

MPRA

Munich Personal RePEc Archive

Health Services and their Financing in Turkey

Celikay, Ferdi and Gumus, Erdal

Eskisehir Osmangazi University

2009

Online at <https://mpra.ub.uni-muenchen.de/42362/>
MPRA Paper No. 42362, posted 05 Nov 2012 19:11 UTC

TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİ VE FİNANSMANI¹

Ferdi ÇELİKAY

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Erdal GÜMÜŞ

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Özet

İnsanların yaşam kalitelerinin yükselmesi ve sürdürülmesi “sağlıklı olmaları” ile mümkün olabilir. Sağlıklı olmaları için de ülkede sunulan sağlık hizmetlerinin erişilebilir ve nitelikli olması gerekir. Piyasa mekanizmasının başarısızlığına yol açan asimetrik bilgi dolayısıyla sağlık hizmetlerinin sunumu piyasanın yanında kamu sektöründe gerçekleştirilmektedir. Bu çalışmanın amacı sağlık hizmetlerinin tanımı, sunumu, finansmanı ve seçilmiş bazı ülkelerin sağlık finansman sistemleri ile Türk sağlık finansman sistemini karşılaştırmak ve değerlendirmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Ekonomisi, Sağlık Hizmetleri, Sağlık Harcamaları, Sağlık Sistemleri, Sağlık Politikası, Sağlık Finansmanı

¹ Bu çalışma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Maliye Anabilim Dalı’nda Doç.Dr. Erdal Gümüş’ün danışmanlığında hazırlanan “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Açısından Genel Sağlık Sigortası Sisteminin Etkinliği ve Geleceği” adlı Yüksek Lisans Tezinden önemli ölçüde yararlanılarak oluşturulmuştur.

HEALTH SERVICES AND THEIR FINANCING IN TURKEY

Ferdi CELIKAY

Eskisehir Osmangazi University
Faculty of Economic and Administrative Sciences

Erdal GUMUS

Eskisehir Osmangazi University
Faculty of Economic and Administrative Sciences

Abstract

Increasing and sustaining the quality of life for people can be possible when they are healthy. Good health conditions require good quality and reachable health care services. Because of the market failure as a result of asymmetric information, public sector as well as private one provides health care services. The study first acknowledges about Turkish public health care services and their financing. Then, it compares Turkish health financing system with that of selected countries.

Key Words: Health Economics, Health Services, Health Expenditures, Health Systems, Health Policy, Health Financing.

1. GİRİŞ

Vatandaşlarına nitelikli bir yaşam standardı sağlamayı amaçlayan devletler, ekonomik, sosyal ve kültürel alanlarda düzenlemeler yapmakta ve bu düzenlemelerin gerçekleştirilmesinde öncül görev üstlenmektedirler. Sağlık sistemi de sözü edilen düzenleme alanlarından birini oluşturmaktadır.

Gerek ülkemizde, gerekse diğer ülkelerde, genel anlamda kamu sektörünün etkin ve verimli hizmet sunabilmesi, bunu yaparken kaynakları etkin kullanabilmesi için sürekli bir değişim yaşanmaktadır. Bu anlamda ülkemizde sosyal güvenlik sistemi başta olmak üzere sağlık alanında da köklü bir değişim ve dönüşüm süreci yaşanmaktadır. Ülkemiz sağlık sisteminde yapılan yeni düzenlemelerin geleceği ve iktisaden etkin olup olmadığı önemli bir sorun olarak görülmektedir. Bu çalışma ile sağlık hizmetlerinin kamu ekonomisi ile ilişkisi irdelenmekte, sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması, finansman yöntemleri ve bazı ülke örnekleri ile karşılaştırılıp genel bir değerlendirmesi yapılmaktadır.

2. KAMU EKONOMİSİ SAĞLIK HİZMETLERİ İLİŞKİSİ

Kamu ekonomisi ile sağlık hizmetleri arasındaki ilişkiyi gerekli kılan faktörlere yer vermeden önce sağlık ve sağlık hizmetlerinin tanımlarına yer vermek gerekir.

Tarihsel süreç içerisinde birey ve toplum sağlığına verilen önemin sürekli bir şekilde artması, sağlık ile ilgili tanımlara da yansımıştır. Geleneksel olarak sağlık *bireyin zihinsel, ruhsal ya da fiziki herhangi bir hastalığı olmaksızın hayatını devam ettirmesi* şeklinde dar bir çerçevede tanımlanmasına rağmen Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından bu tanım *bireyin hastalık ya da sakatlık durumunun olmaması yanında, ruhen, bedenen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içerisinde bulunması* olarak daha geniş bir perspektifte ele alınmıştır (Kesgin ve Topuzoğlu, 2006: 47; World Health Organization, 1981: 20).

Bireylerin sosyal ve ekonomik yaşamlarını sağlıklı bir şekilde sürdürmeleri toplumsal açıdan da son derece önemlidir. Sağlıklı bireylerden oluşan bir toplumda sosyal, kültürel ve ekonomik anlamda nispeten kusursuz bir kalkınma ivmesi yakalanabilir (Taban, 2004: 10). Çünkü yaşamlarını sağlıklı şekilde sürdüren fertler, geniş bir bakış açısıyla ekonomik etkinliğin ve toplumsal huzurun sağlanması noktasında daha aktif rol alabilirler.

Sağlığın gerek birey ve gerekse toplum açısından önem arz etmesi, devletin özellikle sağlık hizmetlerinin sunumu sürecinde aktif bir rol almasını zorunlu kılmaktadır. Bu bakımdan çağdaş devlet, sağlık hizmetleri sunumunun etkin şekilde gerçekleştirilmesini sağlayarak, özelde bireyin genelde ise toplumun refah seviyesini yükseltmeyi amaç edinmektedir (Akdur, 2006: 17-20; Tekin, 1987: 264-266). Dolayısıyla “sağlık” kavram itibariyle daha çok bireyi ilgilendiren bir yapıya sahip iken, “sağlık hizmeti” ise bireyin sağlıklı bir yaşam sürdürebilmesi için sistemce tedarik edilen, bu açıdan bireyi ve sistemi birlikte ilgilendiren bir sistematiğe sahiptir. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinin sunumunda kamu müdahalesini gerekli kılan faktörler vardır. Söz konusu faktörler aşağıda yer almaktadır.

2.1. Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Kamu Müdahalesini Gerekli Kılan Faktörler

Sağlık hizmetleri piyasasında ortaya çıkan piyasa aksaklıkları, sağlığın doğası gereği pozitif ve negatif dışsallıkları bünyesinde barındırması, gelirin adil olmayan bir şekilde dağılması gibi faktörlerdir. Devlet,

- (1) sağlık hizmetleri piyasasında ortaya çıkan aksaklıkları gidermek,
- (2) gelir dağılımı adaletsizliği nedeniyle nispeten dengesiz sunulan sağlık hizmetlerini herkesin erişimine açmak,
- (3) koruyucu sağlık hizmetlerini sunmak,
- (4) sistemin finansmanını sağlamak ya da denetim fonksiyonunu üstlenmek,

gibi işlevlerden bazılarını ya da tümünü bünyesinde toplayarak sisteme çeşitli müdahalelerde bulunmaktadır. Aşağıda kamu müdahalesini gerekli kılan faktörler olarak piyasa aksaklıkları, dışsallıklar ve satın alma gücündeki dengesizlikler incelenmektedir.

2.1.1. Piyasa Aksaklıkları

Tam rekabet piyasasının koşullarına göre çok sayıda alıcı ve satıcının faaliyet gösterdiği, söz konusu ekonomik birimlerin tam bilgiye sahip oldukları, üretilen mal ve hizmetlerin herhangi bir farklılık içermediği ve piyasalara giriş-çıkışların serbestçe gerçekleştirilebildiği bir ortamda, kıt kaynakların etkin dağılımı sistem dinamiklerince sağlanabilmekte, hem üretim hem de tüketim yönünden kâr ve fayda maksimizasyonuna ulaşabilmektedir. Bu özelliklerin bir ya da bir kaçını tam olarak işlemediği takdirde eksik rekabet koşulları ortaya çıkmaktadır. Piyasa sistemine kamusal araçlarla müdahale edilmesinin en önemli sebeplerinden bir tanesi eksik rekabet koşullarının varlığıdır (Akalin, 2000: 7). Çünkü eksik

rekabet koşullarının varlığı durumunda kaynakların etkin ve adil dağılımı piyasa mekanizmasınca sağlanamamakta, üretim ve tüketim yönünden ise optimum düzeyden sapmalar oluşmaktadır (Dinler, 2004: 504).

Sağlık hizmetleri piyasası niteliği gereği eksik rekabet koşullarına sahip bir piyasa mekanizmasından oluşmaktadır. Her ne kadar sağlık hizmetlerini talep eden çok sayıda ekonomik birim bulunsa da, arz yönünde sınırlı sayıda hizmet sunan sağlık kuruluşlarının hâkimiyeti vardır. Bu nedenle sağlık sistemi, özellikle hizmet arzının talebi karşılayamaması problemiyle yüz yüze gelmektedir (Stiglitz, 2000: 309-310). Ayrıca, sağlık hizmeti talep edenler ile hizmeti sunanlar arasında asimetric bilgi vardır. Bu bilgi, hizmeti talep eden birimlerin, arz eden birimler karşısında tam anlamıyla problemlerini anlatarak, pazarlık yapabilme potansiyelini minimize etmektedir. Böylece sistem sağlık hizmetini sunanlara endekslenerek kurgulanmakta, sonuç itibarıyla hizmeti arz eden ile talep edenlerin karşılıklı olarak birbirlerini denetleyebilme olanakları ortadan kalkmaktadır (Arrow, 1963: 147-148). Dolayısıyla, bahsedilen eksik rekabet koşulları altında sunulan sağlık hizmetlerinin daha verimli ve düşük maliyetle sağlanabilmesi ve sistemin sosyal fayda sağlayacak şekilde işleyebilmesi açısından kamusal müdahale gerekmektedir. Ayrıca tedavi edici sağlık hizmetlerinin dışında kalan koruyucu sağlık hizmetlerinin piyasaca etkin sunulmaması da yine kamu için bir müdahale gerekçesi teşkil etmektedir.

2.1.2. Dışsallıkların Varlığı

Bir ekonomik birimin başka bir ekonomik birim ya da birimleri, yaptığı herhangi bir aktivite dolayısıyla piyasa dışı yollardan olumlu ya da olumsuz şekilde etkilemesine dışsallık denilmektedir (Rosen ve Gayer, 2008: 71). Dışsallıkların varlığı, piyasalara kamusal müdahalenin gerekliliğini doğuran bir diğer nedendir. Ekonomik birimler karar alırken kendi çıkarlarını düşünerek hareket ettiklerinden, faaliyetlerinin diğer birim ya da birimler üzerindeki etkilerini dikkate almazlar. Özellikle sosyal faydası yüksek faaliyetlerin, olması gerekenden daha az, sosyal maliyeti yüksek olan faaliyetlerin ise gereğinden fazla gerçekleştirilmesi sonrasında sosyal optimizasyona ulaşamaz. Bu nedenle devlet yoğun dışsallık olgusuyla karşılaşılan alanlara, sahip olduğu mali araçlar ile müdahale etmekte, toplumsal refahın maksimize edilmesi bağlamında piyasaların yeniden düzenlenmesi ve denetlenmesi için etkin bir rol üstlenmektedir (Dinler, 2004: 512-513).

Sağlık hizmeti açısından da benzer bir çıkarım yapılabilmektedir. Birey ve toplum açısından sağlıklı bir yaşam kamusal huzurun vazgeçilmez belirleyicilerindedir. Bu nedendir ki sağlık hizmetleri toplumsal

temelde tüm bireyleri ilgilendiren bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır (Altay, 2007: 36-39). Bir bireyin sağlık ile ilgili problemi kısa vadede kendisini ilgilendirir gibi görünse de, orta ve uzun vadede, ekonomik ve sosyal anlamda oluşturacağı negatif etkiler ile çevresini ve tüm toplumu ilgilendirir bir özelliğe sahiptir. Ayrıca olası salgın hastalıklara karşı kısa vadede önlem alınmaması, geniş halk kitlelerinin söz konusu hastalıklardan olumsuz yönde etkilemesine neden olabilir. Bu nedenle sağlık, gerek bireysel ve gerekse toplumsal açıdan bünyesinde dışsallık kavramını fazlasıyla barındıran bir olgudur (Getzen, 1997: 341).

Sağlık sisteminde olumlu ve olumsuz etkiler doğuran dışsallıklarla karşılaşılabilir. Olumsuz dışsallıkların toplum üzerinde oluşturduğu ya da oluşturabileceği yüksek marjinal sosyal maliyet nedeniyle önlenmesi gerekmektedir. Negatif dışsallıklar, bir hastalığın salgın hale gelerek daha geniş kitlelere yayılması şeklinde olabileceği gibi, önlenemeyen olumsuz çevresel faktörlerin sağlık problemlerine dönüşerek toplumun yaşam kalitesini düşürmesi biçiminde de ortaya çıkabilir (Akalm, 1981: 207-210). Buradaki belirleyici unsur, sonuçta toplumun sosyal refah seviyesini düşürecek nitelikte bir sosyal maliyetin ortaya çıkmasıdır. Toplum içerisinde sigara içilmesi sağlık bakımından negatif dışsallığa örnek olarak gösterilebilir. Sigara içen birey, bir yandan kendi sağlığını olumsuz yönde etkilemekte, diğer yandan da çevresinde bulunan kişilere zarar vermektedir. Yine çevre kirliliği de önlenmesi gereken negatif dışsallıklardan bir tanesidir. Önlem alınmaksızın gerçekleştirilen faaliyetler çevre kirliliğine neden olmakta, sonuçta insan sağlığını olumsuz yönde etkileyecek bir ortam oluşmaktadır (Santerre ve Neun, 1996: 245-249).

Sağlık alanında yapılan araştırma geliştirme faaliyetleri, aşılama programları, ana-çocuk sağlığını koruma aktiviteleri gibi hizmetler kısa, orta ve uzun vade de sosyal refah düzeyinin yükselmesini ve sağlıklı bireylerden oluşan bir toplumun inşasını sağlayacağı için pozitif dışsallıklara örnek olarak verilebilir. Yani belirtilen faaliyetlerin marjinal sosyal faydası marjinal kişisel faydasından daha büyüktür (Santerre ve Neun, 1996: 245-247). Ancak, bu gibi faaliyetlerin gerçekleştirilme potansiyeli kamusal müdahalenin olmadığı bir ortamda çok zordur. Çünkü sistemdeki ekonomik birimler aktivitelerini gerçekleştirirken, sadece kişisel fayda düzeylerini önemseyip sosyal faydadaki değişimi dikkate alma gereksinimi duymayabilirler. Böyle bir durumda, pozitif dışsallığı yüksek faaliyetlerin arzu edilen ölçüde gerçekleştirilebilme ihtimali azalabilir. Bu nedenle, sağlık sisteminde pozitif dışsallık sağlayan faaliyetlerin teşvik edilmesi ve istenilen ölçüde yerine getirilmesi için kamusal müdahalenin zorunluluğu ortaya çıkmaktadır (Santerre ve Neun, 1996: 254-258).

2.1.3. Satın Alma Gücündeki Dengesizlikler

Toplum, her biri farklı satın alma gücüne sahip bireylerden oluşur. Bu yapı içinde, bir grup makul derecede sağlık hizmeti tedarik ederek yaşamını kaliteli bir şekilde sürdürebilme potansiyeline sahipken, diğer bir grup ise satın alma gücündeki yetersizlik nedeniyle asgari ölçüde dahi söz konusu hizmetten yararlanamamaktadır. Sağlıklı yaşam ise toplumun her bir bireyi için istenebilecek en temel haklardan biridir. Bu hakkın, satın alma gücündeki dengesizlikleri göz ardı edecek şekilde toplumun tüm katmanlarına yayılması, sosyal refahın gelişimi ve toplumsal huzurun sağlanması açısından son derece önemlidir (Şener, 2006: 386).

Sosyal devletin görevleri arasında bireylere asgari yaşam standardı sağlayarak, sağlanan bu standardı zaman içerisinde geliştirebilme olgusu da bulunmaktadır. Bu temelde bireylere ödeme güçlerinden bağımsız biçimde sunulacak sağlık hizmetleri, sistem içi fırsat eşitliğini sağlayacak ve böylece toplumun sağlık düzeyi kamu tarafından güvence altına alınabilecektir. Aksine, sağlık hizmetlerinden yararlanma potansiyelinin ödeme gücüne bırakılması halinde, sadece ödeme gücüne sahip olanlar söz konusu hizmetlerden yararlanabilecek, ödeme gücü yetersiz olanlar ise sağlık hizmetlerinden yararlanamayacaktır. Böyle bir durum ise toplumsal huzursuzluğa neden olacak, toplumsal huzursuzluk beraberinde ekonomik etkisizliği getirecektir (Getzen, 1997: 366-370).

Sağlık, temel bir insan hakkı olduğu için bu hakkın herkese sağlanması ve bu haktan fiili olarak yararlanılmasının temin edilmesi gerekmektedir. Söz konusu gerekliliği temin etmekle yükümlü unsur ise çağdaş devlettir. Sağlık hizmetlerinden yararlanmak isteyen bireylerin satın alma güçlerinin birbirlerinden farklı olması, anayasal bir hak olarak tanımlanan sağlıklı yaşamın istenebilirliğini riske sokmaktadır. Devletin sahip olduğu araçlar ile yapacağı müdahaleler ve gerçekleştireceği düzenlemeler, toplumun değişik kesimlerinin sağlık hizmetlerinden müşterek bir şekilde yararlanmasını sağlayacaktır (Şenatar, 2003: 26). Dolayısıyla piyasanın sağlık hizmetini sadece ödeme gücüne sahip olanlara tahsis etmesi, ödeme gücüne sahip olmayanların hizmetten yararlanamaması devletin müdahalesini gerekli kılmaktadır.

3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

Sağlık hizmetleri genel olarak, koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi amaçlı sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon amaçlı sağlık hizmetleri olmak üzere üç ana başlık altında aşağıda incelenmektedir.

3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri kısa ve uzun vadede birey ve toplumun karşılaşabileceği çeşitli hastalık risklerini minimum seviyeye indirgeyebilmeyi, bu şekilde sağlıklı yaşam potansiyelini koruyarak hayat standardını geliştirebilmeyi amaç edinen hizmetlerdir (Akdur, 2006: 13). Özellikle yayılma ihtimali yüksek hastalıkların önlenmesi, bireylerin bağışıklık sistemlerinin bu tür hastalıklara karşı dayanıklı hale getirilmesi ile mümkün olabileceğinden, bireylere yönelik yürütülecek koruyucu sağlık hizmetleri esasta toplumu salgın hastalıklardan korur. Bunun yanında, kamu sağlığını tehdit eden çevresel faktörlerin önlenmesi de orta ve uzun vadede ortaya çıkabilecek olası sosyal riskleri ve maliyetleri en düşük seviyeye çekebilir. Toplumun hayatını ortaklaşa devam ettirdiği bir ortamda bulaşıcı hastalık riskinin azaltılması, toplumu meydana getiren bireylerin birbirleri ile rekabet içerisinde olmaksızın ortak bir sosyal fayda sahasının oluşmasını sağlayacaktır (Aydın, 2008: 18).

Koruyucu sağlık hizmetleri doğrudan bireye yönelik sağlık hizmetlerinin yanında, çevreye yönelik kollayıcı ve koruma amaçlı hizmetleri de içermektedir. Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, özellikle sağlıklı yaşamın devamlılığını olumsuz yönde etkileyebilecek, negatif dışsallık yayan fiziki, kimyevi ve biyolojik unsurların etkisizleştirilmesi ve doğayla uyumlu hale getirilmesini içermektedir (Akdur, 2006: 18). Bu tür hizmetlere, çevre kirliliğinin önlenmesi amacıyla alınan tedbirler (fabrika bacalarına filtre takılmasının teşviki vb.), bataklıkların kurutulması, katı ve sıvı atıkların zararsız hale getirilmesi, besinsel maddelerin tıbbi kontrolden geçirilmesi ve sahip olunan kaynakların daha etkin, daha verimli kullanımını sağlayabilmek için toplumu bilinçlendirme çabaları örnek olarak gösterilebilmektedir (Sargutan, 2005: 401).

Sağladığı faydanın tüm toplumu kuşatması, aynı zamanda finansmanının kamu ekonomisi tarafından karşılanması gibi nedenlerle koruyucu sağlık hizmetlerinin “salt sosyal mal” olduğu söylenebilmektedir (Altay, 2007: 36). Koruyucu sağlık hizmetlerinin temel özelliği hastalığı ortaya çıkmadan engellemeyi hedeflemesidir. Bu şekilde maliyetlerde göreceli olarak daha az olacaktır. Koruyucu sağlık hizmetleri birincil basamak sağlık kuruluşlarınca görülmektedir. Birincil basamak sağlık kuruluşları ise aile hekimleri (koruyucu hekimler), ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri ile verem savaş dispanserleri gibi kuruluşlardır (Sağlık Reformu Çalışma Grubu Raporu, 2004: 170-184).

3.2. Tedavi Amaçlı Sağlık Hizmetleri

Tedavi amaçlı sağlık hizmetleri, bireyin hastalanmasıyla birlikte bir takım tetkik, muayene ve tedavi sürecini içeren hizmetler bütünü olarak adlandırılabilir (Yıldırım, 1994: 13).

Tedavi amaçlı sağlık hizmetleri, tamamlayıcısı niteliğinde olduğu koruyucu sağlık hizmetlerine göre daha yüksek maliyet içermekte, aynı zamanda kompleks bir şekilde organize olmuş ekipman ve personele sahip kuruluşlar gerektirmektedir (Altay, 2007: 35). Ayrıca tedavi edici sağlık hizmetleri sonucunda her ne kadar sosyal fayda ortaya çıkıyor olsa da, burada kişisel yarar daha ön plandadır. Çünkü kişi, sağlıklı yaşamının bozulması, bunun sonrasında sosyal ve ekonomik birçok aktivitesini yerine getiremez olması nedeniyle bir an önce eski düzenini tekrar kurmak isteyecektir. Bu istem ise kişinin kendi sağlığına kavuşması durumunda elde edeceği kişisel hazzı arttıran bir unsurdur (Bulutoğlu, 1977: 253-255).

Tedavi amaçlı sağlık hizmetleri ayakta tedavi, yatarak tedavi ve evde bakım hizmetleri olarak görülebilmektedir. Tedavi amaçlı sağlık hizmetlerinden ayakta tedavi en az maliyetli ve pratik olan hizmet çeşididir. Bu tedavi çeşidinde, hastalık henüz çok fazla ilerlemediğinden, konulan teşhis ilaç tedavisi ile desteklenerek önlenebilmektedir. Bu nedenle gerek kişisel ve gerekse sosyal maliyetleri, diğer tedavi türleri ile mukayese edildiğinde göreceli olarak daha azdır. Yataklı tedavi hizmeti ise tedavi amaçlı hizmetler içerisinde maliyeti en yüksek olanıdır (Akdur, 2006: 13).

Tedavi amaçlı sağlık hizmetlerinin sunumunda basamak sistemi ve bu sistem içinde de sevk zinciri işlemektedir. Söz konusu hizmetlerin görülebilmesi için hastalığın niteliğine göre birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak olmak üzere üç basamak bulunmakta, bu basamaklarda kendi aralarında süzgeç vazifesi görmektedirler (DPT, 2001: 44). Aile hekimleri, veremle savaş dispanserleri, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri birinci basamağı oluşturmaktadır. Sevk zincirinin ilk kademesini oluşturan bu kuruluşlarda genelde yatak bulunmamakla birlikte hastaların tedavileri ayakta ya da evde yapılmaktadır (Özdemir, Ocaktan ve Akdur, 2003: 208). Birinci basamakla karşılaştırıldığında daha kompleks ekipmana ve personele sahip, genellikle birinci basamak kuruluşlarda giderilemeyen ya da ehemmiyeti olan hastaların, direkt başvuruları ile uzman hekimlerce özel ya da devlet hastanelerine yatırılarak tetkik, teşhis ve tedavi edildiği kuruluşlar ikinci basamağı oluşturmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2004: 46). Üçüncü basamak ise onkoloji hastaneleri, üniversite hastaneleri, akıl-ruh

ve sinir hastalıkları merkezleri gibi belirli alanlarda uzmanlaşmış kuruluşlardan oluşmakta olup, özellikle ihtisas gerektiren sağlık hizmetine gereksinim duyulduğu durumlarda ikinci basamak sağlık kuruluşlarınca hastaların sevk edildiği zincirin son halkasıdır (Çalış, 2006: 172).

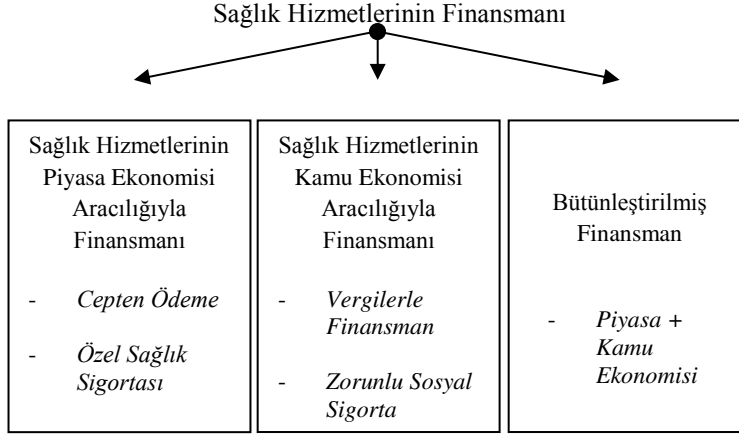
3.3. Rehabilitasyon Amaçlı Sağlık Hizmetleri

Yaşadığı ciddi bir hastalık ya da deprem, yangın gibi doğal afet, trafik veya iş kazası gibi beklenmedik zamanda ortaya çıkan vakâlar sonrasında bedeni ya da ruhî yönden sakat kalmış olan bireylerin, fiziki ve sosyal açıdan tekrar sosyo-ekonomik hayata dönmelerini, bu şekilde moral depolamalarını sağlayarak topluma yeniden kazandırılmasını sağlamaya çalışan hizmet çeşidi ise rehabilitasyon amaçlı sağlık hizmetleridir (Özkara, 2006: 78). Rehabilitasyon amaçlı sağlık hizmetleri tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon olmak üzere iki alt bileşenden oluşmaktadır. Tıbbi rehabilitasyon ile ruhen ya da bedenen iş görebilme yeteneğini tamamen ya da kısmen kaybeden bireylerin bu yeteneklerini ortez, protez, işitme cihazı ve tekerlekli sandalye gibi araçlarla mümkün mertebe geri kazandırabilme amaçlanmaktadır. Sosyal rehabilitasyon ise sakat kalmış olan kişinin yakın çevresi ve toplumla iç içe geçebilmesini sağlayıp, yeni iş öğrenme yeteneğine kavuşturarak sosyal, kültürel ve ekonomik hayata katılımını sağlamayı ve bu süreci hızlandırmayı amaç edinmektedir (Akdur, 2006: 20).

4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

Uluslararası platformlarda tanımlanmış olan sağlıklı yaşam hakkının fiilen gerçekleştirilebilmesi için sağlık hizmetlerinin kaliteli ve tüm fertlerin yararlanabildiği bir çerçevede sağlanması gerekir. Bunun için sağlık hizmetleri verimli, etkin ve tutarlı bir şekilde finanse edilebilmelidir. Günümüzde, gelişmiş ülkelerden gelişmekte olan ülkelere sağlık hizmetlerinin finanse edilmesi sürekli artan bir önem arz eder hale gelmiştir (Doorslaer ve Wagstaff, 1998: 180-181). Finanse edilen sağlık harcamalarının ekonomide mikro ve makro düzeyde meydana getirdiği etkiler konunun önemini arttırmaktadır. Özellikle sağlık hizmetlerinin finansmanı için gerçekleştirilen harcamaların büyüklüğü ve bu harcamaların karşılanacağı kaynakların tespiti ekonomiyi makro düzeyde etkilemektedir. Tahsis edilen kaynakların hizmet sunucularınca etkin ve verimli alanlarda kullanılarak, arzu edilen ölçüde hizmet sunumunun gerçekleştirilebilirliği ise mikro temelli konular olarak ele alınabilmektedir (Aktan, 2001: 1557).

Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin finansmanı, bir toplumda arzu edilen düzeyde sağlık hizmetlerinin sağlanabilmesi için gerekli mali kaynakların piyasa ya da kamusal kaynaklarla sağlanmasıdır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı genel olarak piyasa ekonomisi ve kamu sektörü kaynaklarıyla birlikte gerçekleştirilmektedir.



Şekil 1: Sağlık Hizmetlerinin Finansman Çerçevesi

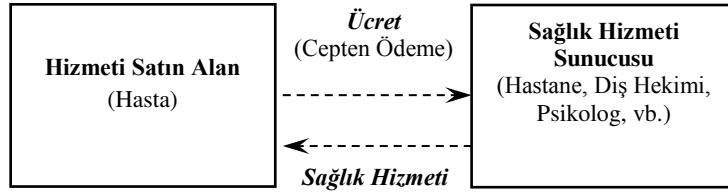
4.1. Sağlık Hizmetlerinin Piyasa Ekonomisi Aracılığıyla Finansmanı

Hizmet sunumunun gerçekleştirilmesi sürecinde sağlık hizmeti sunucuları ile hizmet talebinde bulunanlar serbest piyasa koşullarında arz ve talebe göre oluşan denge fiyatını kabul ederler. Böyle bir ortamda sağlık hizmeti talep eden bireyler söz konusu hizmetin doğuracağı maliyetleri direkt kendileri ödeyebileceği gibi özel sigorta kuruluşları aracılığıyla da karşılayabilirler. Burada önemli olan husus, gerek kişilerin sağlık hizmetlerini doğrudan kendi ödemeleri ile elde etmesinde ve gerekse finansmanın özel bir sağlık sigortası aracılığıyla sağlanmasında herhangi bir kamu müdahalesinin söz konusu olmamasıdır (McGregor, 2001: 2). Yani sağlık sistemi tamamen özel kişi ya da kuruluşların fon aktarımları ile finanse edilmektedir. Sağlık hizmetlerinin serbest piyasa koşullarında finansmanı cepten ödeme ve özel sağlık sigortası olmak üzere iki şekilde ortaya çıkabilmektedir (Yenimahalleli, 2007: 16).

4.1.1. Cepten Ödeme

Sağlık hizmetleri finansmanının piyasa ekonomisi koşullarına göre sağlanması bağlamında ilk yöntem, hizmet alanların hizmetin sunumunu

yapan kişi ya da müesseseye doğrudan kendi ceplerinden ödeme yapmasıdır. Cepten ödeme yönteminde sağlık hizmeti satın alınmaktadır. Nitekim birey hizmet alımını gerçekleştirirken yaptığı harcamaları daha sonra kamu ya da özel bir takım kaynaklardan iade olarak tahsil etmemekte, hizmetin finansman yükünün tamamını kendi taşımaktadır (Sekhri ve Savedoff, 2006: 357). Şekil 2’de cepten ödeme sistemiyle sağlık hizmetlerinin finanse edilme süreci gösterilmektedir. Bu sistemde herhangi bir aracı kuruluş bulunmamakta, hizmeti satın alan (hasta) ile sağlık hizmeti sunucusu (hastane, dış doktoru, psikolog vb.) karşılıklı sağlık hizmeti alım satımı yapmaktadırlar.



Kaynak: “Getzen, T. E. (1997), Health Economics Fundamentals and Flow of Funds, s.4” kaynağı kullanılarak tasarlanmıştır.

Şekil 2: Sağlık Hizmetlerinin Piyasa Ekonomisi Aracılığıyla Finansmanı; Cepten Ödeme

Günümüzde giderek artan sağlık harcamalarının hizmetten yararlananlar tarafından finanse edilmesi ile azalabileceği ileri sürülmektedir. Zira bireyler, sağlık hizmeti satın alma maliyetini bizzat kendileri üstleneceklerinden gereksiz yere sağlık müesseselerine gitmeyecekler, bu şekilde sistemden daha az, ama gerekli olduğunu hissettiklerinde yararlanacaklardır (Langenbrunner ve Liu, 2004: 16). Ancak, sağlık ile ilgili problemlerin hangisinin önemli hangisinin önemsiz olduğu, bireylerin bu konu hakkında yeterince bilgi sahibi olmamaları nedeniyle kendilerince saptanamayacaktır. Bu nedenle, son derece önemli olan ve gecikmeksizin müdahale edilmesi gereken bir hastalık maddi kaygılar nedeniyle ötelenebilecek, bu şekilde ortaya çıkacak yeni sağlık problemlerinin maliyetleri katlanarak artabilecektir (Başara ve Şahin, 2008: 321). Böyle bir ortamda sağlık hizmetlerinden sadece ödeme gücü yeterli olan bireyler tam olarak yararlanabileceklerdir. Bu durum sağlıklı yaşama hakkının toplumun her kesimine sağlanması düşüncesine aykırı düşmektedir.

Cepten ödeme yöntemi sağlık hizmetlerinin alımı esnasında maliyetlere doğrudan katlanmayı içerdiğinden, herhangi bir rahatsızlık durumu olmaması halinde ödeme yapılması söz konusu olmayacaktır. Yani ödemeler sadece sağlık hizmetlerinden yararlanma aşamasında

gerçekleştirilir. Oysa bireyin ne zaman ve nerede bir sağlık problemiyle karşılaşacağı belirsizliğini korumaktadır. Aynı zamanda beklenmedik bir anda yüz yüze kalınan muhtemel sağlık problemlerinin maliyeti az olabileceği gibi altından kalkılamayacak derecede hayli fazla da olabilir (Wagstaff, 2005: 10). Böyle bir durumda gelir düzeyi yüksek olanlar için çok önemli bir problem ortaya çıkmasa da özellikle gelirleri kısıtlı bireylerin sağlık hizmetlerini nasıl karşılayabileceği önemli bir sorun olmaktadır. Kısacası, sağlık riski her zaman mevcuttur. Ancak cepten ödeme yöntemi, bu riski toplumun tüm kesimleri itibariyle kavrayamamaktadır (Wagstaff ve Serra, 2007: 1).

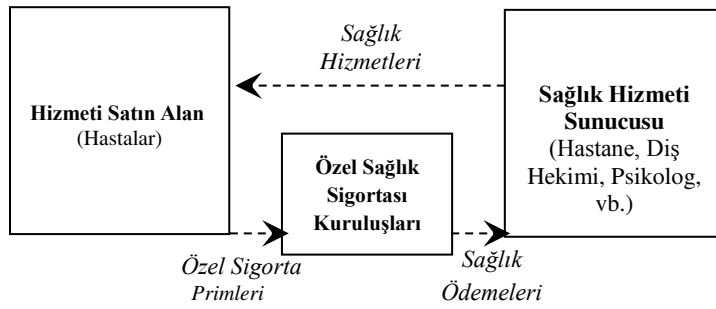
Salt cepten ödeme sisteminin sağlık hizmetlerinin finansmanı sürecinde etkin bir şekilde uygulanabilmesi için toplumu oluşturan her bireyin adil dağılan dengeli bir gelire ve sağlık hizmetleri temelinde asgari bir bilgi birikimine sahip olması gerekmektedir. Ancak piyasa başarısızlığı nedeni ile bu mümkün olmamakta, kamu sektörünün sisteme müdahalesi gerekmektedir.

4.1.2. Özel Sağlık Sigortası

Sağlık hizmetlerinin piyasa ekonomisi vasıtasıyla finanse edilmesinin bir diğer aracı özel sağlık sigortası müessesesidir. Özel sağlık sigortası sistemi cepten yapılan ödemelerin olumsuz özelliklerini bir ölçüde giderebilen nitelikleri bünyesinde barındırmaktadır. Bu sistemde, hizmeti satın alan ile hizmeti sunan arasında aracı rolünü üstlenen özel sağlık sigortası kuruluşları bulunmaktadır (Sehkri ve Savedoff, 2006: 365-366). Özel sağlık sigortası kuruluşları potansiyel hizmet alıcısı pozisyonunda olan bireylerden prim toplamakta, olası bir sağlık problemiyle karşılaşılması durumunda ise bireylerin sağlık hizmeti sunucusundan aldıkları hizmetin bedelini ödemektedir. Bu nedenle özel sağlık sigortası kuruluşlarına “Üçüncü Taraf Ödeyici” denilmektedir. Şekil 3’de özel sağlık sigortası kuruluşlarının yer aldığı bir sistemde sağlık hizmetlerinin sunumu ve alımı yer almaktadır.

Özel sağlık sigortası kuruluşları Şekil 3’de de görüldüğü gibi sağlık hizmetini arz edenler ile hizmeti talep edenler arasında mali aracı niteliğine bürünmektedir. Özel sağlık sigortası kuruluşları bir yandan mevcut müşteri portföyünü hizmet sunucusuna karşı ellerinde bulundurarak avantaj sağlamakta, diğer yandan da havuzda bulundukları nakit ile pazarlık gücü sağlamaktadırlar. Bunun yanında, cepten ödeme sisteminde bahsedilen sağlık riski hususu özel sağlık sigortası sistemi ile giderilebilmektedir (Buchmueller ve Couffinal, 2004: 23-24). Şöyle ki özel sağlık sigortası ile birey, aslında cari dönemde ve gelecekte başına gelebilecek herhangi bir sağlık problemine

karşı önceden önlem almakta, daha doğrusu ihtiyat güdüsüyle cari harcamalarından vazgeçerek tasarrufta bulunmaktadır. Böylece, bireyin tasarrufları zamana yayılarak sağlık hizmetlerinden yararlanamama riski minimize edilmektedir. Ayrıca maliyeti son derece yüksek olabilecek, normal şartlarda tek bir bireyin cari ya da yıllar yılı tasarrufları sonrasında birikmiş geliri ile karşılanamayacak muhtemel sağlık problemleri sadece hizmet kullanıcısının değil, özel sağlık sigortası sistemine tabi tüm sigortalılarca el birliği ile karşılanmaktadır. Bu şekilde olası bir hastalığın yüksek maliyeti, altından kalkılabilir hale gelebilmektedir (Parente, Feldman, Abraham ve Xu, 2008: 1-3).



Kaynak: "Getzen, T. E. (1997), Health Economics Fundamentals and Flow of Funds, s.6" kaynağından yararlanılarak tasarlanmıştır

Şekil 3: Sağlık Hizmetlerinin Piyasa Ekonomisi Aracılığıyla Finansmanı; Özel Sağlık Sigortası

Özel sağlık sigortasının finanse edilen sağlık hizmeti sisteminde serbest piyasa koşulları geçerli olup, özellikle finansal aracı konumundaki sigorta kuruluşları ve bireyler sırasıyla kâr ve faydaları için çaba sarf etmektedirler. Karşılıklı kâr ve fayda maksimizasyonunun ön plana çıktığı ortamda bir takım aksaklıkların da meydana gelmesinin pek muhtemel olduğu rahatlıkla söylenebilmektedir. Bu sistemde sigorta şirketleri kendi ödemelerini minimum düzeyde tutabilmek amacıyla sigortalıların gelirlerinden ziyade hastalanma risklerini baz alarak sigorta primlerini belirlemektedirler (Jack, 2002: 70-72). Bu durumda hastalanma riski düşük olan bireylerden az miktarda sigorta primi alınırken, sistemden yararlanma potansiyeli daha yüksek olan bireylerden ise daha yüksek sigorta primi talep edilir. Genelde gelir seviyesi yüksek kişilerin hastalanma potansiyellerinin daha düşük, gelir seviyesi nispeten yetersiz olan kişilerin ise hastalanma risklerinin yüksek olduğu söylenebilmektedir. Buna bağlı olarak, özel sağlık sigortası sisteminin uygulandığı bir ortamda hastalanma potansiyeli göreceli olarak daha fazla olan düşük gelirli grupların ödeyecekleri sigorta primleri, hayat standardı

yüksek olan bireylere göre daha fazla olacaktır (Sehkri ve Savedoff, 2006: 380). Dolayısıyla, özel sağlık sigortası ile finanse edilen sağlık sisteminin gelir dağılımını bozucu etki oluşturacağı söylenebilir.

Günümüzde özel sağlık sigortaları ile finansman, genellikle kamu sağlık sigorta sistemi yerine bir alternatif olarak tercih edilmekte ya da söz konusu sistemi tamamlayıcı bir niteliğe bürünmektedir. Kamu sağlık sigorta sisteminin uygulandığı bir ülkede bireyler bu sistemden memnun değilse, gelirleri doğrultusunda kamu sağlık sigorta sistemini ikame eder nitelikteki özel sigorta kurumlarından yararlanabilirler. Bu şekilde kamu ile özel sağlık sigorta kuruluşları birbirleri ile rekabet halinde olur (Dalgın, 2005: 45-47). Bunun yanında yine bir ülkede kamu sağlık sigorta sistemi ile sadece önleme amaçlı sağlık hizmetleri ve gelir düzeyi yetersiz kişilerin tedavi amaçlı sağlık hizmetlerini finanse edilerek toplum geneline hizmet verilirken, özel sağlık sigortası sisteminden de özellikle tedavi edici sağlık hizmetlerinin kamuca karşılanmayan kesiminin finansmanını gerçekleştirmesi beklenebilir (Tapay ve Colombo, 2004: 7-9).

Ülke sağlık sisteminde çok sayıda özel sağlık sigorta kuruluşu olması halinde söz konusu kuruluşlar birbirleri ile rekabete girerek, sigorta primlerinin aşağıya doğru çekilmesini sağlayabilir. Bu durumda, sağlık hizmetinden yararlanacak olan bireyler avantajlı konuma geçmekte ve sağlık sisteminden daha fazla yararlanabilmektedirler. Ancak burada önemli olan husus sigorta kuruluşlarının birbirleri ile rekabet içerisinde olma zorunluluğudur (Sehkri ve Savedoff, 2006: 385; Barham, Harker ve Lewis, 2007: 29). Tüm bunların yanı sıra, üçüncü taraf ödeyicilerin sağlık sisteminde etkin bir şekilde faaliyet göstermesi durumunda cepten ödeme sistemine göre sistemden yararlanan birey sayısında bir artış gözlenebilir. Çünkü cepten ödeme sisteminde, hastalığının maliyetini tek başına yüklenen bireyler, özel sağlık sigortası sistemi ile hasta olma durumlarının yüklediği maliyeti diğer sağlık sigortalıları ile paylaşabilmektedir. Böylece bireyin yüklendiği mali yük azalmaktadır. Asimetrik bilgiden dolayı piyasa başarısızlığı da bu piyasanın ya da özel sigorta sisteminin etkinliğini önlemekte, kamusal düzenleme ve denetim için bir gerekçe oluşturmaktadır.

4.2. Sağlık Hizmetlerinin Kamu Ekonomisi Aracılığıyla Finansmanı

Birey ve topluma sunulan sağlık hizmetlerinin finansman ayağının etkinliği, sağlık sisteminin kişisel ve sosyal fayda üreterek arzu edilen seviyede verimli bir şekilde işlemesi açısından son derece önemlidir.

Sistemin finansmanının salt serbest piyasa koşullarına bırakılması durumunda, kişisel fayda ön plana çıkmakta, sosyal fayda ve maliyetler ise göz ardı edilebilmektedir. Söz konusu husus ise zaman içerisinde sistemde etkinlik kaybına neden olmaktadır. Ayrıca, piyasa koşullarına göre düzenlenmiş bir sistemde ödeme gücü yetersiz bireyler sağlık hizmetlerinden mahrum kalabilmekte, sonuç itibarıyla sosyal refah seviyesinin azalması ile karşılaşabilmektedir (Helms, Newhouse ve Phelps, 1978: 1-2). Günümüzde sosyal faydanın göz ardı edilmesi ve vatandaşların en temel haklarından biri olan sağlıklı yaşama hakkından feragat etmesine göz yumulması mümkün değildir. Bu nedenle, kamu sektörü sağlık sistemine garantör olarak katılmakta, söz konusu sistemin toplumsal tabana yayılarak daha etkin kullanılmasını sağlamaya çalışmaktadır (Carrin, 2002: 60).

Kamu sektörünün hizmet sunumunda finansal aracı olarak ya da kendi kaynakları ile hizmet finansmanının bizzat sağlayıcısı şeklinde sağlık sisteminde görev üstlenmesi pek tabidir (Wagstaff, 2009: 2). Bu bağlamda devlet, sağlık hizmetlerinin finansmanına zorunlu sosyal sigorta ile finansman ve vergilerle finansman olmak üzere iki şekilde müdahale etmektedir.

4.2.1. Zorunlu Sosyal Sigorta ile Finansman

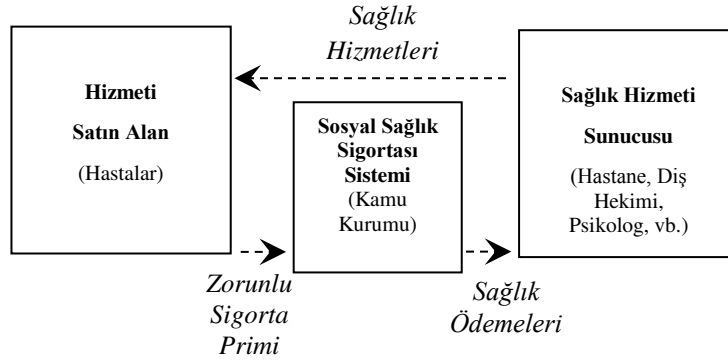
Devlet oluşturacağı sosyal sigorta ağı ile sağlık hizmetlerinin finansmanı sürecine müdahale edebilmektedir. Özel sağlık sigortası uygulamasında katılımın arzu edilen ölçüde olmaması, bunda ötesinde özel kuruluşların vatandaşların sağlık haklarından yararlanmalarını sağlamak yerine hasta olma riskini ön plana çıkararak gelir dağılımını tahrip edici yönde davranmaları, sistemin verimsiz şekilde işleminin temelleri olarak gösterilebilmektedir. Bu nedenle, zorunlu sosyal sigorta sistemi, özel sağlık sigortası sisteminin oluşturduğu perspektifle 1883 yılında Otto Van Bismarck tarafından Almanya'da dizayn edilmiştir (Edizdoğan ve Giray, 2007: 34). Bismarck Sistemi olarak da anılan bu yöntem özellikle çalışanlar ile işverenlerinin kamu sigorta kurumuna prim ödemeleri esasına dayanmaktadır. Sistemin özünü oluşturan sigorta primleri, bireylerin hastalanma riskleri göz önüne alınarak ortak bir havuzda toplanmakta, dayanışma temelinde oluşturulan ortak bir fondan sağlık problemiyle karşılaşan sigortalılara sunulacak sağlık hizmetinin finansmanı sağlanmaktadır (Tiryaki ve Tatar, 2002: 125-126). Bu şekilde bireylere ilişkin sağlık riskleri, sistem içinde diğer üyelerce paylaşmakta ve toplumsal anlamda bir yardımlaşma ruhu oluşmaktadır.

Zorunlu sağlık sigortası sistemi, uygulandığı ilk dönemlerde toplumun tamamını kapsayan sosyal bir güvence olmaktan ziyade sadece

çalışanların karşılaşılabileceği olası sağlık risklerini kapsamaktaydı (Phelps, 2003: 561). Özellikle toplumun tüm kesimlerinin sağlık güvencesinde olma zorunlulukları göz önüne alındığında bu kapsama alanının yeterli olmadığı zaman içinde anlaşılmıştır. Bu nedenle, zorunlu sağlık sigortasının sosyal bir güvenceye dönüştürülerek toplumu oluşturan tüm unsurların sosyal sigorta bünyesine alınması arzulanmıştır. Bu açıdan devlet, çalışanlardan ve işverenlerinden, serbest meslek faaliyeti icra edenlerden ve fiilen çalışmayan ancak sisteme dâhil olmak isteyen kişilerden zorunlu sigorta primi almakta, gelir düzeyi yetersiz ve sosyal güvencesi mevcut bulunmayan bireylerin ise sağlık sigortalarını kendi bütçesinden telafi etmektedir. Bu şekilde zorunlu sosyal sağlık sigortası sistemi ile birlikte tüm vatandaşlar sağlık güvencesine kavuşabilmektedir (Belek, 2009: 174).

Zorunlu sağlık sigortası sisteminde, olası bir sağlık problemiyle karşılaşılması durumunda ortaya çıkan maliyet unsurları sadece birey tarafından karşılanmamakta, sisteme tabi olan üyelerin tümü arasında gelir seviyeleri temel alınarak paylaştırılmaktadır. Bu şekilde sisteme daha fazla katkıda bulunanlardan daha az katkıda bulunanlara ve daha az rahatsızlananlardan daha fazla hastalananlara gelirin yeniden dağılımının sağlandığı söylenebilir. Bu yönüyle devlet müdahaleciliğine dayanan zorunlu sağlık sigortası sistemi, sağlık hizmetlerinin finansmanı sürecinde bireysel faydalanmayı ön plana çıkaran özel sağlık sigortası sisteminin aksine sosyal refah düzeyini daha iyi seviyeye getirebilmeyi amaç edinmektedir (Yalçın ve Yıldırım, 2001: 8).

Sosyal sağlık sigortası, nüfusun sadece çalışan kesimine ya da yasa koyucunun belirleyeceği çeşitli kesimlere yönelik uygulanabileceği gibi tüm toplumu kapsayacak nitelikte genel sağlık sigortası şeklinde de uygulanabilir. Burada önemli olan husus, her durumda kamunun finansmanı sağlayan kurum olarak hizmetin üretilip sunumu sürecinde aktif bir aktör olarak yer almasıdır (Sargutan, 2005: 413). Bu bağlamda sağlık hizmetlerinin finansmanında sosyal sağlık sigortası uygulaması Şekil 4’te görüldüğü gibi gerçekleşmektedir.



Kaynak: "Getzen, T. E. (1997), Health Economics Fundamentals and Flow of Funds, s.7" kaynağından yararlanılarak tasarlanmıştır.

Şekil 4: Sağlık Hizmetlerinin Kamu Ekonomisi Aracılığıyla Finansmanı: Zorunlu Sosyal Sigorta ile Finansman

Sosyal sağlık sigortası sisteminin sağlık hizmetlerinin finanse edilmesi sürecinde oynadığı rol ile özel sağlık sigortası sisteminin hizmet finansmanın da oynadığı rol arasında bir takım farklılıklar bulunmaktadır. Öncelikle piyasa koşullarıyla şekillendirilmiş özel sağlık sigortası sisteminde birey için kişisel fayda maksimizasyonu, aracı kuruluş için maliyet minimizasyonu ve kârlılığın çoğaltılması temel amaçlar olarak nitelendirilirken, sosyal sağlık sigortası sisteminde ise sosyal refah seviyesinin yükseltilmesi amacıyla hizmet edilmesi ön plandadır (Tiryaki ve Tatar, 2002: 127-128). Bu nitelik, özellikle kamuya ayrı bir pazarlık gücü sağladığından sağlık hizmetlerinin finanse edilmesinde sosyal refahın artırılabilmesine de hizmet etmektedir.

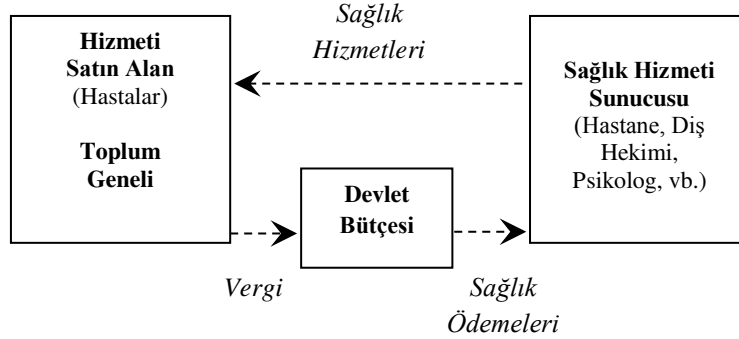
Sosyal sağlık sigortası sisteminin toplumsal refah seviyesini artırabilme amacına tam anlamıyla hizmet edebilmesi için öncelikle toplumun her kesimini kapsamaya ve gelir düzeyi ile ilintili bir şekilde sigorta primlerinin tahsil edilmesi gerekmektedir (Yalçın ve Yıldırım, 2001: 8). Ancak bu şekilde bireysel sağlık riski sosyal bir risk olarak algılanarak tüm topluma mal edilebilir. Oysa sadece çalışanları ya da belirli grupları kapsamı altına alan bir sosyal sağlık sigortası sistemi, yalnız söz konusu kitlelerin sağlık risklerini garanti altına alacak, tanım dışında kalan bireyler ise güvenceden yoksun kalacaklardır. Ayrıca sosyal sağlık sigortası sisteminin rasyonel işlemlerini belirleyecek diğer önemli bir faktörde kamu kaynağı niteliğine bürünen sağlık sigortası primlerinin lüzum gösteren yerlerde ve israftan kaçınılarak etkin, verimli ve tutarlı kullanılmalıdır (Yenimahalleli, 2007: 159).

Sosyal sağlık sigortası sisteminde sağlık hizmetlerinin finansmanı amacıyla toplanan primler özel bir amaç doğrultusunda toplanan kamu geliri niteliğindedir. Özellikle çalışanların söz konusu sisteme kayıtlı olmaları ve primlerini ödemeleri zorunludur. Bu bağlamda sistem sadece çalışanları kapsayabileceği gibi (dar anlamda sosyal sağlık sigortası) vatandaşlarının tümünü kapsaması da (genel sağlık sigortası) mümkündür. Genel sağlık sigortası şeklinde tasarlanmış bir sistemde, çalışan kesimin zorunlu olarak sisteme tabi olup ödeyeceği primler yanında çalışmayanlar ve gelir düzeyi yetersiz kişilerinde sisteme bilfiil katılmaları zorunlu hale gelmektedir. Burada, çalışmayan ancak maddi durumu yeterli olanlar primlerini kendileri sisteme aktarırken, gelir düzeyi yetersiz kişilerin primleri ise devlet tarafından karşılanmaktadır. Sonuç itibariyle toplanan tüm sigorta primleri ortak bir havuza aktarılmakta ve ödemeler bu havuzdan gerçekleştirilmektedir (Edizdoğan ve Giray, 2007: 37-38).

4.2.2. Genel Vergi Gelirleri ile Finansman

Tarihsel süreç içerisinde sağlık hizmetlerinin tedarik edilmesinin kamusal bir görev olarak algılanmaya başlaması ile birlikte söz konusu hizmetten tüm toplumun yararlanmasını sağlamak üzere bir takım tedbirler alındığı görülmektedir. Özellikle Bismarck tipi sosyal sigorta sistemi ile başlayan bu süreç, sunulan sağlık hizmetleri finansmanının genel bütçe gelirlerinden sağlandığı Beveridge Sistemi ile devam etmiştir (Belek, 2009: 175). II. Dünya Savaşı'nı takiben Lord Beveridge, İngiltere'de sosyal adaleti ve gelirin toplum içerisinde ahenk ile yeniden dağılımını sağlayabilmek için yeni bir sosyal güvenlik anlayışını gündeme taşımıştır (Edizdoğan ve Giray, 2007: 33). Beveridge sistemi ile yeniden tanımlanan ve farklı bir önem atfedilen eğitim ve sağlık hizmetlerinin genel bütçe gelirleri aracılığıyla finanse edilmesi öngörülmüştür. Buradaki asıl amaç, söz konusu hizmetlerin toplum geneline yayılarak her bireyin bu hizmetlerden etkin bir şekilde yararlanmasını sağlayabilmektir (Svedoff, 2004: 2).

Genel vergi gelirleri ile sağlık hizmetlerinin finanse edilmesi, sağlık hizmetlerinden tüm bireylerin yararlanabilmesi ve sosyal riskin toplum geneline paylaştırılabilmesi için kullanılan önemli bir kolektif araçtır. Beveridge modeli olarak anılan bu araç koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin genel bütçe gelirleri ile karşılanıp toplumun her ferdine yeknesak şekilde sunulacak bir ortamın oluşturulmasını öngörür (Marsh, 2005: 6). Bu sistem Şekil 5 ile görsel ifade edilmiştir.



Kaynak: “Getzen, T. E. (1997), Health Economics Fundamentals and Flow of Funds, s.6” kaynağından yararlanılarak tasarlanmıştır.

Şekil 5: Sağlık Hizmetlerinin Kamu Ekonomisi Aracılığıyla Finansmanı: Zorunlu Sosyal Sigorta ile Finansman

Şekil 5’te görüldüğü üzere sağlık hizmetleri sunumunun vergi gelirleri ile finansmanında genel bütçe gelirlerinden sağlık harcamalarına ilişkin bir ödenek tahsis edilmekte, bu şekilde kamusal kaynaklar sağlık sektörüne aktarılmaktadır.

Vergi gelirleri ile sağlık hizmetleri finansmanının sağlandığı bir sistemde sosyal sağlık riskine ilişkin harcamaların toplum geneline yayılabilmesi için vergi tabanının geniş olması gerekir. Yani kayıt dışı ekonomi ne kadar az ve vergiyi doğuran olay ne kadar kolay saptanabiliyorsa vergilendirme süreci tüm toplum tarafından o derecede hissedilebilecektir. Vergi sisteminin toplumu mümkün mertebe kapsamayı, sosyal riskin paylaşımını arttıracak ve amaç birliği ruhunu geliştirecektir (Yıldırım, 2006: 3).

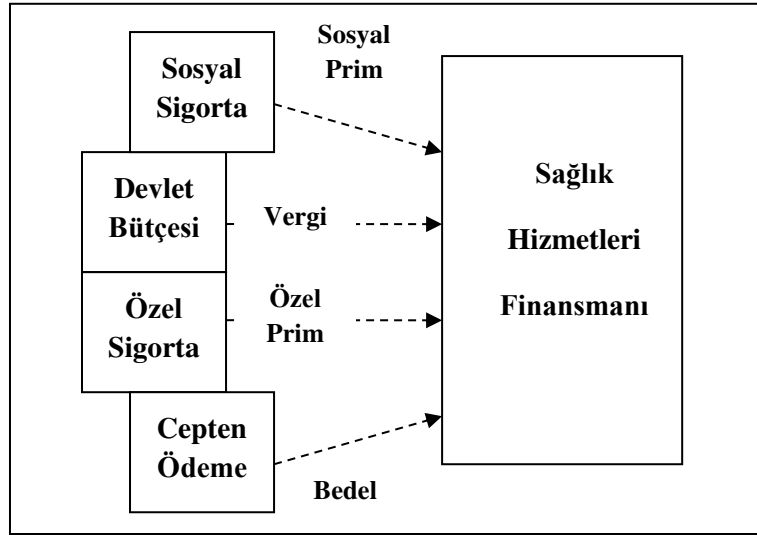
Genel vergi gelirleri ile sağlık hizmetleri sunumunun finanse edilmesi sistemi, sosyal sağlık sigortası sistemi ve piyasa koşullarının geçerli olduğu diğer sistemlere nazaran toplumun daha geniş kısmını sosyal sağlık güvencesi şemsiyesinde toplamaktadır. Burada devlet, sadece sigorta primlerinden oluşan havuz yerine tüm kamu gelirlerinin özellikle vergilerin toplandığı nispeten daha büyük bir havuzu sağlık hizmetlerinin finansmanı sürecinde kullanmaktadır (Yalçın ve Yıldırım, 2001: 4).

4.3. Bütünleştirilmiş Finansman Modeli

Sağlık hizmetlerinin finansmanında piyasa koşullarına göre oluşan sistemlerin varlığından söz edildiği gibi, kamu ekonomisi çerçevesinde

şekillenmiş ve bireysel faydalanmadan ziyade sosyal refah seviyesini yükseltmeyi amaç edinen finansman sistemlerinin varlığından da söz edilmektedir. Yukarıda bahsedilen dört finansman sistemi kendi içlerinde birbirlerini tamamlayacak şekilde bir arada uygulanabilmektedir. Burada asıl önemli olan sistemlerin birbirlerinin olumsuz yönlerini giderecek şekilde ahenk ile bir arada işlevlerini yerine getirebilmeleridir.

Günümüzde vatandaşların bilgi birikimlerinin artması ile birlikte sağlık hizmetlerinden yararlanmak isteyenlerin sayısı da artmaktadır. Sonuç itibarıyla, hizmet maliyetlerinin sürekli artması finansman sistemlerini zora sokmakta, hizmet sunumunda da zaman zaman hizmet talebinin karşılanmasında yetersizlikler oluşmaktadır. Böyle bir ortamda salt piyasa koşullarına ya da kamu ekonomisi şartlarına göre tasarlanmış sistemler hizmetin etkin bir şekilde finansmanına yetişmemektedir. Bu nedenle finansman sistemleri birbirlerini telafi edecek şekilde iş birliği içerisinde girmektedirler (World Health Organization, 2000: 7).



Şekil 6: Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında Bütünleştirilmiş Finansman Modeli

Şekil 6, bütünleştirilmiş finansman modelinde sağlık hizmetlerinin finansmanı sürecine katkı sağlayan temel kaynakları göstermektedir. Görüldüğü gibi bütünleştirilmiş finansman modellerinde kamu ve özel kaynakların tümünden yararlanılabilmektedir. Burada hangi kaynağın

finansman sürecinde daha etkin ve belirleyici olacağı ise sağlık sisteminin ve diğer bileşenlerin özelliklerine göre farklılıklar gösterebilecektir.

Sağlıklı yaşamayı istemenin anayasal bir hak olarak algılandığı günümüzde bu hakkı elde etmenin direkt bireyin tercihine bırakılması sosyal refah devletinin temel felsefesi ile bağdaşmamaktadır. Kişinin ödeme gücü yeterli ve sağlık hakkında bilinçli olduğu bir durumda kendi sağlığını koruyup kollayacağı açıktır. Bu doğrultuda koruyucu sağlık hizmetlerinden ya da tedavi hizmetlerinden kendi isteği ile yararlanabilir. Ancak, bireyin gelir düzeyi yetersiz ve sağlığa attığı değerin düşük olduğu düşünüldüğünde, sağlık problemlerini kendi tercihi doğrultusunda çözemeyeceği ve sistem dışında kalma ihtimalinin çok yüksek olduğu da unutulmamalıdır. İşte bu ihtimalin varlığı devletin, sosyal sigorta aracılığıyla ya da vergi gelirlerinden yararlanarak finansman sürecine katılmasına neden olmaktadır. (Carrin, 2003: 26-27). Bu şekilde vatandaşların sistem dışında kalması önlenmektedir. Benzer olarak, kamu müdahaleciliğine dayalı olan sosyal sağlık sigortasının uygulandığı bir ortamda, sistemin sağlık hizmetlerinin finansmanı açısından yetersiz kalması durumunda sağlık sigortası sistemi genel bütçe gelirlerinden finanse edilmekte, böylece hizmet sunumunda aksamaların önüne geçilmektedir. Özellikle sosyal sağlık sigortası sisteminin toplumun tüm kesimlerini kapsamada yetersiz kaldığı durumlarda devlet, sosyal refah seviyesini arttırabilmek için sistem dışında kalanların sağlık hizmeti sunumlarını genel bütçe gelirlerini kullanarak finanse etmekte, bu şekilde sosyal sağlık sigortası sisteminin aksayan yönünü de telafi etmektedir (Carrin, James ve Evans, 2005: 3-4).

5. Farklı Ülkelerde Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Ülkelerin demografik özellikleri, sosyo-ekonomik durumları, siyasi-idari yapıları ve sağlık olgusuna verdikleri değer, kurulmuş ya da kurulacak sağlık sisteminin temel özellikleri üzerinde belirgin etkiler oluşturmaktadır. Özellikle devletin sisteme müdahale edip etmeyeceği ve özel sektörün faaliyet alanı sözü edilen temel değişkenler çerçevesinde netlik kazanmaktadır (Musgrove, Zeramini ve Carrin, 2002: 140). Nitekim ülkelerin milli gelir seviyeleri göz önüne alınarak genel bir değerlendirme yapılmak istendiğinde, farklı sağlık sistemlerinin ve finansman yapılarının oluşmasında milli gelir hacminin de son derece önemli olduğu sonucuna varılabilmektedir. Aşağıda yer alan Tablo I aracılığıyla bu yerleşik kanı daha iyi pekiştirilebilir.

Tablo 1'de milli gelir seviyelerine göre ülkelerin GSYİH'larından sağlık harcamalarına ne kadar pay ayırdıkları, kamu ve özel kesim sağlık

harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payları ve kamu harcamaları içerisinde kamu kesimi sağlık harcamaları payına yer verilmektedir. Tablo 1'e göre ülkelerin milli gelirleri arttıa sağlık harcamalarına daha fazla pay ayırdıkları görülmektedir. Nitekim düşük gelirli ülkelerden yüksek gelirli ülkelere sağlık harcamalarının GSYİH içerisindeki payının % 4,3'ten % 11,2'ye yükseldiği görülmektedir. Alt orta gelirli ve st orta gelirli ülkelerde ise bu pay sırasıyla % 4,5 ve % 6,3 olarak hesaplanmıştır. Kamu ve özel kesim sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı da sağlık hizmetlerinin finansmanı bağlamında ülkelerin gelir seviyelerine göre farklılıklar arz etmektedir. Tablo 1'den görüldüğü üzere düşük gelirli ülkelerde kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı % 36,2 ve özel kesimin payı ise % 63,8'dir. Buna karşılık gelir seviyesi yükseldikçe sağlık hizmetlerinin finansmanı açısından kamu sektörü payının arttığı özel kesim payının ise gerilediği saptanmaktadır. Zira yüksek gelirli ülkelerde sağlık harcamalarının % 60,7'si kamu sektörünce, % 39,3' ise özel sektör tarafından karşılanmaktadır. Yine gelir seviyesi arttıa değişen diğer bir kalem kamu sağlık harcamalarının toplam kamu harcamaları içerisindeki payıdır. Tablo 1'den de görülebileceği üzere ülkelerin milli gelir seviyeleri arttıa toplam kamu harcamaları içerisindeki sağlık harcamaları payının da arttığı görülmektedir. Düşük gelirli ülkelerde söz konusu pay % 5,9 iken yüksek gelirli ülkelerde ise % 17,1'dir. Tablo 1 bir bütün olarak değerlendirildiğinde, ülkelerin milli gelir seviyeleri arttıa sağlığa verilen önemin arttığı, dolayısıyla sağlık hizmetlerinin özellikle finansmanı açısından kamu kesiminin özel kesime nazaran daha fazla kaynak kullandığı anlaşılmaktadır. Bunun nedeni milli gelir seviyesinin artmasıyla birlikte bir yandan vatandaşların sağlık hizmetlerine olan taleplerindeki artışlar, diğer yandan talep edilen hizmetlerin niteliğinin yükselmesine paralel finansman gerekliliğinin de artmasıdır.

Tablo 1: Gelir Gruplarına Göre Ülkelerin 2006 Yılı Sağlık Harcamalarına İlişkin İstatistikler²

	Sağlık Harcamalarının GSYİH İçerisindeki Payı	Kamu Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Payı	Özel Kesim Sağlık Harcamalarının Sağlık Harcamaları İçerisindeki Payı	Kamu Sağlık Harcamalarının Toplam Kamu Harcamaları İçerisindeki Payı
Düşük Gelirli Ülkeler	4,3	36,2	63,8	5,9
Alt Orta Gelirli Ülkeler	4,5	43,2	56,8	8,2
Üst Orta Gelirli Ülkeler	6,3	55,1	44,8	9,8
Yüksek Gelirli Ülkeler	11,2	60,7	39,3	17,1

Kaynak: World Health Organization, World Health Statistics 2009: 116.

5.1. Bazı Ülkelerde Sağlık Finansman Sistemleri

Çalışmanın bu kısmında, farklı milli gelir seviyelerine sahip on iki ülkenin sağlık finansman sistemleri, yukarıda değinilen temel başlıklar altında incelenmektedir. Seçilen ülkeler, önceki bölümde değinilen farklı finansman sistemlerini yansıtmakta, özellikle finansman sürecinde kamu ve özel sektörün etkileşiminin anlaşılabilirliği açısından önemli görülmektedir.

Aşağıda yer alan Tablo II'den görüldüğü gibi özellikle Fransa, Almanya ve A.B.D. gibi yüksek gelirli ülkelerde, sağlık harcamalarının GSYİH içerisinde aldığı pay son derece yüksek olduğu halde, Tacikistan, Kırgızistan Özbekistan gibi milli gelir seviyesi düşük ülkelerde ise söz konusu pay ciddi bir biçimde azalmaktadır. Fransa ve Almanya'da sağlık harcamalarının çok önemli bir kısmının kamu kesimince

² Dünya Bankası verilerine göre;

Düşük Gelirli Ülkeler: Kişi başına düşen Gayri Safi Milli Geliri 975 \$ ve altında olan ülkelerdir.

Alt Orta Gelirli Ülkeler: Kişi başına düşen Gayri Safi Milli Geliri 976 \$ - 3.855 \$ arasında olan ülkelerdir.

Üst Orta Gelirli Ülkeler: Kişi başına düşen Gayri Safi Milli Geliri 3.856 \$ - 11.905 \$ arasında olan ülkelerdir.

Yüksek Gelirli Ülkeler: Kişi başına düşen Gayri Safi Milli Geliri 11.906 \$ ve üzerinde olan ülkelerdir (World Bank List of Economies-July 2009,

<http://siteresources.worldbank.org/DATASTATISTICS/Resources/CLASS.XLS>, Erişim: 22.02.2010).

gerçekleştirildiği, bu durumun ülkelerin gelir seviyeleri düştükçe değiştiği görülmektedir. Şöyle ki, 2006 yılı itibariyle Fransa’da sağlık harcamalarının % 79.7’si kamu kesimince gerçekleştirilmişken, Şili’de bu rakam % 52.7’ye, Meksika’da 44.2’ye ve Tacikistan’da % 22.5’e gerilemektedir. Kamu kesiminin sağlık harcamaları içerisindeki payını belirleyen tek faktör milli gelir seviyesi değildir. Ülkenin uyguladığı iktisadi politikalar, devlete olan bakış açısı ve demografik özellikler gibi etmenlerde son derece belirleyici olmaktadır. Ancak burada dikkat edilmesi gereken temel nokta özellikle gelir seviyesi düştükçe ülke kaynaklarından daha düşük bir payın sağlık hizmetlerine tahsis edilmesi ve genel olarak kamu kesiminin sağlık harcamaları finansmanında ikincil bir rol üstleniyor olmasıdır. Tablo II’de ülkelerin milli gelir seviyeleri arttıkça kamu kesimince sağlık harcamalarına ayrılan kaynakların arttığı görülmektedir. Örneğin 2006 yılı itibariyle Tacikistan’da kamu kesimi sağlık harcamalarının toplam kamu harcamaları içerisindeki payı % 5 iken, bu rakam Mısır’da % 7.3, Meksika’da % 11.8, Fransa’da % 16.7 ve A.B.D.’de ise % 19.3’tür.

Tablo 2: Farklı Ülkelerde Sağlık Harcamalarının GSYİH İçerisindeki Yüzde Payı ve Sektörel Dağılımı

Ülkeler	Sağlık Harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla İçerisindeki Yüzdesi		Kamu Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Yüzdesi		Özel Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Yüzdesi		Kamu Sağlık Harcamalarının Kamu Harcamaları Toplamı İçerisindeki Yüzdesi	
	2000	2006	2000	2006	2000	2006	2000	2006
Tacikistan	4.6	5.0	20.4	22.5	79.6	77.5	4.9	5.0
Kırgızistan	4.7	6.4	44.3	43.0	55.7	57.0	8.3	8.7
Özbekistan	5.8	4.7	44.9	50.2	55.1	49.8	6.3	8.0
Azerbaycan	4.8	4.1	18.1	26.1	81.9	73.9	4.2	3.9
Türkiye	4.9	4.8	62.9	72.5	37.1	27.5	9.8	10.6
Mısır	5.6	6.3	40.1	41.4	59.9	58.6	7.5	7.3
İran	5.9	6.8	37.0	50.7	63.0	49.3	9.6	11.5
Meksika	5.6	6.6	46.6	44.2	53.4	55.8	12.5	11.8
Bulgaristan	6.2	7.2	58.7	56.7	41.3	43.0	8.6	11.2
Şili	6.2	5.3	48.7	52.7	51.3	47.3	11.3	14.1
Fransa	10,1	11,0	79,4	79,7	20,6	20,3	15,5	16,7
Almanya	10,3	10,6	79,7	76,9	20,3	23,1	18,2	17,9
A.B.D.	13.2	15.3	43.7	45.8	56.3	54.2	19.5	19.3

Kaynak: World Health Organization, World Health Statistics 2009: 107-117.

Tablo 2’de Türk sağlık sistemine ilişkin bir takım bilgilere de yer verilmektedir. Bu bilgilere göre lkemiz, Meksika, Bulgaristan ve şili gibi st orta gelirli ülkeler kategorisinde yer alsa da, sağlık harcamalarına ilişkin verilerin bu ülkelerle çok fazla rtuşmediği söylenebilmektedir. Türkiye’de sağlık harcamaları/GSYİH oranı çok düşüktür. Buna karşılılık kamu kesimi sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı itibariyle Türkiye’nin yüksek gelirli ülkeler kategorisi genel ortalamasını dahi aştığı grlmektedir³. Bu durum Türkiye’de sağlık sisteminin kamu kesimi merkezli şekillendiğinin de bir göstergesi niteliğindedir.

6. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

Sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulabilmesi için sistemin finansman yapısının güçlü ve sürdürülebilir olması gerekmektedir. Sağlık sistemlerinde finansman yapısının güçlülüğü, hizmetlerin finanse edilme sürecine toplumun tüm kesimlerini katabilen bir mekanizmanın varlığına bağlıdır. Nitekim sağlık sistemi, hizmetin sunumu ve finansmanı itibariyle gelirin yeniden dağıtılmasında yatay ve dikey adaletin sağlanabilmesi açısından da bir takım fonksiyonları bünyesinde barındırmaktadır (Doorslaer ve Wagstaff, 1998: 181). Kısacası, gerek sağlık hizmetlerinin sunumunda gerekli kaynağın sağlanması, gerekse bahsedilen ikincil fonksiyonların gerçekleştirebilmesi bağlamında, finansman sisteminin bir şekilde tüm toplumu sürece dâhil edecek, güçlü bir yapıya sahip olması gerekmektedir (Yıldırım, 2006: 3; Yalçın ve Yıldırım, 2001: 8).

Finansman sisteminin sürdürülebilir bir rasyonelite üzerine inşa edilmesi ise, sağlık hizmetlerinin finansmanı sürecinde sadece cari dönemin değil gelecek nesle devredilecek mali yapının da düşünülmesi gerekliliğini ifade etmektedir (Foster ve Clemens, 2005: 127). Sağlık hizmetlerin sunumu, gerek kısa gerek uzun vadede toplum açısından önem arz eden bir konudur. Hastalık riskinin ne zaman, ne boyutta ve nasıl ortaya çıkacağı belli olmadığı için öncelikle çok kısa dönemde, sistemin mutlaka hali hazırda finansman kaynağının olması gereklidir. Orta ve uzun vadede ise, aktüeryal dengeler göz önüne alınarak, demografik hareketlilikler temelinde bir sistem oluşturulmalıdır (zdemir, Ocaktan ve Akdur, 2003: 210).

³ Tablo 1’e göre 2006 yılı için Kamu Kesimi Sağlık Harcamaları/Toplam Sağlık Harcamaları oranı % 60,7’dir.

Ülkemizde uzun yıllar sağlık hizmetlerinin finansmanı, birbiri ile ilişki düzeyi düşük farklı finansal kaynaklar tarafından sağlanmıştır. Bu bağlamda genel sağlık sigortası sisteminin uygulanmaya başlaması ile sisteme bir düzen gelmiş, farklı finansal kaynaklarının yerini kontrol edilebilir ölçüde finansman kaynaklarından oluşan bir mekanizma almıştır. 31 Mayıs 2006 tarihinde kabul edilen ve 1 Ekim 2008 tarihi itibarıyla yürürlüğe giren Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile sağlık sisteminin her kademesinde olduğu gibi sunulan hizmetlerin finansmanı aşamasında da köklü değişiklikler gerçekleştirilmiştir. Öncelikle genel sağlık sigortası sistemi ile sağlık sigortası kapsamına alınan nüfus daha geniş kapsamda tanımlanmaya başlanmış ve sağlık hizmetlerinin finansmanı ile sunumu birbirlerinden ayrılmıştır (Pekten, 2006: 120). Ayrıca sağlık finansmanını yürüten sosyal sağlık sigorta kuruluşları Genel Sağlık Sigortası şemsiyesi altında toplanmıştır (Sıvacı, 2007: 33-34).

Genel sağlık sigortası sistemi ile sağlık hizmetlerinin finansmanı dört kaynaktan sağlanmaktadır. Hizmetlerin finansmanında yer alan aktörlerin sayısının azaltılması ya da Sosyal Güvenlik Kurumu bünyesinde birleştirilmesi sayesinde önceki sisteme göre daha sade bir hal alan yeni yapıda finansman araçları;

- Sosyal Güvenlik Kurumu'na sağlanan kaynaklar,
- Merkezi yönetim bütçesince sağlanan kaynaklar,
- Cepten yapılan ödemeler,
- Özel sağlık sigortası kuruluşlarınca sağlanan kaynaklar,

şeklinde tasniflenebilir. Aşağıdaki şekil, Genel sağlık sigortası sistemine geçilmesi ile sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı ve bu süreçte merkezi yönetimin üstlendiği aktiviteleri resmetmektedir. Sistemde gerçekleştirilen değişim sonrasında öncelikle Emekli Sandığı, Bağ-Kur, SSK, Yeşil Kart ve devlet memurlarına ilişkin gerçekleştirilen sağlık ödemeleri Sosyal Güvenlik Kurumu bünyesinde tek elden gerçekleştirilmeye başlanmış, bu sayede sistemin finansmanı sadeleştirilmiştir.

Şekil 7'den görüldüğü gibi, sağlık hizmetlerinin finansmanı yani hizmet sunucularına gerçekleştirilecek ödemeler tek elde toplanmış, hastanelerin denetim ve koordinasyonu ise Sağlık Bakanlığı'na tahsis edilmiştir. Bu sistemde, Sağlık Bakanlığı ve Maliye Bakanlığı hizmet sunucularına yine mali kaynak sağlamaktadır. Ancak buradaki mali destek, üniversite hastaneleri açısından personel maaşlarının ödenmesi, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler ile birinci basamak sağlık kuruluşları için ise temel sağlık hizmetlerinin görülmesi ve idari işlemlerin devamlılığın sağlanması ile

sınırlıdır. Sistemde bir işverene bağlı olarak çalışanlar ile bağımsız çalışanlar sosyal güvenlik sistemine tabi iseler eski sistemde olduğu gibi prim ödemektedirler. Ancak bu durumda, ödenen primler SSK ve Bağ-Kur gibi iki farklı kurumun bünyesinde değil Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından toplanmakta ve burada idare edilmektedir. Maliye Bakanlığı da Emekli Sandığı ve Yeşil Kart mensupları ile memurlar için Sosyal Güvenlik Kurumu'na prim ödemektedir. Bu şekilde beş farklı kaynaktan doğan prim tek bir çatı altında toplanmaktadır.

6.1. Sosyal Güvenlik Kurumu'na Sağlanan Kaynaklar

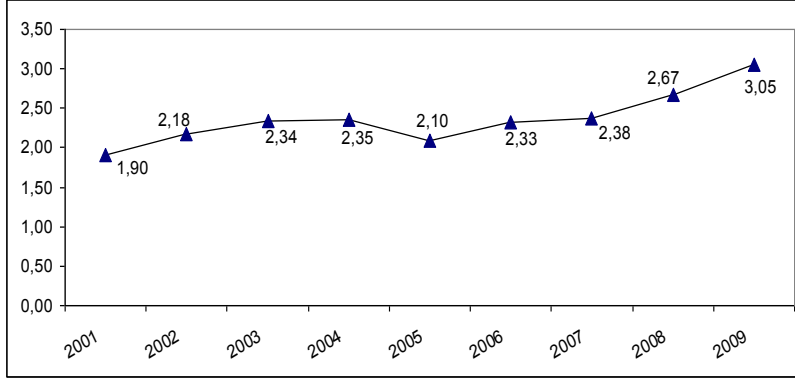
Sosyal Güvenlik Kurumu'nun kurulması ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun yürürlüğe girmesi ile birlikte sunulan sağlık hizmetlerinin finansmanındaki sosyal sigorta kuruluşlarının tamamı Sosyal Güvenlik Kurumu bünyesinde toplanmış bu şekilde sistemde tekdüzelik sağlanarak uygulamadaki farklılıklar giderilmiştir (OECD ve World Bank, 2008: 39). 2008 yılı itibarıyla, Sosyal Sigortalar Kurumu, Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve Yeşil Kart'a tabi sigortalılar ile devlet memurlarının sağlık güvenceleri Sosyal Güvenlik Kurumu'na sağlanmaya başlamıştır.

Sosyal Güvenlik Kurumu'nun geliri, bir işyerine bağlı olarak çalışanlar ve işverenleri, serbest çalışan esnaf, sanatkâr ve serbest meslek erbabları ile çalışmayanlar ancak prim ödemeye gücü olanlar tarafından sisteme aktarılan zorunlu sigorta primlerinden oluşmaktadır (Yenimahalleli, 2007: 67). Ayrıca önceki sistemde Emekli Sandığı üyesi olan emekliler ile memurların ve Yeşil Kart sahibi olan gelir düzeyi yetersiz kişilerin sağlık sigortası primleri merkezi yönetim bütçesinden Maliye Bakanlığı aracılığıyla ödenmektedir (OECD ve World Bank, 2008: 48). Sosyal Güvenlik Kurumu'na mensup olanlar aile hekimlerinden, semt polikliniklerinden, devlet hastanelerinden, üniversite hastanelerinden ve kurumca anlaşmalı olan özel hastanelerden sağlık hizmeti alabilmekte, özel eczanelerden ilaç temin edebilmektedirler (Orhaner, 2006: 13). Ancak sevk zincirine uygun davranmaları gerekmektedir. Sosyal Güvenlik Kurumu sağlık kuruluşlarına, kişi ve hizmet başına ödemedede bulunmaktadır.

Genel sağlık sigortası sisteminin kurulması ile birlikte daha önce farklı sosyal sigorta sistemine tabi olan vatandaşlar aynı hizmetlerden yararlanabilmekte, bu şekilde önceki mekanizmanın adaletsiz yapısı giderilmiş bulunmaktadır. Bunun yanında, genel sağlık sigortası uygulaması ile tüm sigorta primleri rasyonel hareket etme yükümlülüğü bulunan Sosyal Güvenlik Kurumu'nda toplanmakta, bu sayede Kurum elindeki primlerin büyüklüğü ve sektörde tek büyük sigorta kuruluşu

olmasının verdiği monopsonistik güç sayesinde sağlık hizmeti sunanlar ile daha etkin pazarlıklar yapabilmektedir (Akyel, 2006: 11).

Grafik 1: 2001-2009 Yıllarında Kamu Sağlık Harcamalarının GSYİH İçerisindeki Gelişimi



Kaynak: Sosyal Güvenlik Kurumu, Mali İstatistikler Aralık 2009, (<http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/Anasayfa/Istatistikler>).

Tablo 3: 2001-2009 Yıllarında Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Harcamalarının Dağılımı

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009*
I- Tedavi (a+b+c)	0,39	0,37	0,41	0,45	0,41	0,48	0,51	0,55	0,53
<i>a- Devlet Hastanesi</i>	<i>0,26</i>	<i>0,24</i>	<i>0,28</i>	<i>0,31</i>	<i>0,26</i>	<i>0,31</i>	<i>0,32</i>	<i>0,29</i>	<i>0,27</i>
<i>b- Üniversite Hastanesi</i>	<i>0,07</i>	<i>0,08</i>	<i>0,08</i>	<i>0,08</i>	<i>0,08</i>	<i>0,07</i>	<i>0,08</i>	<i>0,09</i>	<i>0,09</i>
<i>c- Özel Hastane</i>	<i>0,06</i>	<i>0,05</i>	<i>0,05</i>	<i>0,06</i>	<i>0,08</i>	<i>0,10</i>	<i>0,12</i>	<i>0,17</i>	<i>0,16</i>
II- İlaç	0,53	0,56	0,53	0,49	0,51	0,47	0,44	0,42	0,46
III- Diğer (d+e)	0,08	0,07	0,06	0,06	0,07	0,05	0,04	0,03	0,02
<i>d- Diğer</i>	<i>0,07</i>	<i>0,06</i>	<i>0,05</i>	<i>0,05</i>	<i>0,06</i>	<i>0,04</i>	<i>0,03</i>	<i>0,02</i>	<i>0,01</i>
<i>e- Optik</i>	<i>0,01</i>	<i>0,01</i>	<i>0,01</i>	<i>0,01</i>	<i>0,01</i>	<i>0,01</i>	<i>0,01</i>	<i>0,01</i>	<i>0,01</i>
TOPLAM (I+II+III)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

Kaynak: Sosyal Güvenlik Kurumu, Mali İstatistikler Aralık 2009, (<http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/Anasayfa/Istatistikler>).

Tablo 3, Sosyal Güvenlik Kurumu'nun 2001 ile 2009 yılları arasında gerçekleştirdiği sağlık harcamalarının alt kalemler itibariyle dağılımını göstermektedir. Görüldüğü gibi kurumun gerçekleştirdiği sağlık harcamalarının çok önemli bir kısmı tedavi ve ilaç masraflarından oluşmaktadır. Özellikle 2009 yılı verilerine göre Sosyal Güvenlik Kurumu sağlık harcamalarının yaklaşık % 98'i söz konusu kalemlere yönlendirilmiştir. Tabloda dikkati çeken diğer bir husus 2001 yılından

2009 yılına tedaviye yönelik gerçekleştirilen harcamalarının toplam içerisindeki payının giderek arttığı, buna karşılık ilaç ödemelerinin ise seviyesini koruduğu görülmektedir. Nitekim 2005 yılına kadar kurumun gerçekleştirdiği sağlık harcamalarında en büyük payı ilaç ödemeleri alırken, 2006 tarihinden itibaren ilk sıraya tedavi masrafları geçmiştir. Genel olarak bakıldığında tedavi masrafları içerisinde ise özel sağlık kuruluşlarına gerçekleştirilen ödemelerin artış gösterdiği ve 2009 yılı itibariyle toplam kurum sağlık harcamalarının % 16'sını oluşturduğu görülmektedir. Bu husus özel hastanelerin, son dönemde devlet hastaneleriyle rekabet edebilecek bir seviyeye ulaştıklarını göstermektedir. Grafik 1 ise Sosyal Güvenlik Kurumu'nun gerçekleştirdiği sağlık harcamalarının 2001-2009 yılları arasında GSYİH içerisindeki gelişimini göstermektedir. Grafikten görülebildiği gibi her ne kadar 2005 yılında bir gerileme yaşansa da genel itibariyle kurumun gerçekleştirdiği sağlık harcamalarının yıllar itibariyle arttığını göstermektedir.

6.2. Devlet Bütçesince Sağlanan Kaynaklar

Genel sağlık sigortası sisteminin uygulanmaya başlanması ile birlikte sağlık hizmetlerinin finansmanında Sosyal Güvenlik Kurumu öncelikli bir konuma gelmiş, özellikle devlet bütçesinden Sağlık Bakanlığı ya da Maliye Bakanlığı aracılığıyla direkt olarak sağlık hizmetleri finansmanının sağlanması yerine, Sosyal Güvenlik Kurumu aracılığıyla dolaylı bir finansman yöntemi benimsenmiştir. Temel sağlık hizmetleri, salgın hastalıklar ile mücadele, ana ve çocuk sağlığının korunması ile aile planlaması hizmetlerinin sağlanması, gerekli aşı, serum ve benzeri ürünlerin tedariki ve sunumu gibi görevler Sağlık Bakanlığı tarafından yerine getirilmektedir. Bu bağlamda Sağlık Bakanlığı, her yıl Maliye Bakanlığı Merkezi Yönetim Bütçe Kanunu'na göre aldığı ödeneği kendine bağlı hastanelere tahsis etmekte ya da bizzat alt birimleri vasıtasıyla hizmet sunumunun gerçekleştirilmesini sağlamaktadır (Özbay, Öncül, Gökçimen, Arı ve Mollahaliloğlu, 2007: 182).

Devlet bütçesinden sağlanan kaynakların bir diğer merkezi ise Maliye Bakanlığı'dır. Maliye Bakanlığı Sosyal Güvenlik Kurumu'nun bünyesinde birleşen Emekli Sandığı ve Yeşil Kart'a ilişkin gerekli olan prim ödemelerini gerçekleştirmektedir. Bu şekilde genel sağlık sigortası öncesinde Emekli Sandığı ve Yeşil Kart'ı mali anlamda bizzat yönlendiren Maliye Bakanlığı, yeni sistem ile bu etkinliğini Sosyal Güvenlik Kurumu'na devretmiş, sadece daha önceden bu kurumlara mensup olanların primlerini sisteme tahsis etme fonksiyonu ile yükümlü kılınmıştır. Bunun yanında Maliye Bakanlığı, memuriyeti devam

edenlerin sağlık sigorta primlerini de yine Sosyal Guvenlik Kurumu'na aktarmaktadır. Ayrıca üniversite hastanelerinde çalışan personelin maaş ödemeleri Maliye Bakanlığı'nca hastane bütçelerine konulan ödenekler ile gerçekleştirilmektedir (Bağımsız Sosyal Bilimciler, 2007: 230).

Tüm bunların yanı sıra Sosyal Güvenlik Kurumu'nun sağlık hizmetlerinin finansmanı sürecinde gelirlerinin giderlerini karşılamaması durumunda yine merkezi yönetim bütçe gelirlerinden kaynak aktarımı söz konusu olmaktadır. Örneğin, 1997 yılında genel bütçeden sosyal güvenlik kurumlarına yapılan transferler GSMH'nin %1,82 sini oluştururken bu oran 2000 yılında 2,57'ye, 2002'de 3,52'ye 2004 yılında 4,39'a yükselmiş ve 2006 yılında 4,14 olmuştur (Gümüş, 2008: 29).

6.3. Cepten Yapılan Ödemeler ve Özel Sağlık Sigortası Kuruluşlarıncı Sağlanan Kaynaklar

Genel sağlık sigortası uygulamasına başlanmış olmasına rağmen cepten ödeme ve özel sağlık sigortası ile sağlık hizmetlerinin finansmanı sürmektedir. Genel sağlık sigortası kapsamında olmayanlar ceplerinden yaptıkları ödemelerle sağlık hizmetlerinden yararlanabileceği gibi özel sağlık sigortası kuruluşlarına tabi olarak düzenli ödeyecekleri primler karşılığında da sigorta kuruluşunun finansmanı sağlamasını arzulayabilirler. Her iki yöntemde de sağlık sistemine devletin müdahaleciliği ve ağırlığı yoktur (Özbay, Öncül, Gökçimen, Arı ve Mollahaliloğlu, 2007: 203).

Bireyler daha çok genel sağlık sigortasını tamamlayıcı mahiyette isteğe bağlı özel sağlık sigortasından yararlanmaktadırlar. Özel sigorta sistemi de genel sağlık sigortası sistemi gibi prim esasına dayanmaktadır. Ancak özel sağlık sigortası sisteminde prim ödemeleri ile hizmetlerin finansmanı genel sağlık sigortası sisteminde olduğu gibi dağıtım esasına dayalı değildir. Özel sağlık sigortası sistemi kapitalizasyon yöntemine göre işlemektedir (Yenimahalleli, 2006: 183). Kâr maksimizasyonu amacı olan özel sağlık sigortası kuruluşları hastalık riski taşımayan, bedeni ve ruhi hali sağlam, risksiz bir işte çalışan kişilere daha az sağlık sigortası primi, tersine hastalık riski taşıyan, riskli bir işte çalışan ve yaşı yüksek kişilere ise daha yüksek prim uygulamaktadır. Uygulamada ise asimetrik bilgi nedeniyle özel sigorta sistemi etkin işleyememektedir.

7. SONUÇ

Sağlık temel insan haklarından biri olup tüm vatandaşlara yeterli düzeyde sağlanması gerekir. Bunun için sadece özel sektörün ya da piyasa

mekanizması ile fiyatlandırma yolu ile sağlık hizmetinin sunulmasında etkin kaynak tahsisine ulaşlamamaktadır. Piyasa başarısızlığa uğradığından kamu sektörü devreye girmektedir. Kamu sektörü, özel sigorta ve cepten ödemeler ile sağlanan sağlık hizmetlerinin finansmanında üçüncü bir aktör olarak yer alırken ayrıca bu hizmetlerin sunumunda da rol almaktadır. Kamu sektörünün ilave olarak denetim ve kontrol fonksiyonu da bulunmaktadır. Ülkemiz sağlık sistemi köklü reform süreci yaşamakta ve bu kapsamda genel sağlık sigortası sistemine geçerek herkesin sağlık hizmetlerine erişiminin sağlanması amaç edinilmiştir. Bu amaç oldukça önemlidir. Zira teoride piyasa etkin işlese bile, ödeme gücüne sahip olmayan sosyal kesimlerin varlığı dikkate alındığında, kamu sektörünün varlığı ile ancak sağlık hizmeti herkes için erişilebilir olur. Kaldı ki sağlık hizmeti insanın yaşaması ya da ölümle sonuçlanması gibi ince çizgide rol alan bir konudur. Bu nedenle pratikte, piyasaları çok daha rekabetçi şartlarda işleyen gelişmiş ülkelerde bile kamu sektörü sağlık alanında başlıca aktör olarak yerini korumaktadır. Sonuç olarak, kamu sektörü sağlık alanında bir yönü ile denetim ve kontrol, bir yönü ile sağlık hizmetlerini finanse ederek ve bir yönü ile de hizmeti üreterek görev üstlenmiş olup bunların etkin bir şekilde sürdürülmesi sağlıklı bir toplumun varlığı ve sürdürülebilirliği için gerekli görülmektedir.

KAYNAKLAR

Akalın, G. (2000). *Kamu Ekonomisi*, Ankara: Akçağ Yayınları.

Akalın, G. (1981). *Kamu Ekonomisi*, Ankara: Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları.

Akdur, R. (2006). *Sağlık Sektörü: Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu*, Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi, Yayın No: 2.

Aktan, H.T. (2001). Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Türkiye ve Dünyadaki Uygulamaları, *Yeni Türkiye*, 40, 1557-1569.

Akyel, H. (2006). Sosyal Güvenlik Sistemi Açısından Sağlık Hizmetlerinin Sorunları ve Genel Sağlık Sigortasının Uygulanabilirliğine Yönelik Bir Araştırma, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara, Türkiye.

Altay, A. (2007). Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi, *Sayıştay Dergisi*, 64, 33-58.

Arrow, K.J. (1963). Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, *The American Economic Review*, 53(5), 141-149.

Aydın, S. (2008). *Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Yaklaşımı ve Sağlık Hizmet Sistemi Reformundaki Yeri*, Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Sağlık Teşviki ve Geliştirilmesi Sempozyumu, FTS Turizm, Ankara.

Bağımsız Sosyal Bilimciler (2008). *2008 Kavşağında Türkiye Siyaset, İktisat ve Toplum*, İstanbul: Ayhan Matbaası, Yayın No: 42.

Barham, L., Harker, E.B. ve Lewis, D. (2007). The Importance of Incentives in Health Care Systems, (Çevrimiçi) http://www.ifpma.org/Issues/fileadmin/templates/ifpmaissues/pdfs/2007_12_14_NERA-IncentivesReportFinal.pdf, 18 Şubat 2009.

Başara, B.B. ve Şahin, İ. (2008). Türkiye’de Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler, *H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 26(2), 319-340.

Belek, İ. (2009). *Sağlığın Politik Ekonomisi Sosyal Devletin Çöküşü*, İstanbul: Kayhan Matbaacılık, Yayın No: 3.

Buchmueller, T.C. ve Couffinnal, A. (2004). *Private Health Insurance in France*, Paris: OECD Health Working Papers, No: 12.

Bulutoğlu, K. (1977). *Kamu Ekonomisine Giriş*, İstanbul: Temat Yayınları.

Carrin, G. (2003). *Community Based Health Insurance Schemes in Developing Countries: Facts, Problems and Perspectives*, Geneva: World Health Organization, No: 1.

Carrin, G. (2002). Social Health Insurance in Developing Countries: A Continuing Challenge, *International Social Security Review*, 55, 57-69.

Carrin, G., James, C. ve Evans, D. (2005). *Achieving Universal Health Coverage: Developing the Health Financing System*, Geneva: World Health Organization.

Çalış, S. (2006). Türkiye’de Sosyal Güvenlik Reformu Kapsamında Genel Sağlık Sigortasının İncelenmesi, Marmara Üniversitesi Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, Türkiye.

Çelikay, F. (2009). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Açısından Genel Sağlık Sigortası Sisteminin Etkinliği ve Geleceği, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Eskişehir, Türkiye.

Dalgın, N. (2005). Sosyal Güvenliğe Katkısı Bağlamında Karşılıklı Sigortalar, *Sigorta Araştırmaları Dergisi*, 1, 45-59.

Devlet Planlama Teşkilatı (2004). Sağlık Reformu Çalışma Grubu Raporu, 2004 Türkiye İktisat Kongresi, (Çevrimiçi) <http://ekutup.dpt.gov.tr/ekonomi/tik2004/cilt14.pdf>, 20 Aralık 2008.

Devlet Planlama Teşkilatı (2001). Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı-Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Ankara.

Dinler, Z. (2004). *Mikro Ekonomi*, Bursa: Ekin Kitabevi, Yayın No: 15.

Doorslaer, E.V. ve Wagstaff, A. (1998). Equity in the Finance and Delivery of Health Care: an Introduction to the Equity Project, (Health, Health Care and Health Economics: Perspectives on Distribution, Editör: Morris L. Barer, Thomas E. Getzen ve Greg L. Stoddart), New York: John Wiley&Sons Ltd..

Edizdoğan, N. ve Giray, F. (2007). *Teoride ve Türkiye’de Paraşiskal Gelirler*, Bursa: Ezgi Kitabevi, Yayın No: 1.

Foster, R.S. ve Clemens, M.K. (2005). Medicare Financial Status, Budget Impact, and Sustainability-Which Concept is Which?, *Health Care Financing Review*, 27(2), 127-140.

Getzen, T.E. (1997). *Health Economics: Fundamentals and Flow of Funds*, New York: John Wiley&Sons Inc..

Gümüş, E. (2008). Türk Sosyal Güvenlik Sisteminin Değerlendirilmesi ve Sosyal Güvenlik Kurumlarının Finansal Geleceği, *Finans Politik ve Ekonomik Yorumlar*, 45(517), 23-42.

Helms, L.J., Newhouse, J.P. ve Phelps, C.E. (1978). Copayments and Demand for Medical Care: The California Medicaid Experience, *The RAND Journal of Economics*, 9(1), 192-208.

Jack, W. (2002). Public Intervention in Health Insurance Markets: Theory and Four Examples from Latin America, *The World Bank Research Observer*, C: 17, No: 1, ss. 67-88.

Kesgin, Ç. ve Topuzoğlu, A. (2006). Sağlığın Tanımı; Başaıkma, *Journal of Istanbul Kultur University*, 3, 47-49.

Langenbrunner, J. ve Liu, X. (2004). How to Pay Understanding and Using Incentives, Health, *Nutrition and Population Discussion Paper-The World Bank* (Çevirimiçi)<http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/2816271095698140167/LangenbrunnerCh5HowtoPayFinal.pdf>, 11 Mayıs 2009.

Marsh, M.H. (2005). Implications of Changes in the National Health Service in England for the United States, New York: Walker Sullivan Report.

Mcgregor, S.L.T. (2001). Neoliberalism and Health Care, *International Journal of Consumer Studies-Special Edition on "Consumers and Health"*, 25(2), 82-89.

Musgrove, P., Zeramdini, R. ve Carrin, G. (2002). Basic Patterns in National Health Expenditure, *Bulletin of the World Health Organization*, 80(2), 134-146.

Orhaner, E. (2006). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası, *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakóltesi Dergisi*, 1, 1-19.

Özbay, H., Öncül, H.G., Gökçimen, M., Arı, H.O. ve Mollahaliloğlu, S. (2007). Sağlık Sektörü Finansmanı, *Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007*, Ankara: Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Bölük Ofset Matbaacılık.

Özdemir, O., Ocaktan, E. ve Akdur, R. (2003). Sağlık Reformu Sürecinde Türkiye ve Avrupa’da Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakóltesi Mecmuası*, 56(4), 207-216.

Özkara, Y. (2006). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Sağlık Ekonomisindeki Yeri ve Önemi: Bir Uygulama, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Antalya, Türkiye.

Phelps, C.E. (2003). *Health Economics*, -the USA: - Addison Wesley Yayın No: 3.

Parante, S.T., Feldman, R., Abraham, J. ve Xu, Y. (2008). “Consumer Response to a National Marketplace for Individual Insurance”, Final Report, University of Minnesota Carlton School of Management.

Rosen, H.S. ve Gayer, T. (2008). *Public Finance*, Singapore: McGraw-Hill International Edition, Yayın No: 8.

Sağlık Bakanlığı (2004). *Aile Hekimliği Türkiye Modeli*, Editör: Sabahattin Aydın, Ankara: Mavi Ofset.

Sağlık Bakanlığı (2003). *Sağlıkta Dönüşüm Programı*, Ankara. OECD ve World Bank (2008), OECD Sağlık İncelemeleri Türkiye, (Çevrimiçi)http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/200902201441250_OECD_Kitap.pdf, 05 Ocak 2009.

Santerre, R.E. ve Neun, S.P. (1996). *Health Economics*, the USA: Irvin Book Team.

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

Savedoff, W. (2004). *Tax-Based Financing for Health Systems: Options and Experiences*, Geneva: World Health Organization, Yayın No: 4.

Sekhri, N. ve Savedoff, W. (2006). Regulating Private Health Insurance to Servet he Public Interest: Policy Issues for Developing Countries, *International Journal of Health Planning and Management*, 21, 357-392.

Sevim, İ. (2006). 1980 Sonrasında Uygulanan Yeni Liberal Politikaların Sağlık Sektörüne Etkisi Türkiye Örneği, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, Türkiye.

Sıvacı, C. (2007). Genel Sağlık Sigortası ve Türkiye’de Uygulanabilirliği, *Bütçe Dünyası*, 24, 32-40.

Sosyal Güvenlik Kurumu (2009). Mali İstatistikler Aralık 2009, (Çevrimiçi)<http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/Anasayfa/Istatistikler#>, 12 Mart 2010.

Stiglitz, J.E. (2000). *Economics of the Public Sector*, New York, London: W.W. Norton&Company, Yayın No: 3.

Şenatalar, B. (2003). Sağlık Ekonomisine Genel Bir Bakış, *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(4), 25-30.

Şener, O. (2005). Türkiye’de 1980 Sonrası Sağlık Politikaları, Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara, Türkiye.

Taban, S. (2004). *Türkiye’de Sağlık ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Nedensellik Testi*, 3. Ulusal Bilgi, Ekonomi ve Yönetim Kongresi, Eskişehir.

Tapay, N. ve Colombo, F. (2004). Private Health Insurance in the Netherlands: A Case Study, OECD-Health Working Papers, No: 18, Paris.

Tekin, F. (1987). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı, *Eskişehir Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 5(1), 263-298.

Tiryaki, D. ve Tatar, M. (2002). Sağlık Sigortası Teori ve Uygulama, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 5, 123-139.

Wagstaff, A. (2009). Social Health Insurance v. Tax-Financed Health Systems-Evidence from the OECD, *The World Bank Development Research Group, Policy Research Working Paper*, 4821, 1-37.

Wagstaff, A. (2005). The Economic Consequences of Health Shocks, *World Bank Policy Research Working Paper*, 3644, 1-18.

Wagstaff, A. ve Serra, R.M. (2007). Europe and Central Asia’s Great Post-Communist Social Health Insurance: Impacts on Health Sector and Labor Market Outcomes, *The World Bank Development Research Group, Policy Research Working Paper*, 4371, 1-68.

World Health Organization (2009). World Health Statistics 2009, (Çevrimiçi) http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS09_Full.pdf, 22 Temmuz 2009.

World Health Organization (2000). The World Health Report 2000, (Çevrimiçi) http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf, 17 Şubat 2009.

World Health Organization (1981). *Global Strategy for Health All Bye the Year 2000*, (Çevrimiçi) <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800038.pdf>, 10 Aralık 2008.

World Bank (2009). *World Bank List of Economies-July 2009*, (Çevrimiçi) <http://siteresources.worldbank.org/DATASTATISTICS/Resources/CLASS.XLS>, Erişim: 21 Şubat 2010.

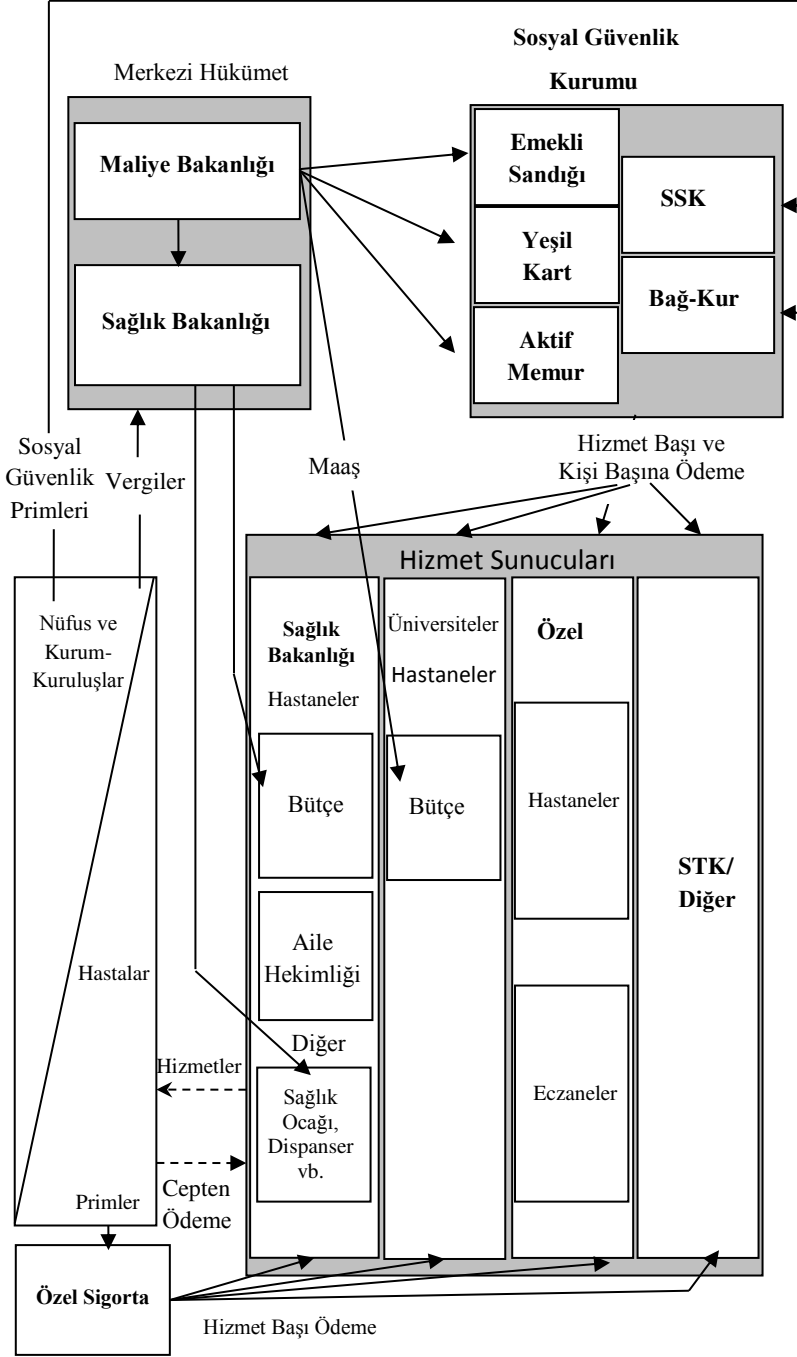
Yalçın, T. ve Yıldırım, H.H. (2001). Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı, *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı*, 40, (Çevrimiçi) http://www.absaglik.com/hhy_saghizfin.pdf, Erişim: 11 Aralık 2008.

Yenimahalleli-Yaşar, G. (2007). Sağlıkın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Ankara, Türkiye.

Yıldırım, H.H. (2006). Türkiye’de Sağlık Reformları: Sağlık Finansmanı Reformu ve Genel Sağlık Sigortası, (Çevrimiçi) <http://www.absaglik.com/GSSkanun.pdf>, 28 Ağustos 2009.

Yıldırım, S. (1994). *Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi*, Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü Uzmanlık Tezi.

EK: Şekil 7. Genel Sağlık Sigortası Sonrası Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı



Kaynak: "OECD ve World Bank, 2008: 48" kaynağından yararlanılarak düzenlenmiştir.