



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

**TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİNDE MALİ ALAN YARATMA:  
PAYDAŞ GÖRÜŞLERİ VE DEĞERLENDİRMELERİ**

Murat KONCA

Yüksek Lisans Tezi

Ankara, 2017



TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİNDE MALİ ALAN YARATMA:  
PAYDAŞ GÖRÜŞLERİ VE DEĞERLENDİRMELERİ

Murat KONCA

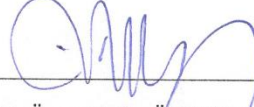
Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü  
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

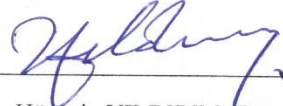
Ankara, 2017

## KABUL VE ONAY

Murat KONCA tarafından hazırlanan "Türkiye Sağlık Sisteminde Mali Alan Yaratma: Paydaş Görüşleri ve Değerlendirmeleri" başlıklı bu çalışma, 12.06.2017 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.



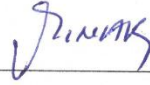
Prof. Dr. Ömer Rıfki ÖNDER (Başkan)



Doç. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM (Danışman)



Yrd. Doç. Dr. Ersen ALOĞLU



Yrd. Doç. Dr. Pınar YALÇIN BALÇIK



Yrd. Doç. Dr. Hasan Giray ANKARA

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Sibel BOZBEYOĞLU

Enstitü Müdürü

## BİLDİRİM

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

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

12 Haziran 2017



---

Murat KONCA

## YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kâğıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

**Tezimin/Raporumun tamamı dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.**

(Bu seçenikle teziniz arama motorlarında indekslenebilecek, daha sonra tezinizin erişim statüsünün değiştirilmesini talep etmeniz ve kütüphane bu talebinizi yerine getirirse bile, teziniz arama motorlarının önbelleklerinde kalmaya devam edebilecektir)

**Tezimin/Raporumun 12/06/2020 tarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını (İç Kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç) istemiyorum.**

(Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir, kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir)

**Tezimin/Raporumun.....tarihine kadar erişime açılmasını istemiyorum ancak kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisinin alınmasını onaylıyorum.**

**Serbest Seçenek/Yazarın Seçimi**

12/06/2017

Murat KONCA



## ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, Doç. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.



Murat KONCA

## ÖZET

KONCA, Murat. *Türkiye Sağlık Sisteminde Mali Alan Yaratma: Paydaş Görüşleri ve Değerlendirmeleri*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2017.

Bu çalışmada, Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratma konusunda paydaşların görüş ve değerlendirmelerinin neler olduğu ortaya konulmaya çalışılmıştır. Çalışmada veri toplama aracı olarak yarı yapılandırılmış görüşme formu ve ek olarak sağlıkta mali alan değerlendirme ölçeği kullanılmıştır. Çalışmada amaçlı örnekleme yöntemi yoluyla toplam 45 kişiye ulaşılmıştır. Çalışmaya katılan paydaşların görüşleri dikkate alındığında, Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratmanın en öne çıkan gerekçesi artan sağlık harcamalarıdır (%11,5). Paydaşlara göre Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratmak öncelikli bir konudur (%75,6). Katılımcılar Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratma yöntemleri konusunda çoğunlukla; kullanıcıları katkılarını artırma (%14,4), verimlilik artışları sağlama (%12,6) ve tüketimi negatif dışsallık yayan ürünlere (örneğin sigara) ek sağlık vergileri getirilmesi (%11,7) yöntemlerini ifade etmişlerdir. Çalışmaya katılan paydaşların %55,6'sı Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratmanın finansal sürdürülebilirliğe olumlu katkı sağlayacağını düşünmekteyken %4,4'ü olumsuz etkisi olacağını; %11,1'i, herhangi bir etkisinin olmayacağını düşünmektedir. Bu çalışma ile Türkiye'de ilk defa paydaş görüşlerine dayalı olarak sağlıkta mali alan yaratma konusu araştırılmıştır. Çalışmada, Türkiye Sağlık sisteminin finansal açıdan mevcut durumu ortaya konularak hâlihazırdaki finansal kaynaklarını artırma konusunda politika önerileri sunulmaktadır. Politika yapıcılar tarafından dikkate alınması durumunda, Türkiye sağlık sistemine yeni finansal kaynaklar sağlayacağı düşünülmektedir.

### **Anahtar Sözcükler**

Sağlık, Mali Alan, Paydaş Görüşleri, Türkiye Sağlık Sistemi



## ABSTRACT

KONCA, Murat. *Creating Fiscal Space in the Turkish Health System: Views and Assessments of Stakeholders*, Master Thesis, Ankara, 2017.

In this study, it is aimed to reveal the views and assessments of the stakeholders regarding creating fiscal space in the Turkish Health System. In the study, semi-structured interview form and assessment form of creating fiscal space for health were used as a data collection tool and 45 participants were accessed with the method of purposive sampling. According to the views and assessments of stakeholders, increasing health spending is the most prominent reason for creating fiscal space in the Turkish health system (11,5%). For stakeholders, creating fiscal space in the Turkish health system is a priority (75,6%). The participants highlighted the increasing user charges (14,4%); providing efficiency gains (12,6%) and additional taxes to the consumptions spreading negative externalities like smoking (11,7%) as a method for creating fiscal space in the Turkish health system. While 55,6% of the participants think that creating fiscal space in the Turkish health system will influence the fiscal sustainability in a positive way, 4,4% of the participants think the opposite; 11,1% of the participants think that it will have no impact on fiscal sustainability. By this study, for the first time in Turkey, creating fiscal space in healthcare were investigated based on stakeholder views. Policy proposals about adding new financial source to available financial sources in the Turkish health system are presented by exhibiting the current financial structure of the the Turkish health system. In case of Turkey's health policy makers take the study into account, it is thought that new financial sources can be supplied to the Turkish health system.

Key words:

Health, Fiscal Space, Stakeholder Views, The Turkish Healthcare System

## İÇİNDEKİLER

<b>KABUL VE ONAY .....</b>	<b>i</b>
<b>BİLDİRİM .....</b>	<b>ii</b>
<b>YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI.....</b>	<b>iii</b>
<b>ETİK BEYAN.....</b>	<b>iv</b>
<b>ÖZET.....</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>vi</b>
<b>İÇİNDEKİLER .....</b>	<b>vii</b>
<b>KISALTMALAR DİZİNİ .....</b>	<b>xi</b>
<b>TABLolar DİZİNİ .....</b>	<b>xiii</b>
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ .....</b>	<b>xv</b>
<b>GRAFİKLER DİZİNİ .....</b>	<b>xvi</b>
<b>GİRİŞ .....</b>	<b>1</b>
<b>1. BÖLÜM: SAĞLIK HARCAMALARI VE FİNANSMAN MEKANİZMALARİ 4</b>	<b>4</b>
<b>1.1. GİRİŞ.....</b>	<b>4</b>
<b>1.2. SAĞLIK HARCAMALARI .....</b>	<b>4</b>
<b>1.3. SAĞLIK FİNANSMAN MEKANİZMALARİ.....</b>	<b>8</b>
1.3.1. Sosyal Sağlık Sigortası .....	9
1.3.2. Özel Sağlık Sigortası .....	10
1.3.3. Vergilerle Finansman .....	13
1.3.4. Doğrudan Cepten Ödemeler .....	14
1.3.5. Tıbbi Tasarruf Hesapları.....	15
<b>2. BÖLÜM: SAĞLIKTA MALİ ALAN YARATMA .....</b>	<b>17</b>
<b>2.1. MALİ ALAN YARATMA .....</b>	<b>17</b>
<b>2.2. SAĞLIKTA MALİ ALAN YARATMANIN GEREKÇELERİ VE ÖNEMİ</b>	<b>19</b>
2.2.1. Artan Sağlık Harcamaları .....	19
2.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Pozitif Dışsallık Yayıması.....	20
2.2.3. Sağlık Hizmetlerinin Kamusal Niteliği .....	21
2.2.4. Sağlık Hizmetleri Piyasasında Yaşanan Piyasa Başarısızlıkları.....	22
2.2.5. Gelir Dağılımı Adaletsizliği ve Bölgesel Hakkaniyetsizlikler .....	23

2.2.6. Sağlık Statüsünün İktisadi Kalkınma ve Sosyal Refah Üzerinde Etkisinin Olması .....	24
2.2.7. İktisadi Krizlerin Toplumun Sağlık Statüsü Üzerindeki Etkilerini Azaltma.....	25
2.2.8. Finansal Sürdürülebilirliğe Katkı Sağlama.....	27
<b>2.3. SAĞLIKTA MALİ ALAN YARATMA YÖNTEMLERİ.....</b>	<b>29</b>
2.3.1. Vergi Düzenlemeleri.....	30
2.3.2. Harcamalarda Önceliklendirme .....	33
2.3.3. Borçlanma.....	35
2.3.4. Kamu-Özel Ortaklıkları.....	36
2.3.5. Özelleştirme.....	37
2.3.6. Senyoraj (Para Basma) .....	39
2.3.7. Uluslararası Yardımlar ve Hibeler.....	41
2.3.8. Ekonomik Büyüme .....	44
2.3.9. Etkililik ve Verimlilik Artışları .....	44
2.3.10. Kullanıcı Katkıları .....	47
<b>3. BÖLÜM: TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİNDE MALİ ALAN YARATMA.....</b>	<b>51</b>
<b>3.1. TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİ .....</b>	<b>51</b>
3.1.1. Giriş .....	51
3.1.2. Yönetim ve Düzenleme .....	52
3.1.3. Hizmet Sunumu .....	53
3.1.4. Finansman.....	54
3.1.5. Ödeme Yöntemleri .....	56
3.1.6. Reformlar.....	57
<b>3.2. TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİNDE MALİ ALAN YARATMA.....</b>	<b>59</b>
3.2.1. Vergi Düzenlemeleri ile Türkiye Sağlık Sisteminde Mali Alan Yaratma .....	62
3.2.2. Harcama Önceliklendirme ile Türkiye Sağlık Sisteminde Mali Alan Yaratma .....	63
3.2.3. Borçlanma ile Türkiye Sağlık Sisteminde Mali Alan Yaratma.....	64
3.2.4. KÖO ile Türkiye Sağlık Sisteminde Mali Alan Yaratma.....	66
3.2.5. Özelleştirme ile Türkiye Sağlık Sisteminde Mali Alan Yaratma .....	67

3.2.6. Uluslararası Yardımlar/Hibeler ile Türkiye Sağlık Sisteminde Mali Alan Yaratma.....	69
3.2.7. Ekonomik Büyüme ile Türkiye Sağlık Sisteminde Mali Alan Yaratma .....	70
3.2.8. Kullanıcı Katkıları ile Türkiye Sağlık Sisteminde Mali Alan Yaratma	71
3.2.9. Sağlık Turizmi ile Türkiye Sağlık Sisteminde Mali Alan Yaratma .....	72
<b>4. BÖLÜM: GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>	<b>74</b>
4.1. ÇALIŞMANIN AMACI VE ÖNEMİ .....	74
4.2. PROBLEM CÜMLESİ .....	74
4.3. EVREN VE ÖRNEKLEM.....	75
4.4. KISITLILIKLAR VE VARSAYIMLAR.....	75
4.5. VERİ TOPLAMA.....	76
4.6. VERİLERİN ANALİZİ .....	83
<b>5. BÖLÜM: BULGULAR.....</b>	<b>84</b>
5.1 GENEL BULGULAR: KİŞİSEL VE DEMOGRAFİK BİLGİLER .....	84
5.2 SAĞLIKTA MALİ ALAN YARATMA KONUSUNDAKİ PAYDAŞ GÖRÜŞLERİ.....	88
5.2.1. Sağlıkta Mali Alan Yaratma Konusunun Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması.....	92
<b>5.3. İÇERİK ANALİZİ BULGULARI .....</b>	<b>95</b>
5.3.1. Sağlık Sisteminde Mali Alan Yaratma Kavramı .....	95
5.3.2. Türkiye Sağlık Sisteminde Mali Alan Yaratmanın Gerekçeleri.....	97
5.3.3. Türkiye Sağlık Sisteminde Mali Alan Yaratma Konusunun Türkiye Sağlık Sistemi Açısından Öncelikli Olma Durumu.....	100
5.3.4. Paydaşlara Göre Türkiye Sağlık Sisteminde Mali Alan Yaratmak İçin Başvurulacak Yöntemler ve Bu Yöntemlerin Olumlu/Olumsuz Yönleri.....	103
5.3.5. Türkiye Sağlık Sisteminde Mali Alan Yaratma Konusunda En Önemli Engeller/Riskler .....	107
5.3.6. Türkiye Sağlık Sisteminde Mali Alan Yaratma Sürecinde Rol Alması Gereken Taraflar .....	110
5.3.7. Sağlık Sistemlerinde Yaratılacak Mali Alanın Sağlık Sisteminin Finansal Sürdürülebilirliğine Etkisi.....	111
5.3.8. Türkiye Sağlık Sisteminde Mali Alan Yaratmaya Çalışmanın Diğer Sektör Harcamalarına Etkisi.....	113

<b>6. BÖLÜM: TARTIŞMA.....</b>	<b>116</b>
<b>7. BÖLÜM: SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>120</b>
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>125</b>
<b>EK 1. YARI YAPILANDIRILMIŞ SORULAR VE ANKET FORMU .....</b>	<b>152</b>
<b>EK 2. GÖRÜŞME LİSTESİ.....</b>	<b>156</b>
<b>EK 3. ETİK KURUL İZİN FORMU.....</b>	<b>157</b>
<b>EK 4. ORJİNALLİK RAPORU .....</b>	<b>158</b>

## KISALTMALAR DİZİNİ

AB	Avrupa Birliği
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
Bağ-Kur	Esnaş Sanatkâr ve Diğer Bağımsız Çalışanların Sosyal Güvenlik Kurumu
BM	Birleşmiş Milletler
BRICS	Brezilya, Rusya, Hindistan, Çin ve Güney Afrika ülkeleri
BÜMKO	Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü
D-8	Türkiye, İran, Pakistan, Bangladeş, Malezya, Endonezya, Mısır ve Nijerya
DB	Dünya Bankası
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GATS	General Agreement on Trade in Services
GATT	General Agreement on Tariffs and Trade
GİB	Gelir İdaresi Başkanlığı
GSS	Genel Sağlık Sigortası
GSYİH	Gayrisafi Yurt İçi Hâsıla
IMF	International Monetary Fund (Uluslararası Para Fonu)
KHK	Kanun Hükmünde Kararname
KÖO	Kamu-Özel Ortaklığı
Max	Maksimum
Min	Minimum
ODTÜ	Ortadoğu Teknik Üniversitesi
OECD	Organisation for Economic Co-Operation and Development (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü)
OHAL	Olağanüstü Hal
Ort	Ortalama
ÖİB	Özelleştirme İdaresi Başkanlığı
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SGP	Satın Alma Gücü Paritesi

SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
Std Sapma	Standart Sapma
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TİG	Teşhis İlişkili Gruplar
TL	Türk Lirası
TSB	Türkiye Sigorta Birliği
TSS	Tamamlayıcı Sağlık Sigortası
TTB	Türk Tabipler Birliği
TTH	Tıbbi Tasarruf Hesapları
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
UN	United Nations (Birleşmiş Milletler)
UNECE	United Nations Economic Commission for Europe
WHO	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
YÖK	Yükseköğretim Kurulu
\$	Amerikan Doları

## TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Sosyal ve Özel Sağlık Sigortası Karşılaştırması.....	11
Tablo 2. Sağlıkta Yardımlarla Oluşturulan Mali Alanın Sürdürülebilir Bir Şekilde Genişletilmesinde Karşılaşılabilecek Olası Durumlar .....	43
Tablo 3. Sağlık Sisteminde Mali Alan Yaratma Yöntemlerinin Avantaj ve Dezavantajları .....	49
Tablo 4. İşlevlerine Göre Sağlık Sektöründe Yer Alan Kurum ve Kuruluşlar .....	53
Tablo 5. 2009-2015 Yılları Arası SGK Konsolide Nakit Akım Tablosu (Milyon TL) ..	55
Tablo 6. Sağlıkta Mali Alan Yaratma Değerlendirme Ölçeğinin Boyutlarına İlişkin Faktör Analizi Sonuçları .....	79
Tablo 7. Sağlıkta Mali Alan Değerlendirme Ölçeğinin Güvenirliğine İlişkin Cronbach's Alpha Değerleri Tablosu .....	80
Tablo 8. Mali Alan Değerlendirme Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri .....	80
Tablo 9. Sağlıkta Mali Alan Değerlendirme Ölçeğinin Değişkenlerine İlişkin Korelasyon Analizi.....	82
Tablo 10. Çalışmaya Katılan Paydaşların Demografik Özellikleri.....	84
Tablo 11. Çalışmaya Katılan Paydaşların Mezun Oldukları Üniversiteler ve Fakülteler .....	86
Tablo 12. Çalışmaya Katılan Paydaşların Mezun Oldukları Bölümler.....	87
Tablo 13. Çalışmaya Katılan Paydaşların Lisansüstü Alanları .....	88
Tablo 14. Paydaşların; Sağlıkta Mali Alan Yaratmanın Gerekliliği ve Yöntemleri, Sağlıkta Yaratılacak Mali Alanın Finansal Sürdürülebilirliğe ve Diğer Harcamalara Etkileri Konularındaki Görüşleri.....	91
Tablo 15. Eğitim Durumuna Göre Paydaşların Sağlıkta Mali Alan Yaratmanın Sağlık Harcamalarına ve Diğer Harcamalara Etkisi Konusundaki Görüşleri .....	92
Tablo 16. Çalışılan Kuruma Göre Paydaşların, Sağlıkta Mali Alan Yaratmanın; Gerekliliği, Yöntemleri ve Diğer Sektörlere Etkisi Konusundaki Görüşleri .....	94
Tablo 17. Meslekteki Toplam Çalışma Yılına Göre Paydaşların Sağlıkta Mali Alan Yaratmanın Finansal Sürdürülebilirliğe Etkisi Konusundaki Görüşleri .....	95
Tablo 18. Paydaşların Sağlık Sisteminde Mali Alan Yaratma Kavramı Hakkındaki Görüşleri.....	95
Tablo 19. Paydaşların Türkiye Sağlık Sisteminde Mali Alan Yaratma Gerekçeleri Hakkındaki Görüşleri .....	97
Tablo 20. Paydaşların Türkiye Sağlık Sisteminde Mali Alan Yaratma Konusunun Türkiye Sağlık Sistemi Açısından Öncelikli Olma/Olmama Hakkındaki Görüşleri ....	100
Tablo 21. Paydaşların Türkiye Sağlık Sisteminde Mali Alan Yaratmak İçin Hangi Yöntemlere Başvurulabileceği Hakkındaki Görüşleri .....	104
Tablo 22. Paydaşlara Göre Türkiye Sağlık Sisteminde Mali Alan Yaratma Konusunda En Önemli Engeller/Riskler .....	108



Tablo 23. Paydaşlara Göre Türkiye Sağlık Sisteminde Mali Alan Yaratma Sürecinde Rol Alması Gereken Taraflar .....	110
Tablo 24. Paydaşlara Göre Türkiye Sağlık Sisteminde Yaratılacak Mali Alanın Sağlık Sisteminin Finansal Sürdürülebilirliğine Etkisi .....	111
Tablo 25. Paydaşlara Göre Türkiye Sağlık Sisteminde Yaratılacak Mali Alanın Diğer Sektörlere Etkisi .....	114

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Mali Alanın Mali Alan Elması İle Gösterimi .....	29
Şekil 2. Sağlık Harcamalarında İsrar .....	47
Şekil 3. Yıllar İtibariyle Türkiye Sağlık Sisteminde Yaşanan Önemli Gelişmeler.....	58

## GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik 1. BRICS Ülkeleri, OECD ve AB Sağlık Harcamaları Ortalamalarının Türkiye ile Karşılaştırılması (Kişi Başı Sağlık Harcamaları, SGP \$ Olarak).....	7
Grafik 2. Türkiye’de Kişi Başı Kamu, Özel, Cepten ve Toplam Sağlık Harcamaları (SGP \$ Olarak).....	8
Grafik 3. Özel ve Sosyal Sağlık Sigortacılığında 2009-2015 Yılları Arası Toplanan Toplam Primler (Milyon TL).....	13
Grafik 4. Yıllara Göre Türkiye’de Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları (Toplam Sağlık Harcamalarının Yüzdesi Olarak).....	15
Grafik 5. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Yatağı Sayısı.....	54
Grafik 6. SGK ve GSS’nin Gelecek Yıllara İlişkin Tahmini Açık ve Fazlalarının GSYİH’ya Oranları .....	56
Grafik 7. Kamu Sağlık Harcamalarının Artış Oranı, (%) (2002 Yılı 100 Kabul Edilmiştir) .....	61
Grafik 8. 2006-2015 Yılları Arasında Merkezi Yönetim Bütçe Ödeneklerinden Sağlık Hizmetlerine Ayrılan Başlangıç Ödenekleri ve Gerçekleşen Harcamalar (Bin TL).....	61
Grafik 9. Yıllara Göre Türkiye’nin Vergi Yükündeki Değişimler .....	62
Grafik 10. Yıllara Göre Türkiye’de Yapılan Eğitim, Sağlık ve Savunma Harcamalarının Bütçe İçerisindeki Payı .....	64
Grafik 11. Yıllara Göre Türkiye’de Merkezi Yönetim İç ve Dış Borç Stoku (Milyon TL) .....	65
Grafik 12. Yıllara Göre Türkiye’de Kamu Net Borç Stokunun GSYİH’ye Oranı (%) Olarak).....	66
Grafik 13. Yıllara Göre Türkiye’de Özelleştirme İşlemleri (Milyon \$) .....	68
Grafik 14. Türkiye Genel Bütçesinde Yer Alan Alınan Bağış ve Yardımlar İle Özel Gelirler Hesabının 2004-2015 Yılları Arasındaki Değerleri (Bin TL) .....	69
Grafik 15. 2000-2015 Yılları Arasında Satın Alma Gücü Paritesine Göre Türkiye’de Reel GSYİH’nin Seyri (Milyon \$ Olarak) .....	71

## GİRİŞ

İktisat biliminin temel uğraş alanlarından olan kıtlık, yani kaynakların sınırlılığı problemi, tüm ülke ve sektörler için temel sorunlardandır (Baumol ve Blinder, 2012: 40). Tüm mal ve hizmetlerin üretimi için olduğu gibi, sağlık hizmetlerinin üretimi için de kaynaklar sınırlıdır (Kurtulmuş, 1998: 35). Bu yüzden birçok ülkede kamu yöneticileri, sağlık hizmetleri üretiminde kullanılan kısıtlı kamu kaynaklarının nasıl artırılacağı konusunda çareler aramaktadır (Fernandez vd., 2011: 592).

Sağlık hizmetlerinin finansmanı için kullanılacak farklı kaynaklar olmakla birlikte, bu kaynakların ülkelerin sağlık harcamalarını karşılamada yetersiz kalabildiği belirtilebilir (Tıraş, 2013: 126; Ünal, 2013: 129). Bu sorunu aşmak için ülkelerin benimseyebilecekleri iki temel politika mevcuttur; maliyet azaltıcı politikalar ve/veya gelir artırıcı politikalar. Sağlık bir hak olarak görülmesi, sağlık sistemlerinde maliyet azaltıcı politikaların benimsenmesinde hükümetleri kısıtlamaktadır (Ünal, 2013: 131). Bu yüzden, sağlık harcamalarını karşılamada zorluk çeken hükümetler, sağlık sistemlerinde kullanmak üzere alternatif ve/veya tamamlayıcı finansman mekanizmalarına yönelmektedir (Mutlu ve Işık, 2012: 208), yani gelir artırıcı politikaları benimsemektedir. Ayrıca, sağlık hizmetlerinin miktarıyla birlikte, kalitesinin de finansmana bağlı olarak değiştiği gerçeği göz önüne alınırsa (Erument, 2014: 94), toplumun beklentilerinin karşılanması için yeni finansman kaynakları yaratılması önem kazanmaktadır (Somunoğlu, 2012: 18).

Sağlık hizmetlerinin üretimi ve sunumu için harekete geçirilecek alternatif kaynakların, sağlık sistemindeki kaynak sınırlılığı sorununa bir nebze de olsa çare olabilmesi için finansal sürdürülebilirliği sağlaması gerekir. Bu yüzden sağlık harcamalarının finansmanında sürdürülebilirlik sorunu yaşayan ülkelerin, sadece sağlık alanında kullanılmak üzere ek kaynaklar yaratma yollarına başvurdukları görülmektedir. Sağlık ve eğitim gibi, ülke açısından hem sosyal hem de ekonomik yönden değeri yüksek sektörlerin finansmanı için ek kaynaklar oluşturulması, mali alan yaratılması olarak ele alınmaktadır (Heller, 2005: 3).

Birçok ülkede olduğu gibi, Türkiye’de de sağlık hizmetlerinin finansmanı konusunda zaman zaman zorluklarla karşılaşmaktadır. Kamu harcamalarının finansmanında karşılaşılan zorluklarla mücadele etmede çıkış yolları sunan mali alan yaratma konusunda Türkiye’de, sağlık hizmetleri alanında yapılmış herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Bu açıdan, Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratma konusunda paydaş görüşlerinin ve değerlendirmelerinin ortaya konulmasının önem arz ettiği ve sağlık politikalarının oluşturulmasında önemli veriler sağlayabileceği değerlendirilmektedir. Sağlık politikaları oluşturulurken bu politikalara sağlık sisteminin paydaşlarının etki edebildikleri gerçeği göz önüne alındığında, bu paydaşların görüş ve değerlendirmelerinin politika oluşturma süresinde önemli olduğu söylenebilir. Bu yüzden bu çalışmada paydaş görüşlerine yer verilmiştir. Bu bağlamda bu tezin amacı; Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratma konusunda paydaşların görüşlerini belirlemek, bu görüşlerden hareketle değerlendirmeler yapmak ve Türkiye’nin bu yöndeki politikalarına yönelik olarak önerilerde bulunmaktır.

Bu amacı gerçekleştirmek için; Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM), Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), akademik camia ve sivil toplum kuruluşlarından paydaşlarla görüşmeler yapılmıştır. Bu görüşmeler neticesinde; Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratılmasına ihtiyaç olup olmadığı ve eğer ihtiyaç varsa, bu ihtiyacın sebeplerinin neler olduğu, Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratırken hangi yöntemlerden faydalanılabileceği ve bu yöntemlerin diğer kamu harcamalarını nasıl etkileyeceği, Türkiye sağlık sisteminde yaratılacak mali alanın finansal sürdürülebilirliğe etkisinin ne olacağı ve Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratırken hangi paydaşlardan görüşler alınması gerektiği konularında paydaş görüş ve değerlendirmeleri elde edilmiştir.

Çalışmanın akışı şu şekilde özetlenebilir; ilk bölümde, sağlık harcamaları ve finansman kaynakları ele alınmaktadır. Çalışmanın ikinci bölümünde, mali alan yaratma kavramı ile sağlıkta mali alan yaratmanın gerekçeleri, önemi ve sağlıkta mali alan yaratırken başvurulabilecek yöntemlere değinilmektedir. Çalışmanın üçüncü bölümünde Türkiye sağlık sistemi ve Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratılması konusu tartışılmaktadır. Çalışmanın dördüncü bölümünde; araştırmanın amacı, önemi, evreni, veri toplama yöntemi ve toplanan verilerin analizi ile ilgili bilgiler yer almaktadır.

Çalışmanın beşinci bölümü olan araştırma bölümünde, Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratılması ve önemi hakkında paydaşların değerlendirmelerine yönelik bulgular paylaşılmaktadır. Altıncı bölümde elde edilen bulgular tartışılmaktadır. Yedinci bölümde ise sonuç ve önerilere yer verilmektedir.

# 1. BÖLÜM: SAĞLIK HARCAMALARI VE FİNANSMAN MEKANİZMALARI

## 1.1. GİRİŞ

Yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil; fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlanan sağlık (WHO, 1948); genetik faktörler, çevresel faktörler, yaşam tarzı faktörleri ve sağlık hizmetleri olmak üzere birçok faktörden etkilenmektedir (Lalonde, 1974: 31). Sağlık hizmetlerinin sağlığı etkileyen faktörler içindeki ağırlığı tartışmalara konu olmakla birlikte (Hurley, 2000: 68; Thornton, 2002: 63; Kingsfund, 2016) sağlık statüsü üzerindeki etkisi yadsınamaz bir gerçektir (Alpugan, 1984: 140).

Sağlık hizmetlerini üretebilmek için sağlık harcamasına, sağlık harcaması için de sağlık finansman kaynaklarına ihtiyaç bulunmaktadır. İzleyen başlıklarda, ilk olarak sağlık harcamalarına, akabinde ise finansman mekanizmalarına değinilmektedir.

## 1.2. SAĞLIK HARCAMALARI

Kamu harcamaları, İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra birçok ülkede artış eğilimi göstermektedir (Lindert, 1996: 1). Buna sebep olarak, birçok ülkede sosyal devlet anlayışının benimsenmesi kapsamında; kamu tarafından yerine getirilen sosyal güvenlik hizmetleri ve endüstrileşmenin öngördüğü altyapı yatırımlarının artması, işsizlikle mücadelenin devletin temel görevleri arasında sayılmaya başlanması gibi hususlar gösterilebilir (Gül ve Yavuz, 2011: 74; Şener, 2008: 29). Kamu harcamalarındaki artışa paralel olarak bu harcamaların önemli bir bölümünü oluşturan sağlık harcamaları da artış eğilimi göstermektedir (Heller, 2006: 75; Ünal, 2013: 125).

Sağlığın korunması, geliştirilmesi, geri kazanılması ve rehabilitasyonu adına yapılan harcamalar olarak tanımlanabilecek sağlık harcamaları (Öztürk, 2009: 119; Akar, 2014: 311; Yalçın ve Çakmak, 2016: 715), yatırım için yapılan harcamalar hariç, sağlıkta kullanılan mal ve hizmetlerin bireysel ve toplumsal olarak nihai tüketiminin ne kadar olduğunu ölçmektedir (OECD, 2016b). Sağlık harcamaları kamu harcamalarının önemli bir bölümünü oluşturmaktadır ve genellikle de artış eğilimi göstermektedir (Yıldırım,

2016: 143). Öyleki bu artış hızı aynı şekilde devam ederse, 21. yüzyılın sonunda birçok ülke gayri safi yurt içi hasılasını (GSYİH) sadece sağlık harcamalarına ayırmak zorunda kalacaktır (Zweifel vd., 2009: 1).

Ülkelerin sağlık harcamalarını belirleyen temel faktörlerin neler olduğu incelendiğinde; gelir, nüfusun yaş yapısı, epidemiyolojik ihtiyaçlar, teknolojik ilerleme ve çeşitlilik ile ülkedeki sağlık sisteminin özellikleri (hizmet sunumu ve finansmanı, dışsal fon kaynakları, geri ödeme mekanizmaları vb.) başta olmak üzere birçok faktör belirtilebilir (Xu vd., 2011: 2-4). Bu faktörler spesifik boyutta ele alındığında; ortalama yaşam süresinin artması ve bunun sonucunda nüfusun yaşlanması<sup>1</sup> (Tezcan ve Seçkiner, 2012: 7; Sağlık Bakanlığı, 2015a: 9), kronik ve/veya tedavisi pahalı olan hastalıkların artması (Keskinöğlü, 2012: 77; Kurtulmuş, 1998: 64), birçok ülkede sevk zincirinin etkili işlememesi (Yurdadoğ, 2007: 599; Oğuz, 2009: 11), gereksiz hizmet sunumu ve talebinin yüksek olması, yaşam tarzına (sigara ve alkol tüketimi, obezite, vb.) bağlı sağlığın bozulması durumlarının artması, teknolojik gelişmelerin tıp alanına uygulanması ve bunların kullanım maliyetinin yüksek olması (Kılavuz, 2010: 174; Mutlu ve Işık, 2012: 222; Özer, Yıldırım ve Yıldırım, 2015: 13) ve sağlık bilincinin artmasına bağlı olarak hizmet talebinin artması (Kurtulmuş, 1998: 61) gibi sebepler ön plana çıkmaktadır.

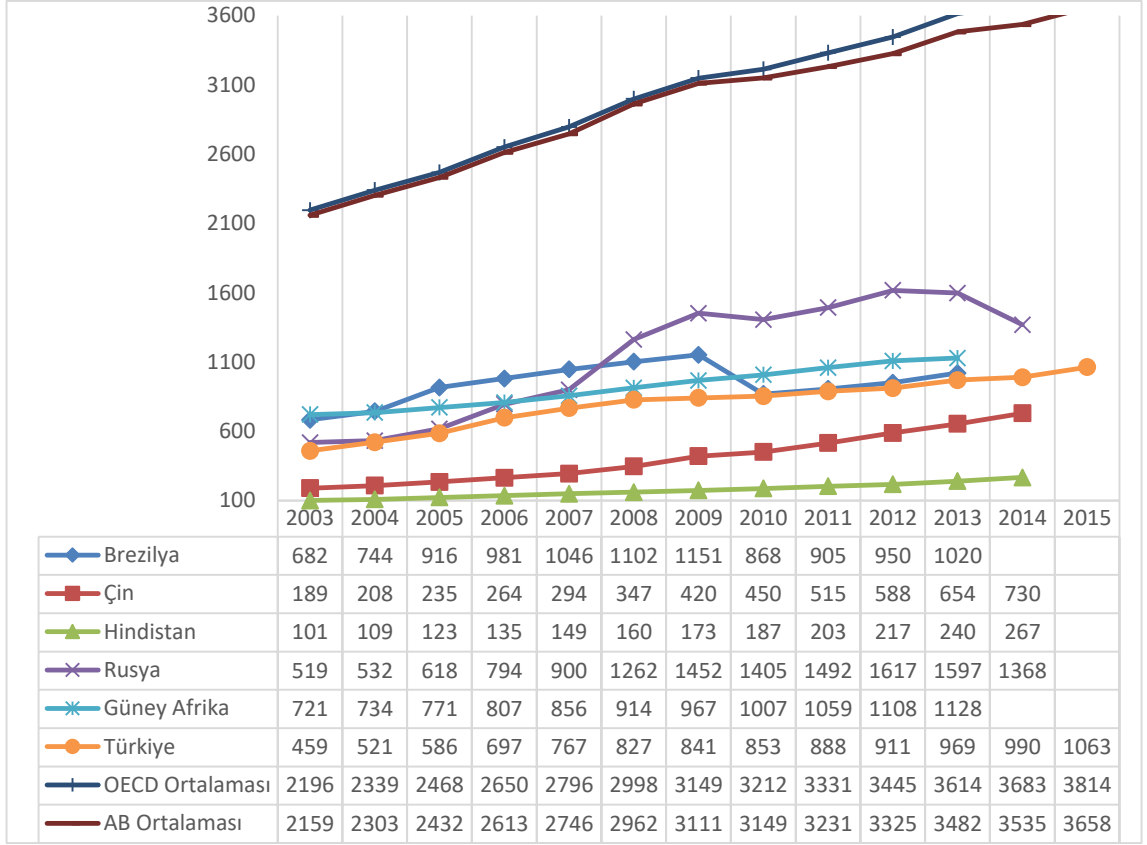
Bir ülkede yapılacak sağlık harcamalarının ne kadar olması gerektiği konusu tartışmalıdır. Çünkü ülkelerin gelirleri başta olmak üzere epidemiyolojik profilleri, sağlık statüsünde ulaşmak istedikleri hedefleri, teknolojik gelişmişlik düzeyleri ve harcama verimliliğini sağlama düzeyleri farklıdır (Sayedoff, 2007: 962-967). Bu farklılıkları nispeten daha az olan, yani homojenliği fazla olan ülkeleri birbirleri ile karşılaştırmak, bir ülkeye ne kadar sağlık harcaması yapması gerektiği konusunda bilgi verebilir. Bu sebeple hükümetler, benzer sosyo-ekonomik düzeydeki ülkelerle veya ülke ortalamaları ile kendi ülkelerini karşılaştırmaktadırlar (Yıldırım, 2012b: 60; Köktaş, 2014: 69).

Bu bağlamda Grafik 1'de Türkiye'nin sağlık harcamaları; BRICS (Brezilya, Rusya, Hindistan, Çin ve Güney Afrika) ülkeleri, OECD ortalaması ve AB ortalaması ile

<sup>1</sup> Yaşam süresi beklentisinin yükselmesi sağlık harcamalarını artırmakla birlikte bu ikisi arasındaki ilişki çift yönlüdür; yani sağlık harcamalarının artması, sağlık hizmetlerinin artmasına ve bu da yaşam süresi beklentisinin artmasına neden olmaktadır (Kurtulmuş, 1998: 62).



karşılaştırılmaktadır. Karşılaştırmada BRICS ülkelerinin seçilmesinin temel nedeni sosyo-ekonomik açıdan Türkiye'nin bu grubun üyesi olarak görülmesi iken (Bagci, 2011: 1); Türkiye, OECD üyesi ve AB'ye aday ülke olduğu için bu organizasyonların da ortalamaları ile karşılaştırılmıştır. Grafik 1 incelendiğinde Türkiye'nin kişi başına düşen sağlık harcamalarının, yüksek nüfusa sahip Çin ve Hindistan'dan daha yüksek; Brezilya, Rusya ve Güney Afrika'dan daha düşük olduğu görülmektedir. Çin ve Hindistan yüksek nüfusa sahip oldukları için kişi başına düşen milli gelirleri düşüktür ve bunun doğal bir sonucu olarak kişi başına düşen sağlık harcamaları da düşüktür. Türkiye'nin kişi başına düşen milli geliri Brezilya ve Güney Afrika'ya yakındır, hatta son yıllarda daha fazladır (OECD, 2016b). Buna rağmen Türkiye'de kişi başına yapılan sağlık harcamaları, Brezilya ve Güney Afrika'nın gerisindedir. Bu durumun; Türkiye'de sosyal güvenlik teminat paketinin kapsamının geniş olması ve buna bağlı olarak özel ve cepten sağlık harcamalarının az olması, sağlık hizmetleri tüketim bilincinin eksik olması, sağlık hizmetleri üretim maliyetlerinin nispeten daha az olması ve buna bağlı olarak daha az harcama yapılması, vs. gibi sebeplerden kaynaklandığı düşünülebilir. Bununla birlikte kişi başına düşen sağlık harcamalarında OECD ve AB ortalamaları birbirine yakinken, Türkiye ve BRICS ülkeleri bu seviyelerin oldukça gerisindedir.

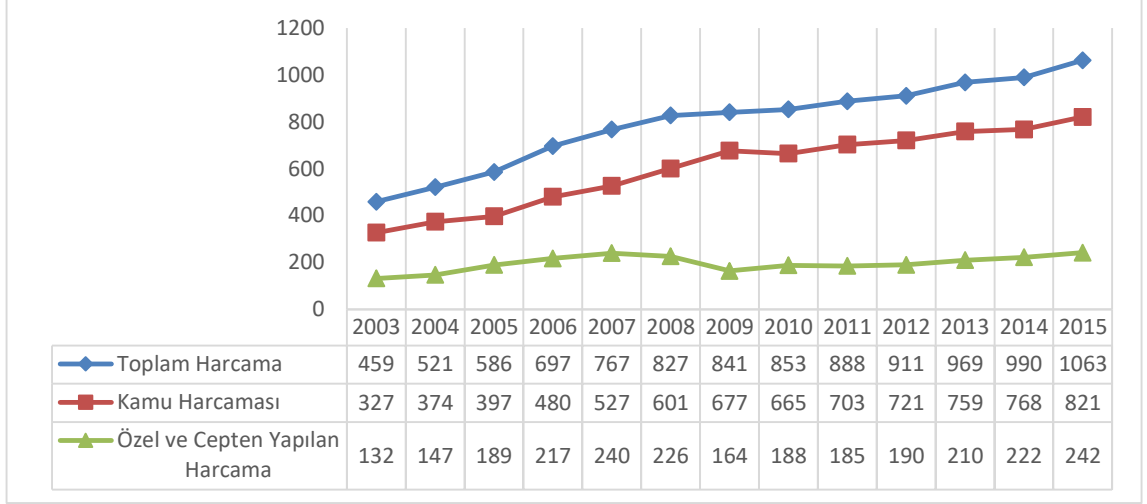


**Grafik 1. BRICS Ülkeleri, OECD ve AB Sağlık Harcamaları Ortalamalarının Türkiye ile Karşılaştırılması (Kişi Başı Sağlık Harcamaları, SGP \$ Olarak)**

**Kaynak:** OECD, 2016b

Kamu, özel ve cepten yapılan sağlık harcamaları kapsamında incelendiğinde, Türkiye’de yapılan sağlık harcamalarının ana belirleyicisinin kamu tarafından yapılan sağlık harcamaları olduğu görülebilir (OECD, 2016b). Bununla birlikte, 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile birlikte kişi başına düşen toplam sağlık harcamaları sürekli artmış, kişi başına düşen kamu sağlık harcamaları ise 2010 yılındaki küçük bir azalış dışında sürekli artmıştır (Grafik 2)<sup>2</sup>. Sağlık harcamalarında 2003 yılından sonra yaşanan artışların diğer önemli bir sebebi GSYİH’deki artışlardır zira 2003 yılından itibaren Türkiye’nin reel GSYİH’si, 2007-2009 resesyon dönemi hariç, sürekli artmıştır (OECD, 2016a).

<sup>2</sup> Söz konusu yıllar arasında Türkiye’de kişi başına yapılan toplam sağlık harcamalarının ortalama artış hızı %7’nin üzerindedir.



**Grafik 2. Türkiye’de Kişi Başı Kamu, Özel, Cepten ve Toplam Sağlık Harcamaları (SGP \$ Olarak)**

**Kaynak:** OECD, 2016b

### 1.3. SAĞLIK FİNANSMAN MEKANİZMALARI

Bir toplumda sağlık hizmetlerinin arzu edilen düzeyde sağlanabilmesi için gerekli mali kaynakların piyasa kaynaklarıyla ya da kamusal kaynaklarla sağlanması (Çelikay ve Gümüş, 2010: 187) olarak tanımlanabilen sağlık hizmetleri finansmanı; gelir elde etme, havuzlama ve satın alma fonksiyonlarından oluşur (Murray ve Frenk, 2000: 724). Sağlık hizmetleri finansmanın temel amacı; vatandaşları, hastalıkların olası finansal yüklerine karşı hakkaniyetli, etkili ve verimli bir şekilde korumaktır (Yıldırım, 2012b: 41).

Sağlık finansman mekanizmaları, temelde ikiye ayrılmaktadır; doğrudan finansman ve dolaylı finansman. Sağlık hizmeti alan bireylerin, hizmet bedelini kendilerinin ödemesi doğrudan finansman; hizmet sunumunu gerçekleştiren ile talep eden arasında üçüncü taraf ödeyicinin bulunması ise dolaylı finansmandır (Abel-Smith, 1978: 73)<sup>3</sup>. Sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılan doğrudan ve dolaylı finansman mekanizmaları; sosyal ve özel sağlık sigortası, vergilerle finansman, cepten ödemeler ve tıbbi tasarruf hesaplarıdır. Sağlık sisteminin finansmanında, bahsi geçen yöntemlerden yalnızca birini kullanan ülke sayısı çok azdır. Ülkeler bu mekanizmaların tümünü ya da birkaçını,

<sup>3</sup> Sağlık finansman mekanizmaları, kamusal finansman ve özel finansman olarak da sınıflandırılmaktadır. Vergiler ve sosyal sigorta, kamusal finansmanı oluştururken; özel sigorta ve cepten ödemeler, özel finansmanı oluşturmaktadır (Robinson, 2011: 44).

farklı ağırlıklarla aynı anda kullanabilmektedir (Kurtulmuş, 1998: 95; Mossialos vd., 2002: 3).

### 1.3.1. Sosyal Sağlık Sigortası

Sağlık sigortasının temel işlevi bireyleri, hastalık riskine karşı değil, ileride karşılaşılabilecek ve yüksek maliyetlere sebep olabilecek hastalıkların finansal yüküne karşı korumaktır. Sigortacılığın en temel özelliği; bireysel finansal risklerin, sigorta havuzundaki tüm bireylere dağıtılması, böylelikle tahmin edilemez büyük çaplı risklerin daha küçük ve tahmin edilebilir hale getirilmesidir. Risk havuzunda yer almak, gönüllü olabileceği gibi zorunlu da olabilmektedir (Olsen, 2009: 107). Zorunlu sağlık sigortacılığı, genelde sosyal sağlık sigortacılığında görülmektedir. Buna sebep olarak, sosyal sağlık sigortalarının toplumsal dayanışmayı sağlaması ve bu yüzden hükümetlerce zorunlu tutulmaması gösterilebilir (Yıldırım, 2012b: 61).

Avrupa’da ilk olarak 19. yüzyılın sonlarına doğru Otto von Bismarck’ın başbakanlığı sırasında Almanya’da uygulanmaya başlanan (Kutzin, 2011; Ortiz vd., 2015: 21) bu model (Bismarck Modeli), Türkiye dâhil birçok Avrupa ülkesinde uygulanmaktadır (Atatanır, 2009). Bismarck modeli; sosyal sigorta modeli, mesleki model, korporatist model, sosyal hastalık fonu veya sosyal güvenlik sistemi olarak da adlandırılmaktadır. Bu modele göre, çalışanlar istihdam kategorilerine göre gelirlerinin bir kısmını “hastalık fonlarına” veya benzer “üçüncü taraf”lara katkı olarak öderler. Aktif olmayan nüfus, başka bir ifade ile emekliler ve bağımlılar, çalışanlar üzerinden kapsama dâhil edilirler. Sağlık hizmetlerinin sosyal sigorta ile finansmanında çalışan ve işverenden, genellikle çalışanın gelirinin belirli bir yüzdesi olarak prim alınması, bu primlerin bir havuzda toplanması ve bu kaynakla hizmet alınması söz konusudur (Yıldırım, 2012a: 13).

Gelecek yıllar için, nispeten öngörülebilir bir gelir sağlaması ve diğer kamu harcamalarını etkilememesi (Cichon ve Normand, 1994: 324) ve buna bağlı olarak da sağlık harcamalarına esneklik getirmesi bu yöntemin en önemli avantajıdır (Lameire vd., 1999: 6). Bununla birlikte, yıllar itibariyle elde edilen prim gelirlerinin finansal piyasalarda değerlendirilmesine bağlı olarak sisteme ek kaynak sağlaması (Ulutürk ve Dane, 2009: 124; Oral, 2004: 59), bu yöntemin diğer yöntemlere önemli bir

üstünlüğüdür. Ayrıca dayanışmayı sağlaması, diğer yöntemlere göre daha şeffaf olması ve siyasi müdahalelerden daha az etkilenmesi, bu yöntemin diğer avantajları olarak sayılabilir (Mossialos vd., 2002: 17). Diğer taraftan, zorunlu sağlık sigortası modelinin dezavantajları olarak; emekliler ve kayıt dışı sektörler için özel mekanizmalara ihtiyaç duyulması, işgücü maliyetlerini artırması, bireyin işsiz kalması sonucu sigortasız da kalması olarak sayılabilir (Dixon vd., 2004: 55).

Zorunlu sosyal sigortada ödenecek primler, gelirin belirli bir oranı olarak hesaplanacağından bu yöntemin uygulanabilir olması için kayıt dışı emeğin olmaması gerekir. Kayıt dışı emeğin yoğun olduğu ülkelerde bu yöntemin uygulanabilirliği zordur. Bununla birlikte; kendi işini yapanların ve özellikle çiftçilerin gelirleri yıllara göre farklılık gösterdiğinden bu kişilerde, başkası namına çalışanlarda olduğu gibi gelirin belirli bir oranını zorunlu prim olarak toplamak, yıllara göre farklı prim miktarları toplamak anlamına gelecektir (Wonderling vd., 2005: 187-188). Dolayısıyla, bu gruplara özel düzenlemeler gerekebilir.

### **1.3.2. Özel Sağlık Sigortası**

Özel sağlık sigortası, bir sosyal güvenlik kurumuna kayıtlı olsun ya da olmasın sigortalının karşılaşacağı hastalık ve/veya kaza sonucu yaralanması halinde ihtiyaç duyacağı muayene, tedavi ve ilaç masraflarını karşılayan bir sigorta türüdür (Orhaner, 2006: 9). Günümüzde, Amerika Birleşik Devletleri'nin (ABD) yanı sıra, Avustralya ve İsviçre gibi ülkeler özel sağlık sigortacılığına ağırlıklı bir yer vermektedir (İstanbulluoğlu vd., 2010: 91). Özel sağlık sigortası ile sosyal sağlık sigortası arasındaki en temel fark; sosyal sağlık sigortasının, mevcut zenginlik ve refahın toplumdaki gruplar arasında adil bir şekilde dağıtılması için zengin kesimlerden yoksul kesimlere fon akışı sağlayan kamu müdahaleleri içermesidir (Wonderling vd., 2005: 185). Özel sağlık sigortacılığında böyle bir amaç güdülmez. Özel sağlık sigortacılığı ile sosyal sağlık sigortacılığı arasındaki farklar Tablo 1'de verilmektedir.

**Tablo 1. Sosyal ve Özel Sağlık Sigortası Karşılaştırması**

<b>Özel Sağlık Sigortası</b>	<b>Sosyal Sağlık Sigortası</b>
Kar amaçlıdır.	Kar amaçlı değildir.
Genellikle isteğe bağlı, gönüllüdür.	İstisnalar dışında zorunludur.
Primini kişi kendisi öder.	Prim katkısı zorunluluğu mevcuttur. İşçi ve işverenden kesilen primler yanında devlet katkısı da vardır.
Bireysel temellidir (faaliyet ilkesi bireysel).	Sosyal dayanışma temellidir (faaliyet ilkesi kolektif).
Emeklilik ve sakatlığı içermez.	Emeklilik ve sakatlığı da içerir.
Kötü / önceden var olan riskler veya sakatlıklar dışlanabilir.	Kötü / önceden var olan riskler veya sakatlıklar dışlanmaz.
Primler bireysel risklere göre farklı olarak belirlenir; yaş, cinsiyet, mevcut hastalıklar, vs.	Primler ödeme gücüne göre değil, havuzdaki risklere göre belirlenir.
Katkılar bireysel risklere göre belirlenir.	Bireysel riskler (önceden var olan koşullar, yaş, sakatlık, cinsiyet gibi) katkı düzeyini etkilemez ve kapsam dışında kalmaya yol açmaz.
Katkılar bireysel risklere göredir.	Katkılar gelire göre, yararlanma ise ihtiyaca göredir.
Yüksek riskleri sigortalamaktan kaçınır veya yüksek prim ister.	Riskleri sigortalamaktan kaçınmaz ve herkesten eşit prim alır.
Alınan primle sağlanan yardım arasında sıkı bir ilişki vardır.	Alınan primle sağlanan yardım arasında sıkı bir ilişki yoktur.
Pahalıdır.	Nispeten ucuzdur.
Bireysel olarak uygulanır.	Kapsamdaki herkese ödeme gücüne bakılmaksızın ihtiyaçları ile ilişkili olarak sağlık hizmetlerinden yararlanır.
Tarifeyi hazırlamak zordur.	Tarifeyi hazırlamak kolaydır.
Yararlanmak için belli bir süre veya prim gerekir	Dahil olduğu anda yararlanılabilir.
Riskler ve faydalar sözleşmelerle tanımlanır, sigorta süresi belirlidir.	Riskler ve faydalar yasalarla tanımlanır, sigorta süresi devamlıdır.
Özel hukukta düzenlenmiştir.	Kamu hukukunda düzenlenmiştir.
Özel çıkarları gözetir.	Kamu çıkarlarını gözetir.
Prim ödeyebilecek olanlara hizmet verir.	Prim ödeyemeyenlere de hizmet verir.
Primlerle finanse edilir ve primleri birey ödediğinden kendi kendine yardım etmiş olur.	Primler dışında devletin genel gelirleriyle de finanse edilir; çalışanın yanında işveren ve devletin katkısı olabilir.
Zarara uğrayıp uğramamaya göre, sigortalı sözleşme yenilenirken daha çok veya daha az prim ödeyebilir.	Sigortalı zarara uğrasa da uğramasa da prim miktarı değişmez.
Fonlama, rekabet ve tercihlik ilkeleri egemendir.	Gelirin yeniden dağılımı, tekellik, tek tiplilik ilkeleri egemendir.
Fayda ve katkı oranları, sigorta şirketinin ve sigortalının rızası olmadan değişemez.	Fayda ve katkı oranları, çalışanın rızası olmaksızın değişebilir.
Nesiller arası dayanışma sağlamaz.	Nesiller arasında dayanışma sağlar.

**Kaynak:** ILO, 1999; Uğur, 2004; Yıldırım, 2012c

Zorunlu sağlık sigortası denilince akla ilk olarak sosyal sigortalar gelmekle birlikte zorunlu sağlık sigortaları, sadece sosyal sigorta olarak düşünülmemelidir. Örneğin, Obamacare olarak bilinen ve 2010 yılında çıkarılan “Karşılabilir Bakım Kanunu” ile 2014 yılından itibaren çoğu Amerikalı, hükümet onaylı bir özel sağlık sigortası

yaptırmak zorunda kalmıştır (Durmuş, 2010: 32; Sert, 2013; PHB, 2015: 3). Söz konusu kanun ile özel sağlık sigortası yaptırmayanlara (düşük gelir grubundakiler hariç)<sup>4</sup> para cezaları verilmesi söz konusudur (PHB, 2015: 3)<sup>5</sup>.

Özel sağlık sigortalarının en önemli avantajlarının başında gelir düzeyi yüksek kişilerin özel sağlık sigortalarına yönlendirilmeleri neticesinde kısıtlı olan kamu kaynaklarının düşük gelirli, dezavantajlı ve özel sigortaya ulaşamayacak gruplar için harcanmasına imkân verebilmesi gelmektedir (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008: 143; İstanbulluoğlu vd., 2010: 91). Gelir düzeyi göreceli olarak daha yüksek olan bireylerin, özel sağlık sigortasını seçmeleri teşvik edilerek kısıtlı kaynakların bahsi geçen dezavantajlı gruplara daha çok ayrılması söz konusu olabilmektedir. Ayrıca, özel sağlık sigortalarının kâr güdüsü ile yenilikleri ve verimliliği desteklemesi, tüketicilere tercih imkânı sunmaktadır (İstanbulluoğlu vd., 2010: 91).

Özel sağlık sigortası piyasası çeşitli sebeplerden dolayı düzgün bir şekilde işlememekte ve bu sebepler, sağlığın finansmanında özel sigortanın dezavantajları olarak gösterilmektedir. Bunlar şu şekilde belirtilebilir (Maynard ve Dixon, 2002: 110):

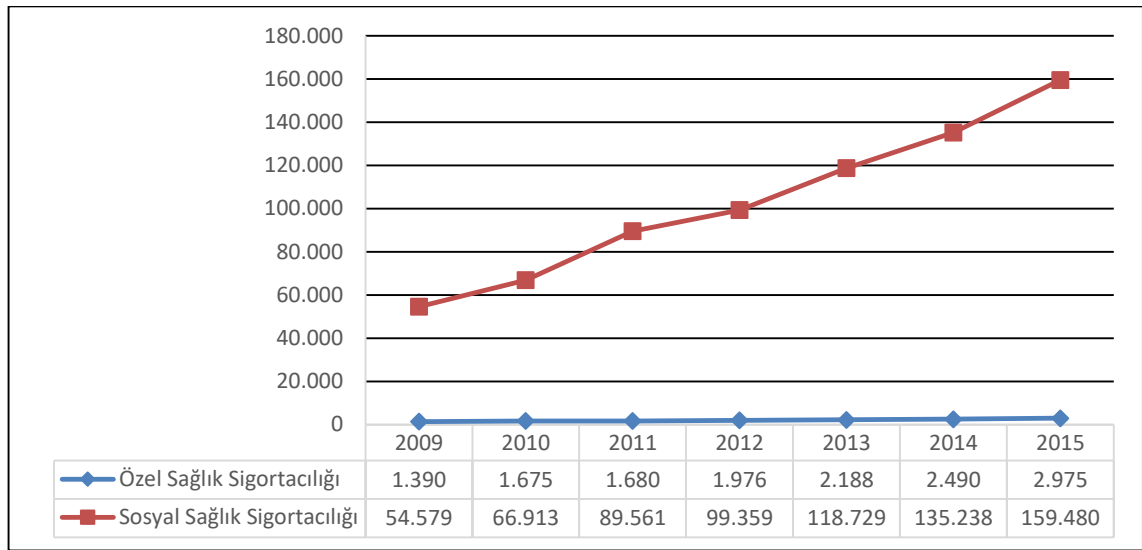
- ✓ Sigorta yaptırmak isteyenlerin kendi sağlıkları hakkındaki bilgileri sebebiyle sigortacı karşısında avantajlı duruma geçmeleri (asimetrik bilgi) ve bunun ters seçime sebep olması,
- ✓ Sigorta yaptırmak isteyen bazı kişilerin; geçmişte yaşadıkları hastalıklar, kalıtsal veya kronik hastalıklar ya da yaşlılık sebebiyle sigorta şirketlerince sigortalanmak istenmemeleri (risk seçimi),
- ✓ Sigortalanan kişilerin sigortalarına güvenerek sağlıklı bir yaşam sürme konusunda gerekli ehemniyeti göstermemeleri, yani risk alıcı davranışlarda bulunmaları (ahlaki tehlike),
- ✓ Negatif dışsallık yayan bulaşıcı hastalıklar sebebiyle sigorta şirketlerinin finansal yapılarının zarar görmesi.

<sup>4</sup> Bu gibi kişilere sağlık hizmeti, hükümet destekli programlar olan; Medicaid, Medicare, Children's Health Insurance Program (CHIP), vs. gibi programlar vasıtasıyla sunulmaktadır (PHB, 2015: 3)

<sup>5</sup> Kasım 2016'da ABD'nin 45. Başkanı seçilen Donald Trump, bahsi geçen Obamacare uygulamasını iptal etme girişimlerinde bulunmuştur. Bu girişimler sonucunda söz konusu yasanın iptali Temsilciler Meclisi'nde uygun bulunarak Senato'ya gönderilmiştir. Cumhuriyetçiler, bahsi geçen yasanın Senato'da da iptal edilmesi için çalışmalarını sürdürmektedir (Fox, 2017).

Yukarıda bahsedilen sebeplerden dolayı, özel sağlık sigortacılığı sağlığın finansmanında tek başına etkili bir yöntem değildir (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008: 144) ve bu yüzden birçok ülkede tamamlayıcı mahiyette kullanılmaktadır.

Türkiye’de özel sağlık sigortacılığının fazla yaygın olmadığı söylenebilir. Yıllar itibariyle değişmekle birlikte, Türkiye’de özel sağlık sigortacılığında toplanan primler, toplam prim havuzunun yaklaşık %2’si kadardır (Grafik 3).



**Grafik 3. Özel ve Sosyal Sağlık Sigortacılığında 2009-2015 Yılları Arası Toplanan Toplam Primler (Milyon TL)**

**Kaynak:** TSB, 2016; SGK, 2016

### 1.3.3. Vergilerle Finansman

Dünya’daki bazı ülkelerin (Birleşik Krallık, Kanada, Danimarka, Finlandiya, Norveç, İsveç, vs.) sağlık finansmanında kullandığı temel fon kaynağı genel vergilerdir. Bu model Beveridge Modeli olarak adlandırılmaktadır (Hörl vd., 1999: 11; Kulesher ve Forrestal, 2014: 127). Dixon ve diğerlerine göre; gelir tabanının geniş olması, dayanışmayı teşvik etmesi, risk havuzunun geniş olması, tüm nüfusu kapsamaması, yönetiminin kolay olması vergilerle finansmanın temel avantajlarıyken (Dixon, vd., 2004: 55); vergilerle oluşturulan bütçede sağlığa ayrılacak kaynağın bazı dönemlerde siyasi müzakerelere konu olabilmesi, potansiyel vergi kaçaklarının olması, kaynakların çoğunlukla tedavi edici hizmetlere yönlendirilmesi, bu yöntemin temel dezavantajlarıdır



(Dixon, vd., 2004: 55; Savedoff, 2004:7). Bununla birlikte, vergi gelirlerinde dalgalanmalar yaşanması sonucu sağlık sisteminin ciddi manada olumsuz etkilenmesi de söz konusu olabilmektedir. Vergilerle finansman konusunda dikkat edilmesi gereken bir diğer konu ise, doğrudan ve dolaylı vergilerin toplam vergiler içindeki payıdır. Bir ülkenin bütçesinde doğrudan vergilerin payı dolaylı vergilerin payından ne kadar fazla ise, sağlığın finansmanında ağırlıklı olarak vergilerin kullanılması o kadar adaletli hale gelir (Yıldırım, 2012b: 60). Dolayısıyla bütçesinde dolaylı vergilerin oranının yüksek olduğu ülkelerde bu modelin kullanılması, adaletsizliklere sebep olabilir.

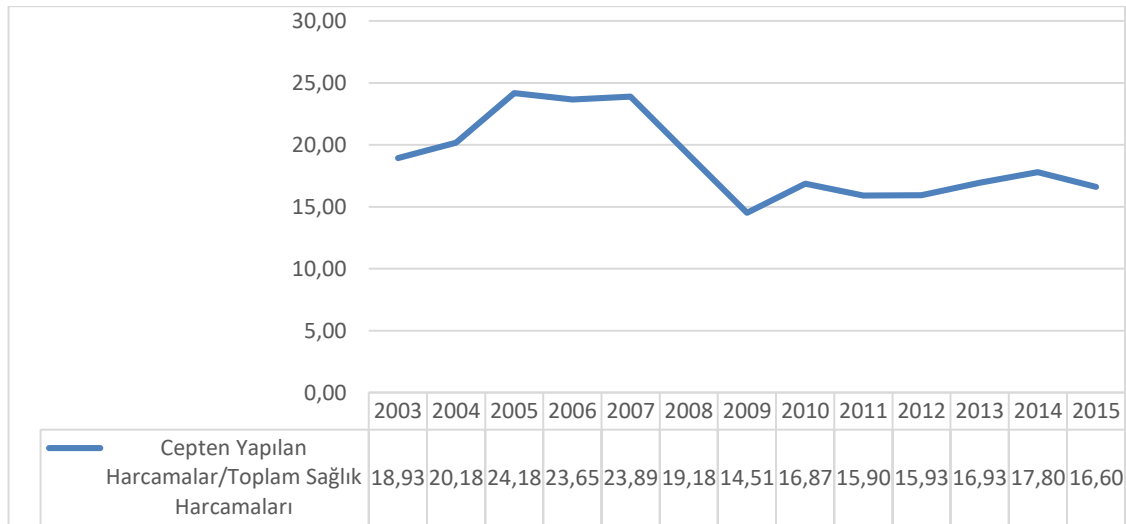
#### **1.3.4. Doğrudan Cepten Ödemeler**

Doğrudan cepten ödemeler, bireylerin sağlık hizmetleri kullanımı için doğrudan cepten ödeyerek yaptıkları tüm harcamalardır (İstanbuluoğlu vd., 2010: 90). Cepten ödemelerin yaygın olarak kullanılmasının en temel sebepleri, talep yönlü ahlaki tehlikeyi azaltmak ve maliyet kontrolü baskısından kurtularak finansmanda rahatlama sağlamaktır (Gottret ve Schieber, 2006: 298). Diğer taraftan cepten ödemelerin gerekli bazı sağlık hizmetlerinin kullanımını etkileyebileceği, bunun da özellikle yoksul kesimlere olumsuz tesirinin olabileceği yönünde görüşler de mevcuttur (Xu vd., 2005: 2; Justus ve McIntyre, 1997: 203; Lagarde ve Palmer, 2008: 839). Bununla birlikte, sağlık hizmetleri ihtiyacının ne zaman ortaya çıkacağı ve ne kadar maliyeti olacağı önceden bilinmemesi, yani sağlık hizmeti ihtiyacında belirsizliğin olması nedeniyle (Arrow, 1963: 941) modern sağlık sistemlerinde tek başına bir finansman yöntemi olarak kullanılamaz (Evans, 2002: 2).

Cepten ödemeler; doğrudan ödemeler, enformal ödemeler ve kullanıcı katkıları olmak üzere üç grupta toplanabilir. Doğrudan ödemeler, herhangi bir sağlık güvencesi programı tarafından karşılanmayan sağlık hizmetlerinde hizmet bedelinin tamamı için yapılan ödemelerdir (Yıldırım, Yıldırım ve Erdem, 2011: 74). Özel sağlık kurumlarına yapılan ödemeler, doğrudan ödemelere örnek gösterilebilir (Mossialos vd., 2002: 22). Enformal ödemeler, sağlık güvencesi kapsamında olan kişiler tarafından yasal olarak tanımlanan ödemenin dışında hizmet sunuculara (kişi veya kurum) yapılan ödemeler

(örneğin, bıçak parası olarak bilinen ödemeler) olarak tanımlanabilir (Özgen, 2007: 203; Yıldırım, Yıldırım ve Erdem, 2011: 74)<sup>6</sup>.

Grafik 4 incelendiğinde, Türkiye’de cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payının 2007-2009 arasında sert bir şekilde düştüğü görülmektedir. Bunun sebebi olarak 2008 küresel ekonomik krizi gösterilebilir. Bu dönemde hane halklarının harcanabilir gelirleri azaldığı için cepten yaptıkları sağlık harcamaları da azalmıştır. Bununla birlikte, sağlık harcamaları içinde en büyük payı oluşturan kamu harcamalarının 2007 yılında 527 ABD Doları iken, 2009 yılında 677 ABD Doları’na çıkması (OECD, 214a), cepten harcamalar/toplam harcamalar oranında paydayı artırdığı için ortaya çıkan oransal değer düşmesine sebep olmaktadır.



**Grafik 4. Yıllara Göre Türkiye’de Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları (Toplam Sağlık Harcamalarının Yüzdesi Olarak)**

**Kaynak:** OECD, 2016b; Sağlık Bakanlığı (2016); TÜİK (2016)

### 1.3.5. Tıbbi Tasarruf Hesapları

Sağlık hizmetlerinde son dönemlerde yoğun olarak tartışılan finansman yöntemlerinden biri Tıbbi Tasarruf Hesaplarıdır (TTH). İlk olarak Singapur tarafından 1980’li yılların başlarında uygulamaya konulan bu mekanizma; ABD, Çin, Malezya, Güney Afrika gibi bazı ülkelerde bölgesel veya pilot uygulama olarak hayata geçirilmeye çalışılmıştır. Bu yöntemde göre, bireysel olarak açılan hesaplara, bireylerden genç ve sağlıklı iken zorunlu

<sup>6</sup> Kullanıcı katkılarına, “Sağlıkta Mali Alan Yaratmanın Yöntemleri” başlığında değinilecektir.

olarak (ücretlerinin bir yüzdesi olarak) tasarruf yapmaları istenmekte ve bu hesapta biriken paralar o bireyin yatan hasta hizmetleri için harcanmaktadır (Presscott ve Nichols, 1997: 19; Dixon, 2002: 409; Hanvoravongchai, 2002: 6; Yıldırım, 2012b: 58). TTH'de biriken fonların sınırlı olması, bu hesapların sahiplerini gereksiz hizmet talebinden alıkoyacağından TTH'nin talep yönlü ahlaki tehlikeyi azaltabileceği düşünülebilir (Dixon, 2002: 410; Hsu, 2010: 5).

TTH, bireyler için ayrı ayrı tutulmakta ve sadece hesap sahibi birey için kullanılabilir (Yıldırım, 2012b: 58). Ayrıca birey, adına yatırdığı fonlardan bir kısmını harcamadan ölürse, kalan fonları miras olarak bırakabilmektedir (Dixon, 2002: 409). TTH'nin çeşitli uygulama şekilleri mevcuttur. Bu hesaplar, sigorta açısından tam koruma sağlayabileceği gibi yüksek maliyet gerektiren hastalıklar için TTH ile birlikte tamamlayıcı mahiyette yedek sigorta yaptırma da söz konusu olabilir (Hanvoravongchai, 2002: 7). İşsiz kalanların, geliri zaten düşük olanların ve kronik hastalığı olanların bu sistemde dezavantajlı duruma düşmesi, TTH'nin en belirgin olumsuz yönleri olarak sayılabilir. Bu yöntemin diğer olumsuz tarafları ise; maliyet kontrolüne izin vermemesi, tahsis ve teknik verimliliği sağlamaması ve gerekli hizmetlerin kullanılmasının engellenmesi olarak sayılabilir (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008: 146). Bununla birlikte TTH'de, sigortacılığın temel özelliklerinden olan risk havuzlaması<sup>7</sup> söz konusu değildir, bu yüzden sosyal dayanışma içermez (Hsu, 2010: 4).

Sağlık hizmetlerinin genel finansman mekanizmaları, bu şekilde ortaya konulduktan sonra izleyen bölümde; mali alan kavramı, sağlıkta mali alan yaratmanın gerekçeleri ve önemi ile sağlıkta mali alan yaratma yöntemleri ele alınmaktadır.

---

<sup>7</sup> Fon havuzlaması olarak da bilinen bu durum, sağlık gelirlerinin bir fonda toplanması ve finansal risklerin, söz konusu fona katkıda bulunan her bir bireye değil de fon kapsamındaki tüm bireylere dağıtılması durumunu ifade eder (Robinson, 2011: 40).

## 2. BÖLÜM: SAĞLIKTA MALİ ALAN YARATMA

### 2.1. MALİ ALAN YARATMA

Güncel politika tartışmalarında, anlamı konusunda tam bir netlik olmadan sıklıkla bahsi geçen *mali alan (fiscal space)* kavramının kuramsal boyutu, belirsizliğini korumaktadır (Heller, 2005: 2; Aguzzoni, 2011: 5; Vujicic, 2005: 7). Mali alan kavramı farklı yönleriyle ele alınmış ve anlamı bu yüzden biraz belirsiz kalmıştır (Morisse, 2013: 5). Şöyle ki, mali alan kavramının dar anlamdaki bazı yorumları bu kavramı makroekonomik istikrarın sağlanması için tasarlanmış bütçe kısıtlamaları ve harcama üst sınırları olarak ele almıştır (Morisse, 2013: 5; Roy vd., 2007: 24). Daha esnek bir yaklaşımı savunanlar ise terimi; yoksulluğu azaltmada, büyümeyi sağlamada ve Bin Yıl Kalkınma Hedeflerine<sup>8</sup> ulaşmada öneme sahip olan mal ve hizmetlere yapılan kamu harcamalarının artırılmasının desteklenmesi olarak görmüşlerdir (Williams ve Hay, 2005: 2; Roy vd., 2007: 24; Heller, 2006: 75). Bu açıdan bakıldığında, mali alan kavramında en önemli vurgu, *değeri yüksek kamu harcamaları için yeni kaynaklar* oluşturulması üzerinedir (Heller, 2005: 3; Atabey, 2013: 184). Diğer taraftan mali alan kavramı, literatürde *mali boşluk*<sup>9</sup> manasına gelecek biçimde de kullanılmıştır. Ancak bu çalışma mali alan kavramını, değeri yüksek kamu harcamaları için yeni kaynaklar oluşturulması yönüyle ele almaktadır.

Mali alan kavramının ilk olarak 2005 yılında tartışılmaya başlandığı düşünülse de, bu kavram sektörel kamusal harcamalar, yani kamu müdahaleleri ile ilgili olduğundan, söz konusu kavramla ilgili tartışmaları klasik iktisatçılara kadar götürmek mümkündür (Heller, 2005: 3; Karaca, 2012: 418; Roy vd., 2012: 3; Jackson vd., 2012: 9). Literatür incelendiğinde mali alan yaratma konusunun, daha çok eğitim ve sağlık alanında ön

<sup>8</sup> Bin Yıl Kalkınma Hedefleri, 2015 yılına kadar dünyadaki yoksulluğu yarı yarıya azaltmak için Birleşmiş Milletlere (BM) üye 191 üye ülke tarafından ortaya konan sekiz amaçtan oluşmaktadır. Bu amaçlar; aşırı yoksulluk ve açlığın yok edilmesi, evrensel temel eğitimin gerçekleştirilmesi, cinsiyet ayrımcılığının ortadan kaldırılması ve kadınların güçlendirilmesi, beş yaşın altındaki çocuklar için üçte iki oranında çocuk ölümlerinin azaltılması, anne sağlığının iyileştirilmesi, HIV ve AIDS, sıtma ve diğer hastalıklarla mücadele, çevresel sürdürülebilirliğin sağlanması ve kalkınma için küresel bir ortaklık geliştirilmesi olarak sıralanabilir (UNECE, 2006). Bin Yıl Kalkınma Hedefleri'nden sonra BM tarafından, sağlık dahil birçok alanda sürdürülebilirliği sağlamayı hedefleyen Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri, ortaya konmuştur (UN, 2015).

<sup>9</sup> Bir ülkenin mevcut borç seviyesi ve borçlanma sınırı arasındaki fark olarak tanımlanabilir (Ghosh vd., 2013: 22)

plana çıktığı görülmektedir. Mali alan yaratma kavramını, sağlık ve eğitim başta olmak üzere değeri yüksek kamu harcamaları için kaynak yaratılması yönüyle ilk olarak ele alan Heller tarafından yapılan tanıma göre mali alan; *bir ülkenin finansal durumunun sürdürülebilirliğine herhangi bir zarar vermeden belirli bir amaç için kaynak sağlamasıdır* (Heller, 2005: 3). Dolayısıyla, herhangi bir alanda yaratılacak mali alan, mali alan yaratılacak sektörde sürdürülebilirliğe katkı sağlayacağı gibi, diğer sektörlerdeki veya genel ekonomik boyuttaki sürdürülebilirliğe zarar vermemelidir. Bu açıdan bakıldığında sağlıkta yaratılacak mali alan, sağlık sisteminin sürdürülebilirliğine olumlu katkı sağlarken, makroekonomik sürdürülebilirliğe zarar vermemelidir. Bu yönüyle sağlıkta mali alan yaratma, hükümetlerin uzun vadeli borç ödeme güçlerini veya kalkınma hedeflerini gerçekleştirmek için gerekli olan diğer sektörlerdeki harcamalarını tehdit etmeden sağlık alanında yapılacak kamu harcamalarını artırma yeteneği anlamına gelmektedir (Tandon ve Cashin, 2010: 11).

Mali alan kavramına bakış, farklı ülkelerde farklı şekillerde olmaktadır. Çünkü mali alan yaratma kavramına ülkelerin bakış açıları gelişmişlik düzeylerine göre değişmektedir (Roy ve Heuty, 2009: 42; Heller, 2006: 79). Örneğin, düşük gelir grubuna dâhil olan ülkeler için mali alanla ilgili temel konu, bu tür ülkelerin nasıl mali alan yaratabilecekleri iken; gelişmiş ülkeler için temel husus, ekonomik büyüme, gelir politikası ve tasarruflar yoluyla elde edilen mali alanın rasyonel olarak nasıl dağıtılacağıdır (Schick, 2008: 4; Chetty vd., 2011: 432). Buna karşın geçiş ekonomileri ve gelişmekte olan ülkeler için temel sorun, mali alanın nasıl finanse edileceğidir (McCluskey, 2011: 124).

Mali alanın nasıl finanse edileceğini ve dağıtılacağını belirlemeden önce yapılması gereken, hangi harcamalar için mali alan yaratılacağına ortaya konmasıdır. Kamu maliyesi literatürü incelendiğinde, çıkar gruplarının kamu politikalarını ve bütçe harcamalarını etkileyebilme gücünü görmek mümkündür (Atabey, 2013: 179). Mali alanın hangi sektörde yaratılacağı, çıkar gruplarının hükümetleri etkileyebilme derecelerine bağlı olduğundan mali alan yaratılmak istenen sektörler dönemsel olarak değişebilmektedir.

## 2.2. SAĞLIKTA MALİ ALAN YARATMANIN GEREKÇELERİ VE ÖNEMİ

Sosyal harcamaların hayata geçirilmesi, ülkelerin kalkınmasında önemli bir rol oynamaktadır. Ülkelerde mali sürdürülebilirliğe zarar vermeden, artan sosyal harcamaların karşılanması için ilave fon kaynakları oluşturma amacı taşıyan mali alan kavramı, ülkeler için faydalı olabilecek politikalar sunmakta ve kaynak sıkıntısı içinde olan hükümetlere ilave gelir ortaya çıkarmak için yol göstermektedir (Heller, 2006: 75). Bu nedenle az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler, mali alan oluşumunu sağlayacak politikalar düzenleyerek potansiyel büyümelerinin önündeki en büyük engel olan kaynak yetersizliğini aşmaya çalışmaktadır (Tandon ve Cashin, 2010: 8; Karaca, 2012: 417).

Dünyadaki birçok ülke, sağlık sistemlerini finanse etmek için yeterli kaynak bulmada zorluklarla karşılaşmaktadır. Hastalık yükünün ve kaynak ihtiyacının en fazla olduğu düşük gelirli ülkelerde ise sorun daha şiddetli yaşanmaktadır. Bu ülkelerde, en temel sağlık hizmetlerini sağlamak için bile büyük bir finansal açık söz konusudur. Bu açığın kapatılması için kısa ve orta vadede sağlığa ayrılan finansal kaynakların, ülkenin makroekonomik temelleri ile uyumlu bir şekilde artırılması, yani sağlıkta mali alan yaratılması gerekmektedir (Jackson vd., 2012: 5-6).

Sağlık sektörü her geçen gün büyümektedir ve bu sebeple sektörün kaynak ihtiyacı artmaktadır. Bu durum finansmanda kullanılabilir yeni kaynaklara başvurma gereğini, yani sağlıkta mali alan yaratma gereğini ortaya çıkarmaktadır (Mutlu ve Işık, 2012: 275). Aşağıda, bir ülkenin sağlık sisteminde mali alan yaratmasına gerekçe teşkil edebilecek durumlar tartışılmaktadır.

### 2.2.1. Artan Sağlık Harcamaları

Sağlık sistemlerinde mali alan yaratmaya ihtiyaç duyulmasının en önemli sebebi olarak, kaynak seviyelerinin yeterlilik ve sürekliliğinin eksik olması (özellikle, düşük gelirli ülkelerde) gösterilebilir (Tandon ve Cashin, 2010: 8). Çünkü sağlık harcamaları, hızlı bir artış trendine girmiştir ve mevcut finansman kaynakları bu harcamaları karşılamada yetersiz kalmaktadır. Sağlık harcamaları genellikle hızlı bir şekilde artmaktadır ve bu

artış özellikle kamu sağlık harcamalarında görülmektedir. Bu artışlar, miktar bazında olduğu gibi sağlık harcaması/GSYİH oranlarında da görülmektedir. Eğer sağlık harcamalarının artış hızı bu şekilde devam ederse, 21. yüzyılın sonunda birçok ülke GSYİH'sini sadece kamu sağlık harcamalarına ayırmak zorunda kalacaktır (Zweifel vd., 2009: 1). Bu yüzden sağlıkta mali alan yaratmanın birçok ülke için zorunluluk teşkil edeceği düşünülmektedir.

### **2.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Pozitif Dışsallık Yayması**

Tüketiciler veya üreticiler tarafından ortaya çıkarılan ve diğer üretici ya da tüketicileri etkileyen, ancak bu etkilenme olumlu olduğunda (pozitif dışsallık) karşılığı ödenmeyen ya da olumsuz (negatif dışsallık) olduğunda ortaya çıkan zararın tazmin edilemediği durumlara dışsallık (ya da diğer adıyla yayılma etkisi) denmektedir (Carande-Kulis vd., 2007:228). Sağlık hizmetlerinin tüketimi sonucu ortaya çıkan yarardan, sadece tüketimde bulunan bireyler değil, tüm toplum fayda sağlar. Örneğin, bir kişinin herhangi bir bulaşıcı hastalığa karşı aşı olması kendisini koruyacağı gibi toplumdaki diğer bireyleri de korur, çünkü aşı olan birey hastalığa yakalanmayacağından toplumdaki diğer bireylere de bulaştırma ihtimali yoktur. Bununla birlikte aşı yoluyla bireylerin hastalanmalarının önlenmesi, gelecekteki potansiyel maliyet artışlarını da engeller. Görüldüğü gibi sağlık hizmetleri tüketimi, hem tüketene hem de tüm topluma fayda sağlar, yani sağlık hizmetleri tüketimi sonucu ortaya çıkan sosyal marjinal fayda, söz konusu hizmetleri bireysel olarak tüketen kişilerin elde ettiği marjinal faydadan fazladır. Bu durum, sağlık hizmetlerinin pozitif dışsallık yayması ile açıklanmaktadır (Morris vd., 2007: 129).

Sahip olduğu olumlu dışsallıklara rağmen, faydalarının yeterince doğru algılanamaması nedeniyle piyasaya bırakıldığında eksik üretilip tüketilen mal ve hizmetlere “erdemli mallar (merit goods)” adı verilir (Durmuş, 2006: 72) ve sağlık hizmetleri erdemli mallara en güzel örneklerdendir (Fiorito and Kollintzas, 2002:1368). Erdemli mallar, özel mallar niteliğinde olmakla birlikte, toplumsal refahın artmasını ve yaygınlaşmasını sağlayan mallardır (Yüksel, 2006: 12). Bu yüzden toplum tarafından talep edilmese dahi, kamu tarafından sunulması ya da en azından finanse edilmesi gerekmektedir. Bu açıdan bakıldığında, kamunun sağlık hizmetlerinin sunumu ve/veya finansmanında yer

alması gerekliliği kaynak ihtiyacını da beraberinde getirmektedir ve ülkelerin sağlık harcamalarının finansmanında kullandıkları finansal kaynaklar, söz konusu harcamaları karşılamada yeterli olmamaktadır. Bunun bir gereği olarak sağlıkta mali alanlar yaratılarak sağlık sistemlerine ek kaynaklar sağlanması gerekmektedir.

### **2.2.3. Sağlık Hizmetlerinin Kamusal Niteliği**

Bir mal veya hizmetin teknik olarak kamusalılığı, dışlanamazlık ve rakipsizlik kriterlerine göre belirlenir (Samuelson, 1954: 387). Bir ürünün sahibi, sahibi olduğu ürünü sadece karşılığını ödeyenlerin tüketmesine ve bundan fayda sağlamasına izin verebiliyor durumdaysa, bu dışlanabilirliktir, aksi takdirde dışlanamazlık söz konusudur (Stiglitz, 1999: 308; Ghosh ve Ghosh, 2014: 15). Rakipsizlik ise, ilgili mal veya hizmetin herkesin kullanımına açık olması, bir kişinin söz konusu mal veya hizmeti tüketmesinin diğerlerinin tüketim miktarını etkilememesidir (Adjaye, 2005: 67; McNutt, 1999: 928); dolayısıyla tüketiciler, birbirlerinin rakipleri değildirler. Tüketimlerinde dışlanamazlık ve rakipsizlik söz konusu olduğundan bireyler, kamusal özelliğine sahip mal ve hizmetleri tüketirken herhangi bir ücret ödemek zorunda değildirler. Bunun bir sonucu olarak da, bu tür mal ve hizmetlerin üreticileri yoktur. Bu durum söz konusu mal ve hizmetlerin üretiminin ya da finansmanının merkezi ve/veya yerel hükümetlerce yapılmasını zorunlu kılmaktadır (Musgrove, 1996: 11).

Sağlık hizmetlerinin kamusalılığına teknik açıdan bakıldığında, birçok sağlık hizmetinin tam kamu malı olma özelliği taşımadığı görülür. Çünkü sağlık hizmetlerinde tüketimde rakipsizlik söz konusu değildir. Örneğin, eğer bir kişiye koruyucu amaçlı aşı yapılırsa, diğer kişiler için geriye daha az aşı kalacaktır, yani tüketimde rakiplilik söz konusudur. Dolayısıyla, çoğu sağlık hizmeti tam kamu malı niteliği taşımaz. Kaldı ki birçok sağlık hizmetinde yararlanan finansmana katkıda bulunur, bu hizmetler fiyatlandırılabilir ve pazarlanabilir hizmetler olarak piyasa ekonomisi tarafından da üretilebilir. Bu durumun sağlık hizmetlerine yarı kamusal mal niteliği kazandırdığı söylenebilir (Altay, 2007: 35). Ancak, çevreye yönelik bazı koruyucu sağlık hizmetleri, tam kamusal mala örnek gösterilebilir. Örneğin, şehir su şebekesinin temizlenmesi durumunda, söz konusu şebekeden su alan bölgedeki herkes bu hizmetten faydalanır ve bu hizmetin tüketiminde kimse birbirinin rakibi değildir. Dolayısıyla, şehir su şebekesinden



insanlara bulaşabilecek hastalıkları engellemek için şehir su şebekesinin temizlenmesi ve bu şebekeden temiz su verilmesi tam kamu malıdır<sup>10</sup>.

Koruyucu sağlık hizmetleri başta olmak üzere sağlık hizmetleri, kamusal özellik taşıyan hizmetler sınıfında yer almaktadır ve bu tür hizmetler, çoğunlukla hükümetler tarafından sunulmaktadır (Mutlu ve Işık, 2012:49)<sup>11</sup>. Söz konusu hizmetleri üretip sunmak için finansal kaynağa ihtiyacı olan hükümetler, sağlıkta mali alan yaratma yollarına başvurmaktadır. Bununla birlikte, kamusal hizmet niteliği taşıyan sağlık hizmetlerinin üretiminin ve sunumunun bizzat kamu eli ile yapılması zorunluluk değildir. Ancak böyle bir durumda, kamunun finansmanda yer alması elzemdir. Bunun bir sonucu olarak da, sağlık hizmetlerinin finansmanında sıkıntı yaşayan ülkelerin sağlıkta mali alan yaratmaya çalışması kaçınılmazdır.

#### 2.2.4. Sağlık Hizmetleri Piyasasında Yaşanan Piyasa Başarısızlıkları

Üretimde kullanılan kaynakların, serbest şekilde işleyen bir piyasada etkin bir şekilde dağıtılamaması sonucu piyasa başarısızlıkları ortaya çıkar (Hurley, 2000: 59) ve bu durum kamusal müdahaleyi gerektirir. Herhangi bir piyasada kaynak dağıtım etkinliğinin kamusal müdahale olmadan sağlanabilmesi için (Yıldırım, 2012b: 22);

- ✓ Çok sayıda alıcı ve satıcının bulunması ve piyasaya giriş/çıkış engellerinin olmaması,
- ✓ Bilgi asimetrisinin olmaması,
- ✓ Dışsallıkların ve kamusal malların bulunmaması,
- ✓ Risk ve belirsizliğin olmaması gerekir.

Sahip olduğu özellikler dikkate alındığında, sağlık hizmetleri piyasası için yukarıdaki şartların tam tersinin geçerli olduğu görülmektedir, yani sağlık hizmetleri piyasası piyasa başarısızlıklarının yaşandığı bir piyasadır (Mutlu ve Işık, 2012: 343; Yıldırım, 2012b: 21). Hükümetlerin sağlık hizmetleri piyasasında yaşanan piyasa

<sup>10</sup> Sağlık hizmetlerinin kamusalılığı teknik açıdan incelenirse, tedavi edici sağlık hizmetlerinin yarı kamusal mala; koruyucu sağlık hizmetlerinin ise tam kamusal mala yakın olduğu söylenebilir (Musgrove, 1996: 11).

<sup>11</sup> Hükümetlerle birlikte birçok vakıf ve dernek de kamusal mal ve hizmetler sunumunda yer almaktadır

başarısızlıklarını dengeleme ve kaynak dağıtımında adaleti sağlama çabaları, sağlıkta mali alan yaratmanın gerekçelerindendir (Tandon vd., 2014: 10-11).

Sağlık hizmetleri piyasasına kamusal müdahalede bulunurken benimsenen yöntemlerden biri, sağlık hizmetlerinin ve/veya bu hizmetlerin finansmanının kamusal sunumudur<sup>12</sup> ve bunun için finansal kaynaklara ihtiyaç vardır. Birçok ülke, sağlık hizmetlerini finanse etmede zorluklarla karşılaşmaktadır ki bu durum, sağlıkta mali alan yaratmayı bu ülkeler için zorunlu kılmaktadır.

### 2.2.5. Gelir Dağılımı Adaletsizliği ve Bölgesel Hakkaniyetsizlikler

Tüm toplumlarda güç ve prestijle birlikte ekonomik ve sosyal kaynakların adil olmayan bir şekilde dağıtıldığı sosyal ve bölgesel hiyerarşiler oluşur (Marmot, 2007: 1154). Bu tür sosyal ve bölgesel hakkaniyetsizlikler<sup>13</sup> kamusal müdahaleye zemin hazırlar. Bu durum sağlık sistemleri için de geçerlidir (Yalçın ve Çakmak, 2016: 706). Sağlıkta bireyler ve coğrafi bölgeler arası hakkaniyetsizlikler ile bunların giderilmesi çabaları, hükümetlerin sağlık sistemlerine müdahale etmelerinin temel gerekçelerindendir (Kurtulmuş, 1998: 15; Atabey ve Meriç, 2016: 115). Buna karşın, gelir dağılımı adaletsizliği ve bölgesel hakkaniyetsizliklerin, sağlık dahil herhangi bir sektörde kamusal müdahaleye zemin hazırlamayacağı; aksine etkinlik sorunları ortaya çıkaracağı yönünde, piyasa ekonomisi temelli görüşler de mevcuttur (Friedman, 2008: 268-269). Bu görüşlerin temel dayanağı, etkinlik ve adalet arasındaki ters yönlü (trade off) ilişkidir. Ancak, gelir dağılımında veya bölgeler arasında hakkaniyetsizlikler ortaya çıktığında kamusal müdahalede bulunmanın hem toplumsal refah açısından hem de ahlaken gerekli olduğu yönünde de görüşlerin bulunduğu aşikârdır (Karayılmazlar ve Güran, 2005: 145-147).

Adil olmayan gelir dağılımı ve bölgesel hakkaniyetsizlikler, fertler açısından sağlık hizmetlerine erişimde büyük adaletsizliklere sebep olmaktadır. Bu yüzden, düşük gelirli kesimlere ve geri kalmış bölgelere sağlık hizmeti sunulmasında kamuya önemli görevler

<sup>12</sup> Sağlık hizmetleri piyasasına kamusal müdahalede bulunurken benimsenen diğer yöntemler; bilgilendirme, düzenleme yapma ve zorunlu tutmadır (Musgrove, 1996:6-7).

<sup>13</sup> Bu konuda literatürde kullanılan terim *eşitsizlik* olmakla birlikte; eşitlik ile hakkaniyet/adalet farklı anlamlar taşıdığından bu çalışmada, *hakkaniyetsizlik/adaletsizlik terimleri* kullanılmıştır.

düşmektedir (Kurtulmuş, 1998: 56). Kamunun bu görevi tam olarak yerine getirebilmesi için sağlık finansmanında kullanılabileceği kaynakların yeterli olması gerekir, ancak dünyadaki birçok ülke için sağlık finansmanında kullanılacak kaynak seviyeleri yetersizdir. Bu sebeple hükümetler, sağlık harcamaları için ek kaynaklar oluşturmaya yönelmektedirler.

### **2.2.6. Sağlık Statüsünün İktisadi Kalkınma ve Sosyal Refah Üzerinde Etkisinin Olması**

Sağlığın iktisadi ve sosyal hayat üzerindeki etkileri de sağlıkta mali alan yaratmanın gerekçeleri arasındadır. Zira, iyi sağlığın ekonomik kalkınma ve sosyal hayat üzerinde doğrudan olumlu etkileri bulunmaktadır (Anand ve Ravallion, 1993: 133; Strauss ve Thomas, 1998: 813). Sağlık statüsü efektif iş gücünü doğrudan etkilediğinden, sağlık düzeyleri yüksek olan çalışanlar fiziksel ve mental olarak daha enerjik ve güçlüdürler ki dolayısıyla daha üretkendirler (Thomson vd., 2009b: 15). Örneğin, Endonezya’da anemi olan erkeklerin anemi olmayanlara kıyasla %20 daha az üretken oldukları ortaya konulmuştur. Anemisi olan erkekler tedavi edildiklerinde üretkenlik seviyelerinin anemi olmayanlara yaklaştığı görülmüştür (WHO, 2002: 8). Benzer çalışmaları Türkiye’de de görmek mümkündür. Örneğin; Taban (2006), 1968-2003 dönemini kapsayacak şekilde yaptığı nedensellik testinde, sağlık göstergeleri ile ekonomik büyüme arasında çift yönlü bir ilişki<sup>14</sup> tespit etmiştir. Aynı şekilde Aydemir ve Baylan da (2015), 1998-2012 dönemi için koentegrasyon testi ve Granger nedensellik sınamalarını kullanarak yaptıkları çalışmalarında, Türkiye’de yapılan sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasında çift yönlü nedensellik ilişkisi bulmuşlardır. Benzer bulguları Yalçın ve Çakmak’ın (2016) çalışmalarında da görmek mümkündür. Yalçın ve Çakmak (2016) yaptıkları çalışmada, Türkiye’nin 1991-2013 yıllarına ait kamu sağlık harcaması/GSYİH oranları ile Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı tarafından geliştirilen İnsani Gelişim İndeksi’ndeki değerleri arasında istatistiki açıdan anlamlı pozitif yönlü bir ilişki bulmuşlardır. Görüldüğü gibi, sağlığın ekonomik büyüme

<sup>14</sup> Sağlık ile ekonomik kalkınma arasındaki ilişki tek yönlü olarak ele alınmamalıdır, çünkü sağlığın ekonomik kalkınma üzerinde olumlu etkileri varken, ekonomik olarak kalkınmanın da sağlık statüsü üzerinde olumlu etkileri vardır. Buradan, sağlık ile iktisadi kalkınma arasında çift yönlü bir pozitif ilişki olduğu düşünülebilir (Yalçın ve Çakmak, 2016: 709)

üzerinde olumlu etkisi vardır (Özer, Yıldırım ve Yıldırım, 2015: 12) ve yapılan birçok çalışmada, sağlığın ekonomik büyüme üzerinde istatistiki açıdan önemli bir etkisinin olduğu ortaya konulmuştur (Bloom vd., 2001:20).

Sağlık hizmetlerinin kalkınma üzerindeki etkisi, sadece çalışabilir durumda olanların üretkenliklerini artırmada değil, bağımlı kişilerin sayısının azaltılarak toplumda iktisadi ve sosyal yönden ilerlemelerin sağlanmasında da görülmektedir. Sağlık hizmetleri yoluyla toplumsal sağlığın geliştirilmesi, özellikle hastalıklardan kaynaklanan malulen erken emeklilik oranlarını ve ekonomik olarak bağımlı grupları azaltarak sosyo-ekonomik yönden toplumsal refahı artırır (WHO, 1999: 11).

Sağlık hizmetlerinin toplum nezdindeki etkileri sadece iktisadi hayatla ilgili değildir, aynı zamanda sosyal hayatla da ilgilidir (Alpugan, 1984: 133; Ünal, 2013: 87). Sağlık hizmetlerinin aile hayatı ve toplumsal hayat üzerindeki etkileri, ekonomi üzerindeki etkilerinde olduğu gibi çoğunlukla dışsallıklarla ilgilidir. Hasta olan bir kişinin ailesel ve toplumsal rollerini, sosyal anlamda doğru bir şekilde yerine getirmesi zordur. Örneğin; sağlığı bozuk olan bir ebeveynin iş yerindeki üretkenliği düşük olacağı gibi ailesinde ve içinde bulunduğu toplumda kendisine yüklenen rolleri yerine getirmesi de zor olacaktır. Sağlıklı bireyler, hasta olanlara kıyasla sosyal anlamda daha aktiflerdir, toplumun bir üyesi olarak sosyal rollerini daha iyi yerine getirebilirler ve bundan hem kendileri hem de toplumun diğer üyeleri fayda sağlar (Olsen, 2009: 10). Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin sadece ekonomik hayat üzerinde değil, toplumsal hayat üzerinde de ciddi etkileri mevcuttur. Bu yüzden sağlık hizmetlerine yapılan harcamalar, salt bir gider olarak görülmemekte, beşeri sermaye yatırımı olarak da değerlendirilmektedir (Mushkin, 1962: 129; Grossman, 1972: 223).

### **2.2.7. İktisadi Krizlerin Toplumun Sağlık Statüsü Üzerindeki Etkilerini Azaltma**

Sağlıkta mali alan yaratma gerekliliği, bazı dönemlerde daha fazla gündeme gelmektedir. Ekonomik krizler, bu dönemlere örnek gösterilebilir. Ülkelerin var olan yapısal sorunları ile ekonomik krizlerin ortaya çıkardığı aksaklıklar, mali alan daralması ortaya çıkararak ya da var olan daralmayı daha da derinleştirerek ülkelerin bağımsız

politika yapma olanaklarını riskli hale getirmektedir. Bu noktada mali alan kavramının tartışılması önem arz etmektedir (Çaşkurlu, 2011: 23).

Yaşanan bir ekonomik krizde kamu harcamalarının GSYİH'ye oranının iki sebepten ötürü arttığı söylenebilir. Birincisi işsizlik ya da konut yardımları gibi sosyal desteklere olan artan ihtiyacı gidermek için kamu harcamalarının artması, ikincisi ise GSYİH'nin düşmesi dolayısıyla söz konusu harcama/GSYİH oranının artmasıdır (OECD, 2012: 1). Bu oransal artışa rağmen, ekonomik kriz zamanlarında özellikle az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sağlık ve eğitime yapılan kamu harcamalarının (sosyal harcamalar) miktar bazında azaltılma yoluna gidildiği görülmektedir (Lewis ve Verhoeven, 2010: 2-3). Örneğin, 2000'li yılların başlarında, gelişmekte olan ülkelerdeki sosyal harcamalar ortalama %4 ile %10 arasında artarken, bu oranların 2009 yılında %2'nin altına düştüğü tahmin edilmektedir (Brumby ve Verhoeven, 2010: 195-196).

Ekonomik krizler, ülkelerin sağlık statülerini temel olarak iki yönden etkilemektedir. Bunlardan birincisi, krize bağlı olarak işsizliğin ve enflasyonun artması sebebiyle hane halkı gelirlerinin azalması ve bunun sonucunda hanelerin sağlık harcamalarının azalması ve beslenme sorunlarının ortaya çıkmasıdır. İkincisi ise, krize bağlı olarak üretimin ve tüketimin azalmasına müteakip, kamunun vergi gelirlerinin azalması sonucu sağlığa yapılan kamu harcamalarının azalmasıdır ki bu durum, kriz dönemlerinde kamusal mal niteliği taşıyan harcamalarda kullanılmak üzere yeni kaynaklar yaratılmasını önemli hale getirmektedir (Hopkins, 2006). Kısacası, gelir ve sağlık harcamaları arasında sıkı bir ilişki olduğundan (Parkin vd., 1987: 109; Di Matteo ve Di Matteo, 1998: 211; Anderson vd., 2006: 820) ve gelirin azaldığı kriz dönemlerinde toplumun sağlık statüsünde herhangi bir gerilemeye izin vermemek için hükümetler, bu dönemlerde sağlıkta mali alan yaratma yöntemlerine başvurmayı deneyebilirler. Bununla birlikte, zaten kıt olan kamusal sağlık finansman kaynaklarının kriz dönemlerinde daha da daralması, bu dönemlerde sağlıkta mali alan yaratma çalışmalarının önemini artırmaktadır.

### 2.2.8. Finansal Sürdürülebilirliğe Katkı Sağlama

Sağlıkta mali alan yaratmanın diğer önemli bir gerekçesi olarak finansal sürdürülebilirliğe katkı sağlama olarak belirtilebilir. Uzun bir dönem boyunca ya da süresiz olarak refahı sürdürmek olarak tanımlanabilen sürdürülebilirlik kavramına (Kuhlman ve Farrington, 2010: 3441), kâr amacı güden ve gütmeyen kurumların bakış açıları farklıdır. Bu farklılık, iş ve gelir yapısı ile kurumun amacının kapsayıcılığına bağlı olarak özellikle finansal sürdürülebilirlik alanında görülmektedir (Sontag-Padilla, 2012: 2). Çünkü kâr amacı güden kurumlar için nihai stratejik hedef, hissedarlarının servetlerini artırarak pazar paylarını ve kârlılıklarını yukarıya çıkarmak iken, kâr amacı gütmeyen kurumlarda tam tersi, finansal çıktılar sosyal misyonlarını gerçekleştirmek için kullanılan bir araçtır (Hackler ve Saxton, 2007: 477). Sağlık piyasası ve sosyal güvenlik sistemi devletler için kâr amacı güdülen bir sektör olmamakla birlikte sağlık sektöründe finansal sürdürülebilirlik, hizmet sunum devamlılığı ve kalitesi açısından önem arz etmektedir.

Sürdürülebilirlik kavramı, sadece finansal açıdan kullanılan bir kavram olmamakla birlikte, sürdürülebilirlik konusunda akla ilk gelen konu finansal sürdürülebilirliktir. Hükümetler açısından finansal sürdürülebilirlik, kamu maliyesini güvenilir ve faydalanabilir bir şekilde uzun bir dönem boyunca devam ettirme yeteneği olarak tanımlanabilir. Uyguladıkları politikaları ve yaptıkları harcamaları, gelecek nesilleri büyük bir değişim veya borç yükü altına sokmadan gerçekleştirebilen hükümetlerin finansal sürdürülebilirliği sağladıkları düşünülebilir (OECD, 2015: 25).

Sağlığın finansmanında sürdürülebilirlik kavramı, artan nüfus karşısında sağlık hizmetlerinin sürekli ve gelişmiş bir şekilde sunulmasını mümkün kılmak için yeteri miktarda güvenilir kaynak yaratmak olarak tanımlanabilir. Literatürde konu ile ilgili benzer tanımlara rastlamak mümkündür. Örneğin, sağlığın finansmanında sürdürülebilirlik kavramına, belirli bir dönem boyunca sağlık sisteminin minimum harici giriş ile işlevini etkili bir şekilde sürdürme kapasitesi olarak yaklaşan görüşler mevcuttur (Leighton, 1995: 2; Lafond, 1995: 12). Bu açıdan bakıldığında, sürdürülebilirliğin gerçekleştirilebilmesi için; güvenilir ve yeterli kaynaklara, kaynakların etkili ve verimli bir şekilde kullanılmasına ve bu işlevlerin devamlı ve

minimum dış girdi ile yapılmasına ihtiyaç vardır (Gilson, 1997: 274). Hükümetlerin sağlık sektöründe karşılaştıkları en büyük zorluk, bir yandan sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliğini sağlarken diğer taraftan toplumun sağlık statüsünü yükseltmeyi ve toplumu hastalıkların finansal yüküne karşı korumayı başarmaktır (Bredenkamp ve Gragnolati, 2007: 3). Kaynakların sınırlı olması, sürekli artan harcamalar gibi sebeplerden sağlıkta sürdürülebilirlik tartışmalarının merkezinde finansal sürdürülebilirlik yer almaktadır (Özer, Yıldırım ve Yıldırım, 2015: 2; Thomson vd., 2009b: 1). Sürdürülebilir bir sağlık sistemi için ülkelerin; yeterli finansal kaynağa sahip olması (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008: 153), varolan finansman kaynaklarını geliştirmesi (yani mali alan yaratılması) ve sağlık sistemlerini verimli bir şekilde yönetmesi gerekir (Sağlık Bakanlığı, 2012: 124). Zira sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği, çoğunlukla yeteri kadar kaynak yaratma yeteneğine bağlıdır ve kaynakların kıt olması, hükümetlerin sağlık sektöründe kullanılmak üzere yeni kaynaklar yaratmalarını zorunlu kılmaktadır (Bredenkamp ve Gragnolati, 2007: 30).

Sağlıkta mali alan yaratma kavramından geçici süreli veya kısa vadeli kaynak yaratma çalışmaları anlaşılmalıdır. Sağlıkta gerçek anlamda yaratılacak mali alanın sürdürülebilirliği sağlanması gerekir (Handley, 2009: 10). Zira mali alan yaratma çalışmaları, sağlık için ayrılan kaynakların sürdürülebilir bir şekilde nasıl genişletilebileceği konusunda yapılan çerçeve çalışmalarıdır (Jackson vd., 2012: 1). Buna rağmen sağlık hizmetleri ihtiyacının çoğunlukla; acil, ertelenemez ve ikamesi olmayan ihtiyaçlar kategorisinde olması, bu alanda mali alan yaratmak için senyoraj, hibe ve yardımlar gibi sürdürülebilir olmayan bazı yöntemlerin de kullanılmasına zemin hazırlamaktadır (Heller, 2005: 3).

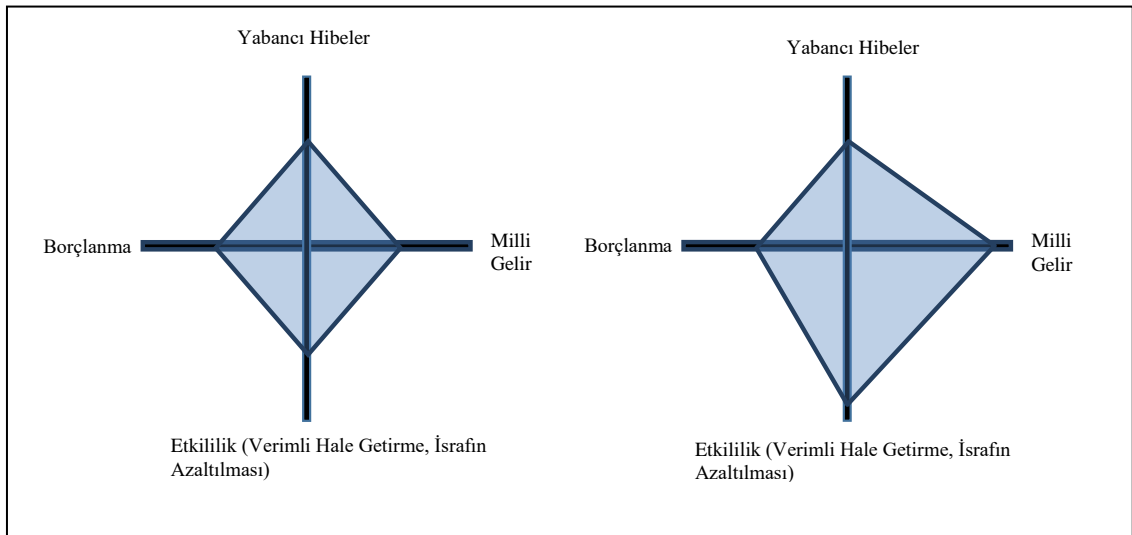
Sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmak ve vatandaşları sağlık harcamalarının yaratacağı finansal risklerden korumak için sağlıkta kamu harcamaları gerekli ve önemli bir kaynaktır (Durairaj ve Evans, 2010: 1). Ancak, özellikle düşük gelir grubuna sahip ülkeler sağlığa kaynak aktarma konusunda zorluklarla karşılaşmaktadırlar (Palmer vd., 2004: 1365). Temel sağlık harcamalarını karşılamada zorlanan bu ülkelerin sağlıkta sürdürülebilir kaynaklar ortaya koymaları, sağlık sistemlerinde yaratacakları mali alanlara bağlıdır (Tandon ve Cashin, 2010: 8). Aslında içinde bulunduğumuz yüzyılda başta sağlık olmak üzere toplumsal değeri yüksek mallar için mali alan yaratma seçim

olmaktan çıkıp zorunluluk haline gelmiştir; çünkü demografik yapının değişmesi ve nüfusun yaşlanması sonucunda sosyal güvenlik dengelerinin olumsuz yönde etkilenmesi, sosyal devlet anlayışı çerçevesinde sunulan hizmetlerin artması, sağlık tüketicilerinin beklentilerinin artması ve bu bölümde bahsi geçen diğer birçok sebep bunu zorunlu hale getirmiştir (Kaya, 2009: 17; Aktan vd., 2010: 49).

Sağlık sistemlerinde mali alan yaratmaya gerekçe olan hususlar, bu şekilde tartışıldıktan sonra ilerleyen bölümde sağlıkta mali alan yaratırken kullanılacak mekanizmalara değinilmektedir.

### 2.3. SAĞLIKTA MALİ ALAN YARATMA YÖNTEMLERİ

Daha önce de belirtildiği gibi mali alan oluşturmadaki genel amaç, bazı gerekli kamu harcamaları için ek kaynaklar ortaya çıkarmaktır (Heller, 2005: 3). Okwero ve diğerleri (2010), mali alanın kaynağını dört boyutta (yabancı hibeler, milli gelir, etkililik-verimli hale getirme, israfın azaltılması- ve borçlanma) incelemişler ve Şekil 1’de sunulduğu gibi, *mali alan elması*ni oluşturmuşlardır.



**Şekil 1. Mali Alanın Mali Alan Elması İle Gösterimi**

**Kaynak:** Okwero vd., 2010

Şekil 1’de görülebileceği gibi, elmasın eksenleri bütçesel gelirleri, elmas alanı ise toplam kullanılabilir mali alanı göstermektedir. Şeklin sağ tarafındaki elmas daha büyük olduğu için daha büyük bir mali alana işaret etmektedir. Söz konusu büyüklük,



milli gelirdeki artış ve kaynak kullanımında etkililiğin artırılması yoluyla elde edilmiştir (Okwedo vd., 2010: 49).

Yukarıda bahsi geçen dört temel mali alan yaratma yöntemine ek olarak; vergisel düzenlemeler, harcama önceliklendirme, kamu-özel ortaklıkları oluşturma, özelleştirme ya da merkez bankalarının para basması (senyoraj) yöntemleriyle de mali alanlar yaratılabilir (Heller, 2005: 3; Sharma, 2015: 2). Görüldüğü gibi mali alan yaratmanın çok çeşitli yöntemleri mevcut olup (Hagen-Zanker ve Tavakoli, 2011: 19) ülkeler kendi ekonomik yapılarına ve diğer özelliklerine göre uygun olan yöntemleri seçebilirler (Ortiz vd., 2015: 3). Seçilecek mali alan yaratma yöntemi, ülkeden ülkeye değişebileceği gibi sektörden sektöre de değişebilir. Örneğin, birçok ülkede kamu sağlık harcamaları finansmanının ayrılmaz bir parçası olarak görülen kullanıcı katkıları, sağlık sektörü özelinde mali alan yaratmanın bir yolu olarak görülmektedir (Durairaj ve Evans, 2010: 6).

Mali alan yaratmanın çok çeşitli yolları olmakla birlikte, aynı anda birden fazla yolu kullanmak, bazı durumlarda mümkün olmayabilir (Jackson vd., 2012: 2). Örneğin, yabancı ülkelere sağlığa kullanılmak üzere hibe alan bir ülkenin milli gelirinin artması dış yardımların kesilmesine neden olabilir. Eğer gelir artışından sağlığa ayrılan pay, söz konusu yabancı hibelerden daha az ise, ortaya çıkan durum eskisine göre daha olumsuz olacak, yani toplamda *mali alan daralması* yaşanacaktır (Vujicic, 2005: 12; Tandon ve Cashin, 2010: 15). Aşağıda mali alan yaratma yöntemleri ele alınmaktadır.

### **2.3.1. Vergi Düzenlemeleri**

Vergi, en geniş anlamıyla, kamusal mali ihtiyaçların karşılanması veya kamu ekonomisine ait diğer gayelerin, özellikle iktisadi ve sosyal amaçların gerçekleştirilmesi için zorunlu olarak ve özel bir karşılık gözetmeksizin kamu tüzel kişilerince diğer ekonomik birimlere yüklenen ve kamu harcamalarının en temel kaynağını oluşturan ödemelerdir (Turhan, 1998: 21; Gencel ve Kuru, 2012: 29). Hükümetlerin yaptığı kamu harcamaları ve elde ettikleri vergi gelirleri birbirleri ile bağlantılıdır (Sobhee, 2004: 116; Hasan ve Lincoln, 1997: 239). Dolayısıyla kamu tarafından yapılan sağlık harcamaları da vergi gelirleri ile bağlantılıdır.

Bir ülkede vergi gelirlerini artırarak mali alan yaratmaya çalışırken dikkat edilmesi gereken önemli bir nokta, o ülkenin vergi yüküdür. Üretimin yüzde kaçının zorunlu karşılıksız ödeme olarak<sup>15</sup> devlete verildiğini gösteren ve toplanan vergi/GSYİH oranıyla hesaplanan vergi yükü (Kiss vd., 2009: 6; Tekbaş ve Dökmen, 2007: 197), ülkeden ülkeye farklılıklar göstermektedir. Vergi yükünün düşük olduğu ülkelerde yeni vergiler koymak, GSYİH'ye de bağlı olarak mali alan yaratmada kullanılabilir. Ancak, vergi yükünün zaten yüksek olduğu bir ülkede, mali alan yaratmak adına vergilerde artışa gitmek zorluklar yaratabilir (Heller, 2006: 75).

Kamu harcamalarında finansman sorunu yaşayan bir ülkede etkili vergi toplama yöntemleri benimseyip, vergi gelirlerinde artışlar sağlayarak da mali alan yaratmak mümkündür (Heller, 2006: 75; Marcel, 2012: 2). Örneğin, Türkiye gibi gelişmekte olan birçok ülkede kayıt dışı ekonomi, ekonomik anlamda temel sorunlardandır. Kayıt dışı ekonominin kayıt altına alınması sonucu elde edilecek vergi gelirleri ile, eğitim ve sağlık dahil olmak üzere istenilen her alanda mali alan yaratılabilir.

Genel vergi artışlarının yanı sıra, sadece belirli bir amaç için kullanılmak üzere yeni vergiler getirilmesi (yani amaçlı vergileme) veya belirli bir verginin sabit bir kısmının sadece ihtiyaç duyulan alanda kullanılması da mali alan yaratma olarak değerlendirilebilir (Belay ve Tandon, 2011: 21; Schieber vd., 2012: 132). Örneğin sigaraya<sup>16</sup>, sadece sağlık harcamalarında kullanılmak üzere özel bir vergi getirilmesi bu duruma örnek olarak gösterilebilir (Regondi ve Whiteside, 2012: 19; Moser ve Serrat, 2014: 1; Sharma, 2015: 7). Sigara sadece kullanıcı değil, yaydığı negatif dışsallık sebebiyle içilen bölgedeki insanları da etkilemektedir. Sigara kullanılan alanda bulunan pasif içici durumundakilerin, negatif dışsallık sebebiyle karşılaştıkları zararın tazmin edilmesi gerekebilir. Sigaraya, sadece sağlık harcamalarında kullanılmak üzere konulacak bir vergi, sigara kullananların yaydıkları negatif dışsallığı, bir miktar içselleştirmelerini sağlar (Olsen, 2009: 100; Uğur ve Kömürcüler, 2015: 343). Diğer taraftan, böyle bir uygulama sağlık hizmetlerinin finansmanında adalete de hizmet edebilir. Şöyle ki, sigara kullanan kişilerin bazı hastalıklara yakalanma riski

<sup>15</sup> Vergi, devlete yapılan ve ödeyenin doğrudan fayda sağlayamadığı bir zorunlu ödemedir (Atrostic ve Nunns, 1991: 344)

<sup>16</sup> Örneğin Guatemala ve Cibuti, sigaradan elde ettiği tüm vergiyi; Moğolistan, Tayland ve Katar ise sigaradan elde ettiği verginin %2'sini sağlık sektörüne tahsis etmektedir (Stenberg vd., 2010: 14).

kullanmayanlara kıyasla daha yüksek olduğundan, bu kişilerin sağlık hizmeti talepleri potansiyel olarak daha fazladır. Sağlık hizmeti tüketim potansiyeli daha yüksek olan bu kişilerin, sağlık finansmanına daha çok katkıda bulunmalarını sağlamak, finansmanda adalete hizmet edebilir. Sigaraya özel sağlık vergileri getirilmesi, sağlık harcamalarında kullanılmak üzere kayda değer bir artış sağlamasa dahi, sigara tüketimini düşürerek sigara tüketimine bağlı ölümleri azaltmaya yardımcı olabilir (Rokx vd., 2009: 130; Robinson, 2011: 44; Mutlu ve Işık, 2012: 241). Bununla birlikte; sigara ve alkolün bağımlılık yaratma özelliklerine bağlı olarak talep esnekliklerinin katı olması (Ünal, 2013: 45), bu ürünlere konacak özel vergilerin tüketim seviyelerinin azaltılmasında etkili olmayacağı yönünde görüşler de mevcuttur (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008: 139). Ancak tüketimi azaltmaya yardımcı olmasa bile, vergi gelirlerinde artış sağlayacağından bu tür özel vergilerin, sağlıkta yaratılacak mali alana olumlu katkısı olabilecektir.

Belirli bir amaca tahsis etmek için vergi gelirlerinin seferber edilmesi, mali alanı genişletmede önemli bir araç olarak görülebilir, fakat bu tür tahsislerin bazı olumsuzlukları da beraberinde getirebileceği unutulmamalıdır (Heller, 2006: 75). Şöyle ki; bu tür tahsisler, eğitim ve sağlık gibi önemli kullanım alanlarından saparak ülkenin gelişimi için daha az öneme sahip alanlarda kullanılabilir ve sonuç olarak mali alanın yaratılmak istendiği sektördeki harcamaları önemli derecede azaltarak dışlama etkisine sebep olabilir (Heller, 2006: 75). Bununla birlikte, eğitim ve sağlık alanında mali alan yaratılırken diğer bazı önemli sektörlerdeki harcamaların azaltılmaması gerekir, zira mali alan yaratmada dikkat edilmesi gereken önemli hususlardan biri, diğer sektörlerle zarar vermemektir (Belay ve Tandon, 2011: 13).

Bir sektörde mali alan yaratmak için, özel ve genel bazı vergi artışları kullanılabilir gibi ilgili sektörde vergi azalışları da kullanılabilir. Bir sektörde vergi azalışları sağlayarak o sektörde özel kesimin kullanabileceği fon kaynaklarını zımni olarak artırmak *vergi harcaması* olarak adlandırılmaktadır. Vergi harcamaları, devlet tarafından gerçekleştirilen önemli sübvansiyonlardandır (Stiglitz, 1988: 38). Sağlık sisteminde kullanılan girdilerin fiyatlarının yüksekliği, özel kesimi bu sektöre girmekten alıkoyabilir. Vergi harcamaları yoluyla özel kesimin sağlık alanına yönlendirilmesi, sağlık sisteminde mali alan yaratmaya yardımcı olabilir. Bununla birlikte, bazı özel ve cepten sağlık harcamalarının vergiden düşülmesi uygulaması da, başta işverenler olmak

üzere toplumun birçok kesiminin yapacağı sağlık harcamalarının potansiyel yükünü hafifletecek bir vergi harcaması görülebilir. Bu tür vergi harcamaları, sağlık harcamalarını özendiren adımlardır (Stiglitz, 1988: 347-348); yani sağlıkta mali alan yaratmaya katkı sağlar.

### 2.3.2. Harcamalarda Önceliklendirme

Mevcut bütçelerde sektör bazında özel kaynak tahsisleri yapmak, sosyal harcamaları artırma konusunda akla ilk gelen yollardandır (Ortiz vd., 2011: 5). Üretken olmayan harcamaları azaltarak elde edilecek kaynakların değeri yüksek kamu harcamalarına (sağlık ve eğitim gibi) ayrılmasının sağlanması, özellikle GSYİH'sine oranla yüksek kamu harcamaları olan ülkeler için gereklidir (Heller, 2006: 75). Diğer taraftan, harcamalarda önceliklendirmeye gitmenin, özellikle sağlık alanında uluslararası yardıma en çok ihtiyaç duyan ülkelerde ek finansal kaynak yaratacağının pek mümkün olmadığı yönünde yaklaşımlar da mevcuttur (Ooms ve Damme, 2008: 893). Bu tür ülkelerde, milli gelir seviyeleri zaten düşük olduğundan ilgili ülkelerin bütçelerinde öncelik ayırımına gidilse dahi, yeterli kaynak sağlanamamaktadır.

Hükümetler, düşük öncelikli harcamalara bütçelerinde daha az kaynak aktararak sağlıkta mali alan yaratabilirler ancak bu yol bazen zor olabilmektedir. Şöyle ki, iktisadi bakış açısına göre kamu harcamaları sonucu ortaya çıkan marjinal sosyal fayda, marjinal sosyal maliyete eşit olmalıdır (Conkling, 2004: 150). Bu yüzden teorik olarak harcamalar, üretken olmayan kullanımlardan çok daha üretken olan kullanımlara tahsis edilmelidir (Gottret ve Schieber, 2006: 220). Ancak bu durum, uygulamada nadiren işe yarar. Çünkü piyasa ekonomisinin hakim olduğu, ekonomide merkezi planlamanın düşük olduğu ülkelerde hükümetlerin optimize etme gibi bir işlevi söz konusu değildir, buna bağlı olarak da üretken olmayan harcama ayırımına gitmek zordur (Gottret ve Schieber, 2006: 220). Bununla birlikte, bütçede öncelik ayırımına gitmek, bazı alanlarda kesintilere gitmek anlamına gelir ki, bunun siyasi geri dönüşleri olumsuz şekilde olabilir (Gottret ve Schieber, 2006: 220)<sup>17</sup>.

<sup>17</sup> Çoğunlukla bu sebepten, yani politikacıların oy; bürokratların ise gelir ve yetki kazanma istekleri dolayısıyla kamu harcamalarında optimal seviye göz ardı edilmektedir (Kayıran, 2013: 173).

Değeri yüksek kamu harcamalarına öncelik verilmesi konusunda, literatürde tartışılan önemli bir yöntem sıfır tabanlı bütçeleme (yeni baştan bütçeleme, sil baştan bütçeleme) sistemidir. Klasik bütçe hazırlama şekillerinde, hiçbir fayda-maliyet analizine dayanılmadan, geçmiş yıllardaki verilere ya da gelecekteki bazı beklentilere dayanarak bütçeleme yapılırken, sıfır tabanlı bütçeleme sisteminde her bir harcama kalemi fayda-maliyet analizi yapılarak değerlendirilmektedir (Çataloluk, 2006: 230). İlk olarak 1924 yılında İngiliz bütçe uzmanı E. Hilton Young tarafından ortaya atılan bu yöntemde, kaynak ayrılacak her bir faaliyet, belirli dönemlerde yeniden değerlendirmeye tabi tutulmaktadır (Tüleykan, 2009: 8). Belirli aralıklarla yeniden değerlendirmeye tabi tutulması, bu yöntemin kısa dönemli olması sunucunu doğurmuştur ki bu yüzden bazı yazarlarca, bütçeleme yönteminden ziyade bütçeleme tekniği olarak görülmektedir (Oktar, 1988: 277). Bütçeden kaynak isteyen idareler, yapacakları harcamaların toplumsal değerini her değerlendirme döneminde yeniden kanıtlamak durumundadırlar (Karacan, 2013: 68). Harcama gerekçesi ile kaynak dağılımı arasındaki uyumu ortaya çıkaran bu yöntemde (Ergun, 1987: 159); hiçbir harcama kalemi her bütçede otomatik olarak yer almamakta, her biri diğer harcama kalemlerine kıyasla nispi öncelik ışığı altında yeniden gözden geçirilmektedir (Hastürk, 2006: 4). Sıfır tabanlı bütçeleme, fayda-maliyet analizleri gerektirdiğinden, toplam bütçe harcamalarında genellikle azalmalara yol açmakla birlikte gerekli hallerde artışlara da yol açabilir. Çünkü bir yandan azaltılması ya da son verilmesi gereken verimsiz harcamalar var iken, öte yandan önemli ve zaruri bazı harcamaların yeterli düzeyde olmadığı görülebilmektedir (Tüleykan, 2009: 8). Sahip olduğu özellikler sebebiyle erdemli (merit) mal özelliği taşıyan sağlık hizmetlerine yapılan harcamaların yeterliliği, bazı dönemlerde tartışma konusu olabilmektedir (Aaron, 2003: 28). Sahip olduğu özellikler, yeniden değerlendirme dönemlerinde daha fazla kaynak isteme konusunda sağlık bürokrasisinin elini güçlendireceğinden, sıfır tabanlı bütçelemenin sağlıkta mali alan yaratmaya yardımcı olacağı belirtilebilir (Schick, 2008: 7; Marcel, 2012: 20; AFDB, 2015: 16).

Harcama önceliklendirme, sağlıkta mali alan yaratmada önemli bir yöntemdir, ancak bunun rasyonel biçimde yapılması gerekir. Sağlıkta mali alan yaratma adına harcama önceliği belirlenirken, hangi sektörde ne kadar kısıtlama yapılacağı önemlidir (Karaca, 2012: 422). Zira sağlık harcamaları adına başka bir sektördeki harcamalarda kısıtlamaya gitmek o sektörü zayıflatarak, gelecekte sektörün yeniden yapılandırılması için daha

fazla zaman ve para harcanmasına neden olacaktır (Heller, 2005: 8). Bununla birlikte, kısıtlı bir bütçe içinde sağlık harcamalarına öncelik tanımak, sağlık sektörü ile diğer sektörler arasında bir rekabet yaşanmasına sebep olabilir (Mutlu ve Işık, 2012: 312) ve bu durum sektörler arası çatışmalara yol açabilir.

### 2.3.3. Borçlanma

Borçlanma, belirli bir süre sonra geri ödenmek kaydıyla, para ve benzeri değerlerin ödünç alınmasıdır. Devlet borçlanması, devletin belirlenen bir takvime göre önceden tayin edilen hakların sahiplerine faiz ve anapara geri ödemesi yapmasına ilişkin yasal yükümlülüğü ifade etmektedir. Borçlanma, devlet tarafından kamu gelirleri ile giderleri arasındaki açığı finanse etmek üzere mali amaçlı kullanılabilirdiği gibi, ekonomik istikrarı sağlamak ve ekonomik büyümeye katkı yapmak gibi ekonomik amaçlı da kullanılabilir (Ulusoy ve Erdem, 2014: 123).

Borçlanma iç ve dış borçlanma olmak üzere ikiye ayrılır. İç ve dış borçlanmada iki temel kriter vardır: İhraç yeri ve borcun milli gelir ile karşılanıp karşılanmaması (Özgen, 1999: 354). Devlet yurt içi piyasalardan borçlanıyorsa, bu bir iç borçlanmadır (Aydın, 2009: 42). Dış borçlanma ise, bir ülkenin belirli bir zaman dilimi içinde o ülkede yerleşik olmayan kişilerden bir sözleşmeye dayanarak sağlamış olduğu kısa, orta ve uzun vadeli yükümlülükler toplamıdır (Bal, 2001: 14)

Gelişmekte olan ülkeler, kamu malı niteliği taşıyan adalet, savunma, eğitim ve sağlık harcamaları ile birlikte, istihdam yaratmak ve kalkınma hedeflerini gerçekleştirmek için de harcamalar yapmak zorundadır. Dolayısıyla, bütün bu harcamaları karşılayamayacak olan hükümetler borçlanmaya yönelmektedir. Hükümetler için dış borçlanma sebepleri olarak; iç tasarrufların yetersizliği, etkin vergi toplama yöntemlerinin geliştirilememiş olması ve ihracatın düşüklüğü gösterilebilir (Sarı, 2004: 15). İç borçlanma sebepleri olarak ise; kamu gelirlerinin yetersizliği, kamu harcamalarının artışı, kamu israfının büyüklüğü, ekonomik krizler, vs. gösterilebilir (Bakkal ve Gürdal, 2007: 149)

Ülkeler, iç ve dış borçlanma yoluyla sağlıkta mali alan yaratabilirler, ancak borç seviyesi zaten yüksek olan bir ülkenin sağlıkta mali alan yaratma adına borçlanmaya başvurması, geri ödemede zorluklar çıkarabilir. Bu tür ülkeler için borçlanma yoluyla

mali alan yaratmak sürdürülebilir değildir (Aguzzoni, 2011: 15). Dahası, sağlık hizmetlerini ve kalitesini artırmak tekrarlayan harcamaları da (örneğin, maaşlar gibi) beraberinde getirir ki bu tür harcamalar, borçlanmaya başvurmadan ziyade sürekli finansman kaynakları ile finanse edilmelidir (Gottret ve Schieber, 2006: 221). Kaldı ki, etkileri küresel çapta yaşanan 2008 ekonomik krizi ve Yunanistan’da yaşanan borç krizi, ülkeleri kamu harcamaları için mali alan yaratma yöntemlerinden olan borçlanma konusunda yeniden düşünmeye itmiştir (Robinson, 2011: 37; Yohou, 2015: 5).

### 2.3.4. Kamu-Özel Ortaklıkları

1990’lı yılların başlarında uygulanmaya başlanmasından itibaren kamu-özel ortaklıkları (KÖO), toplumun ihtiyacı olan kamusal altyapıyı sağlamak üzere özel teşebbüse ait kaynakları ve uzmanlık alanlarını harekete geçirmenin bir yolu olarak her geçen gün popülaritesini artırmaktadır (Marcel, 2012: 21). KÖO, uzun bir dönem boyunca projelerden doğan risklerin kamu ve özel teşebbüs arasında paylaşıldığı, özel sermaye varlığının kullanılarak kamu hizmetlerinin finansmanının ve dağıtımının sağlandığı bir yöntem olarak tanımlanabilir. Birleşik Krallık<sup>18</sup>, Avustralya, Güney Kore, İspanya, Portekiz, Meksika ve Şili gibi OECD ülkeleri bu yöntemi; altyapı yatırımları ve ulaşım hizmetlerinin sunulmasında, kamu hizmetlerinde, sosyal hizmetlerde (sağlık, eğitim gibi) ve diğer bazı alanlarda son 15 yıldır sıklıkla kullanmaktadır (Marcel, 2012: 21).

KÖO Modeli, kamu hizmeti olarak nitelendirilen ancak, devletin tümüyle çekilmek istemediği ve devletin katılımı olmaksızın özel sektörün tek başına sunmaktan çekindiği hizmetlere özel sektörün katılımını sağlamak ve böylece devletlerin temel çıkmazı haline gelen finansman sorununu aşmak amacıyla geliştirilmiştir (Acartürk ve Keskin, 2012: 29). Bununla birlikte, özel sektörün içinde bulunduğu işlerde verimlilik ve etkililiğin daha yüksek olduğu düşüncesi de kamu özel ortaklıklarının temel gerekçelerindedir (Doherty ve Yeaman, 2008: 84). KÖO’ları bir özelleştirme yöntemi olarak gören yaklaşımlar mevcut olmakla birlikte bunu reddedenler de vardır, zira bu yeni modelde kamu hizmetlerinin sunumu özel sektöre terk edilmiş değildir (Acartürk ve Keskin, 2012: 31). Özel sektör, örneğin hastane yapılacaksa hastane binasını ve

---

<sup>18</sup> İngiltere’de kamu üzerindeki harcama yükünün bu yöntem sayesinde %30 düştüğü belirtilmektedir (Acartürk ve Keskin, 2012: 26)

tefrişatını yapmakta ve kullanıma hazır hale getirdiği bu yapıyı sözleşmedeki süre zarfında hizmet sunması için devlete kiralamaktadır. KÖO’da çekirdek hizmeti (yani sağlıkta sağlık hizmetini) sunan taraf devlettir (Karasu, 2011: 227; TTB, 2012: 8).

KÖO genelde, bir taraftan yatırımları teşvik ederken diğer taraftan mali tasarrufları da gerçekleştirmek amacıyla (yani mali alan yaratmak amacıyla) kullanılır (Budina vd., 2007: 5). KÖO yoluyla altyapı harcamaları özel sektöre yaptırılarak bütçede bu konularda yapılacak olan harcamalar başka alanlara kaydırılabilir. Böylece önemli sektörler için mali alan yaratılmış olur. Ancak her KÖO’nun mali alan yaratacağı düşünülmemelidir. Bir KÖO’nun mali alan yaratması, altyapı projelerini gerçekleştirecek olan özel firmanın kamu sektöründen daha verimli çalışmasına ve söz konusu projeyi finanse etmek için sermaye piyasalarında gerekli kaynakları uygun bir maliyetle bulmasına bağlıdır (Heller, 2007: 16). Sağlık alanındaki KÖO’ların, mali alan yaratmakla birlikte hizmete erişimi kolaylaştırabileceği ve sağlık hizmetlerinin kalitesini artırabileceği yönünde yaklaşımlar da mevcuttur (Patouillard vd., 2007: 7). Sonuç olarak KÖO; mali alan yaratarak kamu maliyesi üzerindeki baskıları azaltabilir, mevcut kaynaklarla daha etkili ve daha kaliteli kamusal hizmetler üretilmesini garanti altına alabilir ve kamu sektörünü ıslah ederek daha etkin ve etkili kılabilir (Şahin ve Uysal, 2012: 171).

### **2.3.5. Özelleştirme**

Yirminci yüzyılın ilk yarısının sonlarında birçok ünlü ekonomist ve politikacı, tekellerin ve dışsallıkların bazı sektörlerde piyasa başarısızlıklarına sebep olmaları dolayısıyla devletin şirket sahibi olarak bu sektörlerde bulunmalarını desteklemiştir (Chong ve López-de-Silanes, 2003: 7). Ancak, 1970’li yılların sonlarından itibaren piyasa ekonomisine yakın birçok ülkenin çok çeşitli sektörlerde bulunan devlet şirketlerini özelleştirmeye başladığı görülmüştür (Shleifer, 1998: 4). Özelleştirmenin ana felsefesi, devletin asli görevleri olan adalet ve güvenliğin sağlanması yolundaki harcamalar ile özel sektör tarafından yüklenilemeyecek altyapı yatırımlarına yönelmesi; ekonominin ise, pazar mekanizmaları tarafından yönlendirilmesidir. Bu felsefe doğrultusunda; devletin ekonomideki sınai ve ticari aktivitesinin en aza indirilmesi, rekabete dayalı piyasa ekonomisinin oluşturulması, devlet bütçesi üzerindeki kamu iktisadi teşebbüsleri



(KİT) finansman yükünün azaltılması, sermaye piyasasının geliştirilmesi ve atıl tasarrufların ekonomiye kazandırılması, bu yolla elde edilecek kaynakların altyapı yatırımlarına yönlendirilebilmesi amaçlanmaktadır (ÖİB, 2015: 1).

Özelleştirme gerekçelerinin dayandırıldığı temel argüman, özel firmaların kamu işletmelerinden daha etkin olabileceği düşüncesidir. Özelleştirme sonucunda kamu iktisadi teşebbüslerinin serbest piyasa mekanizmasına göre işleyen bir yapıya dönüştürülmesi, hükümetlere bir yandan harcamalar üzerindeki baskının azaltılması, diğer yandan vergi gelirlerinde artış sağlanması gibi doğrudan kazançlar sağlamaktadır (Karaca, 2012: 426). Yapılan bazı çalışmalar, özelleştirmenin hükümetlere önemli kaynaklar sağladığını göstermiştir. Ayrıca bu çalışmalarda, özelleştirmenin hükümetlere mali yapılarını düzene koyma ve üretken olmayan kurumlarına yaptıkları sübvansiyonları sosyal olarak daha faydalı alanlara yönlendirme olanağı sağladığı belirtilmektedir (Nellis, 2007: 11-12). Kısaca özelleştirme; satış geliri elde etme, iktisadi teşebbüslerin borç yükünden kurtulma ve etkin üretim yöntemleriyle artan çıktı ve tüketim üzerinden vergi alma gibi devlete üç farklı konuda mali alan oluşturulabilmektedir (Karaca, 2012: 426; World Bank, 2006: 16; European Economy, 2013: 10).

Söz konusu alan sağlık hizmetleri olunca, özelleştirmeye farklı anlamlar yüklemek mümkündür. Öyle ki, sağlık sektöründe özel sermayenin payının artması bile özelleştirme olarak görülebilmektedir (Kabaklarlı, 2015: 91). Örneğin Soyer'e (1995) göre; özel sağlık kurumlarının oranının artması, sağlık hizmetleri finansmanında veya sunumunda kârlılık düşüncesinin ortaya çıkması, sağlıkta özelleştirmenin belirtilerindendir. Benzer bir yaklaşımı Kaplan'da da (2001) görmek mümkündür. Kaplan'a (2001) göre sağlıkta özelleştirme, gerek hizmet sunumunda gerekse de finansmanda kamu ile birlikte özel teşebbüsün de yer almasıdır.

Sağlık hizmetlerinde özelleştirme uygulamalarının temel amacının; etkililiği sağlamak, verimliliği gerçekleştirmek ve hizmet sunum kalitesini artırmak olduğu söylenebilir (Maarse, 2006: 1003). Daha önce de belirtildiği gibi, sağlık hizmetlerinde özelleştirmenin çok farklı boyutları bulunmaktadır. Bunlar; doğrudan özelleştirme, özerkleştirme yoluyla özelleştirme, hastanelerin şirketleşmesi, taşeronlaştırma ve

KÖO<sup>19</sup> şeklinde sıralanabilir (Ünlütürk, 2011: 28). Doğrudan özelleştirme, kamu sağlık kurumlarının özel yatırımcılara satılmasıdır; görece daha az başvurulan bu yöntem, 1990’larda Batı Avrupa ülkelerinde uygulama alanı bulmuştur (Güzelsarı, 2012: 40; Ulutaş, 2011: 19). Özerkleştirme yoluyla özelleştirme, sağlık hizmetleri sunumun bölgesel veya yerel unsurlara (örneğin, İngiltere’de yarı özerk vakıflara) devri şeklinde olmaktadır (Ulutaş, 2011: 20). Şirketleşme yoluyla özelleştirme, kamu hastanelerinin işletme ilkelerine uygun olarak şirket yönetim tarzıyla idare edilmesidir (Güzelsarı, 2012: 41). Taşeronlaştırma ya da alt işveren uygulaması ise, sermayenin ucuz ve kolay yönetilen işgücü ihtiyacına cevap vermek üzere işgücü piyasasının parçalanması esasına dayalı bir istihdam modelinin benimsenmesidir (Ulukan ve Yılmaz, 2016: 93). Bu uygulamanın, önemli maliyet unsuru olarak görülen işçi giderlerini asgari düzeyde tutmaya çalışmanın bir sonucu olduğu söylenebilir. Sağlık hizmetlerinde taşeronlaştırma, başlangıçta temizlik, oda hizmetleri ve yemek hizmetleri gibi destek hizmetlerinin neredeyse tamamında başlayan, daha sonra bilgi teknolojileri ve muhasebe gibi hizmetleri de kapsayan bir boyut almıştır (Güzelsarı, 2012: 41).

### **2.3.6. Senyoraj (Para Basma)**

Para, ekonominin işlevini yerine getirmesini sağlamak için, binlerce yıl önce geliştirilmiş bir araçtır. Paranın geliştirilme sebebi, trampa (mal veya hizmetlerin diğer mal veya hizmetlerle takas edilmesi) sisteminin basit ve hızlı olmamasıdır. Modern bir ekonomi, para olmadan işlevini yerine getiremez. Paranın değerinde ya da miktarında ani ve şiddetli değişimler yaşandığında, ekonomilerde kırılganlıklar ortaya çıkar. Örneğin, piyasada gereğinden fazla paranın dolaşması paranın değerini azaltır ki bu durum fiyatları yükseltir, yani enflasyona neden olur. Diğer taraftan para stokunu daraltmak, paranın değerini yükselterek deflasyona neden olur (Wheelock, 2014: 11).

Ek hükümet harcamalarını finanse etmek için para basmak, aslında arzu edilen bir seçenek değildir. Bir hükümetin Merkez Bankası’ndan borç para alma isteği, para politikaları hedeflerini (yani, nispeten enflasyonun az olduğu bir temelde ekonominin reel büyümesini sağlayabilmek için gerekli likitideyi yaratmayı) gerçekleştirme güdüsüyle ortaya çıkmaktadır, ancak para basma ülke parasının değer kaybetmesi

<sup>19</sup> KÖO daha önce anlatıldığı için bu bölümde bahsedilmeyecektir

sonucu enflasyonun ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Heller, 2005: 9; Campbell, 2009: 3). Kamu harcamalarını para basmak suretiyle finanse etmenin sebepleri olarak; vergileme sınırına yaklaşılması, seçim ekonomisi izlenmesi ya da çoğunlukla kayıt dışılık sebebiyle vergilerin etkili bir şekilde toplanamaması sonucu ortaya çıkan bütçe açıklarını kapatma girişimleri gösterilebilir (Işık ve Acar, 2003: 130; Savaş, 2009: 56-57). Bütçe açıklarını kapatmanın diğer yolları, dış borçlanma ve iç borçlanmadır. Bütçe açığını kapatmak için dış borçlanma yoluna gidilmesi dış borç krizine; iç borçlanma yoluna gidilmesi ise faiz oranlarının yükselmesine neden olabilmektedir. Bu yüzden bu tür sorunlar yaşamak istemeyen hükümetler, enflasyon riskini göze alarak para arzını artırma yoluna başvurmaktadır (Şıklar, 2004: 173).

Para arzının artırılması ve buna bağlı olarak enflasyonun artması, senyoraj ve enflasyon vergisi yollarıyla dolaylı olarak hükümet gelirlerini artırabilir (Yıldırım, 1993). Senyoraj ve enflasyon vergisi ile elde edilen gelirlere *enflasyonist finansman* denir. Senyoraj, para basma tekeline sahip hükümetin bu yolla elde ettiği reel gelirdir. Enflasyon vergisi ise, enflasyonun bir sonucu olarak para tutanların uğradıkları sermaye kaybıdır (Aslan, 2003: 127). Özellikle gelişmekte olan ülkeler, yapısal özellikleri (sınırlı ve istikrarsız vergi hâsılatları, zayıf vergi toplama mekanizmaları ve bozuk gelir dağılımları gibi) dolayısıyla senyoraj hakkını (özellikle kriz dönemlerinde) istismar etme eğilimindedir (Şıklar, 2004: 173). Hükümetlerin, senyoraj ve buna bağlı enflasyon vergisi ile elde ettikleri dolaylı gelirleri artırmalarının milli paradan kaçışı hızlandıracağı da unutulmamalıdır (Küçükkale, 1999: 58).

Kamu tarafından yapılan sağlık harcamaları birçok ülkede önemli kamu harcamalarından biri olarak göze çarpmaktadır. Bu harcamaları daha fazla para basmak suretiyle finanse etmek, kısa vadede hızlı çözümler sunsa da enflasyon yaratarak genel ekonomik dengeye zarar verebilir. Bu yüzden bu yöntem, gelişmiş ülkelerde pek tercih edilmemekte; az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde ise, çoğunlukla kriz dönemlerinde tercih edilmektedir (Şıklar, 2004: 173).

### 2.3.7. Uluslararası Yardımlar ve Hibeler

Uluslararası yardımların tam olarak ne olduğu, amaç ve gerekçeleri bazı dönemlerde tartışmalara konu olabilmektedir. Arslan ve Kiper (2015), uluslararası yardımın ne olduğunu çok genel bir ifade ile şu şekilde belirtmişlerdir: Dış yardımlar genel olarak bir ülke veya uluslararası bir kuruluş tarafından, başka bir ülkeye veya uluslararası kuruluşa, iktisadi ve sosyal kalkınmayı teşvik, demokrasi ve insan haklarında iyileştirme, sosyal eşitlik, acil durumlarda temel ihtiyaçları karşılama vb. amaçlarla verilen bağışlar, krediler ve borçlar olarak tanımlanır. Uluslararası yardımlar, eğitim ve sağlık başta olmak üzere birçok alanda kullanılabilirler (Arslan ve Kiper, 2015: 11).

Sağlık konusunda yapılan kalkınma yardımları, kaynak yönünden fakir birçok ülke için sağlık sektöründe, özellikle kısa dönemde daha fazla mali alan yaratmanın muhtemel en uygun yolu olarak görülebilir. Ancak bulgular, sağlık konusunda kalkınma yardımı alan bazı hükümetlerin sağlığa yaptıkları harcamaları kısarak buradan elde edilen kaynağı başka sektörlerle aktardıklarını göstermektedir<sup>20</sup>. Ayrıca, dış yardımlar geçici olduğundan, daha fazla risk taşımaktadır<sup>21</sup>. Temel hükümet harcamalarını çoğunlukla yardımlarla finanse eden ülkelerde yardım verenlerin yardımlarını aniden çekmeleri sonucu yıkıcı sonuçlar ortaya çıkabilir (RESYST, 2013: 2). Diğer taraftan, yardımların güvenilir olmaması, sadece yardımda bulunan ülkenin yaptığı yardımları ani bir şekilde kesmesinden veya bürokratik engellerden kaynaklanmamakta; aynı zamanda yardım alan ülkenin politika değişikliğine giderek aldığı yardımı istememesi nedeniyle de yardımlar süreklilik arz etmemektedir (Heller, 2006: 76). Bununla birlikte, yardım alan hükümetlerin gelirlerini artırma çabalarını azaltacağını, bu ülkelerin başka ülkelere olan bağımlılıklarının artabileceğini ya da bu ülkelerde bürokraside rant kollamanın<sup>22</sup> ortaya çıkabileceğini savunan yaklaşımlar da mevcuttur (Gupta vd., 2004: 399; Heller, 2006: 76; Moss vd., 2006: 16; Aguzzoni, 2011: 9). Sayılan bu olumsuz durumların dışında, gelirin oranla yüksek dış yardım alan az gelişmiş veya iktisadi açıdan kırılgan

<sup>20</sup> Lu ve diğerleri (2010), yaptıkları bir çalışmada, sağlığı geliştirmek için yardım alan hükümetlerin aldıkları her 1 \$'lık yardım sonucunda kendi kaynakları ile oluşturdukları bütçelerinde sağlığa ayırdıkları miktarı 0,43 ile 1,14 \$ arasında değişen tutarlarda azalttıklarını ortaya koymuşlardır (Lu vd., 2010: 1375)

<sup>21</sup> Günümüzde çok az ülke, bir ya da iki yıldan daha uzun süreliğine yardımda bulunma konusunda istekli davranmaktadır (Heller, 2006: 76)

<sup>22</sup> Baskı ve çıkar gruplarının devlet tarafından "suni" olarak yaratılmış bir ekonomik transferi elde etmek için giriştikleri faaliyetlere rant kollama denir (Aktan, 1993: 121)

ülkelerde; ekonomi literatüründe *Dutch Disease*<sup>23</sup> olarak bilinen durumun ortaya çıkma ihtimali mevcuttur (Heller, 2006: 77).

Düşük gelirli ülkelerde sağlık harcamalarında kayda değer artışlar sağlamak üzere sürdürülebilir bir mali alan yaratmak için kullanılan yardımların potansiyeli çoğunlukla, yardımı sağlayanlar ve onu kullananların ilave yardım akışlarını nasıl yönettiklerine bağlıdır. Yardım sağlayanlar ve alanların davranışları, ilave yardımlarla yaratılan mali alanın ne kadar etkili ve uzun ömürlü olacağını belirler (William ve Hay, 2005: 28). Tablo 2’de, yardım sağlayanlar ve alanların politikalarının, sağlıkta yaratılan mali alan üzerindeki etkisini gösteren bazı olası durumlar sunulmaktadır. En iyi durum, mali alanın hızlı ve güvenilir bir şekilde genişletildiği *yeşil bölge* iken en kötü durum, reformların başarı belirtileri göstereceği ana kadar çok dikkatli olunması gerektiğini gösteren *kırmızı bölge*dir (William ve Hay, 2005: 28).

---

<sup>23</sup> Hollanda Hastalığı olarak bilinen bu durum, yardımlarla ülkeye giren ve ticarete konu olmayan sektörlere yönelen sıcak paranın etkisiyle reel döviz kurunda değerlenme olması ve bunun da ülke ihracatını olumsuz etkilemesidir (Akçacı, 2014: 4; Bacak, 2014: 30). Bu konuda yapılan ampirik çalışmalar için; Paldam (1997), Vos (1998) ve Rajan ve Subramanian (2011)’e bakılabilir.

**Tablo 2. Sağlıkta Yardımlarla Oluşturulan Mali Alanın Sürdürülebilir Bir Şekilde Genişletilmesinde Karşılaşılabilecek Olası Durumlar**

	<b>Yardım Sağlayıcıların Politikaları</b>	<b>Yardım Alanların Politikaları</b>
<b>Yeşil Bölge</b> Yarımda bulunan ve yardım alan tarafların davranışlarındaki geniş kapsamlı değişiklikler, mali alanın hızlı ve sürdürülebilir bir şekilde artırılmasına müsaade etmektedir.	Yarımda bulunan taraflar, yapacakları yardımları artırma konusunda uzun vadeli taahhütler verebilmekteler.	Hükümetler, bütçe ayrılabilir uzun vadeli yatırım ve harcama planlarına sahiptir.
	Bağış yapan tarafların yardım akışları öngörülebilir ve istikrarlıdır.	Yarımdaki artışa daha güçlü vergi performansları eşlik ediyor.
	Bağış yapan taraflar yardımlarını, koordineli ve uyumlu bir şekilde yapmaktalar ki bu durum, yardım alan tarafların işlem maliyetlerini azaltmaktadır.	Hükümetler, kalan nakit akışlarındaki herhangi bir değişikliği finanse edebilir durumdadır.
		Hükümetler, bağış yoluyla gelen kaynakların yönetimi ve bütçeye eklenmesi sorumluluğunu alabilmektedirler.
		Gerektiği durumlarda hükümetler, sağlık sektörü lehine bütçelerde yeniden tahsis yapmaktadırlar.
		Kamu sağlık sistemleri etkili, verimli ve adilidir.
<b>Sarı Bölge</b> Yarımda bulunan taraflar ile hükümetlerin davranışlarındaki kısmi düzenlemeler, mali alanda kısmen artışlara müsaade etmektedir ancak sürdürülebilirlik sorunları halâ devam etmektedir.	Yardımanın uzun vadeli öngörülebilirliği konusunda artan bazı ilerlemeler ve kısa dönemli aksamalarda azalma söz konusudur.	Hükümetler, sürdürülebilir olmayan yeni harcama taahhütleri üstlenebilirler.
	Bağışçılarla koordinasyon ve uyumu sağlayacak bazı girişimler söz konusu olmakla birlikte bütçe desteğinin kullanımı sınırlıdır.	Hükümetler, gelir durumlarını düzeltmemekteler.
		Hükümetler, nakit akışı istikrarsızlıklarını tam olarak finanse edemez durumdadır.
		Kamu harcamaları yönetim sistemleri, bütçede yardım harcamaları oluşturmak için henüz yeterince güçlü değil.
<b>Kırmızı Bölge</b> Yardım alan ve veren tarafların politikalarında yapılan reformlar başarı sağlayana kadar sağlık harcamalarını artırma konusunda çok dikkatli olunmalıdır.	Bağışta bulunan taraflar uzun dönemli taahhütler verememekte ya da yardım akışlarının belirsizliğini azaltmamaktadırlar.	Kamu harcamaları yönetimi çok zayıf durumdadır.
	Yardımlar oldukça bölünmüş durumdadır.	Bağışçı harcamaları çoğunlukla bütçe dışı kalmaktadır.
		Hükümetler, gelir durumlarını düzeltmemektedir.
		Sağlık hizmet sunucuları yeterince motive edilmemekte ya da iyi yönetilememektedir.
		Yoksul kesim kamu sağlık harcamalarından faydalanmamaktadır.

**Kaynak:** William ve Hay, 2005

Hibe ve yardımlar sağlık sektöründe mali alan yaratmada hükümetlere yardımcı olabilir. Ancak hibe ve yardımlara, bütçede sağlığa ayrılan payın yerini tutan bir mali kaynak olarak bakan ülkeler kendi sağlık sistemlerini zayıflatırlar çünkü bu durum sürdürülebilirlik sorununu ortaya çıkarır. Sağlık sistemlerinin uzun dönemli finansal sürdürülebilirliği açısından finansmanda kamunun yer alması her zaman önem taşırken

(Lu vd., 2010: 1376; Durairaj ve Evans, 2010: 1) yardımlar, sadece acil durumlar için geçici çözümler sunabilir.

### **2.3.8. Ekonomik Büyüme**

GSYİH’de meydana gelen artışlarla ölçülen, ekonomi genelinde iktisadi üretimdeki artış olarak tanımlanan ekonomik büyüme, kamu harcamalarını etkileyen en önemli değişkenlerdendir (Stern, 2004: 35; McIntyre ve Meheus, 2014: 8). Bir ülke ekonomik olarak büyürse, yani reel geliri artarsa mali alan yaratmak istediği sektörlere daha çok kaynak aktarabilir (Regondi ve Whiteside, 2012: 15; World Bank, 2009: 13; Rokx vd., 2009: 124; Durairaj ve Evans, 2010: 14). Bazı araştırmacılar hane halkı bazında reel gelir artışı ile cepten sağlık harcamaları arasındaki ilişkiye bakmışlar ve sağlık harcamalarında gelir esnekliğinin birden büyük olduğunu; yani, sağlık harcamalarındaki yüzdesel artışın reel gelirdeki yüzdesel artıştan daha fazla olduğunu ortaya koymuşlardır (Newhouse, 1977: 123; Gertham vd., 1992: 78; Hitiris ve Posnett, 1992: 180). Bu çalışmalara bakılarak, reel gelir artışlarının hane halklarının sağlık harcamalarını olumlu yönde etkilediği, yani sağlıkta mali alan yarattığı söylenebilir.

### **2.3.9. Etkililik ve Verimlilik Artışları**

En genel anlatımıyla, üretim sürecine sokulan çeşitli faktörlerle (girdiler), bu sürecin sonunda elde edilen ürünler (çıktılar) arasındaki ilişkiyi ifade eden verimlilik; savurganlıktan uzak, kaynakları en iyi biçimde değerlendirerek üretmek demektir (Yükçü ve Atağan, 2009: 4) ve üretim sonucunda elde edilen çıktının üretimde kullanılan girdilere oranı (çıktı/girdi) şeklinde ifade edilmektedir (Coelli vd., 2005: 2). Verimlilik, teknik ve tahsis boyutları ile ele alınabilir. Teknik boyut; mevcut kaynakları mümkün olan en fazla çıktığı elde edecek şekilde organize etmek iken, tahsis boyutu; bütçe kaynaklarının en üretken şekliyle kullanılmasını sağlamaktır. Kısacası, bütçe kısıtı altında üretilebilecek maksimum çıktının elde edilmesine verimlilik denir (Yükçü ve Atağan, 2009: 2; Levin vd., 1976: 153; Farrell, 1957: 254).

Verimlilik, temelde çıktılar ve girdiler arasındaki ilişkiyi ölçtüğünden (Kurtulmuş, 1998: 74) ve sağlıkta sermaye ve emek girdisi maliyetli olduğundan, sağlık

harcamalarının verimliliği her geçen gün önem kazanmaktadır. Bu önem, özel sektör açısından olduğu kadar kamu sektörü için de geçerlidir, zira kamusal sağlık harcamaları ülke bütçelerinde önemli bir yere sahiptir (Arslan, 2002: 11).

Sağlık harcamalarında, verimlilik kadar önemli olup sürdürülebilirlik açısından gerçekleştirilmesi gereken en önemli konulardan biri de etkililiktir. Girdi-çıkıtı mekanizması aracılığı ile işleri doğru yapabilme kabiliyeti olarak tanımlanabilen etkililik, özellikle gelişmiş ülkelerde sağlıkta karar verici durumda bulunanların temel amaçları haline gelmeye başlamıştır. Bunun nedeni, bu ülkelerde sağlık harcamalarının GSYİH'nin hatırı sayılır bir oranını oluşturması ve bu harcamalarının önemli bir kısmını kamunun üstlenmesidir. Dolayısıyla karar vericiler, söz konusu harcamaların vatandaşların tercihleriyle uyumlu olup olmadığı konusunda emin olma gereği duyarlar. Bu yüzden bütün gelişmiş ülkeler, sağlık harcamalarının etkililiğini değerlendirme konusuna eğilirler (Jacobs vd., 2006: 1-3).

Sağlığın finansmanında kamu ağırlığının birçok ülkede birinci sırada gelmesi, ülkeleri etkililik ve verimlilik konusunda düşünmeye itmiştir; ancak, sağlıkta etkililiği ve verimliliği ölçmenin bazı zorlukları mevcuttur. Sağlık hizmetlerinin bazı özellikleri (örneğin, hastanelerin müşterisi konumundaki hastaların bireysel olarak farklı fiziksel, sosyal ve psikolojik özelliklere ve dolayısıyla farklı hizmet talep ve beklentilerine sahip olmaları), söz konusu sektörde girdi ve çıktılarının tanımlanması ve buna bağlı olarak sağlık kurumlarında etkililik ve verimlilik ölçümlerinde bir takım güçlükler doğurmaktadır (Çakmak vd., 2009: 10)<sup>24</sup>.

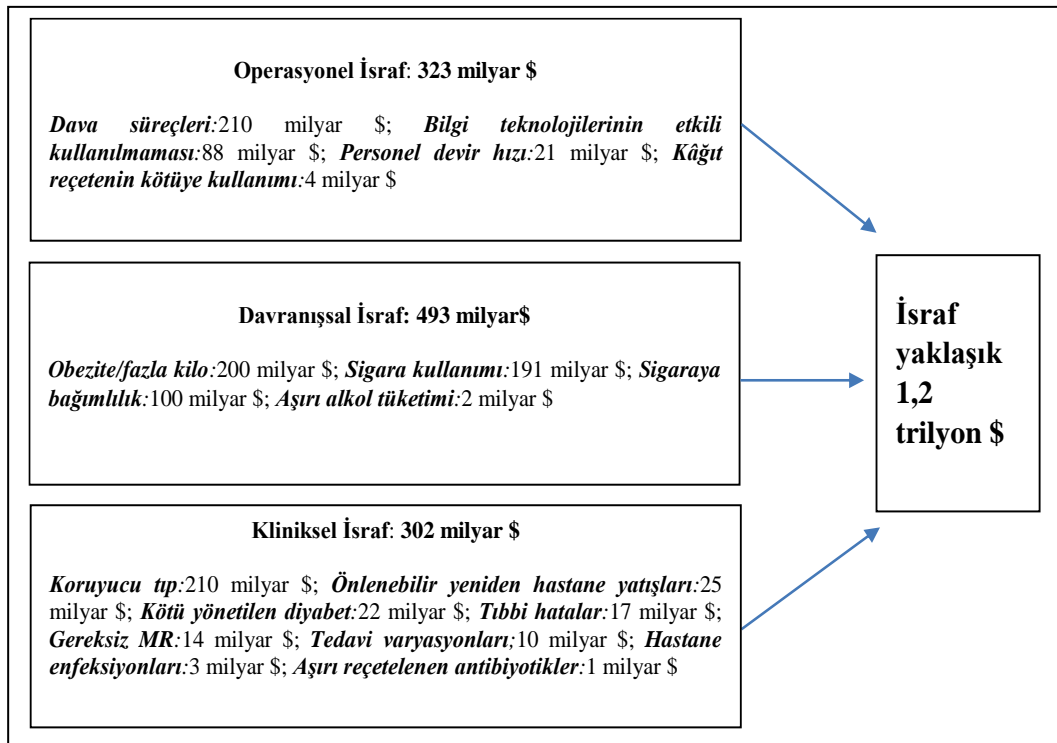
Sağlık harcamalarında etkililik ve verimlilik artışlarını sağlamak, sağlık sektöründe mali alan yaratmanın yollarından biri olarak görülebilir (Jackson vd., 2012: 22; Schieber vd., 2012: 137; Belay ve Tandon, 2011: 24; Sharma, 2015: 9). Sağlık harcamalarının verimliliklerini artırmak amacıyla yapılan; maliyet-etkililik analizleri, mali transferler arasındaki sızıntıları azaltma çalışmaları ya da sağlık çalışanlarının işe devamsızlıkları konusuna eğilme gibi müdahaleler, mali alanda etkili artışlar sağlayabilir (Tandon ve

<sup>24</sup> Sağlıkta etkililik/verimlilik ölçümleri zor olmakla birlikte; oran analizi (Ratio Analysis), en küçük kareler regresyonu (Least Squares Regression, LSR), toplam faktör verimliliği (Toal Factor Productivity, TFP), rastsal sınır analizi (Stochastic Frontier Analysis, SFA) ve veri zarflama analizi (Data Envelopment Analysis, DEA) gibi istatistikî yöntemler kullanılarak etkililik/verimlilik ölçümleri yapılmaktadır (Özcan, 2008: 7).



Cashin, 2010: 14). Bununla birlikte; etkililik ve verimlilik artışları yoluyla performansın geliştirilmesi ve başarılı olma belirtileri, ülkelerin Maliye Bakanlıklarının sağlığa daha fazla kaynak ayırma konusundaki tereddütlerini gidererek ek kaynak yaratmaya yardımcı olabilir (Langenbrunner ve Somanathan, 2011: 16). Literatüre göre, sağlık hizmetleri dâhil tüm sektörlerde mali alan yaratmanın en iyi yolu harcama kalitesini, yani verimliliği artırmaya çalışmaktır (Yohou, 2015: 5; Roy vd., 2007: 12). Diğer mali alan yaratma yöntemlerinin, mali alan yaratılacak sektör dışındaki sektörler veya genel ekonomik dengeye zarar verme ihtimali mevcutken; etkililik ve verimlilik artışları, diğer hiçbir sektöre veya genel ekonomik dengeye herhangi bir zarar vermez. Ancak, iktisat literatürüne göre verimlilik ile adalet/hakkaniyet arasında ters yönlü bir ilişki (trade off) mevcut olduğundan (Ünal, 2013: 84), verimliliği artırmaya yönelik bazı uygulamalar sağlıkta hakkaniyet prensibine zarar verebilir (Grand, 1990: 554; Jack, 1999: 161).

Sağlık sistemlerinde, hakkaniyetten ödün vermeden etkililik ve verimlilik artışları sağlanabilirse, daha az kaynakla daha fazla hizmet sunma imkânı ortaya çıkar ve israfın önüne geçilmiş olur, zira sağlık sistemlerinin temel sorunlarından biri de gereksiz harcamalardır. Örneğin, ABD’de yapılan bir çalışmaya göre, ABD sağlık harcamalarındaki israf 1,2 Trilyon \$ olarak tespit edilmiştir (PWC, 2008; Prada vd., 2014) (Şekil 2).



**Şekil 2. Sağlık Harcamalarında İsraf**

**Kaynak:** PWC, 2008; Prada vd., 2014

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2010 yılında yayınlanan bir raporda sağlık harcamalarının %20-40 arasında değişen oranlarda gereksiz olduğu ortaya konulmuştur (WHO, 2010: 15). Sağlık harcamalarında etkililik ve verimlilik artışları sağlanırsa, bu gereksiz harcamalar ortadan kalkacak ve buradan sağlanan kaynaklar gerekli harcamalara yönlendirilerek gerekli harcamalar için mali alan yaratılmış olacaktır. Kaldı ki, kaynakların kısıtlılığı sebebiyle, etkili hizmet sunumunu daha az harcama yaparak gerçekleştirmek ülkeler için bir seçenek olmaktan çıkmış ve zorunluluk halini almıştır (Robinson, 2011: 37).

### 2.3.10. Kullanıcı Katkıları

Kullanıcı katkıları; yani sağlık hizmetini kullananın maliyetin bir kısmını üstlenmesi, gelişmiş ve gelişmekte olan birçok ülkede uygulanmaktadır. Kullanıcı katkılarının yaygın olarak kullanılma sebepleri, gereksiz kullanımını önlemek ve ek gelir elde etmektir (Prinja vd., 2012: 868; Yıldırım vd., 2011: 72). Dolayısıyla kullanıcı katkılarını artırma yoluyla, daha çok gelir elde ederek sağlıkta mali alan yaratmak mümkündür.

Kullanıcı katkıları yoluyla maliyetin bir kısmını hizmeti alanlara yüklemenin bireyleri, gereksiz sağlık hizmeti tüketiminden vazgeçireceği (Thomson vd., 2009a: 9; Yıldırım vd., 2011: 72); bunun sonucunda hem gelir hem de israfın önüne geçilmesini sağlayarak mali alan yaratabileceği söylenebilir. Diğer taraftan, literatür incelendiğinde; kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerine erişim açısından bir engel teşkil edebileceği ihtimalinin bulunduğu görülmektedir (Justus ve McIntyre, 1997: 203; Lagarde ve Palmer, 2008: 839). ABD’de elde edilen bulgular, kullanıcı katkılarının gereksiz sağlık hizmeti talebini azaltırken gerekli bazı hizmetlerin talebini de azalttığını göstermektedir ve bu durumdan en çok düşük gelir grubu etkilenmektedir (Thomson vd., 2009a: 9). Ancak, imkânlar düzeyinde kaynakların kıtlığı kaliteli hizmet sunmayı zorlaştıran bir etmendir ve bu durum da sağlık hizmetleri erişimine bir engel teşkil eder. Dolayısıyla kullanıcı katkılarının, bazı durumlarda gerekli olabileceği düşünülebilir (Lagarde ve Palmer, 2008: 839).

Sağlık sisteminde mali alan yaratmada kullanılacak yöntemler, bu şekilde anlatıldıktan sonra aşağıdaki tabloda, bahsi geçen yöntemlerin uygulanması ile karşılaşılabilecek muhtemel avantaj ve dezavantajlar gösterilmektedir (Tablo 3). Tablo 3’ten de görüleceği üzere, sağlık hizmetleri için mali alan yaratmada kullanılan yöntemler, bu ihtiyacı karşılarken birtakım olumsuz durumlara da sebep olabilmektedir. Bu noktada, sağlıkta mali alan yaratılırken hangi yöntemin/yöntemlerin benimseneceği; ülkenin sosyo-ekonomik yapısına, sağlıkta mali alan yaratma ihtiyacının aciliyetine ve yaratılacak mali alanın finansal sürdürülebilirliğe etkisine bağlı olarak değişmektedir.

**Tablo 3. Sağlık Sisteminde Mali Alan Yaratma Yöntemlerinin Avantaj ve Dezavantajları**

Yöntem	Avantajı	Dezavantajı
Vergi Gelirlerini Artırmak	Uzun vadeli kaynak yaratarak finansal sürdürülebilirlik sağlar. Negatif dışsallık yayan tüketimlere/birimlere yüklenen vergiler, adalete hizmet edebilir.	Vergi yükünün zaten yüksek olduğu ülkelerde hane halklarının alım gücünü daha da zayıflatır. Vergi artışı dolaylı vergilerin artırılması yoluyla yapılırsa, adalet sorunu ortaya çıkar.
Harcama Önceliklendirme	Kısa vadede önemli bir kaynak sağlar.	Diğer sektörleri dışlayıcı etki yapabilir.
Borçlanma	Kısa vadede acil harcamalar için kaynak sağlar.	Anapara ile birlikte faiz ödemlerine katlanılmak zorundadır. Sürdürülebilir değildir. Devletin, gelecekteki gelirleri üzerindeki egemenliğini sarsabilir. Dış borçlanma dış borç krizine; iç borçlanma faiz oranlarının yükselmesine neden olur.
KÖO	Devlet kasasından, kısa sürede yüklü miktarların çıkmasını engeller. Atıl durumda bulunan özel sermaye yatırıma dönüşür. Etkililik/verimlilik artışları sağlar. Hizmet kalitesinde artışlar sağlayabilir. Kamu açısından risk paylaşımı sağlar.	Mevzuat eksiklikleri veya mevzuatın düzgün şekilde işletilememesine bağlı olarak sorunlar doğabilir. Hizmet alanlara ek maliyet yükleme ihtimali vardır. Özel sektörün finansman bulmada zorlanması söz konusu olabilir. Özel sektörün kamuya nazaran daha yüksek faizle borçlanması, özel sektör için risktir. Kamu-özel sektör arasındaki potansiyel çatışma riskleri mevcuttur. Olumsuz kamuoyu algısı olabilir. Kamunun uzun vadeli taahhüt altına girmesi; bunun gelecekte mali sınırlandırmalara neden olması ve gelecekteki hükümetlerin kararlarına antidemokratik olarak şimdiden etki etmesi söz konusudur.
Özelleştirme	Kısa sürede yüksek miktarlarda kaynak girişi sağlayabilir. Sermaye piyasasının geliştirilmesi; atıl tasarrufların ekonomiye kazandırılması mümkündür. Etkililik, verimlilik ve kalite artışları sağlayabilir. Vergi gelirlerinde artış sağlayabilir. Kamu, özelleştirilen kurumların (Özellikle KİT'lerin) borç yükünden ve diğer gereksiz harcamalarından arındırılır. Özel sektörün kamu mülkiyetini satın alması veya ortak olması, sermayenin tabana yayılmasını sağlar.	Özelleştirilen kamu mülkiyeti tekel durumunda ise, satın alan firma bunu kötüye kullanabilir; haksız rekabete yol açabilir. Özel sektörün temel amacı kâr olduğundan kâr getirisi az olan mal veya hizmetler üretilmeyecek ya da tüketiciler fazla fiyat ödemek zorunda kalacaklardır; her iki durumda da mağduriyetler yaşanacaktır.

Senyoraj Geliri	Hızlı bir çözümdür.	Yüksek enflasyon yaratır. Milli paradan kaçışı hızlandır.
Uluslararası Yardımlar/Hibeler	Kısa vadede acil harcamalar için kaynak sağlar.	Sürdürülebilir değildir. Rant kollamaya sebep olabilir. Dutch Disease sebep olabilir.
Ekonomik Büyüme	Sağlık dahil tüm sektörler için harcanabilir kaynak seviyesini artırır.	Yaratılan ekonomik büyümeden hangi sektörün daha fazla pay alması gerektiği tartışmaları ortaya çıkabilir; bu durum sektörler arası rekabete yol açarak bazı sektörleri dışlayıcı etki yaratabilir.
Etkililik/Verimlilik Artışları	Sadece sağlık hizmetleri için değil tüm sektörler için sürdürülebilirliğe katkı sağlayan en önemli mali alan yaratma yoludur.	Etkileri uzun dönemde görülür; kısa dönemli veya acil harcamalar için mali alan yaratmada etkili değildir. Bazı etkililik/verimlilik uygulamaları adalet/hakkaniyet ilkesine zarar verebilir.
Kullanıcı Katkıları	Hem ek kaynak sağlar hem de gereksiz hizmet talebini engeller.	Gerekli bazı hizmetlerin talebini engelleyebilir.

**Kaynak:** Heller, 2005; 2006; 2007; Roy vd., 2007; Budina vd., 2007; Doherty ve Yeaman, 2008; Schick, 2008; Brun vd., 2009; Handley, 2009; Durairaj ve Evans, 2010; Okwero vd., 2010; Aguzzoni, 2011; Belay, 2011; Marcel, 2012; Morisse, 2013; Beddies, 2015 ve Matus, 2015'ten derlenmiştir.

### 3. BÖLÜM: TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİNDE MALİ ALAN YARATMA

#### 3.1. TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİ

##### 3.1.1. Giriş

Türkiye, Anadolu yarımadası olarak bilinen toprakları Asya kıtasında, Trakya yarımadası olarak bilinen toprakları Avrupa kıtasında yer alan bir demokratik cumhuriyettir. Türkiye'nin nüfusu yaklaşık 79 milyondur ve bu nüfus 81 ile dağılmıştır. Bulunduğu coğrafya itibariyle Asya ve Avrupa kıtaları arasında köprü vazifesi gören Türkiye, dünyanın en büyük 20 ekonomisi arasındadır ve önemli ticaret yolları üzerinde bulunması, enerji kaynaklarına yakın olması, turizmde önemli destinasyon merkezlerinden biri sayılması ve genç nüfusunun yüksek olması gibi sebeplerle yükselen ekonomiler arasında gösterilmektedir.

Türkiye; Avrupa Güvenlik ve İşbirliği Teşkilatı, Birleşmiş Milletler, İslam İşbirliği Teşkilatı gibi siyasi; OECD, Karadeniz Ülkeleri Ekonomik İşbirliği Teşkilatı, Kalkınmakta Olan 8 Ülke (Developing 8, D-8) gibi ekonomik örgütlerin kurucu üyeleri arasındadır. IMF ve Dünya Bankası'na üye olan Türkiye AB'ye adaydır. 1980'li yılların ortalarından itibaren dışa açılma politikasını benimseyen Türkiye, özellikle son 15 yılda iktisadi ve sosyal alanlarda hızlı bir değişim yaşamaktadır.

Türkiye'nin 2000'li yılların başından itibaren göstermeye başladığı iktisadi ve sosyal değişimin en önemli ayaklarından birisini sağlık oluşturmaktadır. Türkiye, 2003 yılında başlatılan SDP ile sağlık göstergelerinde hızlı bir iyileşme sağlamıştır. Türkiye'de doğumda beklenen yaşam süresi 2014 yılında ortalama 77 yıl olarak gerçekleşirken, bu süre kadınlarda 79,3 ve erkeklerde 74,8 olarak gerçekleşmiştir. Toplam doğurganlık hızı; 2012 yılında 2,11; 2013 yılında 2,1 ve 2014 yılında 2,17 olmuştur (OECD, 2016b). Bebek ölüm hızı 2012 yılında binde 11,6; 2013 yılında binde 10,8 iken 2014 yılında binde 7,6 olarak gerçekleşmiştir. Anne ölüm hızı ise 2012 yılında yüz binde 15,4; 2013 yılında yüz binde 15,9 ve 2014 yılında yüz binde 15,2 olmuştur. Türkiye'de tanı gruplarına göre ölüm nedenlerinin dağılımı incelendiğinde; dolaşım sistemi hastalıkları

(%40), neoplazmlar (tümörler) (%20,67) ve solunum sistemi hastalıkları (%10,73) ön plana çıkmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2015b).

İzleyen başlıklarda Türkiye sağlık sisteminde; yönetim ve düzenlemeler, hizmet sunumu, finansman, ödeme yöntemleri ve reformlar konuları ele alınmaktadır.

### **3.1.2. Yönetim ve Düzenleme**

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde, birçok aktör yer almaktadır. Bu aktörler; politika oluşturma, karar alma, finansman ve hizmet sunumu gibi çeşitli gruplara ayrılarak incelenebilir. Politika oluşturma ve karar alma konusunda temel belirleyici kurum, yasama organı olan TBMM iken; hizmet sunumunda yer alan başlıca kurumlar; Sağlık Bakanlığı, üniversiteler ve özel sektördür. Finansmanda yer alan kurumlar arasında ise; SGK ve özel sigorta şirketleri ön plana çıkmaktadır (Yıldırım, 2013: 23-25). İşlevlerine göre sağlık sektöründe yer alan kurum ve kuruluşlar Tablo 4’te sunulmuştur.

**Tablo 4. İşlevlerine Göre Sağlık Sektöründe Yer Alan Kurum ve Kuruluşlar**

FONKSİYON	Kurum ve Kuruluşlar
<b>Politika Oluşturma</b>	•TBMM, Sağlık Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, YÖK, Yargı Kurumları
<b>İdari Karar Alma</b>	•Sağlık Bakanlığı (Kamu Hastaneler Birlikleri, İl Sağlık Müdürlükleri, Halk Sağlığı Kurumu)
<b>Sağlık Hizmetleri Finansmanı</b>	•Maliye Bakanlığı, SGK, Özel Sigorta Şirketleri, Kendi Kendini Finanse Eden Kurumlar, Uluslararası Ajanslar
<b>Sağlık Hizmetlerinin Sunumu: Kamu*</b>	•Sağlık Bakanlığı, Üniversite Hastaneleri
<b>Sağlık Hizmetlerinin Sunumu: Özel</b>	•Özel Hastaneler, Vakıf Hastaneleri, Azınlık Hastaneleri, Özel Çalışan Pratisyen/Uzman Hekimler, Özel Ayakta Tedavi Klinikleri, Özel Laboratuvar ve Tedavi Merkezleri
<b>Tedarikçiler</b>	•Eczaneler, Tıbbi Cihaz ve Malzeme Satıcıları
<b>Sivil Toplum Örgütleri</b>	•Kızılay, Vakıflar, Dernekler, Sendikalar

\*Temmuz 2016'da Milli Savunma Bakanlığı'na bağlı sağlık kurumları Sağlık Bakanlığı'na bağlanmıştır (Resmi Gazete, 2016)

**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı, 2007; Özer, Yıldırım ve Yıldırım, 2015

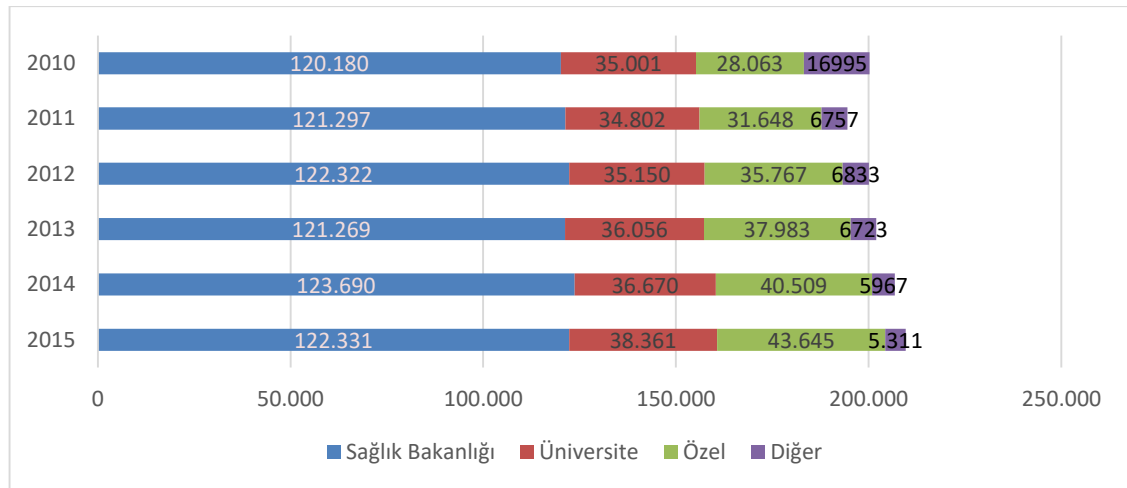
### 3.1.3. Hizmet Sunumu

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumundan sorumlu ana birim Sağlık Bakanlığıdır. Sağlık Bakanlığı'nın hizmet sunumundaki ağırlığı özellikle, 2005 yılından sonra artmıştır. 2005 yılından önce sağlık hizmeti sunumunda, farklı mevzuatlara tabi olarak hizmet sunan çok parçalı bir yapı söz konusu iken; 2005 yılında çıkarılan 5283 Sayılı Kanun ile Sosyal Sigortalar Kurumu'na (SSK) bağlı hastanelerin Sağlık Bakanlığı'na devredilmesi sonucu Sağlık Bakanlığı (Resmi Gazete, 2005), hizmet sunumundaki en



baskın kurum haline gelmiştir. Temmuz 2016'da yaşanan darbe girişiminin ardından ilan edilen Olağanüstü Hal (OHAL) kapsamında Milli Savunma Bakanlığı'na bağlı sağlık kurumlarının Sağlık Bakanlığı'na bağlanması (Resmi Gazete, 2016), bu ağırlığı daha da artırmıştır. Sağlık Bakanlığı dışında sağlık hizmeti sunan diğer kurum kuruluşlar ise; üniversite hastaneleri, özel hastaneler, vakıf hastaneleri, azınlık hastaneleri, özel çalışan hekimler, özel ayakta tedavi poliklinikleri, özel laboratuvar ve tedavi merkezleri olarak sıralanabilir (Yıldırım, 2013: 25; Yıldırım ve Yıldırım, 2015: 352; Özer, Yıldırım ve Yıldırım, 2015: 84).

Grafik 5'te yıllara ve sektörlere göre hastane yatak sayıları yer almaktadır. Söz konusu grafikten de görüleceği üzere, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin yatak sayıları diğerlerinin çok üzerindedir.



**Grafik 5. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Yatağı Sayısı**

**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı, 2015b; Sağlık Bakanlığı, 2016b

### 3.1.4. Finansman

Türkiye'nin sağlık hizmetlerinin finansmanında kullandığı temel finansman kaynağı, genel sağlık sigortası (GSS) primleridir. Bu primler, kısa ve uzun vadeli sigorta kollarına tâbi olanlar için prime esas kazancın %12,5'i olup, bu oranın %5'i sigortalı, %7,5'i ise işveren tarafından ödenir. Yalnızca sağlık sigortasına tâbi olanların GSS primi, prime esas kazancın % 12'sidir. Sistemin diğer önemli finansman kaynakları,

devlet ve kullanıcı katkılarıdır. Devlet katkıları iki şekilde gerçekleşmektedir. Şöyle ki devlet, hem kısa ve uzun vadeli sigorta kollarına göre hem de SGK'nın topladığı GSS primine göre iki farklı türde katkıda bulunmaktadır. Devlet, prime esas kazancı dikkate alarak malullük, yaşlılık ve ölüm sigortaları için %5 oranında; genel sağlık sigortası için ise %3 oranında katkı yapmaktadır (Resmi Gazete, 2006b). Bu katkının dışında, SGK'nın ay itibarıyla tahsil ettiği malullük, yaşlılık ve ölüm sigortaları ile GSS priminin dörtte biri oranında Hazine tarafından SGK'ya katkı yapılmaktadır (Yıldırım, 2012c: 150). Kullanıcı katkıları ise, sadece belirli hizmetler için söz konusudur (SGK, 2013: 27). Bununla birlikte, SGK tarafından karşılanmayan masraflar için bireylerin tamamlayıcı sağlık sigortası yaptırabilmeleri konusunda 2013 yılında yasal bazı adımlar atılmıştır (Yıldırım ve Yıldırım, 2015: 351). Bu adımlarla birlikte Türkiye sağlık sisteminin finansmanında tamamlayıcı sağlık sigortası önümüzdeki yıllarda daha çok konuşulacaktır.

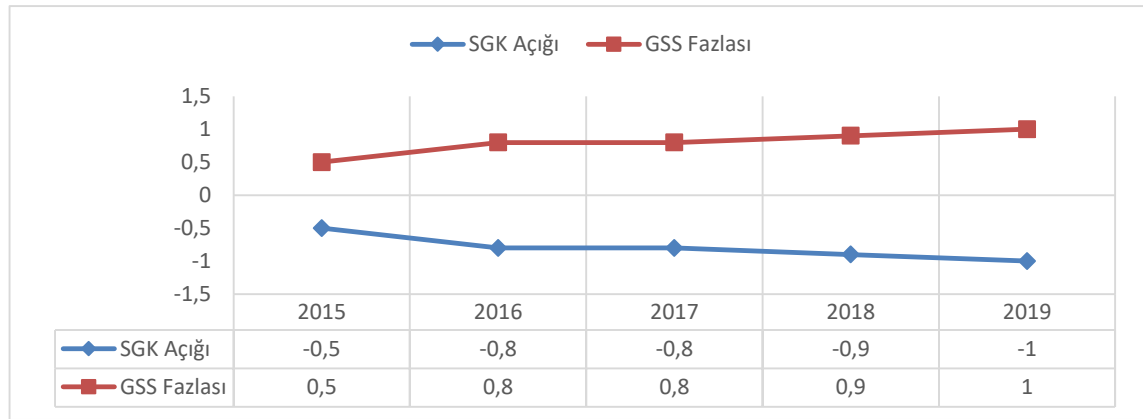
Tablo 5'te de görüleceği gibi SGK'nın en önemli gelir kaynağı, prim gelirleri olup diğer gelirlerin toplam gelirler içindeki payı yıllara göre farklılık göstermekle birlikte; %27 ile %30 arasında değişmektedir. Diğer kaynaklardan elde edilen gelirlerin toplam gelirler içindeki payının yüksek olması, SGK için finansal açıdan sürdürülebilirlik sorunu ortaya çıkarabilir, zira bir sistemin finansal sürdürülebilirliği sürekli gelir kaynaklarına bağlıdır. Buna karşın diğer gelir kaynakları, acil ve ön görülemeyen harcamalar için mali alan yaratma aracı olarak geçici çözümler sunabilir.

**Tablo 5. 2009-2015 Yılları Arası SGK Konsolide Nakit Akım Tablosu (Milyon TL)**

Gelir ve Gider Kalemleri	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Gelirler</b>	<b>78.073</b>	<b>95.273</b>	<b>124.480</b>	<b>142.929</b>	<b>163.014</b>	<b>184.328</b>	<b>220.102</b>
Prim Gelirleri	54.579	66.913	89.561	99.359	118.729	135.238	159.480
Diğer Gelirler	23.494	28.360	34.919	43.569	44.285	49.090	60.622
<b>Giderler</b>	<b>106.776</b>	<b>121.997</b>	<b>140.715</b>	<b>160.223</b>	<b>182.689</b>	<b>204.400</b>	<b>231.545</b>
Emekli Aylıkları	68.604	78.957	91.615	105.294	119.162	134.392	151.990
Sağlık Giderleri	28.811	32.509	36.500	44.111	49.889	54.603	59.411
Diğer Giderler	9.361	10.531	12.599	10.819	13.639	15.405	20.144
<b>Açık</b>	<b>-28.703</b>	<b>-26.724</b>	<b>-16.235</b>	<b>-17.295</b>	<b>-19.675</b>	<b>-20.072</b>	<b>-11.443</b>

**Kaynak:** SGK, 2016

SGK, yıllar itibariyle finansal açık veren bir kurum olup, bu açığın temel sebebi uzun vadeli sigorta kollarıdır. Tablo 5’te görüleceği üzere SGK, elde ettiği prim gelirleri ile satın aldığı sağlık hizmetlerini rahat bir şekilde karşılarken; malullük, yaşlılık ve ölüm sebebiyle ödediği emekli aylıkları finansal açık vermesinin temel sebebidir. SGK açık veren bir kurum olmasına rağmen, GSS ile toplanan primler, yapılan sağlık harcamalarından daha fazladır, yani SGK finansal açık verirken GSS fazla vermektedir ve bu durumun gelecek yıllarda da böyle devam edeceği tahmin edilmektedir. Grafik 6’da da görüleceği üzere, SGK’nın 2017, 2018 ve 2019 yıllarında vereceği finansal açıkların, söz konusu yıllarda GSS’nin vereceği finansal fazlalara eşit olacağı tahmin edilmektedir (Kalkınma Bakanlığı, 2016: 20).



**Grafik 6. SGK ve GSS’nin Gelecek Yıllara İlişkin Tahmini Açık ve Fazlalarının GSYİH’ya Oranları**

**Kaynak:** Kalkınma Bakanlığı, 2016

### 3.1.5. Ödeme Yöntemleri

Sağlıkta ödeme yöntemleri, çalışanlara ve kurumlara ödemeler olmak üzere ikiye ayrılabilir. Sağlık profesyonellerine yapılan ödeme yöntemleri; maaş, kişi başı ödeme, hizmet başına ödeme ve performansa dayalı ödeme olmak üzere temelde dört grupta toplanabilir. Türkiye’de hekimlere yapılan ödeme şekillerine bakıldığında; birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan aile hekimlerine kişi başı ve performansa dayalı ek ödeme yapılmaktayken, ikinci ve üçüncü basamak kamu sağlık kurumlarında çalışan

hekimlere, maaş ödemesi ve performansa dayalı ek ödeme yapıldığı görülmektedir (Yıldırım ve Yıldırım, 2015: 352).

Türkiye’de sağlık kurumlarına yapılan ödeme yöntemleri; kamu, üniversite ve özel hastaneler bazında incelenebilir. Kamu ve üniversite hastanelerinde sunulan teşhis ve tedavi hizmetleri ile ilaç harcamaları için kullanılan ödeme yöntemi, global bütçe olup, bu hastanelerde yakın bir gelecekte teşhis ilişkili grupların (TİG) geri ödeme yöntemi olarak kullanılması planlanmaktadır. SGK ile anlaşması olan özel hastanelere yapılan ödeme şekli ise, hizmet başına ödeme olup, bazı tedaviler için paket fiyat anlaşmaları da yapılmaktadır (Akbulut, 2012: 116).

### **3.1.6. Reformlar**

Sağlık sistemleri, temel amacı toplumun sağlığını yükseltmek olan karmaşık ve dinamik sistemlerdir; bunun bir sonucu olarak da sürekli değişim içerisindedir (WHO, 2000: 1-5; Yıldırım, 2012: 7). Türkiye sağlık sisteminin de sürekli bir değişim içerisinde olduğu söylenebilir. Türkiye’nin kuruluşundan 2003 yılında uygulamaya koyduğu SDP’ye kadar geçen sürede sağlık alanında hayata geçirdiği reformlar, dönemler halinde aşağıdaki şekilde belirtilebilir (Şekil 3).

**1920-29**

- 1920: TBMM'nin açılması sonrası 3 numaralı yasa ile daha çok halk sağlığı uygulamalarına odaklanmak üzere Türkiye Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı kuruldu.

**1930-49**

- 1945: Mavi yakalı işçiler için Sosyal Sağlık Sigortası kuruldu.
- 1946: İlk defa 10 yıllık ulusal sağlık planı oluşturuldu.
- 1949: Emekli memurlar için sosyal sağlık sigortası getirildi.

**1950-59**

- 1952: Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı bünyesinde anne-çocuk sağlığı birimi kuruldu.
- 1953: DSÖ ve BM desteği ile anne-çocuk sağlığı merkezi kuruldu.
- 1953: TTB kuruldu.
- 1954: Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tedavi edici hizmet sunumuna ağırlık vermeye başladı; model hastaneler kuruldu ve sağlık iş gücü eğitimine başlandı.
- 1954: İl ve belediye yönetimlerine ait sağlık kurumları Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na bağlandı.
- 1954: İlk on yıllık sağlık planı kamuoyu ile paylaşıldı (bu program, ulusal sağlık hizmetlerinin planlanmasında ve örgütlenmesinde bir köşe taşıdır ).

**1960-79**

- 1961: Bütünleşmiş sağlık hizmeti düzeni teşvik etmek ve üç basamaklı bir sağlık sistemini (sağlık evi, sağlık merkezi,

bölge hastanesi) gerçekleştirmek üzere Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu kabul edildi

- 1965: Nüfus Planlaması Yasası kabul edildi.
- 1971: Bağ-Kur kuruldu.

**1980-89**

- 1982: Yeni anayasa, toplum sağlığını korumanın ve birleşik bir sosyal sağlık sigortası vasıtasıyla tüm toplumu sağlık hizmetleri kapsamına aldı.
- 1987: Sağlık Bakanlığına hizmet sunumunda daha dar bir rol vererek düzenleme/denetleme konusuna odaklanmasını sağlayan Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu yürürlüğe girdi. Ancak, Anayasa Mahkemesi tarafından kısmen iptal edilmesi sonucu tam olarak uygulanamadı.

**1990-99**

- 1992: Genel sağlık sigortası uygulamasına geçene kadar ödeme gücü olmayan vatandaşların tedavi giderlerinin karşılanması amacıyla yeşil kart uygulamasına geçildi.
- 1996: Sağlık finansmanında yer alan kurumların kuruluşu ve süreci, birinci basamak sağlık hizmetleri, aile hekimliği, hastaneler, vs. konularında yasal düzenlemeler yapıldı.
- 1998: Bireysel sağlık sigortası sistemi yasası hayata geçirilmeye çalışıldı.
- Sağlık Fonu Yasa tasarısı hazırlandı.
- Ancak, TBMM'deki politik durum nedeniyle yukarıda bahsi geçen yasalar hayata geçirilemedi.

**Şekil 3. Yıllar İtibariyle Türkiye Sağlık Sisteminde Yaşanan Önemli Gelişmeler**

**Kaynak:** Atun vd., 2013

2003 yılına gelindiğinde, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında köklü değişiklikler ön gören SDP başlatılmış ve bu program yeni bir dönemin başlangıcı olmuştur. Sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması, SDP'nin temel amaçları arasında sayılmıştır. Bu amaçlar doğrultusunda, SDP kapsamında uygulanmak üzere sekiz ana bileşen belirlenmiştir. Bu bileşenler (Sağlık Bakanlığı, 2003: 26):

- ✓ Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı,
- ✓ Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası,
- ✓ Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi (Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği, etkili ve kademeli sevk zinciri, idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri),

- ✓ Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü,
- ✓ Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,
- ✓ Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,
- ✓ Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma,
- ✓ Karar sürecinde etkili bilgiye erişim; sağlık bilgi sistemidir.

2003-2013 yıllarını kapsayan SDP uygulamaları ile bu sekiz ana bileşenin tamamına yakını<sup>25</sup> hayata geçirilmiştir. Ancak bu durum reformların bittiği anlamına gelmemelidir, zira yakın bir gelecekte Türkiye, SDP'nin ikinci fazına geçmeye hazırlanmaktadır (Yıldırım, 2013: 70). SDP'nin ikinci fazına geçilmesinin temel sebepleri olarak; sağlık statüsünün daha ileriye götürülmek istenmesi, demografik değişim, hastalık yükündeki değişime bağlı olarak yeni ihtiyaçların ortaya çıkması ve katastrofik sağlık harcamaları gösterilmektedir. İkinci faz sürecinde yapılması planlanan reformlar; sağlık hizmet sunumunda çeşitlenmeye gitmek (evde bakım, palyatif bakım, göçmen sağlığı), sağlık endüstrisi ve turizmini geliştirme çabaları olarak sıralanabilir (Sağlık Bakanlığı, 2016a).

İzleyen başlıkta, Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratma ve kullanılabilir yöntemler incelenecektir.

### **3.2. TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİNDE MALİ ALAN YARATMA**

Sağlık harcamaları ve bu harcamalardaki artış eğilimi, birçok ülkenin öncelikli konuları arasında bulunmaktadır ya da en azından yakın gelecekte öncelikli konular arasına girmeye adaydır. Sağlık harcamalarındaki artışlar miktar bazında olduğu gibi sağlık harcaması/GSYİH oranlarında da görülmektedir. Eğer sağlık harcamalarının artış hızı bu şekilde devam ederse, 21. yüzyılın sonunda birçok ülke GSYİH'sını sadece kamu sağlık harcamalarına ayırmak zorunda kalacaktır (Zweifel vd., 2009: 1). Kamu sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranının yüksek olduğu bazı ülkeler, söz konusu oranı belirli bir seviyede sabitleme eğilimine yönelmektedirler, ancak bu durum sanılanın aksine

<sup>25</sup> SDP'nin neredeyse tüm bileşenleri hayata geçirilmiş olup, hayata geçirilemeyen bazı uygulamaların yakın gelecekte uygulamaya konulması planlanmaktadır (Örneğin, etkili ve kademeli sevk zinciri).

verimlilikte düşümlere sebep olabilmektedir. Çünkü iktisadi bakış açısına göre, sağlığa ne kadar harcıdığından ziyade kaynak dağıtımının nasıl yapıldığı ve bu dağıtımın etkililiği daha önemli bir konudur<sup>26</sup> (Phillips, 2005: 41). Görüldüğü gibi sağlık harcamalarındaki artışları engellemek üzere bu harcamaları belirli bir oranda sabitlemek veya kısmaya çalışmak, sağlık harcamalarının finansman sorununu çözmekte hatta daha büyük sorunlara yol açmaktadır<sup>27</sup>. Bu yüzden, sağlık harcamalarını kısmak yerine, finansmanı için yeni kaynaklar yaratmak önem kazanmakta ve politika belirleyiciler bu konuda çeşitli adımlar atmaktadır.

Diğer birçok ülkede olduğu gibi, Türkiye’de de sağlık harcamaları artış eğilimi göstermektedir. Bunun temel sebebi olarak, SDP uygulamaları gösterilebilir. Türkiye’deki sağlık harcamalarının artış sebepleri spesifik boyutta ele alındığında; yeşil kart kapsamının ve faydalarının genişletilmesi<sup>28</sup>, özel hastaneler dahil tüm hastanelerden faydalanılabilmesi, kamu hastanelerinin tek çatı altında birleştirilmesi, SSK mensuplarının serbest eczanelerden ilaç alabilmelerinin mümkün hale getirilmesi, sağlık çalışanlarına performansa dayalı ek ödeme modelinin uygulanması, GSS ile tüm nüfusun (bazı istisnalar hariç) sağlık güvencesi kapsamına alınması<sup>29</sup>, vs. gösterilebilir (Yıldırım, 2012b: 43; Özer, Yıldırım ve Yıldırım, 2015: 14). Türkiye’de sağlık harcamalarının artması belirli bir finansman yükü ortaya çıkarmış ve yükü karşılamak için de mali alanlar yaratılması kaçınılmaz hale gelmiştir.

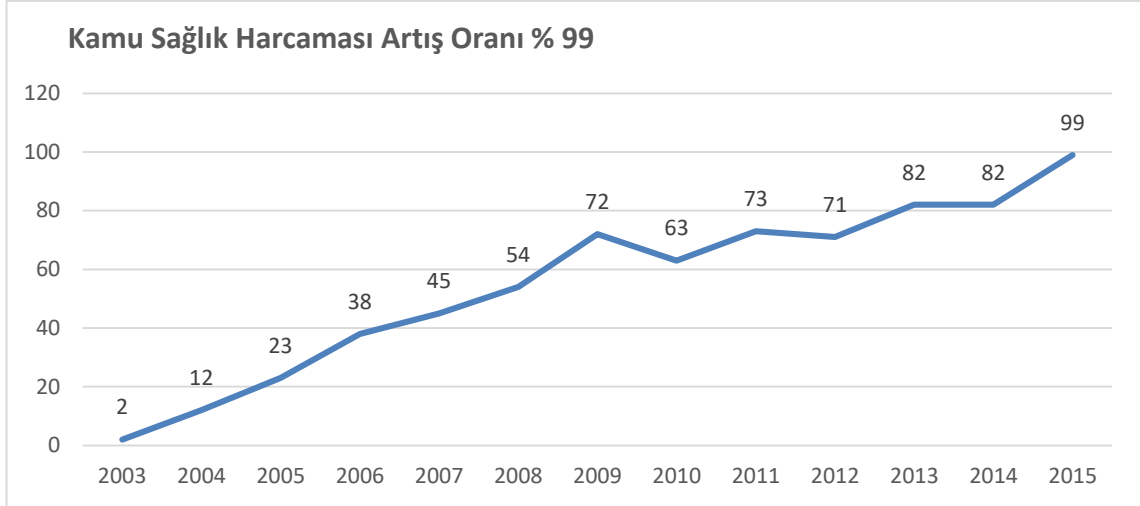
Türkiye’nin kamu sağlık harcamalarındaki artış oranları aşağıdaki grafikte görülebilmektedir. Grafik 7’de görüleceği üzere SDP sürecinde kamu sağlık harcamaları hızlı bir artış trendine girerek 2002 yılındaki miktarın yaklaşık iki katı olmuştur.

<sup>26</sup> Çoğu ülkede uygulanan sağlık politikalarının önemli problemlerinden birisi, sağlık harcamalarını, sağlık sistemlerini tam etkin noktaya getirene kadar artırmak yerine maliyetlerde düşüş sağlamak için kısmak ve bunun da etkinlikten uzaklaşmaya sebep olmasıdır (Kurtuluş, 1998: 44).

<sup>27</sup> Burada kastedilen sağlık harcamaları, toplumun iktisadi ve sosyal yönden gelişmesi için gerekli harcamalardır. Zira gereksiz harcamaları azaltarak sağlıkta verimlilik artışları sağlamak, sağlık sistemlerinin temel amaçlarındandır.

<sup>28</sup> Yeşil kartlılar Ocak 2012 itibariyle GSS kapsamına alınmışlardır.

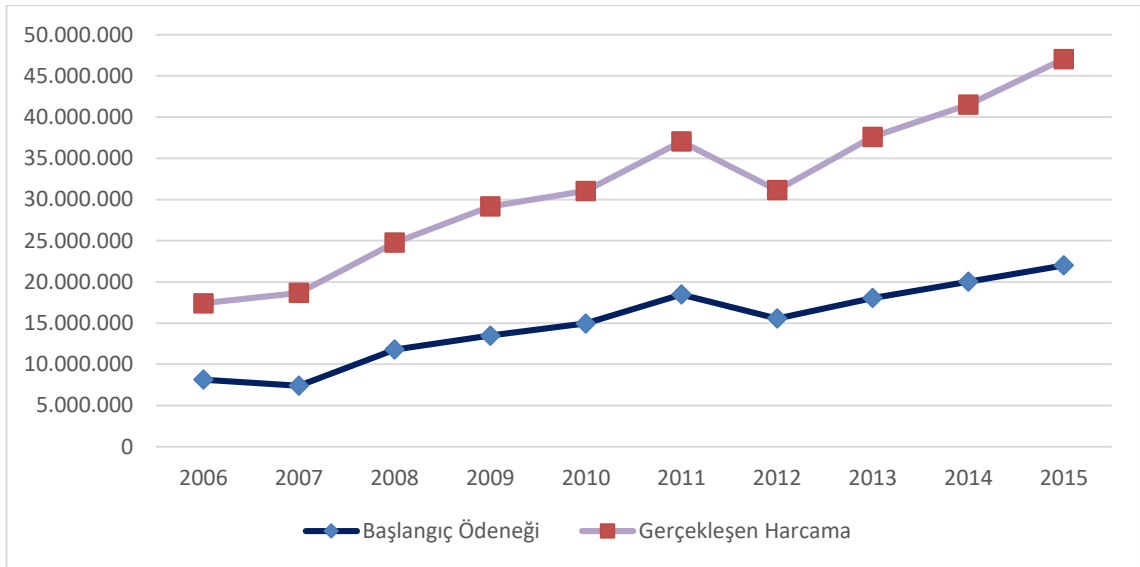
<sup>29</sup> 2015 yılına gelindiğinde Türkiye’deki nüfusun sosyal güvenlik kapsamı %85’e ulaşmıştır (SGK, 2015).



**Grafik 7. Kamu Sağlık Harcamalarının Artış Oranı, (%) (2002 Yılı 100 Kabul Edilmiştir)**

**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı, 2016a

Kamu sağlık harcamalarında, son 12 yılda yaşanan muazzam artışın bir sonucu olarak bütçeden sağlık harcamaları için ayrılan pay yetersiz kalmakta, yıllar itibariyle gerçekleşen harcamalar ayrılan tutardan daha fazla olmaktadır (Grafik 8).



**Grafik 8. 2006-2015 Yılları Arasında Merkezi Yönetim Bütçe Ödeneklerinden Sağlık Hizmetlerine Ayrılan Başlangıç Ödenekleri ve Gerçekleşen Harcamalar (Bin TL)**

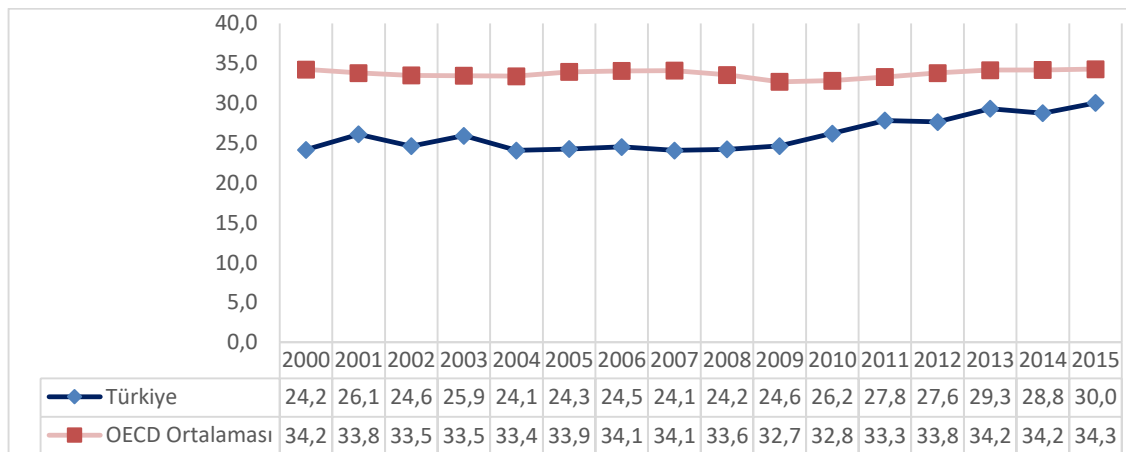
**Kaynak:** BÜMKO, 2016

Türkiye sağlık sistemi açısından, her ne kadar aşikâr olmasa da zımnî olarak telakki edilebilecek mali alan yaratma girişimleri, izleyen başlıklarda ele alınmaktadır.



### 3.2.1. Vergi Düzenlemeleri ile Türkiye Sağlık Sisteminde Mali Alan Yaratma

Sağlıkta mali alan yaratma konusunda ilk akla gelen yöntemlerden olan vergi artışlarını, tüm ülkeler için mali alan yaratma yöntemi olarak görmek doğru bir yaklaşım değildir. Zira bir ülkede vergi artışlarının mali alan yaratma yöntemi olabilmesi, o ülkedeki vergi yüküne bağlıdır. Son on yıllık dönemde Türkiye'deki vergi yükü, dalgalanmalar göstermekle birlikte genelde artma eğilimindedir; ancak, OECD ortalamasından ve Almanya, Belçika ve Fransa gibi gelişmiş birçok Avrupa Birliği (AB) üyesi ülkeden daha geridedir (Grafik 9) (OECD, 2016a). Buna rağmen mal ve hizmetler üzerinden alınan dolaylı vergilere bakıldığında Türkiye'nin, hem OECD ortalamasından hem de Almanya, Belçika ve Fransa'dan daha yüksek bir vergi yüküne sahip olduğu görülebilir (OECD, 2016a).



**Grafik 9. Yıllara Göre Türkiye'nin Vergi Yükündeki Değişimler**

**Kaynak:** OECD, 2016a

Türkiye'de vergi yükünün nispeten düşük olmasına rağmen toplam vergiler içinde dolaylı vergilerin payının yüksek olması, kamu harcamalarının finansmanında adalet sorunu ortaya çıkarmaktadır. Bu açıdan bakıldığında, Türkiye sağlık sisteminde vergi gelirlerinde artışlar sağlayarak mali alan yaratırken bunu, dolaylı vergilerden ziyade doğrudan vergi gelirlerini artırarak yapmak daha doğru olacaktır. Ancak amaçlı vergileme yoluyla, bireysel ve toplumsal sağlığa zararlı olan sigara ve alkol gibi ürünlere getirilecek sağlık vergileri, tüketimden doğan negatif dışsallığı içselleştirmeye yardımcı olacağından, bu tür vergilerin adalet ilkesine zarar vermeyeceği

düşünülmektedir. Bu yüzden sigara ve alkole, sağlık vergileri adı altında yeni vergiler getirilmesi bazı dönemlerde gündeme gelmektedir.

### **3.2.2. Harcama Önceliklendirme ile Türkiye Sağlık Sisteminde Mali Alan Yaratma**

Kamunun sağlık hizmetlerinin ya da en azından koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumunda ve finansmanında bulunması, toplum sağlığı açısından zorunludur. Çünkü ülkelerde artık, sağlık sorunu hasta ile hekim arasında bir mikro alış-veriş ilişkisi olmaktan çok, siyasal iktidarların veya kamunun planlamak üretmek, dağıtmak ve denetlemek zorunda olduğu, güncelliğini koruyan ulusal bir sorun durumundadır (Tokgöz, 1978: 14). Diğer taraftan sunumunda devletin aktif bir şekilde yer aldığı başka kamusal mallar da mevcuttur; örneğin eğitim ve milli savunma. Bu durum hükümetleri, ülke bütçesinde pay ayrılacak alanlar ve söz konusu alanlara hangi oranda pay ayrılacağı gibi konularda zorlamaktadır. Türkiye, bulunduğu jeopolitik konum, tehdit algısı, terörle mücadele, bölgesel olaylar vb. sebeplerden, geçmişte bazı dönemlerde bütçesinde en büyük payı savunma harcamalarına ayırmıştır ve bu durum tartışmaları da beraberinde getirmiştir. Çünkü belirli ve sınırlı bir genel bütçe rakamı içinden, eğitim ve sağlık gibi insanların gündelik yaşamlarını doğrudan etkileyen (ve kolaylaştıran), dolayısıyla yaşam kalitelerini artıran alanlarda kesinti yapılması pahasına ülke kaynaklarının savunma harcamalarına aktarılması, ülkelerin ekonomik kaynaklarının yeterince verimli kullanılmadığı gibi algıların doğmasına neden olmaktadır (Beriş, 2012: 6).

Harcamalarda öncelik ayırımına giderek toplumun refahı ve iktisadi gelişme için önemli sayılan sağlık harcamalarına daha çok kaynak ayırmak, acil harcamalar için akla gelen ilk yöntemlerden olmakla birlikte, bu yöntem diğer önemli alanlardaki harcamaları kısımaya ve bu yüzden sektörler arasında rekabete neden olabilmektedir. Toplum refahını doğrudan etkileyen diğer sektörleri dışlayıcı bir etkisi olmamasının sağlanması suretiyle harcama önceliği belirlemek, sağlıkta mali alan yaratmada etkili sonuçlar doğurmaktadır

Grafik 10'da, Türkiye'nin 2006-2015 yılları arasında yaptığı eğitim, sağlık ve savunma harcamalarının bütçesi içerisindeki ağırlıkları görülmektedir. Söz konusu yıllarda

yapılan eğitim harcamalarının sağlık ve savunma harcamalarından daima yüksek olduğu görülebilir. Bununla beraber 2006-2015 yılları arasında savunma harcamalarının bütçe içindeki payı, bazı yıllar sabit kalmakla birlikte genelde düşüş eğilimindeyken; sağlık harcamaları dalgalanmalar göstermektedir.



**Grafik 10. Yıllara Göre Türkiye’de Yapılan Eğitim, Sağlık ve Savunma Harcamalarının Bütçe İçerisindeki Payı**

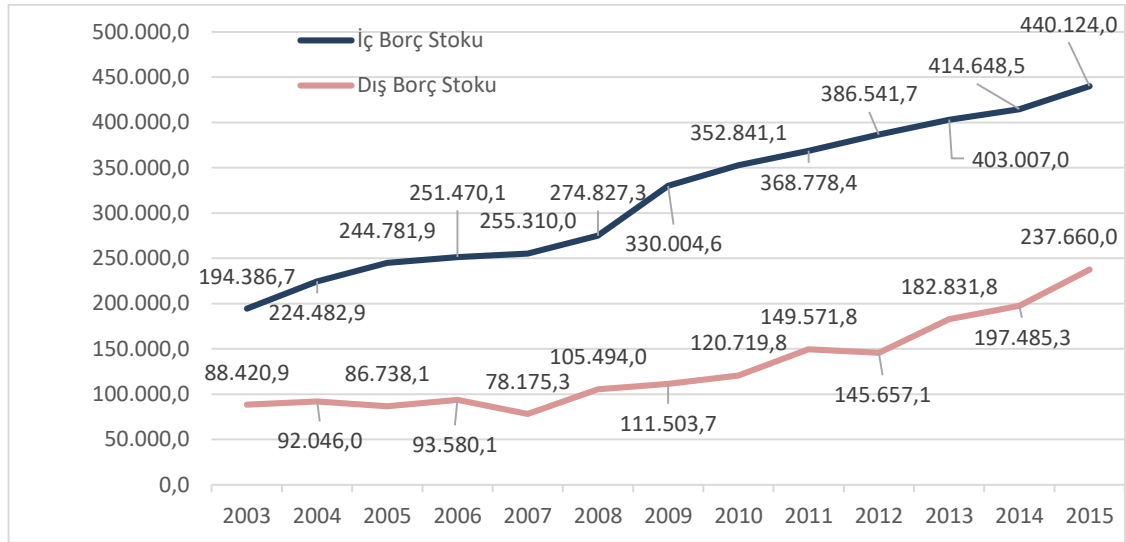
**Kaynak:** BÜMKO, 2016

Türkiye’nin yaptığı kamu harcamaları incelendiğinde, 2000’li yılların başına kadar savunma harcamalarının bütçe içerisindeki ağırlığı dikkat çekmektedir. Fakat son 10 yıllık dönemde savunma harcamalarının bütçe içerisindeki ağırlığının azaldığı, sağlık harcamalarının dalgalı bir seyir izlediği ve eğitim harcamalarının ise arttığı görülmektedir. Buradan, Türkiye’nin harcamalarda öncelik ayrımı gözettiği ve belirli dönemlerde belirli harcamalara ağırlık verdiği düşünülebilir.

### 3.2.3. Borçlanma ile Türkiye Sağlık Sisteminde Mali Alan Yaratma

Mali alan yaratma yöntemlerinden, belki de en az tercih edileni olmakla birlikte borçlanma, bazı dönemlerde hükümetler için kaçınılmaz olabilmektedir. Türkiye’nin; borcu borçla kapatmaya çalışma, ödemeler dengesinde meydana gelen açıkları kapatma, iç tasarruflarının yeterli olmaması gibi sebeplerden dış borçlanmaya (Peker ve

Bölükbaş, 2013: 289-290); dış borçlanma kaynaklarının azalması, kamu harcamalarında etkinliğin sağlanamaması, vergi tabanının genişletilememesi, vergi gelirlerinin yetersiz kalması gibi sebeplerden iç borçlanmaya yöneldiği söylenebilir (Bakkal ve Gürdal, 2007: 148). Son yıllarda, Türkiye'nin merkezi yönetim borç stoku içinde iç borçlanmanın ağırlığı dış borçlanmaya nazaran daha yüksektir (Grafik 11).

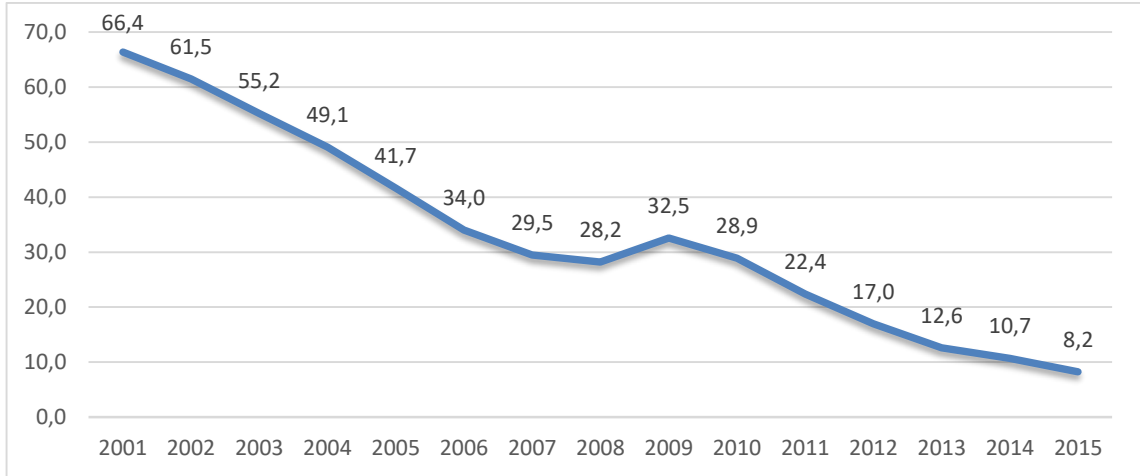


**Grafik 11. Yıllara Göre Türkiye’de Merkezi Yönetim İç ve Dış Borç Stoku (Milyon TL)**

**Kaynak:** Hazine Müsteşarlığı, 2016

Bir ülkenin toplam borcunun o ülkenin ekonomisinin sürdürülebilirliği üzerindeki etkisini görmek için borç/gelir oranı bir gösterge olabilir. Grafik 12’de Türkiye’nin yıllara göre kamu net borç stokunun gelire oranı gösterilmektedir. Bu oranın azalma eğiliminde olduğu söylenebilir<sup>30</sup>. Bu sebeple Türkiye, genel ekonomik dengeye zarar vermeden, sağlıklı mali alan yaratmada kamusal borçlanma seçeneğini düşünebilir.

<sup>30</sup> Bu oran sadece kamunun borcuna ilişkin bir veri olup özel sektör, bankalar ve hane halkının borçlarını kapsamamaktadır.



**Grafik 12. Yıllara Göre Türkiye’de Kamu Net Borç Stokunun GSYİH’ye Oranı (% Olarak)**

**Kaynak:** Hazine Müsteşarlığı, 2016

Türkiye’nin, Dünya Bankası ve IMF gibi uluslararası kuruluşlardan sağlık alanında kullanılmak üzere zaman zaman krediler temin ettiği görülmektedir. Bu krediler yaşanan dönemsel finansman sorunlarını aşmak için kullanılabildiği gibi bazı projelerin finansmanında da kullanılmaktadır. Örneğin Türkiye Dünya Bankası’ndan, Sağlık 1 Projesi kapsamında 1989 yılında 75 milyon \$, Sağlık 2 Projesi kapsamında 1994 tarihinde 150 milyon \$, Temel Sağlık Hizmetleri Projesi kapsamında 1997 yılında 14,5 milyon \$, Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamında 2004 yılında 60 milyon \$; Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılandırılmasına Destek Projesi kapsamında 2009 yılında 75 milyon \$, Sağlık Sistemini Güçlendirme ve Destekleme Projesi kapsamında 2015’te 134 milyon \$ kredi temin etmiştir (World Bank, 2016).

### 3.2.4. KÖO ile Türkiye Sağlık Sisteminde Mali Alan Yaratma

Son 30 yıllık dönemde, başta İngiltere olmak üzere birçok ülkede popüler hale gelen KÖO; son dönemde Türkiye’de de, özellikle sağlık alanında gündemdedir. Türkiye sağlık sisteminde KÖO; ihaleleri yapılan, uzun dönemli kira sözleşmesiyle yapım işlerini, bakım ve onarımı, tıbbi destek hizmetinin ve tıbbi hizmet dışı hizmetlerin sunumunu ve ticari alanların işletimi işlerinin özel bir örgüte blok halinde devredilmesini öngören ‘entegre sağlık kampüsleri’ ve ‘şehir hastaneleri’ biçiminde

gerçekleşmektedir (Karasu, 2011: 222). Şubat 2016 itibariyle 34 sağlık kuruluşunun KÖO ile yapılması planlanmış olup bunlardan 18'inin ihalesi tamamlanmıştır (Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü, 2016). Sağlıkta mali alan yaratma yöntemleri bölümünde de belirtildiği gibi, KÖO yoluyla yapılan bir hastanede sağlık hizmetlerini sunacak olan taraf devlettir. Özel sektöre ise; tıbbî destek hizmetleri ile bilgi işlem, hasta danışmanlığı, sterilizasyon, çamaşırhane, temizlik, güvenlik, yemekhane, arşivleme ve benzeri hizmetleri; aydınlatma, asansör, ısıtma, soğutma, havalandırma, tıbbî gaz, su ve enerji temini, atık ve atık su uzaklaştırma hizmetleri de dâhil olmak üzere binaların tamiri, bakımı ve işletilmesi, park ve bahçe bakımı ve kara, hava, deniz ambulans hizmetleri ile morg ve gashane hizmetlerinin devredilmesi planlanmaktadır (TTB, 2012: 17). Dolayısıyla, Türkiye'de KÖO ile yapılacak hastanelerle ilgili olarak şu yorum yapılabilir; devlet, KÖO modeli ile yapılacak hastanelerde, hastaneyi inşa eden müteahhidin sözleşme süresince kiracısı<sup>31</sup> olarak sağlık hizmetini bizzat kendisi sunacaktır (Karahanoğulları 2011: 181; Acartürk ve Keskin, 2012: 31).

KÖO ile Türkiye'de inşaa edilecek olan tüm şehir hastaneleri tamamlandığında, bu hastanelerin toplam yatak kapasitesi 41.091 olacaktır. Söz konusu projelerin toplam yatırım bedeli 10 milyar \$'dır (Sağlık Bakanlığı, 2016a). Bu projeler yoluyla altyapı yatırımları özel sektöre yaptırılarak diğer sağlık harcamalarında kullanılmak üzere mali alanlar yaratılması planlanmaktadır.

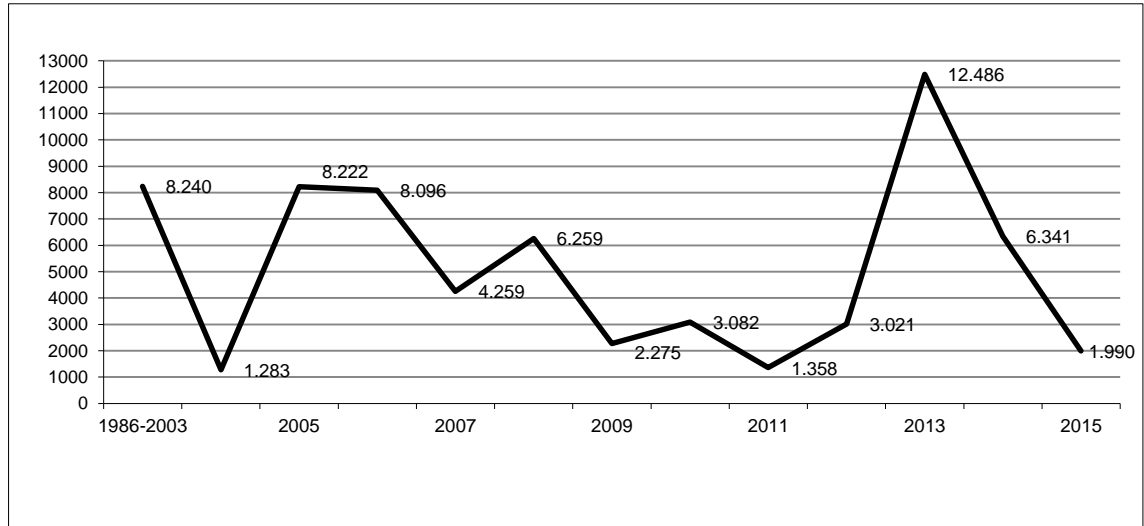
### **3.2.5. Özelleştirme ile Türkiye Sağlık Sisteminde Mali Alan Yaratma**

Türkiye'de özelleştirme uygulamalarının temelleri 24 Ocak Kararlarıyla atılmıştır. 1984 yılından itibaren çıkartılan kanun ve kanun hükmünde kararnamelerle de (KHK) özelleştirmenin yasal altyapısı oluşturulmuştur. Özelleştirme uygulamalarının yol haritası olması için 1985 yılında Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından Özelleştirme Ana Planı hazırlanmış, Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı'ndan itibaren de tüm kalkınma planlarında özelleştirmeye geniş yer ayrılarak devletin özelleştirme politikası bu planlarla çizilmiştir (Türk, 2014: 42). 4046 Sayılı Özelleştirme

---

<sup>31</sup> Türkiye'de KÖO yapılacak olan hastanelerin kira bedellerinin, hastanelerin döner sermayelerinden karşılanması planlanmaktadır (TTB, 2012: 11).

Uygulamaları Hakkında Kanun'un 18. Maddesine göre Türkiye'de uygulanan özelleştirme yöntemleri; satış, kiralama, işletme hakkının verilmesi, mülkiyetin gayri ayni hakların tesisi ve gelir ortaklığı modeli ve işin gereğine uygun sair hukuki tasarruflardır (Resmi Gazete, 1994). Türkiye, yıllar bazında dalgalanmalar olmakla birlikte, 1985-2015 yılları arasında gerçekleştirdiği özelleştirme işlemlerinden yaklaşık 67 milyar \$ gelir elde etmiştir (Grafik 13) (ÖİB, 2015).



**Grafik 13. Yıllara Göre Türkiye’de Özelleştirme İşlemleri (Milyon \$)**

**Kaynak:** ÖİB, 2015

Türkiye sağlık sisteminde uygulanan özelleştirme yöntemleri arasında doğrudan gelir sağlayan; yani kamu hastanelerinin doğrudan özel sektöre satılması gibi bir yöntem olmamakla birlikte; sağlıkta mali alan yaratma bölümünde bahsi geçen diğer özelleştirme yöntemleri (özerkleştirme yoluyla özelleştirme, hizmet sözleşmeleri ve KÖO) yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Örneğin, 663 Sayılı KHK ile kurulan Kamu Hastaneleri Birlikleri, özerkleştirme yoluyla özelleştirmeye<sup>32</sup>; altyapısı özel sektör tarafından inşa edilen şehir hastaneleri, KÖO’ya örnek olarak gösterilebilir. Bunlarla beraber, hizmet sözleşmeleri yani taşeronlaşma yoluyla bazı hizmetlerin üretimi yerine satın alınması uygulamaları da Türkiye’de yaygın olarak görülmektedir. Örneğin, Sağlık Bakanlığı’nın 2015 yılı toplam personel sayısının %30’dan fazlasının hizmet sözleşmeleri yoluyla istihdam edildiği görülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2016b). Bahsi

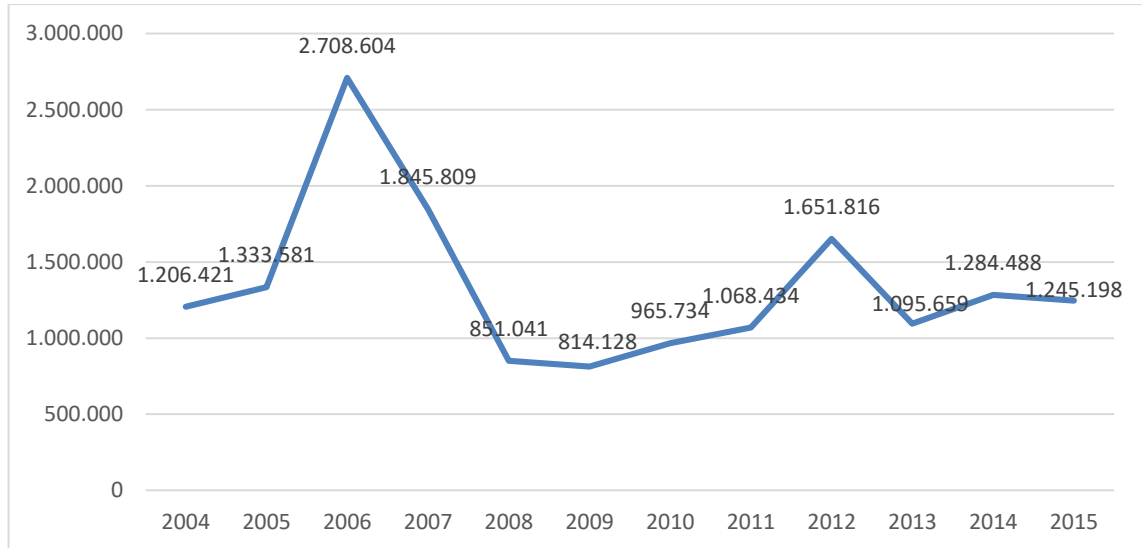
<sup>32</sup> 2003 yılında başlatılan SDP’nin temel bileşenlerinden biri de; idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri oluşturmaktır (Sağlık Bakanlığı, 2003: 31).

geçen özelleştirme yöntemleri ile doğrudan gelir elde edilmese de verimlilik artışları sağlanarak mali alanlar yaratılması mümkün olabilmektedir.

### 3.2.6. Uluslararası Yardımlar/Hibeler ile Türkiye Sağlık Sisteminde Mali Alan Yaratma

Sağlık sistemlerinin iyileştirilmesi adına uluslararası yardım veya hibe temini, daha çok düşük gelirli ülkelerde görülmekle birlikte, sağlık sistemlerinde sürdürülebilirlik sorunu ortaya çıkarmaktadır. Buna rağmen bu yöntemin, toplum sağlığı açısından acil sayılabilecek bazı harcamalar için hükümetlere çıkış yolu sağladığı da görülmektedir.

Grafik 14’te, Türkiye genel bütçesinde yer alan, alınan bağış ve yardımlar ile özel gelirler hesabının 2004-2015 yılları arasındaki değerleri gösterilmektedir. Söz konusu hesap, 2005-2006 arasında hızlı bir artış; 2006-2008 arasında ise sert bir düşüş göstermektedir. 2009-2011 arasında nispeten istikrarlı bir artış gösteren alınan bağış ve yardımlar ile özel gelirler hesabı, 2012 yılında ani bir artış; akabinde ani bir düşüş ve sonrasında kısmi bir artışı müteakiben kısmi bir düşüş göstermektedir.



**Grafik 14. Türkiye Genel Bütçesinde Yer Alan Alınan Bağış ve Yardımlar İle Özel Gelirler Hesabının 2004-2015 Yılları Arasındaki Değerleri (Bin TL)**

**Kaynak:** GİB, 2016

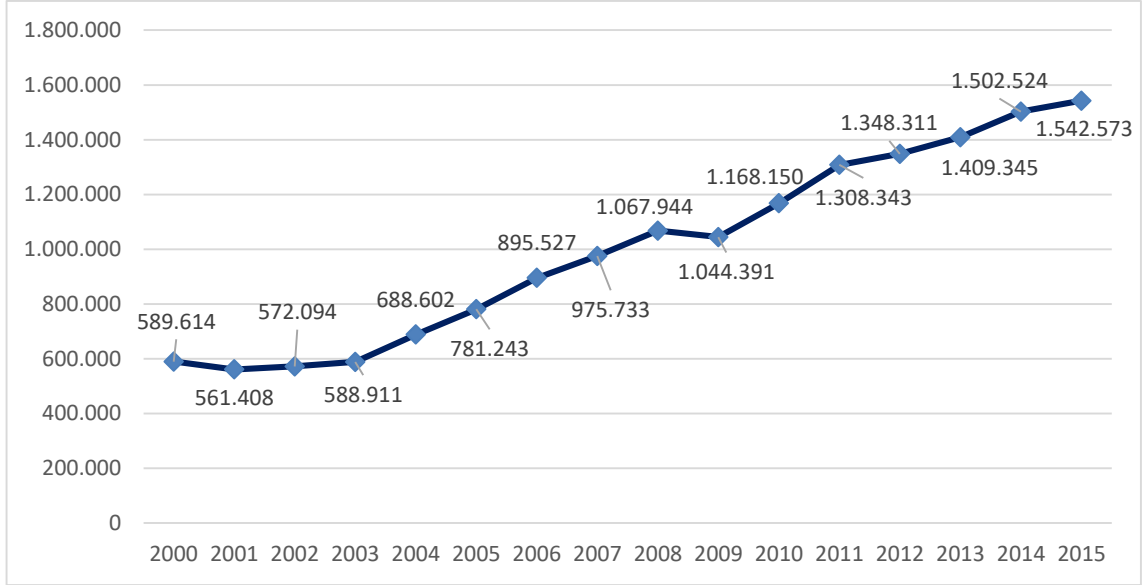


Türkiye yıllar itibariyle, DSÖ ve AB gibi kurumlardan sağlık alanında kullanılmak üzere yardım veya hibe temin etmekle birlikte, bu kaynakların daha çok proje bazında kullanıldığı ve kamu tarafından yapılacak sağlık harcamalarına fazla bir etkisinin bulunmadığı söylenebilir. Türkiye'nin son yirmi yıllık dönemde, sağlık alanında kullanılmak üzere aldığı dış yardımların toplam sağlık harcamaları içerisindeki seyrine bakıldığında düşük oranlar görülmektedir. Atabey ve Meriç'in (2016), WHO'dan (2014) aktardığına göre yıllar bazında bu oranlar, 1995 yılında %1,5; 1996 yılında %0,1; 1997 yılında %0,1; 1998 ve 1999 yıllarında %0,0; 2000 yılında %0,1; 2001 yılında %0,3; 2002 yılında %0,0; 2003 yılında %0,2; 2004 ve sonrası yıllarda ise sıfır olarak gerçekleşmiştir.

### **3.2.7. Ekonomik Büyüme ile Türkiye Sağlık Sisteminde Mali Alan Yaratma**

Yapılan birçok ampirik araştırmada, sağlık harcamalarının temel belirleyicisinin gelir olduğu ortaya konmuştur. Gelirde meydana gelen bir artış, sağlık harcamalarına da olumlu yansıtacağından gelir artışı anlamına gelen reel ekonomik büyüme, sağlıkta mali alan yaratmaya katkı sağlamaktadır. Bununla birlikte, ekonomik açıdan ortaya çıkan büyümenin hangi sektörler yönlenileceği sektörler arası rekabete sebep olmakta; bu büyümenin sağlık alanına yönlendirilmesi durumunda sağlıkta mali alan yaratabileceği dikkate alınmalıdır.

Grafik 15'te 2000-2015 yılları arası Türkiye'nin reel gelir seviyeleri gösterilmektedir. Grafikte göze çarpan ilk durum, kriz dönemlerinde (2000-2001 ve 2008-2009) reel gelirin azalışlar gösterdiğiidir. Buna rağmen, söz konusu dönemlerde kamu tarafından yapılan sağlık harcamaları artmıştır çünkü kriz dönemlerinde hane halklarının harcanabilir geliri azaldığından yaptıkları cepten sağlık harcamaları da azalmaktadır ve bu açık kamu tarafından karşılanmaktadır. Kamu, bu dönemlerde daha çok sağlık harcaması yaparak söz konusu açığı kapatmaya çalışmaktadır (Karakurt, 2010: 190).



**Grafik 15. 2000-2015 Yılları Arasında Satın Alma Gücü Paritesine Göre Türkiye’de Reel GSYİH’nin Seyri (Milyon \$ Olarak)**

**Kaynak:** OECD, 2016a

### 3.2.8. Kullanıcı Katkıları ile Türkiye Sağlık Sisteminde Mali Alan Yaratma

Ek kaynak oluşturarak mali alan yaratmak, maliyetleri sınırlamak ve gereksiz kullanımları önlemek amacıyla birçok ülkenin sağlık sisteminde yer alan kullanıcı katkıları (Yıldırım vd., 2011: 93), aynı gerekçelerle Türkiye’de de uygulanmaktadır (SGK, 2013: 27). GSS kapsamında finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinden aşağıda belirtilen hizmetler için kullanıcı katkıları alınmaktadır (SGK, 2013: 27)<sup>33</sup>;

- ✓ Ayakta hekim ve diş hekimi muayenesi (İkinci ve üçüncü basamak kamu sağlık kuruluşlarında muayene katılım payı:6,00 TL; eğitim ve araştırma hastanelerinde muayene katılım payı: 7,00 TL; üniversite hastanelerindeki muayene katılım payı: 8,00 TL; özel hastanelerde muayene katılım payı: 15,00 TL.),
- ✓ Ayakta tedavide kullanılan ilaçlar (SGK’dan gelir ve aylık alanlar (emekliler) ile bakmakla yükümlü oldukları kişilerden %10, diğer kişilerden (aktif çalışanlar) %20 oranında katılım payı alınmaktadır. Ayrıca; her bir reçete için; 3 kutuya

<sup>33</sup> Sağlık raporu ile belgelendirilmek koşuluyla SGK tarafından belirlenen hipertansiyon, diyabet gibi kronik hastalıklarda, ilaç katılım payı uygulanmaz.

kadar (3 kutu dahil) temin edilen ilaçlar için 3 TL, 3 kutuya ilave temin edilen her bir kutu ilaç için 1TL, olmak üzere katılım payı alınmaktadır)<sup>34</sup>

- ✓ Vücut dışında kullanılan ortez ve protezler (SGK'dan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler için %10, diğer kişiler için %20 oranında katılım payı alınmaktadır)<sup>35</sup>,
- ✓ Tüp bebek tedavileri (Tüp bebek tedavilerinde birinci denemede %30, ikinci denemede % 25 oranında olmak üzere bu tedaviler için SGK tarafından karşılanan bedeller üzerinden katılım payı alınmaktadır).

Kullanıcı katkılarının sisteme ek kaynak yaratmada ve gereksiz hizmet talebini engellemede önemli olduğu düşünülse de, gereksiz hizmetlerin yanında gerekli bazı sağlık hizmetlerinin talebini de azaltabileceği ve bundan en çok düşük gelirli kesimin etkileneceği dikkate alınmalıdır. Kullanıcı katkıları miktarları ve oranları belirlenirken bu hususlar göz önüne alınırsa kullanıcı katkıları, mali alan yaratmada ve gereksiz talebi önlemede etkili bir yöntem olabilir.

### 3.2.9. Sağlık Turizmi ile Türkiye Sağlık Sisteminde Mali Alan Yaratma

Sağlık turizmi, temel amacı sağlık hizmeti almak olan bireylerin, gittikleri yerde en az 24 saat kalmak kaydıyla, ikamet ettikleri yerden başka bir yere seyahat etmeleri olarak tanımlanmaktadır ve tıp turizmi, termal/SPA/wellness turizmi, yaşlı turizmi ve engelli turizminden oluşmaktadır (Kaya vd., 2013: 18). Hizmet sektörlerinin ticari gayelerle uluslararası alanda nasıl sunulacağına temelleri GATS<sup>36</sup> (General Agreement on Trade in Services) anlaşması ile atılmış olup bir hizmet sektörü olması dolayısıyla sağlık turizminin uluslararası düzeyde nasıl sunulacağına temel ilkerini GATS'da bulmak mümkündür. Bu anlaşmaya göre turizm hizmetleri, hizmet sunuş biçimi bakımından

<sup>34</sup> Enjektabel formlar (ampul, flakon gibi) ile serum, beslenme ürünleri ve majistraller (yapma ilaç) için kutu sayısına bakılmaksızın her bir kalem 1(bir) kutu olarak değerlendirilmektedir.

<sup>35</sup> Katılım payı tutarı vücut dışı protez veya ortezin alındığı tarihteki brüt asgarî ücretin yüzde yetmişbeşini geçemez. Yüzde yetmişbeşlik üst sınırın hesaplanmasında her bir protez ve ortez bağımsız olarak değerlendirilir.

<sup>36</sup> GATS, uluslararası mal ticaretinin nasıl yapılacağına temel çerçevesinin belirlendiği GATT (General Agreement on Tariffs and Trade) anlaşmasının hizmet sektörlerine ilişkin versiyonu olarak görülebilir (GİB, 2009: 14).

“Yurtdışında Tüketim” kategorisinde yer almaktadır (GİB, 2009: 15). Bu açıdan bakıldığında, sağlık turizminin de bu kategoride yer aldığı düşünülebilir.

Türkiye'nin sağlık turizmi potansiyeline bakıldığında; Hindistan, Singapur, Malezya, Güney Kore, Tayland gibi ülkelerle rekabet halinde olduğu görülmektedir (Kaya vd., 2013: 18-19). Türkiye sağlık turizminde, dünyadaki önemli destinasyon merkezlerinden biri olarak görülmektedir ve bu konuda daha da ileri gidilmesi için gerekli çalışmalar yapılmaktadır. Türkiye'nin 2012 yılında sağlık turizminden elde ettiği gelir 1,8 milyar \$ iken, 2018 yılında bu tutarın üç katına çıkarılması hedeflenmektedir (Kaya vd., 2013: 77),

Yıllar itibariyle sağlık hizmeti almak için farklı ülkelere giden turistlerin sayısının arttığı görülmektedir. Bu durum, küresel sağlık turizmi pazarının büyümesini sağlamaktadır. Türkiye'nin sağlık turizminde önemli destinasyon merkezlerinden biri olması, her geçen gün büyüyen sağlık turizmi pazarından artan bir şekilde pay almasını sağlayarak sağlıkta mali alan yaratmasına yardımcı olabilir.

Bu bölümde mali alan yaratma yöntemlerinin Türkiye'nin artan sağlık harcamalarını finanse etmede kullanılabilirliği incelenmiştir. Yukarıda bahsedilenlerden anlaşılacağı üzere Türkiye, artan sağlık harcamaları için mali alan yaratmada; bütçe transferlerini ve kullanıcı katkılarını fazlasıyla kullanmaktadır. Bunların dışında; 1990'lı yılların ortasından 2000'li yılların başına kadar geçen süre zarfında DB ve IMF'den alınan krediler, harcama önceliklendirmeye giderek bazı dönemlerde bütçede sağlığa ayrılan payın artırılması ve özellikle son dönemde gündemde olan KÖO uygulamaları ve sağlık turizmi gelirleri ile de Türkiye sağlık sisteminde mali alanlar yaratıldığı görülmektedir.

## 4. BÖLÜM: GEREÇ VE YÖNTEM

### 4.1. ÇALIŞMANIN AMACI VE ÖNEMİ

Sağlık sistemini sürdürülebilir bir şekilde finanse etmek, dünyadaki birçok ülke için önemli konulardan biridir. Türkiye’de de sağlığın finansmanı konusunda zaman zaman zorluklar yaşanmaktadır ve bu yüzden bazı dönemlerde Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratma gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Sağlık alanında kullanılmak üzere ek kaynak yaratma olarak tanımlanan sağlıkta mali alan yaratma, sağlık harcamalarının finansmanında hükümetlerin işini kolaylaştırmaktadır. Bu sebeple sağlıkta mali alan yaratmada kullanılan bazı yöntemler, çeşitli ülkelerde değişik biçimlerde kullanılmaktadır. Bu süreçte paydaşların görüşlerinin ve değerlendirmelerinin ortaya konulmasının sağlık politikalarının oluşturulmasında önemli bir veri sağlayacağı düşünülmektedir. Bununla birlikte, Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratma konusunda başka herhangi bir çalışmanın olmadığı gerçeği de göz önüne alındığında, bu çalışmadan elde edilecek sonuçların politika oluşturma sürecinde karar vericilere ışık tutacağı düşünülmektedir. Bu bağlamda tezin amacı, Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratma konusunda paydaşların görüşlerini belirlemek, bu görüşlerden hareketle değerlendirmeler yapmak ve Türkiye’nin bu konudaki politikaları ile ilgili önerilerde bulunmaktır.

### 4.2. PROBLEM CÜMLESİ

Bu çalışmada aşağıda belirtilen dört temel soruya yanıt aranmaya çalışılmıştır:

1. Türkiye sağlık sisteminde rol alan paydaşların mali alan yaratma konusuna ilişkin görüşleri ve değerlendirmeleri nelerdir?
2. Sağlıkta mali alan yaratmanın gerekçeleri nelerdir?
3. Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratmak için hangi yöntemlere başvurulabilir?
4. Sağlıkta mali alan yaratmanın önemi ve finansal sürdürülebilirliğe etkisi nedir?

### 4.3. EVREN VE ÖRNEKLEM

Bu çalışmanın evrenini; Sağlık Bakanlığı, SGK, Maliye Bakanlığı ve Kalkınma Bakanlığı'nda çalışmakta olup çalışma alanı sağlık politikası, sağlık ekonomisi ve sağlık sigortası olan bürokratlar, üst ve orta düzey yöneticiler, TBMM Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu'nda görev yapan milletvekilleri, akademisyenler ve sivil toplum kuruluşlarında görev yapan yöneticiler oluşturmaktadır. Çalışma kapsamında; Sağlık Bakanlığı, SGK, Maliye Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, TBMM, üniversiteler ve sivil toplum kuruluşlarında görev yapan ve çalışma alanı sağlık politikası, sağlık ekonomisi ve sağlık sigortası olan kişilerle görüşülmek istenmiştir. Sivil toplum kuruluşları olan Türk Tabipler Birliği ile Hasta ve Hasta Yakınları Derneği'nde görev yapanlar, yoğun olmaları sebebiyle çalışmaya katılmak istememişlerdir. Sivil toplum kuruluşu olarak Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği Sağlık Kurumları Meclisi (bir kişi) ve Sağlık-Sen (bir kişi) ile görüşülmüştür. Milletvekillerinin görüşlerini almak üzere, TBMM Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu'nda görevli dört milletvekili ile görüşülmüştür. Görüşme yapılan kamu kurum ve kuruluşlarında görev yapanların çalıştıkları birimler dikkate alındığında; Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı'ndan iki kişi, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'ndan bir kişi, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan bir kişi, Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü'nden bir kişi ve Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nden dört kişi; SGK Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü'nden on dört kişi, Hizmet Sunumu Genel Müdürlüğü'nden üç kişi, Strateji Geliştirme Başkanlığı'ndan üç kişi ve Aktüerya ve Fon Yönetimi Birimi'nden bir kişi; Maliye Bakanlığı Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü'nden üç kişi ve Kalkınma Bakanlığı Sağlık ve Sosyal Güvenlik Dairesi Başkanlığı'ndan bir kişi ile görüşülmüştür. Görüşülen akademisyenler ise; sağlık yönetimi (dört kişi) ve iktisat (bir kişi) bölümlerinde görev yapmaktadırlar. Böylece toplamda 45 kişiye ulaşılmıştır.

### 4.4. KISITLILIKLAR VE VARSAYIMLAR

Bu çalışmada, paydaşların önemli bir bölümünün Ankara ilinde olmasından ve görüşmenin de yüz yüze 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. Bununla birlikte, çalışmada alınan yanıtlarda kurumsal yanlılık ve karşıtlık söz konusu olabilir. Bunların dışında, veri toplama aracı olarak kullanılan yarı yapılandırılmış görüşme formu; çalışma ile ilgili kitap, makale ve araştırmacının konu ile ilgili akademik deneyimi ve birikimi 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 nitel ve nicel araştırma yaklaşımlarından faydalanılmıştır. Nitel araştırma yöntemleri, sağlık ve sağlık hizmetleri de dahil olmak üzere sosyal bilimlerde sıklıkla kullanılmaktadır ve sözlü olarak gerçekleşen yapılandırılmış veya yapılandırılmamış görüşmeleri, odak grup tartışmalarını, katımlı veya katımsız gözlem çalışmalarını, rapor, mektup, günlük, film ve televizyon gibi kaynakların öyküleyici ve metinsel analizlerini içermektedir (Carter ve Henderson, 2007: 215). Nicel araştırma ise gözlem ve ölçümlerin tekrarlanabildiği, araştırmaya başlamadan önce hipotezlerin ve örneklem yapısının ortaya konulduğu; yöntem olarak anket, korelasyon analizleri, deneyler, vs. gibi istatistiki yöntemlerin kullanıldığı araştırma tekniğidir (Thomas, 2003: 41; Ataseven, 2012: 544).

Nitel araştırmalarda, nicel araştırmaların aksine nicelik temsiline bakılmaz. Nitel çalışmalarda örneklem çekmedeki temel gaye, belirli bir olguyu veya olayı netleştirebilecek, derinleştirebilecek bilgilerin elde edilmesidir. Bu amaca yönelik olarak konu ile ilgili bilgi toplamaya elverişli örnekler bulunmaya çalışılır. Bu bağlamda, özellikle amaçlı (maksatlı) örnekleme yöntemi (purposeful sampling), nitel araştırmalarda genelde tercih edilen örnekleme yöntemidir. Buna sebep olarak, konu ile ilgili zengin bilgiye sahip olduğu düşünülen kişi veya durumların derinlemesine çalışılmasına olanak sağlaması gösterilmektedir (Büyüköztürk, 2012: 9; İslamoğlu ve

Alnıaçık, 2013: 208). Bu sebeplerden bu çalışmada nitel araştırmalarda kullanılan yöntemlerden biri olan amaçlı örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

Çalışmanın nicel kısmında ise 14 soruluk “Mali Alan Değerlendirme Ölçeği”nden faydalanılmıştır. Bu ölçek, literatür taraması sonucu oluşturulan anketten meydana gelmekte olup, söz konusu anketin geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapmak amacıyla söz konusu anket; SGK’dan 34, Sağlık Bakanlığında 47, Maliye Bakanlığında 8 ve akademik camiadan 14 olmak üzere toplamda 103 kişiye uygulanmıştır. Bu kişilerin çalışma alanlarının sağlık politikası, sağlık ekonomisi ve sağlık sigortası ile ilgili olmasına dikkat edilmiştir. İlgili anketin geçerlilik ve güvenilirliği yapıldıktan sonra, çalışmanın veri toplama aracı olan görüşme formu hazırlanmış ve bu form; SGK’dan 21, Sağlık Bakanlığı’ndan 9, Maliye Bakanlığı’ndan 3, Kalkınma Bakanlığı’ndan 1, sivil toplum kuruluşlarından 2, akademik camiadan 5 ve TBMM’den 4 olmak üzere toplamda 45 katılımcıya uygulanmıştır. Bu katılımcıların da, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında olduğu gibi, çalışma alanlarının; sağlık politikası, sağlık ekonomisi ve sağlık sigortası konuları olmasına dikkat edilmiştir.

Çalışmada, verileri toplamak için literatür taraması yapılarak hazırlanan 8 adet açık uçlu sorudan oluşan yarı yapılandırılmış görüşme formundan ve 14 soruluk “Mali Alan Değerlendirme Ölçeği”nden faydalanılmıştır. Çalışma üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde 9 soruyla paydaşların bireysel ve demografik bilgileri sorgulanmıştır. İkinci bölümde 8 sorudan oluşan ve paydaşların sağlıkta mali alan yaratma konusuna ilişkin bilgilerinin sorgulandığı açık uçlu sorular yer almaktadır. Bu sorularda paydaşların; sağlıkta mali alan yaratma kavramından ne anladıkları, sağlıkta mali alan yaratmanın gerekçeleri ve bu konuda hangi yöntemlere başvurulabileceği, sağlıkta mali alan yaratma konusunda herhangi bir engel/risk olup olmadığı, sağlıkta mali alan yaratmanın finansal sürdürülebilirliğe ve diğer harcamalara etkisinin ne olduğu konularındaki görüşlerine ilişkin açık uçlu sorulara yer verilmiştir. Üçüncü ve son bölümde ise paydaşların Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratma konusuyla ilgili düşünceleri sorgulanmıştır. Toplam 14 ifadeden oluşan bu bölümde değerlendirmeler Likert ölçeği ile (5: kesinlikle katılıyorum, 1: kesinlikle katılmıyorum)



gerçekleştirilmiştir ve “Türkiye sağlık sistemi açısından mali alan yaratmaya gerek yoktur” maddesi ters kodlamaya tabi tutulmuştur (Ek 1).

Görüşmeler, araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcıların çalışma ofislerinde araştırmacının kendisi tarafından yüz yüze olarak yapılmıştır. Ayrıca veri toplama sırasında görüşmelerin doğası gereği, yarı yapılandırılmış soruların sıralamasında değişiklikler olmuştur. Görüşmeler Ekim 2016-Mart 2017 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Görüşmeye katılan kişilerin ses kayıt cihazına izin vermemesi nedeniyle görüşme içerikleri araştırmacı tarafından not alınmıştır. Görüşmeler çalışma saatleri içerisinde yapılmış ve 50 ila 65 dakika arasında sürmüştür.

Görüşme formunda yer alan açık uçlu sorular; soruları geliştirmek veya anlaşılmayan soruları yeniden düzenlemek amacıyla; Sağlık Bakanlığı’ndan 2 kişi, SGK’dan 1 kişi, Maliye Bakanlığı’ndan 1 kişi ve akademik camiadan 1 bir kişi olmak üzere toplamda 5 kişiye yöneltilmiş ve hepsinden soruların anlaşılır olduğu şeklinde geri bildirim sağlanmıştır. Oluşturulan kapalı uçlu sorular için ise, araştırmacı tarafından geçerlilik ve güvenilirlik analizi yapılmıştır. Geçerlilik için açıklayıcı faktör analizi, güvenilirlik için iç tutarlılık katsayıları (Cronbach Alpha) kullanılmıştır. Açıklayıcı faktör analizi sonucu, “Merkezi Yönetim Bütçesinde sağlık harcamaları için daha çok pay ayırmak, Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratmanın bir yolu olarak görülebilir” ve “Türkiye sağlık sisteminin dış yardımlara ihtiyacı vardır” maddeleri ölçekten çıkarılmıştır. Açıklayıcı faktör analizi sonucu oluşan boyutlar Tablo 6’da yer almaktadır.

**Tablo 6. Sağlıkta Mali Alan Yaratma Değerlendirme Ölçeğinin Boyutlarına İlişkin Faktör Analizi Sonuçları**

Faktör Adı	İfadelerin Sırası	Faktör Yüğü	Açıklanan Varyans (%)
<b>Gereklilik ve Sürdürülebilirlik</b>	14	0,843	20,735
	3	0,836	
	1	0,808	
	2	0,681	
<b>Büyüme, Verimlilik ve Diğer Sektörlere Etki</b>	15	0,886	14,423
	8	0,738	
	4	0,627	
<b>Özelleştirme ve Kullanıcı Katkıları</b>	12	0,840	14,071
	11	0,821	
	13	0,665	
<b>Vergisel Düzenlemeler</b>	5	0,862	12,750
	6	0,633	
<b>Borçlanma</b>	10	0,899	10,155
	7	0,650	
<b>Toplam Varyans</b>	<b>72,134</b>		
<b>Kaiser Meyer-Olkin</b>		0,754	
<b>Bartlett Küresellik Testi</b>	Ki kare	517,478	
	Serbestlik derecesi	91	
	(sd)		

\*p<0,05

Çalışmada kullanılan “Sağlıkta Mali Alan Değerlendirme Ölçeği”nin iç tutarlılık katsayısı 0,724 olup, faktör analizi sonucu oluşan beş alt boyutun güvenilirlikleri Tablo 7’de sunulmaktadır. Söz konusu ölçeğin ve bu ölçeğin alt boyutlarının güvenilirlik seviyelerinin yorumlanmasında Alpar (2014) referans alınmıştır.

**Tablo 7. Sağlıkta Mali Alan Değerlendirme Ölçeğinin Güvenirliğine İlişkin Cronbach's Alpha Değerleri Tablosu**

Ölçek ve Alt Boyutları	İfade Sayısı	Cronbach's Alpha ( $\alpha$ )	Güvenirlilik Seviyesi
<b>Gereklilik ve Sürdürülebilirlik</b>	4	0,850	Yüksek Güvenirlilik
<b>Büyüme, Verimlilik ve Diğer Sektörlere Etki</b>	3	0,770	Oldukça Güvenilir
<b>Özelleştirme ve Kullanıcı Katkıları</b>	3	0,695	Oldukça Güvenilir
<b>Vergisel Düzenlemeler</b>	2	0,589	Düşük Güvenirlilik
<b>Borçlanma</b>	2	0,508	Düşük Güvenirlilik
<b>Genel Güvenilirlik</b>	14	0,724	Oldukça Güvenilir

Tablo 8'de, Sağlıkta Mali Alan Değerlendirme Ölçeğinin alt boyutlarının ortalama ve standart sapma değerleri görülmektedir. Buna göre en yüksek ortalamaya sahip alt boyut, gereklilik ve sürdürülebilirlik ( $3,84 \pm 0,91$ ) boyutu iken en düşük ortalamaya sahip alt boyut, borçlanma ( $2,37 \pm 0,82$ ) boyutudur.

**Tablo 8. Mali Alan Değerlendirme Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri**

Değişkenler	Ort.	Std Sapma
<b>Gereklilik ve Sürdürülebilirlik</b>	3,84	0,91
<b>Büyüme, Verimlilik ve Diğer Sektörlere Etki</b>	3,77	0,91
<b>Özelleştirme ve Kullanıcı Katkıları</b>	3,12	1,00
<b>Vergisel Düzenlemeler</b>	3,49	1,04
<b>Borçlanma</b>	2,37	0,82
<b>Genel Ortalama</b>	3,44	0,53

Tablo 9'da Sağlıkta Mali Alan Değerlendirme Ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin korelasyon değerleri verilmiştir. Korelasyon değerlendirmesinde Alpar (2013: 50)'ın belirlemiş olduğu aralıklar referans alınmıştır. Buna göre; Sağlıkta Mali Alan Değerlendirme Ölçeği genel ortalaması ile alt boyutlarından gereklilik ve sürdürülebilirlik boyutu ile kuvvetli ( $0,776$ ), büyüme, verimlilik ve diğer sektörlere etki boyutu ile ortanın üzerinde ( $0,665$ ), özelleştirme ve kullanıcı katkıları boyutu ile orta

(0,509), vergisel düzenlemeler boyutu ile orta (0,530) ve borçlanma boyutu ile ise de önemsenmeyecek düzeyde (0,084) olumlu yönde bir ilişki saptanmıştır.

**Tablo 9. Sağlıkta Mali Alan Değerlendirme Ölçeğinin Değişkenlerine İlişkin Korelasyon Analizi**

Değişken	Gereklik ve Sürdürülebilirlik	Büyüme, Verimlilik ve Diğer Sektörlere Etki	Özelleştirme ve Kullanıcı Katkıları	Vergisel Düzenlemeler	Borçlanma
Gereklik ve Sürdürülebilirlik	1				
Büyüme, Verimlilik ve Diğer Sektörlere Etki	0,513**	1			
Özelleştirme ve Kullanıcı Katkıları	0,080	0,104	1		
Vergisel Düzenlemeler	0,344**	0,246*	0,060	1	
Borçlanma	-0,158	-0,272**	0,192	-0,175	1
Genel Ortalama	0,776**	0,665**	0,509**	0,530**	0,084

\*\*0,01 düzeyinde anlamlı korelasyon (p)

\*0,05 düzeyinde anlamlı korelasyon (p)

#### 4.6. VERİLERİN ANALİZİ

Çalışma kapsamında yarı yapılandırılmış görüşme formunda yazan sorulara katılımcıların verdiği her bir cevap tek tek değerlendirilerek içerik analizi yapılmıştır. İçerik analizi yapılırken dikkat çeken ve önemli olduğu düşünülen yanıtlar, çalışmada aynen aktarılmıştır. Çalışmanın nicel verileri ise, Stastiscial Package for the Social Sciences (SPSS) 20 programı ile analiz edilmiştir.

Araştırmanın nitel boyutu ile bağlantılı olarak geçerliliği sağlamak adına yansız görüşmeler yapılmış ve katılımcı teyidi kullanılmıştır. Veriler yüz yüze görüşülerek elde edilmiş; paydaşların görüş ve düşüncelerinin açıklayıcı nitelikte olması göz önünde bulundurulmuştur. Araştırmada iç geçerliliği sağlamak adına 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.

Görüşme formunun üçüncü bölümünde yer alan 14 ifadenin değerlendirmesini yapmak için, eşit aralıklı beşli Likert tipi ölçek kullanılmıştır. Bu kısımda yer alan veriler SPSS 20 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Çalışma kapsamındaki paydaşların genel özellikleri, frekans ve yüzde dağılımları gibi tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerle incelenmiştir. Paydaşların ifadelere verdikleri cevaplar için genel skorların belirlenmesinde, aritmetik ortalama ve standart sapma gibi merkezi dağılım ölçüleri kullanılmıştır. Ayrıca çalışmada gruplar arasında karşılaştırma yapmak amacıyla, iki grup arasındaki karşılaştırmaların gerçekleştirilmesinde Mann-Whitney U Testi; ikiden fazla grubun karşılaştırılmasında Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. Veriler normal dağılıma uygun olmadığı için bahsi geçen parametrik olmayan testlerden faydalanılmıştır. Tüm istatistiksel testlerde yanılma düzeyi ( $\alpha$ ) 0,05 olarak alınmıştır.

## 5. BÖLÜM: BULGULAR

### 5.1 GENEL BULGULAR: KİŞİSEL VE DEMOGRAFİK BİLGİLER

Çalışmaya katılan 45 kişinin demografik özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde, paydaşların çoğunun (%40) 34-41 yaş aralığında olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya katılanların büyük çoğunluğu erkek (%68,9) ve evlidir (%77,8). Eğitim durumlarına göre incelendiğinde; katılımcıların tamamı en az lisans mezunu olup %62,2'si; yüksek lisans, doktora veya tıpta uzmanlık gibi çeşitli alanlarda lisansüstü eğitimi almışlardır. Paydaşların meslekte toplam çalışma süreleri incelendiğinde, mesleki tecrübesi 5-10 yıl arası olanların daha yoğun olduğu görülmektedir (%24,4). Çalışmaya katılanların; %46,7'si SGK'da, %20'si Sağlık Bakanlığı'nda, %11,1'i üniversitelerde, %8,9'u TBMM'de, %6,7'si Maliye Bakanlığı'nda, %4,4'ü sivil toplum kuruluşlarında ve %2,2'si Kalkınma Bakanlığı'nda görev yapmaktadır. Uluslararası Standart Meslek Sınıflamasına (ISCO-08) göre paydaşların meslek dağılımlarına bakıldığında; katılımcıların %15,6'sının yöneticilerden, %84,4'ünün de profesyonel meslek mensuplarından olduğu belirlenmiştir (Tablo 10).

**Tablo 10. Çalışmaya Katılan Paydaşların Demografik Özellikleri**

Değişkenler	Sayı	Yüzde
<i>Yaş</i>		
26-33	13	28,9
34-41	18	40,0
42-49	9	20,0
50-57	5	11,1
Toplam	45	100,0
<i>Cinsiyet</i>		
Erkek	31	68,9
Kadın	14	31,1
Toplam	45	100,0
<i>Medeni Durum</i>		
Evli	35	77,8
Bekâr	10	22,2
Toplam	45	100,0

**Eğitim Durumu**

Lisans	17	37,8
Yüksek Lisans	16	35,6
Doktora	6	13,3
Tıpta Uzmanlık	6	13,3
<b>Toplam</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>

**Meslekte Toplam Çalışma Süresi (Yıl)**

5 yıldan az olanlar	9	20,0
5-10	11	24,4
11-15	9	20,0
16-20	7	15,6
21 yıl ve üstü	9	20,0
<b>Toplam</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>

**Mesleklere Göre Dağılım**

Yöneticiler	7	15,6
Profesyonel Meslek Mensupları	38	84,4
<b>Toplam</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>

**Çalışılan Kurumlar**

Sivil Toplum Kuruluşları	2	4,4
Sağlık Bakanlığı	9	20,0
Kalkınma Bakanlığı	1	2,2
SGK	21	46,7
Maliye Bakanlığı	3	6,7
Üniversite	5	11,1
TBMM	4	8,9
<b>Toplam</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>

Tablo 11’de, çalışmaya katılan paydaşların eğitim durumlarına ilişkin daha fazla bilgi vermek amacıyla mezun oldukları üniversite ve fakültelere ilişkin veriler sunulmuştur. Katılımcıların daha çok Ankara’daki üniversitelerden mezun oldukları görülmektedir. Buna göre paydaşların; %28,9’u Hacettepe Üniversitesi’nden, %20’si Ankara Üniversitesi’nden, %11,1’i de Gazi Üniversitesi’nden mezun olmuştur. Çalışmaya katılan paydaşların mezun oldukları fakülteler incelendiğinde; daha çok İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi (%37,8), Fen Edebiyat Fakültesi (%15,6) ve Tıp Fakültesi’nden (%15,6) mezun oldukları görülmektedir.



**Tablo 11. Çalışmaya Katılan Paydaşların Mezun Oldukları Üniversiteler ve Fakülteler**

Değişkenler	Sayı	Yüzde
<i>Mezun Olunan Üniversite</i>		
Anadolu Üniversitesi	1	2,2
Ankara Üniversitesi	9	20,0
Atatürk Üniversitesi	1	2,2
Başkent Üniversitesi	2	4,4
Bilkent Üniversitesi	1	2,2
Doğuş Üniversitesi	1	2,2
Dokuz Eylül Üniversitesi	1	2,2
Gazi Üniversitesi	5	11,1
Hacettepe Üniversitesi	13	28,9
İstanbul Üniversitesi	1	2,2
İzmir Üniversitesi	1	2,2
Konya Selçuk Üniversitesi	1	2,2
Marmara Üniversitesi	1	2,2
Newcastle Üniversitesi	1	2,2
ODTÜ	2	4,4
On Dokuz Mayıs Üniversitesi	1	2,2
Türk Hava Kurumu Üniversitesi	1	2,2
Uludağ Üniversitesi	1	2,2
Yıldız Teknik Üniversitesi	1	2,2
<b>Toplam</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>
<i>Mezun Olunan Fakülte</i>		
Eczacılık Fakültesi	4	8,9
Fen Edebiyat Fakültesi	7	15,6
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	17	37,8
Mühendislik Fakültesi	3	6,7
Sağlık Bilimleri Fakültesi	5	11,1
Siyasal Bilgiler Fakültesi	2	4,4
Tıp Fakültesi	7	15,6
<b>Toplam</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>

Çalışmaya katılan paydaşların mezun oldukları bölümlere bakıldığında; Sağlık Yönetimi (%37,8), Tıp (%15,6) ve istatistik (%13,3) bölümlerinin üst sıralarda yer aldığı görülmektedir (Tablo 12).

**Tablo 12. Çalışmaya Katılan Paydaşların Mezun Oldukları Bölümler**

<b>Değişkenler</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<i><b>Mezun Olunan Bölümler</b></i>		
Bilgisayar Mühendisliği	1	2,2
Eczacılık	4	8,9
Ekonomi	1	2,2
Endüstri Mühendisliği	2	4,4
İktisat	1	2,2
İstatistik	6	13,3
İşletme	1	2,2
Kamu Yönetimi	1	2,2
Maliye	3	6,7
Matematik	1	2,2
Sağlık Yönetimi	17	37,8
Tıp	7	15,6
<b>Toplam</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>

Lisansüstü eğitim yapan toplam 28 katılımcının lisansüstü eğitim yaptıkları programlara bakıldığında; Sağlık Kurumları Yönetimi (%35,7) alanının ilk sırada yer aldığı görülmektedir (Tablo 13).

**Tablo 13. Çalışmaya Katılan Paydaşların Lisansüstü Alanları**

Değişkenler	Sayı	Yüzde
<i>Yüksek Lisans, Doktora veya Tıpta Uzmanlık Yapılan Bölümler</i>		
Biyoistatistik	1	3,6
Endokrinoloji ve Metabolizma Uzmanı	1	3,6
Endüstri Mühendisi	1	3,6
Farmakognazi	1	3,6
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Uzmanı	1	3,6
Göz Hastalıkları Uzmanı	1	3,6
Halk Sağlığı	1	3,6
İktisat	1	3,6
İstatistik	1	3,6
İşletme	2	7,1
Kamu Yönetimi	2	7,1
Kulak Burun Boğaz Uzmanı	1	3,6
Mühendislik Yönetimi	1	3,6
Sağlık Ekonomisi	1	3,6
Sağlık Kurumları Yönetimi	10	35,7
Üroloji Uzmanı	1	3,6
Yönetim ve Organizasyon	1	3,6
<b>Toplam</b>	<b>28</b>	<b>100,0</b>

## 5.2 SAĞLIKTA MALİ ALAN YARATMA KONUSUNDAKİ PAYDAŞ GÖRÜŞLERİ

Tablo 14’de çalışmaya katılan paydaşların; sağlıkta mali alan yaratmanın gerekliliği ve yöntemleri, sağlıkta yaratılacak mali alanın finansal sürdürülebilirliğe ve diğer harcamalara etkisi konularındaki görüşleri ile ilgili ifadelerle ilişkin ortalama, standart sapma ve yüzde değerleri verilmiştir. Ortalamalara göre paydaşların sağlıkta mali alan yaratmanın gerekliliği ve bunun finansal sürdürülebilirlik üzerindeki etkisi konularında en fazla katıldığı ifade;  $4,11 \pm 0,93$  ile “Ekonomik kriz dönemlerinde sağlık sektörü açısından mali alan yaratmak önemlidir” ifadesidir. En az katıldıkları ifade ise;  $2,02 \pm 1,01$  ile “Türkiye sağlık sistemi açısından mali alan yaratmaya gerek yoktur” ifadesidir. Görüldüğü gibi paydaşlar, Türkiye sağlık sistemi açısından mali alan yaratma ihtiyacının bulunduğunu belirtmekle birlikte, bu ihtiyacın ekonomik kriz dönemlerinde daha şiddetli hale geldiğini düşünmektedirler.

İktisadi büyüme ve verimlilik artışları sağlayarak sağlıkta mali alan yaratma ve sağlıkta mali alan yaratırken, bunun diğer sektörlerle etkisi konularında paydaşların ne düşündükleri incelendiğinde, ortalamalara göre “Ekonomik büyümeyi sağlamak, Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratmaya yardımcı olabilir” ifadesi en yüksek ortalamaya sahiptir ( $4,20 \pm 0,75$ ). “Sağlık sektöründe mali alan yaratırken başka sektörlerle zarar vermemek önemlidir” ifadesi,  $3,98 \pm 1,01$  gibi yüksek bir ortalamaya sahip olmasına rağmen, bulunduğu boyutta en düşük ortalamaya sahip ifadedir. Bu boyuttaki diğer ifade olan “Mali alan yaratmada en ideal yöntem verimliliği ve etkililiği sağlamaktır” ifadesinin ortalaması ise  $4,16 \pm 1,04$ 'tür. Görüldüğü gibi bu boyutta yer alan ifadeler, diğer yöntemlerin bulunduğu boyutlara nazaran yüksek ortalamalara sahiptir. Yani paydaşlar, iktisadi büyüme ve verimlilik artışlarının sağlıkta mali alan yaratmada önemli bir rolü olduğunu düşünmektedirler. Bununla birlikte paydaşların, bahsi geçen bu iki yöntemin sağlık sektörü dışındaki sektörlerle, diğer yöntemlere göre daha az zarar vereceğini düşündükleri yorumu yapılabilir. Çünkü bu üç ifade, hem aynı boyutta yer almaktadır hem de yüksek ortalamalara sahiptir.

Özelleştirme ve kullanıcı katkıları ile Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratma konusunda paydaşların ne düşündüklerine bakıldığında, “Kamu-özel ortaklıkları yoluyla Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratılabilir” ifadesinin  $3,67 \pm 1,14$  ortalama ile, bu boyuttaki en yüksek ortalamaya sahip olan ifade olduğu görülmektedir. Söz konusu ifadenin yüksek bir ortalamaya sahip olması, kamu-özel ortaklığının gündemde olan bir konu olması ile açıklanabilir. Bu boyutta en düşük ortalamaya sahip olan ifade ise,  $3,09 \pm 1,22$  ile “Özelleştirme gelirleri yoluyla Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratılabilir” ifadesidir. Bununla birlikte, literatüre göre de bir özelleştirme yöntemi olan KÖO'ların, özelleştirme ile sağlıkta mali alan yaratma boyutunda çıkması normal bir durum olarak görülebilirken kullanıcı katkılarının bu boyutta yer alması paydaşların, kullanıcı katkılarını talebin finansmanın özelleşmesi olarak gördüklerini ortaya koymaktadır.

Vergisel düzenlemelerle Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratma konusunda paydaşların ne düşündüklerine bakıldığında, “Sağlık vergileri, (sadece sağlık harcamaları için kullanılmak üzere alkol ve sigaraya konan vergiler) yolu ile mali alan yaratılması adildir” ifadesinin  $3,76 \pm 1,35$  ortalama ile destek gördüğü yorumu

yapılabilir. “Vergi önlemleri ya da vergi idaresinin güçlendirilmesi yoluyla, Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratılabilir” ifadesi ise,  $3,80\pm 1,05$  ortalamaya sahiptir ve paydaşlar tarafından çoğunlukla destek görüştür.

Borçlanma ve bir borçlanma şekli olan senyoraj ile Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratma konusunda paydaşların ne düşündüklerine bakıldığında, bu yöntemlerin katılımcılar arasında destek gördüğü söylenememektedir. “Borçlanma yoluyla Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratılabilir” ifadesinin ortalaması ( $2,22\pm 0,90$ ) ve “Merkez bankasının para basması yoluyla (senyoraj), Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratılabilir” ifadesinin ortalaması ( $2,20\pm 0,99$ ) birbirine yakın olup, diğer yöntemlere kıyasla düşüktür. Görüldüğü gibi katılımcılar, sağlıkta mali alan yaratma yöntemi olarak borçlanmaya pek sıcak bakmamaktadır. Bununla birlikte, bu boyutta yer alan maddelerin kısmen iktisadi bilgi gerektiriyor olması ve bu çalışmada yer alan katılımcıların lisanslarını, çoğunlukla sağlıkla ilgili alanlardan almaları, bu soruya verilen cevaplar arasında “Kararsızım” ifadesinin, diğer boyutlara kıyasla daha yüksek olmasının sebebi olabilir.

**Tablo 14. Paydaşların; Sağlıkta Mali Alan Yaratmanın Gerekliliği ve Yöntemleri, Sağlıkta Yaratılacak Mali Alanın Finansal Sürdürülebilirliğe ve Diğer Harcamalara Etkileri Konularındaki Görüşleri**

	Ort. ± Std. Sapma	Kesinlikle Katılmıyorum %	Katılmıyorum %	Kararsızım %	Katılıyorum %	Kesinlikle Katılıyorum %
<b>Gereklilik ve Sürdürülebilirlik</b>						
Sağlıkta Mali Alan Yaratma Yöntemleri, sağlık harcamalarındaki artışları karşılamada etkili olabilir.	3,98±0,94	2,2	8,9	4,4	57,8	26,7
Ekonomik kriz dönemlerinde sağlık sektörü açısından mali alan yaratmak önemlidir.	4,11±0,93	-	8,9	11,1	40,0	40,0
Türkiye sağlık sistemi açısından mali alan yaratmaya gerek yoktur.*	2,02±1,01	35,6	40,0	11,1	13,3	-
Sağlık sisteminde yaratılacak mali alan sağlıkta finansal sürdürülebilirliğe olumlu katkı sağlar.	3,89±0,77	-	6,70	15,6	60,0	17,8
<b>Büyüme, Verimlilik ve Diğer Sektörlere Etki</b>						
Ekonomik büyümeyi sağlamak, Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratmaya yardımcı olabilir.	4,20±0,75	-	4,4	6,7	53,3	35,6
Mali alan yaratmada en ideal yöntem, verimliliği ve etkililiği sağlamaktır.	4,16±1,04	-	11,1	13,3	24,4	51,1
Sağlık sisteminde mali alan yaratırken başka sektörlerle zarar vermemek önemlidir.	3,98±1,01	-	13,3	11,1	40,0	35,6
<b>Özelleştirme ve Kullanıcı Katkıları</b>						
Özelleştirme gelirleri yoluyla Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratılabilir.	3,09±1,22	15,6	15,6	20,0	42,2	6,7
Kamu-özel ortaklıkları yoluyla Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratılabilir.	3,67±1,14	8,9	6,7	13,3	51,1	20,0
Kullanıcı katkılarını artırma yoluyla Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratılabilir.	3,40±1,28	8,9	20,0	15,6	33,3	22,2
<b>Vergisel Düzenlemeler</b>						
Sağlık vergileri (sadece sağlık harcamaları için kullanılmak üzere alkol ve sigaraya konan vergiler) yoluyla mali alan yaratılması adildir.	3,76±1,35	11,1	8,9	11,1	31,1	37,8
Vergi önlemleri ve vergi idaresinin güçlendirilmesi yoluyla Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratılabilir.	3,80±1,05	4,4	6,7	20,0	42,2	26,7
<b>Borçlanma</b>						
Borçlanma yoluyla Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratılabilir.	2,22±0,90	24,4	35,6	33,3	6,7	-
Merkez Bankasının para basması yoluyla Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratılabilir.	2,20±0,99	28,9	31,1	33,3	4,4	2,2

\*Bu madde ters kodlanmıştır

### 5.2.1. Sağlıkta Mali Alan Yaratma Konusunun Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Bu bölümde, araştırmaya katılan paydaşların Sağlıkta Mali Alan Değerlendirme Ölçeği sorularına verdikleri cevaplar, tanımlayıcı özelliklerine göre karşılaştırılmış ve fark bulunan maddeler aşağıda sunulmuştur.

Tablo 15’de araştırmaya katılan paydaşların sağlıkta mali alan yaratma konusuna ilişkin puanları eğitim durumu değişkenine göre Kruskal-Wallis Testi ile karşılaştırılmış ve “Sağlık sisteminde mali alan yaratırken başka sektörler zarar vermemek önemlidir” ifadelerinde anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Ortaya çıkan bu farklılaşmanın hangi eğitim düzeyleri arasında olduğunu belirlemek için Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır. Buna göre, “Sağlık sisteminde mali alan yaratırken başka sektörler zarar vermemek önemlidir” ifadesinde; lisans-doktora düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Doktora yapmış olanlar bu ifadeyi daha çok desteklemişlerdir.

**Tablo 15. Eğitim Durumuna Göre Paydaşların Sağlıkta Mali Alan Yaratmanın Sağlık Harcamalarına ve Diğer Harcamalara Etkisi Konusudaki Görüşleri**

İfadeler	Eğitim Durumu	Sayı	Sıra Ortalaması	X <sup>2</sup>	p-değeri
Sağlık sisteminde mali alan yaratırken başka sektörler zarar vermemek önemlidir.	Lisans	17	16,4	9,7	0,02
	Yüksek Lisans	16	28,6		
	Doktora	6	29,0		
	Tıpta Uzmanlık	6	20,5		

Çalışmaya katılan paydaşların çalıştıkları kurumlar; hizmet sunan (Sağlık Bakanlığı), finanse eden (SGK ve Maliye Bakanlığı) ve politikaya etki eden (TBMM, Kalkınma Bakanlığı, akademisyenler ve sivil toplum kuruluşları) olarak gruplandırılmış ve Sağlıkta Mali Alan Değerlendirme Ölçeği sorularında, bu gruplar arasında fark olup olmadığına bakılmıştır (Tablo 16). Buna göre, çalışılan kuruma göre paydaşların sağlıkta mali alan yaratma konusuna ilişkin puanları Kruskal-Wallis Testi ile karşılaştırılmıştır. Karşılaştırma sonucunda; “Ekonomik kriz dönemlerinde sağlık sektörü açısından mali alan yaratmak önemlidir”, “Sağlık vergileri (sadece sağlık harcamaları için kullanılmak üzere alkol ve sigaraya konan vergiler) yoluyla mali alan yaratılması adildir”, “Özelleştirme gelirleri yoluyla Türkiye sağlık sisteminde mali alan

yaratılabilir” ve “Sağlık sisteminde mali alan yaratırken başka sektörlerle zarar vermemek önemlidir” ifadelerinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Ortaya çıkan bu farklılaşmaların hangi kurumlar arasında olduğunu belirlemek için Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır. Bu test sonucuna göre; “Ekonomik kriz dönemlerinde sağlık sektörü açısından mali alan yaratmak önemlidir” ifadesinde, finanse eden kurumlar ile politikaya etki eden kurumlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş olup politikaya etki eden kurumlarda görev yapanlar, bu ifadeyi daha çok desteklemişlerdir. “Sağlık vergileri (sadece sağlık harcamaları için kullanılmak üzere alkol ve sigaraya konan vergiler) yoluyla mali alan yaratılması adildir” ifadesinde, hizmet sunan kurumlar ile politikaya etki eden kurumlar ve finanse eden kurumlar ile politikaya etki eden kurumlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Politikaya etki eden kurumlarda görev yapanların bu ifadeye, diğerlerine göre daha çok katıldıkları görülmektedir. “Özelleştirme gelirleri yoluyla Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratılabilir” ifadesinde, hizmet sunan kurumlar ile politikaya etki eden kurumlar ve finanse eden kurumlar ile politikaya etki eden kurumlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu ortaya konmuş olup politikaya etki eden kurumlarda çalışanların, bu görüşü daha çok destekledikleri söylenebilir. “Sağlık sisteminde mali alan yaratırken başka sektörlerle zarar vermemek önemlidir” ifadesinde hizmet sunan kurumlar ile politikaya etki eden kurumlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ve politikaya etki eden kurumlarda çalışanların, bu ifadeyi daha çok benimsedikleri görülmektedir.



**Tablo 16. Çalışılan Kuruma Göre Paydaşların, Sağlıkta Mali Alan Yaratmanın; Gerekliliği, Yöntemleri ve Diğer Sektörlere Etkisi Konusundaki Görüşleri**

İfadeler	Çalışılan Kurum	Sayı	Sıra Ortalaması	X <sup>2</sup>	P-değeri
Ekonomik kriz dönemlerinde sağlık sektörü açısından mali alan yaratmak önemlidir.	Hizmet Sunan	9	21,4	<b>6,24</b>	<b>0,04</b>
	Finanse Eden	24	19,8		
	Politikaya Etki Eden	12	30,5		
Sağlık vergileri (sadece sağlık harcamaları için kullanılmak üzere alkol ve sigaraya konan vergiler) yoluyla mali alan yaratılması adildir.	Hizmet Sunan	9	22,5	<b>9,70</b>	<b>0,01</b>
	Finanse Eden	24	18,5		
	Politikaya Etki Eden	12	32,3		
Özelleştirme gelirleri yoluyla Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratılabilir.	Hizmet Sunan	9	20,1	<b>7,69</b>	<b>0,02</b>
	Finanse Eden	24	19,7		
	Politikaya Etki Eden	12	31,5		
Sağlık sisteminde mali alan yaratırken başka sektörler zarar vermemek önemlidir.	Hizmet Sunan	9	14,7	<b>6,79</b>	<b>0,03</b>
	Finanse Eden	24	23,0		
	Politikaya Etki Eden	12	29,0		

Araştırmaya katılan paydaşların sağlıkta mali alan yaratma konusuna ilişkin puanları çalışma süresi değişkenine göre Kruskal-Wallis Testi ile karşılaştırılmış ve “Sağlık sisteminde yaratılacak mali alan sağlıkta finansal sürdürülebilirliğe olumlu katkı sağlar” ifadesinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (Tablo 17). Söz konusu farklılaşmanın hangi çalışma süresi grupları arasında olduğunu belirlemek için Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır. Test sonucuna göre meslekteki toplam çalışma süresi; 5 yıldan az olanlar ile 16-20 yıl arası olanlar, 5-10 yıl arası olanlar ile 11-15 yıl arası olanlar, 5-10 yıl arası olanlar ile 16-20 yıl arası olanlar ve 16-20 yıl arası olanlar ile 21 yıl ve üstü olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır. Bu ifadeye en çok destek verenlerin meslekteki toplam çalışması süresi 5-10 yıl arası iken en az destek verenlerin meslekteki toplam çalışma süresi 16-20 yıl arasıdır.

**Tablo 17. Meslekteki Toplam Çalışma Yılına Göre Paydaşların Sağlıkta Mali Alan Yaratmanın Finansal Sürdürülebilirliğe Etkisi Konusundaki Görüşleri**

İfadeler	Meslekteki Toplam Çalışma Yılı	Sayı	Sıra Ortalaması	X <sup>2</sup>	p-değeri
Sağlık sisteminde yaratılacak mali alan sağlıkta finansal sürdürülebilirliğe olumlu katkı sağlar.	5 yıldan az	9	27,94	10,58	0,03
	5-10 yıl arası	11	28,36		
	11-15 yıl arası	9	17,78		
	16-20 yıl arası	7	13,57		
	21 yıl ve üstü	9	24,06		

### 5.3. İÇERİK ANALİZİ BULGULARI

Bu bölümde yarı yapılandırılmış görüşme formu ile elde edilen nitel verilerin değerlendirilmesine ilişkin bulgular yer almaktadır. Görüşme formu aracılığı ile elde edilen cevaplar değerlendirilirken bazı yanıtlardan da alıntılar yapılmıştır.

#### 5.3.1. Sağlık Sisteminde Mali Alan Yaratma Kavramı

Çalışma kapsamında görüşülen kişilere sağlık sisteminde mali alan yaratma kavramının kendilerine ne ifade ettiği sorulmuştur. Katılımcıların; %35,6'sı "Sağlık harcamaları için mevcut finansal kaynaklara ek yeni kaynaklar bulma", %8,9'u "Finansal kaynakların uzun vadede uygulanabilir olması" ve %8,9'u "Kaynakların etkin ve verimli kullanılması" olarak cevap vermiştir (Tablo 18.).

**Tablo 18. Paydaşların Sağlık Sisteminde Mali Alan Yaratma Kavramı Hakkındaki Görüşleri**

"Sağlık sisteminde mali alan yaratma" kavramı size ne ifade ediyor?	Sayı	Yüzde
Sağlık harcamaları için mevcut finansal kaynaklara ek yeni kaynaklar bulma	16	35,6
Finansal kaynakların uzun vadede uygulanabilir olması	4	8,9
Kaynakların etkin ve verimli kullanılması	4	8,9
GSS primleri dışında yeni kaynaklar bulma çabaları	2	4,4
Sağlık finansmanında kullanılan harcanabilir fon seviyesinin artırılması	2	4,4
Sağlıkta finansal sürdürülebilirliği sağlama	2	4,4
Sağlığın finansmanında sıkıntı yaşandığında geçici ilave kaynak yaratmak	2	4,4
Finansmanda kesintiyle karşılaşılması	2	4,4
Sağlık sektörünün büyümesine devlet tarafından daha çok destek verilmesi	1	2,2
Sağlık sektöründe artan maliyetleri dengeleyici faaliyetlerde bulunmak	1	2,2
Bütçede sağlık harcamaları için daha çok pay ayırma	1	2,2
İhtiyaç duyulan finansal fonların bulunabilirliği konusunda tereddüt olmaması	1	2,2
Sağlık hizmetlerine erişimde sorunların yaşanmaması için mali tedbirlerin alınması	1	2,2
Sağlık çıktılarından ve kaliteden ödün vermeden aktüeryal dengeyi sağlama	1	2,2
Sağlığa ayrılan kamu ve özel fonların daha rantabl kullanılması	1	2,2
Kişi başı düşen sağlık harcaması tutarı	1	2,2

Temel finansman kaynaklarından daha fazla fon sağlama çabaları	1	2,2
SGK'nın prim gelirlerini artırma çabaları	1	2,2
Artan sağlık harcamaları için kamusal destek sağlamak	1	2,2
<b>Toplam</b>	45	100,0

Çalışmaya katılan paydaşlar, sağlık sisteminde mali alan yaratma kavramını genelde, artan sağlık harcamalarını karşılamak için ilave kaynak oluşturmak olarak değerlendirmişlerdir. İki katılımcı sağlıkta mali alan yaratma kavramını; sosyal güvenlik primleri dışında ek kaynak yaratmakla ilişkilendirerek açıklamıştır. Bunlardan bir tanesi şu ifadeleri kullanmıştır:

*“Sürekli artan sağlık harcamalarını finanse etmek için SGK primleri dışında ek kaynak yaratabilmek, sağlıkta mali alan yaratmak olarak görülebilir.”*

Başka bir katılımcı, sağlıkta mali alan yaratma kavramını aşağıdaki gibi tanımlamıştır:

*“Sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılan kaynak sayısını artırma ya da var olan kaynaklardan daha fazla fon sağlama.”*

Diğer bir katılımcı ise sağlıkta mali alan yaratmanın finansal sürdürülebilirlik ile ilişkisini ortaya koyarak bir değerlendirmede bulunmuştur:

*“Sağlıkta finansal sürdürülebilirlik için ilave kaynak oluşturmak.”*

Sağlıkta mali alan yaratma kavramını, sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaşmasının sağlık harcamalarını artırması ve bunun sonucu olarak yeni kaynak ihtiyacının ortaya çıkması olarak değerlendiren bir katılımcı şu tanımı yapmıştır:

*“Sağlık hizmetlerinin erişiminin kolaylaşmasına bağlı olarak sağlık harcamalarının artması ve bunun sonucunda sağlıkta yeni kaynaklara ihtiyaç duyulması.”*

Başka bir katılımcı; sağlıkta mali alan yaratmanın, genel finansman kaynaklarının yanı sıra özel finansman kaynaklarının yaratılması anlamına geldiğine dikkat çekmiştir.

Sağlıkta mali alan yaratmanın sadece fon artırımı yoluyla değil; verimlilik artışlarıyla da sağlanabileceğini düşünen diğer bir katılımcı bu kavramı:

*“Fon artırımını veya kaynakların daha verimli kullanımını sağlayarak sağlığa ve sağlık hizmetlerine yönelik harcamaların artırılması.”*

Sağlıkta mali alan yaratmayı verimlilik ile ilişkilendiren diğer bir katılımcı şu tanımı yapmıştır

“İhtiyaçların karşılanması için mali kaynakların ihtiyaçlar arasında verimli kullanımı.”

### 5.3.2. Türkiye Sağlık Sisteminde Mali Alan Yaratmanın Gerekçeleri

Çalışmada katılımcılara, Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratmanın gerekçeleri sorulmuş ve sonuçlar Tablo 19’da sunulmuştur. Verilen cevapların %11,5’i, artan sağlık harcamalarını; %7,7’si, sağlık göstergelerinde ve istatistiklerinde gelişmiş ülkelere/OECD ortalamasına/AB ülkelerine yaklaşmayı, Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratmanın gerekçesi olarak görmektedir (Tablo 19).

**Tablo 19. Paydaşların Türkiye Sağlık Sisteminde Mali Alan Yaratma Gerekçeleri Hakkındaki Görüşleri**

<i>Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratmanın gerekçeleri nelerdir? *</i>	Sayı	Yüzde
Kamu ve cepten sağlık harcamalarının, sağlık harcaması/GSYİH oranının hızlı bir şekilde artması	12	11,5
Sağlık göstergelerinde ve istatistiklerinde gelişmiş ülkelere/OECD ortalamasına/AB ülkelerine yaklaşmak	8	7,7
Sağlık hizmetlerinin ekonomi ve toplumsal refah üzerinde doğrudan etkilerinin olması/sağlık harcamalarının aynı zamanda beşeri sermaye yatırımı olması/sağlık harcamalarının dışsal faydalarının olması	8	7,7
Sağlık hizmetleri üretiminin maliyetlerinin artması	7	6,7
Temel finansman kaynaklarının/SGK primlerinin yetersiz olması	7	6,7
SDP ve GSS ile sağlık harcamalarının artması	6	5,8
Sağlığın temel/anayasal bir hak olması	6	5,8
Milli gelirden düşük pay alan kesimlere sağlık hizmeti sunmak	5	4,8
Sağlık hizmetlerinin kamu malı sayılması	4	3,8
Bazı sağlık harcamalarının hane halkı bütçelerinde yıkıcı etkisinin olması	4	3,8
Sağlık hizmetleri kalitesini artırmak/artan toplum beklentileri	4	3,8
SGK’nın toplam giderlerinin toplam gelirlerinden fazla olması	3	2,9
Bölgelerarası eşitsizlikler	3	2,9
Sürdürülebilirliğe katkı sağlamak	3	2,9
Toplumun sağlık statüsünün yükseltilmesi	3	2,9
Sosyal güvenlik prim gelirlerindeki dalgalanmalardan daha az etkilenmek	2	1,9
Nüfusun hızla artması	2	1,9
Nüfusun giderek yaşlanması; kronik hastalıkların artması	2	1,9
Tedavisi yüksek maliyetli olan hastalıkların artması	2	1,9
Büyük yatırımlar için finansman kaynakları oluşturmak	2	1,9
Sağlık hizmeti talebinin acil ve ertelenemez olması; çoğu sağlık hizmetinin ikamesinin olmaması	2	1,9
Sağlık piyasasına özgü bazı sebepler dolayısıyla bu piyasanın salt piyasa koşullarına bırakılamaması; bu piyasada kamu varlığının gerekli olması	1	1,0
İktisadi kriz dönemlerinde toplumun sağlık statüsünde gerilemeye izin vermemek	1	1,0
Sağlık sisteminde, olağanüstü durumlarda ekonomik esnekliğin sağlanması için mali alternatiflere ihtiyaç duyulması	1	1,0
Son dönemde yaşanan mülteci akımı ve bunların sağlık sistemine ek yük getirmesi	1	1,0

İlaç ve tıbbi cihaz harcamalarının artması	1	1,0
Merkezi bütçeden sağlık harcamalarına yeterli pay verilmemesi	1	1,0
Sağlık çalışanlarına ödenen ücretlerin yüksek olması	1	1,0
Sağlık hizmeti talebinin arzından çok yüksek olması	1	1,0
Sağlık harcamalarında kamunun yükünü hafifletmek	1	1,0
<b>Toplam</b>	<b>104</b>	<b>100,0</b>

\* Bu soruya birden fazla cevap verilmiştir

Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratmanın gerekçeleri konusunda katılımcılarca verilen cevaplara bakıldığında, genelde; *sağlık harcamalarındaki hızlı artış, sağlıkta OECD ve AB göstergelerine yaklaşmak, sağlık harcamalarının aynı zamanda beşeri sermaye yatırımı olması, sağlıkta kaynak yetersizliği* gibi nedenler öne çıkmaktadır.

Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratmanın gerekçesi olarak bir katılımcı; *finansal sürdürülebilirliği sağlamayı, artan nüfus ve nüfusun yaşlanmasının sağlık harcamalarını artırmasını* göstermiştir. Başka bir katılımcı ise; *GSS ile herkesin sağlık güvencesi kapsamına alınmasını ancak bunlardan bir kısmının prim ödeyememesi sebebiyle kaynağa ihtiyaç duyulduğunu* vurgulamıştır. Sağlığın doğuştan kazanılan bir hak olduğunu belirten bir katılımcıya göre; *sağlık doğuştan gelen bir haktır ve sağlık hizmeti talebi önceden bilinemez; bu yüzden sağlık sektörünün diğer sektörlerle göre önceliği vardır, dolayısıyla gerekli olduğunda sağlıkta mali alanlar yaratılmalıdır.* Sağlık profesyonellerine ödenen ücretleri diğer sektör profesyonelleri ile karşılaştıran başka bir katılımcı; *sağlık çalışanlarına ödenen ücretlerin diğer sektör çalışanları ile kıyaslandığında yüksek olduğunu ve bunun sağlıkta mali alan yaratma nedenleri arasında sayılabileceğini* düşünmektedir.

Diğer bir katılımcı, Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratmanın nedenleri olarak şunları göstermiştir:

*“Sağlık için yapılacak harcamalar, aynı zamanda beşeri sermayeye yapılmış harcamalardır; sağlık hizmetleri kamu malı niteliği taşımaktadır. Bu sebeplerden sağlıkta mali alanlar yaratılmalıdır.”*

Ülkelerin gelişmişlik göstergelerinde sağlığın payı, sağlık harcamalarının hane halklarının bütçeleri üzerindeki baskısı ve sağlıkta yeni yatırımlar açılarından konuyu değerlendiren bir katılımcı, Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratma gerekçeleri konusunda aşağıdaki değerlendirmeyi yapmıştır:

*“Sağlık göstergelerinin ülkelerin gelişmişlik seviyelerini belirlemede önemli etkileri vardır. Bu durum, sağlıkta mali alan yaratmak için önem arz eder. Bununla birlikte; sağlık harcamalarının hane halklarının bütçelerinde yıkıcı etkisinin olabilmesi, yeni yatırımlara kaynak sağlamak ve prim gelirlerindeki dalgalanmalardan daha az etkilenmek, Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratmanın diğer gerekçeleridir.”*

Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratmayı güncel bazı konularla ilişkilendiren bir katılımcı, bu konuda şunları söylemiştir:

*“Son dönemde Suriye’den gelen mültecilerin sağlık hizmetlerinden faydalanabilmelerinin önünün açılması ve bunun sağlık sistemine ek yük getirmesi, sağlıkta mali alan yaratmanın dönemsel sebeplerinden olabilir.”*

SDP ve bileşenlerini, Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratmanın nedeni olarak gören bir katılımcı şu ifadeleri kullanmıştır:

*“Bana göre, Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratmanın en önemli gerekçesi Sağlıkta Dönüşüm Programıdır; zira bu programla son 13 yılda sağlık harcamaları hızlı bir şekilde artmıştır. Özellikle, 2012 yılında GSS’ye geçilmesiyle sağlık harcamalarının ciddi artışlara meyilli olduğu söylenebilir.”*

Sağlık harcamalarının bir ülke için önemini; sağlık harcaması/GSYİH oranı ve gelir dağılımındaki, adaletsizlik ile değerlendiren bir katılımcı için, sağlıkta mali alan yaratmanın gerekçeleri şunlardır:

*“Ülkelerin sağlık harcamalarının artış oranı, genel olarak GSYİH’lerinin artış oranından fazladır. Bu durum, sağlık hizmetlerinin temel finansman kaynaklarının yanı sıra yeni fonların yaratılması zorunluluğunu ortaya çıkarmıştır. Diğer taraftan, sağlıkta mali alan yaratma tüm ülkeler için önemli olmakla birlikte; gelir adaletsizliğinin yüksek olduğu az gelişmiş ve gelişmekte olan (geçiş ekonomileri) ülkeler için daha önemlidir.”*

Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratma konusuna, sağlık piyasası özelliklerini dikkate alarak yaklaşan bir katılımcı, bu konuda şunları vurgulamıştır:

*“Hastalıkların toplum üzerindeki yükünü hafifletmek; sağlıkta eşitsizliklerin giderilmesi; sağlık piyasasının kendine has özellikleri sebebiyle sağlık hizmetlerinin salt*

*piyasa koşullarına bırakılmaması, devletin sağlık sisteminde mali alanlar yaratmasının temel gerekçelerindedir.”*

Görüldüğü üzere çalışmaya katılan paydaşlar, Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratma gerekçeleri olarak çoğunlukla; artan sağlık harcamalarını ve sağlık göstergelerinde gelişmiş ülkelere yaklaşmayı görmektedirler. Türkiye'nin sağlık harcamalarının SDP ile hızlı bir artış içine girmesi ve sağlık harcamalarındaki bu artışlara rağmen sağlık göstergelerinde gelişmiş ülke seviyelerine henüz ulaşamaması, katılımcılarca daha çok dikkat çekilen gerekçelerdir.

### **5.3.3. Türkiye Sağlık Sisteminde Mali Alan Yaratma Konusunun Türkiye Sağlık Sistemi Açısından Öncelikli Olma Durumu**

Bu soruda paydaşlara, sağlıkta mali alan yaratma konusunun Türkiye sağlık sistemi açısından öncelikli bir konu olarak değerlendirilmekte olup olmadığı; neden öncelikli olarak değerlendirildiği veya değerlendirilmediği sorulmuştur. Katılımcıların %75,6'sı, Türkiye sağlık sistemi açısından mali alan yaratmanın öncelikli bir konu olduğunu; %20,0'si ise, öncelikli bir konu olmadığını belirtmiştir. Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratmayı öncelikli bir konu olarak değerlendirenlerin %26,3'ü buna sebep olarak; Türkiye'nin sağlık göstergelerinin gelişmiş ülkelerin/AB ülkelerinin/OECD ülkelerinin gerisinde olmasını gösterirken, öncelikli bir konu olmadığı yönünde görüş bildirenlerin %63,6'sı buna sebep olarak; eğitim ve işsizlikle mücadele gibi önceliğe sahip başka konuların varlığını göstermişlerdir (Tablo 20).

**Tablo 20. Paydaşların Türkiye Sağlık Sisteminde Mali Alan Yaratma Konusunun Türkiye Sağlık Sistemi Açısından Öncelikli Olma/Olmama Hakkındaki Görüşleri**

<i>Sağlık sisteminde mali alan yaratma konusu, Türkiye sağlık sistemi açısından öncelikli bir konu mudur? *</i>	Sayı	Yüzde
Evet	34	75,6
Hayır	9	20,0
Kararsızım	2	4,4
<b>Toplam</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>
<b>Öncelikli Olma Nedenleri</b>		
Türkiye'nin sağlık göstergelerinin gelişmiş ülkelerin/AB ülkelerinin/OECD ülkelerinin gerisinde olması	10	26,3
Türkiye'nin sağlık harcamalarının hızlı bir artış trendine girmesi	8	21,1
Türkiye'nin toplam sağlık harcaması/GSYİH oranının hala düşük olması	4	10,5
SDP/GSS uygulaması ile sağlık harcamalarının artması	3	7,9
Düşük gelirlili grupların sağlık hizmetlerine erişimde sorunlarla karşılaşması	3	7,9

Sağlık harcamaları için ayrılan kaynakların yetersiz olması	2	5,3
Hızlı nüfus artışı	2	5,3
Yaşlı nüfus oranı ve kronik hastalıkların artması	2	5,3
Sağlıkta finansal sürdürülebilirliğe katkı sağlamak	1	2,6
Sağlık harcamalarının sadece prim gelirleri ve merkezi bütçe sübvansiyonları ile sağlanmasının finansman zorlukları doğurması	1	2,6
Sağlık hizmetlerinin ikamesinin olmaması/ihtiyaç duyulduğunda karşılanmasının zorunlu olması	1	2,6
Türkiye'nin sosyal bir devlet olması	1	2,6
<b>Toplam</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>
<b>Öncelikli Olmama Nedenleri</b>		
Öncelikli başka konuların (eğitim, işsizlikle mücadele vb.) olması	7	63,6
Sağlığa zaten gereğinden fazla harcama yapılması	3	27,3
Mali alan yaratma yöntemlerinin geçici çözümler sunması	1	9,1
<b>Toplam</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>

\* Bu soruya birden fazla cevap verilmiştir

Katılımcılardan biri, sağlıkta mali alan yaratmanın Türkiye sağlık sistemi için neden öncelikli olduğu konusunda şunları söylemiştir:

*“Türkiye’de sosyal sigorta şemsiyesinin çok geniş bir poliçeyi içermesi; genel bütçeden hastanelere ve halk sağlığı birimlerine OECD ülkelerinin gerisinde bir pay ayrılması; kamu kaynaklarının etkili ve verimli kullanılmaması; güncel bir sorun olan göçmenlerin sağlık sistemine getirdiği yükün önemi; sağlık teknolojilerinin ve sağlık sistemi girdilerinin fiyatlarının giderek artması gibi nedenlerden dolayı önemlidir. Bunun yanında, sağlık kuruluşları her geçen gün artan hizmet talebi ve tıbbi malzemelerin birim maliyetlerinin artışıyla karşılaşmaktadır. Buna rağmen yıllardır artmayan SUT fiyatları ve sabit tutulan döviz kurları nedeniyle sağlık kuruluşlarının gelirlerinde yeterince bir artış sağlanamamıştır. Bu nedenle birçok hastane borç batağındadır. Yeni mali alanların oluşturulması bu sorunların çözülmesinde katkı sağlayabilir.*

Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratmanın öncelikli bir konu olduğunu belirten başka bir katılımcı, buna sebep olarak Türkiye'nin sağlık harcamaları ile gelişmiş ülkelerin sağlık harcamalarını karşılaştırmış ve şunları söylemiştir:

*“Öncelikli bir konudur çünkü Türkiye’de sağlık harcamaları gelişmiş ülkelerin gerisindedir; hatta Türkiye kişi başı sağlık harcamalarında OECD sıralamasında çok gerilerdedir.”*

Konuya bu yaklaşımla aynı açıdan bakan bir diğer katılımcı, şu beyanda bulunmuştur:



*“Türkiye sağlık sistemi açısından mali alan yaratma konusu çok öncelikli bir konudur. AB ve OECD ülkeleri ile karşılaştırıldığında sağlık harcaması/GSYİH oranı düşük olan bir ülke Türkiye. Bununla birlikte; Türkiye’de gelir dağılımında ve buna bağlı olarak sağlık göstergelerinde bölgelerarası eşitsizlikler yüksektir. Bu eşitsizliğin sağlığa yansımalarını hafifletmek için mali alanlar yaratılmalıdır. Ayrıca, Sağlıkta Dönüşüm Programı ve GSS uygulaması ile Türkiye’nin sağlık harcamaları artış göstermektedir; bu yüzden yeni finansal kaynaklara ihtiyaç duyulmaktadır.”*

Başka bir katılımcı, Türkiye’nin sosyo-demografik değişimi dolayısıyla Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratılmasının öncelikli olduğunu vurgulamış ve aşağıdaki ifadeleri kullanmıştır:

*“Yaşlanan nüfus ve demografik değişiklikler sebebiyle Türkiye’de, topluma verilmesi gereken hizmet türleri ve miktarı değiştiğinden, sağlık harcamaları da artacaktır. Artacak olan bu olası talebi karşılamak için sağlıkta mali alanlar yaratmak elzemdir.”*

Sağlıkta mali alan yaratma kavramına, sağlığın insan yaşamındaki önemi çerçevesinden bakan bir katılımcı şunları belirtmiştir:

*“Sağlıkta mali alan yaratma konusu Türkiye için önemlidir. Çünkü sağlık hizmeti ihtiyacı, genelde ertelenemeyen, ihtiyaç duyulduğunda karşılanması zorunlu olan bir ihtiyaçtır; dolayısıyla buna ilişkin kaynakların kesintisiz sağlanması gerekir.”*

SGK’nın topladığı primlerin yetersizliğinin Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratmak için sebep olabileceğini söyleyen bir katılımcı şunları ifade etmiştir:

*“SGK tarafından toplanan primler yetersizdir; SGK gelir-gider dengesinde sürekli açık vermektedir; bu yüzden sağlıkta mali alan yaratma konusu Türkiye için önceliklidir.”*

Sağlıkta mali alan yaratma konusuna, gelir ile sağlık harcaması arasında bir ilişki kurarak yaklaşan bir katılımcı aşağıdaki değerlendirmede bulunmuştur:

*“Evet, sağlıkta mali alan yaratma konusu Türkiye sağlık sistemi açısından önceliklidir çünkü Türkiye’nin sağlık harcamalarındaki artışlara bakıldığında, bu artışların oransal olarak GSYİH’deki artışlardan daha fazla olduğu görülür ki bu sürdürülebilirlik sorunu ortaya çıkarır.”*

Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratmanın öncelikli bir konu olmadığını düşünen katılımcılar da mevcuttur. Böyle düşünen bir katılımcı şunları söylemiştir:

*“Hayır, öncelikli değildir. Önceliği olan başka alanlar vardır; örneğin işsizlikle mücadele.”*

Sağlıkta mali alan yaratmanın Türkiye açısından öncelikli olmadığını düşünen başka bir katılımcı ise aşağıdakileri söylemiştir:

*“Hayır, öncelikli değildir şu an. Çünkü son 10 yılda Adalet ve Kalkınma Partisi hükümetlerinde yapılan sağlık harcamaları, sağlık göstergelerinde olumlu etkiler yapmış ve dolayısıyla sağlık harcamalarının önceliği, eski dönemlere nazaran geride kalmıştır.”*

Bu soruya verilen cevaplardan da anlaşılacağı üzere, Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratılması katılımcılarca, çoğunlukla öncelikli bir konu olarak görülmektedir. Öncelikli olma sebeplerinin, bir önceki soru olan Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratma gerekçeleri ile uyumlu olduğu görülmektedir. Yani katılımcılarca, Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratmanın gerekçeleri olabilecek unsurlar, aynı zamanda Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratmanın öncelikli bir konu olmasına da sebep oluşturmaktadır. Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratılmasının öncelikli olmadığını düşünen katılımcılar ise buna sebep olarak, önceliği olan başka konuları ve sağlığa hâlihazırda yapılan harcamaların zaten fazla olmasını göstermişlerdir.

#### **5.3.4. Paydaşlara Göre Türkiye Sağlık Sisteminde Mali Alan Yaratmak İçin Başvurulacak Yöntemler ve Bu Yöntemlerin Olumlu/Olumsuz Yönleri**

Tablo 21’de Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratmak için hangi yöntemlere başvurulabileceği sorgulanmıştır. Verilen cevaplara göre katılımcıların %14,4’ü, katkı paylarının/kullanıcı katkılarının artırılmasının; %12,6’sı harcamaları denetlemenin/maliyet etkili harcamaları tercih etmenin/verimlilik artışları sağlamanın Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratmada kullanılabileceğini ifade etmiştir.

**Tablo 21. Paydaşların Türkiye Sağlık Sisteminde Mali Alan Yaratmak İçin Hangi Yöntemlere Başvurulabileceği Hakkındaki Görüşleri**

<i>Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratmak için hangi yöntemlere başvurulabilir? *</i>	Sayı	Yüzde
Katkı paylarını/Kullanıcı katkılarını artırmak	16	14,4
Harcamaları denetlemek/Maliyet etkili harcamaları tercih etmek/Verimlilik artışları sağlamak	14	12,6
Tüketimi tüketene ve çevresine zararlı olan ürünlere ek vergi koymak	13	11,7
Merkezi Bütçede Sağlık Bakanlığının payını artırmak	8	7,2
İlaçta/medikal teknolojide dışa bağımlılığı azaltmak	7	6,3
Etkili sevk zincirini getirmek	6	5,4
Uluslararası yardımlar/hibeler/krediler	6	5,4
Sağlıkta hem hizmet sunumunda hem de finansmanda yer alma konusunda özel sektörü teşvik etmek	6	5,4
Kamu özel ortaklıkları oluşturmak	6	5,4
Sağlık turizmine önem vermek	5	4,5
Hastanelerin döner sermaye gelirlerini artırmak	5	4,5
Sıkı vergi politikaları uygulayarak vergi gelirlerini artırmak	3	2,7
Lüks tüketim ürünlerine ek vergiler koymak	3	2,7
Akılcı ilaç kullanımını teşvik etmek	2	1,8
Tamamlayıcı sağlık sigortası (TSS) uygulamasına geçmek	2	1,8
Sıfır tabanlı bütçelemeye geçmek	2	1,8
Üretim yaparken çevreye ve halk sağlığına zararı dokunan işletmelere ek vergiler getirmek	1	0,9
Bazı sağlık harcamaları için özel fonlar oluşturmak	1	0,9
Etkili koruyucu sağlık hizmetleri ve halk sağlığı uygulamaları ile gelecekteki muhtemel sağlık harcamalarını azaltmak	1	0,9
Merkezi Bütçenin bazı gelir kalemlerini sadece sağlık harcamalarına tahsis etmek	1	0,9
İş gücüne katılımı artırarak GSS prim gelirlerini artırmak	1	0,9
Kamunun özelleştirme gelirlerinin belirli bir kısmını sağlığa ayırmak	1	0,9
Borçlanmaya başvurmak	1	0,9
<b>Toplam</b>	<b>111</b>	<b>100,0</b>

\* Bu soruya birden fazla cevap verilmiştir

Bu soruya yönelik olarak bir katılımcı şu değerlendirmelerde bulunmuştur:

*“Bireysel emeklilik-sağlık hesapları oluşturulmalı, Sağlık Bakanlığı’nın bütçe payı artırılmalı; kullanıcı katkıları artırılarak hem gereksiz hizmet kullanımı engellenmeli hem de gelir elde edilmeli. Kullanıcı katkılarının gereksiz hizmet talebini önlerken bazı gerekli hizmetlerin talebini de azaltabileceği unutulmamalıdır. Bunların dışında, sağlık kuruluşları üzerindeki yük olan işlemlerin kaldırılmasıyla da mali alanlar yaratılabilir. Örneğin yasa gereği kamu hastaneleri kurumlar vergisi vermez bunun yerine hazine payı, sosyal hizmetler ve çocuk esirgeme kurumları gibi ödemesi gereken yükümlülükleri vardır. Bu yükümlülüklerin kaldırılması sağlık hizmetleri için mali alan oluşturacaktır.”*

Gereksiz hizmet kullanımını caydırıcı nitelikteki uygulamalara dikkat çeken başka bir katılımcı şu ifadeleri kullanmıştır:

*“Mali alan yaratmak için sevk zincirine uygun hareket etmeyen bireylerden ekstra katkı payı alınabilir. Bu yöntemin olumlu yanı; 2. ve 3. basamak sağlık hizmetlerindeki gereksiz harcamaların azaltılmasıdır. Ayrıca, sağlığına dikkat etmeyen bireylerin tedavi giderlerinden bazılarının SGK'nın geri ödeme kapsamında çıkarılması gibi uygulamalara başvurulabilir. Böylece bireylerin sağlıklı yaşam sürmeleri için çaba göstermeleri sağlanmış olur. Bu yöntemlerin olumsuz yanı; anayasaya göre vatandaşlarına eşit hizmet sunması gereken devletin, sevk zincirine uymayan veya sağlıksız yaşam süren vatandaşlarını dışlamasıdır.”*

Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratma aracı olarak, özel vergiler konulması ve sağlıkta özel sektörün teşvik edilmesi gerektiğini düşünen bir katılımcı aşağıdaki değerlendirmede bulunmuştur:

*“Sağlıkta kullanılmak üzere sigaraya özel vergiler getirilebilir. Bu uygulama hem sağlıkta kullanılmak üzere kaynak yaratır hem de sigaranın sebep olduğu hastalık ve ölümleri engelleyerek daha az harcama yapılmasını sağlar. Bu yöntemin olumsuz tarafı, sigara tüketiminin aşırı azalması ihtimaline bağlı olarak devletin sigaradan elde ettiği vergi gelirlerinden mahrum kalmasıdır. Bununla birlikte sağlıkta özel sektörün varlığı artırılmaya çalışılabilir, böylece kamunun yükü azaltılarak sağlıkla ilgili diğer alanlara yatırım yapması sağlanabilir. Sağlıkta özel sektörün varlığının artmasının olumsuz tarafı, cepten yapılan sağlık harcamalarını artırmasıdır”*

Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratmak için özel vergilendirmeyi öneren başka bir katılımcı; *herkes için davranışsal (sigara, alkol kullanımı gibi) bir sağlık skorunun belirlenmesi ve bireylerin bu skorun kötülüğü oranında vergi vermesi gerektiğini önermiştir.*

Verimlilik artışları ve Türkiye'nin sağlık turizmi potansiyelini ön plana çıkaran bir katılımcı şunları söylemiştir:

*“Mevcut harcamaların etkili ve verimli şekilde dağıtılması ve kullanılması, kanımca uygun bir yöntem olacaktır. Böylece hem fazla harcama yapılmayacak hem de mevcutla fayda maksimuma erişecektir. Bunun dışında, sistemin mevcut imkânları sağlık turizmine yönlendirilerek dışarıdan bir gelir sağlanıp mali alan yaratılabilir. Bu şekilde mali alan yaratmanın olumsuz tarafı; oluşturulacak mevzuat düzgün bir şekilde işlemez*

*veya mevzuat açıkları oluşursa, bazı grupların buradan etik olmayan çıkar sağlama çabalarının olma ihtimalidir.”*

Mali alan yaratmada TSS'nin kullanılabilceğini düşünen bir katılımcı şunları belirtmiştir:

*“TSS'ye önem verilebilir. Bu yönteminin olumlu yönü, devletin mali yükünü hafifletmesidir; olumsuz yönü ise, hizmet sunumunda dengeli dağıtımın mali açıdan eşit olarak yapılamaması olabilir. Ekonomik olarak gücü yeten kişiler, TSS, özel sağlık sigortası, vs. yollarla düşük gelirlilere nispeten daha kaliteli sağlık hizmeti satın alabilirler; hizmet kalitesinde dengesizlik oluşabilir.”*

Yerli girdi kullanımının ve hastanelerde çekirdek hizmet dışında kalan alanların özel sektöre devredilmesinin sağlıkta mali alan yaratabileceğini değerlendiren bir katılımcı, aşağıda yer alan ifadelerde bulunmuştur:

*“Yerli ilaç, aşı ve tıbbi cihaz üretimi ve kullanımı; kamu hastanelerinin sağlık hizmeti sunumu dışındaki otelcilik, otopark, vb. hizmetlerinin işletim hakkının özel sektöre verilmesi...”*

Diğer bir katılımcı, Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratmada kullanılacak yöntemleri geniş bir yelpazede ele alarak şu değerlendirmede bulunmuştur:

*“Planlı bir çalışma, kararlılık/mali disiplin, giderlerin takibi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkin kullanımını sağlayacak tedbirlerin alınması, maliyet-etkili yöntemlerin kullanılması, kamu-özel ortaklıkları ve özel sektör yatırımlarının teşviki, uluslararası (Dünya Bankası, IMF, Dünya Sağlık Örgütü) hibe ve krediler, ...Bu saydıklarımın yanı sıra, hastanelerin alacaklarını kolay tahsil etmelerini sağlayarak da mali alanlar yaratılabilir. Bunun için, aynı bankalarda olduğu gibi alacak yönetim fonlarına bu haklar belirli bir tutar üzerinden devredilebilir. Bu yöntemin olumsuz yanı sağlık hizmetlerine bir meta olarak bakmaktır.”*

Başka bir katılımcı, kamu harcamalarında sıfır tabanlı bütçelemeye geçilerek harcama verimliliğinin artırılması gerektiğini; sıfır tabanlı bütçelemeye geçilirse, bütçede sağlık harcamaları için ayrılan payın artacağını; bununla birlikte, üretim yaparken negatif

*dışsallık yayarak çevre ve halk sağlığına zarar veren işletmelere ek vergiler (Pigou türü vergiler) konması gerektiğini düşünmektedir.*

Gereksiz sağlık harcamalarına ve bunların engellenmesinin sağlıkta mali alan yaratmaya yardımcı olabileceğini vurgulayan bir katılımcı şunları vurgulamıştır:

*“Türkiye'nin sağlık harcamalarına baktığımızda birçok harcamanın gereksiz olduğunu görürüz. Bu gereksiz harcamalardan vazgeçilirse, gerekli harcamalar için mali alanlar yaratılabilir. Gereksiz harcamaların önemli nedenlerinden biri gereksiz hizmet talebidir. Gereksiz hizmet talebini engellemenin iki yolu vardır; etkili sevk zincir ve kullanıcı katkıları. Bu iki yöntemin; gereksiz hizmet talebi ile birlikte gerekli hizmet talebini de engelleme olasılığı ve siyasi karar vericiler için oy kaybı potansiyeli olması, olumsuz tarafları olarak düşünülebilir.*

İlaç harcamalarındaki artışları engellemenin mali alan yaratacağını düşünen bir katılımcı, *ilaç harcamalarındaki artışları engellemek için akılcı ilaç kullanımının ve yerli ilaç üretiminin desteklenmesi gerektiğini; tıp teknolojisini ithal etmek yerine yerli üreticilere destek verilmesi gerektiğini* söylemiştir.

Bu soruya verilen cevaplar dikkate alındığında, kullanıcı katkıları ve verimlilik artışlarının, Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratılırken kullanılacak yöntemler arasında, paydaşlarca en çok tecih edilen yöntemler olduğu görülmektedir. Kullanıcı katkıları ile mali alan yaratılması düşüncesinin en fazla önerilen yöntem olması, çalışmaya katılanların çoğunluğunun SGK'da görev yapması ile açıklanabilirken, Türkiye sağlık sisteminde verimliliği ve etkililiği artırmanın en fazla önerilen ikinci yöntem olması, paydaşların Türkiye sağlık sisteminde gereksiz yapılan harcamalara dikkat çekmesi sebebiyle olabilir.

### **5.3.5. Türkiye Sağlık Sisteminde Mali Alan Yaratma Konusunda En Önemli Engeller/Riskler**

Bu soruda paydaşlara, Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratma konusunda engeller veya riskler olup olmadığı sorulmuş ve en önemli engellerin veya risklerin neler olduğu konusundaki düşünceleri sorgulanmıştır. Bu soruya cevap veren paydaşların %73,3'ü,

Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratma konusunda engeller veya riskler olduğu; %26,7'si ise herhangi bir engel veya risk olmadığı görüşünü benimsemiştir. Engel veya risk olduğunu düşünenlere göre en önemli engel veya riskler; bazı mali alan yaratma yöntemlerinin olumsuz siyasi geri dönüşlerinin olması/toplumdan tepki görmesi (%27,8) ve diğer sektörlerin dışlanmaları/tepki göstermeleri/sağlık sektörü ile rekabete girmeleri ihtimalinin varlığıdır (%22,2) (Tablo 22).

**Tablo 22. Paydaşlara Göre Türkiye Sağlık Sisteminde Mali Alan Yaratma Konusunda En Önemli Engeller/Riskler**

<i>Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratma konusunda engeller/riskler olduğunu düşünüyor musunuz? *</i>	Sayı	Yüzde
Evet	33	73,3
Hayır	12	26,7
<b>Toplam</b>	45	
<b><i>Mali alan yaratma konusunda en önemli engeller/riskler nelerdir?</i></b>		
Bazı mali alan yaratma yöntemlerinin olumsuz siyasi geri dönüşlerinin olması/toplumdan tepki görmesi	10	27,8
Diğer sektörlerin dışlanmaları/tepki göstermeleri/sağlık sektörü ile rekabete girmeleri ihtimali	8	22,2
Gereksiz hizmet talebini engelleyecek bazı yöntemlerin gerekli bazı sağlık hizmetleri talebini de engellemesi	4	11,1
Bazı yöntemlerin sağlık hizmetlerine erişimi kısıtlama ihtimali	4	11,1
Sağlık sisteminde yaratılacak mali alanın sağlık enflasyonunu artırması	2	5,6
Maliye Bakanlığınca yapılan harcamaları kısma baskısı	1	2,8
Toplumsal/siyasi ön yargılar	1	2,8
Sağlık sisteminde yaratılacak mali alanın amaç dışı kullanımlara kayması endişesi	1	2,8
Yasal engellerin bazı adımların atılmasını kısıtlaması	1	2,8
Ülkenin genel ekonomik durumu/yapısı	1	2,8
Konjonktürel siyasi ortam	1	2,8
Sağlık okuryazarlığının düşük olması	1	2,8
Mali alan yaratma adına hizmet kalitesinden ödün verme	1	2,8
<b>Toplam</b>	36	100,0

\* Bu soruya birden fazla cevap verilmiştir

Bir katılımcı, Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratılmasına ilişkin en önemli engeller/riskler olarak şunları görmektedir:

*“En önemli engel, sağlıkta yaratılacak mali alanın amaç dışı kullanımlara kayabileceği korkusu ile sağlıkta mali alan yaratmaktan kaçınmaktır.”*

Başka bir katılımcı, mali alan yaratmada kullanılacak yöntemlerin siyasi geri dönüşlerinin olumsuz olmasını en önemli engel veya risk olarak görmüş ve aşağıdaki değerlendirmede bulunmuştur:

*“Kullanıcı katkıları ve ek vergiler gibi bazı yöntemler toplumdaki tepki görebilir; bu yüzden karar verici durumundakiler bu adımları atmaktan kaçınabilirler; siyasi kaygılar, mali alan yaratmadaki önemli engeldir.”*

Diğer bir katılımcı ise; sağlıkta yaratılacak mali alanın potansiyel risklerinden söz ederek şunları söylemiştir:

*“Kullanılan bazı yöntemlerin dezavantajları potansiyel riskler oluşturabilir. Örneğin, sağlık hizmeti kullanıcılarından alınacak kullanıcı katkıları, gereksiz hizmet talebini azaltmanın yanında gerekli bazı hizmetlerin taleplerini de azaltabilir.”*

Sağlıkta mali alan yaratma konusunda anlayış değişikliğine ihtiyaç olduğunu düşünen bir katılımcı şu değerlendirmede bulunmuştur:

*“Ülke henüz bu konuda anlayış değişikliğine hazır değil. Devlet her türlü kamu işletmesini desteklemeli, anlayışı yoğun. Bence zihinsel sorunlar en büyük engel.”*

Maliye Bakanlığı'nın bazı adımları engellediğini düşünen bir katılımcı, Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratma konusunda *en önemli engel olarak, Maliye Bakanlığı'nın harcamaları kısma konusunda yaptığı baskıları* görmektedir.

Sağlıkta mali alan yaratmanın diğer sektörlere etkisine değinen bir katılımcı, bu konuda şunları söylemiştir:

*“Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratmak GSYİH içindeki dengenin bozulmasına sebep olabilir. Bu durum sağlık sektörü ile diğer sektörler arasında bir rekabetin doğmasına ya da diğer sektörlerin dışlanmasına sebep olabilir. Bununla birlikte, bazı mali alan yaratma yöntemleri, özel sektörün sağlık sektörüne çok fazla müdahale etmesine zemin hazırlayabilir (sağlık sistemi özelleşebilir).”*

Başka bir katılımcı, konuya değişik bir pencereden yaklaşarak; *sağlık sisteminde mali alan yaratmanın sağlık harcamalarının artmasına ve bunun da sağlık enflasyonuna neden olabileceğini* söylemiştir.

Katılımcıların bu soruya verdikleri cevaplara bakıldığında, Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratma konusunda engellerle ve risklerle karşılaşılacağı düşüncesinin, genel olarak hâkim olduğu görülmektedir. Bu şekilde düşünen paydaşlara göre en



önemli engeller ve riskler, mali alan yaratılırken benimsenecek yöntemlerin toplumdan tepki görmesi ve diğer sektörlerin sağlık sektörü ile rekabete girme ihtimalinin bulunmasıdır.

### 5.3.6. Türkiye Sağlık Sisteminde Mali Alan Yaratma Sürecinde Rol Alması Gereken Taraflar

Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratma sürecinde hangi tarafların rol alması gerektiğine ilişkin paydaşlara sorulan bu soruya verilen cevaplar içerisinde oranı en yüksek olan kurum ve kuruluşlar; %13,6 ile Sağlık Bakanlığı ve %13,1 ile Maliye Bakanlığı olmuştur. Bu iki kurumu %11,7 ile sivil toplum kuruluşları/dernekler ve %9,8 ile SGK izlemiştir (Tablo 23).

**Tablo 23. Paydaşlara Göre Türkiye Sağlık Sisteminde Mali Alan Yaratma Sürecinde Rol Alması Gereken Taraflar**

<i>Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratma sürecinde hangi taraflar/paydaşlar/aktörler rol almalıdır? *</i>	Sayı	Yüzde
Sağlık Bakanlığı	29	13,6
Maliye Bakanlığı	28	13,1
Sivil Toplum Kuruluşları/Dernekler	25	11,7
SGK	21	9,8
Hazine Müsteşarlığı	11	5,1
Ekonomi Bakanlığı	10	4,7
Özel sektör temsilcileri	10	4,7
Üniversiteler/Akademisyenler	9	4,2
Halk/vatandaşlar	7	3,3
TBMM	7	3,3
Hükümet/Bakanlar Kurulu	6	2,8
Başbakanlık	5	2,3
Uluslararası kuruluşlar (Dünya Bankası, Dünya Sağlık Örgütü, IMF, vb)	5	2,3
Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı	5	2,3
Siyasi partiler	4	1,9
Cumhurbaşkanlığı	4	1,9
Hekimler	4	1,9
Merkez Bankası	3	1,4
Sigorta şirketleri	2	0,9
Tıbbi cihaz/ilaç sektörü temsilcileri	2	0,9
Medya	2	0,9
Kalkınma Bakanlığı	2	0,9
Adalet Bakanlığı	2	0,9
Hastalar	2	0,9
Türkiye İstatistik Kurumu	1	0,5
Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı	1	0,5
YÖK	1	0,5
Sağlık çalışanları	1	0,5
Vakıflar	1	0,5
Ekonomik topluluklar	1	0,5

Sağlık turizmi acentaları	1	0,5
Mesleki örgütler	1	0,5
Sağlık ekonomistleri	1	0,5
<b>Toplam</b>	<b>214</b>	<b>100,0</b>

\* Bu soruya birden fazla cevap verilmiştir

Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratırken görüşü alınması gereken aktörler arasında ismi en çok geçen kurumun Sağlık Bakanlığı olması, sağlık hizmetlerinin yönetimi, örgütlenmesi ve sunumunda Sağlık Bakanlığının baskın rolü ile açıklanabilir. Kamu harcamaları için ayrılacak kaynakların belirlenmesinde önemli roller üstlenen Maliye Bakanlığının ikinci sırada yer alması ise, paydaşların bu bakanlığı kamusal harcamaya etki eden en önemli aktörlerden biri olarak görmesi ile açıklanabilir.

### 5.3.7. Sağlık Sistemlerinde Yaratılacak Mali Alanın Sağlık Sisteminin Finansal Sürdürülebilirliğine Etkisi

Bu soruda paydaşlara, Türkiye sağlık sisteminde yaratılacak mali alanın sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliğine etkisinin ne olacağı sorulmuş olup, paydaşların %55,6'sı olumlu etkisi olacağını değerlendirirken, %15,6'sı kullanılacak yöntemle bağlı olarak olumlu; %4,4'ü ise olumsuz etkisi olacağını savunmuştur. Katılımcıların %11,1'i, Türkiye sağlık sisteminde yaratılacak mali alanın finansal sürdürülebilirliğe herhangi bir etkisinin olmayacağını düşünmektedir (Tablo 24).

**Tablo 24. Paydaşlara Göre Türkiye Sağlık Sisteminde Yaratılacak Mali Alanın Sağlık Sisteminin Finansal Sürdürülebilirliğine Etkisi**

<i>Türkiye sağlık sisteminde yaratılacak mali alanın sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliğine etkisi nedir?</i>	Sayı	Yüzde
Olumlu etki eder	25	55,6
Kullanılacak yöntemle bağlı olarak olumlu etki eder	7	15,6
Kısmen olumlu etki eder	5	11,1
Herhangi bir etkisi olmaz	5	11,1
Olumsuz etki eder	2	4,4
Fikrim yok	1	2,2
<b>Toplam</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>

Bu soruyla ilgili bir katılımcı şu değerlendirmelerde bulunmuştur:

*“Verimlilik artışlarına bağlı yaratılmış bir mali alan söz konusu ise, sürdürülebilirliğe olumlu katkı sağlar; fon artırımı ile yaratılmış bir mali alan söz konusu ise, hükümet politikalarına bağlı olduğu için sürdürülebilir olmayabilir.”*

Başka bir katılımcı ise, soruyu daha geniş bir açıdan ele alarak şunları söylemiştir:

*“Sağlık harcamaları ülkelerin en önemli harcama kalemlerinden birini oluşturduğundan bu sektördeki gelir kalemlerinin artırılması ve iyi düzenlenmesi, sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliğine önemli katkı sağlar.”*

Sağlıkta mali alan yaratmanın devletin mali yükünü hafifleteceğine inanan bir katılımcı aşağıdakileri söylemiştir:

*“Sağlık sisteminde mali alan yaratırken kullanılan bazı yöntemler sayesinde devletin mali yükü azaltılacağından sistemdeki finansal sürdürülebilirlik olumlu etkilenecektir çünkü devlet gelirlerindeki dalgalanmalardan daha az etkilenilecektir.”*

Sağlıkta mali alan yaratırken gerekli yasal önlemlerin alınması gerektiğini vurgulayan başka bir katılımcı bu konuda şunları söylemiştir:

*“İyi kurgulanmış ve yasal dayanakları iyi oturtulmuş, hakkaniyete ve adalete dayalı mali alan yaratma uygulamalarının finansal açıdan yıllarca getiri sağlayacağını düşünmekteyim.”*

Sağlıkta mali alan yaratılırken kullanılacak yöntemin finansal sürdürülebilirliğe doğrudan etki edeceğini belirten bir katılımcı şu ifadelerde bulunmuştur:

*“Kullanılacak yöntem sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliğine olumlu katkı yapabileceği gibi olumsuz katkı da yapabilir. Örneğin daha fazla para basarak sağlıkta mali alan yaratmaya çalışmak sürdürülebilir değildir. Ancak sadece sağlıkta kullanılmak üzere sigaraya özel vergiler getirmek ve bu konuda kararlı davranmak finansal sürdürülebilirliğe olumlu katkı sağlar.”*

Türkiye sağlık sisteminde yaratılacak mali alanın sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliğini kısmen olumlu etkileyeceğini savunan bir katılımcı şunları belirtmiştir:

*“Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratmanın finansal sürdürülebilirliğe etkisi kısmen olumlu olabilir; zira sağlıkta finansal sürdürülebilirlik konusunda en önemli araç, sağlık sisteminin temel finansman kaynağı olan primlerin etkili bir şekilde toplanmasıdır.”*

Bu konuda olumsuz düşünceye sahip olan bir katılımcı şunları söylemiştir:

*“Olumsuz etkisi olacağını düşünüyorum. Çünkü bir sistemin finansal açıdan sürdürülebilir olması için dışarıdan yardım almadan kendi ayakları üzerinde durabilmesi gerekir. Dolayısıyla, sağlıkta mali alanlar yaratılarak sağlık sistemine dışarıdan kaynak temin etmek finansal sürdürülebilirliğe zarar verecektir.”*

Sağlıkta mali alan yaratma finansal sürdürülebilirlik ilişkisi konusunda, yukarıdaki katılımcı ile aynı yönde düşünen başka bir katılımcı ise şunları ifade etmiştir:

*“Sağlıkta mali alan yaratma, içinde bulunulan zor bir dönem için geçici çözümler sunar; yani uzun vadede etkisi yoktur. Bu yüzden sağlıkta mali alan yaratmanın sürdürülebilirliğe olumlu etki yapabileceğini sanmıyorum.”*

Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratmanın Türkiye sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliğine etkisinin ne yönde olacağını sorgulandığı bu soruda katılımcıların çoğunluğu, mali alan yaratmanın Türkiye sağlık sisteminin finansal durumuna olumlu etkisinin olacağını düşünmektedir. Bu şekilde düşünen katılımcıların mali alan yaratma yöntemleri olarak genelde; verimlilik artışlarını sağlama, ekonomik büyümeden sağlık harcamaları için pay ayırma, sıkı vergi politikalarını uygulama ve bazı tüketim ürünlerine sağlık vergileri getirme gibi sürdürülebilir kaynak sağlayan yöntemler önerdikleri görülmektedir.

### **5.3.8. Türkiye Sağlık Sisteminde Mali Alan Yaratmaya Çalışmanın Diğer Sektör Harcamalarına Etkisi**

Bu soruda, Türkiye sağlık sisteminde yaratılacak mali alanın diğer sektör harcamalarına etkisi hakkında ne düşündükleri sorgulanmıştır. Buna göre paydaşların, %33,3’ü olumsuz etkisi olacağını değerlendirirken %24,4’ü herhangi bir etkisi olmayacağını savunmuştur. Olumlu etkileyeceğini düşünenlerin oranı ise %20,0’dır (Tablo 25).

**Tablo 25. Paydaşlara Göre Türkiye Sağlık Sisteminde Yaratılacak Mali Alanın Diğer Sektörlere Etkisi**

<i>Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratmaya çalışmak diğer sektörleri nasıl etkiler?</i>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Olumsuz etki eder	15	33,3
Herhangi bir etkisi olmaz	11	24,4
Olumlu etki eder	9	20,0
Sağlık sektörünün alt endüstrilerine (ilaç, tıbbi cihaz vb) olumlu etki eder	4	8,9
Kullanılacak yönteme bağlı olarak olumsuz etki eder	4	8,9
Fikrim yok	1	2,2
Kısmen olumsuz etkiler	1	2,2
<b>Toplam</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>

Bu soruya bir katılımcı şu şekilde cevap vermiştir:

*“Mali alan; bütçede sağlık harcamalarının payı artırılarak yaratılırsa, diğer harcamaların bütçedeki payı azalacağı için bir tepki ortaya çıkabilir.”*

Türkiye sağlık sisteminde yaratılacak mali alanın diğer sektörleri etkilemesini, mali alan yaratılırken kullanılacak metoda bağlayan bir katılımcı şöyle düşünmektedir:

*“Sağlık sektörü ile doğrudan ilişkili sektörlerdeki (ilaç sektörü, tıbbi cihaz sektörü, gibi) harcamaları artırır. Ayrıca sağlıklı bireylerin iş gücüne daha fazla katılacağını ve daha fazla üretim ve tüketim olacağını; buna bağlı olarak ekonominin büyüyeceğini düşünmekteyim.”*

Sağlıkta mali alan yaratmanın diğer sektörlere etkisini, uygulanacak metotla ilişkilendiren başka bir katılımcı şunu vurgulamıştır:

*“Sağlıkta mali alan yaratmanın diğer sektörlere etkisinin nasıl olacağı, mali alanın nasıl yaratılacağına bağlıdır. Ancak çok olumsuz yönde etkileyeceğini sanmıyorum. Sağlığa harcadık, diyerek diğer sektörlerden kısıllacağını sanmıyorum.”*

Bu soruya, yukarıdaki katılımcılarla aynı yönde cevap veren başka bir katılımcı aşağıda yazılan şekilde düşünmektedir:

*“Bireylere; bazı alanlarda kısıtlamalar veya ilave vergiler getirerek yaratılacak mali alan, hane halkı harcamalarını ve bunun bir sonucu olarak da diğer sektörlerin gelirlerini azaltacaktır.”*

Mali alanın vergi artışları yoluyla yaratılmasının, vergi artışlarının olduğu ürünlerin piyasalarına etkilerini ortaya koyan bir katılımcı şöyle düşünmektedir:

*“Eğer sağlıkta mali alan vergi artışları ile yaratılırsa, vergi artışlarının söz konusu olduğu ürünlerin piyasaları olumsuz etkilenir.*

Sağlık ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiye vurgu yapan başka bir katılımcı şu ifadelerde bulunmuştur:

*“İktisat literatüründe sağlık hizmetlerinin pozitif dışsallık yayması olarak geçen durum ile, sağlık seviyesi yükselen toplum ve bireyin üretkenliği, yani iş gücü verimliliği artacaktır. Buna bağlı olarak üretkenlik artacak; iş gücü kaybı azalacaktır. Azalan iş gücü kaybı, sağlık ve diğer sektörlerdeki finansal yükün azalmasını sağlayacaktır.”*

Sağlıkta mali alan yaratmanın diğer sektörleri olumsuz etkileyebileceğini düşünen bir katılımcı şunu belirtmiştir:

*“Sağlıkta mali alan yaratma; eğitim, savunma, ulaşım gibi sektörlerde dışlayıcı etki yaratabilir.*

Sağlıkta mali alan yaratmanın diğer sektörleri olumlu etkileyeceğini düşünen bir katılımcı ise şunu belirtmiştir:

*“Olumlu etkileyeceği kanaatindeyim zira kapitalist bir düzende bir sektörün gelişmesi ve büyümesi, ekonomik refahı artıracığı için diğer sektörler de pozitif olarak etkilenecektir.*

Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratma çabalarının diğer sektörlerde yapılacak harcamaları nasıl etkileyebileceği konusunda görüşleri alınan paydaşlardan, bu durumun diğer sektör harcamalarını olumsuz etkileyebileceğini düşünenlerin sağlıkta mali alan yaratma yöntemleri olarak çoğunlukla; Sağlık Bakanlığının Merkezi Bütçedeki payını yükseltmeyi, borçlanmaya başvurmayı ve bazı tüketim ürünlerine ek vergiler koymayı önerdikleri görülmektedir. Bu yöntemlerin diğer sektörlerde yapılacak toplam harcamaların kısılmasına sebep olma ihtimalinin, katılımcıların sağlıkta mali alan yaratma çabalarının diğer sektör harcamalarını olumsuz etkileyeceği görüşünü benimsemelerine sebebiyet verdiği düşünülmektedir.

## 6. BÖLÜM: TARTIŞMA

Artan sağlık harcamaları ve bu harcamaların nasıl finanse edileceği, birçok ülkenin hâlihazırda karşılaştığı veya yakın gelecekte karşılaşacağı önemli sorunlardandır. Bu yüzden siyasi karar verici durumundakiler, sağlık harcamalarında kullanılmak üzere ilave fon kaynakları oluşturmaya çalışmaktadırlar. Sağlıkta mali alan yaratma olarak tanımlanabilecek bu çabalar, sadece az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerde değil; özellikle iktisadi kriz dönemlerinde gelişmiş ülkelerde de görülmektedir. Sağlıkta mali alan yaratmanın gerekçeleri olarak; sağlığın temel bir hak olması, sağlık hizmetlerinin iktisadi kalkınma ve toplumsal refah üzerinde doğrudan etkilerinin olması, sağlık harcamalarının hızlı bir artış içine girmesi ve bunun hanehalklarının bütçelerini zorlaması, nüfus artışları, bölgesel sağlık eşitsizliklerinin azaltılmaya çalışılması, vb. gösterilebilir.

Sağlıkta mali alan yaratma yöntemleri çok çeşitli olup bu yöntemler ülkelerin sosyo-ekonomik yapılarına göre farklılık göstermektedir. Bir ülkede sağlıkta mali alan yaratmada kullanılan bir yöntem başka bir ülkede ülkenin genel ekonomik yapısına zarar verebilir. Sağlıkta mali alan yaratma yöntemleri, genel olarak şu başlıklar altında toplanabilir; vergilerde artışa/azalışa gitme, kamu harcamalarında öncelik belirleme, borçlanmaya başvurma, özelleştirme gelirlerini artırma, KÖO uygulamaları, senyoraj hakkını kullanma, hibe ve yardımlardan faydalanma, etkililik ve verimlilik artışlarını sağlama, ekonomik olarak büyüme ve kullanıcı katkıları.

Sağlık harcamaları veya daha genel bir ifade ile önemli bazı kamu harcamaları için mali alan yaratma konusunda yapılan çalışmalara bakıldığında, farklı ülkelerde farklı yöntemler kullanılarak mali alanlar yaratılabileceği ortaya konmuştur. Örneğin; Okwero ve diğerleri, yaptıkları mali alan yaratma çalışmasında; israfı azaltarak, verimli ve adil kaynak dağıtımını sağlayarak Uganda sağlık sisteminde mali alan yaratılabileceğini ortaya koymuşlardır (Okwero vd., 2010). Brun ve diğerleri, yaptıkları analiz çalışmasında geniş çaplı vergi reformları ve kamu harcamalarında bazı düzenlemelere giderek Fas'ta sağlık harcamaları dahil birçok harcama için mali alan yaratılabileceğini ortaya koymuşlardır (Brun vd.,2009). Beddies'e göre, kamu harcama yönetimini güçlendirerek kısa vadede; kayıt dışı ekonomiyi kayıt altına alarak, etkili bir vergilendirme rejimine

giderek ve gelir idaresini güçlendirerek orta vadede; üretim sektörünü yeniden düzenleyerek, vergi tabanını genişleterek, özel sektöre iş yapma kolaylığı sağlayarak uzun vadede Zimbabwe’de kamu harcamaları için mali alan yaratılabilir (Beddies, 2015). Matus; Peru’da tütün vergilerinin hâlihazırda düşük olduğunu ve bu yüzden sigaraya özel bazı vergiler getirilerek sağlıkta mali alan yaratılabileceğini düşünmektedir (Matus, 2015).

Bu çalışmada, Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratma konusu ile ilgili olarak paydaşların görüş ve değerlendirmelerinin neler olduğu öğrenilmeye çalışılmış ve bu doğrultuda değerlendirmeler yapılmıştır. Bu bağlamda katılımcılara, yarı yapılandırılmış görüşme formu aracılığıyla sağlıkta mali alan yaratmanın neyi ifade ettiği, gerekçeleri ve Türkiye açısından öncelikli olup olmadığı; Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratmada hangi yöntemlerin kullanılabileceği ve söz konusu yöntemleri kullanmada herhangi bir engel ya da riskin olup olmadığı; sağlıkta mali alan yaratmanın finansal sürdürülebilirliğe ve diğer kamu harcamalarına etkisinin ne yönde olacağı ve sağlıkta mali alan yaratırken hangi tarafların görüşlerinin alınması gerektiği sorulmuştur.

Elde edilen bulgular doğrultusunda, paydaşlara göre Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratmanın gerekçeleri çoğunlukla; sağlık harcamalarının hızlı bir şekilde artması (%11,5), Türkiye’nin sağlık göstergelerinde AB ve OECD ortalamalarının gerisinde olması (%7,7) ve sağlık hizmetlerinin iktisadi kalkınma ve toplumsal refah üzerinde doğrudan etkilerinin bulunmasıdır (%7,7). Araştırmaya katılan paydaşların büyük çoğunluğu (%75,6), Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratma konusunu Türkiye sağlık sistemi açısından öncelikli bir konu olarak görmektedir. Katılımcılara göre sağlıkta mali alan yaratma konusunda başvurulacak öncelikli yöntemler; kullanıcı katkıları (%14,4), etkililik/verimlilik artışları (%12,6) ve tüketimi negatif dışsallık yayan ürünlere ek vergiler koyma (%11,7) olmalıdır. Çalışmaya katılan 45 paydaşın %73,3’ü, Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratmada engellerle/risklerle karşılaşabileceğini düşünmektedir. Bu şekilde düşünen paydaşlara göre en önemli engeller/riskler; bazı mali alan yaratma yöntemlerinin olumsuz siyasi geri dönüşlerinin (%27,8) olması ve sağlıkta mali alan yaratma konusunda diğer sektörlerin tepkisidir (22,2). Araştırmada yer alan 45 katılımcının verdiği cevaplara göre, sağlıkta mali alan



yaratırken görüşü alınması gereken taraflar/paydaşlar/aktörler arasında en çok sayılanlar; Sağlık Bakanlığı (%13,6), Maliye Bakanlığı (%13,1) ve sivil toplum kuruluşlarıdır (%11,7). Çalışmaya katılan 45 kişinin, %55,6'sı sağlıkta mali alan yaratmanın finansal sürdürülebilirliğe doğrudan; %11,1'i ise kısmen olumlu etkilerinin olacağını düşünmekteyken kullanılacak yöntemle ilgili olarak olumlu etkileyeceğini savunanların oranı %15,6'dır. Araştırma kapsamında görüş beyan eden 45 katılımcının %33,3'ü, Türkiye sağlık sisteminde yaratılacak mali alanın diğer sektörleri olumsuz etkileyeceğini; %24,4'ü ise diğer sektörlerle herhangi bir etkisinin olmayacağını düşünmektedir.

Çalışmada ayrıca 14 soruluk Sağlıkta Mali Alan Değerlendirme Ölçeği ile Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratmaya yönelik olarak politika tercihleri sorgulanmıştır. Araştırmacı tarafından söz konusu ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik analizi yapılmıştır. Geçerlilik için açıklayıcı faktör analizi, güvenilirlik için iç tutarlılık katsayıları (Cronbach Alpha) kullanılmıştır. Açıklayıcı faktör analizi sonucu 16 soruluk anket formundan, “Merkezi Yönetim Bütçesinde sağlık harcamaları için daha çok pay ayırmak, Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratmanın bir yolu olarak görülebilir” ve “Türkiye sağlık sisteminin dış yardımlara ihtiyacı vardır” maddeleri çıkarılarak 14 soruluk Sağlıkta Mali Alan Değerlendirme Ölçeği elde edilmiştir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0,724 bulunmuş olup bu skorun oldukça güvenilir bir ölçeğe işaret ettiği söylenebilir.

Bahsi geçen ölçeğe verilen cevaplara göre paydaşların; sağlıkta mali alan yaratma yöntemlerinin sağlık harcamalarındaki artışları karşılamada etkili olabileceği görüşüne %84,5 ve ekonomik kriz dönemlerinde sağlıkta mali alan yaratılması fikrine %80,0 oranında katıldığı görülmektedir. Katılımcıların %13,3'ü, Türkiye sağlık sistemi açısından mali alan yaratmaya gerek olmadığını düşünmektedir. Sağlıkta mali alan yaratmada potansiyel olarak kullanılacak yöntemlere bakıldığında, ekonomik büyümeyi sağlayarak Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratılması görüşünün ön plana çıktığı görülmektedir (%88,9). Bununla birlikte katılımcıların, sağlıkta mali alan yaratma yöntemlerinden en az katıldıkları yöntemler; borçlanma (%6,7), senyoraj geliri (%6,6) ve özelleştirme (%48,9).

Araştırmada yer alan paydaşların %77,8'i, ‘‘Sağlık sisteminde yaratılacak mali alan sağlıkta finansal sürdürülebilirliğe olumlu katkı sağlar’’ görüşüne ve %75,6'sı, ‘‘Sağlık sektöründe mali alan yaratırken başka sektörlere zarar vermemek önemlidir’’ görüşüne katılmaktadır.

## 7. BÖLÜM: SONUÇ VE ÖNERİLER

20. yüzyılın ikinci yarısından itibaren, dünyadaki birçok ülke için sağlık harcamalarının artış eğilimi gösterdiği söylenebilir. Bu artış eğilimi, ülkelerin sağlık harcaması/GSYİH oranlarında rahatlıkla görülebilmektedir. Bir ülkede yapılan sağlık harcamalarını; kamu sağlık harcamaları, özel sağlık harcamaları ve cepten sağlık harcamaları oluşturmaktadır. Literatür incelendiğinde, bir ülkedeki sağlık sisteminin finansmanının sürdürülebilir bir şekilde devam ettirilebilmesi için kamu sağlık harcamalarının önem arz ettiği görülmektedir. Özellikle, az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere toplam sağlık harcamalarında kamunun payının yüksek olduğu görülmektedir, zira bu ülkelere hane halkı gelirleri düşük seviyelerdedir ve bu yüzden sağlık harcamalarında kamunun varlığı çok daha önemli hale gelmektedir.

Dünyadaki diğer ülkeler gibi Türkiye’de de sağlık harcamalarının, dönemsel dalgalanmalar göstermekle birlikte, genelde artış eğiliminde olduğu söylenebilir. Özellikle, 2003 yılında başlatılan SDP ile sağlık harcamalarının bir artış trendine girdiği görülmektedir. Gelişmiş ülkelere az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere kadar dünyada birçok ülke, sağlık sisteminin finansmanında sürekli veya dönemsel sıkıntılarla karşılaşabilmektedir. Bu tür sıkıntıları aşmak için sağlıkta mali alan yaratma, ülkelere bir çıkış yolu sunmaktadır. Sağlıkta mali alan yaratmanın çok çeşitli yöntemleri mevcut olmakla birlikte, her yöntemin her ülkede başarılı sonuçlar vereceğini beklemek mümkün değildir. Ülkeler sağlıkta mali alan yaratma yöntemlerinden hangilerini kullanacaklarına karar verirken birçok faktörü (özellikle sosyo-ekonomik faktörleri) göz önüne almak durumundadırlar. Bununla birlikte bir yöntem, çoğunlukla fayda sağlarken bazı dezavantajları da beraberinde getirmektedir. Ülkeler söz konusu yöntemlerin avantaj ve dezavantajlarını, kendi sosyo-ekonomik ve kültürel özelliklerini de göz önüne alarak tartışmalı ve kendilerine uygun olan yöntemleri seçerek sağlıkta ek kaynak yaratmaya çalışmalıdır.

Sağlıkta mali alan yaratmanın ülkelerin sağlık sistemlerine, özellikle finansal sürdürülebilirlik açısından katkı sağlayabileceği düşünülebilir. Yüksek düzeyde harcama gerektiren bir sistemin yaşayabilmesi, çoğunlukla finansal sürdürülebilirliği sağlamasına bağlıdır. Sağlık harcamalarının hem ülkeler hem de hane halkları için

yüksek seviyede harcamalar gerektiren bir harcama türü olduğu söylenebilir. Bu yüzden, sağlık harcamalarında finansal sürdürülebilirlik önem kazanmaktadır. Ancak sağlık sistemlerinin temel finansman kaynakları, bazı dönemlerde finansal sürdürülebilirliği sağlamada yetersiz kalabilmektedir. Bu tür dönemlerde, sadece sağlık hizmetlerinde kullanılmak üzere ek kaynaklar oluşturmak, yani sağlıkta mali alan yaratmak sistemin finansal açıdan rahatlamasını sağlayacaktır. Burada dikkat edilmesi gereken nokta, mali alan yaratmada kullanılan her yöntemin sağlıkta finansal sürdürülebilirliğe olumlu katkı yapacağı düşüncesinin yanlış olduğudur. Senyoraj geliri, borçlanma, yardım ve hibe gelirleri ile sağlıkta mali alan yaratmak, sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliğine olumlu katkı yapmak bir yana zarar verici durumundadır. Bu yöntemler, acil bazı sağlık harcamaları için geçici çözümler getirerek hükümetlerin elini rahatlatılabilir ancak uzun vadede sürdürülebilirliğe olumsuz etkileri olacaktır. Literatür incelendiğinde, hem sağlık harcamaları için mali alan yaratan hem de bunu yaparken sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliğine doğrudan olumlu katkı sağlayan en önemli yöntemin etkililik/verimlilik artışlarını sağlama olduğu görülür. Etkililik/verimlilik artışları, sağlık sistemlerinin finansal sürdürülebilirliği için kısa dönemde olmasa da uzun vadede etkili olmaktadır. Sağlık harcamalarındaki israf seviyesi, birçok ülke için sağlık alanındaki en acil sorunlardandır; etkililik/verimlilik artışları ile bu israfın önüne geçilerek sağlıkta mali alan yaratılabilir.

Türkiye'nin sağlık harcamaları ve bu harcamaların GSYİH'ye oranları incelendiğinde, 2003 yılında başlatılan SDP ile sağlık harcamalarının bir artış trendine girdiği söylenebilir. Özellikle 2012 yılı itibariyle, bu programın bir bileşeni olan GSS uygulamasına geçilmesinin, sağlık harcamalarını daha da artırması söz konusu olacaktır. Bununla birlikte, dönemsel bazı olaylar Türkiye'nin sağlık harcamalarında artışlara sebep olabilmektedir. Örneğin; Suriye'den gelen ve sayıları 3 milyona yaklaşan göçmenlerin sağlık hizmetlerinden faydalanabilmeleri veya resesyon dönemlerinde hane halklarının harcanabilir gelirlerinin azalmasına bağlı olarak sağlık harcamalarının da azalması ve bunun sonucunda kamunun yapması gereken sağlık harcamalarının artması, bu dönemsel olaylara örnek olarak gösterilebilir. Görüldüğü gibi, hem 2003 yılında başlatılan SDP hem de yaşanan dönemsel bazı gelişmeler, Türkiye'nin sağlık harcamalarında artışlara sebebiyet vermektedir. Türkiye'nin, bu artışları sağlıkta kullandığı temel finansman kaynağı olan prim gelirleri ile karşılaması mümkün

görünmemektedir. Her ne kadar SGK'nın 2009-2013 yılları arasında topladığı primlerin miktarı satın aldığı sağlık hizmet tutarından fazla olsa da, ödediği emekli aylıkları ve diğer giderlerle birlikte satın aldığı sağlık hizmeti tutarı toplamı toplam gelirlerinden fazladır; SGK, yıllar itibariyle açık veren bir kurumdur (Bakınız, Tablo 5). Görüldüğü gibi Türkiye'nin artan sağlık harcamalarını, sadece prim gelirleri ile karşılaması mümkün değildir. Bu yüzden Türkiye, prim gelirlerine ek olarak sağlıkta mali alan yaratma araçları ile artan sağlık harcamalarını karşılamamanın yollarını aramaktadır. Bunu yaparken dikkat edilmesi gereken en önemli husus, kullanılacak mali alan yaratma yönteminin Türkiye'nin sosyo-ekonomik şartları ile uyumlu olmasıdır zira sosyo-ekonomik şartlarla uyumlu olmayan yöntemler sürdürülebilir değildir.

Türkiye'nin sosyo-ekonomik durumu ile bu çalışmaya katılan paydaşların görüşleri dikkate alındığında, Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratma konusunda şu önerilerde bulunulabilir:

- Türkiye'de vergi yükü, gelişmiş ülkelere kıyasla düşük olmakla birlikte, toplam vergi gelirleri içerisinde dolaylı vergilerin payının yüksek olması, başta sağlık harcamaları olmak üzere kamu harcamalarında adalet sorununu ortaya çıkarmaktadır. Bu yüzden, Türkiye sağlık sisteminde vergi artışları yoluyla mali alan yaratılmak isteniyorsa, dolaylı vergilerden ziyade doğrudan vergilerde artış yapılmalıdır. Fakat sigara ve alkol gibi negatif dışsallık yayan tüketim ürünlerine getirilecek ilave dolaylı vergiler, bu kapsamda düşünülemez zira bu ürünleri tüketmemesine rağmen söz konusu ürünlerin tüketiminden zarar görenlerin kayıplarının telafi edilmesi gerekir.
- Harcamalarda önceliklendirmeye giderek Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratılabilir. Bu açıdan bakıldığında, sıfır tabanlı bütçeleme yöntemi esas alınabilir.
- Türkiye'nin kamusal borcunun azalış eğiliminde olduğu görülmektedir. Bu durum borçlanmayı, Türkiye için sağlıkta mali alan yaratma konusunda bir seçenek olarak ortaya çıkarmaktadır.
- KÖO, Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratmada hâlihazırda kullanılan bir yöntem olmakla birlikte, Türkiye'nin sağlık alanında bu yöntem konusunda deneyimsiz olması, bu yöntemin en önemli dezavantajı durumundadır. Türkiye

sağlık sisteminde, KÖO ile birlikte diğer bazı özelleştirme yöntemlerini de kullanmaktadır. Bu yöntemler arasında doğrudan gelir sağlayan özelleştirme yöntemleri bulunmamakla birlikte, bu yöntemler kullanılarak verimlilik artışları sağlanması ve bu sayede sağlıkta mali alan yaratılması mümkündür.

- Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratılırken, senyoraj gelirin ve uluslararası hibelere ihtiyaç duyulacağı görüşüne katılmak pek mümkün değildir. Bu yöntemler sürdürülebilir yöntemler olmamakta ve daha çok düşük geliri ülkelerce tercih edilmektedir.
- Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratma ve bunu sürdürülebilir bir şekilde yapma konusunda en ideal yöntemlerin, ekonomik büyümeden sağlık sistemine pay ayırma ve etkililik/verimlilik artışları sağlama olduğu düşünülmektedir. Ekonomik büyüme, sağlık dahil tüm sektörler için harcanabilir kaynak seviyesini artırmaktadır. Ancak bu yöntemin, sektörler arası rekabete yol açma ihtimali mevcuttur. Etkililik/verimlilik artışları ise, tüm sektörler için sürdürülebilirliğe katkı sağlayan en önemli mali alan yaratma yolu olmakla birlikte, bu yöntemin olumlu geri dönüşleri kısa zamanda görülmemekte, uzun zaman almaktadır.
- Kullanıcı katkılarının, kayda değer bir miktarda gelir elde etme açısından olmasa da gereksiz hizmet talebini engelleyerek tasarrufu sağlama konusunda faydalı olabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte, kullanıcı katkılarının gerekli bazı sağlık hizmetleri talebini engelleyebileceği gerçeği de göz önüne alındığında, dezavantajlı gruplar için özel düzenlemeler yapılması gerekmektedir.
- Türkiye'nin sağlık turizmi potansiyeli yüksektir ve buradan ciddi gelirler elde etme imkânı mevcuttur. Bu yüzden, sağlık turizmi ile ilgili mevzuat düzenlemeleri de dahil olmak üzere tüm yasal ve hukuki altyapının bir an önce oluşturulması ve Türkiye'nin yurt dışındaki tanıtımına ağırlık verilmesi önemlidir.

Bu çalışmada, Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratma konusu, paydaş görüşleri doğrultusunda değerlendirilmiştir. Bu kapsamda; Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratmanın gerekliliği ve öneminden, Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratırken kullanılacak muhtemel yöntemlerden ve yaratılacak mali alanın Türkiye sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliğine etkisinden bahsedilmiştir. Bu tür bir çalışmanın,

Türkiye sosyal güvenlik sistemi için de yapılmasının önem arz ettiği düşünülmektedir. Türkiye sosyal güvenlik sisteminin yıllar itibariyle açık vermesi ve özellikle, emekli aylıklarının SGK giderlerinin önemli bir kısmını oluşturması, SGK'nın finansal sürdürülebilirliğine tehdit olarak görülmektedir. Bu yüzden, sosyal güvenlikte mali alan yaratma konusunda yoğunlaşacak çalışmaların, uzun vadeli sigorta kolları özelinde yapılmasının uygun olacağı düşünülmektedir.

## KAYNAKÇA

- Aaron, H.J. (2003). Should Public Policy Seek to Control the Growth of Health Care Spending? *Health Affairs*, 3, 28-36.
- Abel-Smith, B. (1978). *Poverty, Development and Health Policy*. Public Health Papers 69, Geneva: WHO.
- Acartürk, E. ve Keskin, S. (2012). Türkiye’de Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 17(3), 25-51.
- Adjaye, J.A. (2005). *Environmental Economics for Non-Economists*. Second Edition, Singapore: World Scientific.
- AFDB (African Development Bank Group) (2015). Economic Report on Nigeria 2015. Erişim Tarihi: 24.02.2016, [http://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Publications/ORNG\\_Economic\\_Report\\_on\\_Nigeria\\_Special\\_Edition\\_2015.pdf](http://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Publications/ORNG_Economic_Report_on_Nigeria_Special_Edition_2015.pdf)
- Aguzzoni, L. (2011). *The Concept of Fiscal Space and Its Applicability to the Development of Social Protection Policy in Zambia*. Geneva: International Labour Organization ESS Paper.
- Akar, S. (2014). Türkiye’de Sağlık Harcamaları, Sağlık Harcamalarının Nisbi Fiyatı ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 21(1), 311-322.
- Akbulut, Y. (2012). *Sağlık Sigortacılığında Ödeme Yöntemleri*. Yıldırım H.H. (Ed.) Sağlık Sigortacılığı İçinde, Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını.
- Akçacı, T. (2014). Türkiye’de Uluslararası Fonların Paradoksal Etkisi: Hollanda Hastalığı. Erişim Tarihi: 24.11.2016, <http://www.avekon.org/papers/906.pdf>
- Aktan, C.C. (1993). Politikada Rant Kollama. *Amme İdaresi Dergisi*, 26(4), 119-136.



- Aktan, Ç.C., Kesik, A. ve Kaya, F. (2010). Mali Kurallar, Maliye Politikası Yönetiminde Yeni Bir Eğilim: Vergi, Harcama, Borçlanma vs. Üzerine Kurallar ve Sınırlamalar, Ankara: Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı.
- Alpar, R. (2013). *Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistiksel Yöntemler*. 4. Basım, Ankara: Detay Yayıncılık.
- Alpar, R. (2014). *Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlilik: Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle*. 3. Basım, Ankara: Detay Yayıncılık.
- Alpugan, O. (1984). Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik Açıdan İncelenmesi. *İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Mecmuası*, 40(1-4), 133-160.
- Altay, A. (2007). Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*, 64, 33-58.
- Anand, S. ve Ravallion, M. (1993). Human Development in Poor Countries: on the Role of Private Incomes and Public Services. *The Journal of Economic Perspectives*, 7(1), 133-150.
- Anderson, G.F., Frogner, B.K., Johns, R.A. ve Reinhardt, U.E. (2006). Health Care Spending and Use of Information Technology in OECD Countries. *Health Affairs*, 25(3), 819-831.
- Arrow, K.J. (1993). Uncertainty and the Welfare Economics Of Medical Care. *The American Economic Review*, 53(5), 941-973.
- Arslan, A. (2002). Kamu Harcamalarında Verimlilik, Etkinlik ve Denetim. *Maliye Dergisi*, 140, 1-14.
- Arslan, E. ve Kiper, K. (2015). Dış Yardım Nedir? Niçin Yapılır? *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 34, 9-26.
- Aslan, M.H. (2003). Türkiye’de Optimal Senyoraaj Teorisi ve Kamu Finansmanı Üzerine Ampirik Bir Değerlendirme. *Afyon Kocatepe Üniversitesi İİBF Dergisi*, 5(1), 123-144.

- Atabey, S.E. (2013). Genç İşsizliğine Çözümde Alternatif Bir Politika Önerisi: Mali Alan Uygulaması. *Gençlik Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 170-187.
- Atabey, S.E. ve Meriç, M. (2016). Sağlık Harcamaları ve Evrensel Kapsama Açısından Türk ve Alman Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırmalı İncelenmesi. *Sosyoekonomi Dergisi*, 24(29), 113-131.
- Ataseven, B. (2012). Nitel Bilimsel Araştırmalarda Veri Kalitesinin Önemi. *Marmara Üniversitesi İ.İ.B. Dergisi*, 33(2), 543-564.
- Atatanır, H. (2009). *Sosyal Güvenlik Sistemlerinde Finansman Krizinin Aşılması Noktasında İzlenen Politikalar: Avrupa Ülkeleri ve Türkiye Arasında Karşılaştırma*. Uzmanlık Tezi, T. C. Sosyal Güvenlik Kurumu, Ankara.
- Atrostic, B.K. ve Nunns, R. (1991). Measuring Tax Burden: A Historical Perspective, Fifty Years of Economic Measurement: The Jubilee of the Conference on Research in Income and Wealth. *University of Chicago Press*, 343-420.
- Atun, R., Aydın, S., Chakraborty, S., Sümer, S., Aran, M., Gürol, I., 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.
- Aydemir, C. ve Baylan, S. (2015). Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Türkiye Üzerine Bir Uygulama. *Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 13, 417-435.
- Aydın, S. (2009). Küreselleşme Sürecinde Türkiye'nin Ekonomik Güvenliği. *Akademik Araştırmalar Dergisi*, 11(42), 39-52.
- Bacak, Ç. (2014). Hollanda Hastalığının (Dutch Disease) Alternatif Yorumu, Sanayisizleşme ve Çıkış Yolları. *Anahtar Dergisi*, Sayı: 302, 27-31.
- Bagci, H. (2011). The Role of Turkey as a New Player in the G20 System. Erişim Tarihi: 17.08.2016, [http://www.kas.de/upload/dokumente/2011/10/G20\\_E-Book/chapter\\_15.pdf](http://www.kas.de/upload/dokumente/2011/10/G20_E-Book/chapter_15.pdf)

- Bakkal, S. ve Gürdal, T. (2007). İç Borçlanmanın Türkiye Ekonomisi Üzerine Etkileri. *Akademik İncelemeler Dergisi* 2(2), 147-173.
- Bal, H. (2001). *Uluslararası Finansman, Dış Borç Yönetimi ve Türkiye*. İstanbul: Türkiye Bankalar Birliği Yayınları.
- Baumol, W.J. ve Blinder, A.S. (2012). *Microeconomics: Principles & Policy*. 12th Edition, United States: Sout-Western Cengage Learning.
- Beddies, C. (2015). Creating Fiscal Space Perspectives from the IMF. Erişim Tarihi: 20.05.2016, <https://www.imf.org/external/country/ZWE/rr/2015/fiscalspace.pdf>
- Belay, T.A. ve Tandon, A. (2011). *Assessing Fiscal Space for Health in Nepal*. Washington D.C.: World Bank Working Paper.
- Beriş, HE: (2012). Dünyada ve Türkiye’de Savunma Harcamalarının Demokratik Denetimi. Erişim Tarihi: 14.07.2015, <http://www.sde.org.tr/userfiles/file/ORDU%20DENETIM%20ANALIZ.pdf>
- Bloom, D.E., Canning, D. ve Sevilla, J. (2001). The Effect Of Health On Economic Growth: Theory And Evidence. *National Bureau Of Economic Research*, 8587, 1-26.
- Brendenkamp, C. ve Gragnolati, M. (2007). *Sustainability of Healthcare Financing in the Western Balkans: An Overview of Progress and Challenges*. Washington D.C.: The World Bank Policy Research Working Paper.
- Brumby, J. ve Verhoeven, M. (2010) *Public Expenditure After The Global Financial Crisis, The Day After Tomorrow: A Handbook On The Future Of Economic Policy In The Developing World*. Washington D.C.: World Bank.
- Brun, J.F., Chambas, G. ve Mourji, F. (2009). *Guarenteeing Fiscal Space for Human Development in Morocco*. Roy, R. ve Heuty, A. (Ed.), *Fiscal Space: Policy Options for Financing Human Development İçinde*, London: Earthscan Publishing.

- Fox, L. (2017). Why Obamacare is Here to Stay, Even as GOP Strives for Repeal. Erişim Tarihi: 01.07.2017, <http://edition.cnn.com/2017/06/30/politics/why-obamacare-is-here-to-stay/index.html>
- Budina, N., Brixi, H.P. ve Irwin T. (2007). *Public-Private Partnerships in the New EU Member States: Managing Fiscal Risks*. Washington D.C.: World Bank Working Paper.
- BÜMKO (Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü), (2016). Fonksiyonel Sınıflandırmaya Göre Giderler 2006-2015. Erişim Tarihi: 23.09.2016, <http://www.bumko.gov.tr/TR,165/merkezi-yonetim-butce-giderleri-2006-2015.html>
- Büyüköztürk, Ş. (2012). Örneklem Yöntemleri. Erişim Tarihi: 30.09.2015, <http://cv.ankara.edu.tr/duzenleme/kisisel/dosyalar/21082015162828.pdf>
- Campbell, K.A. (2009). *The Economic Role of Government: Focus on Stability, Not Spending*. Washington D.C.: Heritage Foundation Publishing.
- Carande-Kulis, V.G., Getzen, T.E. ve Thacker, S.B. (2007). Public Goods and Externalities: A Research Agenda for Public Health Economics. *Journal of Public Health Management and Practice*, 13(2), 227–232.
- Carter, S. ve Henderson, L. (2007). *Approaches to Qualitative Data Collection in Social Science*. Bowling, A. ve Ebrahim, S. (Ed.) Handbook of Health Research Methods İçinde, England: Open University Press.
- Chetty, G., Jain, V.K. ve Thakur, A. (2011). Can India Create Fiscal Space? *International Journal of Business Policy And Economics*, 4(2), 431-443.
- Chong, A. ve López-de-Silanes, F. (2003). *The Truth About the Privatization in Latin America*. Washington D.C.: Inter-American Development Bank Latin American Research Network Research Network Working Paper.

- Cichon, M. ve Normand, C. (1994). Between Beveridge and Bismarck: Options for Health Care Financing in Central and Eastern Europe. *In World Health Forum*, 15(4), 323-328.
- Coelli, T.J., Rao, D.S.P., O'Donnel, C.J. ve Battese, G.E. (2005). *An Introduction to Efficiency and Productivity Analysis*, Second Edition, New York: Springer Science+Business Media Inc.
- Conkling, R.L. (2004). *Marginal Cost in the New Economy: A Proposal for a Uniform Approach to Policy Evaluation*. New York: Routledge.
- Çakmak, M., Öktem, M.K. ve Ömürgönülşen, Ö. (2009). Türk Kamu Hastanelerinde Teknik Verimlilik Sorunu: Veri Zarflama Analizi Tekniği ile Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Kadın Doğum Hastanelerinin Teknik Verimliliklerinin Ölçülmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 12(1), 1-36.
- Çaşkurlu, E. (2011). Bağımsız Maliye Politikası Uygulama Olanasının Kısıtlanması: Mali Alan Daralması Ve Etkileri. *Ekonomik Yaklaşım Dergisi* 22(79), 21-44.
- Çataloluk, C. (2006). Sıfır Tabanlı Bütçeleme Sistemi ve Türkiye'de Uygulanabilirliği. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 16, 229-242.
- Çelikay F. ve Gümüş, E. (2010). Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(1), 177-216.
- Di Matteo, L. ve Di Matteo, R. (1998). Evidence on the Determinants of Canadian Provincial Government Health Expenditures: 1965–1991. *Journal of Health Economics*, 17(2), 211-228.
- Dixon, A., Langenbrunner, J. ve Mossialos, E. (2004). *Facing the Challenges of Health Care Financing*. Figueras, J., McKee, M., Cain, J. ve Lessof, S. (Ed.) Health Systems in Transition: Learning from Experience İçinde, Geneva: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Dixon, A. (2002). Are Medical Savings Accounts a Viable Option for Funding Health Care? *Croatian Medical Journal*, 43(4), 408-416.

- Doherty, L. ve Yeaman, L. (2008). Fiscal space in the G-20. *Economic Round-up*, 3, 79-87.
- Durairaj, V. ve Evans, D.B. (2010). *Fiscal Space for Health in Resource-Poor Countries*. Geneva: WHO Publications.
- Durmuş, M. (2006). Sosyal (Kamusal) Malların Yeniden Tanımlanması Gereği. *Ekonomik Yaklaşım Dergisi*, 17(59), 65-97.
- Durmuş, M. (2010). Obamacare Sağlık Reformu: Kanseri Aspirinle Tedavi Etmek. *Türk Tabipler Birliği Mesleki Hastalık ve Güvenlik Dergisi*, 36, 28-35.
- Ergun, Ü. (1987). Sıfır Tabanlı Bütçelemenin Planlama ve Denetim İşlevi. *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2(1), 155-173.
- Erumut, M.C. (2014). Türkiye için Alternatif Sağlık Finansman Önerisi: İki Sütunlu Sistem. *Sosyal Güvençe Dergisi*, 1(5), 93-126.
- European Economy (2013). *2013 Economic and Fiscal Programmes of Albania and Bosnia and Herzegovina: EU Commission's Overview and Country Assessments*. Brussels: Occasional Papers.
- Evans, R.G. (2002). *Financing Health Care: Taxation and the Alternatives*. Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J. ve Kutzin, J. (Ed.) *Funding Health Care: Options for Europe*, Buckingham & Philadelphia: Open University Press.
- Farrell, M.J. (1957). The Measurement of Productive Efficiency. *Journal of the Royal Statistical Society*, 120(3), 253-290.
- Fernandez, J.L., Forder, J. ve Knapp, M. (2011). *Long Term Care*. Glied, S. ve Smith, P.C. (Ed.) *The Oxford Handbook of Health Economics İçinde*, Oxford: Oxford Press.
- Fiorito, R. ve Kollintzas, T. (2002). Public Goods, Merit Goods, And The Relation Between Private And Government Consumption. *European Economic Review*, 48, 1367 – 1398.

- Friedman, M. (2008). *Kapitalizm ve Özgürlük*, Çev: N. Himmetoğlu ve D. Erberk, İstanbul: Plato Film Yayınları.
- Gencel, U. ve Kuru, E. (2012). Vergi Kültürü ve Vergi Politikaları Etkileşimi: Türkiye Değerlendirmesi. *Yönetim Bilimleri Dergisi*, 10(20), 29-60.
- Gertham, U.G., Sogaard, J., Andersson, F. ve Jönsson, B. (1992). An Econometric Analysis Health Care Expenditure: A Cross-Section Study of the OECD Countries. *Journal of Health Economics*, 11(1), 63-84.
- Ghosh, A. ve Ghosh, C. (2014). *Public Finance*. Second Edition, Delhi: PHI Learning Private Limited.
- Ghosh, A.R., Kim, J.I., Mendoza, E.G., Ostry, J.D. ve Qureshi, M.S. (2013). Fiscal Fatigue, Fiscal Space and Debt Sustainability in Advanced Economies. *The Economic Journal*, 123(566), 4-30.
- GİB, (Gelir İdaresi Başkanlığı) (2009). GATT Bilgilendirme Rehberi. Erişim Tarih: 08.01.2017,  
[http://www.gib.gov.tr/fileadmin/mevzuat/uluslararası\\_mevzuat/gatt95.pdf](http://www.gib.gov.tr/fileadmin/mevzuat/uluslararası_mevzuat/gatt95.pdf)
- GİB, (2016). Genel Bütçe Gelirleri Tahsilatı: 1923-2014. Erişim Tarihi: 12/12/2016,  
[http://www.gib.gov.tr/fileadmin/user\\_upload/VI/GBG/Tablo\\_1.xls.htm](http://www.gib.gov.tr/fileadmin/user_upload/VI/GBG/Tablo_1.xls.htm)
- Gilson, L. (1997). The Lessons of User Fee Experience in Africa. *Health Policy and Planning Journal*, 12(4), 273-285.
- Gottret, P. ve Schieber, G. (2006). *Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide*. Washington D.C.: The World Bank.
- Grand, J.L. (1990). Equity Versus Efficiency: The Elusive Trade-Off, *Ethics*, 100(3), 554-568.
- Grossman, M. (1972). On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *The Journal of Political Economy*, 80(2), 223-255.

- Gupta, S., Clements, B., Pivovarsky, A. ve Tiongson, E.R. (2004). *Foreign Aid and Revenue Response: Does the Composition of Aid Matter*. Gupta, S., Clements, B. ve Inchauste, G. (Ed.) *Helping Countries Develop: the Role of Fiscal Policy* İçinde, Washington: International Monetary Fund.
- Gül, E. ve Yavuz, H. (2011). Türkiye’de Kamu Harcamaları ile Ekonomik Büyüme Arasındaki Nedensellik İlişkisi:1963-2008 Dönemi. *Maliye Dergisi*, 160, 72-85.
- Güzelsarı, S. (2012). Sağlık Sisteminde Yeniden Yapılanma ve Kamu-Özel Ortaklıkları. *Amme İdaresi Dergisi*, 45(3), 29-57.
- Hackler, D. ve Saxton, G.D. (2007). The Strategic Use of Information Technology by Nonprofit Organizations: Increasing Capacity and Untapped Potential. *Public Administration Review*, 67(3), 474-487.
- Hagen-Zanker, J. ve Tavakoli. H. (2011). *An Analysis of Fiscal Space for Social Protection in Nigeria*. New York: Overseas Development Institute Publications.
- Handley, G. (2009). Fiscal Space For Strengthened Social Protection: West and Central Africa. Erişim Tarihi: 19.11.2015, [http://www.unicef.org/wcaro/wcaro\\_UNICEF\\_ODI\\_2\\_Fiscal\\_Space.pdf](http://www.unicef.org/wcaro/wcaro_UNICEF_ODI_2_Fiscal_Space.pdf)
- Hanvoravongchai, P. (2002). *Medical Savings Accounts: Lessons Learned from Limited International Experience*. Geneva: World Health Organization, Discussion Paper.
- Hasan, M. ve Lincoln, I. (1997). Tax then Spend or Spend then Tax? Experience in the UK, 1961–93. *Applied Economics Letters*, 4(4), 237-239.
- Hastürk, M. (2006). Stratejik Planlama ve Performans Esaslı Bütçeleme. (Erişim Tarihi: 23.02.2016, <http://www.erkankaraarslan.org/wp-content/uploads/2012/10/4.1-Stratejik-Planlama-ve-Performans-Esas%C4%B1-B%C3%BCt%C3%A7eleme2.pdf>
- Hazine Müsteşarlığı, (2016). Merkezi Yönetim Borç İstatistikleri, Ankara.



- Heller, PS. (2005). Understanding Fiscal Space. Erişim Tarihi: 10.12.2015, <https://www.imf.org/external/pubs/ft/pdp/2005/pdp04.pdf>
- Heller, P.S. (2006). The Prospects of Creating ‘Fiscal Space’ for the Health Sector. *Health Policy and Planning*, 21(2), 75-79.
- Heller, P.S. (2007). Fiscal Policy for Growth and Development: The Fiscal Space Debate, G20 Workshop on Fiscal Policy, İstanbul. 2007.
- Hitiris, T. ve Posnett, J. (1992). The Determinants and Effect of Health Expenditures in Developed Countries. *Journal of Health Economics*, 11(2), 173-181.
- Hopkins, S. (2006). Economic Stability And Health Status: Evidence From East Asia Before And After The 1990s Economic Crisis. *Health Policy*, 75(3), 347-357.
- Hörl, W.H., Alvaro, F. ve Williams PF. (1999). Healthcare Systems and End-Stage Renal Disease (ESRD) Therapies—An International Review: Access to ESRD Treatments. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 14.suppl 6, 10-15.
- Hsu, J. (2010). *Medical Savings Accounts: What is at risk?* Geneva: World Health Organization.
- Hurley, J. (2000). *An Overview of the Normative Economics of the Health Sector*. Culyer, A.J. ve Newhouse J.P. (Ed.) Handbook of Health Economics Volume 1A İçinde, Amsterdam: Elsevier.
- ILO (International Labour Organization) (1999). Social Health Insurance, Geneva: ILO.
- Işık, N. ve Acar, M. (2003). Kayıt Dışı Ekonomi: Ölçme Yöntemleri, Boyutları, Yarar Ve Zararları Üzerine Bir Değerlendirme. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 21, 117-136.
- İslamoğlu, A.H. ve Alnıaçık, Ü. (2013). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri*. 3. Baskı, İstanbul: Beta Yayıncılık.
- İstanbuluoğlu, H., Güleç, M. ve Oğur, R. (2010). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri. *Dirim Tıp Gazetesi*, 85(2), 86-99.

- Jack, W. (1999). *Principles of Health Economics for Developing Countries*. Washington D.C.: World Bank Publications.
- Jackson, T.P., Hanson, K. ve McIntyre, D. (2012). *Fiscal Space For Health: A Review of the Literature*. Cape Town: RESYST Working Paper.
- Jacobs, R., Smith, P.C. ve Street, A. (2006). *Measuring Efficiency in Health Care: Analytic Techniques and Health Policy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Justus, H.G. ve McIntyre, J. (1997). Preventing Perinatal Infections. *British Medical Journal*, 315(7102), 199-204.
- Kabaklarlı, E. (2015). *Sağlık Sektöründe Özelleştirme, Dünya ve Türkiye Uygulamaları*. Güvenek, B. (Ed.) Sağlık Ekonomisi, Mikro ve Makro Boyutları İçinde, Konya: Çizgi Kitabevi.
- Kalkınma Bakanlığı, (2016). Orta Vadeli Program (2017-2019). Erişim Tarihi: 30.12.2016,  
[http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/OrtaVadeliProgramlar/Attachments/13/Orta%20Vadeli%20Program%20\(2017-2019\).pdf](http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/OrtaVadeliProgramlar/Attachments/13/Orta%20Vadeli%20Program%20(2017-2019).pdf)
- Kaplan, A. (2001). Özelleştirme, Sağlık Hizmetlerinde Özelleştirmenin Kavramsal Boyutu. *Yeni Türkiye Özel Sağlık Sayısı*, 40(7), 1409-1430.
- Karaca. C. (2012). İlave Mali Alan Oluşturmada Hükümet Politikaları. *Maliye Dergisi*, 163, 416-430.
- Karahanogulları, O. (2011). Kamu Hizmetleri Piyasa İlişkisinde Dördüncü Tip: Eksik İmtiyaz (Kamu – Özel Ortaklığı). *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 66(3), 177-215.
- Karakurt, B. (2010). Küresel Mali Krizi Önlemede Maliye Politikasının Rolü ve Türkiye'nin Krize Maliye Politikası Cevabı. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 24(2), 167-195.

- Karasu, K. (2011). Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Kamu-Özel Ortaklığı. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 66(3), 217-262.
- Karayılmazlar, E. ve Güran, M.C. (2005). Gelir Vergisinde Tarife Yapısı: Adalet ve Etkinlik Temelli Teorik Tartışmalar Çerçevesinde Karşılaştırmalı Bir Analiz. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 60(2), 141-169.
- Kaya, F. (2009). *Mali Kural Uygulamaları ve Türkiye İncelemesi*. Uzmanlık Tezi, Devlet Planlama Teşkilatı, Ankara.
- Kaya, S., Yıldırım, H.H. Karsavuran, S. ve Özer, Ö. (2013). Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu 2013, Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Kayıran, M. (2013). Kamu Malları: Piyasa Başarısızlığı Mı Teorilerin Başarısızlığı Mı? *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 68(4), 147-184.
- Keskinoglu, P. (2012). *Yaşlılık ve Yeti Yitimi*. Aslan, D. ve Ertem, M. (Ed.) Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler İçinde, Ankara: HASUDER.
- Kılavuz, E. (2010). Sağlık Harcamalarındaki Artış ve Temel Bakım Hizmetleri. *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi Sayı*, 29(2), 173-192.
- Kingsfund, (2016). Broader Determinants of Health. Erişim Tarihi: 03.03.2017, <https://www.kingsfund.org.uk/time-to-think-differently/trends/broader-determinants-health>
- Kiss, G.P., J'drzejowicz, T. ve Jirsákova, J. (2009). *How to Measure Tax Burden in An Internationally Comparable Way?* Poland: National Bank of Poland Working Paper.
- Köktaş, M.A. (2014). *Sağlık Ekonomisi*. Ankara: 657 Yayınevi.
- Kuhlman, T. ve Farrington, J. (2010). What is Sustainability? *Sustainability*, 2(11), 3436-3448.
- Kulesher, R. ve Forrestal, E. (2014). International Models of Health Systems Financing. *Journal of Hospital Administration*, 3(4), 127-139.

- Kurtulmuş, S. (1998). *Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi*, İstanbul: Değişim Dinamikleri Yayınları.
- Kutzin, J. (2011). *Bismarck vs. Beveridge: Is There Increasing Convergence Between Health Financing Systems?* 1st Annual Meeting of SBO Network on Health Expenditure, 21-22 November 2011, Paris.
- Küçükkale, Y. (1999). Kayıtdışı Ekonomi ve Para Kamesi: Türkiye İçin Ampirik Bulgular: 1986/5-1995/12. *İktisat İşletme ve Finans Dergisi*, 14(163), 58-67.
- Lafond, A. (1995). *Sustaining Primary Health Care*. London: Earthscan Publications Limited.
- Lagarde, M. ve Palmer, N. (2008). The Impact of User Fees on Health Service Utilization in Low and Middle Income Countries: How Strong is the Evidence? *Bulletin of the World Health Organization*, 86(11), 839-848.
- Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians*. Canada: Minister of National Health and Welfare, A Working Document.
- Langenbrunner, J.C. ve Somanathan, A. (2011). *Financing Health Care IN East Asia and the Pasific: Best Practices and Remaining Challenges*. Washington: The World Bank.
- Leighton, C. (1995). 22 Policy Questions About Health Care Financing in Africa. Erişim Tarihi: 05.08.2015, <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.36.6190&rep=rep1&type=pdf>
- Levin, H.M., Jamison, D.T. ve Radner, R. (1976). *Concepts of Economic Efficiency and Educational Production, Education as an Industry*. Cambridge: National Bureau of Economic Research.
- Lewis, M. ve Verhoeven, M. (2010). Financial Crises And Social Spending: The Impact Of The 2008-2009 Crisis. Erişim Tarihi: 08.03.2016, [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=1670341](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1670341)

- Lindert, P.H. (1996). What Limits Social Spending? *Explorations in Economic History*, 33(1), 1-34.
- Lu, C., Schneider, M.T., Gubbins, P., Leach-Kemon, K., Jamison, D. ve Murray, C.J.L. (2010). Public Financing of Health in Developing Countries: a Cross-National Systematic Analysis. *Lancet*, 375(9723), 1375-1387.
- Maarse, H. (2006). The Privatisation of Health Care in Europe: An Eight-Country Analysis. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 31(5), 982-1014.
- Marcel, M. (2012). Budgeting for Fiscal Space and Government Performance Beyond the Great Recession. Erişim Tarihi: 19.08.2015, <http://www.oecd.org/eco/public-finance/budgetingforfiscalspace.pdf>
- Marmot, M. ve Commission on Social Determinants of Health. (2007). Achieving Health Equity: From Root Causes to Fair Outcomes. *The Lancet*, 370(9593), 1153-1163.
- Matus, M. (2015). Evaluating Fiscal Space for Health in Peru. Erişim Tarihi: 20.05.2016, <http://www.paho.org/uhexchange/index.php/en/uhexchange-documents/technical-information/43-evaluating-fiscal-space-for-health-in-peru/file>
- Maynard, A. ve Dixon, A. (2002). *Private Health Insurance and Medical Savings Accounts: Theory and Experience*. Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J. ve Kutzin, J. (Ed.) Funding Health Care: Options for Europe, Buckingham & Philadelphia: Open University Press.
- McCluskey, W.J. ve Plimmer, F. (2011). The Creation Of Fiscal Space for the Property Tax: The Case Of Central and Eastern Europe. *International Journal of Strategic Property Management*, 15(2), 123-138.
- McIntyre, D. ve Meheus, F. (2014). *Fiscal Space for Domestic Funding of Health and Other Social Services*. London: Chatham House Centre on Global Health Security Working Group Papers.

- McNutt, P. (1999). Public Goods and Club Goods. *Encyclopedia of Law and Economics I*, 927-951.
- Morisse, M. (2013). *Fiscal Space for Social Protection in the Arab Region*. Geneva: Economic and Social Commission for Western Asia (ESCWA) Working Paper.
- Morris, S., Devlin, N. ve Parkin, D. (2007). *Economics Analysis in Healthcare*, England: John Wiley&Sons Publishing.
- Moser, P. ve Serrat, O. (2014). *How Tobacco Taxes Can Expand Fiscal Space and Benefit the Poor*. Philippines: Asian Development Bank Publication.
- Moss, T., Pettersson, G. ve Van De Walle, N. (2006). An Aid-Institutions Paradox? A Review Essay on Aid and State Building in Sub Saharan Africa. Erişim Tarihi: 08.12.2016, [https://www.cgdev.org/sites/default/files/5646\\_file\\_WP\\_74.pdf](https://www.cgdev.org/sites/default/files/5646_file_WP_74.pdf)
- Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J. ve Kutzin, J. (2002). *Funding Health Care: Options for Europe*, Philadelphia: Buckingham University Press.
- Murray, C.J.L. ve Frenk, J. (2000). A Framework for Assessing the Performance of Health Systems. *Bulletin of the World Health Organization*. 78(6), 717-731.
- Musgrove, P. (1996). *Public and Private Roles in Health: Theory and Financing Patterns*. Washington, D.C.: World Bank Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper.
- Mushkin, S.J. (1962). Health as an Investment. *Journal of Political Economy*, 70(5),129-157.
- Mutlu A. ve Işık A.K. (2012). *Sağlık Ekonomisine Giriş*. Bursa: Ekin Yayınevi.
- Lameire, N., Joffe, P. ve Wiedemann, M. (1999). Healthcare Systems — An International Review: An Overview. *Nephrology Dialysis Transplantation* 14(suppl 6), 3-9.
- Nellis, J.R. (2007). Privatization in Developing Countries: A Summary Assessment. *SAIS Review of International Affairs*, 27(2), 3-29.

- Newhouse, J.P. (1977). Medical-Care Expenditure: A Cross-National Survey. *The Journal of Human Resources*, 12(1), 115-125.
- OECD (Organisation for Economic Co-Operation and Development) (2012). Social Spending During the Crisis. Erişim Tarihi: 01.07.2015, <http://www.oecd.org/els/soc/OECD2012SocialSpendingDuringTheCrisis8pages.pdf>
- OECD (2015). *Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives*. Paris: OECD Publishing.
- OECD (2016a) Economy Data. Erişim Tarihi: 02.02.2016, <http://www.oecd.org/economy/>
- OECD (2016b) Health Data. Erişim Tarihi: 02.10.2015, <http://www.oecd.org/health/>
- Oğuz, D. (2009). Aile Hekimliği. *Güncel Gastroloji Dergisi*, 13(1), 8-14.
- Oktar, S.A. (1988). Planlama-Programlama-Bütçeleme ve Sıfır-Esaslı Bütçeleme Sistemleri Üzerine Bazı Düşünce ve Değerlendirmeler. *İktisat Fakültesi Mecmuası*, 46, 273-295.
- Okwero, P., Tandon, A., Sparkes, S., McLaughlin, J. ve Hoogeveen, J.G. (2010). *Fiscal Space for Health in Uganda*, Washington D.C.: World Bank Working Paper.
- Olsen, J.A. (2009). *Principles in Health Economics and Policy*. Oxford: Oxford University Press.
- Ooms, G. ve Dammea, W.V. (2008). Impossible to “Wean” When More Aid is Needed. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(11), 893-894.
- Oral, İ. (2004). Sosyal Güvenliğin Finansmanı, Gerek, N. (Ed.) Sosyal Güvenlik Hukuku İçinde, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayını.
- Orhaner, E. (2006). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası. *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi* 1(1), 1-22.

- Ortiz, I. Chai, J. Cummins, M. (2011). Identifying Fiscal Space: Options for Social and Economic Development for Children and Poor Households in 182 Countries. Erişim Tarihi: 09.07.2015, [http://www.unicef.org/socialpolicy/files/Fiscal\\_Space\\_-\\_17\\_Oct\\_-\\_FINAL.pdf](http://www.unicef.org/socialpolicy/files/Fiscal_Space_-_17_Oct_-_FINAL.pdf)
- Ortiz, I., Cummins M. ve Kalaivani, K. (2015). *Fiscal Space for Social Protection: Options to Expand Social Investments in 187 Countries*. Geneva: International Labour Organization ESS Working Papers.
- ÖİB, (2015). *Türkiye’de Özelleştirme:1-2*. Ankara: T.C. Başbakanlık Özelleştirme İdaresi Başkanlığı Yayınları.
- Özcan, Y.A. (2008). *Healthcare Benchmarking and Performance Evaluation, An Assessment Using Data Envelopment Analysis*. New York: Springer Science + Business Media.
- Özer, Ö., Yıldırım, H.H. ve Yıldırım, T. (2015). *Sağlık Sistemlerinde Finansal Sürdürülebilirlik: Kuram ve Uygulama*. Ankara: ABSAM Yayınları.
- Özgen, F.B. (1999). Türkiye’de İç Borç Sorunu ve İç Borçların Sınırlandırılması. *Yeni Türkiye Dergisi, Türk Ekonomisi özel Sayısı, 27*, 353-373.
- Özgen, H. (2007). Sağlık Hizmetleri Finansmanında Cepten Harcama: Nedir? Neden Önemlidir? *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 10(2)*, 201-228.
- Öztürk, Y.E. (2009). Türk Sağlık Sektörü ve Üniversite Hastaneleri. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler MYO Dergisi, 12(1-2)*, 119-146.
- Paldam, M. (1997). Dutch Disease and Rent Seeking: The Greenland Model. *European Journal of Political Economy, 13(3)*, 591-614.
- Palmer, N., Mueller, D.H., Gilson, L., Mills, A. ve Haines, A. (2004). Health Financing to Promote Access in Low Income Settings: How Much Do We Know? *The Lancet, 364(9445)*, 1365-1370.



- Parkin, D., McGuire, A. ve Yule, B. (1987). Aggregate Health Care Expenditures and National Income: Is Health Care a Luxury Good? *Journal of Health Economics*, 6(2), 109-127.
- Patouillard, E., Goodman, C.A., Hanson, K.G. ve Mills, A.J. (2007). Can Working with the Private for-Profit Sector Improve Utilization of Quality Health Services by the Poor? A Systematic Review of the Literature. *International Journal for Equity in Health*, 6(17).
- Peker, O. ve Bölükbaş, M. (2013). Türkiye’de Dış Borçlanmanın Belirleyicileri: Ekonometrik Bir Analiz. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 27(2), 289-302.
- PHB (Pension and Health Benefit), (2015). Affordable Care Act and You-2015. Erişim Tarihi: 02.02.2016, <http://www.gbophb.org/assets/1/7/4592.pdf>
- Phillips, C.J. (2005). *Health Economics: An Introduction for Health Professionals*. First Edition, UK: BMJ Publishing.
- Prada, G., Grimes, K. ve Sklokin, L. (2014). *Defining Health and Healthcare Sustainability*. Canada: The Conference Board of Canada.
- Presscott, N. ve Nichols, L.M. (1997). *International Comparasion of Medical Savings Accounts*. Presscott, N. (Ed.) Choices in Financing Health Care and Old Age Security İçinde, Washington D.C.: World Bank Discussion Paper.
- Prinja, S., Aggarwal, K., Kumar, R. ve Kanavos, P. (2012). User Charges in Health Care: Evidence of Effect on Service Utilization & Equity from North India. *Indian Journal of Medical Research*, 136, 868-876.
- PWC (PricewaterhouseCoopers' Health Research Institute) (2008), The Price of Excess: Identifying the Waste in Healthcare Spending. Erişim Tarihi: 14.04.2016, <http://www.pwc.com/us/en/healthcare/publications/the-price-of-excess.html>
- Rajan, R.G. ve Subramanian, A. (2011). Aid, Dutch Disease, and Manufacturing Growth. *Journal of Development Economics*, 94(1), 106-118.

- Regondi, I. ve Whiteside, A. (2012). Fiscal Space for Health: Assessing Policy Options in South Africa. *Journal of Contemporary Management*, 1(1), 14-26.
- Resmi Gazete (1994). Özelleştirme Uygulamaları Hakkında Kanun, 22124, 24 Kasım 1994.
- Resmi Gazete (2005). Bazı Kamu Kurum Ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun, 25705, 19 Ocak 2015.
- Resmi Gazete (2006a). Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu, 26173, 20 Mayıs 2006.
- Resmi Gazete (2006b). Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 26200, 31 Mayıs 2006.
- Resmi Gazete (2016). Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Tedbirler Alınması ve Milli Savunma Üniversitesi Kurulması ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Hükmünde Kararname, 29787, 31 Temmuz 2016.
- RESYST (Resilient & Responsive Health Systems), (2013). Fiscal Space for Health. Erişim Tarihi: 22.07.2015, <http://resyst.lshtm.ac.uk/sites/resyst.lshtm.ac.uk/files/docs/reseources/Fiscal%20space%20for%20health.pdf>
- Robinson, S. (2011). *Financing Healthcare; Funding Systems and Healthcare Cost*. Figueras, J., Robinson, R. ve Jakubowski, E. (Ed.) Healthcare Management İçinde, Second Edition, England: Open University Press.
- Rokx, C., Schieber, G., Harimurti, P., Tandon, A. ve Somanathan, A. (2009). *Health Financing in Indonesia: A Reform Road Map*. Washington: The World Bank Publication.
- Roy, R., Heuty, A. ve Letouze, E. (2007). Fiscal Space: Analytical Framework and Policy Instruments, G20 Workshop on Fiscal Policy, İstanbul.
- Roy, R., Heuty, A. ve Letouze, E. (2009). *Fiscal Space for What? Analytical Issues from A Human Development Perspective*. Roy, R. ve Heuty, A. (Ed.) Fiscal

Space: Policy Options for Financing Human Development İçinde, London: Earthscan Publishing.

Roy, R., Heuty, A. ve Rodriguez, F. (2012). *Fiscal Space: Policy Options for Financing Human Development*. England: Routledge Publishing.

Sağlık Bakanlığı (2003). Sağlıkta Dönüşüm. Erişim Tarihi: 10.12.2015, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-2906/saglikta-donusum-programi.html>

Sağlık Bakanlığı (2007). *Türkiye 'de Sağlığa Bakış 2007*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.

Sağlık Bakanlığı (2012). Stratejik Plan: 2013-2017. Erişim Tarihi: 15.04.2016, <https://www.saglik.gov.tr/SaglikTurizmi/dosya/1-82339/h/2013-2017stratejikplan.pdf>

Sağlık Bakanlığı, (2015a). *Türkiye 'de Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı: 2015-2020*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları.

Sağlık Bakanlığı, (2015b). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.

Sağlık Bakanlığı, (2016a). 2017 Yılı Bütçe Sunumu. Erişim Tarihi: 09.12.2016, <http://www.saglik.gov.tr/Eklenti/1337,sb-2017-yili-butce-sunumu-plan-butcepdf-1pdf.pdf?0>

Sağlık Bakanlığı, (2016b). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.

Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü, (2016). Kamu Özel İşbirliği Daire Başkanlığı Projeleri. Erişim Tarihi: 17.02.2016, <http://www.saglikyatirimlari.gov.tr/Default.aspx?tabid=347&PID=1034&CategoryID=21&CategoryName=%C4%B0halesi-Tamamlanm%C4%B1%C5%9F-Olan-Projeler>

Samuelson, P.A. (1954). The Pure Theory of Public Expenditure. *The Review of Economics and Statistics*, 36(4), 387-389.

- Sarı, M. (2004). *Dış Borç Yönetimi ve Türkiye Uygulamaları*. Uzmanlık Tezi, TCMB, Ankara.
- Savaş, A. (2009). Vergi Dışı Piyasa Ekonomisi: Kapsamı, Etkileri Ve Öneriler. *Sayıştay Dergisi*, 72, 51-66.
- Savedoff, W.D. (2004). *Tax-Based Financing for Health Systems: Options and Experiences*. Geneva: WHO.
- Savedoff, W.D. (2007). What Should a Country Spend on Health Care? *Health Affairs*, 26(4), 962-970.
- Schick, A. (2008). Budgeting for Fiscal Space, Asian OECD Senior Budget Officials Meeting, Bangkok, Thailand.
- Schieber, G., Cashin, C., Saleh, K. ve Lavado, R. (2012). *Health Financing in Ghana*. Washington: World Bank Publications.
- Sert, İ. (2013). Amerika'nın Sağlıkla İmtihani – Obamacare. Erişim Tarihi: 02.02.2016, <http://sahipkiran.org/2013/05/07/amerikanin-saglikla-imtihani-obamacare/>
- SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu), (2013). *Genel Sağlık Sigortası*. Ankara: T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Yayınları.
- SGK, (2013). *Genel Sağlık Sigortası*. Ankara: Sosyal Güvenlik Bilgi Serisi: 2013/12.
- SGK, (2015). Sigortalı İstatistikleri.
- SGK, (2016). Mali İstatistikler.
- Sharma, J. (2015). *An Assessment of Fiscal Space for Health in Bhutan, The International Journal of Health Planning and Management*. New York: John Wiley & Sons Ltd.
- Shleifer, A. (1998). State Versus Private Ownership. *The Journal of Economic Perspectives*, 12(4), 133-150.

- Sobhee, S.K. (2004). The Causality Between Tax and Spend of the Public Sector in Mauritius: A VECM Approach. *International Journal of Applied Econometrics and Quantitative Studies*, 1(3), 115-130.
- Somunoğlu, S. (2012). *Sağlık-Sağlık Hizmetleri ve Türk Sağlık Sistemi*. Tatar, M. (Ed.) Sağlık Kurumları Yönetimi-I İçinde, Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını.
- Sontag-Padilla, L.M., Staplefoote, L. ve Morganti, K.G. (2012). *Financial Sustainability for Nonprofit Organizations: A Review of the Literature*. Santa Monica: RAND Corporation.
- Soyer, A. (1995). *Sağlıkta zelleştirme*. Belek, İ. ve Soyer, A. (Ed.) Sağlıkta zelleştirme İçinde, İstanbul: Sorun Yayınları.
- Stenberg, K., Elovainio, R., Chisholm, D., Fuhr, D., Perucic, A.M., Rekve, D. ve Yurekli, A. (2010). *Responding to the Challenge of Resource Mobilization: Mechanisms for Raising Additional Domestic Resources for Health*. Geneva: WHO.
- Stern, D.I. (2004). Economic Growth and Energy. *Encyclopedia of Energy*, 2, 35-51.
- Stiglitz, E.J. (1988). *Kamu Kesimi Ekonomisi*. ev:Batırel, .M. İstanbul: Marmara Üniversitesi Yayınları.
- Stiglitz, J.E. (1999). Knowledge as a Global Public Good. *Global Public Goods*, 1(9), 308-326.
- Strauss, J. ve Duncan, T. (1998). Health, Nutrition, and Economic Development. *Journal of Economic Literature*, 36(2), 766-817.
- şahin, M. ve Uysal, . (2012). Kamu Maliyesine Etkileri Açısından Kamu zel Sektör Ortaklıkları zerine Bir Değerlendirme. *Maliye Dergisi*, 162, 155-174.
- şener, O. (2008). *Teori ve Uygulamada Kamu Ekonomisi*. İstanbul: Beta Yayınları.
- şıklar, İ. (2004). *Para Teorisi ve Politikası*. Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını.

- Tandon, A. ve Cashin, C. (2010). Assessing Public Expenditure on Health From a Fiscal Space Perspective, HNP (Health, Nutrition and Population) Discussion Paper. Erişim Tarihi: 07.07.2015, <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/AssesingPublicExpenditureFiscalSpace.pdf>
- Tandon, A., Fleisher, L., Li, R. ve Yap, W.A. (2014). *Reprioritizing Government Spending on Health: Pushing an Elephant Up the Stairs?* Washington, D.C.: The World Bank.
- Tekbaş, A. ve Dökmen, G. (2007). Türkiye’de Vergi Yükünün Bölgesel Dağılımı. *Maliye Dergisi, Sayı: 153*, 195-213.
- Tezcan, S. ve Seçkiner, P. (2012). *Türkiye’de Demografik Değişim; Yaşlılık Perspektifi*. Aslan, D. ve Ertem, M. (Ed.) Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler İçinde, Ankara: HASUDER Yayını.
- Thomas, R.M. (2003). *Blending Qualitative and Quantitative Research Methods in Theses and Dissertations*. USA: Corwin Press Inc.
- Thomson, S., Foubister, T., Figueras, J., Kutzin, J., Permanand, G. ve Bryndová, L. (2009b). *Addressing Financial Sustainability in Health Systems*. Copenhagen: WHO.
- Thomson, S., Foubister, T. ve Mossialos, E. (2009a). *Financing Health Care in the European Union*. Copenhagen: WHO.
- Thornton, J. (2002). Estimating a Health Production Function for the US: Some New Evidence. *Applied Economics, 34(1)*, 59-62.
- Tıraş, H.H. (2013). Sağlık Ekonomisi: Teorik Bir İnceleme. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 3(2)*, 125-152.
- Tokgöz, E. (1987). İktisat Biliminin Yeni Uygulama Alanı: Sağlık Ekonomisi. *İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Mecmuası, 45*, 1-4.

- TSB (Türkiye Sigorta Reasürans ve Emeklilik Şirketleri Birliği), (2014). Sağlık Analizleri. Erişim Tarihi: 08.12:2016, <http://www.tsb.org.tr/resmi-istatistikler.aspx?pageID=909>
- TTB (Türk Tabipler Birliği) (2012). *Soru ve Yanıtlarla Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı*. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi.
- Turhan, S. (1998). *Vergi Teorisi ve Politikası*. İstanbul: Filiz Kitabevi.
- TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu), (2016). 2015 Sağlık Harcamaları İstatistikleri.
- Tüleykan, H. (2009). Kamu Bütçeleme Sistemleri ve Çok Yıllı Bütçeleme. *Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 2, 1-23.
- Türk, Y.Z. (2014). *Türkiye’de Özelleştirme Uygulamalarının Analizi*. Uzmanlık Tezi, T.C. Kalkınma Bakanlığı, Ankara.
- Uğur, A. ve Kömürcüler, E: (2015). Türkiye’de Sigara’nın Vergilendirilmesinin Etkinliği. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 20(4), 327-346.
- Uğur, S. (2004). *Sosyal Güvenlik Sistemlerinde Özel Emeklilik Programlarının Yeri ve Gelişimi*. Ankara: TİSK Yayınları.
- Uğurluoğlu, E. ve Özgen, H. (2008). Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2), 133-160.
- Ulukan, N.C. ve Yılmaz, D.Ö. (2016). Kamu Sağlık Sektöründe Çalışan Taşeron Kadın İşçiler: Samsun ve Ordu İli Örneği. *Çalışma ve Toplum*, 1, 87-114.
- Ulusoy, A. ve Erdem, H.F. (2014). İç Borçlanma ve Enflasyon Etkileşimi: Türkiye Örneği. *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 22, 122-135.
- Ulutaş, Ç.Ü. (2011). *Türkiye’de Sağlık Hizmeti Üretiminin Dönüşümü*. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

- Ulutürk, S. ve Dane, K. (2009). Sosyal Güvenlik: Teori, Dönüşüm Ve Türkiye Uygulaması. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(29), 114-142.
- UN (United Nations), (2015). Sustainable Development Goals. Erişim Tarihi: 02.12.2016, <http://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>
- UNECE (United Nations Economic Commission for Europe), (2006). The Millennium Development Goals: The Way Ahead. (Erişim Tarihi: 07.07.2015, [http://www.unece.org/fileadmin/DAM/commission/MDGs/MDG\\_Report\\_final.pdf](http://www.unece.org/fileadmin/DAM/commission/MDGs/MDG_Report_final.pdf)
- Ünal, E. (2013). *Sağlık Ekonomisi ve Yönetimi*. Bursa: Ekin Yayınları.
- Ünlütürk, Ç.U. (2011). *Türkiye’de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü*. Ankara: Nota Bene Yayınları.
- Vos, R. (1998). Aid Flows and “Dutch Disease” in a General Equilibrium Framework for Pakistan. *Journal of Policy Modeling*, 20(1), 77-109.
- Vujcic, M. (2005). *Macroeconomic and Fiscal Issues in Scaling Up Human Resources for Health in Low-Income Countries*. Washington D.C: The World Bank.
- Wheelock, D.C. (2014). The Great Depression: An Overview. Erişim Tarihi: 13.07.2015, <https://www.stlouisfed.org/~media/Files/PDFs/Great-Depression/the-great-depression-wheelock-overview.pdf>
- WHO (World Health Organization) (1948). WHO Definition of Health. Erişim Tarihi: 13.07.2016, <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>
- WHO (1999). *The World Health Report 1999: Making A Difference*. Geneva: WHO.
- WHO (2000). *The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance*. Geneva: WHO.
- WHO (2002). *Health, Economic Growth, And Poverty Reduction*. Geneva: WHO.



- WHO (2010). *Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage*, Geneva: WHO.
- Williams, G. ve Hay, R. (2005). Fiscal Space and Sustainability from the Perspective of the Health Sector, High-Level Forum on the Health MDGs, 14-15 November, Paris.
- Wonderling, D., Gruen, R. ve Blacks, N. (2005). *Introduction to Health Economics*. England: McGraw-Hill Education.
- World Bank (2006). *Fiscal Policy for Growth and Development: An Interim Report*. Washington D.C: World Bank.
- World Bank, (2009). Giving More Weight to Health: Assessing Fiscal Space for Health in Indonesia. Erişim Tarihi: 29.07.2015, <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/3028/468470ESW01use1ore0Weight0to0Health.pdf?sequence=1>
- World Bank, (2016). Erişim Tarihi: 04.01.2017, [http://www.worldbank.org/en/country/turkey/projects/all?sector\\_exact=Health&qterm=&lang\\_exact=English](http://www.worldbank.org/en/country/turkey/projects/all?sector_exact=Health&qterm=&lang_exact=English)
- Xu, K., Evans, D.B., Carrin, G. ve Aguilar-Rivera, A.M. (2005). *Designing Health Financing Systems to Reduce Catastrophic Health Expenditure, Technical Briefs for Policy-Makers*. Geneva: WHO.
- Xu, K., Saksena, P. ve Holly, A. (2011). *The Determinants of Health Expenditure: A Country-Level Panel Data Analysis*. Geneva: WHO.
- Yalçın, A.Z. ve Çakmak, F. (2016). Türkiye’de Kamu Sağlık Harcamalarının İnsani Gelişim Üzerindeki Etkisi. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 30(4), 705-723.
- Yıldırım, H.H. (2012a). *Piyasa, Piyasa Başarısızlıkları, Sağlık ve Sağlık Sigortacılığı*. Yıldırım H.H. (Ed.) Sağlık Sigortacılığı İçinde, Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını.

- Yıldırım, H.H. (2012b). *Sağlık Harcamaları ve Sağlık Finansmanı*, Yıldırım H.H. (Ed.) Sağlık Sigortacılığı İçinde, Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını.
- Yıldırım, H.H. (2013). *Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu*. Ankara: Sağlık-Sen Yayınları.
- Yıldırım, H.H. (2016). *Sağlık ve Siyaset Yazıları*. Ankara: ABSAM Yayınları.
- Yıldırım, H.H. ve Yıldırım, T. (2015). *Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Sağlık Sistemleri*. Ankara: ABSAM Yayınları.
- Yıldırım, H.H., Yıldırım, T. ve Erdem, R. (2011). Sağlık Hizmetleri Finansmanında Kullanıcı Katkıları: Genel Bir Bakış ve Türkiye İçin Bir Durum Değerlendirmesi. *Amme İdaresi Dergisi*, 44(2), 71-98.
- Yıldırım, J. (1993). *Türkiye’de Para Yaratma Gelirleri: 1981-1991*. Ankara: TCMB Araştırma Genel Müdürlüğü Tartışma Tebliği.
- Yıldırım, T. (2012c). *Türkiye’de Sosyal ve Özel Sağlık Sigortacılığı*. Yıldırım H.H. (Ed.) Sağlık Sigortacılığı İçinde, Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını.
- Yohou, D.H. (2015). *In Search of Fiscal Space in Africa: The Role of the Quality of Government Spending*. France: CERDI Études et Documents.
- Yurdadoğ, V. (2007). Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Finansmanı ve Analizi. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 16(1), 591-610.
- Yükçü, S. ve Atağan, G. (2009). Etkinlik, Etkililik ve Verimlilik Kavramlarının Yarattığı Karışıklık. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 23(4), 1-13.
- Yüksel, C. (2006). *Dışsallıklarda Kamusal Çözümler: Türkiye Uygulaması*. Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.
- Zweifel, P., Breyer, F. ve Kifmann, M. (2009). *Health Economics*. Second Edition, London: Springer.

## EK 1. YARI YAPILANDIRILMIŞ SORULAR VE ANKET FORMU

### ANKET FORMLARI

Sayın Katılımcı,

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programında tez dönemi öğrencisiyim. Doç. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM danışmanlığında “Türkiye Sağlık Sisteminde Mali Alan Yaratma: Paydaş Görüşleri ve Değerlendirmeleri” başlıklı tez çalışmasını yürütmekteyim. Tezimin amacı, Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratma ve sağlıkta mali alan yaratmanın gerekçeleri, önemi ve finansal sürdürülebilirliğe etkileri konularında paydaşların görüşlerini dikkate alarak değerlendirmeler yapmaktır. Bu amaçla siz değerli paydaşların görüşlerini almak üzere bu bilgi toplama formunu hazırlamış bulunmaktayız. Toplanan veriler bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacak ve kesinlikle gizli tutulacaktır. Bilimsel çalışmamıza yapacağınız katkılarınız için çok teşekkür ederiz.

Sağlık hizmetlerinin finansmanında karşılaşılan zorluklar, sağlığın finansmanında sürekli veya dönemsel sıkıntılar yaşayan ülkelerin sağlık sektörü özelinde mali alan yaratma yollarına başvurmalarına neden olmaktadır. Ülkelerde mali sürdürülebilirliğe zarar vermeden; artan harcamaların karşılanması için ilave fon kaynakları oluşturulması *mali alan yaratma* olarak tanımlanmaktadır. Sağlık sektörü özelinde yaratılan mali alan, ülkelerin uzun vadeli borç ödeme güçlerini veya diğer kalkınma hedeflerini gerçekleştirmek için gerekli olan öteki sektörlerdeki harcamalarını tehdit etmeden sağlık alanında yapılacak kamu harcamalarını artırma yeteneği anlamına gelmektedir.

**Danışman**

Doç. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM

(Hacettepe Üniversitesi/ Sağlık İdaresi Bölümü)

**Araştırmacı**

Arş. Gör. Murat KONCA

### A-Kişisel ve Demografik Bilgiler

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

### B- Görüşme Soruları

1. “Sağlık sisteminde mali alan yaratma” kavramı size ne ifade ediyor?
2. Sizce, Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratmanın gerekçeleri nelerdir?
3. Sizce, sağlık sisteminde mali alan yaratma konusu Türkiye sağlık sistemi açısından öncelikli bir konu mudur? Neden?
4. Sizce, Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratmak için hangi yöntemlere başvurulabilir ve bu yöntemlerin olumlu/olumsuz tarafları nelerdir?
5. Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratma konusunda engeller/riskler olduğunu düşünüyor musunuz? Eğer düşünüyorsanız, sizce en önemli engeller/riskler nelerdir?
6. Sizce, Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratma sürecinde hangi taraflar/paydaşlar/aktörler rol almalıdır?
7. Sizce, Türkiye sağlık sisteminde yaratılacak mali alanın sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliğine etkisi nedir?
8. Sizce, Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratmaya çalışmak diğer sektörlerdeki harcamaları nasıl etkiler?

### C- Sağlıkta Mali Alan Yaratılması Değerlendirme Formu

Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratma konusu ile ilgili olarak aşağıdaki seçeneklere ne oranda katılıyorsunuz?

Lütfen aşağıdaki ifadelere ne derece katıldığınızı X işareti ile belirtiniz.	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1.Sağlıkta mali alan yaratma yöntemleri, sağlık harcamalarındaki artışları karşılamada etkili olabilir					
2.Ekonomik kriz dönemlerinde sağlık sektörü açısından mali alan yaratmak önemlidir					
3.Türkiye sağlık sistemi açısından mali alan yaratmaya gerek yoktur					
4.Mali alan yaratmada en ideal yöntem verimliliği ve etkililiği sağlamaktır					
5.Sağlık vergileri, (sadece sağlık harcamaları için kullanılmak üzere alkol ve sigaraya konan vergiler) yolu ile mali alan yaratılması adildir					
6.Vergi önlemleri ya da vergi idaresinin güçlendirilmesi yoluyla, Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratılabilir					
7.Borçlanma yoluyla Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratılabilir					
8.Ekonomik büyümeyi sağlamak, Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratmaya yardımcı olabilir					
9. Merkezi Yönetim Bütçesinde sağlık harcamaları için daha çok pay ayırmak, Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratmanın bir yolu olarak görülebilir					
10.Merkez bankasının para basması yoluyla (senyoraj), Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratılabilir					
11.Özelleştirme gelirleri yoluyla Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratılabilir					
12.Kamu-özel ortaklıkları yoluyla Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratılabilir					

13.Kullanıcı katkılarını artırmak yoluyla Türkiye sağlık sisteminde mali alan yaratılabilir					
14.Sağlık sisteminde yaratılacak mali alan sağlıkta finansal sŸrdŸrŸlebilirliđe olumlu katkı sağlar					
15.Sağlık sektŸrŸnde mali alan yaratırken başka sektŸrlere zarar vermemek önemlidir					
16. TŸrkiye sağlık sisteminin dış yardımlara ihtiyaçı vardır					

## EK 2. GÖRÜŞME LİSTESİ

<b>SAĞLIK BAKANLIĞI</b>	
Merkez Teşkilatı	2
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu	1
Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu	1
Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü	1
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü	4
<b>SGK</b>	
Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü	14
Hizmet Sunumu Genel Müdürlüğü	3
Strateji Geliştirme Başkanlığı	3
Aktüerya ve Fon Yönetimi Birimi	1
<b>MALİYE BAKANLIĞI</b>	
Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü	3
<b>KALKINMA BAKANLIĞI</b>	
Sağlık ve Sosyal Güvenlik Dairesi Başkanlığı	1
<b>TBMM</b>	
Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu	4
<b>SİVİL TOPLUM KURULUŞLARI</b>	
Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği Sağlık Kurumları Meclisi	1
Sağlık-Sen	1
<b>ÖĞRETİM ÜYELERİ</b>	
Sağlık Yönetimi Bölümü (Hacettepe Üniversitesi (2 kişi), Ankara Üniversitesi (1 kişi), Başkent Üniversitesi (1 kişi))	4
İktisat Bölümü (Hacettepe Üniversitesi)	1

### EK 3. ETİK KURUL İZİN FORMU



T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
Rektörlük


Sayı : 35853172/ 431 - 3555

21 Aralık 2015

#### İKTİSADİ VE İDARİ BİLİMLER FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Fakülteniz Sağlık İdaresi Bölümü öğretim üyesi **Doç. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM** sorumluluğunda yüksek lisans programı öğrencisi **Arş. Gör. Murat KONCA** tarafından hazırlanan **“Türkiye Sağlık Sisteminde Mali Alan Yaratma: Paydaş Görüşleri ve Değerlendirmeleri”** başlıklı çalışma, Üniversitemiz Senatosu Etik Komisyonunun **15 Aralık 2015** tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

  
Prof. Dr. Ömer UĞUR  
Rektör a.  
Rektör Yardımcısı



## EK 4. ORJİNALLİK RAPORU



**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**YÜKSEK LİSANS/DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU**

**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA**

Tarih: 19/06/2017

Tez Başlığı / Konusu: Türkiye Sağlık Sisteminde Mali Alan Yaratma: Paydaş Görüşleri ve Değerlendirmeleri

Yukarıda başlığı/konusu gösterilen tez çalışmamın a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 124 sayfalık kısmına ilişkin, 19/06/2017 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 9 'dur.

Uygulanan filtrelemeler:

- 1- Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç,
- 2- Kaynakça hariç
- 3- Alıntılar dâhil
- 4- 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

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.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

  
19/06/2017

**Adı Soyadı:** Murat KONCA

**Öğrenci No:** N13224357

**Anabilim Dalı:** Sağlık Yönetimi

**Programı:** Sağlık Yönetimi

**Statüsü:**  Y.Lisans  Doktora  Bütünleşik Dr.

### DANIŞMAN ONAYI

UYGUNDUR.

  
Doç. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM

