

TÜRKİYE İÇİN ALTERNATİF SAĞLIK FİNANSMAN ÖNERİSİ: İKİ SÜTUNLU SİSTEM

ALTERNATIVE HEALTH FINANCING PROPOSITION FOR TURKEY: TWO PILLARED SYSTEM

Mehmet Cihan ERUMUT*

Özet

Sağlık finansmanı, sağlık sistemlerinin etkili bir biçimde işleyebilmesi için en temel unsurlardan birisidir. Günümüzde, tüm dünya genelinde artan sağlık maliyetleri nedeniyle sağlık finansman sistemleri büyük sorunlarla karşı karşıya bulunmaktadır.

Sağlık sistemlerinin finansmanı, kamusal nitelikli finansman yöntemleri ve özel nitelikli finansman yöntemleri aracılığıyla finanse edilmektedir. Kamusal nitelikli finansman yöntemleri vergileme yöntemi ve sosyal sağlık sigortası yöntemidir. Özel nitelikli finansman yöntemleri ise, cepten ödemeler, özel sağlık sigortacılığı ve tıbbi tasarruf hesapları yöntemleridir.

Bu çalışmanın amacı, mevcut sağlık finansman yöntemleri çerçevesinde belli başlı ülke uygulamalarını incelemek, Türkiye'deki mevcut sağlık finansman sistemini ve bu sistemin sorunlarını analiz etmek, yapılan değerlendirmeler sonucunda Türkiye için uygun yapıda bir sağlık finansman modeli önerisinde bulunmaktır.

Bu çalışmanın sonucunda, Türkiye'de var olan kayıt dışı istihdam, işsizlik, işgücüne katılmı oranının düşüklüğü, ekonomik krizler sonucu oluşan istikrarsız büyüme, çeşitli kurumsal ve yönetsel sorunlar nedeniyle sağlık prim gelirlerinin sağlık giderlerini karşılama konusunda yetersiz kaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Özellikle belli bir yaş ve üstü yaş grubu aralığında artış gösteren sağlık giderlerine karşın mevcut uygulamada prim oranlarının yaş düzeyine bağlı olarak artmaması sonucunda sağlık finansman yapısı olumsuz yönde etkilenmektedir. Bu sonuçlar ışığında, Türkiye için, iki sütun içeren ve birinci sütunda tıbbi tasarruf hesabı modelinin ve diğer sütunda genel sağlık sigortası modelinin yer aldığı bir finansman modeli önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Sistemi, Sağlık Finansmanı, Sağlık Finansman Yöntemleri, Tıbbi Tasarruf Hesabı Modeli, Sosyal Sağlık Sigortacılığı Modeli.

Abstract

Health financing is one of the main components contributing to the operation of the health systems effectively. At the present day, health financing systems face major problems because of increasing health costs all around the world.

* Sosyal Güvenlik Uzmanı, Sosyal Güvenlik Kurumu, Strateji Geliştirme Başkanlığı, merumut2@sgk.gov.tr, 0312 2078453

Health systems are financed by public financing systems and private financing systems. Public financing systems are general taxation system and social health insurance system. Private financing systems are out of pocket payment system, private health insurance system and medical saving account system.

The purpose of this study is to analyse several country practices as part of existing health financing systems and also summarize existing health financing system of Turkey. In the light of the analyses, the paper offers appropriate health financing system for Turkey.

As a result of this study, it is concluded that problems like informal employment, unemployment, the low-level of labor participation rate, unstable growth and administrative inefficiency cause deficient health financing structure. Contributions for health financing system are inadequate for covering health costs. As a result of this evaluation, two pillar health financing system is offered for Turkish health system. The first pillar is based on medical saving accounts system and the second pillar is based on social health insurance system.

Keywords: Health System, Health Financing, Health Financing Systems, Medical Saving Accounts, Social Health Insurance System.

1. GİRİŞ

Bir toplumda gerekli ve yeterli düzeyde sağlık hizmetlerinin topluma sunulabilmesi için gereken kaynakların kamu ya da piyasa ekonomisi aracılığıyla sağlanması, sağlık finansmanını ifade etmektedir. Sağlık finansmanının işlevleri sırasıyla gelir toplama işlevi, fon biriktirme işlevi ve sağlık hizmetlerini satın alma işlevidir.

Özellikle son dönemlerde, dünya genelinde ortalama yaşam süresinin yükselmesi, tıbbi teknoloji ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi, demografik dinamikler ve hastalıkların yapısında meydana gelen değişimler nedeniyle sağlık harcamalarında artış eğilimi baş göstermiş ve sağlık finansman sistemleri üzerinde baskı oluşmuştur. Bu çerçevede her ülke, sağlık finansman sistemlerini yeniden değerlendirme ve sorgulama süreci içeresine girmiştir. Sağlık sistemlerinin tüm toplumlar açısından vazgeçilmez yapıdaki sistemler olması ve topluma sunulan sağlık hizmetlerinin kalite düzeyinin finansman yapısına bağlı olması nedeniyle sağlık finansmanı ve sağlık finansman sistemleri akademik, politik, sivil toplum kuruluşları gibi çevreler tarafından mercek altına alınmıştır.

Türkiye’de sağlık finansman sistemi, dünya genelinde sağlık finansman sistemlerinde meydana gelen değişimlerden ve kendi yapısal koşullarının yarattığı sorunlardan etkilenmektedir. Özellikle yukarıdaki paragrafta sayılan nedenlerin sağlık maliyetlerini arttırmasının yanı

sıra, ekonomik yaşamda meydana gelen istikrarsız ekonomik büyüme, kayıt dışı istihdamın yüksek boyutlarda oluşu, işsizlik ve işgücüne katılım oranının düşüklüğü gibi nedenlerden dolayı, Türkiye’de sağlık prim gelirleri sağlık giderlerini karşılama noktasında yetersiz kaldığı görülmektedir. Bununla birlikte yıllardan beri süregelen çeşitli kurumsal ve yönetsel sorunlar da sağlık maliyetlerini arttırmakta ve sağlık sisteminin etkin ve verimli bir biçimde işlemesine engellemektedir.

Bu çalışmada sağlık finansman kavramı ele alınacak, sağlık finansman sistemleri üzerinde durulacak, Türkiye’de mevcut sağlık finansman sisteminin etkinliği tartışılacak, Singapur örneği incelenecek ve son olarak, eldeki veriler ve sorunlar ışığında Türkiye için uygun bir sağlık finansman sistemi önerisi tartışılacaktır.

2. SAĞLIK FİNANSMANI

Geçmişte ve günümüzde birçok ülke açısından sağlık politikasının temel hedefi, nüfusun bütünü için uzun ve sağlıklı bir yaşam olanağı sağlamak ve sunmaktır. Bu hedefe ulaşmak bakımından nüfusun genelini tehdit eden hastalıkların önlenmesi için gerekli tedbirlerin alınması ve topluma sunulan sağlık hizmetlerinin etkin ve yaygın bir biçimde gerçekleştirilmesi, sağlık politikasının temel hedefi ile bağdaşmaktadır. Bu açıdan bakıldığında, topluma sunulan sağlık hizmetlerinin kalite düzeyi, toplumdaki bireylerin uzun ve sağlıklı bir yaşama sahip olabilmeleri bakımından oldukça önemlidir¹. Uluslararası düzeyde tanımlanmış olan sağlıklı yaşam hakkının fiilen gerçekleştirilebilmesi için sağlık hizmetlerinin kaliteli bir biçimde ve toplumun tüm bireylerinin yararlanabildiği ölçüde topluma sunulması gerekmektedir. Bu açıdan bakıldığında sağlık hizmetleri, verimli, etkin ve tutarlı bir şekilde finanse edilmelidir. Günümüzde gelişmiş ülkelerden gelişmekte olan ülkelere kadar tüm ülkelerde sağlık hizmetlerinin finansmanı konusu gittikçe önemini arttırmaktadır².

Sağlık finansmanı geniş kapsamlı bir kavramdır. Genel olarak, sağlık sektöründeki mali kaynakların harekete geçirilmesi ve etkin bir biçimde kullanılmasını içermektedir³. Bir ülkenin sağlık sistemini finanse etmesi için gerekli olan fonları elde etme, bu fonları artırma ve en verimli şekilde kullanma süreci, sağlık finansmanı sürecini ifade etmektedir.

1 NORMAND, Charles; WEBER, Axel; *Social Health Insurance: A Guidebook For Planning*, WHO Press, 1994, s.10.

2 ÇELİKAY, Ferdi; *Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Açısından Genel Sağlık Sigortası Sisteminin Etkinliği ve Geleceği (Yüksek Lisans Tezi)*, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir, 2009, s.18.

3 İSTANBULLUĞLU, Hakan; GÜLEÇ, Mahir; OĞUR, Recai; “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri”, *Dirim Tıp Gazetesi*, 85. Sayı, 2010, s.89.

Gerekli düzeyde sağlık hizmetlerinin topluma sunulabilmesi için gerekli mali kaynakların piyasa ya da kamu ekonomisi aracılığıyla sağlanması, sağlık finansmanı olarak adlandırılmaktadır⁴. Bu süreç, birincil ve ikincil kaynaklardan sağlanan gelirlerin toplanması, toplanan bu gelirlerin fon olarak korunması ve fondaki gelirlerin sağlık hizmeti sunucularına tahsis edilmesi şeklinde gerçekleşmektedir⁵

Sağlık finansmanı, herhangi bir sağlık sisteminde bulunan kaynakların değişimi ya da aktarımı biçiminde de tanımlanabilmektedir. Bu tanımlamaya göre, sağlık hizmeti sunucuları kişilere sağlık hizmetlerini aktarırlar; kişiler veya üçüncü taraf kuruluşlar ise finansal kaynakları sağlık hizmeti sunucularına aktarırlar. Bu süreç karşılıklı bir değişimi içermektedir. Sağlık sistemleri, “üçüncü taraf” olarak isimlendirilen kişileri geliştirmiştir. İlk iki tarafı, hastalar ya da tüketiciler ve sağlık hizmeti sunucuları oluştururken; üçüncü tarafı, hastalanmanın finansal risklerine güvence sağlayabilmek için oluşturulan ve özel kuruluş ya da kamu kuruluşu olabilen kişiler oluşturmaktadır. Üçüncü taraftaki kişiler, sağlık hizmetlerini finanse etmek için güvence altına aldıkları kişilerden doğrudan ya da dolaylı olarak gelir toplamaktadırlar⁶. Toplanan kaynak doğrudan ödedikleri hizmet bedelini geri ödemek için hastalara veya sundukları hizmetin karşılığı olarak sağlık hizmeti sunucularına aktarılmaktadır⁷. Modern sağlık sistemlerinde sağlık finansmanı, hastaların almış oldukları hizmetin karşılığı olarak kendi ceplerinden yapmış oldukları ödemelerle gerçekleşmemektedir. Üçüncü taraf ödeyiciler olarak adlandırılan özel ya da kamusal kuruluşlar, risk ve sigorta mantığına dayalı olarak sağlık sistemi içerisinde yer almaktadırlar⁸.

3. SAĞLIK FİNANSMANININ İŞLEVLERİ

Sağlık finansmanının temel işlevleri gelir toplamak, fon biriktirmek ya da fon havuzlaması yapmak ve sağlık hizmetlerini satın almaktır⁹.

4 ÇELİKAY, s.18.

5 MARCO, Mariano; Italy and Sweden: *A Comparative Analysis of Financing and Health Services Provision (Master's Thesis)*, Department of Economics and Informatics, University West Trollhattan, Sweden, 2010, s.7.

6 MOSSIALOS, Elias; DIXON, Anna; “Funding Health Care: An Introduction”, Derleyen: MOSSIALOS, Elias; DIXON, Anna; FIGUERAS, Josep; KUTZIN, Joe; **Funding Health Care: Options For Europe**, Open University Press, Buckingham – Philadelphia, 2002, s.2-3.

7 YENİMAHALLELİ-YAŞAR, Gülbiye; Sağlıkın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi (Doktora Tezi), Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2007, s.4.

8 EVANS, Robert; “Financing Health Care: Taxation and the Alternatives”, Derleyen: MOSSIALOS, Elias; DIXON, Anna; FIGUERAS, Josep; KUTZIN, Joe; **Funding Health Care: Options For Europe**, Open University Press, Buckingham-Philadelphia, 2002, s.31.

9 GOTTRET, Pablo; SCHIEBER, George; *Health Financing Revisited*, The World Bank, Washington, 2006, s.47.

Gelir toplama işlevi, elde edilen gelirleri kimin ödediği, yapılan ödemelerin türü ve gelirleri kimin topladığı ile ilgilenmektedir¹⁰. Sağlık sisteminde var olan ve topluma sunulan sağlık hizmetlerinin hangi kaynaklardan karşılanacağı, gelir toplama fonksiyonu ile belirlenmektedir. Elde edilen gelirler, hane halkından, iş sektöründen, firmalardan ve diğer dış kaynaklardan toplanmaktadır¹¹.

Fon biriktirme ya da fon havuzlaması işlevi, elde edilen gelirlerin bir araya getirilmesi ve bu gelirlerin yönetimini belirtmektedir. Bu işlevin temel amacı, elde edilen ve bir fon altında toplanan gelirlerin, meydana gelmesi muhtemel olan sağlık harcamalarına tahsis edilmesi ve sağlıkla ilgili riskler sonucunda oluşan finansal riskin en alt düzeye indirilmesi ve bu riskin fona ödeme yapmış kişiler tarafından paylaşılmasıdır¹². Bir başka anlatımla fon biriktirme işlevi, sağlıkla ilgili olarak toplanan gelirlerin oluşması ihtimal dâhilinde bulunan sağlık ile ilgili risklere karşı biriktirilmesi sürecini ifade etmektedir¹³. Bu işlevin temel mantığı, önceden ödeme yoluyla elde edilen gelirlerin beklenmedik anlarda oluşacak olan sağlık harcamaları ile ilgili finansman risklerini engellemektir¹⁴.

4. SAĞLIK FİNANSMAN SİSTEMLERİ

Sağlık finansman sistemleri ya da modelleri, kamusal nitelikli finansman modelleri ve özel nitelikli finansman modelleri olarak ikiye ayrılmaktadır. Kamusal nitelikli finansman modelleri ise, sosyal sağlık sigortacılığı modeli ve vergileme yoluyla finansman modeli olarak ikiye ayrılırken; özel nitelikli finansman modeli özel sağlık sigortacılığı, tıbbi tasarruf hesapları ve cepten ödemeler olmak üzere üç bölüme ayrılmaktadır¹⁵.

Günümüz sosyal devlet anlayışında sosyal faydanın göz ardı edilmesi ve vatandaşların en temel haklarından birisi olan sağlıklı yaşama hakkından feragat etmesi mümkün değildir. Bu nedenle, kamu sektörü sağlık sisteminin içerisinde aktif bir biçimde yer almakta, söz konusu sistemi toplumsal tabana yayarak etkin bir biçimde kullanılmasını gerçekleştirmeye çalışmaktadır¹⁶.

10 MOSSIALOS ve DIXON, s.6.

11 GOTTRET ve SCHIEBER, s.47.

12 WORLD HEALTH ORGANISATION; *The World Health Report: Health Systems Financing: The Path To Universal Coverage*, WHO Press, Geneva, 2010, s.4.

13 KUTZIN, Joseph; *Health Financing Policy: A Guide For Decision-Makers*, WHO Press, 2008, s.9.

14 MOSSIALOS ve DIXON, s.6.

15 YENİMAHALLELİ, s.15.

16 ÇELİKAY, s.24-25.

Sağlığın finansmanında ve tüm nüfusu sağlık bakımından sigorta kapsamına almada uygulanan modellerden birisi, sosyal sağlık sigortası modelidir. İlke olarak bu model, nüfusun geneli açısından ve üyelik bakımından zorunluluk esasına dayanmaktadır. İşçiler, işverenler, kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlar ve hükümet, oluşturulan sağlık sigortası fonuna belli oranlarda prim yatırmak suretiyle modelin işlemesine katkıda bulunmaktadır¹⁷. Sistemin özünü oluşturan sigorta primleri, bireylerin hastalanma riskleri göz önüne alınarak ortak bir havuzda toplanmakta, dayanışma temelinde oluşturulan ortak bir fondan sağlık problemiyle karşılaşan sigortalılara sunulacak sağlık hizmetinin finansmanı sağlanmaktadır¹⁸.

Vergileme yoluyla finansman modelinde genel vergi gelirleri sağlık finansmanının ana kaynağını oluşturmaktadır. Hükümetler, sağlık hizmetlerinin temel sunucuları olarak sistemde yer almaktadırlar¹⁹. Bu finansman modelinde, önleme amaçlı ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin genel bütçe gelirleri ile karşılanıp toplumun her bireyine yeknesak şekilde sunulacak ortamın oluşturulması öngörülmektedir. Vergileme yoluyla finansman modelinin köklerini oluşturan gelişme, 1942 yılında yayınlanan Beveridge Raporu'dur. 1946 yılında İngiltere'de yürürlüğe giren Ulusal Sağlık Hizmetleri Yasası, Beveridge Raporu'ndan esinlenmiştir ve sağlık hizmetlerinin finansmanı vergileme temelinde belirlenmiştir²⁰ İngiltere, 1948 yılında bu modeli uygulayan ilk Batı Avrupa ülkesidir²¹. Günümüzde, 29 OECD üyesi ülkeden 13'ü ağırlıklı olarak vergileme yoluyla finansman modelini uygulamayı tercih etmektedir²². 191 WHO ülkeden 106'sı, bu modeli benimsemiştir²³.

Özel nitelikli finansman modellerinde, sağlık hizmeti sunumunun gerçekleşmesi aşamasında sağlık hizmeti sunucuları ile sağlık hizmeti talebinde bulunanlar serbest piyasa koşullarında karşı karşıya gelerek gerçekleşecek olan denge fiyatını benimsemektedirler. Bu durumda, sağlık hizmeti talebinde bulunanlar, faydalanacakları sağlık hizmetlerinin doğuracağı maliyetleri doğrudan kendileri ödeyebilecekleri gibi özel sağlık sigortası kuruluşları vasıtasıyla da yüklenebilmektedirler. Bu

17 CARRIN, Guy; JAMES, Chris; *Reaching Universal Coverage Via Social Health Insurance: Key Design Features In The Transition Period*, WHO Press, Geneva, 2004, s.3.

18 ÇELİKAY, s.25.

19 JONSSON, Bengt; MUSGROVE, Philip; "Government Financing of Health Care"; Derleyen: SCHIEBER, George J.; *Innovations In Health Care Financing*, The World Bank Publications, Washington, 1997, s.46.

20 GOTTRET ve SCHIEBER, s.76.

21 YENİMAHALLELİ, s.41.

22 İSTANBULLUOĞLU ve diğerleri, s.92.

23 SAVEDOFF, William; *Tax-Based Financing For Health Systems:Options And Experiences*, WHO Press, Geneva, 2004, s.2.

noktada karşımıza çıkan önemli husus, sağlık hizmetlerini talep eden kişilerin bu hizmetlerden yararlanmaları sonucunda ortaya çıkacak olan maliyetleri gerek kendileri gerekse de özel sigorta kuruluşları yoluyla karşılamaları durumundaki süreçte herhangi bir kamu müdahalesinin yer almamasıdır. Sağlık hizmetleri özel kişi ya da kuruluşların fon aktarım mekanizmaları ile finanse edilmektedir²⁴.

Kişilerin sunulmakta olan sağlık hizmetlerinden yararlanmaları suretiyle doğrudan kendi ceplerinden ödeyerek yaptıkları sağlık harcamalarına cepten ödemeler modeli adı verilmektedir. Bireyler, sağlık hizmetlerinden yararlanırken yaptıkları harcamaları daha sonra kamu ya da özel bir takım kaynaklardan iade olarak tahsil etmemekte, hizmetin finansman yükünü kendileri taşımaktadır²⁵. Cepten ödemeler yoluyla finansman modeli, hastalık riski için herhangi bir koruma sağlamamaktadır²⁶.

Sağlık hizmetlerinin piyasa ekonomisi aracılığıyla finanse edilmesinin bir diğer aracı, özel sağlık sigortası yoluyla finansman modelidir. Bu model, cepten yapılan ödemelerin olumsuz özelliklerini bir ölçüde giderebilen nitelikleri bünyesinde barındırmaktadır. Sağlık hizmetlerini satın alanlar ile sağlık hizmetlerini sunanlar arasında aracı rolünü üstlenen özel sağlık sigortası kuruluşları bulunmaktadır. Özel sağlık sigortası kuruluşları bireylerden prim toplamakta, olası bir sağlık problemi çıkması durumunda ise bireyin sağlık hizmeti sunucusundan aldığı hizmetin bedelini ödemektedirler. Bu nedenle, özel sağlık sigortası kuruluşlarına, “üçüncü taraf ödeyici” adı verilmektedir²⁷. Özel sağlık sigortası yoluyla finansman modelinde primler, ödeme gücü ve kabiliyeti dikkate alınarak hesaplanmaktadır. Sağlık finansmanı, meydana gelmesi muhtemel sağlık ve hastalık riskleriyle bağlantılıdır. Primler, yıllık ya da aylık dönemler itibarıyla toplanabilmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumu, kazanç amacı güden kuruluşlar tarafından gerçekleştirilmektedir. Bu kuruluşlar, özel sektör mantığı içerisinde kazanç elde etme amacı ile kurulmuş olan kuruluşlardır²⁸.

Çalışmamız açısından önem taşıyan bir diğer özel nitelikli finansman modeli ise tıbbi tasarruf hesapları modelidir. Bizatihi çalışmamız açısından taşıdığı önem dolayısıyla tıbbi tasarruf hesapları modeli ve bu modeli uygulayan ülke konumunda yer alan Singapur, çalışmamızda ağırlıklı olarak ele alınacaktır.

24 ÇELİKAY, s.19.

25 SEKHRI, Neelam; SAVEDOFF, William; “Regulating Private Health Insurance To Serve The Public Interest:Policy Issues For Developing Countries”, *International Journal Of Health Planning and Management*, 2006, Cilt:21, s.357.

26 İSTANBULLUOĞLU ve diğerleri, s.90.

27 ÇELİKAY, s.22.

28 THOMSON, Sarah; FOUBISTER, Thomas; MOSSIALOS, Elias; *Financing Health Care In The European Union*, Printed in the European Union, 2009 s.27-28.

Tıbbi tasarruf hesapları yoluyla finansman modeli, sağlık sektörü reformu tartışmaları ile birlikte gündeme gelmiş ve mevcut sağlık finansman sistemlerine alternatif olarak görülmüştür. Sağlık finansman araçlarının düzenlenmesinde yenilik yaratan bir süreç olarak kabul edilmektedir. Birçok ülke, tıbbi tasarruf hesaplarını kendi ulusal sağlık finansmanı sistemine uyarlama noktasında büyük bir çaba içerisinde yer almaktadırlar. Bununla birlikte, tıbbi tasarruf hesaplarının olumsuz etkileri ve özellikleri ile ilgili tartışmalar ve eleştiriler de mevcuttur.

Tıbbi tasarruf hesapları, sağlık ya da tıbbi bakım harcamalarının finansmanına tahsis edilmiş kişisel tasarruf hesaplarıdır. Bireyler, hanehalkları ve firmaların gelecekte ortaya çıkabilecek sağlık risklerine karşı gönüllü veya zorunlu bir biçimde, kendilerine ait banka hesaplarına önceden para yatırmaları ve bu parayı sadece sağlık harcamaları için kullanmaları esasına dayanmaktadır²⁹ Uygulamaya konmasının arkasında belli başlı nedenler yer almaktadır. Bunlardan ilki, gelecekte meydana gelmesi beklenen sağlık ya da tıbbi bakım ile ilgili harcamaların maliyetini karşılamak amacıyla tasarrufları oluşturmak, belli bir seviyeye getirmek ve teşvik etmektir. İkinci neden ise, maliyetlerin kontrolünü sağlamak amacıyla sağlık hizmeti talep edenleri ve tüketenleri kayıt altına almaktır. Üçüncü bir neden ise, sağlık sistemleri için finansal kaynakların hareketliliğini sağlamaktır. Tıbbi tasarruf hesapları, kişilerin yaşam döngüsü içerisinde sahip oldukları tasarruf kapasitesi ile yakından ilgilidir. Tıbbi tasarruf hesapları, tek başına, yüksek maliyetli hastalıkları ya da kronik durumları finanse etmek bakımından yeterli bir uygulama olarak görülmemektedir. Daha çok, bu gibi durumlarda devlet kontrolü altında bulunan diğer sistemlere ilave bir yapı olarak düşünülmektedir³⁰.

Tıbbi tasarruf hesapları, sağlık finansman seçeneklerini geliştirmektedir ve sağlık sistemine belli başlı faydalar sağlamaktadır. Ek kaynak yaratılması bakımından olumlu bir etkiye sahiptir. Bu kaynaklar, mevcut sağlık hizmetlerine tahsis edilmektedir ya da gelecekte belli başlı sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılmaktadır. Tasarruf hesapları, bireylerin sağlığa ilişkin harcamalarına ihtiyatlı bir biçimde yaklaşmalarına ve gelecek dönemlerde oluşabilecek sağlık problemleri için güvence oluşmasına neden olmaktadır. Tıbbi tasarruf hesapları, sağlığın finansmanında karşılaşılan temel problemlerden birisi olan üçüncü taraf ödeyici sınırlamasından sıyrılmak ve bu şekilde sağlık hizmetlerine erişimi sağlamak amacıyla düzenlenmektedir. İdari maliyetleri azaltmak amacıyla kişileri ekonomik olan sağlık hizmetlerini seçmeye yönelterek ya

29 YENİMAHALLELİ, s.29.

30 HANVORAVONGCHAI, Piya; *Medical Saving Accounts: Lessons Learned From International Experience*, WHO Press, Discussion Paper No:52, 2002, s.1,2.

da daha iyi alternatifleri aramalarını sağlayarak, maliyetleri düşürmektedir³¹.

Diğer bir yönden bakıldığında, bazı düşük gelirli grupların elinde sağlık hizmetlerine erişim bakımından yeterli derecede nakit bulunmamaktadır. Özellikle sağlık hizmetlerine erişimin iradi yönde gerçekleştiği durumlarda sahip olunan nakit düzeyi oldukça büyük bir önem taşımaktadır. Bu nedenle, tıbbi tasarruf hesapları, bu kişilere yeterli düzeyde finansal esneklik sağlayarak yardımcı olabilmektedir. Aylık sabit maliyetleri (sağlık sigortası primleri) azaltarak isteğe bağlı ve değişken prim ödeme koşullarını geliştirmektedir. Daha az maliyetli sigorta yapısı sunarak kişilerin kendi başlarına karşılayamadıkları yüksek maliyetli sağlık risklerini karşılamalarına olanak sağlamaktadır³². Bu model, sosyal sağlık sigortası ya da devlet tarafından kapsam altına alınmamış sağlık hizmetlerinin finansmanında kişilere büyük bir esneklik sağlamaktadır (örneğin akupunktur). Bununla birlikte tıbbi tasarruf hesapları, sağlık sistemlerinde hesap verebilirlik mekanizmasını geliştirmektedir ve hasta-doktor ilişkisini güçlendirmektedir.

Tıbbi tasarruf hesapları yoluyla finansman uygulaması, yeni bir sağlık finansman modeli olarak ilk kez 1984 yılında Singapur'da uygulanmaya başlamıştır³³. Günümüzde sadece Singapur, Amerika Birleşik Devletleri, Çin ve Güney Afrika'da uygulanan model, özel sağlık piyasasının doğasından kaynaklanan üçüncü taraf ödeyicilerin sorunlarına ve yüksek idari maliyetlere çözüm getirmesi beklentileri ile ortaya çıkmıştır³⁴. Örneğin Singapur'da tıbbi tasarruf hesapları uygulaması, üç temel program çerçevesinde gerçekleşmektedir. Bunlar; Medisave, Medishield ve Medifund uygulamalarıdır. ABD'de sağlık sigortası maliyetlerini telafi etmede zorluk çeken bağımsız çalışanlar ile küçük çaplı iş sahibi kişiler için alternatif bir finansman modeli olarak tasarlanmıştır. Bu model, çoğunlukla başka finansman yöntemleri ile desteklenmektedir. ABD'de afet sigortası ile birlikte, Singapur'da gelir düzeyi düşük olan kişiler için hükümet tarafından finanse edilen Medifund Uygulaması ile birlikte uygulamaya konmuştur. Prim oranları devlet tarafından belirlenmekte veya kişilere bırakılmaktadır. Devlet vasıtasıyla belirlendi-

31 BUNCE, Victoria Craig; "Medical Savings Accounts: Progress And Problems Under HIPAA", **Policy Analysis**, 8 Ağustos 2011, No:411, s.3,4,5.

32 BUNCE, s.6.

33 BORDA, Marta; "Medical Savings Accounts – In Search of an Alternative Method of Health Care Financing in European Countries, **Business And Economic Horizons**, Eylül 2011, 6(3), s.57.

34 MAYNARD, Alan; DIXON, Anna; "Private Health Insurance And Medical Saving Accounts: Theory And Practice", Derleyen: MOSSIALOS, Elias; DIXON, Anna; FIGUERSA, Josep; KUTZIN, Joe, **Funding Health Care:Options For Europe**, Open University Press, Buckingham-Philadelphia, 2002, s.121.

ği durumlarda genellikle sabit bir orana veya yaşa, gelire bağlı olarak belirlenmektedir. Fonların yönetimi ya devlet tarafından (Singapur) yerine getirilmekte ve toplanan fonlar kamu borçlanma araçlarına aktarılmakta ya da ABD’de olduğu üzere özel sağlık sigortalarının bir kısmı şeklinde bankalar tarafından idare edilmektedir³⁵.

Tıbbi tasarruf hesapları modeliyle finansman belli başlı açılardan olumlu yönlere sahiptir. İlk olarak, sağlık hizmeti talep edenleri gelecekte oluşabilme ihtimali olan ahlaki risklere karşı korumaktadır ve sağlık hizmeti talep edenlere en uygun hizmet seçeneklerini sunmaktadır. İkinci olarak, sistemde oluşan uzun dönemi kapsayan tasarruflar kişilerin yaşamlarının gelecek dönemlerinde ortaya çıkacak sağlık harcamaları için gerekli kaynağı yaratmaktadır. İlk iki özelliğinden de anlaşıldığı üzere tıbbi tasarruf hesaplarında gelecek yönelimi ve hedeflemesi önemli bir nitelik olarak model içerisinde yer almaktadır. Gelecek dönemlere ilişkin finansal kaynak hareketliliğinin sağlanması önemli bir durumdur. Bu durum, nüfusu hızlı bir biçimde yaşlanan bir ülkede çalışan ve genç kesim üzerindeki yükü hafifletmektedir. Üçüncü özellik ise sağlık harcamaları açısından kamu kesimi üzerindeki yükün hafiflemesidir. Böylece, devlet yoksul kişilerin sağlık durumuna ve sağlık harcamalarına daha yoğun bir biçimde odaklanacaktır. Dördüncü ve son özellik ise, kişilerin sağlık hizmetlerini seçme noktasında seçim hakkına sahip olmaları nedeniyle sağlık hizmeti sunucularının daha sorumlu davranma noktasında özen göstermeleridir³⁶.

Tıbbi tasarruf hesapları modeliyle finansmanın olumsuz ilk özelliği, yeterli derecede tasarruf düzeyi bulunmayan kişiler açısından sistem içerisinde sağlık harcamalarına erişme noktasında risk ortaya çıkmaktadır. İkinci olarak, elde tutulan tasarrufların bazı zamanlarda gerekli olmayan sağlık hizmetlerinin tüketimine aktarılması da modelin sahip olduğu olumsuz bir özelliktir. Bir diğer özellik ise, kronik bir hastalığa sahip ve işsiz durumda bulunan kişiler için yeterli düzeyde kaynak oluşumu ile ilgili modelin yapısında çeşitli riskler oluşabilmektedir. Son özellik ise, gönüllülük esasına dayanması halinde sağlıklı kişilerin tasarruf hesapları yoluyla finansman sürecine kendi istekleri ve tercihleri doğrultusunda katılmamaları söz konusu olmakta ve sistemde istenilen düzeyde kaynak oluşmamaktadır³⁷.

Almanya, Avusturya, Fransa, Hollanda, Belçika, Yunanistan, Macaristan, Slovakya, Polonya, Lüksemburg gibi ülkeler sağlık sistemlerini finanse ederken sosyal sağlık sigortacılığı modelini uygularken; İngiltere-

35 YENİMAHALLELİ, s.29-30.

36 HANVORAVONGCHAI, s.3-4.

37 HANVORAVONGCHAI, s.3-4.

re, İsveç, Danimarka, İtalya, İspanya, İrlanda, Finlandiya gibi ülkelere sağlık sistemlerini vergileme yoluyla finanse etmektedir. Amerika Birleşik Devletlerinde hakim olan sağlık finansman modeli ise özel sağlık sigortası yoluyla finansmandır.

5. SİNGAPUR MODELİ

1984 yılında gerçekleştirilen sağlık reformundan önce Singapur'da sağlık hizmetleri büyük ölçüde kamu aracılığıyla topluma sunulmaktaydı ve sağlık hizmetlerinin finansmanı vergileme yoluyla sağlanmaktaydı. Birçok endüstrileşmiş ülke gibi Singapur da 1970'li yıllarda sağlık maliyetlerinde meydana gelen yükseliş eğiliminden etkilenmiştir. Bu dönemde Singapur Hükümeti, artan sağlık harcamalarının ve yükselen maliyetlerin ne şekilde finanse edileceği noktasında çözüm önerileri geliştirmeye başlamıştır. Aynı zaman periyodunda, Singapur Hükümeti, hastanelerin etkin olmayan bir biçimde faaliyet gösterdiğini saptamıştır. Kötü yönetimden kaynaklanan düşük seviyeli üretkenlik ve katı bürokratik kuralların varlığı, hastanelerde etkin olmayan yapının oluşmasına neden olmuştur. Bu sebeplerden dolayı, 1980'lerin başında Singapur Hükümeti, sağlık hizmetlerinden yararlananların serbest seçme hakkını dikkate alan, kişisel sorumluluk ve güven ilkelerine göre yapılanmış, mümkün olduğunca serbest rekabet prensibine göre işleyen ve ödeme gücü olmayan kişilere devlet desteği sunabilecek bir sağlık modelini içeren sağlık reformunun gerçekleşmesi yönünde önemli adımlar atmıştır. 1984 yılına gelindiğinde, Singapur'da bir önceki cümlede belirtilen ilkeleri içerisinde barındıran ve yeni bir sağlık finansman modelini oluşturan sağlık reformu gerçekleştirilmiştir. Bu sağlık reformu, hizmet talep edenlerin tercihlerini dikkate alan, sağlık hizmetlerinin sağlandığı anda ödemenin doğrudan gerçekleştiği ve hastalara iyi ve kaliteli hizmetin sunulduğu etkin bir yapıda örgütlenmiş hastanelerin ve kliniklerin var olduğu bir sağlık sistemini gerçekleştirmeyi hedeflemiştir³⁸. Reform süreci ile birlikte, daha öncen sağlık sisteminin finansmanını sağlayan vergileme yoluyla finansman modelinin, sağlık alanındaki kaynakların etkin bir biçimde kullanılmasını engellediği yönündeki görüş noktasından hareketle yeni bir finansman modeli olan tıbbi tasarruf hesapları modeli uygulamaya geçmiştir. Bu modele geçilmesinin arkasında yer alan gerekçe ise reform öncesi var olan sistemde kişilerin ihtiyaç duymadıkları halde sağlık kuruluşlarına başvurup bu hizmetlerden yararlanmaları sonucu sağlık finansman sisteminde ortaya çıkan verimsiz yapıdır³⁹.

38 HSHAO, William C. "Medical Savings Accounts: Lessons From Singapore", Health Affairs, Summer 1995, s.261.

39 SCHREYOGG, Jonas; KIN, Lim Meng; "Health-Care Reforms In Singapore – Twenty Years Of Medical Saving Accounts", <http://www.cesifo-group.de/portal/pls/portal/docs/1/1193588.PDF>, Erişim Tarihi: 13.02.2012, s.55.

Singapur'da sağlık sisteminin finansmanı ağırlıklı olarak tıbbi tasarruf hesapları modeli ile gerçekleşmektedir. Bu model temel olarak üç sütun üzerine inşa edilmiştir. Bu yapılamada üç tane fon oldukça önemli bir konuma sahiptir. Her biri farklı amaçları gerçekleştirmektedir ve farklı finansman mekanizmalarına sahiptir. Bu fonlar sırasıyla Medisave, Medishield ve Medifund uygulamalarıdır. Bu üç fon, aynı anda uygulamaya dahil olmamışlardır. Tıbbi tasarruf hesapları modelinin benimsenmesi ile birlikte oluşturulan ve sistemin yapısını şekillendiren fonlardır.

Medisave: Kişilerin sağlıkla ilgili harcamalarını karşılamaları amacıyla gelirlerinin bir kısmını zorunlu olarak tasarruf ettikleri tıbbi hesaptır. Zorunlu niteliğe sahiptir ve kişisel sorumluluk, kişisel güven ilkelerine dayalı olarak oluşturulmuş bir fon uygulamasıdır. Fonda toplanan tasarruflar sadece sağlık harcamalarını karşılamak amacıyla kullanılmaktadır. Risk paylaşımı ilkesine dayanmamaktadır ve kaynaklar ortak bir fonda toplanmamaktadır. Kişisellik unsuru üzerine inşa edilmiştir. Kişiler sağlık hizmeti sunucularını seçme konusunda serbestiye sahiptirler ve ödemeler hizmet esnasında gerçekleşmektedir⁴⁰. Tıbbi tasarruf hesapları modelinin temel yapısı, Medisave Hesabıdır. Bu uygulamanın arkasında yatan temel düşünce, mevcut finansman sistemlerinin sağlık alanındaki kaynakların kullanımında etkinsizliğe yol açtığı düşüncesidir. Bu durumun sebebi ise, sigortalı kişilerin sağlık hizmetlerinden sık sık gerekmediği halde yararlanmalarıdır⁴¹.

Medisave, Nisan 1984 yılında yürürlüğe girmiştir. Katılımda zorunluluk esasına dayalı olarak işleyen fon, Merkezi Yardım Fonu (CPF) tarafından yönetilmektedir. CPF, 1955 yılında kurulmuştur, devlet tarafından yönetilmektedir ve Singapur'da sosyal güvenlik sistemini yöneten temel kurumdur. Faal nüfusun yaptığı zorunlu primlerle sunmuş olduğu hizmetlerin finansmanını sağlamaktadır. Medisave Planı'nın dışında CPF bünyesinde iki temel fon daha bulunmaktadır. Olağan Hesap (Ordinary Account) adı verilen ilk hesap, elde edilen tasarrufların eğitim, sigorta ve diğer yatırımlar için kullanılan kısmıdır. Özel Hesap (Special Account) ise, kişilerin ileriki yaşlarında emeklilikli ilgili bulunan finansal ürünlere yapacakları yatırımları yöneten hesaptır⁴². CPF bünyesinde toplanan fonların 2011 yılı itibarıyla % 16'lık kısmı işverenler tarafından finanse edilmekteyken % 20'lik kısmı ise istihdam edilenler tarafından finanse edilmektedir⁴³.

40 HSIAO, s.262

41 SCHREYOGG ve KIN, s.55.

42 HANVORAVONGCHAI, s.6.

43 "Contribution Rates In 2011", www.cpf.gov.sg., Erişim Tarihi: 13.02.2012.

Tablo 1: Singapur Merkezi Yardım Fonu (CPF) Katkı Oranları

Toplam Katkı	Özel Hesap	Medisave	Olağan Hesap
% 36	% 6	% 7	% 23

Kaynak: www.cpf.gov.sg

2011 yılı itibariyle CPF bünyesinde elde edilen toplam % 36 seviyesindeki tasarrufların % 6'sı Özel hesaba, % 7'si Medisave Planına ve % 23'ü ise Olağan Hesaba aittir.

Medisave Uygulamasında prim oranları % 7 ile % 9.5 arasında değişmektedir. Prim oranları, yaş gruplarına bağlı olarak değişmektedir ve yaş arttıkça prim oranları da artmaktadır. Primler gelir vergisinden muaftır ve elde edilen tasarruflar, CPF tarafından sermaye piyasalarında işletilmekte ve faiz getirisi elde edilmektedir. Primler, çalışanlar ve işverenler tarafından eşit bir biçimde paylaşılmaktadır.

Tablo 2: Singapur Sağlık Sisteminde Medisave Uygulamasında Yaş Durumuna Bağlı Olarak Değişen Katkı Oranları

YAŞ	KATKI ORANI
35 ve Altı	% 7
35-45	% 8
45-60	% 9
60 ve Üstü	% 9.5

Kaynak: www.moh.gov.sg.

Yukarıdaki tabloda görüldüğü üzere prim oranları yaş gruplarına bağlı olarak değişmektedir. 35 ve altındaki yaş grubu % 7 oranında prim öderken, 35-45 yaş arasındakiler % 8 oranında prim ödemektedirler. 45-60 yaş arasındakiler % 9 prim öderken, 60 yaş ve üstü ise % 9.5 oranında prim ödemektedirler.

Tablo 3: Medisave Uygulamasında Kendi Adına ve Hesabına Çalışanların Yaşa ve Net Ticari Kazanç Düzeyine Göre Yapmış Oldukları Katkı Düzeyleri

Net Ticari Kazanç	35 Yaş ve Altı	35-45 Yaş Aralığı	45 Yaş ve Üstü
6000-12000 \$	% 2.33	% 2.67	% 3
12000-18000 \$	% 2.33-% 7	% 2.67-% 8	% 3-% 9
18000 \$ ve Üstü	% 7	% 8	% 9

Kaynak: www.moh.gov.sg.

Yukarıdaki tabloda görüldüğü üzere, kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanların Medisave Planı'na katılımı net ticari kazanç düzeyine ve yaş gruplarına bağlı olarak farklılaşmaktadır. Net ticari kazancı 6000-12000 \$ arasında olanlardan 35 yaş ve altında yer alanlar gelirlerinin % 2.33'ünü, 35-45 yaş aralığında yer alanlar kazançlarının % 2.67'sini ve 45 yaş ve üstünde yer alanlar kazançlarının % 3'ünü Medisave Planı'na aktarmaktadır. Aynı uygulama diğer kazanç ve yaş gruplarına göre farklılaşmaktadır.

Medisave Hesabı, iki temel özeliğe sahiptir. Bunlardan ilki, Medisave Asgari Tutarı (MMS) olarak adlandırılan ve kişilerin 55 yaşına kadar Medisave Hesaplarında bulundurmaları gereken asgari tutarı ifade etmektedir. Medisave Katkı Tavanı (MCC) ise, kişilerin herhangi bir zaman noktasında Medisave Hesabına yapabilecekleri katkı tavanını ifade etmektedir. Eğer kişi, 55 yaşın altındaysa MCC üzerinde oluşan fazla tutar CPF bünyesi altında bulunan Özel Hesaba transfer edilmektedir. Kişi 55 yaşın üstündeyse, MCC üzerinde oluşan fazla tutar Emeklilik Hesabına transfer edilmektedir. 55 yaşına kadar, MMS 1 Temmuz 2011 itibarıyla 36000 Singapur Doları seviyesindedir. MCC ise 1 Temmuz 2011 tarihi itibarıyla 41000 Singapur Doları seviyesindedir⁴⁴.

Medisave Uygulamasında, kişinin ölümü halinde fonda biriken tutar kişinin bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık harcamalarını finanse etmek bakımından hak sahiplerine geçmektedir. Medisave aracılığıyla, kişilerin hastane masrafları ve ciddi, kronik düzeyde olmayan ayakta tedavi masrafları karşılanmaktadır⁴⁵.

Medishield: Medishield Uygulaması, Singapur'da 1990 yılında uygulamaya konmuştur. Medisave Hesabı'nın pahalı maliyete sahip olan hastalıkların finanse edilmesinde yetersiz kaldığı düşüncesinde hareketle oluşturulmuş bir tıbbi tasarruf hesabıdır. Büyük ve kronik hastalıklara

44 BORDA, s.58.

45 BORDA, s.58.

sağlanan sağlık hizmetleri bu program aracılığıyla finanse edilmektedir. Pahalı hastane maliyetleri ve böbrek diyalizi ve kanser gibi yüksek maliyetlere sahip bulunan belli başlı ayakta tedavi masrafları, Medishield Uygulaması ile finanse edilmektedir. Singapur Sağlık Bakanlığı ve CPF tarafından önerilmiş ve geliştirilmiş bir programdır. Hükümet, Medishield Hesabı uygulamaya geçirildiğinde, Medisave Hesabı olanları Medishield Hesabı'na dahil etmeyi teşvik etmiştir ve 75 yaşına kadar olan ve Medisave Hesabı kapsamında yer alan üyeler, eğer kendileri reddetmemişlerse Medishield Uygulaması'na dahil edilmişlerdir. Medishield Hesabı, gönüllülük esası üzerine inşa edilmiştir. Risk paylaşımı ilkesi mevcuttur ve primler yaş gruplarına göre farklılaşmaktadır. Yüksek yaş grupları için yüksek düzeyde primler söz konusudur. Medishield Hesabı'na aktarılan primlerin kaynağı Medisave Hesabı içerisinde yer alan fonlardır⁴⁶.

Medishield Uygulaması ile birlikte Singapur'da uzun süren, yüksek maliyetler içeren kronik hastalıkların tedavisi gerçekleştirilmektedir. Yüksek seviyelerdeki hastane masrafları ve uzun sürede oluşabilecek yüksek risk taşıyan hastalıkların tedavisi, bu program bünyesinde finanse edilmektedir. Medisave Hesabının aksine, Medishield, risk paylaşımı esasına göre inşa edilmiştir. Bu uygulamayla birlikte, Singapur'da toplum bireylerini tehdit eden yüksek risk düzeyine sahip hastalıkların pahalı maliyetleri, sistematik ve düzgün işleyen bir yapıda finanse edilmektedir.

Tablo 4: Medishield Uygulamasında Yaş Aralığına Göre Değişen Prim Tutarları

YAŞ ARALIĞI	YILLIK PRİM TUTARI
1-30	33 \$
31-40	54 \$
41-50	114 \$
51-60	225 \$
61-65	332 \$
66-70	372 \$
71-73	390 \$
74-75	462 \$
76-78	524 \$
79-80	615 \$
81-83	1087 \$
84-85	1123 \$

Kaynak: www.moh.gov.sg.

46 HANVORAVONGCHAI, s.7.

Yukarıdaki tablodan görüldüğü üzere Medishield Uygulamasında oluşan yıllık prim tutarları, yaş aralığına göre, yaş gruplarına göre farklılık göstermektedir. Yaş arttıkça Medishield Hesabına yatırılan prim tutarlarında artış meydana gelmektedir. En düşük aralık olan 1-30 yaş aralığında yıllık ödenen prim tutarı 33 \$ düzeyinde iken, en yüksek yaş aralığı olan 84-85 yaş aralığında yıllık ödenen prim tutarı 1123 \$ düzeyindedir.

Medifund: Medifund Hesabı, toplumda yoksul durumda bulunan ve sağlıkla ilgili harcamalarını gerçekleştirecek ekonomik güce sahip olmayan kesimin sağlık harcamalarını finanse etmek için 1993 yılında oluşturulan bir tıbbi tasarruf fonudur. Finansmanı devlet tarafından karşılanmaktadır. Yoksul durumda bulunan ve yeterli ekonomik güçten yoksun kişiler sağlık harcamalarıyla ilgili olarak Medifund'a müracaat etmektedirler.⁴⁷ Başvurular, Hastane Medifund Komiteleri tarafından değerlendirilmektedir ve böylece ekonomik açıdan zor durumda bulunan kişiler sağlık hizmetlerini talep etmeleri bakımından değerlendirilmektedirler.⁴⁸

Medifund Uygulamasında önemli olan husus, belli başlı kişilerin sağlık harcamalarını karşılama noktasında içerisinde bulunmuş oldukları ödeme gücü seviyelerinin düşük düzeyde oluşudur. Devlet, sağlık maliyetlerini karşılayacak düzeyde olmayan kişilerin harcamalarını Medifund aracılığıyla finanse etmektedir. Yeterli derecede gelir seviyesinden ve sağlık sistemine katlı yapabilme gücünden yoksun durumda bulunan kişiler açısından oluşturulmuş bir uygulamadır. Kişilerin ekonomik durumlarını ve sağlık hizmetlerine ulaşımında adalet ilkesini göz önüne alarak oluşturulmuş bir yapıdır.

6. TÜRKİYE'DE GENEL SAĞLIK SİGORTASI SİSTEMİNİN ETKİNLİĞİ

Türkiye'de sağlık sistemi genel sağlık sigortası sistemi ile finanse edilmektedir. Genel sağlık sigortası, kişilerin ekonomik durumuna bakılmaksızın gelecekte meydana gelebilecek olan hastalık riskine karşı toplumu oluşturan tüm bireylerin sağlık hizmetlerinden yaygın ve etkin bir şekilde yararlanmasını sağlayan bir modeldir⁴⁹. Türkiye'de sağlık sisteminin finansman yapısının etkinliğine bakıldığında, sağlık finansmanını etkileyen birçok faktörün varlığı göze çarpmaktadır. GSS öncesinde ve sonrasında, Türkiye'de sağlık sisteminin finansmanını etkileyen faktörler, ekonomide uzun süreler içerisinde ortaya çıkan bir dizi yapısal

47 HSAO, s.262.

48 HANVORAVONGCHAI, s.7.

49 ORHANER, Emine; "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası", **Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi**, 2006, Sayı:1, s.13.

problemlerin yansımalarıdır. Sistemi etkileyen idari ve yapısal faktörler, Türkiye'nin ekonomik değişkenleri ve işgücü piyasalarının yapısal özelliklerinden etkilenmektedir. GSS'nin etkinliğini irdelemek bakımından ekonomik yaşama ve işgücü piyasalarına ilişkin belli başlı sorunların incelenmesi gerekmektedir.

Kayıt dışı istihdam olgusu: Kayıt dışı istihdam, çalışanların yeterli düzeyde çalışma standartlarına sahip olmadan, asgari yaş ve ücret had-di, fazla mesai ücreti ve işyeri standartları gibi hususlardaki düzenleme ve uygulamalara itibar edilmeden, sosyal güvenlik ve diğer fonlarla ilgili yükümlülükler yerine getirilmeden çalıştırıldığı bir istihdam türüdür⁵⁰. Türkiye açısından bakıldığında, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) ve diğer araştırma sonuçlarında belirtildiği gibi her iki kişiden biri kayıt dışı olarak çalışmaktadır⁵¹. Bu oran, kayıt dışı istihdamın büyüklüğü açısından önemli bir orandır.

Kayıt dışı istihdamın mali, idari, ekonomik ve sosyal sebepleri mevcuttur. Nüfus artışı, işsizlik, iç göçler ve kentleşme, çocuk işçiliği, yüksek enflasyon, piyasalarda rekabet edebilme gücü, ücretlerin üzerindeki mali ve sosyal yükümlülüklerin fazla olması, kayıt dışı istihdamın nedenleri arasında gösterilmektedir⁵². Bu nedenler, ülkeden ülkeye farklılık göstermekle birlikte kayıt dışı istihdamın oluşumunda ve gelişmesinde en önemli sırayı almakta ve başat bir rol oynamaktadırlar.

Tablo 5: Türkiye'de Kayıt Dışı İstihdam Oranı

Yıl	Toplam İstihdam	Herhangi Bir Sosyal Güvenlik Kuruluşuna Kayıtlı Olmayanlar	Kayıt Dışılık Oranı
2009 (Eylül)	22.020.000	10.025.000	% 45.5
2010 (Eylül)	22.972.000	10.101.000	% 43.9
2011 (Eylül)	24.749.000	10.600.000	% 42.8

Kaynak: İşgücü İstatistikleri, Türkiye – 2005 ve Sonrasına İlişkin Sonuçlar, www.tuik.gov.tr.

50 CANDAN, Mehmet, *Kayıt Dışı İstihdam, Yabancı Kaçak İstihdamı ve Toplumumuz Üzerindeki Sosyo-Ekonomik Etkileri (Uzmanlık Tezi)*, T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Kurumu Genel Müdürlüğü, Ankara, 2007, s.15.

51 CANDAN, s.18.; TÜİK, "Hanehalkı İşgücü Araştırması 2011 Eylül Dönemi Sonuçları", www.tuik.gov.tr, Erişim Tarihi: 27.12.2011

52 CANDAN, s.27.

Eylül 2009 itibariyle Türkiye’de toplam istihdam düzeyi 22.020.000 düzeyindeyken, herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşuna kayıtlı olmayanların sayısı 10.025.000 düzeyindedir. Aynı dönem itibariyle kayıt dışılık oranı % 45.5 seviyesindedir. Eylül 2010 döneminde ise toplam istihdam düzeyi 22.972.000 seviyesindeyken herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşuna kayıtlı olmayanların sayısı 10.101.000 düzeyindedir. Bu dönemde kayıt dışı istihdam oranı ise % 43.9 seviyesindedir. Son olarak, Eylül 2011 itibariyle toplam istihdam düzeyi 24.749.000 seviyesindeyken, herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşuna kayıtlı olmayanların sayısı 10.600.000 düzeyindedir. 2011 itibariyle kayıt dışılık oranı ise % 42.8 olarak gerçekleşmiştir. Görüldüğü üzere, yaklaşık olarak istihdam edilen her iki kişiden biri kayıt dışı olarak çalıştırılmaktadır.

Kayıt dışı istihdamın hacminin yüksek oluşu, sosyal güvenlik sistemini ve sağlık sistemini prim toplama esasına göre düzenleyen Türkiye ve benzeri ülkelerde finansal kaynakların yeterli derecede toplanamamasına ve sağlık finansmanı ile ilgili olarak belirlenen en önemli ilkelere birisi durumunda olan adalet ilkesinin zedelenmesine neden olmaktadır. Primlerin adalet ilkesine uygun bir biçimde toplanamaması ve yetersiz düzeyde toplanması, topluma sunulan sağlık hizmetlerinin finansmanında önemli derecede sorunlar ortaya çıkarmaktadır.

İşgücüne katılım oranının düşüklüğü: Türkiye’de hızı düşmekle birlikte artmaya devam eden nüfus, çalışabilir nüfusu da her yıl arttırmaktadır. Nüfus artışının devam etmesi, 15 yaş ve üzerinde bulunan çalışabilir nüfusun toplam nüfustan daha hızlı bir biçimde artmasına yol açmaktadır. Bu durum, bir toplum için önemli bir fırsattır; buna karşılık, istihdamın büyüme hacminin de çalışabilir nüfusta meydana gelen artış karşılabilmesi gerekmektedir. Türkiye’de işsizlik olgusu nedeniyle, çalışma çağına gelmiş nüfustaki artış hızı işgücüne yansımamaktadır. İşgücüne katılım oranı 1950’li yıllardan bu yana gerilemektedir. İşgücüne katılım oranı, AB ve OECD ülkeleri arasında % 70’ler düzeyindedir. Türkiye OECD ülkeleri arasında en düşük işgücüne katılım oranına sahip ülkedir⁵³.

Tablo 6: Türkiye’de Yıllar İtibariyle İşgücüne Katılım Oranları

TÜRKİYE	İşgücüne Katılım Oranı (%)										
YIL	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
	54.2	54.1	53.9	52.8	51.1	51.2	51.0	51.0	51.8	52.9	53.9

Kaynak: Labour Force Participation Rate, Labour Force Statistics, www.oecd.org.

İşgücüne katılım oranı, OECD ülkelerinin ortalaması ele alındığında 2005 yılında % 72.4, 2006 yılında % 72.8, 2007 yılında % 73, 2008 yılında % 73.4, 2009 yılında % 73.3 ve 2010 yılında % 73.4 düzeyindedir. Buna karşılık Türkiye’de ise işgücüne katılım oranı aynı yıllar itibariyle sırasıyla % 51.2, % 51, % 51, % 51.8, % 52.9 ve % 53.9 olarak gerçekleşmiştir⁵⁴. Türkiye’de işgücüne katılım oranının düşük olması, sağlık sisteminin finanse etmek için gerekli olan primlerin yeterli düzeyde toplanamamasına neden olmaktadır. Primlerin yetersiz düzeyde olması ise, sağlık sisteminin finansmanının etkinliğini olumsuz yönde etkilemekte ve finansal sürdürülebilirliği tehdit etmektedir.

İşsizlikteki artış: Türkiye’de işsizlik sorunu, ithal ikameci sanayileşme stratejisinin benimsendiği dönemden bu döneme kadar artan öneme sahip ekonomik ve sosyal bir sorun olarak varlığını sürdürmektedir. Günümüzde mevcut bulunan işsizlik sorunu esas olarak, 2001 yılında gerçekleşen ekonomik kriz sonucunda % 10 seviyesini aşmasıyla başlamıştır⁵⁵.

Türkiye’de işsizlik sorunu önemli ölçüde tarım dışında kendini hissettirmektedir. Kendi hesabına ve ücretsiz aile işçiliğinin yaygın olduğu tarım sektöründe işsizlik oranının düşük seviyelerde oluşması beklenen bir sonuçtur. Tarım sektöründe aile üyeleri birkaç saat için dahi olsa işletmenin çalışmasına katkıda bulunmakta, bu durum doğal olarak bu kişilerin istihdam içinde sayılmasını gerekli kılmaktadır⁵⁶.

Tablo 7: Türkiye’de Yıllar İtibariyle İşsizlik Oranları

TÜRKİYE	İşsizlik Oranı (%)								
YIL	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
	10.8	11.1	10.9	10.5	10.5	11.2	14.3	12.1	9.1

Kaynak: Unemployment of Labour Force, www.oecd-ilibrary.org.

54 OECD, “Labour Force Participation Rate”, Labour Force Statistics, www.oecd.org., Erişim Tarihi: 24.01.2012

55 YENİMAHALLELİ, s.240.

56 YENİMAHALLELİ, s.241.

2003 yılından itibaren Türkiye’de işsizlik oranı verileri incelendiğinde işsizlik oranının ortalama olarak % 10 seviyelerine gerçekleştiği görülmektedir. İşsizlik oranının yüksek oluşu, Türkiye’de istihdam içerisinde yer alması gerekenden daha az sayıda kişinin istihdam içerisinde yer almasına yol açan bir problemdir. Bu durumun doğal bir sonucu olarak sosyal güvenlik sistemi ve sağlık sistemi de bu durumdan etkilenmektedir. Toplanması gereken prim gelirlerinden daha az seviyede bir prim geliri sağlık sistemi içerisinde yer almaktadır ve bu durum, sağlık sisteminin finansal açıdan sürdürülebilir bir yapıya ulaşmasını engellemektedir.

Aktif pasif sigortalı oranındaki düşüş: Sağlık sistemine finansman noktasından hareketle bakıldığında, aktif pasif oranı oldukça büyük bir önem arz etmektedir. Dağıtım esasına dayalı olarak yapılanmış bir sosyal güvenlik sisteminde sigortalıların sayısının sistemden aylık alanların sayılarına oranının sistemin aktüeryal dengesi için en az dört olması gerekmektedir. Dört çalışandan elde edilen sigorta primleri ile bir emeklinin aylığı finanse edilmelidir⁵⁷.

Türkiye’de sistem, aktif pasif oranı ideal olarak kabul edilen değer olan “dört” değerinden oldukça uzaktadır ve bu nedenle sistem finansman bakımından önemli derecede sorunlar yaşamaktadır. 2010 Eylül itibariyle aktif pasif oranı % 1.82 düzeyinde gerçekleşmişken 2011 Ağustos itibariyle aktif pasif oranı % 1.88 ve son olarak 2011 Eylül ayı itibariyle aktif pasif oranı % 1.90 düzeyinde gerçekleşmiştir.⁵⁸

Sistemde uzun dönemler boyunca ortaya çıkan aktif pasif dengesinin bozulması ve bu oranın ideal kabul edilen orandan sapması, sosyal güvenlik ve sağlık sisteminin finansman yapısının sürdürülebilirliğini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle sağlık sistemi finansal açıdan etkin bir biçimde işlememektedir.

Ekonomik krizler: 1990’lı yılların başlarından bugüne dek dünya genelinde ortaya çıkan finansal krizlerin şiddeti artmış ve bu krizler giderek yaygınlaşmıştır. Artan finansal ve ekonomik krizler, istihdamın korumasızlığını arttırmış, bu durumun sonucunda işsizlik oranlarında artışlar ortaya çıkmıştır. Bu süreç Türkiye ekonomisini de etkilemiş ve Türkiye’de ekonomik krizler sıkça görülmeye başlamıştır⁵⁹.

57 GÜMÜŞ, Erdal, “Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sistemi:Mevcut Durum, Sorunlar ve Öneriler”, SETA Analiz, Ağustos 2010, www.setav.org., s.12.

58 SOSYAL GÜVENLİK KURUMU, *Aylık İstatistik Bülteni*, Eylül 2011, Aktüerya ve Fon Yönetimi Daire Başkanlığı, s.5.

59 ÖZSUCA, Şerife, “Küreselleşme ve Sosyal Güvenlik Krizi”, *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, Nisan-Haziran 2003, Cilt:58, No:2, s.142.

Türkiye, 1990-2001 dönemi arasında üç kriz yaşamıştır. Ortaya çıkan bu krizler Türkiye’de ekonomik ve sosyal istikrarı olumsuz yönde etkilemişlerdir. Daha sonraki dönemde, 2002-2005 dönemi arasında reel olarak ortalama % 7.8 oranında büyüyen ekonomi, 2006 yılından günümüze doğru geldiğinde istikrarsız bir yapı sergilemiştir⁶⁰

Tablo 8: Türkiye’de Yıllar İtibariyle Reel Büyüme Oranları

TÜRKİYE	Reel Büyüme Oranları (%)					
YIL	2006	2007	2008	2009	2010	2011
	6.9	4.7	0.7	- 4.8	9.0	7.4

Kaynak: Real Gross Domestic Product – Percentage Change Over Previous Period, www.oecd-ilibrary.org.

Yukarıdaki tabloda görüldüğü üzere 2006 yılından 2011 yılına kadar geçen sürede istikrarsız bir yapıda bulunan reel büyüme oranları göze çarpmaktadır. Ekonomik krizlerin ve istikrarsız büyümenin neden olduğu işsizlik, kayıt dışılık, ekonomik istikrarsızlık gibi olgular, sosyal güvenlik sisteminin ve dolayısıyla sağlık sisteminin finansal yapısını ve prim gelirlerini olumsuz yönde etkilemiştir.

Tüm bu anlatılanlara ilaveten daha önceki dönemlerde emekliliğe hak kazanma yaşının nispeten düşük tutulması, prim tahsilat oranının düşük olması ve prim tahsilat sorunlarına çözüm bulunamaması, prim karşılığı olmayan ödemelerin sosyal güvenlik kuruluşları kaynaklarından karşılanması, kurumsal ve yönetsel sorunlar gibi nedenlerden dolayı, sosyal güvenlik sistemi ve dolayısıyla sağlık finansman sistemi olumsuz yönde etkilenmiştir⁶¹.

Yukarıdaki paragraflarda değinilen işgücü piyasalarına ilişkin sorunlar ve yaşanan ekonomik krizler sonucunda Türkiye’de sağlık sistemi finansman bakımından ciddi yetersizlikler yaşamaktadır. Kayıt dışı istihdam, işsizlik, aktif pasif sigortalı oranındaki düşüş ve ekonomik krizler sonucu sağlık sisteminin finansmanı olumsuz yönde etkilenmiştir. 2009 yılında prim gelirlerinin sağlık ödemelerini karşılama oranı % 68 düzeyindeyken, 2010 yılında bu oran % 74 seviyesindedir⁶². Prim gelirleri, sağlık ödemelerini finanse etme noktasında yetersiz düzeyde gerçekleşmektedir.

60 YENİMAHALLELİ, s. 245.

61 GÜMÜŞ, s.16.

62 SOSYAL GÜVENLİK KURUMU, s.53., (Sağlık prim gelirleri % 12.5 olarak hesaplanmıştır).

Sağlık finansman sistemine yapılan harcamalar düzeyinde bakıldığında da belli başlı noktalarda etkin olmayan, giderleri arttıran ve verimsiz yapıdaki uygulamalar mevcuttur. Ayaktan teşhis ve tedavi hizmetlerinin verildiği birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelik olarak oluşturulmuş olan planlama ve hizmet sunumunun yetersizliği nedeniyle bu kuruluşlar verimli bir biçimde çalışmamaktadırlar. Bu durumun doğal bir sonucu olarak yataklı tedavi hizmetlerinin maliyetleri olumsuz yönde etkilenmektedir⁶³. Koruyucu sağlık hizmetlerine verilen önemin düşük düzeyde tutulması nedeniyle hem bu hizmetler topluma etkin bir biçimde sunulamamaktadır, hem de ayakta ve yatarak tedavi hizmetlerinin maliyetleri yüksek seviyelere ulaşmaktadır. Bu durum, genel olarak sağlık hizmetlerinin topluma sunulmasında ve sağlık hizmetlerinin finansmanı açısından bakıldığında etkin olmayan ve verimsiz bir tablonun oluşmasına büyük ölçüde katkıda bulunmaktadır.

Tablo 9: Türkiye’de Yıllar İtibariyle Hastane Fatura Bilgileri

YILLAR	MÜRACAAT SAYISI (BİN ADET)		FATURA TUTARI (BİN TL)	
	AYAKTAN	YATARAK	AYAKTAN	YATARAK
2008	206.807	9.366	7.056.678	6.463.523
2009	234.821	7.961	7.763.182	6.337.802
2010	262.051	7.904	9.040.463	7.215.886
2011 (Mayıs)	127.217	3.819	4.514.970	3.576.669

Kaynak: SGK Aylık İstatistik Bülteni, Eylül 2011, s.43.

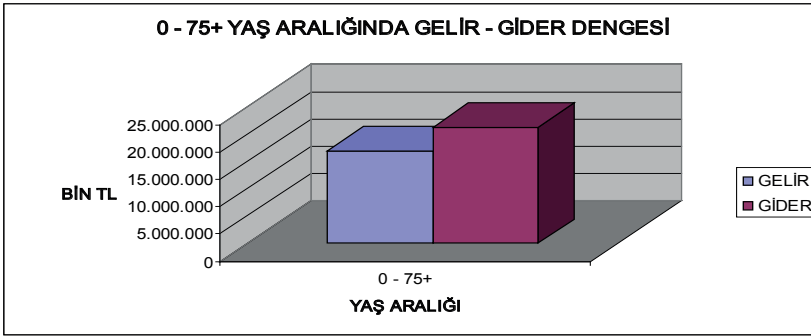
Yukarıdaki tabloya bakıldığında, ayakta tedavi hizmetlerine müracaat edenlerin sayısı ile yatarak tedavi hizmetlerine müracaat edenlerin sayısında yıllar itibariyle önemli derecede farklılıklar olmasına karşın, ayakta tedavi hizmetleri ile yatarak tedavi hizmetlerinin fatura tutarları birbirine oldukça yakındır. Yatarak tedavi hizmetlerine başvuranların sayısı ayakta tedavi hizmetlerine başvuranların sayısına oranla oldukça düşüktür buna karşın yatarak tedavi hizmetlerinin maliyeti yüksek seviyededir. Ayakta teşhis ve tedavi hizmetlerinin planlaması ve hizmet sunumunun yetersizliği nedeniyle yatarak tedavi hizmetlerinin maliyeti yüksek seviyelerde oluşmaktadır. Bu durum, sağlık harcamaları açısından etkin olmayan ve verimsiz bir durum yaratmakta ve sağlık finansman yapısında gider arttıran bir tablo olarak karşımıza çıkmaktadır.

63 DPT, “8. Beş Yıllık Kalkınma Planı Sağlık Hizmetlerinde Özel Etkinlik İhtisas Komisyonu Raporu”, s, 127., <http://ekutup.dpt.gov.tr/saglik>. Erişim Tarihi: 27.02.2012.

7. TÜRKİYE İÇİN SAĞLIK FİNANSMAN MODELİ ÖNERİSİ

Bir önceki bölümde Türkiye’de işgücü piyasalarına ilişkin temel sorunların ve yaşanan ekonomik krizlerin sosyal güvenlik sistemi ve dolayısıyla sağlık sisteminin finansman yapısını olumsuz olarak etkilediğinden ve sağlık sistemi için toplanan gelirlerin sağlık ödemelerini karşılama noktasında yetersiz düzeyde kaldığından söz edilmişti. Özellikle Türkiye’de sağlık finansman sistemi içerisinde elde edilen sağlık prim gelirlerinin ve sağlık giderlerinin yaş bazında dağılımı yapıldığında, çeşitli yaş grupları itibariyle finansman yetersizliği açıkça ortaya çıkmaktadır. Bu noktadan hareketle bu bölümde, 2010 yılı Aralık ayı itibariyle 4/a sigortalılarının sağlık prim gelirlerinin ve sağlık giderlerinin yaş bazında dağılımı farklı yaş grupları itibariyle analiz edilecektir. Bu döneme ilişkin yaş bazında oluşan gelir – gider dengesi, çalışmanın sonunda yer alan EK 1’de tablo halinde yer almaktadır.

Grafik 1: 2010 Aralık İtibariyle 4/a Sigortalılarının 0 – 75+ Yaş Aralığında Sağlıkla İlgili Gelir – Gider Dengesi



2010 Aralık dönemi itibariyle 4/a sigortalılarının yaş bazında sağlıkla ilgili prim gelirleri ve toplam sağlık giderleri gelir – gider dengesi çerçevesinde analiz edildiğinde⁶⁴ 0 – 75+ yaş aralığında sağlıkla ilgili toplanan prim geliri 16.950.060 Bin TL seviyesinde gerçekleştiği görülmektedirken, toplam sağlık giderinin 21.275.336 Bin TL seviyesinde

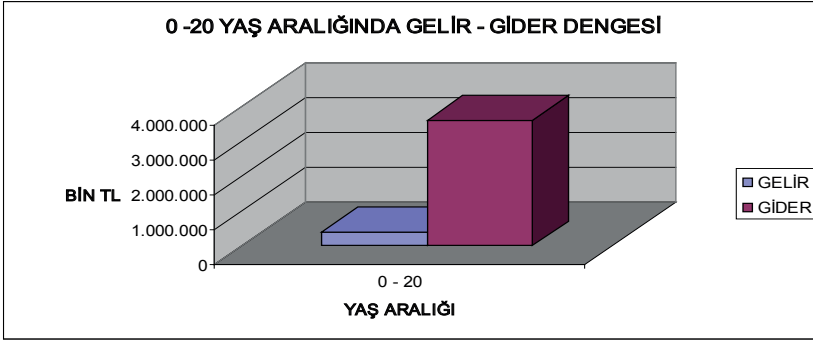
64 1- 4/a sigortalı verileri yaş bazında, SGK, Hizmet Sunumu Genel Müdürlüğü, Elektronik Yayın ve Bilgi Dağıtım Daire Başkanlığı’ndan temin edilmiştir. Sağlık harcaması (gider) verileri, sistemden yaş bazında kişi başına düşen sağlık harcamalarının elde edilmesi ve kişi başına düşen sağlık harcamalarının yine sistemden elde edilen 4/a sigortalı kapsamıyla çarpılması yoluyla elde edilmiştir. Yaş bazında sağlık prim gelirleri, 4/a kapsamındaki sigortalılar çerçevesinde ele alınmıştır ve sistemden temin edilmiştir.

2- 4/b ve 4/c sigortalılarının prime esas kazanç verilerinin sağlıklı olmayışı nedeniyle bu sigortalılar analiz dışında bırakılmış ve 4/a sigortalılarının gelir – gider bazında analizi yapılmıştır.

3- Sağlık gelir – gider dengesinin yaş bazında analizi EK 1’de yer almaktadır.

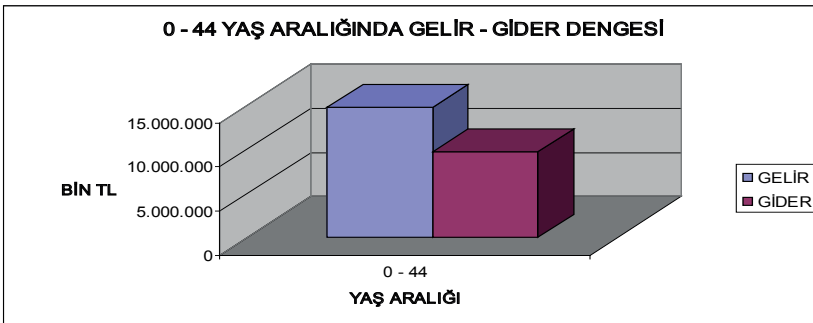
gerçekleştiği görülmektedir. 0 – 75+ yaş grubunda yer alan sigortalılar, bir başka deyişle 4/a sigortalılarının tümü açısından bakıldığında prim gelirleri sağlık giderlerini karşılama noktasında yetersiz kalmaktadır.

Grafik 2: 2010 Aralık itibariyle 4/a Sigortalılarının 0 – 20 Yaş Aralığında Sağlıkla İlgili Gelir – Gider Dengesi



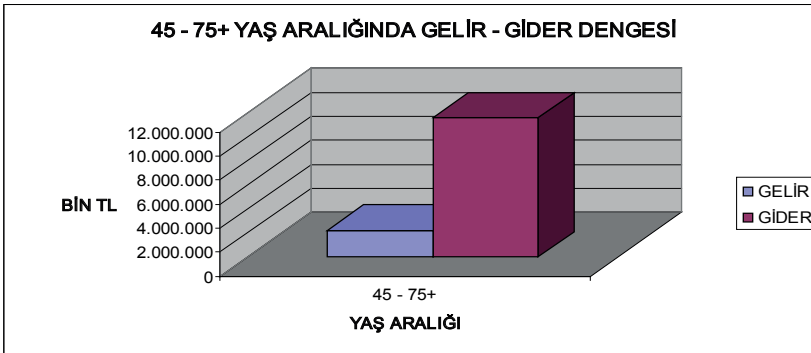
0 – 20 yaş aralığına bakıldığında ise, sağlıkla ilgili bu yaş grubunda elde edilen prim gelirleri 392.586 Bin TL seviyesindeyken, sağlık gideri 3.605.495 Bin TL seviyesinde gerçekleşmiştir. Prim gelirleri açısından bakıldığında, 18 yaşına kadar prim gelirlerinin toplamı “0” olarak gerçekleşmiştir. 18 yaşından itibaren kişilerin işgücü piyasalarında aktif olarak çalışmaya başlamaları ile birlikte prim gelirleri artmaya başlamaktadır. 18 – 20 yaş aralığında gelir – gider dengesi negatif çıkmaktadır. Bu durumun sebebi ise, erkeklerin askerlik görevini ifa etmeleridir. 20 yaşından itibaren gelir – gider dengesi pozitif olarak gerçekleşmeye başlamaktadır.

Grafik 3: 2010 Aralık itibariyle 4/a Sigortalılarının 0 – 44 Yaş Aralığında Sağlıkla İlgili Gelir – Gider Dengesi



0 – 44 yaş aralığında ise, prim geliri 14.708.374 Bin TL düzeyinde gerçekleşmişken, belirtilen yaş aralığında sağlık gideri 9.662.720 Bin TL olarak gerçekleşmiştir. 0 – 44 yaş aralığında prim gelirleri sağlık ödemelerini yeterli derecede karşılamaktadır. Kişilerin belirtilen yaş aralığında işgücü piyasalarında aktif olarak çalışıyor olmaları ve bağımlı nüfusun çok yüksek oranda artış göstermemesi, sağlık giderlerinin yüksek düzeylerde gerçekleşmemesi nedeniyle prim gelirleri sağlık giderlerini karşılayabilmektedir.

Grafik 4: 2010 Aralık İtibariyle 4/a Sigortalılarının 45 – 75+ Yaş Aralığında Sağlıkla İlgili Gelir – Gider Dengesi



45 – 75+ yaş aralığına bakıldığında ise, sağlık prim geliri 2.241.685 Bin TL seviyesinde gerçekleşmişken, sağlık gideri 11.612.615 Bin TL düzeyinde gerçekleşmiştir. Belirtilen yaş aralığında sağlık prim gelirinde gözle görülür bir biçimde düşüş meydana gelmiştir. Özellikle 0 – 44 yaş aralığı ile kıyaslandığında 45 – 75+ yaş aralığında yer alan kişilerden işgücü piyasalarında aktif durumda bulunanların çeşitli sebeplerle (maluliyet, emeklilik, vb.) pasif duruma geçmeleri nedeniyle prim gelirleri azalmıştır. Buna karşılık, bu yaş aralığında yaşlılık, malullük vb. sebeplerden dolayı sağlık gideri artmıştır. 45 – 75+ yaş aralığında gerçekleşen sağlık giderinin tutarı, tüm 0 – 75+ yaş aralığındaki sigortalıların sağlık giderinin % 55'i seviyesindedir. Belirtilen yaş aralığında sağlık gideri artmasına rağmen prim geliri düşmektedir. Gelir – gider dengesi negatif yönde olacak şekilde oldukça yüksek bir seviyede gerçekleşmiştir.

Sonuç olarak bakıldığında, 2010 Aralık dönemi itibariyle sağlık prim geliri sağlık gideri dengesine bakıldığında toplamda prim gelirleri sağlık giderlerini karşılama noktasında yetersiz kalmaktadır. Özellikle, 45 – 75+ yaş aralığında sağlık gideri önemli derecede artış göstermektedir ve belirtilen yaş aralığında elde edilen sağlık prim geliri de oldukça dü-

şük düzeydedir. Bu yaş aralığındaki negatif yöndeki gelir – gider dengesinin büyüklüğü gözden kaçmamaktadır. 45 – 75+ yaş aralığında sağlık gideri önemli derecede yükselmesine karşın, mevcut sistemde yaş düzeyindeki artışa bağlı olarak artan oranda prim uygulaması mevcut bulunmamaktadır. Bu durumun varlığı, prim gelirlerinin sağlık giderlerini karşılaması noktasında yetersiz kalmasına neden olmaktadır.

Türkiye’de işgücü piyasalarından kaynaklanan sorunların ve ekonomik krizler nedeniyle oluşan istikrarsız ekonomik yapının varlığı, ayakta tedavi hizmetlerine gerekmediği halde sıkça başvurulması ve ayakta tedavi hizmetlerinin planlanmasında ve örgütlenmesinde oluşan sorunlar nedeniyle yatarak tedavi hizmetlerinin maliyetinin yüksek seviyede olması ve mevcut sistemde özellikle 45 – 75+ yaş aralığında yaş düzeyindeki artış dikkate alındığında, prim oranlarında artışı esas alan düzenlemenin var olmaması nedenlerinden dolayı sağlık sisteminde prim gelirleri sağlık giderlerini karşılama noktasında yetersiz düzeyde kalmaktadır. Yapılan değerlendirmeler ışığında, Türkiye için iki sütuna dayalı bir sağlık finansman modeli önerilmektedir. Modelin ilk sütununda, tıbbi tasarruf hesapları yer almaktadır. Daha önceki bölümlerde değinildiği üzere tıbbi tasarruf hesapları, kişilerin sağlıkla ilgili harcamalarını karşılamaları amacıyla gelirlerinin bir kısmını yaş düzeyindeki ve gelirdeki artışa bağlı olarak artan oranda tasarruf ettikleri tıbbi hesaptır. Özellikle son yıllarda sağlık harcamalarında maliyet kontrolünü sağlamak ve sağlıkla ilgili olarak kaynak hareketliliğini sağlamak amacıyla önerilen bir uygulamadır. Son dönemlerde sağlık harcamaları dünya genelinde önemli ölçülerde artış gösterdiği için gelecekte gerçekleşmesi ihtimal dahilinde bulunan sağlıkla ilgili risklere karşı geliştirilen bir modeldir. Bu modelin Türkiye için önerilmesinin arkasında yatan ana düşünce özellikle 45 – 75+ yaş aralığında yer alan kişilerin sağlık giderlerinin yüksek düzeyde oluşması ve yaşa bağlı olarak artış göstermesi, buna karşılık mevcut sağlık sisteminde yaş düzeyindeki artışa bağlı olarak artan düzeyde prim oranlarının yer almamasıdır. Tıbbi tasarruf hesabı modeliyle kişilerin uzun süreler gerektirmeyen, kronik yapıda bulunmayan ayakta tedavi giderleri karşılanacaktır. Kişilerin tasarrufları yaş düzeyindeki artışa bağlı olarak artacaktır; kişilerin yaşı arttıkça tıbbi tasarruf hesapları için ödeyecekleri prim oranı da artacaktır. Bu uygulamanın sebebi, sağlık harcamalarının belli yaş grubunda yaşa bağlı olarak artmasıdır. Birinci sütunu oluşturan tıbbi tasarruf hesapları, herkes için zorunlu yapıda olacaktır. Herkes, gelirlerinin bir kısmın kendilerinin ve ailelerinde bakmakla yükümlü oldukları kişilerin sağlık harcamalarını finanse etmek için zorunlu olarak tasarruf edeceklerdir. Bu model, özellikle gerekmediği halde sık olarak sağlık kurumlarına müracaat edilmesinin engellenmesi açısından da önemlidir.

Tıbbi tasarruf hesapları modeliyle elde edilen tasarruflar, sağlık harcamaları dışındaki harcamalar için kullanılmayacaktır. Kişiler, gerçekleşen ve gelecekte gerçekleşme ihtimali bulunan ayakta tedavi masraflarını tıbbi tasarruf hesapları ile karşılayacaklardır. Sağlık harcamalarını finanse etmek için yapılan tasarruflar, vergiden muaf durumda olacaktır. Kişinin ölümü halinde tıbbi tasarruf hesabında bulunan finansal kaynak, bakmakla yükümlü olduğu kişilere aktarılacak; kişinin bakmakla yükümlü bulunduğu kimse mevcut bulunmuyorsa finansal kaynak devlet hazinesine geçecektir.

Modelin ikinci sütununda ise GSS yer alacaktır. Model içerisinde GSS, ciddi ve kronik düzeyde bulunan kanser, şeker, böbrek yetmezliği ve benzer hastalıkların tedavi harcamalarını, yatarak gerçekleştirilen tedavi harcamalarını, uzun süre gerektiren ve zaman alan rehabilitasyon hizmetlerini ve toplumda ödeme gücünden yoksun durumda bulunan kişilerin sağlık ödemelerini karşılayacaktır. Modelde önemli olan nokta, ciddi ve kronik rahatsızlıkların ve yüksek maliyet içeren rahatsızlıkların tedavisi harcamalarının, ödeme gücünden yoksun durumda bulunan kişilerin sağlıkla ilişkili harcamalarının GSS sistemi içerisinde yer almasıdır. Daha önce de belirtildiği üzere kronik ve ciddi düzeyde olmayan ayakta tedavi harcamaları birinci sütunu oluşturan tıbbi tasarruf hesapları modeli ile gerçekleştirilecektir.

Tıbbi tasarruf hesapları ve GSS modeli üzerinde inşa edilen iki sütunlu modelin Türkiye için önerilmesinin arkasında yatan gerekçe, özellikle mevcut sistemin belli yaş aralığında (45 – 75+) artan sağlık harcamalarını finanse etmek bakımından yetersiz kalması, yaştaki artışa bağlı olarak artan sağlık harcamalarına uygun yapıda olmayan bir finansman modelini benimsemesidir. İki sütunlu bir finansman modeli, özellikle sağlık harcamalarını finanse etme noktasında ciddi sıkıntılar yaşayan Türkiye için maliyetlerin kontrolünü sağlaması, sağlık finansman sistemi için ilave kaynak yaratması, kaynak hareketliliğini yeterli düzeyde sağlaması ve uzun vadede gerçekleşmesi beklenen sağlık problemlerine bağlı finansal riskler için kaynak yaratması bakımından önemli ve gereklidir. Özellikle mevcut GSS uygulamasının her yaş grubundan ve gelir düzeyinden aynı oranda prim alması, buna karşın Türkiye’de 45 – 75+ yaş aralığında sağlık giderlerinin önemli derecede artış göstermesi, etkin ve verimli bir sağlık finansman sistemi için iki sütunlu ve yaş değişimini temel alan bir finansman modelini gerekli kılmaktadır.

8. SONUÇ

Türkiye’de sağlık sistemi, uzun yıllar boyunca çeşitli sosyal, ekonomik ve yönetsel problemlerin varlığı sonucu etkinlikten ve verimlilikten uzak bir yapı içerisinde bulunmaktadır. Kayıt dışı istihdamın yüksek düzeyde oluşu, işgücüne katılım oranının düşüklüğü, işsizlik oranında meydana gelen artışlar, aktif pasif sigortalı oranındaki düşüş, özellikle 1990’lardan günümüze kadar geçen sürede yaşanan ekonomik krizler ve bu krizlerin sonucunda ortaya çıkan kırılğan ekonomik yapı, sağlık sisteminin finansman yapısını olumsuz yönde etkilemiştir. Sistem sürekli olarak finansman açığı ile karşı karşıya kalmıştır. Tüm bu sayılanlara ilave olarak, önceki dönemlerde emekliliğe hak kazanma yaşının nispeten düşük tutulması, prim tahsilat oranının düşük olması ve prim tahsilatıyla ilgili sorunlara çözüm bulunamaması, prim karşılığı olmayan ödemelerin sosyal güvenlik kuruluşlarının kaynaklarından karşılanması, yönetsel ve kurumsal problemler, finansman sorunlarının büyümesine katkıda bulunan diğer gelişmelerdir. Bu problemlerin doğal bir sonucu olarak sağlık için toplanan gelirlerin sağlık ödemelerini karşılama oranı yeterli ve sürdürülebilir bir düzeye ulaşamamıştır. Ortaya çıkan finansman açığı, her yıl devlet bütçesinden yapılan katkılarla denk duruma gelmektedir.

Sağlık sisteminin yönetimi, planlaması ve örgütlenmesine bakıldığında belli başlı problemlerin varlığı göze çarpmaktadır. Ayaktan teşhis ve tedavi hizmetlerinin gerçekleştiği birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelik olarak oluşturulmuş olan planlama ve hizmet sunumunun yetersizliği sebebiyle, bu kuruluşlar verimli bir biçimde çalışmamakta ve bu durumun sonucunda yataklı tedavi hizmetlerinin maliyetleri olumsuz yönde etkilenmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerine verilen önemin düşük düzeyde tutulması nedeniyle ayaktan ve yatarak gerçekleştirilen sağlık hizmetlerine yapılan harcama tutarları oldukça yüksek seviyelere ulaşmıştır. Türkiye’de ayakta tedavi hizmetlerine müracaat edenlerin sayısı yatarak tedavi hizmetlerine müracaat edenlerin sayısından oldukça fazla düzeyde olmasına karşın ayakta tedavi hizmetleri ile yatarak tedavi hizmetlerinin maliyetleri yaklaşık olarak birbiriyle aynı seviyededir. Dolayısıyla, sağlık hizmetlerinin maliyetleri yüksek seviyelere ulaşmaktadır.

Gelişmiş ülkelerde tüm sağlık hizmetleri için harcanan tutarın % 15’i sosyal güvenlik kuruluşları tarafından karşılanan ilaç tüketimini oluşturmaktadır. Türkiye’de ise 2010 verilerine göre SGK tarafından karşılanan ilaç tüketiminin toplam sağlık giderlerine oranı yaklaşık olarak % 44 seviyesinde gerçekleşmiştir. Bu oran, ilaç tüketiminin sosyal güvenlik

kuruluşları tarafından karşılaştırması yapıldığında, gelişmiş ülkelere kıyasla oldukça yüksek bir seviyede gerçekleşmiştir.

Bir başka önemli husus ise, Türkiye’de 2010 yılı itibarıyla yaş bazında 4/a sigortalılarına ilişkin sağlık prim gelirleri ve sağlık giderlerinin dağılımı incelendiğinde, 0 – 75+ yaş grubunda sağlık prim gelirlerinin sağlık giderlerini karşılama noktasında yetersiz kaldığı görülmektedir. Özellikle, 45 – 75+ yaş aralığında sağlık prim gelirleri ile sağlık giderlerinin dağılımına bakıldığında, sağlık giderleri önemli derecede artış göstermiştir. Buna karşılık, sağlık prim gelirleri de düşük bir seviyede gerçekleşmiştir. Sağlık giderlerinde 45 – 75+ yaş aralığında önemli derecede artış olmasına rağmen (2010 itibarıyla toplam sağlık giderlerinin % 55’i), mevcut sağlık finansman sisteminde yaş düzeyindeki artışa bağlı olarak artan oranlı olarak uygulanan prim uygulaması söz konusu değildir. Belli bir yaş aralığında yaş düzeyinin artması ile birlikte artış gösteren sağlık giderlerine karşılık sabit oranda prim alınması, sağlık sisteminde gelirlerin sağlık giderlerini karşılama noktasında önemli derecede sorunlar yaratmaktadır. Bu durum, finansman yapısına yeterli düzeyde kaynağın girişini engellemektedir ve sağlık sisteminin finansman yapısının sürdürülebilirliğini olumsuz yönde etkilemektedir.

Sonuç itibarıyla, Türkiye’de belli bir yaş aralığında sağlık ödemelerinin yaş düzeyine bağlı olarak önemli derecede artış göstermesi (45 -75+), buna karşılık sağlıkla ilgili elde edilen finansal kaynakların yetersiz düzeyde oluşu, Türkiye’nin işgücü piyasalarından, ekonomik yapısından ve çeşitli yönetsel ve kurumsal sorunlardan kaynaklanan faktörler nedeniyle sağlık için elde edilen finansal kaynakların yetersiz düzeyde oluşu, sağlık finansman sisteminde gelir – gider dengesinin bozulmasına neden olmuştur ve sistemin finansal yapısının sürdürülebilirliğini olumsuz yönde tehdit etmektedir. Bu nedenle, bu çalışmada Türkiye’de sağlık sistemi için yeni bir finansman modeli önerisinde bulunmaktadır. Model, iki sütundan oluşmaktadır. Birinci sütunda, kişilerin ciddi, kronik düzeyde olmayan ve yüksek maliyet içermeyen ayakta gerçekleştirilen tedavi masrafları, tıbbi tasarruf hesapları modeli ile gerçekleştirilecektir. Bu modelde kişiler, kendilerinin ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerin sağlıkla ilgili giderlerini karşılamak amacıyla gelirlerinin bir kısmını, yaş düzeyindeki artışa bağlı olarak artan prim oranları yoluyla tasarruf edeceklerdir. Kişiler, tıbbi tasarruf hesaplarını, sadece sağlık giderlerini karşılamak amacıyla kullanabileceklerdir. Model, zorunlu bir yapıda olacaktır ve gerçekleştirilen tasarruflar, vergiden muaf tutulacaktır. Gelirin tasarruf edilecek kısmı, sağlık harcamalarının yaş düzeyine bağlı olarak artması nedeniyle yaşa bağlı olarak ar-

tan oranlarda olacaktır. Kişinin ölümü halinde, tıbbi tasarruf hesabında biriken tutar varsa bakmakla yükümlü olduğu kişilere, eğer bakmakla yükümlü olduğu kişi ya da kişiler mevcut değilse devlet hazinesine geçecektir.

Modelin ikinci sütununu ise, GSS sistemi oluşturacaktır. Ciddi düzeyde bulunan, kronik hastalıkların (kanser, böbrek yetmezliği, fiziksel ve zihinsel engel) tedavisi, GSS sistemi içerisinde toplanan primler yoluyla finanse edilecektir. Toplumda ödeme gücü bulunmayan, gelir desteğinden yoksun bulunan kişilerin sağlıkla ilgili giderleri de, ikinci sütun tarafından finanse edilecektir. Yatarak gerçekleştirilen tedaviler, uzun dönem boyunca devam eden rehabilitasyon hizmetleri, ikinci sütun tarafından finanse edilecektir. Türkiye için iki sütun üzerine inşa edilen bir finansman modelinin önerilmesinin sebebi, özellikle belli bir yaş aralığında sağlık harcamalarının artması, bir başka deyişle yaş düzeyindeki artışla birlikte sağlık giderlerinin artmasına karşılık toplanan gelirlerin yetersiz kalması ve elde edilen finansal kaynakların sağlık ödemelerinin karşılama noktasında yetersiz düzeylerde kalmasıdır. Gerek maliyet kontrolü sağlaması, gerek özellikle ayakta tedavi hizmetlerine gerekmediği halde müracaat etmeyi önlemesi ve gerekse de uzun dönemde gerçekleşme ihtimali bulunan sağlıkla ilgili finansal risklere karşı koruma ve tedbir sağlaması nedeniyle, tıbbi tasarruf hesapları modeli, ciddi ve kronik düzeyde olmayan hastalıkların maliyetinin karşılanması ve sağlık finansman sistemleri içerisinde mevcut sistemlere yeni bir alternatif olarak gösterilmesi nedeniyle modelin bir ayağı olarak önerilmektedir.

KAYNAKÇA**KİTAPLAR:**

- CANDAN, Mehmet**, *Kayıt Dışı İstihdam, Yabancı Kaçak İstihdamı ve Toplumumuz Üzerindeki Sosyo-Ekonomik Etkileri (Uzmanlık Tezi)*, T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Kurumu Genel Müdürlüğü, Ankara, 2007.
- CARRIN, Guy; JAMES, Chris**; *Reaching Universal Coverage Via Social Health Insurance: Key Design Features In The Transition Period*, WHO Press, Geneva, 2004.
- ÇELİKAY, Ferdi**; *Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Açısından Genel Sağlık Sigortası Sisteminin Etkinliği ve Geleceği (Yüksek Lisans Tezi)*, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir, 2009.
- EVANS, Robert**; “Financing Health Care: Taxation and the Alternatives”, Derleyen: **MOSSIALOS, Elias; DIXON, Anna; FIGUERAS, Josep; KUTZIN, Joe**; **Funding Health Care: Options For Europe**, Open University Press, Buckingham-Philadelphia, 2002.
- GOTTRET, Pablo; SCHIEBER, George**; *Health Financing Revisited*, The World Bank, Washington, 2006.
- HANVORAVONGCHAI, Piya**; *Medical Saving Accounts: Lessons Learned From International Experience*, WHO Press, Discussion Paper No:52, 2002.
- JONSSON, Bengt; MUSGROVE, Philip**; “Government Financing of Health Care”; Derleyen: **SCHIEBER, George J.; Innovations In Health Care Financing**, The World Bank Publications, Washington, 1997.
- KUTZIN, Joseph**; *Health Financing Policy: A Guide For Decision-Makers*, WHO Press, 2008.
- MARCO, Mariano**; *Italy and Sweden: A Comparative Analysis of Financing and Health Services Provision (Master’s Thesis)*, Department of Economics and Informatics, University West Trollhattan, Sweden, 2010.
- MAYNARD, Alan; DIXON, Anna**; “Private Health Insurance And Medical Saving Accounts: Theory And Practice”, Derleyen: **MOSSIALOS, Elias; DIXON, Anna; FIGUERAS, Josep; KUTZIN, Joe**; **Funding Health Care: Options For Europe**, Open University Press, Buckingham-Philadelphia, 2002.
- MOSSIALOS, Elias; DIXON, Anna**; “Funding Health Care: An Introduction”, Derleyen: **MOSSIALOS, Elias; DIXON, Anna; FIGUERAS, Josep; KUTZIN, Joe**; **Funding Health Care: Options For Europe**, Open University Press, Buckingham-Philadelphia, 2002.
- NORMAND, Charles; WEBER, Axel**; *Social Health Insurance: A Guidebook For Planning*, WHO Press, 1994.
- SAVEDOFF, William**; *Tax-Based Financing For Health Systems: Options And Experiences*, WHO Press, Geneva, 2004.
- THOMSON, Sarah; FOUBISTER, Thomas; MOSSIALOS, Elias**; *Financing Health Care In The European Union*, Printed in the European Union, 2009.
- ÜNSAL, Erdal**, *Mikro İktisat*, İmaj Yayınları, Ankara, 2007.
- WORLD HEALTH ORGANISATION**; *The World Health Report: Health Systems*

Financing: The Path To Universal Coverage, WHO Press, Geneva, 2010.

YENİMAHALLELİ-YAŞAR, Gülbiye; *Sağlığın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi (Doktora Tezi)*, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2007.

YILDIRIM, Hasan Hüseyin; YILDIRIM, Türkan; *Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Türkiye*, İmaj Yayınları, Ankara, 2011.

YILDIRIM, Savaş; *Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi (Uzmanlık Tezi)*, Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü, Ankara, 1994.

MAKALELER:

BORDA, Marta; "Medical Savings Accounts – In Search of an Alternative Method of Health Care Financing in European Countries, **Business And Economic Horizons**, Eylül 2011, 6(3).

BUNCE, Victoria Craig; "Medical Savings Accounts: Progress And Problems Under HIPAA", **Policy Analysis**, 8 Ağustos 2011, No:411.

HIAO, William C. "Medical Savings Accounts: Lessons From Singapore", **Health Affairs**, Summer 1995.

İSTANBULLUOĞLU, Hakan; GÜLEÇ, Mahir; OĞUR, Recai; "Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri", **Dirim Tıp Gazetesi**, 2010, 85. Sayı.

ORHANER, Emine; "Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası", **Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi**, 2006, Sayı:1.

ÖZSUCA, Şerife, "Küreselleşme ve Sosyal Güvenlik Krizi", **Ankara Üniversitesi SBF Dergisi**, Nisan-Haziran 2003, Cilt:58, No:2.

SEKHRI, Neelam; SAVEDOFF, William; "Regulating Private Health Insurance To Serve The Public Interest:Policy Issues For Developing Countries", **International Journal Of Health Planning and Management**, 2006, Cilt:21.

DİĞER KAYNAKLAR:

"Contribution Rates In 2011", www.cpf.gov.sg.

CANDAN, s.18.; **TÜİK,** "Hanehalkı İşgücü Araştırması 2011 Eylül Dönemi Sonuçları", www.tuik.gov.tr.

DPT, "8. Beş Yıllık Kalkınma Planı Sağlık Hizmetlerinde Özel Etkinlik İhtisas Komisyonu Raporu", s, 127., <http://ekutup.dpt.gov.tr/saglik> .

GÜMÜŞ, Erdal, "Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sistemi:Mevcut Durum, Sorunlar ve Öneriler", **SETA Analiz**, Ağustos 2010, www.setav.org.

OECD, "Labour Force Participation Rate", **Labour Force Statistics**, www.oecd.org.

SCHREYOGG, Jonas; KIN, Lim Meng; "Health-Care Reforms In Singapore – Twenty Years Of Medical Saving Accounts", <http://www.cesifo-group.de/portal/pls/portal/docs/1/1193588.PDF>.

SOSYAL GÜVENLİK KURUMU, *Aylık İstatistik Bülteni*, Eylül 2011, Aktüerya ve Fon Yönetimi Daire Başkanlığı.

EK 1: 2010 Aralık Dönemi İtibariyle 4/a Sigortalılarının Yaş Bazında Sağlık Gelir – Gider Dengesi

YAŞ	SAĞLIK PRİM GELİRİ TL	SAĞLIK GİDERLERİ TL	YAŞ BAZLI DENGE
0		376.213.586	-376.213.586
1		309.309.302	-309.309.302
2		235.394.975	-235.394.975
3		191.349.970	-191.349.970
4		168.395.017	-168.395.017
5		161.861.024	-161.861.024
6		157.845.162	-157.845.162
7		148.634.730	-148.634.730
8		136.878.082	-136.878.082
9		140.272.947	-140.272.947
10		130.696.554	-130.696.554
11		124.598.838	-124.598.838
12		124.327.858	-124.327.858
13		125.413.551	-125.413.551
14		126.011.346	-126.011.346
15		136.637.071	-136.637.071
16		158.849.354	-158.849.354
17		171.826.781	-171.826.781
18	103.408.727	157.498.657	-54.089.931
19	150.135.526	155.371.881	-5.236.356
20	139.312.553	168.109.091	-28.796.538
21	232.679.209	178.278.887	54.400.322
22	370.272.965	206.964.992	163.307.974
23	459.504.616	224.429.770	235.074.847
24	541.424.222	238.521.305	302.902.917
25	616.684.107	246.148.711	370.535.395
26	692.441.414	258.828.708	433.612.706
27	736.246.870	261.418.286	474.828.584
28	781.419.810	271.572.568	509.847.242
29	831.628.476	304.803.741	526.824.735
30	813.817.969	291.896.719	521.921.250
31	775.295.174	276.087.772	499.207.402
32	752.490.881	269.985.600	482.505.280
33	719.018.372	260.448.781	458.569.591
34	660.285.641	241.911.329	418.374.312
35	633.089.855	240.187.722	392.902.133
36	648.618.995	269.509.177	379.109.818

37	605.367.590	255.008.959	350.358.631
38	575.291.209	253.255.793	322.035.415
39	539.504.055	244.869.401	294.634.653
40	524.361.541	252.052.746	272.308.795
41	484.864.202	244.109.370	240.754.832
42	458.647.210	239.840.329	218.806.881
43	396.437.922	220.398.717	176.039.205
44	466.125.125	306.695.217	159.429.908
45	466.847.386	341.284.420	125.562.965
46	382.262.573	342.248.905	40.013.668
47	275.888.077	322.810.846	-46.922.770
48	212.235.721	340.493.096	-128.257.375
49	154.893.727	313.781.848	-158.888.122
50	166.546.489	423.353.274	-256.806.785
51	118.069.866	349.480.951	-231.411.085
52	90.518.401	320.311.641	-229.793.241
53	71.577.859	302.803.820	-231.225.961
54	80.898.837	429.472.735	-348.573.898
55	61.819.994	447.761.753	-385.941.760
56	42.413.767	400.238.930	-357.825.163
57	29.792.136	366.335.147	-336.543.011
58	20.884.401	355.387.293	-334.502.892
59	14.038.889	310.411.108	-296.372.220
60	15.090.742	444.644.684	-429.553.942
61	9.617.664	378.894.516	-369.276.853
62	6.761.654	355.126.406	-348.364.753
63	5.135.262	329.690.098	-324.554.836
64	3.774.888	307.351.882	-303.576.993
65	3.357.685	347.837.585	-344.479.900
66	2.259.659	308.532.912	-306.273.254
67	1.470.232	288.451.935	-286.981.703
68	1.227.676	309.935.324	-308.707.648
69	888.619	257.763.823	-256.875.203
70	755.510	298.876.089	-298.120.578
71	635.918	256.157.009	-255.521.091
72	431.899	260.013.359	-259.581.461
73	387.224	228.441.430	-228.054.206
74	255.604	201.241.849	-200.986.245
75+	947.421	1.673.481.218	-1.672.533.797
TOPLAM	16.950.060.015	21.275.336.267	4.325.276.253