

**T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
MALİYE ANABİLİM DALI
MALİYE PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**SAĞLIK HARCAMALARININ TÜRKİYE VE
AVRUPA BİRLİĞİ UYGULAMALARI AÇISINDAN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Senar GÖK

**Danışman
Prof.Dr. Kâmil TÜĞEN**

İzmir – 2012

YÜKSEK LİSANS
TEZ/ PROJE ONAY SAYFASI

2006800209

Üniversite : Dokuz Eylül Üniversitesi
Enstitü : Sosyal Bilimler Enstitüsü
Adı ve Soyadı : Senar GÖK
Tez Başlığı : Sağlık Harcamalarının Türkiye ve Avrupa Birliği Uygulamaları Açısından Değerlendirilmesi
Savunma Tarihi : 20.03.2012
Danışmanı : Prof.Dr.Kamil TÜĞEN

JÜRİ ÜYELERİ

<u>Ünvanı, Adı, Soyadı</u>	<u>Üniversitesi</u>	<u>İmza</u>
Prof.Dr.Kamil TÜĞEN	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ	
Doç.Dr.Haluk EGELİ	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ	
Yrd.Doç.Dr.Nazmi ÜSTE	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ	

Oybirliği (X)
Oy Çokluğu ()

Senar GÖK tarafından hazırlanmış ve sunulmuş "**Sağlık Harcamalarının Türkiye ve Avrupa Birliği Uygulamaları Açısından Değerlendirilmesi**" başlıklı Tezi (X) / Projesi () kabul edilmiştir.

Prof.Dr. Utku UTKULU
Enstitü Müdürü

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “**Sağlık Harcamalarının Türkiye ve Avrupa Birliği Ülkeleri Açısından Değerlendirilmesi**” adlı çalışmanın, tarafımdan, akademik kurallara ve etik değerlere uygun olarak yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

20/03/2012

Senar GÖK

ÖZET

Yüksek Lisans Tezi

Sağlık Harcamalarının Türkiye ve Avrupa Birliği Uygulamaları Açısından
Değerlendirilmesi

Senar GÖK

Dokuz Eylül Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü

Maliye Anabilim Dalı

Maliye Programı

Bireylerin sağlıklı olmaları refah toplumların oluşması açısından büyük önem taşımaktadır. Bireylere sağlanacak iyi sağlık koşulları olmaksızın bireylerin yaşamlarına sağlıklı başlamaları ve bunu sürdürmeleri mümkün değildir. Kişileri ve toplumları hastalıklardan korumak, hastaları tedavi etmek ve tam olarak iyileşemeyip sakat kalanları da rehabilite etmek için yapılan bütün hizmetler sağlık hizmetleri kapsamında ele alınmaktadır. Yapılan bu hizmetlerin amacı toplumun tümü açısından olumsuz olan hastalık durumunu önlemek ve daha sağlıklı ve üretken bir toplum elde etmektir. Bu amaçla yapılan bütün harcamalar sağlık harcamasının konusunu oluşturmaktadır.

Bu çalışmanın amacı, Avrupa Birliği üyeliğine aday bir ülke olarak Türkiye'nin sağlık sistem ve harcamalarının incelenerek bazı Avrupa Birliği'ne üye ülkelerle karşılaştırmaktır. Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında gerçekleştirilmeye çalışan sağlık reformlarının incelenerek tartışılması amaçlanmaktadır. Yapılan incelemeler ve rakamsal veriler sonucunda Türkiye'nin ve ele alınan bazı Avrupa Birliği Ülkelerinin sağlık sistemleri arasında önemli farklar ve Türkiye açısından eksiklikler olduğu görülmüştür. Bu eksiklerin giderilmesi gerek Avrupa Birliğine üyelik sürecinin hızlanması açısından gerekse Türk Sağlık Sistemi Standartlarında maksimizasyonu sağlamak açısından büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Sağlık Hizmetleri, Türk Sağlık Sistemi, Sağlık Harcamaları Finansman Yöntemleri, Avrupa Birliği.

ABSTRACT

Master Thesis

Evaluation of Health Expenditures in Terms of Applications in Turkey And The European Union

Senar GÖK

Dokuz Eylül University

Graduate School of Social Sciences

Department of Public Finance

Public Finance Program

Healthy individuals are very important for the well-being of communities. It is not possible to start and maintain life without good health conditions for the provided to individuals. The health services provide services for the protection of people and communities from diseases, treating patients and rehabilitation of not completely healed are individuals. The aims of these services are to prevent the diseases which are negative for all of society, and to achieve a healthier and more productive society. All expenditures made for these purpose are the subject of health expenditure.

The purpose of this study is to investigate the health system and health expenditure of Turkey as a European Union candidate country by comparing it with some European Union countries. Discussion of health reforms by examining has been aimed, realized under the Program of Turkey Health Transformation. As a result of the investigation and numerical data, important differences between the health systems of Turkey and some evaluated European Union countries have been identified and the results have indicated deficiencies in terms of Turkey. Elimination of these deficiencies is of great importance in terms of accelerating of the process of accession to the European Union for Turkey and in order to maximize Turkish Health System Standards.

Key Words: Health, Health Services, The Turkish Health System, Health Expenditures Financing Methods, The European Union.

SAĞLIK HARCAMALARININ TÜRKİYE VE AVRUPA BİRLİĞİ UYGULAMALARI AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY SAYFASI	ii
YEMİN METNİ	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
KISALTMALAR	x
TABLOLAR LİSTESİ	xii
ŞEKİLLER LİSTESİ	xiii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK HARCAMALARI

1.1. SAĞLIK KAVRAMI	4
1.2. SAĞLIK HİZMETİ KAVRAMI	5
1.3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ	7
1.4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI	9
1.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	9
1.4.2. Çevresel Sağlık Hizmetleri	9
1.4.3. Kişiyeye Yönelik Sağlık Hizmetleri	9
1.4.3.1. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	9
1.4.3.2. Ayakta Sunulan Tedavi Hizmetleri	10
1.4.3.3. Yataklı Tedavi Hizmetleri	10
1.4.3.4. Rehabilitasyon Hizmetleri	11
1.4.3.4.1. Tıbbi Rehabilitasyon Hizmetleri	11
1.4.3.4.2. Sosyal (Mesleki) Rehabilitasyon Hizmetleri	11
1.5. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU	12

1.5.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri	12
1.5.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri	13
1.5.3. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri	13
1.6. SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK HARCAMALARI	14
1.7. SAĞLIK HARCAMALARININ ARTIŞ NEDENLERİ	16
1.7.1. Teknolojik Gelişmeler	20
1.7.2. Eğitim Düzeyinin Yükselmesi	21
1.7.3. Demokratik Düzenin Yaygınlaşması	21
1.7.4. Kentleşme	22
1.7.5. Kişi Başına Düşen Gelirin Artması	22
1.7.6. Sosyal Değer Yargılarının Değişmesi	23
1.7.7. Yaşam Sürelerinin Uzaması	24

İKİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ VE FİNANSMANI

2.1. SAĞLIK HİZMETLERİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ	27
2.1.1. Selçuklu ve Osmanlı Devletleri Dönemi	27
2.1.2. Cumhuriyet Dönemi	29
2.2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN HUKUKİ ALT YAPISI	34
2.3. SOSYAL GÜVENLİK KURUMU (SGK) ÖNCESİ DÖNEM	35
2.3.1. Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)	37
2.3.2. Emekli Sandığı	38
2.3.3. Bağ-Kur	39
2.3.4. Özel Sandıklar	40
2.3.5. Yeşil Kart Uygulaması	41
2.3.6. Özel Sağlık Sigortaları	44
2.4. SOSYAL GÜVENLİK KURUMU (SGK) OLUŞTURULMASINA GEÇİŞ VE NEDENLERİ	47
2.5. SAĞLIK HARCAMALARINI BELİRLEYİCİ UNSURLAR VE FİNANSMAN YÖNTEMLERİ	49
2.5.1. Kamusal Finansman Yöntemleri	55

2.5.1.1. Dolaylı ve Dolaysız Vergiler	55
2.5.1.2. Harçlar	56
2.5.1.3. Zorunlu Sağlık Sigortası	57
2.5.2. Özel Finansman Yöntemleri	59
2.5.2.1. Bireysel Olarak Yapılan Ödemeler	59
2.5.2.2. Doğrudan Yapılan Ödemeler	60
2.5.2.3. Katılım Payları	61
2.5.2.4. Gayri Resmi Ödemeler	63
2.5.2.5. Özel Finansman Yöntemi Olarak Özel Sağlık Sigortaları	63
2.6. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU VE FİNANSMANI	65
2.6.1. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	66
2.6.2. Sağlık Harcamaları ve Finansmanındaki Gelişmeler	69

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

AVRUPA BİRLİĞİ VE TÜRKİYE'DEKİ SAĞLIK SİSTEMLERİ VE HARCAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI

3.1. AVRUPA BİRLİĞİ	73
3.1.1. Avrupa Birliği'nin Tarihsel Gelişimi	74
3.1.2. Avrupa Birliği'nin Hedef ve Amaçları	77
3.1.3. Avrupa Birliği'nde Sağlık Hizmetlerinin Yeri ve Kapsamı	80
3.1.4. Avrupa Birliği'nde Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması	81
3.1.4.1. Ulusal Sağlık Sistemi (Beveridge) Modeli	84
3.1.4.2. Sosyal Güvenlik Sistemi (Bismarck) Modeli	85
3.1.5. Avrupa Birliği Bütçesi ve Sağlık	87
3.2. BAZI AVRUPA BİRLİĞİ ÜLKELERİNİN SAĞLIK SİSTEMLERİ VE HARCAMALARI	88
3.2.1. İngiltere Sağlık Sistemi ve Sağlık Harcamaları	89
3.2.2. Almanya Sağlık Sistemi ve Sağlık Harcamaları	93
3.2.3. Fransa Sağlık Sistemi ve Sağlık Harcamaları	94
3.2.4. Hollanda Sağlık Sistemi ve Sağlık Harcamaları	96
3.2.5. İsveç Sağlık Sistemi ve Sağlık Harcamaları	96
3.2.6. Çek Cumhuriyeti Sağlık Sistemi ve Sağlık Harcamaları	100

3.2.7. Yunanistan Sağlık Sistemi ve Sağlık Harcamaları	104
3.3. TÜRKİYE VE AVRUPA BİRLİĞİ ÜYESİ ÜLKELERDE SAĞLIK SİSTEMLERİ VE HARCAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI	106
3.3.1. Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırma Yaklaşımları	107
3.3.1.1. Tarihsel Yaklaşım	108
3.3.1.2. Kısmi Yaklaşım	108
3.3.1.3. İdeal Tipler Yaklaşımı	108
3.3.1.4. Modelleme Yaklaşımı	108
3.3.2. Sağlık Sistemleri ve Harcamalarını Karşılaştırmanın Zorlukları	109
3.3.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunum Sistemi	110
3.3.4. Sağlık Harcamalarındaki Durum	125
3.3.5. Sağlık Hizmetlerindeki Reformlar ve Memnuniyet Düzeyleri	128
4. SONUÇ	131
5. KAYNAKÇA	136

KISALTMALAR

AAD	Avrupa Adalet Divanı
AAET	Avrupa Atom Enerjisi Topluluğu
AB	Avrupa Birliği
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AET	Avrupa Ekonomik Topluluğu
AKÇT	Avrupa Kömür Çelik Topluluğu
AKP	Adalet ve Kalkınma Partisi (Ak Parti)
AT	Avrupa Topluluğu
BBG	Birinci Basamak Grubu
BBT	Birinci Basamak Takımları
BÖH	Bebek Ölüm Hızı
BSO	Bölge Sağlık Otoriteleri
CHP	Cumhuriyet Halk Partisi
DB	Dünya Bankası
DBYS	Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EU	European Union
GP	Genel Pratisyenler
GSMH	Gayri Safi Milli Hasıla
GSS	Genel Sağlık Sigortası
GSYİH	Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
İGE	İnsani Gelişme Endeksi
İH	İlaç Harcamaları
MDA	Merkez ve Doğu Avrupa
NCSP	National Corporation of Swedish Pharmacies
NHS	National Health Services
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development
OEEC	Organization for European Economic Co-operation
OTC	Over the Counter
PPP	Purchasing Power Parity

PCGs	Primary Care Groups (Birinci Basamak Grup)
RAWP	Resource Allocation Working Party
SB	Sağlık Bakanlığı
s.	Sayfa No
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TC	Türkiye Cumhuriyeti
TSH	Toplam Sağlık Harcamaları
USH	Ulusal Sağlık Hizmeti
USSK	Ulusal Sosyal Sigortalar Kurulu
WHO	World Health Organization

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1: Sağlık Hizmeti Sunumunda Yeşil Kart Uygulaması	s.42
Tablo 2: 2009 Yılı Yeşil Kart Kayıtlarının İllere Göre Dağılımı	s.43
Tablo 3: Türkiye’de Özel Sağlık Sigorta Şirketleri	s.45
Tablo 4: Avrupa Sağlık Sistemlerinde İki Temel Model	s.83
Tablo 5: Seçilmiş Bazı AB Ülkeleri ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	s.112
Tablo 6: Seçilmiş AB Üye Ülkeleri ve Türkiye’deki Finansal Ödeme Sistemleri	s.113
Tablo 7: AB ve OECD Ülkelerinde Sosyal Güvenlik Harcamalarının GSYİH ve GSMH Oranları	s.114
Tablo 8: Avrupa Birliğine Üye ve Aday Ülkelerdeki Sağlık Statüsü Göstergeleri	s.116
Tablo 9: Avrupa Birliği’ne Üye ve Aday Ülkelerdeki Alkol ve Sigara Tüketimi	s.117
Tablo 10: Avrupa Birliği’ne Üye ve Aday Ülkelerde Sağlık Harcamaları	s.118
Tablo 11: AB’ye Üye ve Aday Ülkelerin Demografik ve Sosyo-Ekonomik Özellikleri	s.120
Tablo 12: Sağlık Sistemleri Üretimi Açısından Türkiye-AB Karşılaştırılması	s.123
Tablo 13: AB Ülkeleri ve Türkiye’de Toplam Sağlık Harcamalarının GSMH’ye Oranı (2000-2009)	s.126
Tablo 14: Seçilmiş AB Üye Ülkelerinin Sağlık Finansman Model ve Kaynakları	s.127
Tablo 15: Bazı AB Ülkeleri ve Türkiye’nin Sağlık Sisteminden Memnuniyet Düzeyleri	s.128

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. OECD Ülkelerindeki Sağlık Harcamalarının Gelişimi	s.18
Şekil 2: Kamu Sağlık Harcamalarının Artış Eğilimleri	s.19
Şekil 3. Sağlık Sistemleri ve Finansman Kurumları	s.36
Şekil 4. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanının Belirleyicileri	s.51
Şekil 5. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Kaynakları ve Fon Akımı	s.53
Şekil 6. Sosyal Sağlık Sigortası Sistemlerinin Piramit Modeli	s.58
Şekil 7. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	s.67
Şekil 8. Yataksız Tedavi Kuruluşlarının Toplam İçindeki Oranı	s.68
Şekil 9. Türkiye’deki Bebek Ölüm Hızı Oranı	s.124
Şekil 10. Genel Olarak Sağlık Hizmetlerinden Memnun Olanların Oranı %	s.129

GİRİŞ

Gelişmiş ülkeler ekonomide sağladıkları başarıda beşeri sermayenin önemini bildiklerinden, beşeri sermayeyi içinde barındıran insanın sağlığına değer vermişlerdir. Çünkü bireylere sağlanacak iyi sağlık koşulları olmaksızın bireylerin yaşamlarını sürdürmeleri ve verimli olmaları mümkün değildir. Bireylerin sağlıklı olmaları refah toplumların oluşması ve varlıklarını sürdürmeleri açısından da büyük önem taşımaktadır. Bu çerçevede kişileri ve toplumları hastalıklardan korumak, hastaları tedavi etmek ve tam olarak iyileşemeyip sakat kalanları da rehabilite etmek için yapılan bütün hizmetler sağlık hizmetleri kapsamında ele alınmaktadır. Yapılan bu hizmetlerin amacı toplumun tümü açısından olumsuz olan hastalık durumunu önleyerek daha sağlıklı ve üretken bir toplum elde etmektir.

İçinde bulunduğumuz değişim çağında birçok alanda olduğu gibi devletin sağlık hizmetlerindeki rolünde de önemli değişiklikler görülmektedir. Bireylere sunulacak sağlık hizmetleri bir ülkenin gelişmişlik düzeyini belirleyen önemli toplumsal hizmetlerin başında gelmektedir. Toplumların varlığını sürdürebilmeleri için mutlaka sağlıklı nesillere sahip olmaları gerekmektedir. Toplumların kalkınmışlık düzeyleri de sağlıklı nesillerin oluşmasıyla birebir ilişkilidir. Bu bağlamda sağlık hizmetleri hemen hemen her ülkede “kamusal hizmet” olarak ele alınmakta olup, devletlerce sunulması gerekli görülen önemli bir kamu hizmeti olarak değerlendirilmektedir.

Kuruluşundan bu yana giderek genişleyen ve bütünleşen bir ekonomik bütünleşme örneği olarak Avrupa Birliğinin ilk kuruluş amacı ülkeler arasındaki ekonomik bütünlüğü sağlamak olmasına rağmen sosyal ve siyasal yönden de ülkeler arasında bütünleşme sürecine girmiş özellikle de sosyal politikalara ağırlık verilmeye başlanmıştır. Gerek Avrupa Birliği’ne üye gerekse Birliğe aday ülkelere sağlık konusunun önemi her geçen gün daha da artmaktadır. Çünkü sağlık konusu sosyal yön olmaktan çok ekonomik bir alan olarak da algılanmakta ve çalışmalar bu yönde yoğunlaşmaktadır. Buna rağmen başlangıçta Avrupa Birliği ortalamasından zaten

oldukça geride olan sağlık harcamaları Avrupa Birliği'ne geçiş sürecinde ortak pazar ekonomisine geçiş çalışmalarından olumsuz etkilenerak harcama oranlarında azalmalara rastlanabilmektedir. Çünkü aday ülkeler müzakereler sürecinde sosyal, kurumsal ve ekonomik açıdan farklı bir yapılanma sürecine girmektedirler. Kaynakların çoğu Birliğe giriş şartlarını gerçekleştirebilmek adına alt yapı çalışmalarına, anayasal düzenlemelere ve diğer ekonomik alanlara aktarılmaktadır.

Avrupa Birliğine gerek üye gerekse aday ülkelerce sağlık hizmetlerinin sunum maliyetlerindeki artış, yaşlanan nüfus, kronik hastalıkların artması buna karşılık sağlıkta yeni teknoloji ve tedavi yöntemlerinin ortaya çıkması ve fertlerin beklentilerindeki artışlar sağlık politikalarını daha da tartışılması gereken konu haline getirmektedir.

“Sağlık harcamalarının Türkiye ve Avrupa Birliği Uygulamaları Açısından Değerlendirilmesi” konulu tez çalışmamızın amacı; Avrupa Birliği müzakere sürecinde olan Türkiye ile Avrupa Birliği'nin sağlık sistemlerini ortaya koyarak yapılan harcamalar bazında karşılaştırmalı olarak değerlendirmektir. Avrupa Birliği'ne üyelik müzakereleri sürecinde olan Türkiye'nin sağlık politikalarını ele alarak seçilmiş Avrupa Birliği ülkeleri açısından değerlendirerek, rakamsal boyutlarla Türkiye'nin sağlık hizmetleri boyutunu ortaya koymaktır.

Türkiye ve Avrupa Birliği Ülkelerinin sağlık sistemleri karşılaştırmalı olarak değerlendirildiğinde önemli farklar gözlenmekte olup özellikle Türkiye açısından birçok eksiklik olduğu görölmektedir. Bu eksiklerin giderilmesi Avrupa Birliğine üyelik sürecinin hızlanması açısından ama öncelikle Türk Sağlık Sisteminde yüksek kalite standartlarının sağlanması açısından büyük taşımaktadır. Türkiye'nin Avrupa Birliğine uyumu için sosyal refaha katkı sağlayan hukuki düzenlemelerdeki gelişmeleri ortaya koymak gerekmektedir. Bu nedenle Türkiye ve bazı AB ülkelerinin sağlık sistemleri ve sağlık hizmetlerinin sunumu için gerekli harcamalarla ortaya çıkan veriler incelenecektir.

Çalışmanın birinci bölümünde en temel konu olan sağlık kavramına değinilecektir. Sağlık hizmetlerinin tanımı, özellikleri, sınıflandırılması ele alınarak sağlık harcamalarının nedenleri, kamu ve özel finansman yöntemleri aktarılacaktır.

Çalışmanın ikinci bölümünde Avrupa Birliği uyum sürecinde olan ülkemizdeki sağlık harcamalarının gelişiminden söz edilerek sağlık hizmetlerinin yürütülmesindeki devletin rolü ele alınmaktadır. Çalışmanın üçüncü bölümünde bazı AB üye ülkelerinin sağlık sistemleri ve harcamaları ele alınarak Türkiye'deki sağlık harcamaları ile karşılaştırmalı olarak değerlendirilecektir.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK EKONOMİSİ

Varoluşundan bu yana tüm toplumların öncelikli amacı hayatta kalabilmek için mücadele etmektir. Hayatta kalabilen toplumların da amacı sağlıklı olarak hayatlarını sürdürmektir¹. Sağlıklı olmak temel bir ihtiyaçtır. Sağlık olmadan da ekonomide sunulacak diğer mal ve hizmetler hiçbir anlam ifade etmeyeceğinden sağlık kavramının ekonomi alanındaki önemi çok büyüktür².

Kişileri ve toplumları hastalıklardan korumak, hastaları tedavi etmek ve tam olarak iyileşemeyip sakat kalanları da rehabilite etmek için yapılan bütün hizmetler sağlık hizmetleri kapsamında ele alınmaktadır. Yapılan bu hizmetlerin amacı toplumun tümü açısından olumsuz olan hastalık durumunu önlemek ve daha sağlıklı ve üretken bir toplum elde etmektir.

Çalışmanın bu bölümünde hastalık ve sağlık ayrımının yapılarak sağlık hizmetleri sunumu için kullanılacak anahtar kavramlardan söz edilecektir. Sağlık harcamalarının özelliklerini ve sınıflandırılması konularının ele alındığı bu bölümde sağlık harcamalarının artış nedenlerine de değinilecektir.

1.1.SAĞLIK KAVRAMI

Bireyler açısından sağlık; hasta olmama hali olarak tanımlansa da, hekimler açısından sağlık durumundaki en küçük bir sapma hastalık olarak kabul edilmekte ve bireyin sağlıklı olmadığı belirtilmektedir³. Genel olarak sağlık, hasta ya da sakat olmama durumu olarak tanımlansa da en geçerli tanım Dünya Sağlık Örgütü'nün

¹ Cemil Serhat Akın, **Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye'de Sağlık Sektörü ve Harcamaları**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana, 2007, s.1.

² Sophia Witter, **Briefing Paper for Oxfam GB, Health Financing in Developing and Transtional Countries**, Center For Health Economics University of York, 22 January, 2002, s.4.

³ Zafer Öztekin, **Türkiye'de Sağlık Hizmetleri**, Yeni Türkiye Dergisi, Sağlık Özel Sayısı 1, Yıl:7, Sayı:39, Mayıs-Haziran 2001, 294.

(DSÖ-WHO) kuruluş anayasasında kullanılan tanımdır. Bu tanıma göre; “sağlık; yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal refah açısından da bir bütün olarak iyi olma halidir.” Vücudun tüm fonksiyonlarının optimum kapasitede ve birbirleri ile mükemmel bir uyum içinde çalışması olarak görmemiş, çok daha geniş bir bakış açısı ile bireyin her açıdan iyi olma haline odaklanmıştır.

Sağlıklı olmak kadar sağlıklı olma durumunun sürdürülebilir olması da büyük önem taşımaktadır. Sağlığın korunup geliştirilmesi yalnızca tıbbi yöntemlerin uygulanması ile değil, ekonomik, sosyal, biyolojik ve fiziksel çevre şartlarının insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinin azaltılmasını da kapsamaktadır⁴. Sağlıklı bir toplumun varlığından söz edebilmek için ekonomik ve sosyolojik çevrelerin uyumlu bir ilişki içerisinde bulunması gerekmektedir. Ekonomik çevreler sağlık hizmetlerinin finansmanı için kaynak oluşturma çabalarında bulunurlarken, sosyolojik çevrelerin de mutlak suretle insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerin azaltılması konusunda gerekli önlemleri almaları önem taşımaktadır.

1.2. SAĞLIK HİZMETİ KAVRAMI

Tüm toplumlarda en büyük zenginlik olarak görülebilecek sağlığın elde edilmesi, korunması ve devamlılığının sağlanması amacıyla, sağlıkla ilgili mal ve hizmet üreten bütün kurum ve kuruluşların oluşturduğu yapıya genel olarak sağlık sektörü denilmektedir. Sağlık sektörü tarafından sağlık odaklı gerçekleştirilen tüm faaliyetler ise sağlık hizmetleri olarak tanımlanmaktadır. Kişileri ve toplumları hastalıklardan korumak, hastaları tedavi etmek ve tam olarak iyileşemeyip sakat kalanları da rehabilite etmek için yapılan bütün hizmetler sağlık hizmetleri kapsamında ele alınmaktadır. Yapılan bu hizmetlerin amacı toplumun tümü açısından olumsuz olan hastalık durumunu önleyerek daha sağlıklı ve üretken bir toplum elde etmektir.

Sağlık hizmetleri, bireylerin veya toplumun hastalıklardan korunması ve sağlıklı olma halinin muhafaza edilerek geliştirilmesi ile ilgili olarak sunulan

⁴ Savaş Yıldırım, **Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi**, DPT Uzmanlık Tezleri, Yayın No: DPT 2350, Ankara, 1994, s.10.

hizmetlerin tümünü kapsamaktadır. Şüphesiz sağlık ve hastalık kavramlarının tanımlanmasına ve algılanmasına ilişkin değişiklikler, sağlık hizmetlerini de farklılaştırmıştır. Hastalığın yalnızca bedensel rahatsızlıklar ile sınırlı kabul edildiği ya da algılandığı bir durumda sağlık hizmetleri yalnızca bu tür rahatsızlıklara yönelik olarak yürütülen hizmetleri kapsamaktadır. Ancak sağlık ve hastalık kavramları ruhsal ve sosyolojik boyutlara sahip olduğundan sağlık hizmetlerinin de kapsamını genişlemektedir “Sağlık hizmetleri, bireylerin veya toplumun bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan bir bütün olarak tam bir iyi olma halini ortaya koyabilmesi için yapılan her türlü hizmet” olarak tanımlanabilmektedir.

Hastalıkları azaltmak ve hayatın kalitesini arttırmak için tedavi hizmetleri ve koruma hizmetleri olmak üzere iki tür sağlık hizmet sunulmaktadır. Sağlık hizmetlerinin üretimi ve tüketimi sürecinde bu hizmetin birey ve toplum ihtiyaçlarına cevap verecek şekilde gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Toplumunu oluşturan fertler arasında ayırım yapılmaksızın, bütün fertlerin ekonomik ve sosyal ihtiyaçlarını giderecek şekilde bugünlerinin ve geleceklerinin güvence altına alınması sosyal güvenliğin tanımı kapsamına girmektedir⁵. Diğer bir deyişle sosyal güvenlik; kişilere gelirleri ne olursa olsun belli sayıdaki tehlikeler karşısında ekonomik güvence sağlama görevine sahip kurum veya kuruluşlar topluluğudur⁶.

Önceleri ağırlıklı olarak piyasa ekonomisine ve hayır kurumlarına bırakılmış olan sağlık hizmetleri, bireylerin sağlığı ile toplum sağlığı arasındaki sıkı ilişki anlaşıldıkça ve sağlık hizmetlerinden yararlanmanın temel insan haklarından olan yaşama hakkının bir parçası olduğu yaygın bir şekilde kabul edildikçe, devletin giderek daha fazla görev üstlendiği bir alan haline gelmiştir. Ödeme gücü olmayanların tedavisi kamu tarafından yapılmadıkça ödeme gücü olanların sağlıkları da tehdit altında kalmaktadır. İyileştirilmeyen her hasta, çevresi için sosyal bir

⁵ Haluk Egeli, **Parafiskalite ve Türkiye’de Sosyal Parafiskal Kurumlar**, Altın Nokta Basım Yayın Dağıtım, İzmir, 2008, s. 47.

⁶ Haluk Egeli, **Parafiskalite ve Parafiskal Yükümlülükler** (Sosyal Güvenlik Reformu Kapsamında), Altın Nokta Basım Dağıtım, İzmir, 2009, s.43.

maliyet oluşturmakta olup tedavi edilmelerinin önemli boyutta sosyal faydaları bulunmaktadır⁷.

1.3.SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ

Sağlık hizmetleri yapısı gereği sağlık sektöründe ortaya çıkan ihtiyaçlar diğer özel veya sosyal ihtiyaçlardan farklılık arz etmektedir. Aşılama hizmetleri, düzenli sağlık kontrolleri, kalp ameliyatı veya kalp pilinin yapılması gibi yaşam kalitesini doğrudan ilgilendiren işlemler, yaşamdaki ihtiyaç duyulan diğer TV, bilgisayar, dergi, kitap gibi mallarla bir arada değerlendirilmemelidir⁸.

Sağlık mal veya hizmetleri taşıdığı özellikler nedeniyle ekonomide üretimi yapılan diğer mal ve hizmetlerden farklı bir kategoride ele alınmak zorundadır. Sağlık hizmetleri; (dışsallık, belirsizlik altında tercih, asimetrik bilgilenme, hastalık riskinin ve tüketim miktarının önceden belirlenememesi gibi) bir takım özellikleri nedeniyle sağlık hizmetleri piyasasına özgün koşullar ve farklı bir piyasa yapısı doğmasına neden olmaktadır⁹.

Öncelikle sağlık hizmeti toplumsal bir özelliğe sahiptir ve tüm nüfusu ilgilendirmektedir. Sağlık piyasasını klasik piyasalardan ayıran birçok özellik vardır. En temel farklılıklardan birisi sağlık piyasasında faaliyetlerin yalnızca kar motifi ile açıklanamamasıdır¹⁰. Sağlık hizmetlerinde tüketim durumu öngörülemez. Sağlık mal ve hizmetlerinde tüketim konusu olan talep, düzenli ve kesintisiz olmaktan çok öngörülmecek niteliktedir¹¹.

Sağlık hizmetleri ertelenemez. Sağlık hizmetlerinin ertelenmemesi gereği de sağlık hizmetinin diğer bir özelliğidir. Sağlık hizmetlerinin tüketimi tesadüfi bir şekilde ortaya çıkmaktadır. Yani nerede, ne zaman, ne ölçüde ve kimlerce isteneceği kolayca belirlenmemektedir. Bu alandaki istemler diğer mal ve hizmet türlerinde

⁷ Ayşegül Mutlu ve A. Kadir Işık, **Sağlık Ekonomisine Giriş**, Ekin Kitabevi, Bursa, 2005, s.43.

⁸ İlker Belek, **Sosyal Devletin Krizi ve Sağlık Ekonomisi Politikası**, Sorun Yayınları, 2001, s.16-42

⁹ Oktay Alpargun, **“Genel Hastanelerin Kullanımı, Türkiye’de Uygulamada Karşılaşılan Sorunlar ve Bunların Çözülmesi**, İzmir, 1981, s.39.

¹⁰ Coşkun Can Aktan ve A. Kadir Işık; **“Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler”**, **Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi**, Editörler C. Can Aktan-Ulvi Saran, İstanbul, 2007, s.10.

¹¹ İlker Belek, **Sağlık Politik Ekonomisi-Sosyal Devletin Çöküşü**-Yazılama Yayınevi, İstanbul, 2009,s.106.

olduğu gibi belirlenmesi zordur. Örneğin bulaşıcı hastalıkların ortaya çıkması, aniden sağlık hizmeti talep ve tüketiminde bir artışa neden olurken, ekonomik kaynakların sınırlı olması bu istemi sınırlayan bir etken olabilir.

Sağlık hizmetlerinin kesinlikle “ikame edilemez” özelliği bulunmaktadır. Örneğin, bir kalp kapakçığı ameliyatının daha yüksek maliyetli olması nedeniyle bunun yerine daha düşük bir maliyete sahip olan çürük dişlerin bakımı ikame edilemez¹². Sağlık hizmetinin kapsam ve boyutunu hizmeti kullananlar değil doktorlar belirlemektedir. Hastanede yatma süresini, verilecek ilacın dozunu ve içeriğini çoğu kez tek yanlı olarak tıbbi ölçütler içinde doktorlar saptamaktadır. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinden yararlanan bireylerin verilen hizmeti deneme şansları da yoktur¹³.

Sağlık hizmetinin bedeli pazarlığa konu olamaz. Çünkü devlet, doktorlar birliği veya bu tarafların kurdukları ya da üye oldukları örgütler fiyatları önceden bağlayıcı olarak belirleyebilirler. Öte yandan hizmetinin çıktısının doğrudan paraya çevrilmesi mümkün değildir. Sağlık hizmetlerinin yeteri düzeyde sunumunun yapılması bireylerin ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmektedir. Bunun anlamı, bireylerin; çalışma verimlerinin yükselmesi, yaşam sürelerinin uzaması ve daha çok üretim yapma koşullarının bulunması demektir.

Sağlık alanında üretilen mal ve hizmetlerin genel ekonomik kategorilerden birtakım farklılıkları sağlık malının yapısından kaynaklanmaktadır. Örneğin; gözlük, tekerlekli sandalye, kalp pili gibi doğrudan doğruya sağlık ve yaşamla ilgili gereçlerin, ekonomik literatürde yer alan otomobil, renkli TV, kitaplık gibi mallarla aynı kategorilerde değerlendirilmesi akılcı değerildir. Sağlık mal ve hizmetinin yukarıda belirtilen özellikleri, sağlık hizmetlerinin diğer mal ve hizmet çeşitlerinde olduğu gibi bütünüyle serbest piyasa ekonomisine konu edilmesini engellemektedir.

¹² Ahmet Saltık, **Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar**, Toplum ve Hekim, Temmuz-Ağustos, 1995, Cilt 10. Sayı:68, s.25

¹³ Hilmi Çoban, **Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması**”, D.E.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi, İzmir, 2009, s.1.

1.4.SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

Sağlık hizmetleri genel koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon (iyileştirici) sağlık hizmetleri olarak sınıflandırılmaktadır¹⁴.

1.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Hastalık daha ortaya çıkmadan önce alınan her türlü önlem ve mücadeleyi içerir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin tüketimi sonucu ortaya çıkan fayda, onu tüketen dışında toplumun diğer üyelerine de fayda sağlamaktadır. Dolayısıyla sosyal faydası özel faydasından yüksek bir sağlık hizmetidir. Anne ve çocuk sağlığı, aile planlaması, hastalanma riski taşıyan grupların aşılması, dengeli beslenme koşullarının oluşturulması, gıda denetimi ve kontrolü gibi hizmetlerden oluşmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri kendi içerisinde çevresel ve kişiye yönelik sağlık hizmetleri olmak üzere iki şekilde ele alınabilmektedir¹⁵.

1.4.2. Çevresel Sağlık Hizmetleri

Çevre Sağlığını olumsuz etkileyen faktörlerin giderilerek, sağlıklı çevresel bir ortam yaratılması hizmetlerini içermektedir.

1.4.3. Kişiyeye Yönelik Sağlık Hizmetleri

Aşılama, beslenmeyi düzenleme, teşhis ve tedavi, aşırı doğurganlığın kontrolü, ilaçla koruma, kişisel hijyen ve sağlık eğitimi hizmetlerinden oluşmaktadır.

1.4.3.1. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetlerinin bir üst kademesini oluşturan ve alt kademedeki koruyucu sağlık hizmetlerine göre daha fazla özel fayda içeren bir hizmet türüdür. Hastalıkların tedavisi sonucu ortaya çıkan verimlilik artışı gibi nedenlerden dolayı sosyal fayda da içermektedir. Hastalık veya hastalık belirtileri

¹⁴ Bülent Kılıç ve Gazanfer Aksakoğlu, Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılmasına İlişkin Kuramsal Yaklaşımlar, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Özel Sayı, Kasım 1994-Şubat 1995, Cilt 9, Sayı 64-65.

¹⁵ Çoban, s.16.

ortaya çıktıktan sonra, hastalığın tanı-teşhis-tedavi edilmesi sürecini kapsayan hizmetlerdir. Tedavi edici sağlık hizmetleri bireyin ortalama ömrünü uzattığı gibi verimliliğini arttırarak milli gelir artışına da katkıda bulunmaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetleri ilk basamak hizmetleri, ikinci basamak tedavi hizmetleri ve üçüncü basamak tedavi hizmetleri olarak sıralanabilir. Bu konuya ikinci bölümde Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumu konusunda daha geniş açıda yer verilecektir. Bunun dışında ayrıca bireylerin kişisel bakım çabaları da bu kapsamda ele alınmaktadır¹⁶.

1.4.3.2.Ayakta Sunulan Tedavi Hizmetleri

Hastaların tedavilerine yönelik müdahalelerin evde ve ayakta yapıldığı sağlık hizmetleridir. Bu hizmeti sunanlar genellikle bünyelerinde yataklı tedavi olanakları bulunmayan sağlık ocakları, aile hekimlikleri, dispanserler ve benzeri sağlık kurumlarıdır¹⁷.

1.4.3.3.Yataklı Tedavi Hizmetleri

Hastaların teşhis ve tedavi hizmetlerine ilişkin süreçlerin, hastaların yataklı tedavi sunan sağlık kurumlarında yatırılarak devam ettiği sağlık hizmet türüdür. Yataklı tedavi hizmeti sunan kurumlar birkaç uzman hekimin bulunduğu, sınırlı sayıda yatak kapasitesine sahip hastaneler olabileceği gibi, çok sayıda uzman hekimin, hemşirenin ve sağlık personelinin bulunduğu, teknik açıdan en ileri teşhis ve tedavi hizmetlerine olanak sağlayan tam teşekküllü hastaneler de olabilmektedir.

Tedavi edici sağlık hizmetleri, sağlık kurumları arasında hastanın sevk zincirini açık biçimde ortaya koymak amacıyla birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri şeklinde sınıflandırılabilir. Buna göre ayakta tedavi hizmeti sunan sağlık kurumları birinci basamak, yataklı tedavi hizmeti sunanlar ikinci basamak ve son olarak birtakım tıp dallarında uzmanlaşan özel dal hastaneleri de üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak ifade edilmektedir¹⁸.

¹⁶ Kılıç ve Aksakoğlu, s.65.

¹⁷ Osman Hayran ve Haydar Sur; **Sağlık Hizmetleri El Kitabı**, Yüce Yayın, İstanbul, 1998.

¹⁸ Çoban, s.19.

1.4.3.4.Rehabilitasyon Hizmetleri

Sağlık hizmetlerinde özel bir yeri bulunan rehabilitasyon hizmetleri; kaza, ruhsal bozukluklar, vücudun organlarının etkili bir şekilde kullanılmasına engel olan kısıtlılık koşullarının ortadan kaldırılmasını kapsamaktadır. Bu hizmetlerin amacı söz konusu kısıtlılık haliyle karşılaşan bireylerin bu halleriyle yaşama alıştırmaları ile kendileri ve ailelerinin yaşadıkları acıyı hafifletme amacını taşımaktadır. Doğuştan veya kaza sonucu oluşan sakatlıkların hareket kabiliyetlerinin yükseltilmesi, özürülülerin topluma uyum sağlaması gibi hizmetler rehabilitasyon hizmetlerine örnek olarak verilebilir. Bu hizmetlerin kapsamında tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon yer almaktadır¹⁹.

1.4.3.4.1. Tıbbi Rehabilitasyon Hizmetleri

Doğuştan, hastalıklar nedeniyle veya kazalar sebebiyle organlarının bir kısmını kaybeden insanların, yaşamsal ihtiyaçları ile ilgili olarak diğer insanlara olan bağımlılıklarını azaltmak amacıyla uygulanan çeşitli tıbbi hizmetlerin (protez, güçlendirme vb.) tümü tıbbi rehabilitasyon olarak ifade edilmektedir²⁰.

1.4.3.4.2. Sosyal (Mesleki) Rehabilitasyon Hizmetleri

Fiziksel veya ruhsal sakatlıklar nedeniyle mesleki becerilerini kaybetmiş veya tam olarak yerine getiremeyen ve yaşadığı sakatlık nedeniyle toplumdaki soyutlanan kişilerin, toplumsal yaşama adapte olmalarını sağlamak amacıyla, uygun mesleki becerilerinin geliştirilerek iş sahibi olmaları ve toplumun içinde birey olarak var olmalarına yönelik her türlü hizmet sosyal rehabilitasyon içinde değerlendirilmektedir.

Gelişen ve değişen toplumsal yaşam şartları, rehabilitasyon hizmetlerinin de kapsamını genişletmiştir. Bugün konuşma ve dil terapisi, çocuk gelişimi, meslek danışmanı, diyetisyen gibi sosyal rehabilitasyon hizmeti sunan uzmanlık alanları oluşmuş durumdadır.

¹⁹ Hayran ve Sur, s.67

²⁰ Aktan ve Işık, s.10.

1.5. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU

Sağlık sektöründe sağlık hizmetleri kamusal ve özel organizasyonlar ve sivil toplum kuruluşları tarafından sunulmaktadır. Sağlık sektörü içinde yer alan kuruluşlar, finansal gücü, teknolojik altyapısı, mekânsal olarak yaygınlığı gibi faktörlere bağlı olarak farklı düzeylerde sağlık hizmeti sunmaktadırlar. Türk sağlık sektörü içinde sağlık hizmetlerinin sunumu birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri şeklinde sınıflandırılabilir.

Sağlık hizmetlerinin koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon olmak üzere üç boyutu vardır. İnsanlara içebilecekleri temiz suyun sağlanması, çevre sağlığı, sigara tütün alkol gibi zararlı alışkanlıklardan korunması, sıtma ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele, bağışıklama, erken tanı, beslenme, obezite, aile planlaması, sağlık eğitimi gibi toplum tabanlı konular koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında ele alınarak fertlerin hastalıklara yakalanmadan sağlıklı bir yaşam sürmeleri hedeflenmektedir²¹. Tedavi edici sağlık hizmetleri, hastalık ortaya çıktıktan sonra muayene ve tedavisini kapsayan hizmetler olup üç basamakta ele alınmaktadır²².

1.5.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Birinci basamak sağlık hizmetleri; hastalıkların tedavisi için hastaneye yatışın gerekli olmadığı, uygulanan tedavinin evde ya da ayakta verildiği, daha çok iyileştirici ve koruyucu sağlık hizmetleridir. Hastalar öncelikle birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurup gerektiği takdirde hekimin uygun görmesiyle bir üst basamağa sevk edilmektedir.

Sağlık hizmeti talebinde bulunan bireylerin genellikle ilk karşılaştıkları kuruluştur. Birinci basamak sağlık hizmetleri, toplum içindeki bireylere ve ailelere bir bütün olarak ulaşabilen, toplumun sağlık sorunlarını çözmeye yönelik tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetlerini veren bir sistemdir. Birinci basamak sağlık hizmetleri

²¹ Zafer Öztekin, Türkiye’de Sağlık Hizmetleri, **Yeni Türkiye Dergisi**, Sağlık Özel Sayısı 1, Yıl 7, Sayı 39, Mayıs-Haziran 2001, s.294.

²² Volkan Yurdadoğ; **Sağlık Karma Malının Tahsisinde Etkinlik Sorunu ve Türkiye’de Sağlık Reformu**, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2006, s.46.

özellikle kırsal alanda sağlık hizmetinin sunumuna ilişkin önemli görevler üstlenmektedir. Sağlık ocakları ya da toplum sağlığı merkezleri şeklindeki örgütlenmeler, yalnızca ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine geçiş için kullanılan sağlık kuruluşları değil, ayakta tedavi hizmetlerinin ve birinci basamak hizmetler içinde yer alan ilaç tedavilerinin uygulandığı sağlık kuruluşlarıdır.

1.5.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Hastaların sağlık merkezlerine yatırılarak teşhis ve tedavi hizmetlerinin sürdürüldüğü yöntemde ikinci basamak sağlık hizmetleri kapsamındadır²³. İkinci basamak sağlık hizmetleri genellikle hastaların yatırılarak tedavi edildiği hastanelerdir. Türk sağlık sistemi içerisinde ikinci basamak hizmet sunan sağlık kuruluşları kamu hastaneleri, özel hastaneler gibi yataklı hastanelerdir.

1.5.3. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri

Üçüncü basamak sağlık hizmetleri, yüksek teknolojinin yoğun olarak kullanıldığı, belli bir hastalığın tedavisi veya belli bir yaş grubuna ilişkin hastalıkların tedavisi ile ilgilenen özel dal merkezleridir. Bunlar onkoloji merkezleri, göğüs hastalıkları hastanesi, göz hastanesi gibi belli özel dallara ilişkin hizmet sunan sağlık kuruluşlarıdır.

Araştırma ve buluş alanında önemli faaliyetleri bulunan ve teknolojik değişimleri yakından takip eden üniversite hastaneleri de kendi bünyesinde özel dal merkezleri kurabilmektedir. Sağlık sistemindeki bu basamaklandırılmış yapı, sistemin verimliliğini sağlarken kaynakların da gereksiz kullanımını önlemektedir²⁴. Rehabilitasyon hizmetleri, tıbbi rehabilitasyon ve sosyal (mesleki) rehabilitasyon olmak üzere, bedenen veya ruhen engelli kalmış olanların başkalarına bağımlı olmadan kendi ihtiyaçlarını görebilecekleri şekilde yaşayabilmelerini sağlamak için verilen hizmetlerdir²⁵. Sağlık hizmetlerinin en temel girdileri, insan kaynakları,

²³ B. Serdar Savaş; Türkiye Sağlık Sistemi 'Kısa Bir Genel Bakış, **Yeni Türkiye Dergisi**, Sağlık Özel Sayısı, 2001, 1.7 (39):s.117.

²⁴ Belek, 2001, s.41.

²⁵ Öztekin, s.294.

sermaye, teknoloji ve hammaddedir. Sağlık sisteminin çıktıları ise, yaşam süresinin uzatılması, hayatta kalma, hastalıkların tedavisi ve bu konudaki gelişmelerdir²⁶.

1.6. SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK HARCAMALARI

Kıtlık bilimi olarak ekonomi, kısıtlı bir bütçe ile refahı maksimize etmek için mal ve hizmetler arasında yapılan seçimleri analiz eder. Kamu yönetiminde hizmet kalitesini artırmanın vazgeçilmez koşullarından biri kamu kaynaklarının etkin kullanılmasıdır. Geleneksel kamu yönetimi anlayışı uygulamaları; kamu hizmet kalitesinin düşüklüğü, kamu kaynaklarının israf edilmesi, bütçede harcama disiplininin bozulması ve çeşitli yolsuzlukların ortaya çıkması gibi sorunlara neden olmakta ve ülkeleri kamu yönetim anlayışı yönünden yeni arayışlara yöneltmektedir. Son yıllarda dünyada küreselleşmenin boyutlarının genişlemesine paralel olarak uluslararası ilişkiler ve bu bağlamda çeşitli alanlarda uluslararası etkileşimler giderek artmaktadır. Bu çerçevede pek çok ülke yeni kamu yönetimi anlayışı kapsamında; performans yönetimi, mali yerelleşme, piyasa odaklı kamu yönetim anlayışı gibi bir dizi yeni uygulamayı hayata geçirmek için faaliyetlerde bulunmaktadır²⁷. Ekonomi açısından ele alınarak cevapları aranan en temel dört soru bulunmaktadır²⁸. Bunlar; “Ne üretilecek ve ne miktarda üretilecek? Bu ürünler hangi metotla üretilecek? Mal ve hizmetlerin toplumsal çıktıları, toplumun üyeleri arasında nasıl bölüşülecek? Toplumun üyeleri arasında üretimde ve dağıtımda etkinlik nasıl sağlanacak?” şeklindedir. Bütün bu sorulara cevap aranırken “değer” kavramının ön plana çıktığını görmek mümkündür. Değer kelimesi, politik ekonomide yalın biçimde kullanıldığında çoğu zaman değişim değeri (mübadele değeri) anlamında kullanılır. Politik ekonomide bir şeyin değeri, bir amaç veya bir arzuyu tatmin etme kapasitesi ile ifade edilir²⁹. Oysa sağlık ticarete konu olamaz, piyasada alınıp satılamaz³⁰. Sağlık ve sağlık hizmetleri, emniyet kemeri, kepekli ekmeğe gibi mal ve hizmetler gibi satılamaz. Bu nedenle sağlık bir değişim değerine sahip değildir. Ekonomi

²⁶ Akın, s.7.

²⁷ Kamil Tüğen, H. Egeli ve A. Özen; **Gelişmiş Ülkelerde Performans Esaslı Bütçeleme**, Finans, Politik ve Ekonomik Yorumlar, 2007, cilt:44, sayı: 509.
http://www.ekonomikyorumlar.com.tr/dergiler/makaleler/509/Sayi_509_Makale_03.pdf (06.09.2010)

²⁸ D. Wonderling, G. Reinhold ve N. Black; **Introduction to Health Economics**, New York: McGrawhill Education, p.8.

²⁹ Çoban, s.1-2

³⁰ Çoban, s.2

açısından sağlık kelimesinin kullanım değeri olmakla birlikte değişim değeri olmadığı için sağlık ekonomisi yerine sağlık hizmetleri ekonomisi kavramının da kullanıldığı görülmektedir.

Sağlık ekonomisine artan ilginin son zamanlarda yaşanan iki gelişme ile doğrudan bağlantısı vardır. Birincisi, dünyada çok ciddi ölümlere neden olan bulaşıcı hastalıkların önlenmesine yönelik olarak geliştirilen iyileştirici ürünlerdir. İkinci ise ortalama yaşam beklentisinin artmasıdır³¹. İlaç, tıbbi makine ve teçhizatlar konusunda yaşanan hızlı gelişmeler, hekimleri hastalıklarla mücadele etmesi yolunda daha güçlü kılmış ve etkinliklerini arttırmıştır. Gelişen ilaç ve teçhizat ile birlikte hastaların tedavi süreçlerine ilişkin olarak alternatiflerinin artması, sağlık hizmetleri piyasasının yapısında meydana gelen değişimler (tesis vb.) ile birleştirildiğinde sağlık hizmetleri talebinde çeşitlilikler ortaya çıkarmaktadır. Bu çeşitlilik yalnızca hizmet sunumunda değil, hizmetlerin bedellerinin karşılanması ve buna yönelik ödeme metotlarında da ortaya çıkmaktadır. Sağlık ekonomisi, sağlık hizmet talepleri, sağlık hizmet sunumları ve ödeme metotları ile ilgili olarak ortaya çıkan alternatifleri değerlendirerek, ekonomi biliminin araçları etrafında çözüm önerileri koymasından oldukça önemlidir³².

Neredeyse tüm dünyada artan ortalama yaşam beklentisi, sağlık hizmetlerinde etkinliği sağlayacak alternatif yöntemler konusundaki araştırmayı genişletmiştir. Doğumda yaşam beklentisi başta Avrupa ülkeleri ve ABD olmak üzere sürekli artış göstermektedir. Örneğin, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) istatistiklerine göre; Almanya ve Danimarka'da 1990'da 75 olan doğumda yaşam beklentisi, 2007 yılında Almanya'da 80, Danimarka'da ise 79 olarak gerçekleşmiştir. Benzer şekilde 1990 yılında ABD'de 75 olan yaşam beklentisi, 2006 yılında 78 olarak hesaplanmıştır.

Dünya'da 2006 ve 2050 yılları arasında, 60 yaşın üzerindeki nüfusun toplam nüfusa oranları 2006 yılında dünyada yaşlanmanın yoğun olarak görüldüğü Avrupa ve Japonya'da 60 yaşın üzerindeki nüfusun toplam nüfusa oranı % 20-24 düzeyinde bulunmaktadır. 2050 yılında ise Avrupa ve Japonya'nın yanı sıra Çin, Rusya ve

³¹ J. S. Mushkin; **Toward a Definition of Health Economics**, Public Health Reports, 1958:s.785-794.

³² Çoban, s.3.

Kanada'da yaşlı nüfusun yükseleceği ve toplam nüfusun % 30'unu aşacağı tahmin edilmektedir³³.

Yaşam beklentisindeki artış, sağlık kaynakları ve nüfus arasında dengenin kurulması, sağlık kaynaklarının kullanımında ve dağılımında optimumu sağlayacak en iyi alternatiflerin ortaya konması sürecini ve beraberinde sağlık ekonomisinin önemini arttırmıştır. Sağlık ekonomisinin temel amacı, sağlık hizmetleri için ayrılan kaynakların verimli ve etkin şekilde kullanımının sağlanmasıdır³⁴. Sağlık ekonomisi, sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların tedavi edilmesi için gerekli kaynakların optimum kullanımı sorunu ile ilgilenen bir araştırma alanıdır. Esasen sağlık ekonomisi; sağlık sektörü için belirtilen dağıtım, etkinlik ve adalet sorunlarına ilişkin olarak kullanılan kaynakların verimliliğini ortaya koyarak, araştırma alanını optimum kaynak kullanımını sağlamaya odaklayan bir alt disiplindir. Sağlık ekonomisi, hastalıkların tedavi edilmesi, hastalıklardan korunma ve sağlık hizmetlerinin ve sağlıkla ilişkili diğer hizmetlerin fayda ve maliyetlerinin toplumdaki gruplar ve bireyler arasında dağılımını kapsayan *sağlığın gelişimi* ile ilgili olarak eldeki kıt kaynakların alternatif kullanımlar arasında nasıl dağıtılacağını inceleyen ekonominin uygulamalı bir alt dalıdır.

1.7. SAĞLIK HARCAMALARININ ARTIŞ NEDENLERİ

Günümüzde ülkeler kalkınma planları içerisinde kıt kaynakların etkin kullanılabilmesi için yapılan her harcamayı ekonomik olarak analiz etmekte ve yapılan harcamaların amacına ulaşip ulaşmadığı sorgulamaktadırlar. Sağlık harcamalarının dünya genelinde hızlı bir şekilde yükseldiği gerçektir. Bu kapsamda dünya genelinde kamu harcamalarının büyük bir kısmını oluşturan sağlık harcamalarının altında yatan nedenlerin belirlenmesi de büyük önem taşımaktadır. Yapılan araştırmalar sonucunda, gelişmekte olan ya da gelişmiş olan ülkelerin sağlık harcamalarının artış nedenlerinin genelde ortak olduğu kanısına varılmıştır. Sağlık

³³ Ömer Kayhan Seyhun; **Avrupa Birliği'ndeki Demografik Dönüşümün Türkiye'nin Avrupa Birliği'ne Üyeliği Çerçevesinde İş Gücü Piyasalarına Yansıması**, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, T.C. Merkez Bankası Dış İlişkiler Genel Müdürlüğü, Ankara, 2006, s.10.

³⁴ Sevinç Tokalaş, **Kamu Sağlık Hizmetlerinin Satın Alınması**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2006:s.11.

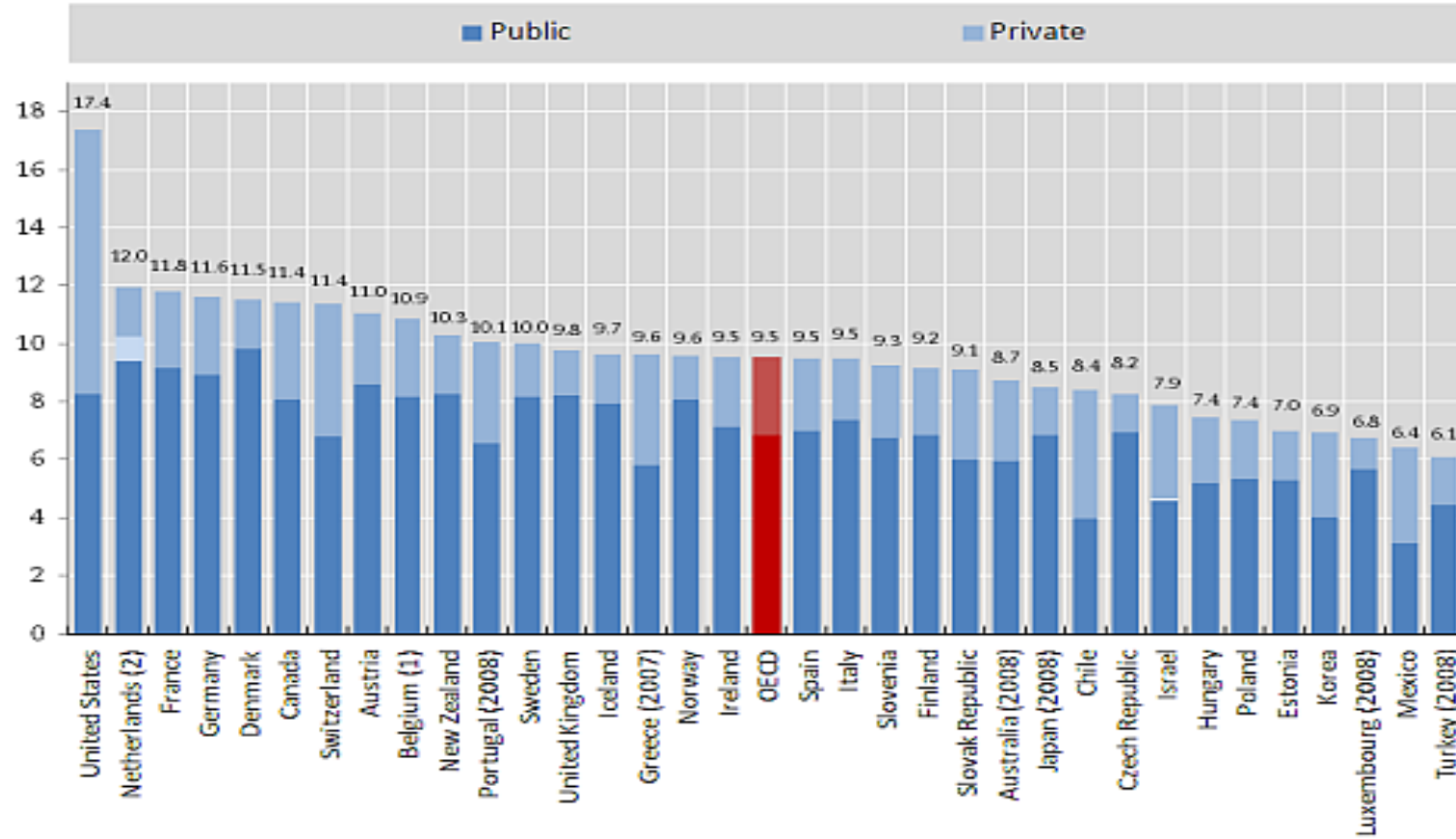
harcamalarının artış nedenleri, ekonomik, teknolojik, sosyal ve kültürel faktörler olarak sıralanabilir³⁵.

Son yirmi beş yıllık dönemde gelişmiş ülkeler başta olmak üzere çoğu ülkede sağlık hizmetlerinin GSMH içindeki payı giderek artmaktadır. Özellikle gelişmiş olan ülkelerde bu artış hızlı bir şekilde gerçekleşmektedir. Gelişmekte olan ve gelişmiş olan ülkelerde sağlık harcamalarının artış nedenleri küçük farklılıklara rağmen genelde ortaktır. Gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerinin maliyeti ulusal gelirden daha hızlı bir şekilde yükselmektedir. Bu genel olarak, sağlık hizmeti kullanımının artması, sosyal güvenlik kurumlarının yaygınlaşması, halkın beklentilerinin artması ve teknolojik gelişmeler gibi nedenlerden kaynaklanabilmektedir. Sağlık harcamalarının hızlı bir şekilde yükseldiği görünen önemli bir gerçektir. Refah düzeyi yükselen bir toplumun diğer bütün mal ve hizmetlere karşı olan isteği de artmaktadır. Sağlık hizmetleri ise taşıdığı önem nedeniyle gittikçe daha fazla talep görmektedir. Teknolojik değişiklikler modern tıbbi hizmet ederek bu talebin artmasına yardımcı olmaktadır. Sigortaların kapsadığı maliyetlerin artması ve arttırılma çabaları da sağlık harcamalarının artmasına neden olabilmektedir. Ülkelerin gelişmişlik seviyesi arttıkça GSYİH'dan sağlık harcamaları için daha büyük miktarlarda pay ayrılmaktadır. Son on yıl içerisinde OECD ülkeleri incelendiğinde sağlık harcamalarının ortalama % 4,4 artış gösterdiği bilinmektedir. Ülkelerin zaman içerisinde gelirlerindeki artış da dikkate alındığında sağlık harcamaları için ayrılan ödeneklerin rakamsal olarak da daha yüksek miktarlarda olduğu açıkça söylenebilir.

Şekil 1'de yer alan grafikte çalışmamıza konu olan AB ülkeleri ve Türkiye'nin de bulunduğu sağlık harcamalarına ilişkin OECD ülke verileri yer almaktadır. Bu grafikte çalışmaya konu olan AB ülkelerini de, Türkiye'yi de OECD ülkeleri ile sağlık harcamaları açısından rakamsal verilerini kıyaslama imkanımız bulunmaktadır.

³⁵ King, s.127.

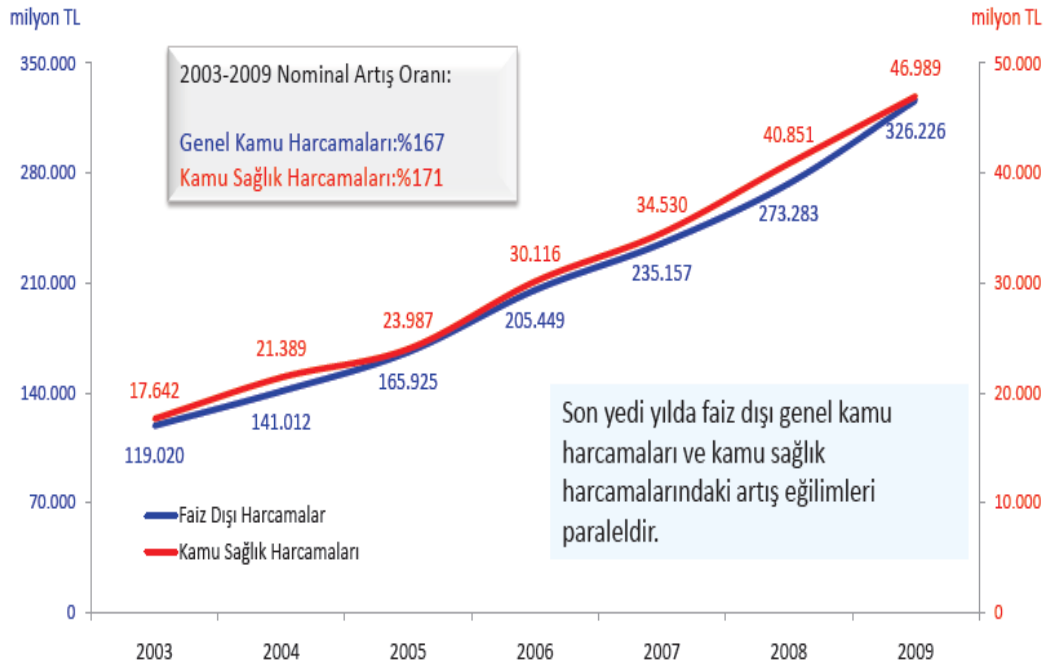
Şekil 1: OECD Ülkelerindeki Sağlık Harcamalarının Gelişimi



Kaynak: http://www.oecd.org/document/38/0,3746,en_21571361_44315115_48289894_1_1_1_1,00.html (18.07.2011).

Şekil 1’de Türkiye’nin de içinde bulunduğu OECD Ülkelerinin Sağlık Harcamalarının 2008 yılına ait oranları gösterilmektedir. Oranlara göre 17,4’lük kamu ve özel sağlık harcamaları toplamı bakımından Amerika Birleşik Devletleri ilk sırada bulunmaktadır. Hollanda’nın 12,0 ile OECD sıralamasında ikinci ancak Avrupa Birliğine üye ülkeler arasında birinci sıradadır. Bu oran 9,5 olan OECD ortalamasının bile çok üstündedir. 11,8 ile Fransa ve 11,6 oran ile Almanya takip eden Avrupa Birliği üye ülkelerindedir. 6,1’lik oran ile Türkiye gerek OECD ülkeleri arasında gerekse Avrupa Birliği ülkeleri ile karşılaştırıldığında son sıradaki ülke olarak karşımıza çıkmaktadır. Geçmiş yıllara baktığımızda Türkiye’nin kamu sağlık harcamalarında genel kamu harcamalarına oranla paralel bir artış yaşandığı şekil 2’de görülmektedir.

Şekil 2: Kamu Sağlık Harcamalarının Artış Eğilimleri



Kaynak: Recep Akdağ; “TC. Sağlık Bakanlığı 2011 Mali Yılı Bütçesinin T.B.M.M.Plan ve Bütçe Komisyonuna Sunumu, 2010.

Şekil 2’de Türkiye’de faiz dışı genel kamu harcamaları ve kamu sağlık harcamalarının artışlarının gösterildiği grafik bulunmaktadır³⁶. 2003 yılından 2009 yılına gelindiğinde son yedi yıl içinde faiz dışındaki genel kamu harcamalarının

³⁶ Akdağ, 2010, s.12.

kamu sağlık harcamaları arasındaki artışta bir paralelliğin söz konusu olduğu görölmektedir. 2003 yılına oranla genel kamu harcamalarının %167, kamu sağlık harcamalarının ise çok yakın bir oranla %171 nominal artış göstermektedir. 2008 yılında 273.283 milyon TL olan kamu harcamalarının 2009 yılında 326.226 milyon TL olduğu görölmektedir. Ancak Şekil 1 ile karşılaştırdığımızda ülke sıralamasına göre Türkiye'nin halen 6,1 oranıyla son sırada olması sağlık harcamalarındaki artışın sürdürülmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Sağlık harcamalarının artışında rol oynayan nedenler genellikle kişi başına düşen gelirlerin artması, ihtiyaçların artması ve maliyetlerin yükselmesi olarak vermek mümkünse de sağlık harcamaları finansmanındaki artışın nedenlerini daha ayrıntılı incelemekte yarar görölmektedir³⁷. Bu bağlamda ele alacağımız sağlık harcamalarının artışına ilişkin nedenler: teknolojik gelişmeler, eğitim düzeyinin yükselmesi, demokratik düzenin yaygınlaşması, kentleşme, kişi başına düşen gelirin artması, sosyal değer yargılarının değişmesi ve yaşam sürelerinin uzaması şeklindedir.

1.7.1. Teknolojik Gelişmeler

Teknoloji alanında kaydedilen ilerlemeler her alanda olduğu gibi sağlık alanında da yakından takip edilmektedir. İleri teknoloji doğal kaynakların daha verimli bir şekilde kullanılmasına imkân tanır. Ancak sağlık hizmetleri yerine getirilirken ihtiyaç duyulan teknolojik altyapı, alet ve ekipmanın elde edilmesi yüksek maliyetlere katlanmayı gerektirir³⁸. Ayrıca sağlık problemlerinin çözümü için gereksinim duyulan teknolojik gelişmelerin uzun süren çalışma ve araştırmalara dayanması maliyetleri dolayısıyla harcamaları yükselten bir nedendir. Her iki neden birlikte değerlendirildiğinde teknolojik gelişmelerin sağlık sektöründe büyük önem taşıdığını harcamaların büyümesine neden olduğunu söylemek mümkündür. Bunun yanında teknolojik gelişmeler sonucu elde edilen ürünlerin ve makinelerin kullanılması, bunları kullanacak uzman personelin yetiştirilmesi ve bunların bakım maliyetleri de teknolojik gelişmenin neden olduğu artışlara örnek verilebilir.

³⁷ Mutlu ve Işık, s.211

³⁸ Tokalaş, s.26.

1.7.2. Eğitim Düzeyinin Yükselmesi

Toplumdaki bireylerin eğitim seviyesinin yükselmesi ve sağlık bilincinin gelişmesinin sağlık harcamalarının üzerinde artırıcı etkisi olduğu yapılan çalışmalarda ortaya konmaktadır. Bireylerin eğitim seviyesinin artmasıyla paralel olarak entelektüellik düzeyleri de artmakta dolayısıyla sağlık sektöründeki gelişmelerden daha çok haberdar olmaktadır. Tıptaki gelişmeler ve hastalıklarla mücadelede yöntem çeşitliliğinin artması aynı zamanda farkındalığı yüksek kesimin yeni sağlık hizmetlerine olan talebini de arttırmaktadır. Eğitimle beraber sağlık bilincinin de yükselmesi günümüzde sağlık endüstrisini en karlı sektörlerden birisi haline getirmekte olup geliştirilen özel satış ve finansman teknikleri ile ürünler kolayca müşteri bulabilmektedir.

Ülkelerin ekonomik ve eğitim düzeylerine bağlı olarak, bireylerin hayat standartlarının yükselmesi, kitle iletişim araçlarının yaygınlaşması ile bireyler sağlık konularına daha duyarlı hale gelmişlerdir³⁹. Ülkelerin eğitim beklentisi göstergesindeki artış ile sağlık harcamalarındaki artışın karşılaştırılması sonucu ortaya çıkan durum dikkat çekicidir. 2005 yılı raporlarına göre Çek Cumhuriyeti, Yunanistan, Macaristan, İzlanda, Kore, Polonya, İsveç, Türkiye ve İrlanda'da eğitim beklentisi 1995 – 2004 yılları arasında %15'ten fazla artmıştır.

Aynı yıllar arasında bu ülkelerin sağlık harcamalarındaki yıllık artış ortalamalarına baktığımızda Türkiye %10,6 ile birinci, Kore % 7 ile ikinci İrlanda %6,9 ile üçüncü sıradadır. Bu sonuçlara göre eğitim düzeyi yüksek olan kişi ve topluluklarda sağlık harcamalarının da eğitimsiz toplumlara göre daha yüksek olacağı söylenebilir.

1.7.3. Demokratik Düzenin Yaygınlaşması

Demokratik sistemlerde meydana gelen değişimler ve bilişim sektöründe kaydedilen ilerlemeler sonrası dünya bir globalleşme sürecine girmiş, ülkelerin özgürlüklerinden çok bireylerin özgürlükleri ön plana çıkmaya başlamıştır.

³⁹ Sevgi Kurtulmuş, **Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi**, İstanbul, Değişim Dinamikleri Yayınevi, 1998, s.64.

İsteklerini açıklama olanağına sahip olan geniş kesimler bu sayede siyasal organları etkileme imkânı bulmuşlardır. Bunun sonucunda kişisel özgürlükler ve haklar artmış beraberinde topluluklar devletten daha çok şey beklemeye başlamışlardır⁴⁰. II. Dünya savaşı sonrası refah devleti eksenli devlet örgütlenmesi kavramının ağırlık kazanması ve bu süreçte sendika gibi örgütlenmelerin oluşması da sağlık harcamalarını artıran bir etkendir.

1.7.4. Kentleşme

İktisadi gelişme ve hızlı sanayileşmenin getirdiği diğer bir olgu kentleşmedir. Tarıma dayalı toplumlarda bireylerin dağınık ve küçük birimlerde yaşamasının gerektirdiği koşullarla şehirleşmenin yoğun olduğu yerlerdeki koşullar oldukça farklıdır. Ekonomik gelişmenin gereği olarak insanların üretimde daha çok rol almaları zaman içerisinde beraber yaşama zorunluluğunu da getirmiştir⁴¹. Beraber yaşayan insan sayısının artması aynı zamanda sunulan sağlık hizmetlerinde artışı gerektirir. Şehirleşmenin olduğu bölgelerde sağlık kurumlarının yeterli olması, gerekli uzman personelin, ilacın ve teknolojinin bulunmasına ve altyapı çalışmalarının mutlak suretle yapılması gerekir. Aksi takdirde ortaya çıkabilecek salgın bir hastalık çok büyük sayıda insanı etkileyebilir ve çok büyük kayıplara sebebiyet verebilir. Bu durum özellikle sağlık harcamalarının artmasına neden olmaktadır.

1.7.5. Kişi Başına Düşen Gelirin Artması

Ülkelerin zaman içinde üretim tekniklerinde kat ettiği mesafeler sonucu üretimlerinde dolayısıyla gelirlerinde meydana gelen artışlar ülkede yaşayan bireylerin daha rahat yaşam sürmelerini sağlayacak hizmetlerin taleplerinde artışları beraberinde getirir. Asgari ihtiyaçların devlet ya da diğer kurumlar tarafından garanti altına alınması, insanların temel gereksinimler dışındaki mal ve hizmetlere olan taleplerini artırmaktadır.

⁴⁰ Işık, 1998, s.80.

⁴¹ Akın, s.28

Artan gelirle beraber sağlık harcamasının artmasının nedenlerinden biride kamu sağlık hizmetlerinin dışında özel sağlık hizmetlerine doğru yonelinin artmasıdır. Bireyler yaşam standartlarının yükselmesiyle beraber daha kaliteli hizmet arayışına girmektedirler. Sağlık için yapılacak harcamaların çıktılarının kişinin geri kalan tüm ömründe kullanılacak olması dolayısıyla yapılan harcamalarda herhangi bir kısıtlamaya gidilememektedir. Kapitalist sistemde özel sektörün gücü kabul edildiğinde, yeterli geliri olan kişilerin daha iyi bir sağlık hizmetini özel sektörden alabilecekleri ve özel sektörün de bunu verebileceği belirtilebilir⁴². Sağlık koşullarında meydana gelen bozulmalar durumunda alınan hizmetlerin dışında, bireylerin kozmetik amaçlı yapmış olduğu sağlık harcamaları da genel anlamda sağlık hizmetlerinin artış hızına etki etmektedir. Kozmetik amaçlı alınan sağlık hizmetlerinin diğer sağlık hizmetlerine nispeten daha yüksek meblağlar karşılığı satın alınabilmektedir.

Sonuçta kişisel gelirin artması, yaşam standartlarının yükselmesi, gerek kamu kesimi, gerekse özel kesim tarafından verilen sağlık hizmetlerine olan talebi artırmaktadır ve dolayısıyla sağlık harcamaları artmaktadır.

1.7.6. Sosyal Değer Yargılarının Değişmesi

Günümüzde genel kabul gören sosyal değer yargıları çok hızlı değişmekte buna paralel olarak ihtiyaçlar da değişmektedir. Otomotiv sektöründen, dayanıklı tüketim malları sektörüne, eğitim alanından tatil ve seyahat alışkanlıklarına ve sağlığa kadar bir değişim söz konusudur. Örneğin otomobil sektörü ile ilgili olarak 1960'lara kadar genel anlamda otomobil lüks bir mal iken günümüzde çoğu ülkede temel mal kategorisi içerisinde ele alınmaktadır. Bu durum genel anlamda sağlık, eğitim ve diğer harcamalar için de geçerlidir⁴³.

Konuya sağlık hizmetleri yönü ile bakıldığında ortalama hayat beklentilerinin artması, modernleşmenin getirdiği hastalıklar ve problemler nedeniyle kişilerin sosyal güvenlik hizmetlerini daha çok talep eder duruma gelmeleri sağlık harcamalarını artıran bir unsurdur. Geçmiş yıllarda gelecekle ilgili kaygı duymayan

⁴² Sevim Görgün; **Kamu Maliyesine Giriş Ders Notları**, SBF Yayınları, İstanbul, 1993, s.74.

⁴³ Mutlu ve Işık, s. 212.

ve bu bilinçte olmayan insanlar günümüzde, nüfusun artması, hastalık ve sakat kalma korkusuyla sağlık hizmetleri daha fazla tüketme eğilimine girmişlerdir. Bu durum özellikle gelişmiş ülkeler için geçerli bir olgudur. Gelişmekte olan ülkelerde temel sağlık hizmetlerinin yeterince sunulmaması, yetersiz bilinç ve bu alandaki kurumların gelişmemiş olması da gelecek kaygısının karşılanmasını engellemektedir. Aile yapılarının değişmesi sonucu da sağlık harcamaları yükselmektedir. Sözelimi geçmiş dönemlerle karşılaştırıldığında gençler ailelerinin yanında yaşamaktaydı. Fakat gençlerin ailelerinden ayrı bir yaşam seçmeleri ve bunun sonucu ortaya çıkan yaşam biçimi sağlık harcamalarını arttıran etkenlerdendir. Başka bir örnekleme, gençlerin ABD ve İngiltere’de evlilik dışı ilişkileri sonucu istenmeyen doğumların önlenmesi nedeniyle yapılan harcamalar ortaya büyük rakamların çıkmasına neden olmaktadır⁴⁴.

Sosyal değer yargılarının değişmesi ve her alanda hızlı değişimlerin yaşanması, insanları var olan zararlı ya da zararsız her türlü ürünü kullanmaya itmesi ayrı bir neden olarak ileri sürülebilir. Uyuşturucu ile mücadele nedeniyle yapılan harcamalar da yine bu kapsamda örnek olarak verilebilir⁴⁵. Uyuşturucunun kullanılması durumunda bununla ilgili hastanelerin ve altyapısının kurulması, personelin yetiştirilmesi ve insanların eğitiminin sağlanması nedeniyle sağlık harcamaları yükselmektedir. Bunun yanı sıra aile yapısının değişmesi nedeniyle yaşlıların aile içinde bakılmayıp huzurevlerine yatırılması, bakımı gereken geniş bir yaşlılar topluluğu oluşturmaktadır. Yaşlılığın getirdiği hastalık sürecinin çoğunlukla ciddi boyutta ve uzun tedaviyi gerektirmesi, yaşlılar için yapılan sağlık harcamalarını yükseltmektedir. Bütün bunlar sağlık harcamalarını yükselten ve sosyal yapı ile ilgili olan unsurlardır.

1.7.7. Yaşam Sürelerinin Uzaması

Sağlık harcamalarındaki artış nedenlerinden bir başkası nüfus içerisindeki yaşlı oranının her geçen gün yükselmesidir. Genel olarak dünya ülkelerine baktığımızda bireylerin gelirlerindeki artış yaşam kalitesini yükseltmiş, teknolojik

⁴⁴ Mutlu ve Işık, s.213.

⁴⁵ Michael R. Edgman; Ronald L. Moomaw and Kent Wolson, **Economics and Contemporary Issues**, The Dryden Pres, Orlando USA, 1996, s.166.

ilerlemeler ve yeni kuşak ilaçlarla insanların yaşam sürelerinde kayda değer artışlar gözlenmiştir. Yaşlı kimselere sunulan sağlık hizmetlerinin uzun vadeli bakım hizmetleri olduğu düşünülürse, sunulan sağlık hizmetleri de süreklilik arz edecektir. Dünya nüfusuna bakıldığında, gelişmiş olan ülkelerin nüfuslarının giderek yaşlandığı ve bu eğilimin devam edeceği görülmektedir.

Yaşam standartlarının yükselmesi, iyileşmesi ve eğitim gibi faktörler ortalama insan ömrünün uzamasında etkili olmuştur. 1960 ile 2004 yılları arasında geçen 45 yıllık dünya geneline bakıldığında yaşlı sayısının genel nüfusa oranı %4 arttığı görülmektedir. 1960'lı yıllarda 68,4 olan ortalama insan ömrü 2004 yılında 78,2 yıla çıkmıştır. 2025 yılında 60 yaş ve üstündeki insanların toplam nüfus içindeki oranının önemli ölçüde artması beklenmektedir. Yaşlıların gerekli olan süreden fazla olarak sağlık kurumlarında kalmaları sağlık harcamalarının artıran diğer bir nedendir. Bu anlamdaki harcamaların düşürülmesi için ülkeler çeşitli önlemler alma yoluna gitmektedirler.

Çalışmanın bu bölümünde sağlık ve sağlık ekonomisi kapsamındaki kavramlara değinilerek sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması konuları ele alınmıştır. Sağlık hizmetlerinin koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon olmak üzere üç boyutu vardır. İnsanlara içebilecekleri temiz suyun sağlanması, çevre sağlığı, sigara-alkol-tütün gibi zararlı alışkanlıklardan koruması, sıtma ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele, aşılama, erken tanı, beslenme, obezite, aile planlaması, sağlık eğitimi gibi topluma yönelik konular koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında ele alınmıştır. Tedavi edici sağlık hizmetleri hastalık ortaya çıktıktan sonra muayene ve tedavi sını kapsayan hizmetler olarak karşımıza çıkmaktadır. Tam olarak iyileşemeyip sakat kalanlara da rehabilitasyon hizmetleri verilmekte olup bu tedaviler birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olmak üzere üç basamakta ele alınmaktadır.

Sağlık ekonomisi kapsamında yapılan harcamalar sağlık harcamalarının konusunu oluşturmaktadır. Sağlık harcamaları özellikle gelişmiş toplumlarda sürekli bir artış eğilimi göstermektedir. Teknolojik gelişmeler, eğitim düzeyinin yükselmesi, demokratik düzenin yaygınlaşması, kentleşme, kişi başına düşen gelirin artması,

sosyal değer yargılarının değişmesi ve yaşam sürelerinin uzaması başlıkları altında sağlık harcamalarının artış nedenleri üzerinde durulmuştur.

Çalışmamızın ikinci bölümünde bu bölümde incelenen konulara, Avrupa Birliği'ne üyelik müzakerelerinde olan Türkiye açısından değinilecektir.

İKİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ VE FİNANSMANI

Bu bölümde Anayasal temel bir hak ve ödev olarak tanımlanan sağlık hizmetleri, Selçuklular Devleti’nden günümüze kadar olan sağlık sistemimizdeki değişimler ve gelişmeler ele alınacaktır. Sağlık hizmetleri anayasal çerçevede ele alınacak ve hukuki alt yapısı incelenecektir. Bugün uygulanmakta olan SGK sistemine geçişin boyutu ve sağlık harcamalarının finansman yöntemleri konularına değinilecektir.

2.1.SAĞLIK HİZMETLERİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ

Türkiye’de, Anayasa düzeyinde yürütme ve uygulama yetki ve sorumluluğu belirlenmiş olan Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’na (Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti), ilk kurulduğu 2 Mayıs 1920 tarihinden itibaren ülkedeki tüm sağlık hizmetlerinin yürütülmesi görev ve yetkisi verilmiştir. Sağlık Bakanlığı’nın kurulduğu tarihten bugüne, sağlık politikaları belli tarihsel dönemler itibariyle ayrıştırılmaktadır. Türkiye’de uygulanan sağlık sigorta sisteminin temelleri, Avrupa ülkelerinde olduğu gibi, eski uygarlıklara dayanmaktadır. Günümüzdeki sağlık sigorta sistemini incelemeyen önce sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi hakkında bilgi sunmak, konunun ilerleyen bölümleri için alt yapı oluşturacaktır.

2.1.1. Selçuklu ve Osmanlı Devletleri Dönemi

Günümüzde uygulanmakta olan bütün sosyal güvenlik sistemleri, her ülkenin kendi tarihsel gelişiminde yer alan siyasal yapıdan etkilenmiş ve bu doğrultuda şekillenmiştir⁴⁶. Anadolu’da kurulan Türk devletleri incelendiğinde; yoksulların sağlık hizmetinden faydalandırmanın özel bir yeri olduğu anlaşılmaktadır. Artukoğulları’ndan Eminüddin tarafından, 1108-1122 yılları arasında Mardin’ de yaptırılan hastane ile Selçuklu Hükümdarı Gıyaseddin Keyhüsrev’in kız kardeşi

⁴⁶ Fazıl Tekin, Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı, **Anadolu Üniversitesi İİBF Dergisi**, Haziran, Eskişehir, 1987, s.265.

Gevher Nesibe Sultan'ın vasiyeti üzerine, 1205 yılında Kayseri'de yaptırdığı hastanelerin, yoksullara ücretsiz sağlık hizmeti verdiği ve dönemin varlıklı aileleri tarafından ekonomik olarak desteklendiği bilinmektedir⁴⁷.

Bunların dışında, İzzettin Keykavus Şifahanesi Sivas'ta kurulurken, Divriği, Konya, Çankırı, Tokat, Amasya illerinde Darüşşifa adı verilen ve yoksullar ile yardıma ihtiyacı olan kişilere sağlık hizmetleri verilen kurumlar kurulmuştur. Selçuklular Döneminin en büyük özelliği; koruyucu sağlık hizmetlerine önem vermiş olmalarıdır. O dönemde, usta çırak yöntemi ile doktor yetiştiren şifaiye tıp medreselerinin kurulması dikkati çekmektedir. Ayrıca, Anadolu'ya yayılmış durumda 300'e yakın kaplıca yine aynı tarihlerde sağlık hizmeti vermektedir⁴⁸.

Osmanlı Devleti döneminde de sağlık hizmeti konusunda hizmet ağını yayma ve ihtiyaç sahiplerine karşılıksız hizmet sağlama anlayışı hâkim olmuştur. Bu dönemde; hastane sayısı arttırılarak sağlık hizmeti her ile ulaştırılmaya çalışılmıştır. Bunlara örnek teşkil edenler arasında; Bursa'da 1355 yılında kurulan Darüşşifa ve Edirne'de 1421 yılında Kurulan Cüzamhane yer almaktadır⁴⁹. Osmanlılar'da 15. yüzyılda, hekimbaşı kurumu (Reisul Etibba) adı verilen ve bugünkü Sağlık Bakanlığı'nın yetkilerine benzer yetkilerle donatılmış bir yapı ortaya çıkmıştır. İmparatorluk döneminde monarşinin tüm özellikleri sağlık politika ve uygulamalarına da yansımıştır. Devlet eliyle yürütülen sağlık hizmetleri daha çok saraya ve orduya yönelik olmuştur. Devletin sağlık işlerini düzenleyen hekim ve diğer sağlık personelinin atama yetkisini elinde bulunduran kurumdan başka resmi bir örgüt yoktur. Yaygın kitleler genellikle serbest çalışan, hekim ve cerrahlardan ücret karşılığında hizmet almıştır⁵⁰.

18. Yüzyılın sonlarında dönemin getirdiği siyasal yapı doğrultusunda askeri hastanelerin yapımı hız kazanmıştır. İstanbul'da askeri hastanelerden sonra, Guraba

⁴⁷ Özge Arık; **Avrupa Birliğine Giriş Sürecinde Türkiye'de Özel Sağlık Sigortalarının Durumu ve Avrupa Birliği'ndeki Özel Sağlık Sigortası Uygulamaları İle Bir Karşılaştırma**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü), Adana, 2010, s.51.

⁴⁸ A. Yiğit Şakar; **Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları**, Türkiye Sağlık İşçileri Sendikası Yayınları, İstanbul, 1999, s.38.

⁴⁹ Tekin, s. 265.

⁵⁰ Recep Akdur, **Türkiye Cumhuriyeti'nin 75. Yılında Türkiye'de Sağlık Politikaları**, Tübitak Matbaası, Ankara, 1999, s.48.

ve Hamidiye adı verilen kimsesizler ve yoksulların yararlanabileceği hastaneler kurulmuştur. 1877'de çıkartılan yönetmelikle, sivil hastanelerinin bulunmadığı yerlerde, sivil halkın askeri hastanelerde muayene olabileceği, bu tarihten sonra da azınlıklarla yabancıların da aynı hizmetlerden faydalanabileceği karara bağlanmıştır⁵¹. İçme suları ve besin kontrolü, kanalizasyon ve ölü defin işlemleri, çeşitli sosyal yardım hizmetleri gibi toplum sağlığını ilgilendiren diğer bazı konular da devletin sorumluluğundadır⁵².

19. yüzyılın sonlarına kadar düzenli bir sağlık sisteminden söz etmek mümkün olmamıştır. Savaş döneminin başlamasıyla, toplumsal ve ekonomik gelişimi tamamen duraklayan Osmanlı Devleti, 1838 yılında Karantina İdaresi, 1849 yılında Tıp Okulu, 1868 yılında Hicaz Sağlık İdaresi, 1887'de Kuduz Müessesesi, 1892 yılında kurulan Bakteriyolojihane kurumlarıyla siyasal düzensizliğe rağmen, sağlık hizmetine verdiği önemi vurgulamıştır. 1869 yılında askeri hekimlerin atanması ile oluşturulan Sağlık İşleri Meclisi, 1861 yılında kurulan Tababet-i Belediye Nizamnamesi ve Memleket hekimleri, 1912 yılında ise Sıhhiye Müdüriyeti Umumiyesi kurularak, sağlık hizmeti sunumunda sistematik bir yapıya kavuşmak istenmiştir. Dönemin siyasal kargaşasından kaynaklanan denetim eksiklikleri, kurumların görevlerini tam olarak yerine getirememesinden kaynaklanan tedavi hizmeti eksiklikleri ve koruyucu sağlık hizmeti anlayışının geri planda kalması, bulaşıcı hastalıkların artarak toplumun sağlık düzeyini düşürmesine yol açmıştır. 18.yüzyılın bazı dönemlerinde, bulaşıcı hastalıklardan ölenlerin sayıları savaş nedeniyle hayatını kaybedenlerden daha fazla olmuştur.

2.1.2. Cumhuriyet Dönemi

Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin 3 Mayıs 1920'de "Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekâleti'ni" kurması ile sağlık hizmetlerinin bir devlet görevi olarak ele alınması başlamıştır. Sağlık hizmetleri ayrı bir bakanlıkça yürütülen, asli bir devlet görevi haline getirmiştir. Yasanın kabulünden sonra TBMM Hükümeti'nin ilk sağlık bakanı olarak Dr. Adnan Adıvar göreve getirilmiştir. O dönemde yerleşmemiş bir

⁵¹ Tekin; s.265.

⁵² Akdur; s.48.

sistem, sorunlu alt yapı ve gereksinimlere yanıt veremeyecek yasal bir düzenleme mevcut olması nedeniyle her şeyin yeniden kurulmasına ihtiyaç duyuluyordu⁵³. Savaş döneminin ardından yeniden yapılanma dönemine giren ve yeni kurulan Türkiye, geçmişte eksikliği nedeniyle toplumsal sağlık düzeyini düşüren bulaşıcı hastalıkları önlemek ve sağlık hizmeti bilincini geliştirmek amacıyla birinci basamak sağlık hizmetleri olarak adlandırdığımız koruyucu sağlık hizmetlerini ön planda tutmuştur. Bu dönemde sağlık hizmetlerinin finansmanı genel bütçeden sağlanmıştır.

1920-1923 yılları arasındaki yapılanma döneminin ardından sağlık politikaları, 1923-1946 yılları arasındaki dönem itibariyle “koruyucu sağlık hizmetlerinin önceliği”, 1946-1960 yılları arasındaki “milli sağlık politikaları çalışmaları”, 1960-1980 dönemindeki “sosyalizasyon çalışmaları” ve 1980 sonrası dönemde yaşanan “sağlık politikalarında reform çalışmaları” şeklinde sınıflandırılabilir⁵⁴. Aynı dönemdeki sağlık politikaları farklı bir sınıflandırma ile⁵⁵;

- Refik Saydam’ın Sağlık Bakanı olarak görev yaptığı 1923-1937 dönem
- İkinci Dünya Savaşı ve sonrasını içine alan 1938-1960 dönemi,
- Sağlık hizmetlerinde sosyalleşme sürecinin hızlandığı 1961-1982 dönemi
- Sağlık reformu çalışmalarının yoğunluk kazandığı 1983 ve sonrası dönem olarak karşımıza çıkmaktadır⁵⁶.

1920 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ülkedeki sağlık şartlarını düzeltme, kişisel ve toplumsal sağlığı bozacak etkenlere karşı savaş verme, gelecek kuşakların sağlıklı yetişmesini sağlama, halka sağlık ve sosyal yardım ulaştırma ile ilgili konularda kanunların kendisine verdiği yetki ve sorumluluklar içinde hareket etmektedir⁵⁷. Toplumsal anlamda sağlık ve sosyal yardımların geniş çapta yürütülmesi görevinin merkezi planlama içerisinde bir bakanlığa verilmesi, savaş sonrası dönemin etkilerine, sağlık hizmetlerinin yürütülmesine ilişkin yerel düzeyde

⁵³ Akdur; s.50.

⁵⁴ Ünal Hülür, **Türkiye Sağlık Sisteminin Gelişimine İlişkin Konu Başlıkları**, Sağlık Bakanlığı-Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, www.tusak.saglik.gov.tr/dosyalar_sps3/1_2.pdf (17.07.2010).

⁵⁵ Umut Karabulut; **Cumhuriyetin ilk yıllarında Sağlık Hizmetlerine Toplu Bir Bakış: Dr. Refik Saydam’ın Sağlık Bakanlığı ve Hizmetleri**, İnönü Üniversitesi Tarih Bölümü, Malatya, 2007,s.154.

⁵⁶ Nusret H. Fişek, **Halk Sağlığına Giriş**, Hacettepe Üniversitesi Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi, 1985, s.159-166

⁵⁷ Y. E. Özdemir, Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları-Cumhuriyetin Kuruluşundan 1980’li Yıllara Sağlık Politikaları, **Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı**, 1, 2001, s.259.

yaşanan yetersizliklere bağlı olarak gerçekleşmiştir. 1920-1923 dönemi, ulusal bir sağlık politikası geliştirilmesinden çok, örgütsel yapılanma kaygıları ve çabaları ile geçmiştir⁵⁸. 1925 yılında Bakanlık tarafından hazırlanan “Ulusal Sağlık Programı” çalışmasında sağlık hizmetlerine ilişkin sorunlar tespit edilmiştir.

1923-1937 yılları arasında 14 yıl bakanlık görevinde bulunan Dr. Refik Saydam, koruyucu sağlık hizmetlerini ön planda tutmuştur. Finansman kaynaklarının; özellikle sık görülen, ölüm ve sakatlık oranlarını yükselten hastalıkların kontrolü, tedavisi ve önlenmesine yönelik kullanılmasına özen göstermiştir⁵⁹. Bu dönemde sıtma, frengi, trahom, verem, cüzam gibi bulaşıcı hastalıklar ile mücadeleye yönelik programlar başlatılmıştır. Program çerçevesinde gerekli kanunlar çıkartılmış dikey örgütlenme modeli içerisinde her biri için ayrı özel örgütler kurulmuştur⁶⁰. Koruyucu sağlık hizmetlerinin merkezi yönetim bünyesinde programlar dâhilinde ele alınarak, dikey örgütlenme anlayışına uygun biçimde özel örgütler eliyle yürütülmesi, savaş sonrası dönemde ortaya çıkan ve yakalanma sıklığı ve ölüm oranı yüksek olan bulaşıcı hastalıkların önlenmesi açısından önemli sonuçlar ortaya çıkarmıştır⁶¹.

Dr. Refik Saydam döneminde tedavi edici sağlık hizmetlerinin yürütülmesi yerel yönetimlere bırakılmış ve bu amaç doğrultusunda önemli şehirlerde “Numune Hastanesi” açılması sağlanmıştır⁶². Bu amaçla başlangıçta Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır’da numune hastaneleri açılmıştır⁶³. Dr. Refik Saydam dönemindeki önemli gelişmelerden bir diğeri, sağlık insan gücü ihtiyacının karşılanması için tıp eğitimini teşvik edici hizmetlerin sunulması olmuştur. Tıp eğitimi alan öğrencilerin barınma ve giyinme giderlerinin karşılanması ile birlikte 1923 yılında 554 olan hekim sayısı, 1940’lı yıllara gelindiğinde 2387’ye ulaşmıştır⁶⁴. Sağlık insan gücü ihtiyacının karşılanması amacıyla, tıp eğitimine ilişkin ortaya

⁵⁸ Arık, s.51.

⁵⁹ Osman Hayran ve Haydar Sur, **Sağlık Hizmetleri El Kitabı**, Yüce Yayın, 1998, s.224.

⁶⁰ Öztürk, s.38

⁶¹ Serdar B. Savaş, Ö. Karahan ve Ö.R. Saka; **Health Care Systems in Transition: Turkey**, Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems 4, 2002, s.4.

⁶² Hayran ve Sur, s.224.

⁶³ Yasemin Yeğinboy ve Şevket Sayın; **Cumhuriyet Döneminden Günümüze Sağlık Politikaları ve Sorunları**, 2. Ulusal İktisat Kongresi, İzmir, 20-22 Şubat 2008, www.deu.edu.tr/userweb/iibf_kongreler/dosyalar/yeginboy.pdf. (01.05.2011)

⁶⁴ Hayran ve Sur, s.224.

konan teşvik edici politikalar, hekimlerin ve hemşirelerin özlük haklarında sağlanan iyileştirmeler ile devam etmiş ve özellikle hekim başına düşen kişi sayısında olumlu ilerlemeler sağlanmıştır⁶⁵. Daha önceki dönemde bulaşıcı hastalıklara ilişkin özel örgüt kurulması uygulaması devam etmiş ve 1949 yılında kentlerde “Verem Savaş Dernekleri” kurulmuştur⁶⁶. Cumhuriyetin kurulmasından sonra Dr. Refik Saydam ile başlayan sağlık örgütlenmesi, bu dönemde de korunmuş ve devam ettirilmiştir.

1960 sonrası döneme ilişkin en önemli değişim, 1963 yılında 1. Beş Yıllık Kalkınma Planı ile başlayan kalkınma planları olmuştur. 1961 yılında 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun”un kabul edilmesiyle birlikte Cumhuriyet döneminin başından itibaren, kırsal bölgelere sağlık hizmetlerinin götürülmesi ile ilgili yaşanan sorunların azaltılması ve bütün vatandaşlara sağlık hizmetlerinin eşit şekilde ulaştırılması amacına yönelik gayretler artmıştır. 1961 yılında kabul edilen 224 sayılı kanun ve 1960’lı yıllar ile başlayan planlı dönem ile sağlık kurumlarının taşra birimlerde örgütlenerek, herkesin eşit ve sürekli sağlık hizmeti alabilmesini sağlamak için önemli adımlar atılmıştır. Taşra birimler ve merkezi birimler arasındaki uyumun sağlanmasını, dikey örgütlenme biçimi içinde kademeli ve öncelikli hizmetlerin nüfusa göre belirlenmiş taşra örgütleri yoluyla vatandaşlara uygun sağlık hizmeti sunulmasını amaçlayan sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine önemli katkılar sağlamıştır.

Sağlık politikalarının tarihsel süreç içindeki gelişimi, özellikle 1980 sonrası sağlık reformu çabaları ile hız kazanmıştır. Özellikle 1990 yılında DPT tarafından yürütülen “Sağlık Sektörü Master Plan Etüt” çalışması, bu dönemde yaşanan sağlık reformları sürecinin başlangıcını oluşturmaktadır. 1992 ve 1993 yıllarında yapılan “Ulusal Sağlık Kongreleri” ile birlikte sağlık reformlarının teorik çerçevesi tartışılmış, 1993 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan “Ulusal Sağlık Politikası” ile sağlık hizmetlerinde reform çabalarına hız kazandırılmıştır.

1983 ve 2003 yılları arasındaki reform çabalarının ardından, 2003 yılında Acil Eylem Planı’nın hemen ardından açıklanan Sağlıkta Dönüşüm Programı

⁶⁵ Mustafa Öztürk, Cumhuriyet Döneminde Sağlık Hizmetleri, **Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi**, Isparta, 1999, s.38.

⁶⁶ Hayran ve Sur; s.229.

çerçevesinde sağlık politikalarına ilişkin reform hareketi ivme kazanmış ve bu dönem Cumhuriyet sonrası sağlık politikalarının tarihsel süreci içerisinde önemli kilometre taşlarından birini oluşturmuştur.

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde belirlenen temel hedefleri şu şekilde sıralanabilir⁶⁷:

- Sağlık Bakanlığı'nın idari ve fonksiyonel olarak yeniden yapılandırılması,
- Genel sağlık sigortası kapsamına tüm vatandaşların dahil edilmesi,
- Sağlık kuruluşlarının tek çatı altında toplanması,
- Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk yapıya kavuşturulması,
- Aile hekimliğine geçilmesi,
- Anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi,
- Koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması,
- Sağlık alanındaki özel sektör yatırımlarının teşvik edilmesi,
- Yetki devrinin sağlanması,
- Sağlık alanında e-dönüşüm projesinin hayata geçirilmesidir.

Sağlıkta Dönüşüm Programının temel gerekçelerinden birisi, kamu sağlık harcamalarının karşılanması mümkün olmayan bir düzeye ulaştığı ve sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşük ve verimsiz olduğu yönündeki tespitlerdir. Bu gerekçeler doğrultusunda neo-liberal politikalara uygun olarak, hizmet sunumu ile finansmanın birbirinden ayrılması, devletin sağlık hizmetlerini bizzat sunma yerine, hizmet satın alma ve hastanelerin özerkleştirilmesi gibi ademi merkeziyetçi bir yapının ortaya konması, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel amaçlarını oluşturmaktadır⁶⁸. Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde belirlenen hedefler, temelde sağlık hizmetleri sunumuna ilişkin alandan devletin çekilmesi, yetkilerin sağlık hizmetlerinin her alanından alt kademelere devredilerek, merkezi idare olarak Sağlık Bakanlığı'nın koordinasyon ve denetim görevini üstlendiği, kamu-özel

⁶⁷ Recep Akdağ, **Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı-İlerleme Raporu**, Yayın No:749, Ankara, 2008, s.20.

⁶⁸ Osman Elbek ve Emin Baki Adaş; Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme, **Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni**, 2009, 12 (1), s.35.

ortaklığı, hizmet satın alma gibi yöntemlerin kullanıldığı bir yapının kurulmasına katkı sağlamaktadır.

Cumhuriyetin ilanı ile birlikte sağlık hizmetlerinde yaşanan süreç, dönemler itibariyle ele alındığında, iki dönem diğerlerinden önemli biçimde ayrılmaktadır. Bunlardan ilki, savaş sonrası dönemde özellikle bulaşıcı hastalıklara ilişkin koruyucu sağlık hizmetlerinin yoğun biçimde sunulduğu ve bu kapsamda tedavi edici hizmetlerin yerel yönetimlere devredildiği, dikey örgütlenme içerisinde riski yüksek hastalıklara ilişkin özel sağlık kurumlarının kurulduğu ve büyük başarı sağlandığı 1923-1937 yılları arasındaki dönemdir.

Diğer dönem ise, dünyada yaşanan küresel dönüşüm ve neo-liberal politikalara uygun olarak, sağlık hizmetleri sunumu ve finansmanının ayrıştırılarak sağlık hizmetleri sunum alanından devletin çekilmeye başladığı, sağlık örgütlenmesi içinde adem-i merkeziyetçi bir yapının yerleşmeye başladığı, sağlık hizmetleri sunumu ve finansmanına ilişkin alternatif yöntemlerin yoğun bir şekilde kullanıldığı, hastanelerin idari ve mali açıdan özerkliklerini sağlayarak özel sektörün sağlık hizmet sunumuna girişinin teşvik edildiği 2003 yılı sonrası uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı'na ilişkin dönemdir. Tarihsel süreç içerisinde, belirlenen sağlık politika hedefleri doğrultusunda sağlık sektörü örgütlenmesini sürekli değiştirmiş ve geliştirmiştir.

2.2.SAĞLIK HİZMETLERİNİN HUKUKİ ALT YAPISI

1961 Anayasasının 49. maddesinde sağlık, temel bir hak olarak tanımlanmıştır. Sosyal bir devletin en önemli fonksiyonu olan sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerinin tüm sorumluluğu devlete ait kılınmıştır. Nitekim bu yaklaşım Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda da devam ettirilmiş 224 sayılı Yasa ile sağlık hizmetlerinin sosyalizasyonunu sağlayacak hukuki düzenlemeler yapılmıştır. Bu yaklaşım halk sağlığının devlet tarafından korunması gibi bir anlayışın geçerli olduğunu göstermektedir⁶⁹.

⁶⁹ Asuman Altay, Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi, **Sayıştay Dergisi**, Sayı 64, 2005, s.33.

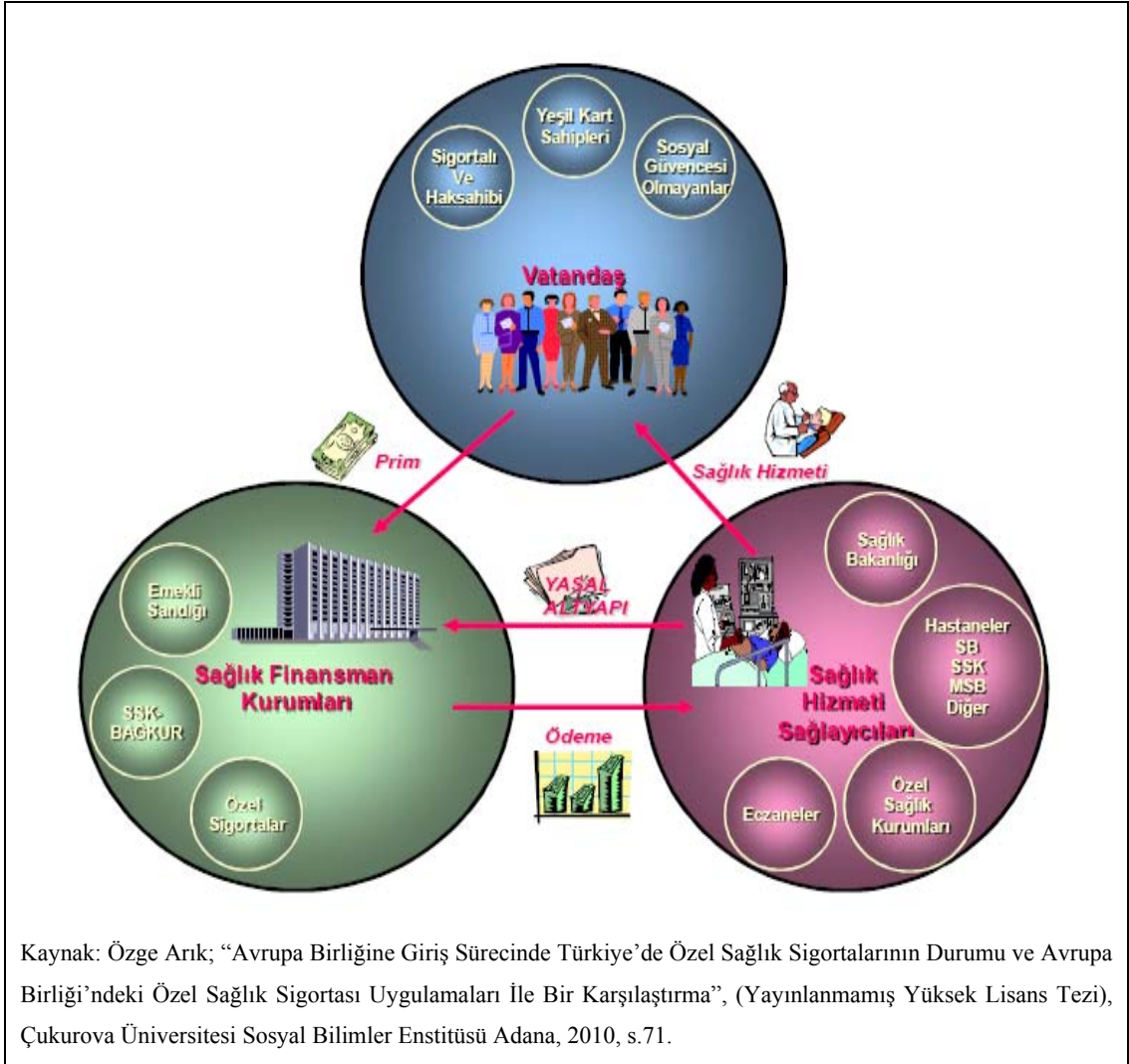
1982 Anayasası'nda devletin sosyal boyutu 1960 Anayasası'ndan farklı bir şekilde biçimlendirilmiştir. Sağlık hizmetleri, 1960 Anayasası'nda olduğu gibi devletçe sağlanan temel sosyal ve ekonomik bir hak olmaktan çok, devletçe planlanan ve denetlenen bir hizmete dönüşmüştür. Bu anlayışın uygulamadaki karşılığı “Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir...Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürülmesini düzenler. Devlet bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak ve onları denetleyerek yerine getirir” hükmüyle yer almaktadır. Anayasa'nın üçüncü bölümünü oluşturan “Sosyal ve Ekonomik Haklar ve Ödevler” başlığı altında, 58. ve 61. maddelerde; devletin sosyal koruma görevine ilişkin hükümler yer almaktadır. 58. maddeye göre; “Devlet gençleri alkol düşkünlüğünden, uyuşturucu maddelerden... korumak için gerekli tedbirleri alır”. 61. maddeye göre ise, “devlet sakatların korunmalarını ve toplum hayatına intibaklarını sağlayıcı tedbirleri alır”. Bu hükümlerle, devletin sağlık hizmetlerini denetleyen, bunun yanında da tüm toplum için planlayan otorite olduğu vurgulanmaktadır.

2.3.SOSYAL GÜVENLİK KURUMU (SGK) ÖNCESİ DÖNEM

Türkiye 1982 Anayasası'nda belirtilen; sosyal sağlık hizmeti anlayışı temelinden hareket ederek sosyal ve özel sağlık sigortaları sistemlerini iç içe uygulamaktadır. Devlet tarafından yönetilen üç büyük kurum olan SSK, T.C.Emekli Sandığı ve Bağ-Kur nüfusun büyük bir kısmını sağlık hizmeti güvencesi altına almaktadır. Bunların dışında kurulmuş olan özel sandıklar ve özel sağlık sigortaları da sistemde yer almaktadır.

Ayrıca yoksullar ve bakıma muhtaç olanların sağlık hizmetlerinden yararlanmasını sağlamayı amaçlayan Yeşil Kart Uygulaması, sosyal sağlık sigorta sistemi anlayışı çerçevesinde sağlık hizmetinin genel bütçeden sağlanmasını öngörmektedir.

Şekil 3. Sağlık Sistemleri ve Finansman Kurumları İlişkisi



Şekil 3’te Sağlık sistemi döngüsü yer almaktadır. Sigortalı, yeşil kartlı ya da sosyal güvencesi olmayan vatandaş sağlık finansman kurumlarına başvurmaktadır. Prim karşılığı sağlık güvencesine sahip (Emekli Sandığı, SSK, Bağ-kur’lu şimdiki adıyla SGK’lı veya özel sigortalı) hasta sağlık kurumunda tedavi edilmektedir. Sağlık finansman kurumu tedavi edipte faturalandırdığı tedavileri sağlık hizmeti sağlayıcılarına iletmektedir. Yani bireylere arz edilen sağlık hizmetinin finansmanı bireylerin kendi gelirlerinden yapılan harcamalar hariç olmak üzere, SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve özel sigortalar tarafından karşılanmaktadır.

2.3.1. Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)

Sosyal Sigortalar Kurumu, 09.07.1945 tarihinde kabul edilen ve 01.01.1946 tarihinde yürürlüğe giren 4792 sayılı kanunla kurulmuştur. Kanun ilk kabul edildiğinde kurumun adı “İşçi Sigortaları Kurumu” olarak belirtilmiş, daha sonra 01.03.1965 tarihinde 506 sayılı kanunla “Sosyal Sigortalar Kurumu” olarak değiştirilmiştir⁷⁰. Kurumun kuruluş amacı ilgili kanun maddesinde; “İş hayatında her türlü hallere karşı ilgili sigorta kanunu hükümlerini uygulamak” olarak belirtilmiştir.

506 sayılı kanunla birleştirilinceye kadar kurum, İş Kazaları Ve Meslek Hastalıkları ile Analık Sigortası Kanunu, İhtiyarlık sigortası Kanunu, Hastalık ve analık Sigortası Kanunu ve Malullük, İhtiyarlık ve Ölüm Sigortaları Kanunu’nu uygulamaktan sorumluydu. Bunlara ek olarak 1983 yılında; Tarım İşçileri Sosyal Sigortalar Kanunuyla sosyal güvenlik ve sosyal sigortalar kapsamı genişletilerek kurumun sorumluluk alanı son şeklini almıştır. SSK iş kazası, meslek hastalıkları, analık, malullük, yaşlılık ve ölüm olmak üzere toplumun genel sosyal risklerine karşılık güvence sağlamaktadır. Sosyal sigortalar açısından hastalık, geçici nitelikte tam iş görmezlik durumudur. Dolayısıyla hastalık hem sağlık yardımına ihtiyaç duymasına hem de sigortalının geçici gelir kaybına neden olur. Sosyal Sigortalar Kurumu her iki durum için de yardımda bulunmaktadır. Kurum tarafından verilen sağlık sigortası hizmetinden faydalanmak için öncelikle; sigortalının tıbben hastalanması gerekmektedir. Bir kimsenin, beden ve ruh sağlığının bozulması, tıbbi bakımdan hastalık hali olarak kabul edilir⁷¹.

SSK kapsamında sigortalılar yakın tarihe kadar kurumun kendisine ait hastanelerden hizmet almaktaydı. Son düzenlemelerde amaç tüm sosyal güvenlik sistemlerinin tek çatı altında toplanması olduğundan bu konuda atılan bir adımda; tüm sosyal güvenlik kuruluşlarının sigortalılarının devlete ve kurumlarına ait kamu hastanelerinden yararlanabiliyor olmasıdır. Sigortalı olan her birey sağlık hizmeti almak üzere devlet eliyle hizmet verilen tüm kamu hastanelerine ve tıp kurumlarına başvurabilmektedir.

⁷⁰ Ersan Gürbüz; Türkiye’de Sosyal Güvenlik, **Türk Dünyası Araştırmaları Vakfı Yayınları**, İstanbul,1987, s.16.

⁷¹ Tüvit Gerek, “Sosyal Güvenlik Hukuku”, **Anadolu Üniversitesi Yayınları**, Eskişehir, 2000, s.194.

Sosyal Sigortalar Kurumu, sağlık sigortası kapsamında sigortalıların talep ettikleri bazı sağlık hizmetleri karşılığında sağlık masraflarına belirli oranda katkı sağlamak zorundadır. Bu kapsamda; ayakta tedavi giderleri ve aynı tedavinin devamı olan ilaç masraflarının çalışan sigortalılar %20'sini emekli sigortalılar %10'unu ödemek zorundadır. Eğer sigortalının hastalığı hayati önem taşıyan bir nitelikte ve bu devlet hastanelerinde sağlık kurulu kararıyla kabul edilmiş ise katkı payı ödemedi ilaç alımı yapılabilmektedir. Ayrıca SSK, gerekli görülen hallerde sigortalıyı tedavi amacıyla yurt içinde herhangi bir yere gönderebilmektedir. Bu gönderme işleminde kendisi ve refakatçisinin yol giderleri yine kurum tarafından karşılanmaktadır. Yurt içinde tedavi olanağı olmadığı durumlarda ise, sigortalının hastalığın belirlendiği tarihten önceki bir yıl içinde en az 300 gün hastalık sigortası primi ödemesi durumunda yurt dışına sevki sađlanabilmektedir⁷².

Sosyal Sigortalar Kurumu, 1991 yılına kadar kötü niyetli sigortalıların hareketlerini önlemek amacıyla kendisini korumaya alarak hastalık durumunda tedavi sürelerinde kısıtlama getirmiştir. Sosyal sağlık sigortalarında temel amaç; bireyin hastalık süresi sona erip, birey sağlıklı düzeye gelinceye kadar tıbbi yardımın sağlanmasıdır. 17.01.1991 tarihinde bu durum Anayasa'ya aykırı bulunarak kaldırılmış ve böylece sağlık sigortası sigortalının hastalığı süresince zaman sınırlaması olmadan devam etmiştir. SSK, sigortalı sayısının çok fazla artmasına rağmen prim tahsilâtı konusunda yaşanan sorunlar nedeniyle sıkıntı yaşamıştır⁷³.

2.3.2. Emekli Sandığı

Osmanlı imparatorluğu döneminden bu yana devam eden kamu çalışanlarına yönelik emekli sandıkları 01.01.1950 tarihinde yürürlüğe giren 5434 sayılı T.C. Emekli Sandığı Kanunu ile tek çatı altında toplanmış, devlet memurları ve hizmetlilerinin sosyal güvenliğini sağlamak amacıyla kurulmuştur⁷⁴.

⁷² Murat Özveri, **Yargı Kararları Işığında 506 sayılı Yasa ve Sosyal Güvenlik**, Sosyal Sigortalar Genel Müdürlüğu Yayınları, Ankara, 2000, s.66.

⁷³ Murat Demircioğlu, **Yeni Sosyal Güvenlik Rehberi**, Yaklaşım Yayınevi, İstanbul, 2000, s.2811.

⁷⁴ Ersan Gürbüz; **Türkiye'de Sosyal Güvenlik**, Türk Dünyası Araştırmaları Vakfı Yayınları, İstanbul, 1987, s.218.

T.C. Emekli Sandığı; T.C. uyuğunda, 18 yaşını bitirmiş, 657 sayılı Devlet Personel Kanununa tabi olanların, 926 sayılı Türk Silahlı Kuvvetleri Personel Kanununa tabi olan sivil ve askeri memurların, kanunla kurulan kamu kurum ve kuruluşlarında çalışanlardan özel kanunlarla belirtilen görevlilerin sosyal güvenliğini sağlamak amacıyla kurulmuştur⁷⁵. Emekli Sandığı görev alanı içine, sağlık sigortası hizmeti sağlamak, emeklilik, görev malullüğü, malullük, dul ve yetim aylığı, emekli ikramiyesi ödemek, ölüm yardımı yapmak, evlenme ikramiyesi vermek gibi sosyal güvenlik konulu hizmetler girmektedir. T.C. Emekli Sandığı kapsamında sağlık sigortası; doktor muayenesi, laboratuvar incelemeleri, gerekli durumlarda yatarak tedavi hizmeti, tedavi süresince gerekli ilaç ve iyileştirme vasıtası sayılacak yardımcı tıbbi malzemelerin sağlanması, gerekli durumlarda sigortalının yurt dışına gönderilmesi yer almaktadır. Sağlık sigortası kapsamında sigortalı, yurt içinde tedavisi mümkün olmayan hastalık durumunda tedavi amacıyla yurt dışına gönderilebilir. Sigortalı prim ödeyerek herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna bağlı olmayan eş, çocuk, anne ve babasının da yurt içi tedavi hizmetleri kapsamında güvence altına alabilmektedir⁷⁶. Ayakta tedavi giderlerinin %10'u sigortalı tarafından karşılanmaktadır. SSK'da olduğu gibi, hastalık hayati önem arz eden nitelik taşıyorsa resmi mercilerce onaylanmış rapor doğrultusunda sigortalıdan katılım payı alınmadan sağlık hizmeti alınabilmektedir⁷⁷.

2.3.3. Bağ-Kur

Esnaflar ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu, kısa adıyla Bağ-Kur 14.09.1971 tarih ve 13956 sayılı 1479 sayılı kanunla, kurulmuştur⁷⁸. Sosyal Sigortalar Kurumu dışında kalan, bir işverene bağlı olmadan, kendi adına ve hesabına çalışan, mesleği sürdürebilmesi için kanunla kurulu bir meslek kuruluşuna girmesi zorunlu bulunanlar Bağ-Kur kapsamında sigortalıdır. Bunlar; esnaflar, zanaatkârlar, kolektif şirketler, limited şirket ortakları, adi komandit şirketlerin komandite ve komanditer ortakları, sermayesi paylara bölünmüş komandit

⁷⁵ Arık,s.51.

⁷⁶ Müjdat Şakar, **Sosyal Sigortalar Uygulaması**, Beta Yayınları, İstanbul, 1996,s.119.

⁷⁷ Salim Koç, Yasal Çerçevesi ve Parasal Boyutu Açısından Sağlık Yardımları, **Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi**, Ekim-Kasım-Aralık, Türk Tabipler Birliği, Ankara, 1998, Y.1, S.2, s.47.

⁷⁸ Murat Demircioğlu, **Yeni Sosyal Güvenlik Rehberi**, Yaklaşım Yayınevi, İstanbul, 2000,s.93.

şirketlerin komandite ortakları, donatma şirketi ortakları, anonim şirketlerin kurucu ortakları ve yönetim kurulu üyesi olan ortaklarıdır⁷⁹.

Bağ-Kur kapsamında malullük sigortası, yaşlılık sigortası, ölüm sigortası ve sağlık sigortası hizmetleri yer almaktadır. Bağ-Kur'da sağlık sigortasından faydalanabilmek için diğer sosyal güvenlik kurumlarından farklı olarak bazı şartların sağlanmış olması gerekmektedir. Buna göre; Bağ-Kur sigortalısı olmak, en az sekiz ay sağlık sigortası primi ödemiş olmak, prim ve gecikme zammı borcu bulunmamak, çocuklar için öngörülen (yaş ve eğitim süresi) sınırlamasına uymak ve başka bir sosyal güvenlik kurumundan sağlık yardımı almıyor olmak gerekmektedir⁸⁰.

Bağ-Kur sigortalısı, sigortalılık niteliğini kaybettikten sonra 90 gün süre ile sağlık sigortasından faydalanabilmektedir. Sigortalılar sağlanan sağlık hizmetleri devlet eliyle yürütülen hastane ve sağlık kurumlarınca yapılmaktadır. Sigortalılar, 1 yıl süre ile geçerli olan sağlık karnesi verilmektedir. Bağ-Kur sağlık sigortası kapsamına doktor muayenesi, teşhis için gereken tanı işlemleri, gerekli görülen hallerde yatarak tedavi hizmeti sağlanması ve hastalık süresince ilaç giderlerinin karşılanmasıyla diş tedavi ve gözlük giderleri girmektedir. Ayakta tedavi giderlerinin aktif sigortalı için %20, pasif (emekli) sigortalı için %10 katılım payı zorunluluğu vardır. Bu katılım payları yardımcı tıbbi malzeme talep edilmesi durumunda da geçerlidir.

2.3.4. Özel Sandıklar

Bankalar; 1936-1960 yılları arasında “istihsal vasıtası” niteliğinde olmadıkları ve “servet tevzii” hizmeti ile uğraştıkları gerekçesiyle, 1946-1960 yılları arasında da sosyal güvenlik kanunları kapsamı dışında kalmış olmaları nedeniyle çalışanlarının sosyal güvenlik anlayışı kapsamında sağlık sigortası güvencelerini sağlamak amacıyla “Özel Emekli Sandıkları” kurmuşlardır. Bunlardan en eskisi 1939 yılında faaliyete geçen Türkiye İş Bankası tarafından kurulan sandıktır⁸¹.

⁷⁹ Musa Bulut, Bağ-Kur, **Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi**, Temmuz-Eylül, Ankara, 2001, Y.1.S.1., s. 35.

⁸⁰ Demircioğlu, s.93.

⁸¹ Anadolu Hayat Sigorta A.Ş., Ar-Ge Bölümü Çalışması, 1993, 5-7.

1965 yılında 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu'nun yürürlüğe girmesi ile sandıklar genişletilerek bankalar, sigorta ve reasürans şirketleri, ticaret odaları, sanayi odaları, borsalar ve bunların oluşturduğu birliklerin personelinin malullük, yaşlılık ve ölümlerinde yardım yapmak üzere kurulan tüm sandıkları bu kapsama dahil edilmiştir⁸². Bu sandıkların sağladıkları hizmetler asgari SSK kadar olmak zorundadır. Bu sandıklarda üye ve bakmakla yükümlü olduğu aile fertleri sisteme dâhil olarak hizmet almaktadır. Özel sandıkların kapsamında sağlık hizmetleri doktor muayenesi, teşhis için gerekli tanı işlemi, gerekli durumda yatarak tedavi, ilaç desteği, yardımcı tıbbi malzeme temin edilmesi, gebelik ve doğum teminatı, diş ve gözlük teminatı ve gerekli hallerde tedavi amaçlı yurt dışına sevki ve yol masrafları karşılanmaktadır.

2.3.5. Yeşil Kart Uygulaması

Yeşil Kart, ödeme gücü olmayan herhangi bir sosyal güvenlik sisteminden yoksun vatandaşların tedavi masraflarının karşılanması amacıyla uygulanan sosyal güvenlik ve sosyal sağlık sigortası temelli bir uygulamadır. Hiçbir sosyal güvenlik kurumu güvencesi altında olmayıp, herhangi bir geliri olmayan veya aile içindeki gelir payı 1475 sayılı İş Kanunu'na göre belirlenen asgari ücretin vergi ve sosyal primi dışındaki miktarının 1/3'ünden az olan, Türkiye'de ikamet eden Türk vatandaşlarının sağlık giderlerinin Genel Sağlık Sigortası uygulamasına geçilinceye kadar devlet tarafından karşılanması amacını güden Yeşil Kart Uygulaması, maddi gücü ne olursa olsun tüm vatandaşlarımızın sağlık hizmet hakkının korunması esasına dayanmaktadır⁸³.

Ülkemizde sosyal sigorta sistemi, işveren, çalışan ve devlet katkısı ile finanse edilmektedir. Herhangi bir gideri ve mülkü olmayan yoksullara genel sağlık hizmeti, yeşil kart uygulaması ile devlet tarafından verilmektedir. Yeşil kart uygulamalarına 1992 yılında başlanmıştır. Bu uygulamaya 01.02.2012 tarihi itibarıyla son verilmiştir. Tablo 1'de yeşil karttan yararlanan ve tedavi gören kişi sayıları düzenlenmiştir.

⁸² Arık, s.51.

⁸³ Arık, s.52.

Tablo 1: Sağlık Hizmeti Sunumunda Yeşil Kart Uygulaması

Yıllar	Yeşil Kart Almak için Başvuran Kişi Sayısı	Yeşil Kart Alan Kişi Sayısı	Toplam Tedavi Gören Yeşil Kartlı
1992-93	2.971.722	2.211.341	155.395
1994	1.498.213	1.460.111	857.441
1995	1.674.712	1.325.276	1.543.903
1996	970.889	716.338	1.258.545
1997	1.298.526	953.912	1.462.449
1998	1.345.953	1.345.953	1.786.637
1999	1.352.148	961.186	2.277.488
2000	1.023.164	935.108	889.249
2001	1.674.706	1.372.419	1.325.977
2002	2.137.520	1.502.452	1.262.359
2003	1.311.728	294.921	1.068.258
2004	176.024	122.461	1.167.758

Kaynak: http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/671_6yesil_kart_uygulamasi.pdf, (Erişim Tarihi: 01.04.2011)

Tablo 1’de yeşil kart uygulamasının başladığı ilk yıl olan 1992-1993 yıllarında talebin 3 milyon kişiye yaklaştığını ve bunların da büyük çoğunluğunun bu hizmetten yararlanmak üzere yeşil kart aldığını ancak ilk yıl için yalnızca 155.395 kişinin yeşil kartla tedavi olduğu görülmektedir. Sonraki yıllarda bu oranın göreceli olarak değiştiği dikkat çekmektedir. Örneğin 1998 yılında 1.395.953 kişinin yeşil kart almak için başvurduğunu ve başvuruların tamamına yeşil kart verildiği görülmektedir. Öte yandan önceki yıllarda sunulan yeşil kart imkanı ile toplamda 1998 yılı için tedavi gören yeşil kartlı sayısı o yıl için 1.786.637 olarak karşımıza çıkmaktadır. Sonraki yıllarda tabloya baktığımızda yine en yüksek başvurunun 2002 yılında olduğunu ve son olarak 2004 yılında 176.024’e kadar gerilediği görülmektedir. Sosyal Güvenlik Kurumunun açıklamış olduğu istatistikî verilere göre 31 Aralık 2009 yılı itibari ile 9.647.131 kişi Yeşil Kart kapsamında genel sağlık sigortalısı olarak sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadır (SGK, 2010). Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumunun nüfus ile ilgili yaptığı çalışmaya göre 31 Aralık 2009 tarihi itibarıyla Türkiye’nin nüfusu 72.561.321 kişidir (TÜİK, 2010). 2009 yılı nüfusu baz alınarak bir kıyaslama yapıldığında nüfusun yaklaşık % 13’ü yeşil kartlı olarak sağlık hizmetinden yararlanmaktadır⁸⁴.

⁸⁴ Yasef Çakır; “Sağlık Hizmetlerinde Katılım Payı Uygulaması ve Bu Uygulamanın Sosyal Devlet İlkesi ve Sosyal Güvenlik Hakkı Bakımından İncelenmesi”, Sayıştay Dergisi, Sayı:80, 2011, sf.85.

Tablo 2: 2009 Yılı Yeşil Kart Kayıtlarının İllere Göre Dağılımı

İL KODU	İL ADI	TOPLAM	İL KODU	İL ADI	TOPLAM
1	ADANA	332.113	42	KONYA	180.722
2	ADIYAMAN	22.952	43	KÜTAHYA	30.725
3	AFYON	56.165	44	MALATYA	123.208
4	AĞRI	292.722	45	MANİSA	128.830
5	AMASYA	31.012	46	K.MARAŞ	238.327
6	ANKARA	146.374	47	MARDİN	298.924
7	ANTALYA	96.135	48	MUĞLA	34.396
8	ARTVİN	14.479	49	MUŞ	195.123
9	AYDIN	90.130	50	NEVŞEHİR	26.528
10	BALIKESİR	81.257	51	NİĞDE	48.779
11	BİLECİK	8.334	52	ORDU	112.664
12	BİNGÖL	113.460	53	RİZE	20.886
13	BİTLİS	158.769	54	SAKARYA	53.184
14	BOLU	10.314	55	SAMSUN	147.181
15	BURDUR	15.950	56	SIİRT	128.237
16	BURSA	101.817	57	SİNOP	18.574
17	ÇANAKKALE	22.768	58	SİVAS	87.172
18	ÇANKIRI	10.435	59	TEKİRDAĞ	38.649
19	ÇORUM	71.887	60	TOKAT	90.732
20	DENİZLİ	45.604	61	TRABZON	63.487
21	DİYARBAKIR	555.956	62	TUNCELİ	19.261
22	EDİRNE	35.479	63	ŞANLIURFA	630.428
23	ELAZIĞ	88.048	64	UŞAK	27.180
24	ERZİNCAN	22.700	65	VAN	497.253
25	ERZURUM	232.668	66	YOZGAT	75.751
26	ESKİŞEHİR	31.419	67	ZONGULDAK	28.889
27	GAZİANTEP	249.008	68	AKSARAY	63.005
28	GİRESUN	53.875	69	BAYBURT	13.524
29	GÜMÜŞHANE	20.475	70	KARAMAN	22.008
30	HAKKARİ	127.471	71	KIRIKKALE	18.630
31	HATAY	296.399	72	BATMAN	214.851
32	ISPARTA	29.537	73	ŞIRNAK	217.397
33	MERSİN	230.194	74	BARTIN	12.032
34	İSTANBUL	326.416	75	ARDAHAN	29.575
35	İZMİR	169.256	76	İĞDIR	68.995
36	KARS	108.446	77	YALOVA	11.505
37	KASTAMONU	30.859	78	KARABÜK	9.038
38	KAYSERİ	80.205	79	KİLİS	30.666
39	KIRKLARELİ	20.328	80	OSMANİYE	74.014
40	KIRŞEHİR	26.959	81	DÜZCE	22.580
41	KOCAELİ	50.763		TOPLAM	8.862.048

Kaynak: http://ykart.saglik.gov.tr/ykbs/ykbs_ilaktif.jsp (25.12.2012)

Tablo 2’de 25.12.2011 tarihi itibariyle mevcut yeşil kartlı sayısı iller bazında yer almaktadır. Yeşil kartlı sayısının illere göre dağılımı incelendiğinde en yüksek yeşil kartlı sayısı 1.613.737 kişilik nüfusa sahip Şanlıurfa dikkat çekmektedir. 630.428’lik bir sayı ile nüfusunun üçte birinden fazlasının yeşil kart kullandığı görülmektedir. Bu şehrimizi 555.956 yeşil kartlı ile Diyarbakır izlemektedir. Van ilinde 497.253 kişinin kullanımında yeşil kart bulunduğu göze çarpmaktadır. 01.01.2012 tarihi itibariyle SGK sistemince yeşil kart provizyonlarına son verilerek genel sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmeti sunumuna devam edilmektedir.

2.3.6. Özel Sağlık Sigortaları

Cumhuriyet Dönemi sonrasında Türkiye’de siyasal ve toplumsal yapı ile uyumlu olarak sosyal sağlık sigortası sistemi uygulanmaya başlandı. En temel amaç; savaş sonrası toplumun sağlık düzeyini yükseltmek ve ekonomik, sosyal ve kültürel bakımdan ilerleme kaydetmektir. Bu nedenle özel sağlık sigortalarının gelişimi ABD ve Avrupa’ya göre daha yavaştır. Sosyal güvenlik kurumlarının sigortalılara sunmakta olduğu sağlık hizmetlerinin yetersiz kalması, uygulanması gereken tedavide mali imkânların yetersizliği nedeniyle ileri tarihlere atılması gibi nedenlerle sigortalılar özel sağlık kurumlarından hizmet almaya ve masraflarını kendi bütçesinden ödemeye başladılar. Bu durum hızla artan sağlık giderlerini bir risk paylaşım kurumu olan sigorta şirketlerinin özel sigorta poliçelerinin gündeme gelmesine neden olmuştur⁸⁵.

⁸⁵ Işıl Ulaş, **Uygulamalı Can Sigortası Hukuku, Hayat ve Kişisel Kaza Sigortaları**, Tarhan Kitabevi, Ankara, 1997, s.159.

Tablo 3: Türkiye’de Özel Sağlık Sigorta Şirketleri

YILLAR	ÖZEL SİGORTA ŞİRKETİ SAYISI	ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI SATAN ŞİRKET SAYISI	ÖZEL SAĞLIK SİGORTALI KİŞİ SAYISI	SAĞLIK SİGORTASI SATAN ŞİRKETLERİN TOPLADIĞI SAĞLIK SİGORTA PRİMİ (TRİLYON TL)	TOPLAM SİGORTA PRİMİ İÇİNDE SAĞLIK SİGORTASI PRİM ORANI (%)
1998	65	41	599.703	56	10,1
1999	63	40	743.399	107	10,9
2000	63	40	690.363	187	10,5
2001	61	40	655.703	270	10,8
2002	54	34	697.505	410	11,4
2003	54	31	723.826	976	10,80
2004	52	39	843.752	734	10,06
2005	52	32	974,251	799	9,78
2006	46	29	1.186,333	984	10,33
2007	50	28	1.275,839	1.218	11,26
2008	50	32	1.266,049	1.326	11,68
2009	59	36	1.293,890	1,415	13,33

Kaynak: Özge Arık; s.115.

Tablo 3’te Türkiye’de kayıtlı bulunan özel sağlık sigorta şirketleri gösterilmektedir. Sağlık sigorta şirketlerinin yıllar itibariyle ele alındığında 1998 yılında 65 olan özel sigorta şirket sayısının 2009 yılına gelindiğinde 59’a gerilediğini görmekteyiz. Sağlık sigortası satan şirket sayısının ise 1998 yılında 41 iken 2009’da 36 tane sağlık sigortası satan özel sigorta şirketi bulunduğu şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Özel sağlık sigortası şirket sayısının 1998 yılına oranla azalmasına karşın özel sağlık sigortalı kişi sayısının 1998 yılında 599.703 iken 2009 yılına gelindiğinde bu sayının 1.293.890 kişi olduğu görülmektedir.

Önceleri özel sağlık sigortaları kaza sigortası içerisinde yer almakta iken, bir süre sonra bu kapsamdan çıkartılarak hastalık sigortası olan başka bir sigorta türü haline getirilmiştir⁸⁶. Özel sağlık sigortalarının amacı, bireylerin yaşamları boyunca karşılaşabilecekleri hastalık riskine karşılık, onların ekonomik zararları paylaşmak ve belirli oranlarda kar elde etmektir. Türkiye’de özel sağlık sigortalarında serbest tarife uygulanmakta olup teminatlar ve fiyatlar serbest piyasa koşullarında belirlenmektedir. Uygulamaların genel çerçevesi olan “Hastalık sigortası genel

⁸⁶ Arık, s.115.

şartları” devlet tarafından çizilmiştir. Özel sigorta şirketleri bu şartlara eklemeler yaparak istedikleri sağlık hizmeti teminatını müşterilerine sunabilmektedirler⁸⁷.

Özel sağlık sigortası kapsamındaki kişilere her türlü teminatın verilmesi mümkün iken ülkemizde genellikle sigorta şirketleri sınırlı teminatlarla poliçeler sunmaktadır. Bunun nedeni mali derinliklerinin çok fazla olmamasından kaynaklanmaktadır. Ayakta ve yatarak tedavi hizmetlerinin sunulduğu sağlık sigorta poliçelerinde; yardımcı tıbbi malzeme giderleri, ambulans hizmetleri, kemoterapi, radyoterapi, diyaliz gibi şirketler tarafından poliçenin cazip hale getirilmesi için sunulan ek hizmetler de yer almaktadır. Bazı şirketler günlük tazminatlar şeklinde teminatlar verirken bazıları yıllık limitli poliçeler sunmaktadır. Teminatların pek çoğu kaza ve acil durumlar dışında bazı bekleme sürelerine tabi olup poliçenin devam etmesi halinde bu şart aranmamaktadır. Doğum teminatı genellikle bir yıllık bekleme süresine tabidir. Sigorta şirketleri genellikle sağlık kuruluşları ile anlaşma yaparak sigortalılarının anlaşmalı kurumlardan hizmet almasını istemektedir. Bu durum sigorta şirketi ile sağlık kurumu arasında yapılan anlaşmaya bağlı olarak maliyeti düşürmektedir. Sigorta şirketi sigortalılarının tazminat ödemelerini direkt olarak bu kurumlara yapmakta bu sayede sigortalı için ödeme konusunda sıkıntı oluşmamaktadır. Anlaşmalı olmayan kurumlarda sağlık hizmeti alan sigortalılar hizmet karşılığı aldıkları faturaları ve sigorta kurumunun tazminat ödemesi için belirttiği belgeleri sigorta şirketine teslim etmesi durumunda tazminat ödemesini alabilmektedir⁸⁸.

Özel sigorta şirketleri tarafından sunulan sağlık sigorta poliçeleri ferdi nitelik taşıdığından sigortalı kendi için prim ödeyerek bakmakla yükümlü olduğu aile bireyleri poliçeye dahil edilmemektedir. Sağlık hizmetini özel sigorta şirketi aracılığı ile almak isteyen aile bireyleri için ayrıca belirlenmiş primleri ödemek zorundadır. Sigorta şirketinin, sigortalı adayını risk analizi yaparak sistemine dahil etmeme hakkı vardır. Her sigorta şirketi risk analiz sınırlarını kendisi belirler ve yaş, boy-kilo oranı, geçirilmiş hastalıklar, cinsiyet ve meslek bilgileri risk analizini etkilerler.

⁸⁷ Ulaş, s.160.

⁸⁸ Arık, s.116.

Türkiye’de özel sağlık sigortası sistemine girmek isteyen sigortalı adayları için en büyük sorun; çifte prim ödeme durumudur. Ülkemizde sosyal sigorta sistemi uygulanmakta olup gelir sahibi her birey bu sisteme zorunlu olarak girmek ve prim ödemek zorundadır. Özel sağlık sigortası aracılığı ile hizmet almayı seçtiği zaman sosyal sigorta sisteminden ayrılmak gibi bir şansı yoktur ve sisteme prim ödemeye devam eder. Bu durumda sosyal sağlık sigortasının sunduğu sağlık hizmetlerinden yararlanmamakta ama prim ödemeye devam etmektedir. Bu özel sağlık sigortası satın almanın maliyetini yükseltir ve ülkemizde özel sağlık sigortası sistemine katılımı engellemektedir⁸⁹.

2.4.SOSYAL GÜVENLİK KURUMU OLUŞTURULMASINA GEÇİŞ VE NEDENLERİ

Türkiye’de Cumhuriyetin kurulması ile birlikte Refik Saydam döneminden itibaren, sağlık hizmetlerinde önemli gelişmeler meydana gelmiştir. İlk dönemlerde koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilerek, sağlık kurumlarının mümkün olduğu kadar yaygınlaştırılması yönünde çaba harcanmıştır⁹⁰. Hizmetlerin yapılması ve uygulamaların sağlıklı yürütülmesi için devlet desteği ön planda tutulmuş ve sağlık hizmetlerinin finansmanı genel bütçeden sağlanarak sosyal sağlık sistemi yönünde hareket edilmiştir. Yine aynı dönemde “Hükümet Tabiplikleri” örgütünün (bugünkü adıyla Türk Tabipler Birliği) temelleri atılmıştır⁹¹. 24 Ocak 1980 Kararları’nın bir sonucu olarak, bu tarihten sonra, sağlık hizmetlerinin tamamen kamu kesimi tarafından sunulması düşüncesinden vazgeçilmiştir⁹². 2000’li yıllara gelindiğinde tekrar kamu finansmanı ile sağlık hizmeti verilmesi önem kazanmıştır. Genel Sağlık Sigortası çalışmalarına başlanmış, belirli bir gelir düzeyinin altında kalan ve bakıma muhtaç olan vatandaşlar için Yeşil Kart Uygulaması getirilmiştir. Türkiye’de sağlık ekonomisi alanında özellikle 2003 yılından itibaren olmak üzere, son yıllarda pek çok gelişmeler meydana gelmiştir⁹³.

⁸⁹ Hazine Müsteşarlığı, Sigortacılık Genel Müdürlüğü web sitesi, sağlık sigortası genel şartları.

⁹⁰ Arık; s.82.

⁹¹ Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi Komisyonu, 1991,s.1.

⁹² Yusuf Alper; **Türkiye’de Sosyal Güvenlik ve Sosyal Sigortalar**, Uludağ Üniversitesi Güçlendirme Vakfı, Bursa, 1999,s.45.

⁹³ www.saglik.gov.tr. (05.08.2010)

2003 Yılında yürürlüğe giren “Teşhis ve Tedavi amacıyla Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarına Hasta Sevkinde İlişkin Usul ve Esaslar Tebliği” ile kamu çalışanlarının özel sağlık kuruluşlarında da tedavi olma imkânı doğmuştur.

2004 Yılında çıkarılan “Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatlandırılmasına Dair Bakanlar Kurulu Kararı” ile referans fiyat uygulamasına geçilmiş, böylece çoğunluğu ilaçlardan oluşan beşeri ve tıbbi ürünlerin kaliteden ödün verilmeden ucuza temin edilmesi amaçlanmıştır.

2005 Yılından itibaren, SSK’ya tabi çalışanların ve emeklilerin reçeteli ilaçlarını anlaşmalı eczanelerden temin etmeleri mümkün hale gelmiştir. İlaç geri ödeme sisteminde “pozitif liste” uygulamasına geçilmiştir. Bu uygulama devletin ilaç harcamalarını kontrol etmesini, toplumun daha geniş bir listeden ilaç temin edebilmesini mümkün kılmıştır⁹⁴.

“Sağlıkta Dönüşüm” reformu çerçevesinde, 1 Ocak 2005’ten itibaren Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) bünyesindeki bütün sağlık hizmet işletmelerinin yanında kamu kurumlarınca işletilen sağlık tesisleri de Sağlık Bakanlığı’na devredilmiştir. Böylece, sağlık hizmetlerinin tek çatı altında toplanması, uygulama farklılıklarının giderilmesi, hizmetlerin ortak standartlara bağlanması, kamu sağlık işletmelerindeki kaynaklardan maksimum düzeyde yararlanılması amaçlanmıştır. Mayıs 2006’da çıkarılan 5502 sayılı Kanun ile “Emekli Sandığı”, “Sosyal Sigortalar Kurumu” ve “Bağ-Kur” isimleri altında ayrı olarak çalışmakta olan üç ayrı sosyal güvenlik kurumu, “Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)” çatısı altında bir araya getirilmiştir⁹⁵.

“Genel Sağlık Sigortası Sistemi” ile ilgili mevzuat çalışmaları yapılmış Kanun 1 Ekim 2008 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Türkiye’de son dönemde, sağlık sisteminde yapılan reformlar nedeniyle, bir geçiş süreci yaşanmaktadır. Sağlık sektörünün yıllar itibariyle yaşadığı sorunların çözümünü sağlamak amacıyla tasarlanan sağlıkta dönüşüm projesinin gerekliliğini anlamak ve SGK’nın oluşturulma nedenini görmek için öncelikle; 2003’te “sağlıkta dönüşüm projesi” uygulanmadan önce mevcut sağlık sistemindeki sorunları irdelemek gerekmektedir.

⁹⁴ Arık; s.83

⁹⁵ www.saglik.gov.tr, (21.10.2010)

2003 yılı öncesinde topluma sınırlı sağlık hizmetini ücretsiz sunan ulusal bir sağlık hizmeti ile kayıtlı sektör çalışanları ve bu kişilerin bakmakla yükümlü oldukları insanları kapsayan bir dizi sosyal sigorta sisteminin bileşimi idi. Yoksul ve zayıf gruplar için de, yeşil kart adı altında, bir sosyal destek programı vardı. 2003 yılında, nüfusun yaklaşık %85'i uygulanmakta olan sağlık sigortası sisteminin kapsamında yer almaktaydı. Geri kalan %15'lik kesimin ise; bir sağlık sigortasına erişimi yoktu ve katkı payı ödemesi yapmıyorlardı. Fakat aynı zamanda, Sağlık Bakanlığı ağı aracılığıyla sunulan koruyucu hizmetleri, birinci basamak sağlık hizmetleri ve acil tıbbi bakımları dolaylı olarak karşılanmaktaydı. Bu durum parçalı ve verimsiz bir sağlık finansmanı ve sunumu sistemine neden olmaktadır. Nüfusun %46,3'lük kesimini kapsayan SSK en büyük sigorta kurumuydu. Bunu nüfusun %22,3'ünü kapsayan Bağ-Kur izliyordu, daha sonra %15,4'ünü kapsayan Emekli Sandığı geliyordu. Türkiye'de özel sigortaların kapsamı ise %0,5'den daha düşüktür⁹⁶.

2.5.SAĞLIK HARCAMALARINI BELİRLEYİCİ UNSURLAR VE FİNANSMAN YÖNTEMLERİ

Sağlık hizmetlerinin finansmanı, sağlık hizmetlerinin belirsiz ve sınırsız talebinin karşılanmasına yönelik ortaya konan sağlık hizmet sistemlerinin sürdürülebilmesi için gerekli şartlardan birini oluşturmaktadır. Sağlık sistemlerinin sürdürülebilmesi için bina ve ekipmanlarına yönelik yatırımların artması, personelin ücretlerinin ödenmesi ve eğitimlerinin sağlanması, ilaçlar ve diğer tüketilebilir maddelerin tedarik edilebilmesi için gerekli olan ödemelerin yapılabilmesi ile mümkündür⁹⁷. Sağlık hizmetlerine yönelik yapılacak bina ve ekipman yatırımlarının karşılanabilmesi, sürekli ve yüksek miktarlarda finansman akışını gerekli kılmaktadır. Özellikle teknolojik gelişmeler ve beraberinde sağlık hizmetleri arzının kullanım alanı içine dahil olan ve yüksek teknoloji içeren ekipmanlar, oluşturulacak finansman kaynaklarının önemini arttırmaktadır.

⁹⁶ http://www.oecd.org/country/0,3731,en_33873108_33873854_1_1_1_1_1,00.html (21.10.2010)

⁹⁷ E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras, J. Kutzin; **Funding Health Care: Option for Europe**, European Observatory on Health Care Systems. Policy Brief no:4, s.1.

Sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin kaynakların sınırlı olması, buna karşın sağlık hizmetlerine yönelik harcamaların sürekli olarak artması, sağlık politikaları içinde sağlık hizmetlerinin finansmanının önemini ve önceliğini arttırmaktadır⁹⁸. Sağlık hizmetleri talebi, sağlık hizmetlerine yönelik yaşanan teknolojik değişimlerden oldukça yoğun bir şekilde etkilenmekte, buna bağlı olarak sağlık hizmet talepleri sürekli olarak artmaktadır. Özellikle teknolojik değişime bağlı olarak artan hizmet talebi, finansman kaynaklarına olan ihtiyacı arttırmaktadır.

Sağlık hizmetleri talebi, sağlık hizmetleri sınıflandırması içinde yer alan hizmet türleri için farklı şekilde gerçekleşmektedir. Negatif dışsallığın oldukça fazla olduğu koruyucu sağlık hizmetleri benzeri hizmetler, sağlık malının kamusalılık özelliğini artıran ve bedavacılık probleminin ortaya çıktığı hizmetlerdir. Kamusalılık sebebiyle bu tür hizmetlerin karşılanması ve finansmanı devlet tarafından yürütülmektedir. Hemen hemen tamamı devlet tarafından karşılanan bu tür sağlık hizmetlerinin finansmanının sağlanması, ortaya çıkacak negatif dışsallıkların önlenmesi, toplumdaki tüm bireylere ulaşabilecek şekilde geliştirilebilmesi açısından önem taşımaktadır.

Sağlık hizmetleri finansmanı sosyal güvenlik sistemi ile doğrudan ilişkilidir. Sağlık hizmetleri finansmanının, sosyal sigorta kavramı içinde sosyal güvenlik sisteminin bir parçası olarak ele alınması nedeniyle, sağlık hizmetlerinin finansman boyutunun sosyal güvenlik politikalarından bağımsız olarak irdelenmesi mümkün değildir⁹⁹. Sosyal güvenlik, sağlık hizmetleri talebinin belirsizlik özelliğinin bir sonucudur. Bireylerin istek ve iradeleri dışında oluşan ve buna bağlı olarak bireyin malvarlığında ve özellikle gelir kazanabilme yetisinde ortaya çıkabilecek kayıpların telafisine yönelik alınan önlemler bütünü ifade etmektedir. Sosyal güvenlik, sosyal politikaların ve gelişmiş ülkelerdeki refah devleti anlayışın ulaştığı en önemli zirvelerden biri olarak kabul edilmektedir¹⁰⁰. Sosyal güvenlik, belirsizlik içinde ortaya çıkabilecek sağlık hizmetleri talebi nedeniyle, bireylerin yaşaması muhtemel

⁹⁸ Hasan H. Yıldırım, **Sağlıkta Dönüşüm Programı: Sağlık Hizmetleri Finansman Açısından Bir Sorgulama** (www.saglikyonetimi.org) (15.08.2010)

⁹⁹ Aktan ve Işık, s.22.

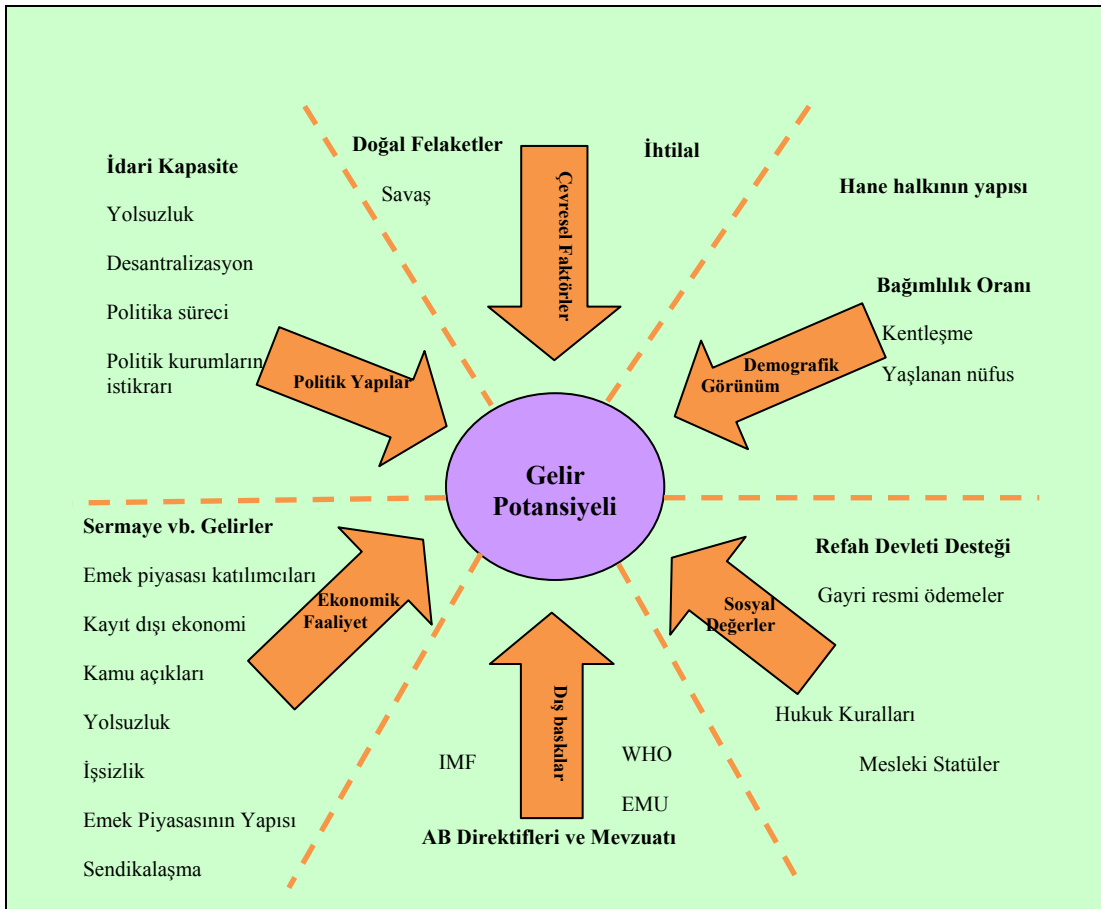
¹⁰⁰ Türk Sanayici ve İşadamları Derneği (TÜSİAD); **Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Yeniden Yapılanma: Sorunlar, Reform İhtiyacı, Arayışlar, Çözüm Önerileri**, Ekim, Yayın No: TÜSİAD-1997, T/97-10/217.

ekonomik ve sosyal problemlerin en aza indirilmesi, ekonomik ve sosyal anlamda ortaya çıkabilecek zararların karşılanması açısından oldukça önemlidir.

Esasen sağlık hizmetlerinin finansmanına, gelir potansiyeli ve bu gelir potansiyelini etkileyen faktörler çerçevesinde bakıldığında oldukça geniş bir kapsamda ele alınmasının gerekliliği çok daha net biçimde ortaya çıkmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin finansmanın belirleyicilerini, potansiyel geliri etkileyen faktörler ortaya konmaktadır. Buna göre sağlık hizmetlerinin finansmanı yalnızca ekonomik faktörler tarafından değil, politik ve demografik yapı, sosyal değerler, çevresel faktörler ve uluslararası baskılar tarafından da etkilenen, sosyal ve ekonomik anlamda kapsamı oldukça geniş olan bir öneme sahiptir. Aşağıdaki şekilde sağlık hizmetlerinin finansmanını belirleyen birimler gösterilmektedir.

Şekil 4. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanının Belirleyicileri



Kaynak: Gottret, P. ve G. Schieber; "Health Financing Revisited" Washington D.C.:World Bank, 2006, s.42. ve Hilmi Çoban; "Sağlık Ekonomisi ve Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması", (yayınlanmamış doktora tezi), D.E.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü İzmir, 2009, s.115.

Şekil 4'te sağlık hizmetlerinin finansmanına ilişkin belirleyici faktörler gösterilmektedir. Gelir potansiyelini belirleyici etkenler; çevresel faktörler, politik yapılar, ekonomik faaliyetler, dış baskılar, sosyal değerler ve demografi finansman sürecinin baş aktörleridir.

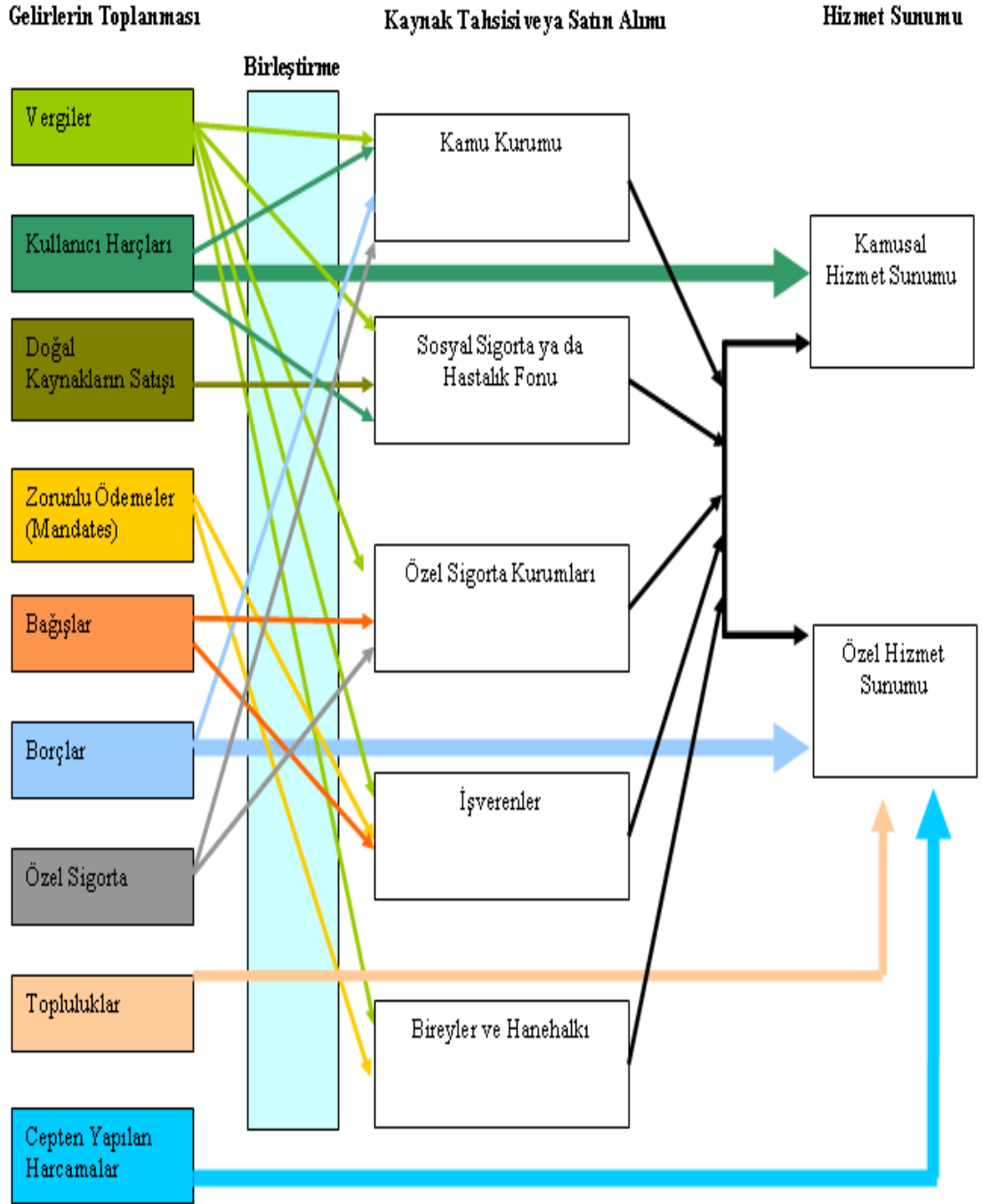
Sağlık hizmetlerinin finansmanı çok farklı kaynaklara ve çok farklı alternatiflere sahip olması nedeniyle, fonksiyonları açısından farklılık arz etmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansman kaynaklarının ve yöntemlerinin çeşitliliği, bilinen fonksiyonları dışında dolaylı etkilere de sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanını belirleyici faktörlerin ülkeden ülkeye değişiklik göstermekte olduğunu söylemek mümkündür.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı gelirlerin toplanması, kaynakların (risklerin) birleştirilmesi ve mal ve hizmetlerin satın alınmasını içeren temel fonksiyonlara sahiptir. Bütün bu fonksiyonlar kendi aralarında ilişkiler açısından çok karmaşık bir yapıya sahiptirler. Gelirlerin toplanması, hane halkı, firmalar ve dış kaynaklardan finansman sağlayarak sağlık sistemlerinin finansmanını arttırmayı ifade etmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlamaya yönelik gelirler, farklı gelir kaynaklarından ve farklı gelir türlerinden toplanmakta ve finansman miktarının artmasına katkıda bulunmaktadır.

Birleştirme, toplum adına sağlık hizmetine ilişkin ön ödemeli gelirlerin biriktirilmesini ifade etmektedir. Gelirlerin toplanması ve risklerin birleştirilmesi, sağlık çıktılarını geliştirmek için dizayn edilen temel sağlık hizmetlerine bütün bireylerin ulaşabilmesini güvence altına almak için, yeterli ve sürdürülebilir gelirlerin toplanması ve yönetilmesini ifade etmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanının sahip olduğu işlevlerin en temelinde, gelirlerin toplanması ve bu gelirlerin havuzlama şeklinde birleştirilerek sağlık hizmetleri satın alma sürecine dahil edilmesi bulunmaktadır. Havuzlama, kaynakların birleştirilmesini ifade etmenin yanı sıra riskin birleştirilmesi, ortaklanması ve bu şekilde toplumun tüm bireylerinin temel sağlık hizmetlerinden yararlanmasını da içermektedir.

Şekil 5'te sağlık hizmetlerinin finansman kaynakları ve fon akımı yer almaktadır.

Şekil 5: Sağlık Hizmetlerinin Finansman Kaynakları ve Fon Akımı



Kaynak: Çoban; 2009, s.117.ve George Scheiber. Ve A. Maeda (1997). A Curmudgeon's Guide to Financing Health Care in Developing Countries. Innovations in Health Care Financing (ss.5-52). Derleyen G. Scheiber. World Bank, Washington D.C.

Şekil 5’te verilen sağlık hizmetlerinin finansman kaynakları ve fon akım tablosu’na göre kaynaklar gelirin toplanması, birleştirilmesi, kaynak tahsisi ve hizmetin sunumu olmak üzere dört başlık altında toplanmaktadır. Vergiler, kullanıcı harçları, doğal kaynakların satışı, zorunlu ödemeler, bağışlar, borçlar, özel sigortalar, özel hizmet sunumunda bulunan topluluklar ve cepten yapılan harcamalar vasıtasıyla sağlık hizmetlerinin sunumu için gerekli kaynaklar toplanmaktadır.

Farklı kaynaklardan toplanan ve birleştirilen gelirler, sağlık hizmetleri talebine yönelik olarak etkin ve verimli bir şekilde sağlık hizmetlerinin satın alınması sürecinde kullanılacak ve sağlık hizmetler sunumunun yeterli ve sürdürülebilir düzeyde yapılabilmesine olanak sağlayacaktır. Başta kamu kurumları olmak üzere, sosyal sigorta, özel sigorta, işveren ve bireyler üzerinde havuzlanarak sağlık hizmeti alım sürecine dahil edilecektir. Bazı finansman kaynaklarının söz konusu araçlar olmaksızın sağlık hizmetleri alım sürecini gerçekleştirmeleri, doğrudan sağlık hizmetleri sunan birimlerden sağlık hizmeti satın alabilmeleri mümkündür. Bu süreçte havuzlama, birleştirme fonksiyonunun atlanması, riskin birleştirilerek dağıtılması sürecini sekteye uğratmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin sahip olduğu bu fonksiyonlar, sağlık sisteminin performansına yönelik olarak önemli kriterlere bağlıdır. Buna göre sağlık hizmetleri finansmanının fonksiyonları:

- Toplum için, temel sağlık hizmetlerinin sağlanması ve finansal koruma ile ilgili olarak, bugün ve gelecekte ulaşılabilir fonların oluşturulmasına
- Sistemi finanse eden kaynaklardaki artış ile birlikte adaletin sağlanmasına
- Ekonomide aşırı vergi yükü vb. ekonomik kayıplar veya bozulmaların oluşturulması ile ilgili olarak gelir arttırma çabalarının ekonomik etkinliğine
- Havuzlamanın ve ön ödemenin seviyesine
- Tüketilen ve satın alınan sağlık hizmetlerinin maliyet etkinliği ve dağıtım etkinliğine
- Hizmet üretiminin teknik etkinliğine(her hizmetin minimum maliyetlerde üretilmesi) koşullarına bağlı olarak değerlendirilecek ve bu amaçlara ulaşma yolunda yönetimini belirleyecektir.

Sağlık harcamalarının finansmanında kamusal ve özel finansman yöntemleri olmak üzere iki tipte incelenebilmektedir.

2.5.1. Kamusal Finansman Yöntemleri

Kamu finansman yöntemleri, sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin karşılanması amacıyla kamu birimleri tarafından kaynakların birleştirilmesi sürecinde kullanılan yöntemleri ifade etmektedir.

2.5.1.1. Dolaylı ve Dolaysız Vergiler

Şüphesiz vergiler diğer kamu hizmetlerinde olduğu gibi, hemen her ülke açısından sağlık hizmetlerinin karşılanmasında da en önemli finansman yöntemlerinden birini oluşturmaktadır. Vergilerin farklı kriterler çerçevesinde farklı sınıflandırmaya tabi tutulabilmesi mümkündür. Vergilerin yansımaya, ekonomik etkinliğine, adalet algılamasına bağlı olarak farklı vergi sınıflandırmaları yapılabilmektedir. Vergilerin yansımaya bağlı olarak yapılan sınıflandırma dolaylı ve dolaysız vergilendirme şeklinde olmaktadır¹⁰¹. Kazanç, ücret, servet veya kurumlar üzerinden alınan yerel veya ulusal düzeydeki bütün kaynaklardan toplanan vergiler sağlık hizmetlerinin finansmanına katkıda bulunmak için kullanılmaktadır. Kamu tarafından yapılan sağlık harcamalarının büyük bir bölümü vergiler yoluyla yapılmaktadır.

Genel olarak düşük ve orta gelir düzeyine sahip ülkelerde toplam sağlık harcamaları içinde kamu harcamalarının payı % 50 dolaylarında iken, yüksek gelir düzeyine sahip olan ülkelerde % 70 düzeylerine çıkabilmektedir¹⁰². Vergiler toplam sağlık harcamaları içinde önemli bir kalem olmakla birlikte, sağlık hizmetlerinden yalnızca vergi mükelleflerinin faydalanması veya vergi mükellefi olmayanların sağlık hizmetlerinden yararlanmalarının sınırlandırılması şeklinde uygulamalar bulunmamaktadır. Vergilerle finanse edilen sağlık hizmetleri açısından bireyler

101 Edwin Robert A. Seligman; **The Income Tax: A Study of The History, Theory, and Practice of income Taxation at Home and Abroad**, Second Edition. The Lawbook Exchange Ltd. 2004, s. 537.

102 P. Gottret ve G. Schieber; **Health Financing Revisited** Washington D.C.:World Bank, 2006, s.42.

arasında ayırım yapmak, sağlık hizmetlerinden yararlanmayı vergi ödeme ön şartına bağlamak mümkün değildir.

2.5.1.2.Harçlar

Kamu hizmetlerinden yararlanmanın karşılığında kullanıcılar tarafından ödenen paralar, kamu kurumları tarafından toplanır ve kamusal mal ve hizmetlerin sunumunda kullanılmak üzere satın alma sürecine dahil edilir. Kullanıcı harcı, ücreti olarak isimlendirilen bu bedeller çoğu kez alınan kamu hizmetinin parasal olarak tam karşılığını ifade etmemektedir.

Kamusal hizmetler için özel kişiler tarafından yapılan ödemeler ifade edilmektedir. Bu açıdan sağlık hizmetleri özel finansman yöntemleri içinde yer alan bireysel ödemeler ile benzerlik göstermektedir. Ancak hizmeti sunan birimin kamu kurumu olması nedeniyle, kullanıcı harçları kamusal finansman kapsamında ele alınmaktadır¹⁰³. Vergiler ile kullanıcı harçları arasındaki en önemli fark, harçların kamusal hizmetlerin karşılığında ödenmesine rağmen vergilerde herhangi bir karşılık bulunmamasıdır.

Kullanıcı harçları kamu kurumları tarafından sağlanan hizmetler karşılığı ödenecek, hizmetten yararlanmayanlar için böyle bir bedel söz konusu olmayacaktır. Söz konusu hizmeti kullanmayarak kullanıcı harcından kaçınmak mümkündür. Bunun yanı sıra bazen devlet, kamusal kaynaklarını bütünleştirebilmek için kamusal hizmetlere ulaşımın sınırlandırılmasında kullanıcı harçlarını etkin bir şekilde kullanır¹⁰⁴. Kullanıcı harçları, toplam finansmana katkısı açısından vergilere göre oldukça küçük miktarlarda kalmaktadır. Ancak harçların, talebin sınırlandırılması gibi fonksiyonlara sahip olması, ekonomi üzerindeki etkinliği açısından oldukça önemlidir.

103 George Schieber ve A. Maeda, **A Curmudgeon's Guide to Financing Health in Developing Countries. Innovations in Health Care Financing**, Derleyen G. Schieber. Discussion paper 365. Washington D.C. World Bank,1997:s.33.

¹⁰⁴ Schieber, s.79.

2.5.1.3.Zorunlu Sağlık Sigortası

Zorunlu sağlık sigortacılığı ilk kez Almanya'da 1883 yılında, Otto Van Bismarck tarafından yasal olarak başlatılmıştır. Buna göre belirli endüstrilerde belli bir miktarın altında kazanca sahip olanların hastalık fonuna katılması zorunlu kılınmış ve bununla ilgili finansmana işçi ve işverenin katkıda bulunması kararlaştırılmıştır. Sosyal sigorta; toplumun hastalık, iş kazası, işsizlik, yaşlılık ve ölüm gibi nedenlerle ortaya çıkabilecek ekonomik ve sosyal kayıplara karşı kamusal önlem mekanizmaları ile korunmasıdır. Sosyal sigorta, beklenmedik sağlık problemleri sebebiyle ortaya çıkan ekonomik ve sosyal kayıpların en az zararlar kapatılması amacıyla zorunlu katkı payları toplanarak oluşturulmaktadır. Sosyal sigorta sistemine ilişkin katkılar işçi ve işverenden toplanmakta ve riskin ve maliyetlerin dağıtılarak azaltılması sağlanmaktadır.

Ülkeler arasındaki sosyal, demografik ve ekonomik farklılıklar, sosyal sigorta uygulamasının farklı biçimlerde yorumlanmasına yol açmıştır. Örneğin sağlık hizmetlerinin sunumunda yetersizlikler yaşayan ülkeler, yalnızca sağlık kuruluşlarının üyelerinin yararlanabileceği hastaneler kurmuş ve sigorta kapsamındaki bireylerin sağlık hizmetleri yetersizliklerinden etkilenmesinin önüne geçmeye çalışmıştır. Sağlık sigorta sisteminin kapsamının genişlemesi, sağlık hizmetlerinin sunumunda özel sektörün etkin rol alması ve beraberinde sağlık hizmetlerinde yaşanan yetersizliklerin azalması, en önemlisi sağlık sigorta sistemlerinin birleşmesi ile birlikte sadece üyelere hizmet veren hastane uygulamaları azalmıştır.

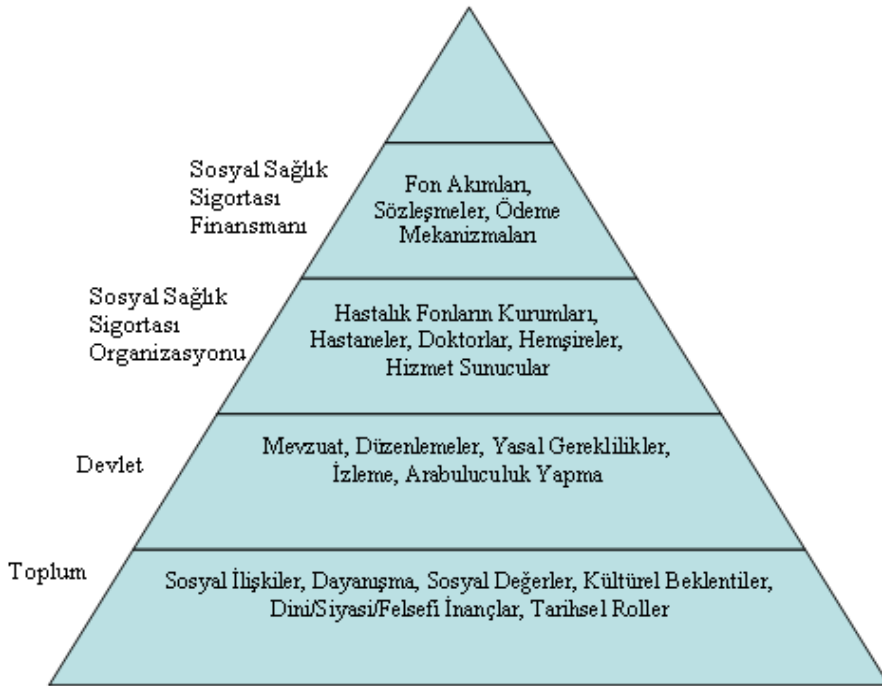
Sağlık sigorta sisteminin temelinde yatan en önemli nitelikler zorunluluk ve işçi, işveren ve devletin finansmana yaptığı katkıdır. Riskin ortaklanması ve kaynakların birleştirilmesi ile birlikte belirsizliklerin ortadan kalkması ve belirsizlikler nedeniyle ortaya çıkan ekonomik ve sosyal maliyetlerin önlenmesi mümkün olabilmektedir.

Sosyal sigorta sistemi toplumun değerlerine, dayanışmasına, inançlarına bağlı olarak devlet tarafından düzenlenen yasal mevzuatı, düzenlemeleri ve toplumsal değerler ile yasalar arasındaki uyumu ifade etmektedir. Toplumsal yapı ve kültürel

beklentiler doğrultusunda oluşturulan sosyal sigorta kuruluşları, sağlık hizmetinin sunucusu olan birimlerle birlikte sosyal sigorta organizasyonlarını oluşturmakta ve tüm bu süreçlerin sonunda sağlık hizmetlerinin finansmanına ilişkin fon akımı, ödeme teknikleri ve sözleşmeler ortaya konmaktadır.

Bu sistemin kaynakların tahsisinden sağladığı etkinlik, sistemin aktörlerinin yetkilerinin tanımlaması ve hizmetin kalite standartlarının belirlenmesi bakımından oldukça olumlu sonuçlar ortaya koymakta iken, yüksek personel maliyeti, yönetim anlamında yaşanan karmaşıklık ve maliyet kontrolü problemi nedeniyle olumsuz sonuçlara sahiptir¹⁰⁵. Şekil 6'da sosyal sağlık sigortası sisteminin belirleyicileri piramit modeliyle verilmektedir.

Şekil 6. Sosyal Sağlık Sigortası Sistemlerinin Piramit Modeli



Kaynak: Saltman, Richard B.; Social Health Insurance in Perspective: The Challenge of Sustaining Stability. Social Health Insurance Systems in Western Europe,. Derleyen Richard B. Saltman, Reinhard Buse ve Josep Figueras. European Observatory Health System and Policies Series. Buckingham–Philadelphia: Open University Press, 2004.
<http://dergi.sayistay.gov.tr/icerik/der64m2.pdf>

¹⁰⁵ M. Cichon ve C. Normand; **Between Beveridge and Bismarck Options for Health Care Financing in Central and Eastern Europe**, World Health Forum, 1994, s.324.

Şekil 6’da bulunan piramit modele göre sağlık hizmetinden yararlanmak isteyen toplum, sağlık sigortası sisteminin alt tabanını oluşturmaktadır. Sosyal sağlık sigortası organizasyonunun belirleyicileri hastaneler, doktorlar, hemşireler ve hizmet sunuculardan oluşmaktadır. Modelin en üst ve önemli modülünü sigorta sunumu için gerekli finansmanlar oluşturmaktadır. Fon akımları, sağlık sigortası finansmanı için gerekli sözleşme ve ödeme mekanizmaları piramidin en üst kısmını oluşturmaktadır.

Sosyal sağlık sigortası, işçi, işveren ve devlet tarafından yapılan katkı ve primlerle sağlık hizmetlerinin finansmanının sağlandığı, bu şekilde belirsizlikler nedeniyle ortaya çıkabilecek ekonomik ve sosyal maliyetlerin en aza indirildiği bir sistem için çaba sarf etmektedir.

2.5.2. Özel Finansman Yöntemleri

Sosyal sağlık sigortası benzeri sistemler kurulmadan önce sağlık hizmetleri bireylerin kişisel ödemelerinden ve hayır kurumlarının yaptığı katkılardan oluşmaktaydı. Sonrasında gelişen sosyal sağlık sigortası benzeri sistemler ile işçi, işveren ve devletin sağlık hizmetlerinin finansmanına katkısı arttırılmış, fakat daha sonraki süreçte ülkelerin ekonomik ve sosyal gelişmişlik düzeylerindeki değişimler, alternatif finansman modellerdeki artışlar özel finansman yöntemlerini ön plana çıkarmaktadır¹⁰⁶.

2.5.2.1. Bireysel Olarak Yapılan Ödemeler

Bireysel olarak yapılan ödemeler, bireylerin sağlık hizmetlerinin kullanımı için doğrudan kendi bütçelerinden yaptıkları ödemelerdir. Bu ödemeler hizmet arzının sınırlı olduğu ve sosyal güvence kapsamında yer almayan hizmetler için yapılmaktadır. Sosyal güvence kapsamında olup sosyal sigorta tarafından sağlık hizmetinin bedelinin tamamının ödenmediği durumlarda hizmet kullanıcısı tarafından yapılan kullanıcı katkıları ve başta hekimler olmak üzere sağlık hizmeti sunanlara “bıçak parası”, “teşekkür hediyesi”, “bağış” adı altında yapılan ödemeler şeklinde de karşımıza çıkmaktadır.

¹⁰⁶ Çoban, s.52.

Sosyal sağlık sigorta sistemlerinin veya genel olarak hastalık risk koruma sistemlerinin gelişmediği dönemlerde, toplam sağlık harcamaları içinde bireylerin kendi bütçelerinden yaptıkları ödemeler daha ağırlıklı olarak yer almaktadır. Ancak sağlık harcamalarının savaşlar, bulaşıcı hastalıklar vb. sebeplerle sürekli olarak artması, hastalık risklerine karşı koruma sistemlerinin ve sosyal sigorta sistemlerinin gelişmesi zaman içinde bu ağırlığı azaltmıştır.

Bireysel olarak yapılan bu tip ödemelerin toplam sağlık harcamaları içindeki payı, düşük gelir düzeyine sahip ülkelerde oldukça fazladır. Gelişmekte olan ülkelerde kamu kaynaklarının yetersiz olması, sosyal sigorta sistemlerinin çok gelişmemiş olması gibi faktörler, düşük gelir düzeyine sahip gelişmekte olan ülkelerde bireysel yapılan ödemelerin toplam sağlık harcamaları içindeki payının artmasına neden olmaktadır. Bireysel olarak yapılan ödemeler yalnızca düşük gelirli ülkelerde değil, gelişmiş ülkelerde de sürekli olarak artmaktadır. Özellikle 1980'li yıllardan sonra teknoloji vb. faktörlere bağlı olarak sağlık hizmetleri sunumuna ilişkin tekniklerin gelişmesi, gelir artışlarına bağlı olarak plastik cerrahi, özel diş tedavileri gibi sağlık hizmet türlerinin genişlemesi bireylerin sağlık hizmetleri için kendi bütçelerinden doğrudan ödeme şeklinde yaptıkları sağlık harcamalarının artışına neden olmuştur.

2.5.2.2.Doğrudan Yapılan Ödemeler

Bireyler sosyal sigorta kapsamı içinde yer almayan veya sağlık hizmetinden faydalanmanın zaman ve mekân bakımından sınırlı olduğu durumlarda, sağlık hizmetinin bedelinin tamamını kendi bütçesinden karşılamaktadır¹⁰⁷. Doğrudan ödemeler en çok ayakta tedavi hizmetleri, diş sağlık hizmetleri ve ilaç alımlarında kullanılmaktadır¹⁰⁸. Bireyler tarafından yapılan doğrudan ödemeler, devlet veya özel sigorta kapsamı dışında kalan diş tedavisi veya estetik gibi hizmetlerden yararlanılması durumunda veya sigorta kapsamına girmekle beraber zaman kaybı, hizmetten memnun olmama gibi faktörlerin varlığı durumunda kullanılmaktadır.

¹⁰⁷ E. Mossialos ve A. Dixon, **Funding Health Care: An Introduction. Funding Health Care: Options for Europe** Derleyen E. Mossialos ve diğerleri. Buckingham – Philadelphia: Open University Press, 2002, s.1-31-22.

¹⁰⁸ Roemer, Milton, **Health Care: Financing and Delivery Around The World** The American Journal of Nursing. 71(6), 1971, s.1158-1163

Doğrudan ödeme yönteminde, hizmet daha bağımsız sağlık hizmet sunucuları tarafından karşılanmaktadır. Hizmeti sağlayan kuruluş doğrudan hastasına karşı sorumludur. Bu yöntem gelişmekte olan ülkelerde bilimsel niteliği zayıf olan araştırma ya da buluşlar konusunda hekimlerin desteklenmesine, gelirlerinin arttırılmasına da katkıda bulunmaktadır¹⁰⁹. Bu sistem daha çok gelişmekte olan ülkelerde yoğun olarak kullanılmaktadır¹¹⁰. Doğrudan ödeme yöntemi yalnızca tedavi hizmeti veren ve araştırma, geliştirme faaliyetlerinden uzak, daha çok küçük bölgelerde hizmet sunan hekimlerin gelir açısından desteklenmesini sağlamaktadır.

2.5.2.3. Katılım Payları

Dünya Sağlık Örgütü'nün Kazakistan'ın başkenti Alma-Ata kentinde 12 Eylül 1978 yılında yapılan Uluslararası Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı'nda; toplumların gelişmiş veya gelişmekte olan ülke ayrımı yapılmaksızın sağlık hizmetlerinden genel olarak memnuniyetsiz oldukları görüşü ortaya çıkmıştır. Ayrıca bu konferans sağlık hizmetlerinin toplumların gelişmişlik düzeylerinin gerisinde kaldığı gibi saptamalarının çözümüne yönelik "uluslararası sağlık sözleşmesi" niteliği taşıyan öneriler paketinin sunulduğu bir konferans olma özelliğini de taşımaktadır. Konferansta "2000 Yılında Herkese Sağlık" hedefine ulaşılabilmesi içine gerekli olan ilkelere en önemlisi, temel sağlık hizmetlerinin başta kırsal kesimdeki vatandaşlar olmak üzere tüm vatandaşlara yaygınlaştırılması önerisidir.

Üye ülkeler tarafından taahhüde bağlanan bu madde uyarınca sağlık harcamalarını arttıracak olan ülkeler, gerekli finansmanın sağlanabilmesi yönünden büyük sıkıntıya düşmüş ve yeni finansal kaynak arayışı içine girmiştir.

Kullanıcı katkıları, herhangi bir sağlık hizmeti ihtiyacı durumunda ortaya çıkan parasal bedelin bir kısmının sağlık güvencesi olan kişilere ödettirilmesidir. Kullanıcı katkıları doğrudan ödemededen farklı olarak sigorta kapsamında olan sağlık hizmetlerine yönelik talepte kullanılmaktadır. Bunun yanı sıra hizmeti sunanlar,

¹⁰⁹ Roemer, Milton, s.1160.

¹¹⁰ William H. Markle, M.A. Fisher ve R.A. Smego, **Understanding Global Health**, McGraw-Hill, USA, 2007, s.22.

kamu veya özel sigorta şirketi ile sözleşme yapmış olmalarından dolayı yalnızca hastaya karşı değil, sigorta şirketine veya kurumuna karşıda sorumlu olmaktadır.

Kullanıcı katkılarının en temel faydası gelirlerin artmasıdır. Gelirlerin artması uzun dönemde temel sağlık hizmetlerini sunan devletin fonlarını arttıracak ve bu hizmetlere ilişkin etkin bir fonlama imkânını sağlayacaktır. Bunun yanı sıra kullanıcı katkıları, hizmet talep edenlere seçim şansını tanıyarak, ayrıca gereksiz sağlık hizmeti taleplerini azaltarak etkin ve kaliteli hizmet sunumuna katkıda bulunacaktır. Kullanıcı katkıları ilave gelir imkânı sağlaması, elde edilen gelirler yoluyla sağlık hizmetlerinin sunumunun yaygınlaştırılması ve sağlık hizmetlerinin aşırı ve gereksiz kullanımını azaltması gibi gerekçelere sahiptir. Kullanıcı katkıları, sağlık hizmetleri sektörüne özel sektörün dahil olmasının kaçınılmaz sonuçlarından birisini oluşturmakta ve bu sebeple bir özelleştirme yöntemi şeklinde de algılanabilmektedir.

Kullanıcı katkıları fakirlerin ve sağlık yardımına ihtiyacı olanların sağlık ve gelirleri üzerinde önemli etkilere sahiptir. Bu grupların gerekli veya gereksiz sağlık hizmetleri kullanımlarını azaltmaktadır. Kullanıcı katkıları ile ilgili eleştirel olarak ortaya konan en önemli maddelerden birisi adalet algılamasıdır. Sigorta kapsamındaki düşük gelirli bireylerden sağlık hizmetlerinden yararlanmaları karşılığında katkı payı alınması, bu kişilerin bazı sağlık hizmetlerinden yararlanma taleplerini azaltacaktır.

Kullanıcı katkılarının adalete yönelik eleştirisine karşı Dünya Bankası, kullanıcı katkılarının düşük gelir grubu üzerinde yarattığı adaletsizlik algılamasının aldatıcı olduğunu belirtmektedir. Buna göre şehir hastanelerinden hizmet görenlerin çoğunluğunu fakirler değil orta sınıf gelir düzeyine sahip olanlar oluşturmaktadır. Bu hastanelerin kullanıcı katkısını ödeyemeyecek olanlara ücretsiz hizmet sunması, ayrıca kullanıcı katkılarından elde edilen gelir ile daha yerel düzeyde yaşamını sürdüren fakir gruplara hizmetin götürülmesi mümkün olacaktır. Kullanıcı katkıları, çok düşük miktarlarda olması ve toplanan gelirin temel sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinde kullanılması, kullanıcı katkısını ödeyemeyecek durumda olanlara sağlık hizmetinin ücretsiz sunulması durumunda oldukça önemli katkılar sağlayacaktır.

2.5.2.4. Gayri Resmi Ödemeler

Enformel ödemeler, sağlık hizmeti sunucularına (özellikle hekimlere) genellikle tedavi öncesi yapılan ödemeleri ifade etmektedir. “Bıçak parası” gibi isimler altında yapılan bu ödemeler tedavi öncesinde olduğu gibi, tedavi sonrasında da yapılabilmekte ve ödemeyi yapan ve alan açısından farklı gerekçelere dayandırılmaktadır.

Enformel ödemeler, genellikle kamu sağlık sistemi içinde ücretsiz olarak sunulan hizmetler için hastalar tarafından yapılan direkt ödemelerdir. Enformel ödemeler, hem çeşitlilik (farklı ödeme şekilleri) bakımından, hem de yaygınlaşması (sağlık hizmetleri türleri) bakımından gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde önemi gittikçe artan bir ödeme biçimleridir.

Tedavi öncesi ödemelerden, tedavi sonrası hediyelere kadar geniş bir yelpazede incelenen enformel ödemeler, kamu sağlık sistemindeki finansal kaynakların kıtlığı, özel sağlık hizmetlerinin yetersizliği gibi ekonomik, devlete olan güvenin azalması gibi sosyal birçok faktörden etkilenmektedir.

Enformel ödemelerin gizli ve nakit olarak yapılması ve sağlık hizmetinden yararlananların içinde bulunduğu zor durum sebebiyle ülkeler açısından toplam sağlık harcamaları içindeki payını ortaya koyabilmek mümkün değildir.

2.5.2.5. Özel Finansman Yöntemi Olarak Özel Sağlık Sigortaları

Özel sağlık sigortaları, kamu sağlık sigortalarına benzer işleyişe sahiptir. Bireylerin, hastalık talebinde belirsizlik sonucu oluşabilecek gelir kayıpları ve hastalığın finansal riskini azaltma amacıyla, özel sigorta şirketlerine prim ödemesi yapmalarını ifade etmektedir. Özel sağlık sigortaları özellikle kişi başına gelir düzeyi yüksek olan gelişmiş ülkelerde yaygın olarak kullanılmaktadır. Özel sağlık sigortaları, kamu sağlık sigortasına göre sahip olduğu birçok avantaj nedeniyle tercih edilmektedir.

Özel sağlık sigortaları kamu sağlık sigortalarından farklı olarak gönüllü yapılan ödemelerdir. Bunun yanı sıra özel sağlık sigortaları emeklilik, sakatlık gibi

fonksiyonları içermeyen, sigorta prim bedeli riske bağılı olarak değişen sigorta sistemleridir. Kamu sağlık sigortaları ise risk düzeyi ile ilgilenmeksizin maaş gibi ölçülere bağılı olarak prim toplamaktadır.

Özel sağlık sigortaları ikame edici, bütünleyici ve seçenek arttırıcı olmak üzere üçlü bir sınıflandırmaya tabi tutulabilir. İkame edici sağlık sigortaları, bireyin kamu sağlık sigortası kapsamında yer alan sağlık hizmetlerine daha çabuk ulaşması ve hizmet sunucu seçeneklerini arttırması işlevini gören sigortalardır. İkame edici sağlık sigortaları zorunlu sağlık sigortalarına bir alternatiftir. Bireyler kamu sağlık sigortası kapsamında yer almasına rağmen, sağlık hizmetlerinden daha hızlı yararlanabilmek, zaman tercihi açısından ulaşılabilirliğini arttırmak ve hizmet sunucu seçeneklerini arttırmak için ikame edici özel sağlık sigortaları tercih edebilmektedir.

Bütünleyici özel sağlık sigortaları ise, tamamı veya bir kısmı kamu sağlık sigortası kapsamında yer almayan sağlık hizmetlerinden yararlanmak için yapılan özel sağlık sigortalarıdır. Bütünleyici özel sağlık sigortaları en düşük gelir seviyelerinde dahi alınabilmekte ve bu nedenle sağlık hizmetlerinin kullanımında sigortaya rağmen katkı payı ödenebilmektedir. Seçenek arttırıcı özel sağlık sigortaları, özellikle cerrahi operasyonlar gibi uzun tedavi sürecini gerektiren hastalıklara ilişkin olarak özel oda imkânı, hizmete ulaşılabilirlik ve hizmet sağlayıcı seçeneklerini arttıran, farklı sağlık hizmetlerinden yararlanmayı sağlayan özel sağlık sigortalarıdır.

Özel sağlık sigortaları; “fakir” bir başka deyişle “zengin olmayan” insanların sağlık altyapılarının sağlanabilmesi için ek kaynakların sağlanmasına ve fakirler açısından sağlık maliyetlerinin düşürülmesine katkıda bulunmaktadır. Bunun yanı sıra özel sağlık sigortaları tüketici tercihlerindeki seçenekleri arttırarak, etkinlik ve yeni teknolojilerin gelişmesini cesaretlendirmektedir. Özel sağlık sigortaları özel sektörün hizmet sunum sürecine katkısını arttıracak, kamu otoritesinin düşük gelirli gruplarına yönelik temel sağlık hizmetlerine odaklanmasını kolaylaştıracak, kamu sağlık sigortası üzerindeki riski azaltarak riskin ortaklanmasına katkıda bulunacak ve etkin ve teknolojiye dayalı sağlık hizmetlerinin sunumunu genişletecektir.

Sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin yöntemlerin toplam sağlık harcamaları içindeki payı, ülkelerin gelişmişlik düzeyi, sosyal ve kültürel yapısı, sermaye piyasalarının derinliği gibi faktörlere bağlı olarak ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Bu bölümde ele alınan sağlık hizmetlerinin arz ve talep yapısına bağlı olarak oluşan farklı sunum ve finansman yöntemleri, ülkelerin gelir, eğitim, teknoloji gibi birçok faktör ile birlikte, topyekûn gelişmişlik seviyesi ile doğrudan ilişkilidir.

2.6. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU VE FİNANSMANI

Türkiye dünyada en fazla nüfusa sahip olan 20 ülke arasında yer almakta olup AB'ye üye ve aday ülkeler arasında da Almanya'dan sonra ikinci sırada yer almaktadır¹¹¹. Ülkenin nüfus artış hızı binde 18 olarak karşımıza çıkmaktadır. Toplam doğurganlık hızı incelendiğinde, Türkiye'de toplam doğurganlık hızı yaklaşık olarak son otuz yıldır sürekli azalan bir eğilim içinde olduğu gözlenmektedir. 1970 yılında toplam doğurganlık sayısı kadın başına 4,9 ve 1999 yılında bu sayı 2,53 iken bu oran 2008 yılında 2,16 olarak karşımıza çıkmaktadır. Toplam doğurganlık hızı, kırsal ve kentsel yöreler ve bölgeler arasında değişim göstermektedir. Bu değişim, sağlık hizmetlerine ve aile planlaması hizmetlerine ulaşımdaki, gelir ve eğitim düzeyindeki ve yöreler ve bölgeler arasında kültürel değerlerde beliren farklılıklardan kaynaklanmaktadır.

Türkiye'de sağlık sisteminin son 20-30 yıldır önemli gelişmeler gösterdiği çok açık olmasına rağmen genel halk sağlığı düzeyi, doğurganlık düzeyi ve sağlık hizmetlerine erişim hala doğu ve batı bölgeleri arasında ve ülkenin kırsal ve kentsel alanları arasında farklılıklar söz konusudur¹¹². Ölüm istatistiklerinde yıldan yıla iyileşmeler olsa da, mevcut hızlar AB'nin oldukça gerisinde yer almaktadır.

Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde kamu, yarı kamu, özel ve hayırseverler olmak üzere Türkiye'de pek çok örgüt faaliyet göstermektedir. Kamu kesiminde Sağlık Bakanlığı, üniversiteler ve Savunma Bakanlığı sağlık hizmetlerini sunan başlıca kurumlardır. Bunların dışında azınlıklar ve vakıflar ile kar amaçlı çalışan özel

¹¹¹ Yıldırım ve T. Yıldırım, 2011, s. 544.

¹¹² Ergör ve Öztekin, s.234.

hekimler, diş hekimleri ve eczacılar da sağlık hizmeti vermektedirler. 2005 yılına kadar SSK ve diğer kamu kurumu hastaneleri de hizmet sunan kurumlar arasında yer almaktaydı. Ancak 2005 yılında başta SSK hastaneleri olmak üzere ve diğer kamu kurumlarının hastanelerinin bir kısmı Sağlık Bakanlığı altında birleştirilmiştir.

Türkiye’de sağlık politikasının geliştirilmesi farklı kurumlar arasında paylaşılmaktadır. Sağlık Bakanlığı, DPT, Parlamento, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ve mesleki örgütler (Türk Tabipler Birliği gibi) Türkiye sağlık politikası belirleme arenasındaki başlıca aktörlerdir.

Sağlık Bakanlığı, sağlık politikalarının oluşturulmasında ve oluşturulan politikaların uygulanmasında karar verme yetkisine sahiptir. Türkiye’de ölüm nedenleri arasında kalp hastalıkları, kazalar ve sigara kullanmayla ilişkili rahatsızlıklar yer almaktadır.

2.6.1. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Sağlık hizmeti sunucuları kamu ve özel ayırımına tabi tutularak iki grupta ele alınmaktadır. 2005 yılına kadar Sağlık Bakanlığı, SSK, Savunma Bakanlığı, üniversiteler, diğer Bakanlıklar, Kamu iktisadi Teşekkülleri, Belediyeler kamu adına sağlık hizmeti sunan kuruluşlar arasında yer almıştır. Ancak 2005 yılında SSK ve diğer bazı kamu kurumlarının hastaneleri Sağlık Bakanlığı bünyesine devredilmiştir. Kamu sektöründe en büyük hizmet sunan kuruluş Sağlık Bakanlığı’dır. Sağlık Bakanlığı bu sunum görevini koruyucu sağlık hizmetlerinde tek, tedavi edici sağlık hizmetlerinde Kurum ağırlığı itibariyle üçte ikisine sahip olarak yerine getirmektedir. Özel sektörde ise sağlık hizmeti sunucuları özel hekimler ve diş hekimleri, vakıflar, özel hastaneler, Eczacılar, özel klinik ve laboratuvarlar sayılabilir. Sağlık Bakanlığı’nca sunulan birinci basamak sağlık hizmetleri sağlık merkezleri, sağlık ocakları, anne ve çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, tüberküloz dispanserleri, malarya kontrol merkezleri ve kanser kontrol merkezleri gibi bazı dikey birimler yoluyla verilmektedir. Şekil 7’de sağlık hizmetlerinin sunumunu oluşturan birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri gösterilmektedir.

Şekil 7: Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

SAĞLIK BAKANLIĞI		SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU
Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri	Üniversite Hastaneleri, Eğitim Hastaneleri, Araştırma Merkezleri	
İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri	Devlet Hastaneleri, Özel Hastaneler, Askeri Hastaneler	
Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri	Sağlık Evi, Sağlık Ocağı, AÇS-AP Merkezleri (Ana Çocuk Sağlığı) Dispanserler, Özel-Kamu İşyeri Hekimliği, Özel Muayenehaneler, Bağımsız Kuruluşlar	

Kaynak: TC Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı, Ocak 2004, s.10.

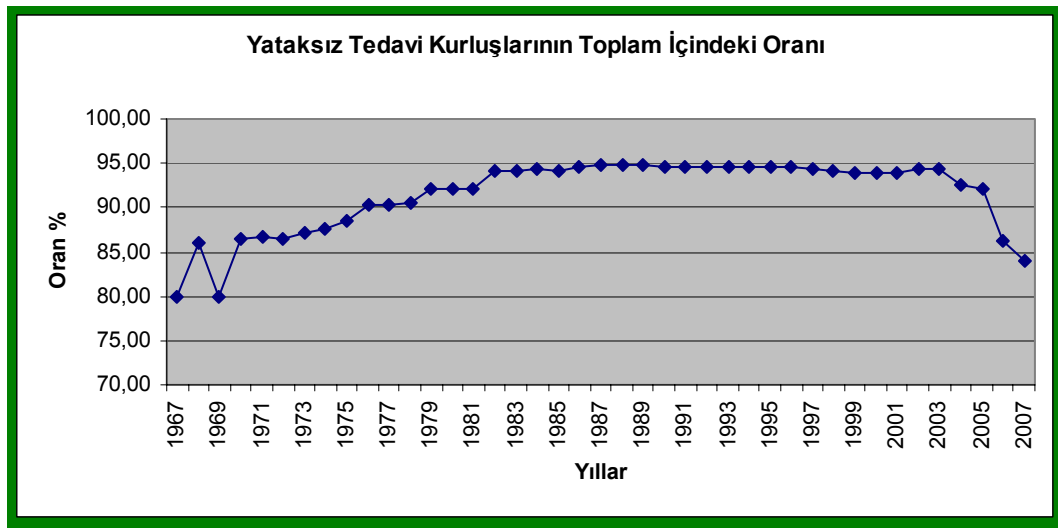
Şekil 7’de de görüldüğü gibi sağlık hizmetlerinin sunumu üç basamakta toplanmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetleri, aynı zamanda sağlık hizmetlerinin sunumunda ilk başvuru sırasını da göstermektedir. Sağlık hizmetinden yararlanmak isteyen bireyler sağlık evi, sağlık ocağı, AÇS-AP, Dispanserler, Özel-Kamu İşyeri Hekimliği, Özel Muayenehaneler ve bağımsız kuruluşlara başvurabilmektedirler. Hizmet sunumunun ikinci basamağı hastanelerdir. Hastaneler birinci basamakta çözülmemiş sağlık sorunlarının çözümü için planlanmış kuruluşlardır. Ancak ülkemizde birinci basamak hizmetlerinin beklenen şekilde gelişmemesi ve hasta sevk zincirinin kurulmaması nedeniyle hastalar doğrudan hastanelere başvurmaktadır. Ülkemizde ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı hastaneleri, Savunma Bakanlığı hastaneleri, diğer kamu hastaneleri, üniversite hastaneleri, belediye hastaneleri, vakıf hastaneleri, askeri hastaneler ve özel hastaneler tarafından verilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli bir role sahip olan Sağlık Bakanlığı, sağlık personeli istihdamında da en büyük paya sahiptir. Ülke genelinde istihdam edilen uzman hekimlerin üçte biri, pratisyen hekimlerin ise üçte ikisi Sağlık Bakanlığı kadrolarında bulunmaktadır. Hemşirelerin %61’i ebelerin ise %93’ü Sağlık Bakanlığına bağlı kuruluşlarda görev yapmaktadır. Sağlık personelinin coğrafik dağılımının çok dengesiz olduğu Türkiye’de, İstanbul’da görev yapan uzman hekim

sayısının doğu illerindeki uzman hekim sayısının 14 katından fazla olduğu gözlenmektedir. Muş, Ağrı, Şırnak, Bitlis, Ardahan, Bingöl, Van, Hakkari, Kars ve Mardin illerinde ortalama bir ebeye 2138 kişi düşerken, bir hekime düşen hasta sayısı ortalama 182’yi bulmaktadır.

Şekil 8’de ayaktan tedavi hizmetlerinden yararlananların toplam tedavi hizmetleri kapsamındaki oranı verilmektedir.

Şekil 8: Yataksız Tedavi Kuruluşlarının Toplam İçindeki Oranı



Kaynak: Çoban; s.151.

Şekil 8’de Türkiye’deki yataksız tedavi kurumlarının toplam sağlık kurumları içindeki payının oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Hizmet sunum sistemi içinde sayıca oldukça önemli bir yere sahip olan birinci basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşların uzun süreli takip ve tedavi gerektiren hizmetleri sunmada yetersiz kalmaktadır. Ayrıca tanı koyma konusundaki başarısızlıkları, farklı hekim dalları ile koordinasyonu sağlamadaki eksiklikleri göz önüne alındığında, etkin ve sağlam altyapıya sahip bir örgütlenme modelinin bu kuruluşlara uygulanmasının gerekliliğinin daha net ortaya çıktığı görüşünde birlik sağlanılmıştır. Bu amaçla 09.12.2004 tarihli 25665 sayılı “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun” yürürlüğe girmiş ve Düzce’de pilot uygulamasına başlanmıştır¹¹³.

¹¹³ www.saglik.gov.tr, (07.10.2010)

Aile hekimliği modelinin en önemli gerekçelerinden birisi öncelikler sorunu ile ilişkilidir¹¹⁴. Türkiye’de artan ve yaşlanan nüfus, teknolojik ilerlemeler vb. nedenlerle artan sağlık hizmetleri talebine karşılık, arz yeterince arttırılamamış ve kaynaklar ile talepler arasında büyük bir uçurum oluşmuştur. Bu uçurum adil, eşit, hakkaniyete dayalı ve maliyet etkin bir öncelik planlamasını zorunlu kılmaktadır¹¹⁵. Belirtilen nitelikler açısından öncelikli olarak ortaya konan aile hekimliği modelinin, hastalıkların başlangıçta belirlenmesi ve tanı ve tedavi sürecinin hızlandırılması, hastalık nedeniyle ortaya çıkması muhtemel olumsuz sonuçların en aza indirilmesi açısından olumlu katkılar sağladığı bilinmektedir.

Aile hekimliği pilot uygulaması 15 Eylül 2005 tarihinde Düzce ilinde başlatılmış ve 33 ilde uygulamaya geçilmiştir. Bu bölgede toplam nüfusun %27,76’sına aile hekimliği hizmeti verilmektedir¹¹⁶. Aile hekimliği modeline ilişkin genişletme çabaları devam etmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin adil, eşit, hakkaniyete dayalı biçimde sunulmasına katkıda bulunmak üzere ülke örnekleri göz önüne alınarak uygulanan modelin, tanı, tedavi ve süreklilik kavramlarının etkin bir şekilde yerine getirilmesi yolunda önemli katkılar sağlaması beklenmektedir.

2.6.2. Sağlık Harcamaları ve Finansmanındaki Gelişmeler

Artan kamusal ihtiyaçlar karşısında aynı hızda artmayan kamusal kaynaklar ülkeleri etkin kaynak kullanımı konusunda baskı altına almakta ve kamu yönetimleri yeni ilkelerin dikkate alınması konusunda arayışlara girmektedirler. İşte bu noktada özel sektörde sıkça kullanılan hesap verebilirlik ve saydamlık gibi kavramlar kamu sektörü açısından da esas alınmaya başlanmaktadır. Bu yöndeki dönüşüm özellikle gelişmiş ekonomilerin kendi iç dinamiklerinden kaynaklanmakta iken, gelişmekte olan ya da az gelişmiş ülkelerin çoğunda ise uluslararası kuruluşların yönlendirmesiyle mümkün hale gelmektedir¹¹⁷.

¹¹⁴ Çoban, s.72.

¹¹⁵ Naim Ata; Aile Hekimliğine Götüren Nedenler, **Aile Hekimliği Dergisi**, 2007, 1 (1): s.19.

¹¹⁶ Seraceddin Çom; Aile Hekimliği Uygulamasında Son Durum, **Aile Hekimliği Dergisi**, 2008, 2(5-6)s.34.

¹¹⁷ Kamil Tüğen, Ahmet Özen; **Bütçe Uygulamalarında Saydamlık ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi**, T.C. Sakarya Üniversitesi İ.İ.B.F. Maliye Bölümü, Prof.Dr. Aytaç Eker’e

Türkiye sağlık sisteminde 2006 yılına kadar parçalı, çok başlı ve standart olmayan bir finansman sistemi (SSK, Bağ-kur, Emekli Sandığı, Aktif Memurlar ve Yeşil kart) hakimdi. Ancak Sağlıkta Değişim Programı (SDP) kapsamında 2006 yılında çıkarılan SGK ve Genel Sağlık Sigortası (GSS) ile sağlık finansman kurumları tek çatı altında birleştirilmiştir. Bu bakımdan Türkiye'deki sağlık sistemi finansmanını SGK öncesi ve sonrası olmak üzere iki dönem olarak incelemekte yarar vardır.

Mevcut durumda Türkiye'de sağlık hizmeti finansmanında üç temel kaynak bulunmaktadır. Bunların başında vergi gelirleri (yeşil kart, eğitim, sermaye yatırımları, SGK katkısı ve koruyucu sağlık hizmetleri) bulunmaktadır. Diğer iki kaynak kapsamında da sosyal primler (SGK/GSS) ve özel hekimler ve kuruluşlara direkt ödeme, gönüllü sağlık sigortası için ödenen primler ve kullanıcı katkıları şeklinde olan cepten yapılan ödemeler ile kullanıcı katkılarını sıralamak mümkündür.

Türkiye'de 2006 öncesi dönemde üç temel sosyal güvenlik programı bulunmaktaydı. Bunların başında özel sektör çalışanlarına, mavi yakalı kamu çalışanlarına ve onların bağımlılarına yönelik bir sosyal güvenlik kurumu olan, hem bir sigortacı hem de bir sağlık hizmeti sunucusu olarak faaliyet gösteren SSK bulunmaktaydı. SSK sağlık hizmetlerinin hemen hemen tamamı işverenler ve işçilerden alınan katkılarla finanse edilmekte, katkı ve prim oranları çalışanın maaşının sabit bir yüzdesine göre belirlenmekteydi. SSK toplanan primlere ek olarak iki finansman kaynağına sahipti. Bunlardan birincisi Bağ-kur gibi SSK hastanelerini kullanan fakat SSK üyesi olmayanlar adına ödenen ücretlerden toplanan gelirlerden oluşmaktaydı.

Türkiye'de 2006 yılı öncesi dönemde üç büyük sosyal güvenlik kuruluşlarından biri olan Bağ-Kur 1479 Sayılı Yasa ile 1971 yılında kurulmuştur. Başlangıçta sadece kentlerde yaşayan bağımsız çalışanların sosyal güvenliğini sağlayan Bağ-Kur, 1983 yılında çıkarılan 2926 Sayılı Yasa ile kırsal kesimde

Armağan, Kamu Maliyesinde Seçme Yazılar, Editörler: N. Tolga Saruç, Temel Gürdal, Nurullah Altun, Sakarya, Sakarya Üniversitesi Yayınları, 2010, s.1.
<http://www.maliye.sakarya.edu.tr/duyuru/Prof.Dr.Aytac.Ekere.Armagan.pdf> (06.09.2011)

bağımsız çalışan çiftçileri de kapsama almıştır. Ayrıca köy ve mahalle muhtarları ile yurt dışında çalışan Türkiye vatandaşlarının yanında olmayan eşleri, ev kadınları ve belirli bir işi olmayanlar da isteğe bağlı olarak Bağ-Kur'un verdiği hizmetlerden yararlanabilmişlerdir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün Avrupa sağlık veri tabanı kayıtlarına göre 1998 yılında toplam sağlık harcamasının %28,1'ini özel harcamalar oluşturmaktadır. Özel sağlık sigortası 1990'lı yıllarda pek gelişmiş değildi, fakat 1990'da yaklaşık olarak 15.000 kişi özel sağlık sigortasına sahipti.

Sağlık sistemi girdilerinin 2010 yılı verilerine baktığımızda; yüz bin kişiye düşen hekim sayısının 153'e, diş hekimi sayısının 27'ye gerilediği görülürken, yüz bin kişiye karşılık 35 eczacı, 141 hemşire karşılık geldiğini görmek mümkündür. Türkiye'de arz ve arzın finansmanı ağırlıklı olarak kamu tarafından karşılanmakta, bunun yanında özel muayenehane, poliklinik ve klinikler, hastaneler, laboratuvar ve görüntüleme birimleri, ilaç, cihaz ve malzeme üreticileri ve satıcıları da büyük bir paya sahiptir.

Sağlık hizmetleri talebi ve talebin finansmanı işçi ve işveren primleri ile sağlanan sosyal sigortalar ile bazı küçük özel sigorta grupları yanında, doğrudan kişisel ödemelerden ve yine kamu kaynaklarından ağırlıklı olarak karşılanmaktadır. Doğrudan ödeme sigortasız kişilerin sigorta kapsamı dışında kalan hizmetleri almak; daha kaliteli hizmetlere ulaşmak veya hizmete ulaşmanın zor olduğu zamanlarda aldıkları özel hizmetler için yaptıkları harcamaları ve sigorta katılım paylarını içermektedir. Türkiye'nin sağlık hizmeti finansmanını üç temel kaynağı bulunmaktadır.

1. Vergi gelirleriyle finanse edilen ve büyük oranda Sağlık Bakanlığı'na Savunma Bakanlığı'na, Üniversite Hastanelerine ve diğer kamu kuruluşlarına ve aktif memurların sağlık hizmeti harcamalarına tahsis edilen genel devlet bütçesi,
2. Sosyal Güvenlik Kurumunun barındırdığı (SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı) üyelerinden elde edilen sosyal güvenlik katkıları,

3. Özel hekimler ve kuruluşlara direkt ödeme ve gönüllü sağlık sigortası için ödenen primler ve ortak ödemeler şeklinde olan cepten yapılan ödemeler/kullanıcı katkıları olarak sıralanmaktadır.

Sosyal Güvenlik Kuruluşlarının sağlık harcamalarının GSMH'daki payı 1996'da %0,96 iken 2001'de %2,2'ye yükselerek iki katına çıkmıştır. Türk Sağlık Sisteminde tamamlayıcı finansman kaynakları cepten yapılan ödemeler ve Dünya Bankası gibi dışsal kaynaklardan sağlanan fonlardan oluşmaktadır.

Çalışmanın bu bölümünde Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansman yöntemleri ele alınmıştır. Üçüncü bölümünde de Türkiye açısından incelenmiş olan bu konulara seçilmiş olan Avrupa Birliği ülkeleri açısından değinilecektir. İngiltere, Almanya, Fransa, Hollanda, İsveç, Çek Cumhuriyeti ve Yunanistan'ın sağlık hizmetlerinin sunum sistemine ve finansman yöntemleri incelenecektir. Ayrıca tablolar eşliğinde seçilen bu ülkeler ile Türkiye'nin sağlık harcamalarının karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi yapılacaktır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

AVRUPA BİRLİĞİ VE TÜRKİYE'DEKİ SAĞLIK SİSTEMLERİ VE HARCAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmanın bu bölümünde öncelikle Avrupa Birliği kavramından, tarihsel sürecinden, hedef ve amaçlarından söz edilecektir. AB'de sağlık hizmetlerinin önemi vurgulanarak ülke sağlık sistemlerinin karşılaştırılabilmesi amacıyla bazı AB ülkelerinin sağlık sistemleri tek tek ele alınacaktır. Bir önceki bölümde AB müzakere sürecine dahil edilmiş bir ülke olarak Türkiye'nin sağlık sistemine, reformlarına ve harcamalarına ayrıntılı olarak değinilmiştir. Bu bölümde de gerek topluluk olarak Avrupa Birliği'nin gerekse seçilmiş olan bazı Avrupa Birliği ülkelerinin(İngiltere, Almanya, Fransa, Hollanda, İsveç, Çek Cumhuriyeti, Yunanistan) sağlık sistemleri ve harcamaları konusu aktarılacaktır.

3.1. AVRUPA BİRLİĞİ

Dünyada globalleşme süreci hızla ilerlemekte olup, ülkeler ortak çıkarlarını korumak için bölgesel entegrasyonlaşma yollarına gitmektedirler. Bu süreçte bölgesel entegrasyonların dışında kalan ülkelerin ekonomik ve politik açıdan gelişme imkânları sınırlı kalmaktadır. Bu küreselleşme sürecinde ise Avrupa Birliği en başarılı entegrasyon olarak görülmektedir¹¹⁸.

Avrupa Birliği; tarihin en kanlı iki dünya savaşını yaşamış Avrupa Kıtasında sürdürülebilir bir barışın tesisi, daha yüksek yaşam standartları ve istihdamın sağlanmasını temin etmek üzere ekonomik ve sosyal bütünleşmenin

¹¹⁸ Semra Bütünler, **Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Avrupa Birliği'ne üyelik sürecinde gerçekleştirilen uyum mevzuatlarının aday ülkelerin sağlık sistemleri üzerindeki etkileri**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2007.

gerçekleştirilmesi ve ortak dışişleri ve güvenlik politikalarının geliştirilmesi amacı ile kurulmuş bir devletler işbirliğidir¹¹⁹.

3.1.1. Avrupa Birliği'nin Tarihsel Gelişimi

Avrupa Birliği (AB) günümüzde yirminci yüzyılın en önemli gelişmelerinden biri olarak nitelendirilmektedir. Batı Avrupa'nın siyasi, ekonomik ve sosyal yapısında dünyadaki güç dengelerinin değişiminde önemli rol oynamıştır. Avrupa Birliği'nin oluşumundan itibaren Avrupa kıtası en uzun süreli barış sürecini yaşamıştır¹²⁰. Birinci Dünya Savaşı'ndan sonraki sosyo-ekonomik, sosyo-politik ve kültürel ortam içinde biçimlenen kurumlar, yeniden yapılanma süreci içerisinde olmuşlardır. Bu süreçte özellikle "bölgesel bütünleşme" kavramı önem kazanmıştır. Ayrıca Avrupa'da barış ve güvenliğin sağlanması için, uzun yıllardır aralarında büyük bir düşmanlık ve rekabet bulunan Almanya ve Fransa'nın birbirlerine yaklaşması gerektiği düşünülmüştür¹²¹.

Savaş sonrasının koşulları içinde ekonomik sorunlarına çözüm arayan Avrupa, aynı zamanda Sovyet tehlikesini de hissetmeye başlamıştır. Bu durum, Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nin; Marshall Planı aracılığıyla, Avrupa'nın bütünleşmesine yardımcı olmasını sağlamıştır. Avrupa ülkeleri 1947 Paris Konferansı'nda bir araya gelerek çeşitli önerileri tartıştıktan sonra, 1948 yılında Avrupa Ekonomik İşbirliği Teşkilatı'nı (OEEC) kurmuşlardır. 18 ülkenin katılımıyla kurulan bu örgüt, ulusal devletlerarasında işbirliğini esas almakta olup, daha çok İngiltere tarafından temsil edilen geleneksel görüşü yansıtmaktadır. Örgüte, 1960 yılında ABD ve Kanada da katılmış ve ismi de Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı (OECD) olarak değiştirilmiştir. OEEC, bu farklı pozisyonu ve Avrupa Birliği'nin ileriye dönük gelişimi bakımından tarihsel bir öneme sahiptir¹²².

Bütünleşme sürecinde yer alan ülkelerde bu dönemde ulusal refah devleti uygulamaları başlamış olmasına rağmen, Avrupa'nın bütünleşme süreci özünde,

¹¹⁹ TOBB, **Avrupa Birliği Nedir?** Tarihsel Gelişim, Kurumsal Yapısı ve Genişleme Süreci, Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği, Ağustos 2002, s.3-9.

¹²⁰ İKV Yayınları, **Avrupa Birliği Genişleme Süreci ve Türkiye**, Ağustos 2002, İstanbul, s.2-29.

¹²¹ İbrahim S. Canbolat; **Uluslar üstü Sistem Avrupa Birliği, Bir Dönüşümün Analizi**, Alfa Yayınları, 1998, s.135,145.

¹²² V. Bozkurt **Avrupa Birliği ve Türkiye**, Bursa, Uludağ Üniversitesi Güçlendirme Vakfı Yayınları 2000, s.84.

sosyal değil, ekonomik bir temele dayalı olarak başlamış ve sürecin ilk 30 yılına ekonomik bütünleşme yaklaşımı egemen olmuştur¹²³.

9 Mayıs 1950 tarihinde Fransa ile Almanya'nın çelik ve kömür kaynaklarının birleştirilmesi ve savaş sanayinin temel girdileri olan bu maddelerin üretim ve kullanımındaki yönetimin, uluslar üstü bir yapıya devredilmesi resmi olarak önerilmiştir. Siyasi bütünleşmenin temellerini atan bu teklif önce Almanya, sonra İtalya, Belçika, Hollanda ve Lüksemburg tarafından kabul edilmiştir¹²⁴. Sürdürülen müzakereler sonucunda Almanya, Fransa, İtalya, Hollanda, Belçika ve Lüksemburg 18 Nisan 1951'de Avrupa Kömür ve Çelik Topluluğu'nu kuran Paris Antlaşması'nı imzalamıştır. İngiltere, görüşmelere davet edilmiş olmasına rağmen, egemenlik yetkilerini uluslar üstü bir yapıya devretmek fikrini benimsemediği için bu daveti reddetmiştir. AKÇT'ye üye olan ülkeler, bu antlaşma ile temel çıkarlarını birleştirme konusundaki kararlılıklarının altını çizmişlerdir¹²⁵.

Avrupa Kömür ve Çelik Topluluğu, sadece kömür ve çelik sektörünü içine alan bir gümrük birliği özelliğini taşımaktadır. Bu sebepten dolayı, Topluluğun kuruluşu sırasında diğer alanlarla ilgili olarak tartışmalar olmuş ve bir "ortak pazar" kurulması gündeme getirilmiştir¹²⁶. 1952'de yürürlüğe giren Paris Antlaşması'nın ekonomik sonuçlarının oldukça iyi olması, sadece kömür ve çelikle sınırlı olan bu kartelleşmenin daha da geliştirilmesi fikrini ortaya çıkarmış ve aynı ülkeler 25 Mart 1957'de Roma Antlaşması'nı imzalamışlardır¹²⁷. 1 Ocak 1958'de yürürlüğe giren Roma Antlaşması ile Avrupa Ekonomik Topluluğu ve Avrupa Atom Enerjisi Topluluğu olmak üzere iki ayrı birlik kurulmuştur.

Avrupa Ekonomik Topluluğu, Avrupa'nın siyasi bütünlüğe ulaşmasını nihai hedef olarak belirlemiş, bu hedefe varmak için öngörülen ekonomik dengeyi sağlamayı amaçlamıştır. Bu nedenle, ilk araç olarak, üye ülkeler arasında malların,

¹²³ M. Gülmez, **Avrupa Birliğinde Sosyal Politika**, Türkiye-AB Sendikal Koordinasyon Komisyonu, Ankara, 2003. s.2.

¹²⁴ İbrahim S. Canbolat; **Uluslar üstü Sistem Avrupa Birliği, Bir Dönüşümün Analizi**, Alfa Yayınları, 1998, s.135.

¹²⁵ V. Bozkurt, **Avrupa Birliği ve Türkiye**, Bursa, Uludağ Üniversitesi Güçlendirme Vakfı Yayınları 2000, s.84.

¹²⁶ A Özgüven, **Ortak Pazar Tarım Politikası ve Türkiye**, Bursa 1982, s. 12.

¹²⁷ İsmail Bozdağ, **Avrupa Birliği'nin Tarihçesi**, Yeni Türkiye, Avrupa Birliği Özel Sayısı I, Sayı:35, Yıl:6, Eylül-Ekim 2000, s.170.

hizmetlerin, sermayenin ve emeğin serbestçe dolaştığı bir ortak pazar ve gümrük birliği kurulması öngörülmüştür¹²⁸. Üç ayrı kurum çatısı altında toplanan birlik ülkelerinin iç ilişkileri zamanla çok karmaşık hale gelmiştir. İlişkilerde ve işlemlerde sıkıntı yaşanmaya başlanınca, bu üç kurumu tek çatı altında toplamayı amaçlayan Füzyon Antlaşması 8 Nisan 1965'te imzalanmıştır. Böylece bu üç kurum tek çatı altında birleştirilerek Avrupa Toplulukları adını almıştır¹²⁹.

Topluluk üyeleri 1 Temmuz 1968'de Gümrük Birliği'ni imzalayarak, kendi aralarındaki bütün gümrük engellerini, kısıtlamaları, fiyat ve teslim şartlarındaki farklılıkları, bir diğer ifadeyle üreticiler ve tüketiciler arasındaki bütün farklı uygulamaları, devlet desteklerini ve serbest piyasalara müdahale olarak düşünülen bütün engelleri ortadan kaldırmayı amaçlamışlardır¹³⁰.

1 Temmuz 1987'de Avrupa Tek Senedi imzalanarak, tek pazarın oluşumunu kolaylaştırıcı hükümler getirilmiş, Roma Antlaşması değişikliğe uğramış ve özellikle tam üyelik ve mali sorunlar ile kişilerin serbest dolaşımı gibi konular hariç, oybirliği yerine, oy çokluğu esası benimsenmiştir¹³¹.

Avrupa Birliği kurucu antlaşmaları dinamik metinlerdir. Değişen koşullar ve yeni ihtiyaçlar doğrultusunda zaman zaman kurucu antlaşmalar değişikliğe uğramıştır. Bu çerçevede, 1991 yılında ekonomik entegrasyonun yanı sıra siyasi bir bütünleşmenin de sağlanması amacıyla Maastricht Antlaşması imzalanmış ve Avrupa Toplulukları (AKÇT, AET, EURATOM) Avrupa Birliği bünyesine dahil edilmiştir¹³².

1993 yılında yürürlüğe giren Maastricht Antlaşması ile tamamlanacak bir iç pazar, tek bir para birimi ve üst düzeyde eşgüdümü sağlanan ekonomi politikaları çerçevesinde oluşacak ekonomik ve parasal birliğin yanı sıra ortak dış politika ve

¹²⁸ Coşkun Can Aktan, **Avrupa Birliği'nin Doğuşu, Gelişimi ve Genişleme Süreci, Yeni Türkiye**", Avrupa Birliği Özel Sayısı I, Sayı:35, Yıl:6, Eylül-Ekim 2000,s.176.

¹²⁹ İsmail Bozdağ, **Avrupa Birliği'nin Tarihçesi**, Yeni Türkiye, Avrupa Birliği Özel Sayısı I, Sayı:35, Yıl:6, Eylül-Ekim 2000, s.170.

¹³⁰ Aktan, s.184.

¹³¹ Ali Bozer, **Avrupa Birliği İçindeki Oluşumlar ve Türkiye –Avrupa Birliği İlişkilerinde İzlenen Yol**, Yeni Türkiye, Avrupa Birliği Özel Sayısı I, Sayı:35, Yıl:6, Eylül-Ekim 2000, s.259

¹³² İKV Yayınları, **Avrupa Birliği Genişleme Süreci ve Türkiye**, Ağustos 2002, İstanbul, s.2-29.

güvenlik politikası ile adalet ve içişleri alanlarında işbirliğinin de eklenmesi ile Avrupa entegrasyonu en önemli atılımlarından birini gerçekleştirmiştir.

2 Temmuz 1997 yılında imzalanan Amsterdam Antlaşması ile AB'nin yetkisine bırakılan politika alanlarında artışın yanı sıra, kurumsal yapıda bazı değişikliklere gidilmiştir. Antlaşma ile Avrupa vatandaşlığı kavramı kapsamındaki haklar güçlendirilmiştir. Schengen Müktesebatı da antlaşmaya dahil edilmiştir. Ayrıca, kurucu antlaşmalarda çeşitli zamanlarda yapılan değişiklikler de bir araya getirilip yeniden maddeleri belirlenmiş ve Antlaşmaların konsolidasyonu sağlanmıştır¹³³.

26 Şubat 2001'de Nice Antlaşması imzalanmıştır. Bu antlaşma, AB'nin karar alma mekanizmasının 2004'te yeni üye devletlerin katılmasından sonra verimli çalışabilmesi için mevcut antlaşmalarda değişiklik getirmiştir¹³⁴. 1 Ocak 2002 yılında da AB, Avrupa Ortak Para Sistemini yürürlüğe sokmuş ve Euro piyasaya sürülmüştür. Klasik egemenlik hakları arasında önemli bir yer tutan para basma hakkı, gönüllü olarak Avrupa Merkez Bankası'na devredilmiştir¹³⁵.

3.1.2. Avrupa Birliği'nin Hedef ve Amaçları

AB'nin geleceğine ilişkin tartışmalar kapsamında, 2001 yılı Aralık ayında gerçekleştirilen Laeken Zirvesi büyük önem taşımaktadır. Zirve'de kabul edilen ek bildiride, 2004 yılında gerçekleştirilecek Hükümetler arası Konferansın hazırlıklarının mümkün olduğu kadar geniş tabanlı ve şeffaf olabilmesi için bir Konvansiyon'un oluşturulmasına karar verilmiştir¹³⁶.

Birçok antlaşmanın varlığı Avrupa Birliği'ni karışık ve anlaşılması güç bir hale getirmiştir. Bu nedenle 2004'te, AB üye ülkelerinin cumhurbaşkanları ve başbakanları bütün var olan antlaşmaların yerini alacak tek bir Anayasa üzerinde karara varmışlardır¹³⁷. Ekonomi, sanayi, siyaset, yurttaş hakları ve dış politika

¹³³ TOBB, *Avrupa Birliği Nedir? Tarihsel Gelişim, Kurumsal Yapısı ve Genişleme Süreci*, Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği, Ağustos 2002, s.3-9.

¹³⁴ Avrupa Topluluğu Resmi Yayınlar Ofisi, *Avrupa Birliği Nasıl Çalışır?* Lüksemburg, 2006, s.5.

¹³⁵ Bütüner, s.48.

¹³⁶ TOBB, s.4.

¹³⁷ Avrupa Topluluğu Resmi Yayınlar Ofisi, s.5.

alanlarını kapsayan çok sektörlü bütünleşmenin en ileri biçimi olan Avrupa Birliği'nin hukuki temellerini bir dizi antlaşmalar oluşturmaktadır. Bu antlaşmalar şunlardır;

1. 1951'de Avrupa Kömür ve Çelik Topluluğu'nu (AKÇT) kuran Paris Antlaşması,
2. 1957'de, Avrupa Ekonomik Toplulukları (AET) ve Avrupa Atom Enerjisi Topluluğu'nu (EURATOM) kuran Roma Antlaşmaları,
3. 1992'de, Avrupa Birliği'ni oluşturan Maastricht Antlaşması.

Bu antlaşmalarda değişiklik oluşturan bir dizi antlaşmalar da imzalanmıştır. 1986'da Avrupa Tek Senedi, 1997'de Amsterdam Antlaşması ve 2001'de imzalanan Nice Antlaşması da Avrupa Birliği'nin hukuki temellerini oluşturmaktadır. Bu çerçevede Avrupa Birliğinin temel hedeflerini şu şekilde sıralayabiliriz¹³⁸:

1. Avrupa tek pazarını kurmak,
2. Ekonomik ve sosyal bütünleşmeyi güçlendirmek ve üyelerin ekonomik politikalarını yaklaştırmak,
3. Ekonomik ve parasal birlik oluşturmak,
4. Ortak bir dış politika ve güvenlik politikası oluşturmak,
5. Avrupa vatandaşlığı kavramını oluşturmak,
6. Hukuk ve içişleri alanında daha sıkı işbirliği gerçekleştirmek,
7. İnsan haklarını topluluk hukukunun genel ilkesi olarak kabul etmek,
8. Topluluk müktesebatını korumak ve buna uygun faaliyet göstermek.

Avrupa Birliği'nin amaçları ise, Avrupa Birliği Anayasası'nın 3. maddesinde yer almıştır. Burada Avrupa Birliği'nin amaçları şu şekilde sıralanmıştır¹³⁹:

1. Birliğin ilk amacı, barışı, birliğin değerlerini ve uluslarının refahını desteklemektir.

¹³⁸ C.Can Aktan; "Avrupa Birliği'nin Doğuşu, Gelişimi ve Genişleme Süreci, Yeni Türkiye, Avrupa Birliği Özel Sayısı I, Sayı:35, Yıl:6, Eylül-Ekim 2000, s.176.

¹³⁹ The European Convention, Draft Treaty Establishing a Constitution for Europe, **Submitted to the President of the European Council in Rome**, CONV 851/03. Brussels, 18 July 2003, s.21,24.

2. Birlik, vatandaşları için iç sınırların kaldırıldığı bir ortam yaratarak özgürlük, güvenlik ve adalet alanı ile serbest rekabete dayalı tek bir pazar yaratmaya çalışır.
3. Birlik, tam istihdamı ve toplumsal ilerlemeyi hedef alan, rekabet gücü yüksek bir sosyal piyasa ekonomisi, dengeli ekonomik bir büyüme ve sürdürülebilir bir kalkınmaya sahip Avrupa için çalışır. Birlik ayrıca, çevrenin korunması, bilimsel ve teknolojik ilerlemenin teşvik edilmesi, toplumsal adaleti ve korumayı, Avrupa'nın kültürel mirasının korunması ve geliştirilmesi için çalışır.
4. Birlik, uluslar arası alanda, kendi değerlerini ve çıkarlarını savunur. Aynı zamanda uluslar arası hukuka uyulmasına ve geliştirilmesine katkıda bulunur. Birlik, Anayasada kendisine verilen yetkilerle, bu amaçlara uygun yollarla ulaşmaya çalışır.

Avrupa Birliği ortak bir sağlık politikasına sahip olmamakla beraber, sağlık sistemlerine ilişkin ortak değerler geliştirdiği görülmektedir. 2006 yılında Avrupa Konseyi tarafından bir bildirme olarak yayınlanan bu değerler; sağlık hizmetlerinin sunumunda herkesin kapsama alınması, hakkaniyetin gözetilmesi, sürdürülebilirlik, kalite ve sağlığa ulaşılabilirlik olarak sıralanıyor. AB üye ülkelerin sağlık sistemlerinin sunumuna, organizasyonuna ve finansmanına katılmakta ve ilgilenmektedir. Ancak üye ülkelere bu fonksiyonları gerçekleştiren Avrupa değerlerini ve sağlık politikası hedeflerini gözetmelerini talep etmektedir¹⁴⁰. Dolayısıyla Avrupa Birliği'nin ülke vatandaşlarının sağlığı üzerinde belirgin bir etkisi olduğu ve olabileceğini söylemek mümkündür. Diğer yandan sağlıkla direkt ilgili olmayan alanlardaki Avrupa politikalarının sağlık bakımı ve sağlık hizmetlerinin sunulma biçimleri üzerinde önemli rol oynadığı belirtilmektedir¹⁴¹. Avrupa Birliği'nde sağlık sektörüne yönelik ortak bir düzenleme ve politika olmamasına karşın, Birlik içinde yapılan düzenlemelerde sağlık konularına değinilmiştir¹⁴².

¹⁴⁰ H.H. Yıldırım, s. 66.

¹⁴¹ Ocak ve Şimşek, s.582.

¹⁴² Bütüner, s.24.

Avrupa Komisyonu'nun 285 sayılı "Topluluğun Sağlık Stratejisi Bildirimi"nde Amsterdam Antlaşması'nın 3. ve 152. maddesine atıfta bulunularak Avrupa Birliği sağlık politikalarının amaçlarını şu şekilde sıralamak mümkündür¹⁴³:

1. Sağlığın yüksek düzeyde korunmasını sağlamaya yönelik katkıda bulunmak,
2. Halk sağlığının geliştirilmesini ve hastalıkların önlenmesini sağlamak,
3. İnsan sağlığı için tehlike oluşturan kaynakların üstesinden gelmek.

Avrupa Birliği'nin sağlık alanındaki uzun vadeli amaçları ise; 5 Şubat 2001 tarihli, 723 sayılı bildirimde "ulaşılabilirlik, kalite ve sürdürülebilirlik" olarak ortaya konulmuştur. Bu amaçlar doğrultusunda, Avrupa Birliği'ndeki sağlık hizmet sistemleri; gelirine veya varlığına bakılmaksızın herkes için ulaşılabilirlik, sağlık hizmetlerinde yüksek kalite ve sağlık hizmet sistemlerinin finansal sürdürülebilirliği olarak belirlenen üç temel amacın eşzamanlı olarak sağlanması ve gerçekleştirilmesi gerektiği bildirimde açıkça belirtilmiştir.

3.1.3. Avrupa Birliği'nde Sağlık Hizmetlerinin Yeri ve Kapsamı

Avrupa Birliği'nde sağlıkla ilgili politikalar 1993 yılında yürürlüğe giren Maastricht Antlaşmasında yer almış, bu antlaşmada iki madde halk sağlığı alanında "Üye ülkeler arasında işbirliğinin teşvik edilmesi", "gereğinde faaliyetlerinin desteklenmesi"ni içermektedir¹⁴⁴.

Avrupa Birliği'nde ortak bir sağlık politikası uygulanmamakta ancak bu konuda girişimler sürdürülmektedir¹⁴⁵. Özellikle son 15 yılda yoğunluk kazanan çalışmalar halk sağlığı ve iç Pazar dinamikleri olmak üzere iki kanaldan gerçekleşmektedir. İç pazar dinamikleri, serbest dolaşım çerçevesinde; malların (ilaç

¹⁴³ Commission of the European Communities, **Communication from the Commission to the Council, the European Parliament and the European Economic and Social Committee. Concerning the Re-Exam of Directive 93/104/EC Concerning Certain Aspects of the Organization of Working Time.** COM Commission of the European Communities, Brussels, 2003.

¹⁴⁴ Recep Akdur, **Sağlık Sektörü Temel Kavramlar**, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumunu, **Ankara Üniversitesi Avrupa Toplulukları Araştırma ve Uygulama Merkezi Araştırma Dizisi** No:25, 2. Baskı, Ankara, 2006, s.91.

¹⁴⁵ Saffet Ocak ve Gülten Şimşek, **Türkiye-Avrupa Birliği Sektörel Rekabet Analizleri, Türkiye Sağlıkta Avrupa Birliği'nin Neresinde?**, Nobel Basımevi, Ankara, 2008, s.579.

ve tıbbi malzemeler), hizmetlerin (sağlık sigortası hizmetleri, sağlık hizmetleri) kişilerin (sağlık profesyonelleri ve hastalar) ve sermayenin (hastane ve diğer sağlık yatırımları) serbest dolaşımı bağlamında sağlık alanına doğrudan ve dolaylı olarak yansımakta olduğu söylenebilir¹⁴⁶.

Sağlık bakımı ve sağlık sistemleri üye devletlerin sorumluluğu altındadır. Üye ülkeler sağlık sistemlerini nasıl yönetecekleri, sağlık ve sağlık bakımı alanına ayrılacak bütçenin büyüklüğü, geri ödenecek ilaçlar ve kullanılacak teknoloji konusunda karar alırlar¹⁴⁷. Avrupa Birliği, sağlık alanında yetki ikamesi çerçevesinden hareket ederek, üye ülkelerin sağlık yetkilerini tamamlayıcı rol oynamakta veya ülkelerin kendi başlarına yetemedikleri noktada devreye girmektedir¹⁴⁸. Avrupa Birliği, üye ülkelerinin halkının sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanabilmesi ve sağlık seviyesinin yükseltilmesini sağlayacak değişikliklerde bir katalizör görevi üstlendiği söylenebilmektedir.

3.1.4. Avrupa Birliği'nde Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması

Sağlık sistemleri dinamik bir süreç olduğundan sürekli bir değişime maruz kalmaktadır. Dolayısıyla sağlık sistemleri sınıflandırma yoluna gidilirken söz konusu sınıfları kesin çizgilerle birbirinden ayırmak olanaklı olmamasına karşın, ağırlıklı olarak kullanılan finansmana göre ülkeler gruplama veya sınıflama yoluna gidilmektedir. Dünyadaki sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasında çok farklı ölçütler kullanılmaktadır¹⁴⁹.

Avrupa sağlık sistemleri iki genel veya temel modele ayrılarak incelenmektedir. Beveridge sistemi (vergilerle finanse edilen kamusal model-ulusal sağlık hizmetleri sistemi) ve Bismarck sistemi (sosyal primlerle finanse edilen sosyal sigorta sistemleri modeli). Bu modellerin yanında zaman zaman Beveridge ve

¹⁴⁶ H.Hüseyin Yıldırım, Sağlık Alanında Avrupalı Değerler, Türkiye-AB ilişkileri, **Haber Yorum Dergisi**, Temmuz 2007, 13, s. 123.

¹⁴⁷ Ümit Arslan Giray; **Avrupa Birliği'nde Sağlık Yönetimi, Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi**, Editörler; C. C. Aktan ve U. Saran, Aura Kitapları, İstanbul, 2007, s.264.

¹⁴⁸ Ocak ve Şimşek, s.583.

¹⁴⁹ Bütüner, s.32.

Bismarck modellerinin birlikte kullanıldığı karma model de karşımıza çıkabilmektedir¹⁵⁰.

Ulusal sağlık sistemi (Beveridge) Modeli genel vergilerle finanse edilmektedir. Herkesi kapsayan evrensel bir sistem olma özelliği vardır. Kamunun sorumluluğunda bir alt yapıdır. Maaşlı çalışan sağlık personeli ve önemli düzeyde bu sağlık sistemine devlet müdahalesi mevcuttur. Bu nedenle merkezi bir planlamadan söz etmek mümkündür. İngiltere, İrlanda, Danimarka, Yunanistan, İspanya, Portekiz, İtalya, Finlandiya, İsveç bu modeli uygulamakta olan ülkelerdendir.

Sosyal Güvenlik Sistemi (Bismarck) Modelinde; sigorta katkılarıyla finanse edilmesi, sigorta fonları yoluyla kapsam ve meslek başına fonlama, karma bir altyapı (kamu-özel), hizmet başına ödeme yapılması söz konusudur. Devlet tarafından organizasyon sağlanmasına rağmen devlet tarafından işletilmeyen bir sağlık modelidir. Karmaşık yapı, çok sayıda kuruluş vardır. Almanya, Fransa, Belçika, Lüksemburg, Hollanda ve Avusturya bu modeli uygulayan ülkelerdendir.

Tablo 3'te Avrupa Sağlık Sistemlerindeki iki temel model olan ulusal sağlık sistemi modülü olan Beveridge sistemi ve Sosyal Güvenlik Bismarck Sistemi yer almaktadır.

¹⁵⁰ Yıldırım, 2004, s.72.

Tablo 4: Avrupa Sağlık Sistemlerinde İki Temel Model

Ulusal Sağlık (Beveridge) Sistemi	Sosyal Güvenlik(Bismarck) Sistemi
Genel Vergilerle finanse edilmektedir.	Ağırlıklı olarak katkılar yoluyla finanse edilmektedir.
Evrensel Kapsam	Sağlık sigorta fonları yoluyla kapsam veya meslek başına fonlama, bölge başına, politik gruplar başına
Doktorlar (hastanelerde) maaşlı çalışmaktadır.	Bağımsız doktorlar, hizmet başı ödeme almaktadır.
Önemli düzeyde devlet müdahalesi söz konusudur	Devlet tarafından organizasyon sağlanır ancak devlet tarafından işletilmez
Hükümet tarafından merkezi olarak planlama (Sağlık Bakanlığı)	Kompleks yapı, çok sayıda kuruluş bulunmaktadır.
Kamu Altyapısı	Karma Altyapı (kamu ve özel)
Danimarka, Yunanistan, İspanya, İrlanda, İtalya, Portekiz, Finlandiya, İsveç ve İngiltere	Belçika, Almanya, Fransa, Lüksemburg, Hollanda ve Avusturya

Kaynak: Erhan Karagan: “Bazı Avrupa Birliği Ülke Sağlık Sistemleri İle Türk Sağlık Sisteminin Karşılaştırılması”, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2008, s.37.

Tablo 4’te de görüldüğü gibi ulusal sağlık sistemi olan Beveridge sistemi genel vergilerle finanse edilen, tüm ülke geneline hizmet sunumunu amaçlayan evrensel kapsamlı bir sistemdir. Bu sistemde doktorlar hastanelerde ücret karşılığı görev yapmaktadır. Bu sistemde önemli düzeyde devlet müdahalesi söz konusudur. Sağlık Bakanlığı tarafından organize edilen kamu alt yapısı bulunmaktadır. Danimarka, Yunanistan, İspanya, İrlanda, İtalya, Portekiz, Finlandiya, İsveç ve İngiltere bu modeli benimsemektedir. İkinci modelimiz özel ağırlıklı sosyal güvenlik sistemi olarak bilinen Bismarck sistemidir. Bu sistemde sağlık hizmetinin sunumuna ilişkin harcamalar özel katkılar yoluyla finanse edilmektedir. Bağımsız doktorların hizmet başına ödeme karşılığı sağlık hizmeti sunumunu gerçekleştirdiği bir modeldir. Bu modelde organizasyon devlet tarafından sağlansa da sağlık kurumu işletmeciliği ağırlıklı olarak özel kuruluşlar tarafından yapılmaktadır. Bu bakımdan çok sayıda sağlık hizmeti sunan kuruluştan bahsetmek mümkündür. Ulusal sağlık sistemi (Beveridge) ile Sosyal Güvenlik Sistemi (Bismarck) arasındaki en büyük ayrım Beveridge’nin genel vergilerle finanse edilmesi, Bismarck sisteminin ise ağırlıklı

olarak özel katkılar yoluyla finanse edilmesidir. Bu bakımdan Bismarck modeli karma modül olarak ta adlandırılmaktadır.

3.1.4.1.Ulusal Sağlık Sistemi (Beveridge) Modeli

İngiltere’de 1 Aralık 1942 yılında geleneksel sosyal güvenlik kurumlarının sanayileşme sonrası toplumsal sorunların çözümünde yeterli olamayışından hareketle yeni bir sosyal düzenin tesisi amacıyla Lord Wiliam Beveridge tarafından yeni bir fikir ortaya atılmıştır ve 1948 yılında kurulmuştur¹⁵¹. Halkın tümüne yayma ilkesini esas alan bu yaklaşımın temeli, devletin vergi gelirleri ile sistemin finansmanına katkıda bulunmasıdır. Bu sistemde bütün bireylerin sosyal güvenceden yararlandırma hedefi ile ülkede yaşayan herkesi ayırım gözetmeksizin kapsamına alarak sosyal adaletsizliğin ortadan kaldırmaya çalışan finansmanı primlerle sağlanan modern bir sosyal güvenlik sistemi olarak tanımlanmaktadır.

Hizmet sağlayıcıların çoğu devlet memurudur. Bu sistemde hizmetler tek bir örgütte entegre edilmiştir ve devlet önemli bir güce sahiptir. Devletin bu gücü, etkili bir sistem oluşturulmasında olumlu bir etki yaratmıştır. Ulusal sağlık sisteminin tipik örneği İngiltere’dir. Ayrıca İsveç, Danimarka, İspanya, İtalya ve Portekiz’de değişik biçimlerde bulunmaktadır. Güney Avrupa’da karma bir sistem vardır ve finans mekanizmasında sosyal sigorta önemli bir rol oynar¹⁵². Bu sistemin başlıca özellikleri şöyle sıralanmıştır:

1. Sistemin kapsamına alınanlar, sadece işçiler değil, toplumunun tümüdür.
2. Toplumun tümü özellikle ölüm ve aile yardımlarını da içine alan, çok yaygın bir riskler sisteminin sonuçlarına karşı sigorta edilmektedirler.
3. Sistemde sigortalıların sosyal ve mesleki durumları göz önünde tutulmamış ve tek düzen bir yardım belirlenmiştir.
4. Sosyal güvenlikle sosyal ihtiyaçlar doğrultusunda belli bir gelir garantisi sağlanmaya çalışılmaktadır.

¹⁵¹ Egeli; 2008, s.52.

¹⁵² Graham R. Chambers, **Health Policy in the EU**, A Basic Guide. Eurohealth. Vol:5, No:4, Winter, 2000, s.7,9.

5. Risk kavramı, Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın otoritesi altında, tek bir hizmet içinde bütün sigorta kurumlarının birleştirilmesiyle doğru orantılı olmalıdır.

6. Tek düzen katkılarla aile yardımı ve sağlık yardımlarının vergilerle karşılanması sağlanmalıdır. Devletin sosyal güvenliğin finansmanına ağırlıklı olarak katılması gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerinin finansmanında Beveridge modelini (vergiye dayalı finansman) benimseyen ülkeler (Örneğin İrlanda, İngiltere, İtalya, Yunanistan, Portekiz ve İspanya gibi ülkeler) ağırlıklı olarak vergiye dayalı kaynakların çeşitli sürümleri kullanmaktadırlar. Bu ülkelerin en önemli özelliği nüfusun hemen hemen tamamının sağlık hizmetlerine ulaşabilmesidir. Bu sistemde finansmanın sağlanması, hizmete ulaşılabilirliği sağlama ve coğrafik olarak kaynakların eşitlikçi bir biçimde sağlanması görevleri ağırlıklı olarak vatandaşlar tarafından kamu sektörüne devredilmiştir.

Sigortaya dayalı sistemlerin aksine, vergiye dayalı sistemleri uygulayan ülkelerin vatandaşları kamu güvencesi kapsamındadırlar ve sağlanan hizmetlerin dağılımı geniş kapsamlıdır. Ayrıca sosyal sigorta sistemi uygulamalarından farklı olarak tüm vatandaşlar için hizmet dağılımı hemen hemen aynı olmaktadır ve sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik daha fazladır. Vergilendirme yoluyla finanse edilen ulusal sağlık hizmetleri sistemlerinin (örneğin İngiltere) temel belirleyici özelliklerinden birisi de tüm vatandaşların eşit şartlarda ulusal kapsama alınmasıdır¹⁵³.

3.1.4.2.Sosyal Güvenlik Sistemi (Bismarck) Modeli

İşçi Sigortası Modeli olarak adlandırılan Bismarck Modeli, bütün çalışanların sosyal güvenceden yararlanmalarını amaçlayan ve sosyal sigorta tekniği ile bu amacını gerçekleştirmeye çalışan bir sosyal güvenlik sistemidir¹⁵⁴. İlk modern sosyal güvenlik sistemi özelliğini taşıyan ve 1883 yılında Almanya'da uygulanan İşçi Sigortası modeli, daha sonraları Avusturya, İtalya, Belçika, İsveç, Fransa, İsviçre,

¹⁵³ M. McKee; The Impact of European Law on National Health Policy, **Journal of European Social Policy**, 1996.

¹⁵⁴ Egeli; 2008, s.51.

Hollanda, Lüksemburg, Norveç gibi ülkelere örnek teşkil etmiştir. Sağlık hizmetlerinin finansmanında Bismarck modelini benimseyen ülkeler kanuni olarak sigorta temelli sistemleri kurmuşlardır. Bu sistemin temel özellikleri şöyledir:

1. Sistemin sigortasından yararlananların ücretinin belli bir miktarın altında olması,
2. Yapılan yardımın ücrete uygun olması,
3. Zorunlu olması,
4. Sigortalıların ödedikleri prim sistemine dayanmasıdır.

Bu ülkelerdeki bireysel sosyal sigorta sistemleri aynı ilkelere esinlenmesine rağmen uygulamada ülkeden ülkeye farklı düzenlemeler gözlenmektedir. Ancak bu tür bir finansman biçimi de ağırlıklı olarak devlet tarafından regüle edilmektedir. Tüm ülkelerde sosyal sigorta fonları devlet tarafından sübvansiyonlanmaktadır. Ancak bu sübvansiyonların oranları ülkeden ülkeye farklılıklar gösterebilmektedir.

İşçi ve Halk sigortası sistemleri arasındaki en belirgin fark, sosyal güvenlik sisteminin finansmanına katılım şeklidir. Bismarck sisteminde işveren ve işçi katkılarının (prim sistemi), Beveridge sisteminde ise devlet katkısının ön plana çıktığı görülmektedir¹⁵⁵.

Bismarck ve Beveridge'in oluşturdukları modellerden dünyada birçok ülke etkilenmiştir. Bazı ülkeler modelleri aslına yakın bir şekilde benimserken, bazıları her iki modeli de birlikte uygulamayı uygun görmüştür. Her iki modelin birlikte uygulanması sonucu ortaya çıkan ve karma model olarak bilinen sosyal güvenlik sisteminde finansman, işçilerin ücretlerinin belirli bir yüzdesi üzerinden işverenleri tarafından sağlanmaktadır. Hollanda önceleri Bismarck modeli esas alınmış, daha sonra bir komisyon kurularak Beveridge modeli çerçevesinde herkesin tüm risklere karşı ayrı ayrı sigorta kolları tahsis edilmemiş, işçiler ve halk söz konusu tüm riskler bakımından sağlık mevzuatı çerçevesinde koruma altına alınmıştır.

¹⁵⁵ Egeli, 2008, s.53.

3.1.5. Avrupa Birliği Bütçesi ve Sağlık

Avrupa Birliği bütçesi üye ülkelerin üzerinde Antlaşmaya vardıkları politikaların finansmanı için bir enstrüman olarak kullanılmaktadır. Bu nedenle Avrupa Birliğinin bütçesi Birliğin bütün faaliyetlerini ve operasyonlarını her yıl finanse etmeye yetkili bir yasa olarak karşımıza çıkmaktadır. Avrupa Birliği bütçesi kapsamında kaynaklar mevcut önceliklere göre ve Topluluğun politikasını yansıtabilecek tarzda tahsis edilmektedir¹⁵⁶.

Avrupa Birliği ülkelerinde Maastricht bütçe kriterlerini karşılamak için ciddi çabalar harcanmıştır. Bu durum Topluluğa üye ülkeler için sağlık ve diğer önemli politikalar için yeterli finansman sağlamayı daha da zorlaştırmıştır. Maastricht kriterlerinin dayattığı ekonomik rejime uyma zorunluluğu hem Avrupa Birliği düzeyinde hem de Topluluk ülkeler düzeyinde önemli çabaları gerektirmektedir. İhtiyaçların artması sağlık hizmetleri başta olmak üzere refah devletlerin çeşitli unsurların üzerinde önemli etkilere sahiptir. Avrupa Birliği sağlık sistemleri farklılıklar barındırmasına rağmen Topluluk ülkelerinin tümü benzer güçlüklerle karşı karşıyadır. Bu güçlüklerin başında da demografik değişimler ve gelişen teknoloji bulunmaktadır. Çünkü bu gelişmeleri takip etmek ve ihtiyaçlara yanıt vermek için mevcut bütçe olanakları oldukça sınırlıdır. Avrupa Birliği bütçesi içinde sağlık konusuna ayrılan oran oldukça düşüktür. 98 milyar euro olan 2002 yılı bütçesinden sadece %1'inin altında bir oranla 743 milyon euro sağlık ve tüketicinin korunmasına ayrılmıştır. Ortaya çıkan finansman açığı üye ülkelere karşılanmaktadır. Avrupa Birliği'nin 2010 yılı bütçesi 141.5 milyar euro iken bu tutardan halk sağlığı ve tüketicinin korunmasına yönelik yalnızca 0.7 milyar euro ödenek ayrılabilmiştir. Sosyal politikalar için 0.2 milyar euro'luk bir ödenek bunu izlemiştir.

Avrupa Birliği sağlık politikalarının gelecek yıllarda başarılı olmasında temel husus sağlığa AB bütçesinden yeterli ve daha fazla kaynak ayrılmasıyla değil kaynakların verimli ve etkili bir biçimde kullanılmasına, Topluluğa katma değer oluşturacak sağlık alanlarına ayrılmasıyla mümkün olacaktır.

¹⁵⁶ H.Yıldırım ve T.Yıldırım, s.352.

Topluluk vatandaşlarının genel sağlık düzeyleri son yıllarda iyi durumda olmasına karşılık halen önlenabilir hastalıklardan her yıl binlerce kişi yaşamını yitirmektedir¹⁵⁷. Topluluk içinde karşı karşıya bulunulan sağlık problemleri çok geniştir ve aniden yeni bulaşıcı hastalıklar ortaya çıkması mümkündür. Her ne kadar bu hastalıklarla mücadele etmek ulusal devletlerin sorumluluğunda olsa da yerel düzeyde de yürütülmesi gereken bir hizmet alanıdır. Hastalıklarla mücadelede ülkeler arasında bilgi paylaşımı, işbirliği ve Avrupa Birliği düzeyinde katma bir değer sağlayacak kazanımları da beraberinde getirmektedir.

Yeni gelişme süreciyle birlikte Avrupa Birliği'nin sağlık alanındaki iş yoğunluğu daha da artmıştır. Üye ülkelerin sağlık sistemlerini AB standartlarına getirebilmeleri için bu ülkeler yardım yapılması gerekmektedir. Bu durumda da bütçede bir artış yapılması zorunlu hale gelmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumu için Avrupa Birliği bütçesinden ayrılan pay sağlık konusunun henüz sektör olarak algılanmadığını göstermektedir. Sağlıkın öncelikli bir alan olarak ele alınmamasının nedeni olarak Maastricht ekonomik kriterleri olduğu söylenebilmektedir.

3.2. BAZI AVRUPA BİRLİĞİ ÜLKELERİNİN SAĞLIK SİSTEMLERİ VE HARCAMALARI

Toplumun sağlık düzeyinin ne konumda olduğunu ortaya koymak ve diğer toplumlarla kıyaslayabilmek için birtakım standart ölçütlerden yararlanılmaktadır. Bütün ülkelerde standart olarak kullanılan bu ölçütlerin birçoğu oran ve hızlardan oluşmaktadır. Bunlardan bazıları, Gayri Safi Milli Hasıladan sağlığa ayrılan pay, toplam sağlık harcamaları içinde kamunun payı, 1000 kişiye düşen sağlık profesyoneli sayısı (hekim, hemşire, eczacı vs.) nüfusa oranla hasta yatağı sayısı, bebek ölüm oranları, ortalama yaşam süresi, hastalıklara yakalanma hızı (enfeksiyon, metabolik hastalıklar vb.) ve teknoloji kullanımı şeklinde sıralanabilir.

Bir bölgenin veya ülkenin sağlık düzeyini tümüyle ölçebilmek çok olası görülmemektedir. Çünkü kayıtların kalitesi ve miktarı ile birlikte özellikle karşılaştırma yapılabilmesi için nelerin ölçüt olarak alınacağı (standart) oldukça

¹⁵⁷ H. Yıldırım ve T. Yıldırım, s.354

önemlidir¹⁵⁸. Yapılan bu karşılaştırmalarda amaç; Türkiye'nin bazı temel sağlık verilerinin Avrupa Ülkelerinin sağlık verileri ile karşılaştırmak ve irdelemektir¹⁵⁹. Böylece; Avrupa Birliği üyeliğine aday olan Türkiye'nin sağlık hizmetlerinin ve sağlık göstergelerinin AB ülkelerine göre nerede olduğu belirlenmiş olacak ve sağlıkta yeniden yapılanma sürecinde olan ülkemizin Avrupa Birliği normlarına göre reform yapılmasına ışık tutacaktır. Bu bakımdan bazı Avrupa Birliği Üyesi Ülkelerin Sağlık Sistemlerine göz atmakta yarar bulunmaktadır.

3.2.1. İngiltere Sağlık Sistemi ve Sağlık Harcamaları

Birleşik Krallık (United Kingdom) veya Büyük Britanya Birleşik Krallığı; İngiltere, İskoçya, Galler ve Kuzey İrlanda devletlerinden oluşmaktadır. İngiltere'nin ismi genellikle Birleşik Krallık yerine kullanılmaktadır. Burada İngiltere sağlık sistemi derken Birleşik Sağlık Sistemini kastedilmektedir.

İngiltere 65 yaş gurubunda ölüm nedeni sıralamasında kanser birinci ve ikinci sırada dolaşım hastalıklar (kardiyovasküler hastalıklar dahil) yer almaktadır. Tüm yaş gruplarında ise bu sıralama tersine dönmektedir.

İkinci Dünya Savaşı yıllarında ve hemen sonrasında tasarlanan refah hizmetleri arasında sağlık hizmetleri de yer almaktadır. Refah devletinin değerli tacı olarak görülen Ulusal Sağlık Hizmetleri (USH) orijinal adıyla National Health Service (NHS) 1948 yılında kurulmuş olup, büyük çoğunluğu vergiler olmak üzere kamusal olarak finanse edilmekte ve kullanım anında da genellikle bedavadır.

İngiltere Ulusal Sağlık Hizmetlerini ağırlıklı olarak emir-komuta zincirine göre hiyerarşik bir düzende işleyen bir yapıya sahiptir. En tepede Sağlık Bakanlığı altında Bölge Sağlık Otoriteleri, onun altında yaklaşık 90 kadar alan sağlık otoriteleri yer almıştır. Sağlık Bakanlığı, Ulusal Sağlık Hizmetleri kapsamında sağlık hizmetlerinin sağlanmasında Parlamente'ye karşı sorumludur. Ulusal Sağlık Hizmetleri Üst Yönetimi ise Ulusal Sağlık Hizmetleri için hükümet politikasına

¹⁵⁸ Seher Çimen ve Yunus Taş, **Türkiye AB ilişkileri Çerçevesinde Sağlık Göstergelerinin Karşılaştırılması**, IV Ulusal Sağlık Kuruluşları Yönetimi Kongresi, Editörler; H. Sur ve O. Yazar, Ölüdeniz-Fethiye, 2006, s.172.

¹⁵⁹ Ocak ve Şimşek, s.579.

dayalı açıkça tanımlanan hedefler ve önceliklerin sağlanmasında Sağlık Bakanlığına karşı sorumludur. Ulusal Sağlık Hizmeti, 1991 yılında kurulmuş olup özerk hastanelerden oluşmaktadır. Toplam harcamaları halen ağırlıklı olarak merkezden kontrol edilmekte ve planlanmaktadır.

Sağlık Bakanlığı'nın idaresinde bulunan Sağlık Departmanı sağlık ve kişisel sosyal hizmetlerden sorumludur. İngiltere'de Sağlık Departmanı halk sağlığını da içerecek şekilde genel sağlık politikasını belirler. Departman ayrıca USH için genel sorumluluğa sahiptir. Özetlemek gerekirse, İngiltere USH kapsamında; Yerel Sağlık Otoriteleri, Bölge Sağlık Otoriteleri, Genel Pratisyenler ve USH birimleri yer almaktadır.

Ulusal Sağlık Hizmetleri ağırlıklı olarak genel vergilerden finanse edilen bir sistemdir. Finansmanın yaklaşık olarak %95'i genel vergilerden %5'i ise diğer kaynaklardan gelmektedir. Ancak son yıllarda özellikle de 1990'ların ortalarından sonra başta uzun bekleme listeleri olmak üzere çeşitli nedenlere dayalı olarak nüfusun belli bir kesimi (örneğin 1996 yılı verilerine göre %6) tamamlayıcı sigorta yaptırma yoluna gitmiştir. Bu finansman kaynaklarına ek olarak sistemde özel sağlık sigortası da az da olsa kullanılmaktadır. Ayrıca az da olsa cepten yapılan harcamalar ve kullanıcı katkıları sistemde kullanılmaktadır.

Diğer ülkelerle karşılaştırıldığında İngiltere, birinci basamak sağlık hizmetlerinde oldukça gelişmiş ve iyi işleyen bir sisteme sahiptir. Genel pratisyenlere bağımsız sözleşme yapma statüleri USH ilk kurulduğunda verilmiştir. Daha sonra bu statüleri gözden geçirilmiştir. 1991 yılı dahili piyasa reformları ile oluşturulan fon sahibi Genel Pratisyenler, 1997 yılında İşçi Partisi'nin iktidara gelmesi ile birlikte yapısı değiştirilmiş ve Genel Pratisyenler önceleri birinci basamak grupları daha sonraları da Birinci Basamak Tröstleri içinde yer almaya başlamışlardır.

İngiltere'de nüfusun yaklaşık olarak %99'u bir GP'ye kayıtlıdır. Genel pratisyenlerden 24 saat hizmet (önleyici, teşhis ve tedavi edici hizmetler) alınabilmektedir. Nüfusun yaklaşık olarak %90'ı genel pratisyenler aracılığıyla USH'le temasa geçmektedir. Kişiler Genel Pratisyenlerini belirli bir coğrafi alanla sınırlı olmak kaydıyla seçmekte serbesttirler. Genel Pratisyenini değiştirenlerin temel

nedeni ise bulunduğu yeri değiştirmelerinden kaynaklanmaktadır. Örneğin acil durumlar hariç, Genel Pratisyenine gitmeden doğrudan ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine gidenler ceplerinden ödeme yapmak zorundadırlar.

İngiltere ulusal sağlık hizmetinde birinci basamak ile ikinci basamak sağlık hizmetleri birbirinden oldukça ayrıktır. Genel Pratisyenler ikinci basamak sağlık hizmetleri için kapı doktoru rolü üstlenmiştir. İngiltere’de nüfusun hemen hemen hepsi bir Genel Pratisyene kayıtlıdır. Genel Pratisyenler birinci basamak sağlık hizmetleri vermekte ve hastane hizmetlerine de erişimi kontrol etmektedir.

1991’den önceki dönemde hastaneler devletin mülkiyetinde idi ve devlet tarafından işletilmekteydi. Ancak 1991 yılında gerçekleştirilen reformlarla birlikte hastaneler özerk USH hastaneleri haline gelmiştir. Söz konusu hastaneler sözleşme temelinde çalışmaktadırlar. Sistem içinde genel, özel dal ve eğitim hastaneleri söz konusudur. Özellikle de son on beş yıldır İngiltere sağlık sisteminde hizmet sunumunun özel sektörün göreceli rolü giderek artış eğilimi göstermeye başlamıştır.

1970’li yıllarda İngiltere’de yaşanan önemli sağlık hizmeti gelişmelerinden birisi kaynak tahsisi konusudur. O tarihe kadar önceki yılların tahsisatları baz alınarak gerçekleştirilen kaynak tahsisleri 1975 yılında uygulamaya giren ve bölgeler arasında daha hakkaniyetli bir kaynak tahsisi sağlayan Kaynak Tahsisi Çalışma Partisi (Resource Allocation Working Party/RAWP) devreye girmiştir. RAWP’a göre bölgenin ihtiyaçları; bölge nüfusunun büyüklüğü, yaş ve cinsiyet kompozisyonu ve morbidite düzeyleri dikkate alınarak tespit edilmektedir.

Ulusal sağlık hizmeti yönetimi, yıllık bütçeye göre fonları Bölge Sağlık Otoritelerine (BSO) ve fon sahibi Genel Pratisyenler tahsis etmektedir.. Özerk olan hastane tröstleri personelini istihdam edebilmekte, yeni kaynak yaratabilmekte, hizmet satın alıcıları (BSO ve fon sahibi GP’ler) ile sözleşme karşılığında hizmet sağlamaktadır.

Genel pratisyenlere ödemeler ise genel pratisyenlerin listesindeki kişi başına göre gerçekleştirilmektedir. Bu ödeme şekline ek olarak teşvik edici ödemeler de söz konusudur. Örneğin genel pratisyen aşılama hedefine ulaşabildiyse GP’ye bir teşvik

pirimi ödenebilir. Fon sahibi GP'lere ise kendi uygulamaları ve ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini satın almak üzer kendilerine kayıtlı hastaya göre yıllık bir bütçe verilmektedir. GP'ler kendilerine verilen bu bütçeden tasarruf ettikleri ölçüde karlı çıkarlar. Diş hekimlerine ödemeler ise ağırlıklı olarak hizmet başı yöntemine göre yapılmaktadır. Farmasötiklerin ödenmesinde ise negatif liste uygulaması vardır. Buna göre negatif listede yer alan ilaçlar geri ödenmemektedir. Fiyatlar endüstri tarafından belirlenmekte, ancak merkezi hükümetin denetiminde olmaktadır. OTC ilaçlarının bedellerinin tümü hastalarca karşılanmaktadır. Reçeteli ilaçlar için hastalar belli bir katkı payı ödemektedir.

1979 yılında Margaret Thatcher hükümetinin işbaşına gelmesi ile birlikte diğer alanlarda olduğu gibi sağlık alanında da liberalizasyon ve özelleştirme girişimleri başlamıştır. İngiltere'deki sağlık hizmetlerinin organizasyonu 1990'dan bu yana oldukça önemli değişimler yaşanmıştır. 1991 yılında gerçekleştirilen reformlarla (dahili piyasa reformları) hizmet sunumu ile hizmet finansmanı birbirinden ayrılmış ve dahili piyasa devreye girmiştir. Dahili piyasa fon sahibi genel pratisyenler ve bölge sağlık otoritelerinin NHS içindeki özerk hastanelerden ve kamu ve özel hastanelerden sözleşmeler karşılığı hizmet ettikleri nüfus adına sağlık hizmetlerini satın almaları şeklinde işlemektedir. Burada amaç hizmeti sağlayıcılar arasında rekabetin sağlanması yoluyla verimliliği sağlamaktır.

İngiltere sağlık hizmeti sunumunda ilk önemli reform dalgasını 1991 yılında dahili piyasa reformları ile yaşamıştır. 1991'de yaşanan bu reformların temel itici gücü; daha verimli, maliyet etkili ve beklentileri karşılayan sağlık hizmetleri beklentisi idi. İkinci önemli reform 1997 yılında yaşanmıştır. Bu beklentilerle girişilen reformlar kapsamında hizmet sunumu ile hizmet finansmanı birbirinden ayrılmış ve bu iki kanat arasında hizmet alışverişi sözleşmelere dayandırılmıştır.

1991 yılında gerçekleştirilen dahili piyasa reformları ile getirilen yapılar temelde korunmakla beraber 1997 yılında İşçi Partisi işbaşına geldiğinde bazı değişikliklere gidilmiş ve 1999'dan beri de 480 adet Birinci Basamak Grupları (BBG/Primary Care Groups/PCGs) oluşturulmuştur. Genel pratisyenler bu gruplar içinde faaliyet göstermeye başlamışlardır. BBG'ler bünyesinde genel pratisyenler ve

toplum hemşireleri çalışmaktadır. BBG'ler 2000 yılından beri de Birinci Basamak Tröstleri (BBT/Primary Care Trusts/PCTs) haline gelmeye başlamışlardır. BBT'ler daha özerk oluşumlar olup kendi bütçelerini yönetme yeteneğine sahiptirler. 2004 yılına kadar tüm BBG'lerin BBT statüsüne kavuşmaları öngörülmüştür. 2010 yılında iş başına gelen Koalisyon hükümeti de sağlık alanında ciddi reformları gerçekleştirmeyi öngörmektedir.

3.2.2. Almanya Sağlık Sistemi ve Sağlık Harcamaları

Almanya'nın sağlık güvenlik sistemi; zorunlu sağlık sigortası programı, özel sağlık sigortası ve diğer güvenlik sistemlerinin sorumluluğundadır. Nüfusun yaklaşık olarak % 90'ı zorunlu sağlık sigortası kapsamında olup % 10'u özel sağlık sigortası kapsamında yer alırken, % 0,3'ü de herhangi bir sağlık güvencesine sahip değildir.

Yönetim ve hizmet birimleri olarak; federal devlette, merkezi düzeyde esas sorumlu bakanlık Sağlık Bakanlığı'dır. Ayrıca, Çalışma ve Sosyal İşler Bakanlığı, Doğa, Çevre ve Nükleer Güvenlik Bakanlığı, Araştırma ve Teknoloji Bakanlıkları da konu ile ilgilidir. Kontrol ve karar verme mekanizması ağırlıklı olarak, hastalık fonlarına, hastane organizasyonlarına ve hekim birliklerine bırakılmıştır. Devlet sistem üzerinde sınırlı bir denetime sahiptir¹⁶⁰.

Almanya'da sağlık hizmetleri yüzyılın başından beri hastalık sigortası (kamu+özel) ile finanse edilmektedir. Bireyler gelir düzeylerine göre hastalık fonlarına prim ödemekte ve sağlık ihtiyaçlarıyla ilişkili olarak sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadırlar. Prim katkıları, sigorta riskine ve sigortalıya bağlı kişi sayısına bakılmaksızın sigortalının gelirinin belli bir yüzdesi kesilerek toplanmaktadır. Çalışan kesim açısından bakıldığında, yarısını çalışan yarısını da işveren ödemektedir. Zorunlu sağlık sigortası programı kapsamında sigortalı olan herkes maliyetleri paylaşmak ve primlerini ödemek zorundadır. Zorunlu sağlık sigortasına sahip kişiler aynı zamanda ek sigorta da yaptırabilirler¹⁶¹. Hizmet Sunumu ve İnsan gücü; Ayakta bakım hizmetleri, bölgesel hekim birliğine bağlı olan hekimler

¹⁶⁰ Christopher Pick , Current Themes in UK Health Care: How are They Approached in Germany? Conference Report, Anglo-German Foundation and The King's Fund, April 2003, s.1-12. http://www.agf.org.uk/cms/upload/pdfs/R/2003_R1363_e_uk_health_care_approach_in_germany.pdf

¹⁶¹ Pick, s.2.

tarafından verilmektedir. Hastane hizmetleri ise, kamu, kar amaçsız ve ticari hastaneler tarafından sağlanmaktadır. Hastaneler daha karmaşık ve teknik olan sağlık hizmetlerini sunmaktadır. Hekimler serbest çalışır, periferdeki aile hekimleri pratisyen ya da uzman olabilir. Büyük çoğunluğu uzmandır. Sigortalının hekimini seçmesi ve ona kayıt olmasına dayalı bir sistem vardır. Almanya'da 1996'dan beri değişme ve yeniden yapılanma süreci yaşanmaktadır. Sigorta sistemi sadece Almanya'da değil tüm dünyada finanse edilebilirliğini sürdürme sorunuyla karşı karşıyadır¹⁶².

3.2.3. Fransa Sağlık Sistemi ve Sağlık Harcamaları

Sağlık hizmetleri politikası, sağlık sisteminin yönetiminde ve sağlık sigortasının denetiminde ağırlıklı bir role sahip olan devlet tarafından yürütülmektedir. 1996 yılından beri bölgesel hastane yatış ajansları, özel ve kamu sağlık bakım kurumlarının fiyat yapısı ve planlanmasının denetiminden sorumlu olmuşlardır.

Sağlık hizmetleri sunumu kamu ve özel sektörde karma olarak sunulmaktadır. 1998 yılı rakamlarına göre genel pratisyenlerin %75'i ve uzmanların %68'i özel sektörde çalışmışlardır. Hastane yataklarının %65'i kamu sektörüne ait olup (1998) ve özel sağlık kurumlarının 1/3'i ise kar amaçsız kurumlardan oluşmaktadır¹⁶³. Fransa sağlık hizmetleri sistemi sigorta temelli bir sistemdir. Sigortalı kimseler sağlık hizmet sunucusunu ve sağlık hizmet kurumunu seçmekte serbesttir.

Genelde sigortalı grup aldığı sağlık hizmetlerinin karşılığını peşin öder daha sonra bunu sigorta fonundan geri alır. Ancak bazı durumlarda sağlık sigortası kendi payını doğrudan hizmet ödeyicisine sigortalı ile birlikte öder. Bu ödeme sistemi az veya çok sistematik olarak kamu sağlık kurumlarında veya eşdeğeri olan kurumlarda hastane bakımı için gerçekleştirilmektedir¹⁶⁴.

¹⁶² Hüseyin Çelik,.; **Avrupa Birliği Ülkelerinde Sosyal Sağlık Sigortası Sistemi ve Finansmanı**, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, , İstanbul 1997, s.103, 115.

¹⁶³ Bütüner, s.34.

¹⁶⁴ Missoc-Info., **Health Care in Europe**, Bulletin of the Information System on Social Protection in the European Union, 03/2002, s.7-12.

Fransa nüfusunun hemen hemen tümü (nüfusun %99'u) sosyal güvenlik sisteminin bir kolu olan zorunlu sağlık sigortası, sağlık güvenliği kapsamında ver almaktadır. Zorunlu sağlık sigortasına üye olmak, bireyin sosyal ve/veya mesleki kategorisine göre belirlenmekte olup, farklı programlar aracılığıyla gerçekleşmektedir. Zorunlu sağlık sigortasına ek olarak nüfusun %87'si gönüllü, ek hastalık fonlarının da üyesi durumundadır veya özel sigorta sahibidir. Zorunlu sağlık sigortası kapsamında olmayan kesim de yerel topluluklar tarafından sağlanan sosyal yardımlar çerçevesinde kapsama alınmışlardır. Nüfusun bu kesimini Fransızların en fakir halkı oluşturmaktadır. Sistem, kamu çıkarlarının garantörü olan ve sağlık durumunun geliştirilmesinden sorumlu olan devlet tarafından denetlenmektedir¹⁶⁵. Başta gelen sigorta programları arasında nüfusun %80'ini kapsayan genel sağlık sigortası programı, nüfusun %9'unu kapsayan tarım sektöründe serbest çalışanlar ve işçiler için programlar, tarım sektörü dışında serbest çalışanlar (nüfusun %6'sı ve spesifik mesleki kategorileri kapsayan küçük ölçekli sigorta programları belirtilebilir. Herkesi kapsayan özelliğine ek olarak Fransa sağlık sigortası sistemi, iki temel özelliği ile de ön plana çıkmaktadır. Bunlardan birincisi 1997 yılından beri Fransız Parlamentosu, "Yıllık Sosyal Güvenlik Finansman Yasası" yapmakta ve böylelikle de politika istikametlerinin belirlenmesinde ve zorunlu sağlık sigortası için harcama hedefleri üzerinde daha aktif bir rol almaktadır. İkincisi ise başlangıçta ücretlere dayalı olan zorunlu sağlık sigortası katkıları (sigortalılar tarafından), zamanla yerini tüm gelirlere uygulanan "özel amaçlı vergilere" bırakmıştır¹⁶⁶. Bu bağlamdaki özel amaçlı vergiler zorunlu sigorta fonlarını gelir kaynaklarını yaklaşık olarak dörtte birini oluşturmaktadır. Buna karşılık işveren payında bir değişiklik olmamıştır. İşverenin katkısı ücret başı maliyetlerinin %12,8'ini oluşturmaktadır. Mevcut sağlık harcamaları GSYİH'nin yaklaşık olarak %10'na karşılık gelmektedir¹⁶⁷.

¹⁶⁵ Missoc-Info.,s.7-12.

¹⁶⁶ Palm ve ark., **Implications of Recent Jurisprudence on the Coordination of Health Care Protection Systems**, General Report Produced for the Directorate-General 132 for Employment and Social Affairs of the European Commission, AIM, Association Internationale De La Mutualite, May 2000, s.22.

¹⁶⁷ Missoc-Info, s.7-12.

3.2.4. Hollanda Sağlık Sistemi ve Sağlık Harcamaları

Hollanda'da sağlık hizmetleri ile ilgili sosyal güvenlik sistemi sigorta temeline dayalıdır. Toplumun tamamını kapsayan ve sadece %60'ını kapsayan iki sağlık sigortası vardır. İkinci grubu daha az geliri olanlarla 65 yaş ve üzerindekiiler oluşturmaktadır. Kamu sigorta programları Hastalık Fonu Yasası ile düzenlenmektedir¹⁶⁸.

Zorunlu primleri toplayan ulusal kamu sigorta fonlarının, hastalık fonlarının yönetimi ve sağlık hizmet sağlayıcıları için bütçelerin ve hizmet ücretlerinin belirlenmesi iki tane yarı özerk hükümet dışı kurum tarafından yönetilmektedir: Sağlık Sigorta Kurulu ve Sağlık Hizmet Tarifeleri Kuruludur¹⁶⁹. Kamu kısmı iki sosyal sigortayı biri uzun dönemli bakım ve evde bakım için ulusal program ve 22 tedavi edici tıbbi hizmetler için hastalık fonu sigortasını kapsarken, bu iki zorunlu sigortaya ek olarak iki özel sigorta söz konusudur. Bunlar: Hastalık fonu sigortası kapsamında olmayanlar için var olan özel sağlık sigortası, Hastalık fonu sigortası kapsamında olup ek ödemeler için yaptırılan özel sağlık sigortasıdır.

1998 yılı verilerine göre nüfusun %63.5'i hastalık fon sigortasına sahipken, %35'i ise özel sigortalıdır¹⁷⁰. 1999 yılında, toplam sağlık harcamalarının %6,3'ü doğrudan cepten yapılan ödemelerden oluşmuştur. Özel sigortalar ise toplam sağlık harcamalarının %1,6'sına denk gelmiştir¹⁷¹.

3.2.5. İsveç Sağlık Sistemi ve Sağlık Harcamaları

Bir Monarşi olan İsveç, parlamenter idare biçimine sahiptir. Yönetim süreci demokratik olarak seçilen üç düzeyde işlemektedir. Ulusal düzeyde parlamento bölgesel düzeyde 21 eyalet konseyi ve yerel düzeyde de 289 belediye bulunmaktadır.

¹⁶⁸ Bütüner; s.72.

¹⁶⁹ Klazinga, N. ve ark., **Can a Tulip Become A Rose? The Dutch Route of Guided Self-Regulation Towards a Community-Based Integrated Health Care System**, OECD, 2002, Chapter: 6.

¹⁷⁰ Paulus, A.ve ark., **Cross Border Care Between Belgium and the Netherlands: A Health Economics and Law Perspective**. Paper for the Euregional Symposium: Law and Cross Border Economics, Maastricht, November, 1999.

¹⁷¹ Paulus ve ark., s.47.

İsveç doğušta beklenen yaşam süreci en yüksek olan Avrupa ülkesidir. Ortalama yaşam süresi 1990'yıllar boyunca sürekli artış eğilimi göstermiştir. İsveç ayrıca dünyanın en yaşlı nüfusuna sahip ülkelerinden birisidir. Her beş kişiden biri 65 yaşın üzerindedir¹⁷².

Kardiyovasküler hastalıklardan kaynaklanan ölümler azalmasına karşılık yine de 1998 yılı verilerine göre tüm ölümlerin %50'sini oluşturmaktadır. Aynı yıl, temel ölüm nedeni olarak ikinci sırada kanser yer almıştır. Ruh sağlığı ve sinir sistemi hastalıklarından kaynaklanan ölümler de artış eğilimi göstermiştir.

İsveç sağlık sistemi 1882 yılında Eyalet Konseyleri kurulduğunda oluşmaya başlamıştır. Eyaletler 1928 yılında hastane hizmetlerinin sunumundan, 1930'larda da zamanla çok çeşitli hastane dışı sağlık hizmetlerinden de sorumlu olmaya başlamıştır. Hekim konsültasyonları, reçeteli ilaçlar ve hastalık ödemeleri için evrensel kapsama geçilmesi 1946 yılında kabul edilen Sağlık Sigortası Kanunu ile sağlanmıştır. Savaş sonrası dönemde İsveç sağlık sistemi özellikle de hastane sektörü başta olmak üzere gelişmeye başlamıştır. 1970'de kamu hastanelerindeki poliklinik hizmetleri Eyalet Konseyleri tarafından yürütölmeye başlanmıştır.

İsveç'te sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumu bölgesel temele dayalıdır. Ağırlıklı olarak kamusal sorumluluk altındadır. Ulusal, bölgesel ve yerel olmak üzere üç düzeyde organize edilmiştir. İsveç sağlık sisteminin baskın özelliği 23 Eyalet Konseyi'nin ve 3 büyük belediyenin bölgeleri ile ilgili olarak sağlık hizmetlerinin planlanması, finansmanı ve sunumunda merkezi rol üstlenmeleridir. Ayakta bakım hizmetlerinin hemen hemen tümü Eyalet Konseyleri'nin vergileri yoluyla finanse edilmekte ve Eyalet Konseylerinin mülkiyetindeki hastaneler tarafından sunulmaktadır. Belediyeler çocuk bakımını, yaşlılık ve sakatlık bakımını ve uzun dönemli psikiyatrik bakımı kapsayan sosyal refah hizmetlerinden sorumludurlar. Bunlara ek olarak evde bakım hizmetlerini de yürütmekten sorumludurlar.

Merkezi hükümetin sağlık hizmetleri alanındaki rolü rehber çerçeveleri ortaya koymakla sınırlıdır. Sağlık ve Sosyal İşler Bakanlığı'nın temel sorumluluğu sağlık

¹⁷² Hasan Hüseyin Yıldırım ve Türkan Yıldırım, **Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Türkiye**, Sağlık-Sen Yayınları-10, Ankara, 2011, s. 465.

sisteminin verimli ve temel amaçlarıyla uyumlu bir biçimde işlemlerini sağlamak ve yasalar yoluyla sağlık hizmetleri için temel prensipleri ortaya koymaktır. Ulusal Sağlık Refah Kurulu, merkezi hükümetin danışmanı ve sağlık ve sosyal hizmetler için denetim kuruluşu olarak görev yapmaktadır. Bütün sağlık personeli bu kuruluşun denetimi altındadır.

İsveç ulusal sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak bölgesel vergilerle finanse edilmekte (1999 yılı verilerine göre toplam kamu sağlık harcamalarının %70'i kadar olmuştur) ve uyruğuna bakılmaksızın ülkede ikamet etmekte olan herkes sağlık hizmetleri kapsamında yer almaktadır. Ulusal Sosyal Sigorta Kurulu (USSK) tarafından yönetilen sosyal sigorta sistemi, hastalıktan dolayı kaybedilen geliri de finanse etmektedir. Merkezi hükümet aynı zamanda sağlık hizmetlerinin finansmanına doğrudan katkı yapmaktadır. Hastalardan alınan kullanıcı katkılarında giderek bir artış eğilimi görülmektedir. Bölgesel vergilere ek olarak sağlık harcamalarının finansman kaynakları arasında devlet katkısı, sosyal sigorta programı, özel sigorta ve doğrudan ödemeler de yer almaktadır.

Her bir eyalet Konseyi poliklinik hizmetleri için cepten yapılacak ödemeler için ücret programını kendisi belirlemektedir. Eyalet Konseyleri bu rakamın üzerine çıkamamaktadır. Klinik hizmetleri için günlük olarak katkı payı 8,5 Euro'dur. Gönüllü sigorta oldukça azdır, olanlar da tamamlayıcı niteliktedir¹⁷³.

İsveç sağlık sisteminde sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı 1990 yılında %8,8 iken 1998 yılı için %8,4 olmuştur. Aynı yıllara göre kamu sağlık harcamalarının toplam içindeki payı sırasıyla %89,9, ve %83,3 olmuştur. Bu düşüşün nedenini kullanıcı katkısı olarak gerçekleşen ödemelerin artışı gösterilmektedir.

Diğer AB ülkeleri ile karşılaştırıldığında İsveç, TSH kullanımında daha gerilerde yer almaktadır. İsveçliler çoğunlukla hastanelere başvurmaktadırlar. Sağlık merkezlerine başvuru düşük seviyededir.

İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri bölgesel hastaneler, merkezi eyalet hastaneleri veya bölge eyalet hastaneleri aracılığıyla verilmektedir. 1990'ların

¹⁷³ World Health Organization, 1996.

başından bu yana hastaların seçme hakkı tam olarak garanti altına alınmıştır. 1980'ler boyunca belirli hastalıklar için var olan uzun bekleme süreleri özel sektörün gelişmesine neden olmuştur. Sosyal refah hizmetleri (yaşlılık, sakatlık ve psikiyatri hizmetleri gibi) belediyelerin sorumluluğunda olan hizmetlerdir.

İsveç'te ilaç ticareti NCSP (National Corporation of Swedish Pharmacies) aracılığıyla yapılmaktadır. Bu kurum ülke çapında dağıtımı sağlamakta, aynı zamanda nerede ne kadar eczane olacağını da tespiti yetkili bir kuruluştur. 1998 yılında gerçekleştirilen farmasötik reformu ile farmasötikler için finansal ve diğer sorumlulukların yavaş yavaş Eyalet Konseylerine verilmesi öngörülmüştür.

Eyalet Konseyleri'nin 1998 yılında toplam harcamalarının yaklaşık %80'i doğrudan sağlıkla ilgiliydi. Yüksek düzeyde uzmanlaşmış bakım (üçüncü basamak sağlık hizmetleri) ve ikinci basamak sağlık hizmetleri toplam harcamaların %62'sini oluşturmuştur. Devletin Eyalet Konseyleri'ne sağlık hizmetleri ile ilgili kaynak tahsisinde temel kıstas; yaşa, cinsiyete, statüye, mesleğe, gelire, barınmaya ve diğer sağlık ihtiyaçları göstergelerine göre belirlenen kişi başı ödeme yöntemidir.

Kamu kuruluşlarında çalışan hekimler Eyalet Konseyleri'nce istihdam edilmekte ve bu Konseylerce aylık maaşları ödenmektedir. Mesai saatleri dışında çalıştıkları süre için de ek ödeme alırlar ve listelerindeki hasta başına da sabit bir ücret alırlar. Özel çalışan pratisyenler ise hizmet başı ücret karşılığı çalışmaktadır. Farmasötiklerin geri ödenmesi kısmen ulusal sağlık sigortası kısmen de kullanıcı katkıları yoluyla gerçekleşmektedir¹⁷⁴.

Ulusal düzeyde en önemli sağlık reformu dahili piyasanın oluşturulması ile ilgili girişimdir. Ayrıca 1990'larda gerçekleştirilen reformlar Eyalet Konseylerinin ve belediyelerin sağlık sistemindeki sorumluluğunu arttırmıştır. İlk olarak, özel sağlık hizmetleri piyasasının ve farmasötik pazarının düzenlenmesi sorumluluğu sırasıyla 1995 ve 1998 yıllarında Eyalet Konseylerine devredilmiştir. İkinci olarak yaşlılık ve

¹⁷⁴ Bkz: Farmasötik bir eczacılık anabilim dalıdır. Farmasötik teknoloji ilaç şekli üretimiyle, bu üretimde kalite güvencesini temin eden her türlü aşama ve girdinin denetlenmesi ve sorunlarının giderilmesi, üretilmiş olan ilaç şekillerinin, biyoyararlılığı ve stabilitesi, özel etken madde salım sistemleriyle ilgilenmektedir.

sakatlık bakımının sorumluluğu 1992 yılında gerçekleştirilen Adel Reformları ile belediyelere devredilmiştir.

3.2.6. Çek Cumhuriyeti Sağlık Sistemi ve Sağlık Harcamaları

Çekoslovakya Devleti 1948 yılından 1989 yılına kadar komünist rejimle yönetilmiştir. Çek ve Slovak Cumhuriyetlerinin yasal olarak birbirlerinden ayrılmaları ise 1992 yılında gerçekleşmiştir. Bu gelişmeyi takiben 1 Ocak 1993 tarihinde bağımsız bir devlet olarak kurulan Çek Cumhuriyeti çok partili parlamenter demokrasiye kavuşmuştur. Avrupa'nın ortasında yer alan ve 78.867 km² yüzölçümüne sahip olan Çek Cumhuriyeti'nin 1999 yılına göre nüfusu 10.28 milyondur ve bu nüfusun yaklaşık olarak %65'i kentsel alanlarda yaşamaktadır¹⁷⁵.

1918 tarihinden beri ilk defa 1994 yılında ölüm sayıları doğum sayıların geçmiş ve o tarihten beri de nüfus azalma eğilimi göstermeye devam etmektedir. Son zamanlarda düşüş eğilimi göstermesine rağmen, dolaşım sistemi hastalıkları (özellikle de iskemik kalp hastalıkları), kanser ve kazalar ölüm nedenleri arasında ön sıralarda yer almaktadır.

Çek Cumhuriyeti sağlık sisteminin üç temel belirleyici özelliği; zorunlu sağlık sigortası (devlet, kişiler ve işverenler tarafından sağlanan katkılar ile finanse edilmektedir), hizmet sunumunun farklılığı (kamu-özel karması) ve hizmet kapsamı ve geri ödeme konularında temel aktörlerin ortak müzakereleri belirtilebilir.

Bismarck sosyal sağlık sigorta sistemine geçiş yapan Çek Cumhuriyeti sağlık sisteminde tüm nüfus için sigorta zorunlu olup, sağlık hizmetlerinin sunumu ise kamu/özel karışımı çerçevesinde verilmektedir. Bu sistemde hizmet sunumu ile finansmanı birbirinden net bir biçimde ayrılmış olup, ikisi arasındaki hizmet alışverişi sözleşmelere dayanmaktadır. Hekimlerin çoğu serbest çalışmakta ve sağlık sigortası fonları ile sözleşme temelinde temel hizmet paketi kapsamında yer alan önleyici ve tedavi edici sağlık hizmetlerini sağlamaktadır. Ancak bu sistemin son zamanlarda hızlı bir biçimde değişmeye başlamıştır.

¹⁷⁵ Petrokava ve Buse, 2001.

Mevcut durumda 9 tane sağlık sigortası fonu vardır. Bu fonlar prim katkılarını toplarlar, hizmet sağlayıcıları ile sözleşmeler yaparlar ve sağlık hizmeti sağlayıcılarına geri ödemedede bulunurlar. En büyük sağlık sigortası fonu ise Genel Sağlık Sigortası Fonu'dur. Kamu sağlık yönetimi bölgesel düzeye entegre edilmesine rağmen bu birimlerin finansal ve yasal güçleri net bir biçimde tanımlanmış değildir. Bölge sağlık ofisleri sorumlu oldukları nüfusun sağlık hizmetlerine erişimlerini sağlamaktan sorumludur.

Çek Cumhuriyeti sağlık sisteminde finansal kaynakların %80,5'i, gibi büyük bir çoğunluğu zorunlu sağlık sigortası kapsamında elde edilmektedir. Genel Sağlık Sigortası kapsamında 7,5 milyon kişi, diğer sekiz sigorta şirketi kapsamında ise 2,5 milyon kişi bulunmaktadır. Sağlık sigortası kuruluşlarının hepsi bağımsız ancak kar amaçsız kuruluşlardır. Katkılar yasal olarak belirlenmekte ve vergi düşölmeden önceki ücretler üzerinden; çalışanlar %4,5, işverenler ise %9 kadarını katkı olarak ödemektedirler. Primler için bir tavan sınırı vardır. Bu sınır sistemi regresif hale getirmektedir. Serbest çalışanlar ise karlarının %35'ini ödemektedirler. Ayrıca serbest çalışanlar için minimum prim alt sınırı da belirlenmiştir. Maliye Bakanlığı işsizler adına en düşük ücretin %80'i oranında sağlık sigortası fonuna katkı sağlamaktadır.

Vergiler ikinci önemli finansman kaynağını oluşturmaktadır. Toplam vergi gelirlerinin yaklaşık olarak %10'unun sağlık harcamalarına gittiği bilinmektedir (ulusal, yerel ve bölgesel bazdaki hastanelerin sermaye yatırımları, kamu sağlık hizmetleri, eğitim vs.) Cepten yapılan harcamalar toplam sağlık harcamalarının yaklaşık olarak %8'ine karşılık gelmektedir.

Çek Cumhuriyeti sağlık sisteminin en önemli niteliklerinden birisi, özellikle de sağlık sigortası sistemine geçtikten sonra, sağlık harcamalarının hızlı bir biçimde yükselmiş olmasıdır. 1998 yılı verileri ve sağlık harcamalarının GSYİH'daki payı %7,2'dir. Bu pay MDA ülke ortalamasından (%5,4) oldukça yüksektir. Sağlık harcamaları arasında en yüksek payı yatan hastalar ve farmasötikler almaktadır.

Kamu sektöründe Hijyen İstasyonları (hygienic stations); epidemiyolojik gözetimden, bağışıklama lojistiğinden ve güvenlik önlemlerinden sorumludur. Temel

sağlık hizmetleri olanakları; koruyucu sağlık hizmetleri, bağışıklama ve doğum öncesi hizmetleri sağlamaktadır. Sağlık geliştirilmesi ve eğitimi programları genellikle doğrudan Sağlık Bakanlığı tarafından finanse ve organize edilmektedir. 1992 yılında “Sağlığın Geliştirilmesi ve Sağlık Restorasyon Ulusal Programı” kapsamında bir dizi ulusal öncelik belirlenmiştir. 1995 yılında ise uzun dönemli stratejileri içeren “Ulusal Sağlık Programı” benimsenmiştir.

Temel sağlık hizmetleri genel pratisyenleri genellikle özel olarak sağlık sigortası fonları ile sözleşmeler karşılığı çalışmaktadırlar. Örneğin, 1999 yılı verisine göre genel pratisyenlerin %95’i özel çalışmaktadır. Uzman ayaktan tedavi hizmetleri ise çeşitli biçimlerde sağlanmaktadır: solo uygulamalar yoluyla, polikliniklerde ve hastane ayakta bakım departmanlarında olmak üzere üç şekilde gerçekleşmektedir. Hastaların bu hizmetlere erişimi “kapı doktoru sistemi”nce sınırlandırılmamıştır. Üç türlü hastane vardır: Yöresel ve üniversite hastaneleri, yerel hastaneler ve bölgesel hastanelerdir. Bu hastanelerin mülkiyeti karma (kamu ve özel) niteliklidir. Devlet hastane olanaklarının sadece %27’sine (büyük hastaneler) sahiptir. Diğer taraftan hastanelerin %30’u özel sektörün elindedir. Ancak bu özel hastaneler oldukça küçük ölçekli hastanelerden oluşmakta ve toplam yatakların da %9’unu elinde bulundurmaktadır.

Hastaneler, genellikle hekimler veya ekonomistlerden oluşan direktörler tarafından yönetilmektedir. Hastane direktörü, Belediye’ye veya Sağlık Bakanlığı’na karşı doğrudan sorumludur. Öte yandan hastaneler fiziksel yönden çok iyi durumdadır. Hemen hemen tüm yerel ve bölgesel hastaneler yeni inşa edilmiştir veya son 20 yıl içinde tümüyle tadilatından geçmişlerdir.

Çek Cumhuriyeti hastane sayılarını (özellikle akut yatak sayılarını azaltmak ve uzun vadeli bakım yataklarını arttırmak) azaltmak için uzun erimli bir programa sahiptir. Sağlık Bakanlığı 1997 yılında uzman sağlık hizmeti sunucularının sınırlandırılması ve hastanelerin yeniden yapılandırılması konusunda bir girişim başlatmıştır. Daha ucuz olan bakım biçimlerine (örneğin evde bakım, günlük ameliyat gibi) yönelim başlamıştır.

Sosyal bakımın sunumu yetersizdir ve temelde de farklı sosyal hizmet sağlayıcıları (özel, hükümet dışı vs) arasındaki iletişim eksikliğinden dolayı kapsamlı bir sosyal bakım paketinin sunulması hususunda da problemler yaşanmaktadır. Sosyal hizmetler, devlet bütçesinden finanse edilmekte ve belediyelerce veya bölgesel idarelerce yönetilmektedir. Örneğin psikolojik rahatsızlıklara ulusal düzeyde verilen önceliğin yetersiz olması ve sağlık hizmetleri ile sosyal bakım arasındaki koordinasyon eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Yaşlılık bakımı ise devlet bütçesinden finanse edilmektedir. Ancak yaşlılık bakımından da özellikle de uzun bekleme listeleri ve kalite farklılıkları sorunları başta olmak üzere çeşitli sorunlar yaşanmaktadır.

Genel pratisyenler, uzmanlar ve hastaneler için geri ödeme sistemi son yıllarda değişmeye başlamıştır. Yeni sistemde gereksiz olan ve maliyetli hizmetlerin sunulmasını sınırlayıcı bir faktör olan teşvik edici unsurlar devreye sokulmuştur. Ancak bazı hekimler için eski yöntem devam etmektedir. Ödemeler aslında, Maliye Bakanlığı'nın belirlediği değerler üzerinden hizmet başı kriterine göre yapılmaktaydı. Ancak bu sistem problemlere yol açmıştır. Pür hizmet başı sisteminin beraberinde getirdiği problemleri aşmak için 1994 yılında hizmet hacmi de dikkate alınmaya başlanmıştır. 1997 yılından sonra yeni hizmet miktarları ortaya konulmuştur. Ödemeler de hizmet sunucu ile sigorta fonları arasındaki sözleşmelere dayandırılmıştır.

Devlet hastanelerinde çalışan hekimler maaşlı olarak çalışmaktadır. Özel çalışan hekimler ise verdikleri hizmetler göre ödeme alırlar. 1997 yılında Sağlık Bakanlığı ve Genel Sağlık Sigortası Fonu hizmetlerin gereksiz kullanılmasını beraberinde getiren hizmet başı ödeme yönteminden vazgeçme yönünde karar almışlardır. Genel pratisyenler için kişi başı ödeme yöntemi (gelirlerin %70'i) ve koruyucu ve sağlığın geliştirilmesi ile ilgili hizmetler için hizmet başı ödeme yöntemi (gelirlerin %30'u) kullanılmaktadır.

Ayaktan tedavi hizmetleri için uzmanlar 1997 yılında "götürü bedel" ödeme yöntemi kullanılmaya başlanmıştır. Peşin ödemelerin %70'i bir önceki dönemin son çeyrek zaman dilimindeki sağlık hizmetleri hacmine dayalı olarak verilmekteydi.

Yani ödemeler ağırlıklı olarak hekimlerin performanslarına göre belirlenmekteydi. Ancak 1998 yılında tekrar hizmet başı ödeme sistemine geçiş yapılmıştır.

3.2.7. Yunanistan Sağlık Sistemi ve Sağlık Harcamaları

Diktatörlük rejiminin 1974 yılında çökmesi ile birlikte Yunanistan'da sosyal politika, özellikle de sağlık önemli bir politika konusu haline gelmiştir. 1983 yılı sağlık reformlarına kadar çok sayıda yasal düzenleme gerçekleştirilmiştir. 1983 yılında gerçekleştirilen sağlık reformlarının temel özellikleri ise güçlü bir kamu denetiminin olduğu, hizmetlerin ağırlıklı olarak kamusal olanaklar çerçevesinde sağlandığı sosyal sigorta modeline (Bismarck) dayalı bir "ulusal sağlık hizmetleridir" (USH/NHS). USH kapsamında hekimler hastanelerde tam zamanlı olarak istihdam edilmiş ve kırsal sağlık merkezleri ağı oluşturulmuştur. Ancak 15-20 yıllık bir süre geçmesine rağmen öngörülen reform hedeflerine ulaşamamıştır. Bu başarısızlık neticesinde Yunanistan, 2000 yılından bu yana sağlık alanında bir dizi reform gerçekleştirmektedir. Bu reform çabalarına karşılık günümüzde Yunanistan sağlık sistemi çok çeşitli sorunlarla karşı karşıyadır. Hizmet sunumunda, finansmanında, hizmetlerin ve kaynakların coğrafi dağılımında ve alt yapısının geliştirilmesinde çok sayıda problem söz konusudur. Şu anki mevcut durum başlangıçta planlanan sistemden çok farklı bir boyuttadır. Örneğin genel pratisyen sayısı oldukça az ve sevk sistemi işlememektedir. Özel sağlık hizmetleri oldukça önem kazanmıştır. Halen hem kalite hem de hizmetlere erişim bakımından eşitsizlikler söz konusudur.

65 yaş altındaki nüfus grubu için birinci ölüm nedeni olarak kanser, ikinci sırada ise kardiyovasküler hastalıklar yer almaktadır. Ancak tüm yaş grupları için bu sıralama tersine dönmekte yani kardiyovasküler hastalıklar birinci sırada yer almaktadır. Bu hastalıkları ise kazalar ve diğer dışsal faktörler izlemektedir.

Yunanistan sağlık sistemi genel vergiler ve sosyal sigortanın (sigorta fonları, gelirden ziyade mesleğe dayalı olarak şekillenen) bir karışımı ile finanse edilmektedir. Hastalık fonları mensupları adına sözleşme temeline dayalı olarak sağlık hizmetlerini hizmet sağlayıcılardan (hastaneler ve hekimler) satın alırlar. Temelde dört ana fon söz konusudur.

1. IKA: Şehirde, özel sektör ve kamu sektöründe memur kesiminin dışında ücret ve maaş gelirin e sahip kişilerin sağlık harcamalarını karşılar. Gelir ilişkili katkılar yoluyla finanse edilen ve en büyük sigorta fonu olan Sosyal Sigorta Enstitüsü (IKA) katkılarının üçte ikisi işveren ve üçte biri de çalışanlar tarafından karşılanmaktadır. Katkı düzeylerini merkezi hükümet belirlemektedir. Sigorta katkıları aynı zamanda merkezi bütçe tarafından güçlü bir biçimde sübvans e edilmektedir. Emekliler de fona katkı sağlamaktadırlar.
2. OGA: Kırsal nüfusun sağlık harcamalarını finanse eder (özel amaçlı vergiler ve hükümet katkıları ile finanse edilir)
3. TEVE: Küçük işletme sahipleri ve çalışanlarının sağlık harcamalarını finanse eder.
4. Sağlık hizmetlerinde çalışan memurlar: Bütçe kaynaklarından finanse edilirler.

Bu dört temel fon kaynağı nüfusun yaklaşık olarak %90'ını kapsamakta ve çalışan, işveren ve devlet katkılarından oluşmaktadır. Tüm fonlar kar amaçsız organizasyonlardır ve sağlık Bakanlığına karşı sorumludurlar. Tüm fonlar aynı hizmet paketlerini veya kapsamalarını sağlamaktadırlar.

Kırsal kesimlerde 1984 reformları ile birlikte sağlık merkezleri kurulmuştur. Kentsel alanlarda ise hastalar, IKA üyeleri için çok az sayıdaki birinci basamak sağlık bakım merkezleri hariç, doğrudan hastane polikliniklerini kullanmaktadır. USH sistemine ek olarak sağlık sigortası fonları da (öncelikli olarak ülkedeki en büyük sosyal güvenlik kuruluşu olan IKA) dispanserlerinde veya kliniklerinde üyelerine sağlık hizmetleri sunmaktadır.

Kamu NHS hastanelerinin finansmanı ağırlıklı olarak devlet bütçesinden (hastane gelirlerinin %70'i) ve hastalık fonları tarafından (%30) karşılanmaktadır. Hastanelerde çalışan personel maaşlı olarak çalışmaktadır. Kırsal sağlık merkezlerinde çalışan hekimler maaşlı sisteme göre istihdam edilirlerken, kentsel sağlık merkezlerinde çalışan hekimler ise hizmet başı ödeme sistemine tabi olarak çalışmaktadırlar. 2000 yılının sonuna doğru uygulamaya giren sağlıkta reform

çalışmalarının temel amacı; herkesi kapsayan, hakkaniyetli, kaliteli ve verimli sağlık hizmetlerinin üretildiği bir sağlık sistemi hedeflenmektedir. Bu yeni kuşak sağlık reformlarının temel argümanları ise şu şekilde belirtilmiştir:

1. Sağlık planlamasında, kontrolünde ve hizmetlerin sağlanmasında bölgesel gelişmeyi ön plana çıkarmak,
2. Hizmet sunumu ile finansmanının birbirinden ayrılması ve kamu sağlık sigorta fonlarının tek çatı altında toplanması ve böylece büyük alım kararlarının bu kurumca sağlanması,
3. Sağlık merkezleri ağı yoluyla birinci basamak sağlık hizmetlerini (temel sağlık hizmetlerini) ve “kişiye özel doktor” kavramını geliştirmek,

Kamu hastanelerinin yönetiminin iyileştirilmesi ve Ulusal Sağlık Enstitüsü'nün kurulması suretiyle sağlık hizmetlerinin maliyet etkililiğinin ve kalitesinin geliştirilmesidir. Ulusal Sağlık Enstitüsü çok sayıda uzmanlaşmış kuruluşu il araştırma yapmayı, politika geliştirmeyi (örneğin sağlık teknolojisi değerlendirme, ekonomik değerlendirme, hizmet kalitesi gibi konularda) hedeflemektedir. Sağlık reformları çeşitli girişimlerle başlatılmış durumdadır. Bunlardan en önemlisi de 2889/2001 sayılı kanundur. Bu kanunla Yunanistan sağlık sistemi 17 bölgesel sağlık sistemine ayrılmış ve modern hastane yönetimi ilkeleri de kamu hastanelerinde uygulanmaya başlanmıştır. Bu bağlamda hastane yönetimi için profesyonel hastane yöneticileriyle 5 yıllık sözleşmeler imzalanmıştır.

3.3.TÜRKİYE VE AVRUPA BİRLİĞİ ÜYESİ ÜLKELERDE SAĞLIK SİSTEMLERİ VE HARCAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Ülkeler arasında her alanda olduğu gibi sağlık sistemleri alanında da çok yoğun bir bilgi alışverişi olmaktadır. Bu bilgi alışverişi, 1980'li yılların sonunda ve 1990'lı yılların başında dünyada çeşitli sistemlere ve bu arada da ülke sağlık sistemlerine, politikalarına ve hizmetlerine de kuvvetle etki eden küreselleşme

dinamikleri ve bunun bir yansıması olan liberal ekonomik ve siyasal politika paralelinde de gittikçe artmıştır¹⁷⁶.

Her ülke kendi tarihini, kültürünü, ekonomik kalkınmasını ve ülkesindeki baskın politik ideolojiyi yansıtan ve tıbbi bilgi ve teknoloji, nüfusun demografik özellikleri, hastalık biçimleri, toplumsal algı ve beklentiler gibi faktörlerden de oldukça etkilenen bir ulusal sağlık sistemine sahiptir. Ayrıca uluslar arası ilişkiler ve finans çevreleri de ülkelerin sağlık sistemlerini doğrudan ya da dolaylı yoldan etkilemektedir. Her sağlık sisteminin doğası ve kapsamı ağırlıklı olarak hizmetinde olduğu toplumun tercihlerine, şartlarına ve araçlarına dayalı olarak şekillenmektedir. Ülkelerin sağlık sistemleri birbirinden farklılıklar arz etmektedir. Fakat bu durum ülke sağlık sistemleri arasında bir karşılaştırma yapılamayacağı sonucunu doğurmaz¹⁷⁷. Son dönemlerde özellikle de 2000 yılından bu yana ülke sağlık sistemleri performans açısından karşılaştırılmaya başlanmıştır.¹⁷⁸

Öte yandan ülkeler arası karşılaştırmalar yönünden önem kazanan bir gösterge olarak sosyal güvenlik harcamalarının GSYİH veya GSMH içindeki payları aşağıdaki tabloda verilmektedir. Tabloya göre özellikle Kuzey Avrupa ülkelerinde söz konusu payların nispeten yüksek olduğu dikkati çekerken bazı geçiş ülkelerinde ise düşük kaldığı görülmektedir. Gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında ülkemizdeki sosyal güvenlik harcamalarının ulaştığı boyut düşündürücüdür. Nitekim söz konusu oran itibariyle ülkemiz sisteminde yaşanan sorunların da etkisiyle geçiş ülkelerinin bile gerisinde kalmaktadır¹⁷⁹.

3.3.1. Sağlık Sistemlerini Karşılaştırma Yaklaşımları

Sağlık Sistemlerinin karşılaştırılmasında kullanılabilecek dört yaklaşım ortaya konulabilir. Bunlar; tarihsel yaklaşım, kısmi yaklaşım, ideal tipler ve modellemelerdir¹⁸⁰.

¹⁷⁶ H. Yıldırım ve T. Yıldırım, s.366.

¹⁷⁷ Yıldırım ve Tarcan, 2000, s.154

¹⁷⁸ İ. Kaya Ülger, **Avrupa Birliği'nin ABC'si**, Yenilenmiş 2. Baskı, Sinemis Yayınları, Ankara,2005, s.17.

¹⁷⁹ Ege, 2008, s.60.

¹⁸⁰ Yıldırım ve Tarcan, 2000, s.38.

3.3.1.1.Tarihsel Yaklaşım

Sağlık sistemlerinde uzun dönemde meydana gelen gelişmeleri analiz etmek için kullanılmaktadır. Bu yöntemde sağlık sistemleri veya reformları tarihsel olarak uzun vadeli bir analize tabi tutulur, ayrıca değişen sosyal ve ekonomik şartlarla ilişkili olarak sağlık politikalarının nasıl şekillendiğini ortaya koymak amaçlanır. Tarihsel yaklaşımın dezavantajı ise tarihsel verileri kullandığı için bu verilerin bulunabilirliği zaman zaman sorun olabilmektedir. Diğer karşılaştırma yöntemleri ile birlikte tamamlayıcı bir yöntem olarak kullanılabilir.

3.3.1.2.Kısmi Yaklaşım

Belli bir grup ülkenin sağlık sistemlerinin, reformlarının veya politikalarının belli bir boyutu karşılaştırılıp analiz edilir. Örneğin gelişmekte olan ülkelerin farmasötik politikalarının karşılaştırılması yapılabilir. Başka bir örnek vermek gerekirse farklı politika ortamına ve yaklaşımına sahip ancak benzer sosyo-ekonomik koşullara sahip ülkelerin (Tanzanya-Mozambik ve Zambiya gibi) benzer sağlık reformlarının sonuçlarını değerlendirmek gibi. Bu yaklaşımın temel avantajı benzer sosyo-ekonomik koşullara sahip ülkelerin sağlık sistemlerinin, politikalarının veya reformlarının karşılaştırılması sonucu detaylara girilebilmesidir. Politika oluşturucular birbirlerinin deneyimlerinden faydalanma yoluna gidebilmektedir. Dezavantajı ise sınırlı sayıda ülkeleri karşılaştırabilmesi noktasında ortaya çıkabilmektedir.

3.3.1.3.İdeal Tipler Yaklaşımı

Bu yaklaşım, reform girişimlerini, sistemlerini ve politikalarını karakteristikleri ve etkileşimleri açık bir biçimde tanımlanmış olan aktörlerden oluşan bir sağlık sistemi yapısı ile karşılaştırır.

3.3.1.4.Modelleme Yaklaşımı

Bu yaklaşımda bir ülke sağlık sistemi model olarak seçilir ve diğer ülkelerin bu modele karşılık bir analizi yapılır. Model kullanılırken birçok sorunun

karşılaştırmalı bakış açısıyla sorularak cevaplarının da verilmesi gerekmektedir. Bu sorular aslında model olarak seçilen sağlık sistemi gerçekten doğru bir model midir? Bu sistemi model olarak kullanmaya değer mi? Adapte edilebilecek mi? Genellikle uluslar arası karşılaştırmalarda mevcut veriler kullanılarak politikaların veya sistemlerin karşılaştırılması yoluna gidilmektedir¹⁸¹.

3.3.2. Sağlık Sistemleri ve Harcamalarını Karşılaştırmanın Zorlukları

Ülkelerin sağlık sistemlerinden dersler çıkarmak, nefes alıp vermeye benzetilmekte ve başka ülkelerin deneyimlerinden faydalanma olgusundan vazgeçmenin ancak ve ancak beyin ölümü ile mümkün olabileceği belirtilmektedir. Sağlık sistemlerini karşılaştırmaya bu kadar ilgi duyulmasının ve nefes alıp vermeyle eşdeğer tutulacak kadar önemli olmasına ilişkin çeşitli nedenler öne sürülmektedir. Diğer ülkelerin sağlık sistemlerinin öğrenilmesi, kendi sağlık sistemimizi anlamak için perspektif kazandırması açısından büyük önem taşımaktadır. Bir sağlık sisteminin özelliklerinin diğer sağlık sistemleri için örnek alınacak dersler içermesi, sağlık sistemlerinin karşılaştırılmasının temel nedenleri arasındadır. Sağlık sistemlerinin uluslar arası düzeyde karşılaştırılması, kendi sağlık sistemlerinin performanslarını değerlendirmek arzusunda olan politika oluşturucular için değerli bir veri ve araç teşkil etmektedir¹⁸².

Sağlık sistemlerinin uluslararası karşılaştırılması; yeniliklerin yayılmasında, politika geliştirme problemlerinin üstesinden gelmede ve araştırma maliyetlerinin yüksek olmasından dolayı ulusal politikalar için rehberlik teşkil etmede temel bir rol oynamaktadır¹⁸³. Sağlık sistemlerini karşılaştırmada altı çizilmesi gereken en önemli noktalardan birisi, fikirlerin veya tekniklerin aynen transfer edilmesi değil, asıl olan bunları ülke ve yerel şartlara adapte ederek kullanmaktır.

Sağlık sistemlerini karşılaştırmanın diğer bir nedeni ise değişik şartlar altında sağlık eşitliği başarmanın stratejilerine dikkati çekmektir. Sağlık sisteminde maksimum etkililiği başarmanın yöntemlerini anlamak da ulusal sağlık sistemlerini

¹⁸¹ H.Yıldırım ve T. Yıldırım; s.379.

¹⁸² H.Yıldırım ve T.Yıldırım; s.377.

¹⁸³ Rudolf Klein; **Learning from others: Shall the Last Be the First?** Journal of Health Politics, Policy and Law.22(5):1267. <http://jhpl.dukejournals.org/content/22/5/1267.abstract> (25.10.2011)

karşılaştırmanın başka bir nedenidir. Sağlık sistemlerini karşılaştırmanın üzerinde önemle durulması gereken bir diğer neden ise, sağlık sistemlerinin toplumun sağlık statüsü üzerinde nasıl bir etki yarattığını incelemektir. Toplum sağlığı, sağlık sistemlerinin özelliklerinden oldukça etkilenmektedir. Böylece sağlık sistemlerini küresel bir laboratuarda, deneyimler dizini olarak düşünmek mümkündür. Çeşitli ve farklı kaynak, faaliyet ve etkileşimler test edilebilir ve sonuçlar karşılaştırılabilir. Sağlık sistemlerini incelemenin diğer bir önemli nedeni ise bilimsel genellemeler yapabilmektir. Sağlık sistemlerinin karşılaştırılmasının yararları yanında çeşitli zorlukları da bulunmaktadır. Bunlar;

1. Karşılaştırmanın doğasından kaynaklanan zorluklar
2. Sonuçların yanıltıcı olabilmesi
3. Göstergelerde ve tanımlamalarda standart verilerin yokluğu,
4. Sistemlerin performanslarını ölçmekteki zorluklar,
5. Sosyo-ekonomik parametreleri belirleme ve genellemenin zorlukları
6. Politik bilginin transferindeki zorluklar ve zaman alıcı olmasıdır.
7. Her ülkenin sağlık sistemi, ülkenin tarihine, coğrafyasına, politik kültürüne bağlı birçok değişkene bağlı olarak şekillenmesidir.

3.3.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunum Sistemi

Avrupa Birliğine üye hiçbir ülke sağlık hizmetlerinin tamamen kamu sorumluluğunda sunmamakta, özellikle İngiltere ve İtalya'da son zamanlarda sağlık hizmetleri sunumunda kamunun rolünün azaltılması yoluna gidilmektedir. Bu ülkelerde dış tedavi hizmetleri ve ayakta bakım hizmetlerinde özel hekimler ağırlıktadır. Danimarka, İtalya ve İrlanda gibi bazı ülkelerde kamu kontrolündeki hastaneler ağırlıkta iken, Almanya, Fransa ve Belçika gibi bazı ülkelerde ise hizmet sunumunda özel sektör ağırlıktadır. İngiltere, Portekiz ve İrlanda gibi hizmet sunumunda kamu ağırlığından özel sektör ağırlıkta olduğu bir yapıya doğru geçiş söz konusudur. 1991'de İngiltere NHS'sinde yaşanan reformlar hastaneleri daha özerk bir yapıya kavuşturmuştur. Söz konusu hastaneler daha önce kamu ağırlıklıydı. İngiltere'de fon sahibi genel pratisyenlerin sistemde yer alması da başka bir değişimdir.

Üye ülkelerin sağlık sistemleri arasında sağlık hizmetlerini kaynaklarının tahsisinde önemli farklılıklar söz konusudur. Sağlık hizmetlerinin sunum sistemi çok karmaşık bir yapıya sahiptir. Her bir sistemdeki kaynaklar çok büyük hastanelerden tek odalı kliniklere, uzman cerrahlardan hasta bakıcılarına kadar geniş bir yelpazeyi kapsamaktadır. Aşağıdaki tabloda seçilmiş AB ülkelerinde ve Türkiye'deki hastaneler ve hekimlere ödeme yapılırken kullanılan ödeme sistemi yer almaktadır.

Çalışma kapsamında ele alınan Avrupa Birliği Ülkeleri ve Türkiye'nin sağlık hizmetleri sunumu karşılaştırma yapabilmeyi kolaylaştırabilmek için Tablo 5'de gösterilmektedir.

Tablo 5: Seçilmiş Bazı AB Ülkeleri ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Ülkeler	Ana Hizmet Sunucu	Hastaneler	Birinci Basamak	Hekimler
ALMANYA	Ayakta bakım özel, hastaneler kısmen kamu	%50’den fazlası özel veya bağımsız kar amacı gütmeyen hastaneler	Bağımsız bireysel uygulama	Ağırlıklı olarak hastanede maaşlı ve hastane dışı bağımsız
FRANSA	Ayakta bakım özel, hastaneler ağırlıklı olarak kamu	Kamu ağırlıkta olmak üzere kamu ve özel karışımı	İlçelerdeki sağlık merkezleri hariç bağımsız GP’ler	Temelde bağımsız
İNGİLTERE	Genel pratisyenler ve diş hekimleri ağırlıklı özel, hastaneler ağırlıklı kamu	Kamudan bağımsız hastane tröstlerine doğru bir kayma	GP’ler genelde grup uygulama içinde bağımsız sözleşme ile çalışırlar	Hastanelerde maaşlı hekimler
HOLLANDA	Ağırlıklı olarak özel	Özel kar amacı gütmeyen hastaneler ağırlıkta	Bağımsız GP’ler, çoğu grup uygulama ve sağlık merkezlerinde çalışır	Ağırlıklı olarak bağımsız
İSVEÇ	Ağırlıklı olarak kamu	Ağırlıklı olarak kamu hastaneleri	Temelde sağlık merkezlerinden sağlanıyor	Maaşlı kamu çalışanları ağırlıkta
ÇEK CUMH.	Genel Pratisyenler ağırlıklı olarak özel, hastaneler kamu ve özel, koruyucu sağlık hizmetleri kamusal	Özel ve kamu hemen hemen aynı düzeyde	GP’ler özel sözleşmeler kapsamında çalışırlar	Maaşlı ve bağımsız karışımı
YUNANİSTAN	Ağırlıklı olarak kamu	Ağırlıklı olarak özel hastaneler (ancak sadece %20 özel hasta kabul etmektedirler)	Kamu mülkiyetinde sağlık merkezleri ve özel GP’ler	Kamu sektöründe maaşlı
TÜRKİYE	Ağırlıklı olarak kamu	Temelde kamu	Temelde kamu, özel uygulamalar	Ağırlıkta maaşlı hekimler, özel uyg.

Kaynak: Yıldırım ve Yıldırım (2011) s.374’den uyarlanmıştır.

Tablo 5’te çalışma kapsamında ele alınan bazı AB ülkelerinin ve Türkiye’nin sağlık hizmetleri sunum sistemleri yer almaktadır. Avrupa Birliği kurucu ülkelerinden olan Almanya’nın ayakta bakım hizmetlerini özel, hastanelerin kısmen kamu tarafından sunulduğu görülmektedir. Türkiye gibi ağırlıklı olarak sağlık hizmetlerinin kamu sektöründe sürdürüldüğü diğer ülke İsveç ve Yunanistan’dır.

Tablo 6’da çalışma için seçilmiş bazı Avrupa Birliği ülkeleri ve Türkiye’nin finansal ödeme sistemleri yer almaktadır.

Tablo 6: Seçilmiş AB Ülkeleri ve Türkiye’deki Finansal Ödeme Sistemleri

ÜLKELER	HASTANELER (Genel Pratisyenler)	BİRİNCİ BASAMAK (Genel Pratisyenler)	AYAKTA BAKIM (Uzmanlık)
ALMANYA	İleriye Dönük Esnek Bütçeleme	Hizmet başı ödeme	Kişi başı ödeme (bir örnek değer skalasına göre)
FRANSA	İleriye dönük genel bütçeleme	Hizmet başı ödeme, sağlık merkezlerinde maaş	Hizmet başı ödeme
İNGİLTERE	Hizmet alıcı ve sunucu arasındaki sözleşmeler belirlenen faaliyet dayalı ödeme	Kişi başı ödeme (yaşa göre değişen ücret), hizmet başı ödeme, indirim ve hedef ödemeler	Maaş, hizmet başı ödeme
HOLLANDA	Kısmen faaliyet dayalı ileriye dönük fonksiyonel bütçeleme	Yüksek gelir olması durumunda hizmet başı ödeme, düşük gelir olması durumunda kişi başı ödeme (yaşa göre değişen ücret)	Veri Yok
İSVEÇ	Faaliyete dayalı ödemeyle birleştirilmiş ileriye dönük genel bütçeleme	Maaş, kişi başı ödeme	Maaş, kişi başı ödeme
ÇEK CUMH.	Vaka başına+Global bütçe	Kişi başı ödeme+maliyet sınırlama ikramiyesi	Hizmet başı ödeme
YUNANİSTAN	Global bütçeleme	Maaş	Maaş, hizmet karşılığı ödeme
TÜRKİYE	Global bütçe	Maaş	Maaş, performans dayalı ödeme

Kaynak: Yıldırım ve Yıldırım, 2011, s.375’den uyarlanmıştır.

Tablo 6’da çalışma kapsamında ele alınan AB ülkeleri ve Türkiye’nin finansal ödeme sistemleri karşılaştırılmaktadır. Tabloya göre Türkiye ve Yunanistan’ın hastanelerde global bütçeleme sistemi ile genel pratisyenlik hizmeti sunduğunu görmekteyiz. Almanya ve Fransa’nın birinci basamak sağlık hizmetlerinde pratisyen hekimlik sisteminde hizmet veren hekimlere hizmet başına ödeme yaptığını görmekteyiz. İngiltere’de hizmet alıcı ve sunucular arasında sözleşmelere dayalı faaliyetler söz konusudur. Kişi başı ödeme sisteminin benimsendiği birinci basamak sisteminin yanı sıra, ayakta bakım hizmetlerinde ise hizmet başına ödeme esasına dayalı bir uygulama bulunmaktadır. Hollanda’da kısmen faaliyete dayalı özel sağlık hizmetlerinin ağırlıkta olduğu bir sağlık sistemi

dikkati çekmektedir. İsveç'te faaliyete dayalı ödeme sistemi mevcuttur. Görüldüğü gibi Avrupa Birliği'nin hemen hemen her ülkesinde özel sağlık sistemi destekli bir sağlık hizmeti sunum sisteminden söz etmek mümkündür. Tabloya baktığımızda hizmet başı ya da performansa dayalı ayakta bakım hizmet bedeli ödemeleri dikkat çekmektedir.

Tablo 7'te Avrupa Birliği ve OECD ülkelerinde Sosyal Güvenlik Harcamalarının 2004 yılına ilişkin oranlarına yer verilmektedir.

Tablo 7: AB ve OECD Ülkelerinde Sosyal Güvenlik Harcamalarının GSYİH ve GSMH(*) Oranları-2004

Ülke	Oran	Ülke	Oran	Ülke	Oran
İsveç	31,3	Yunanistan	27,2	Slovakya	19,1
Fransa	30,0	İngiltere	27,2	İrlanda	14,6
Almanya	29,8	Finlandiya	25,8	Belçika	27,5
Danimarka	29,5	İtalya	25,6	İzlanda	20,1
İsviçre	28,9	Slovenya	25,6	İspanya	20,1
Avusturya	28,4	Norveç	25,6	Macaristan	19,9
Hollanda	27,6	Portekiz	23,9	Polonya	19,9
Çek Cum.*	14,6	Estonya*	10,4	Malta*	14,3
Lüksemburg*	19,3	Litvanya*	10,1	Türkiye*	11,2

Kaynak:* işaretli ülkelerde GSMH'ye oranları ifade edilmektedir. Kaynak: H. Egeli; 2008, s.60, <http://www.antimai.org/cy/disksosguv.htm>

Tablo 7'ye baktığımızda Çek Cumhuriyeti, Estonya, Malta, Lüksemburg, Litvanya ve Türkiye'deki sosyal güvenlik harcamalarının GSMH'ya oranlarının gösterildiği diğer ülkelerinse GSYİH'ya oranlarının yer aldığı görülmektedir. Sosyal güvenlik harcamalarının GSMH'ya oranı alınan bu ülkeler arasında 14,6'lık oranla Çek Cumhuriyeti birinci sıradadır. Bu oranlar arasında Türkiye göreceli olarak daha iyi durumdadır. Sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı alınmış ülkeler arasında ise İsveç en yüksek oranla karşımıza çıkmaktadır. Takiben Fransa 30,0 ile ikinci sırada ve Almanya 29,8 ile üçüncü en iyi konumdadır. Avrupa Birliği'nde sağlık hizmetlerinin yüksek seviyelerde olmasına karşın sağlık alanında ayrı bir düzenleme oluşturulmamış, sağlık konuları sosyal politikalar içerisinde yer almıştır. Birliğe üye ülkeler, sosyal politikalarını değiştirme, tek tip veya ulusal üstü bir sosyal politika uygulama yönünde bir düzenlemeye gitmemiştir. Sosyal politikalar içerisinde yer

alan sağlık politikaları, ulusal düzeyde organize edilmiştir. Bu nedenle, üye ülkelerin sağlık ve sağlık finansman sistemleri ile hizmet sunumu, mevzuat ve uygulama konularında farklılıklar bulunmaktadır¹⁸⁴.

Avrupa Birliği üyesi ülkelerin sağlık sistemlerindeki sunum ve finansman yöntemleri birbirlerinden farklılık göstermesine rağmen ortak özellikleri, gerek vergi temelli finansmana dayalı sistemlerin, gerekse sigorta finansmanına dayalı sağlık sistemlerinin sosyal dayanışma ilkesine dayanmakta olmasıdır. Dayanışmanın temelinde ise sosyal ve endüstriyel politikaların gelişmesinde büyük rol oynayan Avrupa işçi hareketinin ve Avrupa işçi birliklerinin rolü çok büyüktür. Dayanışmanın özünde; tüm vatandaşların toplumun bir parçası olduğu, herkesin toplum içinde eşit muamele görmesi gerektiği ve bu kolektif yaklaşımın benimsenmesi halinde toplumun önemli ölçüde güçleneceği yatmaktadır¹⁸⁵. Sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik; Avrupa Birliği Temel Haklar Şartı'nda herkesin koruyucu sağlık hizmetlerine ulaşma ve tıbbi tedaviden yararlanma hakkına sahip olduğu ve Birliğin; analık, hastalık, iş kazası, malullük ve yaşlılık gibi durumlarda korumayı sağlayan sosyal hizmetler ve sosyal güvenlik haklarını gözeticeğini ve riayet edeceği ifade edilmiştir. Sağlık hizmetlerinde kalite; vatandaşlarca talep edilen sağlık hizmetlerinin tüm yönlerini içeren en iyi standartlardır. Kaliteli sağlık hizmetlerinin anlamı; sağlık maliyetleri ve faydaları arasındaki dengeyi güçlendirme noktasında, kamu sağlık hedeflerine ulaşılabilme seviyesidir¹⁸⁶. Sağlık hizmetlerinde finansal sürdürülebilirlik; Sağlık hizmetlerinde finansal sürdürülebilirlik, nüfusun geniş bir kesiminin sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğini, bilimsel ve teknik gelişmelerle beraber yürüyen yüksek kaliteli sağlık hizmetlerinin bulunabilirliğini sağlamak için gerekli olan bir amaçtır.

Tablo 8'de Avrupa Birliği'ne üye ve aday ülkelerdeki 2008 yılına ait sağlık harcamalarını da belirleme özelliğine sahip sağlık statü göstergeleri yer almaktadır.

¹⁸⁴ H. Hüseyin Yıldırım; **Avrupa Birliği, Sağlık ve Sağlık Politikaları, Avrupa Birliği'ne Üye ve Aday Ülkelerin Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırmalı Performans Analizi**", Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2004, s.72.

¹⁸⁵ Richard B. Saltman and J. Figueras, **Avrupa Sağlık Reformu**, Mevcut Stratejilerin Analizi, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi, Kopenhag, T.C. Sağlık Bakanlığı Proje Koordinatörlüğü, 1998.

¹⁸⁶ Bütüner, s. 27.

Tablo 8: Avrupa Birliği'ne Üye ve Aday Ülkelerdeki Sağlık Statüsü Göstergeleri

Ülkeler (2008)	Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (DBYS)	Beklenen Ölüm Hızı (BÖH) (100.000 canlı doğumda)	Anne Ölümü (100.000 canlı doğumda)
Almanya	79,86 (2006)	3,83 (2006)	4,09 (2007)
Avusturya	80,74	3,69	2,57
Belçika	79,8 (2007)	4,0 (2007)	7 (2006)
İngiltere	79,86 (2007)	4,84 (2007)	7,25 (2007)
Danimarka	78,51 (2006)	3,4 (2006)	7,69
Finlandiya	80,04	2,67	8,4
Fransa	81,48 (2007)	3,53 (2007)	7,63
Hollanda	81,53	3,78	4,33
İrlanda	80,40	3,82	2,66
İspanya	80,44 (2005)	3,78 (2005)	3,86 (2005)
İsveç	81,19 (2007)	2,51 (2007)	1,86 (2007)
İtalya	81,70 (2007)	3,47 (2007)	2,3 (2007)
Lüksemburg	79,69 (2007)	2,18 (2006)	18,26 (2007)
Portekiz	79,1 (2007)	3,4	5,7 (2006)
Yunanistan	80,13	2,65	1,79 (2007)
Çek Cum.	77,42	2,83	5,85
Estonya	74,34	4,99	0
Kıbrıs	80,44	3,15 (2007)	11,45 (2006)
Letonya	71,20 (2007)	8,76 (2007)	12,52
Litvanya	72,05	4,91	8,56
Macaristan	74,23	5,58	17,15
Malta	80,31	8,1	23,82
Polonya	75,45 (2007)	5,99 (2007)	2,84 (2007)
Slovakya	74,30 (2005)	7,2 (2005)	3,49
Slovenya	78,53 (2007)	2,78 (2007)	15,14 (2007)
Bulgaristan	72,77 (2006)	9,73 (2006)	6,76
Romanya	73,47	10,97	13,52
Hırvatistan	76,14	4,46	6,86
Makedonya	73,54 (2003)	11,29 (2003)	0
Türkiye	71,6 (2006)	27	19,42
İzlanda	81,74	2,48	0 (2007)

Kaynak: Yıldırım ve Yıldırım,2011.Not: Ülkelerde farklı yıllara ait veriler mevcut olup ilgili yıllar parantez içinde belirtilmiştir.

Tablo 8’de gösterilen sağlık sisteminin bu çıktılarına göre DBYS, BÖH ve anne ölümleri değişkenleri bakımından ülke grupları arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır. Benzer durum bebek ölümleri ve anne ölümleri için de geçerli olduğu görülmektedir. Örneğin AB15 grubu ülkeleri için BÖH binde 4,8’in altında seyretmekte, AB12 grubunda ise bu oran binde 11’e kadar çıkabilmektedir. Aday ülke grubunda bulunan Türkiye kötü bir performansla Beklenen ölüm hızı binde 27 olmaktadır. Tabloda verilen bu önlenebilir mortaliteler sağlık hizmetleri müdahalelerinin etkililiği (özellikle de tıbbi etkililik) ile ilgili olduğundan yapılan karşılaştırmalarda kullanım için uygun bir veri olarak karşımıza çıkmaktadır.

Tablo 9’da Avrupa Birliği’ne üye ve aday ülkelerde alkol ve sigara tüketimleri gösterilmektedir.

Tablo 9: Avrupa Birliği’ne Üye ve Aday Ülkelerde Alkol ve Sigara Tüketimi

ÜLKELER	Toplam Alkol Tüketimi (lt/kişi başı) 2004	Sigara Tüketimi* 2000	ÜLKELER	Toplam Alkol Tüketimi (lt/kişi başı) 2004	Sigara Tüketimi 2000*
Almanya	11,83	33,9 (2003)	Estonya	14,65	29,4
Avusturya	12,5	23,2 (2006)	Kıbrıs	9,93	23,9 (2003)
Belçika	9,76	22 (2006)	Letonya	8,9	30,4 (2006)
İngiltere	11,78	27	Litvanya	12,2	32
Danimarka	11,29	30,5	Macaristan	11,97	30,6
Finlandiya	9,89	23	Malta	5,17	20,4 (2008)
Fransa	13,18	27	Polonya	9,84	32
Hollanda	10,73	32,4	Slovakya	10,1	28,4
İrlanda	13,48	24,7 (2006)	Slovenya	13,85	24,5
İspanya	10,44	34,4 (2001)	Bulgaristan	11,34	Veri Yok
İsveç	6,5	18,9	Romanya	12,57	20,8
İtalya	8,37	24,4	Hırvatistan	12,72	27,4 (2003)
Lüksemburg	12,24	30	Makedonya	5,6	20,8
Portekiz	12,31	20,9 (2006)	Türkiye	1,38	27,4 (2008)
Yunanistan	8,9	37,6	İzlanda	6,71	17,8 (2008)
Çek Cum.	14,76	29			

*Günlük düzenli olarak sigara içenlerin 15 yaş üstü nüfus içindeki oranı %

Kaynak: WHO 2003, H.H.Yıldırım ve Yıldırım, 2011, s.397.

Not: Ülkelerde farklı yıllara ait veriler mevcut olup ilgili yıllar parantez içinde belirtilmiştir.

Tablo 8 ve 9 birlikte incelendiğinde önlenebilir hastalıklardan ölenlerin sayısı ülke gruplarına göre önemli ölçüde farklılıklar göstermektedir. Sağlık sonuç etkileri açısından ne kadar az tüketilirse o kadar iyidir denilecek alkol tüketimine bakıldığı zaman özellikle üç aday ülke lehine bir görünüm söz konusudur. Tüm üye ve aday ülkeler arasında kişi başına en düşük alkol tüketimi Türkiye’dedir. Bunun bir açıklaması dini inanç olabilir. Üye ülke grubu (AB15) kişi başına yılda ortalama olarak 9,59 litre tüketilirken, yeni katılan ülke grubu yaklaşık olarak 8,56, aday ülkelerde ise 4,57 litre kadardır. Yaşam tarzının sağlık sonuçları üzerine etki eden diğer bir değişkeni ise tütün tüketimidir. Tablo incelendiğinde günlük düzenli olarak sigara içenlerin 15 yaş üstü nüfus içindeki payı tüm ülkelerde yaklaşık olarak %18 ile %38 arasında değişmektedir. Türkiye’de tütün tüketimi göreceli olarak oldukça yüksektir. Ancak Türkiye’de son yıllarda uygulanmakta olan kapalı alanlarda sigara içme yasağının tütün tüketimini azaltacağı düşünülebilir.

Tablo 10’da Avrupa Birliği üye ve aday ülkelerde Dünya Sağlık Örgütü Hesaplamasına ilişkin 2008 yılı sağlık harcamaları gösterilmiştir.

Tablo 10: AB Üye Ve Aday Ülkelerde Sağlık Harcamaları

ÜLKELER 2008	TSH/ GSYİH	KBSH PPP(\$)	KSH/TSH PAYI	ÖSH/TSH PAYI	BH/TSH PAYI	İH/TSH PAYI
Avusturya	10,1	3.836	76,6	23,1	15,3	13,3
Belçika	9,7	3.392	74,3	25,7	19,6	16,4 (2004)
Danimarka	9,9	3.630	84,7	15,3	13,6	8,6 (2007)
Finlandiya	8,4	2.979	74,8	25,2	18,8	14,4
Fransa	11,1	3.778	79	21	6,8	16,4
Almanya	10,4	3.692	76,8	23,2	13,1	15,1
Yunanistan	9,7	2.852	60,9	39,1	37	24,8 (2007)
İrlanda	8,7	3.676	82	18	9,2	17,3
İtalya	9	2.825	77,4	22,6	19,4	18,4
Lüksemburg	7,2	6.047	91,1	8,9	6,2	24,8 (2007)
Hollanda	9,1	3.749	82,1	17,9	6,3	11,5 (2002)
Portekiz	10,1	2.334	70,2	29,8	23,1	21,8 (2006)
İspanya	8,7	2.791	72,8	27,2	20,3	20,5
İsveç	9,1	3.423	82	18	15,9	13,2
İngiltere	9	3.230	82,8	17,2	10,8	11,8
Çek Cum.	6,8	1.684	84,7	15,3	13,7	20,4
Estonya	5,9	1.226	78,7	21,3	20,1	20,7
Kıbrıs	6,7	3.312	45,1	54,9	46,4	Veri Yok
Letonya	6,5	1.112	59,6	40,4	39	Veri Yok
Litvanya	6,2	1.178	73	27	26,6	Veri Yok
Malta	7,5	4.039	77,4	22,6	20,1	21,07
Macaristan	7,4	1.419	70,3	29,7	25,2	31,6
Polonya	6,6	1.162	71	29	24,2	22,6
Slovakya	7,8	1.717	66,8	33,2	26,2	28,1
Slovenya	7,8	2.183	71,4	28,6	13,9	18,7
Bulgaristan	7,3	910	57,8	42,2	36,5	Veri Yok
Romanya	4,7	665	81	19	18,7	Veri Yok
Hırvatistan	7,8	1.496	84,8	15,1	14,1	Veri Yok
Makedonya	7	702	70,5	29,5	29,5	14,9 (2004)
Türkiye	5	695	69	31	22,3	26,6 (2000)
İzlanda	11,8	4.310	87,3	12,7	11,6	13,9

Kaynak: WHO 2010, H.H.Yıldırım ve T. Yıldırım, 2011, .s.402.

Not: 2008 yılı verileri ağırlıkta olup, farklı yıllara ait veriler parantez içinde belirtilmiştir.

TSH: Toplam Sağlık Harcamaları KBSH: Kişi Başı Sağlık Harcaması, KSH: Kamu Sağlık Harcaması, ÖSH: Özel Sağlık Harcamaları, BH: Bireysel Harcamalar, İH: İlaç Harcamalarını ifade etmektedir.

Tablo 10’de 2008 yılı için Avrupa Birliğine üye ve aday ülkelerin sağlık harcamalarına ilişkin veriler incelendiğinde ilk 15 AB üye ülkesinde GSYİH’den sağlığa ayrılan payın %10,1 olduğu görülmektedir. Yeni katılan üye ülkelerin sağlık harcamalarına ayırdığı ortalama pay %6,8 olarak karşımıza çıkmaktadır. Bütün AB ülkelerinde sağlığın kamu sektörü finansmanının önemli bir ölçüde paya sahiptir. Bu pay da en düşük kamu finansmanı göstergesinin %60,9 ile Yunanistan ve %91,1

oranıyla Lüksemburg'a ait olduğu gör÷lmektedir. Bu ÷lkelerde tüketicilerin maliyetleri paylaşma oranı sağlanan sağlık hizmeti sunumuna göre farklılık göstermektedir. Hastane bakımının maliyetleri çoğunlukla temel sigortalar ile karşılanmaktadır. Diş tedavisi ve gözlük uygulamalarında maliyetler bireysel ödemeler yolu ile karşılanmaktadır. Tüketicilerin sağlık hizmetlerinin belli bir kısmında bireysel ödemelerde bulduklarında maliyet duyarlılığı söz konusu olmakta ve bu durum tamamlayıcı sağlık sigortalarını da teşvik etmektedir.

Tablo 11'de Avrupa Birliği'ne üye ve Aday ÷lkelerin sağlık harcamalarını etkileyen demografik ve sosyo-ekonomik durumları her ÷lke için ayrı ayrı incelenmek amacıyla gösterilmektedir.

Tablo 11: AB'ye Üye ve Aday Ülkelerin Demografik Ve Sosyo-Ekonomik Özellikleri

Ülkeler	Yıl Ortası Nüfus (1000) 2008	Reel Kişi Başına GSYİH (PPP\$) 2008	Gelir Eşitsizliği (Gini Endeksi) 2005	İşsizlik Oranı % 2008	Toplam Doğurganlık Hızı 2008	İnsani Gelişme Endeksi (İGE) 2006	Okur-Yazar Oranı (%) (15 üstü nüfusta) 2007
ALMANYA	82.534	35.572	28	8,6 (2007)	1,38	0,940	Veri Yok
AVUSTURYA	8.336	37.872	26	4,4 (2007)	1,41	0,951	Veri Yok
BELÇİKA	10.480	35.071	28	7,7 (2007)	1,67 (2007)	0,948	Veri Yok
İNGİLTERE	61.018	35.880	34 (2003)	5,37 (2007)	1,8 (2005)	0,942	Veri Yok
DANİMARKA	5.489	36.588	24	3,4 (2007)	1,89	0,952	Veri Yok
FİNLANDİYA	5.313	35.630	26	6,4	1,85	0,954	Veri Yok
FRANSA	61.945	34.084	28	8,0 (2007)	1,92 (2005)	0,955	100
HOLLANDA	16.524	41.374	27	4,2 (2006)	1,77	0,958	Veri Yok
İRLANDA	4.422	42.143	32	6,4	2,1	0,960	Veri Yok
İSPANYA	45.593	32.133	32	8,3 (2007)	1,38 (2006)	0,949	97,9
İSVEÇ	9.219	37.424	25 (2001)	6,2	1,91	0,958	Veri Yok
İTALYA	59.832	31.245	33	6,7	1,41	0,945	98,9
LÜKSEMBURG	488	83.759	26	5,0	1,6	0,956	Veri Yok
PORTEKİZ	10.622	23.124	35,6 (2001)	7,6	1,3	0,900	94,9
YUNANİSTAN	11.237	29.336	33	8,1	1,51	0,947	97,1
ÇEK CUM.	10.429	24.769	26	4,4	1,5	0,897	Veri Yok
ESTONYA	1.340	20.669	34	5,5	1,66	0,871	99,8
KIBRIS	863	49.423	29	3,7	1,39 (2007)	0,912	97,7
LETONYA	2.266	17.148	36	7,0	1,45	0,863	99,8
LİTVANYA	3.358	18.942	36	5,8	1,47	0,869	99,7
MACARİSTAN	10.038	19.277	28	7,8	1,35	0,877	98,9
MALTA	412	53.527	28	6,0	1,4	0,897	98,3 (2005)
POLONYA	38.115	17.675	36	9,6 (2007)	1,31	0,875	99,3
SLOVAKYA	5.406	22.041	26	9,6	1,00	0,872	99,6
SLOVENYA	2.039	27.814	22 (2003)	6,7	1,53	0,923	99,7
BULGARİSTAN	7.623	12.394	26 (2004)	6,9 (2007)	1,48	0,834	98,3
ROMANYA	21.504	14.297	31	5,8	1,3	0,825	97,6
HIRVATİSTAN	4.434	19.104	29 (2003)	8,3	1,47	0,862	98,7
MAKEDONYA	2.039	10.021	Veri Yok	33,8	1,46	0,808	97,0
TÜRKİYE	71.517	13.958	45 (2003)	11,0	2,16	0,798	88,7
İZLANDA	319	36.607	Veri Yok	2,3 (2007)	2,1 (2007)	0,968	Veri Yok

Kaynak: Yıldırım ve Yıldırım (2011)

Not: Ülkelerde farklı yıllara ait veriler mevcut olup ilgili yıllar parantez içinde belirtilmiştir.

Tablo 11’de de görüldüğü gibi 2008 yılı verilerine göre Avrupa Birliği’ne üye ve aday ülkeler arasında nüfusu en yüksek ülke Almanya’dır. 71.517’lik nüfusu ile ikinci sırada Türkiye bulunmaktadır. Nüfusa ilişkin göze çarpan önemli bir husus ise Türkiye dışındaki hemen hemen tüm ülkelerin nüfusları düşme eğilimi gösterirken, Türkiye’nin nüfusu ise artış eğilimi göstermektedir¹⁸⁷. Satın alma gücü paritesine göre GSYİH’den reel olarak kişi başına düşen milli gelire bakıldığında zaman ülke grupları arasında bariz bir farkın olduğunu görmemek mümkün değildir. Tabloda yeşil renkle verilmiş olan eski üye ülkeler grubunda 2008 yılı verilerine göre kişi başına reel ortalama 35.572 dolar düşerken, mavi renkle gösterilen yeni katılan üye ülkeler grubu için yaklaşık olarak 27.769 dolar, Türkiye için ise 13.958 dolardır. İşsizlik oranı açısından bakıldığında ise tüm ülkeler arasında en büyük işsizlik oranı %33,8 ile Makedonya’da görülmektedir. Makedonya’yı %11 işsizlik oranı ile Türkiye izlemektedir. Tüm dünyada yaygınlıkla kullanılan İGE’ye bakıldığında ise yine Türkiye en düşük orana sahip ülke konumunda olup okur-yazarlık durumu oranında da yine durum aynıdır¹⁸⁸.

Toplumların sağlık düzeyinin ne konumda olduğunu ortaya koymak ve diğer toplumlarla kıyaslayabilmek için birtakım standart ölçütlerden yararlanılmaktadır. Bütün ülkelerde standart olarak kullanılan bu ölçütlerin birçoğu oran ve hızlardan oluşmaktadır. Bunlardan bazılarını sıralayacak olursak; Gayri Safi Milli Hasıladan sağlığa ayrılan pay, toplam sağlık harcamaları içinde kamunun payı, 1000 kişiye düşen sağlık profesyoneli sayısı (hekim, hemşire, eczacı vs.) nüfusa oranla hasta yatağı sayısı, bebek ölüm oranları, ortalama yaşam süresi, hastalıklara yakalanma hızı (enfeksiyon, metabolik hastalıklar vb.) ve teknoloji kullanımı gibi.

Bir bölgenin veya ülkenin sağlık düzeyini tümüyle ölçebilmek çok olası görülmemektedir. Çünkü kayıtların kalitesi ve miktarı ile birlikte özellikle karşılaştırma yapılabilmesi için nelerin ölçüt olarak alınacağı (standart) oldukça önemlidir¹⁸⁹. Yapılan bu karşılaştırmalarda amaç¹⁹⁰; Türkiye’nin bazı temel sağlık

¹⁸⁷ www.eurostat.ec.europa.eu (07.09.2011)

¹⁸⁸ Yıldırım ve T. Yıldırım; s.395

¹⁸⁹ Seher Çimen ve Yunus Taş; **Türkiye AB ilişkileri Çerçevesinde Sağlık Göstergelerinin Karşılaştırılması**, IV Ulusal Sağlık Kuruluşları Yönetimi Kongresi, Editörler; H. Sur ve O. Yazar, Ölüdeniz-Fethiye, 2006, s.172.

¹⁹⁰ Ocak ve Şimşek, s.579.

verilerinin Avrupa Ülkelerinin sağlık verileri ile karşılaştırmak ve irdelemektir. Bylyce; Avrupa Birliği yeliğine aday olan Türkiye'nin sağlık hizmetlerinin ve sağlık göstergelerinin AB ülkelerine göre nerede olduğu belirlenmiş olacak ve sağlıkta yeniden yapılanma sürecinde olan lkemizin Avrupa Birliği normlarına göre reform yapılmasına ışık tutacaktır.

Ülkelerin uluslararası düzeyde sağlık sistemleri karşılaştırılırken veya ülkelerin yıllar itibariyle sağlık sistemleri karşılaştırılırken geleneksel olarak sağlık sistemlerinin performansları, girdi-çıktı bileşenleri bağlamında karşılaştırılmaktadır. Bunun temel nedeni olarak ta bu göstergelerin kolay ölçülebilir ve bulunabilir göstergeler olması ve bu göstergelerin aynı zamanda kalkınmanın göstergeleri arasında yer aldığı belirtilmektedir.

Tablo 12'de Sağlık Sistemleri retimi Açısından Türkiye ve Avrupa Birliği'nin içinde barındırdığı 27 ülkenin sağlık sistemi performans göstergeleri yer almaktadır.

Tablo 12: Sağlık Sistemleri Üretimi Açısından Türkiye-AB Karşılaştırılması

Sağlık Üretim Sistemi		Ülkeler	
(Göstergeler) 2009		Türkiye	AB
Çevresel	Yıl Ortalaması Nüfus	71.517.000	496.306.256
Ortam	Reel Kişi Başı GSYİH (US\$ PPP)	13.958	30.963
Demografik ve	İşsizliğin Toplam Nüfusa Oranı (%)	11	7
Ekonomik	Toplam Doğurganlık Hızı	2,16	1,54
Veriler	İnsani Gelişme Endeksi (İGE)-(2006 yılına ilişkin oran)	1	1
	Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'ye oranı	5	9
	Kişi başı sağlık harcaması (DSÖ hesaplaması, PPP\$)	695	2.877
	Hastane yatak sayısı*	240,73	530,53
Sağlık	Hekim*	158	324
Sistemi	Dişhekimisi*	27,91	62,62
Girdileri	Eczacı*	35	71
	Hemşire*	139,7	775,24
	Alkol Tüketimi (15+, kişi başı litre) (2004 yılına ilişkin veri)	1	11
	Sigara tüketimi (günlük düzenli olarak sigara içenlerin 15 yaş üstü nüfus içindeki oranı, %)	27,4	27,3
	Okuryazarlık oranı (15 yaş üstü nüfus içindeki oran, %) (2007 yılı)	89	99
Sağlık Sistemi	BÖH (1000 canlı doğumda)	27	4,35
Çıktıları/ Sonuçları	Doğuşta beklenen yaşam süresi (yıl)	72	79
	Anne ölüm hızı (100.000)	19,42	4,09
	Sağlık güvencesi kapsamı (2007 yılı verilerine ilişkin bulunmuştur)	80	98

Not: (*) işaretli verilerde 100.000 kişiye düşen oranlar verilmektedir.

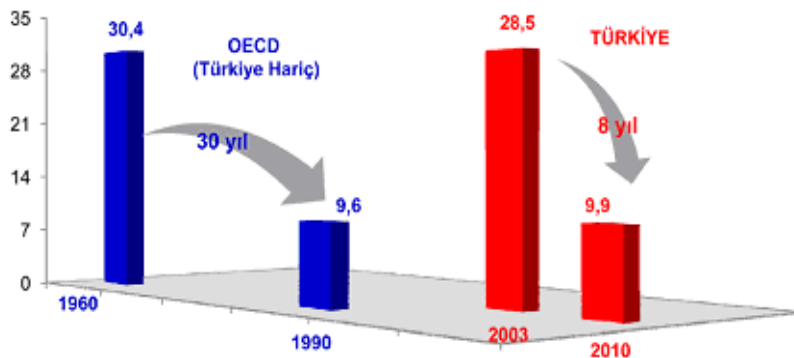
Kaynak: H.Yıldırım ve T. Yıldırım; 2011, s.565.

Tablo 12’de sağlık sistemleri üretimi açısından önemli gösterge sayılan bazı faktörler ele alınmıştır. Çevresel ortam, demografik ve ekonomik veriler, sağlık sistemi girdileri ve çıktıları incelendiğinde özellikle reel kişi başı GSYİH oranının düşük buna karşılık işsizlik oranının yüksek oluşu dikkat çekmektedir. Toplam sağlık

harcamalarının GSYİH'ya oranı da Avrupa Birliği ülkelerinin ortalamasının gerisinde kalmaktadır. Sağlık sistemi girdilerine baktığımızda toplam hastane yatak sayısı 100.000 kişiye 240,73 olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bir sağlık sisteminin varlığını sürdürdüğü çevresel ortam faktörleri o sağlık sisteminin şekillenmesinde ve performansında önemli bir etki ve role sahiptir. Yani bir sağlık sistemi, içinde bulunduğu çevresel ortamın bir fonksiyonudur. Bu bağlamda seçilmiş belli başlı çevresel ortam göstergeleri açısından ele alındığında doğurganlık hızı hariç, Türkiye göreceli olarak AB ortalamasının oldukça gerisindedir. AB ortalamasında kişi başı GSYİH yaklaşık olarak Türkiye'nin üç katıdır. İşsizlik oranının Türkiye'de daha fazla olduğu açıkça ortadadır. Sadece doğurganlık hızı açısından Türkiye, AB ülkeleri ortalamasından göreceli olarak daha iyi durumdadır. Bu da Türkiye'nin AB'ye göre daha genç bir demografik yapıya sahip olduğunun göstergesidir. Ancak Türkiye'de doğurganlık hızı nüfus ikame eşik değeri olan 2,1'e yaklaşmıştır. Eğer doğurganlık çağındaki kadın başına doğurganlık hızı 2,1 altına düşerse, Türkiye'de demografik artış hızının negatife döneceği ve nüfusun gittikçe yaşlanacağı sonucunu çıkartmak mümkündür. Doğurganlık artışı eşik değer altına düşerse bunun sonucu olarak nüfusun yaşlanması ve çok sayıda sosyo-ekonomik problemi de beraberinde sürükleyeceği gerçeği unutulmamalıdır. Aşağıda verilen şekil 9'da ülke karşılaştırmalarında yine çok önemli olan bir hız oranı olan Türkiye'deki bebek ölüm hız oranı verilmektedir.

Şekil 9: Türkiye'deki Bebek Ölüm Hızı Oranı



Kaynak: "T.C. Sağlık Bakanlığı 2011 Mali Yılı Bütçesinin T.B.M.M. Plan ve Bütçe Komisyonuna Sunumu,2010.

Şekil 9'a göre Türkiye ve OECD ülkelerinde bebek ölüm hızı oranları verilmektedir. Sağlıkta Dönüşüm programı çerçevesinde anne ve çocuk sağlığını iyileştirme çabalarının sonuç verdiği ve OECD ülkelerinin bebek ölümlerinde 30 yılda kat ettiği mesafeyi son sekiz yıla sığdırmak mümkün olmuştur. Ancak buna rağmen hala AB ortalamasının oldukça gerisinde bulunmaktadır. Sağlık ve sağlıkla ilgili olan göstergeler AB üyesi ülkelerle karşılaştırıldığında, rakamsal ortalamalar açısından dikkat çeken bir fark gözlemlendiğinden "Türkiye'nin henüz kısa vadede AB'ye üye olmaya henüz hazır olmadığı" tespitleri yapılabilmektedir. Her ne kadar bir aday ülke ile AB ülkeleri arasında sağlık göstergeleri açısından oluşan anlamlı farklılıklar AB'ye üye olunmasında bir engel teşkil etmemektedir. Ancak sağlık göstergelerinde oluşan bu farklılıklar AB'ye üye ülkeler nezdinde aday ülke olarak olumsuz imaj şekillenmesine neden olabilmektedir. AB müktesebatına uyum sağlamak AB'ye üye olmanın temel koşulu olduğuna göre, Türkiye'nin sağlık alanında mevzuat, entegrasyon ve aktarma çalışmalarında hız kazandığı açıkça görülmektedir.

3.3.4. Sağlık Harcamalarındaki Durum

Avrupa Birliği üyesi her ülke kendi finansman mekanizmalarını geliştirmesine rağmen, sistemlerde hedeflenen amaçlar ve tarihsel gelişmeler ortak yönler göstermektedir. Bütün sistemler finansman kaynaklarının bir karışımını kullanmalarına karşılık, fonların ağırlığı kamu tarafından doğrudan veya dolaylı olarak kontrol edilmektedir. Sadece çok küçük bir oran doğrudan hizmet başı ödemelerden elde edilmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanında ağırlıklı olarak iki temel karşımıza çıkmaktadır. Genel vergiler yoluyla sağlanan kamu finansmanı (Beveridge modeli) ve zorunlu sosyal sigortaya dayanan kamu finansmanı (Bismarck modeli) olmak üzere iki temel sağlık sistemi bulunmaktadır. Özel finansman şekli olan gönüllü sağlık sigortası çok az kullanılmasına karşılık özellikle sosyal sigorta için tamamlayıcı bir fonksiyon görevi üstlenmektedir.

Sağlık Harcamalarındaki durumu Avrupa Birliği Ülkeleri bazında daha ayrıntılı inceleyebilmek amacıyla ülkelere ait toplam sağlık harcamalarının GSMHY'ya oranları Tablo 13'te gösterilmiştir.

Tablo 13: AB Ülkeleri ve Türkiye’de Toplam Sağlık Harcamalarının GSMH’ya Oranı (2000-2009)

ÜLKELER	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
AVUSTURYA	9,9	10,1	10,1	10,3	10,4	10,4	10,3	10,3	10,4	11,0
BELÇİKA	8,1	8,3	8,5	10,0	10,2	10,1	9,6	9,7	10,1	10,9
ÇEK CUM.	6,5	6,7	7,1	7,4	7,2	7,2	7,0	6,8	7,1	8,2
DANİMARKA	8,7	9,1	9,3	9,5	9,7	9,8	9,9	10,0	10,3	11,5
ESTONYA	5,3	4,9	4,8	5,0	5,1	5,0	5,0	5,2	6,1	7,0
FİNLANDİYA	7,2	7,4	7,8	8,2	8,2	8,4	8,4	8,1	8,4	9,2
FRANSA	10,1	10,2	10,5	10,9	11,0	11,1	11,0	11,0	11,1	11,8
ALMANYA	10,3	10,4	10,6	10,8	10,6	10,7	10,6	10,5	10,7	11,6
YUNANİSTAN	7,9	8,8	9,1	8,9	8,7	9,6	9,6	9,6		9,6
MACARİSTAN	7,0	7,1	7,5	8,3	8,0	8,3	8,1	7,5	7,2	7,4
İRLANDA	6,1	6,7	7,1	7,4	7,6	7,6	7,5	7,7	8,8	9,5
İTALYA	8,1	8,2	8,3	8,3	8,7	8,9	9,0	8,7	9,0	9,5
LÜKSEMBURG	7,5	7,4	8,3	7,7	8,2	7,9	7,7	7,1	6,8	7,8
HOLLANDA	8,0	8,3	8,9	9,8	10,0	9,8	9,7	9,7	9,9	12,0
POLONYA	5,5	5,9	6,3	6,2	6,2	6,2	6,2	6,4	7,0	7,4
PORTEKİZ	9,3	9,3	9,3	9,8	10,1	10,4	10,1	10,0	10,1	10,1
SLOVAKYA	5,5	5,5	5,6	5,8	7,2	7,0	7,3	7,7	8,0	9,1
SLOVENYA	8,3	8,6	8,6	8,6	8,4	8,4	8,3	7,8	8,4	9,3
İSPANYA	7,2	7,2	7,3	8,2	8,2	8,3	8,4	8,5	9,0	9,5
İSVEÇ	8,2	8,9	9,2	9,3	9,1	9,1	8,9	8,9	9,2	10,0
TÜRKİYE	4,9	5,2	5,4	5,3	5,4	5,4	5,8	6,0	6,1	6,1
İNGİLTERE	7,0	7,2	7,6	7,8	8,0	8,2	8,5	8,4	8,8	9,8

Kaynak: http://www.oecd-ilibrary.org/economics/country-statistical-profile-turkey_20752288-table-tur ve diğer ülke verileri de aynı adresten elde edilmiştir. (Erişim Tarihi: 05.07.2011) Not: Verileri bulunmayan ülkeler tabloda gösterilmemiştir.

Tablo 13’e bakıldığında; 2000-2009 yıllarına ait AB Ülkelerindeki toplam sağlık harcamalarının GSMH’ye oranlarına bakıldığında, en iyi iyileşme rakamlarıyla Hollanda göze çarpmaktadır. 2009 yılı verilerine baktığımızda Hollanda’nın 12,0 oranıyla sağlık harcamalarında birinci olduğunu görmekteyiz. Toplam sağlık harcamalarının GSMH’ye oranı dikkate alındığında yine en yüksek oran sırasıyla Fransa, Almanya, Danimarka ve Avusturya gelmektedir. Tabloda görülen 2009 yılı verilerine göre Türkiye’nin 6,1 oranıyla 2000-2009 yılları itibariyle gelişme göstermesine rağmen en son sırayı Estonya ile paylaştığı göze çarpmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü’nün belli başlı girdi değişkenleri açısından bakıldığında, elde edilen verilere göre Türkiye’nin AB ortalamasının gerisinde

bulunduğu görülmektedir. AB ortalama olarak GSYİH'den sağlığa %9 oranında pay ayırmakta olup bu payın Türkiye açısından ele alınışında sadece %5'te kaldığı gözlenmektedir. Ayrıca sunulan hastane yatağı açısından bakıldığında AB'de yüz bin kişiye düşen yatak sayısı 530,53 iken, Türkiye için 240,73'tür. Yüz bin kişi başına düşen hekim sayısı AB'de 323,71 iken Türkiye'de 158,22'dir. Hemşire sayısı AB üyesi 27 ülke ortalamasına göre 775,24 olup bu değer Türkiye açısından 139,7 olarak karşımıza çıktığı bilinmektedir. Ayrıca Türk sağlık sisteminde sağlık çalışanlarının dağılımında bölgeler arasında da profesyonel denge açısından da büyük çarpıklık görülmektedir. Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin sunumunda eksikliğin bir nebze olsun giderilebilmesi için en az 100.000 hekim ile 300.000 hemşireye daha ihtiyaç duyulduğu belirtilmiştir¹⁹¹.

Çalışma kapsamınca ele alınmış AB ülkelerinin Sağlık Finansman Model ve Kaynakları Tablo 14'te düzenlenmiştir.

Tablo 14: Seçilmiş AB Üye Ülkelerinin Sağlık Finansman Model ve Kaynakları

Ülkeler	Genel Model	Finansman
ALMANYA	Çeşitli sigorta fonları ve önemli ölçüde özel sektör	Kaynakların bir karışımı, sadece %21'i genel vergilerden
FRANSA	Hemen hemen tüm nüfusu kapsayan zorunlu sağlık sigortası	Ağırlıklı olarak genel vergiler, Az miktarda bir oran sigortadan gelmektedir.
İNGİLTERE	Ağırlıklı olarak genel vergilerden finanse edilen ulusal sağlık hizmeti	Ağırlıklı olarak genel vergiler, az miktarda da özel sektör.
HOLLANDA	Kamu ve özel karışımı sigorta sistemi fakat ulusal programa doğru bir değişim mevcut.	Zorunlu sigorta programları ağırlıkta, gönüllü veya özel katkılar da söz konusudur.
İSVEÇ	Yerel tabanlı güçlü demokratik kontrol eşliğinde kapsamlı bir kamu sağlık sistemi mevcuttur.	Ağırlıklı olarak yerel vergiler, Devlet fonları ve özel sigortaca desteklenmektedir.
ÇEK CUMH.	Zorunlu sosyal sigorta	Çalışan ve işveren katkıları, bireysel ödemeler
YUNANİSTAN	Zorunlu sağlık sigortası, ulusal sağlık hizmeti ve önemli ölçüde özel sektör	Özel sektör ağırlıkta, Resmi olmayan ek ödemeler mevcut.
TÜRKİYE	Zorunlu sosyal sigorta	Vergiler, doğrudan ödemeler, özel sigortalar.

Kaynak: <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory> (Erişim Tarihi: 21.10.2010) ve H. Yıldırım ve T. Yıldırım 2011, s. 399'dan uyarlanmıştır.

¹⁹¹ Akdağ, s.27.

Tablo 14’te de görüleceği gibi; Türkiye, Yunanistan, Çek Cumhuriyeti, İsveç ve Fransa’da genel olarak kamu ağırlıklı zorunlu sosyal sigorta modeli benimsenmiştir. Bu ülkelerde ’de zorunlu sosyal sigorta sistemi mevcuttur. Almanya, İngiltere, Hollanda’da çeşitli sigorta fonlarının önemli ölçüde özel sağlık sektörünün yer aldığı görülmektedir.

3.3.5. Sağlık Hizmetlerindeki Reformlar ve Memnuniyet Düzeyleri

Sağlık sisteminin sunum ve finansman unsurlarından tatminsizlik hemen hemen tüm ülkelerde görülen bir durumdur. Bununla ilgili olarak sağlık sistemlerinde maliyet yüksekliği, verimsizlik, kalite eksikliği gibi sorunlar yaşanmaktadır. Bu sorunlara ek olarak otoriter sağlık sistemlerinde özellikle 1980’lerden sonra reform girişimlerinde bulunmaya başlanmıştır. Topluluğa üye ve aday ülkelerde sağlık reformları sürekli olarak gerçekleştirilmeye çalışılmaktadır. Sağlık reformları genellikle maliyet sınırlamayı amaçlamakla birlikte tüketici ihtiyaçlarını ve beklentilerini de karşılayabilecek duyarlı, yönetsel sistemin yeniden organize edilmesi bağlamında arz ve talep taraflarını oluşturmayı amaçlamaktadır.

Tablo 15: Bazı AB Ülkeleri ve Türkiye’nin Sağlık Sisteminden Memnuniyet Düzeyleri

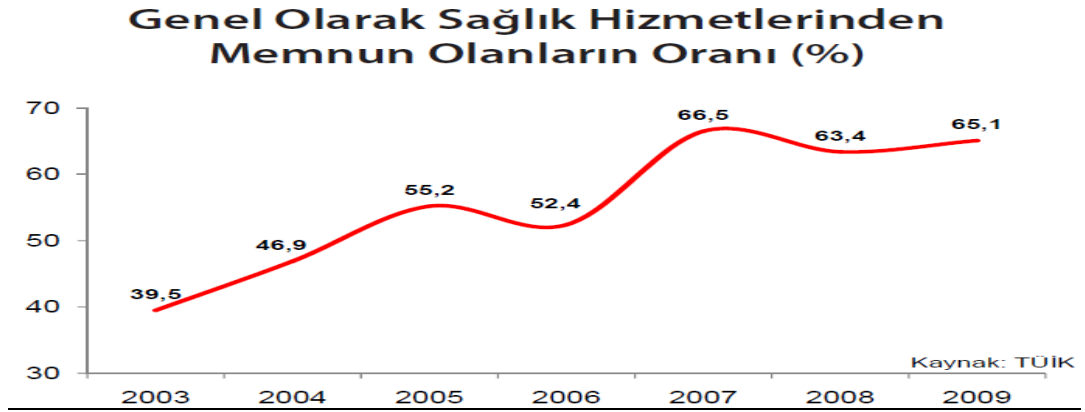
ÜLKELER	Sağlık Sisteminden ve Sosyal Hizm. Memnuniyet Düzeyi (Ekonomik Aktiviteye Göre) 1-10 skalasında (1:hiç memnun değil, 10:aşırı memnun)	Sağlık Durumundan Memnuniyet Düzeyi (Yaşa Göre) %
ALMANYA	5,8	79,3
FRANSA	6,0	85,8
İNGİLTERE	5,9	85,7
HOLLANDA	6,8	88,6
İSVEÇ	5,9	86,2
ÇEK CUMH.	5,4	71,2
YUNANİSTAN	3,5	84,8
TÜRKİYE	2,9	79,3

Kaynak: Yıldırım ve Yıldırım (2011)’den uyarlanmıştır.

Tablo 15’te seçilmiş bazı AB ülkeleri ve Türkiye’nin yer aldığı memnuniyet sonuçları yer almaktadır. Sağlık sistemi skalasına göre 1 puan hiç memnun değil, 10 puan aşırı memnun olarak baz alınmaktadır. AB üyesi ülkelerin sağlık sisteminden ve sosyal hizmetlerden ortalama memnuniyet düzeyi 10 üzerinden 5,5 iken,

değerlendirmeye aldığımız seçilmiş Avrupa Birliği ülkelerinden 6,8 memnuniyet oranıyla Hollanda ilk sırada bulunmaktadır¹⁹². Memnuniyet düzeylerine göre 6,0 ile Fransa ikinci sırada, devamında 5,9 memnuniyet oranıyla İsveç ve İngiltere, 5,8 ile Almanya, 5,4 ile Çek Cumhuriyeti, 3,5 memnuniyet oranıyla Yunanistan bulunmaktadır. 2,9 memnuniyet düzey oranıyla Türkiye en son sırada karşımıza çıkmaktadır. Bu veriler Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın (SDP) uygulanmaya başladığı yıl olan 2003 yılından öncesine aittir. Türkiye’de yaklaşık olarak yedi yıldır uygulanmakta olan SDP ile birlikte sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyinin önemli ölçüde arttığı yapılan araştırmalar ile ortaya konulmuştur. 2009 yılı Türkiye İstatistik Kurumu araştırmalarına göre yaşam memnuniyet düzeyi %65,1 olarak karşımıza çıkmaktadır.

Şekil 10:



Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı 2011 Mali Yılı Bütçesinin T.B.M.M. Plan ve Bütçe Komisyonuna Sunumu, 2010.

Şekil 10’da verilen grafikte genel olarak sağlık hizmetlerinden memnun olanların oranı yüzde olarak 2003-2009 yılları itibariyle gösterilmektedir. Buna göre 2003 yılında 39,5 olan genel sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı 2005 yılında 55,2 oranla tepe yaparak 2006’da bu oran %52,4 e gerilemiştir. Genel sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranının en yüksek olduğu 2007 yılı yerini 2008 yılında ciddi bir düşüş yaşayarak 63,4’e gerilemiştir. Türkiye İstatistik Enstitüsü’nün en son verilerine göre 2009 yılı itibariyle grafikte de görüldüğü üzere %65,1’dir.

¹⁹² H.Yıldırım ve T. Yıldırım, 2011, s.411.

Sağlık sistemine ilişkin toplumların memnuniyet düzeyi araştırmalarının sağlık politikaları açısından iki temel sonucu bulunmaktadır. İlki toplumsal beklentilerin artması sağlık hizmetlerinde maliyetleri artıran temel bir unsurdur. İkincisi toplumsal beklentilerin sağlık reformlarının izlenmesine yardımcı olabilir. Ayrıca modern refah devletlerinin önemli bir unsuru olmasından dolayı, sağlık sisteminin ve sosyal hizmetlerin kabul edilebilirliği politik sisteminin meşruiyetinin önemli bir temeli olarak ele alınmaktadır. Diğer taraftan bireylerin sağlık durumlarına ilişkin algılamaları da iki açıdan önem arz etmektedir. İlk olarak sağlık durumu memnuniyet düzeyi iyilik halinin sübjektif olarak belirlenmesinde önemli olmakta ve bu bağlamda da algılanan yaşam kalitesinin önemli bir unsuru olmaktadır. Diğer taraftan ise sağlık durumu memnuniyet oranları nüfusun gerçek sağlık durumunun bir göstergesi olarak değerlendirilmektedir.

SONUÇ

İçinde bulunduğumuz değişim çağında devletin sağlık hizmetlerindeki rolünde bireylere sunulacak sağlık hizmetleri bir ülkenin gelişmişlik düzeyini belirleyen önemli toplumsal hizmetlerin başında gelmektedir. Çünkü toplumların varlığını sürdürebilmeleri için sağlıklı nesillere sahip olmaları gerekmektedir. Sağlık konusunun literatürde sosyal bir yön olmaktan çok ekonomik bir alan olarak algılanmakta olduğu ve çalışmaların bu yönde hız kazandığı görülmektedir.

Türkiye, dünyadaki en sistemli ve özgün özelliklere sahip uluslararası projelerden biri olan Avrupa Birliği'nin üyesi olmaya çalışmaktadır. Bu bağlamda üyelik müzakereleri gereği her alanda olduğu gibi sağlık hizmetlerinin sunumunda da Avrupa standartlarına ulaşmayı hedeflemektedir.

Türkiye'nin Avrupa Birliği mevzuatına uyum süreci 1963 yılında Ankara Antlaşmasını imzalayarak başlamıştır. Önceleri sadece ortaklık ilişkilerinin kapsadığı alanlarla sınırlı olarak sürdürülen mevzuat uyum çalışmaları, ekonomik ve sosyal hayatın tüm alanlarını kapsayacak biçimde sürdürülmesi gereği ortaya konmuştur.

Türkiye Büyük Millet Meclisi'ne sunulan 59. Hükümet Programında hükümetin sağlık sektörüne yönelik öncelikleri arasında, Avrupa Birliği'ne tam üyelik sürecinin hızlandırılması amacıyla aile hekimliği ve bir genel sağlık sigortası sistemi oluşturulmasının yer almasıyla reform niteliğindeki bu yeni düzenlemeler ülke çapına yayılmaya başlamıştır. Ancak yine de Avrupa Birliği'ne 50 yıldan fazla bir süredir üyelikle ilgili olarak çoğu zaman kısır bir döngüden başka bir sonuç elde edilemeyen bir yol izlenmiştir. Çünkü Türkiye hakkında en çok tartışılan konu "ne kadar Avrupalılar?" sorusu olmuştur.

Uluslararası düzeyde sağlık sistemlerini ülkemizle karşılaştırırken genellikle ülkelerin sağlık sistemlerinin performansları, girdi ve çıktı düzeyleri kullanılmaktadır. Çünkü bu parametreleri hesaplamak diğer yöntemlere göre biraz daha kolaydır. Hele ki sağlık gibi ikamesi, ertelenmesi ve vazgeçilmesi mümkün olmayan bir mal ve hizmette uluslararası boyutlarda karşılaştırma yapılacak

olduğunda çıktı değerler dikkate alınmaktadır. İlgili ülkeye ait bebek ve anne ölüm oranları, ortalama beklenen ölüm hızı ve doğuştan beklenen yaşam süresi, sigara ve alkol tüketimi gibi zararlı maddelerden kaynaklanan ölümlerin önlenabilir mortalitelerinin hesaplanması gerekmektedir.

Türkiye ile Avrupa Birliği ülkeleri arasında geleneksel açıdan dikkate alınarak karşılaştırma yapıldığında sonuçların Türkiye lehine olmadığını rakamsal veriler ortaya koymaktadır. Türkiye doğurganlık hızı hariç olmak üzere diğer tüm göstergeler açısından Avrupa Birliği ile karşılaştırıldığında oldukça düşük düzeydedir. Türkiye'nin sadece doğurganlık hızı açısından ele alındığında daha iyi durumda olduğunu söylemek mümkündür. Bu durumun iyi tarafı Türkiye'nin Avrupa Birliği'ne göre daha genç nüfusa sahip olmasıdır. Doğurganlık hızının azalması da Türkiye'deki nüfus artış hızının azalmasına ve bu da yaşlı nüfusun giderek artmasına neden olacaktır. Yaşlı nüfusunun artması da sosyolojik ve ekonomik açıdan birçok sorunu da beraberinde getirecektir.

Çalışmada Avrupa Birliği'ne üye ülkeler ile Türkiye'nin sağlık göstergeleri yer almaktadır. 2000-2010 yılları arasında Avrupa Birliği ülkelerindeki toplam sağlık harcamalarının GSMH'ye oranlarına bakıldığında, en iyi iyileşme rakamlarıyla Hollanda göze çarpmaktadır. 2010 yılı verilerine baktığımızda Hollanda'nın 12,0 oranıyla sağlık harcamalarında birinci olduğunu görmekteyiz. Toplam sağlık harcamalarının GSMH'ye oranı dikkate alındığında yine en yüksek oran sırasıyla Fransa, Almanya, Danimarka ve Avusturya gelmektedir. Türkiye'nin sağlık harcamalarının GSMH'ye oranı 6,1'dir. Bu verileri Türkiye lehine çevirmek ve Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin sunumunda verimlilik ve etkinliğin artırılmasını sağlamak için sağlık harcamalarının milli gelirden aldığı payın artırılması konusu büyük önem taşımaktadır.

Sağlık harcamaları ve sağlıkla ilgili rakamsal göstergeler dikkate alınarak Avrupa Birliği üyesi ülkelerle karşılaştırdığımız Türkiye'nin Avrupa Birliği üyeliğine hazır olmadığı tespitleri ile karşılaşmak mümkündür. Ancak elbette ki bu veriler Avrupa Birliği'ne üye olmayı imkânsız kılmamakta hatta hiçbir engel teşkil etmemektedir. Fakat rakamsal verilerin Avrupa Birliği adayı ülkenin imajını ortaya

koyduğu hususu da unutulmayacak bir gerçektir. Çünkü müzakereler sırasında sağlık ve sağlık hizmetleri, sağlık ve tüketicinin korunması, çevre, sosyal politikalar en çok dikkate alınan alanlardır. Avrupa Birliği'ne uyum sağlamak Avrupa Birliği'ne üye olmanın temel koşulu olduğuna göre, Türkiye'nin sağlık alanında mevzuat, entegrasyon ve aktarma çalışmalarının hız kazandığını görmek Avrupa Birliği'ne üyelik sürecinin hızlanması adına memnuniyet vericidir.

Dünyadaki sağlık reformu eğilimlerine paralel olarak Ülkemizde 2003 yılında başlanan Dünya Bankası destekli Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında gerçekleştirilen çalışmalar en iyi örnekler arasında gösterilse de Avrupa Birliği üyeliği için yeterli seviyede görülmemektedir.

Bu açıklamalar ışığında AB müzakere sürecinde olan ülkemizde sağlık hizmetlerinin kaliteli sunumuna yönelik alınması gerekli tedbirler ve başlıca öneriler aşağıda belirtilmiştir:

- Avrupa Birliği üyesi ülkeler ile Türkiye'nin sağlık göstergeleri arasındaki farklılıkların azaltılması ve sağlık hizmetlerinin verimliliğinin artırılması için sağlık sektöründe yeterli ve dengeli personel istihdamının gerçekleştirilmesi en önemli ulusal sağlık politikalarının başında gelmektedir. Mevcut sağlık personeli istihdamını arttırmaya yönelik tedbirler alınmalıdır. Sağlık Bakanlığı'nca özellikle sağlık turizmine yönelik çalışmalar hız kazanmıştır. Bu bağlamda yabancı dil bilen sağlık personelinin önemi ve gerekliliği açısından yabancı dil bilen sağlık personeli istihdamının sağlanması zorunludur.
- Türk Sağlık Sektörünün temelinde başta finansman kaynaklarının yetersizliği olmak üzere birtakım sorunlar bulunmaktadır. Kaynakların verimlilik-etkinlik ve denetim esasına göre kullanılamaması, sağlık insan gücünün bölgelerarası dağılımında eşitsizliğe ve kurumlar arasında da koordinasyon ve işbirliği eksikliği gibi sorunların yaşanmasına neden olduğu bir gerçektir. Kaynakların etkin bir şekilde kullanılıp kullanılmadığı denetleyen birimlerin iyi organize olmaları sağlanmalıdır.

- Türkiye ile Avrupa Birliği ilişkilerinde geline nokta, üyelik müzakerelerinde en az diğer alanlarda söz konusu olduğu gibi sağlık alanında da mevzuat uyumunun ve işbirliğinin arttırılmasına çalışılması, gerekli bütün alt yapı eksikliklerinin giderilmesi gerekmektedir. Bu amaçla özellikle teknolojinin takibi açısından doğru teşhis ve tanıya en hızlı şekilde ulaşılmasını sağlayan sağlık teknoloji ürünlerinin temini ve mevcut (bilgisayarlı tomografi, direkt grafi, ultrasonografi gibi özellikle nükleer tıpta kullanılan vb.) görüntüleme cihazlarının sayıca arttırılması konusu büyük önem taşımaktadır.
- Sağlık hizmeti sunan personellere hizmet içi eğitimler verilmeli, personellerin bu eğitimlere katılımları sağlanmalıdır. Başarılı personellerin ödüllendirmesi konusu da sağlık hizmetlerinin sunumunda kalite standartlarına ulaşmak adına önemli rol oynamaktadır.
- Sağlık hizmetlerinin sunumunda toplum sağlığının iyileşmesi için; sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizliklerin önüne geçmek, hizmet kalitesinin arttırılması ve özellikle koruyucu sağlık hizmetlerine daha fazla önem verilmesi konuları Avrupa Birliği müzakereleri sırasında sağlık alanında yaşanan sorunların çözümünde önemli rol oynayacaktır.
- Sağlıkta Dönüşüm Programı hedef ve amaçları gereği, programın başarıyla hedefine ulaşması bu program çerçevesinde görev alan herkesin üzerine düşen görevi titizlikle yerine getirmesine bağlıdır. Bu görev bilinciyle halkın yaşam kalitesini yükseltmek adına adil sağlık hizmetlerine erişimin sağlanması için program çerçevesinde görevli tüm tarafların eksiksiz katılımının sağlanması konusu önem taşımaktadır. Bu çerçevede görev almış birim ve personellerin denetimini sağlayacak performans denetim birimleri oluşturulmalı ve bu birimlerin aktif olarak çalışmaları sağlanmalıdır.
- Türkiye’de sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde gerçekleştirilmeye çalışılan önemli reformlardan biri “Aile Hekimliği” uygulamalarıdır. Aile hekimliği uygulamalarının randevu esaslı olmaması, aile hekimlerinin yalnızca 09:00-16:00 mesai saatlerinde muayene olmak isteyen hastalara hizmet vermekte olması uzun kuyruklar oluşmasına, sıra numarası alamayan hastaların muayene olmadan geri dönmek zorunda kalmalarına neden

olmaktadır. Bu durumda birçok hastanın yalnızca ilaç reçete ettirmek için bile hastanelerin acil servislerine başvurduğu bilinmektedir. Bu durum aile hekimliği uygulamasının yetersiz kalmasına neden olmaktadır. Aile hekimlerinin hafta içi ve cumartesi günleri tam gün randevu sistemiyle (hasta başı ek prim ödemek suretiyle) çalışması şeklinde yeni bir düzenlemenin mümkün olabilecektir.

- Türkiye'deki hastanelerde yaşanan anne-bebek ölüm hızı oranlarının yüksek olmasının ve hastane enfeksiyonlarının önüne geçebilmek için hastane enfeksiyonu ile mücadelede önemli adımlar atılması gerekmektedir. Bu nedenle tedavi edici sağlık hizmetlerine hız kazandırılması konusu önem kazanmaktadır.

KAYNAKÇA

Akdağ, Recep; **“Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı-İlerleme Raporu”** Yayın no:749, Ankara, 2008.

Akdağ, Recep; **“T.C. Sağlık Bakanlığı 2011 Mali Yılı Bütçesinin T.B.M.M. Plan ve Bütçe Komisyonuna Sunumu,2010.**

Akdur, Recep; **“Türkiye Cumhuriyeti’nin 75. Yılında Türkiye’de Sağlık Politikaları”**, Tübitak Matbaası, Ankara, 1999.

Akdur, Recep, **“Sağlık Sektörü Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği’nde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu”**, Ankara Üniversitesi Avrupa Toplulukları Araştırma ve Uygulama Merkezi Araştırma Dizisi No:25, 2. Baskı, Ankara, 2006.

Akın, Cemil Serhat; Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye’de Sağlık Sektörü ve Harcamaları, Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Adana, 2007.

Alper, Yusuf; **Türkiye’de Sosyal Güvenlik ve Sosyal Sigortalar**, Uludağ Üniversitesi Güçlendirme Vakfı, Bursa, 1999.

Aktan, Coşkun Can ve A. Kadir Işık; Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler, **“Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi”**, Editörler C. Can Aktan-Ulvi Saran, İstanbul, 2007.

Aktan, Coşkun Can; **Avrupa Birliği’nin Doğuşu, Gelişimi ve Genişleme Süreci, Yeni Türkiye**, Avrupa Birliği Özel Sayısı I, Sayı:35, Yıl:6, Eylül-Ekim 2000

Alpargun, Oktay; **Genel Hastanelerin Kullanımı, Türkiye’de Uygulamada Karşılaşılan Sorunlar ve Bunların Çözümü**, İzmir, 1981.

- Altay, Asuman; **Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi**, Sayıştay Dergisi, 2005, Sayı 64.
- Arık, Özge; Avrupa Birliğine Giriş Sürecinde Türkiye’de Özel Sağlık Sigortalarının Durumu ve Avrupa Birliği’ndeki Özel Sağlık Sigortası Uygulamaları İle Bir Karşılaştırma, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana, 2010.
- Ata, Naim; **“Aile Hekimliğine Götüren Nedenler”**, Aile Hekimliği Dergisi, 2007, Sayı:1.
- Avrupa Topluluğu Resmi Yayınlar Ofisi, **“Avrupa Birliği Nasıl Çalışır?”** Lüksemburg, 2006.
- Belek, İlker; **“Sosyal Devletin Çöküşü ve Sağlıkın Ekonomi Politikası”**, Sorun Yayınları 3. Baskı, İstanbul, 2001.
- Belek, İlker; Sağlıkın Politik Ekonomisi, Yazılama Yayınları, 3. Baskı. İstanbul, 2009.
- Bozer, Ali; **“Avrupa Birliği İçindeki Oluşumlar ve Türkiye –Avrupa Birliği İlişkilerinde İzlenen Yol”**, Yeni Türkiye, Avrupa Birliği Özel Sayısı I, Sayı:35, Yıl:6, Eylül-Ekim 2000.
- Bozdağ, İsmail; **“Avrupa Birliği’nin Tarihçesi”**, Yeni Türkiye, Avrupa Birliği Özel Sayısı I, Sayı:35, Yıl:6, Eylül-Ekim 2000.
- Bozkurt, V. **“Avrupa Birliği ve Türkiye”**, Bursa, Uludağ Üniversitesi Güçlendirme Vakfı Yayınları 2000.
- Bulut, Musa; **“Bağ-Kur”**, Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi, Temmuz-Eylül, Ankara, 2001,Y.1.S.1)
- Bütüner, Semra; Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Avrupa Birliği’ne üyelik sürecinde gerçekleştirilen uyum mevzuatlarının aday ülkelerin sağlık

sistemleri üzerindeki etkileri, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2007.

Can, N.; **“Avrupa Birliği ile Entegrasyon Sürecinde Türk Sağlık Sektörün Durumu”**. Yeni Türkiye, Temmuz-Ağustos 2001, Yıl 7, Sayı 40.

Chambers, Graham.; “Health Policy in the EU”, A Basic Guide. **Eurohealth**. Vol:5, No:4, Winter, 1999/2000.

Canbolat, İbrahim S.; **“Uluslar üstü Sistem Avrupa Birliği, Bir Dönüşümün Analizi”**, Alfa Yayınları, 1998.

Cichon, Michael ve C. Normand; “Between Beveridge and Bismarck Options for Health Care Financing in Central and Eastern Europe. **World Health Forum**,1994.

Commission of the European Communities, **Communication from the Commission to the Council, the European Parliament and the European Economic and Social Committee**. Concerning the Re-Exam of Directive 93/104/EC Concerning Certain Aspects of the Organization of Working Time.COM Commission of the European Communities, brussels, 2003.

Çakır, Yasef; “Sağlık Hizmetlerinde Katılım Payı Uygulaması Ve Bu Uygulamanın Sosyal Devlet İlkesi ve Sosyal Güvenlik Hakkı Bakımından İncelenmesi”, **Sayıştay Dergisi**, Sayı:80, Ocak-Mart 2011. <http://dergi.sayistay.gov.tr/icerik/der80m4.pdf>

Çelik, H.; Avrupa Birliği Ülkelerinde Sosyal Sağlık Sigortası Sistemi ve Finansmanı, İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Avrupa Topluluğu'nun Ekonomik Yapısı Yüksek Lisans Programı, İstanbul 1997.

Çimen, Seher ve Yunus Taş; **“Türkiye AB ilişkileri Çerçevesinde Sağlık Göstergelerinin Karşılaştırılması”**, IV Ulusal Sağlık Kuruluşları

- Yönetimi Kongresi, Editörler; H. Sur ve O. Yarar, Ölüdeniz-Fethiye, 2006.
- Çoban, Hilmi; “Sağlık Ekonomi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması”, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), D.E.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 2009.
- Çom, Seraceddin; “Aile Hekimliği Uygulamasında Son Durum”, **Aile Hekimliği Dergisi**, 2008, 2(5-6):30-34.
- Demircioğlu, Murat; “**Yeni Sosyal Güvenlik Rehberi**”, Yaklaşım Yayınevi, İstanbul, 2000.
- Edgman, Michael R.; Ronald L. Moomaw and Kent W olson, “**Economics and Contemporary**” Issues, The Dryden Pres, Orlando USA, 1996.
- Egeli, Haluk; “**Parafiskalite ve Türkiye’de Sosyal Parafiskal Kurumlar**”, Altın Nokta Basım Yayın Dağıtım, İzmir, 2008.
- Egeli, Haluk; “**Parafiskalite ve Parafiskal Yükümlülükler (Sosyal Güvenlik Reformu Kapsamında)**”, Altın Nokta Basım Dağıtım, İzmir, 2009.
- Ekmen, Azmi “Avrupa Birliği’ne tam üyelik sürecinde sağlık sektöründeki mevzuat uyumunda karşılaşılan sorunlar ve çözüm Önerileri-Beşinci genişleme sürecindeki ülkelerle karşılaştırmalı inceleme”, Sağlık Bakanlığı, Avrupa Birliği Koordinasyon Daire Başkanlığı Uzmanlık tezi, Bakanlık Yayın No: 702, Ankara, 2006.
- Elbek, Osman ve Emin Baki Adaş; “**Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme**”, Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni, 2009, 12 (1).
- Fişek, Nusret H.; “**Halk Sağlığına Giriş**”, Hacettepe Üniversitesi Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi, 1985.
- Gerek, Tüvit; “**Sosyal Güvenlik Hukuku**”, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, 2000.

- Gevers, J.; Public Health Care in the Balance: Exploring Popular Support for Health Care Systems in the European Union. **International Journal of Social Welfare**, 2000.
- Giray, Ümit Arslan; “Avrupa Birliği’nde Sağlık Yönetimi, Sağlık Ekonomisi ve **Sağlık Yönetimi**, Editörler; Aktan, C.A. ve Saran, U, Aura Kitapları, İstanbul, 2007.
- Gottret, P. ve G. Schieber; “**Health Financing Revisited**” Washington D.C.:World Bank, 2006, s..42.
- Görgün, Sevim; “**Kamu Maliyesine Giriş Ders Notları**”, SBF Yayınları, İstanbul, 1993.
- Gülmez, M.; **Avrupa Birliğinde Sosyal Politika**, Türkiye-AB Sendikal Koordinasyon Komisyonu, Ankara, 2003.
- Gürbüz, Ersan; **Türkiye’de Sosyal Güvenlik**, Türk Dünyası Araştırmaları Vakfı Yayınları, İstanbul,1987.
- Hayran, Osman ve Haydar Sur; **Sağlık Hizmetleri El Kitabı**, Yüce Yayım, 1998.
- Hülür, Ünal; **Türkiye Sağlık Sisteminin Gelişimine İlişkin Konu Başlıkları** SağlıkBakanlığı-Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü,2005.
- İKV Yayınları, **Avrupa Birliği Genişleme Süreci ve Türkiye**, İstanbul, 2002.
- Klazinga, Niek ve ark., **Can a Tulip Become A Rose? The Dutch Route of Guided Self-Regulation Towards a Community-Based Integrated Health Care System**”,OECD, 2002, Chapter: 6.
- Karabulut, Umut; **Cumhuriyetin ilk yıllarında Sağlık Hizmetlerine Toplu Bir Bakış: Dr. Refik Saydam’ın Sağlık Bakanlığı ve Hizmetleri**, İnönü Üniversitesi Tarih Bölümü, Malatya, 2007.

- Karagan, Erhan; Bazı Avrupa Birliği Ülke Sağlık Sistemleri İle Tür Sağlık Sisteminin Karşılaştırılması, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi) Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2008.
- Kılıç, Bülent ve Gazanfer Aksakoğlu; “Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılmasına İlişkin Kuramsal Yaklaşımlar”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Özel Sayı, Kasım 1994-Şubat 1995, Cilt 9, Sayı 64-65.
- Klein, Rudolf; Learning from others: Shall the Last Be the First? *Journal of Health Politics, Policy and Law*.22(5):1267.
<http://jhppl.dukejournals.org/content/22/5/1267.abstract> (25.10.2011)
- Koç, Salim; “Yasal Çerçevesi ve Parasal Boyutu Açısından Sağlık Yardımları”, **Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi**, Ekim-Kasım-Aralık, Türk Tabipler Birliği, Ankara, 1998, Y.1, S.2).
- Kurtulmuş, Sevgi; **Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi**, Değişim Dinamikleri Yayınevi, İstanbul, 1998,64.
- Markle, William H., M.A. Fisher ve R.A. Smego, **Understanding Global Health. USA**, McGraw-Hill, 2007.
- Mckee, Martin; “The Impact of European Law on National Health Policy”, **Journal of European Social Policy**, 1996.
- Missoc-Info., Health Care in Europe, **Bulletin of the Information System on Social Protection in the European Union**, 03/2002.
- Mossialos, Elias ve A. Dixon; Funding Health Care: **An Introduction. Funding Health Care: Options for Europe** Derleyen E. Mossialos ve diğerleri. Buckingham – Philadelphia: Open University Pres, 2002.
- Mushkin, J. Selma; Toward a Definition of Health Economics, **Public Health Reports**, 1958:s.785-794.

Mutlu, Ayşegül ve A. Kadir Işık; **Sağlık Ekonomisine Giriş**, Ekin Kitabevi, Bursa, 2005.

Ocak, Saffet ve Gülten Şimşek; **Türkiye-Avrupa Birliği Sektörel Rekabet Analizleri**, Türkiye Sağlıkta Avrupa Birliği'nin Neresinde?, Nobel Basımevi, Ankara, 2008

Öztek, Zafer; Türkiye'de Sağlık Hizmetleri, **Yeni Türkiye Dergisi**, Sağlık Özel Sayısı 1, Yıl 7, Sayı 39, Mayıs-Haziran 2001.

Özdemir, Yusuf Ekrem; Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları-Cumhuriyetin Kuruluşundan 1980'li Yıllara Sağlık Politikaları, **Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı**, 1.,2001.

Özgüven, A; Ortak Pazar Tarım Politikası ve Türkiye, Bursa 1982

Öztürk, Mustafa; "Cumhuriyet Döneminde Sağlık Hizmetleri", **Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi**, Isparta, 1999.

Özveri, Murat; **Yargı Kararları Işığında 506 sayılı Yasa ve Sosyal Güvenlik**, Sosyal Sigortalar Genel Müdürlüğü Yayınları, Ankara, 2000.

Pick, Cristopher; Current Themes in UK Health Care: How are They Approached in Germany? Conference Report, Anglo-German Foundation and The King's Fund, April 2003.

http://www.agf.org.uk/cms/upload/pdfs/R/2003_R1363_e_uk_health_care_approach_in_germany.pdf

Palm ve ark., Implications of Recent Jurisprudence on the Coordination of Health Care Protection Systems, **General Report Produced for the Directorate-General 132 for Employment and Social Affairs of the European Commission**, AIM, Association Internationale De La Mutualite, May, 2000

- Paulus, A.ve ark., “Cross Border Care Between Belgium and the Netherlands: A Health Economics and Law Perspective”. **Paper for the Euregional Symposium: Law and Cross Border Economics**, Maastricht, November,1999.
- Robert, Edwin ve A. Seligman; **The Income Tax: A Study of The History, Theory, and Practice of income Taxation at Home and Abroad**,Second Edition. The Lawbook Exchange Ltd. 2004
- Savaş, B. Serdar; “Türkiye Sağlık Sistemi ‘Kısa Bir Genel Bakış’”, **Yeni Türkiye Dergisi, Sağlık Özel Sayısı**, 2001, 1.7 (39).
- Savaş, Serdar B. ve Ö. Karahan ve Ö.R. Saka; “Healt Care Systems in Transition: Turkey”, **Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems**, 4, 2002
- Saltık, Ahmet; Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar, **Toplum ve Hekim**, Temmuz-Ağustos, 1995, Cilt 10. Sayı:68.
- Saltman, Richard B., Figueras J.; **Avrupa Sağlık Reformu, Mevcut Stratejilerin Analizi**, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi, Kopenhag, T.C. Sağlık Bakanlığı Proje Koordinatörlüğü, 1998.
- Saltman, Richard B.; **Social Health Insurance in Perspective: The Challenge of Sustaining Stability. Social Health Insurance Systems in Western Europe.**, Derleyen Richard B. Saltman, Reinhard Buse ve Josep Figueras. European Observatory Health System and Policies Series. Buckingham – Philadelphia: Open University Pres, 2004.
- Schieber, George ve A. Maeda; A Curmudgeon’s Guide to Financing Health in Developing Countries. **Innovations in Health Care Financing** (ss.5-52) Derleyen G. Schieber. Discussion paper 365. Washington D.C. World Bank,1997.

Seyhun, Ömer Kayhan; **Avrupa Birliği'ndeki Demografik Dönüşümün Türkiye'nin Avrupa Birliği'ne Üyeliği Çerçevesinde İş Gücü Piyasalarına Yansımaları**, (T.C. Merkez Bankası Dış İlişkiler Genel Müdürlüğü Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi), Ankara, 2006.

Şakar, A. Yiğit; **Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları**, Türkiye Sağlık İşçileri Sendikası Yayınları, İstanbul, 1999.

Şakar, Müjdat; **Sosyal Sigortalar Uygulaması**, Beta Yayınları, İstanbul, 1996.

Tekin, Fazıl; Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı, **Anadolu Üniversitesi İİBF Dergisi**, Haziran, Eskişehir, 1987.

TOBB, **Avrupa Birliği Nedir? Tarihsel Gelişim, Kurumsal Yapısı ve Genişleme Süreci**, Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği, Ağustos 2002.

The European Convention, Draft Treaty Establishing a Constitution for Europe, **Submitted to the President of the European Council in Rome**. CONV 851/03. Brussels, 18 July 2003.

Tokalaş, Sevinç; “Kamu Sağlık Hizmetlerinin Satın Alınması”, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2006.

Tüğen, Kâmil; **Parafiskalite ve Parafiskal Gelirler**, Anadolu Matbaacılık, İzmir, 1993.

Tüğen, Kâmil, Haluk Egeli ve Ahmet Özen; Gelişmiş Ülkelerde Performans Esaslı Bütçeleme, **Finans, Politik ve Ekonomik Yorumlar**, 2007, cilt:44, sayı: 509.

Tüğen, Kâmil ve Ahmet Özen; Bütçe Uygulamalarında Saydamlık ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi”, T.C. Sakarya Üniversitesi İ.İ.B.F. Maliye Bölümü, **Prof.Dr. Aytaç Eker'e Armağan, Kamu**

Maliyesinde Seçme Yazılar, Editörler: N. Tolga Saruç, Temel Gürdal, Nurullah Altun, Sakarya Üniversitesi Yayınları, Sakarya,2010.

Türk Sanayici ve İşadamları Derneği (TÜSİAD); **Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Yeniden Yapılanma: Sorunlar, Reform İhtiyacı, Arayışlar, Çözüm Önerileri**, Ekim, Yayın No: TÜSİAD-1997, T/97-10/217.

Ulaş, Işıl; **Uygulamalı Can Sigortası Hukuku, Hayat ve Kişisel Kaza Sigortaları**, Tarhan Kitabevi, Ankara, 1997

Ülger, İ. Kaya; **Avrupa Birliği'nin ABC'si**, Yenilenmiş 2. Baskı, Sinemis Yayınları, Ankara

Yeğinboy, Yasemin ve Şevket Sayın; **Cumhuriyet Döneminden Günümüze Sağlık Politikaları ve Sorunları**, 2. Ulusal İktisat Kongresi, İzmir, 20-22 Şubat 2008.

Yıldırım, Hasan Hüseyin; **Sağlıkta Dönüşüm Programı: Sağlık Hizmetleri Finansman Açısından Bir Sorgulama** www.saglikyonetimi.org.

Yıldırım, H.Hüseyin; Sağlık Alanında Avrupalı Değerler, **Türkiye-AB ilişkileri Haber Yorum Dergisi**, Temmuz 2007, 13, s. 123.

Yıldırım, H. Hüseyin; **Avrupa Birliği, Sağlık ve Sağlık Politikaları, Avrupa Birliği'ne Üye ve Aday Ülkelerin Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırmalı Performans Analizi**, (Yayınlanmamış Doktora Tezi) Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2004.

Yıldırım, Hasan Hüseyin ve Türkan Yıldırım; **Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Türkiye**, Sağlık-Sen Yayınları-10, Ankara, 2011

Yıldırım, Savaş; **Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi**, DPT Uzmanlık Tezleri, Yayın No: DPT 2350, Ankara 1994.

Yurdadoğ, Volkan; Sağlık Karma Malının Tahsisinde Etkinlik Sorunu Ve Türkiye'de Sağlık Reformu, (Yayınlanmamış Doktora Tezi) Ankara, 2006.

Witter, Sophia; **Briefing Paper for Oxfam GB, Health Financing in Developing and Transitional Countries** Center For Health Economics University of York, 22 January, 2002.

Wonderling, D. G. Reinhold ve N. Black; **Introduction to Health Economics**, New York: McGrawhill Education.

<http://www.antimai.org/cy/disksosguv.htm>

<http://www.eurostat.ec.europa.eu>

<http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory>

http://www.oecd.org/home/0,2987,en_2649_201185_1_1_1_1_1,00.html

<http://dergi.sayistay.gov.tr/icerik/der64m2.pdf>