



SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Ana Bilim Dalı

**TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANINDA
ORTAYA ÇIKAN SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ**



Yüksek Lisans Tezi

Burak SAY

Sivas
Mayıs 2023

SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Ana Bilim Dalı

**TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANINDA
ORTAYA ÇIKAN SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ**

Yüksek Lisans Tezi

Burak SAY

Tez Danışmanı
Doç.Dr. Merve TUNCAY

Sivas
Mayıs 2023

ETİK İLKELERE UYGUNLUK BEYANI

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü bünyesinde hazırladığım bu Yüksek Lisans tezinin bizzat tarafımdan ve kendi sözcüklerimle yazılmış orijinal bir çalışma olduğunu ve bu tezde;

- 1- Çeşitli yazarların çalışmalarından faydalandığımda bu çalışmaların ilgili bölümlerini doğru ve net biçimde göstererek yazarlara açık biçimde atıfta bulunduğumu;
- 2- Yazdığım metinlerin tamamı ya da sadece bir kısmı, daha önce herhangi bir yerde yayımlanmışsa bunu da açıkça ifade ederek gösterdiğimi;
- 3- Başkalarına ait alıntılanan tüm verileri (tablo, grafik, şekil vb. de dahil olmak üzere) atıflarla belirttiğimi;
- 4- Başka yazarların kendi kelimeleriyle alıntıladığım metinlerini, tırnak içerisinde veya farklı dizerek verdiğim yine başka yazarlara ait olup fakat kendi sözcüklerimle ifade ettiğim hususları da istisnasız olarak kaynak göstererek belirttiğimi,

beyan ve bu etik ilkeleri ihlal etmiş olmam halinde bütün sonuçlarına katlanacağımı kabul ederim.

.../.../.2023

Burak SAY

TEŐEKKÖR

Bu tez çalışmasında, tez konusu belirleme sürecinden itibaren bu çalışmanın her aőamasında desteğini, öğreticiliğini, yol göstericiliğini benden esirgemeyen danıőmanım Sayın Doç. Dr. Merve Tuncay’a ve jüri üyelerime teőekkör ederim. Bunun yanında maddi ve manevi desteklerini benden esirgemeyen sevgili aileme ve Kübra Yılmaz’a teőekkörü bir borç bilirim.

Burak SAY

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
KISALTMALAR	v
TABLO LİSTESİ	vii
ŞEKİL LİSTESİ	ix
ÖZET	xi
ABSTRACT	xiii
GİRİŞ	1
I. BÖLÜM	3
1. SAĞLIK HİZMETİ KAVRAMI, SINIRLARI VE ÖZELLİKLERİ	3
1.1. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	4
1.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	4
1.1.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	5
1.1.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri	5
1.2. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı, Kaynakları ve Modelleri	6
1.2.1. Sağlık Finansmanı	6
1.2.2. Sağlık Finansmanının Amacı	6
1.2.3. Sağlık Finansmanının Fonksiyonları	7
1.2.4. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri	8
1.2.4.1. Kamusal Nitelikli Finansman Yöntemi	9
1.2.4.1.1. Vergi Tabanlı Finansman Yöntemi	9
1.2.4.1.2. Sosyal Sağlık Sigortası	10
1.2.4.2. Özel Nitelikli Finansman Yöntemi	11
1.2.4.2.1. Cepten Ödemeler	11

1.2.4.2.2. Özel Sağlık Sigortası.....	12
1.2.4.2.3 Tıbbî Tasarruf Hesapları	13
1.2.4.2.4 Toplum Tabanlı Sağlık Sigortası	14
1.2.4.2.5 Şartlı Nakit Transferi	15
1.2.4.2.6 Teşvik Amaçlı Mikro Banka Kredileri	15
1.2.4.2.7 Özel Sektör ve Kamu Sektörü Ortaklığı	16
1.3. Bazı Ülkelerin Sağlık Sistemleri	16
1.3.1 İngiltere Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Beveridge Modeli	16
1.3.2. ABD Sağlık Hizmetleri Finansmanı	21
1.3.2.1. Medicare Uygulaması	22
1.3.2.2. Medicaid Uygulaması	23
1.3.3 Almanya Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Bismarc Modeli	24
II. BÖLÜM.....	29
2. TÜRKİYE'NİN SAĞLIK REFORMLARININ TARİHÇESİ VE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI.....	29
2.1. Türkiye'nin Sağlık Politikaları Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı.....	29
2.1.1. 1920-1923 Arası Sağlık Reformları.....	29
2.1.2. 1923-1946 Dönemi Türk Sağlık Sistemi	29
2.1.3. 1946-1960 Arası Politikalar.....	30
2.1.4. 1960-1980 Arası Sağlık Politikaları	31
2.1.5. 1980-2002 Arası Dönemi Sağlık Politikaları.....	32
2.1.6. 2003 Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Gerekçeleri	33
2.1.6.1. Aile Hekimliği.....	41
2.1.6.2. Genel Sağlık Sigortası.....	42
2.1.6.2.1. Genel Sağlık Sigortasının Kapsamı	43

2.1.6.2.2. Genel Sağlık Sigortasının Amacı.....	45
2.1.6.2.3. Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Karşılanan Sağlık Hizmetleri	45
2.1.6.2.4. Genel Sağlık Sigortasının Karşılamadığı Sağlık Hizmetleri	46
2.1.6.2.5 Genel Sağlık Sigortasında Katılım Payı Uygulaması	46
2.1.6.2.6. Genel Sağlık Sigortasına Bağlı Sevk Zinciri	47
2.1.6.2.7. Genel Sağlık Sigortasında Prim Oranları.....	49
2.1.6.2.8. Genel Sağlık Sigortasının Avantajları	49
2.1.6.2.9. Genel Sağlık Sigortasının Dezavantajları	54
2.1.6.3. Sağlık Kuruluşlarının Özerkliği.....	56
2.1.6.4. Türkiye’de Özel sağlık Sigortası ve Tamamlayıcı Sağlık Sigortası	57
2.2 Türkiye’nin Sağlık Finansmanı ve Yapısı	58
III. BÖLÜM.....	61
3. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ HARCAMALARI VE FİNANSMANININ ZAMAN İÇERİSİNDEKİ GELİŞİMİ VE KARŞILAŞILAN SORUNLARIN TESPİTİ.....	61
3.1. Amaç ve Önem.....	61
3.2. Veri Seti ve Yöntem	61
3.3. Literatür Taraması	62
3.4. Sağlık Harcamalarına ve Finansmanına Yönelik Göstergelerin Gelişimi ve Sağlık Harcamalarını Etkileyen Küresel Olaylar.....	65
3.4.1. Türkiye'nin Toplam Sağlık Harcaması ve ABD, İngiltere, Almanya ile Karşılaştırılması	66
3.4.2. Türkiye'nin Sağlık Harcamalarının Yıllar İtibarıyla GSYİH' deki Payı ve Diğer Ülkelerle Kıyaslaması	68
3.4.3. Türkiye'nin Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları ve ABD, Almanya ve İngiltere ile Kıyaslanması.....	71

3.4.4. Türkiye, ABD, Almanya ve İngiltere'nin Cepten Ödeme Harcamalarının Karşılaştırılması.....	74
3.4.5. Türkiye'nin Sağlık Harcamalarının Finansman Şekline Göre ABD, İngiltere ve Almanya ile Karşılaştırılması.....	76
SONUÇ VE DEĞERLENDİRME	79
KAYNAKÇA	85
ÖZ GEÇMİŞ.....	95



KISALTMALAR

OECD	: Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü)
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
SGP	: Satın Alma Paraditesi
GSYİH	: Gayri Safi Yurt İçi Hâsıla
WHO	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
NHS	: National Health Service (Ulusal Sağlık Sistemi)
YHS	: Yasal Hastalık Sigortası
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
STK	: Sivil Toplum Kuruluşları
AR-GE	: Araştırma ve Geliştirme
SSGSS	: Sosyal Sigortalar Ve Genel Sağlık Sigortası
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
KHK	: Kanun Hükmünde Kararname
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
USD	: United States Dollar (Amerikan Doları)
DRG	: Teşhise Dayalı Grup
TİG	: Teşhis İlişkili Gruplar
BAĞ-KUR	: Esnaf ve sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu



TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Bebek ve beş yaş altı ölüm hızı, 2009-2019	52
Tablo 2: 2011-2020 Arası Sağlık Harcamaları	52
Tablo 3: Genel devlet ve özel sektöre göre toplam sağlık harcaması, 2019-2020....	53
Tablo 4: Türkiye'nin 2002-2020 Sağlık Harcamaları, Kamu ve Özel Sektör Payı ..	67
Tablo 5: Amerika, Almanya, Türkiye ve İngiltere Cari Sağlık Harcamaları OECD Verileri (Milyar Dolar)	68
Tablo 6: Sağlık Harcamalarının GSYİH Payının Gelişmiş OECD Ülkeleriyle Karşılaştırılması(%)	69
Tablo 7: Türkiye'nin Kişi Başı Yapılan Sağlık Harcamaları, 2002-2020	71
Tablo 8: Yıllara Göre Kişi Başı Sağlık Harcaması SGP ABD \$	72
Tablo 9: Türkiye'nin Gelişmiş Oecd Ülkeleri İle Kişi Başına Cari Sağlık Harcamaları(Dolar)	71
Tablo 10: Türkiye, ABD, İngiltere ve Almanya'nın Cepten Harcama OECD Verileri(USD)	75
Tablo 11: Türkiye'nin Sağlık Harcamalarının Finansman Şekline Göre Karşılaştırılması(%)	76



ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: İngiltere OECD Sağlık Harcamalarının GSYİH Payı	17
Şekil 2: İngiltere Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcamaları OECD Verileri ...	18
Şekil 3: ABD Sağlık Harcamalarının GSYİH'den Aldıkları Pay, OECD Verileri	21
Şekil 4: ABD Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcamaları, OECD Verileri	22
Şekil 5: Almanya Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı OECD Verileri	25
Şekil 6: Almanya Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcamaları OECD Verileri..	26
Şekil 7: Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısı ve Görev Dağılımı (2022).	40
Şekil 8: Sevk Zinciri Basamakları	49
Şekil 9: Kişi başına sağlık harcaması, 2011-2020 (TL.....	53
Şekil 10: Türkiye'nin Yıllar İçerisindeki Sağlık Harcamalarının Yıllar İtibarıyla GSYİH Payı	69
Şekil 11: Sağlık Harcamalarının GSYİH Payının Gelişmiş Devletler, OECD ve Avrupa Birliği Kıyaslanması	70
Şekil 12: Kişi Başı Cari Sağlık Harcamasının Diğer Ülkelerle Karşılaştırması, SGP ABD \$	74

ÖZET

Sağlık hakkı ülkemizde anayasal bir haktır. Bu hakkın verilebilmesi için kamunun ve özel sektörün sağlık harcaması yapması gerekmektedir. Bu harcamanın etkin bir şekilde yapılması için finansal kaynaklara ihtiyaç vardır. Ülkemizde sağlık harcamaları, vergiler, Sosyal Güvenlik Kurumu katılım payları, özel sağlık sigortaları ile finanse edilmektedir. Fakat karma sistem uygulanmasına rağmen sağlık harcamalarının büyük bir kısmı kamu tarafından finanse edilmektedir.

Bu çalışmada 2002-2020 yılları arasındaki Türkiye, Almanya, İngiltere ve Amerika Birleşik Devletleri'nin toplam sağlık harcamaları, sağlık harcamalarının gayri safi yurtiçi hasılasından aldıkları payı, kişi başına düşen sağlık harcamalarının OECD ve TÜİK verileri incelenerek karşılaştırma yapılmıştır. Bu çalışma sonucunda Türkiye'nin OECD, Avrupa Birliği ve incelenen devletlerinin sağlık harcaması bakımından çok geride kaldığı tespit edilmiştir. Özellikle 2008 küresel finansal kriz ve 2019 Covid-19 salgını döneminde harcamaların ve gayri safi yurt içi hasıladan aldıkları paylarda azalma, OECD ortalaması ve diğer ülkelerin gerisinde kaldığı görülmektedir. 2003 yılından uygulamaya giren Sağlıkta Dönüşüm Programının da Türkiye'deki sağlık harcamalarını ve finansmanını ne kadar verimli hale getirip getirmediği incelenmiş sonuç olarak hala istenilen sonuca ulaşamadığı görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Gayri Safi Yurt İçi Hâsıla, Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması, Sağlık Finansmanı, Sağlık Harcaması, Vergiler



ABSTRACT

The right of health is a constitutional right in our country. In order to be given this right, the public and private sector must spend on health expenditures. It is necessary to have financial resources for this expenditure to be spent effectively. The health expenditures in our country are financed by taxes, social security institution, participation shares and private health insurances. But despite the mixed system is applied, most of the health expenditures are financed by the public.

In this study, between 2002-2020 the total health expenditures of Türkiye, Germany, England and the United States of America share of health expenditure taken their gross domestic product and OECD and TUIK data of per person health expenditures were analyzed and a comparison was made. As a result of this study, it has been determined that Türkiye is far behind of OECD, the European Union and the examined states in terms of health expenditures. Especially it has been seen decreasing in the amount of expenditures and their share in gross domestic product and staying behind the OECD average and other countries during the 2008 global financial crisis and the period of 2019 Covid-19 pandemic. Also the transformation program in health launched 2003 has been examined how efficient the health expenditures and financing in Türkiye. In conclusion it has been seen that desired result is still not achieved.

Keywords: Gross Domestic Product, Health Spending Per Person, Health Financing, Health Spending, Taxes



GİRİŞ

Sağlık hizmetleri; istenilen sağlık durumunu gerçekleştirmek, hastalıklarla mücadele etmek ve bunları önlemek için yapılan çabaların bütünüdür. Bu çabaları gerçekleştirmek için finansal kaynaklara ihtiyaç vardır. Bu kaynakların etkin ve verimli şekilde nasıl kullanılacağına dair birçok görüş mevcuttur. Bu görüşler; finansal kaynakların nereden temin edileceği, ne kadarının devlet tarafından ne kadarının toplum tarafından karşılanacağı gibi sağlık hizmetlerinin finansmanında önemli çalışma alanları oluşturmıştır. Sağlık finansmanının amacı, toplumun sağlık düzeyini en düşük maliyetle en yüksek seviyeye getirmektir. Özellikle gelişen teknoloji ve yeni hastalıkların ortaya çıkması, yeni maliyetler doğurduğu için sağlık finansmanının güncel kalmasını gerektiren yöntemler oluşturulmalıdır.

Bu çalışmada Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin finansmanının nasıl sağlandığı, sağlık harcamalarının ne şekilde yapıldığı incelenmeye çalışılmıştır. Amerika Birleşik Devletleri(ABD), Almanya, İngiltere'nin yanı sıra OECD ve Avrupa Birliği ortalamaları ile karşılaştırma yapılarak Türkiye'nin sağlık hizmetleri finansmanında ki sorunlar gösterilmeye çalışılmıştır. Gösterilmeye çalışılan sorunlar için de çözüm önerileri geliştirme amacı taşımaktadır.

Çalışmanın birinci bölümünde sağlık hizmetleri ve sağlık finansmanı hakkında temel bilgiler verilmiştir. Bu bilgiler doğrultusunda Amerika Birleşik Devletleri(ABD), İngiltere ve Almanya gibi gelişmiş ülkelerin sağlık hizmetleri ve sağlık politikaları hakkında bilgi verilmiştir. Bu ülkelerin 2010-2020 yılları arasındaki sağlık harcamalarının Gayri Safi Yurt İçi Hasıla'dan (GSYİH) aldıkları pay ve kişi başına yapılan cari sağlık harcamaları hakkında bilgiler verilmiştir.

Çalışmanın ikinci bölümünde ise Türkiye'nin sağlık politikalarının tarihçesi, Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Türkiye'nin sağlık hizmetleri finansmanı hakkında bilgi verilmiştir. Bu programdan sonra yürürlüğe giren Genel Sağlık Sigortası(GSS), Aile Hekimliği ve Sağlık kurumlarının özerkliği hakkında bilgiler verilerek Türkiye'nin sağlık sistemi hakkında detaylı bilgiler verilmiştir.

Çalışmanın üçüncü bölümünde; Türkiye, Almanya, İngiltere ve ABD'nin toplam sağlık harcamaları, kişi başına yapılan sağlık harcamaları, sağlık harcamalarının GSYİH'da ki payları karşılaştırılmıştır. Bu karşılaşmada OECD, TÜİK ve Sağlık Bakanlığı verileri esas alınmıştır. Bu veriler ışığında Türkiye'nin bu ülkeler, OECD ortalaması ve Avrupa Birliği ortalaması karşısında ne durumda olduğu gösterilmeye çalışılarak sağlık hizmetleri finansmanında ki eksiklikler tespit edilerek çözüm üretilmeye çalışılmıştır.

Bu çalışma sonucunda Türkiye'nin sağlık harcamaları konusunda Almanya, İngiltere ve ABD'nin, OECD ve Avrupa Birliği ortalamasının geride kaldığı görülmektedir. Bu eksikliğin giderilmesi için harcamaların ve GSYİH'da ki payın arttırılması gerektiği, daha etkin bir sağlık hizmetleri finansman yönetiminin geliştirilmesi gerektiği önerisi sunulmaya çalışılmıştır.

I. BÖLÜM

1. SAĞLIK HİZMETİ KAVRAMI, SINIRLARI VE ÖZELLİKLERİ

Temel anlamıyla sağlık; sadece hastalıkların ve rahatsızlıkların olmayışı değil, bir bütün olarak fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan iyi olma hâli olarak tanımlanır (WHO 1946). Sağlık hizmetleri ise sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisi için yapılan; arz, finansman mevzuat ve politikalardan oluşan bütündür (Ateş 2013: 2). Sağlık hizmetleri, toplum sağlığının korunması ve bu sağlık durumunun sürdürülebilir olması için yapılan çalışmaların tamamıdır. Bu hizmetler genellikle toplumun sağlık durumunun korunması için teşhis, tedavi ve buna bağlı olarak hastalıkların engellenmesi ve bireylerin gelişen şartlara yönelik hizmetlerin geliştirilmesi için yapılan çalışmaların tümünü kapsar. Yapılan çalışmaların amacı, daha iyi bir toplum oluşturmaya ve refah seviyesini arttırmaya yöneliktir. Bu hizmetler kamusal faaliyet olmanın yanında, devletin denetiminde özel sektörün verdiği hizmetlerden oluşur. Sağlık hizmetleri, önlenemeyen hastalıkların tedavisinde etkin rol oynar. Bu hizmetler, ne kadar etkin ve verimli yürütülürse toplumun refah seviyesi de o kadar artacaktır.

Sağlığın daha üst seviyeye çıkarılması ve hizmetlerin daha etkin sunulabilmesi amacıyla I. Uluslararası Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Konferansı, 1986'da Ottawa'da gerçekleştirilmiştir. Sözleşmeye göre; bireylerin sağlıklı kalabilmesi için gelir düzeyi, eğitim seviyesi, beslenme ve çevresel koşullar gibi özelliklerin standardize edilmiş şekilde tasarlanmış olması gerekmektedir(WHO 2005).

Sağlık hizmetlerinin sunulmasında ülkelerin makroekonomik politikalarının, makro değişkenleriyle güçlü bir ilişki içerisinde. Ülkelerin siyasi, ekonomik ve kültürel yapısı sağlık hizmetlerinin sunulmasında etkin rol oynamaktadır.

Sağlık hizmetlerinin belli başlı özellikleri vardır. Bunlar aşağıdaki gibi sıralanabilir (Ateş 2013: 3):

- Sağlık hizmetleri emek gerektiren yoğun bir hizmettir.
- Sağlık hizmetlerinin sunulması ivedilikle gerçekleştirilmekte ve ertelenmesi söz konusu olmamaktadır.
- Sağlık hizmetlerinde branş yükü fazla olduğu için uzmanlaşma düzeyi yüksek olmaktadır.
- Sağlık hizmetinin sunucuları ve bu hizmeti alanlar arasında bilgi asimetrisinden dolayı yani sunucular bu konuda daha fazla bilgi sahibi olduğundan alıcılar sunuculara bağımlı olmaktadır.
- Sağlık hizmetlerinin sunulması sonucundan somut çıktı verisi olmadığı için hizmetin kalite standartlarını oluşturmasını ve sunulan hizmetlerin fiyatlandırılmasını güçleştirmektedir.
- Yetersiz sunulan sağlık hizmetleri, toplumda ciddi sorunlara yol açmaktadır.
- Sağlık hizmetleri sunulurken dışsallıklar ortaya çıkmaktadır.
- Sağlık hizmetleri, kamusal ve yarı kamusal nitelik taşımaktadır.
- Sağlık hizmetlerinden yararlanan bireylerin her biri aynı toplam faydayı elde edememektedir.
- Sağlık hizmetleri devletlerin evrensel olarak karşılamak zorunda oldukları bir hizmettir.

1.1. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri üç çeşit sınıflandırılmaya tabî tutulur. Bunlar: koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilite edici sağlık hizmetleridir.

1.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri toplum için gerekli olan temel sağlık prosedürlerini uygulayarak oluşabilecek hastalıkları önceden engellemek ve daha sağlıklı bir toplum yaratmak için sunulan hizmetlerdir (Akdur 2016: 12). Koruyucu sağlık hizmetlerinin amacı, topluma yüksek maliyet yükü oluşturmeyen hizmetleri hızlı ve verimli bir şekilde sunmaktır. Bu hizmetler çevreye ait ve kişiye ait koruyucu hizmetler olmak üzere ikiye ayrılır. Çevreye ait olan koruyucu sağlık hizmetleri,

çevresel sağlığı kötü yönde etkileyen ve bu etkilerin sonucu oluşan olumsuzlukları toplumsal bir etki yaratmaması için yapılan hizmetlerdir. Bu hizmetin amacı; su kaynaklarında oluşan olumsuzluklar için tedbir almak, hava kirliliğine, sağlığa olumsuz etki oluşturan canlılara ve kentsel zararlı atıklara karşı koruyucu hizmet sunmaktır. Kişiyne ait koruyucu hizmetler ise toplumun bireysel sağlık sorunlarına karşı yapılan hizmetlerdir. Kişilerin sağlıklı beslenmesine önem veren, hastalıklara karşı bağışıklık kazanmasını sağlayan, oluşacak hastalıklarda erken tanıyı amaçlayan, bireysel hijyene önem veren ve kötü alışkanlıklara karşı tedbir alan hizmetlerdir(sekadh.saglik.gov.tr).

1.1.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri, ortaya çıkan sağlık sorunlarını gidermek ve bu sorunları ortadan kaldırmak için yapılan hizmetlerdir. Bu hizmetler üç basamaktan oluşur: Birinci basamak tedavi edici sağlık hizmetleri, ikinci basamak tedavi edici sağlık hizmetleri ve üçüncü basamak tedavi edici sağlık hizmetleridir(Başol 2015;130). Birinci basamak tedavi edici sağlık hizmetleri, temel olarak kabul edilmiş ayakta ve basit yöntemli tedavilerden oluşur. Genellikle aile sağlık merkezlerinde, dispanserlerde verilen tedavi hizmetleridir. İkinci basamak tedavi edici sağlık hizmetleri, ilk basamaktaki kuruluşlarda ve tedavi hizmetlerinde sonuç alınamamış vakaların yatarak tedavi edildiği basamaktır. Bu basamak, genel hastane hizmetlerini kapsar. İl ve ilçe hastaneleri bu gruptadır. Uzmanlık gerektiren, belirli branşlar üzerinden yapılan tedavi hizmetleri ise üçüncü basamak tedavi edici sağlık hizmetlerini kapsar. Onkoloji hastaneleri, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri, üniversite araştırma hastaneleri, bölge hastaneleri bu basamağa örnektir(Alu 2017; 36).

1.1.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri

Rehabilitasyon; insan vücudunda, fiziksel ve ruhsal anlamda meydana gelen hasarların, sakatlıkların giderilmesi ve kişinin kendi başına sağlıklı bir şekilde hayatını devam ettirmesini sağlayan sağlık hizmetidir(Çoban 2009; 18). Bu hizmet, bireye tıbbî ve sosyal olarak iki şekilde hizmet sunar. Tıbbî iyileştirme; bireyin fiziksel olarak sakatlanması durumunda, sakatlığı gidermek için verilen hizmettir. Sosyal olarak sunulan rehabilitasyon hizmeti ise kişinin ruhsal ve psikolojik

sorunlarını gidermek ya da bu sorunlardan dolayı uzak kaldığı topluma yeniden kazandırmak için verilen hizmettir(acikders.ankara.edu.tr).

1.2.Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı, Kaynakları ve Modelleri

1.2.1. Sağlık Finansmanı

En genel tanımıyla sağlık finansmanı; sağlık sektöründe finansal kaynakların harekete geçirilmesini ve kullanılmasını içeren geniş kapsamlı bir kavramdır (Lee, Goodman 2002: 98). Sağlık hizmetlerinin sunulmasında finansal kaynakların nasıl sağlanacağını, nerede toplanacağını ya da kaynağın kimler arasında paylaşılacağını inceleyen, öngören yöntemlerin bütünüdür. Küreselleşen dünyada artan teknolojik imkânlar, yeni tedavi hizmetleri, hizmetlere ulaşmayı kolaylaştırmak için artan sağlık harcamaları, tüm dünyada sağlık finansmanı sorununu ortaya çıkarmıştır. Sağlık hizmetlerinden tüm bireylerin faydalanmasını sağlamak, sağlık hizmetlerini sürekli kılmak için finansman kaynakları yaratmak, farklı finansman yöntemleri kullanmak ve bu kaynakları verimli hale getirmek sağlık hizmetlerinin etkili uygulanması için çok önemlidir (Orhaner 2018: 94).

Bir ülkede sağlık finansmanını etkin ve verimli şekilde kullanmak, sağlık hizmetlerinin uygulanması açısından önemli yere sahiptir. Alıcılar ve satıcılar arasındaki bu köprü; hizmet alıcılarının ve sunucularının aldığı sağlık hizmetinin ücretini doğrudan mı, üçüncü bir kuruluş tarafından mı ödeneceğini, bu ödemenin hangi oranla, hangi kanal ile yapılacağını, sağlık finansmanının çalışma konusunu oluşturur(Mossialos, ve Dixon 2002: 2-3).

1.2.2. Sağlık Finansmanının Amacı

Sağlık finansmanının amacı, tüm toplumun sağlık hizmetlerini tam anlamıyla alabilmesi için finansal bir kaynak oluşturmak ve verimli bir şekilde devamlılığını sağlamaktır. Bu kaynak sağlanırken amaç, sosyal devlet anlayışı çerçevesinde eşit, adaletli ve toplumun gelir düzeyini azaltmadan en etkin şekilde kaynak oluşturmaktır (İstanbulluoğlu, Güle ve Oğur 2010: 89).

1.2.3 Sağlık Finansmanının Fonksiyonları

Sağlık finansmanının fonksiyonları üçe ayrılır: gelir toplamak, fon havuzu oluşturmak ve sağlık hizmeti sunucularına ödeme yapmaktır. Gelir toplama, sağlık hizmetleri finanse edilirken kaynak bulunması için yapılan ve planlanan politikalar. Uygulanacak politikanın cevap aradığı sorular ise kimden alınacağı, ne kadar alınacağı ve kimleri kapsayacağıdır. Amaç, hizmetlerin verilebilmesi için finansal kaynakların kullanım öncesi gelirleri toplayarak fon oluşturmaktır. Gelir toplama belli başlı yöntemlerle yapılır. Bunlar: vergiler, sosyal sağlık sigortaları, tıbbî tasarruf hesapları, özel sağlık sigorta primleri, cepten ödemeler ve bağışlardır. Toplanan gelirlerin büyük çoğunluğu doğrudan ya da dolaylı şekilde vatandaşlardan temin edilir. Bu gelir, özel kâr amaçlı ve kâr amacı gütmeyen kamu kuruluşları vasıtasıyla toplanır (İstanbuluoğlu, Güle ve Oğur 2010: 89-90).

Fon havuzlama, muhtemelen oluşacak sağlık risklerine karşı ihtiyat amaçlı yapılan finansman risklerine karşı oluşturulan tedbirdir. Fon havuzu oluşturma fonksiyonu, verilen sağlık hizmetleri sonucu oluşan ödeme risklerinin, fonun oluşması için ödeme yapan taraflar arasında paylaştırılmasıdır(Ermut 2014: 97). Burada risk paylaştırılarak gelir havuzu oluşturulur. Fon havuzlamada politikalar uygulanırken iki soruya cevap aranır: oluşturulan kaynaklar nasıl birikecek ve hizmet arzına nasıl ödeme yapılacaktır. Fon havuzlama yani diğer adıyla sigorta fonksiyonunun amacı, öngörülemeyen sağlık hizmeti talebinin oluşturacağı riski paylaştırarak malî yükü azaltmaktır. Fon havuzlamayı yapanlar, gelir toplama görevini icra eden kurumlarla aynı olabilir(Yaşar 2010: 32).

Sağlık finansmanının son işlevi ise hizmet sunucularına ödeme yapmaktır. Gelirler toplandıktan sonra hizmetten yararlananların aldığı hizmet bedeli, sağlık hizmetini sunan hizmet sunucularına, kurum ve kuruluşlarına aktarılır. Yöntemleri ise hizmet başına ödeme, gün başına ödeme, oluşan vaka başına göre ödeme, kişi başına ödeme, bütçe ve ücret ödemesidir (Çelik 2016: 169).

Yapılan hizmet başına ödemeler, tedavi sırasında hastaya yapılan tüm hizmetler için yapılan ödemelerdir(WHO 1993: 37). Bu yöntemin sağladığı avantajlardan biri, hizmetin sunulmasını garanti ederek kaliteli sağlık hizmeti sunmaktır. Sağladığı bazı avantajların yanında bu yöntemin dezavantajları da

bulunur. En büyük dezavantaj, hizmetten kâr sağlayanların kârını yükseltmek için hastanın ihtiyacı olmamasına rağmen hizmeti sunmak ya da sunmuş gibi göstererek etik olmayan sorunlara ve israfa yol açmaktır(sdplatform.com).

Gün başına ödeme sistemi, hastanın hastanede yattığı süre boyunca gün sayısı üzerinden hesaplanarak ortaya çıkan ödemelerdir. Bu yöntemin uygulanması minimal zorluk derecesine sahiptir. Fakat hizmet sunucuları bu yöntemden daha fazla kâr elde etmek için hastanın, hastanede yatış süresini gereğinden fazla uzun tutması bu yöntemin dezavantajını oluşturur(Bulut, Şengül 2019: 200).

Vaka başına ödeme modeli, sağlık kuruluşuna başvuran hastanın tüm tedavilerinde hekim tarafından konulacak olan teşhise göre ödeme yapmasıdır. En önemli özelliği, hastaya konan teşhis grubuna göre belirlenen ve sabit bir fiyat üzerinden o teşhis doğrultusunda yapılan her hizmetin kapsama dâhil olduğu Teşhis İlişkili Dayalı Grup (TİG) ödemesidir (Çelik 2016: 170). Bu yöntemin avantajı, etkin maliyet göstergesi olmasının yanında gereksiz hizmet sunumu yükünü ortadan kaldırmaktır.

Kişi başına ödeme modeli, sağlık kuruluşlarında tedavi altına alınan hasta sayısına göre ödeme yaparak hizmet ödemesinden muaf tutmaktadır(Kocakanat 2018:32).Bu yöntemin avantajı, sadece kişi başına ödeme yapıldığı için gereksiz hizmet ödemesi sorununu ortadan kaldırmaktır. Dezavantajı ise hizmet sunumu bilinmediği için asıl hizmetin sunulmasını zorlaştırmaktır(Demirel 2020: 8).

Bütçe ödemesi yönteminde, sunulan hizmetlerin maliyetlerini izleyebilmek için yapılan sabit ödemeler söz konusudur. Amaç, gereksiz hizmetleri engelleyebilmektir(Akyürek 2012: 133).

Ücret ödemesi yöntemi, personel ücretleri için kullanılır. Tedavi için gerekli olan malzemeleri kapsamamaktadır.

1.2.4. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri

Sağlık hizmetlerinin finansmanı, uygulanma ve nitelik bakımından elde edilme yöntemlerine göre ikiye ayrılır: kamu eliyle sağlanan finansmanlar, kamusal nitelikli; özel sigorta ve fonlardan sağlananlar ise özel nitelikli finansman yöntemleridir.

1.2.4.1. Kamusal Nitelikli Finansman Yöntemi

Kamusal nitelikli finansmanların büyük bir çoğunluğu genel vergiler ile sağlanır. Fakat bunun yeterli olmadığı durumlarda kamusal nitelikli sigortaların primleri (sosyal sağlık sigortaları, genel sağlık sigortaları) ile sağlanarak finanse edilir.

1.2.4.1.1. Vergi Tabanlı Finansman Yöntemi

Sağlık hizmetlerinin finansmanında sıkça kullanılan vergi tabanlı finansman yöntemi, vatandaşlar tarafından ödenen vergiler ile oluşturulan havuzdan sağlık hizmetlerine aktarılma sürecidir (Tatar 2011: 112). Bu yöntemde tüm toplumun sağlık ihtiyacı kapsam dâhilindedir. Toplum için sunulan sağlık hizmetleri katkı payları hariç tamamen ücretsiz sunulmaktadır. Toplumda sağlık hizmetine ihtiyaç duyanların anında hizmet alması söz konusudur. Kişinin gelir durumu ve ödediği vergi ne kadar olursa olsun sağlık hizmeti alması engellenemez. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin finansmanının vergilerle karşılanması önemli bir yere sahiptir.

Sağlık hizmetlerinin finansmanında vergi yönteminin kullanılması için kaynak, doğrudan ve dolaylı vergiler ile oluşturulur. Bireylerin gelirleri üzerinden vergi alınırsa doğrudan, harcamaları üzerinden (KDV, ÖTV vs.) kesilen vergiler ise dolaylı vergilerdir. Vergi ile sağlık hizmetlerinin finansmanına Beveridge Modeli de denir. Bu model 2. Dünya Savaşı'ndan sonra İngiltere'de uygulanmaya başlanmıştır. Bu model temel olarak Sovyet Sağlık Hizmetine dayanır. Vergi gelirleriyle tüm toplumun sağlık güvencesi teminat altına alınmıştır(Özmen 2017: 603).

Vergi ödemesi zorunlu olduğu için gelir elde etmek amacıyla aracı bir kurum kullanılmamaktadır. Bundan dolayı elde edilen gelirin hizmete çevrilmesi daha kolay ve pratiktir. Bu sistemin uygulanmasındaki en önemli faktör, adil vergi uygulamasıdır. Vergiyle finanse edilen sağlık hizmetleri modelinde temel varsayım; vergilerin adil bir sistemde toplanmasına, toplanan vergilerle sunulan sağlık hizmetlerinin doğrudan sağlık ihtiyacı olan taraflarca kullanılmasına ve sağlık hizmetlerinin de bu doğrultuda şekillenmesine dayanır (Manavgat 2018: 66).

Bu sistemde devletin kendi elinde birçok sağlık kuruluğu mevcuttur. Bu kuruluğların giderleri, çalışanların creti ve tedavi hizmetlerinin bedelleri devlet tarafından toplanan vergilerle finanse edilir.

1.2.4.1.2. Sosyal Sağlık Sigortası

Devletin, deme gücü olmayanların sağlık hizmeti alabilmesi için katkı yaptığı modeldir. Firmalar, alışanlar, şahs olarak çalışanlar devlet tarafından prim yoluyla bu fon havuzuna katkı sağlar. Sosyal devlet anlayışı gereği bu oluşturulan fonun amacı toplumsal yardımlaşmadır. Devlet tarafından oluşturulan bu sigorta fonuna işveren ve işçinin ücretine göre prim hesaplanır ve bu fona aktarılır. Bu modelde sigorta kurumuna üyelik mecburidir. Sistemin finansmanı ağırlıklı olarak devlet tarafından desteklenmektedir (Ateş 2016: 17). Almanya kökenli bu modele Bismarc Modeli de denir. 1883 yılında Almanya’da Bismarc tarafından uygulanmıştır. Bu sistemdeki amaç, zorunlu olarak sigorta fonuna katılımı arttırmak ve işveren ile çalışanların bu fona prim yoluyla katılmasını sağlamaktır (iienstitu.com).

Sosyal sağlık sigortasının temel özellikleri şunlardır (Kocasoy 2014: 64):

- Sosyal sağlık sigortası yapılan bireylerin gelirlerine göre sigorta fonuna düzenli olarak katılımını sağlar.
- Sosyal sağlık sigortası, genellikle yarı özerk veya bağımsız kurumlar tarafından yönetilir.
- Sosyal sağlık sigortası, toplumun tamamını ya da büyük bir çoğunluğu için zorunludur.

Bu modelde prim oranlarının hesaplanması ülkeler arasında farklılık gösterir. Bu farklılıklar ülkelerin malî yapısı ile yakından ilişkilidir. Bazı lkeler sabit oranlı bir prim oranı oluştururken bazı ülkeler ise üyelik statüsüne göre oran oluşturur.

Sosyal sağlık sigortası, özel sigortadan bazı özellikler bakımından ayrılır. Bunlar(iienstitu.com):

- Sosyal sağlık sigortasında amaç dayanışmadır.
- Sosyal sağlık sigortasında risk arttıka prim oranları ve miktarları artmaz.
- Sosyal sağlık sigortasında fayda toplumun tamamı içindir.

- Sosyal sağlık sigortasının sözleşme esasları kanunlarla belirlenir ve kanunlarla uygulanır.

1.2.4.2. Özel Nitelikli Finansman Yöntemi

Özel nitelikli finansman türleri, kamunun kapsamadığı durumlarda kullanılır. Genellikle kapsam dışı olan tedaviler ile hizmetler için bu tür finansman yöntemi uygulanır. Özellikle ülkemizde kullanılan katılım payları, özel hastanelerde ortaya çıkan fatura farkları ve hiçbir şekilde kapsama dâhil olmayan hizmetlerin finansmanı için kullanılır.

1.2.4.2.1. Cepten Ödemeler

Bu yöntem, sağlık hizmetleri bedelinin, aracı bir kurum olmadan hizmetin satın alındığı anda kişinin kendisi tarafından ödemesidir. Genellikle sigorta tarafından karşılanmayan ya da devlet tarafından kapsam dâhilinde olmayan ödemelerdir. Estetik ameliyatlar, güvence kapsamı dışında kalan ilaçların paraları, özel hekim muayeneleri için ödenen paralar örnek verilebilir (Orhaner 2018: 99). Hastaların hizmet almak için bekleme yapmak istememesi durumunda bu yöntemden yararlanılabilir.

Cepten ödeme modeli, kamu finansmanı için ek bir gelir oluşturur. Sunulan hizmetler için ilave gelir kaynağı oluşturur. Cepten ödeme modeli iki şekilde yapılır: ilki doğrudan ödemedir, diğeri katkı payları şeklindedir(Uğurluoğlu, Özgen 2008: 147).

Doğrudan ödemeler; kapsam dışı ilaç, özel hekim ya da özel nitelikli ameliyatların bedelini bizzat kişinin kendisi tarafından ödemesidir. Katkı payları ise finansman kaynaklarına katkı amaçlı, hizmetin belli bir kısmının kişi tarafından ödenmesidir. Kullanıcı katkı payları iki durumda uygulanır. İlki; sağlık harcamalarının genelde düşük ve düşmekte olduğu durumlarda sağlık hizmetleri için var olandan fazla kaynak yaratmak amacıyla kullanılması, ikincisi ise yüksek olduğu ve hızla yükselmeye devam ettiği durumlarda talebi azaltarak verimliliği arttırmak ve maliyetleri kısmak amacıyla kullanılmasıdır (Çelik 2016: 190). Fakat katkı paylarının artış göstermesi, ödeme gücü sıkıntısı yaşayan insanların üzerinde yük

oluşturup sağlık hizmetini yeterli miktarda alamayarak toplumsal dayanışmanın aksine bir sonuç doğurur.

Sağlık sistemlerinde kullanıcı katkılarının olumsuz etkilerini en aza indirmek için bazı muafiyetler getirilebilmektedir. Ülke örnekleri incelendiğinde; diyabet, hipertansiyon gibi kronik hastaların, kanser ile harcamaların ve bazı ülkelerde düşük gelir grubundakilerin katkı paylarından muaf tutulduğu görülmektedir (Tatar 2011: 114).

1.2.4.2.2. Özel Sağlık Sigortası

Sağlık harcamaları öngörülen bir harcama türü değildir. Kişinin ileride karşılaşacağı hastalık riskleri ve boyutu tahmin edilemez. Kişiler bu tür durumlar için ihtiyatlı davranmak zorundadır. Bu tür durumlarda devreye sağlık sigortası girer. Oluşacak riskler için önceden ödenen primler sayesinde sigorta şirketi ödemeyi üstlenir(Tatar 2011:114).

Özel sağlık sigortası; bireysel olarak gönüllük esaslı, herhangi bir sigorta kurumuna üye olsun ya da olmasın ortaya çıkacak kaza, hastalık, muayene ihtiyacı, ilaçlar ve tıbbî malzemeler için ortaya çıkan ödemeleri üstlenen sigorta türüdür. Özel sağlık sigortaları, ihtiyatlılık amaçlı şu anki zaman diliminde ya da ileriki zamanlarda bireylerin oluşacak sağlık olumsuzluklarına karşı önceden tedbir almasıdır (Çelikay, Gümüş 2014: 190).

Özel sigortanın amacı, tamamlayıcı olmak ya da cepten ödeme modelinin risklerini yok etmektir. Özel sigorta; kişinin yaş, cinsiyet, meslek ve hastalık derecesi (kronik, kapsam) vb. durumlarını ortaya çıkaran teminatı, primi ve kapsamın statüsünü belirler. Tamamlayıcı sağlık sigortaları; kamu sigortasının kapsam dışı bıraktığı ilaç, tedavi ve tıbbî müdahalelerini finanse edebilmek için devreye giren sağlık sigortasıdır. Tamamlayıcı sağlık sigortası, sağlık hizmetlerine bireylerin ulaşımını hızlandırmak için tercih edilmektedir (Kocasoy 2014: 67). Cepten ödeme modelinin risklerini ortadan kaldırmak için var olan bu sigorta, tedavinin tamamını ya da büyük bir kısmını finanse eden türdür.

Sigorta şirketi ile sigortalı arasında kendi çıkarlarına uygun poliçe düzenlenerek sigorta başlangıcı sağlanır. Bu poliçede sigortanın kapsamı, teminat

tutarı, şartlar, yükümlölükler yer alır. Bu yükümlölükler ölkelerde farklılık gösterebilir. Sigortada poliçe oluşturulurken süre 1 yıl olacak şekilde hazırlanır. Poliçedeki sürenin sonuna gelindiğinde sigorta şirketinin belirlediği ya da tarafların kendi aralarında mutabık oldukları sigorta tarifesı yürürlüğe girer. Sözleşmeler taraflarca yenilenebildiği gibi Portekiz, Avusturya, İrlanda, Avusturalya, Yunanistan, Almanya, İsviçre'de olduğu gibi yalnız sigortalı tarafından yenilenebilir (Ateş 2016: 24).

Günümüzde ABD, özel sağlık sigortası uygulamasında en baskın devlet konumundadır. Özel sağlık sigortası zorunlu tutulmuş fakat kapsamı ve statüsü, kişilerin gelir durumuna göre farklılık göstermiştir.

Her yöntemde olduğu gibi özel sağlık sigortasının da riskleri mevcuttur. Bu riskler (İstanbuluoğlu vd. 2010: 91);

- Primlerin miktarının doğru olarak belirlenmemesi,
- Kişilerin sigorta şirketinden var olan hastalıklarını gizleyebilmesi,
- Özel sigorta şirketlerin yüksek sağlık riskli grupları sigortalamaktan kaçınması,
- Bireylerin sigortalandıktan sonra riskli davranışlarda bulunabilmesi,
- Şirketlerin sigorta tekelleri yaratma eğilimleri,
- Adalet ve dayanışma kavramlarının zedelenebilmesidir.

1.2.4.2.3 Tıbbî Tasarruf Hesapları

Bu finansman yöntemi, kişilerin zorunlu ya da gönüllü olarak bu bağlamda açılan hesaplara, ileride oluşacak sağlık risklerine karşı finansman sağlaması, cepten ödemenin riskinden kurtulmak için gelirin bir kısmını tasarruf amaçlı aktarmasıdır. Buradaki temel amaç: sağlık hizmetlerinde kaliteyi arttırmak, sağlık hizmeti kullanımını ve kamu harcamalarını azaltmaktır (Eren 2016: 66). Kamu otoriteleri bu yöntemi; bireylerin para tasarrufunu sağlaması ve sağlık harcamalarını kontrol edebilmesi için teşvik etmek amaçlı vergi muafiyeti uygulamaktadır. Bu tasarrufun amacı, sadece sağlık harcamalarının finansmanını sağlamaktır. Bu tasarrufların kullanılması özel nitelikli şartlarla oluşturulur.

Tıbbi tasarruf hesapları yöntemini kullanan öncü ülke Singapur'dur. Zorunlu hesaplarda primler; devletin aldığı kararlarla, gönüllü hesaplarda, kişinin oluşturacağı miktarla belirlenir(Yaşar 2007: 30).Tıbbî tasarruf hesapları konusundaki farklı bu düzenlemeler, prim oranları için de geçerlidir. Prim oranları devlet tarafından belirlenmekte veya bireylerin kararlarına bırakılmaktadır. Devlet tarafından belirlendiği durumlarda yaşa ve gelire bağlı olarak belirlenmektedir. Özellikle vergi kolaylığı sağlandığı durumlarda, aylık veya yıllık primler ile hesaplanacak para miktarı konusunda sınırlandırmalar söz konusu olabilmektedir. Fonların yönetimi ya devlet tarafından yapılmakta, toplanan paralar devlet tarafından kendi bonolarına yatırılmakta ya da ABD'de olduğu gibi özel sağlık sigortalarının bir parçası olarak bankalar tarafından yönetilmektedir. Ayrıca toplanan paraların hangi sağlık hizmetlerinde harcanacağını da belirlemekte, harcanmayan tasarruflar miras yoluyla devredilebilmekte ve tasarrufların sağlık dışındaki alanlara harcanması durumunda vergi kolaylığı avantajlarından yararlanılmamaktadır (Yaşar 2007: 30).

1.2.4.2.4 Toplum Tabanlı Sağlık Sigortası

Bu yöntemin gerekliliği 1978 yılında yapılan Alman Ata Bildirgesi ile duyurulmuştur. Toplumun sağlık kuruluşlarındaki ya da devamlılığındaki maliyet ve sermaye finansmanına ortak olması için organizasyon yapısında yer almasıdır. Toplumun sağlık finansmanının da yer almasını sağlayarak, kamunun harcama riskini toplumla paylaşp sağlık harcamalarının yükünü azaltmak amaçlanmıştır. Burada gönüllülük esas olduğu için otoritenin teşviki söz konusudur. Devlet, gelişmişlik düzeyi düşük olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin sekteye uğramaması için gönüllü sigortalıların kamusal finansman gücünün çok gelişmediği sistemlerde bu yönlü bir finansal kaynak yaratmanın daha etkili olacağını düşünür. Risk havuzlama ve toplumsal kaynakların paylaşımını arttırmak için gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkeler için uygun bir yöntemdir (Çelik 2016: 198). Adaletsiz gelir dağılımı olan ülkelerde bu yöntemin uygulanabildiği gözlenmiştir. Sağlık sigortası olmayan, çalışma ücreti düşük olan bireylerin sağlık hizmetine ulaşmasını kolaylaştırmaktadır. Aslında en genel tanımıyla toplumun kendi içinden gönüllü olanlar tarafından kurulmuş toplumsal sigorta kurumlarıdır. Katkı payları olsa da bu oran düşük seviyelerdedir. Sigorta statüsü ödenen prim ve kurumla alakalıdır(Maynard, Dixon 2002:124).

Bu yöntemde toplum; malzeme, iş gücü ve para ile finansmana ortak olabilir. Özellikle belli bir coğrafyadaki köy ve kasabalarda görülen bu yöntem bölgesel de olabilir. Bu yöntemin düzgün planlanması kamu otoritesinin elindedir. Bu yöntem uygun, etkin ve verimli olarak uygulanmaz ise birçok problem oluşturabilir. Adalet ve hakkaniyet bozucu sorunlar, denge bozucu problemler ortaya çıkabilir. Sunulan hizmetlerin kalitesi üst düzey olmadığı için istenilen düzeyde sağlık hizmeti sunulamayabilir. Maliyetlerin yönetimi kontrolsüz olduğu için etkin ve verimli finansal yönetim zorluğu ortaya çıkarabilir. Sağlık hizmeti talep edenler ters seçim sorunuyla karşılaşabilir. Doğru yatırım kararı alınamadığı takdirde eksik hizmet sunumu gerçekleşebilir(Maynard, Dixon 2002:124).

1.2.4.2.5 Şartlı Nakit Transferi

Şartlı nakit transferi, önceden belirlenmiş ya da hedeflenmiş olan yoksul grup ya da topluluklara belirtilen şartları yerine getirmeleri dâhilinde yapılan sosyal yardımlardır (Esenyel 2009: 13). Sosyal transfer ödemesi niteliğinde olan bir yöntemdir. Asgarî temel sağlık hizmeti ve eğitimi alamayan yoksul kesime, bu hizmetleri alabilmesi için yapılan şartlı yardımlardır. Bu tarz yardımlar yoksulların sağlık kontrollerini, eğitim protokollerini ve hastalıklara karşı aşılamaı içermektedir. Yoksullukla mücadele amacı olan bu program, kişilerin harcama tercihine bırakılmıştır. Amaçlardan bir diğeri de toplumu bütün olarak refaha kavuşturmaktır. Toplumun özellikle salgın hastalık durumlarında (epidemi, pandemi) tedavi, koruma gibi hizmetlere yoksul sınıfında ulaşmasıdır. Bu uygulamanın uygulandığı örnek ülkeler ve vaka ise Tanzanya ve Kenya’da AIDS krizinin yol açtığı kimsesiz çocukları korumak ve ihtiyaçlarına cevap verebilmek için Dünya Bankası tarafından gerçekleştirilen sosyal transferlerdir(Kokcu 2012: 6).

1.2.4.2.6 Teşvik Amaçlı Mikro Banka Kredileri

Mikro bankacılık, sağlık hizmeti talep edenlerin karşılaşacağı yüksek ücretlerin etkilerinden korunmak için başvuru olan bir yöntemdir. Bu yöntem, yoksul kesim için teşvik amaçlı sermaye verip, gelir getirici faaliyetler gerçekleştirerek yoksulluktan kurtulmaları için yapılan bir yöntemdir. Bu yöntem sadece sağlık harcaması ile değil, kişinin refah seviyesini yükselterek daha iyi bir toplum oluşturma gayesiyle oluşturulmuştur.(Güneş 2009: 43).

Kişinin artan hayat standartlarıyla paralel olarak sağlık hizmetine ulaşabilirliği de artmış durumda olur. Ekonomik seviye artınca, toplumun sağlık ve eğitim standardı yükselir ve bu bağlamda daha sağlıklı nüfus kontrolü sağlanarak gelir paylaşımı yönünde olumlu etkiler ortaya çıkar. Bireyin sadece sağlık değil, sosyal ve fiziki yaşam standartlarının da tamamının yükseltilmesi amaçlanır(Balkız 2015: 539).

1.2.4.2.7 Özel Sektör ve Kamu Sektörü Ortaklığı

Kamuya ait sağlık kuruluşlarının, özel sektör tarafından inşası ya da yönetilmesi söz konusu olabilir. Öte yandan özel sektöre ait bir hastane binasının kiracı vasfıyla kamu elinde olması karşılaşılan bir durumdur. Kamuya ait bazı hizmetlerin özel sektör tarafından sunulması da bu yöntemin örneklerinden biridir. Kamu sektörü bazı durumlarda, harcamanın yükünü özel sektörle paylaşarak topluma daha nitelikli hizmet sunmayı amaçlar. Özel sektör ise kendi başına sunması güç olan hizmetlere kamuyu da ortak ederek sunmayı amaçlar. Kamu sektöründe oluşan yüksek maliyetleri azaltmak için bu yöntem daha avantajlı olabilir. Hem hizmetlerin aksamaması hem de piyasa hareketliliğinin sağlanması adına uygun bir yol olarak görülür(Tulukçu 2019:244).

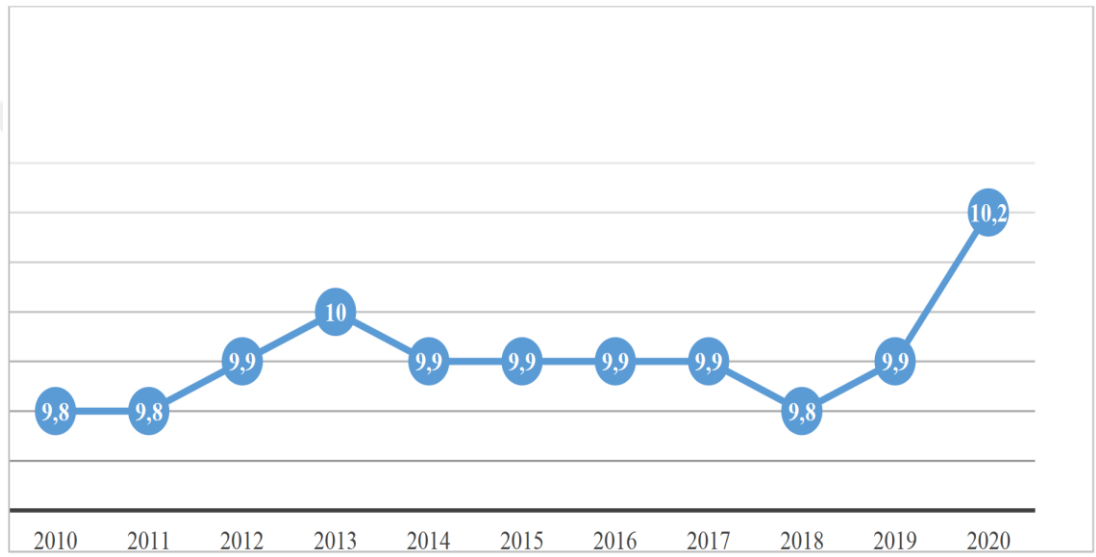
Son dönemlerde kamu kesimi; kamu sağlık tesisi inşasında, özel sektörden destek alarak maliyetleri düşürme yoluna girmiştir. İhale yoluyla gerçekleştirilen bu yöntem, kamunun daha uygun giderlerle bu hizmeti topluma sunarak sosyal etkinliğe yaklaşmış olur. Fakat bu yöntemin de kendi içinde riskleri vardır: bürokraside kayırma, rant, ihale yolsuzlukları bu risklerden birkaçıdır(Tulukçu 2019: 250).

1.3. Bazı Ülkelerin Sağlık Sistemleri

1.3.1 İngiltere Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Beveridge Modeli

İngiltere'de sağlık hizmetlerinin finansmanı 1948'de uygulamaya konulan National Health Service (NHS) yani Ulusal Sağlık Sistemi vergilerle kamusal olarak finanse edilmiştir (Dinçköklü Çakır 2016: 51). Bu uygulama, 1946 yılında Beveridge tarafından yayınlanan raporla sağlık hizmetleri kamusal mal olarak görülmüş ve tüm sağlık giderlerinin vergilerle finanse edilmesi öngörülmüştür. Böylece tüm vatandaşlara sağlık hizmetinin ücretsiz ve eşit şekilde sunulması amaçlanmıştır.

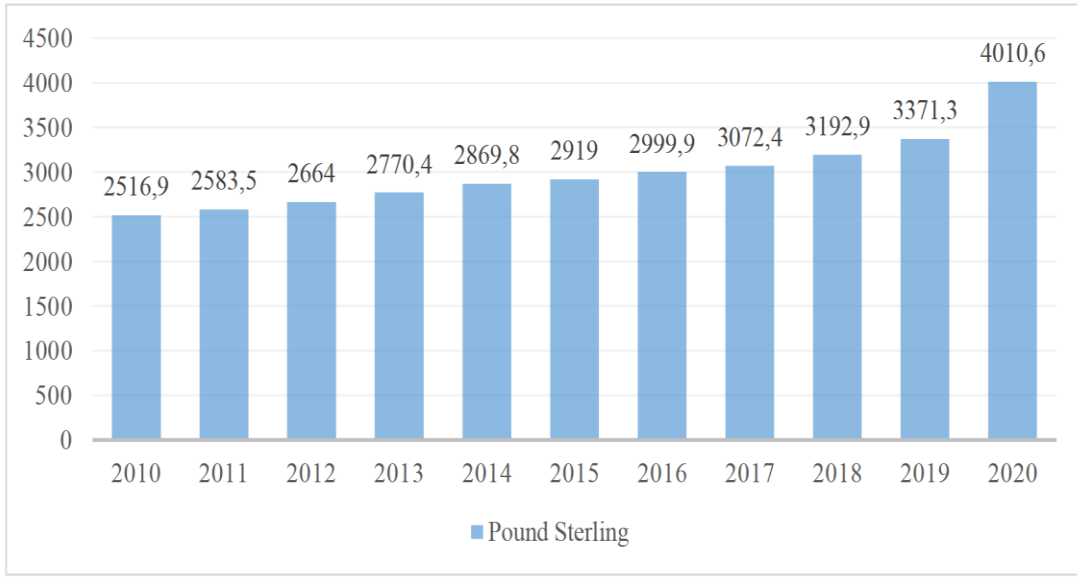
İngiltere’de uygulanan bu modelin yönetimi ve planlanması merkezî bir yapıyla sağlanmaktadır. Merkezî yönetim, sağlık hizmetleri için her yıl her vatandaşa ücretsiz sunulması amacıyla belli bir bütçe ayırır. Bu bütçenin kaynağının büyük bir kısmı vergilerden oluşur. Fakat üst düzey tedavi olarak belirlenen bazı tedaviler için kısıtlı olmakla beraber özel sigorta ve cepten ödemeler ile finanse edilir. Sağlık hizmetlerini sunan kuruluşlar genellikle kamunun elindedir. Bu kuruluşlar, hastaların tamamının ücretsiz bir şekilde muayenesinden ve tedavisinden sorumludur(Durdu 2009: 46).



Şekil 1: İngiltere OECD Sağlık Harcamalarının GSYİH Payı

Kaynak: <https://stats.oecd.org>

Şekil 1’de İngiltere’nin OECD verilerine göre sağlık harcamalarının GSYİH’ dan aldıkları pay gösterilmiştir. Bu tabloya göre İngiltere 2010 ve 2020 yılları arasında sağlık harcamalarının GSYİH’ dan aldıkları paylarını sabit ve istikrarlı bir oranda ayırmıştır.



Şekil 2: İngiltere Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcamaları OECD Verileri

Kaynak: <https://stats.oecd.org>

Şekil 2’de ise İngiltere’nin 2010-2020 yılları arasında kişi başı sağlık harcamalarının ulusal para cinsinden OECD veriyle gösterilmiştir. İngiltere yıllar boyunca sağlık harcamalarını arttırıcı bir politika izlemiştir.

Bu model temelde üç ilkeye dayanmaktadır. Bu temel ilkeler: hizmetlerin toplumun hepsini kapsaması, ücretsiz sunulması ve genel vergiler ile finanse edilmesinden oluşur. NHS aşağıda verilmiş hedefler yıllar boyunca faaliyet göstermiştir (Vall, Spinosa 1991: 1566);

1. Ödeme yeteneği ne olursa olsun herkese sağlık hizmeti sunulması,
2. Hastanelerin millileşmesi ve kamulaştırılması,
3. Hastane hekimlerinin maaşlı çalıştırılması ve bunun yanında NHS sağlık kuruluşlarında ve özel bürolarda çalışmalarına hak tanıyarak pratik yapmalarının sağlanması,
4. Pratisyen hekimlerin bağımsız yükleniciler olmasının sağlanması,
5. Vatandaşların dilerlerse özel sigorta satın almasına izin vermek fakat NHS'nin (teşvik ve kredi olmadan) vergileri affetmesi,
6. Hekimlerin klinik kararlarını etkilememesi için hastaların sağlık bakımlarını gelirden bağımsız tutulmasıdır.

NHS üç basamaklı sağlık hizmetinden oluşmaktadır. Bu basamaklar sevk esasına dayanan bir sistem dahilindedir. Genellikle birinci basamakta sağlık hizmetlerine ağırlık verilir. Buna göre hizmet sunumu noktasında aile hekimi, kamu hastanesi ve sağlık ocağı etkin olmakla birlikte aile hekimleri hastayı gerektiğinde hastanelere sevk etmektedir (Eke, Kişi 2019: 2692).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği merkezi bulunmaktadır. Bu merkez; pratisyen hekim, hemşire ve bazı yerlerdeki göz ve diş doktorundan oluşur. Uzman doktora yani ikinci ve üçüncü basamak sağlık merkezlerine gidilmeden önce hastalar aile hekimlerine başvurmak zorundadır. Eğer hastalığın tedavisi uzmanlık gerektiren bir tedavi gerektiriyorsa hastanelere aile hekimi tarafından sevk edilir. Eğer hasta aile hekimine başvurmadan direkt hastane ya da diğer üst basamak sağlık merkezlerine başvurursa buradaki tedavi ve muayene ücretleri kamu tarafından karşılanmaz. Bir hasta genel pratisyen hekimin sevk olmadan uzman doktora giderse muayene ve tedavi ücretlerini kendisi öder (Ateş 2016: 85).

İngiltere'de var olan ikinci basamak sağlık hizmetleri genel hastane hizmetleridir. Daha yüksek nüfus alanlarında yer alır. Daha gelişmiş tedavi yöntemleri, daha fazla tıbbî cihaz olanağı ve uzmanlaşmış doktorları bünyesinde barındırır. Bu hastanede görev yapan hekimler, hasta başına ücret alırlar. Yarı zamanlı çalışan bu hekimler arta kalan zamanlarında kendi muayenehanelerinde özel hastalarına bakarlar(Oral 2002: 70).

Ülkenin üçüncü basamak hizmetlerinde ana bilim dallarına göre uzmanlaşmış, üniversite ve araştırma hastaneleri yer alır. Bu hastanelerin amacı, birinci ve ikinci basamakta yer alan kuruluşların tedavi edemediği özel yetkinlik isteyen tıbbî tedavi yöntemlerini uygulamaktır(Oral 2002: 71).İkinci ve üçüncü basamaktaki hizmetlerin yükünü azaltmak aile hekimlerinin görevidir. Aslı sorumluluk ve görevler, aile hekimlerine verilmiştir. Amaç, yüksek maliyet oluşturmada hastanelerde yığılma olmadan sağlık hizmetini yürütmektir.

İngiltere'deki sağlık hizmetlerinin finansmanı genel vergiler ile finanse edilir. Sağlık harcamalarının büyük bir kısmı kamu tarafından finanse edilir. Bu harcamanın 2020 OECD verilerine göre %81'i kamu tarafından sağlanır. Geri kalan harcamalar

ise cepten ödeme ve özel sigortalar aracılığıyla yapılır (OECD 2020). NHS sağlık hizmetleri finansmanı, genel vergilerin yanında özel sigorta havuzunu da kullanır. Özel tedavi gerektiren (diş, göz, estetik, bazı tıbbî ekipmanlar vs.) tedavi ücretlerini hasta cepten ödemek zorundadır. Günümüzde NHS sağlık kuruluşlarında yapılan hiçbir tetkik ve işlemde evde bakım hizmetleri için hastadan para talep edilmemektedir (Sungur 2018: 107). Özel durumu olan hastalardan (öğrenci, hamile, yoksullar) ücret alınmamaktadır. Kamu tarafından genellikle yatarak ve ayakta tedavi, diş, ruh sağlığı, akıl sağlığı ve ruhsal ve fiziksel rehabilitasyon hizmetleri finanse edilir. Hastalar şu durumlarda cepten ödeme yaparlar (Ateş 2016: 87):

- Genel pratisyenin sevkı olmadan uzman ekibe başvurulmasında,
- Hastanelerde özel oda taleplerinde,
- Diş tedavi masraflarının belli bir miktar üzerindeki kısmı (17 poundun üzeri) ve komplike durumlarda (150 poundun üzeri, hamilelerden, 0-1 yaş arası bebeği olanlardan ve 18 yaşın altında olanlardan hiç ücret alınmaz),
- Reçetelerdeki ilaç başı 2,2 pounddan fazla olan kısımlarda,
- Emeklilerin hastanede 8 haftadan fazla kaldıkları süreye ait bedelde,
- Gözlük, işitme cihazı ve protezlerin bedellerinin belirli bir kısmında ödeme yaparlar.

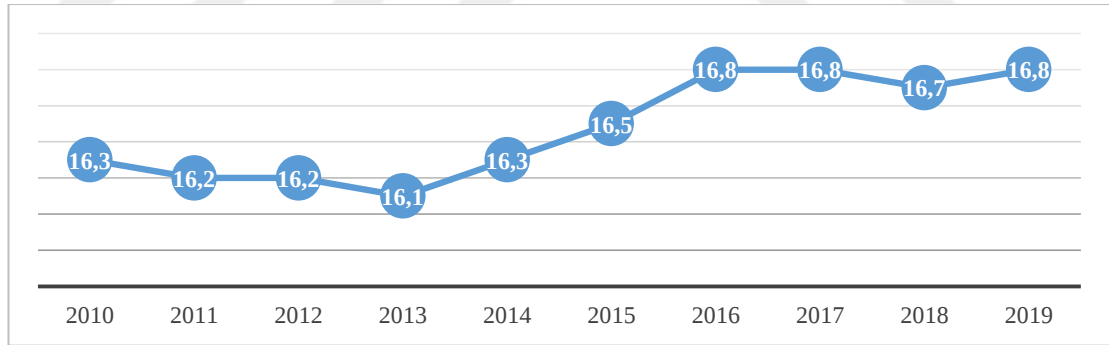
İngiltere, devlet tarafından karşılanan sağlık giderlerinin ekonomik durgunluk dönemlerinde ciddi zorluklar yaşamıştır. Bu zorluklar sağlık hizmetlerinin sunulmasını aksatmış ve etkin bir sağlık hizmeti sunulmasını engellemiştir. Özellikle artan sağlık ihtiyaçları, gelişen teknoloji, yenilenen tedavi yöntemleri kamusal finansmanda ciddi sorunlar ortaya çıkarmıştır. Özellikle 1980'den sonra ücretsiz sağlık hizmetleri amacından uzaklaşmış ve hastalar yavaş yavaş sağlık hizmeti satın alabilmek için ek ücretler ödemeye başlamıştır. Katkı payı alınmasının yanında, hastalar tarafından özel sağlık sigortalarına talep artmaya başlamıştır(Eke, Kişi 2019: 2694)

Finansal sorun baş gösterince, NHS sistemine bağlı hastaneler kapatılmış, sağlık hizmeti sunumunda ciddi aksaklıklar yaşanmıştır. Özellikle hasta kuyrukları, yetersiz yatak sayısı, acil tedavilerin gecikmesi, ameliyatların seçilmesine ve iptal

olmasına neden olmuştur. Her ne kadar hükûmetler NHS için yüksek bütçe ayırdıysa da yüksek talebi karşılamakta yetersiz kalmıştır. Amacından sapan NHS artık belli başlı hastalıkları karşılamaya yönelmiş, diğer hastalık ve tedaviler için ek ücret almış ya da kapsam dışı bırakmıştır(Eke, Kişi 2019: 2965-96).

1.3.2. ABD Sağlık Hizmetleri Finansmanı

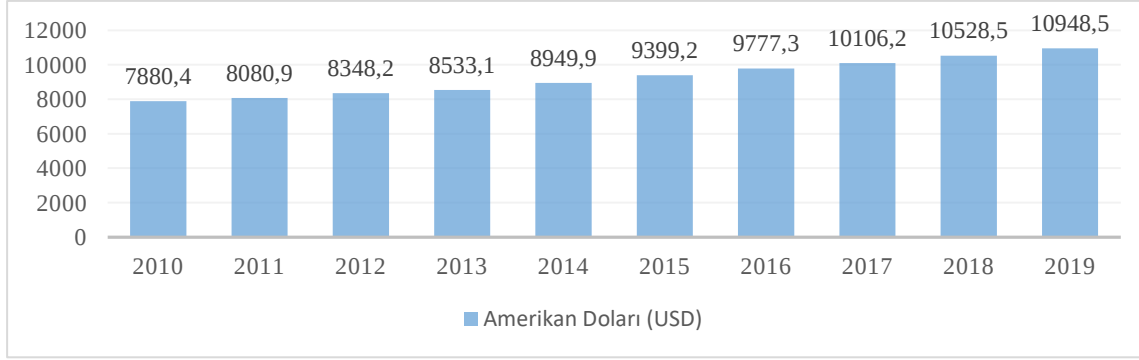
ABD sağlık hizmetleri, özel sektör ağırlıklı bir sisteme dayanır. Serbest pazar tipi olan bu yöntem, bireylerin sağlık hizmetlerini özel sağlık sigortası ile ya da cepten ödeyerek satın alır. Sağlık kuruluşları, büyük ölçüde özel sektöre aittir ve özel sektör tarafından işletilmektedir (Ateş 2016: 56). ABD'de sağlık hizmetleri gen ağırlıklı olarak özel sağlık sigortası yoluyla finanse edilmektedir. Sağlık finansman sistemi, toplumun ekonomik gücüne göre şekillenmiştir. Bu sistemin temelini özel sigortalılar oluşturmaktadır ve temel ilke, herkesin doktorunu ve hastasını seçebilme hakkına sahip olabilmesidir (Çetinkaya 2015: 108). Fakat sosyal devlet prensipleri gereğince özel sektörün dışındaki eyaletlerde kamu hastaneleri uygulaması da görülmektedir. Ülkedeki sağlık sisteminde kişi başı ne kadar harcama yapıldığı ve sağlık harcamalarının GSYİH' dan aldıkları pay şekil 3 ve şekil 4'te gösterilmiştir.



Şekil 3: ABD Sağlık Harcamalarının GSYİH'den Aldıkları Pay, OECD Verileri

Kaynak: <https://stats.oecd.org>

Şekil 3'te ABD'nin sağlık harcamalarına GSYİH'da aldığı pay 2010-2020 yılları arasında hemen hemen aynı oranda tutulmuştur.%16 seviyelerinde olan pay sağlık harcamalarının ortaya çıkan diğer etmenlerden çok etkilenmediği görülmektedir.



Şekil 4: ABD Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcamaları, OECD Verileri

Kaynak: <https://stats.oecd.org>

Şekil 4'te kişi başı sağlık harcamalarının 2010-2020 yılları arasındaki değişimler gösterilmiştir. Bu tabloya göre ABD'de kişi başı sağlık harcamaları yıldan yıla artış göstermiştir.

Ülkenin sağlık hizmetleri her ne kadar özel sektör bazlı olsa da 1950'den sonra düşük gelir grubundaki bireyler için, özel sağlık sigortası yaptırmadıklarından dolayı devlet tarafından “Medicaid ve Medicare” adlı kuruluşlar kurulmuştur. Amaç, yoksul kesimin de sağlık hizmetini kesintisiz olarak almasını sağlamaktır(Daşdan, Çetinkaya 2015:108).

ABD'de sağlık hizmetlerinin finansmanı, kamu ve özel kesimin katkılarının birleştiği ve bunun çalışanlardan alınan primlerle desteklendiği karma bir sistemdir (Tutar, Kılınç 2007: 20). Bu sistemin dezavantajı; tek bir bakanlığa bağlı olmayan özel kuruluşların, kendi yönetimi ve eyalet yönetimi gibi kurumların elinde olduğu için özerk kararlar acil durumların sürecini uzatmaktadır.

1.3.2.1.Medicare Uygulaması

Medicare; 65 yaş ve üstü, engelli ve kronik böbrek yetmezliği olan hastalar için oluşturulmuş sağlık sigortasıdır. Medicare'nin farklı bölümleri, belirli hizmetleri kapsar (Medicare. gov: 2021):

- **Medicare Kısım A (Hastane Sigortası):** Kısım A, yatan hastaların vasıflı bir bakım tesisinde darülaceze bakımını ve evde bakım hizmetlerini kapsar.

- **Medicare Kısım B (Sağlık Sigortası):** Kısım B, belirli doktor hizmetlerini, ayakta tedaviyi, tıbbî malzemeleri ve koruyucu hizmetleri kapsar.
- **Medicare Kısım D (Reçeteli İlaç Teminatı):** Reçeteli ilaçların maliyetini karşılamaya yardımcı olur.

1.3.2.2. Medicaid Uygulaması

1965 yılında yoksul aileler, çocuklar ve engellilere yönelik sağlık sigortası programıdır. Programın uygulanış biçimi bölümsel olarak uygulanır. Medicare'in dört temel kapsama biçimi vardır(Medicaid 2021):

- Bölüm A: Hastanede kalma masraflarını karşılar,
- Bölüm B: Hekim hizmetleri, laboratuvar ve röntgen hizmetleri, dayanıklı tıbbî donanım ve ayakta tedavi ve diğer hizmetler için ödeme yapar,
- Bölüm C: Medicare tarafından onaylanmış özel şirketler tarafından sunulan Medicare Avantaj Planı,
- Bölüm D: Reçeteyle satılan ilaçların maliyetine yardımcı olur.

Sınırlı gelire ve kaynağa sahip olan Medicare'e kayıtlı kişiler, primlerini ve cepten çıkan tıbbî harcamalarını Medicaid'den ödeme konusunda yardım alabilir. Medicaid; ayrıca 100 günlük sınırın ötesinde hemşirelik tesisi bakımı veya Medicare'in kapsadığı vasıflı hemşirelik tesisi bakımı, reçeteli ilaçlar, gözlükler ve işitme cihazları dâhil olmak üzere Medicare kapsamında sağlananların dışındaki ek hizmetleri de kapsar. Her iki programın kapsamına giren hizmetler, ilk olarak Medicare tarafından eyaletin ödeme limitine kadar olan farkı doldurarak Medicaid tarafından ödenir (Medicaid, 2021).

ABD sağlık sistemi tek düzen içinde işlememektedir. Daha çok sistem piyasa tabanlı işlemektedir. Sağlık sistemini finanse eden kurum ve kuruluşlar hizmet satın aldıkları için piyasa koşullarına yönelik yol izlemektedir. Hastanelerin yaklaşık %70'i kâr amacı gütmeyen kuruluşlara ait olmasına rağmen, hastane yataklarının 2/3'ü özel sektöre aittir (Görmüş 2013: 38).

ABD sağlık sistemi, basamaklara ayrılmış bir sağlık sistemi değildir. Sağlık sigortasına sahip olan hastalar (özel sağlık sigortası) kendi isteklerine göre sağlık

kuruluşu, hekim ve muayenehane seçebilir. Aile ve genel hekimlik payı, ABD sağlık sistemi içinde küçük bir paya sahiptir. Daha çok uzman hekimlerin sisteme dâhil edilmesiyle sağlık hizmeti sunulur. Birinci basamak ve ikinci basamak sağlık hizmetleri, iç içe geçmiş şekilde sunulmaktadır. Katı bir şekilde ayrılmayan basamaklar yine bir bütün gibi sıralanır(Uğurlu, Arslan 2020:20).

Piyasa ağırlıklı sunulan ABD sağlık hizmetleri; yeni tedavi türleri, deneysel tedaviler, teknoloji odaklı tedavilere yoğunlaşması, nüfusun artması (yaşlı nüfus) müşteri odaklı bakış açısına bağlı olarak beklentilerin artması, ABD sağlık sistemini zora sokmuştur. Sigortasız insan nüfusunun artması da sistem verimliliğini düşürmüştür. Yüksek gelir grubu ve düşük gelir grubu arasında hizmet sunum eşitsizliğinin doğması, hizmet maliyetlerinin artması, ABD sağlık sisteminde finansal sorunlara yol açmıştır(Sungur 2018:106).

Obama'nın başkan seçilmesine kadarki sürede olan sağlık sistemi, sosyal eşitlikten uzak bir anlayışta ABD sağlık sistemine yerleşmiş durumdaydı. Obama'nın, sağlık sisteminde bu anlayışı düzeltmek için yaptığı reformlar genel hatlarıyla önleyici sağlık hizmetleri, uygun fiyatlı, kaliteli bir sistem olma yolunda atılan adımlardır. Yapılan sağlık reformunun maliyetleri azaltmak için küçük ölçekli şirketlere, çalışanlarının sigorta primlerinin işveren paylarını ödeyebilmek için vergi teşviklerinin sunulması ve sigorta şirketlerinin yüksek gelirli bireylere sunduğu, yüksek maliyetli sağlık poliçelerinden yüksek oranda vergi kesintisi yapılması gibi önlemler alınmıştır (Görmüş 2013: 39). Fakat bu yapılanlar, bazı kesimler tarafından ülkede ve uluslararası alanda sermaye sahipleri tarafından eleştirilmiştir.

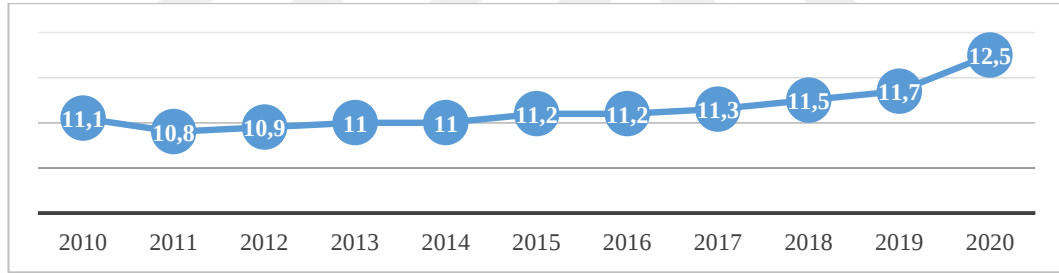
1.3.3 Almanya Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Bismarc Modeli

Prim gelirlerine dayalı sosyal sigorta temelli bir sistemdir (Ateş 2016: 67). Kamu ve özel sektör birlikte görülmektedir. Bu modelin esası 1883'te Ottovon Bismarc tarafından yayınlanan rapora dayanmaktadır. Program temelde dayanışma esasına göre kurulmuştur. Dayanışma esası, hükümetin özel sağlık sigortası sektörüne katılamayanlara yardım ederek evrensel düzeyde sağlık hizmetlerine erişimi sağlama sorumluluğunu üstlenmektedir (Sungur 2018: 108). Toplumun büyük bir bölümü kamu tarafından güvence altına alınmıştır. Kamusal nitelikte olan

ve toplumun %90'ını güvence altına alan Yasal Hastalık Sigortası (YHS), dört temel ilke üzerine kurulmuştur. Bunlar (Ateş 2016: 69):

- Yardımlaşma,
- Belli gelir düzeyine kadar sigorta zorunluluğu,
- Sağlık bakımı ve hakkı,
- Özerklidir.

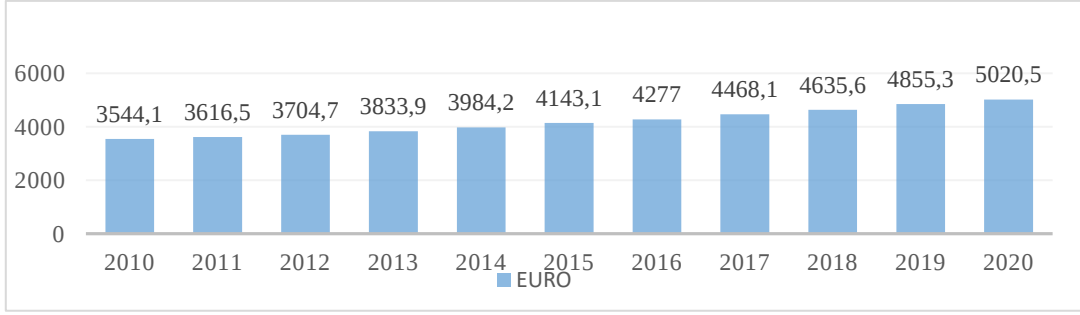
Almanya sağlık hizmetleri finansmanı, yüzyıla yakın bir süredir özel sektörün ve kamunun işbirliği ile gerçekleştirilmiştir. Ülkedeki sağlık sisteminin iki ayağı bulunmaktadır: özel sağlık sigortası ve zorunlu sağlık sigortası (Karaman 2019: 28). İlk ayak olan zorunlu sağlık sigortasının temel finansman kaynağı işçi ve işveren primleri ile devlet katkılarında oluşmaktadır. Zorunlu sağlık sigortasında prim hesaplanırken sağlık riski, sigortalının durumları esas alınmaz. Bunu belirleyen sigortalının gelir düzeyidir. Özel sigortada ise tam tersi hastalıklar, sigortalının sağlık riski, yaşı, cinsiyeti gibi faktörler prim hesaplamasında göz önüne alınır.



Şekil 5: Almanya Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı OECD Verileri

Kaynak: <https://stats.oecd.org>

Şekil 5'te Almanya'nın 2010-2020 yılları arasında sağlık harcamalarının GSYİH'dan aldıkları paylar gösterilmiştir. Şekle göre Almanya bu pay oranını %10 ve üzerinde tutmuş sabit bir seyir izlemiştir. Bu da Almanya'nın sağlık harcamalarının diğer etkenlerden çok etkilenmediğini göstermektedir.



Şekil 6: Almanya Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcamaları OECD Verileri

Kaynak: <https://stats.oecd.org>

. Şekil 6’da ise Almanya’nın kişi başına düşen sağlık harcamalarının seyri gösterilmiştir. Şekle göre 2010-2020 arasında devamlı bir artış eğilimi göstermiştir.

Hastanelerin altyapı ve yatırım harcamaları; federal yönetim gelirleri ile cari ve diğer harcamalar, hastalık fonları ve hastane arasındaki anlaşma ile belirlenir (Karaman 2019: 30). Almanya’nın büyük bir ekonomiye sahip olması sağlık hizmetlerinin finansmanına ciddi katkılar sağlamaktadır. Bu olumlu etken katkı paylarının devlet tarafından üstlenilmesi, zorunlu sigorta kapsamına dâhil olan hizmetlerin daha kaliteli ve verimli olmasına neden olmuştur. Almanya sağlık sisteminde büyük ölçüde özel sektör egemendir. Sağlık hizmetlerinin fiyatları, hekim ücretleri pazarlık yöntemiyle belirlenir ve sağlık hizmeti sigorta fonlarının özel hastanelerden ve hekimlerden satın alınması biçiminde karşılanır. Dolayısıyla neoliberal politikalar ve sağlık harcamalarının kısılmasına yönelik bütçe uygulamaları Almanya’yı özelleştirme biçiminde değil, sigorta hizmetlerinin kapsamının daraltılması, sağlıkta katkı payının artırılması biçiminde etkilemiştir (Ateş 2016: 73).

Sigorta primlerinin kaynağı çalışanlar ve işverenlerdir. Fakat emekli ve işsizlerde bu durum değişkenlik gösterir. Bu primin yerini işsizlik sigortaları ve sosyal yardımlaşma kurumlarının sağladığı katkı payları yer alır. Sistemin finansmanına bakıldığında; sigortalı kazancının %9,75; eğer aylık kazancı aylık 400 €’dan düşükse, prim alınmaz (gönüllü olarak bağışta bulunulabilir); aylık kazanç 401 € ve 800 € arasında olanlar için azalan oranlı prim alınır. Serbest çalışan kazancının %19,5’idir. İşveren: Ücretin %9,75’i; aylık kazancın 400 € altında olan işverenler için

kazancın %12'si, Alman Emeklilik Sigortasına tabî olan madenciler, demiryolu işçileri ve denizcilerin işverenleri için ücretin %16,5'idir. Devlet, primler ile karşılanamayan sigorta hizmeti maliyetlerini sübvanseder (Özmen 2017: 606).

Almanya, sosyal ve özel sigortanın yanında ek olarak başka sigortalara da başvurur. Almanya'nın vatandaşlarına sunduğu başlıca sosyal güvenceler şunlardır (Çevik, Yüksel 2019: 215):

1. Krankenversicherung: Sağlık Sigortası,
2. Unfallversicherung: Kaza Sigortası,
3. Rentenversicherung: Emeklilik Sigortası,
4. Arbeitslosenversicherung und Pflegeversicherung: İşsizlik ve Bakım Sigortası.



II. BÖLÜM

2. TÜRKİYE'NİN SAĞLIK REFORMLARININ TARİHÇESİ VE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

2.1. Türkiye'nin Sağlık Politikaları Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı

Türkiye, 1920 yılından günümüze kadar ciddi sağlık reformlarından geçmiştir. Yeni kurulan devletin, sağlık sisteminin eksiklikleri her aşamada görülmüş ve kapsamlı reformlar yapılmıştır.

2.1.1. 1920-1923 Arası Sağlık Reformları

Bu dönemde Sağlık Bakanlığı, 3 Mayıs 1920 yılında 3 sayılı kanun ile kurulmuştur. İlk Sağlık Bakanı Dr. Adnan Adıvar'dır. Bu dönemdeki politika dönemin Sağlık Bakanı Adnan Adıvar daha çok savaştan çıkan bir toplumun yaralarını iyileştirmek üzerine bir politika izlemiş daha detaylı bir politika için pek fırsat bulamamıştır (Akdağ 2008: 14).

2.1.2. 1923-1946 Dönemi Türk Sağlık Sistemi

Bu dönemde, sağlık programlarının planlanması, düzenlenmesi ve uygulanmasını hedef alan birçok yasal düzenleme gerçekleştirilmiştir. Bu düzenlemeler; hedefleri, savaş sonrası problemlerin çözülmesi, sağlık personelinin nicelik ve nitelik bakımından desteklenmesi, merkezden başlayarak köylere kadar ulaşan organizasyonların oluşturulması ve koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması biçiminde sıralanabilir. Koruyucu halk sağlığı programları özellikle; tüberküloz, sıtma ve cüzzam gibi bulaşıcı hastalıkların kontrolüne yöneliktir (Okursoy 2010: 71).

Cumhuriyetin ilanından sonra sağlık bakanı olan Dr. Refik Saydam, politikaları daha kapsamlı ve köklü şekilde uygulamaya başlamıştır. Bu dönemde;

- 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (1928),

- 1593 sayılı Umumî Hıfzıssıhha Kanunu (1930) gibi halen yürürlükte olan kanunlar dâhil çeşitli kanunlar çıkarılmıştır.

Refik Saydam döneminde yürütülen sağlık politikalarında şu dört ilke söz konusudur (saglik.gov.tr):

1- Sağlık hizmetlerinin planlanması ve programlanması ile yönetiminin tek elden yürütülmesi,

2- Koruyucu hekimliğin merkezi yönetime, tedavi edici hekimliğin ise yerel yönetimlere bırakılması,

3- Sağlık insan gücü ihtiyacını karşılamak üzere tıp fakültelerinin cazibesinin artırılması, tıp fakültesi mezunlarına mecburi hizmet uygulanması,

4- Sıtma, frengi, trahom, verem, cüzzam gibi bulaşıcı hastalıklarla mücadele programlarının başlatılmasıdır.

Bu ilkeler ışığında (saglik.gov.tr):

- Sağlık hizmetleri, “geniş bölgede tek amaçlı hizmet” / “dikey örgütlenme” modeli ile yürütülmüştür,

- Yasal düzenlemelerle, koruyucu hekimlik kavramı geliştirilmiş, yerel yönetimlerin hastane açmaları teşvik edilmiş, her ilçede hükümet tabibi olması hedeflenmiştir,

- Nüfusun çok olduğu yerlerden başlayarak 1924'te 150 ve 1936'da 20 ilçe merkezinde muayene ve tedavi evleri açılmış, koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin maaşları artırılmış ancak serbest çalışmaları yasaklanmıştır,

- İllere rehber olmak üzere ilk olarak 1924'te Ankara, Diyarbakır, Erzurum, Sivas Numune Hastaneleri ve 1936'da Haydarpaşa Numune Hastanesi açılmıştır. Daha sonraki yıllarda tamamlanan Trabzon ve Adana Numune Hastaneleri ile Numune Hastanesi sayısı 7'ye çıkmıştır.

2.1.3. 1946-1960 Arası Politikalar

Cumhuriyet dönemi ilk yazılı sağlık planı olarak bilinen “Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı” 1946 tarihinde, dönemin Yüksek Sağlık Şurasınca onaylanmış ve

dönemin Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından 12 Aralık 1946'da açıklanmıştır. Ancak yoğun bir çalışmayla hazırlanan bu plan kanunlaşmadan, dönemin Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz, görevinden ayrılmak durumunda kalmıştır. Ancak ilerleyen dönemlerde Dr. Behçet Uz'un tekrar görevine gelmesine karşın bu plan kanun tasarısı haline gelse de kanunlaşmamıştır. Bu metnin, yasal düzenleme olarak kanun haline getirilememesi ülkemizin sağlık alanındaki yapılanmasını derinden etkilemiştir (İleri, Seçer 2016: 12/4).

İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra ortaya çıkan sıtma, suçiçeği, sifilis ve cüzzam ile mücadele etmek için “Olağandışı Sıtma Savaş Kanunu Yasası” çıkarılmış ve hastalığa odaklı dikey örgütsel yapılar geliştirilmiştir (Okursoy 2010: 85). Taşra örgütlerindeki yetki artık bu dönemde Sağlık Bakanlığına devredilerek merkeziyetçi bir yapı oluşturulmaya başlanmıştır. Bu dönemde alınan bazı kararlar şu şekildedir (saglik.gov.tr):

1. Optisyenlik Yasası,
2. Türk Tabipler Birliği Kanunu,
3. Eczaneler ve Eczacılar Kanunu,
4. Hemşirelik mesleği için Kanun,
5. Türk Eczacılar Birliği Kanunudur.

2.1.4. 1960-1980 Arası Sağlık Politikaları

1960 yılından itibaren sağlıkta sosyalleşme adımları atılmaya başlanmıştır. Sağlık hizmetlerinin her bölgeye ve her alana yaygınlaştırılması amaçlanmıştır. Özellikle kademeli şekilde hizmetler yaygınlaştırılmıştır. İl merkezi hastaneleri, ilçe hastaneleri ve sağlık ocakları şeklinde yapılandırılma gerçekleştirilmiştir. Bu yıllar içerisinde uygulanan politikalar şunlardır (saglik.gov.tr):

1. 1965'te 554 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun çıkarılmış ve “pro-natalist” (nüfusu artırıcı) politikadan “anti-natalist” (nüfus artış hızını sınırlayıcı) politikaya geçilmiştir.
2. Geniş bölgede tek yönlü hizmet” ilkesinin alternatifi olan “dar bölgede çok yönlü hizmet” anlayışına geçilmiştir.

3. 1967 yılında Genel Sağlık Sigortası (GSS) için bir kanun taslağı hazırlanmışsa da, Bakanlar Kuruluna sevk edilememiştir.
4. 1969 yılında II. Beş Yıllık Kalkınma Planında Genel Sağlık Sigortasının kurulması tekrar öngörülmüştür.
5. 1978’de Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun çıkarılmış ve kamu personeli olan doktorların muayenehane açması yasaklanmıştır. 1980 yılında Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun ile bu kanun yürürlükten kaldırılmış ve tekrar muayenehane serbestliği getirilmiştir.

2.1.5. 1980-2002 Arası Dönemi Sağlık Politikaları

1961 yılında sosyalleştirme politikaları her ne kadar uygulanmaya çalışıldıysa da belli başlı bölgelerin dışına çıkamamıştır. 1982 anayasası uygulanmaya başladıktan sonra da bu sosyalleşmeyi daha yaygın hale getirilmeye devam edilse de 1987 yılında bu kanun yürürlükten kaldırılmıştır. Yerine 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu çıkarılmıştır. Bu kanunun altyapısı sağlanmadığı için uygulanmaya pek uygun olmamıştır(saglik.gov.tr).

Sağlıkta finans yönetiminin artmasıyla GSS, 1987 yılında tekrar gündeme gelmiş ancak bu konudaki hukuksal düzenlemeler gerçekleştirilemediği gibi 1986 yılında BAĞ-KUR sigortalılarına da ayrı bir sağlık yardımı yapılmaya başlanarak kamu sağlık sigortacılığında üç başlı bir yapı oluşturulmuştur (Aba 2018: 144):

1. 1990 yılında Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından sağlık sektörü ile ilgili bir temel plan hazırlanmış, Sağlık Bakanlığı ve Devlet Planlama Teşkilatı tarafından yürütülen “Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması”, bir anlamda sağlık reformlarının ele alındığı bir sürecin başlangıcını oluşturmuştur.
2. 1992 ve 1993’te Birinci ve İkinci Ulusal Sağlık Kongreleri yapılarak sağlık reformunun teorik çalışmalarına hız verilmiştir. 1992 yılında 3816 sayılı kanunla sosyal güvenlik kapsamında olmayan düşük gelirli vatandaşlar için yeşil kart uygulaması başlatılmıştır. Böylece sağlık hizmetlerine erişim konusunda ekonomik gücü zayıf insanların, sınırlı da olsa sağlık sigortacılığı içine alınması sağlanmıştır.

3. 1993 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan “Ulusal Sağlık Politikası”; destek, çevre sağlığı, yaşam biçimi, sağlık hizmetlerinin sunumu, sağlıklı Türkiye hedefleri olmak üzere başlıca beş ana bölümü içermektedir.
4. 1998 yılında GSS, “Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarısı” adı altında Bakanlar Kurulunca TBMM’ye sunulmuş, ancak kanunlaşmamıştır.
5. 2000 yılında, GSS ile ilgili olarak “Sağlık Sandığı” adı altında tanımlanan bir kanun tasarısı taslağı bakanlıkların görüşüne gönderilmiş ancak bu da sonuçlanmamıştır (saglik.gov.tr).

1990’lı yıllarda yürütülen Sağlık Reformu Çalışmalarının ana bileşenleri şunlardır (saglikturizmi.org.tr):

- Sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanarak GSS’nin kurulması,
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği çerçevesinde geliştirilmesi,
- Hastanelerin özerk sağlık işletmelerine dönüştürülmesi,
- Sağlık Bakanlığının koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik veren sağlık hizmetlerini planlayıp denetleyen bir yapıya kavuşturulmasıdır.

2.1.6. 2003 Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Gerekçeleri

Türkiye yıllar boyu değişik sağlık reformu aşamasından geçmiştir. Fakat en köklü değişim Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) adı altında 2003 yılında hayata geçmiştir. Türkiye bu reform ile karmaşık olan finansal yapısı ve verimsiz olan sağlık kurumlarını iyileştirmeyi amaçlamıştır. Özellikle sağlık finansman ve hizmetleri parçalı bir şekildeydi. Sosyal Güvenlik Sigortası (SSK), Bağ- Kur, Emekli Sandığı, yeşil kart, kurumlar ve hastaneler parçalı haldeydi. Bu ayrılık tüm vatandaşlara aynı kalitede sağlık hizmeti vermeyi zorlaştırmaktaydı. Özellikle SSK’li hastalar, devlet hastanelerinden değil SSK’ye bağlı dar bir hizmet kapasitesi olan hastanelerden ve eczanelerden yararlanmak zorundaydı. Toplumun büyük bir kesimi sosyal güvence kapsamı dışındaydılar. Cepten ödeme miktarı çok fazla olduğu için

ülke genelinde adil olmayan bir sağlık hizmeti verilmekteydi(Gülşen, Yıldırım 2017:166).

Özellikle SDP' den önce koruyucu sağlık hizmetleri, birinci basamak hizmetleri çok etkin çalışmadığı için hastanelere ciddi yığılmalar söz konusuydu. Bu da hastanelerin ve çalışanların verimsiz hizmet vermesine yol açıyordu. Tek bir idarî yapı olmadığı için sağlık harcamaları verimsiz yapılıyor ve kayıt dışı ödemeler ortaya çıkıyordu. Malî yük devlet bütçesinde aşırı yük oluşturuyordu. Fakat bu da yeterli gelmiyordu. Özellikle sağlık bilgi sistemi geride kaldığı için kurumlar arası bilgi eksiliği vardır.(Çetin 2017:279).

Bunların yanında en büyük sorun sağlık hizmetinin kalitesizliği ve bu kalitesizliğe bağlı hastalık oranlarında yükselme, koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmemesi, anne çocuk sağlığında dünyanın ciddi oranda geride kalması SDP'nin gündeme gelmesine yol açmıştır. 2003 yılı öncesinde teminat paketleri, parçalı sosyal güvenlik sistemleri arasında farklılık göstermekteydi. Örneğin, SSK sigortalıları sadece SSK hastanelerini ve eczanelerini kullanmıştır. Diğer yandan, BAĞ-KUR sigortalıları ve bakmakla yükümlü oldukları kişiler, Sağlık Bakanlığı hastaneleri de dâhil olmak üzere kamu ve özel pek çok hizmet sunucusundan sağlık hizmeti almıştır. Fakat BAĞ-KUR sigortalıları ve bakmakla yükümlü oldukları kişiler ancak hizmete ihtiyaç duydukları zamandan önce en az 90 gün primlerini ödemişlerse sağlık hizmetleri almıştır. Emekli Sandığı, sağlık sigortası sistemleri arasında en kapsamlı teminat paketine sahip olan kurumdur (Atasever 2014: 42).

SDP'den önce daha önce düzeltilmesi gereken konular olup Acil Eylem Planı ile ele alınmıştır. 58. ve 59. hükümet programlarına bağlı olarak hazırlanan eylem planında tanımlanan Kamu Yönetimi Reformu kapsamında “Herkese Sağlık” başlığı altında sağlık alanında yürütülmesi öngörülen temel hedeflere yer verilmiştir. Acil eylem planında bu hedefler (Görmüş 2013: 170);

- Sağlık Bakanlığının idari ve fonksiyonel açıdan yeniden yapılandırılması,
- Tüm vatandaşların GSS kapsamına alınması,
- Sağlık kuruluşlarını tek çatı altına toplanması,
- Hastanelerin idari ve malî açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması,
- Anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi,

- Koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması,
- Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi,
- Tüm kamu kuruluşlarında alt kademelere yetki devri verilmesi,
- Kalkınmada öncelikli bölgelerde yaşanan sağlık personeli eksikliğinin giderilmesi,
- Sağlık alanında da e-dönüşüm projesinin hayata geçirilmesidir.

SDP, esas olarak tüm eksikleri yeniden tasarlamaya odaklanmış bir programdır. Acil Eylem Planının belirlenmesinden hemen sonra 2003 yılı başında SDP hazırlanarak Sağlık Bakanlığı tarafından kamuoyuna duyurulmuştur. SDP, 8 tema etrafında dönüşmeyi hedeflemiştir (Akdağ 2008: 21):

- 1- Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı,
- 2- Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası,
- 3- Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi,
 - a) Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği,
 - b) Etkili, kademeli sevk zinciri,
 - c) İdarî ve malî özerkliğe sahip sağlık işletmeleri,
- 4- Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü,
- 5- Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,
- 6- Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,
- 7- Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma,
- 8- Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: sağlık bilgi sistemidir.

Kamuoyuna sunulduktan sonra program belli başlı temel ilkelere dayandırılarak uygulanmaya başlanmıştır. Bunlar (Çetiner, Özen 2019: 241):

- İnsan Merkezilik: Sağlık hizmetlerinden faydalanacak olan bireylerin ihtiyaç, talep ve beklentilerini temel alan bir ilkedir.

- Sürdürülebilirlik: Ülkemiz sisteminin kaynaklar açısından yeterli olması ve kendini besleyecek bir yapıda olmasıdır.
- Sürekli Kalite Gelişimi: Verilen hizmetleri ve ortaya çıkan sonuçları yetersiz görerek sürekli olarak daha iyiyi elde etmektir
- Katılımcılık: Var olan sağlık sisteminde yer alan ilgili tüm tarafların fikir ve tavsiyelerinin alınması, sistemin kapsamına alınan bütün bileşenler ile kaynak bütünlüğünün sağlanmasıdır.
- Uzlaşmacılık: Sağlık sektöründe yer alan taraflar arasında birbirlerinin çıkarları gözetilerek ortak görüşlerde buluşma ilkesidir.
- Gönüllülük: Sistemde sağlık hizmetini veren kesimlerin, hizmet talep eden vatandaşlara veya kurumlara ayrımcılığa başvurmada davranmaları ilkesidir.
- Güçler Ayrılığı: Sağlık hizmetinin finansmanı, planlaması, denetimi ve hizmetin üretiminde görevli olan güçlerin birbirlerinden ayrılmasıdır.
- Desantralizasyon: İdari ve malî açıdan bağımsız hale getirilen kuruluşların merkezi idare yönetiminden çıkarılarak yerinden yönetimin gerçekleştirilmesidir.
- Hizmette Rekabet: Sağlık hizmeti sunumunda farklı hizmet sunucuları arasında rekabet ortamının sağlanmasıdır.

Sağlıkta Dönüşüm Programındaki temel reform alanları:

a) Hizmetin sunumunda reform:

- Birinci basamakta aile hekimliği sisteminin kurulması,
- Hastanelerin kendi kendine finanse edilebilen birer sağlık işletmesine dönüştürülmesi.

b) Hizmetin finansmanında reform:

- Herkesi tek çatı altında toplayan GSS'nin kurulması,
- Hizmeti sunan ile finanse edenin birbirinden ayrılması (ör. SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığına devredilmesi, SSK'nin sadece finansman kurumu olarak faaliyet göstermesi).

- Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığına bağlı SGK'nin oluşturularak tüm sosyal güvenlik kuruluşlarını tek çatı altında toplaması (Ateş 2016: 115).

Sağlık Bakanlığının açıkladığı SDP ile birlikte sağlık sisteminde büyük değişiklikler olmuştur. Bunlar(Sülkü 2011: 7-14):

1. Performansa dayalı ödeme sistemi bazı hastanelerde uygulanmaya başlanarak yaygınlaştırılmaya başlandı.
2. Sevk almadan doğrudan özel sağlık kuruluşlarına gidilmesi sağlandı.
3. SSK ve BAĞ-KUR'a ait sağlık kuruluşları ortak hale getirildi.
4. İlaçlar ve tedavi üzerinden alınan KDV için indirimde gidildi bu oran %18'den %8 indirildi.
5. İlaç fiyatlarında referans sistemine geçildi.
6. Yeşil kartlıların ayakta tedavi masrafları tamamen güvence altına alınıp, diledikleri eczaneden ilaçlarını alabilme imkânı sağlandı.
7. SSK tüm kuruluşlarına Sağlık Bakanlığına devretti. Tüm kurumların tesisleri tek çatı altında toplanarak SSK'li hastalar rahatlıkla bakanlığın tüm hastanelerine gidip hizmetten yararlanma hakkı sağlandı.
8. Yeşil kartlı hastaların ayakta tedaviyi katkı payı ödeyerek alma hakkı getirildi.
9. Eş değer ilaç etken maddesi sayısı yükseltildi.
10. Aile hekimliği uygulamasına geçildi.
11. SSK, Emekli Sandığı ve BAĞ-KUR; SGK adı altında toplandı
12. Global bütçe uygulanılarak birinci basamak sağlık hizmetleri herkes için ücretsiz sunulmaya başlandı.
13. Yatarak tedavi gören hastalar için gerekli olan araç, gereç ve malzemelerin temini hastane tarafından yapılması zorunlu hale getirildi.
14. GSS sistemi yürürlüğe girerek uygulanmaya başlandı.
15. İlaç takip sistemi kullanılmaya başlandı.
16. Sağlık Net oluşturularak tüm sağlık kuruluşları arasında bilgi entegrasyonu sağlandı.
17. Merkezi Hekim Randevu Sistemine (MHRS) geçilerek internet ya da telefon üzerinden istenilen hekime ve kuruma muayene olma hakkı

verildi. (Bu sistem yıllardır devam eden uzun kuyruklar, hekim bulamama, sabah erken saatlerde hastanelerde oluşan izdihamı engellemek, sağlık hizmeti kalitesi yükseltmek, hasta ve hekimlerin işini kolaylaştırmak için önemli bir adımdır).

18. İlaç denetim ve ruhsatlandırma, aşı denetimleri, tıbbî cihazların denetimi ve piyasada sürekli bulundurma ve temin etme takibi için Türkiye İlaç ve Tıbbî Cihaz Kurumu kuruldu.
19. Tam gün yasası kabul edilerek yürürlüğe girdi.
20. Türkiye Kanser, Anne Çocuk ve Ergen Sağlığı, Halk Sağlığı ve Kronik Hastalıklar, Türkiye Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp, Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon ve Sağlık Politikaları Enstitüsü kuruldu.
21. Nüfusun tamamı için ücretsiz ambulans uçak hizmeti çalışmaları yapıldı.
22. Mobil eczane uygulaması başladı.
23. Kanser tedavileri, yanık tedavileri, organ nakli, diyaliz, kalp damar hastalıkları, yeni doğan hizmetleri için özel hastanelerden ek ücret alımı kaldırıldı.

Bu politikalar uygulanmaya başlandıktan sonra yeni politikaların da geliştirilmesi ihtiyacı doğmuştur. SDP'nin 2. Dönemi olarak adlandırılan bu dönemde belli başlı konular üzerinde çalışmalar başlamıştır. Yeni politika ve var olanları modernize edilerek oluşturulmuştur. Bunlar(saglik.gov).

1. Sağlık yaşam için koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi,
2. İnsan merkezli bir sağlık hizmeti sunumun sağlanması,
3. Toplumun sağlık hizmeti talep ederken ortaya çıkacak masrafları azaltmak,
4. Daha fazla sağlık yatırımı ve sağlık merkezlerinin yapılması (şehir hastaneleri, özel hastanelerle sözleşme, gelişmiş sağlık teknolojileri),
5. Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi kurularak vatandaşların haklarını ve sorunlarıyla yakından ilgilenilmesi,
6. Gelişmiş sağlık kuruluşlarının ülke çapında yaygınlaştırılması,
7. Toplumun sağlığı için merkezler açılması ve sayısının arttırılması,
8. Kurumlar arası koordinasyon sağlanarak nitelikli sağlık personeli yetiştirilmesi,

9. Hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının iş motivasyonu için bir takım çalışmalar yapılması,
10. Performans ödemelerinin iyileştirilmesi çalışmalarının yapılması,
11. Türkiye Sağlık Bilgi Sisteminin kurulması,
12. E-Nabız uygulaması yaygınlaştırılarak tüm bilgilerin sağlık bilgilerini düzenli ve kontrollü şekilde kayıt altına alınmaya başlanması,
13. Global sağlık sistemleri standartlarıyla denkleştirme çalışmaları
14. Sağlık bilgi sistemlerini güncel teknolojiyle uyumlu hale getirme çalışmaları,
15. Muayenehanelerin, kliniklerin kalite standartları, görüntüleme standartlarının iyileştirilmesi ve hemen hemen her hastalık için kliniklerinin kurulmaya çalışılması,
16. Güncel tedavi çalışmalarının yaygınlaştırılması, teknolojinin ülke genelinde sağlık merkezlerinde de yaygınlaştırılması,
17. Sağlıklı toplum oluşturma çalışmalarında yerel yönetimlere ve Sivil Toplum Kuruluşlarına (STK) rol verilmesi, toplumun bilinçlendirme çalışması ve teşvik edilmesi (reklamlar, kamu spotları, afişler ve seminerler vb.),
18. Genel sağlık sigortası hakkında bilinçlendirme yapılması,
19. Türkiye Kanseri Gen Projesi hayata geçirilmesi,
20. Türkiye Mikrobiyom Projesi ile hastalıklarla mücadele edilmesinin amaçlanması,
21. İlaç üretimi için ilaç endüstrisi çalışmaları,
22. Milli ilaç üretimi uygulanması,
23. Ülkenin sağlık turizminde ilerlemesi için çalışmalar,
24. Milli tıbbî cihaz üretimi AR-GE çalışmaları,
25. Erken teşhis için sağlık taramalarının artırılması.

Buna bağlı olarak Sağlık Bakanlığının teşkilat yapısında da değişiklikler olmuştur. En güncel haliyle mevcut Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısı Şekil 7 yardımıyla gösterilmiştir.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI MERKEZ TEŞKİLATI GÖREV DAĞILIMI



Şekil 7: Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısı ve Görev Dağılımı (2022).

Kaynak: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11444/teskilat-semasi.html>

Sağlık Bakanlığı Şekil 7’de gösterildiği gibi 1 bakan,4 bakan yardımcısı,11 genel müdürlük ve 6 bağlı kuruluştan oluşmaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı üç önemli konu üzerinde durmuştur. Bunlar: Aile hekimliği, Genel Sağlık Sigortası ve Hastanelerin özerkliği konularıdır.

2.1.6.1.Aile Hekimliği

SDP ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeniden düzenlenmesi ve tüm toplum bireyleri tarafından tercih edilebilir şekilde sunulması hedeflenmektedir. Bu bağlamda herkesin kolayca erişebileceği ve herhangi bir engelle karşılaşmadan tüm sağlık sorunlarını danışabileceği bir aile hekiminin olması programın ana unsurlarındandır. Sağlık Bakanlığı; aile hekimliğini, korucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini bir arada sunan, kendi sorumluluğu altındaki kişilerin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönleriyle ilgili olan kişilerin hekimlerini kendi seçebilecekleri bir hekimlik olarak tanımlamaktadır (Ateş 2016: 116).

Aile hekimliği bölgesinde bulunan hastalardan sorumlu olduğu için birinci basamak sağlık hizmetlerinde yoğunluğu ve iş yükünü de hafifletmiştir. Buna bağlı olarak hekimlerin ve diğer sağlık personellerinin iş verimini, hastaların tedavi kalitesinin de yükseltilmesi amaçlanmıştır. Hastaların kendi hekimini seçebilme ve değiştirme hakkı da vardır. Buna karşın hekimlerin de hasta seçebilme hakları vardır. (Aktaş, Çakır 2012:23).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin planlanması, hekim ve hasta seçme özgürlüğü kavramları kullanılarak piyasa dinamiklerine (rekabet, müşteri memnuniyeti, kişi başına ödeme, performansla göre ödeme) göre özel hekim muayenehanesi temelinde yeniden yapılandırılmıştır (Erol, Özdemir 2014: 15)

Bir hekim ve bir aile sağlığı elemanından oluşan aile hekimliği sisteminde, hekimler kamu görevlisi olmak yerine ücretini piyasa koşullarında kazanan bir girişimciye dönüştürülürken, aile sağlığı elemanı da kamu görevlisi statüsünden aile hekimiyle bireysel iş akdi temelinde istihdam edilen ve kamu görevliliğinin sağladığı güvenceleri büyük ölçüde yitirmiş bir statüye sokulmaktadır(Erol, Özdemir 2014: 16). Dünya Sağlık Örgütüne göre aile hekimliğinin özellikleri şu şekildedir (Şantaş 2020: 83):

1. Kapsayıcılık: Aile hekimliği tüm toplumun sağlık sorunlarını ele alır.
2. Süreklilik: Aile hekimliği çocuklar, hamileler ve kronik hastalıkları olan bireylere her zaman için sağlık bakımı sağlar ve hastaların ileri düzeyde tıbbî uzmanlık ve hastane hizmetleri almalarını kolaylaştırır.

3. Kapsamlılık: Aile hekimleri koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri ile bireylere fiziksel, psikolojik ve sosyal destek sağlar. Aile hekimleri pratikte karşılaşılan sağlık sorunlarının yaklaşık %85-90'ını kendi bünyesinde çözer.
4. Koordinasyon: Aile hekimliği, bireylerin aile hekimleri ile ilk temaslarında ortaya koydukları sağlık sorunlarının çoğuna çözüm üretebilmektedir. İleri düzey sağlık bakım hizmeti gerektiği durumlarda ise ikinci veya üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına yönlendirmektedir.
5. İş birliği: Sağlık hizmeti veren diğer sağlık ve sosyal bakım sağlayıcılarıyla birlikte çalışmak üzere bir aile hekimliği oluşturulabilir.
6. Aile odaklılık: Aile hekimleri, bireylerin sağlık durumları, sosyal ve kültürel ağları ile içinde yaşadıkları ve çalıştıkları koşulları dikkate almaktadır.
7. Toplum odaklılık: Aile hekimleri, hastanın sorunlarını yerel dinamikler çerçevesinde ele almakta ve hizmet verdiği bölgedeki üyeleri karar alma sürecine katmaktadır.

2.1.6.2. Genel Sağlık Sigortası

GSS, sağlık hizmeti alacak bireylerden prim toplama esasına dayalı bir finansman sistemidir. Temel ilkesi “Herkesten gücüne göre prim alıp herkesin gereksinimine göre hizmet vermektir”. Ancak GSS şu anki uygulaması ile yoksulu korumakta çok yeterli olmayan bir uygulamadır. Aylık geliri asgarî ücretin üçte birinin üzerinde olan tüm yurttaşlar her ay prim ödemek zorundadır (Erol, Özdemir 2014: 13). Asgarî ücretin üçte birinden az olan vatandaşların prim borçları devlet tarafından karşılanmaktadır. GSS, ülkemizde 2012 yılından itibaren uygulanmaya başlanmıştır. Bu uygulamadaki amaç, tüm yurttaşların sağlıklı kalmalarını ve ileride oluşacak olan sağlık problemlerine karşı bu hizmetlerin alınması için oluşan giderleri finanse etmek için oluşturulan sağlık güvencesi sistemidir. En temel amacı tüm toplumu sağlık güvencesi altına almaktır. GSS sisteminin uygulanmasını zorunlu kılan bazı nedenler vardır. Bunlar(Er 2011: 324-326).

- Yapılan reformlarda koruyucu sağlık hizmetlerine gerekli önem verilmemiştir.

- Ülke genelinde var olan gelir adaletsizliği sağlık hizmetlerinin arzında da görülmektedir.
- Yapılan bütçelerde sağlık hizmetleri için yeteri kadar pay ayrılmamıştır.
- Yıllardan beri var olan döner sermaye varlığı vatandaşların cepten ödeme miktarını ciddi oranda arttırmış ve buna bağlı mağduriyetler ve hizmet alımında eksiklikler yaşanmıştır.
- Farklı sağlık sigortasıyla verilen hizmetler farklılık göstermiştir.
- Bilgi alışverişi sırasında kurumların eksiklik yaşaması ve bu durumun ortaya çıkardığı karmaşa ve belirsizliktir.
- Sağlık personellerine (hekim, hemşire ve yardımcı elemanları) kırsal kesim ve taşradaki vatandaşların ulaşımının zor olmasıdır.

GSS, kişilerin ekonomik gücüne ve isteğine bakılmaksızın ortaya çıkacak hastalık riskine karşı, toplumda bütün kişilerin sağlık hizmetlerinden eşit ve etkin bir şekilde faydalanmasını sağlamaktadır (Orhaner 2018: 143). Bu kapsam içine hiçbir sağlık güvencesi olmayanlar da girmektedir. Bu durumda kişinin ve hanesinin gelir durumuna bakılarak primi kendisinin mi ödeyeceği yoksa devlet tarafından mı ödeneceği belirlenmektedir.

2.1.6.2.1. Genel Sağlık Sigortasının Kapsamı

GSS, çalışanları kapsadığı gibi belli başlı şartları sağlaması halinde çalışmayan kesimi de kapsamaktadır. GSS kapsamı 5510 sayılı kanunda ek ilaveleri ile belirlenmiştir. Bu kapsamda sayılanlar belli kategoriye ayrılmıştır. Bunlar (Görmüş 2013: 188):

- a. 5510 sayılı SSGSS Kanunu'nun 4. Maddesi birinci fıkrasının a bendine göre, bir hizmet akdine bağlı çalışan işçiler, b bendine göre, kendi hesabına çalışan bağımsızlar ile c bendinde belirtilen kamu görevlileri,
 - b. İsteğe bağlı sigortalı olan kişiler,
 - c. Bir hizmet akdine bağlı olarak çalışmayan ve kamu görevlisi olmayanlardan;
1. Aile içerisindeki geliri kişi başına düşen aylık tutarı asgarî ücretin üçte birinden az olan vatandaşlar,
 2. Vatansız ve sığınmacılar,

3. 2022 sayılı kanuna göre aylık alan 65 yaşını doldurmuş muhtaç, güçsüz ve kimsesiz Türk vatandaşları,
4. 1005 sayılı kanuna göre İstiklal Madalyası verilmiş ve şeref aylığı alan kişiler,
5. 3292 sayılı kanuna göre aylık alan kişiler,
6. 2330 sayılı kanuna göre aylık alan kişiler,
7. 2828 sayılı sosyal hizmetler ve çocuk esirgeme kurumu kanununa göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişiler,
8. Harp malullüğü aylığı alan ile terörle mücadele kanunu kapsamında aylık alan kişiler,
9. 442 sayılı koy kanunun 74 maddesinin ikinci fıkrasına göre görevlendirilen kişiler ile aynı kanunun ek 16. maddesine göre aylık alan kişiler,
10. 2009/13 sayılı Dünya Olimpiyat ve Avrupa şampiyonluğu kazanmış sporculara ve bunların ailelerine aylık bağlanması hakkında kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler,
- d. Mütakabiliyet esası da dikkate alınmak şartıyla, oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayan kişiler,
- e. 4447 sayılı kanun gereğince işsizlik ödeneği ve ilgili kanunları gereğince kısa çalışma ödeneğinden yararlanılan kişiler,
- f. 5510 sayılı kanun veya bu kanundan önce yürürlükte bulunan sosyal güvenlik kanunlarına göre gelir veya aylık alan kişiler,
- g. Yukarıda bentlerin dışında kalan ve başka bir ülkede sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayan vatandaşlar,
- h. Yükseköğrenim Kanuna göre üniversitelerde yükseköğrenim gören yabancı uyruklu öğrenciler (Ek fıkra:13/2/2011-6111/34 md.),
- i. Avukatlık Kanunu uyarınca avukatlık stajı yapmakta olanlar (Ek fıkra:13/2/2011-6111/34 md.), GSS sayılmaktadır.

2.1.6.2.2. Genel Sağlık Sigortasının Amacı

5510 sayılı kanunun GSS Uygulama yönetmeliğine göre, GSS tüm toplumu çalışan ya da çalışmayan kesimi içine alan bir sağlık sigortası türüdür. Her yıl prim miktarı hesaplanarak asgarî ücretin üçte birinden fazla olan vatandaşlardan prim alınarak sağlık hizmetlerini alması sağlanmış olur. Bu hizmetlerin katkı payı ile büyük bir çoğunluğu ücretsiz olarak verilir. Bu bağlamda GSS, şu hizmetleri karşılama amacı taşır:

1. Sigortalının bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmetlerini, koruyucu sağlık hizmetlerini ve hastalık tedavi giderlerini karşılama,
2. Çalışanların iş ve meslek kazası geçirmesi sonrası oluşan sağlık giderlerini karşılama,
3. Hastalığın tedavisi sırasında ortaya çıkan tıbbî malzeme ve giderleri karşılama,
4. Bireyin iş göremezlik durumundan çıkarılıp yeniden sağlığını geri kazanmasını sağlama amacı taşır.

2.1.6.2.3. Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Karşılanan Sağlık Hizmetleri

GSS kapsamına, bireyin sağlığını koruması ve sağlığını yeniden kazanması için gerekli olan tedavilerin çok büyük kısmı girmektedir. Bunlar, 5510 sayılı kanunun GSS Uygulama yönetmeliğinin 8,9,10,11,12 ve 13. maddelerde belirtilmiştir;

1. Kişilerin hastalanmadan önce gerekli olan tüm koruyucu sağlık hizmetleri,
2. Ayakta ve yatarak yapılan tedavilerin masrafları (muayene, laboratuvar, tıbbî müdahaleler ve tedaviler),
3. Görüntüleme hizmetleri,
4. Organ nakli ve acil servis hizmetleri,
5. Anne doğum masrafları ve yeni doğan çocuk sağlığı,
6. Diş muayenesi, kanal tedavileri, görüntüleme ve tetkikler,
7. Evli çiftlerin çocukları olmuyorsa, olması için gerekli olan, bunun belli bir sayıda sınırlı olmak kaydıyla tedavi hizmetleri,

8. Tedavi için gerekli olan aşı, ilaç, kan ve iliği, protez, tıbbî malzeme bakım ve onarımı, kişiye özel tıbbî cihazların temini, bakımı ve onarımı.

Bunun yanı sıra kapsam dışı olan tedavi ve hizmetler de bulunur. Zorunlu olmayan keyfi estetik operasyonlar, zorunlu olmayan keyfi diş tedavileri (diş estetiği), tıbbî işlem olarak bakanlıkça kabul edilmeyen hizmetler GSS kapsamı dışında tutulmuş ve cepten ödeme yöntemi ile kişilerin kendi cebinden ödediği hizmetlerdir.

2.1.6.2.4. Genel Sağlık Sigortasının Karşılamadığı Sağlık Hizmetleri

GSS, büyük bir alanı kapsamasına rağmen bazı noktalarda kapsam dışıdır. Toplumun ihtiyaçlarının dışında olan bazı hizmetler GSS tarafından karşılanmamaktadır. Bunlar 5510 sayılı kanunun GSS Uygulama yönetmeliğinin 14.maddesinde belirtilerek aşağıda sıralanmıştır:

1. Zorunlu olmayan keyfi estetik operasyonlar,
2. Zorunlu olmayan keyfi, estetik amaçlı diş tedavileri (diş estetiği, beyazlatma, özel temizlik),
3. Tıbbî işlem olarak kabul edilmeyen sağlık hizmetleri kapsam dışında tutulmuştur.

2.1.6.2.5 Genel Sağlık Sigortasında Katılım Payı Uygulaması

GSS uygulanırken sağlık hizmetleri için belli bir miktar katılım payı alınır. Bu paylar genelde düşük bir miktarda olur ve eşitlik ilkesine göre düzenlenmiştir. Her yıl bu fiyat düzenlenerek uygulanır. 5510 sayılı kanunun GSS Uygulama yönetmeliğinin madde 17,18,19,20 ve 21'e göre katılım payı alınacak sağlık hizmetleri şunlardır:

- Protez, ortez ve tedavi amaçlı araç gereçlerden,
- Ayakta muayene sırasında kullanılacak ilaçlardan,
- Sevk zinciri kurallarına uymayıp direkt bir üst basamakta sağlık hizmeti almaktan,
- Diş muayenelerinden,
- Evlilerin çocuğu olması için alınan hizmetlerden ve tedavilerden katılım payı alınır.

Bazı sağlık hizmetleri, durumlar ve kişiler katılım payından muaftır. Bunla5510 sayılı kanunun 24.maddesinde sıralanmıştır:

- İş kazası ve riskli mesleki hastalıklar,
- Askeri eğitim ve tatbikatlar sonucu,
- Salgın, doğal afet gibi durumlarda,
- Kontrol amaçlı muayenelerde,
- Heyet raporuna bağlı hayati önem arz eden protez, tıbbî cihaz ve malzemelerden,
- Aile hekimi muayenesi,
- Koruyucu sağlık hizmetleri,
- Şeref aylığı alanlar ve eşleri,
- Vatani hizmetten malullük aylığı alanlar,
- Terörle mücadele kapsamında aylık alanlar,
- Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu kanunu kapsamına göre özel iyileştirme ve bakım hizmetinden ücretsiz olarak faydalananlar,
- Askeri okul öğrencileri,
- Polis okulu öğrencileri,
- 3713 sayılı kanun neticesinde malul aylığı alan askerler gibi durumlar ve kişiler katılım payından muaftırlar.

Yukarıda sayılan hizmetlerden de görüldüğü gibi sosyal devlet anlayışı gereği muaf tutulmuştur. Ülkenin kültürel yapısı da esas alındığından dolayı ödemesi imkânsız ya da katılım payının alınması zor olan hizmetler muafiyet içerisindedir.

2.1.6.2.6. Genel Sağlık Sigortasına Bağlı Sevk Zinciri

Sevk zinciri, acil durumlar dışında hastanın ilk olarak birinci basamağa başvurması; bu basamaktaki imkânlar ile teşhis ya da tedavi edilemeyenlerin bir üst basamağa gitmesinin sağlanmasıdır. Kademeli sağlık hizmeti; birinci, ikinci ve üçüncü basamak tedavi kuruluşları arasındaki hizmet bölüşümünün sağlanması ve sevk zincirinin uygulanmasıdır (Özmen 2013: 33).

GSS'nin sağlam bir zemine ulaşmasını sağlayacak olan sevk zincirinin uygulamaya koyulmasında, aile hekimliği büyük önem taşımaktadır. Etkili bir sevk

zincirinin kurulabilmesi ön şartı, hastanın kendi seçtiği ve güvendiği bir hekimden birinci basamak sağlık hizmeti almasıdır. Hastalar öncelikle aile sağlığı merkezlerine başvurarak gerekli ise aile hekiminin sevkı vasıtasıyla ikinci basamak sağlık hizmeti sunucularına başvurabilmektedirler. Üçüncü basamakta yer alan üniversite, eğitim ve araştırma hastanelerine ise birinci ve ikinci basamak sağlık hizmeti sunucularında tanı ve tedavi yeterli gelmediği durumlarda ileri taktik ve tedavi için sevk edildikleri takdirde ulaşılabilir (Özmen 2013: 33).

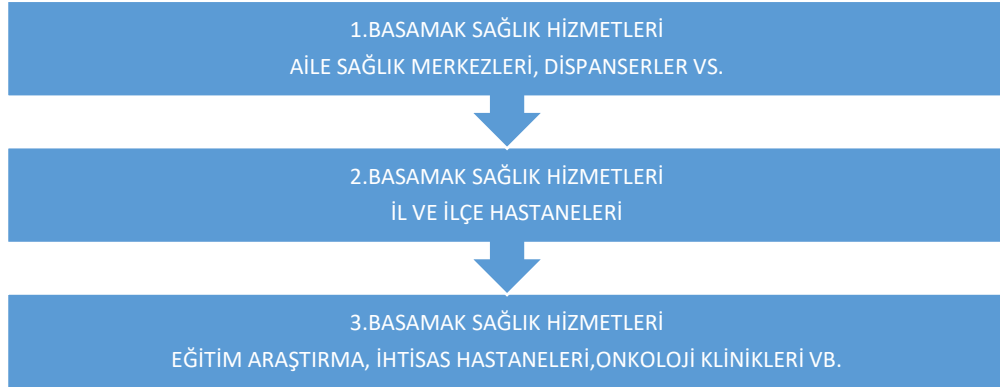
Birinci basamak sağlık hizmetleri; genelde aile sağlık merkezleri, dispanserler, toplum sağlığı merkezleri yer alır. Bu bağlamda temel amaç uzmanlık gerektirmeyen tedavi ve muayeneler, koruyucu sağlık hizmetleri bu basamakta sonuçlanır. Temel amaç, ikinci ve üçüncü basamaktaki sağlık kurumlarındaki yığılmaları azaltıp, gereksiz iş yükünden kurtarıp kişilerin ikamet yerindeki sağlık merkezlerinden hizmet almasını sağlamaktır. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine göre ulaşılması kolay ve maliyeti daha düşüktür (Bulut 2017: 81).

İkinci basamak sağlık hizmetleri; uzman tıp ve sağlık personelinin yer aldığı, farklı büyüklükte hastanelerin tedavi amaçlı verdiği hizmetleri içermektedir. İkinci basamak sağlık hizmetlerinin amacı, tedavi hizmetlerinin sunulmasıdır. Birinci basamak sağlık hizmetleri aracılığıyla tedavi edilemeyen hastaların tedavisi ikinci basamak sağlık kurumlarında, ilçe ya da il hastanelerinde yapılmaktadır (Orhaner 2018: 153).

Üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde amaç, yüksek uzmanlık isteyen hastalıkların tedavisinin gerçekleştiği basamaktır. Bu basamaktaki hizmetler birinci ve ikinci basamakta verilmesi imkânsız olan ileri teknoloji ve uzmanlık gerektiren hizmetlerdir. Eğitim araştırma, ihtisas ve bölge hastaneleri buna örnektir. Sevk zincirine uyulmasının en önemli avantajlarından biri; birinci basamakta çözülmesi mümkün olan hastalıkları, ikinci ve üçüncü basamakta artan sağlık harcamalarından kurtarmaktır (Bulut 2017: 81).

Sevk zincirine uyulmadığı takdirde il ve ilçe hastanelerinde, üniversite hastanelerinde ciddi iş yükü artışı olacaktır. Bu da beraberinde tedavi ve muayenelerin verimini düşürecektir. Hastaların ve kamunun maliyetlerinde artma olacaktır. Özellikle katılım payında ve SGK'nin gereksiz maliyetlere katlanması söz

konusu olacaktır. Ayrıca performansa dayalı ücret sistemi uygulandığından ikinci ve üçüncü basamakta ücret maliyetlerinde artış söz konusu olacaktır(Bulut 2017: 81).



Şekil 8: Sevk Zinciri Basamakları

2.1.6.2.7. Genel Sağlık Sigortasında Prim Oranları

5510 sayılı kanuna göre genel sağlık sigortası prim oranları; özel sektör için %12,5 olarak öngörülmüştür. Bu oranın %7,5'i işverenden, %5'i ise çalışan katkısından oluşur. Zorunluluk esasına dayalıdır. Sigortalının himayesindeki herkes kapsam içindedir. Serbest meslek mensuplarının, memurların gelirinin %12'si prim oranıdır. Aylık geliri asgarî ücretin üçte birinden az olanlar, işsizlik sigortası kapsamında olanlar uygunluk testinden sonra eğer uygun görülürse primden muaftır ve bunların primleri genel bütçeden karşılanmaktadır. Ülkede ikamet eden yabancı öğrenciler içinde gönüllük esasına göre yine gelirinin %12'si prim olarak alınmaktadır(sgk.gov.tr).

2.1.6.2.8. Genel Sağlık Sigortasının Avantajları

GSS'nin sağladığı çok önemli avantaj vardır. Bunlar (Orhaner 2018: 133):

1. Toplumun büyük bir kesimi sağlık sigortası kapsamına alınmıştır. Bu bağlamda kişilerin daha rahat sağlık hizmeti almasını kolaylaştırmıştır.
2. Artan sigortalı sayısı nedeniyle toplanan primlerinde miktarı artmıştır. Bu sayede sağlık harcamaları için gelir miktarı da artmıştır.
3. GSS'nin uygulanmaya başlandıktan sonra sağlık hizmetlerini sunanlar tarafından daha kaliteli ve etkin sağlık hizmeti sunulmaya başlanmıştır.

4. Sağlık haklarında eşitlik ilkesi getirilmiştir. Tüm toplum aynı kapsam içerisinde olduğu için aynı haklara sahiptir.
5. Aile hekimliği uygulanmasından itibaren herkesin ilk elden sağlık hizmetine ulaşması kolaylaşmıştır.
6. Birinci basamak sağlık hizmetleri ücretsiz bir halde sunulmuştur.
7. Toplanan primler sadece sağlık harcamaları ve yardımları için kullanılması amacıyla aynı bir fonda toplanmaya başlanmıştır.
8. GSS kapsamında sadece kamu hastaneleri değil, özel sağlık kuruluşlarında da tedavi olma imkânı getirilmiştir. SGK, bu kapsamda ya sağlık giderinin tamamını ya da belirli bir oranını ödemektedir.
9. Sigortaların tek bir çatı altında toplanmasıyla ilaç talebi tek bir alıcıya ulaşmıştır. Bu da karmaşık ilaç katılım paylarından daha istikrarlı bir katılım payı düzenlemesine yol açmıştır.
10. Özel sağlık kurumları ile yapılan anlaşmalar sonucunda kurumların sayısı artmış sağlık kurumlarında alternatif sayısı çoğalmış ve ulaşılabilirlik artmıştır.
11. Tek bir sigorta sistemine geçilmesiyle düzenleme ve uygulamada karmaşıklığı ortadan kaldırmıştır.
12. Sağlık hizmetlerinde birlik olmasından dolayı belirli ve düzenli bir standart yakalanmaya başlanmıştır.
13. Kamu hastanelerindeki gelir azalışını engellemek için özerk hastane uygulaması ile sağlık işletmeciliğinin önemi artmıştır.
14. Katılım payları tek bir düzende tutularak vatandaşlara ekstra masraf çıkmaması amaçlanmıştır.
15. GSS kapsamında ilaç ödemelerindeki SGK payı artarak vatandaşa yansıyan miktarı azalmıştır.
16. Bu uygulama ile sağlık gelirleri için oluşan gelir kaynakları tek bir merkezden olmuştur.
17. Prim ve devlet katkısından finanse edilen sistem kamusal harcamaları azaltıp bütçeye yük oluşturmayacaktır.
18. Sevk zinciri sayesinde gereksiz maliyetler azalmıştır.

19. Sevk zincirine uyulmadığı takdirde ortaya çıkacak katılım payından dolayı kişiler sevk zincirine uyarak gereksiz iş yükü ve maliyeti azaltmış olacaktır.
20. Özel sektöründe bu piyasada çoğalmasıyla beraber rekabet ortamı artmıştır. Bu rekabet daha kaliteli bir sağlık hizmetinin önünü açmıştır.
21. Genel sağlık sigortasında gereksiz bürokrasi, karmaşık kurumlar, karmaşık hesaplamalar ortadan kalkmıştır.
22. Bu kapsam ile devlet kontrolünde bir sigorta oluşturulup ülkedeki tüm vatandaşlar ve yabancılar sağlık anlamında güvence altına alınarak sağlıklı bir toplum oluşturma, eskiye göre daha kaliteli tedavi hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri verilmesi amaçlanmıştır ve bu amaç doğrultusunda gelişmiş dünya ülke standartlarının yakalanması amaçlanmıştır.

GSS, aslında bir dönüm noktasıdır. Toplumun tamamını kapsam altına alarak hem vatandaşların kolayca sağlık hizmeti almasına hem de kamunun primler yoluyla eski dönemlerde yaptığı harcamanın yükünde azalmaya yol açacaktır. Kamunun finansman yükü azalacağından dolayı daha verimli yatırımların önü açılmış olacaktır. GSS tüm toplumu kapsam altına aldığı için yeni doğan ölüm hız sayılarında azalma, toplumsal sağlık refahının artması ve ölüm yaşının yükseltilmesi esas alınmıştır. Bu yöntemle beraber cepten ödeme miktarı azaltılarak vatandaşın daha eski dönemlerde yaşadığı hizmet alımını sorununu ortadan kaldırmayı amaçlamıştır.

Tablo 1’de SDP sürecinin bebek ölüm hızlarının etkisinin 2009-2019 yılları arasındaki değişimlerinin karşılaştırılması yapılmıştır.

Tablo 1: Bebek ve beş yaş altı ölüm hızı, 2009-2019

Yıllar	Bebek Ölüm Hızı(binde)	Beş yaş altı ölüm hızı(binde)
2009	13,9	17,7
2013	10,8	13,4
2018	9,3	11,3
2019	9,1	11,2

Kaynak: <https://data.tuik.gov.tr/>

Tablo 1’de SDP ile uygulanmaya başlayan genel sağlık sigortası ile toplumun rahatça sağlık hizmeti almaya başlamasıyla beraber anne ve çocuk sağlığında özellikle iyileşmeler yaşandığının göstergesidir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin de gelişmesi ve yaygınlaştırılması ile bu ölüm hızı düşme eğilimine girmiştir.

Tablo 2’de 2011-2020 yılları arasındaki sağlık harcamalarının değişimi gösterilmiştir.

Tablo 2: 2011-2020 Arası Sağlık Harcamaları

Yıllar	Toplam	Genel Devlet	Özel Sektör
2011	68,6	54,6	14,0
2015	104,6	82,1	22,4
2019	201,0	156,8	44,2
2020	249,9	198,1	51,9
Milyar TL			

Kaynak: data.tuik.gov.tr

Tablo 2’e göre Türkiye’nin sağlık harcamaları SDP ile birlikte artış gösterdiği görülmektedir. Özellikle sağlık harcamalarının kamu tarafından yapılan harcaması 54.1 Milyar TL’den 198.1 Milyar TL’ye ulaşmıştır.

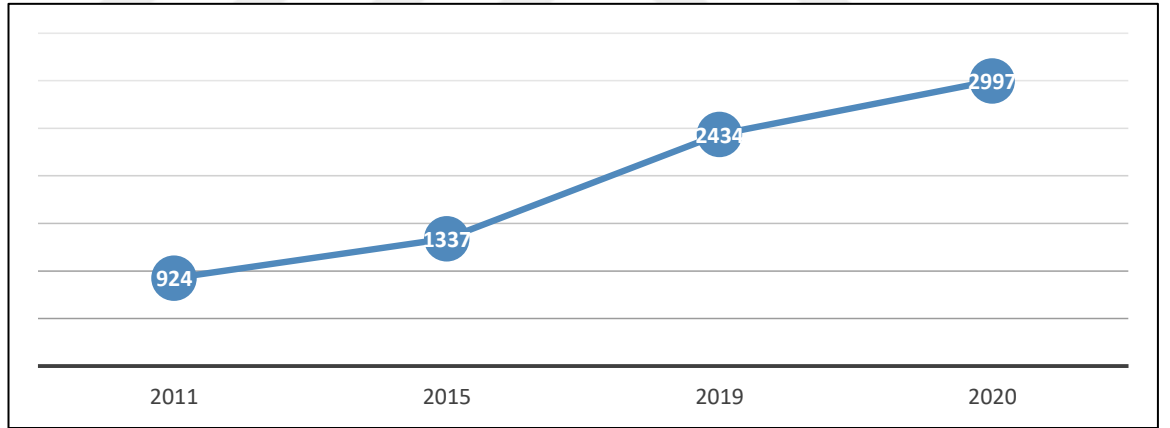
Türkiye’nin genel devlet ve özel sektöre göre toplam sağlık harcaması 2019-2020 yıllarına göre değişimi Tablo 3’te verilmiştir.

Tablo 3: Genel devlet ve özel sektöre göre toplam sağlık harcaması, 2019-2020

Toplam Sağlık Harcaması	2019	Pay(%)	2020	Pay(%)
	201,031	100	249,932	100
Genel Devlet	156,819	78	198,062	79,2
Merkezî İdare	51,492	25,6	68,927	27,6
Mahallî İdareler	1,373	0,7	1,632	0,7
SGK	103,954	51,7	127,504	51,0
Özel Sektör	44,212	22,0	51,869	20,8
Hane Halkları	33,626	16,7	40,105	16,0
Sigorta Şirketleri	5,801	2,9	6,458	2,6
Diğer	4,785	2,4	5,306	2,1

Kaynak: data.tuik.gov.tr

Tablo 3'e göre toplam sağlık harcaması 201 Milyar TL'den 249 Milyar TL'ye ulaştığı gösterilmektedir. Bu harcamalarının büyük bir çoğunluğu kamu tarafından yapılmıştır.



Şekil 9: Kişi başına sağlık harcaması, 2011-2020 (TL)

Kaynak: data.tuik.gov.tr

Şekil 9'daki TÜİK verileri incelendiğinde Türkiye'nin özellikle artan kamu sağlık harcamaları 2015 yılından sonra ciddi bir artış göstermiştir. Bunun sebebi artan hastalık yükü, gelişen teknoloji sağlık harcamalarını arttırmıştır. Kişi başına düşen sağlık harcamalarına bakıldığında 2011 yılında 924 TL iken 2020 yılında değişen koşullar göz önüne alındığından bu 2997 TL'ye yükselmiştir.

Genel devlet sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı 2020 yılında %79,2 özel sektör sağlık harcamasının ise %20,8 olarak gerçekleşmiştir. Genel devlet ve özel sektörün alt bileşenlerine bakıldığında, 2020 yılında SGK %51,0; merkezi devlet %27,6; hane halkları %16,0; sigorta şirketleri %2,6; hane halklarına hizmet eden kâr amacı gütmeyen kuruluşlar ile diğer işletmeler %2,1; mahalli idareler %0,7'lik bir paya sahip olmuştur. Kişi başına düşen sağlık harcaması 2019 yılında 2 bin 434 TL iken, 2020 yılında %23,1 artarak 2 bin 997 TL'ye yükselmiştir (data.tuik.gov).

2.1.6.2.9. Genel Sağlık Sigortasının Dezavantajları

GSS avantajlarının yanı sıra uygulanmasında belli sorunları da beraberinde getirmiştir. Bu sorunlar şu şekildedir(Orhaner 2018: 159).

1. GSS, kişinin rızasına göre değil zorunludur. Bu zorunluluk bireylerin yaptırmaması sonucu borç oluşturmakta ve bu borç faizle çoğalmaktadır.
2. Prim ödeyemediği için ya da borcu biriktiği için acil servis dışında hiçbir sağlık hizmetinden faydalanamayacaktır.
3. Sağlık hizmetinin kalitesinin artması amaçlandığından geniş bir alanı kapsayan sigorta, devlet bütçesi için ek bir yük oluşturmuştur. Kamu bu yükü azaltma yoluna gittiğinde ise vatandaşın prim oranını yükseltmeye gitmiştir. Bu yükselme ise vatandaşın prim ödemesini zorlaştırmaktadır.
4. Artan maliyetlere karşılık vatandaşların primlerini ödememesi sonucu bu yük kamuya kalmaktadır ve bu da kamu için ek bir yükür.
5. Toplumun sevk zinciri konusunda bilgisizliğinden dolayı gereksiz bir şekilde katkı payı ödeyerek hem vatandaşın hem de devletin bu bağlamda ekonomik yük artışı getirmektedir. Özellikle basamaklar arasındaki farkın tam öğrenilememesinden dolayı iş yükü ve kargaşası artmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemi topluma tam olarak öğretilmemiştir.
6. Gelişen teknoloji ve tedavi yöntemleriyle beraber sağlık maliyetleri artmış buna bağlı olarak sigorta primleri ve sağlık harcamaları da

artmıştır. Özellikle özel hastanelerin yaptığı yatırımlardan dolayı fiyatlar artmış, bu da sigortaya ek bir maliyet getirmiştir.

7. Performansa yönelik ücretlendirme politikası, koruyucu sağlık hizmetlerinin tam anlamıyla verilememesinden dolayı sağlık harcamalarını arttırmıştır.
8. Performansa yönelik ücret uygulanması, hastalar ve hekimler arasında sorunlar ortaya çıkarmıştır. Bu sorunlar fazla ve gereksiz muayeneler ya da yapay bir sağlık talebi oluşturmaya kadar gitmiştir. Bu talep kamunun sağlık harcaması yükünü ciddi anlamda arttırmıştır.
9. Aile hekimliği uygulamasında hekim başına düşen hasta sayısı gelişmiş ülkelere göre daha fazla olduğu için birinci basamakta ciddi yoğunluk oluşturmuş bu yoğunluk hastaların birinci basamaktan önce ikinci basamağa gitmeye yöneltmiş ve bu yönelme sevk zincirinin bozularak gereksiz maliyetler ortaya çıkarmasına neden olmuştur.
10. Artan nüfus miktarı sağlık talebini arttırmış, bu talep sağlık harcamalarında artışa neden olmuştur.
11. Özellikle son yıllarda ülkemizde artan mültecilerin GSS'li sayılmasından dolayı bunun prim karşılığı olmadığı için tüm giderlerin devlet tarafından karşılanması ek bir maliyet ve yük oluşturmuştur.
12. Primler yoluyla kamunun sağlık harcaması yükü azaltılmayı amaçlanmışken uzun vadede kamunun yükü artmış ve artmaya devam etmektedir.
13. Toplumsal sorunlardan biri ise özerk olan sağlık kuruluşlarının verdiği sağlık hizmetlerini geç fatura ettiği için vatandaşın özellikle çalışmayan GSS kapsamında olanlar için muayene sırasında ya da eczanede sürpriz katılım payı ödemesi çıkması ve belirsizliktir.
14. Çalışmayan GSS kapsamındakiler özellikle ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında muayenelerinde tedavi sırasında bu sürpriz ödemeler yüzünden muayene esnasında provizyon alamaması ve muayenenin yarıda kalmasına neden olmasındır.

15. GSS prim hesaplaması yapılırken dar bir inceleme yapılmaktadır. Sadece hanedeki asgarî ücret düzeyine bakılmaktadır. Bu da beraberinde prim ödeme zorluğu ortaya getirmektedir.

2.1.6.3. Sağlık Kuruluşlarının Özerkliği

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte Sağlık Bakanlığının denetimine bağlı olarak kamu hastaneleri ve sağlık kuruluşları özerk bir yapıya bürünmüştür. Bu özerk yapıda kendine ait malî ve idarî bir sistem oluşturularak özel sağlık kuruluşlarıyla rekabet edebilen hale getirilebilen bir amaç taşımaktadır. Fakat bu yapılar kendi kendilerini finanse ederken hizmet kalitesini uygun bir fiyattan sunulması amaçlanmıştır. Temel amaç kamunun üzerindeki malî yükü azaltarak sağlık harcamalarının daha verimli bir şekilde yapılması amaçlanmıştır. GSS yönünden prim yükü artarken kamunun kendi sağlık kuruluşlarının hizmet akışı kesilmemesi için böyle bir politika uygulanmaya başlanmıştır(Çavmak 2017:54).

Politikanın getirdiği en önemli yenilik, kamu hastanelerinin ve hizmetinin finansman modelinin değiştirilmesidir. Eski mevcut sistemde kamu hastanelerinin finansmanı, bütçeden Sağlık Bakanlığına ayrılan pay ve sosyal güvenlik kuruluşlarından tahsil edilen ödemelerle karşılanmaktadır. Dolayısıyla program öncesi dönemde hizmetin finansmanı aralıklı olarak kamusal mekanizmalardan sağlanmaktadır. Bu sistemde bireylerin hizmetin finansmanına yaptığı katkı, vergi vermek ve sigorta primi ödemektir (Ateş 2013: 117).

Kamu hastaneleri bu sayede kendi malî yapısına bağlı hizmet verip kurumun tüm ihtiyaçları kendi finansal kaynakları ile sağlayacaktır. Fakat bu hizmetlerin finansmanı yeterli gelmediği durumlarda, sağlık hizmetlerinin sunulmasında aksaklık yaşamasına neden olduğu durumlarda Sağlık Bakanlığı tarafından ek finansman olarak sağlanacaktır. Örneğin, tıbbî cihaz alımlarında hastanenin kendi bütçesi yeterli gelmez ise bakanlık tarafından karşılanacaktır. Bu uygulamayla birlikte sağlık tesislerinde döner sermaye uygulaması başlamıştır. Bu uygulamaya göre sağlık çalışanlarının unvanlarına göre sağlık tesisinin elde ettiği gelirin belli bir miktarından pay almasıdır. Performans temelli bu uygulama 2004 yılında hastanelerde, 2006 yılında bakanlığın tüm kurumlarında ve 2011 yılında ise tüm üniversite hastanelerinde uygulanmaya başlamıştır(Erol, Özdemir 2014: 17).

Bu yöntem ile birlikte kamu hastanelerinde yönetim biçimi değişmiştir. Buna bağlı olarak Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliği kurulmuştur. Bu yönetim biçimine göre hastanelerde profesyonel sağlık yöneticiliği modeline geçiş sağlanmaya çalışılmıştır. Başhekimlik modelinden hastane yöneticiliği modeline geçiş için çalışmalar başlamıştır. Fakat istenilen başarı sağlanamadığı için yeniden başhekim merkezli yönetim modeline KHK ile geri dönmüş ve Kamu Hastaneler Kurumu kapatılmıştır (Aba 2018: 162).

2.1.6.4. Türkiye’de Özel sağlık Sigortası ve Tamamlayıcı Sağlık Sigortası

Bu finansman yönteminde aracı (sigorta şirketi) vardır. Oluşan zararlar, tedavi ücretleri ve teminatlar şirket tarafından ödenir. GSS ile kapsam altına alınan tüm yurttaşlar kamu hastaneleri yerine anlaşması olmayan özel hastanelerde tedavi olmak isteyebilir. Bu giderleri cepten ödemek yerine özel sigorta yaptırarak sigorta tarafından karşılanmasını sağlayabilir. Fakat sigorta şirketinin de hastane ile anlaşma yapması gerekmektedir. Özel sigorta şirketinin anlaşmalı olduğu hastane de ücretin hepsini ya da belli bir kısmını öder. Anlaşmalı olmadığı hastanelerde ise geri ödeme yöntemiyle fatura ibraz etme şartıyla kişiye geri ödenir(Orhaner 2017: 404).

SDP'den önce özel hastane sayılarının azlığı, sigorta şirketlerinin azlığı ve halkın bilgilendirme azlığı nedeniyle kullanımı pek yaygın değildi. Programdan itibaren özel hastanelerin önü açılmış, özel sağlık kuruluşların sayısı artmıştır. Buna bağlı olarak özel sigortanın kullanım oranı artmıştır.(Avşar 2010: 53).

Türkiye Sigorta Birliğinin 2019 raporuna göre 2014 yılında 2.929.632.073 TL prim miktarı varken bu miktar 2019 yılında 8.358.916.934 TL'ye kadar yükselmiştir. Bu da gün geçtikçe özel sağlık sigortalarına talebin artma eğilimini göstermektedir. Fakat bu artışa rağmen SDP'den sonra kamu hastanelerinde artan kalite ve verim, erişim sorunu yaşanmasından dolayı hala istenilen çizgiye ulaşamamış, hala lüks olarak görülmektedir (Sevim, Nal 2021: 161). GSS ve SDP ile birlikte vatandaşların tüm sağlık kurumlarına gitmesi sağlanmıştır. Özel hastanelerle anlaşma yaparak kapsam dâhilinde özel yerlere gidilmesinin de önü açılmıştır. Fakat fatura serbestliğinin gelmesiyle bu dönemde özel sağlık sigortasının da önemi artmıştır. SGK'nin karşıladığı miktardan daha yüksek fatura çıkaran özel hastaneler için bireyler bu giderden kurtulmak için özel sağlık ya da tamamlayıcı sigorta talebini

arttırmıştır. Bu da sağlık finansmanı mekanizmasında özel sağlık sigortasının payını arttırmıştır.

Ülkemizde daha çok kapsamlı sağlık sigortası yerine, sosyal güvenlik kurumunun anlaşma yapmadığı hastanelerde, kapsam dışı tedavilerde, özel hastanelerdeki fatura farkından korunmak için alt dalı olan tamamlayıcı sağlık sigortası daha ağır basmaktadır. Tamamlayıcı sağlık sigortası, zorunlu sağlık sigortasının kapsamı dışında kalan sağlık hizmetlerinin tamamının ya da belli bir oranının özel sağlık sigortası şirketi tarafından ödenmesidir. Tamamlayıcı sağlık sigortaları GSS gibi zorunlu ve tek bir paket halinde değildir. Kişinin yaşı, riski, cinsiyeti farklı paketleri bulunur. Sigortadan önce var olan hastalıkları kapsamamaktadır. Sigortanın başlangıcından itibaren gelişecek olan riskleri ve hastalıkları kapsar. Fakat bu sigorta vatandaşların ödeme gücüyle doğru orantılı olduğu için düşük gelir grubundakiler için ulaşılması zordur(Gülay, Atilla 2021: 70).

2.2 Türkiye'nin Sağlık Finansmanı ve Yapısı

Türkiye'nin sağlık finansman sistemi tek bir yapıda değildir. Karma bir şekildedir. Bir taraftan sosyal sağlık sigortası (Bismarck) modeli kullanılırken diğer yandan kamu tarafından finanse edilen (Beveridge) model kullanılmaktadır. Buna ek olarak ta özel sağlık sigortası ve cepten ödemeler modeli kullanılmaktadır(Atasever 2014: 43).

Vatandaşlar, sağlık hizmetini piyasadan da alabilir kamu sağlık sunucularından da alabilirler. Bu da vatandaşların sağlık hizmetlerini kendilerinin seçebileceğini gösterir. Türkiye'nin sağlık finansman kaynağı üç çeşittir. Bunlar(Şantaş 2020: 160):

- **Devlet Bütçesi:** Sosyal devlet için aslında en temel sağlık finansman kaynağıdır. Türkiye'de de bu durum geçerlidir. Türkiye sağlık finansmanında devlet bütçesinin rolü, koruyucu sağlık hizmetleri ve yoksul kesim için sağlık hizmetlerini finanse etmektir. Devlet bütçesinin asıl kaynağı genel vergilerdir. Bu tür sağlık hizmetleri için oluşturulan bütçe vergiler tarafından sağlanır. Vergi gelirleriyle finanse edilen ve Sağlık Bakanlığı üniversitelerin eğitim araştırma

hastaneleri ve aktif çalışan devlet memurlarının sağlık harcamaları genel bütçeden karşılanır (Şantaş 2020: 173).

- **Sosyal Sağlık Sigortası:** Yukarıda ifade edilenler, GSS kapsamında çalışanların ve prim ödeyenlerin oluşturduğu kaynaktır. SSK tarafından kapsam içindekilerin sağlık hizmet bedelinin kurum tarafından ödenmesi bir diğer finansman kaynağıdır.
- **Özel Ödemeler (Cepten Ödemeler):** Vatandaşların GSS dışında yaptıkları katılım payları, özel hastanelere ödedikleri fatura bedelleri ve özel sigorta kapsamı için ödenen gönüllü ödemelerden oluşur.
- **Hastanelerin Döner Sermayeleri:** SDP'den sonra hastanelerin özerk yapıya kavuşturulmasından sonra oluşturulan, hastanelerin kendi mali yapısını ifade eder. Bu durum hastanelerin kendi ödeneklerine ve bütçesine sahip olmasına neden olmuştur. Bu da Türkiye'deki sağlık finansman kaynaklarından biridir. Sağlık Bakanlığına göre genel bütçe hastanelerin yaklaşık %35'i gibi kısmını finanse etmektedir. Geriye kalan kısım, hastanelerin kendi döner sermayesinden sağlanmaktadır.

Türkiye sosyal bir devlettir. Sağlık hizmetlerinin finansmanını da sosyal devlet anlayışı çerçevesinde iletirmektedir. Özellikle 2017 yılındaki TÜİK verilerine bakıldığında sağlık harcamalarının %78'i kamu bütçesinden (genel bütçe, yerel bütçe, SGK) yapılması bu durumu desteklemektedir. Bu harcamaların geri kalan kısmını sigorta primleri ve özel sigortalar kapsamaktadır. Sağlık hizmetlerinin kamu kaynakları ile finansmanında genel bütçeden ayrılan pay, işveren ve GSS tarafından ödenen primler ile oluşan SSK bütçesi, Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmeti kurumlarına ve özel sağlık hizmetleri kuruluşlarına dağıtılarak sağlık hizmetleri finansmanında satın alma işlevi gerçekleştirilir (Şantaş 2020: 192-193).

Kapsam dışı olan özel sigortalılar tarafından finanse edilen sağlık hizmetleri ile kamu bütçesinden ayrılan pay, bazı özel durumlar için ayrılan paylarla (yargı ve meclis üyeleri için ayrılan, yerel yönetim harcamaları da cepten ödemeler de bu sistemin içerisindedir. SDP ile beraber sağlık sisteminde kurumların görevleri değişmeye başlamıştır. Finansman rolünden çok düzenleyici ve denetleyici bir rol

almaya başlamışlardır. Program dâhilinde verilmesi planlanan kaliteli ve yeterli sağlık hizmeti için harcamaların daha sıkı ve kontrollü denetimini zorunlu hale getirmiştir (Şantaş 2020: 193).

Her ne kadar başka yöntemler kullanılıyor olsa da ülkemizde baskın olan model sosyal sağlık sigortası yöntemidir. Örneğin, OECD 2017 yılı için finansman kaynaklarının %72'si sosyal sağlık sigortalarından oluşur (data.tuik.gov).



III. BÖLÜM

3. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ HARCAMALARI VE FİNANSMANININ ZAMAN İÇERİSİNDEKİ GELİŞİMİ VE KARŞILAŞILAN SORUNLARIN TESPİTİ

3.1. Amaç ve Önem

Türkiye'nin sağlık harcamaları yıllar boyunca artış gösterse de gelişmiş ülkelerin, OECD ortalamasının ve Avrupa Birliği ortalamasının gerisinde kalmıştır. Bu çalışmadaki amaç; Türkiye'deki sağlık hizmetlerine yapılan harcamaların yıllar itibarıyla seyrini gösterip, bu harcamaların istenilen seviyede olmamasının nedenlerini araştırıp bu eksikliğin çözümü için çözüm önerileri geliştirilmeye çalışılacaktır. Türkiye'nin gelişmiş ülkelere ve OECD ülkelerinin büyük bir çoğunluğundan neden geri kaldığı çalışmanın temel sorusudur. Bu çalışmada amaç SDP'den sonra Türkiye'nin sağlık hizmetleri finansmanı açısından sağlık politikalarında öncü olan gelişmiş ülkelerin seviyesine ulaşip ulaşmadığını incelemektir.

3.2. Veri Seti ve Yöntem

Çalışmada konuyla ilgili yazılmış tez ve makaleler, 2001-2020 yılları arası TÜİK verileri, OECD sağlık harcamaları göstergeleri ve Sağlık Bakanlığının yayınladığı raporlardan yararlanılmıştır. Bu göstergelerden hareketle toplam sağlık harcamaları, sağlık harcamalarının GSYİH' deki payı, bunun ne kadarının kamu tarafından ne kadarının özel sektör tarafından kullanıldığı ile ilgili veriler kullanılmıştır. Sadece Türkiye verileri değil; Gelişmiş ülkeler olan Almanya, ABD ve İngiltere'nin de sağlık göstergelerinden yararlanılmıştır. Özellikle SDP'nin gösterildiği çalışmalar ve göstergeler kullanılmıştır.

3.3. Literatür Taraması

Giray ve Çimen'in (2018) OECD verileri ile Türkiye'nin sağlık harcamalarının kıyaslanması çalışmasında bulunan eksikliğin sağlık harcamalarının arttırılması ve bu durumun ekonomik büyüme ve kalkınmaya etkisi olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada TÜİK verileri ve OECD verileri kullanılmıştır.

Cassam'nın (2019) yaptığı çalışmada 2005 ve 2017 yılları arasında Türkiye'nin sağlık harcamalarının TÜİK ve OECD verileri ve grafikleri incelenmiş, ülkenin bu veriler ışığında yapılan iyileşmelere rağmen OECD ortalamasının altında kaldığı bulunmuş ve bunun yakalanması gerektiğini savunmuştur.

Kekeç, Yıldırım ve Polat'ın (2018) yaptığı çalışmada yıllar itibarıyla sağlık harcamaları, TÜİK ve Sağlık Bakanlığı istatistikleri, göstergeleri incelenmiş ve yıllar itibarıyla uluslararası karşılaştırılması yapılmıştır. Bu karşılaştırma sonucunda sağlık harcamaları yıllar itibarıyla artış göstermiştir. Fakat kriz dönemlerinde özellikle özel kesim sağlık harcamaları olumsuz etkilenmiş, bu durum kamu sağlık harcama yükünü arttırmıştır. Bu oluşan durum sonucunda özel kesim sağlık harcamalarının arttırılması için kamu harcamalarının daha verimli kullanılmasını ve özel kesimi destekleyici bir politikanın sergilenmesi gerektiğini savunmuştur.

Baylan ve Aydemir'in (2015) yaptığı çalışmada sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişki 1998-2012 yılları için koentegrasyon testi ve granger nedensellik testi ile test edilmiştir ve sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasında çift yönlü nedensellik bağı bulunmuştur.

Sayım'ın (2017) yaptığı çalışmada Türkiye'nin sağlık harcamalarını Dünya Sağlık Örgütü ve TÜİK verilerinden yararlanarak incelemiştir. Bu çalışmaya göre Türkiye 2014 yılında dünya sağlık harcaması ortalamasında Doğu Avrupa ve Asya ülkeleri arasında yer almıştır. 2003 yılında uygulanmaya başlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile bu harcamalarla GSYİH'deki payı bir nebze yükseldiyse de kriz dönemlerinde tekrar düşme eğilimi göstermiştir.

Sayılı'nın (2017) yaptığı çalışmada Türkiye ile OECD ülkeleri kıyaslanmış ve bu kıyas sonucunda Türkiye'nin çok geride olduğu belirtilmiştir. Bunun için sağlık

hizmetlerinin gelişmesine yönelik bütçeden sağlık hizmetlerine ayrılan payın artırılması ve mevcut kapasitenin yükseltilmesi savunulmuştur.

Kocabadak'ın (2021) yaptığı çalışmada Türkiye'nin küresel krizlerin ve salgın hastalıkların Türkiye'ye etkisi incelenmiştir. Salgın ve krizlerin Türkiye üzerindeki etkilerine bakılarak sağlık harcamaları bakımından OECD ortalamasının altında kaldığı ve negatif etkisi gösterdiği tespit edilmiş, sistematik olarak yatırımların yapılması gerektiği savunulmuştur.

Selim, Uysal ve Eryiğit'in (2014) yaptığı çalışmada sağlık harcamalarının ekonomik büyümeye etkisini ekonometrik olarak ele alınmıştır. 27 Avrupa Birliği ülkesi ve Türkiye'nin 2001-2011 yılları arasındaki sağlık harcama göstergelerini, kısa ve uzun vadeli ilişkilerini panel eş bütünleme ve hata düzeltme yöntemi kullanarak kişi başı sağlık harcaması ve ekonomik büyüme arasında pozitif ilişki bulunmuştur.

Ersöz'ün (2008) yaptığı çalışmada OECD ülkelerinin sağlık düzeyi ve sağlık harcamalarının birbirine benzerlik ve farklılıkları incelenmiştir. Çok boyutlu analizde Türkiye'nin Kore, Meksika, Polonya ve Slovak Cumhuriyeti ile benzerlik gösterdiği fakat ABD ile farklılık gösterdiği görülmüştür. Türkiye'nin Norveç, Almanya ve Avusturya ile farklılık gösterildiği sonucuna varılmıştır. Çok boyutlu ölçekleme analizi yapılarak farklılık bulunan ülkelerin düzeyine çıkarılması için Türkiye'nin sağlık sektörü performansının artırılması, etkin kaynak kullanımı ve güçlendirilmiş sağlık sistemi oluşturulması gerekliliği savunulmuştur.

Çelik'in (2011) yaptığı çalışmada Türkiye'nin sağlık harcamalarının diğer ülkelerle karşılaştırılması yapılmıştır. Amaç optimum sağlık harcama düzeyinin belirlenerek en uygun sağlık harcama düzeyini bularak daha etkin, verimli sağlık sistemi oluşturulması gerektiğini savunulmuştur.

Hayaloğlu ve Bal'ın (2015) çalışmasında 2000-2013 yılları arasındaki sağlık harcama göstergeleri incelenmiştir. Bu çalışmada amaç, panel veri analizi yöntemi kullanılarak toplam sağlık harcamasının ekonomik büyümeye etkisinin ne yönde olduğunu göstermektir. Elde edilen sonuç ise sağlık harcamalarındaki artışın ekonomik büyümeye etkisi pozitifdir.

Daştan ve Çetinkaya'nın (2015) çalışmasında 1980-2012 yılları arasındaki OECD ülkelerinin sağlık harcama değişimlerini, GSYİH içindeki payları ve bunların nasıl finanse edildiği incelenmiştir. Bu çalışmaya göre; Türkiye'nin sağlık göstergeleri artış göstermesine rağmen sağlık harcamalarının GSYİH'daki payı OECD ülkelerinin ortalamasının altında kaldığı ifade edilmiştir. Bunun çözümü olarak makul maliyetli etkin bir sağlık hizmeti ve sağlık sisteminin finansmanı için diğer politika alanları ile rekabet içinde olması gerektiği savunulmuştur.

Tıraşoğlu ve Yıldırım'ın (2012) çalışmasında sağlık ve ekonomik büyüme arasındaki ilişki incelenmiştir. 2006-2012 yılları arasındaki göstergelerin birim kök testi ve tek kırılmalı eş bütün testi yöntemi ile analizi yapılmıştır. Varılan sonuç; tek yapısal kırıklık durumunda sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasında uzun dönemli bir ilişkinin var olmasıdır.

Yumuş ve Yıldırım'ın (2009) çalışmasında 1980-2005 yılları arasındaki sağlık göstergeleri ile ekonomik büyüme arasındaki ilişki incelenmiştir. Bu çalışmada sağlık harcamaları, doğuştan beklenen yaşam süresi ve Gayri Safi Milli Hasıla (GSMH) serileri incelenmiştir. Bu çalışma sonucunda elde edilen sonuç; Türkiye'de sağlık harcamalarının GSMH üzerinde negatif ve küçük bir etki varlığıdır.

Yareli, Köktaş ve Şelçuk'un (2014) çalışmasına göre; SDP ile gelen sağlık harcamalarının yükünü azalmak için herkesin SGK kapsamına alınmasını ve bu kapsamda cepten yapılan ödemelerin neden olduğu katastrofi (felaket etkisi yaratan kötü olay) ele almaktır. TÜİK 2003-2011 yılları arasındaki verilerin kullanılarak yapılan analizde SDP'den sonra sağlık harcamalarının neden olduğu finansal katastrofinin arttığı gözlenmiştir.

Bu çalışmada Türkiye'nin gelişmiş OECD ülkeleri ile sağlık harcamaları bakımından karşılaştırılması yapılmış, özellikle 2003 Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrası yapılan iyileşmelerin ne kadar etkin ve yeterli olduğu, bulunan yetersizliklerin nasıl çözüleceği hakkında bilgi vermek ve öneri sunmak amaçlanmıştır.

3.4. Sağlık Harcamalarına ve Finansmanına Yönelik Göstergelerin Gelişimi ve Sağlık Harcamalarını Etkileyen Küresel Olaylar

Dünya küresel ölçekli olaylar ülkeleri etkileyebilmektedir. Çalışmamızda ele aldığımız Türkiye, ABD, İngiltere ve Almanya'nın sağlık harcamalarının değişkenlik gösterdiği tarihlerdeki küresel olayları incelemek ülkelerin sağlık harcamaları göstergelerinin yorumlanmasında, Türkiye'nin sağlık hizmetlerinde ki finansmanında ki problemlerini göstermekte yardımcı olacaktır. Bu tarihler küresel anlamda incelendiğinde ABD'de meydana gelen 2008 Küresel Finansal Kriz, 2011 yılında meydana gelen Suriye iç savaşıyla başlayan sığınmacı süreci ve 2019 yılında tüm dünyayı etkisi altına alan COVID-19 salgını etkisinin olduğu görülmektedir.

ABD'de 2007 yılının ikinci yarısında ortaya çıkan ve zaman içerisinde etkisini ve etki alanının genişlemesiyle 2008 yılının son çeyreğinden itibaren küresel finans krizi niteliğine bürünen süreç başta gelişmiş ülke ekonomileri olmak üzere önemli ölçüde dünya ekonomisi üzerinde olumsuz etki ve etkiler yaratmıştır. Özellikle, gelişmekte olan ülke konumunda olan Türkiye'de ekonomik olarak söz konusu küresel krizden etkilenmiştir (Engin, Göllüce 2016: 28). 2008 yılında ortaya çıkan küresel krizin Türkiye üzerine etkisi özellikle 2009 yılında hissedilmiştir. Kriz döneminde Türkiye'nin GSYH'sinin azaldığı, büyüme oranının eksilere düştüğü, kişi başına düşen milli gelirin azaldığı, işsizlik oranının ve enflasyonun arttığını söylemek mümkündür. Bununla birlikte hem ihracat hem de ithalat miktarı azalmış dolayısı ile dış ticaret dengesi olumsuz etkilenmiştir. Ayrıca bütçe giderinin bütçe gelirine göre daha fazla artış göstermesi bütçe dengesini negatif yönde etkilemiştir. (Memişoğlu, Durgun 2011: 87).

İkinci önemli küresel olay ise COVID-19 salgınıdır. COVID-19 salgını, sağlığın yanı sıra ülke ekonomilerini ve sosyal düzeni de etkilemektedir. Hem Türkiye hem de dünya genelinde hızla yayılmaya devam eden COVID-19 salgını insan ve toplum sağlığı için büyük risk oluşturduğu için ülkeler de kendi içlerinde çeşitli tedbirler almak durumunda kalmaktadırlar. Dünya genelinde birçok devlet de bu pandemi karşısında belli süre boyunca ve belirli şartlar altında çalışanları işten,

dolayısıyla müşterileri de üretim yerinde fiziksel olarak tüketimden uzak tutmak zorunda kalmıştır (Erişen, Yılmaz 2020: 342).

Türkiye’yi yakından bir önemli olay ise 2011 yılında başlayan ve halen devam eden Suriye’deki iç savaştan dolayı ülkemizin uyguladığı sığınmacı politikasıdır(ORSAM 2015).Bu politika sonucunda göç idaresinin 2019 yılında yayınladığı rapora göre ülkemizde kayıtlı 3.630.767 Suriyeli sığınmacı bulunmaktadır(goc.gov.tr). T.C. İçişleri Bakanlığı Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı’nın 2017’de yayınladığı rapora göre sığınmacıların korucuyu sağlık hizmetleri, anne ve çocuk sağlığı, ruh sağlığı ve genel sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı tarafından ücretsiz olarak verilmektedir(AFAD 2017).

Türkiye'nin sağlık harcamalarında dönüm noktası 2003 yılında uygulanmaya başlayan SDP'dir. Buradan hareketle Türkiye'nin 2001-2020 arası sağlık göstergelerini incelemek, Türkiye'nin sağlık finansmanının ve harcamasının hangi seviyede olduğu hakkında bilgiler verecektir. Bu göstergelerle; toplam sağlık harcaması, toplam sağlık harcamasının GSYİH'deki payı, kişi başına düşen sağlık harcaması, bu harcamalarda kamunun, özel sektörün payı ve OECD seçilmiş ülkelerinin yıllar itibarıyla karşılaştırılmasını incelemek daha net bilgi verecektir.

3.4.1. Türkiye'nin Toplam Sağlık Harcaması ve ABD, İngiltere, Almanya ile Karşılaştırılması

Türkiye’nin 2002-2020 yılları arasındaki sağlık harcamalarının ne kadarının kamu, ne kadarının özel sektör tarafından yapıldığı Tablo 4’te TÜİK verileriyle gösterilmiştir.

Tablo 4: Türkiye'nin 2002-2020 Sağlık Harcamaları, Kamu ve Özel Sektör Payı

Yıllar	Toplam Harcama (Milyon TL)	Kamu %	Özel%
2002	18.774	70,7	29,3
2003	24.279	71,2	28,1
2004	30.021	67,8	28,8
2005	35.359	68,3	32,2
2006	44.069	67,8	31,7
2007	50.904	73,0	32,2
2008	57.740	81,0	27,0
2009	57.911	78,6	19,0
2010	61.678	78,6	21,4
2011	68.607	79,6	20,4
2012	74.189	79,2	20,8
2013	84.390	78,5	21,5
2014	94.750	77,4	22,6
2015	104.568	78,5	21,5
2016	119.756	78,5	21,5
2017	140.647	78,0	22,0
2018	165.234	77,5	22,5
2019	201.031	78,0	22,0
2020	249.932	79,2	20,8

Kaynak: TÜİK, 2002-2020 verilerinden alınmıştır.

Tablo 4'te görüldüğü üzere sağlık harcamaları istikrarlı bir şekilde artmaya devam etmiştir. 2002-2020 yılları arasında sağlık harcamaları nominal olarak %1231, reel olarak %126 oranında artış göstermiştir. Bu artmanın sebebi; artan nüfus ve sağlık kalitesini iyileştirme çalışmalarıdır. Fakat 2008-2009 yıllarında bu harcamalar artmamış aksine sabit kalmıştır. Fakat 2008 yılında sağlık harcamalarının kamu tarafından finanse edilen kısmı en yüksek orana sahiptir. Özel sağlık harcamaları bu dönemden sonra negatif yönde seyir izlemektedir. Bunun sebebi olarak 2008 Finansal Krizden sonra Dünya'da ve Türkiye'de de etkisini gösteren talep yetersizliği gösterilebilir. Bu gibi durumlarda kamunun tasarruf yapması talep yetersizliğine neden olabilir. 2011 yılından itibaren kamu kesimin payının artması Suriyeli sığınmacılar için devlet tarafından karşılanan sağlık giderleri de arttırmıştır.

Tablo 5'de ABD, Almanya Türkiye ve İngiltere'nin cari sağlık harcamaları 2002-2020 yılı arasındaki karşılaştırılması yapılmıştır.

Tablo 5: Amerika, Almanya, Türkiye ve İngiltere Cari Sağlık Harcamaları OECD Verileri (Milyar Dolar)

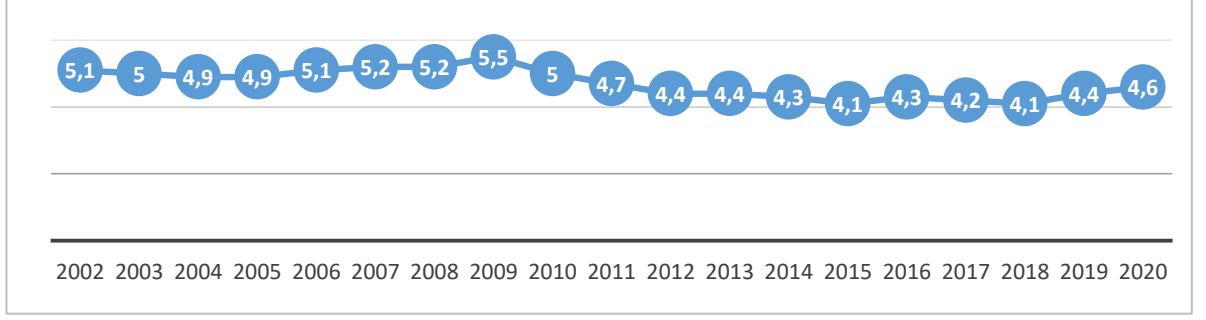
YILLAR	ABD	Türkiye	Almanya	İngiltere
2002	1.529.165,7	34.319,9	264.295,1	135.797,5
2003	1.661.314,1	34.046,9	271.506,2	147.252,4
2004	1.777.190,6	37.759,70	276.261,3	163.356,9
2005	1.900.395,5	40.248,7	278.981,1	165.015,6
2006	2.031.386,6	46.993,3	289.549,5	179.581,5
2007	2.158.777,5	51.451,2	303.784,9	185.286,1
2008	2.245.741,9	57.342,4	319.430,7	198.321,6
2009	2.345.269,0	58.717,0	334.667,9	207.608,0
2010	2.437.266,9	61.705,2	355.102,1	215.999,9
2011	2.517.428,6	65.933,5	366.590,0	221.222,8
2012	2.619.643,0	67.262,9	381.664,4	230.238,3
2013	2.692.710,5	72.168,1	399.331,0	235.116,2
2014	2.841.877,8	77.704,5	417.198,3	242.815,0
2015	3.000.551,2	81.355,7	432.610,3	247.797,1
2016	3.139.497,8	89.485,3	466.839,9	259.975,6
2017	3.266.330,4	94.420,0	493.475,8	268.065,6
2018	3.415.912,2	98.120,5	520.800,9	278.345,6
2019	3.564.191,4	101.707,7	532.453,7	292.934,9
2020	3.931.330,7	108.792,8	577.051,8	336.660,6

Kaynak: OECD 2002-2020 verilerinden alınmıştır.

Tablo 5’de ABD, Türkiye, Almanya, İngiltere’nin cari sağlık harcamalarının Milyar Dolar cinsinden 2002-2020 yılları arasındaki değişimi ve karşılaştırılması yapılmıştır. Tablo 5’e göre; ABD’nin sağlık harcaması 2002-2020 yılları arasında ki değişim %157, Türkiye’nin %217, Almanya’nın %118 ve İngiltere’nin %147 oranında artış göstermiştir. Fakat bu değişim oranı Türkiye’de en yüksek olmasına rağmen dolar bazında diğer ülkelerin çok gerisinde kaldığı görülmektedir. Fakat Türkiye’nin bu tabloda geri kalmasına sebep olarak 2008 Finansal Krizin ekonomik sonuçları, COVID 19 Pandemisi ve 2011 yılında başlayan Suriyeli sığınmacıların ülkede yarattığı mali yük gösterilebilir.

3.4.2. Türkiye'nin Sağlık Harcamalarının Yıllar İtibarıyla GSYİH' deki Payı ve Diğer Ülkelerle Kıyaslaması

Dünyada devletlerin sağlık hizmetlerine verdiği önemi gösteren en önemli gösterge, sağlık harcamalarının GSYİH' den aldığı paydır. Aşağıdaki Şekil 10’da Türkiye'nin 2002-2020 yılları arasındaki GSYİH' deki payı gösterilmiştir.



Şekil 10: Türkiye'nin Yıllar İçerisindeki Sağlık Harcamalarının Yıllar İtibarıyla GSYİH Payı

Kaynak: data.tuik.gov.tr

Türkiye'nin 2002 yılından itibaren GSYİH'deki payı dalgalı şekilde seyretmiştir. Özellikle 2009 yılında zirve yaptıktan sonra düşüş yaşamıştır.

Türkiye'nin sağlık harcamalarının GSYİH'den aldıkları payı ABD, Almanya ve İngiltere gibi gelişmiş ülkelerle kıyaslanması Türkiye'nin sağlık hizmetlerinin ne kadar etkin olduğu hakkında bilgi vermesi bakımından sağlıklı bilgiler verecektir.

Tablo 6: Sağlık Harcamalarının GSYİH Payının Gelişmiş OECD Ülkeleriyle Karşılaştırılması(%)

YILLAR	ABD	ALMANYA	TÜRKİYE	İNGİLTERE
2002	14,0	10,2	5,1	7,7
2003	14,5	10,4	5,0	8,1
2004	14,5	10,1	4,9	8,3
2005	14,6	10,3	4,9	8,4
2006	14,7	10,2	5,1	8,6
2007	14,9	10,1	5,2	8,6
2008	15,2	10,3	5,2	9,0
2009	16,2	11,2	5,5	10,0
2010	16,1	11,1	5,0	10,0
2011	16,1	10,8	4,7	9,9
2012	16,0	10,9	4,4	9,9
2013	16,2	11,0	4,4	9,8
2014	16,5	11,0	4,3	9,8
2015	16,8	11,2	4,1	9,8
2016	16,8	11,2	4,3	9,7
2017	16,8	11,3	4,2	9,6
2018	16,6	11,5	4,1	9,7
2019	16,7	11,7	4,4	9,9
2020	18,8	12,8	4,6	12,0

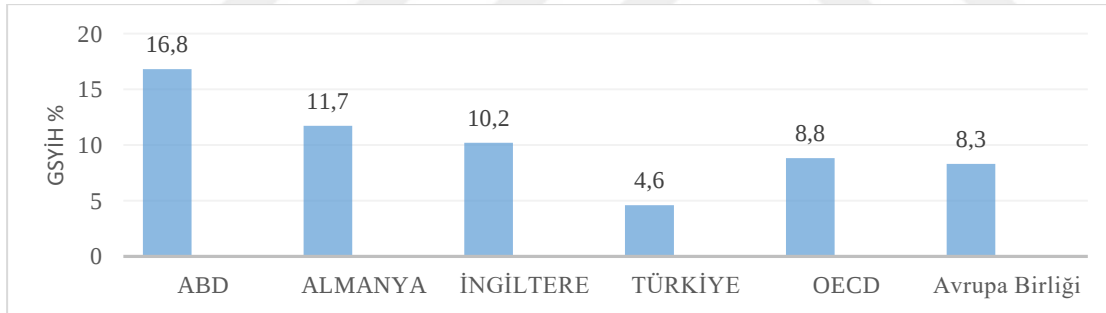
Kaynak: stats.oecd.org

Tablo 6'ya göre ABD, İngiltere, Almanya ve Türkiye'nin yıllar içinde inişli çıkışlı yükseldiği görülse de Türkiye'de sağlık harcamalarının GSYİH'de aldıkları pay gelişmiş ülkelerin gerisinde kalmıştır. Türkiye'de 2002-2020 yılları arasındaki

pay değişimi %4,85 iken ABD'nin %16,4, Almanya'nın %11,5 ve İngiltere'nin de bu değişim oranı %9,85'tir. Özellikle Almanya ile benzer sağlık politikası uygulanmasına rağmen Almanya'nın da gerisinde kalmıştır. Bu devletler, sağlık harcamalarının payını bir çizgide tutmaya çalışmıştır. Kriz dönemlerinde pay oranını düşürmeye çalışmış olmalarına rağmen sağlık hizmetlerini aksatmadan belli bir seviyede tutmaya çalışmıştır.

Türkiye'nin 2003 yılında hayata geçirdiği SDP, sağlığa yapılan yatırımın arttırılmasını hedeflemiş ise de 2009 yılından itibaren program öncesi dönemden daha düşük bir orana düşmüştür. Diğer ülkeler gibi devamlı yükselme yerine bir noktadan sonra pay negatif yönde düşmüştür. Bunun nedeni olarak dünya ölçeğinde yaşanan 2008 Finansal Kriz sonrası ekonomik gidişat gösterilebilir.

2019 yılında devletlerin GSYİH'deki payları da artmıştır. 2019-2020 yılları arası değişim ise ABD'nin %2,1; Almanya'nın % 1,1; Türkiye'nin %0,2 ve İngiltere'nin ise %2,1'dir. Türkiye'nin bu durumda bu ülkelerden GSYİH'den aldıkları pay bakımından da geri kaldığı görülmektedir.



Şekil 11: Sağlık Harcamalarının GSYİH Payının Gelişmiş Devletler, OECD ve Avrupa Birliği Kıyaslanması

Kaynak: TÜİK ve OECD'den alınmıştır.

Şekil 11'e göre gelişmiş OECD ülkeleri, Avrupa Birliği (AB) ve OECD üyesi ülkelerin ortalaması ile GSYİH'den aldıkları pay kıyaslandığında Türkiye'nin bu ortalamanın çok altında kaldığı görülmektedir. Tablo 6 ve Tablo 7'ye göre yıllar itibarıyla artış gözükse de OECD ve Avrupa Birliği standartlarının üstüne çıkamadığı görülmektedir.

3.4.3. Türkiye'nin Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları ve ABD, Almanya ve İngiltere ile Kıyaslanması

Türkiye'nin sağlık hizmetlerinin etkinliği için bir diğer gösterge, kişi başına yapılan sağlık harcamalarıdır. Bu harcamaların toplumun gelişimi ve refahı için önemli bir rol oynamaktadır. Bu inceleme 2002-2020 yılları arasındaki kişi başına yapılan sağlık harcamalarının yıllar içerisindeki değişimini görmemize fayda sağlayacaktır. Bu değişimlerin hangi oranda artıp hangi oranda azaldığı ulusal para cinsinden (TL) nominal ve reel kişi başına düşen sağlık harcaması aşağıdaki Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7: Türkiye'nin Kişi Başı Yapılan Sağlık Harcamaları, 2002-2020

YILLAR	NOMİNAL	REEL
2002	284	1.671
2003	363	1.705
2004	444	1.920
2005	517	2.067
2006	636	2.320
2007	726	2.435
2008	813	2.469
2009	804	2.298
2010	843	2.219
2011	924	2.284
2012	987	2.241
2013	1.108	2.340
2014	1.228	2.383
2015	1.337	2.409
2016	1.511	2.526
2017	1.751	2.634
2018	2.030	2.625
2019	2.434	2.733
2020	2.997	2.997

Kaynak: data.tuik.gov.tr

Tablo 7 'e göre Türkiye'nin TÜİK verileri 2002-2020 yıllarındaki kişi başına sağlık harcamaları nominal ve reel olarak gösterilmiştir. Türkiye 2002-2020 yılları

arasındaki kişi başına sağlık harcamaları nominal olarak %955, reel olarak da %79 oranında artış göstermiştir.

Türkiye'nin kişi başına yapılan sağlık harcamaları dolar bazında da incelenmelidir. TÜİK'ten alınan 2002-2020 kişi başına yapılan sağlık harcamaları satın alma paraditesi (SGP) dolar bazlı olarak Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8: Yıllara Göre Kişi Başı Sağlık Harcaması SGP ABD \$

Yıllar	Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması
2002	533
2003	523
2004	586
2005	625
2006	729
2007	802
2008	891
2009	855
2010	888
2011	932
2012	944
2013	1.003
2014	1.073
2015	1.124
2016	1.201
2017	1.262
2018	1.294
2019	1.357
2020	1.487

Kaynak: TÜİK, OECD Health Data, 2021

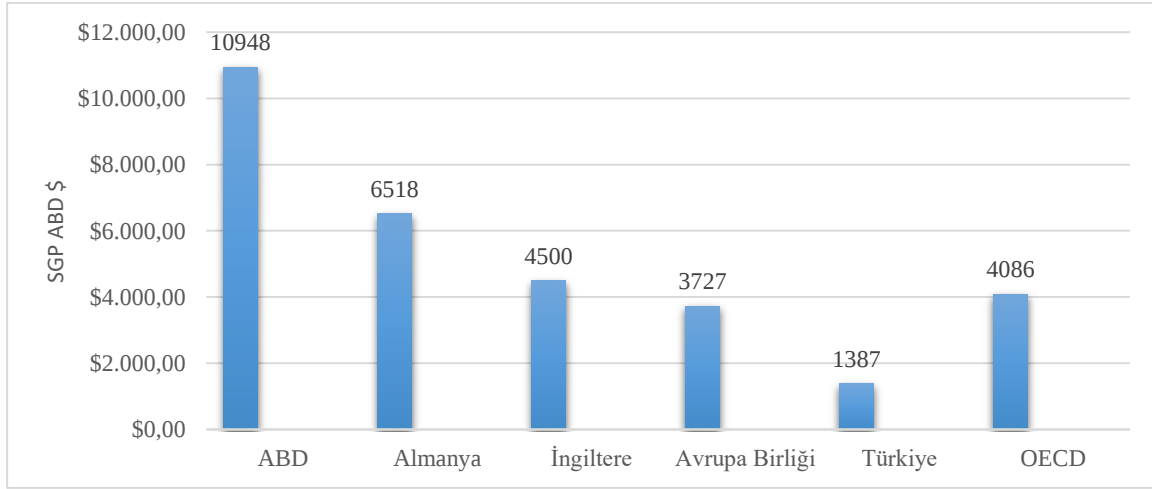
Tablo 8'de görüldüğü üzere Türkiye'nin kişi başı sağlık harcaması yıllar itibarıyla artış eğilimindedir. 2002-2020 yılları arasında %178 oranında artış göstermiştir. Fakat bu artışı OECD gelişmiş devletleriyle cari sağlık harcamalarını kıyaslarsak ne kadar etkin olduğunu görebiliriz. Bu artış Tablo 9'da Amerikan Doları (USD) cinsinden gösterilmiştir.

Tablo 9: Türkiye'nin Gelişmiş OECD Ülkeleri İle Kişi Başına Cari Sağlık Harcamaları(Dolar)

YILLAR	ABD	ALMANYA	TÜRKİYE	İNGİLTERE
2002	5.317	3.240	520	2.287
2003	5.727	3.329	510	2.469
2004	6.070	3.392	559	2.725
2005	6.431	3.430	588	2.731
2006	6.808	3.567	678	2.952
2007	7.167	3.751	733	3.022
2008	7.385	3.955	807	3.208
2009	7.645	4.158	815	3.335
2010	7.879	4.423	844	3.442
2011	8.079	4.567	888	3.496
2012	8.346	4.746	895	3.614
2013	8.520	4.952	948	3.668
2014	8.926	5.152	1.007	3.759
2015	9.355	5.296	1.040	3.806
2016	9.718	5.669	1.129	3.960
2017	10.046	5.970	1.176	4.059
2018	10.451	6.282	1.205	4.190
2019	10.856	6.408	1.232	4.385
2020	11.859	6.939	1.305	5.019

Kaynak: stats.oecd.org

Tablo 9'da ABD, Almanya, Türkiye ve İngiltere'nin kişi başına yapılan cari sağlık harcamaları Amerikan Doları (USD) cinsinden gösterilerek kıyaslama yapılmıştır. Bu verilere göre ABD %123, Almanya %114, Türkiye %150 ve İngiltere %119 oranında 2002-2020 yılları arasında artış göstermiştir. Türkiye %150 oranının en fazla artış olan ülke olmasına rağmen gelişmiş OECD ülkelerinin hala çok gerisinde kaldığı görülmektedir. Türkiye'nin hâlâ gelişmiş dünya ülkelerinin sağlık harcamaları bakımından yetersiz olması, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunulmasında yetersiz kaldığını söylenebilir. Fakat ülkemizi de yakından etkileyen 2008 Finansal Kriz 'in ekonomik sonuçları ve 2019 COVID-19 Pandemisi'dir. Özellikle 2011 yılında başlayan ve halen devam eden sığınmacı politikası kişi başına sağlık harcamalarının yükselmesini engellediği söylenebilir.



Şekil 12: Kişi Başı Cari Sağlık Harcamasının Diğer Ülkelerle Karşılaştırması, SGP ABD \$

Kaynak: TÜİK, OECD Health Data 2021

Şekil 12'ye göre 2021 yılında yayınlanan OECD Kişi Başı Sağlık Harcamaları Raporuna göre 2020 yılı için OECD ortalaması 4086 SGP ABD \$ iken Türkiye 1387 SGP ABD \$ ile ortalamanın altında kalmıştır. Bu kıyaslama sadece OECD ülkeleriyle değil Avrupa Birliği'nin de 3727 SGP ABD \$ ortalamasının da altındadır. Gelişmiş ülkeler, OECD ve Avrupa Birliği ortalamasının altında kalan Türkiye, hâlâ istenilen sağlık harcama ortalamasını yakalayamamıştır.

3.4.4. Türkiye, ABD, Almanya ve İngiltere'nin Cepten Ödeme Harcamalarının Karşılaştırılması

Türkiye'nin sağlık harcamalarının etkinliğinin ve finansmanının daha net görülebilmesi için cepten yapılan sağlık harcamalarının da incelenmesi gereklidir. Bu inceleme 2002-2020 yılları arasında OECD verilerinden ve TÜİK verilerinden yararlanarak Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10: Türkiye, ABD, İngiltere ve Almanya'nın Cepten Harcama OECD Verileri(USD)

YILLAR	ABD	TÜRKİYE	ALMANYA	İNGİLTERE
2002	837.767,7	10.304,8	59.162,9	28.194,2
2003	913.972,0	9.803,1	62.132,4	32.070,4
2004	969.820,5	10.684,9	67.539,3	32.633,5
2005	1.036.120,6	12.981,8	68.767,2	31.395,1
2006	1.094.561,6	14.637,4	72.583,0	33.955,2
2007	1.162.101,1	16.061,0	76.186,2	34.600,5
2008	1.182.556,1	15.658,0	79.696,1	37.765,4
2009	1.211.226,2	11.451,0	55.776,6	40.207,2
2010	1.250.082,0	13.575,4	59.515,6	42.236,2
2011	1.288.770,6	13.761,1	61.917,2	43.354,1
2012	1.343.197,0	14.009,8	64.979,6	45.768,5
2013	1.360.926,3	15.624,1	64.554,2	47.408,5
2014	494.970,7	17.401,8	65.892,3	48.849,5
2015	512.885,8	17.789,4	68.450,7	50.199,0
2016	538.725,5	19.291,1	73.119,0	51.564,6
2017	560.669,9	21.045,6	77.137,1	54.715,4
2018	584.038,7	22.192,6	82.675,7	57.644,2
2019	611.906,1	22.695,7	85.112,4	60.470,5
2020	598.972,1	23.014,7	86.031,6	57.756,5

Kaynak: stats.oecd.org

Tablo 10'daki OECD verilerine göre; ABD'nin 2002-2020 yılları arasındaki cepten harcama değişimi %28, Türkiye'nin %123, Almanya'nın %45 ve İngiltere'nin %104 olarak belirtilmiştir. Bu tabloda en çok dikkat çeken kısım birinci bölümde belirtilmiş olan özel sağlık sigortası sağlık sistemi uygulayan ABD'nin 2013 yılından itibaren özel sağlık harcamasındaki ani düşüşüdür. Diğer yandan Türkiye ve Almanya'nın 2008 yılındaki özel sağlık harcamalarının düşmesidir. İngiltere'nin ise birinci bölümde açıklandığı üzere vergi tabanlı sağlık sistemi uygulamasına bağlı olarak özel sağlık harcamalarının da aynı düzeyde kaldığı görülmektedir. Bunun nedeni olarak dünya ölçeğinde yaşanan 2008 Finansal Kriz sonrası ekonomik gidişat gösterilebilir.

3.4.5. Türkiye'nin Sağlık Harcamalarının Finansman Şekline Göre ABD, İngiltere ve Almanya ile Karşılaştırılması

Türkiye'nin sağlık harcamalarının ne kadarının özel sektör, ne kadarını kamu kesimi tarafından mı finanse edildiği 2002-2020 yılları arasındaki değişimleri Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 11: Türkiye'nin Sağlık Harcamalarının Finansman Şekline Göre Karşılaştırılması(%)

YILLAR	ABD		Türkiye		Almanya		İngiltere	
	Kamu	Özel	Kamu	Özel	Kamu	Özel	Kamu	Özel
2002	45,2	54,8	70,0	30,0	77,6	22,4	79,2	20,8
2003	45,0	55,0	71,2	28,8	77,1	22,9	78,2	21,8
2004	45,4	54,6	71,7	28,3	75,6	24,4	80,0	20,0
2005	45,5	54,5	67,7	32,3	75,3	24,7	81,0	19,0
2006	46,1	53,9	68,9	31,1	74,9	25,1	81,1	18,9
2007	46,2	53,9	68,8	31,2	74,9	25,1	81,3	18,7
2008	47,3	52,7	72,7	27,3	75,1	24,9	81,0	19,0
2009	48,4	51,6	80,5	19,5	83,3	16,7	80,6	19,4
2010	48,7	51,3	78,0	22,0	83,2	16,8	80,4	19,6
2011	48,8	51,2	79,1	20,9	83,1	16,9	80,4	19,6
2012	48,7	51,3	79,2	20,8	83,0	17,0	80,1	19,9
2013	49,5	50,5	78,4	21,7	83,8	16,2	79,8	20,2
2014	82,6	17,4	77,6	22,4	84,2	15,8	79,9	20,1
2015	82,9	17,1	78,1	21,9	84,2	15,8	79,7	20,3
2016	82,8	17,2	78,4	21,6	84,3	15,7	80,2	19,8
2017	82,8	17,2	77,7	22,3	84,4	15,6	79,6	20,4
2018	82,9	17,1	77,4	22,6	84,1	15,9	79,3	20,7
2019	82,8	17,2	77,7	22,3	84,0	16,0	79,4	20,8
2020	82,8	15,2	78,8	21,2	85,1	14,9	82,8	17,2

Kaynak: stats.oecd.org

Tablo 11'e göre ABD'nin 2013 yılına kadar özel kesim sağlık harcaması baskın bir politika izlerken 2013 yılından sonra sağlık harcamalarında kamu kesimi payını özel sağlık harcaması üzerinde olacak şekilde tuttuğu görülmektedir. Türkiye'nin ise 2002 yılından itibaren istikrarlı bir şekilde sağlık harcamalarında kamu kesimi tarafından finanse edildiği görülmektedir. Buna bağlı olarak İngiltere ve Almanya'nın da sağlık harcamalarını ağırlıklı olarak kamu kesimi tarafından finanse ettiği görülmektedir. Tablo 11'de dikkat çeken başka bir husus ise Türkiye'nin ve Almanya'nın 2008 yılından sonra özel kesim sağlık harcamalarında bir azalma olduğu görülmektedir. Bu tarihten itibaren özel kesim sağlık harcamaları belli bir

oranda azalıp yükselmiştir. Bunun nedeni olarak dünya ölçeğinde yaşanan 2008 Finansal Kriz sonrası ekonomik gidişat gösterilebilir.





SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Sağlık hizmetleri aslında devletlerin refah seviyesi ile doğru orantılıdır. Çünkü sağlıklı toplum, ekonomik ve sosyal anlamda her zaman ülkelerin kalkınması için en önemli faktördür. Devlet, toplumu sağlıklı yaşatmak zorundadır ve sağlık hakkı toplum için anayasal bir haktır. Sağlık hakkını topluma vermek devletin aslı görevidir.

Türkiye, Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'na bağlı sosyal bir devlettir. Sosyal devlet gereğince toplumun sağlık hizmetleri ihtiyacını karşılamakla yükümlüdür. Türkiye, 1920'den beri sağlık alanında çok sayıda reformlar yapmıştır. Bunlardan en güncel ve kapsamlı olanı, 2003 yılında uygulanmaya başlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı'dır. Bu programdaki ana amaç, toplumun sağlık hizmetlerini gelişmiş dünya devletleri ile aynı standartta almasıdır. Çalışmada 2002-2020 yılları arasında Türkiye'nin yaptığı sağlık harcamalarını, bunların hangi yolla finanse edildiğini ve bu harcamaların gelişmiş dünya devletleri ve OECD sağlık harcaması seviyesine çıkıp çıkmadığını inceleyerek eksiklikleri bulmaktır.

1. bölümde sağlık hizmetleri ve finansmanı hakkında temel bilgiler verip ABD, Almanya ve İngiltere gibi sağlık politikalarında öncü olmuş ülkelerin sağlık sistemleri hakkında bilgi verilmiştir. ABD'nin özel sağlık harcamasındaki konumu, Almanya'nın Bismarc modeli ve İngiltere'nin Beveridge modeli hakkında bilgiler verilerek analizin sağlıklı yapılması amaçlanmıştır.

2. bölümde ise Türkiye'nin sağlık politikalarının tarihçesi, gelişimi, Sağlıkta Dönüşüm Programı hakkında temel bilgiler ve ülkenin sağlık sistemi hakkında bilgiler verilerek sorunların daha net analiz edilmesi amaçlanmıştır.

3. bölümde TÜİK ve OECD verileri değerlendirildiğinde, 2008 ve 2019 yılları arasında incelenen devletlerin sağlık harcamaları ve sağlık harcamalarının GSYİH'den aldıkları paylarda değişim yaşandığı görülmektedir. Bu tarihler küresel anlamda incelendiğinde, ABD'de meydana gelen 2008 Küresel Finansal Krizi, 2011 yılında başlayan ve halen devam eden Suriyeli sığınmacılar politikası ve 2019 yılında tüm dünyayı etkisi altına alan COVID-19 salgınının etkisi olduğu görülmektedir.

2008 Dünya Finansal Krizinin ekonomik sonuçlarından etkilenen Türkiye, bu etkiyi sağlık harcamalarına da yansıtmıştır. Fakat bu harcama tek başına yeterli bir ölçüt değildir. Sağlık harcamalarının GSYİH'den aldıkları pay, ülkelerin sağlık harcamalarına ve hizmetlerine verdiği önemi daha net bir şekilde göstermektedir. Türkiye'nin sağlık harcamaları için GSYİH'de ayırdığı pay, 2008 krizinden sonra düşme eğilimi göstermiştir. 2008'den sonra %5'in altına düşmesi sağlık hizmetlerinin etkinliğine de negatif etki olarak yansımıştır.

Özellikle 2019 COVID-19 salgını ile sağlık harcamalarının GSYİH'dan aldıkları bu payın ciddi bir şekilde yükselmesi beklenirken %0,2'lik bir büyüme ile OECD, Avrupa Birliği ve gelişmiş dünya ülkelerinin altında kalmıştır. 2019 yılı için Türkiye'de sağlık harcamaları GSYH payı %4,6 iken OECD % 8,8; Avrupa Birliğinde ise %8,3 olarak açıklanmıştır.

Kişi başı sağlık harcaması nominal olarak %955 olarak artmış gözükse de 2020 reel fiyatlarıyla %79 artış göstermiş fakat SGP ABD doları bakımından gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında ciddi bir fark vardır. 2020 yılı için kişi başı cari sağlık harcaması ABD'de 11.859 \$, Almanya'da 6.939 \$, İngiltere'de 5.019 \$ iken Türkiye'de bu harcama %150 artış ile sadece 1.305 \$'dır.

Bu göstergeler ışında Sağlıkta Dönüşüm Programı ile harcamalar ve GSYİH bakımından OECD, Avrupa Birliği ve gelişmiş dünya devletleri standardına ulaşamamıştır. Bunun sebebi olarak kriz dönemlerinde etkin sağlık harcama politikası uygulanmaması ve GSYİH'den aldığı pay göz önüne alınarak sağlığa yeteri kadar önem verilmemesidir.

Tablo 4'te gösterildiği üzere sağlık harcamalarının büyük bir bölümü kamu kesimi tarafından yapılmıştır fakat özel kesim harcamaları 2008 krizinden sonra %27'den %19'a kadar düşme yaşamıştır. Kriz dönemlerinde özel kesimin sağlık harcaması ve yatırımı yapabilmesi için kamunun durgunluk dönemlerinde özel kesimi destekleyici politikalar uygulayarak sağlık harcamalarını daha etkin ve verimli yapılmasını sağlar.

Tablo 5'de USD cinsinden yapılan karşılaştırmadan çıkan sonuç Türkiye'nin ABD, İngiltere ve Almanya'nın çok geride kaldığı görülmektedir.

Tablo 6’da yapılan analizde Türkiye’nin ve seçilen ülkelerin GSYİH’den aldıkları pay gösterilmiştir. Türkiye’nin GSYİH’den aldığı pay, ikinci bölümde bahsi geçen SDP’den sonra artmamış ve ABD, Almanya, İngiltere’nin de gerisinde kaldığı görülmektedir. Şekil 11’de de görüldüğü gibi Türkiye’nin, 2020 yılında ki OECD ülkelerinin ortalamasının ve Avrupa Birliği ortalamasının altında kaldığı görülmektedir. Özellikle 2019 yılında sağlık harcamalarının öneminin artmasına rağmen bu pay çok yükselmemiş ve ortalamaların altında kalmıştır.

Tablo 7’de Türkiye’nin kişi başına düşen sağlık harcamaları Türk Lirası cinsinden gösterilmiştir. Tablo 7’e göre Türkiye’nin kişi başına düşen sağlık harcaması 2002’den 2020 yılına kadar nominal olarak %955, reel olarak %79 oranında artış göstermiştir. Türk Lirası cinsinden gösterilen veri diğer ülkelerle karşılaştırma için yeterli olmadığından Tablo 8’de Kişi başı sağlık harcaması SGP USD cinsinden gösterilmiş ve Tablo 9’da ABD, Almanya ve İngiltere ile USD cinsinden karşılaştırma yapılmıştır. Bu karşılaştırmaya göre Türkiye’nin %150 oranında kişi başı sağlık harcamasını artsa da gelişmiş ülkelerin çok gerisinde kaldığının göstermektedir. Şekil 12’ye göre 2020 yılı için kişi başı sağlık harcaması ABD 10.948 SGP USD, Almanya 6.518 SGP USD ve İngiltere’nin ise 4.500 SGP USD, OECD ortalaması 4086 SGP USD ve Avrupa Birliği ortalaması 3.727 SGP USD olarak gözlenmiştir. Buna karşın Türkiye’nin ise 1.387 SGP USD olduğu görülmektedir. Türkiye bu konuda hem gelişmiş ülkelerden hem de OECD ve Avrupa Birliği ortalamasının çok altında kalmaktadır.

Tablo 10’da Türkiye’nin ABD, Almanya ve İngiltere ile cepten harcama miktarları USD cinsinden karşılaştırılmıştır. Bu verilere göre Türkiye’de cepten harcamalar 2008 yılında düşme yaşamıştır. Bunun nedeni olarak 2008 yılındaki Küresel Finansal Krizin ekonomik etkilerinin sağlık harcamalarına etkisi olarak gösterilebilir. Tablo 11’e göre Türkiye’nin sağlık harcamalarını kamu kesimi tarafından yapıldığı fakat cepten harcama bakımından diğer ülkelerin gerisinde kaldığı görülmektedir.

Tablo 11’e göre Türkiye’nin sağlık harcamaları istikrarlı bir oranla %70 - %79 aralığında 2002-2020 yılları arasında kamu kesimi tarafından finanse edildiği görülmektedir.

Türkiye SDP sonrası köklü değişikliğe gitmiştir. Bu değişikliklerin yıllar içerisinde etkileri incelenmiş ve sağlık finansmanı ve harcaması bakımından şu problemler tespit edilmeye çalışılmıştır:

- Türkiye’de sağlık harcamaları artma eğilimi gösterse de OECD ve Avrupa Birliği ortalamasının altında kaldığı görülmektedir.
- Sağlık harcamalarının GSYİH’den aldığı pay gelişmiş ülkelerin, OECD ve Avrupa Birliği ortalamasının altında kaldığı görülmektedir.
- Kişi başı sağlık harcaması OECD, Avrupa Birliği ve gelişmiş ülkelerin altında görülmektedir.
- Sağlık harcamaları her ne kadar artış gösterse de hala standartların altında olduğu görülmektedir.
- Ülkemizde ki Suriyeli sığınmacılar için Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan sağlık harcamaları karşılıksız olduğu için Türkiye’de mali yük oluşturmuştur.

Bu yetersizliğe çözüm önerisi olarak şunlar sunulmaya çalışılmıştır;

- Kamu, özel kesim sağlık piyasasına kriz dönemlerinde destek vermeli,
- GSYİH kalemleri hesaplanırken sağlık harcamalarının aldığı pay, OECD ve Avrupa Birliği standartlarına çok yakın olacak şekilde artırılmalıdır,
- Bu payın arttırılması toplumun refah seviyesini yükseltecek, pandemi ve kriz gibi olumsuz koşullarla daha etkin bir mücadele verilebilir.
- Kriz durumlarında sağlık harcamaları tasarruf planları dışında bırakılmalıdır çünkü anayasal hak olan sağlık hakkı hiçbir şekilde kısıtlama kapsamında olmamalıdır.
- Özellikle kriz ve salgın dönemlerinde sağlık harcamalarına daha fazla pay verilmelidir.
- Etkin, verimli bir sağlık finansal sistem kurularak sağlık hizmetleri finansmanı için daha etkin kaynaklar yaratılmalıdır.
- Kişi başı yapılan sağlık harcamaları Avrupa Birliği ve OECD ortalamasına getirilmelidir.
- Gelişmiş ülkelerin sağlık harcamaları ile oluşan fark azaltılmalıdır.

- İkinci bölümde hakkında bilgi verilen Genel Sağlık Sigortası yeniden hakkaniyetli bir biçimde düzenlenerek sağlık sigortasına katılımın verimliliğini ve etkinliğini arttırmalıdır.
- Toplumun alım gücü göz önünde bulundurularak sağlık sigortası primleri devletin daha etkin desteği ile yeniden düzenlenmelidir.
- Türkiye'nin sağlık hizmetleri sunumu kapsamında mültecilere yönelik politika ve uygulamaları gözden geçirilmeli ve uluslararası kuruluşlardan bu doğrultuda sağlanan destekler genişletilmeye, bu sayede ülkemizin yükü azaltılmaya çalışılmalıdır.





KAYNAKÇA

- Aba, Gökhan (2018). *Sağlık Politikası ve Planlaması*. Ankara: Nobel Yayıncılık Eğitim Danışmanlık.
- Akar, Sevdâ (2014). “Türkiye’de Sağlık Harcamaları, Sağlık Harcamalarının Nisbî Fiyatı ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”. *Celal Bayar Üniversitesi Yönetim ve Ekonomi Dergisi*. 1(21): 311-322.
- Akdağ, Recep (2008). *Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri*. <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Yayin/189>
- Akdur, Recep (2006). *Sağlık Sektörü "Temel Kavramlar ve Avrupa Birliğinde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumunu*. Ankara Üniversitesi Matbaası.
- Akyürek, Çağdaş Erkan. (2012). *Sağlıkta Bir Geri Ödeme Yöntemi Olarak Global Bütçe ve Türkiye*. SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi, 2 (2)
- Aktaş, Ekin (2012). *Aile Hekimlerinin, Aile Hekimliği Uygulaması Hakkındaki Görüşleri: Bir Anket Çalışması*. Ege Tıp Dergisi, 51(1), 21 - 29.
- Alptekin, Uygur (2019). *Türkiye Sağlık Sisteminin Yeniden Yapılandırılması: Neoliberal Politikaların Etkileri*, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Alsancak, Serap, Altınkaynak Haydar, Özgöncü Nigar, Kuru, Mehtap. & Yaşar, Gülbiye. Yaşar. (2010). *Sağlık Finansmanını Değerlendirme Ölçütleri*. Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi, 9 (1) , 31-43
- Alu, Ali. (2017). *Sağlığın Temel Kavramları* . Sağlık Yönetimi Dergisi , 1 (2) , 32-41
- Atasever, Mehmet (2014). *Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi*.
- Ateş, Mehmet (2016). *Sağlık Sistemleri*. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş.
- Avşar, Nazan, (2010) Türkiye’de Özel Sağlık Sigortası ve Sağlık Sistemi Beyken Üniversitesi Sosyal Bilimler Entitüsü Yüksek Lisans Tezi

- Aydemir Cahit ve Baylan Seniha (2015). “Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Türkiye Üzerine Bir Uygulama”, *Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 7(13): 417-435.
- Balkız, Özlem (2015). Mikro Kredi ve Toplumsal Cinsiyet: Eleştirel Bir Değerlendirme. *Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 14(3), 535-557.
- Başol, Emel (2015). *Gelişmekte Olan Ülkelerde Strateji: Sağlık Sisteminde Sevk Zinciri*. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 4 (8), 128-140
- Bozma, Gürkan, Başar, Selim ve Künü, Serkan (2016). Eğitim ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye Üzerine Bir Uygulama. *Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* , (10) , 189-204.
- Bulut Arzu ve Şengül Halil (2019). “Türkiye Sağlık Sisteminin Sorunları ve Çözüm Önerileri”. *Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 10(1): 45-50.
- Busse, R (2008). “Health System Snapshots: Perspectives From Six Countries”. *Eurohealth*. (14,)
- Cassama, Malam Soares (2019). *Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Finansmanı: Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Analizi*, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Bursa.
- Çelik, Yusuf (2016). *Sağlık Ekonomisi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Çelik, Yusuf (2011). Türkiye Sağlık Harcamalarının Analizi ve Sağlık Harcama Düzeyinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi. *SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1 (1)
- Çelik, Ali (2020). G20 Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisinin Analizi. *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 27 (1) , 1-20
- Çetin, Fatma Gökçen (2017). *Sağlıkta Dönüşüm Programı Ekseninde Sağlıkın Ekonomi Politikası*. Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 19 (1) , 274-293
- Çetinkaya Volkan ve Daştan İlker (2015). “OECD Ülkeleri ve Türkiye’nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergelerinin Karşılaştırılması”. *Sosyal Güvenlik Dergisi*. 1(5): 104-134.

- Demirel, Gamze. (2020). Sağlık Hizmetlerinde Geri Ödeme Yöntemleri. *Selçuk Sağlık Dergisi*, 1 (2) , 97-117
- Çoban, Hilmi (2009). Sağlık Ekonomisi Ve Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması Doktora Tezi, DEÜ Sosyal Bilimleri Enstitüsü.
- Dinçköklü Çakır, Özlem (2016). *Türkiye ve Avrupa Birliğinde Uygulanan Sağlık Finansman Politikalarının Değerlendirilmesi*, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Eke Erdal ve Kişi Merve (2019). “Geçmişten Günümüze İngiltere Sağlık Politikaları: Ulusal Sağlık Sistemi Odaklı Güncel Perspektif”. *Opus-Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*. 18(11): 2687-2707.
- Erumut, Mehmet (2014). *Türkiye İçin Alternatif Sağlık Finansman Önerisi: İki Sütunlu Sistem*. Sosyal Güvence Dergisi (5)
- Çavmak, Şeyda, Çavmak, Doğançan. (2017). *Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi Ve Sağlıkta Dönüşüm Programı*. Sağlık Yönetimi Dergisi, 1 (1) , 48-57
- Çetiner Emine Müge ve Özen Eda (2019). “Sağlık Kuruluşlarının Karşılaştığı Finansal Sorunların Tespiti ve Sorunlara Çözüm Önerileri”. *Finans Ekonomi ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 3(4): 241.
- Engin, Cem Göllüce, Esra (2016). 2008 Küresel Finans Krizi ve Türkiye Üzerine Yansımaları. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 6 (1) , 27-40
- Erişen Mehmet Akif ve Yılmaz Fatma Özlem (2020). COVID-19 Pandemisi Döneminde Bireylerin Harcamalarının İncelenmesi. *Gaziantep University Journal of Social Sciences*, Cilt 19 COVID-19 Özel Sayısı, 340-353
- Erol Hatice ve Özdemir Abdullah (2014). “Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi”. *Sosyal Güvenlik Dergisi*. 1(4): 16.
- Ersöz, Filiz (2008). Türkiye İle OECD Ülkelerinin Sağlık Düzeyleri ve Sağlık Harcamalarının Analizi. *İstatistikçiler Dergisi: İstatistik ve Aktüerya* , 1 (2) , 95-104

- Esenyel, Caner (2009). *Türkiye’de ve Dünyada Şartlı Nakit Transferi Uygulamaları*, T.C. Başbakanlık Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Çimen Gamze ve Giray Filiz (2018). “Sağlık Harcamalarının Düzeyini Belirleyen Faktörler: Türkiye Ve OECD Ülkeleri Analizi”. *Sayıştay Dergisi*. 111: 143-165.
- Görmüş, Ayhan (2013). *Sağlık Sisteminde Dönüşüm ve Sağlık İnsan Gücü Üzerinde Etkileri*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Gülay, Abdulaziz (2017). “Türkiye’de Sağlık Sisteminin Finansmanı ve İngiltere ile Karşılaştırılması”. *Marmara Üniversitesi Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 12 (17-36
- Gülay Abdulaziz ve Attila İclal (2021). *Türkiye’de Özel Sağlık Sigortaları ve Etkinlik Analizi*. Trakya Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi E-Dergi, 10 (2) , 68-85.
- Güleç Mahir, İstanbulluoğlu Hakan ve Oğur Recai (2010). “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri”. *Dirim Tıp Dergisi*. 2: 86-99.
- Gülşen Mustafa Alpin ve Yıldırım Mustafa. (2017). *Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrasında Uygulanan Sağlık Regülasyonlarının Üniversite Hastanelerinin Mali Yapılarına Etkisi*. Ömer Halis Demir Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 10 (4) , 159-172.
- Gümüş Erdal ve Çelikay Ferdi (2010). “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı” . *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11 (1) ,177-216.
- Hayaloğlu, Pınar ve Bal, Hasan Çebi (2015). Üst Orta Gelirli Ülkelerde Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi. *İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi*, 3 (2) , 35-44
- Karaman, Sena (2019). *Avrupa Birliği Üyesi Ülkelerin Sağlık Sistemleri ile Türk Sağlık Sisteminin Karşılaştırılması: Türkiye-Almanya Örneği*, Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ.

- Kekeç Hacı Muhammet, Polat Arzu ve Yıldırım Zehra (2018). “Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Finansmanının Yıllar İtibarıyla Analizi”. *Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 5(14): 550-563.
- Kırcı Çevik Nüket ve Yüksel Onur (2019). “Türkiye, Almanya ve Hindistan Sağlık Sistemleri: Karşılaştırmalı Bir Analiz”. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*. 8(16): 209-218.
- Kocataşkın, Elif (2019). “Türkiye’de Sağlık Finansman Sisteminde Genel Vergilerin Yeri ve Önemi”. *Akademi Sosyal Bilimler Dergisi*. 6(17): 270-279.
- Kocakanat, C.İhsan (2018), Sağlık Kuruluşlarında Ödeme Yöntemleri Ve İkinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Performansa Dayalı Ek Ödeme Uygulaması Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi
- Kokcu, Pelin Vildan ,(2012) Refah Devletinin Dönüşümü Bağlamında Şartlı Nakit Transferi Uygulaması Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Abd Yüksek Lisans Tezi
- Manavgat, Gökçe (2018). “Türkiye’de Sigorta Sahipliğinin Hanehalklarının Sağlık Harcamalarına Olan Etkisi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Bir Uygulama”. *Toros Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 9(5): 443-476.
- Maynard, Alan Dixon, Anna. : Private Health Insurance And Medical Savings Accounts: Theory And Experience. E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras, & J. Kutzin, Funding Health Care: Options For Europe, (s. 109-127). Buckingham Philadelphia: Open University Press, 2002.
- Nurdoğan Ali Kemal, Dur Ali İhsan Burak ve Öztürk Mustafa (2017) "*Türkiye'nin Mülteci Sorunu ve Suriye Krizinin Mülteci Sorununa Etkileri*". İş ve Hayat 2-4 217-238.
- Orhaner, Emine (2018). *Türkiye’de Sağlık Sigortası*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Orhaner, Emine (2017). “Sağlık Harcamalarının Finansmanında Özel Sağlık Sigortalarının Rolü Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri”. *Araştırma Dergisi*. 3(3): 398-412.

- ORSAM Rapor No:189, (2014).Suriye’ye Komşu Ülkelerde Suriyeli Mültecilerin Durumu: Bulgular, Sonuçlar ve Öneriler
- Köse Ali ve Orlu Candoğan (2018). “Türkiye ve İsviçre Genel Sağlık Sigortası Sistemlerinin Kıyaslanması ve Türkiye İçin Yeni Bir Model Önerisi”. *Finansal Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi*. 19(10): 303-329.
- Özer Özlem ve Yıldırım Hasan Hüseyin (2015). *Sağlık Sistemlerinde Finansal Sürdürülebilirlik Kuram ve Uygulama*. Ankara: Absam.
- Özer, Özlem (2015). *Türkiye Sağlık Sisteminde Finansal Sürdürülebilirlik: Paydaş Görüşleri ve Değerlendirilmeleri*, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Özmen, Zeynep (2017).Avrupa’da Sosyal Güvenlik Sisteminin Finansmanı: Farklı Refah Devletleri Üzerine Bir İnceleme. *Journal of Humanities and Tourism Research*
- Gözlü Kenan, Gözlü Mehmet, Karsavuran Seda ve Özer Özlem (2014). “Türkiye Sağlık Finansmanında Yeni Bir Alternatif: Tamamlayıcı Sağlık Sigortası”. *Akademik Bakış Dergisi*. 42: .
- Özmen, Sümeyye (2013). *Genel Sağlık Sigortasının Özel Sağlık Hizmeti Sunucularına ve Hasta Memnuniyetine Olan Etkileri*, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Bursa.
- Özmen, Zeynep (2017). “Avrupa'da Sosyal Güvenlik Sisteminin Finansmanı: Farklı Refah Devletleri Üzerine İnceleme”. *Karabük Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2(7): 600-620.
- Öztürk Serdar ve Uçan Okyay (2017). “Türkiye'de Sağlık Harcamalarında Artış Nedenleri: Sağlık Harcamalarında Artış-Büyüme İlişkisi”. *Süleyman Demirel Üniversitesi İİBF Dergisi*. 1(22): 139-152.
- Açıkgöz Şenay, Saraçoğlu Bedriye ve Sülkü Seher (2012). “Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin Finansal Durumu Üzerinde Sağlıkta Dönüşüm Programının Etkileri”. *Ekonomik Yaklaşım Dergisi*. Özel Sayı(23): 269-282.

- Nal Mustafa ve Sevim Ekrem (2021). “Türkiye’de Özel Sağlık Sigortacılığı Sisteminin Mevcut Durum Analizi”. *Sosyal Güvenlik Dergisi*. 1(11): 157-174.
- Oral, İlhan (2002). *ABD Ve İngiltere Kamu Sağlık Sigortası Programları Üzerine Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme*. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi
- Şantaş Fatih ve Şantaş Gülcan (Ed.) (2020). *Türkiye Sağlık Sisteminin Genel Görünümü*. Ankara: Nobel Yayınları.
- Selim Sibel, Uysal Doğan ve Eryiğit Pınar (2014). Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisinin Ekonometrik Analizi. Niğde Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 7 (3) , 13-24.
- Sevinç Şule ve Yılmaz Fatma (2020). “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri”. *Selçuk Üniversitesi Sağlık Dergisi*. (Sayı 2 Cilt:1): 118-132.
- Sungur, Cuma (2018). *Sağlık Politikasına Sistemik Bir Yaklaşım*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Şengül Halil ve Bulut Arzu (2019). Sağlık Hizmetlerinde Ödeme Mekanizmaları Ve Teşhis İle İlişkili Gruplar. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 2019, 4.2: 196-209.
- Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu 16.06.2006 Resmi Gazete Tarihli 26200 Sayılı Kanun
- Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu 16.06.2006 Resmi Gazete Tarihli 26200 Sayılı Kanun GSS Uygulama Yönetmeliği Madde: 8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21.
- Tapan, Birkan (2008). *Genel Sağlık Sigortasının Gerekliliği İçin Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Gerekliliği*, Kadir Has Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Tatar, Mehtap (2011). “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi”. *Sosyal Güvenlik Dergisi*. 1(1): 103-133.

- Tıraşoğlu, Muhammed ve Yıldırım, Burcu (2012). Yapısal Kırılma Durumunda Sağlık Harcamaları Ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Türkiye Üzerine Bir Uygulama. *Ejovoc (Electronic Journal of Vocational Colleges)* , 2 (2) , 111-117.
- Tulukçu, İsmail. (2019). Kamu-Özel Ortaklıkları: Farklı Kurumsal İşleyiş Ve Hedefler Varlığında Yönetişim Becerileri. *Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 19- 38
- Uğurluoğlu Ece, ve Özgen Hacer (2008) Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11 (2)
- Uğurlu Hasan ve Arslan Hanife (2020). ABD Sağlık Sistemi ve Türkiye Sağlık Sistemi İle Karşılaştırılması. *Ahi Evran Akademisi*, 1 (2) , 15-31
- Vall-Spinosa, A., (1991). Lessons from London: the British are Reforming their national health service, *American Journal of Public Health*, 81(12), 1566-1570.
- Yamaç Özata, Saide (2016). *Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Sağlıkta Dönüşüm Öncesi ve Sonrası Değerlendirme ve OECD Ülkeleri ile Karşılaştırılması*, İstanbul Bilim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Yavuz, Ömer "*Türkiye'deki Suriyeli Mültecilere Yapılan Sağlık Yardımlarının Yasal ve Etik Temelleri*" . Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 12 (2015): 265-280
- Yeşliyurt, Y. (2014). *Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Finansmanı*, Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ.
- Yereli Ahmet, Burçin Köktaş, Altuğ Murat Selçuk ve Işıl Şirin (2014). Türkiye'de Katastrofik Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler. *Sosyoekonomi* , 22 (22)
- Yıldırım Hasan Hüseyin, Yıldırım Türkan ve Akbulut Yasemin (2013). "*Sağlık Sigortacılığı*", Anadolu Üniversitesi Yayınları, Yayın No: 2527

Yumuşak İbrahim Güran ve Yıldırım Durmuş Çağrı (2009). Sağlık Harcamaları İktisadi Büyüme İlişkisi Üzerine Ekonometrik Bir İnceleme. Bilgi Ekonomisi ve Yönetimi Dergisi, 4 (1) , 57-70

WHO; “Evaluation of Recent Changes in the Financing of Health Services.” A Report of a WHO Study Group, World Health Organization, Geneva, 1993

World Health Organization. *Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19–22 June 1946*

World Health Organization (WHO). 2005. *Global health promotion.*

Unedited workingpaper, 14-07-2005. WHO Secretariat Background Document for the 6th Global Conference on Health Promotion in Bangkok, Thailand, 7-11 August 2005.

Medicaid. (2021, NİSAN).

Medicaid.gov:<https://www.medicaid.gov/medicaid/eligibility/seniors-medicare-and-medicaid-enrollees/index.html>

Medicare.gov: <https://www.medicare.gov/basics/get-started-with-medicare>

tuik.gov.tr. (2021, aralık). <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2020-37192>

<https://stats.oecd.org/>

<https://data.oecd.org/>

<https://sekadh.saglik.gov.tr/TR,236309/koruyucu-saglik-hizmetleri.html>

<http://www.goc.gov.tr>

<https://www.saglik.gov.tr/TR,2655/2017-yili-butce-sunumubrtbmm-plan-ve-butce-komisyonu.html>

ORSAM.http://www.orsam.org.tr/eski/tr/trUploads/Yazilar/Dosyalar/201452_189tur_

<https://www.iienstitu.com/blog/bismarck-saglik-modeli-nasildir>

<https://www.sdplatform.com/Dergi/307/Saglik-hizmet-sunucularina-odeme-modelleri-ve-sorunlar.aspx>

<https://sgb.saglik.gov.tr/Eklenti/34227/0/turkiye-saglik-hizmetlerinin-finansmani-ve-saglik-harcamalarinin-analizi-2002-2013-donemipdf.pdf>

<https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html>.(2022,97).

<https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html>:

<https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html>

<https://www.sgk.gov.tr/Content/Post/51eb246d-88b5-4356-ba97-3af847ec4ded/4c-Kapsamindaki-Sigortalilarin-Prim-ve-Prime-Iliskin-Islemleri-2022-09-09-11-27-31>

<https://acikders.ankara.edu.tr/mod/resource/view.php?id=13807>



ÖZ GEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : BURAK SAY
Uyruğu : T.C
Doğum Tarihi ve Yeri :
e-posta :

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet Yılı
Lisans		
Yüksek Lisans		

İŞ TECRÜBESİ

Tarih	Kurum	Görev
-------	-------	-------

YABANCI DİL BİLGİSİ

Yabancı Dilin Adı	KPDS ()	ÜDS ()	TOEFL ()	EILTS ()
-------------------	----------	---------	-----------	-----------