

T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
BANKACILIK VE SİGORTACILIK ENSTİTÜSÜ
SİGORTACILIK ANABİLİM DALI

**TÜRKİYE’DE SAĞLIK SİSTEMİNİN FİNANSMANI VE
İNGİLTERE İLE KARŞILAŞTIRILMASI**

Yüksek Lisans Tezi

ABDULAZİZ GÜLAY

İstanbul, 2017

T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
BANKACILIK VE SİGORTACILIK ENSTİTÜSÜ
SİGORTACILIK ANABİLİM DALI

**TÜRKİYE’DE SAĞLIK SİSTEMİNİN FİNANSMANI VE
İNGİLTERE İLE KARŞILAŞTIRILMASI**

Yüksek Lisans Tezi

ABDULAZİZ GÜLAY

Danışman: DOÇ DR YAŞAR KABATAŞ

İstanbul, 2017



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü

Aşağıda belirtilen lisansüstü tez, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği hükümlerinde belirtilen esaslar çerçevesinde jüri önünde savunulmuş ve jüri tarafından başarılı bulunmuştur.

TEZ BAŞLIĞI: : Türkiye’de Sağlık Sisteminin Finansmanı ve İngiltere İle Karşılaştırılması

TÜRÜ :Yüksek Lisans

TEZİ HAZIRLAYAN : Abdulaziz GÜLAY

ANABİLİM DALI : Sigortacılık

SAVUNMA TARİHİ : 19.06.2017

JÜRİ ÜYELERİ :

GÖREVİ

ADI SOYADI

İmza

Danışman

Doç. Dr. Yaşar KABATAŞ

Üye

Prof. Dr. Şahamet BÜLBÜL

Üye

Doç. Dr. Duygu Anıl KESKİN

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

İÇİNDEKİLER	i
TABLolar LİSTESİ	v
ŞEKİLLER LİSTESİ	vi
KISALTMALAR LİSTESİ	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT	ix
GİRİŞ	1

I. BÖLÜM

SAĞLIK SİGORTACILIĞI VE SAĞLIK HARCAMALARININ FİNANSMANI

1.1.Sağlık Sigortacılığı.....	3
1.2. Sağlık Harcamaları	6
1.3. Sağlık Harcamalarının Finansmanı	10
1.3.1. Sağlık Hizmetleri Finansmanının Temel Amaçları	14
1.3.2. Sağlık Hizmetleri Finansmanının Fonksiyonları	15
1.3.2.1. Gelir Toplama	16
1.3.2.2. Fon Oluşturma	18
1.3.2.3. Sağlık Hizmeti Satın Alma	19
1.3.3. Sağlık Hizmet Sunucularına Ödeme Yöntemleri	20
1.3.3.1. Bütçe Ödemesi Yöntemi	24
1.3.3.2. Gün Başına Ödeme Yöntemi	25
1.3.3.3. Kişi Başına Ödeme Yöntemi	26
1.3.3.4. Vaka Başına Ödeme Yöntemi	27
1.3.3.5. Hizmet Başına Ödeme Yöntemi	28
1.3.4. Sağlık Hizmetleri Finansmanının Değerlendirme Ölçütleri	28
1.4.Sağlık Harcamalarında Finansman Yöntemleri	32
1.4.1. Kamu Kaynaklı Finansman Yöntemleri	34
1.4.1.1. Sosyal Sağlık Sigortası (Bismarck Modeli)	34
1.4.1.2. Vergilerle Finansman (Beveridge Modeli)	35
1.4.2. Özel Kaynaklı Finansman Yöntemleri	36
1.4.2.1. Özel Sağlık Sigortası	36
1.4.2.2. Tıbbi Tasarruf Hesapları	37

1.4.2.3. Cepten Ödemeler	38
1.4.2.3.1. Doğrudan Ödemeler	39
1.4.2.3.2. Kullanıcı Katkıları	40
1.4.2.3.3. Enformel Ödemeler	40

II. BÖLÜM

TÜRKİYE’DE SAĞLIK SİSTEMİNİN GENEL YAPISI VE FİNANSMANI

2.1. Türkiye’de Sağlık Sigortacılığı	42
2.2. Sağlık Sigortacılığının ve Sosyal Güvenliğin Türkiye’deki Tarihsel Gelişimi	44
2.2.1. Osmanlı Devleti Dönemi	46
2.2.2. Cumhuriyet’in İlanından Sonraki Dönem	48
2.2.3. SSK	51
2.2.4. Bağ-Kur	52
2.2.5. Emekli Sandığı	52
2.2.6. Yeşil Kart Uygulaması	53
2.2.7. Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesinde Sağlık Sistemindeki Başlıca Sorunlar	54
2.3. Sağlıkta Dönüşüm Programı	55
2.3.1. SDP’nin İlkeleri ve Hedefleri	55
2.3.2. SDP’nin Gelişimi	56
2.3.3. SDP ile Sağlık Sisteminde Gerçekleştirilen Reformlar ve Yenilikler	57
2.4. Sosyal Güvenlik Kurumu	58
2.4.1. SGK’nın Örgütsel Yapısı ve Fonksiyonları	59
2.4.2. SGK’nın Sağlık Hizmeti Satın Alması	59
2.5. Genel Sağlık Sigortası	60
2.6. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sunumu	63
2.6.1. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı	63
2.6.1.1. Sosyal Sağlık Sigortası	64
2.6.1.2. Vergiler	65
2.6.1.3. Özel Sağlık Sigortası	65
2.6.1.4. Cepten Ödemeler	66
2.6.2. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Yönetimi	66
2.6.3. GSS’de Sigortalılığa İlişkin Kapsam, Hüküm ve Koşullar	68
2.6.3.1. GSS Kapsamında Sigortalı Sayılanlar, Sigortalılık Koşulları ve Prim Oranları	68
2.6.3.2. GSS Kapsamında Sigortalı Sayılmayanlar	69

2.6.3.3. Sosyal Güvencesi Olmayanların Primlendirilmesi	69
2.6.3.4. SGK Tarafından Finansmanı Sağlanan Sağlık Hizmetleri	70
2.6.3.5. SGK Tarafından Finansmanı Sağlanmayan Sağlık Hizmetleri	70
2.6.3.6. Katılım Payı	71
2.6.3.7. İlave Ücret	72
2.6.3.7. Provizyon İşlemleri ve Medula Sistemi	72
2.7. Türkiye’de Sağlık Harcamaları	73
2.7.1. Sağlık Hizmet Sunucularına Başvuru Sayısı	75
2.7.2. Toplam Sağlık Harcamaları	76
2.7.3. Toplam Sağlık Harcamalarının Gayrisafı Yurtiçi Hasıla İçindeki Payı	77
2.7.4. Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcamaları	78
2.8. Türkiye’de Sağlık Hizmet Sunucuları	80
2.8.1. Sağlık Kuruluşları	80
2.8.2. Sağlık Kurumları	80
2.8.3. Basamaklandırılmayan Sağlık Kurum ve Kuruluşları ile Diğer Sağlık Hizmet Sunucuları	81

III. BÖLÜM

İNGİLTERE’DE SAĞLIK SİSTEMİNİN FİNANSMANI VE TÜRKİYE İLE KARŞILAŞTIRILMASI

3.1. İngiltere Sağlık Sistemi ve Finansman Yapısı	82
3.1.1. İngiltere Ülke Profili	83
3.1.1.1. İdari ve Siyasi Yapı	83
3.1.1.2. Coğrafi ve Demografik Özellikler	83
3.1.1.3. Ekonomik Durum	85
3.1.2. İngiltere’de Sağlık Sisteminin Genel Yapısı ve Finansmanı	86
3.1.2.1. Sağlık Sisteminin Genel Yapısı	86
3.1.2.2. Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS).....	90
3.1.2.3. NHS İngiltere	91
3.1.2.4. Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi ve Organizasyonel Yapı	93
3.1.2.5. Klinik Yönetim Grupları	95
3.1.2.6. Denetleyici ve Düzenleyici Birimler	97
3.1.2.7. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	100
3.1.2.7.1. Birinci Basamak Temel Sağlık Hizmetleri	101

3.1.2.7.2. İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri	103
3.1.2.8. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı	104
3.2. İngiltere ve Türkiye'nin Sağlık Finansman Sistemlerinin Karşılaştırılması	107
3.2.1. Ekonomik Göstergelerin Karşılaştırılması	107
3.2.2. Sağlık Harcamalarının ve Sağlık Göstergelerinin Karşılaştırılması	108
3.2.3. NHS ve GSS'nin Karşılaştırılması	110
3.2.3. Bismarck ve Beveridge Sistemlerinin Karşılaştırılması	112
3.3. Türkiye'de Sağlık Sisteminin Başlıca Sorunları, Daha Etkili ve Düşük Maliyetli İşleyen Bir Sağlık Finansman Sistemi İçin Öneriler	114
SONUÇ	125
EKLER	130
KAYNAKÇA	131

TABLÖLAR LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1: 2000-2014 Arası 7 Ülkeye Ait 4 Yılın Kişi Başı Sağlık Harcama Verileri (USD)	8
Tablo 2: Sağlık Hizmet Sunucularına Müracaat Sayıları (Bin Adet)	75
Tablo 3: Yıllara Göre Toplam Sağlık Harcamaları (Milyon TL)	76
Tablo 4: Yıllara Göre Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (%)	77
Tablo 5: Yıllara Göre Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcamaları (Reel, TL)	79
Tablo 6: SGK Prim Gelirleri, Emekli Aylığı ve Sağlık Ödemeleri (Bin TL)	115
Tablo 7: Türkiye’de 2002-2013 Yılları Toplam İlaç Harcamaları, İlaç Harcamalarının Sağlık Harcamaları ve GSYİH İçindeki Payı (Milyon TL)	119

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 1: Sağlık Hizmetleri Üçlüsü	13
Şekil 2: Sağlık Hizmetleri Finansmanının Fonksiyonları	16
Şekil 3: NHS İngiltere'nin Organizasyonel Şeması	87
Şekil 4: NHS İngiltere'nin Organizasyonel Yapısı ve Hesap Verme Yükümlülüğü	88



KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	: Amerika Birleşik devletleri
Bağ-Kur	: Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
BES	: Bireysel Emeklilik Sistemi
CCG	: Clinical Commissioning Groups (Klinik Yönetim Grupları)
CQC	: Care Quality Commission (Sağlık Hizmetleri Kalite Yönetimi)
ES	: Emekli Sandığı
GBP	: Great Britain Pound (İngiliz Sterlini)
GP	: General Practitioner (Genel Pratisyen Hekim)
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
GSSGM	: Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü
GSYİH	: Gayrisafi Yurtiçi Hasıla
KDV	: Katma Değer Vergisi
NHS	: National Health Services (Ulusal Sağlık Hizmetleri)
NICE	: National Institute for Health and Care Excellence (Ulusal Üstün Sağlık ve Bakım Kuruluşu)
OECD	: Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü)
ONS	: Office for National Statistics (Ulusal İstatistikler Ofisi)
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SSGSSK	: Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
TDA	: Trust Development Authority (Tröst Geliştirme Otoritesi)
TİG	: Teşhisle İlişkili Gruplar
TSK	: Türk Silahlı Kuvvetleri
UK	: United Kingdom (Birleşik Krallık)
USD	: United States Dollar (Amerikan Doları)
YÖK	: Yükseköğretim Kurulu

ÖZET

TÜRKİYE’DE SAĞLIK SİSTEMİNİN FİNANSMANI VE İNGİLTERE İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Sağlık, insanoğlunun hayattaki en kıymetli varlığı olarak kabul edilmektedir. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nde, sağlıklı yaşamak ve sağlık hizmetlerinden yararlanmak en temel sosyal güvenlik hakları arasında görülmüştür. Ruhen veya bedenen sağlığı olumsuz yönde etkilenen bireyler tekrardan eski sağlıklarına ve çalışma gücüne kavuşmak amacıyla sağlık sunucularına başvurmaktadır. Sağlık sunucularından temin edilen teşhis, tedavi, doktor muayenesi, tahlil, ameliyat ve diğer sağlık hizmetlerinin maliyetleri sağlık harcamalarını teşkil etmektedir.

Sağlık harcamaları, Türkiye’de olduğu gibi diğer ülkelerde de her geçen yıl hızla artış göstermektedir. Gelişen teknoloji, bireylerin sağlık bilincinin ve farkındalığının artması, dünya nüfusunun giderek yaşlanması, beklentilerin yükselmesi ve diğer benzeri faktörler sağlık hizmetlerine talebi ve müracaatları tırmandırmıştır. Bu durum, kişilerin ve ülkelerin sağlık harcamalarında önemli ölçüde artışlara sebep olmuştur. Devletler, sürekli olarak artan sağlık taleplerini ve maliyetlerini karşılayabilmek amacıyla yeni sağlık politikaları geliştirmek ve mevcut sosyoekonomik şartlarına uygun finansman mekanizmaları uygulamak mecburiyetinde kalmaktadır. Sosyal sağlık sigortası, vergilerle finansman yöntemi, cepten ödemeler ve özel sağlık sigortaları sağlık harcamalarını karşılamak amacıyla tüm dünyada uygulanan başlıca sağlık finansman modelleri olarak kabul edilmektedir. Türkiye’de, Bismarck Modelinin ağırlıkta olduğu Genel Sağlık Sigortası kapsamında nüfusun geneline yönelik sağlık güvencesi sunulmaktadır. Çalışmada, başlıca finansman mekanizmaları, sağlık sigortacılığı ve Türk ve İngiliz Sağlık finansman sistemlerinin genel yapısı ele alınmıştır. Türkiye’deki mevcut finansman sisteminin İngiltere’deki uygulamalarla karşılaştırması yapılarak ülkemizdeki sağlık hizmetlerinin ve finansmanının verimliliğini yükseltmeyi hedefleyen model önerisi ve görüşler ileri sürmek amaçlanmıştır.

Anahtar Sözcükler: Sağlık Sigortası, Finansman, Sağlık Harcamaları, Sosyal Güvenlik Kurumu, Beveridge, NHS.

ABSTRACT

FINANCING OF HEALTH CARE SYSTEM IN TURKEY AND ITS COMPARISON WITH THAT OF ENGLAND

Health has been regarded as the most precious asset of humanbeings in life. Living healthily and utilizing health services are accepted as some of the most fundamental social security rights in the Universal Declaration of Human Rights. Individuals whose health either physically or mentally gets affected negatively resort to health care services to regain their former health status and work-force. The costs of diagnosis, treatment, medical examination, tests, surgeries and other medical services procured from health care providers constitute health expenditures.

Health expenditures are increasing rapidly in countries, as they are in Turkey. Developing technology, individuals' growing medical awareness and consciousness, the gradual aging of world population, rising expectations and other similar factors have escalated the demand and applications to health care services. That situation has led to considerable rises in individuals' and countries' health care expenditures. States get obliged to generate new health policies and implement funding mechanisms in accordance with their current socioeconomic circumstances in order to meet the continuously increasing health care demands and costs. Social health insurance, taxation, out-of-pocket payments and private health insurances are assumed as the major health financing schemes to subsidize the health care expenditures in the whole world. In Turkey, a Bismarck model based General Health Insurance scheme provides health coverage for the entire population. In this paper, five prominent health financing mechanisms, health insurance and the main structure of Turkish and English health financing systems are examined. By making a comparison between Turkey's current health financing system with the corresponding health implementations in England, it is intended to put forward a model proposal and arguments which aim to enhance the efficiency of health care services and financing in Turkey.

Key Words: Health Insurance, Financing, Health Expenditures, Social Security Institution, Beveridge, NHS.

GİRİŞ

Yaşamak, sağlıklı yaşamak ve hastalık veya kaza hallerinin meydana gelmesi durumunda sağlık hizmetlerinden faydalanmak bireylerin doğuştan sahip oldukları doğal yurttaşlık hakları olarak kabul edilmektedir. 1948 yılında ilan edilen İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde ve 1978 tarihli Alma-Ata Beyannamesi'nde her insanın kendisinin ve ailesinin sağlıklı bir yaşam sürme hakkına sahip olduğu açıkça belirtilmiştir. Benzer şekilde, Türkiye Cumhuriyeti'nin 1982 Anayasası'nın elli altıncı maddesinde, herkesin sağlıklı ve dengeli bir hayat yaşama hakkına koşulsuz sahip olduğunu ilan eden hükümler yer almaktadır.

Fizyolojik veya psikolojik açıdan sağlıklı durumda bulunmayan bireylerin kendilerine ve toplumlarına katkıda bulunmaları tam olarak mümkün görünmemektedir. Devletlerin vatandaşlarına karşı öncelikli görevlerinden biri, insanların güven ve refah içerisinde sağlıklı ve huzurlu bir hayat yaşayabilmelerini sağlamak amacıyla gerekli kanuni düzenlemeleri ve hizmet faaliyetlerini icra etmektir. Sağlık hizmeti sunmak ve sağlık hizmetlerinin edinilmesi sonucu oluşan sağlık maliyetlerinin karşılanması için finansman mekanizması tesis etmek, öncelikli olarak devletlerin ve mevcut sağlık yöneticilerinin görev ve sorumluluk alanı dahilindedir.

Artan sağlık harcamalarını finanse edebilmek amacıyla etkin bir finansman metodunun belirlenmesi ve bu finansman metodunun nasıl ve hangi prosedürlere dayalı olarak uygulanacağı, siyasi otoritelerin ve sağlık yöneticilerinin gündemini sürekli olarak meşgul eden kritik bir mesele olmuştur. Ekonomik bakımdan daha güçlü ve kendine yeterli ülkelerin bazılarında sağlık hizmetleri büyük oranda genel vergilerle finanse edilirken Almanya başta olmak üzere birçok ülkede ise çalışan ve işverenlerin kazançlarından kesinti yapılmak suretiyle alınan primlerle finansman yöntemi tercih edilmektedir. Diğer bazı ülkelerde ise sağlık hizmetlerine erişimin ağırlıklı olarak özel sağlık sigortaları vasıtasıyla veya herhangi bir sigorta mekanizması devreye girmeden doğrudan cepten yapılan ödemelerle finanse edildiği görülmektedir. Bir ülkede hangi finansman yönteminin ne şekilde tatbik edileceği, o ülkedeki çeşitli ekonomik ve sosyal dinamiklere ve uygulanan mevcut sağlık politikalarına bağlı olarak belirlenmektedir.

Bu çalışmada, Türkiye’de uygulanan sağlık finansman sisteminin etkinliğini ve verimliliğini artıracak ve Sosyal Güvenlik Kurumu’nun operasyonel maliyetlerini azaltarak sigortalılarına daha yüksek kalitede hizmet verebilmesini sağlayabileceği öngörülen fikir ve argümanların ileri sürülmesi amaçlanmıştır. Bu maksatla, dünyada yaygın olarak uygulanan dört finansman modeli olan sosyal sağlık sigortası, vergilerle finansman yöntemi, cepten ödemeler ve özel sağlık sigortaları ile sağlık hizmetlerine erişim modelleri açıklayıcı ve ayrıntılı olarak tanıtılmış; Türkiye ve İngiltere’nin uyguladığı sağlık finansman mekanizmaları karşılaştırmalı olarak analiz edilmiştir. İki ülkenin ve iki farklı finansman modelinin karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesini takiben Türkiye’de sağlık hizmetlerinde kalite, hakkaniyet ve verimliliği yükseltebilmek amacıyla sosyal güvenlik sisteminde yapılabilecek değişiklik ve reformları öne süren bir model önerisi sunulmuştur.

Üç bölümden oluşan çalışmanın ilk bölümünde, genel anlamda sağlık sigortacılığı ve sağlık harcamaları ele alınmış, başlıca finansman mekanizmaları açıklanmış ve sağlık sunucularına yapılan ödeme yöntemleri anlatılmıştır. İkinci bölümde, Türk sağlık sisteminin genel yapısı, tarihçesi, Sağlıkta Dönüşüm Programı üzerinde durulmuş ve mevcut finansman sisteminin ve Genel Sağlık Sigortası’nın fonksiyonel yapısı ve uygulama esasları izah edilmiştir. Üçüncü ve son bölümde ise İngiliz sağlık sistemi ve Ulusal Sağlık Hizmetleri tanıtılarak Türkiye’nin uyguladığı finansman sistemiyle karşılaştırması yapılmıştır. Bu karşılaştırmalı analiz neticesinde Sosyal Güvenlik Kurumu’nun uygulayabileceği bir model önerisi sunulmuştur.

Literatür taraması yapılarak hazırlanan bu çalışmada pek çok yerli ve yabancı kitap, dergi, yayın, makale, kanun, tez ve internet sitesi incelenmiş ve araştırılmıştır. Farklı kaynaklardan edinilen bu veriler özgün görüş ve önerilerle harmanlanarak bu çalışmanın meydana gelmesine zemin hazırlamıştır. Çalışmada, ağırlıklı olarak sağlık faaliyetlerinin ve sağlık finansmanının toplum açısından arzettiği önem vurgulanmış ve “Türkiye’de sağlık hizmetleri nasıl daha kaliteli, verimli ve düşük maliyetli hale getirilebilir?” sorusuna cevap aranmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK SİGORTACILIĞI VE SAĞLIK HARCAMALARININ FİNANSMANI

1.1. Sağlık Sigortacılığı

Sağlık hizmetlerini, sağlık harcamalarını ve bu harcamaların finansmanını sigortacılığın genel çerçevesi dahilinde ele almak mümkündür. Sigortacılıkta, sigortanın ve bir sigorta sözleşmesinin gerçekleşebilmesi için zaruri unsurlardan birisi rizikodur. Riziko olmadan sigorta akdinden söz edebilmek mümkün olmamaktadır. Riziko; sigortalanan kıymeti olumsuz yönde etkileme olasılığı bulunan ve gerçekleşmesi arzu edilmeyen bir ‘tehlike’ veya bu tehlikenin meydana gelme ihtimali olarak tanımlanabilmektedir¹. Bir hadisenin riziko niteliğine sahip olabilmesi, çeşitli şartların mevcut olmasına bağlıdır. Öncelikle riziko, geleceğe yönelik bir olgudur, yani henüz gerçekleşmemiş ileride meydana gelecek bir olaydır; bu nedenle de bilinmezlik ve belirsizlik içeren bir kavramdır. Riziko mutlak değildir, ne zaman gerçekleşeceği belli değildir ve sigorta sözleşmesinin taraflarını teşkil eden sigortacı ile sigorta ettirenin arzusu ve iradesinin dışında meydana gelmektedir². Tüm bu vasıflar, çoğu zaman risk olarak da adlandırılabilen rizikonun karakteristik özellikleridir ve sigorta akdinin geçerlilik kazanabilmesi için bu sayılan koşulları taşıması gerekmektedir. Bu sebeplerden ötürü; belirsizlik, bilinmezlik ve risk faktörleri sigorta mekanizmasının ve sigortacılığın temel unsurları arasında varsayılmaktadır.

Benzer şekilde, sağlık faaliyetlerinin işleyişi açısından bakıldığında, kimin ne zaman, ne şekilde ve ne derecede hastalanacağı veya kaza geçireceği bilinmemektedir. Ayrıca bazı sağlık hizmetlerinin maliyetleri kişilerin tek başlarına karşılamaya güçleri yetmeyecek kadar yüksek olabilmektedir. Sağlık hizmetlerinin tabiatında var olan bu belirsizlik, yüksek maliyet, bilinmezlik ve risk faktörleri sağlık uygulamalarının üretim, sunum ve finansmanının sigortacılık mekanizması kapsamında tatbik edilmesini gerekli kılmıştır. Sağlık sigortasında, sağlık hizmetlerinin kullanımı

¹ Mustafa ÇEKER, **Sigorta Hukuku**, 15.Baskı, Adana: Karahan Kitabevi, 2016, ss.65-66

² Nurhan AYDIN ve Diğerleri, **Bankacılık ve Sigortacılığa Giriş**, 1.Baskı, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları, 2012, ss.130-131

sonucunda oluşacak sağlık maliyetleri, aynı veya benzer sağlık risklerine maruz kalabilecek bir grup insan (sigortalı) arasında paylaştırılarak risk bölüşümü ve dağılımı yapılmakta ve böylece kişilerin finansal olarak tek başlarına karşılayamayacağı riskler de sosyal dayanışma yoluyla finanse edilebilir hale getirilebilmektedir. Böylece, maddi kayıplar ve finansal riskler bölüştürülerek ve toplu sorumluluk alınarak ödenebilir duruma gelmektedir³.

Sağlık sigortasındaki riskler, kişinin sağlığını bedensel veya ruhsal açıdan olumsuz şekilde etkileyen, çalışma ve üretme gücünü kısmen veya tamamen azaltan veya yok eden hadiselerdir. Bu sebeple, yaşanan hastalık ve kazalar insan hayatını ve doğrudan insan sağlığını kötü yönde etkiledikleri için sağlık sigortacılığindeki sağlık riskleri olarak nitelendirilmektedirler⁴. Bu verilerden yola çıkılarak sağlık sigortası; hastalık veya kaza riskinin gerçekleşmesi sonucu insanların eski sağlıklarına ve çalışma gücüne kavuşmak amacıyla sağlık sunucularından temin ettikleri teşhis, muayene, tedavi, ameliyat, tahlil, eczane ve diğer tıbbi hizmetlerin maliyetlerini mevcut mevzuatta ya da genel-özel şartlarda beyan edilen limitler, esaslar ve teminat kapsamı çerçevesinde finanse eden bir sosyal güvenlik fonksiyonu olarak tanımlanabilmektedir⁵.

Sağlık sigortacılığında, sağlıklı olanlar hastalık veya kaza riskine maruz kalanların sağlık masraflarını karşılayarak dayanışma oluşturmaktadır. Fakat bu durum, hasta olan veya kaza geçiren kişinin sağlıklı durumda olan ve sağlık harcaması yapmayan kişiye karşı borçlanması şeklinde değerlendirilmemektedir. Çünkü bu riske henüz maruz kalmayan sağlıklı kişilerin de gelecekte kaza geçirerek veya hasta olarak aynı şekilde sağlık hizmeti talep etme ihtimali vardır. Dolayısıyla, sağlık sigortasının ortak havuzunda yer alan ve aynı risklere maruz kalma olasılığı bulunan kişiler birbirlerini, yani geniş düzlemde bir grup olarak kendilerini güvence altına alarak sosyal koruma ve finansman sağlamış olmaktadır. Bu bağlamda, sağlık sigortasını, eski dönemlerde köy ve kasabalarda uygulanan imece usulü ve yardım sandıklarına

³ Deyra TİRYAKİ ve Mehtap TATAR, “Sağlık Sigortası: Teori ve Uygulama”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt.5, Sayı.4, (2000), ss.124-125; Andrew AUSTIN ve Thomas L. HUNGERFORD, **The Market Structure of the Health Insurance Industry**, Washington D.C.: Congressional Research Service, 2009, s.11

⁴ Alma L. KOCH, “Financing Health Services”, Paul Roger TORRENS ve Stephen Joseph WILLIAMS (Ed.), **Introduction to Health Services** içinde (92-123), New York: Delmar Publishers, 1993, s.97

⁵ Hasan Hüseyin YILDIRIM, Türkan YILDIRIM ve Yasemin AKBULUT, **Sağlık Sigortacılığı**, 1.Baskı, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları, 2012, ss.77-79

benzerlik gösteren, müşterek finansal destek ve koruma sağlayan uygulamaların kurumsallaştırılmış, sistematikleştirilmiş ve kanuni hükümlerle resmileştirilmiş bir dayanışma mekanizması olarak nitelendirmek mümkündür⁶.

Sağlık uygulamalarında hakkaniyete uygun, kaliteli ve verimliliği yüksek sağlık hizmetlerinin sunulabilmesi için hangi finansman mekanizmasının uygulanacağı, kimlerin hangi şartlarda sigorta kapsamında yer alacağı, prim ve katkı payı tutarları, sağlık hizmetlerinin ve sunucularının yönetim, denetim ve kontrol işlevlerini yapacak olan sosyal güvenlik kurum veya kuruluşlarının organizasyonel ve fonksiyonel yapılarının nasıl olacağı, kısıtlı ekonomik kaynaklarla yeni ve efektif sağlık yatırımlarının nasıl gerçekleştirileceği gibi meseleler sağlık sigortacılığı kapsamında sağlık yöneticilerinin ve kamu otoritelerinin değerlendirmek ve kararlaştırmak mecburiyetinde olduğu başlıca hususlardır. Ayrıca, kişi başı gelirin düşük olduğu ve ekonomik açıdan nispeten geri kalmış ülkelerde sağlık hizmetlerine erişimin daha zor ve sağlık sigortasının daha maliyetli olduğu bilinmektedir. Bu tip ülkelerde sağlık ödemelerinin ağırlıklı olarak cepten veya doğrudan ödeme yöntemleriyle yapıldığı, dolayısıyla maddi yetersizlikler sebebiyle sağlık sunucularına müracaatların düşük seviyede olduğu görülmektedir. Sağlık hizmet sunucularına başvurmak yüksek oranda gider artışına sebep olduğundan veya sağlık hizmeti alacak yeterli mali güce sahip olamadıklarından dolayı, bu kişiler bitkisel tedavi veya kendi kendini iyileştirmeye çalışma gibi çarelere yönelebilmekte veya kalitesi ve güvenilirliği yetersiz, denetimsiz fakat daha ucuz hizmet veren sağlık uygulayıcılarına başvurabilmektedirler⁷. Bu sebeplerden dolayı, zaten ödeme gücü bir hayli yetersiz olan bireylerin sağlık hizmetlerinden tatmin edici düzeyde faydalanabilmeleri için verimli işleyen bir sağlık sisteminin oluşturulması adına, refah düzeyi düşük geri kalmış ülkelerde sağlık sigortası daha da büyük önem arz etmektedir.

Sağlık sigortacılığının işleyişinde ve uygulanabilirliğinde rol oynayan en kritik faktörlerden biri sağlık harcamalarıdır. Sağlık harcamalarının boyutu ve karakteristiği, tatbik edilecek sağlık stratejilerinde ve sağlık düzenlemelerinde belirleyici unsurlar

⁶ Brian ABEL-SMITH, "Funding Health for All:Is Insurance the Answer?",**Health Care – Who Pays?**, World Health Forum - World Health Organization, Cilt 8, (1987), ss.55-59

⁷ Matthew JOWETT, "Theoretical Insights Into the Development of Health Insurance in Low-Income Countries", **Centre for Health Economics**, The University of York, Sayı 188, (2004), ss.3-5

olmaktadır. Bu sebeple, bir ülkede sağlık sigortası sisteminin etkin bir şekilde işlemlerini sağlamak amacıyla öncelikli olarak sağlık harcamaları verileri değerlendirilmekte ve analiz edilmektedir.

1.2. Sağlık Harcamaları

Sağlık hizmet sunucularından sağlanan önleyici, koruyucu, tedavi ve rehabilite edici mahiyetteki tanı, muayene, tedavi, ilaç gibi sağlık hizmetlerinden faydalanılması sonucunda sağlık harcamaları ortaya çıkmaktadır. Oluşan bu sağlık masraflarının karşılanması mecburiyeti, bir finansman mekanizmasının uygulanması gerekliliğini doğurmuştur. Sağlık harcamalarının ve bu harcamaların finansmanının sistematik bir biçimde organize edilebilmesi ise çoğunlukla sigorta prensibinin uygulanmasıyla gerçekleşmektedir⁸.

Yapılan harcamalar; kişi başı sağlık harcamaları, kamu sağlık harcamaları, toplam sağlık harcamaları, cepten-doğrudan harcamalar, sağlık uygulamalarının yönetim ve denetiminden sorumlu devlet kurumlarının yaptığı sağlık harcamaları, vergilerle finansman yapılan ülkelerde kararlaştırılan sağlık bütçesi, yatırım harcamaları vb. olmak üzere çeşitli kategorilere ayrılmaktadır⁹. Sağlık masraflarının ödeme şekli açısından ele alındığında ise; harcamaların karşılanması cepten-doğrudan yapılan ödemeler ve hizmet sunumu öncesinde yapılan ödemeler olarak iki şekilde sınıflandırılabilir. Cepten ödemelerde, ödeme hizmet sunumu esnasında veya hemen sonrasında yapılmaktadır. Hizmet öncesi ödeme uygulamasında ise, harcamalardan doğan borçlar sağlık hizmeti henüz gerçekleşmeden tahsil edilmektedir. Sağlık finansmanının genel vergilerden karşılandığı Beveridge modelinde, sağlık servislerinin ücreti vergi olarak, sürekli ve periyodik şekilde ödendiği için bu model hizmet öncesi ödeme şekli olarak varsayılmaktadır. Aynı şekilde, zorunlu katılım ilkesi bulunan Sosyal Sağlık Sigortalarında, sigortalılar sağlık risklerine yönelik yetkili kamu kuruluşlarına düzenli ve devamlı prim ödemesi yaptıklarından dolayı hizmet öncesi ödeme usulü gerçekleşmiş olur. İhtiyari ve tercihe bağlı katılım esasına dayalı özel sağlık sigortalarında da, sigorta şirketlerine prim ödemesi yapıldığından dolayı özel

⁸ YILDIRIM, YILDIRIM ve AKBULUT, **a.g.e.**, ss.41-45

⁹ Mehmet ATASEVER, **Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi**, Ankara: Sağlık Bakanlığı, 2014, ss.16-21

sağlık sigortaları hizmet öncesi ödeme sınıfına girmektedir. Hizmet öncesi ödeme prosedürünü cepten yapılan ödemelerden ayıran en önemli farklar; hizmet öncesi ödeme modelinde sigorta mekanizması kapsamında aynı sağlık risklerine tabi bir grup (sigortalılar) bulunması ve bu gruptakilerden toplanan prim veya kesintilerle fon oluşturularak sosyal ve finansal dayanışma kurulmasıdır. Cepten ödemelerde ise, sigorta mekanizması veya önceden prim ödeyerek güvence oluşturma söz konusu değildir. Hizmetin bedeli o anda ödenmektedir. Hizmeti alacak kişinin bu bedeli ödemeye yetecek finansal gücünün olup olmadığı dikkate alınmamaktadır. Risk paylaşımı, dayanışma ve toplu sorumluluk prensipleri mevcut değildir¹⁰.

Bir ülkede sağlık hizmetlerine ne kadar harcama yapılacağı çeşitli faktörlere bağlıdır. Ülkedeki ekonomik şartlar, sosyal dinamikler, izlenen sağlık politikaları, demografik özellikler, sağlık sisteminin mevcut yapısı ve yeterliliği, sağlık yatırımları, uygulanmakta olan finansman sistemi yapılacak sağlık harcamalarının miktarını ve kapsamını belirleyen başlıca önemli unsurlardır¹¹.

Ekonomik faktörler sağlık harcamalarının düzeyini belirleyen temel göstergelerdir. Kişi başı ortalama milli gelir, gayrisafi yurtiçi hasıla, devletin toplam finansal kapasitesi; kişi başı bireysel harcamaların ve kamu sağlık harcamalarının hangi ölçüde yapılabileceğini belirlemektedir. Kişi başı milli gelirin ve gayrisafi yurtiçi hasılanın son derece düşük olduğu geri kalmış ülkelerde sağlık hizmetleri için çok yüksek tutarlarda harcamalar yapılamayacağı aşikardır. Toplam nüfus, yaşlı popülasyonun oranı, doğum hızı, mortalite ve morbidite verileri gibi demografik özellikler; harcamaların boyutunu etkileyen diğer unsurlardır. Yaşlı nüfusun oran ve nicelik olarak fazla olduğu ülkelerde özellikle tedavi ve ilaç harcamalarının yüksek olduğu bilinmektedir. Uygulanan sağlık sisteminin mevcut mali, organizasyonel ve fonksiyonel yapısı da sağlık harcamalarının hacmini etkilemektedir. Hakkaniyetli ve verimli işlemeyen bir sağlık sisteminde harcamaların ve maliyetlerin yüksek olması kaçınılmaz görünmektedir. Ayrıca, uygulanan finansman sistemi, kamu idarecilerinin

¹⁰ Ke XU, Priyanka SAXENA ve Alberto HOLLY, **The Determinants of Health Expenditure: A Country-Level Data Analysis**, World Health Organization Working Paper, 2011, ss.1-8

¹¹ OECD/EU, **Health At a Glance:Europe 2016 - State of Health in the EU Cycle**, 2016, www.oecd.org, (06/02/2017), s.114

takip ettiği sağlık politikaları, yapılan sağlık yatırımlarının kapasitesi sağlık harcamalarıyla doğrudan ilişkili hususlardır¹².

Yapılan araştırmalar, kişi başı, kamusal ve toplam sağlık harcamalarının dünya genelinde son yıllarda hızla artış gösterdiğini işaret etmektedir¹³. Sağlık harcamaları ve bu harcamaların yıllar içindeki seyri çoğu zaman ülkedeki kişi başı sağlık harcamaları ve harcamaların Gayrisafi Yurt İçi Hasıladaki payı baz alınarak değerlendirilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü, bir ülkedeki sağlık sisteminde bireylere etkin ve kaliteli hizmet sunumu yapılabilmesi için, sağlık harcaması payınının Gayrisafi Yurt İçi Hasıla içinde minimum %5 düzeyinde olması gerektiğini deklare etmiştir¹⁴. Fakat son yıllarda birçok Avrupa ülkesi ve Amerika Birleşik Devletleri'nde bu oranın üzerinde bir harcama payı olduğu görülmektedir. Sağlık harcamalarının sürekli yükseliş trendi, yıllara göre harcama istatistikleri incelendiğinde daha net anlaşılabilmektedir.

Tablo 1'de Dünya Sağlık Örgütü'nün yapmış olduğu araştırmalar sonucu saptanan, yedi ülkeye ait kişi başı sağlık harcamalarının Amerikan Doları cinsinden tutarları ve bunların 2000-2014 yılları arasındaki artışını gösteren istatistik verileri paylaşılmıştır.

Tablo 1: 2000-2014 Arası 7 Ülkeye Ait 4 Yılın Kişi Başı Sağlık Harcama Verileri (USD)

ÜLKE	2000	2005	2010	2014
ABD	4.788	6.741	8269	9.402
İNGİLTERE	1.763	3.176	3.491	3.94
NORVEÇ	3.164	5.961	8.164	9.522
ALMANYA	2.397	3.647	4.700	5.410
FRANSA	2.209	3.721	4.583	4.959
JAPONYA	2.838	2.927	4.110	3.703
TÜRKİYE	206	386	565	567

Kaynak: WHO, Health Financing Indicators, 2016

¹² XU, SAXENA ve HOLLY, a.g.e., ss.5-7; Daniel N. MENDELSON ve William B. SCHWARTZ, "The Effects of Aging and Population Growth on Health Care Costs", **Health Affairs**, Cilt.12, Sayı.1, (1993), s.119

¹³ Kennet E. THORPE, "The Rise in Health Care Spending and What to Do About it", **Health Affairs**, Cilt.24, Sayı.6, (2005), s.1436

¹⁴ İlker DAŞTAN ve Volkan ÇETİNKAYA, "OECD Ülkeleri ve Türkiye'nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması", **Sosyal Güvenlik Dergisi**, Cilt.5, Sayı.1, (2015), s.113

Tablo 1’de sunulan çeşitli sağlık finansman modellerine sahip farklı coğrafyalardan yedi ülkeye ait kişi başı harcama istatistikleri, sağlık harcamalarının son yıllarda devamlı olarak arttığını işaret etmektedir. Bir ülkedeki kişi başı milli gelir düzeyi, o ülkenin refah düzeyini ve ekonomik kalkınmışlığını yansıtan önemli bir gösterge olarak kabul edilmektedir¹⁵. Dolayısıyla kişi başı sağlık harcamaları bir ülkedeki sağlık harcamaları hakkında önemli ipuçları veren parametrelerdir. Tablo 1’deki veriler incelendiğinde 2000 yılında ABD’de 5000 Dolar’a yakın olan kişi başı sağlık harcamalarının 2014 yılında neredeyse iki kat artarak 9500 Dolar’a yaklaştığı görülmektedir. Benzer artış durumu diğer ülkeler için de geçerlidir. Ayrıca, Türkiye’deki kişi başı harcamaların diğer altı ülkenin çok gerisinde kaldığı dikkati çekmektedir. Fakat Türkiye’de harcamaların on dört yılda iki katından daha fazla yükselmiş olması da kayda değer bir gelişmedir. Tablo 1’de dikkat çeken diğer bir ayrıntı ise, harcamaların özellikle ABD ve Norveç’te diğer altı ülkeye nazaran çok daha yüksek bir düzeyde gerçekleşmiş olmasıdır.

Yapılan araştırmalarda ABD ve Batı Avrupa ülkelerinin bir kısmında kişi başı sağlık harcamalarının nispeten daha yüksek seviyelerde olduğu tespit edilmiştir. Bir diğer bulguya göreyse, kişi başı sağlık harcamaları, Sosyal Sağlık Sigortası uygulayan ülkelerde Beveridge sisteminin kullanıldığı ülkelere göre daha yüksek olmaktadır¹⁶. Ülkelerde farklı oranlarda ve farklı hızlarda gerçekleşmiş olsa da, sonuç olarak Dünya genelinde sağlık harcamalarının arttığı gözlenmektedir.

Artan sağlık harcamalarının nasıl finanse edileceği konusu, öncelikle harcamaların sürekli ve süratli olarak yükselmesine sebebiyet veren faktörlerin yeterli derecede tespit ve tetkik edilmesine bağlıdır. Bu harcamalarının artmasına sebebiyet veren başlıca faktörler aşağıdaki şekilde sıralanabilmektedir¹⁷:

- Nüfusun giderek yaşlanması ve hızlı nüfus artışı harcamaların yükselmesinde rol oynayan önemli etkenlerdendir. Yaşlı kategorisindeki nüfusun, özellikle 65 yaş ve üzeri yaş grubundakilerin, diğerlerine kıyasla daha yüksek sağlık

¹⁵ Gerard ANDERSON ve Peter S. HUSSEY, “Comparing Health System Performance in OECD Countries”, **Health Affairs**, Cilt.20, Sayı.3, (2001), s.227

¹⁶ XU, SAXENA ve HOLLY, **a.g.e.**, s.4

¹⁷ Mehtap TATAR, “Dünya’da Sağlık Maliyetlerinin Artma Nedenleri”, **Sosyal Güvenlik Dergisi**, Yıl.1, Sayı.3, (2009), ss.24-27; THORPE, **a.g.m.**, ss.1436-1440

harcaması yaptığı bilinmektedir. Yaşlı nüfusun hastalanma ve sağlık hizmetine ihtiyaç duyma sıklığı ve olasılığı daha fazla olduğundan dolayı tedavi ve ilaç giderleri daha yüksek olmaktadır. Ayrıca hızlı nüfus artışı, potansiyel olarak sağlık hizmeti talep edecek kişi sayısını da artıracığından, sağlık harcamalarında doğrudan veya dolaylı olarak yükselişe sebebiyet vermektedir.

- Sağlık harcamalarını tırmandıran önemli faktörler arasında, medikal teknolojisindeki gelişmeler ve farmakolojide yaşanan yenilikler gösterilebilir. Tıp ve ilaç endüstrisindeki inovasyonlar yeni tedavi seçenekleri sunmuş, fakat yüksek maliyetleri de beraberinde getirmiştir. Ayrıca bu yenilikler, sağlık hizmetlerine olan talebi ve toplumdaki sağlık beklentilerini adeta körüklemiştir. Teknoloji toplumunda sürekli gelişen iletişim ve haberleşme ağı, fertlerde sağlık bilinci ve farkındalığın oluşmasına zemin hazırlamış ve kalite beklentisinde çita yükselmiştir. Bu gelişmeler aynı zamanda sağlık hizmetlerinde aşırı ve gereksiz kullanımı ve ahlaki tehlikeyi tetikleyebilmektedir.

- Son yıllarda bazı hastalıkların yaygınlaşması, sağlık harcamalarının artışında kayda değer pay sahibi olmuştur. Şeker hastalığı, obezite, yüksek tansiyon, depresyon, stres gibi sağlık sorunlarının yaşanma sıklığı son 30 yılda büyük bir sıçrama göstermiştir. Bu hastalıkların iyileşmesi genellikle çok sayıda muayene seansı ve uzun, zahmetli bir ilaç ve tedavi süreci gerektirdiğinden dolayı yüksek sağlık masrafları ortaya çıkmaktadır.

Dünya genelinde, yapılan kişi başı ve toplam sağlık harcamalarının tutarları yüksek rakamlara ulaşmaktadır. Dolayısıyla bu harcamaların karşılanmasında sağlık finansmanı büyük önem arz etmektedir. Sağlık harcamalarının yeterli düzeyde karşılanabilmesi, uygulanan finansman sisteminin ne kadar etkili ve başarılı işlediğine bağlıdır.

1.3. Sağlık Harcamalarının Finansmanı

Sağlık harcamalarının nasıl finanse edileceği sorunu tüm dünyada sağlık yöneticilerinin gündemini meşgul eden ve çözüme kavuşturulmaya çalışılan bir mesele

haline gelmiştir¹⁸. Ekonomik açıdan geri kalmış, fakir ülkelerde sağlık hizmetlerine erişim yüksek maliyetler doğurduğundan dolayı bu durum bu ülkelerin vatandaşlarının daha da fakirleşmesine veya yeterli ve gerekli sağlık servislerini temin edemeyerek yaşam kalitelerinin düşmesine sebebiyet verebilmektedir. Sağlık harcamalarının etkin ve yeterli düzeyde karşılanabilmesi için verimli işleyen bir fon yapısı ve finansman mekanizması tesis etmek ve işletmek, refah düzeyi yüksek zengin ülkeler için dahi gerçekleştirmesi zahmetli ve karmaşık bir süreçtir¹⁹.

Yapılan harcamaların finansmanı çeşitli kaynaklardan çeşitli yöntemlerle sağlanmaktadır. Doğrudan veya dolaylı olarak alınan vergiler, sosyal sigortalardaki prim ödemeleri ya da kazançtan yapılan mali kesintiler, benzer şekilde özel sağlık sigortalarındaki prim ödemeleri, kullanıcı katkıları, bağışlar, tıbbi tasarruf hesapları ve devlet bütçesinden sağlanan kamusal ödemeler başlıca finansman kaynakları sayılmaktadır. Fakat birçok ülkede, kabaran sağlık harcamalarını karşılamada mevcut kaynaklar yetersiz kalabilmektedir. Bu sebeple finansmanın hangi kaynaklardan ve ne şekilde yapılacağı, takip edilecek prosedürler ve hangi finansman sisteminin hangi esaslara dayalı olarak uygulanacağı, harcamaların karşılanabilmesi bakımından büyük önem taşımaktadır²⁰.

Dünya genelinde yaygın olarak tercih edilen dört finansman modeli öne çıkmaktadır. Bunlar; vergilere dayalı Beveridge Modeli, Sosyal Sağlık Sigortası (Bismarck Sistemi), Özel Sağlık Sigortaları ve cepten-doğrudan ödemeler olarak sıralanabilmektedir²¹. Bir ülkede ağırlıklı olarak uygulanmakta olan finansman sistemiyle birlikte, diğer finansman mekanizmalarından bir veya birkaçı karma halde aynı anda yürütülebilmektedir. Örneğin, Sosyal Sağlık Sigortasının ana finansman mekanizması olarak benimsendiği Türkiye’de, aynı zamanda zorunlu kamu Genel Sağlık Sigortası’na ilave olarak tamamlayıcı veya destekleyici nitelikteki ihtiyari özel sağlık sigortaları da yaptırılabilir. Ayrıca, sosyal güvencesi bulunmayan ve aylık

¹⁸ ATASEVER, a.g.e., s.42

¹⁹ Hakan İSTANBULLUOĞLU, Mahir GÜLEÇ ve Recai OĞUR, “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri”, **Dirim Tıp Gazetesi**, Sayı.2, (2010), s.86

²⁰ Emine ORHANER, “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı Ve Genel Sağlık Sigortası”, **Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi**, Sayı.1, (2006), ss.1-7

²¹ Robert CURRESHEL ve Elizabeth FORRESTAL, “International Models of Health Systems Financing”, **Journal of Hospital Administration**, Cilt.3, Sayı.4, (2014), ss.127-129

kişi başı geliri belli bir seviyenin altında olanların GSS primleri Hazinesden karşılanarak Beveridge tarzı vergilerle finansman prosedürü devreye girmektedir. Bu şekilde, Türkiye’deki finansman sisteminin temel yapısını büyük oranda Bismarck modeli teşkil ederken aynı zamanda vergilendirme ve özel sağlık sigortası mekanizmaları da daha düşük ağırlıkta tatbik edilecek biçimde finansman sürecinde yer almaktadır²². Böylelikle, bir finansman sistemi ağırlıkta olmak kaydıyla birden fazla finansman yönteminin çeşitli oranlarda etkin olduğu bir finansman kombinasyonu sağlık harcamalarını karşılamada uygulanabilmektedir²³.

Bir ülkedeki sosyoekonomik şartlar, demografik ve kültürel özellikler, geçmişten gelen sağlık gelenekleri, siyasi otoritenin sağlığa ilişkin benimsediği politikalar ve sağlık bütçesi; o ülkede hangi sağlık finansman sisteminin veya sistemlerinin tatbik edileceğini belirleyen başlıca faktörlerdir. Bununla birlikte, devletler uygulayacakları finansman sistemindeki gelir toplama süreçleri, fon yapısı, organizasyonel ve fonksiyonel prosedürlerde bazı değişikliklere gidebilmektedir. Her ülke, finansman sistemini kendi sosyal, finansal ve demografik dinamiklerine uygun hale getirmek amacıyla, finansman mekanizmasında özgün modifikasyonlar ve revizyonlar gerçekteşirebilmektedir. Bunun sonucunda, aynı finansman sisteminin farklı ülkelerde bazı küçük çaplı yapısal veya yönetsel değişimlere uğrayarak farklı usül ve normlara dayalı şekilde uygulandığı görülebilmektedir²⁴.

Sigorta prensibinin mevcut olduğu sağlık finansmanında belirli prosedürlere uygun olarak işleyen üç ayaklı bir kaynak aktarım süreci gerçekteşmektedir. Bu süreçte hizmeti alan, hizmeti sunan (üreten) ve fon oluşturup hizmet satın alarak bu işlemdeki kaynak akışını kontrol ve idare eden üçüncü taraf (sigorta fonu) bulunmaktadır. Hizmeti alan taraf (sigortalı, vatandaş veya hasta), sağlık riskinin gerçekteşmesi sonucu sağlık hizmetinden faydalanan ve bu hizmet kullanımı sonucunda sağlık maliyeti oluşturan kişidir. Hizmeti sunan taraf (sağlık hizmet sunucuları); sağlık hizmet üretimi yapan hastane, eczane, klinik veya dispanser gibi kurum veya kişilerdir. Üçüncü taraf ise

²² 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, Kabul Tarihi:31/05/2006,26200 Sayılı Resmi Gazete,Yayımlanma Tarihi:16/06/2006,Madde 87

²³ Mehtap TATAR, “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi”, **Sosyal Güvenlik Dergisi**, Cilt.1, Sayı.1, (2011), s.104

²⁴ TATAR, “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi”, ss.104-110

sağlık hizmeti alan kişilerden vergi, prim, katkı payı gibi düzenli ödenekler şeklinde gelir toplamakta ve toplanan bu finansal kaynakları kendi bünyesinde bir havuzda biriktirerek sosyal fon oluşturmaktadır. Katılımcıların sağlık hizmetlerini kullanması neticesinde oluşan sağlık masrafları bu fondan sağlık hizmet sunucularına kaynak transferi yapılmak suretiyle ödenmektedir. Böylece, çeşitli ödeme yöntemleri kullanılarak sağlık hizmetlerinin sağlık sunucularından satın alınmasıyla finansman sağlanmış olur. Bu işlemde üçüncü taraf gelir toplayıp fon oluşturarak risk dağıtımı ve sosyal dayanışma tesis eden bir sosyal güvenlik ve sigorta mekanizması işlevi görmektedir. Üçüncü taraf, bir kamu kurumu olabileceği gibi özel teşebbüs olarak faaliyet gösteren bir müessese de olabilmektedir²⁵.

Kaynak transferi sürecinde üçüncü tarafın yer almasının en önemli sebebi sağlık hizmetlerinin tabiatında var olan belirsizlik, risk ve yüksek maliyet faktörleridir. Sağlık riski gerçekleştiğinde, bazı sağlık hizmetlerinin maliyetleri çok yüksek olabilmekte ve kişinin tek başına ödemeye gücü yetmeyecek kadar büyük tedavi masrafları ortaya çıkabilmektedir. Bu durumda, kişinin mağdur olmasını önlemek ve sağlık servislerinden mahrum kalmasına mahal vermemek amacıyla üçüncü taraf risk paylaşımı ve azaltımı yaparak fonda havuzlanan kaynakların kullanımıyla hizmet bedelini karşılamaktadır²⁶.



Şekil 1: Sağlık Hizmetleri Üçlüsü

Kaynak: Mossialos and Dixon, 2002.

²⁵ Elias MOSSIALOS ve Anna DIXON, "Funding Health Care: An Introduction", Elias MOSSIALOS, Anna DIXON, Joseph FIGUERAS, Joe KUTZIN, (Eds.), **Funding Health Care: Options for Europe** içinde, (1-30), 1. Baskı, Buckingham-Philadelphia: Open University Press, 2002, ss.2-3; ATASEVER, **a.g.e.**, s.42

²⁶ Ali GÜVERCİN, Halil İbrahim MİL ve Bülent TARIM, "Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)", **Bartın Üniversitesi İ.İ.B.F Dergisi**, Cilt.7, Sayı.13, (2016), ss.82-83

Şekil 1’de sağlık harcamalarının finansmanında taraflar arasında gerçekleşen kaynak değişim ve dolaşım süreci görülmektedir. Sağlık hizmeti alan birinci taraf üçüncü tarafa prim veya vergi gibi çeşitli statülerde ödenek tahsis etmektedir. Üçüncü taraf bu gelirleri toplayarak havuzda biriktirmektedir. Birinci tarafın hizmet kullanımı sonucu hizmet sunucusuna ödemekle yükümlü olduğu sağlık giderleri üçüncü tarafın fonundan karşılanarak ödenmektedir. Üçüncü tarafın sağlık hizmet sunucularından hizmet satın alması suretiyle sağlık finansmanı gerçekleşmiş olur.

Üçüncü tarafın bulunmadığı durumdaysa kaynak akışı doğrudan birinci taraf ile ikinci taraf arasında gerçekleşmektedir. Bu akış versiyonunda birinci taraf, istifade ettiği sağlık hizmetinin bedelini arada başka herhangi bir taraf olmadan doğrudan sağlık sunucusuna ödemektedir. Bu transfer sürecinde prim ödemesi, risk dağılımı ve fon oluşturma gibi aşamalar söz konusu değildir²⁷.

1.3.1. Sağlık Hizmetleri Finansmanının Temel Amaçları

Finansman, harcamaları parasal olarak karşılamak için sermaye veya kaynak oluşturma işlemi olarak tanımlanabilmektedir²⁸. Sağlık finansmanının temel amacı; tüm nüfusu kapsayacak ve herkesin hizmete erişimini mümkün kılacak şekilde sağlık hizmeti sunulmasını sağlamak için yeterli, etkin ve sürdürülebilir kaynak üretmek, tahsis etmek ve bu kaynakları makul şekilde yönetmektir. Mali kapasitesi ne olursa olsun, herkes tarafından sağlık servislerine ulaşılabilirliğin sağlanmasında ve kaliteli hizmet sunumunun gerçekleştirilmesinde finansman kaynaklarının yeterli olması, etkili ve verimli kullanılması ve hakkaniyet prensibine uygun olarak değerlendirilmesi büyük önem taşıyan gereksinimlerdir²⁹.

Ödeme gücü ve refah düzeyi düşük hane halkları açısından ele alındığında finansmanın önemi bir kat daha artmaktadır. Sağlık finansman mekanizması, gelir düzeyi yetersiz durumda bulunan kişi ve halkların sağlık hizmetlerini kullandığında daha da fakirleşmesini engelleyecek yapıya sahip olmalıdır. Herkes tarafından sağlık servislerine erişimin sağlanabilmesi, makul maliyetli ve kaliteli hizmetlerin üretilmesi,

²⁷ MOSSIALOS ve DIXON, a.g.e., ss.2-3

²⁸ *Britannica Encyclopedia*, “Financing”, <https://www.britannica.com/search?query=finance>, (17.02.2017)

²⁹ Guy CARRIN ve Chris JAMES, *Reaching Universal Coverage Via Social Health Insurance: Key Design Features in the Transition Period*, World Health Organization Discussion Paper, Sayı 2, Cenevre, 2004, s.18

kaynakların verimli kullanımı ve hakkaniyet ölçütüne riayet edilmesi finansman sürecinde gerçekleştirilmesi hedeflenen öncelikli amaçlardır³⁰.

Bu amaçların gerçekleştirilebilmesi, gelir toplanmasından sağlık hizmet sunumuna kadar olan tüm aşamalarında, sağlık finansman fonksiyonlarının etkili çalışmasına ve başarılı bir işlevsel süreç üretmesine bağlıdır.

1.3.2. Sağlık Hizmetleri Finansmanının Fonksiyonları

Sağlık hizmetlerinin finansmanı, birbiriyle bağlantı ve etkileşim halinde olan üç ana fonksiyondan oluşmaktadır. Bu fonksiyonlar; harcamaların karşılanması için katılımcılardan gelir toplayarak finansal kaynak oluşturma, oluşturulan finansal kaynakları havuzlayarak bir para fonunda biriktirme ve biriktirilen kaynakları kullanarak fona önceden ödeme yapanlar adına sağlık hizmet sunucularından sağlık hizmetleri satın alma şeklinde sıralanabilmektedir³¹.

Finansman fonksiyonlarının tümü iç içe geçmiş ve birbiriyle entegre olmuş şekilde, aynı organizasyonel yapı dahilinde tek bir kurum veya birim tarafından gerçekleştirilebileceği gibi, her bir fonksiyonun parçalı ve ayrılmış bir formatta, farklı kurumlar tarafından icra ve idare edildiği de görülebilmektedir³². Örneğin, Türkiye’de Sosyal Güvenlik Kurumu gelir toplama, fon oluşturma ve sağlık hizmeti satın alma işlevlerinin tamamını tek başına yürüten ve yöneten, monopsonik karaktere sahip tek yetkili kamusal sosyal güvenlik otoritesidir³³. Fakat bazı durumlarda, gelir toplama ve fonlama fonksiyonları bir kurum tarafından yapılırken hizmet satın alma ve sağlık hizmeti üretme faaliyetleri ise başka kurum veya sosyal güvenlik örgütleri tarafından uygulanabilmektedir. Dolayısıyla fonksiyonların her biri veya birkaçı bütünsel halde veya ayrı ayrı olacak şekilde çeşitli kombinasyonlarda faaliyet

³⁰ World Health Organization – World Bank, **Health System Metrics Monitoring the Health System in Developing Countries**, 2004, http://www.who.int/healthinfo/health_system_metrics_glion_report.pdf, 17.02.2017), s.95

³¹ World Health Organization, **World Health Report 2000-Health Systems: Improving Performance**, 2000, http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf, (20.02.2017), s.95

³² Joseph KUTZIN, “A Descriptive Framework for Country-Level Analysis of Health Care Financing Arrangements”, **Health Policy**, Sayı.56, (2001), s.174

³³ Güvenç KOÇKAYA, Kağan ATİKELER ve Fatma Betül YENİLMEZ, “Türkiye’de Özel ve Kamu Sağlık Sigortacılığı Prim/Hasar Sağlık Harcaması Değerlendirmesi”, **Sosyal Güvence Dergisi**, Sayı.9, (2016), s.86

gösterebilmektedir. Ayrıca finansman işlevleri sadece bir veya birden fazla yetkili kamu ya da özel kurum tarafından yürütülebilmektedir³⁴.



Şekil 2: Sağlık Hizmetleri Finansmanının Fonksiyonları

Kaynak: Kutzin, 2001

Şekil 2’de de görüldüğü üzere, sağlık hizmetlerinin finansman sürecinde üç temel fonksiyon bulunmaktadır. Öncelikle çeşitli kaynaklardan gelirler temin edilir. Sonrasında toplanan bu finansal kaynaklar havuzlanarak bir fonda biriktirilir. Üçüncü aşamada ise, finansmanı havuzdaki kaynaklardan sağlanmak suretiyle, fondakiler adına sağlık hizmetleri satın alınmakta ve finansmanın işlevsel akışı gerçekleşmiş olmaktadır.

1.3.2.1. Gelir Toplama

Harcamaların karşılanabilmesi ve finansmanın gerçekleştirilebilmesi için öncelikle gelir toplayarak finansal kaynak oluşturulması gerekmektedir. Gelir toplama fonksiyonu, birincil ve ikincil kaynaklardan para toplayarak fonda biriktirilmek üzere katılımcılardan gelir elde etme sürecidir³⁵. Bu süreçte kimin ne kadar ödeme yapacağı, ödeme yöntemi, yapılacak ödemelerin kim veya kimler tarafından hangi esaslara göre toplanacağı gibi finansmana ilişkin kritik hususlar kararlaştırılmakta ve uygulamaya konmaktadır³⁶.

Bir ülkede vatandaşlar, şirketler ve tüzel kişiliklerin teşkil ettiği genel nüfus, oluşturulan fonların öncelikli finansal kaynağıdır. Mal veya hizmet üretimi yaparak ticari-sınai faaliyette bulunan firmalar, tüzel kişiler, şirket sahibi veya yönetici müteşebbisler ile bireyler, aileler, hane halkları ve çalışanlar (işçiler) birincil nitelikli finansman kaynaklarıdır. İkincil kaynaklar ise hükümetler, yardım kuruluşları, yabancı

³⁴ KUTZIN, a.g.m., s.174

³⁵ Christopher J. L. MURRAY ve Julio FRENK, “A Framework for Assessing the Performance of Health Systems”, **Bulletin of the World Health Organization** 2000, World Health Organization, Cilt.78, Sayı.6, (2000), s.724

³⁶ MOSSIALOS ve DIXON, a.g.e., s.4

şirketler, yerli veya yabancı kamusal olmayan kurum ve organizasyonlardan oluşmaktadır³⁷.

Bu kaynaklardan gelir toplamak amacıyla farklı organizasyonel ve idari yapıya sahip çeşitli finansman mekanizmaları bulunmaktadır. Doğrudan veya dolaylı olarak alınan vergiler, sosyal sağlık sigortalarında işçi ve işverenin kazançlarından kesinti yapılarak tahsil edilen zorunlu sosyal güvenlik primleri, isteğe bağlı sigortalardaki sağlık sigortası primleri, kişisel tıbbi tasarruf hesapları, doğrudan ve cepten ödemeler, alınan borçlar, hibe ve bağışlar gelir toplama işlevinde uygulanan finansman mekanizmalarıdır. Bu gelirleri toplama fonksiyonu ise merkezi hükümet, bölgesel veya yerel kamu otoriteleri, sosyal güvenlik kurumları, özel sağlık sigortaları ve sağlık hizmeti tedarik eden hastane, hekim, eczane gibi sağlık hizmet sunucuları tarafından yerine getirilmektedir³⁸.

Vergiler; bireylere, hane halklarına veya tüzel kişilere yönelik doğrudan vergiler olabileceği gibi, belirli emtia veya finansal işlemlerde uygulanan dolaylı vergiler de olabilmektedir. Bazı vergiler, merkezi hükümet tarafından kararlaştırılmakta ve tüm ülkede her vatandaştan toplanan genel vergiler olarak uygulanmaktadır. Bir kısmı ise sadece belirli bir yöre için geçerli olan bölgesel veya yerel ölçekte toplanan vergiler olarak nitelendirilmektedir. Sosyal sağlık sigortalarında işçi ve işverenin kazançlarından belirli oranlarda kesintiler yapılmak suretiyle primler tahsil edilmektedir. İsteğe bağlı sağlık sigortalarında ise sigorta primleri özel sigorta şirketlerine ödenmektedir³⁹. Zorunlu sosyal sağlık sigortaları ile katılımı gönüllülük esasına dayalı olan özel sağlık sigortalarının birçoğunda gelir toplama, fon oluşturma ve satın alma fonksiyonlarının tek bir kurum bünyesinde ve aynı işlevsel süreç dahilinde tatbik edildiği görülmektedir⁴⁰.

Ülke genelinde refah düzeyi ve kişi başı ortalama gelir yükseldikçe buna paralel olarak gelir toplama kapasitesi de yükselmektedir. Toplumdaki refah ve zenginliğin artması, vergilendirme ve vergi toplama işlemlerinin daha verimli ve

³⁷ KUTZIN, **a.g.m.**, ss.175-176

³⁸ KUTZIN, **a.g.m.**, ss.175-176

³⁹ MOSSIALOS ve DIXON, **a.g.e.**, ss.4-6

⁴⁰ World Health Organization, **World Health Report 2000-Health Systems: Improving Performance**, s.96

hakkaniyetli seyretmesini ve bireylerin sağlık harcamaları için yeterli ödeme gücüne ulaşabilmesini mümkün kılmaktadır. Bunun sonucunda gelir toplama işlevinin standart ve sistematik şekilde yürütülebilmesi kolaylaşmaktadır⁴¹. Öte yandan, kişi başı gelir düzeyi düşük olan fakir ülkelerdeyse finansal kaynakların sınırlı olması genellikle yeterli gelir toplanamamasına yol açmakta, dolayısıyla bu ülkelerde gelir toplama fonksiyonu çoğu zaman düzenli ve organizasyonel bir çerçevede gerçekleştirilememektedir⁴².

1.3.2.2. Fon Oluşturma

Fon oluşturma işlevi, toplanan gelirlerin havuzlanarak bir fonda biriktirilmesini, riskin dağıtılmasını ve sağlık hizmeti satın almak üzere bu fonun idare ve organize edilmesini ifade etmektedir. Fon oluşturularak meydana gelebilecek çok yüksek boyuttaki risklere karşı finansal güvence sağlanmış olur. Bireyler fona önceden miktarı belli olan, makul ve karşılanabilir tutardaki primler ödeyerek sonradan ortaya çıkabilecek ve tek başlarına ödemeye güçleri yetmeyebilecek, ne zaman gerçekleşeceği belirsiz ve katastrofik mahiyetteki sağlık masraflarına karşı önlem almış olurlar⁴³. Fon oluşturulmasının temel amacı; riskleri katılımcılar arasında bölüştürerek maddi açıdan katlanabilir hale getirmek ve hem katılımcı hem de hizmet sunucusu açısından belirsizliği azaltmaktır⁴⁴.

Fonun boyutu ve havuza kaynak aktaran üye sayısı, sağlık harcamalarının finansmanı açısından büyük önem arz etmektedir. Üye sayısı ve finansal kapasite bakımından fonun hacmi ve kapsamı büyüdükçe riskin dağılımı da o derecede geniş bir kitleye yayılacağından, masrafların karşılanabilirliği artmakta ve böylece fondaki katılımcılar için risklere karşı daha yüksek finansal güvence sağlanmış olmaktadır.

Katılımcılar arasında risk paylaşımı mekanizması söz konusu olmadığından dolayı tıbbi tasarruf hesapları ile cepten ve doğrudan ödemeler fon yapısının ve havuzlama fonksiyonunun mevcut olmadığı finansman yöntemleridir. Tıbbi tasarruf

⁴¹ Pablo GOTTFRET ve George SCHIEBER, *Health Financing Revisited – A Practitioner’s Guide*, Washington D.C.: The World Bank, 2006, s.5

⁴² KUTZIN, *a.g.m.*, ss.175-176

⁴³ GOTTFRET ve SCHIEBER, *a.g.e.*, ss.4-6

⁴⁴ World Health Organization, *World Health Report 2000-Health Systems: Improving Performance*, s.96

hesapları bireylerin kendi hesaplarında yapmış olduğu kişisel birikimleri içermektedir. Dolayısıyla bir çoklu katılım ve finansal havuz oluşumu bulunmamaktadır. Cepten ödemelerde ise sağlık hizmetinin ücreti hizmet sunumu esnasında veya hemen sonrasında üçüncü bir taraf devreye girmeden doğrudan hizmet sunucusuna ödenmektedir. Bu sebeple, bu finansman biçimleri bir risk paylaşımı ve gelir havuzlama işlemi içermediğinden dolayı kişinin tek başına karşılayamayacağı büyük çaplı risklere karşı herhangi bir güvence sağlamamaktadır⁴⁵.

Bazı uygulamalarda, fonların formasyonunda çoklu veya dağınık bir havuzlama düzeni tercih edilebilmektedir (farklı katılımcı grupları için ayrı fonların kurulması veya kişisel ya da kişisel olmayan sağlık servisleri için yine ayrı ayrı fonların oluşturulması gibi)⁴⁶. Fakat fonların parçalı yapıda olması yönetim giderlerini arttırabilmekte ve risk dağılımının etkin şekilde yapılmasını olumsuz yönde etkileyebilmektedir⁴⁷.

1.3.2.3. Sağlık Hizmeti Satın Alma

Joseph Kutzin, satın alma fonksiyonunu “*Fona ödeme yapan katılımcılar adına sağlık hizmeti satın almak amacıyla, bu fonda havuzlanmış finansal kaynakların sağlık hizmet sunucularına transfer edilmesi*” olarak tanımlamaktadır⁴⁸. Tanımdan da anlaşılacağı gibi, satın alma fonksiyonunda sağlık hizmeti sunucularının tedarik ettiği hizmetlerin karşılığı olarak havuzda biriktirilen gelirlerden kaynak akışı sağlanmakta ve böylece fona üye olan sigortalı nüfusun sağlık hizmetlerini kullanma bedeli tahsis edilmiş olmaktadır.

Satın alma işlevini yerine getiren kurum veya organizasyonların yönetsel ve yapısal özellikleri, fonlama ve gelir toplama mekanizmaları, satın alıcıların sayısı, finansal kapasitesi ve büyüklüğü, pazardaki diğer satıcılarla rekabeti, satın alma ve kaynak tahsis etme fonksiyonunun başarılı bir şekilde gerçekleştirilmesinde kilit rol oynayan belirleyici faktörlerdir⁴⁹. Ayrıca sağlık hizmet sunucularının profili, hizmet

⁴⁵ MOSSIALOS ve DIXON, **a.g.e.**, ss.6-7

⁴⁶ MURRAY ve FRENK, **a.g.m.**, s.724

⁴⁷ GOTTRET ve SCHIEBER, **a.g.e.**, ss.5-6

⁴⁸ KUTZIN, **a.g.m.**, s.180

⁴⁹ MURRAY ve FRENK, **a.g.m.**, s.724

kapasitesi, hak sahiplerine sunacakları sağlık servislerinin içeriği ve kapsamı ile bu kurumlara yapılacak olan ödeme yöntemleri satın alma sürecinde değerlendirilen kritik meselelerdir⁵⁰.

Satın alma işleminde, kim için hangi sağlık servislerinin alınacağı ve bu hizmetlerin kimden, hangi yöntemler uygulanarak hangi fiyatla temin edileceği belirlenmektedir⁵¹. Satın alma fonksiyonu, çeşitli kamu veya özel nitelikli kurum ve organizasyonlar tarafından gerçekleştirilmektedir. Merkezi hükümete bağlı Sağlık Bakanlığı, bölgesel çaplı faaliyet gösteren kamusal sağlık kurumları, yerel yönetimlerin veya belediyelerin bünyesinde hizmet veren sağlık birimleri, sosyal sağlık sigortası ve özel sağlık sigortası fonları, kendi işçilerinin sağlık taleplerini karşılayan bazı firma ve işverenler ve çeşitli sağlık planları satın alma gerçekleştiren başlıca birimlerdir. Birçok finansman uygulamasında, fon biriktirme ve satın alma işlevleri aynı yetkili kurum tarafından icra edilmektedir⁵².

Sağlık hizmetlerinin satın alınmasında bir diğer önemli husus, hizmet sunucularına ödeme yapılması işlemidir. Hastane, klinik, eczane gibi sağlık hizmeti üreten kurum ve kuruluşlara çeşitli yöntemlerle ödemeler yapılmaktadır.

1.3.3. Sağlık Hizmet Sunucularına Ödeme Yöntemleri

Satın alma fonksiyonu, yararlanılan sağlık hizmetleri için ödeme yapmayı da içermektedir. Ödeme yöntemi; satın alma işlemini icra eden kurum veya organizasyonların fonlarından sağlık hizmet sunucularına, üretmiş oldukları hizmetlerin bedeli olarak kaynak tahsis etme mekanizmasıdır. Ödeme işlemi, bir anlamda satın alıcıdan hizmet sunucusuna finansal kaynak transfer edilmesi olarak tanımlanabilmektedir⁵³. Bu doğrultuda, satın alıcılar sigortalıların temin ettikleri sağlık hizmetlerinin ücretlerini çeşitli ödeme yöntemleri uygulayarak sağlık hizmet sunucularına ödemektedir.

⁵⁰Diane MCINTYRE, **Learning from Experience: Health Care Financing in Low- and Middle-Income Countries**, Geneva: Global Forum For Health Research, 2007, s.37

⁵¹ GOTTRET ve SCHIEBER, **a.g.e.**, s.6

⁵² KUTZIN, **a.g.m.**, ss.180-181

⁵³ John C. LANGENBRUNNER, Cheryl CASHIN ve Sheila O'DOUGHERTY, **Designing and Implementing Health care Provider Payment Systems – How-To Manuals**, Washington D.C.: The World bank, 2009, s.3

Sağlık sunucularına ödeme yapmak amacıyla Dünya genelinde her biri kendine özgü karakteristik ve işlevsel özelliklere sahip birçok ödeme sistemi bulunmakta ve uygulanmaktadır. Kullanılan ödeme yöntemi, sağlık hizmetlerinde harcamaların boyutunu, hizmeti alan ve sunan tarafların memnuniyet derecesini, hizmet kalitesini ve sağlık hizmet sunucularının yönetsel süreçlerini doğrudan etkilemekte ve bu süreçler üzerinde belirleyici rol oynamaktadır⁵⁴. Ayrıca, tatbik edilen ödeme yöntemi veya yöntemleri, hem hizmeti alan tarafın hem de sağlık hizmetini üreten kurumların tutum, davranış ve yaklaşımları üzerinde önemli ölçüde etkili olmaktadır⁵⁵.

Bazı durumlarda, sağlık hizmet sunucuları kazançlarını arttırmak ve daha çok kar elde etmek amacıyla gereksiz hizmet üretimi yapmaya yönelebilmektedir. Sağlık kurumları; hastalara iyileşebilmeleri için ihtiyaç duyduklarından daha fazla tedavi hizmeti sağlamaya çalışabilmekte ya da finansal riski ve tedavi maliyetleri yüksek olabilecek hastaları başka sağlık merkezlerine sevk etme yoluna gidebilmektedir. Ayrıca, hastalar için medikal açıdan gereksinim duymadıkları halde fazladan tedavi ve muayene seansı, ilaç, tetkik veya pahalı tıbbi teçhizat temin ettirmek suretiyle zaruri olmayan hizmet sunumu yapılarak gelir arttırmaya teşebbüs edilebilmektedir. Etkin işleyen bir ödeme sisteminin gereksiz hizmet üretimini ve kaynakların israf edilmesini önleyecek veya azaltacak tedbirleri ve uygulama esaslarını içermesi beklenmektedir⁵⁶.

Ödeme yöntemlerinin sağlık sistemi üzerindeki etkileri ve başarılı sonuçlar üretmesi; mevcut finansal kaynakların miktarına, sağlık kurumları arasındaki piyasa rekabetine, ödeme süreçlerinde öne çıkan özendiricilere, ödeme sistemlerinin fonksiyonel yapısına ve işleyiş mekanizmasına bağlı olmaktadır⁵⁷. Bir ödeme mekanizması çerçevesinde yapılacak olan ödemelerin miktarı ve düzeyi çeşitli unsurlara göre belirlenmektedir. Sunulan sağlık hizmetlerinin tahmin edilen ve gerçekleşen maliyetleri, ülke genelinde veya spesifik bir bölgede faaliyet gösteren sağlık sunucularının sayısı ve hizmet üretim kapasiteleri, toplam üretilen hizmet hacmi, piyasa içerisindeki kurumlar arası rekabet, kamu otoritesinin izlediği sağlık politikaları ve

⁵⁴ CARRIN ve JAMES, *a.g.e.*, s.36

⁵⁵ YILDIRIM, YILDIRIM ve AKBULUT, *a.g.e.*, s.102

⁵⁶ Charles NORMAND ve Axel WEBER, *Social Health Insurance: A Guidebook For Planning*, 2.Baskı, Bad Homburg: VAS-Verlag für Akademische Schriften, 2009, s.82

⁵⁷ LANGENBRUNNER, CASHIN ve O'DOUGHERTY, *a.g.e.*, s.17

yatırımları sağlık hizmet sunucularına yapılacak ödemelerin boyutunu ve seyrini belirleyen başlıca faktörler arasında sayılabilmektedir⁵⁸.

Ödeme sistemleri, ödemelerin yapılış zamanı baz alınarak değerlendirildiğinde geriye dönük ve ileriye dönük ödemeler olmak üzere iki kategoride incelenmektedir⁵⁹. Geriye dönük ödemelerde, hizmet bedelinin tamamı veya bir kısmı hizmet sunumu gerçekleşikten sonra ödenmektedir. Bu yöntemde, ödeme hizmet verildikten sonra yapıldığından dolayı hizmet bedelinin tutarı belirlidir. Dolayısıyla, bu yöntemi uygulayan kurumlar masrafları kısma çabasına girebilmektedir. İleriye dönük ödemelerde ise hizmet sunumu henüz gerçekleştirilmeden, önceden kararlaştırılmış bütçe veya ödeme planları çerçevesinde ödeme yapılmaktadır. İleriye yönelik ödeme mekanizmasının en dikkat çeken özellikleri hizmet üretiminde verimliliğin artırılmasını ve maliyet kontrolünde harcamaların kısılmasını teşvik edici özendiricilere sahip olmasıdır. Fakat, sağlık kurumlarının maliyetleri azaltma çabası bazı durumlarda hastalarına yeterli ve zaruri tıbbi hizmet verilmesini engelleyebilmektedir. Bu durum hizmet kalitesini, sağlıkta ulaşılabilirliği ve hasta memnuniyetini zedeleyebilmekte ve bazı hallerde yüksek riskteki hastaların başka sağlık sunucularına yönlendirilmesine zemin hazırlayabilmektedir⁶⁰.

Tüm sağlık sistemlerinde ve finansman mekanizmalarında etkili ve başarılı işleyen tek bir ödeme sisteminden söz etmek mümkün değildir. Her ödeme yönteminin kendine has bazı avantajlı ve dezavantajlı yönleri bulunmaktadır⁶¹. Her yöntemin hem sağlık hizmet sunucuları hem de satın alıcılar ve hastalar açısından olumlu yönleri olduğu gibi elverişsiz tarafları da mevcuttur. Sağlık hizmetlerinin sunumunda hizmet kalitesini, verimliliği ve ulaşılabilirliği maksimum seviyede sağlayacak ve maliyet kontrolünde harcamaların azaltılmasını destekleyecek ve tüm bu hedefleri tek başına gerçekleştirecek ideal ve optimal bir ödeme sistemi bulunmamaktadır. Satın alma

⁵⁸ John C. LANGENBRUNNER ve Xingzhu LIU, "How to Pay? Understanding and Using Payment Incentives", Alexander S. PREKER ve John C. LANGENBRUNNER (Eds.), **Spending Wisely: Buying Health Services for the Poor** içinde, (89-106), Washington D.C.: The World Bank-Swedish International Development Cooperation Agency-Canadian International Development Agency, 2005, s.92

⁵⁹ LANGENBRUNNER, CASHIN ve O'DOUGHERTY, **a.g.e.**, ss.12-13

⁶⁰ Marc JEGERS ve Diğerleri, "A Typology for Provider Payment Systems in Health Care", **Health Policy**, Sayı.60, (2002), ss.260-261

⁶¹ Howard BARNUM, Joseph KUTZIN ve Helen SAXENIAN, **Incentives and Provider Payment Methods**, The World Bank-Human Resources Development and Operations Policy Working Paper, Sayı 51, Washington D.C., 1995, s.17

sürecinde hangi ödeme sisteminin uygulanacağı çeşitli etkenlere bağlı olarak belirlenmektedir. Ülkelerin içinde bulunduğu ekonomik ve sosyal şartlar, siyasi otoritenin izlediği sağlık politikaları, yapılan sağlık reformları, gerçekleştirilmesi hedeflenen sağlık projeleri, sağlık sektöründe kullanılan yönetim ve bilgi sistemlerinin verimliliği, sağlık hizmet sunucularının kurumsal ve medikal açıdan yeterliliği ve hizmet potansiyeli tatbik edilecek ödeme yöntemi veya yöntemlerinin seçilmesinde rol oynayan belirleyici faktörlerdir⁶².

Ödeme yöntemlerinin elverişsiz ve dezavantajlı yönlerinin etkilerini en aza indirmek ve avantajlı özelliklerinden maksimum düzeyde faydalanarak verimliliği arttırabilmek amacıyla birden fazla ödeme mekanizmasının dahil olduğu karma sistemler uygulanabilmektedir⁶³. Karma ödemelerde, bir tanesi ağırlıkta olmak üzere birden fazla ödeme yöntemi bir arada, aynı anda ve birbirlerine entegre halde faaliyet gösterebilir. Böylece, her bir ödeme sisteminin güçlü ve etkili yönlerinden daha çok istifade edilerek sağlık hizmetlerindeki maliyet kontrolünü sağlama, hizmet kalitesini ve idari uygulanabilirliği yükseltme hedeflerinin gerçekleştirilmesine katkı sağlanabilmektedir⁶⁴.

Ödeme yöntemleri çeşitli şekillerde karma hale getirilebilmektedir. İlk olarak, farklı kategorideki hizmet sunucularına farklı ödeme yöntemleri uygulanabilmektedir. Örneğin, eğitim araştırma hastanelerinde ödeme için genelde bütçe yöntemi tercih edilirken aile hekimleri veya sağlık ocaklarına daha çok kişi başı ödeme yöntemiyle finansman sağlanmaktadır. Ayrıca, aynı hizmet sunucusuna farklı ödeme yöntemleri de uygulanabilmektedir. Örneğin bir hastanede aynı anda hem global bütçe yöntemi geçerliken hem de vaka başı ya da kişi başı ödeme yöntemleri kullanılabilir. Bunlara ek olarak, ödeme yöntemi sunulan hizmetin türüne ve boyutuna göre çeşitlilik gösterebilmektedir. Sağlık kurumlarında verilen farklı medikal içerik ve

⁶²Mukesh CHAWLA ve Diğerleri, **Paying the Physician: Review of Different Methods**, Boston: Data for Decision Making Project - Harvard School of Public Health, 1997, s.23

⁶³ MCINTYRE, **a.g.e.**, ss.43-44

⁶⁴ CHAWLA ve Diğerleri, **a.g.e.**, s.22

boyuttaki tedaviler için farklı ücret tarifeleri ve ödeme mekanizmalarının uygulanması bu duruma örnektir⁶⁵.

Hastane, klinik, dispanser gibi kurumsal sağlık hizmet sunucularına ödeme yapmada çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Bütçe ödemesi, günlük ödemeler, vaka başına ödeme, kişi başına ödeme ve hizmet başına ödeme yöntemleri kurumsal sağlık hizmeti üretenlere ödeme yapmak için uygulanan ve tüm dünyada yaygın olarak başvuru alan başlıca ödeme mekanizmalarıdır⁶⁶. Her bir ödeme yöntemi; maliyet sınırlandırma, yönetsel uygulanabilirlik, hasta memnuniyeti ve hizmet kalitesi başta olmak üzere hizmet sunum sürecindeki tüm finansal ve medikal kriterler üzerinde olumlu veya olumsuz yönde belirleyici etkilere sahiptir.

1.3.3.1. Bütçe Ödemesi Yöntemi

Bütçe ödemesi, belirli bir süre boyunca sunulacak sağlık hizmetleri ve kullanılacak medikal ürünlerin toplam maliyetleri için hizmet sunumu gerçekleşmeden önce, toplu halde ve genelde tek seferde yapılan ödemelerdir. Bu ödemeler, çoğunlukla sabit olmakla birlikte kimi sağlık merkezlerinde değişken ödemeler şeklinde gerçekleştiği de görülmektedir⁶⁷. Dünya genelinde uygulanan en yaygın ödeme sistemlerinden biri olan bütçeleme yöntemi, harcama kalemlerine göre bütçeleme ve global bütçe ödemesi olmak üzere kendi içinde ikiye ayrılmaktadır⁶⁸.

Harcama kalemlerine göre ödemelerde; personel giderleri, tıbbi donanım, ilaç, hizmet tedariki gibi farklı kategorilerdeki her bir harcama kalemi için ileriye dönük ve sabit nitelikli ödeme planı içeren bütçe hazırlanmaktadır⁶⁹. Bütçe, önceden kararlaştırılan belirli bir süre için tahsis edilmektedir ve bu süre genellikle bir yıl olmaktadır. Harcama kalemlerine göre bütçe ödemesi yöntemi kamu sağlık sunucularında yaygın olarak kullanılmaktadır. Güçlü bir mali kontrol mekanizması içeren, yönetsel uygulanabilirlik açısından son derece elverişli bir yöntemdir⁷⁰.

⁶⁵ BARNUM, KUTZIN ve SAXENIAN, **a.g.e.**, ss.14-15

⁶⁶ LANGENBRUNNER, CASHIN ve O'DOUGHERTY, **a.g.e.**, s.8

⁶⁷ NORMAND ve WEBER, **a.g.e.**, s.84

⁶⁸ BARNUM, KUTZIN ve SAXENIAN, **a.g.e.**, s.3

⁶⁹ LANGENBRUNNER, CASHIN ve O'DOUGHERTY, **a.g.e.**, s.5

⁷⁰ LANGENBRUNNER ve LIU, **a.g.e.**, ss.92-93

Global bütçe ödemesinde ise, daha önceden belirlenen bir dönem içerisinde (genellikle bir yıl) üretilecek tüm sağlık hizmetlerinin toplam maliyetlerini karşılamak üzere hizmet sunucularına bütçe tahsis edilmektedir. Global bütçeleme geleceğe yönelik, tahmini olarak hesaplanan, sabit ve toplu ödemelerdir⁷¹. Bütçe, çoğunlukla bir önceki dönemin harcama verileri ve hizmet talepleri baz alınarak hesaplanmaktadır. Bu yöntemin başlıca avantajları, kaynakların verimli şekilde kullanılmasını mümkün kılması ve maliyet kontrolünün sağlanmasında oldukça etkili olmasıdır⁷².

Bütçe yöntemlerinde ödemeler sabit ve miktarı belirli olarak yapıldığından dolayı, maliyet kontrolü ve yönetsel uygulanabilirliği birçok yönetime kıyasla daha kolay olmakta ve harcamalar genel olarak hedeflenen düzeyde sınırlandırılabilir⁷³. Bununla birlikte, hizmet sunumunda üretkenliği ve verimliliği arttıracak yeterli özendiricilerin mevcut olmaması ve bazı durumlarda harcamaları azaltma çabalarının hizmet kalitesinin düşmesine sebebiyet vermesi bütçe ödemelerinin başlıca olumsuz yönleri olarak göze çarpmaktadır⁷⁴.

1.3.3.2. Gün Başına Ödeme Yöntemi

Günlük ödemeler, her bir gün için yapılan sağlık harcamalarını içermektedir. Bir gün içerisinde sunulan sağlık hizmetlerinin içeriği, kapsamı ve miktarı ne olursa olsun hizmet ücreti sabittir ve yapılan tüm günlük servis ve masraflar karşılanmaktadır. Bu yöntem, yatarak tedavi gören hastalara yönelik uygulanmaktadır. Yönetsel açıdan uygulanabilirliği oldukça kolay ve düşük maliyetlidir⁷⁵.

Bu sistemde ödemeler, hem ileriye hem de geriye yönelik olacak şekilde yapılabilen ve hekimlerin kararları harcamaların boyutları açısından önemli rol oynamaktadır. Çünkü, hastanın sağlık kurumunda kaç gün kalması gerektiğine ve tedavinin daha ne kadar süreceğine hekimler ve diğer uzman sağlık profesyonelleri karar vermektedir⁷⁶. Gün başına ödemelerde, hastanın yatarak tedavi süresi ne kadar

⁷¹ LANGENBRUNNER, CASHIN ve O'DOUGHERTY, **a.g.e.**, ss.11-12

⁷² BARNUM, KUTZIN ve SAXENIAN, **a.g.e.**, s.4

⁷³ Aviva RON, Brian ABEL-SMITH ve Giovanni TAMBURİ, **Health Insurance In Developing Countries: The Social Security Approach**, 1.Baskı, Geneva: International Labour Office, 1990, s.70

⁷⁴ MCINTYRE, **a.g.e.**, ss.43-44

⁷⁵ NORMAND ve WEBER, **a.g.e.**, ss.92-93

⁷⁶ JEGERS ve Diğerleri, **a.g.e.**, s.265

uzun olursa, sağlık kurumları için o kadar fazla kazanç sağlamak anlamına gelmektedir. Dolayısıyla, bu yöntem sağlık sunucularını daha çok gelir elde etme motivasyonu ile hastalara gerekenden daha uzun süre tedavi uygulamaya sevk edebilir. Sağlık kurumları bu amaçla kasıtlı olarak yetersiz veya gereksiz hizmet sunumuna yönelebilmekte ve bu durum hizmet kalitesinin düşmesine yol açabilmektedir⁷⁷.

1.3.3.3. Kişi Başına Ödeme Yöntemi

Kişi başı ödemeler, belirli bir zaman diliminde alınan sağlık hizmetlerinin karşılığı olarak, her bir kişi için yapılan ödemelerdir. Bu yöntemde, daha önceden belirlenmiş sabit bir tutar, hizmet sunumu gerçekleşmeden önce sağlık kurumlarına hizmet bedeli olarak tahsis edilmektedir⁷⁸. Hizmet bedellerinin miktarı ve boyutu; yaş, cinsiyet, medeni hal, geçmişte yaşanan hastalıklar, sosyoekonomik durum gibi çeşitli değişkenlere dayalı olarak belirlenebilmekte ve her bir birey için bu verilere bağlı olarak farklı ücret tarifeleri uygulanabilmektedir⁷⁹. Maliyet kontrolünün etkin bir şekilde yapılabilmesi ve idari açıdan uygulanabilirliğin kolay olduğu bir yöntemdir. Harcamaların sınırlandırılmasını ve toplam maliyetlerin tahmin edilebilirliğini kolaylaştıran etkili özendiricilere sahiptir⁸⁰.

Kişi başına ödeme yönteminde, sağlık hizmet üreticilerine yapılan ödemeler, ürettikleri hizmetin miktarına göre değil, sabit bir meblağ olarak yapılmaktadır. Bu sebeple, hizmet sunucuları daha çok gelir elde etmek amacıyla gereksiz veya aşırı hizmet sunumuna ihtiyaç duymamaktadır⁸¹. Fakat bu durum, hastalar ve sigortalılar açısından dezavantajlı özendiriciler de doğurabilmektedir. Sağlık kurumlarının harcamalarını azaltma çabasına girmesi, sağlık hizmeti üretiminin yetersiz düzeyde kalmasına ve hizmet kalitesinin düşmesine yol açabilmektedir. Aynı şekilde, masraflarını kısma arayışına giren sağlık sunucuları; yüksek riskli hastaları tedavi etmekten kaçınabilmekte, onların yerine daha sağlıklı ve mali açıdan daha az riskli hastaları kabul edebilmekte ya da kendi hastalarından yüksek finansal risk taşıyanları

⁷⁷ RON, ABEL-SMITH ve TAMBURI, **a.g.e.**, ss.68-69

⁷⁸ LANGENBRUNNER, CASHIN ve O'DOUGHERTY, **a.g.e.**, ss.7-8

⁷⁹ CHAWLA ve Diğerleri, **a.g.e.**, s.10

⁸⁰ BARNUM, KUTZIN ve SAXENIAN, **a.g.e.**, ss.6-7

⁸¹ CARRIN ve JAMES, **a.g.e.**, s.38

herhangi bir geçerli gereksinim olmadan başka sağlık kurumlarına yönlendirebilmektedir⁸².

1.3.3.4. Vaka Başına Ödeme Yöntemi

Vaka başına ödemeler, vakanın türüne göre belirlenen ve her bir tıbbi vaka için, önceden kararlaştırılmış miktardaki kaynaklarla yapılan ileriye dönük ödeme sistemleridir⁸³. Hem yatarak hem de ayakta tedavilerde uygulanabilmektedir. ABD, Almanya, Macaristan, Brezilya ve Çin başta olmak üzere Dünya genelinde birçok ülkede yaygın olarak kullanılmaktadır⁸⁴.

Vaka başına ödeme, maliyet sınırlandırması ve verimlilik açısından etkili bir ödeme yöntemidir. Ayrıca, hastaların gereksiz veya aşırı tedavi almasını ve tedavi için ihtiyaç duyulandan daha uzun süre hastanede tutulmasını önleyen olumlu yönde özendiriciler içerir. Fakat bu yöntemin uygulanması hasta ve sigortalılar bakımından bazı olumsuz sonuçlar da doğurabilmektedir. Sağlık kurumları, vakanın cinsine göre ücret aldıklarından dolayı, harcamaları azaltmak amacıyla ağırlıklı olarak tedavisi düşük maliyetli olan, düşük riskli hastaları tercih edebilmektedir. Aynı şekilde, masrafları kısıtlama güdüsüyle hizmet kalitesinden taviz verilebilmekte veya hizmet sunumunda yetersizlikler ve hastalar açısından memnuniyetsizlikler oluşabilmektedir. Bunlara ek olarak, sağlık hizmet sunucuları tedavisi daha düşük maliyetli gruptaki hastaları yüksek maliyetli vaka kategorisindeymiş gibi göstermek suretiyle, kötü niyetli olarak fazladan kazanç elde etmeye yönelebilmektedirler⁸⁵.

Vaka başına ödeme yönteminin kendi içinde farklı uygulama mekanizmaları bulunmaktadır. Bunlardan biri olan düz oranlı vaka başına ödeme düzeninde, vakanın tıbbi içeriği veya tedavisi için yapılacak harcamaların boyutları dikkate alınmaksızın, her vaka için sabit ve standart bir meblağ ödenmektedir. Örneğin, sıradan bir nezle vakası için de, ileri derecedeki bir kanser vakasının uzun ve zahmetli tedavi süreci için de aynı miktarda ödeme yapılmaktadır. Bu ödemelerin kurgulanması ve yönetsel olarak uygulanması son derece basit gerçekleşmektedir. Diğer bir vaka başına ödeme sistemi

⁸² CHAWLA ve Diğerleri, **a.g.e.**, ss.12-14

⁸³ JEGERS ve Diğerleri, **a.g.e.**, ss.265-266

⁸⁴ LANGENBRUNNER ve LIU, **a.g.e.**, ss.96-97

⁸⁵ CHAWLA ve Diğerleri, **a.g.e.**, ss.19-21

olan teşhisle ilişkili gruplarda (TİG) ise vakalar; tıbbi müdahale, toplam maliyet, tedavi süreci gibi çeşitli ölçütler doğrultusunda karakteristik benzerliklerine veya yakınlıklarına göre sınıflandırılmaktadır. Her bir vaka teşhise dayalı olarak ve ortak özellikleri baz alınarak kategorilere ayrılmaktadır. Dünya genelinde uygulanmakta olan beş yüzden fazla teşhisle ilişkili vaka grubu olduğu tahmin edilmektedir. TİG’e dayalı ödeme sistemleri, idari açıdan uygulanması oldukça karmaşık, zahmetli ve yüksek maliyetli yöntemlerdir⁸⁶.

1.3.3.5. Hizmet Başına Ödeme Yöntemi

Hizmet başına ödeme, sağlık kurumlarında sunulan her bir sağlık hizmeti ve kullanılan tıbbi ürünler için ayrı ayrı ücretlendirmelerin yapıldığı ödeme yöntemidir. Hastaya temin edilen tedavi, tahlil, muayene, ilaç veya ameliyat gibi her tıbbi hizmet kalemi için sınıflandırma ve fiyatlandırma yapılmaktadır. Bu yöntem, özel sağlık sigortaları ile anlaşmalı olarak faaliyet gösteren sağlık hizmet sunucularında yaygın olarak kullanılmaktadır⁸⁷.

Hem ayakta hem de yatarak tedavi hizmetleri için uygulanabilen hizmet başı ödeme sisteminde, sunulan hizmet kalitesinin genel olarak yüksek olduğu görülmektedir⁸⁸. Bununla birlikte, her bir hizmet türü için ayrı ayrı ödeme yapılıyor olması, daha çok gelir elde etme dürtüsüyle sağlık kurumlarını hastalarına gerekenden daha fazla miktarda hizmet üretmeye yönlendirebilmektedir. Bu durum gereksiz veya aşırı hizmet üretimine yol açmakta ve kaynakların israf edilmesine sebebiyet vermektedir. Ayrıca, bu yöntemin uygulanması çoğunlukla yüksek yönetim giderleri doğurmaktadır⁸⁹.

1.3.4. Sağlık Hizmetleri Finansmanının Değerlendirme Ölçütleri

Sigortalı, sigorta fonu ve hizmet sunucusu açısından finansman sisteminin performansını ve etkinlik derecesini tespit etmek amacıyla belirli ölçütler kullanılmaktadır. Hakkaniyet, sürdürülebilirlik, verimlilik ve hizmetlerin herkesi

⁸⁶ NORMAND ve WEBER, **a.g.e.**, ss.89-92

⁸⁷ RON, ABEL-SMITH ve TAMBURI, **a.g.e.**, ss.67-68

⁸⁸ CARRIN ve JAMES, **a.g.e.**, s.37

⁸⁹ Michael E. PORTER ve Robert S. KAPLAN, **How Should We Pay for health care?**, Cambridge: Harvard Business School, 2015, ss.2-3

kapsaması finansman mekanizmasının ne kadar etkili ve başarılı şekilde işlediğine yönelik göstergeler sunan başlıca ölçme ve değerlendirme kriterleridir⁹⁰.

Hakkaniyet, her bireyin sağlık hizmetlerinden ihtiyacı kadar faydalanmasını ve ekonomik yeterliliğine paralel olarak finansal gücü elverdiği ölçüde ödeme yapmasını öngörmektedir. Dolayısıyla, hasta için ihtiyaç duyduğu kadar hizmet, gücü yettiği oranda ödeme anlayışı benimsenmiştir. Hakkaniyet kavramı, dikey ve yatay hakkaniyet olmak üzere iki şekilde değerlendirilmektedir. Dikey hakkaniyet, finansal açıdan ödeme gücü farklı olan bireylerin kendi ödeme gücü nispetinde, diğerlerine göre farklı miktarlarda finansman sağlamasıdır. Yatay hakkaniyet ise ödeme gücü birbirine eşit veya yakın düzeyde olan kişilerin birbirleriyle aynı veya yakın miktarda ödeme yapmasını ifade etmektedir⁹¹. Hakkaniyet ölçütünün temel prensibi, finansman yükünün ödeme gücü daha yüksek ve sağlık riski düşük olan bireylerden ödeme gücü zayıf ve sağlık durumu kötü olan bireylere doğru akışını sağlamaktır⁹².

Hakkaniyet olgusu sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyet ve finansmanda hakkaniyet olmak üzere iki düzlemde incelenmektedir. Erişimde (hizmetlerin sunumunda) hakkaniyet, hizmetin ihtiyaç unsuru baz alınarak yapılmasını temsil etmektedir. Finansmanda hakkaniyet ise hizmetlerin ödeme gücüne göre servis edilmesi anlamını taşımaktadır⁹³.

Sağlık finansmanı birçok farklı ideoloji ve felsefi yaklaşımın konusu olmuştur. Hakkaniyet kavramı da tanımı ve uygulama esasları itibarıyla oldukça ihtilafli bir mesele halini almıştır. Eşitlikçi felsefe ve Marksist yaklaşım, hizmetlerden ihtiyaç ölçüsünde yararlanma, maddi gücü doğrultusunda ödeme yapma fikrini savunmuştur.

⁹⁰ MCINTYRE, a.g.e., s.5

⁹¹ Adam WAGSTAFF ve Eddy Van DOORSLAER, "Equity in the Finance and Delivery of Health Care: Concepts and Definitions", Eddy Van DOORSLAER, Adam WAGSTAFF, Frans RUTTEN, (Ed.), **Equity in the Finance and Delivery of Health Care: An International Perspective** içinde, Oxford: Oxford Medical Publications, (7-19), 1993, ss.15-16

⁹² TATAR, "Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye'de Gelişimi", s.109

⁹³ Barbara MCPAKE ve Joseph KUTZİN, **Methods for Evaluating Effects of Health reforms**, Geneva: World Health Organisation, 1997, ss.32-37

Hakkaniyetin tatbik edilmesi süreçlerinde, eşitlikçi yaklaşım özellikle Avrupa ülkelerinde kabul görmüştür⁹⁴.

Uygulanmakta olan sağlık finansman mekanizması hakkaniyet üzerinde önemli etkilere sahiptir⁹⁵. Yapılan araştırmalar, zorunlu sosyal sağlık sigortalarında hakkaniyetin büyük oranda sağlanabildiğini göstermiştir. Vergilerle finansmanda, dolaylı vergilerin hakkaniyet ve gelir toplanması sürecinde adalet açısından sakıncalı sonuçlar doğurduğu tespit edilmiştir. Özel sağlık sigortalarında ve cepten ödemelerde hakkaniyetin varlığından söz etmek tam olarak mümkün görünmemektedir⁹⁶.

Verimlilik; sağlık hizmeti üretim sürecinde kaliteli ve tatmin edici nitelikte hizmet sunumunun gerçekleştirilebilmesi adına, kaynakların etkili ve doğru şekilde kullanılmasını ve dağıtılmasını ifade etmektedir. Tahsisatta verimlilik ve teknik verimlilik olmak üzere iki temel boyutta uygulanmaktadır. Teknik verimlilik, mümkün olan en az maliyetle en yüksek düzeyde hizmet üretimi sağlamayı temsil etmektedir. Dolayısıyla, kaynakları minimum seviyede kullanarak maksimum miktar ve kalitede hizmet çıktısı oluşturmak amaçlanmaktadır⁹⁷. Tahsisatta verimlilik ise kaynakların hizmet birimleri ve kademeleri arasında, öncelik ve önem sıralaması göz önünde bulundurularak uygun şekilde dağıtılması anlamına gelmektedir. Hizmet üretiminde daha büyük etki ve öneme sahip sağlık faaliyetlerine kaynak tahsisatında öncelik tanınmaktadır⁹⁸.

Sağlık hizmetlerinde verimliliği etkileyen çeşitli faktörler bulunmaktadır. Finansal kaynakların arttırılması ve yeni kaynaklar oluşturulması verimliliğin sağlanması açısından büyük önem taşımaktadır. Kaynakların devamlılığı, verimlilikte sürdürülebilirliğe katkı sağlamaktadır. Ayrıca, kaynak yönetiminde makul seviyede

⁹⁴ Adam WAGSTAFF ve Eddy Van DOORSLAER, "Equity in Health Care Finance and Delivery", Anthony J. CULYER ve Joseph P. NEWHOUSE (Ed.), **Handbook of Health Economics** içinde, Amsterdam: Elsevier North Holland, 2000, ss.1808-1810

⁹⁵ GOTTRET ve SCHIEBER, **a.g.e.**, s.56

⁹⁶ Adam WAGSTAFF ve Eddy Van DOORSLAER, "Equity in the Finance of Health care: Some Further International Comparisons", **Journal of Health economics**, Cilt.18, Sayı.3, (1999), ss.289-290

⁹⁷ Marc J. ROBERTS, William HSIAO, Peter BERMAN, Michael R. REICH, **Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity**, New York: Oxford University Press, 2004, ss112-114

⁹⁸ MCPAKE ve KUTZIN, **a.g.e.**, s.24

esneklik uygulamanın verimlilik üzerinde olumlu sonuçlar doğurduğu gözlemlenmiştir⁹⁹.

Sağlık hizmetlerinde sürdürülebilirlik, LaFond tarafından “*Sağlık finansman sisteminin minimum dış kaynaklarla uzun vadede etkin bir şekilde işleyebilme kapasitesi*” olarak tanımlanmıştır¹⁰⁰. Tanımdan da anlaşılacağı üzere sürdürülebilirlik, finansman sürecinde gelirlerin etkili şekilde ve yeterli düzeyde temin edilmesi ve gelir toplama fonksiyonunda orta ve uzun vadede devamlılığın sağlanmasını ifade etmektedir. Bu doğrultuda, gelir toplama mekanizmasında elde edilen finansal kaynakların miktarının harcamaların toplamından fazla olması ya da en azından bu harcamaların tutarına eşit seviyede olması, finansmanın sürdürülebilirliği ve maliyetlerin karşılanabilirliği açısından büyük önem taşımaktadır. Gelir toplama ve kaynak oluşturma aşamalarında meydana gelebilecek finansal kesinti ve dalgalanmalar, sağlık hizmetlerinde sürdürülebilirliği ciddi derecede tehlikeye sokan unsurlardır¹⁰¹. Bir ülkede meydana gelen siyasi gelişmeler, ekonomik ve demografik özelliklere ilişkin yapısal faktörler, çevresel değişkenler ve toplumun geneline özgü değer yargılarını ve sosyal-ideolojik kabul ve tercihlerini yansıtan kültürel öğeler sağlık finansmanında sürdürülebilirliği etkileyen temel belirleyici unsurlardır¹⁰².

Herkesi kapsama prensibi, tüm bireyler için yeterli ve finansal olarak karşılanabilir nitelikte hizmet sunmayı öngörmektedir. Sağlıkta ‘kapsama’ kavramı, bireylerin ihtiyaç duyduklarında tıbbi servis ve ürünlere erişimini ve beklenmedik şekilde gerçekleşebilecek yüksek boyuttaki sağlık risklerine karşı finansal koruma oluşturulmasını temsil etmektedir¹⁰³. Herkesi kapsama, hizmet kapsamı ve nüfus kapsamı olmak üzere iki temel boyutta değerlendirilmektedir: Hizmet Kapsamı, bireyler için yeterli düzeyde ve tatmin edici kaliteyle hizmet üretimini ifade etmektedir. Nüfus kapsamı ise her bir birey için makul ve ödenebilir tutarda ücretler karşılığı, tüm nüfusun

⁹⁹ Anne MILLS ve Lucy GILSON, **Health Economics for Developing Countries: A Survival Kit**, 1.Baskı, Londra: Evaluation and Planning Centre for Health Care, 1988, s.89

¹⁰⁰ Anne LAFOND, **Sustaining Primary Health Care**, 1.Baskı, Londra: Earthscan Publications Limited, 1995, s.17

¹⁰¹ MCINTYRE, **a.g.e.**, s.5

¹⁰² MOSSIALOS ve DIXON, **a.g.e.**, ss.11-13

¹⁰³ OECD/EU, **Health At a Glance:Europe 2016 - State of Health in the EU Cycle**, s.152

sağlık servislerinin kapsamı dahilinde yer alması ve hizmetlerden yararlanması anlamına gelmektedir¹⁰⁴.

Bu temel kriterlere ek olarak; sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik, hizmetlerin gerçekleştirilmesinde uygulanabilirlik ve hizmet kalitesi faktörleri finansman sürecinin performansına ilişkin göstergeler sunan diğer önemli değerlendirme ölçütleridir.

1.4. Sağlık Harcamalarında Finansman Yöntemleri

Sağlık hizmetlerinin üretilmesinde gelir toplama, fon organize etme ve sağlık hizmeti satın alma fonksiyonlarını yöneten ve yürüten, her biri kendine özgü karakteristik özelliklere sahip birçok finansman mekanizması bulunmaktadır. Doğrudan veya dolaylı vergilerle finansman, katılımı zorunlu veya zorunlu olmayan sosyal sağlık sigortası uygulamaları, gönüllülük esasına dayalı özel sağlık sigortaları, cepten ödemeler, borç, bağış ve hibeler finansman sağlamada başvuru alan başlıca yöntemlerdir¹⁰⁵.

Dünya genelinde yaygın olarak tercih edilen dört temel finansman modelinden söz etmek mümkündür: Bunlar, aynı zamanda Beveridge yöntemi olarak da isimlendirilen vergilerle finansman, sosyal sağlık sigortası, isteğe bağlı (özel) sağlık sigortası ve cepten ödemeler olarak sıralanabilmektedir¹⁰⁶. Birçok ülkede genelde sosyal sağlık sigortası veya vergilendirmeye finansman yöntemlerinden biri ağırlıkta olmak üzere, birden fazla finansman mekanizmasının farklı oranlarda tatbik edilmek suretiyle karma halde işlediği finansman kombinasyonları uygulanmaktadır¹⁰⁷. Örneğin İngiltere’de finansman genel vergiler ağırlıkta olmak üzere, sosyal sigorta katkıları, özel sağlık sigortası primleri ve küçük çapta da olsa cepten ödemelerin bir kombinasyonu yer alacak şekilde yapılmaktadır¹⁰⁸.

¹⁰⁴ CARRIN ve JAMES, **a.g.e.**, s.3

¹⁰⁵ KUTZIN, **a.g.m.**, s.175

¹⁰⁶ NORMAND ve WEBER, **a.g.e.**, s.26

¹⁰⁷ Elias MOSSIALOS ve Anna DIXON, “Funding Health Care in Europe: Weighing up the Options”, Elias MOSSIALOS, Anna DIXON, Josep FIGUERAS, Joe KUTZIN, (Ed), **Funding Health Care: Options for Europe** içinde, (272-300), 1. Baskı, Buckingham-Philadelphia: Open University Press, 2002, s.293

¹⁰⁸ Ruth THORLBY ve Sandeepa ARORA, “The English Health Care System, 2015”, Elias MOSSIALOS, Martin WENZL, Robin OSBORN, Dana SARNAK, (Ed.), **2015 International Profiles of Health Care Systems** içinde, (49-58) New York - Washington D.C.: The Commonwealth Fund, 2016, s.49

Bir ülkede hangi finansman sisteminin benimseneceği o ülkeye özgü bazı sosyal, siyasi, demografik ve ekonomik etmenlere bağlı olarak belirlenmektedir. Ekonomik etmenler, ülkenin içinde bulunduğu ekonomik şartları ifade etmektedir. Finansal üretim kapasitesi, kişi başı milli gelir, gayrisafi yurtiçi hasıla, vergi ve primlerden gelir elde etme potansiyeli gibi ekonomik bileşenler, sağlık faaliyetlerine yapılacak harcamaların miktarını ve düzeyini belirlemede etkili olmaktadır. Ayrıca siyasi idarenin takip ettiği sağlık politikaları, topluma özgü sağlık gelenekleri, nüfus özellikleri, yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranı, sağlığa yönelik genel kabul ve yaklaşımlar da bir ülkede uygulanacak finansman mekanizmasını belirlemede rol oynayan dinamiklerdir¹⁰⁹.

Her ülkede ve tüm sağlık sistemlerinde etkili ve başarılı olacak bir finansman mekanizmasından söz etmek mümkün değildir. Her finansman yönteminin kendine özgü karakteristik özellikleri, olumlu ve elverişsiz yönleri ve ülkelere göre farklı derecelerde uygulanabilirliği bulunmaktadır. Bir ülkede etkin ve verimli çalışan bir finansman mekanizması başka bir ülkede aynı sonucu üretemeyebilmektedir. Bu durum, finansman sisteminin uygulanacağı ülkedeki ekonomik koşullara ve sağlık değişkenlerine de bağlıdır¹¹⁰.

Finansman sistemleri çeşitli sınıflandırmalara tabi tutulmuştur. Bunlardan biri direkt - endirekt sistem ayrımıdır. Direkt sistemde, gelir toplama ve fon oluşturma fonksiyonları ile sağlık hizmeti üretimi aynı kurum tarafından gerçekleştirilebilmektedir. Dolayısıyla hem finansman ve sigorta süreçleri hem de hizmet sunumu aynı yapı bünyesinde uygulanmakta ve denetlenmektedir. Endirekt sistemde ise, finansman fonksiyonları ve hizmet üretimi ayrı kurum veya organizasyonlar tarafından icra edilmektedir. Endirekt yöntem iki şekilde uygulanmaktadır. Birincisi, hastanın almış olduğu sağlık hizmetinin bedeli, sigorta fonu tarafından hizmet sağlayıcısına ödenmektedir. İkinci şekilde ise hasta, tedavi ücretini

¹⁰⁹ ROBERTS ve Diğerleri, **a.g.e.**, ss.154-165

¹¹⁰ TATAR, “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi”, ss.108-109

hizmet sunucusuna kendisi ödemekte, fakat daha sonra ödediği tutardaki parayı sigorta fonundan temin etmektedir¹¹¹.

Diğer bir sınıflandırma ise kamusal-özel finansman ayrımıdır. Kamusal veya yarı kamusal nitelikli finansman sistemleri, finansman fonksiyonlarının kısmen veya tamamen devlete ait kurum veya kuruluşlar vasıtasıyla gerçekleştirildiği finansman düzenidir. Genel vergiler, bireylerin kazançlarından yapılan kesintiler, gelir vergisi, sosyal sağlık sigortası, loto ve şans oyunları başlıca kamu kaynaklı finansman araçlarıdır. Bunlar içerisinde sosyal sağlık sigortası ve vergilere dayalı Beveridge modeli tüm dünyada yaygın olarak uygulanmaktadır. Özel kaynaklı finansman sistemlerinde ise finansman süreçleri kamusal olmayan özel kişi veya kuruluşlar tarafından idare ve organize edilmektedir. Özel sağlık sigortası, topluluk temelli sağlık sigortaları, işverenlerin kendi çalışanları için finanse ettiği güvence uygulamaları, kişi ve hane halklarının kendi cebinden yaptığı doğrudan ödemeler, bireysel tıbbi tasarruf planları, hayır kurumları ve gönüllü katkılar özel kaynaklı finansman yöntemleri arasındadır¹¹².

Bu çalışmada kamu kaynaklı yöntemlerden vergilendirmeye finansman ve sosyal sağlık sigortası yöntemi ile özel kaynaklı finansman modellerinden özel sağlık sigortası, tıbbi tasarruf hesapları ve cepten ödemeler analiz edilmektedir.

1.4.1. Kamu Kaynaklı Finansman Yöntemleri

1.4.1.1. Sosyal Sağlık Sigortası (Bismarck Modeli)

Bismarck Modeli olarak da adlandırılan sosyal sağlık sigortası, sistematik ve kapsamlı bir sağlık sigortası mekanizması olarak ilk defa 1883'te, Almanya'da Alman Şansölyesi Otto Von Bismarck tarafından geliştirilmiştir¹¹³. Almanya başta olmak

¹¹¹ RON, ABEL-SMITH ve TAMBURİ, **a.g.e.**, ss.39-43

¹¹² MILLS ve GILSON, **a.g.e.**, ss.95-99; YILDIRIM, YILDIRIM ve AKBULUT, **a.g.e.**, s.52

¹¹³ Till BARNIGHAUSEN ve Rainer SAUERBORN, "One Hundred and Eighteen Years of the German Health Insurance System: Are There Any Lessons for Middle- and Low – Income Countries?", **Social Science and Medicine**, Cilt.54, Sayı.10, (2002), ss.1559-1560

üzere, Fransa, Belçika, İsviçre, Lüksemburg, Hollanda, Japonya ve diğer birçok ülkede ağırlıklı finansman sistemi olarak kullanılmaktadır¹¹⁴.

Sosyal sağlık sigortasında finansman ağırlıklı olarak çalışan ve işverenlerin kazançlarından belirli oranlarda kesinti yapılmak suretiyle sigorta primi ödenmesiyle sağlanmaktadır. Katılım tüm nüfus veya nüfusun büyük çoğunluğu için genellikle zorunludur. Finansman fonksiyonları tek bir sosyal güvenlik otoritesi tarafından yürütülebileceği gibi, birden fazla sigorta fonunun yer aldığı parçalı yapıdaki finansman sistemleri de olabilmektedir. İşçi ve işverenlerin primleri haricinde, fona aynı zamanda genel vergilerden finanse edilen devlet katkıları da aktarılabilmektedir¹¹⁵.

Bismarck yönteminin çalışma mekanizması risk paylaşımı ve dayanışma esasına dayalıdır. Dayanışma prensibi, bireylerin çeşitli sağlık risklerine karşı bir araya gelerek karşılıklı işbirliği ve risk paylaşımı oluşturmasını temsil etmektedir. Bu karşılıklı ve kar amacı gütmeyen dayanışma sürecinde, ortak bir fon oluşturularak sağlık risklerine yönelik müşterek finansal güvence tesis etmek amaçlanmaktadır¹¹⁶.

1.4.1.2. Vergilerle Finansman (Beveridge Modeli)

Beveridge Modeli olarak da anılan vergilerle finansman sisteminde, toplanan vergilerle bir sosyal sigorta fonu oluşturulmakta ve devletin bu fona tahsis ettiği bir sağlık bütçesiyle sağlık harcamaları finanse edilmektedir. Vergiler, doğrudan ve dolaylı vergiler olmak üzere iki ana kaynaktan sağlanmaktadır. Ayrıca vergiler tüm ülkede, ulusal düzeyde toplanabileceği gibi bölgesel veya yerel çapta, daha dar kapsamlı şekilde de toplanabilmektedir. Doğrudan vergiler; gelir vergisi, emlak vergisi ya da kurumlar vergisi gibi kişi, hane halkları veya tüzel kişilerden temin edinilen genel nitelikli vergilerdir. Dolaylı vergiler ise, ticarete konu olan çeşitli emtia, hizmet veya işlemlere yönelik uygulanan yasal kesinti türüdür. Tüketim vergisi, katma değer vergisi

¹¹⁴ Richard B. SALTMAN, “Social Health Insurance in Perspective: The Challenge of Sustaining Stability”, Richard B. SALTMAN, Reinhard BUSSE ve Josep FIGUERAS (Ed.), **Social Health Insurance Systems in Western Europe** içinde, (3-20), 1.Baskı, Berkshire: Open University Press, 2004, s.3

¹¹⁵ Charles NORMAND ve Reinhard BUSSE, “Social Health Insurance Financing”, Elias MOSSIALOS, Anna DIXON, Josep FIGUERAS, Joe KUTZIN (Ed.), **Funding Health Care: Options for Europe** içinde, (59-79), 1. Baskı, Buckingham-Philadelphia: Open University Press, 2002, ss.59-61

¹¹⁶ Richard B. SALTMAN ve Hans F.W. DUBOIS, “The Historical and Social Base of Social Health Insurance Systems”, Richard B. SALTMAN, Reinhard BUSSE ve Josep FIGUERAS (Ed.), **Social Health Insurance Systems in Western Europe** içinde, (21-32), 1.Baskı, Berkshire: Open University Press, 2004, ss.27-29

ve satış vergisi gibi vergi türleri bu kategoride yer almaktadır¹¹⁷. Dolaylı vergiler, regresif karaktere daha yatkın, yani azalan oranlı olabilmektedir. Dolayısıyla, gelir toplama fonksiyonunda dolaylı vergilerin hakkaniyet açısından sakıncalı sonuçlar doğurabildiği görülmektedir¹¹⁸.

Beveridge sisteminde fonda biriktirilen finansal kaynaklar; bireylerin gelir seviyesi, sağlık durumu veya mesleki statüsü gibi faktörler dikkate alınmaksızın herkesten, vergilendirme oranında toplanmaktadır. Dolayısıyla, diğer finansman sistemleriyle mukayese edildiğinde bu yöntemin göze çarpan en belirgin avantajı, gelir toplama fonksiyonunun ve fon oluşumunun geniş bir katılımcı tabanına yayılmış olmasıdır. Gelirler tüm nüfustan toplanmakta, böylece risk paylaşımı da neredeyse bütün nüfusa dağılarak geniş bir katılımcı grubuna yayılmakta ve bu sayede sigorta mekanizması çoğunlukla tüm nüfusu kapsar nitelikte işlemektedir¹¹⁹.

1.4.2. Özel Kaynaklı Finansman Yöntemleri

1.4.2.1. Özel Sağlık Sigortası

Özel sağlık sigortaları; özel teşebbüs tarafından tesis, idare ve organize edilen ve genellikle kar amacı güdülerek işletilen sağlık sigortası mekanizmasıdır. Katılım çoğunlukla gönüllülük esasına dayalı (isteğe bağlı) olmakla birlikte, Uruguay ve İsviçre'deki gibi katılımın zorunlu olduğu sistemler de bulunmaktadır¹²⁰.

Özel sağlık sigortaları; birincil (ağırlıklı), ikame edici, destekleyici ve tamamlayıcı rolde olmak üzere dört temel fonksiyonda tatbik edilmektedir. Birincil finansman mekanizması olarak tercih edildiği sistemlerde, özel sağlık sigortaları sağlık hizmetleri ve finansmanını yürüten ve nüfusun çoğunluğunu kapsam altına alan ağırlıklı finansman mekanizması fonksiyonundadır ve katılımı zorunlu olabilmektedir. İkame edici özel sağlık sigortası, (yasal olarak mümkün olduğu ülkelerde) mevcut hakim kamu

¹¹⁷ MOSSIALOS ve DIXON, a.g.e., ss.14-16

¹¹⁸ John HILLS, "Taxation for the Enabling State", *Centre for Analysis of Social Exclusion London School of Economics - Case Paper*, Sayı 41, (Ağustos 2000), ss.12-13

¹¹⁹ William SAVEDOFF, *Tax-Based Financing for Health Systems: Options and Experiences*, World Health Organization Discussion Paper, Sayı 4, Cenevre, 2004, ss.3-4

¹²⁰ William SAVEDOFF ve Neelam SEKHRI, *Private Health Insurance: Implications for Developing Countries*, World Health Organization Discussion Paper, Sayı 3, Cenevre, 2004, ss.4-5

sağlık sigortasının yerine geçmekte ve onun sigortalılarına sağlamış olduğu aynı hak, fayda ve hizmetleri sunma işlevine sahip olmaktadır¹²¹.

Özel sağlık sigortaları birçok ülkede bulunmakla birlikte, genel olarak baskın kamu sağlık sigortasına tamamlayıcı veya destekleyici fonksiyonda uygulanmakta, birincil finansman yöntemi olarak Dünya genelinde fazla tercih edilmediği görülmektedir. ABD ve İsviçre, bu modeli sağlık sistemlerinde önemli oranda benimsemiş ülkelerdendir¹²².

1.4.2.2. Tıbbi Tasarruf Hesapları

Tıbbi tasarruf hesapları, bireylerin ileride karşılaşılabilecekleri sağlık risklerine yönelik, gelirlerinden belirli bir oranda pay ayırarak kendi hesaplarında yapmış oldukları finansal birikimlerdir. Katılımı çoğunlukla isteğe bağlı olmakla birlikte, Singapur'da zorunlu şekilde uygulandığı da görülmüştür. Genellikle sadece sağlık harcamaları için tahsis edilmek üzere, geleceğe dönük olarak tasarlanan tasarruf planlarıdır. Bireyler ve hane halkları kendi hesaplarında birikim yapabileceği gibi, aynı zamanda işverenler de çalışanları için sağlık tasarruf havuzu oluşturarak onlar adına mali katkı yapabilmektedir. Uygulama usüllerinde küçük farklılıklar olmakla birlikte; başta Singapur olmak üzere ABD, Güney Afrika ve Çin'de denenmiş ve uygulanmış bir yöntemdir¹²³.

Kişisel tıbbi tasarruf uygulamaları yüksek maliyetli ve büyük çaptaki sağlık risklerine karşı güvence sağlamamaktadır. Fon yapısı, risk paylaşımı ve dayanışma gibi finansman unsurları söz konusu değildir. Dolayısıyla bir ülkede tek başına birincil finansman mekanizması olacak şekilde uygulanması mümkün görünmemektedir. Genelde karma sistemlerde cepten ödemelere bir alternatif niteliğinde veya sağlık hizmetlerine gereksiz ve aşırı talebi azaltmak amacıyla tatbik edilmektedir¹²⁴.

¹²¹ GOTTRET ve SCHIEBER, a.g.e., ss.11-12

¹²² CURRENSEL ve FORRESTAL, a.g.m., s.128

¹²³ Raisa B. DEBER, Evelyn L. FORGET, Leslie L. ROOS, "Medical Savings Accounts in a Universal System: Wishful Thinking Meets Evidence", **Health Policy**, Cilt.70, Sayı.1, (2004), ss.49-51; Kenneth E. THORPE, "Medical Savings Accounts: Design and Policy Issues", **Health Affairs**, Cilt.14, Sayı.3, (1995), ss.254-255

¹²⁴ MOSSIALOS ve DIXON, a.g.e., ss.21-22

Tıbbi tasarruf yönteminin tipik bir modeli, herkesin katılımını zorunlu kılan Medisave Programı adı altında, 1984 yılında Singapur’da uygulanmaya başlamıştır¹²⁵. Fakat, bu uygulamanın sonuçları analiz edildiğinde etkili bir finansman tercihi olmadığı ortaya çıkmıştır. Yapılan araştırmalarda; Tıbbi Tasarruf Hesaplarının sağlık harcamalarını azaltmadığı, aksine maliyetleri daha da yükselttiği, Singapur halkı için ciddi finansal zorluklar ve hizmet sunumunda karışıklıklar doğurduğu tespit edilmiştir¹²⁶.

1.4.2.3. Cepten Ödemeler

Cepten ödemeler, özel veya kamusal nitelikli herhangi bir sigorta mekanizmasının devreye girmediği, yararlanılan sağlık hizmeti, tıbbi ürün ve faydaların tüm ücretlerinin bireylerin doğrudan kendi cebinden ödendiği finansman şeklidir. Bu yöntemde risk paylaşımı, dayanışma unsuru ve sigorta fonu söz konusu değildir¹²⁷. Doğrudan ödemeler, kullanıcı katkıları (maliyet paylaşımı) ve gayriresmi ödemeler olmak üzere üç şekilde uygulanmaktadır¹²⁸. Cepten ödeme yöntemine başvurulmasının iki temel gerekçesi bulunmaktadır. Birincisi, yükselen sağlık harcamalarını kontrol altına almak amacıyla maliyetleri sınırlandırıcı etki oluşturacak ek finansal kaynak tesis etmektir. Diğer sebep ise sağlık hizmetlerine gereksiz talepleri ve aşırı tıbbi hizmet ve ürün kullanımını azaltmaktır¹²⁹.

Diğer yandan, cepten ödeme yönteminin uygulanması, gelir düzeyi düşük ve sağlık durumu kötü olan bireyler ve hane halkları açısından bazı olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir: Öncelikle, ilave kaynak oluşturmak ve gereksiz talebi önlemek amacıyla başvuru cepten ödeme mekanizması, düşük gelirli ve sağlık hizmetine ihtiyaç duyan kişilerin hizmetlere erişimini engelleyebilmekte, zorlaştırabilmekte ya da kısıtlayabilmektedir. Ekonomik durumu elvermediği için ödeme gücü yeterli olmayan hastalar, zaruri tıbbi tedavi ve müdahaleyi almaktan mahrum kalabilmekte ve bu durum

¹²⁵ William C. HSIAO, “Medical Savings Accounts: Lessons from Singapore”, **Health Affairs**, Cilt.14, Sayı.2, (1995), ss.261-262

¹²⁶ William C. HSIAO, “Behind the Ideology and Theory: What is the Empirical Evidence for Medical Savings Accounts?”, **Journal of Health Politics, Policy and Law**, Cilt.26, Sayı.4, (2001), ss.733-736

¹²⁷ OECD/EU, **Health At a Glance: Europe 2016 - State of Health in the EU Cycle**, s.156

¹²⁸ World Health Organization Europe, **What are the Equity, Efficiency, Cost Containment and Choice Implications of Private Health-Care Funding in Western Europe?**, www.euro.who.int, (12.03.2017), s.19

¹²⁹ ROBERTS ve Diğerleri, **a.g.e.**, ss.171-173

bireylerin sağlık durumunun daha da kötüleşmesine ve daha ciddi boyuttaki sağlık sorunları yaşamasına yol açabilmektedir. Tedavi edilmeyen hastalıklar bazı durumlarda kronik vakalara dönüşebilmekte; hatta Çin, Hindistan ve bir kısım Güney Amerika  lkelerinde görüldüğü gibi ölümle dahi sonuçlanabilmektedir. Hastalar, sağlık hizmeti almaya gücü yetmedikleri için kendi kendilerini tedavi etmeye teşebbüs edebilmekte veya doktor re etes  olmadan bilinçsiz ve kontrolsüz ilaç ve tıbbi ürün kullanımına yönelebilmektedir. Bu şartlar, zaten yoksul ve hasta durumda olan kişilerin daha da yoksullaşmasına ve refah düzeylerinin düşmesine sebebiyet vermektedir¹³⁰. Ayrıca, çok yüksek maliyetli, yani katastrofik nitelikli sağlık faaliyetleri hem düşük gelirli hem de orta ve yüksek gelirli kişi ve aileler için ciddi finansal tehlike oluşturabilmekte ve yoksullaştırıcı etki yapabilmektedir. İyileşebilmek için bu tedavi hizmetlerini almak zorunda kalan hastalar, yüksek masrafları karşılayabilmek amacıyla mevcut varlıklarını satışa çıkarabilmekte veya borçlanmak zorunda kalabilmektedir¹³¹.

Bu bilgilerden yola çıkararak; sağlık hizmetlerine erişim, sağlık risklerine karşı yeterli finansal güvence oluşturabilme kapasitesi ve hakkaniyetin sağlanması hususları bakımından cepten ödemelerin elverişsiz ve sakıncalı bir yöntem olduğu sonucuna varmak m mk nd r¹³². Maliyetleri azaltmak amacıyla birçok ülkede kullanılmakla birlikte, finansman karmasında genellikle sınırlı bir çerçevede uygulanan bir y ntemdir¹³³.

1.4.2.3.1. Doğrudan  demeler

Doğrudan  demeler, sağlık sigortasının teminat kapsamı dışında kalan sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin tamamını karşılamak için yapılan cepten ödemelerdir. Çoğunlukla  zel sağlık hizmet sunucularına yapılan ödeme şeklidir. Özel diş hekimi muayeneleri, sosyal güvenlik otoritesinin sigorta teminat kapsamına

¹³⁰ Hacer ÖZGEN, “Sağlık Hizmetleri Finansmanında Cepten Harcama: Nedir? Neden  nemlidir?”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt 10, Sayı 2, (2007), ss.207-214; Margaret WHITEHEAD, G ran DAHLGREN ve Timothy EVANS, “Equity and Health Sector Reforms: Can Low-Income Countries Escape the Medical Poverty Trap?”, **The Lancet**, Cilt.358, Sayı.9284, (2001), ss.833-835

¹³¹ Ke XU ve Diğerleri “Household Catastrophic Health expenditure: A Multicountry Analysis”, **The Lancet**, Cilt.362, Sayı.9378, (2003), ss.115-116;  ZGEN, **a.g.m.**, ss.210-211

¹³² WAGSTAFF ve DOORSLAER, “Equity in the Finance of Health care: Some Further International Comparisons”, s.290; World Health Organization Europe, **What are the Equity, Efficiency, Cost Containment and Choice Implications of Private Health-Care Funding in Western Europe?**, s.21

¹³³ TATAR, “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi”, ss.113-114

almadığı tıbbi servisler ve ilaçlar, birçok özel tanı, tedavi, tahlil ve görüntüleme merkezi hizmetleri doğrudan ödemelerle finanse edilen servisler arasındadır¹³⁴.

1.4.2.3.2. Kullanıcı Katkıları (Maliyet Paylaşımı)

Kullanıcı katkıları, artan sağlık harcamalarını karşılayabilmek için maliyet sınırlaması yapmak ve finansmanda ekstra kaynak oluşturmak amacıyla ortaya çıkmış bir finansman yöntemidir¹³⁵. Bir sağlık sigortası kapsamında bulunan sigortalı hak sahibinin yaptığı sağlık harcamalarının bir kısmını belirli bir oranda kendi cebinden ödemesini ifade etmektedir¹³⁶.

Kullanıcı katkıları; katkı payı, sigortalı ve sigortacı iştirak eşikli katkı payı ve ortak sigorta uygulaması olmak üzere üç şekilde uygulanmaktadır: Katkı payı, kullanıcının (yani sigortalının) her bir hizmet başına sabit bir miktar ücret ödemesini ifade etmektedir. Ortak sigortada, sigortalı toplam maliyetin belirli bir orana karşılık gelen miktarını ödemekte, sigortacı ise kalan tutarı karşılamaktadır. İştirak eşikli katkı payında ise, kullanıcı maliyetlerin sabit bir miktarını, sigortacı kalan kısmını ödemekte; iştirak eşikleri belirli bir vaka veya zaman dilimi için geçerli olabilmektedir¹³⁷.

Maliyet paylaşımı yönteminde risk bölüşümü ve dayanışma unsurları yer almamaktadır. Finansman yükü sağlık durumu kötü ve gelir düzeyi düşük kişiler üzerinde yoğunlaşabilmektedir. Dolayısıyla, bu yöntemin uygulanması hakkaniyeti zedeleyici sonuçlar meydana getirebilmektedir¹³⁸.

1.4.2.3.3. Enformel Ödemeler

Enformel (Gayriresmi) ödemeler, resmi prosedürlerde yer almayan ve hemen hemen bütün ülkelerde yasalara aykırı olan kayıt dışı ödeme şeklidir. Sağlık

¹³⁴ MOSSIALOS ve DIXON, a.g.e., s.22

¹³⁵ Hasan Hüseyin YILDIRIM, Türkan YILDIRIM ve Ramazan ERDEM, “Sağlık Hizmetleri Finansmanında Kullanıcı Katkıları: Genel Bir Bakış ve Türkiye İçin Bir Durum Değerlendirmesi”, **Amme İdaresi Dergisi**, Cilt.44, Sayı.2, (2011), s.72

¹³⁶ Corina C. ROS, Peter P. GROENEWEGEN ve Diana M.J. DELNOIJ, “All Rights Reserved or Can We Just Copy? Cost Sharing Arrangements and Characteristics of Health Care Systems”, **Health Policy**, Cilt.52, Sayı.1, (2000), s.2

¹³⁷ World Health Organization Europe, **What are the Equity, Efficiency, Cost Containment and Choice Implications of Private Health-Care Funding in Western Europe?**, s.19

¹³⁸ MOSSIALOS ve DIXON, a.g.e., s.23

hizmet sunucularını ve hekimleri etkilemek, hizmetlerde ayrıcalık kazanmak, bekleme sıralarında öne geçmek, daha kaliteli hizmet almak gibi amaçlarla yapılmaktadır. Hastaların sağlık profesyonellerine sunmuş oldukları nakit veya ayni nitelikli kayıt dışı ödemeler, hediyeler, rüşvet veya ikramlar başlıca gayriresmi ödeme şekilleridir¹³⁹. Sağlık sisteminin genel olarak verimli işleyememesi, sağlık çalışanlarının tatmin edici düzeyde ücretlendirilmemesi, sağlık hizmet sunucularının medikal ve finansal kaynaklarının yetersiz olması, etkili sağlık uygulamalarına yönelik güçlü özendiricilerin eksikliği ve bireylerin alışkanlıklarını ve tercihlerini yansıtan kültürel dinamikler gayriresmi ödemelerin ortaya çıkmasına zemin hazırlayan başlıca faktörler olarak öne çıkmaktadır¹⁴⁰.

¹³⁹ Paolo BELLİ, Helen SHAHRIARI ve Curtio Medical Group, **Qualitative Study on Informal Payments for Health Services in Georgia**, The World Bank - HNP Discussion Paper, 2002, <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/13773> (12.03.2017), s.7

¹⁴⁰ Helen SHAHRIARI, Paolo BELLİ ve M. LEWIS, **Institutional Issues in Informal Health Payments in Poland: Report on the Qualitative Part of the Study**, The World Bank-HNP Working Paper, 2001, Cilt.1, Sayı.28862, <http://documents.worldbank.org/curated/en/840271468776110806/pdf/288620Shahriar1utional0Issues1whole.pdf>, (12.03.2017), s.2

İKİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE SAĞLIK SİSTEMİNİN GENEL YAPISI VE FİNANSMANI

2.1. Türkiye’de Sağlık Sigortacılığı

Türkiye’de sosyal sigortalar, sosyal yardımlar, sağlık sigortacılığı, sağlık hizmetlerinin üretimi, sunumu, finansmanı ve idaresi 31 Mayıs 2008 tarihinde Mecliste kabul edilen 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunuyla yürütülmekte ve yönetilmektedir. Anayasa Mahkemesi tarafından bazı madde ve hükümlerinin iptal edilmesi sebebiyle Yasa, yeniden düzenlenmiş haliyle 17 Nisan 2008 tarihinde kanunlaşabilmiş ve 1 Ekim 2008’de de bütün hükümleriyle yürürlüğe girmiştir¹⁴¹. 5510 sayılı Kanunla birlikte, tüm nüfusu kapsam altına almayı hedefleyen, primlendirmeye finansmana dayalı Bismarck Sisteminin ağırlıkta olduğu Genel Sağlık Sigortası (GSS) uygulamaya konmuştur. 1 Ocak 2012 tarihi itibarıyla GSS Türkiye’de ikamet etmekte olan tüm vatandaşlar için zorunlu hale getirilmiş ve Yeşil Kartlılar ile işsizler de dahil olmak üzere tüm nüfus sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkına kavuşarak sigortalı statüsünde veya bakmakla yükümlü olduğu yakını olarak sosyal güvence altına alınmıştır¹⁴².

Genel sağlık sigortası kapsamında yer almak tüm Türkiye Cumhuriyeti vatandaşları için zorunludur ve sigortalılık kişilerin tercihi veya seçimine bağlı değildir. Ayrıca, sigortalı işçi veya işverenin yasada belirtilen hak, sorumluluk, gereksinim ve görevlerini indirgemek, iptal etmek, değiştirmek ya da bir başkasına devretmek gibi amaçlarla sözleşmelere eklenen her türlü hüküm ve kaide peşinen geçersiz sayılmıştır¹⁴³.

¹⁴¹Sosyal Güvenlik Kurumu, **Sosyal Güvenlik Kapsamındaki Sigortalıların Hak ve Yükümlülükleri**, Ankara: Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, SGK Yayın No: 57, 2013, s.1

¹⁴²Bayram ŞAHİN ve Diğerleri, “Türkiye’de Hanehalkları Tarafından Cepten yapılan Sağlık Harcamaları Araştırması - Nihai Rapor”, Hacettepe Üniversitesi, <http://www.sagem.gov.tr/dosyalar/cepten.pdf>, (02/04/2017), s.43; Sosyal Güvenlik Kurumu, **Sosyal Güvenlik Reformunun 4. Yılında 400 Yenilik**, Ankara: Sosyal Güvenlik Kurumu, Yayın No: 80, 2013, s.XIV

¹⁴³5510 sayılı Kanun, Madde 92 ve 5754 Sayılı Kanun, Madde 55

Türkiye’de GSS ile sağlık hizmetlerinin finansmanı karma bir yapıya sahiptir¹⁴⁴. Genel Sağlık Sigortası, zorunlu Sosyal Sağlık Sigortasının ağırlıkta olduğu ve işçi ve işverenlerin ödedikleri primlere dayalı olan bir finansman sistemidir¹⁴⁵. Bunun yanında aynı zamanda gönüllülük esasına dayalı tamamlayıcı ve destekleyici fonksiyonda özel sağlık sigortacılığı, devlet katkısı, vergiler ve cepten ödemeler de finansman sürecinde bir arada uygulanmaktadır¹⁴⁶.

Ülkemizde sosyal güvenlik sistemini ve sağlık sigortacılığının gelişimini SGK ve GSS reformlarının hukuki temellerinin gerçekleştirildiği 2006 yılından önceki ve 2006’dan sonraki dönem olmak üzere iki periyoda ayırmak mümkündür¹⁴⁷. 2006’dan önce, Türkiye’de sağlık sistemi ve sosyal güvenlik kurumları parçalı, dağınık ve düzensiz bir yapıya sahipti¹⁴⁸. Sistem verimsiz işliyordu. Sağlık hizmetlerinin sunumunda ve finansmanında ciddi aksaklıklar, karışıklıklar ve yetersizlikler yaşanmaktaydı¹⁴⁹.

Sağlık hizmetleri ve finansmanı beş parçalı bir yapıda yürütülmeye çalışılıyordu. Bir hizmet akdiyle bir veya birden fazla işveren bünyesinde çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) mensubu idi. SSK, sağlık hizmetlerinin hem sunumunu hem de finansmanını kendisi icra etmekteydi. Aktif devlet memurlarının sağlık hizmet bedelleri, çalışmakta oldukları kamu kurum veya kuruluşları tarafından finanse ediliyordu. Emekli devlet memurları Emekli Sandığı’na (ES), kendi hesabına bağımsız çalışanlar ise Bağ-Kur’a bağlı sigortalıydı. Sosyal güvencesi bulunmayanlardan sağlık harcamalarını karşılayamayan, ödeme gücü zayıf yoksul kesim ise Yeşil Kart uygulaması kapsamındaydı¹⁵⁰.

¹⁴⁴ATASEVER, a.g.e.,s.49

¹⁴⁵Hatice EROL ve Abdullah ÖZDEMİR, “Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi”, **Sosyal Güvenlik Dergisi**, Cilt.4, Sayı.1, (Ocak 2014), s.13

¹⁴⁶ Volkan Yurdadoğ, “Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Finansmanı ve Analizi”, **Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Cilt.16, Sayı.1, (2007), s.592

¹⁴⁷ Hasan Hüseyin YILDIRIM, **Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu**, Ankara: Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası Sağlık-Sen Yayınları, 2013, s.55

¹⁴⁸ Seher Nur SÜLKÜ, **Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları**, Ankara: Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, 2011, s.15

¹⁴⁹ ATASEVER, a.g.e., ss.49-50

¹⁵⁰ Yılmaz TOPÇUK, “Genel Sağlık Sigortasının Temelleri, Sunumu ve Denetimi”, **Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi**, Yıl.14, Sayı.74, (Temmuz-Ağustos 2011), s.29; SÜLKÜ, a.g.e., s.19

Sosyal güvenlik sistemindeki bu dağınık yapı ve çok başlılık sağlık sigortacılığının işleyişinde ciddi sıkıntılara yol açmıştır. Hak sahipliği, sigortalılık koşulları, sağlık hizmetlerine erişim, sunulan hizmetlerin kapsamı, prim oranları ve diğer önemli hususlarda kurumlararası farklı, orantısız ve hakkaniyete aykırı uygulamaların olması eşitsizliklere ve finansman sorunlarına sebebiyet vermiştir¹⁵¹. Sağlık hizmetlerindeki verimsiz işleyen bu dağınık yapıyı ortadan kaldırmak ve sosyal güvenlik sisteminde aktüeryal denge, norm ve standart birliği tesis etmek amacıyla 16 Mayıs 2006 tarihli ve 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu¹⁵² ile Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) kurulmuştur¹⁵³.

5502 sayılı kanunla SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı'nın hukuki varlığı sona erdirilmiş ve bu kurumlar tek bir çatı altında toplanmıştır¹⁵⁴. Tüm sosyal güvenlik kurumlarının SGK çatısı altında birleştirilmesiyle; sigortalıların hak, yükümlülük ve edinecekleri faydalar bakımından hakkaniyet ve standart birliği sağlamak, sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmak, yaygınlaştırmak ve sürdürülebilir bir sağlık finansman yapısı kurmak hedeflenmiştir¹⁵⁵.

Türkiye'deki sağlık sistemini ve finansman yapısını daha yakından analiz edebilmek amacıyla, sosyal güvenliğin ve sağlık faaliyetlerinin ülkemizdeki tarihsel gelişimini incelemek faydalı olacaktır.

2.2. Sağlık Sigortacılığının ve Sosyal Güvenliğin Türkiye'deki Tarihsel Gelişimi

Sağlık hizmetleri ve sağlık sigortacılığı, sosyal güvenlik sistemlerinin bir parçası ve alt fonksiyonu olduğundan dolayı, sağlık faaliyetleri sosyal güvenlik çerçevesinde ele alınmakta ve değerlendirilmektedir.

¹⁵¹ Cemal Hüseyin GÜVERCİN, "Sosyal Güvenlik Kavramı ve Türkiye'de Sosyal Güvenliğin Tarihçesi", **Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası**, Cilt.57, Sayı.2, (2004), ss.94-95; Mehtap TATAR ve Diğerleri, "Turkey Health System Review", **Health Systems in Transition**, European Observatory on Health Systems and Policies Series, Vol.13, No.6, (2011), ss.21-22

¹⁵² 5502 Sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu, Kabul Tarihi: 16/05/2006, 26173 Sayılı Resmi Gazete, Yayımlanma Tarihi: 20/05/2006,

¹⁵³ SÜLKÜ, a.g.e., s.20

¹⁵⁴ TOPÇUK, "Genel Sağlık Sigortasının Temelleri, Sunumu ve Denetimi", s.33

¹⁵⁵ Recep AKDAĞ, Sabahattin AYDIN, Hüseyin DEMİREL (Ed.), **İlerleme Raporu Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı**, Ankara: Sağlık Bakanlığı, 2008, s.69; Sosyal Güvenlik Kurumu, Tarihçe, <http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/kurumumuz/tarihce>, (02/04/ 2017)

İnsanlar hayatları boyunca gelir azaltan, gider arttıran, çalışma ve üretme kapasitelerini olumsuz yönde etkileyebilen çeşitli mesleki, ekonomik, sosyal ve fizyolojik risklere maruz kalabilmektedir¹⁵⁶. Yaşlılık, malüliyet, ölüm, analık ve hastalık halleri fizyolojik riskleri oluştururken; iş kazası ve meslek hastalıkları ise mesleki risklerdir. İşsiz kalma, evlenme, eğitim, ulaşım, çocuk yardımı gibi durumlar ve maliyetleri de sosyal ve ekonomik riskler sınıfındadır¹⁵⁷. Sosyal güvenlik; bireylerin mesleği, gelir düzeyi ve sosyal statüsü gibi faktörler dikkate alınmaksızın, bu risklerin gerçekleşmesini engellemek, şayet gerçekleşmişse de olumsuz etkilerini en aza indirmek amacıyla önceden tedbirler alınmasını ve bu tedbirlerin alınması adına yetkili kişi ve kurumların gerekli uygulama ve işlemleri yerine getirmesini içeren faaliyetler bütünüdür¹⁵⁸. Dolayısıyla sosyal güvenlik, insanların refah ve huzurunu tehdit eden risklere karşı emniyet ve güven içinde yaşama ihtiyaç ve arzusundan doğmuştur¹⁵⁹. Sosyal güvenlik uygulamalarının geçmişi oldukça eskiye dayanıyor olsa da sosyal güvenlik terimi ilk olarak ABD’de, New Deal (Yeni Düzen) programı kapsamında gündeme gelen, 14 Ağustos 1935 tarihli Sosyal Güvenlik Kanunu (Social Security Act) ile yasal ve hukuki zeminde kendine yer edinmiştir¹⁶⁰.

Sosyal güvenlik sistemlerinin üç temel amacı bulunmaktadır. Bunlar; 1) Sosyal güvenlik uygulamaları kapsamında sunulan ürün ve hizmetlere toplumun tüm fertlerinin erişimini sağlamak, 2) Herkes için risklere karşı etkili sosyal güvence ve koruma temin etmek, 3) Risklerin meydana gelmesi halinde toplumun fakirleşmesini önleyerek toplumsal kalkınma ve gelişmeye destek olmaktır¹⁶¹. Bu hedeflerin gerçekleştirilmesi adına sosyal güvenlik sistemleri; sosyal yardımlar, sosyal hizmetler ve sosyal sigortalar olmak üzere üç temel alt kategoride sınıflandırılmıştır¹⁶². Sosyal güvenlik faaliyetlerinde özellikle yaşlılık ve sağlık sigortası kolları için devletler büyük

¹⁵⁶ GÜVERCİN, a.g.m., s.89; Sosyal Güvenlik Kurumu, Tarihçe, <http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/kurumumuz/tarihce>, (10/04/2017)

¹⁵⁷ Ahmet APAN, “Türkiye’de Kalkınma Planları ve Sosyal Güvenlik Reformu”, *Türk İdare Dergisi*, Yıl.79, Sayı.456, (Eylül 2007), s.194

¹⁵⁸ Kenan TUNÇOMAĞ, *Türkiye’nin Sosyal Güvenlik Sistemi ve Sorunlar – Halid Kemal Elbir’e Armağan*, İstanbul: İÜ Hukuk Fakültesi Eğitim Öğretim ve Yardımlaşma Vakfı Yayını, 1996, s.536

¹⁵⁹ Füsun Kökalan ÇİMRİN ve Zafer DURDU, “Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sisteminin Dönüşümü ve Bireysel Emeklilik Sistemi”, *HAK-İŞ Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi*, Cilt.4, Sayı.8, (2015), s.62

¹⁶⁰ Sevda DEMİRBİLEK, *Sosyal Güvenlik Sosyolojisi*, 1. Baskı, İstanbul: Legal Yayıncılık, 2005, s.17

¹⁶¹ Michael CICHON ve Diğerleri, *Financing Social Protection*, 1. Baskı, Geneva: International Labour Office, 2004, s.V

¹⁶² APAN, a.g.m., s.195

harcamalar yapmak zorunda kalmaktadır. Bu sebeple, toplumun tüm fertlerini kapsayan, sosyoekonomik ve fizyolojik risklere yönelik etkin bir güvence teminatı sunan ve verimli işleyen bir sosyal güvenlik sistemi tesis ve idare etmek, ülkeler için oldukça maliyetli, zahmetli ve yönetsel açıdan karmaşık bir süreç olmaktadır¹⁶³.

Sosyal Güvenlik uygulamaları çerçevesinde sağlık hizmetleri, sağlık reformları ve sağlık sigortacılığının Türkiye’deki tarihsel gelişimi; Osmanlı Dönemi, Cumhuriyetin ilanından sonraki dönem ve Sağlıkta Dönüşüm Programının (SDP) uygulamaya konduğu 2003 yılından sonraki süreç olmak üzere üç aşamada incelenmektedir.

2.2.1. Osmanlı Devleti Dönemi

Türkiye tarihindeki geçmişi incelendiğinde, sosyal güvenlik faaliyetlerinin ilk olarak on sekizinci yüzyıldan itibaren kurumsal bir nitelik kazandığı görülmektedir. Bu dönemde Osmanlılarda doğrudan sosyal güvenliğe yönelik vergiler toplanmaya başlamıştır¹⁶⁴. Osmanlı Devleti’nde sosyal güvenlik uygulamaları ağırlıklı olarak gönüllü ve geleneksel usul ve yöntemlere dayalı şekilde tatbik edilmekteydi. Aile içi yardımlaşmalar, dini uygulamalar, Lonca, Ahilik Teşkilatı, Teavün Sandığı gibi mesleki kuruluşlar ve vakıflar sosyal yardımlaşma ve dayanışma mekanizmalarının başlıcalarıydı¹⁶⁵. Aile, sosyal güvenlik faaliyetlerinin ve dayanışmanın gerçekleştirildiği öncelikli ve temel yardımlaşma müessesesi olmuştur. Yaşlı ve bakıma muhtaç aile büyüklerinin bakım ve ihtiyaçları öncelikli olarak aile bireyleri tarafından karşılanmıştır. Aile üyelerinden herhangi birinin hastalık, kaza, işsizlik ve ölüm gibi ekonomik veya fizyolojik risklere maruz kalması durumunda meydana gelen maddi ve manevi zarar ve kayıplar diğer aile fertlerinin dayanışması ve katkılarıyla giderilmeye çalışılmıştır¹⁶⁶.

¹⁶³ Yusuf ALPER, “Sosyal Güvenlik Reformu ve Finansmanla İlgili Beklentiler”, **Sosyal Güvenlik Dergisi**, Sayı.1, (2011), s.8

¹⁶⁴ Sosyal Güvenlik Kurumu, Tarihçe, <http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/kurumumuz/tarihce>, (11/04/2017)

¹⁶⁵ Ahmet MAKAL, **Osmanlı İmparatorluğu’nda Çalışma İlişkileri: 1850-1920 Türkiye Çalışma İlişkileri Tarihi**, 1.Baskı., Ankara: İmge Kitabevi, 1997, s.211

¹⁶⁶ Murat ŞEN, “Osmanlı Devleti’nde Sosyal Güvenlik: Ahi Birlikleri, Loncalar ve Vakıflar”, **Çimento İşverenleri Sendikası Dergisi**, Cilt.6, Sayı.16, (2002), s.23

Dini hüküm ve uygulamalar da aynı şekilde sosyal güvenlik unsurları ihtiva etmiştir. İslam dininde maddi durumu elverişli olanlar için zorunlu kılınan fitre ve zekat vazifeleri, kurban ve oruç ibadetleri, Ramazan ve Kurban bayramlarındaki bağış, sadaka ve paylaşma gelenekleri de birer sosyal yardımlaşma ve dayanışma faaliyeti oluşturmuştur¹⁶⁷.

Tarım dışı işlerde çalışan esnaf, tüccar ve zanaatkarlar çeşitli sosyal, ekonomik ve fizyolojik risklere karşı bir araya gelerek mesleki dayanışma örgütleri kurmuşlardır. Bu risklere yönelik sosyal güvence sağlamak amacıyla kurulan ve Lonca adı verilen mesleki birliklerde Orta Sandığı veya Teavün Sandığı olarak da isimlendirilen yardımlaşma sandıkları oluşturulmuştur. Bu sandıkların finansmanı usta, kalfa, tüccar veya esnafların ödeme güçlerine göre sandıklara yapmış oldukları aidat, hibe, bağış, harç gibi ödemelerden sağlanmıştır¹⁶⁸. Aynı veya ilgili mesleği icra eden çalışanları ve bunların aile fertlerini kapsayan Lonca teşkilatları; özellikle hastalık, yaşlılık, malüliyet ve ölüm hallerine yönelik sosyal güvence sunmuştur. Lonca birlikleri Osmanlı Devleti tarihinde sosyal güvenlik faaliyetlerinin kurumsallaştırılmış ve sistematikleştirilmiş formdaki ilk örnekleri olarak kabul edilmektedir¹⁶⁹.

Ereğli kömür madenlerinde çalışan işçilerin çalışma ve sağlık koşullarına yönelik düzenlemeler içeren 1865 tarihli Dilaverpaşa Nizamnamesi ile iş yerlerinde iş kazalarının önlenmesi ve gerekli tıbbi tedbirlerin alınmasına ilişkin zorunluluk ve yükümlülükler getiren 1869 tarihli Maadin Nizamnamesi, bu dönemde sosyal güvenliğe yönelik gerçekleştirilen öncü ve önemli yasal düzenlemeler arasındadır¹⁷⁰. 1866 yılında ordu mensuplarının emeklilik şartlarını ve aylıklarını düzenlemek amacıyla kurulan Askeri Tekaüt Sandığı, Osmanlı Devleti tarihindeki ilk resmi sosyal güvenlik kurumu olarak kayıtlara geçmiştir¹⁷¹.

¹⁶⁷ Yusuf ALPER, **Türk Sosyal Güvenlik Sistemi ve Sosyal Güvenlik Hukuku**, 5.Baskı, Bursa: Dora Yayınları, 2013, ss.3-4

¹⁶⁸ Ali GÜZEL ve Ali Rıza OKUR, **Sosyal Güvenlik Hukuku**, İstanbul: Beta Yayınları, 1999, ss.27-28; MAKAL, **a.g.e.**, s.214

¹⁶⁹ ALPER, **a.g.e.**, ss.5-6;

¹⁷⁰ APAN, **a.g.m.**, s.195; ALPER, **a.g.e.**, s.9

¹⁷¹ Nadir ÖZBEK, **Cumhuriyet Türkiye'sinde Sosyal Güvenlik ve Sosyal Politikalar**, İstanbul: Tarih Vakfı yayını, 2006, s.46

Vakıflar, Osmanlı Devleti'nde sosyal güvenlik ve sosyal yardımlar açısından önemli ve özel bir yere sahiptir. Özellikle Avarız Vakıfları adıyla bilinen kurumlar, yoksul ve muhtaçlar için önemli yardım ve hizmet faaliyetleri yürütmüştür. Bu vakıfların sağlık alanında kurmuş oldukları en önemli kuruluşlar, günümüzdeki hastanelerin fonksiyonunu gören Darüşşifalardır (Şifa Evleri)¹⁷². Yıldırım Bayezit tarafından 1399'da Bursa'da yaptırılan Bursa Yıldırım Darüşşifa'sı, Osmanlı Devleti'nin tarihindeki ilk hastanesi olarak kabul edilmektedir. Bu darüşşifaların en önemli ortak özelliği, genellikle sarayın ileri gelen devlet adamları tarafından veya daha önce devlet yönetiminde kamu görevi yapmış zenginler tarafından yaptırılmış vakıf müesseseleri olmalarıdır¹⁷³. Sultan İkinci Abdulhamit'in 1896 yılında, yoksul ve düşkünler için yaptırdığı Darulaceze ile Daruleytam (çocuklar yurdu), Daruşşafaka ve Kızılay vakıfları Osmanlı'da on dokuzuncu ve yirminci yüzyıllarda sosyal yardım ve sağlık hizmeti sunmuş diğer öne çıkan sosyal güvenlik müesseselerindendir¹⁷⁴.

2.2.2. Cumhuriyet'in İlanından Sonraki Dönem

TBMM'nin açılışının ardından, 3 Mayıs 1920'de Sağlık Bakanlığı kurulmuş ve Doktor Adnan Adıvar ilk sağlık bakanı olmuştur. Sağlık Bakanlığının kuruluşu, henüz Cumhuriyet ilan edilmeden sağlık alanında meydana gelen en önemli gelişme olarak kayda geçmiştir¹⁷⁵. Cumhuriyet'in ilanını takip eden ilk yıllarda doğrudan sosyal güvenlik ve sigortacılığa yönelik düzenlemeler yapılmamış, yapılan düzenlemeler ise genellikle bireyler ve riskler açısından dar kapsamlı ve münferit olacak şekilde gerçekleşmiştir. 1926 tarihli Borçlar Kanunu ve 1930'da çıkarılan Askeri ve Mülki Tekaüt Kanunu bu düzenlemeler arasında öne çıkanlardır¹⁷⁶. 1930'da kabul edilen Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'yla; işçi sağlığı, çocuk işçilerin güvenliği, dul ve yetimlerin

¹⁷² ALPER, a.g.e., s.5; Erdem CAM, "Devlet-i Aliyye-i Osmaniyye'de Sosyal Güvenlik", **SGK Vizyon Dergisi**, Sayı.15, (2015), s.8

¹⁷³ ATASEVER, a.g.e., s.28

¹⁷⁴ ALPER, a.g.e., s.10; Yüksel AKKAYA, "Sosyal Güvenlik Tarihi Üzerine Notlar", **Toplum ve Hekim**, Cilt.15, Sayı.2, (Mart-Nisan 2000), s.87

¹⁷⁵ Recep AKDAĞ, Sabahattin AYDIN, Turan BUZGAN, Hüseyin DEMİREL, Fatmatüzzehra GÜNDÜZ (Ed.), **Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri Kasım 2002 -2008 (Alma-Ata'nın 30. Yılı Hatırasına)**, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayını, 2008, s.14

¹⁷⁶ Cemal Hüseyin GÜVERCİN, "Gemlik Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nde Yeşil Kart Sahiplerinin Bazı Özellikleri, Yeşil Kart Kullanımı ve Bunu Etkileyen Faktörler", (**Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi**, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2000), ss.2-5; ATASEVER, a.g.e., s.45

devletten aylık alması başta olmak üzere çalışma hayatıyla ilgili çeşitli hususlara ilişkin yasal düzenlemeler yapılmıştır¹⁷⁷.

Sosyal güvenlik ve sosyal sigortaların kuruluşuna yönelik olarak gerçekleştirilen ilk ve en önemli yasal düzenleme 1936 tarihli 3008 sayılı İş Kanunu'dur. 3008 sayılı kanunda, sosyal güvenliğin bazıları günümüzde dahi halen uygulanmakta olan temel ilkeleri belirlenmiştir. Bu kanunla birlikte iş güvenliği, sosyal riskler, çalışma şartları, sigorta kolları ve sigortanın zorunluluğuna dair mevzuat hükümleri getirilmiştir. Kanunun 100, 101 ve 107. maddelerinde zorunlu sigortalılık ile iş kazası, meslek hastalığı, yaşlılık, malüliyet ve ölüm hallerine ilişkin düzenlemeler yer almıştır¹⁷⁸.

1945 yılından itibaren Türkiye'de sosyal güvenlikte kurumsallaşma sürecinin hızlandığı görülmektedir¹⁷⁹. 22 Haziran 1945'te çalışma hayatını ve sosyal güvenlik sistemini dizayn etmek ve yönetmek üzere Çalışma Bakanlığı kurulmuştur¹⁸⁰. 27 Haziran 1945 tarihinde çıkarılan 4772 sayılı İş Kazaları, Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortaları Kanunu, sosyal sigorta kollarına yönelik yapılan ilk yasal düzenleme özelliği taşımaktadır. Yine bu süreçte, 16 Temmuz 1945'te İşçi Sigortaları Kurumu Kanunu Meclisten geçerek yasalaşmıştır. Bu kanunun Ocak 1946'da yürürlüğe girmesiyle İşçi Sigortaları Kurumu kurulmuştur. Böylece, işçilere yönelik sosyal güvenlik hizmeti sunan dağınık pozisyonndaki sandık ve uygulamalar tek bir çatı altında birleştirilmiştir. Sonraki süreçte sırasıyla; 1950 tarihli ve 5417 sayılı İhtiyarlık Sigortası Kanunu, 1951 tarihli ve 5502 sayılı Hastalık ve Analık Sigortası Kanunu, 1957 yılında da 6900 sayılı Malüliyet, Yaşlılık ve Ölüm Sigortası Kanunu Mecliste kabul edilerek yasalaşmıştır¹⁸¹. 17 Temmuz 1964'te 506 sayılı Sosyal Sigortalar kanunu kabul edilmiştir. Bu kanunun 1965 yılının Mart ayında yürürlüğe girmesiyle İşçi Sigortaları Kurumu'nun adı Sosyal Sigortalar Kurumu olarak değiştirilmiştir. Bir hizmet akdiyle, işçi statüsünde çalışanların sigortalılık koşullarını düzenleyen dağınık durumdaki tüm

¹⁷⁷ APAN, **a.g.m.**, s.196

¹⁷⁸ Fevzi DEMİR, "Atatürk Dönemi Çalışma Hayatımız", **TÜHİS İş Hukuku ve İktisat Dergisi**, Cilt.20, Sayı.4-5, (Şubat 2007), ss.18-19

¹⁷⁹ ÇİMRİN ve DURDU, **a.g.m.**, s.65

¹⁸⁰ DEMİRBİLEK, **a.g.e.**, s.26

¹⁸¹ ATASEVER, **a.g.e.**, s.45; APAN, **a.g.m.**, s.196

kanuni hüküm ve uygulamalar, 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu'nun çatısı altında birleştirilerek tek bir metin içerisinde toplanmıştır¹⁸².

8 Haziran 1949'da 5434 sayılı Emekli Sandığı Kanunu kabul edilmiştir. Bu kanunun 1 Ocak 1950 tarihinde yürürlüğe girmesiyle Emekli Sandığı Kurumu kurulmuştur. Emekli Sandığı'nın kurulmasıyla, emekli devlet memurlarına sosyal güvenlik hizmeti veren ve sayıları 11'i bulan dağınık ve düzensiz yapıdaki kanun ve sandıklar 5434 sayılı kanun çerçevesinde aynı çatı altında toplanmıştır. Böylece emekli memurlar için primli finansman sistemine dayalı ve geniş kapsamlı bir sosyal güvenlik mekanizması oluşturulmuştur¹⁸³.

1953'te 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanunu, yine 1953 yılında 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Kanunu, 1954'te 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu ve 1956'da 6643 sayılı Türk eczacıları Birliği Kanunu kabul edilmiştir. Bu kanunların yürürlüğe girmesi, bu dönemde tıp ve eczacılık alanlarında meydana gelen önemli gelişmeler olmuştur.¹⁸⁴

2 Eylül 1971'de kabul edilen 1479 sayılı Bağ-Kur kanunuyla esnaf, zanaatkar ve kendi hesabına bağımsız çalışanlar için sosyal güvence sağlayan Bağ-Kur kurulmuştur¹⁸⁵. 10 Temmuz 1976 tarihli 2022 sayılı kanunla 65 yaşını doldurmuş, bakıma muhtaç ve kimsesiz vatandaşlar için 65 Yaş Aylığı uygulaması başlatılmıştır. 1983'te yürürlüğe giren 2925 sayılı Tarımda Kendi adına ve Hesabına Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kanunu ve 2926 sayılı Tarım İşçileri Sosyal Sigortalar Kanunu ile tarımsal üretim faaliyeti yapan tarım işçilerine Bağ-Kur kapsamında sigortalılık hakkı kazandırılarak sosyal güvence sağlanmıştır¹⁸⁶. 1992 yılında 3816 sayılı kanunla, sağlık harcamalarını karşılayamayan, ekonomik gücü zayıf yoksul kesim için Yeşil Kart uygulaması başlatılmıştır¹⁸⁷.

¹⁸² ATASEVER, a.g.e., s.46

¹⁸³ Ayşe BUĞRA, **Kapitalizm, Yoksulluk ve Türkiye'de Sosyal Politika**, İstanbul: İletişim Yayınları, 2011, s.161; ATASEVER, a.g.e., s.46

¹⁸⁴ AKDAĞ ve Diğerleri (Ed.), **Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri Kasım 2002 - 2008 (Alma-Ata'nın 30. Yılı Hatırasına)**, s.18

¹⁸⁵ APAN, a.g.m., s.196

¹⁸⁶ GÜZEL ve OKUR, a.g.e., ss459-460

¹⁸⁷ AKDAĞ ve Diğerleri (Ed.), **Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri Kasım 2002 - 2008 (Alma-Ata'nın 30. Yılı Hatırasına)**, s.19

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanununun kabul edildiği 2006 yılına kadar Türkiye’de SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı sosyal güvenlik hizmeti veren üç ana kurumdur. Sağlık hizmetlerinde yoksul kesim için Yeşil Kart uygulaması mevcut idi. Aktif devlet memurlarının sigortalılıkları ise çalıştıkları devlet kurumları tarafından sağlanıyordu. Bu beş farklı uygulama ile sosyal güvenlik hizmetleri yürütülmeye çalışılıyordu¹⁸⁸.

2.2.3. SSK

İşçi Sigortaları Kurumu, 1965’te 506 sayılı yasanın yürürlüğe girmesiyle Sosyal Sigortalar Kurumu adını almıştır. SSK, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’na bağlı olarak faaliyet göstermiştir. Bir hizmet akdiyle çalışan özel sektör işçileri ve mavi yakalı kamu çalışanları ile bunların bakmakla yükümlü oldukları hak sahibi yakınları, dul ve yetimleri SSK kapsamında yer almıştır¹⁸⁹.

Finansmanı primli sisteme dayalı olarak faaliyet gösteren SSK¹⁹⁰ ile sigortalılara; kısa vadeli sigorta kolları olarak iş kazası, meslek hastalığı, hastalık ve analık; uzun vadeli sigorta kollarında yaşlılık, malüliyet ve ölüm sigortaları ile sağlık sigortası hizmetlerini içeren sosyal güvence kapsamı sunulmuştur¹⁹¹. SSK’nın sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında Direkt sistem uygulanmıştır. Yani, hizmetlerin hem sunumu hem de finansmanı SSK’nın kendi çatısı altında, kendi tesislerinde gerçekleştirilmiştir. Bu durum, sunulan hizmetlerin kalitesi, erişilebilirliği ve finansmanı ile ilgili ciddi problemlere yol açmıştır¹⁹². SSK, birinci basamak sağlık hizmeti vermemiş ve bu hizmetlerin maliyetlerini de teminat kapsamına dahil etmemiştir¹⁹³. 2005 yılında, SSK’ya ait sağlık tesisleri Sağlık Bakanlığı’na devredilmiştir¹⁹⁴.

¹⁸⁸ Faruk ATAAY, “Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları”, *Amme İdaresi Dergisi*, Cilt.41, Sayı.3, (Eylül 2008), s.169

¹⁸⁹ SÜLKÜ, *a.g.e.*, ss.19-21; Hüseyin ÖZBAY ve Diğerleri, “Sağlık Hizmetleri Sistemi”, Salih MOLLAHALİLOĞLU ve Diğerleri (Ed.), *Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007* içinde, (98-154) Ankara: TC Sağlık Bakanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2007, ss.108-109

¹⁹⁰ GÜVERCİN, *a.g.m.*, s.93

¹⁹¹ SÜLKÜ, *a.g.e.*, s.21

¹⁹² TATAR, “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi”, ss.125-126

¹⁹³ SÜLKÜ, *a.g.e.*, s.24

¹⁹⁴ TATAR ve Diğerleri, *a.g.e.*, s.27

2.2.4. Bağ-Kur

Bağ-Kur; esnaf, sanatkâr ve kendi hesabına bağımsız çalışmakta olan vatandaşlara sosyal güvenlik hizmeti sunmak üzere 1971 tarihinde 1479 sayılı kanunla kurulmuştur¹⁹⁵. Bağ-Kur'un sigortalı kapsamı zamanla aşamalı olarak genişlemiştir. Sonraki yıllarda, sosyal güvencesi olmayan Türk vatandaşları, muhtarlar, ev hanımları, yabancı ülke pasaportu taşıyan Türk kökenli vatandaşlar ve kendi hesabına çalışan tarım işçileri de Bağ-Kur kapsamında sigortalılık statüsüne ulaşmıştır¹⁹⁶.

Bağ-Kur'da sunulan sağlık sigortası kapsamında; iş kazası, meslek hastalığı, analık ve hastalık hallerine yönelik sosyal güvenlik hizmeti sunulmuştur¹⁹⁷. Bağ-Kur'un kendine ait sağlık tesisi bulunmamaktaydı. Kurum, özel ve kamu sağlık hizmet sunucularından sağlık hizmetlerini satın almak suretiyle sigortalılarına sağlık sigortası hizmeti temin etmiştir. Bu hizmetlerin finansmanı, sigortalıların ödemiş oldukları primlerle sağlanmıştır. Bağ-Kur, 5502 ve 5510 sayılı kanunların yürürlüğe girmesinin ardından 2008'de SGK'ya devredilmiştir¹⁹⁸.

2.2.5. Emekli Sandığı (ES)

Emekli Sandığı, 657 sayılı kanuna tabi olarak çalışan devlet memurlarının emekli olduktan sonraki emeklilik aylığı ve sağlık sigortası hizmetlerini sağlamış sosyal güvenlik kurumudur. Bağ-Kur gibi, sağlık hizmetlerini satın alarak sigortalılarına sağlık sigortası hizmeti sağlamıştır¹⁹⁹. Emekli Sandığı'nda memurlardan sağlık sigortası için ayrıca prim alınmamıştır. Sistem, aktif devlet memurlarının kazançlarının %16'sı oranında ödedikleri primler ve %20 oranında devlet bütçesinden yapılan devlet katkısıyla finanse edilmiştir. Finansmanda açık oluşması durumunda, açıklar merkezi bütçeden kaynak aktarılması yoluyla karşılanarak telafi edilmiştir. Emeklilerin ES kapsamında sağlık hizmetlerinden yararlanabilmeleri için herhangi bir minimum prim

¹⁹⁵ TATAR ve Diğerleri, **a.g.e.**, s.27

¹⁹⁶ ÖZBAY ve Diğerleri, **a.g.e.**, ss.102-106

¹⁹⁷ SÜLKÜ, **a.g.e.**, s.25

¹⁹⁸ YURDADOĞ, **a.g.m.**, s.603; TATAR ve Diğerleri, **a.g.e.**, s.27

¹⁹⁹ YURDADOĞ, **a.g.m.**, s.603

gün sayısı şartı uygulanmamıştır. Emekli oldukları tarihten itibaren sigortalılar ES kapsamında sağlık güvencesinden yararlanmaya başlamıştır²⁰⁰.

ES sadece emekli (veya malulen emekli) olmuş devlet memurlarının ve bunların bakmakla yükümlü oldukları hak sahibi yakınlarının emeklilik maaşı ve sağlık sigortası hizmetlerini temin etmiştir. Aktif devlet memurlarının sağlık harcamaları çalıştıkları kamu kurum-kuruluşları tarafından ve genel devlet bütçesinden finanse edilmiştir. SSK ve Bağ-Kur ile mukayese edildiğinde, Emekli Sandığı daha kapsamlı ve üst düzeyde sağlık sigortası teminatı ve hizmet kalitesi sunmuştur. ES, 2008 yılında SGK'ya devredilmiştir²⁰¹.

2.2.6. Yeşil Kart Uygulaması

Yeşil Kart uygulaması, 1992'de 3816 sayılı kanunla başlatılmıştır. Herhangi bir sosyal güvencesi olmayan, sağlık hizmetlerini karşılamaya ekonomik gücü yetmeyen yoksul ve muhtaç kesimin sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak faydalanmasını sağlamak amacıyla uygulamaya konmuştur. 1992 yılında 365 bin olan Yeşil Kartlı kişi sayısı her geçen yıl hızla artarak 1997'de 6,6 milyona ulaşmış, 2001 yılında bu sayı 11,3 milyon olmuştur²⁰².

Yeşil Kartlıların sağlık harcamaları, Sağlık Bakanlığı'nın bütçesinden tahsis edilen ödeneklerle finanse edilmiştir. Sunulan sağlık teminatı özel sağlık hizmet sunucularında geçerli olmamış, sadece kamu sağlık tesislerini kapsamıştır. Bu uygulamada sınırlı sayıda ve yalnızca belirli hizmetler teminat kapsamına alınmıştır²⁰³. Yeşil Kart mekanizması, hak sahipleri için yeterli bir fayda kapsamı ve tatmin edici sağlık güvencesi sunamamış; yoksul vatandaşlara ücretsiz sağlık teminatı sağlayabilmek adına geçici bir çözüm alternatifi olarak ortaya çıkmıştır²⁰⁴.

²⁰⁰ SÜLKÜ, a.g.e., ss.21-26; ÖZBAY ve Diğerleri, a.g.e., s.111

²⁰¹ TATAR ve Diğerleri, a.g.e., s.27; SÜLKÜ, a.g.e., ss.22-26

²⁰² The World Bank, **Turkey reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency**, Volume 1- Main Report, 2003, s.27

²⁰³ SÜLKÜ, a.g.e., ss.22-26

²⁰⁴ Rıfat ALTUN ve Diğerleri, "Universal Health Coverage in Turkey: Enhancement of Equity", **The Lancet**, Vol.382, (2013), s.75

2.2.7. Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesinde Sağlık Sistemindeki Başlıca Sorunlar

2006 Yılında 5502 ve 5510 sayılı Sosyal Güvenlik Reformları gerçekleştirilmeden önce Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumunda ve finansmanında ciddi problemler ve yetersizlikler yaşanmaktaydı. Verimsiz ve sorunlu işleyen bir sağlık sistemi mevcuttu. Tüm nüfusu kapsamı altına alan hakkaniyetli ve etkin bir sağlık sigortası mekanizması bulunmamaktaydı. Sosyal güvenlik kurumları arasında norm ve standart birliği olmadığından dolayı sağlık hizmetlerine erişimde adaletsizlikler ve dengesizlikler yaşanmaktaydı. Farklı kurumlara mensup sigortalıların sağlık güvencesi kapsamında sahip oldukları hak, fayda ve yükümlülükleri arasında ciddi eşitsizlikler ve orantısızlıklar görülmekteydi. Kayıt dışılıkla yeterli düzeyde mücadele edilemiyordu. Prim ödemeye gücü yetmeyen sosyal güvencesiz ve yoksul kesim için yeterli finansal koruma ve sağlığa ulaşım imkanı sağlanamamaktaydı. Önleyici ve koruyucu nitelikteki birinci basamak sağlık hizmetlerine yeterli finansal kaynak tahsis edilmemekteydi. Sağlık hizmetlerinin sunumunda hizmet kalitesi ve hasta memnuniyeti son derece düşük seviyedeydi²⁰⁵.

Sistemin sorunları bunlarla sınırlı kalmamıştır. Sağlık sisteminin finansmanı ve sunumu çoklu, parçalı ve düzensiz bir yapıya sahipti. Bu sebeple, vatandaşlar sağlık hizmetlerine erişmekte büyük güçlükler yaşamaktaydı. Sosyal güvenlik kurumlarının finansmanında açıklar meydana gelmekteydi. Kamu sağlık sunucularının birçoğunda tıbbi müdahale ve tetkikler için gerekli olan teçhizat ve cihaz eksikliği söz konusuydu. Uzun bekleme süreleri, kötü muamele, bakımsız hastaneler, bürokratik engeller, hizmetlerde sürekli olarak yaşanan aksamalar, gereksiz sevkler hasta ve sigortalılara büyük zorluklar ve hayal kırıklıkları yaşıyordu. Hastaların ihtiyaç ve şikayetleri yeteri kadar önemsenmiyordu. Hastalar, hekim seçme hakkına sahip değildi. Sağlık tesisleri verimli şekilde yönetilemiyor, kurumlar arası koordinasyon ve uyumlu çalışma tam

²⁰⁵ Kadir ARICI, “Türk Genel Sağlık Sigortası Sisteminin Yeterliliği Sorunu”, *Sicil İş Hukuku Dergisi*, Yıl.4, Sayı.13, (Mart 2009), s.149

olarak sağlanamıyordu. İlaça erişimde ciddi sıkıntılar çekiliyordu. İlaç fiyatları sürekli olarak artış göstermekteydi²⁰⁶.

Sağlık hizmetleri ağırlıkta olmak üzere sosyal güvenlik sisteminde yaşanan bu sorunlar, ülkemizde etkin ve hakkaniyetli işleyen yeni bir sosyal güvenlik sistemi ve sağlık sigortası mekanizmasının inşa edilmesini gerekli ve mecburi kılmıştır. Bu gereksinim, sürekli olarak bir sağlık ve sosyal güvenlik reformu ihtiyacını gündeme getirmiştir. Nitekim bu değişim ve reform arayışları, 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın başlatılmasına zemin hazırlamıştır²⁰⁷.

2.3. Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)

3 Kasım 2002 Genel Seçimlerinde parlamentoda tek başına iktidara gelen AK Parti Hükümeti, 16 Kasım 2002 tarihinde Acil Eylem Planı'nı duyurmuştur. Acil Eylem Planı çerçevesinde 'Herkesin Sağlık' ilkesi benimsenerek SDP'nin uygulamaya koyulması öngörülmüştür²⁰⁸. SDP'nin amacı; tüm nüfusu kapsayan, hizmet kalitesi yüksek, kolay erişilebilir ve hakkaniyete uygun sağlık hizmeti sunmak ve kaynakların verimli kullanıldığı, etkili, finansal açıdan sürdürülebilir bir sağlık finansman sistemi tesis etmektir²⁰⁹.

2.3.1. SDP'nin İlkeleri ve Hedefleri

SDP; insan merkezlilik, sürdürülebilirlik, sürekli olarak artan kalite gelişimi, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, güçler ayrılığı, yerinden yönetim (desantralizasyon) ve hizmette rekabet ilkeleri üzerine kurulmuş ve bu ilkelere dayalı olarak sürdürülmüş bir sağlık reform projesidir²¹⁰.

²⁰⁶ Recep AKDAĞ (Ed.), **Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011)**, Ankara: Sağlık Bakanlığı, 2012, s.21; ATASEVER, **a.g.e.**, ss.33-35

²⁰⁷ AKDAĞ (Ed.), **a.g.e.**, s.51

²⁰⁸ AKDAĞ ve Diğerleri (Ed.), **İlerleme Raporu Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı**, s.20; YILDIRIM, **a.g.e.**, s.12

²⁰⁹ SÜLKÜ, **a.g.e.**, s.1

²¹⁰ Salih MOLLAHALİLOĞLU ve Diğerleri, "Türkiye'de Sağlık Reformları Süreci", Salih MOLLAHALİLOĞLU ve Diğerleri (Ed.), **Türkiye'de Sağlık Bakış 2007** içinde, (243-284), Ankara: Sağlık Bakanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, 2007, ss.269-270

SDP'nin temel hedefleri şu şekilde sıralanabilmektedir ²¹¹:

- Sağlık Bakanlığı'nın revize edilerek yeniden yapılandırılması,
- GSS ile tüm nüfusun sağlık güvencesi altına alınması,
- Dağınık ve parçalı yapıdaki sosyal güvenlik kurumlarının tek bir çatı altında birleştirilerek monopsonik yetkiye sahip SGK'nın kurulması,
- Hastanelerin yönetsel ve finansal olarak özerk hale getirilmesi,
- Birinci basamak hizmetlerde Aile Hekimliği sisteminin başlatılması,
- Koruyucu-Önleyici hekimliğin yaygınlaştırılması,
- Anne-çocuk sağlığına yönelik hizmet kapsamının genişletilmesi,
- Özel sektör sağlık hizmet sunucularının sağlık sistemindeki payının ve etkinliğinin artırılması,
- Kamuda alt kademelere yetki devri yapılabilmesi,
- Hekim ve hemşire başta olmak üzere yetersiz sayıdaki sağlık profesyonellerinin sayısının artırılması,
- Sağlıkta e-dönüşümün uygulamaya konmasıdır.

Bu hedefleri gerçekleştirmek üzere, Dünya Bankası'yla yapılan işbirliğiyle SDP 2003 yılında fiilen başlatılmıştır²¹².

2.3.2. SDP'nin Gelişimi

Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nin başlatılmasına yönelik reform önerileri Dünya Bankası'ndan gelmiştir. Türk uzmanlardan oluşan bir heyet ile Dünya Bankası yetkilileri 2001 ve 2004 yıllarında anlaşmalar imzalamış ve oluşturulan komisyon

²¹¹ AKDAĞ ve Diğerleri (Ed.), **Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri Kasım 2002 - 2008 (Alma-Ata'nın 30. Yılı Hatırasına)**, s.21

²¹² Ali Nazım SÖZER, "Sağlıkta Dönüşüm Projesi ve Genel Sağlık Sigortası", **Tisk Akademi**, Cilt.1, Sayı.1, (2006), ss.47-48

SDP'ye yönelik müşterek faaliyet yürütme kararı almıştır. Bu işbirliği neticesinde, Dünya Bankası 2003'te hazırladığı “Türkiye: Daha İyi Erişim ve Verimlilik İçin Sağlık Sektöründe Reform” (Turkey: Reforming Health Sector For Improved Access and Efficiency) başlıklı raporu sunmuştur. SDP'nin teorik bileşenleri bu rapora dayanmaktadır²¹³.

2003 Dünya Bankası Raporu'na göre, Sağlıkta Dönüşüm Reformu belirli aşamalardan oluşmaktadır. Birinci aşamada, dağınık ve parçalı yapıdaki sosyal güvenlik sisteminin yeniden yapılandırılması; bu amaçla SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı kurumları ile Yeşil Kart Uygulamasının tek bir çatı altında birleştirilerek SGK'nın kurulması öngörülmüştür. Böylece, herkesi kapsayan bir Genel Sağlık Sigortası mekanizmasının oluşturulması tasarlanmıştır²¹⁴. Diğer aşamada, Sağlık Bakanlığı ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılması planlanarak her iki bakanlığın fonksiyonel yapıları, görev tanımları ve faaliyet alanlarının yeniden belirlenmesi gerektiği ileri sürülmüştür²¹⁵. Reformun bir diğer ayağı ise, birinci basamak sağlık servislerinde Aile Hekimliği uygulamasının başlatılmasını içermektedir²¹⁶. SDP'nin 2003 yılında hayata geçirilmesiyle kısa bir zaman zarfında Türkiye sağlık sisteminde köklü reformlar ve önemli gelişmeler gerçekleştirilmiştir.

2.3.3. SDP ile Sağlık Sisteminde Gerçekleştirilen Reformlar ve Yenilikler

SDP'nin 2003'te uygulamaya konmasıyla birlikte sağlık hizmetlerinin sunumunda ve finansmanında gerçekleştirilen çok sayıdaki değişim ve reformların başlıcaları aşağıda özetlenmiştir²¹⁷.

2003 yılında; hastaların ödeme yapamadıkları için hastanede rehin tutulması yasaklanmış ve böylece hastanede rehin kalma dönemi son bulmuştur. Sağlık tesislerinde performansla dayalı ödeme sistemine geçilmiş, aktif devlet memurları da özel sağlık hizmet sunucularından hizmet alabilmeye başlamış, her hekime bir muayene

²¹³ ATAAY, **a.g.m.**, ss.170-171

²¹⁴ The World Bank, **a.g.e.**, ss.55-58

²¹⁵ The World Bank, **a.g.e.**, ss.68-71

²¹⁶ The World Bank, **a.g.e.**, ss.71-72

²¹⁷ ATASEVER, **a.g.e.**, ss.66-77; AKDAĞ (Ed.), **a.g.e.**, ss.421-429; ALTUN ve Diğerleri, **a.g.m.**, s.72

odası tahsis edilmesi kararlaştırılmıştır. 2004'te; Geri Ödeme Komisyonu kurulmuş, ilaçta KDV %18'den %8'e düşürülmüş, Yeşil Kartlıların ayakta tedavi hizmetleri teminat kapsamına alınmış, İlaçta Referans Fiyat Sistemi uygulamasına geçilmiştir. 2005 yılına gelindiğinde; SSK'nın sağlık tesisleri Sağlık Bakanlığı'na devredilmiş, Düzce'de Aile Hekimliği Pilot Uygulaması başlamış, 112 Acil Servis hizmetleri tüm vatandaşlar için ücretsiz hale getirilmiş, Sağlık Bakanlığı'nın kuruluşlarına Performansa Dayalı Ek Ödeme uygulaması entegre edilmiştir.

2006'da; 5502 ve 5510 sayılı Kanunlar kabul edilerek Genel Sağlık Sigortası sistemi ve SGK kurulmuş, Medula uygulaması başlatılmıştır. 2007 yılında; SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı mensupları SGK ile anlaşmalı tüm sağlık tesislerine başvurabilme hakkına kavuşmuş, sağlık karneleri kaldırılarak TC Kimlik Numarası ile sağlık hizmetlerine müracaat dönemi başlamıştır. 2008'de SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı'nın hukuki varlığı sona erdirilerek GSS fiilen yürürlüğe konmuş, ilaçta Karekod uygulaması başlamış, 18 yaş altı tüm nüfus sosyal güvencesi olup olmadığına bakılmaksızın otomatik olarak GSS kapsamına alınmış, Acil ve yoğun bakım tedavi hizmetleri tüm sağlık tesislerinde tüm vatandaşlar için ücretsiz hale getirilmiştir.

2009 ve sonraki yıllarda; özel hastanelerin puanlandırılması ve ilave ücret alınması hakkında yönerge çıkarılmış, Sağlık Bakanlığı hekimlerinin tam gün çalışmasını zorunlu kılan Tam Gün Yasası kanunlaşmış, İlaç Takip Sistemi ve Merkezi Hastane Randevu Sistemi başlatılmış, devlet memurlarının sağlık ödeme sistemleri SGK'ya devredilmiş, GSS Yeşil Kartlıları da kapsayacak şekilde tüm vatandaşlar için zorunlu hale getirilmiş, akılcı ilaç kullanımına ilişkin Ulusal Eylem Planı hazırlanmış, Aile Hekimliği uygulaması tüm ülke çapında yaygınlaştırılmıştır,

SDP çerçevesinde 5502 sayılı Yasanın kanunlaşmasıyla SGK kurulmuştur. SGK, sosyal güvenlik sistemini ve zorunlu sağlık sigortasını idare ve organize eden monopsonik güce sahip kamu kurumu olarak kritik öneme sahiptir.

2.4. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)

2006 Yılında 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu'nun yürürlüğe girmesiyle Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı, Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü ve

Bağ-Kur Genel Müdürlüğü aynı çatı altında birleştirilerek bu kurumların hukuki varlığı sona erdirilmiş ve Sosyal Güvenlik Kurumu kurulmuştur²¹⁸. Böylece, sağlık sisteminde Tek Taban Tek Çatı hedefine ulaşılmıştır²¹⁹.

SGK; 5510 sayılı kanun başta olmak üzere ilgili kanunlarda belirtilen görev, yetki ve faaliyetleri yerine getirmekle yükümlü, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlı bir kamu kurumudur. Tüzel kişiliğe sahip olan SGK, yönetsel ve finansal olarak özerk bir yapıya sahiptir. SGK'nın amacı, topluma kolay ulaşılabilir, hakkaniyetli, finansal olarak sürdürülebilir ve yüksek kaliteli sosyal güvenlik hizmetleri sunulmasını sağlamaktır²²⁰.

2.4.1. SGK'nın Örgütsel Yapısı ve Fonksiyonları

SGK; Genel Kurul, Yönetim Kurulu ve Başkanlık olmak üzere üç ana organdan oluşmaktadır²²¹. Başkanlık Birimi, Merkez ve Taşra olmak üzere iki teşkilattan oluşmaktadır²²². 5510 Sayılı kanunda işaret edilen görev ve yükümlülükleri yerine getirmek, sosyal güvenlik hizmet ve politikalarını icra etmek ve sigortalılarını sahip oldukları hak ve yükümlülüklerine ilişkin bilgilendirmek Kurumun başlıca fonksiyonları arasındadır²²³. Bununla birlikte, SGK'nın en önemli işlevlerinden biri GSS'nin finansman fonksiyonlarını yürütmek ve yönetmektir²²⁴.

2.4.2. SGK'nın Sağlık Hizmeti Satın Alması

SGK; sigortalılarının faydalandığı sağlık hizmetlerini, sağlık kurum ve kuruluşlarından hizmet satın almak suretiyle temin etmektedir²²⁵. Bu doğrultuda, SGK özel ve kamu sağlık sunucularıyla protokoller yapmaktadır. Sigortalıların GSS

²¹⁸ ATASEVER, a.g.e., s.105; Sosyal Güvenlik Kurumu, *Sosyal Güvenlik Reformunun 4. Yılında 400 Yenilik*, s.XIV

²¹⁹ AKDAĞ ve Diğerleri (Ed.), *İlerleme Raporu Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı*, s.69

²²⁰ Sosyal Güvenlik Kurumu, 2014 Faaliyet Raporu, 2015, <http://www.sgk.gov.tr/2014FaaliyetRaporu.pdf>, (20/04/2017), s.1

²²¹ Sosyal Güvenlik Kurumu, 2016 Yılı İdari Faaliyet Raporu, 2017, <http://www.sgk.gov.tr/2016FaaliyetRaporu.pdf>, (18/04/2017), s.2

²²² 5502 Sayılı Kanun, Madde 8

²²³ Sosyal güvenlik Kurumu, Stratejik Plan 2015-2019, http://www.sgk.gov.tr/sp/SGKStratejikPlan_2015_2019.pdf, (24/04/2017), s.15

²²⁴ TOPCUK, "Genel Sağlık Sigortasının Temelleri, Sunumu ve Denetimi", s.29

²²⁵ Yılmaz TOPCUK, "Sosyal Güvenlik Kurumu İle Anlaşmalı Özel Sağlık Hizmeti Sunucusunda Genel Sağlık Sigortalısı Hastaya Ücretli Hasta Muamelesi", *Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi*, Yıl.13, Sayı.67, (2010), s.95

kapsamında sahip oldukları hak ve faydalar, SGK'nın anlaşmalı olduğu sağlık hizmet sunucularında geçerli olmaktadır²²⁶. Sağlık hizmetlerinin ücretleri Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenmektedir²²⁷. Komisyon; Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve Hazine Müsteşarlığı'nı temsil eden birer üye ile SGK'yı temsil eden iki üye olmak üzere toplamda 7 üyeden oluşmaktadır²²⁸.

SGK'nın sağlık hizmet sunucularına yaptığı ödemelerde karma bir yöntem uygulanmaktadır. Götürü bedel olarak tahsis edilen global bütçe ödemesi başta olmak üzere duruma ve şartlara göre hizmet başına ödeme veya paket fiyat ödemesi başvuru olan ödeme yöntemleridir²²⁹.

Sigortalıların işçi ve işveren hissesinden yapmış oldukları prim ödemeleri, gecikme cezaları ve zamları, katkı payı ödemeleri, Sosyal Sigortalara ve GSS'ye yapılan devlet katkısı SGK'nın başlıca gelir kaynaklarını teşkil etmektedir. Kurumun temel gider kalemleri arasında; Sosyal Sigorta kapsamında sigortalılara ödenen emeklilik aylıkları, GSS'lilerin sağlık harcamaları, yönetim giderleri ve eğitim-araştırma faaliyetlerinin maliyetleri bulunmaktadır²³⁰.

2.5. Genel Sağlık Sigortası (GSS)

Genel Sağlık Sigortası, 5510 sayılı kanunla 1 Ekim 2008 tarihinde yürürlüğe giren ve 1 Ocak 2012 tarihinden itibaren de (belirli istisnai nüfus grupları haricinde) tüm nüfusu kapsam altına alan zorunlu sosyal sigortacılık temeline dayalı bir sağlık sigortası mekanizmasıdır. GSS'nin temel amacı bireylerin ödeme gücü dikkate alınmaksızın her sigortalının sağlık hizmeti ihtiyacını karşılamak ve herkesi kapsayan yeterli, kaliteli, erişilebilir, hakkaniyete uygun sağlık hizmeti sunmaktır. Vatandaşların genel sağlık sigortalılığı zorunludur, süreklidir ve yaşam boyunca devam etmektedir²³¹.

²²⁶ 5510 Sayılı Kanun, Madde 73

²²⁷ GSS İşlemleri Yönetmeliği, Madde 50

²²⁸ Sosyal Güvenlik Kurumu, **Sosyal Güvenlik Kapsamındaki Sigortalıların Hak ve Yükümlülükleri**, s.228

²²⁹ TATAR, "Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye'de Gelişimi", s.130; YILDIRIM, **a.g.e.** s.68

²³⁰ 5502 Sayılı Kanun, Madde 34

²³¹ Sosyal Güvenlik Kurumu, **Genel Sağlık Sigortası**, Ankara: Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü, Sosyal Güvenlik Bilgi Serisi No.79, 2013, s.1; TATAR ve Diğerleri, **a.g.e.**, ss.46-47

GSS, SGK'nın Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü (GSSGM) birimi tarafından idare ve organize edilmektedir²³².

GSS ile sigortalılar, sağlık hizmetlerinden ihtiyacı ölçüsünde faydalanmakta, primler ise bireyin gelirine göre tahsil edilmektedir. Dolayısıyla, sigortalının ödediği prim ile yararlandığı sağlık hizmetinin kapsamı ve maliyeti arasında bir ilişki bulunmamaktadır²³³. Ödeme gücü ölçüsünde prim ödeyerek sağlık hizmetlerinden ihtiyacı kadar faydalanmak, tüm sigortalı ve bakmakla yükümlü oldukları yakınları için yasadan gelen bir haktır. SGK ise, sigortalıların bu haklarını kullanabilmelerini sağlamak adına sağlık hizmetlerinin sunumunu yönetmek ve finansmanını sağlamakla yükümlüdür²³⁴. Genel Sağlık Sigortası sisteminin ülkemize kazandırmış olduğu en önemli yenilik; genç-yaşlı, çalışan-işsiz, zengin-fakir, kadın-erkek ayırt etmeksizin toplumun tüm kesimlerinin sağlık sigortası kapsamına alınması ve sağlık risklerine karşı herkese ulaşılabilir ve etkin sağlık güvencesi getirilmiş olmasıdır. GSS ile, kişiler işsiz veya prim ödeyemeyecek durumda olsalar bile, GSS kapsamında ve sigortalı statüsünde sağlık hizmetlerinden yararlanabilmektedirler²³⁵.

Genel Sağlık Sigortasının temel fonksiyonları şu şekilde özetlenebilmektedir²³⁶:

- Sigortalıların ve bakmakla yükümlü oldukları yakınlarının, sağlık riskleri gerçekleşmesi durumunda talep edecekleri sağlık hizmetlerini sunumunu düzenlemek ve bu hizmetlerin finansmanını sağlamak,
- Bireylerin sağlıklı kalmalarını sağlamak,
- İş kazası, meslek hastalığı, hastalık, analık hallerinin vuku bulması durumunda gerekli tıbbi hizmetlerin karşılanmasını sağlamak,

²³² Sosyal güvenlik Kurumu, Stratejik Plan 2015-2019, http://www.sgk.gov.tr/sp/SGKStratejikPlan_2015_2019.pdf, (04/04/2017), s.15

²³³ SÜLKÜ, a.g.e., s.29

²³⁴ 5510 Sayılı Kanun, Madde 62

²³⁵ Ali PEKTEN, "Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve Getirdiği Yenilikler", **Sayıştay Dergisi**, Sayı.61, (Nisan-Haziran 2006), s.120

²³⁶ 5510 Sayılı Kanun, Madde 63

- İş göremezlik hallerinin sona erdirilmesi veya en aza indirilmesi için gerekli her türlü görev ve faaliyeti yerine getirmektir.

Genel Sağlık Sigortası Sisteminin en dikkat çeken özelliği, sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanının birbirinden ayrılmış olmasıdır²³⁷. Bu sistemde SGK özel ve resmi sağlık hizmet sunucularıyla protokoller yaparak sigortalılar adına sağlık hizmeti satın almaktadır. Kurum, kendisi sağlık hizmeti üretimi ve sunumu gerçekleştirmemektedir. SSK'ya ait tüm sağlık tesisleri 2005 yılında Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir²³⁸. Mevcut sistemde SGK'nın kendisine ait sağlık hizmet sunucusu bulunmamaktadır²³⁹. SGK, hem resmi (kamu) hem de özel sağlık hizmet sunucularıyla sözleşmeler yaparak, kurum ve kuruluşlar arası herhangi bir farklı muamele veya ayırım uygulamaksızın sağlık hizmeti satın almaktadır²⁴⁰. Ayrıca 5510 sayılı kanunla birlikte sosyal sigortalar ve sağlık sigortası birbirinden ayrı olarak değerlendirilmiştir. Sosyal Sigortalar hükümleri vatandaşlara yapılacak sosyal ve finansal yardımları konu edinirken, Genel Sağlık Sigortası ile sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı, sigortalılık kriterleri ve sunulacak faydaların kapsamı ve içeriği düzenlenmektedir²⁴¹.

GSS'nin hayata geçirilmesiyle birlikte sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında önemli gelişmeler ve ilerlemeler gözlenmiştir: GSS ile sağlık hizmetlerine erişim kolaylaşmış, yaygınlaşmış ve standart farklılıkları ve adaletsizlikler büyük oranda giderilerek hizmet sunumunda hakkaniyet ve verimlilik arttırılmıştır. Sağlık hizmetlerinde verimlilik, hizmet kalitesi ve finansal sürdürülebilirliğin ülke çapında sürekli olarak yükseldiği göze çarpmaktadır. Ayrıca, ödeme gücü zayıf olan yoksul ve dar gelirli kesimler için daha etkin finansal koruma sağlanmaktadır²⁴². Sigortalılar, GSS kapsamında kamu veya özel hastane ayrımı gözetmeksizin istedikleri sağlık kurum ve kuruluşlarından sağlık hizmeti alabilmekte ve serbest eczanelerden

²³⁷ ATAAY, a.g.m., s.171

²³⁸ TOPCUK, "Sosyal Güvenlik Kurumu İle Anlaşmalı Özel Sağlık Hizmeti Sunucusunda Genel Sağlık Sigortalısı Hastaya Ücretli Hasta Muamelesi", s.95

²³⁹ TOPCUK, "Genel Sağlık Sigortasının Temelleri, Sunumu ve Denetimi", s.33

²⁴⁰ 5510 Sayılı Kanun, Madde 73

²⁴¹ SÜLKÜ, a.g.e., s.29

²⁴² OECD ve Dünya Bankası, **OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye**, 2008, <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/OECDKITAP.pdf>, (10/04/2017), ss.12-13

ihtiyaç duydukları ilaçları alabilmektedir. Ayrıca, yatarak tedavi gören hastalar için gerek duyulan ilaçlar, tedavi gördükleri sağlık tesisi tarafından temin edilmektedir²⁴³.

2.6. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sunumu

2.6.1. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Finansman, hizmetlerin gerçekleştirilmesini sağlamak amacıyla sisteme finansal kaynak temin etme ve bu kaynakları yönetme mekanizması olarak tanımlanmaktadır²⁴⁴. Genel Sağlık Sigortasıyla finansmanın temel prensibi, finansman yükünü bireylerin gelir durumunu göz önünde bulundurarak, adil ve hakkaniyete uygun şekilde dağıtmaktır. Bu doğrultuda, sağlık hizmetlerinin finansmanında tatbik edilecek yöntem ve uygulamaların ülkemizdeki mevcut toplumsal, ekonomik ve politik dinamiklere uygun şekilde yürütülmesi ve kabul edilebilir ve uygulanabilir nitelikte olması büyük önem arz etmektedir²⁴⁵. Genel Sağlık Sigortası Sisteminde öncelikli amaç; tüm nüfusa kaliteli, kolay erişilebilir ve hakkaniyetli sağlık hizmeti sunmaktır. Bu hedefin gerçekleştirilebilmesi adına sağlık hizmetleri finansmanının mali açıdan etkili ve sürdürülebilir şekilde uygulanması kilit rol oynamaktadır²⁴⁶.

Genel Sağlık Sigortası sisteminde sağlık hizmetlerinin finansmanı SGK tarafından yönetilmekte ve yürütülmektedir²⁴⁷. GSS’nin gelirleri; sosyal sigorta primleri, vergiler, devlet katkısı, cepten harcamalar ve isteğe bağlı sağlık sigortası primlerinden oluşmaktadır. Dolayısıyla, Türkiye’de sağlık finansman sisteminin karma bir yapıya sahip olduğunu söylemek mümkündür²⁴⁸.

GSS’nin finansmanı 4 ana kaynaktan sağlanmaktadır²⁴⁹:

²⁴³ Sosyal Güvenlik Kurumu, **Sosyal Güvenlik Reformunun 4. Yılında 400 Yenilik**, s.89

²⁴⁴ AKDAĞ ve Diğerleri (Ed.), **İlerleme Raporu Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı**, s.29

²⁴⁵ World Health Organization Regional Office for Europe, The World Bank, Republic of Turkey Ministry of Health, Turkey Health System Performance Assessment 2011, 2012, <https://www.saglik.gov.tr/Eklenti/2105,turkeyhealthsystem2011pdf.pdf?0>, (06/04/2017), s.30

²⁴⁶ Tatar ve Diğerleri, **a.g.e.**, s.15

²⁴⁷ TOPCUK, “Genel Sağlık Sigortasının Temelleri, Sunumu ve Denetimi”, s.29

²⁴⁸ ATASEVER, **a.g.e.**, ss.42-43

²⁴⁹ YILDIRIM, **a.g.e.**, s.57; Mustafa IŞIK, Fikriye IŞIK, Mithat KIYAK, “Analyzing Financial Structure of Turkish Healthcare System in Comparison with U.S., German, British, French and Cuban Healthcare Systems”, **Journal of Economics, Finance and Accounting**, Vol.2, No.4, (2015), ss.512-513

1) İşçi ve işverenlerin kazançlarından belirli oranlarda kesinti yapılarak toplanan sosyal sağlık sigortası primleri,

2) Merkezi bütçeden sosyal güvenlik fonuna tahsis edilen devlet katkıları ve prim ödeyemeyecek derecede düşük gelirli yoksul kesim için Hazineden yapılan ödemeler (vergiler),

3) Katkı Payı ödemeleri ve SGK ile anlaşmalı olmayan sağlık hizmet sunucularına yapılan ödemeleri de içeren cepten ödemeler,

4) Özel sağlık sigortası primleridir.

Bu doğrultuda, Türkiye’deki sağlık finansmanın sosyal sağlık sigortası, özel sağlık sigortası, vergiler ve cepten ödemeler olmak üzere dört temel mekanizma ile sağlandığı görülmektedir.

2.6.1.1. Sosyal Sağlık Sigortası

Sosyal Sağlık Sigortası, 1990’lardan itibaren özellikle Avrupa’da yaygınlaşmaya başlamıştır²⁵⁰. Finansmanda sosyal sigortacılığın yaygın olarak benimsenmesinin en önemli sebebi, bu yöntemde mali açıdan sürdürülebilirliğin ve öngörülebilirliğin nispeten daha yüksek olmasıdır²⁵¹.

Türkiye’de de sağlık finansmanı büyük oranda işçi ve işverenlerin ödediği primlere dayalı olduğundan dolayı, Genel Sağlık Sigortası ağırlıklı olarak bir Sosyal Sağlık Sigortası sistemidir²⁵². Tüm sigortalı kategorileri için prim oranları ve sigortalılık koşul ve hükümleri ilgili 5510 sayılı Kanunda belirtilmiştir. Çalışanlar zorunlu olarak prim ödemesi yaparken, emeklilerden GSS primi alınmamaktadır²⁵³.

²⁵⁰ Gülbiye Yenimahalleli YAŞAR ve Ece UĞURLUOĞLU, “Sosyal Sağlık Sigortacılığı Mı? Vergilerle Finansman Mı? Sağlık Harcamaları ve Sağlık Sonuçları Açısından Değerlendirme”, **Sosyal Güvenlik Dünyası**, Yıl.13, Sayı.66, (2010), s.46

²⁵¹ TATAR, “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi”, ss.116-117

²⁵² IŞIK, IŞIK ve KIYAK, **a.g.e.**, s.512

²⁵³ TATAR ve Diğerleri, **a.g.e.**, ss.56-57

2.6.1.2. Vergiler

Sosyal sigortacılık mekanizmasının esas olduğu GSS’de, merkezi bütçeden ve Hazine kaynak aktarımı yapılmak suretiyle finansmanda vergiler de kullanılmaktadır. Buna göre, sosyal güvencesi olmayan, sigortalı statüsünde herhangi bir işte çalışmayan ve ikamet ettiği konuttaki hanehalkı içerisinde kişıbaşı aylık ortalama kazancı net asgari ücretin üçte birinden az olan vatandaşların GSS primleri devlet tarafından, Hazine karşılanarak ödenmektedir²⁵⁴. Halka ücretsiz olarak sunulan birinci basamak önleyici sağlık hizmetleri ile aile hekimliği uygulamasının maliyetleri de aynı şekilde devlet bütçesinden vergilerle finanse edilmektedir²⁵⁵. Ayrıca GSS’ye yapılan Devlet katkısı, sermaye yatırımları ve eğitim giderleri de yine vergilerle karşılanmak suretiyle gerçekleştirilmektedir²⁵⁶.

2.6.1.3. Özel Sağlık Sigortası

Özel sağlık sigortası Türkiye’de tamamen isteğe bağlı ve gönüllük esasına dayalıdır. GSS herkesi kapsayan ve zorunlu bir sistem olduğundan dolayı İkame Edici Özel Sağlık Sigortası ülkemizde uygulanmamaktadır. Özel Sağlık Sigortası şirketleri kar amacı güden özel teşebbüs müesseseleridir. 5510 sayılı kanunun hükümlerine ve ilgili kamu otoritesi, Hazine Müsteşarlığı ve SGK’nın resmi kaide, talimat ve tebliğlerine aykırı olmamak kaydıyla taraflar (sigortacı ve sigorta yaptıran) sigorta poliçesine özel şartlar ve maddeler ekleyebilmektedir. Prim oranları, sigortalılık koşulları, sigortalının edineceği hak ve faydaların kapsamı ve içeriği tarafların karşılıklı olarak anlaşmasıyla belirlenmekte ve kararlaştırılmaktadır. Bireyler sadece kendileri için bir sigorta planı talep edebilecekleri gibi aynı zamanda bir grup olarak veya tüm aile fertlerini kapsayan teminat paketleri de sunulabilmektedir²⁵⁷.

Özel sağlık sigortasında ayakta ve yatarak olmak üzere iki temel tedavi teminatı sunulmaktadır²⁵⁸. Ülkemizde tek başına ana finansman sistemi olarak kullanılmayan özel sağlık sigortası, GSS’yi Destekleyici ve Tamamlayıcı fonksiyonda

²⁵⁴ 5510 Sayılı Kanun, Madde 60

²⁵⁵ ALTUN ve Diğerleri, **a.g.m.**, s.76

²⁵⁶ YILDIRIM, **a.g.e.**, s.57

²⁵⁷ TATAR ve Diğerleri, **a.g.e.**, ss.57-58

²⁵⁸ YILDIRIM, YILDIRIM ve AKBULUT, **a.g.e.**, ss.154-155

uygulanmaktadır²⁵⁹. Özel sağlık sigortacılığı Türkiye’de son yıllarda gelişme göstermiştir. 2008 yılında 1 milyon 297 bin olan özel sağlık sigortalısı sayısı 2012 yılında 2 milyon 579 bine yükselmiş²⁶⁰, 2014 yılının Ocak – Kasım arası döneminde ise bu sayı 4 milyon 39 bin olmuştur²⁶¹.

2.6.1.4. Cepten Ödemeler

Türkiye’de cepten ödemeler; doğrudan ödemeler, katılım payları, enformel ödemeler ve ilave ücret ödemeleri şeklinde sigortalının kendi cebinden yaptığı ödemelerdir²⁶². Özel ve resmi sağlık hizmet sunucularında sunulan muayene, tedavi ve ilaçlar için belirli tutarlarda katılım payı alınmaktadır²⁶³. Özel sağlık hizmet sunucularından alınan sağlık hizmetleri için SGK’nın GSS kapsamında karşılamış olduğu hizmet tutarının haricinde sigortalılar ayrıca ilave ücret ödemektedir²⁶⁴. Katılım payları ve ilave ücret ödemeleri GSS kapsamında SGK tarafından karşılanmamakta, sigortalı bu bedelleri kendisi cepten ödemektedir. Bunların yanında, enformel ödemeler ve estetik amaçlı yapılan sağlık hizmetleri gibi SGK tarafından finansmanı sağlanmayan sağlık harcamaları da cepten ödemelerle finanse edilmektedir²⁶⁵.

2.6.2. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Yönetimi

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumu hem kamu hem de özel sağlık hizmet sunucularından tedarik edilmektedir. Aile hekimliği, dispanserler, önleyici sağlık ve bakım hizmetleri ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak Sağlık Bakanlığı tarafından, Bakanlığa ait resmi sağlık hizmet tesislerinde sunulmaktadır. Üniversite hastaneleri ve özel sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşlar diğer sağlık hizmet sunucularıdır²⁶⁶.

TBMM, sağlık faaliyetlerine ilişkin kanuni düzenlemeleri yürütmekte olan yetkili yasama organıdır. TBMM’de oluşturulan ve kabul edilen kanunlar, sağlık

²⁵⁹ ŞAHİN ve Diğerleri, **a.g.e.**, s.50

²⁶⁰ <https://www.sigortam.net/saglik-sigortasi/saglik-sigortasi-buyumeve-devam-ediyor> (09/04/2017)

²⁶¹ Türkiye Sigorta Birliği, <http://www.tsb.org.tr/resmi-istatistikler.aspx?pageID=909>, (10/04/2017)

²⁶² TATAR ve Diğerleri, **a.g.e.**, s.58

²⁶³ 5510 Sayılı Kanun, Madde 63

²⁶⁴ 5510 Sayılı Kanun, Madde 73

²⁶⁵ Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği, Madde 24; YILDIRIM, **a.g.e.**, s.57

²⁶⁶ TATAR ve Diğerleri, **a.g.e.**, s.XVI; YILDIRIM, **a.g.e.**, ss.25-26

hizmetlerinin sunumu ve finansmanına ait tüm hüküm ve kaidelerin hukuki ve resmi dayanağını teşkil etmektedir²⁶⁷. TBMM ile birlikte Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı, Sağlık Bakanlığı, YÖK ve Anayasa Mahkemesi sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumunda politika oluşturma ve hukuki düzenlemeleri yönetmekle yetkili ilgili kamu otoriteleridir. Sağlık Bakanlığı ve il sağlık müdürlükleri, sağlık hizmetlerinin yönetilmesinde karar verme ve yönetim fonksiyonlarını yerine getirmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı SGK başta olmak üzere Maliye Bakanlığı, özel sağlık sigortası firmaları, kendi kendini finanse eden kurumlar ve uluslararası kurum-kuruluşlar tarafından sağlanmaktadır. Kamusal sağlık hizmet sunucuları; Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastaneleridir. Özel hastaneler, vakıf hastaneleri, azınlıklara ait sağlık tesisleri, kendi muayenehanesinde bağımsız çalışan özel hekimler, ayakta tedavi hizmeti sunan klinikler, özel teşhis, tetkik, görüntüleme, diyaliz merkezleri ile laboratuvarlar, eczaneler ve tıbbi ekipman ve malzeme satışı yapan kişi ve müesseseler özel sağlık hizmet sunucularını teşkil etmektedir²⁶⁸.

Sağlık Bakanlığı, sağlık politikalarının belirlenmesi, sağlık hedef ve stratejilerinin uygulamaya konması fonksiyonlarını yürütmekte olan ve sağlık hizmetlerinin sunumunda ağırlıklı rol oynayan temel hizmet sağlayıcısı konumundaki kamu organıdır. Sağlık Bakanlığı; birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ile anne-çocuk bakımı ve aile planlaması servislerini tedarik eden ana hizmet sunucusu olmakla birlikte ayrıca ücretsiz aile hekimliği ve önleyici sağlık hizmetlerinin sunumunu yapan tek sağlık hizmet tedarikçisidir. İl sağlık müdürlüklerinde çalışan hekimler ise bulundukları şehirlerdeki sağlık hizmetlerini planlamak, organize etmek ve gerçekleştirmekle görevli sağlık profesyonelleridir²⁶⁹.

Genel sağlık sigortasında sigortalılara sunulan sağlık hizmetleri ve faydaların kapsamı geniş tutulmuştur²⁷⁰. Birinci, ikinci ve üçüncü basamak önleyici, tedavi ve rehabilite edici temel sağlık hizmetleri ile anne-çocuk sağlığı hizmetleri, 18 yaş altı tüm çocuklara sigortalı statüsünde koşulsuz ve ücretsiz olarak sunulan tedavi ve

²⁶⁷ TATAR ve Diğerleri, **a.g.e.**, s.15

²⁶⁸ ÖZBAY ve Diğerleri, **a.g.e.**, s.102

²⁶⁹ TATAR ve Diğerleri, **a.g.e.**, ss.15-20; ÖZBAY ve Diğerleri, **a.g.e.**, ss.102-106

²⁷⁰ TATAR ve Diğerleri, **a.g.e.**, s.49

ilaç hizmetleri, ücretsiz acil servis ve 112 ambulans uygulaması GSS kapsamında sigortalılara sağlanan hak ve faydaların başlıcalarıdır²⁷¹.

2.6.3. GSS’de Sigortalılığa İlişkin Kapsam, Hüküm ve Koşullar

Genel Sağlık Sigortasında, sigortalıların hak, kapsam, fayda ve yükümlülüklerine ilişkin 5510 sayılı kanunda belirtilen başlıca hüküm ve koşullar aşağıdaki şekilde açıklanabilmektedir:

2.6.3.1. GSS Kapsamında Sigortalı Sayılanlar, Sigortalılık Koşulları ve Prim Oranları

Belirli kişi ve meslek grupları haricinde; çalışan veya çalışmayan tüm Türkiye Cumhuriyeti vatandaşları, vatansızlar, sığınmacılar, Türkiye’de 1 yıldan uzun bir süredir ikamet etmekte olan ve başka bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalılığı bulunmayan yabancı ülke vatandaşları sigortalı statüsünde, GSS kapsamında yer almaktadır.²⁷² Ayrıca, 18 yaşını doldurmamış vatandaşlar, anne-babalarının sigortalılık durumları dikkate alınmaksızın koşulsuz olarak GSS kapsamında sigortalı sayılmaktadır²⁷³.

Genel Sağlık Sigortası’nda, yasa gereği sigortalılar SGK’ya prim ödemekle yükümlüdür. SGK, finansman fonksiyonlarını tatbik edebilmek adına sigortalılardan bu primleri toplamaktadır²⁷⁴. 5510 sayılı Kanunun 4. maddesinde belirtilen zorunlu sigortalılar için GSS prim oranları, prime esas kazanç üzerinden işveren hissesi %7,5, çalışan sigortalı hissesi %5 olmak üzere toplam %12,5’tir. İsteğe bağlı sigortalılar kazançlarının %12’si oranında GSS primi ödemektedir. İşsizlik ödeneği alanlar %12, İş-Kur meslek edindirme kursiyerleri %12,5, staj yapan meslek lisesi ve üniversite öğrencileri ile çıraklar %5 oranlarında GSS primi ödemekle mükelleftir²⁷⁵.

²⁷¹ 5510 Sayılı Kanun, Madde 63; Kadir GÜRSOY, “An Overview of Turkish Healthcare System After Health Transformation Program: Main Successes, Performance Assessment, Further Challenges and Policy Options”, **Sosyal Güvenlik Dergisi**, Yıl.3, Sayı.7, (Şubat 2015), s.90

²⁷² 5510 Sayılı Kanun, Madde 60

²⁷³ 5510 Sayılı Kanun, Madde 67

²⁷⁴ 5510 Sayılı Kanun, Madde 73

²⁷⁵ Sosyal Güvenlik Kurumu, **Sosyal Güvenlik Sisteminde Primler**, Ankara: Sosyal Güvenlik Kurumu Sigorta Primleri Genel Müdürlüğü, 2013, s.28

5510 sayılı kanunun 4. maddesinde belirtilen zorunlu sigortalılar ile isteğe bağlı sigortalıların ve bakmakla yükümlü oldukları hak sahibi yakınlarının sağlık hizmetlerinden faydalanabilmeleri için sigortalının son 1 yıl içerisinde en az toplam 30 gün GSS prim ödeme gün sayısı bulunuyor olması gerekmektedir²⁷⁶. Fakat, 18 yaşını doldurmamış bireylerin ve hayatını devam ettirebilmek için başkasının bakımına muhtaç durumdaki kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanabilmeleri için hiçbir prim gün sayısı şartı bulunmamaktadır²⁷⁷. GSS kapsamındaki sigortalılık statüsü, kişinin başka bir ülkede kalıcı olarak yaşamak amacıyla yurtdışına taşındığı veya sigortalının öldüğü tarihten itibaren sona ermektedir²⁷⁸.

2.6.3.2. GSS Kapsamında Sigortalı Sayılmayanlar

5510 sayılı Kanun çerçevesinde; ikametgahı Türkiye dışında olanlar, Anayasa Mahkemesi üyeleri, eski bakanlar, askerlik görevini er veya erbaş olarak yapmakta olanlar, cezaevinde bulunan hükümlü ve tutuklular, Türkiye’de 1 yıldan az bir süredir ikamet etmekte olan yabancı ülke vatandaşları, yurtdışından Türkiye’ye gelen yabancılardan kendi ülkelerindeki sosyal sigorta mevzuatına tabi olanlar, milletvekilleri, Türkiye’nin yabancı ülke topraklarında bulunan temsilciliklerinde görev yapan kişilerden o ülkenin sosyal sigortasına bağlı olanlar GSS kapsamında yer almamaktadır²⁷⁹.

2.6.3.3. Sosyal Güvencesi Olmayanların Primlendirilmesi

Hiçbir sosyal güvencesi olmayan kişiler; 5510 sayılı kanunun dördüncü ve beşinci maddeleri kapsamında sigortalı olmayanları ve evlat ya da eş gibi bakmakla yükümlü olunan hak sahibi statüsünde olmayan kişileri ifade etmektedir²⁸⁰. Buna göre, ikamet ettiği konuttaki hanehalkı içerisinde, kişi başı aylık ortalama geliri net asgari ücretin üçte birinden az olanlar, herhangi bir prim ödemeksizin sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadır (G0 gelir seviyesi). Bu kişilerin primleri devlet bütçesinden karşılanmaktadır. Hanehalkı içerisindeki kişi başı aylık ortalama geliri, net asgari

²⁷⁶ 5510 Sayılı Kanun, Madde 67-a

²⁷⁷ PEKTEN, **a.g.m.**, ss.122-123

²⁷⁸ Sosyal Güvenlik Kurumu, **Sosyal Güvenlik Kapsamındaki Sigortalıların Hak ve Yükümlülükleri**, s.256

²⁷⁹ Sosyal Güvenlik Kurumu, **Genel Sağlık Sigortası**, ss.12-13

²⁸⁰ Sosyal Güvenlik Kurumu, **Sosyal Güvenlik Sisteminde Primler**, s.31

ücretin üçte birinden fazla olanlar, asgari ücretin brüt tutarının %3'ü kadar prim ödemektedir²⁸¹. 30001 Sayılı Resmi Gazetede yayımlanan 6824 sayılı Torba Yasayla, 5510 sayılı Kanunun atmışıncı maddesine ek ibare ve geçici maddeler eklenmiş ve böylece 1 Nisan 2017 tarihi itibarıyla zorunlu gelir testi ve farklı gelir seviyesi uygulamaları yürürlükten kaldırılmıştır.

2.6.3.4. SGK Tarafından Finansmanı Sağlanan Sağlık Hizmetleri

SGK'nın maliyetlerini karşıladığı başlıca sağlık hizmetleri; koruyucu ve önleyici sağlık hizmetleri, hastalanma halinde hastanın sağlığına kavuşması için ihtiyaç duyulan teşhis, muayene, tetkik, ayakta veya yatarak tedavi, ilaç, tıbbi bakım, cerrahi operasyon, hücre nakli hizmetleri, bu hizmetlerin uygulanması sürecinde hekim tarafından gerekli görülen tıbbi cihaz, protez, aşı, kan, ortez gibi tıbbi malzeme, ürün ve uygulamalar; analık hallerinde yararlanılan ayakta veya yatarak tedavi ve tetkik hizmetleri, acil servis müdahaleleri, ağız ve diş sağlığı hizmetleri olarak sıralanmaktadır²⁸².

2.6.3.5. SGK Tarafından Finansmanı Sağlanmayan Sağlık Hizmetleri

Sosyal Güvenlik Kurumu; kişinin vücut bütünlüğü ve anatomik-fizyolojik-psikolojik sağlığı için doğrudan tehlike oluşturan çeşitli hastalıklar, iş kazası, meslek hastalığı ve benzeri durumlar haricindeki sağlık harcamalarını karşılamamaktadır. Bunlar; estetik amaçlı olarak sunulan sağlık hizmetleri, estetik amaçlı Ortodonti tedavileri, Ozon Tedavisi, Mezoterapi, Akupunktur ve estetik amaçlı yapılan cerrahi operasyonlardır. Sağlık Bakanlığı'nın uygulanmasına ve kullanılmasına izin vermediği sağlık hizmetleri ile tıbben sağlık hizmeti olarak kabul etmediği sağlık faaliyetlerinin finansmanı SGK tarafından sağlanmamaktadır²⁸³. Ayrıca, SGK kendisi ile sözleşmesi bulunmayan hizmet sunucularından temin edilen sağlık hizmetlerini de (acil servis hizmetleri hariç) finanse etmemektedir²⁸⁴.

²⁸¹ 6824 Sayılı Kanun, Kabul Tarihi: 23/02/2017, 30001 Sayılı Resmi Gazete, Yayımlanma Tarihi: 08/03/2017, Madde 15 ve 20

²⁸² 5510 Sayılı Kanun, Madde 63

²⁸³ 5510 Sayılı Kanun, Madde 64

²⁸⁴ 5510 Sayılı Kanun, Madde 73

2.6.3.6. Katılım Payı

Sigortalılar ve bakmakla yükümlü oldukları hak sahipleri, sağlık hizmetlerinden faydalanabilmek için katılım payı ödemekle mükelleftir²⁸⁵. Katılım payı alınmasının temel amacı; sağlık hizmet sunucularına yönelik aşırı talebi azaltmak ve gereksiz hizmet kullanımını önlemektir²⁸⁶. GSS’de katılım payı uygulanan sağlık hizmetleri şunlardır²⁸⁷:

- 1) Ayakta tedavilerde doktor muayenesi,
- 2) Ayakta tedavilerde kullanılan reçeteli ilaçlar,
- 3) Protez ve Ortezler,
- 4) Tüp bebek tedavisidir. Aile hekimleri tarafından yapılan ayakta muayeneler için katılım payı tahsil edilmemektedir.

1 Ocak 2017 tarihi itibarıyla belirlenen ayakta tedavi kapsamındaki doktor muayenesi katılım payları; ikinci basamak kamu sağlık sunucularında 6 TL, Sağlık Bakanlığı’na bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinde 7 TL, üçüncü basamak hizmet sunucularında 8 TL’dir. Özel sağlık hizmet sunucularında ise ayakta tedavi muayeneleri için 15 TL katılım payı tahsil edilmektedir²⁸⁸.

Ayakta tedavide kullanılan reçeteli ilaçlar için, SGK’dan maaş veya başka herhangi bir gelir alanlar %10, diğer sigortalılar %20 oranında katılım payı ödemektedir. Bunlara ek olarak, reçeteli ilaçlar için 3 kutuya kadar 3 TL, 3 kutudan sonraki ilave her bir kutu ilaç için 1 TL ayrıca katılım payı tahsil edilmektedir. Vücut dışı protez ve ortezler için de aynı şekilde, SGK’dan maaş veya gelir alanlar %10, diğer sigortalılar %20 katılım payı ödemektedir²⁸⁹. Tüp bebek tedavilerinde, tedavinin bedeli

²⁸⁵ 5510 Sayılı Kanun, Madde 3

²⁸⁶ Sosyal Güvenlik Kurumu, **Genel Sağlık Sigortası**, s.27

²⁸⁷ 5510 Sayılı Kanun, Madde 63

²⁸⁸ 18/02/2017 Tarihli değişiklik tebliği eklenmiş Güncel SUT 2013

²⁸⁹ 5510 Sayılı Kanun, Madde 68

üzerinden birinci denemede %30, ikinci denemede %25, üçüncü denemede %20 oranında katılım payı sigortalılardan tahsil edilmektedir²⁹⁰.

2.6.3.7. İlave Ücret

SGK ile sözleşmesi bulunan özel sağlık hizmet sunucuları ile vakıf üniversitelerine bağlı sağlık sunucuları, kurumlarında sağlık hizmetlerinden faydalanan sigortalılardan ilave ücret tahsil edebilmektedir. İlave ücretin SGK tarafından belirlenen bir üst limiti bulunmaktadır. Özel hizmet sunucuları ilave ücret olarak, hastalara belirlenen bu tavan fiyatın üzerinde bir meblağ fatura edememektedir. SGK tarafından finansmanı sağlanmayan sağlık hizmetleri için ödenen hizmet bedelleri ilave ücret olarak kabul edilmemektedir. Ayrıca SGK, ödemiş oldukları ilave ücretler için sigortalılara geri ödemede bulunmamaktadır²⁹¹.

2.6.3.7. Provizyon İşlemleri ve Medula Sistemi

Sağlık hizmetlerinde uygulanan tüm başvuru, tescil, kayıt ve ödeme işlemlerinde, Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olan sigortalılar ve bakmakla yükümlü oldukları hak sahibi yakınları için sosyal güvenlik sicil numarası olarak TC Kimlik Numarası geçerli olmaktadır. Yabancı uyruklu kişilere ise İçişleri Bakanlığı tarafından GSS tescil ve müracaat işlemlerinde kullanılmak üzere bir sosyal güvenlik kimlik numarası temin edilmektedir²⁹².

Sigortalıların sağlık hizmetlerinde provizyon ve tescil işlemleri TC Kimlik Numaralarıyla Medula sistemi üzerinden yapılmaktadır. Medula; sağlık hizmet sunucuları, hekimler, eczacılar, optisyenler ve sigortalılar tarafından gerçekleştirilen tıbbi hizmet ve ürün sunumuna ilişkin hasta kabul, provizyon, tedavi, eczane, satın alma, ödeme, geri ödeme ve faturalandırma işlemlerinin online olarak kayıt ve kontrol altına alındığı bütünleşik bir elektronik bilgi işlem sistemidir. Medula; Medikal ve Ulak

²⁹⁰ 18/02/2017 Tarihli değişiklik tebliği eklenmiş Güncel SUT 2013; 29136 Sayılı, 01/10/2014 Tarihli Resmi Gazete

²⁹¹ 5510 Sayılı Kanun, Madde 73

²⁹² 5510 Sayılı Kanun, Madde 92

kelimelerinin kaynaştırılmasıyla türetilmiş bir sözcüktür. 2006 Yılında uygulamaya konmuştur²⁹³.

Medula sistemiyle tıbbi hizmet ve ürünlerin sunumu ve faturalandırma bilgileri, tedavi süreçleri ve reçete işlemleri web üzerinde kayıt ve denetim altına alınmaktadır. Medula uygulaması; Medula Hastane, Medula Eczane, Medula Optik ve Medula Şahıs Ödemeleri olmak üzere dört alt modülden oluşmaktadır. Medula Hastane sistemiyle sigortalıların SGK ile anlaşmalı özel ve resmi sağlık hizmet sunucularından temin ettikleri sağlık ürün ve hizmetlerine ilişkin başvuru ve fatura verileri kayıt ve denetim altına alınmaktadır. Medula Eczane’de kurum ile sözleşmesi olan eczanelerde satılan reçeteli ilaçların, Medula Optik’te de SGK’yla anlaşmalı optisyenlerden temin edilen görmeye yardımcı tıbbi malzemelerin fatura ve kullanım bilgileri kaydedilmektedir. Medula Şahıs Ödemeleri Modülü’ndeysen, sigortalılar yararlandıkları sağlık hizmetleri için tek bir elektronik veri tabanı üzerinden bireysel ödemelerini gerçekleştirebilmektedir²⁹⁴.

2.7. Türkiye’de Sağlık Harcamaları

Sağlık harcamaları; bir ülkenin sağlık sistemindeki hizmet kalitesi, mali sürdürülebilirlik, hizmetlere erişilebilirlik ve hakkaniyet unsurlarına ilişkin önemli veriler ve göstergeler sunan parametrelerdir²⁹⁵. Son yıllarda dünya genelinde sağlık harcamalarının hızlı ve sürekli bir artış eğilimi içerisinde olduğu gözlenmektedir. Bu artış, ülkelerin sağlık sistemlerinde ciddi finansman sorunlarına yol açabilmektedir. Bu durum, devletleri ve sağlık yöneticilerini bu harcamaların karşılanabilmesi adına yeni ve daha etkili tedbirler uygulama arayışına sevk etmektedir²⁹⁶.

Dünya nüfusunun giderek yaşlanması, teknolojinin hızla gelişmesi sonucu sağlık hizmet, ürün ve teçhizatlarının daha pahalı hale gelmesi; stres, diyabet, hipertansiyon, obezite, kalp-damar rahatsızlıkları gibi bazı hastalıkların son yıllarda

²⁹³ Nazan ÇEPNİLİ ve Hülya AHISKALIOĞLU, “Sağlıkta Devrimin Adı: Medula”, **SGK Vizyon Dergisi**, Sayı.8, (Ağustos 2014), ss.22-23; ATASEVER, **a.g.e.**, s.94

²⁹⁴ ÇEPNİLİ ve AHISKALIOĞLU, **a.g.m.**, s.23

²⁹⁵ İlker BELEK, “Türkiye’de Sağlık Harcamaları: Makro Düzeyde Bir Değerlendirme”, **Ekonomik Yaklaşım**, Cilt.8, Sayı.24-25, (1997), s.147

²⁹⁶ Emine KILAVUZ, “Sağlık Harcamalarındaki Artış ve Temel Bakım Hizmetleri”, **Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Sayı.29, (2010), ss.173-174

yaygınlaşması, gelişen teknoloji ve iletişim ağı ile birlikte bireylerde sağlık bilinci ve farkındalığının artması ve bunun sonucunda sağlık hizmetlerine yönelik beklenti ve hizmet kalitesi taleplerinin yükselmesi sağlık harcamalarının sürekli olarak artmasına sebebiyet veren başlıca faktörler arasında sayılmaktadır²⁹⁷. Bununla birlikte, bilinçsiz ve aşırı ilaç tüketimi, bazı ilaçların yeterince ya da hiç kullanılmadan israf edilmesi sağlık maliyetlerini adeta körüklemektedir²⁹⁸.

Öte yandan, bir ülkede sağlık harcamalarının yüksek veya sürekli artıyor olması, ülke ekonomisi ve sağlık finansmanı açısından her zaman için olumsuz ve sakıncalı sonuç ya da etkilere sahip olduğu anlamına gelmemektedir. Harcamaların yüksek veya artmakta olması, ülkedeki refah ve gelişmişlik düzeyinin ve sağlık statüsünün iyi durumda olduğuna yönelik göstergeler de sunuyor olabilir. Örneğin, birçok OECD ülkesi gibi kişi başı sağlık harcamalarının nispeten yüksek olduğu toplumlarda, sağlık sistemindeki hizmet kalitesi, hizmetlere ulaşılabilirlik, ortalama yaşam süresi ve kişi başı milli gelir gibi dinamiklerin genellikle ileri düzeyde olduğu dikkati çekmektedir²⁹⁹. Bu doğrultuda, bir ülkedeki refah ve gelişmişlik seviyesi arttıkça, o ülkede sağlık hizmetleri için tahsis edilen finansal kaynakların da genellikle arttığını ileri sürmek mümkündür³⁰⁰.

Sağlık harcamalarının analizi ve değerlendirmesi üç ana kritere göre yapılmaktadır. Bunlar; ne kadar harcama yapıldığı, harcamaların hangi kaynaklardan finanse edildiği ve bu kaynakların hangi hizmet ve hedefler için kullanıldığıdır³⁰¹. Bir ülkedeki gayrisafi yurtiçi hasıla, kişi başı milli gelir ve diğer sosyoekonomik nitelikler, sağlık harcamalarının miktarını ve gidişatını doğrudan etkilemektedir³⁰². Dolayısıyla, sağlık harcamaları analiz edilirken, kişi başı ve toplam sağlık harcamaları, sağlık harcamalarının gayrisafi yurt içi hasıla içindeki payı ve sağlık hizmet sunucularına müracaat sayısı istatistikleri harcamalar hakkında önemli bilgiler sunmaktadır.

²⁹⁷ Mehtap TATAR, “Dünya’da Sağlık Maliyetlerinin Artma Nedenleri”, ss.24-27; KILAVUZ, **a.g.m.**, s.174

²⁹⁸ Mustafa DEMİRKIRAN ve Bayram ŞAHİN, “Pratisyen Hekimlerin İlaç Seçimlerini Etkileyen Faktörlere İlişkin Değerlendirmeleri”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt.13, Sayı.1, (2010), ss.3-4

²⁹⁹ Sevda AKAR, “Türkiye’de Sağlık Harcamaları, Sağlık Harcamalarının Nisbi Fiyatı ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, **Yönetim ve Ekonomi**, Cilt.21, Sayı.1, (2014), ss.320-321

³⁰⁰ The World Bank, **World Development Report 1993- Investing In Helth: World Development Indicators**, 1. Baskı, New York: Oxford University Press, 1993, ss.52-54

³⁰¹ Recep AKDUR, “Sağlık Harcamaları”, **Bilim ve Ütopya**, Cilt.14, Sayı.170, (2008), s.14

³⁰² Sülkü, **a.g.e.**, s.34

GSS kapsamında özel ve resmi sağlık hizmet sunucularında temin edilen tıbbi tedavi ve ilaç hizmetleri ile primsiz sosyal güvence sahibi G0 gelir seviyesindeki GSS'lilerin genel tedavi ve ilaç hizmetlerinin maliyetleri Türkiye'deki sağlık harcamalarını teşkil etmektedir³⁰³. Sağlık harcamaları, diğer ülkelerde olduğu gibi Türkiye'de de her geçen yıl artış göstermektedir. SDP'nin bir aşaması olarak 2006'da GSS Reformu'nun kanunlaşması ve 2008'de yürürlüğe girmesiyle Türkiye nüfusunun çok büyük bir bölümü GSS kapsamında sigortalı olarak sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkına kavuşmuştur. Bunun sonucunda, sağlık hizmetlerine erişilebilirlik ve hizmet talebi artmıştır. Bu durum sağlık tesislerine müracaatların ve dolayısıyla da tedavi ve ilaç harcamalarının bariz şekilde yükselmesine yol açmıştır³⁰⁴.

2.7.1. Sağlık Hizmet Sunucularına Başvuru Sayısı

Sağlık hizmetlerinde hizmet kalitesinin artması ve hizmetlere erişimin kolaylaşması, beraberinde sağlık hizmetlerine yapılan müracaatları da arttırmaktadır. Dolayısıyla, hizmetlere erişilebilirlikle başvuru sayısı arasında doğrudan paralel bir ilişki kurmak yanlış olmayacaktır. Aşağıdaki Tablo 2'de 2009 ve 2016 yılları arasında ikinci ve üçüncü basamak özel ve resmi sağlık hizmet sunucuları ile üniversitelere ait sağlık tesislerine yapılan toplam müracaat sayıları sunulmuştur.

Tablo 2: Sağlık Hizmet Sunucularına Müracaat Sayıları (Bin Adet)

YILLAR	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
	245.930	276.613	317.362	386.784	421.388	447.020	468.442	492.489

Kaynak: http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/aylik_istatistik_bilgileri (28.04.2017)

Tablo 2, Türkiye'de sağlık hizmetlerine olan başvuruların yıllar içerisinde arttığını göz önüne sermektedir. 2009 yılında 246 milyona yaklaşan müracaat sayısı, 2016 yılına gelindiğinde 492 milyon 489 bine ulaşmıştır. Ayrıca, 2002 yılında müracaat eden 208 milyon 966 bin kişi³⁰⁵ olduğu göz önünde bulundurulduğunda, 2002'den 2016 yılına kadar geçen 14 yıllık bir sürede müracaat sayısının iki katından daha fazla bir sayıya ulaştığı görülmektedir.

³⁰³ AKAR, a.g.m., s.316

³⁰⁴ GÜVERCİN, MİL ve TARIM, a.g.m., s.87

³⁰⁵ Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011, 2012, http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/saglik_istatistikleri_villigi_2011.pdf, (30/04/2017) s.85

Toplam başvuru sayısının yanında, Türkiye’de yıllık kişi başı ortalama hekime müracaat sayısının da artış eğiliminde olduğu görülmektedir. Buna göre, 2002 yılında yıllık kişi başı hekime müracaat sayısı 3,2 iken bu sayı 2006 yılında 5,3, 2010’da 7,3 olmuştur³⁰⁶. 2015 yılında ise bu sayı 8,4’e³⁰⁷ çıkarak, 2002’den itibaren 13 yıl sonunda iki katından daha fazla bir miktara ulaşmıştır.

2.7.2. Toplam Sağlık Harcamaları

Toplam sağlık harcamaları; birinci, ikinci ve üçüncü basamak özel ve resmi sağlık hizmet sunucularından temin edilen ayakta ve yatarak tedavi hizmetleri ile ilaç için yapılan toplam harcamaları ifade etmektedir. Tablo 3’te Türkiye’de 2000 -2015 yılları arasında gerçekleşen toplam sağlık harcamaları gösterilmektedir.

Tablo 3: Yıllara Göre Toplam Sağlık Harcamaları (Milyon TL)

YILLAR	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Harcama	8.248	12.396	18.774	24.279	30.021	35.359	44.069	50.904
YILLAR	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Harcama	57.740	57.911	61.678	68.607	74.189	84.390	94.750	104.568

Kaynak: TÜİK Sağlık Harcamaları İstatistikleri 2016

Tablo 3’teki veriler incelendiğinde, 2000 yılında yaklaşık 8,2 milyar TL olan sağlık harcaması 2016 yılına geldiğinde yaklaşık 104 milyar TL’ye yükselerek 16 yıl içinde 12 katından daha fazla artmıştır. 2008 yılında GSS’nin fiilen yürürlüğe girmesiyle sağlık harcamalarının takip eden yıllarda hızlı bir yükseliş trendi içine girmiş olduğu gözlenmektedir. GSS ile sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaşması, sağlık hizmetlerine olan talepleri artırdığından dolayı, harcamaları da bu doğrultuda yükselttiği düşünülmektedir. Tablo 3’te dikkat çeken bir diğer detay ise, 2009 yılında harcamaların bir önceki seneye göre artış oranının 16 yıl içerisindeki en az düzeyde olmasıdır. Zira, 2008’de harcama miktarı yaklaşık 57,7 milyar iken 2009 yılında bu sayı 57,9 milyar olmuş ve sadece yaklaşık 200 milyon TL artarak diğer yıllar arasında bir önceki seneye göre en az artış (değişim) oranı gerçekleşmiştir. 2008 yılında küresel çapta meydana

³⁰⁶ Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011, s.85

³⁰⁷ Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015, 2016, http://www.saglikistatistikleri.gov.tr/dosyalar/SIY_2015.pdf, (30/04/2017), s.133

gelen ekonomik krizin bu duruma yol açan en önemli sebeplerinden biri olduğu tahmin edilmektedir³⁰⁸.

2.7.3. Toplam Sağlık Harcamalarının Gayrisafi Yurtiçi Hasıla İçindeki Payı

Gayrisafi yurtiçi hasıla; bir ülkede belirli bir zaman dilimi içerisinde üretilmiş olan, finansal olarak ölçülebilir nitelikteki her türlü mal ve hizmetin parasal değerlerinin toplamını ifade etmektedir. Bu değerler, ülkedeki ekonomik faaliyetlere ilişkin bilgiler sunan ve toplam finansal üretimi yansıtan göstergelerdir³⁰⁹. Dünya Sağlık Örgütü, bir ülkede sağlık hizmetlerinin kaliteli ve tatmin edici düzeyde gerçekleştirilebilmesi için, sağlık harcamalarının ülkenin gayrisafi yurtiçi hasılası içerisinde en az %5'lik bir paya sahip olması gerektiğini duyurmuştur³¹⁰. Tablo 4'te, 2000 yılından 2015'e kadar Türkiye'deki gayrisafi yurtiçi hasıla miktarları ve sağlık harcamalarının bu değerler içindeki yüzdelik payları verilmiştir.

Tablo 4: Yıllara Göre Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (%)

YILLAR	Gayrisafi Yurtiçi Hasıla (Milyon TL)	Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı
2000	166.658	4,9
2001	240.224	5,2
2002	350.476	5,4
2003	454.781	5,3
2004	559.033	5,4
2005	648.932	5,4
2006	758.391	5,8
2007	843.178	6
2008	950.534	6,1
2009	952.559	6,1
2010	1.0987.99	5,6
2011	1.297.713	5,3
2012	1.416.798	5,2
2013	1.567.289	5,4
2014	1.748.168	5,4
2015	1.952.638	5,4

Kaynak: TÜİK Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2016; Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2015

³⁰⁸ YILDIRIM, a.g.e., ss.57-58

³⁰⁹ Penny S. PRIZTSKER, Ken ARNOLD ve Brian C. MOYER, Measuring the Economy: A Primer on GDP and the National Income, U.S. Department of Commerce Bureau of Economic Analysis, 2015, https://www.bea.gov/national/pdf/nipa_primer.pdf, (30/04/2017) ss.2-3

³¹⁰ DAŞTAN ve ÇETİNKAYA, a.g.m., s.113

Tablo 4'teki veriler incelendiğinde, Türkiye'de sağlık harcamalarının 2000 yılından 2010'a kadar genel olarak bir artış eğilimi içinde olduğu görülmekle birlikte, 2010 yılından itibaren bu oranın önce takip eden iki yılda düşüş ve sonraki yıllarda bir durağanlık seyri gösterdiği dikkati çekmektedir. Bu durum, 2009'da başlayan küresel mali krizden, Türkiye'nin ve Türkiye'deki sağlık harcamalarının da olumsuz yönde etkilendiğini işaret etmektedir³¹¹. 2015'te Türkiye'deki sağlık harcamalarının gayrisafi yurtiçi hasılasındaki yüzdelik oranının 5,4 olduğu görülmektedir. Fakat, bu oranın 2015 yılı için OECD ülkelerindeki ortalamasının %9 olduğu³¹² göz önünde bulundurulduğunda, Türkiye'nin bu konuda birçok Avrupa ülkesinden çok geride olduğu anlaşılmaktadır. Türkiye, birçok Avrupa ülkesine kıyasla genç ve dinamik nüfus ağırlıklı bir ülke konumundadır. Dolayısıyla sağlık harcamaları da nispeten Avrupa ülkelerinin genelinden daha az düzeyde gerçekleşmektedir. Fakat toplam sağlık harcamalarının gayrisafi yurtiçi hasıla içindeki payı da OECD ülkeleri içinde oldukça düşük seviyede seyretmektedir.

2.7.4. Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcamaları

Türkiye'de özellikle son otuz yıllık süreçte kişi başı reel sağlık harcamalarının genel olarak artış gösterdiği tespit edilmiştir. Bu harcamalarda kamunun payı özel harcamalara kıyasla hep yüksek olmuştur. Ülkemizde gerçekleşen kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı, Türkiye gibi gelişmekte olan diğer ülkelerle mukayese edildiğinde oldukça yüksek bir seviyededir³¹³. Bu durum, SGK ve Sağlık Bakanlığı başta olmak üzere, sağlık hizmetlerinin sunumunda ve finansmanında yetkili kamu otoritelerinin etkinliğini ve baskın statüsünü göz önüne sermektedir³¹⁴.

2015 yılı rakamlarıyla, 2000 yılından 2015 yılına kadarki 16 yıla ait kişi başı kamu harcamaları ile özel sağlık harcamalarının sunulduğu Tablo 5, bu durumu örneklendirmektedir.

³¹¹ AKAR, a.g.m., s.317

³¹² OECD Health Data, <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>, (29/04/2017)

³¹³ OECD ve Dünya Bankası, a.g.e., ss.54-56

³¹⁴ Volkan YILMAZ ve Nurhan YENTÜRK, "Türkiye'de Sağlık Harcamalarına Tarihsel Bir Bakış", İstanbul Bilgi ÜniversitesiSivil Toplum Çalışmaları Merkezi, 2015, s.14

Tablo 5: Yıllara Göre Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcamaları (Reel, TL)

YILLAR	Kamu Sağlık Harcaması	Özel sağlık Harcaması	TOPLAM
2000	617	363	980
2001	636	299	935
2002	686	285	971
2003	712	278	990
2004	779	315	1.094
2005	784	372	1.156
2006	880	408	1.287
2007	916	434	1.350
2008	1000	369	1.369
2009	1.032	243	1.275
2010	968	264	1.232
2011	1.009	259	1.268
2012	985	258	1.243
2013	1.021	280	1.300
2014	1.027	299	1.327
2015	1.056	289	1.345

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015

Tablo 5'teki veriler analiz edildiğinde, kişi başı toplam sağlık harcamalarının ve kamusal harcamaların 2006 yılında kanunlaşan GSS reformunun öncesinde de sonrasında da tedrici bir artış eğilimi içinde olduğu göze çarpmaktadır. Bu doğrultuda kişi başına düşen sağlık harcamalarının sürekli artmasının sadece SDP ve GSS reformlarıyla ilişkili olmadığı varsayılmaktadır. Zira yapılan araştırmalarda, SDP uygulamaya koyulmadan önceki 1992-2002 yılları arasındaki dönemde, kamu sağlık harcamalarının gayrisafî yurtiçi hasılaya oranının yaklaşık iki katından daha fazla bir artış gösterdiği saptanmıştır. Yıllar içerisinde gelişen teknoloji ve bazı kronik hastalıkların yaşanma sıklığının artmasıyla birlikte kabaran tedavi ve ilaç maliyetleri, kamu harcamalarının yükselmesine sebebiyet veren en önemli faktörler arasında sayılmaktadır³¹⁵. Tablo 5'te dikkat çeken bir diğer ayrıntı ise, özel sağlık harcamalarının GSS reformunun gerçekleşmesinden önceki ve sonraki yıllarda farklı seyretmesidir. GSS'nin yürürlüğe girmesinden sonra bu harcamalarda genel bir azalma trendi görülmektedir. GSS'nin yasalaşmasıyla tüm nüfusun sağlık güvencesi kapsamına alınması ve sağlık hizmet sunucularına erişilebilirliğin kolaylaşmasıyla, kişi başı özel sağlık harcamalarında azalma olduğu anlaşılmaktadır.

³¹⁵ YILMAZ ve YENTÜRK, a.g.e., ss.14-15

2.8. Türkiye’de Sağlık Hizmet Sunucuları

Türkiye’deki sağlık hizmet sunucuları birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren özel ve resmi sağlık kurum-kuruluşları ile üniversitelere ait sağlık tesislerinden oluşmaktadır. Sağlık hizmet sunucularının tanım, görev ve sınıflandırılmaları 5510 sayılı kanunda belirtilmiştir. Buna göre, hizmet sunucuları; sağlık kuruluşları, sağlık kurumları ve basamaklandırılmayan sağlık kurum-kuruluşları ile diğer sağlık hizmet sunucuları olmak üzere üç kategoriye ayrılmaktadır³¹⁶.

2.8.1. Sağlık Kuruluşları

Sağlık kuruluşları; birinci basamak resmi sağlık kuruluşu, birinci basamak özel sağlık kuruluşu ve serbest eczaneler olmak üzere üç gruba ayrılmaktadır. Sağlık ocakları, 112 Acil Hizmetleri, belediye poliklinikleri, aile hekimlikleri, Anne-Çocuk Sağlığı ve Toplum Sağlığı Merkezleri birinci basamak kamu sağlık kuruluşlarını oluşturmaktadır. Ayakta veya yatarak tedavi hizmeti veren özel sağlık kuruluşları ile özel ağız ve diş sağlığı kuruluşları ise birinci basamak özel sağlık kuruluşları kategorisindedir. Serbest eczaneler, 6197 sayılı kanun çerçevesinde hizmet veren birinci basamak kuruluşlardır.

2.8.2. Sağlık Kurumları

Sağlık kurumları; ikinci basamak resmi, ikinci basamak özel ve üçüncü basamak resmi sağlık kurumları olmak üzere üç gruba ayrılmıştır. Devlet hastaneleri, dal hastaneleri, devlete ait ağız ve diş sağlığı merkezleri, tıp ve dal merkezleri ile belediye hastaneleri ve İstanbul Darülaceze Müdürlüğü Hastanesi ikinci basamak resmi sağlık kurumlarındandır. İkinci basamak özel sağlık kurumları ise ayakta teşhis ve tedavi hizmeti veren tıp merkezleridir. Üçüncü basamak resmi sağlık kurumları; kamuya ait eğitim ve araştırma hastaneleri ile bunlara bağlı poliklinikleri, üniversite hastaneleri ile bunlara bağlı araştırma merkezleri, devlet üniversitelerinin diş hekimliği fakülteleri ile Bezmi Alem Valide Sultan Vakıf Gureba Hastanesi’nden oluşmaktadır.

³¹⁶ Sosyal Güvenlik Kurumu, *Sosyal Güvenlik Kapsamındaki Sigortalıların Hak ve Yükümlülükleri*, ss.228-230

2.8.3. Basamaklandırılmayan Sağlık Kurum ve Kuruluşları ile Diğer Sağlık Hizmet Sunucuları

Dişaliz merkezleri, laboratuvarlar, tanı ve görüntüleme merkezleri ile Refik Saydam Hıfzıssıhha Laboratuvarları basamaklandırılmayan sağlık kurum ve kuruluşlarıdır. Optisyenler, kaplıcalar, medikal teçhizat ve malzeme satıcıları basamaklandırılmamış diğer sağlık hizmet sunucuları kategorisindedir.



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

İNGİLTERE’DE SAĞLIK SİSTEMİNİN FİNANSMANI VE TÜRKİYE İLE KARŞILAŞTIRILMASI

3.1. İngiltere Sağlık Sistemi ve Finansman Yapısı

İngiltere; Galler, İskoçya ve Kuzey İrlanda ile birlikte Birleşik Krallık’ı oluşturan dört ülkeden biridir³¹⁷. Coğrafi ve idari olarak Birleşik Krallık’ın bir parçası ve siyasi yönetiminin merkezi olduğundan dolayı, İngiltere’nin ekonomik özellikleri ile sağlık sisteminin yapısı Birleşik Krallık çerçevesinde ve Krallığa mensup olan diğer üç ülkeyle bağlantılı olarak ele alınmaktadır. Bu doğrultuda, öncelikle Birleşik Krallık’a ait genel bilgileri incelemek gerekmektedir.

Birleşik Krallık, Avrupa Anakarası’nın kuzeybatısında bulunmakta ve iki büyük ada ile beş binden fazla irili ufaklı adacıktan meydana gelmektedir. Toplam yüzölçümü 244.820 kilometre karedir. Resmi adı, Büyük Britanya ve Kuzey İrlanda Birleşik Krallığı (United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland)’dır. Fakat çoğu zaman, kısaca birleşik Krallık olarak da telaffuz edilmektedir³¹⁸. Resmi yönetim biçimi anayasal monarşidir. Monarşi, Lordlar Kamarası ve Avam Kamarası olmak üzere iki yasama organından oluşmaktadır. Hükümetin başı başbakandır. Krallığın başkenti Londra, resmi dili İngilizce’dir. Resmi para birimi İngiliz Sterlini’dir. 2016 Yılı hesaplamalarına göre toplam nüfusu 65,6 milyondur. 2014’te, nüfusun %82,3’ünün kentsel, %17,7’sinin ise kırsal nüfus olduğu tespit edilmiştir³¹⁹.

Birleşik Krallık’ın 2015’teki gayrisafi yurtiçi hasılası 2,86 trilyon Amerikan Doları olmuştur. Aynı tarihte kişi başı milli gelir ise 41.183 Dolar olarak

³¹⁷ *The United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland – General Information*, http://skola.amoskadan.cz/s_aj/AJpdf/aepdf/ae01.pdf, (05/05/2017), s.1

³¹⁸ Jonathan CYLUS ve Diğerleri, “United Kingdom Health System review”, **Health System in transition**, European Observatory on Health Systems and Policies, Vol.17, No.5, (2015), s.1; *The United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland – General Information*, **a.g.e.**, ss.1-2

³¹⁹ **Brittanica Encyclopedia**, “United Kingdom”, <https://www.britannica.com/place/United-Kingdom>, (05/05/2017); Australian Government- Department of Foreign Affairs and Trade, United Kingdom, 2017, <https://dfat.gov.au/trade/resources/Documents/uk.pdf>, (05/05/2017)

gerçekleşmiştir³²⁰. 2015 Yılında doğumda beklenen ortalama yaşam süresi erkeklerin 78,4, kadınların ise 82,8 yıl olduğu hesap edilmiştir³²¹. 2014 yılında ise bu ortalamalar erkeklerde 79,5 yıl, kadınlarda ise 83,2 yıl olarak gerçekleşmiştir³²².

3.1.1. İngiltere Ülke Profili

3.1.1.1. İdari ve Siyasi Yapı

İngiltere, resmi olarak tek başına bağımsız bir hükümet statüsüne sahip değildir. Dolayısıyla, sadece kendisine ait resmi bir siyasi rejimi ve anayasası bulunmamaktadır. Birleşik Krallık'ı oluşturan dört ülkeden biri olarak hukuki ve siyasi düzlemde Krallığın politik bir birimi ve bileşenidir. Merkezi başkent Londra olan Birleşik Krallık Hükümeti'nin yürütmüş olduğu yasama faaliyetleri ile tatbik edilen siyasi ve idari karar, hüküm ve uygulamalar, tüm Birleşik Krallık'ı kapsayacak şekilde geçerliliğe sahiptir ve hukuki zeminde dört ülke için de bağlayıcılığı bulunmaktadır. Bununla birlikte, İngiltere siyasi ve ekonomik bağlamda Birleşik Krallık'ın en baskın ve en büyük ülkesidir³²³.

3.1.1.2. Coğrafi ve Demografik Özellikler

İngiltere; güneyinde İngiliz Kanalı ve doğusunda Kuzey Denizi ile çevrili bir ada ülkesidir. Kuzeyinde İskoçya bulunurken batısında Galler, İrlanda Denizi ve Atlantik Okyanusu yer almaktadır. İngiltere'nin iklimi, ülkenin bölgelerine ve mevsimlere göre değişkenlik göstermekle birlikte, genel olarak ılıman ve yağışlı bir karaktere sahiptir. Kuzybatı ve Güneybatı kesimleri, diğer kısımlara göre nispeten daha yağışlıdır. Sıcaklık ortalamaları güney kısımlarda kuzeye nazaran daha yüksek değerlerde seyretmektedir. İngiltere'nin toplam yüzölçümü 130.281 kilometre karedir. Bu yüzölçümüyle, Büyük Britanya Adası'nın topraklarının yarısından fazla bir alan kaplamaktadır. Dolayısıyla, İngiltere sahip olduğu toplam yüzölçümü bakımından da Birleşik Krallık'ın en büyük ülkesidir. Ülke tarihsel bağlamı ve coğrafi özellikleri

³²⁰ www.tradingeconomics.com, United Kingdom – Economic Indicators, <http://www.tradingeconomics.com/united-kingdom/indicators>, (05/05/2017)

³²¹ **Britannica Encyclopedia**, “United Kingdom”, <https://www.britannica.com/place/United-Kingdom>, (05/05/2017),

³²² OECD Health Data - Health Status, Life Expectancy at Birth, <https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-birth.htm>, (06/05/2017)

³²³ **Britannica Encyclopedia**, “England”, <https://www.britannica.com/place/England>, (07/05/2017)

itibarıyla farklı geleneksel coğrafi bölgelere ayrılmıştır. Bu bölgeler; Güney Batı, Güney Doğu, Batı Midlands, Doğu Midlands, Doğu Anglia, Kuzey Batı, Yorkshire ve Kuzey Doğu olmak üzere sekiz parçadır³²⁴.

İngiltere'nin 2014 yılındaki nüfusu 54.316.600 olarak hesap edilmiştir. 2015 yılına gelindiğinde toplam nüfus 469.700 kişi artarak 54.786.300'e yükselmiştir³²⁵. Bu sayı, Birleşik Krallık'ın toplam nüfusunun %84'üne karşılık gelmektedir. Bu sebeple, İngiltere nüfus bakımından da Birleşik Krallık'ın en büyük ve en kalabalık ülkesi konumundadır³²⁶. İngiltere ve genel düzlemde Birleşik Krallık Nüfusu 1960'lardan itibaren yıllar içerisinde artış eğilimi göstermiştir³²⁷. 2001 yılında 49,4 milyon olan İngiltere nüfusu 14 yıl sonra 2015'te 54,7 milyona ulaşmıştır³²⁸. Birleşik Krallık'taki nüfus artış hızı 2015 yılında %0,8 olmuştur³²⁹.

İngiltere nüfusunun kademeli olarak artmasına sebebiyet veren en önemli faktör, ülkenin dışarıdan sürekli göç alması ve özellikle 1990'lardan itibaren bu göç dalgalarının yoğunlaşmasıdır³³⁰. İngiltere'ye yönelen bu göçmenlerin önemli bir kısmı, Avrupa Birliği üyesi olmayan ülkelerden gelmektedir³³¹.

İngiltere'nin nüfusu her geçen yıl artmaktadır. 1981 yılında 16 yaş altı nüfusun toplam nüfusa oranı %22, 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfusa oranı ise %15 olmuştur. Mevcut nüfus artış oranı ve doğurganlık hızı verileri göz önünde

³²⁴ Sean BOYLE, "United Kingdom (England) – Health System Review", **Health Systems in Transition**, European Observatory on Health Systems and Policies, Vol.13, No.1, (2011), ss.1-2; **Britannica Encyclopedia**, "England", <https://www.britannica.com/place/England>, (07/05/2017)

³²⁵ Office for National Statistics, English Population Mid-Year Estimate, <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/populationandmigration/populationestimates/timeseries/enp-op/pop>, (08/05/2017)

³²⁶ Office for National Statistics, Population Estimates for UK, England and Wales, Scotland and Northern Ireland: Mid-2015, 2016 <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/populationandmigration/populationestimates/bulletins/annualmidyearpopulationestimates/latest>, (08/05/2017), s.3

³²⁷ Karen DUNNEL, "The Changing Demographic Picture of the UK National Statistician's Annual Article on the Population", **Office for National Statistics Population Trends**, Vol.130, (February 2007), s.9

³²⁸ Office for National Statistics, English Population Mid-Year Estimate, <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/populationandmigration/populationestimates/timeseries/enp-op/pop>, (08/05/2017)

³²⁹ The World Bank, Population growth (Annual %), <http://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.GROW>, (08/05/2017)

³³⁰ Office for National Statistics, Overview of the UK Population: February 2016, 2016, <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/populationandmigration/populationestimates/articles/overviewoftheukpopulation/february2016>, (08/05/2017), s.5

³³¹ A. Erdal SARGUTAN (Ed.), **84 Ülke ve Türkiye'nin Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri**, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayını, 2006, s.522

bulundurulduğunda, uzmanlar 2031 yılına gelindiğinde İngiltere'deki 16 yaş altı nüfusun toplam nüfusa oranının %18'e düşeceğini, 65 ve üzeri yaş grubundaki nüfusun ise toplam nüfusun %22'sini oluşturacağını öngörmektedir³³². Ülkedeki yaşam standartlarının ve refah düzeyinin yükselmesi ve doğurganlık hızında azalmalar yaşanması, nüfusun yaşlanmasına yol açan başlıca etkenler olarak dikkati çekmektedir³³³. Birleşik Krallık genelinde doğurganlık hızı 2010'da 1.92 iken, 2014 yılında bu oran 1.82'ye düşmüştür³³⁴.

3.1.1.3. Ekonomik Durum

18. Yüzyıla kadar büyük oranda tarımsal üretime dayalı olan İngiltere ekonomisi, Sanayi Devrimi'nin gerçekleşmesiyle birlikte hızlı ve güçlü bir sanayileşme ve kentleşme sürecine girmiştir. Özellikle 18. ve 19. Yüzyıllarda ülkedeki endüstriyelleşme gelişmeleri büyük ivme kazanmıştır. Demir, çelik, tekstil ve gemi imalatı başta olmak üzere ağır sanayi üretimi ekonomide uzun süre önemli bir yere sahip olmuştur. İngiltere ekonomisi; 2000'li yılların başlarından itibaren bankacılık, finans, perakende, medya, eğlence, eğitim, sağlık ve turizm alanlarındaki ekonomik faaliyetlerin ağırlıkta olduğu hizmet sektörünün egemenliği altındadır³³⁵.

Diğer ülkelerle karşılaştırmalar yapmak amacıyla başvuru makroekonomik göstergeler genellikle sadece İngiltere'ye yönelik olarak üretilmemekte, bir bütün olarak tüm Birleşik Krallık'ı yansıtan göstergeler olacak şekilde hazırlanmaktadır³³⁶. Dolayısıyla İngiltere ekonomisine yönelik ele alınacak aşağıdaki ekonomik veriler, tüm Birleşik Krallık'a ait ekonomik göstergeleri yansıtmaktadır.

Birleşik Krallık'taki gayrisafi yurtiçi hasıla (güncel parasal değeriyle) 1981 yılında 565 milyar USD iken, 2014'te 2,9 trilyon Dolara yükselmiştir. Fakat ülkenin ekonomisi 2007-2008 döneminde dünya genelinde etkisini hissettiren küresel mali

³³² DUNNEL, a.g.m., s.13

³³³ SARGUTAN (Ed.), a.g.e., s.522

³³⁴ Office for National Statistics, Total Fertility Rates (TFR) - UK 1985 to 2014, <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/livebirths/adhocs/005806totalfertilityratestfruk1985to2014>, (08/05/2017)

³³⁵ Britannica Encyclopedia, "England Economy", <https://www.britannica.com/place/England/Economy>, (09/05/2017)

³³⁶ BOYLE, "United Kingdom (England) – Health System Review", s.4

krizden olumsuz etkilenmiş ve gayrisafi yurtiçi hasılda 2009 yılında %4,3 oranında düşüş yaşanmıştır³³⁷. Birleşik Krallık'ın 2016 yılı gayrisafi yurtiçi hasılası 2,64 trilyon, kişi başı milli geliri ise 40.412 Amerikan Dolarıdır³³⁸. 2017 yılı verilerine göre, gayrisafi yurtiçi hasılanın artış oranı %0,3 olurken, enflasyon oranı %2,3, işsizlik oranı %4,7'dir. 2017'nin Mart ayı için toplam işsiz kişi sayısının 765 bin olduğu tespit edilmiştir. Nisan 2017'de saatlik asgari ücret tutarı 7,5 İngiliz Sterlini'dir³³⁹.

3.1.2. İngiltere'de Sağlık Sisteminin Genel Yapısı ve Finansmanı

3.1.2.1. Sağlık Sisteminin Genel Yapısı

İngiltere'nin sağlık sistemi; hizmet kalitesinin yüksek olduğu, tüm nüfusu kapsayan ve oldukça gelişmiş bir sağlık sistemi olarak dikkati çekmektedir³⁴⁰. Sistemin genelinde merkeziyetçi ve bütüncül bir yapı söz konusudur³⁴¹. Sağlık Hizmetlerinin sunumu ve finansmanı Ulusal Sağlık Hizmetleri (National Health Services – NHS) sistemi ile sağlanmaktadır. NHS, tüm nüfusa yönelik birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık ve tıbbi bakım hizmeti sunmaktadır. Hastalar, NHS'nin tedarik ettiği sağlık hizmetlerinden ihtiyaçları nispetinde ve talepleri doğrultusunda ücretsiz olarak faydalanabilmektedir³⁴². NHS, “Ulusal Sağlık Hizmetleri tüm halka aittir” prensibi çerçevesinde faaliyet göstermektedir³⁴³. Birleşik Krallık'ta kalıcı olarak ikamet eden bütün Birleşik Krallık vatandaşları, hizmet sunumu öncesinde veya sonrasında herhangi bir ödeme yapmaksızın NHS'nin sunmuş olduğu sağlık ve bakım hizmetlerinden yararlanma hakkına sahiptir³⁴⁴.

Sağlık hizmetlerine ilişkin yasama, politika belirleme ve yönetim fonksiyonları Parlamento, Devlet Sağlık Sekreteri ve Sağlık Departmanı tarafından

³³⁷ CYLUS ve Diğerleri, **a.g.e.**, s.4; European Commission - Eurostat Database, GDP and Main Components, <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>, (09/05/2017)

³³⁸ <http://statisticstimes.com/economy/projected-world-gdp-ranking.php>, (19/05/2017)

³³⁹ www.tradingeconomics.com, United Kingdom – Economic Indicators, <http://www.tradingeconomics.com/united-kingdom/indicators>, (09/05/2017)

³⁴⁰ SARGUTAN (Ed.), **a.g.e.**, s.518

³⁴¹ Gönül DİNÇ, **Birleşik Krallık Sağlık Sistemi**, 1. Baskı, Manisa: Celal Bayar Üniversitesi Matbaası, 2009, s.5

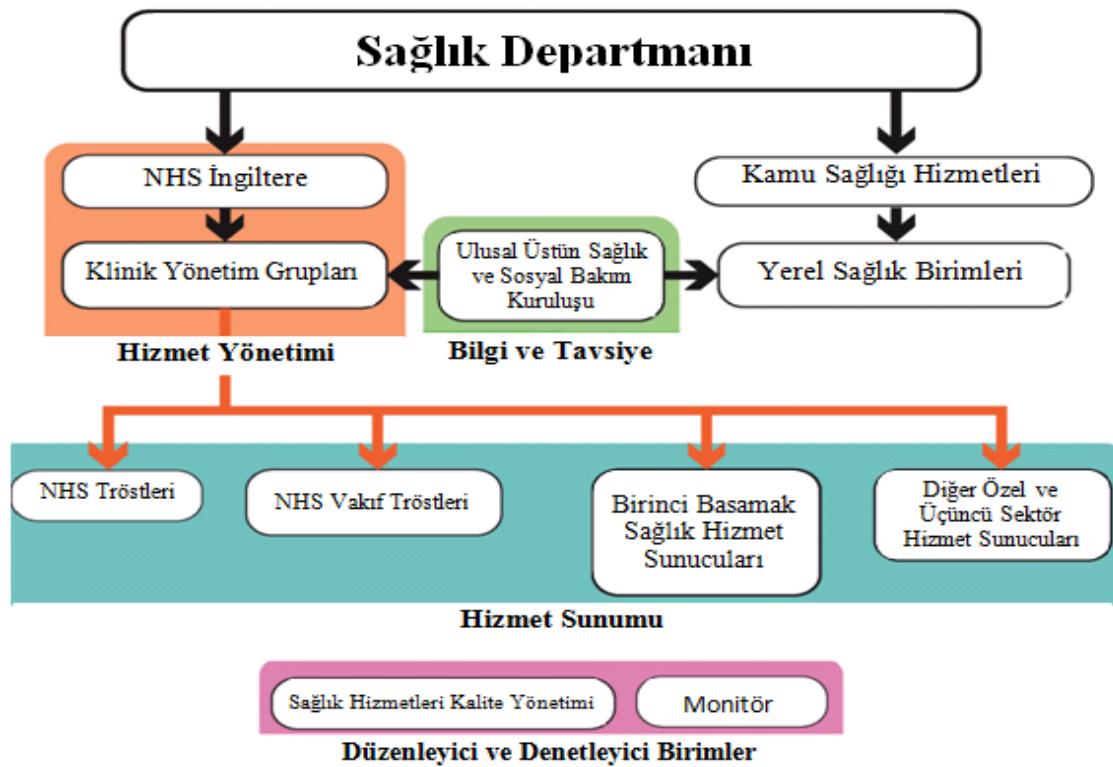
³⁴² Eva LIU ve Elyssa WONG, **Health Care Expenditure and Financing in the United Kingdom**, Hong Kong: Provisional Legislative Council Secretariat Research and Library Services Division, 1998, ss.3-4

³⁴³ NHS, The NHS Constitution, 2016, <http://www.barnetccg.nhs.uk/Downloads/Publications/NHS-constitution-July-2015.pdf>, (13/05/2017), s.2

³⁴⁴ THORLBY ve ARORA, **a.g.e.**, s.49

idare ve organize edilmektedir³⁴⁵. Sağlık Departmanı (Bakanlığı), sağlık hizmetlerini şekillendiren ve finanse eden yetkili kamu organı olarak tüm sağlık sisteminin finansman ve yönetim fonksiyonlarını yerine getirmekle yükümlüdür³⁴⁶. Birleşik Krallık Parlamentosu, NHS İngiltere'nin sağlık faaliyetleri için Hazine'den vergiler yoluyla finansal kaynak tahsis etmektedir. Devlet Sağlık Sekreterliği, toplanan bu kaynakların hangi hizmetler için ne şekilde ve hangi esaslara dayalı olarak harcanacağına karar vermektedir. Devlet Sağlık Sekreterliği'nin NHS ile gerçekleştirilen işlem ve uygulamalara ilişkin parlamentoya karşı hukuki sorumluluğu ve hesap verme mecburiyeti bulunmaktadır³⁴⁷.

Sağlık hizmetlerinin yönetimi, sunumu ve finansmanında faaliyet gösteren başlıca birim ve kurumların organizasyonel şemaları Şekil 3 ve Şekil 4'te sunulmuştur.



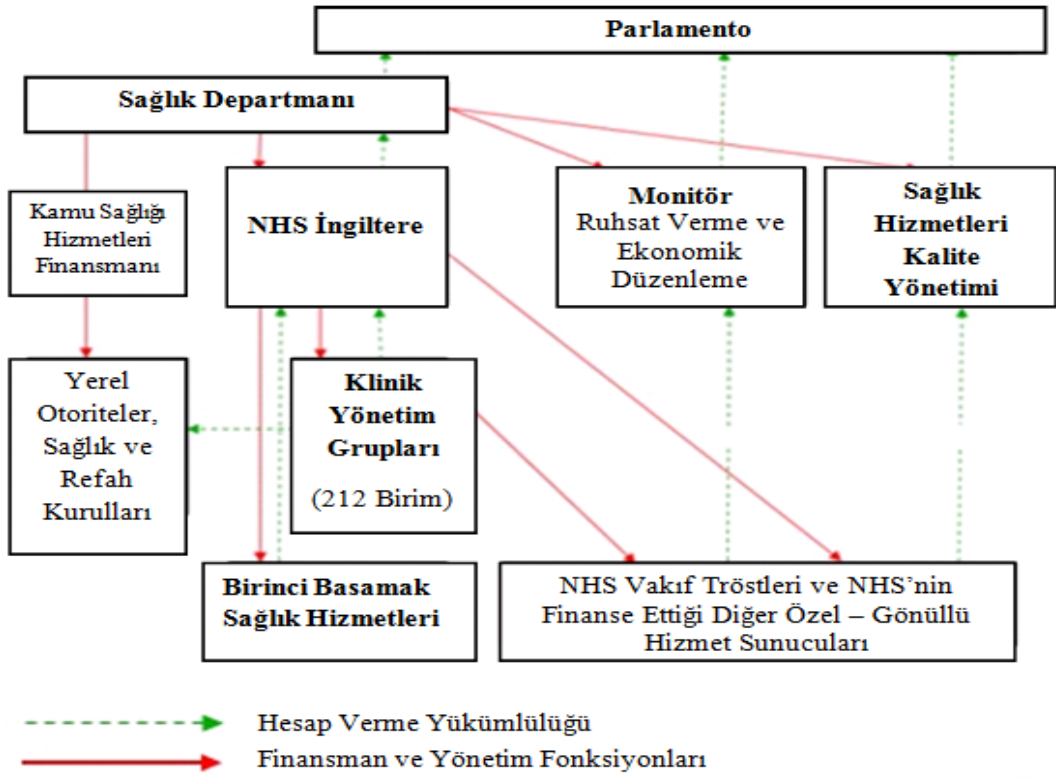
Şekil 3: NHS İngiltere'nin Organizasyonel Şeması

Kaynak: The National Assembly for Wales, 2015

³⁴⁵ BOYLE, "United Kingdom (England) – Health System Review", s.22

³⁴⁶ The NHS Constitution, Guide to the Healthcare System in England – Including the Statement of NHS Accountability, 2013, <http://www.caringchoices.org.uk/files/2013/12/Guide.pdf>, (12/05/2017), ss.25-26

³⁴⁷ Royal College of General Practitioners, **The Structure of the NHS**, RCGP Information Sheet, No.8, 2004, ss.1-2



Şekil 4: NHS İngiltere'nin Organizasyonel Yapısı ve Hesap Verme Yükümlülüğü

Kaynak: Powell ve Heath, 2013

Şekil 3 ve 4'te de görüldüğü üzere, İngiltere'de sağlık hizmetlerinde yönetim, sunum, denetim ve finansman fonksiyonlarını yerine getirmekte rol alan birçok farklı birim ve organizasyon bulunmaktadır. Sağlık Departmanı, sağlık hizmetleri için tahsis edilecek bütçeyi belirleyen ve sistemi organize eden genel sistem yöneticisi olarak faaliyet göstermektedir. NHS İngiltere ve Klinik Yönetim Grupları birçok sağlık hizmetlerinin sunumunu gerçekleştirmektedir. Monitör ve Sağlık Hizmetleri Kalite Yönetimi, hizmetlerin işleyişinde denetim görevini yürütmektedirler. NHS İngiltere'nin organizasyonel ve kurumsal yapısına ilişkin daha ayrıntılı bilgi Ek 1'de sunulmuştur.

İngiltere'de Sağlık harcamaları ağırlıklı olarak vergilerle finanse edilmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı için Sağlık Departmanı'na Hazineden her sene belirli bir bütçe tahsis edilmektedir³⁴⁸. 2015-2016 dönemi için Sağlık

³⁴⁸ Thomas POWELL, "The Structure of the NHS", **House of Commons Briefing Paper**, Paper No.07206, (March 2016), s.5

Departmanı'na tahsis edilen toplam sağlık bütçesi 115 milyar Sterlin olmuştur³⁴⁹. Finansman sisteminde daha küçük bir paya sahip olmakla birlikte, vergilerin dışında ayrıca başka gelir toplama mekanizmaları da uygulanmaktadır. Kazancı belirli bir limitin üzerinde olanların ödedikleri ulusal sigorta katkıları (sosyal sigorta primleri), bazı tedavi ve ilaç hizmetleri için yapılan katkı payı ödemeleri ve özellikle özel sağlık hizmet sunucularında tahsil edilen cepten ödemeler finansman sürecinde kullanılan diğer gelir kaynaklarıdır³⁵⁰. 2006 yılında Birleşik Krallık'taki toplam sağlık harcamalarının içinde NHS'nin payı %86 olarak gerçekleşmiştir. Toplam harcamaların %76'sı vergilerden, %19'u ulusal sigorta katkılarından ve %5'i ise cepten ödemelerden finanse edilmiştir³⁵¹. Ulusal İstatistikler Ofisi'nin en son güncellenmiş istatistiklerine göre, 2013 yılında Birleşik Krallık'ta kamu ve özel sektör toplam sağlık harcamaları 150,6 milyar İngiliz Sterlini olmuş ve toplam sağlık harcamaları 2012 yılından 2013'e geldiğinde %2,7 artmıştır. Yine 2013 yılı için kişi başı sağlık harcaması 2.350 Sterlin olarak gerçekleşirken, toplam sağlık harcamalarının gayrisafi yurtiçi hasıla içindeki payı %8,8 olmuştur³⁵². 2015 yılında ise Birleşik Krallık'ta 181,8 milyar Sterlin toplam sağlık harcaması yapılmıştır³⁵³.

İngiltere'de sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında kamu kaynakları ve kamusal hizmet sunucuları ağırlıkta olduğundan³⁵⁴ dolayı özel sağlık sigortacılığının sağlık sistemindeki etkinliği ve payı daha sınırlı ve geri planda kalmaktadır³⁵⁵. 2013 yılında Birleşik Krallık genelinde toplam kamu sağlık harcaması miktarı 125,5 milyar Sterlin iken özel sektör sağlık harcamaları 25,1 milyarda kalmıştır³⁵⁶. Birleşik Krallıkta özel sağlık sigortası sahibi olan kişilerin toplam nüfus içindeki oranı 2006'da

³⁴⁹ HM Treasury, Public Expenditure Statistical Analyses 2014, 2014, https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/330717/PESA_2014_-_print.pdf, (14/05/2017), s.27

³⁵⁰ India KEABLE-ELLIOT, **Hypothecated Taxation and the NHS**, Centre Forum, 2014, ss.8-10

³⁵¹ Sean BOYLE, **The UK Healthcare System**, Commonwealth Fund, 2008, http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/UK_Country_Profile_2008.pdf, (07/05/2017)

³⁵² Office for National Statistics, **Expenditure on Healthcare in the UK**, 2015, <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/healthcaresystem/articles/expenditureonhealthcareintheuk/2015-03-26>, (13/05/2017), s.2-4

³⁵³ OECD Health Data, <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>, (27/05/2017)

³⁵⁴ DİNÇ, **a.g.e.**, s.5

³⁵⁵ SARGUTAN, **a.g.e.**, s.519

³⁵⁶ Office for National Statistics, **Expenditure on Healthcare in the UK**, s.5

%12,5'ken, 2012'de %10,9'a düşmüştür³⁵⁷. Özel sağlık sigortalarıyla bireylere nispeten daha kaliteli sağlık hizmeti sunulması, hasta mahremiyetinin ve konforun yüksek standartlarda sağlanması ve bekleme sürelerinin daha kısa sürmesi bireyleri özel sağlık sigortası yaptırmaya sevkeden başlıca unsurlardır³⁵⁸.

3.1.2.2. Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS)

NHS, toplumun tüm fertlerine yönelik kaliteli ve erişilebilir sağlık hizmeti sunmak gayesiyle 1948'de kurulmuştur. Bireyler, sağlık hizmetlerinden ödeme gücüne göre değil, tıbbi hizmet ihtiyaçları ve talepleri ölçüsünde faydalanmaktadır³⁵⁹. NHS'nin temel değerleri ve faaliyet prensipleri NHS Tüzüğünde etraflıca belirtilmiştir: Buna göre, NHS tüm nüfusa kapsamlı ve kaliteli sağlık hizmeti sunmakla yükümlüdür. Her vatandaş değerlidir ve hastalar sistemin odağındadır. NHS'nin temel görevi; bireyler hastalandıklarında gerekli tıbbi servisleri temin etmek, bedensel veya fiziksel olarak halkın sağlıklı kalmasını sağlamak ve toplumsal refaha katkı yapmaktır³⁶⁰.

NHS kapsamında sunulan sağlık hizmetleri, Birleşik Krallık'ta kalıcı olarak ikamet eden tüm Birleşik Krallık vatandaşları için (belirli katkı payları ve ulusal sigorta primleri hariç) ücretsizdir³⁶¹. Birleşik Krallık'ta kalıcı olarak ikamet etmeyen ve yabancı ülke vatandaşı olan kişiler, NHS'nin hizmetlerinden ücretsiz olarak faydalanabilme hakkına sahip olamayabilmektedir. Bu kişiler Yurtdışı Ziyaretçisi statüsünde tanımlanmaktadır. Kimlerin Yurtdışı Ziyaretçisi kategorisinde olduğu ve hangi hizmetler için ne kadar ücret talep edileceği hususlarına ilişkin kanuni hükümler, 2006 tarihli Ulusal Sağlık Hizmetleri Kanunu'nun 175. maddesinde ayrıntılarıyla açıklanmıştır³⁶².

³⁵⁷ Nuffield Trust Institute for Fiscal Studies, Public Payment and Private Provision – The Changing Landscape of Healthcare in the 2000s, 2013, <https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-01/public-payment-and-private-provision-web-final.pdf>, (11/05/2017), s.11

³⁵⁸ BOYLE, *The UK Healthcare System*, (11/05/2017)

³⁵⁹ The NHS Constitution, Guide to the Healthcare System in England – Including the Statement of NHS Accountability, s.2

³⁶⁰ NHS, *The NHS Constitution*, ss.3-4

³⁶¹ BOYLE, “United Kingdom (England) – Health System Review”, s.XXII

³⁶² Department of Health, Guidance on Implementing the Overseas Visitors Hospital Charging Regulations, 2011, <https://www.thewaltoncentre.nhs.uk/uploadedfiles/documents/Overseas%20Visitors%20Guidance.PDF>, (14/05/2017), ss.7-10

NHS'yi diğer birçok Avrupa Ülkesindeki sağlık sistemlerinden farklı kılan bazı karakteristik özellikleri bulunmaktadır. Bunlardan birisi, Avrupa'nın birçok ülkesinde sağlık finansmanında sigortacılık mekanizması tatbik edilirken, NHS'de finansman büyük oranda vergilerden finanse edilmekte ve sosyal sigorta katkıları oldukça düşük bir oranda uygulanmaktadır. Bir diğer özellik ise, NHS'de sağlık harcamalarına ayrılan bütçe birçok Avrupa Birliği ülkesinden daha az olduğu halde NHS'nin sunduğu hizmet kalitesi ve Birleşik Krallık'taki sağlık göstergeleri bu ülkelere kıyasla daha yüksek seyretmektedir³⁶³. Sağlık hizmetlerinin toplumun tamamını kapsamayı, harcamaların vergiler yoluyla finanse edilmesi, bütüncül ve merkeziyetçi yapı, NHS'yi etkili bir sağlık sistemi yapan temel özelliklerdir³⁶⁴. NHS'nin İngiltere'deki faaliyetleri NHS İngiltere tarafından yürütülmektedir.

3.1.2.3. NHS İngiltere

Ulusal Sağlık Hizmetlerinin İngiltere'deki faaliyetlerini yerine getirmekle görevli olan NHS İngiltere (NHS England); hizmetlerin sunum, finansman, bütçeleme ve planlama işlemlerini yürüten ve yöneten, Sağlık Departmanı'na bağlı yetkili kamu organıdır³⁶⁵. Nisan 2013'te kurulan NHS İngiltere'nin temel amacı, hastaları sağlık hizmetlerinin merkezine koyarak, İngiltere halkının sağlık statüsünün iyileştirilmesini ve geliştirilmesini sağlamak ve yüksek kalitede sağlık ve bakım hizmetleri temin etmektir³⁶⁶. Sağlık hizmetlerinin sunumunu ve yönetimini gerçekleştirmek NHS İngiltere'nin iki temel fonksiyonudur³⁶⁷. Ayrıca, Klinik Yönetim Gruplarını (Clinical Commissioning Groups) ve diğer sağlık yönetim yapılarını desteklemek, birinci basamak temel sağlık ve bakım hizmetleri ve ihtisas tıp hizmetlerini yürütmek, Hükümetin periyodik olarak yayınladığı 'Mandate' isimli yayında belirtilen resmi talimat ve hedefleri uygulamak, hizmet kalitesini yükseltmek amacıyla NHS ile diğer

³⁶³ Bülent KILIÇ ve Çiğdem BUMİN, "İngiltere Ulusal Sağlık Sistemi", **Toplum ve Hekim**, (Ağustos 1993), s.32

³⁶⁴ Arthur VALL-SPINOSA, "Lessons from London: The British are Reforming Their National Health Service", **American Journal of Public Health**, Vol.81, No.12, (December 1991), s.1566

³⁶⁵ NHS England, Understanding the New NHS, 2014, <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/06/simple-nhs-guide.pdf>, (14/05/2017), s.26

³⁶⁶ Health and Social Care Information Centre, Health and Social Care Information Sources – A Guide for Journalists, 2016, http://content.digital.nhs.uk/media/16102/HSCICGuideforjournalistsinteractiveFINAL/pdf/HSCIC_Guide_for_journalists-2016-FINAL.pdf, (14/05/2017), s.43

³⁶⁷ NHS England, Understanding the New NHS, s.12

özel ve gönüllü sağlık hizmet sunucuları arasında işbirliği ve koordinasyonu geliştirmek NHS İngiltere'nin diğer fonksiyonları arasındadır³⁶⁸.

NHS İngiltere; sağlık hizmetlerinin yönetim sistemini ulusal düzlemde yürütmekte ve finanse etmektedir. Devlet Sağlık Sekreterliği'ne karşı hukuki olarak sorumludur ve Hükümetin çıkardığı Mandate yayınında belirtilen sağlık hedeflerini yerine getirmekle yükümlüdür. Bu hedef ve talimatları uygulamaya yönelik gerçekleştirmiş olduğu hizmet faaliyetleri ve çalışma performansına ilişkin Devlet Sağlık Sekreterliği'ne her sene faaliyet ve performans raporu sunmaktadır³⁶⁹. NHS İngiltere aynı zamanda Klinik Yönetim Gruplarının etkin ve kapsamlı sağlık hizmeti tedarik etmesinden sorumludur ve bu organizasyonların finansmanını sağlamaktadır. Klinik Yönetim Gruplarıyla birlikte NHS Tröstleri, NHS Vakıf Tröstleri, birinci basamak temel bakım ve sağlık hizmetleri için de finansal kaynak tahsisatı NHS İngiltere tarafından yapılmaktadır³⁷⁰. NHS İngiltere, Klinik Yönetim Gruplarıyla birlikte işbirliği içinde çalışmakta, hizmetlerin sunumuna yönelik müşterek faaliyet yürütmekte ve bu birimlere kaynak ve bilgi temin etmektedir³⁷¹. Buna karşılık, 2012 tarihli Sağlık ve Sosyal Bakım Kanunu gereği Klinik Yönetim Grupları, faaliyet ve performanslarına ilişkin NHS İngiltere'ye karşı kanunen hesap vermekle yükümlüdür³⁷².

NHS İngiltere, ulusal ve bölgesel düzeyde bazı sağlık hizmetlerinin sunumunu ve yönetimini doğrudan kendisi yürütmektedir. Bu hizmetler; birinci basamak temel sağlık ve bakım hizmetleri, ikinci ve üçüncü basamak ihtisas tıp servisleri, silahlı kuvvetler mensuplarına yönelik sunulan hizmetler ile cezaevlerinde ve gözaltında bulunan tutuklu ve hükümlüler için sağlanan sağlık ve bakım

³⁶⁸ David NICHOLSON ve Malcolm GRANT, "NHS England", A Guided Tour of the NHS, **All-Party Parliamentary Health Group**, http://www.healthinparliament.org.uk/sites/site_apgh/files/apgh_-_a_guided_tour_of_the_nhs_0.pdf, (12/05/2017), ss.12-13

³⁶⁹ The NHS Constitution, Guide to the Healthcare System in England – Including the Statement of NHS Accountability, s.29

³⁷⁰ Thomas POWELL ve Sarah HEATH, "The Reformed Health Service and Commissioning Arrangements in England", **House of Commons Library**, 2013, <http://researchbriefings.parliament.uk/ResearchBriefing/Summary/SN06749#fullreport>, (14/05/2017), s.5

³⁷¹ The NHS Constitution, Guide to the Healthcare System in England – Including the Statement of NHS Accountability, ss.7-8

³⁷² POWELL ve HEATH, **a.g.m.**, s.5

hizmetleridir³⁷³. İngiltere'deki sağlık faaliyetlerinin etkinliği, kalitesi ve hizmet öncelikleri, beş hizmet prensibi alanına göre değerlendirilmektedir. Buna göre NHS İngiltere'nin sunduğu hizmetler insanların erken yaşta ölmesini engellemeli, uzun vadede halkın yaşam standartlarını ve refah düzeyini yükseltmeli, kaza veya hastalık sebebiyle sağlığı bozulan kişilerin en kısa sürede tekrar eski sağlıklarına kavuşmasını sağlamalı, hastaların yararlandıkları sağlık hizmetlerinden olumlu ve etkili sonuçlar almalarına zemin hazırlamalı, toplumu mevcut sağlık tehlikelerinden koruyarak ve bireyler için tıbben güvenli bir çevre tesis ederek tedavi ve bakım hizmetleri sunmalıdır³⁷⁴.

NHS İngiltere'nin faaliyet sisteminde oldukça karmaşık bir organizasyonel yapı söz konusudur³⁷⁵. Sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı, planlaması, denetimi ve yönetimi kompleks bir fonksiyonel ağ çerçevesinde, farklı statüde çeşitli kurum, organ ve birimler tarafından yürütülmektedir³⁷⁶.

3.1.2.4. Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi ve Organizasyonel Yapı

NHS İngiltere ile birlikte Sağlık Departmanı, Devlet Sağlık Sekreteri ve Klinik Yönetim Grupları İngiltere'de sağlık hizmetlerinin idari ve hukuki fonksiyonlarını yerine getirmekle görevli kamusal sağlık birimleridir³⁷⁷. Sağlık Departmanı ve Devlet Sağlık Sekreterliği sağlık hizmetlerinin tüm işlem ve organizasyonlarından sorumludur³⁷⁸.

Sağlık Departmanı; NHS ve sunulan tüm sağlık hizmetlerine ilişkin karar ve politika belirleyen merkezi devlet organıdır. Ülkedeki tüm sağlık faaliyetlerine yönelik strateji ve politikalar üretmekte ve hizmetlerin uygulanabilmesi için gerekli yasama faaliyetlerini ve hukuki düzenlemeleri icra etmektedir³⁷⁹. Departman'ın temel amacı,

³⁷³ NHS England, Understanding the New NHS, s.12

³⁷⁴ Health and Social Care Information Centre, NHS Outcomes Framework, 2016, <http://content.digital.nhs.uk/catalogue/PUB20090/nhs-out-fram-ind-feb-16-comm.pdf>, (10/05/2017), s.9

³⁷⁵ NHS England, Understanding the New NHS, s.1

³⁷⁶ The National Assembly for Wales, The Organization of the NHS in UK: Comparing Structures in the Four Countries, 2015, <http://www.assembly.wales/research%20documents/15-020%20-%20the%20organisation%20of%20the%20nhs%20in%20the%20uk%20comparing%20structures%20in%20the%20four%20countries/15-020.pdf>, (11/05/2017), s.6

³⁷⁷ NHS England, Understanding the New NHS, s.8

³⁷⁸ THORLBY ve ARORA, a.g.e., s.53

³⁷⁹ BOYLE, "United Kingdom (England) – Health System Review", s.XXII

İngiltere vatandaşlarının daha sağlıklı ve uzun bir yaşam sürmesine katkı sağlamaktır. Sağlık Departmanı, İngiltere'deki bütün sağlık ve tıbbi bakım hizmetlerini yönetmekte, şekillendirmekte ve finanse etmektedir. Devlet sağlık sekreteri adına sistem yöneticisi olarak faaliyet gösterir ve sağlık-bakım hizmetlerine yönelik karar verme ve hükmetme yetkisine sahiptir. Bu yetkileriyle, sağlık hizmetlerinin vatandaşların ihtiyaç ve taleplerini etkin ve yeterli düzeyde karşılayıp karşılayamadığını kontrol etmektedir³⁸⁰.

Devlet Sağlık Sekreteri, NHS İngiltere'nin ve Klinik Yönetim Grupları'nın temin ettikleri sağlık hizmetleri için tahsis edilecek genel bütçeyi belirlemektedir. Sekreter, aynı zamanda sistemde gerçekleşen yönetim maliyetleri için yapılan harcamalara belirli bir sınır koyabilmektedir³⁸¹. Sağlık servislerini daha kapsamlı olacak şekilde geliştirmek, vatandaşlar arasında hizmet sunumundaki adaletsizlikleri ve eşitsizlikleri en aza indirmek ve NHS Tüzüğünde belirtilen ilke ve temel NHS değerlerini benimseyerek faaliyet yürütmek Sağlık Sekreteri'nin başlıca görev ve sorumluluklarıdır. Devlet Sağlık Sekreteri, sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin Parlamente'ye karşı sorumludur³⁸². Sekreter, her sene periyodik olarak yayınlanan 'Mandate' (Emirname) ve 'NHS Hizmet Çıktıları Çerçevesi' adı verilen resmi dökümanlar aracılığıyla, NHS İngiltere'nin takip etmek ve uygulamakla yükümlü olduğu birtakım stratejik talimat ve hedefler belirlemektedir³⁸³.

Mandate; NHS İngiltere ile Birleşik Krallık Hükümeti arasında yapılan bir anlaşma ve talimatnamedir³⁸⁴. NHS İngiltere'nin sağlık servislerinde yaşanabilecek muhtemel eksiklik ve yetersizliklerin iyileştirilmesi ve sağlık hizmetlerinde kalitenin yükseltilmesine ilişkin Hükümetin NHS'den beklentileri ile resmi tavsiyelerini, direktiflerini ve belirlemiş olduğu sağlık hedeflerini içermektedir. NHS İngiltere, bu dökümanda işaret edilen hedefleri gerçekleştirmeye çalışmakla yükümlüdür. İnsanların daha uzun ve sağlıklı yaşamasını sağlamak, mevcut beden ve ruh sağlığı koşullarını

³⁸⁰ The NHS Constitution, Guide to the Healthcare System in England – Including the Statement of NHS Accountability, ss.25-27

³⁸¹ POWELL ve HEATH, **a.g.e.**, s.6

³⁸² The NHS Constitution, Guide to the Healthcare System in England – Including the Statement of NHS Accountability, s.25

³⁸³ POWELL, **a.g.e.**, s.15

³⁸⁴ Department of Health, The Mandate - April 2015 to March 2016, 2014, https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/386225/DH_Mandate_EasyRead.pdf, (13/05/2017), s.1

iyileştirmek, hastalara daha kaliteli bir hizmet tecrübesi sunmak, kaynakları daha verimli kullanmak güncel 2016 tarihli Mandate belgesinde Hükümetin NHS İngiltere’den gerçekleştirmesini talep ettiği başlıca hedeflerdir³⁸⁵.

3.1.2.5. Klinik Yönetim Grupları

‘Commissioning’ ibaresi NHS literatüründe sağlık hizmetlerinin toplumun sağlık ihtiyaçlarını etkin ve yeterli düzeyde karşılayacak şekilde yönetilmesini ve temin edilmesini ifade etmektedir³⁸⁶. Dolayısıyla, sağlık servislerinin sunumunu, finansmanını ve yönetimini kapsayan karmaşık bir süreçtir³⁸⁷. Bu çalışmada commissioning kelimesi Türkçe’ye ‘Yönetim’ olarak tercüme edilerek kullanılmıştır.

Klinik Yönetim Grupları (Clinical Commissioning Groups – CCG’ler) İngiltere’deki sağlık ve sosyal hizmet sisteminin temel bileşenleridir. NHS İngiltere’nin finanse ettiği sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmının sistem yöneticisi statüsünde faaliyet göstermektedir. 1 Nisan 2013’te, Birinci Basamak Temel Sağlık Hizmetleri Tröstlerinin yerini almıştır. CCG’ler mevcut durumda NHS bütçesinin yaklaşık %65’ini kontrol ve idare etmektedir. Yerel halkın hangi sağlık hizmetlerine ne ölçüde ihtiyaç duyduğunu belirlemekle sorumludur. Bu doğrultuda CCG’ler, bölgesel çapta sunulacak sağlık hizmetlerinin kalite, maliyet, çeşit ve miktarına ilişkin değerlendirme yapmakta ve karar vermektedir³⁸⁸. Yürütmüş oldukları hizmet faaliyetlerine ilişkin, CCG’lerin NHS İngiltere’ye karşı kanunen hesap verme sorumluluğu bulunmaktadır³⁸⁹. Klinik Yönetim Gruplarının genel kurulları, aralarında bir başkan ve başkan yardımcısının bulunduğu en az 6 üyeden oluşmaktadır³⁹⁰.

³⁸⁵ Department of Health, The Mandate Explained, 2016, https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/386223/The_Mandate_explained.pdf, (10/05/2017), ss.1-2

³⁸⁶ Jonathan WOOD ve Sarah HEATH, “Clinical Commissioning Group (CCG) Funding”, **House of Commons Library**, 2014, <http://researchbriefings.parliament.uk/ResearchBriefing/Summary/SN06779#fullreport>, (11/05/2017), s.2

³⁸⁷ Faculty of Medical Leadership and Management, Commissioning: What’s the Big Deal, 2015, <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Documents/Commissioning-FINAL-2015.pdf>, (09/05/2017)

³⁸⁸ Amit BHARGAVA, “Clinical Commissioning Groups”, A Guided Tour of the NHS, **All-Party Parliamentary Health Group**, http://www.healthinparliament.org.uk/sites/site_aphg/files/aphg_-_a_guided_tour_of_the_nhs_0.pdf, (15/05/2017), s.30

³⁸⁹ The NHS Constitution, Guide to the Healthcare System in England – Including the Statement of NHS Accountability, s.29

³⁹⁰ POWELL, a.g.e., s.8

Klinik Yönetim Grupları'nın idari yapıları, çalışma esasları ve fonksiyonları 2012 tarihli Sağlık ve Sosyal Bakım Kanunu'nda belirtilmiştir. Kanuna göre CCG'ler yerel ölçekte toplumun sağlık ihtiyaç ve taleplerini karşılamakla yükümlüdür. CCG'ler hizmet faaliyetlerini yürütürken, yine 2012 Sağlık ve Sosyal Bakım Kanunu ile kurulan ve yerel sağlık otoriteleri olan Sağlık ve Refah Kurulları ile işbirliği ve koordinasyon içinde hareket etmektedir³⁹¹. Bu kanunla kurulan 211 Klinik Yönetiminin her biri, bölgelere göre sayısı değişmekle birlikte ortalama 250 bin kişilik nüfusa yönelik hizmet vermektedir. CCG'lerin kurulmasıyla oluşturulan bu yeni sistemin en önemli avantajı, yerel düzlemde faaliyet gösteren Klinik Yönetim Gruplarının çalıştıkları bölgeyi ve bölgenin popülasyon yapısını iyi bilen ve tanıyan yerel organizasyonlar olmasıdır. Böylece, bölge halkının spesifik sağlık ihtiyaçlarına yönelik hizmetler sunulabilmektedir³⁹².

Klinik Yönetim Gruplarının başlıca fonksiyonları; 1) NHS İngiltere ile işbirliği ve koordinasyon içinde çalışmak ve sağlık hizmeti satın almak, 2) Yönetilen hizmetlerin denetimini ve kontrolünü sağlamak, 3) Sağlık ve Refah Kurullarıyla birlikte çalışarak yerel düzeyde toplumun sağlık ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla sağlık hizmeti temin etmek, 4) NHS bünyesindeki diğer yerel sağlık organizasyonlarıyla birlikte çalışarak yerel halkın sağlık ihtiyaçlarını karşılamak şeklinde sıralanabilmektedir³⁹³.

2012 Sağlık ve Sosyal Bakım Kanunu gereği, NHS'nin sağlık hizmetlerinin önemli bir kısmı Klinik Yönetim Grupları tarafından temin edilmektedir. Kaza, yaralanma, acil servis ve ambulans hizmetleri, mesai saatleri dışında sunulan temel sağlık servisleri (Out-of-Hours Primary Medical Services), elektif cerrahi ve ayakta tedavi hizmetleri, analık ve yenidoğan servisi hizmetleri, çocuk sağlığı, toplum sağlığı ve rehabilitasyon hizmetleri, psikolojik terapileri de içeren ruh sağlığı servisleri ve üremeye yardımcı tüp bebek tedavileri CCG'lerin sunduğu başlıca hizmetlerdir³⁹⁴.

³⁹¹ POWELL ve HEATH, **a.g.m.**, s.4

³⁹² NHS England, Understanding the New NHS, s.8

³⁹³ BHARGAVA, **a.g.m.**, s.30

³⁹⁴ NHS Commissioning Board, Commissioning Fact Sheet for Clinical Commissioning Groups, 2012, <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2012/07/fs-ccg-respon.pdf>, (13/05/2017), ss.1-2

3.1.2.6. Denetleyici ve Düzenleyici Birimler

Tröst Geliştirme Otoriteleri, Monitör, Healthwatch, Sağlık Hizmetleri Kalite Yönetimi ve Ulusal Üstün Sağlık ve Bakım Kuruluşu İngiltere sağlık sisteminde başlıca denetleyici, düzenleyici ve bilgi sağlayıcı birim ve organizasyonlar olarak faaliyet göstermektedir³⁹⁵.

Tröst Geliştirme Otoriteleri (Trust Development Authorities - TDAs) 103 NHS Tröstüne destek sağlamakta ve performans durumlarını ve yönetim yapılarını denetlemektedir³⁹⁶. 2012 yılından itibaren, NHS Tröstlerinin NHS Vakıf Tröstlerine dönüştürülmesi söz konusudur³⁹⁷. Tröst Geliştirme Otoritesinin başlıca görevi, NHS Tröstlerinin faaliyet gösterdikleri bölgede topluma yüksek kalitede ve sürdürülebilir sağlık hizmeti sunmasına destek olmak ve bu hizmetlerin kalitesinin yeterliliğini kontrol etmektir³⁹⁸. TDA'lar ayrıca, vakıf tröstü statüsüne geçiş sürecinde NHS tröstlerinin dönüşümüne destek olmakla yükümlüdür³⁹⁹.

Monitör (Monitor) sağlık hizmetlerindeki sektör düzenleyicisi ve denetleyicisidir. Temel fonksiyonu sağlık hizmet sunucularında hastaların haklarını korumak ve vatandaşların sağlık talep ve ihtiyaçlarının hizmet sağlayıcıları tarafından karşılanıp karşılanmadığını kontrol etmektir. Parlamento'nun kendisine vermiş olduğu yetkilerle, sağlık hizmet sunucularına ve yönetici birimlere takip etmeleri gereken prosedürler koymakta ve bu prosedürleri uygulatmaktadır⁴⁰⁰. Monitör'ün öncelikli görevi, hastaların haklarını yasal olarak güvence altına almak ve vatandaşların sağlık hizmetlerine ilişkin ilgi, talep ve ihtiyaçlarının en etkin şekilde karşılanmasını sağlamaktır. Dolayısıyla, Monitör'ün çalışma mekanizmasında hastalar ve hastaların

³⁹⁵ NHS England, Understanding the New NHS, ss.8-9

³⁹⁶ Peter CARR ve David FLORY, "Trust Development Authority", A Guided Tour of the NHS, **All-Party Parliamentary Health Group**, http://www.healthinparliament.org.uk/sites/site_aphg/files/aphg_-_a_guided_tour_of_the_nhs_0.pdf, (17/05/2017), ss.24-25

³⁹⁷ The NHS Constitution, Guide to the Healthcare System in England – Including the Statement of NHS Accountability, s.14

³⁹⁸ NHS Trust Development Authority, Introducing the NHS Trust Development Authority, 2012, <http://www.ntda.nhs.uk/wp-content/uploads/2012/04/Introducing-the-NHS-TDA1.pdf>, (115/05/2017), s.4

³⁹⁹ CARR ve FLORY, **a.g.m.**, s.25

⁴⁰⁰ David BENNETT, "Monitor", A Guided Tour of the NHS, **All-Party Parliamentary Health Group**, http://www.healthinparliament.org.uk/sites/site_aphg/files/aphg_-_a_guided_tour_of_the_nhs_0.pdf, (17/05/2017), s.15

istek ve şikayetleri ön plandadır⁴⁰¹. NHS Ödeme Sisteminde kalite ve verimliliğin geliştirilmesini sağlamak, NHS Servislerinin yeterli düzeyde ve etkili şekilde sürdürülmesini denetlemek, sağlık hizmetlerinde hastaların talep ve ihtiyaçlarının en iyi şekilde karşılanıp karşılanmadığını kontrol etmek Monitör'ün başlıca fonksiyonlarıdır⁴⁰². Ayrıca, NHS'nin finanse ettiği sağlık hizmetlerinde uygulanan fiyat tarifeleri Monitör tarafından belirlenmektedir⁴⁰³.

Healthwatch, sağlık hizmetlerine ilişkin toplumun görüş ve isteklerini temsil eden kamusal sağlık birimidir. Sağlık servislerini kullanan hastaların fikir ve tecrübelerini almakta ve ayrıca yerel sağlık otoriteleriyle sağlık hizmet sunucuları ve yöneticilerinden vatandaşların istek ve şikayetlerine ilişkin bilgi ve kanıt toplamaktadır⁴⁰⁴. 2012 tarihli Sağlık ve Sosyal Bakım Kanunu'yla birlikte, halkın sesini duyurmak amacıyla kurulmasına karar verilen Healthwatch; yerel düzeyde "Yerel Healthwatch" ve ulusal düzeyde "Healthwatch İngiltere" olmak üzere iki organizasyonel yapıya ayrılmaktadır⁴⁰⁵. Healthwatch İngiltere; NHS İngiltere, Monitör, yerel sağlık birimleri ve Devlet Sağlık Sekreteri'ne vatandaşların sağlık taleplerine ilişkin görüş ve tavsiye temin etmektedir. Sağlık Hizmetleri Kalite Yönetimi'ne bağlı bir komitedir⁴⁰⁶. Yerel Healthwatch ise yerel halkın sağlık hizmetleriyle ilgili istek, şikayet ve görüşlerini NHS İngiltere başta olmak üzere yetkili mecralara iletmektedir⁴⁰⁷.

Sağlık Hizmetleri Kalite Yönetimi (Care Quality Commission - CQC), İngiltere'de sağlık ve sosyal bakım sektöründe bağımsız denetleyici ve düzenleyici kuruluştur. Amacı, sağlık hizmet sunucularının topluma kaliteli, güvenli, etkili ve güler

⁴⁰¹ Monitor, About Monitor, 2014, https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/326396/About_Monitor_July_2014.pdf, (16/05/2017), ss.2-4

⁴⁰² Monitor and Care Quality Commission, Memorandum of Understanding Between Monitor and the Care Quality Commission, 2015, http://www.cqc.org.uk/sites/default/files/mou_monitor_cqc_26_February_2015.pdf, (16/05/2017), ss.2-3

⁴⁰³ The National Assembly for Wales, **a.g.e.**, s.12

⁴⁰⁴ Anna BRADLEY and Katherine RAKE, "Healthwatch England", A Guided Tour of the NHS, **All-Party Parliamentary Health Group**, http://www.healthinparliament.org.uk/sites/site_apgh/files/apgh_-_a_guided_tour_of_the_nhs_0.pdf, (17/05/2017), ss.20-21

⁴⁰⁵ Local Government Association and Local Healthwatch, Delivering Effective Local Healthwatch, 2013, http://www.healthwatchkingstonuponthames.org.uk/sites/default/files/delivering_effective_local_healthwatch.pdf, (16/05/2017), ss.2-4

⁴⁰⁶ POWELL, **a.g.e.**, s.21

⁴⁰⁷ Helen GILBERT, Phoebe DUNN and Catherine FOOT, **Local Healthwatch: Progress and Promise**, The King's Fund, 2014, https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/417395/KF_Healthwatch_with_cover.pdf, (16/05/2017), ss.3-4

yüzlü hizmet sunmasını sağlamaktır. Bu doğrultuda sağlık kurum ve kuruluşlarının hizmetlerinde temel kalite standartlarını karşılayıp karşılamadığını takip etmektedir⁴⁰⁸. Kalite Yönetimleri; hastaneleri, bakım evlerini, ağız ve diş sağlığı merkezlerini ve özel kuruluşlar da dahil diğer tüm sağlık hizmet sunucularını kayıt altına almakta ve hizmet faaliyetlerini denetlemektedir. Hizmet sunucularının yasa da belirtilen sağlık güvenliği ve kalite standartlarını karşılayamaması durumunda, Kalite Yönetimleri bu kurum ve kuruluşları uyarabilmekte, hizmetlerini kısıtlayabilmekte ve ceza bildirimini gönderebilmektedir. İleri vakalarda, kalite standartlarını taşımayan hizmet sunucularının faaliyet ruhsatlarını askıya alabilmekte veya iptal edebilmekte, hatta gerektiğinde konuyu mahkemeye sevk ederek cezai işlem uygulatabilmektedir⁴⁰⁹.

Ulusal Üstün Sağlık ve Bakım Kuruluşu (The National Institute for Health and Care Excellence – NICE); sağlık sektörüne ulusal düzeyde enformasyon ve rehberlik temin etmekte, kalite standartlarını belirlemekte, sağlık ve bakım hizmetlerine ilişkin bilgi ve tavsiyeler içeren ulusal veri tabanını yönetmekte olan bağımsız kamu kuruluşudur⁴¹⁰. NICE'in temel amacı, sağlık ve sosyal bakım hizmetlerinin geliştirilmesini ve iyileştirilmesini sağlamak amacıyla sağlık sunucularına ve diğer sağlık profesyonellerine kanıta dayalı bilgi, medikal tavsiye ve kalite standartları tedarik etmektedir. Bu doğrultuda NHS İngiltere, Sağlık Hizmetleri Kalite Yönetimi, Kamu Sağlığı Otoriteleri başta olmak üzere birçok sağlık otoritesiyle yakın bir işbirliği içinde faaliyet göstermektedir⁴¹¹. NICE; muayene, tedavi ve ilaç hizmetlerini kapsayan sağlık teknolojileri, klinik işlemleri, tıbbi uygulamalar, önleyici ve tedavi edici kamu sağlığı hizmetleri, sosyal bakım ve sosyal servisler alanlarında bilgi, öneri ve kalite standartları içeren periyodik bilgilendirme rehberleri yayınlamaktadır⁴¹². Bugüne kadar NICE

⁴⁰⁸ Monitor and Care Quality Commission, **a.g.e.**, s.2; David PRIOR ve Diğerleri, “Care Quality Commission”, A Guided Tour of the NHS, **All-Party Parliamentary Health Group**, http://www.healthinparliament.org.uk/sites/site_apfg/files/apfg_a_guided_tour_of_the_nhs_0.pdf, (17/05/2017), s.17

⁴⁰⁹ NHS England, Understanding the New NHS, s.18

⁴¹⁰ National Institute for Health and Care Excellence, Quality Standards Process Guide, 2014, <https://www.nice.org.uk/media/default/Standards-and-indicators/Quality-standards/Quality-standards-process-guide-April-2014.pdf>, (16/05/2017), s.5

⁴¹¹ National Institute for Health and Care Excellence, NICE Charter, https://www.nice.org.uk/Media/Default/About/Who-we-are/NICE_Charter.pdf, (16/05/2017), ss.1-2

⁴¹² House of Commons Health Committee, **National Institute for Health and Clinical Excellence**, London: The Stationary Office Limited, 2008, ss.12-16

tarafından, temel sağlık koşulları ve hastalıklara ilişkin tanımlamalar ve yüksek kalite gereksinimlerini konu edinen 180 civarında Kalite Standardı yayınlanmıştır⁴¹³.

3.1.2.7. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

İngiltere’de sağlık hizmetlerinin sunumu, Tröst adı verilen kurum ve organizasyonlar tarafından gerçekleştirilmektedir. Tröstler, NHS Tröstleri ve NHS Vakıf Tröstleri olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. NHS Tröstleri hükümet tarafından yönetilmektedir⁴¹⁴. Karar verme süreçlerinde ve finansal işlemlerinde Hükümete ve Devlet Sağlık Sekreterine karşı hukuken sorumludur⁴¹⁵. NHS Vakıf Tröstleri ise faaliyetlerinde merkezi hükümete bağlı değildir. Kamusal otoritelerden bağımsız olarak kendi kendilerini yöneten ve kendi finansal kararlarını veren hizmet organizasyonlarıdır. Vakıf Tröstleri’nin finansal süreçleri ve hizmet kalitesi yeterliliği Monitör ve Sağlık Hizmetleri Kalite Yönetimi tarafından takip edilmekte ve denetlenmektedir. İlk olarak 2004 yılında kurulmaya başlanan Vakıf Tröstleri’yle, sağlık hizmeti talebi ve yoğunluğunu merkezi hükümetten yerel hizmet organizasyonlarına doğru kaydırmak ve halkın bölgesel çaptaki ihtiyaç ve taleplerini daha etkin şekilde karşılayabilmek amaçlanmaktadır⁴¹⁶.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda koruyucu ve önleyici hekimlik hizmetleri büyük önem ve ağırlık taşımaktadır⁴¹⁷. Birinci basamak teşhis, tedavi ve muayene hizmetleri sağlık sisteminin temelini oluşturmaktadır⁴¹⁸. Temel bakım ve sağlık servisleri hastaların hizmet sürecindeki ilk başvuru ve tıbbi müdahale noktasıdır. Hizmetlerin büyük bir kısmı, provizyon esnasında İngiliz vatandaşları için ücretsizdir⁴¹⁹. Hizmet basamaklarında aktif olarak sevk sistemi uygulanmaktadır. Birinci basamak temel sağlık servislerinde genel pratisyen hekimler hastaların ilk

⁴¹³ POWELL ve HEATH, **a.g.m.**, s.5

⁴¹⁴ NHS England, Understanding the New NHS, s.15

⁴¹⁵ The NHS Constitution, Guide to the Healthcare System in England – Including the Statement of NHS Accountability, s.28

⁴¹⁶ NHS, A Short Guide to NHS Foundation Trusts, 2005, <https://www.cmft.nhs.uk/published/UserUpload/file/A%20Short%20Guide%20to%20Foundation%20Trusts.pdf>, (16/05/2017), ss.4-5

⁴¹⁷ SARGUTAN, **a.g.e.**, s.518

⁴¹⁸ The NHS Constitution, Guide to the Healthcare System in England – Including the Statement of NHS Accountability, s.2

⁴¹⁹ LIU ve WONG, **a.g.e.**, s.7

müracaat ettikleri tıbbi birimlerdir⁴²⁰. Pratisyenler yapmış oldukları teşhis, muayene veya tedavi sonucunda eğer gerekli görürlerse hastaları ikinci veya üçüncü basamak ihtisaslaşmış sağlık servislerine sevkdebilmektedir. Hastalar, kayıtlı oldukları kendi pratisyen hekimleri tarafından sevkedilmek koşuluyla, tüm ikinci ve üçüncü basamak tıp hizmetlerinden de ücretsiz olarak yararlanabilmektedir⁴²¹.

3.1.2.7.1. Birinci Basamak Temel Sağlık Hizmetleri

İngiltere’de birinci basamak temel sağlık hizmetleri ve genel pratisyenlik uygulamaları sağlık sisteminin ana yapısını oluşturmakta ve merkezinde yer almaktadır. NHS çerçevesinde hastalara tedarik edilen sağlık hizmetlerinin %90’ı birinci basamak hizmet sunucularında gerçekleştirilmektedir⁴²². Birinci basamak sağlık hizmeti veren başlıca sağlık tesisleri ile sağlık profesyonelleri; Genel Pratisyen hekim, hemşire ve sağlık yöneticileri, diş hekimleri, optisyenler, eczacılar, mesai saatleri dışında medikal hizmet veren kurumlar (NHS Out-of-Hours Services), NHS 111, Sağlık İstasyonları (NHS Walk-In Centres), bölge hemşireleri, ebeler, sağlık ziyaretçileri ve ambulans servisleridir⁴²³. Tüm sağlık hizmet sunucuları, hizmet kalitesi ve finansal yeterliliklerine ilişkin, kayıtlı oldukları Sağlık Yöneticileri Kurulu’na karşı hukuken sorumluluk taşımaktadır⁴²⁴. Temel sağlık hizmetlerinde kamunun payı ve etkinliği ağırlıktadır. Fakat sınırlı sayıda olmakla birlikte özel teşebbüs genel pratisyenlik tesisleri de hizmet vermektedir⁴²⁵.

Birinci basamak sağlık hizmetleri büyük oranda NHS ile sözleşmeli olarak çalışan genel pratisyenler tarafından sağlanmaktadır⁴²⁶. Genel pratisyenler ileri düzey tıbbi muayene ve tedavi gerektiren vakalarda, hastaları daha ihtisaslaşmış tıp hizmeti

⁴²⁰ BOYLE, “United Kingdom (England) – Health System Review”, s.229

⁴²¹ DİNÇ, **a.g.e.**, s.6

⁴²² Royal college of General Practitioners, Management in Primary Care, 2006, http://www.gmc-uk.org/4_1_Management_in_Primary_Care_01.pdf_30450416.pdf, (18/05/2017), ss.3-4

⁴²³ Healthwatch, Primary Care: A Review of Local Healthwatch Reports, 2015, http://www.healthwatch.co.uk/sites/healthwatch.co.uk/files/primary_care_a_review_of_local_healthwatch_reports.pdf, (18/05/2017), s.8; DİNÇ, **a.g.e.**, s.14

⁴²⁴ The NHS Constitution, Guide to the Healthcare System in England – Including the Statement of NHS Accountability, s.5

⁴²⁵ BOYLE, “United Kingdom (England) – Health System Review”, s.228

⁴²⁶ National Audit Office, **Healthcare Across the UK: A Comparison of the NHS in England, Scotland, Wales and Northern Ireland**, London: the Stationary Office, 2012, s.21

veren ikinci ve üçüncü basamak sağlık merkezlerine yönlendirebilmektedir⁴²⁷. 2014 yılı istatistiklerine göre, İngiltere’de faaliyet gösteren genel pratisyen hekimlerin sayısı 36.920, hemşirelerin sayısı ise 15.062’dir. Bu veriler, pratisyen hekim başına yılda 1.530 hasta düştüğü anlamına gelmektedir⁴²⁸. Her vatandaşın kayıtlı olduğu bir genel pratisyeni bulunmaktadır ve bu pratisyen hekimler çoğunlukla kişilerin ikamet ettiği konuta en yakın birinci basamak sağlık merkezinde faaliyet göstermektedir⁴²⁹.

Mesai saatleri dışında tıbbi hizmet veren servisler; genel pratisyen kliniklerinin kapalı olduğu hafta içi 18.30 - 08.00 saatleri arasında ve hafta sonları tüm gün boyunca temel sağlık ve bakım hizmeti sunmaktadır. 2004 yılında faaliyete başlayan bu kuruluşların amacı, halkın hastane ve genel sağlık merkezlerinin kapalı olduğu gün ve saatlerde acil ve temel sağlık hizmeti ve tedavi ihtiyaçlarını karşılamaktır. Out-of-Hours GP servislerinde, 2013-2014 döneminde toplam 5.8 milyon vakaya yönelik tıbbi hizmet verilmiş ve yaklaşık 3.3 milyon hastayla yüz yüze görüşme ve konsültasyon uygulanmıştır⁴³⁰.

Sağlık İstasyonları ciddi boyutta olmayan sağlık sorunları ve hafif derecedeki kaza ve yaralanma vakaları için, öncesinde randevu alma zorunluluğu olmadan tedavi ve tıbbi tavsiye hizmeti sunan sağlık birimleridir. Hafta içi ve hafta sonları geç saatlere kadar hizmet vermektedirler. Önceden randevu alma gerekliliği olmadığından dolayı, hastalar açısından son derece ulaşılabilir ve pratik sağlık hizmeti sunmaktadırlar⁴³¹.

NHS 111, acil olmayan çeşitli sağlık sorunları ve tıbbi konulara ilişkin çağrı merkezi üzerinden bilgi ve tavsiye sağlayan tıbbi danışmanlık hattıdır. Özellikle kişilerin doktora gidemediği durumlarda ve küçük sağlık şikayetlerine yönelik telefon üzerinden uzman hemşireler ve sağlık ekibi tarafından pratik medikal destek ve

⁴²⁷ LIU ve WONG, **a.g.e.**, s.7

⁴²⁸ Health and Social Care Information Centre, General and Personal Medical Services England: 2004-2014, 2015, <http://content.digital.nhs.uk/catalogue/PUB16934/nhs-staf-2004-2014-gene-prac-rep.pdf>, (17/05/2017), s.4

⁴²⁹ THORLBY ve ARORA, **a.g.e.**, s.51

⁴³⁰ Department of Health and NHS England, **Out-of-Hours GP Services in England**, London: National Audit Office Press Office, 2014, ss.4-5

⁴³¹ Monitor, Walk-In Centre Review: Final Report and Recommendations, 2014, https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/283778/WalkInCentreFinalReportFeb14.pdf, (18/05/2017), ss.10-11

rehberlik sağlanmaktadır. NHS 111 aracılığıyla, yılda ortalama 6,5 milyon kişiye telefonda sağlık hizmeti verilmektedir⁴³².

Bölge hemşireleri; bakıma muhtaç durumdaki yaşlı ve hasta kişilere ve yeni ameliyat olmuş hastalara kendi evlerinde, sağlık kuruluşlarında veya bakım evlerinde tıbbi destek ve bakım hizmeti sunan hemşirelerdir⁴³³. Sağlık Ziyaretçileri ise; bebek ve çocuk sağlığı konusunda, 5 yaş altı çocuğu olan ailelere ve özellikle yeni evlat sahibi olmuş ebeveynlere tıbbi bilgi ve tavsiye veren uzman sağlık profesyonelleridir. Bebeklerin sağlığının korunması ve çocukların doğru eğitilmesi gibi konularda ailelere rehberlik hizmeti sağlamaktadırlar⁴³⁴.

3.1.2.7.2. İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri

Kamu hastanelerinin sunduğu sağlık hizmetleri (acute trusts), üçüncü basamak ihtisas tıp servisleri, vakıf tröstlerinin sağladığı (özel) hastane hizmetleri ile akıl ve ruh sağlığı hizmetleri İngiltere’de ikinci ve üçüncü basamakta sunulan başlıca sağlık hizmetleridir⁴³⁵. Çocuk sağlığı uzmanları, fizyoterapistler, konuşma bozukluğu terapistleri ve meslek hastalıkları uzmanları ikinci basamak sağlık hizmeti sağlayan sağlık profesyonellerinden bazılarıdır⁴³⁶.

Hastaneler; NHS Tröstleri veya NHS Vakıf Tröstleri olarak faaliyet göstermektedir. NHS Tröstleri Sağlık Departmanına karşı sorumluluk taşıırken, Vakıf Tröstleri Monitör tarafından denetlenmektedir. 2015 yılı itibarıyla Birleşik Krallık genelinde 548 özel hastane ve 600’e yakın özel klinik olduğu bilinmektedir⁴³⁷. Her

⁴³² NHS, 111 - The New NHS Number, 2012, <http://www.nhs.uk/NHSEngland/AboutNHSServices/Emergencyandurgentcareservices/Documents/2012/NHS%20111%20Easy%20Read%20leaflet.pdf>, (18/05/2017); Capita Healthcare Decisions, NHS Direct, 2015, <https://capitahealthcaredecisions.com/module/uploads/2015/05/Capita-Case-Study-NHSDirect.pdf>, (18/05/2017)

⁴³³ The Pennine Acute Hospitals NHS Trust, District Nursing Service- An Information Guide, 2014, <http://www.pat.nhs.uk/community-services/District%20Nursing%20Service.pdf>, (18/05/2017)

⁴³⁴ NHS England, 2015-16 National Health Visiting Core Service Specification, 2014, <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/12/hv-serv-spec-dec14-fin.pdf>, (18/05/2017), ss.4-5

⁴³⁵ BOYLE, “United Kingdom (England) – Health System Review”, ss.234-240

⁴³⁶ Levels of Care in the NHS, <https://councilfordisabledchildren.org.uk/sites/default/files/field/attachemnt/4.%20Levels%20of%20Care.pdf>, (19/05/2017)

⁴³⁷ THORLBY ve ARORA, a.g.e., s.52

sağlık bölgesinde, kapsamlı sağlık hizmeti sunmayı amaçlayan en az 1 genel hastane bulunmaktadır⁴³⁸.

İhtisas tıp hizmetleri oldukça az sayıdaki hastanede, tedavisi daha zahmetli ve uzun süren ileri düzey vakalara yönelik hizmet vermektedir. Dolayısıyla, temel sağlık hizmetlerine kıyasla bu servislere daha az sayıda hasta müracaat etmektedir. İhtisas tıp hizmetleri için NHS İngiltere bütçesinin yaklaşık %14'ü oranında finansal kaynak tahsis edilmektedir⁴³⁹. Ruh sağlığı hizmetleri ise çeşitli psikiyatrik hastalıklara ve psikolojik bozukluklara yönelik sosyal bakım ve yatarak tedavi hizmeti sunmaktadır. Bu hizmetler Klinik Yönetim Grupları tarafından yönetilmekte ve finanse edilmektedir⁴⁴⁰. 2016 yılı istatistiklerine göre, önümüzdeki beş yıl içerisinde İngiltere’de her dört kişiden biri akıl veya ruh sağlığı problemi yaşayacaktır⁴⁴¹.

3.1.2.8. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

İngiltere’de sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak kamu kaynaklarıyla, yani genel vergilerle finanse edilmektedir. Dolayısıyla, tipik olarak Beveridge finansman sistemi uygulanmaktadır⁴⁴². Genel vergilerin haricinde, daha küçük oranda bir paya sahip olmakla birlikte ulusal sigorta katkıları, yerel vergiler, özel sağlık sigortası primleri, belirli hizmetler için belirli kişilerin ödemekle yükümlü olduğu katkı payları ve özellikle özel hizmet sunucularında yapılan doğrudan-cepten ödemeler finansman sürecinde yer alan başlıca gelir kaynaklarıdır⁴⁴³.

Genel vergiler, NHS’nin en önemli gelir kaynağını teşkil etmektedir. 1951’den itibaren, NHS’nin finansman mekanizmasında genel vergiler ortalama %80’lik bir paya sahip olmuştur. Vergilerin finansmandaki payı 1962 yılında %74 ile en düşük oranda gerçekleşirken, 1974’te %91’lik oranla NHS tarinin en yüksek seviyesine ulaşmıştır⁴⁴⁴.

⁴³⁸ LIU ve WONG, **a.g.e.**, s.7

⁴³⁹ POWELL, **a.g.e.**, s.9

⁴⁴⁰ NHS England, Understanding the New NHS, s.8

⁴⁴¹ NHS, Next Steps on the Five Year Forward View, 2017, <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/03/NEXT-STEPS-ON-THE-NHS-FIVE-YEAR-FORWARD-VIEW.pdf>, (19/05/2017), s.26

⁴⁴² DİNÇ, **a.g.e.**, s.5

⁴⁴³ LIU ve WONG, **a.g.e.**, ss.12-13; BOYLE, “United Kingdom (England) – Health System Review”, ss.83-84

⁴⁴⁴ KEABLE-ELLIOT, **a.g.e.**, s.8

Ulusal sigorta katkıları NHS'nin ikinci en büyük finansman kaynağıdır. Ulusal sigorta katkıları; geliri belirli bir seviyenin üzerinde olan çalışan, işveren ve kendi adına bağımsız çalışanlardan zorunlu olarak toplanan primlerdir. Bu primler, genel vergilerden bağımsız olarak toplanmakta ve Ulusal Sigorta Fonu'nda (National Insurance Fund) biriktirilmektedir. Haftalık geliri minimum kazanç limitinin (lower earnings limit) üzerinde olan çalışanlar ulusal sigorta katkısı ödemek zorundadır. 2015-2016 dönemi için uygulanan alt limit haftalık 112 Sterlin'dir. Yani haftada en az 112 Sterlin kazanan işçiler ulusal sigorta katkısı olarak prim ödemekle mükelleftir. Aynı şekilde, kazançları belirli bir limitin üzerinde olan işveren ve kendi adına bağımsız çalışanlar için de ulusal sigorta primi ödeme yükümlülüğü bulunmaktadır⁴⁴⁵.

NHS'nin hizmetleri, vergilerden sağlanan ve her sene Parlamento tarafından miktarı belirlenen bütçe ile finanse edilmektedir⁴⁴⁶. NHS'nin bütçesi Hazine'den temin edilmektedir. Bütçenin neredeyse yarısı (%47) hastane hizmetleri ve acil bakım servislerine harcanmaktadır. Genel pratisyenlik servisleri, toplum sağlığı hizmetleri, ruh sağlığı hizmetleri ve ilaç harcamalarının her biri toplam bütçe içerisinde %10'luk paya sahiptir. Bütçeyi oluşturmak amacıyla Hazine, Sağlık Departmanı'na finansal kaynak tahsis etmekte, Sağlık Departmanı da bu kaynakları sağlık bütçesi olarak NHS İngiltere'ye transfer etmektedir. Sağlık Departmanı, bütçenin bir miktarını işletme maliyetleri ve kendisine bağlı faaliyet gösteren sağlık kurumlarının harcamaları için kendisine ayırmaktadır⁴⁴⁷.

2015-2016 Dönemi için Hazine'den İngiltere Sağlık Departmanı'na tahsis edilen toplam bütçe 115 milyar Sterlin olmuştur. İngiltere'nin toplam nüfusunun 53,9 milyon olduğu göz önünde bulundurulduğunda, kişi başına düşen sağlık bütçesi 2.137 GBP'dir⁴⁴⁸. Bu bütçenin büyük bir kısmı (100,6 milyar GBP) NHS İngiltere'ye transfer edilmiştir. Kalan kısmı; NICE, Monitör, Sağlık Hizmetleri Kalite Yönetimi başta olmak üzere Sağlık Departmanı'na bağlı birim ve organizasyonların faaliyetleri için Sağlık Departmanı'na bırakılmıştır. NHS İngiltere; kendisine tahsis edilen sağlık bütçesinin bir

⁴⁴⁵ Antony SEELY, **National Insurance Contributions: An Introduction**, London: House of Commons Library Briefing Paper, 2015, ss.3-4

⁴⁴⁶ The NHS Constitution, Guide to the Healthcare System in England – Including the Statement of NHS Accountability, s.6

⁴⁴⁷ NHS England, Understanding the New NHS, ss.10-11

⁴⁴⁸ Treasury, Public Expenditure Statistical Analyses, s.27

kısmını, Klinik Yönetim Grupları'na ve yerel sağlık otoritelerine dağıtmaktadır. 2015-2016 döneminde Klinik yönetim Gruplarına tahsis edilen meblağ 69,2 milyar GBP olmuştur. NHS İngiltere, bütçenin diğer bir bölümünü, doğrudan kendisinin yönetip tedarik ettiği sağlık hizmetlerine ayırmaktadır (birinci basamak temel sağlık hizmetleri, ordu mensubu askeri personele yönelik sunulan sağlık hizmetleri, cezaevinde ve gözaltında bulunan tutuklu ve hükümlülerin yararlandığı sağlık servisleri ve ihtisas tıp hizmetleri). 2015-2016 döneminde, NHS kendi sunduğu sağlık servisleri için bütçesinden 29,7 milyar GBP ayırmıştır. NHS bütçesinden geriye kalan meblağ ise merkezi olarak yönetilen proje, servis ve uygulamalar için harcanmaktadır⁴⁴⁹.

Sağlık hizmetlerinde kısıtlı miktarda olmakla birlikte cepten ödemeler ve kullanıcı katkıları da uygulanmaktadır. Cepten ödemeler genellikle özel sağlık hizmet sunucularında ve reçetesiz satılan ilaçlarda (over-the-counter medicines) uygulanırken, kullanıcı katkıları bazı reçeteli ilaçlar ve diş sağlığı hizmetleri için ödenmektedir⁴⁵⁰. 2013 yılında, Birleşik Krallık'ta hanehalkları tarafından yapılan cepten ödemelerin toplam sağlık ödemeleri içindeki payı %11,9 olmuştur⁴⁵¹.

Ayakta tedavi hizmetlerinde verilen bazı ilaçlar ve diş hekimi tedavileri için katkı payı ödemesi alınmaktadır. Her bir ilaç için kalem başı 8,20 GBP katkı payı alınırken, diş hekimi tedavilerinde ise tedavinin içeriği ve kapsamına göre 222,5 GBP'ye varan katkı payı ödemesi uygulanmaktadır. İngiltere'de 2015 yılında satılan reçeteli ilaçların %89,7'si NHS kapsamında ücretsiz olarak hastalara temin edilmiş, %9,7'sinde ise katkı payı ödemesi alınmıştır⁴⁵². NHS'de katkı payı uygulanmasının sebebi, sağlık hizmetlerine aşırı veya gereksiz müracaatları azaltmaktan ziyade, finansman sistemine ek kaynak temin etmektir⁴⁵³. Reçeteli ilaçlarda bazı kişi ve gruplar için katkı payı uygulanmamaktadır: 16 yaş altı çocuklar, 16-18 yaş arası üniversite veya lise okumakta olan öğrenciler, 60 yaş ve üzeri kişiler, aylık kazancı belirli bir düzeyin altında olan dar gelirli gruplar, hamile kadınlar, son 12 ay içerisinde doğum yapmış yeni

⁴⁴⁹ POWELL, a.g.e., ss.5-6

⁴⁵⁰ BOYLE, "United Kingdom (England) – Health System Review", ss.96-97

⁴⁵¹ Office for National Statistics, Expenditure on Healthcare in the UK: 2013, ss.5-6

⁴⁵² Health and Social Care Information Centre, Prescriptions Dispensed in the Community England: 2005-2015, 2016, <http://content.digital.nhs.uk/catalogue/PUB20664/pres-disp-com-eng-2005-15-rep.pdf>, (19/05/2017), ss.96-98

⁴⁵³ Theodore HITIRIS, "Prescription Charges in the United Kingdom: A Critical Review", 2000, The University of York, Department of Economics and Related Studies, <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.201.9545&rep=rep1&type=pdf>, (19/05/2017), s.2

anneler, kanser hastaları, fiziksel veya zihinsel olarak herhangi bir engeli bulunan özürlü kişiler reçeteli ilaçlardaki katkı payı ödemelerinden muaftır⁴⁵⁴.

3.2. İngiltere ve Türkiye'nin Sağlık Finansman Sistemlerinin Karşılaştırılması

3.2.1. Ekonomik Göstergelerin Karşılaştırılması

İngiltere Nüfusu, Birleşik Krallık'ın toplam nüfusunun %84'ünü oluşturmaktadır⁴⁵⁵. Ayrıca, Birleşik Krallık'ın siyasi yönetim merkezi ve politik açıdan en baskın ülkesi konumundadır. Dolayısıyla Birleşik Krallık'a ait ekonomi ve sağlık göstergeleri, büyük oranda İngiltere'yi temsil etmektedir.

Birleşik Krallık'ın 2016 yılı gayrisafi yurtiçi hasılası 2,64 trilyon Dolar, kişi başı milli geliri ise 40.412 Amerikan Dolarıdır⁴⁵⁶. 2017 yılı Mart ayı verilerine göre, gayrisafi yurtiçi hasılanın artış oranı %0,3 olurken, enflasyon oranı %2,3, işsizlik oranı %4,7, faiz oranı ise %0,25'tir. 2017'nin Mart ayında toplam işsiz kişi sayısının 765 bin olduğu tespit edilmiştir. Nisan 2017'de saatlik asgari ücret tutarı 7,5 İngiliz Sterlini'dir. Bu rakam, asgari ücretle çalışan birinin aylık ortalama kazancının 1.300 Sterlin olduğu anlamına gelmektedir⁴⁵⁷.

Türkiye'nin 2016 yılındaki gayrisafi yurtiçi hasılası 735 milyar Dolar ve kişi başı milli geliri ise 9.317 Dolar olarak gerçekleşmiştir⁴⁵⁸. 2016'nın Aralık ayına göre, GSYİH artış oranı %3,8'dir. 2017'nin Şubat ayında işsizlik oranı %12,6 iken Nisan ayı enflasyon oranı %17,87'dir. Aynı ayda faiz oranı %8 olmuştur. 2017 yılının Şubat ayındaki işsiz kişi sayısı 3 milyon 900 bindir. 2017 brüt asgari ücret tutarı 1.778 TL'dir⁴⁵⁹.

⁴⁵⁴ THORLBY ve ARORA, a.g.e., s.50

⁴⁵⁵ Office for National Statistics, Population Estimates for UK, England and Wales, Scotland and Northern Ireland: Mid-2015, s.3

⁴⁵⁶ <http://statisticstimes.com/economy/projected-world-gdp-ranking.php>, (19/05/2017)

⁴⁵⁷ www.tradingeconomics.com, United Kingdom – Economic Indicators, <http://www.tradingeconomics.com/united-kingdom/indicators>, (09/05/2017)

⁴⁵⁸ <http://statisticstimes.com/economy/projected-world-gdp-ranking.php>, (19/05/2017)

⁴⁵⁹ www.tradingeconomics.com, Turkey – Economic Indicators, <http://www.tradingeconomics.com/turkey/indicators>, (19/05/2017)

Ülkelerin ekonomik göstergeleri karşılaştırmalı olarak analiz edildiğinde İngiltere ve Türkiye'nin ekonomik statülerinde ciddi farklar olduğu dikkati çekmektedir. Mevcut verilere göre, İngiltere ekonomik bakımdan Türkiye'den oldukça ileride görünmektedir. 79,8 milyon nüfusu olan⁴⁶⁰ Türkiye'de GSYİH 735 milyar Dolar iken, 65,6 milyon nüfuslu Birleşik Krallık'ın⁴⁶¹ GSYİH'si 2,64 trilyon Dolar ile Türkiye'ninkinin üç katından fazladır.

3.2.2. Sağlık Harcamalarının ve Sağlık Göstergelerinin Karşılaştırması

Ulusal İstatistikler Ofisi'nin güncellenmiş istatistiklerine göre, 2013 yılında Birleşik Krallık'ta kamu ve özel sektör toplam sağlık harcamaları 150,6 milyar İngiliz Sterlini olmuş ve toplam sağlık harcamaları 2012 yılından 2013'e gelindiğinde %2,7 artmıştır. Yine 2013 yılı için kişi başı sağlık harcaması 2.350 Sterlin olarak gerçekleşirken, toplam sağlık harcamalarının gayrisafi yurtiçi hasıla içindeki payı %8,8 olmuştur⁴⁶². 2015 yılında Birleşik Krallık'ta yapılan toplam sağlık harcaması 181,8 milyar Sterlin (809 milyar TL) olmuştur⁴⁶³.

İngiltere'de sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında kamu kaynakları ve kamusal hizmet sunucuları ağırlıktadır⁴⁶⁴. 2013 yılında Birleşik Krallık genelinde toplam kamu sağlık harcaması miktarı 125,5 milyar Sterlin iken özel sektör sağlık harcamaları 25,1 milyarda kalmıştır. Kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı %83,3'tür⁴⁶⁵.

2015-2016 dönemi için Hazine'den İngiltere Sağlık Departmanı'na tahsis edilen toplam bütçe 115 milyar Sterlin'dir. Bu meblağ, toplam 53,9 milyon nüfusu olan İngiltere'de kişi başına düşen sağlık bütçesinin 2.137 Sterlin olduğu anlamına gelmektedir⁴⁶⁶. Bu bütçenin 100,6 milyar Sterlinlik kısmı NHS İngiltere'ye transfer edilmiştir. NHS İngiltere, kendisine ayrılan bütçenin 69,2 milyarını Sterlinini Klinik

⁴⁶⁰ Türkiye İstatistik Kurumu, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları-2016, 2017, <https://www.google.com.tr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjvJnusPTAHVMiiwKHYYTkDgsQFgghMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.tuik.gov.tr%2FpdfGetir.do%3Fid%3D24638&usg=AFQjCNFDu3XWydIXBIWgaG65APOdrSMDaA&cad=rja>, (19/05/2017)

⁴⁶¹ **Britannica Encyclopedia**, "United Kingdom", <https://www.britannica.com/place/United-Kingdom>, (05/05/2017),

⁴⁶² Office for National Statistics, Expenditure on Healthcare in the UK, ss.2-4

⁴⁶³ OECD Health Data, <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>, (27/05/2017)

⁴⁶⁴ DİNÇ, a.g.e., s.5

⁴⁶⁵ Office for National Statistics, Expenditure on Healthcare in the UK, ss.5-6

⁴⁶⁶ Treasury, Public Expenditure Statistical Analyses, s.27

Yönetim gruplarına, 29,7 milyarını da kendi sunduğu sağlık servislerinin finansmanına tahsis etmiştir⁴⁶⁷. 2014 yılında hastaların eczane ve sağlık tesislerinden hak sahibi statüsünde ücretsiz olarak temin ettiği reçeteli ilaçlar için NHS İngiltere toplam 8,9 milyar Sterlin harcamıştır. Bu miktar 2013 yılında 8,6 milyar Sterlin olarak gerçekleşmiştir⁴⁶⁸. 2015 yılında ise, NHS İngiltere'nin reçeteli ilaçlara yaptığı toplam harcama 9,2 milyar Sterlin olmuştur⁴⁶⁹.

Türkiye'de 2015 yılında yapılan toplam sağlık harcaması 104,5 milyar TL olmuştur. 2014 yılında ise bu harcamaların toplamı 94,7 milyar TL olarak gerçekleşmiştir⁴⁷⁰. Türkiye'nin 2015 yılı gayrisafi yurtiçi hasılası 719,6 milyar Amerikan Doları⁴⁷¹ iken sağlık harcamalarının gayrisafi yurtiçi hasıla içindeki payı %5,4 olmuştur⁴⁷².

İngiltere'de olduğu gibi Türkiye'de de kamu sağlık harcamalarının toplam harcamalar içindeki payı, özel harcamalara kıyasla oldukça yüksektir⁴⁷³. 2015 yılında, kişi başına kamu sağlık harcaması 1.056 TL iken, özel sağlık harcaması ise 289 TL olmuştur⁴⁷⁴. Kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki oranı 2014 yılında %77,4 iken, 2015 yılına gelindiğinde bu oran %78,5'e yükselmiştir. Aynı yıl, harcamaların %16,6'sı hanehalkları tarafından karşılanmıştır⁴⁷⁵. 2013 yılında Türkiye'de toplam 21,8 milyar TL ilaç harcaması yapılmış ve bu harcamaların GSYİH içindeki payı %1,4 olmuştur⁴⁷⁶.

⁴⁶⁷ POWELL, a.g.e., ss.5-6

⁴⁶⁸ Health and Social Care Information Centre, Prescriptions Dispensed in the Community England: 2004-2014, 2015, <http://content.digital.nhs.uk/catalogue/PUB17644/pres-disp-com-eng-2004-14-rep.pdf>, (20/05/2017), s.7

⁴⁶⁹ Health and Social Care Information Centre, Prescriptions Dispensed in the Community England: 2005-2015, s.7

⁴⁷⁰ TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri 1999-2015, 2016, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084, (10/04/2017)

⁴⁷¹ Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015, s.211

⁴⁷² TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri 1999-2015, (20/05/2017)

⁴⁷³ OECD ve Dünya Bankası, a.g.e., ss.54-56

⁴⁷⁴ Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015, s.213

⁴⁷⁵ TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri - 2015, 2016, https://www.google.com.tr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0ahUKEwi1oLmo9P_TAhWI_iwKHetrCB0QFgg3MAI&url=http%3A%2F%2Fwww.tuik.gov.tr%2FPdfGetir.do%3Ffid%3D21527&usq=AFQjCNE5RuU-Nafpk2lqJSsNeN6CUoL_jQ&cad=rja, (20/05/2017)

⁴⁷⁶ ATASEVER, a.g.e., s.184

3.2.3. NHS ve GSS'nin Karşılaştırılması

Hizmet sunumu ve finansman mekanizmaları açısından birbirlerinden oldukça farklı karakteristiklere sahip olan NHS ve GSS'nin temel ayrımlarına geçmeden önce, her iki sistemin taşıdığı ortak özelliklere ve benzerliklere değinmek gerekecektir: Öncelikle, hem GSS'de hem de NHS'de sunulan sağlık hizmetleri tüm nüfusu kapsamakta ve vatandaşlar doğrudan sağlık sisteminin içinde hak sahibi olarak yer almaktadır. Türkiye'de GSS kapsamında yer almak her vatandaş için zorunludur ve GSS tüm vatandaşlara yönelik kapsamlı sağlık hizmeti sunmaktadır⁴⁷⁷. Aynı şekilde NHS de toplumun tüm fertleri için kaliteli ve erişilebilir sağlık hizmeti temin etmekle görevlidir⁴⁷⁸. “Ulusal Sağlık Hizmetleri tüm halka aittir” prensibi⁴⁷⁹ çerçevesinde faaliyet gösteren NHS, tüm nüfusa yönelik ücretsiz birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık ve tıbbi bakım hizmeti sunmaktadır⁴⁸⁰.

İki sistem arasındaki bir diğer ortak özellik ise, hem GSS'de hem de NHS'de sağlık hizmetlerinde kamunun ve kamu harcamalarının ağırlıkta olmasıdır. Sağlık Bakanlığı, Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin sunumunda ağırlıklı rol oynayan temel hizmet sağlayıcısı konumundaki kamu organıdır⁴⁸¹. Toplam sağlık harcamalarında kamunun payı (%78,5) hakimdir⁴⁸². NHS'de de aynı şekilde sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında kamu kaynakları ve kamusal hizmet sunucuları ön plandadır⁴⁸³. 2013 yılında, Birleşik Krallık genelinde toplam kamu sağlık harcaması miktarı 125,5 milyar Sterlin iken, özel sektör sağlık harcamaları 25,1 milyar olmuştur⁴⁸⁴. İngiltere'de 2013 yılı kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı %83,3'tür⁴⁸⁵.

İki sistem arasındaki fonksiyonel ve organizasyonel açıdan en önemli fark; Türkiye'de Bismarck ağırlıklı bir finansman sistemi uygulanırken, İngiltere'nin tipik

⁴⁷⁷ 5510 sayılı Kanun, Madde 92 ve 5754 Sayılı Kanun, Madde 55; Sosyal Güvenlik Kurumu, **Genel Sağlık Sigortası**, s.1

⁴⁷⁸ The NHS Constitution, Guide to the Healthcare System in England – Including the Statement of NHS Accountability, s.2

⁴⁷⁹ NHS, The NHS Constitution, s.2

⁴⁸⁰ LIU ve WONG, **a.g.e.**, s.2

⁴⁸¹ TATAR ve Diğerleri, **a.g.e.**, s.15

⁴⁸² OECD ve Dünya Bankası, **a.g.e.**, ss.54-56

⁴⁸³ DİNÇ, **a.g.e.**, s.5

⁴⁸⁴ Office for National Statistics, Expenditure on Healthcare in the UK, s.5

⁴⁸⁵ Office for National Statistics, Expenditure on Healthcare in the UK, ss.5-6

olarak Beveridge finansman mekanizmasını tatbik ediyor olmasıdır. İngiltere’de Sağlık harcamaları büyük oranda vergilerle finanse edilmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı için Sağlık Departmanı’na Hazineden her sene belirli bir bütçe tahsis edilmektedir⁴⁸⁶. Genel vergilerin haricinde, daha küçük oranda bir paya sahip olmakla birlikte; ulusal sigorta katkıları, yerel vergiler, özel sağlık sigortası primleri, katkı payları ve özellikle özel hizmet sunucularında yapılan doğrudan-cepten ödemeler finansman sürecinde yer alan diğer gelir kaynaklarıdır⁴⁸⁷. GSS ise zorunlu sosyal sağlık sigortasının ağırlıkta olduğu ve işçi ve işverenlerin ödedikleri primlere dayalı olan bir finansman sistemidir⁴⁸⁸. Bununla birlikte, tamamlayıcı ve destekleyici fonksiyonda özel sağlık sigortacılığı, devlet katkısı, vergiler ve cepten ödemeler de GSS’nin finansman yapısında yer almaktadır⁴⁸⁹.

İngiltere’de sağlık hizmetlerinin yönetiminde oldukça karmaşık ve çok parçalı bir idari yapı bulunmaktadır⁴⁹⁰. Sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı, planlaması, denetimi ve yönetimi kompleks bir fonksiyonel sistem dahilinde, değişik statüdeki çeşitli kurum, organ ve birimler tarafından sürdürülmektedir⁴⁹¹. Sağlık Departmanı ve Devlet Sağlık Sekreteri sağlık hizmetlerinin idari ve hukuki fonksiyonlarını yerine getirmektedir⁴⁹². Tröst Geliştirme Otoriteleri, Monitör, Healthwatch, Sağlık Hizmetleri Kalite Yönetimi ve Ulusal Üstün Sağlık ve Bakım Kuruluşu ise İngiltere sağlık sistemindeki başlıca denetleyici, düzenleyici ve bilgi sağlayıcı birim ve organizasyonlar olarak faaliyet göstermektedir⁴⁹³. Türkiye’de ise nispeten daha az kamusal otoritenin faaliyet gösterdiği bir sistem uygulanmaktadır. TBMM başta olmak üzere Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, SGK, Devlet Planlama Teşkilatı ve Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumunda politika oluşturma ve hukuki düzenlemeleri yönetmekle yetkili ilgili kamu otoriteleridir. Sağlık hizmetlerinin sunumu ise Sağlık Bakanlığı ağırlıkta olmak üzere üniversite

⁴⁸⁶ POWELL, **a.g.e.**, s.5

⁴⁸⁷ LIU ve WONG, **a.g.e.**, ss.12-13

⁴⁸⁸ EROL ve ÖZDEMİR, **a.g.m.**, s.13

⁴⁸⁹ YURDADOĞ, **a.g.m.**, s.592

⁴⁹⁰ NHS England, Understanding the New NHS, s.1

⁴⁹¹ The National Assembly for Wales, **a.g.e.**, s.6

⁴⁹² THORLBY ve ARORA, **a.g.e.**, s.53

⁴⁹³ NHS England, Understanding the New NHS, ss.8-9

hastaneleri ve özel sağlık hizmet sunucuları tarafından sađlanmaktadır⁴⁹⁴. GSS'nin finansmanı ise SGK tarafından yönetilmekte ve yürütölmektedir⁴⁹⁵.

GSS ve NHS'nin hizmet sunumu arasındaki bir diğer önemli fark ise basamaklar arasında sevk sisteminin uygulanmasıdır. NHS'de Hizmet basamaklarında aktif olarak zorunlu sevk sistemi uygulanmaktadır. Pratisyen hekimler yapmış oldukları tıbbi müdahale sonucunda, gerekli görmeleri durumunda hastaları ikinci veya üçüncü basamak ihtisaslaşmış sağlık servislerine sevk edebilmektedir. Pratisyenler sevk etmeden, hastalar doğrudan kendi iradeleriyle ikinci veya üçüncü basamak hizmet sunucularına başvururlarsa, sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanamamaktadır⁴⁹⁶. Türkiye'de ise zorunlu sevk sistemi bulunmamaktadır. Hastalar, randevu alarak birinci, ikinci veya üçüncü basamak sağlık servislerinden GSS kapsamındaki sigortalı olarak, herhangi bir ekstra ödeme yapmadan yararlanabilmektedir⁴⁹⁷.

3.2.3. Bismarck ve Beveridge Sistemlerinin Karşılaştırılması

Bismarck Finansman Sistemi, yasal zeminde ve zorunluluk prensibine dayalı bir sosyal sigorta mekanizması olarak, ilk defa Alman başbakan Otto Von Bismarck tarafından geliştirilmiş ve 1883'te Almanya'da uygulanmaya başlamıştır⁴⁹⁸. Almanya başta olmak üzere, Fransa, Belçika, İsviçre, Lüksemburg, Hollanda, Japonya ve diğer birçok ölkede ağırlıklı finansman mekanizması olarak kullanılmaktadır⁴⁹⁹. Bu sistemde finansmanın gelir kaynakları, işçi ve işverenlerin kazançlarından belirli oranlarda kesinti yapılarak fona aktarılan prim ödemeleridir⁵⁰⁰. 1948 yılında Sir William Beveridge tarafından İngiltere'de geliştirilen Beveridge Sistemi'nde⁵⁰¹ ise sağlık hizmetleri vergilerden ve genel devlet bütçesinden finanse edilmektedir. Vergiler doğrudan temin edilen genel vergiler olabileceği gibi dolaylı vergiler olarak da

⁴⁹⁴ ÖZBAY ve Diğerleri, **a.g.e.**, s.102

⁴⁹⁵ TOPÇUK, "Genel Sağlık Sigortasının Temelleri, Sunumu ve Denetimi", s.29

⁴⁹⁶ DİNÇ, **a.g.e.**, s.6

⁴⁹⁷ YILDIRIM, **a.g.e.**, s.25

⁴⁹⁸ BARNIGHAUSEN ve SAUERBORN, **a.g.m.**, ss.1559-1560

⁴⁹⁹ SALTMAN, **a.g.e.**, s.3

⁵⁰⁰ MOSSIALOS ve DIXON, **a.g.e.**, ss.16-17

⁵⁰¹ CURRESHEL ve FORRESTAL, **a.g.m.**, ss.127-128

toplanabilmektedir⁵⁰². Birleşik Krallık başta olmak üzere, Norveç, İsveç, Danimarka, Finlandiya ve Bulgaristan Beveridge Sistemi'ni uygulayan ülkeler arasındadır⁵⁰³.

Bismarck Sistemi'nin en karakteristik özelliği; kişinin ödediği prim miktarı ve oranı ile sağlık statüsü arasında doğrudan bir bağlantı olmayışıdır. Yani, sigortalının taşıdığı sağlık riski, yaptığı sağlık harcamaları ve sağlık hizmetlerine müracaat etme frekansı ödediği prim tutarını etkilememektedir. Primler genellikle sigortalının gelir seviyesine veya çalışma statüsüne göre belirlenmektedir. Ayrıca sosyal sigorta primleri çoğunlukla kamuya ait kurumlar tarafından, genel vergilerden bağımsız olarak toplanmakta ve fonlanmaktadır⁵⁰⁴. Fonlar, kar amacı gütmeyen bu kamusal kurum veya organizasyonlar tarafından yönetilmektedir. Sosyal sigorta çerçevesinde sigortalılara genellikle geniş çaplı hizmet ve fayda kapsamı sunulmaktadır⁵⁰⁵.

Beveridge Sistemi'nde fonlar genel vergilerden finanse edilmekte ve toplumun tamamına yönelik tıbbi hizmet kapsamı sunulmaktadır. Sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak kamu sağlık sunucularından temin edilmektedir⁵⁰⁶. Ülkedeki vergi toplama potansiyelinin ne düzeyde olduğu, dolaylı ve doğrudan vergilerin hangi oranlarda ve ne şekilde tatbik edileceği ve vergi toplama mekanizmasının toplumdaki gelir gruplarına göre hakkaniyetli ve orantılı şekilde yapılıp yapılmadığı vergilerle finansman sürecinde büyük önem arzeden başlıca hususlardır⁵⁰⁷. Vergilere dayalı finansmanın hizmet kullanıcıları ve sağlık otoriteleri açısından önemli avantajları bulunmaktadır: Sağlık hizmetleri ve güvencesi tüm nüfusu kapsadığı için sağlık riskleri çok geniş bir katılımcı tabanına yayılmaktadır. Gelirler tüm nüfustan toplandığından dolayı, sistemin büyük bir fon kaynağı bulunmaktadır. Hizmetler ağırlıklı olarak genel vergilerden finanse edildiğinde, sağlık hizmetlerinde hakkaniyet ve verimliliğin yüksek olduğu görülmektedir⁵⁰⁸.

Bismarck Sistemi'nin de kendine özgü bazı olumlu ve avantajlı yönleri bulunmaktadır. Sosyal sağlık sigortasında düzenli ön ödeme şeklinde yapılan prim

⁵⁰² NORMAND ve WEBER, **a.g.e.**, s.27

⁵⁰³ MOSSIALOS ve DIXON, **a.g.e.**, s.14

⁵⁰⁴ SALTMAN, **a.g.e.**, s.3

⁵⁰⁵ GOTTRET ve SCHIEBER, **a.g.e.**, ss.83-86

⁵⁰⁶ GOTTRET ve SCHIEBER, **a.g.e.**, s.7

⁵⁰⁷ TATAR, "Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye'de Gelişimi", ss.112

⁵⁰⁸ SAVEDOFF, **a.g.e.**, ss.3-4

ödemeleriyle, sigortalılar arasında müşterek sosyal ve finansal dayanışma ve risk paylaşımı oluşturulmaktadır. Böylece sağlık hizmetlerinin yüksek maliyetlerinden dolayı bireylerin gelir kaybına uğraması veya fakirleşmesi engellenmektedir. Düşük gelirli gruplar için daha etkin finansal koruma sağlanmaktadır. Bismarck Sistemi, cepten ödemeler ve özel sağlık sigortalarına kıyasla daha hakkaniyetli bir finansman mekanizması olarak kabul edilmektedir. Genel vergilerden ve devlet bütçesinden bağımsız olacak şekilde finansman gerçekleştiğinden dolayı, sosyal sağlık sigortasındaki fon kaynakları daha stabil, şeffaf ve öngörülebilir niteliktedir. Bunlara ek olarak, sigortalı grubundaki katılımcılar çoğaldıkça fonda biriktirilen kaynakların miktarı da artmaktadır⁵⁰⁹.

Vergiler, doğrudan ve dolaylı vergiler olmak üzere iki ana kaynaktan temin edilmektedir. Doğrudan vergiler; gelir vergisi, emlak vergisi ya da kurumlar vergisi gibi kişi, hane halkları veya tüzel kişilerden temin edilen genel nitelikli vergilerdir. Dolaylı vergiler ise, ticarete konu olan çeşitli emtia, hizmet veya işlemlere yönelik uygulanan yasal kesinti türüdür. Tüketim vergisi, katma değer vergisi ve satış vergisi gibi vergi türleri bu kategoride yer almaktadır⁵¹⁰. Dolaylı vergiler, tüm bireylerin gelirine yönelik değil de belirli hizmet ve emtialarda uygulanan tüketime yönelik vergiler olduğundan dolayı regresif karaktere daha yatkın, yani azalan oranlı olabilmektedir. Dolayısıyla, dolaylı vergiler finansmanda hakkaniyeti zedeleyici durumlara yol açabilmektedir⁵¹¹. Tüm işveren ve çalışanlardan belirli oranlarda prim toplandığından dolayı, zorunlu sosyal sağlık sigortalarında hakkaniyet büyük oranda sağlanabilmektedir⁵¹².

3.3.Türkiye’de Sağlık Sisteminin Başlıca Sorunları, Daha Etkili ve Düşük Maliyetli İşleyen Bir Sağlık Finansman Sistemi İçin Öneriler

2006 yılında 5502 ve 5510 sayılı Kanunların Mecliste kabul edilmesiyle gerçekleşen sosyal güvenlik reformları, Türkiye’nin sağlık sigortacılığı ve sosyal güvenlik sisteminde köklü değişimlere ve dönüşümlere zemin hazırlamıştır⁵¹³. Genel

⁵⁰⁹ NORMAND ve WEBER, **a.g.e.**, ss.28-29

⁵¹⁰ MOSSIALOS ve DIXON, **a.g.e.**, ss.14-16

⁵¹¹ HILLS, **a.g.m.**, ss.12-13

⁵¹² WAGSTAFF ve DOORSLAER, “Equity in the Finance of Health Care: Some Further International Comparisons”, ss.289-290

⁵¹³ ATASEVER, **a.g.e.**, s.220

Sağlık Sigortası'nın 2008 yılında fiilen yürürlüğe girmesi ve 2012 yılında tüm nüfusu kapsayacak şekilde bütün Türkiye Cumhuriyeti vatandaşları için zorunlu hale gelmesiyle birlikte sağlık hizmetlerine erişim kolaylaşmış ve hizmet kalitesi bariz şekilde yükselmiştir⁵¹⁴. Tüm nüfusun sağlık güvencesi kapsamında yer alması ve sağlık servislerine ulaşılabilirliğin kolaylaşması, sağlık hizmetlerine yönelik talep ve müracaatları da tırmandırmıştır. Fakat bu durum, hizmet kullanımının ve sağlık harcamalarının ülke çapında artışını da beraberinde getirmiştir⁵¹⁵.

Türkiye'de sağlık harcamaları her geçen yıl artış göstermektedir. Yüksek hacimli sağlık ve emeklilik ödemeleri sebebiyle SGK'nın giderleri gelirlerini aşmakta ve Kurum her sene finansman sisteminde açık vermektedir. SGK'da oluşan bu açıklar Hazine'den karşılanarak telafi edilmektedir. Bu durum her yıl devlet bütçesine ekstra finansal yük oluşturmaktadır⁵¹⁶. Aşağıdaki Tablo 6'da 2000 – 2016 yılları arasında kurumun gelirleri, giderleri ve bu giderlerin karşılanma oranlarını gösteren veriler sunulmuştur.

Tablo 6: SGK Prim Gelirleri, Emekli Aylığı ve Sağlık Ödemeleri (Bin TL)

Yıllar	Devlet Katkısı Hariç Prim Gelirleri	Emekli Aylığı Ödemeleri	Sağlık Ödemeleri	Toplam Ödeme	Gelirlerin Harcamaları Karşılama Oranı (%)
2000	6.575.348	6.756.700	2.633.552	9.390.252	70,0
2001	9.739.521	10.696.600	4.575.995	15.272.595	63,8
2002	14.821.913	16.687.400	7.629.027	24.316.427	61,0
2003	21.178.426	25.174.200	10.661.718	35.835.918	59,1
2004	27.423.790	30.660.700	13.150.129	43.810.829	62,6
2005	30.882.405	38.537.100	13.607.884	52.144.984	59,2
2006	41.619.875	45.075.855	17.666.674	62.742.529	66,3
2007	44.051.677	52.311.728	19.983.613	72.295.341	60,9
2008	54.546.453	59.136.539	25.345.913	84.482.452	64,6
2009	54.579.182	68.603.972	28.810.684	97.414.656	56,0
2010	66.912.858	78.957.499	32.508.883	111.466.382	60,0
2011	89.560.568	91.615.378	36.500.378	128.115.756	69,9
2012	99.359.243	105.293.799	44.110.561	149.404.360	66,5
2013	118.728.578	119.161.662	49.888.693	169.050.355	70,2
2014	135.238.559	134.391.514	54.551.175	188.942.688	71,6
2015	159.480.274	152.062.731	59.355.576	211.418.307	75,4
2016	181.306.235	185.158.054	68.048.003	253.206.057	71,6

Kaynak: SGK Aylık İstatistik Bülteni, 2016; SGK 2016 Yılı İdari Faaliyet Raporu, 2017

⁵¹⁴ OECD ve Dünya Bankası, **a.g.e.**, ss.12-13

⁵¹⁵ TATAR, "Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye'de Gelişimi", ss.131

⁵¹⁶ GÜVERCİN, MİL ve TARIM, **a.g.m.**, ss.91-92

Tablo 6, 17 yıl içinde SGK'nın finansal sisteminde sürekli açık verdiğini göz önüne sermektedir. 2000 yılında 9,3 milyar TL olan emeklilik ödemesi ve sağlık harcamaları, 2014'e gelindiğinde 188,9 milyar TL'ye yükselmiştir. Kurumun 2015 yılındaki toplam ödemesi 211,4 milyar iken prim gelirleri ise sadece 159, 4 milyar TL olarak gerçekleşmiş, kurumun prim gelirleriyle harcamaları arasındaki fark 51,9 milyar TL olmuştur. Gelirlerin maliyetleri karşılama oranı ise %75,4'te kalmıştır. 2016 yılında ise emeklilik ödemeleri ve sağlık harcamalarının toplamı 253,2 milyar TL'ye yükselmiş, fakat prim gelirleri 181, 3 milyar TL'de kalarak 71,8 milyar TL'lik açık oluşmuştur. SGK'nın bu açıkları devlet bütçesinden yani genel vergilerden finanse edilerek kapatılmaktadır.

SGK'nın sürekli açık vermesi uzun vadede kurumun ve GSS'nin sürdürülebilirliğini tehlikeye sokmaktadır. Bu durum aynı şekilde devam ederse, daha fazla finansal kaynak temin edebilmek ve masrafları kısmak amacıyla, SGK'nın bazı tedavi hizmetlerini ve ilaçları teminat kapsamından çıkarması, katkı paylarının yükseltilmesi gibi çözüm arayışlarının gündeme gelmesi söz konusu olacaktır⁵¹⁷. Mali açıdan sürdürülebilir bir finansman sisteminin ve tüm nüfusa hitap eden geniş fayda ve hizmet kapsamına sahip sağlık sigortası mekanizmasının devamlılığının ve etkinliğinin garanti altına alınabilmesi için SGK'nın yeni gelir arttırıcı ve gider azaltan uygulama ve düzenlemelere gitmesi gerekmektedir.

Türkiye'de 5510 sayılı Kanunun 4. maddesi kapsamındaki sigortalılarda, işçi hissesinden %5 ve işveren hissesinden %7,5 olmak üzere toplam %12,5 oranında GSS primi uygulanmaktadır. Bu oran, toplam %37,5 oranında olan sosyal güvenlik primlerinin üçte birine tekabül etmektedir. Benzer şekilde, sağlık harcamaları da SGK'nın sağlık hizmetleri ve emeklilik ödemeleri için yaptığı harcamaların yaklaşık üçte birini oluşturmaktadır. Örneğin SGK'nın 149,4 milyar TL toplam ödeme yaptığı 2012 yılında 44,1 milyar TL sağlık harcaması gerçekleşmiştir. Yani, sağlık harcamaları toplam ödemelerin %29,5'ini teşkil etmiştir. Bu sebeple, SGK'nın toplam ödemelerinin neredeyse üçte birini oluşturan sağlık harcamalarının azaltılması ve sağlık sisteminde

⁵¹⁷ TOPCUK, "Genel Sağlık Sigortasının Temelleri, Sunumu ve Denetimi", s.41

uygulanacak maliyet azaltıcı tedbir ve uygulamaların gerçekleştirilmesi, SGK'nın finansman mekanizmasında mali sürdürülebilirliğe ciddi oranda katkı sağlayacaktır.

Sağlık sisteminde gider azaltıcı olarak yapılabilecek düzenlemelerden biri, hizmet basamakları arasında zorunlu sevk sisteminin getirilmesidir. İngiltere'de hizmet basamaklarında aktif olarak zorunlu sevk sistemi uygulanmaktadır. Hastalar sağlık şikayetleriyle ilgili olarak öncelikle pratisyen hekimlerini ziyaret etmektedir. Genel Pratisyen servisleri, NHS'deki hizmet sürecinin ilk ve zorunlu basamağıdır. Pratisyen hekimler yapmış oldukları tıbbi müdahale sonucunda, gerekli görmeleri durumunda hastaları ikinci veya üçüncü basamak sağlık servislerine sevk etmektedir⁵¹⁸. Türkiye'de ise hizmet basamakları arasında zorunlu sevk uygulaması bulunmamaktadır. Sigortalılar, randevu alarak birinci, ikinci veya üçüncü basamak sağlık servislerinden GSS kapsamında, ekstra bir ücret ödmeden yararlanabilmektedir. Bu durum hizmet sunumunda gereksiz yoğunluğa, hakkaniyetsizliklere ve kaynak israfına yol açabilmektedir⁵¹⁹. Örneğin, grip şikayetiyle hekime giden bir kişi de, kemoterapi tedavisi gören ağır kanser hastası da aynı ikinci basamak devlet hastanesinde muayene ve tedavi görebilmektedir.

Sağlık sorununun ciddiyeti ve boyutu dikkate alınmaksızın, ihtiyaç duyduğunda sağlık hizmetlerinden yararlanmak elbette her hastanın en doğal vatandaşlık haklarından birisidir. Fakat sağlık hizmetlerinde de öncelik ve aciliyet sıralaması bulunmaktadır. Bu durumun düzeltilmesi adına birinci basamak aile hekimliği servislerinde zorunlu sevk sisteminin uygulanması gerekmektedir. Ayrıca, İngiltere'deki gibi sağlık sisteminin tedavi edici hizmetlerden ziyade, hastalıkları ve sağlık sorunlarını önleyici ve koruyucu sağlık servisi ve uygulamaları üzerine yoğunlaşması gerekmektedir. Dolayısıyla, aile hekimliği uygulamasının etkinliğinin artırılarak sağlık sisteminin merkezine ve temeline yerleştirilmesi daha etkili olacaktır. Sağlıkta Dönüşüm Programı başlatılmadan önce, Dünya Bankası'nın yeni sisteme ilişkin olarak öne sürdüğü en önemli argümanlardan biri, aile hekimliği sisteminin

⁵¹⁸ DİNÇ, a.g.e., s.6; The NHS Constitution, Guide to the Healthcare System in England – Including the Statement of NHS Accountability, s.2

⁵¹⁹ YILDIRIM, a.g.e., s.25

başlatılması olmuştur⁵²⁰. Yaralanma, kaza, acil haller, doğum, kanser, uzman tıp servisleri gibi belirli vaka ve hizmetler haricinde, bireyler hastalık veya sağlık sorunları yaşadığında öncelikli olarak aile hekimlerine müracaat etmeli, hekimlerinin muayene ve tedavisi sonucunda gerekli görmesi durumunda ve resmi yönlendirmesiyle diğer ikinci veya üçüncü basamak sağlık servislerine ve tesislerine başvurabilmelidir.

SGK'nın maliyetlerini azaltmaya yönelik yapılabilecek bir diğer yenilik ise özel sağlık sigortacılığının sağlık sistemindeki rolünün ve ağırlığının artırılmasıdır. Devlet, emeklilik maliyetlerini azaltabilmek amacıyla özel emeklilik programlarına teşvikler sağlamaktadır. 1 Ocak 2017 tarihinden itibaren 45 yaş altı çalışanlar için zorunlu BES (Bireysel Emeklilik Sistemi) uygulaması başlatılmıştır. Buna göre çalışanlar, prime esas kazançlarının %3'ü oranında bireysel emeklilik primi ödemektedir⁵²¹. Başlangıçta yasal veya zorunlu statüde olmasa da, benzer uygulamaların özel sağlık sigortacılığına yönelik olarak da yapılması gerekmektedir. Özel sağlık sigortalarının sektördeki etkinliğinin artırılmasıyla, SGK'nın finansman yükünün az da olsa azaltılabileceği tahmin edilmektedir. Böylece kamuya yoğunlaşan finansman yükü özel sektöre kaydırılabilecektir. Bu konuda Devletin ve yetkili kamu otoritelerinin özel sağlık sigortacılığına yönelik teşvikler ve özendiriciler uygulaması gerekmektedir.

Ülkemizde sağlık harcamalarını adeta körükleyen bir diğer faktör ise akılcı olmayan ilaç kullanımıdır. Türkiye'de bilinçsiz, kontrolsüz ve aşırı ilaç tüketimi ve ilaç israfı yaşanmaktadır⁵²². GSS'nin yürürlüğe girmesiyle sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaşması ilaç tüketimini ve israfını da artırmıştır⁵²³. 2002'de yaklaşık 700 milyon kutu ilaç tüketilirken 2011'e gelindiğinde tüketilen ilaç sayısı 1,7 milyar kutu olmuştur. Yine 2011'de, kişi başına düşen ortalama ilaç sayısı Türkiye'de 23 kutu iken bu sayı,

⁵²⁰ The World Bank, **a.g.e.**, ss.71-72

⁵²¹ 17 Aralık 2016 Tarihli, 29921 Sayılı Resmi Gazete

⁵²² Neslihan PINAR, "Ülkemizde İlaç Harcamaları", **İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi**, Cilt.19, Sayı.1, (2012), s.60

⁵²³ EROL ve ÖZDEMİR, **a.g.m.**, ss.23-24

sağlık harcamalarının ve tedavi maliyetlerinin oldukça yüksek olduğu ABD’de 13 kutu olarak gerçekleşmiştir⁵²⁴.

Tablo 7’de 2002 - 2013 yılları arasında, yatan hasta ilacı ve aşı giderleri de dahil olmak üzere, Türkiye’deki toplam ilaç harcamalarının TL cinsinden (nominal) değerleri ve bu harcamaların toplam sağlık harcamaları ve GSYİH içindeki payı verilmiştir.

Tablo 7: Türkiye’de 2002-2013 Yılları Toplam İlaç Harcamaları, İlaç Harcamalarının Sağlık Harcamaları ve GSYİH İçindeki Payı (Milyon TL)

Yıllar	İlaç Harcamaları	Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)	GSYİH İçindeki Payı
2002	7.290	38,8	2,1
2003	9.003	37,1	2,0
2004	10.384	34,6	1,9
2005	11.918	33,7	1,8
2006	14.271	32,4	1,9
2007	15.546	30,0	1,8
2008	17.673	30,6	1,9
2009	21.122	36,5	2,2
2010	20.592	33,4	1,9
2011	21.334	31,1	1,6
2012	19.941	26,9	1,4
2013	21.885	25,9	1,4

Kaynak: Atasever, 2014

Tablo 7’deki veriler, Türkiye’de ilaç için yapılan harcamaların ve bunların toplam sağlık harcamaları içindeki payının oldukça yüksek boyutta olduğunu göstermektedir. 2013 yılında 21,8 milyar TL ilaç harcaması yapılmış ve bu harcamaların toplam sağlık harcamaları içindeki payı %25,9 olarak gerçekleşmiştir. Bu rakam, Türkiye’nin toplam sağlık harcamasına göre ilaç harcaması için oldukça yüksek bir değeri ifade etmektedir. Zira 2013’te ilaç için yapılan harcamaların toplam sağlık harcamaları içindeki payı, Birleşik Krallık’ta %12,1, Almanya’da %14,1, Japonya’da 18,9, hatta ilaç kullanımının oldukça yüksek olduğu ABD’de bile %11,8’dir⁵²⁵. Türkiye

⁵²⁴ Ali Rıza ÜÇER, “Sağlıkta Dönüşüm Programının Yarattığı Talep Patlaması”, İlknur ARSLANOĞLU (Ed.), **Tıp Bu Değil 2** içinde (257-279), İstanbul: İthaki Yayınları, 2013, s.270

⁵²⁵ OECD Health data, Pharmaceutical Spending, <https://data.oecd.org/healthres/pharmaceutical-spending.htm>, (21/05/2016)

nispeten daha genç bir nüfusa sahip olduğundan dolayı, sağlık harcamaları birçok Avrupa ülkesine göre daha az gerçekleşmekte, fakat ilaç harcamaları yüksek olmaktadır.

2014 yılında ise Türkiye’de ilaca toplam 17,5 milyar TL harcama yapılmış ve 1,4 milyar kutu ilaç satın alınmıştır. İlaç harcamalarının %74’ünün GSS kapsamında Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılandığı göz önünde bulundurulduğunda, ilaca yapılan ödemelerin SGK’ya ciddi miktarda mali külfet yüklediği anlaşılmaktadır. 2009 yılında Türkiye ekonomisi %4,8 küçülmesine rağmen ilaç harcamaları %16,3 artmıştır. Bununla birlikte 2009 yılından itibaren ilaç harcamalarının sağlık harcamaları içindeki payının düşüş eğilimi içine girdiği görülmektedir. 2009’un sonlarında ilaçta 3 yıllık global bütçeye geçilmesi kararının alınması, katılım payı getirilmesi ve ilaç fiyatlarını indiren kamu iskontolarının uygulanmaya başlaması, ilaç harcamalarının sağlık harcamaları içindeki payının sonraki yıllarda azalmasına yol açmıştır⁵²⁶.

2003’te Sağlıkta Dönüşüm Programının uygulanmaya başlamasıyla ilaç ve eczacılık alanlarında da önemli gelişmeler yaşanmıştır. SDP çerçevesinde İlaçta Tek Geri Ödeme Komisyonu oluşturulmuş, Referans Fiyat Sistemi uygulanmaya başlamış ve ilaç fiyatlarında KDV %18’den %8’e indirilmiştir. Bu gelişmelerin sonucunda ilaç fiyatları ciddi oranlarda ucuzlamış ve eczanelerden ilaca erişim oldukça kolaylaşmıştır⁵²⁷. Fakat bu gelişmelerle birlikte ilaç tüketimi ve sonucunda ilaç harcamaları da hızla artmıştır. Türkiye’deki ilaç pazarı özel sektörün hakimiyeti altındadır ve sektör oligopolistik bir karaktere sahiptir. Çoğunluğu yabancı, büyük ve endüstriyel firmalar sektörü domine etmektedir⁵²⁸. Bu durum, her sene milyarlarca TL harcama yapılan Türkiye ilaç endüstrisinde fiyatların belirlenmesi ve ilaçların satışı açısından büyük önem arz etmektedir.

Ülkemizde ilaç harcamalarının yüksek olmasının sebeplerinden bir diğeri ileri derecedeki ilaç israfıdır. İlaçların önemli bir kısmı yeterince ve gerektiği şekilde kullanılmamakta, hatta bazıları kutuları dahi açılmadan son kullanma tarihi geçerek

⁵²⁶ Kadir GÜRSOY, “An Analysis of Pharmaceutical Policy, Pricing and Spending in Turkey”, **Sosyal Güvenlik Dergisi**, Cilt.6, Sayı.1, (Mart 2016), s.233

⁵²⁷ AKDAĞ (Ed.), **a.g.e.**, ss.225-226

⁵²⁸ Nurettin ABACIOĞLU, “Küresel Kapitalizmde İlaç Endüstrisi”, **Uluslararası Sağlık Politikaları Birliği Avrupa Birimi XVI. Konferansı**, (29/09/2011), s.80

israf edilmektedir⁵²⁹. İzmir’de bir vakıf tarafından yapılan Atık İlaç Projesi kampanyasında 9 ayda yaklaşık 35 bin kutu ilaç toplanmıştır. Bu ilaçların toplam değerinin 500 bin TL’yi bulduğu tahmin edilmektedir. Aralarında kutusu hiç açılmadan tarihi geçmiş ilaçlar da bulunmaktadır. İsraf olan bu ilaçların büyük bir kısmı, katılım payının alınmadığı diyabet ve tansiyon ilaçlarıdır⁵³⁰. Ankara Ticaret Odası’nın 2006 yılında yaptığı bir araştırmaya göre ise, Türkiye’de her sene yaklaşık 500 milyon Dolarlık ilaç israf olmaktadır. İlaçta İsraf Raporu adı verilen çalışmada, eczanelerdeki ilaçların ortalama %7’sinin son kullanma tarihinin geçtiği için çöpe atıldığı, evlerdeki ilaçların ise %60’ının kutusu bile açılmadan kullanım süresinin geçerek israf olduğu ve antibiyotiklerin %44’ünün kullanılmadan israf edildiği tespit edilmiştir⁵³¹.

İlaç harcamalarının azaltılması ve israfın önlenmesi adına bazı düzenlemelerin uygulanması gerekmektedir. Öncelikle insanların rasyonel ilaç kullanımı ve ilacın önemi hakkında bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi gerekmektedir. Bu konuda toplumda bir farkındalık ve hassasiyet oluşturulmasına ihtiyaç duyulmaktadır. İlk ve ortaöğretim müfredatlarına rasyonel ilaç kullanımının önemine ilişkin içerikler eklenmelidir. İlaçların doktorun reçetede tavsiye ettiğinden farklı şekilde, kontrolsüz, dozajından eksik veya fazla kullanılması durumunda ciddi sağlık sorunlarına yol açabileceği, hatta ölümcül etkiler gösterebileceği konusunda hastaların bilgilendirilmesi gerekmektedir. Ülkemizde bazı kişiler, hastalandıklarında hekime başvurmadan kendi kendilerini tedavi etmeye (self medikasyon) kalkışabilmekte ya da bir tanıdığının tavsiyesiyle ilaç kullanımına yönelebilmektedir. Bu durumun engellenmesi amacıyla bazı ilaçların reçetesiz satışının yasaklanması gerekmektedir. İlaçların ağırlıklı olarak hekimlerin tıbbi onayı ve reçetelendirmesiyle satılması sağlanmalıdır. En çok tüketilen ilaçlar arasında bulunan antibiyotikler, diyabet, tansiyon, romatizma ve soğuk algınlığı ilaçları ile ağrı kesici ilaçlar ve besin desteği niteliğindeki vitaminler mutlaka doktor reçetesi ile satılmalı ve bu ilaçlarda geçerli olan katılım payı tutarları arttırılmalıdır. Hekimlerin ilaç firmalarıyla anlaşması yoluyla kar marjı yüksek ve pahalı ilaçları yazarak kendilerine şahsi ve maddi çıkar elde

⁵²⁹ PINAR, a.g.m., s.60

⁵³⁰ Tutku AYAZ, “Atık İlacın fotoğrafı Çekildi”, **Referans Gazetesi**, (19/04/2010), s.18

⁵³¹ Ankara Ticaret Odası, İlaçta İsraf Raporu, 2006, <https://www.atonet.org.tr/yeni/index.php?p=641&l=1>, (21/05/2017)

etmeleri engellenmeli, bu şekilde davrandığı tespit edilen hekimler ağır mali yaptırımlara ve cezai işlemlere tabi tutulmalıdır. Hekimlerin reçete yazma süreçleri denetlenmeli ve tüm doktorlar eşdeğer ilaç kullanımı konusunda aydınlatılmalıdır. İlaçların aynı zamanda zararlı yan etkileri olduğu, yanlış ilaç kullanımının antibiyotiklere karşı bakteriyel direnç oluşturacağı topluma açıklanmalıdır. Rasyonel olmayan ilaç kullanımının sağlık üzerinde yol açtığı zararlar ve tehlikeler konusunda yazılı ve görsel medyada ve sosyal medya platformlarında bilgilendirici haber ve yayınlar yapılmalıdır. Eczanelerin ilaç satışı konusunda denetimi yoğunlaştırılmalı, özellikle ülkemizde çok sık kullanılan antibiyotiklerin reçetesiz satılmasına müsaade edilmemelidir. Doktor adaylarının tıp fakültelerinde tıbben doğru ve etkili ilaç yazımı konusunda en iyi şekilde eğitilmesi büyük önem taşımaktadır. Evlerde ve ecza dolaplarında kullanılmayan ve son kullanma tarihi geçmemiş ilaçların toplanıp hastanelerde yatarak tedavi gören hastalara yönelik kullanılabilmesini sağlayacak ilaç geri dönüşüm ve depolama sistemleri geliştirilmelidir. Böylece hem süresi geçmemiş ilaçların israf olması önlenecek, hem de hastanelerin yatılı tedavi gören hastalar için yaptığı ilaç harcamaları azaltılabilecektir. Ülkemizdeki ilaç sektörü yabancı şirketlerin ve özel sektör firmalarının egemenliği altındadır. Sağlık Bakanlığının uzun vadede kendi yerli ve milli ilacımızı üretecek yatırımları yapması ve altyapıyı hazırlaması gerekmektedir. İlaç Devlet tarafından üretilmeye başladığında, ilaç endüstrisi büyük firmaların tekelinde bulunmaktan çıkacak ve SGK'nın ilaç fiyatlarını daha düşük seviyelere indirerek halka daha ucuz ilaç temin etme imkanı doğmuş olacaktır. Böylece ilaçta dışa bağımlılık azalacak ve ilaç harcamalarını bir nebze daha azaltmak mümkün olacaktır.

Türkiye'deki sağlık harcamalarının azaltılması ve sisteme ek finansal kaynak sağlanabilmesi adına Türkiye'nin ve Türk halkının genel hastalık haritasının tespit edilmesi gerekmektedir. Bu doğrultuda, toplumun tamamına özgü morbidite ve mortalite karakteristikleri analiz edilmeli ve buna göre belli başlı tıbbi vakaların tedavilerinde uygulanan katkı paylarının artırılması yoluna gidilmelidir. Örneğin obezite, diyabet, kalp-damar hastalıkları, bazı akıl ve ruh sağlığı hizmetleri gibi belirli tıbbi vakalar genellikle uzun, zahmetli ve oldukça maliyetli tıbbi bakım ve tedavi süreçleri gerektirmektedir. Dolayısıyla bu tip hastalıklardaki tedavi ve ilaç

hizmetlerinde nispeten daha fazla katkı payı uygulanması gerekmektedir. Ayrıca, özel sağlık sigortalarında olduğu gibi, bireyin taşıdığı olduğu sağlık riskine göre ödeyeceği katkı payının da artırılması söz konusu olabilmelidir. Özel sağlık sigortacılığında bireylerin sağlık riski ve sağlık hizmetlerinden yararlanma frekansı yükseldikçe, sigortalının ödemiş olduğu prim tutarı da aynı şekilde yükselmektedir. Benzer şekilde, GSS’de de daha fazla sıklıkta sağlık hizmeti temin eden ve bunun sonucunda daha çok sağlık maliyeti oluşmasına sebebiyet veren kişilerin, belirli sağlık hizmetlerindeki tedavi ve ilaç harcamaları için daha yüksek tutarda katkı payı ödemesi hakkaniyet ve sistemin mali sürdürülebilirliği açısından daha isabetli bir uygulama olacaktır.

Ülkemizde sağlık sistemine ilişkin olarak en çok üzerinde tartışılan konulardan biri hangi finansman yönteminin uygulanması gerektiğidir. Kimi uzmanlar Türkiye’nin mevcut sosyal sigorta ağırlıklı finansman mekanizmasının devam ettirilmesi gerektiğini savunurken, kimileri ise vergilendirmeye dayalı finansmana geçilmesi gerektiğini ileri sürmektedir⁵³². Bir ülkede hangi finansman sisteminin uygulanacağı o ülkeye özgü bazı sosyal, siyasi, demografik ve ekonomik dinamiklere bağlı olarak belirlenmektedir. Ekonomik etmenler, ülkenin içinde bulunduğu ekonomik şartları ifade etmektedir. Finansal üretim kapasitesi, kişi başı milli gelir, gayrisafi yurtiçi hasıla, vergi ve primlerden gelir elde etme potansiyeli gibi ekonomik bileşenler, sağlık faaliyetlerine yapılacak harcamaların miktarını ve düzeyini belirlemede etkili olmaktadır⁵³³. Tüm bu faktörler göz önüne alındığında, Türkiye’de vergilere dayalı Beveridge Sisteminin uygulanması mantıklı ve mümkün görünmemektedir.

Vergilerle finansman mekanizmasının etkin ve hakkaniyetli bir şekilde uygulanabilmesi için, vergilerin tüm nüfusa homojen olacak şekilde yayılması ve vergilendirme sisteminin adaletli bir yapıya sahip olması gerekmektedir. Bununla birlikte, kayıt dışılığın en az düzeyde olması ve ekonomik yeterlilik gereksinimleri vergiye dayalı finansmanın gerçekleştirilebilmesinde kilit rol oynamaktadır⁵³⁴. Türkiye’de ne yazık ki adaletsiz bir vergi yapısı bulunmakta, gelir dağılımında ciddi orantısızlıklar yaşanmakta ve vergiler nüfus tabanına eşit şekilde dağılmamaktadır.

⁵³² YILDIRIM, YILDIRIM ve AKBULUT, **a.g.e.**, ss.174-175

⁵³³ ROBERTS ve Diğerleri, **a.g.e.**, ss.154-165

⁵³⁴ Gülbiye YENİMAHALLELİ-YAŞAR, “Sağlığın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi” (**Yayınlanmamış Doktora Tezi**, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2007), ss.283-284

Ayrıca ülkemizde kayıt dışılıkla mücadele konusunda hedeflenen düzeye gelindiğini söylemek güç olacaktır. Bunlara ek olarak, Türkiye'nin finansal kapasitesi ve ekonomik altyapısı, Beveridge Sistemi'nin tatbik edilmesine elverişli görünmemektedir. Ülkemiz özellikle enerji ve sanayide büyük oranda dışa bağımlı bir ülke durumundadır. SGK mevcut durumda finansmanında zaten açıklar vermekte ve bu açıklar devlet kasasından vergilerle finanse edilmektedir. Şayet vergiye dayalı finansmana geçilmesi durumunda, ülkede daha ciddi finansal sorunların baş göstereceği, yeni vergilerin uygulamaya koyulacağı, mevcut vergilerin arttırılacağı aşikardır. Bunun sonucunda kayıt dışılığın, vergi kaçakçılığının ve diğer usulsüzlüklerin artması sürpriz olmayacaktır. Dolayısıyla, Türkiye'de kısa ve orta vadede Beveridge Sistemi'nin uygulanması isabetli bir tercih izlenimi vermemektedir. Bu çalışmanın ana argümanını bu fikir oluşturmaktadır. Türkiye'nin sağlık finansman sisteminin İngiltere ile karşılaştırılmasının sebebi ise, İngiltere'de Beveridge Sistemi'nin uygulanıyor olması ve İngiltere'nin Türkiye'ye kıyasla ekonomik olarak çok daha güçlü bir ülke konumunda olmasıdır. Türkiye'nin gayrisafi yurtiçi hasılası 2016'da 735 milyar Amerikan Doları iken Birleşik Krallık'ınki (aynı yıl için) 2,64 trilyon Dolar'dır. Yani Birleşik Krallık'ın finansal üretim kapasitesi, Türkiye'ninkinin neredeyse dört katı bir büyüklüğe sahiptir. Benzer şekilde, kişi başı milli gelir Türkiye'de yaklaşık 10 bin Dolar'dır. Kişi başı milli gelirin 40 bin Dolar civarında olduğu Birleşik Krallık, bu alanda da Türkiye'yi dörde katlamıştır. Bu şartlar altında İngiltere'nin Beveridge Sistemi uygulaması gayet normal ve makul karşılanabilir. Ancak Türkiye'nin kısa ve orta vadede prime dayalı sosyal sigortacılıkta devam etmesi, finansman gelirlerini arttırmaya ve giderlerini azaltmaya yönelik çözüm arayışlarına girmesi mevcut durumda benimsenecek en rasyonel politika olacaktır.

SONUÇ

Sağlık hizmetlerinde kimin, ne zaman ve ne derecede hastalanacağı veya kaza geçireceği bilinmemektedir. Ayrıca bazı hastalıkların tedavisi için gerekli olan sağlık hizmetlerinin maliyetleri, bireylerin tek başlarına karşılamaya güçleri yetmeyecek kadar yüksek olabilmektedir. Sağlık faaliyetlerinin doğasında var olan bu belirsizlik, bilinmezlik, risk ve yüksek maliyet faktörleri sağlık hizmetlerinde sigortacılık prensibinin uygulanmasını gerekli kılmaktadır. Sağlık sigortasındaki riskler, bireyin sağlığını bedensel veya ruhsal olarak olumsuz yönde etkileyen kaza ve hastalık halleridir.

Kaza veya hastalık risklerinin gerçekleşmesi sonucu bireylerin iyileşmek amacıyla sağlık hizmet sunucularından temin ettikleri önleyici, koruyucu ve tedavi edici mahiyetteki tanı, tedavi, muayene, ilaç, tahlil ve diğer tıbbi hizmetlerin bedelleri sağlık harcamalarını oluşturmaktadır. Sağlık harcamalarının dünya genelinde her yıl arttığı gözlenmektedir. Teknolojinin sürekli gelişmesi, bireylerin sağlık bilincinin ve farkındalığının artması, dünya nüfusunun giderek yaşlanması, beklentilerin yükselmesi ve diğer benzeri faktörler sağlık hizmetlerine talebi ve müracaatları tırmandırmakta, bunun sonucunda da sağlık harcamaları sürekli yükselmektedir. Artan sağlık harcamalarını karşılayabilmek amacıyla çeşitli sağlık finansman sistemleri uygulanmaktadır. Bunlar içerisinde; vergilerle finansman, sosyal sağlık sigortası, özel sağlık sigortaları ve cepten ödemeler dünya genelinde yaygın olarak uygulanan ve en çok tercih edilen başlıca dört finansman yöntemidir. Birçok ülkede genelde sosyal sağlık sigortası veya vergilendirmeye finansman yöntemlerinden biri ağırlıkta olmak üzere, birden fazla finansman mekanizmasının farklı oranlarda tatbik edilmek suretiyle karma halde işlediği finansman kombinasyonları uygulanmaktadır. Bir ülkedeki mevcut sosyoekonomik şartlar, demografik ve kültürel özellikler, geçmişten gelen sağlık gelenekleri, siyasi otoritenin sağlığa ilişkin benimsediği politikalar ve ayırdığı sağlık bütçesi; o ülkede hangi sağlık finansman sisteminin uygulanacağını belirleyen başlıca faktörlerdir.

Ülkemizde 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programının başlatılmasıyla, sağlık ve sosyal güvenlik sisteminde köklü reformlar ve önemli gelişmeler

gerçekleşmiştir. 2006 yılında 5502 ve 5510 sayılı Kanunların yasalaşmasıyla Sosyal Güvenlik Kurumu kurulmuş ve genel sağlık sigortası sistemi 2008 yılında yürürlüğe girmiştir. GSS, tüm nüfusa yönelik sağlık güvencesi sağlayan ve zorunlu sosyal sigortacılık temeline dayalı bir sağlık sigortası mekanizması olarak faaliyet göstermektedir. Genel sağlık sigortası kapsamında yer almak tüm Türkiye Cumhuriyeti vatandaşları için zorunludur. GSS, zorunlu sosyal sağlık sigortasının ağırlıkta olduğu ve işçi ve işverenlerin ödedikleri primlere dayalı olan bir finansman sistemidir. Bunun yanında aynı zamanda gönüllülük esasına dayalı tamamlayıcı ve destekleyici fonksiyonda özel sağlık sigortacılığı, devlet katkısı, vergiler ve cepten ödemeler de finansman sürecinde bir arada uygulanmaktadır. Dolayısıyla, GSS'nin finansman sisteminde karma bir yapı söz konusudur.

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanı Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yürütülmekte ve yönetilmektedir. Ayrıca özel sağlık sigortaları da sistem içerisinde faaliyet göstermektedir. SGK, sigortalıları adına sağlık hizmeti satın almak suretiyle hizmetleri finanse etmektedir. Birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri, ağırlıklı olarak Sağlık Bakanlığı tarafından, Bakanlığa ait sağlık tesislerinde sunulmaktadır. Özel sağlık hizmet sunucuları da diğer sağlık sunucuları arasında yer almaktadır.

İngiltere'de ise sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı Ulusal Sağlık Hizmetleri ile sağlanmaktadır. NHS, tüm nüfusa yönelik birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunmaktadır. Hastalar, NHS'nin tedarik ettiği sağlık hizmetlerinden ihtiyaçları nispetinde ve talepleri doğrultusunda ücretsiz olarak faydalanabilmektedir. Sağlık hizmetlerine ilişkin yasama, politika belirleme ve yönetim fonksiyonları Parlamento, Devlet Sağlık Sekreteri ve Sağlık Departmanı tarafından idare ve organize edilmektedir. Sağlık Departmanı, sağlık hizmetlerini şekillendiren ve finanse eden yetkili kamu organı olarak tüm sağlık sisteminin finansman ve yönetim fonksiyonlarını yerine getirmekle yükümlüdür. Klinik yönetim grupları NHS İngiltere'nin finanse ettiği sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmının sistem yöneticisi statüsünde faaliyet göstermektedir. CCG'ler, NHS bütçesinin yaklaşık %65'ini kontrol ve idare etmektedir. Tröst Geliştirme Otoriteleri, Monitör, Healthwatch, Sağlık

Hizmetleri Kalite Yönetimi ve Ulusal Üstün Sağlık ve Bakım Kuruluşu İngiltere sağlık sisteminde başlıca denetleyici, düzenleyici ve bilgi sağlayıcı birim ve organizasyonlar olarak faaliyet göstermektedir.

İngiltere’de sağlık harcamaları büyük oranda vergilerle finanse edilmektedir. Bu durum, İngiltere’nin sağlık finansman sisteminin tipik olarak Beveridge tarzı finansman mekanizması olduğu anlamına gelmektedir. Finansman sisteminde küçük bir paya sahip olmakla birlikte, ulusal sigorta katkıları, bazı kişi ve gruplara yönelik olarak ilaçlarda uygulanan katkı payları ve özellikle özel sağlık hizmet sunucularında tahsil edilen cepten ödemeler de tatbik edilmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında kamu kaynakları ve kamusal hizmet sunucuları ağırlıktadır.

İngiltere ve Türkiye’nin ekonomik verileri, sağlık göstergeleri ve sağlık finansman sistemleri karşılaştırmaları olarak analiz edildiğinde, İngiltere ile Türkiye arasından rakamsal farklılıkların olduğu anlaşılmaktadır. İngiltere, 2016 yılı rakamlarına göre yaklaşık 2,64 trilyon Dolar gayrisafi yurtiçi hasılası ve ortalama 40 bin Dolarlık kişi başı milli geliri ile 2016’da yaklaşık 735 milyar Dolar gayrisafi yurtiçi hasılası ve 10 bin Dolara yakın kişi başı milli geliri olan Türkiye’den ekonomik olarak oldukça ileri bir düzeyde görülmektedir. 2015 yılında Birleşik Krallık’ta yapılan toplam sağlık harcaması 181,8 milyar Sterlin olmuştur. Aynı yıl içinde Türkiye’de gerçekleşen toplam sağlık harcaması ise 104,5 milyar TL’dir. İki ülkenin sağlık sistemleri arasındaki en önemli fark ise İngiltere’de vergilerle finansmana dayalı Beveridge sistemi uygulanırken Türkiye’de primlendirmeye dayalı sosyal sağlık sigortacılığının ağırlıkta olmasıdır. Ayrıca İngiltere’de hizmet basamakları arasında zorunlu sevk sistemi uygulanırken, Türkiye’de böyle bir uygulama ve zorunluluk söz konusu değildir. Birinci basamak koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerinin ve aile hekimliğinin İngiliz sağlık sisteminin temelini oluşturduğu görülmektedir. Türkiye’de ise sağlık hizmetleri daha çok tedavi edici servis ve uygulamalara yönelik yapılmaktadır. Bununla birlikte her iki ülkede de sağlık hizmetlerinin tüm nüfusu kapsayacak ve kolay erişilebilir şekilde sunulması ve sistemde kamu payının ve kamusal harcamaların ağırlıkta olması iki ülkenin sağlık sistemlerindeki benzer özellikler olarak göze çarpmaktadır.

Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın hayata geçirilmesiyle sağlık sisteminde önemli gelişmeler ve köklü reformlar gerçekleştirilmiştir. GSS’nin yürürlüğe girmesi sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmış, bu durum sağlık harcamalarının artışı da beraberinde getirmiştir. SGK’nın prim gelirleri, sağlık ve emeklilik harcamalarını karşılayamamakta ve Kurum her sene açık vermektedir. SGK’nın bu açıkları devlet bütçesinden karşılanarak telafi edilmektedir. SGK’nın mali açıdan sürdürülebilirliğini koruyabilmesi için gelir arttırıcı ve gider azaltıcı önlem ve uygulamalara başvurması gerekmektedir.

Türkiye’de sağlık harcamalarının etkin hale getirilebilmesinde en önemli değişimlerden biri, hizmet basamakları arasında zorunlu sevk sisteminin getirilmesidir. Bireyler hastalandıklarında İngiltere örneğindeki gibi önce kayıtlı oldukları aile hekimlerine muayene olmalı, sonrasında aile hekiminin yönlendirmesiyle ikinci veya üçüncü basamak hizmet sunucularına müracaat edebilmelidir. Böylece sağlık hizmetlerinde yoğunluk ve gereksiz talep azaltılmış olacaktır. Ayrıca hizmet sistemi, tedavi edici servislerden ziyade, koruyucu ve önleyici hekimlik üzerine yoğunlaşmalı, birinci basamak temel sağlık hizmetleri sağlık sisteminin merkezini oluşturmalıdır.

Bir diğer gider azaltıcı çözüm ise, özel sağlık sigortalarının sistemdeki etkinliğini ve sınırlı rolünü arttırmak olacaktır. 2017 yılının başında uygulamaya giren zorunlu BES uygulamasına benzer şekilde, toplumu özel sağlık sigortalarına ve özel sağlık sigortacılığına yönlendirecek özendiricilerin ve teşviklerin uygulanması faydalı olacaktır. Ayrıca, sağlık hizmetlerinden daha fazla faydalanan kişilerin belirli ilaç ve tedavi hizmetleri için ödeyeceği katkı payı tutarlarının artırılması da sisteme ek kaynak oluşturulması ve harcamaların azaltılması adına önemli katkı sağlayacaktır.

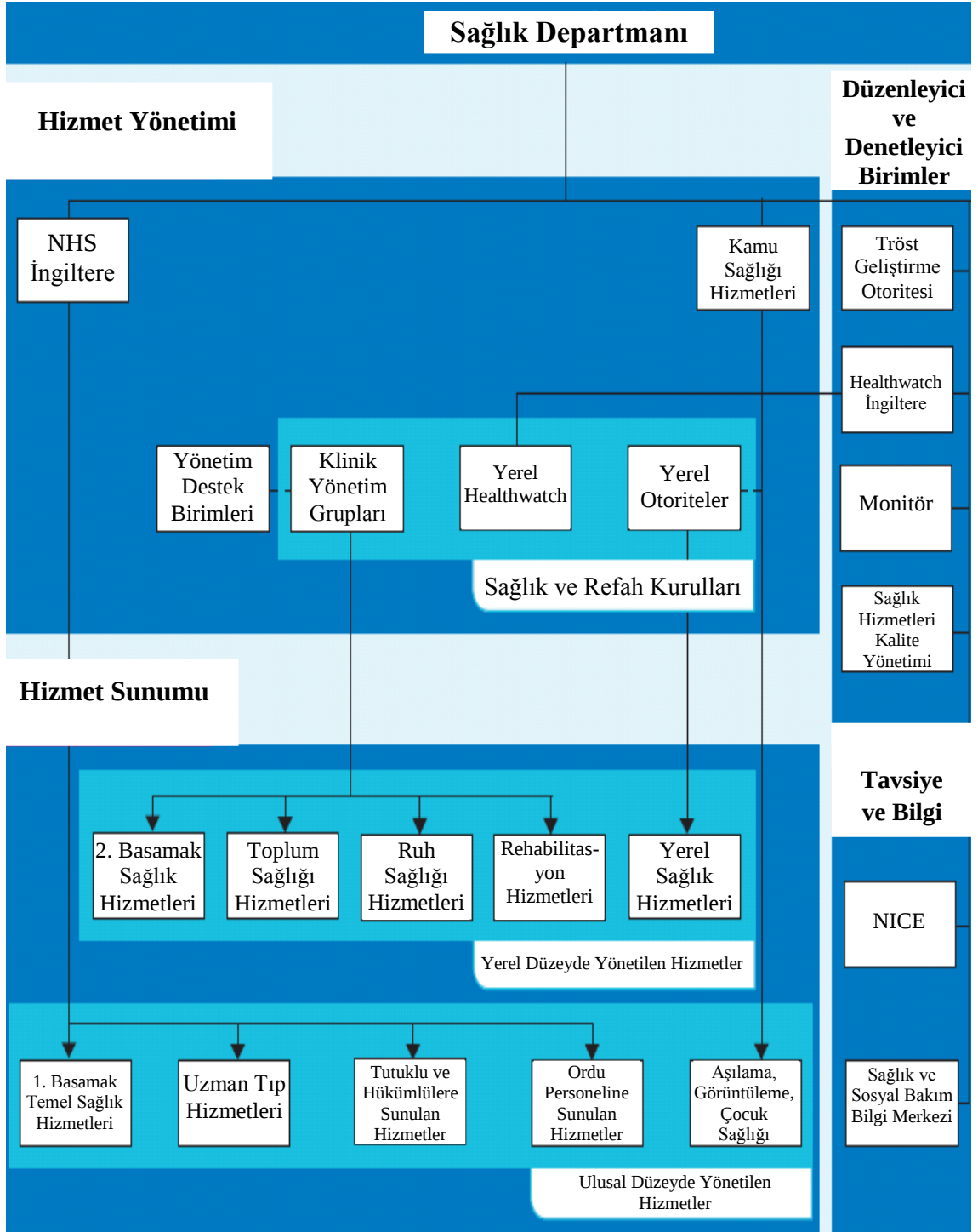
Türkiye’de ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı oldukça yüksektir. Ciddi düzeyde ilaç israfı ve kontrolsüz ilaç tüketimi yaşanmaktadır. Bu durumun önlenmesi adına, halk alkılcı ilaç tüketimi konusunda bilinçlendirilmeli, çok tüketilen bazı ilaçların reçetesiz satışı yasaklanmalı ve bu ilaçlardaki katkı payları arttırılmalı, kullanılmayan fakat son kullanma tarihi geçmemiş ilaçların toplanarak sağlık servislerinde yatarak tedavi gören hastalara yönelik kullanılabilecek şekilde ilaç geri dönüşüm sistemi kurulmalıdır.

Türkiye'nin mevcut finansal kapasitesi, vergilendirme yapısı ve kayıt dışılıkla mücadele potansiyeli göz önünde bulundurulduğunda, vergilere dayalı finansman mekanizması olan Beveridge Sistemi Türkiye için uygun ve elverişli bir yöntem izlenimi vermemektedir. Sosyal sağlık sigortacılığında devam etmek ve gelirleri arttırmaya yönelik çözümler aramak muhtemelen daha isabetli bir strateji olacaktır.

Sağlık, insanlığın en kıymetli sermayesi olarak kabul edilmektedir. Bütün sağlık hizmetleri, bu sermayeyi muhafaza etmek ve geliştirmek için yapılmaktadır. Tüm dünyada olduğu gibi, Türkiye'de de sağlık harcamaları her yıl yükselmektedir. Sistemin sürdürülebilirliğinin sağlanması ve verimliliğinin artırılması adına bazı tedbir ve uygulamaların gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Çalışmada bahsi geçen çözüm önerileri hayata geçirilebilirse, Türkiye'deki sağlık sisteminin daha etkin ve verimli işler hale gelmesi muhtemeldir.

EKLER

Ek 1: NHS İngiltere'nin Organizasyonel Yapısı



Kaynak: NHS England, Understanding the New NHS, ss.8-9

KAYNAKÇA

Kitaplar

AKDAĞ, Recep. (Ed.), **Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011)**, Ankara: Sağlık Bakanlığı, 2012.

AKDAĞ, Recep. AYDIN, Sabahattin. BUZGAN, Turan. DEMİREL, Hüseyin. GÜNDÜZ, Fatımatüzzehra. (Ed.), **Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri Kasım 2002 -2008 (Alma-Ata'nın 30. Yılı Hatırasına)**, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayını, 2008.

AKDAĞ, Recep. AYDIN, Sabahattin. DEMİREL, Hüseyin. (Ed.), **İlerleme Raporu Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı**, Ankara: Sağlık Bakanlığı, 2008.

ALPER, Yusuf. **Türk Sosyal Güvenlik Sistemi ve Sosyal Güvenlik Hukuku**, 5.Baskı, Bursa: Dora Yayınları, 2013.

ATASEVER, Mehmet. **Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi**, Ankara: Sağlık Bakanlığı, 2014.

AUSTIN, Andrew ve HUNGERFORD, Thomas L. **The Market Structure of the Health Insurance Industry**, Washington D.C.: Congressional Research Service, 2009.

AYDIN, Nurhan ve Diğerleri. **Bankacılık ve Sigortacılığa Giriş**, 1.Baskı, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları, 2012.

BARNUM, Howard., KUTZIN, Joseph ve SAXENIAN, Helen. **Incentives and Provider Payment Methods**, The World Bank-Human Resources Development and Operations Policy Working Paper, Sayı 51, Washington D.C., 1995.

BELLİ, Paolo., SHAHRIARI, Helen ve Curtio Medical Group. **Qualitative Study on Informal Payments for Health Services in Georgia**, The World Bank - HNP Discussion Paper, 2002, <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/13773> (12.03.2017).

BOYLE, Sean. "United Kingdom (England) – Health System Review", **Health Systems in Transition**, European Observatory on Health Systems and Policies, Vol.13, No.1, (2011).

BUĞRA, Ayşe. **Kapitalizm, Yoksulluk ve Türkiye’de Sosyal Politika**, İstanbul: İletişim Yayınları, 2011.

CARRIN, Guy ve JAMES, Chris. **Reaching Universal Coverage Via Social Health Insurance: Key Design Features in the Transition Period**, World Health Organization Discussion Paper, Sayı 2, Cenevre, 2004.

CHAWLA, Mukesh ve Diğerleri. **Paying the Physician: Review of Different Methods**, Boston: Data for Decision Making Project - Harvard School of Public Health, 1997.

CICHON, Michael ve Diğerleri. **Financing Social Protection**, 1. Baskı, Geneva: International Labour Office, 2004.

CYLUS, Jonathan ve Diğerleri. "United Kingdom Health System review", **Health System in transition**, European Observatory on Health Systems and Policies, Vol.17, No.5, (2015).

ÇEKER, Mustafa. **Sigorta Hukuku**, 15.Baskı, Adana: Karahan Kitabevi, 2016.

DEMİRİLİK, Sevdâ. **Sosyal Güvenlik Sosyolojisi**, 1. Baskı, İstanbul: Legal Yayıncılık, 2005.

Department of Health and NHS England, **Out-of-Hours GP Services in England**, London: National Audit Office Press Office, 2014.

Department of Health, **Guidance on Implementing the Overseas Visitors Hospital Charging Regulations**, 2011, <https://www.thewaltoncentre.nhs.uk/uploadedfiles/documents/Overseas%20Visitors%20Guidance.PDF>, (14/05/2017).

DİNÇ, Gönül. **Birleşik Krallık Sağlık Sistemi**, 1. Baskı, Manisa: Celal Bayar Üniversitesi Matbaası, 2009.

GILBERT, Helen., DUNN, Phoebe and FOOT, Catherine. **Local Healthwatch: Progress and Promise**, The King's Fund, 2014, https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/417395/KF_Healthwatch_with_cover.pdf, (16/05/2017).

GOTTRET, Pablo ve SCHIEBER, George. **Health Financing Revisited – A Practitioner's Guide**, Washington D.C.: The World Bank, 2006.

GÜZEL, Ali ve OKUR, Ali Rıza. **Sosyal Güvenlik Hukuku**, İstanbul: Beta Yayınları, 1999.

Health and Social Care Information Centre, **General and Personal Medical Services England: 2004-2014**, 2015, <http://content.digital.nhs.uk/catalogue/PUB16934/nhs-staf-2004-2014-gene-prac-rep.pdf>, (17/05/2017).

Health and Social Care Information Centre, **NHS Outcomes Framework**, 2016, <http://content.digital.nhs.uk/catalogue/PUB20090/nhs-out-fram-ind-feb-16-comm.pdf>, (10/05/2017).

Health and Social Care Information Centre, **Prescriptions Dispensed in the Community England: 2004-2014,** 2015, <http://content.digital.nhs.uk/catalogue/PUB17644/pres-disp-com-eng-2004-14-rep.pdf>, (20/05/2017).

Health and Social Care Information Centre, **Prescriptions Dispensed in the Community England: 2005-2015,** 2016, <http://content.digital.nhs.uk/catalogue/PUB20664/pres-disp-com-eng-2005-15-rep.pdf>, (19/05/2017).

Healthwatch, **Primary Care: A Review of Local Healthwatch Reports,** 2015, http://www.healthwatch.co.uk/sites/healthwatch.co.uk/files/primary_care_a_review_of_local_healthwatch_reports.pdf, (18/05/2017).

HM Treasury, **Public Expenditure Statistical Analyses 2014,** 2014, https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/330717/ESA_2014_-_print.pdf, (14/05/2017).

House of Commons Health Committee, **National Institute for Health and Clinical Excellence,** London: The Stationary Office Limited, 2008.

KEABLE-ELLIOT, India. **Hypothecated Taxation and the NHS,** Centre Forum, 2014.

KOCH, Alma L. “Financing Health Services”, Paul Roger TORRENS ve Stephen Joseph WILLIAMS (Ed.), **Introduction to Health Services** içinde (92-123), New York: Delmar Publishers, 1993.

LAFOND, Anne. **Sustaining Primary Health Care,** 1.Baskı, Londra: Earthscan Publications Limited, 1995.

LANGENBRUNNER, John C., CASHIN, Cheryl ve O'DOUGHERTY, Sheila. **Designing and Implementing Health care Provider Payment Systems – How-To Manuals,** Washington D.C.: The World bank, 2009.

LANGENBRUNNER, John C. ve LIU, Xingzhu. “How to Pay? Understanding and Using Payment Incentives”, PREKER, Alexander S. ve LANGENBRUNNER, John C. (Eds.). **Spending Wisely: Buying Health Services for the Poor** içinde, (89-106), Washington D.C.: The World Bank-Swedish International Development Cooperation Agency-Canadian International Development Agency, 2005.

LIU, Eva ve WONG, Elyssa. **Health Care Expenditure and Financing in the United Kingdom,** Hong Kong: Provisional Legislative Council Secretariat Research and Library Services Division, 1998.

MAKAL, Ahmet. **Osmanlı İmparatorluğu'nda Çalışma İlişkileri: 1850-1920 Türkiye Çalışma İlişkileri Tarihi,** 1.Baskı, Ankara: İmge Kitabevi, 1997.

MCINTYRE, Diane. **Learning from Experience: Health Care Financing in Low- and Middle-Income Countries**, Geneva: Global Forum For Health Research, 2007.

MCPAKE, Barbara ve KUTZİN, Joseph. **Methods for Evaluating Effects of Health reforms**, Geneva: World Health Organisation, 1997.

MILLS, Anne ve GILSON, Lucy. **Health Economics for Developing Countries: A Survival Kit**, 1.Baskı, Londra: Evaluation and Planning Centre for Health Care, 1988.

MOLLAHALİLOĞLU, Salih ve Diğerleri, “Türkiye’de Sağlık Reformları Süreci”, MOLLAHALİLOĞLU, Salih. ve Diğerleri. (Ed.), **Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007** içinde, (243-284), Ankara: Sağlık Bakanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, 2007.

Monitor, **Walk-In Centre Review: Final Report and Recommendations**, 2014, https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/283778/WalkInCentreFinalReportFeb14.pdf, (18/05/2017).

MOSSIALOS, Elias ve DIXON, Anna. “Funding Health Care: An Introduction”, MOSSIALOS, Elias., DIXON, Anna., FIGUERAS, Joseph., KUTZIN, Joe. (Eds.), **Funding Health Care: Options for Europe** içinde, (1-30), 1. Baskı, Buckingham-Philadelphia: Open University Press, 2002.

MOSSIALOS, Elias ve DIXON, Anna. “Funding Health Care in Europe: Weighing up the Options”, MOSSIALOS, Elias., DIXON, Anna., FIGUERAS, Josep. ve KUTZIN Joe. (Ed), **Funding Health Care: Options for Europe** içinde, (272-300), 1. Baskı, Buckingham-Philadelphia: Open University Press, 2002.

National Audit Office, **Healthcare Across the UK: A Comparison of the NHS in England, Scotland, Wales and Northern Ireland**, London: the Stationary Office, 2012.

National Institute for Health and Care Excellence, **Quality Standards Process Guide**, 2014, <https://www.nice.org.uk/media/default/Standards-and-indicators/Quality-standards/Quality-standards-process-guide-April-2014.pdf>, (16/05/2017).

NHS England, **2015-16 National Health Visiting Core Service Specification**, 2014, <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/12/hv-serv-spec-dec14-fin.pdf>, (18/05/2017).

NHS, **Next Steps on the Five Year Forward View**, 2017, <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/03/NEXT-STEPS-ON-THE-NHS-FIVE-YEAR-FORWARD-VIEW.pdf>, (19/05/2017).

NORMAND, Charles ve WEBER, Axel. **Social Health Insurance: A Guidebook For Planning**, 2.Baskı, Bad Homburg: VAS-Verlag für Akademizche Schriften, 2009.

NORMAND, Charles ve BUSSE, Reinhard. “Social Health Insurance Financing”, MOSSIALOS, Elias., DIXON, Anna., FIGUERAS, Josep. ve KUTZIN, Joe. (Ed.), **Funding Health Care: Options for Europe** içinde, (59-79), 1. Baskı, Buckingham-Philadelphia: Open University Press, 2002.

Nuffield Trust Institute for Fiscal Studies, **Public Payment and Private Provision – The Changing Landscape of Healthcare in the 2000s**, 2013, <https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-01/public-payment-and-private-provision-web-final.pdf>, (11/05/2017).

OECD ve Dünya Bankası, **OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye**, 2008, <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/OECDKITAP.pdf>, (10/04/2017).

OECD/EU, **Health At a Glance:Europe 2016 - State of Health in the EU Cycle**, 2016, www.oecd.org, (06/02/2017).

ÖZBAY, Hüseyin ve Diğerleri. “Sağlık Hizmetleri Sistemi”, MOLLAHALİLOĞLU, Salih ve Diğerleri. (Ed.), **Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007** içinde, (98-154) Ankara: TC Sağlık Bakanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2007.

ÖZBEK, Nadir. **Cumhuriyet Türkiye’inde Sosyal Güvenlik ve Sosyal Politikalar**, İstanbul: Tarih Vakfı yayını, 2006.

PORTER, Michael E. ve KAPLAN, Robert S. **How Should We Pay for health care?**, Cambridge: Harvard Business School, 2015.

PRIZTSKER, Penny S., ARNOLD, Ken ve MOYER, Brian C. **Measuring the Economy: A Primer on GDP and the National Income**, U.S. Department of Commerce Bureau of Economic Analysis, 2015, https://www.bea.gov/national/pdf/nipa_primer.pdf, (30/04/2017).

ROBERTS, Marc J., HSIAO, William., BERMAN, Peter. ve REICH, Michael R. **Getting Health Reform Right:A Guide to Improving Performance and Equity**, New York: Oxford University Press, 2004.

RON, Aviva., ABEL-SMITH, Brian ve TAMBURİ, Giovanni. **Health Insurance In Developing Countries: The Social Security Approach**, 1.Baskı, Geneva: International Labour Office, 1990.

Sağlık Bakanlığı, **Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011**, 2012, http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/saglik_istatistikleri_yilligi_2011.pdf, (30/04/2017).

Sağlık Bakanlığı, **Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015**, 2016, http://www.saglikistatistikleri.gov.tr/dosyalar/SIY_2015.pdf, (30/04/2017).

SALTMAN, Richard B. “Social Health Insurance in Perspective: The Challenge of Sustaining Stability”, SALTMAN, Richard B., BUSSE, Reinhard ve FIGUERAS, Josep (Ed.), **Social Health Insurance Systems in Western Europe** içinde, (3-20), 1.Baskı, Berkshire: Open University Press, 2004.

SALTMAN, Richard B. ve DUBOIS, Hans F.W. “The Historical and Social Base of Social Health Insurance Systems”, SALTMAN, Richard B., BUSSE, Reinhard. ve FIGUERAS, Josep. (Ed.), **Social Health Insurance Systems in Western Europe** içinde, (21-32), 1.Baskı, Berkshire: Open University Press, 2004.

SARGUTAN, A. Erdal (Ed.). **84 Ülke ve Türkiye’nin Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri**, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayını, 2006.

SAVEDOFF, William. **Tax-Based Financing for Health Systems: Options and Experiences**, World Health Organization Discussion Paper, Sayı 4, Cenevre, 2004.

SAVEDOFF, William ve SEKHRI, Neelam. **Private Health Insurance: Implications for Developing Countries**, World Health Organization Discussion Paper, Sayı 3, Cenevre, 2004.

SEELY, Antony. **National Insurance Contributions: An Introduction**, London: House of Commons Library Briefing Paper, 2015.

SHAHRIARI, Helen., BELLI, Paolo ve LEWIS, M. **Institutional Issues in Informal Health Payments in Poland: Report on the Qualitative Part of the Study**, The World Bank-HNP Working Paper, 2001, Cilt.1, Sayı.28862, <http://documents.worldbank.org/curated/en/840271468776110806/pdf/288620Shahriar1utional0Issues1whole.pdf> ,(12.03.2017).

Sosyal Güvenlik Kurumu, **2014 Faaliyet Raporu**, 2015, <http://www.sgk.gov.tr/2014FaaliyetRaporu.pdf>, (20/04/2017).

Sosyal Güvenlik Kurumu, **2016 Yılı İdari Faaliyet Raporu**, 2017, <http://www.sgk.gov.tr/2016FaaliyetRaporu.pdf>, (18/04/2017).

Sosyal Güvenlik Kurumu, **Genel Sağlık Sigortası**, Ankara: Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü, Sosyal Güvenlik Bilgi Serisi No.79, 2013.

Sosyal Güvenlik Kurumu, **Sosyal Güvenlik Kapsamındaki Sigortalıların Hak ve Yükümlülükleri**, Ankara: Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, SGK Yayın No: 57, 2013.

Sosyal Güvenlik Kurumu, **Sosyal Güvenlik Reformunun 4. Yılında 400 Yenilik**, Ankara: Sosyal Güvenlik Kurumu, Yayın No: 80, 2013.

Sosyal Güvenlik Kurumu, **Sosyal Güvenlik Sisteminde Primler**, Ankara: Sosyal Güvenlik Kurumu Sigorta Primleri Genel Müdürlüğü, 2013.

Sosyal Güvenlik Kurumu, **Stratejik Plan 2015-2019**, http://www.sgk.gov.tr/sp/SGKStratejikPlan_2015_2019.pdf, (24/04/2017).

SÜLKÜ, Seher Nur. **Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları**, Ankara: Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, 2011.

ŞAHİN, Bayram ve Diğerleri, **Türkiye’de Hanehalkları Tarafından Cepten yapılan Sağlık Harcamaları Araştırması - Nihai Rapor**, Hacettepe Üniversitesi, <http://www.sagem.gov.tr/dosyalar/cepten.pdf>, (02/04/2017).

TATAR, Mehtap ve Diğerleri. “Turkey Health System Review”, **Health Systems in Transition**, European Observatory on Health Systems and Policies Series, Vol.13, No.6, 2011.

The National Assembly for Wales, **The Organization of the NHS in UK: Comparing Structures in the Four Countries**, 2015, <http://www.assembly.wales/research%20documents/15-020%20-%20the%20organisation%20of%20the%20nhs%20in%20the%20uk%20comparing%20structures%20in%20the%20four%20countries/15-020.pdf>, (11/05/2017).

The World Bank, **Turkey reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency**, Volume 1- Main Report, 2003.

The World Bank, **World Development Report 1993 - Investing In Health: World Development Indicators**, 1. Baskı, New York: Oxford University Press, 1993.

THORLBY, Ruth ve ARORA, Sandeepa. “The English Health Care System, 2015”, MOSSIALOS, Elias., WENZL, Martin., OSBORN, Robin. ve SARNAK, Dana. (Ed.), **2015 International Profiles of Health Care Systems** içinde, (49-58) New York - Washington D.C.: The Commonwealth Fund, 2016.

TUNÇOMAĞ, Kenan. **Türkiye’nin Sosyal Güvenlik Sistemi ve Sorunlar – Halid Kemal Elbir’e Armağan**, İstanbul: İÜ Hukuk Fakültesi Eğitim Öğretim ve Yardımlaşma Vakfı Yayını, 1996.

ÜÇER, Ali Rıza. “Sağlıkta Dönüşüm Programının Yarattığı Talep Patlaması”, ARSLANOĞLU, İlknur (Ed.). **Tıp Bu Değil 2** içinde (257-279), İstanbul: İthaki Yayınları, 2013.

WAGSTAFF, Adam ve DOORSLAER, Eddy Van. “Equity in the Finance and Delivery of Health Care: Concepts and Definitions”, DOORSLAER, Eddy Van., WAGSTAFF, Adam. ve RUTTEN, Frans. (Ed.), **Equity in the Finance and Delivery of Health Care: An International Perspective** içinde, Oxford: Oxford Medical Publications, (7-19), 1993.

WAGSTAFF, Adam ve DOORSLAER, Eddy Van. “Equity in Health Care Finance and Delivery”, CULYER, Anthony J. ve NEWHOUSE, Joseph P. (Ed.), **Handbook of Health Economics** içinde, Amsterdam: Elsevier North Holland, 2000.

World Health Organization and World Bank, **Health System Metrics Monitoring the Health System in Developing Countries**, 2004, http://www.who.int/healthinfo/health_system_metrics_glion_report.pdf, (17.02.2017).

World Health Organization, **World Health Report 2000-Health Systems: Improving Performance**, 2000, http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf, (20.02.2017).

World Health Organization Europe. **What are the Equity, Efficiency, Cost Containment and Choice Implications of Private Health-Care Funding in Western Europe?**, www.euro.who.int, (12.03.2017).

World Health Organization, Regional Office for Europe, The World Bank, Republic of Turkey Ministry of Health, **Turkey Health System Performance Assessment 2011**, 2012, <https://www.saglik.gov.tr/Eklenti/2105,turkeyhealthsystem2011pdf.pdf?0>, (06/04/2017).

XU, Ke., SAXENA Priyanka ve HOLLY, Alberto. **The Determinants of Health Expenditure: A Country-Level Data Analysis**, World Health Organization Working Paper, 2011.

YILDIRIM, Hasan Hüseyin. **Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu**, Ankara: Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası Sağlık-Sen Yayınları, 2013.

YILDIRIM, Hasan Hüseyin., YILDIRIM, Türkan ve AKBULUT, Yasemin. **Sağlık Sigortacılığı**, 1.Baskı, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları, 2012.

Sürelî Yayınlar, Makale, Bülten, Bilgilendirme Rehberi

ABACIOĞLU, Nurettin. “Küresel Kapitalizmde İlaç Endüstrisi”, **Uluslararası Sağlık Politikaları Birliği Avrupa Birimi XVI. Konferansı**, (29/09/2011).

ABEL-SMITH, Brian. “Funding Health for All:Is Insurance the Answer?”, **Health Care – Who Pays?**, World Health Forum - World Health Organization, Cilt 8, 1987.

AKAR, Sevda. “Türkiye’de Sağlık Harcamaları, Sağlık Harcamalarının Nisbi Fiyatı ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, **Yönetim ve Ekonomi**, Cilt.21, Sayı.1, 2014.

AKDUR, Recep. “Sağlık Harcamaları”, **Bilim ve Ütopya**, Cilt.14, Sayı.170, 2008.

AKKAYA, Yüksel. “Sosyal Güvenlik Tarihi Üzerine Notlar”, **Toplum ve Hekim**, Cilt.15, Sayı.2, 2000.

ALPER, Yusuf. “Sosyal Güvenlik Reformu ve Finansmanla İlgili Beklentiler”, **Sosyal Güvenlik Dergisi**, Sayı.1, 2011.

ALTUN, Rıfat ve Diğerleri, “Universal Health Coverage in Turkey: Enhancement of Equity”, **The Lancet**, Vol.382, 2013.

ANDERSON, Gerard ve HUSSEY, Peter S. “Comparing Health System Performance in OECD Countries”, **Health Affairs**, Cilt.20, Sayı.3, 2001.

APAN, Ahmet. “Türkiye’de Kalkınma Planları ve Sosyal Güvenlik Reformu”, **Türk İdare Dergisi**, Yıl.79, Sayı.456, 2007.

ARICI, Kadir. “Türk Genel Sağlık Sigortası Sisteminin Yeterliliği Sorunu”, **Sicil İş Hukuku Dergisi**, Yıl.4, Sayı.13, 2009.

ATAAY, Faruk. “Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları”, **Amme İdaresi Dergisi**, Cilt.41, Sayı.3, 2008.

Australian Government- Department of Foreign Affairs and Trade, United Kingdom, 2017, <https://dfat.gov.au/trade/resources/Documents/uk.pdf>, (05/05/2017).

AYAZ, Tutku. “Atık İlacın fotoğrafı Çekildi”, **Referans Gazetesi**, (19/04/2010).

BARNIGHAUSEN, Till ve SAUERBORN, Rainer. “One Hundred and Eighteen Years of the German Health Insurance System: Are There Any Lessons for Middle- and Low – Income Countries?”, **Social Science and Medicine**, Cilt.54, Sayı.10, 2002.

BELEK, İlker. “Türkiye’de Sağlık Harcamaları: Makro Düzeyde Bir Değerlendirme”, **Ekonomik Yaklaşım**, Cilt.8, Sayı.24-25, 1997.

BENNETT, David. “Monitor”, A Guided Tour of the NHS, **All-Party Parliamentary Health Group**, http://www.healthinparliament.org.uk/sites/site_aphg/files/aphg_-_a_guided_tour_of_the_nhs_0.pdf, (17/05/2017).

BHARGAVA, Amit. “Clinical Commissioning Groups”, A Guided Tour of the NHS, **All-Party Parliamentary Health Group**, http://www.healthinparliament.org.uk/sites/site_aphg/files/aphg_-_a_guided_tour_of_the_nhs_0.pdf, (15/05/2017).

BOYLE, Sean. **The UK Healthcare System**, Commonwealth Fund, 2008, http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/UK_Country_Profile_2008.pdf, (07/05/2017).

BRADLEY, Anna and RAKE, Katherina. “Healthwatch England”, A Guided Tour of the NHS, **All-Party Parliamentary Health Group**, http://www.healthinparliament.org.uk/sites/site_aphg/files/aphg_-_a_guided_tour_of_the_nhs_0.pdf, (17/05/2017).

CAM, Erdem. “Devlet-i Aliyye-i Osmaniyye’de Sosyal Güvenlik”, **SGK Vizyon Dergisi**, Sayı.15, 2015.

Capita Healthcare Decisions, “NHS Direct”, 2015, <https://capitahealthcaredecisions.com/module/uploads/2015/05/Capita-Case-Study-NHSDirect.pdf>, (18/05/2017).

CARR, Peter ve FLORY, David. “Trust Development Authority”, A Guided Tour of the NHS, **All-Party Parliamenatry Health Group**, http://www.healthinparliament.org.uk/sites/site_aphg/files/aphg_-_a_guided_tour_of_the_nhs_0.pdf, (17/05/2017).

CURRESHEL, Robert ve FORRESTAL, Elizabeth. “International Models of Health Systems Financing”, **Journal of Hospital Administration**, Cilt.3, Sayı.4, 2014.

ÇEPNİLİ, Nazan ve AHISKALIOĞLU, Hülya. “Sağlıkta Devrimin Adı: Medula”, **SGK Vizyon Dergisi**, Sayı.8, 2014.

ÇIMRIN, Fusun Kökalan ve DURDU, Zafer. “Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sisteminin Dönüşümü ve Bireysel Emeklilik Sistemi”, **HAK-İŞ Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi**, Cilt.4, Sayı.8, 2015.

DAŞTAN, İlker ve ÇETİNKAYA, Volkan. “OECD Ülkeleri ve Türkiye’nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması”, **Sosyal Güvenlik Dergisi**, Cilt.5, Sayı.1, 2015.

DEBER, Raisa B., FORGET, Evelyn L., ve ROOS, Leslie L. “Medical Savings Accounts in a Universal System: Wishful Thinking Meets Evidence”, **Health Policy**, Cilt.70, Sayı.1, 2004.

DEMİR, Fevzi. “Atatürk Dönemi Çalışma Hayatımız”, **TÜHİS İş Hukuku ve İktisat Dergisi**, Cilt.20, Sayı.4-5, 2007.

DEMİRKIRAN, Mustafa ve ŞAHİN, Bayram. “Pratisyen Hekimlerin İlaç Seçimlerini Etkileyen Faktörlere İlişkin Değerlendirmeleri”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt.13, Sayı.1, 2010.

Department of Health, “The Mandate - April 2015 to March 2016”, 2014, https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/386225/DH_Mandate_EasyRead.pdf, (13/05/2017).

Department of Health, “The Mandate Explained”, 2016, https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/386223/The_Mandate_explained.pdf, (10/05/2017).

DUNNEL, Karen. “The Changing Demographic Picture of the UK National Statistician’s Annual Article on the Population”, **Office for National Statistics Population Trends**, Vol.130, February 2007.

EROL, Hatice ve ÖZDEMİR, Abdullah. “Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi”, **Sosyal Güvenlik Dergisi**, Cilt.4, Sayı.1, 2014.

Faculty of Medical Leadership and Management, “Commissioning: What’s the Big Deal”, 2015, <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Documents/Commissioning-FINAL-2015.pdf>, (09/05/2017).

GÜRSOY, Kadir. “An Analysis of Pharmaceutical Policy, Pricing and Spending in Turkey”, **Sosyal Güvenlik Dergisi**, Cilt.6, Sayı.1, Mart 2016.

GÜRSOY, Kadir. “An Overview of Turkish Healthcare System After Health Transformation Program: Main Successes, Performance Assessment, Further Challenges and Policy Options”, **Sosyal Güvence Dergisi**, Yıl.3, Sayı.7, 2015.

GÜVERCİN, Ali., MİL, Halil İbrahim ve TARIM, Bülent. “Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)”, **Bartın Üniversitesi İ.İ.B.F Dergisi**, Cilt.7, Sayı.13, 2016.

GÜVERCİN, Cemal Hüseyin. “Sosyal Güvenlik Kavramı ve Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Tarihçesi”, **Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası**, Cilt.57, Sayı.2, 2004.

Health and Social Care Information Centre, “Health and Social Care Information Sources – A Guide for Journalists”, 2016, http://content.digital.nhs.uk/media/16102/HSCICGuideforjournosinteractiveFINAL/pdf/HSCIC_Guide_for_journos-2016-FINAL.pdf, (14/05/2017).

HITIRIS, Theodore. “Prescription Charges in the United Kingdom: A Critical Review”, 2000, The University of York, Department of Economics and Related Studies, <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.201.9545&rep=rep1&type=pdf>, (19/05/2017).

HILLS, John. “Taxation for the Enabling State”, **Centre for Analysis of Social Exclusion London School of Economics - Case Paper**, Sayı 41, Ağustos 2000.

HSIAO, William C. “Behind the Ideology and Theory: What is the Empirical Evidence for Medical Savings Accounts?”, **Journal of Health Politics, Policy and Law**, Cilt.26, Sayı.4, 2001.

HSIAO, William C. “Medical Savings Accounts: Lessons from Singapore”, **Health Affairs**, Cilt.14, Sayı.2, 1995.

İŞİK, Mustafa., İŞİK, Fikriye., KIYAK, Mithat. “Analyzing Financial Structure of Turkish Healthcare System in Comparison with U.S., German, British, French and Cuban Healthcare Systems”, **Journal of Economics, Finance and Accounting**, Vol.2, No.4, 2015.

İSTANBULLUOĞLU, Hakan., GÜLEÇ, Mahir ve OĞUR, Recai. “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri”, **Dirim Tıp Gazetesi**, Sayı.2, 2010.

JEGERS, Marc ve Diğerleri, “A Typology for Provider Payment Systems in Health Care”, **Health Policy**, Sayı.60, 2002.

JOWETT, Matthew. “Theoretical Insights Into the Development of Health Insurance in Low-Income Countries”, **Centre for Health Economics**, The University of York, Sayı 188, 2004.

KILAVUZ, Emine. “Sağlık Harcamalarındaki Artış ve Temel Bakım Hizmetleri”, **Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Sayı.29, 2010.

KILIÇ, Bülent ve BUMİN, Çiğdem. “İngiltere Ulusal Sağlık Sistemi”, **Toplum ve Hekim**, Ağustos 1993.

KOÇKAYA, Güvenç., ATİKELER, Kağan ve YENİLMEZ, Fatma Betül. “Türkiye’de Özel ve Kamu Sağlık Sigortacılığı Prim/Hasar Sağlık Harcaması Değerlendirmesi”, **Sosyal Güvençe Dergisi**, Sayı.9, 2016.

KUTZIN, Joseph. “A Descriptive Framework for Country-Level Analysis of Health Care Financing Arrangements”, **Health Policy**, Sayı.56, 2001.

Levels of Care in the NHS, <https://councilfordisabledchildren.org.uk/sites/default/files/field/attachemnt/4.%20Levels%20of%20Care.pdf>, (19/05/2017).

Local Government Association and Local Healthwatch, “Delivering Effective Local Healthwatch”, 2013, http://www.healthwatchkingstonuponthames.org.uk/sites/default/files/delivering_effective_local_healthwatch.pdf, (16/05/2017).

MENDELSON, Daniel N. ve SCHWARTZ, William B., “The Effects of Aging and Population Growth on Health Care Costs”, **Health Affairs**, Cilt.12, Sayı.1, 1993.

Monitor, “About Monitor”, 2014, https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/326396/About_Monitor_July_2014.pdf, (16/05/2017).

Monitor and Care Quality Commission, “Memorandum of Understanding Between Monitor and the Care Quality Commission”, 2015, http://www.cqc.org.uk/sites/default/files/mou_monitor_cqc_26_February_2015.pdf, (16/05/2017).

MURRAY, Christopher J. L. ve FRENK, Julio. “A Framework for Assessing the Performance of Health Systems”, **Bulletin of the World Health Organization** 2000, World Health Organization, Cilt.78, Sayı.6, 2000.

National Institute for Health and Care Excellence, “NICE Charter”, https://www.nice.org.uk/Media/Default/About/Who-we-are/NICE_Charter.pdf, (16/05/2017).

NHS, “111 - The New NHS Number”, 2012, <http://www.nhs.uk/NHSEngland/AboutNHSservices/Emergencyandurgentcareservices/Documents/2012/NHS%20111%20Easy%20Read%20leaflet.pdf>, (18/05/2017).

NHS, “A Short Guide to NHS Foundation Trusts”, 2005, <https://www.cmft.nhs.uk/published/UserUpload/file/A%20Short%20Guide%20to%20Foundation%20Trusts.pdf>, (16/05/2017).

NHS, “The NHS Constitution”, 2016, <http://www.barnetccg.nhs.uk/Downloads/Publications/NHS-constitution-July-2015.pdf>, (13/05/2017).

NHS Commissioning Board, “Commissioning Fact Sheet for Clinical Commissioning Groups”, 2012, <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2012/07/fs-ccg-respon.pdf>, (13/05/2017).

NHS England, “Understanding the New NHS”, 2014, <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/06/simple-nhs-guide.pdf>, (14/05/2017).

NHS Trust Development Authority, “Introducing the NHS Trust Development Authority”, 2012, <http://www.ntda.nhs.uk/wp-content/uploads/2012/04/Introducing-the-NHS-TDA1.pdf>, (115/05/2017).

NICHOLSON, David ve GRANT, Malcolm. “NHS England”, A Guided Tour of the NHS, **All-Party Parliamenatry Health Group**, http://www.healthinparliament.org.uk/sites/site_aphg/files/aphg_-_a_guided_tour_of_the_nhs_0.pdf, (12/05/2017).

Office for National Statistics, “Expenditure on Healthcare in the UK”, <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/healthcare/system/articles/expenditureonhealthcareintheuk/2015-03-26>, (13/05/2017).

Office for National Statistics, “Overview of the UK Population: February 2016”, 2016, <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/populationandmigration/populationestimates/articles/overviewoftheukpopulation/february2016>, (08/05/2017).

Office for National Statistics, “Population Estimates for UK, England and Wales, Scotland and Northern Ireland: Mid-2015”, 2016 <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/populationandmigration/populationestimates/bulletins/annualmidyearpopulationestimates/latest>, (08/05/2017).

Office for National Statistics, “Total Fertility Rates (TFR) - UK 1985 to 2014”, <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/livebirths/adhocs/005806totalfertilityratestfruk1985to2014>, (08/05/2017).

ORHANER, Emine. “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı Ve Genel Sağlık Sigortası”, **Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi**, Sayı.1, 2006.

ÖZGEN, Hacer. “Sağlık Hizmetleri Finansmanında Cepten Harcama: Nedir? Neden Önemlidir?”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt 10, Sayı 2, 2007.

PEKTEN, Ali. “Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve Getirdiği Yenilikler”, **Sayıştay Dergisi**, Sayı.61, 2006.

PINAR, Neslihan. “Ülkemizde İlaç Harcamaları”, **İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi**, Cilt.19, Sayı.1, 2012.

POWELL, Thomas. “The Structure of the NHS”, **House of Commons Briefing Paper**, Paper No.07206, March 2016.

POWELL, Thomas ve HEATH, Sarah. “The Reformed Health Service and Commissioning Arrangements in England”, **House of Commons Library**, 2013, <http://researchbriefings.parliament.uk/ResearchBriefing/Summary/SN06749#fullreport>, (14/05/2017).

PRIOR, David ve Diğerleri, “Care Quality Commission”, A Guided Tour of the NHS, **All-Party Parliamentary Health Group**, http://www.healthinparliament.org.uk/sites/site_aphg/files/aphg_-_a_guided_tour_of_the_nhs_0.pdf, (17/05/2017).

Royal college of General Practitioners, “Management in Primary Care”, 2006, http://www.gmc-uk.org/4_1_Management_in_Primary_Care_01.pdf, (18/05/2017).

Royal College of General Practitioners, **The Structure of the NHS**, RCGP Information Sheet, No.8, 2004.

ROS, Corina C., GROENEWEGEN, Peter P. ve DELNOIJ, Diana M.J. “All Rights Reserved or Can We Just Copy? Cost Sharing Arrangements and Characteristics of Health Care Systems”, **Health Policy**, Cilt.52, Sayı.1, (2000).

SÖZER, Ali Nazım. “Sağlıkta Dönüşüm Projesi ve Genel Sağlık Sigortası”, **Tisk Akademi**, Cilt.1, Sayı.1, 2006.

ŞEN, Murat. “Osmanlı Devleti’nde Sosyal Güvenlik: Ahi Birlikleri, Loncalar ve Vakıflar”, **Çimento İşverenleri Sendikası Dergisi**, Cilt.6, Sayı.16, 2002.

TATAR, Mehtap. “Dünya’da Sağlık Maliyetlerinin Artma Nedenleri”, **Sosyal Güvenlik Dergisi**, Yıl.1, Sayı.3, 2009.

TATAR, Mehtap. “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi”, **Sosyal Güvenlik Dergisi**, Cilt.1, Sayı.1, 2011.

THORPE, Kenneth E. “Medical Savings Accounts: Desing and Policy Issues”, **Health Affairs**, Cilt.14, Sayı.3, 1995.

TOPCUK, Yılmaz. “Genel Sağlık Sigortasının Temelleri, Sunumu ve Denetimi”, **Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi**, Yıl.14, Sayı.74, 2011.

TOPCUK, Yılmaz. “Sosyal Güvenlik Kurumu İle Anlaşmalı Özel Sağlık Hizmeti Sunucusunda Genel Sağlık Sigortalısı Hastaya Ücretli Hasta Muamelesi”, **Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi**, Yıl.13, Sayı.67, 2010.

The NHS Constitution, “Guide to the Healthcare System in England – Including the Statement of NHS Accountability”, 2013, <http://www.caringchoices.org.uk/files/2013/12/Guide.pdf>, (12/05/2017).

The Pennine Acute Hospitals NHS Trust, “District Nursing Service- An Information Guide”, 2014, <http://www.pat.nhs.uk/community-services/District%20Nursing%20Service.pdf>, (18/05/2017).

The United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland – General Information, http://skola.amoskadan.cz/s_aj/AJpdf/aepdf/ae01.pdf, (05/05/2017).

THORPE, Kennet E., “The Rise in Health Care Spending and What to Do About it”, **Health Affairs**, Cilt.24, Sayı.6, 2005.

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

Türkiye İstatistik Kurumu, “Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları-2016”, 2017, https://www.google.com.tr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ah_UKEwjzvJnusP_TAhVMiiwKHYYTkDgsQFgghMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.tuik.gov.tr%2FpdfGetir.do%3Fid%3D24638&usq=AFQjCNFDu3XWydIXBIWgaG65APOdrSMDaA&cad=rja, (19/05/2017).

VALL-SPINOSA, Arthur. “Lessons from London: The British are Reforming Their National Health Service”, **American Journal of Public Health**, Vol.81, No.12, December 1991.

XU, Ke ve Diğerleri. “Household Catastrophic Health expenditure: A Multicountry Analysis”, **The Lancet**, Cilt.362, Sayı.9378, 2003.

WAGSTAFF, Adam ve DOORSLAER, Eddy Van. “Equity in the Finance of Health care: Some Further International Comparisons”, **Journal of Health economics**, Cilt.18, Sayı.3, 1999.

WHITEHEAD, Margaret., DAHLGREN, Göran ve Timothy EVANS. “Equity and Health Sector Reforms: Can Low-Income Countries Escape the Medical Poverty Trap?”, **The Lancet**, Cilt.358, Sayı.9284, 2001.

WOOD, Jonathan ve HEATH, Sarah. "Clinical Commissioning Group (CCG) Funding", **House of Commons Library**, 2014, <http://researchbriefings.parliament.uk/ResearchBriefing/Summary/SN06779#fullreport>, (11/05/2017).

YENİMAHALLELİ-YAŞAR, Gülbiye ve UĞURLUOĞLU, Ece. "Sosyal Sağlık Sigortacılığı Mı? Vergilerle Finansman Mı? Sağlık Harcamaları ve Sağlık Sonuçları Açısından Değerlendirme", **Sosyal Güvenlik Dünyası**, Yıl.13, Sayı.66, 2010.

YILDIRIM, Hasan Hüseyin., YILDIRIM, Türkan ve ERDEM, Ramazan. "Sağlık Hizmetleri Finansmanında Kullanıcı Katkıları: Genel Bir Bakış ve Türkiye İçin Bir Durum Değerlendirmesi", **Amme İdaresi Dergisi**, Cilt.44, Sayı.2, 2011.

YILMAZ, Volkan ve YENTÜRK, Nurhan. "Türkiye’de Sağlık Harcamalarına Tarihsel Bir Bakış", İstanbul Bilgi Üniversitesi Sivil Toplum Çalışmaları Merkezi, 2015.

Yurdadoğ, Volkan. "Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Finansmanı ve Analizi", **Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Cilt.16, Sayı.1, 2007.

Kanun, Yönetmelik, Tebliğ ve Resmi Gazete

5502 Sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu, Kabul Tarihi: 16/05/2006, 26173 Sayılı Resmi Gazete, Yayımlanma Tarihi: 20/05/2006.

5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, Kabul Tarihi: 31/05/2006, 26200 Sayılı Resmi Gazete, Yayımlanma Tarihi: 16/06/2006.

5754 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, Kabul Tarihi: 17/04/2008, 26870 Sayılı Resmi Gazete, Yayımlanma Tarihi: 08/05/2008.

6824 Sayılı Bazı Alacakların Yeniden Yapılandırılması İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik yapılmasına Dair Kanun, Kabul Tarihi: 23/02/2017, 30001 Sayılı Resmi Gazete, Yayımlanma Tarihi: 08/03/2017.

29136 Sayılı, 01/10/2014 Tarihli Resmi Gazete.

29921 Sayılı, 17/12/2014 Tarihli Resmi Gazete.

Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği.

18/02/2017 Tarihli değişiklik tebliği eklenmiş Güncel SUT 2013.

Ansiklopedi

Britannica Encyclopedia, “Financing”,
<https://www.britannica.com/search?query=finance>, (17.02.2017).

Britannica Encyclopedia, “United Kingdom”,
<https://www.britannica.com/place/United-Kingdom>, (05/05/2017)

Britannica Encyclopedia, “England Economy”,
<https://www.britannica.com/place/England/Economy>, (09/05/2017)

Tez

GÜVERCİN, Cemal Hüseyin. “Gemlik Eğitim ve Araştırma Bölgesi’nde Yeşil Kart Sahiplerinin Bazı Özellikleri, Yeşil Kart Kullanımı ve Bunu Etkileyen Faktörler”, (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2000).

YENİMAHALLELİ-YAŞAR, Gülbiye. “Sağlığın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi” (Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2007).

İnternet Kaynakları – Veri Tabanı

Ankara Ticaret Odası, **İlaçta İsraf Raporu**, 2006,
<https://www.atonet.org.tr/yeni/index.php?p=641&l=1>, (21/05/2017).

European Commission - Eurostat Database, **GDP and Main Components**,
<http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>, (09/05/2017).

<https://www.sigortam.net/saglik-sigortasi/saglik-sigortasi-buyumeye-devam-ediyor>
(09/04/2017).

<http://statisticstimes.com/economy/projected-world-gdp-ranking.php>, (19/05/2017).

<http://statisticstimes.com/economy/projected-world-gdp-ranking.php>, (19/05/2017).

OECD Health Data - Health Status, **Life Expectancy at Birth**,
<https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-birth.htm>, (06/05/2017).

OECD Health Data, **Pharmaceutical Spending**,
<https://data.oecd.org/healthres/pharmaceutical-spending.htm>, (21/05/2016).

OECD Health Data, <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>, (29/04/2017).

Office for National Statistics, **English Population Mid-Year Estimate**, <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/populationandmigration/populationestimates/timeseries/enpop/pop>, (08/05/2017).

Sosyal Güvenlik Kurumu, **Tarihçe**, <http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/kurumumuz/tarihce>, (02/04/ 2017).

The World Bank, **Population Growth (Annual %)**, <http://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.GROW>, (08/05/2017).

TÜİK, **Sağlık Harcamaları İstatistikleri 1999-2015**, 2016, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084, (10/04/2017).

TÜİK, **Sağlık Harcamaları İstatistikleri - 2015**, 2016, https://www.google.com.tr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0ahUKEwi1oLmo9P_TAhWI_iwKHetrCB0QFgg3MAI&url=http%3A%2F%2Fwww.tuik.gov.tr%2F2FPdfGetir.do%3Fid%3D21527&usq=AFQjCNE5RuU-Nafpk2lqJSsNeN6CUoL_jQ&cad=rja, (20/05/2017).

Türkiye Sigorta Birliği, <http://www.tsb.org.tr/resmi-istatistikler.aspx?pageID=909>, (10/04/2017).

www.tradingeconomics.com, **United Kingdom – Economic Indicators**, <http://www.tradingeconomics.com/united-kingdom/indicators>, (05/05/2017).

www.tradingeconomics.com, **United Kingdom – Economic Indicators**, <http://www.tradingeconomics.com/united-kingdom/indicators>, (09/05/2017).

www.tradingeconomics.com, **Turkey – Economic Indicators**, <http://www.tradingeconomics.com/turkey/indicators>, (19/05/2017).