



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı

**TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİNDE FİNANSAL  
SÜRDÜRÜLEBİLİRLİK: PAYDAŞ GÖRÜŞLERİ VE  
DEĞERLENDİRMELERİ**

Özlem ÖZER

Doktora Tezi

Ankara, 2015

TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİNDE FİNANSAL SÜRDÜRÜLEBİLİRLİK:  
PAYDAŞ GÖRÜŞLERİ VE DEĞERLENDİRMELERİ

Özlem ÖZER

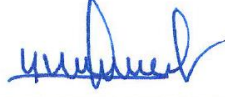
Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü  
Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı

Doktora Tezi

Ankara, 2015

## KABUL VE ONAY

Özlem ÖZER tarafından hazırlanan “Türkiye Sağlık Sisteminde Finansal Sürdürülebilirlik: Paydaş Görüşleri ve Değerlendirmeleri” başlıklı bu çalışma, 02.04.2015 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.



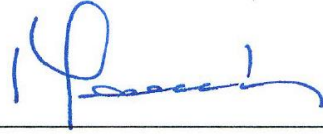
Prof. Dr. Yusuf ÇELİK (Başkan)



Doç. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM (Danışman)



Doç. Dr. Yasemin AKBULUT



Doç. Dr. Necmettin CİHANGİROĞLU



Doç. Dr. Özgür UĞURLUOĞLU

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.


Prof. Dr. Yusuf ÇELİK  
Enstitü Müdürü

## BİLDİRİM

Hazırladığım tezin/raporun tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezin/raporumun kağıt ve elektronik kopyalarının Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım:

- Tezin/Raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezim/Raporum sadece Hacettepe Üniversitesi yerleşkelerinden erişime açılabilir.
- Tezin/Raporumun 3 yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.

02.04.2015



---

Özlem ÖZER

## TEŞEKKÜR

Bu tezin hazırlanmasında büyük yardım ve destek sağlayan, her zaman yanımda olan çok değerli hocam ve sevgili danışmanım Doç. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM'a,

Bilgi birikimleri ve yol gösterici özellikleriyle tez süreci boyunca tezin hazırlanmasına önemli katkılar sağlayan tez izleme jüri üyeleri değerli hocalarım Prof. Dr. Yusuf ÇELİK ve Doç. Dr. Yasemin AKBULUT'a,

Tezin hazırlanmasında büyük yardım, destek ve katkı sağlayan değerli hocam Doç. Dr. Türkan YILDIRIM'a,

Araştırmada görüşme yapılması gereken kişilere ulaşmama yardımcı olan meslektaşım ve sevgili arkadaşım Arş. Gör. Mehmet GÖZLÜ'ye,

Sağlık Bakanlığı Özel Kalem Müdürlüğü'nde görevli değerli arkadaşım Çağdaş ÖZTÜRK'e

Sağlık Bakanlığı Türkiye Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü'nden Mustafa KILIÇ'a ve Hakan Oğuz ARI'ya

Sosyal Güvenlik Kurumu'ndaki kişilerle görüşme yapmama yardımcı olan Sosyal Güvenlik Uzman Yardımcısı Mehmet Şerif GÜNDÜZ'e

Yardım ve desteklerinden dolayı değerli arkadaşım ODTÜ Enformatik Enstitüsü Arş. Gör. Murat KOÇAK'a,

Görüşme yapmayı kabul ederek bilgi ve düşüncelerini paylaşan tüm katılımcılara,

Desteklerinden dolayı aileme ve arkadaşlarıma,

En içten teşekkürlerimi sunarım.

## ÖZET

**ÖZER, Özlem. *Türkiye Sağlık Sisteminde Finansal Sürdürülebilirlik: Paydaş Görüşleri ve Değerlendirmeleri, Doktora Tezi, Ankara, 2015.***

Sağlık sisteminin sürdürülebilirliği için birçok hükümet, sınırsız olan ihtiyaçlar ile sınırlı olan finansal kaynaklar arasında ortaya çıkabilecek sorunlarla baş etmeye çalışmaktadır. Finansal sürdürülebilirlik “kendi kendine yeterlilik” olarak ifade edilmektedir ve elde edilen gelirlerle sağlık giderlerinin karşılanabilmesi anlamına gelmektedir. Finansal sürdürülebilirlik için yeterli miktarda gelir veya kazanç elde etme ve maliyet kontrolü gereklidir. Bu çalışmanın amacı, Türkiye’de sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliği konusunda paydaşların görüşlerini belirlemek, bu görüşlerden hareketle değerlendirmeler yapmak ve Türkiye’nin bu yöndeki politikalarına yönelik önerilerde bulunmaktır. Çalışmada, nitel araştırma yöntemlerinden birisi olan bireysel görüşme tekniği kullanılmıştır ve görüşme sonucunda elde edilen nitel veriler içerik analizi yöntemi ile değerlendirilmiştir. Çalışmada amaçlı örnekleme yöntemi kullanılarak toplam 108 kişiye ulaşılmıştır. Elde edilen nicel veriler SPSS 20 programı ile nitel veriler ise Maxqda 11 programı ile analiz edilmiştir. Çalışma sonucunda paydaşların önemli bir bölümünün Türkiye Sağlık Sistemi’nin finansal açıdan sürdürülebilir olmadığını düşündükleri belirlenmiştir. Paydaşlar Türkiye Sağlık Sistemi’nde finansal sürdürülebilirliği sağlamaya yönelik olarak özellikle koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmesi, mevcut teminat paketinin gözden geçirilerek gerekli düzenlemelerin yapılması ve sevk zincirinin mutlaka hayata geçirilmesi gerektiğini belirtmiştir. Paydaşların büyük bir çoğunluğu finansal sürdürülebilirlik konusunda ortaya çıkan engellerin/risklerin en çok politik/siyasi engellere dayalı olduğunu belirtmiştir. Paydaşların %37,35’i tamamlayıcı sağlık sigortasına olumlu bulmamakta ancak buna rağmen tamamlayıcı sağlık sigortasının finansal sürdürülebilirliği katkıda bulunacağını düşünmektedir. Paydaşların finansal sürdürülebilirliği sağlama konusunda en fazla katılmış olduğu ifadeler “sağlık hizmetlerinin gereksiz veya kötüye kullanımını engellemek” (4,44), “kayıt dışı ekonomi ile etkili bir şekilde mücadele etmek” (4,41) iken, en az katıldıkları ifadeler “sağlık hizmetleri sunumunu özelleştirmek” (2,14) ve “sağlık finansmanını özelleştirmek” (2,17) ifadeleri olmuştur.

### **Anahtar Sözcükler**

Sürdürülebilirlik, Finansal Sürdürülebilirlik, Sağlık Sistemlerinde Finansal Sürdürülebilirlik, Türkiye Sağlık Sistemi, İçerik Analizi

## ABSTRACT

**ÖZER, Özlem. *Financial Sustainability in Turkey's Health System: Views and Assessments of Stakeholders*, PhD Dissertation, Ankara, 2015.**

Many of governments have coped with the problems which may occur due to unlimited wants and limited financial sources for the sustainability of healthcare system. Financial sustainability is described as 'self-sufficiency' and means to be able to cover health expenses by incomes which are acquired. For financial sustainability it is required to have enough incomes or profit and cost-control. The aim of this study is to determine views of stakeholders about the financial sustainability of healthcare system in Turkey, to carry out the evaluation via these views and to make suggestions towards the relevant policy of Turkey. In the study the method of individual interviews which is one of the qualitative research methods was used and the qualitative data acquired from the result of interviews was evaluated by content analysis method. 108 people in total were included into the research via the method of purposeful sampling. The quantitative data acquired was analyzed by SPSS 20; on the other hand, the qualitative data was analyzed by Maxqda 11 program. As a result of the study, it is stated that an important part of the stakeholders think that there is no financial sustainability of healthcare system in Turkey. The stakeholders stated that particularly preventive health service should be placed importance for providing the financial sustainability in Turkey's Healthcare System, required arrangements should be done by looking through the available assurance package and referral chain should be definitely put into practice. Most of the stakeholders stated that the problems or risks occurring in financial sustainability are based on mostly political and diplomatic set-backs. %37,35 of the stakeholders do not lean towards complementary health insurance; however, they think that health insurance can contribute in financial sustainability. While the most agreed statements about maintaining financial sustainability by the stakeholders are "preventing unnecessary usage or abuse of health services" (4,44) and "tackling grey economy effectively" (4,11), the least agreed statements are "privatizing healthcare delivery" (2,14) and "privatizing healthcare financing" (2,17).

### **Key Words**

Sustainability, Financial Sustainability, Financial Sustainability in Health Systems, Turkey Health System, Content Analysis

## İÇİNDEKİLER

<b>KABUL VE ONAY</b> .....	<b>i</b>
<b>BİLDİRİM</b> .....	<b>ii</b>
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>iii</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>iv</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>v</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>vi</b>
<b>KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	<b>x</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	<b>xii</b>
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b> .....	<b>xiv</b>
<b>GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
<b>1. BÖLÜM: SAĞLIK SİSTEMLERİ</b> .....	<b>3</b>
<b>1.1. YÖNETİM VE DÜZENLEME</b> .....	<b>4</b>
<b>1.2. HİZMET SUNUMU</b> .....	<b>6</b>
<b>1.3. KAYNAK YARATMA</b> .....	<b>6</b>
<b>1.4. SAĞLIK FİNANSMANI</b> .....	<b>7</b>
<b>2. BÖLÜM: SAĞLIK SİSTEMLERİNDE FİNANSAL SÜRDÜRÜLEBİLİRLİK</b> .....	<b>10</b>
<b>2.1. TOPLUMSAL SÜRDÜRÜLEBİLİRLİK</b> .....	<b>11</b>
<b>2.2. SAĞLIK SİSTEMLERİNDE SÜRDÜRÜLEBİLİRLİK</b> .....	<b>19</b>
<b>2.3. SAĞLIK SİSTEMLERİNDE FİNANSAL SÜRDÜRÜLEBİLİRLİK</b> .....	<b>26</b>
2.3.1. Sağlık Sistemlerinde Finansal Sürdürülebilirlik Kavramı .....	26
2.3.2. Sağlık Sistemlerinde Finansal Sürdürülebilirlik Ölçümü ve Değerlendirmesi	
.....	29
2.3.2.1. Sağlık Harcamalarına ve Gelirlerine/Kaynaklarına Dayalı Ölçümler ve	
Değerlendirmeler.....	30
2.3.2.2. Paydaş Görüşlerine Dayalı Ölçümler ve Değerlendirmeler.....	34
2.3.3. Sağlık Sistemlerinde Finansal Sürdürülebilirliği Etkileyen Faktörler: Sağlık	
Sistemlerinde Finansal Sürdürülebilirliğin Doğası ve Zorluklar .....	35
2.3.3.1. Sağlık Harcamalarındaki Artış .....	36
2.3.3.1.1. Sağlık Hizmetleri Talebi .....	37



2.3.3.1.1.1. Artan Hastalık Yükü .....	37
2.3.3.1.1.2. Artan Hasta Beklentileri.....	38
2.3.3.1.2. Sağlık Hizmetleri Arzı .....	39
2.3.3.1.2.1. Kaynakların Yetersiz Tahsisi .....	39
2.3.3.1.2.2. Yükselen Hizmet Birim Maliyetleri.....	40
2.3.3.2. Kaynakların Yetersizliği .....	41
2.3.4. Sürdürülebilir Sağlık Sistemleri İçin Bir Çerçeve: Sağlık Sistemlerinde Finansal Sürdürülebilirliği Sağlamaya Yönelik Stratejiler Nelerdir? / Sağlık Sistemlerinde Finansal Sürdürülebilirliği Sağlamak ve Yönetmek İçin Ne Yapılmalıdır? .....	42
2.3.4.1. Gelir-Gider Dengesini Sağlamaya Yönelik Stratejiler Yaklaşımı .....	42
2.3.4.1.1. Gelir Artırıcı Stratejiler.....	43
2.3.4.1.2. Gider Azaltıcı Stratejiler .....	44
2.3.4.2. Sürdürülebilirliğe Giden Yol Çerçevesi Yaklaşımı .....	46
2.3.4.3. Sürdürülebilir Sağlık Sistemleri İçin İlkeler ve Faktörler Çerçevesi .....	48
2.3.4.3.1. Sağlık Sistemlerinin Sürdürülebilirliği İçin Yol Gösterici İlkeler .....	49
2.3.4.3.1.1. Sonuçlar İçin Hesap Verebilirlik.....	50
2.3.4.3.1.2. Paranın Değeri.....	50
2.3.4.3.1.3. Adil ve Zamanından Erişim .....	50
2.3.4.3.1.4. Uygunluk.....	50
2.3.4.3.2. Sağlık Sistemlerinin Sürdürülebilirliği İçin Temel Faktörler .....	51
2.3.4.3.2.1. Etkili Hastalık Önleme ve Sağlığın Geliştirilmesi.....	51
2.3.4.3.2.2. Etkili ve Verimli Sağlık Sistemleri: Sağlık Sistemlerinde Değer Yaratma: Performans Artırma/Geliştirme .....	51
2.3.4.3.2.3. İstenen Davranışsal Değişimlere Yol Açan Finansman Modelleri .....	54
2.3.4.3.2.4. Yenilik ve Yenilikçi Teknolojileri Geliştirmek .....	54
2.3.4.3.2.5. İnsan Kaynaklarının Uyumu, Desteği ve Optimal Gelişimi .....	55
2.3.4.3.2.6. Sağlığın Belirleyicileri ile Stratejik Uyum.....	55
<b>3. BÖLÜM: TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİNDE FİNANSAL SÜRDÜRÜLEBİLİRLİK .....</b>	<b>56</b>

<b>3.1. TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİ .....</b>	<b>56</b>
3.1.1. Genel Bir Bakış.....	56
3.1.2. Türkiye Sağlık Finansmanı ve Sağlık Harcamaları .....	61
3.1.2.1. Sağlık Harcamalarının Gayrisafi Yurt İçi Hasıla İçerisindeki Oranı .....	66
3.1.2.2. Kişi Başı Sağlık Harcamaları .....	68
3.1.2.3. Kamu Sağlık Harcamaları .....	69
3.1.2.4. Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları.....	71
3.1.2.5. İlaç Harcamaları .....	73
3.1.2.6. Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Fonksiyonlara ve Kurumlara Göre Dağılımı .....	75
3.1.3. Sağlık Hizmetleri Sunum Sistemi.....	79
3.1.4. Sağlık Hizmetlerinde Finansal Kaynak Tahsisi ve Ödeme Yöntemleri .....	80
<b>3.2. TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİNDE FİNANSAL SÜRDÜRÜLEBİLİRLİK .....</b>	<b>82</b>
3.2.1. Sağlık Harcamalarına ve Gelirlerine Dayalı Değerlendirmeler.....	82
3.2.1.1. Toplam Sağlık Harcamaları/Gayrisafi Yurt İçi Hasıla Oranları .....	82
3.2.1.2. Yıllara Göre Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcamaları.....	84
3.2.1.3. Kamu Sağlık Harcamalarının Artış Eğilimi.....	86
3.2.1.4. Sağlık Enflasyonu Oranları .....	88
3.2.1.5. Genel Sağlık Sigortası Gelir-Gider Düzeylerinin Projeksiyonu (2006-2023) .....	90
3.2.2. Paydaş Görüşlerine Dayalı Değerlendirmeler .....	93
<b>4. BÖLÜM: MATERYAL VE METOT .....</b>	<b>99</b>
<b>4.1. ÇALIŞMANIN AMACI VE ÖNEMİ .....</b>	<b>99</b>
<b>4.2. PROBLEM CÜMLESİ .....</b>	<b>99</b>
<b>4.3. EVREN VE ÖRNEKLEM.....</b>	<b>99</b>
<b>4.4. KISITLILIKLAR VE VARSAYIMLAR .....</b>	<b>100</b>
<b>4.5. VERİ TOPLAMA.....</b>	<b>101</b>
<b>4.6. VERİLERİN ANALİZİ .....</b>	<b>103</b>
<b>5. BÖLÜM: BULGULAR.....</b>	<b>106</b>
<b>5.1. KİŞİSEL VE DEMOGRAFİK BİLGİLER .....</b>	<b>106</b>

5.1.1. Çalışmaya Katılan Paydaşların Tanımlayıcı Özellikleri.....	106
5.1.2. Finansal Sürdürülebilirliği Sağlama Konusunda Paydaşların Görüşleri .....	110
5.1.3. Finansal Sürdürülebilirliği Sağlama Konusunun Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması .....	114
<b>5.2. İÇERİK ANALİZİ BULGULARI .....</b>	<b>121</b>
5.2.1. Sağlık Sisteminin Finansal Sürdürülebilirliği Kavramı.....	121
5.2.2. Türkiye Sağlık Sisteminin Finansal Açından Sürdürülebilirliği.....	124
5.2.3. SGK'nın Mevcut Teminat Paketinin Kapsamı .....	128
5.2.4. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Hakkındaki Görüşler .....	131
5.2.5. Finansal Sürdürülebilirlik Konusunun Türkiye Sağlık Sistemi Açısından Öncelikli Olma Durumu .....	136
5.2.6. Türkiye Sağlık Sisteminde Finansal Sürdürülebilirliğin Nasıl Sağlanabileceği Durumu .....	139
5.2.7. Türkiye Sağlık Sisteminin Finansal Sürdürülebilirliğini Sağlama Sürecinde Rol Alması Gereken Taraflar.....	144
5.2.8. Türkiye Sağlık Sisteminin Finansal Sürdürülebilirliği Konusunda En Önemli Engeller/Riskler .....	146
5.2.9. Türkiye Sağlık Harcamalarının Düzeyi Hakkındaki Görüşler .....	149
5.2.10. Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Artmasına Neden Olan Faktörlere Yönelik Görüşler.....	152
<b>6. BÖLÜM: TARTIŞMA.....</b>	<b>156</b>
<b>7. BÖLÜM: SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>167</b>
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>173</b>
<b>EK 1. GÖRÜŞME FORMU .....</b>	<b>188</b>
<b>EK 2. GÖRÜŞME LİSTESİ.....</b>	<b>192</b>
<b>EK 3. MAXQDA ÖRNEK PROGRAM ÇIKTILARI .....</b>	<b>193</b>
<b>EK 4. ETİK KURUL İZİN MUAFİYET FORMU .....</b>	<b>196</b>
<b>EK 5. ORJİNALLİK RAPORU .....</b>	<b>197</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>198</b>

## KISALTMALAR DİZİNİ

AB:	Avrupa Birliği
ABD:	Amerika Birleşik Devletleri
AIDS:	Acquired Immune Deficiency Syndrome (Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu)
BM:	Birleşmiş Milletler
Bağ-Kur:	Esnaf Sanatkâr ve Diğer Bağımsız Çalışanların Sosyal Güvenlik Kurumu
DEF:	Dünya Ekonomik Forumu
DPT:	Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
GSS:	Genel Sağlık Sigortası
GSMH:	Gayrisafi Milli Hâsıla
GSYİH:	Gayrisafi Yurt İçi Hâsıla
HIV:	Human Immunodeficiency Virus (İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü)
KİT:	Kamu İktisadi Teşebbüsü
MEB:	Milli Eğitim Bakanlığı
OECD:	Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü)
PDÖS:	Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi
SB:	Sağlık Bakanlığı
SDP:	Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK:	Sosyal Güvenlik Kurumu
SGP:	Satınalma Gücü Paritesi
SKH:	Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri
SSK:	Sosyal Sigortalar Kurumu
SPSS:	Statistical Package for the Social Sciences
SUT:	Sağlık Uygulama Tebliği
STK:	Sivil Toplum Kuruluşları
TBMM:	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TİG:	Teşhis İlişkili Gruplar

TL:	Türk Lirası
TSS:	Tamamlayıcı Sağlık Sigortası
TRIPS:	The Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights (Ticaretle Bağlantılı Fikri Mülkiyet Hakları Sözleşmesi)
TÜİK:	Türkiye İstatistik Kurumu
TÜSİAD:	Türk Sanayicileri ve İşadamları Derneği
UN:	United Nations (Birleşmiş Milletler)
UNDP:	United Nations Development Programme (Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı)
WHO:	World Health Organization
YÖK:	Yükseköğretim Kurulu
\$:	Amerikan Doları

## TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Binyıllık Kalkınma Hedefleri ve Sağlık .....	16
Tablo 2. Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri ve Sağlık .....	17
Tablo 3. Sağlık Sistemlerinde Finansal Sürdürülebilirlik Göstergeleri .....	32
Tablo 4. Harcama-Kaynak Temelli Sürdürülebilirlik Göstergeleri .....	33
Tablo 5. Sürdürülebilirlik Problemi .....	34
Tablo 6. Genel Sağlık Sigortası Kapsamı ve Katkı Oranları .....	62
Tablo 7. 2000-2013 Yılları Arası SGK'nın Sağlık Harcamaları (Milyon TL) .....	66
Tablo 8. Türkiye'de 2001-2013 Yılı Kamu Sağlık Harcamalarının Kurumlara Göre Dağılımı (Bin TL) .....	76
Tablo 9. Sağlık Harcamalarının Fonksiyonlara Göre Dağılımı .....	78
Tablo 10. İşlevlerine Göre Sağlık Sektöründe Yer Alan Kurum ve Kuruluşlar .....	80
Tablo 11. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların 2015 Yılı Merkezi Yönetim Bütçesi (Milyon TL) .....	81
Tablo 12. Gelirin Basit Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları .....	91
Tablo 13. Giderin Basit Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları .....	92
Tablo 14. Çalışmaya Katılan Paydaşların Demografik Özellikleri.....	107
Tablo 15. Çalışmaya Katılan Paydaşların Mezun Oldukları Üniversiteler ve Fakülteler .....	108
Tablo 16. Çalışmaya Katılan Paydaşların Mezun Oldukları Bölümler .....	109
Tablo 17. Çalışmaya Katılan Paydaşların Lisansüstü Alanları .....	110
Tablo 18. Paydaşların Finansal Sürdürülebilirliği Sağlama Konusundaki Görüşleri ...	112
Tablo 19. Eğitim Durumuna Göre Paydaşların Finansal Sürdürülebilirlik Konusundaki Görüşlerinin Karşılaştırılması .....	116
Tablo 20. Çalışılan Kuruma Göre Paydaşların Finansal Sürdürülebilirlik Konusundaki Görüşlerinin Karşılaştırılması .....	118
Tablo 21. Paydaşların Sağlık Sisteminin Finansal Sürdürülebilirliği Kavramı Hakkındaki Görüşleri .....	122
Tablo 22. Paydaşların Türkiye Sağlık Sisteminin Finansal Açıdan Sürdürülebilir Olma Durumu Hakkındaki Görüşleri.....	124

Tablo 23. Paydaşların Türkiye Sağlık Sisteminin Finansal Açıdan Sürdürülebilirliği Konusundaki Olumlu ve Olumsuz Görüşleri.....	125
Tablo 24. Paydaşların SGK'nın Mevcut Teminat Paketi Kapsamı Hakkındaki Görüşleri .....	129
Tablo 25. Paydaşların Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Hakkındaki Görüşleri .....	131
Tablo 26. Paydaşların Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Hakkındaki Olumlu ve Olumsuz Görüşleri.....	132
Tablo 27. Paydaşların Finansal Sürdürülebilirlik Konusunun Türkiye Sağlık Sistemi Açısından Öncelikli Olma Durumu Hakkındaki Görüşleri.....	136
Tablo 28. Paydaşların Türkiye Sağlık Sisteminde Finansal Sürdürülebilirliğin Nasıl Sağlanabileceği Konusundaki Görüşleri .....	140
Tablo 29. Paydaşlara Göre Türkiye Sağlık Sisteminin Finansal Sürdürülebilirliğini Sağlama Sürecinde Rol Alması Gereken Taraflar .....	145
Tablo 30. Paydaşlara Göre Türkiye Sağlık Sisteminin Finansal Sürdürülebilirliği Konusundaki En Önemli Engeller/Riskler.....	146
Tablo 31. Paydaşların Türkiye'deki Sağlık Harcamalarının Düzeyi Hakkındaki Görüşleri.....	149
Tablo 32. Paydaşların Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Nasıl Azaltılabileceği Konusundaki Görüşleri .....	150
Tablo 33. Paydaşlara Göre Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Artmasına Neden Olan Faktörler .....	153

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Sağlık Sisteminin Amaçları ve Fonksiyonları Arasındaki İlişki .....	4
Şekil 2. Toplumsal Sürdürülebilirlik, Sağlık Sisteminde Sürdürülebilirlik ve Sağlık Sisteminde Finansal Sürdürülebilirlik Hiyerarşik İlişkisi .....	11
Şekil 3. Sürdürülebilir Toplumsal Kalkınmanın Kavramsal Bir Modeli .....	15
Şekil 4. Sürdürülebilir Kalkınmanın İlkeleri ve Eylem Alanları .....	16
Şekil 5. Sağlık Sisteminde Sürdürülebilirliğin Kavramsal Çerçevesi.....	25
Şekil 6. Finansal Sürdürülebilirlik Göstergeleri .....	31
Şekil 7. Yükselen Sağlık Harcamalarının Temel Dinamikleri ve Belirleyicileri.....	36
Şekil 8. Sürdürülebilirlik İçin Yollar .....	48
Şekil 9. Sürdürülebilir Sağlık Sistemleri İçin Bir Çerçeve .....	49
Şekil 10. Sağlık Harcamalarında İsraf .....	53
Şekil 11. Sağlık Sisteminin Görünümü.....	60
Şekil 12. Türkiye Sağlık Sisteminde Finansal Akış.....	65
Şekil 13. Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Oranı (2012 veya En Yakın Yıl) .....	67
Şekil 14. Toplam Sağlık Harcamasının Ortalama Yıllık Büyüme Oranları (2000-2012 veya En Yakın Yıl).....	67
Şekil 15. OECD Ülkelerinde Kişi Başı Sağlık Harcamaları SGP, ABD \$ (2012 veya En Yakın Yıl) .....	68
Şekil 16. Kişi Başı Kamu Sağlık Harcaması SGP, ABD \$ (2012 veya En Yakın Yıl) ..	69
Şekil 17. Toplam Sağlık Harcamaları İçinde Kamunun Payı, % (2012 veya En Yakın Yıl) .....	70
Şekil 18. Kamu Sağlık Harcamasının Ortalama Yıllık Büyüme Oranı (2000-2012 veya En Yakın Yıl) .....	70
Şekil 19. Toplam Sağlık Harcamaları İçinde Cepten Yapılan Ödemelerin Payı, % (2012 Yılı veya En Yakın Yıl) .....	71
Şekil 20. Kişi Başı Cepten Sağlık Harcamaları SGP, ABD \$ (2012 Yılı veya En Yakın Yıl) .....	72



Şekil 21. OECD Ülkelerinde Finansman Türüne Göre Sağlık Harcamaları, (2011 Yılı veya En Yakın Yıl).....	73
Şekil 22. Toplam Sağlık Harcamaları İçinde İlaçların Payı, % (2012 Yılı veya En Yakın Yıl) .....	74
Şekil 23. Kişi Başı İlaç Harcaması SGP, ABD \$ (2012 Yılı veya En Yakın Yıl) .....	75
Şekil 24. Sağlık Bakanlığı Finansmanının GSYİH İçindeki Payı (% , 2002-2013) .....	81
Şekil 25. Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı, (%).....	83
Şekil 26. Yıllara Göre GSYİH Büyümesi ve Toplam Sağlık Harcaması Artış Oranı (2000-2013).....	83
Şekil 27. Yıllara Göre Toplam Sağlık Harcaması, Kamu Sağlık Harcaması ve GSYİH Büyümesi (2000-2012) .....	84
Şekil 28. Yıllara Göre Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması SGP, ABD \$ .....	85
Şekil 29. Yıllara Göre Kişi Başı Cepten Yapılan Sağlık Harcaması SGP, ABD \$.....	85
Şekil 30. Faiz Dışı Genel Kamu Harcamaları ve Kamu Sağlık Harcamalarının Artış Eğilimleri, (2014 Fiyatlarıyla - Milyon) .....	86
Şekil 31. Kamu Sağlık Harcamalarının Faiz Dışı Kamu Harcamaları İçindeki Payı, (2013 Fiyatlarıyla).....	87
Şekil 32. Vergi Gelirleri ve Kamu Sağlık Harcamalarının Artış Eğilimleri, (2014 Fiyatlarıyla - Milyon).....	87
Şekil 33. Yıllara Göre Sağlık Enflasyon Ortalaması ve Enflasyon Oranı (2005-2014) .	88
Şekil 34. Yıllık Sağlık Enflasyonu ve Genel Enflasyon Oranı (2005-2014).....	89
Şekil 35. Yıllara Göre Sağlık Enflasyonu ve Genel Enflasyonun Artış Oranı .....	89
Şekil 36. Gelirin Basit Doğrusal Regresyon Analizi (2006-2023) .....	90
Şekil 37. Giderin Basit Doğrusal Regresyon Analizi (2006-2023).....	91
Şekil 38. Gelir ve Giderin Basit Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçlarının Gösterimi (2006-2023).....	93

## GİRİŞ

Günümüzde sağlık mal ve hizmetlerinin üretimi ve tüketimi modern sağlık sistemleri aracılığıyla olmaktadır (Yıldırım, 2015). Bir sağlık sistemi; sağlık hizmetleri arzı, talebi, yönetimi, kaynakları, örgütlenmesi, finansmanı, mevzuatı ve politikasından oluşan bir bütünü ifade etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlık sistemini; öncelikli amacı insan sağlığını korumak, iyileştirmek ve geliştirmek olan her türlü faaliyetleri kapsayan bir sistem olarak tanımlamaktadır. Herhangi bir sağlık sisteminin üç temel amacı bulunmaktadır. Bunlar; hizmet sunulan nüfusun sağlığını yükseltmek, insanların beklentilerini karşılamak ve hastalığın maliyetlerine karşı finansal koruma sağlamaktır (WHO, 2000). Bu üç temel amacına ek olarak sağlık sistemlerinin; sağlık hizmetlerine erişim, toplum katılımı, *sürdürülebilirlik* ve yenilik gibi birçok amacı daha bulunmaktadır. Bu ikincil amaçlar; sağlık düzeyine, beklentileri karşılamaya ve finansmanda adalete etki edebilmektedir (Murray ve Frenk, 2000).

Sağlık sistemlerinde son yıllarda tartışılan en önemli konuların başında sürdürülebilirlik ve artan maliyet baskılarına karşı sistemin finansal gücü yer almaktadır. Daha yakın zamanlarda ise bazı ülkelerde bu konulara ekonomik krizler de eklenmiştir. Birçok Avrupa ülkesinde sağlık harcamaları, gayrisafi yurt içi hâsıla (GSYİH) içinde oldukça yüksek bir artış göstermektedir. Nüfusun yaşlanması, yeni teknolojiler, artan beklentiler, ekonomik büyüme ve sağlık hizmetlerinin girdileri için daha yüksek maliyetler gibi faktörler sağlık sistemlerini zorlayan başlıca unsurlar arasında yer almaktadır. Bu faktörler maliyetlerin artmasına neden olmakta ve bu durum finansal sürdürülebilirliği de tehdit etmektedir (Figueras vd., 2012).

Sağlık sisteminin sürdürülebilirliği konusu özellikle finansal kaynaklar kıt olduğu zaman büyük önem arz etmektedir. Aslında sağlık sistemi performansının bir ölçümü de finansal sürdürülebilirliktir. Finansal sürdürülebilirlik; sağlık sektöründe finansal kaynakların düzenli, tahmin edilebilir ve yeterli olması ile ilgilidir (Thomas vd., 2013). Güçlü bir sağlık sistemi, sağlık sistemi ile elde edilen sağlık çıktılarının sürdürülmesini gerektirir (Islam, 2007). Ayrıca sürdürülebilir sağlık finansmanı; uzun süre boyunca finansman sistemi çökmeden ve dolayısıyla sürekli olarak varlığını sağlayarak sağlık

sistemini yaşayabilir hale getirmek için tüm paydaşların katılımını gerektiren politikalar üretmeyi gerektirir (Owusu-Sekyere ve Bagah, 2014). Sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliğini sağlamak ve Türkiye insanının sağlık durumu ve refahını sürekli olarak iyileştirmek için doğru politikalar seçmek ve bu politikaları etkili bir şekilde uygulamak gerekmektedir (Akdağ, 2011).

Çoğu ülkede olduğu gibi, Türkiye sağlık sisteminde de son dönemlerde finansal sürdürülebilirlik önemli bir tartışma konusu haline gelmiştir. Bu süreçte paydaşların görüşlerinin ve değerlendirmelerinin ortaya konulması önem arz etmektedir ve sağlık politikalarının oluşturulmasında önemli bir veri sağlayabilecektir. Bu bağlamda tezin amacı, Türkiye sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliği konusunda paydaşların görüşlerini belirlemek, bu görüşlerden hareketle değerlendirmeler yapmak ve Türkiye'nin bu yöndeki politikalarına yönelik olarak önerilerde bulunmaktır.

Bu amaç çerçevesinde tezin ilk bölümünde sağlık sistemleri kısa bir şekilde ele alınmıştır. Çalışmanın ikinci bölümünde sürdürülebilirlik, sağlık sisteminde sürdürülebilirlik ve sağlık sisteminde finansal sürdürülebilirlik konuları tartışılmıştır. Çalışmanın üçüncü bölümünde ise Türkiye sağlık sistemi genel olarak ortaya koyularak, Türkiye sağlık sisteminde finansal sürdürülebilirlik konusu tartışılmıştır. Çalışmanın beşinci bölümü olan araştırma bölümünde Türkiye sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliği hakkındaki paydaşların değerlendirmelerine yönelik bulgular paylaşılmıştır. Altıncı bölümde elde edilen bulgular tartışılmış, son bölümde ise sonuç ve önerilere yer verilmiştir.

## 1. BÖLÜM

### SAĞLIK SİSTEMLERİ

Günümüzde sağlık mal ve hizmetlerinin üretimi ve tüketimi modern sağlık sistemleri aracılığıyla olmaktadır (Yıldırım, 2015). Bir sağlık sistemi; sağlık hizmetlerinin arzı, talebi, yönetimi, kaynakları, örgütlenmesi, finansmanı, mevzuatı ve politikasından oluşan bir bütünü ifade etmektedir. Roemer (1991) sağlık sistemini topluma sağlık hizmetlerinin sunumunda kullanılan kaynakların, örgütlerin, finansman ve yönetiminin bir bileşkesi olarak tanımlamaktadır. DSÖ ise sağlık sistemini; öncelikli amacı insan sağlığını korumak, iyileştirmek ve geliştirmek olan her türlü faaliyetleri kapsayan bir sistem olarak tanımlamaktadır (WHO, 2000).

Roberts ve diğerleri (2004) sağlık sisteminin kapsamına giren unsurları aşağıdaki gibi ifade etmektedir:

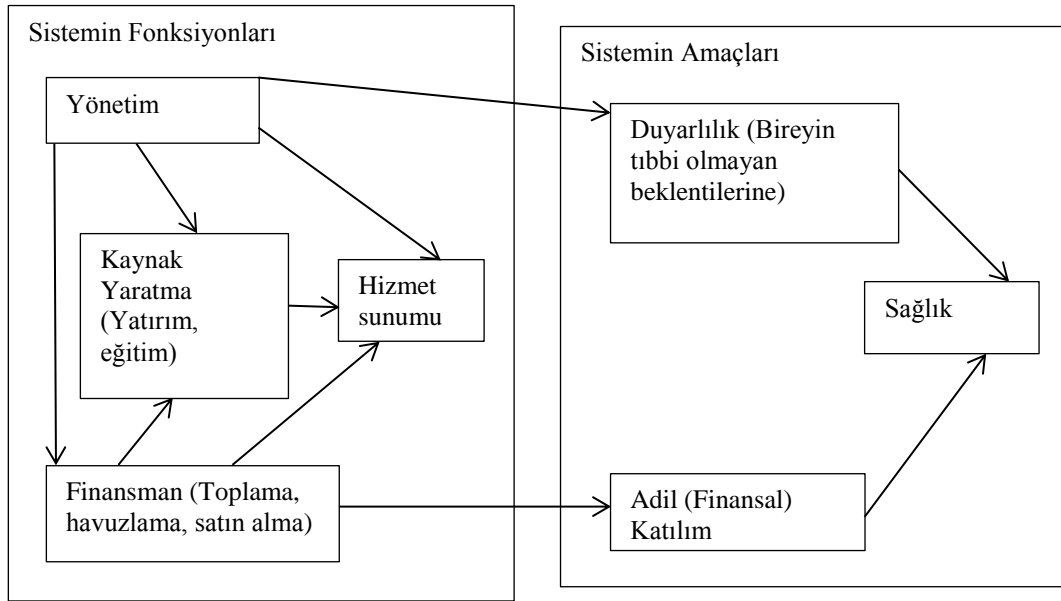
- Sağlık hizmeti sunan herkes (kamu veya özel, geleneksel veya modern, lisanslı ya da lisanssız, hekimler, hemşireler, hastaneler, klinikler, eczaneler vs),
- Sağlık hizmetlerini finanse eden para (formal ya da informal),
- Sağlık hizmetleri sürecine uzmanlaşmış girdileri sağlayanların faaliyetleri (tıp fakülteleri, hemşirelik yüksekokulları, ilaç ve tıbbi malzeme üreticileri),
- Finansman kaynaklarını kontrol eden ve hizmet sunucularını etkileyen finansman kurumları, planlamacılar ve düzenlemeden sorumlu olan kurumlar (sağlık ve maliye bakanlıkları, sosyal ve özel sigorta kurumları) ve
- Koruyucu hizmetleri sunan örgütlerin faaliyetleri (bağışıklama, aile planlaması, bulaşıcı hastalıkların kontrolü, kamu, özel vs).

Sağlık sistemlerinin üç temel amacı bulunmaktadır. Bunlar; hizmet ettiği toplumun sağlığını yükseltmek, bireylerin beklentilerini karşılamak ve hastalığın maliyetlerine karşı finansal koruma sağlamaktır (WHO, 2000). Bu üç temel amacına ek olarak sağlık sistemlerinin; sağlık hizmetlerine erişim, toplum katılımı, *sürdürülebilirlik* ve yenilik

gibi bir çok amacı daha bulunmaktadır. Bu ikincil amaçlar; sağlık düzeyine, beklentileri karşılamaya ve finansmanda adalete etki edebilmektedir (Murray ve Frenk, 2000).

Bu amaçları gerçekleştirmeye yönelik fonksiyonlar ise yönetim ve düzenleme, hizmet sunumu, finansman ve kaynak yaratma olarak ortaya konulmuştur. Şekil 1’de bir sağlık sisteminin fonksiyonları ile amaçları arasındaki ilişki ortaya konulmaktadır (Murray ve Frenk, 2000; WHO, 2000).

**Şekil 1. Sağlık Sisteminin Amaçları ve Fonksiyonları Arasındaki İlişki**



**Kaynak:** WHO (2000)

## 1.1. YÖNETİM VE DÜZENLEME

Bir sağlık sisteminin yönetim ve düzenleme (stewardship) fonksiyonu üç temel unsuru içerir. Bunlar; sağlık sistemi için kurallar koymak, uygulamak ve izlemek, sistemde tüm aktörler için bir oyun alanı temin etmek ve sağlık sistemi için stratejik yönetimi tanımlamaktır. Bunları yerine getirmek için yönetim altı fonksiyona ayrılabilir. Bu fonksiyonlar; genel sistem tasarımı, performans değerlendirme, öncelik belirleme, sektörler arası savunuculuk, düzenleme ve müşterilerin korunmasıdır (Murray ve Frenk, 2000).

Düzenleme ifadesiyle, devletin zorlayıcı gücünün, sağlık sektöründeki bireyler veya organizasyonların davranışının değiştirilmesi için kullanılması kastedilmektedir. Düzenleme, sağlık sektöründeki birey ya da kurumların davranışlarını değiştirmek üzere devlet tarafından kullanılan zorlayıcı güç olarak tanımlanmaktadır. Bu güç sadece sağlık hizmetlerini sunan ya da finanse edenleri değil, aynı zamanda ilaçları üretenleri ya da sağlık profesyonellerini eğitenleri de kapsamaktadır (Roberts vd., 2004).

Sağlık hizmetlerinin yönetim şekli ülkelerin tarihine, kültürel ve sosyal değerlerine, coğrafyasına, politik ideolojisine göre farklılık göstermektedir. Sağlık sistemlerinin yönetimi; liderlik, karar verme ve yönetsel düzenlemeler gibi süreçleri içermektedir (Roemer, 1991; Roemer, 1993; Yıldırım ve Yıldırım, 2011). Genellikle Sağlık Bakanlığı'nın (SB) yetki alanında olmak üzere devletin sorumluluğunda olan yönetim ve düzenleme fonksiyonu, nüfusun sağlığının titiz ve sorumlu yönetimi olarak tanımlanabilir. Yönetim ve düzenleme sorumluluğunun devletin elinde olması, devletin tüm sağlık hizmetlerini sunma ve finanse etmesi gerektiği anlamına gelmemektedir. Yönetim ve düzenleme fonksiyonunun temeli; hem kamu hem de özel sektör için bir yön tespit etmesi ve sosyal olarak istenilen temel hedeflerin sağlanmasıdır (www.who.int, 2003; Yıldırım ve Yıldırım, 2011).

Yönetim ve düzenleme fonksiyonunun altı temel alt bileşeni olduğu belirtilebilir. Bunlar (WHO, 2000; www.who.int, 2003; Yıldırım ve Yıldırım, 2011):

1. Bilgi elde etme,
2. Stratejik politikaların belirlenmesi, sağlık politikası vizyonunun tanımlanması,
3. Etkili düzenlemeler yoluyla aktör davranışlarını etkileme,
4. Koalisyon oluşturma ve iletişim yoluyla davranışları etkileme ve
5. Çevre oluşturma veya oluşturulmasına yardımcı olmak suretiyle davranışları etkileme ve sorumluluğun sağlanmasıdır.

## 1.2. HİZMET SUNUMU

Hizmet sunumu; sağlık üretimi için girdilerin bir araya getirilmesi sürecini ifade etmektedir. Burada kişisel ve kişisel olmayan sağlık hizmetleri ayırımını dikkate almak gerekmektedir. Kişisel sağlık hizmetleri; kişiler tarafından doğrudan tüketilen ve koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinden oluşmaktadır. Kişisel olmayan sağlık hizmetleri ise; ya kolektif olarak uygulanan (toplu sağlık eğitimi gibi) ya da çevrenin insan dışı unsurlarına (temel sanitasyon gibi) yönelik olarak uygulanan hizmetleri içermektedir (Murray ve Frenk, 2000).

Daha iyi hizmet sunumunu sağlayabilmek için mevcut hizmet sunumunun tüm unsurları ile ilgili ayrıntılı bilgiye gerek vardır. Yerel ve ulusal risk faktörleri iyi anlaşılmalı, hizmet sunucuları ile ilgili sayısal veriye ulaşılmalı, hizmetlerin kullanımı ve dağılımına ilişkin ayrıntılı bilgi elde edilmelidir (WHO, 2000).

Hizmet sunumu ile ilgili organizasyonun, sağlık sisteminin dört ana özelliğine odaklanması gerekmektedir (Roberts vd., 2004):

1. Sağlık hizmetleri sağlayan organizasyonların karışımı,
2. Bu organizasyonlar arasında faaliyetlerin bölümü,
3. Bu organizasyonlar arasındaki ilişkiler ve bunların siyasi ve ekonomik sistemin geri kalanı ile ilişkileri, özellikle mevcut olmaya devam etmek için ihtiyaç duydukları kaynakları nasıl aldıkları ve
4. Bu organizasyonların iç idari yapıları.

## 1.3. KAYNAK YARATMA

Kaynak yaratma; sağlık sistemlerinin finansmanı ve hizmet sunumu ile sınırlı değildir, aynı zamanda girdileri üretmek için özellikle insan kaynakları ve fiziksel kaynaklara ihtiyaç duyarlar. Bunlar üniversiteler ve diğer eğitim kurumları, araştırma merkezleri, ilaç üretimi, tıbbi cihaz ekipmanları gibi özel teknolojiler üreten kuruluşlardan oluşmaktadır (Murray ve Frenk, 2000).

Sağlık sisteminin oluşabilmesi için ilk olarak kaynakların olması gerekmektedir. Bu kaynaklar; insan kaynakları (sağlık hizmetlerini verebilecek kişiler; hekimler, hemşireler, eczacılar, yöneticiler vb.), sağlık olanakları (sağlık hizmetini verecek olan kişilerin bulunabileceği yerler; hastaneler, sağlık merkezleri, laboratuvar vb.), mallar (hastalıkların teşhisine ve tedavisine yarayan unsurlar; ilaç, teçhizat, malzeme vb.) ve bilgidir (hastalıkların teşhisinde ve tedavisinde, sağlığı iyileştirme ve hastalıkları önleme ile ilgili gelinen bilimsel bilgi düzeyi) oluşmaktadır (Roemer, 1991; Roemer, 1993). Özellikle insan kaynakları sağlık sistemleri için oldukça önem arz etmektedir. Çünkü sağlık sektörü emek yoğun bir sektör olup sağlık insangücüne ayrılan finansal kaynaklar da oldukça fazladır (Yıldırım ve Yıldırım, 2011).

#### **1.4. SAĞLIK FİNANSMANI**

Bir sağlık sisteminin performansı üzerinde son derece önemli bir etkiye sahip olan finansman; elde ne kadar paranın kullanılabilir olduğunu, mali yükü kimin üstlendiğini, fonları kimin kontrol ettiğini, risklerin nasıl havuzlandığını ve sağlık hizmetleri maliyetlerinin kontrol edilebilir olup olmadığını belirler. Finansman sorunları için, sihirli bir çözüm yoktur. Herhangi bir finansman yöntemi aracılığıyla toplanan tüm paralar (yabancı katkılar hariç) doğrudan veya dolaylı olarak vatandaşlardan gelir. Her bir ülkenin karar vermek zorunda olduğu konu, hangi kaynakların ne ölçüde kullanılacağıdır (Roberts vd., 2004).

Sağlık hizmetleri finansmanının temel amacı; ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerini uygun yer ve zamanda, uygun kişi ve kurumlardan hakkaniyetli, etkili, verimli ve kaliteli bir şekilde alabilmek için, kabul edilebilir bir teminat paketinin ve yine kabul edilebilir bir kapsam derinliği ile tüm nüfusu kapsayacak şekilde bulunabilir ve sürdürülebilir kılmasıdır. Başka bir ifadeyle, sağlık sektörünün finansmanı nedeniyle sağlanan kaynakların tüm ülke düzeyinde hakkaniyetli biçimde, etkili, verimli ve ekonomik nitelikte sağlık hizmeti üretecek ve ülke sağlık göstergelerini istendik düzeye yükseltecek bir biçimde kullanılmasını sağlamaktır (Yıldırım, 2012a).



Sağlık finansmanı, sağlık sektöründe finansal kaynakların harekete geçirilmesini ve kullanılmasını ifade eden geniş kapsamlı bir terimdir (Lee ve Goodman, 2002). DSÖ sağlık sistemi finansmanını; birincil ve ikincil kaynaklardan gelir elde etme, fon havuzlama ve hizmet sunuculara ödeme yapma süreci olarak tanımlamaktadır (WHO, 2000).

Sağlık finansmanı; gelir toplama, fon havuzlama ve satın alma olmak üzere üç fonksiyonel bileşenden meydana gelmektedir. Bazı durumlarda bu fonksiyonlar tek bir kurum bünyesinde yer alırken, bazı durumlarda tek bir kurum diğer kurumlardan hizmetleri satın alırken ve sağlarken fonları toplar ve havuzlar. Kaynaklar daha sonra da bu farklı kurumlar arasında tahsis edilir (Kutzin, 2001; Mossialos ve Dixon, 2002).

Sağlık sisteminde fonlar birincil olarak nüfustan (bireyler ve tüzel kişilerden) elde edilmektedir. Sağlık hizmetlerinde temel finansman kaynakları; bireyler, hane halkları, çalışanlar, işverenler, firmalar, şirketler, yabancı ve yerli hükümet dışı kuruluşlar ve yardım kuruluşları, yabancı devlet ve şirketlerden oluşmaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002; Yıldırım, 2012a).

Sağlık finansmanında çok çeşitli yöntemler veya mekanizmalar olmakla birlikte ülkeler ağırlıklı olarak bu mekanizmaların bir karmasını kullanmaktadır. Ön plana çıkan temel yöntemler ise; genel vergiler, sosyal sigorta, özel sigorta, tıbbi tasarruf hesapları, cepten ödemeler, krediler, hibeler ve bağışlardan oluşmaktadır. Sağlık hizmetlerinde finansman mekanizmaları/yöntemleri ülkeden ülkeye göre farklılık gösterebilmektedir ve bu yöntemlerin hangilerinin finansal sürdürülebilirliği ve kapsamlı erişimi daha iyi sağlayabildiği konusunda tartışmalar vardır. Ancak bu yöntemlerin bir karmasının kullanılması en iyi seçenek olarak görülmektedir (Yalçın ve Yıldırım, 2001; Mossialos ve Dixon, 2002; Yıldırım, 2012a).

Sağlık finansmanında temel unsurlardan birisi de hizmet satın alma sürecinde hizmet sunucularına ödemede kullanılan yöntemlerdir. Sağlık sektörü için fonları seferber eden tüm kurumlar (hükümetler, sosyal ve özel sigorta planları, toplum finansmanı programları), hangi kurumlara ve kişilere ödeme yapılacağına, bunlara ne için ödeme

yapılacağına ve bunlara ne kadar ödeme yapılacağına karar vermelidir. Bu kararlar, sağlık hizmetleri sistemindeki tüm kurumların ve bireylerin faaliyetlerini etkileyen güçlü teşvikler oluşturmaktadır (Roberts vd., 2004).

Ödeme yapma, kamu ve özel sağlık hizmeti sunucularından hizmetleri satın almak için kullanılan mekanizmaları ifade eder (Schieber vd., 2006) ve toplanan fonların belirlenmiş veya belirlenmemiş sağlık müdahaleleri için hizmet sunucularına ödeme yapma sürecidir (WHO, 2000). Satın alma fonksiyonu, mevcut kaynakların nasıl kullanıldığı ve tüm mevcut kaynakların etkili sağlık hizmetlerine dönüştürülüp dönüştürülmediğini belirler (McIntyre, 2012).

Hizmet sunuculara ödeme yöntemleri üç kategoride ele alınabilir; 1) hizmet sunucularına ödenen ücret veya bütçenin ileriye dönük olması, 2) hizmet sunucularına ödemenin geriye dönük olması ve 3) hizmet sunucularına ödemenin kullanılan girdilerle (maaş veya ilaç maliyetleri gibi) veya sağlanan çıktılarla (hizmetler) ilgili olması (Langenbrunner vd., 2009). İleriye yönelik ödeme yöntemleri; maaş ödemesi, kişi başına ödeme ve global bütçe ödemelerini kapsamaktadır. Geriye dönük ödeme ise; sağlık hizmeti kullanımından sonra yapılan genellikle hizmet başına ödeme, doğrudan ödemeler, vaka başına ödeme ve tanı ilişkili gruplarda olduğu üzere grup ödemesinden oluşmaktadır (Carrin ve James, 2004; Thomson vd., 2009a; Yenimahalleli-Yaşar, 2011).

## 2. BÖLÜM

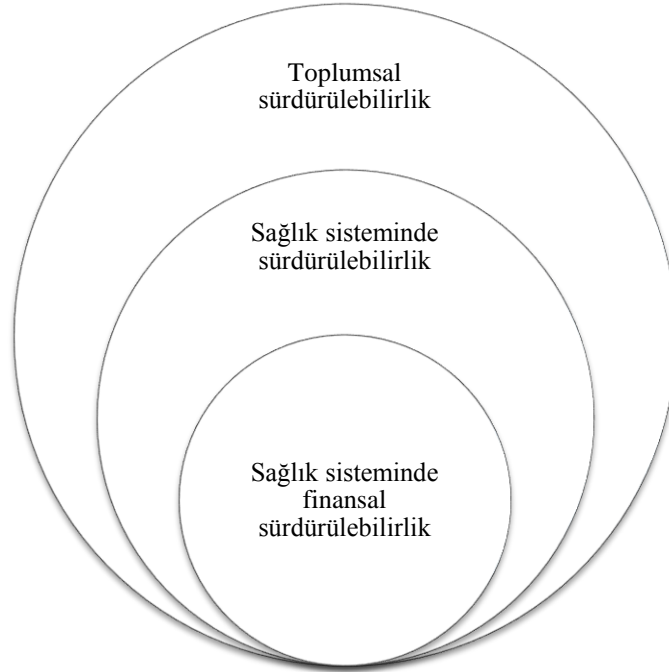
### SAĞLIK SİSTEMLERİNDE FİNANSAL SÜRDÜRÜLEBİLİRLİK

Tüm dünyada sağlık sistemlerinin temel amacı halkın sağlık düzeyini yükseltmek ve geliştirmektir. Bu amaca ulaşmak için sağlığın tüm vatandaşlarca erişilebilir, hakkaniyetli, kaliteli ve *sürdürülebilir* olması gerekmektedir. Ayrıca, hizmet alanları, mali risklerden koruma, hizmet alımının kesintiye uğratılmaması ve kaynakların verimli ve etkili kullanımını sağlamak da temel hedefler arasındadır (Akdağ, 2011). Sağlık sisteminde sürdürülebilirliğin temel unsuru ise sağlık politikası tartışmalarının merkezinde yer alan finansal sürdürülebilirlik olmaktadır. Finansal sürdürülebilirlik artan maliyet baskıları ile sınırlı kaynaklar arasında bir dengeyi gerektirmektedir (Thomson vd., 2009b) ve toplumsal iyilik hali için sağlığa doğrudan katkısı nedeniyle önemlidir.

Sağlık hizmetlerine erişebilirliğin artması, sağlık sektörünün emek ve teknoloji yoğun olma özelliğinin maliyet artışına etkisi, yaşlanan nüfus ile birlikte kronik hastalık yükünün ve uzun dönemli bakım ihtiyacının artması, yaşam biçimi ve çevresel faktörlerin oluşturduğu tehditler, hizmet arzına ve kalitesine yönelik beklentilerin artması gibi faktörler hem maliyet baskılarını ve sağlık harcamalarını artırmakta, hem de ülkeleri sağlık sistemlerinde “sürdürülebilir” yeni arayışlara zorlamaktadır (Özsarı, 2013).

Bu bölümde tündengelim bakış açısıyla toplumsal sürdürülebilirlik, sağlık sisteminde sürdürülebilirlik ve sağlık sisteminde finansal sürdürülebilirlik konuları Şekil 2’de olduğu gibi tasarlanıp, ele alınmıştır.

**Şekil 2. Toplumsal Sürdürülebilirlik, Sağlık Sisteminde Sürdürülebilirlik ve Sağlık Sisteminde Finansal Sürdürülebilirlik Hiyerarşik İlişkisi**



**2.1. TOPLUMSAL SÜRDÜRÜLEBİLİRLİK**

Toplumsal sürdürülebilirliği ve bileşenlerini ortaya koymadan önce “sürdürülebilirlik” kavramını tanımlamakta yarar vardır. Sürdürülebilirliğin tanımı ve ölçümü oldukça önemlidir çünkü sürdürülebilirlik, gerçekte politik bir problemin olup olmadığını ve problemin çözümünün ne olabileceği konularına ışık tutmaktadır (Di Matteo, 2010). Sürdürülebilirlik 19. yüzyılın başlarında literatürde kendini daha fazla göstermeye başlamış ve ormancılığın yanı sıra tarım ve balıkçılık gibi yenilenebilir kaynaklar alanında da yerini almaya başlamıştır. 1970’li yılların başında kaynak sorununun yeniden önem kazanmasıyla birlikte tarım, ormancılık ve balıkçılık dışındaki diğer alanlarda özellikle de sanayi alanında, sürdürülebilirlik tartışmaları giderek hızlanmıştır. Zaman içinde hava kirliliği, gürültü kirliliği vb. gibi çevre sorunlarının artması sürdürülebilirlik tartışmalarını çevre konularına doğru kaydırmıştır (Kaya, 2013). Farklı alanlarda kullanılan sürdürülebilirlik kavramının temel özelliği ise, insan geleceğini konu alması ve kullanıldığı alanın kaynaklarının korunmasını içermesidir (Tıraş, 2012).

Sürdürülebilirlik kelimesi, farklı çevrelerce farklı şekillerde tanımlanmakta ve “kurumsallaşma”, “birleşme”, “devam ettirme” ve “sürdürme” olarak ifade edilen Latineden türemiş bir kelimedir ve bu kavram ilk defa ormancılık alanında ortaya atılmıştır (Kuhlman ve Farrington, 2010; Campbell vd., 2011). Toplumlar için popüler bir hedef haline gelen sürdürülebilirlik, uzun vadeli dönemler için yerel veya ulusal ölçekte herhangi bir girişim için kullanılabilen yaygın bir terim olmaya başlamıştır (Mathaisel ve College, 2014). Ekolojide sürdürülebilirlik, biyolojik türlerin nasıl hayatta kalacağını açıklamaktadır. Çevre için sürdürülebilirlik, proje çıktılarının doğal denge içerisinde kalıcı ve kabul edilemez değişiklikler olmadan üretilebilir olup olmadığını değerlendirmektir. İnsanlar için sürdürülebilirlik, uzun süreli fiziksel ve kültürel refahın olmasıdır. Mekanik sistemler ve yapılar için sürdürülebilirlik ise gerekli kaynakları koruyarak ve israfları azaltarak güvenilirliği maksimize etmektir (Mathaisel ve College, 2014). Kamu finansmanında ise sürdürülebilirlik, devam eden kamu harcamalarının finansmanı için güvenilir bir gelir kaynağı yaratmaktır (Marchildon, 2004).

Değişen koşullara tahammül ve dayanma kapasitesi (Birch, 2014) olarak da ifade edilen sürdürülebilirlik çoğunlukla *kendine yeterlilik* olarak ele alınmakta ve bir sistemin normal faaliyetlerini gelecekte de devam ettirebilmesi için sistemin kapasitesinin yeterliliği ile ilgilidir (Abour, 2012). Çok genel olarak belirtmek gerekirse bir örgüt/sistem, misyonunu yerine getirmek için aynı anda ve uzun süreli olarak hayatta kalma yeteneğine sahipse, sürdürülebilir olarak kabul edilebilir (Klaus, 2010). Sürdürülebilirliğin bir diğer tanımı ise, sistemin belirli bir seviyede devam edebilme yeteneğinin sağlanabilmesidir (Gruen vd., 2008). En genel anlamıyla sürdürülebilirlik, belirli bir zaman dilimi içerisinde belirli bir programın, sektörün ya da ekonominin tümünün gereksinim duyduğu kaynakların sağlanmasıdır. Bu yüzden borçlanmanın yanı sıra ekonomik gelişme ya da ekonomik büyüme de sürdürülebilirlik kıstaslarına tabidir. Dolayısıyla sürdürülebilirlik kavramı, gelişme veya kalkınma için de kullanılmaktadır (Göktan, 2008).

*Kalkınma*, bir ülkede ya da bölgede yaşam standartlarının yükselmesi (Gallopın, 2003), başka bir ifade ile insan yaşamının kalitesinin iyileştirilmesi sürecidir (Price ve Dube, 1997). Yaşam standartları kapsamına gelir, tüketim ve tasarruf gücü gibi maddi olgulara ek olarak eğitim, sağlık, gıda ve su gibi olgular da girmektedir. Ekonomik kalkınma ve çevresel koruma arasında bir sentez kurmak için önerilen (Gallopın, 2003) *sürdürülebilir kalkınma* veya *sürdürülebilir toplum* kavramı ise bir resmi belgede ilk kez 1987 yılında Birleşmiş Milletler tarafından 1983 yılında kurulmuş olan Dünya Çevre ve Gelişim Komisyonu tarafından yayınlanan “Ortak Geleceğimiz” başlıklı ve Komisyon Başkanının adıyla anılan, “Brundtland Raporu” olarak bilinen raporda kullanılmıştır. Bu raporda sağlık ve çevrenin farklı uygulama alanları arasındaki sektörler arası işbirliği ihtiyacı ve sürdürülebilir kalkınma ilkeleri tartışılmıştır. 1992 yılında Rio’da yapılan Birleşmiş Milletler Çevre ve Kalkınma Konferansı’ndan sonra “sürdürülebilirlik” kavramı yerel nitelikli bir kavramdan uluslararası alanda yaygın olarak tartışılan bir kavrama dönüşmüştür (Brundtland, 1987; Kılıç, 2006).

Brundtland Raporu’nda *sürdürülebilir kalkınma; gelecekteki nesillerin kendi ihtiyaçlarını karşılama yeteneğini ortadan kaldırmadan bugünün ihtiyaçlarının karşılanması* olarak tanımlanmaktadır (Brundtland, 1987). Burada gereksinim olarak genellenen kavramlar bugünkü ve gelecekteki nesillerin ihtiyaç duyduğu sosyal, kültürel, ekolojik, sağlık, barınma, ekonomi ve benzeri gereksinimlerin tümünü kapsamaktadır (Akgül, 2010).

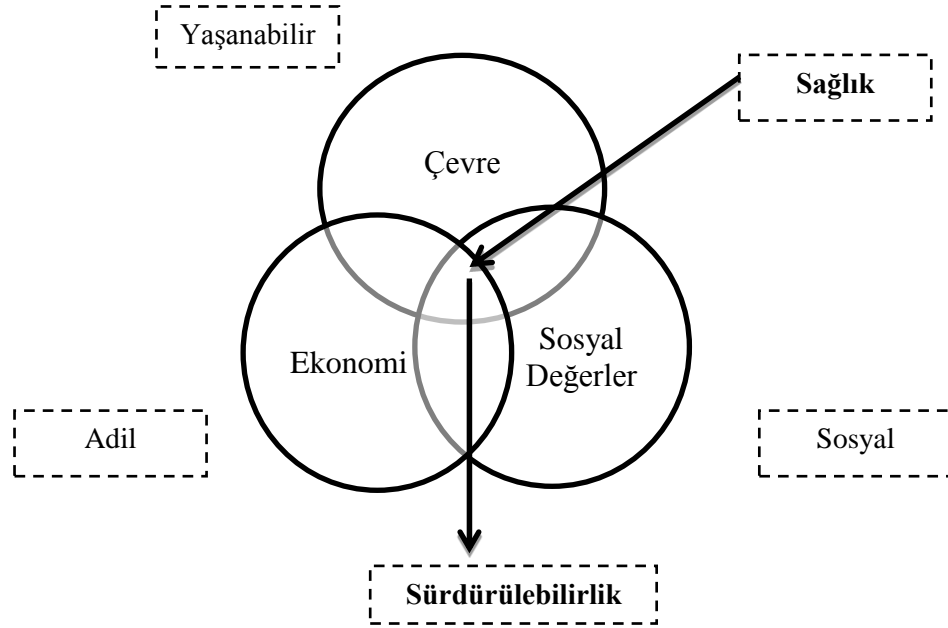
Turner ise sürdürülebilir kalkınmayı doğal çevresel kaynakları veya ulusal sermayeyi tüketmeden kişi başına reel gelirden büyüme oranını “kabul edilebilir” bir şekilde sürdürmek olarak tanımlamıştır (Turner, 1988). Şimdiki ve gelecekteki nesiller için çevre ile uyum içinde yaşam kalitesini elde etmekle birlikte insanların yaşadığı bir yer olan *sürdürülebilir toplum*; emniyet ve güvenlik, mutluluk, güçlü kültürel değerler ve roller, uygun ve esnek ekonomi, hakkaniyetli ve sağlıklı bir ekosistem tarafından karakterize edilmektedir (Ponghan vd., 2014). Sürdürülebilir bir toplum şimdiki ve gelecekteki nesiller için insan yaşamının canlılığını ve sağlığını, kültürü ve doğal sermayeyi sağlayan bir toplumdur. Böyle bir toplum; insan yaşamı, kültür ve doğal sermayeyi yıkmaya çalışan faaliyetleri durdurmak ve var olan şeyleri korumaya hizmet

eden, zarar veren şeyleri düzenleyen ve gelecekteki tehlikeleri önleyen bu aktiviteleri teşvik etmek için hareket eder (Viederman, 1993). Sürdürülebilir kalkınma veya toplumsal sürdürülebilirlik çok genel olarak herhangi bir ülkenin veya toplumun, topyekün toplumsal dinamikler (eğitim, çevre, hukuk, ekonomi, sağlık, sosyal güvenlik, güvenlik, tarım, teknoloji vb.) açısından gelecekteki nesillerin ihtiyaçlarını tehlikeye atmadan varlığını idame ettirebilmesi olarak ele alınabilir.

Sürdürülebilir toplumsal kalkınmanın temelde üç ana bileşeni bulunmaktadır; ekonomik boyut, çevresel boyut ve sosyal boyut (Price ve Dube, 1997; Harris, 2000; Ponghan vd., 2014). Sürdürülebilirlik bu üç boyut arasında kurulabilecek denge ile sağlanabilir. Bu üç unsur arasında dengenin kurulması ihtiyacı ise sürdürülebilirlik araştırmalarında genellikle göz önünde bulundurulmuş ortak bir özelliktir (Kaya, 2013). *Ekonomik olarak sürdürülebilir* bir sistem mal ve hizmetlerin devamlı olarak üretimini ve hükümetlerin iç ve dış borçlarının devamlı olarak yönetebilmesini ve tarımsal veya endüstriyel üretime zarar veren sektörel dengesizlikleri ortadan kaldırmayı içermektedir. *Çevresel olarak sürdürülebilir* bir sistem kaynak temelini sabit tutmalı, yenilenebilir kaynak sistemlerinin veya çevresel yatırım fonksiyonlarının istismarından kaçınmalı ve sadece yatırımlarla yerine konulmuş olan yenilenmeyen kaynaklar tüketilmez. Bu durum ekonomik kaynaklar olarak sınıflandırılmayan biyolojik çeşitlilik, atmosferik denge ve diğer ekosistem fonksiyonlarının korunmasını içermektedir. *Sosyal olarak sürdürülebilir* bir sistem sağlık ve eğitimi de içeren sosyal hizmetlerin yeterliliği ve adil bir şekilde dağılımını, cinsiyet eşitliğini, politik sorumluluk ve katılımı içermektedir (Harris, 2000).

Sürdürülebilir toplumsal kalkınmanın sosyal, ekonomik, sağlık ve çevresel yönleri arasındaki ilişkinin modeli ise Şekil 3’de gösterilmektedir.

**Şekil 3. Sürdürülebilir Toplumsal Kalkınmanın Kavramsal Bir Modeli**

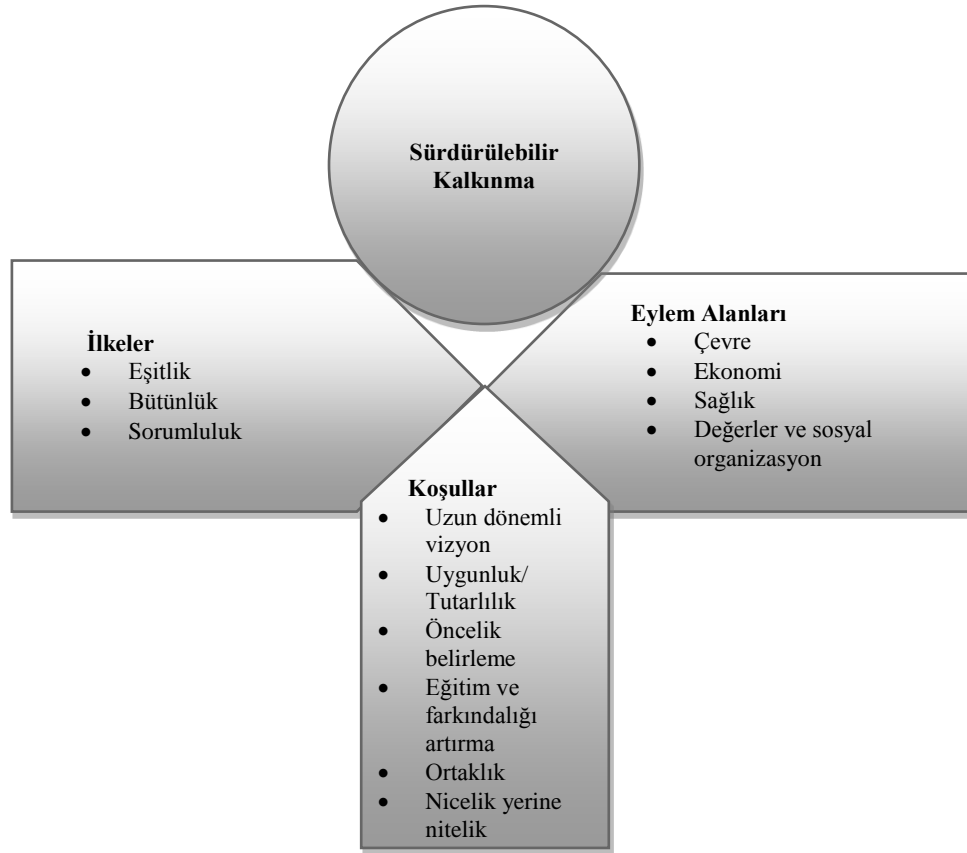


**Kaynak:** Price ve Dube (1997)

Şekil 4’de sürdürülebilir kalkınmanın ilkeleri ve eylem alanları gösterilmiştir. Buna göre *ilkeler* eşitlik, bütünlük ve sorumluluk; *koşullar* uzun dönemli vizyon, uygunluk, öncelik belirleme, eğitim ve farkındalığı artırma, ortaklık, nicelik yerine nitelik ve *eylem alanları* çevre, ekonomi, sağlık, değerler ve sosyal organizasyon olarak ele alınmıştır (Price ve Dube, 1997).



#### Şekil 4. Sürdürülebilir Kalkınmanın İlkeleri ve Eylem Alanları



**Kaynak:** Price ve Dube (1997)

Bilindiği üzere global kalkınma sürecinin resmi çerçevesini oluşturan Binyıl Kalkınma Hedeflerinin temel unsurları arasında sağlığa ilişkin doğrudan hedefler de yer almaktadır. Binyıl Kalkınma Hedefleri, 2000 yılında New York'ta gerçekleştirilen Binyıl Zirvesi'nde kabul edilen Binyıl Bildirisi'nde yer alan kalkınma hedeflerini ifade etmektedir. Söz konusu hedefler, yoksulluğun yarı yarıya azaltılmasını da içeren 8 ana başlık altında toplanmaktadır (UNDP, 2014) (Tablo 1).

**Tablo 1. Binyıllık Kalkınma Hedefleri ve Sağlık**

Amaç 1	Aşırı Yoksulluğu ve Açlığı Ortadan Kaldırmak
Amaç 2	Herkes için Evrensel İlköğretim Sağlamak
Amaç 3	Cinsiyet Eşitliği ve Kadının Güçlendirilmesi
Amaç 4	Çocuk Ölümlerini Azaltmak
Amaç 5	Anne Sağlığını İyileştirmek
Amaç 6	HIV/AIDS, Sıtma ve Diğer Salgın Hastalıklarla Mücadele Etmek
Amaç 7	Çevresel Sürdürülebilirliği Sağlamak
Amaç 8	Kalkınma için Küresel Bir Ortaklık Kurmak

**Kaynak:** UNDP (2014)

Binyıl Kalkınma Hedefleri, bahsi geçen tüm amaçlar için belirli sayısal kıstaslar getirmiş ve bu amaçlara 2015 yılına kadar ulaşılması hedefini koymuştur. 2015 yılından itibaren ise Binyıl Kalkınma Hedeflerinin yerini *Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri* (SKH) almıştır. Mevcut durumda SKH'nın 17 ana hedefi bulunmaktadır. Bu ana hedeflerden birisi de "sağlık"tır. SKH'nın sağlık bileşeni ve ilişkili göstergeleri Tablo 2'de özetlenmiştir (UN, 2014). Buna göre sürdürülebilir kalkınma hedeflerine ulaşabilmek için sağlık sektöründe oldukça önemli bir yer tutan göstergelerde iyileştirmeler yapılması gerekmektedir (Çelik, 2011).

**Tablo 2. Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri ve Sağlık**

Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri	Göstergeler
	Her yerde yoksulluğun bütün biçimlerini ortadan kaldırmak
	Açlığı yok etmek, gıda güvenliğini sağlamak, beslenmeyi iyileştirmek ve sürdürülebilir tarımı teşvik etmek
Sağlıklı bir hayat sağlamak ve her yaşta herkes için iyilik halini teşvik etmek	2030 yılına kadar her 100.000 canlı doğumda global anne ölüm oranının 70'den daha az olmasını sağlamak
	2030 yılına kadar yeni doğan ve 5 yaş altı çocukların önlenebilir ölümlerini sonlandırmak
	2030 yılına kadar AIDS, tüberküloz, sıtma, önemsenmeyen tropikal hastalıklar, hepatit, su kaynaklı hastalıklar ve diğer bulaşıcı hastalıkları sonlandırmak
	2030 yılına kadar önleme ve tedavi ile bulaşıcı olmayan hastalıklarından kaynaklanan prematüre ölümleri üçte bir oranında azaltmak ve ruhsal sağlığı iyileştirmek
	Uyuşturucu ilaçların kötüye kullanımı ve alkolün zararlı kullanımı da dahil olmak üzere madde bağımlılığının tedavisi ve önlenmesini güçlendirmek
	2020 yılına kadar trafik kazalarından kaynaklanan ölümleri ve yaralanmaları yarıya indirmek
	2030 yılına kadar aile planlaması, bilgi ve eğitim, ulusal stratejiler ve programlar içindeki üreme sağlığının entegrasyonu ile beraber cinsel ve üreme sağlığı hizmetlerine evrensel erişimi sağlamak
	Finansal risk koruma, zorunlu sağlık hizmetlerine erişme, herkesin güvenli, etkili, kaliteli ve uygun ilaçlara ve aşılarla ulaşması ile evrensel sağlık kapsamını sağlamak
	2030 yılına kadar tehlikeli kimyasallar, hava, su, toprak kirliliğinden kaynaklanan hastalıkların ve ölümlerin sayısını büyük ölçüde azaltmak
	Tüm ülkelerde uygun bir şekilde Tütün Kontrolünde Çerçeve Sözleşmesi'nin uygulanmasını sağlamak
	Özellikle gelişmekte olan ülkeleri etkileyen bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıklar için aşı ve ilaç desteği ve araştırması sağlamak, herkesin ilaçlara ulaşmasını sağlamak ve halk sağlığını korumak ile ilgili olan TRIPS kararlarının tüm hükümlerini kullanmak için gelişmekte olan ülkelerin hakkını doğrulayan Doha Deklarasyonu uyarınca gerekli ilaçlara ve aşılarla uygun bir şekilde ulaşmayı sağlamak
	Özellikle en az gelişmiş ülkeler ve gelişmekte olan küçük ada devletleri gibi gelişmekte olan ülkelerde sağlık işgücünün gelişimi ve eğitimi ile elde tutulmasını ve işe alınmasını artırmak
	Ulusal ve küresel sağlık risklerinin yönetimi, risk azaltımı ve erken uyarı ile tüm ülkelerin ve özellikle de gelişmekte olan ülkelerin kapasitesini güçlendirmek

**Tablo 2. Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri ve Sağlık (Devam)**

Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri	Göstergeler
	Herkes için yaşam boyu öğrenme fırsatlarını teşvik etmek, kapsamlı ve hakkaniyete uygun kaliteli eğitim sağlamak
	Cinsiyet eşitliğini sağlamak ve tüm kadınları ve kızları güçlendirmek
	Herkes için sürdürülebilir su yönetimini ve sanitasyonunu sağlamak
	Herkesin uygun fiyatlı, güvenilir, sürdürülebilir ve modern enerjiye ulaşmasını sağlamak
	Sürekli, kapsayıcı ve sürdürülebilir ekonomik büyümeyi sağlamak, tam ve üretken işgücü ile insana yarışır iş sağlamak
	Esnek altyapı inşa etmek, kapsayıcı ve sürdürülebilir sanayileşmeyi teşvik etmek, inovasyonu sağlamak
	Ülkeler içinde ve ülkeler arasında eşitsizliği azaltmak
	Şehirleri ve insan yerleşimlerini kapsamlı, güvenli, esnek ve sürdürülebilir yapmak
	Sürdürülebilir tüketim ve üretim modelleri üretmek
	İklim değişikliği ve iklim değişikliğinin etkileri ile mücadele etmek için harekete geçmek
	Sürdürülebilir kalkınma için okyanusları, denizleri ve deniz kaynaklarını korumak ve sürdürülebilir bir şekilde kullanmak
	Karasal ekosistemlerin sürdürülebilir kullanımını sağlamak ve yönetmek, sürdürülebilir şekilde ormanların yönetimini sağlamak, çölleşmeyle mücadele etmek, biyolojik çeşitliliğin kaybolmasını durdurmak
	Sürdürülebilir kalkınma için huzurlu bir toplum yaratmak, herkesin adaletle ulaşmasını sağlamak ve her düzeyde etkin, hesap verebilir kurumlar inşa etmek
	Sürdürülebilir kalkınma için küresel ortaklıkları teşvik etmek ve uygulama araçlarını güçlendirmek

**Kaynak:** UN'den (2014) derlenmiştir.

Sağlık, hem vazgeçilmez bir insan hakkı hem de toplumun ekonomik büyümesi için önemli bir faktör olarak, sürdürülebilir toplumsal kalkınmanın temel bir bileşenidir. Sağlık aynı zamanda sürdürülebilir kalkınmanın sağlanmasında ulusların ilerleme düzeyinin temel bir göstergesidir (Sustainable Development Solutions Network, 2014). Hem sağlıklı nesiller hem de beşeri sermaye birikimi sürecinin verimliliği sonucu ekonomik büyüme artmaktadır (BASYS, CEPS, IRDES ve IGSS, 2005). Sağlık; üretken işgücüyle, hastalık bakımına ve sosyal uyuma yapılan harcamaların azaltılmasıyla ulusal sürdürülebilir kalkınmaya katkıda bulunur. Her yaşta sağlıklı olmayı teşvik ederek kalkınmanın faydaları nesiller boyunca sağlanır. Sağlık hizmetlerine yapılan yatırımlar ülkeler içinde ve ülkeler arasında sağlık eşitsizliklerini azaltabilir ve tüm sosyal gruplar arasında sağlığı teşvik edebilir. Başka bir ifade ile sağlık; finansal kaynakları ve insan kaynaklarını artırarak, teknolojinin uygun kullanımını sağlayarak, toplumu güçlendirerek ve iyi bir yönetim ile sağlık sisteminin performansını iyileştirerek toplumsal kalkınmayı ileriye taşıyacak ve sürdürülebilir kılacaktır (Sustainable Development Solutions Network, 2014).

Görüldüğü üzere sağlık, toplumsal sürdürülebilirliğin başka bir ifade ile sürdürülebilir kalkınmanın temel bir unsuru niteliğindedir. Peki, sağlık sistemi bağlamında ve özelinde sürdürülebilirlik ne anlama gelmektedir? Aşağıda bu konuların üzerinde durulmaktadır.

## **2.2. SAĞLIK SİSTEMLERİNDE SÜRDÜRÜLEBİLİRLİK**

Teknolojik ilerleme, demografik değişim ve tüketici beklentilerinden dolayı sağlık maliyetlerinin artmasından, kamu kaynaklarının sınırlılığından ve GSYİH içinde sağlık harcamalarının artmasından dolayı sağlık sistemlerinde sürdürülebilirlik (Thomson vd., 2009b) son dönemlerde ülkeler için öncelikli bir politika gündemi konusu haline gelmiştir. Sağlık sistemlerini etkili ve verimli bir şekilde sürdürebilmek hükümetlerin en önemli görevlerinden birisi haline gelmiştir. Sağlık sisteminin sürdürülebilirliği için ilgili aktörler sınırsız ihtiyaçlar ile sınırlı finansal kaynaklar arasında ortaya çıkan sorunlarla uğraşmaktadır (Wang, 2010). Sağlık hizmetleri maliyetlerinin sürekli artış eğilimi göstermesi ve toplam sağlık harcamalarının genellikle ülkelerin ekonomisinden daha hızlı büyümesi, sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği için ciddi bir tehdit olarak değerlendirilmektedir (Prada vd., 2014).

Sağlık hizmetlerine olan talep arttıkça ve diğer taraftan da sağlık hizmetlerinin sunumu için var olan finansman, insan kaynağı ve diğer kaynaklar azaldıkça “sürdürülebilirlik açığı” (sustainability gap) ortaya çıkmakta ve bu açık giderek artmaktadır. Uzun vadede hayatta kalmak için, sağlık sistemlerinin hedeflerini karşılayacak yeterli kaynağa sahip olması ve değişen çevreye uyum sağlayabilmesi gerekmektedir (Coiera ve Hovenga, 2007).

Modern ama yine de klişe olmuş yeni bir kavram olarak popülerliğine rağmen sağlık sisteminin sürdürülebilirliği için üzerinde uzlaşmış net bir tanım bulunmamaktadır. Sağlık sisteminde sürdürülebilirliğin ne anlama geldiği, sağlık sisteminde sürdürülebilirliğin hedeflerinin ne olması gerektiği ve bu hedeflere nasıl ulaşılabileceği hala belirsiz ve yoruma açıktır (Prada vd., 2014). Sağlık sisteminde sürdürülebilirliğe ilişkin

henüz üzerinde uzlaşmış bir tanım bulunmamakla birlikte aşağıda literatürde yer alan bazı tanımlara yer verilmiştir.

Knowles ve diğerlerine (1997) göre sağlık sisteminde sürdürülebilirlik, bir sağlık sisteminin normal faaliyetlerini gelecekte de başarılı bir şekilde sürdürebilme kapasitesidir (Knowles vd., 1997). Diğer bir tanıma göre sağlık sistemlerinde sürdürülebilirlik, bir sağlık sisteminin zaman içinde minimum dışsal girdi ile etkili bir şekilde faaliyet gösterebilmesi olarak tanımlanmaktadır. Başka bir ifadeyle sürdürülebilirlik, bir sağlık sisteminin en az girdi ile uzun sürede etkili bir şekilde fonksiyon icra edebilme kapasitesidir (La Fond, 1995; Yıldırım, 2012a). DSÖ, sağlık sisteminin sürdürülebilirliğini gelecekteki ihtiyaçları karşılama yeteneğini kaybetmeden şimdiki ihtiyaçların karşılanması yeteneği olarak tanımlamıştır (Roberts, 1998). Sağlık sisteminde sürdürülebilirlik, ortaya çıkan sağlık ihtiyaçlarına yönelik kaliteli hizmetlere zamanında erişilmesinin sağlanması için uzun vadede yeterli kaynakların mevcut olmasını sağlamak olarak ifade edilmektedir (Romanow, 2002). Sağlık sisteminde sürdürülebilirlik, kişilerin artan ihtiyaçlarına cevap verecek kaliteli sağlık hizmetlerine zamanında erişebilmesini sağlamak için uzun vadede kaynakların yeterliliğidir. Bu kaynaklar; hemşire, doktor, diş hekimi ve hastane, klinik, sağlık yöneticileri gibi diğer doğrudan hizmet sunucularını içeren insan kaynaklarından, x-ray ve diğer tanı görüntüleme sistemleri gibi ekipman malzemelerinden, sağlık sistemine destek olan bilgi teknolojileri gibi hastane ve klinik imkanlarını içeren fiziksel kaynaklardan ve finansal kaynaklardan oluşmaktadır (Marchildon, 2004).

Sürdürülebilir sağlık sistemi, kişilerin ve nüfusun (sağlığın korunması ve hastalıkların önlenmesinden yaşamın sonuna ve sağlığın desteklenmesine kadar) sağlık ve sağlık bakım ihtiyaçlarını karşılamak için tasarlanmış kültürel, sosyal ve ekonomik çevre arasında uygun bir dengedir. Bu tanım nüfusun sağlık ihtiyacını karşılamada kaynakların tahsisi ve harekete geçirilmesi için uzun vadeli kapasiteye sahip olan karmaşık çok paydaşlı bir sistemin gerekliliğini ifade eder ve gelecekte sağlıklı ve üretken bir nüfusu korumaya katkıda bulunur. Tanım ayrıca sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğinin politikalardan etkilendiğini kabul etmektedir, çünkü politik kararlar; bütçeler, öncelikler ve tahsisatı belirleyen mali kısıtlamalar bağlamında

verilmektedir. Doğal olarak bu durum insanların sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği için ne kadar ödemeye gönüllü (bireysel veya toplu olarak) olduğu düşüncesini içerir. Aynı zamanda politik kararlar ve toplumsal tercihler; kültürel, sosyal, çevresel ve ekonomik koşullardaki gelişmeler nedeniyle her zaman değişebilir (Prada vd., 2014).

Londra'da faaliyet gösteren *Doğal Sağlık İttifakı (Alliance for Natural Health)* ise sürdürülebilir sağlık sistemini; hem insan bedeni ile hem de insan dışı çevre ile uyumlu bir şekilde işleyen ve sağlık sistemine önemli katkısı olan unsurlar üzerinde haksız veya orantısız etkiler ile sonuçlanmayan çevresel, ekonomik ve sosyal olarak yaşanabilir ve ekolojik tabana sahip olan insan sağlığının iyileştirilmesi, yönetimi ve optimizasyonuna yönelik etkileşimli yaklaşımların karmaşık bir sistemi olarak tanımlamaktadır (Alliance for Natural Health, 2008). Kavramsal olarak, sağlık sistemlerinde sürdürülebilirlik; sistemin dayandığı değerler (ödenebilirlik, erişilebilirlik, kabul edilebilirlik ve kalite gibi) açısından dinamik bir denge olarak anlaşılabilir. Böylece sürdürülebilirlik bu değerlerin yeterince sürdürüldüğü, anlam ve eylemler için bir çerçeve sağladığı sistemi içermektedir (Essink, 2012). Sağlık sistemlerinde sürdürülebilirlik, nüfusun mevcut ve gelecekteki sağlık ihtiyaçlarını karşılayacak kaliteli sağlık hizmetlerine zamanında erişmeyi sağlamak üzere uygun ve yeterli kaynakların uzun süre boyunca bulunabilir ve kullanılabilir olması anlamına gelmektedir (BASYS, CEPS, IRDES ve IGSS, 2005). Sürdürülebilir kalkınma tanımından hareketle sağlık sisteminde sürdürülebilirlik kavramı; gelecekteki nesillerin kendi sağlık ihtiyaçlarını karşılayabilme yeteneğini riske atmadan, mevcut sağlık ihtiyaçlarının karşılanabilmesi olarak tanımlanabilir. Başka bir ifade ile sağlık sisteminde sürdürülebilirlik, herhangi bir sağlık sisteminin amaçlarına (sağlık, adil finansman ve beklentilerin karşılanması) etkili ve verimli bir şekilde erişebilmesi için fonksiyonlarını (yönetim, örgütlenme, kaynaklar ve finansman) ahenkli bir şekilde yerine getirebilecek kurumsal kapasiteye sahip olabilmesi olarak ifade edilebilir.

Sürdürülebilir bir sağlık sisteminin sağlanabilmesinde karşılaşılabilen en yaygın problemler; nüfusun yaşlanması, sağlık sistemlerinin finansal sürdürülebilirliği, kronik hastalıkların kontrolü ve önlenmesi ile sağlık teknolojilerindeki hızlı gelişim, maliyet-etkililik ve yenilik gibi faktörlerdir (European Commission, 2013). Diğer önemli

güçlükler; insan kaynaklarının yetersizliği, hakkaniyetsizlikler, vatandaşların sisteme ve hizmetlere olan güven ve inancının azalması, düşük verimlilik ve değişen toplumsal beklentilerdir. Sağlık hizmetleri maliyetinin artışı sağlık sisteminin sürdürülebilirliği için ciddi bir tehdittir (Prada vd., 2014).

Bu noktada bir sorunun cevabının araştırılması gerekir: Bir sağlık sistemi ne zaman sürdürülebilir? Başka bir ifade ile sürdürülebilir bir sağlık sisteminin temel özellikleri nelerdir? Bu sorunun kesin ve tek bir cevabı olmamakla birlikte bazı temel unsurlar izleyen paragraflardaki gibi tartışılabilir.

Sürdürülebilirlik; gelecek nesillerden ödün vermeden bireyler ve nüfus için optimal çıktıları sağlayan, bireylerin/nüfusun ihtiyaçlarını karşılayan bir sağlık sisteminin oluşturulmasını ve yönetilmesini içerir. Bu yüzden sürdürülebilirlik statükodan ziyade iyileştirme ve yeniliği içerir. Sürdürülebilirlik; politik, ekonomik ve toplumsal çevrelerin yanı sıra talepteki değişimlere uyum sağlamak için esneklik ve yaratıcılık gerektirir. Ayrıca sürdürülebilirlik sistemin uyum içinde olması ve yeni gerçeklere uyum sağlaması için değerlendirme mekanizmalarını da gerektirir. Sürdürülebilirlik karmaşıktır ve mali kısıtlamadan çok daha fazlasını ve çok yönlü sistematik bir yaklaşımı gerektirir (Prada vd., 2014).

Sürdürülebilir bir sağlık sistemi; 1) hastalar için en düşük olası mortalite ve morbitide ile sonuçlanan bakım hizmeti sunar, 2) mümkün olduğunca nüfusun tümüne hizmet sunar, 3) GSYİH'nın yüzdesi olarak bakımın toplam maliyeti söz konusu nüfus için gerekli diğer toplumsal maliyetler ile dengede olur ve 4) hizmet sunumu, tatmin edici ve çekici bir meslek olarak görülür (Miller, 2013).

Olsen (1998) ise bir sağlık sisteminin bireysel veya toplumsal sağlık ihtiyaçlarını karşılamada üstleneceği veya gerçekleştireceği faaliyetler için uzun vadede yeterli kaynakları harekete geçirebilen ve tahsis edebilen bir örgütsel sistem tarafından işletildiği zaman sürdürülebilir olabileceğini belirtmektedir. Bu bakış açısı üç faktörü içermektedir. Bu faktörler; 1) hizmetlerin genel çevresi ve amacını belirten bağlamsal faktörler, 2) hizmetlerin tahsisini tanımlayan ve hizmetlerin tahsisinin gerçekleştirildiği

faaliyet profili ve 3) geniş anlamda örgütün taşıma gücünü gösteren örgütsel kapasitedir. Bu faktörler farklı şekillerde birbirleriyle etkileşim halindedir. Bu faktörler, normalde sağlık kurumu tarafından yönlendirilemeyen ancak sağlık hizmetlerinin fonksiyonlarına (örneğin; politik faktörler, ekonomik faktörler, epidemiyolojik faktörler) etki eden çevresel faktörlerdir. Genel faktörler coğrafik, iklimsel ve politik etkileri içermektedir. Bağlamsal faktörler genel veya özel olabilir. Özel faktörler sağlık ve sağlıkla ilgili çevresel faktörleri içermektedir. Bağlamsal faktörlerdeki değişimler sürdürülebilirliğe güçlü bir şekilde etki edebilir ve bu yüzden gözlenmesi gerekmektedir. Faaliyet profili, hizmetlerin türünü içerir. Tercihler algılanan ihtiyaçlara ve kaynakların mevcudiyetine göre oluşturulur. Faaliyet profili ile ilgili alınan kararlar sağlık kurumlarında genellikle belirleyicidir ve dolayısıyla da örgütsel kapasite gerektirir. Örgütsel kapasite, örgütün veya sistemin amaçlarını yerine getirebilme kapasitesidir. Örgütün amaçları (politikalar ve değerleri, hizmetlerin sunumu gibi) gerekli teknoloji ve talebi belirlemektir (Olsen, 1998).

Prada ise sürdürülebilir bir sağlık sisteminin temel özelliklerini şu şekilde ifade etmektedir; 1) nüfusun ve kişilerin sağlık ve sağlık bakım ihtiyaçlarını karşılamak için tasarlanmış (sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesinden sağlığa kavuşana ve yaşamın sonuna kadar) olması, 2) optimal sağlık ve sağlık bakım çıktılarına yol açması, 3) kültürel, sosyal ve ekonomik koşullara ve taleplere cevap vermesi ve adapte olması, 4) sonuçları ve kişilerin kendi sağlık ve sağlık bakım ihtiyaçlarını karşılamak için gelecek nesillerin yeteneğini tehlikeye atmaması (Prada, 2012).

Romanow herhangi bir sağlık sisteminin sürdürülebilirliğinin hizmetler, ihtiyaçlar ve kaynaklar olmak üzere üç temel boyut açısından ele alınması gerektiğini belirtmektedir. Buna göre sürdürülebilir bir sağlık sisteminde toplumun sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için gerekli sağlık *hizmetlerinin* bulunabilir olması gerekmektedir. Hizmetler zamanında erişilebilir ve yüksek kalitede olmalıdır. Sürdürülebilirliğin bu yönü sağlık hizmetlerinin toplum için ulaşılabilir olup olmadığı, hizmetlerin etkili ve verimli olarak sunulup sunulmadığı gibi konuları içerir. Sağlık sistemi, toplumun *ihtiyaçlarını* karşılamalı ve yalnızca bireysel bazlı değil tüm nüfus için pozitif yönlü çıktılar üretmelidir. Bu boyut toplumun sağlık çıktılarının diğer ülkelerle nasıl aynı düzeyde olacağına, toplumun



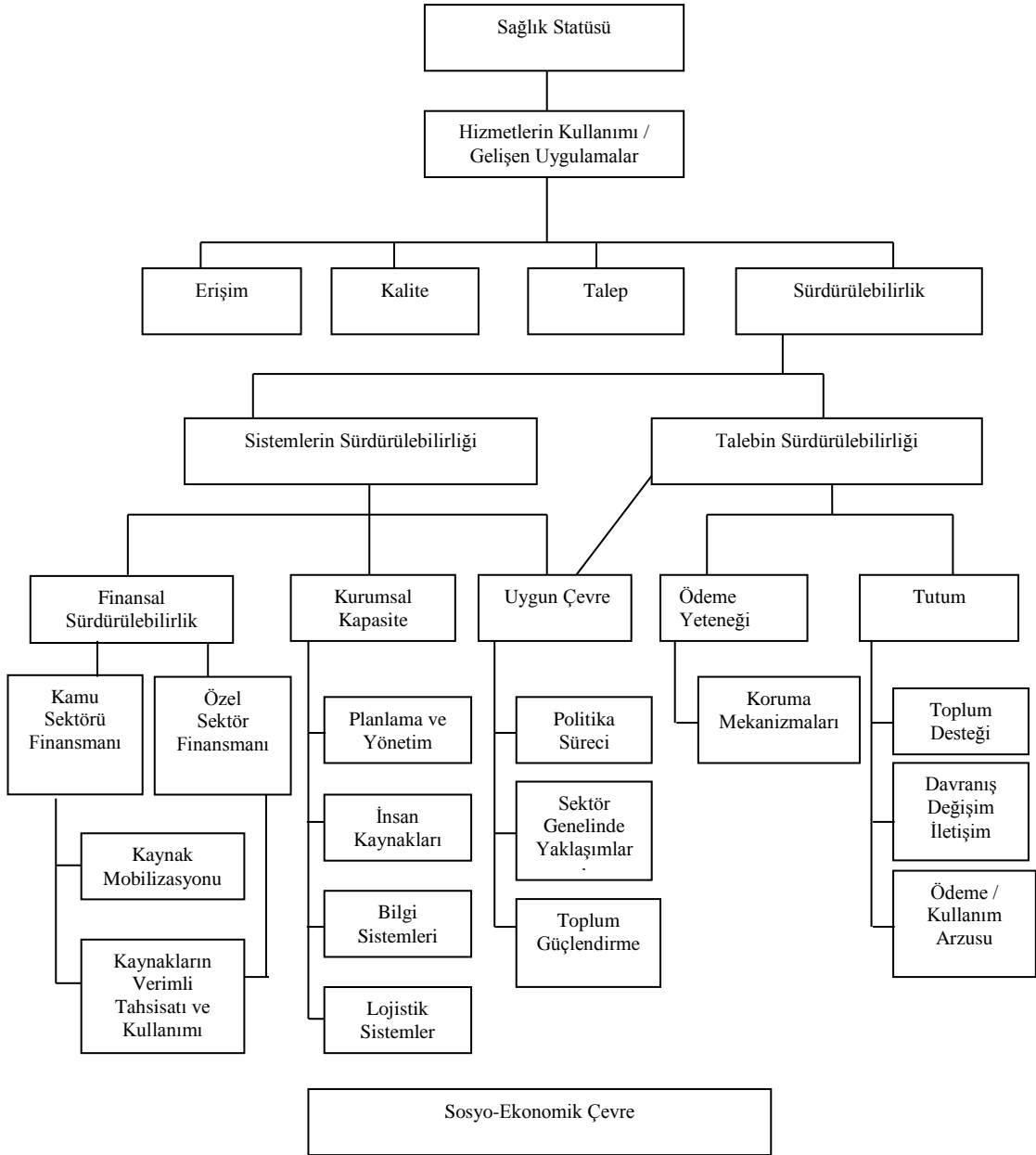
kendi içinde sağlık hakkaniyetsizliklerini belirlemeye ve sağlıktaki eğilimlere bakmaya odaklanır. *Kaynaklar* boyutu sadece finansal kaynakları içermez, aynı zamanda sağlık hizmeti sunucularını ve hizmetlerin sunulması için gerekli olan fiziksel kaynakları da (araç-gereç, teknoloji, araştırma, bina, veri vb.) içermektedir. Sürdürülebilirlik için bu üç boyut; yani sunulan sağlık hizmetleri, bu hizmetlerin toplumun ihtiyaçlarını karşılamadaki etkililiği ve kaynaklar arasında doğru dengenin kurulması ve sürdürülmesi gerekmektedir. Bu unsurların nasıl dengelendiği ise tüm düzeylerde sistemin genel yönetimi ile alakalıdır. Bu ise iyi bir yönetim ile olanaklıdır. Sonuçta sağlık sisteminin nasıl sürdürülebilir olduğu ve/veya sürdürülebilir olup olmadığı, sağlık sistemini yönetenler tarafından (hizmet sunucular, hükümetler, yöneticiler ve toplumun kendileri tarafından) gerçekleştirilen tercihlere bağlıdır (Romanow, 2002).

Kişisel veya toplumsal sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasını sağlayan faaliyetler için yeterli kaynak sağlandığı ve örgütsel bir sistem tarafından uzun süreli olarak bunlar harekete geçirilebildiği zaman, sağlık sistemi sürdürülebilir olarak kabul edilir. Bu çerçeve iki temel noktaya odaklanmaktadır. Bunlar; uzun süreli olarak yeterli finansmanı sağlama yeteneği ve ihtiyaçların karşılanmasında bu kaynakları kullanma yeteneğidir. Çoğu tanım, kaynak üretiminin yeterliliği ve kullanımda etkin olmaya odaklanmaktadır. Fakat diğer tanımlar, hükümetlerin kararlılığı ve kapasitesine odaklanmaktadır. Çünkü kaynaklarının önemli bir bölümünü harekete geçiren hükümetler politika geliştirir ve kaynak tahsis eder. Bu yüzden uygun bir sürdürülebilirlik analizine ihtiyaç vardır ve ayrıca sağlık sisteminin yönetimine odaklanmak, kaynak sıkıntısına cevap verebilmek, kaynakları harekete geçirmek ve bunları etkili bir şekilde tahsis etmek gereklidir (Thomas vd., 2013). Toplum açısından en önemli sürdürülebilirlik kriterleri ise; sağlık hizmetlerinin erişilebilir olması ve sürekliliğinin sağlanması, sağlık hizmetlerinin finansal açıdan da ulaşılabilir olması ve bu bağlamda sosyal güvencenin varlığıdır (Deloitte, 2012a).

Görüldüğu üzere sağlık sisteminde sürdürülebilirlik çok boyutlu bir kavramdır. Şekil 5’de sağlık sisteminde sürdürülebilirliğin kavramsal çerçevesi özetlenmiştir. Bu modelde arz ve talep konularını da kapsayan sürdürülebilirliğe etki eden faktörler ve ayrıca sağlık sisteminin sosyo-ekonomik çevresi de dikkate alınmıştır. Buna göre bir

sağlık sisteminin sürdürülebilirliğinin üç ana bileşeni bulunmaktadır; 1) finansal sürdürülebilirlik, 2) kurumsal kapasite ve 3) uygun çevre. Sosyo-ekonomik çevre de sürdürülebilirliği etkileyen en önemli değişkenlerden birisidir (Mehdi, 1999).

### Şekil 5. Sağlık Sisteminde Sürdürülebilirliğin Kavramsal Çerçevesi



**Kaynak:** Mehdi (1999)

Topyekün olarak bir sağlık sisteminin sürdürülebilirliği; söz konusu sistemin bütün bileşenlerini ve çevresel faktörlerini içeren bir çerçeveye ve kapsama sahiptir. Bir sağlık sisteminin sürdürülebilir olup olmadığını değerlendirebilmek için genel olarak bütün unsurları ile yani sistemin temel bileşenleri olan kaynaklar, yönetim, hizmet sunumu, finansman ve çevresel faktörler ve bunların birbirleriyle ve çevreyle olan ağsal ilişkileri açısından analiz etmek ve tartışmak gerekmektedir. Ancak literatür incelendiğinde sağlık sisteminin sürdürülebilirliğinin ağırlıklı olarak “sağlık sistemlerinde finansal sürdürülebilirlik”, “sürdürülebilir finansman” veya “finansal/ekonomik sürdürülebilirlik” bağlamında ele alındığı görülmektedir. Literatürde sağlık sisteminde sürdürülebilirlik denildiği zaman ilk akla gelen boyut finansal açıdan sürdürülebilirlik olduğundan ve bu çalışmanın kapsamı da “finansal sürdürülebilirlik” ile sınırlı olduğundan aşağıda sadece sağlık sistemlerinde finansal sürdürülebilirlik konusu ele alınmaktadır.

### **2.3. SAĞLIK SİSTEMLERİNDE FİNANSAL SÜRDÜRÜLEBİLİRLİK**

#### **2.3.1. Sağlık Sistemlerinde Finansal Sürdürülebilirlik Kavramı**

Geçtiğimiz 50 yılda OECD ülkelerinde toplam sağlık harcamaları, GSYİH büyümesi üzerinde ortalama %2 puanlık bir artışla GSYİH’den daha fazla artmıştır (World Economic Forum, 2012). Çoğu OECD ülkesinde son 20 yılda sağlık harcamalarındaki büyüme GSYİH’deki büyümeyi aşmıştır. Bu eğilim 2008 ekonomik krizinden bu yana giderek daha da bir sorun haline gelmiştir (Tordrup vd., 2013). Sağlık için tahsis edilen kaynakların büyüklüğü ve zaman içinde daha da yükseleceği yönündeki eğilim, sistemin sürdürülebilirliğinin sağlanması bakımından sağlık sisteminin finansmanına yönelik çok yönlü tartışmaları da beraberinde getirmiştir (Alper, 2011). Modern sağlık sistemleri uzun dönemli sürdürülebilirliği sağlarken aynı zamanda erişilebilir ve etkili olmak durumundadır. Bunu başarabilmek için de sözkonusu sağlık sistemlerinin finansal olarak sürdürülebilir olması gerekmektedir (European Commission, 2014).

Yukarıda da ifade edildiği üzere sağlık sisteminin sürdürülebilirliği konusundaki tartışmalar çoğunlukla finansman ile ilişkilidir (Romanow, 2002; Prada vd., 2014). Bazı kesimler sağlık sisteminin maliyetleri çok yüksek olduğu için, hükümetlerin

bütçelerinin çok büyük bir kısmını kapsadığı için veya vergiler üzerinde baskı oluşturduğu için sistemin sürdürülebilir olmadığı sonucuna ulaşmışlardır. Sistem ile ilgili sorunları tartışan başka kesimler sonuçların verimsizliği ve yönetimi üzerinde durmuştur. Bu kesimler sistemin yeniden düzenlenmesini tartışmışlar ve ihtiyaçların karşılanması için yeterli mali kaynaklardan daha fazlasının gerekli olduğunu belirtmişlerdir. Diğer kesimler ise son yıllarda sistem ile ilgili tek sorunun finansal kaynak eksikliği olduğunu iddia etmişlerdir. Bu kesimler finansal kaynakların artırılması ve yeniden düzenlenmesi ile birlikte her şeyin daha iyi olacağını savunmuşlardır (Romanow, 2002).

Medyada, politik ve akademik çevrelerde sıklıkla ele alınan sağlık sistemlerinde finansal sürdürülebilirlik kavramı tartışmalı bir kavram olup farklı yorumlamalara da açıktır. Fakat tartışmalar nadiren bir sağlık sisteminin finansal olarak sürdürülebilir olmasının anlamının ne olduğu veya sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliğe nasıl ulaşması gerektiği veya gerçekte problemin politika sonuçlarının ne olduğu ile ilgilidir (Thomson vd., 2009b).

Finansal sürdürülebilirlik kavramının kabul edilmiş evrensel bir tanımı bulunmamaktadır. Bu kavram çoğunlukla, bir hükümetin mevcut harcama, vergi ve diğer mali politikalarını uzun dönemde devam ettirebilme yeteneği olarak tanımlanabilir. Bu yeteneği sayesinde hükümet, ülkeyi idare etme kudretini devam ettirebilecek veya sorumluluklarını yerine getirmede herhangi bir sorunla karşılaşmayacak ya da önceden sözünü verdiği harcamaları yapabilecektir (Kalkınma Bakanlığı, 2014c).

Sağlık sistemlerinde finansal sürdürülebilirlik kavramı iki anlamda ele alınabilir. Bunlar; 1) dar anlamda sürdürülebilirlik ve 2) geniş anlamda sürdürülebilirliktir. Dar anlamda sürdürülebilirlik kamu sağlık gelirleri ve kamu sağlık harcamaları bağlamında ele alınırken, geniş anlamda sürdürülebilirlik ise, tüm sağlık harcamaları ile tüm sağlık gelirleri bağlamında değerlendirilmektedir. Dar anlamda sürdürülebilirlik, kamu sağlık harcamaları yönetiminin mali açıdan başarılı olması ve sağlıkta toplumsal ilerlemenin sağlanarak yönetilmesini ifade etmektedir. Bunun için, kamu finansmanı açısından mali

kaynaklarda süreklilik sağlanmalıdır (Deloitte, 2012a). Başka bir ifade ile dar anlamda finansal sürdürülebilirlik kavramı kamu finansmanının sürdürülebilirliği kavramı ile eşdeğer olarak kullanılabilir (Kalkınma Bakanlığı, 2014c). Başka bir ifade ile dar anlamda sürdürülebilirlik sağlıkta kamu gelirleri ve kamu harcamalarının dengede olması ihtiyacı ile ilgilidir. Geniş anlamda sürdürülebilirlik ise sağlık sisteminde toplam (kamu ve özel) gelirlerin ve harcamaların dengede olmasını içeren bir kavramdır (BASYS, CEPS, IRDES ve IGSS, 2005). Bu çalışmada sağlık sistemlerinde sürdürülebilirlik ile finansal sürdürülebilirlik geniş kapsamda ele alınmıştır.

Sağlık sisteminde finansal sürdürülebilirlik kavramı, sağlık sisteminin kendisinden beklenen sorumluluklarını yerine getirebilmesi için yeterli miktarda kaynak toplayabilmesi ve topladığı kaynaklarla sağlık statüsünü koruma ve sağlık statüsünü geliştirme sorumluluğunu yerine getirebilme kabiliyeti olarak tanımlanabilir. Eğer sağlık sistemi, harcamalarını toplanan çeşitli gelirlerle karşılayamıyor ve hazine veya mali yardımlarla bu sorumluluklarını yerine getiriyorsa, bu durumda bu yardımların sürekliliği esas olacaktır (Kalkınma Bakanlığı, 2014c).

Sağlık sisteminde finansal sürdürülebilirlik, sağlık sisteminin zaman içinde en az finansal girdiyle etkili çalışma kapasitesi olarak ele alınmaktadır (Belek, 2009). Sağlık sisteminin faaliyetlerine devam edebilmesi için fonların yeterli bir seviyede devam edebilme kapasitesi finansal sürdürülebilirlik olarak ifade edilmektedir (USAID, 2001). Sağlık sisteminde finansal sürdürülebilirlik, sınırsız ihtiyaçlar ile sınırlı mali kaynakların uyumlaştırılması olarak ele alınabilir (Eurostat, 2005). Finansal sürdürülebilirlik, bir ülkenin sahip olduğu mali kaynaklarla orta ve uzun vadede sağlık sistemini finanse edebilme yeteneğidir. Uzun vadede hizmet sunumunun ve sağlık bakımının sürekliliğinin sağlanmasında kritik bir öneme sahip olan finansal sürdürülebilirlik, seçilen ağırlıktaki finansman mekanizması kullanılarak elde edilen gelirlerle sağlık giderlerinin karşılanabilmesi anlamına gelmektedir (Yıldırım, 2012b).

Figureas ve diğerleri finansal sürdürülebilirlik kavramını dört farklı şekilde tanımlamışlardır. Buna göre finansal sürdürülebilirlik; 1) artan maliyetler karşısında sağlık hizmetlerinin sunumunu sağlamak için yeterli kaynak üretme kapasitesi, 2)

harcama ve geliri dengeleme, 3) sağlık için topluma ayrılan kaynakların payının uygun ve ekonomik olup olmadığının belirlenmesi ve 4) giderek artan globalleşmiş bir ekonomide sağlık harcamalarının bir ülkenin makroekonomik rekabetini tehdit edip etmediğidir (Figureas vd., 2008).

Finansal sürdürülebilirlik aynı zamanda toplumların tüm sağlık sistemi ve program gerekliliklerini karşılama konusunda parasal açıdan kendine yeterli olmak ile eşdeğer tutulmuştur. Bu bakış açısına göre devletin bütçe kısıtlamaları dahilinde önceliklerin tespit edilmesi, ek kaynakların kullanılması ve sağlık sektöründe kullanılan fonlar için daha iyi değer elde edilmesi gerekir. Finansal sürdürülebilirlik devletlerin sağlık hizmetlerini finanse etme konusunda kararlılığını ve bağışçı kurumların uzun vadeli taahhütlerini de ifade edebilmektedir. Bir sağlık sistemi, uzun vadede yeterli ve uygun kaynakları kullanıma sürece ve tahsis edecek kabiliyete sahip bir kuruluş tarafından işletildiği zaman sürdürülebilir olur. Ayrıca sürdürülebilirlik, değişen koşullara tepki verebilme veya maliyet artışı, nüfusun hastalık yükü üzerindeki etkileri, yeni teknolojiler ve tüketici tercihleri gibi artan baskı öğeleri karşısında yeterli sağlık kalitesini finanse edebilme kabiliyetini ifade etmektedir (Brenzel ve Young, 2011). Ek olarak sürdürülebilir bir sağlık sistemi, finansman sisteminin bugünkü veya gelecekte beklenen sağlık harcamalarını karşılamak için bugünkü veya gelecekte beklenen gelirlerinin yeterli olmasını gerektirir (Skinner, 2009). Herhangi bir sağlık sisteminin finansal açıdan sürdürülebilir olup olmadığını değerlendirmek için ne tür göstergeler kullanılmaktadır? Aşağıda ölçüm ve göstergeler üzerinde durulmaktadır.

### **2.3.2. Sağlık Sistemlerinde Finansal Sürdürülebilirlik Ölçümü ve Değerlendirmesi**

Sağlık sistemlerinde finansal sürdürülebilirliği ölçmede ve değerlendirmede üzerinde uzlaşmış kriterler bulunmamakla birlikte herhangi bir sağlık sisteminin finansal açıdan sürdürülebilir olup olmadığını ölçmede ve değerlendirmede kullanılan göstergeleri temelde iki ana grupta ele almak mümkündür. Bunlar; 1) sağlık harcamalarına ve gelirlerine/kaynaklarına dayalı ölçümler ve değerlendirmeler ve 2) paydaşların görüşlerine dayalı ölçümler ve değerlendirmeler olarak belirtilebilir.

### 2.3.2.1. Sağlık Harcamalarına ve Gelirlerine/Kaynaklarına Dayalı Ölçümler ve Değerlendirmeler

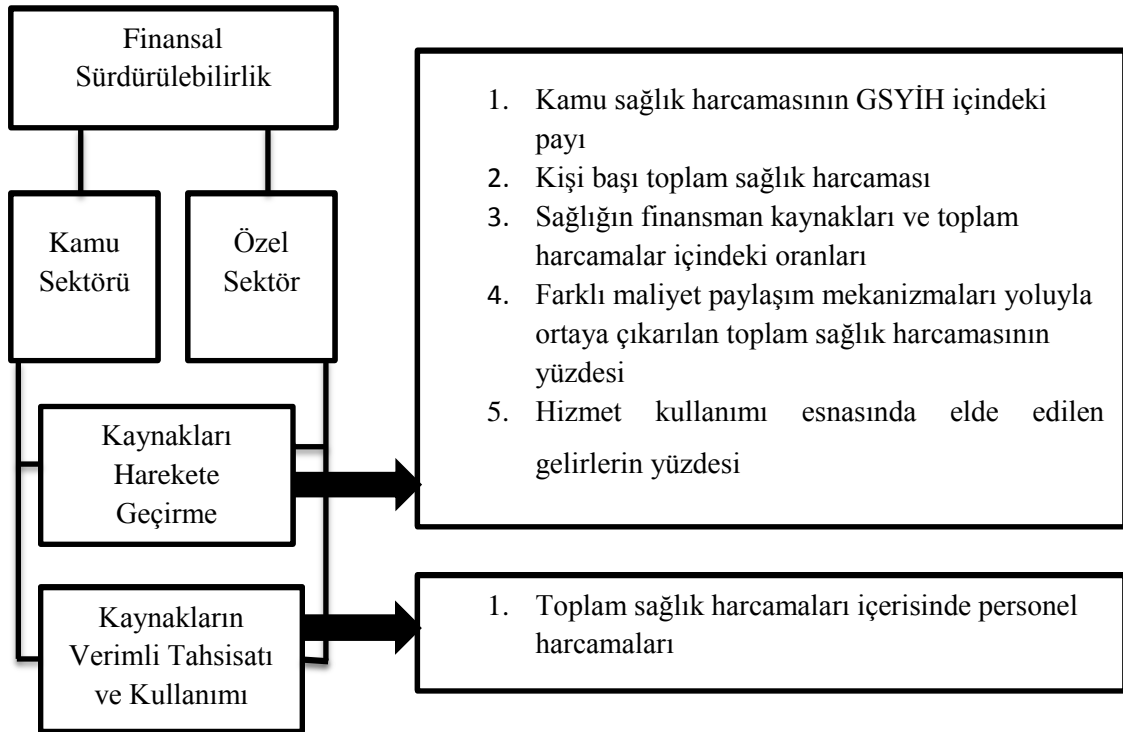
Sağlık sisteminde finansal sürdürülebilirlik ölçülürken ve değerlendirilirken ağırlıklı olarak kullanılan göstergeler sağlık harcamaları ve kaynakları ile ilgili olmaktadır. Bu çerçevede geriye dönük ve ileriye dönük ölçümler ve değerlendirmeler yapılabilmektedir. Sürdürülebilirlik ile ilgili olarak ortaya konulan en yaygın göstergeler; toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı, kamu sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı, kamu sağlık harcamalarının kamu gelirleri içindeki oranı (Ruggeri, 2006), kamu sağlık harcamalarının ortalama büyüme oranına karşılık GSYİH'deki ortalama büyüme oranı (Skinner ve Rovere, 2011), kamu sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı, kamu harcamalarının kamu gelirleri içindeki payı, kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payıdır (Ruggeri, 2006).

Bir sağlık sisteminin makro seviyede finansal performansını değerlendirmek için sağlık harcamalarındaki genel büyüme oranı dikkate alınır (Skinner, 2009). Sağlık sisteminde sürdürülebilirliğin sağlanabilmesi için uzun dönemde GSYİH içinde istikrarlı bir sağlık harcamasının olması gerekmektedir (Di Matteo, 2010). Sürdürülebilirlik, GSYİH içinde sağlık harcamalarındaki büyüme düzeyi ile ilişkilidir. Sağlık hizmeti ile sağlanan değer, sağlık hizmetinin fırsat maliyetini aştığı sürece sağlık harcamasındaki büyüme ekonomik olarak sürdürülebilirdir (maliyeti aşan değer ekonomik sürdürülebilirliğin bir ölçümü olarak görülebilir). Sağlık harcamasının fırsat maliyeti çok yüksek olduğu zaman sağlık harcaması ekonomik olarak sürdürülebilir olmamaya başlar. GSYİH içinde sağlık harcamasının oranındaki büyüme, diğer ekonomik aktivite olarak değerlendirilen alanları tehdit edecektir ve ekonomik sürdürülebilirliğe ilişkin endişeleri artıracaktır. Fakat ekonomik büyüme döngüsü içerisinde sağlık harcamaları, ekonomik faaliyetlerin diğer alanlarında küçülmeye neden olmadan ekonomik büyümeden daha hızlı bir oranda büyüebilir (yani GSYİH oranını giderek daha büyük bir oranda tüketmek). Bu durumda sağlık harcamaları ve ayrıca sinemaya gitme gibi diğer aktiviteler de artar fakat sağlık harcamalarında büyüme olmadığı zaman bu ikinci durum çok fazla sayıda gerçekleşmemektedir. Eğer sağlık harcamalarının ortalama büyümesi GSYİH'nin ortalama büyümesinden daha fazla oluyorsa ve bu durum giderek artış

eğilimi gösteriyorsa sürdürülebilirlik problemi/riski vardır demektir. Eğer bu harcamalar ekonominin diğer bileşenlerindeki harcamalardan daha hızlı oranda büyürse GSYİH'nin daha büyük bir payı bu nedenle tükenir ve refah artışı sağlayan diğer mal ve hizmet harcamalarına yer kalmayacağı endişesi oluşur (Thomson vd., 2008).

Mehdi (1999) ise bir sağlık programının finansal sürdürülebilirliğini değerlendirmek için Şekil 6'daki çerçeveyi ve göstergeleri önermiştir.

### Şekil 6. Finansal Sürdürülebilirlik Göstergeleri



**Kaynak:** Mehdi (1999)

AB İstatistik Ofisi'nin finanse ettiği "Sağlık Hizmetleri Sunumunda Verimlilik ve Etkililik Verilerinin Analizi ve Toplanması İçin Bir Metodoloji Geliştirilmesi" adlı proje kapsamında sağlık sisteminin sürdürülebilirliğinin ölçülmesinde ve değerlendirilmesinde Tablo 3'deki göstergeler önerilmiştir (BASYS, CEPS, IRDES ve IGSS, 2005).



**Tablo 3. Sağlık Sistemlerinde Finansal Sürdürülebilirlik Göstergeleri**

Sürdürülebilirliğin alt boyutları	Göstergeler
Sağlık harcamalarının ölçümü	Toplam sağlık harcaması: GSYİH
	Bölgesel sağlık harcaması: bölgesel sağlık gelirleri (kötüye giden sağlık sistemleri için)
Kamu tarafından finanse edilen sağlık harcamalarının ölçümü	Kamu sağlık harcaması: GSYİH
Finansal sürdürülebilirlik	Toplam sağlık harcaması: toplam kamu harcaması
	Gelir ve harcama oranlarının değişimi
	Yaş gruplarına göre veya ödemeye gönüllülük ile ilgili faaliyetlere göre harcama
Üretkenlik ve verimlilik	Sağlık hizmeti sunumunun katma değeri: Sağlık çalışanı istihdamı
	Belirli çıktıların birim maliyetleri
	Sağlık harcamaları ile ilgili etkililik göstergeleri

*Not: Verimlilik ve üretkenlik finansal sürdürülebilirliğin faktörleri olarak dikkate alınmıştır.*

**Kaynak:** BASYS, CEPS, IRDES ve IGSS (2005)

Di Matteo ve Di Matteo ise sürdürülebilirliği ölçmek için göstergeleri; sağlık harcamalarının genel makro göstergeleri ve belirli karşılaştırmalar için harcama-kaynak bazlı sürdürülebilirlik göstergeleri olarak ikiye ayırmıştır. *Sağlık harcamalarının temel makro göstergeleri*; 1) toplam kamu harcamaları içerisinde kamu sağlık harcamalarının oranı ve 2) GSYİH içerisinde kamu sağlık harcamalarının oranıdır. Makro göstergeler; kamu sağlık harcamalarının genel kamu harcamalarında çok büyük bir pay alıp almadığı ve kamu sağlık harcamalarının ekonomi kaynaklarından (GSYİH payı) çok fazla bir pay alıp almadığı sorularına cevap aramaktadır. Yükselen eğilim artan sağlık harcaması yükünü gösterirken kaynak temeli olmadan sürdürülebilirlikte delil olarak kabul edilemez. Sürdürülebilirliğin *harcama-kaynak bazlı göstergeleri* kamu sağlık harcamalarının kaynak tabanından daha hızlı artıp artmadığı temelinde cevap aramaktadır. Bunun yanı sıra kamu harcamalarındaki büyüme oranlarının ölçümünü incelemek için yararlıdır. Bu yaklaşım kaynak tabanında büyümeyi ölçmek için kamu sağlık harcaması büyüme oranları ve kamu harcaması büyüme oranlarını karşılaştırmaktadır (Di Matteo ve Di Matteo, 2012) (Tablo 4).

**Tablo 4. Harcama-Kaynak Temelli Sürdürülebilirlik Göstergeleri**

<i>Sağlık Harcaması Büyüme Oranları (h)</i>	<i>Kaynak Temelli Göstergeler (r)</i>	<i>Kamu Harcaması Göstergeleri (g)</i>
Reel kişi başı kamu sağlık harcamalarının büyüme oranı	(r1) Reel kişi başı GSYİH büyüme oranı	(g1) Toplam reel kişi başı kamu harcamalarının büyüme oranı
	(r2) Reel kişi başı toplam kamu harcamalarının büyüme oranı	(g2) *Reel kişi başı kamu program harcamalarının büyüme oranı
	(r3) Kişi başı nakit transferlerinin büyüme oranı	(g3) Reel kişi başı sağlığa ayrılan program harcamalarının büyüme oranı
<i>*Toplam kamu harcamaları-borç yönetimi maliyetleri</i>		

**Kaynak:** Di Matteo ve Di Matteo (2012)

Tablo 4’de Di Matteo ve Di Matteo’nun ortaya koyduğu göstergelere dayalı olarak potansiyel sürdürülebilirlik durumları özetlenmiştir. Eğer kamu sağlık harcaması büyüme oranı  $(h) >$  kaynak temelindeki büyüme  $(r)$  şeklindeyse harcama büyümesinin kaynaklardaki büyümeyi geçmesi nedeniyle burada potansiyel olarak bir sürdürülebilirlik problemi vardır. Eğer kamu sağlık harcaması büyüme oranı  $(h) >$  kamu harcaması büyüme oranı  $(g)$  şeklindeyse, burada kamu sağlık harcaması büyüme oranlarının kaynak tabanından daha hızlı artıp artmayacağına bağlı olan potansiyel bir sürdürülebilirlik problemi olabilir. Örneğin kamu sağlık harcaması büyüme oranı  $(h) \leq$  reel kişi başı toplam illere ait/bölgesel kamu harcamalarının büyüme oranı  $(r2)$  ve reel kişi başı sağlığa ayrılan illere ait kamu/bölgesel program harcamalarının büyüme oranı  $(g3) \leq$  reel kişi başı toplam kamu harcamalarının büyüme oranı  $(r2)$  şeklindeyse burada kesinlikle mali açıdan sürdürülebilirlik vardır. Aslında genel fazlalıklar yönetilmektedir. Eğer kamu sağlık harcaması büyüme oranı  $(h) >$  reel kişi başı toplam kamu harcamalarının büyüme oranı  $(r2)$  ve reel kişi başı sağlığa ayrılan program harcamalarının büyüme oranı  $(g3) >$  reel kişi başı toplam kamu harcamalarının büyüme oranı  $(r2)$  şeklindeyse artan açıklar ve borçlar ile bir sürdürülebilirlik sorunu vardır. Eğer kamu sağlık harcaması büyüme oranı  $(h) >$  reel kişi başı toplam kamu harcamalarının büyüme oranı  $(r2)$  ve reel kişi başı sağlığa ayrılan program harcamalarının büyüme oranı  $(g3) <$  reel kişi başı toplam kamu harcamalarının büyüme oranı  $(r2)$  şeklindeyse şu anda sürdürülebilir olan bir durum vardır fakat zamanla kamu sağlık harcaması büyüme oranı  $(h) /$  toplam reel kişi başı kamu harcamalarının büyüme oranı  $(g1)$  miktarı büyür ve sonunda sağlık sektörü diğer sektörleri dışlayarak kamu bütçelerinin tümünü kapsar. Ayrıca toplam reel kişi başı kamu harcamalarının büyüme oranı  $(g1)$  arttıkça reel kişi

başı toplam kamu harcamalarının büyüme oranını ( $r_2$ ) geçebilir ve artan kamu sektörü borç ve açıklarını oluşturabilir. Tablo 5’de kaynak tabanı olarak kamu gelirlerine dayalı sürdürülemez olan durumlar özetlenmiştir (Di Matteo ve Di Matteo 2012).

**Tablo 5. Sürdürülebilirlik Problemi**

$h > r$ : kamu sağlık harcaması büyüme oranı kaynak temelindeki büyümeden yüksekse	Politika değişiklikleri olmadan uzun dönemde sürdürülemez.
$h > g$ : kamu sağlık harcaması büyüme oranı kamu harcaması büyüme oranından yüksekse	Eğer $h \leq r_2$ ve $g_3 \leq r_2$ ise potansiyel olarak sürdürülebilir Eğer $h > r_2$ ve $g_3 > r_2$ ise potansiyel olarak sürdürülebilir değil Eğer $h > r_2$ ve $g_3 < r_2$ veya $h > r_1$ ve $g_3 < r_1$ ise uzun dönemdeki riske rağmen kısa dönemde sürdürülebilir

**Kaynak:** Di Matteo ve Di Matteo (2012)

### 2.3.2.2. Paydaş Görüşlerine Dayalı Ölçümler ve Değerlendirmeler

Sağlık sistemlerinde finansal sürdürülebilirlik ölçülürken ve değerlendirilirken kullanılacak diğer bir ölçüt veya mekanizma ise paydaş görüşlerine başvurmaktır. Sağlık politikalarının oluşturulmasında ve uygulanmasında olumlu veya olumsuz olarak doğrudan veya dolaylı bir şekilde etkilenen kişiler, gruplar veya kurumlar kısaca “paydaşlar” olarak ele alınır. Kamu politikasının oluşturulması çok sayıda aktörü ve değişimi içeren, çoklu politik kanallardan, sivil toplumdaki ve diğer faktörlerden etkilenen, paydaşların ne istediği ve uygulamada ne olacağı konusunda anlaşmazlığa yol açan karmaşık bir süreçtir. Bu açıdan, paydaş gruplarının görüşleri önem arz etmektedir (Tordrup vd., 2013).

Literatür incelendiğinde Avrupa ülkelerinde yapılan bir çalışmada paydaş görüşlerine dayalı olarak sağlık sisteminde finansal sürdürülebilirlik konusunun ele alındığı görülmektedir. Tordrup, Angelis ve Kanavos tarafından gerçekleştirilen “Gelecekte Sağlık Hizmetlerinin Finansal Sürdürülebilirliğini Sağlamada Politika Seçeneklerinde Tercihler: Paydaş Araştırması Sonuçları” adlı çalışmada paydaş görüşlerine dayalı olarak sağlık sistemlerinde sürdürülebilirlik konusu araştırılmıştır (Tordrup vd., 2013). Bu tez çalışması kapsamında da sağlık sistemlerinde finansal sürdürülebilirliğin ölçülmesinde ve değerlendirilmesinde paydaş görüşlerine başvurulmuştur.

### **2.3.3. Sağlık Sistemlerinde Finansal Sürdürülebilirliği Etkileyen Faktörler: Sağlık Sistemlerinde Finansal Sürdürülebilirliğin Doğası ve Zorluklar**

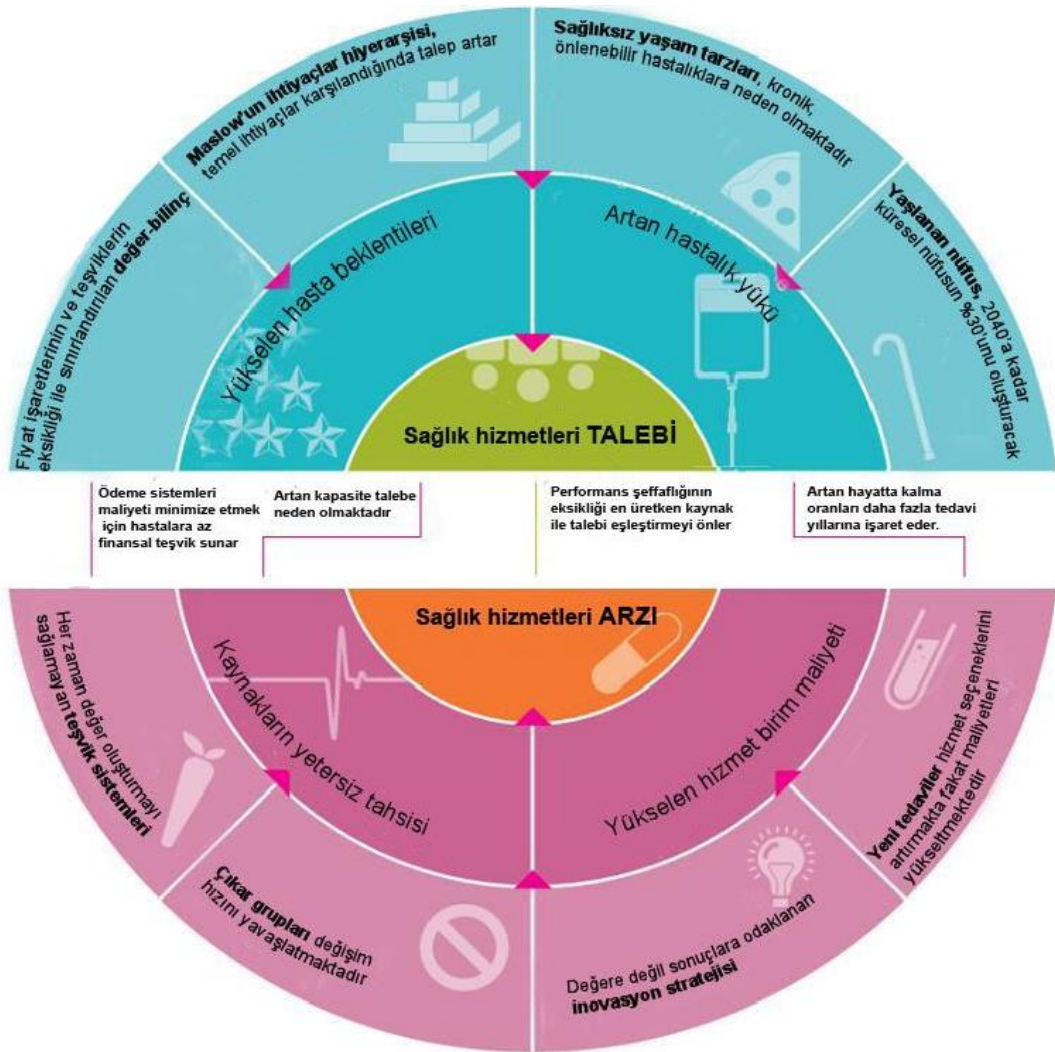
Sağlık sistemlerinde finansal sürdürülebilirliği etkileyen çok sayıda faktör bulunmaktadır ve sürdürülebilirliğin doğası oldukça karmaşıktır ve sürdürülebilirlik zorluklarla karşılaşmaktadır. Alper ve diğerleri gelişmiş ülkelerde finansal sürdürülebilirlik sorununun ortaya çıkma nedenlerini; yaşlanan nüfusla beraber artan sağlık harcamalarına, kronik işsizliğin yaratmış olduğu gelir kaybına, sosyal güvenlik ihtiyaçlarının giderek daha fazla artmasına, sosyal güvenlik fonlarının ekonomik kriz ve enflasyon durumlarında erimesine ve sigortacılıkla ilgili yanlış uygulamalara bağlamıştır. Gelişmekte olan ülkelerde ise bunlara ek olarak; sosyal güvenliğe ayrılan kaynakların yetersizliği, kayıt dışılık, işsizlik ve aile ödenek sigorta kollarının eksikliği, gelir garantisinin yetersizliği, hizmet kalitesinin düşüklüğü, sağlık harcamalarında artış nedeniyle sağlık sigortası kapsamının yetersiz kalması, kurumsal verimsizlikler, politik amaçlarla sigortacılık ilkelerine aykırı uygulamalar, suistimal ve kötüye kullanma gibi nedenlere dayalı sorunların olduğunu belirtmiştir (Alper vd., 2012).

Sağlık hizmetlerinin kalitesi ve kapsamı bağlamında müşteri beklentilerinin artması, yeni teknolojilerin kullanılması, nüfusun giderek yaşlanması ve bunların beraberinde getirdiği maliyet artışları sağlık sistemlerinin finansal sürdürülebilirlik güçlüğüne de ön plana çıkarmaktadır (Alberta Health, 2013). Thomson ve diğerleri ise sağlıkta finansal sürdürülebilirlik probleminin doğasının, harcama ve gelir arasındaki dengesizlikten kaynaklandığını belirtmektedirler. Bu dengesizliğin nedenlerini ve güçlüklerini anlamak önem arz etmektedir. Bu dengesizliğin nedenleri ve ilişkili zorluklar iki ana başlıkta ele alınabilir. Bunlar; 1) sağlık hizmetleri arzını ve talebini etkileyen faktörler nedeniyle sağlık harcamalarındaki artış ve 2) kaynakların yetersizliği/sınırlılığıdır (Thomson vd., 2009b). Finansal sürdürülebilirlik sorununu karakterize eden bu iki ana unsur aşağıda kısaca ele alınmaktadır.

### 2.3.3.1. Sağlık Harcamalarındaki Artış

Sağlık sisteminde finansal sürdürülebilirlik ile ilgili zorluklar ağırlıklı olarak sağlık maliyetlerindeki ve harcamalarındaki artış ile ilişkili olmaktadır. Dünya Ekonomik Forumu (DEF), yükselen sağlık harcamalarının temel dinamiklerini ve belirleyicilerini, Şekil 7’de yer verildiği şekliyle arz ve talep unsurlarının basit kavramsal bir modelini oluşturarak ortaya koymuştur. Buna göre sağlık harcamalarındaki artışın nedenlerini talep kanatlı ve arz kanatlı olmak üzere iki kulvarda incelemek mümkündür (World Economic Forum, 2013).

**Şekil 7. Yükselen Sağlık Harcamalarının Temel Dinamikleri ve Belirleyicileri**



**Kaynak:** World Economic Forum (2013)

### **2.3.3.1.1. Sağlık Hizmetleri Talebi**

Sağlık hizmetlerinin artan talebi özellikle dört önemli faktöre bağlıdır: nüfusun yaşlanması, yaşam tarzına bağlı hastalıkların artması, kamu beklentilerindeki artış ve sağlık hizmeti tüketicileri nezdindeki değer-bilinç eksikliği. Artan sağlık harcamaları öncelikle bu dört faktörden kaynaklanmaktadır (World Economic Forum, 2012; World Economic Forum, 2013).

#### **2.3.3.1.1.1. Artan Hastalık Yükü**

Toplumların hastalık yükleri giderek artış eğilimi göstermektedir. Bu eğilimin altında yatan temel nedenler ise; yaşlanma ve sağlıksız yaşam tarzı olmaktadır. Doğurganlık hızındaki düşüş ve doğuştan beklenen yaşam süresindeki artış beraberinde nüfusun yaşlanmasını getirmektedir. Nüfusun yaşlanması ise kronik hastalıklar ve uzun dönemli bakım anlamına gelir ki bu da sağlık maliyetlerinin ve harcamalarının artışı sonucunu doğurur. Kişiler ve toplumlar uzun yaşadıkça, hastalık yükü ve prevelansı artar ve buna bağlı olarak sağlık hizmetleri maliyeti de artış gösterir. Ayrıca 65 yaş üstü nüfusun artması sonucunda 2040 yılına kadar OECD ortalama bağımlılık oranının neredeyse iki katına çıkacağı beklenmektedir; böylece yaşlılar daha az katkıda bulunurken daha fazla bakım hizmeti kullanacaktır. Sonuç olarak nüfusun yaşlanması, hem gelecekteki sağlık harcamaları hem de gelecekteki kamu gelirleri üzerinde önemli bir etkiye sahip olacaktır (World Economic Forum, 2012).

Demografik değişimler, doğum oranlarının düştüğünü ve yaşam beklentisinin arttığını göstermektedir. Göstergeler 65 yaş ve daha üstü kişilerin oranının arttığını göstermektedir. Bu, sağlık harcamaları ile ilgilenmeyi ve artan yaşlı nüfus için uzun süreli bakım maliyetlerine odaklanmayı gerektirmektedir. Fakat hem geçmiş analizler hem de projeksiyonlar nüfusun yaşlanmasının artan sağlık hizmetleri maliyetlerine teknolojik yeniliklerle karşılaştırıldığında daha az katkıda bulunduğunu göstermektedir. Kronik hastalıkların kontrolünü geliştirme gibi uygun sağlık sistemleri müdahalelerini artırmak ise gelecekte sağlık hizmeti maliyetlerinin düşmesine yardımcı olacak ve bu durum finansal sürdürülebilirliğe katkı sağlayacaktır (Thomson vd., 2009b).

Son yıllarda *yaşam tarzına* bağlı hastalıkların prevalansındaki büyüme dikkate çekicidir. Kötü beslenme, fiziksel aktiviteden yoksunluk, sigara ve yüksek alkol tüketimi gibi değişen risk faktörlerinden kaynaklanan tip 2 diyabet, koroner kalp hastalığı ve felç gibi durumlar hastalık yükünü artırmaktadır. Yaşam tarzına bağlı hastalıkların prevalansındaki artış sonucunda sağlık harcamaları önemli derecede artış göstermiştir. Örneğin, obez olan bir kişinin normal kilodaki bir kişiye göre iki kat daha fazla bakım maliyeti vardır (World Economic Forum, 2012).

Hem DSÖ hem de BM tarafından kronik hastalıklar 21. yüzyılın en önemli sağlık sorunu olarak tanımlanmaktadır. Kronik hastalıklar yüksek ölüm oranları, sağlık harcamalarındaki aşırı artış ile sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği açısından küresel bir tehdit oluşturmaktadır (Akalin vd., 2012).

Nüfusun yaşlanması ve yaşam tarzına bağlı hastalıkların prevalansının artması çoğu ülkede hastalık yükünün (ve böylece hizmet talebinin) önümüzdeki yıllarda artacağını göstermektedir (World Economic Forum, 2012).

### **2.3.3.1.1.2. Artan Hasta Beklentileri**

Sağlık hizmetleri talebi sadece insanların ihtiyaç duyduğu şeyleri değil aynı zamanda *ne istedikleri ve ne beklediklerini* de dikkate alır. Veriler sağlık harcamalarının artan sağlık düzeyi ile güçlü bir ilişkisi olduğunu göstermektedir. Maslow'un hiyerarşisi ışığında değerlendirildiğinde, insanların temel ihtiyaçları karşılandıkça ihtiyaç duydukları hizmetlerden beklentilerinin giderek karmaşık hale geldiğini belirtmek olanaklıdır (World Economic Forum, 2012).

Gelirin yükselmesi ve beklentilerin artması gibi faktörlerin maliyetleri artırdığına inanılmaktadır ve bu durum oldukça karmaşıktır. İlk olarak sağlık harcamaları, ulusal gelirle yakından ilişkilidir. Çeşitli araştırmalar, sağlık harcaması eğilimlerinin ekonomik büyüme ile orantılı olarak arttığını göstermektedir. Fakat sağlık hizmetinin “normal” bir mal olduğu (bire yakın gelir esnekliği) hakkında tartışmalar devam etmektedir. İkinci olarak beklentilerin karşılanması sağlık sisteminin temel bir amacı olarak kabul edildiği

için, sağlık sistemleri sağlık hizmetlerine erişim ve kalitesi hakkında insanların beklentilerine cevap verme zorunluluğu altındadır. Fakat beklentilerin artması belirsiz uygulamalarda sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin artmasına neden olacaktır (Thomson vd., 2009b).

Sağlık sistemlerinin, talep yönlü faktörleri değiştirmesi zordur. Yaşlanma kaçınılmazdır, ancak sağlıklı ve aktif yaşlanma sağlanarak yaşlılık kaynaklı maliyetler kontrol altına alınabilir. Sağlıksız yaşam tarzını değiştirme çabaları, örneğin işyeri refah programları yoluyla, sınırlı bir şekilde başarılı olmuştur. Ancak mevcut durumda sağlık sistemlerinin sağlığı geliştirmede toplum düzeyindeki çabalar için yeterli ve uygun bir şekilde pozisyon aldığı veya kaynak ayırıp ayırmadığı açık değildir. Talep kanadındaki zorlukların üstesinden gelmek sağlık sektörünün sınırlarının dışında bir çaba gerektirmektedir (World Economic Forum, 2012).

#### **2.3.3.1.2. Sağlık Hizmetleri Arzı**

Sağlık hizmetlerinin arz kanadında maliyetlere etki eden en temel unsurlar; kaynak tahsisi ve yeni teknolojiler olmaktadır (World Economic Forum, 2012). Sağlık hizmetlerinde arzı daha iyi yönetmek için stratejiler; verimsizlikleri, güvensiz uygulamaları ve israfı önlemeyi; uygun olmayan teşvikleri ortadan kaldırmak için finansman mekanizmalarını (örneğin birinci basamak sağlık hizmetleri için hizmet başına ödeme yerine bütçe ödemesi) ve sağlık çalışanlarının verimliliği ve etkililiğini artırmayı içermektedir (Prada vd., 2014).

##### **2.3.3.1.2.1. Kaynakların Yetersiz Tahsisi**

Arz tarafında kaynaklar optimal bir şekilde tahsis edilmezse hizmetlerin birim maliyetleri artmaya devam eder. Birim maliyetlerdeki artışların temel sebebi; daha düşük maliyetlerden ziyade daha iyi sonuçlara odaklanan yenilikçi stratejiler ile yeni tedaviler ve teknolojilerin ortaya çıkmasıdır. Artan maliyetler çoğunlukla değişime kapalı olan ve değer yaratma karşılığı olmayan bir teşvik yapısı olan sunum sistemindeki kaynakların yetersiz tahsisi ile daha da artmaktadır (World Economic Forum, 2012; World Economic Forum, 2013).



Tarihsel dinamikler de sağlık hizmeti arzını etkilemektedir. Çoğu sağlık sistemi hekimin uygulama biçimlerinden, hastane altyapısından ve hizmet sunumunun eski biçimlerinden etkilenmektedir. Örneğin birinci basamak ve toplum sağlığı hizmetlerinde çalışan uzmanlar ile hastanelerdeki uzman düzeyleri arasında dengesizlik vardır. Sonuç olarak sistemler kaynakların daha verimli tahsisine olan direnç ile mücadele etmek zorundadır (World Economic Forum, 2012).

Mevcut teşvik sistemleri de sınırlı kaynakların en iyi şekilde kullanılmasını engelleyebilir. Örneğin pek çok hizmet sunucu ve sağlık profesyonellerinin iş modelleri işlem başına veya vaka başına bireysel ücrete dayalıdır. Sonuç olarak birçok iyileştirme çabaları hizmetin değişim mühendisliği unsurlarına odaklanmaktadır. İyileştirme abaları tüm bakım ekibini kapsarsa daha fazla değer yaratılabilir, böylece koruyucu sağlık hizmetlerinden, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlere kadar tüm unsurlar optimize edilemeyebilir (World Economic Forum, 2012).

### **2.3.3.1.2.2. Yükselen Hizmet Birim Maliyetleri**

Yeni tedaviler ve teknolojiler hastalar için bakım seçenekleri sunar ve genellikle klinik ıktıları iyileştirir, fakat bunlar birim maliyetleri de artırabilir. Bunun kısmen nedeni; yenilikçilerin yeni tedavilerin kalitesi, fiyatı ve dolayısıyla maliyet-etkililiğinin bir fonksiyonu olan değerden ziyade ağırlıklı olarak daha çok çıktı elde etmeye odaklanmasıdır (World Economic Forum, 2012).

Sağlık hizmetlerinin karşılaştığı zorluklardan birisi de yeni sağlık teknolojisinin geliştirilmesinin maliyetleri artırmasıdır. Sağlık hizmetleri maliyetlerinin artma sebebi ile ilgili olarak en çok dikkat edilmesi gereken faktörlerden birisi kullanılan hizmet miktarının artmasıdır. Bunlar teknolojiye ilerlemeyi, kullanım yapısındaki değişimi, yükselen gelir ve beklentiler ile birlikte nüfusun yaşlanmasını içerir. Teknolojik yenilik sağlık harcamalarındaki büyümenin yarısı veya üçte birisi arasında olduğu tahmin edilen sağlık hizmetleri maliyetlerinin en önemli faktörlerinden birisidir. Fakat teknolojik değişimin oynadığı rol daha karmaşıktır. Yeni teknolojiler, verimli kazançlar veya sağlık gelişimi yoluyla maliyetleri azaltabilir. Ancak yeni teknolojiler daha yüksek

maliyetlere de neden olabilir (kullanımın artması, uygun tedavilerin kapsamını genişletme, daha ucuz teknolojiyle değiştirme gibi) (Thomson vd., 2009b).

Ekonomik ve demografik etmenler sağlık hizmetleri finansmanının sürdürülebilirliği konusunda en büyük zorluğu oluşturan etmenlerdir. 2005 yılında Japonya’da yapılan bir forumda Asya Pasifik Bölgesi’ndeki ülkelerin finansal sürdürülebilirliğini tehdit edebilecek iki etmenden birinin ekonomik gelişme, diğerinin ise demografik değişimler olduğu belirtilmiştir. Bu forumda gelecekte finansal sürdürülebilirliği sağlamanın, ekonomik büyümeye, yerli kaynakların harekete geçirilmesine, dış yardımlara, para için daha iyi değer elde etmeye bağlı olduğu belirtilmiştir (Schieber, 2005). Charlesworth ise İngiltere’de sağlık harcamalarının son on yılda hızla bir şekilde arttığını ve uzun dönemlik bir süreçte İngiltere’nin finansal sürdürülebilirlik sorunu ile karşılaşabileceğini ifade etmiştir. Sağlık harcamalarındaki artışın en önemli sebeplerini ise demografik değişim, artan ve yaşlanan nüfus gibi faktörlerin dışında kronik hastalıklardaki artış, yeni teknolojiler ve verimlilik sorununa bağlamıştır (Charlesworth, 2013). Kang ve diğerleri 2011 yılı itibari ile Kore ulusal sağlık sigortasının sürdürülebilirliğini tehdit eden faktörlerin düşük doğum oranları, yaşlanan nüfus ve düşük ekonomik büyüme oranları olduğunu belirtmiştir (Kang vd., 2012).

### **2.3.3.2. Kaynakların Yetersizliği**

Ekonominin genel bir kuralı olarak kaynaklar sınırlı, ihtiyaçlar ise sonsuzdur. Ayrıca sağlık için tahsis edilen kaynakların alternatif maliyetleri de sözkonusudur. Ek olarak bu genel kaynak sınırlılığı çerçevesinde hükümetlerin sağlık sisteminin ihtiyaçlarını karşılamak için yeterli kaynak yaratmada isteksiz ve yetersiz olmasıyla ilgili kaynak kısıtlılıkları da söz konusudur (Thomson vd., 2009b). Hükümetler toplumun tüm ihtiyaçlarını karşılamak için gelişigüzel bir şekilde harcama yapamayacağı için, bütçe sınırlılıklarına karşı duyarlı olmak zorundadır. Dolayısıyla kamu sektörü mali olarak sürdürülebilir olmalı, harcamalar gelirle orantılı ve dengeli olmalıdır. Finansal sürdürülebilirlik sağlık finansman politikası için bir gerekliliktir. Dolayısıyla toplam kamu harcamaları mevcut kamu gelirlerine bağlı olmak zorundadır. Sağlıkta kamu harcamalarının miktarı mali duruma ve önceliklerle ilgili olan kararlara bağlıdır.

GSYİH içinde kamu sağlık harcaması, GSYİH içindeki toplam kamu harcamasının (hükümetin mali kapasitesi) ürünüdür ve sağlık sektörü için tahsis edilmiş harcamaların bir parçasıdır (Kutzin, 2008). Dolayısıyla kaynakların sınırlılığı sağlık sistemlerinde finansal sürdürülebilirlik ile ilgili temel zorluklardan birisini teşkil etmektedir.

### **2.3.4. Sürdürülebilir Sağlık Sistemleri İçin Bir Çerçeve: Sağlık Sistemlerinde Finansal Sürdürülebilirliği Sağlamaya Yönelik Stratejiler Nelerdir? / Sağlık Sistemlerinde Finansal Sürdürülebilirliği Sağlamak ve Yönetmek İçin Ne Yapılmalıdır?**

Genel olarak belirtmek gerekirse sağlık sistemlerinde finansal sürdürülebilirliği sağlamak için ne yapılması gerektiği konusunda bazı yaklaşımların ortaya konulduğu belirtilebilir. Bu yaklaşımlardan birisi “gelir-gider dengesini sağlamaya yönelik stratejiler yaklaşımı”dır (Cichon vd., 1999; Alper, 2011; Thomson vd., 2008; Thomson vd., 2009b). Ön plana çıkan diğer bir yaklaşım ise Dünya Ekonomik Forumu (DEF) tarafından, sürdürülebilirliği etkileyen faktörlerden hareketle oluşturulan “sürdürülebilirliğe giden yol” çerçevesi yaklaşımıdır (World Economic Forum, 2012). Üçüncü yaklaşım ise sağlık sisteminin sürdürülebilirliği için rehber ilkeleri ve anahtar faktörleri içeren ve “sürdürülebilir sağlık sistemleri için bir çerçeve” olarak adlandırılan yaklaşımdır (Prada vd., 2014). Bu yaklaşımlar aşağıda ele alınmaktadır.

#### **2.3.4.1. Gelir-Gider Dengesini Sağlamaya Yönelik Stratejiler Yaklaşımı**

Bu yaklaşıma göre herhangi bir sağlık sisteminin finansal açıdan sürdürülebilir olması için gelirlerin harcamalara eşit veya daha yüksek olması gerekmektedir (Cichon vd., 1999). Bunun için sürdürülebilirlik açığını gidermeye yönelik önlemler için gelir-gider (aktüeryal) dengesi sağlanmış, açık vermeyen bir sağlık sistemi oluşturulmalıdır. Aktüeryal dengenin sağlanması (orta ve uzun dönemde) sağlık sisteminin gelirlerini artıran-giderlerini azaltan (gelir artırıcı ve gider azaltıcı) “çift yönlü” tedbirlerin eş zamanlı olarak hayata geçirilmesi ile sağlanabilir (Alper, 2011). Sürdürülebilirlik açığını kapatmaya, başka bir ifade ile gelir-gider dengesini sağlamaya dönük potansiyel

çözümleri/stratejileri/yaklaşımları iki grupta ele almak mümkündür; 1) gelir artırıcı yaklaşımlar ve 2) gider azaltıcı yaklaşımlar (Thomson vd., 2008; Thomson vd., 2009b).

#### **2.3.4.1.1. Gelir Artırıcı Stratejiler**

Sağlık sistemlerinde finansal sürdürülebilirliği sağlamak için gelir artırıcı önlemler kapsamında; 1) vergiler, primler ve/veya katkı payları artırılabilir, 2) başka sektöre ayrılan kaynaklarda kısıtlamalara gidilebilir, 3) işsizlik ve kayıt dışı istihdam ile etkin mücadele sağlanabilir, 4) kamu kaynaklarının tahsisatında sağlığa öncelik verilebilir ve 5) borçlanma yoluna gidilebilir veya para basılabilir (Certified General Accountants Association of Canada, 2010; World Economic Forum, 2012).

Finansal sürdürülebilirlik probleminin üstesinden gelmek ve sağlık sisteminin yükümlülüklerini karşılamak için gelir artırmanın, başka bir ifade ile daha fazla kaynak sağlamanın önünde üç önemli engel bulunmaktadır: Birincisi, hükümetler vergiyi benimsetme ve toplama konusunda teknik zorluklar yaşayabilir. İkincisi, sağlık finansmanı için gelir, istihdam ile ilişkilendirilirse artan kamu gelirleri yurt içi işgücü piyasasını ve uluslararası rekabet gücünü tehlikeye sokabilir. Üçüncüsü ise eğer belirli nüfus grupları sağlık hizmetleri için daha fazla prim veya vergi ödemeye gönüllü değilse sağlık hizmeti için ek kaynak yaratmak politik olarak zor olabilir (Thomson vd., 2008).

Sağlık hizmeti üretmek, kişiler ve ekonomi için önemli olduğundan göreceli olarak düşük sağlık harcaması olan ülkelerde sağlık hizmetlerine daha fazla harcama yapılmasını gerektirebilir. Fırsat maliyetini dikkate almadan harcamaları artırmak ise uygun bir seçenek olmayabilir. Ayrıca tüm harcamaların sonuçları aynı derecede fayda sağlamamaktadır. Bazı ülkeler sağlığa diğer ülkelere göre daha fazla harcama yaparlar ve daha düşük sonuçlar elde ederler. Bu yüzden sağlık hizmetlerine daha fazla yatırım yapmak için ödemenin garanti altına alınması gerekmektedir. Bunu başarmada kullanılacak anahtar mekanizmalar; verimlilik ve maliyet etkililik, ihtiyaç tabanlı veya riske göre ayarlanmış kaynak tahsisi gibi belirgin kriterleri kullanan yeni teknolojiler ve mevcut sistematik değerlendirmedir. Başka bir unsur da sağlık hizmetleri

için kaynak üretmede kullanılan mekanizmalara daha dikkatli bakılması gerektiğidir. Bazı mekanizmalar işgücü piyasası ve ekonomide olduğu gibi sağlık hizmetlerine erişimde diğer mekanizmalardan daha az zararlı bir etkiye sahip olabilir (Thomson vd., 2009b).

#### **2.3.4.1.2. Gider Azaltıcı Stratejiler**

Diğer taraftan artan sağlık harcamalarını veya maliyetleri sınırlamak için ise; sağlık hizmetleri kapsamını sınırlamak (kapsamdaki nüfusu azaltarak veya temel teminat paketini daraltarak), sağlık hizmetlerinin kalitesini ve kullanımını sınırlamak, akılcı ilaç kullanımını sağlamak ve sağlık sisteminde verimliliği sağlamak gibi stratejiler benimsenip uygulanabilmektedir (Cichon vd., 1999; Henke ve Schreyögg, 2004).

Sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliğinin sağlanmasında kapsamın sınırlandırılması bir yaklaşım olarak görülebilmektedir. Kapsamın dört boyutu bulunmaktadır. Bunlar; klinik hizmetlerle ilişkili olmayan kalite kapsamı (tesisler, hizmete erişim süresi vb.), sistemin kapsayıcılığı (kapsanan nüfus oranı), kapsamın derinliği (fayda maliyet oranı) ve kapsamın genişliğidir (sigorta kapsamında sunulan hizmetlerin çeşitliliği) (Thomson vd., 2008).

Sağlık hizmeti kapsamının sınırlaması üç boyut bağlamında ele alınabilir. Bunlar; 1) kamu tarafından finanse edilen sağlık hizmetlerin erişimine uygunluk testi uygulayarak nüfusun kapsamının genişliğini sınırlamak, 2) sağlık hizmetlerinin niteliğini ve/veya niceliğini sınırlandırarak insanlar için kamu tarafından finanse edilen faydaların kapsamını sınırlandırmak ve 3) fiyat miktarını artırarak (örneğin kullanıcı katkıları) kamu tarafından finanse edilen kapsamın derinliğini sınırlandırmaktır (Thomson vd., 2009b).

Kamu tarafından finanse edilen *kapsam genişliği* için uygun olan nüfus oranının azaltılması, çeşitli yollarla yapılabilmektedir. Gelir kamu kapsamı için uygunluğu tanımlamada kullanılan en yaygın kriterdir ve bununla ilgili olarak iki seçenek bulunmaktadır: Uygunluk testi düzeyi kamu kapsamı dışında olabilir (2006 yılı öncesi

Hollanda) veya kamu ve özel kapsam arasında seçim yapmak mümkün olabilir (Almanya). Diğer bir seçenek de tüm nüfusa bu seçim verilebilir (Şili). Kapsam genişliğindeki azalma ikame edici özel sağlık sigortalarının oluşmasına neden olmaktadır. Kamu kapsamı için uygunluğun azalması toplam kamu sağlık harcamalarının düzeyinde de bir azalmaya neden olabilir ve kamu gelirlerinde ani bir düşüşle de sonuçlanabilir (Thomson vd., 2009b).

*Kapsamın konusu* kamu tarafından finanse edilen belirli kalemlerin çıkartılmasıyla azaltılabilir. Hizmet sayısında sınırlama erişimin ödeme gücüne bağlı olduğu (doğrudan cepten ödemeler veya tamamlayıcı sağlık sigortası primleri yoluyla) özel sigorta hizmetlerinin dışına kaydırmaya etki etmektedir. Etkililik gibi açık kriterlerin temelinde bireysel faydaları dışarda tutmak kapsamı azaltmayı önleyebilir. Bu durum hizmet sunumunda kalite ve verimliliği artırabilir. Bu yüzden etkisiz veya maliyet etkililik seviyesi düşük olan faydaların kapsamını dikkatli bir şekilde azaltmak mali kısıtlamada politika hedeflerine ulaşmak için uygun bir seçenektir (Thomson vd., 2009b).

*Kapsamın derinliği* kamu tarafından kapsanan hizmetler için kullanıcı katkıları ile azaltılabilir. Kullanıcı katkıları özellikle düşük gelirli ve yaşlı bireylerin sağlık hizmeti kullanımını düşürmek için kullanılmaktadır. Bu politika sağlığı iyileştirme, finansal koruma, finansmanda hakkaniyet ve sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyet gibi hedefleri dikkate almayı gerektirmektedir. Politika hedeflerinde kapsamı azaltmanın etkisi farklı karmaşık-özel faktörlere bağlıdır: Cepten yapılan sağlık harcamalarının düzeyi, informal ödemelerin boyutu, katkıların miktarı, muafiyetler, indirilmiş oranlar veya tamamlayıcı sağlık sigortası gibi koruma mekanizmalarının mevcudiyeti. Örneğin cepten harcama seviyesinin çok düşük olduğu ülkeler, özellikle katkı miktarları düşükse ve düşük gelirli hane halklarını ve sağlık hizmetlerini daha sık kullanan insanları koruma mekanizmaları varsa politika hedeflerine ciddi derecede zarar vermeden özel sağlık harcamalarını karşılayabilir. Sağlık hizmetleri maliyetlerini sınırlayan kullanıcı katkılarına yönelik yüksek beklentiler üç nedenden dolayı karşılanamayabilmektedir. Birincisi kullanıcı katkılarının uzun dönemde sağlık hizmetleri maliyetlerini kısıtlamaya yardımcı olduğunu gösteren yayınlanmış hiçbir kanıt yoktur. İkincisi nüfus genelinde sağlık harcamalarının dağılımı oldukça yüksek derecede kümelenme eğilimindedir.

Üçüncüsü ise sağlık hizmetlerinin maliyetlerine etkisinden ziyade kullanımı hastalar tarafından başlatıldığı ölçüde sağlanan sağlık hizmetlerinin artık yaygın bir şekilde kabul edilmesidir (Thomson vd., 2009b). Ancak bazı çalışmalar katkı paylarının hem gereksiz hem de gerekli kullanımı hemen hemen aynı düzeyde etkilediğini ortaya koymuştur. Katkı payları aynı zamanda toplum sağlığı, uzun dönemli bakım ve acil bakım gibi diğer hizmetlerde görünmeyen maliyetlere de yol açabilmektedir (Thomson vd., 2010).

Gerek gelirlerin artırılmasının ve gerekse de harcamaları sınırlamanın hiçbiri de maliyetsiz değildir. Hatta artan harcamalar, sağlık ve sosyal bakım harcamalarının yüksek faydaları nedeniyle yapmaya değer de olabilir. Bu faydalar yalnızca sağlık veya yaşamın kalitesini iyileştirmek yoluyla direk kazanımları içermez, aynı zamanda örneğin yeni teknolojiler geliştirme, ekonomik verimliliği ve ekonomik büyümeyi artırma ve işsizliği azaltma gibi daha genel ekonomik faydaları da içerir. Buradaki temel husus sağlık ve sosyal bakıma yatırım yaparak üretilen çıktılar ve sonuçlara atfedilen değer olmaktadır. GSYİH içinde sağlık harcamalarının artırılmasının ekonomik olarak değip değmeyeceği temel tartışma noktası olmaktadır (Appleby, 2013). Örneğin, ekonomik durgunluk veya daralma dönemlerinde, sağlık harcamalarının GSYİH'daki artışı ekonomik sürdürülebilirliği tehlikeye atacağı için diğer ekonomik alanlara yapılacak harcamaları tehdit etme eğilimi taşıyabilir. Öte yandan ekonominin büyüdüğü dönemlerde sağlık harcamalarının ekonomik büyümeden daha yüksek bir oranda artması, diğer alanların daralmasına neden olmayabilir. AB ülkelerinde yapılan projeksiyonlar, GSYİH arttığı sürece sağlık harcamaları artışının sorun olmayacağını göstermektedir (Dixon vd., 2004; Yenimahalleli Yaşar, 2011).

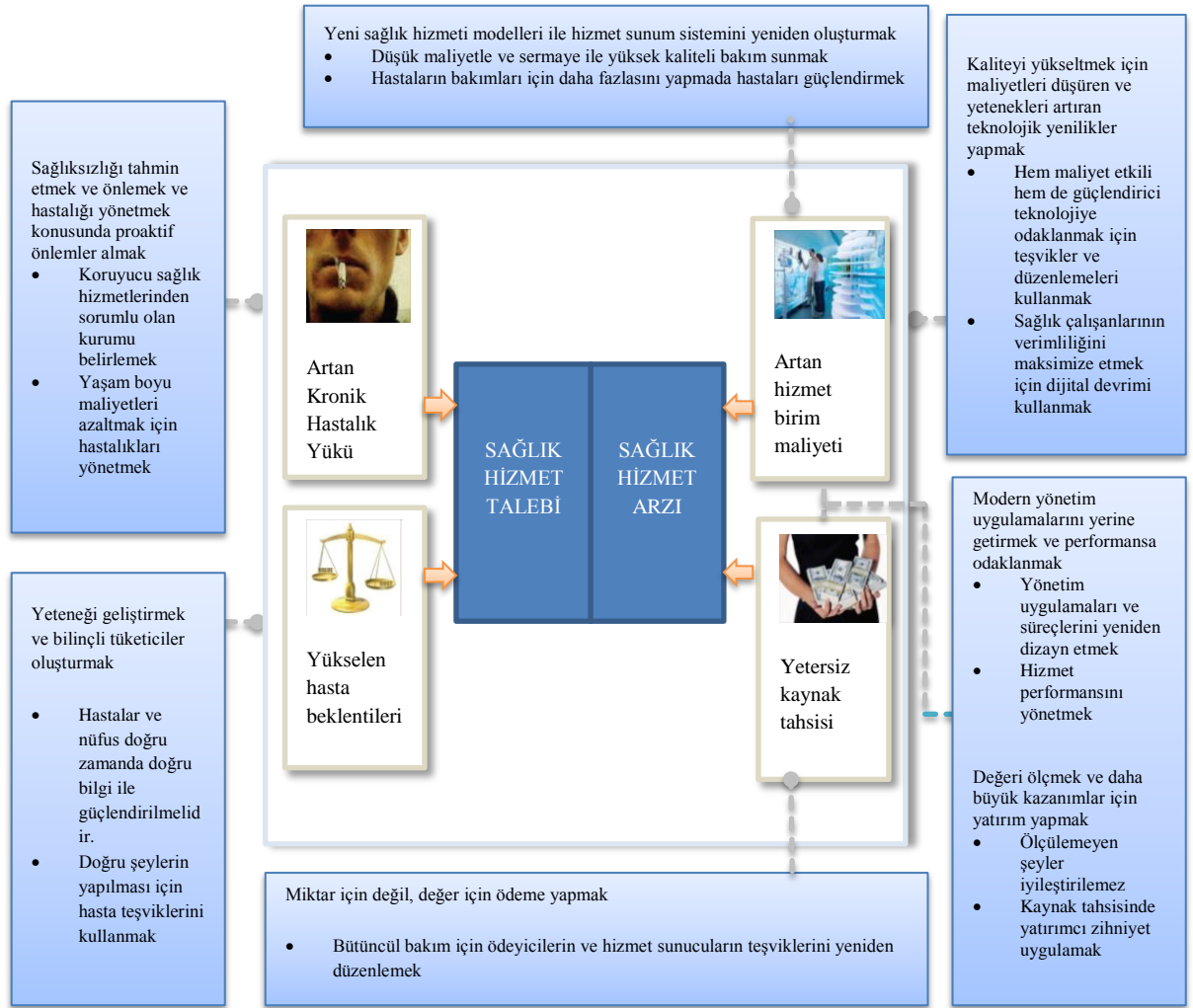
#### **2.3.4.2. Sürdürülebilirliğe Giden Yol Çerçevesi Yaklaşımı**

Dünya Ekonomi Forumu'nda uzman kişilerle yapılan görüşmeler ışığında, potansiyel verimliliği iyileştirmede en umut verici yedi alan belirlenmiş ve bu alanların sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliği için de önemli faktörler olduğu belirtilmiştir (World Economic Forum, 2012) (Şekil 8):

1. Değeri ölçmek ve daha büyük kazanımlar için yatırım yapmak. Sadece ölçülebilen şeyler iyileştirilebilir. Sağlık sistemleri yatırımcı zihniyeti uygulamak zorundadır (sağlıklı ve kaliteli yaşam açısından daha fazla getiriler için daha fazla kaynağa yatırım yapmak).
2. Yeteneği geliştirmek ve bilinçli tüketiciler oluşturmak. Hastalar ve vatandaşlar doğru zamanda doğru bilgi ile güçlendirilmelidir. Böylece bu kişiler kendileri için doğru tercihler yapabilir. Ayrıca sağlık sistemleri, doğru şeylerin yapılması için hasta teşviklerini kullanmalıdır.
3. Miktar için değil, değer için ödeme yapmak. Tüm nüfusun veya hastaların bütüncül bakımı için ödeme yapma konusunda teşvikler yeniden düzenlenmelidir. Ödeme yapanlar ve hizmet sunucular en maliyet-etkin müdahaleleri sıraya koyarak hem sağlık hem de sosyal bakım için ödeme yeniliklerini yayabilir.
4. Sağlıksızlığı tahmin etmek ve önlemek ve hastalığı yönetmek konusunda proaktif önlemler almak. Sağlık sistemleri en fazla risk altındaki hastaları belirlemek, hastaların bakımı için engelleyici önlemler olarak plan yapmak ve yönetmek ve daha yüksek maliyetlere çıkmasına engel olmak için gerekli olan entegre bakıma odaklanma eğilimine ihtiyaç duyar.
5. Yeni sağlık hizmeti modelleri ile hizmet sunum sistemini yeniden oluşturmak. Evde bakım, hasta odaklı modeller gibi düşük maliyetli kanallar, yüksek kalitede bakım sunmaya yardımcı olabilir. Ancak bunlar daha yüksek maliyet kanallarındaki kapasite azalması ile beraber olmalıdır. Sağlık sistemleri daha fazla kişisel bakım için fırsatları geliştirmede daha çevik olmalıdır.
6. Kaliteyi yükseltmek için maliyetleri düşüren ve yetenekleri artıran teknolojik yenilikler yapmak. Teşvikler ve düzenlemeler ya daha düşük maliyetli tedaviler sağlayarak, sağlık çalışanlarının verimliliğini maksimize etmek için dijital devrimi kullanarak ya da diğer müdahaleler için ihtiyacı ortadan kaldırarak hem kaliteyi hem de maliyeti optimize eden yenilikleri teşvik edebilir.
7. Modern yönetim uygulamalarını yerine getirmek ve performansa odaklanmak. Sağlık sistemleri hizmet ağlarının verimliliğini artırmak için benzer teknikler kullanılmalıdır. Ayrıca tüm alanlarda performansa odaklanan sıkıyönetim uygulamalarını düzenlemelidir.



## Şekil 8. Sürdürülebilirlik İçin Yollar

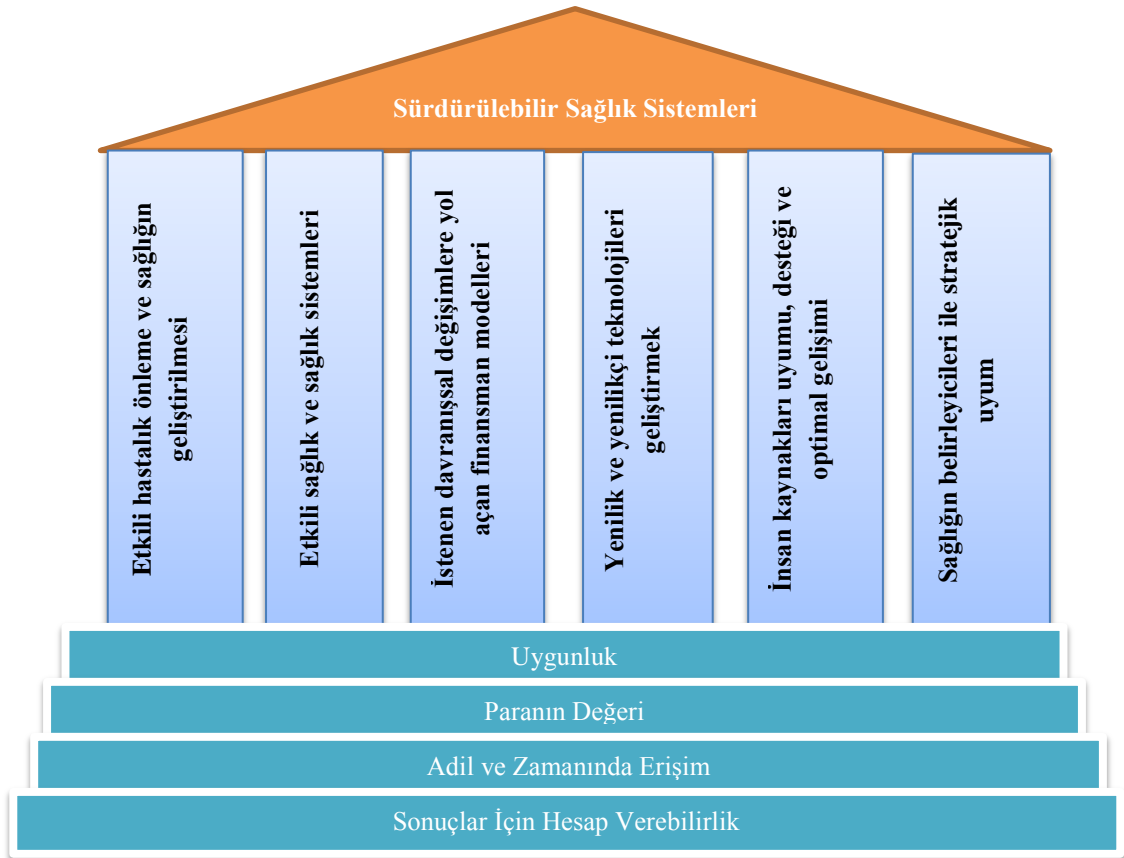


Kaynak: World Economic Forum (2012)

### 2.3.4.3. Sürdürülebilir Sağlık Sistemleri İçin İlkeler ve Faktörler Çerçevesi

Sağlık sistemlerinde finansal sürdürülebilirliği sağlamak, yönetmek ve desteklemek için kararlar, gerekli ilkeler, süreçler ve yapılar neler olabilir? Bunları iki ana başlık altında ele almak mümkündür: 1) İlkeler (sağlık sisteminin beklentilerinin altını çizen ve yönünü belirleyen dört ana ilke) ve 2) faktörler (sürdürülebilir sağlık ve sağlık bakımını destekleme için gerekli olan altı önemli faktör). Şekil 9'da sağlık sisteminin sürdürülebilirliği için bu rehber ilkelerin ve anahtar faktörlerin birbirleriyle ilişkisi gösterilmektedir (Prada vd., 2014).

**Şekil 9. Sürdürülebilir Sağlık Sistemleri İçin Bir Çerçeve**



**Kaynak:** Prada vd. (2014)

Önerilen sürdürülebilirlik çerçevesinde tüm unsurlar sürdürülebilir sağlık sistemi için sistematik bir yaklaşım tanımlamaktadır. Bu faktörler birbirleriyle ilişkilidir ve tek başına değil bir bütün olarak ele alınmalıdır. Bunların her biri aşağıda kısaca ele alınmaktadır (Prada vd., 2014).

#### **2.3.4.3.1. Sağlık Sistemlerinin Sürdürülebilirliği İçin Yol Gösterici İlkeler**

Prada sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği için dört yol gösterici ilke önermiştir. Dört yol gösterici ilke sağlık sisteminin sürdürülebilirliğine katkı sağlayan ilkeler, stratejiler ve politikaları yönetmek, politika kararları ve karar vermeyi desteklemek için önerilmiştir. Bunlar; sonuçlar için hesap verebilirlik, paranın değeri, adil ve zamanında erişim ve uygunluktur (Prada vd., 2014).

#### **2.3.4.3.1.1. Sonuçlar İçin Hesap Verebilirlik**

Bu ilke sağlık sisteminin sürdürülebilirliğini etkileyen; sosyal, fiziksel, kültürel, örgütsel, ekonomik, politik ve çevresel faktörlerde eylem gerçekleştirmek ve sistem performansında iyileştirmeleri yönetmek için gereklidir. Sonuç hedefleri açıkça tespit edilmeli ve sorumluluk (hesap verebilirlik) her düzeyde söz konusu olmalı ve akreditasyon ve finansman modelleri ile uyumlu olmalıdır (Prada vd., 2014).

#### **2.3.4.3.1.2. Paranın Değeri**

Bu ilke benzer yatırım düzeyleri açısından daha iyi sonuçların elde edilmesini sağlar. Bu israfı ortadan kaldırmayı, verimlilik kazançları sağlamayı, yeniliği teşvik etmeyi ve sistemin genel performansını ve sağlık sonuçlarını iyileştirmek için sağlık sistemini harekete geçirir (Prada vd., 2014).

#### **2.3.4.3.1.3. Adil ve Zamanında Erişim**

Sağlık hizmetlerine adil ve zamanında erişimin eksikliği halkın sağlığını doğrudan etkiler ve sisteme olan kamu güvenini zayıflatır. Adil ve zamanında erişim kamu sağlık sisteminin sürdürülebilirliği için gerekli vergi düzeyinin politik desteğini sağlamada önemlidir (Prada vd., 2014).

#### **2.3.4.3.1.4. Uygunluk**

Bu ilke, en iyi sağlık sonuçlarına yol açacak hizmetlerin sağlanmasında en iyi kaynakların (finansal kaynaklar, insan kaynakları, teknolojik kaynaklar gibi) en iyi zamanda kullanılmasını sağlar. Uygunluk, israfın önlenmesi ve kaynakların optimizasyonunu destekler (Prada vd., 2014).

### **2.3.4.3.2. Sağlık Sistemlerinin Sürdürülebilirliği İçin Temel Faktörler**

#### **2.3.4.3.2.1. Etkili Hastalık Önleme ve Sağlığın Geliştirilmesi**

Sürdürülebilir sağlık sistemlerinin anahtar unsurlarından birisi, sağlık sistemini etkileyen hastalıkların etkili bir şekilde önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesidir. Böylece doğrudan tıbbi bakım harcamalarının yaklaşık %42'sini oluşturan kronik hastalıkların daha iyi kontrolü sağlanabilir. Ayrıca risk faktörlerinin yönetimi ve risklerin önlenmesi bu bağlamda değerlendirilebilir. Bu bağlamda kişisel müdahaleler (sigara, sağlıksız diyetler gibi) ve insanların sağlığa bakış açılarını değiştirmede politika müdahaleleri gerçekleştirilebilir (Prada vd., 2014).

#### **2.3.4.3.2.2. Etkili ve Verimli Sağlık Sistemleri: Sağlık Sistemlerinde Değer Yaratma: Performans Artırma/Geliştirme**

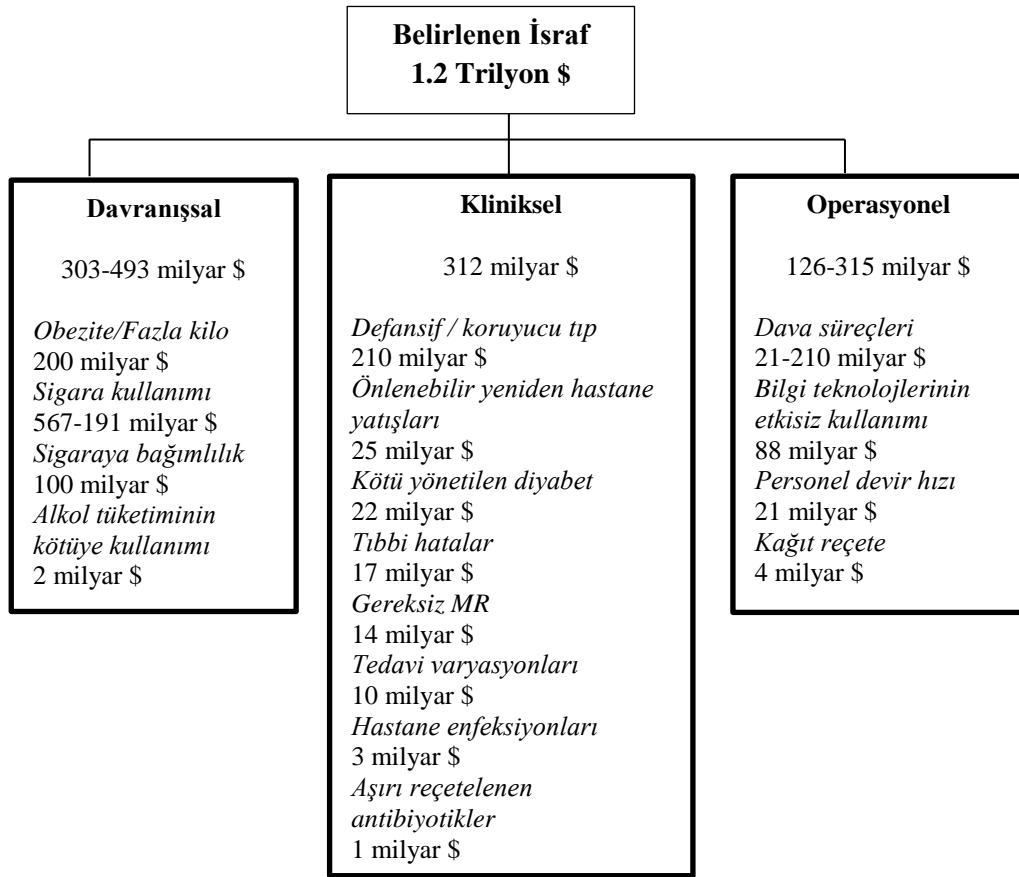
Sağlık sistemlerinde değer yaratma başka bir ifade ile verimliliği ve performansı artırmak için üç kulvarda çalışılması gerekmektedir; 1) kanıt temelli yatırım (sağlık teknolojisi değerlendirme), 2) değer temelli maliyet paylaşımı ve 3) en iyi satınalma için araçlar ve teşvikler. Bütçe kısıtlaması içinde sağlık sisteminin amaçlarını başarması için en faydalı yaklaşım sağlık hizmetlerinin değerinin (value) nasıl artırılacağıdır. Burada iki ölçüt vardır. Sağlık sistemindeki mevcut kaynaklarla daha fazlasını yapmak ve ek sağlık harcamalarından kazanılan faydaları genişletmektir. Değere odaklanmanın önemli olmasının nedenleri; sağlık sisteminin kaynaklarının genellikle boşa harcandığının bilinmesi, verimlilik artışlarının sürdürülebilirlik dengesinin şiddetini etkin bir şekilde azaltabilmesi ve insanların sağlık sisteminin değer üretiminde etkili olduğu konusunda ikna edilerek sağlık sistemi için daha fazla ödeme direncini aşmasının daha kolay olabilmesidir (Thomson vd., 2009b).

Teminat paketlerinin gözden geçirilmesi, teminat paketlerine yeni hizmetlerin eklenmesi ve sağlık teknolojisi değerlendirme yöntemlerinin daha fazla kullanımı gibi faktörler de sürdürülebilirliği etkilemekte ve bu etki üç şekilde ortaya çıkmaktadır; 1) maliyetleri faydalarından daha yüksek olan güvensiz veya verimsiz hizmetler için

ödeme yapmayarak sağlık sisteminin ekonomik sürdürülebilirliğine katkıda bulunur, 2) kamu kaynaklarının maliyet etkili olmayan hizmetlere harcanmasını engelleyerek mali sürdürülebilirliğe katkıda bulunur ve 3) hekimlerden aldığı kararı politikacılara ve teknokratlara doğru aktararak ve kamu kaynaklarının tahsisinde paranın değerini dikkate alarak politik sürdürülebilirliğe katkı sağlar (Thomson vd., 2009a).

Etkili ve verimli sağlık sistemlerinin (sonuçları ve çıktıları maksimize etmek, israfı önlemek, en iyi değeri elde etmek, kaynakları optimize etmek için tasarlamak, yönetmek ve organize etmek) varlığı sürdürülebilir sağlık sistemleri için önemli bir faktördür. Sağlıkta verimsizliklerin yaşandığı literatürde ortaya konulmuştur. Verimsizlik hem tahsisat verimsizliğini hem de üretim verimsizliğini içermektedir. Verimsizlik nedeniyle pek çok ülke daha düşük harcama düzeyi ile sağlık çıktılarını aynı düzeyde elde edebilir. Verimsizliğin en yaygın nedenleri ise; uygunsuz ve etkisiz ilaç kullanımı, tıbbi hatalar, yetersiz kaliteli bakım, israf, yolsuzluk ve sahtekârlıktır (Celements vd., 2012). Sağlık harcamalarının verimliliğini artırmak için ülkeler hastanelerin ve diğer kurumların birleşmesini, merkezi satınalma uygulamalarını, günlük cerrahi uygulamaları içeren stratejiler benimsemektedirler (Pearson, 2012). DSÖ, uygun olmayan hastaneye kabuller ve yatış uzunluğu, tıbbi hatalar, kaliteli bakımın yetersizliği, uygun olmayan veya maliyetli personel istihdamı, jenerik ilaçların yetersiz kullanımı ve gerektiğinden daha yüksek ilaç fiyatları nedeniyle sağlığa yapılan kaynakların %20-40'ı boşa kullanıldığını ifade etmektedir. Benzer sonuçlar ABD'de de bulunmuştur. Bir çalışmada işletme kayıplarının (idari süreçlerin değer yaratmadan ek maliyet yarattığı yerde) ve tıbbi kayıpların (tıbbi bakımın uygunsuz örneğin belirli müdahalelerde aşırı, yanlış veya yetersiz kullanımının, kaçırılan fırsatların ve klinik hataların olduğu yerlerde) toplam sağlık maliyetlerinin %29'unu oluşturduğu bulunmuştur. PricewaterhouseCoopers şirketinin ABD'de yaptığı bir araştırmada ise toplam sağlık harcamalarındaki israf, 1.2 Trilyon \$ olarak tespit edilmiştir (Şekil 10) (PWC, 2008; Prada vd., 2014).

### Şekil 10. Sağlık Harcamalarında İsraf



**Kaynak:** PWC (2008); Prada vd. (2014)

Sağlık sistemlerinde verimlilik artırılabilirse, sağlık sistemleri daha az kaynakla daha fazla hizmet sunma yolları bulabilirse ve süreçte aynı veya daha iyi çıktılar elde edebilirse, sağlık sistemleri finansal sürdürülebilirliği sağlama konusuna katkı sağlayabilir. Örneğin sağlık sistemleri için performans şeffaflığını iyileştirmek verimliliği artırabilir (World Economic Forum, 2012).

Daha fazla verimlilik sağlık sistemlerinde daha fazla değer yaratmanın tek yolu değildir, ancak önemli bir faktördür. Geçtiğimiz 40 yılda verimlilik kazanımları birçok Avrupa ülkesinde ve ABD’de GSYİH büyümesinin ana faktörü olmuştur. Fakat verimlilik zorluklar olmadan olmaz. Örneğin işgücü verimliliği ve istihdam arasındaki değiş tokuş zordur, fakat önemlidir (World Economic Forum, 2012).

Sağlık sektörü için verimliliği sağlamak ve iyileştirmek zordur. Bunun üç önemli nedeni vardır. Birincisi sağlık sistemleri “zorlu”dur. Ayrıca modern yönetim uygulamaları

(sağlam performans yönetimi veya hizmet hattı raporlama) sık sık güçlü çıkar grupları tarafından engellenir. İkincisi sağlık sistemleri düşük maliyetli şeyler için dış kaynak kullanmaz. Medikal turizm şu anda Avrupa ve Kuzey Amerika'dan hastaların hastane bakımının %0,5'inden daha azını oluşturmaktadır. Son olarak sağlık sistemleri kolayca sermaye ile emeğin yerini alamaz. Sağlık sektörü özünde emek yoğun bir sektördür (World Economic Forum, 2012).

Sağlık sistemlerinin finansal olarak sürdürülebilir olması için sağlık sistemlerinin talebi daha etkili yöneten ve verimsizliği ve israfı ortadan kaldırarak arz tarafında dönüşüm sağlayan yeni değer yaratma modelleri bulması gerekmektedir. Sağlık sistemleri dinamik olduğundan çözümler de dinamik olmalıdır. Ancak, yalnız bir konuyu ele almak sistemin diğer parçalarını verimsizliğe itebilir (World Economic Forum, 2012).

#### **2.3.4.3.2.3. İstenen Davranışsal Değişimlere Yol Açan Finansman Modelleri**

Sağlık hizmetlerinin hangi şekilde finanse edileceği, sağlık sisteminin sürdürülebilirliği ile ilgili bir diğer unsurdur. Finansman modellerinin hizmetlerin sürdürülebilirliğini desteklemede ve sağlık hizmeti amaçlarını başarmada etkili olduğu belirtilebilir. Finansman modelleri değişim için güçlü bir motivasyon sağlayabilir, fakat bu modeller etkili bir şekilde kullanılmazsa verimsizliklere de yol açabilir. Daha önce de belirtildiği gibi toplam sağlık harcamalarındaki büyümenin genel ekonomideki büyümeden daha hızlı bir oranda gerçekleştiği göz önüne alındığında artan sağlık harcamaları, sağlık sistemlerinin finansal sürdürülebilirliğinde ciddi bir tehdit olarak görülmektedir. Sağlık bakım maliyetleri ekonomik büyüme hızının gerisinde kalmaya devam ederse, nüfusun kapsam genişliği, sağlanan faydaların kapsamı ve kamu tarafından finanse edilen hizmetlerin derinliği konusundaki etik tartışmalar, sağlık sisteminin performansını sürdürmek için gerçekleşmek zorundadır (Prada vd., 2014).

#### **2.3.4.3.2.4. Yenilik ve Yenilikçi Teknolojileri Geliştirmek**

Yenilik ve yenilikçi teknolojiler, sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği çerçevesinin dördüncü ayağını oluşturmaktadır. İnovasyon; sosyal veya ekonomik değere yol açan

yeni fikirler, ürünler veya hizmetlerin yürütülmesi anlamına gelir (Prada vd., 2014). İnovasyon sağlık sistemlerinin verimliliğini, güvenliğini, kalitesini ve etkililiğini artıran temel dinamiklerden birisidir (Prada vd., 2014).

#### **2.3.4.3.2.5. İnsan Kaynaklarının Uyumu, Desteği ve Optimal Gelişimi**

Sağlık sisteminin sürdürülebilirliği çerçevesinde beşinci ayak, insan kaynaklarının desteği ve optimal gelişimidir. Sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği ihtiyaç duyulan insan kaynağının bulunabilirliğine bağlıdır (Prada vd., 2014). Yeterli sayı ve nitelikte bir sağlık insangücü kapasitesine sahip olmak sağlık sistemlerinin amaçlarına erişmesinde ve sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğini sağlamada önemli bir araçtır (Yıldırım, 2015).

#### **2.3.4.3.2.6. Sağlık Belirleyicileri ile Stratejik Uyum**

Önerilen sağlık ve sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği çerçevesindeki son unsur sağlığın belirleyicileri ile stratejik uyumu içermektedir. Daha önce de belirtildiği gibi sosyal, ekonomik ve fiziksel çevrenin nüfusun sağlığı üzerinde önemli bir etkisi vardır. Bu belirleyiciler insanlar hasta oldukları ve tıbbi bakım gerektiren koşullarda ortaya çıktıkları için sağlık hizmetlerinin kullanımı ve erişiminden daha önemlidir. Bu belirleyicilerin ele alınması hem ekonomik çıktıları artıracak, hem de sağlık hizmetlerine olan talebi azaltacaktır. Gıda, barınma, ulaşım, çevre, ulusal güvenlik, eğitim, ekonomi ve diğer önemli alanlardaki etkili sektörlerarası sağlık politikaları, riski yönetmeye ve sosyal eşitsizlikleri azaltmaya yardımcı olur. Finlandiya gibi ülkeler sürdürülebilirlik konusunda stratejiler geliştirmek için sağlık ve sosyal politikaları bir arada değerlendirmektedir. Finlandiya tarafından seçilen politika seçeneklerinden bazıları; iyilik hali için güçlü bir kurumu, iş hayatında daha uzun çalışmayı, yaşamın diğer alanlarını dengelemeyi ve sağlıklı ve güvenli bir yaşam çevresini içermektedir (Prada vd., 2014).



### 3. BÖLÜM

## TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİNDE FİNANSAL SÜRDÜRÜLEBİLİRLİK

### 3.1. TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİ

#### 3.1.1. Genel Bir Bakış

Türkiye, Asya ve Avrupa'yı birleştiren, üst-orta düzey gelirli, farklı sosyo-ekonomik kalkınma aşamasındaki 81 ilde 76 milyon kişinin yaşadığı bir ülkedir. Türkiye, son on yıl içerisinde hızlı bir ekonomik büyüme gerçekleştirmiştir ve ülke içinde sosyo-ekonomik farklılıklar olmasına rağmen, genç ve büyümekte olan bir nüfusun demografik avantajına sahiptir (Atun vd., 2013). Türkiye'nin son yıldaki nüfus artış hızı binde 13,7 olarak gerçekleşmiştir ve doğumda beklenen yaşam süresi ortalama 76,9 yıldır. Toplam doğurganlık hızı 2012 yılında 2,09 çocuk iken 2013 yılında 2,07 çocuk olmuştur ve bu durum bir kadının doğurgan olduğu dönem boyunca doğurabileceği ortalama çocuk sayısının 2013 yılında 2,07 olduğunu göstermektedir. Ayrıca Türkiye'de bebek ölüm sayısı 2012 yılında 14.931 iken bu sayı 2013 yılında 13.900'e düşmüştür. Bebek ölüm hızı, 2012 yılında binde 11,6 iken bu hız 2013 yılında binde 10,8 olmuştur. Anne ölüm oranı ise 2012 yılında yüzbinde 15,4 olarak gerçekleşmiştir. Türkiye'de temel ölüm nedenleri ilk altı hastalık grubu sırasıyla; dolaşım sistemi hastalıkları (%39,8), iyi huylu ve kötü huylu tümörler (%21,3), solunum sistemi hastalıkları (%9,8), endokrin, beslenme ve metabolizmayla ilgili hastalıklar (%5,6), dışsal yaralanma nedenleri ve zehirlenmeler (%5,5) ile sinir sistemi ve duyu organları hastalıkları (%4,1) olmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2014a; TÜİK, 2014b).

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde pek çok kurum faaliyet göstermektedir. Türkiye'de hizmet sunucusu olarak başlıca kuruluşlar Sağlık Bakanlığı, üniversiteler ve özel sektördür. Finansman kurumu bazında en önemli görevi ise Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) yerine getirmektedir. Sağlık politikalarının oluşturulmasında ise Sağlık Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, TBMM, Hükümet, MEB, YÖK, yargı

mercileri, özel sektör ve Sivil Toplum Kuruluşları (STK) önemli rol oynamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2007).

Türkiye sağlık sisteminin geçmişten günümüze kadarki gelişimi ise dört döneme ayrılarak incelenebilmektedir. İlk dönem Türkiye Cumhuriyeti'nin ilk Sağlık Bakanı olan Refik Saydam ile başlamaktadır. Refik Saydam 1921-1937 yılları arasında bugün bazıları hala geçerli olan sağlık sistemi için radikal değişiklikler gerçekleştirmiştir. Bunlardan en belirgin olanı ayrıntılı kuralları ve düzenlemeleri olan halk sağlığı çerçevesinde oluşturulan Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'dur. Bu dönemde ayrıca il sağlık müdürlükleri ve devlet tıbbi ofisleri kurulmuştur (Tatar vd., 2011).

Bu dönemde önleyici sağlık hizmetlerine olan önem azalmış ve yatan hasta bakımına verilen önem artmıştır. Sağlık sisteminin örgütlenmesinde de radikal değişimler gerçekleşmiştir. Ülke, 7 bölge içinde genel hastanelerden ruh ve sinir hastalıkları hastanesi ve sanatoryuma ve bulaşıcı hastalıklar için hastanelere kadar 21 farklı sağlık kuruluşuna ayrılmıştır. Tüm sağlık kuruluşlarını tek bir çatı altında toplamak amacıyla Milli Savunma Bakanlığı ve belediyeler de dahil olmak üzere diğer bakanlıklara bağlı tüm kuruluşlar Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir (Tatar vd., 2011). Bu dönemde köyleri sağlık teşkilatına kavuşturmak ilkesi çerçevesinde, her 40 köy için 10 yataklı bir sağlık merkezi kurularak tedavi edici hekimlikle koruyucu sağlık hizmetlerinin birlikte verilmesi sağlanmaya çalışılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2012a).

Bu dönemde diğer önemli olay, bugün hala geçerli olan sıtma, tüberküloz ve trahom gibi bulaşıcı hastalıklarla savaşmak için kurulmuş dikey örgütlenmelerdir. Bu dönemde sağlık sisteminin temel ilkelerini oluşturan çok sayıda yasa yürürlüğe girmiştir. Bunlardan bazıları; 1920 tarihli ve 38 sayılı Tababet-i Adliye Kanunu, 1928 tarihli 1262 Sayılı İспенçiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu, 1929 tarihli 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (1930), 3017 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat ve Memurin Kanunu'dur. Bu kanunlar zaman içinde bazı değişiklikler göstererek sağlık sistemi içerisinde hala yer almaktadır (Tatar vd. 2011; Sağlık Bakanlığı, 2012a).

İkinci dönem 1961 yılında, 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun çıkarılmıştır. Ancak sosyalizasyon, fiilen 1963 yılında başlamıştır. Yaygın, sürekli, entegre, kademeli, il içinde bütünleşmiş bir yapı anlayışıyla sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri şeklinde bir yapılanmaya gidilmiştir. Dikey örgütlenmeler kısmen azaltılıp farklı nitelikte sağlık hizmetleri veren yapılar, sağlık ocağı bünyesinde entegre hâle getirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2012a). Bu dönemde sosyal güvenlik alanında da çok sayıda gelişme gerçekleşmiştir. 1965 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), 1950 yılında Emekli Sandığı, 1971 yılında da Bağ-kur kurulmuştur. 1960'lardaki diğer önemli gelişme ise her beş yılda sağlığı da içeren tüm sektörler için hazırlanan kalkınma planlarıdır. Bu planların uygulanmasında ciddi problemler olmasına rağmen yıllarca önemli sağlık politikası kaynakları olarak kullanılmıştır (Tatar vd., 2011).

Üçüncü dönem 1980'lerdir. Bu dönemde Türkiye'de hem ekonomik hem de sosyal yaşam için liberal politikalar gerçekleştirilmiştir. Bu dönemde çıkarılan 1982 Anayasası, vatandaşların sosyal güvenlik hakkına sahip olmalarının yanı sıra bu hakkın gerçekleşmesinin devletin sorumluluğunda olduğuna yönelik hükümler içermiştir. Anayasa'nın 56. maddesi "Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, iş birliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini düzenlemektedir. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir" hükmü getirilmiştir. Aynı maddede "Genel Sağlık Sigortası kurulabileceğine" dair bir hüküm de yer almıştır (Sağlık Bakanlığı, 2012a).

Dördüncü dönemde ise Türkiye'de 2003 yılından itibaren uygulanmaya başlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile sağlık alanında oldukça önemli değişiklikler yaşanmıştır. Program, sağlık hizmetlerinin finansmanında ve sunumunda önemli reformlar içermiştir. SDP, Türkiye sağlık sektörünün uzun zamandan beri var olan sorunlarını ele almak için tasarlanmıştır, bu sorunlar: i) diğer OECD ve orta gelirli ülkelere kıyasla geri kalmış olan sağlık sonuçları ii) sağlık hizmetlerine erişimdeki hakkaniyetsizlikler iii) sağlık hizmetleri finansmanı ve sunumunda verimsizliğe yol

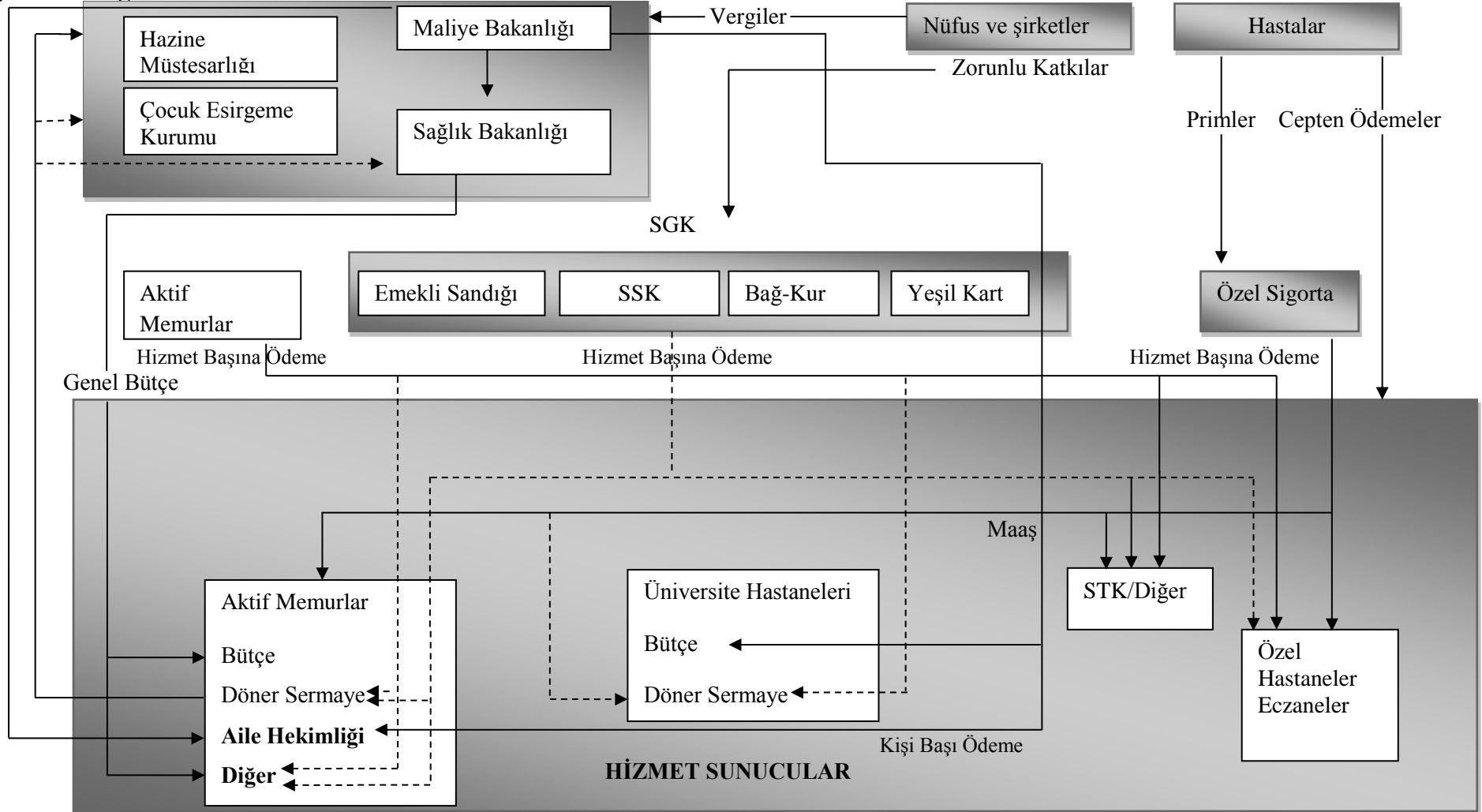
açan ve mali sürdürülebilirliği zayıflatan parçalı yapı ve iv) düşük hizmet kalitesi ile hastalara sınırlı cevap verebilirliktir (OECD, 2008). SDP 8 tema etrafında dönüşmeyi hedeflemiştir. Bu hedefler ise;

- 1) Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı,
- 2) Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası,
- 3) Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi,
  - a) Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği,
  - b) Etkili, kademeli sevk zinciri,
  - c) İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri,
- 4) Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü,
- 5) Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,
- 6) Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,
- 7) Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma,
- 8) Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: sağlık bilgi sistemidir (Sağlık Bakanlığı, 2008).

Vatandaş odaklı yürütülen program, sağlıkta küresel gelişmeleri gözetken, ülkenin sosyo-ekonomik gerçeklerine uygun, yapısal, planlı ve sürdürülebilir bir Türkiye modelini oluşturmayı hedeflemiştir. Program, bütün vatandaşların ülkenin eşit haklara sahip kişileri olarak, sağlık hizmetlerine hakkaniyet içinde erişmelerini amaç edinen ahlaki anlayış üzerine bina edilmiştir. Program, vatandaşlara kaliteli sağlık hizmetini, ülke kaynaklarını ekonomik bir şekilde kullanarak vermeyi amaçlamaktadır (Atasever, 2011).

Şekil 11 Sağlık Bakanlığı ve diğer kurumların rolleri ve sorumlulukları ile sağlık sistemini özetlemektedir (Tatar vd., 2011).

Şekil 11. Sağlık Sisteminin Görünümü



**Kaynak:** Tatar vd. (2011), **Not:** Yeşil Kart sistemi 2012 yılında SGK'ya dahil edildiği için orijinal kaynaktan farklı olarak burada SGK kutucuğu içinde gösterilmiştir.  
**Not:** Düz çizgiler yönetsel ilişkileri gösterirken, kesikli çizgiler finansal ilişkileri göstermektedir.

### 3.1.2. Türkiye Sağlık Finansmanı ve Sağlık Harcamaları

Türkiye sağlık sistemi, 2003 yılından beri geniş kapsamlı bir reform süreci geçirmiş ve sağlık hizmetlerinin finansmanında ve sunumunda radikal değişimler gerçekleşmiştir. 5502 sayılı kanunla sağlık finansmanında sosyal güvenlik reformunun ilk adımı atılmış ve bütün sigorta kurumları yeniden yapılandırılarak SGK adıyla tek çatı altında toplanmıştır. Ardından çıkarılan 5510 sayılı kanunla bütün nüfusun sosyal güvenlik kapsamına alınmasıyla sağlık hizmetlerine erişimdeki ve finansmandaki eşitsizliklerin giderilmesi hedeflenmiştir. Sosyal güvenlik reformunun temel amacı ise adil, kolay erişilebilir, yoksulluğa karşı daha etkin koruma sağlayan, mali açıdan sürdürülebilir bir sosyal koruma sistemine ulaşabilmektir (Sağlık Bakanlığı, 2008).

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanında ağırlıklı olarak sosyal sigorta modeli kullanılmaktadır ve GSS olarak adlandırılan bu model, SGK tarafından yönetilmektedir. Türkiye’de 2012 yılından itibaren zorunlu GSS uygulamasına geçilmiş ve sağlık sisteminin finansmanında köklü değişiklikler ortaya çıkmıştır. Sistem, finansman ile sağlık hizmeti üretiminin birbirinden kesin olarak ayrıldığı, hizmet satın alınması anlayışına dayanmaktadır (Erol ve Özdemir, 2014). Genel Sağlık Sigortası; SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve aktif memurlar ile onların bağımlıları; asgari ücretin üçte birinden daha az aylık geliri olan kişileri; devletten aylık maaş alan özel grupları (olimpiyat madalyası kazananlar, savaş gazileri gibi) mültecileri; kendi ülkesinde sosyal sigortalar kapsamında olmayan yabancıları; işsizlik sigortasından faydalanan kişileri; daha önceki sosyal güvenlik yasalarının kapsadığı tüm vatandaşları içermektedir (Tablo 6). GSS’nin kapsamadığı kişiler ise; askerlik hizmetinde olan er ve erbaşlar, kendi ülkesinde sosyal sigorta kapsamında olan yabancılar, Türkiye’de kendi hesabına çalışan ve yurt dışında ikamet edenlerden o ülkenin sosyal güvenlik mevzuatına dahil olanlar, turistler veya kısa süreli ziyaretçiler, yasadışı göçmenler ve tutuklulardır (Resmi Gazete, 2006; Tatar vd., 2011).

**Tablo 6. Genel Sağlık Sigortası Kapsamı ve Katkı Oranları**

Popülasyon Grubu	Kapsam Mekanizması	Katkı Kaynağı ve Oranı	Zorunlu veya Gönüllü Üyelik	Bağımlılar İçin Kapsam
Özel Sektör Çalışanları	Genel Sağlık Sigortası	%12,5 (%7,5 işveren ve %5 çalışan katkısı)	Zorunlu	Evet
Mavi yakalı Kamu Sektörü Çalışanları	Genel Sağlık Sigortası	%12 (%7 işveren ve %5 çalışan katkısı)	Zorunlu	Evet
Serbest Meslek, Esnaf ve Tüccarlar	Genel Sağlık Sigortası	Prim için temel olarak belirlenen gelirin %12'si	Minimum ücretten daha fazla geliri olanlar için zorunlu	Evet
Tarım İşçileri	Genel Sağlık Sigortası	Prim için temel olarak belirlenen gelirin %12'si	Minimum ücretten daha fazla geliri olanlar için zorunlu	Evet
Aktif Memurlar	Genel Sağlık Sigortası	Genel bütçe maaşın %12'si	Zorunlu	Evet
Emekli Memurlar	Genel Sağlık Sigortası	Emekliler aktif memurken katkı yaptığı için prim ödememektedir	Zorunlu	Evet
Aylık geliri asgari ücretin üçte birinden daha az olan vatandaşlar	Genel Sağlık Sigortası	Genel bütçe	Uygunluk testi konusu	Hayır
İşsizlik sigortası kapsamında olan işsizler	Genel Sağlık Sigortası	Genel bütçe	Uygun olduklarında	Hayır
Ülkede ikamet eden yabancılar	Genel Sağlık Sigortası	Prim için temel olarak belirlenen gelirin %12'si	Gönüllü	Hayır

**Kaynak:** Tatar vd. (2011)

GSS Kanunu'na göre, sağlık hizmetlerinin finansmanı sosyal sağlık sigortacılığı yani prim esasına dayanmaktadır (Akyel, 2006). 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 81. maddesine göre GSS primi, kısa ve uzun vadeli sigorta kollarına bağlı olanlar için sigortalının prime esas kazancının %12,5'idir. Bu primin %5'i sigortalı, %7,5'i ise işveren hissesidir. Sadece GSS'ye bağlı olanlar için ise GSS primi, prime esas kazancın %12'sidir. Ayrıca devlet, prime esas kazanç üzerinden %3 oranında katkı sağlamaktadır. Bu katkı, primin dörtte biri olarak hesaplanır (Resmi Gazete, 2006). GSS ile birlikte, Türkiye sağlık sisteminde katkı payları yaygın bir şekilde kullanılmaya başlanmıştır.

5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 63. maddesine göre kurumca bedeli ödenen sağlık hizmetleri; koruyucu sağlık hizmetleri, hastalığa bağlı sağlık hizmetleri, analığa bağlı sağlık hizmetleri, diş sağlığı, tüp bebek ve bu sağlık hizmetleri için gerekebilecek; ilaç, kan ve kan ürünleri, aşı, ortez, protez, tıbbi araç ve gereç, tıbbi sarf malzemeleri ve benzeridir. Kanun'un 64. maddesine göre kurumca bedeli ödenmeyen sağlık hizmetleri ise; estetik amaçlı yapılan her türlü sağlık hizmeti, estetik amaçlı ortodontik diş tedavisi, Sağlık Bakanlığı'nca ruhsatlandırılmayan ve tıbbi hizmet olduğu kabul edilmeyen sağlık hizmetleridir (Resmi Gazete, 2006).

GSS'ye ek olarak Türkiye'de tamamlayıcı sağlık sigortasının da uygulamaları öngörülmektedir. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası, SGK tarafından kapsama alınmayan, kapsama alındığı halde kısmen karşılanan, yani cepten ilave ücret ödenmesi yapılan ya da bireylerin daha yüksek standartlarda sağlık hizmeti talep ettiği durumlarda devreye giren özel sağlık sigortası türüdür. Türkiye'de tamamlayıcı sağlık sigortası daha çok 2000'li yılların başından itibaren tartışılmaya başlanmıştır. Bu sigorta türü ilk kez 5510 sayılı Kanununun 98. maddesinde konu olmuş ve 2011 Ekim ayında yayımlanan Orta Vadeli Programda (2012-2014) "tamamlayıcı emeklilik ve sağlık sigortası modellerinin geliştirileceği" konusuna yer verilmiştir. Kanununun 98. maddesinde, konuyu sigortacılık ilkeleri çerçevesinde düzenleme görevi SGK'nın uygun görüşü alınması suretiyle Hazine Müsteşarlığı'na verilmiştir (SGK, 2012).

SGK tarafından da 28 Haziran 2012 tarihinde yayınlanan 2012/25 sayılı Genelge ile Tamamlayıcı veya Destekleyici Sağlık Sigortası ile ilgili düzenlemeler yapılmıştır. Daha önceleri uygulamada var olan ancak herhangi bir düzenleme bulunmadığı için özellikle SGK tarafından yapılan geri ödeme uygulamalarında sıkıntı yaşanmasına yol açan hususlar ve uygulamadaki farklılıklar Genelge ile ortadan kaldırılmıştır. Bu genelge ile önceden ilave ücret, otelcilik ücreti gibi hastalar tarafından cepten ödenen kısımların sigorta şirketleri tarafından ödenebilmesi sağlanmıştır. Yani, SGK tarafından ödenmesi gereken sağlık hizmetleri bu kuruma, ilave ücret ise özel sigorta şirketine fatura edilebilecektir. Ayrıca, sigorta şirketi ve hastane bir sağlık hizmetinin fiyatı konusunda kendi arasında anlaşma yaptığı takdirde, sağlık hizmet bedelinin Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) fiyatı SGK'ya, SUT'un üzerinde kalan kısmı da sigorta

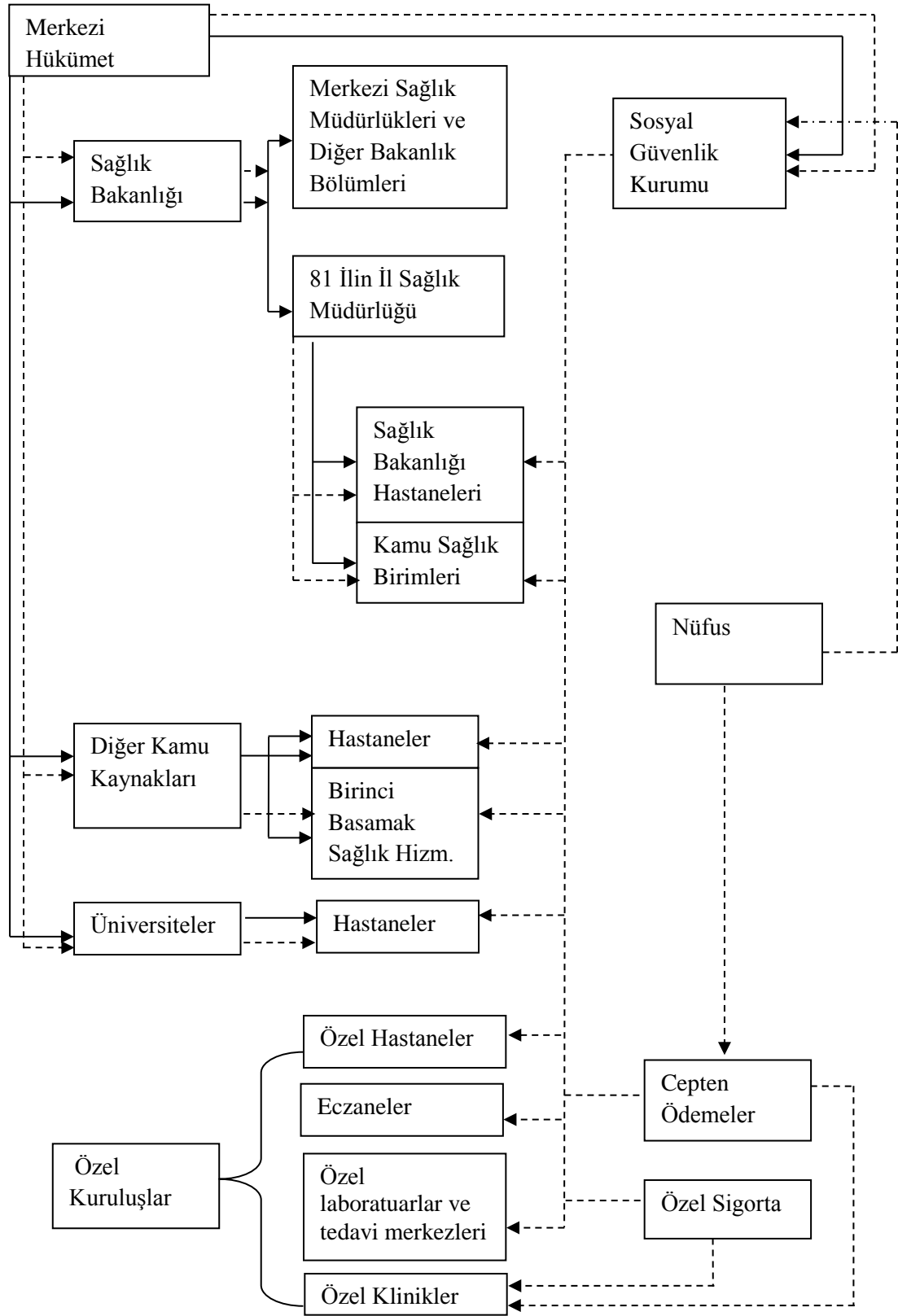


şirketine fatura edilebilecektir. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası yaptırmak ise tamamen isteğe bağlıdır. Kurumca finansmanı sağlanmayan sağlık hizmetleri (estetik girişimler, akupunktur gibi alternatif tedaviler vb.), ilave ücret tutarları, otelcilik ücreti gibi hastadan alınabilecek tutarlar, sağlık hizmet sunucusu ile sigorta şirketi arasında yapılabilecek anlaşmaya göre, SUT fiyatları üzerinde kalan tutarlardır (SGK, 2012).

23 Ekim 2013 tarihinde Hazine tarafından yayınlanan Özel Sağlık Sigortası yönetmeliğinin 18. maddesine göre; genel sağlık sigortalısının kanun kapsamında SGK tarafından karşılanan Türkiye'deki giderlerine ilave masraflar ve genel sağlık sigortalısının SGK tarafından karşılanmayan Türkiye'deki giderleri özel sağlık sigortası teminatı veren şirketler tarafından karşılanacaktır. Ayrıca şirket; bakıma muhtaç kalma durumunun ortaya çıkmasına bağlı bakım hizmetlerine ilişkin giderler, yurt dışındaki sağlık hizmetleri ve buna bağlı diğer giderler, tercümanlık giderleri ve tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortaları ile ilintili diğer konular için ek teminat verebilecektir (Resmi Gazete, 2013).

Şekil 12'de Türkiye sağlık sisteminde finansal akış özetlenmiştir. Sistemde gerçekleştirilen değişim sonrasında öncelikle Emekli Sandığı, Bağ-Kur, SSK, Yeşil Kart ve devlet memurlarına ilişkin gerçekleştirilen sağlık ödemeleri SGK bünyesinde tek elden gerçekleştirilmeye başlanmış, bu sayede sistemin finansmanı sadeleştirilmiştir.

**Şekil 12. Türkiye Sağlık Sisteminde Finansal Akış**



**Kaynak:** Tatar vd. (2011) **Not:** Düz çizgiler yönetsel ilişkileri gösterirken, kesikli çizgiler finansal ilişkileri göstermektedir.

Tablo 7’de 2000-2013 yılları arasında SGK’nın yapmış olduğu sağlık harcamaları gösterilmektedir. Buna göre 2001 yılında gerçekleşen sağlık harcaması 4.575 milyon TL’dir. 2002 yılında 7.630, 2003 yılında 10.663, 2004 yılında 13.150, 2005 yılında 13.608, 2006 yılında 17.667 ve 2008 yılında ise 19.984, 2009 yılında 28.881, 2010 yılında 32.509, 2011 yılında 36.500 milyon TL, 2012 yılında 44.111 milyon TL ve 2013 yılında 49.889 milyon TL sağlık harcaması gerçekleşmiş ve bu harcamaların büyük bir çoğunluğu tedavi harcamalarından oluşmuştur.

**Tablo 7. 2000-2013 Yılları Arası SGK’nın Sağlık Harcamaları (Milyon TL)**

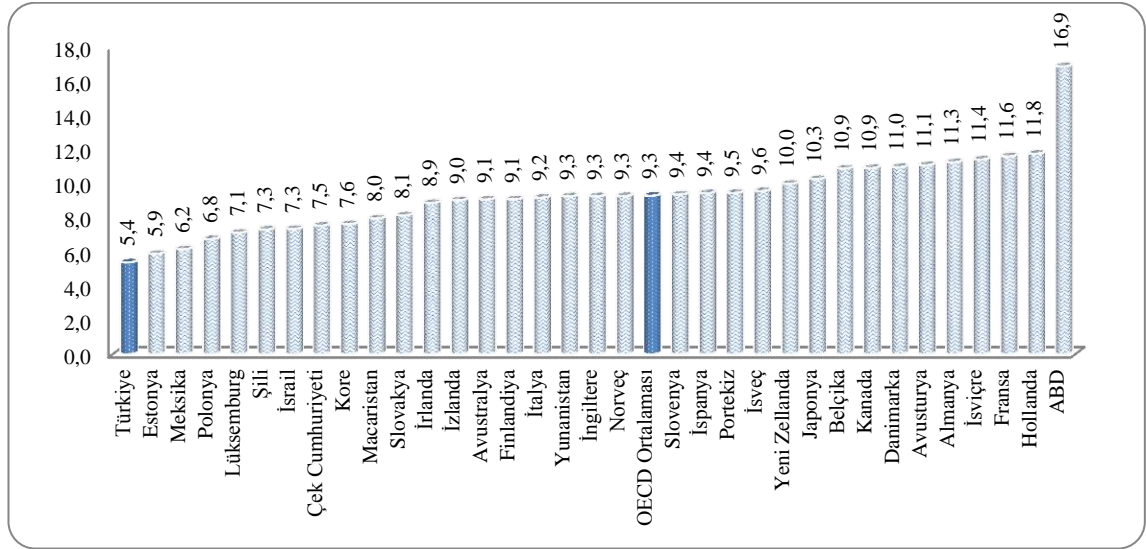
Yıllar	İlaç	Tedavi	Diğer	Toplam
2000	1.388	1.061	184	2.633
2001	2.433	1.799	343	4.575
2002	4.301	2.831	498	7.630
2003	5.615	4.363	685	10.663
2004	6.399	5.906	845	13.150
2005	7.001	5.626	981	13.608
2006	8.372	8.490	805	17.667
2007	8.858	10.268	858	19.984
2008	10.717	13.953	677	25.347
2009	13.161	15.129	521	28.881
2010	13.547	18.469	493	32.509
2011	14.144	21.848	508	36.500
2012	14.300	29.260	605	44.111
2013	15.673	33.508	708	49.889

**Kaynak:** SGK Aylık Temel Göstergeler (2014)

### 3.1.2.1. Sağlık Harcamalarının Gayrisafi Yurt İçi Hasıla İçerisindeki Oranı

Şekil 13’de OECD ülkelerinin sağlık sektörlerine GSYİH’den ayırdıkları kaynak miktarları gösterilmiştir. ABD sağlık sektörüne %16,9 ile en fazla kaynak ayıran ülkedir ve OECD ülkelerinin ortalaması %9,3’tür. Türkiye ise GSYİH’den sağlık sektörüne %5,4 ile en az kaynak ayıran ülkelerden birisidir. Diğer az kaynak ayıran ülkeler ise Meksika, Estonya ve Polonya’dır.

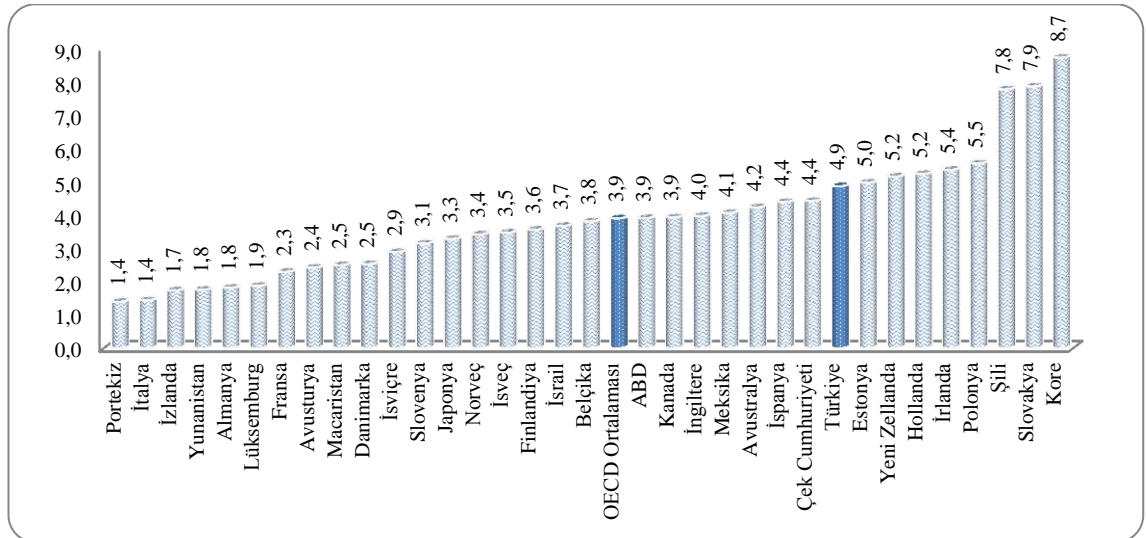
**Şekil 13. Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Oranı (2012 veya En Yakın Yıl)**



**Kaynak:** OECD (2014)

Şekil 14’de toplam sağlık harcamalarının ortalama yıllık büyüme oranları verilmiştir. OECD verileri dâhilinde Türkiye, %4,9’luk yıllık büyüme oranı ile OECD ülke ortalaması olan %3,9’un üstünde yer almaktadır.

**Şekil 14. Toplam Sağlık Harcamasının Ortalama Yıllık Büyüme Oranları (2000-2012 veya En Yakın Yıl)**



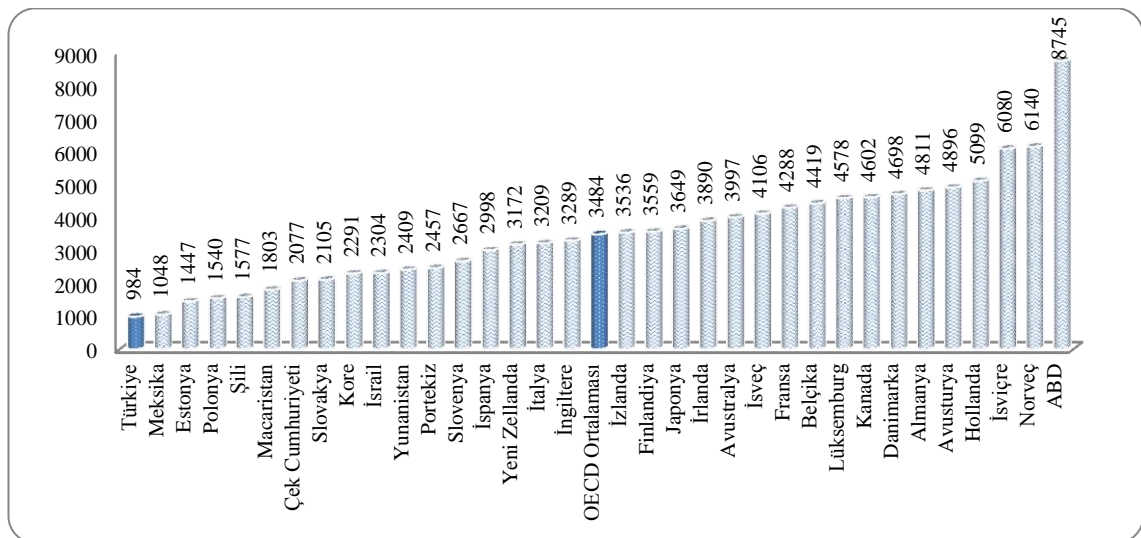
**Kaynak:** OECD (2014)

### 3.1.2.2. Kişi Başı Sağlık Harcamaları

Geliri en az olan ve en az gelişmiş ülkeleri diğer ülkelere göre sağlığa daha az veya en az harcama yapan ülkeler olarak tanımlamak mümkündür. Dünya Bankası verilerine göre geliri en az olan ülkelere birisi olan Entire’de kişi başına düşen sağlık harcaması 14 \$ iken Türkiye’de 664 \$’dır. Ancak Türkiye’ye göre geliri daha yüksek olan ülkelerde ve AB ülkelerinde kişi başına sağlık harcamaları Türkiye’den daha yüksektir. AB ortalaması 3340,1 \$ iken dünya ortalaması 1030,4 \$’dır. İsviçre ve Norveç gibi ülkeler ise kişi başı sağlık harcaması en yüksek olan ülkelere birisidir (The World Bank, 2014).

Şekil 15’de OECD ülkelerinde 2012 yılına ait satın alma paritesi açısından kişi başı sağlık harcamalarına ait veriler karşılaştırılmıştır. Buna göre; Türkiye OECD ülkeleri arasında 984 \$ ile satın alma gücü paritesi açısından kişi başına sağlık harcaması en düşük ülke iken ABD 8745 \$ ile en fazla olan ülkedir. Ülkelerin gelir seviyesi ve endüstrileşme düzeyi yükseldikçe sağlık hizmetlerine daha çok kaynak ayırmakta ve dolayısıyla da sağlık harcamaları da düşük gelirli ülkelere göre daha yüksek düzeyde gerçekleşmektedir (Ünal, 2013).

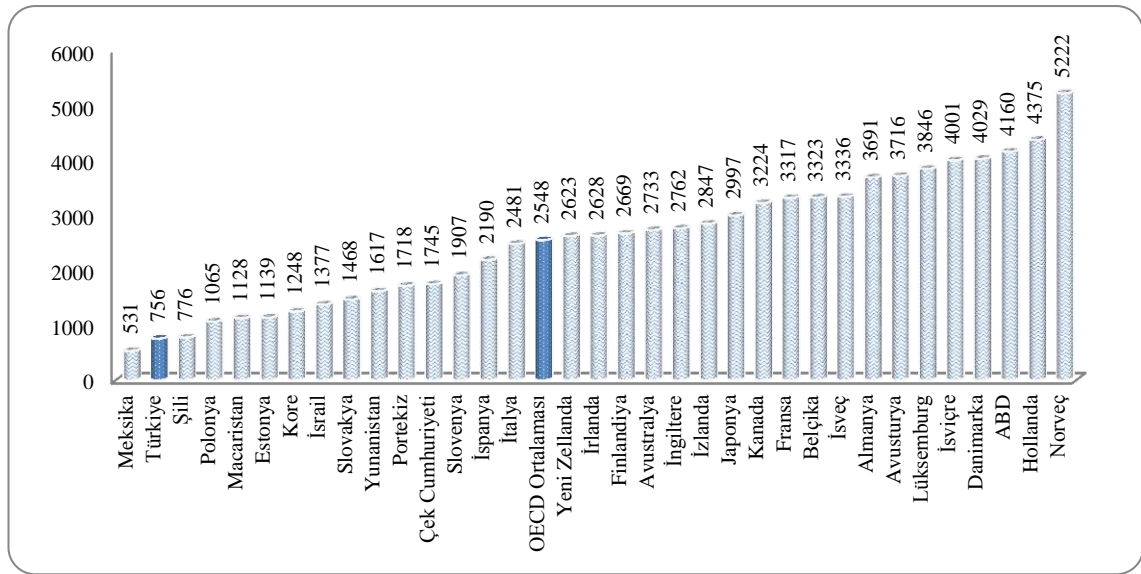
**Şekil 15. OECD Ülkelerinde Kişi Başı Sağlık Harcamaları SGP, ABD \$ (2012 veya En Yakın Yıl)**



**Kaynak:** OECD (2014)

Şekil 16’da satın alma gücü paritesine göre 2012 veya en yakın yılda yapılan kişi başı kamu sağlık harcamalarının miktarı verilmiştir. Buna göre Türkiye’nin kişi başı kamu sağlık harcaması 756 \$ iken OECD ortalaması 2548 \$’dır ve bu durum Türkiye’nin OECD ortalamasının oldukça altında kaldığını göstermektedir. Kişi başı kamu sağlık harcamasının en yüksek olduğu OECD ülkesi 5222 \$ ile Norveç iken en düşük olduğu ülke 531 \$ ile Meksika’dır.

**Şekil 16. Kişi Başı Kamu Sağlık Harcaması SGP, ABD \$ (2012 veya En Yakın Yıl)**



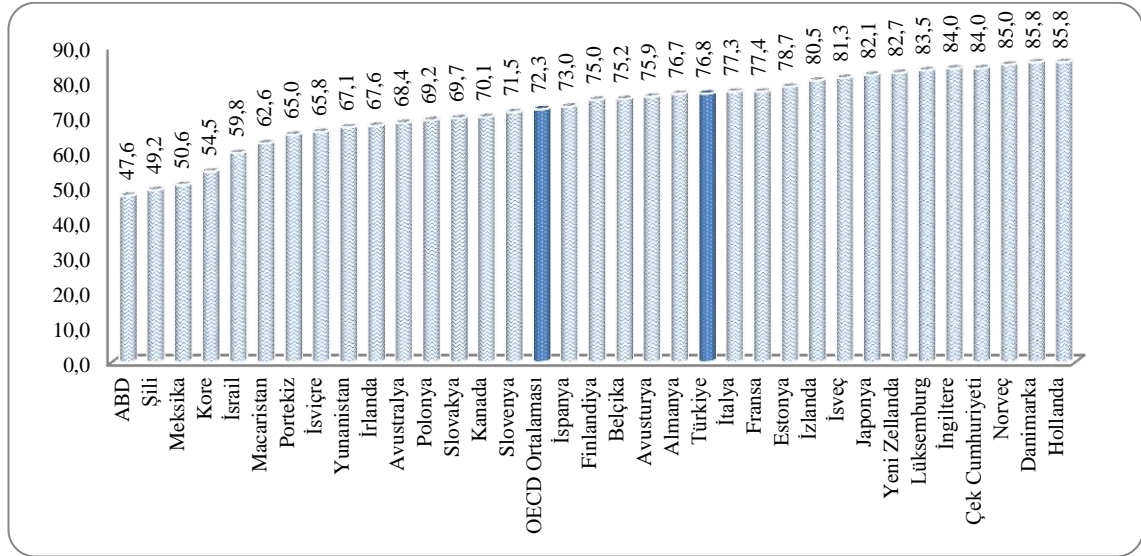
**Kaynak:** OECD (2014)

### 3.1.2.3. Kamu Sağlık Harcamaları

Dünya Bankası verilerine göre AB ülkelerinde kamunun payı %77,1 iken Türkiye’de kamu sağlık harcamalarının payı %73,88’dir ve bu oran çoğu ülkenin kamu sağlık harcamasından daha yüksek bir seviyededir. Ayrıca bu sonuç, Türkiye’nin daha çok kamuya dayalı sağlık hizmetlerine yoğunlaştığını göstermektedir. Dünya ortalaması ise %59,7’dir (The World Bank, 2014).

OECD ülkelerinin toplam sağlık harcamaları içindeki kamu sağlık harcamalarının payı incelendiğinde; Türkiye’nin çoğu OECD ülkesine göre kamu sağlık harcamasını daha fazla gerçekleştirdiği görülmektedir. OECD ülkelerinde ortalama kamu sağlık harcaması payı %72,3 iken bu seviye Türkiye’de %76,8’dir (Şekil 17).

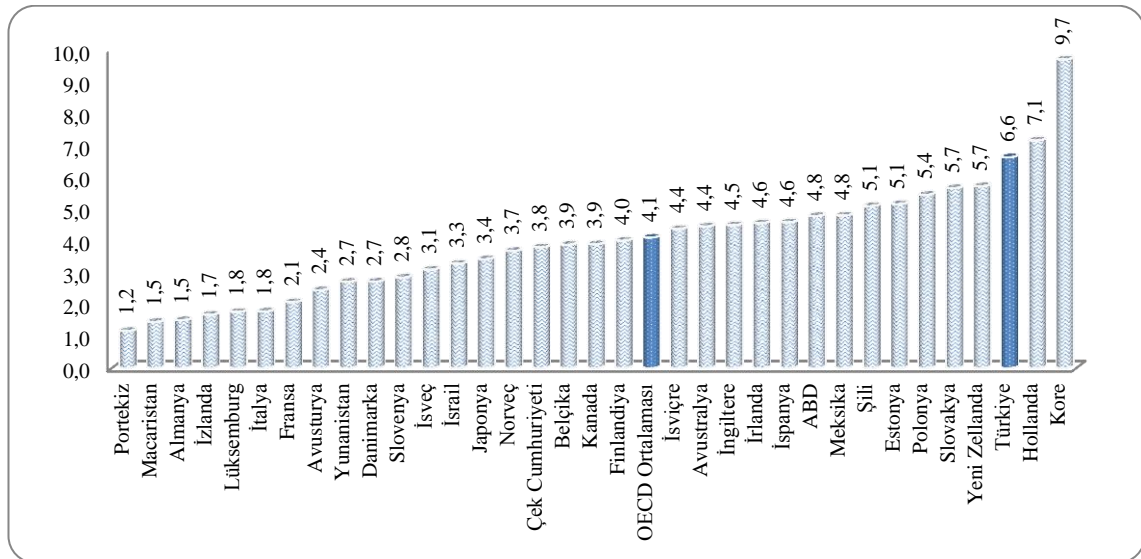
**Şekil 17. Toplam Sağlık Harcamaları İçinde Kamunun Payı, % (2012 veya En Yakın Yıl)**



**Kaynak:** OECD (2014)

Kamu sağlık harcamasının 2000-2012 yılları arası ortalama yıllık büyüme oranlarının karşılaştırıldığı Şekil 18'deki verilere göre OECD ortalaması %4,1 iken Türkiye'de bu oran %6,6 gibi OECD ortalamasından oldukça yüksek bir rakamdır.

**Şekil 18. Kamu Sağlık Harcamasının Ortalama Yıllık Büyüme Oranı (2000-2012 veya En Yakın Yıl)**

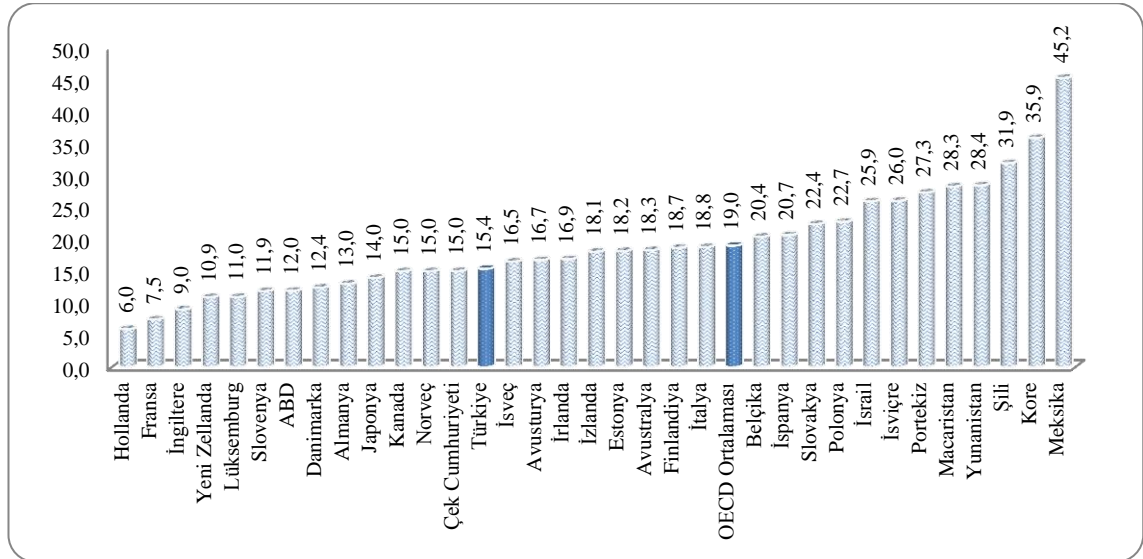


**Kaynak:** OECD (2014)

### 3.1.2.4. Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları

Şekil 19’da OECD ülkelerinin toplam sağlık harcamaları içerisindeki cepten harcamalarının payı verilmiştir. Buna göre %45,2 ile cepten sağlık harcama oranının en yüksek olduğu ülke Meksika’dır. Türkiye, %15,4’lük payla OECD ortalamasının altında yer almıştır. Bu da Türkiye’de cepten yapılan sağlık harcamalarının son yıllarda önemli ölçüde azaldığını göstermektedir. Hollanda ise %6,0 ile cepten sağlık harcama oranının en düşük olduğu ülkedir.

**Şekil 19. Toplam Sağlık Harcamaları İçinde Cepten Yapılan Ödemelerin Payı, % (2012 Yılı veya En Yakın Yıl)**

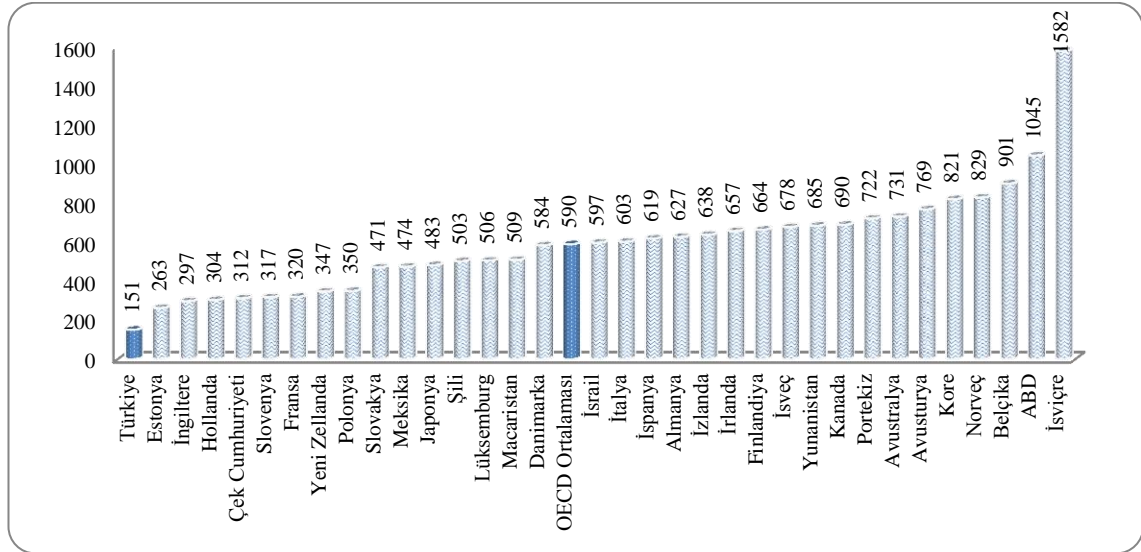


**Kaynak:** OECD (2014)

Şekil 20’de OECD ülkelerinde kişi başı cepten yapılan sağlık harcamalarına ilişkin veriler sunulmuştur. Türkiye; 151 \$ ile kişi başı cepten harcama miktarı en düşük olan ülke konumundadır. En yüksek harcama yapan ülke ise 1582 \$ ile İsviçre’dir.



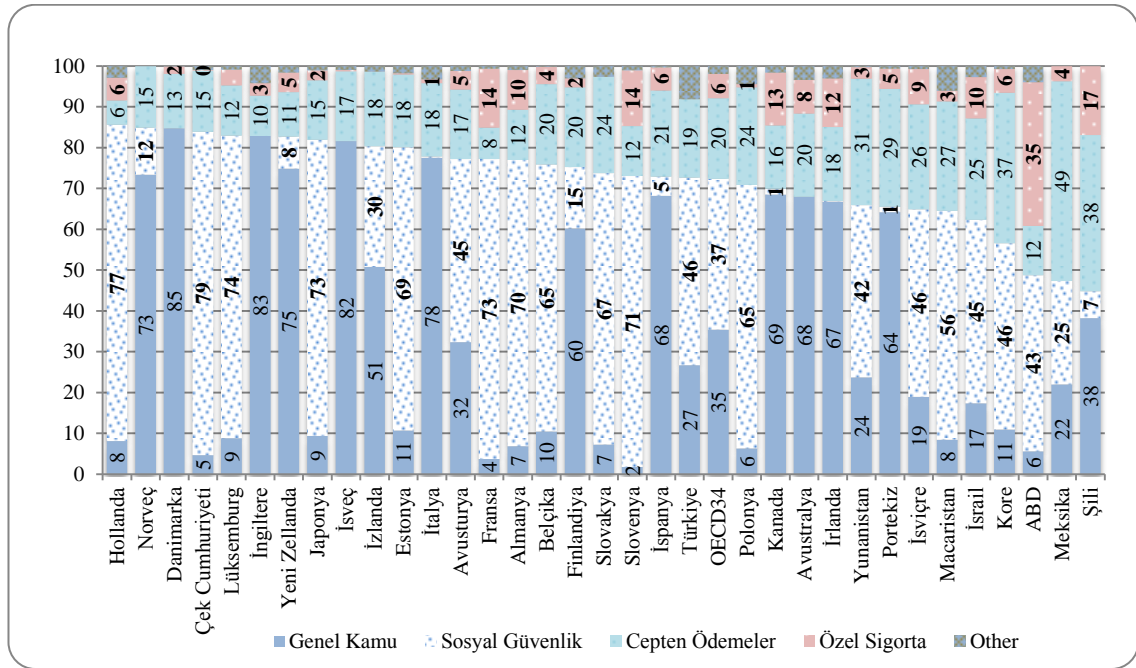
**Şekil 20. Kişi Başı Cepten Sağlık Harcamaları SGP, ABD \$ (2012 Yılı veya En Yakın Yıl)**



**Kaynak:** OECD (2014)

Şekil 21’de, OECD ülkelerinde finansman türlerine göre yapılan sağlık harcamaları gösterilmektedir. Neredeyse tüm OECD ülkelerinde sağlık hizmetleri finansmanının ana kaynağı kamu sektörüdür. 2011 yılında sağlık harcamalarının yaklaşık dörtte üçü kamu tarafından finanse edilmiştir. Danimarka, İngiltere ve İsveç’te sağlık harcamalarının %80’den daha fazlası merkezi veya bölgesel kamu finansmanına aittir. Çek Cumhuriyeti, Hollanda, Lüksemburg, Japonya, Fransa, Slovenya ve Almanya’da sağlık harcamalarının %70 veya daha fazlasını sosyal sigorta finansmanı oluşturmaktadır. Sadece Şili (%45), Meksika (%47) ve ABD’de (%49) kamu sağlık harcamalarının payı %50’nin altındadır. Bu ülkelerde sağlık harcamalarının çoğu ya doğrudan hanehalkları (Şili ve Meksika) tarafından ya da özel sigorta (ABD) tarafından finanse edilmektedir. Türkiye’de ise 2011 yılında %27 oranında genel kamu sağlık harcaması, %46 oranında sosyal güvenlik harcaması ve %19 oranında cepten sağlık harcaması gerçekleşmiştir. OECD ortalamasına bakıldığında ise bu oranların kamu için %35, sosyal güvenlik için %37 cepten harcamalar için %20 ve özel sağlık sigortası için de %6 oranında gerçekleştiği görülmektedir.

**Şekil 21. OECD Ülkelerinde Finansman Türüne Göre Sağlık Harcamaları, (2011 Yılı veya En Yakın Yıl)**



**Kaynak:** OECD (2013)

Özel sağlık harcamaları içerisindeki cepten harcamaların düzeyinin genellikle düşük olması tercih edilmektedir. Türkiye'nin özel sağlık harcamaları içindeki cepten harcamalarının oranı %64,4'tür. OECD ülke ortalaması ise %62,13'tür. Bu durumda Türkiye'nin OECD ülke ortalamasına göre daha çok cepten harcama yaptığı görülmektedir. Ayrıca özel sağlık harcamaları içerisinde cepten harcamalarının düzeyi daha çok fakir ülkelerde yüksektir (The World Bank, 2014).

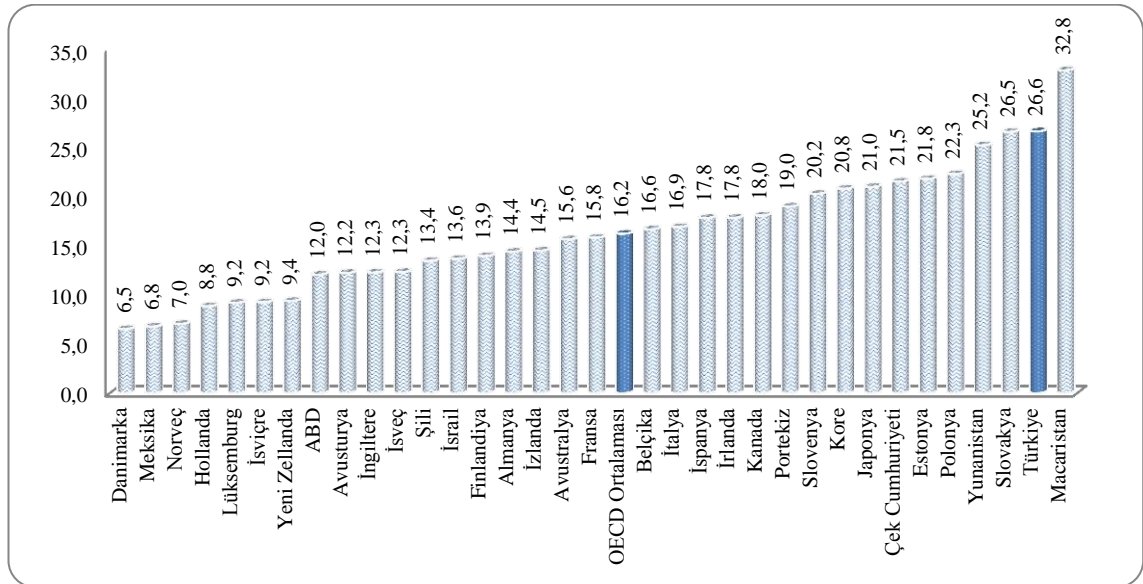
### 3.1.2.5. İlaç Harcamaları

OECD ülkelerinde ilaçlar, sağlık harcamalarının ortalama olarak yaklaşık beşte birini oluşturmaktadır. Yeni ve pahalı ilaçların piyasaya çıkması ve yaşlanan nüfus nedeniyle ilaç tüketiminin artması ilaç giderlerinde ve buna bağlı olarak da genel sağlık giderlerinde artışa neden olan önemli bir faktör olmuştur. Birçok OECD ülkesinde ilaç giderleri temel olarak üçüncü taraf ödeyiciler tarafından ve özel ya da genel sigorta dâhilinde finanse edilmektedir ancak, bunun yanında cepten harcamalarda önemli bir yer teşkil etmektedir. Bu harcamaların ortalama hekim ve hastane ücretlerinden daha

yüksek olduğu söylenebilir. Bu durum daha çok kamusal sigorta şemalarında ilaçlar için yüksek miktarda kesinti yapılmasından veya reçete edilmeyen (ya da geri ödeme kapsamına girmeyen) ilaçlardan kaynaklanmaktadır (Fidan, 2012).

Şekil 22’de, toplam sağlık harcamaları içindeki ilaçlara yapılan harcamaların OECD ülkelerine göre karşılaştırılması verilmiştir. Türkiye’de, ilaçlara yapılan harcama oranı (%26,6) yüksek olmasına rağmen, Macaristan’ın ilaçlara olan harcama oranlarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

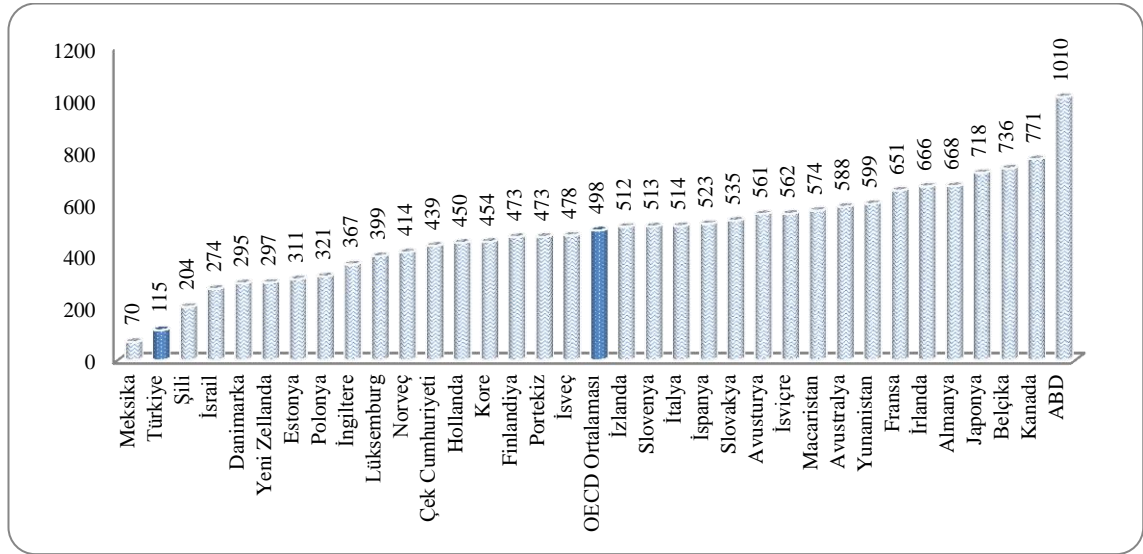
**Şekil 22. Toplam Sağlık Harcamaları İçinde İlaçların Payı, % (2012 Yılı veya En Yakın Yıl)**



**Kaynak:** OECD (2014)

Kişi başı ilaç harcamaları satın alma paritesi açısından incelendiğinde Türkiye’nin OECD ülkeleri arasında en düşük miktarda olan ülkeler arasında yer aldığı görülmektedir. OECD ülke ortalaması 498 \$ iken Türkiye’de bu miktar 115 \$’dir. Bu durum Meksika’dan sonra Türkiye’nin diğer ülkelere oranla daha az miktarda kişi başına ilaç harcaması yaptığını göstermektedir (Şekil 23).

**Şekil 23. Kişi Başı İlaç Harcaması SGP, ABD \$ (2012 Yılı veya En Yakın Yıl)**



**Kaynak:** OECD (2014)

### 3.1.2.6. Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Fonksiyonlara ve Kurumlara Göre Dağılımı

Maliye Bakanlığı’nın 2001-2013 yılı verilerine göre Türkiye’de kamu kurumlarının sağlık harcama düzeyleri ve sağlık harcamalarının kalemlere göre dağılımı Tablo 8’de gösterilmiştir. Bu veriler dâhilinde 2012 yılında 61.540.259 TL toplam sağlık harcaması gerçekleşmiştir. 2012 ve 2013 yıllarında kamu sağlık harcamalarının yarısından çoğunu SGK gerçekleştirmiştir. 2012 yılında SGK’nın gerçekleştirmiş olduğu harcama miktarı 44.150.594 TL iken, 2013 yılında tahmini olarak 50.140.247 TL olmuştur. Sağlık personeli ve diğer harcamalar içerisindeki en büyük payı Sağlık Bakanlığı almaktadır. Tablo 8’de yer alan bütün kamu kurumlarının sağlık harcamaları içinde, tedavi harcamalarının (ayakta ve yatarak sunulan tedavi hizmetleri) payı en yüksektir. Aile Hekimliği’nin 2012 yılında yaygınlaşmasıyla da aile hekimliğine yapılan harcamalar artış göstermiştir. SGK ise ilaca en fazla pay ayıran kurumdur (Maliye Bakanlığı, 2014).

**Tablo 8.Türkiye’de 2001-2013 Yılı Kamu Sağlık Harcamalarının Kurumlara Göre Dağılımı (Bin TL)**

(Bin TL)	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013 YSHT
<b>I.SOSYAL GÜVENLİK KURUMU</b>	<b>4.591.317</b>	<b>7.653.543</b>	<b>10.696.819</b>	<b>13.188.774</b>	<b>13.644.001</b>	<b>17.691.287</b>	<b>20.045.263</b>	<b>25.403.507</b>	<b>28.863.269</b>	<b>32.556.357</b>	<b>36.541.981</b>	<b>44.150.594</b>	<b>50.140.247</b>
<b>Tedavi Harcamaları</b>	<b>1.799.101</b>	<b>2.830.747</b>	<b>4.362.736</b>	<b>5.905.377</b>	<b>5.626.330</b>	<b>8.489.849</b>	<b>10.266.852</b>	<b>13.952.871</b>	<b>15.128.534</b>	<b>18.469.003</b>	<b>21.848.002</b>	<b>29.205.997</b>	<b>33.749.301</b>
Sağlık Bakanlığı Hastaneleri	1.185.191	1.814.936	2.997.821	4.082.666	3.521.446	5.442.132	6.389.961	7.325.000	7.874.644	9.583.991	11.255.000	16.746.000	19.718.000
Üniversite Hastaneleri	330.084	619.606	826.685	1.079.233	1.083.425	1.324.984	1.523.076	2.246.652	2.572.147	3.557.560	4.099.828	5.151.585	6.076.042
Özel Hastaneler	283.826	396.205	538.230	743.477	1.021.459	1.722.732	2.344.815	4.381.218	4.681.743	5.327.452	6.493.174	7.308.412	7.955.259
<b>İlaç Harcamaları</b>	<b>2.433.535</b>	<b>4.300.164</b>	<b>5.614.601</b>	<b>6.399.300</b>	<b>7.001.043</b>	<b>8.372.065</b>	<b>8.857.833</b>	<b>10.716.882</b>	<b>13.160.890</b>	<b>13.546.700</b>	<b>14.144.171</b>	<b>14.299.641</b>	<b>15.622.074</b>
<b>Diğer Harcamalar</b>	<b>358.681</b>	<b>522.632</b>	<b>719.483</b>	<b>884.098</b>	<b>1.016.628</b>	<b>829.373</b>	<b>920.577</b>	<b>733.754</b>	<b>573.745</b>	<b>540.654</b>	<b>549.808</b>	<b>644.955</b>	<b>768.872</b>
<b>II. MERKEZİ YÖNETİM BÜTÇESİ</b>	<b>1.023.142</b>	<b>1.654.000</b>	<b>2.035.488</b>	<b>2.524.378</b>	<b>2.276.632</b>	<b>2.512.890</b>	<b>2.807.113</b>	<b>2.791.179</b>	<b>3.382.207</b>	<b>821.101</b>	<b>293.328</b>	<b>310.352</b>	<b>328.106</b>
<b>Tedavi Harcamaları</b>	<b>479.749</b>	<b>836.776</b>	<b>1.063.078</b>	<b>1.240.000</b>	<b>1.272.000</b>	<b>1.634.512</b>	<b>1.735.922</b>	<b>1.756.765</b>	<b>2.123.731</b>	<b>542.339</b>	<b>191.009</b>	<b>233.791</b>	<b>242.344</b>
Sağlık Bakanlığı Hastaneleri	191.900	334.710	425.231	496.000	509.000	653.805	667.462	663.349	756.853	200.939	46.000	144.000	151.344
Üniversite Hastaneleri	191.900	334.710	425.231	496.000	508.000	648.776	663.990	562.088	536.296	136.954	86.569	47.291	50.000
Özel Hastaneler	95.950	17.355	212.616	248.000	255.000	331.932	404.470	531.328	800.582	204.445	58.440	42.500	41.000
<b>İlaç Harcamaları</b>	<b>543.393</b>	<b>817.224</b>	<b>972.410</b>	<b>1.220.000</b>	<b>923.000</b>	<b>805.178</b>	<b>975.308</b>	<b>945.944</b>	<b>1.147.099</b>	<b>259.346</b>	<b>101.742</b>	<b>76.389</b>	<b>85.762</b>
<b>Diğer Harcamalar</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>64.378</b>	<b>91.632</b>	<b>73.200</b>	<b>95.883</b>	<b>88.469</b>	<b>111.377</b>	<b>19.416</b>	<b>577</b>	<b>172</b>	<b>0</b>
<b>III. YEŞİL KART</b>	<b>392.255</b>	<b>650.815</b>	<b>917.000</b>	<b>1.206.000</b>	<b>1.809.000</b>	<b>2.910.773</b>	<b>3.913.616</b>	<b>4.030.992</b>	<b>5.505.793</b>	<b>4.944.034</b>	<b>5.149.088</b>	<b>228.373</b>	<b>6.000</b>
<b>Tedavi Harcamaları</b>	<b>300.817</b>	<b>537.937</b>	<b>665.000</b>	<b>756.000</b>	<b>1.047.000</b>	<b>1.987.213</b>	<b>2.593.678</b>	<b>2.707.526</b>	<b>3.721.901</b>	<b>3.383.083</b>	<b>3.499.255</b>	<b>115.688</b>	<b>4.000</b>
Sağlık Bakanlığı Hastaneleri	220.013	430.937	531.573	603.000	838.000	1.714.773	2.166.695	2.246.372	3.190.530	2.963.410	2.877.000	0	0
Üniversite Hastaneleri	80.804	107.000	133.427	153.000	209.000	272.440	426.983	461.154	531.371	446.134	597.983	89.173	4.000
Özel Hastaneler	0	0	0	0	0	0	0	0	0	539	24.272	26.515	0
<b>İlaç Harcamaları</b>	<b>91.438</b>	<b>112.878</b>	<b>252.000</b>	<b>450.000</b>	<b>762.000</b>	<b>923.560</b>	<b>1.306.510</b>	<b>1.300.819</b>	<b>1.760.032</b>	<b>1.540.967</b>	<b>1.622.202</b>	<b>107.987</b>	<b>2.000</b>
<b>Diğer Harcamalar</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>13.428</b>	<b>22.647</b>	<b>23.860</b>	<b>19.984</b>	<b>27.613</b>	<b>4.698</b>	<b>0</b>
<b>IV. DİĞER KAMU</b>	<b>203.321</b>	<b>309.390</b>	<b>464.538</b>	<b>717.112</b>	<b>388.407</b>	<b>289.838</b>	<b>173.073</b>	<b>171.100</b>	<b>173.641</b>	<b>2.625</b>	<b>11.237</b>	<b>481</b>	<b>0</b>
<b>Tedavi Harcamaları</b>	<b>53.168</b>	<b>85.246</b>	<b>119.456</b>	<b>122.222</b>	<b>138.600</b>	<b>157.340</b>	<b>93.651</b>	<b>96.069</b>	<b>93.762</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Sağlık Bakanlığı Hastaneleri	21.267	34.099	47.782	48.899	55.462	62.936	36.009	36.275	34.739	0	0	0	0
Üniversite Hastaneleri	21.267	34.099	47.782	48.899	55.353	62.452	35.821	30.738	23.677	0	0	0	0
Özel Hastaneler	10.634	17.049	23.891	24.444	27.785	31.952	21.821	29.056	35.346	0	0	0	0
<b>İlaç Harcamaları</b>	<b>144.412</b>	<b>214.938</b>	<b>332.182</b>	<b>581.691</b>	<b>234.839</b>	<b>115.507</b>	<b>69.309</b>	<b>64.856</b>	<b>67.302</b>	<b>2.625</b>	<b>11.237</b>	<b>481</b>	<b>0</b>
KİTLER	35.707	57.251	80.226	82.084	93.083	105.669	62.896	61.381	65.306	0	0	0	0
SYDTF	108.705	157.687	251.956	499.607	141.756	9.838	6.414	3.475	1.996	2.625	11.237	481	0
<b>Diğer Harcamalar</b>	<b>5.742</b>	<b>9.206</b>	<b>12.900</b>	<b>13.199</b>	<b>14.968</b>	<b>16.991</b>	<b>10.113</b>	<b>10.176</b>	<b>12.577</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>V. AİLE HEKİMLİĞİ</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1.824</b>	<b>19.115</b>	<b>241.964</b>	<b>465.702</b>	<b>792.490</b>	<b>1.388.043</b>	<b>3.137.993</b>	<b>3.570.463</b>	<b>4.000.000</b>
<b>Tedavi Harcamaları</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1.094</b>	<b>11.469</b>	<b>145.178</b>	<b>279.421</b>	<b>475.494</b>	<b>832.826</b>	<b>1.882.796</b>	<b>2.142.278</b>	<b>2.400.000</b>
<b>Koruyucu Sağlık Harcamaları</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>730</b>	<b>7.646</b>	<b>96.786</b>	<b>186.281</b>	<b>316.996</b>	<b>555.217</b>	<b>1.255.197</b>	<b>1.428.185</b>	<b>1.600.000</b>
<b>VI. SAĞLIK BAKANLIĞI KORUYUCU SAĞLIK (AİLE HEKİMLİĞİ HARİÇ)</b>	<b>645.413</b>	<b>889.614</b>	<b>1.090.221</b>	<b>1.354.723</b>	<b>1.551.136</b>	<b>1.818.346</b>	<b>2.072.353</b>	<b>2.187.277</b>	<b>2.595.277</b>	<b>2.613.675</b>	<b>2.152.419</b>	<b>2.966.376</b>	<b>3.252.024</b>

**Tablo 8. Türkiye’de 2001-2013 Yılı Kamu Sağlık Harcamalarının Kurumlara Göre Dağılımı (Bin TL) (Devam)**

<b>VI. ARA TOPLAM (I+II+III+IV+V+VI)</b>	<b>6.855.449</b>	<b>11.157.362</b>	<b>15.204.066</b>	<b>18.990.987</b>	<b>19.671.001</b>	<b>25.242.249</b>	<b>29.263.382</b>	<b>35.049.484</b>	<b>41.312.677</b>	<b>42.325.834</b>	<b>47.286.046</b>	<b>51.226.640</b>	<b>57.726.376</b>
<b>Tedavi</b>	<b>2.632.835</b>	<b>4.290.706</b>	<b>6.210.269</b>	<b>8.023.599</b>	<b>8.085.025</b>	<b>12.280.382</b>	<b>14.835.281</b>	<b>18.792.652</b>	<b>21.543.422</b>	<b>23.277.251</b>	<b>27.421.062</b>	<b>31.697.754</b>	<b>36.395.645</b>
Sağlık Bakanlığı Hastaneleri (Aile Hek. Ted. Harc. Dahil)	1.618.370	2.614.682	4.002.407	5.230.555	4.925.002	7.885.114	9.414.305	10.550.418	12.362.260	13.554.166	16.060.796	19.032.278	22.269.344
Üniversite Hastaneleri	624.055	1.095.414	1.433.126	1.777.122	1.855.778	2.308.652	2.649.870	3.300.632	3.663.491	4.140.648	4.784.381	5.288.049	6.130.042
Özel Hastaneler	390.409	580.610	774.736	1.015.921	1.304.245	2.086.616	2.771.106	4.941.602	5.517.671	5.532.437	6.575.886	7.377.427	7.996.259
<b>İlaç Harcamaları</b>	<b>3.212.778</b>	<b>5.445.204</b>	<b>7.171.193</b>	<b>8.650.991</b>	<b>8.920.882</b>	<b>10.216.310</b>	<b>11.208.960</b>	<b>13.028.501</b>	<b>16.135.323</b>	<b>15.349.638</b>	<b>15.879.351</b>	<b>14.484.498</b>	<b>15.709.836</b>
<b>Diğer Harcamalar</b>	<b>364.423</b>	<b>531.838</b>	<b>732.383</b>	<b>961.674</b>	<b>1.113.228</b>	<b>919.565</b>	<b>1.040.002</b>	<b>855.046</b>	<b>721.659</b>	<b>580.053</b>	<b>578.016</b>	<b>649.826</b>	<b>768.872</b>
<b>Koruyucu Sağlık Harcamaları</b>	<b>645.413</b>	<b>889.614</b>	<b>1.090.221</b>	<b>1.354.723</b>	<b>1.551.866</b>	<b>1.825.992</b>	<b>2.169.139</b>	<b>2.373.286</b>	<b>2.912.273</b>	<b>3.168.892</b>	<b>3.407.616</b>	<b>4.394.561</b>	<b>4.852.024</b>
<b>VII. SAĞLIK YATIRIMI</b>	<b>391.528</b>	<b>609.671</b>	<b>552.001</b>	<b>742.136</b>	<b>850.493</b>	<b>1.076.212</b>	<b>1.187.788</b>	<b>1.306.207</b>	<b>1.495.834</b>	<b>2.000.733</b>	<b>1.944.855</b>	<b>2.157.617</b>	<b>2.351.042</b>
<b>SGK</b>	<b>63.300</b>	<b>68.500</b>	<b>67.972</b>	<b>67.381</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>10.000</b>	<b>7.920</b>	<b>15.000</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Sağlık Bakanlığı</b>	<b>115.741</b>	<b>296.819</b>	<b>192.896</b>	<b>361.724</b>	<b>493.212</b>	<b>620.925</b>	<b>621.981</b>	<b>691.919</b>	<b>772.882</b>	<b>1.457.292</b>	<b>1.278.159</b>	<b>1.536.250</b>	<b>1.561.929</b>
<b>Üniversiteler</b>	<b>108.600</b>	<b>122.968</b>	<b>139.238</b>	<b>157.660</b>	<b>178.519</b>	<b>208.781</b>	<b>275.409</b>	<b>312.096</b>	<b>394.237</b>	<b>348.159</b>	<b>427.115</b>	<b>426.023</b>	<b>555.940</b>
<b>Diğer Merkezi Yönetim</b>	<b>49.083</b>	<b>54.002</b>	<b>59.415</b>	<b>65.371</b>	<b>71.923</b>	<b>79.132</b>	<b>127.398</b>	<b>125.272</b>	<b>125.715</b>	<b>95.282</b>	<b>127.580</b>	<b>63.933</b>	<b>83.785</b>
<b>Mahalli İdareler</b>	<b>54.805</b>	<b>67.381</b>	<b>92.480</b>	<b>90.000</b>	<b>116.839</b>	<b>167.373</b>	<b>153.000</b>	<b>169.000</b>	<b>188.000</b>	<b>100.000</b>	<b>112.000</b>	<b>131.411</b>	<b>149.388</b>
<b>IX. SAĞLIK PERSONELİ ve DİĞER CARİ HARCAMALAR</b>	<b>1.371.548</b>	<b>1.791.678</b>	<b>2.146.483</b>	<b>2.460.986</b>	<b>3.531.132</b>	<b>3.852.174</b>	<b>4.245.136</b>	<b>4.557.283</b>	<b>5.015.308</b>	<b>6.191.172</b>	<b>7.152.719</b>	<b>8.156.002</b>	<b>9.198.522</b>
<b>SGK</b>	<b>64.562</b>	<b>88.669</b>	<b>97.672</b>	<b>135.695</b>	<b>161.041</b>	<b>178.248</b>	<b>224.650</b>	<b>162.978</b>	<b>184.357</b>	<b>154.508</b>	<b>170.683</b>	<b>194.041</b>	<b>220.586</b>
<b>Sağlık Bakanlığı</b>	<b>930.123</b>	<b>1.283.270</b>	<b>1.581.110</b>	<b>1.803.657</b>	<b>2.788.679</b>	<b>3.039.882</b>	<b>3.296.067</b>	<b>3.593.641</b>	<b>4.007.296</b>	<b>4.847.661</b>	<b>5.803.094</b>	<b>6.703.657</b>	<b>7.656.441</b>
<b>Üniversiteler</b>	<b>218.073</b>	<b>242.615</b>	<b>269.919</b>	<b>300.296</b>	<b>334.091</b>	<b>357.121</b>	<b>407.465</b>	<b>443.156</b>	<b>408.138</b>	<b>687.844</b>	<b>709.267</b>	<b>704.811</b>	<b>705.463</b>
<b>Diğer Merkezi Yönetim</b>	<b>21.132</b>	<b>21.614</b>	<b>22.106</b>	<b>22.609</b>	<b>23.124</b>	<b>23.651</b>	<b>39.019</b>	<b>39.756</b>	<b>44.537</b>	<b>44.648</b>	<b>25.459</b>	<b>27.072</b>	<b>31.705</b>
<b>Mahalli İdareler</b>	<b>137.657</b>	<b>155.509</b>	<b>175.677</b>	<b>198.459</b>	<b>224.197</b>	<b>253.272</b>	<b>277.935</b>	<b>317.752</b>	<b>370.981</b>	<b>456.510</b>	<b>444.126</b>	<b>526.421</b>	<b>584.327</b>
<b>X. TOPLAM SAĞLIK HARCAMASI</b>	<b>8.618.525</b>	<b>13.558.711</b>	<b>17.902.550</b>	<b>22.194.109</b>	<b>24.052.626</b>	<b>30.170.635</b>	<b>34.686.306</b>	<b>40.912.974</b>	<b>47.823.820</b>	<b>50.517.739</b>	<b>56.383.619</b>	<b>61.540.259</b>	<b>69.275.941</b>

**Kaynak:** Maliye Bakanlığı (2014)

**Temel Varsayımlar ve Veri Kaynakları I. SGK:** Veriler geriye dönük olarak nakit bazlı değerler esas alınmak suretiyle SGK’dan alınmıştır. **II. Merkezi Yönetim Bütçesi:** Veriler Maliye Bakanlığı tarafından sistemden son çekilen güncel veriler olup, Kamu Hesapları Bülteninde yer alan rakamlardan farklılık arz etmektedir. **III. Yeşil Kart:** 2004-2012 dönemine ilişkin veriler Maliye Bakanlığı tarafından sistemden son çekilen güncel veriler olup, Kamu Hesapları Bülteninde yer alan rakamlardan farklılık arz etmektedir. **IV. Diğer Kamu:** Tedavi harcamaları kısmında KİT’lerin harcamaları yer almakta olup hastaneler bazındaki alt dağılımın Merkezi Yönetim Bütçesi alt dağılımıyla aynı olduğu varsayılmıştır. İlaç harcamaları kısmında ise SYDTF ve KİT’lerin harcamaları dikkate alınmıştır. **V. Aile Hekimliği:** Merkezi Yönetim Bütçesi altında izlenen aile hekimliği harcamaları dikkate alınmış olup, Sağlık Bakanlığı’nın toplam rakamlar konusunda teyit alınmıştır. Aile hekimliği harcamalarının %60’ının tedavi %40’ının ise koruyucu sağlık harcaması niteliğinde olduğu varsayılmıştır. **VI. Sağlık Bakanlığı Koruyucu Sağlık (Aile Hekimliği Haric):** Sağlık bütçesinden yapılan aile hekimliği dışındaki koruyucu sağlık harcamalarını kapsamakta olup veriler Sağlık Bakanlığı tarafından gönderilmiştir. **VIII. Sağlık Yatırımı:** SGK yatırımları Kalkınma Bakanlığınca yapılan sınıflandırmaya göre sağlık sektörü altında değerlendirilen yatırımlardan oluşmaktadır. Sağlık Bakanlığı yatırımları kamulaştırma ve il özel idarelerine yatırım amacıyla aktarılan tutar düşülüp, Çevre ve Şehircilik Bakanlığı ve TOKİ’ye yatırıma dönüştürülmesi amacıyla yatırımlar eklenmek suretiyle bulunmuş olup ayrıca Hudut ve Sahiller Genel Müdürlüğü’nün yatırım harcamaları da eklenmiştir. Sağlık Bakanlığı yatırım verileri Sağlık Bakanlığı tarafından; Hudut ve Sahiller Genel Müdürlüğü yatırım verileri ise Maliye Bakanlığı tarafından gönderilmiştir. Mahalli idareler açısından 2006 yılı ve sonrasındaki yatırım rakamları Kamu Hesapları Bülteninde yayınlanan mahalli idarelerin harcamalarının fonksiyonel sınıflandırması tablosunda sağlık fonksiyonu altında yer alan yatırım rakamlarından oluşmaktadır. 2006 yılı öncesindeki mahalli yatırım harcamaları daha eski veri kaynakları temel alınarak tahmin edilmiştir. **IX. Sağlık Personeli ve Diğer Cari Harcamaları:** SGK açısından Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü’nün 2012 yılındaki toplam personel harcama ödeneği içerisindeki payının yanısıra bazı birimlerin hem emeklilik hem de sağlıkla ilgili faaliyetlerinden sorumlu oldukları göz önünde bulundurulduğunda sağlık personeli harcama ödeneğinin %25’i olduğu varsayılmıştır. Sağlık Bakanlığı verileri Sağlık Bakanlığı tarafından gönderilmiş olup, bu verilere Maliye Bakanlığı tarafından gönderilen Hudut ve Sahiller Genel Müdürlüğü’nün personel ve diğer cari harcamaları da eklenmiştir. Mahalli idareler açısından 2006 yılı ve sonrasındaki rakamlar Kamu Hesapları Bülteninde yayınlanan mahalli idarelerin harcamalarının fonksiyonel sınıflandırması tablosunda sağlık fonksiyonu altında yer alan yatırım dışı harcamalardan oluşmaktadır. 2006 yılı öncesindeki mahalli yatırım harcamaları ise yıllık ortalama büyüme eğilimi dikkate alınarak geriye dönük olarak tahmin edilmiştir.

**Tablo 9. Sağlık Harcamalarının Fonksiyonlara Göre Dağılımı**

(000.000 TL)

	2010			2011			2012			2013		
	Toplam	Genel Devlet	Özel Sektör	Toplam	Genel Devlet	Özel Sektör	Toplam	Genel Devlet	Özel Sektör	Toplam	Genel Devlet	Özel Sektör
<b>Toplam Sağlık Harcaması</b>	<b>61.678</b>	<b>48.482</b>	<b>13.196</b>	<b>68.607</b>	<b>54.580</b>	<b>14.028</b>	<b>74.189</b>	<b>58.785</b>	<b>15.404</b>	<b>84.390</b>	<b>66.228</b>	<b>18.162</b>
<b>Cari Sağlık Harcaması</b>	<b>58.623</b>	<b>45.726</b>	<b>12.897</b>	<b>65.372</b>	<b>51.728</b>	<b>13.644</b>	<b>70.288</b>	<b>55.648</b>	<b>14.640</b>	<b>79.702</b>	<b>62.447</b>	<b>17.255</b>
<i>Hastaneler</i>	24.933	22.497	2.436	28.543	26.135	2.408	36.088	29.609	6.479	41.785	34.095	7.689
<i>Evde Hemşirelik Bakımı</i>	2	0	0	2	0	2	2	0	2	2	0	2
<i>Ayakta Bakım Sunanlar</i>	11.024	6.333	4.691	13.082	8.027	5.056	10.125	7.718	2.407	10.807	7.978	2.830
<i>Perakende Satış ve Diğer</i>	19.275	15.171	4.104	20.331	15.855	4.476	19.106	14.492	4.614	21.230	15.742	5.489
<i>Tıbbi Malzeme Sunanlar</i>												
<i>Halk Sağlığı Programlarının Sunumu ve Yönetimi</i>	664	664	0	579	579	0	2.546	2.546	0	3.167	3.167	0
<i>Genel Sağlık Yönetimi ve Sigorta</i>	289	155	135	317	171	146	345	194	151	312	207	106
<i>Sınıflandırılmayan Diğer Kategori</i>	2.436	907	1.529	2.518	961	1.556	2.077	1.090	987	2.398	1.258	1.140
<b>Yatırım</b>	<b>3.054</b>	<b>2.756</b>	<b>299</b>	<b>3.236</b>	<b>2.852</b>	<b>384</b>	<b>3.901</b>	<b>3.137</b>	<b>764</b>	<b>4.688</b>	<b>3.781</b>	<b>907</b>

**Kaynak:** TÜİK (2014a)

TÜİK'in verileri dâhilinde Türkiye'de sağlık harcamalarının fonksiyonlarına göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 9); sağlık harcaması, 2012 yılında 74 milyar 189 milyon TL olup, 2013 yılında %13,8 oranında artarak, 84 milyar 390 milyon TL'ye ulaşmıştır. Cari sağlık harcamasının toplam sağlık harcaması içindeki payı 2012 yılında %94,7 iken 2013 yılında ise %94,4 olarak gerçekleşmiştir. Cari sağlık harcamaları içerisinde kamu sektöründe ve özel sektörde 2013 yılında ilk üç sırada yer alan harcama kalemleri; hastaneler, perakende satış ve diğer tıbbi malzemeler sunumu ile ayakta bakım sunumu için yapılan harcamalardır (TÜİK, 2014a).

### **3.1.3. Sağlık Hizmetleri Sunum Sistemi**

Türkiye sağlık sisteminin temel hedefi; tüm nüfusa hakkaniyetli, erişilebilir ve yüksek kalitede sağlık hizmeti sunmaktır. Ulusal seviyede, TBMM temel politik kararların verildiği merciidir. Sağlık Bakanlığı ise sağlık hizmetlerinin sunumundan sorumlu ana birimdir. İl Sağlık Müdürlükleri operasyonel düzeyde her ilde sağlık politikalarını yerine getirmekle sorumludur. Belediyelerin de sağlıkla ilgili rolleri ve sorumlulukları vardır fakat bunlar genellikle halk sağlığı ile sınırlıdır. Özel hizmet sunucular da sağlık sistemi içinde yer almaktadır (Tatar vd., 2011). Tablo 10'da doğrudan ya da dolaylı olarak sağlık sektöründe yer alan kurumlar, sağlık hizmetleri sunumu, sağlık hizmetleri finansmanı ile ilgili olup olmamalarına ya da sağlık hizmetlerinin sunumunda idari karar alma yetkisine sahip olup olmamalarına göre gruplara ayrılmıştır.



**Tablo 10. İşlevlerine Göre Sağlık Sektöründe Yer Alan Kurum ve Kuruluşlar**

<b>Fonksiyon</b>	<b>Yönetim</b>
Politika Oluşturma	Türkiye Büyük Millet Meclisi Kalkınma Bakanlığı Sağlık Bakanlığı Yükseköğretim Kurulu <i>Yargı Kurumları</i>
İdari Karar Alma	Sağlık Bakanlığı- <i>Kamu Hastaneler Birliği</i> İl Sağlık Müdürlüğü- <i>Halk Sağlığı Kurumu</i>
Sağlık Hizmetleri Finansmanı	Maliye Bakanlığı Sosyal Güvenlik Kurumu Özel Sigorta Şirketleri Kendi Kendini Finanse Eden Kurumlar Uluslararası Ajanslar
Sağlık Hizmetlerinin Sunumu: Kamu	Sağlık Bakanlığı Üniversite Hastaneleri Savunma Bakanlığı
Sağlık Hizmetlerinin Sunumu: Özel	Özel Hastaneler Vakıf Hastaneleri Azınlık Hastaneleri Özel Çalışan Pratisyen/Uzman Hekimler Ayakta Tedavi Klinikleri Laboratuvarlar ve Tedavi Merkezleri
Tedarikçiler	Eczaneler Tıbbi Cihaz ve Malzeme Satıcıları
Sivil Toplum Örgütleri	Kızılay Vakıflar, Dernekler, <i>Sendikalar</i>

**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı (2007) (*Not: İtalik yazılanlar yazar tarafından eklenmiştir*)

### 3.1.4. Sağlık Hizmetlerinde Finansal Kaynak Tahsisi ve Ödeme Yöntemleri

Sağlıkta ödeme yöntemleri temelde dört grupta (maaş, kişi başı ödeme, hizmet başına ödeme ve performans dayalı ödeme) ele alınmakta ve genellikle bu yöntemlerin karması şeklinde kullanılmaktadır. Türkiye’de sağlık hizmetlerinde kaynak tahsisi genel olarak genel bütçe çerçevesinde gerçekleştirilmektedir. SB’ye bütçeden ayrılan kaynaklar ise hastanelere global bütçe çerçevesinde tahsis edilmektedir (Yıldırım, 2013).

Kamuda ikinci ve üçüncü basamak sağlık birimlerinde çalışan sağlık personeline maaşla birlikte performans dayalı ödeme sistemi kullanılarak ödeme yapılmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmeti sunucuları olan aile hekimlerine ise, kişi başı ve performans dayalı ödeme yapılmaktadır (Yıldırım, 2013). SB’nin gelirleri; genel bütçe, döner sermaye ve fon gelirlerinden oluşmaktadır. SB bütçesi içinde fon ve döner sermaye

gelirleri %30-%50 arasında değişmektedir (KİT, 2008). Tablo 11’de Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşların merkezi yönetim bütçesi verilmektedir.

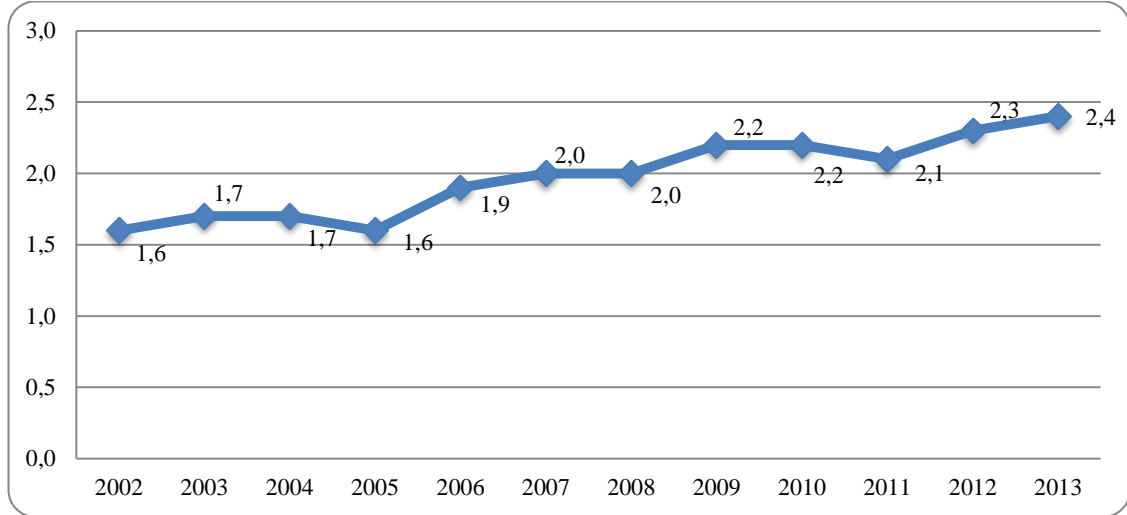
**Tablo 11. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların 2015 Yılı Merkezi Yönetim Bütçesi (Milyon TL)**

Birimler	Personel Ödenekleri	Diğer Cari Ödenekler	Yatırım Ödenekleri	Toplam
Sağlık Bakanlığı	1.325	304	1.134	2.763
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu	9.090	288	495	9.873
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu	1.860	5.549	80	7.489
Türkiye Hudut ve Sahiller Genel Müdürlüğü	26	11	93	130
Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihan Kurumu	41	48	34	123
<b>Toplam</b>	<b>12.345</b>	<b>6.200</b>	<b>1.836</b>	<b>20.378</b>

**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı (2014b)

Şekil 24 ise Sağlık Bakanlığı finansmanının GSYİH içindeki payı verilmiştir. Buna göre; SB’ye ayrılan finansmanın GSYİH içindeki payı 2002 yılında %1,6 iken, 2013 yılında %2,4’e yükselmiştir.

**Şekil 24. Sağlık Bakanlığı Finansmanının GSYİH İçindeki Payı (% , 2002-2013)**



**Kaynak:** Atasever (2014), TÜİK (2014a)

## **3.2. TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİNDE FİNANSAL SÜRDÜRÜLEBİLİRLİK**

Son yıllarda diğer ülkelerde olduğu gibi Türkiye sağlık sisteminde de finansal sürdürülebilirlik önemli bir gündem konusu olarak ön plana çıkmaya başlamıştır. Nüfusun yaşlanması, hastalık yükünün değişimi, yeni sağlık teknolojileri ile oluşan sağlık enflasyonu, sağlık bilinci ve gelir düzeyi artışına bağlı olarak sağlık hizmetlerine talebin artması gibi nedenlerden dolayı sağlık harcamaları artış eğilimini korumakta ve finansal sürdürülebilirlik konusunu gündemde tutmaktadır (Kalkınma Bakanlığı, 2013).

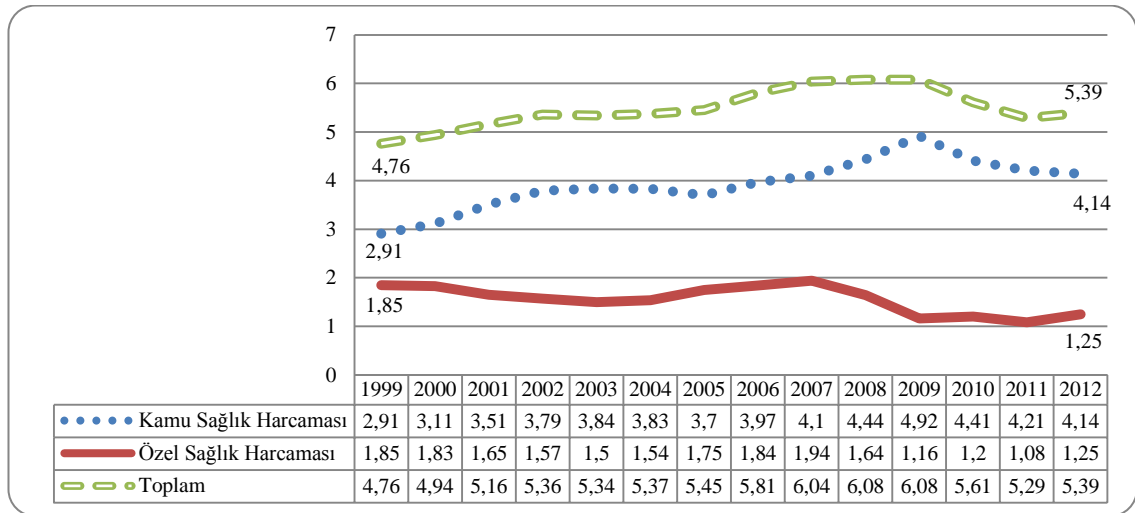
Bu başlık altında; daha önce ortaya konulan ve sağlık sisteminde finansal sürdürülebilirliği ölçmede ve değerlendirmede kullanılan ikili sınıflama (harcama/gelir ve paydaş görüşleri) dikkate alınarak ikincil veri kaynaklarından hareketle Türkiye sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliği durumu ortaya konulmaya çalışılmıştır.

### **3.2.1. Sağlık Harcamalarına ve Gelirlerine Dayalı Değerlendirmeler**

#### **3.2.1.1. Toplam Sağlık Harcamaları/Gayrisafi Yurt İçi Hasıla Oranları**

Şekil 25’de, toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki paylarının yıllara göre değişimi gösterilmiştir. 1999 yılında %4,76 olarak gerçekleşen toplam sağlık harcamasının GSYİH’ye oranı, 2002 yılında %5,36’ya, 2012 yılında ise %5,39 seviyesine yükselmiştir. Görüldüğü üzere sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı çok fazla artış eğilimi göstermemiştir.

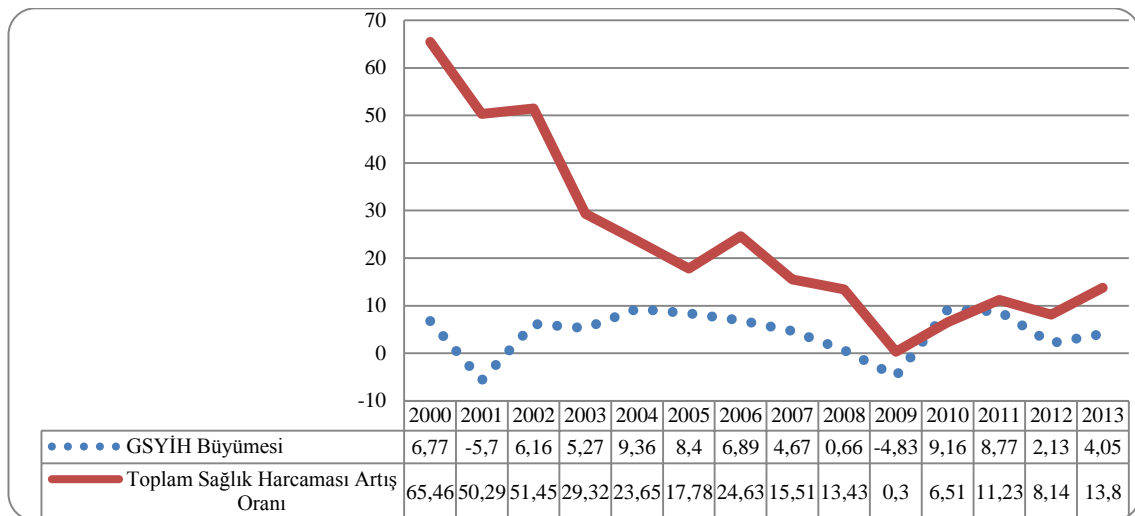
**Şekil 25. Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı, (%)**



**Kaynak:** Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2013)

2000 yılında 166.658 Milyon TL olan GSYİH miktarı, 2013 yılında 1.561.510 Milyon TL'ye yükselmiştir. Toplam sağlık harcaması ise 8.248 Milyon TL'den 84.390 Milyon TL'ye yükselmiştir (Gelir Politikaları Genel Müdürlüğü 2015; TÜİK, 2015). Şekil 26'da 2000-2013 yılları arasında gerçekleşen GSYİH büyümesi ve toplam sağlık harcamalarının artış oranları gösterilmektedir. Buna göre 2012 yılında 2,13 olan GSYİH büyümesi, 2013 yılında 4,05 olmuştur. Toplam sağlık harcaması artış oranı ise 2012 yılında 8,14 iken, 2013 yılında ise 13,8 olarak gerçekleşmiştir.

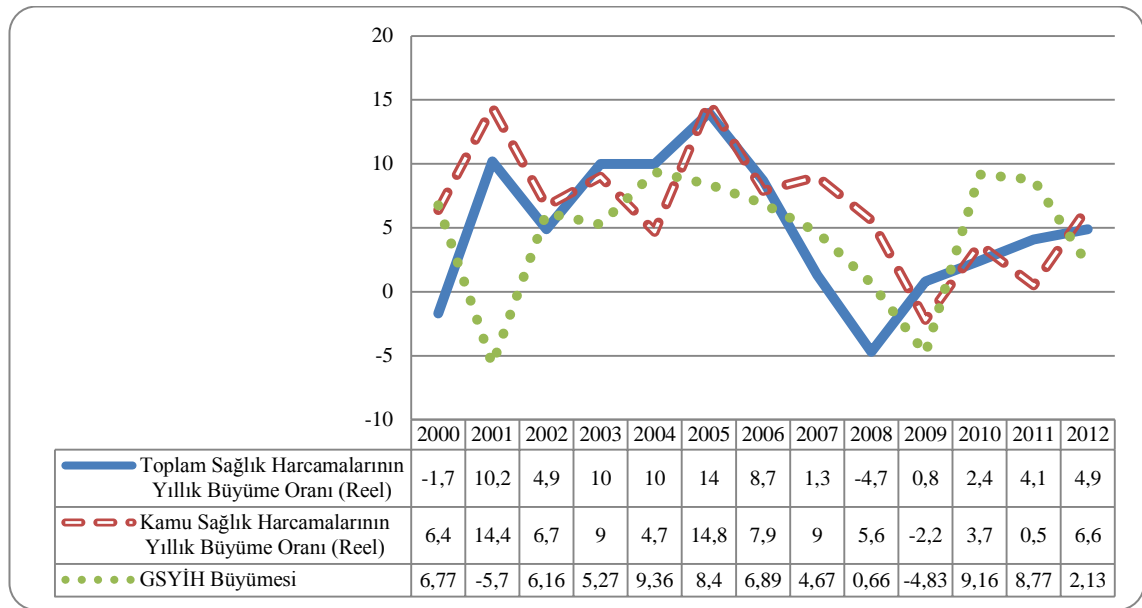
**Şekil 26. Yıllara Göre GSYİH Büyümesi ve Toplam Sağlık Harcaması Artış Oranı (2000-2013)**



**Kaynak:** Gelir Politikaları Genel Müdürlüğü (2015), TÜİK (2015)

Şekil 27’de yıllara göre ortalama toplam sağlık harcaması, kamu sağlık harcaması ve GSYİH büyümesi oranları karşılaştırılmıştır. Buna göre 2000 yılında toplam sağlık harcaması büyüme oranı -1,7; kamu sağlık harcaması büyüme oranı 6,4 ve GSYİH büyüme oran 6,77 iken 2012 yılında toplam sağlık harcaması büyüme oranı 4,9; kamu sağlık harcaması büyüme oranı 6,6 ve GSYİH büyüme oranı 2,13 olmuştur.

**Şekil 27. Yıllara Göre Toplam Sağlık Harcaması, Kamu Sağlık Harcaması ve GSYİH Büyümesi (2000-2012)**

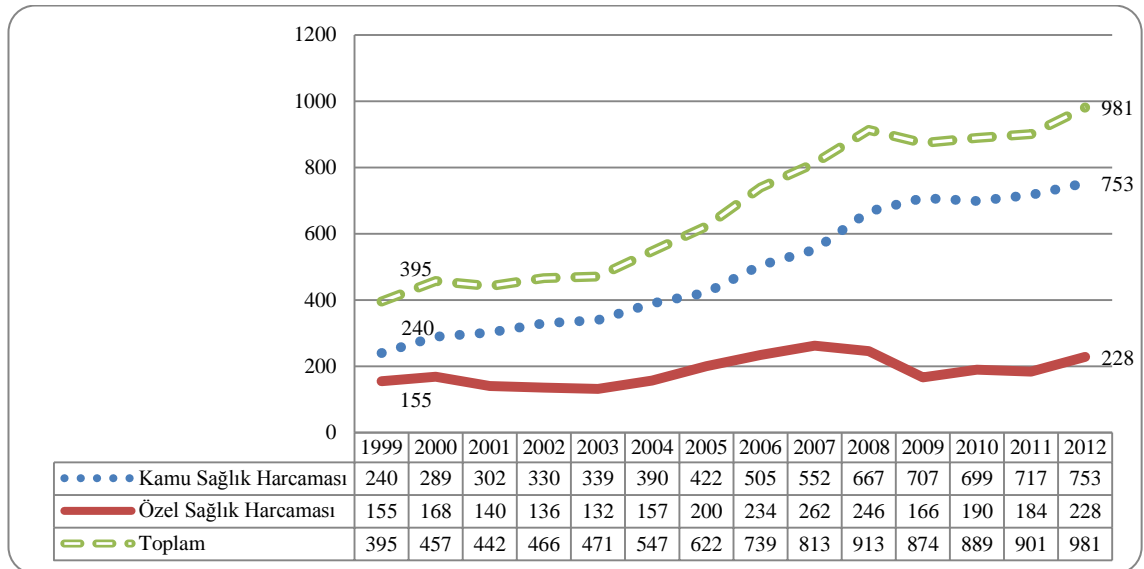


**Kaynak:** Gelir Politikaları Genel Müdürlüğü (2015), OECD (2014)

### 3.2.1.2. Yıllara Göre Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcamaları

1999 yılında satın alma gücü paritesine göre Türkiye’de kişi başına sağlık harcaması 395 \$ iken, 2012 yılında 981 \$ seviyesine ulaşmıştır ve bu harcamaların 753 \$’ını kamu, 228 \$’ını ise özel sağlık harcaması oluşturmuştur (Şekil 28).

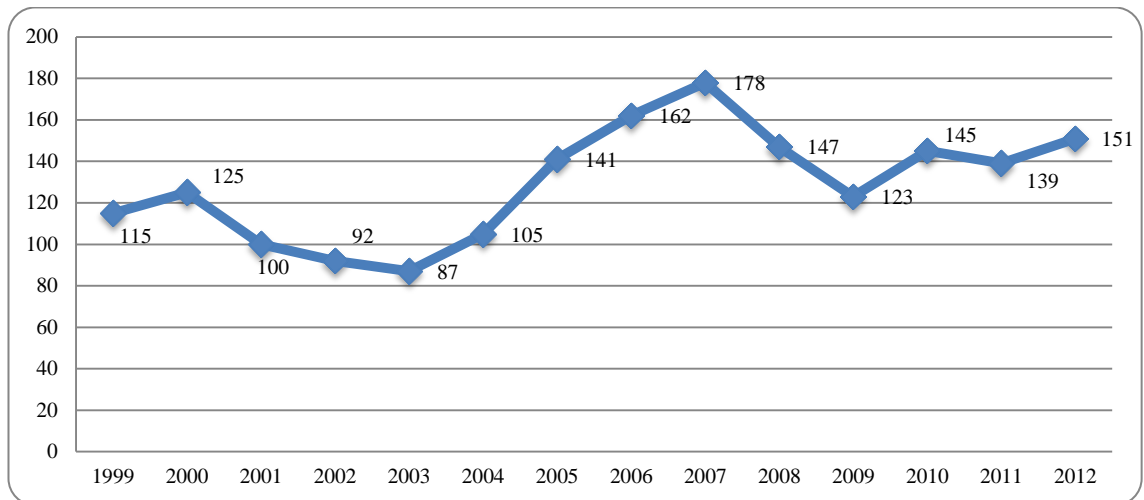
**Şekil 28. Yıllara Göre Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması SGP, ABD \$**



**Kaynak:** Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2013)

Şekil 29’da satın alma gücü paritesine göre Türkiye’de yıllara göre kişi başına yapılan cepten sağlık harcamalarının miktarı gösterilmiştir. Buna göre; 1999 yılında kişi başına yapılan cepten sağlık harcaması miktarı 115 \$ iken, 2012 yılında 151 \$ seviyesinde gerçekleşmiştir.

**Şekil 29. Yıllara Göre Kişi Başı Cepten Yapılan Sağlık Harcaması SGP, ABD \$**

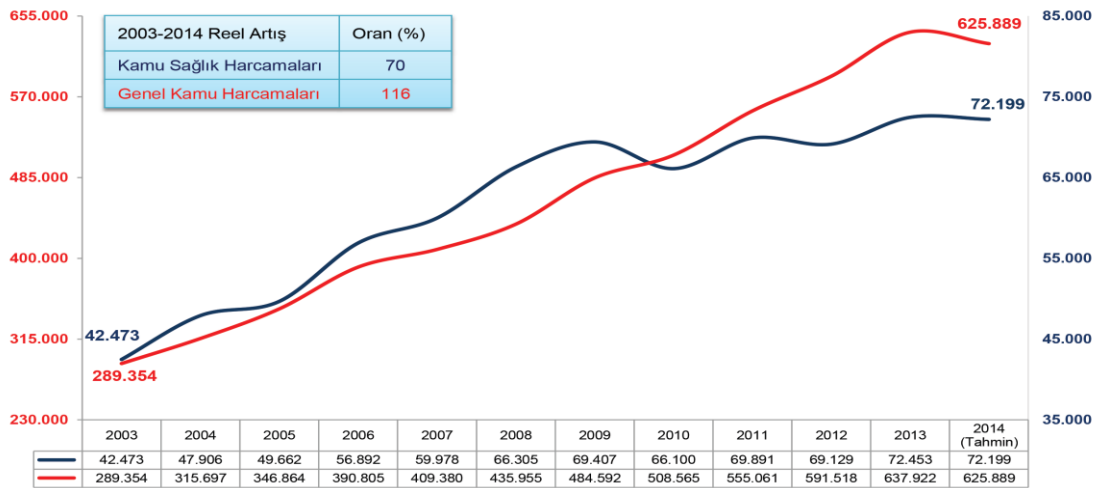


**Kaynak:** Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2013)

### 3.2.1.3. Kamu Sağlık Harcamalarının Artış Eğilimi

Türkiye’de 2003-2014 yılları arasındaki reel artış oranları incelendiğinde genel kamu harcamalarının artış oranı %116, kamu sağlık harcamalarının artış oranı ise %70 oranında gerçekleşmiştir. 2014 yılı fiyatlarıyla 2003 yılında kamu sağlık harcaması 42.473 milyon TL ve faiz dışı harcamalar 289.354 milyon TL iken 2013 yılında bu miktarlar kamu sağlık harcamasında 72.453 milyon TL, faiz dışı harcama ise 637.922 milyon TL olarak belirlenmiştir (Şekil 30).

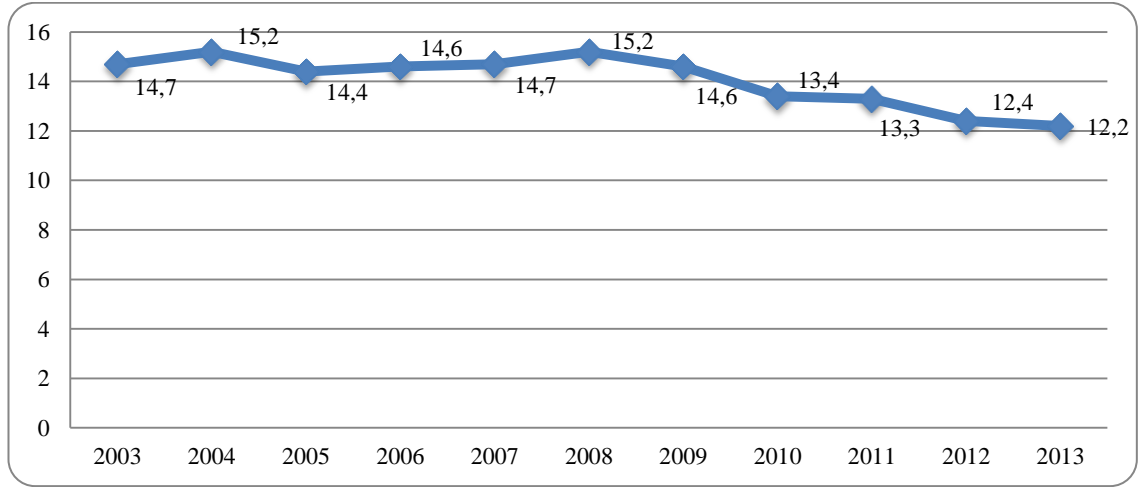
**Şekil 30. Faiz Dışı Genel Kamu Harcamaları ve Kamu Sağlık Harcamalarının Artış Eğilimleri, (2014 Fiyatlarıyla - Milyon)**



**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı (2014b)

Kamu sağlık harcamalarının 2013 yılı fiyatlarıyla faiz dışı kamu harcamaları içindeki payı incelendiğinde 2003 yılında 14,7 olan oranın 2013 yılında 12,2 olarak hesaplandığı belirlenmiştir (Şekil 31).

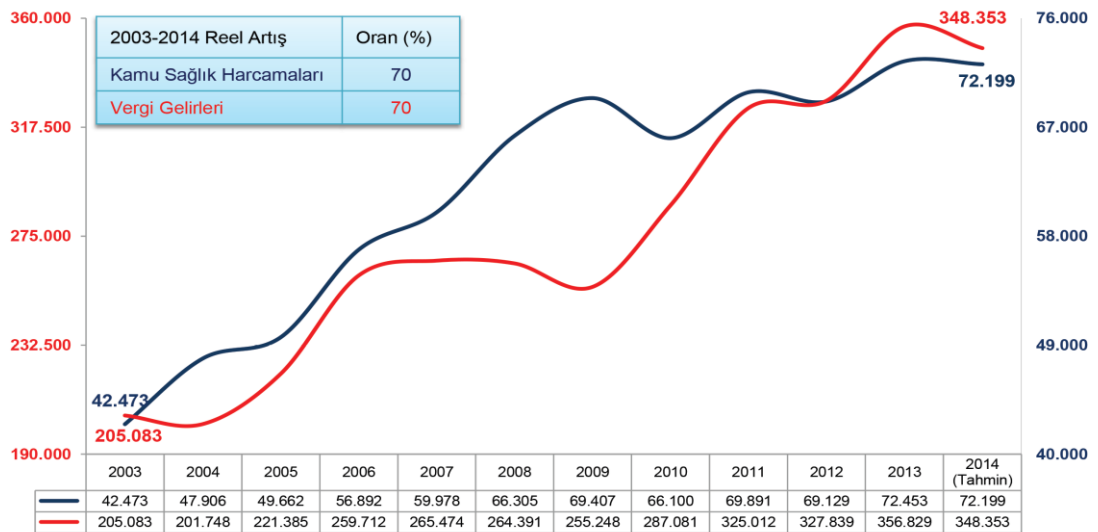
**Şekil 31. Kamu Sağlık Harcamalarının Faiz Dışı Kamu Harcamaları İçindeki Payı, (2013 Fiyatlarıyla)**



**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı (2012c)

Türkiye’de 2003-2014 yılları arasındaki reel artış oranları incelendiğinde vergi gelirlerinin artış oranı %70, kamu sağlık harcamalarının artış oranı ise %70 oranında gerçekleşmiştir. 2003 yılında kamu sağlık harcaması 42.473 milyon TL ve vergi gelirleri 205.083 milyon TL iken 2013 yılında bu miktarlar kamu sağlık harcamasında 72.453 milyon TL, vergi gelirleri ise 356.829 milyon TL olarak belirlenmiştir (Şekil 32).

**Şekil 32. Vergi Gelirleri ve Kamu Sağlık Harcamalarının Artış Eğilimleri, (2014 Fiyatlarıyla - Milyon)**



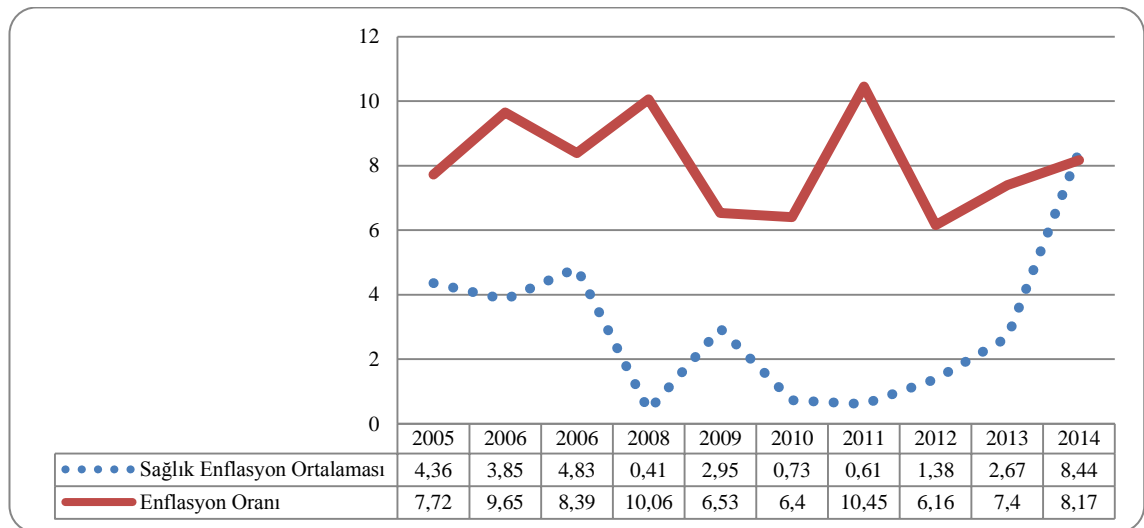
**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı (2014b)



### 3.2.1.4. Sağlık Enflasyonu Oranları

Şekil 33’de 2005-2014 yılları arasındaki enflasyon oranları ve ana harcama grupları arasında yer alan sağlık enflasyonunun ortalamaları verilmiştir. Buna göre 2005 yılında enflasyon oranı 7,72 iken sağlık enflasyon ortalaması 4,36’dır. 2014 yılında ise enflasyon oranı 8,17 oranında gerçekleşirken sağlık enflasyon ortalaması 8,44 oranında gerçekleşmiştir.

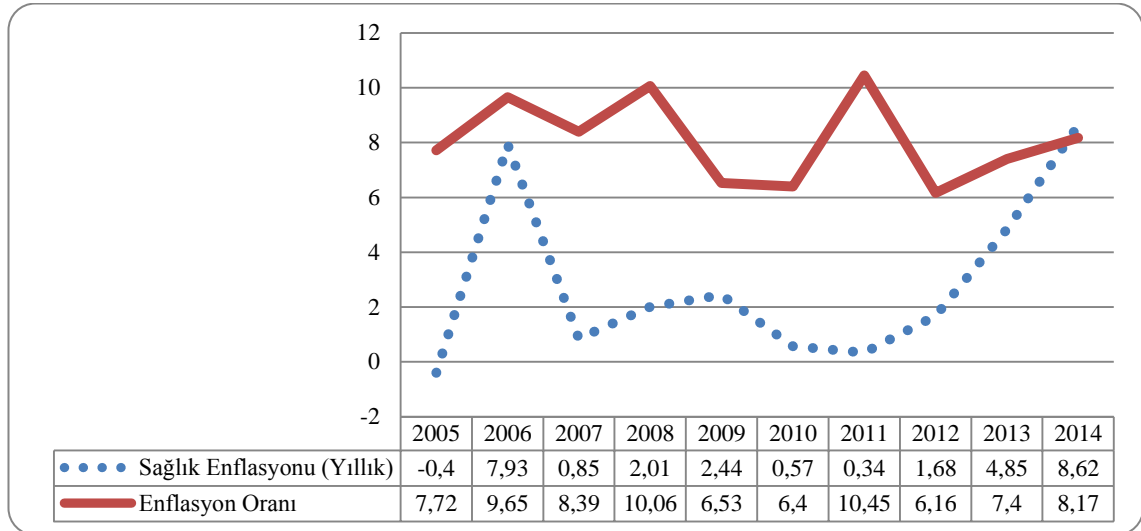
**Şekil 33. Yıllara Göre Sağlık Enflasyon Ortalaması ve Enflasyon Oranı (2005-2014)**



**Kaynak:** Gelir Politikaları Genel Müdürlüğü (2015), TÜİK (2015)

Şekil 34’de 2005-2014 yılları arasındaki enflasyon oranları ve ana harcama grupları arasında yer alan sağlık enflasyonu oranları verilmiştir. Buna göre 2005 yılında enflasyon oranı 7,72 iken sağlık enflasyonu -0,4’dür. 2014 yılında ise enflasyon oranı 8,17 oranında gerçekleşirken sağlık enflasyonu, 8,62 oranında gerçekleşmiştir.

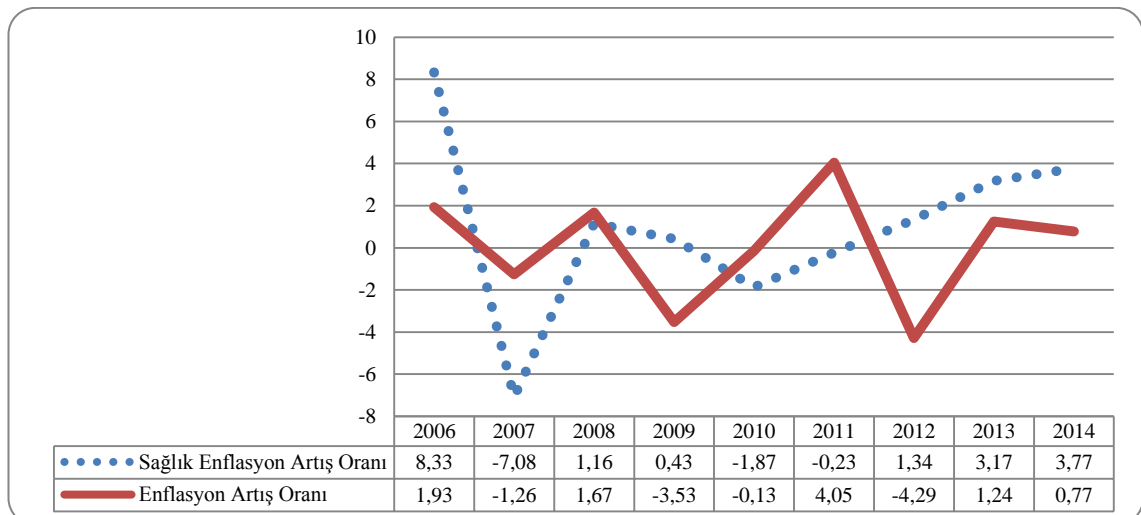
**Şekil 34. Yıllık Sağlık Enflasyonu ve Genel Enflasyon Oranı (2005-2014)**



**Kaynak:** Gelir Politikaları Genel Müdürlüğü (2015), TÜİK (2015)

Şekil 35’de yıllara göre sağlık enflasyonunun ve genel enflasyonun artış (büyüme) oranları gösterilmiştir. Buna göre 2006 yılında 1,93 oranında artan enflasyon 2014 yılında bir önceki yıla göre 0,77 oranında artış göstermiştir. Sağlık enflasyonu ise 2006 yılında 2005 yılına göre 8,33 oranında artarken 2014 yılında 2013 yılına göre 3,77 oranında artmıştır. Şekilden de görüldüğü üzere son iki yılda sağlık enflasyonu artış oranı genel enflasyon artış oranından daha yüksektir.

**Şekil 35. Yıllara Göre Sağlık Enflasyonu ve Genel Enflasyonun Artış Oranı**



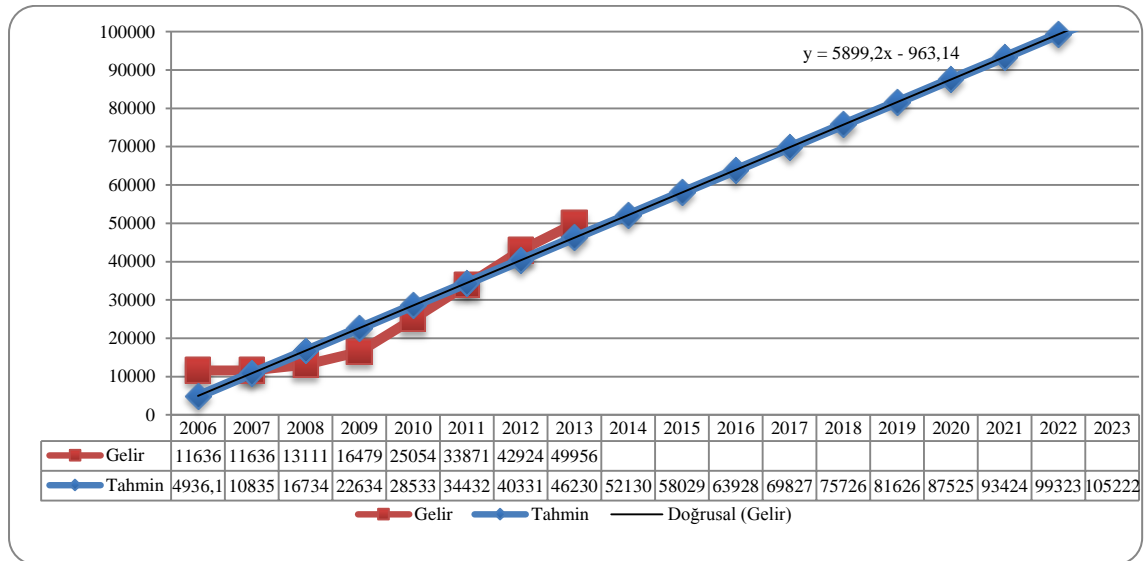
**Kaynak:** Gelir Politikaları Genel Müdürlüğü (2015), TÜİK (2015)

### 3.2.1.5. Genel Sağlık Sigortası Gelir-Gider Düzeylerinin Projeksiyonu (2006-2023)

Bu bölümde Genel Sağlık Sigortası'nın gelir ve gider verilerine dayalı olarak yapılmış 2006-2023 yıllarını kapsayan basit doğrusal regresyon analizi sonuçlarına yer verilmiştir. Gerçek veriler 2006-2013 yılları arasını kapsadığı için tahminleme bu yıllara dayalı olarak yapılmıştır. Basit doğrusal regresyon analizi Minitab 17 programı aracılığıyla yapılmış, Excel programı ile de grafik çizimleri gerçekleştirilmiştir.

Şekil 36'da gelirin basit doğrusal regresyon analizi sonuçları verilmiş ve regresyon denklemi;  $y(\text{gelir})=5899,2*(\text{Yıl})-963,14$  olarak alınmıştır. Buna göre 2013 yılında 49.956 Milyon TL olan GSS geliri, 2023 yılında tahminen 105.222 Milyon TL olacaktır.

**Şekil 36. Gelirin Basit Doğrusal Regresyon Analizi (2006-2023)**



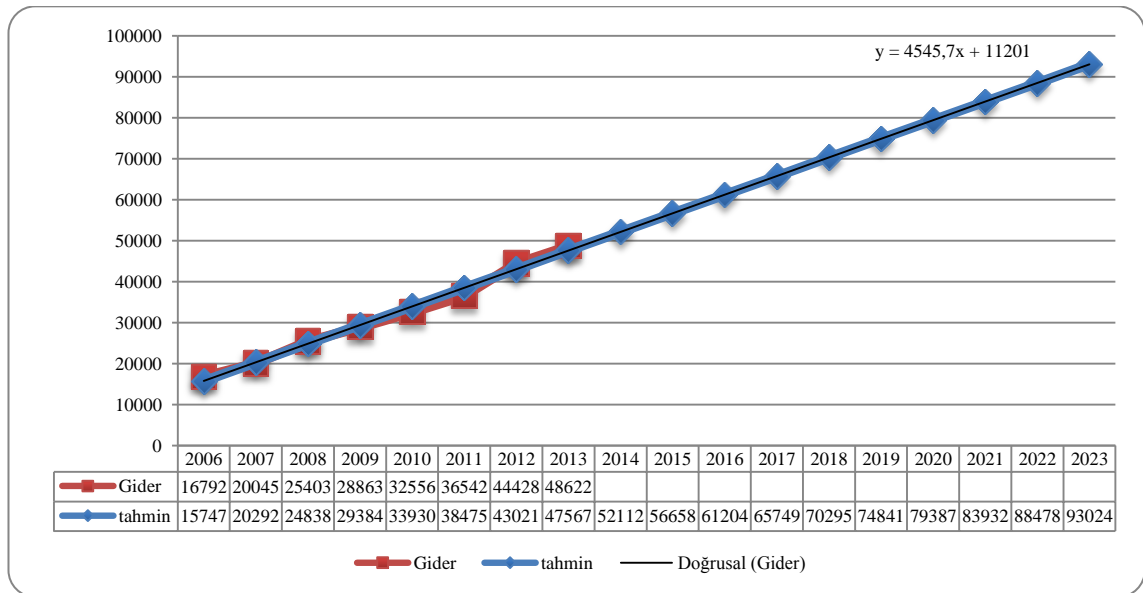
**Kaynak:** Yıldırım (2013), SGK (2013)

Tablo 12'den çıkan sonuçlara göre gelirin basit regresyon analizi sonuçları varyansın %91'ini açıklayabilmektedir. Anova tablosunda  $p < 0,001$  olması tahmin modelinin  $\alpha = 0,05$  seviyesinde anlamlı olduğunu göstermektedir. Yıllarda (C1) p değerinin 0,001'den küçük olması gelirin yıllara önemli derecede bağlı olduğunu göstermektedir.

**Tablo 12. Gelirin Basit Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları**

<i>Varyans Analizi</i>					
Kaynak	Serbestlik Derecesi	Düzeltilmiş Kareler Toplamı	Düzeltilmiş Kareler Ort.	F-Değeri	P-Değeri
Regresyon	1	1461636525	1461636525	67,69	0,000
C1 (Yıllar)	1	1461636525	1461636525	67,69	0,000
Hata	6	129558887	21593148		
Toplam	7	1591195412			
<i>Katsayılar</i>					
Terim	Katsayılar	Katsayının Standart Hatası	t-Değeri	P-Değeri	Varyans Şişme Faktör
Sabit Katsayı	-963	3621	-0,27	0,799	
C1(Yıllar)	5899	717	8,23	0,000	1,00
<i>Modelin Özeti</i>					
Hata Kareler Ortalamasının Karekökü	R <sup>2</sup>	Düzeltilmiş R <sup>2</sup>	R-sq(pred)		
4646,84	91,86%	90,50%	82,86%		

Şekil 37’de ise giderin basit doğrusal regresyon analizi sonuçları verilmiştir. Burada ise regresyon denklemi  $y=4545,7*(Yıl)+11201$  olarak alınmıştır. Buna göre 2013 yılında 48.622 Milyon TL olan GSS gideri, 2023 yılında tahminen 93.024 Milyon TL olacaktır.

**Şekil 37. Giderin Basit Doğrusal Regresyon Analizi (2006-2023)**

Tablo 13’de yer alan sonuçlara göre giderin doğrusal regresyon analizi sonuçları varyansın %98’ini açıklamaktadır. Gelirdeki sonuçlar gibi anova tablosunda  $p<000,1$  olması tahmin modelinin  $\alpha=0,05$  seviyesinde anlamlı olduğunu göstermektedir. Yılların

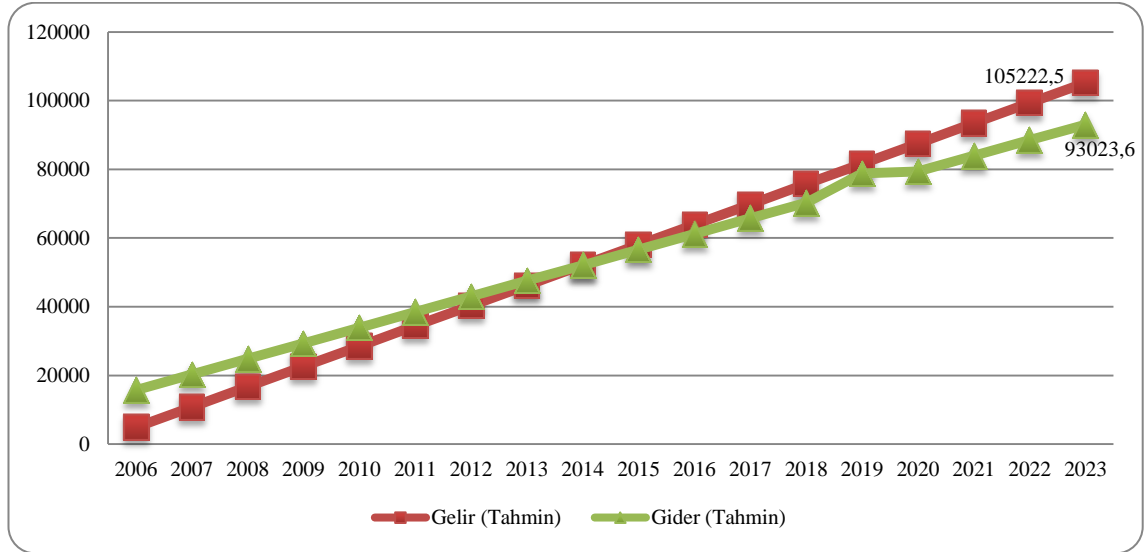
(C1) p değerinin 0,001'den küçük olması giderin yıllara önemli derecede bağlı olduğunu göstermektedir.

**Tablo 13. Giderin Basit Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları**

<i>Varyans Analizi</i>					
Kaynak	Serbestlik Derecesi	Düzeltilmiş Kareler Toplamı	Düzeltilmiş Kareler Ortalaması	F-Değeri	P-Değeri
Regresyon	1	867845043	867845043	497,72	0,000
C1(Yıllar)	1	867845043	867845043	497,72	0,000
Hata	6	10461767	1743628		
Toplam	7	878306810			
<i>Katsayılar</i>					
Terim	Katsayılar	Katsayının Standart Hatası	t-Değeri	P-Değeri	Varyans Şişme Faktör
Sabit Katsayı	11201	1029	10,89	0,000	
C1(Yıllar)	4546	204	22,31	0,000	1,00
<i>Modelin Özeti</i>					
<i>Hata Kareler Ortalamasının Karekökü</i>	R <sup>2</sup>	Düzeltilmiş R <sup>2</sup>	R-sq(pred)		
1320,46	98,81%	98,61%	97,81%		

Şekil 38'de ise hem gelirin hem de giderin basit doğrusal regresyon analizinden çıkan sonuçlar verilmiştir. Buna göre yıllar ilerledikçe gelir ve gider arasındaki açığın giderek kapanacağı ve hatta gelirin giderleri aşacağı, 2023 yılında ise 12.198 milyar TL'lik bir kar oluşacağı ve bunun da finansal sürdürülebilirlik için olumlu yönde sonuçlanacağı tahmin edilmektedir.

**Şekil 38. Gelir ve Giderin Basit Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçlarının Gösterimi (2006-2023)**



Bu tahminden yola çıkarak olası sürdürülebilirlik sorunu nedeniyle GSS'nin temel teminat paketinin daraltılması ve vatandaşların özel sağlık sigortalarına ve özellikle de tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortalarına yönlendirilmesi gerektiği yönündeki tartışmaların SGK'nın resmi verileri ve bu verilerin projeksiyonu doğrultusunda bilimsel temelinin olmadığı söylenebilir (Yıldırım, 2013).

### 3.2.2. Paydaş Görüşlerine Dayalı Değerlendirmeler

Bu başlık altında Türkiye sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliği konusunda görüş bildiren bazı kişi ve kurumların görüşlerine yer verilmiştir.

SB'nin 2013-2017 yılları arasını kapsayan Stratejik Planında SDP'nin başarıyla sürdürülebilmesi için sistemin finansal sürdürülebilirliğinin sağlanmasının zorunlu olduğu ve SB'nin finansal sürdürülebilirliği sağladığı belirtilerek şu tespitlere yer verilmiştir. *Finansal sürdürülebilirliği nasıl sağladık? Sağlık hizmet açığını büyük ölçüde karşıladık. Tıbbî teknoloji açığını kapattık. Tıbbî teknolojiyi ucuza mal ediyoruz. Personel verimliliğimizi artırdık. Hizmet alımı yoluyla verimlilik artışı sağladık. Koruyucu sağlık hizmetlerini güçlendirdik. Sağlıklı yaşamı teşvik ediyoruz. İlaç fiyatlarını kontrol altına aldık. Global bütçe uyguluyoruz. Ülkenin ekonomik büyümesi devam etmektedir* (Sağlık Bakanlığı, 2012b).

Sağlık eski Bakanı Recep Akdağ, “OECD Sağlık Sistemleri İncelemesi-Türkiye” başlıklı rapora ilişkin değerlendirmelerde bulunarak finansal sürdürülebilirlik konusunda risk görmediklerini belirtmiş ve şu açıklamalarda bulunmuştur: *Ekonomik krizin sağlık yatırımlarına etkisine ilişkin olarak; Türkiye’de son 5-6 yıl içinde yapılan harcama artışının aslında bir açığın kapatılmasıyla birlikte olmuştur ve buna rağmen milli gelirin üzerinde bir harcama veya kamu kaynaklarından sağlığın aldığı pay itibarıyla anormal bir harcama artışı olmamıştır. Sağlık Bakanlığı olarak gerekli tedbirlerin alınmasıyla finansal sürdürülebilirlik açısından sağlıkta dönüşüm programı açısından bir risk görmüyoruz* (Medimagazin, 2009).

Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanı Mehmet Atasever ise finansal sürdürülebilirliği iki kısımda ele alarak şu açıklamaları yapmıştır: *Finansal sürdürülebilirlikle ilgili kısmı ben 2’ye ayırmak istiyorum. Birincisi, genel sağlık harcamalarındaki finansal sürdürülebilirlik, yani bir ülkenin sağlığa yönelik paranın devamlı veya yeterli olması veya karşılanabilir olması. İkincisi de işletmelerdeki finansal sürdürülebilirliktir. Yani sağlık harcamaları daha çok sağlık işletmelerinde oluşur. O açıdan bu işletmelerdeki finansal sürdürülebilirlik üstünde durmamız gereken, dikkat etmemiz gereken bir husustur. Toplam sağlık harcamalarında finansal sürdürülebilirlik ne durumda diye baktığımız zaman, özellikle tedavi için sağlık kurumlarına harcanan dağılıma baktığımız zaman, önemli ölçüde son yıllarda stabil bir hale geliyor. Bu anlamda önemli bir sıkıntı görünmüyor. Özellikle 2003 yılından itibaren devletin harcamalarına baktığımız zaman, toplamda sağlık harcamalarında finansal sürdürülebilirliği görüyoruz. Bir sıkıntı kısa vadede gözüküyor. Yine sağlık işletmelerindeki finansal sürdürülebilirliğin en önemli hususu genel anlamda da gelir-gider dengesinin sağlanmasıdır. Başka türlü sürdürülebilirliği sağlamak mümkün değildir. Biz 2006 yılından beri global bütçe uygulamasına geçtik. Global bütçe uygulanması bize şunu sağladı: önümüzü görüyoruz, ne kadar para alacağımızı biliyoruz ve bunlar düzenli olarak geliyor. Herhangi bir kesinti söz konusu değil çünkü kesintiyi baştan konuşmuş durumdayız. Muhasebe sistemimizi geliştirdik. Online olarak çalışan bir muhasebe sistemi var. Bütün kurumların durumlarını takip edebiliyoruz. Mali analiz yapıyoruz işletmelerde, bir problem varsa kontrol ediyoruz. Buna göre de*

*önlemlerimizi alıyoruz. Mali analizleri risk dağılımlarına göre yapıyoruz. Özellikle bütçelerin gerçekçi olması, bütçe tahminlerinin gerçekçi yapılması açıkların düşürülmesi açısından oldukça önemlidir. İşletmelerimiz arasından mal ya da hizmet satın alabiliyoruz. Bu da kapasitelerin daha iyi kullanımını sağlıyor. Bu hem ülkenin yatırımlarının daha verimli kullanılmasını sağlıyor hem de kaynak israfını önüyor. Bazen de fazla ilaç alınmış vs oluyor, miadı dolmak üzere olabiliyor; onları diğer kurumlara devrediyoruz. Böylelikle ziyan olmuyor, nihayetinde bu ülke kaynağıdır (Sağlık Bakanlığı, 2010).*

TÜSİAD Başkanı Ümit Boyner ise kronik hastalık yükünün sağlık sisteminin mali sürdürülebilirliği üzerindeki etkileri üzerine bir değerlendirme yapmıştır: *Kronik hastalık yükü sağlık sisteminin mali sürdürülebilirliği açısından önemli bir risk ve bu yük, tüm dünyaya paralel olarak ülkemizde de artmakta. Ülkemizde tüm ölümlerin %71'i kronik hastalıklardan kaynaklanıyor. OECD ve Dünya Bankası'nın yaptığı bir çalışmaya göre ülkemizde 2002 yılında %66 olan kronik hastalık yükünün 2020'de %80'e çıkması bekleniyor. Bu oran başlı başına, sağlık sektöründeki hizmet programlarının geleceğe yönelik planlanmasında dikkate alınması gereken bir uyarı niteliğindedir. Hazırlanan raporda kronik hastalıkların yönetiminde gerek tedavi başarısını artırmak gerekse sistemde verimlilik artışı sağlamak için, elektronik sağlık kayıtlarının etkili kullanımı konusunun ele alındığını belirten Boyner, kronik hastalık yönetiminde "bütünleştirilmiş sağlık hizmetleri" ile sürdürülebilir ve kaliteli bir hizmet sunulmasının hedeflendiğini söylemiştir (TÜSİAD, 2012).*

Tuncay Teksöz Genel Sağlık Sigortası'nın mali sürdürülebilirliğini değerlendirmeye yönelik yapmış olduğu çalışmasında şu açıklamalarda bulunmuştur: *2009 yılı, reform sürecinde mali sürdürülebilirlik açısından istisnai bir yıl olmuştur. Bir yandan prim gelirlerinde yaşanan hızlı düşüş, diğer yandan emeklilik ve sağlık harcamalarının ekonomik daralmadan etkilenmeyen artış trendi, SGK'nın ihtiyaç duyduğu bütçe transferinin radikal bir şekilde büyümesine yol açmıştır. Son beş yıllık reform döneminde toplam sağlık harcamaları genel olarak iyi yönetilmiş olmasına rağmen, istihdam ve ücretler genel seviyesinde yaşanan düşüşün yol açtığı prim geliri kaybı, Genel Sağlık Sigortası'nın mali sürdürülebilirliğini tehdit eder boyuta ulaştırmıştır. Diğer*



*tarafından kısa vadede gelirler bacağına hızlı bir artış beklemek de gerçekçi değildir. Bu nedenle sağlık harcamalarını radikal olarak baskılayacak önlemlerle sosyal güvenlik sisteminin bütçeye yükünün azaltılması hedeflenmiştir. Orta Vadeli Programın kredibilitesi açısından bu önlemlerin başarıya ulaşması önem taşımaktadır. Uzun vadede ise sistemin mali yapısının yeniden sürdürülebilir bir patikaya oturtulması, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın hedeflediği aile hekimliği, sevk zinciri gibi etkililik ve etkinliği artırıcı reformların kararlı bir şekilde uygulanması ve sistemin gelir bacağına güçlendirici politikaların geliştirilmesi ile mümkün olacaktır (Teksöz, 2009).*

Ata Soyer “Sağlıkta Dönüşüm’ün Neresindeyiz? Bundan Sonra, Bizi Neler Bekliyor?” başlıklı çalışmasında Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın sürdürülebilirliği konusunda şu açıklamaları yapmıştır: *SDP'nin sürdürülebilirliği, her şeyden önce yeni getirilen finansman modelinin sağlamlığı ile ilgilidir. Kabaca 40 milyar \$ civarında bir paranın söz konusu olduğu (2008), bunun yaklaşık %70'inin kamusal kaynaklardan karşılandığı, bu kamusal finans kaynakları arasında ise, SGK'nun giderek aslan payını temin ettiği bir sağlık finans tablosundan söz ediyoruz. SGK sağlık harcamalarının 2002-2008 arasında, yaklaşık 3,5-4 kat artışı var. SGK ile birlikte yeşil kartlıların sağlık harcamalarının arttığı, buna karşın Sağlık Bakanlığı bütçesinin ve devlet memurlarının sağlık harcamalarının gerilediği bir durum söz konusu. Burada iki tercih öne çıkmış oluyor: Devlet bütçesi yerine, yani vergi gelirlerinin kullanılması yerine, prim gelirleri ile sağlanan bir tercih; yoksulları önceleyen ama bu öncelemeyi yaparken kaynağı işçi sınıfının güvence ve yaşam düzeyi daha iyi kesiminden aktararak yapan ikinci tercih. SGK harcamalarının %80-85'i ilaç ve tedavi harcamalarına gidiyor ve bu, yıllar içinde giderek büyüyen bir görünüm çiziyor. İlaç harcamaları, 2002-2008 yılları arasında 2,3 kat, aynı dönemde tedavi harcamaları 5 kat artış göstermiştir. 2009 yılının ilk altı ayında ise gerçekleşen 14,2 milyar TL'lik sağlık harcamasının %46'sı ilaç ve teknolojiye, %54'ü de tedaviye harcanmıştır. Tüketimi denetlenemeyen bir SDP'nin sürdürülebilirliği, önemli ölçüde SGK'nın durumuna bağlı görünüyor. SGK'nın gelir-giderleri arasındaki fark, 2000 yılında 2,6 milyar TL'den, 2008'de 25,9 milyar TL'ye çıkmış, yani yaklaşık 8 kat artmış görünüyor. Bu açığın, kurumlara göre dağılımına bakıldığında, aslan payı %88 ile SSK'ya ait. 2008 yılı SGK gelir ve giderlerine göz atalım. Gelirleri 67,3 milyar TL. Burada, önemli pay, prim gelirlerinde ve 47,9 milyar*

*TL. Giderler ise, 93,2 milyar TL kadar. İki büyük gider kalemi var: emekli maaşları 58,9 milyar, sağlık harcamaları 25,4 milyar. Emeklilik yaşının yükseltilmesi ile bu alana ciddi bir müdahale yapıldı ve orta vadede bu müdahalenin sonuçları görülecek. Ancak, yakın dönemin problemi, sağlık harcamalarının “fazlalığı”. Böyle bir “açık” tablosu karşısında devlet bütçesinden SGK’ya her yıl 35 milyar civarında bir transfer yapılmakta (Soyer, 2009).*

*Sağlık Yönetimi ve Eğitim Derneği Sempozyumu’nda finansal sürdürülebilirlik konusunda değerlendirmelerde bulunan Kemal Yaz şu açıklamalarda bulunmuştur: Sağlıkta dönüşüm programının başarısı ancak finansal sürdürülebilirlik ile mümkündür. Yerli üretime dayanmayan bir sürdürülebilirlik politikasına inanmıyoruz. Bu bağlamda tüm sağlık politikalarının üretimi arttırma merkezinde şekillendirilmesi gerekmektedir. Bunu yaparken diğer yandan ise ürün kalitesini hem hasta hem de çalışan sağlığını riske etmeyecek şekilde arttırmak için ise piyasa denetimi ve gözetimi kurumuna büyük görev düşmektedir (Yaz, 2013).*

*TÜSİAD Sosyal İşler Komisyonu bünyesinde faaliyet göstermekte olan “Sağlık Çalışma Grubu” genel sağlık sigortasının finansal sürdürülebilirliği ile ilgili sorunlardan bahsetmiş ve buna yönelik öneriler sunmuştur: Sorunlar; 1) sağlık harcamalarının öngörülemez artışının neden olacağı aktüeryal denge sorununun, ucu açık kamu sübvansiyonlarına yol açma ve Genel Sağlık Sigortası’nın finansal sürdürülebilirliğine zarar verme riski ve 2) hizmetin finansmanında, kamu ve özel sektör kaynakları arasında, ödeme gücü olanların oluşturabileceği farklılıklara yönelik tamamlayıcı ve/veya destekleyici bir ilişki kurulamaması, geliri yüksek kesimlerle maliyet paylaşımı olanağının sağlanamaması. Bu sorunların çözümüne yönelik olarak da 1) SGK gelirlerinin giderlerini karşılama oranı dikkate alındığında, kaynak sıkıntısının daralmasının olumsuz etkilerini azaltmak ve Genel Sağlık Sigortası’nın sürdürülebilirliğini sağlamak amacıyla, sağlık sigortacılığı alanında dünyada uygulanan yöntemlerden birisi olarak bilinen “Tamamlayıcı Sağlık Sigortası”na geçmek; yüksek gelirlilere kamu sağlık sigortacılığında maliyet paylaşımı fırsatı vermek, böylece SGK üzerindeki fiyat ve daha kapsamlı/kaliteli hizmet talebi baskısını azaltmak ve 2) Böylece sağlık sigorta sistemlerinin yaygın ve birbirini*

*tamamlayabilecek veya destekleyebilecek şekilde geliştirilerek hem finansmanın sürdürülebilirliğine olumlu katkı sağlanması, hem de vatandaşların “tek tip” yerine farklı seçeneklerle sağlık hizmeti alabilmesinin mümkün kılınması. Bu kapsamda 5754 sayılı Kanun’un 58. maddesi gereğince Hazine Müsteşarlığı’na verilen yönetmelik çıkarma yetkisi kapsamında, 5510 sayılı Kanun’da 2008 yılında yapılan değişiklikler arasında yer alan Tamamlayıcı Sağlık Sigortası uygulamasına geçilmesinin sağlanmasıdır (TÜSİAD, 2011).*

Sosyal Güvenlik Kurumu’nda görevli Tonguç Sugüneş finansal sürdürülebilirlik konusunda şu değerlendirmelerde bulunmuştur: *Birçok ülke gibi finansal sürdürülebilirliği sağlamak amacıyla tedavide hizmet başı ve tanıya dayalı ödeme modelleri, ilaçta ise pozitif liste, global bütçe ödeme modellerini kullanmaktayız. 2008 yılında %6,8 olan 65 yaş üstü nüfus oranımız 2012 yılında %7,5’e ulaştı. OECD ortalaması ise %16’dır. Sürdürülebilir bir yapıda devam edebilmemiz için her ülke gibi mevcut ödeme modellerinin yanında alternatif ödeme modellerinin de önümüzdeki süreçte değerlendirilmesi gerekmektedir. SGK açısından finansal sürdürülebilirlik; sağlık hizmetlerine erişimin engellenmemesi, kişilerin sağlık ihtiyaçlarının karşılanabiliyor olması, sağlık çıktılarında olumlu yönde gelişim sağlanması, sağlık harcamalarının GSYİH oranının belirlenen limitler dahilinde tutulması, ödeyebilme gücünün korunması, finansal kaynakların artırılması ve paydaşların da finansal açıdan sürdürülebilirliğinin gözetilmesi olarak değerlendirilmektedir (Sugüneş, 2013).*

Sabahattin Aydın insan kaynağı açısından sürdürülebilirliğin risk altında olduğunu belirtmiştir: *Sağlıkta finansal sürdürülebilirlik doğrudan verilen hizmetle paralel değil, ülkenin genel gelişmişlik düzeyi ve sağlığa ne kadar kaynak ayırabilmesiyle ilgili bir olaydır. İyi sağlık hizmeti vereceğiz, sağlıklı bir toplum olacağız, sağlık harcamalarımız azalacak ve sürdürülebilirliği sağlayacağız gibi bir yaklaşım doğru bir yaklaşım değildir. Sağlıkta sürdürülebilirliğin tehdidinde yaşlı toplum olmanın büyük rolü vardır. Kısıtlı kaynakları bahane ederek nüfus azaltma politikası uygular ve üretime katılacak genç nüfusu yok ederseniz o zaman sürdürülebilirlik tehlikeye girer. Ancak yaşlılık tek başına en büyük tehdidi oluşturmamakta, teknoloji de sürdürülebilirliği tehdit etmektedir (Aydın, 2013).*

## 4. BÖLÜM

### MATERYAL VE METOT

#### 4.1. ÇALIŞMANIN AMACI VE ÖNEMİ

Tüm dünyada olduğu gibi, Türkiye’de de sağlık sisteminde finansal sürdürülebilirlik önemli bir tartışma konusu haline gelmiştir. Bu süreçte paydaşların görüşlerinin ve değerlendirmelerinin ortaya konulması sağlık politikalarının oluşturulmasında önemli bir veri sağlayabilecektir. Bu bağlamda tezin amacı, Türkiye sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliği konusunda paydaşların görüşlerini belirlemek, bu görüşlerden hareketle değerlendirmeler yapmak ve Türkiye’nin bu yöndeki politikalarına yönelik önerilerde bulunmaktır.

#### 4.2. PROBLEM CÜMLESİ

Bu çalışmada aşağıda belirtilen üç temel soruya yanıt aranmaya çalışılmıştır:

- 1) Türkiye sağlık sisteminde rol alan paydaşların finansal sürdürülebilirlik konusuna ilişkin görüşleri ve değerlendirmeleri nelerdir?
- 2) Türkiye sağlık sistemi finansal açıdan sürdürülebilir midir?
- 3) Türkiye sağlık sisteminde finansal sürdürülebilirliği sağlamak için neler yapılmalıdır?

#### 4.3. EVREN VE ÖRNEKLEM

Çalışmanın evrenini konu ile ilgili olduğu düşünülen paydaşlar; Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu ile Plan ve Bütçe Komisyonu’nda görevli milletvekilleri, Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu, Hazine Müsteşarlığı gibi ilgili kamu kurum ve kuruluşlarındaki sağlık politikası, sağlık ekonomisi ve sağlık sigortası ile ilgili bürokratlar, üst ve orta düzey yöneticileri, sağlıkla ilgili sivil toplum örgütlerinin temsilcileri ve akademisyenler oluşturmaktadır. Çalışmada kalitatif araştırmalarda kullanılan yöntemlerden birisi olan amaçlı örnekleme (purposeful sampling) yöntemi

kullanılmıştır. Bu yöntem, incelenen konuyla doğrudan ilgisi olan (Altunışık vd., 2012) ve araştırmanın amacına hizmet edecek kişileri seçmeye dayanan bir yöntemdir (Özen ve Gül, 2007). Amaçlı örnekleme, çalışmanın amacına bağlı olarak bilgi açısından zengin durumların seçilerek derinlemesine araştırma yapılmasına olanak tanımaktadır (Büyüköztürk vd., 2012). Çalışmada Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu'ndan 4, Plan ve Bütçe Komisyonu'ndan 7 milletvekiline, Sağlık Bakanlığı'ndan 26, Maliye Bakanlığı'ndan 2, Kalkınma Bakanlığı'ndan 5, Hazine Müsteşarlığı'ndan 2, Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan 16 bürokrat, üst ve orta düzey yöneticisi olmak üzere kamu kurum ve kuruluşlarından 62; sivil toplum kuruluşlarından 25; akademisyenlerden 21 kişiye ulaşılmıştır. Böylece çalışmaya toplam 108 kişi katılmıştır. 108 kişinin 96'sı hem açık uçlu hem de kapalı uçlu soruları yanıtlarken 12'si sadece kapalı uçlu soruları yanıtlamıştır. Açık uçlu sorulara yanıt vermeyen bu 12 kişinin 2'si öğretim üyesi, 7'si milletvekili, 2'si sivil toplum örgütü temsilcisi ve 1'isi SGK çalışanıdır. Araştırmaya katılanların çoğu tıp, sağlık yönetimi ve iktisat kökenlidir. Çalışma kapsamında görüşme yapılan kişilerin kurumlarına yönelik ayrıntılı bilgi Ek 2'de sunulmuştur.

#### **4.4. KISITLILIKLAR VE VARSAYIMLAR**

Bu çalışmada paydaşların önemli bir bölümünün Ankara ilinde olmasından ve görüşmenin de yüzyüze gerçekleşmesi gerektiğinden çoğunlukla Ankara il merkezinde görev yapmakta olan paydaşlara yer verilmiştir. Ayrıca çalışmaya katılan kişilerin görüşleri, kurum görüşlerini değil kişisel görüşleri yansıtmaktadır, bu yüzden kurum görüşü olarak genellenemez. Buna ek olarak çalışmada paydaşlarla yapılan görüşmeler, görüşme yapmak için hazırlanmış yarı yapılandırılmış görüşme formu, görüşme notları ve nitel araştırmanın doğası gereği araştırmacının akademik deneyimi ile sınırlıdır.

Paydaşların veri toplama aracı olarak kullanılan yarı yapılandırılmış görüşme formuna verdikleri cevapların gerçekleri yansıttığı, soruların yöneltildiği kişilerin alanında uzman kişiler olduğu ve bu kişilerin sorulara makul bir düzeyde geçerli yanıtlar verebilecek bilgi ve deneyime sahip olduğu varsayılmıştır.

#### 4.5. VERİ TOPLAMA

Çalışmanın amaçlarına ulaşmak için hem kalitatif hem de kantitatif araştırma yaklaşımlarından yararlanılmıştır. Kalitatif araştırmalarda kişilerin değerleri ile ilgili yargılama yapılmaksızın kişilerin sosyal dünya ile ilgili düşünceleri öğrenilmeye çalışılmaktadır. Kalitatif araştırma yöntemleri, insanların birbirleriyle ve çevreleriyle nasıl ve niçin ilişki kurduklarına odaklanmaktadır. Kalitatif araştırmada pek çok farklı veri toplama yöntemi vardır ve bu yöntemler farklı metodolojik ve teorik yöntemlerle desteklenmektedir. Kalitatif veri toplama yöntemleri; sözlü yaşam hikâyelerini içeren derinlemesine yapılandırılmış veya yapılandırılmamış görüşmeleri, odak grup tartışmalarını, katılımlı veya katılımsız gözlem çalışmalarını, rapor, mektup, günlük, film ve televizyon gibi kaynakların öyküleyici ve metinsel analizlerini içermektedir (Carter ve Henderson, 2007). Sosyal bilimlerde sıklıkla kullanılan kalitatif araştırma yöntemlerinin sağlık ve sağlık hizmetleri araştırmalarında da yaygın olarak kullanıldığı görülmektedir (Pope ve Mays, 2006). Sağlık ve sağlık hizmetleri konusunda kalitatif araştırma yoluyla kantitatif araştırmalarda elde edilemeyecek bilgilere ulaşılabilmektedir. Örneğin sağlık ve hastalık hakkındaki inanışların, davranışları nasıl etkilediği kalitatif araştırma ile cevaplandırılabilir (Carter ve Henderson, 2007).

Çalışmada kalitatif verileri toplamak için finansal sürdürülebilirlik konusuna ilişkin hazırlanan yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme formu, The London School of Economics and Political Science (LSE) tarafından Avrupa Sağlık Sistemleri'nin finansal sürdürülebilirliğini ortaya koymak için gerçekleştirilen proje kapsamında hazırlanan anketten yararlanarak (Tordrup vd., 2013) ve literatür taraması sonucunda elde edilen bilgiler doğrultusunda (Thomson vd., 2009b; Sağlık Bakanlığı, 2012b) Türkiye'ye uyarlanarak hazırlanmıştır.

Yarı yapılandırılmış görüşme formu üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde 9 soruyla paydaşların bireysel ve demografik bilgileri sorgulanmıştır. İkinci bölümde ise 10 sorudan oluşan ve paydaşların finansal sürdürülebilirlik konusuna ilişkin bilgilerinin sorgulandığı açık uçlu sorular yer almaktadır. Yarı yapılandırılmış görüşme formunda sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliği kavramından ne anlaşıldığı, Türkiye sağlık

sisteminin finansal açıdan sürdürülebilir olup olmadığı, finansal sürdürülebilirlik konusunun Türkiye sağlık sisteminde öncelikli bir konu olarak değerlendirilip değerlendirilmediği, finansal sürdürülebilirliğin nasıl sağlanabileceği ve bunun için neler yapılması gerektiği, finansal sürdürülebilirliği sağlama sürecine kimlerin katılması gerektiği, finansal sürdürülebilirlik konusunda ne gibi engeller veya risklerin olduğu, SGK'nın temel teminat paketinin kapsamı, tamamlayıcı sağlık sigortasının finansal sürdürülebilirliğe katkısının olup olmayacağı, sağlık harcamalarının düzeyi ve sağlık harcamalarının artmasına neden olan faktörler hakkındaki görüşlere ilişkin açık uçlu sorulara yer verilmiştir. Yarı yapılandırılmış görüşme tekniğinin doğası gereği görüşme aracı dışında bazı sorular da görüşme içeriğine göre araştırmaya katılanlara yöneltilmiştir. Özellikle performansa dayalı ödeme sisteminin sağlık harcamalarını ne yönde etkilediği, mevcut teminat paketinden nelerin çıkartılabileceği gibi konularda düşünceleri almak için ilave sorulara başvurulmuştur. Üçüncü ve son bölümde ise paydaşların Türkiye sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliğini sağlama konusuyla ilgili olarak düşünceleri sorgulanmıştır. Toplam 30 ifadeden oluşan bu bölümde değerlendirmeler Likert ölçeği ile (1: kesinlikle katılmıyorum, 5: kesinlikle katılıyorum) gerçekleştirilmiştir (Ek 1).

Görüşme formunda yer alan sorular; soruları geliştirmek veya anlaşılmayan soruları yeniden düzenlemek amacıyla ilk olarak farklı kurumlarda çalışan 5 kişiye yönetilmiş ve sadece 2 soru (tamamlayıcı sağlık sigortasına geçilmesi gerektiğini düşünüyor musunuz ve jenerik ilaç uygulamasına geçmek) ile ilgili kararlar uygulanmaya başlandığı için sorular revize edilmiştir. Yarı yapılandırılmış görüşmeler, görüşmeyi kabul eden katılımcıların çalışma ofislerinde araştırmacının kendisi tarafından yüz yüze olarak yapılmıştır. Ayrıca görüşmeler sırasında görüşmelerin doğası gereği, yarı yapılandırılmış soruların önceliği ve sonralığında değişiklikler de olmuştur. Görüşmeler Ekim 2013-Mart 2014 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Görüşmeye katılan kişilerin büyük bir çoğunluğunun ses kayıt cihazına izin vermemesi nedeniyle görüşme içerikleri araştırmacı tarafından not alınmıştır. Görüşmeler çalışma saatleri içerisinde yapılmış ve 20 ila 45 dakika arasında sürmüştür. Ankara dışından olan 8 katılımcıya ise görüşme formu mail üzerinden gönderilmiş ve görüşme formu doldurulmuştur.

#### 4.6. VERİLERİN ANALİZİ

Veri toplamak için oluşturulan formun ikinci bölümünde yer alan açık uçlu soruların değerlendirmesini yapmak amacıyla kalitatif veri analizi programlarından birisi olan Maxqda 11 programı kullanılmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme formundan elde edilen kalitatif veriler her bir katılımcı için ayrı dosya olacak şekilde word belgesi olarak hazırlanmış ve programa aktarılmıştır.

Miles ve Huberman nitel araştırmalarda yapılacak veri analizini üç aşamada incelemektedir. Bu aşamalar; verinin işlenmesi, verinin görsel hale getirilmesi ve sonuç çıkarma/teyit etmeden oluşmaktadır. Veri işleme aşamasında yazılı notlar veya kayıtlar incelenir ve kodlamalar yapılır. İkinci aşamada veriler tablo, şekil veya grafikler yoluyla görselleştirilir. Son aşamada ise, ortaya çıkan kavramlar, temalar, açıklamalar, nedensel ilişkiler yorumlanır, karşılaştırma yapılır ve teyit edilir (Miles ve Huberman, 1994; Yıldırım ve Şimşek, 2006). Bu çalışmada Maxqda 11 programı ile her bir soru tek tek değerlendirilerek içerik analizi yapılmıştır. İçerik analizi; dokümanların, mülakat dökümlerinin veya kayıtlarının karakterize edilmesi ve karşılaştırılmasında kullanılan bir yöntemdir ve amacı da katılımcıların görüşlerinin içeriklerini sistematik olarak tanımlamaktır (Altunışık vd., 2012). İçerik analizinin konusu, kaydedilen tüm iletişim türleri olabilir (görüşmeler, söylemler, gözlem, videokasetleri, dokümanlar). İçerik analizi sadece materyallerin içeriği belirgin olanlarını analiz etmemektedir. İçerik analizi, sayısallaştırmadan adım adım ve içerik analitik kurallar izlenerek yapılan, iletişim ortamında metinlerin metodolojik kontrollü analizi, ampirik bir yaklaşımı olarak da tanımlanabilir (Mayring, 2000). Bu çalışmada içerik analizi için görüşme sonucunda elde edilen veriler dahilinde bir kodlama listesi oluşturulmuş ve bu kodlama listesine göre analizler gerçekleştirilmiştir. Araştırmada ayrıca içerik analizi türlerinden birisi olan frekans analizi kullanılmıştır. Frekans analizi birim veya öğelerin sayısal, yüzdesel ve oransal olarak görülme sıklığını ortaya koymaktadır (Bilgin, 2006). Bu çalışmada kelimeler, sözcükler veya cümleler ilgili kodlara aktarılmıştır ve böylece sayı ve frekansların ortaya çıkarılması sağlanmıştır (EK 3). Buna ek olarak, dikkat çekici ve önemli yanıtlar çalışmada aynen verilmiştir.



Nitel araştırmalarda geçerlilik araştırmacının araştırdığı olguyu, olduğu biçimiyle ve olabildiğince yansız gözlemesi anlamına gelmektedir. Araştırmacının araştırdığı olgu veya olay hakkında bütüncül bir bakış açısı yakalayabilmesi için elde etmiş olduğu verileri ve ulaşmış olduğu sonuçları teyit etmesine yardımcı olacak bazı ek yöntemler (eşitleme, katılımcı teyiti, meslektaş teyiti vb.) kullanması gerekmektedir. Ayrıca yüzyüze görüşmeler yoluyla ayrıntılı ve derinlemesine bilgi toplama, uzun süreli bilgi toplama ve elde edilen bilgilerin teyit edilmesi için alana geri gidebilme ve ek bilgi toplama olanağının olması nitel araştırmada geçerliliği oluşturmayı sağlayan önemli özelliklerdir (Yıldırım ve Şimşek, 2006). Bu çalışmada da araştırmanın nitel boyutu ile bağlantılı olarak geçerliliği sağlamak adına yansız görüşmeler yapılmış ve katılımcı teyidi kullanılmıştır. Paydaşların büyük bir çoğunluğu açık uçlu ifadelere yanıt vermiştir. Veriler yüzyüze görüşülerek elde edilmiş, paydaşların görüş ve düşüncelerinin açıklayıcı nitelikte olması göz önünde bulundurulmuştur. Araştırmada *i geçerliliği* sağlamak için verilere eleştirel bir gözle bakılıp sonuçların gerçeğe uygun olup olmadığı kontrol edilmiştir. *Dış geçerliliği* sağlamak için ise verilerin doğrudan alıntılarına yer verilmiş ve amaçlı örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

Nitel araştırmalarda güvenilirlik kelimesinden çok “uygunluk” yani yöntemin amaçla uygunluğu, “açıklık” yani uygun başka yöntemlerin kullanılabilmesini sağlama, “tartışma” yani araştırma verisini araştırmacıların tartışmasına, yorumlamasına ve bulguların sonuçlarını değerlendirebilmesini sağlama gibi kelimelerin dikkate alınması gerektiği belirtilmektedir (Kümbetoğlu, 2005). Güvenilirlik, içerik analizi çözümlemesinde araştırma sonuçlarının tekrar edilebilirliğinin bir göstergesidir (Bilgin, 2006). Bu çalışmada güvenilirliği sağlamak için kodlamalar araştırmacının kendisi tarafından iki defa gerçekleştirilmiş, böylece ortaya çıkan farklılıklar düzenlenmiştir ve verilerin kodlanmasında tutarlılık sağlanmıştır. Ayrıca verilerin sonuçlarla olan ilgisini değerlendirmek için birebir alıntılar yapılmıştır.

Görüşme formunun üçüncü bölümünde yer alan 30 ifadenin değerlendirmesini yapmak için, eşit aralıklı beşli Likert tipi ölçek kullanılmıştır. Bu kısımda yer alan veriler ise SPSS 20 programı aracılığıyla analiz edilmiştir. Çalışma kapsamındaki paydaşların genel özellikleri frekans ve yüzde dağılımları gibi tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerle

incelenmiştir. Paydaşların ifadelerine verdikleri cevaplar için genel skorların belirlenmesinde aritmetik ortalama ve standart sapma gibi merkezi dağılım ölçüleri kullanılmıştır. Ayrıca çalışmada gruplar arasında karşılaştırma yapmak amacıyla, veriler normal dağılıma uygun olmadığı için nonparametrik testlerden iki grup arasındaki karşılaştırmaların gerçekleştirilmesinde Mann-Whitney U testi, ikiden fazla grubun karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Tüm istatistiksel testlerde alfa düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

Çalışmada ayrıca SGK'dan alınan veriler doğrultusunda GSS'nin gelir ve gider verilerinin basit doğrusal regresyon analizini gerçekleştirebilmek için Minitab 17 programı ve bu programdan çıkan sonuçların grafik gösterimi için de Excel programı kullanılmıştır.

## 5. BÖLÜM

### BULGULAR

Bu bölümde çalışma kapsamında kullanılan yarı yapılandırılmış görüşme formu ile elde edilmiş olan bulgulara yer verilmiştir. İlk bölümde paydaşların kişisel ve demografik özellikleri ile 30 ifadeden oluşan ve likert ölçeği ile değerlendirilen paydaşların görüşlerine yönelik bulgulara yer verilmiştir. İkinci bölümde ise içerik analizi sonucu çıkan sonuçlara ait bulgular sunulmuştur.

#### 5.1. KİŞİSEL VE DEMOGRAFİK BİLGİLER

##### 5.1.1. Çalışmaya Katılan Paydaşların Tanımlayıcı Özellikleri

Çalışmaya katılan 108 kişinin demografik özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde paydaşların daha çok %34,3 ile 34-41 yaş ve %36,1 ile 42-49 yaş aralığında olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya katılanların büyük bir çoğunluğu erkektir (%75,0) ve evlidir (%85,2). Eğitim durumlarına göre incelendiğinde ise katılımcıların önemli bir bölümü lisans mezunudur ve ayrıca paydaşların %63'ü yüksek lisans, doktora veya tıpta uzmanlık gibi çeşitli alanlarda eğitimlerini tamamlamıştır. Paydaşların meslekte toplam çalışma süreleri incelendiğinde 21 yıl ve üstü çalışma süresine sahip kişilerin daha yoğun olduğu görülmektedir (%33,3). Paydaşların çalıştıkları kurumların gruplara göre dağılımlarına bakıldığında ise Sivil Toplum Kuruluşları'ndan (%23,1), Sağlık Bakanlığı'ndan (%24,1) ve çeşitli üniversitelerden (%19,4) daha fazla kişinin çalışmada yer aldığı görülmektedir. ISCO-08'e (Uluslararası Standart Meslek Sınıflaması) göre paydaşların meslek dağılımlarına bakıldığında; katılımcıların %61,1'inin yöneticilerden, %38,9'unun da profesyonel meslek mensuplarından oluştuğu belirlenmiştir (Tablo 14).

**Tablo 14. Çalışmaya Katılan Paydaşların Demografik Özellikleri**

<b>Değişkenler</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b><i>Yaş</i></b>		
26-33	12	11,1
34-41	37	34,3
42-49	39	36,1
50-57	13	12,0
58-65	7	6,5
<b><i>Cinsiyet</i></b>		
Erkek	81	75,0
Kadın	27	25,0
<b><i>Medeni Durum</i></b>		
Evli	92	85,2
Bekâr	16	14,8
<b><i>Eğitim Durumu</i></b>		
Yüksekokul	4	3,7
Lisans	36	33,3
Yüksek Lisans	32	29,6
Doktora	24	22,2
Tıpta Uzmanlık	12	11,1
<b><i>Meslekte Toplam Çalışma Süresi</i></b>		
5 yıldan az olanlar	6	5,6
5-10 yıl	15	13,9
11-15 yıl	29	26,9
16-20 yıl	22	20,4
21 yıl ve üstü	36	33,3
<b><i>Mesleklere Göre Dağılım</i></b>		
Yöneticiler	66	61,1
Profesyonel Meslek Mensupları	42	38,9
<b><i>Çalışılan Kurumlar</i></b>		
Sivil Toplum Kuruluşları	25	23,1
Sağlık Bakanlığı	26	24,1
Sosyal Güvenlik Kurumu	16	14,8
Hazine Müsteşarlığı	2	1,9
Maliye Bakanlığı	2	1,9
Kalkınma Bakanlığı	5	4,6
Üniversite	21	19,4
TBMM	11	10,2
<b>Toplam</b>	<b>108</b>	<b>100,0</b>

Tablo 15’de çalışmaya katılan paydaşların eğitim durumlarına ilişkin daha fazla bilgi vermek amacıyla mezun oldukları üniversiteler ve fakültelere ilişkin veriler sunulmuştur. Buna göre paydaşların %26,9’u Hacettepe Üniversitesi’nden mezun olurken, %16,7’si Ankara Üniversitesi’nden mezun olmuştur. Anadolu Üniversitesi ve İstanbul Üniversitesi’nden mezun olanların oranı ise %11,1’dir.

**Tablo 15. Çalışmaya Katılan Paydaşların Mezun Oldukları Üniversiteler ve Fakülteler**

<b>Değişkenler</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b><i>Mezun Olunan Üniversite</i></b>		
Anadolu Üniversitesi	12	11,1
Ankara Gevher Nasibe Sağlık Eğitim Ens.	2	1,9
Ankara Üniversitesi	18	16,7
Atatürk Üniversitesi	4	3,7
Balıkesir Üniversitesi	1	,9
Başkent Üniversitesi	1	,9
Bilkent Üniversitesi	3	2,8
Boğaziçi Üniversitesi	3	2,8
Cumhuriyet Üniversitesi	1	,9
Çukurova Üniversitesi	1	,9
Ege Üniversitesi	1	,9
Erciyes Üniversitesi	1	,9
Galatasaray Üniversitesi	1	,9
Gazi Üniversitesi	6	5,6
GOP Üniversitesi	1	,9
Hacettepe Üniversitesi	29	26,9
Hamburg Üniversitesi	1	,9
İstanbul Üniversitesi	12	11,1
Karadeniz Teknik Üniversitesi	1	,9
Marmara Üniversitesi	3	2,8
ODTÜ	4	3,7
Uludağ Üniversitesi	2	1,9
<b>Toplam</b>	<b>108</b>	<b>100,0</b>
<b><i>Mezun Olunan Fakülte/Yüksekokul</i></b>		
Açıköğretim Fakültesi	4	3,7
Basın Yayın Yüksekokulu	1	,9
Dış Hekimliği Fakültesi	3	2,8
Eczacılık Fakültesi	4	3,7
Edebiyat Fakültesi	1	,9
Ekonomi Fakültesi	1	,9
Fen Fakültesi	2	1,9
Hukuk Fakültesi	3	2,8
İİBF/Sağlık İdaresi Yüksekokulu	47	43,6
İktisadi ve Ticari İlimler Akademisi	1	,9
İktisat Fakültesi	1	,9
İletişim Bilimleri Fakültesi	1	,9
İşletme Fakültesi	1	,9
Meslek Yüksekokulu	1	,9
Mühendislik Fakültesi	3	2,8
Sağlık Bilimleri Fakültesi	2	1,9
Siyasal Bilgiler Fakültesi	8	7,4
Tıp Fakültesi	22	20,4
Belirsiz	2	1,9
<b>Toplam</b>	<b>108</b>	<b>100,0</b>

Mezun olunan fakülte veya yüksekokul dağılımları incelendiğinde ise en fazla %43,6 ile İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi (Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksekokulu İİBF'ye bağlandığı için İİBF'ye dahil edilmiştir) ve %20,4 ile Tıp Fakültesi olduğu belirlenmiştir (Tablo 15).

**Tablo 16. Çalışmaya Katılan Paydaşların Mezun Oldukları Bölümler**

<b>Değişkenler</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Mezun Olunan Bölümler (Lisans/Yüksekokul)</b>		
Anestezi	1	,9
Çalışma Ekonomi ve Endüstri İlişkileri	1	,9
Dış Hekimliği	3	2,8
Eczacılık	4	3,7
Endüstri Mühendisliği	1	,9
Halkla İlişkiler	2	1,9
Hukuk	3	2,8
İktisat	20	18,5
İnşaat Mühendisliği	1	,9
İstatistik	1	,9
İşletme	7	6,5
Jeoloji Mühendisliği	1	,9
Kamu Yönetimi	4	3,7
Laboratuvar ve Veterinerlik	1	,9
Maliye	3	2,8
Matematik	1	,9
Moleküler Biyoloji ve Genetik	1	,9
Muhasebe-Finansman	2	1,9
Sağlık Ekonomisi	1	,9
Sağlık İdaresi/Sağlık Kurumları İşletmeciliği/Sağlık Kurumları Yöneticiliği	20	18,5
Sağlık Memuru	1	,9
Sağlık Önlisans	1	,9
Sevk ve İdarecilik	1	,9
Sosyoloji	1	,9
Tıp	22	20,4
Toplum Sağlığı	1	,9
Uluslararası İlişkiler	3	2,8
<b>Toplam</b>	<b>108</b>	<b>100,0</b>

Çalışmaya katılan paydaşların mezun oldukları bölümler ile yapmış oldukları yüksek lisans, doktora veya tıpta uzmanlık alanlarına ilişkin sonuçlar incelendiğinde lisans bölümleri bazında paydaşların daha çok Tıp (%20,4) Sağlık İdaresi/Sağlık Kurumları İşletmeciliği/Sağlık Kurumları Yöneticiliği (%18,5) ve İktisat (%18,5) bölümlerinden mezun oldukları görülmüştür (Tablo 16). Burada Sağlık İdaresi/Sağlık Kurumları Yöneticiliği gibi bölümlerden mezun olan kişilerin oranının yüksek olmasının en önemli

sebebi, çalışmaya katılan akademisyenlerin önemli bir bölümünün bu bölümlerden mezun olmasıdır.

Lisansüstü eğitim yapan toplam 68 kişi üzerinden yapılan değerlendirmeler sonucunda da paydaşların en çok Sağlık Kurumları Yönetimi/Sağlık Yönetimi/Sağlık İşletmeciliği/Hastane Yönetimi (%32,3) alanlarında lisansüstü eğitim aldıkları belirlenmiştir (Tablo 17).

**Tablo 17. Çalışmaya Katılan Paydaşların Lisansüstü Alanları**

Değişkenler	Sayı	Yüzde
<i>Yüksek Lisans/Doktora veya Tıpta Uzmanlık Yapılan Bölümler</i>		
Çalışma Ekonomisi	1	1,5
Çocuk Hastalıkları	1	1,5
Ekonomi	4	5,9
Endokrinoloji ve Metabolizma	1	1,5
Endüstri Mühendisliği	1	1,5
Farmaekonomi	1	1,5
Farmakognazi	2	2,9
Farmakoloji	1	1,5
Genel Cerrahi	2	2,9
Göz Hastalıkları	1	1,5
Halk Sağlığı	2	2,9
İktisat	4	5,9
Kamu Yönetimi	4	5,9
KBB	1	1,5
Maliye	2	2,9
Matematik	1	1,5
MBA	4	5,9
Muhasebe-Finansman	2	2,9
Pazarlama	1	1,5
Periodontoloji	1	1,5
Radyasyon Onkolojisi	1	1,5
Sağlık Ekonomisi	3	4,4
Sağlık Kurumları Yönetimi/Sağlık Yönetimi/Sağlık İşletmeciliği/ Hastane İşletmeciliği/Hastane Yönetimi	22	32,3
Sosyal Politika	1	1,5
Tıbbi Farmakoloji	1	1,5
Üroloji	1	1,5
Yönetim ve Organizasyon	1	1,5
<b>Toplam</b>	<b>68</b>	<b>100,0</b>

### 5.1.2. Finansal Sürdürülebilirliği Sağlama Konusunda Paydaşların Görüşleri

Tablo 18’de çalışmaya katılan paydaşların Türkiye sağlık sisteminde finansal sürdürülebilirliği sağlama konusundaki görüşleri ile ilgili ifadelerle ilişkin ortalama,

standart sapma ve yüzde değerleri verilmiştir. Ortalamalara göre, paydaşların finansal sürdürülebilirliği sağlama konusunda en fazla katıldığı ifadeler 4,44 ile “sağlık hizmetlerinin gereksiz veya kötüye kullanımını engellemek”, 4,41 ile “kayıt dışı ekonomi ile etkili bir şekilde mücadele etmek” 4,30 ile “daha etkili ve verimli olan hizmet sunum biçimlerini benimsemek” ve 4,24 ile “istihdamı artırmak” ifadeleri olmuştur. En az katıldıkları ifadeler ise 2,14 ile “sağlık hizmetleri sunumunu özelleştirmek” ve 2,17 ile “sağlık finansmanını özelleştirmek” ifadeleridir.

Yüzelere göre değerlendirildiğinde paydaşların “sağlığa özel/özgü vergi toplamak” konusuna %30,6; “sigara, alkol, piyango gibi mal ve hizmet satışlarından sağlık hizmetleri için pay aktarmak” konusuna %45,4; “tanıya ilişkin gruplara dayalı ödeme yöntemine geçmek” konusuna %41,7; “jenerik ilaç uygulamasını güçlendirmek” konusuna %48,1; “tamamlayıcı sağlık sigortasını uygulamak” konusuna %28,7; “sağlık hizmetleri gereksinimlerim için gerekirse özel sağlık sigortası satın alırım” konusuna %30,6; “mevcut sağlık kaynaklarının verimsiz kullanıldığı” konusuna %42,6; “GSYİH’den sağlığa ayrılan payın yetersiz olduğu” konusuna %34,3 ve “kullanılan katkı paylarının adaletsiz olduğu” konusuna %36,1 oranında katıldıkları belirlenmiştir.

Paydaşların %30,6’sı “sağlık hizmetlerine vergilerden daha fazla pay ayırmak”; %67,6’sı “kayıt dışı ekonomi ile etkili bir şekilde mücadele etmek”; %50,9’u “istihdamı artırmak”; %65,7’si “sağlık hizmetlerinin gereksiz veya kötüye kullanımını engellemek”; %37,0’si “global bütçeyi etkili ve yaygın bir şekilde kullanmak” ve %50’si “daha etkili ve verimli olan hizmet sunum biçimlerini benimsemek” konularına kesinlikle katıldıklarını belirtmiştir.

Paydaşların %47,2’si “gerekli finansman miktarını elde etmek amacıyla diğer sosyal hizmet ve programları için yapılan harcamaları azaltmak; %37’si “kişilerden sağlık hizmetleri için daha fazla katkı payı almak”; %44,4’ü “GSS prim oranlarını artırmak”; %40,7’si “yeni ve pahalı sağlık teknolojilerinin (tıbbi ilaçlar ve cihazlar) satın alımlarını kısıtlamak”; %31,5’i “yeni ve pahalı sağlık teknolojileri için özel sağlık sigortası seçeneklerini kullanmak”; %24,1’i “tamamlayıcı sağlık sigortasını uygulamak”;



%38,9'u "sağlık harcamalarının artırılması gerektiği" konularına katılmadıklarını ifade etmiştir.

Paydaşların %33,3'ünün "GSS kapsamında ödenen/finanse edilen temel teminat paketini daraltmak"; %37,0'ının "sağlık hizmetleri sunumunu özelleştirmek"; %39,8'inin "sağlık finansmanını özelleştirmek"; %45,4'ünün "sağlık hizmetleri almam gereken her durumda masrafları cepten ödemeyi kabul ederim" konularına kesinlikle katılmadıkları belirlenmiştir.

**Tablo 18. Paydaşların Finansal Sürdürülebilirliği Sağlama Konusundaki Görüşleri**

	Ort. ± Std. Sapma	Kesinlikle Katılmıyorum %	Katılmıyorum %	Kararsızım %	Katılıyorum %	Kesinlikle Katılıyorum %
<b>GELİR ELDE ETME</b>	3,28±0,54					
1.Sağlığa özel/özgü vergi toplamak	2,87±1,45	24,1	25,0	5,6	30,6	14,8
2.Sağlık hizmetlerine vergilerden daha fazla pay ayırmak	3,47±1,38	10,2	20,4	12,0	26,9	30,6
3.Gerekli finansman miktarını elde etmek amacıyla diğer sosyal hizmet ve programları için yapılan harcamaları azaltmak	2,28±1,09	23,1	47,2	13,0	12,0	4,6
4.Sigara, alkol, piyango gibi mal ve hizmet satışlarından sağlık hizmetleri için pay aktarmak	3,74±1,27	10,2	10,2	4,6	45,4	29,6
5.Kişilerden sağlık hizmetleri için daha fazla katkı payı almak	2,69±1,27	18,5	37,0	10,2	25,9	8,3
6.GSS prim oranlarını artırmak	2,54±1,05	13,9	44,4	18,5	20,4	2,8
7.Kayıt dışı ekonomi ile etkili bir şekilde mücadele etmek	4,41±1,13	7,4	1,9	0,9	22,2	67,6
8.İstihdamı artırmak	4,24±1,04	3,7	6,5	2,8	36,1	50,9
<b>MALİYET AZALTMA/SINIRLAMA</b>	3,80±0,67					
9.GSS kapsamında ödenen/finanse edilen temel teminat paketini daraltmak	2,52±1,46	33,3	26,9	8,3	17,6	13,9
10.Sağlık hizmetlerinin gereksiz veya kötüye kullanımını engellemek	4,44±1,04	5,6	1,9	1,9	25,0	65,7
11.Global bütçeyi etkili ve yaygın bir şekilde kullanmak	4,04±1,01	2,8	7,4	10,2	42,6	37,0
12.Tanıya İlişkin Gruplara dayalı ödeme yöntemine geçmek	3,64±1,11	7,4	5,6	24,1	41,7	21,3
13.Daha etkili ve verimli olan hizmet sunum biçimlerini benimsemek	4,30±0,96	4,6	0,9	4,6	39,8	50,0
14.Jenerik ilaç uygulamasını güçlendirmek	3,89±0,90	0,9	7,4	18,5	48,1	25,0

**Tablo 18. Paydaşların Finansal Sürdürülebilirliği Sağlama Konusundaki Görüşleri (Devam)**

	Ort. ± Std. Sapma	Kesimlikle Katılmıyorum %	Katılmıyorum %	Kararsızım %	Katılıyorum %	Kesimlikle Katılıyorum %
<b>SAĞLIK HİZMETLERİ VERİMLİLİĞİ</b>	2,60±0,86					
15.Sağlık hizmetleri sunumunu özelleştirmek	2,14±1,17	37,0	31,5	17,6	8,3	5,6
16.Sağlık finansmanını özelleştirmek	2,17±1,22	39,8	27,8	16,7	11,1	5,6
17.Yeni ve pahalı sağlık teknolojilerinin (tıbbi ilaçlar ve cihazlar) satın alımlarını kısıtlamak	2,55±1,11	16,7	40,7	17,6	21,3	3,7
18.Yeni ve pahalı sağlık teknolojileri için özel sağlık sigortası seçeneklerini kullanmak	2,86±1,16	12,0	31,5	21,3	28,7	6,5
19.Tamamlayıcı sağlık sigortasını uygulamak	3,25±1,28	9,3	24,1	18,5	28,7	19,4
<b>KİŞİSEL TERCİHLER</b>	2,62±0,64					
20.Kamu kaynakları ile finanse edilen sağlık sisteminin, özel sektörün finanse ettiği sağlık sistemine oranla daha verimli, kaliteli ve etkili bir şekilde organize edildiğini düşünüyorum	2,91±1,17	10,2	36,1	13,0	34,3	6,5
21.Tümüyle ücretsiz sağlık hizmetinden sağlık kullanımı esnasında daha fazla vergi ödemeyi kabul ederim	2,86±1,23	13,0	35,2	13,0	30,6	8,3
22.Sağlık hizmetleri almam gereken her durumda masrafları cepten ödemeyi kabul ederim	2,79±0,96	45,4	40,7	6,5	4,6	2,8
23.Sağlık hizmetleri gereksinimlerim için gerekirse özel sağlık sigortası satın alırım	2,92±1,22	14,8	25,9	20,4	30,6	8,3
<b>MEVCUT DURUM</b>	3,10±0,60					
24.Sağlık harcamalarının arttırılması gerektiğini düşünüyorum	2,78±1,20	13,0	38,9	13,0	27,8	7,4
25.Sağlık harcamalarının düşürülmesi gerektiğini düşünüyorum	2,79±1,22	14,8	34,3	16,7	25,9	8,3
26.Mevcut sağlık kaynakları verimsiz kullanılmaktadır	3,90±1,08	2,8	12,0	10,2	42,6	32,4
27.GSYİH'den sağlığa ayrılan pay yetersizdir	3,24±1,27	7,4	30,6	10,2	34,3	17,6
28.Kullanılan katkı payları adaletsizdir	3,25±1,19	4,6	31,5	13,0	36,1	14,8
29.Kullanılan katkı payları çok yüksektir ve gereksizdir	2,85±1,15	8,3	41,7	13,9	28,7	7,4
30.Kullanılan katkı payları sağlık finansmanının özelleştirilmesidir	2,90±1,37	16,7	33,3	8,3	26,9	14,8

Ort: Ortalama, Std Sapma: Standart Sapma

### 5.1.3. Finansal Sürdürülebilirliği Sağlama Konusunun Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan paydaşların finansal sürdürülebilirliği sağlama konusuna ilişkin puanları ile meslek grubu değişkeni Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmış ve sadece “tümüyle ücretsiz sağlık hizmetlerinden sağlık kullanımı esnasında daha fazla vergi ödemeyi kabul ederim” ifadesinde anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $U=985,000$ ;  $z= -2,630$ ;  $p=0,009$ ). Bu ifadede profesyonel meslek mensuplarının sıra ortalaması (64,05) yöneticilerin ortalamasından (48,42) daha yüksektir.

Tablo 19’da araştırmaya katılan paydaşların finansal sürdürülebilirliği sağlama konusuna ilişkin puanları eğitim durumu değişkenine göre Kruskal-Wallis testi ile karşılaştırılmış ve tabloda sadece anlamlı farklılık ( $p<0,05$ ) bulunan ifadeler sunulmuştur. Ortaya çıkan bu farklılaşmanın hangi eğitim düzeyleri arasında olduğunu belirlemek için ise Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Buna göre; kişilerden sağlık hizmetleri için daha fazla katkı payı almak ( $X^2=10,642$ ;  $p=0,031$ ) ifadesi için, yüksek lisans mezunu olanların sıra ortalaması 65,00 iken yüksekokul mezunlarının sıra ortalaması 25,50’dir. Bu ifadede yüksekokul-yüksek lisans ve yüksek lisans-doktora düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. GSS kapsamında ödenen/finanse edilen teminat paketini daraltmak ( $X^2=11,513$ ;  $p=0,021$ ) ifadesinde de en yüksek sıra ortalaması yüksek lisans mezunlarında (65,94) en düşük sıra ortalaması ise yüksekokul mezunlarındadır (18,50). Bu ifadede ise yüksekokul-lisans, yüksekokul-yüksek lisans, yüksekokul-doktora, yüksekokul-tıpta uzmanlık ve yüksek lisans-doktora düzeyleri arasında anlamlı bir fark vardır. Tanıya ilişkin gruplara dayalı ödeme yöntemine geçmek ( $X^2=10,987$ ;  $p=0,027$ ) ifadesinde en yüksek ortalama doktora mezunlarına aitken (62,71) en düşük ortalama 35,08 ile tıpta uzmanlık mezunlarına aittir. Bu ifadede yüksekokul-yüksek lisans, yüksek lisans-tıpta uzmanlık ve doktora-tıpta uzmanlık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır. Sağlık hizmeti sunumunu özelleştirmek ( $X^2=16,642$ ;  $p=0,002$ ) ifadesinde en yüksek sıra ortalaması yüksek lisans mezunlarında iken, en düşük ortalama yüksekokul mezunlarına aittir. Bu ifadede oluşan farklılaşmanın hangi eğitim düzeyleri arasında olduğunu belirlemek için yapılan Mann Whitney U testine göre; yüksekokul-lisans, lisans-doktora, yüksek lisans-

doktora ve doktora-tıpta uzmanlık düzeylerinde anlamlı bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir. Sağlık finansmanını özelleştirmek ( $X^2=12,355$ ;  $p=0,015$ ) ifadesinde en yüksek sıra ortalaması yüksek lisans mezunlarında iken, en düşük ortalama yüksekokul mezunlarına aittir. Bu ifadede ortaya çıkan fark lisans-doktora ve yüksek lisans-doktora düzeylerinden kaynaklanmaktadır. Sağlık hizmetleri gereksinimlerim için gerekirse özel sağlık sigortası alırım ( $X^2=9,848$ ;  $p=0,043$ ) ifadesinde de en yüksek sıra ortalaması yüksek lisans mezunlarında iken, en düşük ortalama yüksekokul mezunlarına aittir. Bu ifadede yüksekokul-lisans, yüksekokul-yüksek lisans, yüksekokul-tıpta uzmanlık ve yüksek lisans-tıpta uzmanlık düzeylerinde anlamlı bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir. Mevcut sağlık kaynakları verimsiz kullanılmaktadır ( $X^2=13,697$ ;  $p=0,008$ ) ifadesinde en yüksek sıra ortalaması 91,00 ile yüksekokul mezunlarına aitken en düşük sıra ortalaması 44,97 ile lisans mezunlarına aittir. Bu ifadede ortaya çıkan fark yüksekokul-lisans, yüksekokul-yüksek lisans, yüksekokul-doktora, lisans-doktora ve lisans-tıpta uzmanlık düzeylerinden kaynaklanmaktadır. Kullanılan katkı payları çok yüksektir ve gereksizdir ( $X^2=10,808$ ;  $p=0,029$ ) ifadesinde en yüksek ortalama yüksekokul mezunlarındadır, en düşük ortalama ise yüksek lisans mezunlarındadır. Bu ifadede yüksekokul-yüksek lisans, lisans-yüksek lisans ve yüksek lisans-doktora düzeylerinde anlamlı bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir. Kullanılan katkı payları sağlık finansmanının özelleştirilmesidir ( $X^2=10,268$ ;  $p=0,036$ ) ifadesinde de en yüksek ortalama yüksekokul mezunlarındadır, en düşük ortalama ise yüksek lisans mezunlarındadır. Bu ifadede ortaya çıkan fark yüksekokul-yüksek lisans ve yüksek lisans-doktora düzeylerinden kaynaklanmaktadır. Diğer gruplar arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar ortaya çıkmamıştır.

**Tablo 19. Eğitim Durumuna Göre Paydaşların Finansal Sürdürülebilirlik Konusundaki Görüşlerinin Karşılaştırılması**

İfadeler	Eğitim Durumu	Sayı	Sıra Ortalaması	X <sup>2</sup>	p-değeri
Kişilerden sağlık hizmetleri için daha fazla katkı payı almak	Yüksekokul	4	25,50	10,642	<b>0,031</b>
	Lisans	36	54,88		
	Yüksek Lisans	32	65,00		
	Doktora	24	43,88		
	Tıpta Uzmanlık	12	56,29		
GSS kapsamında ödenen/finanse edilen teminat paketini daraltmak	Yüksekokul	4	18,50	11,513	<b>0,021</b>
	Lisans	36	53,82		
	Yüksek Lisans	32	65,94		
	Doktora	24	47,90		
	Tıpta Uzmanlık	12	51,25		
Tanıya ilişkin gruplara dayalı ödeme yöntemine geçmek	Yüksekokul	4	39,50	10,987	<b>0,027</b>
	Lisans	36	50,13		
	Yüksek Lisans	32	62,42		
	Doktora	24	62,71		
	Tıpta Uzmanlık	12	35,08		
Sağlık hizmetleri sunumunu özelleştirmek	Yüksekokul	4	29,75	16,642	<b>0,002</b>
	Lisans	36	62,07		
	Yüksek Lisans	32	62,16		
	Doktora	24	35,77		
	Tıpta Uzmanlık	12	57,08		
Sağlık finansmanını özelleştirmek	Yüksekokul	4	30,50	12,355	<b>0,015</b>
	Lisans	36	61,17		
	Yüksek Lisans	32	61,72		
	Doktora	24	39,38		
	Tıpta Uzmanlık	12	53,50		
Sağlık hizmetleri gereksinimleri için gerekirse özel sağlık sigortası alırım	Yüksekokul	4	19,50	9,848	<b>0,043</b>
	Lisans	36	56,63		
	Yüksek Lisans	32	63,42		
	Doktora	24	49,63		
	Tıpta Uzmanlık	12	45,75		
Mevcut sağlık kaynakları verimsiz kullanılmaktadır	Yüksekokul	4	91,00	13,697	<b>0,008</b>
	Lisans	36	44,97		
	Yüksek Lisans	32	51,11		
	Doktora	24	60,79		
	Tıpta Uzmanlık	12	67,38		
Kullanılan katkı payları çok yüksektir ve gereksizdir	Yüksekokul	4	76,63	10,808	<b>0,029</b>
	Lisans	36	58,65		
	Yüksek Lisans	32	42,31		
	Doktora	24	63,40		
	Tıpta Uzmanlık	12	49,38		
Kullanılan katkı payları sağlık finansmanının özelleştirilmesidir	Yüksekokul	4	78,88	10,268	<b>0,036</b>
	Lisans	36	55,54		
	Yüksek Lisans	32	42,91		
	Doktora	24	65,06		
	Tıpta Uzmanlık	12	53,04		

p<0,05 anlamlı farklılık, df=4

Sağlığa özel/özgü vergi toplamak ( $X^2=5,691$ ;  $p=0,223$ ), sağlık hizmetlerine vergilerden daha fazla pay ayırmak ( $X^2=4,582$ ;  $p=0,333$ ), gerekli finansman miktarını elde etmek amacıyla diğer sosyal hizmet ve programları için yapılan harcamaları azaltmak ( $X^2=7,892$ ,  $p=0,096$ ), sigara, alkol, piyango gibi mal ve hizmet satışlarından sağlık hizmetleri için pay aktarmak ( $X^2=6,923$ ;  $p=0,140$ ), GSS prim oranlarını artırmak ( $X^2=9,128$ ;  $p=0,058$ ), kayıt dışı ekonomi ile etkili bir şekilde mücadele etmek ( $X^2=3,108$ ;  $p=0,540$ ), istihdamı artırmak ( $X^2=1,196$ ;  $p=0,879$ ), sağlık hizmetlerinin gereksiz veya kötüye kullanımını engellemek ( $X^2=7,403$ ;  $p=0,116$ ), global bütçeyi etkili ve yaygın bir şekilde kullanmak ( $X^2=5,430$ ;  $p=0,246$ ), daha etkili ve verimli olan hizmet sunum biçimlerini benimsemek ( $X^2=4,088$ ;  $p=0,394$ ), jenerik ilaç uygulamasını güçlendirmek ( $X^2=5,990$ ;  $p=0,200$ ), yeni ve pahalı sağlık teknolojilerinin satın alımlarını kısıtlamak ( $X^2=6,524$ ;  $p=0,163$ ), yeni ve pahalı sağlık teknolojileri için özel sağlık sigortası seçeneklerini kullanmak ( $X^2=7,985$ ;  $p=0,092$ ), tamamlayıcı sağlık sigortasını uygulamak ( $X^2=8,291$ ;  $p=0,081$ ), kamu kaynakları ile finanse edilen sağlık sisteminin özel sektörün finanse ettiği sağlık sistemine oranla daha verimli, kaliteli ve etkili bir şekilde organize edildiğini düşünüyorum ( $X^2=3,384$ ;  $p=0,496$ ), tümüyle ücretsiz sağlık hizmetinden sağlık kullanımı esnasında daha fazla vergi vermeyi kabul ederim ( $X^2=7,292$ ;  $p=0,121$ ), sağlık hizmeti almam gereken her durumda masrafları cepten ödemeyi kabul ederim ( $X^2=4,165$ ;  $p=0,384$ ), sağlık harcamalarının artırılması gerektiğini düşünüyorum ( $X^2=1,567$ ;  $p=0,815$ ), sağlık harcamalarının düşürülmesi gerektiğini düşünüyorum ( $X^2=3,039$ ;  $p=0,551$ ), GSYİH'den sağlığa ayrılan pay yetersizdir ( $X^2=3,434$ ;  $p=0,488$ ) ve kullanılan katkı payları adaletsizdir ( $X^2=7,856$ ;  $p=0,097$ ) ifadeleri ile eğitim durumu arasındaki ilişki  $p>0,05$  olması nedeniyle anlamsızdır.

Araştırmaya katılan paydaşların finansal sürdürülebilirliği sağlama konusuna ilişkin puanları çalışma süresi değişkenine göre Kruskal-Wallis testi ile karşılaştırılmış ve hiçbir ifade anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

**Tablo 20. Çalışılan Kuruma Göre Paydaşların Finansal Sürdürülebilirlik Konusundaki Görüşlerinin Karşılaştırılması**

İfadeler	Çalışılan Kurum	Sayı	Sıra Ortalaması	X <sup>2</sup>	p-değeri
Kişilerden sağlık hizmetleri için daha fazla katkı payı almak	Sivil Toplum Kuruluşu	25	57,08	18,435	<b>0,010</b>
	Sağlık Bakanlığı	26	58,81		
	Sosyal Güvenlik Kurumu	16	58,69		
	Hazine Müsteşarlığı	2	85,50		
	Maliye Bakanlığı	2	85,50		
	Kalkınma Bakanlığı	5	81,40		
	Üniversite	21	41,50		
	TBMM	11	33,68		
GSS kapsamında ödenen/finanse edilen teminat paketini daraltmak	Sivil Toplum Kuruluşu	25	55,24	22,794	<b>0,002</b>
	Sağlık Bakanlığı	26	51,92		
	Sosyal Güvenlik Kurumu	16	64,34		
	Hazine Müsteşarlığı	2	85,50		
	Maliye Bakanlığı	2	84,00		
	Kalkınma Bakanlığı	5	97,60		
	Üniversite	21	41,12		
	TBMM	11	39,55		
Sağlık hizmeti sunumunu özelleştirmek	Sivil Toplum Kuruluşu	25	55,50	24,125	<b>0,001</b>
	Sağlık Bakanlığı	26	65,69		
	Sosyal Güvenlik Kurumu	16	67,69		
	Hazine Müsteşarlığı	2	70,75		
	Maliye Bakanlığı	2	70,75		
	Kalkınma Bakanlığı	5	66,30		
	Üniversite	21	31,24		
	TBMM	11	39,73		
Sağlık finansmanını özelleştirmek	Sivil Toplum Kuruluşu	25	57,98	17,106	<b>0,017</b>
	Sağlık Bakanlığı	26	66,38		
	Sosyal Güvenlik Kurumu	16	58,25		
	Hazine Müsteşarlığı	2	69,50		
	Maliye Bakanlığı	2	69,50		
	Kalkınma Bakanlığı	5	62,90		
	Üniversite	21	35,50		
	TBMM	11	40,05		
Yeni ve pahalı sağlık teknolojileri için özel sağlık sigortası seçeneklerini kullanmak	Sivil Toplum Kuruluşu	25	42,36	16,623	<b>0,020</b>
	Sağlık Bakanlığı	26	67,02		
	Sosyal Güvenlik Kurumu	16	61,44		
	Hazine Müsteşarlığı	2	72,50		
	Maliye Bakanlığı	2	59,00		
	Kalkınma Bakanlığı	5	78,70		
	Üniversite	21	47,31		
	TBMM	11	41,05		
Tamamlayıcı sağlık sigortasını uygulamak	Sivil Toplum Kuruluşu	25	61,82	16,785	<b>0,019</b>
	Sağlık Bakanlığı	26	51,85		
	Sosyal Güvenlik Kurumu	16	64,47		
	Hazine Müsteşarlığı	2	85,00		
	Maliye Bakanlığı	2	47,75		
	Kalkınma Bakanlığı	5	82,40		
	Üniversite	21	39,45		
	TBMM	11	41,36		
Mevcut sağlık kaynakları verimsiz kullanılmaktadır	Sivil Toplum Kuruluşu	25	66,38	15,806	<b>0,027</b>
	Sağlık Bakanlığı	26	48,13		
	Sosyal Güvenlik Kurumu	16	45,41		
	Hazine Müsteşarlığı	2	91,00		
	Maliye Bakanlığı	2	50,50		
	Kalkınma Bakanlığı	5	52,90		
	Üniversite	21	62,26		
	TBMM	11	35,77		
Kullanılan katkı payları çok yüksektir ve gereksizdir	Sivil Toplum Kuruluşu	25	55,06	22,750	<b>0,002</b>
	Sağlık Bakanlığı	26	54,19		
	Sosyal Güvenlik Kurumu	16	41,13		
	Hazine Müsteşarlığı	2	32,00		
	Maliye Bakanlığı	2	32,00		
	Kalkınma Bakanlığı	5	15,80		
	Üniversite	21	68,24		
	TBMM	11	72,95		
Kullanılan katkı payları sağlık finansmanının özelleştirilmesidir	Sivil Toplum Kuruluşu	25	60,02	16,380	<b>0,022</b>
	Sağlık Bakanlığı	26	46,81		
	Sosyal Güvenlik Kurumu	16	44,06		
	Hazine Müsteşarlığı	2	89,25		
	Maliye Bakanlığı	2	36,50		
	Kalkınma Bakanlığı	5	25,70		
	Üniversite	21	63,43		
	TBMM	11	68,32		

p<0,05 anlamlı farklılık, df=7

Tablo 20’de çalışılan kuruma göre paydaşların finansal sürdürülebilirlik konusuna ilişkin görüşleri Kruskal Wallis testi ile karşılaştırılmış ve fark bulunan ifadeler tabloda verilmiştir ( $p < 0,05$ ). Ortaya çıkan bu farklılaşmanın hangi kurumlar arasında olduğunu belirlemek için ise Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Buna göre; kişilerden sağlık hizmetleri için daha fazla katkı payı almak ( $X^2=18,435$ ;  $p=0,010$ ) ifadesinde en yüksek sıra ortalaması 85,50 ile Sosyal Güvenlik Kurumu ve Maliye Bakanlığı’ndaki katılımcılara ait iken; en düşük ortalama 33,68 ile TBMM’deki katılımcılara aittir. Bu ifadede STK-Üniversite, Sağlık Bakanlığı-TBMM, SGK-TBMM, Hazine Müsteşarlığı-TBMM, Maliye Bakanlığı-TBMM, Kalkınma Bakanlığı-Üniversite ve Kalkınma Bakanlığı-TBMM arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. GSS kapsamında ödenen/finanse edilen teminat paketini daraltmak ( $X^2=22,794$ ;  $p=0,002$ ) ifadesinde en yüksek ortalama Kalkınma Bakanlığı’ndaki katılımcılara aittir (97,60) en düşük ortalama TBMM’deki katılımcılara aittir (39,55). Bu ifadede ortaya çıkan fark STK-Kalkınma Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı-Kalkınma Bakanlığı, SGK-Kalkınma Bakanlığı, SGK-Üniversite, SGK-TBMM, Hazine Müsteşarlığı-Üniversite, Maliye Bakanlığı-Üniversite, Kalkınma Bakanlığı-Üniversite ve Kalkınma Bakanlığı-TBMM arasındaki ilişkiden kaynaklanmaktadır. Sağlık hizmeti sunumunu özelleştirmek ( $X^2=24,125$ ;  $p=0,001$ ) ifadesinde en yüksek ortalama Hazine Müsteşarlığı ile Maliye Bakanlığı’ndaki katılımcılara (70,75); en düşük ortalama ise üniversitelerden katılan akademisyenlere aittir (31,24). Bu ifadede de STK-Üniversite, Sağlık Bakanlığı-Üniversite, Sağlık Bakanlığı-TBMM, SGK-Üniversite, SGK-TBMM, Hazine Müsteşarlığı-Üniversite, Maliye Bakanlığı-Üniversite ve Kalkınma Bakanlığı-TBMM arasında anlamlı bir farklılık vardır. Sağlık finansmanını özelleştirmek ( $X^2=17,106$ ;  $p=0,017$ ) ifadesinde en yüksek ortalama Hazine Müsteşarlığı ile Maliye Bakanlığı’ndaki katılımcılara (69,50); en düşük ortalama ise üniversitelerden katılan akademisyenlere aittir (32,50). Bu ifadede STK-Üniversite, Sağlık Bakanlığı-Üniversite, Sağlık Bakanlığı-TBMM, SGK-Üniversite ve Kalkınma Bakanlığı-Üniversite arasında anlamlı bir farklılık vardır. Yeni ve pahalı sağlık teknolojileri için özel sağlık sigortası seçeneklerini kullanmak ( $X^2=16,623$ ;  $p=0,020$ ) konusunda en yüksek ortalama Kalkınma Bakanlığı’na aittir (78,70) en düşük ortalama TBMM’ye aittir (41,05). Bu ifadede STK-Sağlık Bakanlığı, STK-Kalkınma Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı-Üniversite, Sağlık Bakanlığı-TBMM, Kalkınma Bakanlığı-Üniversite ve Kalkınma Bakanlığı-



TBMM düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Tamamlayıcı sağlık sigortasını uygulamak ( $X^2=16,785$ ;  $p=0,019$ ) konusunda ise en yüksek ortalama 85,00 ile Hazine Müsteşarlığı'ndaki katılımcılara en düşük ortalama da 39,45 ile üniversitelerdeki katılımcılara aittir. Bu ifadede STK-Üniversite, Sağlık Bakanlığı-Kalkınma Bakanlığı, SGK-Üniversite, SGK-TBMM, Kalkınma Bakanlığı-Üniversite ve Kalkınma Bakanlığı-TBMM arasında anlamlı bir farklılık vardır. Mevcut kaynakların verimsiz kullanıldığını ( $X^2=15,806$ ;  $p=0,027$ ) en çok Hazine Müsteşarlığı'ndaki katılımcılar düşünmektedir (91,00). Bu ifadede STK-Sağlık Bakanlığı, STK-SGK, STK-TBMM, Hazine Müsteşarlığı-TBMM ve Üniversite-TBMM arasında anlamlı bir farklılık vardır. Kullanılan katkı paylarının çok yüksek ve gereksiz olduğu ( $X^2=22,750$ ;  $p=0,002$ ) konusunda sıra ortalaması en yüksek olan grup TBMM'deki katılımcılardır. Bu ifadede STK-Kalkınma Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı-Kalkınma Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı-TBMM, SGK-Kalkınma Bakanlığı, SGK-Üniversite, SGK-TBMM, Kalkınma Bakanlığı-Üniversite ve Kalkınma Bakanlığı-TBMM düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Kullanılan katkı payları sağlık finansmanının özelleştirilmesidir ( $X^2=16,380$ ;  $p=0,022$ ) konusunda en yüksek ortalama Hazine Müsteşarlığı'ndaki katılımcılara (89,25) en düşük ortalama ise Kalkınma Bakanlığı'ndaki katılımcılara aittir (25,70). Bu ifadede STK-Kalkınma Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı-Üniversite, Sağlık Bakanlığı-TBMM, SGK-Üniversite, SGK-TBMM, Hazine Müsteşarlığı-Kalkınma Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı-Üniversite ve Kalkınma Bakanlığı-TBMM arasında anlamlı bir farklılık vardır. Diğer gruplar arasında ise istatistiksel olarak fark gözlenmemiştir.

Sağlığa özel/özgü vergi toplamak ( $X^2=9,046$ ;  $p=0,249$ ), sağlık hizmetlerine vergilerden daha fazla pay ayırmak ( $X^2=11,622$ ;  $p=0,114$ ), gerekli finansman miktarını elde etmek amacıyla diğer sosyal hizmet ve programları için yapılan harcamaları azaltmak ( $X^2=9,667$ ;  $p=0,208$ ), sigara, alkol, piyango gibi mal ve hizmet satışlarından sağlık hizmetleri için pay aktarmak ( $X^2=10,531$ ;  $p=0,160$ ), GSS prim oranlarını artırmak ( $X^2=9,128$ ;  $p=0,058$ ), kayıt dışı ekonomi ile etkili bir şekilde mücadele etmek ( $X^2=6,837$ ;  $p=0,446$ ), istihdamı artırmak ( $X^2=8,274$ ;  $p=0,309$ ), sağlık hizmetlerinin gereksiz veya kötüye kullanımını engellemek ( $X^2=8,490$ ;  $p=0,291$ ), global bütçeyi etkili ve yaygın bir şekilde kullanmak ( $X^2=3,771$ ;  $p=0,806$ ), tanıya ilişkin gruplara dayalı

ödeme yöntemine geçmek ( $X^2=6,205$ ;  $p=0,516$ ), daha etkili ve verimli olan hizmet sunum biçimlerini benimsemek ( $X^2=6,101$ ;  $p=0,528$ ), jenerik ilaç uygulamasını güçlendirmek ( $X^2=11,255$ ;  $p=0,128$ ), yeni ve pahalı sağlık teknolojilerinin satın alımlarını kısıtlamak ( $X^2=5,004$ ;  $p=0,660$ ), kamu kaynakları ile finanse edilen sağlık sisteminin özel sektörün finanse ettiği sağlık sistemine oranla daha verimli, kaliteli ve etkili bir şekilde organize edildiğini düşünüyorum ( $X^2=8,353$ ;  $p=0,303$ ), tümüyle ücretsiz sağlık hizmetinden sağlık kullanımı esnasında daha fazla vergi vermeyi kabul ederim ( $X^2=13,768$ ;  $p=0,055$ ), sağlık hizmeti almam gereken her durumda masrafları cepten ödemeyi kabul ederim ( $X^2=5,956$ ;  $p=0,545$ ), sağlık hizmetleri gereksinimlerim için gerekirse özel sağlık sigortası satın alırım ( $X^2=12,766$ ;  $p=0,078$ ), sağlık harcamalarının artırılması gerektiğini düşünüyorum ( $X^2=10,690$ ;  $p=0,153$ ), sağlık harcamalarının düşürülmesi gerektiğini düşünüyorum ( $X^2=6,263$ ;  $p=0,509$ ), GSYİH'den sağlığa ayrılan pay yetersizdir ( $X^2=10,974$ ;  $p=0,140$ ), kullanılan katkı payları adaletsizdir ( $X^2=11,792$ ;  $p=0,108$ ) ifadeleri ile çalışılan kurum değişkeni arasındaki ilişki  $p>0,05$  olması nedeniyle anlamsızdır.

## 5.2. İÇERİK ANALİZİ BULGULARI

Bu bölümde yarı yapılandırılmış görüşme formu ile elde edilen nitel verilerin değerlendirilmesine ilişkin bulgular yer almaktadır. Görüşme formu ile elde edilen cevapların değerlendirmesi ve paydaşların görüşleri Maxqda 11 programı aracılığı ile analiz edilmiştir. Açık uçlu sorulara 96 kişi yanıt verdiği için değerlendirmeler 96 kişi üzerinden gerçekleştirilmiştir. Ayrıca paydaşların yanıtlarından da alıntılar yapılmıştır.

### 5.2.1. Sağlık Sisteminin Finansal Sürdürülebilirliği Kavramı

Çalışma kapsamında görüşülen kişilere sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliği kavramının kendilerine ne ifade ettiği sorulmuştur. 92 kişinin cevaplandığı bu soruya katılımcıların %25'i literatürde de çoğunlukla geçen gelirler ile giderlerin karşılanması/gelir gider denkleğinin sağlanması cevabını vermiştir. Paydaşların %9,8'i ise finansal sürdürülebilirliği, sağlık sisteminin finansal olarak uzun dönemli devam

edilebilir olması, sağlık harcamalarının karşılanabilir olması ve devamlılık göstermesi olarak tanımlamıştır (Tablo 21).

**Tablo 21. Paydaşların Sağlık Sisteminin Finansal Sürdürülebilirliği Kavramı Hakkındaki Görüşleri**

<i>“Sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliği” kavramı size ne ifade ediyor?</i>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Gelirler ile giderlerin karşılanması/denkliğin sağlanması	23	25,0
Sağlık harcamalarının karşılanabilir olması ve devamlılık göstermesi	9	9,8
Sağlık sistemi için kaynakların sağlanması ve sürdürülmesi	9	9,8
Sağlık sisteminin finansal olarak uzun dönemli devam edilebilir olması	9	9,8
Sağlık hizmetlerinin sürekli sunulması, ulaşılabilir ve kaliteli olması	7	7,6
Kaynakların etkin ve verimli kullanılması	6	6,5
Finansmanın kesintiye uğramadan sağlık hizmetlerinin karşılanması	4	4,3
Finansal kaynakların yeterli düzeyde olması	3	3,3
Sağlık hizmetlerinin dar boğaza girmeden sürdürülebilmesi	3	3,3
Sağlık finansmanının kamu tarafından sağlanabilir olması	3	3,3
Sağlık sistemini zora sokmayacak şekilde finansmanın karşılanması	3	3,3
Finansal olarak alınan kararların uzun vadede uygulanabilir olması	2	2,2
Sağlıkta geri ödeme sisteminin finansal açıdan sürdürülebilir olması	2	2,2
Sistemde bütçenin mevcudiyeti ve sürekliliğinin sağlanması	2	2,2
Hak ve menfaatler arasındaki kısa ve uzun vadeli bedelini karşılayacak gelir arasındaki uyumsuzluk	1	1,1
Hizmete zamanında ve uygun miktarda ulaşabilmek için idari mali tedbirlerin alınması	1	1,1
Kaynak havuzunun oluşturulması ve dağılımının adil olması	1	1,1
Sağlık hizmet bedellerinin karşılanmasında bir sorun olmaması	1	1,1
Sağlık sisteminin kamu ekonomisindeki yeri	1	1,1
Toplumun sağlık statüsü için finansal yapının kurulması ve yönetilmesi	1	1,1
İhtiyaç duyulan finansal kaynakların varlığından ve bulunabilirliğinden emin olunması	1	1,1
<b>Toplam</b>	<b>92</b>	<b>100,0</b>

Katılımcılar sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliği kavramını çeşitli açılardan ele alarak ortaya koymuştur. Bir katılımcı sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliği kavramını; sağlık sisteminin amaçları, hedefleri ve fonksiyonları ile ilişkilendirerek açıklamıştır:

*“Sağlık hizmetlerinin kendisinden beklenen fonksiyonları yerine getirebilmesi için ihtiyaç duyulan finansal kaynakların varlığından ve bulunabilirliğinden emin olunmasıdır. Burada temel amaç finansal kaynağın sınırlandırılması veya sabit tutulması ya da azaltılması ya da artırılması değil sağlık sisteminin hedeflerini göz önüne almaktır. Sağlık sisteminin amacı ihtiyaç duyduğu finansal kaynakları bulmak değil nüfusun sağlık statüsünü yükseltmektir. Buna ise maliyet etkililiği bilinen faydası*

*yüksek ve toplumun sağlık statüsü üzerindeki etkisi yüksek sağlık hizmetlerinin önceliklendirilmesi ile erişilebilir.”*

Başka bir katılımcı bu kavramı aşağıdaki şekilde tanımlamıştır:

*“Sağlık hizmeti sunumunun gelişen ülke kaynakları ve nüfus artış hızı göz önüne alındığında sunum talebini karşılayacak arz yaratmadaki finansal araçların optimum ve yeterli seviyede artırılması ve ülke kaynaklarıyla maliyet etkili bir sağlık sisteminin oluşturularak sağlığın gelecek 10 yılının planlanmasıdır.”*

Diğer bir katılımcı ise literatürde de yer alan tanımlara benzer bir değerlendirmede bulunmuştur:

*“Sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliği kavramı; ileriki yıllarda harcanması beklenen toplam sağlık bütçesinin ve bütçenin harcama kalemlerinin önceden tespit edilmesi, artması beklenen harcama kalemleri için gerekli önlemlerin alınması ve böylelikle artan sağlık harcamalarının fonlanabilmesinin sağlanmasıdır.”*

Bu kavramı sürdürülebilir kalkınma tanımından yola çıkarak aşağıdaki gibi tanımlayanlar da olmuştur:

*“Sürdürülebilirlik denilince çeşitlilik ve üretkenliğin devamını sağlama ve bunu gelecek nesiller içinde temin etmek gibi bir kavram geliyor. Dolayısıyla sağlık sisteminde finansal sürdürülebilirlik kavramı bana sağlık sisteminde finansmanın devamlılığını şimdi ve gelecek nesiller için sağlamayı ya da üretkenliği devamlı yürütmeyi çağrıştırıyor.”*

Başka bir katılımcı ise finansal sürdürülebilirlik için belirli kaynakların finanse edilmesi gerektiğinden ve bunun için de bir havuzun gerekliliğinden bahsetmiş ve aşağıdaki tanımı yapmıştır:

“Sistemi sürdürmek için insan kaynakları, fiziksel kaynaklar ve kaynakları finanse edecek bir havuz olmalıdır. Bu havuzun dolması da üç şekilde gerçekleşmektedir. Bunlar; 1) doğrudan kamu eliyle, 2) doğrudan özel sisteme aktarmayla 3) karma sistemle (prim+vergi). Fiziksel kaynaklar, insan kaynakları ve finansal kaynaklar açısından öngörülebilir ve sisteme sürekli akan bir yapının olmasıdır. Mali sürdürülebilirlik hakkaniyet esasına göre sistemin finansmanının kurgulandığı kamunun gücüyle orantılı kamu tarafından finanse edilen bir sistemdir. Temel teminat paketi kurgulanırken de dikkate alınması gereklidir.”

### 5.2.2. Türkiye Sağlık Sisteminin Finansal Açıdan Sürdürülebilirliği

Türkiye sağlık sisteminin finansal açıdan sürdürülebilir olup olmadığı hakkında paydaşlara görüşleri sorulmuştur. 95 kişinin yanıtlamış olduğu bu soruya paydaşların %57,89’u Türkiye sağlık sisteminin finansal açıdan sürdürülebilir olmadığını %30,53’ü ise sağlık sisteminin finansal açıdan sürdürülebilir olduğunu belirtmiştir (Tablo 22).

**Tablo 22. Paydaşların Türkiye Sağlık Sisteminin Finansal Açıdan Sürdürülebilir Olma Durumu Hakkındaki Görüşleri**

<i>Türkiye sağlık sisteminin finansal açıdan sürdürülebilir olduğunu düşünüyor musunuz?</i>	Sayı	Yüzde
Hayır	55	57,89
Evet	29	30,53
Kısa vadede evet, uzun vadede hayır	8	8,42
Politik olduğunu düşünüyorum	3	3,16
<b>Toplam</b>	<b>95</b>	<b>100,00</b>

Bu soruda ayrıca Türkiye sağlık sisteminin neden sürdürülebilir olduğu veya neden sürdürülebilir olmadığı sorusu da sorulmuştur. Bu soruya olumsuz cevap veren paydaşların yanıtlarının %11,39’unun gelir gider dengesinde bütçe açığının fazla olmasından ve %10,13’ünün nüfusun yaşlanmasına bağlı olarak artan maliyetlerden kaynaklandığı belirlenmiştir. Bunun dışında sağlık sisteminin sürdürülebilirliği konusunda olumlu görüş bildiren paydaşların verdikleri yanıtların %23,08’inin bu durumun sağlık politikalarının maliyet-etkili olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir (Tablo 23).

**Tablo 23. Paydaşların Türkiye Sağlık Sisteminin Finansal Açıdan Sürdürülebilirliği Konusundaki Olumlu ve Olumsuz Görüşleri**

	Sayı	Yüzde
<b>Olumsuz Görüşler*</b>		
Gelir-gider dengesinde bütçe açığının fazla olması	9	11,39
Nüfusun yaşlanması nedeniyle artan maliyetler	8	10,13
Gereksiz sağlık hizmeti talebi	6	7,59
Sağlık harcamalarındaki artış	6	7,59
Sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaşması	6	7,59
Kaynak tüketimindeki artış	5	6,33
Teminat paketinin çok geniş olması	5	6,33
Yeterli gelirin toplanamaması	4	5,06
Kaynakların yetersizliği	4	5,06
Politik kararların dikkatsizce alınması	3	3,80
İlaç harcamalarının artmış olması	3	3,80
Kayıtdışı ekonomi	2	2,53
Sağlık hizmeti organizasyon biçimindeki sorunlar	2	2,53
İlaç ve tıbbi cihazda yüksek ithal ve pahalı ürünler	2	2,53
Artan işsizlik	1	1,27
Talep kontrollü tedbirden ziyade arz kontrollü tedbirlerin alınmaması	1	1,27
Bonkör bir sağlık hizmet sunumu	1	1,27
Çalışandan çok emeklinin olması ve erken emeklilik	1	1,27
Hastalık durumunda alınan katılım paylarının düşük olması	1	1,27
Hastalık profilindeki değişimler	1	1,27
Sağlık harcamalarının yetersizliği	1	1,27
Koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmemesi	1	1,27
Kronik hastalıkların kapsamının geniş olması	1	1,27
Performansa dayalı ödeme	1	1,27
Sağlık sistemi sonuçlarının iyileştirilmemesi	1	1,27
Sevk zincirinin olmaması	1	1,27
Tamamlayıcı sağlık sigortasının gelişmemiş olması	1	1,27
İlaç harcama bütçelerinin yetersiz olması	1	1,27
<b>Toplam</b>	<b>79</b>	<b>100</b>
<b>Olumlu Görüşler</b>		
Maliyet-etkin sağlık politikaları	3	23,08
Sağlığa ayrılmış kaynakların net olması	2	15,38
Sistemin kendi kendisini döndürebilmesi	2	15,38
Yeterli primin toplanabilmesi	2	15,38
Global bütçenin geliştirilmesi	1	7,69
Akılcı ilaç kullanımının yaygınlaşması	1	7,69
Kişi başı harcamalarına rağmen Türkiye'nin bunu kaldırabilecek durumda olması	1	7,69
Fazla hizmet sunumuna rağmen gelir-gider denkleğinin sağlanmış olması	1	7,69
<b>Toplam</b>	<b>13</b>	<b>100,00</b>

\* Bu soruya birden fazla cevap verilmiştir.

Bir katılımcı sağlık sisteminin finansal olarak sürdürülebilir olmadığını ifade etmiş ve aşağıda yer alan açıklamaları yapmıştır:

*“Sağlık sisteminin finansal açıdan sürdürülebilir olduğunu düşünmüyorum. Hem yeterli gelir toplayamıyoruz hem de harcamalar yetersiz. Türkiye’de ekonominin yapısal sorunları ve işgücü piyasasının özellikleri finansal sürdürülebilirliğin önündeki en önemli engellerdir. Asıl sorunumuz gelirin toplanamamasındadır. Örneğin; işgücüne katılım oranı %50, işsizlik oranı %10, kayıtdışı istihdam oranı %38, ücret düzeyi düşük, ekonomik büyümede istikrar yok.”*

Başka bir katılımcı ise özellikle ilaç piyasası açısından değerlendirmeler yaparak sağlık sisteminin finansal olarak sürdürülebilir olmadığını ifade etmiştir:

*“Sağlık sisteminin finansal açıdan sürdürülebilir olduğunu düşünmüyorum. İhtiyacı karşılayabilecek ilaç harcama bütçesi planlanmayıp, ayrılan kaynaklar sürekli kısılmaktadır. Sağlık sisteminde güncel olarak tek odak birim fiyat ve işlem sayısı olmuş olup, sonuçlar ve sonuçların değerleri dolayısı ile kalite değerlendirilmemektedir. Bu çerçevede birim fiyat odaklı tedbirler ile özellikle ilaç sanayinde hastaların yeni ilaçlara erişimi geç ve güç olmakta aynı zamanda var olan ilaçların sürekli tedariki de kesintiye uğrayabilmektedir.”*

Sigorta şirketleri açısından soruyu değerlendiren bir katılımcı Türkiye sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliği hakkında aşağıdaki değerlendirmeyi yapmıştır:

*“Çok sayıda sigorta şirketini ayrı ayrı değerlendirmek gerekecektir. Bu kapsamda elementerin bir alt branşı olan sağlık sigortalarına son yıllarda öncelik verilmeye başlanmış, şirketlerin prestiji, sigorta olarak görülme konumundan çıkmaya başlamıştır. Bu doğrultuda özel hastanelerin ve SGK katılımının devreye girmesi ile dikkat çekilmeye çalışılan sigorta bilinci ve kullanımı artmış, kısmi olarak da sigortalı sayılarında küçük bir artış yaratmıştır. Devletin var olan SGK kullanımlarının yükünün artması nedeni ile bu sürecin zamanla özelleşeceğini görüyor, tamamlayıcı teminatlarla havuzun genişleyeceğini umuyoruz. Burada önemli olan oluşan havuzu doğru yönetmek,*

*hastane anlaşmalarında ve sigortalıların kullanımlarda dikkatli sözleşmeler hazırlamak ve her iki tarafında haklarını korumak yönünde olmalıdır. Şirketlerin kurumsal verimlilik açısından gerek alt yapı kurgusu, gerekse çalışma modellerinde geliştirecekleri yöntemlerle sistemin sürdürülebilir olduğunu görmekteyim. Müşteri tutundurma ve yeni müşteri kazanma yolunda fark yaratan şirketler sürdürülebilir konumunu koruyacaktır.”*

Başka bir katılımcı finansal sürdürülebilirliğin politik bir tercih olduğunu ifade ederek sağlık sisteminin sonuçlarının dikkate alınmasından çok sağlık harcamaları ile ilgili düzenlemelerin dikkate alındığını ifade etmiştir:

*“Bunun politik bir tercih olduğuna inanıyorum. Eğer politik bir tercih olarak düşünülmez ve hali hazırda sağlık sistemi ilgili alınmış olan kararların objektif temeller üzerine alındığını varsayarsak finansal sürdürülebilirliğin olacağını söylemek mümkün değildir. Çünkü mevcut politikalar sağlık sistemi sonuçlarının iyileştirilmesinden daha çok sağlık harcamalarının azaltmaya veya artış eğilimi gösteren sağlık harcamalarını durdurmaya yönelik önlemler olarak tanımlanabilir. Faydadan ziyade maliyet etkili olduğu kanıtlanmamış ya da sağlık sistemi içerisinde sunulan ama sağlık statüsü üzerindeki etkileri tam olarak değerlendirilmemiş olan çok farklı sağlık hizmetlerine erişim engellerinin ortadan kaldırılması sadece sağlık harcamalarını daha da artırmaya yönelik davranışlar olarak ortaya çıkmaktadır. Eğer sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliği isteniyorsa ihtiyaç duyulan finansal kaynakların bağımsız sağlık statüsünü olumlu yönde etkileyecek sağlık hizmetleri sunum sistemlerinin yeniden gözden geçirilmesi gerekmektedir.”*

Diğer bir katılımcı finansal sürdürülebilirliğin kısa vadede gerçekleştiğini ancak uzun vadede bunun mümkün olamayacağını belirtmiştir:

*“Kısa ve orta vadede evet ama uzun vadede hayır. Finansal sürdürülebilirlikle ilgili önemli tehditler var: 1)nüfusun yaşlanması, 2)gelir artışı ile beraber daha fazla kaynak kullanımı, 3)sağlık enflasyonu (hekimlere, sağlık kurumlarına para verilmesi),*



4) bilinçlenme düzeyi (insanların talebi) ve 5) sağlık teknolojilerinin gelişmesi ve daha fazla para harcanmasıdır.”

Diğer bir katılımcı finansal sürdürülebilirliğin olamayacağını demografik nedenlere bağlamıştır:

*Finansal sürdürülebilirlik:*

“Sağlık giderleri = işçi ve işverenler tarafından ödenen sağlık primleri” olarak formüle edilmesi durumunda finansal sürdürülebilirliğin imkân dâhilinde olmayacağını düşünüyorum. 2010-2025 Türkiye'nin demografik gelişimine bakıldığında yaşanan bir nüfusa sahip olduğumuz ortaya çıkıyor. Bu göstergenin 2 önemli riski var. Emekli olsun ya da olmasın ilerleyen yaş nedeniyle sağlık harcamaları artışı ve emekli sayısı artışı.”

Diğer bir katılımcı ise sağlık sisteminde finansal sürdürülebilirliğinin olamamasını sağlığa erişimin artmasına ve gereksiz sağlık hizmeti kullanımına bağlamıştır:

“Türkiye’de son 10 yıllık süreci gözden geçirdiğimiz zaman sağlık alanında yapılan çok fazla yatırım, harcama ve memnuniyet anlamında bunun geri dönüşünü görüyoruz. Halen kişi başına sağlık harcamalarının OECD ülkelerinin ortalamalarının altında olduğunu görmekteyiz. Ancak karşılaştırma yaparken ülkemiz nüfusunun genç bir nüfusa sahip olduğunu ve çok eski dönemleri değil son 5 yıllık süreci karşılaştırmamızın daha uygun olacağını düşünüyorum. Sağlığa erişimin hızla arttığı ve yıllık hastaneye başvuru oranlarının 8,2'lere çıktığı bir dönemde sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliğinden bahsetmek pek de mümkün gözüküyor. Sağlığa kolay erişiyoruz ama gerekli kullanıp kullanmadığımız ile ilgili çok ince bir ayar söz konusu ve biz bunu henüz bilimsel anlamda ölçemiyoruz.”

### **5.2.3. SGK'nın Mevcut Teminat Paketinin Kapsamı**

Bu soruda paydaşlara SGK'nın mevcut teminat paketinin kapsamı hakkında ne düşündükleri sorulmuştur. Soruya cevap veren paydaşların yanıtlarının %37,8'i SGK'nın mevcut teminat paketinin özellikle dünya ülkeleri ile karşılaştırıldığında

oldukça geniş olduğu şeklindedir. Paydaşların yanıtlarının %8,74'ü ise bu paketin daraltılması yönündedir. Paketin kapsamının yeterli olduğunu ifade edenlerin yanıtlarının oranı ise %25,24'tür (Tablo 24).

**Tablo 24. Paydaşların SGK'nın Mevcut Teminat Paketi Kapsamı Hakkındaki Görüşleri**

<i>SGK'nın mevcut teminat paketinin kapsamı hakkında ne düşünüyorsunuz?</i>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Teminat paketi geniştir	39	37,86
Teminat paketinin kapsamı yeterlidir	26	25,24
Teminat paketi daralmaktadır	11	10,68
Teminat paketinin kapsamı yeterli değildir	11	10,68
Teminat paketi daraltılmalıdır	9	8,74
Teminat paketi genişletilmelidir	5	4,85
Fiilen ve formal olarak teminat paketi yok	1	0,97
Teminat paketinin kapsam derinliği yetersizdir	1	0,97
<b>Toplam</b>	<b>103</b>	<b>100,00</b>

\* Bu soruya birden fazla cevap verilmiştir.

Teminat paketinin kapsamı ile ilgili olarak bir katılımcı paketin kapsamının çok geniş olduğunu ve kapsamın daraltılabileceğini ifade etmiştir:

*“SGK'nın mevcut temel teminat paketi oldukça geniş kapsamlıdır ve doğası gereği esnek esnekliğe sahip estetik cerrahi, diş tedavisi gibi pek çok alanı da kapsamaktadır. Esnek talep esnekliğine sahip olanlar teminat paketinden çıkarılabilir ve kapsamı daraltılabilir.”*

Başka bir katılımcının bu soruya ilişkin görüşü ise harcamanın kamu kaynakları ile idare edilmesine yöneliktir:

*“TTB'ye göre tüm sağlık harcamaları tamamen kamu kaynakları tarafından karşılanmalıdır. SGK'nın GSS yapısı sağlık hakkıyla bağdaşmamaktadır. Sigorta primleri ödenebilir durumda ve hizmetlerden yararlanılabilmekte. Teminat paketi sağlığı bir hak olmaktan çıkartmaktadır. Daha modern tedavi yöntemleri “istisna sağlık hizmeti” olarak geçmektedir ve bu hizmeti almak için daha fazla cepten ödeme yapılmaktadır. Örneğin normal doğum için SGK 400 TL ödemekte ağrısız doğum için vatandaş isteğe bağlı olarak 1200 TL'yi kendi cebinden ödeyebilmektedir. Yine prostat cerrahisi bu da bir istisna sağlık hizmetidir ve daha çok yaşlıların hastalığıdır ve SGK*

*1500 TL ödemektedir lazerli prostat cerrahisi için ise 4500 TL ödenmesi gerekmektedir.”*

Diğer bir katılımcı ise paketin kapsamının boyutu hakkında bilgi vermekten ziyade belli bir düzenleme yapıldıktan sonra paketin tartışılması gerektiğini vurgulamıştır:

*“Diş hekimliği açısından baktığımızda diş ve dişeti hastalıkları önlenabilir hastalıklardır. Koruyucu ağız ve diş sağlığı politikaları oluşturulduktan sonra, devlet gebelikten başlayarak, koruyucu önlemleri uygulayacak, bunlara uymayan-kontrollere gitmeyen kişisel bakımları yapmayan kişilere bir yaptırım olacak. SGK'nın mevcut teminat paketi bu konumda tartışılabilir.”*

Paketin kapsamının yeterli olduğu ancak gün geçtikçe pakette daraltılmalar yapıldığını belirten katılımcılar da olmuştur:

*“SGK'nın mevcut teminat paketi kamuya sağlık harcamaları için tahsis edilen global bütçe sınırlamaları, genel bütçe sübvansiyonları, özel sağlık kuruluşlarının ilave alınabilecek ücretlerle genişletilen paketleri dikkate alındığında bıçak sırtında dengede bir paket olarak yorumluyorum. Ancak her geçen gün paketler daraltılmakta, tıbbi malzeme fiyatları çok baskılayıcı olarak kontrol altında tutulmaya çalışılmaktadır. Bu da çok geniş kapsamdaki işlemleri kapsayan paketlerin fiyatlarının uzun yıllardır arttırılmayan SUT fiyatlarıyla dengede tutulmaya çalışıldığını düşünüyorum.”*

Bir kişi teminat paketindeki hizmetlerin verilme konusunda da sıkıntıların olduğunu vurgulamıştır:

*“Hastaların otokontrolünü sağlayacak (adil kullanımı) mekanizmalar yok. Teminat paketinde yer alan hizmetlerin daha ucuz maliyetle elde edilmesiyle ilgili eksiklikler mevcuttur. Mevcut teminat paketi çok geniştir. Ancak teminat paketi içinde yer alan bir hizmetin hangi usulde verileceği konusunda da bir genişlik vardır.”*

Diğer bir kişi pakette bakım sigortasının olması gerektiğini belirtmiş ve aşağıdaki bilgileri vermiştir:

*“Koruyucu hekimlik + her tür hastalık için teminat veren, limitsiz hizmet sunan, bağımlılar için de aynı teminatı sağlayan, TC sınırlarındaki herkesi kapsayan, yurt-dışı için de teminat veren bir yapı mevcuttur. Bu hizmetin bedeli asgari ücret ve üzeri alanlar için asgari ücretin %12,5’i ile sağlanmaktadır. Pakette uzun vadeli bakım giderleri (yaşlılar ve özürllüler için) bulunmamaktadır. Paket içerisinde yaşanan nüfus dikkate alınarak mutlaka bakım sigortasının yer alması gerekir. Paketin kapsamı vatandaşlar için en iyi plandır (plan= verilen teminat, katılım payı, limit bileşenleri ile tanımlanır). Ancak bu plan nedeniyle vatandaşlar sağlık hizmet sunucularından hizmet alamaz hale geliyor ise sorun var demektir. Tasarlanan sigorta planını teoride vermek değil, fiiliyatta sağlamak önemlidir. Ör: Dış tedavisi için verilen teminat kapsamında orta gelir düzeyinin ödediği primin karşılığını ne kadar aldığı sorgulanmalıdır.”*

#### 5.2.4. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Hakkındaki Görüşler

Tablo 25’de paydaşlara tamamlayıcı sağlık sigortası hakkında ne düşündükleri ve tamamlayıcı sağlık sigortasının finansal sürdürülebilirliğe katkısı olup olmayacağı sorulmuştur. 83 kişinin cevaplandırmış olduğu bu soruya cevap veren paydaşların %57,83’ü tamamlayıcı sağlık sigortasına olumlu bakarken, %37,35’i tamamlayıcı sağlık sigortasına olumlu bakmadığını ifade etmiştir. Ayrıca 70 katılımcının cevaplandırmış olduğu tamamlayıcı sağlık sigortasının finansal sürdürülebilirliği katkısı olacak mı sorusuna paydaşların büyük bir çoğunluğu olumlu cevap vermiştir (%78,57).

**Tablo 25. Paydaşların Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Hakkındaki Görüşleri**

<i>TSS hakkında ne düşünüyorsunuz?</i>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
TSS’yi olumlu buluyorum	48	57,83
TSS’yi olumlu bulmuyorum	31	37,35
Doğru kurgulanması gerekir	4	4,82
<b>Toplam</b>	<b>83</b>	<b>100,00</b>
<i>TSS’nin finansal sürdürülebilirliğe katkısı olacağını düşünüyor musunuz?</i>		
Evet	55	78,57
Hayır	15	21,43
<b>Toplam</b>	<b>70</b>	<b>100,00</b>

Bu soruda ayrıca paydaşların tamamlayıcı sağlık sigortasını neden gerekli buldukları veya neden gerekli bulmadıklarına dair ek bir soru sorulmuştur. Buna göre bu soruya olumlu yanıt veren katılımcıların %44,83'ü tamamlayıcı sağlık sigortasının bireylerin tercihlerini artıracığını, olumsuz yanıt veren katılımcıların %25,71'i ise bu sigortanın gelir dağılımında ve hizmet alımında adaletsizliklere neden olacağını belirtmiştir (Tablo 26).

**Tablo 26. Paydaşların Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Hakkındaki Olumlu ve Olumsuz Görüşleri**

<i>TSS Hakkında Olumlu Görüşler</i>	Sayı	Yüzde
Bireylerin tercihlerini artıracak	13	44,83
Ek kaynak sağlayacak	9	31,03
Gereksiz sağlık hizmeti talebini engelleyecek	3	10,34
Sağlıkta kalite artacak	2	6,90
Bireysel katkı paylarını minimize edecek	1	3,45
Tüm nüfusun güvence altına alınması için önemli olacak	1	3,45
<b>Toplam</b>	<b>29</b>	<b>100,00</b>
<i>TSS Hakkında Olumsuz Görüşler*</i>		
Gelir dağılımında adaletsizlikler yaratacak	9	25,71
Sağlık finansmanının özelleştirmesini sağlayacak	7	20,00
Vatandaş üzerindeki finansal yük artacak	7	20,00
Cepten yapılan harcamaları artırmaya yöneliktir	5	14,29
Vatandaşın sağlık hizmetine ulaşımını kısıtlayacak	4	11,43
Sağlık hizmetlerinin niteliği açısından birşey katmayacak	1	2,86
Sosyal devlet anlayışına aykırı	1	2,86
İşlem bazındaki katılım paylarının ödenmemesine sebep olacak	1	2,86
<b>Toplam</b>	<b>35</b>	<b>100,00</b>

\* Bu soruya birden fazla cevap verilmiştir.

Tamamlayıcı sağlık sigortası ile ilgili olarak bir katılımcının değerlendirmesi aşağıda yer almaktadır:

*“Tamamlayıcı sağlık sigortasını doğru bulmuyorum, bu durum kamuda şu andaki sağlık hizmetlerindeki temel teminat paketinin daha da daraltılıp insanların özel piyasalara yani özel sağlık sigortalara yönelmesini teşvik edecek. Bu durum insanların sağlığa yaptıkları harcamaları daha da artıracak, finansmanda adaletsizliği daha da derinleştirecek ve özel sigortalar riske göre bireyleri sigortalayacakları için risk düzeyi yüksek olan hastaların sistemden ya mahrum kalabilmesine ya da sisteme daha fazla prim yatırmalarına neden olabilecektir. Daha uzun dönemde ülkedeki sağlık statüsü düzeyi olumsuz etkilenecektir.”*

Bir başka katılımcı ise tamamlayıcı sağlık sigortası ile ilgili olarak aşağıdaki görüşleri ifade etmiştir:

*“Tamamlayıcı sağlık sigortası bütün ülkelerde sağlık hizmetlerine erişimi artırmanın bir yöntemi değil de sağlık hizmetlerinin teknik kalitesinin dışında algılanan kalite boyutundaki beklentileri karşılamaya yönelik bir mekanizma olarak düşünülmelidir. Eğer tamamlayıcı sağlık sigortası sağlık hizmetlerinin erişiminin önünde engel olarak değerlendirilen finansal engelleri ortadan kaldırmaya yönelik bir strateji olarak düşünülürse bu o ülkede özel sağlık sigortasının teşvik edilmesi anlamına gelir. TSS aynı zamanda bireysel tercihleri artıran önemli bir tercihtir. Ancak TSS geri ödeme kapsamına alınan teknik anlamda sunulması gereken sağlık hizmetleri için geri ödeme yöntemi olarak kullanılacaksa bu finansal sürdürülebilirliği destekleyen bir mekanizma olmasından ziyade ülkenin sağlık hizmetleri finansal sürdürülebilirliğini radikal bir yönde değiştirmeye işaret eder. Türkiye’de yapılan tartışmalar finansal sürdürülebilirlikten ziyade vatandaşların tercihlerini artırmaya ve algılanan kalite beklentilerini karşılamaya yönelik bir mekanizma olarak kullanılması yönündedir. TSS hiçbir zaman başlı başına bir sağlık hizmetleri finansman yöntemi olarak düşünülmemelidir. TSS’nin finansal sürdürülebilirliği de katkısı olmayacak. TSS ek kaynak yaratan bir mekanizma değil sadece bireysel beklentileri karşılamada cepten yapılan sağlık harcamalarını artırmaya yönelik bir teşviktir.”*

Tamamlayıcı sağlık sigortasına karşı çıkan bir katılımcı aşağıdaki değerlendirmeleri yapmıştır:

*“Piyasacı kavramlar, vatandaşların sağlık hizmeti için daha fazla ceplerinden ödeme yapması tamamlayıcı sağlık sigortasını ortaya çıkarmaktadır. Bu sağlığın bir hak olmasıyla ilgili değil, piyasacı bir yaklaşımdır ve vatandaşı daha fazla zorlayıcı bir yaklaşımdır. Bu sigorta insanları daha fazla para harcamaya zorlayacaktır ve belirli çevreleri zengin edecek bir uygulama olacaktır. Kamu, artık sağlık alanından çekilmeye başlamaktadır. İnsanlar artık GSS primi+ vergi ve ayrıca TSS için prim ödeyecek.”*

Başka bir katılımcı tamamlayıcı sağlık sigortasının sağlık hizmetlerinin niteliğine herhangi bir kazanım sağlamayacağını belirtmiştir:

*“Teminat paketi geniş kaldığı ve cepten katılım olduğu sürece tamamlayıcı sağlık sigortasına gerek yoktur. Toplumsal kesim için ve özellikle de ilaçlar için daha anlamlıdır. Teşvik edilebilir, otelcilik vb. gibi hizmetleri daha fazla satın almak için bu sigorta türü tartışılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin niteliği açısından bir şey katmayacaktır. Finansal sürdürülebilirliğe katkısı olacağını çok sanmıyorum. Üst gelir grubu daha az hizmet kullanmaktadır, sistemin yükü olumsuz etkilenecektir.”*

Diğer bir kişi tamamlayıcı sağlık sigortasının belirli bir kesime hitap edeceğini belirtmiştir:

*“Tamamlayıcı sağlık sigortasına geçilebilmesi için temel sağlık sigortasının kapsamının sınırlı olması gerekir. Ancak Türkiye’de sosyal sağlık sigorta sisteminin kapsamı bir hayli geniştir. Tamamlayıcı sağlık sigortası belli kişilere hizmet edecektir. Türkiye’de nüfus piramidi değişeceği ve maliyetlerin artacağı dönemde temel teminat paketi daraltılarak finansal sürdürülebilirliğe katkı sağlayacağını düşünüyorum. Ancak buna yönelik herhangi bir çalışma yoktur. TSS finansal sürdürülebilirliği kolaylaştırır ancak şu anda yapılmıyor.”*

Başka bir katılımcı tamamlayıcı sağlık sigortasından maddi durumu iyi olanların yararlanacağını ve sağlığa erişimi azaltacağını ifade etmiştir:

*“Tamamlayıcı sağlık sigortası uygulamalarında dünya örneklerine baktığımızda çoğunda, göz ve diş bakımı, evde bakım, psikiyatrik muayeneler, tamamlayıcı tedaviler gibi kalemleri kapsadığını görmekteyiz. Örnekler de göstermekte ki; bu sağlık sigorta kalemlerinin artması demek, vergi veya primlerden karşılanan sağlık hizmetlerinin kalemlerinin azaltılması anlamına gelmektedir. Bu kapsamda; Genel sağlık sigortası kapsamının bile istenilen seviyeye gelmediği ülkemizde, bir özel sigorta türü olan tamamlayıcı sigortadan da ancak maddi durumu iyi olan vatandaşlarımız yararlanabilecek, bunun karşısında, genel sağlık sigortasından yararlanan ancak*

*tamamlayıcı sigorta yaptıramayan kişilerin yararlandığı sağlık hizmetlerinin sayısı azalacaktır. Tamamlayıcı sağlık sigortası yaptıran vatandaşlarımızın da cepten sağlık harcamaları artmış olacaktır. Zaten kişi başına sağlık ve ilaç harcamaları OECD ülkelerine göre oldukça düşük olan ülkemizde, vergi ve primlerden karşılanan GSS aracılığıyla tüm vatandaşların eşit, yaygın ve ücretsiz bir biçimde sağlık hizmetine ulaşması tek amaç olmalıdır. Sağlıkta özelleştirilmesi ve cepten ödemelerin artması, yoksul insanlarımızın sağlığa erişiminin daha da kısıtlanması anlamına gelecektir. Kişi başına gelirin düşük ve gelir adaletsizliğinin yüksek olduğu ülkemizde, tamamlayıcı sağlık sigortası sağlığa erişimin azalması anlamına gelecektir.”*

Bir katılımcı TSS'nin gerekli olduğunu belirterek aşağıdaki değerlendirmelerde bulunmuştur:

*“Toplumun kamu sağlık sisteminden talebini dengelemek adına katkısı olacaktır. Optimal konu sistemin daha fazla kaliteli hizmet isteyen insanlara alternatif sunarak hem kamu sisteminin yaşamasına izin verecek hem de toplumun isteklerine cevap verecektir. Finansal sürdürülebilirliğe katkısı olacaktır. Gereksiz talepler dengelenecektir. Bireysel emeklilikte olduğu gibi.”*

Başka bir katılımcı TSS'nin kaçınılmaz olduğunu belirtmiştir:

*“Prime dayalı sistem için Tamamlayıcı Sağlık Sigortası kaçınılmazdır. Türkiye’de de benzer politika uygulandığı için TSS gündeme gelecektir. Finansal sürdürülebilirlik için katkı sağlayacağı beklenebilir.”*

Diğer bir katılımcı da özel sektör açısından TSS'nin gerekli olduğunu vurgulamıştır:

*“Türkiye’de özel sektörün rolü kısıtlıdır. GSS’ye geçiş olduğu için özelin rolü daha da daraldı. SGK’nın kapsamı çok genişledi. Gücü yeten varlıklı kişiler özelden de istiyorsa kendisini sigorta ettirebilmelidir. Özel sektörün kendi hak ettiği yeri bulması ve vatandaşa seçenek sunması açısından gereklidir. Kamu yüküne bindirme olmayacağı*



*için sürdürülebilirliği zedelemeyecektir. Cepten sağlık harcamasının ne derece etkileneceği de önemli bir konudur.”*

### **5.2.5. Finansal Sürdürülebilirlik Konusunun Türkiye Sağlık Sistemi Açısından Öncelikli Olma Durumu**

Bu soruda paydaşlara finansal sürdürülebilirlik konusunun Türkiye sağlık sistemi açısından öncelikli bir konu olarak değerlendirilmekte olup olmadığı, neden öncelikli olarak değerlendirildiği veya değerlendirilmediği sorusu sorulmuştur. Bu soruya cevap veren 96 katılımcının %69,79'u finansal sürdürülebilirliğin öncelikli bir konu olarak değerlendirildiğini, %30,21'i ise değerlendirilmediğini ifade etmiştir. Öncelikli olma konusunda neden bildiren paydaşların %20,93'ü bu konuya çözüm getirmek için mali kaynakların sağlanmaya çalışıldığını ve gelir-gider dengesinin bozulmasından dolayı konunun üzerinde durulduğuna vurgu yapmıştır. Öncelikli olmadığı konusunda neden bildiren paydaşların %29,63'ü ise popülist/siyasi yaklaşımlarda bulunduğunu, %25,93'ü de konunun problem olarak algılanmadığını ve dolayısıyla da bu konuya öncelik verilmediğini ifade etmiştir (Tablo 27).

**Tablo 27. Paydaşların Finansal Sürdürülebilirlik Konusunun Türkiye Sağlık Sistemi Açısından Öncelikli Olma Durumu Hakkındaki Görüşleri**

<i>Finansal sürdürülebilirlik konusu Türkiye sağlık sistemi açısından öncelikli bir konu olarak değerlendirilmekte midir?</i>	Sayı	Yüzde
Evet	67	69,79
Hayır	29	30,21
<b>Toplam</b>	<b>96</b>	<b>100,00</b>
<b>Öncelikli Olma Nedeni</b>		
Gelir-gider dengesinin bozulmaya başlaması	9	20,93
Mali kaynakların sağlanmaya çalışılması	9	20,93
Bu konuda gerekli politik kararların alınması gerektiği için	8	18,60
Eşit, hakkaniyetli bir sağlık sistemi için	3	6,98
Hizmet sunum kalitesinin dikkate alınması gerektiği için	3	6,98
Prim toplamadaki sıkıntıların dikkate alınması	3	6,98
Aktif-pasif arasındaki dengesizlikler dikkate alınmaktadır	2	4,65
Kalkınmışlık için önemli olması	1	2,33
Mali devlet anlayışının benimsenmesi	1	2,33
Sağlık hizmetlerinin vazgeçilemez ve ertelenemez oluşu	1	2,33
Sağlık için teknoloji ve yatırım gerekmesi	1	2,33
Yenilikçi tedavilere erişimin önemli olması	1	2,33
İlaç piyasasında sorunlar yaşanması	1	2,33
<b>Toplam</b>	<b>43</b>	<b>100,00</b>

**Tablo 27. Paydaşların Finansal Sürdürülebilirlik Konusunun Türkiye Sağlık Sistemi Açısından Öncelikli Olma Durumu Hakkındaki Görüşleri (Devam)**

	Sayı	Yüzde
<b>Öncelikli Olmama Nedeni</b>		
Popülist/siyasi yaklaşımlarda bulunulması	8	29,63
Problem olarak algılanmaması	7	25,93
Dikkatin sadece sağlık harcamalarına çekilmesi	2	7,41
Kamu otoritesinin bunun için yeterince bütçe ayırmaması	2	7,41
Politikacıların finansmanı özelleştirmek istemeleri	2	7,41
Emekli aylıkları konusunda önceliklendirme olması gerektiği	1	3,70
Gelirin neden toplanmadığının gündemde olmaması	1	3,70
SUT fiyatlarının sürekli değişmesi	1	3,70
Sosyal devlette vergi gelirleri ile sağlanması gerektiği	1	3,70
Vatandaş memnuniyetinin daha önemli olması	1	3,70
Önemli olanın tam hizmet sunumu olması	1	3,70
<b>Toplam</b>	<b>27</b>	<b>100,00</b>

Katılımcılardan bir katılımcı finansal sürdürülebilirlik konusunun son yıllarda öneminin arttığını belirterek aşağıdaki değerlendirmelerde bulunmuştur:

*“Son dönemlerde evet önemli bir konudur. 2013’teki kanundan sonra özellikle devletin mali yönetimindeki reformla ön plana çıkmıştır. Finansal hesap verilebilirlik ön plana çıkmıştır. “Mali devlet” anlayışının benimsenmesiyle beraber kamu kurumlarının harcamalarının denetlenmesi gereksiz harcamaların önlenmesi ve bütçe sınırları içerisinde hareket etme zorunluluğu finansal sürdürülebilirliği önemli hale getirmiştir.”*

Başka bir katılımcı ise ilaç ve eczacılık sektörünün sürdürülebilirliği konusunda tehlikelerin olduğunu vurgulamıştır:

*“Sürdürülebilirlik kritik aşamada olduğundan dolayı Türkiye için önemli bir meseledir. Diğer taraftan sadece kamu sağlık sisteminin sürdürülebilirliği değil, aynı zamanda örneğin ilaç sektörünün ve eczacılık alanının da sürdürülebilirliği ilgili ciddi endişelerimiz bulunmaktadır. İlaç sektörü özellikle global bütçe uygulamalarından ve 1.95 Euro’da sabitlenen döviz kurlarından dolayı ciddi bir krize girmiştir. İlaçların Türkiye’ye ithalatı konusunda bu firmalarda bir çekince söz konusudur. Aynı biçimde artan eczane sayısı karşısında ilaç fiyatlarının sürekli olarak çeşitli yöntemlerle düşürülmesi, eczanelerin de reel gelirlerini etkilemekte ve eczane yaygınlığı açısından tehdit oluşturmaktadır.”*

Diğer bir katılımcı finansal sürdürülebilirliğin öncelikli bir konu olarak ele alınmaması, emekli aylıkları konusuna önem verilmesi gerektiğini belirtmiştir:

*“Sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliği konusu ülkemizde öncelikli olarak ele alınan bir konu değildir. GSS tarafından karşılanan ülkemizdeki sağlık hizmetlerinin finansmanı, SGK giderleri üzerinde yaklaşık %25’lik bir paya sahiptir. Giderler üzerinde en büyük paya sahip olan yaklaşık %63’lük bir payla emekli aylıklarıdır. Bu nedenle emekli aylıklarının finansal sürdürülebilirliği konusunda finansal modeller tasarlanmakta bu konu önceliklendirilmektedir.”*

Başka bir katılımcı konunun daha yeni yeni dikkate alındığını ifade etmektedir:

*“Şu andaki çalışmaların önceliğine bakılacak olursa önemli konular arasında yeni yeni telaffuz edilen ancak henüz gerekli önemi tam olarak görememiş bir konu. Çünkü dünyada finansal sürdürülebilirlik adına yapılan ve iyi yol alınan uygulamalar şu anda sadece kavramsal düzeyde konuşulmakta ve bir yapı içinde ele alınma konusundaki hazırlıklar çok yeni. Ayrıca bu kapasitenin geliştirilmesi için ayrılan kaynak büyüklüğünün yetersizliği de önem derecesini göstermektedir.”*

Diğer bir kişi konunun öncelikli olarak değerlendirildiğini ve buna yönelik sonuçların politik merciler tarafından izlendiğini belirtmektedir:

*“Finansal sürdürülebilirlik öncelikli konu olarak değerlendirilmektedir. Çünkü sağlık harcamalarına ayrılan pay bütçe görüşmelerinde devamlı olarak izlenmektedir. Kararlar alınırken mali boyut önemsenmektedir. Sağlık harcamalarını izleme ve değerlendirme komisyonu tarafından sağlık harcamalarına yönelik gelişmeler analiz edilmekte ve ilgili bakanlıklara sunulmaktadır.”*

Bir diğerkatılımcı da finansal sürdürülebilirliğin öncelikli olarak değerlendirildiğini ifade ederek aşağıdaki değerlendirmelerde bulunmuştur:

*“Finansal sürdürülebilirlik öncelikli konu olarak değerlendirilmektedir. Sistemi finansal olarak sürdüremezseniz daha önce yaptığınız reformlardan ve ilerlemelerden geriye dönmek zorunda kalırsınız. Türkiye'nin yaşlanan bir toplum olması, Türkiye'de üretilen ürünlerin teknolojik seviyesi, toplumun beklentisi, dünyada artan yüksek teknolojik ürün üretimi vb. konular düşünüldüğünde sürdürülebilirlik öncelikli bir konudur.”*

#### **5.2.6. Türkiye Sağlık Sisteminde Finansal Sürdürülebilirliğin Nasıl Sağlanabileceği Durumu**

Tablo 28'de Türkiye sağlık sisteminde finansal sürdürülebilirliğin nasıl sağlanabileceği ve finansal sürdürülebilirliğin sağlanması için neler yapılması gerektiği sorgulanmıştır. Bu soruya cevap veren paydaşların verdikleri cevapların %10,13'ü koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmesi, %7,17'si mevcut teminat paketinin gözden geçirilerek gerekli düzenlemelerin yapılması, %6,33'ü de sevk zincirinin mutlaka hayata geçirilmesi şeklindedir. Bu yanıtları sırasıyla %5,91 ile kaynak kullanımı konusunun düzenlenmesi, %4,64 ile tamamlayıcı sağlık sigortasının uygulanması %4,22 ile toplumda bilinçlenmenin sağlanması ve %3,80 ile gelire göre katkı payı alınması izlemiştir.

**Tablo 28. Paydaşların Türkiye Sağlık Sisteminde Finansal Sürdürülebilirliğin Nasıl Sağlanabileceği Konusundaki Görüşleri**

<i>Türkiye sağlık sisteminde finansal sürdürülebilirlik nasıl sağlanabilir? Finansal sürdürülebilirliğin sağlanması için neler yapılmalıdır?</i>	Sayı	Yüzde
Koruyucu sağlık hizmetlerine önem vermek	24	10,13
Teminat paketlerini gözden geçirmek	17	7,17
Sevk zincirini uygulamak	15	6,33
Kaynak kullanımını konusunu düzenlemek	14	5,91
Tamamlayıcı sağlık sigortasını uygulamak	11	4,64
Bilinçlenmeyi sağlamak	10	4,22
Gelire göre katkı payı almak	9	3,80
Akılcı ilaç kullanımını teşvik etmek	8	3,38
Kaliteye önem vermek	8	3,38
Kayıtdışı ekonomi ile mücadele etmek	8	3,38
Performansa dayalı ödemeyi düzenlemek	7	2,95
Sağlık harcamalarını kontrol altına almak	7	2,95
Gereksiz harcamaları azaltmak	6	2,53
Verimliliğe önem vermek	6	2,53
Denetleme mekanizmalarını geliştirmek	5	2,11
Gereksiz ve kötüye kullanımı engellemek	5	2,11
Hizmet sunumunda iyileştirmeler yapmak	5	2,11
Sağlık sistemini iyileştirmek	5	2,11
Sağlığa yeterli bir pay ayırmak	5	2,11
Vergiye dayalı finansman sistemine geçmek	5	2,11
Ekonomik değerlendirmeler yapmak	4	1,69
Farklı kaynaklardan prim sağlamak (sigara, alkol vb)	4	1,69
Katılım payını artırmak	4	1,69
Sağlık ihtiyacını belirlemek	4	1,69
Sağlık mal ve hizmetlerinin yurt içinde üretmek	4	1,69
TİG uygulamasına başlamak/genişletmek	3	1,27
Demografik ve epidemiyolojik çalışmalar yapmak	2	0,84
Kanıt dayalı bir politika izlemek	2	0,84
Mali programları hayata geçirmek	2	0,84
Prim gelirlerini artırmak	2	0,84
Teknoloji değerlendirmesi yapmak	2	0,84
Vergilendirmede adaleti sağlamak	2	0,84
Özel sağlık sigortalarını desteklemek	2	0,84
İlaç piyasasına yönelik düzenlemeler yapmak	2	0,84
İşsizlik oranlarını azaltmak	2	0,84
Global bütçeyi geliştirmek	2	0,84
Hastalık yüklerinin maliyetlerini minimize etmek	1	0,42
Hekim sayısı konusunda politikalar yapmak	1	0,42
Katlanılan külfete göre işlem bedeli oluşturmak	1	0,42
Kişinin yaşına göre prim toplamak	1	0,42
Mali açıdan uygulanabilir bir finansman modeli geliştirmek	1	0,42
Sağlıkta piyasalaşmayı önlemek	1	0,42
Sağlığa özgü vergi toplamak	1	0,42
Sigorta şirketlerinin doğru politikalar yapmasını sağlamak	1	0,42
Sistemde rekabeti geliştirmek	1	0,42
Yeni ve pahalı teknolojilerin özel sektör tarafından alınmasını sağlamak	1	0,42
Yüksek teknolojik ürünlerde imal üretimini artırmak	1	0,42
Ekonomi ve işgücü piyasasının yapısal sorunları ile ilgilenmek	1	0,42
İlaçta farklı geri ödeme modeli (risk paylaşımı) kullanmak	1	0,42
İnovasyon için daha fazla destek sağlamak	1	0,42
<b>Toplam</b>	<b>237</b>	<b>100,00</b>

\* Bu soruya birden fazla cevap verilmiştir.

Bu soruya yönelik olarak bir katılımcı ilaç piyasası açısından değerlendirmelerini yaparak aşağıdaki şekilde ifade etmiştir:

*“Her şeyden önce gerçekçi bir bütçe ayrılmalı. Bu konuda son yıllarda alınan fiyat odaklı tedbirler ile kamu ilaç harcamaları Milli Gelir’den %0,97 oranında pay almaktadır. Bu oran OECD ortalamasının oldukça altındadır. Bu oran yıllar içinde planlı bir artış ile OECD oranına yakın %1,35’ler seviyesine çıkarılmalıdır. Bu çerçevede ilaç bütçesi hesaplamasında kullanılan deflator ve milli gelirin yarısı formülü güncellenerek en az milli gelirin tamamı yansıtılmalı. İlaç bütçesinin milli gelirden aldığı pay %1,35 seviyesine gelene kadar her yıl milli gelir artışının iki katı artış ve deflator büyümesi planlanmalı. Birim fiyatların baskılanması bir bütçe yönetim unsuru olarak kullanılmalı, birim fiyatlar ilgili kararname çerçevesinde doğal seyrinde yönetilmeli. Hacim kontrolüne yönelik tedbirler alınarak, akılcı ilaç kullanımı, bilimsel tıbbi tedavi rehberlerinin kullanımı desteklenmeli. OTC uygulamaları için gerekli düzenlemeler yapılarak bu tür ürünler geri ödeme listesinden çıkarılıp, serbest fiyat çerçevesinde ve Sağlık Bakanlığı kontrolünde toplumun bilgilendirilmesinin yolu açılmalı. Ayrıca ilaç piyasasında yer alan mal fazlası vb. fiyat indirim uygulamalarının kamu alım fiyatlarına yansıtılabilmesine yönelik düzenlemeler yapılmalı. Sağlık hizmetlerinde performans yönetimi işlem sayısı veya hasta sayısından ziyade yapılan işlemin sonucundaki hasta sağlığı kalitesini ölçmeye yönelik kalitatif kriterlere dayandırılmalı.”*

Başka bir katılımcı ise farklı kaynaklardan vergi sağlayarak bu konuya katkı yapılabileceğini vurgulamıştır:

*“Öncelikle finansman modeli ortaya konulmalıdır. Reformlar sürekli değiştirilmemelidir. SGK kişinin yaşına göre prim toplamalıdır. Gelir testi yapılmalıdır. Sigara ve alkolden kesilen vergiler ve bunların satışından elde edilen gelirler sağlığa ayrılabilir. Üniversitelerin ve özel sektörün global bütçeye dayalı olmasını öneririm. Yeni ve pahalı teknolojiler özel sektör tarafından satın alınabilir.”*

Diğer bir katılımcı sağlığa yeterli kaynak ayrılması, bunun için de adaletli bir vergi sistemine ihtiyaç duyulduğunu belirtmiştir:

*“Sağlığa merkezi bütçeden yeterli pay ayrılması gerekir. Bunun yolu da merkezi bütçenin güçlendirilmesidir. Bütçe gelirlerinin en büyük dilimi vergilerdir ve vergi gelirleriyle bütçenin güçlendirilmesi, adaletli bir vergi sistemi dolaylı vergiler yerine servet vergisi ve gelir vergisinin büyük bir pay oluşturacağı bir sistemle mümkün olur. Böyle bir vergi adaletiyle güçlendirilmiş bütçeden sağlığın sosyal belirleyicileri anlamına gelen beslenme, barınma, iş sahibi olma, eğitim ve koruyucu sağlık hizmetlerinin etkin uygulanmasının da karşılanması mümkün olacağından hizmetin sürdürülebilirliği daha olanaklı hale gelir. Böylece bir uygulama şu anda ön plana çıkarılmış ve hizmetin %85’ini oluşturan daha pahalı bir hizmet olan tedavi edici bir konseptin yerine daha ucuz olan koruyucu sağlık hizmeti alınarak sürdürülebilirlik oranı artırılabilir.”*

Başka bir katılımcı özellikle bilinçlenme kavramına vurgu yapmıştır:

*“Bunun için Türkiye’deki sağlık harcamaları konusu mutlaka incelenmelidir. Hizmetlere kolay erişim sayesinde harcamalar artış göstermiştir. Mevcut durumda aile hekimlerine düşen hasta sayısı çok fazladır. Özellikle sevk zincirinin kurulmaması hastanelerin yoğunluğunu artırmıştır. Koruyucu sağlık hizmetleri konusunda yeterince iyileştirme yapılmamıştır. Öncelikle aile hekimliği sisteminde sevk zinciri oluşturulmalıdır. Performansa dayalı ek ödeme sistemi değiştirilerek tedavi ne kadar yaparsan o kadar para alırsın anlayışı gelmelidir. Hasta yükü azaltılmalıdır. Vatandaşlar hizmet alma noktasında bilinçlendirilmelidir. Ulusal sağlık okuryazarlığı eğitimi verilmelidir. İlaç kullanımı konusunda (özellikle ilaç giderleri yönünden) akılcı ilaç kullanım rehberleri oluşturulmalıdır.”*

Başka bir katılımcı maliyetlerin dikkate alınması gerektiğini vurgulamıştır:

*“Kamu harcamalarında bugüne kadar hep tasarruf-gider azaltma mantığı ile hareket edilmiştir. Artık mevcut geri ödenen paralarla işlemlerin maliyetleri dahi karşılanamaz*

*hale gelmiştir. Tıbbi malzeme konusunda ise SGK piyasa fiyatına bile etki edebilecek bir mekanizma oluşturmaktadır. Bu sürdürülebilirlik politikası artık hizmet sunumunu dahi negatif etkileyebilecek aşamaya doğru gitmektedir. Finansal sürdürülebilirlik için gerçekten katlanılan külfete göre işlem bedellerinin oluşturulduğu süreçle geliştirilmelidir.”*

Diğer bir katılımcı ise sağlık giderlerinin karşılanması için gerekli kaynaklar hakkında değerlendirmelerini yapmıştır:

*“Sağlık giderleri = işçi ve işverenler tarafından ödenen sağlık primleri+diğer kamu kaynakları (bütçeden aktarımlar+devlet yardımları vs) şeklinde formüle edilir ise sağlık giderlerinin finansmanını sağlayacak kaynaklar için alınacak tedbirlerde daha net gözlemlenebilir.*

- *Verilen teminat ile uyumlu prim alımı sağlanmalıdır. Ancak sosyal devlet anlayışı içinde bu görüş imkan dahilinde değildir. Alınan prim oranlarını arttırmak zordur. Devlet, vatandaşları için risk değerlendirmesi yaparak prim tahsis edemez. Bu durumda eşitliğin ilk bölümü ile yapılabilecekler sınırlıdır.*
- *Primler ile finansman yeterli olmadığında bütçeden aktarımlar devreye girer. Bu durumda vergi gelirlerini arttırıcı tedbirler önem kazanır.*
- *Genel sağlık sigortası kapsamı dışında kalan hizmetler için devlet yardımları önem taşır. Bu da yine bütçenin gücü ile ilintilidir.*

*Eşitliğin sağ tarafında hareket alanı bulunamıyorsa eşitliğin sol tarafı ile ilgilenmeye başlanılır. Sağlık harcamaları nasıl azaltılabilir, teminat paketinin yeniden değerlendirmesi (teminat paketini yeniden tanımlama, katılım payı uygulaması değişiklikleri, istisnai sağlık hizmetlerine yeni ilavelerin yapılması, kullanıma ilişkin yıllık limitlerin getirilmesi gibi) sağlık hizmet sunumuna ulaşımında disiplin ihtiyacı gibi konular ister istemez gündeme gelir.*

Başka bir katılımcı yine konuyu ilaç sektörü üzerinden değerlendirerek ilaç sektörüne yönelik önlemler alınması gerektiğine vurgu yapmıştır:



*“Finansal sürdürülebilirlik konusunda başta uzun süredir ciddi çıkmaz içinde olan ilaç sektörüne yönelik acil önlemler alınmalı, döviz kuru gözden geçirilmeli ve eczanelere yönelik meslek hakkı verilerek alan rahatlatılmalıdır. Bunun yanı sıra, toplam olarak sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliğini sağlamak için GSMH’den sağlığa ayrılan pay artırılmalı, primlerden değil, vergilerden finanse edilen bir sağlık sistemi kurulmalıdır. Sistemde özel hastanelere ayrılan payın orantısız olarak artması, bu yapılanmanın da orta vadede yeni bir krize yol açacağını düşündürmektedir. Finansal sürdürülebilirlik için ortaya atılan tamamlayıcı sağlık sigortası ya da cepten ödemelerin artırılması gibi önlemler de bu kez erişilebilirlik konusunda sorunlar ortaya çıkartacaktır.”*

Diğer bir katılımcı ise aşağıda yer alan değerlendirmelerde bulunmuştur:

*“Bugün için yapılan katılım payları, reçete vb. ile hastaların yükünün arttırılmasıyla çözüm yoluna gitmektedir. Bunun yanında akılcı ilaç kullanımı vb. gibi yöntemlerle toplum bilincinin oluşmasına katkı sağlanması çalışmaları da yapılmaktadır. Ayrıca elektronik imkânlar kullanılarak aynı ilacın bitmeden önce alımına da izin verilmemektedir. Konunun sosyal yönü ön planda olduğu için katı kurallar da alınamamaktadır. Örneğin hakkaniyet adına daha çok hasta olandan daha fazla prim ya da katılım payı alınması söz konusu değildir. Öte yandan en çok harcama kronik hastalıklar yönünden olmaktadır. Bir ara sigara gibi hastalığa yol açtığı kesinleşen tüketim mallarına KDV’ye benzer şekilde bir hastalık primi uygulanmasının mümkün olup olmadığına ilişkin think-tank çalışması yapılmıştır.”*

### **5.2.7. Türkiye Sağlık Sisteminin Finansal Sürdürülebilirliğini Sağlama Sürecinde Rol Alması Gereken Taraflar**

Türkiye sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliğini sağlama sürecinde hangi tarafların rol alması gerektiğine ilişkin paydaşlara sorulan soruda Tablo 29’da görüldüğü gibi en yüksek oran %15,07 ile Sağlık Bakanlığı ve %13,8 ile SGK olmuştur. Bu iki kurumu %10,83 ile Maliye Bakanlığı ve %8,7 ile Sivil Toplum Kuruluşları izlemiştir. Sivil Toplum Kuruluşları’ndan özellikle Türk Tabipler Birliği, Türk Eczacılar Birliği ve

Hasta hakları derneklerinin finansal sürdürülebilirliği sağlama sürecine katılması gerektiğinin önemi vurgulanmaktadır. Bunun yanında kimi paydaşlar sağlıkla ilgili eğitim verilmesi gibi konulara dayalı olarak Milli Eğitim Bakanlığı cevabını vermiştir. Ayrıca bir kişi de insanların algı yönetimi ve eğitimde görsel ve işitsel eğitimi artık medyadan aldıklarını belirterek medyanın önemli bir paydaş olabileceğini ifade etmiştir. Kişisel boyutta başbakan, sağlık bakanı, çalışma bakanı, hekimler ve vatandaşların finansal sürdürülebilirliği sağlama sürecine katılabilecekleri belirtilmektedir.

**Tablo 29. Paydaşlara Göre Türkiye Sağlık Sisteminin Finansal Sürdürülebilirliğini Sağlama Sürecinde Rol Alması Gereken Taraflar**

<i>Türkiye sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliğini sağlama sürecinde hangi taraflar/paydaşlar/aktörler rol almalıdır?</i>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Sağlık Bakanlığı	71	15,07
SGK	65	13,80
Maliye Bakanlığı	51	10,83
Sivil Toplum Kuruluşları	41	8,70
Özel Sektör	27	5,73
Kalkınma Bakanlığı	26	5,52
Üniversiteler	24	5,10
Hazine Müsteşarlığı	21	4,46
Halk/Vatandaşlar	17	3,61
Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı	14	2,97
Devlet/Hükümet	12	2,55
Sigorta Şirketleri	12	2,55
Sağlık Hizmet Sunucuları	11	2,34
Sanayi ve Endüstri Kuruluşları	9	1,91
Politik Partiler	7	1,49
İlaç Sektörü	7	1,49
Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı	6	1,27
Hastaneler	6	1,27
Milli Eğitim Bakanlığı	6	1,27
Ekonomi Bakanlığı	5	1,06
Akademisyenler	4	0,85
Belediyeler	4	0,85
Dış Paydaşlar (Dünya Bankası vb)	4	0,85
TÜİK	4	0,85
YÖK	3	0,64
Finansal Kuruluşlar	2	0,42
Gençlik ve Spor Bakanlığı	2	0,42
Adalet Bakanlığı	2	0,42
Medya	2	0,42
İçişleri Bakanlığı	2	0,42
Hekimler	1	0,21
KİT (Kamu İktisadi Teşebbüsleri)	1	0,21
Milli Savunma Bakanlığı	1	0,21
Bilim Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı	1	0,21
<b>Toplam</b>	<b>471</b>	<b>100,00</b>

\*Bu soruya birden fazla cevap verilmiştir.

### 5.2.8. Türkiye Sağlık Sisteminin Finansal Sürdürülebilirliği Konusunda En Önemli Engeller/Riskler

Bu soruda paydaşlara Türkiye sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliği konusunda engeller veya risklerin olup olmadığı sorulmuş ve en önemli engellerin veya risklerin ne olduğu konusunda düşünceleri sorgulanmıştır. Bu soruya cevap veren paydaşların büyük bir çoğunluğu (%96,7'si) finansal sürdürülebilirlik konusunda engellerin/risklerin olduğunu belirtmiştir. Bu engellerin veya risklerin neler olduğuna dair sorulan ek soruya cevap veren katılımcıların verdikleri cevapların %17,25'i politik/siyasi engeller konusundadır. Bunun dışında finansal sürdürülebilirlik konusunda yöneticilerin ve vatandaşların bilgi yetersizliği ve özellikle de vatandaşların bu konuda bilinçsizliği diğer önemli engeller/riskler arasında sayılmıştır (Tablo 30).

**Tablo 30. Paydaşlara Göre Türkiye Sağlık Sisteminin Finansal Sürdürülebilirliği Konusundaki En Önemli Engeller/Riskler**

<i>Finansal Sürdürülebilirlik Konusunda Engeller/Riskler Olduğunu Düşünüyor musunuz?</i>	Sayı	Yüzde
Evet	87	96,7
Hayır	3	3,3
Toplam	90	100
<b><i>Finansal Sürdürülebilirlik Konusunda En Önemli Engeller/Riskler (Sadece Evet yanıtını verenler cevaplandırmıştır)*</i></b>		
Politik/Siyasi engeller	25	17,25
Bilgi yetersizliği	8	5,52
Bilinçsizlik	8	5,52
Kayıtdışı ekonomi	6	4,14
Sağlık harcamalarının kontrolsüz bir şekilde artması	6	4,14
Performansa dayalı ödeme	5	3,45
SGK'nın teminat paketlerini tam olarak ayarlayamaması	5	3,45
Denetimsizlik	4	2,75
Ekonomik krizler	4	2,75
Gelir dağılımındaki eşitsizlik	4	2,75
Kötüye kullanım	4	2,75
Nüfusun yaşlanması	4	2,75
Prim toplama sorunu	4	2,75
Sevk zincirinin olmaması	4	2,75
Yapısal sorunlar	4	2,75
Birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkin işlememesi	3	2,07
Kanıt dayalı tıp ilkelerinin hayata geçirilmemesi	3	2,07
Kronik hastalıkların artması	3	2,07
Kötü yönetim	3	2,07
Sağlık personeli sayısındaki yetersizlik	3	2,07
Sağlık teknolojisindeki hızlı gelişmeler	3	2,07
İşsizlik oranlarının yüksek olması	3	2,07
Ayrılan kaynakların etkin kullanılamaması	2	1,38

**Tablo 30. Paydaşlara Göre Türkiye Sağlık Sisteminin Finansal Sürdürülebilirliği Konusundaki En Önemli Engeller/Riskler (Devam)**

<i>Finansal Sürdürülebilirlik Konusunda Engeller/Riskler Olduğunu Düşünüyor musunuz?</i>	Sayı	Yüzde
Gelirin giderden daha az olması	2	1,38
Gereksiz sağlık hizmeti talebi	2	1,38
Kaliteye yeterince önem verilmemesi	2	1,38
Kamu beklentilerinin değişmesi	2	1,38
Maliyetleri karşılayamayacak SUT işlem puanlarının belirlenmesi	2	1,38
Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi	2	1,38
Sağlığa ayrılan bütçenin kısıtlı olması	2	1,38
Aktif pasif dengesinin olumsuz olması	1	0,69
Akılcı ilaç kullanımının olmaması	1	0,69
Bilgi sistemlerinin yetersizliği	1	0,69
Konunun sadece birim maliyet ve bütçeden ayrılan pay olarak düşünülmesi	1	0,69
Makroekonomik gelişmeler	1	0,69
Mevcut hizmet kapsamının genişliği	1	0,69
Paydaşlar arasındaki iletişim eksikliği	1	0,69
SGK'ya ayrılan bütçenin yüksek olması	1	0,69
Sosyal hak meselesinin hukuki anlamda geniş olarak algılanması	1	0,69
Yasal altyapı eksikliği	1	0,69
Yatan hasta tedavi ücretlerinin maliyetlere yansıtılmaması	1	0,69
Yerli üretime destek verilmemesi	1	0,69
Ülkenin büyümesinin yavaşlaması	1	0,69
<b>Toplam</b>	<b>145</b>	<b>100,00</b>

\* Bu soruya birden fazla cevap verilmiştir.

Bir katılımcının Türkiye sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliğine ilişkin en önemli engeller/riskler konusuna ilişkin görüşleri aşağıda yer almaktadır:

*“Türkiye sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliği konusunda engeller olduğunu düşünüyorum. Finansal sürdürülebilirliğin önündeki en önemli engel (dönüşüme rağmen) sevk zincirinin ortadan kaldırılmasıdır. Global bütçe ve sağlığa ayrılan pay nedeniyle işlem maliyetlerini bile karşılayamayacak SUT işlem puanlarının belirlenmesidir.”*

Başka bir katılımcı en önemli engelleri politik açıdan değerlendirmiştir:

*“Türkiye sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliği konusunda engeller olduğunu düşünüyorum. Sağlık politikası aynı zamanda siyasi iktidarın politikası olduğundan muhalefetin ve toplumun kabulünden geçmesi gerekir ve bu olmadığında değişik dirençlerle karşılaşılabılır. Aynı zamanda sağlık sektörünün paydaşlarının hedefe aynı*

*açıdan bakmaması da bir engel olarak görülebilir. Siyasi iktidarın sağlık sektörüne vermiş olduğu değer ve öncelikte engel olabilir.”*

Diğer bir katılımcı sağlığın kar konusu yapılmasını en önemli engel olarak belirtmiştir:

*“Türkiye sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliği konusunda engeller olduğunu düşünüyorum. En önemli engel anlayış ve kamu hizmeti algısındaki değişmedir. Sağlık temel bir insan hakkıdır ve temel kamu hizmetlerindedir. Sağlık hizmetinin piyasa ve kar konusu yapan anlayış en önemli engeldir.”*

Bir katılımcı suistimler konusuna dikkat çekmiştir:

*“Türkiye sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliği konusunda engeller olduğunu düşünüyorum. Suistimler yapılması yani yapılmamış işlemlerin yazılması ya da yapılmış işlemlerden birden fazla yazılmasının kontrol edilmesi gerekmektedir. Üniversite hastanelerinin döner sermayeleri kötü durumdadır ve iyileştirme için teşvik edici bir yaklaşım yoktur.”*

Diğer bir katılımcı ise konuyu sağlık harcamaları yönünden değerlendirerek aşağıdaki ifadelere yer vermiştir:

*“Türkiye sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliği konusunda engeller olduğunu düşünüyorum. Ülkeler açısından bir gelir kısıtı mevcuttur. Bütçede yer alan gelirler dahilinde sağlık vs. diğer alanlara harcama yapılabilmektedir. Türkiye’de sağlık harcamalarının gereğinden fazla artması sağlık sektörünün finanse edilmesini zorlaştırmaktadır. İnsanların ilaç kullanımı konusunda yeterince bilinçli olmamaları, ilaç şirketlerine her yıl çok büyük oranlarda ödeme yapılmasına neden olmaktadır. Hekimlerin yeterince hastalarıyla ilgilenememesi neticesinde hastaların sağlık sorunu çözülemeyip, tekrar hastaneye gelmeleri harcamaları artırmaktadır.”*

Başka bir katılımcı ise finansal sürdürülebilirlik konusundaki engelleri aşağıdaki faktörlere bağlamıştır:

*“Türkiye sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliği konusunda engeller olduğunu düşünüyorum. Prim toplamada sıkıntının olması, kayıtdışı ekonominin yaygın olması, hekimlerin mezuniyet sonrası eğitim yetersizliği (maliyetler konusunda bilgi eksikliği), kanıta dayalı tetkik ve tedavinin olmaması, insanlarda sağlık hizmeti kullanımı konusunda bilinçsizliğin olması (bunun için kamu spotu kullanılabilir), sevk zincirinin oturmaması gibi faktörler en önemli engellerin/risklerin başında gelmektedir”*

### 5.2.9. Türkiye Sağlık Harcamalarının Düzeyi Hakkındaki Görüşler

Türkiye sağlık harcamalarının düzeyi hakkında ne düşündükleri sorulan paydaşlardan yanıt verenlerin %29,21’i sağlık harcamalarının düzeyinin yeterli olduğunu, %16,85’i ise sağlık harcamalarının artırmak ya da azaltmanın önemli olmadığı asıl önemli olanın sağlık harcamalarının etkili ve verimli kullanılması olduğunu ifade etmiştir (Tablo 31).

**Tablo 31. Paydaşların Türkiye’deki Sağlık Harcamalarının Düzeyi Hakkındaki Görüşleri**

<i>Sağlık harcamalarının düzeyi hakkında ne düşünüyorsunuz?</i>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Sağlık harcamaları yeterlidir	26	29,21
Sağlık harcamaları düşüktür	18	20,22
Sağlık harcamalarının etkili ve verimli kullanılması önemlidir	15	16,85
Sağlık harcamaları yüksektir	13	14,61
Sağlık harcamaları yetersizdir	10	11,24
Sağlık harcamaları artırılmalıdır	4	4,49
Düzeyi ölçecek rasyonel bir araç yok	2	2,25
Harcamaların öngörülebilir olması önemlidir	1	1,12
<b>Toplam</b>	<b>89</b>	<b>100,00</b>

Sağlık harcamalarının yüksek olduğunu düşünen katılımcılara ayrıca sağlık harcamalarının nasıl azaltılabileceğine yönelik sorular da sorulmuştur. Buna göre harcamaların nasıl azaltılabileceği konusunda görüş bildiren paydaşların yanıtlarının %21,25’i tedavi edici hizmetler yerine koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmesinden, %11,25’i ise halkın sağlık hizmetleri konusunda bilinçlendirilmesi veya bilgilendirilmesinden oluşmaktadır (Tablo 32).

**Tablo 32. Paydaşların Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Nasıl Azaltılabileceği Konusundaki Görüşleri**

<i>Türkiye’de sağlık harcamaları nasıl azaltılabilir?</i>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Koruyucu sağlık hizmetlerine önem vererek	17	21,25
Bilinçlenme/Bilgilendirme yapılarak	9	11,25
Daha verimli kaynak kullanımı yaparak	7	8,75
Denetimler yaparak	6	7,50
Gereksiz kullanımın önüne geçerek	6	7,50
İlaç harcamalarının düşürülmesi için gerekli önlemler alarak	5	6,25
Performans sistemini düzelterek	3	3,75
Sevk zincirini düzenleyerek	3	3,75
Teminat paketlerini düzenleyerek	3	3,75
Akılcı ilaç kullanım rehberlerini kullanarak	2	2,50
Cepten harcamaları azaltılarak	2	2,50
Kronik hastalıklarla mücadele ederek	2	2,50
Sağlık okuryazarlığı ile	2	2,50
Sağlık sisteminin performansını ölçerek	2	2,50
Talebi doğru yöneterek	2	2,50
Tamamlayıcı sağlık sigortasını yaygınlaştırarak	2	2,50
İlaç ithalatını azaltarak	2	2,50
Doğru ve etkili geri ödeme yöntemleri ile	1	1,25
Hasta veri tabanı tesis edilip sistemi kontrol altında tutarak	1	1,25
Kalkınma planları ve stratejik planlara uyarak	1	1,25
Ortak politikalar yaparak (üniversite ve diğer paydaşlarla birlikte)	1	1,25
Sağlığa ayrılan bütçeyi azaltarak	1	1,25
<b>Toplam</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>

\*Bu soruya birden fazla cevap verilmiştir.

Bir katılımcı sağlık harcamalarının düzeyine ilişkin görüşlerini aşağıdaki şekilde ifade etmiştir:

*“OECD ile karşılaştırıldığında yetersiz değil. Kısa vadede kaynak miktarı artırılmıyorsa kaynakların nasıl dağıtıldığına odaklanmak daha doğru yaklaşımdır. Kaynakların yanlış dağıtıldığı bir sistemde kaynak miktarını artırmak mevcut adaletsizlik varsa bunun daha da artmasına neden olacaktır. Hakkaniyet, ihtiyaç miktarı ve kaynakların nasıl kullanıldığına bakılmalıdır.”*

Başka bir katılımcı harcamaların düşük olduğunu ifade etmiştir:

*“Sağlık harcamalarının düzeyi AB’ye ve gelişmiş ülkelere göre oldukça düşüktür. Buna rağmen sağlık harcamalarında israf vardır. Performansa dayalı döner sermaye katkı payı ödemelerinin neden olduğu gereksiz hasta yatışları, gereksiz ameliyatlar, gereksiz ilaçlar, gereksiz tetkik ve teşhis uygulamaları, sağlık denetimlerinin yetersizliği, halkın*

*sağlık hizmetlerinden yararlanma alışkanlıkları, tıbbi sosyolojik ve antropolojik davranışları sağlık harcamalarını artırmaktadır. Bu uygulamalar konusunda tedbirler alınması, gereksiz uygulamaların kaldırılması, sağlık yönetimi alanında çağdaş ve profesyonel sağlık ve hastane idarecilerine yer verilmesi ve buna bağlı olarak da çağdaş bir sağlık kurumları yöneticiliği ve maliyet düşürücü tedbirlerin alınması ile sağlık harcamaları azaltılabilir.”*

Diğer bir katılımcı ise harcamaların düzeyini değerlendirmek için rasyonel bir araç olmadığını ifade ederek aşağıdaki açıklamalara yer vermiştir:

*“Düzeyi konusunda yorum yapmak için OECD ülkelerinin verileri ile yapılacak karşılaştırmalar ülkelerin refah düzeylerinin farklı olması nedeniyle gerçekçi gelmiyor. Bu nedenle elimizde yeterlilik kavramını ölçecek rasyonel bir araç olmadığını düşünüyorum ve buna dayanarak yorum yapamıyorum. Talebin daha rasyonel yönetimi sağlanarak gerçek ihtiyaç sahiplerine hizmetin sunulması ve gereksiz ve eksik hizmet sunumunun önüne geçilerek, kaynakların gerçek ihtiyaçlara göre kanıta dayalı olarak yeniden tahsis edilerek yani tahsisat için kanıta dayalı araçlardan yararlanarak, yapılan kalkınma planları ve stratejik planlara uyarak, sağlık sistemin düzenli performansını ölçüp izleyip değerlendirip ve elde edilen verilerin yeniden yapılanmada kullanılması ile ve etkililik ve verimlilik kavramlarının içi dolu bir şekilde kullanılması ile sağlık harcamaları azaltılabilir.”*

Bir katılımcı harcamaların düşük olduğuna vurgu yaparak koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmesi gerektiğini belirtmiştir:

*“Şu anda Türkiye’de bir yılda kişi başı sağlık harcamaları OECD ülkelerine göre düşük olmakla birlikte 608 \$ civarındadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte 2003 yılında kişinin bir yılda hekime başvurma sayısı 2,1 iken şu anda 8’e çıkmış durumdadır. Bu da daha pahalı olan ve erişimin daha güç olduğu tedavi edici hizmetin karlılık adına ön plana çıkarılmış olmasına anlamını taşır. Bu sürecin tersine çevrilmesi halinde yani koruyucu sağlık hizmetinin elde edilmesi halinde maliyetin düşeceği dolayısıyla sürdürülebilirliğin daha olanaklı hale geleceği düşünülebilir.”*



Başka bir katılımcı ise sağlık harcamalarında karşılaştırmaların doğru bir şekilde yapılması gerektiğini belirtmiştir:

*“Sağlık harcamaları yüksek mi, düşük mü veya normal mi bunu analiz etmek gerekir. Burada önemli olan doğru karşılaştırmalardır. Karşılaştırmalar demografik yapısı bize uygun olan ülkelerle yapılmalıdır. Sağlık harcamalarının azaltılacağı gibi bir hedefin gerçekçi olduğunu düşünmüyorum. Önemli olan harcanan paranın karşılığının tam olarak alınmasıdır.”*

Bir diğer katılımcının sağlık harcamalarının düzeyine ilişkin görüşleri ise aşağıdaki gibidir:

*“Türkiye’de şu anda sağlık harcamalarının düzeyi çok yüksek denilemez. Ancak hakkaniyet kısmı problemlidir. Sağlık harcamalarının içerisindeki ilaç harcamalarının düzeyi yüksektir. Türkiye’de sağlık harcamaları OECD ülkelerine göre düşükmüş gibi görünüyor ancak nüfus faktörünün dikkate alınması gerekmektedir.”*

#### **5.2.10. Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Artmasına Neden Olan Faktörlere Yönelik Görüşler**

Bu soruda paydaşların Türkiye’de sağlık harcamalarının artmasına neden olan faktörlerin ne olduğu konusunda görüşleri alınmıştır. Soruya cevap veren paydaşların yanıtlarının %8,93’ü hizmete erişimin kolaylaşması, %7,14’ü performans dayalı ödeme sistemi ve yine %7,14’ü teknolojik gelişmeler gibi faktörlerden oluşmaktadır. Bu faktörleri sırasıyla %6,79 ile demografik değişimler ve gereksiz sağlık hizmeti kullanımı, %6,43 ile sağlık politikaları/yönetimin popülizmi, %4,64 ile akılcı olmayan ilaç kullanımı, artan hizmet talebi, bilinçsizlik ve koruyucu hizmetlere önem verilmemesi izlemektedir. (Tablo 33).

**Tablo 33. Paydaşlara Göre Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Artmasına Neden Olan Faktörler**

<i>Size göre Türkiye’de sağlık harcamalarının artmasına neden olan faktörler nelerdir?</i>	Sayı	Yüzde
Hizmete kolay erişim	25	8,93
Performansa dayalı ödeme sistemi	20	7,14
Teknolojik gelişmeler	20	7,14
Demografik değişimler	19	6,79
Gereksiz sağlık hizmeti kullanımı	19	6,79
Sağlık politikaları/yönetim popülizmi	18	6,43
Akılcı olmayan ilaç kullanımı	13	4,64
Artan hizmet talebi	13	4,64
Bilinçsizlik	13	4,64
Koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmemesi	13	4,64
Yeni ilaç ve tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi	11	3,93
Sevk zincirinin çalışmaması	8	2,86
Yetersiz denetim	7	2,50
Karlılığın ön plana alınması	6	2,14
Kronik hastalıkların artması	6	2,14
Kötü yönetim	6	2,14
Artan yatırım giderleri	5	1,79
Teminat paketlerinin genişliği	5	1,79
Özel sağlık kuruluşlarının artması	5	1,79
Hasta beklentilerinin değişmesi	4	1,43
Kaynakların etkin kullanılmaması	4	1,43
Toplumun eğitim seviyesinin artması	4	1,43
Hizmet kapsamının artması	3	1,07
Sağlık insangücü harcamaları	3	1,07
Suistimallerin olması	3	1,07
Bilgi asimetrisi	2	0,71
Bireylerin ekonomik seviyelerindeki gelişmeler	2	0,71
Cepden harcama oranlarının artması	2	0,71
Genel sağlık sigortasının uygulanışı	2	0,71
Gidere dayanan finansman sistemi	2	0,71
Kaliteye önem verilmemesi	2	0,71
Kura bağlı ilaç maliyetlerinin artması	2	0,71
Kurumlar arasındaki düzensizlik	2	0,71
Acile gelen hastaların geri çevrilmemesi	1	0,36
Bölgeler arasındaki gelişmişlik farklılığı	1	0,36
Ekonomik krizler	1	0,36
Hacim bazlı ödemeler	1	0,36
Katkı paylarının artırılması	1	0,36
Rekabetin bozulması	1	0,36
Sağlık enflasyonu	1	0,36
Sağlık hizmetlerinin bedava olma algısı	1	0,36
Sonuçların kalitesini ölçmemek/izlememek	1	0,36
Yeşil kartlıların tedavi ve ödemelerinin yapılması	1	0,36
Yurt içi ve yurt dışı hasta fiyatlandırma farklılığı	1	0,36
<b>Toplam</b>	<b>280</b>	<b>100,00</b>

\*Bu soruya birden fazla cevap verilmiştir.

Bir katılımcı sağlık harcamalarının artmasına neden olan faktörleri değerlendirmede nitel özelliklerin göz ardı edilerek niceliğin ön planda tutulduğunu belirtmiştir:

*“Rakamlara çok fazla bakıp kaliteyi, sonuçların kalitesini ölçmemek. Bu bilgileri sağlayabilecek veri sistemlerini kurmayıp, bilgileri derlememek. Halkın sağlığının sorumluluğunu üstlenmesi konusunda bilinçlendirilip cesaretlendirilmemesi, aksine popülist yaklaşımlarla sayılara ve kolay ulaşım odaklanması. Özel hastane sayılarının plansızca artması, daha sonra getirilen kısıtlamalar ile hizmet sağlayıcıların ekonomik olarak sağ kalabilmek için kamu fiyatlarının düşüklüğünü ifade ederek, yapılan işlemlerinin yerindeliği konusunda sorgulanmaları olmaktadır.”*

Başka bir katılımcı ise harcamaların artmasını sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaşmasına bağlamıştır:

*“Harcamalar miktar ile birim üretim fiyatlarının bir fonksiyonu olarak oluşmaktadır. Birim üretim fiyatlarını kısıtlayıcı mali araçlar devrede olmakla birlikte miktar serbest bırakılmıştır. 2003’te hekime başvuru sıklığı 2,6’dan 2013 yılında 8,5’e çıkmıştır. Erişimle ilgili sınırlamalar kalktıktan sonra talep patlaması yaşanmış ve gereksiz kullanımlar artmıştır. Sevk sistemi işletilerek gereksiz kullanımlar minimize edilmelidir.”*

Diğer bir katılımcı sağlık harcamalarının artışını daha çok demografik değişimlere bağlayarak aşağıda yer alan açıklamaları yapmıştır:

*“Sağlık yatırımların azlığı ve toplumumuzun geçmişten gelen sağlıksız bir yapısı olması nedeniyle, yaşlanmayla beraber artan sağlık harcamaları söz konusudur. Birde, uzun yıllardır sistemin kontrol altına alınmaması nedeniyle suistimallere varan sağlık harcamaların yapılmaktadır. Sağlık kontrollerinin ülke geneline yaygınlaştırılamaması nedeniyle son yıllarda beslenme bozukluğuna paralel sağlıksız bir toplum olmamızın etkisi. Yurt dışına bağımlı sağlık teknolojisine sahip olmamız. Sağlık ekipmanlarının yurtdışından getirilmesi nedeniyle yüksek maliyetli sağlık harcamalarının oluşması. Ülkenin doğusunda kalan bölgelerde yeterli düzeyde sağlık kurum ve kuruluşlarının*

*olmaması, toplumun sağlık sorunlarını artırmaktadır. Yaşam beklenti yaşının (erkek:70 ve kadın:73) artması nedeniyle, yaşlılık dđnemlerinde sağlık sorunları artan bir emekli ve bağımlı sayısındaki artışın nedeni olduğunu dđřünüyorum.”*

Bir katılımcı ise bazı sağlık harcamalarının azaltılmasının mđmkđn olmadığını bu yđzden de kaynakların akılcı kullanılması gerektiğini belirtmiştir:

*“Tđrkiye’de sağlık harcamalarının artmasına neden olan faktđrler, herşeyden önce yaşlanan nđfus, kronik hastalık sayısındaki artış, nđfus toplamındaki artış, sağlık hizmetlerine erişimin artmış olması (hekime gidiş sayısındaki artış) ve gelişen biyoteknoloji ve ileri teknoloji ürđnđ ilaç ve tetkiklerdir. Bu harcamaları azaltmak mđmkđn olmadığı gibi, bunların gelecekte de artmaya devam edeceğine kesin gözđyle bakarak, kaynakların akılcı kullanılması konusunda paydaşlarla birlikte gereken önlemler alınmalıdır.”*

## 6.BÖLÜM

### TARTIŞMA

Bu çalışmada Türkiye sağlık sisteminde karar verme ve politika geliştirme sürecinde rol alan paydaşların (politikacılar, bürokratlar, orta ve üst düzey yöneticiler, akademisyenler ve sivil toplum örgütleri temsilcilerinin) sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliği konusundaki görüşlerini belirlemek, bu görüşlerden hareketle değerlendirmeler yapmak ve Türkiye'nin bu yöndeki politikalarına yönelik önerilerde bulunmak amaçlanmıştır.

Çalışmada Türkiye sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliği ile ilgili olarak paydaşların politika tercihleri sorgulanmış ve bu doğrultuda değerlendirmeler yapmaları istenmiştir. Bu bağlamda da Türkiye sağlık sisteminde finansal sürdürülebilirlik kavramından ne anladıkları, Türkiye sağlık sisteminin finansal açıdan sürdürülebilir olup olmadığı, finansal sürdürülebilirlik konusunun Türkiye sağlık sisteminde öncelikli bir konu olarak değerlendirilip değerlendirilmediği, finansal sürdürülebilirliğin nasıl sağlanabileceği ve bunun için neler yapılması gerektiği, finansal sürdürülebilirliği sağlama sürecine kimlerin katılması gerektiği, finansal sürdürülebilirlik konusunda ne gibi engeller veya risklerin olduğu, SGK'nın temel teminat paketinin kapsamı, tamamlayıcı sağlık sigortasının finansal sürdürülebilirliğe katkısının olup olmayacağı, sağlık harcamalarının düzeyi ve sağlık harcamalarının artmasına neden olan faktörler hakkındaki düşüncelerine ilişkin görüşleri kalitatif yaklaşımla analiz edilmiştir. Kalitatif veriler yarı yapılandırılmış görüşme yöntemi ile sağlanmıştır.

Elde edilen bulgular doğrultusunda; araştırmaya katılan paydaşların %57,89'u Türkiye sağlık sisteminin finansal açıdan sürdürülebilir olmadığını düşünmektedir ve bunun en önemli sebepleri ise gelir gider dengesinde bütçe açığının fazla olmasından ve nüfusun yaşlanmasına bağlı olarak artan maliyetlerden kaynaklandığı belirtilmektedir. Katılımcıların %30,53'ü Türkiye sağlık sisteminin finansal açıdan sürdürülebilir olduğunu düşünmektedir ve bunun nedenini ise sağlık politikalarının maliyet-etkili olmasından kaynaklandığı belirtilmektedir. OECD'ye göre yaşlanan nüfus ve ekonomik

gerileme, kamu finansmanının sürdürülebilirliği için çok ciddi sorunlardır. Bu sorunlar maliyetleri gelirden çok daha hızlı artırdığı için, borçları ödeyebilme durumu ve ekonomik büyüme tehdit altındadır. Ayrıca hükümetlerin bugünün gelirleri ile mevcut kamu hizmetlerini karşılayabilme kapasitesi azalmaktadır ve bu yüzden hükümetler gelecekte vergileri yükseltmek veya hizmetleri azaltmak zorunda kalabilmektedir (OECD, 2009). Figueras ve diğerleri de (2012) nüfusun yaşlanması, yeni teknolojiler, yükselen beklentiler, ekonomik büyüme ve sağlık hizmetlerinin girdileri için daha yüksek maliyetler gibi faktörlerin harcamaları artırdığını ve bu durumun finansal sürdürülebilirliği tehdit ettiğini belirtmiştir (Figueras vd., 2012). Hope ve diğerleri yaşlanmanın sağlık sistemleri için önemli bir sorun olduğunu, hükümetlerin artan hizmet talebi ve yükselen beklentilerle karşılaştığını ve bu beklentileri karşılamada kaynakların sınırlı olduğunu belirtmiştir (Hope vd., 2012). Al Dhawi ve West ise sağlık sisteminin sürdürülebilirliğinde talep tarafında artan tüketici beklentileri, artan tedavi maliyetleri (sağlığa özgü maliyetlerin artmasından ziyade yeni teknolojilerin gelişmesi) ve arz tarafında finansman, işgücü ve sermaye altyapısını içeren kaynak kısıtlamalarının önemli bir tehdit oluşturduğunu belirtmiştir (Al Dhawi ve West, 2002). Türkiye’de gelir-gider dengesini sağlamak amacıyla Onuncu Kalkınma Planı’nda sosyal güvenlik sisteminin sürdürülebilirliğine yönelik olarak 2018 yılı için iki hedef belirlenmiştir. Bunlardan birincisi, 2012 yılında %1,4 olan sosyal güvenlik sistemi gelir-gider farkının GSYİH’ya oranının %1’e düşürülmesi, ikincisi ise 2012 yılında %1,4 olan bireysel emeklilik fonlarının büyüklüğünün GSYİH’ye oranının, %4’e yükseltilmesidir. Plan dönemi hedeflerine ulaşmak için birtakım temel amaç ve politikalar belirlenmiş ve bunlara ilişkin eylem ve uygulama stratejilerine raporda yer verilmiştir. Bunlar; kayıt dışı istihdam ve kayıt dışı ücretle mücadele edilerek kayıtlı çalışan sayısı artırılabilecek, prim tabanı genişletilecek ve prim tahsilatı artırılabilecektir, sosyal güvenlik sisteminin uzun dönemli aktüeryal dengesini olumsuz etkileyen prim yapılandırmaları istisnai haller dışında uygulanmayacak, yurtdışı borçlanma uygulaması yeniden düzenlenecektir, kişilerin çalışma hayatında kalarak sisteme prim ödemeleri teşvik edilecektir, kadınların işgücüne katılımı ve kayıtlı istihdamı artırılabilecektir, sosyal sigorta programlarında çalışan gruplar arasında norm ve standart birliği sağlanacaktır, sosyal güvenlik mevzuatı, sade ve anlaşılır şekilde düzenlenecektir, bireysel emeklilik

sistemine katkı payı ödeyenlerin sayısı ve ödenen katkı payı miktarı artırılabacaktır (Kalkınma Bakanlığı, 2014b).

Araştırmaya katılan 92 kişinin %25'i sağlık sisteminde finansal sürdürülebilirlik kavramını genellikle gelirlerin giderleri karşılaması/gelir gider denkleğinin sağlanması bağlamında tanımlamıştır. Bu tanımlama literatürdeki dar kapsamlı sürdürülebilirlik tanımı ile de örtüşmektedir. Diğer taraftan paydaşların %9,8'i ise finansal sürdürülebilirliği, sağlık sisteminin finansal olarak uzun dönemli devam edilebilir olması, sağlık harcamalarının karşılanabilir olması ve devamlılık göstermesi olarak tanımlamıştır. BAYS vd. sürdürülebilirliğin sağlıkta kamu gelirleri ve kamu harcamalarının dengede olması ihtiyacı ile ilgili olduğunu ifade etmektedir (BASYS, CEPS, IRDES ve IGSS, 2005).

Katılımcılar SGK'nın mevcut teminat paketini özellikle dünya ülkeleri ile karşılaştırıldığında oldukça cömert olduğunu belirtmiştir. Ülke sağlık politikası gereği geri ödeme kapsamında olan tedavi yöntem ve işlemlerin fazla olması bilinçli politika tercihi olabilmektedir. Diğer taraftan, maliyet-etkililiği düşük tedavi yöntem ve işlemlerin yeterli çalışmalar yapılmadan geri ödeme kapsamına alınması bir sorun alanı olarak ortaya çıkmaktadır. Geri ödeme kapsamına alınan sağlık hizmetlerinin fazla olması, sağlıkta kullanılan teknolojinin ilerlemesi ve hizmetlere erişimin her geçen gün artırılmasının da etkisiyle sağlık harcamalarındaki artış üzerinde olumsuz bir etki oluşturmakta, sistemin finansal sürdürülebilirliğini tehdit etmektedir. Türkiye'de geri ödeme kapsamına alınması gerekli tedavi yöntem ve işlemlerin maliyet-etkililiği çalışmalarını yapmaktan sorumlu olan SGK, bu konuda bilgi, veri ve insan gücü açısından yeterli seviyeye henüz ulaşamamıştır. (Kalkınma Bakanlığı, 2014c).

Akıncı vd. (2012)'nin Türkiye sağlık sistemi reformlarını değerlendirmek için yapmış oldukları çalışmada, çalışmaya katılan bazı paydaşlar; sürdürülebilirliğin değerlendirilmesinde SGK'nın yönetsel kapasitesinin geliştirilmesinin önemi üzerinde durmuş ve finansal yönetimin önemli alanlarını; ödeme sistemleri, risk havuzlama, maliyet kontrolü, maliyet bazlı fiyatlandırma, aktüeryal analiz (güvenilir verilerle), teminat paketi yönetimi ve stratejik satın alma olarak belirtmiştir. Bu kişiler; mevcut

teminat paketinin kapsamı ve bu paketin gelecekte finansal sürdürülebilirliği konusunda endişelerini dile getirmiş ve SGK'nın gelecekte kapsam içinde olan hizmetlerin kapsamını azaltmak zorunda kalacağını tahmin etmiştir. Bazı paydaşlar, global ekonomik çevrede ekonominin kötüye gittiği dönemler ve bunun Türkiye'nin makroekonomik çevresi için potansiyel negatif etkilerini ve büyüyen cari açığı göz önüne alarak, özel sektör ile finansal risk paylaşımının gelecekte finansal sürdürülebilirliği sağlamada gerekli olduğunu ifade etmiştir. Gerekli prim katkılarının mevcut oranı (%12) bu paydaşlar tarafından düşük olarak algılanmıştır. Yaşlanan nüfus ile beraber, devlet sübvansiyonlarının genel sağlık sigortasının gelecekteki finansal sürdürülebilirliğini sağlamak için gerekli olduğu ifade edilmiştir (Akıncı vd., 2012).

Tamamlayıcı sağlık sigortası ile ilgili görüş bildiren katılımcıların %37,35'i tamamlayıcı sağlık sigortasına olumlu bakmamakta ve tamamlayıcı sağlık sigortasının gelir dağılımında ve hizmet alımında adaletsizliklere neden olacağını düşünmektedir. Ancak buna rağmen katılımcıların önemli bir bölümü tamamlayıcı sağlık sigortasının finansal sürdürülebilirliğe katkıda bulunacağını düşünmektedir (%78,57). Kalkınma Bakanlığı maliyet-etkili olmayan tedavi işlem ve yöntemleri için farklılaştırılmış katılım payları ve gerektiğinde ilave ücret de (fark) dikkate alınarak, geri ödeme kapsamına alınmayacak olan hizmetler için tamamlayıcı, destekleyici ve uzun süreli sağlık sigortacılığının teşvik edilmesi gerektiğini belirtmektedir. Kalkınma Bakanlığı, SGK'nın özellikle gelirlerinin giderlerini karşılama oranını dikkate alarak, varolan kaynak daralmasının olumsuz etkilerini azaltarak, GSS'nin sürdürülebilirliğini sağlamak ve vatandaşların "tek tip" yerine farklı seçeneklerle sağlık hizmeti alabilmesini mümkün kılabilmek amacıyla, kamu sosyal sağlık sigortacılığı olan GSS sisteminin, sağlık sigortacılığı alanında dünyada uygulanan yöntemlerden birisi olarak bilinen "Tamamlayıcı Sağlık Sigortası" ile desteklenmesinin gerektiğini belirtmiştir. Böylece kamu ve özel sağlık sigorta sistemlerinin yaygın ve birbirini destekleyecek şekilde geliştirilmesi gerçekleşecek, geliri yüksek kesimlerle maliyet paylaşımı fırsatı sağlanacak ve bu yolla SGK üzerindeki fiyat ve daha kapsamlı/kaliteli hizmet talebi baskısı azaltılabilecektir (Kalkınma Bakanlığı, 2014c).



Çalışmada paydaşların büyük bir çoğunluğu (%69,79) finansal sürdürülebilirliğin Türkiye sağlık sisteminde öncelikli bir konu olarak değerlendirildiğini ifade etmiştir. Öncelikli olarak değerlendiren katılımcılardan neden bildirenlerin 9'u bu konuya çözüm getirmek için mali kaynakların sağlanmaya çalışıldığını ve gelir gider dengesinin bozulmasından dolayı konunun üzerinde durulduğuna vurgu yapmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın 2013-2017 Stratejik Planı'nda 2010, 2011 ve 2012 yıllarını içine alan orta vadeli mâli plan ile birlikte mâli sürdürülebilirliğin teminat altına alındığı belirtilmektedir ve sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliğine yönelik olarak hedefler ve bu hedeflere yönelik stratejiler belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı 2012b). Sağlık Bakanlığı'na göre; hizmet kalitesinden taviz vermeden kanıta dayalı politikalarla sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliği korunmalıdır. Bu hedefe ulaşmada belirlenen ilk strateji; *sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliğini korumak için sorunları tanımlayan ve teşhis eden dinamik bir yapının kurulmasıdır*. Bunun için de; sağlık hizmetlerinin sunumunda değişim veya reform gerektiren alanları ve maliyetleri tespit etmek, sağlık sistemindeki arz faktörlerinin (sağlık primleri, yeni tedavi teknolojileri ve seçenekleri vb.) değişimini ve maliyetini tespit etmek, sağlık sistemindeki talep faktörlerinin (demografik değişiklikler, hayat tarzları, kronik hastalıklar, beklentiler vb.) değişimini ve maliyetini tespit etmek, ülkemizdeki makroekonomik faktörlerin (ekonomik büyüme, bütçeden sağlığa ayrılan pay, sağlığın GSYİH içindeki payı vb.) değişimini izlemek ve sağlık sistemine etkisini ölçmek gerekmektedir. İkinci strateji; *hizmet kalitesinden taviz vermeden sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliğini korumak için kaynakların optimum kullanımını sağlayacak program ve yöntemler geliştirmektir*. Bunun için; koruyucu sağlık ve sağlıklı hayat tarzları programları ile ilgili bütçeyi iyileştirmek, kaynakların daha etkin ve verimli kullanılması için sağlık hizmetleri ile sosyal bakım hizmetlerini entegre etmek üzere işbirliği yapmak, akılcı ilaç ve tıbbî cihaz kullanımını teşvik etmek için performans dayalı ödeme sistemini iyileştirmek, sağlıkta global bütçe uygulamasını maliyet unsurlarını dikkate alarak devam ettirmek, sağlık kurumlarının ilaç ve malzeme ihtiyaçlarını asgari stok ve toplu alım yöntemi ile karşılamayı sürdürmek, sağlıkta kamu-özel ortaklığı gibi kontrollü ve sürdürülebilir yatırım programlarını geliştirmek, sağlık teknolojilerinin kanıta dayalı tıp uygulamaları ve maliyet etkinliğine göre kullanımını iyileştirmek, klinik rehberlere uygun hazırlanan tıbbî protokollerin kullanımını artırmak ve uygulama birliğini

sağlamak, sağlık kurumlarında gününbirlik tedavi hizmetlerini iyileştirmek, sağlık tesislerinde idari ve bürokratik sebeplerden kaynaklanan harcamaları azaltacak programları iyileştirmek, sağlıkta finansal yönetim için eğitim, altyapı ve teknoloji kapasitesini artırmak gerekmektedir. Üçüncü strateji; *hizmet kalitesinden taviz vermeden sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliğini korumak için uygulanan programları izlemek ve değerlendirmektir*. Bunun için sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliğini korumak amacıyla uygulanan programları bütçe gerçekleştirmeleri ve finansal analizlerle takip etmek, sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliğini izlemek ve değerlendirmek için altyapı eğitim ve teknoloji kapasitesini iyileştirmek üzere işbirliği yapmak gerekmektedir. *Dördüncü strateji ise; Sağlık Bakanlığında personele yapılan sağlıkta ödeme sistemini Sonuca Dayalı Finansman Modeline dönüştürmektir*. Teşhis İlişkili Gruplar (TİG) modelini geliştirerek Sonuca Dayalı Finansman Modeli'nin sağlık, mali ve yönetim parametrelerini oluşturmak, sağlık kurumlarında Sonuca Dayalı Finansman Modeli'ne geçmek için gerekli altyapı, eğitim ve teknoloji kapasitesini oluşturmak ve Sonuca Dayalı Finansman Modelini oluşturmak için ilgili kurumlarla işbirliği yapılmalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2012b).

Paydaşlar, Türkiye sağlık sisteminde finansal sürdürülebilirliği sağlamaya yönelik olarak özellikle koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmesi, mevcut teminat paketinin gözden geçirilerek gerekli düzenlemelerin yapılması, sevk zincirinin mutlaka hayata geçirilmesi, kaynak kullanımının düzenlenmesi, tamamlayıcı sağlık sigortasının uygulanması ve toplumun bilinçlenmesi ile finansal sürdürülebilirliğin sağlanacağını ifade etmiştir. AB Konseyi, sağlık hizmetleri finansmanında sürdürülebilirliğin sağlanmasının önemli olduğunu vurgulamış ve bu amaca ulaşmak için alınacak önlemlerin veya gerçekleştirilecek reformların; herkese sağlık güvencesi sağlama ilkesi, finansmanda dayanışma, sağlık hizmetlerine erişimde adalet ve yüksek kalitede sağlık hizmeti sunumundan feragat edilmemesi gerektiğini belirtmiştir. Ayrıca koruyucu sağlık hizmetleri odaklı bir yaklaşımın benimsenmesinin ulusal sağlık sistemindeki ekonomik yükü azaltmada üye ülke stratejilerinin ayrılmaz bir parçası olduğu, koruyucu hizmetlerin sağlık sisteminde maliyet azaltmaya ve finansal sürdürülebilirliğe önemli derecede katkı sağladığı belirtilmiştir (The Council of EU, 2006). Avrupa Komisyonu ve Ekonomi Politikası Komitesi ise sağlık sisteminin sürdürülebilirliği konusunda

*birincil sağlık hizmetlerini geliştirerek gereksiz uzman ve sağlık hizmeti kullanımının azaltılması* gerektiğini belirtmiştir (European Commission, 2013). Ham ve diğerleri de daha fazla hizmet sağlamak için tüm uygulamalarda birinci basamak sağlık hizmetlerinde yüksek standartlar sağlamak ve toplum sağlığı hizmetleri ve ilgili sosyal bakımın daha etkili kullanımını sağlamak ve bu hizmetlerin ihtiyaç duyulduğunda 7 gün 24 saat mevcut olmasını sağlamak gerektiğini belirtmiştir (Ham vd., 2012). Ahtonen ise sadece hastalıkları tedavi etmekten ziyade sağlık hizmeti sunucularının birinci basamakta sağlığı teşvik etmeye odaklanmayı sağlaması gerekliliğinden bahsetmiştir (Ahtonen, 2013).

Paydaşlar akılcı ilaç kullanımının teşvik edilmesi ile de finansal sürdürülebilirliğin sağlanabileceğini ifade etmiştir. Kalkınma Bakanlığı'na göre de akılcı ilaç kullanımı sağlanmalı ve sağlık harcamalarının kontrolünde sivil toplum kurumlarına da rol verilmesi gerekmektedir (Kalkınma Bakanlığı, 2014c). Akıncı vd. (2012)'nin çalışmasında da akılcı ilaç kullanımını yaygınlaştırma ve jenerik ilaç kullanımı finansal sürdürülebilirliğin sağlanmasında paydaşlar tarafından önerilmiştir (Akıncı vd., 2012). Türkiye'de ilaçlara yapılan harcamalar OECD lke ortalamasından yüksektir. Bu durum ise Türkiye'de ilaca erişimin kolay olduğunu, akılcı ilaç kullanımının tam olarak gerçekleştirilemediğini ve buna yönelik politikaların uygulanamadığını göstermektedir.

Türkiye sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliğini sağlama sürecine SGK, Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, zel Sektör, niversiteler ve Sivil Toplum Kuruluşları'nın katılmasına ilişkin görüşler ön plana çıkmıştır. Sivil Toplum Kuruluşları'ndan özellikle Türk Tabipler Birliği, Türk Eczacılar Birliği ve Hasta Hakları Derneklerinin finansal sürdürülebilirliği sağlama sürecine katılması gerektiğinin önemi vurgulanmaktadır. Kişisel boyutta Başbakan, Sağlık Bakanı, alışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı, hekimler ve vatandaşların finansal sürdürülebilirliği sağlama sürecine katılabilecekleri belirtilmektedir.

Paydaşların büyük bir çoğunluğu (%96,7) Türkiye sağlık sisteminde finansal sürdürülebilirlik konusunda engeller/risklerin olduğunu belirtmiştir. Bu engellerin en çok politik/siyasi engellere/risklere dayalı olduğu belirlenmiştir. Bunun dışında finansal

sürdürülebilirlik konusunda yöneticilerin ve vatandaşların bilgi yetersizliği ve özellikle de vatandaşların bu konuda bilinçsizliği diğer önemli engeller/riskler arasında sayılmıştır.

Paydaşların yanıtlarının %29,21'i Türkiye'de sağlık harcamalarının düzeyinin yeterli olduğu, %16,85'i ise sağlık harcamalarının artırmak ya da azaltmanın önemli olmadığı asıl önemli olanın sağlık harcamalarının etkili ve verimli kullanılması şeklindedir. Sağlık harcamalarının yüksek olduğunu düşünen katılımcılara göre sağlık harcamalarının azaltılabilmesi için tedavi edici hizmetler yerine koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmesi ve halkın sağlık hizmetleri konusunda bilinçlendirilmesi veya bilgilendirilmesi gerekmektedir. Paydaşlar, sağlık harcamalarının artmasına neden olan faktörlerin başında hizmete erişimin kolaylaşması, performansa dayalı ödeme sistemi, teknolojik gelişmeler ve demografik faktörleri sıralamıştır. Dünya Ekonomik Forumu'nda da sağlık harcamalarındaki artışın özellikle yaşlanan bir nüfus, yaşam tarzına bağlı hastalıkların artması, kamu beklentilerindeki artış ve sağlık hizmeti tüketicileri arasındaki değer-bilinç eksikliğinden kaynaklandığı belirtilmiştir (World Economic Forum, 2013). Deloitte ise sağlık sektöründeki gelişmeler ve sağlık hizmetlerine daha kolay erişimin daha fazla kamu harcamasına yol açtığını, ilaçların daha fazla tüketimi, GSS'nin geniş kapsamı ve erişilebilirliğin artması ile birlikte katkı oranlarının kısıtlanmasının ulusal bütçe üzerinde baskı yarattığını ve bu durumun miktar açısından iyileştirme sağlarken hizmet kalitesini tehlikeye attığını belirtmiştir (Deloitte, 2012b).

Paydaşlara göre performansa dayalı ödeme sistemi de sağlık harcamalarının artmasına neden olan önemli faktörlerden birisidir. Performansa dayalı ödeme sisteminin temel amacı, kamudaki sağlık personelinin iş motivasyonunu ve üretkenliğini teşvik etmektir. Esas olarak PDEÖ, sağlık personelinin düzenli maaşına ek olarak her ay aldığı bir ek ödemedir. Performansa dayalı ek ödemeler daha çok genel sigorta sisteminden finanse edilen döner sermayelerden ödenmektedir (OECD, 2008). Türkiye'de mevcut durumda kullanılmakta olan performansa dayalı ödeme sistemi ile hastalara sunulan gereksiz tetkik ve tedaviler sonucunda sağlık harcamaları gereksiz yere artış göstermiştir.

Çalışmada ayrıca 30 soruluk likert tipi ölçek ile finansal sürdürülebilirliğe yönelik olarak politika tercihlerinin değerlendirildiği soru formunda, paydaşların finansal sürdürülebilirliği sağlama süreciyle ilgili olarak sigara, alkol, piyango gibi mal ve hizmet satışlarından sağlık hizmetleri için pay aktarma konusunu olumlu bulduğu, gerekli finansman miktarını elde etmek amacıyla diğer sosyal hizmet ve programları için yapılan harcamaları azaltma konusunu ise birçoğunun olumsuz bulduğu belirlenmiştir. Tordrup ve diğerlerinin (2013) çalışmasında sigara ve alkol üzerindeki vergilerin artması tüm paydaşlar arasında olumlu karşılanmıştır ve en çok tercih edilen politika seçeneği olmuştur. Katılımcılar özellikle sosyal koruma ve eğitimden kaynak tahsis etme konusunda karşı görüş bildirmiştir ve bunun artan tüketim vergisi (KDV) ve kurumlar vergisini de içine alarak genel ekonomik büyümeyi olumsuz yönde etkileyecek bir politika olduğunu belirtmiştir. Ayrıca bu çalışmada en fazla tercih edilen seçimler ek geliri artırmanın yerine sağlıklı yaşam tarzını teşvik etmek, koruyucu sağlık hizmetlerini iyileştirmek ve zararlı tüketimi engelleyerek harcamaları azaltmak olmuştur (Tordrup vd., 2014).

Bu çalışmada 30 soruluk Likert ölçeği kapsamında ortaya çıkan önemli sonuçlardan birisi de paydaşların sağlık hizmetlerinin gereksiz veya kötüye kullanımının engellenerek, kayıt dışı ekonomi ile etkili bir şekilde mücadele edilerek, daha etkili ve verimli olan hizmet sunum biçimleri benimsenerek, global bütçenin etkili ve yaygın bir şekilde kullanılarak ve istihdamın artırılarak finansal sürdürülebilirliğin sağlanabileceğini belirtmesidir. Finansal sürdürülebilirlik, sosyal sağlık sigortacılığı mekanizması söz konusu olduğunda; sosyal sağlık sigortacılığının zorunlu olup olmadığı, prim düzeyleri, temel teminat paketinin kapsamı, işsizlik ve istihdam durumları ile yakından ilişkilidir. Eğer işsizlik ve kayıt dışı istihdam yüksek düzeyde ise finansal sürdürülebilirliği sağlayabilmek zor olabilmektedir (Yıldırım, 2012a).

Paydaşların en az katıldıkları ifadeler ise; “kişilerden sağlık hizmetleri için daha fazla katkı payı almak”, “GSS prim oranlarını artırmak”, GSS kapsamında ödenen/finanse edilen temel teminat paketlerini daraltmak”, “sağlık hizmetleri sunumunu özelleştirmek” ve “sağlık finansmanını özelleştirmek” ifadeleri olmuştur. Ekonomik ve işgücü piyasası ortamı ile ilgili faktörlere bağlı olarak; GSS'nin finansal

sürdürülebilirliği ağırlıklı olarak sigorta primlerinin düzenli ve yeterli bir biçimde toplanmasına bağlıdır. Ancak serbest çalışanlar ile tarım kesiminde çalışanlardan prim toplanması konusunda güçlüklerle karşılaşılacağı göz ardı edilmemelidir. Dolayısıyla bu gruplar finansal sürdürülebilirlik açısından zorluk teşkil etmektedirler (Yıldırım, 2012b).

Paydaşların yine önemli bir bölümünün yeni ve pahalı sağlık teknolojileri için özel sağlık sigortası seçeneklerini kullanma konusuna katılmadığı belirlenmiştir. Tordrup ve diğerlerinin (2013) çalışmasında paydaş gruplar arasında özellikle sağlık teknolojilerini değerlendirme ve yeni teknolojiler için özel sigorta gibi konuların en fazla tartışmaya neden olduğu belirlenmiştir. Endüstri/danışma grubundan paydaşlar (özel sigortanın artması, rekabetin artması gibi) pazara dayalı yaklaşımları desteklemiştir (Tordrup vd., 2013). Ahtonen, ilaç ve tıbbi malzemeleri içeren sağlık teknolojilerinin maliyet-etkililiğinin dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi gerektiğini belirtirken (Ahtonen, 2013), European Commission sağlık teknolojisi değerlendirmesini kullanarak karar verme sürecinde daha sistematik davranılması gerektiğini belirtmiştir (European Commission, 2013).

Kişisel tercihlerle ilgili olarak sorulan sorulara ilişkin yanıtlarda ise paydaşların en fazla katılmadıkları ifade “sağlık hizmetleri almam gereken her durumda masrafları cepten ödemeyi kabul ederim” ifadesiyken, en fazla katıldıkları ifadeler “sağlık hizmetleri gereksinimlerim için gerekirse özel sağlık sigortası satın alırım” ve “tümüyle ücretsiz sağlık hizmetinden sağlık kullanımı esnasında daha fazla vergi vermeyi kabul ederim” ifadeleri olmuştur. Paydaşların önemli bir bölümü mevcut sağlık kaynaklarının verimsiz kullanıldığını; GSYİH’den sağlığa ayrılan payın yetersiz olduğunu ve kullanılan katkı paylarının adaletsiz olduğunu düşünmektedir.

Bu çalışmada paydaşların finansal sürdürülebilirliği sağlama konusuna ilişkin puanları meslek grubu değişkenine göre karşılaştırılmış ve yapılan Mann-Whitney U testi sonuçlarına göre sadece “tümüyle ücretsiz sağlık hizmetlerinden sağlık kullanımı esnasında daha fazla vergi ödemeyi kabul ederim” ifadesinde anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $U=985,000$ ;  $z=-2,630$ ;  $p=0,009$ ). Eğitim durumu değişkenine göre yapılan

Kruskal Wallis testi sonuçlarına göre ise kişilerden sağlık hizmetleri için daha fazla katkı payı almak ( $X^2=10,642$ ;  $p=0,031$ ), GSS kapsamında ödenen/finanse edilen teminat paketini daraltmak ( $X^2 =11,513$ ;  $p=0,021$ ), tanıya ilişkin gruplara dayalı ödeme yöntemine geçmek ( $X^2=10,987$ ;  $p=0,027$ ), sağlık hizmeti sunumunu özelleştirmek ( $X^2=16,642$ ;  $p=0,002$ ), sağlık finansmanını özelleştirmek ( $X^2=12,355$ ;  $p=0,015$ ), sağlık hizmetleri gereksinimlerim için gerekirse özel sağlık sigortası alırım ( $X^2=9,848$ ;  $p=0,043$ ), mevcut sağlık kaynakları verimsiz kullanılmaktadır ( $X^2=13,697$ ;  $p=0,008$ ), kullanılan katkı payları çok yüksektir ve gereksizdir ( $X^2=10,808$ ;  $p=0,029$ ), kullanılan katkı payları sağlık finansmanının özelleştirilmesidir ( $X^2=10,268$ ;  $p=0,036$ ) ifadelerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur.

Çalışmada ayrıca GSS gelir-gider dengesini değerlendirmek amacıyla SGK'dan alınan veriler kullanılarak basit doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Buna göre yıllar ilerledikçe GSS gelir ve gider arasındaki açığın giderek kapanacağı ve hatta gelirin giderleri aşacağı 2023 yılında ise 12.198 milyar TL'lik bir kar oluşacağı ve bunun da finansal sürdürülebilirlik için olumlu yönde sonuçlanacağı tahmin edilmektedir. Teminat paketleri, sağlık hizmetleri kapsamını daraltmak amacıyla kullanılabilir ve teminat paketlerinin gözden geçirilmesi, teminat paketlerine yeni hizmetlerin eklenmesi sürdürülebilirliği etkilemektedir (Thomson vd., 2009a). Yapılan projeksiyon, GSS'nin temel teminat paketinin sürdürülebilirlik gerekçesiyle daraltılması konusundaki tartışmaların bilimsel temelini olmadığını ortaya koymaktadır.

## 7. BÖLÜM

### SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliği, sağlığa nasıl ve ne kadar yatırım yapılması ve kaynakların nasıl toplanması gerektiği konularındaki politik kararlara bağlıdır. Finansal sürdürülebilirlik problemi de doğası gereği politik bir konudur. Sağlık sistemlerinin finansal sürdürülebilirliği yaşanan nüfus, yeni teknolojiler ve nüfusun artan sağlık hizmeti talebi gibi faktörlerden olumsuz yönde etkilenmektedir. Finansal sürdürülebilirlik gelirlerle bağlantılı olduğundan birçok ülke için kamu harcamalarında baskı yaratan bir problemdir. Örneğin OECD ülkelerinde kamu harcamalarının büyük bir bölümü sağlığa aittir ve harcamalara yönelik yapılan tahminler de gelecek dönemlerde sağlık harcamalarının daha da artacağını göstermektedir.

Literatürde sağlık harcamalarının ortalama büyüme oranının GSYİH'nın ortalama büyüme oranından yüksek olması, sağlık enflasyonu büyüme oranının genel enflasyonun büyüme oranından yüksek olması, kamu sağlık harcaması artış oranının genel kamu harcamaları artış oranından yüksek olması gibi durumlarda finansal sürdürülebilirlik probleminden bahsedilmektedir. İkincil veri kaynaklarından hareketle Türkiye sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliği ile ilgili yapılan değerlendirmeler sonucunda Türkiye'de GSYİH içinde toplam sağlık harcaması oranının ve kamu sağlık harcaması oranının çok fazla artış göstermediği, daha çok yatay bir seyir izlediği görülmektedir. Sağlık enflasyonu oranı genel enflasyon oranından düşüktür. GSYİH büyümesi 2011 yılında 8,77; 2010 yılında 9,6 oranında iken toplam sağlık harcaması büyüme oranı 2011 yılında 4,1; 2010 yılında 2,4 oranında gerçekleşmiştir. 2003-2014 döneminde kamu harcamalarındaki artış kamu sağlık harcamaları artışının üzerinde gerçekleşmiştir. Bu dönemde genel kamu harcamalarındaki artış %116 iken kamu sağlık harcamalarındaki artış %70 olmuştur. Bu durum sağlık harcamalarının aşırı bir derecede artmadığını göstermektedir. Hem vergi gelirleri artışı hem de faiz dışı harcamalarındaki artış, kamunun ekonomideki göreceli ağırlığının arttığını göstermektedir. Ayrıca bu çalışmada SGK verilerine dayalı olarak yapılan projeksiyon tahminine göre de gelir-gider açığı zamanla kapanacaktır.



Bu çalışmada paydaşlar, Türkiye sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliğini bir problem olarak değerlendirmektedir ve bu problemin nedenlerini nüfusun yaşlanmasına bağlı olarak artan maliyetlere, gelir-gider dengesinde oluşan bütçe açıklarına, gereksiz yere artan sağlık hizmetleri talebine, sağlık harcamalarındaki artışa bağlamaktadır.

Paydaşlar SGK'nın mevcut teminat paketinin oldukça geniş olduğunu belirtmektedir. Kalkınma Bakanlığı'na göre geri ödeme kapsamında olan işlem ve tedavi yöntemleri gözden geçirilmeli, geri ödeme kapsamına alınmasına karar verilecek işlem ve tedavi yöntemleri için tıbbi ve ekonomik değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır. Tıbbi ve ekonomik değerlendirme çalışmalarını yapmaktan sorumlu ulusal bir kurumun kurulması yönünde adımlar atılmalıdır. Bu kurum sadece tıbbi işlem ve tedavi yöntemlerini değerlendirmekten değil aynı zamanda sağlık teknolojileri değerlendirmesinden de sorumlu tutulmalıdır. Bu konudaki kurumsal kapasite eksikleri tamamlanmalıdır (Kalkınma Bakanlığı, 2014c).

Tamamlayıcı sağlık sigortası hakkında katılımcıların çoğu olumlu görüş bildirmiştir. Tamamlayıcı sağlık sigortasının bireylerin tercihlerini artıracığı açıktır. Ancak tamamlayıcı sağlık sigortası, vatandaşa ve özellikle de düşük gelirli, ödeme gücü olmayan bireyler üzerinde finansal yüke neden olacaktır. Tamamlayıcı sağlık sigortası ile gelir düzeyi düşük olan kişiler daha düşük standartlarda sağlık hizmeti almak durumunda kalacaktır. Bu kişiler tamamlayıcı sağlık sigortası alamayacağı için daha fazla ceplerinden harcama yapmak zorunda kalacaktır. Bu durum ise bireyler arasında hakkaniyet ve eşitlik açısından problemlere yol açacaktır. TSS'nin aslında sanıldığı gibi sağlık finansmanına ek kaynak yaratmayacağı bireylerin beklentilerini ve tercihlerini artırmaya yarayacak bir mekanizma olduğunu söylemek daha doğrudur.

Türkiye sağlık sisteminde asıl dikkate alınması gereken konuların başında koruyucu sağlık hizmetleri ve halen hayata geçirilememiş olan sevk zinciri sisteminin yer alması gelmektedir. Türkiye'de özellikle SDP ile birlikte vatandaşların sağlık hizmetlerine olan erişimi kolaylaşmış ve vatandaşların sevk zincirinin uygulanmamasına bağlı olarak doğrudan ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmetlerine ulaşabilmesine olanak sağlanmış ve bunun sonucunda da sağlık harcamaları kontrolsüz bir artış göstermiştir.

Kalkınma Bakanlığı’da bu konuyla ilgili olarak hastaların daha maliyet-etkili tedavi edilebilecekleri basamaklarda tutulması için sevk zincirine yönelik rasyonel düzenlemeler yapılması gerektiğini, GSS’nin en önemli talep ve maliyet kontrol araçlarından biri olan “Aile Hekimliği” uygulamasına geçişin, daha hızlı ve rasyonel işleyecek şekilde yapılandırılması gerektiğini, koruyucu sağlık hizmetlerinin teşvik edilmesi gerektiğini ve sevk zinciri altyapı çalışmalarının da dikkate alınarak uygulanması gerektiğini belirtmiştir (Kalkınma Bakanlığı, 2014c).

Paydaşlar akılcı ilaç kullanımının teşvik edilmesi ile de finansal sürdürülebilirliğin sağlanabileceğini ifade etmiştir. Kalkınma Bakanlığı’na göre akılcı ilaç kullanımı sağlanmalı ve sağlık harcamalarının kontrolünde sivil toplum kurumlarına da rol verilmelidir (Kalkınma Bakanlığı, 2014c).

Türkiye’de sağlık finansmanında en önemli sorunlardan birisi gelirlerin toplanamamasından kaynaklanmaktadır. Özellikle de vergi afları, vergi gelirlerinin düşük olması vb. gibi nedenler SGK’yı sıkıntıya sokmaktadır. SGK prim toplamakta sıkıntı çekmekte ve primler de düşük gelirler üzerinden ödenmektedir. Ancak bu sıkıntıyı ortadan kaldırmak amacıyla katılım paylarının arttırılması veya özel sağlık sigortacılığının teşvik edilmesi doğru bir tercih değildir.

Finansal sürdürülebilirlik konusuyla ilgili olarak ortaya çıkan engellerin başında politik/siyasi sorunlar yer almaktadır. Sağlık sistemlerinde finansal sürdürülebilirlik sektörlerarası işbirliğini gerektiren bir alandır. Bu anlamda değerlendirildiğinde Türkiye’de sağlık alanında işbirliğinin sağlanmasında Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı (Resmi Gazete, 2014) ile DSÖ’nün benimsediği temel sağlık hizmetlerine genel yaklaşım modelinde sağlığın tüm sektörlerle entegrasyonu ve tüm sektörler ile ortak politikalar için işbirliği modelleri geliştirilmesi esas alınarak bir adım atıldığı belirtilebilir.

Sağlık harcamaları ile ilgili olarak sağlık harcamaların düşük ya da yüksek olarak değerlendirilmesinden ziyade mevcut kaynakların etkili ve verimli bir şekilde kullanılması daha önemli bir konudur. Sağlık harcamaları tümüyle bir maliyet olarak

düşünülmemelidir. Sağlık harcaması ayrıca bir yatırımdır ve böyle bakılmalıdır. Sağlıklı insanlar kamu bütçeleri ve sağlık sistemlerine daha az ihtiyaç duyarlar ve bu kişiler sağlıklı, daha üretken bir toplum ve iş gücü yaratır (Ahtonen, 2013). Sağlık harcamaları bir yatırımdır, verimliliği artırır ve sürdürülebilir büyümeyi destekler ve sağlığa yatırım; ekonomik büyüme ve sosyal uyuma bir katkı olarak kabul edilmelidir. Sağlığın teşviki ve hastalıkları önleme sağlık sistemlerinin uzun vadeli sürdürülebilirliği için ve üretken bir nüfusun ekonomik ve sosyal amaçlarına ulaşması için önemlidir. Önemli biçimde sağlığın sürdürülebilirliği, dayanışma ve evrensel erişim ilkelerini esas almalıdır (Lithuanian Presidency of the Council of the European Union, 2013).

Vatandaşların yaşam kalitesi ve süresinin yükseltilmesi ile ekonomik, sosyal ve kültürel hayata bilinçli, aktif ve sağlıklı bir şekilde katılımlarının sağlanması temel amaçtır. Kalkınma Bakanlığı da bunun için vatandaşların sağlık okuryazarlık düzeylerinin yükseltilmesi gerektiğini ve bu amaç doğrultusunda veriye ve kanıta dayalı politikalarla desteklenen, erişilebilir, nitelikli, maliyet-etkili ve sürdürülebilir bir sağlık hizmet sunumunun esas olduğunu belirtmiştir (Kalkınma Bakanlığı, 2014a; Kalkınma Bakanlığı, 2014b).

Gerek bu çalışmanın ampirik bulguları ve gerekse de literatür ışığında değerlendirildiğinde mevcut durumda Türkiye sağlık sisteminin ciddi bir finansal sürdürülebilirlik problemi ile karşı karşıya olduğunu söylemek olanaklı değildir. Ancak finansal sürdürülebilirlik sorununa yol açan dinamikler mevcudiyetini korumaktadır ve gelecekte de varlıklarını sürdürebilecektir. Bundan dolayı gerek şimdi ve gerekse de gelecekte Türkiye sağlık sistemi misyonunu yerine getirirken karşılaşılan/ karşılaşılabilecek olası finansal sürdürülebilirlik problemlerini mümkün olduğunca ortadan kaldırmak ve finansal sürdürülebilirliği sağlamak adına yapılabilecekler konusunda aşağıdaki gibi bir takım önerilerde bulunmak mümkündür.

- Teminat paketi gözden geçirilmeli ve gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. Mevcut teminat paketinin düzenlenmesine yönelik yapılacak politikalar daha çok vatandaş sıkıntısına düşürmeyecek ve cepten yapılan harcamaları artırmaya yol açmayacak şekilde olmalıdır.

- Geri ödeme kapsamına alınmayacak hizmetler tamamlayıcı sağlık sigortası ile desteklenmelidir, ancak burada hakkaniyet ve eşitlik kavramları göz ardı edilmemelidir.
- Maliyeti daha yüksek olan tedavi edici hizmetlerden çok, maliyeti daha düşük olan koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmelidir.
- Sevk sistemi zorunlu hale getirilmelidir ve vatandaşların ikinci veya üçüncü basamak sağlık kuruluşları yerine öncelikli olarak birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurması sağlanmalıdır. Bu nedenle de öncelikli olarak aile hekimliği sisteminin iyileştirilmesi gerekmektedir. Ayrıca sağlık hizmetlerinin gereksiz ve kötüye kullanımını önlemeye yönelik düzenlemelerin yapılarak vatandaşlar bilinçlendirilmelidir. Buna yönelik olarak da vatandaşların gereksiz hizmet kullanımını engelleyecek yönde önlemler alınmalıdır.
- Sürdürülebilir sağlık sistemi için ilaç harcamalarının kontrol altına alınması, ilaç tüketimi konusunda vatandaşların bilinçlendirilmesi, akılcı ilaç kullanımı konusundaki politikaların etkili ve verimli bir şekilde hayata geçirilmesi gerekmektedir. Ayrıca Türkiye’de yerli ilaç üretimi henüz yeterince gelişmemiştir. Bu yüzden Türkiye’de yerli ilaç üretiminin desteklenmesi ve bu yönde gerekli teşviklerin yapılması önerilebilir.
- Performansa dayalı ödeme ile ilgili olarak özellikle teşvik sisteminin gözden geçirilmesi ve performans kriterlerini değerlendirmeye ilişkin olarak düzenlemelerin yapılması gerekmektedir. Sağlık çalışanlarının elde ettiği performans gelirlerinin emekliliğe yansıtılması finansal sürdürülebilirlik için önemli bir katkı sağlayabilir.
- Toplanan primlerin gelire doğru orantılı olmasını sağlamak ve dolaylı vergileri azaltarak direkt vergilere yönelmek ve dolayısıyla da artan oranlı vergi sistemini benimsemek sağlık finansmanının sürdürülebilirliği için olumlu bir faktör olabilir.

- Global bütçenin daha etkili ve yaygın bir şekilde uygulanması sağlanmalı ve vatandaşların sağlık hizmetlerine erişmesini olumsuz yönde etkileyecek faktörlerden arındırılması sağlanmalıdır.
- Politik/siyasi sorunları ortadan kaldırmak adına sağlık politikalarının oluşturulmasında veya geliştirilmesinde tek bir kurum bazlı kararlar almak yerine ortak kararlar ile diğer paydaşların görüşleri de dikkate alınarak ve vatandaşlar da sisteme dahil edilerek hareket edilmelidir. Ayrıca sağlık hizmetini sunan, finanse eden ve düzenleyen kuruluşlar net bir şekilde ayrıştırılmalıdır. Böylece daha doğru, hızlı ve güvenilir kararların alınmasının önü açılmış olur.
- Son zamanlarda Türkiye sağlık sisteminde tartışılan ve son derece önemli bir konu olan sağlık okuryazarlığına önem verilmeli ve bu konuya yönelik olarak farkındalığın artırılması esas alınmalıdır.
- Sağlık hizmetlerinin akıllıca kullanılarak ve sağlığa erişimi de çok fazla kısıtlamadan sağlık harcamalarının kontrol ve denetim altında tutulması gerekmektedir. Bunun için iyi bir izleme ve değerlendirme, davranış modellemeleri veya karar destek mekanizmaları geliştirilmelidir.
- Mevcut ödeme yöntemlerinin yanında uluslararası alanda da oldukça yaygın bir şekilde kullanılan geri ödeme yöntemlerinden birisi olan Tanıya İlişkin Gruplama yönteminin ülke genelinde yaygınlaştırılması finansal sürdürülebilirlik için olumlu katkı sağlayabilir.
- Bu çalışma ile Türkiye’de ilk defa paydaş görüşlerine dayalı olarak Türkiye sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirlik konusu araştırılmıştır. Bu konuda gelecekteki araştırmaların özellikle zaman serilerine dayalı sürdürülebilirlik testlerini yapması önerilmektedir.

## KAYNAKÇA

- Abuor, GO. (2012). Health Care Financing Strategies and Their Impact on Financial Sustainability (Case of Faith Based Hospitals in Kenya), A Research Project Report Submitted in Partical Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Business Administration of Kenyatta University.
- Ahtonen, A. (2013). Economic Governance: Helping European Healthcare Systems to Deliver Better Health and Wealth?, European Policy Centre, Policy Brief.
- Akalın, E. Durusu Tanrıöver, M. ve Sayran, F. (2012). Sürdürülebilir Sağlık Sistemi İçin Kronik Hastalık Yönetiminde Elektronik Sağlık Kayıtlarının Rolü, [http://www.tusiad.org/\\_rsc/shared/file/SurdurulebilirSaglikRaporu-Haziran2012.pdf](http://www.tusiad.org/_rsc/shared/file/SurdurulebilirSaglikRaporu-Haziran2012.pdf) (Erişim: 15.02.2015).
- Akdağ, R. (2011). Sunuş, İçinde: Mollahaliloğlu, S; Kavuncubaşı, Ş. Şimşek, F. Kosdak, M. ve Yıldırım, S. Kamu Hastanelerinin Genel Verimliliğinin Değerlendirilmesi Araştırma Raporu, Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Akgül, U. (2010). Sürdürülebilir Kalkınma: Uygulamalı Antropolojinin Eylem Alanı, *Antropoloji Dergisi*, 24:133-164.
- Akıncı, F. Mollahaliloğlu, S. Gürsöz, H. ve Öğücü, F. (2012). Assessment of the Turkish Health Care Systems Reforms: A Stakeholder Analysis, *Health Policy*, 107, 21-30.
- Akyel, H. (2006). Sosyal Güvenlik Sistemi Açısından Sağlık Hizmetlerinin Sorunları ve Genel Sağlık Sigortasının Uygulanabilirliğine Yönelik Bir Araştırma, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Al Dhawi, AA. ve West, DJ. (2002). Challenging Health Care System Sustainability in Oman, *Journal of Health Sciences Management and Public Health*, <http://medportal.ge/eml/publichealth/2006/n2/2.pdf> (Erişim: 10.07.2013).
- Alberta Health, (2013). Health Care Costs Drivers, Strategic Services Division, Alberta Health, Canada.
- Alliance for Natural Health, (2008). Sustainable Healthcare: Working Towards The Paradigm Shift, [http://anh-europe.org/files/080610-SustainableHealthcareWhitePaper\\_verPD.pdf](http://anh-europe.org/files/080610-SustainableHealthcareWhitePaper_verPD.pdf) (Erişim: 10.08.2014).

- Altunışık, R. Coşkun, R. Bayraktaroğlu, S. ve Yıldırım, E. (2012). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamalı, 7. Baskı, Sakarya Yayıncılık, Sakarya.
- Alper, Y. (2011). Sosyal Güvenlik Reformu ve Finansmanla İlgili Beklentiler, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1(1):7-47.
- Alper, Y. Değer, Ç. ve Sayan, S. (2012). 2050'ye Doğru Nüfusbilim ve Yönetim: Sosyal Güvenlik (Emeklilik Sistemine Bakış), TÜSİAD, Sis Matbaacılık, İstanbul.
- Appleby, J. (2013). Spending on Health and Social Care Over the Next 50 Years Why Think Long Term?, *The King's Fund*, London.
- Atasever, M. (2011). Üniversite Hastanelerinin Mali Durumu, *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 20:58-61.
- Atasever, M. (2014). Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi, 2002-2013 Dönemi, Yayın No: 983, Ankara.
- Atun, R. Aydın, S. Chakraborty, S. Sümer, S. Aran, M. Gürol, İ. Nazlıoğlu, S. Özgülcü, Ş. Aydoğan, Ü. Ayar, B. Dilmen, U. ve Akdağ, R. (2013). Universal Health Coverage in Turkey: Enhancement of Equity, *The Lancet*, 382(9886):65-99.
- Aydın, S. (2013). İnsan Kaynağı Açısından Sürdürülebilirlik Risk Altında, *Sağlık Yönetimi ve Eğitimi Dergisi*, 6(63):14, [http://issuu.com/sayeddergisi/docs/sayed\\_63\\_web/18](http://issuu.com/sayeddergisi/docs/sayed_63_web/18)
- BASYS, CEPS, IRDES ve IGSS, (2005). Development of a Methodology for Collection and Analysis of Data on Efficiency and Effectiveness in Health Care Provision. Final Report, Eurostat Grant: N°20023510004 ESTAT/R-3/PT/ar/B2002 E-3 <http://www.basys.de/aktuelles/sha-efficiency.pdf> (Erişim: 10.12.2014).
- Belek, İ. (2009). Sağlıkın Politik Ekonomisi, Sosyal Devletin Çöküşü, Yazılama Yayınları, İstanbul.
- Bilgin, N. (2006). Sosyal Bilimlerde İçerik Analizi, Teknikler ve Örnek Çalışmalar, 2.Baskı, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Birch, S. (2014). OHE Lunchtime Seminar: Improving Sustainability through Needs-Based Planning. OHE, <https://www.ohe.org/node/1563> (Erişim: 31.12.2014).
- Brenzel, L. ve Young, D. (2011). Assessment of the Financial Sustainability of the Affordable Medicines Facility-Malaria (AMFm) in Eight Pilot Countries.

- Brundtland, GH. (1987). The World Commission on Environment and Development, The Oxford University Press, <http://www.un-documents.net/ocf-02.htm> (Erişim: 08.10.2014).
- Büyüköztürk, ř. Kılıç-Çakmak, E. Akgün, ÖE. Karadeniz, ř. ve Demirel, F. (2012). Bilimsel Araştırma Yöntemleri, Genişletilmiş 13. Baskı, Pegem Akademi, Ankara.
- Campbell, S. Pieters, K. Mullen, KA. Reece, R. ve Reid, RD. (2011). Examining Sustainability in a Hospital Setting: Case of Smoking Cessation, *Implementation Science*, 6:108.
- Carrin, G. ve James, C. (2004). Reaching Universal Coverage via Social Health Insurance: Key Design Features in the Transition Period, Discussion Paper, N.2, Department “Health System Financing, Expenditure and Resource Allocation (FER), Cluster “Evidence and Information for Policy (EIP)”, World Health Organization, Geneva.
- Carter, S. ve Henderson, L. (2007). Approaches to Qualitative Data Collection in Social Science, İçinde: Handbook of Health Research Methods (Ed: Bowling, A. ve Ebrahim, S.), Open University Press, England.
- Certified General Accountants Association of Canada, (2010). Shifting the Burden of Health Care Costs -Where To?, Informed View, [http://www.cga-canada.org/en-ca/ResearchReports/ca\\_rep\\_2010-11\\_informed-view.pdf](http://www.cga-canada.org/en-ca/ResearchReports/ca_rep_2010-11_informed-view.pdf) (Erişim: 08.11.2014).
- Charlesworth, A. (2013). Fiscal Sustainability and Health Care in The United Kindom, *Eurohealth Incorporating Euro Observer*, 19(2):36-39.
- Cichon, M. Newbrander, W. Yamabana, H. Weber, A. Normand, C. Dror, D. ve Preker, A. (1999). Modelling in Health Care Finance (A Compendium of Quantitative Techniques for Health Care Financing), International Labour Office, Geneva.
- Clements, B. Coady, D. ve Gupta, S. (2012). The Economics of Public Health Care Reform in Advanced and Emerging Economies. Washington DC, International Monetary Fund.
- Coiera, E. ve Hovenga, EJS. (2007). Building a Sustainable Health System, IMIA Yearbook of Medical Informatics.
- Çelik, Y. (2011). Sağlık Ekonomisi, Siyasal Kitabevi, Ankara.



- Deloitte, (2012a). Sürdürülebilir Kamu İlaç Finansman Modeli İçin Yol Haritası ve Süreç Yönetimi, [http://www.ieis.org.tr/pdfler/Deloitte\\_kamufinansmanraporu\\_0612.pdf](http://www.ieis.org.tr/pdfler/Deloitte_kamufinansmanraporu_0612.pdf) (Erişim: 06.08.2013).
- Deloitte, (2012b). Turkey Life Science and Healthcare Report, [http://www.yased.org.tr/webportal/English/haberler/basin\\_bultenleri/Documents/Turkey\\_Life\\_Science\\_and\\_Healthcare\\_Report\\_2013\\_02\\_28.pdf](http://www.yased.org.tr/webportal/English/haberler/basin_bultenleri/Documents/Turkey_Life_Science_and_Healthcare_Report_2013_02_28.pdf) (Erişim: 06.08.2013).
- Di Matteo, L. (2010). The Sustainability of Public Health Expenditures: Evidence from the Canadian Federation, *The European Journal of Health Economics*, 11:569-584.
- Di Matteo, L. ve Di Matteo, R. (2012). The Fiscal Sustainability of Canadian Publically Funded Healthcare Systems and The Policy Response to The Fiscal Gap, CHSRF Series of Reports on Financing Models: Paper 5.
- Essink, DR. (2012). Sustainable Health Systems *the Role of Change Agents in Health System Innovation*, Uitgeverij BoxPress's Hertogenbosch.
- Dixon, A. Langenbrunner, J. ve Mossialos, E. (2004). Facing The Challenges of Health Care Financing, İçinde: Josep Figueras, Mckee Martin, Cain Jennifer, Lessof Suszy (Editör), *Health System in Transition: Learning From Experience*, World Health Organization, Copenhagen.
- Erol, H. ve Özdemir, A. (2014). Türkiye'de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 4(1):9-34.
- European Commission, (2013). Investing in Health, Commission Staff Working Document Social Investment Package, Brussels. [http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd\\_investing\\_in\\_health.pdf](http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd_investing_in_health.pdf) (Erişim: 12.02.2014).
- European Commission, (2014). Communication from the Commission on Effective, Accessible and Resilient Health Systems. Brussels, 4.4.2014, COM(2014) 215 final.
- Eurostat, (2005). Development of a Methodology for Collection and Analysis of Data on Efficiency and Effectiveness in Health Care Provision, Final Report, <http://www.basys.de/aktuelles/sha-efficiency.pdf> (Erişim: 07.06.2013).

- Fidan, D. (2012). OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamaları ve Finansmanı, *Sağlık Ekonomisi Dergisi*, 4, 24-36.
- Figueras, J. McKee, M. Lessof, S. Duran, A. ve Menabde, N. (2008). Health Systems, Health and Wealth: Assessing The Case for Investing in Health Systems, WHO European Ministerial Conference on Health Systems, 25-27 June.
- Figueras, J. Lessof, S. McKee, M. Duran, A. ve Menabde, N. (2012). Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-Being: An Introduction, İçinde: Figueras, J. ve McKess, M. (Editör). Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being, Assessing the Case for Investing in Health Systems, World Health Organization, Mc Graw Hill Open University Press, England.
- Gallopın, G. (2003). A Systems Approach to Sustainability and Sustainable Development, Sustainable Development and Human Settlements Divisions, <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/8/12288/lcl1864i.pdf> (Erişim: 08.10.2014).
- Gelir Politikaları Genel Müdürlüğü, (2015). Ulusal Veriler, <http://www.gep.gov.tr/web/RUulusal.aspx?prmts=214> (Erişim: 05.01.2015).
- Göktan, A. (2008). Türkiye’de Mali Sürdürülebilirlik Üzerine Amprik Bir Çalışma, *Marmara Üniversitesi İİBF Dergisi*, 15, 2.
- Gruen, RL. Elliott, JH. Nolan, ML. Lawton, PD. Parkhill, A. McLaren, CL. ve Lawis, JN. (2008). Sustainability Science: An Integrated Approach for Health Programme Planning, *The Lancet*, 371, 1579-1589.
- Ham, H. Dixon, A. ve Brooke, B. (2012). Transforming The Delivery of Health and Social Care The Case for Fundamental Change, The King’s Fund, London.
- Harris, JM. (2000). Basic Principles Of Sustainable Development, Global Development and Environment Institute, Working Paper 00-04, June.
- Henke, KD. ve Schreyögg, J. (2004). Towards Sustainable Health Care Systems: Strategies in Health Insurance Schemes in France, Germany, Japan and the Netherlands; A Comparative Study. Diskussionspapiere // Technische Universität Berlin, Fakultät Wirtschaft und Management, No. 2004/9.
- Hope, P. Bamford, SM. Beales, S. Brett, K. Kneale, D. Macdonnell, M. ve McKeon, A. (2012). Creating Sustainable Health and Care Systems in Ageing Societies, Report of the Ageing Societies Working Group 2012,

- <http://www.cpahq.org/cpahq/cpadocs/Creating%20Sustainable%20Health%20and%20Care%20Systems%20in%20Ageing%20Societies.pdf> (Erişim: 15.11.2014).
- Islam, M. (2007). Health Systems Assessment Approach: A How-To Manual, Submitted to the U.S. Agency for International Development in collaboration with Health Systems 20/20, Partners for Health Reform *plus*, Quality Assurance Project, and Rational Pharmaceutical Management Plus. Arlington, VA: Management Sciences for Health.
- Kalkınma Bakanlığı, (2013). Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018), <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalkınma%20Planlar/Attachments/12/Onuncu%20Kalkınma%20Planı.pdf> (Erişim: 15.06.2014).
- Kalkınma Bakanlığı, (2014a). Sosyal Güvenlik Sisteminin Sürdürülebilirliği, Özel İhtisas Komisyonu Raporu 2023, Ankara, <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/zelsosyal%20gvenlik%20sis.OIK.pdf> (Erişim: 20.08.2014).
- Kalkınma Bakanlığı, (2014b). Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018) 2015 Yılı Programı, Ankara.
- Kalkınma Bakanlığı, (2014c). Sağlık Hizmetlerinin Etkinliğinin Artırılması ve Mali Sürdürülebilirlik Özel İhtisas Komisyonu Ön Raporu, Ankara.
- Kang, MS. Jang, HS. Lee, M. ve Park, EC. (2012). Sustainability of Korean National Health Insurance, *Journal of Korean Medical Science*, 27, 21-24.
- Kaya, A. (2013). Mali Sürdürülebilirlik: Teori ve Türkiye Uygulaması, Türkiye Bankalar Birliği, İstanbul.
- Kılıç, S. (2006). Yeni Toplumsal ve Ekonomik Arayışlar Sürecinde Sürdürülebilir Kalkınma, *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 8(2):81-101.
- KİT, (2008). Sağlık ve Sosyal Güvenlik Sektör Raporu, KİT Genel Müdürlüğü Sosyal Güvenlik ve İstihdam Dairesi.
- Klaus, B. (2010). Developing an Assessment of Organizational Sustainability, Retrieved July 2011, <http://www.thesustainablego.org>. (Erişim: 12.08.2013).
- Knowles, JC. Leighton, C. ve Stinson, W. (1997). Measuring Results of Health Sector Reform for System Performance: A Handbook Indicators, Special Initiatives Report No.1, Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform.

- Kuhlman, T. ve Farrington, J. (2010). What is Sustainability? *Sustainability*, 2, 3436-3448; <http://www.mdpi.com/2071-1050/2/11/3436/pdf> (Erişim: 08.10.2014).
- Kutzin, J. (2001). A Descriptive Framework for Country-level Analysis of Health Care Financing Arrangements, *Health Policy*, 56(3):171-204.
- Kutzin, J. (2008). Health Financing Policy: A Guide For Decision-Makers, Health Financing Policy Paper, Division of Country Health Systems, World Health Organization.
- Kümbetoğlu, B. (2005). Sosyolojide ve Antropolojide Niteliksel Yöntem ve Araştırma, Bağlam Yayınları, İstanbul.
- La Fond, A. (1995). Sustaining Primary Health Care, London: The Save the Children Fund.
- Langenbrunner, JC. Cashin, C. ve O'Dougherty, S. (2009). What, How and Who: An Introduction to Provider Payment Systems, İçinde: Langenbrunner, JC. Cashin, C. ve O'Dougherty, S. (eds.), Designing and Implementing Health Care Provider Systems (How to Manuals), The World Bank, Washington.
- Lee, K. ve Goodman, H. (2002). Global Policy Networks: The Propagation of Health Care Financing Reform Since The 1980s, İçinde: Lee, K. Buse, K. Fustukian, S. (eds.), Health Policy in a Globalising World, s.97-119, Cambridge University Press.
- Lithuanian Presidency of the Council of the European Union, (2013). The Vilnius Declaration and Conference Report: Sustainable Health Systems for Inclusive Growth in Europe, 19-20 November, Vilnius, Lithuania.
- Maliye Bakanlığı, (2014). Görüşme Notları.
- Marchildon, GP. (2004). The Many Worlds of Fiscal Sustainability, İçinde: Marchildon, GP. McIntosh, T. ve Forest, PG. (eds.), The Fiscal Sustainability of Health Care in Canada, University of Toronto Press, Canada.
- Mathaisel, DFX. ve College, B. (2014). A Strategy For Promoting Health Care Sustainability, The Clute Institute International Academic Conference, San Antonio, Texas, USA.
- Mayring, P. (2000). Qualitative Content Analysis, *Forum: Qualitative Social Research*, 1(2), Art. 20.

- McIntyre, D. (2012). Health Service Financing for Universal Coverage in East and Southern Africa, Regional Network for Equity in Health in East and Southern Africa (EQUINET), Canada.
- Medimagazin, (2009). OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Raporu ve Raporun Kısa Özeti, <http://www.medimagazin.com.tr/ana-sayfa/kategorisiz/tr-oecd-saglik-sistemi-incelemeleri-raporu-ve-raporun-kisa-ozeti-1-666-19003.html> (Erişim: 08.10.2014).
- Mehdi, S. (1999). Health and Family Planning Indicators: Measuring Sustainability/ Volume II. [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/pnace795.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pnace795.pdf) (Erişim: 15.09.2014).
- Miles, MB. ve Huberman, AM. (1994). An Expanded Sourcebook Qualitative Data Analysis, Second Edition, SAGE Publications.
- Miller, T. (2013). Sustainable Healthcare and The Role of Medical Technology, Arab Health Magazine, 3:64-66.
- Mossialos, E. ve Dixon, A. (2002). Funding Health Care: An Introduction, İçinde: Mossialos, E. Dixon, A. Figueras, J. and Kutzin, J. (eds), Funding Health Care: Options of Europe, Open University Press, Buckingham, Philadelphia, USA.
- Murray, CJ. ve Frenk, J. (2000). A Framework for Assessing The Performance of Health Systems, *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6):717-31.
- OECD, (2008). OECD Sağlık Sistemleri İncelemeleri Türkiye, [http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/uluslaratrasi\\_acilimler\\_2011/upsem/OECD\\_Kitap.pdf](http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/uluslaratrasi_acilimler_2011/upsem/OECD_Kitap.pdf) (Erişim: 14.06.2013).
- OECD, (2009). Government at a Galance 2009, OECD Publishing. <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/4209151e.pdf?expires=1428842200&id=id&accname=guest&checksum=04C76FDED5889BDF65B872CA1712487F> (Erişim: 14.06.2013).
- OECD, (2013). OECD Health Data 2013 - Frequently Requested Data <http://www.oecd.org/els/healthsystems/oecdhealthdata2013frequentlyrequesteddata.htm> (Erişim: 20.05.2014).
- OECD, (2014). OECD Health Data 2014 - Frequently Requested Data <http://www.oecd.org/els/health-systems/oecd-health-statistics-2014-frequently-requested-data.htm> (Erişim: 17.09.2014).

- Olsen, IT. (1998). Sustainability of Health Care: A Framework for Analysis, *Health Policy and Planning*, 13(3):287-295.
- Owusu-Seyere, E. ve Bagah D. (2014). Towards a Sustainable Health Care Financing in Ghana: Is the National Health Insurance the Solution?, *Public Health Research*, 4(5):185-194.
- Özen, Y. ve Gül, A. (2007). Sosyal ve Eğitim Bilimleri Araştırmalarında Evren-Örnekleme Sorunu, *Atatürk Üniversitesi Kazım Karabekir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 15, 394-422.
- Özsarı, HS. (2013). Üniversite Hastaneleri, Sürdürülebilirlik ve Güçler Ayrılığı, *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 20:40-43
- Pearson, M. (2012). Financial Sustainability and Affordability of Health Care Systems Lessons from OECD Countries, International Social Security Association, International Conference of Social Security Actuaries and Statisticians, Berlin, Germany.
- Ponghan, C. Hlaing, HH. Tok, H. Meneses, JL. Sivilya, M. ve Jalil, ZA. (2014). Sustainable Society with High Mobility-Decide and Design for Desirable Society.
- Pope, C. ve Mays, N. (2006). Qualitative Research in Health Care, Third Edition, Blackwell Publishing Ltd, UK.
- Prada, G. (2012). Sustainability: What Does This Mean for Canada's Health Care Systems, The Conference Board of Canada Insights You Can On.
- Prada, G. Grimes, K. ve Sklokin L. (2014). Defining Health and Health Care Sustainability, Ottawa: The Conference Board of Canada.
- Price, C. ve Dube, P. (1997). Sustainable Development and Health: Concepts, Principles and Framework for Action for European Cities and Towns. EUR/ICP/POLC060305a-European Sustainable Development and Health Series: 1. Sayfa: 30 <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/107384/1/E53218.pdf?ua=1> (Erişim: 08.10.2014).
- PWC, (2008). The Price of Excess: Identifying the Waste in Healthcare Spending. PWC' Health Research Institute, <http://www.pwc.com/cz/en/verejna-sprava-zdravotnictvi/prices-of-excess-healthcare-spending.pdf> (Erişim: 12.12.2014).

- Resmi Gazete, (2006). 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, Sayı: 26200, Tarih: 16.6.2006, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2006/06/20060616-1.htm> (Erişim: 11.07.2013).
- Resmi Gazete, (2013). Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği, Sayı:28800, Tarih: 23.10.2013, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/10/20131023-1.htm> (Erişim: 11.07.2014).
- Resmi Gazete, (2014). Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı Genelgesi. Resmi Gazete, 23 Aralık 2014, Sayı: 29214, Genelge No: 2014/21, Ankara.
- Roberts, J. (1998). Terminology-A Glossary of Technical Terms on the Economics and Finance of Health Services, Geneva: World Health Organization.
- Roberts, M. Hsiao, W. Berman, P. ve Reich, MR. (2004). Getting Health Reform Right, A Guide to Improving Performance and Equity, New York: Oxford University Press.
- Roemer, MI. (1991). National Health Systems of the World, Volume One: The Countries. Oxford University Press, New York.
- Roemer, MI. (1993). National Health Systems Throughout the World, *Annual Review of Public Health*, 14:335-353.
- Romanow, RJ. (2002). Building on Values: The Future of Health Care in Canada, Final Report. Commission on the Future of Health Care in Canada.
- Ruggeri, J. (2006). Health Care Spending, Fiscal Sustainability and Public Investment, The Saskatchewan Institute of Public Policy, Public Policy Paper No: 42.
- Sağlık Bakanlığı, (2007). Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007, Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara. [http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkiyedesagliga\\_bakis\\_2007.pdf](http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkiyedesagliga_bakis_2007.pdf) (Erişim: 15.03.2014).
- Sağlık Bakanlığı, (2008). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri, Kasım 2002-2008 <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/TSDP.pdf> (Erişim: 15.03.2014).
- Sağlık Bakanlığı, (2010). Sağlık İnsangücü ve Sağlık Yatırımları Planlama Çalıştayı, 27-29 Ekim, Ankara. <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-69946/h/calistay.doc> (Erişim: 08.10.2014).

- Sağlık Bakanlığı, (2012a). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011), <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/SDPturk.pdf> (Erişim: 15.03.2014).
- Sağlık Bakanlığı, (2012b). Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2013-2017, <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/stratejikplanturk.pdf> (Erişim: 15.03.2014).
- Sağlık Bakanlığı, (2012c). Sağlık Bakanlığı 2013 Mali Bütçesi Sunumu, <http://saglik.gov.tr/SaglikTurizmi/dosya/1-78664/h/butce2013.pdf> (Erişim: 10.12.2013).
- Sağlık Bakanlığı, (2014a). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013, [http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/t.c.\\_saglik\\_bakanligi\\_saglik\\_istatistikleri\\_yilligi\\_2013.pdf](http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/t.c._saglik_bakanligi_saglik_istatistikleri_yilligi_2013.pdf) (Erişim: 15.10.2014).
- Sağlık Bakanlığı, (2014b). Sağlık Bakanlığı 2015 Mali Bütçesi Sunumu <http://www.sb.gov.tr/TR/dosya/1-94368/h/butcesunumu.pdf> (Erişim: 13.01.2015).
- Schieber, G. (2005). Sustainable Health Sector Financing, High Level Forum on the Health MDGs in Asia Pasific, Tokyo. Japan.
- Schieber, G. Baeza, C. Kress, D. ve Maier, M. (2006). Financing Health Systems in the 21st Century, İçinde: Jamison, DT. Breman, JG. Measham, AR. Alleyne, G. Claeson, M. Evans, DB. Jha, P. Mills, A. and Musgrove, P. (eds.), Disease Control Priorities in Developing Countries, Washington (DC): World Bank.
- SGK, (2012). Tamamlayıcı veya Destekleyici Sağlık Sigortası Uygulaması Hakkında Yayınlanan Genelgeyi İlişkin Bilgilendirici Duyuru, [http://www.sgk.gov.tr/wps/wcm/connect/e8523533-0f2b-4641-bd0e-110bfb59a5e/duyuru\\_10072012\\_02.pdf?MOD=AJPERES](http://www.sgk.gov.tr/wps/wcm/connect/e8523533-0f2b-4641-bd0e-110bfb59a5e/duyuru_10072012_02.pdf?MOD=AJPERES) (Erişim: 15.06.2014).
- SGK, (2013). SGK verileri.
- SGK, (2014). Aylık Temel Göstergeler (Mayıs), [http://www.sgk.gov.tr/wps/wcm/connect/3d47feb8-3deb-4471-9f2c-a1f15a1b292b/2014\\_05\\_temel\\_gosterger.pdf?MOD=AJPERES](http://www.sgk.gov.tr/wps/wcm/connect/3d47feb8-3deb-4471-9f2c-a1f15a1b292b/2014_05_temel_gosterger.pdf?MOD=AJPERES) (Erişim: 17.09.2014).
- Skinner, BJ. (2009). Canadian Health Policy Failures: What's Wrong?, Who Gets Hurt?, Why Nothing Changes?, Fraser Institute, Canada.
- Skinner, BJ. ve Rovere, M. (2011). Canada's Medicare Bubble Is Government Health Spending Sustainable without User-Based Funding? Fraser Institute.



- Soyer, A. (2009). Sağlıkta Dönüşüm'ün Neresindeyiz? Bundan Sonra, Bizi Neler Bekliyor?, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2(4):179-182.
- Sugüneş, T. (2013). Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Sosyal Güvenlik Reformu, Uluslararası Diyabet Liderler Zirvesi, [http://www.diabetesforumturkey.com/document/02\\_09\\_Tonguc\\_Sugunes.pdf](http://www.diabetesforumturkey.com/document/02_09_Tonguc_Sugunes.pdf) (Erişim: 08.10.2014).
- Sustainable Development Solutions Network, (2014). Health in the Framework of Sustainable Development, Technical Report for the Post-2015 Development Agenda, <http://unsdsn.org/wp-content/uploads/2014/02/Health-For-All-Report.pdf> (Erişim: 10.11.2014).
- Tatar, M. Mollahaliloğlu, S. Şahin, B. Aydın, S. Maresso, A. ve Hernandez-Quevedo, C. (2011). Turkey Health System Review, *Health Systems in Transition*, 13, 6.
- Teksöz, T. (2009). Genel Sağlık Sigortası'nın Mali Sürdürülebilirlik Açısından Analizi: 2009'da ne oldu?, [http://www.tepav.org.tr/upload/files/1271313500r1067.Saglik\\_Harcamaları\\_Genel\\_Sağlık\\_Sigortasının\\_Mali\\_Sürdürülebilirlik\\_Acısından\\_Analizi.pdf](http://www.tepav.org.tr/upload/files/1271313500r1067.Saglik_Harcamaları_Genel_Sağlık_Sigortasının_Mali_Sürdürülebilirlik_Acısından_Analizi.pdf) (Erişim: 08.10.2014).
- The Council of the EU, (2006). Council Conclusions on Common Values and Principles in European Union Health Systems, *Official Journal of the EU*, <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2006:146:0001:0003:EN:PDF> (Erişim: 19.06.2013).
- The World Bank, (2014). Health Data, <http://data.worldbank.org/topic/health> (Erişim: 17.09.2014).
- Thomas, S. Keegan, C. Barry, S. Layte, R. Jowett, M. ve Normand, C. (2013). A Framework for Assessing Health System Resilience in an Economic Crisis: Ireland as a Test Case, *BMC Health Services Research*, 13:450.
- Thomson, S. Foubister, T. ve Mossialos, E. (2008). Health Care Financing in the Context of Social Security, LSE Health and Social Care, London.
- Thomson, S. Foubister, T. ve Mossialos, E. (2009a). Financing Health Care in The European Union, Challenges and Policy Responses, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen, Denmark.

- Thomson, S. Foubister, T. Figueras, J. Kutzin, J. Permanand, G. ve Bryndová, L. (2009b). Addressing Financial Sustainability in Health Systems, World Health Organization, Copenhagen Denmark.
- Thomson, S. Foubister, T ve Mossialos, E. (2010). Can User Charges Make Health Care More Efficient?, *BMJ*, 18, 341:c3759.
- Tıraş, HH. (2012). Sürdürülebilir Kalkınma ve Çevre: Teorik Bir İnceleme, *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2:57-73.
- Tordrup, D. Angelis, A. ve Kanavos, P. (2013). Preference on Policy Options for Ensuring the Financial Sustainability of Health Care Sevices in the Future: Results of a Stakeholder Survey, *Applied Health Economics and Health Policy*, 11:639-652.
- Turner, RK. (1988). Sustainable Environmental Development, Principles and Practice, London: Belhaven Press.
- TÜİK, (2014a). Sağlık Harcama İstatistikleri, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16161> (Erişim: 06.11.2014).
- TÜİK, (2014b). Nüfus ve Demografi İstatistikleri, <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=kategorist> (Erişim: 17.09.2014).
- TÜİK, (2015). Ulusal Hesaplar, Enflasyon ve Fiyat <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=kategorist> (Erişim: 05.01.2015).
- TÜSİAD, (2011). Sağlık Sektörünün Öncelikli Sorunlarına İlişkin Görüş ve Öneriler [http://www.tusiad.org/\\_rsc/shared/file/Sorunlar-CozumOnerileri.pdf](http://www.tusiad.org/_rsc/shared/file/Sorunlar-CozumOnerileri.pdf) (Erişim: 08.10.2014).
- TÜSİAD, (2012). Sürdürülebilir Sağlık Sistemi için Kronik Hastalık Yönetiminde Elektronik Sağlık Kayıtlarının Rolü Rapor Tanıtım Toplantısı Açılış Konuşması, [http://www.tusiad.org/\\_rsc/shared/file/UB-Konusma---Saglik-Raporu-Semineri--3-Temmuz-2012.pdf](http://www.tusiad.org/_rsc/shared/file/UB-Konusma---Saglik-Raporu-Semineri--3-Temmuz-2012.pdf) (Erişim: 08.10.2014).
- UN, (2014). Sustainable Development Goals, Sustainable Development Knowledge Platform, [www.sustainabledevelopment.un.org](http://www.sustainabledevelopment.un.org) (Erişim: 20.11.2014).
- UNDP, (2014). Binyıl Kalkınma Hedefleri, UNDP Türkiye, [www.tr.undp.org](http://www.tr.undp.org) (Erişim: 20.11.2014).

- USAID, (2001). Fundamentals of NGO Financial Sustainability, [http://www.pathfind.org/site/DocServer/Fundamentals\\_of\\_NGO\\_Financial\\_Sustainability.pdf](http://www.pathfind.org/site/DocServer/Fundamentals_of_NGO_Financial_Sustainability.pdf) (Erişim: 08.03.2013).
- Ünal, E. (2013). Sağlık Ekonomisi ve Yönetimi, Ekin Yayınevi, Bursa.
- Viederman, S. (1993). A Sustainable Society: What Is It? How Do We Get There? *The George Wright Forum*, 10(4): 34-47.
- Wang, GX. (2010). Financial Sustainability of Universal Healthcare and Its Reform: The Case of Taiwan, *Asian Social Science*, 6(4):3-18.
- WHO, (2000). The World Health Report 2000: Health Systems-Improving Performance, Geneva
- World Economic Forum, (2012). The Financial Sustainability of Health Systems A Case for Change (In collaboration with McKinsey & Company), [http://www3.weforum.org/docs/WEF\\_HE\\_SustainabilityHealthSystems\\_Report\\_2012.pdf](http://www3.weforum.org/docs/WEF_HE_SustainabilityHealthSystems_Report_2012.pdf) (Erişim:16.10.2014).
- World Economic Forum, (2013). Sustainable Health Systems: Visions, Strategies, Critical Uncertainties and Scenarios (In Collaboration with McKinsey & Company), [http://www3.weforum.org/docs/WEF\\_SustainableHealthSystems\\_Report\\_2013.pdf](http://www3.weforum.org/docs/WEF_SustainableHealthSystems_Report_2013.pdf) (Erişim: 16.10.2014).
- Yalçın, T. ve Yıldırım, HH. (2001). Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı, *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı*, 40: 1-11.
- Yaz, K. (2013). SAYED Sempozyumu, <http://www.mikromed.com.tr/sunum/sayed-sempozyumu-2013.pps> (Erişim: 08.10.2014)
- Yenimahalleli-Yaşar, G. (2011). Sağlık Finansmanında Mali Sürdürülebilirlik: Avrupa Birliği Ülkeleri ve Türkiye, İçinde: Akçay, B. ve Kızılca, FK. (Editör). Prof. Dr. Ahmet Gökdere'ye Armağan - Ekonomi ve Hukuk Üzerine Yazılar, Turhan Kitabevi, Ankara.
- Yıldırım, A. ve Şimşek, H. (2006). Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri, Seçkin Yayıncılık, Ankara.
- Yıldırım, HH. ve Yıldırım, T. (2011). Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Türkiye, İmaj Yayınevi, Ankara.
- Yıldırım, HH. (2012a). Sağlık Harcamaları ve Sağlık Finansmanı, İçinde: Yıldırım, HH. (Editör). Sağlık Sigortacılığı, Anadolu Üniversitesi Yayını, Eskişehir.

- Yıldırım, T. (2012b). Türkiye’de Sağlık Sigortacılığının Değerlendirilmesi, İçinde: Yıldırım, HH. (Editör). Sağlık Sigortacılığı, Anadolu Üniversitesi Yayını, Eskişehir.
- Yıldırım, HH. (2013). Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu, Birinci Baskı, Sağlık-Sen Yayınları, Ankara.
- Yıldırım, T. (2015). Avrupa Birliği, Sağlık Çalışanları ve Türkiye: Serbest Dolaşım ve Potansiyel Göç, Birinci Baskı, ABSAM Yayınları, Ankara.
- [www.who.int](http://www.who.int), (2003).

## EK 1. GÖRÜŞME FORMU

### TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİNDE FİNANSAL SÜRDÜRÜLEBİLİRLİK: PAYDAŞ GÖRÜŞLERİ VE DEĞERLENDİRMELERİ BİLGİ TOPLAMA FORMU

*Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı Doktora Programında tez dönemi öğrencisiyim. Doç. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM danışmanlığında “Türkiye Sağlık Sisteminde Finansal Sürdürülebilirlik: Paydaş Görüşleri ve Değerlendirmeleri” başlıklı tez çalışmasını yürütmekteyim. Tezimizin amacı, Türkiye sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliği konusunda paydaşların görüşlerini dikkate alarak değerlendirmeler yapmaktır. Bu amaçla siz değerli paydaşların görüşlerini almak üzere yarı yapılandırılmış bu bilgi toplama formunu hazırlamış bulunmaktayız. Toplanan veriler bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacak ve kesinlikle gizli tutulacaktır. Bilimsel çalışmamızda şahıs isimlerine hiçbir şekilde yer verilmeyecektir. Değerli katkılarınız için çok teşekkür ederiz.*

**Arş.Gör. Özlem ÖZER**  
Hacettepe Üniversitesi  
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi  
Sağlık İdaresi Bölümü, Beytepe, Ankara  
E-mail: [ozlem.ozer@hacettepe.edu.tr](mailto:ozlem.ozer@hacettepe.edu.tr)  
Fax: 0312 297 63 49  
Tel: 0312 297 63 56

#### BÖLÜM I. KİŞİSEL VE DEMOGRAFİK BİLGİLER

1. Doğum tarihiniz (Lütfen yıl olarak belirtiniz): .....
2. Cinsiyetiniz: a) Erkek                      b) Kadın
3. Medeni durumunuz: a) Evli              b) Bekar
4. Eğitim durumunuz (Lütfen belirtiniz): .....
5. Mezun olduğunuz üniversite/fakülte/bölüm: .....
6. Yüksek lisans veya doktora yaptınız mı? a) Evet (Hangi alan)..... b) Hayır
7. Mesleğiniz (Lütfen belirtiniz): .....
8. Meslekte toplam çalışma yılınız (Lütfen belirtiniz): .....
9. Çalıştığınız kurum/birim: .....

**BÖLÜM II. YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME SORULARI**

1. “Sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliği” kavramı size ne ifade ediyor?
2. Türkiye sağlık sisteminin finansal açıdan sürdürülebilir olduğunu düşünüyor musunuz?
3. SGK'nın mevcut teminat paketinin kapsamı hakkında ne düşünüyorsunuz?
4. Tamamlayıcı sağlık sigortası hakkında ne düşünüyorsunuz? Sizce bu durumun finansal sürdürülebilirliğe katkısı olacak mıdır?
5. Finansal sürdürülebilirlik konusu Türkiye sağlık sistemi açısından öncelikli bir konu olarak değerlendirilmekte midir? Neden?
6. Türkiye sağlık sisteminde finansal sürdürülebilirlik nasıl sağlanabilir? Finansal sürdürülebilirliğin sağlanması için neler yapılmalıdır?
7. Türkiye sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliğini sağlama sürecinde hangi taraflar/paydaşlar/aktörler rol almalıdır?
8. Türkiye sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliği konusunda engeller/riskler olduğunu düşünüyor musunuz, düşünüyorsanız sizce en önemli engeller/riskler nelerdir?
9. Sağlık harcamalarının düzeyi hakkında ne düşünüyorsunuz? Türkiye’de sağlık harcamaları nasıl azaltılabilir?
10. Size göre Türkiye’de sağlık harcamalarının artmasına neden olan faktörler nelerdir?

11. Türkiye sağlık sisteminin finansal sũrdũrũlebilirliđini sağlama konusuyla ilgili olarak aşağıdaki seçeneklere ne oranda katılıyorsunuz?

Lũtfen aşağıdaki ifadelere ne derece katıldığınızı X işareti ile belirtiniz.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
<b><i>GELİR ELDE ETME</i></b>					
1. Sağlığa zel/zđũ vergi toplamak.					
2. Sağlık hizmetlerine vergilerden daha fazla pay ayırmak.					
3. Gerekli finansman miktarını elde etmek amacıyla diğer sosyal hizmet ve programları için yapılan harcamaları azaltmak.					
4. Sigara, alkol, piyango gibi mal ve hizmet satışlarından sağlık hizmetleri için pay aktarmak.					
5. Kişilerden sağlık hizmetleri için daha fazla katkı payı almak.					
6. GSS prim oranlarını artırmak.					
7. Kayıt dışı ekonomi ile etkili bir şekilde mũcadele etmek.					
8. İstihdamı artırmak.					
<b><i>MALİYET AZALTMA/SINIRLAMA</i></b>					
9. GSS kapsamında ödenen/finanse edilen temel teminat paketini daraltmak (dış sağlığı, göz sağlığı ve fizyoterapi gibi hizmetleri temel teminat paketinden çıkarmak).					
10. Sağlık hizmetlerinin gereksiz veya ktũye kullanımını engellemek.					
11. Global bũteyi etkili ve yaygın bir şekilde kullanmak.					
12. Tanıya İlişkin Gruplara (TİG) dayalı ödeme yöntemine geçmek.					
13. Daha etkili ve verimli olan hizmet sunum biçimlerini benimsemek.					
14. Jenerik ilaç uygulamasını gũlendirmek.					
<b><i>SAĞLIK HİZMETLERİ VERİMLİLİĞİ</i></b>					
15. Sağlık hizmetleri sunumunu zelleştirmek.					
16. Sağlık finansmanını zelleştirmek.					
17. Yeni ve pahalı sağlık teknolojilerinin (tbbi cihazlar ve ilaçlar) satın alımlarını kısıtlamak.					
18. Yeni ve pahalı sağlık teknolojileri için özel sağlık sigortası seçeneklerini kullanmak.					
19. Tamamlayıcı sağlık sigortasını uygulamak					

<b>KİŞİSEL TERCİHLERİNİZ</b>					
20. Kamu kaynakları ile finanse edilen sağlık sisteminin, özel sektörün finanse ettiği sağlık sistemine oranla daha verimli, kaliteli ve etkili bir şekilde organize edildiğini düşünüyorum.					
21. Tümüyle ücretsiz sağlık hizmetlerinden sağlık kullanımı esnasında daha fazla vergi ödemeyi kabul ederim.					
22. Sağlık hizmetleri almam gereken her durumda masrafları cepten ödemeyi kabul ederim.					
23. Sağlık hizmetleri gereksinimlerim için gerekirse özel sağlık sigortası satın alırım.					
<b>MEVCUT DURUM</b>					
24. Sağlık harcamalarının artırılması gerektiğini düşünüyorum.					
25. Sağlık harcamalarının düşürülmesini gerektiğini düşünüyorum.					
26. Mevcut sağlık kaynakları verimsiz kullanılmaktadır.					
27. GSYİH'den sağlığa ayrılan pay yetersizdir.					
28. Kullanılan katkı payları adaletsizdir.					
29. Kullanılan katkı payları çok yüksektir ve gereksizdir.					
30. Kullanılan katkı payları sağlık finansmanının özelleştirilmesidir.					



## EK 2. GÖRÜŞME LİSTESİ

<i>Çalışılan Kurum</i>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümü	5	4,6
Ankara Üniversitesi/Halk Sağlığı Anabilim Dalı	1	0,9
Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği	1	0,9
Başkent Üniversitesi/SBF/Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü	2	1,9
Gazi Üniversitesi/İİBF/Ekonometri	1	0,9
Hacettepe Üniversitesi /İİBF/ İktisat	2	1,9
Hacettepe Üniversitesi/Eczacılık Fakültesi	1	0,9
Hacettepe Üniversitesi/Halk Sağlığı Enstitüsü	1	0,9
Hacettepe Üniversitesi/İİBF/Sağlık İdaresi	5	4,6
Hasta ve Hasta Yakını Hakları Derneği	1	0,9
Hasta ve Hasta Yakınlarını Savunma Derneği	1	0,9
Hazine Müsteşarlığı /Sigortacılık Genel Müdürlüğü	2	1,9
Kalkınma Bakanlığı/Sağlık ve Sosyal Güvenlik Dairesi	2	1,9
Kalkınma Bakanlığı/Sosyal Güvenlik Finansman Dairesi Başkanlığı	3	2,8
Maliye Bakanlığı/Sağlık ve Sosyal Güvenlik İş Hukuku Dairesi	1	0,9
Maliye Bakanlığı/Sağlık ve Sosyal Hizmet Dairesi	1	0,9
Namik Kemal Üniversitesi/İİBF/Maliye	1	0,9
Okan Üniversitesi/İİBF/Sağlık Yönetimi	1	0,9
Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği	1	0,9
Sağlık Bakanlığı /Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü	10	9,3
Sağlık Bakanlığı /Türkiye Halk Sağlığı Kurumu	2	1,9
Sağlık Bakanlığı/Kamu Hastaneler Kurumu	7	6,5
Sağlık Bakanlığı/Müsteşar Yardımcısı	1	,9
Sağlık Bakanlığı/Strateji Geliştirme Başkanlığı	3	2,8
Sağlık Bakanlığı/Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu	3	2,8
Sağlık Ekonomisi ve Politikası Derneği	1	0,9
Sağlık İdarecileri Derneği	1	0,9
Sağlık ve Sigorta Yöneticileri Derneği	2	1,9
Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası	2	1,9
Sağlık Yöneticileri Derneği	1	0,9
Sağlık Yönetimi Birliği	1	0,9
Sağlık-Sen	2	1,9
Sosyal Güvenlik Kurumu (Aktüerya ve Fon)	1	0,9
Sosyal Güvenlik Kurumu (GSS)	9	8,3
Sosyal Güvenlik Kurumu (Strateji Geliştirme Başkanlığı)	5	4,6
Sosyal Güvenlik Kurumu/Sigorta Primleri Genel Müdürlüğü	1	0,9
TBMM (Plan ve Bütçe Komisyonu)	7	6,5
TBMM (Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Kom.)	4	3,7
Ted Üniversitesi/İİBF/İktisat	1	0,9
Tüm Sağlık Kuruluşları Derneği	1	0,9
Tüm Sağlık-Sen	2	1,9
Türk Diş Hekimleri Birliği	1	0,9
Türk Eczacılar Birliği	1	0,9
Türk Sağlık-Sen	2	1,9
Türk Tabipler Birliği	1	0,9
Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı	1	0,9
Türkiye Sigorta Birliği	1	0,9
Üniversite Hastaneler Birliği	1	0,9
<b>Toplam</b>	<b>108</b>	<b>100,0</b>

## EK 3. MAXQDA ÖRNEK PROGRAM ÇIKTILARI

### Verilerin MAXQDA 11 Plus Programına Aktarımı

The screenshot displays the MAXQDA 11 Plus software interface. The top window shows the 'Document System' with a list of documents. The middle window shows the 'Code System' with a list of codes. The bottom window shows a document viewer with text and a flowchart.

**Document System:**

- Anket85 Erdiç Ünal 14
- Anket84 23
- Anket83 18
- Anket82 22
- Anket81 30
- Anket80 29
- Anket79 34
- Anket78 26
- Anket76 23
- Anket75 17
- Anket70 17
- Anket69 14
- Anket64 20
- Anket63 17
- Anket62 18
- Anket61 13
- Anket60 19
- Anket59 20
- Anket58 16

**Code System:**

- Finansal sürdürülebilirlik neden öncelikli değildir? 0
- Emekli aylıklar konusunda önceliklendirme 1
- Sosyal devlette vergi gelirleri ile sağlanmas 1
- Önemli olan tam hizmet sunumudur 1
- Vatandaş memnuniyeti daha önemlidir 1
- Popülist/siyasi yaklaşımlar bulunmakta 8
- Politikacıların finansmanı özelleştirmek 2
- Problem olarak algılanmıyor 7
- Konu otoritesi bunun için yeterince bütçe 2
- SUT fiyatları değişmektedir 1
- Neden gelirin toplanmadığı gündemde değil 1
- Dikkat sadece sağlık harcamalarına 2
- Finansal sürdürülebilirlik neden önceliklidir? 0
- İlaç piyasasında yaşanan sorunlar 1
- Sağlık hizmetlerinin vazoçözümü ve 1
- Sağlık için teknoloji ve yatırım gereğinden 1
- Mali devlet anlayışı benimsenmiştir 1
- Hizmet sunum kalitesi de dikkate alınmalıdır 3
- Gereki politik kararlar alınmakta 8
- Eğit, hakları yetti bir sağlık sistemi için 3
- Gelir gider dengesinin bozulmaya başlaması 9
- Kalkınmışlık için önemlidir 1
- Mali kaynaklar sağlanmaya çalışılmakta 9
- Yenilikçi tedavilere erişim önemlidir 1
- Altıf-pasif arasındaki dengesizlikler dikkate 2
- Prim toplamadaki sıkıntılar dikkate alınmakta 3
- Finansal sürdürülebilirlik öncelikli bir konudur? 0
- Evet 67
- Hayır 29
- TSS neden gerekli değil? 0

**Document Viewer:**

4. **Tamamlayıcı sağlık sigortası hakkında ne düşünüyorsunuz? Sizce bu durumun finansal sürdürülebilirliğe katkısı olacak mı?**

Tamamlayıcı sağlık sigortasının (TSS) finansal sürdürülebilirliğe katkısı olabilir. Ancak TSS kapsamında kapsama dahil olacak olan teminat paketi hastaları madur etmeyecek şekilde ayarlanmalıdır. Diğer taraftan sitem başlangıçta her şeyi kapsayacak şekilde kurgulandığı için insanlardan verilmiş haklardan feragat edip, ek haklar için ücret ödemesini istemek büyük sıkıntılar doğuracaktır.

5. **Finansal sürdürülebilirlik konusu Türkiye sağlık sistemi açısından öncelikli bir konu olarak değerlendirilmekte midir? Neden?**

Kesinlikle öyle. Nüfusumuz halen artarken, diğer taraftan da hızla yaşlanmaktadır. Buna rağmen halen orta gelir sınıfına dahi ulaşamamış bir ülkeyiz. Eğer bu durumlarda bir düzelle olmazsa, ileri de orta gelir sınıfına yeni ulaşmış ancak nüfusu yaşlı bir ülke olacağız. Bu durumda sağlığın finansmanı çok daha zor olacaktır. Bu nedenle konunun tartışılması ve çözüm önerilerinin ileriye yönelik değerlendirilmesi gerekir.

6. **Türkiye sağlık sisteminde finansal sürdürülebilirlik nasıl sağlanabilir? Finansal sürdürülebilirliğin sağlanması için neler yapılmalıdır?**

Türkiye’de sağlık sisteminde finansal sürdürülebilirliğin sağlanabilmesi için, hastaların hastanelere müracaatı azaltılmaya çalışılmalıdır. Sevk sistemi kuvvetlendirilmeli; hastalar 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşları yerine öncelikle 1. basamak sağlık kuruluşlarına başvurmalarıdır. Bu nedenle de aile hekimliği sistemi iyileştirilmelidir. DRG/TIG sisteminin aktif kullanılması ile yatan hastalar için ayrılan bütçe daha verimli kullanılabilir. Her ne kadar reçete başına ve ilaç başına alınan katılım payı uygulaması ile elden alınan ilaç sayısı artmış olsa da, bütün hastaların elden alabileceği çok ucuz ilaçlar geri ödemedi çıkarılabilir. Akılcı ilaç kullanımı konusunda toplumun bilinçlendirilmesi çalışmalarına daha fazla ağırlık verilebilir. İlaç geri ödeme politikasında yurt dışında uygulanan farklı geri ödeme modelleri (risk sharing gibi) kullanılmaya başlanabilir. Ayrıca hastaların tedavisi kadar önlenmesine de önem verilip, bu konuda gerekli önlemler alınmalıdır.

7. **Türkiye sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliğini sağlama sürecinde hangi taraflar/paydaşlar/aktörler rol almalıdır?**




## Verilerin Kod Sıklıkları

Code variables										
Code-ID	Position	Parent code	Code	All coded...	Activated ...	Author	Creation ...	All coded...	Activated ...	Documents
474	1		Finansal sürü...	0	0	win7	2.6.2014 15:37	0,00	0,00	0
498	2	Finansal sürü...	Emeklî aylıklar ...	1	0	win7	2.6.2014 16:21	0,05	0,00	1
494	3	Finansal sürü...	Sosyal devletl...	1	0	win7	2.6.2014 16:12	0,05	0,00	1
492	4	Finansal sürü...	Önemli olan ta...	1	0	win7	2.6.2014 16:00	0,05	0,00	1
489	5	Finansal sürü...	Vatandaş mem...	1	0	win7	2.6.2014 15:54	0,05	0,00	1
486	6	Finansal sürü...	Popülüstiyası ...	8	0	win7	2.6.2014 15:48	0,37	0,00	8
483	7	Finansal sürü...	Politikacıml fi...	2	0	win7	2.6.2014 15:44	0,09	0,00	2
482	8	Finansal sürü...	Problem olrak...	7	0	win7	2.6.2014 15:42	0,32	0,00	7
481	9	Finansal sürü...	Kamu otoritesi ...	2	0	win7	2.6.2014 15:41	0,09	0,00	2
479	10	Finansal sürü...	SUT fiyatları d...	1	0	win7	2.6.2014 15:40	0,05	0,00	1
476	11	Finansal sürü...	Neden gelirm t...	1	0	win7	2.6.2014 15:38	0,05	0,00	1
475	12	Finansal sürü...	DKKt sadece ...	2	0	win7	2.6.2014 15:37	0,09	0,00	2
471	13		Finansal sürü...	0	0	win7	2.6.2014 15:36	0,00	0,00	0
467	14	Finansal sürü...	İşç piyasasınd...	1	0	win7	2.6.2014 16:19	0,05	0,00	1
496	15	Finansal sürü...	Sağlık hizmete...	1	0	win7	2.6.2014 16:17	0,05	0,00	1
495	16	Finansal sürü...	Sağlık işi hem...	1	0	win7	2.6.2014 16:13	0,05	0,00	1
493	17	Finansal sürü...	Mal devlet anlı...	1	0	win7	2.6.2014 16:05	0,05	0,00	1
491	18	Finansal sürü...	Hizmet surum ...	3	0	win7	2.6.2014 15:57	0,14	0,00	3
490	19	Finansal sürü...	Gereklî politik k...	8	0	win7	2.6.2014 15:55	0,37	0,00	8
488	20	Finansal sürü...	Eğil, halkıny...	3	0	win7	2.6.2014 15:52	0,14	0,00	3
487	21	Finansal sürü...	Gelir gider den...	9	0	win7	2.6.2014 15:50	0,42	0,00	9
485	22	Finansal sürü...	Kalkınmşık iş...	1	0	win7	2.6.2014 15:45	0,05	0,00	1
484	23	Finansal sürü...	Mal kaynaklar ...	9	0	win7	2.6.2014 15:45	0,42	0,00	9
480	24	Finansal sürü...	Yeniliği tedavil...	1	0	win7	2.6.2014 15:41	0,05	0,00	1
478	25	Finansal sürü...	Aktif pasif ara...	2	0	win7	2.6.2014 15:39	0,09	0,00	2
477	26	Finansal sürü...	Prm toplamad...	3	0	win7	2.6.2014 15:39	0,14	0,00	3
470	27		Finansal sürü...	0	0	win7	2.6.2014 15:35	0,00	0,00	0
473	28	Finansal sürü...	Evet	67	0	win7	2.6.2014 15:36	3,11	0,00	67
472	29	Finansal sürü...	Hayır	29	0	win7	2.6.2014 15:36	1,34	0,00	29
452	30		TSS neden ger...	0	0	win7	2.6.2014 13:37	0,00	0,00	0
467	31	TSS neden ger...	Sağlık hizmete...	1	0	win7	2.6.2014 14:13	0,05	0,00	1
462	32	TSS neden ger...	İşlem baardak...	1	0	win7	2.6.2014 13:55	0,05	0,00	1
461	33	TSS neden ger...	Çeyten yapıla...	5	0	win7	2.6.2014 13:52	0,23	0,00	5
459	34	TSS neden ger...	Vatandaşın sa...	4	0	win7	2.6.2014 13:48	0,19	0,00	4
458	35	TSS neden ger...	Sosyal devlet ...	1	0	win7	2.6.2014 13:47	0,05	0,00	1
455	36	TSS neden ger...	Sağlık finansm...	7	0	win7	2.6.2014 13:40	0,32	0,00	7
454	37	TSS neden ger...	Vatandaş izeni...	7	0	win7	2.6.2014 13:38	0,32	0,00	7
453	38	TSS neden ger...	Gelir dağılımıd...	9	0	win7	2.6.2014 13:37	0,42	0,00	9
448	39		TSS neden gerekli?	0	0	win7	2.6.2014 13:34	0,00	0,00	0
469	40	TSS neden gerekli?	Sağlıkta kalite ...	2	0	win7	2.6.2014 14:29	0,09	0,00	2
468	41	TSS neden gerekli?	Bireysel katkı p...	1	0	win7	2.6.2014 14:19	0,05	0,00	1
464	42	TSS neden gerekli?	Ek kaynak sağl...	8	0	win7	2.6.2014 13:58	0,37	0,00	8
460	43	TSS neden gerekli?	Gereksiz sağl...	3	0	win7	2.6.2014 13:50	0,14	0,00	3
457	44	TSS neden gerekli?	Prinlerin harca...	1	0	win7	2.6.2014 13:41	0,05	0,00	1
456	45	TSS neden gerekli?	Tüm nüfusun g...	1	0	win7	2.6.2014 13:41	0,05	0,00	1
449	46	TSS neden gerekli?	Bireylerin terci...	13	0	win7	2.6.2014 13:34	0,60	0,00	13


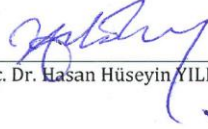
## Kodlu Bölümlerin İndeksi

Comment	Document	Code	Begin	End	Weight score	Preview	Author	Creation ...	Documen...	Page	Text seg...	Area	Coverage %
0	Anket15 BİA Ak	Tamamlayo sa...	23	23	0	bu durum kesinlikle finansal sürdürülebilirliğe katkı sağlar	win7	2.6.2014 13:44		1	✓	63	0,95
0	Anket46	TSS neden ger...	30	30	0	Bu sağlığın bir hak olmasıyla ilgili değil, piyasasıdır	win7	2.6.2014 14:07		1	✓	360	5,91
0	Anket28	Finansal sürdürü...	27	27	0	Bu teminat paketi için belirlenen kaynaklar yetersiz.	win7	2.6.2014 09:34		1	✓	54	0,97
0	Anket25	Finansal sürdürü...	26	26	0	Bugünkü sağlık hizmeti organizasyon biçimi finansmanı	win7	2.6.2014 09:31		1	✓	93	1,94
0	Anket58	Finansal sürdürü...	37	37	0	cerahi ve medikal cihaz üretken firmalar, tıbbi sarf malzeme	win7	21.5.2014 10:38		1	✓	72	1,40
0	Anket27 yusuf...	Finansal sürdürü...	37	37	0	Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı	win7	21.5.2014 10:14		1	✓	37	0,43
0	Anket75	Finansal sürdürü...	32	32	0	Çünkü bu kurumlar yani sağlık kurumları ayınen bir belediye	win7	2.6.2014 16:13		1	✓	133	3,04
0	Anket100	Finansal sürdürü...	26	26	0	çünkü genel gerek sağlık sigortası primi gerektirir kadim	win7	2.6.2014 10:17		1	✓	256	4,62
0	Anket100Head	Finansal sürdürü...	32	32	0	Çünkü görüldüğü kadında sağlık harcamaları her geçen yıl	win7	2.6.2014 16:26		1	✓	310	5,80
0	Anket51	Finansal sürdürü...	32	32	0	Çünkü ilk önce vatandaşın memnuniyeti olmalı bunun önüne	win7	2.6.2014 15:54		1	✓	103	2,09
0	Anket55	Finansal sürdürü...	32	32	0	Çünkü sağlık alanındaki yatırımları ve sağlık bütçesinin her	win7	2.6.2014 16:07		1	✓	296	5,25
0	Anket6 Dilek Kılıç	Türkiye'de fha...	34	34	0	Denetleme mekanizmaları geliştirilmelidir.	win7	16.5.2014 10:05		1	✓	44	0,80
0	Anket32	Finansal sürdürü...	37	37	0	Dış paydaşlar,	win7	21.5.2014 10:19		1	✓	15	0,28
0	Anket27 yusuf...	Finansal sürdürü...	40	40	0	en önemli engel politik bir tercih olarak kullanılmadığıdır.	win7	22.5.2014 09:43		1	✓	60	0,70
0	Anket8 Özgür	Finansal sürdürü...	34	34	0	Fakat bunun yanında tüm hizmet sunucularının da Sağlık	win7	21.5.2014 09:58		1	✓	73	1,55
0	Anket34	Tamamlayo sa...	30	30	0	Fakat kuralarının ve denetimlerinin denetletiz sıkı bir şekilde	win7	2.6.2014 14:00		1	✓	430	7,02
0	Anket103	Tamamlayo sa...	30	30	0	Finansal sürdürülebilirliğin önemli bir parçası olduğuna	win7	2.6.2014 14:34		1	✓	70	1,56
0	Anket1 Gulbye	Finansal sürdürü...	36	36	0	Genelleme neden gelir toplayamadığımızı hiç gündem olmuyor.	win7	2.6.2014 15:38		1	✓	58	0,97
0	Anket50	TSS neden ger...	30	30	0	Genelleme sağlık harcamaları ortadan kaldıracaktır.	win7	2.6.2014 14:09		1	✓	49	1,05
0	Anket9 tthy	Finansal sürdürü...	32	32	0	Harcamalarda açık var. Politikalar finansmanı özelleştirmek	win7	2.6.2014 15:44		1	✓	113	2,51
0	Anket44	TSS neden ger...	30	30	0	İkinci ise SGK'nın mevcut sağlık teminatı kapsamındaki	win7	2.6.2014 14:06		1	✓	123	1,84
0	Anket76	Türkiye'de fha...	36	36	0	İlaç geri ödeme politikasında yurt dışından uygulanan farkı	win7	16.5.2014 11:40		1	✓	128	1,68
0	Anket6 Dilek Kılıç	Sağlık harcamaları...	44	44	0	İlaç harcamaları için önlem alınmalıdır.	win7	16.5.2014 14:16		1	✓	42	0,76
0	Anket53	Finansal sürdürü...	47	47	0	İlaç ve tıbbi cihaz sektöründeki yeniliklerin artması,	win7	22.5.2014 10:03		1	✓	107	2,02
0	Anket27 yusuf...	Finansal sürdürü...	37	37	0	Kalkınma Bakanlığı	win7	21.5.2014 10:14		1	✓	19	0,22
0	Anket59	Finansal sürdürü...	33	33	0	Kamu idarelerimiz ve paydaşlar konunun farkındadır.	win7	2.6.2014 16:09		1	✓	55	1,26
0	Anket46	Finansal sürdürü...	32	32	0	Kamu kaynaklarını daha fazla sağlığa aktarmak için değil	win7	2.6.2014 16:02		1	✓	101	1,66
0	Anket48	Finansal sürdürü...	39	39	0	Kamu sektörü hizmet sunucuları	win7	21.5.2014 10:29		1	✓	31	0,59
0	Anket105	Finansal sürdürü...	26	26	0	Kamu tarafından toplanan primlerle, alınan hizmet bedellerinin	win7	2.6.2014 10:19		1	✓	130	2,82
0	Anket78	TSS neden ger...	30	30	0	Kişilerin bireysel katkı paylarının minimize etme konusunda	win7	2.6.2014 14:19		1	✓	82	1,59
0	Anket43	Türkiye'de fha...	34	34	0	Koruyucu sağlık hizmetleri konusunda yeterince iyileştirme	win7	16.5.2014 10:53		1	✓	75	1,25
0	Anket43	Sağlık sistemi...	24	24	0	Mevcut gelire ile giderleri dengelemek zorlaşmıştır.	win7	22.5.2014 13:54		1	✓	53	0,88
0	Anket31	TSS neden ger...	30	30	0	Optimal konu sisteminin daha fazla kaliteli hizmet isteyen	win7	2.6.2014 13:57		1	✓	176	3,57
0	Anket8 Özgür	Finansal sürdürü...	34	34	0	özel hizmet sunucularının	win7	21.5.2014 09:58		1	✓	27	0,57
0	Anket10 HAKA...	Finansal sürdürü...	36	36	0	Özel Sektör Finansmanı	win7	21.5.2014 11:10		1	✓	23	0,42
0	Anket51	Finansal sürdürü...	32	32	0	Özellikle Sağlıkta Dönüşüm Programı ve kamu özel ortaklığı	win7	2.6.2014 16:04		1	✓	202	3,52
0	Anket91	Sağlık harcamaları...	44	44	0	performans sistemi gözden geçirilmeli,	win7	26.5.2014 14:01		1	✓	39	0,77
0	Anket85 Erdin...	TSS neden ger...	30	30	0	Sağlık finansmanı sistemi, özellikle en kötünün üzerindeki	win7	2.6.2014 14:24		1	✓	156	3,16
0	Anket84	Türkiye'de fha...	57	57	0	Sağlık harcamaları esasla azaltılabilir,	win7	16.5.2014 11:53		1	✓	41	0,52
0	Anket81	Sağlık harcamaları...	49	49	0	Sağlık harcamalarının içerisindeki ilaç harcamalarının düzeyi	win7	26.5.2014 13:44		1	✓	204	3,27
0	Anket72 Efe	Finansal sürdürü...	26	26	0	sağlık oranlarının yetersiz olması nedeniyle maliyetlerin yüksekliği için	win7	2.6.2014 09:28		1	✓	90	1,74

## EK 4. ETİK KURUL İZİN MUAFİYET FORMU

 <p><b>HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ</b> <b>SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ</b> <b>TEZ ÇALIŞMASI ETİK KURUL İZİN MUAFİYETİ FORMU</b></p>
<p><b>HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ</b> <b>SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ</b> <b>SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA</b></p> <p style="text-align: right;">Tarih: 02/04/2015</p> <p>Tez Başlığı / Konusu: TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİNDE FİNANSAL SÜRDÜRÜLEBİLİRLİK: PAYDAŞ GÖRÜŞLERİ VE DEĞERLENDİRMELERİ</p> <p>Yukarıda başlığı/konusu gösterilen tez çalışmam:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. İnsan ve hayvan üzerinde deney niteliği taşımamaktadır,</li> <li>2. Biyolojik materyal (kan, idrar vb. biyolojik sıvılar ve numuneler) kullanılmasını gerektirmemektedir.</li> <li>3. Beden bütünlüğüne müdahale içermemektedir.</li> <li>4. Gözlemsel ve betimsel araştırma (anket, ölçek/skala çalışmaları, dosya taramaları, veri kaynakları taraması, sistem-model geliştirme çalışmaları) niteliğinde değildir.</li> </ol> <p>Hacettepe Üniversitesi Etik Kurulları ve Komisyonlarının Yönergelerini inceledim ve bunlara göre tez çalışmamın yürütülebilmesi için herhangi bir Etik Kuruldan izin alınmasına gerek olmadığını; aksi durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.</p> <p>Gereğini saygılarımla arz ederim.</p> <p style="text-align: right;">02.04.2015 </p> <p><b>Adı Soyadı:</b> Özlem ÖZER <b>Öğrenci No:</b> H11263652 <b>Anabilim Dalı:</b> Sağlık Kurumları Yönetimi <b>Programı:</b> Sağlık Kurumları Yönetimi <b>Statüsü:</b> Bütünleşik Dr.</p>
<p><b><u>DANIŞMAN GÖRÜŞÜ VE ONAYI</u></b></p> <p style="text-align: center;"> Doç. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM</p> <p><b>Detaylı Bilgi:</b> <a href="http://www.sosyalbilimler.hacettepe.edu.tr">http://www.sosyalbilimler.hacettepe.edu.tr</a> <b>Telefon:</b> 0-312-2976860 <b>Faks:</b> 0-3122992147 <b>E-posta:</b> <a href="mailto:sosyalbilimler@hacettepe.edu.tr">sosyalbilimler@hacettepe.edu.tr</a></p>

## EK 5. ORJİNALLİK RAPORU

 <p><b>HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ</b> <b>SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ</b> <b>YÜKSEK LİSANS/DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU</b></p>
<p><b>HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ</b> <b>SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ</b> <b>SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA</b></p> <p style="text-align: right;">Tarih: 15/04/2015</p> <p>Tez Başlığı / Konusu: TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİNDE FİNANSAL SÜRDÜRÜLEBİLİRLİK: PAYDAŞ GÖRÜŞLERİ VE DEĞERLENDİRMELERİ</p> <p>Yukarıda başlığı/konusu gösterilen tez çalışmamın a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam ...159... sayfalık kısmına ilişkin, 11.04.2015 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezin benzerlik oranı % 3. 'tür.</p> <p>Uygulanan filtrelemeler:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç,</li> <li>2- Kaynakça hariç</li> <li>3- Alıntılar hariç/dâhil</li> <li>4- 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç</li> </ol> <p>Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları'nı inceledim ve bu Uygulama Esasları'nda belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.</p> <p>Gereğini saygılarımla arz ederim.</p> <p style="text-align: right;">15/04/2015</p> <p><b>Adı Soyadı:</b> Özlem ÖZER</p> <p><b>Öğrenci No:</b> H11263652</p> <p><b>Anabilim Dalı:</b> Sağlık Kurumları Yönetimi</p> <p><b>Programı:</b> Sağlık Kurumları Yönetimi</p> <p><b>Statüsü:</b> Bütünleşik Dr.</p>
<p><b><u>DANIŞMAN ONAYI</u></b></p> <p>UYGUNDUR.</p> <p style="text-align: center;">             Doç. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM         </p>

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Özlem ÖZER  
Doğum Yeri ve Tarihi : Ankara, 02/04/1985

### Eğitim Durumu

Lisans Öğrenimi : Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü (2004-2009)  
Anadolu Üniversitesi İktisat Fakültesi İktisat Bölümü (2009-2013)

### Bildiği Yabancı

Diller : İngilizce

### Bilimsel

#### Faaliyetleri

#### *Araştırma Projeleri*

Proje Başlığı: Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu 2013

Proje Sahibi: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı

Proje Tarihleri: Ocak 2013-Haziran 2013

Proje Ekibi: Sıdıka Kaya, Hasan Hüseyin Yıldırım, Seda Karsavuran, Özlem Özer, İrfan Şencan, Dursun Aydın

#### *Proje Raporları*

Kaya S. Yıldırım HH. Karsavuran S. ve **Özer Ö.** (2013). Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu 2013, Ankara (Sağlık Bakanlığı).

*Uluslararası Hakemli Dergilerde Makaleler*

1. Uğurluoğlu Ö. Saygılı M. **Özer Ö.** and Şantaş F. (2015). Exploring The Impacts Of Personal Factors on Self Leadership in A Hospital Setting, *The International Journal of Health Planning and Management*, 30(1):3-13 (SSCI).
2. Erigüç G. **Özer Ö.** Turaç İS. and Songur C. (2014). Organizational Silence among Nurses: A Study of Structural Equation Modeling, *International Journal of Business, Humanities and Technology*, 4(1):150-162.
3. **Özer Ö.** Şantaş F. and Yıldırım HH. (2013). An Evaluation on Levels of Knowledge, Attitude and Behaviour of People at 65 Years and above about Alternative Medicine Living in Ankara, *African Journal of Complementary and Alternative Medicine*, 10 (1):134-141 (SCI).

*Ulusal Hakemli Dergilerde Makaleler*

1. Erigüç, G., **Özer Ö.**, Turaç İS. ve Songur C. (2014). The Causes and Effects of the Organizational Silence: On Which Issues the Nurses Remain Silent?, *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 10(22):131-153.
2. **Özer Ö.** Gözlu M. Karsavuran S. ve Gözlu K. (2014). Türkiye Sağlık Finansmanında Yeni Bir Alternatif: Tamamlayıcı Sağlık Sigortası, *Akademik Bakış Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler Dergisi*, Sayı:42,
3. Erigüç G. **Özer Ö.** Songur C. ve Turaç İS. (2014). Bir Devlet Hastanesinde Hemşirelerde Örgütsel Sessizlik Üzerine Bir Araştırma, *Çankırı Karatekin Üniversitesi İİBF Dergisi*, 4(2).
4. **Özer Ö.** Kar A. Songur C. Sönmez V. ve Şahin İ. (2014). A Simulation Modelling Study: The Case Of Department Of Gynaecology and Obstetrics Of A University Hospital, Turkey, *Ege Akademik Bakış Dergisi*, 14(4):531-540.
5. Saygılı M. Kaya S. Songur C. ve **Özer Ö.** (2013). Aile Hekimlerinin Kanıta Dayalı Tıp Uygulamalarını Kullanım Durumları ve Bilgi Arama



Davranışları, *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3):104-110.

6. Şantaş F. ve **Özer Ö.** (2013). 6111 Sayılı Kanun ve 632 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname'nin Kamu Personeli Açısından Değerlendirilmesi, *Bingöl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(5):49-61.
7. **Özer Ö.** ve Erkilet M. (2012). Talep Analizi ve Talep Öngörüsü: Bir Özel Hastanede Uygulama, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 14(3):127-142.
8. **Özer Ö.** ve Songur C. (2012). Türkiye'nin Dünya Sağlık Turizmindeki Yeri ve Ekonomik Boyutu, *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 4(7):69-81.
9. Şantaş F. **Özer Ö.** ve Çıraklı Ü. (2012). Türk Kalkınma Planlarında Sağlık İnsangücü Planlaması, *Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2(2):45-59.
10. Kar A. **Özer Ö.** Şantaş F. ve Budak F. (2012). Kar Dağıtımının Hisse Senedi Değeriyle İlişkisi: Spor Hizmetleri Sektörü Üzerine Bir İnceleme, *Ekonomi Bilimleri Dergisi*, 4(1):1-9.
11. **Özer Ö.** ve Çınar E. (2012). Bir Vakıf Üniversitesi Akademik Personelinin Bireysel Emeklilik Sistemine Bakış Açısının Değerlendirilmesi, *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9(19):75-88.
12. **Özer Ö.** ve Şantaş F. (2012). Kamunun Sunduğu Evde Bakım Hizmetleri ve Finansmanı, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2):96-103.
13. **Özer Ö.** (2012). Mali Tablolar Analizi: Bir Hastane Örneği, *Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Elektronik Dergisi*, 3(6):183-199.
14. **Özer Ö.** Şantaş F. ve Budak F. (2012). Sağlık Web Sitelerinin Kullanım Düzeylerinin İncelenmesi: Örnek Bir Uygulama, *G.Ü.*

*İletişim Fakültesi Elektronik Dergisi*, 1(4):128-140.

15. Budak F. ve **Özer Ö.** (2012). İşçi ve İşveren Sendikalarının Genel Sağlık Sigortası Uygulamalarına Yönelik Bilgi ve Görüşleri: Türkiye Örneği, *Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Elektronik Dergisi*, 3(5):47-60.

*Uluslararası Kongrelerde Bildiriler*

1. **Özer Ö.** Songur C. Kar A. Top M ve Erigüç G. *Organizational Stress, Organizational Cynicism, Organizational Revenge, Intention to Quit: A Study on Research Assistants*, Business and Social Science Research Conference, 4-5 August, Dubrovnik, Hırvatistan.
2. Yıldırım HH. Yıldırım T. **Özer Ö.** ve Gözlü M. *Leadership in Turkey's Health Care System: The Case of the Health Transformation Programme*. EHMA Annual Conference 2014. Leadership in Healthcare: From Bed Side to Board. 24-26 June 2014, University of Birmingham, UK.
3. **Özer Ö** ve Turaç İS. *Cost Analysis in Health Institutions: A Sample Application*, 12<sup>th</sup> Annual International Conference on Health Economics, Management & Policy, 24-27 June 2013, Athens, Greece.
4. **Özer Ö.** Şantaş F. ve Budak F. *Opinions of Academic Personnel Employed in a State University Regarding Medical Web Sites*, 7. International Symposium on Health Informatics and Bioinformatics, 19-22 April 2012, Cappadocia, Turkey.
5. **Özer Ö.** Budak F. ve Koçak M. *Assessment of Patients' Level of Knowledge Regarding Medical Records*, 7. International Symposium on Health Informatics and Bioinformatics, 19-22 April 2012, Cappadocia, Turkey.

*Ulusal Kongrelerde Bildiriler*

1. Erigüç G. **Özer Ö.** ve Saygılı M. *Sağlık Kurumlarında Örgütsel Sessizlik: Çalışan Performansı ve İşten Ayrılma Niyeti*, 8. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, 10-12 Eylül 2014, Girne/KKTC.

2. Yıldırım HH. Budak F. ve **Özer Ö.** *Sağlık İşyeri Ortamında Şiddet: Özel Güvenlik Görevlilerinin Şiddet Algısı ve Değerlendirmeleri*, 6. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, 13-15 Eylül 2012, Isparta.
3. Eriğüç G. Kar A. Budak F. ve **Özer Ö.** *Ankara Metropolitan Alanda Seçilmiş Özel Hastanelerin İnsan Kaynakları Yönetimi Uygulamalarını Değerlendirme Üzerine Bir Araştırma*, 6. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, 13-15 Eylül 2012, Isparta.

### **İş Deneyimi**

Stajlar : Bayındır Hastanesi İnsan Kaynakları Departmanı

Çalıştığı Kurumlar : Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Sağlık Yönetimi Bölümü

Hacettepe Üniversitesi İİBF Sağlık İdaresi Bölümü

### **İletişim**

E-Posta Adresi : [ozlem.ozer@hacettepe.edu.tr](mailto:ozlem.ozer@hacettepe.edu.tr)

Tarih : 02.04.2015