

Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri

Financing Methods of Health Services

Hakan İSTANBULLUOĞLU¹, Mahir GÜLEÇ², Recai OĞUR³

ÖZET

Sağlık hizmetlerinin finansmanı, dünya genelinde tüm insanlar ve hükümetler için önemi hızla artan ve merkeze kayan bir konu haline almıştır. Sağlık hizmetlerinin finansmanının önemli ve birbiriyle ilişkili üç ayağı bulunmaktadır; sağlık için yeterli fonun toplanması, ödeyiciler arasında risk paylaşımı esasına dayalı olarak fonların havuzlanması, fonların gerekli sağlık hizmetinin satın alınması veya sağlanması için uygun biçimde kullanılması. Dünya ülkelerinin genelinde, sağlık politikası üreten kişiler için asıl önemli konu; tüm ülke insanların ihtiyaç duydukları anda ihtiyaç duydukları sağlık hizmetine ulaşmalarının nasıl garanti edileceği konusudur. Sağlık hizmetlerinin finansman mekanizmaları, insanları sağlık harcamalarının finansal riskine karşı koruma konusunda kurumsal seçenekler sunmaktadırlar. Söz konusu seçenekler; vergilerle finansman, sosyal sağlık sigortası, özel sağlık sigortaları ve tıbbi tasarruf hesapları şeklinde sıralanabilir. Bir ülkenin sağlık hizmetlerinin finansmanı için izlediği yol, ülkenin sağlık ve esenlik durumunun temel göstergesidir. Bu durum özellikle, sağlığa yeterli ve eşit bir şekilde ulaşımın sağlanması için gerekli olan sağlık harcamasını yapamayan fakir ülkeler için geçerlidir. Günümüzde pek çok ülkede sağlık hizmetlerinin pahalılığı insanları yoksulluğa itecek seviyededir. Zengin ülkelerin hükümetleri bile insanların kaliteli sağlık hizmeti için artan taleplerini karşılamak üzere yeterli fonun nasıl oluşturulacağı sorusunun çözümü üzerinde sürekli çabalamaktadır. Tüm ülkeler; sağlık için yeterli fon birikiminin en iyi nasıl oluşturulabileceği, finansal riskin paylaşılması için havuzlamanın en iyi nasıl yapılabileceği ve en etkin, en yararlı, ve eşit bir şekilde nasıl kullanılabileceği konularında fikir üretmek zorundadırlar.

Anahtar Kelimeler: Sağlık servisleri, para kaynağı, kişisel, uluslararası sağlık programı

¹Dr.,
GATA Halk Sağlığı Ana Bilim
Dalı
06018 Etilik/ANKARA

²Doç. Dr.,
GATA Halk Sağlığı Ana Bilim
Dalı
06018 Etilik/ANKARA

³Doç. Dr.,
GATA Halk Sağlığı Ana Bilim
Dalı
06018 Etilik/ANKARA

İletişim Adresi:

Dr. Hakan İSTANBULLUOĞLU
GATA Halk Sağlığı Ana Bilim
Dalı
06018 Etilik/ANKARA
Tel: 0 312 3044672
E-mail:
h.istanbulluoglu@hotmail.com

SUMMARY

Health system financing has become an increasingly central issue for people and governments in all parts of the world. Health financing systems have three important, inter-related roles: to raise sufficient funds for health; to pool them for spreading the financial risks associated with paying for care; and to use the available funds to purchase and provide the desired health services. An issue of paramount importance to policy-makers in a majority of the world's countries is how to ensure that all people have access to health care when they need it. The financing mechanisms of the health systems have organisational options how to offer financial risk protection to people against the costs of healthcare. These include tax-based financing, social health insurance, private health insurance and medical savings accounts. Health system financing way of a country is a key determinant of population health and well-being. This is particularly true in the poorest countries where the level of spending is still insufficient to ensure equitable access for the need of health services and interventions. In many countries the price of health care services pushes many people into poverty. Governments in the richer countries also constantly struggle with the question of how to raise sufficient funds to meet the ever increasing demands of their populations for quality health services. All countries must make decisions about how best to raise sufficient funds for health, how to pool them together to spread the financial risks of health, and how to ensure they are used effectively, efficiently, and equitably.

Key Words: *Health services, financing, government, personal, national health programs*

GİRİŞ

Dünyada, ilk uygarlıklardan bu yana sağlık hizmetleri her zaman var olmuştur. Önceleri hekim ve hemşire odaklı yürüyen hizmetlerin XX. yüzyılın ikinci yarısından itibaren değişim geçirerek sektörler ve meslekler arası bir boyut kazandığı görülmektedir.

Hizmetlerin sunumundaki değişim, beraberinde hizmetlerin finansmanı ile ilgili değişimleri de getirmiştir. Endüstri devriminden sonra sosyal sınıf ayrımları değişmiş, buna bağlı ihtiyaçlar ve çözümler ortaya çıkmıştır. Buna örnek olarak, sosyal sağlık sigortası ile sağlık hizmetlerinin finansmanı yaklaşımı gösterilebilir. Önceleri; sağlık hizmetlerinin finansmanı ile ilgili sistemler vergilerle ve sosyal sigorta fonlarında toplanan primlerle finansman olarak iki sınıfa ayrılabilir iken, bugün, sağlık finansman sistemlerini daha ayrıntılı incelemek gerekmektedir.

Kişilerin ceplerinden yaptıkları ödemeler hariç, sağlık hizmetlerinin finansman sistemlerinin hepsi risk paylaşımı yaklaşımı ile bir çeşit sigorta mantığı barındırmaktadır. Sağlık sisteminden yararlanmaya ihtiyaç duyulmadığı zamanlarda katkı yapılmakta ve bu katkılar nedeni ile ihtiyaç zamanında hizmetler ya ücretsiz ya da maliyetinin altında sunulabilmektedir. Yüksek risk taşıyanlar ve düşük gelirli olanlar bir ölçüye kadar yüksek gelirli ve düşük riskli tarafından desteklenmekte, böylelikle karşılıklı dayanışma sergilenmiş olmaktadır.

Toplumların sağlık bilincinde oluşan değişimler, sağlık hizmetlerinin finansmanı sorununa bir çözüm bulunması konusunda büyük baskı oluşmasına yol açmaktadır. En zengin ülkeler bile sağlık harcamalarında oluşan baş döndürücü artışa bakarak, kaynakların 20-30 yıl sonra yetersiz kalacağı endişesine kapılmış durumdadır.

Sağlık hizmetlerinin harcama düzeyi her ülkede genel enflasyon hızından çok daha

Hakan İSTANBULLUOĞLU ve ark.

yüksek bir artış göstermektedir. Genel enflasyon hızının üzerine eklenen bu artışa sağlık hizmetlerine özgü enflasyon hızı denebilir ve nedenleri şu şekilde sıralanabilir (1):

1. Demografik: Dünya nüfusu giderek artmaktadır.

2. Epidemiyolojik: Günümüzde, eskiden ölümle sonuçlanacak birçok vaka yaşatılmakta, ancak bu başarının mali bedeli yüksektir.

3. Teknolojik: Genişleyen teknolojik olanaklar, sağlık hizmetlerinin finansmanında yükselişe sonuçlanmaktadır.

4. İletişim ve ulaşım olanakları: Dünyanın bir ülkesinde görülen yeni bir buluş kısa sürede bütün ülkelere yayılmakta ve talepler hızla artmaktadır.

5. Felsefi: Önceki yıllarda yaşlı bir kişinin köşesine çekilmesi beklenirken, bugün; çevresindeki etkinliklerden geri kalmaması istenmektedir.

6. Sigorta uygulamasının yaygınlaşması: Sağlık sigortası sistemleri yaygınlaşmaktadır.

7. Üretkenlik ile ilgili değişim: Tıbbi hizmetlerin üretkenlik kazanımları daha düşüktür. Bu durum tıp hizmetlerinin fiyatının giderek yükselmesine yol açmaktadır.

8. Savunmacı tıp: Sağlık görevlilerinin hukuki ve adli işlemlere karşı kendilerini tazminat açısından korumaya almaya çalışmaları hizmetleri daha pahalı hale getirmektedir.

9. Gelir artışı: Sağlık hizmetleri kullanımı, her zaman kişilerin yeterince gelir elde ettiği durumlarda fiyatını ödemeye hazır olduğu hizmetler arasında sayılmaktadır.

Yukarıda sayılan tüm hususlar ve sağlık hizmetlerinin finansmanının değerlendirilmesinde öncelikle rol oynayan iki ölçüt olan, kaynak kullanımında etkinlik ve hakkaniyet dikkate alındığında; konunun gelecekte bugünden daha çok önem atfedilen ve tartışıl-

an bir konu olacağı öngörülmektedir.

Bu çalışmanın amacı; günümüzün hızla değişen şartları içinde ülkeler için ciddi bir sorun haline gelen sağlık hizmetlerinin finansmanını ve finansmanda kullanılan farklı yöntemleri tarihi gelişim perspektifinde incelemek, ayrıca bu konunun geleceğini, ülkemizde yaşanan gelişmeler ışığında değerlendirmektir.

1. SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMAN YÖNTEMLERİNİN TARİHİ GELİŞİMİ

Sosyal güvenliğin ve sağlık hizmetleri finansman yöntemlerinin tarihi gelişimi İlk Çağ Dönemi; Orta Çağ'ın başlamasından Sanayi Devrimi'ne kadar geçen dönem; Sanayi Devrimi'nin başlamasından sonraki dönem olmak üzere, üç bölümde incelenmektedir (2).

a. İlk Çağ Dönemi

Eski Çağ'ın Mısır, Yunanistan, Roma, İsrail gibi ülkelerinde, sosyal güvenliğin ve sağlık hizmetlerinin finansmanının sağlanması konusu, gerek yöneticiler gerekse toplum tarafından ele alınmış bir konudur. Yunanistan'da esnaf loncaları ve esnaf birliklerinin yardımlaşma teşkilatları, defin dernekleri ve hastalara yardım dernekleri bulunduğu bilinmektedir. Eski Mısır'da, devlet yönetimini ellerinde bulunduran yöneticiler, varlıklı insanların dul, yetim ve hastalara yardım etmelerini sağlamakta idi. Eski Roma İmparatorluğu'nda ise sağlık hizmetlerinin finansmanı, hastalık sandığı birlikleri (collegia tenuiorum) ile ölüm sandığı birlikleri (collegia funeraticia) kurulması yoluyla karışılmıştır (2).

b. Orta Çağ'ın Başından Sanayi Devrimi'ne Kadar Geçen Dönem

1. Batı dünyasında:

a. Meslek teşekkülleri dışında sosyal yardımlar (3);

- aa. Manastırlar.
- ab. Şövalye teşkilatları.
- ac. Hastane kardeşlik birlikleri.
- b. Meslek teşekkülleri çerçevesinde sosyal yardımlar (4);
- ba. Maden işçilerinin yardımlaşması.
- bb. Maden işçileri dışındaki meslek gruplarında yardımlaşma.

2. Doğu dünyasında:

a. Ahilik ve diğer meslek teşekkülleri (5).

b. Vakıf teşkilatları (6).

c. Sanayi Devrimi Sonrası Dönem

Sanayi Devrimi'nin ilk aşamalarında, XVIII. yüzyılın sonlarına doğru Almanya'da kanunla belirlenen hükümlere göre, devlet muhtaç vatandaşların beslenme ve bakımını mevcut meslek teşekkülleri (loncalar) ve belediyeler eliyle sağlamak zorunda idi. Öte yandan, yapılacak yardımların tür ve miktarları ile finansman kaynakları belirlenmemiştir (7).

Sosyal güvenlik, Almanya'da Bismarck Döneminde 1870'li yıllarda kamuoyunda tartışılan konulardan biri olmuştur. 1925 yılında meslek hastalıkları riskinin karşılanmasına yönelik ilk kanun çıkarılmıştır. Almanya'daki gelişim öteki Avrupa ülkelerinde başlangıçta yadigarlanmış; ancak, çok geçmeden bu ülkeler de aynı yola gitmişlerdir (8).

İngiltere'de ise 1908 yılında Yaşlılık Aylığı Kanunu yürürlüğe konmuştur. Kanun'a göre; prim ödeme söz konusu olmaksızın 70 yaşın üzerindeki tüm erkek ve kadınlara yaşlılık aylığı alma hakkı tanınmıştır (8).

2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

a. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Kavramı

İnsan Hakları Evrensel Beyanamesi'nin 25. maddesi sağlık hakkını açıkça dü-

zenlemiştir. Bu maddeye göre; herkesin kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), daha sonra 1978 Alma-Ata Bildirgesi ve 1998 Dünya Sağlık Bildirgesi'nde aynı haklar yinelenmiştir (9,10).

Ülkemizde sağlık hakkı 1961 ve 1982 Anayasalarında yer almıştır. 1982 Anayasası'nda 17. madde; herkesin yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkında sahip olduğunu ifade etmektedir (11).

Sağlık finansmanı geniş kapsamlı bir kavramdır. Genel olarak; sağlık sektöründe finansal kaynakların harekete geçirilmesi ve kullanılmasını içermektedir.

Sağlık sistemleri, hastalanmanın finansal riskine karşı güvence sağlamak için ödeyicileri geliştirmiştir. Özel ve kamu kuruluşu olabilen ödeyiciler, sağlık hizmetlerini finanse etmek için, güvence altına aldığı nüfustan doğrudan veya dolaylı olarak gelir toplamaktadır. Toplanan gelir ya doğrudan ödedikleri hizmet bedelini geri ödemek için hastalara (geri ödeme) ya da sundukları hizmetin karşılığı olarak hizmet sunuculara aktarılmaktadır (12).

b. Sağlık Hizmetleri Finansmanının Amaçları

Tüm bireylerin sağlık hizmetlerine finansal açıdan ulaşabilmesi için sürdürülebilir kaynak yaratmak temel amaç olmalıdır. Herkese finansal koruma sağlarken adaleti gözetmek, kaynakları verimli bir şekilde kullanmak ve kaynak oluştururken insanların yoksullaşmasını engellemek gibi hedefleri bulunmalıdır.

c. Sağlık Hizmetleri Finansmanının İşlevleri

Sağlık hizmetlerinin finansmanında üç temel işlev bulunmaktadır: Gelir toplama, fon

Hakan İSTANBULLUOĞLU ve ark.

havuzlama ve hizmet sunuculara ödeme yapma (12).

Sağlık hizmetlerinin finansmanında gelir toplama; sağlık sisteminin çalışanlardan ve işverenlerden para toplama yöntemlerini gösteren bir fon oluşturma sürecidir. Kimin, hangi yöntemle ne kadar ödeme yapacağı; bu ödemelerin kimleri ve neleri kapsayacağı ve ödemeleri toplayacak kurumları içermektedir (12).

Gelir toplama yöntemlerini; vergiler, sosyal sağlık sigortası primleri, özel sağlık sigortası primleri, bireysel tıbbi tasarruf hesapları, cepten ödemeler, borçlar ve bağışlar oluşturmaktadır. Gelir toplama yöntemleri; "finansman yöntemleri" olarak da adlandırılmaktadır (13).

Bireysel düzeyde yer alan ve önceden hesaplanamayan büyük riskler çok sayıda birey üzerinde havuzlandığında önceden hesaplanabilir hale gelmektedir. Temel amaç; belirsiz sağlık ihtiyacının finansal riskinin paylaşılmasıdır. Ayrıca, fon havuzlama sağlık hizmetleri talebini destekleyip fon akışını garantilemektedir. Bu sayede belirsizlik azaltılmakta ve yeni yatırımlara yönelme teşvik edilmektedir.

Toplanan gelirlerin üyelerin sağlık hizmetleri kullanımı karşılığında hizmet sunuculara aktarılması, sağlık finansmanında hizmet sunuculara ödeme yapma şeklinde özetlenebilir. Fon havuzlayan ve ödeme yapan kurumlar genellikle aynıdır ve hizmet sunuculara ödeme yapmada kimin adına ödeme yapılacağı bellidir.

İki çeşit ödeme tanımlanmaktadır; pasif ödeme, fatura karşılığı ödemedir. Stratejik ödeme ise dinamik bir ödeme şeklidir. Hangi sağlık sunumunun ne şekilde ve kim tarafından ödeneceği sürekli tartışılmaktadır (14).

Gelir toplama ve fon havuzlama yöntemlerinde olduğu gibi, hizmet sunuculara ödeme

yöntemlerinde de farklılıklar bulunmaktadır. Hizmet sunuculara ödeme yöntemleri; hizmet başına ödeme, gün başına ödeme, vaka başına ödeme, kişi başına ödeme, bütçe ve ücret ödemeleridir. Her ödeme şeklinin, avantaj ve dezavantajları bulunmaktadır (14).

d. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri

Sağlık hizmetlerinin finansmanı; doğrudan ödeme (cepten ödeme), özel sigorta sistemi, kamusal sigorta sistemi ve vergi ile finansman olarak dört grupta toplanabilir. Farklı ülkelerdeki finansman yöntemleri genellikle yukarıda sayılan yöntemlerin kombinasyonu şeklinde gerçekleşmektedir (15).

Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri, özel ve kamusal alan finansman kaynakları şeklinde ikiye ayrılarak incelenecektir.

1. Özel finansman yöntemleri:

a. Cepten ödemeler: Cepten ödemeler, bireylerin sağlık hizmetleri kullanımı için doğrudan cepten ödeyerek yaptıkları tüm harcamalardır. Hastalık riski için herhangi bir finansal koruma sağlamamaktadır. Cepten ödemeler; doğrudan ödeme, kullanıcı katkısı ve resmi olmayan ödeme olarak üç başlık altında incelenebilir (12).

1970'li yıllarda başlayan sağlık harcamalarının hızlı artışı ve dünya ölçeğinde yaşanan makroekonomik daralma ek kaynak yaratma ihtiyacını gündeme getirmiştir. Bu ihtiyaç, kullanıcı katkısı gibi yeni cepten ödeme şekillerinin doğmasına neden olmuştur (12).

aa. Doğrudan ödemeler: Sosyal güvence kapsamı dışında kalan hizmetler için veya uzun bekleme süreleri nedeni ile hizmete ulaşımın aksadığı durumlarda yapılan ödemelerdir. Genellikle dişçiler ve laboratuvarlar gibi özel sektör hizmet sunucularına yapılmaktadır.

ab. Kullanıcı katkıları: Alma-Ata Konferansı'nda, temel sağlık hizmetlerini bütün vatandaşlara yaygınlaştırma yaklaşımı kabul görmüş ve en maliyet-etkin strateji olarak değerlendirilmiştir. Ancak, kaynakların yetersizliği nedeni ile anılan hedefe ulaşmak için ek kaynak yaratılması gerektiği tartışılmaya başlanmıştır (16).

Ek kaynak olarak; kamu hizmetlerinden "kullanıcı katkıları" alınması, var olan kaynakların daha verimli kullanılması ve sağlığın özel sektöre açılması önerileri ileri sürülmüştür (17).

Sağlık harcamalarının genelde düşük olduğu durumlarda, sağlık hizmetleri için var olanlardan daha fazla kaynak yaratmak veya sağlık harcamalarının yüksek olduğu durumlarda, talebi azaltarak verimliliği arttırmak şeklinde iki farklı durumda kullanıcı katkıları kullanılabilir (18).

Bu yolla toplanacak ek gelir, gelir düzeyi düşük olan vatandaşların desteklenmesi veya finansman sistemindeki adaletsizliklerin azaltılması için kullanılabilir.

Bununla birlikte kullanıcı katkıları; finansman yükünün topluma yayılmasını ve riskin paylaşılmasını engellemekte, dayanışmayı azaltmakta ve sonuçta da finansmanda adalet konusunu olumsuz etkilemektedir. Bunun nedeni; kullanıcı katkıları ile finansman yükünün gelir düzeyi düşük ve sağlık durumu kötü olan bireylere kaymasıdır.

ac. Resmi olmayan ödemeler: Kayda geçmez ve birçok ülkede kanun dışıdır. Tedavi sonrası "teşekkür hediyeleri" veya tedavi öncesi doktorlara sunulan para veya hediyeler resmi olmayan ödemeler olarak isimlendirilmektedir. Temel nedenleri; hizmet sunucuları etkileme arzusudur.

b. Özel sağlık sigortaları: Günümüzde, Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nin yanı sıra, Avustralya ve İsviçre gibi ülkeler özel

sağlık sigortacılığına ağırlıklı bir yer vermektedirler (19).

Özel sağlık sigortaları; işlevlerine, primlerin hesaplanma şekillerine, yardımların belirlenmesine ve sigorta şirketlerinin statüsüne göre farklılaşmaktadır. İşlevleri açısından zorunlu sağlık sigortası yerine geçen "ikame edici özel sağlık sigortası" ve zorunlu sağlık sigortası ile birlikte uygulanan "tamamlayıcı özel sağlık sigortası" olarak ikiye ayrılmaktadır. Primlerin hesaplanma şekilleri açısından; bireysel, grupsal ve toplumsal riske göre belirlenen özel sağlık sigortaları mevcuttur. Sigorta şirketleri statü açısından, kâr amaçlı olanlar ve olmayanlar olarak farklılaşmaktadır (12).

Primlerin bireysel riske göre belirlenmesi, özel sağlık sigortacılığında en çok kullanılan prim hesaplama yöntemidir. Primlerin işverenler tarafından ödendiği sistemlerde prim hesaplamaları genellikle grup riskine göre, yani o iş yerinde çalışan grubun ortalama riskine göre belirlenmektedir (12).

Özel sağlık sigortasının teorideki en büyük avantajı; kısıtlı olan kamu kaynaklarının düşük geliri, dezavantajlı ve özel sigortaya ulaşamayacak gruplar için harcanmasına imkân verebilmesidir. Bunu, gelir düzeyi göreceli olarak daha yüksek olan bireylerin özel sağlık sigortasını seçmelerine izin vererek sağlamak amaçlanmaktadır. Ayrıca, özel sağlık sigortalarının kâr güdüsü ile yenilikleri ve verimliliği desteklemesi, tüketicilerin tercihini artırması söz konusudur.

Bu potansiyel avantajların gerçekleşmesi özel sağlık sigortalarının işleyiş ve denetimi ile yakından ilişkilidir. Düzenlemenin yokluğu veya yetersizliği aşağıda sıralanan bazı sorunların yaşanmasına neden olabilir:

1. Primlerin miktarının doğru olarak belirlenmemesi,
2. Kişilerin sigorta şirketinden var olan hastalıklarını gizleyebilmeleri,

Hakan İSTANBULLUOĞLU ve ark.

3. Özel sigorta şirketlerinin yüksek sağlık riskli grupları sigortalamaktan kaçınmaları,
4. Bireylerin, sigortalandıktan sonra, riskli davranışlarda bulunabilmeleri,
5. Şirketlerin sigorta tekelleri yaratma eğilimleri,
6. Adalet ve dayanışma kavramlarının zede-
lenebilmesi.

c. Tıbbi tasarruf hesapları: Tartışmalı bir konudur. Bireyler, hane halkı ve firmaların gelecekte karşılaşabilecekleri sağlık risklerine karşı, gönüllü veya zorunlu olarak, kendilerine ait banka hesaplarına önceden para yatırmaları ve yalnızca sağlık harcamaları için kullanmaları esasına dayanmaktadır (20).

2. Kamusal nitelikli finansman kaynakları: Kamusal nitelikli sağlık finansman yöntemlerinin doğuşu XIX. yüzyılın sonlarına dayanmaktadır. XIX. yüzyıl sonunda sosyal sigortacılık yöntemi ile başlayan kamusal nitelikli finansmanı, XX. yüzyılın ilk çeyreğinde ortaya çıkan vergilerle finansman izlemiştir (21).

a. Sosyal sağlık sigortacılığı: Kanuni olarak ilk kez 1883 yılında, Bismarck tarafından Almanya'da uygulanmıştır. Bu uygulama hastalık fonuna üye olma zorunluluğunu ve fonun finansmanının işçi ve işverenlerden alınan zorunlu katkılarla gerçekleştirilmesini gerektirmektedir (21).

Çok kısa bir süre sonra iş kazası (1884) ile sakatlık ve yaşlılık (1889) sigortalarının da ortaya çıkmasına neden olan zorunlu hastalık sigortası, zaman içinde gelişerek diğer birçok ülkenin sosyal güvenlik sistemine örnek oluşturmuştur (22).

Devletin sağlık alanındaki sosyal kaygılarını somut bir şekilde ifade etmesi, işçilerin ve ailelerinin beklentilerine yanıt vermesi nedeni ile zorunlu sağlık sigortasının kabul edilirliliği hızla artmıştır. Almanya'yı takiben 1910 yılında İngiltere, 1921 yılında da

Fransa sağlık sigortası uygulamalarını başlatmıştır (21).

Sosyal sigorta yöntemiyle herkese sağlık güvencesi sağlamak, sadece bazı ülkelerle sınırlı olmak üzere ve ancak çok yakın zamanda mümkün olmuştur. Avrupa'da; İsveçre 1996, Belçika 1998, Fransa ise 2000 yılında tüm nüfusa %100 oranında sosyal sağlık güvencesi sağlamıştır (23).

Günümüzde sosyal sağlık sigortası tarihsel özünü korumakla birlikte ülkelerin sosyal, ekonomik, kurumsal ve ideolojik yapılarındaki farklılıklara bağlı olarak yapısı, işleyişi ve teknik yönleri açısından farklılık göstermektedir.

Sosyal sağlık sigortası sistemlerinin bazı temel özellikleri şunlardır:

1. Üyelik zorunludur.
2. İlk uygulama, işçi ve işveren katkıları ile başlamış, sonra zamanla devlet de finansmana katılmıştır.
3. Tespit edilen primler genellikle işçiyle işveren arasında paylaştırılmaktadır.
4. Genel vergilerin, sosyal sağlık sigortaları ile finansmanda önemli bir rolü bulunmaktadır.
5. Sigorta kuruluşları bazı ülkelerde kâr amacı taşımakta iken, bazı ülkelerde taşımamaktadır.

b. Vergilerle finansman: Vergilerle finans sistemlerinin doğması 1920'li yıllara rastlamaktadır. Sovyetler Birliği, kamu finansman yöntemini 1938 yılına kadar büyük oranda tüm nüfusa yaygınlaştırmıştır. İngiltere 1948 yılında bu uygulamayı başlatan ilk Batı Avrupa ülkesi olmuştur. Bu ülkeleri, Japonya, İskandinav ülkeleri ve Kanada izlemiştir (24).

Bugün 29 OECD üyesinin 13'ü ağırlıklı olarak vergilerle finanse edilmektedir. Dünyanın pek çok ülkesinde genel vergi gelirleri

sağlık hizmetlerinin finansmanı için kullanılmaktadır (25).

Ulusal vergilendirme yoluyla kaynak sağlama, sağlık sektörü ve diğer kamu alanlarına yapılan harcamalar konusunda bir tercih yapmayı gerektirmektedir. Vergileri ulusal olarak toplamanın avantajı; yönetimde ölçek ekonomisinden faydalanmaktır. Yerel vergilendirme, İskandinav ülkelerinde sağlık finansman kaynağı olarak kullanılmaktadır (26).

Toplanan vergiler amaçlarına göre genel ve özel amaçlı olarak ikiye ayrılmaktadır. Genel amaçlı vergiler çeşitli amaçlar için kullanılmak üzere toplanan vergilerdir. En önemli avantajları; geniş bir gelir tabanı oluşturması ve sağlık sektörü ile diğer kamu harcamaları arasında tercih yapmaya olanak sağlamasıdır. Özel amaçlı vergiler, sadece sağlık sektöründe kullanılmak üzere toplanan vergilerdir (10).

e. Fonların Havuzlanması

Sağlık finansmanında tek bir havuzun bulunması, hem riskin hem de gelirin ülkedeki bütün üyeler arasında yeniden dağıtımını en üst düzeyde sağlamaktadır. Büyük fonlar yoluyla katkı oranları azaltılmakta, dayanışma daha büyük ölçüde gerçekleşmekte ve ölçek ekonomisinin avantajları kullanılmaktadır (27, 28).

Belirsiz sağlık ihtiyacının finansal riskinin paylaşılması sağlık finansmanında fon havuzlamanın temel amacıdır. Düşük gelirli üyelerin sübvansiyonu ve riskin üyeler arasında paylaşılması için farklı sağlık sistemlerinde farklı örgütsel ve teknik düzenlemeler bulunmaktadır.

f. Hizmet Sunucularına Ödeme Yapma

Hizmet sunucularına ödeme konusunda hizmet başına ödeme, gün başına ödeme, vaka başına ödeme, kişi başına ödeme, bütçe ve

ücret ödeme gibi farklı yöntemler bulunmaktadır (10).

Hizmet başına ödeme; ayakta veya yatarak tedavilerde hastaya sunulan her hizmet için yapılan ödemedir. Bu yöntemin avantajı, ihtiyaç duyulan her hizmetin sağlanmasını garanti ederek hizmette kaliteyi artırmasıdır. Dezavantajı ise hizmet sunucuların daha fazla kâr elde etmek amacıyla hastaya ihtiyacı olmayan hizmetleri sunması veya sunmuş gibi gösterebilmesine olanak tanımasıdır (29).

Gün başına ödeme; yönetim maliyeti düşük bir yöntemdir. Ancak bu yöntemde de hizmet sunucular daha fazla kâr elde etmek için hastanın gereğinden daha uzun süre yatırılmasını sağlayabilmektedirler (29).

Vaka başına ödeme; hem ayakta hem de yatarak tedavilerde, hastaya konulacak teşhise göre yapılan ödemedir. Maliyetleri kontrol etmek açısından önemli olan bu yöntemde, hizmet sunucuların daha ciddi ve dolayısıyla daha pahalı olan vakaları tercih edip, teşhis ve tedavisi daha ucuz olan hastaları başka yerlere göndermeleri mümkündür (30).

Kişi başına ödeme; yönetimi kolay bir ödeme şeklidir. Gereksiz hizmet sunumuna neden olmamaktadır. Fakat gerekli hizmetin sunulmasını sağlamak zorlaşabilmektedir. Maliyetleri kontrol altına alma özelliği sistemin avantajı olarak sayılabilir (30).

Maaş ödemesi; personel motivasyonunun düşük olduğu durumlarda hizmet sunumunu olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Buna karşılık maliyetleri kontrol altına alma özelliği bulunmaktadır (29).

Hizmet sunucularının davranışlarını etkileyebilme, ödeme yöntemlerinin en önemli özelliğidir. Ödeme şeklinin hastalığın teşhisi, hizmetin şekli ve niceliği, reçeteye yazılan ilaçların miktar ve türleri, hastanede yatış

Hakan İSTANBULLUOĞLU ve ark.

süresi, tahlil istenme sıklığı gibi konularda ölçülebilen etkilere sahip olduğu bilinmektedir.

3. SAĞLIK FİNANSMANINI DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

Sağlık hizmetlerine ulaşım, kaynak oluşturmada adalet, kaynak tahsisinde verimlilik ve sağlık hizmetlerinin sunumunda sürdürülebilirlik ölçütleri, sağlık finansmanını değerlendirebilmek için kullanılmaktadır.

a. Sağlık Hizmetlerine Ulaşabilirlik

Yeterli sağlık hizmetlerini, ödenebilir bir fiyatla, tüm nüfusun hizmetine sunmak anlamına gelmektedir. İki farklı kapsamı birarada bulundurmaktadır. Yeterli sağlık hizmeti sunmak ve bu hizmetleri ödenebilir bir fiyatla tüm nüfusa sağlamaktır. Tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamanın en önemli özelliği, tüm bireylerin toplam sağlık harcamalarının finansmanını paylaşmasıdır (31,32).

b. Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Adalet

Dikey ve yatay olmak üzere iki tür adalet kavramından söz edilebilir. Dikey adalet, farklı ödeme gücüne sahip bireylerin farklı miktarlarda; yatay adalet, aynı ödeme gücüne sahip bireylerin aynı miktarda katkı yapmasını öngörmektedir (33).

c. Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Verimlilik

Sağlık finansmanında verimlilik; sağlık hizmetinin olası en düşük maliyetle sağlanması, kaynakların farklı sağlık hizmetleri arasında uygun bir şekilde dağıtılması gibi genel verimlilik kavramları ile incelenmiştir (34).

d. Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Sürdürülebilirlik

Sağlık finansmanda gelir oluşturma sürecini, mevcut finansman seviyelerinin sürdürülebilirliğini ve gelirin artırılmasını etkileyen pek çok değişken mevcuttur. Ekonomik yapı,

siyasal kurumlar, ülkedeki politik kararlar sürdürülebilirliği etkileyen önemli değişkenlerdir (12).

4. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI VE MEVCUT DURUM

1. Türkiye'de Özel Nitelikli Sağlık Finansmanı

a. Türkiye'de cepten ödemeler: OECD ülkelerinde cepten ödemelerin toplam sağlık harcamaları içerisindeki oranı 1992-2004 yılları arasında, %20-21 arasında seyretmiş, aynı dönemde ülkemizde bu oran %29 olarak bulunmuştur. Ancak, 2004 yılı verileri incelendiğinde OECD ve ülkemizde cepten ödeme oranlarında benzerlik olduğu görülmektedir (Tablo 1) (35,36). Tablo 1'i buraya alalım.

2. Türkiye'de Özel Sağlık Sigortacılığı

Ülkemizde 1980'li yılların başından itibaren, özel sağlık sigortalarına olan talep artmıştır. Ancak özel sağlık sigortacılığı sektörü 1999 ve 2000 yıllarında durağanlık dönemine girmiştir. Söz konusu durağanlığı ortadan kaldırmak ve özel sağlık sigortacılığını teşvik etmek için özel sağlık sigortalarından alınan Banka ve Sigorta Muamele Vergisi 4697 sayılı Kanun ile 07.10.2001 tarihinde yürürlükten kaldırılmıştır. Bu durum sigortalılar tarafından özel sağlık sigortaları için ödenen primlerin %5 azalması anlamına gelmiştir. Ülkemizde 1997-2002 yılları arasında sigorta şirketi sayısının azalmasına karşılık sigortalı sayısında az da olsa artış görülmüştür (Tablo 2) (37,38). Tablo 2'i buraya alalım.

3. Türkiye'de Kamusal Nitelikli Sağlık Finansmanı

Bağımlı çalışanlar için, sigortacılık tekniği öngörülerek 1950 yılında yürürlüğe sokulan Kanun, ülkemizde kamusal nitelikli sağlık finansmanı olarak değerlendirilebilecek ilk uygulamadır. Bunu 1965 yılında sağlık har-

camaları kurumlarınca karşılanmak üzere kamu çalışanlarının, 1971 yılında emekli memurların, 1985 yılında bağımsız çalışanların güvence altına alınması ve 1992 yılında çıkarılan Yeşil Kart Kanunu izlemiştir. 2006 yılında kabul edilen Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (SSGSS), tek bir finansman kurumu ile bütün vatandaşların sosyal sigortacılık yöntemiyle sağlık güvencesine kavuşturulmasını hedeflemektedir (37).

TÜRKİYE'DE SOSYAL SAĞLIK SİGORTACILIĞI

Sosyal güvenliğin bazı temel ilkelerini belirleyen ve Türkiye'de ilk kez sosyal sigortalının kurulmasını öngören 3008 sayılı İş Kanunu 1936 yılında çıkarılmıştır. 1945 yılında çıkarılan İşçi Sigortaları Kurumu Kanunu ile İşçi Sigortaları Kurumu doğmuştur. Değişik tarihlerde kurulan ve dağınık bir görünüme sahip sosyal sigorta kolları, tek bir çatı altında toplanması, 1965 yılında yürürlüğe giren 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu ile Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)'nın kurulması ile gerçekleşmiştir. Ancak bu Kanun ile tüm çalışanlara sağlık güvencesi sağlanamamıştır (38).

1949 yılında çıkartılan 5434 sayılı Emekli Sandığı (ES) Kanunu ile o güne kadar dağınık halde bulunan ve emekli memurlara sosyal güvence sağlayan kanun ve sandıklar birleştirilerek, emekli olan memurların sağlık güvencesi düzenli bir sosyal güvenlik rejimine dönüştürülmüştür. Halen çalışan devlet memurlarının sağlık yardımları ise 1965 tarih ve 657 sayılı Kanun çerçevesinde kurumlarınca karşılanmaktadır. 1971 yılında 1479 sayılı "Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kanunu" ile Bağ-Kur'un kurulması, kimi sınırlamalarla da olsa bağımsız çalışanları ilk etapta uzun vadeli sigortaya kavuşturmuştur. SSK

gibi Bağ-Kur'un kapsamı da zamanla genişlemiştir. Bağ-Kur sigortalıları 1985 yılında kabul edilen 3235 sayılı Kanun ile aşamalı bir biçimde sağlık güvencesine kavuşmuştur. Her üç sosyal güvenlik kurumu ve aktif çalışan memurlar için tanınan sağlık güvencesi, sosyal güvenliğin toplumun tüm bireylerini kapsama alma hedefine uygun olarak, belli koşullarla ve birtakım farklılıklarla da olsa, sigortalıların bakmakla yükümlü oldukları aile bireylerine de, onların adına herhangi bir prim veya katkı ödenmeden sağlanmaktadır. Ülkemizde sigortacılık ilkesi ile sağlık yardımı sunan SSK, ES ve Bağ-Kur'un kapsamını genişleten kanunlara rağmen, sigortacılık yöntemiyle tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamaları mümkün olamamıştır. Üç kurumun farklı norm ve standartları bulunmaktadır. Bu farklı norm ve standartlar hizmete hak kazanma koşulları, bakmakla yükümlü olunan aile bireyleri, sağlanan sağlık yardımlarının kapsamı ve süresi ve prim oranları gibi konularda gözlenmektedir (39).

Türkiye'de yapılan son düzenleme, yukarıda belirtilen norm ve standart farklılıklarını ortadan kaldırmayı ve tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamayı amaçlayan 31.05.2006 tarih ve 5510 sayılı "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu"nun kabulüdür (40).

Gerek sosyal güvenlik alanında gerekse sağlık finansmanı alanında köklü değişimleri beraberinde getiren kanun, şimdiye kadar kurulan sosyal güvenlik rejimlerini aynı çatı altında birleştirmiş, ilk kez zorunlu devlet katkısını ve tüm nüfusu zorunlu sağlık sigortası kapsamı altına alan GSS sistemini getirmiştir. Sistemin idari yapılanması ise 16 Mayıs 2006 tarih ve 5502 sayılı "Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu" ile gerçekleştirilmiştir (41). GSS ile planlanan gelişmeler (42):

1. Toplumun tüm fertlerinin sağlık hizmetlerinden faydalanması,

Tablo 1. Türkiye'de toplam sağlık harcamalarının finansman kaynakları (1994-2004) (35,36).

Finansman kaynağı	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Vergi + fon	46	43	43	43	40	27	26	32	31	30	31
Sigorta primi	24	27	25	28	31	33	36	35	38	40	40
Cepten ödeme	30	30	32	29	28	30	29	24	22	21	20
Diğer özel	-	-	-	-	-	10	9	9	9	9	9
Toplam	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Tablo 2. Türkiye ve bazı dünya ülkelerinin toplam sağlık harcamaları içerisinde kamunun payının karşılaştırılması (2002-2005) (35,36).

	Tüm sağlık harcamaları içinde kamunun payı (yüzde olarak)			
	2002	2003	2004	2005
Afganistan	29.1	28.7	22.8	31.2
Çin	35.8	36.2	38	38.8
İngiltere	83.4	85.5	86.3	86.9
ABD	44.6	44.5	44.8	45.1
Türkiye	70.4	71.6	72.3	71.4

2. Sağlık hizmetlerine olan talebin büyük kentlerdeki sağlık tesislerine kaymasının önlenmesi,

3.Sağlık kurumları arasında rekabete önem verilerek, sağlık kurumlarının daha verimli çalışmasının sağlanması,

4. Aile hekimliği sisteminin yerleştirilerek, hastaların hastalıkları ilerlemeden tespit edilmesi,

Bunun yanında, GSS'de yaşanabilecek olumsuzluklar da şu şekilde sıralanabilir (42):

1.Hastaların önceki alışkanlıklarından vazgeçip aile hekimine gitmeleri kolay olmayacak, bir süre kargaşa yaşanacaktır.

2.GSS uygulaması için finansman kaynağına ihtiyaç vardır.

3.Genel olarak sağlık primi artmış görünmektedir. Sigortalılar bunun farkında olarak daha kaliteli sağlık hizmeti bekleyeceklerdir.

4.GSS sağlık konusunda asgari sağlık hizmeti verecek daha fazla ve kaliteli sağlık hizmeti için kişiler özel sağlık sigortasına ihtiyaç duyacaktırlar.

5.Hangi sağlık hizmetlerinin GSS kapsamına alınacağı (estetik operasyonlar vb.) tartışma konusu olacaktır.

6.Ülkemizde sağlık hizmetleri arzı yetersiz olduğu gibi, şehirler arası da büyük farklılıklar bulunmaktadır. Birçok ilimizde hekim ve araç-gereçler yetersizdir.

7.Özellikle kırsal kesimde olmak üzere, aile hekimliği sistemi; sağlık hizmet sunumu, daha önce sunulan ekip hizmetinden hekim-hemşire hizmetine dönüştürmüş, dar alanda geniş kapsamlı hizmet anlayışından saporak ayakta tedavinin öncelendiği poliklinik hizmetleriyle sınırlı kalmıştır.

8.GSS sistemi ulaşım, haberleşme, kentleşme vb. alanlarında sağlam bir altyapı gerektirmektedir. Oysa bu alanlarda eksiklikler bulunmaktadır.

TARTIŞMA

Türkiye'nin sağlık harcamaları OECD'nin 2004 yılı verilerine göre GSMH'nin %7.7'sidir. Bu rakam OECD ülkeleri ortalaması dikkate alındığında %9 olarak karşımıza çık-

maktadır. Toplam sağlık harcamaları 2006 yılında 43.2 milyar YTL olarak gerçekleşmiştir. Bunun 31.3 milyar YTL'si kamu, 11.9 milyar YTL'si özel sektör tarafından karşılanmıştır. Diğer bir ifadeyle yapılan sağlık harcamalarının %72.4'ü kamu tarafından sağlanırken, %27.6'sı cepten harcamalar dahil, özel sektör tarafından karşılanmaktadır. Türkiye'de cepten yapılan harcamaların toplam sağlık harcamalarına oranı, Fransa ve Almanya'ya oranla daha yüksek, ABD ve Yunanistan'a oranla ise daha düşüktür (43).

Öte yandan, Türkiye'nin sağlık harcamalarının GSMH'ya oranı IMF tarafından tespit edilen benzer gelir grubundaki Brezilya, Bulgaristan, Macaristan, Endonezya, Meksika, Filipinler, Polonya ve Rusya gibi ülkelerin ortalamasının üzerindedir (44).

Dolayısıyla, Türkiye'nin sağlık harcamalarının -gelişmiş ülkelerin gerisinde olsa da kendi gelirine oranla makul bir düzeyde olduğu değerlendirilmektedir.

Türkiye'de Sosyal Güvenlik Kurumları (SGK)'nın yarattığı açık 2007 yılında GSMH'nin %5.24'üne ulaşmıştır. Açığı kapatmak için 2007 yılında SGK'ya yapılan bütçe transferi 33 milyar YTL'dir. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, herhangi bir düzenleme yapılmaması halinde sosyal güvenlik açıklarının GSMH içindeki payının 2020 yılında GSMH'nin %8.3'üne, 2050 yılında ise %16.2'sine ulaşacağını tahmin etmektedir (45,46).

Sağlık Reformu ile onun bir parçası olarak gerçekleştirilen Sosyal Güvenlik Reformu'ndan bu açıkları azaltması beklenmektedir.

Ülkemizde özel sağlık sigortası şirketlerinin sağlık ekonomisinde nispeten kısıtlı bir rolü vardır. Türkiye'de 2007 sonu itibarıyla özel sağlık sigortası sahibi 1.275.000 kişi bulunmaktadır. Bu sayı toplam 15 milyon sigortalının %8.5'ini kapsamaktadır. Genel nüfusa oranı ise %2'nin altındadır. Dolayısıyla, bu

hizmetten küçük bir kesim yararlanmaktadır (47).

Özel sağlık sigortası sahiplerinin yaklaşık tamamı, GSS'ye de dâhildir. Dolayısıyla, resmen olmasa da özel sağlık sigortaları, GSS'yi tamamlayıcı bir işlev üstlenmektedir.

Ülkemizde hâlihazırda genç nüfus fazladır ve genç nüfusun sağlık ihtiyacı yaşlı nüfusa oranla görece olarak azdır. Ancak, mevcut nüfus giderek yaşlanacak ve sağlık ihtiyacı artacaktır. SGK Türkiye'de 65 yaş üzeri nüfusun 65 yaşın altındaki nüfusa oranının 2012-2037 yılları arasında ikiye katlanarak %7'den %14'e ulaşacağını öngörmektedir (42).

Kayıtlı ve sigortalı olmaları halinde bu genç nüfusun sağlık ekonomisi bakımından katkı sağlamaları beklenmektedir. Ancak kayıt dışılığın yüksekliği bunu mümkün kılmaktan henüz uzaktır. Zamanla SGK'ya kayıtlı kişi sayısı ve toplanan primlerde bir artış beklenebilir. Bu artış hem oluşturulacak yeni istihdamla hem de zamanla kayıt dışı olanların kayıt içine alınmasıyla sağlanabilir.

Yapılan araştırmalar sağlık hizmetlerinden yararlanma oranının tüketici tarafından yapılan ödemelerle bağlantılı olduğunu ortaya koymaktadır. Bu çerçevede katkı payı oranı arttıkça, sağlık hizmetlerinden yararlanma da azalmaktadır (48).

Dolayısıyla, katkı payları bağlamında korunmaya muhtaç hassas bir denge olduğu açıktır. Makul bir hasta katkısının temel amacı, kendi kendine tedaviyle atlatılabilecek hastalık durumlarında hastanın doktora başvurusunu kısıtlı tutmak, hatta hastalık öncesinde gerekli koruyucu tedbirlerin alınmasını teşvik etmektir. Ancak katkı payının toplumsal ödeme gücünü aşması durumunda; doktor kontrolüne muhtaç hasta, katkı payının yüksekliği nedeni ile doktora gitmekten çekinebilecek, hastalığın tedavisi uzayacak ve daha masraflı hale gelebilecektir.

Hakan İSTANBULLUOĞLU ve ark.

Sosyal Güvenlik Reformu ile GSS sistemi yürürlüğe girmekte ve tüm vatandaşlar GSS kapsamına alınmaktadır. Bu çerçevede 18 yaş altındaki tüm vatandaşların herhangi bir şart aranmaksızın sağlık sigortasından faydalanmaları sağlanmaktadır (42).

Bu uygulamanın kamu sağlığı bakımından olumlu sonuçlar doğurması beklenebilir. Öte yandan kısıtlı kaynakların etkin kullanımının önemi de artacaktır. Bu bağlamda sağlık ekonomisi ve finansmanı değerlendirme yöntemlerine daha yaygın başvuru gündeme gelecektir.

Avrupa Birliği (AB)'ne üye olunması halinde Türkiye Cumhuriyeti vatandaşları da yurt dışı tedavi imkânları açısından aynı haklara sahip olacaklardır (49).

Konu SGK'yı da ilgilendirmektedir, zira bu durumda tedavi masraflarının bu kurum tarafından karşılanması gerekecektir. Bu durumun ilave maliyet yaratacağı, kaynak ayrılması gerekliliği öngörülmelidir. Buna karşılık AB üyesi ülkelerin vatandaşlarının Türkiye'de tedavi almalarının altyapısı hazırlandığı takdirde Türkiye sağlık alanında yeni gelişir elde edebilir.

Türkiye'nin ilaç harcamaları hastaların ilaca erişimini kolaylaştıran uygulamalar ve ülkenin demografik gelişimi doğrultusunda artmaktadır. Reçeteli ilaç harcamaları 2007 yılında 11 milyar YTL düzeyine erişmiştir. Türkiye'de ilaç harcamalarında görülen artış, aslında OECD ülkeleriyle paraleldir. OECD ülkelerinde de ilaç harcamaları 1998-2003 yılları arasında ortalama %32 artmıştır (50).

Türkiye, her ne kadar kişi başına düşen rakamlar yüksek olmasa da, ilaca kayda değer bir bütçe ayırmaktadır. İlaç harcamaları tüm sağlık harcamalarının %42'sine ulaşmıştır. Öte yandan, ilaçların insan hayatı bakımından önemi de her geçen gün artmaktadır. Dolayısıyla, Türkiye'nin hastaların ilaca erişimini kısıtlamaksızın kaynaklarını etkin

kullanacak yöntemlerle hareket etmesi gerekmektedir.

SONUÇ

Sonuç olarak sağlığa ayrılan kaynak, aslında ülkelerin gelişmişlik düzeylerini ortaya koyan en önemli göstergelerden biridir ve Türkiye, önümüzdeki yıllarda bir taraftan GSMH içinde sağlığa ayırdığı payı artırarak en azından OECD ortalamasına ulaşmaya çalışırken, diğer taraftan bu kaynakların en verimli şekilde kullanılmasını sağlamak zorundadır.

KAYNAKLAR:

1. Çilingiroğlu N. Temel kavramlar ve sağlık ekonomisi. In: Güler Ç, Akın L, eds. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. 1. Baskı. Ankara: Hacettepe Vakfı Yayınları; 2006. p. 1060-2.
2. Vercouter J. Antik Tarih-İlkçağ Tarihi. 1. Baskı. İstanbul: Yapı Kredi Yayınları; 2008. p. 11.
3. "http://kitap.antoloji.com/kisi.asp?CAS=124702" Pirene H. Ortaçağ Avrupası'nın Ekonomik ve Sosyal Tarihi (Çeviren: "http://kitap.antoloji.com/kisi.asp?CAS=135828" Uygur Kocabaşoğlu). 2. Baskı. İstanbul: "http://kitap.antoloji.com/yayinevi.asp?PUB=12483" İletişim Yayınları; 2007. p. 20-4.
4. Silver H. Social exclusion and social solidarity: three paradigms. International Labour Review 1994;133(5-6):531-78.
5. Çağatay N. Bir Türk Kurumu Olan Ahilik. 2. Baskı. Konya: Konya Selçuk Üniversitesi Basımevi; 1981. p. 37-40.
6. Ateş İ. Hayri ve Sosyal Hizmetler Açısından Vakıflar. Vakıflar Dergisi 1982;15:56.
7. Dilik S. Servetin Geniş Kitlelere Yayılması. 1. Baskı. Ankara: A.Ü. Sosyal Bilimler Fakültesi Yayınları; 1976. p. 59-60.
8. Börsch-Supan A, Schnabel R. Social Security and Declining Labor-Force Participation in Germany. The American Economic Review 1998;88(2):173-8.
9. İnsan Hakları Evrensel Beyanamesi. Unicef web sayfası http://www.unicef.org/turkey/udhr_gi17.html. Erişim Tarihi: [26.06.2009].
10. Alma-Ata Deklerasyonu. Dünya Sağlık Örgütü web sayfası. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf. Erişim Tarihi: [26.06.2009].
11. T.C. Anayasası. Türk Anayasa Hukuku Sitesi web sayfası. <http://www.anayasa.gen.tr/1982ay.htm> Erişim Tarihi: [26.04.2009].
12. Mossialos E, Dixon A. Funding health care: an introduction. In: Mossialos E, Dixon A, Figueras J, Kutzin J, eds. Funding Health Care: Options for Europe. 1sted. Philadelphia: Open University Press; 2002. p. 1-31.

13. Cutler DM, Reber SJ. Paying for health insurance: the trade-off between competition and adverse selection. *Quarterly J Economics* 1998;113(2):433-66.
14. Kutzin J. A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy* 2001;56(3):171-204.
15. Yalçın T, Yıldırım H. Sağlık hizmetlerinin finansmanı. *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı* 2001;40:1-11.
16. Lee K, Goodman H. Global policy networks: the propagation of health care financing reform since the 1980s. In: Lee K, Buse K, Fustukian S, eds. *Isted. Health Policy in a Globalising World*. Cambridge: Cambridge University Press; 2002. p. 9-11.
17. Abel-Smith B. The World Economic Crisis. Part 1: Repercussion on Health. *Health Policy and Planning* 1986;1(3):202-13.
18. Creese A. User fees. *British Medical Journal* 1997;315:202-3.
19. Thorpe KE, Florence CS, Howard DH, Joski P. The rising prevalence of treated disease: effects on private health insurance spending. *Health Affairs* 2005;24(4):317-25.
20. Deber RB, Forget EL, Roos LL. Medical savings accounts in a universal system: wishful thinking meets evidence. *Health Policy* 2004;70(1):49-66.
21. Ron A, Abel-Smith B, Tamburi C. *Health Insurance in Developing Countries: The Social Security Approach*. Isted. Geneva: ILO; 1990. p. 21-33.
22. Fişek G, Özşuca ŞT, Şuğle MA. Sosyal Sigortalar Kurumu Tarihi 1946-1996. İstanbul: SSK-Türkiye Ekonomik ve Toplumsal Tarih Vakfı; 1998. p. 24-25.
23. Saltman RB. Social health insurance in perspective: the challenge of sustaining stability. In: Saltman RB, Busse R, Figueras R, eds. *Social Health Insurance Systems in Western Europe*. Isted. Philadelphia: Open University Press; 2004. p. 4-5.
24. Broadbent J, Gill J, Laughlin R. Evaluating the private finance initiative in the National Health Service in the UK. "<http://leeds1.emeraldinsight.com/0951-3574.htm>" \o "Accounting, Auditing & Accountability Journal." *Accounting, Auditing & Accountability Journal* 2003;16(3):422-45.
25. Wagstaff A. Social Health Insurance vs. Tax-Financed Health Systems Evidence from the OECD. Policy Research Working Paper. Washington: The World Bank; 2009. p. 30.
26. Preker AS, Carrin G, Dror D, Jakab M, Hsiao W, Tenkorang DA. Effectiveness of community health financing in meeting the cost of illness. *Bulletin of the World Health Organization* 2002;80:143-50.
27. Neelam SN, Savedoff W. Private Health Insurance: Implications for Developing Countries. First Edition. Geneva: World Health Organization; 2004. p. 3.
28. Kutzin J. *Towards Universal Health Care Coverage: A Goal-oriented Framework for Policy Analysis*. Geneva: The World Bank; 2004. p. 9.
29. Gottret P, Schieber G. *Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide*. Geneva: The World Bank; 2006. p. 61-6.
30. Dror DM, Preker AS. *Social Reinsurance A New Approach to Sustainable Community*. Health Financing. Washington: The World Bank; 2002. p. 89.
31. Carrin G, James C. Social health insurance: key factors affecting the transition towards universal coverage. *International Social Security Review* 2005;58(1):45-64.
32. Johns B, Sigurbjörnsdóttir K, Fogstad H, Zupan J, Mathai M, Tan-Torres Edejer T. Estimated global resources needed to attain universal coverage of maternal and newborn health services. *Bull World Health Organ* 2007;85(4):256-63.
33. Wagstaff A, van Doorslaer E, Calonge S, et al. Equity in the finance of health care: some international comparisons. *J Health Econ* 1992;11(4):361-87.
34. Gottret P, Schieber GJ, Waters HR. *Good Practices in Health Financing Lessons from Reforms in Low- and Middle-Income Countries*. Washington: The World Bank; 2008. p. 288-9.
35. Sağlık Harcamaları 1999-2004. Türkiye İstatistik Kurumu web sayfası "http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb_id=6&ust_id=1" http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb_id=6&ust_id=1 Erişim Tarihi: [26.04.2009].
36. Health Expenditure. OECD web sayfası. "<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=CSP2009>" <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=CSP2009> Erişim Tarihi: [26.04.2009].
37. Karacık A. Türkiye'de sağlık sigortaları. *Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı II* 2009;40(4):1029-39.
38. Demir F. Atatürk Dönemi Çalışma Hayatımız. *TUHİS* 2007;20(4-5):18-9.
39. Güvercin CH. Sosyal güvenlik kavramı ve Türkiye'de sosyal güvenliğin tarihçesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2004;57(2):89-95.
40. Resmi Gazete. 16.06.2006 tarih, 26200 sayılı. "<http://rega.basbakanlik.gov.tr/>" Erişim Tarihi: [03.07.2009].
41. Resmi Gazete. 20.05.2006 tarih, 26173 sayılı. "<http://rega.basbakanlik.gov.tr/>" Erişim Tarihi: [03.07.2009].
42. Orhaner E. Türkiye'de sağlık hizmetleri finansmanı ve genel sağlık sigortası. *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi* 2006;1:1-22.
43. Orosz E, Morgan D. *SHA-Based National Health Accounts in Thirteen OECD Countries: A Comparative Analysis*. Isted. Paris: OECD Health Working Papers; 2004. p. 28-32.
44. Ahmad E, Brosio G, Tanzi V. Local Service Provision in Selected OECD Countries: Do Decentralized Operations Work Better? Washington: IMF; 2006. p. 5-12.
45. Mali İstatistikler. Sosyal Güvenlik Kurumu web sayfası. http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/Anasayfa/Istatistikler/mali_istatistikler Erişim Tarihi: [03.07.2009].
46. Bulut M. Türkiye'de sosyal güvenlik sistemi açıkları ve etkileyen sebepler. *Mercek* 2008;4:1-11.
47. Kısa A. The Turkish commercial health insurance industry. *The Turkish Commercial Health Insurance Industry* 2001;25(4):233-9.
48. Basağoğlu İ, Erdemir AD. The development of health insurance in Turkey and its importance from the point of view of medical ethics. *Eubios Journal of Asian and International Bioethics* 2004;14:58-60.
49. Lock K, McKee M. Health impact assessment: assessing opportunities and barriers to intersectoral health improvement in an expanded European Union. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2005;59:356-60.
50. Anderson GF, Frogner BK, Johns RA, Reinhardt UE. Health care spending and use of information technology in OECD countries. "<http://content.healthaffairs.org/>" *Health Affairs* 2006;25(3):819-31.