

1990 SONRASI GELİŞMELER BAĞLAMINDA SAĞLIK HARCAMALARINDA FİNANSMAN SORUNU VE TÜRK KAMU MALİYESİNDEKİ YERİ

Ramazan ARMAĞAN*

Özet

Temel ihtiyaç ve insan hakkı olan sağlık hizmetleri, devletin maliyet - fayda ilişkisi kurmaksızın kaynak tahsis etmesi gereken bir hizmet türüdür. Dünyada olduğu gibi, ülkemizde de sosyal ve ekonomik kalkınmanın temel göstergelerinden biri olan sağlık hizmetleri önemini sürekli korumaktadır. Kamu ekonomisi açısından sağlık harcamalarının finansmanı, nitelikleri ile üretimine ilişkin sorunların çözümü, ülkelerin yürürlükteki “**Sosyal Güvenlik Sistemi**” kapsamında ele alınmaktadır. Sağlık hizmetlerinin etkin biçimde sunumu ve sağlam finansman kaynaklarına dayandırılması, gelişmiş ve gelişmekte olan tüm ülkelerin gündeminde öncelikli bir sorun konumundadır. Bu çalışmada, ülkemizdeki sağlık hizmetlerinin kapsamı, hizmet birimleri ve finansman yolları hakkında bilgi verilerek, bu alanda meydana gelen iç ve dış gelişmelerin etkileri ile hizmet finansmanına ilişkin ortaya çıkan sorunlar ve çözüm arayışları hakkında bir değerlendirme yer almaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık hizmetleri, sağlık hizmeti türleri, sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri, sosyal güvenlik sistemi, genel sağlık sigortası.

Abstract

Health services is the basic human need and deemed as the basic right of every citizen's in modern state. Governments provide this service without looking at the basic cost-benefit analysis. Health spending and services provided has been in a prominent a prominent indicator of social and economic progress worldwide and in Turkey. Solutions discussed in and provided by public economics to the typical problems of public health services such as funding, characteristics as well as its supply has been dealt with under the guidance of current laws and by-laws of “social security system”. Effective supply of health services and backing its funding with strong financial resources are among the prominent problems of all developed and developing countries. In this paper, we provide facts about the extent of health services from various angles and their methods of funding. We also point out the recent problems

* Yrd.Doç.Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi, İİBF, Maliye Bölümü Öğretim Üyesi.

that have arisen from internal and global developments and their impact on funding of health services and discuss probable solutions.

Keywords: health services, types of health services, funding methods of health services, social security system, general health insurance.

Giriş

Ülkelerin gelişmişlik düzeyini belirleyen başlıca faktörlerden birini beşeri sermaye oluşturmaktadır. Beşeri sermaye kavramı; toplumu oluşturan bireylerin bilgi, beceri ve deneyimlerinin üretime yansımaları ifade etmektedir. Ayrıca, bir ülkedeki beşeri sermayenin kalitesini de bireylerin fizyolojik ve psikolojik açıdan sağlık düzeyleri göstermektedir. Sağlıklı bireylerden oluşan ülkeler, kalkınma ve büyüme ile beşeri sermaye yatırımlarından uzun süre yararlanabilme açısından önemli avantajlara sahip olmaktadır. Bu nedenle pek çok ülkede, kamu harcamaları içinde sağlık hizmetlerinin payının artırılması ve bu hizmetin daha etkin sunulabilmesine yönelik sorunlar için çözüm arayışı yaşanmaktadır. Yarı kamusal ve sosyal nitelikli bir mal olan sağlık hizmeti; fayda veya maliyeti kısmen veya tamamen yararlananlara ait ve pozitif dışsallık özelliği ile toplam faydası yüksek mallar kapsamında olup, genellikle devlet tarafından üretilmektedir (Pehlivan, 2003: 44-45). Koruyucu, tedavi ve rehabilite edici hizmetler olarak üç grupta toplanan sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunumu, gerek gelişmiş gerekse gelişmekte olan ülkelerin gündemlerinde yer alan öncelikli sorunlar arasındadır. Kamu ekonomisi açısından sağlık harcamalarının finansmanı, nitelikleri ile üretimi, ülkelerin yürürlükte olan “*Sosyal Güvenlik Sistemi*” kapsamında ele alınmaktadır. Ülkemizde sağlık harcamalarının finansman kaynakları; vergiler, kamu- özel sağlık sigortalarının topladığı primler, özel kesim sağlık hizmetleri için doğrudan yapılan ödemeler ile bağış ve yardımlardan oluşmaktadır.

Çalışmamızda genel olarak sosyal güvenlik sistemi kapsamında sağlık hizmetlerinin temel ilkeleri, finansman yöntemleri ve ülkemizde konu ile ilgili sorunlar ve çözüm arayışlarına ilişkin gelişmelerin sosyal ve ekonomik etkileri incelenmektedir.

1. Sağlık Hizmetleri ve Devletin Sosyal Güvenlik Anlayışındaki Gelişim

05.01.1961 tarih ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Konusundaki Kanuna göre; “*Sağlık hizmetleri; insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve*

ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların ise alıştırılması için gerçekleştirilen tıbbi faaliyetlerdir". Bu tanımda, kişi-toplum sağlığı, çevrenin korunması ve geliştirilmesine yönelik önlemlerin tümü ifade edilmektedir (Orhaner, 2002: 3).

Sosyal bir varlık olan insan, doğumundan ölümüne kadar toplu halde ve çeşitli oluşumlar içinde bulunmak zorundadır. İnsanların bütün davranışlarına yön veren temel etken; "kendini koruma isteği" olup, ilk çağlarda kendilerini doğa güçlerine, daha sonraları da kendilerini diğer insanlardan korumak gereksinimi ile karşı karşıya kalmışlar ve bu nedenle büyük bir organizasyon olan "devlet"*i oluşturmuşlardır (Savaş, 1993: 2). Bu bağlamda zamanla devletlere de kendini oluşturan toplum birimlerinin; *refah düzeylerini, emeğinin verimini artırıcı veya yeniden üretimini sağlayan, sağlıklı bireyler olarak yaşamalarını sağlayıcı ortamları hazırlamak gibi sosyo-ekonomik amaçlı araçlarının** geliştirilmesi gibi görev ve sorumluluk yüklenmiştir (Sönmez, 1987: 35).

Kamu ekonomisinde önemli bir yere sahip olan sağlık harcamalarının finansmanı, nitelikleri ile üretimine ilişkin sorunlar, ülkelerin yürürlükte olan "**Sosyal Güvenlik Sistemi**" kapsamında ele alınmaktadır. Sosyal güvenlik kavramı; bazen "*sigorta*" bazen de "*yardım ve dayanışma*" ilkesine göre yorumlandığından hizmet sunumu ve finansmanı ülkelerin siyasi, ekonomik ve sosyal yapıları, yaş piramidi veya dış olayların etkisiyle şekillenmektedir (Kızılyaylalı, 2000: 5).

Ülkemizde sosyal güvenlik alanındaki çalışmalar 1930 yılında "İktisat Vekaleti'nin" içinde şekillenmeye başlamıştır. 27 Mayıs 1934 tarih ve 2450 sayılı İktisat Vekaleti Teşkilatı ve Vazifeleri Hakkında Kanun ile bakanlık bünyesinde "İş ve İşçi Bürosu" kurulmuştur. 26.06.1938 tarihinde Maliye Bakanlığı'na bağlı olmak üzere Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı kurulmuştur. 22 Haziran 1945 tarih ve 4763 Çalışma Bakanlığı Kuruluş ve Görevleri Hakkındaki Kanun çıkarılmıştır. 4792 sayılı yasa ile 1946 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu "İşçi Sigortaları Kurumu" olarak hizmet vermeye başla-

* Devlet; daimi nüfusu, belirli ülkesi, hükümeti, diğer devletlerle ilişkilere girmeye yetkisi olan ve özellikle güvenlik, adalet ve savunma hizmetlerinden sorumlu, siyasi bakımdan değişik şekillerde kurulan bir oluşumdur.

* Kamu harcamaları, vergi politikaları ve sosyal güvenlik sistemine ilişkin düzenlemeler; bazı mal ve hizmetlerin tamamen veya kısmen devlet tarafından sübvansede edilmesi; piyasa ekonomisi koşullarında bireylerin satın alacakları bazı mal ve hizmetlerin bizzat devlet tarafından üretilmesi veya üretim ve tüketiminin sınırlandırılması; eğitim, sağlık ve sosyal güvenlik amaçlı (çocuklar, yaşlılar, hastalar ve işsizlerden oluşan insanların korunmasına yönelik yardım çalışmaları vb.) bedelsiz veya düşük bir bedel ile tüketicilere sunulması öngörülen hizmetler vs.

miş ve 1965 yılında çıkarılan 506 sayılı yasa ile “Sosyal Sigortalar Kurumu” (SSK)na dönüştürülmüştür. Ayrıca, kendi adına bağımsız çalışanları bir sosyal güvenceye kavuşturmak için de 1479 sayılı yasa ile 1971 yılında Bağ-Kur kurulmuştur. 17 Kasım 1974 tarih ve 41040 Sayılı Cumhurbaşkanlığı tezkeresi ile Sosyal Güvenlik Bakanlığı kurularak, SSK ve Bağ-Kur bu bakanlığa bağlanmıştır. Ayrıca; ülkemizde devletçe sağlanan sosyal güvenlik önlemleri dışında, “Özel Sigortacılık” uygulamaları (bu alandaki ilkler; 1925 yılında İş Bankası’nın kurduğu Anadolu Sigorta Şirketi ve 1936’daki ilk özel sermayeli Doğan Sigorta Şirketi’dir) ile de sistem desteklenmiştir (Türk Dış Hekimleri Birliği, **Genel Sağlık Sigortası Yasa Tasarısı ve Dış Sağlık**, <http://www.tdb.org.tr/cm/yon/say_ist.php?pid=>15.04.2005>).

Türkiye’de sağlık hizmetleri değişik mevzuatlara dayalı olarak çeşitli kuruluşlar tarafından ayrı ayrı verilmektedir. Ülkemizde, sağlık politikaları konusundaki en temel yasal çerçeve 1961 yılında çıkarılan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ile çizilmiştir (Tekin, 1987: 79). 1983 sonrası yıllarda sağlık politikalarında önemli değişimler yaşanmıştır. Sağlıkta finans yönetiminin öneminin artmasıyla 1987 yılında çıkarılan 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Hakkında Temel Kanun’la bu alanda ek düzenlemelere gidilerek reform çalışmalarına hız kazandırılmıştır. 1990 yılı sonunda Dünya Bankası desteğinde yürütülen projeler temel olarak sağlıkta reform çalışmalarını konu edinmiş ve bu dönemde reform çalışmalarının adı “sağlık projeleri”ne dönüşmüştür (TC Sağlık Bakanlığı, **Sağlıkta Dönüşüm**, Aralık 2003, <<http://www.hm.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/donusum.pdf>>, 14.05.2007). Özellikle son 15 yılda yoğunluk kazanan ve yasal değişim gerektiren sağlık ve sosyal güvenlik alanındaki çalışmalar yasalaşma sürecinde yaşanan bazı sorunlar nedeniyle halen tümüyle uygulamaya geçirilememiştir.

Ancak 2003 yılında gündeme alınan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” kapsamında 19 Ocak 2005 tarihli Mükerrer Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren “Bazı Kamu Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun” ile başta SSK olmak üzere bazı Kamu Kuruluşlarına ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına devri yapılmıştır. Bu Kanuna göre 20 Şubat 2005 tarihinden itibaren 81 ilimizde bulunan tüm SSK Hastaneleri yeni isimleriyle beraber Sağlık Bakanlığı Devlet Hastaneleri haline gelmiştir. 2007 yılından itibaren de “Aile Hekimliği” pilot bölge uygulamasına başlatılmıştır. Ayrıca, 1 Ocak 2007’de yürürlüğe girmesi öngörülen 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun Anayasa Mahkemesi’nce bazı hükümlerinin iptali ve yürürlüklerinin durdurulması nedeniyle bu yasanın yürürlük tarihi 01.01.2008 tarihine ertelenmiştir.

1.1. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Bir ülkedeki insan topluluğunun sayısını ifade eden nüfusun sağlıklı ve nitelikli bireylerden oluşması, ülke ekonomisinin gelişimi ve kaynak kullanımında verimlilik bakımından büyük önem arz etmektedir (Başol, 1999: 14). Özellikle sağlık alanında kişi başına hekim-yatak sayısı, ilaç tüketimi, sağlık hizmetleri kalitesi gibi temel sağlık göstergeleri, toplumun gelişmişlik düzeyini belirleyen başlıca faktörlerdendir. Ülkelerin sağlık politikaları ve sağlığın kurumsallaşması tarih boyunca toplumların politik, ekonomik ve toplumsal yapılarına, değer yargılarına, sağlık koşullarındaki değişimine göre şekillenmiştir (Can, 2005). Sağlık hizmetleri genel olarak “koruyucu”, “teşhis-tedavi edici” ve “rehabilite edici” olmak üzere üç grupta sınıflandırılmaktadır (Bulutoglu, 1977: 250-251).

1.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri; birey ve toplumun sağlığını tehdit eden risklere karşı yapılan mücadele ile sağlıksız koşulların giderilmesine yönelik faaliyetleri içermektedir. Dışsal faydası en yüksek hizmetlerden biri olan koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumu ile hem kişisel hem de toplumsal faydalara ulaşılmaktadır. Bu hizmetler, öncelikle Sağlık Bakanlığı'na bağlı birinci basamak sağlık hizmet birimleri yanı sıra bazı sağlık üniteleri tarafından ücretsiz olarak sunulmaktadır (Yıldırım, 2006: 15). Başlıca koruyucu sağlık hizmetleri şunlardır:

- *Çevresel sağlık hizmetleri*; bireylerin sağlığını olumsuz yönde etkileyecek biyolojik, kimyasal, fiziki ve sosyal faktörlerin yok edilmesi veya toplumun sağlığını etkilemesinin önlenmesi ile ilgili çalışmaları kapsamaktadır.

- *Bireylere yönelik sağlık hizmetleri*; bireyleri hastalık etkenlerine karşı dirençli kılmak ve hastalıkların bulaşmasını önleyerek, hastalanmaları halinde de en kısa sürede hastalığın tedavi edilmesi çalışmalarından oluşmaktadır (Akdur, 2000: 6).

1.1.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetlerinin bir üst kademesini oluşturan ve hastalık riskinin ortaya çıkmasıyla sunulan en pahalı hizmet türüdür. Koruyucu sağlık hizmetlerine göre, kişisel fayda sosyal faydadan daha fazla ön plandadır. Tedavi edici sağlık hizmetleri ile toplumda sağlıklı bireylerin çoğalması, ortalama yaşam süresinin uzaması ve üretimde verimliliğin yükselmesi sonucu

emeğin milli hasılaya katkısının artırılması mümkündür (Aktan, 2006). Tedavi edici sağlık hizmetleri üç alt başlıkta incelenmek mümkündür. Bunlar:

- *Birinci basamak tedavi hizmetleri (ayakta tedavi)*; hasta bireylerin evde veya ayakta teşhis ve tedavisine yönelik ilk yardım, acil tedavi, sağlık kontrolü, ambulans hizmeti, evde bakım vb. hizmetlerden oluşmaktadır.

- *İkinci basamak tedavi hizmetleri (yataklı tedavi)*; hastaya ayakta müdahalenin mümkün olmadığı, hastane ve yataklı sağlık merkezleri gibi tedavi kurumlarında hastanın yatırılarak doktor gözetimi altında tedavi edilmesidir.

- *Üçüncü basamak tedavi*; ileri tetkik ve özel tedavi gerektiren hastalıklar için uzmanlaşmış sağlık kurumları tarafından verilen hizmetleri içermektedir (Nuran, 2004: 12).

1.1.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Hastalık ve kazalar sonucu ortaya çıkan kalıcı bozukluklar veya sakatlıkların bireylerin günlük hayatını engellememesi veya olumsuzlukların en aza indirilmesi amaçlı hizmetlerdir. Bedensel ve ruhsal yönden hasta bireylerin, başkalarına bağımlı kalmaksızın yaşamlarını sürdürmeleri ve üretime katılmaları için hekim ve diğer sağlık personeli tarafından yapılan *tıbbi rehabilitasyon* ve iş bulma, işe uyum sağlama vb. *sosyal rehabilitasyon* hizmetlerini içermektedir (Akdur, 2000: 6).

1.2. Sağlık Hizmetlerinde Finansman Yöntemleri

Sağlık hizmetlerinin finansmanı; ülkelerin, sosyo-ekonomik ve siyasi yapılarının etkisi altında kalan sosyal güvenlik sistemine göre belirlenmekte ve yönlendirilmektedir. Bu konuda geliştirilen modellerde, ülkelerin şartlarına göre tek tek veya birden fazla sistemin karma biçimde kullanıldığı görülmektedir (Yıldırım, 2006). Bu konudaki başlıca modeller; genel vergilerden karşılanması (Beveridge) modeli, sosyal sağlık sigortası (Bismarck) modeli ve cepten yapılan harcamalar veya özel sigortalar olmak üzere üç grupta sınıflandırılmaktadır (Yıldırım, **Türkiye’de Sağlık Reformları: Sağlık Finansmanı Reformu ve Genel Sağlık Sigortası**”, 21.09.2006):

1.2.1. Genel Vergilerden Karşılama (Bütçeden / Beveridge) Modeli

Devletçe toplanan vergi gelirlerinden finansman “Beveridge” modeli olarak bilinen bu sistemde, hizmetten yararlananlardan herhangi bir katkı payı

alınmaksızın bütün harcamalar devlet bütçesinden yapılmaktadır. Sosyal refah anlayışının gelişmiş olduğu İngiltere, Kanada, İtalya, İspanya, İsveç, Danimarka, Yunanistan, Portekiz vb. ülkelerde uygulanmaktadır (Yıldırım, 1999: 392). Bu sistemde devlet, gelir seviyesine bakmaksızın tüm nüfusun sağlık hizmetlerini “Genel Sağlık Sigortası” kapsamında üstlenerek gelirin yeniden dağıtıcı fonksiyonunu da yerine getirmektedir. Ancak, hizmet finansmanının vergilerle karşılanması nedeniyle sistemin başarısı vergi sisteminin etkili ve adil olması ile finansman için gereken yeni- ikame vergilerin kabul edilebilirliğine bağlıdır (Kurtulmuş, 1998: 10). Bu sistemin başlıca özellikleri şunlardır:

- Tüm nüfus koruma altındadır ve Sağlık Örgütü tüm hizmetleri sağlık ocakları, poliklinik ve hastaneler aracılığıyla bedelsiz sunmaktadır.
- Merkezi yönetim bazı yetkilerini alt kademelere devretmek suretiyle sağlık sisteminin işleminde yerel yönetimlere sorumluluk vererek sağlık hizmetlerinin planlamasına katkı sağlamaktadır.
- Sağlık örgütüne verilen kaynak vergi gelirleri kaleminden sağlanmakta her yıl bütçe kanunu ile parlamentoda oylanmaktadır (Aktan-Işık, 2006).

1.2.2. Zorunlu Sosyal Sağlık Sigortası (Primler/ Bismark) Modeli

Mesleki dayanışma ilkesi gereğince işverenlerin kurduğu ve “Bismarck” modeli olarak bilinen sistemin ilk uygulaması 1883 yılında Almanya’da gerçekleşmiştir. Bu sosyal güvenlik modelinin benzerleri Avusturya’da (1888), İngiltere’de (1911), Fransa’da (1945) ve İsveç’te (1955) yılında kurulmuştur (Türk Dış Hekimleri Birliği, **Genel Sağlık Sigortası Yasa Tasarısı ve Dış Sağlığı**, <http://www.tdb.org.tr/cm/yon/say_ist.php?pid=>15.04.2005>). Zorunlu Sağlık Sigortası sisteminin temelini, riskin sigortalılarca paylaşılması oluşturmaktadır. Kişiler, gelirleri üzerinden ödeme güçlerine göre prim ödemekle birlikte herhangi bir hastalık durumunda ödenen prime bakılmaksızın ücretsiz veya kısmi ödeme ile hizmetten faydalanmaktadırlar.

Gelişmiş Avrupa ülkelerinde sağlık sigortalarının örgütlenmesi ve finansmanı devletin kontrolünde, sigortacılık temel esasları doğrultusunda kamu ve özel kesim sağlık sigortaları tarafından birlikte yürütülmekte olup, hizmet finansmanında asıl kaynak prim kesintilerinden oluşmaktadır (Abel-Smith 1987: 93’den akt. Yıldırım, 2006). Ayrıca, yeterli mali güce sahip olmadıkları için sigortalı kapsamında bulunmayanlar da sağlık hizmetinden

ücretsiz yararlandırılmaktadır (Kurtulmuş, 1998: 165). Bu modelin benimsendiği ülkelerden Fransa'da nüfusunun yaklaşık % 99'u, Federal Almanya'da % 89'u, Belçika'da ise tüm nüfus "zorunlu sağlık sigortası" kapsamındadır. Kalan nüfus ise özel sigortalardan yararlanmaktadır. Hastalar tedavi masraflarını doğrudan yapmamakta, sağlık sigortası sandıkları vasıtasıyla toplanan kesintilerden üyelerine yaptıkları konsültasyon oranında dağıtılmaktadır. İlaç giderlerinin finansmanına tüm hastaların belirli fakat aynı oranda katılımı söz konusudur. Hollanda'da ise rizikosu yüksek hastalık ve tıbbi müdahaleler karşısında tüm nüfus sigortalıdır (Can, 2006).

1.2.3. Cepten Yapılan Harcamalar veya Özel Sigortalar Modeli

Sağlık hizmeti bedelinin serbest piyasa koşullarında arz ve talebe göre belirlendiği bir modeldir. ABD ve İsviçre gibi ülkelerde uygulanan sistemde; bireyler "özel sağlık sigortacılığı" kapsamına alınarak, mali güçlerine göre prim ödemek ve hastalanmaları halinde de prim tutarlarına bakılmaksızın ücretsiz ya da kısmi bir ödeme ile sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadır (Kurtulmuş, 1998: 118). Özellikle, 1920-1930'lu yıllarda özel hastanelerin yaygınlaşması, bu modelin gelişmesini sağlamıştır. Ancak, yoksul kesimin bu sistemden yararlanmasında karşılaşılan güçlükler nedeniyle 1965 yılından itibaren federal hükümetçe; fakir halkın sağlık harcamalarının % 50 ile % 83'ü arasında değişen oranlarda karşılanması için maddi yardım sağlayan "Medicaid" kurulmuştur. "Medicare" program olarak da bilinen bu sosyal güvenlik uygulaması; başlangıçta 65 yaş üzerindeki tüm bireylerin sağlık hizmetlerine yönelik parasal engelleri kaldırmış olmakla birlikte birkaç yıl sonra bu tür harcamaların beklenenden fazla olması nedeniyle bazı finansal kısıtlamalar gerekli olmuştur (Türk Diş Hekimleri Birliği, **Genel Sağlık Sigortası Yasa Tasarısı ve Diş Sağlığı**, <http://www.tdb.org.tr/cm/yon/say_ist.php?pid=>15.04.2005).

Genellikle bireylerin sigortalanması (sağlık sigortası sözleşmesi) işveren aracılığıyla yapılmaktadır. Amerikan halkının yaklaşık % 70'i özel sağlık sigortasına sahiptir. **Blue Cross / Blue Shield**, kar amacı olmayan en büyük özel sigorta kuruluşu olarak nitelendirilmektedir. Yine, nüfusun yaklaşık % 10'u da birey veya işverenlerin sabit bir prim ödemesi karşılığında hastalık veya tedavi hizmetlerinden üyelerin ek bir ödeme yapmaksızın yararlanmasını sağlayan **Health Maintenance Organisation** tarafından gerçekleştirilmektedir. Bu iki büyük örgüt dışında çok sayıda özel sigorta şirketi de faaliyetlerini

sürdürmekte ve sermaye şirketi olarak hisse senetleri borsaya kote edilmiştir (Tekin, 1987: 77).

2. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı

Temel ihtiyaç ve bir hak olan sağlık, devletin maliyet - fayda ilişkisi kurmaksızın kaynak tahsis etmesi gereken bir hizmet türüdür (Akalin, 1986: 297). Dünyada olduğu gibi, ülkemizde de sosyal ve ekonomik kalkınmanın temel göstergelerinden biri olan sağlık hizmetleri, önemini sürekli korumaktadır. Sağlık harcamaları genel bütçe harcamaları içindeki payı bakımından; gelişmiş ülkelerde % 10’un üzerinde olmasına rağmen, bu oran ülkemizde 2000 yılı başlarına kadar % 3-5 arasında gerçekleşmiştir (Şener, 2006: 388). Anayasamızın Sosyal ve İktisadi Haklar ve Ödevler başlığı altında yer alan 56. maddesinde* ; düzenlenmiş olup, bu görevin planlanması, uygulanması, denetimi ve değerlendirilmesinde birinci derecede Sağlık Bakanlığı sorumlu tutulmuştur.

2.1. Sağlık Hizmeti Sunumunda Görevli Birimler

Ülkemizde sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşların çoğu kamu kesiminde yer almakta olup en büyük payı Sağlık Bakanlığı’na bağlı kurum ve kuruluşlar oluşturmaktadır*. Aşağıdaki tablolarda ülkemizde sağlık hizmeti sunan birimler ile bu birimlere bağlı hastaneler ve yatak sayıları ile ilgili veriler incelenmektedir.

* “Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın biçimde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.”

* Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan “Türkiye Sağlık Eylem Planı Bilgi Sistemi” çalışmasına göre Ocak 2004 itibarıyla; bakanlık bünyesinde 5.793 Sağlık Ocağı, 11.731 Sağlık Evi, 295 Ana- Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi, 274 Verem Savaş Dispanseri ile hizmet sunulmaktadır.

Tablo 1: Türkiye’de Sağlık Kuruluşlarının İşlevlerine Göre Sınıflandırılması

Politika Üreten Kurumlar	Sağlık Hizmeti Sunan Kurumlar	Sağlık Hizmetine Finansman Sağlayan Kurumlar	Yetkili (Yönetim) Kurumlar	Dolaylı İşlevleri Olan Kurumlar
TBMM DPT Sağlık Bakanlığı YÖK Anayasa Mahkemesi	Sağlık Bakanlığı Üniversite Hastaneleri Savunma Bakanlığı Belediyeler KİT’ler Vakıflar Özel Hastaneleri Azınlık Hastaneleri Özel Poliklinikler Özel Laboratuvarlar ve Tanı Merkezleri	Sağlık Bakanlığı Hazine ve Dış Ticaret Müsteşarlığı Maliye Bakanlığı Bağ-Kur Vakıflar Emekli Sandığı Özel Sandıklar Uluslararası Sağlık Kuruluşları Sos. Yard. ve Day. Teşvik Fonu Döner Sermayeler	Sağlık Bakanlığı İl ve İlçe Sağlık Müdürlükleri İçişleri Bakanlığı Valilik- Kaymakamlık	Bayındırlık ve İskan Bakanlığı Belediyeler İçişleri Bakanlığı Tarım-Köy İşleri Bakanlığı

Kaynak: Can, Necla, a.g.m. ile Coşkun Can AKTAN- A. Kadir IŞIK, “Sağlık Bakanlığı Organizasyon ve Yönetiminde Yaşanan Sorunlar ve Durum Analizi”, <<http://canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim>>, adlı makalelerden derlenmiştir.11.09.2006.

Tablo 1’de; ülkemizde “koruyucu”, “teşhis- tedavi” ve “rehabilitasyon edici” sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında devlet ve özel sektörün birlikte faaliyette bulunduğu görülmektedir. Ancak bu hizmetlerin sunumunda en büyük pay; başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere sosyal güvenlik kurumları, üniversiteler, Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü, Sosyal Yardımlaşma Fonu, diğer bakanlıklar, sivil toplum kuruluşları, kamu iktisadi teşebbüsleri ve belediyeler gibi kamu kurumları tarafından üstlenilmektedir.

Tablo 2: Türkiye’de Hastanelerin ve Hasta Yataklarının Kurumsal Dağılımı

Kuruluş Adı	Hastane Sayısı	%	Yatak Sayısı	%
Sağlık Bakanlığı + SSK’dan Devir	744+118= 862	70,3	86.177 +27900= 114077	66,1
Üniversite	42	3,4	24.647	14,3
Milli Savunma Bakanlığı	42	3,4	15.900	9,2
Özel	261	21,3	14.257	8,3
KİT	8	0,7	1.607	1,2
Diğer Kamu	11	0,9	2.021	0,9
TOPLAM	1226	100	172509	100

Kaynak: Türkiye Sağlık Bilgi Sistem Planı (Ocak 2004),
<http://www.saglik.gov.tr/extras/birimler/bidb/tsbs.pdf>

Tablo 2’de hastaneler ve hasta yataklarının kurumlara göre dağılımı düzenlenmiştir. Buna göre; 2004 yılında Türkiye’deki 1.226 yataklı tedavi kurumunun % 70,3’ü Sağlık Bakanlığı, % 3,4’ü Milli Savunma Bakanlığı ile Üniversiteler ve % 21,3’ü de özel hastaneler kapsamında işletilmektedir (Türkiye Sağlık Bilgi Sistem Planı (Ocak 2004), s.10.). 2005 yılı itibariyle yaklaşık 193 bin olan toplam yatak sayısının % 92’sinin kamu kesimine ait olması, özel kesimin ise sadece 15 bin yatak ile toplam kapasitesi ile % 8’i gibi çok düşük seviyede payının bulunması, ülkemizde halen sağlık hizmetleri arzında devletin ön planda olduğunu açık bir biçimde göstermektedir (Türkiye Sağlık Eylem Planı Bilgi Sistemi, <<http://www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/ytkiy2005>>). Ayrıca, kamu kesimine ait hastane sayısı genel toplamının % 78,7 gibi yüksek oran ve çok değişik kurumlara ait olması, sağlıkla ilgili politikaların belirlenmesi veya karar alınması ve kamu kaynaklarının etkin kullanımını engellemektedir.

2.2. Türkiye’deki Sağlık Harcamaları ve Finansman Sorunu

Ülkemizde sağlık harcamalarını; kişilerin kendi ceplerinden yaptığı harcamalar veya özel sigorta kurumları prim katkılarından oluşan *özel harcamalar* ile sosyal güvenlik kurumları ve diğer kamu kurumlarının yaptığı *kamu harcamaları* olarak gruplandırmak mümkündür. Özellikle, ülkemizde son yirmi yılda kamunun toplam sağlık harcamaları içindeki payının % 45’lerden % 80’lere yükseldiği, geri kalan % 20’nin de hastane döner ser-

mayelerine yapılan resmi ödemeler ile özel kesim harcamalarından oluştuğu tahmin edilmektedir. Kamu kesimi sağlık harcamalarındaki bu yükseliş; kamu kurumları arasındaki koordinasyon eksikliği, sosyal güvenlik sistemindeki yetersizlikler veya eksiklikler ile aşırı merkezîyetçi yönetim anlayışından kaynaklanmakta olup sonuç itibarıyla sağlık hizmetleri sunumunda verimsizliklere neden olmaktadır (Türkiye Sağlık Eylem Planı Bilgi Sistemi (Ocak 2004), < <http://www.saglik.gov.tr/extras/birimler/bidb/tsbs.pdf>>, s. 10., 20.10.2006).

Sağlık hizmetleri ve finansmanı sorununun çözümünde; mali, ekonomik ve sosyal boyutlu (*kamu ve özel sektör veya kurumsal dağılımı, GSMH içindeki payı, kişi başına düşen pay, sağlık personeli ve kişi başına düşen sağlık personel sayısı, hasta yatağı ve kişi başına düşen yatak sayısı, tüm yatırımlar içindeki payı gibi.*) ulusal veya uluslararası verilerden yararlanılabilmektedir (Karagül, 2002: 65). Bu ölçütler yardımıyla Türkiye’de sağlık hizmetleri ve finansmanına ait bazı değerlendirmeler şöyledir:

— *Nüfus başına hekim sayısı bakımından;* tablo 3’e göre, 1990’lı yıllarda ülkemizde hekim başına düşen nüfus sayısı 1115 iken, 2000 yılında bu sayı 785’e düşmüş, 2005 yılı tahmini ise 680 olarak gösterilmiştir. Bu rakam geçmişten günümüze olumlu bir gelişme göstermesine rağmen, halen AB ortalaması olan 288’in oldukça gerisindedir.

Tablo 3: Türkiye’de Hekim Sayısı ve Bir Hekime Düşen Nüfus (2000-2005)

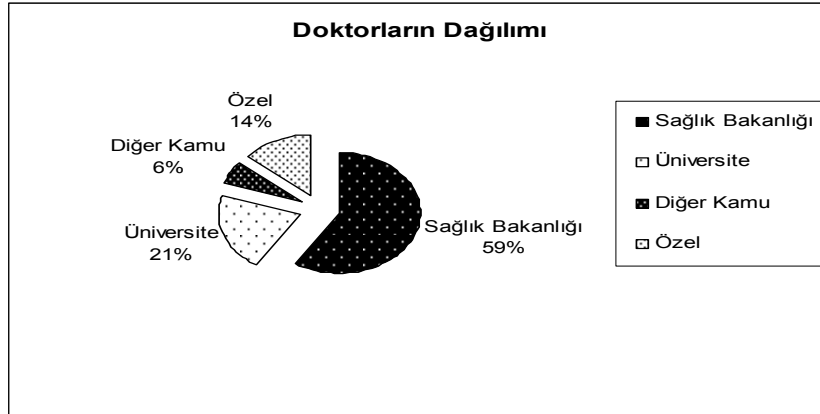
Yıllar	Nüfus (Bin)	Hekim Sayısı	Bir Hekime Düşen Nüfus
1990	56473	50639	1115
2000	66834	85117	785
2001	68610	90757	756
2002	69749	95190	733
2003	70877	97763	725
2004	71994	99304	702
2005 (Tahmini)	72065	102500	680

Kaynak: DİE (Nüfus), <http://www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/ytkiy2005>

Yine, 2003 yılında OECD ülkelerinden İtalya ve Yunanistan’da her 100 bin kişiye 400’den fazla, ABD’de ise 270 doktor düşerken; Türkiye, Meksi-

ka ve Kore'de 200'den az olarak gerçekleşmiştir (OECD Göstergeleri, Sağlık Bakış: OECD Göstergeleri- 2005, a.g.e. s.4.). Ayrıca, AB ülkelerinde 100 bin kişiye düşen tıp fakültesi mezunu sayısı 8, 8 olmakla birlikte, ülkemizde aynı dönem ortalaması 6, 1'dir (DPT, Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı (2007-2013), <<http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/ix/9kalkinmaplani20070302.pdf>, >, 13.04.2007). Bu verilere göre; sağlık hizmeti sunumunda hekim eksikliği ve hekim başına düşen hasta sayısının fazlalığı, birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de hizmet sunumu ve kalitesinde önemli bir sorun olmaktadır.

Yine grafik 1'den; ülkemizdeki toplam hekim sayısının kurumlara göre dağılımına bakıldığında; % 59'unun Sağlık Bakanlığı'na bağlı, % 21'inin üniversite hastanelerinde, % 6'sının da diğer kamu kurumlarında çalıştığı görülmektedir. Dolayısıyla hekimlerimizin % 86 gibi büyük bir oranda kamu kesiminde istihdam edilmektedir (Nihat YURT, "Türkiye'de E-Sağlık", http://www.hm.saglik.gov.tr/index.php?option=com_content&task=view&id=28&Itemid=3426 ekim 2005, 30.05.2007). Genellikle tıp mesleğine giriş ve uzmanlık koşullarının zorluğu hekim sayısında yetersizlikler oluştururken, aynı zamanda ücretlendirme ve hekim başına düşen hasta sayısındaki fazlalık, hekimlerin hizmet sunum koşullarını olumsuz etkilerken, hastaların da sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanmalarını engelleyerek sağlık harcamalarında maliyetleri yükseltmektedir.



Grafik 1. Kurumlara Göre Doktor Dağılımı (2004)

Kaynak: http://www.hm.saglik.gov.tr/index.php?option=com_content&task=view&id=28&Itemid=3426 ekim 2005.

— *Ortalama yaşam süresi, bebek ölüm oranları, doğurganlık ve kişi başına yatak sayısı bakımından;* ülkemizde 1970’li yıllarda ortalama yaşam süresi 56 yaş civarında iken, yaşam standartları ve tarzının iyileşmesi, sağlık hizmetlerinden yararlanma ve ilaçların etkinliği konusunda kaydedilen ilerlemeler son on yıllar içerisinde ortalama insan ömrünü önemli düzeylerde uzatmıştır. Bu gelişmeler bağlamında, sağlık harcamalarının miktarı da artmıştır. Konu ile ilgili ülkemize ait bazı veriler Tablo 4’de 2000-2005 arası dönemsel bir gelişim şeklinde karşılaştırılmıştır.

Tablo 4: Bazı Temel Sağlık Göstergelerinin Dönemsel Olarak Gelişimi

Veriler	2000	2005
Bebek Ölüm Oranı (Binde)	28,9	23,6
Toplam Doğurganlık Oranı (Binde)	2,27	2,19
Yatak Başına Kişi Sayısı	391	374
Ortalama Yaşam Beklentisi (Yıl)	70,4	71,3

Kaynak: <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/ix/9kalkinmaplani.pdf>, 19.04.2007.

Tablo 4’e göre; ülkemizde 2000 yılında ortalama yaşam süresi 70,4 iken 2005’de 71,3’e yükselmiştir. Birleşmiş Milletlerin 2006 yılı verilerinde; ülkemiz için bu rakam kadınlarda 73, erkeklerde 68 yıl olarak belirtilmiştir (Türkiye Stratejik Araştırmalar Merkezi (TASAM), AB Bülteni, <<http://www.tasam.org/ab/index.php?konu=icerik&id=39>>12.04.2007). AB’nin resmi istatistik kurumu Eurostat tarafından 5 Mart 2007 tarihinde yayımlanan raporunda; 2005 yılı AB-27’de ortalama yaşam süresinin kadınlarda 81,5 yıl erkeklerde 75,4 yıl olduğu vurgulanırken, 2050 yılı tahminlerinde de ortalama yaşam süresinde herhangi bir değişiklik beklenmemektedir (İktisadi Kalkınma Vakfı, İktisadi Kalkınma Vakfı Bülteni 1-15 Mart- 2007, <<http://www.ikv.org.tr/pdfs/6e693d84.pdf>>, 12.04.2007). Özellikle ekonomik ve sosyal koşullardaki genel iyileşmeler, çocuk aşılarından yararlanmalar, doğum sonrası sağlık hizmetlerindeki düzelmeler nedeniyle ülkemizde bebek ölüm oranları 2000’li yıllarda binde 28,9 olan oran, 2005’de binde 22,6 gibi önemli bir düşüş göstermiş olup 2013 yılının binde 18,5 olması hedeflenmiştir (DPT, **Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı (2007-2013)**, <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/ix/9kalkinmaplani_20070302.pdf>, 19.04.2007). Sağlık alanında gerek kamu gerekse özel sektör yatırımları ile yatak başına kişi sayısı beş yıllık bir za-

man diliminde 391'den 374'e düşürülmüştür. Ülkemize ait bu verilerin henüz OECD ve AB ortalamalarından düşük olmasına rağmen, olumlu yönde bir gelişme göstermesi beraberinde sağlık harcamalarında önemli artışlara neden olmaktadır.

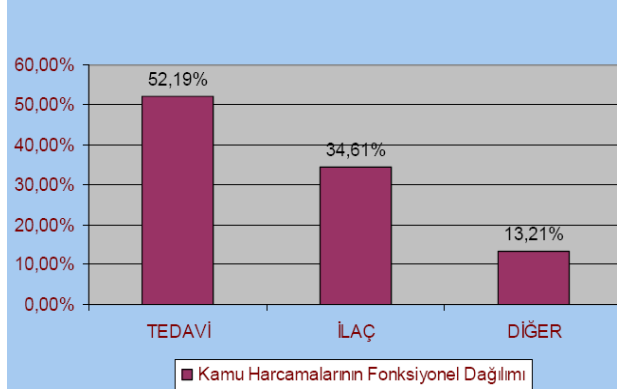
— *Sosyal güvenlik sisteminin etkinliği / etkinsizliği bakımından;* 2006 yılı öncesinde ülkemizdeki sosyal güvenlik kuruluşlarınca sağlanan hak ve yükümlülüklerin farklı olması, bilgi işlem altyapısının yetersizliği, ortak bir veri tabanının bulunmaması ve sistemdeki denetim mekanizmalarının etkin işlememesi ve bu kuruluşların gelirlerinin giderlerini karşılamaması nedenleriyle bütçeden yapılan transferler, toplam sağlık harcamalarını sürekli artırmıştır. Öyle ki; 2000 yılında ülkemizde sosyal sigorta programları kapsamındaki nüfus oranı % 82,2 ve sağlık hizmetleri bakımından sosyal sigortalıların oranı da % 80,9 iken, 2005 yılında bu rakamlar sırasıyla % 91,4 ve % 91 olarak gerçekleşmiştir. Sosyal sigorta kuruluşlarına aktarılan transfer tutarının GSYİH oranı da 2000 yılındaki % 2,6 seviyesinden 2005'de % 4,8 seviyesine ulaşmıştır (DPT, **Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı (2007- 2013)**, <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/ix/9kalkinmaplani_20070302.pdf>, 13.04.2007). Sosyal güvenlik sisteminden kaynaklanan sorunların giderilmesine yönelik olarak; sosyal güvenlik kurumlarının birleştirilmesi ve genel sağlık sigortası uygulanmasına ilişkin Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun kabul edilmesi, hem AB süreci hem de ülke gerçekleri açısından olumlu bir gelişme olarak görülebilir. Ancak, bu sürece ilişkin gerekli yasal ve idari altyapının eksiklikleri, bu kanunun belirli bir süre ertelenmesi ve pilot bölge uygulamaları şeklinde başlatılmış olması nedeniyle etkilerinin ne olacağı henüz belli değildir.

— *Bölgesel ve kent-kır dengesizliği bakımından;* ülkemizin önemli sorunları arasında ilk sıralarda bulunan göç, kentleşme, aile yapısında meydana gelen değişim, nüfus artışı ve işsizliğin neden olduğu yoksullukla mücadele açısından bu kesimlerin eğitim ve sağlık gibi hizmetlere erişimini kolaylaştıran sosyal yardımlar sayesinde bu kesimlerin yaşam kalitesi yükseltilmeye çalışılmaktadır. 2000 yılında toplam sosyal yardım harcamalarının GSYİH'ya oranı % 0,48 iken, 2005 yılında % 0,86'ya yükselmiştir. Özellikle bu kesimlere yapılan sağlık harcamalarının boyutu, hizmet alanının bölgesel veya kent-kır düzeyindeki dengesizliğine bağlı olarak da değişim gösterebilmektedir. Öyle ki; sosyo-ekonomik gelişmişlik seviyesi en düşük 10 ilimizde yatak başına düşen nüfus sayısı, en yüksek 10 ildekinin 2,5 katı ve doktor başına düşen nüfus bakımından söz konusu il grupları arasındaki fark 4 kata kadar çıkabilmektedir

(DPT, **Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı (2007- 2013)**, <<http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/ix/9kalkinmaplani20070302.pdf>>, 19.04.2007).

— **Sağlık hizmetleri erişim basamakları bakımından;** sağlık ocakları ve mobil hizmetler gibi birinci basamakta yer alan kuruluşlardaki alt yapı, personel ve kalite yetersizlikleri ile sevk zincirinin etkin çalıştırılmaması, hastaların hizmet maliyetlerini yükseltmektedir. Ayrıca, hastaların birinci basamak yerine çoğunlukla ikinci ve üçüncü basamağa yönelmesi nedeniyle hastanelerde oluşan yığılmalar hizmet kalitesini düşürürken maliyetleri artırmaktadır. 2005 yılı itibariyle ülkemizde yataklı tedavi kurumlarında verilen poliklinik hizmetlerinin % 95'inin ayakta tedavi hizmetlerinden oluşması bunun açık bir göstergesidir.

—**Sağlık harcamalarındaki işlevsel bileşim, ilaç ve tıbbi teknoloji ihtiyaçları bakımından;** Grafik 2'ye göre; ülkemizdeki toplam sağlık harcamalarının işlevsel bileşiminde harcamaların en büyük payını % 52,19 ile tedavi edici hizmetler, % 34,61 seviyesinde ilaç harcamaları ve % 13,21 oranında da diğer harcamalar oluşturmaktadır. Sağlık harcamalarının yaklaşık % 87 gibi oldukça yüksek bir seviyede tedavi edici hizmetler ile ilaç ve tıbbi teknoloji ihtiyaçlarına ayrıldığı görülmektedir (Hıfzıssıhha Mektebi, Ulusal Sağlık Hesapları Çalıştayı, <<http://www.hm.saglik.gov.tr/pdf/PDF%20SUNUMLAR%20USH%20YAYGINLASTIRMA%20CALISTAYI/Turkce%20Sunumlar/2.GunSunular/Kamu%20Saglik%20Harcamalarinin%20Izlenmesinde%20Kayitlar.pdf>>, 30.05.2007). Özellikle, tedavi edici harcamalar ve ilaç üretiminde ülke içindeki yetersizlikler nedeniyle bu alanlardaki ihtiyaçların yurt dışından karşılanması önemli ölçüde döviz kaybı (Türk sağlık sektöründeki yıllık dolaşan paranın yaklaşık 1/5'inden fazlasının) ve dışa bağımlılığı artırarak sağlık hizmetleri maliyetlerini yükseltmektedir.



Grafik 2. Sağlık Harcamaları İşlevsel Bileşimi (2004)

Kaynak: <http://www.hm.saglik.gov.tr/pdf/PDF%20SUNUMLAR%20USH%20YAYGINLASTIRMA%20CALISTAYI/Turkce%20Sunumlar/2.GunSunular/Kamu%20Saglik%20Harcamalarinin%20Izlenmesinde%20Kayitlar.pdf>, 30.05.2007.

Ayrıca, 2000’li yıllarda yaşanan krizler sonucu döviz kurlarındaki aşırı artışların da etkisiyle 2005’li yıllara kadar sağlık harcamalarında önemli artışlar gündeme gelmiştir (Haluk ÖZSARI, “**Hangi Türkiye Sağlık Sektörü?**”, <http://www.ttb.org.tr/eweb/s_donusum/ii.htm>, 13.04.2007). 2004 yılından itibaren ülkemizde hasta sevk sistemi-reçete yazımı ve ilaçların miktar ve tablet sayısının kısıtlanması, referans fiyat sistemi*, kamu sektörü geri ödeme kurumlarına sağlanan iskonto** uygulanması (Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği (AİFD), “**Ülkemizde Sağlık Harcamalarına İlişkin Bilgiler**”, <<http://www.aifd.org.tr/default.asp?pId=13&lang=0&date=17.07.2006&docId=300>>, 30.05.2007) ve sağlık bakanlığı ilaç dağıtım ve kontrolünde bilgi işlem sistemlerinin geliştirilmesi ile 2000’li yıllarda % 39 olan ilaç ödemelerinin sağlık harcamalarına oranı, 2005’de % 34 seviyesine düşürülmüştür. Ancak, AB ülkelerinde bu oran yaklaşık % 16 seviyesinde olduğu göz önüne alındığında; uzun yıllara dayanan sorunların çözümüne yönelik sağlık alanında alınan önlemlerin olumlu etkilerinin zamanla görüleceğini göstermektedir (DPT, **Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı (2007-2013)**, <<http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/ix/9kalkinmaplani20070302.pdf>>, 13.04.2007).

* Avrupa Birliği’nde ilaç fiyatlarının en ucuz olduğu ülkenin referans alınması esaslıdır.

** % 4, 5 ile % 11, 5 arasında yapılan iskontolar sayesinde ve ayrıca döviz kurlarının gerilemesiyle ilaç fiyatları toplam olarak yaklaşık % 20 düzeyinde bir indirim gerçekleşmiştir. 2004-2005 yılları arasında yaklaşık 619 milyon dolar tasarruf sağlanmıştır.

Yine, başta yatırım amaçlı ve koruyucu sağlık hizmetlerini içeren “*diğer harcamalar*” payının % 13.21 gibi düşük seviyede olması ilaç ve tedavi giderlerinin artmasına neden olmaktadır. Bu nedenle sağlık politikalarının tedavi edici hizmetler yerine koruyucu hizmetler ağırlıklı olarak yeniden oluşturulması gerekmektedir. Son yıllarda sağlık yatırımları açısından özel sektöre yönelik teşvikler sayesinde, toplam sağlık yatırımları içinde özel sektörün payı % 60’a yaklaşmıştır. Özel sektör yatırımları daha ziyade ayakta teşhis ve tedavi hizmeti arzına yönelerek özellikle tıbbi cihaz, aşı, serum, kan ve kan ürünlerinin yurtiçinde üretimine ve yataklı tedavi hizmetlerine daha az kaynak aktarma yolunu tercih etmektedir.

Tablo 5: Türkiye’de Sağlık Harcamaları Dağılımında Gelişmeler (1991-2003)

Yıllar	Toplam Sağlık Harcaması/ GSMH (%)	Kamu (%)	Kişi Başına Sağlık Harcaması (\$)	Kişi Başına Sağlık Harcaması (\$/SAGP) (1)
1991	3.7	63.5	97.8	182.4
1992	3.9	66.2	107.7	207.0
1993	4.4	68.2	130.1	247.1
1994	4.0	64.7	85.2	161.9
1995	3.9	64.3	106.5	234.3
1996	3.7	64.0	111.4	251.1
1997	3.6	63.0	119.8	259.1
1998	4.0	63.0	139.9	279.1
1999	4.1	79.9	116.4	220.0
2000	4.3	80.0	135.3	250.0
2001	3.9	78.0	81.4	170.9
2002	4.3	77.0	111.7	245.7
2003	4.5	77.0	153.5	322.3

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, İstatistikleri,

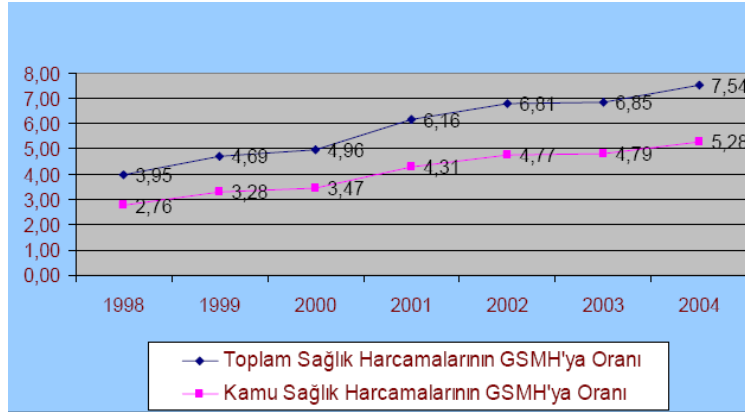
(1) Satınalım Gücü Paritesine göre hesaplanmıştır.

<http://sbu.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/ytkiy2004/T10.XLS>, 17.04.2007.

Ülkemizde sağlık harcamalarına ilişkin gelişim Tablo 5’de gösterilmektedir. Buna göre; 1991 yılı toplam sağlık harcamaları içinde % 63,5 olan kamu sağlık harcamaları payı, 1992-1993 yılında kısmi bir yükselme gös-

termiş olmakla birlikte, 1994 yılında yaşanan kriz ve sonrası gelişmeler nedeniyle her yıl bir önceki yıla göre sürekli düşüş göstererek 1998'de % 63 seviyesine kadar gerilemiştir. 1999 yılında yaşanan Marmara Depremi nedeniyle sağlık harcamalarında ani bir sıçrama görülmüş ve 1999 ile 2000 yıllarında kamu kesimi sağlık harcamalarının payı % 80'lere ulaşmıştır (Başbakanlık BasınYayın ve Enformasyon Genel Müdürlüğü <http://www.byegm.gov.tr/YAYINLARIMIZ/kitaplar/isteturkiye/turkce/sosyal353.htm>). Ülkemizde sağlık harcamalarının GSMH'ya oranı 2000 yılı başlarında % 4 seviyesinde iken, 2002 yılında % 5.6 seviyesine ulaşmıştır. 2004 yılında toplam sağlık harcamalarının GSMH'ya oranının % 6,3, 2005 yılında da % 7,6. olması (DPT, Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı (2007-2013), <<http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/ix/9kalkinmaplani20070302.pdf>, >, 13.04.2007) olumlu bir gelişme olarak görülse de halen Avrupa Birliği ve OECD ülkeleri ortalaması olan % 8,8 seviyesinin gerisindedir (OECD Göstergeleri, Sağlıkta Bakış: OECD Göstergeleri- 2005, HEALTH AT A GLANCE: OECD INDICATORS -2005 EDITION – ISBN-92-64-012621 © OECD 2005-3'den Türkçe Özet, <<http://www.oecd.org/dataoecd/55/49/35636867.pdf>>, 11.04.2007).

Grafik 3. Toplam- Kamu Sağlık Harcamaları GSMH'ya Oranı



Kaynak: http://www.hm.saglik.gov.tr/index.php?option=com_content&task=view&id=28&Itemid=34 26 ekim 2005.

Grafik 3'den görüleceği gibi, ülkemizde % 7,6 olan toplam sağlık harcamalarının GSMH'ya oranı içinde de kamu sağlık harcamalarının % 5,28'i gibi yüksek bir oranda kamu kesiminde gerçekleşmesi, sağlık alanında bütün yükün kamu ve özellikle Sağlık Bakanlığı'nda olduğunu göstermektedir.

Özellikle, son yıllarda ülkemiz açısından ortalama yaşam süresinin uzaması, hastalıkları önleme, teşhis ve tedavi alanında yeni tıp teknolojileri-ilaçların kullanımının yaygınlaşması veya sağlıklı yaşamın önemi ile ilgili bilinçlenme kişi başı ve GSMH'daki sağlık harcamaları payında önemli artışları gündeme getirmiştir. Böylesi gelişmeler; ülkemizde son 25 yıllık bir süreçte; kişi başına sağlık harcamasının yaklaşık 3 kattan*, ilaç harcamalarının da 7 kat daha fazla büyümesine neden olmuştur (Türk Tabipler Birliği; **Türkiye Sağlık İstatistikleri**, <www.ttb.org.tr/kutuphane/istatistik2006.pdf>, 02.05.2007).

Yine, ülke nüfusunun yaklaşık % 10'unun sağlık güvencesinin olmamasından dolayı AB sağlık sistemlerinde yer almayan “yeşil kart uygulaması**” veya sigortalı olduğu halde bazı eksiklikler nedeniyle sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamayanların Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Fonu vb. kurumlar tarafından sağlık hizmetlerinden yararlandırılması, kamu kesiminin mali yükünü artırmaktadır.

Sağlık harcamalarının bütçe içindeki yeri ve öneminin tespitinde “sosyal güvenlik kapsamında yer alan ve almayanlar” açısından bir değerlendirme yapmak mümkündür.

* Toplam sağlık harcamaları, 1980'de 2.5 milyar dolar civarından, 2000'de 9 milyar dolar civarına yükselmiştir. 1980-87 yılları arasında, özel sektörün payı sağlık harcamalarında ağırlıklıyken, 1988 sonrası giderek kamu toplam sağlık harcamaları içindeki payını artırmıştır. 1988'de % 52 olan kamu sağlık payı, 2000'de % 80'i bulmuştur. Başka bir deyişle, 9 milyar dolar civarında olan toplam sağlık harcamalarının, 7 milyar doları kamuya aittir. 2002 yılında toplam 11 milyar dolar, 2003 yılı itibarıyla kamunun toplam sağlık harcaması miktarı yaklaşık 14 katrilyon TL iken, 2004'de 19 milyar dolar seviyesine yükselmiştir. (DPT, 2005).

** Yeşil kart uygulaması; hiçbir sağlık güvencesine sahip olmayan kesim için 1992 yılında uygulamaya konulan, ücretsiz sağlık hizmetlerinden yararlanılmasını öngören bir sistemdir. **Sağlık Bakanlığı'nın 2004 yılı istatistiğinde 2003 yılında 13.296.098 olan yeşil kartlı kişi sayısı 2006 yılı itibarıyla yaklaşık 14-15 milyon yeşil kartlı vatandaşın bulunduğu ve bunlardan sadece 10 milyonunun gerekli şartları sağladığı tahmin edilmektedir.**

Tablo 6: Kamu Kurumlarına Ait Sağlık Hizmeti Harcamaları
(Milyon TL)

HARCAMANIN KAYNAĞI	2001	2002	2003
KONSOLİDE BÜTÇE	1.026.573	1.656.599	2.035.749
- Tedavi	480.030	838.852	1.063.158
- İlaç	546.344	817.747	972.591
SOSYAL GÜVENLİK KURULUŞLARI	4.576.202	7.629.902	11.017.690
- SSK (Tedavi Ödemeleri)	1.265.342	1.715.792	2.980.000
- SSK (İlaç Ödemeleri)	992.616	1.878.558	2.450.000
- EMEKLİ SANDIĞI (Tedavi Ödemeleri)	429.260	740.557	981.589
- EMEKLİ SANDIĞI (İlaç Ödemeleri)	660.135	1.099.664	1.516.601
- BAĞ-KUR (Tedavi Ödemeleri)	448.403	873.800	1.186.100
- BAĞ-KUR (İlaç Ödemeleri)	780.446	1.321.531	1.892.100
YEŞİL KART	392.255	650.123	883.842
- Tedavi (Bütçe'den Karşılanan)	300.817	537.245	631.842
- İlaç (SYDF'dan Karşılanan)	91.438	112.878	252.000
TOPLAM SAĞLIK HARCAMASI	5.995.030	9.936.124	13.937.281

Kaynak: <http://www.bumko.gov.tr/mevzuat/2005bgerekce/Bolum9.pdf>.

Tablo 6'da; ülkemizde sosyal güvenlik kapsamındaki kamu kurumlarının harcamaları yer almaktadır. Bu kurumlar tarafından 2001 yılında toplam sağlık harcamaları tutarının yaklaşık 6 katrilyon TL olduğu görülmektedir. Bu tutar 2002 yılında yaklaşık % 66 artış göstererek 10 Katrilyon TL'ye ulaşmıştır. Söz konusu artış 2001 yılında yaşanan ekonomik krize bağlı olarak dövizdeki yükselmelerden kaynaklanmıştır. 2003 yılı itibarıyla sağlık harcamalarındaki artış ise, yaklaşık 14 katrilyon TL'dir. Bir önceki yıla göre artış oranının % 40 seviyesinde gerçekleşmesinin nedeni; IMF destekli uygulanan istikrar programlarının getirdiği tasarruf tedbirlerine dayalı ve devlet üzerinden mali yükün azaltılarak kişilere aktarılmasından kaynaklanmıştır. Ayrıca, sağlık harcamalarının çoğunlukla kamusal kaynaklardan karşılandı-

ğının bir göstergesi olarak ülkemizde, 2003 yılı kamu sağlık harcamaları payının toplam harcamaların % 79'unu oluşturduğu görülmekte ve 2005 yılına ilişkin DPT istatistiklerinde de kamu sağlık harcamalarının, toplam sağlık harcamaları içindeki payının % 86 olduğu belirtilmektedir.

Tablo 7: Türkiye’de Kurumlara Göre Sağlık Harcamaları (2005)

	Kamu Kesimi (Memur + Emekli)	SSK	Bağ-Kur
Kişi Sayısı	9.283.596	27.795.128	9.780.672
Harcama (Milyar YTL)	4.527.259	6.405.528	3.660.100
Harcama (Bin \$)	3.373.265	4.772.765	2.727.144
Kişi Başına Harcama (TL.)	487.662.216	230.455.064	374.217.641
Kişi Başına Harcama (\$)	363	172	279

Not: Dolar Kuru 1.342.100-TL. alınmıştır.

Kaynak: Türk Dışhekimleri Birliği, <<http://www.tdb.org.tr/cm/nesgor/istatistik/digergostergeler.htm#Kişi%20başına%20sağlık%20harcaması>>, 05.05.2007.

Tablo 7’de görüldüğü gibi; 2005 yılı verilerinde kamu kurumları toplam sağlık harcaması miktarı yaklaşık 14, 6 katrilyon TL’dir. Dünya Bankası’nın 23 Şubat 2006 tarihinde açıkladığı “Turkey Country Economic Memorandum” (Türkiye Ülke Ekonomi Raporu) çalışmasına göre; SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı harcamaları kamu sağlık harcamalarının % 66’sını oluşturduğu vurgulanmakta ve kamu harcamalarının % 53’ünün hastanelerde, % 30’unun ilaç ve tıbbi malzeme için, % 8, 5’inin de ayakta tedavi için kullanıldığı belirtilmiştir.

Tablo 8: Sosyal Güvencesi Olmayan Hastalara İlişkin Bir Değerlendirme

YILLAR	Tedavi gören hasta sayısı	Gönderilen ödenek (TL)	Hasta Başına Düşen Ödenek Miktarı
1999	1.212.489	24.869.214.052.000	20.510.878
2000	1.656.727	42.216.879.177.000	25.482.098
2001	3.295.380	118.657.829.008.000	36.007.328
2002	3.437.482	211.041.766.355.000	61.394.290
2003	4.310.730	291.630.552.955.000	67.652.243
2004	5.051.312	319.295.220.409.000	63.210.354

Kaynak: Türkiye Sağlık Bilgi Sistem Planı (Ocak 2004), <<http://www.saglik.gov.tr/extras/birimler/bidb/tsbs.pdf>>, 31.05.2007.

Tablo 8’de de; ülkemizdeki sosyal güvencesi olmayan hasta sayısı incelendiğinde 1999–2004 yılları arasında hasta sayısında yaklaşık 5 kat artış görülmektedir. Hasta başına düşen ödenek miktarı da aynı dönemde 3 kat artış göstermiştir. Devlet bütçesinden karşılanan bu harcamalar, “sosyal devlet” olma gereğinin bir sonucudur. Ancak, ülkemizde yeşil kart uygulaması zaman içerisinde geliri olan kişilerce ve politik amaçlarla istismarı nedeniyle hem sistemi amacından uzaklaştırmış hem de devlete ilave bir yük getirmiştir.

3. Sağlık Sisteminin Yeniden Düzenlenmesi

Ülkemizde sağlık sisteminin yeniden düzenlenmesine yönelik reform çalışmalarının temeli, 05.01.1961 tarih ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Konusundaki Kanun’a dayanmaktadır. Bu kanunu takiben 1967 yılında taslağı hazırlanan fakat Bakanlar Kurulu’na bile sunulamayan Genel Sağlık Sigortası Yasası, 1971 ve 1974’lü yıllarda yeniden gündeme alınmış ancak çeşitli nedenlerle çıkarılamamıştır. Sağlıkta finans yönetimi ve öneminin artmasıyla Genel Sağlık Sigortası 1987 yılında tekrar gündeme alınarak, Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu kabul edilmiştir. Ancak kanunun hayata geçirilmesini sağlayacak hukuksal düzenlemeler gerçekleştirilememiştir.

1990 yılında sağlık sektörü ile ilgili DPT tarafından hazırlanan bir master planı doğrultusunda, 1992 yılında 1. Ulusal Sağlık Kongresi toplanarak yeniden yapılanma süreci başlatılmıştır. Yine, 1993 yılında düzenlenen 2. Ulusal Sağlık Kongresi ile ulusal sağlık politikaları belirlenerek; başta sosyal güvenlik kapsamında olmayan yoksul bireyler için Yeşil Kart uygulaması olmak üzere günümüze kadar gelen birtakım düzenlemeler ön görülmüştür.

Ülkemizde sağlık sektörünün yeniden yapılandırılmasında son 15 yılda belirli bir hız kazanılmasına rağmen, özellikle yasal değişim gerektiren çalışmalara yönelik süreçlerde yaşanan bazı sorunlar nedeniyle ön görülen düzenlemelerin hayata geçirilmesi gecikmiştir. Bu nedenle 2003 tarihli Acil Eylem Planı’nda tanımlanan Kamu Yönetimi Reformu uygulaması başlatılmıştır*. Yine, Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile

* Acil Eylem Planı kapsamında; “Herkesin Sağlık” başlığı altında; Sağlık Bakanlığı’nın idari ve fonksiyonel açıdan yeniden yapılandırılması, tüm vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamına dahil edilmesi, hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması, aile hekimliği uygulamasına geçilmesi, özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi vb. temel hedeflere yer verilmiştir.

birlikte Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı adında yeni bir program başlatılarak; etkili bir kaynak tahsisi ve kullanımını başarmak için sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanını birbirinden ayırmayı, sağlık hizmetlerinde adalet ve erişimi kolaylaştırmak üzere genel halk sağlığı sigortasını hayata geçirmeyi, teknik verimliliği geliştirmek ve yönetimi güçlendirmek için devlet hastanelerine finansal ve idari özerklik tanımayı, yataklı tedavi hizmetlerinde temel sağlık hizmetlerinin sunumunu entegre etmek, sağlık hizmetlerinde süreklilik sağlamak üzere aile hekimliğinin başlatılmasını ve ana ve çocuk sağlığını geliştirmeye daha fazla önem verilmesini amaçlamaktadır.

Bu süreçte ilk adım; devlet hastaneleri, sigorta hastaneleri ve kurum hastanelerinin birleştirilmesi* ve aile hekimliği konusunda yasal düzenlemelerin yapılarak pilot uygulamaya geçilmesi ile atılmıştır. Belirtilen ihtiyaçların giderilmesi ve ihtiyaç duyulan kurumlara gerekli yönlendirme ve bilgilendirmenin yapılabilmesi amacıyla "Sağlıkta Dönüşüm Programı İzleme ve Değerlendirme Birimi" kurulmuştur (TC Sağlık Bakanlığı İzleme ve Değerlendirme Birimi, <<http://www.izleme.saglik.gov.tr/01.htm>>, 14.05.2007). Bu reformlar sonucunda, Sağlık Bakanlığı'nın planlayıcı ve denetleyici bir rol üstlenerek yeniden yapılandırılması amaçlanmıştır.

Ayrıca, 1 Ocak 2007'de yürürlüğe girmesi öngörülen 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu**'nin Anayasa Mahkemesi'nce bazı hükümlerinin iptal edilmiş olması ve yürürlüklerinin durdurulması nedeniyle yasanın yürürlük tarihi yürürlük tarihi 01.01.2008 olarak kabul edilmiştir.

Sonuç

Sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve kaliteli bir şekilde sunumu ekonomik gelişimin temel aracıdır. Ülkemizdeki sağlık hizmetleri ve harcamalarına ilişkin göstergeler, henüz gelişmiş ülkelerin gerisinde olmakla birlikte çok kötü konumda da değildir. Ancak sağlık hizmetlerinin arz ve talebine yönelik dengesiz bir dağılım söz konusudur. Sağlık hizmetlerinin arzı yönünden; hekim, hastane, sağlık ocağı, sağlık personeli sayısı ile teşhis, tedavi

* 19.01.2005 tarih 5283 sayılı yasayla 20.02.2005 tarihinde SSK'ya bağlı sağlık kurumları Sağlık Bakanlığına devredildi. 81 ilimizde bulunan tüm SSK Hastaneleri yeni isimleriyle beraber Sağlık Bakanlığı Devlet Hastaneleri haline gelmiştir.

** Kanunun temel amacı; kamu görevlileri de dahil olmak üzere tüm çalışanların hak ve yükümlülüklerinde norm ve standart birliği sağlamak ve gelirleri artırıp giderleri azaltacak düzenlemelerle sistemin finansman açıklarını kapatmaktır.

araçlarının miktar ve kalitesinde yetersizlikler mevcut iken, sağlık talebinde de; kişi başına gelirin düşüklüğü, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerden yararlanmada bilinçsizlik ve ihmal gibi nedenlerle büyük sorunlar yaşanmaktadır.

Özellikle, ülkemizde toplam sağlık harcamalarının % 86 gibi (DPT 2005 verileri) yüksek bir seviyede devlet (% 57'si vergi, % 39'u sağlık primi ve % 4'ünün de fon gelirlerinden oluşan) kaynaklarından finanse edilmesi nedeniyle yükün büyük kısmı kamu kesimi üzerinde kalmaktadır. Ayrıca, koruyucu sağlık hizmetlerinin genellikle devlet tarafından üstlenilmesi, nüfus artışı, hasta sevk sistemindeki aksaklıklara bağlı ilaç ve hizmet maliyetlerindeki artış, sağlık kuruluşlarında yaşanan yolsuzluklar, ilaç girdi maliyetlerinin yüksekliği gibi nedenlerle özel kesime nazaran kamunun mali yükünü daha fazla artırmaktadır.

Sosyal güvenlik anlayışı gereğince; sosyal sigorta kurumları kapsamında olan kişilerden, işverenlerden ve devletten sağlık primi adı altında gelir elde edilerek, bu gelir ile sağlık giderlerinin karşılanması öngörülmüş olsa da, başta S.S.K. ve Bağ-Kur prim ödemelerinde yaşanan sorunlar, emeklilik yaşının küçük olması, ortalama yaşam süresinin uzaması, teknolojik gelişmeler, kurum üyesi veya dışı kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlandırılması nedeniyle son yıllarda bu kurumların mali sorunları daha da artmıştır. Sosyal güvenlik kurumlarının bütçe açıklarına neden olan bu artışlar, devlet bütçesine ilave bir yük getirerek sağlık hizmetlerinin sunumunu ve finansmanını olumsuz yönde etkilemiştir. Öyle ki; sosyal sigorta kuruluşlarına aktarılan transfer tutarının GSYİH'ya oranı 2000 yılında % 2,6 seviyesinde iken, bu oran 2005'te % 4,8 seviyesine ulaşmıştır.

Ülkemizde sağlık harcamalarının finansmanında yaşanan sorunlar ile sağlık sigortasından yararlanmayan % 10'luk kısmın da sistem içine alınmasını öngören reform çalışmaları zorunlu hale gelmiştir. Toplumun sağlık harcamalarının finansmanına katkı sağlaması açısından; devletçe öncelikle sosyal güvenlik kuruluşlarından alacağı sağlık priminin artırılması, yoksulluk sınırının üstünde gelir elde edenlerden isteklerine bakılmaksızın prim alınması ve prim ödeyemeyecek durumda olanların primlerinin de genel bütçeden yardım alacak olan Kamu Finansman Kurumu tarafından karşılanması hedeflenmektedir. Böylece nüfusun tümüne asgari sağlık hizmeti verileceğinden, sağlık alanında öncelikle hizmetlerin kalite ve miktarında artış elde edilirken, kamu üzerindeki yükün de özel sağlık sigortalarına talebi ve

dolayısıyla özel kesimin sağlık yatırımları teşvik edilerek sağlık arzında özel kesimin daha fazla paya sahip olması sağlanabilecektir.

Genel Sağlık Sigortası sisteminin uygulanmasında birinci sırada aile hekimliği gelmektedir. Pilot bölgelerde uygulaması başlatılan sistemin başarısı eksiksiz uygulanmasına bağlıdır. Ancak; ülkemizde hekim sayısındaki yetersizlik, demografik ve coğrafi yapıdaki dengesizlik ve halkın bilinç düzeyinin yetersizliği gibi nedenler aile hekimliğinin yaygınlaşması ve başarısında önemli engel olarak görülebilir.

Ayrıca, Genel Sağlık Sigortası ile sisteme aktif bir şekilde katılımı öngörülen Özel Sağlık Sigortası şirketlerinin primlerinin tespitinde gerçekçi olmaları, zamanında ödeme ya da hizmet yapmaları ve güven yaratıcı davranış sergilemeleri gerekmektedir. Sistemin daha iyi işletilebilmesi için kamu ve özel sağlık sigorta şirketlerinin faaliyetlerini ve fonlarını denetleyici bir kamu kurumu oluşturulması, sağlık hizmetlerinin sunumunda merkezi ve yerel yönetim işbirliği kurularak Sağlık Bakanlığı'na genel sağlık politikaları ve standartları oluşturma fonksiyonu verilerek hizmetlerin de yerinden yönetim birimlerine aktarılması yararlı olabilecektir. Sonuç olarak, yapılan yasal düzenlemeler ile oluşturulan bu yeni sistemin sosyal ve ekonomik yönden etkisi ancak orta ve uzun vadede görülebilecektir.

Kaynakça

- Abel - Smith, B., "Funding Health For All: Is The Insurance Answer?" Selected Article From World Health Forum, WHO, Geneva, 1987, s..93'den aktaran Savaş YILDIRIM, **Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi**, <<http://ekutup.dpt.gov.tr/saglik/yildirir/hizmet.pdf> 14>, 25.08.2006.
- Akalın, Güneri, **Kamu Ekonomisi**, Ankara Üniversitesi Basımevi, 2. Basım, Ankara, 1986.
- Akdur, R., **Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslanması**, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, Ankara, 2000.
- Aktan, Coşkun Can - A. Kadir IŞIK, "**Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler**", <<http://canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim>>, 21.09.2006.
- Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği (AİFD), "**Ülkemizde Sağlık Harcamalarına İlişkin Bilgiler**", <<http://www.aifd.org.tr/default.asp?pId=13&lang=0&date=17.07.2006&docId=300>>, 30.05.2007.
- Başbakanlık Basın Yayın ve Enformasyon Genel Müdürlüğü <http://www.byegm.gov.tr/YAYINLARIMIZ/kitaplar/isteturkiye/turkce/sosyal353.htm>.
- Başol, Koray; **Türkiye Ekonomisi**, Anadolu Üniversitesi AÖF. Yayını, Yayın No: 608, Ünite: 2, Web- Ofset Tesisleri, Eskişehir, 1999.

- Bulutoğlu, Kenan, **Kamu Ekonomisine Giriş**, Temat Yayınları, 2. Baskı, İstanbul, 1977.
- Can, Necla, “**Avrupa Birliği İle Entegrasyon Sürecinde Türk Sağlık Sektörünün Durumu**”, < www.un.org.tr>, 20.04. 2005.
- DPT, Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı (2007- 2013), <<http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/ix/9kalkinmaplani20070302.pdf>>, 13.04.2007.
- İktisadi Kalkınma Vakfı, İktisadi Kalkınma Vakfı Bülteni 1- 15 Mart- 2007, < <http://www.ikv.org.tr/pdfs/6e693d84.pdf>>, 12.04.2007.
- Karagül, Mehmet, **Beşeri Sermayenin İktisadi Gelişmedeki Rolü Ve Türkiye Boyutu**, Anıt Matbaa, Afyon, 2002.
- Kızılaylalı, Hüsnü, “Sosyal Güvenlik Reformu”, Vergi Dünyası, Sayı: 229, İstanbul, Eylül 2000.
- Kurtulmuş, Sevgi, **Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi**, Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul, 1998.
- OECD Göstergeleri, Sağlığa Bakış: OECD Göstergeleri- 2005, HEALTH AT A GLANCE: OECD INDICATORS -2005 EDITION – ISBN-92-64-012621 © OECD 2005-3 ‘den Türkçe Özet, < <http://www.oecd.org/dataoecd/55/49/35636867.pdf>>, 11.04.2007.
- Orhaner, Emine, “**Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası**”, Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi, S. 1, Ankara, 2006.
- Özsarı, Haluk, “**Hangi Türkiye Sağlık Sektörü?**”, <<http://www.ttb.org.tr/eweb/sdonusum/ii.htm>>, 13.04.2007.
- Pehlivan, Osman; **Kamu Maliyesi**, Derya Kitabevi, Trabzon, 2003.
- Savaş, V. Fuat; **Anayasal İktisat**, Takav Matbaacılık, İzmir, 1993.
- Sönmez, Sinan; “**Sağlık Hizmetleri Finansmanının Boyutları**”, III.Türkiye Maliye Eğitimi Sempozyumu, 23-26 Nisan 1987, Gebze, 1987.
- Şener, Orhan, **Kamu Ekonomisi**, Beta Yayınları, 8. Baskı, İstanbul, 2006.
- T.C. Sağlık Bakanlığı İzleme ve Değerlendirme Birimi, <<http://www.izleme.saglik.gov.tr/01.htm>>, 14.05.2007.
- TC Sağlık Bakanlığı, **Sağlıkta Dönüşüm**, Aralık 2003, <<http://www.hm.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/donusum.pdf>>, 14.05.2007.
- Tekin, Fazıl, “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Ve Finansmanı Sorunu”, **III. Türkiye Maliye Eğitimi Sempozyumu**, 23-26 Nisan 1987, Gebze.
- Turan, N., “**Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektöründe Temel Sorunlar: Çözüm İçin Sağlık Kooperatifçiliğinden Yararlanma Gereği ve Olanakları**”, Anadolu Üniversitesi Yayını, No: 1555, Eskişehir, 2004.
- Türk Dış Hekimleri Birliği, **Genel Sağlık Sigortası Yasa Tasarısı ve Dış Sağlık**, <http://www.tdb.org.tr/cm/yon/say_ist.php?pid=>15.04.2005
- Türk Tabipler Birliği; **Türkiye Sağlık İstatistikleri**, <www.ttb.org.tr/kutuphane/istatistik2006.pdf>, 02.05.2007.

- Türkiye Sağlık Eylem Planı Bilgi Sistemi (Ocak 2004),
<<http://www.saglik.gov.tr/extras/birimler/bidb/tsbs.pdf>>, 20.10.2006.
- Türkiye Sağlık Eylem Planı Bilgi Sistemi,
<<http://www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/ytkiy2005>>
- Türkiye Stratejik Araştırmalar Merkezi (TASAM), AB Bülteni,
<<http://www.tasam.org/ab/index.php?konu=icerik&id=39>>, 12.04.2007.
- Yıldırım, H. Hüseyin, “**Avrupa Ülkelerindeki Sağlık Reform Stratejilerinin Değerlendirilmesi**”, Toplum ve Hekim Dergisi, C. 14, S. 5, Ankara, Eylül- Ekim 1999.
- Yıldırım, H. Hüseyin, “**Türkiye’de Sağlık Reformları: Sağlık Finansmanı Reformu ve Genel Sağlık Sigortası**”, AB Sağlık Araştırmaları Merkezi Derneği, Ankara, < <http://www.absaglik.com/sagreform.htm>>, 21.09.2006.
- Yıldırım, Savaş, “**Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi**”,
< <http://ekutup.dpt.gov.tr/saglik/yildirir/hizmet.pdf> 14>, 25.08.2006.
- Yurt, Nihat, “**Türkiye’de E-Sağlık**”, <http://www.hm.saglik.gov.tr/index.php?option=com_content&task=view&id=28&Itemid=3426 ekim 2005>, 30.05.2007.