.2.1.1. Sağlık Hizmetleri Finansmanının Amaçları.....	53
1.2.1.2. Sağlık Hizmetleri Finansmanının İşlevleri.....	54
1.2.1.3. Sağlık Hizmetleri Finansmanının Sınıflandırılması.....	56
1.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yolları	58
1.2.2.1. Kamusal Nitelikli Finansman.....	59
1.2.2.2. Özel Nitelikli Finansman	62
1.2.3. Gelişmiş Ülkelerde Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yapısı.....	65
1.2.3.1. Ulusal Sağlık Hizmetleri Finansmanı	68
1.2.3.2. Sosyal Sağlık Sigortası Finansmanlığı.....	69
1.2.3.3. Özel Finansman.....	72
1.2.4. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yapısı	74
1.2.4.1. Türkiye’de Kamusal Nitelikli Sağlık Finansmanı.....	76
1.2.4.2. Türkiye’de Özel Nitelikli Sağlık Finansmanı	80
1.2.5.1. Sağlık Hizmetlerine Ulaşım Ölçütü	81
1.2.5.2. Sağlık Finansmanında Adalet Ölçütü.....	82
1.2.5.3. Sağlık Finansmanında Sürdürülebilirlik Ölçütü.....	83
1.2.5.4. Sağlık Finansmanında Verimlilik Ölçütü.....	84
1.3. Alanda Yapılan Araştırmalar	85
BÖLÜM 2: YÖNTEM.....	90
2.1. Araştırma Modeli	90
2.2. Çalışma Materyali	90
2.3. Verilerin Toplanması, Analizi ve Yorumlanması.....	90
BÖLÜM 3: BULGULAR, YORUM VE TARTIŞMA.....	91
3.1. Gelişmiş Ülkelerde ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Mevcut Finansman Durumları	91
3.2. Türkiye ve Gelişmiş Ülkelerin Sağlık Hizmetlerinin Finansman SWOT Analizi	99
3.2.1. Türkiye ve Gelişmiş Ülkelerin Sağlık Hizmetleri Finansman Güçlü Yönleri.	99
3.2.2. Türkiye ve Gelişmiş Ülkelerin Sağlık Hizmetleri Finansman Zayıf Yönleri....	100
3.2.3. Türkiye ve Gelişmiş Ülkelerin Sağlık Hizmetleri Finansman Fırsatları	101
3.2.4. Türkiye ve Gelişmiş Ülkelerin Sağlık Hizmetleri Finansman Tehditleri	102
BÖLÜM 4: SONUÇ VE ÖNERİLER.....	103

4.1. Sonuç.....	103
4.2. Öneriler	104
KAYNAKÇA.....	106
ÖZGEÇMİŞ	118



KISALTMALAR

AB	: Avrupa Birliği
DB	: Dünya Bankası
DBYS	: Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
DS	: Döner Sermaye
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ES	: Emekli Sandığı
EU	: European Union
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
GSYİH	: Gayrı Safi Yurtiçi Hasıla
NHS	: National Health Services
OECD	: Organisation for Economic and Cooperation Development
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	: World Health Organisation
SWOT	: Strengths – (S), Weaknesses – (W), Opportunities – (O), Threats – (T)

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Sağlık Sistemlerinin Başarı Karşılaştırma Ölçütleri	11
Tablo 2. Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'daki Payı (%)	30
Tablo 3. Türkiye'de Çocuk Ölümlerinin Yüksek ve Düşük Olduğu İller	42
Tablo 4. Türkiye'de Bölgelere Göre Mortalite Oranları- 2014	44
Tablo 5. Bölge ve Sektörlere Göre Hastane Sayıları- 2014	45
Tablo 6. Bölgelere ve Sektörlere Göre Hastane Yatak Sayısı -2014	46
Tablo 7. Hekim Arzı ile Kişi Başı Hekime Başvuru Sayıları (2002-2014)	47
Tablo 8. Yıllara Göre GSYİH İçindeki Sağlık Harcamaları Payı Ve Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısı.....	48
Tablo 9. Bazı OECD Ülkelerinin Cepten Sağlık Harcamalarının Yıllara Göre Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Oranı	49
Tablo 10. Yıllara ve Yaş Grubuna Göre Nüfus Projeksiyonu 2018, 2023, 2040, 2060, 2080	50
Tablo 11. Sağlık Sistem Politikaları.....	57
Tablo 12. Dünya Ülkelerinin Sağlık Finansman Sınıflandırması	66
Tablo 13. Gelişmiş Ülkelerin Finansman Kaynakları.....	67
Tablo 14. Genel Sağlık Sigortası Kapsamı Ve Katkı Oranları	78
Tablo 15. AB-Türkiye Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları (%)	92
Tablo 16. AB Ve Türkiye Sağlık Harcamalarının GSYİH'ya Oranı (%) (2012)	94
Tablo 17. AB ve Türkiye Sağlık Güvencesi Kapsamındaki Nüfus Oranı (%) (2012)...	95
Tablo 18. Türkiye'de Finansman Kaynaklarına Göre Sağlık Harcamaları (2002-2013)	97
Tablo 19. SGK'nın 2000-2013 yılları arasındaki harcama kalemleri.....	98
Tablo 20. Türkiye Özel Sağlık Sigortalı Kişi Sayısı (2008-2013).....	98
Tablo 21. Türkiye ve Gelişmiş Ülkelerin Sağlık Hizmetleri Finansman Güçlü Yönleri	99

Tablo 22. Türkiye ve Gelişmiş Ülkelerin Sağlık Hizmetleri Finansman Zayıf Yönleri
..... 100

Tablo 23. Türkiye ve Gelişmiş Ülkelerin Sağlık Hizmetleri Finansman Fırsatları 101

Tablo 24. Türkiye ve Gelişmiş Ülkelerin Sağlık Hizmetleri Finansman Tehditleri .. 102



GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 1. 2012 Yılı Kişi Başı Sağlık Harcamaları (ABD \$) ve GSYİH'daki Payı	29
Grafik 2. Toplam Sağlık Harcamaları ve Bebek Ölüm Hızı İlişkileri	31
Grafik 3. 1000 Nüfusa Düşen Pratisyen Hekim Sayısı.....	31
Grafik 4. 1000 Nüfusa Düşen Hemşire Sayısı.....	32
Grafik 5. OECD Ülkelerinin Sağlık Harcamaları ile Kişi Başı Hekime Başvuru Sayıları (1999-2014)	33
Grafik 6. OECD ülkelerinde kişi başı hekime müracaat oranı ile hekim arzı ilişkisi (1999-2015)	34
Grafik 7. OECD Ülkelerinin Karşılaştırmalı Hekime Müracaat Oranı- 2013.....	35
Grafik 8. Dünya Nüfus Artış Projeksiyonu (1760-2100)	35
Grafik 9. OECD Ülkelerinin Bütçeden Sağlığa Ayırdıkları Pay Oranı – 2015.....	39
Grafik 10. Türkiye Ve Bazı Gelişmiş Ülkelerin Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'daki Payının 1980-2012 Arasındaki Değişimi	39
Grafik 11. OECD Ülkeleri Sağlık Harcamaları İle İnsan Ömrü İlişkisi – 2014.....	40
Grafik 12. OECD Ülkeleri Sağlık Harcamaları İle Çocuk Ölümleri İlişkisi -2014.....	41
Grafik 13. AB Ülkelerinde Kişi Başına Düşen Hemşire Sayısı – 2014	41
Grafik 14. AB Ülkelerine Hasta Başına Düşen Hekim Sayısındaki Artış 2000-2012 ..	42
Grafik 15. Dünya Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynakları.....	51
Grafik 16. Ülkelerin Sağlık Statüleri İle Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması	91
Grafik 17. OECD Ülkelerinde Kişi Başı Sağlık Harcamaları 2012-14 (ABD \$).....	93
Grafik 18. Türkiye Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı, (%).....	96

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Sağlık Sisteminin Yapısı.....	5
Şekil 2. Sağlık Hizmetleri Talebini Etkileyen Faktörler.....	20
Şekil 3. Blum'a Göre Alan Güçleri ve Sağlıklılık Hali	22
Şekil 4. Sağlık Hizmetleri Üçgeni	52
Şekil 5. Sağlık Finansman Yöntemi	54
Şekil 6. Dayanışmaya Göre Finansman Sınıflaması.....	58
Şekil 7. Almanya Sağlık Finansman Modeli	70
Şekil 8. ABD Sağlık Hizmetleri Finansman Modeli	73
Şekil 9. Türkiye Sağlık Hizmetlerinde Finansal Yapı Akışı.....	75

Tez Başlığı: Gelişmiş Ülkeler ve Türkiye'nin Sağlık Hizmetleri Finansmanı Açısından Karşılaştırılması.

Tez Yazarı: Hasan Ali HUSSEIN **Danışman:** Dr.Öğr. Üyesi Hazar DÖRDÜNCÜ

Kabul Tarihi: 18 Temmuz 2019 **Sayfa Sayısı:** x (ön kısım) + 118 (tez)

Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi **Bilim Dalı:** Sağlık Yönetimi

Bu araştırmada gelişmiş ülkeler ve Türkiye'nin sağlık finansman yöntemleri karşılaştırmalı olarak incelenmiştir. Konuya ilişkin alan yazın ve veriler literatür tarama tekniğiyle elde edilmiş olup analitik kestirimlerle analiz edilmeye çalışılmıştır.

Araştırma sonucunda Türkiye'de ağırlıklı olarak Bismarck sağlık finansman modelinin tercih edildiği fakat ihtiyaca göre diğer modellerden de yararlandığı bu nedenle karma modelin uygulandığı tespit edilmiştir. Gelişmiş ülkelerde ise bazılarının Bismarck, bazılarının ise Beveridge modeli tercih edildiği tespit edilmiştir. Araştırma sonucunda Türkiye ve gelişmiş ülkelerde insan ömrünün uzaması, sağlık hizmetlerinin maliyetinin arttığı nedeniyle finansman sorunu yaşandığı, bu nedenle sağlık sigortası kapsamlarının daraltıldığı ve cepten ödeme yöntemlerinden yararlanılmasına kısmen sıcak baktıkları, bütçeden sağlığa ayrılan payın düşük olduğu Türkiye'de ciddi sorunlar yaşandığı, gelişmiş ülkelerde ise sorun görülmediği tespit edilmiştir. Türkiye'nin AB'ye üyelik sürecinin sağlık turizmi fırsatını doğurduğu, özel sağlık sigortası ve cepten ödeme yöntemlerinin canlandığı fırsatı doğmuştur. Türkiye'de geliri düşüklerin cepten ödeme mağdur oldukları, oysa gelişmiş ülkelerde cepten ödeme güçleri olduğu için sorun yaşamadığı tespit edilmiştir.

Araştırma Türkiye için sağlıkta finansman sorununa gelişmiş ülkelere örnek sunarak fayda sağlayacak, yeni araştırmacılara araştırma verileri sunacak, uygulamacılara ise sorunların çözümüne örnek uygulamalar önereceği için önemi büyüktür.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Finansmanı, SGK, GSS, Gelişmiş Ülkeler

Title of the Thesis: A Comparison In Terms Of Health Care Financing Between Developed Countries And Turkey.

Author: Hasan Ali HUSSEIN

Supervisor: Assist.Prof. Hazar DÖRDÜNCÜ

Date: 18 July 2019

Nu. of pages: x (pre text) + 118 (main body)

Department: Health Management

Subfield: Health Management

Developed countries and Turkey's health financing methods were comparatively investigated in this study. Field literature and data related to the subject were obtained by literature search technique and analyzed with analytical estimations.

As a result, mainly in Turkey, Bismarck, health financing model is preferred, but it also benefited from other models according to the need, therefore it has been determined that implementation of the hybrid model is useful. In developed countries, some preferred Bismarck and others preferred Beveridge model. As a result of the extension in human life in Turkey and developed countries, the healthcare cost increased and hence the financing problem is experienced, so that the tightening of health insurance coverage and benefit partly from direct payment method is popular nowadays. The share of the budget allocated to health was low in Turkey and resulted in experiencing serious problems while such problems haven't been observed in developed countries.

Turkey's EU membership process emerged health tourism opportunities, made better chances for private health insurance companies and encouraged direct payment methods for health services. In Turkey, low-income peoples suffer from this direct method, whereas in developed countries because of the high income it considered an advantageous option.

In the study, the problem of financing for healthcare in Turkey, will benefit by providing examples from developed countries and It is of great importance as it will present research data to new researchers and propose examples to solve problems.

Keywords: Healthcare Services Financing, SGK, GSS, Developed Countries

GİRİŞ

Problem Durumu: Türkiye’de sağlık sektöründe faaliyet yürüten kurum ve kuruluşların finansman durumları sık sık eleştirilen konular arasında yer almıştır. Kimi zaman daha iyi finanse edilebilirlikleri, kimi zaman da yetersiz finansman durumlarına dikkat çekilerek yaşanan sorunlar tartışılmaktadır. Yurt dışında benzer şekilde faaliyet yürüten kurum kuruluşların sağlık hizmetlerinin finansal açıdan içinde buldukları durum oldukça merak konusudur. Bu nedenle sektörün hizmetler alanında finansman durumlarının karşılaştırmalı olarak SWOT analizi yoluyla değerlendirilmesi gerekir.

Problem Cümlesi: Bu sebeplerden dolayı Türkiye ve gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerinin finansman durumlarının karşılaştırmalı SWOT analiziyle incelenmesi için araştırmanın problem cümlesi “Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansman durumu gelişmiş ülkelere göre nasıldır?” olarak belirlenmiştir.

Alt Problemler: Bu araştırmanın ana problem cümlesine aşağıdaki başlıklarda cevap aranmaya çalışılacaktır:

- a. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin genel finansman durumları nedir?
- b. Gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerinin genel finansman durumları nedir?
- c. Türkiye ve gelişmiş ülkelerin sağlık hizmetlerinin finansman durumlarının olumlu yönleri nelerdir?
- d. Türkiye ve gelişmiş ülkelerin sağlık hizmetlerinin finansman durumlarının olumsuz yönleri nelerdir?
- e. Türkiye ve gelişmiş ülkelerin sağlık hizmetlerinin finansman durumlarının fırsatları nelerdir?
- f. Türkiye ve gelişmiş ülkelerin sağlık hizmetlerinin finansman durumlarının riskleri nelerdir?

Araştırmanın Sınırlılıkları: Bu çalışmada aşağıdaki sınırlılıklar kabul edilmiştir:

- i. Araştırma sonuçları araştırma kapsamında örnek olarak incelenen kurum kuruluşların verileriyle sınırlıdır;

- ii. Araştırma Türkiye ve gelişmiş ülkelerin sağlık hizmetlerinin finansmanlarının SWOT analiziyle sınırlıdır.

Tezin Amacı: Bu çalışmada Türkiye'deki sağlık hizmetleri finansmanının zayıf yönlerini göstermek amacıyla yapılacaktır.

Tezin Önemi: Sağlık sektöründe hizmet veren kurum ve kuruluşların finansman durumlarının karşılaştırmalı olarak incelenmesi hem bu alanda araştırma yapanlara karşılaştırmalı veri sunmuş, hem de bu alanda faaliyet yürüten kurum ve kuruluşlar için bir durum analizi imkânı sunmuş olacaktır.

Tanımlar:

Sağlık Hizmetleri: "Hastalıkların önlenmesi ve toplumun sağlık statüsünün yükseltilmesi amacıyla yönelik olarak yürütülen faaliyetlerin yanında, hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonunu sağlamak için sunulan hizmetlerin bütünüdür" (Somuncuoğlu, 2012: 8).

Sağlık Ekonomisi: Sağlıkla ilgili tüm yasal düzenlemeleri, bu düzenlemelerin iktisadi sonuçlarını, sağlıkla ilgili politikaların geliştirilmesi ve değerlendirilmesi, sağlanacak kaynakların etkin kullanımı, sağlık hizmetlerinin yaygın ve sürekliliğini, sağlık hizmetlerinden yararlanan kişilerin gördükleri faydanın artırılması için finansman oluşturmayı, sağlık hizmetlerinin arzını ve talebini, yönetimini ve organizasyon biçimini çok yönlü geliştirmektir.

Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı: Sağlık hizmetleri alanında faaliyet yürüten sektörlerde yer alan kaynakların işe koşulması ve kullanımını kapsamakla birlikte, sağlık alanında yürütülmekte olan hizmetlerin finansal giderlerini karşılamak amacıyla kaynak oluşturma gerek bireysel gerekse toplumsal açıdan finansal yükü hafifleterek birey ve toplumu bu yükün ağırlığından korumaktır (Başaran ve Şahin, 2008).

SWOT Analizi: Bir durum, kurum ya da konunun iç durumunu ve dışardan ne şekilde etkilenebileceğini stratejik olarak analiz ederek haldeki durumu ve geleceğe yönelik projeksiyonlarını belirlemeyi kapsayan analitik bir yöntemdir. Analiz dört ayrı başlık altında yapılır: Güçlü yanlar (Strengths- S), zayıf yanlar (Weaknesses- W), fırsatlar (Opportunities- O) ve tehditler (Threats - T) (Çoban ve Karakaya, 2010: 347).

BÖLÜM 1: SAĞLIK HİZMETLERİ VE FİNANSMANI

1.1. Sağlık Kavramına ve Sistemlerine Genel Bakış

Sağlık insanın temel ihtiyaçlarından biridir. Bu nedenle eğer bu konuda gerekli ihtiyaçların sağlanamaması diğer ihtiyaçlarında sağlanmasını anlamsız kılmaktadır (Witter, 2002). Toplum oluşturulan her birey sağlıklı kalmak ve böylece diğer hayati ihtiyaçlarını rahatlıkla gidermek eğilimindedir. Buna bağlı olarak artan sağlık talepleri sağlık hizmetlerinin arzında çeşitlilik, farklı ve etkili hizmet sunumlarının arayışını da önemli kılmaktadır.

Bir ihtiyaç olan, insan, çevre ve kültürel değişiklikler nedeniyle kavranması güçleşen sağlık kavramı hiçbir yer ve zamanda “hasta olmama” hali olarak tarif edilir (Hayran, 1997: 3). Her ne kadar bu bakış negatif bir durum olan “hasta olmama”yı çağırırsa da sağlık kavramının bireysel ve sosyal yaşama daha iyi tutunabilme, sosyal, psikolojik ve biyolojik olarak iyi ve etkin halde olma yönü de vardır (Somuncuoğlu, 2012).

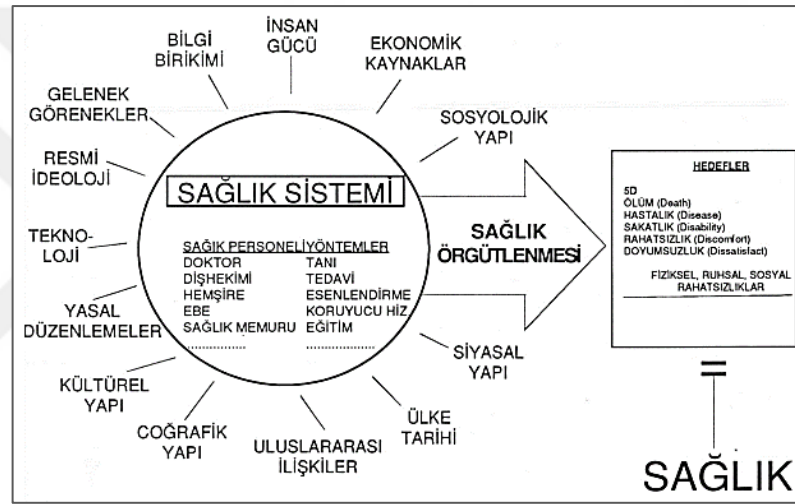
Kavrama bu bireysel araştırmacı bakışın yanında kurumsal bakışlar da vardır. Jakab (2011: 2) Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yapılan resmî açıklamanın “sadece hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir” şeklinde olduğundan bahseder. Buna benzer bir bakış Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun’un 2. Maddesinde yer almaktadır. 224 sayılı bu kanunda “yalnız hastalık ve maluliyetin yokluğu olmayıp, beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir” denilmektedir (Resmî Gazete, 1961). Bu her iki resmi kurum açıklamalarına bakıldığında sağlık kavramının insanın sadece “hasta olmaması” halini değil, bu kavramın çevreden, sosyal olaylardan, yaşam standartlarından ve genetik kaynaklardan da etkilendiğine vurgu yapıldığı anlaşılmaktadır. Bilhassa üzerinde durulan şeyin sadece insanın biyolojisi değil, aynı zamanda onun psikolojisi ve sosyal uyum durumunun da önemsendiği dikkat çekmektedir. İşte bu nedenle bireyin beden, ruhen ve sosyal yönden iyi ve tam olma halinin onun sağlıklı olduğunu gösterdiği söylenebilir (Tıraş, 2013).

1.1.1.Sağlık Kavramının Hizmet ve Sistem Yönü

Sağlık kavramına bakıştaki “iyi olma hali”nin hem bireysel hem de toplumsal bazda değer ve niteliği ancak bilimsel alanlardaki ilerlemeye bağlı olarak değişmeye ve gelişmeye başlamıştır. Öncelikli olarak bireysel seviyede ve ancak yardım niteliğinde yürütülen sağlık hizmetleri zamanla toplumsal bir nitelik kazanmış ve devletler açısından bir gelişmişlik ölçütü haline gelmiştir. Bu nedenle sağlık hizmetleri sadece hastaların bakımlarını değil, aynı zamanda insan sağlığının geleceğine yönelik de bazı uygulamaları kapsamı önem kazanmıştır. Bu açıdan devletlerin bir kurumsal örgütlenmesini, kendi içinde bir sistem oluşturmasını ve bunun bir ekonomik değeri olduğunu kavraması son asrın bir paradigmasıdır (Akın, 2007). Sağlıkla ilgili genel kaynakların neler oldukları ve bu kaynakların ne şekilde kullanılarak hizmetin sunulacağı ise ayrı bir konudur. Bilhassa kaynakların kıtlığıyla ilgili düşünceler hizmetin de ne şekilde sunulacağına ışık tutmaktadır. Kaynaklar kavramına “kıt” olduğuyula ilgili bakış doğal olarak sağlık hizmetlerinin sunumuna da etki etmiş, sağlıkla ilgili kaynakların da kıt olduğu kanaatini geliştirmiştir (Sur, 2011). Günümüz itibariyle bu bakış genelde hizmetin sunumunda kaynakların en etkili ve en ekonomik kullanımını ifade etmekte, yine yüksek hizmet üretmeyi ve bu hizmetin toplumun her tabakasına eşit ve etkili paylaşımını ifade etmektedir (Çoban, 2009). Bireysel ve toplumsal bir sorun olarak sağlık ihtiyaçlarının “neler olduğu”, bu ihtiyaçların “önem” derecesi, ne zaman ve “nasıl giderileceği” ise eldeki kaynakların ne olduğuna ve ne şekilde kullanılacağına bağlıdır. Tüm bu bileşenlerin birlikte analiz edilmesi ve bir hizmet sunum sisteminin geliştirilmesi ise kaçınılmazdır (Tatar, 2009). Bu nedenle sağlıkla ilgili politikalar, kaynak oluşturma ve kullanımı; hizmetlerin arzı, değerlendirilmesi, yaygınlaştırılması ve sürekliliğinin sağlanması; yönetimi ve organizasyonu, kaynak, bina ve insan boyutu bu sistemin çerçevesini belirler (Çalışkan, 2008). Tüm bu bileşenlerin düzenli yani sistematik bir şekilde işlemesi hem hizmet sunumunu etkili kılmakta hem de insan sağlığının geleceğini daha büyük bir güvence altına almaktadır.

Sağlık hizmetlerinin sistematik bir şekilde yürütülmesinde yeni ama etkili bir yol arayışı 2. Dünya Savaşı sonrasında yaşanır. Bu döneme kadar herkes için değil, kimlerin sağlık hizmetinden yeteri kadar yararlanabileceği gibi bir politikanın hâkim olduğu görülür. 2. Dünya Savaşı'nın ardından sermayeye bağlı yeni siyasal sistemlerin gelişmesiyle birlikte sağlıkta da harcamaların ya da üretimi artırma yollarının düşünüldüğü ve “sağlıklı insan

olmak herkesin hakkıdır” paradigmasının geliştirildiği görülür (Kılınç ve Bumin, 1993: 41). Bu küresel dalgadan hemen her ülke etkilenmiş ve hükümetler kendilerine yeni sağlık sistemi politikası geliştirmiş olsalar da 2000’li yıllar öncesinde farklı ülkeler ve hatta aynı ülke içinde farklı bölgelerde bile sağlık hizmetinin topluma eşit dağıtılamadığı bir gerçektir (Whitehead, 1992). Elbette bir sistemin toplumun tüm sağlık ihtiyacını karşılayabilmesi için sadece sistem olması yeterli değildir. Zira her sistem o ülkenin sadece politika ve ekonomik yapısıyla değil, yönetim biçimi, kültür, sosyal yapı, eğitim, teknoloji, insan gücü ve yasalarının da ne olduğuyla şekillenir. Zaten sistemler arasındaki farklılığı ya da etkililiği de işte bu etkenlerin değişkenliklerine bağlıdır (Field, 1989). Kılınç ve Bumin (1993: 42) sistemin bu bileşenlerini aşağıdaki grafikte detaylıca vermiştir:



Şekil 1. Sağlık Sisteminin Yapısı

Kaynak: Kılınç, B.ve Bumin, Ç. (1993). Sağlık Sistemleri. Toplum ve Hekim, Şubat, 41-47

Sağlık hizmetinin sistemli bir yapılanmayla kamuya sunulmasında ve bu hizmetlerin etkili yürütülmesi gerektiği bakışında elbette 1950’li yılların üretim, fayda ve maliyet kavramlarına kuramsal bakışın “karlılık” çerçevesinde odaklanmasından kaynaklanmaktadır. Dolayısıyla sağlığın toplumun her tarafında yayılacak olması, sağlıklı toplumlara ve nihayetinde sağlıklı çalışanları ve üretim artısını sağlayacaktır. Bu aynı zamanda sağlık hizmetinin yaygınlaşmasını ve gittikçe daha da sürekli hale gelmesini sağladı. Aksi halde emek gücünün zarar görmesinden kaygı duyuluyordu. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin ilk kez kapitalist bir bakışla daha sistematik hale geldiği söylenebilir (Hamzaoğlu, 2009). Üretimdeki standardın ya da belirli bir kapasitenin temini, diğer açıdan

devlet rejiminin ve siyasal bakışın devamı her zaman üretimin başında olması gereken işgücünü gerekli kılmaktadır. Bu rejim farkı gözetmeksizin aynıdır. İç gücünün ihtiyaç duyduğu stabil bir sağlık hizmeti ise belirli standartlara sahip bir sağlık hizmetini zorunlu kılmıştır. İşte bu nedenle sağlık hizmetlerinin sunumu bir devlet politikası haline gelmiştir (Belek, 1995).

Bir ülkede sağlık hizmetinin kamu tarafından örgütlenmesinin piyasa kurallarıyla nispeten benzerlik taşıması hem finansmanda kamu bütçesinin devreye girmesini hem de personel istihdamında devlet güvencesini gerekli kılmaktadır (Ünlütürk, 2011). Hizmetin bir kamu gücüyle yürütülmesi karşılığının da yine kamu vergileri üzerinden yüklenilmesini gerektirmektedir. Bu bir toplum hizmeti olduğuna göre ve hizmet de toplum için üretildiğine göre, toplumun belirli oranlarda giderlere katılmasıyla finanse edileceği anlamına gelir. Sağlık hizmetlerinin bu şekliyle bir kamu hizmeti halinde örgütlenmesinde her ne kadar yirminci yılın ortalarında değişim yaşansa da yüz elli yıllık bir tecrübeye dayandığı bir gerçektir.

1.1.2. Sağlık Sisteminin Kamusallaşması

Sağlık hizmetlerinin bir devlet politikasıyla yönetilmesi devletin sağlık hizmetlerinden ne beklediğiyle ilgilidir. Bu durum ister kapitalist toplumların, isterse sosyal devlet anlayışı daha baskın duran Almanya ya da Rusya toplumları için aynı niteliktedir. Toplumların varlıklarını devam ettirmeleri gereği sonuç itibarıyla devlete yani kamusal üretime yansıtacağından, toplumun sağlığı da bir devlet ve bir siyaset politikası halinde şekillenmektedir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin şekillenmesinde Fransız Devrimi gibi hem devlet yapısına hem de sosyal yapıya etki eden gelişmelerin büyük etkisi olmuştur (Çulhaoğlu, 2005). Sağlık hizmetlerinin toplumsal birer güvence haline gelmesiyle iş ve işçi sağlığının, sağlık hizmetlerinin finanse edilmesinin, sağlık için birer fon oluşturulmasının, kimi iş ve meslek hastalıklarına karşı önlemlerin alınmasının, buna bağlı olarak çalışma saat ve ortamlarının düzenlenmesinin birer devlet politikası haline gelmesi ancak İkinci dünya Savaşı sonunda yaşanabilmiştir (Ünlütürk, 2011). Devletin toplum sağlığıyla ilgili sıkı durması ve sistematik bir yapıyı işletmesi aynı zamanda üretimi de kontrol altında tutacağı anlamına geldiğinden doğal olarak emekle sermaye ilişkilerini yeniden düzenleme ya da bu alana müdahale etme hakkı elde etmiştir. Müdahale ettiği alanlardan biri olan sağlık devlet

için sadece toplumun sağlığının önemli olduğu değil, üretimin kontrol altında tutulması, yükseltilmesi ve verimin artırılması gereği olarak görülmekteydi (Öngen, 2007). Bu süreçte yaşana bilimsel gelişmeler ve hastalıkların sebeplerinin daha erken dönemlerde biliniyor olması sağlık hizmetlerini toplumsal alanda daha da değerli kılmıştır. Çünkü bu sayede sadece verim artmıyor aynı zamanda sosyal refah, sağlığa erişim imkânı artıyor, insan ömrü daha da uzuyordu. İkinci Dünya Savaşı'na doğru sağlıkta başlayan bu gelişmeler nedeniyle halkın yüksek talebi doğmuş, 1948'de İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi sağlığa herkesin erişim hakkı olduğu vurgusu yapmış ve Avrupa'daki çoğu devlet herkese kolay ve serbest sağlık erişimi imkanı sunmuştur (Leys, 2009).

Avrupa ülkelerinde sağlık hizmetlerinin bir kamu malına dönüşmesinde bu etkenlerin büyük rolü vardır. Her ne kadar bu durum özel sağlık sektörünün de piyasadaki rolünü azaltsa da kurallar yine piyasaya göre belirlenmekteydi. Devletin toplum sağlığına daha sistematik etki edeceği kanaatinin yaygınlaşması bu konuda faaliyetlerin artmasını ve yeni politikaların gelişmesini sağlarken diğer taraftan sağlık sisteminin daha da fazla yerine oturmasını ve düzenli hale gelmesini sağlamıştır. Öyle ki, bu tutum Türkiye'de 60 ihtilali sonrasında sağlık hizmetleri piyasadan bağımsız sunulmaya, istihdam ve finansman konusunda daha uzun süreli politikalar toplumsal ihtiyaç ya da arz-talep dengesine göre değil, hükümet politikalarınca belirlenmiştir (Ünlütürk, 2011).

Hem küresel hem de ulusal bazda sağlık hizmetlerinin örgütleniş ya da sunulmuş biçimine bakıştaki bu değişim 1948'de İnsan Hakları Evrensel Bildirgesiyle başlamış, 1978'de Alma Ata Bildirgesiyle temel sağlık hizmetleri öncelenmiş ve devletin bu konuda ne gibi görevler alabileceği belirlenmiş, 1981'de Lizbon Bildirgesiyle hasta hakları gündeme getirilmiş, 1986'da Ottawa Şartı ile sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi sadece sağlık sektörüne bırakılmayıp devletin de bu konuda sorumluluk alması gerektiği vurgulanmıştır. Bu süreç sağlıkta sistem ve hizmet bakımından daha bilinçlenme, küresel ve ulusal politikalarla sistematik mücadele dönemi olarak tanımlanabilir. Zira 2001'de imzalanan Dubrovnik Sözleşmesi sağlık alanında ülkelere hem ulusal hem de küresel anlamda yeni strateji ve hedefler belirlemeleri imkanı ve sağlık hizmetlerinin ne şekilde finanse edileceğini tartışma fırsatı sunmuştur (Aktan ve Işık, 2007).

Tüm bu gelişmeler sağlığın bir temel hak olduğu, bir hukuk devleti olduğunu belirten her devletin bu hakkı kendi anayasası ile güvence altına alması gerektiği anlayışını

yaygınlaştırmıştır (Süzek, 1985). Türkiye 1961 Anayasasında “sağlık hakkı” başlığı altında bu güvenceyi verirken, 1982 Anayasasında “sağlık hizmetleri” başlığıyla kişinin sağlıklı yaşam, kendini geliştirme ve sağlıklı çevrede yaşama hakkına sahip olduğu belirtilmiştir. Bu hizmetin vatandaşa nasıl sunulacağı konusunda ise sorumluluğun devlette olduğu, sağlıkta hizmetlerinin sunumunda verimin artırılması için planlamanın tek elden yapılması gerektiği, hizmet sunumunda özel sektörler iş birliği yapabileceği ve yaygın bir şekilde yürütülmesi için kanunla sağlık sigortası kurulabileceği belirtilmiştir. Devlet bu konuda bir sistem kurma ve bu işi planlı ve programlı bir şekilde yapma hakkının olduğu ise “*herkes, sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Devlet bu güvenliği sağlayacak gerekli tedbirleri alır ve teşkilatı kurar.*” şeklinde 60. Maddede dile getirilmiştir (TBMM, 1982: 10).

1.1.3. Sağlık Politikaları

Sağlık hizmetlerinin kamusal nitelik kazanması, devletin bu konuda bir politika izlemesini gerekli kılmıştır. Aslında sağlık hizmetlerinin nasıl yürütüleceği ve finanse edileceğiyle ilgili tüm faktörlerin ne şekilde devreye sokulacağını kapsayan sağlık politikası aynı zamanda sosyal ve çevresel faktörleri de içine alır (Walt, 1994). Bu bakışa göre politika, strateji ve vizyon kavramlarının eşgüdümüyle yürütülen sağlık hizmetlerinin hem nasıl yürütülmesi gerektiğiyle ilgili salt bir “yol” a vurgu yapılır hem de hükümetlere ait siyasal politikadan etkilendiğine (Barker, 1996). Fakat genel anlamda stratejik planlama alanında giren “politika” kavramı her ne kadar hükümet politikasını çağrıştırırsa da onun belirlediği vizyonla nasıl bir sağlık hizmeti yürütülmesi gerektiğini ifade eder.

Siyasal politikadan esinlendiğini destekleyen bu bakışa göre sağlık hizmetlerinin sunumunda esas sorumluluk sahibi olan devletin sağlıkta öncelikleri, hizmet sunum biçimi, istihdam ve finans kararları sağlıkta benimsenen kamu politikasını yansıtır. Dolayısıyla öncelikle bu hizmetin kamu tarafından mı yoksa özel teşebbüslerce de karşılanacağıyla ilgili karar bir sağlık politikası kararıdır. Sağlık hizmetlerinin sunulmasının devletlerin öz sorumluluğu olduğu bakışı bu alanda ihtiyaçların belirlenmesi, planlamaların yapılması ve gerekli kaynakların oluşturularak hizmetin organize edilmesini kapsar. Bu devletçi bakış sağlık hizmetlerinin ilk sistematik düzenlendiği ya da ciddi değer kazandığı 1950’li yıllarda gelişmiştir. Zamanla bu bakışın yerini özel sektörün de bu yönde hizmetler sunabileceği fakat devletin yine de bu alanı sürekli denetim altında tutması gerektiği görüşü

benimsenmiştir (Cichon vd., 1999). Bu bakışa göre devlet bir yandan bu kamusal yükü kendisi kaldırmaya çalışırken, diğer yandan da özel sektörün yükün paylaşılması için teşvikler verir, yönetim ve organizasyonunda destek sunar, hizmetin yürütülmesini kolaylaştırıcı politikalar geliştirir. Gittikçe devletin rolünün hizmet sunmaktan ziyade kontrol edici, standart geliştirici, denetleyici, teşvik edici ve daha da etkin hizmet sunumunu kuvvetlendirici rolü artmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde devletin bu kadar çok fazla ağırlıklı rol oynaması sağlık hizmetlerinin hem dışsallıklarının fazla olmasından hem de hizmet sunumunun bölünemez bütünlüğünden kaynaklanır. Kimi zaman öyle bir durum ortaya çıkar ki, sunulacak bir sağlık hizmeti belirli bir bölgeyi değil, ülke genelini kapsamaktadır. Ya da bir sağlık hizmetinin sunumu ülke genelinde alınacak bir siyasal, ekonomik ve yönetim kararlarına bağlıdır. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin sunumu pazar açısından bir piyasa değeri olsa da gerçekte kamu yararı gözetilir (Atabey, 2012). Sağlık politikalarının devlet eliyle geliştirilmesini zaruri kılan, ülkenin gelişmişlik ölçeğine göre sosyal adalet ve gelir dağılımındaki dengesizlikler ve toplumun her kesiminin sağlık hizmetlerinden eşit yararlanamamasıdır.

Toplumun bir sağlık hizmetinden ne kadar yararlanabildiğini gösteren en belirgin ölçüt uygulanmakta olan resmi sağlık politikalarıdır. Bu açıdan bakıldığında geliştirilen politikaya rağmen ülkenin içinde bulunduğu ekonomik durum, sosyal yapı, eğitim seviyesi ve kişilerin kendi sağlıklarına verdikleri önem de değerli bir belirleyicidir (Sargutan, 2005). Bu nedenle denebilir ki, sağlık politikasının geliştirilmesi, onun uygulanabilirliğini ya da toplumun bundan yararlanabileceğini göstermez. Önemli olan geliştirilen politikanın çerçevesi, kapsamı ve uygulama düzeyidir.

1.1.4. Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması

Sağlık sisteminin sınıflandırılması, sistem kavramının genel yapı içerisinde değerlendirilmesini, farklı sistem yaklaşımlarının bu yapısal farklılaşmada ne şekilde oluştuğunu ve sistemin parçaları arasında nasıl bir ilişki farklılaşması yaşandığına bakmayı gerektirir. Sistem bir bütün oluşturmak üzere farklı parçaların bir araya gelmesi ve eşgüdüm içerisinde ortam amaçlarla çalışmasını ifade eder (Erkan, 1987). Sistemin önemli bir özelliği parçaları arasında sıkı bir ilişkinin varlığı ve bu parçaların birinde yaşanan değişimin diğer parçaları da etkilemesidir. Bu nedenle denebilir ki, sistemler bir iç dinamiğe sahiptirler.

Sistemin sağlığa bakan yönü incelendiğinde, sağlığın geliştirilmesi amacıyla her türlü girdi, süreç ve çıktı unsurlarını bünyesinde barındıran bir yapı olduğu görülür (Yıldırım ve Tarcan, 2000).

Sağlık hizmetlerinin bir sistem halinde sunumu toplumsal ve kültürel farklılaşmaya bağlı olarak değişmektedir. Her toplumun siyasal, ekonomik ve kültürel değişkenleri farklıdır. Sağlık sisteminin ne şekilde örgütleneceği ya da sağlık hizmetinin topluma nasıl sunulacağı o ülke siyasal rejiminden, toplumsal kültür alışkanlıklarından ve ekonomik yapılanmasından ayrı düşünülemez. Böyle bir ayrıştırma sistem kavramının özün de uymaz. Bu nedenle dünya genelinde hâkim olan siyasal görüşlerin etkisiyle sosyal devlet anlayışını öne çıkartan, bireysel teşebbüslere değer veren ya da her ikisini de bir arada yürütebilecek görüşler mevcuttur. Bu genel bakışa göre kimi ülkelerde sağlık hizmetleri devlet eliyle yönetilirken, kimi ülkelerde ise bu alanda bir özelleşme söz konusudur. Bu yapısal farklılaşma doğal olarak hizmetin sunuş biçiminden, finansmanına ve yönetimine kadar birçok sistem unsurunu da etkilemekte ve farklılaştırmaktadır (Atabey, 2012). Hem sistem kavramına hem de sağlık hizmetlerinin neleri kapsadığı bakış açısından değerlendirildiğinde, bir sağlık sistemi sağlık hizmetlerinin sunumunu, yönetimini, finanse edilmesini, çalışanların eğitimi, politika geliştirmeyi ve mevzuatlar gibi sağlık hizmetinin etkili sunulması için gerekli birçok bileşeni bünyesinde barındıran bir yapı olduğu anlaşılmaktadır (Field, 1991). Sağlık sistemine “sağlığın iyileştirilmesi için hizmet sunumu” yaklaşımı sistemi tanımlarken ilgili ilgisiz ve hatta içinde-dışında birçok etkenden bağımsız düşünölemeyeceği de göz ardı edilmemelidir. Unutmamak gerekir ki, her sistem aynı zamanda başka sistemlerle yakın ilişki içindedir. Bu zaman zaman sistemleri birbirine yakınlaştırırken, ortak paydalar edinir ve bazen de buna bağlı olarak değişim ve başkalaşım geçirirler.

Her devletin toplumsal kültür, siyasal tecrübe ve ekonomik potansiyeline göre değişkenlik gösteren sağlık sistemi kimi ülkelerde “gelişmemiş” olarak nitelendirilir. Bu durum o ülkede bir sağlık sisteminin olmadığını göstermez. Sadece sistemin yapısal sorunları olduğunu, bunun da asla toplumun ve devletin kendi öz yapısından bağımsız düşünölemeyeceği gerçeği ortaya koyar. Bu durum her ülkenin kendine ait bir sağlık sistemi olabileceği fikrini doğursa da gerçekte bir siyasal, ekonomik ya da eğitim sistemlerindeki benzeşik olma durumu sağlık hizmetlerinin sunumunda da yaşanmaktadır (Goodwin, 2008). Genelde hangi sistemlerin varlığı ya da hâkim olduğu incelendiğinde, dünya geneline hakim zihniyet bakışlarının

büyük rol oynadığı görülmektedir. Bu değişim asla siyasal, ekonomik ve kültürel zihniyet farklılaşmasından ayrı düşünülmemektedir.

Tüm bu değerlendirmeler ışığında sağlık sistemlerinin iki ayrı grupta bir araya geldiği görülmektedir. Bir tarafta toplumsal sağlık ihtiyaçlarının devlet tarafından planlı bir şekilde yürütüldüğü sistemler, diğer tarafta ise tamamen piyasa kurallarına göre topluma hizmet sunan sistemler vardır. Bazı ülkelerde ise bu her iki bakışın da belirli oranlarda bir araya gelerek yeni bir oluşumun doğduğu görülür (Atabey, 2012). Sistemler bu açıdan farklılıklarına bakıldığında devlet destekli sistemlerin toplumsal faydayı öncelediği, mümkün oldukça hizmetin toplumun her kesimine eşit miktarda ulaştırdığı ve bu hizmetinin sürdürülebilir kılmaya çalıştığı görülür. Özel teşebbüslerde ise bu hizmeti sunarak kar elde etme çabasının olduğu göze çarpar. Devlet sağlık hizmetinin sunumunu özel sektöre bıraksa bile koruyucu sağlık hizmetlerini kendisi yürütmekte ve denetimi sağlamaktadır. Sağlık sistemlerinin farklılaşmasında bu hizmetin topluma ne kadar ulaştırıldığı önemli rol oynar. Bir diğer ifadeyle toplumun sağlık düzeninin ne kadar yüksek olduğudur. Her ne kadar toplumun sağlıklılık durumu göstergesi belli başlı kalemlerde ortaya çıksa da, uluslararası kriterler bakımından anne çocuk sağlığından, sağlıklı konutlarda yaşamaya, sağlık kurumlarında hasta başına düşen doktor ya da yatak sayısına kadar bir çok kriter yer alır (Cichon vd., 1999). Sağlık sistemlerinin ne kadar etkili olduğu konusunda uluslararası ölçümlerle kullanılan kriterler aşağıdaki tabloda yer almaktadır

Tablo 1.

Sağlık Sistemlerinin Başarı Karşılaştırma Ölçütleri

Kişiyeye yönelik yaşamsal istatistikler ile ilgili ölçütler	Çevreyeye yönelik ölçütler	Sağlık hizmetlerinin niteliğine yönelik ölçütler
<ul style="list-style-type: none">▪ Bebek ölüm hızı,▪ Anne ölüm hızı,▪ 5 yaş altı ölüm oranı,▪ Ortalama yaşam süresi,▪ Beklenen yaşam umudu,▪ Ölü doğum oranı,▪ Sık görülen hastalıklarda ölüm oranı	<ul style="list-style-type: none">▪ Arıtılmış su kullanan nüfus,▪ Sağlıklı konutlarda oturan nüfus	<ul style="list-style-type: none">▪ Hekim başına düşen nüfus,▪ Yatak başına düşen nüfus,▪ Hastanelerde ortalama yatış süresi

Kaynak: (Atabey, 2012: 48)

Tablo kriterlerine göre bir ülkede sağlık sisteminin başarılı sayılabilmesi için hizmetin ülke genelinde yaygın olması ve elde edilen verilerin güvenilir olması önemlidir. Sağlık sistemlerinden beklenen başarının elde edilmesi her ne kadar sistemin kendi içinde etkili

olmasını gerektirse de farklı bir sistemin ortaya çıkışı başarının elde edilebilmesi için farklı bir yolun denenmek istenmesinden kaynaklanmaktadır. Buna rağmen yine de her bir sistemin kendi içinde başarı ya da sorun yaşadığı alanlar vardır.

1.1.4.1. Kamu Tipi Kapsayıcı Sağlık Sistemi (Beveridge Modeli)

Bu sağlık sisteminde devlet hayatın tüm alanlarında kendi ağırlığını hissettirdiği için toplumun sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını da gidermek amacıyla organize olmuştur. Sağlıkla ilgili sadece hizmetin götürülmesi değil, aynı zamanda finansmanı, personel istihdamı ve politika üretimiyle de devlet ilgilenir. Devlet bu hizmetini bir devlet olmanın verdiği sorumlulukla yaptığı için toplumdaki ayrıca bir ücret talep edilmez. Bu nedenle de herhangi bir sağlık ya da sosyal güvence primi ödenmesi de söz konusu değildir. Sistem içinde özel sektörün de rolü vardır fakat neredeyse yok denecek kadardır. Hizmetin büyük çoğunluğu devlet tarafından kaldırıldığı için sistem kendi içinde düzenli bir şekilde yürür. Bu nedenle özel sektörün de dahil olduğu bu sistemin farklı uygulamalarıyla da karşılaşmak mümkün (Koçak, 2011). Bu durumda elbette ek giderler toplum tarafından karşılanmaktadır. “Beveridge Modeli” ismiyle de anılan bu sistem Avrupa’da İtalya başta olmak üzere Norveç ve İngiltere’de uygulanmaktadır.

Devletin sağlık hizmetlerinin düzenli bir şekilde halka sunduğu bu sistemde özel sektörün rolü genellikle hizmetin sunumundaki farklılıktır. Bu tür uygulamaların sisteme bir zararı olmadığı gibi daha etkin kılması nedeniyle ilgi de duyulmaktadır. Zira kamusal sağlık sistemlerinde devletin yürütme organlarındaki genel yavaşlık sağlık sisteminde de gözlemlenmektedir. Zaman zaman tedavi sürelerinin uzadığı, hizmet almak için sıraların oluşması en dikkat çekici sorunlardır (Atabey, 2012). Genel uygulama bakımından nüfusun %10-15’inin tamamlayıcı sağlık sigortası kapsamına alındığı bu ülkelerde GSYH içindeki sağlık hizmetlerinin oranı %9 civarındadır (OECD, 2015). Bu sistemde hizmet sunumdaki yavaşlık, özel sağlık sigortalarının devlet güvencesine dahil edilmemesi, maliyetlerin yüksekliği birer eleştiri olarak ortaya çıkar. Doğal olarak hem sağlık hizmetlerinin toplumun her kesimine eşit hız ve yüksek nitelikte ulaşımında sorun yaşanmakta, sistem kendi içindeki gelişimini yeteri kadar takip edememektedir (Seldon, 1967).

1.1.4.2. SSCB Örneğindeki Sosyalist Sağlık Sistemi

Bu tür sağlık sisteminde devlet sağlığın tüm alanlarına hakimdir. Sağlık hizmetlerinin önleyici, tedavi edici ve geliştirici üç alanında da tek başına aktiftir. Yükü tek başına üstlendiği için sağlıkla ilgili her tür hizmetin üretiminden halka arzına kadar devlet sorumludur ve mülk sahibidir. Bu nedenle toplumdan ister doğrudan isterse dolaylı yoldan herhangi bir ek ödeme ya da sağlık gideri ödemesi talep edilmez. Sovyetler Birliği döneminde geliştirilen bu sistemde toplumun sağlık ihtiyacı devlet güvencesi altındadır. Tüm politika, hizmet sunumu, personel istihdamı ve finansmanı devlet yönetimindedir (Koçak, 2011).

Sovyet devlet yönetimi tecrübesinin geliştirdiği bu sistem birçok sosyalist ülkede rejimin genel sistem yapısı gereği uygulanmıştır. Sosyalist ülkelerin sistem savunucusu olarak dile getirdikleri bu farkın en yüksek yaşandığı hem tedavi edici hem de sağlık riskine karşı koruma amaçlı sağlık hizmetlerinin gelişmiş ülkelerle rekabet edecek kadar gelişmiş olduğu örnek ülke Küba'dır (Özalp, 2009). Sağlık hizmetlerinin en sağlıklı sunulabilmesi için elbette GSYİH'dan ne kadar payın ayrıldığı, ülke genelindeki örgütlene sayısı ve personel sayısı önemlidir (Atabey, 2012). Küba'da bu kriterlere göre yakalanan seviye kimi gelişmiş ülkelere göre yüksek seviyededir.

Sistemin kurucusu ve en uzun süre uygulayıcısı SSCB olması nedeniyle sistem hem Sovyet Sağlık Sistemi hem de Sosyalist Sağlık Sistemi olarak bilinir. Uygulamaların bir rejim ve devlet politikası olması nedeniyle kent ve kırsal bölge arasında sağlık hizmetlerine ulaşım dengelenmiş durumdadır. Bu gelişmeyi etkileyen en büyük faktör, sistemde merkezileşmeye gidilmiş olmasıdır. Bu da doğal olarak yerel ihtiyaçların merkeze raporlanmasını ve finansmanın merkezi yönetimce yapılmasını sağlamıştır. Sistemin devlet tarafından yönetiliyor olması çalışan personelin hem memur statüsünde olmasını hem de tıbbi bakım ve tedavi giderlerinin merkezi ödeneklerle bedelsiz ve sorunsuz karşılanmasını sağlamıştır (Güzel ve Okur, 1990).

1.1.4.3. Özel Sektör Ağırlıklı Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistemi

Kamunun sosyal yapılanmalardaki etkisinin fazla hissedilmediği daha liberal toplumlarda kişisel özel teşebbüslerin öne çıkmasıyla sağlık hizmetleri de özel sektörlerce yönetilir

olmuştur. Serbest piyasa kurallarının geçerli olduğu ekonomik yapılanmanın da etkisiyle devlet çoğu kamu yükünü özel sektöre devretmiş gibidir. Bu nedenle bu tür sistemde sağlık hizmetleri özel sektörce arz edilir. Sistemin özel sektörce finanse edilmesi ödeme ya da sağlık giderlerinin karşılanması da bireysel ya da sigorta şirketleri aracılığıyla karşılanması anlamına gelmektedir (Sargutan, 2005). Bu aynı zamanda bireysel olarak ciddi bir ekonomik ödeme gücünü de gerekli kılan bir sistemdir. Sağlık harcamalarının bireysel olarak karşılanamadığı durumlarda sağlık hizmetlerinden yararlanmak da imkânsız gibidir.

Devletin serbest ekonomik sisteme bağlı olarak geliştirdiği bu yapıda kimi insanlar ya bireysel ya da işyeri sigortaları ile sağlık güvencesi altına girmektedir. Fakat yine de sistemin en yağın uygulandığı ABD’de bu güvenceden mahrum olan nüfus oranı %15 civarındadır. Bu oranın genç nüfuslarda %40'lara kadar çıktığı da olur (Martinez & Cohen, 2013). Bu nedenle geliri düşük ya da herhangi bir geliri olmayanların sağlık hizmetinden yararlanma imkânı neredeyse yok gibidir. Bu nedenle başlangıçta gelişen “toplumun sağlık ihtiyaçlarına rahat ve eşit erişimi” fikri tam gerçekleşmemekte, hatta sağlık hizmetlerinin sunumu sadece gelir düzeyi yüksek olan toplumun belirli bir kısmına hitap etmektedir (Yapar ve Tuncel, 1999).

1.1.4.4. Refah Yönelimli Karma Sağlık Sistemi (Bismarck Modeli)

Sağlık giderlerinin yarı devlet fonları yarısının da bireysel sigorta prim ödemeleri üzerinden karşılandığı bu sistemde kişiler zorunlu hastalık sigortasına dahil edilmektedir. Sistemde hem kamu hem de özel sektör bir arada bulunabilir. En yaygın olarak Almanya ve Fransa bu sistemi uygulamaktadır (Ateş, 2013). Her ne kadar gelir dağılımının dengesiz olduğu gelişmekte olan Türkiye gibi ülkelerde de bu sistem uygulansa da genelde gelişmiş ülkelerde başarılı sonuçlar doğurmuştur. Buna rağmen gelişmekte olan ülkeler için bu sistemin uygun yönleri bulunmaktadır (Durdu, 2009).

İlk başlangıcının Almanya’da bireysel bazda sağlık giderlerinin karşılanması amacıyla oluşturulan küçük çaplı fonların devlet tarafından bir araya getirilmesiyle başlamıştır. Sistemin belirli bir aşamaya gelmesiyle çalışan herkes bu fona dahil edilmiştir (Tunç ve Kıyak, 2015). Bu şekilde kurulan sistem çalışma hayatı içinde meydana gelebilecek iş kazaları, sağlık sorunları ve hatta malulen ve yaşlılık yoluyla emeklilik sigortalarının da kurulmasını başlatmıştır. Fon gelirleri primlere dayalı sigortalardan oluşmaktadır.

Toplumun bu yolla aldığı sağlık hizmetinden memnun kaldığı ülkelerden Almanya ve Fransa'da sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı %10 civarı, nüfusun özel sigortaya tabi olan miktarı %10 kadardır (Yaman, 2014).

1.1.5. Sağlık Hizmetlerinin Kavramsal Çerçevesi

Sağlıklı yaşam öncelikle bireysel bir ihtiyaç olarak eksiksiz giderilmesi gerekir. Bu ihtiyacın nasıl ve ne zaman karşılanacağı konusu önemlidir. Bireysel açıdan duyulan bu ihtiyaç sanki bir konformuş gibi algılansa da insanın sosyal ilişkilerini, iş ve aile hayatını da etkilemesi nedeniyle bireyin kendisine bırakılamayacak kadar da sosyal bir konudur. Bu açıdan bakıldığında sağlık hizmetinin sunuluş biçimi, yönetimi, kimler tarafından sunulacağı ve hangi kaynaklarca finanse edileceği, nereden ve ne kadar sunulacağı ciddi sorundur (Alpugan, 1984). Bireysel gelişip sosyal nitelik kazanan sağlık hizmetlerinin toplum sağlığı bakımından düzenli sunulması ve etkin organize edilmesi gerekir. Sağlık hizmetlerine olan ihtiyaç genelde ya hastalık durumunda ya da olması muhtemel bir hastalık nedeniyle belirlemektedir. Bu nedenle bu ihtiyacın ne zaman ve nerede belireceği ne zaman müdahale sınırlarını aşacağı ne zaman harekete geçilirse hastalık yayılmadan önlenebileceği ciddi bir çalışma ve planlamayı gerektirir. Dolayısıyla bireysel anlamda kimin ne zaman bu hizmete ihtiyacı olacağını önceden kestirmek mümkün değildir (Altay, 2007).

Sağlık kavramının “hasta olmama” hali açısından değerlendirilmesi, doğal olarak sağlık hizmetlerinin de “toplumu hasta olma” halinden koruma faaliyetlerinin tümü olarak görülebilmektedir. Sağlık hizmetlerinin bir yönüyle devlet güvencesi altına alınmış olması, tanımını ve kapsamının da yine devlet tarafından nasıl algılandığını önemli kılmaktadır. Sağlık Hizmetleriyle ilgili 224 sayılı kanun verilecek hizmetin kapsamını belirlerken, sağlığı tehdit eden her türlü faktörü yok etmek, toplumu bu etkenlerden korumak, eğer etkilenen varsa tedavi etmek ve hatta bu etkiden dolayı bedensel ve ruhsal bütünlüğü zarar görenleri rehabilite etmek gerektiğini belirtir (Resmî Gazete, 1961). Sağlık hizmetlerinin bu çerçevesi insanın gündelik yaşamının sorunsuzca devam etmesiyle, toplumsal ve üretim açısından verimli ve uyumlu bir yaşamın sürekliliği de güvence altına alınmış olur. Bu hizmetin gerçek anlamda varlığını ise, hizmete erişim imkanının serbest ve herkese açık, etkin ve profesyonel, ertelenmeden ve arz-talep dengesine uygun olması gerekli kılar (Somuncuoğlu, 2012).

Sağlık hizmetlerinin sunumu artık bir sektör haline gelmiş ve üretilen bir hizmettir. Bu ürünün kullanıma hazır hale gelebilmesi için elbette hammadde, insan, bina, emek ve sermaye girdisi vardır. Sağlık hizmetinin çıktısı ise beklenen sağlık durumunda iyileşme, insan ömrünün uzaması, yaşam kalitesinin artması ve hastalıkların yok olması sayılabilir (Tokalaş, 2006). Her ne kadar bireysel bir ihtiyaç gibi görülse de sonuçlarının toplumsal ve ülke sınırlarını kapsamaması bu ürünün yarı kamusal mal ve hizmet olarak tanımlanmasına neden olmaktadır.

1.1.5.1. Sağlık Hizmetlerinin Çeşitleri

Genel anlamda hasta olmama halini sağlamak bireysel olduğu kadar toplumsal, ulusal ve evrensel çerçevede değerlendirilmektedir. Zira hastalıklı hal sadece hasta olan kişi ya da bölgeyle sınırlı kalmamaktadır. Bu nedenle sağlık hizmetleri smacına göre korucuyu, tedavi edici ve rehabilite edici olmak üzere üç gruba ayrılır (Altay, 2007: 34).

1.1.5.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Sağlıklı bir yaşam için öncelikli nitelikte olan koruyucu sağlık hizmetleri bireysel ve toplumsal açıdan hastalıklara karşı kendini koruma bilincinin kazandırılması, sağlıksız durumların iyileştirilmesine yönelik tedbirlerin alınmasını kapsar (Tıraş, 2013). Sağlığın hem bireysel hem de toplumsal boyutuna odaklanan bu hizmet öncelikle bireyin hijyen kurallarına uymasını, aşılmasını, beslenme, ilaçla korunma ve sağlıksız ortamlardan korunmasını sağlamaya çalışmaktadır (Fişek, 1985). Hizmetin bu yönü kişiyi bilinçlendirme ve sorumluluk sahibi kılma çabasıdır. Bu hizmetler doktor, ebe, hemşire ve sağlık görevlilerinde yerine getirilir. Benzer bir bakışla çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ise besin ve çevre sağlığı denetimlerini, özellikle bulaşıcı hastalıkların yayılmasında önemli etken olan canlı denetimini, katı ve sıvı madde denetimini kapsar. Bu görevler ise alanda uzman mühendis, kimyacı, veteriner hekim ve konu teknisyenlerince yürütülür.

İster bireysel isterse toplumsal açıdan bakılsın, koruyucu hizmetlerin temel hedefi sağlıksız ortamların oluşmasını önceden alınacak tedbirlerle önleme, zararı aza indirme ve riski azaltmadır (Atabey, 2012).

1.1.5.1.2. Tedavi Amaçlı Sağlık Hizmetleri

Bu alandaki sağlık hizmeti hastalığın belirtisiyle ya da ortaya çıkmasıyla başlayan muayene, tetkik etme, analiz etme ve tedavi uygulama hizmetlerini kapsar. Öncelik sırası koruyucu hizmetlerden sonra gelir. Hastalanmış bir kişinin gündelik yaşam fonksiyonlarının sağlıklı şartlardan kurtarılarak devam etmesini ve yaşam kalitesini artırmayı amaçlamaktadır (Aydın, 2004). Bu tür sağlık hizmetleri kişinin ortalama ömrünü hem artırır hem de iş verimliliğini artırır (Aktan ve Işık, 2007).

1.1.5.1.3. Rehabilitatif Sağlık Hizmetleri

Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinden sonra üçüncü aşamada bireye sunulan sağlık hizmetidir. Koruyucu ve tedavi edici hizmetlerden sonra bireyde meydana gelen fiziki, psikolojik ya da biyolojik deformasyon, organ kaybı veya moral ve duygu durum bozukluklarının giderilmesinde devreye girer (Akdur, 2003). Genelde kazalardan sonra kol, bacak ya da diğer herhangi bir organın kaydında yaşanan uyum sorunları, protez desteği ve psikolojik travmaların giderilmesi bu evrede yürütülen hizmetin çerçevesini gösterir. Kimi zaman kaza ya da çeşitli hastalıkların tedavisinden sonra bireyde kalan hasar felç, organ yetmezliği, duygu durum bozukluğu, sosyal ve iş yeri uyum sorunları yaşanabilmektedir (Somuncuoğlu, 2012). Bu kişilerin bu durumlarıyla kendi başlarına sağlıklı bir şekilde baş etmesi için özel rehabilitatif desteklere ihtiyacı vardır. Birey bu desteği bu tür hizmetlerden alır.

1.1.5.2. Sağlık Hizmetlerinin Arzı

Bir ekonomi terimi olan arz, satılmak üzere üretilen mal veya hizmetin miktarını ifade eder (Tıraş, 2013). Sağlık hizmetlerinin arzı bu yönüyle sağlık ekonomisinin üretim yönünü gösterir. Arz sürecinde sağlık hizmetleri için ayrılan kaynak, üretimin neye mal olduğu, piyasa, diğer kâr amacı gütmeyen sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşlar ve sağlık hizmetlerinin ne şekilde finanse edildiği ise arzın ne şekilde gerçekleşeceğini belirler (Dağlı, 2006).

Arzın olup olmayacağı ya da miktarının ne kadar olacağını, ürünün piyasa değeri belirlemektedir. Doğal olarak ürün satış fiyatının yüksekliği arz miktarının da doğru orantılı

olarak yükselmesini sağlayacaktır. Çünkü işletmeler kar elde etmek için piyasada yüksek fiyattan satışı yapılan ürünleri üretme eğilimindedirler. Ürünün sağlık olması ve hem birey hem de toplumu ilgilendiriyor olması nedeniyle sağlığın korunması sağlık hizmetleri arzının esas gerekçesini belirlemektedir. Elbette üretilen malın sağlık olması ekonomik olarak diğer mal ya da hizmetlerin arzından farklılık göstermektedir. Bu farklardan biri sağlık sektöründe oluşan tekelleşmelerdir (Mutlu ve Işık, 2012). Sağlık hizmetlerinin arzını etkileyen bir diğer faktör, arzı sunan personelin (doktor, sağlık personeli, teknisyen, eczacı, laborant vb.) bu hizmeti sadece hastanelerde değil, evlerinde de sunabilmesidir (Karabulut, 1998).

Arzın, bir mal ya da hizmetin “üretimi” tanımı üzerinden değerlendirilmesi, sağlık hizmetlerinde sağlık hizmetinin sunulması olarak kendini göstermektedir. Bu hizmetin sunulmasını diğer her tür ticari mal ya da hizmetin arzını etkileyen sebepler gibi fakat sadece sağlık sektörü bakımından özel etkenler mevcuttur. Bunların başında üretilen mal ya da hizmetin fiyatı gelmektedir. Diğer etkenler ise sağlık iş gücü, tıbbi teknoloji, yatırım durumu ve kapasite kullanım oranıdır (Çelik, 2011: 77-78).

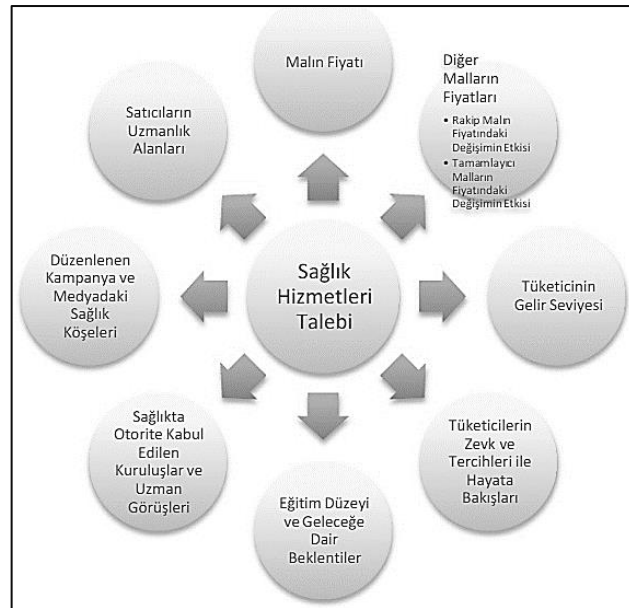
Üretilen mal ve hizmetin fiyatı arzın miktarını önemli derecede etkilemektedir. Genel itibarıyla yüksek fiyat ürün arzını da artırır. Fakat sağlık hizmetlerinin kim, nerede, ne sebeple ve hangi dışsalılıklara bağlı olarak arz edilmesi gerektiğine bağlı olarak aynı durumu söylemek imkânsız olabilir (Tıraş, 2013). Sağlık işgücünün vereceği hizmet diğer işgüçlerine göre daha yüksek seviyede bir profesyonellik gerektirmektedir. Bu da doğal olarak işgücünün uzun sürede, zor ve pahalı yetişmesine sebep olmaktadır. Fakat bu durum aynı zamanda sağlık hizmetlerinin arzında fiyatı yükseltmekte ama arz süresini kısaltmamaktadır (Mutlu ve Işık, 2012). Sağlık arzını etkileyen bir diğer faktör teknolojidir. Tıpta gelişen bir teknoloji bir yandan sağlık hizmetlerinin sunumunu hem kolaylaştırır hem de etkili kılarken, diğer yandan hizmetin maliyetini de artırmaktadır. Bu rağmen hastalıkların erken teşhisleri, teşhis ve tedavide etkin mücadele için de yeni imkanlar sunmaktadır (Tokalaş, 2006).

Sağlıkta ister koruyucu ve tedavi edici, isterse rehabilite edici sağlık hizmetlerinde etkin hizmet sunumu her zaman için yetişmiş iyi bir iş gücü, tam donanımlı bina ve ekipmanlar sayesinde mümkündür. Personelin yeniden eğitimi ve yeni gelişmeler için araştırma ve geliştirme çalışmaları da dahil olmak üzere hizmet sunumuna yapılacak her tür yatırım sağlık hizmetlerinin fiyatında yükselmeye neden olacaktır. Bu durum kaçınılmaz bir şekilde arz

miktarı ya da biçimini de etkiler (Dağlı, 2006). Sağlık hizmetlerinin arzını artırmada sağlık hizmetleri kapasitesinin ne durumda olduğu önemli bir faktör olarak kendini gösterir. Yeterli bina, personel ya da teknik ekipman bakımından tam kapasite hizmet arzı yapılamıyorsa, etkili bir hizmet sunumundan bahsedilemez. Fakat çalışma saatlerinin düzenlenmesi, personel sayısının artırılması veya yeni bina ve teknik donanım imkanları kısa sürede artırılamamaktadır. Bu da doğal olarak hizmet arzını etkileyecektir (Tıraş, 2013).

1.1.5.3. Sağlık Hizmetlerinin Talebi

İktisadi bir kavram olan talep, bir kişinin sahip olduğu satın alma gücüne bağlı ortaya çıkan isteğidir. Bu istek tek başına yeterli değildir. Bu nedenle isteğin iktisadi bir boyut kazanarak talep haline gelebilmesi için satın alma gücü tarafından desteklenmesi kaçınılmazdır (Mutlu ve Işık, 2012). Bir mal ya da hizmete karşı oluşan talep o mal ya da hizmetin fiyatıyla yakından ilgilidir. Malın fiyatının yüksekliği talebi düşürürken, düşüklüğü artırmaktadır. Bir isteğin talebe dönüşmesinde satın alma gücünün desteği kaçınılmaz olması nedeniyle, talebi etkileyen bir diğer unsur tüketicinin gelir düzeyidir. Çünkü her istek tüketicinin gelir düzeyine göre satın alma gücü tarafından desteklenecektir (Uz, 1997). Tüm bu değerlendirmelere göre sağlık hizmetleriyle ilgili talebi etkileyen faktörleri aşağıdaki şekilde de görüleceği üzere sekizi üst, ikisi de alt olmak üzere toplam on etken faktörden bahsedilebilir (Sayım, 2017: 97-107).



Şekil 2. Sağlık Hizmetleri Talebini Etkileyen Faktörler

Kaynak: Sayım, F. (2011). Sağlık Piyasası ve Etik. Bursa: MKM Yayıncılık.

Bu değişkenler üzerinden değerlendirildiğinde bir kişinin sağlık sorunlarının oluşması ile sağlık hizmeti talebinde bulunması arasında önemli ilişkiler vardır. Hayata bakış açısından eğitim düzeyine ve gelir durumundan benzer diğer sağlık hizmetlerinin fiyatlarına kadar çok sayıdaki bu etkenler kişinin sağlık hizmeti alımıyla ilgili bir talebinin olup olmayacağı, olacaksa nasıl bir talepte bulunacağı da değişir.

Bir sağlık hizmetine karşı oluşan talebin niteliği diğer iktisadi malların talebiyle kuramsal açıdan benzeşik olsa da gerçekte ciddi ayrışmalar vardır. Çünkü bir sağlık sorununun tedavi ettirilme isteninin kişinin maddi gelir yetersizliği nedeniyle iktisadi olarak talebe dönüşmemesi ve bu talebin de arzla karşılanmaması halinde sonuçları sadece bireysel çerçevede kalmayıp topluma da yansıtacaktır (Çelik, 2011). Bu farklılaşma talebi oluşturacak kişinin içinde bulunduğu sorunu tam bilmemesi nedeniyle tedavi olma isteğinin oluşmaması doğal olarak talebin de gelişmemesini sağlayabilir. Çünkü kimi hastalıklar kişi tarafından bilinemeyebilir (Tıraş, 2013). Bu nedenle sağlık hizmetleri talebi diğer ticari mal taleplerinden farklılık gösterir. Bu nedenle talep kimi zaman aşırı talebi gibi sağlık kurumları tarafından, kanser teşhisi gibi doktorlar tarafından başlatılabilmektedir (Yaylalı ve diğ., 2012). Genellikle talebin durumunu gelir durumu büyüklüğü doğrudan etkilemektedir. Eğer gelir durumunda bir zayıflık söz konusu ise ve sağlık giderleri de kişinin kendi cebinden ödeniyorsa elbette talepte düşüş, devlet ya da özel sigortalar tarafından karşılanıyorsa artış gözlemlenecektir. Talebi her ne kadar eğitim, bilgi, kültür, sağlık kuruluşunun bina yapı durumu gibi diğer bireye bağlı durumların etkilediği bilirse de sağlık hizmetinin ne şekilde finanse edildiği ve sağlıkla ilgili bir isteğin niteliğinin ne olduğu da ciddi bir etkidir. Acil müdahale gerektiren sağlık durumlarında isteğin satın alma gücüyle desteklenerek bir talebe dönüşüp dönüşmeyeceğine bakılmaz (Çoban, 2009). Bir diğer örnek olarak A rahatsızlığından şikayetçi olan birisinin bu rahatsızlığının tedavi masrafları pahalı diye, daha ucuz olan B hastalığı tedavisi alması mümkün değildir.

1.1.5.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Arz ve Talep Dengesi

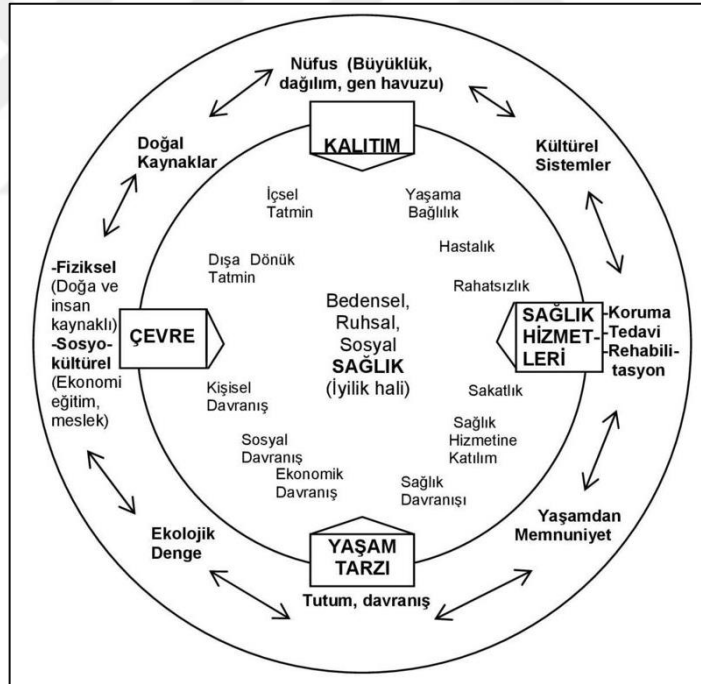
İktisadi anlamda sağlık alanında üretilen mal ve hizmetlerin kişi ya da toplumlar tarafından talep ediliyor olması ve kurum-kuruluşlarca da bu talebe cevaben sağlık hizmetlerinin arzı yapılıyorsa, sağlık alanındaki bir ilişki piyasa şartlarında alınıp satılması için değerlendirilebilir. Her ne kadar bu teorik bakış benzerliğinden hareketle serbest pazarda bir mal olarak arz edilen sağlık kimi zaman diğer mal arz ve talebi arasında ilişkiyle yönetilemez. Bu dengenin korunması sadece malın alınıp satılmasına değil, aynı zamanda satıcıların da beklenen sayıda olmasını gerekli kılar (Mutlu ve Işık, 2012). Bu konudaki eksiklik hizmetin sunumunda çeşitliliği değil, asgari yeterliliği olumsuz etkileyecektir. Eğer serbest piyasada kısıtlı bir arz söz konusu olursa fiyatlar yükseleceği için düşük gelirli vatandaşın bu hizmetten yararlanması mümkün olamayacaktır.

Arz ve talep arasında oluşabilecek dengesizliğin bir diğer sebebi piyasada sağlık arzı sunanlarının kendi aralarında örgütlü davranarak fiyatları ortak ve yüksek belirleme imkanları varken, talep sahiplerinin örgütlenerek fiyatları düşürme ya da satın alma durumlarını birlikte kararlaştırma imkanları oluşmaz (Tıraş, 2013). Benzer bir dengesizlik piyasa şartlarını belirleyen hasta ve hekim arasındaki bilgi farklılığıdır. Hasta kendisine nasıl bir tedavi uygulanacağı konusunda diğer ticari mal ihtiyaçlarının giderilmesi gibi düşünemez. Bu konuda hekimin kararları hastanın talebinin ne şekilde karşılanacağını gösterir. Zira uzman olan hekimdir. Bir hastalığın teşhisi için ne gibi tetkiklerin yapılması gerektiğini ve bunların maliyetlerinin de ne olacağını ancak hekim bilebilir. Hasta ise bazı tetkikleri yaptırmak ya da bazılarını vazgeçmek gibi bir şansa sahip değildir.

Sağlık sektöründe alanın uzmanlarının az olması, bir sağlık uzmanının da uzun sürede ve pahalı yetişmesi birbirleriyle anlaşarak piyasada tekel oluşturma fırsatları her zaman vardır (Yaylalı, 2012). Bu durum hem piyasada fiyat politikası bakımından dengesizliği oluşturacak hem rekabet şartlarının oluşmasını zorlaştıracak hem de yeni kurumların piyasaya girmesini engellemiş olacaktır. Sağlık hizmetlerinden faydalanmak isteyen hasta bu durumda yeterli hizmet alamayacağı için kamu müdahalesinin de önü açılmış olacaktır. Kaldı ki, piyasaya girmek de diğer sektörlerde olduğu kadar kolay değildir. Sunulacak hizmet insan ve toplum sağlık hizmeti olması nedeniyle diploma, yeterlilik, sertifika ve denetim gibi özel süreçlerden geçilerek piyasada yer almak zordur (Yıldırım, 1999). Bu durum ticari anlamda zor olsa da sağlık sektörü olması bakımından kaçınılmaz ve zaruridir.

Sektörde yaşanan bu kısıtlamalar arz ve talebin dengelenmesine önemli bir engel olarak durmaktadır. Aynı zamanda sağlıkta bir hastanın kişisel, fiziksel ve hastalık durumunun bir başka kişinin durumuyla benzeşik olmayışı hangi sağlık hizmetinin arzını ve bu arzın miktar ve niteliği konusunda da homojenliği ortadan kaldırmaktadır. Bu da talep edilen hizmetle arz edilen hizmetlerin farklı doktor, hasta, kurum ve kuruluşlar tarafından çok çeşitli şekillerde ücretlendirilmesini ve çoğunlukla arz eden tarafından belirlenmesi sonucunu doğurmaktadır (Tıraş, 2013).

Tüm bu değişkenlerin sağlık hizmetinin sunumunda arz ve talep dengesinde etkin rol oynadığı açıktır. Bu nedenle hem dışsallıkların etkisi hem de kendine has özellikleri nedeniyle sağlık hizmetlerinin sunumunda denge her ülkenin kendi gerçeklerinden beslenir. Bu değişkenlere atıf yapan Sargutan (2005: 411) insanın sağlıklılık ya da iyilik halini Blum'un şemasıyla açıklamakta ve bireyin beden, ruhen, sosyal yönden kendini iyi hissetmesine vurgu yapmaktadır (Şekil 3).



Şekil 3. Blum'a Göre Alan Güçleri ve Sağlıklılık Hali

Kaynak: Sargutan, E. (2005). Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 8(3), 400-428.

Bu şemaya göre bireyin sağlıklılık hali, bireyin kendisiyle başlayan ve yine ona bağlı faktörlerin etkisiyle devam eden, kalıtım, çevre, hayat tarzı ve sağlık hizmetlerinin sunum koşullarına bağlı olarak değişkenlik gösteren bir süreçle açıklanmaktadır.

1.1.6. Gelişmiş Ülkelerde Uygulanan Sağlık Sistemlerinin Mevcut Durumu

Ülkelerin sağlık sistemleri ülke gerçeğinden bağımsız düşünülemez. Uygulanan sistemin iyiliği, uygulamada da iyi örnekler vereceği anlamına da gelmez. Ülkelerin sahip oldukları toplumsal yapı, ekonomik ve kültürel gelişmişlik, politik istikrar gibi dışsallıklar sistemin uygulamada başarı ya da başarısızlığını ortaya koymaktadır. Buna bağlı olarak ülkenin sağlığa ayırdığı Gayri Safi Yurt İçi Hasıla (GSYİH) payı değişebilmekte ve bu da doğal olarak sağlık hizmetlerinin sunumunda hem arz ve talep dengesini sağlamak hem de performansı artırmaktadır. Çünkü bu pay aynı zamanda sağlık hizmetlerinde kamu ve özel sektörün rollerini tanımlarken cepten ödemelerin miktarını da belirlemektedir (Mendelson ve Schwartz, 1993). Ayrıca ülke genelinde değişim gösteren sağlık hizmetlerinin sunum biçimi, politika değişikliği, bilimsel alandaki gelişmeler ve teknoloji transferi gibi etkenler sağlık harcamalarının artmasına neden olurken, hizmet sunumunda etkililiğin önemini daha da sık tartışılır kılmaktadır (Çevik, 2013). Sağlık sistemlerinin bu tür dışsallıklardan etkileniyor olması Avrupa Birliği ülkelerinde bile tek bir sistemin uygulanması yerine her devletin kendine has bir yol izlemesi gerektiği ilkesinin benimsenmesini sağlamıştır. Sağlıkta esas amacın topluma sağlıklı yaşam sunumunda hızlilik, yerindelik, etkililik ve herkesin eşit erişimi olması, genel prensiplerde fikir birliğini ama hizmetin sunumunda ise lokal davranmayı zorunlu kılmaktadır (Öztürk ve Karakaş, 2015).

1.1.6.1. Gelişmiş Ülkelerde Sağlık Sistemleri

Dünya genelinde uygulanan sağlık sistemleri genel kabul gören modeller üzerinden farklılaşmaktadır. Bu nedenle sağlık sistemlerinin tarihi bu sistemlerin tasarlandığı tarihlerle doğrudan ilişkilendirilmesi yerinde olacaktır.

Gelişmiş bir ülke olan İngiltere II. Dünya Savaşı sonrasında geliştirilen ve çeşitli ülkelere de benimsenmiş Beveridge modelini uygulamaktadır. Sistemin genel anlayışı vergilerle finanse edilip devlet tarafından sunulmasına dayanır. Hem planlama hem finansman hem de

hizmet sunumu devlet tarafından yapıldığı için ister kamu hastanelerinde isterse özel sağlık kuruluşlarında olsun sağlık görevlileri maaşlarını devletten alırlar (Çetinkaya ve Daştan, 2015).

Almanya’da sağlık hizmetlerinin bir sistem halinde sunumu 19. yüzyılda Otto Von Bismarck tarafından geliştirilen bir modele göre yürütülmektedir. Sistemin ana mantığı finansmanın işçi ve işverenlerden kesilen sigorta primleri sağlanmasına dayanır. Kar amacı gütmeyen sistem hizmetin herkese götürülmesini benimser (Barnighausen ve Sauerborn, 2002). Fransa, Belçika, Japonya, İsviçre, Almanya, Hollanda ve bazı Güney Amerika ülkeleri gibi çoğu gelişmiş ülkenin benimsediği bu model Almanya’da işçilerin kendi aralarında oluşturdukları fonlara dayanır (Tatar, 2009).

ABD’de uygulanan sağlık sistemi tüm sistemlerin karması gibidir. Sağlık hizmetinin sunulması gereken kişinin hangi sebeple bu hizmetten yararlanması gerektiği ilkesiyle davranılır. Yani eğer kişi yaşlı ise ulusal, gazi ve çocuksa Beveridge, çalışan ise Bismarck modeline tabi gibidir. Son yıllarda ise bireysel tercihlerin daha fazla önemsendiği gözlemlenmektedir. Bu nedenle cepten ödeme yoluyla doktor ve sağlık hizmeti seçeneklerinin bireysel tercihlere göre belirlendiği uygulamalar da nüfusun %15’i tarafından tercih edilmektedir (Çetinkaya, Daştan, 2015). Sağlık hizmetlerinin alımındaki bu bireyselci tutum, doktorlar için de geçerlidir ve çoğu doktor özel muayenehanelerde çalışmayı tercih eder.

Sistemin bu bireyselci yönelişinin son yıllarda arttığı bir yana, farklı bir bakış açısıyla değerlendirilirse ABD’de düşük gelişli kişilerin 1960’lı yıllarda devlet sağlık güvencesi altına alındığı belirtilebilir. Bu uygulama o yıllarda toplumun bazı düşük gelirli kesiminin sağlık hizmetlerinden yeteri kadar yararlanamadığı düşüncesiyle devlet tarafından geliştirilen Madicaid ve Medicare kuruluşlarında hayata geçirilmiştir (Oral, 2002).

ABD’nin hem bu gibi koruma amaçlı sağlık hizmetleri hem de sağlık harcamalarının yüksek seviyede olması ve bilim-teknolojide ilerlemiş bir ülke olmasına rağmen sağlık sorunları bitmiş değildir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 2012 verilerine göre ABD dünya genelinde sağlık performansı bakımından 37. ülke, OECD’nin bir yıl aradan sonra yayınladığı rapora göre ise son sıradadır (WHO, 2012; OECD, 2013). Ülke genelinde sağlık sistemi bakımından yaşanan sorunların aşılması amacıyla 2010’de herkesin sağlık sigortasına dahil edileceği Hasta Koruma ve Ekonomik Bakım Yasası geliştirilse de, başlangıçta 30 milyon kişinin bu

yasadan yararlanabileceği düşünülmüş fakat uygulamada ancak 2-3 milyon kişiyle sınırlı kalmıştır (Steinbrook, 2012).

Fransız sağlık sistemi Refah yönelimli sigorta modeline göre işler. 1996 yılından itibaren sigorta sistemi kamusallaşmıştır. Sistemin bu şekilde dönmesinde artan maliyetlerle mücadele ve sağlık hizmetlerinin eşit dağılımı amaçlı reformlar etkili olmuştur. Hastanın sağlık hizmeti alabilmesi için devlet ya da özel sektör uygulamasına mecbur değildir. Nerede nasıl bir tedavi almak istiyorsa, tercihini ona göre yapabilir. Sistemin bu şekilde işlemesi nedeniyle Fransız sağlık sistemi uygulamaları WHO tarafından örnek olarak tanımlanmıştır (Sargutan, 2005).

1.1.6.2. Gelişmiş Ülkelerde Sağlık Sistemlerinin Mevzuat ve Politikaları

Avrupa Birliği çoğu konuda olduğu gibi sağlık sistemleri bakımından da kendine ait politikalara sahiptir. Birliğin bütüncül yapısına rağmen sağlık sistemleri birlik üyesi devletler arasında farklı şekillerde uygulanmaktadır. Bunda önemli etken, sağlığın dışsallık ve ülke sosyolojik ve ekonomik farklılıklarından etkileniyor olmasıdır. Sağlık hizmetlerinin devletlerarasında farklı uygulanmasına ilişkin politika sağlık hizmetlerinin daha iyi arzıyla ilgilidir. Herkesin hizmete eşit ve etkili ulaşabilmesi amaçlanmıştır. Birliğin gerek sağlık hizmetlerinin sunumu gerekse organizasyon ve yönetimi bakımından en önemli politikası önleyici eylem, yüksek düzey koruma prensibi, yetki ikamesi prensibi, dayanışma, şeffaf koordinasyon ve Avrupa katma değeri üzerine kuruludur. Bu sayede bir yandan Birlik genelinde hastalıklarla topluca ve etkin mücadele, bir yandan da acil müdahale yapılacak yerlerde güç ve finans birliği sağlanabilmektedir. Bir insan için sağlıklı yaşamın değeri ne kadar büyükse, Avrupa Birliği sağlık politikası olarak yüksek düzeyde hizmet sunumu ve hizmete erişim imkanlarının oluşturulması da bir o kadar değerli görülmektedir. Gerekirse bu konuda yetkilerin birleştirilmesi ve dayanışma devreye girebilmektedir (Öztürk ve Karakaş, 2015). Birliğin diğer alanlarında olduğu gibi sağlık hizmetlerinin organizasyon ve yönetiminde de şeffaflık ön planda tutulmaktadır. Bu prensip hem birliğin kendi öz ruhunu kuvvetlendirirken hem de insan yaşamının değerinin de önemsendiğini gösterir.

Almanya sağlık hizmetlerinden Sağlık Bakanlığı sorumludur. 1962'den beri değişim gösteren bakanlık 1969'da Aile ve Gençlik Bakanlığıyla birleştirilmiş, 1989'da kadın hakları da bakanlık ilgi alanına girerek Gençlik, Kadın, Aile ve Sağlık Bakanlığı haline getirilmiştir.

Sağlık Bakanlığı hem federal hem de eyaletler bazında ayrı ayrı örgütlenmiş haldeler (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu).

İngiltere’de sağlık hizmetleri bir kamu hizmeti olarak Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS) kurumu tarafından sunulmaktadır. İngiltere sağlık politikası olarak sağlığın bir kamu hizmeti olarak sunulmasını benimsemiştir. Genel olarak toplumun gelir düzeyi yüksek olmasına karşın sağlık hizmetlerinin devlet tarafından sunulması, sağlığa verilen önemi gösterdiği şeklinde yorumlanmaktadır. Bu nedenle İngiltere kapsayıcı sağlık sistemini uygulayan güzel bir örnektir. Örgütsel yapı olarak 1948’den beri halka bedava sağlık hizmeti sunan NHS Sağlık Bakanlığı, Bölge Sağlık Kurulu ve yerel sağlık kurumları şeklinde yapılanmıştır. Parlamento’ya karşı sorumluluğu olan bakanlık hükümet politikalarına uygun olarak hizmet yürütür. Finans ve yönetim politikası bakımından ciddi bir merkeziyetçi yapı vardır. Bu nedenle tüm faaliyetlerinin planlanması da merkezi olarak yapılır (Sargutan, 2005). Sağlıkla ilgili politikalar Bakanlık bünyesinde çalışan Sağlık Departmanınca belirlenir.

Fransa sağlık hizmetleriyle ilgili politikalar hem siyasi hükümet hem de Bakanlıkça geliştirilir, Sağlık ve sosyal Güvenlik Müdürlüğü ve Bölge Sağlık ve Sosyal İşler Müdürlüklerince tamamlanır. Sağlık hizmetlerini 22 ayrı bölge sağlık ofisleriyle yürüten bakanlık önemli bir otoriteye sahiptir. Her ilde örgütlenmiş olan Sağlık Müdürlükleri uyguladıkları politikalarda bakanlık politikasına uymak durumundadırlar fakat uygulamada il Valisine karşı sorumludurlar (Örtürk ve Karakaş, 2015). Gelir düzeyi yüksek olması ve sağlık hizmetlerini kamu hizmeti kabul etmesi nedeniyle İngiltere’de uygulanan sağlık sistemi Refah Yönelimlidir. Buna karşın çeşitli sağlık sigorta primleri yardımıyla özel sağlık tedavileri de alınabilmektedir.

1.1.6.3. Gelişmiş Ülkelerde Sağlık Hizmetlerinin Arzı

İngiltere’de sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı (NHS), Bölge Sağlık Kurulu ve onların altında da Yerel Sağlık Müdürlükleri şeklinde örgütlenmiştir. Devlet tarafından bir kamu hizmeti olarak arz edilen sağlık hizmetlerinde herkese eşit, hızlı ve etkili bir hizmet sunmayı amaç edinmiştir (Sargutan, 2005). Hizmetin arzında en önemli faktör sağlık personelidir. Sağlık kurumlarındaki yönetim örgütlenmesi hastane müdürü, yönetim ekibi, başhekim ve başhemşireden oluşur. Örgüt yapısındaki bu farklılaşma vatandaşa arz edilecek sağlık hizmetlerinin daha etkili sunulmasıyla ilgilidir. Bir işletme gibi değerlendirilen hastanelerin

mali destekleri hastane müdürünce, sağlıkla doğrudan ilgili tıp ve yardımcı tıptan başhekim, hastane içi hemşirelik hizmetlerinin arzından da başhemşire sorumluluk sahibidir (Ateş, 2011).

Sağlık hizmetlerinin arzında vatandaşa yakınlık önemlidir. Bu nedenle İngiltere’de nüfusun büyük çoğunluğu yerel bazda hizmet arz eden sağlık merkezlerine kayıtlıdır. Vatandaş bu hizmeti alabilmek için yaşadığı coğrafi bölgeye bağlı kalarak Türkiye’deki Sağlık Ocağı gibi hizmet veren bu sağlık merkezlerini kendi tercihiyle seçebilmektedir. Bu sayede toplum nüfusunun %90’ı Ulusal Sağlık Bakanlığıyla irtibat sağlamış olur (Yıldırım ve Yıldırım, 2011).

İlçe büyüklüğündeki yerleşim birimlerinde kamu sağlığı merkezleri (sağlık ocakları) hizmet arzı sunarken ayrıca etkili bir hizmet için aile hekimliği uygulaması da vardır. Genelde koruyucu sağlık hizmetlerine odaklanan kamu sağlığı merkezleri kamu sağlığının korunmasından sorumludurlar. Türkiye’deki uygulamaya benzer Aile hekimleri ise kendilerine özel olarak tahsis edilen 2500 kişinin genel sağlığından sorumludur (Çiftçi, 2014). Eğer ileri düzey bir sağlık talebi veya acil bir durum söz konusu değilse, genelde sağlık hizmetleri aile hekimleri tarafından sunulmaktadır.

Fransa’da sağlık hizmetlerinin arzı eskiden beri devlet hastanesi uygulamasıyla sunulmaktadır. Tüm koruma, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin sunulduğu bu uygulamaya devlet ve özel sektör hastaneleri de dahildir. Sunulan hizmetin daha fonksiyonel olabilmesi amacıyla sağlık arzı kompleks halindeki hastaneler, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri sunan merkezleri ve kaplıcalar olmak üzere sunulur. Kamu hizmeti sunan devlet hastaneleri hem yüksek kapasiteli hem de iyi bir teknolojik alt yapıya sahiptir. Fakat seriş sayısı düşüktür (Öztürk ve Karakaş, 2015). Devlet hastanelerinin önemi büyük olması nedeniyle devlet vatandaşına karşı bu sorumluluğunu yerel müdürlüklere yükleyerek yerine getirmektedir (Ateş, 2011).

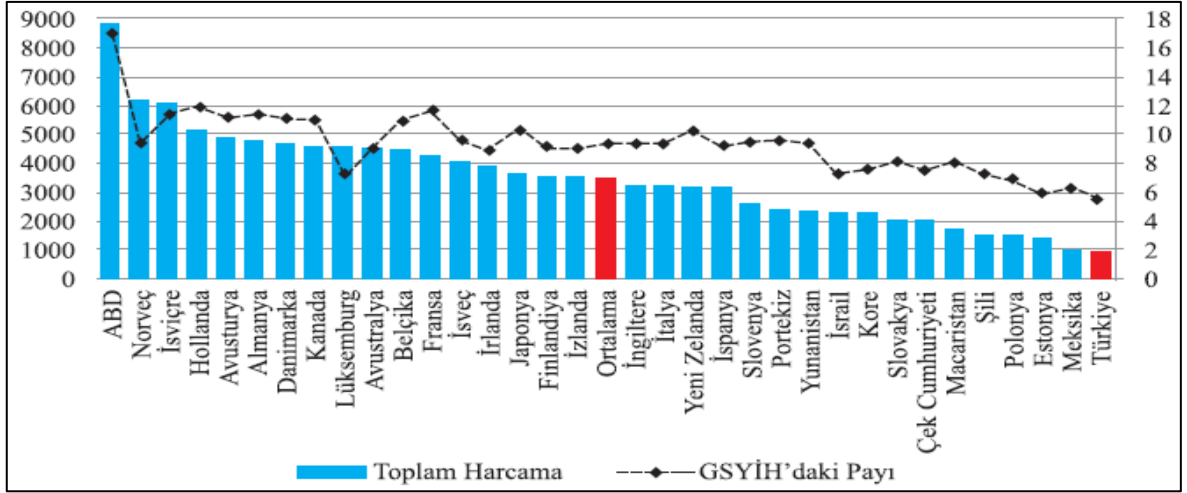
Sağlık hizmetinin devlet ve özel sektör birlikte sunulduğu İrlanda’da hizmet vergilerle finanse edilmektedir. Sağlık hizmetleri yedi farklı sağlık kurulu ve bir adet de bölge sağlık kuruluşuyla arz edilmektedir. Genel gelir durumu yoklamasına göre toplumun %35’i düşük gelirli olarak belirlenmiştir. Sağlık hizmetleri bu kesime ücretsiz sunulmaktadır. Diğer %65’lik kesim ise sağlık hizmetlerinden yararlanmak için belirli oranda katkı sağlamak durumundadır (Yıldırım ve Yıldırım, 2011). Sağlık arzı hastanelerin kamu hastanesi, özel

hastaneler ve vakıf ve toplum gönüllüsü organizasyonlara ait hastanelerinde sunulmaktadır (Ateş, 2011). Birinci basamak sağlık hizmetleri genel pratisyenlerce sunulmaktadır.

Sosyal devlet anlayışı gelişmiş olan Almanya'da sağlık hizmetlerinin sunumunda halk sağlığının eğitimi yoluyla koruyucu sağlık hizmetleri büyük önem taşır. Devlet bu hizmeti sunsa da, herkes sağlığını korumak zorundadır. Sağlık Bakanlığının sorumluluğundaki sağlık hizmetleri sunumunda devlet bu görevi belediyeler ve eyaletlerle paylaşmıştır (Öztürk ve Karakaş, 2015). Her ne kadar devlet halk sağlığı görevini üstlenmiş olsa da, eyaletler gerek planlama, yönetme ve gerekse finanse etmede sorumluluk almışlardır. Devlet hastaneleri genel yatak kapasitesi bakımından ülke genelinin %52'sini oluştururlar. Hizmet sunumlarında özerk yapıdadırlar. Hizmetin sunumunda hastane müdürü, başhekim, başhemşire görev alır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu).

Her ülke kendi toplumsal yapı ve ekonomik etkenlerini dikkate alarak sağlık hizmetlerinin ne şekilde arz edileceğiyle ilgili politika belirlemektedir. Bilinen bir şey var ki, gelişmiş ülkelerin sağlık hizmetlerinin sunumunda arz sorunu yaşamamak için sıkı bir devlet kontrolü ve planlama politikası izlediği görülmektedir. Her ne kadar özel sağlık hizmeti alma ya da doktor ve hastane tercihi yapma hakkı nedeniyle sağlıkta özel sektörün önü açılmış olsa da devletin sıkı kontrolü ve vatandaşa güvence verici uygulamaları sayesinde sorunlar çözülebilmektedir. Aynı seviyeyi yakalamak isteyen gelişmekte olan ülkelerde gelir dağılımındaki eşitsizlikler devletin daha fazla müdahaleci bir sağlık arzını doğurmaktadır (Atabey, 2012).

Ülkelerin sağlık arzıyla ilgili önemli göstergelerinden biri olan sağlık harcamaları dikkate alındığında, 2012 yılı verilerine göre en çok ABD'nin harcama yaptığı görülmektedir. Devamında Norveç, İsveç ve Hollanda'nın en fazla harcama yaptığı görülürken, Türkiye'nin liste sonunda yer alması dikkat çekmektedir.



Grafik 1. 2012 Yılı Kişi Başı Sağlık Harcamaları (ABD \$) ve GSYİH'daki Payı

Kaynak: (OECD, 2014).

Sağlık hizmetlerinin arzında Yunanistan, Polonya ve Türkiye gibi ülkelerin geride kalmasında önemli bir etken olarak dönemsel ekonomik krizlerin etkili olduğu değerlendirilebilir. Fakat ekonomik krizlerin küresel çapta yaşanmış olmasına rağmen sağlam duran sistemlerin bundan fazla ödün vermediği ve her şeye rağmen sağlık arzının istenen seviyede gerçekleştiği belirtilebilir. Yıllara göre değişim farklarının verildiği aşağıdaki tablo ülkeler arasındaki bu fark rahatlıkla göstermektedir.

Tablo 2.

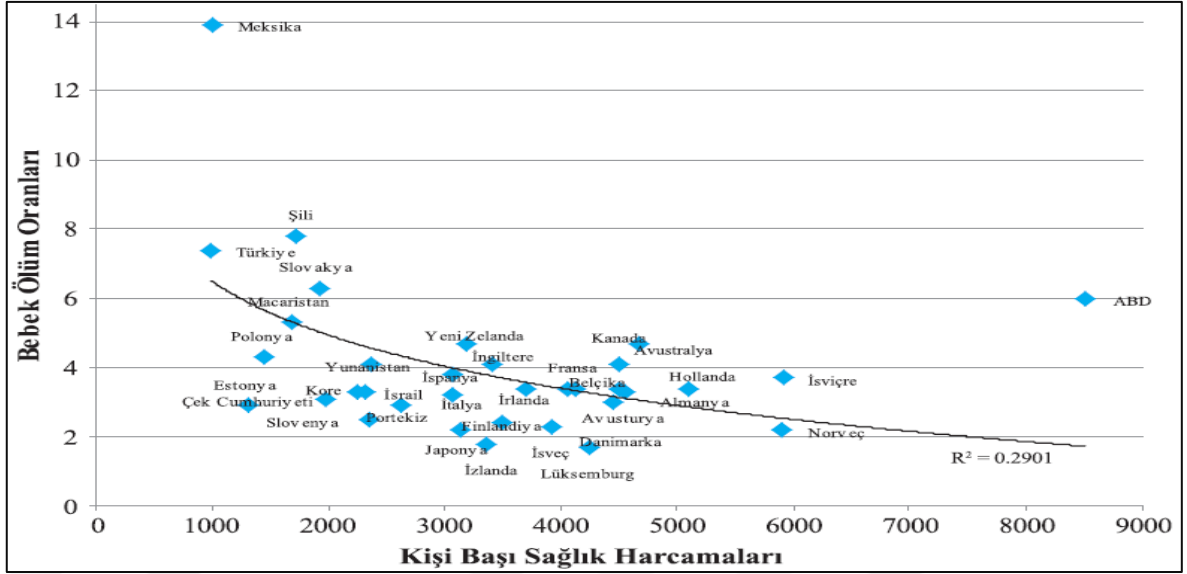
Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'daki Payı (%)

Ülke	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2012
Almanya	8,4	8,8	8,3	10,1	10,4	10,8	11,5	11,3
Avustralya	6,1	6,5	6,8	7,3	8,1	8,5	8,9	9,0
Avusturya	7,5	6,4	8,3	9,6	10,0	10,4	11	11,1
Belçika	6,3	7,0	7,2	7,6	8,1	10,0	10,5	10,9
Çek Cumhuriyeti	-	-	4,4	6,7	6,3	6,9	7,4	7,5
Danimarka	8,9	8,5	8,3	8,1	8,7	9,8	11,1	11,0
Estonya	-	-	-	6,3	5,3	5,0	6,3	5,9
Finlandiya	6,3	7,1	7,7	7,8	7,2	8,4	9,0	9,1
Fransa	7,0	8,0	8,4	10,4	10,1	11,0	11,7	11,6
Hollanda	7,4	7,3	8,0	8,3	8,0	10,9	12,1	11,8
İngiltere	5,6	5,8	5,8	6,8	7,0	8,3	9,6	9,3
İrlanda	8,1	7,4	6,0	6,6	6,1	7,6	9,3	8,9
İspanya	5,3	5,4	6,5	7,4	7,2	8,3	9,6	9,3
İsrail	7,7	7,2	7,1	7,6	7,5	7,9	7,7	7,3
İsveç	8,9	8,5	8,2	8,0	8,2	9,1	9,5	9,6
İsviçre	7,2	7,6	8,0	9,3	9,9	10,9	10,9	11,4
İtalya	-	-	7,7	7,1	7,9	8,7	9,4	9,2
İzlanda	6,3	7,2	7,8	8,2	9,5	9,4	9,3	9,0
Japonya	6,4	6,5	5,8	6,8	7,6	8,2	9,6	10,3
Kanada	7,0	8,1	8,9	9,0	8,8	9,8	11,4	10,9
Kore	3,6	3,5	3,9	3,7	4,3	5,6	7,3	7,6
Lüksemburg	5,2	5,2	5,4	5,6	7,5	7,9	7,2	7,1
Macaristan	-	-	7,0	7,3	7,2	8,4	8,0	8,0
Meksika	-	-	4,4	5,1	5,1	5,9	6,2	6,2
Norveç	7,0	6,6	7,6	7,9	8,4	9,0	9,4	9,3
Polonya	-	-	4,8	5,5	5,5	6,2	7,0	6,8
Portekiz	5,1	5,6	5,7	7,5	9,3	10,4	10,8	9,5
Slovakya	-	-	-	6,0	5,5	7,0	9,0	8,1
Slovenya	-	-	-	7,5	8,3	8,4	8,9	9,4
Şili	-	-	-	5,2	6,4	6,6	7,4	7,3
Yeni Zelanda	5,8	5,0	6,8	7,1	7,6	8,4	10,2	10,3
Yunanistan	5,9	-	6,7	8,7	8,0	9,7	9,5	9,3
ABD	9,0	10,4	12,4	13,7	13,7	15,8	17,7	16,9
Türkiye	2,4	1,6	2,7	2,5	4,9	5,4	6,7	5,4
Ortalama	6,6	6,7	6,9	7,5	7,8	8,7	9,5	9,3

Kaynak: (OECD, 2014).

Tablodaki verilere göre Almanya, Avustralya, Avusturya ve Belçika sağlık harcamalarının GSYİH'daki payını her dönem üst seviyede tutmuştur. Özellikle bu ülkelerin birbirinden farklı sağlık modellerini uyguladıkları dikkate alınır, Bismarck modelini benimseyen Almanya ve Beveridge modelini benimseyen İngiltere arasında ya da refah modelini benimseyen ABD arasında ciddi farklar göze çarpmaktadır. Genel bir değerlendirmeyle bakıldığında Türkiye sağlık sistemini geliştirmeye ve özellikle 2000'den itibaren ciddi yatırımlarla hastane yatak sayılarında ve doktor sayılarında artışlarla daha iyi arz sumasına karşın liste sonunda yer alması ayrıca dikkat çekici bir durumdur.

Ülkelerde sağlık arzında, etken bir gösterge olan bebek ölüm oranlarının kişi başı sağlık harcamasıyla ilişkisi önemlidir. Aşağıdaki grafik incelendiğinde kişi başı harcaması düşük olan ülkelerde bebek bakım hizmet arzındaki yetersizlikler nedeniyle bebek ölüm oranlarında da artışlar yaşandığı görülecektir.

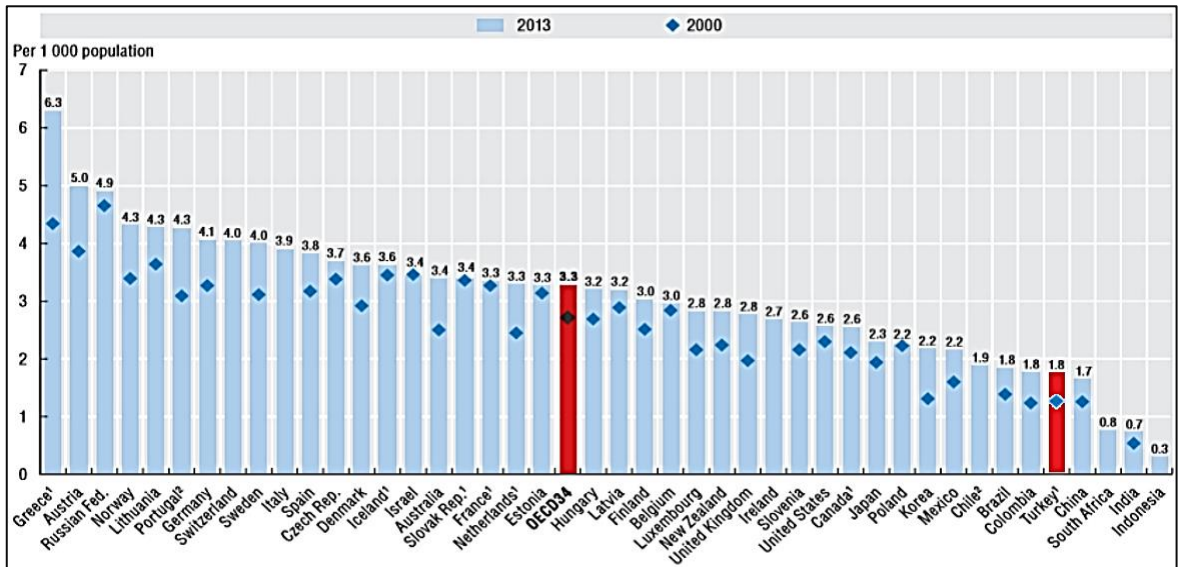


Grafik 2. Toplam Sağlık Harcamaları ve Bebek Ölüm Hızı İlişkileri

Kaynak: (OECD, 2014).

Grafiğe göre Türkiye, Şili, Macaristan gibi ülkelerin sağlık harcamalarında geri olmaları, bebek ölümlerinde ön sıralara yükselmesine neden olduğu düşünülebilir. Bu verilerin bebek bakım arz durumuyla ilgili yüksektir.

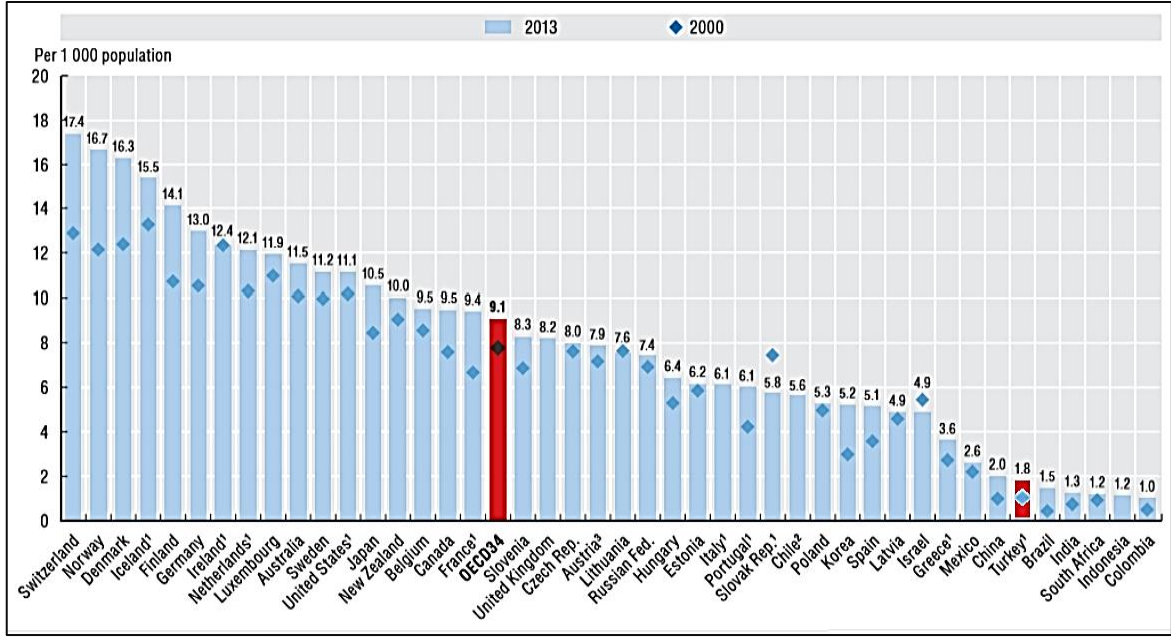
Bir diğer önemli gösterge kişi başına düzen hekim ve hemşire sayısıdır. Aşağıdaki her iki grafiğe de bakıldığında gelişmiş ülkeler olarak adlandırılan Almanya, Fransa, İtalya, İsviçre gibi ülkelerin OECD ortalamasının üzerinde yer aldıkları görülmektedir (OECD, 2015: 81).



Grafik 3. 1000 Nüfusa Düşen Pratisyen Hekim Sayısı

Kaynak: (OECD, 2015: 81).

Sağlık hizmetlerinin arsında hemşire önemli bir hizmet arz kalemi olarak kendini gösterir. Başta bakım hizmetleri olmak üzere, hastaya sağlık hizmetlerini hem uygulayan hem götüren hem de hastayla doğrudan iletişim kuran hemşirelerdir. Aşağıdaki grafikte OECD ülkelerinin her 1000 kişiye düzen hemşire sayısı verilmiştir (OECD, 2015: 91).



Grafik 4. 1000 Nüfusa Düşen Hemşire Sayısı

Kaynak: (OECD, 2015: 91).

Hemşire hizmetlerinin en fazla sunulduğu ülkeler İsviçre, Norveç, Danimarka, Finlandiya gibi İskandinav ülkeleri ile Almanya, Hollanda, Fransa, Lüksemburg gibi Avrupa'nın ileri ekonomisine sahip ülkelerdir. Buna karşın Balkan ülkeleri ile Rusya, İtalya gibi ülkeler ortalamamın hemen altında fakat Türkiye'nin de içinde bulunduğu Çin, Brezilya, Hindistan, Meksika, Yunanistan, Güney Afrika, Endonezya ve Kolombiya'nın listenin en sonunda yer aldıkları görülmektedir.

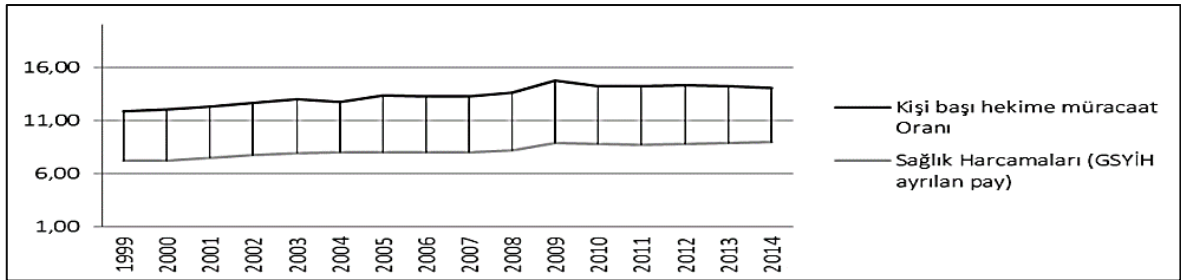
1.1.6.4. Gelişmiş Ülkelerde Sağlık Hizmetlerinin Talebi

Sağlık hizmetlerinin talebi nüfus yaşlanması, yaşam tarzına bağlı hastalıkların atışları, kamu beklentilerinde oluşan artma ve sağlık hizmetlerinin tüketici nazarındaki değeri veya bilincinin seviyesi (Özer, 2015). Bu değişkenler açısından bakıldığında sağlık

harcamalarının çoğunu etkiledikleri de görülmektedir. Sağlık bilimleri ve teknolojiadaki gelişmeler sayesinde insan ömrü uzamış fakat buna bağlı olarak yaşlanma arttığı için bakım hizmetlerine olan talep de artmıştır. Bu durumun özellikle Almanya gibi gelişmiş ülkelerde ciddi harcama giderlerine neden olduğu da bilinmektedir. İleri yaşlılıkla birlikte hem gelecekte sağlık harcamaları artacak hem de kamu gelirlerinde azalma meydana gelecektir (World Economic Forum, 2012).

Yaşlanma süresinin artması her ne kadar bir açıdan iyi olsa da diğer açıdan yaşlılığa bağlı hastalıkların da oluşmasına sebep olmakta ve bakım hizmetlerine talebi daha da artırmaktadır. Buna bir de Almanya, Fransa, ABD gibi gelişmiş fakat beslenme kültürü sebebiyle obezite, diyabet rahatsızlıklarında ve alkol tüketimindeki artışlar talepleri daha da artırmaktadır. Eğer obez birisinin normal insandan iki kat daha bakım ihtiyacı olduğu ve bu tür ağır yüklerin de genelde cepten ödemeyle finanse edildiği fakat yükün bireysel gelirle karşılanamayacak kadar büyük olduğu düşünülürse, artan sağlık hizmetleri yükünün boyutlarını düşünmek mümkün olmayabilir (World Economic Forum, 2012).

Sağlık hizmetlerine ilişkin talebin her geçen gün daha da arttığı bir gerçektir. Bu durum gelişmekte olan ülkelerde daha da ileri safhadadır. Bu nedenle özellikle OECD ülkelerinin GSYİH içindeki sağlık harcamaları payı sürekli bir artış kaydetmektedir (Boz ve Önder, 2017). Buna rağmen aşağıdaki grafik incelendiğinde talebin gittikçe azaldığı da bir diğer gerçektir.

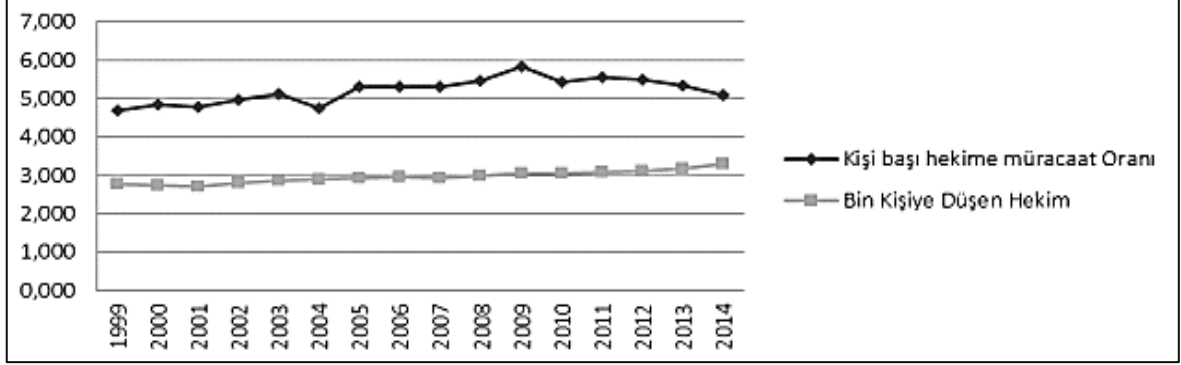


Grafik 5. OECD Ülkelerinin Sağlık Harcamaları ile Kişi Başı Hekime Başvuru Sayıları (1999-2014)

Kaynak: (Oecdstat, 2015).

Sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli bir faaliyet bilgilendirici ve koruyucu hizmetlerdir. Grafikten de anlaşılacağı üzere çeşitli eğitim ve etkinliklerle vatandaşın sağlıklı yaşam, beslenme ve hastalıkla mücadele konusunda bilinçlendirilmesi, sağlığa yapılan yatırım

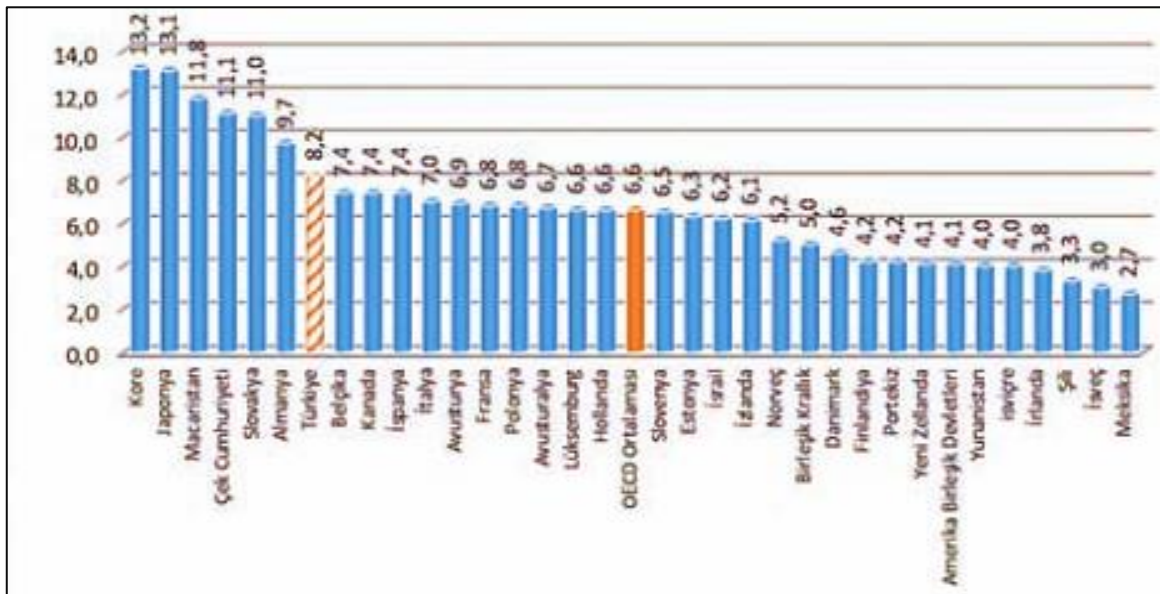
sayesinde sağlık sunumunun daha etkili olması sağlık talebinde de düşüşe neden olmaktadır. Benzer durum aşağıdaki grafikte görüldüğü üzere doktor sayısının artırılması ile de sağlanmıştır.



Grafik 6. OECD ülkelerinde kişi başı hekime müracaat oranı ile hekim arzı ilişkisi (1999-2015)

Kaynak: (Oecdstat, 2015)

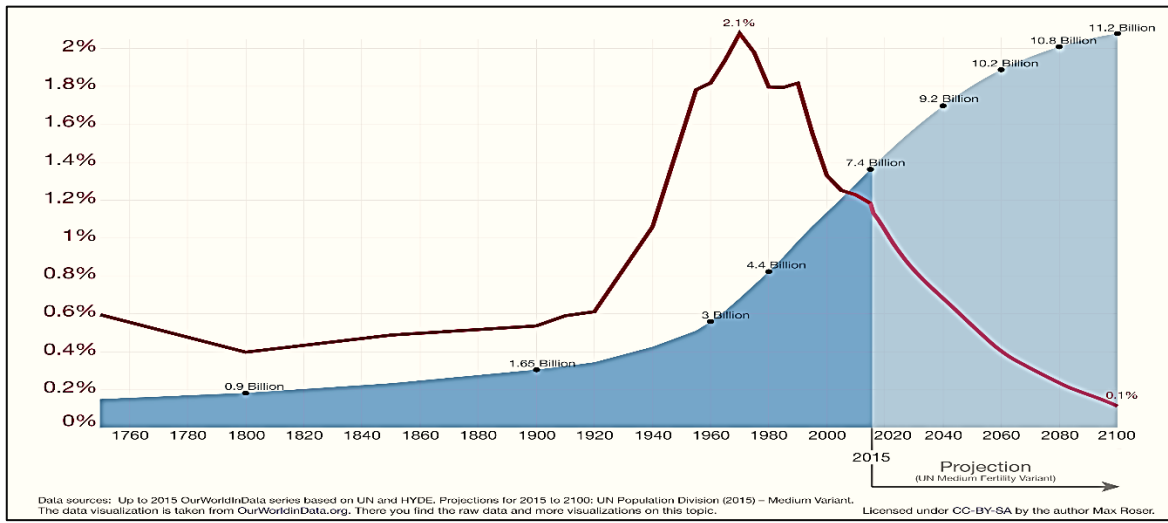
OECD ülkeleriyle ilgili grafikte verilen bu genel hekime müracaat oranı incelendiğinde sürekli bir artışın olduğu fakat 2009'da arzdaki artışa (kişi başına düşen hekim sayısındaki artış) bağlı olarak talepte de 2014'e kadar önemli bir azalma görülmektedir. Bu durum hasta bilinçlendirilmesi ya da etkili sağlık hizmeti sunumunun tekrar hekime müracaat olasılığını azaltmış olmasıyla açıklanabilir. Ünelere göre aşağıdaki karşılaştırmalı grafik incelendiğinde gelişmiş ülkelerde hekime müracaat oranındaki yakınlıklar dikkat çekmektedir.



Grafik 7. OECD Ülkelerinin Karşılaştırmalı Hekime Müracaat Oranı- 2013

Kaynak: (OECD, 2014).

Bu duruma bir örnek olarak Avrupa ülkelerinden Almanya’da sağlık hizmetlerine gelecekte talebin nispeten düşeceği belirtilmektedir. Nüfusun 2030’a doğru daha da yaşlanacağı ve yaşlı nüfusundaki artışlara rağmen özellikle dış sağlığıyla ilgili talepte %25-33 oranında düşüş öngörülmektedir (Jäger ve diğ., 2015). Bir diğer değerlendirme ise dünya nüfusunun artışında yaşanacak değişikliklerdir. Geleceğe ilişkin dünya nüfus artış hızıyla ilgili projeksiyon aşağıdaki grafikte verilmiştir.



Grafik 8. Dünya Nüfus Artış Projeksiyonu (1760-2100)

Kaynak: (Roser, M. & Ortiz, 2017).

Grafikteki verilere göre dünya nüfusu artış hızı bakımından doygunluk yaşamaktadır. Önümüzdeki yıllardan itibaren hızda ciddi bir duraksama ve zamanla düşüş yaşanacaktır. Bu da topluma ulaştırılacak sağlık hizmetlerinin daha optimum ulaştırılması için iyi bir fırsat olarak değerlendirilmektedir.

1.1.7. Türkiye’de Uygulanan Sağlık Sisteminin Mevcut Durumu

Türkiye bir yandan AB’ye girme çabaları, bir yandan demokratikleşme süreci ve bir yandan da kendi kendine yetebilme çabalarıyla sık sık yatırım ve kalkınma hamleleri yapan bir ülke konumundadır. Bu anlamda OECD’nin eğitimden demokratikleşmeye ve sağlık hizmetlerinin sunumundan yaşam koşullarının iyileştirilmesine kadar birçok alanda

hazırladığı çoğu raporda diğer üye ülkelere nazaran henüz ortalamaya yaklaşabilmiş bile değildir. Uluslararası ekonomik gelişmişlik ölçütü bakımından gelişmekte olan ülkeler listesinde yer almaktadır. T.C. Kalkınma Bakanlığı (2012: 2) bu durumu “Sürdürülebilir Kalkınma” raporunda “Türkiye gelişmekte olan bir ülke olarak sürdürülebilir kalkınma yolunda sosyal faydaları artırarak ve çevreyle uyumlu ekonomik ve sosyal politikalar geliştirerek büyümesini sürdürecektir.” açıklamasıyla ifade etmektedir.

OECD 2012 verilerine göre tüm üye ülkelerin durumunu GSYİH’da sağlığa ayırdığı pay bakımından sıralamıştır. Bu raporda veriler hem geniş yıl aralıklarına göre değişim tablolarıyla hem de ülkeler arası kıyaslama imkânı sunan grafiklerle betimlenmiştir. Rapora göre OECD ortalaması 9,3 olmasına karşın Türkiye 5.4 ile listenin sonunda yer almıştır. Üstelik bu durum diğer üye ülkelere göre uzun yıllardır hep bu şekildedir (OECD, 2014). Bu durumun farkında olan Sağlık Bakanlığı üst üste aldığı kararlarla sağlıkta yeni düzenlemelere gitmiştir.

1.1.7.1. Türkiye Sağlık Sistemi

Türkiye’nin sahip olduğu ekonomik gelişmişlik, sosyal sorunlar, eğitim düzeyi ve bölgesel kültürler nedeniyle benimsediği sağlık sistemi ABD sistemi gibi karma bir sistem görünümündedir. Çünkü sağlık hizmetleri her ne kadar anayasaya göre devlet güvencesi altında tutulan bir kamu malı olarak tarif edilse de, hizmetin sunumunda kamu, yarı kamu, vakıf, cepten ödeme, vergiler ve sigorta primi üzerinden finanse edilme yollarının tamamı da kullanılır (Pekten, 2006).

Son yıllarda sağlık sunumuyla ilgili yaşanan sorunların giderilmesi amacıyla hem sosyal güvenlikte hem de Genel Sağlık Sigortası uygulamasıyla yeni reformlar geliştirilmiştir. Bu uygulamaların özellikle yüksek harcama gerektiren sağlık hizmetlerinden düşük gelirli kesimin yararlanamamasının giderilmesi için uygulanan sağlık sunumunda yaşanan sorunlar azalmıştır. Bu uygulamalarda elde edilen fayda nedeniyle Genel Sağlık Sigortası sistemi toplumun geneline yayılmıştır. Buna karşın Türkiye hala OECD ülkeleri arasında sağlık göstergeleri bakımından ortalama gerisindeki bir ülkedir (OECD, 2014). Bir diğer önemli sorun Türkiye’de kamunun finansman yükünün artmasına bağlı olarak risklerin de çoğalmış olmasıdır (OECD, 2008).

Sağlık sistemlerinin genel değerlendirilmesi ve özellikleri itibariyle benzerlerinden ayrılan yönlerine göre tanımlanması genelde finansman yollarına göre yapılmaktadır. Bu bakış açısına göre literatürde sağlık sistemlerinin finansmanı kamu yardımları, sağlık sigortaları ve ulusal sağlık hizmeti yoluyla sağlandığı yaklaşımları benimsenmiştir (Yıldırım, 1994). Geri kalmış toplumlarda ya da toplumun gelir düzeyi düşük kesimlerinin sağlık giderlerini karşılayamayacakları düşüncesiyle sağlık hizmetlerinden ücretsiz yani devlet desteğiyle yararlanması yaklaşımı kamu desteği modelini geliştirmiştir. Bu sistemde gelir düzeyi yüksek olanlar cepten ödeme yoluyla istediği yerden istediği sağlık hizmetini alabilirler. Finansmanın sağlık sigortaları yoluyla sağlanmasında ise sağlık risklerinin sigorta yaptıran bireyler tarafından paylaşılması fikrini savunur. Ulusal sağlık hizmetinde ise sağlık finansmanının doğrudan devlet tarafından karşılanması esasına dayanır. Finansman gelirleri devlet kamu gelirlerinden sağlanır. Bu nedenle sadece finansman değil, sağlık hizmetlerini üretimi de devlet kontrolündedir.

Türkiye'nin benimsediği model bu üç yaklaşımın da birleşmesinden oluşan karma bir modeldir. Yani hem zorunlu sigorta modeli uygulanmakta hem de gelir düzeyi düşük ve devlet memuru olarak çalışanların yararlanacağı ve finansmanının devlet tarafından karşılandığı kamu yardımı modeli benimsenmiştir. Devletin sunduğu sağlık hizmetine erişemediği ya da beğenmediği durumlarda vatandaş cepten ödemek koşuluyla serbest piyasada sağlık hizmeti veren kurumlardan da bu hizmeti alabilir. Uzun yıllar uygulanan bu sistemde vatandaş devlet kurumlarından yeteri kadar sağlık hizmeti alamamış muayene ve tedavi için uzun kuyruklar ya da günlerce beklemeler yaşanmıştır. Özel sektörün bu nedenle tercih edilmesinde en önemli faktör etken devlet bütçesinin yetersizliği değil, kaynakların etkin kullanılmamasıdır (Yıldırım, 1994).

Türkiye gelişmekte olan bir ülke olarak kendini hep gelişmiş ülkelerin yer aldığı OECD standartlarına göre kontrol etmektedir. Türkiye'nin nüfus artışı binde 18-20 arasında değişmektedir. Bugün 81 milyon olan nüfus, 2080'de 107 milyon civarında olması tahmin edilmektedir (TÜİK, 2018: 2). Tüm bu projeksiyonlar, AB üyelik çalışmaları ve sosyal devlet anlayışındaki gelişmelerin de etkisiyle sağlıkta yapılan yatırımlar ve GSYİH'da sağlığın payı daha da artırılmıştır (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2012).

1.1.7.2. Türkiye Sağlık Sisteminin Mevzuat ve Politikası

Türkiye sağlık sistemi mevzuat bakımından Sağlık Bakanlığı'na bağlıdır. 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na göre "Sağlık kurum ve kuruluşları yurt dışında eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunacak şekilde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca, diğer ilgili bakanlıkların da görüşü alınarak planlanır, koordine edilir, mali yönden desteklenir ve geliştirilir." denmektedir (Mevzuat, 2014: Madde 3/a). Bu maddeden de anlaşılacağı üzere ülke genelindeki tüm sağlık hizmetleri Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı kontrolündedir. Verilecek hizmetin niteliğine ve türüne göre ya da dışsalıklar bakımından önemine göre bakanlık ilgili diğer bakanlıkların da görüşünü alabilir. Fakat planlama finans, denetim ve yürütme kaynak israfı da yapılmayacak şekilde bakanlık sorumluluğundadır.

Bu temel kanuna göre sağlık hizmetlerinin ne şekilde yürütüleceği, özel sektörün faaliyetlerinin de kamu tarafından denetim ve kontrol altında tutulacağı, ilaç ve diğer tıbbi malzemelerin üretim, pazarlanması ve kullanılması için gerekli alt yapının hazırlanarak uygulanmasında da bakanlık etkin rol oynamaktadır (Mevzuat, 2014: Madde 3).

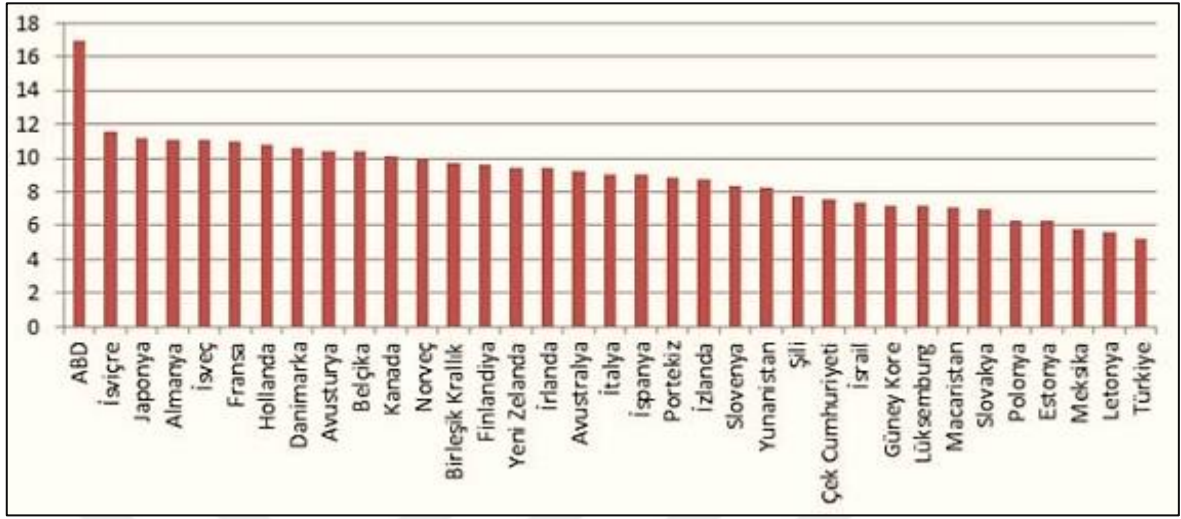
Hizmet arzı farklı coğrafi özelliklere ve gelir seviyesine sahip Türkiye'de önemli bir sorun olarak durmaktadır. Bu nedenle mevzuat personelin "ihtiyaca göre", "dengeli" ve "kaynak israfı" yapılmayacak şekilde istihdam edilmesine vurgu yapmaktadır. Bu gibi sebeplerden dolayı sağlık giderlerini karşılayamayanların Sosyal Güvenlik sistemi ile güvence altına alınmasını öngören mevzuat, mu amaçla hizmet yürütecek olan özel sosyal güvenlik kurumlarının ise Sağlık Bakanlığıyla entegre bir yapı içinde çalışmasına vurgu yapmaktadır (Mevzuat, 2006).

Sağlık hizmetlerinden her Türk vatandaşının yararlanma hakkı olduğu 1982 Anayasasının 56. maddesinde ifade edilmektedir (TBMM, 1982). Fakat çeşitli sebeplerden dolayı sağlık hizmetlerinden yararlanamayan gelir seviyesi düşük vatandaşların mağdur olmaması için bazı temel değişiklikler öngörülmüş ve öncelikle Yeşil Kart uygulaması, ardından da Genel Sağlık Sigortası uygulamasına geçilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2003).

1.1.7.3. Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Arzı

Türkiye birçok alanda istenen seviyeye gelemediği OECD ve AB raporlarına yansımıştır. Aşağıdaki tabloda yer alan OECD ülkelerinin 2015 yılı itibariyle bütçelerinden sağlığa

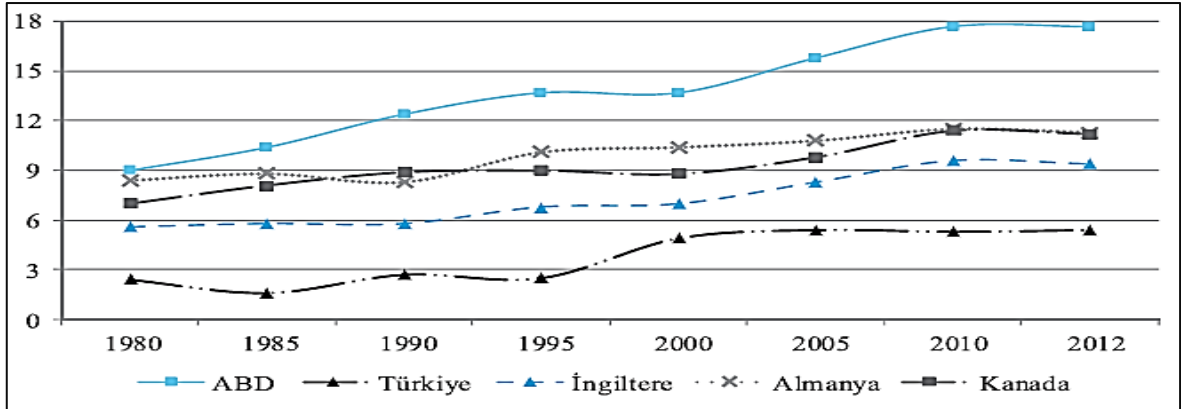
ayırdıkları pay yüzdesi grafiğine göre Türkiye listenin sonunda yer almaktadır (OECD, 2015).



Grafik 9. OECD Ülkelerinin Bütçeden Sağlığa Ayırdıkları Pay Oranı – 2015

Kaynak: (OECD, 2015).

Türkiye'nin sağlık harcamasıyla ilgili bu olumsuz durumun geniş yıllar aralığındaki değişimine bakıldığında, sorunun yeni değil, uzun bir geçmişe dayandığı görülmektedir (OECD, 2014).

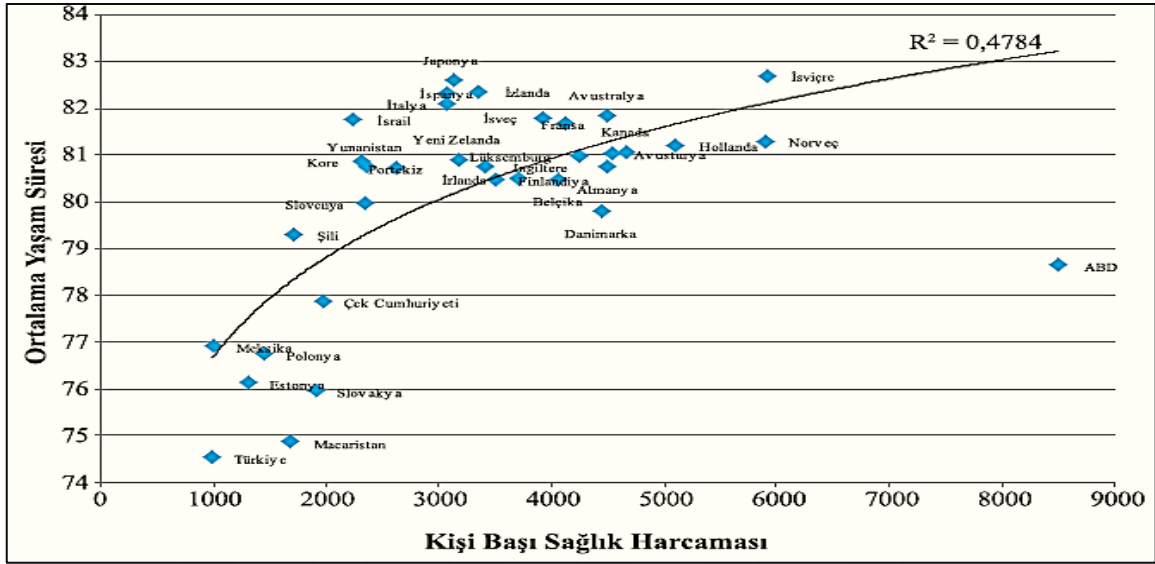


Grafik 10. Türkiye Ve Bazı Gelişmiş Ülkelerin Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'daki Payının 1980-2012 Arasındaki Değişimi

Kaynak: (OECD, 2014)

Bu veriye göre her ne kadar aradan geçen 22 yıllık sürede sağlık harcamalarının oranı iki katına çıkmış olsa da bu gelişmesinin diğer ülkelerde de aynı şekilde devam ettiği fakat

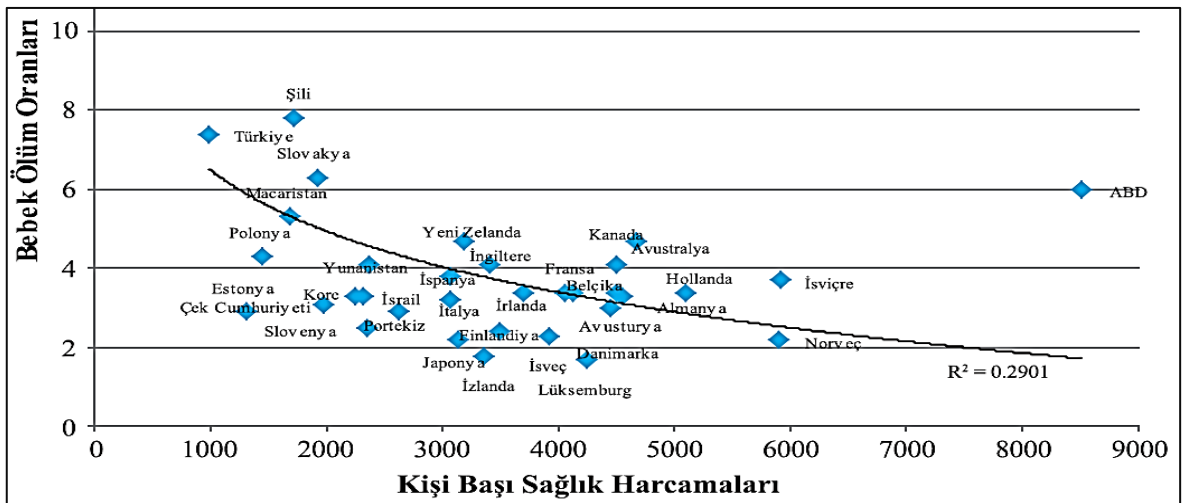
Türkiye ile diğer ülkeler arasındaki oran farklılığının değişmediği görülmektedir. İnsan ömrü ve sağlık harcamaları arasındaki ilişki bakımından ise Türkiye'nin OECD ortalamasını yakaladığı dikkat çekmektedir. Fakat bunun sağlık harcamasıyla ilgisini kurmak oldukça zor. Çünkü diğer ülkelerin harcama oranlarının artmasına bağlı olarak yaşam sürelerinde de artışın olması önemli bir belirleyici göstergedir (Grafik 11).



Grafik 11. OECD Ülkeleri Sağlık Harcamaları İle İnsan Ömrü İlişkisi – 2014

Kaynak: (OECD, 2014).

Benzer bir kıyasla çocuk ölümleri ilişkisi incelendiğinde ise grafiğin değişmediği açıkça görülmektedir. Çocuk ölümlerinin en üst seviyelerde olduğu bir ülke konumunda görünen Türkiye'nin sağlık harcamaları üzerinden götüreceği hizmet arzında niteliksel ya da etkililik bakımından sorunlar yaşandığı görülmektedir (Grafik 12).



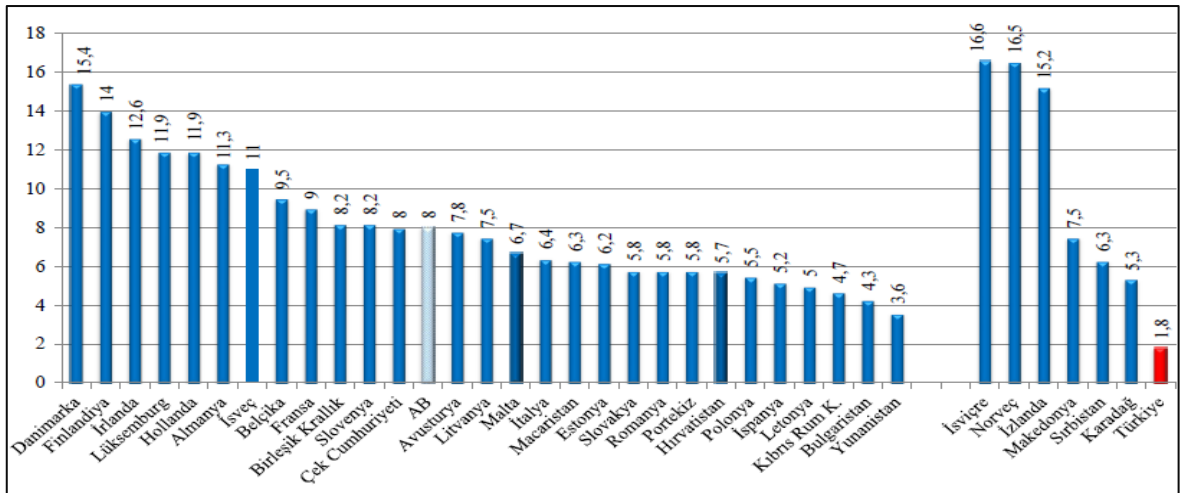
Grafik 12. OECD Ülkeleri Sağlık Harcamaları İle Çocuk Ölümleri İlişkisi -2014

Kaynak: (OECD, 2014).

Tüm bu sorunların üstesinden gelebilmek ve sağlık arzında yaşanan eksikliklerin giderilmesi amacıyla 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programının etkili olduğu ve göstergelerde iyileşme gözlemlendiği tespit edilmiştir (Yereli, Kobal ve Köktaş, 2010). Bu olumlu sonuçların alınmasında program kapsamında Yeşil Kart uygulamasının, teşkilatın yeniden yapılandırılmasının ve aile hekimliği uygulamalarının etkisinin büyük olduğu düşünülmektedir (Erol ve Özdemir, 2014).

Sağlık hizmetlerinin sunumunda hastane yataklarının ihtiyacı karşılayacak kadar olması önemli bir göstergedir. Bu durum hemen her OECD raporunda dikkatle sunulmaktadır. Bu açıdan bakıldığında arz ve talep arasındaki denge bakımından yatak sayısındaki artış istenen bir durumdur. OECD'nin (2014) verileri incelendiğinde AB ülkelerinde 2000-2012 yılları arasında yatak sayılarında %2'lik ciddi bir düşüş görülürken, Türkiye'de %1'lik artış yaşanmıştır (OECD, 2014: 71). Türkiye'deki artışların uzun yıllar var olan fazla talebi karşılamak amacıyla yönelik olduğu da son yıllarda artan sağlık sorunları sebebiyle talepteki artışlardan kaynaklandığı da düşünülebilir.

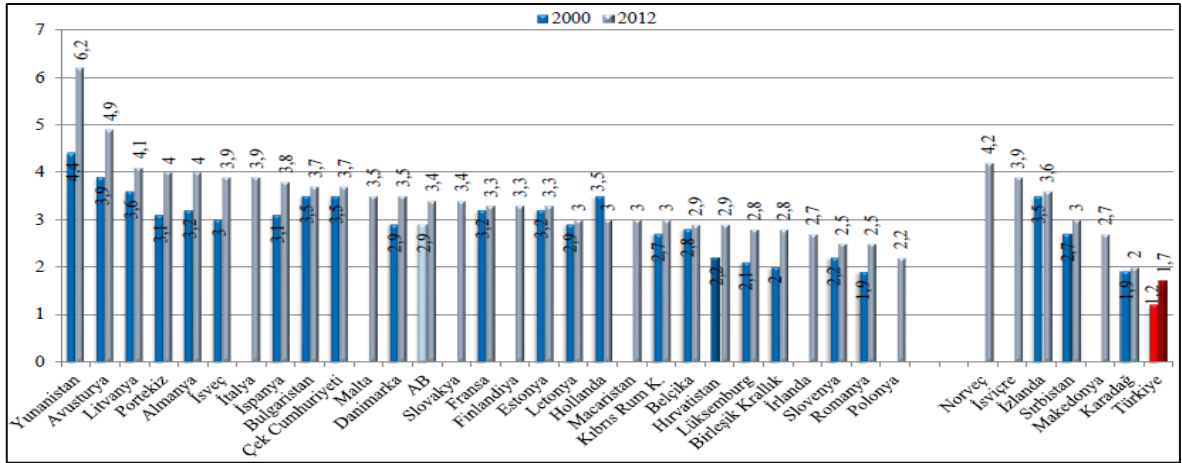
Sağlık personeli arzı bakımından kişi başına düşen hemşire sayılarıyla ilgili aşağıdaki grafiğe bakıldığında Türkiye 1,8 ile en düşük seviyedeki ülke konumunda olduğu görülmektedir.



Grafik 13. AB Ülkelerinde Kişi Başına Düşen Hemşire Sayısı – 2014

Kaynak: (OECD, 2014: 67).

Sağlık hizmetlerinin etkili sunumunda elbette personel sayısının önemi büyüktür. Bilhassa hasta başına düşen hekim sayılarının yeterli olması her zaman istenen bir durumdur. Hemşireler bakımından gelişmiş ülkelerin daha iyi bir yerde olmasına benzer bir durum hekimler konusunda da gözlenmektedir. Aşağıdaki grafiğe göre Türkiye AB ortalamasının çok gerisinde bir hekim hizmeti arz etmektedir.



Grafik 14. AB Ülkelerine Hasta Başına Düşen Hekim Sayısındaki Artış 2000-2012

Kaynak: (OECD, 2014: 63).

AB ortalamasına bakıldığında genelde 12 yıllık bir zaman içerisinde hekim sayılarında 0,5'lik bir artış söz konusu. Bu orana göre Türkiye 2000 yılı hekim sayısı dikkate alındığında AB artış oranına göre artış sağlamış durumda. Fakat genel hekim sayıları ve AB ortalaması dikkate alındığında hasta başına 1 hekim geriden takip ettiği görülmektedir.

Sağlık hizmetlerinin arzında önemli bir gösterge bebelerin ölüm oranlarıdır. Türkiye'de 2000'den itibaren oranlarda ciddi bir düşüş olmasına karşın AB ülkeleri arasında halen ilk sırada yer almaktadır (OECD, 2014). Bu tür sorunlar ya anne ve bebeğin sağlıklı beslenememesinden ya da yeterli sağlık hizmeti alamamasından kaynaklanmaktadır. Çocukların ölüm oranlarının en yüksek ve düşük olduğu iller aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 3.
Türkiye'de Çocuk Ölümlerinin Yüksek ve Düşük Olduğu İller

								(‰)
2016 ^(r)				2017				
En yüksek iller	Bebek ölüm hızı	En düşük iller	Bebek ölüm hızı	En yüksek iller	Bebek ölüm hızı	En düşük iller	Bebek ölüm hızı	
Bingöl	18,4	Tunceli	3,1	Kilis	17,2	Çankırı	4,6	
Şanlıurfa	17,9	Karabük	5,5	Hakkari	16,7	Eskişehir	5,2	
Şırnak	16,1	Artvin	5,5	Muş	14,9	Karabük	5,2	
Hakkari	15,2	Gümüşhane	5,7	Şanlıurfa	14,4	Amasya	5,3	
Muş	15,0	Nevşehir	6,1	Bitlis	14,2	Bolu	5,6	

(r) Ölüm verileri güncel idari kayıtlarla revize edilmiştir.

Kaynak: (TÜSEB, 2007).

Tablodaki veriler incelendiğinde çocuk ölümlerinin en yüksek olduğu iller 2016’da da 2017’de de Doğu ve Güneydoğu illeri olduğu görülür. Bu bölgelerin hem ekonomik, hem kültürel hem de eğitim bakımından geri kalmışlığı bilinen bir gerçektir. Buna rağmen en düşük çocuk ölümleri ise İç Anadolu bölgesi illerinde tespit edilmiştir. Sağlık hizmetlerinin arzında sadece kamu desteği değil, özel sektör ve cepten ödeme yollarının da kullanıldığı bilinmektedir. Bu yüksek olan illerin hem cepten ödeme imkanları düşük hem de özel sektörün bu bölgelerde alternatif hizmet sunma oranı düşüktür. Bölgeler bazında çocuk ve anne ölümleriyle ilgili aşağıdaki tablo bu görüşü destekler niteliktedir.

Tablo 4.
Türkiye'de Bölgelere Göre Mortalite Oranları- 2014

Bölge Adı	Bebek Ölüm Hızı (1.000 Canlı Doğumda)	Perinatal Ölüm Hızı (1.000 Doğumda)	Neonatal Ölüm Hızı (1.000 Canlı Doğumda)	Postneonatal Ölüm Hızı (1.000 Canlı Doğumda)	Beş Yaş Altı Ölüm Hızı (1.000 Canlı Doğumda)	Anne Ölüm Oranı (100.000 Canlı Doğumda)
İstanbul	5,9	6,9	3,3	2,7	7,6	8,3
Batı Marmara	5,6	7,0	3,1	2,5	7,0	15,0
Ege	5,9	7,2	3,5	2,4	7,6	14,7
Doğu Marmara	5,4	7,0	3,2	2,2	6,8	7,2
Batı Anadolu	5,6	6,8	2,9	2,8	7,3	10,3
Akdeniz	7,4	7,8	4,2	3,2	9,6	21,6
Orta Anadolu	7,1	7,8	4,1	3,0	9,3	14,4
Batı Karadeniz	6,5	7,3	3,7	2,8	8,2	14,1
Doğu Karadeniz	5,8	6,6	2,9	3,0	7,7	15,4
Kuzeydoğu Anadolu	10,2	9,7	4,8	5,4	13,4	12,2
Ortadoğu Anadolu	10,6	9,6	5,8	4,8	13,9	33,8
Güneydoğu Anadolu	11,6	10,9	6,5	5,1	14,6	18,1
Türkiye	7,6	8,1	4,2	3,4	9,7	15,2

Kaynak: (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015: 1)

Sağlık hizmetlerinin dışsallıklarının çok değişkenli oluşu ve yaşam bölgelerinin genel karakteristiklerinden fazlasıyla etkileniyor olması Türkiye’de her bölgeye sağlık hizmetlerini eşit oranda arz etmesini engellemektedir. Doğu ile batı arasındaki mortalite oranları yarı yarıya fark etmektedir. Bunda bölgedeki hastane sayılarının kamu ve diğer sektörler bazında sayılarının az olması etkilidir (Tablo 5).

Tablo 5.
Bölge ve Sektörlere Göre Hastane Sayıları- 2014

Bölge Adı	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Diğer	Toplam
İstanbul	57	12	163	4	236
Batı Marmara	52	4	22	5	83
Ege	120	8	67	3	198
Doğu Marmara	77	6	50	3	136
Batı Anadolu	65	14	49	6	134
Akdeniz	79	8	83	2	172
Orta Anadolu	70	4	26	1	101
Batı Karadeniz	96	3	19	1	119
Doğu Karadeniz	67	2	12	-	81
Kuzeydoğu Anadolu	49	2	6	5	62
Ortadoğu Anadolu	56	3	19	5	83
Güneydoğu Anadolu	78	3	40	2	123
Türkiye	866	69	556	37	1.528

Kaynak: (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015: 3)

Bölgesel bazda hastane hizmetinin arzındaki bu asimetric farklılık doğal olarak hasta bakımı, çocuk ve anne ölümleri göstergelerine de etki etmektedir. Zira aşağıdaki tabloda bu verileri doğrulayıcı bölgesel bazda hastane yatak sayıları Doğu bölgelerinde oldukça az sayıdadır. Bu durum eskiden beri bu şekildedir (Orhaner, 2006).

Tablo 6.
Bölgelere ve Sektörlere Göre Hastane Yatak Sayısı -2014

Bölge Adı	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Diğer	Toplam
İstanbul	15.760	4.189	12.530	1.102	33.581
Batı Marmara	6.035	1.375	1.232	392	9.034
Ege	17.512	4.941	4.614	608	27.675
Doğu Marmara	12.397	3.263	3.066	613	19.339
Batı Anadolu	12.905	7.131	3.965	1.938	25.939
Akdeniz	13.979	4.451	5.623	115	24.168
Orta Anadolu	6.592	2.703	1.601	100	10.996
Batı Karadeniz	10.400	1.760	1.520	53	13.733
Doğu Karadeniz	6.464	792	1.047	-	8.303
Kuzeydoğu Anadolu	4.193	1.421	361	487	6.462
Ortadoğu Anadolu	6.794	2.326	1.304	287	10.711
Güneydoğu Anadolu	10.659	2.318	3.646	272	16.895
Türkiye	123.690	36.670	40.509	5.967	206.836

Kaynak: (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015: 3)

Bu durum aslında sağlıkta önemli sorunların çözülmesi için bütçe payının daha fazla artırılması gerektiğini göstermektedir. DPT'nin 2000 yılında yayınladığı bir rapora göre yatakların %38 ile hekimlerin %40'ı Türkiye'nin üç büyük ilinde toplanmış haldedir (DPT, 2000). Bu ve benzeri asimetrik durumların düzeltilmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı o yıldan itibaren çalışmalarını hızlandırmış, beklentilerin karşılanması için ciddi derecede devreye girmiştir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin sunumunda toplum sağlığının güvence altına alınmasında, hizmetin ülkenin her bölgesine eşit ve erişilebilir dağıtılmasında büyük sorumluluk halen kamudadır. Bu nedenle yukarıdaki tablo incelendiğinde kamu destekli hastane ve yatak sayıları bölgesel farklılıklara rağmen değişim olsa da, ciddi seviyede değildir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015: 3). Kamu hastanelerindeki sayısal azlık belirli bir oranda bölge nüfusıyla ilişkilendirilebilir.

Tüm bu veriler incelendiğinde OECD ve T.C. Sağlık Bakanlığı'nın geleceğe yönelik eşit, erişilebilir ve etkili bir sağlık hizmetinin arzıyla ilgili öngörülerinin karşılanabilmesi için bütçeden ayrılacak payın artırılması önemlidir. Fakat yine de eskiden beri devam eden ve OECD ülkelerine göre daha az ödenek ayıran Türkiye'de sağlık hizmetlerinin maliyetinin yüksekliği bu hizmet arzında da sorunlara yol açmaktadır (Çiçek, Kara ve Koyuncu, 2006). Türkiye'nin hizmet arzında yaşadığı mali sorunlarını ortaya koymak bakımından 2006

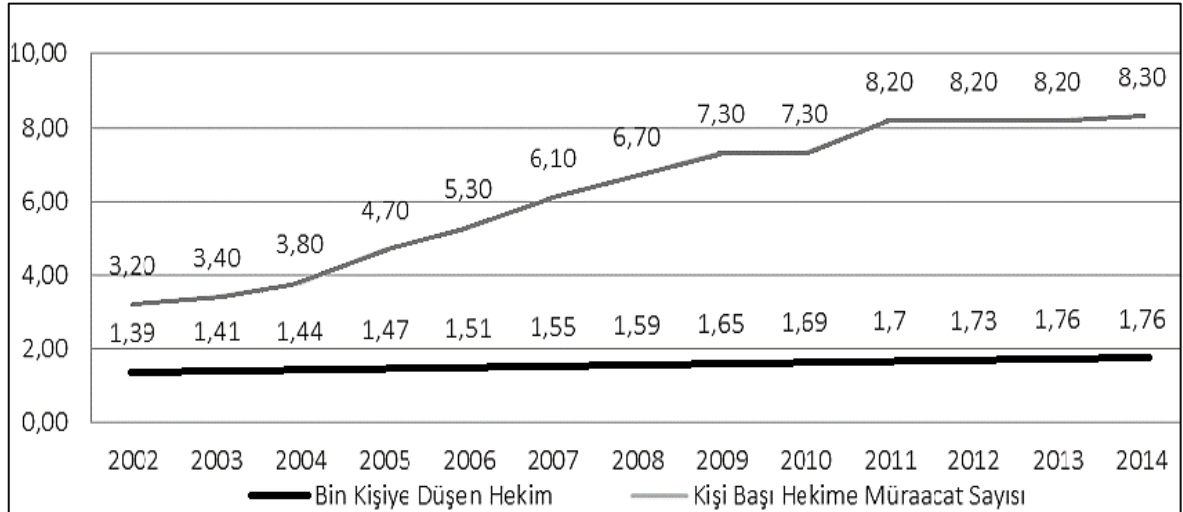
yılının ilk sekiz aylık süresinde yapılan sağlık harcama miktarının bütçeden ayrılan toplam sağlık payının %93,2'sini oluşturduğunu belirtmek yeterlidir.

1.1.7.4. Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Talebi

Sağlık hizmetlerinde arz ve talep birbirinden hem beslenir hem de birbirini beslerler. Yani ne kadar arz edilirse, o kadar fazla talep oluşur, talep arttıkça da arz etme çabası artar. Bugün için toplumsal kültürde ve sağlık bilincindeki gelişmeler, gelir durumlarındaki iyileşmeler; artan sağlık bütçesinin bir sonucu olarak sağlık arzında erişim imkanları, hasta bakım ve alt yapı iyileştirmeleri; sağlıkta bilimsel ilerlemeler ve teknolojik gelişmeler doğal olarak sağlık talebinin de artmasını tetiklemektedir (Dawlatly, 2016).

İşte bu sebeptir ki Türkiye’de ayakta tedavi taleplerinde artışlar göze çarpmaktadır. Aşağıdaki tabloda arzın belirli bir miktarda artmış olması bile taleplerin daha fazla artmasında etkili olduğu görülmektedir.

Tablo 7.
Hekim Arzı ile Kişi Başı Hekime Başvuru Sayıları (2002-2014)



Kaynak: (OECD, 2015)

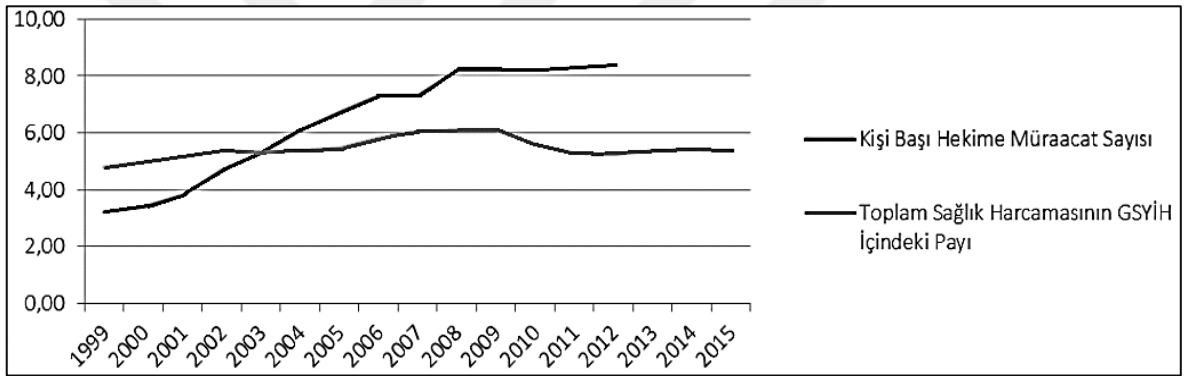
Sağlık hizmetlerinin sunumunda daha iyi bir yere gelinmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı'nın 2000 yılında başlattığı projelerle hem örgütsel anlamda hem alt yapı hem de gelir seviyesi düşük kişilerin Yeşil Kart ya da Genel Sağlık Sigortaları yoluyla desteklenmesi taleplerin

artmasında etkili olmuştur. Eğer zaman faktörü dikkate alınmazsa, 2000’de hekim başına hasta başvurusu 3 iken 2014’e gelindiğinde 8 civarında bir başvuru gerçekleşmektedir. Elbette bu durum tek başına arzın basitçe hekim sayısının artırılması şeklinde sunulmasından değil, aynı zamanda toplumsal bilinçlenme, ek ödenekler, Yeşil Kart ve Genel Sağlık Sigortası yoluyla toplumda hekime başvurma isteği tetiklenmiştir.

Buna göre, sosyal sigorta kapsamının genişlemesi, birey tüketim davranışlarını değiştirmiş olabilir. Çünkü aşağıdaki tabloda da görüleceği üzere GSYİH’den sağlığa ayrılan pay belirli bir zaman sonra nispeten azalmaya başlamış olmasına karşın tedavi olma taleplerinde artış hızla yükselmiştir.

Tablo 8.

Yıllara Göre GSYİH İçindeki Sağlık Harcamaları Payı Ve Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısı



Kaynak: (OECD, 2015).

Sağlık Bakanlığı’nın bütçe payını azaltma düşüncesi, sağlıkta bazı uygulamalar nedeniyle gereksiz hekime müracaatta artışı tetiklemiş de olabilir. Fakat bilinen bir şey var ki, 2009 itibariyle uygulana tasarruf tedbirleri vatandaşın muayene ve tedavi olma amacıyla hekime başvurma sayısına olumsuz etki etmemiştir. Vatandaşın cepten ödeme yoluyla sağlık hizmeti talebinde ise diğer ülkelere nazaran yıllara göre gittikçe azalma yaşanmıştır (Tablo 8).

Tablo 9.**Bazı OECD Ülkelerinin Cepten Sağlık Harcamalarının Yıllara Göre Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Oranı**

Ülke	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2012
Almanya	10,3	11,2	11,1	10,0	11,4	13,5	13,1	13,0
Avustralya	15,3	13,8	16,1	16,2	19,8	18,6	19,3	19,8
Danimarka	11,4	13,6	16,0	16,3	14,7	14,0	13,2	12,4
Finlandiya	18,4	18,3	15,5	22,7	22,3	20,1	18,6	18,7
Fransa	12,8	14,4	11,4	7,6	7,1	7,0	7,4	7,5
Hollanda	-	-	-	9,6	8,9	8,1	5,7	6,0
İngiltere	8,6	-	10,6	10,9	11,1	9,8	9,2	9,0
İsveç	-	-	-	13,3	13,7	16,7	16,3	16,5
İsviçre	-	37,6	35,7	33,1	33,0	30,6	25,1	26,0
İtalya	-	-	17,1	24,7	23,1	19,0	17,5	18,8
Kanada	-	-	14,4	16,0	15,9	14,6	14,4	15,0
Lüksemburg	7,2	9,2	5,5	6,2	11,8	11,6	11,4	11,0
Norveç	-	-	14,6	15,2	16,7	15,6	13,6	13,5
Yeni Zelanda	10,4	10,8	14,5	16,2	15,4	14,1	10,5	10,9
Yunanistan	-	-	-	45,9	37,7	37,9	28,8	28,4
ABD	23,3	22,0	19,5	14,5	14,9	13,2	11,7	12,0
Türkiye	-	-	-	29,7	27,6	22,7	16,2	15,4
Ortalama	19,1	20,0	18,8	20,6	20,7	19,9	19,7	19,0

Kaynak: (OECD, 2014).

Toplumun sağlık hizmeti talebinde Tablo 9'ye göre gittikçe daha fazla artış olmasına karşın Tablo 8'de cepten ödeme oranlarında yarı yarıya bir düşüşün yaşanması, kamu hastanelerindeki sağlık arzının artması ve şartların iyileştirilmesi veya geliştirilen Genel Sağlık Sigortası, Aile Hekimliği ve diğer önleyici tedbirlerin bir sonucudur. Bu verilere göre Almanya, Avustralya ve Lüksemburg gibi gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetleri taleplerinin cepten karşılanmak üzere artmasına karşın, ABD, İsviçre, İngiltere, Fransa gibi gelişmiş ülkelerle birlikte Türkiye'de cepten karşılanmak üzere sağlık hizmetleri talebinde ciddi düşüşler vardır. Cepten ödemeli taleplerdeki düşüş bu ülkelerde kamu sağlık arzındaki iyileşmelerle ilişkilendirilebilir. Özellikle Türkiye'de Genel Sağlık Sigortası, Aile Hekimliği ve Yeşil Kart uygulamaları özel sektörün önünü kesip kamu sektörüne yönelik taleplerin artmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Aşağıdaki tabloda da görüleceği üzere 2018 yılı itibariyle 82 milyona yaklaşmış olan Türkiye nüfusunun 50 yıl sonra 20-30 milyon daha artacağı düşünülmektedir (TÜİK, 2018: 2). Buna bağlı olarak genç, orta yaş ve yaşlı nüfus oranları da değişecektir.

Tablo 10.

Yıllara ve Yaş Grubuna Göre Nüfus Projeksiyonu 2018, 2023, 2040, 2060, 2080

Yıl	Toplam	0-14	15-64	65+	Oran (%)		
					0-14	15-64	65+
2018	81 867 223	19 203 792	55 500 077	7 163 354	23,5	67,8	8,7
2023	86 907 367	19 601 384	58 438 033	8 867 951	22,6	67,2	10,2
2040	100 331 233	19 333 893	64 623 369	16 373 971	19,3	64,4	16,3
2060	107 095 998	18 126 086	64 727 126	24 242 787	16,9	60,4	22,6
2080	107 100 904	16 813 783	62 873 761	27 413 359	15,7	58,7	25,6

Tablodaki rakamlar, yuvarlamadan dolayı toplamı vermeyebilir.

Kaynak: (TÜİK, 2018: 2)

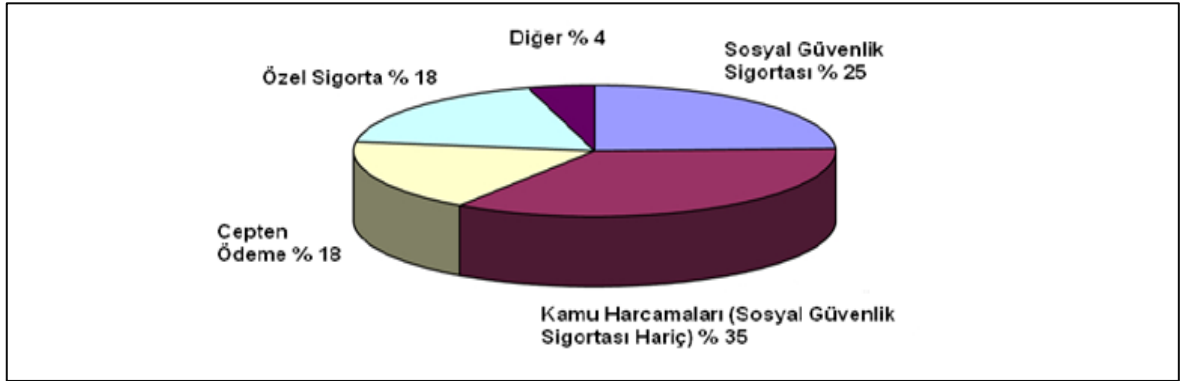
Tablo verileri Sağlık Bakanlığı'nın uyguladığı sağlık hizmetleri arzına bağlı olarak Türkiye'de insan ömrünün uzayabileceği, bu nedenle 2080'li yıllarda yaşlı nüfusun %8'den 25'e yükseleceği projeksiyonu yapılmaktadır. Aynı projeksiyona göre orta yaş ve genç nüfusunda ise düşme yaşanacaktır. Bu durum elbette sağlık hizmetleri talebinde artışlara bağlanabilir.

1.2. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Sağlık hizmetlerinden yeteri kadar yararlanamama doğal olarak sağlık yatırımlarını ve hizmetlerin sunumunda yaşanan aksaklıkların altında yatan maddi kaynak yetersizliklerini gündeme getirmektedir. Topluma güvence vermek isteyen devletler bu tür sorunların yaşanmaması için sağlık hizmetlerinin kaynak yetersizliği yüzünden aksamaması için gelirlerinin bir kısmını sağlık hizmetlerinin finansmanına ayırmıştır (Çelik, 2011). Buna rağmen ekonomik değişiklikler, sosyal gelişmeler ve ulusal politikalar sağlık finansmanının zaman zaman iniş çıkışlar yaşamasına ve finansmanla ilgili şikayetlerin oluşmasına sebep olmaktadır (Yalçın ve Yıldırım, 2001).

Kimi ülkeler gelişmişlik seviyeleri yüksek olması sebebiyle bu tür sorunları kolay aşabilirken, kimileri ise gelişmekte veya geri kalmış bir ülke olması nedeniyle sürdürülebilir bir sağlık arzı için finansmanı farklı kaynaklarla ortaklaşa çözmeyi tercih etmektedir. Bunun için milli gelirlerinden yararlanmak ilk akla gelen seçenek olurken, vatandaşın kendisine ödetmek ya da bir yardımlaşma fonu gibi sağlık fonu oluşturup onun üzerinden kaynak sağlamak gibi farklı finansman kaynaklarına yönelmektedirler. Dünya Sağlık Örgütü

(WHO) (2010) dünya genelinde tercih edilen finansman çeşitliliğinde büyük payın kamu kaynaklarının kullanımına ait olduğunu belirtmektedir (Grafik 15).



Grafik 15. Dünya Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynakları

Kaynak: (WHO, 2010)

Sağlık hizmetlerinin farklı kaynaklar yoluyla finanse edilmesi insan ve toplum yaşamını olumsuz etkileyen fizyolojik, mesleki, sosyolojik ve ekonomik gibi risklerin çeşitliliğiyle ilgilidir. Bu risklerin her biri insan yaşamını bir diğerinden daha farklı seviyede ve şekilde etki altına almaktadır. Bu nedenle her insan bu tür risklerden uzak ve sağlıklı bir hayat sürmek istemekte, bu açıdan da kendini gelecekte oluşabilecek bu tür risklere karşı koruyacak güvence sistemlerine ihtiyaç duyar. Sağlık hizmetlerinin hem çok bileşenli olması hem de insanın kendisi dışında toplumsal ve devlete ait faktörlerle ilişkili olması nedeniyle devlet bu güvenceyi kendi vatandaşına sağlar (Güvercin ve diğ., 2016).

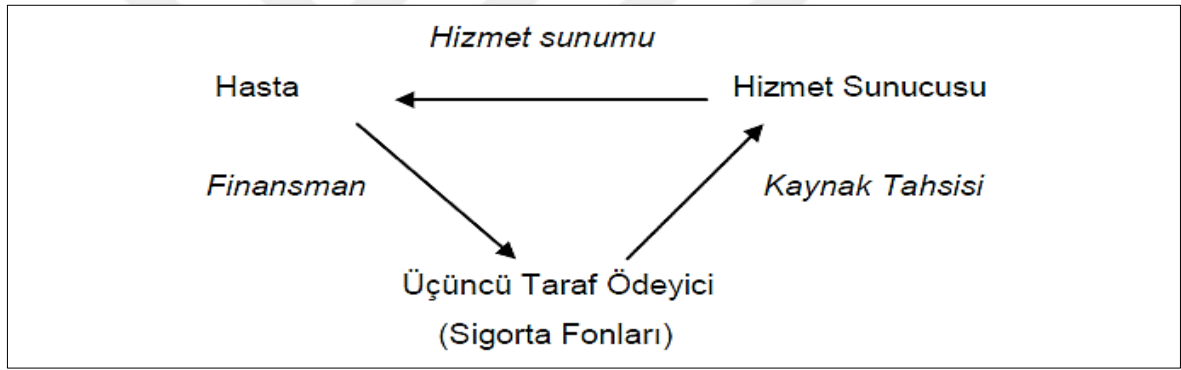
Sağlık hizmetinin arz ve talebiyle ilgili etken faktörler doğal olarak finansmanını da etkilemektedir (Tutar ve Kılınc, 2007). Bu nedenle finansmanın kavramsal olarak iyi analiz edilmesi, esas amacının ne olduğu, işlev ve türlerinin neler oldukları etraflıca değerlendirilmelidir.

1.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanına Kavramsal Bakış

Sağlık hizmetlerinin finansmanı, sektörde yer alan finans kaynaklarının hizmetlerin sunumunda kullanılması amacıyla harekete geçirilmesini kapsar (İstanbuluoğlu ve diğ., 2010; Lee ve Goodman, 2002). Bu bakış açısına farklı bir boyut kazandıran Mossialos ve Dixon (2002: 2-3) çok basit ama eylemsel açıdan “finans kaynaklarının sağlık hizmetlerinin sunumuna aktarımı” olarak açıklamıştır. DSÖ ise sağlık finansmanını açıklarken, sunulan

sağlık hizmetinin bedelini karşılamak amacıyla gerçek kişi ya da aracı kurumlardan kaynak toplayıp havuz yoluyla bir fon oluşturmayı ve hizmet sunucularına bu havuzdan ödeme yapma sürecine olduğuna vurgu yapar (WHO, 2000).

Sağlık hizmetlerinin sunumunun her ne şekilde yapılırsa yapılsın bir maliyeti olduğu ve bu maliyetin de bir şekilde karşılanması gerektiği görüşü, üretilen ya da sunulan bir hizmetin bedelinin hizmet sunan tarafa ödenmesi gerektiğine dikkat çeker. Bu durumda bir piyasanın oluştuğundan ve öncelikle alıcı ve satıcı olmak üzere iki tarafın varlığından bahsedilebilir. Aslına “alış-veriş” süreci olarak tanımlanabilecek bu durumda, alıcının sunulan hizmeti almaya gücünün yetmemesi haline üçüncü taraf (lar)ın devreye girdiği ve nihayetinde alınması gereken bu hizmetin alıcı lehine sonuçlanması için finansal gücünü kullanması ya da kullandırmasıdır. Bu süreci daha iyi anlatmak için Mossialos ve Dixon (2002: 2) şu şemayı kullanmıştır:



Şekil 4. Sağlık Hizmetleri Üçgeni

Kaynak: Mossialos, E. & Dixon, A., (2002). Funding Health Care: An Introduction, Mossialos, E. Et al (Eds.), Funding Health Care: Options for Europe içinde, 1-30, Buckingham – Philadelphia: Open University Press.

Bu “alış-veriş” sürecinde hizmeti alan ile sunan arasında hem hizmetin kalitesi hem de ödeme garantisi bakımından tarafların kendilerini güvence altında görmeleri önemlidir. En basit olarak alıcı-satıcı arasındaki bu ilişkide üçüncü tarafların oluşması ya da araya girmeleri işte bu güvencenin sağlanması rolünü oynarlar. Alınan sağlık hizmetinin bedeli bu üçüncü taraflarca öncelikli olarak ödenir. Esas hizmeti alan kişi (vatandaş) ise ilerleyen tarihlerde aylık belirli ödenekler şeklinde vadelenendirilmiş olarak hem ödenen hizmet bedelini hem de bu üçlü ilişki içinde yer alan üçüncü tarafın hizmet bedelini karşılar. Öncelikli olarak devlet kurumlarının devreye girdiği bu sistem yakın zamanlarda özel sektör

için de cazip hale geldiği için artık bu üçlü ilişkide özel sektörler de yer almaktadır. Unutulmaması gereken bir şey var ki, sunulan her hizmetin aynı zamanda alt yapı, teknik donanım, insan ve organizasyon bedeli de vardır. Eğer etkili bir sağlık hizmeti sunulacaksa, hizmeti sunacak nitelikte bir sunucu kapasitesinin oluşturulması da sağlık hizmetlerinin finansmanını ilgilendirmektedir (Kutzin, 2001).

Bu açıdan bakıldığında sağlık hizmetlerinin finansmanı sadece alınan bir hizmetin bedeli ile sınırlı kalmayıp nitelikli ve hakkaniyetli bir hizmet sunumu için gerekli kaynakların harekete geçirilmesini de kapsamaktadır. Bu maksatla devlet katkıları, vatandaşın cepten ödemesi, sigorta poliçeleri veya sigorta primleri yoluyla elde edilen kaynakların bir şekilde mali sorumluluk altında tutulması, fonların yönetimi ve dağıtımı da yine sağlık finansmanının sorumluluğundadır. Finansmanda unutulmaması gereken, fonlara gelen paranın ister dolaylı isterse doğrudan olsun, vatandaşın cebinden geldiğidir. Bugüne kadar geliştirilen sistemler veya üzerinde yürütülen tartışmalar bu fonların ne şekilde yönetileceği ve biriken kaynakları etkili harcama politikaları üzerindedir (Roberts vd., 2004). Fona ücret aktaranlar vatandaşın kendisi, işverenler, firmalar, yardım fonları, devlet fonları, yabancı kurum ve kuruluşlardır (Yıldırım, 2012).

1.2.1.1. Sağlık Hizmetleri Finansmanının Amaçları

WHO (2000) sağlık hizmetlerinde finansmanın temel amacını açıklarken sürdürülebilir kaynak oluşturmaktan ve adil kullanmaktan bahsetmektedir. Herkesin sağlık hizmetlerine ulaşabilmesi için kaynakları verimli kullanmak, bu hizmeti sunarken finansal yönden adaleti sağlamak ve tercih edilen finansman yöntemiyle hane halkının yoksullaşmasının önüne geçmektir esas amaç olarak tarif edilir. İlk başlangıçta adil ve erişilebilir bir hizmet sunumu için finansal kaynak oluşturma amaçlanmışken, zamanla yaşam faktörlerinden, sosyal hareketler ve ekonomik gelir değişikliklerinden kaynaklı finansmanın etkin kullanımı gündeme gelmiştir.

Her ne kadar finansmanda sağlık hizmetlerini alan kişinin hizmetlerden adil yararlanması ama bunu sağlarken de yoksullaşmamasına dikkat edilse de cepten ödemelerin finansman sürecine dahil edilmesi kaynakların yine de adil kullanımını gündeme getirmiştir. Bu süreçte en büyük endişe hane halkının geri ödemeler nedeniyle yoksullaşmasıdır (Cutler, 2002). Öz itibarıyla sağlık hizmetlerinin herkese eşit, adil ve etkili ulaştırılması için gerekli maddi

kaynağı oluşturmak ve kullanmak amaçlanırken, dolaylı olarak sağlık hizmetlerine adil ulaşım, etkili ve ekonomik sunum, ülkenin her yerindeki vatandaşın kaldırabileceği kapsam ve derinlikte yürütülmesi ve bunun da sürdürülebilir kılınması gözetilmektedir (Yıldırım, 2012).

Finansmanda esas amaçtan sapmamak için, fikrinin ilk çıkış noktasına tekrar bakmakta fayda vardır. Esas olan, sağlık hizmeti alacak kişiyi bu hizmetin sonunda ödenmesi gereken bedelinin altında ezilmemesini sağlamak. Dolayısıyla bu amacın gözetilmesi ve gerçekleştirilmesi için gerekli tüm etkinlikler, planlamalar ve düzenlemeler amaç kapsamı içinde yer alabilmektedir. O halde esas amaç, finansal yüke karşı vatandaşın adil bir şekilde korunmasıdır (Başaran ve Şahin, 2008).

Bu açıdan bakıldığında etkili bir sağlık hizmetinin sunumu gelişmiş sağlık hizmetlerini, yeterli personeli, yeni teşhis ve tedavi yollarının araştırılmasını, etkili teknolojilerin kullanımını, sağlık hizmeti sunulurken konfordan ödün vermemeyi ve en önemlisi de hizmetin ertelenmeden hemen ve şimdi olacak şekilde sunulmasını gerekli kılar. Bu tür hizmetler, hizmeti sunacak uzman kişilerin yetiştirilmesi ve yeni teknolojilerin geliştirilmesini de tartışmasız zorunlu kılar. Tüm bu hizmetlerin finansmanı sadece alınacak bir tedavi hizmetinin saf maliyetinin finansmanı ile değerlendirilemez. Dolayısıyla burada amaç bir yandan hizmet alacak vatandaşın hizmetin bedelini öderken yoksullaşmasının önüne geçmek için kaynak oluşturmak ve kullanmak iken diğer taraftan da sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşları ehliyetli ve etkili kılmak için finans kaynakları oluşturmak ve etkin kullanmak (Orhaner, 2006).

1.2.1.2. Sağlık Hizmetleri Finansmanının İşlevleri

Sağlık hizmetlerinin finansman amaçlarının bu kapsayıcı özelliği onun işlevlerine de açıklık getirecek niteliktedir. Gerek finansmanın tarifi ve gerekse amaçları irdelendiğinde finansman işlevinin ödeme için gelir toplama, fon oluşturma ve hizmet sunuculara geri ödeme yapma olduğu söylenebilir (Mossialos and Dixon, 2002). Bu işlev en basit haliyle aşağıdaki şekilde gösterilmiştir.



Şekil 5. Sağlık Finansman Yöntemi

Kaynak: (Mossialos and Dixon, 2002)

Verilen hizmetin karşılığının ödenmesi amacıyla hizmet kullanıcıdan doğrudan ya da dolaylı olarak bedelinin toplanması, gelirlerin toplanmasıdır. Aslına bakılırsa, ödemelerin bir fondan yapılması gerektiği fikriyle hareket edilmektedir. Yani hizmet alındığında bedelin tek başına vatandaşa yüklenmemesi fikri benimsenmiş, bu yükün kimler tarafından paylaşılacağı ve nasıl kaldırılacağı bir yöntemle bağlanmıştır. Bugün finansman yöntemi olarak ifade edilen bu sistemin benimsenmiş olmasından sonra oluşturulacak fona ödemelerin yani ücret tahsilinin nasıl yapılacağı düşünülür. Benimsenen sisteme göre, ödemeler bakımından sorumluluk belirli oranlarda vatandaşa, eğer çalışıyorsa işverene, kamuya, kişi eğer özel bir sağlık sigortası kapsamındaysa ilgili kuruma, eğer tüm bu ödemeler fonlamaya yetmiyorsa yardım ve destek kurumlarına, emeklilik sistemi gibi bir sistem oluşturulmuş ve o sistemde de bu gibi sağlık sorunları olduğunda emeklilik sandığından ödenmesi gibi bir ilke benimsenmiş ise, ilgili emeklilik kurumuna ya da tercihen bazılarında fatura edilir (Başaran ve Şahin, 2008). Bu durumda gelirlerin toplanacağı birincil kişiler hizmeti alan vatandaşın kendisi ve firmalardır ve cepten ödeme yoluyla ödeme yapar. İkincil kişiler ise hükümet ve kuruluşlardır. Gelirler cepten ödeme, vergi, Genel Sağlık Sigortası primleri, bireysel tasarruflar, bağışlar ve borçlar yoluyla sağlanır (Çelik, 2011).

Sağlık hizmetleri, nerede ve ne zaman sunulacağı kestirilemeyen özellik taşır. Hizmet talebinin vatandaş için aniliği, zamansızlığı veya önceden boyutlarının kestirilemezliği yükün ağırlığını artırır. Bu yük herkes için aynı derecede öneme sahiptir. Bu nedenle fon havuzlama finansal riskleri ortadan kaldırmakta, sağlık hizmetleri arzını kesintisiz ve her an hizmete hazır tutma niteliğini de korumaktadır. Böyle bir sistemin oluşturulmasıyla çok kişi üzerinde havuzlama gerçekleştirildiğinden kaynak kullanımında yaşanabilecek kesintilerin önünü almaktadır (Cutler, 2002). Ödemeler ise fonda toplanan ücretlerin hizmet sunucularına aktarılmasını kapsar. Ödemeler fonlayan kurumlarca gerçekleştirilirken, ödeme şekli alınan hizmetin çeşidine göre vaka başı, işlem başı, günlük ya da yıllık gibi seçenekler halinde gerçekleştirilir.

Dikkat edilirse, finansmanın esas işlevi hizmet sunucu ile alıcı arasındaki finansal transferi sağlamak olduğu görülür. Bu transfer hizmet sunucuların hizmet, mal, teknik donanım ve insan kaynaklarını tüketiciye kullandırması, tüketicinin de tüm bunların bir maliyeti olduğu düşüncesiyle karşılığını sunucuya ya kendisi ya da aracı bir kurumca transferidir (Güvercin ve diğ. 2016).

1.2.1.3. Sağlık Hizmetleri Finansmanının Sınıflandırılması

Sağlık hizmetlerinin finansmanı, sistemin diğer bileşenlerinde olduğu gibi kısmen karmaşık ama bir diğer bakış açısıyla da basittir. Eğer ödemeyi hizmet alan kişinin kendisi doğrudan yapacaksa, basit bir alış-veriş süreci gibi görünmektedir. Ama eğer sistemi bir aracı kurum yani işletmeler, özel ve kamu fonları üzerinden ödemeler gerçekleşecekse işte o zaman iş biraz daha karmaşıklaşıyor. Genel finansman kaynakları vergiler, sigorta primleri, tıbbi tasarruf hesapları, hibeler, krediler, cepten ödemeler ve bağışlardır (Yalçın ve Yıldırım, 2001).

Her ülke kendine has sosyal, kültürel, coğrafi, ekonomik ve politik farklılıklara, tarihi geçmişe sahiptir. Ülkenin içinde bulunduğu bu gerçek sağlık hizmetlerinin nasıl sunulacağı ve bunun karşılığında finansmanın da nasıl sağlanacağına yön vermektedir. Bir ülke için geçerli ve oldukça etkili görünen bir yöntem diğer bir ülke için aynı sonuçları vermeyebilir. Bu nedenle genelde karma yöntemler kullanılması daha fazla önerilir (Yıldırım, 2012).

Sınıflandırmalarda önemli bir değişken faktör olarak hizmet sunucularına yapılacak geri ödemeler yöntemidir. Kimi sistemler fonlardan doğrudan ödeme yaparken, kimileri çeşitli teşvik edici yöntemleri kullanabilmektedir. Bu nedenle fon kullandırma konusunda karar verici hükümet veya diğer sigorta programları kime ne hizmet karşılığında ve ne kadar ödeme yapması gerektiğine karar vermek durumundadır. Asıl finansman yöntemlerinin tercihini etkileyen faktör budur ve tüm taraflar için önemli bir motivasyon aracıdır (Roberts ve diğ., 2004).

Finansman yöntemlerinin sınıflandırmasında elbette önemli bir etken devlet yönetim biçimi, sosyal devlet anlayışı ve hükümetler tarafından benimsenmiş sağlık sistemleridir. Bu tür tercihlerde en etten faktör ise ödemenin ne şekilde yapılacağıdır (Yenimahalleli, 2007). Devletlerin vatandaşının sağlık sorunlarıyla ilgili kendini güvende hissetmesini istemesi ve bu güveni tesis etmesi kendi iç siyasal politikasına bağlıdır. Bu nedenle kimi finansman yöntemleri sosyal devlet anlayışına, kimisi ise serbest ekonomi şartlarına veya duruma göre her ikisini de iç içe kullanmaya odaklanmıştır. Finansman yöntemlerini sınıflandırırken bu ana değişkenlerin dikkate alınması kaçınılmazdır.

Bu sebeple finansman yöntemlerinin sınıflandırılması genel sağlık sisteminin sınıflandırılmasıyla benzerlik taşımaktadır. Sistemlerin sınıflandırılmasına ilk teorik olarak bakan Terris (1980) gelişmiş, gelişmekte olan ve sosyalist ülkelerin uyguladığı yöntemler olarak sınıflamayı tercih etmiştir. Genel itibariyle tanılayıcı nitelikte olan bu bakışa göre sistemler ülkelerin gelişmişlik durumlarına göre farklılaşmaktadır. Field (1989) ise ödeme ve finans kurallarının pazar odaklı belirlendiği ve merkezîyetçi bir yapılanmayı tercih ettiği “tipoloji” olarak ifade edilen bir sınıflandırmayı önermektedir. Roemer (1993) ise sınıflandırmada ülkelerin ekonomik ve gelişmişlik durumlarını önemser ve literatürde en çok kabul gören bir sınıflandırma yapmıştır. Kısmen bu özellikleri de kapsayan fakat ülkenin dini, sosyolojik ve ideolojik yapısını da içine alacak bir sınıflandırma Elling (1994) tarafından yapılmıştır. Tüm bu bakış açıları değerlendirildiğinde ülkelerin tercih edecekleri finansman yöntemlerinin ülkenin kendi iç ve hâkim dinamiklerinden ayrı olması zaten düşünülemez. Bu nedenle olsa gerek ki, her biri bir diğerine göre sanki farklı açılardan bakıyormuş gibi olsa da özleri itibariyle ülke dinamikleri etrafında farklı bakışları yansıttıkları dikkat çekmektedir. Uygulamalarda herhangi bir finansman tipinin uygulandığı belirtilse de farklı ülkelerde aynı sistemin ülke gerçeklerine göre değişerek uygulandığı ve asla ilk örneğe benzemediği de bilinmektedir. Bu nedenle Normand ve Thomas (2008) sağlık finansmanını dayanışma temelli olan ve olmayan şeklinde ikiye ayırmıştır.

Roemer’in (1993) önerdiği sınıflandırmaya göre finansman genel sağlık sistemlerine bağlı olarak sağlanırlar ve onlar da girişimci ve serbest (kapitalist ve liberalist), refah yönelimli, genel-kapsayıcı (evrensel kapsayıcı) ve sosyalist-merkezîyetçi sistemlerdir (Tablo 11).

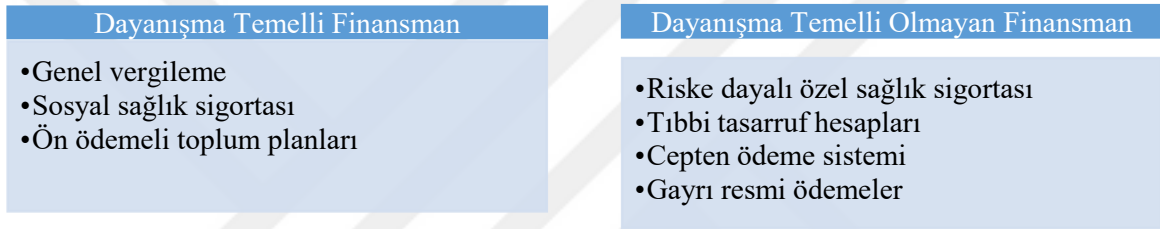
Tablo 11.
Sağlık Sistem Politikaları

Ekonomik Düzey (Kişi Başına GSYİH)	Kapitalizm ve Liberalizm	Refah Yönlü	Evrensel Kapsayıcı	Sosyalist ve Merkezi Planlama
Zengin ve Sanayileşmiş	ABD	Almanya Kanada Japonya	Büyük Britanya Yeni Zelanda Norveç	Sovyetler Birliği Çek Cumhuriyeti
Gelişen ve Değişen	Tayland Filipinler Güney Afrika	Türkiye Brezilya Mısır Malezya	İsrail Nikaragua	Küba Kuzey Kore
Çok Fakir	Gana Bangladeş Nepal	Hindistan Myanmar	Sri Lanka Tanzanya	Çin Vietnam
Kaynak Zengini		Libya Gabon	Kuveyt Suudi Arabistan	

Kaynak: Roemer, M.I. (1993). National Health Systems of the World, Vol I: Countries (1991), Vol. II: The Issues (1993). Oxford University Press

Tabloda yer alan finansman türlerine yön veren bu sağlık sistemlerinin hangi ülkelerde benimsenmiş olduğunu dikkat edildiğinde gelişmiş ve sanayileşmiş olmasına karşın her ülke kendi iç dinamiklerine göre farklı sistemi benimsediği görülmektedir.

Normand ve Thomas (2008) toplumun sağlık hizmetlerine ulaşırken karşılaştıkları sorunları ortadan kaldırmaya ve elbirliği ile sorunun üstesinden gelmeyi benimsemiş toplumların dayanışma temelli finansman tiplerini benimsediklerinden bahseder. Buna göre toplumsal dayanışma sosyal sağlık sigortası, vergileme ve ön ödemeli toplum planları şeklinde uygulanmaktadır. Dayanışma temelli olmayan sağlık sistemlerinde ise finansman riske dayalı sigorta, tıbbi tasarruf hesapları, cepten ödeme ve gayri resmi ödemeler yoluyla sağlanmaktadır.



Şekil 6. Dayanışmaya Göre Finansman Sınıflaması

Kaynak: Normand, C. & Thomas, S. (2008). Health Care Financing and the Health System. Health Systems Policy, Finance and Organization içinde Ed: CARRIN, Guy, Genova,

Sağlık finansman sınıflandırmaları incelendiğinde finansmanın kamu tarafından finanse edilen ya da özel nitelikli finansmanlar oldukları dikkat çekmektedir.

1.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yolları

Sağlık hizmetlerinin finansman kaynakları açısından bir sınıflandırma yapıldığında genellikle üç yoldan kaynak sağlandığı görülmektedir: Genel vergiler, Sağlık sigortaları, cepten veya özel sigortalar yoluyla ödemeler (Çelik, 2011). Bu üç tür yoldan genel vergiler yoluyla (Bütçeden) finansmanda sağlık hizmetleriyle ilgili politikalar devlet tarafından geliştirildiği için kaynaklar da kamu yoluyla sağlamaktadır. Bu nedenle Beveridge modeli olarak da bilinir. Sağlık sigortalarında ise sağlık hizmeti alan kişi adına düzenlenen sigorta primleri sağlık finansmanı için önemli bir kaynak teşkil eder. Bu sistem de genel özellikleri

itibariyle Bismarck modeli olarak bilinir. Bu yöntemde sağlık pirimleri yoluyla oluşturulan bir havuzdan sağlık hizmetleri finanse edilmektedir. Cepten ödeme yönteminde ise serbest piyasa kuralları geçerlidir. Sağlık hizmetlerine karşılık ödemeler kişinin kendisi veya özel sigorta şirketleri tarafından gerçekleştirilir. Bu genel bakış açısından değerlendirildiğinde finansmanın sonuç olarak iki ana kaynağı vardır: Kamu ve kişi. Hangisinin ne kadar ve hangi durumlarda tercih edileceği ülkeden ülkeye bazen de politikadan politikaya değişiklik gösterir (İstanbuluoğlu ve diğ., 2010). Ülkelerin tercihlerinde zamansal olarak toplumun sosyolojik ve ekonomik gelişmişlik seviyeleri, yöntemin uygulanabilirliği ve verimliliği, uygulandığında hakkaniyetin korunup korunamayacağı, arz ve talep dengesini koruyabileceği, kamu ya da finansman kaynaklarının mali kapasitesinin ne olduğu önemli belirleyici unsurlardır (Çelik, 2011).

Uğurluoğlu ve Özgen (2008: 136-137) sağlık hizmetlerinin finansmanında genel olarak duruma göre tercih edildiğine vurgu yaparak ortak kanaatin özel ve kamu nitelikli finansman olarak incelemekte fayda olduğunu belirtmektedir.

1.2.2.1. Kamusal Nitelikli Finansman

Sağlık hizmetlerinin toplumun her kesimine adilane ve eşit miktarda götürülebilmesi önemli bir sorundur. Özellikle serbest ekonomik şartların kendi kurallarını dayattığı günümüz toplumlarında az gelirli ya da yaşam standartları kötüleşenlerin en insanı hakkı olan sağlık hizmetlerinden yararlanmasında sorunlar yaşanabilir. Bu nedenle çoğu devlet vatandaşın sağlık hizmetlerinden yararlanmasını güvence altına almak amacıyla bir kamu sağlık sistemi geliştirmiş, politikasını, finansmanını, hizmet ve malın üretim ve dağıtımını kendisi üstlenmiştir. Finansmanın büyük çoğunluğunu vergiler (Bütçeden) ve sosyal sağlık sigortalardan (pirimler) elde edilen gelirler oluşturmaktadır (İstanbuluoğlu ve diğ., 2010).

1.2.2.1.1. Sosyal Sağlık Sigortası

Almanya'da 19. yüzyılda geliştirilen bu finansman çeşidi, kamu tarafından geliştirilen bir Sosyal Sağlık Sigortası sistemi yoluyla vatandaşlardan toplanan sigorta primleriyle fon oluşturmaktadır. Başlangıçta bazı fabrikaların işçileri tarafından kendi aralarında geliştirdikleri bu model ülkedeki tüm işçilerin de bu sistemden yararlanabilmesi için

Bismarck tarafından sistematik hale getirilmiştir (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008). Sisteme göre çalışan ve işyeri aylık hak edişlerinden mecburi olarak belirli miktarlarda pirim kesintileri halinde sigorta fonuna katkı sağlarlar. Ödenecek pirimlerin miktarları aylık hak edilen maaş miktarına göre belirli oranlardadır. Zamanla bu sisteme kendi adına çalışanlar da dahil olmuşlar ve önceden kestirilen belirli oranlarda ödemeler halinde pirim ödemesi yapmaktadırlar.

Bu sisteme göre çalışanın herhangi bir sağlık hizmeti talebi söz konusu olduğunda aldığı hizmetin bedeli çok cüzi bir miktarını kendisinin ödeyeceği haliyle büyük oranda sigorta tarafından karşılanmaktadır. Sigortanın da üstesinden gelemeyecek kadar büyük miktardaki ödemelerde bazen devlet desteği devreye girmektedir. Bu nedenle bu sistemin kontrolü kamu elindedir (Maxwell, 1988). Almanya'da geliştirilen ve bugün devlet destekli sağlık finansmanı yöntemini tercih eden Türkiye de (Bağ-Kur, SGK ve Emekli Sandığı örneğinde) dahil çoğu OECD ülkesi, gelişmekte olan ve sayıları 60'a varan ülke bu sistemi benimsemiştir (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008). Bu sistemin uygulanmasının devletler tarafından tercihinde sağlık hizmetlerinin devlet güvencesi altında yürütülmesi gerektiği ve her vatandaşın istediği zaman rahatlıkla erişebileceği sağlık hizmetlerinin sunumuna verilen önem büyük rol oynar. Herhangi bir sigorta güvencesi olmayan ve cepten ödemek zorunda kalan çoğu kişi bedelini kendisi ödeyeceği için hekime müracaatta yavaş davranabilir veya tamamen reddedebilir. Fakat sigortalı bir kişinin hekime müracaatında sıklığın artıyor olması da bir diğer önemli göstergedir. Bu durumda gereksiz yere tetkikler veya ilaç kullanama sayılarında artışlar gözlenebilir (Yıldırım ve Yıldırım, 2011).

Sistemin avantajları nedeniyle kullanan birçok ülke yine de öze sadık kalmak koşuluyla uygulamada yerel değişiklikler de yapabilmektedirler.

Uğurluoğlu ve Özgen (2008: 140-142) sistemin ana hatlarıyla uygulanış yöntemini şu şekilde açıklamaktadırlar:

- Üyelik zorunludur.
- İşverenler ve çalışanlar pirim öderler.
- İlk uygulamada işçi ve işveren pririm öderken zamanla devlette finansmana katılmıştır.
- Tespit edilen pirimler genellikle işçi ve işveren arasında paylaştırılmaktadır.
- Ödenecek pirimler sigortalının maaşı ile orantılıdır ve alacağı sağlık hizmetini etkilemez.
- Genel vergilerin de finansmanda önemli bir rolü bulunmaktadır.
- İşsiz bireyler için yapılan katkılar genellikle hastalık fonları ile finanse edilmektedir.

- Üyelere sağlık durumlarını seçme özgürlüğü vardır ve böylece sağlık sunucuları arasında rekabet sağlanmaya çalışılır.
- Sosyal sigorta kuruluşları bazı ülkelerde kâr amacı güderken bazılarında tek amaç yeterli finansmanı sağlamaktır.

Cichon ve Normand (1994) sistemin en beğenilen tarafını, sisteme dahil olanların katkı pirimlerinin aldıkları maaşa göre olması fakat aldıkları tedavinin eşit olmasıyla açıklarlar. Pirim ödemelerinin düzenliliği, denetlenebilirliği, maliyetlerin düşüklüğü ve yönetsel bakımdan özerk yapıda olması ise diğer avantajları arasında sayılır.

1.2.2.1.2. Vergi Gelirleri

Beveridge modeli olarak bilinen bu finansman sisteminde sağlık hizmetlerinin finansman kaynakları devlete ödenen vergiler yoluyla karşılanır. Toplumun sağlık güvencesinin kamu tarafından sağlanması amacıyla geliştirilen bu sistemde devlete ödenen vergilerin oluşturduğu GSYİH'dan sağlığa ayrılan paylar yoluyla ücretsiz ve eşit olarak sağlık hizmetlerinden yararlanmayı esas alır (Tıraş, 2013).

Kamu gelirlerinin büyük bir kısmı vergilerdir. Bu yolla bir havuzda toplanan gelirlerin bir kısmı devletin ücretsiz ya da çok düşük ücretle sunacağı sağlık hizmetini finanse etmek amacıyla belirli bir oranda yıllık pay olarak ayırır. Dünya genelindeki yüzü aşkın ülke sağlık sistemini bu yöntemle finanse etmektedir (Çelik, 2011). Hizmetten yararlanmak için o ülkenin vatandaşı olmak yeterlidir. Bu sistemde herhangi bir kişinin sağlık hizmetlerinden yararlanmaması mümkün değildir. Bu nedenle her kim ne zaman ve nerede ne gibi bir sağlık hizmetine ihtiyaç duyuyorsa, bu sisteme göre onu sorunsuz olarak alır (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008).

Mali fonun oluşturulmasında Sosyal Sağlık Sigorta fonlarına benzer bir fonun oluşması esastır fakat bu fon devletin dolaylı ve dolaysız vergilerinden oluşur. Devletin fon olarak belirlediği hazineye toplanan vergilerin belirli bir kısmını sağlık, eğitim, ulaştırma, haberleşme ve güvenlik gibi alanlara dönemlik önemleri ya da ihtiyaçlarına göre belirli oranlarda aktarır (Cichon ve Normand, 1994). Gelirlerin kaynağı tüketilen mal bedeli üzerinden belirli bir oranda ödenen dolaylı vergilerle ve herhangi bir gelir elde edildiğinde bir kısmının doğrudan vergi olarak devlet bütçesine aktarılmasından oluşur.

Çelik (2011: 177-181) bu sistemin avantajlarını sürdürülebilirlik, vatandaşın eşit yararlanması ve fonlamada sıkıntının yaşanmaması genelinde şöyle sıralar:

- Geniş bir nüfusun yaptığı katkıların bir havuzda toplanarak sağlık risklerinin etkili bir şekilde finansmanının sağlanması.
- Vergilerin tabana yayılması ile sağlık statüsüne bakılmaksızın tüm vatandaşların bütçeye katkılarının sağlanması.
- Ödemelerin zorunlu olmasından dolayı fon kaynaklarında devamlılığın olması ve fon sıkıntısının yaşanmaması.
- Sağlık statüsüne bakılmaksızın tüm vatandaşların sağlık hizmeti ihtiyacının karşılanması ve bir kısıtlamanın olmaması.
- Sağlık hizmetlerinin finansmanı için fon toplamak amacıyla ayrı bir kuruma gerek olmaması.
- Mal ve hizmet üretenler ile tüketiciler arasında finansman konusunda yüz yüze bir ilişki olmaması dolayısıyla tüketicilerin hizmet üretlere baskısı en aza inmiştir.

Her ne kadar sistemin vatandaşa sorunsuz bir şekilde hizmet sonrası gibi avantajla çalışıyor olsa da devletin gücüne, dönemsel olarak geliştirilecek diğer kurum ve kuruluşlardaki proje ve özel bütçe taleplerine ve politik tercihlere bağlı olarak bütçeden ayrılacak olan payın belirlenmesi sorun olarak görülür. Bu durum kimi zaman finansman yetersizliği nedeniyle bazı hizmetlerin kısılmasına ya da minimum seviyede yürütülmesine sebep olmaktadır.

1.2.2.2. Özel Nitelikli Finansman

Piyasa ekonomisinin etkisiyle hizmet alımında kendi bireysel maddi gücüne göre sağlık hizmetlerinden yararlanma isteği doğurmaktadır. Kamu eliyle sunulan hizmetlerin niteliği ya da sunuş biçiminde yaşanabilecek aksaklıkların yaşanması ya da Sosyal Sağlık Güvenlik Sigortası kapsamı dışında kalan kimi sağlık taleplerinin ortaya çıkması durumunda özel nitelikli sağlık finansman yolu kullanılmaktadır. Bu sistemde bir kamu müdahalesi söz konusu değildir. Bu sistemin genel amacı sağlık hizmetlerinin sunulmasında özel ya da kuruluşların oluşturdukları fonların hizmet bedeli olarak aktarılmasıdır. Çoğu gelişmiş ülkelerde toplumun gelir durumu yüksek kesimlerinin kendi bireysel taleplerine göre sağlık hizmetlerinden yararlanmasında bu yöntem etkili görülmektedir (Yalçın ve Yıldırım, 2001). Özel nitelikli sağlık finansman türleri özel sağlık sigortaları, tıbbi tasarruf hesabı ve cepten ödemeler olmak üzere üç türdür.

1.2.2.2.1. Özel Sağlık Sigortası

Vatandaş kendi maddi gelirine bağlı olarak daha farklı ve belki de daha yüksek seviyede bir sağlık hizmeti almak istediği durumlarda pirimleri kendisi tarafından ödenmek koşuluyla özel kuruluşlarca yönetilen sağlık sigortalarından yararlanabilir. Bu durum tamamen kişinin kendi tercihiyle ilgilidir (Normand ve Thomas, 2008). Bu tür sigortalarda yüksek sağlık sorunu riskinin olması ihtimalinin düşüklüğü her iki tarafça da bilinir. Bu nedenle sigorta pirimlerinin miktarları sigortalının ödeyebileceği aralıklardadır. Elbette kişinin yüksek maliyetleri olan bir sağlık sorunu olabilir ve burumun altından maddi olarak kalkabilmek amacıyla özel sağlık sigortalarından yararlanabilir. Fakat bu durumda poliçe fiyatlarının da yüksek olacağı düşünülmelidir.

Bu tür özel sağlık sigortaları serbest pazar ekonomisinin gelişmiş olduğu ve bireysel gelir durumunun yüksek olduğu başta ABD gibi Güney Afrika'daki bazı ülkelerde tercihen kullanılmaktadır. Bu nedenle kamusal finansman yöntemlerinin uygulandığı ülkelerde bile kişi başına düşen gelirin artmasıyla bu tür alternatif tercihlere yönelme popülerleşmiş durumdadır. Sağlık sektörünün kamu tekelden pazar ekonomisinin yaygınlaşmasıyla birlikte özel sağlık kurumları ve sigorta acentelerinin de çoğaldığı görülmektedir. Her ne kadar sanki isteğe bağlı sigorta finansman yöntemi gibi görünse de ABD ve İsviçre'de zorunlu, Almanya, Hollanda ve Belçika'da kamusal finansmanın yetersiz kaldığı durumlarda tamamlayıcı yöntem olarak tercih edilmektedir (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008).

Hayat öngörülemeyen sağlık riskleriyle doludur. Gelecekte belki herhangi bir ciddi sağlık sorunu yaşanmaya da bilir. Önemli olan böyle bir ihtimalin varlıdır. Sistem bu ihtimal üzerine kurulu olup kişinin böyle bir risk durumunda sağlık hizmetlerinden etkin yararlanmasını finanse etme amaçlanmıştır (Çelik, 2011). Sistem riski yüksek kişiden yüksek pirim, düşük kişilerden de düşük pirim alır. Fakat her şeye rağmen sistemin mantığı serbest piyasa koşulları üzerine kurulu olduğu için yüksek risk taşıyan kişilerin sigorta kapsamının alınmaması gibi bir eğilim de vardır.

1.2.2.2.2. Tıbbi Tasarruf Hesabı

Sigorta fonlarının genel amaçları sağlık sorunlarının giderilmesinde finansman ihtiyacının karşılanması için biriken kaynakların bu alana kaydırılmasıdır. Amacı kamu sigorta yükünün azaltılarak sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltmektir (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008). Son

yıllarda bu mantıktan uzaklaşarak tamamen kişinin kendine özel bir tasarruf fonu oluşturulup ihtiyaç halinde o fonun kullanılması esasına dayalı sağlık tasarruf hesapları geliştirilmiştir (Çelik, 2011). Bir örneğinin Singapur'da uygulandığı bu sistem Çin, Kanada, ABD gibi ülkelerde kimi zaman zorunlu sağlık tasarrufları şeklinde olmuştur.

Bu, bir tür birikim hesabı gibidir. Kara günler için bir yerde biriktirilen paranızın ancak belirli risk çerçevesindeki ihtiyaçlar halinde kullanımına benzer (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008). Bu sistemde kişi sağlıkla ilgili riskini kendisi hesaplar. Bu nedenle gelecekte böyle bir durumun ortaya çıkması halinde finansman sorunu yaşamamak için belirli miktarlarda tasarruf hesabı oluşturur. Oluşturulduktan sonra belirli bir çerçevede kullanılan sağlık hesabı, ancak kaynakların tekrar yenilenmesi halinde yeniden kullanılabilir hale gelmektedir (Atabey, 2012). Bu tür fonlar kimi zaman çeşitli sosyal gruplar içinde birlikte kullanılabilen, herhangi bir tasarruf sahibinin ölmesi halinde birikiminin varislerine miras kalması söz konusu olmaktadır (Normand ve Thomas, 2008).

1.2.2.2.3. Cepten Harcamalar

Bu sistemde sağlık giderleri doğrudan kişinin kendisi tarafından karşılanmaktadır. Doğal olarak nasıl bir sağlık sorunu olduğunu bilen ve nasıl bir tedavi görmesi gerektiğini bilen ve ona göre de talepte bulunan kişi aldığı hizmetin bedelini de öder. Bu kamu sigorta ya da kamu vergileri yoluyla sağlanan finansman türlerinde yaşanan gereksiz sağlık harcamalarının önünde geçmek amacıyla alternatifmiş gibi sunulur. Bir diğer açıdan bu yöntemle sağlık kurumları finansal dar boğaza girmek gibi bir risk de taşımazlar (Atabey, 2012). Fakat mantık olarak kişinin ödeme gücü varsa ve kendi isteğine göre etkin bir sağlık hizmeti almak da istiyorsa, bedelini kendisinin karşılaması kadar doğal başka bir şey olamaz.

Kamusal sigorta ya da vergiler yoluyla desteklenen finansmanlarda devlet yapısının hantallaştığı, sistemin yavaşladığı, ödeneklerin politik sebeplerle başka yerlere kaydırıldığı durumlarda toplum sağlık hizmetlerinden yeteri kadar faydalanamaz. Hekime başvuramama, tedavi sırası bekleme veya bazı tetkiklerin maliyetinin devlet tarafından karşılanmadığı durumlarda cepten ödeyerek sağlık hizmeti almak kaçınılmaz hale gelmektedir (Çelik, 2011). Bu tür ödemeler doğrudan cepten ödeme olarak ifade edilir. Özel laboratuvarlar, sağlık merkezleri, klinik ve diş hekimlikleri bu tür finansmanlara dayalı hizmet sunarlar. Bazı sağlık hizmetleri uygulanan sağlık politikası gereği sosyal güvence kapsamında

olmayabilir ya da tamamı değil bir kısmı olabilir. Bu gibi durumlar da sigortalı kimi hizmet bedelinin kendisine düşen kısmını cebinden “kullanıcı katkısı” olarak öder. Bunun dışında her ne kadar formel bir özelliği olmasa da doktor ya da sağlık kuruluşuna sağlık hizmeti alan kişi tarafından informel ve hatta yasadışı olmasına rağmen ödenen bahşış ya da el emeği, bıçak parası gibi ödemeler de vardır (Tıraş, 2013).

1.2.3. Gelişmiş Ülkelerde Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yapısı

Gelişmiş ülkeler sağlık hizmetlerinin finansmanları için tek bir modele sahip değillerdir. Her ne kadar AB veya OECD gibi birliklerin önerileri ya da ortak politikalarının etkileri görülse de, ülkeler bakımından sosyo-kültürel, ekonomik ve politik sebeplerden dolayı farklılıklar gözlenmektedir (Atabey, 2012). Dünya genelindeki uygulamalar birbirine benzer aynı finansman modeli kullanan ülkelerin bile farklı kategoride yer aldıklarını göstermektedir (Tablo 12).

Tablo 12.
Dünya Ülkelerinin Sağlık Finansman Sınıflandırması

Zorunlu Sosyal Sigorta	Özel Sağlık Sigortası	Cepten Ödeme	Genel Vergiler	Karma Sistem	Dış Kaynaklar/ Yardımlar
Fransa	ABD	Ermenistan	İngiltere	Avustralya	Sahra-Altı
Almanya		Azerbaycan	Danimarka	Arjantin	Afrika Ülkeleri
Hollanda		Gürcistan	İsveç		
Lüksemburg		Tacikistan	Kanada		
Belçika		Kırgızistan	Norveç		
İsviçre		Hindistan	Portekiz		
Çek Cum.		Uruguay	Yeni Zelanda		
Hırvatistan		Afganistan	Küba		
Estonya		Bangladeş	Bulgaristan		
Macaristan		Burundi	Finlandiya		
Slovakya		Kamboçya	İrlanda		
Slovenya		Kamerun	İtalya		
Avusturya		Fildişi Sahili	Yunanistan		
İsrail		Gine	Grönland		
Türkiye		Gine-Bissau	Venezüella		
Güney Kore		Laos	Filipinler		
Meksika		Lübnan	Sierra Leone		
Japonya		Myanmar	Sri Lanka		
Şili		Nepal	Kuzey Kore		
Bolivya		Pakistan	İspanya		
Kosta Rika		Togo	Arnavutluk		
Endonezya		Vietnam	Kazakistan		
			Litvanya		
			Polonya		
			Romanya		
			Çin		
			Rusya		
			Brezilya		
			İzlanda		
			İran		
			Suudi-Arabistan		

Kaynak: (Atabey, 2012: 67)

Bu nedenle her biriyle ilgili olmasa da karakteristik özellik taşıyan ülke örneklerini incelemekte fayda var.

Tablo 13.
Gelişmiş Ülkelerin Finansman Kaynakları

Ülkeler	Finansman Modeli	Temel Kaynak	Tamamlayıcı Kaynaklar	Açıklama
İngiltere	Beveridge modeli	Vergiler	Cepten ödeme, özel sigorta	
İsveç	Beveridge modeli	Vergiler	Cepten ödeme	
Finlandiya	Beveridge modeli	vergiler	Sosyal sigorta, cepten ödeme, özel sigorta	
İtalya	Beveridge modeli	Vergiler	Cepten ödeme, özel sigorta	1997 bismarck modelinden beveridge modeline geçiş
Almanya	Bismarck modeli	Sosyal Sağlık Sigortası	Kamu vergileri, cepten ödeme, özel sigorta	
Hollanda	Bismarck modeli	Zorunlu sosyal sigorta	Kamu vergileri, doğrudan ödemeler, gönüllü özel sigorta	
Lüksemburg	Bismarck modeli	Zorunlu sosyal sigorta	Kamu vergileri, cepten ödeme, özel sigorta	
Fransa	Bismarck modeli	Zorunlu sosyal sigorta	Kamu vergileri, cepten ödeme, özel sigorta	
Türkiye	Bismarck modeli	Zorunlu sosyal sigorta	Kamu vergileri, cepten ödeme, özel sağlık sigortası	

Kaynak: (WHO, 2012).

Gelişmiş ülkelerin kimisinin Beveridge, kimisinin ise Bismarck finansman modelini benimsemiş olmaları temel kaynaklarının da vergiler ya da zorunlu sigortalar şeklinde değişmesine neden olmaktadır. Buna rağmen her iki modelde de tamamlayıcı finansman modeli olarak özel sağlık sigortaları ve cepten ödemelerden de yararlanılmaktadır. Beveridge modeline göre finansman sağlayan ülkeler temel kaynak olarak vergileri kullanırken Bismarck modelini benimseyen ülkeler kamu vergilerini tamamlayıcı finansman olarak kullanmaktadır.

1.2.3.1. Ulusal Sağlık Hizmetleri Finansmanı

Ülkeler sağlık hizmetlerinin daha adil ve erişilebilir arzı için ülke genelinde toplanan vergiler ve devlet bütçesinin bir kısmını sağlık finansmanı için ayırmaktadır. İngiltere, İsveç, Kanada gibi gelişmiş ülkeler bu sistemi uygulamaktadır (Atabey, 2012).

Beveridge sağlık modelini uygulayan İngiltere ağırlıklı olarak hem vergi gelirlerinin bir kısmını hem de bütçeden belirli bir oranda payı sağlık sektörünün finansmanına ayırmaktadır (Powell, 2016). Bunun dışında küçük çaplı da olsa cepten ödeme ya da yüksek kazançlı kişilerin sigorta destek ödemeleri gibi finansman gelirleri de vardır. Bu ödemelerin bir kısmı özel sağlık hizmeti sunan kurumlara yapılan cepten ödemelerdir (Boyle, 2011). İngiltere’de sağlık sisteminin kontrolü Ulusal Sağlık Bakanlığı kontrolündedir. Finansman bakımından ayakta tedavi ve dış sağlığı hizmetleri ödemelerinin %20’si hariç tüm sağlık hizmeti bedavadır (Atabey, 2012).

İsveç’te finansman kaynağı vergiler, cepten ödemeler ve ulusal sosyal sigorta kaynaklarıdır. Genel finansmandan eyalet yönetimi sorumlu yaşlı, sakat ve psikolojik desteğe ihtiyaç duyanlar için sunulan hizmetlerin finansmanı ise yerel belediyelerce finanse edilmektedir. Ayrıca özel polikliniklerde cepten ödeme sistemleri de kullanılmaktadır fakat o kadar yaygın değildir. Buna benzer bir tutum isteğe bağlı özel sigorta uygulamasından yararlananlar için de geçerlidir (Çakır, 2016). Yirmi yaşın altındaki tüm vatandaşlar sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanmaktadır. Merkezi hükümet genel sağlık finansmanına desteğini her zaman yapmaktadır. Bu nedenle İsveç’te sağlık hizmetlerinin finansmanında devletin ağırlığı ciddi derecede hissedilmektedir.

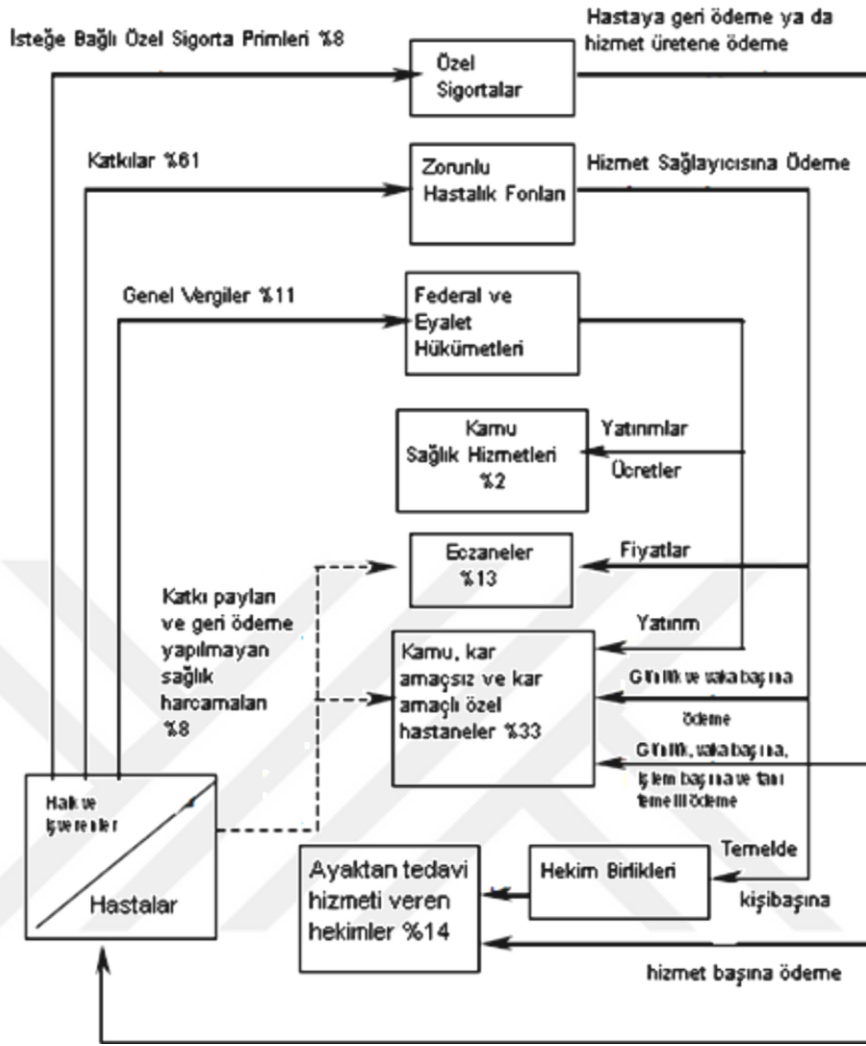
Finlandiya’da sağlık hizmetleri büyük oranda vergilerden finanse edilmektedir (Yıldırım ve Yıldırım, 2011). Gerek planlama ve gerekse arz hizmetleri yerel belediyelerce yürütülür. Devlet finansman konusunda büyük bir garantördür. Fonlara finansmanın sağlam amacıyla verilerin toplanmasında ve finansman sağlamada belediyeler önemli rol oynarlar fakat yine de merkezi yönetim tarafından desteklerle finansmanın etkililiği daha da artırılır. Uygulamada 15 yaş altı vatandaşlar sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanırlar.

İtalya genel olarak sağlık sistemini ulusal, bölgesel ve yerel kaynaklarla finanse etmek ve sağlık hizmetlerini vatandaşa ücretsiz sunmaktadır. Finansman kaynakları büyük oranda vergiler ve sosyal sigorta primleri olmak üzere işveren ve çalışandan alınan sigorta primleri, bütçe payları ve tüketici vergileridir. Genel Sağlık Sigortasının da kullanıldığı İtalya’da

sağlık ve ilaç giderlerinin eksik kalan ödemeleri ya özel sağlık sigortaları ya da cepten ödenmektedir. Özürlü olanlar bu uygulamadan muaf tutulurlar (Atabey, 2012). Son yıllardaki bölgesel yönetimlere finansman özerliği sağlanabilmesi amacıyla değişiklik yapılmış ve sağlık hizmetleri 20 ayrı bölge halinde yönetilmeye başlanmıştır. Bu tür kararların alınmasına ulusal finansman kaynaklarının ödemelerde sorun yaşaması ve ülke genelinde yükün paylaşılması amacıyla bölgesel ve yerel idarelere sorumlulukların yüklenmek istenmesinden kaynaklanmaktadır. Bu nedenle her ne kadar ulusal finansman modeli benimsenmiş olsa da gittikçe özel sağlık sigortası ve cepten ödeme modellerinin de kullanılmaya başlandığı görülmektedir (Yıldırım, 2004).

1.2.3.2. Sosyal Sağlık Sigortası Finansmanlığı

Hem sistem farklılığı hem de karakteristik gelişmişlik ölçeğine sahip bir diğer ülke Bismarck sağlık sistemi modelini uygulayan Almanya'dır. Sosyal Sağlık Sigortası uygulamasıyla sağlık hizmetlerinin finanse edilmesini ilk projelendiren ülke Almanya'dır (Öcek, 2007). Başlangıçta sadece genel sağlık hizmetlerinin finansmanını kapsayan Yasal Hastalık Sigortası zamanla iş görememe, ölüm, yaşlılık durumlarını da kapsamıştır. Oluşturulan fona 1/3 işveren, 2/3 çalışanın katkısı vardır. İkinci Dünya Savaşına kadar kısmen de olsa özel sağlık hizmetleri de bir şekilde sisteme dahil edilmiş olsa da, ilerleyen yıllarda tüm kontrol devletin elinde kalmıştır. 1990'lı yıllarda sağlık harcamalarını azaltma gündeme gelmiş ve kademeli olarak özel sağlık sigortalarının oranının artırılması, farklı hastalıklara karşı farklı sigorta uygulamalarının getirilmesi ve ülke genelinde cepten ödemeler de yaygınlaştırılarak harcamalarda tasarrufa gidilmesi yoluyla devlet yükünün azaltılması benimsenmiştir (Atabey, 2012).



Şekil 7. Almanya Sağlık Finansman Modeli

Kaynak: (European Observatory on Health Care Systems, 2000: 97).

Almanya'nın Bismarck modelini uygulama kararı ve başarısından sonra Avrupa'daki çoğu ülke bu modele geçmek için politika değişikliğine gitmişlerdir. Özellikle AB üyelik sürecinin de verdiği destekle model kısa sürede AB genelinde uygulanmaya başlanmıştır. Öncelikli olarak Belçika, Fransa, Birleşik Krallık, İrlanda ve İtalya sağlık sistemini finanse etmede Almanya'nın tecrübelerinden yararlanmışlar ve zorunlu sosyal sigorta uygulamasına geçmişlerdir (Yıldırım ve Yıldırım, 2011).

Hollanda'da sağlık hizmetlerinin finansmanında merkezi yönetim, iller ve belediyeler önemli rol oynarlar. Halen uygulanmakta olan Halk Sağlık Fonu gelir seviyesi belirli bir düzeyin altında olan herkesin sigortalı olmasını gerekli kılar (Çakır, 2016). Finansmanda kamu ve özel sigortaların birlikte kullanımı benimsenmiştir. Sağlık hizmetlerinin sunumu

özel kurumlarca yürütülmektedir. Sigorta kapsamı dışında kalan ödemelerde cepten ödeme ya da özel sağlık sigortaları tercih edilmektedir. Son yıllarda düşük gelirli vatandaşların sağlık harcamalarını karşılamak amacıyla geliştirilen zorunlu sağlık sigortası ile varlıklı kişilerin yaptırdıkları özel sağlık sigortalarının bir arada kullanımı entegre edilmiştir. Genelde özel kuruluşlarca yürütülen bu sistemde esas ama hizmet sunumundaki rekabeti artırmaktır (Mutlu ve Işık, 2012).

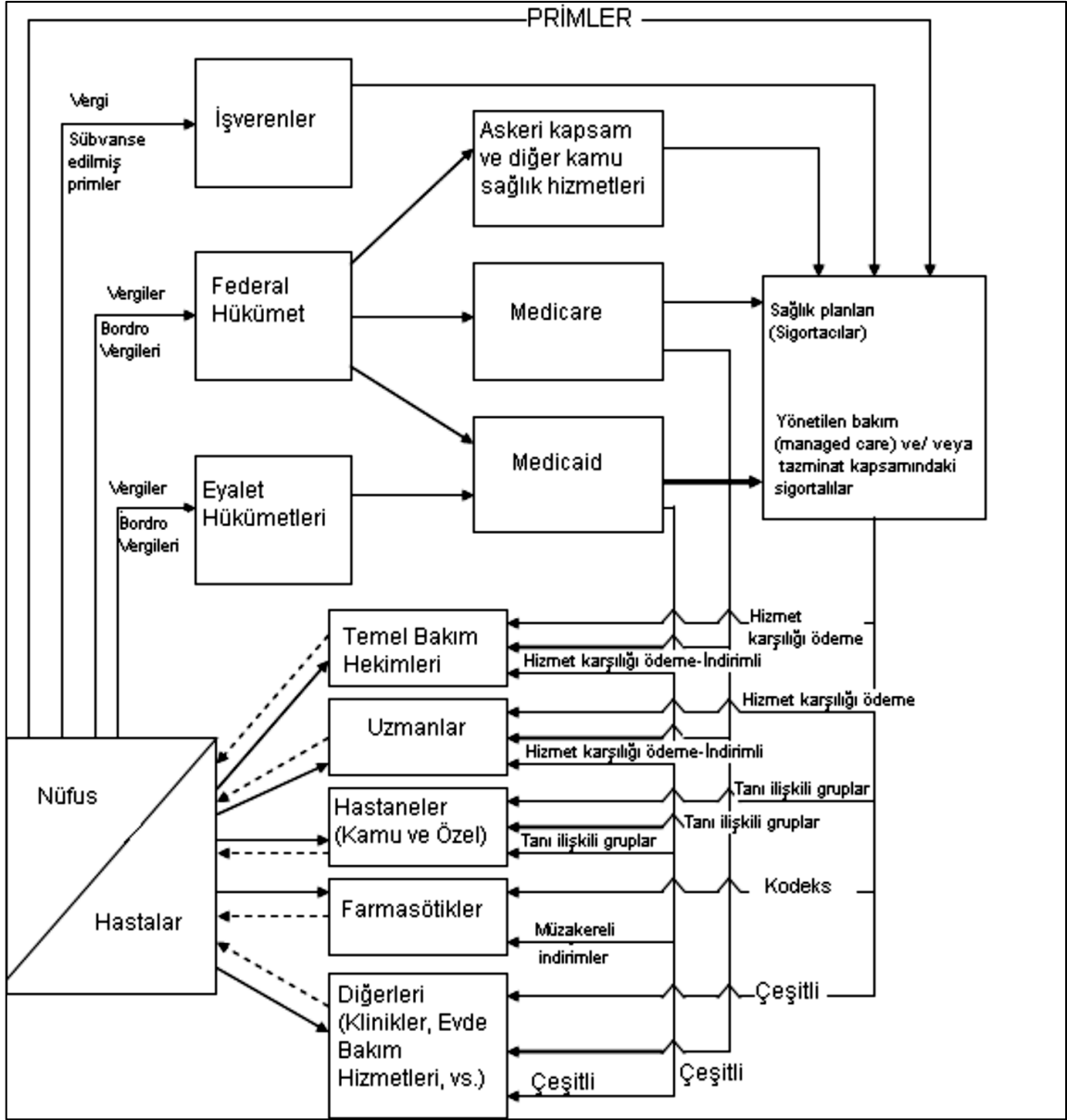
Lüksemburg diğer gelişmiş ülkelere nazaran çok daha farklı bir sağlık hizmeti sunan ülkedir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda büyük oranda özel sağlık kuruluşları ve hekimler görev almaktadır. Finansman olarak zorunlu, devlet bütçesi ve özel sigorta modelleri karışık kullanılır. Vatandaşın çoğu bazı hastalıklara karşı zorunlu sosyal sağlık sigortası kapsamında güvence altına alınmışlardır. Finansmanı ise işveren, işçi ve devlet ödenekleriyle karşılanır. Fakat özellikle öğrenci, engelli veya uzun süreli sağlık sorunu yaşayanların sağlık giderlerinin tamamı devlet tarafından karşılanmaktadır. Bu konuda diğer ülke uygulamalarından farklı olarak hasta önce kendisi cepten ödemekte, sonra bu bedeli devletten tahsil etmektedir (Yıldırım, 2004). Genelde tamamlayıcı sigortanın tercih edildiği ülkede devletin sağlık hizmetlerine karşılık finansmanı doğrudan bütçeye katkı şeklinde değil, kişinin gelirine katkı ödemeleriyle sağlanır (Çakır, 2016).

Fransız sağlık hizmetlerinin finansmanında zorunlu sağlık sigortasından yararlanılır. Bu şekilde nüfusun neredeyse tamamı sosyal güvence altına alınmış durumdadır. Devlet özellikle hastanelere ciddi destek sunar. Sağlık hizmetleri neredeyse yarı yarıya özel ve kamu sektörü olarak karma yapılıdır. Özel hizmet sunan kurumların yaklaşık üçte biri kâr amacı gütmeyenler. Fransa Lüksemburg'da olduğu gibi sağlık ödeneğini kişinin gelirine dahil ederek verir. Kişi önce sağlık hizmetinden yararlanır ve kuruma cepten ya da özel sağlık sigortasından ödeme yapar, sonra gidip devlet fonundan bu ödemenin %75'ini tahsil eder. Bu şekilde sağlık finansmanının %81'i kamudan gelmektedir (Sargutan, 2005). Zorunlu sağlık sigortası kapsamına giren nüfus oranı %99 civarındadır. Ayrıca zorunlu sağlık sigortasına ek olarak özel sağlık sigortaları da tercih edilmektedir ki, bunun da oranı %87 civarındadır. Ülkede gelir durumu düşük olan ya da herhangi bir sağlık sigortasınca sosyal güvenlik altına giremeyecek kadar durumu kötü olan kişiler toplumun yardımlarıyla sağlık giderlerini karşılamaktadır. Devletin sağlık hizmetlerini finansmanı veri kaynaklarının bir kısmını bütçeden pay olarak ayırmanın yanında bir de trafik sigortalarından belirli oranlarda kesintileri de kullanmaktadır.

1.2.3.3. Özel Finansman

Özel sağlık finansman modelinin en yaygın tercih edildiği ülke ABD'dir. Önceleri medicare ve medicaid uygulamasıyla harcamaların merkezi yönetimce karşılandığı, hem özel sağlık kuruluşlarının devletçe desteklendiği ve hem de cepten ödemeler yoluyla finansmanın karşılandığı bir sistem benimsenmişken, bugün daha farklı bir yapıya bürünmüştür (Atabey, 2012). Bireysel teşebbüsün yaygınlaştığı ülkede toplumun her kesimine ve etkili bir sağlık finansmanı sağlayamadığı için sıklıkla eleştiriler yaşanmıştır. Bu nedenle çoğu insan özel sağlık sigortalarını tercih etmiş fakat zamanla bu uygulama ihlalleri beraberinde getirmiştir. Özellikle ciddi sağlık sorunu olanlar ya da kronik rahatsızlığı olanlar kendilerine uygun bir sigorta güvencesi bulmakta zorlanmaktadır (Terzi, 2007; Bodenheimer ve Grumbach, 2005).

Çoğu gelişmiş ülkede toplumun hemen her kesimi sorunsuzca sağlık hizmetlerine ulaşabilirken, ABD için durum aynı değildir. Çünkü temel sağlık hizmetlerinin finansman kaynakları devlet tarafından, işverenlerce ve bireysel fon araçlarıncı karşılanmaktadır. Sistem olarak devlet memurları, yaşlılar, engelli ve düşük gelirliler ve çocukları devlet tarafından sağlık sigortası güvencesi altına alınmıştır. Bu gruptan yaşlı ve engelliler korunmaya muhtaç olarak nitelendirilmiş ve medicare programı kapsamında güvence altına alınmıştır. Geçim darlığı içinde olanlar ise medicaid sistemiyle desteklenmektedir.



Şekil 8. ABD Sağlık Hizmetleri Finansman Modeli

Kaynak: (OECD, Secretarial, 2003).

Genel yapısı itibariyle ABD’de uygulanan finansman yöntemi evrensel yapıya sahip değildir. Çünkü hem finansman kaynakları hem de sağlık hizmetlerinin üretimi, sunumu ve ayrıca sağlık kurum ve kuruluşlarına ait olan binaların büyük bir kısmı özel sektör yönetimindedir. ABD örneği her ne kadar devletin sağlık finansmanı ile ilgili ağır yük altında olduğu eleştirisine karşılık özel sağlık sigortacılığını savunanlar olumsuz bir örnek olarak durmaktadır (Atabey, 2012). Çünkü kamu destekli ya da vergilerle sigorta yoluyla

finansmanda maliyetler düşebiliyorken, özel sigortalarda maliyetler altından kalkılamayacak boyutlara ulaşabiliyor.

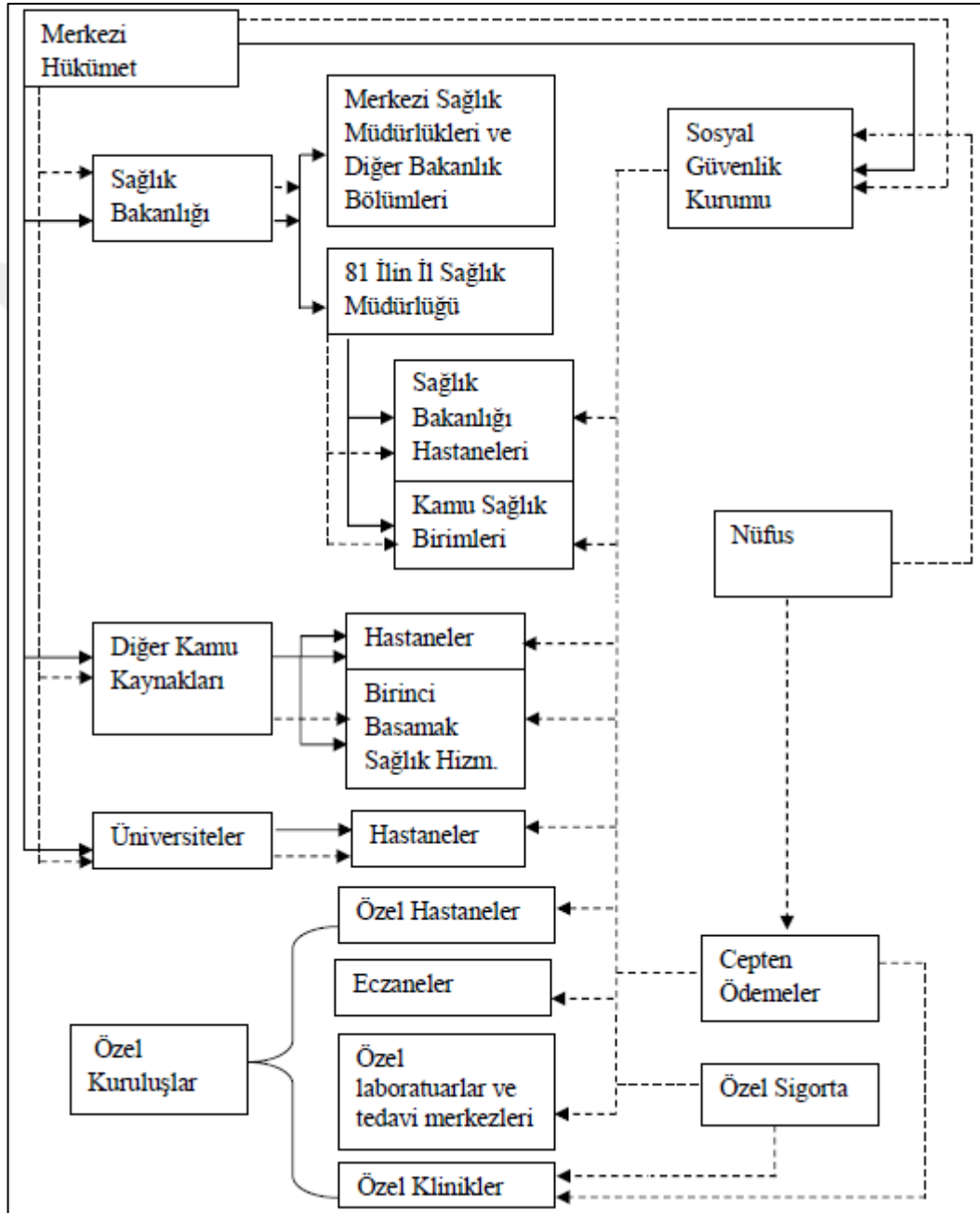
1.2.4. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yapısı

Türkiye sağlık sisteminde 2000’li yıllara kadar ciddi sorunlar yaşanmıştır. Özellikle kaynakların eşit dağıtımı ve sağlık hizmetlerine erişimde ve kapasite kullanımında yaşanan önemli aksaklıklar nedeniyle toplumun her kesimi sağlık hizmetlerinden tam yararlanamamıştır (Adıgüzel ve Özkan, 2013). Bu tür hizmet aksaklıklarının üstesinden gelmek amacıyla başta sağlıkta finansman sorunu olmak üzere yönetim ve organizasyonda yapılacak değişiklikleri sağlayacak ama sürdürülebilir bir sağlık finansmanı sağlayacak insan odaklı Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) geliştirilmiştir (Sülkü, 2011). Bilhassa sağlık harcamalarını disipline ederek hizmetin hakkaniyetli ve adil bir şekilde ülkenin her yöresine sorunsuz ulaştırmak, uzlaşmacı, gönüllülük esasına dayalı ve yerinden yönetimi benimseyen bir politika SDP’nin ana hedefleri arasındadır (Güvercin ve diğ., 2016).

Sağlık hizmetlerinin genel yapısındaki bu sistematik değişimlerden biri askeri ve güvenlik kurumlarına ait sağlık hastaneleri hariç diğerlerinin tamamı Sağlık Bakanlığı, ilerleyen yıllarda da finansmanla ilgilenen SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı gibi tüm sigorta kurumları Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) adıyla tek bir elde toplanmıştır (Özer, 2015). Böylece Türkiye sağlık sisteminde hizmetin sunumu ve finansmanı birbirinden ayrılmıştır. Çalışmayan, herhangi bir sağlık sigortası güvencesi olmayan kişileri de kapsayacak şekilde Genel Sağlık Sigortası (GSS) sistemi uygulanmaya başlanmıştır. Böylece toplum içinde sağlık sigorta güvencesi olmayan kimsenin kalmaması amaçlanmıştır (Sülkü, 2011).

GSS her Türk vatandaşı için zorunluluktur ve kişilerin tercihine bırakılmamıştır. Şu haliyle GSS fon kaynakları sosyal sigorta primleri, devlet katkısı, cepten ödemeler, vergiler ve isteğe bağlı ek sigorta primleridir. Bu nedenle denebilir ki, finansman yapısı karmadır (Atasever, 2014). Buna rağmen genel bir değerlendirme yapıldığında Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanında GSS modeli ağırlıklı yer alır. GSS’nin finans kaynağı sağlık sigortacılığından gelen primlerdir. Çalışan bir işçinin prim miktarı kazancının %12,5’idir. Bunun %5’, işçiden, %7,5’i ise işverenden kesilir. Ayrıca devlet %3 oranında katkı sunar (Akyel, 2006).

Finansmanda tamamlayıcı sağlık sigortacılığı da kullanılmaktadır. Eğer herhangi bir hastalık GSS kapsamında değilse ya da ödemelerin tamamını karşılamıyorsa veya kişi daha yüksek standartlarda bir sağlık hizmeti talep ediyorsa cepten ödeme yoluyla ya doğrudan ödeme ya da özel sağlık sigortalarıyla ödemesini gerçekleştirir (Özer, 2015). Uygulanan finansman biçimi genel görünüm itibariyle aşağıdaki şemada gösterilmiştir.



Şekil 9. Türkiye Sağlık Hizmetlerinde Finansal Yapı Akışı

Kaynak: (Tatar ve diğ., 2011: 39)

Yapılan tüm bu dönüşüm ve değişim programlarından sonra genel itibariyle bakıldığında Türkiye sağlık sisteminin finansmanında kamu bütçesi, genel sağlık sigortası, özel sağlık sigortası, cepten ödemeler ve kullanıcı katkıları yoluyla kaynak sağlanmaktadır.

1.2.4.1. Türkiye’de Kamusal Nitelikli Sağlık Finansmanı

Kamusal nitelikli sağlık finansmanı kamu çalışanları, emekli memurlar ve ödeme gücü olmayan ya da alacağı sağlık hizmetinin bedeli gelirin gereğinden fazla üstünde olanlar için geliştirilen yeşil karta tabi olanlar kamu sağlık sigortası uygulamasıyla güvence altına alınmışlardır. Fakat değer organizasyon yapısı ve gerekse birbirinden bağımsız gibi çalışan bu yapılarda finansmanın etkili yönetimi amacıyla tüm kamu sağlık sigortası güvencesi altına alınan GSS uygulamasıyla bir merkezden finanse edilecek şekilde birleştirilmiştir (İstanbuluoğlu ve diğ., 2010). Kamu destekli sağlık finansmanında ana finansman kaynakları sigortalar ve vergilerdir.

1.2.4.1.1. Türkiye’de Sosyal Sağlık Sigortacılığı

Toplumun tamamının sigortacılık yoluyla sağlık güvencesi altına almak var olan SSK, ES ve Bağ-Kur yapılarının birbirinden farklı ve bağlantısız çalışmaları nedeniyle son yıllara kadar hem toplumun tamamını kapsayacak bir sağlık güvenlik sistemi hem de verimli bir finansman yönetimi gerçekleşmemiştir (Yenimahalleli, 2007). Özellikle finansman sağlama ve elde edilen kaynakların daha etkin kullanımında yaşanan sorunlar nedeniyle ve toplumun tüm kesimlerini kendi karakteristikleri içinde farklılaştıran fakat uygulama itibariyle aynı finansman yollarından beslenen GSS sisteminin geliştirilmesi bu konuda önemli katkılar sunmuştur. Her ne kadar SGK bünyesinde birlikte faaliyet yürütseler de SSK, ES ve Bağ-Kur kendi içlerinde kendilerine has işleyişleri kullanmaktadır.

Bu kurumlardan SSK, kamu ve özel işverenlerin belirli sözleşmelerle iş akdi yaptıkları işçileri hastalıklara karşı sigorta kapsamına alma hizmeti sunar. Verilen bu hizmet aynı zamanda çalışanın eş ve bakmakla yükümlü olduğu çocuk ve anne-babalarını da kapsar (SSK, 2005). Bu kurumun finansman geliri çalışan ve işveren primlerinden ve az miktarda devlet katkısından oluşur. Belirli hastalıklar ve ilaçlar sigorta kapsamındadır. Sigorta kapsamı dışındaki hizmet ve ilaçlar cepten ödeme ya da özel sağlık sigortasıyla ödenir.

Kamu kurum ve kuruluşlarında devlet memuru statüsünde çalışanlar ise Emeli Sandığı kapsamında sağlık güvencesi altına alınmıştır. Başlangıçta memur ve yakınlarına sadece yaşlılık ve malullük durumlarını sigorta kapsamına alan kurum, daha sonra kurum sağlık hizmetlerini de kapsamaya başlamıştır. Gelirlerini devlet vergileri ve çalışanın aylık maaşının belirli bir kısmının kesinti yoluyla aktarılması, özel yatırım vergileri, faiz uygulamalarından elde edilen kesintiler oluşturur (Savaş, Karahan ve Saka, 2002). Sigortalı kişi ücretsiz sağlık hizmetlerinden yararlanır, kapsam dışı hizmetlerde cepten ödeme yöntemi tercih edilir.

Kamu destekli sigortacılık yoluyla sağlık sigorta güvencesi sağlayan bir diğer kurum Bağ-Kur'dur. Başkası üzerine kayıtlı herhangi bir iş yerinde ve devlet kurum ve kuruluşlarında çalışmayıp kendi hesabına çalışan ve ileriye yönelik bir emeklilik birikimi yapmak amacıyla kendi isteğiyle aylık belirli oranlarda ödeneklerle finanse edilen kurumdur. Kurum aynı zamanda sigortalının birinci derecede yakını olup bakmakla yükümlü olduğu kişileri de kapsam dahilinde tutmuştur (Yenimahalleli, 2007).

1.2.4.1.2. Türkiye’de Vergilerle Finansman

Sağlık hizmetlerinin belirli bir kısmı vergilerle finanse edilmektedir. Özellikle gelir durumu düşükler, ciddi sağlık sorunu olup da giderlerini karşılayamayacak kadar yüksek ücret ödenmesi gerekenler, yaşı küçük, şehit yakını ve gazilerin sağlık giderleri vergilerden sağlık bütçesine aktarılan paylarla finanse edilir (Tıraş, 2013).

Bu finansman yöntemlerinden biri “Yeşil Kart” uygulaması ile gerçekleştirilir. Bu uygulama sağlık hizmetlerinin bedelini ödeyemeyecek kadar gelir durumu düşük olan kişilerin tedavi giderlerinin devlet tarafından karşılanmasını kapsar. Bu imkandan yararlanan kişinin geliri, aile içi geliri çerçevesinde hesaplanır. Hesaplamaya sadece aylık nakdi geliri değil, onun yanında ayni, tarım ve kira gibi gelirler de dahil edilir. Yeşil kart uygulamasına dahil olan kişi aile geçindirmek durumunda ise bakmakla yükümlü olduğu kişiler de bu uygulamaya dahil edilir ve aldığı her sağlık hizmetinden ücretsiz yararlanır (Yenimahalleli, 2007).

Bu uygulama dışında askeri personelin vatani görevlerini yerine getirmeleri sırasında herhangi bir sağlık hizmetine ihtiyacı olması halinde bu hizmetin finansmanının tamamı da emekli sandığından karşılanır. Kimsesiz ve 65 yaşını doldurmuş maddi gücü yerinde

olmayanlar ise savaş gazilerinin de tüm sağlık giderleri devlet kurumlarınca karşılanır (Maliye Bakanlığı, 2005).

1.2.4.1.3. Türkiye’de Genel Sağlık Sigortası

Türkiye’de birbirinden ayrı şekilde finanse edilip yönetilen Sosyal Sağlık Sigortası, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur sigorta uygulamaları Genel Sağlık Sigortası (GSK) çatısı altında bir araya getirildiler. Genel kaynak tahsisinin yine eskisi gibi yapıldığı bu kararla ÷lke genelinde sağlık sigortası kapsamı altında girmemiş hiç kimsenin kalmaması amaçlanmıştır. 1968’den beri ÷lke gündeminde olan GSK bir yandan farklı sigorta akitleri ile herhangi bir sağlık sigortası kapsamında olanlar dışındaki herkesi zorunlu sağlık sigorta kapsamına almakla ödeme gücü olmayanları da kapsama dahil etmiştir. Böylece toplumun her kesimi kaynağını ister cepten ister devlet desteğinden alsın bir sağlık sigortası kapsamına girmiş olmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2014) (Tablo 14).

Tablo 14.
Genel Sağlık Sigortası Kapsamı Ve Katkı Oranları

Popülasyon Grubu	Kapsam Mekanizması	Katkı Kaynağı ve Oranı	Zorunlu veya Gönüllü Üyelik	Bağımlılar İçin Kapsam
Özel Sektör Çalışanları	Genel Sağlık Sigortası	%12,5 (%7,5 işveren ve %5 çalışan katkısı)	Zorunlu	Evet
Mavi yakalı Kamu Sektörü Çalışanları	Genel Sağlık Sigortası	%12 (%7 işveren ve %5 çalışan katkısı)	Zorunlu	Evet
Serbest Meslek, Esnaf ve Tüccarlar	Genel Sağlık Sigortası	Prim için temel olarak belirlenen gelirin %12'si	Minimum ücretten daha fazla geliri olanlar için zorunlu	Evet
Tarım İşçileri	Genel Sağlık Sigortası	Prim için temel olarak belirlenen gelirin %12'si	Minimum ücretten daha fazla geliri olanlar için zorunlu	Evet
Aktif Memurlar	Genel Sağlık Sigortası	Genel bütçe maaşın %12'si	Zorunlu	Evet
Emekli Memurlar	Genel Sağlık Sigortası	Emekliler aktif memurken katkı yaptığı için prim ödememektedir	Zorunlu	Evet
Aylık geliri asgari ücretin üçte birinden daha az olan vatandaşlar	Genel Sağlık Sigortası	Genel bütçe	Uygunluk testi konusu	Hayır
İşsizlik sigortası kapsamında olan işsizler	Genel Sağlık Sigortası	Genel bütçe	Uygun olduklarında	Hayır
Ülkede ikamet eden yabancılar	Genel Sağlık Sigortası	Prim için temel olarak belirlenen gelirin %12'si	Gönüllü	Hayır

Kaynak: (Tatar ve diğ., 2011)

GSS'nin genel karakteristik özelliği herkesi kapsamı, pirimli finansman uygulaması ve her türlü sağlık hizmetlerinin ilgili sigorta kurumu ya da uygulaması farklılığı gözetilmeksizin eşit bir şekilde hizmetlerden yararlanılmasıdır (Çakır, 2016). Sisteme göre herhangi bir yerde çalışmayan fakat aylık geliri asgari ücretin 1/3'ünden fazla olanlardan da aylık belirli oranlarda prim alınmak koşuluyla sigortalılık kapsamına alınmaktadırlar. Bu niteliğe sahip olup da geliri asgari ücretin 1/3'ünün altında olanlar, gaziler, bakıma muhtaç çocuklar, ülke yararına çeşitli sportif dallarda madalya sahibi olanlarla köy korucuları GSS kapsamına alınacak fakat giderleri devlet tarafından ödeneceği için tüm sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanacaklardır (Sağlık Bakanlığı, 2014).

1.2.4.2. Türkiye’de Özel Nitelikli Sağlık Finansmanı

Alınan sağlık hizmetinin bedelinin herhangi bir kamu sigorta ya da farklı bir uygulamaya tabi olmadan kendi imkanları ile doğrudan ödeme yoluyla finansman seçeneği Türkiye’de 1980’li yıllardan itibaren artan bir rağbet görmüştür (İstanbuluoğlu ve diğ., 2010). Kamu destekli sağlık finansmanı belirli hastalık ve ilaçları kapsıyor olması nedeniyle gelir düzeyi yüksek kişiler böyle bir engellemeyle karşılaşmamak ve gelir düzeyi düşük kişilerle eşit uygulamalarla sağlık hizmeti almayı kabullenememekte ve doğrudan cepten ödeme yöntemini tercih etmektedirler. Bu nedenle kamunun standart desteğiyle yetinmek istemeyenler özel sağlık sigortası güvencelerine veya cepten ödemeye yönelebilmektedirler. Buna rağmen özel sağlık sigortalarının olan güvenin az olması ve kişi başına gelirin düşüklüğü nedeniyle beklenen ilgiyi göremediğinden de bahsedilebilir (Orhaner, 2006).

1.2.4.2.1. Türkiye’de Cepten Ödemeler

Cepten ödeme yöntemiyle sağlık giderlerinin karşılanması kişilerin aldıkları sağlık hizmetinin parasal karşılığını doğrudan kendi cebinde ödemesi olarak bilinir. Herhangi bir sigorta ya da güvenlik söz konusu değildir. Cepten ödemeler doğrudan ödeme, kullanıcı katılım payı ve resmi olmayan ödemeler şeklinde çeşitlenirler. 1999-2004 tarihleri arasında OECD ülkelerinde %25 civarında kullanıldığı tespit edilirken, aynı yıllarda Türkiye’de %29 civarında kullanıldığı tespit edilmiştir (İstanbuluoğlu ve diğ., 2010).

Kamu ya da sağlık sigortası sağlık hizmetlerinin giderlerini belirli bir oranda ya da belirli ilaçların ücretlerini karşılamaktadır. Kamunun karşıladığı ücretin geri kalan kısmı katılım payı adı altında hastadan tahsil edilmektedir. Bu genelde ya muayene, ilaç veya malzeme giderleri şeklindedir. Tahsil yolu önceleri muayene anında hastaneler aracılığıyla yapılırken, artık eczanelerden ilaç temini esnasında kişiye tebliğ edilerek yapılan ödemelere yansıtılmaktadır (Çakır, 2016). Katılım payı sigortalı kişinin aldığı hizmete karşılık hizmetin sayısı, sunuluş biçimi, içeriği, hastalığın çeşidi ve varsa kullanılacak ilaç veya malzemeye, kişinin kendisi mi yoksa yakını mı oluşuna göre %10-25 arasında alınır.

1.2.4.2.2. Türkiye’de Özel Sağlık Sigortacılığı

Türkiye’de herkesin zorunlu genel sağlık sigortasına dahil olması nedeniyle bu sigortadan yararlanmayıp da ikame bir sağlık sigortasına dahil olmak kanunen mümkün değil. Ancak ek yani tamamlayıcı ya da isteğe bağlı sağlık sigortası yaptırılabilir (Çakır, 2016).

Kanunen imkânsızlık nedeniyle tamamlayıcı veya isteğe bağlı özel sağlık sigortaları genel sağlık sigortası kapsamı içinde kişinin ödemesi gereken pay tamamlayıcı veya isteğe bağlı özel sağlık sigorta kurumlarına fatura edilir (Sağlık Bakanlığı, 2014). Uygulamada yaşanan kanunu sorunlar nedeniyle özel sağlık sigortacılığı beklenen rağbeti görememiştir. Buna rağmen yine de oranı giderek artmaktadır. Genel itibariyle yüksek gelirli kişilerin özel hastanelerde sağlık hizmeti almak amacıyla başvurdukları bir sigorta türüdür. Finansman bakımından genel sağlık sigortasının kapsamı dışındaki sağlık giderlerinin kişiye bakan yönünü finanse etmek amaçlıdır ve bu nedenle de daha çok yüksek gelirlilerce tercih edilir (Türkiye Sigorta Reasürans ve Emeklilik Şirketleri Birliği [TSB], 2014). Sağlık Bakanlığı’nın 2014 raporuna göre finansal açıdan ciddi açıklar mevcuttur (Sağlık Bakanlığı, 2014). Bu nedenle özel sağlık sigortacılığının ya da tamamlayıcı sağlık sigortacılığının teşvik edileceği, bunu yapmak için genel sağlık sigortasının güvence kapsamının daraltılacağı ve bazı hastalık ya da ilaçların güvence dışında tutulacağı da belirtilmektedir. Bunun önemli bir sorun olarak dar gelirliler için ciddi sorun oluşturacağı düşünülmektedir.

1.2.5. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Değerlendirme Ölçütleri

Sağlık hizmetlerinin finansmanı sadece kaynak bulmak değil, kaynak oluşturmak ve dağıtmayı da dağıtırken adil ve herkesin sağlık hizmetlerine eşit erişimini sağlayıcı bir etki yapacak şekilde dağıtımını da kapsar. Önemli olan hizmetlerin finanse edilerek her kesimin sağlık hizmetlerinden yararlanmasını sağlamaktır. Burada tüm etken faktörler devreye girmektedir. Bu nedenle WHO (1993) sağlık finansmanının değerlendirilmesinde geçerli olan sağlık güvencesi, hizmete ulaşım, adalet ve gelirin yeniden dağıtımını, sürdürülebilirler ve verimlilik ölçütlerinin kullanılmasını benimsemiştir.

1.2.5.1. Sağlık Hizmetlerine Ulaşım Ölçütü

Sağlık hizmetlerinin sunumuyla ilgili ülkece hangi modelin benimseneceği ya da devletin neden sağlıkla ilgili bir politika geliştirmesi gerektiği her devlet için öncelikli cevaplanması

gereken bir soru olarak belirlenmiştir. Hiç düşünmeden “devletse, elbette vatandaşına sağlık hizmeti sunmak zorundadır” bakışının her devlet tarafından benimsendiği bir hakikattir. Ama sadece devlet tarafından bir finansmanın sağlanması ama özel ya da vatandaşın da katkısıyla ortam bir finansman modeli benimsenmiş olsun, her halükârda üretilen hizmetin zengin fakir, özürlü ya da sağlam her vatandaş için ulaşılabilir bir hizmet sağlaması beklenir. Bu nedendir ki, devletler sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğe anayasalarında yer vermişlerdir. Bu bakış açısının yaygınlaşmasında elbette Alma-Ata’da “herkes için sağlık” sloganıyla tüm dünyaya deklare edilen bildirgenin de etkisi büyük olmuştur (WHO, 2005).

Bir sağlık hizmetinin ulaşılabilirliği hem yeterli sağlık hizmetini arz etmek hem de bu hizmetleri alabilmek için herkesin ödeyebileceği makul bir fiyat politikası uygulamaktır. Dolayısıyla hangi hastalık olursa olsun bir risk olarak insan sağlığını tehdit ediyorsa, halkın bedelini ödeyebileceği bir tedavinin varlığı sebebiyle kendini güvende hissetmesi gerekir (Kutzin, 2001). Burada esas olan hastalığın finansal boyutunun insanlar için bir ödeme riski oluşturabileceğidir. Bu nedenle finansal güvence kapsamının neleri kapsadığı önem arz eder. Kapsamın genişliği yanında elbette derinliği de önemlidir. Maliyeti büyük bir hastalığın tedavisi sosyal güvence kapsamında olabilir fakat bireysel katkı oranının yüksekliği ya da önce vatandaşın ödeyip sonra devletten bunu tahsil edecek olması sağlık finansmanının ulaşılabilirlik bakımından etkinliğine zarar verir. Bu açıdan cepten ödemelerin ciddiyetle ele alınması finansmanın etkililiğini ölçme de önemli bir gösterge olarak dikkate alınması gerekir (Mossialos ve Dixon, 2002). Sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği tüm sağlık sorunlarının her şartta ortak bir havuzdan çözülebilirliğini sağlayan bir finansman modeline bağlıdır.

1.2.5.2. Sağlık Finansmanında Adalet Ölçütü

Sağlık hizmetlerinin sunumunun devlet güvencesinde olması ve devletin her vatandaşına karşı adil yani kimseyi kimseden ayırmadan ve kayırmadan eşit şartlarla hizmet sunmasını gerektirir. Bu nedenle ahlaki bir kavram olan herkesin katkısının olduğu bir hizmetten yararlanırken kimsenin hakkına gasp etmeden yararlanmak, bir diğer ifadeyle hakkı olanı almak finansmanın eşit paylaşımını ifade etmektedir. Bu konu ister Marksist bir yaklaşımla ödeme gücüne göre bir katkı ya da ihtiyacına göre sağlık hizmeti sunumu veya liberal bir bakışla herkesin daha iyi yaşamak için gerekli imkanlardan yararlandırılması gerektiği fikri

benimsensin sağlık hizmetlerinin finansal açıdan adilce yönetilmemesi ciddi sorunlara neden olmaktadır (akır, 2016).

Bu değerlendirmeler ışığında hem adalet kavramı hem de sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı düşünüldüğünde günümüz insani gelişmişlik ölçütleri bakımından liberal ve Marksist bakışın adil bir finansman yönetimi için benimsendiği düşünülebilir. Toplum bireyleri arasında eşitlik, adalet ve hakkaniyet ilkelerine ağırlık veren Avrupalı birçok ülkenin eşitlikçi finansman modelini, herkesin yaşamak için özgürce ihtiyacı olan şeyi alabileceği düşüncesiyle gelişen liberal finansman modelinin ise ABD tarafından uygulandığı değerlendirilebilir (WHO, 2000).

1.2.5.3. Sağlık Finansmanında Sürdürülebilirlik Ölçütü

Önemli olan geliştirilen bir projenin ya da uygulamaya konulan bir politikanın ne kadar etkili olduğu ya da cazip olduğu değildir. Sosyal yapılarda bu türden değişimlerin sık yaşanması hem kaosu hem de organizasyon sorunlarını da beraberinde getirir. Dolayısıyla finansal politikaların devam eden yıllarda da uygulanabilirliği ve faydalılığı dikkatle incelenmelidir. Bu açıdan bakıldığında devlet güvenesiyle yönetilen sağlık sistemleri çoğu kez siyasal iradenin değişmesine bağlı olarak sık sık değişebilmektedir. Bunun bir başlangıç değil, zaten kötü giden bir finansal yönetimin düzene konuşmak istenmesinden kaynaklandığı da düşünülebilir. Her durumda geliştirilen finansman politikasının sürdürülebilir yani ileriki dönemler için de halka eşit, adil ve etkili bir sağlık hizmeti sunumu için geçerli reçeteler sunabilir olması önemsenir (Mossialos ve Dixon, 2002).

Finansal sürdürülebilirliği elbette ülkenin ekonomik gelişmişliği, vatandaşların satın alma güçleri ve gelir durumları, işgücü potansiyeli, sigorta şirketlerinin varlığı ve güçleri, toplumun eğitim düzeyi ve istihdam modelleri gibi etkenler sayılabilir. Kamu sigorta fonlarının devlet bütçesinin azaldığı sebebiyle daralmaya gideceği bu nedenle bazı ilaç ve hastalıkların güvence kapsamı dışına çıkartılacağına ilişkin alınan kararların altında yatan sebep sürdürülebilirlik özelliğinden kaynaklanır. Bilhassa gelişmemiş ülkelerin yeterli finansal kaynaklarının oluşmadığı düşünülürse yaşanan sorunların nedenleri daha rahat anlaşılabilir (akır, 2016). Ekonomik krizler gibi sosyal krizlerin ve toplumsal şehirleşme hareketlerinin artması sürdürülebilirliğe ciddi zarar vermektedir (Saltman ve Figueras, 1997).

Sağlık hizmetlerinin taleplerinde anlık ve önceden kestirilemezlik özelliği her zaman etkisini gösterir. Toplumsal yapıdaki yaşlanma, ömür uzaması, genç nüfusun artıp azalması, nüfus artışıdaki hız, ölüm oranlarındaki ani değişimler gibi demografik değişikliklerden, ekonomik gelişmeler nedeniyle alım gücü ve sağlık hizmetlerinin talebinde azalma, çeşitli salgın veya çağa bağlı öngörülemeyen rahatsızlıkların yaygınlaşması gibi etmenler hekime başvurma sayısını olumlu ya da olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle bir ülkedeki hem siyasal yapı hem toplumsal yapı ve hem de coğrafi yapılardaki her tür değişim sağlık hizmetlerinin finansmanındaki sürdürülebilirlik önünde ciddi bir tehdit oluşturmaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002).

1.2.5.4. Sağlık Finansmanında Verimlilik Ölçütü

WHO (1993) sağlık finansmanındaki verimliliği finansal yönetimde kullanılan kaynakların miktarıyla, sağlık hizmetlerinin mümkün oldukça en düşük maliyetle karşılanarak teknik açıdan ve farklı sağlık birimleri arasında kaynağın etkin dağılımıyla açıklamaktadır. Dolayısıyla verimlilik ölçümlerinde kaynak tahsisi ve teknik verimlilikler önem kazanmaktadır. Kaynak tahsisi aslında talep edilen sağlık hizmetinin tedavi sununda karşılanmış olmasıyla ilgilidir. Fakat bu mantıkla düşünüldüğünde sağlık hizmetlerinin gün değişkenlerinin kaynak tahsisinden etkilenmesi gerekirken ve birine yapılan kaynak tahsisinin diğer alanlarda hemen etkisinin olması gerekirken, yapılan araştırmalarda bu yönde bir ilişki bulunamamıştır (Mossialos ve Dixon, 2002). Yani ilaç fiyatlarının azaltılması hekime müracaat sayısına, hastanelerde yatak sayılarının artırılmasının ilaç satışlarının artmasına etkisi bir etkiden söz edilememektedir.

Teknik verimlilik sunulan hizmetlerin birim maliyetini düşürmek koşuluyla gerekli hizmetin sunulmasını ifade eder (Çakır, 2016). Yani bir hastanede çalışan doktorlar ve hemşirelerin ya da pratisyen hekimlerle, hasta bakıcıların hangi sayı oranında istihdam edilmesi halinde maliyetin düşebileceği fakat faydanın düşmeyip belki de yükselebileceği önemli görülür. OECD ülkelerinde doktor ve hemşire oranları üzerinde yapılan bir araştırmada fazla hizmet talebi durumlarında doktorların hemşirelerin açıklarını kapattıkları, bunun da girdi finansmanını düşürdüğü tespit edilmiştir (OECD, 2000).

1.3. Alanda Yapılan Araştırmalar

Gülay (2017) Türkiye ve İngiltere sağlık sistemlerini sağlık hizmetlerinin finansmanı bakımından değerlendirmiştir. Analitik olarak karşılaştırma yaklaşımıyla yapılan analizde gelişmiş ülkeler arasından İngiltere ve gelişmekte olan Türkiye de dahil dünya genelinde sağlık harcamalarının giderek daha da arttığı ve artan talep ve maliyetlerin karşılanması amacıyla yeni finansman arayışının devam ettiği tespiti yapılmıştır.

Ünsal (2016) AB ülkeleri ise Türkiye'nin sağlık sistemini incelediği çalışmasında sağlık harcamalarına özel bir başlık ayırmıştır. Araştırma sonucunda Türkiye'nin bebek ve anne ölümlerinde ilk sıralarda yer almasına karşın sağlık harcamalarında en son sıralarda olduğu tespit edilmiştir. Gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerinin niteliğinin artması nedeniyle insan ömrünün uzamasına bağlı olarak yaşlılık dönemi hastalıklarındaki artışa ve ayrıca uyuşturucu v.b. nedenlerden dolayı sağlık harcamalarının daha da arttığı gözlenmiştir. Koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine, sağlığa ayrılan payın artırılmasına yönelik kapsamlı adımlar atılması gerektiği aksi halde uzun vadede temel sağlık göstergelerinde ciddi sorunlar yaşanacağı tespit edilmiştir.

Çakır (2016) yaptığı "Türkiye ve Avrupa Birliği'nde uygulanan sağlık finansman politikalarının değerlendirilmesi" konulu araştırmada sağlık finansmanı bakımından ülkelerin maliyeti paylaşma ve sınırlandırma çabası göttüklerini tespit etmiştir. Finansman politikalarında özelleştirmenin desteklediği fayda yerine kar kavramının daha öne çıkarıldığını tespit etmiştir.

Güvercin ve arkadaşları (2016) tarafından "Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)" konulu araştırmasında SGK'nın tüm sosyal güvenlik araçlarını tek bir çatı altında toplamasının olumlu bir etki oluşturduğunu fakat harcamalardaki artışlar nedeniyle gelir ve gider dengesinin yapılamadığı ve sürekli açık verdiğini tespit etmişlerdir. Uygulama nedeniyle toplumsal sağlık bilinç ve kişi başı gelirdeki artışların SGK uygulamasına olumlu katkı sunduğu, fonda toplanan gelirlerin yaşanan sorunları gidermekte ve sürdürülebilir finansman bakımından yetersiz kaldığı değerlendirilmesi yapılmıştır. Açıkların devlet katkılarıyla giderilmeye çalışıldığı bu nedenle sürdürülebilir finansman için yeni araçlara ihtiyaç olduğu vurgulanmıştır. Aile hekimliğinde güvenilirliğin artırılması, birinci basamak sağlık hizmetlerinde sevk hızı ve etkinliğin artırılması, kayıt dışı istihdamın önüne geçilmesi, prim ödemelerindeki aksaklıkların giderilmesi, katılım paylarının bir

finansman aracı olarak değil de, sistemin gereksiz yararlanmaların önüne geçebilme amacının kuvvetlendirilmesi gerektiği tespiti yapılmıştır.

Güler (2016) “Sağlık hizmetlerinde kamu-özel ortaklığı modeli (Bursa ili örneği)” konulu çalışmasında bazı kamu sektörüne ait kurum ve kuruluşların tam etkin kullanılmadığı bu nedenle finansmanda verimlilik ilkesinin zarar gördüğü, bu nedenle kamu ve özel sektör ortaklığı modelinin bu tür verimlilik ve sürdürülebilirlik sorunlarını giderebileceği değerlendirilmesi yapılmıştır.

Özer (2015) “Türkiye sağlık sisteminde finansal sürdürülebilirlik: paydaş görüşleri ve değerlendirmeleri” başlıklı araştırmasında paydaşların Türkiye sağlık sektörünün finansal açıdan sürdürülebilir nitelik taşımadığı görüşü belirlenmiştir. Koruyucu hizmetlerin sunumunda ciddi sorunlar yaşandığı, bu nedenle kaynak kullanımında ciddi seviyede gelişen sorunların çözümü için sevk sisteminin yeniden canlandırılması gereğine vurgu yapılmıştır. Finansal sürdürülebilirlik ciddi siyasi/politik baskılarla risk taşımaktadır. Finansal yapının kaynak tasarrufu sağlayacağı, kayıt dışı ekonomiye olumlu etki edeceği fikri desteklenirken, sağlık finansmanında özelleştirmenin sağlanacağı fikrinin pek destek görmediği tespit edilmiştir.

Sungur ve arkadaşları (2013) Türkiye sağlık sisteminin SWOT analizini yaptıkları çalışmada yabancı sağlık yatırımcılarının Türkiye’de yatırım yapmaları, sağlık turizminin politika olarak benimsenmiş olması ve özel sağlık kurumlarının sayılarının artmasını sağlık finansmanın güçlü yönü olduğu tespit edilmiştir. Sağlık sunumlarında kapasite yükünün fazlalığı, sağlık personelinin niteliksizliği, özel sağlık kurumları hizmet sunumlarında yatırıma yönlendirilmiyor olması zayıf yönlerdir. Uluslararası yatırımcıların gelmeleri, artan özel sağlık sigortaları sayesinde özel sağlık sektörünün finansmanca kuvvetlenebileceği, AB’ye üyelik sürecinin sağlıkta finansman sorunlarının olumlu katkı sunacağı ise birer fırsat olarak değerlendirilmektedir. Özel sektörde kaynak yetersizliğinin hizmet sunumunda düzensizliğe, rekabet artışı nedeniyle âtl kapasite oluşacağı, gelişen teknolojiler nedeniyle hem hizmet sunumunun hem de maliyetin daha da pahalanaacağı sebebiyle finansmanda sıkıntı yaşanacağı, artan nüfus nedeniyle talep artışı nedeniyle yeni kaynaklara ihtiyaç olacağı ise birer tehdit olarak belirtilmiştir.

Atabey (2012) genel sağlık sistemlerini incelediği çalışmanın bir başlığını sağlık hizmetlerinin finansmanına ve ayrıca Türkiye’nin sağlık finansmanı modeline özel başlık

ayırıştır. Yapılan araştırma sonucunda Türkiye’de ve gelişmiş ülkelerde sağlık harcamalarının arttığını, Türkiye’de kamu harcamaları oranının 1995-2009 yılları arasında %10-12 oranında değişmeden aynı kaldığını, buna mukabil özel sağlık harcamaları oranının azaldığını tespit etmiştir. Özel sağlık harcamaları içinde cepten yapılan harcamaların oranları ise %100’den %64,7’lere kadar düştüğü belirlenmiştir. Kişi başı sağlık harcamaları ise aynı yıllar aralığında dokuz kat artmıştır. Tüm gelişmiş ülkeler, Türkiye ve dünyada kişi başına sağlık harcamalarında artışlar olduğu, bunun da sağlık sigortası kapsamının genişletilmiş olmasıyla, gelir durumunun artmasıyla ve genel yaşlılığın artmasıyla açıklamışlardır. Türkiye ile gelişmiş ülkelerin sağlık harcamaları karşılaştırıldığında Türkiye’nin düşük seviyede gerçekleştiği ve sosyal güvenlik kurumunun artarak devam eden açık verme durumunun devam ettiği tespit edilmiştir. Çoğu finansman sorunun SGK’nın hantal yapısından kaynaklandığı sonucuna varılmıştır. Türkiye’de cepten ödeme sistemi farklı gelir durumlarına rağmen eşit ödeme miktarları şeklinde yürütülmektedir. Bu da sistemin önemli bir eksikliği olarak finansmanın adil yürütülmemesine sebep olmaktadır.

İstanbuluoğlu ve arkadaşlarının (2010) sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri analitik yöntemle analiz edilmiştir. Çalışmada Türkiye ve gelişmiş ülkelerde sağlık sistemlerinin finansmanları ve tercih ettikleri yöntemler karşılaştırmalı olarak değerlendirilmiştir. Ülkelerin bir yandan kendi finansman modellerini uygularken bir yandan da ihtiyaç duyulan anda gerekli sağlık hizmetlerine en iyi nasıl ulaşılacağına çabası içinde oldukları, finansman mekanizmalarının sağlık harcamaları riskine karşı insanı korumaya yönelik olduğu değerlendirilmiştir. Araştırmada her ülkenin finansman için izlediği yolun benimsediği sağlık sisteminin ve esnekliğinin durumuna göre değiştiği, çoğu ülkede sağlık hizmetlerini pahalılığının insanları yoksullaşmaya ittiği, buna karşın hükümetlerin hala yeterli fonu nasıl karşılayacakları konusunda arayış içinde oldukları tespit edilmiştir. Bu nedenle ülkelerin öncelikle finansmanın verimliliği üzerinde durmaları gerektiği sonucuna varmışlardır. Türkiye’nin Almanya ve Fransa gibi gelişmiş ülkelere göre cepten ödemeleri yüksektir.

Yenimahalleli (2007) “sağlığın finansmanı ve Türkiye için sağlık finansman modeli önerisi” konulu çalışmasında işsizlik sigorta kapsamının dar olduğunu ve bu nedenle gerekli korumayı sağlamadığı, nüfusun büyük bir kısmının sağlık sigortası kapsamında olmasına karşın hizmete erişimde sorunlar yaşandığı tespit edilmiştir. Sigorta kapsamının her geçen gün daha da daraltılmaya çalışıldığı bunun da cepten ödemeleri artırdığı gözlenmiştir.

Cepten ödemelerin %73'ünün doğrudan cepten ödeme olduğu, bunun da kamu ya da özel sağlık sigortası güvencesinin yetersiz kalması sonucu olduğu değerlendirilmektedir. Tedaviyi yarıda kesme nedenleri arasında yeşil kartlılarda %93, sigortalılarda ise %73 oranında maddi yetersizlikler olarak belirtildiği tespit edilmiştir.

Orhaner (2006) Türkiye'nin uyguladığı sağlık finansmanı ve genel sağlık sigortası uygulaması üzerine yaptığı bir araştırmada finansmanın genel sağlık sigortası çatısı altında toplanmasının gelişmiş ülkelerdeki gibi hizmetin tüm vatandaşlara ulaştırılacağına yönelik olumlu bir kanaat oluşturduğu değerlendirilmiştir. Araştırmaya göre aile hekimliği uygulamasıyla gereksiz yere hastane masraflarının önlenmesi sistemin olumlu yönünü göstermektedir.

Aktan (2004) Türkiye sağlık sisteminin SWOT analiziyle ilgili araştırmasında sistemin finansmanına yönelik tespitlere de yer vermiştir. Olumlu yön olarak ileriye yönelik hizmetlerin sağlıklı yürütülebilmesi için gerekli alt yapının varlığına dikkat çekilmiştir. Yeni hastane ve hekim yetiştirilmesine yönelik yatırımların olumlu sonuçlar verdiği vurgulanmıştır. Zayıf yönleri olarak merkezileşme belirtilmiş, yetişmiş profesyonel sağlık personeli eksikliği, düşük bütçe payı, kurumlar arası eksik koordinasyona bağlı kaynak israfı, performans ve verimlilik değerlendirme mekanizması eksikliği, personel yetiştirme için ayrılan kaynakların etkin kullanılmadığı tespit edilmiştir. Teknolojik yatırımlar planlı yürütülmemekte, sağlık merkezleri ve hastanelerde döner sermaye artırmak amacıyla gereksiz tahlillerin harcamaları artırdığı, verilen hizmetin bedelini tahsil edecek mekanizmaların çalışmalarında eksiklikler olduğu tespit edilmiştir. Fırsat olarak AB üyelik sürecinin sağlıkta istenen niteliğin yakalanmasına neden olabileceği, AB üyeliğine göre yetişmiş personelin ülke dışında istihdam imkanına kavuşabileceği, araştırma, inceleme ve finansman ihtiyacı için yeni kaynakların oluşturulabileceği vurgulanmış, GSS nedeniyle sağlık güvencesinin tüm ülke genelinde yaygınlaşabileceği belirtilmiştir. Sağlık finansmanının önündeki tehditler bakımından ise planlı yapılmayan yatırımların gelecekte bir soruna dönüşeceği, kentleşmeye bağlı olarak yeni sağlık hizmetlerinin finansmanında yeni kaynakların araştırılması gerekeceği, yaşam imkanlarının artması nedeniyle yaşlı nüfusun da artacağı buna bağlı yeni sağlık giderlerinin yük oluşturacağı, aynı zamanda artan yoksulluğun yeni sağlık sorunları oluşturacağı ve talepleri karşılayacak finansal kapasitenin sorun yaşayacağı tahmin edilmektedir.

Savaş (2002) TÜBİTAK 2023 Vizyon çalışması kapsamında sağlıkla ilgili yaptığı SWOT analizinde eksik finansmanlara rağmen sağlık hizmetlerinin talepleri karşılayabildiğini, döner sermaye sisteminin sağlıklı işlediğini ve reel para akışının sağlandığını, finansman da dahil olmak üzere sağlık hizmetlerinde gelişmiş ülkelerde bile sağlanamayan merkeziyetçi yapının varlığını, Türk toplumunda sakat ve yaşlıların geleneksel kültür nedeniyle aile içinde bakıldığını bunun da sistemi ek bir yükten kurtardığını finansmanın güçlü yönleri olarak değerlendirmiştir. Finansmanın zayıf yönleri ise merkeziyetçi yapı nedeniyle politik etkilerin etkisiyle kaynak israfı, çeşitli sebeplerden dolayı süregelen bütçeden sağlığa ayrılan payın düşük olduğu, sektörün %41 olan kamu desteği iş verimliliği düşük personel ihtiyaçları gibi, atıl alanların finansman ihtiyacı için kullanılması, TBMM ve askeri kurumlar gibi yüksek devlet kurumlarının sağlık harcamalarının tam olarak belirlenememesi, finansman yönetiminde nitelikli kişi istihdamının yapılmaması şeklinde belirtilmiştir. Finansmanın önünde en büyük fırsatın yeni kaynaklar sağlayacak olan AB üyelik süreci olduğu belirtilirken, bu yaklaşmanın Türkiye lehine kaynak akışını sağlayacak sağlık turizmini geliştireceği vurgulanmıştır. Sistemin önündeki büyük tehditler olarak politik etkiler nedeniyle kamu kaynaklarının gereksiz harcanacağı, bütçeye ciddi borç olacağı, gelişmiş ülkelerde olduğu gibi Türkiye’de de yeni sağlık teknolojilerinin yüksek harcamaları artıracığı ve sadece hekim sayısı üzerinden planlanan personel yetiştirme programlarının verimsizliği nedeniyle hem kaynak israfı hem de gelecekte bu sorunların çözümü için ek bir finansman arayış riski oluşacağı belirtilmiştir.

BÖLÜM 2: YÖNTEM

Bu bölümde araştırma modeline, çalışmanın materyali, verilerin nasıl toplandığına ve nasıl analiz edildiğiyle ilgili bilgiler yer almaktadır.

2.1. Araştırma Modeli

Bu çalışmada, Türkiye ve gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerinin finansman durumlarının tarama modeliyle belirlenmesi ve elde edilen sonuçların karşılaştırmalı betimsel analiz teknikleriyle analiz edilmesi amaçlanmıştır. Veriler literatür tarama tekniğiyle elde edilmiş, doküman incelemesi tekniği ile analitik analize tabi tutulmuştur. Doküman incelemesi “araştırılması hedeflenen olgu veya olgular hakkında bilgi içeren yazılı materyallerin analizini kapsar” (Yıldırım ve Şimşek, 2013: 217). Bu tekniğe göre kaynaklar incelenir, elde edilen bulgular sistematik hale getirilir ve anlamlı değerlendirmeler yapılır (Ekiz, 2009). Verilerin analizinde SWOT analizi tekniğinden yararlanılmıştır.

2.2. Çalışma Materyali

Çalışma materyali olarak sağlık hizmetlerinin finansmanı ile ilgili kuramsal ve uygulamalı veriler için yazılı kitap, makaleler, rapor, çalışma, dergi ve diğer veri kaynaklarından yararlanılmıştır. Özellikle rapor ve uygulama sonuçlarıyla ilgili kaynakların son yıllara ait olmasına dikkat edilmiştir.

2.3. Verilerin Toplanması, Analizi ve Yorumlanması

Verilerin Toplanması

Veriler literatür tarama tekniğiyle kütüphane, arşiv, internet ve sağlık hizmetleri alanında kurumsal yayın ve raporlardan elde edilmiştir. Öncelikle araştırmanın kapsamı belirlenip bu kapsam için gerekli kuramsal bilgi kaynaklarına erilerek karşılaştırma amacıyla finansman kalemlerine ait veriler raporlandırılmıştır.

Verilerin Analizi

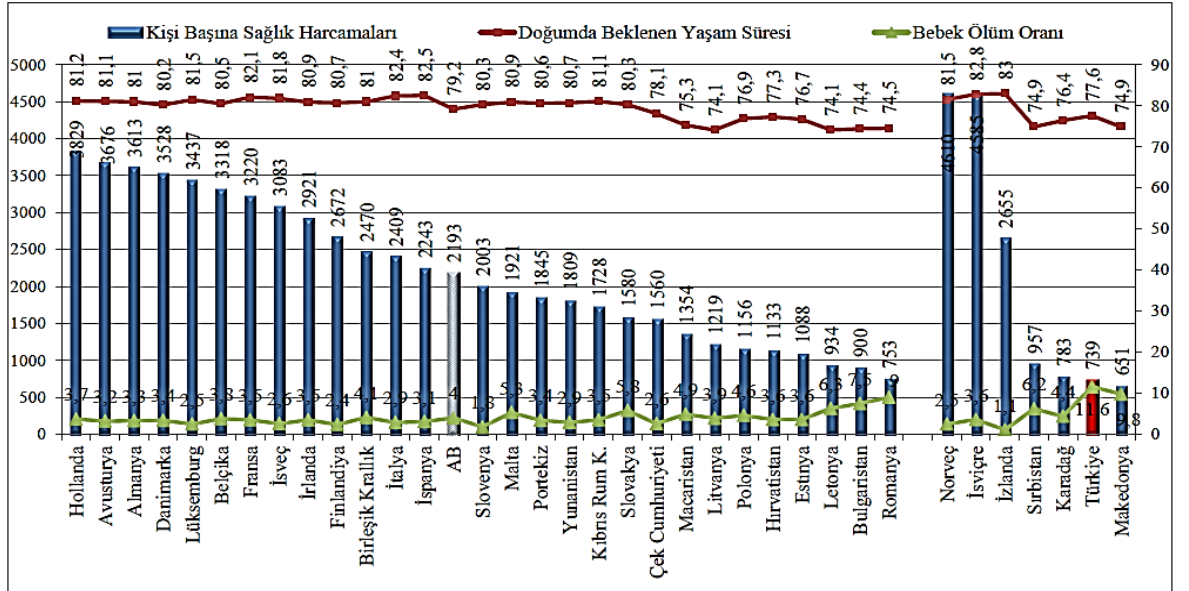
Elde edilen veriler betimsel analiz yoluyla açıklanmaya çalışılmış, Türkiye ve gelişmiş ülkelere ait finansal verileri karşılaştırmalı SWOT analizi tekniğiyle değerlendirilmiştir.

BÖLÜM 3: BULGULAR, YORUM VE TARTIŞMA

Sağlık hizmetlerinin sunumunda gerekli finansmanın sağlanması sadece bir kaynak oluşturma değil, aynı zamanda kaynakların yerinde kullanımını ve yönetimini de kapsamaktadır. Ülkelerin sağlık sistemleri ve finansman güçleri gelişmişlik ölçütlerine göre değişiklik gösterir. Büyük oranda ekonomik güçle kendini gösteren sağlık finansman boyutu toplumsal yaşam kalitesini ve devletin vatandaşına sağlık güvencesi sunumunu da göstermesi bakımından önemli bir gelişmişlik ölçütü olarak bilinir. Kuramsal anlamda analiz edilen veriler hem gelişmiş ülkeler hem de Türkiye’de sağlık finansmanının boyutlarını belirlemeye ve elde edilen veriler yardımıyla sistemin güçlü, zayıf, fırsat ve risk/tehditlerini ortaya koyma imkanı vermektedir.

Bu nedenle öncelikle gelişmiş ülkelerde ve Türkiye’de finansmanın genel durumunun ortaya konulmasına, ondan sonra SWOT analizine başvurulmuştur.

3.1. Gelişmiş Ülkelerde ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Mevcut Finansman Durumları OECD raporunda gelişmiş ülkelerin de içinde olduğu sağlık statüleri ve harcamalarına ilişkin değerler incelendiğinde kişi başına sağlık harcaması yüksek olan ülkelerde doğumda beklenen yaşam oranı yüksek çocuk ölüm oranı ise düşüktür (Grafik 16).



Grafik 16. Ülkelerin Sağlık Statüleri İle Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması

Kaynak: (OECD, 2014: 17, 31, 121).

Türkiye'nin gelişmiş ülkelere göre kıyaslamasına bakıldığında Türkiye hem kişi başına düşen sağlık harcamasında hem doğumda beklene yaşam oranında hem de çocuk ölümleri konusunda listenin en olumsuz köşesinde yer almaktadır. Gelişmiş ülkelerin kişi başına en yüksek harcamayı yaptıkları bu nedenle doğumda yaşam beklentisi yüksek, bebek ölümlerinin ise en az yaşandığı ülkeler oldukları görülmektedir. Elbette bu verilerin bu şekilde oluşmasında sağlık finansmanının hangi kaynaklarca sağlandığıyla büyük ilgisi vardır. Aşağıdaki tabloda AB ülkelerinde sağlık finansmanının türleri ve oranları verilmiştir (Tablo 15).

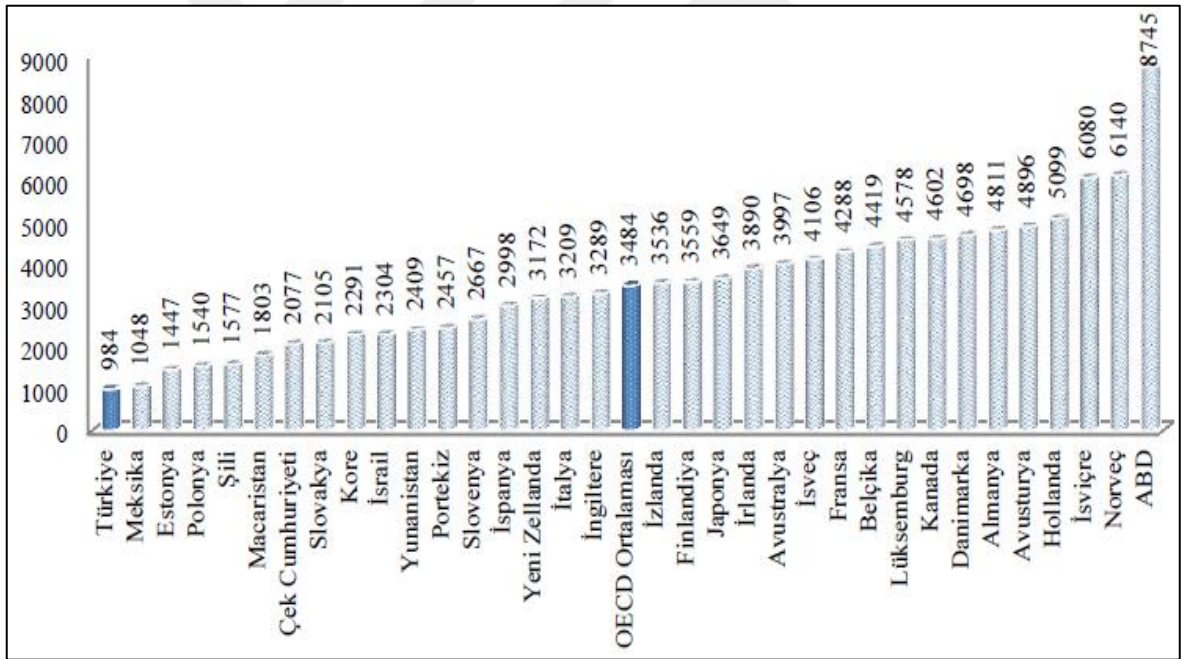
Tablo 15.
AB-Türkiye Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları (%)

Yıl-2012 ¹	Vergiler/TSH	Sosyal Sigorta/TSH	Cepten Ödeme/TSH	Özel Sağlık Sigortası/TSH
Hollanda	8	78	6	5
Çek Cum.	5	79	15	0,2
Lüksemburg	9	74	12	5
Romanya	12	68	19	0,2
Estonya	11	69	18	0,3
Hırvatistan	3	77	13	8
Fransa	4	74	8	14
Almanya	7	70	12	10
Belçika	11	64	20	4
Avusturya	33	45	17	5
Slovakya	7	65	23	-
Slovenya	8	69	13	15
Polonya	6	64	24	1
Yunanistan	29	39	29	3
Letonya	9	58	32	0,8
Macaristan	8	54	29	3
Bulgaristan	17	38	43	0,4
Malta	66	-	32	2
Litvanya	63	-	34	2
Kıbrıs	46	1	47	5
İrlanda	67	17	13	-
İspanya	67	5	22	6
İtalya	77	-	19	1
Danimarka	85	-	13	9
İngiltere	84	-	9	3
Finlandiya	60	15	20	2
Portekiz	61	1	32	5
İsveç	81	-	17	0,3
Türkiye	-	77	15	-

Kaynak: (OECD, 2014).

Avrupa’da özellikle gelişmişlik seviyesi yüksek ülkelerin sağlıkta Bismarck modelini uyguladıkları ve finansmanda ana kaynak olarak sosyal sigortayı kullandıkları görülmektedir. Finansman olarak ikinci sırada cepten ödemeyi, sonra vergileri ve en son sırada ise özel sigortayı kullanmaktadırlar. Fakat İngiltere gibi Beveridge modelini kullananlar ise büyük oranda kamu vergilerinden yararlanmakta, sonra cepten ödemeleri ve özel sağlık sigortalarını ve en son Finlandiya, İspanya, İrlanda gibi birkaç tanesi sosyal sigortayı kullanmaktadırlar. Türkiye Almanya gibi Bismarck modelini kullanmakta, geri kalanı cepten ve her ne kadar tabloda yer almasa da vergiler ve özel sağlık sigortalarından finansman sağlamaktadır.

Bu veriler değerlendirildiğinde AB’de özel sağlık sigortalarının fazla önemsenmediği söylenebilir. Türkiye ile aynı finansal modeli benimseyen Almanya (%10) ve Fransa’da (%14), Slovenya’da (%15) özel sağlık sigortalarının en yüksek tercih edildiği ülkelerdir. Türkiye’de ise bu oran 2014 verilerine göre %5 civarındadır (Sağlık Bakanlığı, 2014).



Grafik 17. OECD Ülkelerinde Kişi Başı Sağlık Harcamaları 2012-14 (ABD \$)

Kaynak: OECD (2014)

OECD ülkeleri arasında kişi başı sağlık harcamalarına bakıldığında OECD ortalaması 3484\$ iken Türkiye 984\$ ile listenin en sonunda, ABD ise 8745\$ ile listenin başında yer almaktadır. Bismarck modelini benimseyen Avrupalı gelişmiş ülkelerin OECD ortalaması üzerinde yer aldıkları ve İngiltere gibi Beveridge modelini benimseyen ülkelerin ise ortalama altında yer

aldıkları görülmektedir. Bu harcamaların GSYİH içindeki oranları ise %11,8 ile Hollanda en ilerde (Tablo 16).

Tablo 16.

AB Ve Türkiye Sağlık Harcamalarının GSYİH'ya Oranı (%) (2012)

Ülkeler	2012
Hollanda	11,8
Danimarka	11
İngiltere	9,3
Çek cumhuriyeti	7,5
Lüksemburg	7,1
İsveç	9,6
Romanya	5,6
Estonya	5,9
Fransa	11,6
İtalya	9,2
Almanya	11,3
Belçika	10,9
Finlandiya	9,1
Slovakya	8,1
Slovenya	9,4
İspanya	9,3
Polonya	6,8
Yunanistan	9,3
İrlanda	8,9
Letonya	6,7
Portekiz	9,5
Macaristan	8
Bulgaristan	7,4
Kıbrıs	7,4
İrlanda	8,9
Türkiye	5,4
İsveç	9,6

Kaynak: (OECD, 2014)

Türkiye sağlık harcamalarının GSYİH içindeki oranı bakımından %5,4 ile AB ülkeleri arasında liste sonunda yer almaktadır. Gelişmiş ülkeler açısından bakıldığında İngiltere, Fransa, Almanya ve İtalya, İsveç, Hollanda ve Finlandiya listede en önde olan ülkelerdir. Bunun elbette sağlık sigortası kapsamına alınan kişi oranlarıyla ilgili büyüktür (Tablo 17).

Tablo 17.

AB ve Türkiye Sağlık Güvencesi Kapsamındaki Nüfus Oranı (%) (2012)

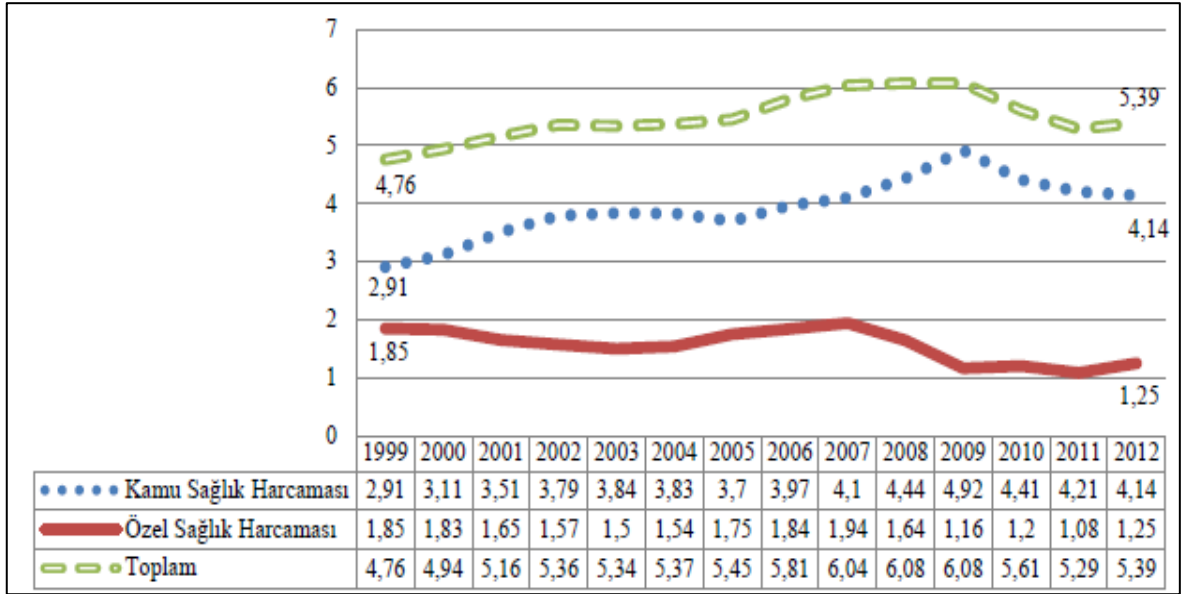
	Sağlık Güvencesi Kapsamındaki Nüfus	İkame edici özel sağlık Sigortası ile sağlık güvencesi olan nüfus
Danimarka	100	
Çek cumhuriyeti	100	
İsveç	100	
Romanya	100	
Malta	100	
Hırvatistan	100	
Finlandiya	100	
Slovenya	100	
Letonya	100	
Portekiz	100	
Macaristan	100	
Litvanya	100	
İrlanda	100	
İtalya	100	
İngiltere	100	
Hollanda	99,8	
Lüksemburg	97	
Bulgaristan-2011	77	
Estonya	93,3	
Fransa	98,9	
Almanya	88,9	10,9
Slovakya	95	
İspanya	99	0,9
Polonya	91	
Yunanistan-2013	79	
Kıbrıs-2007	83	
Belçika	99	
Türkiye	98,8	
Avusturya	99,9	

Kaynak: (OECD, 2014).

Bu tabloda dikkat edilirse sağlık sistemini kamu vergileriyle finanse eden ve Beveridge modelini uygulayan ülkelerin tamamında halkın tamamı da sağlık güvencesi altına alınmıştır. Bunlar arasında İngiltere, İtalya, İsveç gibi gelişmiş ülkeler de yer almaktadır. Fakat Bismarck modelini benimseyen Almanya, Fransa, Belçika gibi ülkelerde belirli bir oranda ikame edici özel sağlık sigortaları da vardır. Türkiye GSS'nin yaygınlaştırılmasından önce bu kadar yüksek seviyede sosyal sağlık güvencesi sunan bir ülke değildi (%67). Fakat

son yıllarda yapılan çalışmalar neticesinde kapsam daha da genişletildi ve %98,8 seviyesine yükseldi.

Türkiye özelinde sağlık hizmetlerinin finansman profiline bakıldığında 1999-2012 yılları arasında kamu harcamalarının GSYİH içindeki payının özel sağlık sigortacılığına göre daha fazla arttığı, hatta son yıllarda özel sağlık sigortasının payının azalma eğilimine yöneldiği görülmektedir (Grafik 18).



Grafik 18. Türkiye Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı, (%)

Kaynak: (Sağlık Bakanlığı, 2014).

GSS uygulamasının zorunlu hale getirilmesine bağlı olarak özel sağlık sigortasındaki azalmalardan rahatsız olan taraflar özellikle son birkaç yıldır SGK içindeki gelir ve gider dengesizliklerini ve ekonomik krizler nedeniyle harcamalardaki fazlalığı da öne sürerek özel sektörün canlandırılmasını önermişlerdir. Buna bağlı olarak SGK kapsamında ilaç ve hastalık bazında kapsam daraltması yapılmıştır. Özel sektör harcamalarının 2011 yılından itibaren tekrar canlanmaya başlaması bununla ilgilidir. Türkiye özelinde finans kaynaklarına göre sağlık harcamaları incelendiğinde kamu harcamalarının %78,5 oranıyla ilk sırada yer aldığı görülmektedir. Bu ağırlıklı durumun 2002 yılından beri 2013'e kadar bu şekilde devam ettiği görülmektedir (Tablo 18).

Tablo 18.**Türkiye’de Finansman Kaynaklarına Göre Sağlık Harcamaları (2002-2013)**

		2002	2003	2004	2007	2010	2013
Sosyal Güvenlik Kurumları	TL	7.631	10.662	13.231	19.697	30.695	46.993
	%	40,6	43,9	44,1	38,7	49,8	55,7
Merkezi Yönetim	TL	5.283	6.317	7.659	13.966	17.209	18.425
	%	28,1	26,0	25,5	27,4	27,9	21,8
Yerel Yönetimler ve Diğer kamu kurumları	TL	356	482	500	867	577	810
	%	1,9	2,0	1,7	1,7	0,9	1,0
Kamu sağlık harcamaları	TL	13.270	17.462	21.389	34.530	48.482	66228
	%	70,7	71,9	71,2	67,8	78,6	78,5
Cepten harcamalar	TL	3.725	4.482	5.775	11.105	10.062	14.156
	%	19,8	18,5	19,2	21,8	16,3	16,8
Diğer özel sağlık harcamaları	TL	1.779	2.335	2.856	5.269	3.143	4.006
	%	9,5	9,6	9,5	10,4	5,1	4,7
Özel sektör sağlık harcamaları	TL	5.504	6.817	8.632	16.374	13.196	18.162
	%	29,3	28,1	28,8	32,2	21,4	21,5
Toplam	TL	18.774	24.279	30.021	50.904	61.678	84.390

Kaynak: (TÜİK)

Harcamaların %55’inin sosyal güvenlik kurumlarınca gerçekleştirildiği, sonra merkezi yönetim %21,8 ve özel sektör harcamaları %21,5 ile sırayı takip etmektedir. Özel sektör, cepten ödeme, özel sağlık harcamalarının 2002’den beri devam eden gelişmeleri incelendiğinde sürekli bir azalma eğilimi izledikleri, kamu ve sosyal sigorta harcamalarının ise yükselme eğilimi gösterdikleri gözlenmektedir. Aşağıdaki tablo incelendiğinde SGK’nın 13 yıl içerisindeki hızlı harcama grafiği görülebilir (Tablo 19).

Tablo 19.

SGK'nın 2000-2013 yılları arasındaki harcama kalemleri

Yıllar	İlaç	Tedavi	Diğer	Toplam
2000	1.388	1.061	184	2.633
2001	2.433	1.799	343	4.575
2002	4.301	2.831	498	7.630
2003	5.615	4.363	685	10.663
2004	6.399	5.906	845	13.150
2005	7.001	5.626	981	13.608
2006	8.372	8.490	805	17.667
2007	8.858	10.268	858	19.984
2008	10.717	13.953	677	25.347
2009	13.161	15.129	521	28.881
2010	13.547	18.469	493	32.509
2011	14.144	21.848	508	36.500
2012	14.300	29.260	605	44.111
2013	15.673	33.508	708	49.889

Kaynak: (Sağlık Bakanlığı, 2014).

SGK'daki artan harcama oranlarının ana nedenleri arasında sosyal sağlık güvence kapsamının sürekli genişletilmek istenmesi ve bu nedenle SGK'nın zorunlu sağlık sigortası haline getirilmesinin payı büyüktür. Bu veriler yanında özel sigortalıların sayılarının da açıklayıcı etkisi olacaktır (Tablo 20).

Tablo 20.

Türkiye Özel Sağlık Sigortalı Kişi Sayısı (2008-2013)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Toplam Sigortalı Kişi Sayısı	690.363	974.251	1.666.023	2.549.216	2.579.520	2.788.611
Ferdi Poliçeli Kişi Sayısı	250.813	380.574	754.941	1.623.051	1.517.190	1.738.913
Grup Poliçeli Kişi Sayısı	439.550	593.497	911.082	926.165	1.062.330	1.049.699

Kaynak: (TSB, 2014).

Tablo verileri incelendiğinde 2008 yılı itibariyle neredeyse minimum seviyelerde olan özel sigortalı sayısı ilerleyen her yıl artarak devam etmiş ve 2013 yılı itibariyle toplam üç milyon kişiye yaklaşmıştır. Her ne kadar GSS kapsamı sebebiyle toplumun tamamı sağlık sigortası kapsamına alınmış olsa da bütçe açığı sebebiyle kapsamın gittikçe daraltılmak istendiği ve

kamu üzerindeki finansal yükün özel sağlık sigorta şirketleri ile paylaşılmak istendiği de belirtilmektedir (Sülkü, 2011).

3.2. Türkiye ve Gelişmiş Ülkelerin Sağlık Hizmetlerinin Finansman SWOT Analizi

Yapılan analitik değerlendirmeler ve göstergeler üzerinden incelemeler sonucunda Türkiye ve gelişmiş ülkelerin sağlık sistemlerine ilişkin SWOT analizi aşağıda verilmiş, alanda yapılan önceki çalışmalarla ilişkilendirilerek kanaatler desteklenmiştir.

3.2.1. Türkiye ve Gelişmiş Ülkelerin Sağlık Hizmetleri Finansman Güçlü Yönleri

Tablo 21.

Türkiye ve Gelişmiş Ülkelerin Sağlık Hizmetleri Finansman Güçlü Yönleri

Türkiye	Gelişmiş Ülkeler
<ul style="list-style-type: none">▪ Sağlık hizmetleri taleplerinde artış▪ Sağlık hizmetlerinin arzında artış▪ Sağlık turizminin politika yapıcılarca benimsenmiş olması▪ Kamu sağlık finansmanlarının tek çatı altında toplanması▪ Özel sağlık sektöründe uluslararası yatırımlar.	<ul style="list-style-type: none">▪ Toplumun tamamının sosyal sağlık sigortası kapsamında olması▪ Sağlık harcamalarının yüksekliği▪ Bebek ve anne ölüm oranlarının düşüklüğü▪ Kamu sağlık güvencesinin yüksekliği▪ Ciddi derecede hizmet finansmanı açığının olmaması▪ Sağlık hizmetlerinin bilimsel ve nitelik yüksekliği▪ Eşitlikçi ve adil ödeme sisteminin benimsenmiş olması

Çakır (2016) tarafından gelişmiş ülkelerin sağlık finansal yapılarının genelde sağlam olduğu ve yükü kamusal olarak üstelenmeye çalıştıkları olumlu yön olarak vurgulanmıştır. Güvercin ve arkadaşları (2016) Türkiye’de sağlık güvencesi amacıyla hizmet yürüten kurumların SGK altında toplanmasını olumlu yön olarak değerlendirmişlerdir. Atabey (2012) gelişmiş ülkelerde sağlık harcamalarının artmasını olumlu yön olarak görmüştür. Savaş (2002) sağlıkta yapılan yeni dönüşümler sayesinde döner sermaye yoluyla sağlık finansman kaynağına sıcak para akışı sağlandığını belirtmektedir.

3.2.2. Türkiye ve Gelişmiş Ülkelerin Sağlık Hizmetleri Finansman Zayıf Yönleri

Tablo 22.

Türkiye ve Gelişmiş Ülkelerin Sağlık Hizmetleri Finansman Zayıf Yönleri

Türkiye	Gelişmiş Ülkeler
<ul style="list-style-type: none">▪ Sağlık harcamalarıyla ilgili istatistiklerin sağlıklı tutulmaması▪ Sağlık hizmetlerinin sunumunda yatırıma yönelik konuların gündemde olmayışı▪ Hizmet sunumunda kamunun ağırlıklı yer alması▪ Sevk sisteminin etkin kullanılmaması▪ Nitelikli personel sayısının azlığı, yetişenlerin tecrübesizliği▪ Özel sağlık sigortacılığı için mevzuatın yetersizliği▪ Hastane yönetimlerinin profesyonellikten uzak oluşu▪ Sağlık finansmanına bütçeden ayrılan payın düşüklüğü▪ SGK'nın gelir ve gider dengesizliği nedeniyle sürekli açık vermesi▪ Kapasite artırımına rağmen bazı kamu binalarının kullanılmayıp atıl kalması▪ SGK'nın aşırı merkeziyetçi yapısı nedeniyle maliyetlerin artması▪ GSS kapsamının dar olması nedeniyle gelir seviyesi düşük vatandaşın cepten ödemelerde sıkıntı yaşaması▪ Çoğu hastalıkların aile hekimliği ile halledilmeye çalışılması▪ Bebek ve anne ölüm oranlarının yüksekliği	<ul style="list-style-type: none">▪ Cepten ödeme sisteminin yayımlanmamış olması▪ Özel sağlık sigortası uygulamasının yetersizliği▪ Politik etkiler nedeniyle var olan finansal sistemin tartışılması▪ Sağlık sigortası kapsamının daraltılması▪ Yaşlı nüfusun artan sağlık sorunlarına yeni finansal çözümlerin geliştirilmemiş olması

Türkiye ile gelişmiş ülkelerin sağlık finansmanlarının olumsuzluklarıyla ilgili tespitler Gülay (2017) ve Ünsal (2016) tarafından da dile getirilmiştir. Özellikle yeteri kadar finansman sağlanmamasının Türkiye açısından ciddi olumsuz sonuçlar doğuracağı vurgulanmıştır. Gelişmiş ülkelerde de harcamaların arttığı ve gelecekte yeni finansman yollarının aranması gerektiği belirtilmiştir. Güvercin ve arkadaşları ise SGK'nın açıklarına, sevk sisteminin iyi çalışmadığına ve kayıt dışı istihdam ve harcamalara dikkat çekmiştir. Güler (2016) kamu kurumlarının kapasitelerinin tam kullanılmadığını, Özer (2015) ise siyasi söylemler ve baskılarla sağlık finansmanının zarar gördüğünü belirtmişlerdir.

3.2.3. Türkiye ve Gelişmiş Ülkelerin Sağlık Hizmetleri Finansman Fırsatları

Tablo 23.

Türkiye ve Gelişmiş Ülkelerin Sağlık Hizmetleri Finansman Fırsatları

Türkiye	Gelişmiş Ülkeler
<ul style="list-style-type: none">▪ Yabancı yatırımcıların Türkiye'ye artan ilgisi▪ Avrupa Birliği üyelik sürecinin canlı kalmasıyla finansman desteği, yeni istihdam desteği▪ GSS zorunlu sigorta uygulaması nedeniyle sağlık bilinci artışı▪ GSS güvence kapsamının kısmen daraltılmasıyla özel sektörün canlanması▪ Sağlık sigortalarındaki artışlar nedeniyle gelirlerin artması▪ Türkiye nüfusunun genç olması▪ Cepten ödemelerde adaletsizlik ve eşitliksiz uygulama▪ Çoğu ülkeyle imzalanan vizesiz seyahat anlaşmalarının sağlık turizmine olumlu etkisi	<ul style="list-style-type: none">▪ Kamu finansman yükünün azaltılması amacıyla kapsam daraltmasına yönelik politika canlanmasıyla özel sektöre artan ilgi▪ Artan harcamalar nedeniyle yeni finansman modellerinin arayışı▪ Uluslararası serbest seyahat uygulamalarının genişlemesiyle sağlık turizminin gelişmiş ülkeler lehine akım oluşturması▪ Cepten ödemelere ilişkin politik söylemlerin artması▪ Geri kalmış ve gelişmekte olan ülkelerin sık sık uzman ve teknik destek talepleri

Kaynak: Songur ve dğr. (2013)

Türkiye'nin sağlık turizmi bakımından cazip hale geleceğine, AB üyelik sürecinin olumlu sonuçlar doğuracağına dikkat çekmiştir. İstanbulluoğlu ve arkadaşları (2010) gelişmiş ülkelerde artan harcamalara çözüm için yeni finansman yolları arayışının olumlu fırsatlar oluşturacağını belirtmişlerdir. Orhaner (2006) GSS uygulamasının gelişmiş ülkelerdeki gibi sağlık hizmetlerinin devlet güvencesi altına alınacağı yönde bir kanaat oluşturacağını vurgulamıştır.

3.2.4. Türkiye ve Gelişmiş Ülkelerin Sağlık Hizmetleri Finansman Tehditleri

Tablo 24.

Türkiye ve Gelişmiş Ülkelerin Sağlık Hizmetleri Finansman Tehditleri

Türkiye	Gelişmiş Ülkeler
<ul style="list-style-type: none">▪ GSS kapsamı ve zorunlu sigorta uygulaması nedeniyle özel sağlık sigortacılığına ilgisizlik▪ Döner sermaye sağlamak için gereksiz tedavi arzları▪ Rekabette artışlar nedeniyle kapasite fazlalığının ortaya çıkması ve kalite sorunlarının yaşanması▪ Son yıllarda artan teknoloji ve tıbbi malzeme fiyatları▪ İnsan ömrünün uzaması nedeniyle yaşlılıkla ilişkili sağlık sorunlarında artış beklentisi▪ Sağlık turizmini canlandırmak amacıyla artan rekabetlerden dolayı nitelikte düşüş kaygısı▪ Siyasi istikrarsızlıklara bağlı olarak sağlık finansman politikalarında değişiklik olacağı kaygısı▪ Sağlık taleplerindeki artışa bağlı olarak finansman eksikliği▪ SGK finansman açıklarının kamu araçlarıyla kapatılmaya çalışılması sonucu finansal sürdürülebilirlikte yüksek kaygı▪ Kamu kurumlarına verilen sağlık hizmetlerine ait harcamaların belirsizliği▪ Sevk sisteminin canlanmaması sonucu oluşabilecek ağır giderler	<ul style="list-style-type: none">▪ Sağlık taleplerindeki artışa bağlı olarak finansman eksikliği▪ İnsan ömrünün uzaması nedeniyle yüksek maliyetli kronik yaşlılık hastalıklarının artması▪ Aşırı göçmen alımları▪ Alkol ve uyuşturucu gibi madde bağımlılığının artmasına bağlı yeni finansal sorunlar yaşanabilir.▪ Cepten ödeme yöntemlerinin vatandaşlarca kabullenilmemiş olması▪ Hekime müracaat sayılarında hızla düşüşle kapasite atılışı yaşanabilir.

Kaynak: (Yenimahalleli, 2007)

Genel sağlık sigortası kapsamının gittikçe daha da daraltılmaya çalışıldığını, bunun da toplumunu doğrudan cepten ödemeye yönlendirdiğini ve nihayetinde hizmet talebinden vazgeçmeye yönlendirdiğini büyük bir risk olarak değerlendirmiştir. Aktan (2004) Türkiye’de SGK uygulamasının bürokrasiyi daha da artıracığı ve kurumları daha da verimsiz kılacağını düşünmektedir. GSS uygulamasında ise gereksiz tahlillerle kaynak israfının oluşabileceğini değerlendirmektedir.

BÖLÜM 4: SONUÇ VE ÖNERİLER

Yapılan araştırma sonucunda Türkiye ve gelişmiş ülkelerin sağlık hizmetleri finansal yapıları literatür tarama yöntemiyle incelenmiş ve elde edilen veriler analitik değerlendirmelerle irdelenerek WSOT analizi yapılmıştır. Analizler alanda yapılan diğer araştırmalarla ilişkilendirilerek tartışılmış ve aşağıdaki sonuçlara ve devamında araştırmacı ve uygulamacı öneriler yapılmıştır.

4.1. Sonuç

Bulguların analizleri sonucunda sağlık hizmetlerinin finansmanı ile ilgili şu sonuçlara varılmıştır:

- Sağlık hizmetlerinin harcamaları hem Türkiye hem de gelişmiş ülkelerde artmaktadır.
- Artan sağlık hizmetleri harcamalarının finansal yeni yükler oluşturmaması için hem Türkiye’de hem de gelişmiş ülkelerde yeni finansman yolları araştırılmaktadır.
- Sağlık hizmetlerinin etkisiyle hem Türkiye hem de gelişmiş ülkelerde insan ömrü uzamış fakat buna bağlı olarak yaşlılıkta sık görülen kronik rahatsızlıklarda artışlar görülmüştür. Bu nedenle bu yaş döneminde gelişmiş ülkelerde ve Türkiye’de artan tedavi ücretlerinin bir kısmı sosyal güvenlik kapsamı dışında kaldığı için vatandaş güvence altına kalamamaktadır. Çözüm olarak cepten ödeme yöntemlerini deneseler de gelir durumu nedeniyle tedavi almaktan vazgeçme eğilimi sık görülmektedir.
- Özel sağlık sigortacılığı GSS uygulaması nedeniyle kısmen zarar görmüştür. Sektörün tekrar canlanması için GSS kapsamının daraltılması yönde hem özel sektörden hem de politik çevrelerden belirtilen görüşler GSS üzerinde baskı oluşturmaktadır.
- Gelişmiş ülkelerde nüfus yaşlanmasına bağlı olarak kimi kamu sağlık binaları kapasitelerini kullanamamaktadır.
- SGK uygulaması nedeniyle kamu ve özel hastanelerde gereksiz tahlillerin sık yapıldığı, bu da gereksiz harcamaların önünü açmaktadır.
- Vizesiz seyahat ve AB üyelik sürecinin hem Türkiye’ye hem de gelişmiş ülkelere sağlık turizmi açısından olumlu etkiler yapacaktır.

- Gelişmiş ülkelerde alkol ve uyuşturucuya bağlı gelişen yeni hastalıklar harcamaları artırmaktadır.
- Türkiye’de cepten ödemeler farklı gelir sahipleri için eşit ödeme nedeniyle adaletsizlik yaşanmasına neden olmaktadır.
- Birleştirilen sosyal sağlık güvence kurumlarının aynı zamanda hem bürokrasiye, aşırı merkeziyetçiliğe ve gelir gider dengesizliğine bağlı finansal açıklara neden olmaktadır.

4.2. Öneriler

Bu araştırmayla varılan sonuçlardan hareketle yeni araştırmacı ve uygulamacılara aşağıdaki öneriler yapılmıştır:

Araştırmacılara;

- GSS uygulamasının kamu ve özel sektöre bakan yönleri itibariyle ayrı ayrı SWOT analizi yapılmalıdır.
- Sağlık hizmetlerinin finansmanında risk faktörlerinin analitik değerlendirmelerle projeksiyon araştırması yapılmalıdır.
- Gelişmiş ülkelerdeki kamu yoğunluklu sağlık sigortası uygulamasının vergiler üzerinden finanse edilmesi halinde toplumun memnuniyeti araştırılmalıdır.
- Gelişmiş ülkelerde uygulanan Beveridge ve Bismarck modellerinin SWOT analizleri karşılaştırmalı olarak yapılmalıdır.
- Sağlık turizminin finansman boyutuna karşılık sağlık hizmetlerinin sunumuna verebileceği zararlar araştırılmalıdır.
- Kayıt dışı cepten ödemeleri doğuran sebepler kamu ve özel sektör bazında araştırılmalıdır.
- Sağlık hizmetlerinin sunumunda gereksiz tahliller yoluyla döner sermayeye katkı sağlamayı geliştiren sebepler araştırılmalıdır.

Uygulamacılara;

- GSS kapsamı her vatandaşın eşit ve adil yararlanabilmesi için genişletilmelidir.
- Sağlık kurumlarının işletmesinde profesyonel işletmeciler istihdam edilmelidir.

- Sağlıkta finansal ya da yönetsel kararların alınmasında özel sektörün ya da politik baskıların etkisi azaltılmalıdır.
- Sağlık personelin istihdamında tecrübe ve liyakate önem verilmelidir.
- Bütçeden sağlık hizmetlerine ayrılacak olan pay artırılmalıdır.
- Döner sermaye uygulamalarının takibi yapılmalıdır.
- Sağlık hizmetlerinde performansa dayalı verimlilik değerlemesi yapılmalıdır.
- Kamu sağlık kurumlarında bürokrasi azaltılmalıdır.
- Hizmet retiminde maliyetler düşürülmelidir.
- Finansmana yönelik her uygulama veri analizi bakımından sağlıklı istatistikler halinde derlenmelidir.



KAYNAKÇA

- Adıgüzel, O. ve Özkan, D.S. (2013). Sağlıkta Dönüşüm Programı Hakkında Kavramsal Çerçeve. *Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi*, 16(87), 23-36.
- Akdur, R. (2003). *Sağlık Sektörü Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliğinde Durum, Türkiye'nin Birliğe Uyumu*, Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Akın, C.S. (2007). *Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye'de Sağlık Sektörü ve Harcamaları*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Çukurova Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.
- Aktan, C. ve Işık, K. (2007). *Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi*, İstanbul: Aura Kitapları
- Aktan, C.C. (2004). *Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı: Mevcut Sorunlar ve SWOT Analizi*, 10 Nisan 2019 Tarihinde <https://www.slideshare.net/COSKUNCANAKTAN/salk-bakanl-merkez-tekilat-mevcut-sorunlar-ve-swot-analizi-70675911> adresinden alınmıştır.
- Akyel, H. (2006). *Sosyal Güvenlik Sistemi Açısından Sağlık Hizmetlerinin Sorunları ve Genel Sağlık Sigortasının Uygulanabilirliğine Yönelik Bir Araştırma*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Hacettepe Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Alpugan, O. (1984). Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik Açından İncelenmesi. *İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Mecmuası*, 40(1-4), 133-160
- Altay, A. (2007). Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açıklamalar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*, 64(Ocak-Mart), 33-58
- Atabey, S.E. (2012). *Ulusal Sağlık Sistemleri ve 1980 Sonrasında Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Politikalarının İncelenmesi ve Değerlendirilmesi*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Gazi Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Atasever, M. (2014). *Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi*, Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Ateş, M. (2013). *Sağlık Sistemleri*, 2. Baskı. İstanbul: Beta Yayıncılık.

- Aydın, E. (2004). 19. Yüzyılda Osmanlı Sağlık Teşkilatlanması. *Osmanlı Tarihi Araştırma ve Uygulama Merkezi Dergisi*, 15(15), 185-207.
- Barker, C. (1996). *The Health Care Policy Process*. London: Sage Publications.
- Barnighausen, T. & Sauerborn, R. (2002). One Hundred and Eighteen Years of the German Health Insurance System: Are There Any Lessons for Middle-and Low-Income Countries? *Soc Sci Med*, 54, 1559–87.
- Başaran, B. ve Şahin, İ. (2008). Türkiye’de Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarını Etkileyen Etmenler. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 26(2), 319-340
- Başbakanlık. (2005). *Sosyal Güvenlik Reformu: Sorunlar ve Çözüm Önerileri*, Nisan, Ankara: Başbakanlık.
- Belek, İ. (1995). *Sağlıkta Özelleştirme*, Ata Soyer (Ed.). İstanbul: Sorun Yayınları.
- Boyla, S. (2011). United Kingdom (England) – Health System Review, Health Systems in Transition. *European Observatory on Health Systems and Policies*, 13(1), 1-486
- Boz, C. ve Önder, E. (2017). OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemi Performanslarının Değerlendirilmesi. *Sosyal Güvenlik Uzmanları Derneği*, 6(11), 24-61.
- Cichon, M. & Normand, C. (1994). Between Beveridge and Bismarck-options for Health Financing in Central and Eastern Europa. *World Health Forum*, 15, 323-328.
- Cichon, M., Newbrander, W., Yamabana, H., Weber, A., Normond, C., Dror, D. And Preker, A. (1999). *Modelling in Health Care Finance, A Compendium of Quantitative Techniques for Health Care Financing*. Geneva: ILO and ISSA.
- Cutler, D.M. (2002). Equality, Efficiency, and Market Fundamentals: The Dynamics of International Medical-Care Reform. *Journal of Economic Literature*, XL, 881-906.
- Çakır, A.D. (2016). *Türkiye ve Avrupa Birliği’nde Uygulanan Sağlık Finansman Politikalarının Değerlendirilmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul
- Çalışkan, Z. (2008). Sağlık Ekonomisi: Kavramsal Bir Yaklaşım. *H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 26(2), 29-50
- Çelik, Y. (2011). *Sağlık Ekonomisi*. Ankara: Siyasal Kitabevi

- Çetinkaya, V. ve Daştan, İ. (2015). OECD Ülkeleri ve Türkiye'nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(1), 104-134
- Çevik, S. (2013). Kamu Sağlık Harcamalarının Sağlık Sonuçları Üzerindeki Etkisi: Ülkelerin Gelir Seviyelerine Göre Bir Karşılaştırma. *İ.Ü. Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, 48, 113-133.
- Çiçek, R., Kara, B. ve Koyuncu, K. (2006). Sağlık Hizmet Sektöründe Kalite Algılanımı ve Hastanelerde Uygulanmasına İlişkin Bir Araştırma. *Verimlilik Dergisi*, 3, 125-150.
- Çiftçi, H.İ. (2014). *Çeşitli Ülkelerde Sağlık Sistemi ve Finansmanı*. Türkiye: www.tusad.net. 05 Mart 2019 Tarihinde http://www.tusad.net/tusadd/index.php?option=com_content&view=article&id=38: cetluelkelerde-salik-sistemi-ve-fnansmani&catid=22:salkta-finansman&Itemid=59 adresinden alınmıştır.
- Çoban, B. ve Karakaya, Y.E. (2010). Geleceği Planlamada Stratejik Yönetim Ve SWOT Analizi: Kavramsal Yaklaşımlar. *E-Journal of New World Sciences Academy Social Sciences*, 5(4), 342-352.
- Çoban, H. (2009). *Sağlık Ekonomisi ve Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir
- Çulhaoğlu, M. (2005). Yuvarlak Masa: Sağlık ve Sosyal Güvenlikteki Daralma ne Getirecek? *Toplum ve Hekim*, 20(6), 402-414.
- Dağlı, G. H. (2006). *Türkiye'de Sağlık Sektörünün Yapısı*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara
- DPT. (2000). *Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Öncesinde Sosyal Sektörlerde Gelişmeler*. Ankara: DPT.
- Durdu, Z. (2009). Modern Devletin Dönüşümünde Bir Ara Dönem: Sosyal Refah Devleti. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 1(22), 37-50.

- Ekiz, D. (2009). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri Yaklaşım, Yöntem ve Teknikler* (2. Baskı). Ankara: Anı Yayıncılık
- Elling, R.H. (1994). Theory and Method for Cross-National Study of Health Systems. *Intrenetional Journal of Health Services*, 24(2), 285-309.
- Erkan, H. (1987). *Sosyal Piyasa Ekonomisi – Ekonomik Sistem ve Piyasa Ekonomisine İşlerlik Kazandırılması*, İzmir: Konrad Adenauer Vakfı.
- Erol, H. ve Özdemir, A. (2014). Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 4(1), 9-34.
- European Observatory on Health Care Systems. (2000). *Health Care Systems in Transition*. Germany.
- Field, M. (1989). Success and crisis in National Health Systems. *Routledge*, 13-22.
- Field, M.G. (1991). Ulusal Sağlık Sistemlerinde Başarı ve Kriz (Çev: Ömer Tarım), *Toplum ve Hekim Dergisi*, 7(48), 27-32.
- Fişek, N.H. (1985). *Halk Sağlığına Giriş*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi-Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını
- Goodwin, N. (2008). *National Health Systems: Overview, International Encyclopedia of Public Health*, El sevier Inc.
- Gökçe, O. (2006). *İçerik Analizi - Kuramsal ve Pratik Bilgiler*. Ankara: Siyasal Kitabevi
- Gülay, A. (2017). Türkiye’de Sağlık Sisteminin Finansmanı ve İngiltere ile Karşılaştırması. *Marmara Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 12, 17-37
- Güler, E. (2016). *Sağlık Hizmetlerinde Kamu-Özel Ortaklığı Modeli (Bursa İli Örneği)*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Atılım Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara
- Güvercin, A., Mil, H.İ. ve Tarım, B. (2016). Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK). *Bartın Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, 7(13), 80-94
- Güzel, A. ve Okur, A.R. (1990). *Sosyal Güvenlik Hukuku*, 2. Baskı, İstanbul: Beta Yayınları

- Hamzaoğlu, O. (2005). Yuvarlak Masa: Sağlık ve Sosyal Güvenlikteki Daralma ne Getirecek? *Toplum ve Hekim*, 20(6), 402-414.
- Hayran, O. (1997). *Hastane Yöneticiliği*, Editörler: Osman Hayran ve Haydar Sur, Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- İstanbuluoğlu, H., Güleç, M. ve Oğur, R. (2010). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri. *Dirim Tıp Gazetesi*, 85, 89.
- Jäger, R., Van den Berg, N., Hoffmann, W., Jordan, R.A. & Schwendicke, F. (2016). Estimating Future Dental Services' Demand and Supply: a Model for Northern Germany. *Community Dent Oral Epidemiol.* 44, 169–179.
- Jakab, Z. (2011). *Presentation: Designing the Road to Better Health and Well-Being in Europe, at the 14th European Health Forum Gastein, 7 October, Bad Hofgastein, Austria.*
- Karabulut, K. (1998). *Türkiye 'de Sağlık Sektörü (Sağlık Harcamaları Üzerine Bir Uygulama)*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Atatürk Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum.
- Kılınç, B. ve Bumin, Ç. (1993). Sağlık Sistemleri. *Toplum ve Hekim*, Şubat, 41-47.
- Koçak, O. (2011). Refah Devleti Işığında Sağlık Hizmetleri ve Türkiye'de Sağlık Sektöründeki Gelişmeler. *İş, Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 13(4), 61-82.
- Kutzin, J. (2001). A Descriptive Framework for Country-level Analysis of Health Care Financing Arrangements. *Health Policy*, 56(3), 171-204.
- Lee, K. & Goodman, H. (2002). Global Policy Networks: The Propagation of Health Care Financing Reform Since The 1980s, İçinde: Lee, K. Buse, K. Fustukian, S. (eds.), *Health Policy in a Globalising World*, s.97-119, Cambridge University Press.
- Leys, C. (2009). Health, Health Care and Capitalism, Panitch, Leo - Leys, Colin (Ed.), *Morbid Symptoms: Health Under Capitalism Socialist Register 2010*. London: The Merlin Press, 7-34.
- Maliye Bakanlığı. (2005). *2005 Yılı Bütçe Gerekçesi*, Ankara: Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü.

- Martinez, M.E. & Cohen, A.R. (2013). *Health Insurance Coverage: Early Release of Estimates From the National Health Interview Survey, January-June 2013*, Centres for Disease Control and Prevention, Clifton Road Atlanta
- Maxwell, R.J. (1988). Financing Health Care: Lessons From Abroad. *British Medical Lournal*, 296(21), 1423-1426.
- Mendelson, D.N. & Schwartz, W.B. (1993). The Effects of Aging and Population Growth on Health Care Costs. *Health Affairs*, 12(1), 119-125.
- Mevzuat. (2006). *Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu*, K.N.: 5510, 16/6/2006, Sayı: 26200, Tertip: 5, Cilt: 45, 10 Şubat 2019 Tarihinde <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5510-20150404.pdf> adresinden alınmıştır.
- Mevzuat. (2014). *Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu*, K.N.: 3359, Tarih:15/5/1987, Sayı: 19461, Tertip: 5, Cilt: 26, 15 Şubat 2019 Tarihinde <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.3359-20140102.pdf> adresinden alınmıştır.
- Mossialos, E. & Dixon, A., (2002). Funding Health Care: An Introduction, Mossialos, E. Et al (Eds.), *Funding Health Care: Options for Europe* içinde, 1-30, Buckingham – Philadelphia: Open University Press.
- Mutlu, A. ve Işık, K. (2012). *Sağlık Ekonomisine Giriş* (3. Baskı). Bursa: Ekin Basım Yayın Dağıtım.
- Normand, C. & Thomas, S. (2008). Health Care Financing and the Health System. *Health Systems Policy, Finance and Organization* içinde Ed: CARRIN, Guy, Genova,
- OECD Secreterial. (2003-2009). *OECD Health Data*, 05 Mart 2019 Tarihinde <http://www.econsante.org/ocde.html> adresinden alınmıştır
- OECD. (2000). *OECD Health Data 2000: A Comparative Analysis of 29 Countries*, Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- OECD. (2008). *OECD Reviews of Health Systems-Turkey: The Performance of the Turkish Health System and its Determinants*, (02.2008), 05 Mart 2019 Tarihinde

http://www.oecd.org/document/60/0,3746,en_2649_33929_42235452_1_1_1_1,00.html adresinden alınmıştır

OECD. (2013). *Life Expectancy in the US Rising Slower than Elsewhere, Says OECD*, 10 Mart 2019 Tarihinde <http://www.oecd.org/unitedstates/Health-at-a-Glance-2013-Press-Release-USA.pdf> adresinden alınmıştır.

OECD. (2014). *OECD Health Data 2013, (06.2014)*, 20 Mart 2019 Tarihinde <http://www.oecd.org/health/health-systems/oecd-healthstatistics-2014-frequently-requesteddata.htm> adresinden alınmıştır

OECD. (2015). *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing

Oecdstat. (2015). *OECD Health Status (1999-2014)*. 15 Mart 2019 Tarihinde https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT# adresinden alınmıştır.

Oral, A.İ. (2002). *Dünyada ve Türkiye’de Sosyal Sigortalar Kapsamında Sağlık Sigortası Uygulamaları*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.

Orhaner, E. (2006). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası. *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi, 1(1)*, 1-22

Öcek, Z. ve Soyer, A. (2006). Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri 2000-2004 Durum Değerlendirmesi. *Toplum ve Hekim Dergisi, Temmuz-Ağustos, 21(4)*, 271-279.

Öngen, T. (2007). Yuvarlak Masa: Yakın ve Uzak Gelecekte Dünya, Türkiye ve Sağlık. *Toplum ve Hekim, 22(3)*, 226-238.

Özalp, A. (2009). Piyasa-Kamu Dikotomisi ve Küba Örneği. *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 1(2)*, 67-81.

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

Öztürk, Z. ve Karakaş, E.T. (2015). Avrupa Birliği’ne Üye Ülkelerde Sağlık Sistemleri Yönetim Ve Organizasyon Yapısı. Almanya, Fransa, İrlanda ve İngiltere Örnekleri, *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 1(1)*, 39-59.

- Pekten, A. (2006). Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve Getirdiği Yenilikler. *Sayıştay Dergisi*, 61, 119-138.
- Powell, T. (2016). The Structure of the NHS. *House of Commons Briefing Paper*, Paper No.07206, March 2016.
- Resmi Gazete. (1961). 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, R.G Sayısı: 10705, R.G. Tarihi: 12.01.1961
- Roberts, M., Hsiao, W., Berman, P. & Reich, MR. (2004). *Getting Health Reform Right, A Guide to Improving Performance and Equity*. New York: Oxford University Press.
- Roemer, M.I. (1993). *National Health Systems of the World, Vol I: Countries (1991), Vol. II: The Issues (1993)*. Oxford University Press.
- Roser, M. & Ortiz, O.E. (2017). World Population Growth. *Our World in Data*. (April, 2017), 25 Mart 2019 Tarihinde <https://ourworldindata.org/world-population-growth> adresinden alınmıştır.
- Sağlık Bakanlığı. (2003). *Sağlıkta Dönüşüm Programı*, Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Sağlık Bakanlığı. (2014). *Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi*. 08 Şubat 2019 Tarihinde http://www.sgb.saglik.gov.tr/content/files/Saglik_Harcamalari_Kitabi/saglik_harcamalari_kitabi.pdf adresinden alınmıştır.
- Saltman, R.B. & Figueras, J. (1997). *European Health Care Reform – Analysis of Current Strategies*. WHO Regional Publications, European Series, No:72.
- Sargutan, E. (2005). Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(3), 400-428.
- Savaş, A. (2002). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Durumu “Swot Analizi” (Ek-21), *Tübitak Vizyon 2023 Strateji Belgesi* içinde 04 Mart 2019 Tarihinde https://www.tubitak.gov.tr/tubitak_content_files/vizyon2023/si/EK-21.pdf adresinden alınmıştır.
- Savaş, B.S., Karahan, Ö. & Saka, Ö.R. (2002). *Health Care Systems in Transition: Turkey*. Thomson; S. and Mossialos, E. (eds), European Observatory on Health Systems, V.4, N.4.

- Sayım, F. (2011). *Sağlık Piyasası ve Etik*. Bursa: MKM Yayıncılık.
- Seldon, A. (1967). Prospects For Private Health Insurance. *The British Medical Journal*, 3(5558), 166-168.
- Somuncuoğlu, S. (2012). *Sağlık Kurumları Yönetimi-I*. Mehtap Tatar (Ed.), Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2631.
- Songur, C., Top, M. ve Tekingündüz, S. (2013). Sağlık Sektöründe GZFT (Güçlü-Zayıf Yönler-Fırsatlar-Tehditler) Analizi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 5, 69-100.
- SSK. (2005). *İstatistik Yıllığı*, Yayın No.687.
- Steinbrook, R. (2012). The US Supreme Court's ruling on the Patient Protection and Affordable Care Act. *BMJ: British Medical Journal*, 344, 1-2.
- Sur, H. (2011). Sağlık ve Sağlık Ekonomisi. *Ekonomi ve Düşünce Dergisi*, 9(55), 6-10.
- Sülkü, N. (2011). *Türkiye 'de Sağlıkta Dönüşüm Program Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları*, Ankara: Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı.
- Süzek, S. (1985). *İş Güvenliği Hukuku*, Ankara: Savaş Yayınları
- T.C. Kalkınma Bakanlığı. (2012). *Türkiye Sürdürülebilir Kalkınma Raporu, Geleceği Sahiplenmek*. Ankara: Kalkınma Bakanlığı.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2015). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014 Haber Bülteni*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü.
- Tatar, M. (2009). *Teorik Çerçevesiyle Sağlık Ekonomisi ve Türkiye 'ye İlişkin Genel Bir Değerlendirme*, 10 Mart 2019 Tarihinde <http://www.saglik-ekonomisi.com/sed> adresinden alınmıştır.
- Tatar, M.M., Şahin, B., Aydın, S., Maresso, A. & Hernandez-Quevedo, C. (2011). Turkey Health System Review. *Health Systems in Transition*, 13, 6, 1-186
- TBMM. (1982). *Anayasa*. 5 Mart 2019 Tarihinde https://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa_2018.pdf adresinden alınmıştır.

- Terris, M. (1980). The Three World Systems of Medical Care: Trends and Prospects. *World Health Forum*, 68(11), 1125-1131
- Tıraş, H. (2013). Sağlık Ekonomisi: Teorik Bir İnceleme. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 3(2), 125-152.
- Tokalaş, S. (2006). *Kamu Hizmetlerinin Satın Alınması*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Tunç, O. ve Kıyak, M. (2015). Türkiye ve Avrupa'da Özel Sağlık Sigortaları. *Journal of Economics Finance and Accounting*, 2(3), 409-426.
- Tutar, F. ve Kılınç, N. (2007). Türkiye'nin Sağlık Sektöründeki Ekonomik Gelişmişlik Potansiyeli ve Farklı Ülke Örnekleriyle Mukayasesi. *Afyon Kocatepe Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, 9(1), 31-34
- TÜİK. (2018). Nüfus Projeksiyonları, 2018-2080. *TÜİK Haber Bülteni*, 21 Şubat 2018, 30567, 1-2.
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (tarih yok). *Dünya Sağlık Sistemleri*. 15 Mart 2019 Tarihinde [www.ailehekimligi.gov.tr](http://ailehekimligi.gov.tr): <http://ailehekimligi.gov.tr/makaleler/346-2010-06-11-12-15-49.html> adresinden alınmıştır.
- Türkiye Sigorta Reasürans ve Emeklilik Şirketleri Birliği (TSB). (2014). *Türkiye İçin Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortası Modeli*. 05 Şubat 2019 Tarihinde www.tsb.org.tr/Document/Yonetmelikler/TSS_Rapor_16.05.14.docx adresinden alınmıştır
- TÜSEB (Türkiye Anne, Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü). (2017). *Bebek Ölüm İstatistikleri*.04 2019 Tarihinde <https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/bebek-1-mleri> adresinden alınmıştır
- Uğurluoğlu, E. ve Özgen, H. (2008). Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Hakkaniyet. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2), 133-159
- Uz, M.H. (1997). *Sağlık Ekonomisi ve Hastanedeki Uygulamaları, Hastane Yöneticiliği*. Editörler: Osman HAYRAN ve Haydar SUR, Ankara: Nobel Kitabevi.
- Ünlütürk, Ç.U. (2011). *Türkiye'de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü*. Ankara: Notabene.

- Ünsal, A. (2016). *Avrupa Birliği Ülkeleri ve Türkiye'nin Sağlık Sistemleri ve Göstergelerinin Karşılaştırmalı Analizi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bilecik.
- Walt, G. (1994). *Health Policy, An Introduction to Process and Power*. London: Zed Books Ltd.
- Whitehead, M. (1992). *Eşitlik ve Sağlık: Kavram ve İlişkiler*. Çev. Maradit, H. Ankara: TTB Merkez Konsey yay.
- WHO. (1993). *Evaluation of Recent Changes in the Financing of Health Services*. Technical Report Series, N.829, Geneva.
- WHO. (2000). *The World Health Report 2000: Health Systems-Improving Performance*. Geneva
- WHO. (2005). *Achieving Universal Coverage: Developing the Health Financing System, Technical Briefs for Policy-Makers, N.1, Department of Health Systems Financing Health Financing Policy, WHO/EIP/HSF/PB/05.01*, Geneva.
- WHO. (2012). *Spending on Health: A Global Overview*. 05 Şubat 2019 Tarihinde <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs319/en/index.html> adresinden alınmıştır
- Witter, S. (2002). *Health Financing in Developing And Transitional Countries. Briefing Paper For Oxtan GB, The University of York, International Programme, Centre For Health Economics, York, 22 January, pp:56*
- World Economic Forum. (2012). *The Financial Sustainability of Health Systems A Case for Change (In collaboration with McKinsey & Company)*, 10 Şubat 2019 Tarihinde http://www3.weforum.org/docs/WEF_HE_SustainabilityHealthSystems_Report_2012.pdf adresinden alınmıştır.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). (2010). *National Health Accounts 2010*. 06 Mart 2019 Tarihinde http://www.who.int/nha/country/world_tables/en/ adresinden alınmıştır
- Yalçın, T. ve Yıldırım, H.H. (2001). *Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı, Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı, 40, 1-11*.

- Yaman, K. (2014). Alman Özel Sağlık Sigorta Şirketlerinin Finansman Prensipleri. *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 24, 281-298.
- Yapar, G. ve Tuncel, S.Ö. (1999). Özel Sağlık Sigortalarında Avrupa Birliği Uygulamaları ve Türkiye İçin Model Önerisi. *Sigortacılık Sektörü Bilimsel Çalışma Yarışması*, İstanbul: Milli Reasürans Türk Anonim Şirketi.
- Yaylalı, M., Kaynak, S. ve Karaca, Z. (2012). Sağlık Hizmetleri Talebi: Erzurum İlinde Bir Araştırma. *Ege Akademik Bakış*, 12(4), 563-573
- Yenimahalleli, Y.G. (2007). *Sağlığın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Ankara Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Yereli, A.B., Kobal, İ. ve Köktaş, A.M. (2010). Türkiye’de Sağlık Harcamalarını Artıran Faktörler. [Bildiri], 8. *Uluslar Arası Bilgi, Ekonomi ve Yönetim Kongresi*, 28-31 Ekim, İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi, İstanbul.
- Yıldırım, A. ve Şimşek, H. (2013). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Yıldırım, H.H. (1999). Piyasa, Sağlık Bakımı ve Piyasa Başarısızlıkları. *Amme İdaresi Dergisi*, 32(1), 123-134
- Yıldırım, H.H. (2012). Sağlık Harcamaları ve Sağlık Finansmanı, İçinde: Yıldırım, H.H. (Editör). *Sağlık Sigortacılığı*, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayını.
- Yıldırım, H.H. ve Tarcan, M. (2000). Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri: Türkiye İçin Çıkarılacak Dersler. *Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi*, 20-21 Mayıs 2000, Ankara.
- Yıldırım, H.H. ve Yıldırım, T. (2011). *Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Türkiye*. Ankara: Sağlık-Sen Yayınları.
- Yıldırım, T. (2004). *Avrupa Birliği Genişlemesi ve Sağlık: Avrupa Birliği’ne Uyum Sürecinde Türk Sağlık Sisteminin Karşılaşabileceği Sorunlar Hakkında Değerlendirmeler*. (Yayımlanmamış Yüksek lisans Tezi), Hacettepe Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

ÖZGEÇMİŞ

Hasan Ali HUSSIN – Kerkük/IRAK (1984)

Adres : Bağcılar, İstanbul

E-mail : pharmacastle@gmail.com

Kariyer Hedefim:

Lisans eğitimim süresince edindiğim bilgi ve becerilerimi, sağlık yönetimi yüksek lisans programında edineceğim bilgi ve birikimle geliştirerek hizmet edeceğim kurumlara, edindiğim bilgi birikimi ile olumlu yönde katkılarda bulunup sağlık mesleklerinin yönetiminin tüm süreçlerinde söz sahibi olabilmek.

Eğitim:

Lisans: Musul Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi 2002-2007

Lise: Kerkük Fen lisesi 1999-2002

Yabancı Dil:

İngilizce: Okuma: İyi, Yazma: İyi, Anlama: İyi (TOEFL Puan: 550)

Arabca: Okuma: İyi, Yazma: İyi, Anlama: İyi

İlgi Alanlarım:

Eczacılıkta Farmasötik Teknoloji

Eczacılık İşletmeliği

Referanslar:

- 1-** Doç. Dr. Buket Aksu (Altınbaş Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dekan Yardımcısı)
E-mail: buket.aksu@altinbas.edu.tr
- 2-** Prof. Dr. Oya ALPAR (Altınbaş Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Bölüm Başkanı)
E-mail: o.alpar@ucl.ac.uk