155934

Sağlık Hizmetleri; Finansmanı, Ülke Örnekleri ve Çözüm Önerileri

Hayriye IŞIK

Yüksek Lisans Tezi

Eskişehir 2001

Anadolu Üniversitesi
Merkez Kütüphanesi

SAĞLIK HİZMETLERİ; FİNANSMANI, ÜLKE ÖRNEKLERİ VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Hayriye IŞIK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Maliye Teorisi Anabilim Dalı
Danışman: Yard.Doç.Dr. Tayfun MOĞOL

ESKİŞEHİR
Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Temmuz 2001

YÜKSEK LİSANS TEZ ÖZÜ

SAĞLIK HİZMETLERİ; FİNANSMANI, ÜLKE ÖRNEKLERİ VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Hayriye IŞIK
Maliye Teorisi Anabilim Dalı
Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Temmuz 2001
Danışman:Yard.Doç.Dr. Tayfun MOĞOL

Sağlık kavramı gündelik hayatımızda oldukça önemli bir kavramdır. Bütün bireyler ve toplumların amacı daha iyi sağlık koşullarına sahip olmaktır. Bu amaçla sağlık sektörüne ayrılan kaynakların artırılması gerekmektedir.

Günümüzde sağlık hizmetlerinin maliyetleri çeşitli şekillerde karşılanmaktadır. Gelir düzeyinin düşük olması ve sağlık hizmetinin taşıdığı dışsallık ve kamusallık özellikleri bu alana kamu kesimince finansman desteği sağlanmasını zorunlu kılmaktadır.

Ülkemizde sağlık hizmetlerine ayrılan kaynaklar gelişmiş ülkelere göre ele alındığında oldukça düşük kalmaktadır. Dolayısıyla bu durum sağlıkla ilgili temel göstergelere de yansımaktadır.

Seçilmiş bazı ülkelerin sağlık hizmetlerini finanse etme yöntemleri, kamu gelirleriyle finansman, sigorta primleriyle finansman ve kullanıcı ödentileri şeklinde karma bir yapıdan oluşmaktadır. Türkiye'de de benzer bir yapı söz konusudur. Gelişmekte olan ülkelerin önemli bir bölümünde olduğu gibi, ülkemizde de sağlık hizmetleri finansmanı açısından çeşitli sorunlar söz konusudur. Örneğin, primlerin toplanamaması, gelir düzeyinin düşüklüğü, sosyal güvenlik kurumlarına yapılan transferler bu sorunlardan bazılarıdır.

Sağlık hizmetlerinin finanse edilmesinde yeni yöntem arayışları yanında bu alana devlet bütçesinden ayrılan kaynakların artırılması kaçınılmaz görünmektedir. Buna rağmen, özellikle gelişmekte olan ülkeler açısından kaynakların artırılmasının da çeşitli zorlukları olduğu unutulmamalıdır.

ABSTRACT

The concept of "health" is a very important concept in our life. The aim of the individuals and the societies is to provide better health standards. Hence the resources allocated to the health sector should be increased.

Today the cost of health services are being met in various forms. Due to the lower income levels and the externality and the public features of the health services, the contribution and the financial aids to this sector should be ensured.

The resources allocated to health services in our country is relatively low compared to the developed country profiles. Thus this situation is reflected in the main health indicators.

The financing methods of the health services in some chosen countries is a mixed structure combining with financing with public incomes, insurance premiums and user payments. As it is the case in most of the developed countries, there are some problems in financing health services in Turkey. The uncollected premiums, the lower income levels, transfers to the social security system are some examples of the issue.

In this case, there should be some creative method seeking attempts to be made in financing health services. The resources allocated from the state budget should be increased. However, it should not be forgetten that this is a matter of a resource capacity for especially developing countries.

JURİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Hayriye Işık'ın Sağlık Hizmetleri ; Finansmanı Ülke Örnekleri ve Çözüm Önerileri, Başlıklı tezi 9 Aralık 2021 tarihinde, aşağıdaki juri tarafından Lisansüsütü Eğitim Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca Maliye Teprisi Anabilim dalında Yüksek Lisans Tezi olarak değerlendirilerek kabul edilmiştir.

	Adı Soyadı	İmza
Üye (Tez Danışmanı)	**: Yrd. Doç.Dr. Tayfun Moğol**	
Üye	: Prof.Dr. Beyhan ATAÇ	
Üye	: Yrd. Doç. Dr. Tayfun Çoker	

Prof.Dr. Özcan ALTAN
Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Sağlık hizmetleri bireyler ve toplumlar için giderek artan bir öneme sahip bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin taşıdığı önem bu alana daha fazla kaynak ayrılması gereğini ortaya çıkarmaktadır. Bu noktada sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin nasıl karşılanacağı sorunun çözülmesi gerekmektedir.

Sağlık hizmetleri ile ilgili temel kavramlar başlangıçta ele alınarak, sağlık hizmetlerinin finansmanı, finansman türleri ve bu konudaki yeni yaklaşımlar üzerinde durulmuştur. İkinci bölümde ise seçilmiş bazı ülkelerin sağlık hizmetlerini finanse etme yöntemleri ve uygulanması üzerinde durulmuştur. Türkiye uygulamasının ele alındığı son bölümde sağlık sistemi içerisinde yer alan kurumlar ele alınarak bu kurumların sağlık hizmetlerinin finansmanındaki rolü ve önemi tartışılmıştır. Son dönemlerde yaygın olarak tartışılan sosyal güvenlik sisteminin açıklarına da bu kapsamda yer verilmiştir.

Bu çalışmanın ortaya çıkmasında her zaman ufuk açıcı eleştirileriyle ve özverisiyle bana yol gösteren tez danışmanın sayın Yrd. Doç. Dr. Tayfun MOĞOL'A ve verilerin sağlanmasında gösterdikleri kolaylık nedeniyle T.C. Sağlık Bakanlığı ve T.C. Maliye Bakanlığı yetkililerine ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen eşime teşekkürü bir borç bilirim.

Sakarya 2001 Hayriye IŞIK

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖZET ii
ABSTRACT iii
JURİ VE ENSTİTÜ ONAYI iv
ÖNSÖZ v
ÖZGEÇMİŞ vi
TABLOLAR LİSTESİ x
ŞEKİLLER LİSTESİ xii
GİRİŞ 1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ VE FİNANSMAN YÖNTEMLERİ

1.SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMI 2

1.1.Sağlık Hizmetlerinin Tanımı 2
1.2.Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri 3
1.3.Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması 7
1.3.1.Koruyucu Sağlık Hizmetleri 7
1.3.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri 8
1.3.3.Rehabilitasyon Hizmetleri 9
1.4.Sağlık Hizmetlerinin Arz ve Talebi 10
1.4.1.Sağlık Hizmetleri Arzı 10
1.4.2.Sağlık Hizmetleri Talebi 11
1.5.Sağlık Hizmetlerinin Fayda ve Maliyetleri 13
1.5.1.Sağlık Hizmetlerinin Faydaları 13
1.5.2.Sağlık Hizmetlerinin Maliyetleri 14
1.5.2.1.Dolaysız Maliyetler 15
1.5.2.2.Dolaylı Maliyetler 15

2.SAĞLIK SİSTEMLERİ.....16

3.SAĞLIK FİNANSMAN YÖNTEMLERİ.....18

3.1.Doğrudan Finansman Yöntemi.....19
3.2.Dolaylı Finansman Yöntemi.....21
3.2.1.Kamu Gelirleriyle Finansman.....22
3.2.2.Sigorta Primleriyle Finansman.....24

4.SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMAN YÖNTEMLERİNDE ALTERNATİF MODELLER.....26

4.1.Maliyet Paylaşımı Yaklaşımı.....28
4.2.Tüketici Katkıları.....28
4.3.Toplum Finansmanı.....29
4.4.Gönüllü Sağlık Organizasyonları.....29

5.SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANINDA DEVLET MÜDAHALESİNİN ÖNEMİ VE ROLÜ.....30

5.1.Düzenleyici(Regülatör) Olarak Devletin Rolü.....32
5.2.Sigorta Edici(Insurer) Olarak Devletin Rolü.....34
5.3.Sağlık Hizmetlerini Sağlayıcı (Provider) Olarak Devletin Rolü.....34

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANININ ÇEŞİTLİ ÜLKELER VE TÜRKİYE AÇISINDAN İNCELENMESİ

1. GELİŞMİŞ ÜLKELERDEKİ SAĞLIK FİNANSMAN YÖNTEMLERİNİN ÖZELLİKLERİ.....36

1.1.Amerika Birleşik Devletleri.....38
1.1.1.Kar Amaçlı Özel Sigorta Şirketleri.....38

1.1.2.Mavi Haç ve Mavi Kalkan Uygulaması (Blue Cross and Blue Shield).....39
1.1.3.Bağımsız Sigorta Planları ve Sağlık Organizasyonları.....39

1.1.4.Kamu Sigortası (Medicare and Medicaid).....40
1.2.Almanya.....41
1.3.İngiltere.....42
1.4.Japonya.....43
1.5.İsrail.....44

2. GELİŞMEKTE OLAN ÜLKELERDEKİ SAĞLIK FİNANSMAN YÖNTEMLERİNİN ÖZELLİKLERİ.....45

3. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

3.1.Mevcut Sağlık Sistemi.....47
3.2.Sağlık Harcamaları ve Finansmanı.....49
3.2.1.Sağlık Bakanlığı.....52
3.2.2.Sosyal Sigortalar Kurumu(SSK).....55
3.2.3.Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu(Bağ- Kur).....57
3.2.4 T.C. Emekli Sandığı.....60
3.2.5.Üniversite Hastaneleri.....61
3.2.6.Bakanlıkların Sağlık harcamaları.....63
3.2.7.Diğer Kurumlar.....64
3.2.8.Özel Sosyal Güvenlik Sandıkları ve Özel Sigortalar.....66
3.2.9.Özel Sağlık Harcamaları.....67
3.3.Türkiye'de Sağlık Finansmanı Sorunları.....67
3.4.Türkiye'de Sağlık Sistemi Reformu ve Finansman Hedefleri.....72
3.5.Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinde Özelleştirme.....75

SONUÇ.....78

KAYNAKÇA.....80

TABLOLAR LİSTESİ

Sayfa

Tablo 1. Mikro ve Makro Anlamda Maliyet Sınırlama Stratejileri.....27

Tablo 2. Sağlık Piyasaları ile Standart Rekabet Piyasaları Arasındaki Farklar.....31

Tablo 3. Seçilmiş Bazı Gelişmiş Ülkelerde Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı, Ödeme Sistemleri ve Organizasyon Yapıları.....37

Tablo 4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Finansmanı.....47

Tablo 5. Sağlık Ocağı ve Sağlık Evi Sayıları.....48

Tablo 6. Türkiye'de Yataklı Tedavi Kurumları (1999).....49

Tablo 7. Toplam Sağlık Harcamaları; Kamu-Özel Dağılımı.....50

Tablo.8 Kamu Sektörü Toplam Sağlık Harcamalarının Kurumlara Göre Dağılımı (%).....51

Tablo 9. Toplam Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynakları.....51

Tablo 10. T.C. Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin Gelişimi.....52

Tablo 11. T.C. Sağlık Bakanlığı Personeli (1997-1998).....53

Tablo.12 T.C. Sağlık Bakanlığı Harcamaları ve Finansman Kaynakları.....53

Tablo 13. T.C. Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Devlet Bütçesine Oranı(1923-2000).....54

Tablo 14. S.S.K. Gelir- Gider Dengesi.....56

Tablo 15. S.S.K'ya Yapılan Transferler.....57

Tablo 16. Bağ-Kur Sağlık Gelir-Gider Dengesi.....59

Tablo 17. Bağ-Kur'a Yapılan Transferler.....59

Tablo 18. Emekli Sandığı'nın Sağlık Harcamaları.....60

Tablo 19. Emekli Sandığı'na Yapılan Transferler.....61

Tablo 20. Üniversitelerin Sağlık Harcamaları ve Kaynakları.....62

Tablo 21. Üniversitelerin Genel Bütçe Kaynaklı Harcamalarının Dağılımı (1998).....63

Tablo 22. Sağlık Güvencesi Altındaki Memur Sayısı ve Bunlara Yapılan Harcamalar..64

Tablo 23. MSB, KİT ve Belediyelerin Sağlık Harcamaları 65

Tablo 24. Fon Kaynaklı Sağlık Harcamaları.....66

Tablo 25. Özel Sağlık Harcamaları (1997-1998).....67

Tablo 26.Türkiye'de Konsolide Bütçe Sosyal Güvenlik Transferlerinin Bütçe ve GSMH'ya Oranının Gelişimi.....69

Tablo 27. Seçilmiş Bazı Ülkelerde Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Genel Bütçeye Oranı (1996).....69

Tablo 28. OECD Ülkelerinin Kamu ve Toplam Sağlık Harcamalarının GSMH'ya Oranı ve Kişi Başına Sağlık Harcamaları (1996).....71

Tablo 29. Seçilmiş Bazı Ülkelerin Temel Göstergeleri (1996).....72

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa

Şekil 1. Sağlık Hizmetleri Sektöründe Doğrudan Finansman Yönteminin İşleyişi.....20

Şekil 2. Sağlık Hizmetleri Sektöründe Dolaylı Finansman Yönteminin İşleyişi.....21

Şekil 3. T.C. Sağlık Bakanlığının Hazırlamış Olduğu Tasarı İle Önerilen Finansman Akış Şeması; Sağlık Finansman Modeli.....75

GİRİŞ:

Sağlık, tüm insanlar için temel bir haktır. Sağlıklı olmanın insan ve toplum yaşamındaki önemi, sağlık hizmetlerinin kamusal hizmetler kapsamında ele alınmasına ve öncelik verilmesi gereken bir konu olmasına sebep olmaktadır. Bir ülkenin gelişme ve kalkınma göstergelerinden biri de, gayri safi milli hasıladan sağlık sektörüne ayrılan paydır. Günümüzde bütün ülkelerde, özellikle de sanayileşmiş ülkelerde sağlık harcamalarının payı giderek artmaktadır. Sağlık harcamalarındaki bu artışa paralel olarak, sağlık finansman kaynaklarının aynı oranda arttırılamaması sağlık sektöründe sorunlara yol açmaktadır. Sağlık sistemleri ve finansman yöntemleri çeşitli ülkelere göre farklılıklar göstermekle beraber, genelde sağlık hizmetlerinin finansmanı, devlet gelirleri, sigorta primleri ve kişilerin kendi ödemeleri ile karşılanmaktadır. Bu kaynakların öncelik sırası ve sistemin işleyişi ülkelerin ekonomik, sosyal ve politik yapılarına göre şekillenebilmektedir.

Bu çalışmanın amacı, sağlık hizmetlerinin finansman yöntemlerini incelemek, bu yöntemlerin işleyişini gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler açısından değerlendirmek, sorunları tespit edip, çözüm önerileri sunmaktır. Çalışma iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde; sağlık hizmetleri ve finansmanı konusu teorik açıdan ele alınıp, öncelikle sağlık hizmetlerinin; tanımı, sınıflandırılması, özellikleri, arz ve talebi, fayda ve maliyetleri hakkında genel bilgiler verilerek, sağlık sistemleri ile sağlık finansman yöntemleri ve genel olarak sağlık hizmetlerinin finansman yöntemlerinde yeni yöntemler ve gelişmeler ortaya konulmuş, devletin sağlık hizmetlerini finanse etmesindeki rolü incelenmiştir. İkinci bölümde; sağlık hizmetlerini finanse etme yöntemlerinin çeşitli ülkeler ve Türkiye açısından durumu ele alınıp, Türkiye'deki mevcut sistem, finansman kaynakları, finansman sorunları ve reform çalışmaları incelenmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ VE FİNANSMAN YÖNTEMLERİ

1. SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMI

1.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlığı, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlamaktadır. Başka bir tanıma göre sağlık, kişinin fiziksel ve toplumsal çevreye ilişkin olarak vücut ve kafasının düzenli bir biçimde çalışmasıdır[1]. Sağlık, bireyin cenin durumundan ölünceye kadar sahip olduğu temel bir haktır. Sağlık hakkı, kişinin toplumdan, devletten, sağlığının korunmasını, gerektiğinde tedavi edilmesini, iyileştirilmesini isteyebilmesi, toplumun sağladığı imkanlardan faydalanabilmesi olarak tanımlanabilir[2].

Kişi ve toplumun sağlığı, çevresel, davranışsal ve tıbbi olmak üzere üç ana unsurla ilişkilendirilmektedir. Sağlığın korunup geliştirilmesi ekonomik, sosyal, biyolojik ve fiziksel çevre şartlarının insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinin azaltılması, toplum üyelerinin davranış ve hayat tarzında değişikliklerin yapılması ve son olarak tıbbı yöntemlerin uygulanması ile sağlanabilir[3].

Sağlığın karşıtı olarak hastalık ele alındığında, hastalığın yok edilmesi veya hastalığa sebebiyet verilmemesi için yapılan tüm hizmetler sağlık hizmetleridir. 05.01.1961 Tarihli ve 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi hakkında Kanun[4] sağlık hizmetleri kavramını şöyle tanımlamaktadır; "Sağlık hizmetleri, insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması için yapılan tıbbi faaliyetlerdir.

Sağlık hizmetlerinin üretilmesinde temel amaç, toplumun bütününün sağlıklı olmasına çalışmak, sağlık hakkını güvence altına almak ve bireyin üretim faktörü olarak kullanılmasını sağlamaktır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nun "Sağlık hizmetleri devletin iktisadi işlevinin en az düzeyde olduğu ülkelerde bile kamu işlevidir." tanımını getirmesi karar alma organlarının sağlık hizmetlerinin kamusal yönünü bir tartışma konusu olmaktan çıkardığını göstermektedir[5].

---

[1] E. Tokgöz, "Sosyal Gelişmede Sağlık", **Türkiye İkinci İktisat Kongresi Sosyal Gelişme ve İstihdam Komisyonu Tebliğleri,** DPT Yayınları, Yayın No:1783, Ankara,1981, s.499.

[2] Ali Rıza Okur, **Sağlık Hakkı ve Sağlık Sigortaları,** (Yayınlanmamış çalışma), İstanbul Ocak 1992, s.1.

[3] Savaş Yıldırım, **Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi,** DPT,Yayın No:2350, Temmuz 1994, s.10.

[4] *RG.* 12 Ocak 1961-Sayı: 10705, Madde 2/ III .

[5] Fazıl Tekin, " Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı", **Eskişehir Anadolu Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi,** Cilt:5, Sayı:1, Haziran 1987, s.263.

1.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetlerinin ekonomide üretilen diğer mal ve hizmetlerden ayıran bazı özellikleri vardır. Bu özelliklerinden dolayı sağlık hizmetleri çoğu kez kar amaçlı olmayıp sosyal amaçlıdır. Dolayısıyla maliyet, fayda ve karlılık gibi piyasa ekonomisinin temel kavramları sağlık sektöründe farklı bir anlam kazanmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin ilk özelliğini şöyle açıklayabiliriz: Sağlık hizmetleri yarı kamusal mal ve dışsallık özelliklerine sahip hizmetlerdir. Yarı kamusal mallar, tüketimleri sonucu topluma yoğun dışsal fayda sağlarken, kişilere de ayrıca özel fayda sağlayan mal ve hizmetlerdir. Özel ve tam kamusal mal ve hizmetlerin özelliklerini birlikte göstermesi sonucu bu mal ve hizmetlere "karma mallar" (mixed goods) da denilmektedir. Bu tür mal ve hizmetlerin faydası bölünebilir ve pazarlanabilir olması nedeniyle özel mala benzerken, birlikte tüketim olanağı vermesi ve yoğun dışsal ekonomiler yayması nedeniyle tam kamusal mal niteliği de taşırlar[6].

Dışsallık, toplumun belirli bir üyesi tarafından üretim ve tüketim sonucu doğan fayda ve maliyetlerin toplumun diğer üyelerine taşmasıdır[7]. Üretim ve tüketim sonucunda dış fayda doğarsa pozitif dışsallık, dış zarar doğarsa negatif dışsallık söz konusudur. Örneğin zamanında yapılan bir kolera aşısı sadece hastaya değil, bütün toplum üyelerine dışsal fayda yaymaktadır. Bu fayda, pozitif dışsallıktır. Kapalı bir ortamda sigara içen bireyler, içmeyenlerin sağlık durumu da olumsuz etkilemektedir. Bu zarar, negatif dışsallıktır.

Sağlık hizmetleri, özellikle tedaviye yönelik olanlar, ilk bakışta sadece hizmetten yararlananlara fayda sağlıyor görünmektedir. Gerçekten de belirli bir bedensel veya ruhsal hastalığın tedavisinden doğrudan yararlananlar, hastalığın asıl sahipleridir. Bu anlamda, gerçekleştirilen hizmet bölünebilir bir özelliğe sahiptir. Ancak bir toplum içinde yaşayan hastaya yapılan sağlık hizmetinin dışsal etkileri vardır. Hastalığın tedavi edilmesinden doğan faydalar ve tedavi edilmemesinden kaynaklanan zararlar topluma yayılmaktadır. Toplumun diğer fertlerine yayılan dışsallık yönünden sağlık hizmeti bölünemez özellikler gösterir. Bu nedenle, hizmetin pazarlanma olanağı yoktur. Tamamen piyasaya bırakılması halinde eksik üretimle karşılaşabilir. Bu sonuç özellikle bulaşıcı hastalıklar durumunda ortaya çıkmaktadır[8].

Sağlık hizmetlerinin ikinci özelliği, sağlık hizmetleri talebinin beklenmedik zamanlarda ortaya çıkmasıdır. Bunun sebebi de sağlıkla ilgili sorunların önceden tahmin edilememesidir. Bu durum sağlık piyasasında, sağlık hizmetlerini arz edenler ve talep edenler açısından sorun oluşturmaktadır. Sağlık hizmetini talep edecek olan tüketicinin olası hastalık durumu için belirli miktarda kaynağı sürekli elinde bulundurması gerekir.

---

[6] Orhan Şener, **Kamu Ekonomisi**, 5.Baskı, Beta Yayınları, İstanbul 1996, s.57.

[7] Ömer Faruk Batırel, **Kamu Maliyesi Teorisine Giriş**, Genişletilmiş 3. Baskı, İstanbul Aralık 1990, s.58.

[8] Zühra Yıldız, "Sağlık Hizmetleri Piyasasının Nitelikleri ve Kamu Ekonomisi İçindeki Yeri", **Verimlilik Dergisi,** MPM Yayını, Sayı 4, 1996, s.81.

Sağlık hizmetlerini arz edenler açısından ise, üretimin ne düzeyde olacağı konusunda belirsizlik hakimdir.

Sağlık hizmetlerinin talebi tesadüfidir. Yani gıda, giyim gibi ihtiyaçlarda olduğu gibi devamlılık göstermez, kimin ne zaman ve hangi hastalığa yakalanacağı önceden bilinemez. Hastalık geldiği zaman da kişinin altından kalkamayacağı ağır bir maliyet gerektirebilir. Örneğin, 40 yaşına kadar hiç ilaç tüketmemiş bir kişi, bu yaşından sonra çok ciddi bir hastalığa yakalanabilir ve önemli boyutta ilaç tüketicisi olabilir. Hastalık riskinin ortaya çıkışındaki bu belirsizliğe ilaveten, hastalık dolayısıyla tüketicinin (hastanın) yapacağı masraflarda da belirsizlik vardır. Hastalığın türü, niteliği, ne zaman, hangi şartlarda ve nerede ortaya çıkacağı, nasıl seyredeceği önceden bilinmediği gibi, tedavinin türü, başvurulacak hekim ve sağlık kurumu, kullanılacak ilaçlar gibi tedavi sürecine ilişkin sağlık hizmetleri arzında çeşitlilik ve farklılık söz konusudur. Sağlık hizmetlerinin boyutunu ve kapsamını hekim belirleyeceği için, tüketici içinde bulunduğu ekonomik şartları yani alım gücünü hesaba katarak, doktorun tavsiye ettiği tedavi şekli ve süreci konusunda bilgi bakımından doktorla aynı düzeyde olmadığı için doktorun dediklerin kabul etme durumundadır. Bütün bunlar, yapılacak masrafların tür ve miktarını belirsiz hale getirmektedir[9]. Yani sağlık hizmetlerinde ekonomik fizibilite yapmak güçtür. Dolayısıyla yatırım riski fazladır. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinin böyle bir riske karşı koyacak bir sistemle donatılması gereği genel kabul gören bir yaklaşımdır[10].

Piyasa koşulları içinde belirsizlik sorununu çözmek sigorta sistemlerinin geliştirilmesi ile olanaklı olabilmiştir. Sigorta, tüketici açısından herhangi bir zamanda ortaya çıkabilecek ve önemli miktarda harcama yapmayı gerektirecek sağlık sorunlarına karşı güvence sağlarken, üretici açısından da piyasa koşullarındaki belirsizliği ortadan kaldırır, üretimin kesintiye uğramaksızın sürdürülebilmesi olanağını verir. Sigorta talepteki belirsizliği çözerek, sağlık hizmeti açısından pazar koşullarını güvenceye alır[11].

Sağlık hizmetlerinin üçüncü özelliği, sağlık hizmetlerinde tüketicinin bilgisizliğinin söz konusu olmasıdır. Serbest piyasa koşulları içinde tüketiciler, üretilen mal ve hizmetler hakkında tam bir bilgi sahibidirler. Bu mallar için tüketici başlangıçta kesin bir bilgiye sahip olmasa bile, ikinci ve daha sonraki tercihlerinde daha bilinçli kullanımı sağlayacak düzeyde bilgiye sahip olabilirler. Tüketicinin rasyonel (akılcı) davranışı, bir mal veya hizmeti satın alırken, yaptığı harcama karşılığında elde edeceği faydanın en yüksek olmasıdır. Bu ise talepte bulunduğu mal veya hizmet hakkında bilgi sahibi olması, malın kalitesini ölçebilmesiyle mümkündür. Sağlık hizmetlerinde ise, gerekli olan bilgiye sadece hekim sahiptir. Hasta doktora görünme konusunda ilk kararı kendisi alır, ancak hizmetten ne kadar tüketeceğine doktor karar verir. Böylece doktor hem hizmeti üreten, hem de tüketici tercihini ve tüketim miktarını belirleyen bir konumdadır.

Buna karşılık, piyasada hizmet sunan sağlık kuruluşları ve hekimler piyasa hakkında tam bilgi sahibidirler. Bu da iktisat teorisinde piyasadaki alıcı ve satıcıların piyasa hakkındaki bilgi düzeylerinin eşit olmamalarını ifade eden, eksik rekabet

---

[9] Sevgi Kurtulmuş, **a.g.e.**, s.36.
[10] Mehmet Tokat, **Sağlık Ekonomisi**, Anadolu Üniversitesi Yayın No: 793, 1994, s.3.
[11] İlker Belek, **Sosyal Devletin Krizi ve Sağlığın Ekonomi Politiği**, Sorun Yayınları, İstanbul 1994, s.73.

özelliğini ortaya koymaktadır. Bu bilgi eksikliği, bireylerin tanıdıkları, bildikleri sağlık kurumu veya hekime güvenerek, genellikle tedavi ile ilgili tüm inisiyatifleri onlara bırakmalarına sebep olmaktadır. Hasta ile hekim arasındaki bu ilişki, hastanın sadece danışmaktan öte, çoğu durumda teşhis ve tedavi ile ilgili tüm karar verme yetkisini doktoruna bırakması şeklinde gerçekleşmektedir. Bireylerin sağlık piyasası hakkında tam bilgi sahibi olmamalarının bir başka sebebi de, diğer piyasaların aksine sağlık hizmetlerinin fiyatı ve kalitesine ilişkin reklamın yapılamamasıdır. Tıbbı etik bakımından sağlık piyasasında reklam yapılması uygun olmamaktadır[12].

Sağlık hizmetlerinin dördüncü özelliği ise, sağlık hizmetlerinde tekelleşmenin söz konusu olmasıdır. Sağlık piyasalarında var olan bilgi eksikliği rekabeti aksattığı için üreticilere bir anlamda tekelleşme olanağı sağlar. Bu bir anlamda doğal tekel olarak da ele alınabilir. Doğal tekellerde işletmeler öyle bir endüstride faaliyet gösterirler ki, tek bir işletme "ölçek ekonomileri" dolayısıyla piyasa talebinin hepsini karşılamayı başarabilir. Ölçek ekonomisi, çıktı düzeyi artarken, uzun dönem ortalama maliyetin düşmesidir. Hastanelerin de ölçek ekonomisinin geçerli olduğu işletmeler olduğu savunulmaktadır. Eğer sağlık hizmetleri alanında tekel öğeleri gözleniyorsa bu takdirde devletin herhangi bir şekilde müdahalesinin gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Örneğin, sağlık hizmetlerini belli merkezlerdeki daha az sayıdaki hastanelerde toplamak ve tedavi ücretlerinin devletçe düzenlemesini sağlamak gerekmektedir[13].

Hemen hemen tüm ülkelerde, çoğu kasabada, hatta orta büyüklükteki şehirlerde bile sağlık piyasası her branştan yeterli sayıda uzmanın faaliyet gösterdiği, rekabet ortamına yol açmayacak kadar küçüktür. Bu durumda da ölçek ekonomisinin kuralları işlemekte ve uzman hekimler, kendi uzmanlıkları ile orantılı olarak gelir elde edemeyecekleri kadar küçük olan bu piyasalara girmemektedirler. Sadece hekimler açısından değil, ekonomik bakımdan özel sağlık kuruluşları için de belirli sayıda yatak kapasitelerini doldurabilecek nüfus yoğunluğu göz önünde bulundurulmaktadır[14].

Tekelleşme, hekim ve hastanelerin rekabet koşullarını azaltmaktadır. Hizmet içeriğinin ve fiyatlarının sağlık kurumları tarafından istenebildiği gibi düzenlenebilmesi sonucunu yaratmaktadır. Bunun da ötesinde üreticiye, tüketici tercihlerini düzenleme imkanı vermektedir. Buna üreticinin uyardığı talep (supplier induced demand) denmektedir[15].

Sağlık piyasalarında ortaya çıkan doğal tekel etkisine ilaveten, sağlık hizmetini arz eden kurum ve fertlerin kendi aralarında oluşturabilecekleri muhtemel bir dayanışmanın da, mevcut monopol durumunu arttırıcı etkisi vardır. Sağlık mal ve hizmetlerini sunanlar, kendi aralarında işbirliği, gruplaşmalar ve teşkilatlanmalara giderek, karşı tarafa ekonomik baskıda bulunma gücüne sahiptirler. Tüketicilerin piyasa

---

[12] Kurtulmuş, **a.g.e.**, s.38.
[13] Güneri Akalın, **Kamu Ekonomisi**, Ankara 1981, s.211.
[14] Kurtulmuş, **a.g.e.**, s.33.
[15] Belek, İlker, **a.g.e.**, s.74.

girişleri ferdidir. Piyasa hakkında bilgileri yoktur. Mesleki kuruluşların asgari fiyat tespitleri arz açısından piyasayı monopolistik hale getirir[16].

Sağlık hizmetlerinin beşinci özelliği, sağlık hizmetlerinin erdemli (merit) mal olma özelliğine sahip olmasıdır. Erdemli istekler görüşüne göre, özel mal ve hizmetlerin belli bir bölümünün çok önemli olduğu düşünüldüğünden, bu özel mal ve hizmetlerin piyasa mekanizması tarafından üretilip satılması ile birlikte, buna ek olarak kamu ekonomisince finansmanı ve üretimi kabul edilmektedir[17]. Aksi halde büyük toplumsal sorunlarla karşılaşılabilir. Erdemli malların temel özelliği toplum açısından faydalı olmasına rağmen, bireylerin fazla talep etmemesidir.

Erdemli isteklerin sağlık alanında kullanımı iki yaklaşımla açıklanabilir[18]. Birinci yaklaşıma göre, tüketicinin sağlık hizmeti konusunda seçim yaparken sahip olduğu bilgi düzeyi sorgulanmalıdır. Bazı durumlarda insanlar hastalıklarının farkında bile olmayabilirler. Hatta bu durumun farkına varsalar bile, tedavi olmalarının sonuçlarını takdir edemezler. Bazı hallerde erdemli isteklerle ifade edilen zorunlu tercihlerin serbest kişisel tercihlere üstün oldukları kabul edilmektedir. Mesela sağlık alanında, akıl hastalarında, alkoliklerde, sigara ve uyuşturucu madde kullananlarda durum böyledir. Sigara içen kişiler sağlıkları açısından kötü sonuçlar doğursa bile sigara içmeye devam edebilirler. İkinci yaklaşım ise, erdemli isteklerin olumlu dışsallıklar ile açıklanabilir olması ya da dışsallıkların yerine kullanılabilmesidir. Bu yaklaşımda, sağlık hizmetlerinin sağladığı dışsallık özelliği nedeniyle devlet tarafından sunumu ya da denetimin gerekliliği söz konusudur.

Sağlık hizmetlerinin altıncı özelliği, sağlık hizmetlerinde ikame edilememe ve ertelenememezlik özellikleridir. Herhangi bir sağlık hizmetinin, başka tür bir sağlık hizmeti ile ikamesi mümkün değildir. Örneğin, bir bademcik ameliyatının maliyeti yüksek olacağı düşüncesiyle, onun yerine çürük dişlerin bakımı yapılamaz. Buna sağlık hizmetlerinin "ikame edilemezlik" ilkesi [19] denir.

Diğer bir çok mal ve hizmet için, kişilerin ekonomik sebepler başta olmak üzere çeşitli nedenlerle söz konusu olan mal ve hizmetlere olan taleplerini ertelemeleri mümkün iken, sağlık hizmetleri nitelikleri gereği çoğu kez ertelenemez. Düzenli check-up hizmetleri dışında çoğu sağlık hizmeti erken teşhis ve tedavinin önemi gereği ihtiyaç ortaya çıkar çıkmaz karşılanmak zorundadır.

Yedinci özellik olarak, sağlık hizmetlerinin beşeri sermayeye yatırım özelliği vardır. Sağlık hizmetleri, bir ulusun bireylerinin genel sağlık ve dolayısıyla etkinlik seviyelerini yükseltmek suretiyle kalkınmaya katkıda bulunur. Sağlık harcamalarının yatırım niteliği iki farklı açıdan ele alınarak değerlendirilebilir. Bunlardan birincisi, yapılan harcamaların

---

[16] İsmet Toprak, " **Sağlık İhtiyacı ve Hastalık Sigortası** ", Doçentlik Tezi, Erzurum 1982, s.11.
[17] Akalın, **a.g.e.**, s.212.
[18] Akalın, **a.g.e.**, s.213.
[19] Ahmet Saltık, "Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar", **Toplum ve Hekim Dergisi**, Temmuz-Ağustos, 1995, Cilt 10, Sayı 68, s.38.

ruhsal ve bedensel bakımlardan insan yeteneklerinin geliştirilmesine katkıda bulunarak ekonomik faaliyetlerde yüksek verimlilik, yani pozitif değer yaratmalarıdır. İkincisi ise, sağlığın ihmaline bağlı olarak meydana gelen sosyal zararların önlenmesidir. Bu değerlendirmelerden özellikle ikincisi yeni nesillerin yetiştirilmesi ve topluma kazandırılması bakımlarından büyük önem taşımaktadır[20].

Sağlık hizmetlerinin son özelliği ise, sağlık hizmetlerinin fiyatlarının gerçek maliyetleri yansıtmamasıdır[21]. Sağlık, fiyatı biçilemeyen dolayısıyla iktisadi ölçülerin dışında tutulması gereken bir hizmettir. Mesela, dişi ağrıyan bir insanın o anda yapamayacağı bir fedakarlık düşünülemez. Ekonomik olarak kabul edilen bir yaklaşıma göre, ideal bir rekabet piyasasında fiyatlar üretimin marjinal sosyal maliyetlerini yansıtmaktadır. Yani, tüketiciler marjinal değerin marjinal üretim maliyetini aşması halinde söz konusu ürünü satın alırlar. Ancak, sağlık piyasasında fiyatların oluşması ile marjinal sosyal maliyetler arasında çoğu zaman herhangi bir ilişki söz konusu değildir. Bunun iki temel nedeni vardır. Bunlardan birincisi, sağlık hizmetleri talebinin ertelenememesinin yanında, başka bir hizmet ile ikame edilememesi ve tedavinin türü, kapsamı ve uzunluğu gibi konularda tüketicinin kararı büyük oranda doktoruna bırakması özellikleri nedeniyle teklif edilen fiyat konusunda tüketicinin pazarlık şansının bulunmamasıdır. Diğer neden, sağlık hizmetlerinin karşılığının bireysel bir ihtiyaç ortaya çıktığında değil de, genel olarak bir sistem çerçevesinde yerine getirilmesidir. Sigorta uygulamaları buna örnek olarak verilebilir. Özel bir sağlık sigortasının kapsamında olmak, maaşından kesilen primlerle sosyal sigortalardan yararlanmak ya da işveren tarafından ödenen primlerle kamu sağlık sigortalarından istifade etmek bu konudaki tipik uygulamalardır. Ayrıca sağlık sektöründe de büyük bir hızla gelişen teknolojinin kullanımı sonucu oluşan ilave maliyetlerin tamamen sağlık hizmetlerinin maliyetine yansıtılması mümkün olmamaktadır.

1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri olmak üzere üç başlık altında toplanmaktadır[22]. Sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi için verilen hizmetlere koruyucu sağlık hizmetleri, hastalıkların teşhis ve tedavisi amacıyla yapılan hizmetlere tedavi edici sağlık hizmetleri, hastalık ve kazalara bağlı olarak gelişen bozukluklar ile sakatlıkların günlük hayatı etkilemesini engellemek ya da bu etkiyi en aza indirme amacına yönelik yapılan hizmetlere ise rehabilitasyon hizmetleri denir.

1.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Kişinin ve toplumun sağlığının korunup geliştirilmesi için kişiye ve çevreye yönelik olarak alınacak tedbirlerin tümünü ifade eder. Koruyucu sağlık hizmetleri çok

---

[20] Bora Ocakcıoğlu, "Sağlık Hizmetlerinin Sosyal Refaha Katkısı ve Genel Sağlık Sigortası", **Maliye Araştırma Merkezi Konferansları**, 35. Seri, Yıl 1991/1992, s.276.
[21] Kurtulmuş, **a.g.e.**, s.43.
[22] Yıldırım, **a.g.e.**, s.12.

geniş kapsamlı bir hizmet türüdür[23]. Ana-çocuk sağlığı, aile planlaması, aşılama, içme suyu ve yiyeceklerinin denetimi, çevre kirliliğinin önlenmesi, yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması, bulaşıcı hastalıkların denetimi, erken teşhis, sağlık ve hijyen konusunda bireylerin eğitilmesi koruyucu sağlık hizmetleri kapsamındadır.

Koruyucu sağlık hizmetleri bireyden ziyade, toplumun tümüne yöneliktir. Toplumda hastalık ihtimali azaltılırsa, bütün bireyler bundan birbirlerine rakip olmaksızın faydalanırlar. Bu tür sağlık hizmetlerinde sosyal faydanın özel faydadan daha fazla olması, kamusallık niteliğinin daha belirgin olduğunu göstermektedir. Bu tür hizmetlerle toplumda hastalık ihtimalinin azaltılması hedeflendiğinden, ödeme gücüne bakılmaksızın toplumun tümü hizmetlerden önemli ölçüde yararlanmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri bu özelliği ile gelir dağılımındaki dengesizlikleri azaltıcı bir rol de oynamaktadır.

Yapılan teorik çalışmalara göre bir toplumda koruyucu sağlık hizmetlerini etkileyen faktörler; sağlığı koruma ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin fiyatındaki düşüş, koruma hizmetlerinin etkinliğindeki artış, tedavi edici hizmet etkinliğindeki düşüş, sağlıklı olmaktan duyulan hazzın fazla ya da hasta olmaktan duyulan elemin büyük olması gibi etkenlerdir[24].

Koruyucu sağlık hizmetlerinin iktisadi olarak gelişmiş ülkelerle gelişmekte olan ülkeler açısından taşıdığı önem farklıdır. Bu tür hizmetlerin tedavi edici sağlık hizmetlerinin maliyetini düşürücü etkisi dikkate alındığında, gelişmekte olan ülkelerdeki etkinliğinin daha fazla olacağı bir gerçektir. Çünkü bu ülkelerde çevre sağlığı şartları bulaşıcı hastalıkların gelişmesine çok elverişlidir. Sağlıklı kullanma suyu ve sağlıklı barınma imkanlarının yanında kanalizasyon, atıklar ve çöp toplama gibi genel hizmetlerin yetersiz oluşu, bulaşıcı hastalıkların ortaya çıkma ve yayılma ihtimalini çok arttırmaktadır. Bu nedenle, çevre sağlığı tedbirleri az gelişmiş ülkelerin sağlık bütçelerinde önemli yer tutmaktadır.

1.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri, hastalık riskinin ortaya çıkması durumunda verilen sağlık hizmetleridir[25]. Bu gruba giren sağlık hizmetleri üç aşamada ele alınmaktadır. Birinci basamak tedavi hizmetleri; hastalıkların evde ya da ayakta teşhis ve tedavi için düzenlenen hizmetlerdir. Ülkemizdeki sağlık ocakları, verem savaş dispanserleri, ana çocuk sağlığı merkezleri birinci basamak sağlık hizmetleri veren kuruluşların bazı örnekleridir. İkinci basamak tedavi hizmetleri; hastalıkların teşhis ve yatırılarak tedavisi için düzenlenen hizmetlerdir. Ülkemizdeki tam teşekküllü devlet hastaneleri, SSK hastaneleri, özel hastaneler,

---

[23] Ömer Faruk Batırel, "Sağlık Hizmetleri Üretimi ve Finansmanı Konusunda Yeni Yaklaşım*lar*", **İ.Ü. İktisat Fakültesi, Maliye Araştırma Merkezi Konferansları**, Prof.Dr. Memduh Yaşa'ya Armağan, Otuz dördüncü Seri, Yıl: 1990/91, İstanbul 1993, s.18.

[24] Ayşe Yiğit Şakar, **Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları**, Türkiye Sağlık İşçileri Sendikası, İstanbul Eylül 1999, s.18.

[25] Yıldırım, **a.g.e.**, s.13.

yataklı sağlık merkezleri bu tür hizmet veren kuruluşlardan bazı örnekleridir. Üçüncü basamak tedavi hizmetleri; ileri tetkik ve özel tedavi gerektiren hastalıklar için düzenlenen sağlık hizmetleridir. Ülkemizdeki ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri, kanser hastaneleri, üniversite hastaneleri bu tür hizmet veren kuruluşların bazı örnekleridir[26].

Koruyucu sağlık hizmetlerine göre, tedavi hizmetlerinde kişisel fayda ön plandadır. Fakat bireyin tedavi görmesi sonucunda tüm toplumun fayda görmesi de kaçınılmazdır. Devletin toplum üyelerine kamu hizmeti olarak sağlayacağı tedavi hizmetlerinin toplam faydası, kişiye sağlanan bölünebilir fayda ile topluma sağlanan bölünmez dış faydanın toplamıdır. Bu hizmetlerde sosyal fayda, hastalığın bulaşıcı olma derecesine veya hastanın etrafi için tehlike olma derecesine bağlıdır[27].

Tedavi edici sağlık hizmetlerinin özelliklerinden birisi de, serbest piyasa şartları bakımından cazip oluşudur ve bu özelliği dolayısıyla sadece kamu tarafından değil, özel kurumlar tarafından da sunulmaktadır. Bir başka özelliği ise, hizmet üretiminin fiziki olarak hastanın vücudu üzerinde yapılmasıdır. Bu yüzden hastanın tedaviye ihtiyacı olduğunu bilmesi ve bunu istemesi gerekmektedir. Bazı tedavilerin acı vermesi, uzun sürmesi ve sonucunun belirsiz sayılması tedavi hizmetlerinin eksik talep edilmesine sebep olabilir[28].

1.3.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Sakat ve işgücünü kaybedenlere, işgücü ve çalışma imkanı sağlanmasına yönelik hizmetler rehabilitasyon hizmetleridir. Bu hizmetler hekim ve diğer sağlık personeli tarafından yapılan tıbbi rehabilitasyon ile sosyal çalışanlar tarafından yapılan sosyal rehabilitasyon olmak üzere iki şekilde verilmektedir[29].

Tıbbi rehabilitasyon, bedensel kalıcı bozukluk ve sakatlıkların düzeltilmesi, yaşam kalitesinin artırılması amacıyla verilen hizmetlerdir, örneğin, çeşitli protezlerin kullanılması, işitme, görme yeteneklerinin geliştirilmesi vb. gibi kusurların en aza indirilmesine yönelik çalışmalar bu gruba örnektir. Sosyal rehabilitasyon ise, sakatlık ya da sakat olan kişilerin günlük hayata aktif olarak katılması, başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmesi amacıyla yapılan, işe uyum sağlama, yeni iş bulma ya da öğretme çalışmalarını kapsar[30].

Rehabilitasyon yolu ile kapsamlı ve birbiriyle ilişkili hizmetler üretilerek sakat veya sosyal bakımdan dezavantajlı durumda olan kişilerin refahına hizmet edilmektedir. Çocuklar için geliştirici, eğitici ve sosyal faaliyetlere öncelik verilmekte, yetişkinler için ise, yeni bir nitelik elde etmede ücretli olarak çalışsın veya çalışmasın, çalışma kapasitesinin yeniden kazandırılmasına ağırlık verilmektedir. Bu hizmetlerde temel amaç,

---

[26] Osman Hayran, **Sağlık Hizmet Sektörleri**, Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi, yayınlanmamış çalışma İstanbul, 2000, s.4. Ayrıca, Kenan Bulutoğlu, **Kamu Ekonomisine Giriş**, Kamu Hizmetlerinin İktisadi Tahlili, İstanbul 1971, s.172.

[27] Kenan Bulutoğlu, **Kamu Ekonomisine Giriş** Kamu Hizmetlerinin İktisadi Tahlili, İstanbul 1971, s.172.

[28] Sevgi Kurtulmuş, **Sağlık Ekonomisi**, İstanbul 1996, s.71.

[29] Yıldırım, **a.g.e.**, s.13.

[30] Osman Hayran, **Sağlık Hizmet Sektörleri**, a.g.ç., s.5.

fertleri hem ihtiyaç içine düşmekten korumak hem de sakat kişilerin işte, okulda, evde ve toplum içinde uyum içinde yaşamalarını sağlamaktır[31].

1.4. Sağlık Hizmetleri Arz ve Talebi

1.4.1. Sağlık Hizmetleri Arzı

Sağlık hizmetleri arzı, bir ülkede mevcut olan özel ve kamu sektörüne ait tüm: Sağlık evi, sağlık ocağı, sağlık merkezi, dispanserler gibi temel sağlık hizmeti birimlerinde, hekim muayenelerinde, tahlil ve tetkik laboratuarlarında verilen ayakta tedavi hizmetlerini; çeşitli yataklı tedavi kurumlarında verilen hastane hizmetlerini; ilaç, tıbbi malzeme, alet ve ekipman üretimini kapsar[32].

Sağlık hizmetleri arz düzeyini, miktarını, kalitesini ve dağılımını belirleyen iki temel faktör vardır. Bunlar, sağlık sektörü içinde yer alan sağlık personeli ve sağlık mal ve hizmetlerini üreten sağlık üretim birimleridir. Sağlık personeli, sağlık hizmetlerinde maaş, ücret, yevmiye ile kadrolu veya sözleşmeli olarak istihdam edilen ve bu sahada mesleki eğitim görerek yetişmiş olan kişilerdir. Sağlık personeli kapsamına; tıp doktorları, eczacılar, hemşireler, hasta bakıcılar, halk sağlığı uzmanları, sağlık teknisyenleri, sağlık mühendisleri, laborantlar, laboratuar teknisyenler girmektedir.

Sağlık hizmetleri arzının etkinliğinde sağlık sektörünün insan gücünün önemi büyüktür. Nitelikli insan gücünün yetiştirebilmesi için sağlık personelinin eğitimi, denetimi, bunların fonksiyonel ve coğrafi açıdan optimum dağılımı, teknolojik gelişmeleri izleyebilmeleri ve uygun bir ücret sistemin sağlanması önem taşır.

Sağlık hizmetleri üretim birimleri, sağlık hizmetinin gerçekleştiği yerlerdir. Sağlık hizmetleri üretim birimlerini şöyle gruplandırılabilir[33] :

a) Kişiye yönelik tıbbi bakım hizmetleri üreten birimler; Sağlık ocakları, sağlık merkezleri, verem savaş dispanserleri birinci basamak sağlık hizmetlerinin, hastaneler ise ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin üretildiği birimlerdir.

b) Kişiye ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri üreten birimler

c) Tıbbi araç-gereç ve ilaç sanayi
d) Araştırma enstitüleri ve araştırma merkezleri ile tıp eğitimi veren okullar

Sağlık hizmetleri arzı, ekonomi teorisinde diğer mal ve hizmetleri arzından bazı özellikleriyle ayrılır. Sağlık arzı özellikle bazı mallarda (ilaç gibi) uzun bir araştırma, deneme

---

[31] Kurtulmuş, **a.g.e.**, s.71.
[32] Mehmet Tokat, **a.g.e.**, ss.8-9.
[33] İlker Belek, **a.g.e.**, s.27.

safhası geçirir. Bu malların pazara çıkışı uzun zamana ve kamu otoritelerinden izin almaya bağlıdır.

Serbest piyasa kuralları içinde talebin arzı doğurduğu kuralı, sağlık hizmetlerinde teknolojik bir gelişme olduğu varsayımı altında arzın talebi doğurmasına neden olmaktadır[34]. Herhangi bir hastalığın tedavisi ile ilgili olarak yeni bir ameliyat tekniği ya da yeni bir ilacın ortaya çıkması durumunda hastalar potansiyel bir talep oluşturabilir.

Sağlık sektöründe talepteki ani artışlara karşılık arzın kısa sürede arttırılması mümkün değildir. Bir büyük hastane en az üç yılda hizmete girer. Bir hekim için on yıl, bir hemşire için beş yıl beklemek gerekir[35].

Sağlık hizmetleri arzının belirlenmesinde idarelerin aldıkları kararlar etkili olmaktadır. Bundan dolayı, sağlık piyasasında oluşan fiyat diğer piyasalarda olduğu gibi dengeleme görevi yapamaz. İdare, yasa ve yönetmeliklerle piyasada oluşan fiyatı denetim altında tutar. İdare düşük gelir sahibi kişilere de sağlık hizmetlerini ulaştırabilmek için piyasaya girebilir. Bu süreçte, üretici olarak doğrudan aktif rol oynayacağı gibi, dışarıdan sadece düzenleyici (regüle edici) kuralları da koyabilir. Sağlık hizmetleri arzı, sağlık alanına ayrılan kaynakların büyüklüğü, sağlık sisteminin yapısı, idare politikaları, finansman yöntemleri gibi faktörlerin etkisi altındadır.

1.4.2. Sağlık Hizmetleri Talebi

Ekonomik faaliyetlerde amaç, ihtiyaçların karşılanmasıdır. Bu ihtiyaçların her birinin birey hayatında ağırlığı farklıdır. Beslenme, barınma ve sağlık ihtiyaçları temel ihtiyaçlardır. Temel ihtiyaçların şiddeti ise talebi etkilemektedir.

Sağlık alanında ihtiyaçlar çok fazladır. Ancak fiili talebe dönüşen kısmı azdır. Fiili (efektif) talepten bahsedebilmek için, bireyin satın alma gücüne sahip olması ve satın alma iradesinde bulunması gerekir. Bireyler çoğu kez sağlığını tehdit eden durumdan haberdar değildirler ve ne kadar sağlık ihtiyacının olduğunu bilememektedirler. Bir hizmetin ihtiyaçla uyumlu hale gelebilmesi için iki aşamadan geçmesi gereği vardır ; öncelikle ihtiyaçlar talepler doğrultusunda tanımlanmalı ve devamında hizmet, talepleri yeterince karşılayabilecek şekilde geliştirilmelidir[36].

Sağlık talebinin belirlenmesinde hizmet sunumunu gerçekleştiren doktorun etkisi ve kararı önem taşımaktadır. Fiili arzı gerçekleştiren doktor aynı zamanda talebi ve talep tutarını belirlemektedir. Doktor bu kararı verirken öncelikle hastasının sağlığını düşünmek zorundadır. Bunun yanında kendi parasal çıkarlarını, meslek ahlakını,

---

[34]Toprak, a.g.e., s.20.
[35] Toprak, a.g.e.,s.20.
[36] Zühra Yıldız, a.g.m., s.82.

meslektaşlarının baskısını veya eldeki mevcut tıbbi imkanları gözeterek talebi yönlendirir.

Sağlık hizmeti talebi, ödenen hizmetin finansman şekline ve hizmet düzeyine bağlıdır. Bu sistemler farklı olduğundan talep de farklı olarak ortaya çıkar. Sağlık hizmetlerinde talep-fiyat ilişkisi incelendiğinde, sağlık talebinin fiyat esnekliğinin zayıf olduğunu görürüz. Özellikle, acil ve zorunlu vakalarda sıfıra yakındır. Yani, sağlık hizmetlerinin fiyatları yükseldiğinde talep çok az değişmektedir. Sağlık mal ve hizmetleri insan hayatı için çok önemli olduğundan, fiyat elastikiyetinin düşük olması iktisadi teoriye aykırı değildir. Fiyat elastikiyeti ilaç ve tedavi araçlarında en yüksek, doktor ve hastane hizmetleri alanında en düşük orandadır. Sağlık talebinin fiyat değişikliklerine karşı anormal bir tepki gösterdiği haller de vardır. Pahalı bir ilacın, yüksek ücretli bir doktorun, yüksek primli özel hastalık sigortasının tercih edilmemesi gibi. Bazı toplumlarda sağlık mal ve hizmetleri kişilere ücretsiz sağlanmaktadır, bu takdirde talep üzerinde fiyat değişikliği etkisi söz konusu değildir[37].

Sağlık hizmetleri talebini etkileyen faktörlerden biri de gelir seviyesidir. Ancak, gelir faktörünün etkisi daha çok belirli sağlık mal ve hizmetleri üzerinde hissedilir. Cerrahi ile diş bakım ve tedavi hizmetleri buna örnek verilebilir. Gelir yükseldikçe bunlara duyulan talep oranı büyümektedir. Nitekim diş ve hatta göz tedavi hizmetleri, bu sebeple sigorta uygulamalarında genellikle kapsam dışı tutulduğu gibi, kapsam dahilinde olan ülkelerde aşırı talebi kısıtlamak için sigorta kuruluşlarınca birtakım engeller getirilmektedir. Gelirin talebe etkisi özellikle sağlık giderlerinin fertler tarafından ödendiği, zorunlu sağlık sigortasının bulunmadığı veya sağlık hizmetlerinin sosyalize edilmediği düzenler için önemlidir[38].

Sağlık sistemlerinin finansman yöntemleri sağlık hizmetleri talebini etkileyebilmektedir. Doğrudan finansmanın söz konusu uygulamalarda talep katsayısı düşerken, devletin finansmanı tamamen karşıladığı tamamen kapsayıcı sistemlerde ve ya kısmen finansmana katıldığı sosyal sigortalar gibi kurumların devrede olduğu sistemlerde talep katsayısı yükselmektedir[39]. Örneğin, Türkiye'de 1992 yılında ülke çapında yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre ülke genelinde kişi başına düşen hekime başvuru sayısı 2.44' tür. Ancak, bu oran kamu çalışanlarında 3.24, SSK kapsamındakilerde 3.59, Emekli Sandığı kapsamındakilerde 4.59, özel sigortalılar arasında 3.32 iken, hiçbir sağlık güvencesi olmayan ve sağlık harcamalarını doğrudan yapanlar arasında bu oran 1.57'dir[40].

Sigorta, bireyi sigortalı olmaması haline göre daha çok sağlık hizmeti harcaması yapmaya yöneltmektedir. Eğer bir birey hastanede ekstra bir gün daha kalmasının maliyetinin yüzde %80'inin sigorta şirketince ödeneceğini bilirse, ihtiyacı olmasa bile ekstra bir gün daha kalmaya karar verebilir. Doktorları ise, hastaya fayda sağlama ihtimali düşük dahi olsa, çok pahalı bir ilacı yazmakta tereddüt etmeyeceklerdir. Çünkü, ilaç faturasını

---

[37] Toprak, İ., **a.g.e.**, s.14.
[38] İsmet Toprak, **a.g.e.**, s.17
[39] Sevgi Kurtulmuş, **a.g.e.**, s.119
[40] T.C. Sağlık Bakanlığı, **Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Kullanım Araştırması,** Yayınlanmamış Çalışma, Ankara, 1995, s.

ödemeyeceğini bilmektedirler. Bu maliyetler sigorta havuzu içinde dağılır ve birey için önemsiz boyutta kalır[41].

Bireyin sağlık taleplerini demografik şartlar, çevre, kalıtım, eğitim, yaşam tarzı gibi faktörler de etkilemektedir. Kapalı ekonomi ve birleşik aile yapısını sürdüren kırsal kökenli toplumlarda sağlık talebi düşükken, sanayi toplumuna geçmiş modern bir hayat tarzını benimsemiş toplum ve bireyler sağlık hizmetlerini daha çok talep etme eğilimindedir[42].

Sağlık hizmetlerini arz eden doktor, hemşire ve diğer sağlık personelinin hastalara karşı tutumları da sağlık talebini etkileyebilmektedir.

1.5. Sağlık Hizmetlerinin Fayda ve Maliyetleri

1.5.1. Sağlık Hizmetlerinin Faydaları

Sağlık hizmetlerinin faydaları çoğunlukla aşağıdaki şekilde sınıflandırılmaktadır[43] ;

1.Sağlığın elde edilmesi/korunması ve geliştirilmesi,
2.Verimlik ve üretimde sağlanan artış,
3.Gelecekte ortaya çıkabilecek tıbbi maliyetlerde azalma.

Sağlık hizmetlerinden doğrudan elde edilen en önemli kazanç, kuşkusuz hastaların fiziki ve sosyal işlevlerinde iyileşmeler elde edilmesi, kişilerin olası hastalıklara karşı korunması ve toplum sağlığının elde edilmesidir. Ancak, uygulamada sağlık durumunun, sunulan sağlık hizmetleri, beslenme, iyileşme için bekleme süresi ve diğer faktörlerden hangi düzeyde ve ne ölçüde etkilendiğini belirleyebilmek oldukça zordur. Tıbbi hizmetlerin etkilerinin ölçülmesini engelleyen bazı faktörler vardır ve bu ekonomik değerlendirme tekniklerinin (özellikle maliyet-fayda analizi) istatistiksel bilgiler kullanılması yoluyla geniş hasta gruplarına uygulanan ve sağlık hizmetlerinin ortalama etkilerini ölçmeye çalışan araştırmaları sınırlar. Bu tür hizmetlerin etkileri ölçüldükten sonra, ayrıca bu etkilerin sağladığı gelişmelerin parasal ifadesi önem kazanmaktadır. Örneğin, hızlı bir şekilde yapılan ve başarı sağlanan bir sağlık hizmeti sonucunda, kalp krizi kurbanlarına sağlanan ek bir dört aylık yaşam süresinin değeri ne kadardır? Bunun parasal değeri 1000 ile 100.000 milyon arasında mı olacaktır? Belki de 20 milyar değerindedir. Bunun tam olarak ortaya konulması güçtür[44].

---

[41] Joseph E. Stiglitz, **Kamu Kesimi Ekonomisi** (Çeviren; Ömer Faruk Batırel), 2.Baskı, Marmara Üniversitesi Yayınları, İstanbul 1994, s.362.
[42] Ayşegül Mutlu, **Sağlık Hizmetlerinin Toplumsal Refah Üzerindeki Etkileri**, Marmara Üniversitesi Yayın No: 600, Maliye Araştırma Merkezi Yayın No:13, İstanbul 2000, ss.390-92.
[43] Getzen, **a.g.k.**, s.14, ile birlikte, Rexford E. Santerre ve Stephen P. Neun, a.g.k., s.27.
[44] Getzen ve Carrin **a.g.e.**

Sağlık hizmetlerinin diğer faydaları parasal avantajlar olarak ele alınabilecek faydalardır. Hastalık nedeniyle oluşacak işgücü ve işgünü kayıplarının engellenmesi, harcamalarda sağlanacak tasarruflar ile sağlığa ayrılacak kaynakların diğer alanlara kaydırılması üretimin ve verimliliğin artmasını sağlamaktadır. 1667 yılında Sir William Petty İngiltere'de yaşanan veba salgını sırasında bu hastalığı önleyecek tedavi yollarının geliştirilmesi için planlar yapmış ve yaptığı analizlerin sonucunda, çalışan insanlardan elde edilecek ek vergilerle bu salgınla mücadele etme durumunda, faydaları maliyetlerin üzerinde olan bir yatırım örneğinin olduğunu ortaya koymuştur.

Bir hastalığa erken müdahale edildiğinde ya da tedavi başlangıçta doğru yapıldığında bu hastalığın maliyetleri daha az olacaktır. Aşılama hizmetleri gelecekte tedavi hizmetlerini gerektirecek durumları önler ve maliyetlerin düşmesine yardımcı olur. Daha etkin yürütülen enfeksiyonel hastalıkların kontrolü ve tedavisi hastanın erken taburcu olmasında etkili olacaktır.

Bu faktörlerin etkisiyle sağlık harcamaları işgücü kaybını önleyerek, verimliliği artırarak, ortalama yaşam süresini uzatarak üretimin artmasına , yani ekonomik büyümeye katkıda bulunur[45].

1.5.2. Sağlık Hizmetlerinin Maliyetleri

Günümüzde bütün ülkelerde, özellikle sanayileşmiş ülkelerde sağlık harcamaları giderek artmaktadır. Bu artış zaman zaman gayri safi milli gelirlerin artışından fazla olabilmektedir. Ancak, hastalıkların neden olduğu ekonomik yüklerin gerçek ifadesi sadece sağlık harcamalarında meydana gelen artışlar değildir. Aynı zamanda, erken ölümlerin, sakatlıkların ve hastalıkların üretim açısından yarattığı kayıpların da göz önüne alınması gerekir. Hatta ideal olanı, hastalıklardan doğan acıları, sıkıntıları da hesaplayabilmektir. Fakat bugüne kadar kimse sağlıksız olma nedeniyle çekilen üzüntü ve sıkıntıların anlamlı bir değerlendirmesini yapıp, bunları maliyetlere ekleyen bir çalışma yapamamıştır. Buna karşın, çoğunlukla üretim kayıplarından meydana gelen zararları tahmin etmek ise mümkün olmuştur. Sağlık harcamaları sağlık sektörünün dolaysız maliyetlerini, üretimde meydana gelen zararlar ise dolaylı maliyetleri ifade etmektedir[46].

Sağlık hizmetlerinin maliyetleri dolaysız maliyetler ve dolaylı maliyetler olarak iki grup altında aşağıdaki şekilde incelenebilir.

---

[45] Zweifel, Carrin ve Getzen ve diğerleri.
[46] Yıldız, **a.g.m.**, s.86.

1.5.2.1. Dolaysız Maliyetler

Dolaysız maliyetler, koruyucu hizmetler, teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve uzun süreli bakım gerektiren hastalık durumlarına bağlı olarak ortaya çıkan maliyetlerdir.

Sağlık hizmetleri yerine getirilirken ortaya çıkan dolaysız maliyetlerin tam olarak belirlenmesi güçtür. Örneğin, hastalıklardan ileri gelenleri, diğer sağlık maliyetlerinden ayırt etmek gerektiğinde çeşitli güçlükler ortaya çıkabilir. Özellikle yaşlı kişilere ve çocuklara yapılan harcamaların tedavi niteliğinde olup olmadığı açık değildir. Onların sürekli kullandığı bazı ilaçlar (örneğin, vitaminler) ve periyodik kontroller hastalıkların olmadığı durumlarda da gerçekleştirilir[47].

Kapsamlı bir bakış açısıyla, koruyucu sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesi için yapılan harcamalar yanında, insan sağlığı ve yaşamını korumayı amaç edinen bir takım hizmetlerin ve maliyetlerin göz önüne alınması gerekir. Sözgelimi, arabalardaki emniyet kemeri uygulaması, çelik barların takılması, filtreli sigaraların maliyetleri gibi. Bu anlamda, eğitim, beslenme ve temizlik koşullarının sağlanması gibi faktörlerin sağlığı geliştirmekteki rolü nedeniyle bunların maliyetleri dolaysız maliyetler kapsamında ele alınmalıdır.[48] Dolaysız maliyetlere kolaylıkla ulaşabilmek için gerek özel sektörde gerekse de kamu sektörde koruyucu, tedavi edici veya sağlık eğitimine ilişkin bütün harcamaların bir araya getirilmesi gerekir[49].

1.5.2.2. Dolaylı Maliyetler

Dolaylı maliyetler, kötü sağlık koşulları sonucu ortaya çıkan üretim zararlarıdır. Sağlıksızlığın yarattığı maliyetlere ulaşabilmek için öncelikle, bir yıldan kısa süren hastalıklar veya düşük kapasiteli çalışmadan kaynaklanan üretim zararlarını tahmin etmek gerekir. Dolaylı maliyetlerin diğer bir kısmı ise sağlıksızlık nedeniyle sürekli düşük kapasitede çalışmadan ileri gelen üretim kayıplarıdır. Ayrıca, erken ölümlerin neden olduğu üretim kayıplarını da tahmin etmek gerekir.

Kısa ve uzun süreli hastalıkların maliyetlerini hesaplayabilmek için, bu hastalıkların ortalama süresini, yaş ve cinsiyete göre dağılımını ve yine yaşa ve cinsiyete göre ortalama gelirleri bilmek gerekmektedir. Erken ölümlerin meydana getirdiği kayıpları ölçebilmek için ise, hastalık türlerine göre ölümlerin yaş ve cinsiyetlere göre dağılımı, yaş ve cinsiyetlere göre ortalama gelirlerin bulunması, ve yine yaş ve cinsiyetlere göre yaşamı sürdürebilme olasılıkları gibi verilere ihtiyaç duyulmaktadır [50].

---

[47] Yıldız, **a.g.m.**, s.86.

[48] Thomas Getzen F., **Health Economics: Fundementals and Flow of Funds,** Temple University Press and John Wiley and Sons Inc., New York, 1997, s.19.

[49] Yıldız, 1986, **a.g.m.** s.86

[50] Yıldız, 1996, **a.g.m.** s.87

2. SAĞLIK SİSTEMLERİ

Sağlık sistemi ile kastedilen, bir ülkede sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve tıbbi bakım hizmetleri için var olan tüm kaynaklar, örgütler ve bunlar arasındaki ilişkilerdir.

Her ülkenin sağlık sistemi diğerlerine göre farklılıklar göstermektedir. Sağlık sistemlerindeki farklılıkları belirleyen başlıca değişkenleri şu şekilde özetlemek mümkündür;

-Toplumun demografik özellikleri ve yaygın hastalıklar,

-Sağlık hizmetlerinin kalitesi, yaygınlığı, ulaşılabilirliği, maliyet etkinliği, toplumun beklentileri ve risk gruplarını dikkate alması gibi konularda kamu politikalarının farklı olması,

-Sağlık hizmetlerinin sağlanması konusundaki ekonomik yükün doğrudan (kullanıcıdan) ya da dolaylı(vergi gelirleri ve sigorta yoluyla gibi) olarak kaynaklar arasında dağılımı ve bunların birbiri ile olan ilişkileri,

-Doktorlar ile hükümetler ve sağlık hizmetlerini kullananlar arasındaki politik gücün dağılımı, ya da bazı ülkelerde hastane hizmetleri ile diğer hizmetler konusundaki politik güçler dengesi,

-Örgütsel rollerin, sağlık insan gücü özellikleri ile görev alanlarının, kalite standartlarının, hizmet maliyetlerinin yeniden tanımlanmasını gerektiren teknolojik ve biyomedikal gelişmeler,

Sağlık sistemleri incelenirken üzerinde durulması gereken bir başka değişken de ne ölçüde merkeziyetçi oldukları konusudur. Merkeziyetçilik, bir devletin sağlıkla ilgili kaynaklarının ne kadarına sahip olduğunun ve hizmeti ne ölçüde kontrol ettiklerinin bir göstergesidir. Genellikle sağlık için ödeme gücü az olan vatandaşların çoğunlukta olduğu gelişmekte olan ülkelerde devlet sağlık sisteminin büyük ölçüde sahibidir ve tek merkezden planlayıp yönetmektedir.

Hizmetlerin yerelleşmiş olduğu gelişmiş olan ülkelerde ki, ABD bunun en uç örneğidir, sistem birbiri ile sürekli rekabet halinde olan özel ve kamu sağlık örgütlerinden oluşur. Bu ülkelerde devletin rolü, kurumlar ve taraflar arası ilişkilerin düzenleyiciliği ile sınırlıdır[51].

Bugün dünyada çeşitli sağlık sistemleri bulunmaktadır. Her ülkenin sağlık sistemi diğerlerine göre farklılıklar sergilemektedir. Sağlık sisteminin finansman ve hizmet sunumu boyutlarıyla şekillenmesi, ülkelerin siyasi, ekonomik ve sosyal yapılarının bir uzantısıdır.

---

[51] Osman Hayran, **Sağlık Hizmetleri Sektörleri,** yayınlanmamış çalışma, Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi, İstanbul, 2001, ss.5-6.

Özellikle sendikal haklar ve sendikal gelenekler, insan haklarına verilen önem, dinsel yönelimler ve etnik yapılanmalar sağlık sistemlerinin oluşturulmasında etkili olmaktadır.

Bir sağlık sistemi dört bileşeniyle incelenebilir ya da bir sağlık sistemi şu dört bileşenle tanımlanabilir[52]. Bunlar; hizmetin sunumu / üretilmesi, fonun oluşturulması, ödeme yöntemleri, finansman ile hizmetin buluşturulması (hizmetin satın alınması)' dır ve aşağıdaki gibi açıklanabilir.

Hizmetin sunumu; Kamu Kurumlarınca, hükümet ya da diğer kamu kurumları (sosyal sigorta gibi) olabilir. Ya da, özel sektörce; özel hekimler, özel klinikler ve özel hastaneler ve geleneksel uygulayıcılar olabilir. Geleneksel uygulayıcılar (herbalistler gibi), yalnızca örgütlü bir sağlık sisteminin bulunmadığı geri kalmış ülkeler için geçerlidir.

Fonun Oluşturulması; Hizmeti kullanım anında tüketicinin cepten yaptığı ödemeler, bir başka deyişle fonun olmadığı durum;Genel vergiler ya da genel bütçe usulü; Sağlık sigortası; zorunlu kamu sigortası ve özel sigorta ve dış yardımlar gibi.

Ödeme Yöntemleri; Başlıca yedi ana ödeme mekanizması vardır[53]; Hizmet Başı Ödeme (fee-for-service); Hizmetin tanı, tedavisi, ilaç gibi aşamaları ayrı ayrı ve tüm ayrıntılarıyla tanımlanarak fiyatlandırılır. Vaka Başına Ödeme (case payment); Belirlenen bir hizmet paketi veya bir vaka epizodu için belirlenmiş fiyat üzerinden ödeme yapılır. Ödeme maliyetinden bağımsız olabilir. Bu durum özellikle hastane hizmetleri için geçerlidir; Günlük Fiyat (daily charge); Hastane hizmetleri için günlük sabit bir fiyat belirlenir. Sabit Fiyat Ödemesi (flat rate); Sağlanan belli bir paket hizmet için, anlaşmayla belirlenmiş fiyatın doğrudan ödenmesidir; Kişi Başı Ödeme (capitation); Bir hekimin listesindeki her bir kişi için sabit ve genellikle yıllık olarak yapılan ödemedir. Farklı özelliklere sahip bireyler için (örneğin 75 yaşın üzerindedir) farklı ödeme yapabilirler. Bunun nedeni bireysel özelliklere göre hizmet kullanım sıklığının ve kullanılan hizmet niteliğinin değişmesidir. Ücretle Ödeme (salary); İş yükünden ve hizmetin maliyetinden bağımsız olarak yapılan sabit ödemedir; Global Bütçeleme (global budgeting); Bütçeden belli bir programın tümü için ayrılan ödenektir. Genellikle hastanecilik hizmetlerinde kullanılır. Maliyeti sınırlamak amacını taşır. Hastanelerde gün başına ödeme sisteminin alternatifi olarak geliştirilmiştir. Bu yolla hastanelerin, kendilerine verilen bütçeyi daha verimli yönde kullanacakları beklenir.

Finansman İle Üretim Buluşturulması (hizmetin satın alınması); Sunum ile finansmanın aynı kurumlarca ya da ayrı kurumlarca yapıldığı durumları kapsar (direkt-indirekt finansman).

Dünyada uygulanmakta olan sağlık sistemlerini üç ana grupta toplamak mümkündür[54]. Bunlar, kamu yardımı sistemi, hastalık sigortası sistemi, ve ulusal sağlık hizmeti sistemidir. Bu üç sağlık sistemi, uygulamada ülkelerin şartlarına göre farklılık gösterebilmektedir. Hatta bir ülkede, bu sistemlerden ikisi ve ya üçü bir arada uygulanabilmektedir.

-Kamu Yardımı Sisteminin temelinde, yeterli mali gücü olmayanlar (fakirler) için sağlık hizmetlerinden faydalanma karşılında ücret alınmaz iken, belirli bir mali gücü olanlar

---

[52] İlker Belek ve Ata Soyer, **Sağlıkta Özelleştirme**, Sorun Yayınları, Temmuz 1995, ss.36-37.
[53] Belek ve Soyer, **a.g.e.**, ss.40-41.
[54] Yıldırım, **a.g.e.**, ss.14-15

sigortalanabilir ya da hizmeti doğrudan satın alabilirler. Bu sistem, daha çok ekonomileri tarıma bağlı ve kırsal nüfusun yoğunlukta olduğu ülkelerde uygulanmaktadır. Gelişmekte olan ülkeler diyebileceğimiz bu ülkelere örnek olarak; Şili, Meksika, Türkiye, Cezayir, Endonezya gösterilebilir.

-Hastalık (sağlık) Sigortası Sistemi, genellikle sanayileşmiş kapitalist ülkelerin uyguladığı bir sistemdir. Bunun yanı sıra, dünyada çok sayıda ülke kısmen de olsa hastalık sigortası sistemini kurmaya yönelmektedir. Sağlık sigortasının esası, riskin sigortalılar tarafından paylaşılmasıdır. Sigorta kapsamındaki kişiler ödeme güçlerine göre prim öderler ve hastalığın söz konusu olması durumunda da ödenen prime bakılmaksızın hizmetten ücretsiz ve ya kısmi ödeme ile faydalanırlar. Başka bir deyişle, bu sistemde, sağlıklı olma şansına sahip olanlar hasta olanlar için ödeme yaparlar. Kamu ve özel kesim sağlık hizmetleri üretim faktörlerini birlikte kontrol ederler. Bu sistemi uygulayan ülkelere, ABD, Kanada, Japonya ve Almanya örnek verilebilir.

-Ulusal Sağlık Hizmeti (sosyalleştirme) Sistemi ; "Beveridge Modeli"[55] olarak ta bilinen Ulusal Sağlık Hizmeti Sisteminde, bir ülkede yaşayan insanların sağlık koşullarından devletin sorumlu olması gerektiği düşüncesinden hareketle sağlık hizmetleri devlet tarafından sunulmaktadır[56]. Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri, vergi vb. kaynaklardan finanse edilen genel kamu gelirlerinden oluşan bütçeden finanse edilmek suretiyle, kamu yetkilileri tarafından planlanır ve nüfusun tamamına ücretsiz olarak sunulur. Sağlık hizmetlerinin üretim faktörleri tamamen kanunun kontrolündedir. Eski SSCB, Küba, Çin ve eski Doğu Almanya'daki sistemler bu modelin tipik örnekleridir.

3. SAĞLIK FİNANSMAN YÖNTEMLERİ

Sağlık sistemleri ve örgütlenmesi üzerinde önemli etkisi olan sağlık hizmetlerinin finanse edilmesi ülkelere göre değişiklik göstermekte, hatta aynı ülke içinde de farklı finansman kaynakları kullanılabilmektedir. Bir ülkede uygulanan sağlık sisteminin yapısını ve niteliğini, genel olarak o ülkenin ekonomi politiği, özel anlamda ise sağlık sisteminin finansman yöntemleri belirlemektedir. Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri aynı zamanda, gelirin yeniden dağılımı, kaynakların dağılımı ve genel ekonomik büyüme üzerinde de etkili olmaktadır[57].

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

---

[55] Yıldırım, **a.g.e.**, s. 42 ve Kurtulmuş, a.g.e., s.86.
[56] *OECD*, **Financing And Delivering Health Care; A Comparative Analysis of OECD Countries,** Paris, 1987, s.24.
[57] *OECD*, **a.g.e.**, s.25.

Anadolu Üniversitesi
Merkez Kütüphanesi

Bir başka tasnife göre ise, finansman yöntemlerini sunulan hizmetin niteliği belirlemektedir. Buna göre, tüm yararın dış fayda olduğu, hizmetin ancak bölünmez olarak üretildiği, bulaşıcı hastalıklarla savaş ve çevre sağlığı önlemleri gibi hizmetler kamu hizmeti olarak kabul edildiği için finansman kamu tarafından ücretsiz olarak karşılanmaktadır. Bu alanlarda grup tüketimi söz konusu olduğu için hizmetin kamu ürünü olarak sunulması gerekmektedir. Çünkü hizmetin verilememesi halinde oluşacak dış zarar çok büyüktür. Bu açıdan temel finansman biçimi kamusal finansman şeklinde gerçekleşecektir[58].

Esas olarak sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri, doğrudan finansman yöntemi ve dolaylı finansman yöntemi olmak üzere iki başlık altında incelenmektedir. Bu sınıflandırmada, hizmet için yapılan ödemelerin zamanı ve ödemeyi yapanın kimliği belirleyici olmaktadır. Ödemelerin hizmetin kullanıldığı anda ve doğrudan doğruya hizmeti kullanıcı kişi tarafından yapılması durumunda doğrudan finansman yöntemi (direkt sistem) söz konusudur. Aksine, ödemenin hizmetin kullanımından bağımsız olarak ve bir başka kurum tarafından yapılması durumunda ise dolaylı finansman yöntemi (indirekt sistem) karşımıza çıkar[59].

3.1. Doğrudan Finansman Yöntemi

Doğrudan finansman yöntemi, sağlık hizmeti talebinde bulunanların almış oldukları hizmetin bedelini doğrudan kendilerinin ödemesi anlamına gelmektedir. Hizmeti talep eden kişi, arzı gerçekleştiren kamu, özel kurum ya da kişiye ücreti doğrudan ödemektedir. Doğrudan finansman yönteminde, tüketiciler nasıl diğer piyasalarda diğer mal ve hizmetleri bir bedel karşılığında satın alabiliyorlarsa, bu sistemde de aynı şekilde doğrudan üretim biriminden (kurum-kişi) talep ettikleri hizmeti almaktadırlar[60].

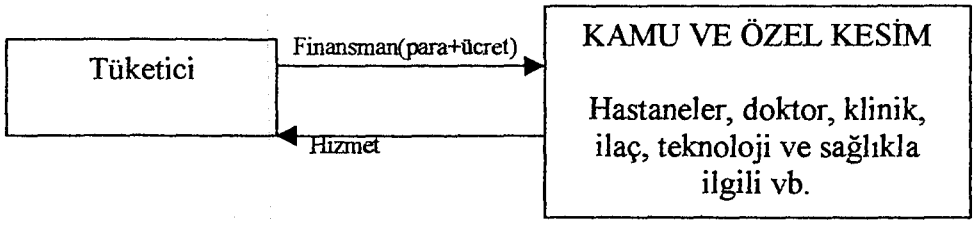
Bir sağlık sistemi içerisinde, arada üçüncü parti ödeyiciler olarak adlandırılan ödeme gruplarının yer almadığı her ödeme biçimi doğrudan finansman şekli olarak adlandırılabilir. Sağlık hizmetlerinin dolaysız finanse edilmesi, özellikle kişisel ödemeler, sosyal güvenlik örgüt ve politikalarının gelişmediği dönemlerde ağırlıklı olarak yer almıştır[61]. Ancak, günümüzde sigorta piyasalarının gelişmesi ve refah devleti politikasının amaçladığı hizmetlerin kapsamı içinde sağlık hizmetlerinin ağırlığı, üçüncü grup ödeyicilerinin önemini arttırırken, doğrudan finansman yönteminin önemini azaltmaktadır.

Doğrudan finansman yönteminde bir tarafta tüketiciler, diğer tarafta ise kamu ve özel kesim hizmet sunucuları yer almakta olup, sistem oldukça basit bir yapı göstermektedir. Bunu aşağıdaki Şekil 1 yardımıyla daha iyi anlayabiliriz[62].

---

[58] Kurtulmuş, **a.g.e.**, s.85.
[59] Belek, **a.g.e.**, s.53.
[60] Calum Paton, **Health Policy and Management**, Chapmand and Hall London UK, First Edition, 1996, s.22.
[61] Thomas Getzen, **a.g.e.**, F. 7.
[62] Yıldırım, **a.g.e.**, s.42

Şekil 1. Sağlık Hizmetleri Sektöründe Doğrudan Finansman Yönteminin İşleyişi



Kaynak: Savaş YILDIRIM, a.g.e., s. 41.

Şekil 1'de görüldüğü gibi, kamu ve özel kesim tarafından üretilen hizmet, bedeli ödenmek suretiyle tüketiciler tarafından satın alınmaktadır. Hastalık riskinin yol açtığı mali yükü, tüketicilerin kendi tasarruflarından karşılamakta, dolayısıyla da tüketiciler arasında risk paylaşımı bulunmamaktadır. Hastalık riski yüksek olan kişiler yüksek harcama, riski düşük olan kişiler ise düşük harcama ile karşı karşıyadırlar. Ancak, bu sistemde bazı tüketicilerin harcamalarının hükümet tarafından desteklenmesi de söz konusu olabilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemi aynı zamanda daha öncede değinildiği gibi, sağlık hizmetlerine olan talep üzerinde etkili olmaktadır[63]. Doğrudan finansmanın söz konusu olduğu durumlarda talep katsayısının düşük olduğu gözlenirken, aracı mali kurumların devrede olduğu dolaylı finansman sisteminde tüketicinin hizmeti talep etme katsayısı yükselmektedir. Kişilerin doğrudan ödeme yaptığı sistemlerde özellikle yüksek hastalık riski altında bulunan, alt gelir gruplarının hizmet talebi düşük kalmakta, var olan sağlık ihtiyacı tam bir talebe (fiili talep) dönüşememektedir. Kamu ve özel sigortaların yer aldığı sistemlerde ise ihtiyaç olmadığı halde talep ortaya çıkabilmektedir. Sağlık bilincinin yeterince gelişmediği, personel ve altyapının eksik olduğu toplumlarda rasgtele ilaç tüketimi ve periyodik kontroller finansman yöntemleriyle yakından ilişkilidir. Bu durum sağlık hizmetlerinin finansman yönteminin bütün bireyler için eşitlik ve adalet kavramlarını olumlu ve ya olumsuz etkileyebileceğinin bir tespitidir.

Günümüzde ileri teknoloji gerektiren bakım ünitelerinde tedavi, anestezi, ilaç, ameliyat ve organ nakli vb. gibi yüksek maliyetli işlemlerin direkt olarak bireyler tarafından finanse edilmesi kolay olmamaktadır. Bu olgu, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülke grupları için geçerlidir. Söz konusu hizmetlerin yapılabilmesi, yüksek düzeyde alt yapı ve işlem maliyetleri gerektirdiğinden, bunu kişilerin doğrudan karşılaması mümkün değildir. Bu harcamalar ancak büyük fonlarla karşılanabileceğinden genel ve ya özel sigortalarla yapılabilir. Bugün dünyada ortalama olarak her ülkede, gelir düzeyi çok iyi olan kişiler sağlık hizmetlerini kendileri doğrudan finanse etme yolunu seçmektedirler. Ancak gözlenen olgu, gelecek dönemlerde, doğrudan finansman yönteminin öneminin azalacağı, buna karşın üçüncü grup ödeyicilerin yani dolaylı finansman yönteminin ağırlık kazanacağı şeklindedir[64].

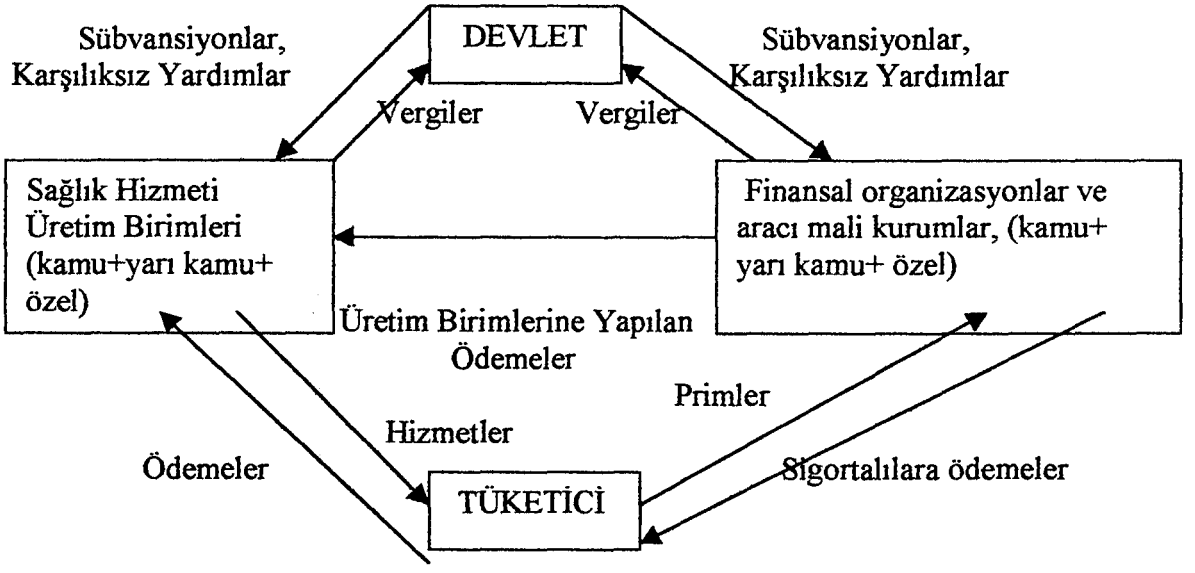
[63] Yıldırım a.g.e., s.43
[64] Getzen, a.g.e., s.8

3.2. Dolaylı Finansman Yöntemi

Dolaylı finansman yönteminde, hizmeti arz eden ile talep eden arasında üçüncü bir unsur olan ödeme kurumu, *"Üçüncü Parti (taraf) Ödeyici"(Third Party Payer)* yer almaktadır. Bu yöntemle, sağlık hizmetlerini arz ve talep edenler arasındaki para ilişkisi kısmen ve ya tamamen ortadan kalkmaktadır. Finansal aracılar da denilen üçüncü taraf ödeyicilerin yer aldığı bu tür yapılanmalarda tüketicilerin risk paylaşımı söz konusudur. Bu sistemde ortaya çıkan hastalık riskinin meydana getirebileceği harcamalar sadece tüketici tarafından yüklenilmemekte, buna karşın, aracı olan mali kuruma (ortak fon) katkıda bulunan herkes tarafından paylaşılmaktadır[65].

Doğrudan finansman yönteminde, bir tarafta tüketiciler, diğer tarafta ise kamu ve özel kesim sunucuları yer almakta ve sistem oldukça basit bir yapı göstermekte iken, dolaylı finansman yönteminde sistem daha karmaşık olup, üreticiler ve tüketiciler, aracılar (devlet ya da özel) arasında çoklu bir ilişki söz konusu olmaktadır. Bu ilişki aşağıdaki şekilde şematize edilebilir.

Şekil: 2- Sağlık Hizmetleri Sektöründe Dolaylı Finansman Yönteminin İşleyişi;



Kaynak: Savaş YILDIRIM, a.g.e., s.40.

Şekil 2'de görüldüğü gibi, hükümet ile finansal organizasyon ve aracı mali kurumlar arasında, sağlık üretim birimleri ve tüketiciler arasında, üretim birimleri ve hükümet arasında, finansal organizasyonlar ve aracı mali kurumlar ile üretim birimleri arasında karmaşık bir kaynak ve hizmet akışı söz konusudur. Her ülkedeki sistem bu derece karmaşık bir yapıya sahip değildir. Az gelişmiş ülkelerde daha basit bir yapı mümkün olup, çok az sayıda ve ya yeterince gelişmemiş mali aracılar, sınırlı ölçüde özel kesim hizmet sunucuları söz konusu

[65] Yıldırım, a.g.e., s.40

olabilmektedir. Ülkeler ekonomik, sosyal ve idari yapı olarak geliştikçe, sağlık hizmetlerinin finansman yapısı daha da karmaşık bir hal almaktadır[66].

Dolaylı finansman yöntemi daha çok endüstrileşmiş ülkelerde yaygındır. Endüstrileşmiş ülkelerde sosyal güvenlik kavramının ortaya çıktığı ve ilk gelişmeye başladığı dönemlerde, özel sektörde çalışan ve daha çok hekimlerden oluşan sağlık profesyonelleri ağı ve kısmen bunların işlettikleri özel hastaneler ağı vardı. Böylece, kurulan sosyal güvenlik sistemi, varolan bu ağı kullanarak ve her birisiyle verdikleri hizmet üzerinden anlaşma yaparak, sosyal güvenliği kurumlaştırdı. İlk dolaylı finansman sistemlerin gelişimi bu şekilde olmuştur. Doğrudan finansman yöntemi ise geçmişte yaygın ve standart bir sağlık örgütüne sahip olmayan ülkelerde, hizmeti tümüyle devlet ve herhangi bir kamu kurumu elinde örgütlemek sürecinde gelişmiştir[67].

Dolaylı finansman yönteminde kullanılan finansman mekanizmaları aşağıdaki gibi sıralanabilir[68];

a) Merkezi ve yerel hükümet kaynakları

b) Zorunlu sigorta

c) Özel sigorta

d) Mesleki sigorta

e) Bağışlar

f) Yabancı yardımlar (WHO ile BM vb. gibi kuruluşlar)

Bu kaynakların sistem içindeki ağırlığı, ülkelerin kalkınmışlık düzeyleriyle bağlantılı olarak değişiklik göstermektedir. Yapılan istatistiksel değerlendirmelere göre zorunlu sigorta primlerinin, işveren payının ve Sağlık Bakanlığı kanalıyla aktarılan kamu kaynaklarının sağlık sektörüne ayrılan kaynaklar içindeki payı giderek artmaktadır[69].

3.2.1. Kamu Gelirleriyle Finansman

Refah devleti eksenli örgütlenmelerin ağırlık kazandığı günümüzde sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde yerine getirilmesi kamu için bir görev haline gelmektedir. Kamu payı ve idarenin rolünün artması gerektiği görüşü kabul edildiğinde, bu rolün gerektirdiği maliyetlerin finansmanın ise idare tarafından karşılanması gündeme gelmektedir.

---

[56] Yıldırım, **a.g.e.**, s.42

[67] Belek, **a.g.e.**, s.52.

[68] Ana kaynak ; Leiserson Smith, **Powerty, Devolepment and Health Policy**, WHO, Geneva, 1998, s.78'den aktaran, Belek, s. 53

[69] E.Tokgöz,, "Sosyal Gelişmede Sağlık" **Türkiye İkinci İktisat Kongresi Sosyal Gelişme ve İstihdam Komisyonu Tebliğleri**, DPT yayınları, Yayın No:1783, Ankara, 1981, s.499.

Kamu gelirleriyle finansman, aynı zamanda vergilerle finansman olarak da adlandırılmaktadır. Bunun nedeni, devletin finanse etme biçimi ve amacı ne olursa olsun sonuçta genel bütçe vergi gelirlerini kullanmasıdır. Genel vergiler yanında, özel vergiler de kamu gelir kaynakları arasında yer almaktadır. Hizmeti sunan idareye göre vergiler, merkezi ya da yerel olabilir. Bireylerin hizmetten yararlanmaları ile katılım bağlantısı yoktur ve hizmet bedelsiz sunulur[70].

Hemen her ülkede genel vergiler sağlık hizmetlerinin finansmanında temel kaynak olarak kullanılmaktadır. Sağlık hizmetlerinde pazar ekonomisinin çok geliştiği ABD'de bile devlet genel vergilerden elde ettiği kaynaklarla "Medicare" ve "Medicaid" 'i[71] finanse etmektedir.

Tek başına bu modeli benimseyen, özellikle gelişmekte olan ülkeler, çoğunlukla, finansmanda dar boğazlar yaşamaktadırlar. Bu sıkıntıları aşmak için de vergi gelirlerini arttırma yollarını aramaktadırlar. Sağlık hizmetlerine ayrılan payı arttırmak için, vergi oranlarını, sağlık sektörüne ayrılan oransal payı sabit tutarak arttırmak veya sağlık hizmetlerine vergi gelirlerini başka kaynaklardan aktarma yoluyla arttırmak ya da yukarıdakilerden her ikisini birlikte uygulamak gerekebilir[72].

Ancak gelişmekte olan birçok ülkede sağlık sektörü hizmetlerinin hemen her zaman daha az öncelikli konular arasında yer aldığından sağlık hizmetlerinin finansmanında genel vergi gelirleri güvenli bir kaynak olmamaktadır[73].

Genel vergilerle finanse edilen sağlık hizmetlerini genelde tüm bireyler kullanabilir. Ancak, kamunun elindeki bu kaynakların dağıtımındaki öncelikler siyasi ve diğer nedenlerden dolayı zaman zaman göz ardı edilebilmekte ve yatırımlar daha pahalı alanlara veya kent merkezlerine kaydırılmaktadır. Bu durum özellikle gelişmekte olan ülkelerde kırsal alanda yaşayan ve sağlık hizmetlerine daha fazla ihtiyacı olan nüfus kesiminin sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamamasına yol açabilir[74].

Özel vergiler, genel vergilerin dışında, bazı mal(sigara, içki, lüks tüketim malları gibi) veya hizmetlerin (eğlence, seyahat vb. gibi) üzerinden alınan vergiler olup, sağlık hizmetlerinin finansman kaynakları içinde yer alabilmektedir. Güncel bir örnek olarak, Sayısal Loto'da oynanan kupon başına alınan ve her araç alım satımında konulan ve kesintisiz eğitimin desteklenmesi için kurulan fonlara aktarılan ek vergiler verilebilir.

Sağlık hizmetlerinde kamusal yarara ilişkin kısmının vergilerle finanse edilmesi mali disiplin ve ekonomik etkinlik icabıdır. Yani vergilerle karşılanması gereken sağlık

---

[70] Batırel, **a.g.m.**, s.23.

[71] ABD' de sağlık sigortası türleri, ABD'nin sağlık hizmetleri finansmanının ele alındığı ikinci bölümde ayrıntıları ile yer almaktadır.

[72] Batırel, **a.g.m.**, s.23.

[73] Batırel, **a.g.m.**, s. 23.

[74] Ocakçıoğlu, **a.g.m.**,s. 277.

hizmetlerinin özel finansman veya genel sağlık sigortası ile karşılanması doğru değildir. Aynı sağlık hizmetlerinde, özel faydanın yanı sıra kamusal yararın bulunması ve bunların bir birinden ayrılmasının zorluğu karşısında, kamusal yararın oldukça önemli boyutlarda olduğu tahmin edilebilen bazı sağlık hizmetleri tamamen vergilerle karşılanabilir.

Kamu kaynaklarıyla karşılanan finansman tipi üç şekilde ortaya çıkmaktadır[75].

1. Kamu geri ödemesi (public reimbursement) : Bu sistemde hasta hizmeti kullandığı anda fiyatını öder. Bunun tamamı veya bir kısmı daha sonradan bir kamu kurumunca hastaya geri ödenir. Hizmeti üretenle geri ödeyen kamu kurumu arasında herhangi bir ilişki yoktur. Fransa ve Belçika'da kullanılmaktadır[76].

2. Kamu sözleşmesi modeli (public contract model) : Bir kamu kurumu veya hastalık fonu, hizmet başı veya kişi başı esasına göre üreticiye doğrudan ödeme yapar. Almanya, Hollanda, İngiltere ve Kanada'da kullanılmaktadır.

3. Entegre model : Üretici ile finansmanı sağlayan kurumun entegrasyonuna dayanır. Bu modelde üretimin finansmanı ile sunumu aynı yapı altında organize edilir. Hasta kamu kurumuna ödeme yapar ve hizmeti de bu kuruma bağlı olan bir kurum yerine getirir. Bu model, İspanya, İngiltere ve İrlanda'da hastane hizmetleri için kullanılmaktadır.

3.2.2. Sigorta Primleriyle Finansman

Sigorta öncelikle bir fon oluşturma tekniğidir. Daha sonra ise ödeme biçimini tanımlar. Gelecekteki risklere karşı önceden ödenen primlerle güvence sağlamaya yöneliktir. Özellikle son yıllarda, gelişmekte olan ülkelerde yaygın biçimde uygulanmaya çalışılmaktadır.

Hastalık, kişiye yalnız fiziki ve ruhsal acılar vermekle kalmayıp, aynı zamanda hastanın yalnız başına katlanamayacağı mali külfetlere de neden olmaktadır. Bu durum herkesi korkutan bir unsur olmakta ve beklenmedik bir durum olarak kişilerin karşısına çıkmaktadır. Sağlık sigortası ile teminat altına alınan ihtiyaç, ekonomik yönden iki esasa dayanmaktadır; kazanç kaybı ile bakım ve tedavi masraflarını kapsamak. Hastalık süresince çalışamamanın verdiği kazanç kaybı ve tedavi masrafları bir bireyi veya tüm aileyi finansal yönden sarsabilmektedir.

---

[75] Belek, **a.g.e.**, s.99.

[76] *WHO*, **Organization and Financing of Health Care; Reform in Countries of Central and Eastern Europe**, Report of a Meeting, Geneva, 22-26 April 1991, ss.2-4.

Sağlık sigortasında, tüketici belli bir sigorta programı içinde üçüncü bir kuruma ödeme yapar. Sağlık sigortası kamu (zorunlu sigorta) ve özel sigorta şeklinde iki kısımda incelenebilir.

1) *Kamu (zorunlu) sağlık sigortası*; Bu uygulamaya sosyal sağlık sigortası, ulusal sağlık sigortası gibi isimler de verilmektedir. Zorunlu sağlık sigortasında risk seçimi yoktur (bireylerin sağlık açısından sorunlarına bakılmaksızın devlet kurumlarında ve özel sektörde çalışanlar sigortalanır).

Zorunlu sağlık sigortasında, çalışanlar belli bir dönemde almış oldukları ücretin belli bir kısmını prim adı altında bir kesinti halinde ödemektedirler. Bu genellikle aylık ve ya haftalık ücretin belli bölümünden kesilmek kaydıyla olmakta, bazı ülkelerde ise saat başı alınan ücretten de kesinti yapılabilmektedir. Kesintilerin belli kısmı doğrudan çalışanların ücretinden kalanı ise işveren konumundaki kişi ve kurumlardan yapılır. Bu kesintilerin dışında devlet bütçesinden sigorta fonuna katkı olabilir[77]. Sigorta fonunun yönetimi de doğal olarak fonun oluşturulmasına katkıda bulunan kurum temsilcilerinden oluşan ve hükümetten bağımsız bir organca üstlenilir. Çalışanın ücretinden yapılan sigorta kesintisi, ücret ödenmeden yapılmış olur. Bu haliyle sigorta kesintisi de bir çeşit vergi niteliğindedir. Tek fark, vergi ile primin uygulanacağı matrahların farklı oluşudur.

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

Primler, bireylerin mensup oldukları kesime göre ortalama tutarlardır. Hizmetten yararlanma ve sağlık risklerinin karşılanması ödenecek prim düzeyine bağlıdır. Prim miktarı aktüaryel hesapla belirlenir. Aktüaryel hesaplamada hastalık riski, hizmet kullanım sıklığı dikkate alınırken gelir düzeyi dikkate alınmaz. Yaş ve cins ise hastalık riski üzerinden aktüaryel prim düzeyini hesaplamada dikkate alınan bileşenlerdir. Dolayısıyla aktüaryel hesaplamada, toplanan prim düzeyi, bireylerin hastalık riski açısından özel durumları çerçevesinde belirlenir. Fon kurumunun yönetimi de özeldir.

Özel sağlık sigortası daha çok gelişmiş olan ülkelerde rağbet görmektedir. Ulusal sağlık sigortası gibi, ulusal düzeyde kapsayıcı sağlık sistemlerinin bulunmadığı ülkelerde yaygın olarak kullanılan bir kaynaktır. Zorunlu sigorta veya genel vergi gelirleriyle finanse edilen sistemlerde ise genel kapsam dışında bırakılan ek veya bazı özel müdahalelerin (kozmetik ve cerrahi gibi) finanse edilmesi için başvurulabilmektedir. Zorunlu sigortadan farkı, kişilerin ödemesi gereken primlerin havuz mantığı ile değil, sağlık yüzünden kişisel riskleri ve hastalanma olasılıkları dikkate alınarak hesaplanmasıdır.

---

[77] Belek ve Soyer, "**Sağlıkta Özelleştirme**", Sorun Yayınları, Temmuz 1995, s. 93.

Sağlık sigortasının, sağlık hizmetlerinin finansmanı üzerinde çeşitli etkileri söz konusudur[78]. Bunları aşağıdaki gibi açıklayabiliriz;

a) *Kaynak düzeyi üzerine etkileri*; sağlık sigortasının bazı ülkelerdeki uygulanma nedeni sağlık sektörüne ek kaynak yaratabilmesidir. Çünkü diğer kaynakların tersine sigorta, yalnızca sağlık için harcanacak kaynak yaratır. Ancak, nüfusun çoğunun informal ekonomik sektörde yer alması sigortanın yaygınlaştırılmasının ve sağlık için ek kaynak yaratabilmenin önündeki en önemli engeldir. Bu sorun hem gelişmekte olan ülkeler için, hem de endüstrileşmiş ülkeler için geçerlidir. Eğer işsizlik artarsa ve ücretler düşerse, sigorta sistemi içindeki gerçek kaynak düzeyi de otomatik olarak düşecektir. Diğer yandan ekonominin genişleme dönemlerine sigorta kaynakları yine otomatik olarak yükselecektir. Bu olgu kısmen vergi sistemi için de geçerlidir.

b) *Etkinlik üzerine etkileri*; sigorta uygulaması, sağlık hizmetine olan talebi arttırır. Buna Moral Tehlike (Moral Hazard) mekanizması denir[79]. Bu mekanizmaya göre bireylerin sigortalı olması ve hizmet tüketiminde bir sınır konulmaması durumunda bireylerin sağlık talebi, sigorta yapan kişi ve kurumu zarara uğratacak şekilde yükselebilmektedir.

Sigortanın moral tehlike etkisi maliyeti arttıracaktır. Maliyet artışı kaynakların tahsisatına yönelik etkinliği zedeleyen bir durumdur. Buradaki durum, kaynakların daha çok tedavi edici hizmetlere kaydırılması ile ilişkilidir. Diğer yandan yönetsel etkinlik açısından da sigortanın sakıncası söz konusudur. Çünkü sigorta yönetsel maliyetleri arttırır. Sağlık Bakanlığı ile sigorta kurumları arasındaki işbirliğinin ve bu kurumların görev tanımlamalarının net biçimde yapılmamış olması da yönetsel maliyetleri arttıran bir durumdur.

c) *Eşitlik üzerine etkileri*; sosyal sigorta sistemleri kaynakları yalnızca sağlıklı olandan hastaya değil, zenginden fakire de transfer edebilir. Sosyal eşitliğe katkı durumu; özellikle katkı payları gelire orantılı olarak toplanıyor, buna karşılık hizmetten yararlanma gereksinime göre oluyorsa geçerlidir. Eşitliği tehdit eden etkenlerden biri, toplumun zengin kesimlerinin zorunlu sigorta kapsamına alınmayıp, özel sigorta yaptırabilmelerine olanak tanınması, diğer etken ise, sigorta kapsamındaki yararlanmaların azaltılmasıdır. Kapsamın daraltılmasının temel nedeni ise sağlık harcamalarındaki artış ve ekonomilerin içine girdiği bunalımdır. Enflasyonist dönemlerde sigorta gelirleri ile yararlanma arasında dengesizlik vardır. Çünkü maliyetler artarken sigorta gelirleri süratle erozyona uğramaktadır.

4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMAN YÖNTEMLERİNDE ALTERNATİF MODELLER

Sağlık hizmetlerinin finanse edilmesinde yaşanan problemler alternatif çözüm arayışlarını da beraberinde getirmektedir. Aslında finansman probleminin öncelikli olarak

---

[78] WHO, **Evaluation of Recent Changes in The Financing of Health Services**, *Technical Report Series, Geneva*, 1993, s. 28-31.

[79] Belek, **a.g.e.**, s. 89.

çözüm yolu, kaynakların arttırılmasıdır. Bu iki şekilde olabilir; ya vergilerin arttırılması ya da hükümet kaynaklarının daha fazla oranda sağlık hizmetleri için kullanılması. Ancak, her iki yöntem uygulamada çeşitli güçlüklerle karşılaşmaktadır. Özellikle gelişmekte olan ülkeler açısından vergi yükünün arttırılması ya da yatırımların sağlık alanına kaydırılması genellikle tercih edilmemektedir. Bu durumda, ülkeler farklı çözüm yollarına başvurmayı denemektedirler. Sağlık finansmanında yeni gelişmeler ya da stratejiler; yeni kaynaklar yaratmaya, maliyetleri sınırlamaya ve verimliliğe (kaynakların daha etkin kullanımına) yöneliktir.

Sağlık hizmetlerinde finansman problemini azaltmak amacıyla, aynı zamanda maliyet sınırlamaları için, mikro ve makro anlamda yönetim stratejileri de geliştirilmelidir. Bu alternatif maliyet sınırlama stratejileri aşağıdaki şekilde şematize edilebilir[80]. Bu şema ülkelerin koşullarına göre farklı olarak düzenlenebilir ve geliştirilebilir.

Tablo 1. Mikro ve Makro Anlamda Maliyet Sınırlama Stratejileri

Amaç	Mikro-yönetim	Makro-yönetim
Arz yönlü stratejiler	1.Ekonomik teşvikler ile birlikte sağlık hizmetleri üretiminde etkinliğin ve verimliliğin teşvik edilmesi 2.Sağlık üretim birimlerinin sahipleri veya kontrol edenleri üzerinde yasal zorlamalar ve düzenlemeler	1.Sağlık sisteminin fiziksel ve altyapı kapasitesi altında bölgesel planlamanın yapılarak, bunun sonucu yerine getirilen sağlık hizmetlerinin bölgeler ve çeşitli sosyal gruplar arasında arzu edilen ya da hedeflenen dağılımının gerçekleştirilmesi
Talep yönlü stratejiler	1.Hastalar ve tüketiciler arasında bir ayrım yapılması ve maliyet paylaşımının değişimi ve düzenlenmesi 2.Doktorların ve hastalar üzerinde verdikleri kararların ve sonuçların denetlenmesi ve bunların bir düzene bağlanması	1.Sağlık üretim birimleri ve doktorların harcama sınırları için önceden belirlenmiş global bütçeleme yönteminin kullanılması
Amaçlanan strateji ve bir bütün olarak piyasa		1.Fiyat kontrolleri 2.Çeşitli idare müdaheleleri

Kaynak: Uwe E. Reinhardt, "The Health System of the United States: Lessons for Other Countries" (edited by David W.Dunlop and Jo. M. Martins), **An International Assesment of Health Care Financing, Lessons for Developing Countries** (The World Bank Washington, 1996, s.124.

Yukarıdaki tabloda verilen maliyetlerin sınırlandırılması yöntemleri, sağlık hizmetlerinin finansman sorunları içinde yer alan maliyetlerle ilgilidir. Kaynakların artırılamadığı ya da üst sınıra dayandığı durumlarda, maliyetlerin düşürülmesi yönündeki çabalar ağırlık kazanmaktadır. Bu bağlamda arz ve talep yönlü stratejiler geliştirilerek, teşvikler, yönetsel düzenlemeler, kontroller ve çeşitli müdahalelerle, maliyetler düşürülmekte ve bu yolla kıt kaynakların etkin ve verimli kullanımı sağlanmaktadır.

---

[80] Uwe E.Reinhardt, " The Health System of the United States: Lessons for Other Countries" (edited by David W.Dunlop and Jo. M. Martins), **An International Assesment of Health Care Financing, Lessons for Developing Countries** The World Bank, Washington DC USA, 1996, s.130.

Sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin yüksekliği bu hizmetlerin doğrudan kullanıcıdan yapılacak finansman ile karşılanmasını güçleştiren bir olgudur. Bu durum, idarenin finansman konusunda daha geniş bir rol oynaması gerektiğini savunanların ileri sürdüğü en büyük nedenlerden biridir. Ancak, bu rolün ne olacağı, optimal düzeyinin belirlenmesi ve etkinliğin arttırılması konusundaki tartışmalar devam etmektedir.

Sağlık hizmetlerine tahsis edilen kamu ve özel kaynakların artırılması ve maliyet sınırlama stratejileri yanında, günümüzde finansman açısından ileri sürülen temel yaklaşımlar aşağıdaki şekilde özetlenebilir[81].

4.1. Maliyet Paylaşımı Yaklaşımı (Cost Sharing)

Bu yöntemde ileri sürülen görüş, hizmeti kullanan tüketicilerin tamamının hizmetin maliyetine katılmalarının sağlanmasıdır. Özellikle tedavi edici sağlık hizmetleri için kullanıcıya ek ödeme yükümlülüklerinin getirilmesini ifade eder. Bu sağlık hizmetlerinin tamamı için ya da belli bir aşaması için uygulanabilir. Örneğin tüketicilerden sadece tedavi hizmetlerinin maliyetinin tamamına ya da bir bölümüne katılmaları istenebilir. Bu uygulama ile ek kaynak yaratılacağı, bireylerin karşılığını ödedikleri hizmeti daha dikkatli kullanacakları, aşırı kullanımın önleneceği varsayılmaktadır. Buna karşın, varolan eşitsizliklerin, özellikle toplumun dar gelirli kesimlerinin aleyhine daha da artacağı belirtilmektedir[82].

4.2. Tüketici Katkıları (User Charges)

Tüketici katkıları, hizmetin kullanılması anında tüketicilerin doğrudan yaptığı ödemelerdir. Kaynakların sınırlı olması, finansmanda tüketici katkılarının oluşturulması veya artırılması konusundaki eğilimleri kuvvetlendirmektedir. Günümüzde sosyalist ülkeler de dahil olmak üzere bütün ülkeler, oranları ve biçimi farklı olsa da tüketicilerden belli bir katkıyı almaktadırlar. Uygulamada tüketici katkıları; sağlık üretim birimine yaptıkları ödeme, sigorta kurumuna yaptıkları ödeme, ilaç ödemeleri, sevk sistemine uymayanlar için(sevk sisteminin işlerliğini arttırmak amacıyla) getirilen ödemeler şeklinde olabilir. Diğer bir uygulama şekli ise, tüketiciye yapılan geri ödeme tutarının azaltılmasıdır. Geri ödeme, herhangi bir sosyal güvenlik programı kapsamına giren kişilere, aynı program dahilindeki hizmetler için yaptıkları ödemelerin belirlenmiş bir miktarının söz konusu sosyal güvenlik programı tarafından geri ödenmesidir[83]. Katkı paylarının yararları aşağıdaki gibi sıralanabilir;

a) Kullanıcılar tarafından sağlık hizmetlerine olan veya olabilecek gereksiz/ aşırı talebi kısıtlayabilir,

---

[81] Calum Paton, **Health Policy and Management**, Chapman and Hall London UK,1996, ss.25-30
[82] Belek, İlker, **a.g.e.**, s.147.
[83] Belek, İlker, **a.g.e.**, s.162.

b) Farklı hizmet basamakları için farklı miktarlarda belirlenen paylar doğru kişinin doğru basamağa yükselmesini sağlayabilir,

c) Hizmet sunucu, hastasına ek bir mali yük getirebileceği için gereksiz hizmet sunumundan(reçeteye fazla ilaç yazma gibi) kaçınabilir,

d) Elde edilen gelir, hizmetlerin geliştirilmesi için yeni bir kaynak olarak kullanılabilir.

Ancak hangi hizmetlere ne kadar katkı payı uygulanacağı konusunda güçlükler doğabilir. Çünkü kişilerin gereksiz talepleri azaltılırken, gelir durumları çok düşük olanların temel hizmetleri almalarını engellemeyecek bir miktar bulunmalıdır.

4.3. Toplum Finansmanı (Community Based Financing)

Bu yöntemde ise toplumun sahip olduğu ancak kullanılmayan, atıl duran kaynakların, ya da değişik amaçlarla kullanılmakta olan çeşitli kaynakların sağlık hizmetlerini ve finansmanını destekleyecek şekilde yeniden yapılandırılmasıdır. Kısaca, toplum finansmanı hizmetten yararlanan kişilerin, kamu sağlık hizmetlerine katkısıdır. Geniş bir çerçevede, toplumun bütün kaynaklarının daha iyi bir sağlık amacına yöneltilmesidir. Burada, kişilerin ve toplumun parasal bir katkı yapmalarının yanında, emek, ürün ve diğer faktörleri de sağlık alanına tahsis etmeleri anlaşılmaktadır. Bu yeniden bir organizasyonu gerektirebildiği gibi var olan sistemin eksikliklerinin giderilmesi şeklinde uygulamaya konabilir.

Toplum finansmanı yönteminin şu avantajları olduğu belirtilmektedir:

a) Kaynakların yerel düzeyde kullanılmasına olanak tanıması,
b) Bu durumun, sağlık çalışanlarını gelir arttırıcı faaliyetlere daha fazla oranda yönlendirmesi,
c) Hizmetin yerel nüfusun gereksinimlerine göre planlanması olanağını vermesi,
d) Finansmana katılan toplumu, maliyeti denetleyici bir eğilime yönlendirmesi[84].

4.4. Gönüllü Sağlık Organizasyonları (Non-Profit And Voluntary Based Organizations)

Sağlık hizmetlerinde finansman probleminin diğer bir çözüm yolu kar amaçlı olmayan gönüllü organizasyonların kurulması ve işletilmesidir. Bu organizasyonlar çeşitli vakıflar, dernekler ve hayır kurumlarından oluşmaktadır. Sosyal değer yargılarının değişmesi ile bu tür yardım kuruluşlarının önemi azaldığı düşünülse de, bugün gelişmiş olan ülkelerde çok sayıda kar amacı olmayan sağlık organizasyonları mevcuttur. Bu tür kurumlar çeşitli devlet yardımlarının yanında, bağışlar, bu organizasyonların çeşitli

[84] Belek, a.g.e., s.156.

faaliyetleri, sergiler, müzayedeler, ikinci el malların alım satımı gibi çeşitli kaynaklardan gelir elde etmektedirler[85]. ABD'de bugün üç yüz bini aşkın sayıda bu şekilde; sağlık, eğitim, sosyal servis ve insancıl amaçla kurulmuş organizasyon vardır[86]. Bu tür organizasyonların yasalarla teşvik edilmesi de bu kurumların gelişmesinin diğer bir nedenidir. İngiltere'de Ulusal Kanser Vakfı, ABD'de Rockfeller Vakfı, Henry J. Kaiser Family Foundation, The Robert Wood Johnson Foundation gibi organizasyonlar buna örnek olarak verilebilir.

Bu organizasyonların diğer bir örneği de, dünyanın çeşitli bölgelerinde faaliyet gösteren dini organizasyonlardır. Bu tür kurumlar da sağlık hizmetlerinin finansmanı açısından ek bir kaynak yaratmaktadırlar. Vergisel açıdan çeşitli düzenlemelerin yapılması durumunda bu uygulama gittikçe cazibesini yükseltecektir. Gelişmekte olan ülkelerde hükümet kaynaklarının sınırlı olması, bu tür kurumların sağlayacakları finansman ve hizmetlerin önemini artırmaktadır.

Bu alternatif çözüm önerileri değişik ülkelerde farklı biçimlerde uygulamaya konabilir. Ancak, bu konuda Dünya Bankası tarafından geliştirilen stratejilerde, finansman bakımından idarelerin rolünün genişletilmesi gereği savunulurken, hizmetlerin yerine getirilmesi ve organizasyonunda ise özel sektör ve kar amaçlı olmayan kuruluşlara ağırlık verilmesi görüşü benimsenmektedir[87].

5. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANINDA DEVLET MÜDAHELESİNİN ÖNEMİ VE ROLÜ

Devletin piyasaya müdahale etmesinin iki genel gerekçesi vardır. Birincisi, özel piyasaların Pareto-etkin olmayışına sebep olan piyasa aksaklıkları söz konusudur. Sağlık hizmetleri piyasasındaki piyasa aksaklıkları, eksik bilgi ve dışsallıklardır. İkincisi, gelir eşitsizliği devlet müdahalesinin bir başka gerekçesini oluşturur. Sağlık hizmetleri konusundaki özel piyasa pareto-etkin olabilir. Ancak sigortasız olan ve bu hizmetlerin bedelini ödeyemeyecek kadar fakir olan toplum üyelerine hiçbir hizmet sunmayabilir. Yaygın olan kanaat şudur ki, gelirine bakılmaksızın hiçbir bireyin yeterli sağlık hizmetinden yararlanması engellenmemelidir[88].

Rekabetçi piyasa teorisinde çeşitli koşullar söz konusudur[89]. Bunlar; her biri kendi kârını en çoğa çıkartmak isteyen çok sayıda satıcı vardır. Alınan ve satılan mal homojendir. Alıcılar iyi bilgilenmiştir ve bütün satıcıların sattığı malların fiyatlarını ve kalitelerini bilmektedirler. Son olarak da, tüketiciler alıcıdırlar ve tükettiklerinin bütün maliyetini öderler. Bu koşullar altında, eğer firma bir malı üretmenin daha iyi bir yolunu bulursa, fiyatını düşürür

---

[85] Mark V. Pauly " Nonprofit Firms in Medical Markets", **American Economic Review**, May 1987, s.257.
[86] Dean F. Miller,, **Dimensions fo Community Health** (Third edition), Wmc. C. Brown Publisher USA, 1993, s.109.
[87] Robert Hecht and Philip Musgrove, "Rethinking the Government's Role in Health", **Finance and Development**, September 1993, s. 6 ile birlikte, **World Development Report 1993'**de özellikle bu konu üzerinde durmaktadır.
[88] Stiglitz, **a.g.e.**, s. 350.
[89] Stiglitz, **a.g.e.**, s. 353.

ve başka üreticilerden müşteri çalar. Üretim daima etkindir ve fiyatlar her zaman en etkin üreticilerin üretim maliyetlerini yansıtır. Bu koşullar tatmin edilmezse, etkin olmayan üreticiler ayakta kalabilir ve fiyatlar üretim maliyetini aşabilir. Mesela bir tekelci varsa, marjinal gelirin marjinal maliyete eşit olduğu noktada fiyat koyar. Marjinal gelir fiyattan az olduğundan, tekelcinin koyduğu bedel onun (marjinal) üretim maliyetlerini aşacaktır.

Sağlık piyasalarında ise iyi işleyen bir rekabet piyasası koşullarının hiçbiri yeterli olmamaktadır. Aşağıdaki tablo yardımıyla sağlık piyasaları ile rekabetçi piyasalar arasındaki farkları görmemiz mümkündür.

Tablo 2. Sağlık Piyasaları ile Standart Rekabetçi Piyasalar Arasındaki Farklar

Standart Rekabetçi Piyasalar	Sağlık Piyasaları
Çok satıcı Maksimum kâr peşinde koşan firmalar İyi bilgilenmiş alıcılar Tüketicilerin malın bedelinin tamamını ödemeleri	Sadece sınırlı sayıda hastane Çoğu hastane kâr amacı gütmez Kötü bilgilenmiş alıcı Hastaneler maliyetlerin sadece bir bölümünü öderler.

Kaynak: J. E. Stiglitz, **Kamu Kesimi Ekonomisi**, (Çeviren Ömer Faruk Baturel), Marmara Üniversitesi Yayınları, 1994, İstanbul, s.353.

Bu farklar dolayısıyla sağlık sektörüne devletin müdahalesi kaçınılmaz olmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) piyasa ekonomisinin sağlık hizmetlerinin sunumundaki yetersizliklerini şu şekilde açıklamaktadır[90];

1) Kamuya yönelik hizmetlerin (public goods) sağlanması konusundaki yetersizlikler.

2) Bir hastalığın sağlıklı diğer kişileri de etkileyen yönünün (externalities) denetlenmesindeki yetersizlikler: Tüberküloz gibi hastalıklara karşı yalnızca hasta kişilerin tedavi edilmesi ve korunması yetmemekte, çevresindekilerin de korunması gerekmektedir. Özel sektör, talep olmadığı sürece büyük bir işlevi üstlenmez. Ek olarak, bir kişiye yönelik bir hizmetin diğer kişileri de olumlu yönde etkilemesi, kâr mantığı açısından istenmeyen bir durumdur. Çünkü bu tip programlar için marjinal fayda, bir çok kişinin olumlu yönde etkileniyor olması bakımından (yalnızca tek bir kişiye harcama yapılıyor oluşu nedeniyle) marjinal maliyetten yüksektir. Bu ise piyasa koşulları çerçevesinde üretim ve yatırım güdüsünü baskılayan bir olgudur.

[90] WHO, **Evaluation of Recent Changes in The Financing of Health Sevices**, *Technical Report Series*, Geneve 1993, s. 5.

3) Tüketicilerin iyi bilgilendirilmemiş olması da, sağlık hizmetlerinin özel sektöre bırakılması önündeki engeldir. Öte yandan, toplumun koruyucu hizmetler için bilgi ve talebin olmayışı da özel sektörün bu alanı hedeflemesini engeller.

Bugün sağlık hizmetlerinin özel sektör ile devletin üstlendiği rollerinin karşılaştırılmasına yönelik akademik bir tartışma da yürütülmektedir. Özellikle gelir durumlarının kötü olduğu ülkeler ve temel sağlık hizmetleri içinde yer alan programlar (aşılama, aile planlaması, çevre sağlığı vb.) için devlet müdahalesinin zorunlu olduğu artık hemen herkesçe kabul edilmektedir. Nitekim Dünya Bankası devlet müdahalesinin olumlu ve zorunlu yanlarını şu şekilde belirlemektedir[91];

1) Ulusal gelirin düşük olduğu ülkelerde özel sağlık hizmeti için talep olmaz. Yani, özel sağlık sektörünün bu ülkelerde yaşaması olanaksız denecek derecede güçtür. Bu durumda, devletin sağlık hizmeti sunması zorunluluktur. Bunun da ötesinde, devletin bu türden müdahalesi yoksulluğu azaltıcı bir işlev de görecektir.
2) Tüm kamuyu olumlu yönde etkileyecek ve kamu yararına olacak bazı temel sağlık hizmeti programlarının (bulaşıcı hastalıklarla savaş gibi) özel sektörce üretilmesi (özel sektörün kendisi açısından ekonomik herhangi bir yarar ummaması bakımından) olanaksızdır. Dolayısıyla bu programların planlanarak yürütülmesi de devletin görevi olacaktır.
3) Varolan eşitsizliklerin giderilmesi ve yoksul toplum kesimleri için sağlık hizmetinin, hiç olmazsa belli bir düzeyde devletçe sunulması/ sübvanse edilmesi de zorunluluktur.

Devletin veya bir başka ifadeyle hükümetin sağlık sektöründeki rolü üç başlık altında incelenebilir. Bunlar, devlet hastaneleri ve sağlık kurumları vasıtası ile hükümetlerin bizzat sağlık işletmecisi olarak hizmet sunması (provider), sağlık sigortalarını tamamen veya kısmen finanse ederek halkı sigorta edici bir rol üstlenmesi (insurer) ve gerekli sağlık politikalarını oluşturarak sağlık sisteminde düzenleyici (regulatör) bir rol oynamasıdır[92].

5.1. Düzenleyici (Regulatör) Olarak Devletin Rolü

Son yıllarda devletin sosyal alandaki yeni rolünün ne olması gerektiği yönünde batı ülkeleri başta olmak üzere tüm dünyada yoğun tartışmalar gündeme gelmektedir. Bir yandan, devletin yeniden yapılanması çerçevesinde aslen devlet hizmeti olarak kabul edilen sağlık, eğitim, sosyal güvenlik ve hatta güvenlik alanlarında devletin rolünün küçültülmesi yönündeki neo-liberal akımlar gelişmektedir. Öte yandan hükümetler sosyal alanlarda yeni roller üstlenmek durumundadırlar. Günümüz sanayi ötesi toplumlarında

[91] Belek, a.g.e., s. 95-96.
[92] Kurtulmuş, a.g.e., s.100.

ortaya çıkan yeni gelişmeler esas itibariyle diğer bir çok alanda olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de hükümetlerin müdahale alanını genişletmektedir.

Hükümetlerin düzenleyici müdahelelerinin ardındaki en önemli sebeplerden biri, insan sağlığı açısından kötü sonuçlar doğurabilecek seçenekler dolayısıyla ortaya çıkabilecek riskleri başlangıçta en aza indirmeye yönelik stratejinin benimsenmiş olmasıdır. İnsan sağlığının söz konusu olması durumunda liberal hükümetler dahi piyasanın oluşmasına ilave düzenlemelerle müdahale etmeyi kaçınılmaz bulmaktadırlar.

Sağlık alanındaki hükümet müdahalelerinin ana amacı, sağlık hizmetlerini sunan kuruluşların, hastaların, sağlık işverenlerinin, sağlık personelinin, sağlık hizmetlerini bedelini ödeyen kamu ve özel sigorta kurumlarının ve ilgili tüm diğer tarafların birbiri ile çelişen talep ve çıkarlarını uyumlaştırarak karşılıklı güveni sağlamaktır. Böylece, tüm bu farklı çıkar gruplarını daha sağlıklı bir toplum oluşturulması yönündeki ortak hedefe yönlendirerek kaynakların optimizasyonuna da katkıda bulunur.

Devletin sağlık sektöründeki düzenleyici rolü aynı zamanda gelir eşitsizliklerinin yarattığı olumsuzlukları önlemeye yöneliktir. Bu durum, kapsam dışında kalan insanların mümkün olduğunca sağlık hizmetlerinin kapsamına alınmasını sağlayacak farklı sigorta türlerini oluşturmak ve var olanların kapsamını ihtiyaca göre genişletmek yönünde olmaktadır. Bu amaçla, üç farklı politika seçeneği hükümetler tarafından benimsenebilir. Bunlar, bireylerin diledikleri şekilde yararlanabilecekleri özel sağlık sigortalarının yaygınlaştırılması, istihdama bağlı olan sigorta türlerinin geliştirilmesi ile bu iki sigorta türlerinden yararlanamayan nüfusun ihtiyaç içindeki kesimlerini kapsayan "Medicaid", yeşil kart, sakat ve malüllerin veya işsizlerin yararlandığı sigorta türleri gibi sosyal yönelimli sigortaların kapsamının geliştirilmesi ve iyileştirilmesidir. Hükümetler ülkelerin içinde bulundukları şartlara göre bu üç farklı uygulamanın bir kombinasyonu şeklindeki politikalarla da sisteme düzenleyici olarak müdahale edebilirler.

Bir sağlık sisteminde hükümetin rolü sadece kendisinin sisteme ne ölçüde katıldığı ile belirlenmez, ayrıca kar amaçlı sağlık kurumları ve sigorta sistemleri ile kar amacı gütmeyen kuruluşların hizmetlerine ne ölçüde destek olduğu veya zemin hazırladığı ile de belirlenir. Örneğin, sağlık sektöründe özel kurumlar, kamu ve kar amacı gütmeyen kurumlara göre daha fazla ise doğal olarak piyasada fiyatlar rekabet şartlarına göre oluşacaktır. Yine, kar amaçlı olmayan hayır kurumlarına vergiden muafiyet sağlanması uygulamasının genişletilmesi sağlık sektörüne bu nitelikteki kuruluşların daha fazla girmesine neden olacak ve bu da fiyatları düşürücü bir etki meydana getirecektir. Her iki nitelikteki sağlık kuruluşlarının sistem içindeki ağırlıklarını hükümetler, kanun ve mevzuatlarla, sağlık hizmetlerinde yatırım teşviki uygulamalarıyla, vergilendirme ve fiyat politikalarıyla direkt olarak, bizzat kendisinin sunduğu veya fiyatını ödediği sağlık hizmetleri ile de dolaylı olarak etkilemektedirler. Ayrıca, tüm dünyada merkezi hükümetlerin yanı sıra, yerel yönetimler de sağlık alanında hizmetler sunarak kamunun rolünü arttırıcı yönde etkide bulunmaktadırlar[93].

[93] Kurtulmuş, a.g.e., ss.100-104.

5.2. Sigorta Edici (Insurer) Olarak Devletin Rolü

Dünyada herhangi bir sosyal sigorta programı bulunan 145 ülkenin 84'ünde analık ve hastalık sigortası mevcuttur[94]. Genellikle analık sigortası ayrı bir sigorta kolu olarak örgütlenmişken, tek bir program altında uygulandığı ülkelerin sayısı da hayli kabarıktır. 136 ülkede iş kazası ve meslek hastalıkları programı mevcuttur. Analık ve hastalık sigortaları tıbbi bakım vermenin yanı sıra, kısa süren hastalıklar halinde parasal ödemeler de yapılmaktadır. Analık ve hastalık sigortasının bulunduğu ülkelerin çoğunda, hükümetler veya hükümetlere bağlı acentalar (kurumlar) aracılığıyla, finansman genel vergilerle sağlanmaktadır. Karşılığın para olarak ödendiği sigorta türlerinde, sistemin finansmanı sadece genel bütçelerden karşılanmamakta, ayrıca çalışanların ücretlerinden kesilen primlerle de finansmana katkıda bulunulmaktadır. Ayrıca, çoğu sağlık sigortası programı, yaşlılık ve malüllük sigortalarında olduğu gibi diğer sosyal sigorta programları ile birleştirilmektedir. Öte taraftan, sağlık hizmetlerinin arzının ve finansmanının büyük oranda özel kesime dayandığı ülkelerde sağlık sigortalarının birbirinden ayrı organize edilmesi hakimdir. Bu kategorideki ülkelerden ABD'de tıbbı bakım ve hastalıkta parasal destek veren sınırlı kamu sağlık programları mevcuttur. Sağlık kuruluşlarının sosyal güvenlik kurumlarınca idare edildiği, İspanya, Latin Amerika ve bazı Afrika ülkelerinde analık, hastalık sigortası gibi sağlık sigortası kolları birleştirilerek yönetilmektedir[95].

5.3. Sağlık Hizmetlerini Sağlayıcı (Provider) Olarak Devletin Rolü

Bundan önceki ilk iki şekilde hükümetlerin sağlık hizmetlerine katılımından farklı olarak hükümetler bizzat sağlık hizmetlerini kendileri üreterek de sisteme katılırlar. Bu uygulama genelde iki yolla gerçekleşir. Bunlardan birincisi, sağlık hizmetlerinin kamu sağlık kuruluşları tarafından yerine getirildiği sistemdir. İkincisi ise, sağlık sistemini yürüten kamu kurumu / kurumları aracılığı ile hükümetin ülkede var olan özel sağlık hizmetlerini düzenlediği sistemdir. Hükümetin sağlık sisteminin yönetimini gerçekleştirdiği her iki modelde de devlet sağlık sistemi açısından ülkedeki mevcut kaynakları değerlendirmek ve merkezi bir şekilde planlamak durumundadır.

Devletin sağlık sistemine müdahalesi açısından en büyük sorunlar, devletin bizzat kendisinin sağlık hizmetleri üreticisi olduğu modellerde yaşanmaktadır. Devletin gerek planlayıcı, gerekse düzenleyici olarak sistemi yönettiği bu iki modelde de sistemin etkinliği sorunu genel bir yönetim problemi olarak ortaya çıkmaktadır. Hükümetin planlayıcı ya da düzenleyici işlevleri aslında, bir serbest piyasa modelinde etkin üretimin sağlanmasını engelleyici bir role sahiptir. Serbest piyasa modelinde, etkinliği sağlayamayan firmalar fiyatları etkin olarak çalışan rakiplerine göre daha

---

[94] Ana kaynak, *U.S. Department of Health and Human Services*, **Social Security Administration, Social Security Programs Throughout the World**, 1992, Washington, D.C, ss. xiii-xiv; aktaran; Kurtulmuş, a.g.e., s.105.

[95] Kurtulmuş, **a.g.e.**, s.106.

yüksek olacağı için bir süre sonra piyasadan çekilmek zorunda kalırlar. Hükümetler tarafından fiyatları tespit edilen sağlık kuruluşları veya sağlık hizmetini üreten devlet kuruluşları serbest piyasa şartlarının gerektirdiği aynı kalitedeki ürünü piyasadaki rakiplerinden daha düşük fiyatla üretme hedefine sahip değildirler. Çünkü, her iki modelde de sağlık hizmetleri kamu hizmeti niteliğinde görülmekte ve kar amacı esas olmadığı için, üretimde etkinlik göz ardı edilmektedir. Sağlık hizmetlerinde etkinliğin sağlanamaması maliyetleri yükselterek, ilgili kamu kuruluşunun ağır bütçe yükleri altında ezilmesine ve belki de hizmetin sona ermesine neden olabilir.

Hükümetler, devlet hastaneleri ve diğer kamu sağlık kuruluşları aracılığı ile koruyucu ve tedavi edici hizmetleri sunarlar. Ayrıca üniversitelerde ve tıbbi araştırma merkezlerinde tıp alanında yeni araştırma ve buluşları finanse ederek toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesini sağlarlar.

Hükümetlerin bizzat kendilerinin sağlık kurumlarını işletmelerindeki en önemli sorun, finansal alanda ortaya çıkmaktadır. Hatta artan finansal yükler sonucu, gelişmiş ülkelerde bile bazı devlet hastaneleri kapanmak zorunda kalmıştır. Örneğin, ABD'de, ülkenin en eski ve en büyük devlet hastanesi olan Philadelpia Genel Hastanesi 1977 yılında kapanmış ve şehirde başka devlet hastanesi kalmamıştır[96].

[96] Kurtulmuş, **a.g.e.**, s.s. 109-112.

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANININ ÇEŞİTLİ ÜLKELER VE TÜRKİYE AÇISINDAN İNCELENMESİ

1. GELİŞMİŞ ÜLKELERDEKİ SAĞLIK FİNANSMAN YÖNTEMLERİNİN ÖZELLİKLERİ

Sağlık hizmetlerinin finansman yapısını oluşturan temel birimler, sağlık hizmetini tüketen hastalar, sağlık hizmetlerini sağlayan kamu ve özel sağlık kurum ve kişileri ile sigorta kurumlarıdır.

Gelişmiş ülkelerin sağlık finansmanı kurumları arasında, özellikle, üçüncü taraf ödeyiciler ya da taraflar olarak adlandırılan sigorta kurumları ağırlıklı olarak yer almaktadır. Bu durum, doğrudan kullanıcı tarafından yapılan ödemelerin önemini azaltmaktadır. Gelişmiş ülkelerin sağlık sistemleri içinde, kamu kesiminin kurmuş olduğu sigorta kurumları ile birlikte özel sektöre ait kar amaçlı olan sigorta kurumları da vardır. Bu yapılanma nedeniyle, sağlık hizmetleri tüketicisi ve sağlık üretim birimi arasında doğrudan bir para ilişkisi bulunmamaktadır. Ödemelerde, tüketici katkısının oranı ve sistemin işleyişi ülkelere göre farklılıklar gösterebilir.

Kamunun kurduğu ya da işleyişine katkıda bulunduğu sigorta kurumlarına ödenen primler belirlenirken, bireylerin risk durumu ve geçmişteki hizmetten yararlanma düzeyleri göz önüne alınmaz. Gerek işveren, gerekse çalışanlar tarafından olsun, ödenen primler gerçek maliyetleri yansıtmamaktadır.

Kar amaçlı sigorta kurumları ise, primlerini belirlerken, risk grupları farklı olan bireylere farklı prim uygulaması getirdikleri gibi, maliyetlerden aşağı toplam ve bireysel prim tutarını belirleyemezler. Çünkü bu onların zarar etmesi anlamına gelmekte ve kuruluş amaçlarına ters düşmektedir.

Gelişmiş ülkelerde gerek kamu kesimine gerekse özel kesime ait olmak üzere, çok iyi çalışan sağlık üretim birimleri ve personeli bulunmaktadır. Bu durum, kurumlar arsında rekabeti doğurmakta ve tüketici faydasının maksimize edilmesi açısından yararlı olmaktadır. Gelişmiş olan veya refah düzeyi yüksek olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin finansmanı, ödeme sistemleri ve organizasyonları aşağıdaki tablo yardımıyla daha detaylı görülebilir. Tabloda görüldüğü gibi, sağlık hizmetleri finansman, mülkiyet, ödeme yöntemi ve organizasyon yapısı açısından bir ayrıma tabi tutulmuştur. Bu tabloda sağlık hizmetlerinin kamu ve özel kesim tarafından sunulmasının yanında, genel bütçe ve harcamalar üzerinde sınır olup olmadığı ve hizmetlerin entegre olup olmamasına göre sınıflandırma yapılmaktadır. Buna göre gelişmiş olan ülkelerin sağlık hizmetlerini finanse etmede kamu kesiminin rolü yanında özel kesiminde yer aldığı karma bir yapı vardır. Bu durumda kamu kesiminin rolü

düzenleyici de olabilmektedir. Ödemeler sağlık hizmetleri açısından global bir bütçe olarak ele alınıp çoğunlukla genel bütçeden yapılmaktadır.

Tablo 3. Seçilmiş Bazı Gelişmiş Ülkelerde Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı, Ödeme Sistemleri ve Organizasyon Yapıları

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

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

Seçilmiş olan ülkeler arasından farklılık gösterenler aşağıda ele alınmaktadır.[97] Dünyadaki diğer başlıca ülkeler, İsviçre, Portekiz, Hollanda, Danimarka, İrlanda, İskoçya,

[97] Tabloda son sütunda yer alan *hizmetlerin entegre olması* daha önce kamu gelirleriyle yapılan finansman konusu altında incelenmiştir. Buna göre, hizmetin finansmanı ile sunumu aynı yapı altında organize ediliyor ve hasta kamu kurumuna ödeme yapıyor ve hizmet de bu kuruma bağlı olan bir kurum tarafından yerine getiriliyorsa entegre bir sistemden söz edilir, aksi takdirde entegre olmamış bir sistem söz konusu olmaktadır.

Avustralya, Avusturya, Norveç, Singapur, vb. gibi diğer ülkeler finansman yöntemleri bakımından benzerlik göstermektedirler. Eski sosyalist devletler (yıkılan Sovyetler Birliği ve bu birliğe üye olan diğer ülkeler gibi) ve Çin'de tamamıyla devlet tarafından yapılan finansman (yeni reformlarla birlikte, oranları ve çapları küçük de olsa kullanıcı katkıları ve özel sigortalar lehinde gelişmelerden söz edilebilir) söz konusudur. Dolayısıyla da ülke örnekleri ele alınırken gelişmiş veya işleyişi farklı olan ülke örnekleri ele alınmaya çalışılmıştır[98]. Bu bağlamda, gelişmiş olan ülkeler arasından, ABD, Almanya, İngiltere, Japonya ve İsrail gibi örnekler ele alınmaktadır.

1.1. Amerika Birleşik Devletleri

ABD'de sağlık hizmetlerinin finansmanını, merkezi hükümet gelirleri, Tıbbi Bakım (Medicare) ve Tıbbi Yardım (Medicaid) için yapılan genel yardımlar, özel sigortalar ve direkt ödemeler oluşturmaktadır[99]. ABD'de kamu ve özel kesimin katkılarının birleştiği ve bunun çalışanlardan alınan primlerle desteklendiği karma bir sistem mevcuttur.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı anlatılırken belirtilmiş olan doğrudan - kullanıcıdan ödemelerin- finansmanın yanında ele alınabilecek bu dört grup finansman örgütlenmesi şöyle sıralanabilir.

1.1.1. Kar Amaçlı Özel Sigorta Şirketleri

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

Özel sigortaların ödemelerle ilgili birtakım özel uygulamaları bulunabilir. Sözgelimi sigortaların bir yıl içindeki yaptıkları harcamaların bir bölümünü karşılamaları istenebilir. Buna en iyi örnek kesinti uygulamasıdır. Burada yapılan ilk 200

---

[98] Susana Isabel and Curto de Cassas, " Health Care in Latin America" (edited by David R. Phillips and Yola Verhasselt), **Health and Development**, Routledge, London New York, 1994, s.240.

[99] Doorslaer E. Van; A. Wagstaff and F. Rutten (eds), **Equity in the Finance and Delivery of Health Care: an International Perspective**, Oxford Medical Publications, Oxford UK, 1993, s.18.

dolarlık harcamayı hastanın kendisi finanse etmesi gerekirken, bundan sonraki harcamalar sigorta tarafından karşılanmaktadır[100].

1.1.2. Mavi Haç ve Mavi Kalkan Uygulaması(Blue Cross and Blue Shield)

A.B.D.' de modern sağlık sigortalarının tarihi gelişiminde önemli bir yeri olan ve Dallas Texas'da 1929'lu yıllarda bir grup okul öğretmeni tarafından kurulan Baylor Hastanesi ile önceden belirlenen aylık masraflara karşılık oda ve tedavi hizmetleri almayı sağlayan ve daha sonra Blue Cross adını alan finansman örgütlenmesidir[101]. Daha sonra bunu doktorlar tarafından başlatılmış olan Blue Shield planı izlemiştir. Günümüzde ise kar amacıyla çalışmayan sigorta şirketleri bu grupta ela alınmaktadır. Diğer özel sigorta şirketlerinden farkları, birbiriyle rekabet etmeden çalışmalarıdır.

Günümüzde, *Blue Cross* hastane masraflarını, *Blue Shield* ise doktor harcamalarını sigorta etmektedir. Ancak, uygulamada, doktor ücretlerinin yüksek olması Blue Shield'i mali açıdan zor durumda bırakmaktadır. Her iki grup her eyalette faaliyet göstermektedir ve 73 ayrı sigorta planları vardır. İsteyen grup poliçe yapabildiği gibi bireysel poliçe de yapabilir. Bu tür bir sigortanın tedaviyi kendi hastanelerinde yapma imkanı bulunduğu gibi, diğer hastanelerle anlaşarak da bunu yerine getirebilir. Bu durum da hizmetin maliyeti ucuzlamaktadır[102].

1.1.3. Bağımsız Sigorta Planları ve Sağlık Organizasyonları

Sağlığa Destek Organizasyonları (*Health Maintenance Organizations*, HMO), Tercihli Hizmet *Organizasyonları (Prefferred Provider Organizations*, PPO), Bağımsız Pratisyenler Organizasyonu (*Independent Practice Associations*, IPA) gibi organizasyonların yaptıkları sigorta bu grupta ele alınabilir[103]. Bu sigortalar da kar amacı gütmeyen sağlık sigortaları kapsamındadır. Topladıkları primlerle çalışırlar. Bağımsız sigorta şirketlerinin yanında, Mavi Haç ile Mavi Kalkan ve diğer kar amaçlı sağlık sigorta şirketleri bu organizasyonların talepte bulunmaları halinde gerekli finansmanı sağlayabilirler.

HMO çoğunlukla hizmet başına ödeme yerine, kişi başına ödeme sistemine dayanmaktadır. HMO'dan yararlanmak isteğe bağlıdır ve bundan yararlanmak isteyen belirli bir aylık. primi ödemek zorundadır. Bu primleri HMO alabildiği gibi, özel sigortalıların hastalarına da hizmet verebilir. PPO' da ise hastaların iki seçeneği vardır. PPO'ya dahil doktordan hizmet alındığında para PPO tarafından karşılanırken, başka bir

---

[100] M.W. Raffel, and M.W. Raffel, **The US Health System: Orgins and Functions**, Third Edition, Delmar Publishers, New York USA, s.218 (aynı zamanda eserin bu sayfasında özel sigorta kurumlarının yaptığı harcamalar ve topladıkları primler görülebilir)

[101] Source Book of Health Insurance, Data 1994, **Health Association of America**, Washington DC No: 20036,-3998, 1994.

[102] Filiz Atak, "ABD'de Tıp ve Sağlık Hizmetleriyle Sosyal Yardım Programları", **Hazine Dergisi**, Temmuz 1996, Sayı 3, s.3

[103] Michael R. Edgman; Ronald L. Moomaw ve diğerleri, 1996, **a.g.e.**, s.151.

doktor tercih edildiğinde ise, ücretin belli bir bölümü (% 10-20 gibi) hasta tarafından karşılanmak zorundadır. IPA ise, hastaları bu konuda serbest bırakmaktadır.

1.1.4. Kamu Sigortası (Medicare and Medicaid)

A.B.D.' de kamu sigortası kapsamında günümüzde uygulanan sigorta biçimleri iki kısımda incelenmektedir;

1) *Medicare (Tıbbi Bakım ve Yaşlılara Sağlık Sigortası)*; 1965 yılında kabul edilen The Medicare Act, sosyal güvenlik sistemi içinde bütün yaşlılara getirilen sağlık sigortasıdır. Harcamaları Sosyal Güvenlik İdaresi'nin finansmanı ile karşılanır. ABD'de 65 yaşının üstündeki herkes ve malüller gelir seviyesine ve zenginlik durumuna bakılmaksızın bu program kapsamına alınır. Günümüzde bu sigorta belirtilen yaş grubunun üzerindeki bireylerin faturalarının önemli bir bölümünü ödemektedir. Yaşlıların hastane faturalarının yine önemli bir bölümü karşılanır ve bu sosyal sigortalar vergisinden ayrılan payla finanse edilir. Geri kalan harcamalar ise federal fonlardan ve Medicare programından yararlananlardan kesilen primlerden karşılanır[104].

Medicare iki ayrı ödeme planından oluşmaktadır. Medicare'nin birinci ödeme planında hastane masrafları karşılanırken, ikinci ödeme planında doktor ve hemşirelik bakımları, ayakta tedavi ve laboratuvar giderleri karşılanır. Bu sigortanın en büyük eksikliği, masrafların tamamını karşılamamasıdır ve bu oranın her geçen gün düşmesi bu sigortanın önemli bir problem kaynağı olmaktadır. Çoğu ilaçlar, gözlük, işitme cihazları, diş tedavileri gibi pahalı hizmetler Medicare tarafından verilmez, bu da ikinci bir sigortaya olan ihtiyacı artırır.

2) *Medicaid (Tıbbi Yardım Sigortası, Sağlık Yardımı)*; Medicare bir sigorta programı olduğu halde, aynı kanunla yürürlüğe konan Medicaid federe devlet yardım programlarını destekleyen bir programdır. Finansmanı ise merkezi ve eyalet hükümetlerinin genel vergileriyle yapılır. Her eyalet kendisinin belirlemiş olduğu çerçeve içinde, bir sağlık yardım programına sahiptir. Medicaid yardımından sosyal güvenlik sistemi içinde bulunan tamamlayıcı güvenlik geliri (Supplementary Security Income, SSI) programından nakit yardımı alan herkes yararlanmaktadır. SSI yaşlılar, körler ve sakatlar için asgari gelir garantisi sağlamaktadır[105].

Yıllık gelir düzeyi belli bir rakamın altında olan kişiler ya da aileler Medicaid kapsamına alınır. Toplumun yaklaşık % 10'u bu uygulamanın kapsamı içindedir. Medicaid ödemeleri de Medicare'de olduğu gibi kısıtlama ve kesintilerle doludur. Bu da hastaların alacakları hizmet yelpazesini daraltmaktadır.

---

[104] Uwe E. Reinhardt, "The Health System of the United States:Lessons for Other Countries" (edited by David W.Dunlop and Jo. M. Martins), **An International Assesment of Health Care Financing, Lessons for Developing Countries** (The World Bank Washington, 1996, s.124.

[105] Reinhardt, **a.g.e.**, s.127.

Günümüzde, ABD'de yapılan toplam sağlık harcamalarının %31.8'i kar amaçlı özel sigortalar, % 41.'i kamu sigortaları tarafından, % 23.6'sı tüketici-hasta ödentilerinden, geri kalan % 3.6'sı da çeşitli finansman kurumları (hayır kurumları ve dernekler) tarafından finanse edilmektedir[106]. Günümüzde ABD'de, sağlık hizmetlerinin finanse edilmesinde karşılaşılan problemlerin çözümü ve bu alandaki yükün hafifletilmesi hükümetlerin başlıca hedefleri arasında yer almaktadır[107].

1.2. Almanya

Almanya'da sağlık finansmanı tamamen karma bir sisteme dayanmaktadır. Bu sistem içersinde hastalık sigorta fonları ağırlık kazanmıştır. Almanya'da ilk sağlık sigortası uygulaması 1883 yılında ve hastalık sigortası adıyla başlamıştır. Uygulama, başlangıçta, işçilere yönelik olmuş, belirli hizmetlerle sınırlı tutulmuş ve hastalık fonları adıyla gelişmiştir. Sonraki yıllarda daha fazla nüfusu içine alan sigortaların gelişmesi sebebiyle, hastalık fonu uygulamalarının kapsamı daralmıştır[108].

Bugün, nüfusun çoğunluğu sigorta kapsamındadır. Kamu görevlileri ile birlikte belirli bir gelir düzeyinin altındaki işçiler, çiftçiler, öğrenciler, işsizler aileleriyle birlikte zorunlu olarak sigortalıdır. Nüfusun % 8.5'u özel sigortaların kapsamındadır. Buna karşılık, % 5'in sigortası yoktur, bu kesim ise gelirleri belirli bir düzeyin üzerinde olanlardır[109].

Hastalık sigortası fonları, tamamen merkezi hükümetin dışında olup, kendi kendini yöneten bağımsız organizasyonlar tarafından yerine getirilmektedir. Yerel hastalık fonları, endüstriyel fonlar, kırsal fonlar, denizcilerin fonları, madencilerin fonları, zanaatkarlar fonu gibi. Bu fonların %25'lık kısmı yerel hastalık fonlarıdır ve bunlar zorunlu sigortalıların yaklaşık yarısını kapsamaktadır. Endüstriyel fonlar ise, tüm fonların %62'sini oluşturmakta ve nüfusun yaklaşık %10'luk bir dilimini kapsamaktadır[110].

Hastalık fonlarına giden primlerin yarısını sigortalı, kalan yarısını işveren yatırmaktadır. Hastalık fonlarına aktarılan bir diğer kaynak, emeklilik fonlarıdır. Doktor ücretlerini, Ulusal Doktorlar Birliği ve hastalık fonları arasındaki görüşmeler belirler. Hastalık fonları ücret belirleme hakkına sahip iken, hükümet çıkardığı yasalarla bu tür sigorta hizmetlerinin genel çerçevesini belirlemektedir. Hastanelerin finansmanı ise değişik şekillerde olmaktadır. Her türlü alt yapı ve yatırım harcamaları devlet bütçesinden finanse edilirken, cari ve diğer harcamalar hastalık fonları ile hastaneler arasındaki görüşmelerle belirlenir.

---

[106] M.W.Raffel, and M.W. Raffel, **The US Health System: Origins and Functions**, Third Edition, Delmar Publishers, New York USA, s.210.

[107] **Economic Report of the President**, Transmitted to the Congress February 1995, United States Government Printing Office, Washington DC, 1995, s.42.

[108] Belek, **a.g.e.**, s.111.

[109] Belek, **a.g.e.**, s.112.

[110] Reinhardt, **a.g.e.**, s.168-9.

Almanya'da sigorta sistemi dışında sağlık hizmetlerinin finanse edilmesinde daha küçük çapta organizasyonlar da vardır. Bunlar yerel düzeyde sunulan ve yine finansmanı yerel kaynaklarla yapılan hizmetler, diğeri ise, büyük işletmelerde işveren tarafından organize edilen işverenlerin finanse ettiği ve doktora dayalı tıbbi bakım hizmetleridir[111].

Günümüzde, Almanya'da genel vergilerle finanse edilen sağlık hizmetleri % 15'ler düzeyinde, hastalık fonlarının (kasalarının) finansman oranı % 65'lerde, özel sigortaların payı % 8'lerde ve geri kalan tutarda doğrudan cepten ödemelerle finanse edilmektedir[112].

1.3 İngiltere

İngiltere'de sağlık hizmetlerinin finanse edilmesinde temeli 1911'le dayanan ve 5 Temmuz 1948'de kurulan *Ulusal Sağlık Hizmeti (National Health Service, kısaca, NHS)* nin rolü büyüktür[113]. NHS ilk kurulduğunda, sağlık hizmetlerinin ücretsiz olması, ihtiyacın olduğu her zaman ve yerde, hiçbir kriter aranmaksızın herkese sunulması amaçlanmaktaydı. Bugün, sağlık hizmetleri yerine getirilirken merkezi hükümetin topladığı genel vergiler temel kaynağı oluştururken, genel sosyal sigorta fonları da NHS'nin finansmanında kullanılmaktadır. Bunun yanında, bazı hizmetler (diş ve gözlük harcamalarında olduğu gibi) kullanıcı tarafından yapılan ödemelerle doğrudan hasta tarafından finanse edilmektedir[114].

Günümüzde, NHS halen yürürlüktedir ve İngiltere'de herhangi bir sağlık kurumundan hiçbir ücret ödemeksizin yararlanmak mümkündür. En ünlü hastanelerde yapılan tetkikler ve işlemler için herhangi bir ücret istenmemektedir. Çünkü NHS'nin ilgilendiği, sağlık üretim birimlerinin yıl sonunda bildirdikleri toplam rakamlar olmaktadır. Bireyler için harcanan paralar göz önüne alınmamaktadır. Yapılan tüm harcamalar genel bütçeden, yani toplanan vergilerle sağlanmaktadır. Genel sigorta kurmak ve prim toplamak yoluyla toplum ve bireyler ikinci defa vergilendirilmezler. Bu yüzden bu sistemin sosyal yönelimli bir sistem olduğu da belirtilmektedir. Genel Pratisyen (GP)[115] hizmetleri ya da hastanenin belirlediği her tür operasyon ücret alınmadan gerçekleştirilmektedir. Tetkik, ameliyat, protez, evde bakım gibi her türlü işlem bu kapsamdadır. Ancak, ilaç için farklı bir uygulama vardır; gebeler, çocuklar, öğrenciler ve işsizler dışındaki kişilerin ağırlıklı olarak ilaç maliyetine katlanmaları gerekir.

---

[111] Belek, 1994, **a.g.e.**, s.113.

[112] Alastair Gray, 1995, **a.g.e.**, s.183.

[113] Ruth Lewitt; Wall, Andrew and John Appleby, **The Reorganized National Health Service**,(6 th edition), Chapman and Hall UK, 1996, s. 279. Aynı zamanda, Van Doorslaer, E.; Wagstaff, A. F. Rutten (Eds), **Equity in the Finance and Delivery of Health Care: an International Perspective**, Oxford Medical Publications, Oxford UK, 1993, s.279.

[114] Ruth Lewitt ve diğerleri, **a.g.e.**, s.279.

[115] İngiltere de genel sağlık hizmetlerini kapsayan ve daha alt düzeyde sağlık kurumlarının ve sundukları hizmetlerin genel adı, Türkiye de ki sağlık ocakları ve evleri ve sundukları sağlık hizmetleri örneğinde olduğu gibi.

NHS'nin sağlık hizmetlerini ücretsiz sağlaması, İngiltere'nin sağlık hizmetlerini yerine getirirken zorlanmasına neden olmaktadır. 1979' da başlayan özelleştirme çalışmaları[116] özel sigorta şirketlerinin kuruluşunu ve halkı bunlara yöneltmeyi amaçlamışsa da, bugün bunların oranı toplam içinde ancak % 8-10 gibi bir rakam yükseltebilmiştir.

Özel sigorta hizmetlerinden yararlanmak için prim ödeyenler NHS'den dışlanmamaktadırlar. Kişiler tercihleri doğrultusunda, prim ödedikleri özel doktor ve hastanelerden, ya da ödemiş oldukları gelir vergisiyle doğal üyesi sayıldıkları NHS'den yararlanabilmektedirler[117].

Bugün, İngiltere 'de sağlık hizmetleri tümüyle genel vergilerden finanse edilmektedir. Toplam harcamaların yaklaşık % 10'u özel sigortalar tarafından karşılanmaktadır. 1991 yılında başlayan reform hareketi ile rekabetin ve etkinliğin artırılması hedeflenmiştir[118]. Ancak yine de NHS'nın temel kaynağı vergilerdir[119] ve toplam sağlık harcamalarının % 92'si kamu kaynaklarından finanse edilmektedir. Merkezi hükümetin payı ise ortalama olarak % 85 düzeyindedir. Ancak, devletin dolayısıyla kamunun rolünün ne olması gerektiği ve kaynakların etkin kullanımı açısından tartışmalar devam etmektedir[120]. Halkın bu alandaki beklentileri ve sistemin aksayan yönleri karar vericiler için önemli bir problem teşkil etmektedir.

1.4. Japonya

Dünyadaki tüm ülkeler arasında, en yüksek ortalama yaş süresine sahip olan ülke Japonya'dır. Buna karşılık, Japonya, gayri safi yurt içi hasılasının sadece % 7.3 ünü sağlık hizmetlerine ayırmaktadır[121]. Halbuki ABD 'de bu oran neredeyse iki katıdır ve 1997 yılı için kişi başına harcama miktarı 2000 ABD$' nın üstündedir. ABD ve Japonya sağlık sistemleri karşılaştırıldığında, her iki ülkede kullanılan teknoloji birbirine çok yakındır. Buna karşın, sağlık hizmetlerinin organizasyonu, fonların akım şekli ve bundan dolayı da hizmetlerin kalitesi ve yoğunluğu oldukça farklıdır[122].

---

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

[117] Anne Mills, "The Finance and Insurance Perspective" , (edited by A.J. Culyer and Anne Mills), **Perspective on the Future of Health Care in Europe,** Dicussion Papers No:129, University of York UK, May 1989, s.120.

[118] Belek, **a.g.e.**, s.108.

[119] Bülent Kılıç ve Çiğdem Bumin, "İngiltere Ulusal Sağlık Sistemi", **Toplum ve Hekim,** TTB Yayını, Sayı 56, Ağustos 1993, s.36.

[120] Brian Abel-Smith, **a.g.e.**, ss.158-62.

[121] Naoki Ikegami and John Campbell, " Medical Care in *Japan*", **New England Journal of Medicine,** Vol. 333 No:19, 1995, s.1295.

[122] Naoki Ikegami and John Campbell, " Medical Care in Japan", **New England Journal of Medicine,** Vol. 333 No:19, 1995, s.1295-99. Bu konuda detaylı biligler için aynı zmanda Margaret Powell and Masahira Anesaki, **Health care in Japan,** New York, Routledge, 1990. Ayrıca, Kyoichi Sonoda, **Health and İllness in Changing Japanese Society,** Tokyo, University of Tokyo Press, 1988' e bakılabilir.

Asya kıtasında sağlık sigortası, 1922 yılında ve ilk olarak Japonya'da yürürlüğe girmiştir. Başlangıçta belirli grupları kapsayan sağlık sigortası, 1961 yılından itibaren tüm toplumu kapsamına almıştır. Bunun içinde büyük küçük ayrımı yapılmaksızın her yönetim birimi, kendi bölgelerine sağlık hizmeti sunmak ve bunun için de özel bir vergi toplamakla yükümlü kılınmıştır. Toplanan bu vergilerden kalan bir kar olursa, bu da hazineye bırakılmıştır.

Tüm dünyada olduğu gibi Japonya'da da sağlık hizmetlerinin maliyetleri hızla yükselmekte, bu durum kaynak arayışlarını beraberinde getirmektedir. Bu gün, Japonya'da ayakta tedavi hizmetlerinin yaklaşık %90'ı, yatarak tedavi hizmetlerinin %87'si kamu fonları yani genel bütçe vergi gelirleriyle finanse edilmektedir. Sigorta zorunludur, sigorta primleri gelirlere göre farklılık gösterir. Dolayısıyla sistem aktüeryal bir prim sisteminden daha çok bir vergi niteliğindedir[123]. Sigorta zorunlu ve isteğe bağlı olarak iki grupta ele alınmaktadır. Zorunlu sağlık sigortası sağlık masraflarının %70 ile %100'ünü karşılamaktadır. Ödeme sistemi üçüncü parti ödeyiciler tarafından gerçekleştirildiği için hasta ile sağlık üretim birimleri arasında doğrudan bir para ilişkisi bulunmamaktadır. Sağlık hizmetlerinin maliyeti büyük ölçüde kamu sigortalarınca karşılanır. Hastalar ek sigorta payı ödedikleri için sağlıklı ve hasta kişiler arasında adalet sağlanmaya çalışılır. Sigorta sistemi; İşçi sağlık sigortası, serbest çalışanlar ve emeklileri kapsayan Ulusal Sağlık Sigortası ve sağlık ve Tıbbi Bakım Sigortası olmak üzere üç gruba ayrılır.

Bu gün, Japonya'da sağlık hizmetlerinin maliyetinin %30'u Maliye Bakanlığı'nca, %3'ü yerel yönetimlerce, %24'ü işverenlerce, %31'i sigorta kurumlarınca karşılanmakta olup, geri kalan %12'si ise doğrudan finansmanı teşkil etmektedir[124].

1.5. İsrail

İsrail'de sağlık hizmetlerinin finansmanının tarihsel gelişiminde, 1918'den başlayıp, 1948'lere kadar devam eden İngiliz hakimiyetinin önemli etkisi vardır. İsrail'de bu dönemde sağlık sigortalarının temeli atıldığı gibi, tedavi edici ve koruyucu hizmetlerin yapılmasında önemli ilerlemeler olmuştur.

Bir Ortadoğu ülkesi olmasına karşın sağlık hizmetleri ve başarısı açısından batılı ülkelerin seviyesine ulaşmıştır. İsrail'de sağlık hizmetlerinin finansmanı iki türlüdür. Birincisi, kişilerin herhangi bir harcama yapmadan, devletin ve kar amacı gütmeyen kuruluşların sağlık hizmetlerini sunmasıdır (% 75 oranında). Diğeri ise, kişilerin, sağlık hizmetlerini özel sağlık kuruluşlarından sağlamasıdır (% 25 oranında).

---

[123] S.Tanaka, "Japon in": **Advances in Health Economics and Health Services Research** Supplement, No: 1, Comparative Health Systems, JAI Pres Inc., 1990, ss.,169-70.

[124] Ikegami, **a.g.e.**, s.46.

İsrail'de devlet veya kar amacı olmayan kuruluşlar birçok durumda ücretsiz veya indirimli fiyatlarla hizmetleri sunarlar. Devlet her iki finansman grubuna da önemli ölçüde karşılıksız destek ve sübvansiyonlar sağlamaktadır.

İsrail'de sağlık hizmetleri politikası bütün bireyleri sağlık sigortası kapsamına almayı hedeflemektedir. Bugün nüfusun, % 95'i bir sigorta kapsamındadır. İsrail'de tüm koruyucu sağlık hizmetleri, ana ve çocuk sağlığı hizmetleri tamamen ücretsizdir.

Günümüzde merkezi ve yerel yönetimlerin sağlık hizmetleri finanse edilmesindeki doğrudan payı % 22 iken, yine devletin ve kar amaçlı olmayan organizasyonların dolaylı olarak destekledikleri hastalık fonlarının oranı % 43'tür. Ücretsiz sağlık hizmeti veren kurumların payı ise % 13'tür. Bu şekilde ücretsiz hizmet veren kurumların ağırlığı gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında yüksek bir oran olduğu görülmektedir[125].

2. GELİŞMEKTE OLAN ÜLKELERDEKİ SAĞLIK FİNANSMAN YÖNTEMLERİNİN ÖZELLİKLERİ

Gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin finanse edilmesi aşağıda verilen özellikleri göstermektedir. Bu ülkelerin çoğunda kamu kaynaklı finansman söz konusu olduğu için bu ülkeleri tek tek incelemenin sağlayacağı bir yarar bulunmamaktadır.

Bu ülkelerde sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesi ve finanse edilmesinden çoğunlukla kamu kurumları sorumludur (Sağlık Bakanlığı gibi). Kamu kaynaklarının sınırlı olması finansman açısından problemler doğurmaktadır. Uygulamada kamu finansmanlı tiplerden, kamu sözleşmesi modeli ve entegre model geçerlidir.

Altyapı yetersizdir. Bu alana ayrılabilecek kaynaklar sınırlıdır. Mevcut kaynakların önemli bir bölümü cari harcamalar ve dolayısıyla bunun içinde yer alan personel harcamalarına ayrılmaktadır. Personelin yetiştirilmesi ve sistemi yönüyle problemler vardır. Özel sektörün sağlık faaliyetleri ve kaynakları sınırlıdır. Sigorta kurumları gelişmemiştir ve bununla ilgili yeterli sağlık bilinci oluşmamıştır. Sağlık hizmetlerinin finanse edilmesinde uluslararası yardımlar (parasal ve teknoloji) ve bilgilendirme (özellikle, WHO gibi) desteği önemli bir rol oynamaktadır.

Mevcut sağlık politikaları bakımından hemen her ülkede önemli problemler yaşanmaktadır. Ancak söz konusu problemler gelişmekte olan ülkelerde daha da ağırlaşmaktadır. Dünya bankası adına gerçekleştirilen kapsamlı bir araştırmada Ferranti, gelişmekte olan ülkelerin sağlık sistemlerini incelemiş ve uygulanan sağlık politikalarının finansman, etkinlik ve adalet gibi sistemin temel kriterleri açısından eksikliklerinin neler

---

[125] Israil Information Center, **Selected Publications About Israil's Health Services**, Central Bureau of Statistics , Ministry of Health and Ministry of Labour and Social Welfare, Jarusalem, Israel, 1991, ss.91-8.

olduğunu ortaya koymuştur. Ferranti bu üç kriter bakımından tesbit ettiği eksiklikleri aşağıdaki şekilde sıralamıştır[126].

a- Finansmanın sağlanmasında şu problemler ortaya çıkmaktadır:

- Ülkede sağlığı geliştirmek amacına yönelik hedeflerinin gerçekleştirilmesi için gerekli olan kaynaklarla kamu bütçesinde bu ihtiyaçları karşılamaya yönelik mevcut finansal kaynaklar arasında önemli farklılıklar olması.
- Fonlardaki mevcut yetersizliğin hizmetlerin kalitesinde düşüklüğe neden olması; ayrıca, zamanında yeterli mali kaynak ayrılmamasından dolayı tıbbi araç-gereçlerin yetersiz bakımı sebebiyle eldeki ekipmanın yenilenme yatırımlarının ve maliyetlerinin artması.
- Özellikle sosyal sigorta kurumlarının açıklarının hükümet bütçelerinden karşılanması eğilimi nedeni ile kamunun finansman yükünün ağırlaşması.
- Ekonomik kalkınma için gerekli olan yatırımların maksimize edilmesi hedefi ile sağlık programlarına olan talebin karşılanması hedefi arasında kamu fonlarının kullanılması bakımından belirli bir dengenin kurulabilmesi.

b- Sağlık hizmetlerinde "etkinlik" bakımından şu problemler göze çarpmaktadır:

- Kaynakların mevcut dağılımı zayıftır.
- "İşlemsel etkinlik", yönetim ve lojistik alanlardaki zaaflar nedeni ile düşüktür. (Kullanılan girdilerle kıyaslandığında, sistemin çıktıları, yani sağlık hizmetleri, kalite ve kantite bakımından düşüktür.)
- Mevcut finansman politikaları büyük oranda vergi gelirlerine dayandığı için ekonominin genel etkinliğini düşürmektedir. Çünkü, vergilerin bir kısmı etkin değildir ve vergilerin toplanma maliyeti yüksektir.

c- "Adalet" bakımından sağlık politikalarının eksiklikleri şunlardır:

- Halihazırda genel hükümet bütçelerinden sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların bölgeler arasında veya şehirlerle kırsal kesimler arasındaki dağılımında büyük dengesizlikler vardır.
- Üst gelir grupları sağlık hizmetlerinden daha iyi istifade etmektedir.

Gelişmekte olan ülkelerde uygun sağlık finansman mekanizmasının kurulması gerekmektedir. Kamu kaynakları yanında, özel sigortanın ve diğer sigorta şemalarının ele alınmasında büyük yarar vardır. Özellikle, sağlık hizmetleri için güvencesi olmayan nüfusu kapsamına alan genel sağlık sigortalarına ağırlık verilmesi gerekmektedir.

[126] Kurtulmuş, a.g.e., s.73.

3. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

3.1. Mevcut Sağlık Sistemi

Türkiye'de sağlık hizmetleri sistemi, gerek hizmet arzı, gerek hizmet talebi, gerekse finansman açısından karmaşık bir yapıya sahiptir. Şöyle ki; tüm sağlık hizmetleri kamu ve özel sektörde değişik kurumlar tarafından sunulurken, hizmet talebinde bulunanlar da sağlık sigortası kapsamında olanlar ve olmayanlar diye iki gruba ayrılmakta, kapsam içinde olanlar ise gerek hizmet alımı gerekse finansman yönüyle farklı rejimlere tabi bulunmaktadır[127].

Tablo 4'de Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansman kaynakları verilmektedir. Sağlık hizmetleri esas olarak Sağlık Bakanlığı, SSK, Üniversiteler, Milli Savunma Bakanlığı'na bağlı kuruluşlar ile özel hekimler ve eczacılar tarafından sunulmaktadır. Diğer bakanlıklar (Milli Eğitim Bakanlığı), kamu kuruluşları ve diğer kamu iktisadi teşebbüslerinin hastaneleri, belediyelerin hastaneleri ile kar amaçlı bir çok özel sektör hastaneleri, dini gruplar ve azınlıkların ile bazı yabancı toplulukların birçok vakıf ve hastaneleri de bulunmaktadır.

Tablo 4. Sağlık Hizmetleri Sunumu ve Finansmanı

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

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

Türk sağlık sistemi örgütsel yapısı içinde en üst düzeyde ülke sağlık politikasını saptayan, yönetim ve denetimde sorumluluk taşıyan örgüt Sağlık Bakanlığıdır. Sağlık hizmetlerinin sosyalizasyonunun 1961 yılında kanunlaşmasını takiben, kırsal alanda birinci basamak hizmet sunumu ve koruyucu sağlık hizmeti ve tedavi hizmetlerinin geliştirilmesi amacıyla kamu halk sağlığı hizmetlerinin devlet eliyle yürütülmesi bir programa bağlanmıştır.

---

[127] Mehmet Tokat, **a.g.e.**, ss.14.

Temel sağlık birimleri, en küçük yerleşim birimi bazında sağlık evleri ve sağlık ocaklarından oluşmaktadır. Yürürlükteki mevzuata göre, ülkemizde 2500-3000 nüfusa hizmet vermek üzere sağlık evleri örgütlenmiştir. Sağlık evlerinde, bir ebe sorumlu olduğu nüfusa hizmet sunmakla görevlidir. Sağlık ocakları ise 5000-10000 arasındaki nüfusa hizmet vermekle sorumlu olup; ocakta, hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru, tıbbi sekreter ve mevzuatla tanımlanan diğer yardımcı sağlık personeli çalışır. Sağlık ocaklarının başlıca fonksiyonları; toplumda sık olarak görülen sağlık sorunlarından korunma ve bunların tedavisi, aşılama, ana ve çocuk sağlığı hizmetleri, aile planlaması, halkın sağlık eğitimi, çevre sağlığı, hasta bakımı ve sağlıkla ilgili istatistiklerin toplanmasıdır[128]. Aşağıda verilen Tablo 5'te Türkiye'deki sağlık ocağı ve sağlık evlerinin sayısının yıllar itibarıyla gelişimi görülmektedir. 1999 yılı itibarıyla 5405 sayıda sağlık ocağı ve 12517 sayıda sağlık evi bulunmaktadır[129].

Tablo 5. Sağlık Ocağı ve Sağlık Evi Sayıları

Yıllar	Sosyalize İl Sayısı	Eğitim Bölgesi Sayısı	Sağlık Ocağı Sayısı	Sağlık Evi Sayısı
1963	1	0	19	37
1965	12	1	416	970
1970	25	3	851	2,231
1975	26	4	995	3,243
1980	45	12	1,467	5,776
1985	67	18	2,887	8,464
1990	73	17	3,454	11,075
1991	74	17	3,672	11,262
1992	76	17	3,901	11,490
1993	76	17	4,226	11,630
1994	76	17	4,575	11,878
1995	79	17	4,927	11,888
1996	80	17	5,167	11,877
1997	80	17	5,366	11,905
1998	80	17	5,368	12,461
1999	80	17	5,405	12,517

Kaynak: **Sağlık Bakanlığı İstatistikleri**, Başbakanlık Yayın No: 615, Başbakanlık Basımevi, 2000, Ankara, Ref: KT46

Türkiye'deki yataklı tedavi kurumlarına ilişkin Tablo 6'ya bakıldığında, Sağlık Bakanlığının yataklı tedavi hizmetlerinin yaklaşık % 50' sini gerçekleştirdiği görülmektedir. Bunu sırasıyla SSK ve üniversite hastaneleri takip etmektedir.

---

[128] T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, **Türkiye Sağlık Sistemi Reformu**, Ankara, 1996, s.2.

[129] T.C. Sağlık Bakanlığı, **Türkiye Sağlık Sistemi Reformu**, Ankara, 1996, s.2.

Tablo 6. Türkiye'de Yataklı Tedavi Kurumları (1999)

Kurumlar	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı	Yatak Dağılım Yüzdesi
Sağlık Bakanlığı	731	83,327	49,0
SSK	137	30,761	17,9
Üniversite	43	24,678	14,3
Milli Savunma Bakanlığı	42	16,000	9,3
KİT	11	2,099	1,2
Diğer Bakanlıklar	2	680	0,3
Belediyeler	9	1,326	0,7
Yabancı	4	577	0,3
Azınlıklar	5	934	0.5
Dernek ve Vakıflar	14	1,218	0.7
Özel (şahıs)	207	10,010	5,8
Toplam	1,205	171,610	-

Kaynak: **T.C. Sağlık Bakanlığı İstatistikleri**, Başbakanlık Yayın No: 615, Başbakanlık Basımevi, 2000, Ankara, Ref: KT46

3.2. Sağlık Harcamaları ve Finansmanı

Türkiye'de ki toplam sağlık harcamalarından bahsedildiğinde, buna Sağlık Bakanlığı, harcamalarının yanında, Sosyal Güvenlik Kuruluşları (SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı gibi), Üniversite hastaneleri, KİT hastaneleri, aktif devlet memurları için yapılan sağlık harcamaları, vakıf sandıkları, özel sağlık sigortaları ve kişilerin yapmış oldukları özel sağlık harcamaları da dahil edilmektedir.

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanı, kamu gelirleri yani vergiler, zorunlu sigorta primleri ve kişilerin satın aldıkları hizmete karşılık yapmış oldukları direkt ödemelerden sağlanmaktadır. Sağlık güvencesi kapsamındaki nüfusun bir kısmı SSK, Bağ-Kur gibi, çalışan ve işverenler tarafından ödenen primler karşılığı hizmetlerden yararlanırken, diğer bir kısmının sağlık giderleri emekliler ve aktif devlet memurları gibi devletçe karşılanmaktadır. Sağlık güvencesi kapsamı dışındaki nüfusun önemli bir bölümü direkt ödeme yaparken, ödeme gücü olmayanların giderleri belli ölçüde çeşitli fon gelirlerinden yine devletçe karşılanmaktadır.

Türkiye'deki toplam sağlık harcamaları kamu sağlık harcamaları ve özel sağlık harcamaları olarak değerlendirildiğinde, kamu sağlık harcamalarının ağırlığının giderek arttığı görülmektedir. Tablo 7 incelendiğinde toplam sağlık harcamaları 1992 yılında 41.492.570 milyon TL iken, 1998 yılında 2.522.714 milyon TL olarak gerçekleşmiştir. Kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki oranı 1992 yılında % 67 iken, 1998 yılında bu oran % 72'ye yükselmiştir. Özel sağlık harcamalarının oranı ise 1992 yılında % 33, 1998 yılında % 28 olarak gerçekleşmiştir. 1998 yılı itibarıyla toplam sağlık harcamalarının GSMH'ya oranı 4.76'dır.

Tablo 7. Toplam Sağlık Harcamaları, Kamu-Özel Dağılımı

Harcamanın Türü	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Kamu sağlık harcaması	27.830.097	49.053.330	96.726.546	184.669.467	400.496.078	863.840.603	1.814.524.097
Özel sağlık harcaması	13.662.473	24.714.438	43.496.124	75.882.292	161.348.333	350.808.472	708.190.070
Toplam sağlık harcamaları (Toplam sağlık harcamaları/ GSMH)	41.492.570 (3.76)	73.767.768 (3.69)	140.222.670 (3.61)	260.551.759 (3.32)	561.844.411 (3.71)	1.214.649.075 (4.09)	2.522.714.167 (4.76)
Dağılım (%) Kamu / özel =100	67/33	66/34	69/31	71/29	71/29	71/29	72/28

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, **Türkiye Sağlık Harcamaları Finansman Kaynakları**, 1997-1998, Ankara.

Kamu sağlık harcamalarının kurumlara göre dağılımını gösteren Tablo 8' e göre Sağlık Bakanlığı en fazla harcamayı yapan kuruluştur. Ancak kamu sağlık harcamaları içindeki oranı azalan bir seyir izlemektedir. 1992 yılında bu oran % 40 iken, 1994'te % 35, 1996'da % 34 ve 1998'de % 30'dur. Sosyal güvenlik kuruluşları içerisinde en büyük orana sahip olan SSK'dır. Buna rağmen, oransal gelişime bakıldığında SSK'nın oranı giderek azalmış, 1992'de % 23 iken, 1998'de % 18'e düşmüştür. Bağ Kur ve Emekli Sandığının kamu sağlık harcamaları içindeki oranı ise genellikle artış göstermiştir. Özellikle Bağ Kur'un harcama oranı 1992'de % 2 iken 1998'de % 9'a yükselmiştir. Toplam kamu sağlık harcamaları içinde büyük bir orana sahip olan üniversiteler ise 1992'de % 12'lik bir orana sahip iken, 1998 yılında bu oran % 14'e yükselmiştir. Bakanlıkların harcama oranı genelde % 9 ve % 10 arasında değişirken, 1998'de % 8'e düşmüştür. MSB ve Türk Silahlı Kuvvetlerinin oranları % 6'da sabitlenirken, diğer kuruluşların harcama oranları çok az olmakla birlikte, 1996 yılından itibaren artış göstermiştir. Toplam kamu sağlık harcamalarının GSMH'ya oranı 1992'de 2.5 iken, 1998 yılında 3.4'e yükselmiştir. Özellikle 1997-98 yılları arasında büyük bir artış söz konusudur. Bu artışta en önemli pay 1998 yılı harcamalarını 1997 yılı harcamalarına göre yaklaşık dört kat kadar arttırmış olan Bağ-Kur'a aittir.

Tablo 8. Kamu Sektörü Toplam Sağlık Harcamalarının Kurumlara Göre Dağılımı (%)

Kurumlar	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Sağlık Bakanlığı	40	39	35	35	34	33	30
SSK	23	22	21	21	19	19	18
Üniversite	12	12	12	10	13	11	14
Bakanlıklar	9	9	12	9	10	10	8
MSB ve TSK	6	6	6	6	6	6	6
Emekli Sandığı	5	5	7	8	8	8	9
Bağ Kur	2	2	3	4	4	5	9
KİT	2	2	2	2	3	3	3
Belediye	0	0	0	0	1	1	
Fon	1	3	2	3	3	3	
Toplam	100	100	100	100	100	100	100
TKSH / GSMH	2.5	2.4	2.4	2.3	2.6	2.9	3.4

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, **Türkiye Sağlık Harcamaları Finansman Kaynakları**, 1997-1998, Ankara.

Toplam sağlık harcamalarının finansman kaynakları incelendiğinde devlet bütçesi yoluyla elde edilen gelirlerin yani vergilerin en önemli finansman kaynağı olduğu ortaya çıkmaktadır. Ancak, toplam sağlık finansman kaynakları içinde vergi gelirleri oransal olarak değerlendirildiğinde, giderek azalan bir seyir izlemektedir. 1992 yılında toplam harcamaların % 46, 1995'de % 43, 1996'da % 43, 1997'de % 43 ve 1998'de % 40 olarak gerçekleşmiştir. Buna karşılık, toplam finansman kaynakları içinde sigorta primlerinin oranı 1992'de % 23 iken, 1998 yılında % 31'e yükselmiştir. Toplam sağlık harcamalarının kullanıcı ödentileri yoluyla finansmanı 1992 yılında % 31 iken, 1998 yılında bu oran % 28 olarak gerçekleşmiştir.

1998 yılı itibarıyla toplam finansman kaynağı 2.522.714.167 milyon TL'dir. Toplam sağlık harcamalarının 1.020.049.043 milyon TL'si kamu gelirleriyle, 794.475.054 milyon TL'si sigorta primleriyle ve 708.190.070 milyon TL'si kullanıcıların ödentileriyle finanse edilmiştir.

Tablo 9. Toplam Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynakları

ansman naği	Milyon TL							Dağılım (%)						
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	92	93	94	95	96	97	98
rgiler	19.119.27	34.436.15	64.460.25	112.249.94	242.371.92.	526.699.80	1.020.049.04	46	47	46	43	43	43	40
gorta mleri	9.376.90.	16.168.37	33.168.37.	70.657.18.	141.704.32	337.140.80	794.475.05	23	22	24	27	25	28	31
llanıcı ntileri	12.996.39	23.163.23.	42.024.31.	77.024.31.	177.768.15.	350.808.47	708.190.07	31	31	30	30	32	29	28
plam	41.492.57	73.767.76.	140.22267	460.551.75.	561.844.41.	1.214.649.07	2.2522.714.16.	100	100	100	100	100	100	100

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, **Türkiye Sağlık Harcamaları Finansman Kaynakları**, 1997-1998, Ankara.

Not: Zorunlu sigorta kurumlarının (SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı) sağlık harcamalarını primlerle karşıladığı varsayılmıştır.

3.2.1. Sağlık Bakanlığı

Cumhuriyetin kuruluşundan bu yana geniş kapsamlı sağlık hizmeti üreten kuruluş Sağlık Bakanlığıdır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin tamamını, birinci basamak hizmetleri ile yataklı tedavi hizmetlerinin büyük bir kısmını yürüten (toplam hasta yatağının %50'sini işletmek ve toplam sağlık insan gücünün %57'sini istihdam etmek suretiyle) Sağlık Bakanlığı, kamu sağlık harcamalarının önemli bir kısmını yapmaktadır[130].

Sağlık Bakanlığı'na ait hastanelerin gelişimi ve personel sayısı aşağıdaki tablolarda gösterilmiştir. Tablo 10'a göre, toplam hastane sayısı 731, toplam yatak sayısı ise 83.327'dir. Tablo 11' deki personel sayısına bakıldığında, sağlık hizmetleri alanında toplam 152.180, genel idare hizmetleri, teknik hizmetler ve diğer hizmet dallarında 58.037 ve genel toplam olarak 210.217 sayıda personele sahip bulunmaktadır.

Tablo 10. T.C. Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin Gelişimi

Yıl	1990	1995	1996	1997	1998	1999
Hastane						
Toplam	593	677	682	698	727	731
İl	165	185	188	191	192	192
İlçe	428	492	494	507	535	539
Yatak						
Toplam	71,258	76,991	78,347	80,297	82,032	83,327
İl	50,533	52,601	53,636	54,566	54,586	55,956
İlçe	20,725	24,390	24,711	25,731	27,446	27,371

Kaynak:T.C. **Sağlık Bakanlığı İstatistikleri**, Başbakanlık yayın No: 615, Başbakanlık Basımevi, 2000, Ankara, Ref: KT46.

[130] Savaş Yıldırım, **a.g.e.**, s.54.

Tablo 11. T.C. Sağlık Bakanlığı Personeli(1997-1998)

Hizmet Sınıfları	Toplam	Merkez	Taşra
Sağlık Hizmetleri			
Uzman Hekim	11,538	11	11,527
Asistan Hekim	4,042	0	4,042
Pratisyen Hekim	21,681	51	21,630
Diş Hekimi	2,199	3	2,196
Eczacı	1,130	70	1,060
Tıbbi Teknolog	932	70	862
Biyolog	513	11	502
Veteriner	15	4	11
Diyetisyen	348	5	343
Psikolog	366	2	364
Sosyal Çalışan	157	3	154
Sağlık Memuru	29,665	81	29,584
Hemşire	40,695	13	40,682
Ebe	37,361	5	37,356
Diğer Sağlık Personeli	1,538	0	1,538
Sağlık Hizmetleri Topl.	152,180	329	151,851
Genel İdare Hizmetleri	22,481	1,429	21,052
Teknik Hizmetler	2,860	252	2,608
Eğitim ve Öğretim	4,502	0	4,502
Din Hizmetleri	112	0	112
Yardımcı Hizmetler	28,082	212	27,870
Genel Toplam	210,217	2,222	207,995

Kaynak: T.C. **Sağlık Bakanlığı İstatistikleri**, Başbakanlık Yayın No: 615, Başbakanlık Basımevi, 2000, Ankara, Ref., KT30.

Sağlık Bakanlığı'nın harcamalarının finansman kaynakları, genel bütçe ödenekleri, döner sermaye gelirleri ve 3418 sayılı yasaya göre alınan fon gelirlerinden oluşmaktadır. Tablo 12'de bu kaynakların 1992-1998 yılları arasındaki gelişimi görülmektedir.

Tablo 12. Sağlık Bakanlığı Harcamaları ve Finansman Kaynakları

Kaynaklar	**1992**	**1993**	**1994**	**1995**	**1996**	**1997**	**1998**
-Genel Bütçe Harcamaları	9994,440	18,087,776	30,360,263	55,192,736	114,447,508	248,336,757	455,457,567
-Döner sermaye harcamaları	1,558,492	2,484,823	6,985,000	17,184,524	39,713,015	82,204,931	185,766,113
-Fon harcamaları(3418 S.K. madde 39-a)	963,000	961,000	1,068,114	1,881,263	2,446,291	7,613,316	15,760,383
Toplam	12,546,232	21,534,331	38,413,377	74,258,523	156,606,814	338,155,004	656,984,063
Dağılım(%)	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
-Genel Bütçe	80	84	79	74	73	73,4	69,3
-Döner Sermaye	13	12	18	23	25	24,3	28,3
-Fon	8	4	3	3	2	2,3	2,4
Toplam	100	100	100	100	100	100	100

Kaynak: T.C.Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, **"Türkiye'de Sağlık Harcamaları ve Finansmanı"**, 1992-1996, 1997,1998, Ankara.

Yukarıdaki tabloyu incelediğimizde Sağlık Bakanlığı'nın toplam harcamaları 1992 yılında 12.546.232 milyon TL dolayında iken hızla artarak 1998 yılında 656.984.063 milyon TL düzeyine yükselmiştir. Harcamaların temel finansman kaynağını, giderek azalmasına rağmen genel bütçe ödenekleri oluşturmaktadır. 1992 yılında toplam harcamaların % 80'nini oluşturan genel bütçenin payı 1993 yılında % 84'e yükselirken, 1994 yılında % 79'a, 1995 yılında % 74'e, 1996 yılında da % 73'e gerilemiştir. 1997 yılında bu oran % 74.4 iken, 1998 yılında % 69.3 olarak gerçekleşmiştir. Buna karşılık döner sermayenin payı 1992 yılında % 13 iken, 1998 yılında önemli ölçüde artarak % 28.3' e yükselmiş, fon gelirlerinin payı ise % 8'den % 2.4'e düşmüştür.

Sağlık Bakanlığı bütçesinin devlet bütçesi içindeki payı aşağıdaki Tablo 13'te gösterilmiştir. Bu tabloya göre Sağlık Bakanlığı 1923'ten bu yana farklı oranlar arasında yer almak suretiyle, devlet bütçesi içinde en düşük % 2.02 (1930) ile en yüksek % 5.27 (1960) oranları arasında pay almıştır. Tablo 27'de belirtildiği gibi, bu rakamlar diğer ülkelerle karşılaştırıldığında oldukça düşük kalmakta ve bu durum finansmanda sıkıntılara yol açmaktadır.

Tablo 13. T.C. Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Devlet Bütçesine Oranı(1923-2000)

Yıl	Devlet Bütçesi	Bakanlık Bütçesi	Bakanlık Bütçesi / Devlet Bütçesi Oranı (%)
1923	137,333	3,038	2,21
1925	183,932	4,860	2,64
1930	222,646	4,502	2,02
1935	190,011	4,820	2,54
1940	268,476	8,185	3,05
1945	603,404	18,809	3,12
1950	1,487,208	60,615	4,08
1955	2,940,727	152,463	5,18
1960	7,266,965	382,762	5,27
1965	14,421,419	590,950	4,10
1970	28,860,265	888,080	3,08
1975	107,680,514	3,815,161	3,54
1980	756,687,182	31,822,605	4,21
1985	5,412,082,049	137,462,333	2,54
1990	63,925,354,000	2,633,217,000	4,12
1991	105,207,150,000	4,433,762,000	4,21
1992	207,545,328,000	9,783,005,000	4,71
1993	398,710,000,000	18,184,911,000	4,56
1994	823,396,387,000	30,639,327,000	3,72
1995	1,333,978,053,000	49,417,951,000	3,70
1996	3,558,506,822,000	98,064,401,000	2,76
1997	6,344,685,500,000	204,499,276,000	3,22
1998	14,753,000,000,000	390,891,701,000	2,65
1999	28,084,684,000,000	663,123,501,000	2,36
2000	46,602,627,000,000	1,057,786,000,000	2,27

Kaynak: **T.C. Sağlık İstatistikleri**, Başbakanlık Yayın No: 615, Başbakanlık Basımevi, 2000, T.C. Maliye Bakanlığı İstatistikleri, 2001

3.2.2. Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)

1945 yılında 4792 sayılı kanunla "İşçi Sigortaları Kurumu" adıyla kurulmuş olan SSK, 1964 tarihli ve 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu ile Sosyal Sigortalar Kurumu adını almıştır. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlı, mali ve idari bakımdan özerk ve tüzel kişiliği bulunan bir devlet kurumudur[131].

SSK, tüm özel sektör çalışanlarına ve kamu çalışanlarına sağlık alanında hem uzun vadeli sigortacılık, hem de sağlık hizmeti veren bir kamu kuruluşudur. 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu'na göre; sigortalılara sürekli iş göremezlik geliri, malüllük veya yaşlılık aylığı alanlar ile bunların eş, çocuk, ana ve babalarına, dul ve yetimlerine sağlık yardımları yapılmaktadır. Bunun yanı sıra, ikili anlaşmalar gereğince dış ülkelerde bulunan Türk işçilerinin Türkiye'deki eş ve çocukları ile kendilerinin Türkiye'de bulunmaları sırasında hastalanmaları halinde tedavileri SSK tarafından sağlanmaktadır. SSK, ülke nüfusunun yaklaşık %43'üne sağlık hizmeti vermektedir[132]. 1998 yılı itibarıyla SSK'da sağlık yardımı kapsamında olan kişi sayısı 30.667.871 olup, bunun 5.528.582'si aktif sigortalıdır[133].

SSK üyeleri genelde SSK tesislerini kullanmakla beraber, gerektiğinde devlet, üniversite ve özel sağlık tesislerine de sevk edilebilmektedirler. Sosyal Sigortalar Kurumu, koruyucu sağlık hizmetleri alanında faaliyet göstermemekte olup, sağlık sigortasının finansmanı işçi ve işverenlerden alınan sigorta primlerinden sağlanmaktadır. Sağlık ve emeklilik primleri aynı mekanizma içinde toplanıyor olsa da, prim gelirleri hesapları bağımsız yapılmaktadır. SSK'nda primler dışında iki ayrı gelir kaynağı bulunmaktadır. Bunlardan birincisi, gelir olma özelliği dışında ayakta yapılan tedavilerde genel ilaç harcamalarını da kontrol altında tutan iştirak bedelidir (prim ödeyen aktif üyelerde ilaç bedelinin % 20'si, emeklilerde % 10'u). İkincisi ise, Sosyal Sigortalar Kurumu hastanelerinde döner sermaye benzeri uygulamalarla elde edilen gelirlerdir[134]. 506 sayılı yasaya göre "Hastalık Sigortası Prim Oranı" sigortalanın prime esas kazancının % 11'i olup, bunun % 6'sı işveren ve % 5'i de sigortalı payıdır. SSK'nın primler dışında iki ayrı gelir kaynağı daha bulunmaktadır Bunlardan birincisi, gelir olma özelliği dışında ayakta yapılan tedavilerde genel ilaç harcamalarını da kontrol altında tutan iştirak bedelidir (prim ödeyen aktif üyelerde ilaç bedelinin % 20'si, emekli dul ve yetim aylığı alanlarda % 10'u). İkincisi ise Sosyal Sigortalar kurumu hastanelerinde döner sermaye benzeri uygulamalardan elde edilen gelirlerdir. SSK'da farklı sigorta kolları ayrı ayrı finanse edilmeye çalışılmakla birlikte fazla veren sağlık sigortası fonları diğer sigorta fonlarına, örneğin emekli aylıklarına transfer edilebilmektedir[135]. Aşağıdaki tabloda SSK'nın 1992-1998 yılları arasındaki gelir ve gider dengesi görülmektedir.

---

[131] Şakar,Ayşe, Yiğit, **a.g.e.**, s.54.
[132] Ayşe Yiğit Şakar, **a.g.e.**, s.54.
[133] T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, **"Türkiye'de Sağlık Harcamaları ve Finansmanı"**, Ocak 2001, Ankara, s.14.
[134] Türkiye Sağlık Sistemi Reformu, ss .5-6.
[135] Türkiye Sağlık Sistemi Reformu, ss.5-6.

Tablo 14. SSK Gelir-Gider Dengesi

Gelir - Gider Kalemleri	Yıllar(Milyon TL)							% Değişim					
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	92/93	93/94	94/95	95/96	96/97	97/98
Prim Gelirleri	9.099.07.	15.570.31.	22.516.29.	31.899.03.	89.427.76.	210.207.92	411.880.23	71	45	42	180	135	96
Toplam Sağlık Giderleri	7.316.41.	16.061.91.	23.424.31.	44.754.46.	87.937.18.	199.230.36	406.180.4	65	94	91	96	126	104
Gelir-gider farkı	1.782.41.	3.508.39.	-908.01.	-2.855.43.	1.487.58.	10.977.56	5.699.80	-	-	-	-	-	
Gelir-gider oranı	124	129	96	71	102	106	101	-	-	-	-	-	

Kaynak; T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü,"**Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996**", Ankara, 1998, s.26.

Tablo'da görüldüğü gibi, 1992 yılında SSK'nın prim gelirleri 9.099.073 milyon TL iken, 1998 yılında 411.880.239 milyon TL'ye yükselmiştir. Toplam sağlık giderleri ise[136], 1992 yılında 7.316.418 milyon TL'den 1998 yılında 406.180.435 milyon TL olarak gerçekleşmiştir. Gelir ve gider arasındaki fark 1992 yılında 1.782.418 milyon TL ve 1993 yılında 3.508.934 milyon TL ile giderler lehinedir. 1994 yılında 918.018 milyon TL ve 1995 yılında 12.855.432 milyon TL gelir açığı oluşmuştur. 1996 yılından itibaren gelir- gider dengesi gelirler lehine dönerek, 1996 yılında 1.487.581 milyon TL, 1997 yılında 10.977.565 milyon TL ve 1998 yılında da 5.699.804 milyon TL gelir fazlası oluşmuştur. Elde edilen gelirlerin gerçekleştirilen giderlere oranı 1992 yılında % 124, 1993 yılında % 129 iken, bu oran 1994 yılında % 96'ya, 1995 yılında % 71'e kadar düşmüş, 1996 yılında % 102, ve 1998 yılında da % 101'e yükselmiştir.

Özellikle son yıllarda, gelir-gider dengesinin SSK lehine olan bu pozitif görüntüsü, SSK'nın çeşitli kuruluşlardan prim alacaklarını zamanında tahsil edememesi nedeniyle anlamını kaybetmektedir. Bu durum SSK'nın ödeme güçlüğüne düşmesine neden olmakta ve genel bütçeden yapılan transferler ile ortaya çıkan bu gelir-gider farkı giderilmeye çalışılmaktadır. Hazineden SSK'ya yapılan yardımların kapsamı 940.01.03.406.900 no'lu tertipte; "*...genel bütçeli ve katma bütçeli idarelerin sosyal zammı borçlarının tümü ile transfer tertibinden yardım alan kuruluşlar ve KİT ödeneklerinden ödeme yapılan KİT'lerden Maliye Bakanlığınca uygun bulunanların sosyal yardım borçlarını bu tertipten verilen ödenekten mahsup etmeye hazine müsteşarlığının bağlı olduğu bakan yetkilidir..*" denmektedir[137].

Aşağıdaki tabloda SSK'nın söz konusu tertip kapsamında hazineden aldığı yardımların gelişimi görülmektedir[138].

---

[136] SSK sağlık giderlerine SSK genel yönetim gider hissesi ve yatırım harcamaları dahil edilmemiştir.

[137] T.C Maliye Bakanlığı Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü, **Bütçe Gerekçesi**, 2000 Ankara.

[138] T.C. Maliye Bakanlığı, Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü, Ankara 2001 ve **SSK Mali İstatistikleri** Ankara, 2001.

Tablo 15. SSK'ya Yapılan Transferler

Yıllar	Milyar TL	GSMH'ya oranı(%)
1994	14.500	0.4
1995	59.200	0.8
1996	144.400	1.2
1997	337.000	1.1
1998	451.000	0.8
1999	1.105.000	1.4
2000	400.000	0.3

Kaynak: T.C. Maliye Bakanlığı, **Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü,** Ankara 2001 ve **SSK İstatistikleri**, Ankara, 2001.

Yukarıdaki tablo incelendiğinde, SSK'nın hazine yardımlarının tutarı 1994 yılında 14.5 trilyon TL iken, 1995'de 59.2 trilyon TL, 1996'da 144.4 trilyon TL, 1997 yılında 337 trilyon TL, 1998 yılında 451 trilyon TL ve 1999 yılında 1.105 trilyon TL'ye yükselmiştir. 2001 yılı için bu tertipte yer alan ödenek miktarı 430 trilyon TL'dir[139]. Yapılan bu transferlerin GSMH'ya oranı 1994-2000 döneminde % 0.4 (1994), ile % 0.3 (2000) arasında gerçekleşmiştir.

SSK'nın hizmet sunduğu nüfus grubundaki artışa paralel olarak sağlık alt yapısında da aynı ölçüde genişleme sağlanamamış olması sağlık hizmetlerinde darboğaza yol açmaktadır. Sigortalıların taleplerini karşılayacak ölçüde arz kapasitesinin arttırılamaması sebebiyle, anlaşmalı hekim ve kurumlardan alınan hizmetler için yapılan ödemeler sürekli artmıştır. Kurumun kendi dışındaki kamu ve özel sağlık hizmetlerinden uygun şartlarda yararlanması alternatifinin gerçekçi bir şekilde değerlendirilmesi gereği vardır. SSK'nın ürettiği ve dışarıdan satın aldığı hizmetlerin maliyet-fayda analizinin yapılması ve buna dayanarak stratejik kararların alınması gerekmektedir. Hatta bunun bir ileri safhası olarak, SSK'nın ürettiği hizmetlerin de piyasa şartlarında kullandırılması (yani değişik hizmet sunucularından hizmet satın alınması ve üretilen hizmetin talep eden bütün kesimlere satılması) hususu gündeme getirilebilir. SSK hastanelerinin döner sermayeli özerk sağlık işletmeleri haline dönüştürülerek piyasaya hizmet üreten kuruluşlar haline getirilmesiyle, bunların hem kuruma olan mali yükü ortadan kalkacak hem de hizmetin kalitesi açısından avantajlı duruma geçilebilecektir[140].

3.2.3. Esnaf Ve Sanatkarlar Ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu (Bağ-Kur)

Ülkemizin üç büyük sosyal güvenlik kuruluşundan biri olan Bağ-Kur, 1479 sayılı kanun ile kurulmuş, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlı, mali ve idari

[139] T.C *Maliye Bakanlığı Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü*, **Bütçe Gerekçesi**, 2000 Ankara
[140] Savaş Yıldırım, **a.g.e.**, s.74.

Anadolu Üniversitesi
Merkez Kütüphanesi

bakımdan özerk bir kamu tüzel kişiliğidir. 1972 yılında, bağımsız çalışanların sosyal güvenliğini teminat altına almak amacıyla kurulmuş bir sosyal sigorta kuruluşudur.

Bağ-Kur'un kendisine ait sağlık tesisleri bulunmamaktadır. Sağlık hizmeti, Sağlık Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, mahalli idareler, üniversiteler, kamu iktisadi teşebbüslerine ait sağlık tesisleri ile diğer sağlık tesislerinden satın alma yoluyla sağlanmaktadır. Sigortalılara bu hizmetler ihtiyaca göre, ayakta ve yataklı sağlık kurumlarında sunulur. Teşhis ve tedavi için gerektiğinde klinik ve laboratuvar tetkikleri yapılır. İhtiyaç duyulan ilaç ve iyileştirme araçları temin edilir. SSK'da olduğu gibi ilaç iştirak bedeli vardır.

Bağ-Kur'un sağlık sigortası yardımlarından; 1479 sayılı Kanuna tabi sigortalılar ile eş ve bakmakla yükümlü oldukları çocukları, ana ve babaları; yaşlılık ve malüllük aylığı almakta olanlar ile eş ve bakmakla yükümlü oldukları çocukları, ana ve babaları; ölüm aylığı almakta olanlar yararlanırlar (1479 sayılı Bağ-Kur Kanunu Ek md.11/1). Sağlık sigortasına tabi sigortalıların sağlık yardımlarından faydalanmaları, en az sekiz ay eksiksiz sağlık sigortası primi ödemiş olmaları, sağlık ve sigorta primi borcu bulunmaması şartına bağlıdır (Ek md.12). Sağlık yardımlarından yararlanacaklara bir yıl süreyle geçerli "sağlık karnesi" verilir (Bağ-Kur Sağlık Sigortası Yardımları Yön. Md.12)[141].

Bağ-Kur'un içinde bulunduğu temel problem, üyelerinin prim yükümlülüklerini yerine getirmeyip, sağlık sigortası kapsamı dışında kalmalarıdır. Bağ-Kur'un üye sayısı 15.030.705 olmasına rağmen sadece 7.891.393 üyenin sağlık karnesi bulunmaktadır[142].

Aşağıda yer verilen tabloda 1992-1998 yılları arasında Bağ-Kur'un gelir ve gider dengesi verilmiştir. Buna göre bağ-Kur'un 1992 yılında 524.2 milyar TL olan sağlık harcamasına karşılık elde edilen sağlık prim gelirleri 1.6 trilyon TL dolayında gerçekleşmiş, yani sağlık gelirleri 1 trilyon TL'nin üstünde bir fazlalık vermiştir.1993 ve 1994 yıllarında yine prim gelirlerinin fazla olduğu gözlenirken, 1995 yılındaki 8 trilyon TL dolayındaki giderlere karşılık, 7.7 trilyon TL'lik prim toplanabilmiş ve 375 milyar TL dolayında açık oluşmuştur. 1996 yılında sağlık harcamaları hızla artarak 18.4 trilyon TL dolayına çıkarken prim gelirleri 15.2 trilyon TL dolayında kalmış ve açık 3.2 trilyon TL'ye ulaşmıştır.1997 yılında sağlık giderleri 54 trilyon TL, sağlık gelirleri ise 43 trilyon TL olarak gerçekleşmiş ve aralarındaki fark 11 trilyon TL olmuştur. 1998 yılında ise giderler 201 trilyon TL dolayında iken prim gelirleri76 trilyon TL dolayında kalmış ve gelir ve gider farkı 125 trilyon TL'ye çıkmıştır. Bağ-Kur'un gelirlerinin giderleri karşılama oranı 1992 yılında % 300 iken, 1998 yılında bu oran % 38'e düşmüştür.

---

[141] Ayşe Yiğit Şakar, **a.g.e.**, s.65.

[142] **Bağ-Kur İstatistikleri**, Ankara, 2000.

Tablo 16. Bağ-Kur Sağlık Gelir ve Gider Dengesi

Gelir-gider	Yıllar (milyon TL)							Değişim (%)					
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	92/93	93/94	94/95	95/96	96/97	97/98
Sağlık prim gelirleri	1.572.53	1.782.05	3.778.13	7.669.33	15.162.90	43.269.56	75.973.06	13	112	103	98	185	76
Sağlık giderleri	524.22	1.060.69	2.987.16	8.044.64	18.411.85	54.499.43	201.254.1	102	182	169	129	196	269
Gelir-gider farkı	1.048.30	721.35	790.96	-375.30	-3.248.95	-11.229.87	-125.281.03	-	-	-	-	-	-
Gelir-gider oranı (%)	300	168	126	95	82	79	38	-	-	-	-	-	-

Kaynak; T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, "**Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996**"; Ankara, 1998, s.29.

Bağ Kur' un gelir ve giderleri arasındaki farkı hazineden yardımlarla karşılanmaktadır. 940.01.3.407.900 no'lu tertipte; "... *1479 sayılı kanunun 15 maddesi gereğince esnaf ve sanatkarlar ve diğer bağımsız çalışanlar SSK'ya ve Bağ Kur'a yapılacak yardımlar..*" hükmünden oluşmaktadır (*Bu ödeneğin 600 trilyon liraya kadar olan kısmı müşterek emeklilik nedeniyle Bağ Kur'un borcuna mahsuben SSK'ya ödenir*, hükmü yer almaktadır). 2001 yılında bütçeden bu tertip için ayrılan ödenek tutarı 1.380. trilyondur TL'dir[143].

Bağ Kur'un bu tertip kapsamında hazineden almış olduğu yardımların gelişimi ise aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 17. Bağ- Kur'a Yapılan Transferler

Yıllar	Milyar TL	GSMH'ya oranı(%)
1994	4.530	0.1
1995	8.000	0.1
1996	66.000	0.4
1997	117.000	0.4
1998	435.000	0.8
1999	587.000	0.8
2000	1.025.000	0.8

Kaynak: T.C. Maliye Bakanlığı, **Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü**, Ankara 2001 ve **Bağ-Kur İstatistikleri**, Ankara, 2001.

Bağ Kur'un hazineden aldığı yardımların GSMH içindeki payı 1997 yılında % 0.4, 1998 yılında % 0.8, 1999 yılında % 0.8 ve 2000 yılında % 0.8'dir[144]. Tablo incelendiğinde, yapılan transferlerin tutarı 1994'te 4.5 trilyon TL iken, 2000'de 1.025 trilyon TL'ye ulaşmıştır.

---

[143] T.C. Maliye Bakanlığı, *Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü*, **Bütçe Gerekçesi**, 2000, Ankara.

[144] *T.C. Maliye Bakanlığı*, **Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü**, Ankara 2001 *ve* **Bağ Kur Mali İstatistikleri** Ankara, 2001.

3.2.4. T.C. Emekli Sandığı

T.C. Emekli Sandığı 1949 yılında kurulmuş olup, devlet memurlarının emekliliklerinde ihtiyaç duyacakları sosyal güvenlik yardımlarını yapmak amacıyla faaliyet göstermektedir. T.C. Emekli Sandığı, Maliye Bakanlığı'na bağlı bir kurumdur ve sadece emekli, malül, dul ve yetimler ile bağımlılarına sağlık hizmeti sunar.

Emekli Sandığı'nın kendine ait sağlık tesisleri ve personeli yoktur. Bu hizmeti, mensupları için resmi ve özel sağlık kuruluşlarından satın alır. Sağlık yardımlarında ayaktan tedavide kullanılan ilaçlardan alınan %10'luk iştirak bedeli dışında üyelerden herhangi bir maddi katılım beklenmez. Üyeler, ayakta ve yataklı tedavi tesislerde teşhis ve tedavi imkanlarından yararlanırlar. Sağlık harcamaları, içinde ağırlıklı olarak genel bütçe transferlerinin bulunduğu kurumun genel gelirlerinden karşılanmaktadır. Kurum, üye nüfusunun kullanmış olduğu sağlık hizmeti bedellerini fatura karşılığı direkt ilgili kuruma ödemektedir. Kurum içinde hizmet maliyetleri ya da hizmet kullanım sıklıkları konularında hiçbir teknik analiz yapılmamakta, sadece sağlık kuruluşlarından gönderilen faturalar ödenmektedir. Bu durum, Emekli Sandığı için dezavantaj yaratmaktadır[145].

Aşağıdaki tabloda Emekli Sandığının sağlık harcamalarının yıllar itibarıyla gelişimini göstermektedir. 1980 yılında 788.733 kişi için yapılan sağlık harcaması 788 milyon TL iken 31.03.2001 itibarıyla 2.218.001 kişiye 188.187.965 milyon TL sağlık harcaması yapılmıştır.

Tablo 18. Emekli Sandığının Sağlık Harcamaları

Yıllar	Tutar		Kişi Sayısı	Kişi Başına Sağlık Ödemesi($)
	Milyon TL	Dolar(ABD)		
1980	788	10.368.421	788.733	13
1985	13.435	25.936.293	978.582	27
1990	312.783	120.024.175	1.123.141	107
1991	634.637	152.264.155	1.199.397	127
1992	1.510.610	220.077.214	1.317.682	167
1993	3.195.642	291.392.522	1.400.501	208
1994	7.521.613	253.493.310	1.536.078	165
1995	17.858.065	367.830.597	1.545.788	238
1996	34.625.900	436.296.489	1.865.977	234
1997	84.040.546	551.562.557	1.965.032	281
1998	187.040.519	722.184.449	1.998.865	361
1999	359.447.000	862.385.567	2.088.080	413
2000	616.249.237	909.307.092	2.203.003	413
31.03.2001	188.187.965	240.162.490	2.218.001	108

Kaynak: T.C.Emekli Sandığı İstatistikleri, Ankara, 2001.

[145] **Türkiye Sağlık Sistemi Reformu**, s.7.

Emekli Sandığının gelir ve giderleri arasındaki fark tıpkı SSK ve Bağ Kur'da olduğu gibi hazine yardımlarıyla karşılanmaktadır. Emekli sandığına yapılan hazine yardımları 940.01.03.401.900 no lu tertipte yer almakta ve bu tertibin kapsamı "..... 5434 sayılı Emekli Sandığı Kanunun 14/f maddesi uyarınca genel ve katma bütçeli kuruluşlar adına oluşacak % 4 ek karşılıklar ile ilgili T.C. Emekli Sandığına ödemeler..." den oluşmaktadır. 2001 yılı itibarıyla bu tertipte yer alan ödenek miktarı 350 trilyon TL'dir[146].

Emekli Sandığının hazineden almış olduğu yardımların yıllar itibarıyla gelişimi ise aşağıdaki tabloda olduğu gibidir.

Tablo 19. Emekli Sandığına Yapılan Transferler

Yıllar	Milyar TL	GSMH'ya oranı (%)
1994	21.570	0.6
1995	41.000	0.5
1996	105.000	0.7
1997	133.000	1
1998	514.000	1
1999	1.035.000	1.2
2000	1.620.000	1.4

Kaynak: T.C. Maliye Bakanlığı, **Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü**, Ankara 2001 ve **Emekli Sandığı İstatistikleri**, Ankara, 2001.

Yukarıdaki tabloda verilen hazine yardımlarının GSMH içindeki payı 1997 ve 1998 de % 1 iken 1999 yılında % 1,2'ye ve 2000 yılında % 1.4'e yükselmiştir[147]. Yapılan transferlerin tutarı ise 1994 yılında 21.5 trilyon TL dolaylarında iken, 2000 yılında ise, 1.620 trilyon TL'ye ulaşmıştır.

3.2.5. Üniversite Hastaneleri

Üniversite bünyesinde bulunan tıp fakültelerinin, kamu alanında araştırma, üst düzey sağlık insan gücü eğitimi ve sağlık hizmetleri sunmak gibi önemli fonksiyonları vardır.

Tıp fakültelerinin asıl görevleri, eğitim ve bilimsel araştırma ağırlıklı faaliyetleri olmasına rağmen genel sağlık hizmetlerine ağırlık vermek zorunda kalmışlardır. Yüksek kalitede eğitim kuruluşları olmaları dolayısıyla teknolojiyi yakından takip etmeleri ve ekipman, malzeme bakımından daha çok kaynağa sahip olmaları, bu

---

[146] T.C. Maliye Bakanlığı, *Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü*, **Bütçe Gerekçesi**, 2000, Ankara.

[147] T.C. Maliye Bakanlığı, **Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü Raporları**, Ankara 2001 ve **Emekli Sandığı, Mali İstatistikleri,** Ankara, 2001.

hastanelere olan hizmet talebini yükseltmiştir. Üniversiteler tıp fakülteleri dışında mediko-sosyal merkezleri aracılığı ile de ayrıca sağlık hizmetleri sunmaktadırlar[148].

Türkiye'de ki toplam hasta yatak kapasitesinin % 12.8'sine sahip olan, yani Sağlık Bakanlığı ve SSK'dan sonra üçüncü büyük yataklı tedavi grubunu oluşturan üniversite hastanelerinin finansmanı, Yüksek Öğretim Kurulu (YÖK) aracılığıyla yapılan genel bütçe ödenekleri ve döner sermayeleri olmak üzere iki ana kaynaktan sağlanmaktadır. Genel bütçe ödenekleri yatırım amaçlı kullanıldıkları gibi, cari harcamalar da bu kaynaktan yapılabilmektedir. Döner sermayelerden personel ikramiyeleri, işletme giderlerine yapılan ilaveler ve özel teçhizat alımları karşılanır. Döner sermaye gelirleri, rasyonel fiyatlandırma politikalarıyla devlet hastanelerinden farklı olarak oldukça güçlendirilmiştir. Üniversite hastaneleri, yatırım harcamalarında Devlet Planlama Teşkilatı'nın döner sermaye kaynaklı harcamalarında ise, Maliye Bakanlığı'nın gözetim ve denetimi altındadır[149].

Tablo 20'de Türkiye'deki üniversitelere bağlı bütün, tıp, diş hekimliği ve eczacılık fakülteleri ile hemşirelik yüksekokulları ve sağlıkla ilişkili diğer tüm yüksek öğretim kurumlarında ve mediko- sosyal merkezlerinde yapılan sağlık harcamaları verilmiştir. Buna göre üniversitelerde gerçekleştirilen toplam sağlık harcamaları 1992 yılında 3.8 trilyon TL dolayında iken, 1998 yılında 298.6 trilyon TL'ye yükselmiştir. Harcamalar finansman yönüyle incelendiğinde, 1992 yılında yapılan harcamaların % 63'ü genel bütçe kaynaklı iken, bu oran 1966 yılında % 35' düşmüştür. Buna karşılık döner sermaye gelirlerinin oranı sürekli artarak 1992 yılındaki sağlık harcamalarının % 37'sini karşılarken, 1998 yılında bu oran % 65'e yükselmiştir. Bu durumda üniversitelerin sağlık harcamalarını daha çok kendi kaynaklarından karşıladıkları söylenebilir.

Tablo 20. Üniversitelerin Sağlık Harcamaları ve Kaynakları

Finansman Kaynağı	Milyon TL						
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Genel Bütçe	2.387.504	4.162.917	7.369.435	9.988.197	19.493.295	36.552.565	103.281.789
Döner Sermaye	1.419.994	2.374.010	5.496.725	11.701.777	38.363.060	78.491.807	195.412.416
Toplam	3.807.498	6.536.927	12.866.160	21.689.974	57.856.355	115.044.372	298.694.205
	Dağılım (%)						
Genel Bütçe	63	64	57	46	34	32	35
Döner Sermaye	37	36	43	54	66	68	65
Toplam	100	100	100	100	100	100	100

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, **"Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı"**, Ankara, 1998, s.21

[148] Fazıl Tekin, **a.g.m.**, s.63.
[149] **Türkiye Sağlık Sistemi Reformu**, s.6.

Yukarıdaki tablo 1998 yılı itibarıyla üniversitelerin genel bütçe kaynaklı harcamalarının dağılımını göstermektedir. Genel bütçe kaynaklı harcamalara, sağlık personeli yetiştirmek üzere yapılan her türlü eğitim harcamaları, tıp fakülteleri uygulama hastanelerine verilen ödenekler ve mediko-sosyal merkezlerinin harcamaları dahil edilmektedir. Harcamaların dağılımına bakıldığında, toplam 103.281.789 milyon TL'lik genel bütçe kaynaklı sağlık harcamasının % 42.3'ü eğitim, % 51.3'ü hastane ve % 64'ü mediko-sosyal merkezlerinin harcamaları olarak gerçekleşmiştir.

Tablo 21. Üniversitelerin Genel Bütçe Kaynaklı Harcamalarının Dağılımı (1998)

Harcama Türleri	Milyon TL	Milyon USD	Oran (%)
Eğitim Harcamaları	43.712.600	165.1	42.3
Hastane Harcamaları	52.952.970	200.1	51.3
Mediko Sosyal Harcamaları	6.616.213	25.0	6.4
Toplam	103.281.789	390.2	100.0

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, **"Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı"**, Ankara, 1998, s.21

3.2.6. Bakanlıkların Sağlık Harcamaları

Sağlık ve Milli Savunma Bakanlığı gibi sağlık hizmeti veren bakanlıkların yapmış olduğu sağlık harcamaları dışında, bakanlıklara bağlı genel ve katma bütçeli kuruluşlarda 657 sayılı personel kanunu hükümleri göre çalışan devlet memurlarının sağlık güvenceleri bu kurumlar tarafından sağlanmaktadır.

Aktif devlet memurları ile eşleri, çocukları, ana ve babalarının, hastalık veya analık durumlarında oluşan sağlık harcamaları bağlı bulundukları kurum veya kurumlarca karşılanmaktadır. Sağlık harcaması için her kurum ve kuruluş, bütçelerine ödenek koymak suretiyle sağlık harcamalarını finanse etmektedirler. Bütçe ödeneklerinin yeterli olmaması durumunda yeni ödenek tahsis edilir[150].

Sağlık yardımlarına; muayene ve laboratuar tahlilleri, tedavi süresince ilaç ve tıbbi malzeme, hastanın yapması gereken yolculuk masrafları, diş tedavisi, protezler, gözlük ve işitme cihazlarının sağlanması gibi yardımlar da dahildir. Bu kapsamda yapılan harcamalar aşağıdaki tablo yardımıyla izlenebilir. Bu kapsamda yapılan harcamaların toplam ve kişi başına düşen tutarı Tablo 22'de gösterilmiştir. Buna göre 1996 yılında yapılan toplam sağlık harcaması 47.936.000 milyon TL iken, aynı yıl devlet memurları ve bağımlıları başına

[150] **Türkiye Sağlık Sistemi Reformu**, s.7.

yapılan sağlık harcaması 101.578.000 milyon TL ve kişi başına düşen harcama 12.559.036 TL/yıl olmuştur. 1998 yılında ise toplam sağlık harcaması 168.316.000 milyon TL ve kişi başına düşen harcama 20.877.000. milyon TL/yıl olarak gerçekleşmiştir.

Tablo 22. Sağlık Güvencesi Altındaki Memur Sayısı ve Bunlara Yapılan Harcamalar

Yıllar	1991	1996	1997	1998
Sağlık güvencesinden yararlanan memur ve bağımlıları	6.638	6.835	8.062	8.062
Toplam sağlık giderleri(milyon TL)	1.300.000	47.936.00	101.578.000	168.316.000
Kişi başına düşen sağlık harcaması(TL/yıl	130.346	7.013.313	12.599.036	20.877.000

Kaynak: **Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü Raporları**, 1997-1998, Ankara.

3.2.7. Diğer Kurumlar

Diğer kurumlar kapsamında Silahlı Kuvvetler, KİT'ler, Belediyeler ve Fonların sağlık harcamaları yer almaktadır.

Milli Savunma Bakanlığı bir devlet kuruluşu olduğu için kendine bağlı hastane harcamalarının tamamı genel bütçeden karşılanmaktadır. Aynı şekilde diğer bakanlıkların sağlık hizmetlerinin finansmanı genel bütçeden karşılanmaktadır. Kamu İktisadi Teşebbüslerinin ve belediyelerin giderlerini tam olarak nereden karşıladıklarını saptamak güç olmakla beraber, net açıklarını genel bütçeden kapatmaktadırlar.[151] Kamu İktisadi Teşebbüsleri, birer kamu kuruluşu oldukları halde, özel hukuk kurallarına göre faaliyet göstermeleri sebebiyle sağlık alanında, mensuplarına devlet memurlarının çok ötesinde avantajlar sunabilmekte, anlaşma yaptıkları hekim ve sağlık kuruluşlarınca mensuplarına sağlık hizmeti verebilmektedirler[152].

Aşağıda verilen tablo yukarıda sözü edilen kurumların 1992-1998 yılı itibarıyla yapmış oldukları sağlık harcamalarını göstermektedir.

[151] Zühra Yıldız, **Kamu Kesimi Açısından Sağlık Harcamaları**, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Eskişehir, 1992, s.80.
[152] Ayşe Yiğit Şakar, **a.g.e.**,s.77.

Tablo 23. MSB, KİT ve Belediyelerin Sağlık Harcamaları

Kurumlar	Yıl (milyon TL)						
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Milli Savunma Bakanlığı	1.960.000	3.460.282	6.745.150	12.926.355	28.191.289	62.200.000	133.965.000
KİT	518.029	932.452	2.051.394	3.850.000	14.310.350	33.269.937	61.465.391
Belediyeler	146.000	248.000	550.000	992.000	3.390.368	6.562.000	12.458.000

Kaynak:T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Proje Koordinatörlüğü, **"Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı"**, 1992-1996 ile 1997,1998, Ankara.

Yukarıdaki tabloya göre Milli Savunma Bakanlığının 1998 yılı itibarıyla toplam sağlık harcaması 133.965 milyar TL'dir. Milli Savunma Bakanlığı'nın 16.000 yatak kapasiteli 42 hastanesi mevcut olup, bu hastanelerde 926 sayılı kanuna göre görev yapan subay, astsubay ve bunların emekli, dul ve yetimleri ile silah altındaki er ve erbaşlara sağlık hizmeti sunmaktadır[153].. Milli Savunma Bakanlığı ve Türk Silahlı Kuvvetlerince yapılmış olan sağlık harcamalarının kamu sağlık harcamaları içindeki oranı % 6.1'dir[154].

KİT'lerin toplam sağlık harcamaları 1992'de 518 milyar TL iken, 1995 yılından itibaren büyük bir artış göstererek 1998 yılında 61.465 milyar TL'ye yükselmiştir[155]. KİT'lerde çalışan toplam memur ve sözleşmeli personel sayısı 1998 yılı itibarıyla 350.646 olup, bunların bağımlıları ile birlikte toplam sayı 1.472.713' dür[156].

Belediyeler özel bütçeli kuruluşlar olarak sağlık harcaması yapan diğer kamu kurumudur. Ancak, memurların tamamen genel bütçe hükümlerine tabi olduğu için Maliye Bakanlığı'nca almış oldukları ödenekleri (180 No'lu tertip ödeneği) kullanmakta ve kendilerine ait 1200 yataklı beş hastaneye sahip bulunmaktadırlar. Belediyelerin gerçekleştirmiş oldukları sağlık harcamaları 1992 yılında 146 milyar TL iken, 1998 yılında 12.458 milyar TL olmuştur[157].

Diğer kurumlar başlığı altında ele alınabilecek son kurum Fonlardır. Türkiye'de sağlık harcamalarına finansman sağlayan iki önemli fon; 3418 sayılı kanuna göre kurulmuş olan Geliştirme ve Destekleme Fonu ile 3294 sayılı kanunla oluşturulan Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu'dur. Tablo 24 fon kaynaklı sağlık harcamalarının 1992-1998 dönemindeki seyrini göstermektedir. 3418 sayılı kanunun 39/a maddesine göre yapılmış olan harcamalar sağlık bakanlığı harcamaları içinde gösterildiği için bu tabloda sadece aynı kanunun 39/6 maddesine göre yapılan harcamalara yer verilmiştir[158].

---

[153] MSB, Gen- Kur Merkez Dairesi, KKK, Sağlık ve Veteriner Dairesi ve Hava KK dairesi verilerinden hesaplanmıştır.

[154] T.C. *Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü*, a.g.ç.s.21.

[155] Başbakanlık Denetleme Kurulu **KİT Kesin Hesap Cetvelleri** ve Bütçe ve Mali Kontrol genel Müdürlüğü verilerinden hesaplanmıştır

[156] T.C. Sağlık Bakanlığı, *Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü*, Ankara, 1998 ile **Başbakanlık Yüksek Denetleme Kurulu Raporları, Ankara,** 1998,1999 ve 2000.

[157] **Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü verilerinden** hesaplanmıştır.

[158] **Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü Raporları.**

Tablo 24. Fon Kaynaklı Sağlık Harcamaları

Fon çeşitleri	Milyon TL						
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Geliştirme ve Destekleme Fonu (3418 SK md 39/6)	0	1.000.000	1.068.000	1.881.263	2.446.291	7.613.316	15.760.383
Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu (3294 sk 39/a)	250.000	800.000	1.440.000	5.419.133	9.710.532	22.973.912	53.584.530
Toplam	250.000	1.800.000	2.508.000	7.300.396	12.156.823	30.587.228	69.344.913

Kaynak: *T.C. Sağlık Bakanlığı*, **Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü**, a.g.ç.ss.21-4.

Tablo 24' e göre fon kaynaklı sağlık harcamaları 1992 yılında 250.000 milyon TL iken, 1998 yılında 69.344.913 milyon TL'ye yükselmiştir. 1998 yılında toplam harcamaların 15.760.383 milyon TL'sını Geliştirme ve Destekleme Fonu, 53.584.530 milyon TL'lik kısmını Sosyal yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu karşılamıştır.

3.2.8. Özel Sosyal Güvenlik Sandıkları Ve Özel Sigortalar

Ülkemizde, SSK kapsamı dışında bırakılmış ve Sosyal Sigortalar Kanunu'nun geçici 20.maddesine istinaden kurulmuş olan vakıf statüsünde "özel sosyal güvenlik sandıkları" bulunmaktadır. Bu sandıklar, sigorta ve reasürans şirketleri, bankalar ile ticaret ve sanayi odaları personeline yöneliktir. Bu personelin iş kazalarıyla meslek hastalıkları, hastalık, analık, malüllük, yaşlılık ve ölüm ile eş ve çocuklarının hastalık hallerinde en az Sosyal Sigorta Kanunu'nda öngörülen düzeyde ve özerk bir yapıda üyelerine hizmet temin etmektedirler. Özel sandıklarda, kişilerce yapılan giderlerin geri ödenmesi sistemi yaygın olarak kullanılmaktadır. Bugün sayıları 22 olan ve bağımlılarıyla birlikte 308 bin kişiyi kapsayan özel sosyal güvenlik sandıklarıyla genel nüfusun %0.5'ine sosyal güvenlik sağlanmaktadır. Bu sandıkların bazıları (Türkiye İş Bankası Emekli Sandığı gibi) mensuplarına, SSK'nun sağladıklarının çok üzerinde sosyal güvenlik ve sağlık hizmeti temin ederken, sigorta sayıları az ve mali açıdan güçsüz olan bazı sandıklar ise geçmişte zor duruma düşmüşler, (İstanbul Bankası Emekli Sandığı gibi) bazıları da ödemelerini yapamadıklarından SSK'na devredilmek durumunda kalmıştır[159].

Ülkemizde halen otuzu aşkın özel sektör kuruluşu sağlık sigortacılığı yapmaktadır. Özel sigorta yaptırmış kişiler, hem kanunla dahil olmak zorunda kaldıkları

[159] Ayşe Yiğit Şakar, a.g.e., s.80.

sigortaya prim ödemekte hem de daha iyi hizmet almak üzere üye oldukları özel sigortalara prim ödemek durumunda kalmaktadırlar. Özel sağlık sigortacılığı ülkemizin hızlı gelişen sigortacılık kolu olma özelliğine sahip bulunmaktadır. Diğer yandan bireysel emeklilik yasa tasarısının kabul edilmesinden sonra bu alandaki gelişmelerin artması söz konusu olacaktır.

3.2.9. Özel Sağlık Harcamaları

Türkiye'de özel sağlık harcamaları, özel hekim muayenehanelerinde, özel hastanelerde ve eczanelerde gerçekleştirilmekte olup, bu harcamaların 1997 ve 1998 yıllarındaki tutarları ve GSMH içindeki oranları Tablo 25'de görülmektedir. Buna göre, özel sağlık harcamaları 1998 yılında toplam 708 trilyon TL olup, bunun % 14'ünü hastane harcamaları, % 39'unui hekim harcamaları, % 11'ini diş hekimi harcamaları, % 26'sını özel ilaç harcamaları ve % 10'unu kamu hastanelerine yapılan ödemeler oluşturmuştur. Toplam özel sağlık harcamalarının GSMH'ya oranı 1.34 düzeyinde gerçekleşmiş olup, 1997 yılına göre, 1998 yılı harcamaları % 101.9 oranında artış göstermiştir.

Tablo 25. Özel Sağlık Harcamaları (1997-1998)

Harcamalar	1997 (milyon TL)	Oran (%)	1998 (Milyon TL)	Oran (%)	97 / 98 Dağılım (TL)
Özel hastane harcamaları	52.691.606	15	101.464.257	14	92.6
Hekim harcamaları	199.145.209	57	270.455.712	38	35.8
Diş hekimi harcamaları	43.826.736	12	79.438.936	11	81.3
Özel ilaç harcamaları	39.824.309	11	184.246.094	26	362.6
Kamuya yapılan cepten ödeme	15.320.612	4	72.585.071	10	373.8
Toplam	350.808.472.	100	708.190.070	100	101.9
TÖSH / GSMH (%)	1.18	-	1.30	-	-

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, **Türkiye Sağlık Harcamaları Finansman Kaynakları**, 1997-1998, Ankara.

3.3. Türkiye'de Sağlık Finansmanı Sorunları

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

Sağlık kurumları arasındaki işbölümü, koordinasyon eksikliği, organizasyon bozukluğu, yatırım ve teçhizat yetersizliği, istihdam politikalarındaki yanlışlıklar kaynak kullanımında verimsizliğe neden olmaktadır. Temel sağlık hizmetlerine yeterince önem verilmemesi, sağlık hizmetlerinin hastane ağırlıklı olmasına yol açmıştır. Türkiye'de toplam sağlık harcamaları içinde koruyucu sağlık harcamalarının payı ancak % 0.9'dur. kalan % 99' luk kısım tedavi edici sağlık hizmetlerine yönelmektedir[160]. Türkiye'deki bulaşıcı hastalıkların sıklığı ve nüfus artış hızının yüksekliği dikkate alındığında bu oranın oldukça düşük kaldığı gözlenmektedir.

Etkin bir sevk sistemi olmaması nedeniyle hizmet sunumu verimsiz olmakta, hastanelerde aşırı bürokrasi hizmetin hızlı ve kaliteli sunumunu önlemektedir. Coğrafi uzaklık ve hizmet kalitesi açısından hastane hizmetlerine ulaşımda zorluklar vardır. Nitelikli sağlık yöneticisinin eksikliği, sağlık personelinin uzmanlık alanlarına göre fonksiyonel dağılımının ihtiyaca uygun olmaması, sağlık çalışanlarının istihdam, ücret ve haklar gibi konulardaki sorunları ve sağlık mevzuatının günün koşullarına ve değişen ihtiyaçlara cevap veremeyecek kadar eski ve ayrıntılı olması da diğer sorunlar arasındadır.

Maliyet muhasebesi tekniklerinin kullanılmamasından dolayı sağlık hizmetlerinde bütün gider unsurları maliyetlere yansıtılamamaktadır. Sunulan hizmetlerin fiyatlandırılmasında gerçek maliyetler yeterince dikkate alınmamakta ve hizmetin bedelinin ancak bir kısmı kullanıcıdan veya bağlı bulunduğu sigorta kurumundan alınmaktadır. Sübvanse edilmiş olan hizmetlerden sadece ihtiyacı olan değil, gelir düzeyine bakılmaksızın herkes aynı ücreti ödemek suretiyle yararlanabilmektedir. Kurumlara sağlanan ve seçici olmayan bu sübvansiyon uygulamasıyla kaynaklar yanlış yönlendirilmekte, asıl ihtiyacı olanlara doğrudan bir sübvansiyon sağlanmamaktadır. Finansman ve hizmet sunumunun aynı elde toplandığı uygulamalarda (Sağlık Bakanlığı ve SSK gibi) hizmetin planlanması ve gerçekleştirilmesinde sorunlar ortaya çıkmakta ve denetim mekanizması işletilememektedir.

Ülke nüfusunun % 65-70'nin sağlık açısından sosyal güvence altında olduğu tahmin edilmekle beraber, bu oran kesin olarak belirlenememektedir. Sosyal güvenlik kapsamında olduğu halde kendisine sağlanan hizmetleri kullanmayarak, özel hizmet alan ve özel sağlık sigortası yaptıran kişiler de bulunmaktadır. Sosyal güvenlik kurumlarının üyelerine sağladığı hizmetlerde ve prim toplam prensiplerinde üniformite yoktur. Toplanan primlerin sağlık dışı amaçlara yönelik olarak kullanılması özellikle SSK ve Bağ-Kur'un gelir-gider açıkları bütçeden yapılan transferlerle giderilmeye çalışılmakta ve bu transferlerin bütçe üzerindeki yükü giderek artan bir seyir izlemektedir. Tablo 26'de Türkiye'de konsolide bütçeden sosyal güvenlik kurumlarına yapılan transferlerin bütçe ve GSMH'ya oranının gelişimi görülmektedir. Buna göre konsolide bütçeden yapılan transferlerin oranı 1990'da % 1.8 iken, 1999'da % 9.7 düzeyine yükselmiştir. Sosyal güvenlik transferlerinin GSMH'ya oranı ise 1995'de % 0.3 iken, 1999'da % 3.5 olarak gerçekleşmiştir. 1999 yılı itibariyle konsolide bütçeden yapılan sağlık harcamalarının toplam bütçe harcamalara oranı % 2.3 iken, sosyal güvenlik kurumlarına yapılan transfer harcamaları bunun dört katını aşmaktadır.

[160] **T.C.Sağlık Bakanlığı**, 1998.

Tablo 26. Türkiye'de Konsolide Bütçe Sosyal Güvenlik Transferlerinin Bütçe ve GSMH'ya Oranının Gelişimi

Oran (%)	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Konsolide Bütçe Oranı	1.8	1.2	1.8	2.8	4.4	6.3	8.1	8.5	8.9	9.8
GSMH'ya Oranı	0.3	0.3	0.4	0.7	1.0	1.4	2.2	2.5	2.6	3.5

Kaynak:DPT, **Ekonomik ve Sosyal Göstergeler**, Ankara, 2000, T.C. Maliye Bakanlığı Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü, "Sosyal Güvenlik Harcamaları", Ankara, 2000

Türkiye'de sağlık hizmetlerine devlet bütçesinden ayrılan pay oldukça düşüktür ve bu durum sağlık sorunlarının ana kaynağını oluşturmaktadır. Türkiye'de bu oranın uzun bir dönemde % 3 civarında seyrettiği gözlenmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın genel bütçeden aldığı pay Cumhuriyet tarihinin hiçbir döneminde % 5-6' yı geçememiştir. Oysa Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği oran % 10'dur, ve bu oranı alt sınır olarak görmektedir[161].

Tablo 27. Seçilmiş Bazı Ülkelerde Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Genel Bütçeye Oranı(1996)

Ülkeler	**Sağlık Bakanlığı / Bütçe**
Almanya	17
Avusturya	14
Avustralya	13
ABD	19
Fransa	16
Hollanda	15
İngiltere	14
İtalya	11
Kanada	5
Macaristan	8
Norveç	4
Portekiz	9
Yunanistan	7
Romanya	8
Meksika	3
Türkiye	3

Kaynak: **T.C. Sağlık Bakanlığı**, 1998, a.g.ç., s.22.

[161] Sevgi Kurtulmuş, **a.g.e.**, ss.105-6.

Tablo 27'de görüldüğü gibi, Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'na genel bütçeden ayrılan pay diğer ülkelerle karşılaştırıldığında oldukça düşük kalmaktadır. Bu ülkeler içinde ABD'nin oranı % 19, Almanya'nın % 17, İngiltere'nin % 14, Hollanda'nın % 15, İtalya'nın % 11, Avusturya'nın % 14, Fransa'nın % 16 ve Avustralya % 13'tür. Meksika dışındaki diğer ülkelerin Sağlık bakanlığı bütçesinin genel bütçe içindeki payı Türkiye'den daha yüksektir.

Ayrıca, genel bütçeden ayırdıkları pay % 3 veya daha düşük olan ülkelerin çoğunun kişi başına yıllık geliri Türkiye'nin çok altındadır. 1996 yılı itibariyle bütçelerinden sağlık için ayırdıkları pay % 3 olan ülkeler ve yıllık kişi başına düşen gelirleri (USD cinsinden) Endonezya 980 $, Fas 1110 $, Filipinler 1050 $, Gine 550 $, Suriye 1120$ ve Türkiye için 2780 $'dır. Ulusal gelirleri Türkiye'den çok düşük olduğu halde sağlık için daha fazla hükümet kaynağı ayırabilen ülkelerde bulunmaktadır. Örneğin, Arnavutluk'ta gelir 670 $, hükümet sağlık payı % 6; Bolivya'da gelir 800 $, hükümet sağlık payı % 6; Bhutan'da gelir 420 $, hükümet sağlık payı % 8'dir[162].

Diğer ülkelerle karşılaştırıldığında Türkiye'deki toplam sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı da (% 3.7) düşüktür. Tablo 28'de OECD ülkelerinin sağlık harcamalarına ilişkin rakamlar yer almaktadır.

Aşağıdaki tablo incelendiğinde çeşitli ülkelerde gerçekleştirilen toplam sağlık harcamalarının ülke GSMH'ya oranı ortalama olarak % 7.2'dir. Bu oranlar Türkiye'deki sağlık harcamalarının GSMH'dan aldığı payın yaklaşık iki katıdır. Ayrıca bu grupta yer almasına rağmen ekonomik açıdan gelişmişlik düzeyleri daha düşük olan Yunanistan ve Portekiz, Meksika ve İrlanda gibi ülkelerin değerlendirme dışında tutulması durumunda bu oran % 8' aşmaktadır.

OECD ülkelerinde yapılan sağlık harcamaları içinde kamu sağlık harcamalarının ortalaması % 5.4'ü, yani toplam harcamaların % 75'i kamu kaynaklıdır. Ülkeler bazında % 14.2'lik bir oranla en çok sağlık harcamasında bulunan ve dünyada kapitalist sistemin öncülüğünü yapan ABD'de bile bu oranın % 6.7'sini yani toplam sağlık harcamaların % 47'si; İngiltere'de % 6.9'luk oranın % 5.9'u, yani harcamaların % 85.5'i ; Almanya'da %10.5'lik oranın % 8.2'si, yani harcamaların % 78.8'i kamu kaynaklıdır. Buradan çıkan sonuç, temelde liberal ekonomiyi sistem olarak seçmiş olan bu ülkelerin sağlık sektöründe kamu büyük ağırlık taşımaktadır.

---

[162] Osman Hayran, **Sağlık Sektöründe Finansman Boyutu**, yayınlanmamış çalışma, Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi, İstanbul, 2000, 5.

OECD ülkeleri içinde kişi başına yapılan sağlık harcamasının en düşük olduğu ülke Türkiye'dir. Türkiye'de yılda kişi başına sağlık harcaması 108 $'dır. OECD ortalaması ise 1828 $'dır[163].

Tablo 28. OECD Ülkelerinin Kamu ve Toplam Sağlık Harcamalarının GSMH'ya Oranı ve Kişi Başına Sağlık Harcamaları (1996)

Ülkeler	Toplam Sağlık Harcaması / GSMH	Kamu Sağlık Harcaması / GSMH	Kişi Başına sağlık Harcaması ($)
Avustralya	8.4	5.6	1.873
Avusturya	7.9	5.9	2.225
Belçika	7.9	6.9	2.049
Kanada	9.2	6.6	1.796
Çekoslovakya	7.9 (1995)	5.1	366 (1995)
Danimarka	6.4	5.1	2.130
Finlandiya	7.5	5.6	1.806
Fransa	9.6	7.8	2.550
Almanya	10.5	8.2	3.036
Yunanistan	5.9	4.9	693
Macaristan	6.7	4.7	306 (1995)
İzlanda	7.9	6.6	2.053
İrlanda	4.9	6.0	953
İtalya	7.6	5.3	1.597
Japonya	7.2 (1995)	5.7	2.952(1995)
Kore	5.3 (1995)	2.1	535 (1995)
Lüksemburg	7.0 (1995)	6.5	2.978 (1995)
Meksika	4.5	2.7	163
Hollanda	8.6	6.6	2.150
Yeni Zelanda	7.2	5.5	1.302
Norveç	7.9	6.5	2.848
Polonya	4.4 (1994)	4.6	105(1994)
Portekiz	8.2	4.9	873
İspanya	0.8	0.6	1.134
İsveç	0.7	0.6	2.082
İsviçre	9.8 (1994)	7.1	4.210(1995)
İngiltere	6.9	5.8	1.365
ABD	14.2	6.7	3.708
Ortalama	7.2	5.4	1.828
Türkiye	3.7	2.6	108

Kaynak: *OECD*, **Health Data**, Paris, 1997.

Türkiye ile diğer ülkeler arasındaki bir diğer karşılaştırma da , ülkelerin gelişmişlik düzeyini gösteren ortalama ömür ve bebek ölüm oranları üzerinde yapılabilir. Aşağıdaki tabloda görüldüğü gibi gelişmiş olan ülkelerde ortalama ömür 78 yıl ve bebek ölüm hızı % 0,6 ile % 0,9 iken,, Türkiye'de ortalama ömür 68 yıl ve bebek ölüm hızı ise % 0,47'dir. Kişi başına düşen milli gelir arttıkça bebek ölüm hızı azalmaktadır.

[163] *T.C. Sağlık Bakanlığı*, **Ulusal Sağlık Politikası**, s.57.

Tablo 29. Seçilmiş Bazı Ülkelerin Temel Göstergeleri (1996)

Ülkeler	Doğumda yaşam beklentisi (yıl)	Ortalama bebek ölüm hızı (%)	Kişi başına GSMH (1995-96,$)
Afganistan	45	257	250
Çad	47	149	180
Sudan	54	116	310
Nijerya	52	191	260
Pakistan	63	136	460
Hindistan	62	136	340
Mısır	65	78	790
Türkiye	68	47	2.780
İran	69	37	1.033
Meksika	72	32	3.3320
Suriye	68	34	1.120
Çin	69	47	320
Polonya	70	14	2.790
ABD	76	8	29.980
İsrail	78	9	15.920
İngiltere	77	7	18.700
Almanya	76	6	27.150
Fransa	79	6	24.990
Japonya	80	6	34.630

Kaynak: **UNICEF**, New York, 1998.

Bu tablolarda görüldüğü gibi gelişmiş olan ülkelerle gelişmekte olan veya az gelişmiş ülkelerdeki sağlık göstergeleri arasında büyük farklar bulunmaktadır. Türkiye ele alınan göstergeler bakımından gelişmekte olan bir ülkenin sağlık göstergelerine sahip bulunmaktadır.

3.4. Türkiye'de Sağlık Sistemi Reformu Ve Finansman Hedefleri

Türkiye'de mevcut sağlık sisteminde yaşanan sorunların çözümüne yönelik olarak özellikle 1990 yılından itibaren önemli çalışmalar yapılmıştır. Bunun için öncelikle, uzun vadeli ve istikrarlı bir Ulusal Sağlık Politikası gerekli görülmüş ve T.C. Sağlık Bakanlığı önderliğinde ilgili kurumlar, sektörler, üniversiteler, mesleki kuruluşlar ve basından oluşan 34 çalışma grubuyla 1992 yılında I. Ulusal sağlık Kongresi başlamıştır. Kongre sonrasında Ulusal Sağlık Politikası Dokümanı hazırlanmış, nihai doküman 1993 yılında II. Ulusal Sağlık Kongresinde sunulmuştur. Bu çalışmalardan sonra, çeşitli araştırmaların neticesinde, ülkenin genel reform ve gelişim planlarının bir parçası olan Sağlık Reform Modeli oluşturulmuştur[164].

[164] **Türkiye Sağlık Sistemi Reformu**, ss. 11-12.

VII. Beş Yıllık Kalkınma Planına göre, Sağlık Reformu'nun amacı şudur. "Sağlıkta kaynakların etkin kullanılması, hizmette yaygınlık, süreklilik ve kalite sağlanarak tüketici tatminin arttırılması amacıyla sistem; finansman, yönetim ve organizasyon, insangücü, hizmet sunumu, mevzuat ve enformasyon boyutları itibariyle yeniden yapılandırılacaktır. Sağlık politikalarına süreklilik kazandırılacak, yasaların kararlılıkla uygulanması sağlanacaktır"[165].

Sağlık reform programı; "Sağlık Finansmanı Reformu", "Hastane ve Sağlık İşletmeleri Programı", "Aile Hekimliği ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Reformu", "Organizasyon ve Yönetim Programı", "İnsan Kaynakları Reformu", "Sağlık Enformasyon Sistemi Reformu" ' nu içermektedir.

Sağlık reform modelinin oluşturulmasına yönelik yapılan ön araştırma ve incelemeler arasında yer alan sağlık finansmanı politika seçenekleri araştırması sonuçları şunlardır; Mevcut finansman sisteminde değişiklik olmazsa, sağlık hizmetlerinde kamu finansmanı önümüzdeki on yıl içinde büyüyecektir. Mevcut sistemde Devlet sübvansiyonu, yüksek gelirli sigortalı kesime gitmektedir. Analizi yapılan politika seçenekleri arasında, kendini finanse eden, aktüeryal prensiplere göre ve toplam maliyetleri tahsil eden bir ortamda çalışan bir sosyal sigorta sistemi, Türkiye için bu aşamada en iyi seçenek olarak görülmektedir. Genel sağlık sigortası uygulamasına geçildiği zaman toplam sağlık harcamaları % 12 artacak, sağlık hizmetleri için kamu harcamaları % 47'den % 32'ye düşecek, sigorta finansmanı on yıl içinde % 19'dan % 45'e çıkarılacaktır[166].

Sağlık hizmetlerinin finansmanı için önerilen sistem, Genel Sağlık Sigortası ve bunu yürütmesi düşünülen kurumsal yapı da Sağlık Finansmanı Kurumudur. Sistem, sağlık sigortası kapsamını toplumun tamamına yaymayı hedeflemektedir.

Sistemin temel öğesi, sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanının birbirinden ayrılması ve iki faaliyetin birbirlerinden bağımsız yönetilmeleridir. Bu faaliyet ayrımı sigortacılık açısından maliyet bilinci ve harcamaların kontrolü konularında verimlilik getireceği gibi, hizmet sunumunda da yaratılacak rekabet sayesinde kalite güvencesini sağlamış olacaktır.

Genel Sağlık Sigortacılığını yürütecek Sağlık Finansmanı Kurumu Modelinin temel özellikleri şunlardır[167]:

- Modelin temel prensibi sosyal sigortacılığa dayanmaktadır.
- Üyelik, sosyal sağlık güvencesi olmayan tüm T.C. vatandaşlarına açık olacaktır.
- Üyeler kapsamlı, aynı zamanda ekonomik bir teminat paketine kavuşturulacaklardır.

---

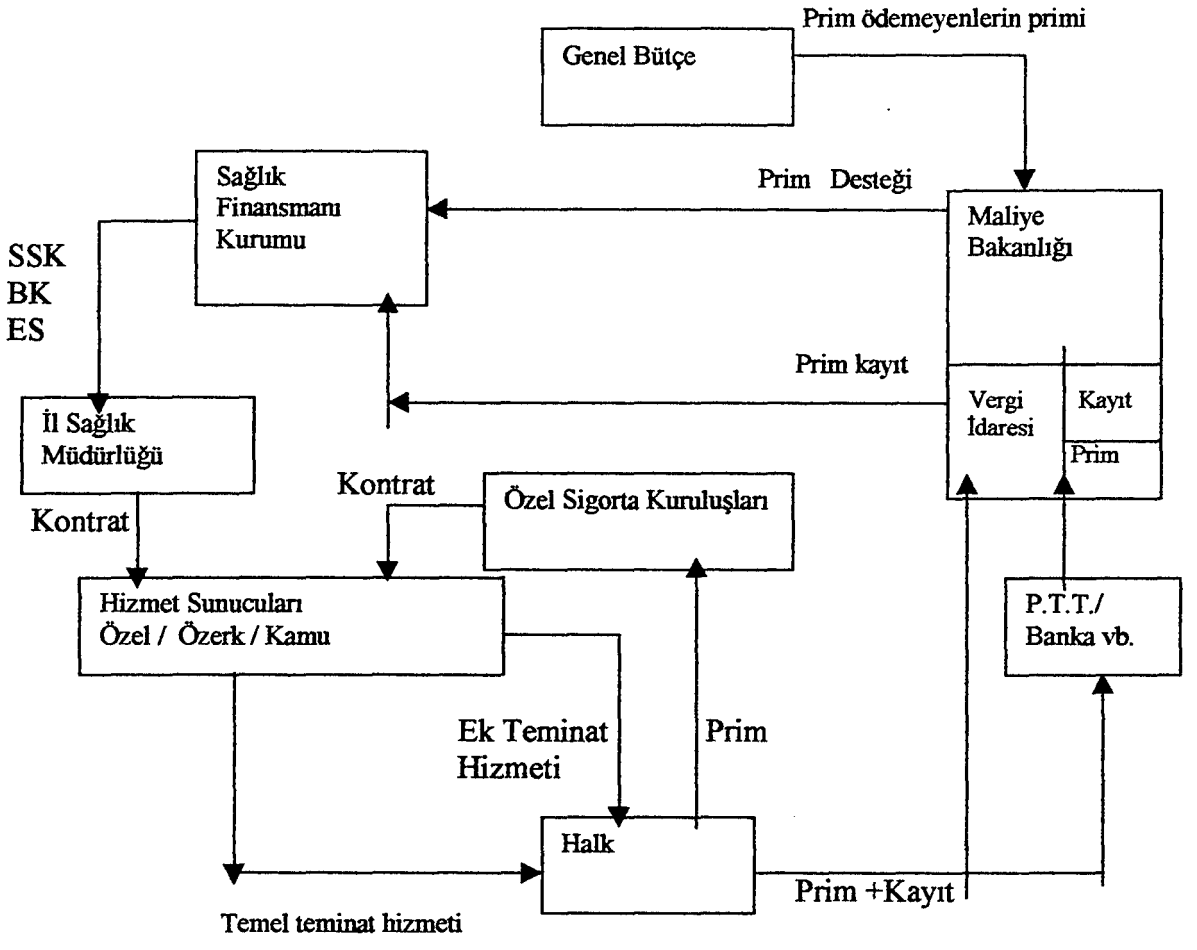
[165] **DPT**, VII. Beş Yıllık (1996-2000) Kalkınma Planı, s.45.
[166] **Türkiye Sağlık Sistemi Reformu**, s.12.
[167] **Türkiye Sağlık Sistemi Reformu**, s.17.

- Üyelerin sigortaya katkıları ödeme güçlerine göre ayarlanacak ve düşük gelir grupları devletçe sübvanse edilecektir.
- Prim miktarını belirlemeye yönelik gelir tespitine hane halkının tüm gelirleri dahil edilmekte, hizmetlerden de tüm hane halkı yararlandırılmaktadır.
- Sağlık Finansman Kurumu (SFK), ayrı ve özerk bir kamu idaresi olarak kurulacaktır. Başlangıçta diğer sosyal güvenlik kuruluşları ile ilişkisi olmayacak, kurumun ileride tüm sosyal sağlık sigortası kuruluşlarını bir çatı altında toplaması mümkün olabilecektir.
- Sağlık Finansman Kurumu, üyelerinden alacağı primler ile üyeleri için yapılacak devlet sübvansiyonunu toplayıp, bu kaynakları üye nüfusun sağlık ihtiyaçlarının karşılanması amacıyla nüfusla orantısal olarak İl Sağlık Müdürlüklerine aktaracaktır. İl Sağlık Müdürlükleri de o bölgedeki üyeler için sözleşmeler yolu ile sağlık hizmeti satın alacaklardır. Sözleşmeler kamu sağlık kuruluşları ile olabileceği gibi özel kuruluşlarla da yapılabilecektir.
- Tüm sağlık sigortası giderleri aktüeryal olarak hesaplanmış prim gelirlerinden yapılacaktır.(Düşük gelirli vatandaşların primleri devlet destekli olacaktır).
- Bazı hizmetler için iştirak bedeli toplanması yoluna gidilebilecektir.

Genel Sağlık Sigortası uygulamalarına geçiş niteliği taşıyan Yeşil Kart uygulaması, kazançları belli bir gelir düzeyinin altında olan kişilere yönelik ve sağlık hizmetlerinde devlet sübvansiyonunun ihtiyaç içindeki kişilere eşit şekilde ulaşmasını amaçlayan bir uygulamadır. 1999 yılı sonu itibariyle mevcut yeşil kartlı sayısı, 8.092.937'ye ulaşmıştır. [168]

[168] **T.C. Sağlık Bakanlığı İstatistikleri**, 1999

Şekil 3. T.C. Sağlık Bakanlığının Hazırlamış Olduğu Tasarı İle Önerilen Finansman Akış Şeması; Sağlık Finansmanı Modeli



Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, **Türkiye Sağlık Sistemi Reformu**, s.17.

Sağlık finansman modelinin yer aldığı yukarıdaki şemaya göre, il sağlık müdürlükleri kendi bölgelerinde yer alan kamu ya da özel sağlık kuruluşları ile yaptıkları sözleşmeler yoluyla hizmet alacaklar ve ödemeler Sağlık Finansman Kurumu tarafından karşılanacaktır. sağlık finansman kurumu PTT ve Banka gibi kuruluşlar aracılığı ile topladığı primleri ve prim ödeyemeyen kişiler için genel bütçeden aldığı yardımları il sağlık müdürlüklerine gönderecektir. Sağlık Finansman Kurumu'nun temel teminat hizmeti içinde yer almayan sağlık hizmetleri ise, özel sağlık kuruluşları tarafından gerçekleştirilecektir.

3.5. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinde Özelleştirme

Sağlık hizmetlerinde özelleştirme, tüm ülkelerde özellikle 1980 sonrasında oluşan özelleştirme çabalarının sağlık sektörüne yansımasıdır. Ülkemizde de bu alanda çalışmalar yapılmıştır.

Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinde Dünya Bankası öncülük yapmaktadır. Hastanecilik hizmetinin çok pahalı olduğu, gelişmekte olan ülkelerde bu maliyet yükünün yönetsel kapasitedeki eksikliğe bağlı olarak daha da ağırlaştığı ve sonuç olarak hastanelerin, hükümetlerin sağlık hizmetlerine ayırdıkları kaynağın %70'lere varan kısmını tükettiği öteden beri bilinen bir gerçektir. Dünya Bankası bu gerçeğe dayanarak gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık sektörü sorunlarının çözümünü sağlayacak öneriler içinde en ön sıraya hastanelerin özelleştirilmesini yerleştirmiştir. Dünya Bankası'na göre, ancak hastanelerin özelleştirilmesi ile hükümetlerin elindeki kıt kaynakların, olması gerektiği gibi, temel sağlık hizmetlerine, birinci basamağa, koruyucu hizmetlere yönlendirilmesi olanaklı olabilecektir. Bankanın bu önerisinin arkasında kamunun hizmet üretiminde zaten verimsiz bir yapıya sahip olduğu yönündeki tez de etkin olmuştur[169].

Türkiye'de bu konuyla ilgili olarak ilk hazırlıklar Sağlık Sistemi Reform programı ile başlamıştır. Önerilen reform programında en önemli konu hastanelerin özerkleştirilmesidir. Reformun bu unsuru, hastane hizmetlerinin etkinliğini, verimliliğini ve kalitesini arttırmayı amaçlamaktadır. Hastanelerin özerkleşmesi, kamu hastanelerine özerk bir statü verilip, Sağlık İşletmesine dönüştürülmesi şeklinde planlanmıştır[170].

1996 yılında Dünya Bankası destekli, "Sosyal Güvenlik ve Sağlık Sigortası Reform Projesi" hazırlanmıştır. Avustralya Sağlık Komisyonu (Health Insurance Commision of Australia) tarafından T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı ve T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü için hazırladığı *"Sağlık Finansmanı Politika Seçenekleri Çalışması Nihai Raporu"* nda getirilen öneriler şunlardır[171]:

1. Sağlık hizmetlerinden faydalananlardan katkı payı alınması ve bunların standartlaştırılması. (Katkı paylarının tıbbi hizmet kullanımını kesinlikle azaltacağı, raporda belirtilmektedir).

2. Genişletilmiş özel sağlık sigortasının uygulanması.

3. Sağlık sigortası kapsamına alınmaya hak kazanmış kişiler için ödeme yapan başlıca üç örgüt çerçevesinde, mevcut sistemin devamının yanı sıra; halen sağlık sigortası kapsamı dışında kalan kişiler için, devletçe yönetilen Genel Sağlık Sigortasına yönelik "Sağlık Finansman Kurumu" adıyla tek bir sağlık kurumunun temelini teşkil edebilecek olan dördüncü bir sigorta kuruluşu oluşturulması.

4. Her bir sosyal güvenlik kuruluşunun(emeklilik hizmeti sunan mevcut üç kuruluşun) sağlık ve emeklilik aylığı fonlarının yasal olarak ayrılması ve bunların arasında çapraz sübvansiyonların yasaklanması; prim oranlarının buna göre tespit edilmesi.

---

[169] Ayşe Yiğit Şakar, **a.g.e.**, s.99.
[170] **Türkiye Sağlık Sistemi Reformu**, s.15.
[171] *Avustralya Sağlık Sigortası Komisyonu*, **Sağlık Finansman Politika Seçenekleri Çalışması**, Nihai Rapor, Mart 1996, s.8-13.

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi konusunda devletin isteği, kamu sağlık hizmetleri ve kurumlarının mümkün olduğu kadar özel sektöre açılmasıdır. Ancak sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinde istenilen noktaya gelinememiştir. Sağlık hizmetlerinin piyasadaki diğer mal ve hizmetlerden ayrılan temel özellikleri dolayısıyla, sağlık alanında özelleştirmeye gitmenin bir takım sakıncaları söz konusudur.

Özelleştirmenin finans sistemi üzerinde etkileri konusunda değişik eğilimler mevcuttur. Halkın talebinin düşük olduğu durumlarda özel sağlık sektörünün yaygınlaşması güçtür. Özel sağlık sektörünün yaygınlaşması mutlaka yeni kaynak yaratmaz. Toplam sağlık harcamaları artabilir, ancak bu arada fiyatlar da artabilir. Bu durumda kaynaklardaki artış gerçek bir artış anlamına gelmez ve özelleştirmenin çoğu kez fiyatları arttırıcı bir etkisi vardır. Özel sektör kamu hizmetinin kalitesini düşürebilir. Kamu ve özel sektör arasında, zaten kıt olan kaynaklar üzerinde gereksiz rekabet doğabilir. Bu rekabet hizmetin standardizasyonunu zorlaştırabilir. Zaten kıt olan kamu kaynaklarının özel sektöre kaymasına(özellikle insan gücü açısından), kamu kurumlarının verimsizleşmesine neden olabilir[172].

Özelleştirmeden dolayı ortaya çıkan fiyat artışları halinde, gelir düzeyi yetersiz olan kişiler aleyhine eşitsizliklerin artacağı beklentisi vardır. Özel sektörün kar elde edemeyeceği alanlara (alım gücü düşük olan ve sosyal güvencesi olmayan gruplara, işsizlere yönelik) yatırım yapma durumu söz konusu olmadığından, bu durumdaki kişilerin hizmete ulaşabilirliği güçleşecektir. Özelleştirmenin yoğun olarak yaşandığı ülkelerde, bölgelerindeki sağlık kuruluşlarının kapanması sebebiyle hizmet göremeyen fakir ve muhtaç nüfus artmıştır.

[172] İlker Belek ve Ata Soyer, a.g.e., s.108.

SONUÇ

Sağlıklı yaşam hakkı temel insan haklarından biridir. Bireylerin sağlıklı yaşamasını sağlamak ve gerekli tedbirleri almak tüm dünya ülkelerinin toplumsal hedefleri arasındadır. Bir ülkenin gelişmişlik seviyesi büyük oranda, o ülkenin sağlık ve eğitim gibi alanlarındaki temel sosya-ekonomik göstergeleriyle ölçülür. Hem sağlıklı bir toplumda yaşamak hem de kalkınma hedeflerini gerçekleştirmek için sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, harcamaların arttırılması gerekmektedir. Ancak, artan sağlık ihtiyaçları ve harcamaları karşısında sağlık finansman kaynaklarının da aynı oranda arttırılamaması bu hedeflerin gerçekleştirilmesine engel olabilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin finanse edilmesi ülkelere göre farklılıklar göstermekle beraber, finansman yöntemleri doğrudan finansman ve dolaylı finansman yöntemleri olarak ele alındığında, tüm ülkelerin sağlık finansmanında dolaylı finansman yönteminin daha çok uygulandığı görülmektedir. Doğrudan finansman yani kişilerin direkt ödemeleri yönteminin bireylere maliyetinin çok yüksek olması ve düşük gelirli kesimin bu maliyete katlanmasının güçlüğü gibi nedenler sağlık hizmetlerinin eşit ve adil bir şekilde sunulmasını ve yararlanılmasını engellemektedir. Dolaylı finansman yöntemi kamu gelirleriyle finansman ve sigorta yoluyla finansmanı kapsamaktadır. Bu modellerin her ikisinin de birlikte uygulanması bir zorunluluk olarak karşımıza çıkmaktadır. Çünkü sağlık hizmetlerini diğer hizmetlerden ayıran bazı özellikler ki bunların başında kamusallık ve dışsallık gelmektedir bu hizmetlerin tamamen özel sektöre bırakılamayıp kamu gelirleri ile finansmanını gerekli kılmaktadır. Özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinin yani sosyal faydanın özel faydadan daha büyük olduğu hizmetlerin devlet tarafından sunulması gerekmektedir. Günümüzde ekonomik gelişme ve kalkınma seviyelerine ulaşmış ülkelerde dahi temel sağlık hizmetlerinin sunumunda kamu kesiminin yeri oldukça fazladır.

Sağlığa ayrılan kaynakların arttırılmasında uygulanan en yaygın yöntem sigorta uygulamasıdır. Sigorta yoluyla finansman zorunlu ve özel sigorta uygulamasından oluşmaktadır. Zorunlu sigorta yöntemi sağlık ihtiyacının talebe dönüşmesini ve sağlık hizmetlerinin tüm topluma sunulmasını sağlayıcı özelliklere sahiptir. Ancak zorunlu sağlık sigortasının uygulanabilmesi için bazı koşullar gereklidir. Sağlık sektöründe çalışanların yeterli sayıda olması ve iyi organize olmuş bir sağlık örgütünün bulunması bu koşulların başında gelmektedir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerin istihdamında düzenli çalışan insan gücü azlığı ve sigortalı kişilerin sağlık primlerinin toplanmasında yaşanan güçlükler bu yöntemin başarıyla uygulanmasındaki en büyük engellerdir.

Özel sağlık sigortası daha çok gelişmiş olan ülkelerde tercih edilen bir finansman yöntemi olmakla beraber gelişmekte olan ülkelerde kısıtlı da olsa uygulanmaktadır. Zorunlu sağlık sigortasının eksikliklerini gidermesi (sunulan sağlık hizmetleri kapsamının ve

kalitesinin daha yüksek olması gibi) bakımından gelir düzeyi yüksek kesimler tarafından tercih edilebilmektedir.

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumunda ve finansmanında kamu kesiminin ağırlıkta olduğu bir yapı gözlenmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı kamu gelirleri yani vergiler, sigorta primleri ve kişilerin satın aldıkları hizmet karşılığı yapmış oldukları direkt ödemelerle karşılanmaktadır. Bunun yanında kamu kesimine ait kurumlarda uygulanan döner sermaye, sigorta kapsamındaki kişilerden alınan katkı bedelleri ve ödeme gücü olmayanlar için kullanılan fon gelirleri diğer finansman kaynakları arasındadır. Bu kaynaklar içersinde vergilerin payı en fazla olmakla beraber özellikle son yıllarda vergilerin payı giderek azalan bir gelişme göstermekte, sigorta primleri ve kullanıcı ödemeleri yoluyla finansmanda ise artış meydana gelmektedir.

Diğer ülkelerde olduğu gibi Türkiye'de de sağlık hizmetlerinin finansmanının sağlanmasında çeşitli sorunlar yaşanmaktadır. Bu sorunların temelinde devlet bütçesinden sağlık hizmetlerine ayrılan kaynağın yetersiz olması gelmektedir. Gelişmiş olan hatta gelişmekte olan bir çok ülkenin sağlık bütçesi rakamları incelendiğinde durum daha açık bir şekilde ortaya çıkmaktadır. Türkiye'deki sosyal güvenlik kurumlarının yaşadığı finansman açıklarını gidermek için yapılan transferler bütçe ve ekonomik denge üzerinde olumsuzluklar yaratmaktadır. Ayrıca, kamu kuruluşlarında hizmetin sunumunun ve finansmanının birlikte yürütülmesi, hizmetin planlanması ve gerçekleştirilmesinde sorunlar çıkarmakta, denetim mekanizmaları işletilememektedir. Nüfusun yaklaşık % 35 'inin sağlık sigortası kapsamı dışında olması da sağlık hizmetlerinin yetersiz sunumundaki en büyük engellerden biridir.

Türkiye'de sağlık finansmanı sorunlarını çözmek amacıyla önerilen Sağlık Reform Modeli ve bu reform kapsamında yer alan Genel Sağlık Sigortası ile bunun yürütülmesi düşünülen Sağlık Finansman Kurumu'nun bir an önce uygulamaya geçirilmesi gerekmektedir. Genel Sağlık Sigortasının uygulanmaya başlamasıyla, sağlık güvencesi olmayan tüm bireyler sağlık hizmetlerinden faydalanabilecek, gelir durumları yetersiz olanların finansmanı ise devlet tarafından karşılanacaktır. Bu modelin yürütülmesinden sorumlu olan Sağlık Finansman Kurumu diğer sosyal güvenlik kuruluşlarından ayrı ve özerk bir kamu idaresi olarak faaliyette bulunacaktır. Sağlık reformlarının gerçekleştirilebilmesi için hukuki düzenlemelere ve yasal değişikliklere ihtiyaç vardır. Maalesef, bu konuda hazırlanan kanun tasarıları henüz yasalaştırılamamıştır. Politik ve kurumsal engeller, reform hakkında uzman ve yetkili kişi ve kurumlar arasında görüş birliğinin sağlanamaması, sağlık çalışanları özellikle de hekimlerin yeni düzenlemeler karşısında olumsuz düşünceleri bu reformun faaliyete geçmesini engellemiştir.

Sağlık Reform modeli uygulandığı takdirde ülkemizde yaşanan sağlık finansman problemlerine çözüm getirileceği düşünülmektedir. Önerilen Sağlık Finansman Kurumu'nun uygulamada başarılı olabilmesi için özerk bir kurum olarak faaliyete geçmesi ve politik baskı ve müdahalelerden uzak tutulması, bu kurum aracılığıyla toplanacak sağlık

primlerinin üyelerin ödeme güçlerine göre belirlenmesi gerekmektedir. Hizmet sunumunda bireylere kamu ya da özel sağlık kuruşunu tercih etme konusunda serbestlik tanınması durumunda kurumlar arasında rekabet yaratılıp, hizmetin kalitesinin artması mümkün olabilecektir. Sağlık Finansman Kurumu'nca temin edilecek kaynakların nüfusa orantılı olarak illerde kullanılması halinde, sağlık personeli, hastane sayısı ve tıbbi araç ve gereçlerin adil ve dengeli dağılımı sağlanıp, bölgesel eşitsizliklerin önüne geçilebilecektir. Sosyal güvenlik kurumlarının üyelerine farklı hizmetler sunması ve farklı prim oranları uygulaması yerine herkesin gelir durumuna bağlı olarak primlerin toplanması ve eşit koşullarda sağlık imkanı verilmesi, ancak primlerin elde edilmesinde denetimin arttırılıp, devlet kaynaklarının verimsiz kullanımının önüne geçilmesi gerekmektedir

Sonuç olarak, tüm dünyada ve Türkiye'de sağlık hizmetlerinin en iyi şekilde sunulabilmesi için hem kamu hem de özel finansman kaynaklarına ihtiyaç vardır. Sağlık bilincinin artması, gelir seviyesinin yükselmesi, bilimsel gelişmeler ve diğer bir çok nedene bağlı olarak artan sağlık harcamalarının karşılanmasında kıt olan kaynaklar tüm finansman yöntemlerinin birlikte uygulanmasını zorunlu kılmaktadır. Ancak, devletin, faydaları herkesi kapsayan koruyucu sağlık hizmetlerini kamusal bir görev olarak benimsemesi ve sunması ve toplumun sağlıklı ve mutlu bir ortamda yaşaması için sağlık politikalarını belirlemesi, ve tüm sağlık kurumlarını denetleyici bir rol üstlenmesi gerekmektedir.

KAYNAKÇA

KİTAPLAR

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

Akalın, Güneri, **Kamu Ekonomisi**, Ankara 1981.

Batırel , Ömer Faruk , **Kamu Maliyesi Teorisine Giriş**, Genişletilmiş 3. Baskı, İstanbul Aralık 1990.

Batırel, Ömer Faruk, "Sağlık Hizmetleri Üretimi ve Finansmanı Konusunda Yeni Yaklaşımlar", ***İ.Ü.* İktisat Fakültesi, Maliye Araştırma Merkezi Konferansları**, Prof.Dr. Memduh Yaşa'ya Armağan, Otuz dördüncü Seri, Yıl:1990/91, İstanbul 1993.

Belek, İlker, **Sosyal Devletin Krizi ve Sağlığın Ekonomi Politiği**, Sorun Yayınları, İstanbul 1994.

Belek, İlker ve Ata Soyer, **Sağlıkta Özelleştirme**, Sorun Yayınları, Temmuz 1995.

Bulutoğlu, Kenan, **Kamu Ekonomisine Giriş** Kamu Hizmetlerinin İktisadi Tahlili, İstanbul 197.

Getzen, Thomas F, **Health Economics: Fundementals and Flow of Funds,** Temple University Press and John Wiley and Sons Inc., New York, 1997.

Hayran, Osman, **Sağlık Hizmetleri Sektörü**, M.Ü. Sağlık Eğitim Fakültesi, İstanbul, 2000.

Hayran, Osman, **Sağlık Sektöründe Finansman Boyutu**, yayınlanmamış çalışma, Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi, İstanbul, 2000.

Isabel, Susana and Curto de Cassas, " Health Care in Latin America" (edited by David R. Phillips and Yola Verhasselt), **Health and Development**, Routledge, London New York, 1994.

Kyoichi, Sonoda, **Health and Illness in Changing Japanese Society**, Tokyo, University of Tokyo Press, 1988.

Kurtulmuş, Sevgi, **Sağlık Ekonomisi**, İstanbul 1996

Lewitt, Ruth; Wall, Andrew and John Appleby, **The Reorganized National Health Service**,(6 th edition), Chapman and Hall UK, 1996.

Miller, Dean F., **Dimensions fo Community Health** (Third edition), Wmc. C. Brown Publisher, USA, 1993.

Mills, Anne, "The Finance and Insurance Perspective" , (edited by A.J. Culyer and Anne Mills), **Perspective on the Future of Health Care in Europe** Dicussion Papers No:129, University of York UK, May 1989.

Mortan, Kenan ve Tandoğan Tokgöz, **Sağlık Ekonomisi ve Eğitimi**, Ankara 1984.

Mutlu, Ayşegül, **Sağlık Hizmetlerinin Toplumsal Refah Üzerindeki Etkileri**, Marmara Üniversitesi Yayın No: 600, Maliye Araştırma Merkezi Yayın No:13, İstanbul 2000.

Ocakcıoğlu, Bora "Sağlık Hizmetlerinin Sosyal Refaha Katkısı ve Genel Sağlık Sigortası", **Maliye Araştırma Merkezi Konferansları**, 35. Seri, Yıl 1991/1992.

Okur, Ali Rıza, **Sağlık Hakkı ve Sağlık Sigortaları**, Yayınlanmamış çalışma, İstanbul, Ocak 1992.

Oyan, Oğuz, **Türkiye Ekonomisi; Nereden Nereye**, İmaj yayıncılık, Ankara, 1998.

Paton, Calum, **Health Policy and Management**, Chapmand and Hall London UK, First Edition, 1996.

Powell, Margaret and Masahira Anesaki, **Health care in Japan,** New York, Routledge, 1990

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

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

Şakar, Yiğit Ayşe, **Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları**, Türkiye Sağlık İşçileri Sendikası, İstanbul Eylül 1999.

Şener, Orhan, **Kamu Ekonomisi**, 5.Baskı, Beta Yayınları, İstanbul 1996.

Tokgöz,.E., "***Sosyal Gelişmede Sağlık***", **Türkiye İkinci İktisat Kongresi Sosyal Gelişme ve İstihdam Komisyonu Tebliğleri,** DPT Yayınları, Yayın No:1783, Ankara,1981.

Toprak, İsmet, **" Sağlık İhtiyacı ve Hastalık Sigortası "**, (Doçentlik Tezi), Erzurum 1982.

Stiglitz, Joseph E., **Kamu Kesimi Ekonomisi**(Çeviren; Ömer Faruk Batırel), 2.Baskı, Marmara Üniversitesi Yayınları, İstanbul 1994.

Smith, B.A., Leiserson, A., **Powerty, Devolepment and Health Policy**, WHO, Geneva, 1998.

Tanaka, S., "Japon in": **Advances in Health Economics and Health Services Research** Supplement, No: 1, *Comparative Health Systems*, JAI Pres Inc., 1990.

Tokgöz,.E., *"Sosyal Gelişmede Sağlık"* **Türkiye İkinci İktisat Kongresi Sosyal Gelişme ve İstihdam Komisyonu Tebliğleri**, DPT yayınları, Yayın No:1783, Ankara, 1981.

Van, Doorslaer, E; A. Wagstaff and F. Rutten (eds), **Equity in the Finance and Delivery of Health Care: an International Perspective**, Oxford Medical Publications, Oxford UK, 1993.

Yıldırım, Savaş, **Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi**, DPT,Yayın No:2350, Temmuz 1994.

SÜRELİ YAYINLAR

Atak, Filiz, "ABD'de Tıp ve Sağlık Hizmetleriyle Sosyal Yardım Programları", **Hazine Dergisi**, Temmuz 1996, Sayı 3.

Hecht, Robert and Philip Musgrove, "Rethinking the Government's Role in Health", **Finance and Development**, September 1993.

Ikegami Naoki and John Campbell, " Medical Care in Japan", **New England Journal of Medicine**, Vol. 333 No:19, 1995

Kılıç, Bülent ve Çiğdem Bumin, "İngiltere Ulusal Sağlık Sistemi", **Toplum ve Hekim**, TTB Yayını, Sayı 56, Ağustos 1993.

Pauly, Mark V., " Nonprofit Firms in Medical Markets", **American Economic Review**, May 1987.

Saltık, Ahmet, "Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar", **Toplum ve Hekim Dergisi**, Temmuz-Ağustos, 1995, Cilt 10, Sayı 68,

Source Book of Health Insurance, Data 1994, **Health Association of America**, Washington DC No: 20036,-3998, 1994.

Tekin, Fazıl, " Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı", **Eskişehir Anadolu Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi,** Cilt:5, Sayı:1,Haziran 1987.

Tokat ,Mehmet, **Sağlık Ekonomisi**, Anadolu Üniversitesi Yayın No: 793, 1994.

Yıldız, Zühra, "Sağlık Hizmetleri Piyasasının Nitelikleri ve Kamu Ekonomisi İçindeki *Yeri*", **Verimlilik Dergisi,** MPM Yayını, Sayı 4, 1996.

Yıldız, Zühra, **Kamu Kesimi Açısından Sağlık Harcamaları**, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Eskişehir, 1992.

RESMİ KAYNAKLAR/RAPORLAR/İSTATİSTİKLER

Avustralya Sağlık Sigortası Komisyonu, **Sağlık Finansman Politika Seçenekleri Çalışması**, Nihai Rapor, Mart 1996.

Bağ Kur Mali İstatisikleri, Ankara, 2001.

DPT, **Ekonomik ve Sosyal Göstergeler**, Ankara, 2000

DPT, *VII. Beş Yıllık (1996-2000) Kalkınma Planı*, Ankara 18.07.1995.

Emekli Sandığı İstatistikleri, Ankara, 2000.

Economic Report of the President, Transmitted to the Congress February 1995, United States Government Printing Office, Washington DC, 1995.

Israil Information Center, **Selected Publications About Israil's Health Services**, Central Bureau of Statistics , Ministry of Health and Ministry of Labour and Social Welfare, Jarusalem, Israel, 1991.

OECD Publications, **The Reform of Health Care; A Comparative Analysis of Seven OECD Countries**, Paris, 1994,

OECD, **Financing And Delivering Health Care; A Comperative Analysis of OECD Countries,Paris**, 1987.

OECD, **Health D***ata, 1997-1998, Paris.*

Resmi Gazete, 12 Ocak 1961-Sayı: 10705.

Sağlık İstatistikleri 1993, Sağlık Bakanlığı Araştırma Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı.

SSK Mali İstatistikleri, Ankara, 2001.
T.C. Maliye Bakanlığı Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü, **Bütçe Gerekçeleri**, 1991-1999.

T.C Maliye Bakanlığı Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü, **Bütçe Gerekçesi**, 2000 Ankara.

T.C. Maliye Bakanlığı **Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü İstatistikleri ve Raporları**

T.C. **Sağlık Bakanlığı İstatistikleri**, Başbakanlık yayın No: 615, Başbakanlık Basımevi, 2000, Ankara, Ref: KT46.

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, **Türkiye Sağlık Sistemi Reformu**, Ankara 1996.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, **Türkiye Sağlık Harcamaları Finansman Kaynakları**, 1997-1998, Ankara

T.C. Sağlık Bakanlığı, **Ulusal Sağlık Politikası**, Mart 1993 Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı Projesi Genel Koordinatörlüğü, **Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996**, Ankara 1998.

T.C Milli Savunma Bakanlığı, KKK, HKK ve DKK İstatistikleri, Ankara, 2000.

UNESCO, Statistiscs, 1998,1999, Washington.

World Development Report 1993.

WHO, **Evaluation of Recent Changes in The Financing of Health Services**, *Technical Report Series, Geneva, 1993.*