

## 1. GİRİŞ

Devletlerin sağlık politikalarını belirleyen en önemli konular arasında, Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı ile sağlık harcamalarının ölkelerin ekonomik gelişmişlik düzeyinden aldığı pay yer almaktadır. Hangi sağlık politikası benimsenirse benimsensin temel amaç, her ölkede sağlık hizmetlerinin kabul edilebilir bir kalitede ve erişilebilir düzeyde, hakkaniyetli ve verimli bir şekilde sunumu olmalıdır. Sağlık politikalarının toplum tarafından nasıl karşılandığı ise verilen hizmet miktarının, kalitesinin, erişilebilirliğinin ve hakkaniyetin en önemli belirleyicisidir. Ölkelerin uyguladıkları sağlık politikaları birbirinden farklılıklar göstermekte, bununla birlikte benzer ya da aynı politikalar benimsense dahi ölkelerin sosyal, politik ve demografik yapılarından dolayı farklı sonuçlar vermektedir. Çeşitli ölkelerin sağlık politikaları incelendiğinde hemen her ölkede sağlık hizmetlerinin finansmanında cepten yapılan ödemeler, sosyal sağlık sigortası ve özel sigortalar modellerinin aynı anda uygulandığı görölmektedir.

Bu çalışmada temel amaç, devletlerin sağlık politikaları ile özel sağlık sigorta sistemlerinin sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı açısından mevcut durumlarının analizini yaparak karşılaştırılmasıdır. Ayrıca, iki durumunda avantaj ve dezavantajları ortaya konularak sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı konusunda devam eden tartışmalara yeni bir bakış açısı ortaya koyabilmektir.

Çalışma yedi bölümden oluşmuştur. Birinci bölümde kısa bir giriş yapılarak, ikinci bölümde sağlık kavramı üzerinde durulmuş, üçüncü bölümünde sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı anlatılmıştır. Dördüncü bölümde sağlık sistemleri ve sağlık politikalarının tanımları yapılarak bazı devletlerin uyguladıkları sağlık politikaları anlatılmış, beşinci ve

altıncı bölümlerde de sağlık sigortası ve özel sağlık sigortaları üzerinde durulmuştur. Sonuç bölümünde ise sağlık politikaları konusunda atılacak adımların avantaj ve dezavantajları ortaya konularak yeni bir bakış açısı oluşturulmaya çalışılmıştır.

## 2. SAĞLIK VE SAĞLIK HAKKI KAVRAMLARI

İnsan denen varlık bir ülkenin en değerli servetidir ve bu varlığın sağlık olmadan yaşamını devam ettirebilmesi mümkün değildir. Kişinin sağlıklı bir şekilde yaşaması, hastalığa sebep olan nedenlerin ortadan kaldırılması, hastalandığında gerekli tüm iyileştirme olanaklarının sağlanması en temel haklardandır.

Doğuştan kazanılan en temel hak olan sağlık, ilk kez 1947 Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) Anayasası'nda yılında yer almış ve "Yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir" şeklinde tanımlanmıştır.

Ekonomik, yaşamsal, sosyal, kültürel ve siyasal haklar olarak çeşitli şekilde sınıflandırabileceğimiz temel insan haklarının en önemlisi hiç şüphesiz yaşama hakkıdır. Zira yaşama hakkı olmadan diğerlerinin olması mümkün değildir. Sağlık hakkı da yaşama hakkı kadar önemlidir; bu hak sağlanmadıkça diğerlerinin gerçekleşme ve kullanılma şansı yoktur. Yüzyıllar süren gelişim sonucu sağlık hakkı uluslararası belgeler ve yasal düzenlemelerde yerini almış ve bu konuda önemli çalışmalar yapılmıştır. Sağlık kavramı, İkinci Dünya Savaşı sonrasına kadar hastalık, sakatlık veya ölümlle ilişkilendirilen dar bir bakış açısıyla ele alınmıştır. 1946 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Anayasası ile "yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali" olarak tanımlanan sağlık, dar anlamlı geleneksel tanımını aşarak sağlık ile sosyal etmenler arasında doğrudan bir ilişki kuran kapsamlı ve çağdaş bir yaklaşıma kavuşmuştur. Bu yaklaşım sağlığı hastalığa indirgemekten kurtarmış, sağlığın korunması hatta geliştirilmesini öne çıkarmış ve bireyi değil toplumu merkeze alan toplumcu bir yaklaşımı benimsemiştir (Hansluwka, 1985; Saracci, 1997).

Evrensel bir kavram olmasına rağmen sağlığın herkes tarafından kabul edilmiş kesin bir tanımı bulunmamaktadır (Atabey, 2012). Bazı sağlık tanımları aşığıdaki biçimde verilebilir.

Sağlık, bireyin fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik içinde olmasıdır (Akalin, 2011).

Sağlık; sıhhat, esenlik, afiyet, vücut esenliği ile aynı anlamı taşımaktadır. Sağlıklı, sağlık durumu iyi olanı, sıhhatli olanı anlatırken sağlıklı yaşam, sağlık kurallarına dikkat edilerek sürdürülen yaşamı anlatmaktadır (Orhaner, 2014).

Sağlık hakkı, temel insan haklarındanır. Kişinin sağlıklı bir şekilde yaşamını sürdürmesi, hastalandığında yeniden sağlığına kavuşturulması ve hastalığı ortaya çıkaran nedenlerin ortadan kaldırılması en temel haklardan biridir. Kişinin sağlıklı yaşam hakkı kabul edilmekle birlikte bu hakkın nasıl sağlandığı, ülkeler, dönemlere, kişilere, hükümetlere ve ilgili bilim insanlarına göre farklılıklar göstermektedir (Orhaner, 2014).

Sağlıklı bir toplumda bireyler sağlıklı düşünüp, doğru karar verebildiklerinden bilime, teknolojiye, çevreye, değişen koşullara kolayca uyum sağlayarak gelir getirici üretken faaliyetlerde yer alarak içinde buldukları toplumun sosyal ve ekonomik refahının artmasında rol alırlar. Sağlık sektörü sağlığın toplumun bütününe ilgilendiren bir konu olmasından dolayı büyük bir sektördür.

Bir ülkede vatandaşların, ekonomik ve sosyal hayata sağlıklı bireyler olarak katılımlarını sağlamak amacıyla devletin zorunlu olarak sağlık hizmetlerini sunması,

yatırımların artışına neden olurken, gerçekleştirdiği sağlık harcamaları piyasada talebin dolayısıyla da üretimin artışına neden olmaktadır. Her yatırım artışı, üretim ya da üretim kapasitelerinin artışı, istihdamın artışı ve dolayısıyla gelirin artışı demektir. O halde sağlık sektöründe sağlık hizmetlerinin arzı sağlık hizmetleri nedeniyle piyasada mal ve hizmetlere olan talep artışı ekonomide olumlu etki yaratmaktadır (Orhaner, 2014).

Sağlıklı yaşama hakkı yalnızca temel hak olmakla kalmayıp bireyin gelir getirici üretken faaliyetlerde bulunmasının da temelini oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunulmasında amaç, hem sağlık hakkını güvence altına almak hem de bireyin üretimde kullanılmasını sağlamaktır. Günümüzde toplumsal gelişmenin en temel öğelerinden biri olarak kabul edilmekte ve ülkelerin gelişmişlik düzeyini tespit açısından gözetilen ölçülerden birisi de o ülkenin sağlık göstergeleri olmuştur (Batırel, 1986).

Yakın bir zamana kadar bir ülkenin kalkınmışlık düzeyini, kişi başına düşen milli gelir, sanayileşme ve istihdam düzeyi, eğitim gibi birçok sosyo-ekonomik ve kültürel göstergeler belirlerken, son zamanlarda ise eğitim ve sağlık merkezli göstergeler daha çok nazarı dikkate alınmaya başlanmıştır. Kişi başına düşen milli gelirin yüksek olmasının gelişmişlik göstergesi olarak yeterli olmadığı fark edilmesiyle beraber, eğitim ve sağlık alanındaki sorunlarını çözebilmiş ülkelerin kalkınmışlık anlamında daha ileride oldukları kabul edilmeye başlanmıştır.

Sağlık hizmetleri; devletlerin sağlık hakkını güvence altına alma taahhüdü ”Sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile hastalıkların tedavisi için yapılan çalışmalar” olarak tanımlanması sağlık hizmetlerinin öncelikle bir kamu hizmeti olduğu algısına yol açmış, böyle olmadığı durumlarda bile kamunun en azından bunu düzenleme görevi bulunduğu

kabul edilmiştir. Bu nedenle sağlık hakkını güvence altına almanın ilk koşulu ister kamu ister özel sektör yoluyla olsun, yeterli, sürdürülebilir ve ulaşılabilir sağlık hizmeti sunmaktır (WHO, 2000a).

Bu hizmetlerin ödenebilir olmasını sağlamak amacıyla hastalığın finansal riskine karşı güvence sağlamaksa ikinci koşuludur (WHO, 2000a).

Hem sağlık hakkını güvence altına almak hem de bireyin üretimde kullanılmasını sağlamak amacını güden sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı olarak adlandırılan bu iki koşul sağlık sistemini oluşturmaktadır (WHO, 2000a).

### 3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU VE FİNANSMANI

Sağlık sektörünün sürekli büyümesi, sektörün kaynak ihtiyacını artırmakta, bu durum yeni finansman kaynaklarına başvurma gereğini ortaya çıkarmaktadır. Sağlık hizmetlerinin ve bunların gerektirdiği harcamaların finanse edilmesi sağlık ekonomisi literatüründe geniş bir şekilde ele alındığı gibi, uluslararası kuruluşların; World Bank (WB) ve United Nations (UN) gibi özellikle üçüncü dünya ülkelerine yönelik olarak yaptığı çalışmalarda da ağırlıklı bir şekilde ele alınmaktadır (Mutlu ve Işık, 2012).

İçinde bulunduğumuz çağda sağlık hizmetlerinin nasıl finanse edileceği, bunların organizasyonunun nasıl yapılacağı ve ülkelere göre ortaya çıkan finansman tipleri konusunda sürekli büyüyen bir ilgi gözlenmektedir (Donaldson ve Gerard, 1992).

Sağlık sektöründe finansal kaynakların harekete geçirilmesi ve kullanılmasını içeren geniş kapsamlı bir kavram olarak karşımıza çıkan sağlık hizmetlerinin finansmanı, dünya geneline tüm insanlar ve devletler için önemi hızla artan ve merkeze kayan bir konu haline almıştır.

Literatürde çoğunlukla sosyal güvenlik sisteminin bir parçası olarak sosyal sigorta kavramının içinde ele alınan sağlık hizmetlerinin finansmanını, sosyal güvenlik politikalarından bağımsız bir şekilde düşünemeyiz.

Sağlık hizmetlerinin finansman mekanizmaları, insanları sağlık harcamalarının finansal risklerine karşı koruma seçenekleri sunmaktadırlar.

### 3.1. Sağlık Hizmetleri

Dünyadaki ilk uygarlıklardan beri var olan sağlık hizmetlerini, insanların yaşam sürelerine, kuvvet ve dirençlerine, enerji ve canlılıklarına etki eden, kısacası sağlıkları ile ilgili ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik verilen hizmetler olarak adlandırabiliriz.

Hemşire ve hekim hizmetleri şeklinde başlayan hizmetler, küreselleşmeyle birlikte değişim geçirmiş ve meslekler arası bir boyut kazanmıştır.

İnsanlar için sağlık kavramının ve sağlık hizmetlerinin ne denli önem arz ettiği aşikârdır. Müreffeh ve mutlu bir toplum koşullarının elde edilmesi sağlıklı bireylerle mümkün olacağından dolayı, sağlık hizmetleri birey ve toplum için yaşamsal öneme sahip bir niteliktedir. Günümüzde gelişmiş olan ülkelerde sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak devlet ve özel kesimin yer aldığı karma bir sistem içinde sunulurken, gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin sunumunda devlet daha ağırlıklı bir konumdadır. Gelişmekte olan ülkelerin dünya coğrafyası içinde daha çok yer aldığı göz önüne alınarak devletin sağlık hizmetlerinin önemli bir bölümünde doğrudan ve dolaylı olarak önemli bir rol oynadığı görülebilir (Aktan ve Işık, 2004).

Toplumsal bir özelliğe sahip olduğu gibi tüm nüfusu da ilgilendiren sağlık hizmetleri taşıdığı özellikler nedeniyle ekonomide üretimi yapılan diğer mal ve hizmetlerden farklı bir kategoride ele alınmak zorundadır.

Dünya Sağlık Teşkilatı (WHO) sağlık hizmetleri sistemini; belirli sağlık kuruluşlarında, değişik tip sağlık personelinden yararlanarak toplumun gereksinme ve



istemlerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş kalıcı bir sistem olarak tanımlamıştır. Bu tanıma göre sağlık, sadece bedenin değil, kişinin sosyal yaşantısı ve ruhsal hali ile de ilgilidir. WHO kişiyi sosyal, psikolojik ve fiziksel yönleriyle bir bütün olarak ele almıştır. Buna bağlı olarak sağlık hizmetini yalnızca fiziksel rahatsızlıklardan tedavi edici ve koruyucu hizmetler olarak değil, buna ek olarak sosyal sağlığı ve ruhsal sağlığı koruyucu ve tedavi edici hizmetler olarak ta tanımlamak mümkündür. Nitekim günümüzde zayıflama merkezleri, spor salonları, termal su işletmeleri, termal kozmetik klinikleri ve psikolojik danışmanlık merkezlerinde sağlık ekipleri çalışmakta ve bu dalların birçoğu da “sağlık merkezi” adı altında topluca bulunmaktadır (Aktan ve Işık, 2004).

Sağlık, sadece bireysel anlamda değil, müreffeh bir toplum oluşturabilmek için de önem taşır. Günümüzde sağlık hizmetleri, bir ülkenin gelişmişlik seviyesini belirleyen en önemli toplumsal hizmetlerin başında gelir. Geleneksel olarak sağlık hizmetleri hemen her ülke de “kamusal hizmet” olarak ele alınmış ve devlet tarafından sunulması gereken bir hizmet olarak değerlendirilmiştir. Sağlık hizmetinin hizmet olmasının verdiği özelliklerinin yanı sıra kendi özellikleri de vardır. Sağlık Hizmetleri, taşıdığı özellikler dolayısıyla, ekonomideki diğer mal ve hizmetlerden farklı olarak ele alınmalıdır (Aktan ve Işık, 2004).

Kısaca kişi ve toplum sağlığının korunup geliştirilmesi ve hasta olan kişilerin tekrar sağlıklarına kavuşması için yapılan tüm hizmetler olarak tanımlayabileceğimiz sağlık hizmetlerini etkileyen faktörler olarak;

Sağlık hizmetlerinin çeşitleri, finansmanı, hizmetlerin sunumunda kamunun payı vb. sayabiliriz.

### **3.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri**

Yakın zamana kadar ağırlıklı olarak piyasa ekonomisine ve hayır kurumlarına bırakılmış olan sağlık hizmetleri, bireylerin sağlığı ve toplum sağlığı arasındaki sıkı ilişki anlaşıldıkça ve sağlık hizmetlerinden yararlanmanın temel insan haklarından olan yaşam hakkının bir parçası olduğu yaygın bir şekilde kabul edilmiştir. Devletin daha çok görev üstlendiği bir alan haline gelmiştir. Çünkü ödeme gücü olmayanların tedavisi kamu tarafından yapılmadıkça, ödeme gücü olanların da sağlıkları tehdit altında kalmaktadır. İyileştirilmeyen hasta, çevresi için sosyal maliyet yaratmakta, tedavisi ise sosyal fayda sağlamaktadır. Hastalıkları azaltmak ve hayatın kalitesini artırmak için iki tür hizmet sunulmaktadır. Bunlar; Tedavi Hizmetleri ve Koruma Hizmetleridir (Mutlu ve Işık, 2012).

Sağlık hizmetleri üretimi ve tüketiminin bireyin ve toplumun ihtiyaçlarına cevap verecek şekilde gerçekleştirilmesi gerektiğinden, hem yoğun teknoloji ağırlıklı hem de insan faktörüne dayanması sebebiyle arzı son derece pahalı olan bir hizmettir. Bilimsel ilerlemeler yeni teknolojilerin kullanımını zorunlu hale getirdiğinden sağlık hizmetlerinde teknoloji kullanımı artmaktadır. Sağlık hizmetlerinde talebi, hizmeti kullanan örneğin tedavi edici hizmetlerde hasta belirlemez. Talebi her zaman için, sağlık meslek mensupları profesyoneller (sıklıkla hekimler) belirler. Belirlenen sağlık hizmet talebi her ne şart altında olursa olsun gerçekleşen talep olmak zorundadır. Çünkü kullanılması mecburidir, eldeki her türlü imkân zorlanılarak hizmete ulaşılmaya çalışılır. Ayrıca da sağlık hizmetlerinin yerine konulabilecek başka bir hizmeti tercih şansı yoktur, yani ikamesi bulunmamaktadır. Sağlık hizmetlerinin

yapısından dolayı sağlık sektöründe ortaya çıkan ihtiyaçlar diğer özel veya sosyal ihtiyaçlardan farklılıklar arz etmektedir. Örneğin, gözlük, işitme cihazı, tekerlekli sandalye gibi insan yaşamı ile doğrudan ilgili mallarla, gündelik hayatımızda kullandığımız televizyon, bilgisayar, dergi, kitap gibi malları aynı çerçevede ele alamayız. Bu konuda başka örnekler de verebiliriz. Aşılama hizmetleri, düzenli sağlık kontrolleri, kalp ameliyatı veya kalp pilinin yapılması gibi işlemler, hayattaki diğer ihtiyaçların giderilmesi için sağlanan mallar ve hizmetlerle bir arada değerlendirilemez (Belek, 1994).

Kişilerin hayatları boyunca birçok kere sağlıkları bozulabilir ve bu durumlarda tedavilerinin sağlanması için, sağlık hizmetlerinin sürdürülmesi gereklidir.

Sağlık hizmetlerinin kendine özgü özelliklerini şu şekilde sıralayabiliriz:

- Sağlık hizmetleri ikamesi olmayan ve ertelenemeyen hizmetlerdir.
- Bir bölümü kamu malı özelliği taşıyan sağlık hizmetlerinin yetersizliği toplumsal sorunlara yol açar.
- Faydası para ile ölçülemeyen sağlık hizmetlerinde tüketicilerin davranışları rasyonel olmayıp rastlantısaldır.
- Boyutunu ve kapsamını hekimlerin belirlediği sağlık hizmetlerinin sunumunda iyileştirme garantisi olmayıp, sağlık hizmetlerinin iyi ya da kötü olması yarar veya zarar doğurabilir. Bunu kestirebilmek güçtür.

- Ayrıca sağlık hizmetlerinden faydalananlar için aynı memnuniyet ve kalitenin de elde edilemeyeceğini söyleyebiliriz.

### **3.2.1. Kamusallık Özelliği**

Kamusal mal ve hizmetler kavramı, başta tam kamusal mallar (savunma, adalet, güvenlik, diplomasi) olmak üzere, yarı kamusal mallar (eğitim, sağlık), bazı özel kamusal mallar, toplum için zararlı mallar (çevre kirliliği ve gürültü gibi) çok sayıda mal ve hizmeti içermektedir. Günümüzde devletin artan fonksiyonlarına bağlı olarak kamusal mal kavramı, yarı kamusal ve özel malları da içine alacak şekilde kullanılmaktadır. Örneğin, devletin bebeklere ücretsiz olarak sağladığı süt de bir kamusal niteliği kazanmıştır. Sağlık hizmetleri genel olarak yarı kamusal mallar olarak sınıflandırılmıştır. Bu tür mallar, tüketimleri sonucu topluma dışsal fayda sağlarken, hizmeti tüketen kişiye de özel fayda sağlar. Bu tür mal ve hizmetler bölünebilme ve pazarlanabilme özelliğine sahiptir. Ayrıca bedelini ödeyemeyenler için hizmetin (özel) faydasından dışlanması da söz konusudur. Bu mallar bölünebilme ve fiyatlandırılabilme özellikleri nedeniyle özel mala benzerken bazen birlikte tüketim olanağı vermesi sosyal fayda yaymaları nedeniyle kamusal nitelikte taşırlar (Mutlu ve Işık, 2012).

Kamu kesiminin üretici olmak mecburiyetini taşıdığı, ödeme yapamayanların hizmet dışında tutulamadığı, toplumun tamamını ilgilendiren doğrudan doğruya hasta olanları ilgilendirmeyen önleyici ve koruyucu sağlık hizmetleri kamusal mallar içinde yer alır.

### **3.2.2. Global Kamusal Mallar ve Sağlık Hizmetleri**

Sağlık, çevre, eğitim, bilgi ve enformasyon, eşitlik ve adalet gibi hizmetler ile barış ve hatta iktisadi krizler, bünyelerinde taşıdıkları dışsallıklar nedeniyle etkilerini sadece ülke içinde değil dünyanın belli bölgeleri ve hatta tüm dünyaya yaymaktadırlar. Bunlardan özellikle sağlık konusu pek çok ülkeye sosyal fayda ve maliyet yaymaktadır. Geçmişte veba, Hepatit C ve D, cüzzam, günümüzde AIDS gibi hastalıklar, ortaya çıktıkları ülkenin sınırlarını aşır pek çok ülkeyi içine alan bölgeler ve hatta tüm dünya ülkelerini tehdit etmektedir. Özellikle az gelişmiş ülkelerde ortaya çıkan bazıları salgın niteliği de taşıyan bu hastalıkların önlenmesi, hastalığın ortaya çıktığı gelişmekte olan veya az gelişmiş ülke kaynaklarıyla mümkün değildir. Global kamusal mal olarak tanımlanan bu tür malların ve hizmetlerin önlenmesi için ülkelerin tek başına tedbir alması da mümkün ve yeterli olmamaktadır (Mutlu ve Işık, 2012).

Küreselleşmenin neden olduğu olumsuz etkilerin azaltılması ve sağlık hizmetlerinin daha etkin, yeterli ve kaliteli düzeyde sunulabilmesi, kısacası küresel sağlık sorunlarının çözümü için dünya ülkelerinin sorunları kolektif politikalarla çözüm yolları bulmaları gerekmektedir.

### **3.2.3. Dışsallıklar**

Sağlık hizmetleri toplumsal veya ekonomik ifadesiyle dışsal hizmetlerdir. Çünkü sağlık hizmetlerine ulaşanlar kadar ulaşamayanlar da o hizmetten faydalanırlar. Sağlık hizmetleri alanında bulaşıcı hastalıkların önlenmesine yönelik elde edilen başarılar ve çabalar dışsallık örneklerinden biridir. Bireyler çocuk felci, grip gibi bulaşıcı hastalığa yakalandıkları

zaman sadece kendileri için tehlike yaratmakla kalmazlar, aynı zamanda akrabaları, aileleri, arkadaşları, komşuları ve ilişkide buldukları herkes için hastalık riskini yükseltirler. Bireylerin bu hastalıklardan korunması için önlemler alındığı takdirde sadece kendileri bir fayda etmekle kalmaz, aynı zamanda etrafındakilere ve yukarıda açıklanan kişi ve gruplara da fayda sağlarlar. Örneğin bir bireyin yaptırdığı bir grip aşısı özel fayda sağlar. Bireyin aldığı bir grip aşısının maliyetleri (para, zaman, acı maliyetleri ile vücudun direncinin düşmesi gibi) ile özel faydaları (grip riskinin azalmasından doğan fayda) karşılanmadığında ilk bakışta sosyal açıdan bu maliyetin daha fazla olduğu ileri sürülebilir. Ancak gerçekte durum tersinedir (Mutlu ve Işık, 2012).

Dışsalılık sağlık hizmetlerinin önemli bir özelliğidir ama sadece sağlık piyasalarına özgü değildir. Ancak olumlu dışsalılıkların önemli bir bölümü sağlık hizmetleri ile ilgilidir. Bulaşıcı bir hastalığın önlenmesi ya da varlığı diğer bireylerin refahları üzerinde olumlu bir etki yapar. Mesela, bebeklerin doğum öncesi ve sonrası sağlıkları annelerinin sağlığına bağlıdır. Bu durumda kamu kesiminin desteklediği hastalıkları önleme ve kontrol programları büyük önem taşımaktadır. Kamu kesimince yürütülen hastalık kontrol programına (aşılama ve bağışıklık kazandırma gibi) ağırlık verileceği gibi, bu temelde hastalığı önleyici diğer hizmetler ve sağlık eğitimi konuları üzerinde durulmalıdır (Mutlu ve Işık, 2012).

Özellikle 1990'lı yıllar sonrasında önem kazanan küreselleşmeyle birlikte ülkeler arasında ekonomik ve sosyal ilişkilerin artması, bir ülkede görülen sosyal, ekonomik, finansal krizlerin kısa zamanda diğer ülkelerde görülmesine neden olan dışsalılıklar olarak ortaya çıkmıştır.

Küreselleşmeyle beraber küresel boyutta ortaya çıkan olumlu ya da olumsuz bu dışsallıklara yönelik bazı önlemler küresel kamu malı olarak görülmüştür.

Örneğin ulaşım ve iletişimdeki gelişmeler ve ulusal sınırların serbestleşmesine bağlı olarak insanların ve malların yer değiştirmesi bulaşıcı hastalıkların bir ülkeden diğer ülkeye/ülkelere yayılmasına eden olmuştur. Küreselleşme sürecinde bu gibi olumsuz dışsallıklar, tüm ülkelere ve insanlara zarar verme potansiyeline sahip olduğu için bunlara karşı gerçekleştirilen faaliyetler küresel kamu malları olarak adlandırılmaktadır (Orhaner, 2014).

Çeşitli tıbbi araştırma ve gelişmeler de dışsallığa neden olabilmektedir. Bu araştırma ve geliştirmelerde elde edilecek bulgu ve buluşlar toplum için fayda sağlayabilir. Ar-Ge faaliyetlerine gereken yatırım ve teşvikte bulunmak sosyal faydayı da artırabilir.

#### **3.2.4. Devlet Müdahaleleri**

Devletin ekonomideki diğer rollerinin yanında, sağlık hizmetleri piyasasında da çeşitli rolleri mevcuttur. Bu kapsamda ortaya çıkan ana görev, bireyler için iyi bir sağlık statüsünün elde edilmesi, bu düzeyin korunması ve sürdürülmesidir. Bunun birey açısından anlamı ise, talep edilen sağlık hizmetlerinin istenen miktar ve kalitede, eşitlik ve adalet sınırları içinde elde edilmesidir (Mutlu ve Işık, 2012).

Devlet ya da devlete ait diğer kurumlar aslında birçok piyasaya, piyasada yer alan kişi ve kurumların istenmemesine rağmen zorla girebilmektedir. Devletler sağlık piyasalarına; yeterlilik belgesi ve diplomalarla müdahale etmenin yanında, yerel ve ulusal düzeyde sağlık

harcamalarını finanse etmek için sigorta sistemini kurma, ya da var olan sigortalara finansal yardımlar yapma gibi uygulamalar yoluyla müdahale edebilmektedirler. Devlet aynı zamanda ekonomideki diğer sektörlerde sağlık üretim birimleri örneğin, hastaneler, bakım evleri, doktorlar vb. birimlerin ekonomik davranışları üzerinde doğrudan doğruya müdahalelerde bulunabilir (Mutlu ve Işık, 2012).

Ülkelerin ekonomik geçmişi incelendiğine enerji, petrol, bankacılık gibi sektörlerde çeşitli düzenleme ve kontrollerle müdahale ettiği görülebilmektedir. Bu demektir ki devletler sağlık sektörüne de tıpkı diğer sektörlerde olduğu gibi müdahalede bulunabilir.

Sağlık hizmetlerinin üretilmesi birey kadar toplumun bütününe de ilgilendirdiğinden, özel kesim girişimleri sağlık hizmetlerine olan talebi karşılamaya yetersiz kaldığından ve de ticari düşünüp karlılık oranına göre yatırımları belli bölgelerde yoğunlaştırmaları gibi nedenlerle sağlık hizmetlerinin üretilmesinde devlet müdahaleleri gerçekleşebilir. Ayrıca devlet sağlık hizmetleri talebini eldeki bilgilerine dayanarak daha net tespit edebilir.

### **3.2.5. Belirsizlik Altında Seçim**

Lancaster'in literatüre kazandırdığı ve Arrow'un üzerinde durduğu belirsizlik kavramında hasta doktor ilişkisinde asimetric bilgilenme nedeniyle hasta çok az bilgi sahibidir ve asil belirleyici karar doktora aittir. Başlangıçta doktora gitme kararını hasta verir. Ancak sağlık hizmetinden ne kadar, hangi süre ile ve ne kapsamda yararlanacağını, yani tüketim miktarını ve zamanını doktor belirler. Tüketicinin burada bir tercih hakkı yoktur. Alacağı sağlık hizmetinin maliyet ve kalitesi hakkında bilgisi olmayan y da çok az bilgisi olan hasta belirsizlik altında bir tercih yapmak durumunda kalmaktadır (Arrow, 1963).



Belirsizlik kavramını sağlık hizmetlerinin her alanında gormek mumkundur. Sağlık piyasasına konu olacak olaylar tesadufi meydana gelmektedir. rnek olarak; bir kolun kırılması, apandisit ameliyatı, otomobil kazası ya da kalp krizi verilebilir. Belirsizlik kavramı sağlık hizmetlerinde tuketici olarak hasta ve hastalıkla başlar, ancak kesinlikle nerede ve ne şekilde biteceği belli olmaz (Mutlu ve Işık, 2012).

Aslında sağlık hizmetini uretenler de aynı belirsizlikle karşı karşıyadır. rneğin Aynı alandaki doktorlar aynı hastalığa farklı tedavi yontemlerine başvurabilir. Hatta tedavi yontemleri bile değişikliğe uğrayabilir. Bu tur karışıklık ve belirsizlikler modern toplumlarda bile ortaya ıkabilmektedir.

### **3.2.6. Asimetrik Bilgilendirme**

Diğer sektorlerle kıyaslandığında ok daha geniş boyutta olan asimetrik bilgilendirmeyi sağlık sektorne gore kısaca anlatmaya alışırsak, eğer doktor isterse hastayı rahatlıkla kandırabilir ve bu şekilde daha fazla kazanç elde edebilir. Bunun yanında hasta bu tur bir olayın ne olduğu ve ne gibi sonuları olacağı konusunda en kuuk bir bilgi sahibi olmayabilir. Hasta butun bu koşullar altında doktorun onerilerini kabul edip etmemeye karar verebilir (Fuchs, 1986).

Asimetrik bilgilendirmenin bir başka boyutu, hastanın hastanede yatma suresi, verilecek ila ve kullanma suresi ve diğer konuların tamamen sağlık hizmeti verenler tarafından verilmesiyle, tueticilerin inisiyatifinin ortadan kalkmasıdır. Birey verilecek hizmetin boyutunu tartışamaz, pazarlık yapamaz, sağlık hizmetini deneme şansı da yoktur (Saltık, 1995).

Sağlık çalışanları ve sağlık hizmeti sunucuları hastalardan daha fazla bilgiye sahiptirler ve bu bilgilerini şahsi çıkarları ve kazançlarını artırmak amacıyla kötüye kullanabilirler. İnsan hayatını esas alan sağlık sektöründe Asimetrik bilgilendirme işte bu gibi nedenlerden ötürü diğer sektörlerle göre daha ağır etkiler meydana getirmektedir.

### **3.2.7. Hastalık Riskinin ve Tüketiminin Önceden belirlenememesi**

Hastalığı önleme programları, aşılama programları gibi çeşitli önlemler alınsa da hastalık risklerini ve nelerle karşılaşabileceğini kestirebilmek oldukça zordur.

Sağlık hizmetlerinde tüketim olgusu tesadüfi bir şekilde ortaya çıkmaktadır. Hizmetin nerede, ne zaman, kimlerce, kim tarafından ve ne kadar olacağı kolay belirlenememektedir. Sağlık piyasalarında doğum vb. gibi önceden bilinen durumlar dışında çoğunlukla hastalıkların ve risklerinin ne olduğunun önceden belirlenmesi mümkün değildir. İşte bu nedenle sağlık piyasaları içinde özel ve kamu kesimine ait olan sigorta kurumlarına olan ihtiyaç gündeme gelmektedir (Toprak, 1982).

### **3.2.8. Sağlık Malının Yetersiz Tüketiminin Toplumu da Etkilemesi**

Sağlık hizmetinin taşıdığı kamusal ve dışsal özellikleri nedeniyle, yeterince sunulmadığı ya da tüketilmediği takdirde toplumun tümü zarar görmektedir. Diğer piyasalarda arz edilen mal ve hizmetlerde, örneğin TV, bilgisayar vb. yeterli düzeyde arz edilmemesi veya tüketimin yeterli düzeyde olmaması toplumu etkilemez sadece o mal ve hizmeti almaya çalışan kişinin refahında önemine göre bir kayba yol açar. Ancak sağlık piyasalarında bir

hizmetin yetersiz sunumu ya da yetersiz tüketimi durumunda birey gerekli sağlık hizmetini alamadığı için özellikle bulaşıcı ve enfeksiyonel hastalıklarda toplum açısından büyük riskler ortaya çıkar (Mutlu ve Işık, 2012).

Ekonomik gücü zayıf ve yoksul kesimlerin sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanamaması durumunda toplumun diğer sağlıklı yeleri de tehdit altında kalacağından, sağlık bir kişinin sorunu olmaktan çıkıp bütün toplumu ilgilendiren toplumsal bir sorun haline gelecektir.

Sağlık sektörüne tahsis edilen kıt kaynakların, toplumun çeşitli ve sınırsız olan sağlık ihtiyaçları arasında öncelik sırasına göre tahsis edilmesi devletin sağlık hizmet piyasalarıyla ilgili rolü konusunda ana bir ereve sağlamaktadır (Mutlu ve Işık, 2012).

Sağlık hizmetlerinin üretilmesi için sağlanan kaynakları verimli kullanmak, sağlık hizmetlerinden faydalanamayan bireylerin taleplerinin karşılanması için düzenleme yapmak, sağlık göstergelerini gözlemlemek, sağlık mal ve hizmetlerinin kişi, grup ve bölgeler arasında etkin ve adil biçimde sunulmasını sağlamak devletin görevidir. Tüm bunların yanında sağlık harcamalarının kısmen ya da tamamen finansmanını sağlamak da sağlık mal ve hizmetleri piyasasında devletin üstlendiği en önemli görev ve fonksiyondur (Mutlu ve Işık, 2012).

Ekonomik gücü zayıf ve yoksul kesimlerin sağlık hizmetlerinden yeterli düzeyde faydalanabilmelerini sağlamak ta sosyal devlet olmanın gereğidir. Sağlık hizmetlerinin ulaşılabilir, adaletli ve eşitlikçi olması gerekmektedir.

### 3.3. Sağlık Hizmetleri Arzı

Bir üreticinin satmak için ürettiği mal ve hizmetler arzı meydana getirir. Üretilen yani arz edilen malın veya hizmetin fiyatı, mal veya hizmeti üretmek için harcanan maliyetlerin fiyatı ve teknolojik gelişmeler ile üretilen mala dolaylı olarak etki edecek diğer malların fiyatları arzı etkileyen bileşenler olarak karşımıza çıkar.

Sağlık Hizmetleri arzı, sağlık kurumlarının, sağlık hizmetinden belli zamanda belli fiyattan satın almaya razı oldukları miktardır (Orhaner, 2007).

Sağlık hizmetleri arzının ekonomideki diğer mal ve hizmetlerin arzından bazı farklılıkları bulunmaktadır.

Sağlık hizmetleri kapsamında arz edilen mal ve hizmetler, sağlık sisteminin yapısı, devletlerin sağlık politikaları, finansman politikaları, sağlık hizmetleri için ayrılan kaynakların miktarı kadar sağlık sektörünün içinde yer alan sağlık hizmeti sunan sağlık personeli ve sağlık üretimini sağlayan birimlerde sağlık hizmetleri arzını etkilemektedir.

Sağlık hizmeti ise sağlık ocağı, hastane, laboratuvar vb. sermaye unsurları ile hekim, hemşire, hastabakıcı, laborant vb. emek unsurlarından oluşan ekonomik bir maldır. Sağlık hizmetini arz eden üretici ve satıcılar için sağlık hizmetleri arzını belirleyen en önemli unsur, sağlık hizmetlerinin üretim maliyetidir. Sağlık hizmeti ile ilgili hekim, hemşire, idari personel vb. ve sağlık ocağı, hastane gibi binalar, çeşitli tıbbi araç ve gereçler üretim girdilerini oluşturmaktadır. Bu üretim girdileri için yapılan harcamalarsa sağlık hizmetlerinin üretim maliyetini oluşturmaktadır (Orhaner, 2007).

Sağlık hizmetleri fiyatlarındaki artış, sağlık hizmetleri arzında veya sağlık kurumlarının sayısında değişmeye yol açabilir (Orhaner, 2014).

Sağlık hizmetlerinin yerine doğrudan ikame edilecek ekonomik bir mal söz konusu değildir. Sağlık hizmetlerinde tamamlayıcı mal olarak iyileştirme hizmetleri, fizik tedavi hizmetleri, ilaç, beslenme, aşılama vb. gibi diğer hizmetler sayılabilir. Sağlık kurumlarını bir firma olarak kabul ettiğimizde sağlık hizmeti ile ilgili bir üretim fonksiyonunun var olduğunu kabul etmemiz gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinde doktor, hemşire, idari personel, hastane ve sağlık merkezi binalar, çeşitli tıbbi araç ve gereçler üretim girdilerini oluşturmaktadır. Bu girdilerin sonunda sağlık hizmeti ortaya çıkmaktadır. Sağlık girdileri için yapılan harcamalar, sağlık hizmetlerinin üretim maliyetini oluşturmaktadır. Maliyet yüksekliğinde arzın düşmesi beklense de devletin sağlık hizmetlerini bir kamu hizmeti olarak kabul etmesi ve toplum sağlığına önem vermesi nedeniyle maliyet artsa bile kamunun sağlık hizmetleri arzı düşmeyecektir. Sağlık hizmetlerinde teşhis ve tedavi araçlarında, ilaç endüstrisinde sürekli değişen bir teknoloji bulunması sağlık kurumlarını ileri teknolojiye sahip olmaya zorlamakta, bu da finansman yönüyle sağlık kurumlarını zorlamaktadır. Bununla beraber ileri teknoloji sağlık hizmetlerinin daha hızlı ve etkin gerçekleştirilmesini sağladığı için sağlık hizmetlerinin arzında teknolojik yeniliklerden vazgeçilememektedir (Orhaner, 2014).

Fiyat değişiklikleri karşısında arz edilen miktarda oluşacak değişmeyi arz esnekliği ile ölçebiliriz.

$$\text{Arz Esnekliği} = \frac{\text{Arz edilen miktarda \% değişiklik}}{\text{Fiyattaki değişiklik}}$$

Arz esnekliği ilgili olduğu mal ve hizmetin özelliklerinden etkilenmektedir. Sağlık hizmetlerinde bazı sağlık malları ve hizmetlerinin arzı kısa vadede artırılsa bile sağlık kurumlarının inşası, sağlık personelinin yetiştirilmesi zaman alacaktır. Üstelik sağlık hizmetlerinin stoklanması mümkün değildir. Zaman içinde arz esnekliği farklılık gösterse bile kısa dönemde sağlık hizmetlerinin arz esnekliği katıdır. Uzun dönemde ise arz esnekliği bire eşit ya da birden büyük olacaktır (Orhaner, 2014).

Sağlık hizmetleri arz esnekliğini etkileyen faktörleri şöyle sıralayabiliriz (Çelik 2013):

- Sağlık hizmetlerini sunan personelin sayısı, sağlık personelinin eğitim durumu nedeniyle yüklenen maliyet ve zaman, arz esnekliğini etkilemektedir. Kısa dönemde sağlık personelini artırmak zor olduğu için arz esnekliği bir ile sıfır arasındadır (Orhaner, 2014).

- Sağlık hizmetlerinin fiyatının yüksek olması, özel sektörün sağlık hizmetlerini artırırken kamu sektöründe etkili olmayacaktır. Bu nedenle kamu sektörünün sağlık hizmetleri arz esnekliğinde, fiyatın etkisi olmadığı için esneklik sıfıra yakındır. Özel sektörde ise arz esnekliği bir ya da birin üzerindedir (Orhaner, 2014).

- Sağlık hizmetleri arzında tıbbi teknolojinin kullanımı; tedavi süresinin kısalması, teşhiste kolaylık sağlanması ve daha fazla hasta bakımına neden olduğu için özellikle özel sektörün sağlık hizmetlerinde arz esnekliği bir ve birin üzerindedir. Kamu sektörü, zorunluluk halinde fiyatı yüksek olsa bile teknolojiye yararlanmak durumunda olduğu için teknoloji nedeniyle arz esnekliği sıfır ile bir arasındadır (Orhaner, 2014).

- Sağlık sektöründe yatırımların artması sağlık hizmetleri arzını olumlu etkileyecektir. Eğer sağlık kurumları eksik kapasitede çalışıyorsa sağlık hizmetleri arzı esnek olacaktır. Ancak kısa dönemde yatırımların artması zor olacağı için arzın esnekliği katı olacaktır (Orhaner, 2014).

Sağlık hizmetlerinin arzında fiyatlarda görülen değişme de etkilidir. Ancak sağlık hizmetleri arzında kamu kesimi için fiyatların etkisi düşük iken özel kesim için yüksektir. Özel kesim fiyatlar yüksek ise sağlık yatırımı yapmaktan vazgeçebilmektedir (Orhaner, 2006).

Sağlık hizmetleri arzını belirleyen bir diğer unsurda, hekim sayısı, teknoloji, hastane, araç-gerecin uyumlu artışıdır. Hekim sayısı artmadığı sürece, hastane, sağlık ocağı sayısının artması sağlık hizmetleri arzında gelişme olduğunu göstermez. Sağlık hizmetleri arzının artışında, teşhis ve tedavi araçlarında, ilaç endüstrisinde ileri teknolojiye sahip olmak sağlık kurumlarını finansman yönüyle zorlamaktadır. Diğer taraftan sağlık hizmetleri arzında kamu denetimi nedeniyle özel firmaların piyasaya girişi kolay olmamaktadır (Orhaner, 2006).

Kısa vadede oluşacak talep artışlarında doktor, hastabakıcı, teknoloji vb. gibi ihtiyaçları hemen cevaplayabilmek mümkün olmayacağından kısa vadede sağlık hizmetleri arzını arttırmak oldukça zordur.

### **3.4. Sağlık Hizmetleri Talebi**

Talep, belli bir zamanda ve belli bir fiyat düzeyinde satın alınmak istenilen mal veya hizmet miktarıdır (Öçal, 2014).

Malın talebi, malın giderdiği ihtiyacın şiddetine ve faydasına bağlıdır. Diğer taraftan gelir düzeyi ile ilgili tahminler ve tüketicilerin daha önce ulaştıkları tüketim düzeyi, zevk ve tercihleri kişilerin satın alma isteğini etkilemektedir. Piyasa talep miktarına etki eden faktörleri; Malın fiyatı, diğer malların fiyatı, gelir düzeyi ve tüketicilerin zevk ve tercihleri olmak üzere dört grupta toplayabiliriz (Orhaner, 2014).

Talep miktarının fiyat değişmelerine karşı gösterdiği hassasiyete, talep esnekliği adı verilir. Talep fiyat esnekliği, fiyat değişmeleri karşısında malın talebindeki değişmeleri göstermektedir. Talep miktarındaki nispi değişimin fiyatta meydana gelen nispi değişmeye oranı talep-fiyat esnekliğini vermektedir (Orhaner, 2014).

$$\text{Talep Esnekliği} = \frac{\text{Talep miktarındaki nispi değişim}}{\text{Fiyattaki nispi değişim}}$$

Talebin fiyat esnekliği mallara göre farklılık göstermektedir. Talebin fiyat esnekliğine etki eden faktörler şöyle sıralanabilir (Orhaner, 2014):

-Malın aile bütçesi içindeki yeri Malın satın alınması için aile bütçesi içinde ayrılan gelir önemsiz ve malın fiyatı düşük ise o malın talep fiyat esnekliği küçüktür(Orhaner, 2014).

-Malın karşıladığı ihtiyacın genişlik derecesi. Malın karşıladığı ihtiyaç, geniş ise talep esnekliği yüksek, mal dar bir ihtiyacı karşılıyorsa talep esnekliği düşük olacaktır (Orhaner, 2014).



-İkame malların bulunup bulunmaması. Bir malı ikame etmek mümkün değilse yani rakip mal yoksa o malın esnekliği düşük olacaktır (Orhaner, 2014).

-Zaman. Tüketicinin zaman içinde gelirinin artması, zevk ve tercihlerde değişim, talep fiyat esnekliğini olumlu ya da olumsuz etkileyecektir (Orhaner, 2014).

Sağlık hizmetleri talebi, kişinin belli bir sağlık sorunuyla ilgili olarak sağlık kurumlarından faydalanabilme imkânıdır. Sağlık hizmetleri talebinde fiyat önemli bir faktör değildir. Çünkü kişi sağlık sigortasına sahip ise sağlık hizmetlerinin fiyatı talebi etkilememektedir. Sağlık hizmetleri talebini etkileyen en önemli unsur, sağlık ihtiyacının hayatın devamı ve kalitesi için zorunlu ve önemli bir ihtiyaç olmasıdır. Sağlık hizmetleri ikame edilemez. Bu nedenle sağlık hizmetleri talebinde diğer malların fiyatları talebi etkileyen en önemli unsur değildir (Orhaner, 2006).

Sağlık hizmetlerine olan talebin artışında sağlık ihtiyacının şiddeti, sağlık hizmetlerine ulaşmada kolaylıklar ve bireyin sağlık konusunda duyarlılığı önemlidir. Kişiler sağlıklı olduğu dönemlerde sağlık hizmetlerine talepte bulunmazken hasta olduklarında ya da salgın hastalık dönemlerinde sağlık hizmetlerine daha fazla talepte bulunmaktadır. Sağlığın bozulması kişilerin yaşamını olumsuz etkilediğinden sağlık hizmetlerinin fiyatı ne kadar yüksek olursa olsun kişiler sağlık hizmetlerine talepte bulunacaktır. Bu durumda sağlık hizmetleri fiyatının yüksek olması talebi düşürmeyecektir. Fiyat arttığı halde sağlık hizmetlerine olan talepte artacaktır (Orhaner, 2014).

Kişilerin sağlık konusunda ihmalcı tutumları, bilgi yetersizliği, ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerinin yetersiz olması, vb. gibi nedenler, sağlık hizmetleri talebinin düşük olmasına

neden olabilir. Ayrıca bir ülkede şehirleşme oranı, okur-yazarlık oranı, ulaşım imkânları, sağlıkla ilgili teknolojik alt yapının durumu, uzman sağlık personelinin sayısı ve sağlık konusunda kişilerin bilgi düzeyi vb. gibi etkenler sağlık hizmetleri talebinin belirlenmesinde önemli faktörlerdir (Orhaner, 2014).

Birçok mal ve hizmet için tüketicinin, kalite, uygunluk vb. hakkında bilgisi varken, tedavi yöntemi, hastaya uygunluğu, başka alternatif yöntemler olup olmadığı ve gerekliliği konusunda çok az bilgisi olduğundan hekime bağımlılığı, hekimin asimetrik bilgilendirmesine maruz kalması nedeniyle tüketime karar verme yetkisi hekimin elindedir. Öyleyse sağlık hizmetlerine talep, ilk başvuru dışında, gerçekte hastalar değil sağlık hizmetini sunan hekimlerce gerçekleştirilir. Bunun sonucunda sağlık hizmeti sunanlar monopol bir güç elde edebilecekleri gibi, sağlık hizmetlerinin fiyatı ve hekime yapılan ödeme yöntemi hastanın yanlış yönlendirilmesine neden olabilirler (Orhaner, 2014).

Sağlık hizmeti, barınma ve beslenme gibi zorunlu bir ihtiyaç olduğundan, sağlık hizmetlerinin fiyatlarında meydana gelebilecek değişiklikler karşısında bireylerin talep esneklikleri düşüktür. Yani bireylerin talepleri, sağlık hizmetinin fiyatının düşmesi nedeniyle artmaz (Tokat,1998).

Sağlık hizmetleri diğer hizmetler gibi stoklanamaz. Bununla beraber sağlık hizmetlerine olan talep iyi tespit edilebilirse buna göre sağlık hizmetleri arzı doğrudan belirlenebilir (Sargutan, 1993).

Sağlık hizmetinin bir diğer özelliği, talebinin hizmeti alan birey tarafından değil bir uzman tarafından belirlenmesidir. Çünkü sağlık hizmeti talebinde bulunan birey, almak

istediği ürün hakkında yeterli bilgi donanımına sahip değildir. Bu konuda karar verirken mutlaka bir uzman görüşünden faydalanır. Bir başka özellik de, ikamesinin olmamasıdır. Sağlık hizmeti alınırken birey uzman görüşünden yararlanmaktadır. Örneğin; kalp ameliyatı kararı uzman doktor tarafından verilmiş olan bir birey için, bu ameliyat yerine farklı bir yöntem ile iyileşmeyi seçme şansı hemen hiç yoktur. Bu durum, sağlık hizmetinin serbest piyasa koşullarının oluşmamasına neden olmaktadır (Sargutan, 1993).

Sağlık hizmetlerine olan talebi ortaya koymada, bir kişinin ortalama yılda sağlık hizmetine başvurma sayısı önemli bir ölçüt olmaktadır. OECD (Organisation for Economic Cooperation and Development) ülkelerinde bir kişi yılda ortalama 6,1 kez hekime başvururken Türkiye’ de bu oran 0,5 ile 4 arasında değişmektedir (Sargutan, 1993).

Sağlık alanında ortaya çıkan sorunların giderilmesi için gereken mal ve hizmetlerin sağlanması sağlık hizmetlerinin temel amacıdır. Sağlık ve sağlık hizmetleri alanında ihtiyaçlar çok fazladır. Bu ihtiyaçların belirlenmesinde bilgi seviyesi, hastalıkların ortaya çıkma sıklığı ölçü olarak alınmalıdır ki sağlık hizmeti ihtiyaçla uyumlu olsun. Bunun için ihtiyaçlar talep doğrultusunda ele alınmalı ve bu talebi karşılayacak şekilde geliştirilmelidir. Örnek verecek olursak karnı ağrıyan birisi bundan şikâyet ediyor ve fakat durumunu kabullenip acıya katlanıyor, tedavi almayı reddediyorsa burada talebe dönüşmemiş bir sağlık ihtiyacı söz konusudur.

### 3.5. Sağlık Sigortasının Sağlık Hizmetleri Arzı ve Talebi Üzerindeki Etkisi

Bir sosyal güvenlik sistemine kayıtlı olsun ya da olmasın kişinin karşılaşılabileceği hastalık, sakatlık, iş kazası, meslek hastalığı vb. gibi risklere karşı ihtiyacı olan her türlü teşhis, tahlil, tedavi, masraflarını karşılayan sigorta türüne sağlık sigortası denmektedir.

Sağlık sigortası, hastanın, sağlık hizmetiyle karşılaştığı noktada sifıra yakın bir fiyata hizmet alımını sağlamaktadır. Hizmet talep eden kişinin satın alma noktasında ödediği ücretin düşük olması, satın alma kararını önemli ölçüde etkileyen bir faktördür. Sigortanın talep veya arz üzerindeki etkisi “ahlaki tehlike (moral hazard)” olarak da adlandırılır. Ahlaki tehlike üç şekilde gerçekleşebilir. Bunlardan ikisi talep yani hasta üzerinde; biri ise arz yani doktor üzerinde etkili olur. Talep açısından sigorta bireyin davranışını iki şekilde etkileyebilir: Bunlardan birincisi, sigorta yapıldıktan sonra sigortalanan olayın ortaya çıkma olasılığının artmasıdır. Bireyin sigortalandıktan sonra özellikle koruyucu hekimliğe ilişkin bazı uygulamalardan vazgeçmesi ya da sigara içme, tehlikeli sporlar yapma gibi bazı faaliyetlere girmesi mümkündür. Ahlaki tehlikenin sigorta üzerindeki ikinci etkisi; sigortanın fiyat düşürücü etkisinden kaynaklanmaktadır. Bireyin, sigortalı olmadığı durumlarda talep etmeyeceği sağlık hizmetlerini, sigortalandıktan sonra düşük fiyat etkisiyle talep etmesi olasıdır. Sigortanın sağlık hizmetleri arzı üzerine olan etkisi ise; sağlık hizmetlerinden arzın talep yaratmasıdır; yani hekime, hizmetin karşılığını ödeme şekli, hizmet başına ödeme olursa hekim gereksiz talep yaratabilmesi noktasında ortaya çıkmaktadır. Buna izin vermemek adına satın alınacak sağlık hizmetleri mümkün olduğunca standartlaştırılmalıdır (Tatar, 1994).

Kısa dönemde sağlık hizmetlerinde arzı artırmak zordur. Teşhis ve tedavide gelişmiş teknolojinin getirdiği araç ve ekipmanların kullanılması, bununla beraber daha etkin ilaçların

kullanılması tedavi çeşitlerini, kalitesini ve imkânlarını artıracığından hastalıkların kısa sürede iyileşmesi mümkün olabileceğinden bu hizmetlerden faydalanma anlamında bir talep artışı olacaktır. Ancak bütün bu teknolojik gelişmelere rağmen, bu talep artışına karşılık olarak sağlık personeli ve sağlık üretimi için gerekli tüm koşulların aynı anda artırılması çok zor ve pahalı olduğundan burada söz konusu olan arzın artırılması ancak sağlık sigortalarının geliştirilmesi ile yakından ilişkilidir.

### **3.6. Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Amacı**

Sağlık hizmetlerinin finansmanı, Sağlık sektöründe sunulan tüm sağlık hizmetleri ile ilgili olarak yapılacak olan harcamaların hangi kaynaklardan (kamu veya özel) ve nasıl karşılanacağını, bu kaynakların ilgili sağlık yatırımlarına yeterli düzeyde, miktarda, zamanında ve etkili bir biçimde kullanılmasına ilişkin ilke ve esasların çerçevesini belirleyen bir kavramdır.

Sağlık Hizmetlerinin arzında ihtiyaç duyulan kaynaklar için gerekli paranın teminin sağlık hizmetlerinin finansmanı olarak tanımlanmaktadır (Besim, 2001).

Sağlık finansmanının amacı, tüm bireylerin sağlık hizmetlerine finansal açıdan ulaşabilmesini sağlamak için yeterli ve sürdürülebilir kaynak yaratmaktır. Ayrıca bu kaynakları verimli bir şekilde kullanmak, herkese finansal koruma sağlarken finansmanda adaleti gözetmek ve kaynak oluşturma yöntemlerinin hane halklarını yoksullaştırmasını engellemek hedefleri de bulunmaktadır (WHO, 2000a).

Günümüzde devletlerin öncelikle yerine getirmek zorunda oldukları refah harcamalarının başında gelen sağlık hizmetlerinin sunumu her şeyden önce sağlam finansman kaynaklarına ihtiyaç göstermektedir.

Sağlık hizmetleri finansman sorununu, hakkaniyet ve dayanışma ilkeleri doğrultusunda çözmüş olan ülkeler sağlık alanındaki diğer meselelerini çözme konusunda önemli bir avantaja sahiptirler (Yıldırım, 2011).

Sağlık, ülke Gayri Safi Milli Hasıla (GSMH)'dan aldığı payla çok önemli bir sektör konumundadır. Bugün sağlık bakım sistemlerine ayrılan kaynaklar dünya çapında üretimin %9'unu oluşturmaktadır (Schiber, 1999).

Ülkelerin ekonomi kalemlerinde bu denli öneme sahip sağlık hizmetlerinin çok çeşitli finansman kaynakları mevcuttur. Her finansman kaynağının da kendine göre avantaj ve dezavantajları vardır. Bir ülkede çok iyi işleyen bir finansman yöntemi, bir diğerinde aynı olumlu sonuçları vermeyebilir. Bunda her ülkenin sosyo-ekonomik, kültürel, politik değişkenlerinin etkisi vardır. Burada sağlık hizmetlerinde kullanılan finansman kaynaklarının ortaya konulması ve bu kaynakları çeşitli açılardan değerlendirilmesi son derece önemli ve gereklidir (Schiber, 1999).

Genel olarak sağlık finansmanı, sağlık sektöründe finansal kaynakların harekete geçirilmesi ve kullanılmasını içeren geniş kapsamlı bir kavramdır (Lee ve Goodman, 2002).

Sağlık hizmetlerinin finansmanı konusu literatürde çoğunlukla sosyal sigorta kavramı içinde sosyal güvenlik sisteminin bir parçası olarak ele alınmaktadır. Bu yüzden

sağlık hizmetlerinin finansmanını sosyal güvenlik politikalarından bağımsız bir şekilde ele almak mümkün değildir (Aktan ve Işık, 2014).

Sosyal güvenlik uygulamalarının başlangıcı, gönüllü kuruluşların ve dini kurumların yaptığı yardımlara dayanmaktadır. Daha sonraki aşamalarda ise, bu alanda çalışan şirketlerin gelişmesiyle konu farklı bir boyut kazanmıştır. Öncelikle yardım düzeyinde ortaya çıkan bu uygulamalar, daha sonra çeşitli dönemlerde zorunlu ve daha sonraki aşamalarda ise, zorunlu veya isteğe bağlı bir yapıya bürünerek süregelmiştir (Aktan ve Işık,2014).

Hastalık, doğum, iş kazası, iş görmezlik, yaşlılık, ölüm gibi nedenlerle ortaya çıkabilecek ekonomik ve sosyal problemlere karşı önlem alınması yoluyla toplumun kendi üyelerini koruması sosyal güvenlik olarak adlandırılmaktadır. Bu tıbbi bakım ve yardım, çocuk yardımı vb. konuları kapsayabileceği gibi, belirlenmiş durumlarla bireylere düzenli bir gelir sağlamayı da amaç edinebilmektedir (Mutlu ve Işık, 2012).

Sosyal güvenlik önlemlerinin bir politika olarak ele alınarak yaygınlaştırılması ise, İkinci Dünya Savaşı sonrasında gerçekleşmiştir. Özellikle herkese sağlık ve işsizlik sigortası ile eğitim güvencesi sağlamayı amaçlayan sosyal refah devleti uygulamaları da bu gelişmeleri hızlandıran bir etken olmuştur (Mutlu ve Işık, 2012).

Sosyal Güvenlik kavramı ilk kez ABD’de 1935’te çıkarılan “Sosyal Güvenlik Yasası” ile kullanılmıştır. Sosyal güvenlik politikalarının gelişimi incelendiğinde Uluslararası Çalışma Örgütü’nün (ILO) önemli rol üstlendiği görülür (Arık, 2010).

Günümüzde modern anlamda sosyal güvenlik kavramının karşılamaı amaçladığı risklerin çoğu sağlıkla ilgilidir. Hastalık, iş kazaları, iş görmezlik, analık ve yaşlılık hallerinde yapılan ödemeler bu risklere ve alınan önlemlere örnek olarak verilebilir. Sosyal güvenlik politikaları çerçevesinde sağlıkla ilgili sağlanan minimum düzeyde hizmetler bireye yönelik koruyucu ve tedavi edici tıbbi bakım hizmetleri üzerinde yoğunlaşmaktadır. Bunun kapsamında ise; yataklı ve ayakta bakım hizmeti sunan sağlık hizmet üretim birimlerindeki uzmanların sunduğu bakım, temel ilaçların sağlanması, doğum hizmetlerinin sunumu gibi hizmetler yer almaktadır (Arık, 2010).

Bir mal veya hizmet karşılığında yapılacak en kolay ödeme şekli doğrudan yapılan ödemedir. Bu ödeme şeklinde birinci taraf diyebileceğimiz tüketici, satın aldığı bir mal veya hizmet karşılığını hizmeti sunana karşı, yani ikinci tarafa doğrudan ödemektedir. Hastalanmanın finansal riskine güvence sağlamak maksadıyla sağlık sistemleri tarafından üçüncü taraf ödeyicileri geliştirilmiştir. Özel veya kamu kuruluşu olabilen bu üçüncü taraf ödeyici, sağlık hizmetlerini finanse edebilmek için, sosyal güvence altına almış olduklarından dolaylı veya doğrudan gelir olarak toplamaktadır. Sağlık sistemleri bu şekilde, topladığı geliri ya doğrudan ödedikleri hizmet bedelinin hastalara geri ödeme, ya da sunduğu hizmetin karşılığı olarak hizmet sunucularına aktarma suretiyle, hastalanmanın finansal riskine karşı güvence sağlamanın yanında, kişilerarası yeniden dağıtım aracı haline de gelmiş olurlar (Yaşar, 2007).

Sağlık hizmetlerinde finansman kaynakları ülkeden ülkeye değişmektedir. Bu kaynaklar vergi ve sigorta temelli olarak ele alınmaktadır. Bu finansman yöntemlerinden hangilerinin finansal açıdan sürdürülebilirliği ve kapsamlı ulaşımı daha iyi sağlayabildiği konusunda oldukça yoğun çalışmalar yapılmaktadır (WHO, 1999).



Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık hizmetlerinin yönetiminde en çok şikâyet edilen konuların başında yetersiz finansman gelmektedir. Çok çeşitli finansman yöntemleri olmasına rağmen uygulamada bunların bir kombinasyonu görülmekte ve etkili bir planlama ise ancak hepsinin bir ayrıntılı analizini gerektirmektedir (Mach, 1978).

Sağlık Hizmetlerinin iyileşmesi ve bakımın sağlanması için öncelikli olarak gereken yeterli finansman kaynaklarıdır (WHO, 1999).

İyi bir sağlık sistemi finansmanı; arzulanan çıktı düzeylerinin elde edilmesinde sağlık sistemleri için yeterli destek sağlamakta ve yeterli kaynakların sağlanması yoluyla amacın başarılmasına katkı sağlamaktadır. En azından teorik de olsa sağlık sistemi finansmanının sağlık sonuçlarını etkilediği belirtilebilir. Ancak finansman sistemlerinin sağlık sonuçları ve beklentilerin karşılanması üzerine doğrudan veya dolaylı etkileri tam anlamıyla bilinmemektedir (Yıldırım, 2011).

1980'li yılların başından beri genel sosyo-ekonomik politikalarda yaşanan değişimler ve toplumun çoğunluğuna veya tamamına sağlık güvencesine kavuşturma yönündeki baskılar sağlık finansman sisteminde yeniden yapılanma sürecinde rol oynayan başlıca unsurlar olarak karşımıza çıkmaktadır.

Finansman sisteminde yeniden yapılanmanın temel yapı taşlarından biri kaynağın ne olacağıdır. Kamusal ve özel finansman kaynakları arasındaki denge ile bu iki finansman grubunda yer alan her bir kaynağın diğerlerine oranla ne ölçüde rol oynayacağı bu süreçte en kritik konudur (Tatar, 1996).

Çoğu gelişmekte olan ÷lke sağlık hizmetleri finansmanının yetersizliğini önemsemektedir. Kaynak ihtiyacı; artan ihtiyaçların ve bir yandan aratan nüfusun bir fonksiyonu olmaktadır. Çeşitli kurum ve kuruluşlar, son yıllarda sağlık sektöründe giderek artan finansman sıkıntılarının ortadan kaldırılması için, sağlıkta önceliklerin dikkate alınarak kaynak tahsislerinin buna göre yapılması ve kaynakların verimli tahsisi için girişimlerde bulunmuşlardır (Newbrander, 1994).

Sağlık sektörünün finansmanının, gelir elde etme, fon biriktirme ve hizmetlerin satın alınması şeklinde üç temel işlevi bulunmaktadır (Murray and Frenk, 2000).

Gelir elde etme, birincil (hane halkı ve firmalar) ve ikincil (hükümetler ve donör kuruluşlar) kaynaklardan elde edilen para hareketlerini, fon biriktirme, çeşitli kaynaklardan elde edilen fonların bir havuzda toplanmasını ifade etmek için kullanılmaktadır (Yıldırım, 2011).

Çeşitli kaynaklardan elde edilen ve bir havuzda toplanarak bireysel ve kamusal hizmet sunucularına, toplumun ihtiyaçları ve önceliklerini dikkate alarak verdikleri hizmet karşılığı tahsis edilen paralar ise hizmetlerin satın alınmasını ifade eder (Yıldırım, 2011).

Kaynaklar genel olarak hane halkları ve şirketlerden toplanmaktadır. Gelir elde etme yöntemlerini; vergiler, sosyal sağlık sigortası primleri, özel sağlık sigortası primleri, bireysel tıbbi tasarruf hesapları, cepten ödemeler, borçlar ve bağışlar oluşturmaktadır. Gelir toplama yöntemleri “finansman yöntemleri” olarak da adlandırılmaktadır. Geliri toplayan kuruluşlar kar amaçlı özel kuruluşlar, kar amacı taşımayan özel kuruluşlar ve kamu kuruluşları

olabilmektedir. Sağlık finansmanı için gelir toplamının en önemli özelliği anılan gelirlerin hizmetin kullanımı öncesinde (cepten ödemeler dışında) toplanmasıdır (Yalçın ve Yıldırım, 2001).

Fon biriktirme; sağlık hizmetlerine yapılacak ödemelerin riskinin fonlara katkı sağlayan tüm üyelere paylaşılması temeline dayanan bir gelir biriktirme ve yönetim şeklidir. Geleneksel olarak “sigorta işlevi” adıyla da anılan fon biriktirmenin temel amacı, belirsiz sağlık ihtiyacının finansal riskini paylaşmaktır. Fon biriktirme sağlık hizmetleri talebini destekleyip fon akışını da garantilediğinden hizmet sunucuları için belirsizliği azaltmakta ve yeni yatırımlara yönelmeyi teşvik etmektedir. Gelir toplama işlevinde olduğu üzere fon biriktirme işlevini de farklı kurumlar yapabilmektedir. Ancak, geliri biriktiren kuruluşlar ile gelir toplayan kuruluşlar genellikle aynı kuruluşlardır (Aktan ve Işık, 2014).

Sağlık sistemlerinin sağlık finansmanı ile ilgili amacı, başlangıçta herkese, yeterli düzeyde ve adaletli bir yöntemle finansal kaynak sağlamak olmuştur. Ancak zaman içinde yaşanan ekonomik ve demografik sorunlar kaynakların sürdürülebilmesi için verimli kullanılmaları gerektiğini gündeme getirmiştir. Kaynak sorunu nedeniyle cepten ödemelerin hemen her sağlık sisteminde varlığını sürdürmesi veya kullanıcı katkıları uygulaması ile yeniden gündeme gelmesi, bu yöntemle finansman sırasında hane halklarının yoksullaşmamasının gözetilmesini finansmanda adaleti sağlamak için kaçınılmaz kılmıştır (Yalçın ve Yıldırım, 2001).

### **3.6.1. Sağlık Hizmetlerinin Küresel Düzeyde Finansmanı**

Sağlık hizmetlerinin küresel düzeyde finansmanının yeterli olduğunu söylemek zordur. Finansman sorunu nedeniyle HIV/AIDS, sıtma, tüberküloz vb. gibi bulaşıcı hastalıklar

hala varlığını sürdürmekte ve birçok Afrika ülkesinde ortalama yaşam süresi düşmektedir. Birçok az gelişmiş ülkede bulaşıcı hastalıklar yüzünden milyonlarca insan yaşamını kaybetmektedir. Küresel kamu malı olarak sağlık hizmetlerinin üretiminin finansmanı günümüzde; ülkeler, uluslararası kuruluşlar, firmalar, sivil toplum kuruluşları vb. tarafından sağlanan kaynaklardan karşılanmaktadır (Orhaner, 2014).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Dünya Bankası (IMF), sağlık finansmanına katkı sağlayan başlıca uluslar arası kuruluşlardır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Dünya Bankası (IMF)'nin sağladığı ve aracılık ettiği kaynaklar gelişmiş ülkelerden bir kaynak transferidir. Bulaşıcı hastalıklarla mücadelede en geniş yetkilere sahip olan Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'dür. Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün finansmanı iki yıllık süreyle hazırlanan ve ülkelerin ödedikleri aidatlardan oluşan düzenli bütçe gelirleri ile ülkelerden ve diğer bağışçılardan alınan bağışlardan oluşmaktadır. Sağlıkın küresel düzeyde finansmanına, kalkınma yardımları aracılığıyla en çok katkıyı Dünya Bankası (IMF) sağlamaktadır. Dünya Bankası (IMF)'nce gelişmekte olan ülkelere kalkınma yardımları borç olarak verilmekte düşük gelirli ülkelere ise bağış yapılmaktadır (Orhaner, 2014).

Yapılan yardımlar sonucunda ülke içinde sağlık konusunda gelişim sağlanmaktadır. Bir ülkede sağlık hizmeti geliştikçe geriden gelen nesil sağlıklı bireylerden oluşur.

### **3.6.2. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Kaynakları**

Bir taraftan sağlık hizmetlerine olan talebin artması diğer taraftan kaliteli sağlık hizmeti sunmak için sağlık kurumlarının modern teknolojiyi satın almak ve nitelikli personel istihdam etmek için çaba harcamaları sağlık giderlerini artırmaktadır. Bir ülkenin sağlık

hizmeti veren sağlık kurumları giderlerinin düzenli bir şekilde karşılanabilmesi için, sağlık finansmanı sisteminde başvuracağı kaynaklar o ülkenin tarihi, kültürü, ekonomik yapısı, politik rejimi gibi faktörlere bağlı olacaktır (Tatar, 1996).

Vergiler, piyangolar, sosyal sigortalar, dış yardımlar, kullanıcı katkıları, özel sigortalar gibi çok çeşitli finansman kaynakları olmasına rağmen bunlar arasında en önemlileri olarak devlet bütçesi, kamu sağlık sigortası ve özel kesimi sayabiliriz (Tatar, 1996).

Finansman kaynakları endirekt (devlet/merkezi ve yerel, zorunlu sigorta/devlet yardımlarını da kapsar, gönüllü sigorta, işverenler, dış yardımlar) ve endirekt (kişiler tarafından yapılan direk ödemeler) olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (Abel, 1978).

Finansman kaynaklarını ve yöntemlerini; genel vergi gelirleri, sosyal güvenlik, gönüllü sigorta, yardımlar olarak ta sınıflandırmak mümkündür (Roomer, 1991).

Sağlık hizmetleri finansman kaynaklarını kamu ve yarı kamu finansman kaynakları, özel finansman kaynakları şeklinde başlıklar halinde belirtebiliriz.

### **3.6.3. Kamu ve Yarı Kamu Finansman Kaynakları**

Ülkeler Sağlık hizmetlerinin gerçekleşmesinde en önemli finansman kaynağı olarak devlet bütçesini kullanmaktadırlar. Bu ülkeleri; temel olarak vergilemeye dayananlar, sosyal güvenceye dayananlar ve devlete ait bütçe fonlarının merkezi planlama esasına göre normatif biçimde dağıtıldığı ülkeler olarak üç gruba ayırabiliriz. Birçok ülkede, hizmet temelinde özel sektörün rolünün giderek artması sonucuyla kaynakların tahsis edilmesi ve eşitlik konuları daha fazla ön saflarda yer almaktadır.

Sağlık sistemlerinin içerisinde çok çeşitli finansman kaynakları bulunmasına rağmen; sağlık hizmetlerinde finansman; ağırlıklı olarak genel vergilerden ve primler yoluyla sağlanmaktadır (Abel, 1994).

Kamu aracılığıyla toplanan primlerle finansmanın sağlanması “sigorta” kanalı ile olmaktadır. Sigorta; aynı veya benzer riske sahip kişiler topluluğunda, riskin gerçekleşmesi durumunda, belirli bir prim ödeme karşılığında, zararın giderilmesine dönük bağımsız talep hakkına sahip olma durumudur (Yalçın, 2001).

Sosyal sigorta ise; bir çeşit havuz sistemi olup; sigortalıların, ödedikleri prim miktarından bağımsız olarak eşit hizmet almaları durumudur. Gelire göre veya sabit miktarda prim ödenmesi söz konusudur. Yönetim, genellikle kamuya ait olup, devlet veya işveren gibi taraflar da katkıda bulunabilirler. Sistemin başarılı olup olmaması tamamen prim toplayabilmeye kabiliyetiyle orantılı olduğundan, işsizliğin, düşük gelir düzeyinin ve gelir dağılımının adaletsiz olduğu toplumlarda bunu işletmek oldukça zordur.

Bismark modeli olarak da bilinen kamu sistemi, sigorta anlayışı ile işçiler, hastalık, yaşlılık ve malullüğe karşı korunmaktadır. Temelleri Almanya’ya dayanmaktadır. Dayanışma temelli olması, primlerin bireylerin gelirleri ile orantılı olması, düzenli ve istikrarlı finansman biçimi olması, maliyetlerin düşük tutulması avantajlarını sağlar. Fakat idari karmaşıklık, prim toplanmasında zorlanma gibi sebeplerle sorun teşkil edebilmektedir (Yalçın, 2001).

Özel sigortalar ise; kâr amaçlı işletmeler olup, ödenen primle orantılı olarak hizmet alma hakkı sağlarlar. Satın alınan güvence, bireye özgü içeriğe sahiptir. Tüketici tarafından

algılanan kalite, diğer bir deyişle işletme kalitesi yüksek; ancak ürün kalitesi düşüktür. Daha ziyade, tedavi edici hizmet ağırlıklı işler. Sigorta kurumunun baskın olduğu bir sistem oluşur. Maliyetleri minimize ve gelirleri maksimize etmeye dönük olarak, iyi eğitim almış profesyoneller tarafından yönetildikleri ve kişilerin ihtiyaçları olabilecek sağlık hizmetlerini öngörmelerinin ve verilen hizmeti, çıktıyı ölçmelerinin çok güç olması nedeniyle, genellikle hastaların aleyhine işler. Yaşlı, kronik hastalığı olan kişilerin sigortalanamaması; poliçelerde yüksek risklerin dışlanması veya primlerin aşırı yükselmesi (ulaşılabilirlik) ve hasta mahremiyetinin korunamaması gibi ciddi sorunlar söz konusudur (Özlü, 2007).

Sigortacılık sistemine getirilen önemli eleştirilerden biri de, risk yönetiminin, sadece riskin paylaşımı değil, riskin azaltılması çabalarını da kapsamaması gerektiğidir (Yalçın, 2001).

Sağlık sisteminde finansman vergiler ve primlerdir. Çalışan kişilerden yani sigortalı kişilerden alınan primlerle bir havuz oluşturulur. Bu prim gelir durumuna göre farklılık gösterebilir. İşsizlik olan ülkelerde bu primin toplanması belli bir düzeyin altında olduğu için bu işleyiş biraz daha zordur. Bir diğer sigorta sistemi de Özel Sigortalardır. Bunlar genellikle kar amaçlı şirketlerdir.

### **3.6.3.1. Genel Vergi Gelirleri (Beveridge Modeli)**

Milletvekili olarak 1941'de İngiltere Sosyal Güvenlik Sisteminin kurulması için rapor hazırlamakla görevlendirilen W. Beveridge'nin hazırladığı rapor, İngiltere'nin sosyal güvenlik ve sağlık sistemine temel teşkil eder. Bu nedenle bu sisteme Beveridge Sistemi de denir. Sağlık hizmetlerinin finansmanını bu şekilde karşılayan ülkeler arasında İrlanda, İzlanda, İsveç, Norveç, Finlandiya, Portekiz ve Yeni Zelanda'yı sayabiliriz.

Beveridge, çalışmasında üç amaçlı bir sosyal devlet politikası önerir; Tüm İngiltere vatandaşlarının sosyal güvenlik kapsamına alınması, Ulusal Sağlık Hizmetleri ağının oluşturulması ve tam istihdamın sağlanması. Sovyet finansman sistemini örnek aldığı için bu sistemin sadece vergilerle finanse edilmesi, ek olarak prim toplanmaması önerileri arasında yer alır (Çiftçi, 2014).

Böylece İngiltere 2. Dünya Savaşı'ndan sonra kapitalist ülkeler arasında en ileri sağlık hizmetini veren model ülke olur.

İngiltere'de 1946 yılında çıkarılan bir yönetmelik ile 1948 yılında uygulamaya konulan Ulusal Sağlık Hizmeti (National Health Service, NHS) teşkilatı kurulmuştur. NHS tüm İngiliz vatandaşlarına, kısaca İngiltere'de yaşayan olan herkese ücretsiz sağlık hizmeti sunmaktadır.

Bu modele göre İngiltere'de sosyal güvenlik ve sağlık hizmetlerinin finansmanı, %66,5'i devlet tarafından, %11,5'i yerel yönetimlerin topladığı vasıtalı vergilerden, %15'i işveren, işçi ve esnafın ulusal sigortaya katkısından, %7'si halkın gözlük, tıbbi cihaz vb. araçların alınmasında ödedikleri küçük miktarlardan karşılanmaktadır (Çiftçi, 2014).

İngiltere'nin sağlık hizmetlerini ücretsiz sağlaması, İngiltere'nin sağlık hizmetlerini yerine getirirken zorlanmasına neden olmaktadır. 1979'da başlayan özelleştirme çalışmaları, özel sigorta şirketlerinin kuruluşunu ve halkı bunlara yönlendirmeyi amaçlamışsa da bugün bunların oranı toplam içinde ancak % 8-10 gibi bir rakama yükseltilebilmiştir. Bugün İngiltere'de sağlık hizmetleri tümüyle genel vergilerden finanse edilmektedir. 1991'de



başlayan reform hareketleri ile rekabetin ve etkinliğin arttırılması hedeflenmiştir. Ancak yine de NHS'nin temel kaynağı vergilerdir. Devletin dolayısı ile kamunun rolünün ne olması gerektiği ve kaynakların etkin kullanımı açısından tartışmalar devam etmektedir. Halkın bu alandaki beklentileri ve sistemin aksayan yönleri karar vericiler için önemli bir problem teşkil etmektedir (Mutlu ve Işık, 2002).

Sosyal devlet uygulamalarından vazgeçme yönünde ilk adımları atan, başbakan Thatcher'dir. Sosyal güvenlik harcamalarını kısmaya yönelik politikalar izlemiştir.

Temel örgütlenme birimi 25 bin kişilik bölgelere hizmet veren kamu sağlığı merkezleridir. Bunun yanı sıra aile hekimliği uygulaması da sistemin diğer ayağını oluşturur. Bölge örgütlenmesinde bulunan kamu sağlığı merkezleri hastalıkların önlenmesine, halk sağlığının korunmasına yönelik koruyucu sağlık hizmetleri verir. (Türkiye'deki sağlık ocakları gibi) Kamu sağlığı merkezlerinde hizmetleri genel pratisyen hekimler, hemşireler ve diğer sağlık personeli verir.

Aile hekimleri ise bağımsız çalışan, kendi muayenehane ya da merkezlerinde kendilerine tahsis edilen yerlerde hizmet veren, 2500 kişiye bakmakla yükümlü kimselerdir. Kişiler, acil durumlar dışında kayıtlı oldukları aile hekimlerinden sevk olmadıkları sürece ikinci/üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvuramamaktadırlar (Çiftçi, 2014).

Bunun yanı sıra (sayıları azalmaya başlasa da) devlet hastaneleri, vakıf, özel ve üniversite hastaneleri, 2. ve 3.basamak sağlık hizmetlerini sunmaktadırlar.

Word Bank ve WHO verilerine göre İngiltere'de kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı % 80'in üzerindedir. Aşılama oranları Norveç ve İtalya'ya göre düşük, anne ve bebek ölüm oranları yüksektir. Düşük nüfus artış oranına, yaşlı ve doğumda yaşam beklentisi yüksek bir nüfusa sahiptir. 1000 nüfusa düşen hekim sayısı, Norveç ve İtalya'ya göre düşüktür (Çiftçi, 2014).

Genel vergi gelirleri, günümüzde sağlık hizmetleri finansmanında kolektif sorumluluğun getirilmesi noktasında en yaygın olarak başvuru finansman kaynaklarından biridir. Sistem içerisindeki ağırlığı ülkeden ülkeye, başta politik ve ekonomik farklılıklara bağlı olmak üzere değişiklikler göstermektedir. Kolektivist nitelikli politik rejime sahip ülkelerde (sosyalist ülkeler) sistemin doğası gereği genel vergi gelirleri finansmanda başvuru neredeyse tek kaynaktır. Bunun dışında kalan ülkelerde ise bu kaynağın sistem finansmanındaki ağırlığını belirleyen en önemli öğelerden biri ise toplumun kolektif sorumluluğu ne ölçüde kamusal yollarla üstlendiğine bağlı olarak Beveridge ve Bismark'çı yaklaşımın tercihidir. Örnek olarak Almanya Bismark'çı (sosyal sigorta sistemi) sistemi tercih ederken, İngiltere ise Beveridge (vergi sistemi) sistemin tercih etmiştir (Tatar, 1996).

Beveridge modelinde koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri, genel vergilerden finanse edilerek tüm vatandaşlara eşit şekilde sunulacak biçimde sistem benimsenmiştir. Bu sistem ülkelerin siyasi yapılarından etkilendiğinden bu durum zaman zaman sağlık hizmet sunumunda verimliliği ve eşitliliği etkilemektedir. Bu modelde hizmeti alanlar, aldıkları hizmeti sorgulayacak konumda olmayıp verilenle yetinmek durumdadırlar. Ahlaki bir takım zaafardan ötürü, uygun maliyet ve verimliliği sağlamak oldukça güçtür. Ücretsiz denilen hizmetin bedeli de aslında halk tarafından ödenmektedir (Arık, 2010).

Bu modelin olumsuz yanlarından bir tanesi de siyasi baskılardan fazla etkilenmesidir. Bu baskılar sağlık hizmet sunumunda eşitliği bozacak şekilde olumsuz etkilemektedir (Arık, 2010).

Sonuç olarak Beveridge modelinde koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri, genel vergilerden finans edilerek vatandaşlara eşit şekilde sunulacak biçimde sistem edilmiştir. Bu sistem siyasi yapıların değişikliği nedeniyle zaman zaman sıkıntıya dönüşebilir.

### **3.6.3.2. Zorunlu Sağlık Sigortası/Sosyal Sigorta (Bismark Modeli)**

Almanya'da sağlık finansmanı açısından tamamen karma bir sistem uygulanmaktadır. Bu sistem içerisinde hastalık sigorta fonları tamamen merkezi hükümetin dışında kendi kendini yöneten bağımsız organizasyonlar tarafından yerine getirilmektedir. Almanya'da nüfusun tamamına yakını sigorta kapsamındadır. Hastaların doktor ücretlerini Ulusal Doktor Birliği ve hastalık fonları arasındaki görüşme belirler. Hastanelerin finansmanı ise, değişik şekillerde olmaktadır. Hastanelerin her türlü alt yapı ve yatırım harcamaları merkezi hükümetin gelirleri ile finanse edilirken, cari ve diğer harcamalar hastalık fonları ve hastaneler arasındaki görüşmeler ile belirlenir (Mutlu ve Işık, 2002).

Almanya dünya sağlık hizmetlerinin en güçlü olduğu ülkeler arasında kabul edilmektedir. Kamu Sağlık Sigortacılığının da en iyi uygulandığı ülkelerden biridir. Hastanelerin, doktor muayenelerinin ve tıbbi kuruluşların oluşturduğu geniş bir hizmet ağı herkesin sağlık hizmetlerine ulaşmasını sağlamaktadır.

Almanya'da sosyal güvenlik sistemi kapsayıcı ve ayrıntılı bir yapıdadır. GSYİH'nın %27,4'ü kamunun sosyal giderlerine ayrılmaktadır. Karşılaştırma yapıldığında ABD aynı alanda %14,7 ayırırken, OECD ülkelerinin ortalaması %20,4 düzeyindedir (Çiftçi, 2014).

Almanya'da sosyalleşme kanunları ile gündeme gelmiş olan Bismarck Modeli Sağlık Sigortası Sistemi hâkimdir. Sistemin finansman kaynağı, esas olarak kazanç esasına dayalı sigorta primleridir. Bu model şunları içerir:

-Vergi veya çalışan ve işverenlerin zorunlu katkı payları ile finansman,

-Paraların devlet dışı yönetimlerde; sigorta kurumlarında toplanması,

-Bu kurumların hastane, aile hekimi ve diğer sağlık hizmeti sunanlarla kontrat yapmaları veya hizmet karşılığı para ödemeleri.

Nüfusun %90'ı bu sigortaya kayıtlıdır ve her ay belirli miktarda prim ödemektedir. Nüfusun bir kısmı ise ya sadece özel sigorta altındadır ya da kamu sigortasına ek olarak özel sigorta altındadır.

Bununla birlikte yaşlanan nüfus ve doğum oranlarının azalması ile birlikte sağlık hizmetleri maliyetlerinin artması nedeniyle Alman sağlık sisteminin aşırı borç altında olduğunu söyleyebiliriz. Genel pratisyenler veya pratisyen hekimler ilk planda birincil sağlık hizmetlerini yürütürler. Pratisyen hekimler tüm aileyi muayene ettiğinden kendilerine aile hekimi de denir. Almanya'da hastalar dosyalarını teslim ettikleri aile hekimine en az 3 ay bağlı kalırlar. Gerekli görüldüğünde hasta bir dal uzmanına veya hastaneye sevk edilebilir.

Aile hekimi kural olarak acil vakalara mesai dışında da bakmak zorundadır. Uzman doktorlara ve birinci basamakta çalışan aile hekimlerine genellikle hizmet başına ödeme yapılmaktadır. Devlet hastanesinde çalışan doktorlara maaş şeklinde ödeme yapılmakta ve kıdemli doktorlar özel olarak da çalışabilmektedir (Çiftçi, 2014).

Sigortanın temelinde belirsizlik yatmaktadır. Bireylerin ne zaman hastalanacağı ve hastalandığı zaman da ne kadar para harcanacağı belli olmadığından olası riskleri kolektif bir şekilde karşılamayı amaçlayan sigorta modeli ortaya çıkmıştır (Yalçın ve Yıldırım, 2001).

Almanya'da ulusal sağlık sigortasının mimarı olan Bismark'ın geliştirdiği Bismark modeli olarak da bilinen sosyal sigorta temelde, pirime dayalı sigorta anlayışı ile işçiler, hastalık, yaşlılık ve malullüğe karşı korunmaktadır. Temelleri Almanya'ya dayanan bu model gelişen dünyada oldukça fazla uygulama alanı bulmuştur. Bu modele göre sağlık sigortasında üzerinde varılan mutabakat şartlarına göre, maliyetlerin bir kısmını çalışanlar bir kısmını da işveren üstlenmektedir. Devlet ise düzenleyici fonksiyon üstlenerek finansmana katkı sağlar (Yalçın ve Yıldırım, 2001).

Dayanışma temelli olması, primlerin bireylerin gelirleri ile orantılı olması, düzenli ve istikrarlı finansman biçimi olması, maliyetlerin düşük tutulması avantajlarını sağlar. Fakat idari karmaşıklık, prim toplanmasında zorlanma gibi sebeplerle sorun teşkil edebilmektedir (Yalçın ve Yıldırım, 2001).

Bismark modeli sosyal sigortası temelde, pirime dayalı sigorta anlayışı ile işçiler, hastalık ve yaşlılığa karşı korunmaktadır. Bu modelde hem çalışana hem de işverene görev düşmektedir. Devlet ise sadece bu işleyiş de denetleme görevini üstlenmiştir.

### **3.6.4. Özel Finansman Kaynakları**

Genel bir kural olarak ülke zenginliği ile özel sektörün finansmandaki rolü arasında ters orantı olduğu söylenebilir. Bunun en önemli istisnası sağlık harcaması içinde yaklaşık olarak %60'lık özel sektör payı ile Amerika Birleşik Devletleri'dir. Özel finansman kaynakları daha önce belirtildiği gibi; özel sağlık sigortası, işverenlerce finanse edilen sistemler, gönüllü kuruluşların veya hayır kuruluşlarının katkıları, toplum finansmanı ve doğrudan hane halkı harcamalarından oluşmaktadır (Tatar, 1996).

### **3.7. Sağlık Hizmetlerinde Devletin Önemi**

Sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri yönüyle tam kamusal mal ve hizmetler niteliği taşımakta ve finansmanı doğrudan vergilerle karşılanmaktadır. Tam kamusal mal ve hizmetler, sadece devlet tarafından üretilen ve toplum açısından önem taşıyan mal ve hizmetlerdir. Bu mal ve hizmetler toplumsal nitelikteki ihtiyaçları karşılamaya yönelik lup faydaları toplum bireyleri arasında bölünemez ve faydasından kimse yoksun bırakılamaz (Akdoğan, 1985).

Tam kamusal mal ve hizmetler rakipsizlik ve dışlanamazlık özelliklerine sahiptir. Tam kamusal mal ve hizmetler üretildiklerinde bunun başka bireylerin tüketimini kısmadan tüketilmesi veya diğerlerinin tüketimden yoksun kalması mümkün değildir. İşte bu yönüyle sağlık sektöründe topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, tam kamusal mal özelliğine sahiptir. Tedavi edici sağlık hizmetleri ile rehabilitasyon hizmetleri ise ortaya çıkardıkları faydanın bir kısmının bölünebilir ve fiyatlandırılabilir olduğu yarı kamusal mal ve hizmetlerdir. Bu hizmetler tek tek bireylere fayda sağladığı gibi topluma da fayda

sağlamaktadır. Yarı kamusal mal ve hizmetlerin piyasada üretilebilir nitelikte olmasına rağmen devlet tarafından üretilmelerinde sosyo-ekonomik faktörler etkili olmaktadır (Orhaner, 2007).

Yarı kamusal mal ve hizmetlerin üretiminin tamamen piyasaya bırakılması durumunda; üretim yeterli olmayabilir, hizmet aksayabilir. Oysa sağlık hizmetlerinin aksaması kişilere zarar verebileceği gibi toplum içinde zararlı sonuçlar ortaya çıkarabilir, toplumsal maliyet artar. Her şeyden önce toplum sağlıklı bireylerden oluşmalıdır. Sağlık hizmetlerinin üretimi tamamen özel sektöre bırakılırsa sağlık hizmetlerinin maliyeti artabilir, sağlığa erişim zorlaşabilir, sağlık kurumları karlılıkları düştüğü için sağlık hizmet sunumunu azaltabilir. İşte bu nedenlerle devlet toplumsal fayda ve maliyeti göz önüne alarak sağlık hizmetlerini özel sektör üretse bile kendisi de üretmeye devam edecektir. Diğer taraftan hastaneler teşhis ve tanıya yönelik araç ve gereçler, ilaçlar, özel sektörce karlı bulunmadığında üretiminden vazgeçilebilir. Oysa devlet, maliyet yüksek olsa bile bu malları temin etmeye çalışacaktır (Orhaner, 2014).

Devletin genel politika belirleme, düzenleme ve izlemeye yönelik müdahaleleri ile sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasında kamu kaynaklarını kullanması genellikle üzerinde anlaşılan bir konudur. Devlet sağlık hizmetleri piyasasına doğrudan üretici olarak girmese bile sağlık politikasının belirlenmesinde sağlık hizmetleri piyasasının düzenlenmesinde gerektiğinde önlemler alınmasında güçlü ve etkili olmak zorundadır.

#### 4. DEVLETLERİN SAĞLIK SİSTEMLERİ VE SAĞLIK POLİTİKALARI

Politika, en genel ifadesiyle bir aktör ya da aktör grubu tarafından amaçları ve bu amaçlara ulaşabilecek araçları belirlemek üzere alınan kararlardır (Atabey, 2012).

Sağlık politikası, bir ülkedeki sağlık sistemini finansman, örgütlenme ve insan gücünü araç olarak kullanarak, benimsenen felsefe doğrultusunda düzenlemek ve yapılandırmak şeklinde tanımlanabilir (Akdur, 2000).

Sağlık politikasının en kapsamlı tanımı Walt tarafından yapılmıştır. Bu tanıma göre; sağlık politikası, sağlık sisteminin kurumlarını, hizmetlerini ve finansman düzenlemelerini etkileyen faaliyetleri içermektedir. Sağlık hizmetleri sisteminin ötesinde sağlık üzerinde etkisi olan kamu sektörü, özel sektör ve gönüllü örgütlerin faaliyetlerinin tümü sağlık politikasının kapsamı içerisinde yer almaktadır. Bu tanım çerçevesinde sağlık politikası, sağlık hizmetlerinin yanı sıra sağlık üzerinde etkisi bulunan çevre ve sosyo-ekonomik faktörler ile de ilgilidir (Walt, 1994).

Diğer bir ifade ile sağlık politikası, sağlıkta uygulanacak politik seçimler olarak ifade edilebilmektedir. Bir ekonomide önemli olan ihtiyaçların belirlenip öncelik sırasına göre karşılanmaya çalışılmasıdır. Bu amaçla bir mal veya hizmetin üretilip üretilmemesi önem taşımaktadır. Bir mal ya da hizmetin kamu kuruluşları tarafından mı yoksa özel kuruluşlarca mı üretileceği politika sorunudur. 1950'lerin başında pek çok OECD ülkesi, sağlık sistemlerinin politika tasarımı, planlaması, araştırması ve geliştirmesi konusunda doğrudan sorumluluk alan devlet yaklaşımını benimsemiştir. Bu dönemde devlet aynı zamanda sağlık sektörünün yönetmeliğinden de sorumlu olmuştur. Bu ülkelerin pek çoğunda sağlık sisteminin



erişimi için gerekli olan fonları da ya bütçe desteği ya da bütçe açıklarını kapatma sorumluluğunu üstlenerek sağlamışlardır (Atabey, 2012).

Bir ülkede sağlık politikasının genel amacı, vatandaşların ekonomik ve sosyal hayata sağlıklı bireyler olarak katılımlarını sağlamak ve yaşam kalitelerini yükseltmeye katkıda bulunmaktır. Sağlık politikasını şekillendiren hükümetler, bütçe imkânlarına bağlı kalarak planlamalar yapmış, bu planları uygulama çabasına girmişlerdir (Orhaner, 2014).

Bir ülkedeki sağlık politikalarının etkili olup olmadığının ölçüsü politikanın amaca ne kadar ulaşıp ulaşılamadığına göre değerlendirilir. Bu da ancak uluslararası karşılaştırmalarla ölçümlendirilerek belirlenebilir.

Bir bütün olarak sağlık harcamalarının; kaynağına, hizmet sunucusuna, sağlanan sağlık hizmetlerinin türüne ve sonuç olarak da hastalığın türüne göre belirlenmesi bir ülkede gerçekçi sağlık politikası belirlenmesinin en önemli şartıdır (Atabey, 2012).

Kişi sağlığını ve ülke sağlık sistemlerinin yapı ve işleyişini etkileyen başlıca unsurlar incelendiğinde, bir ülkede uygulanan resmi sağlık politikasının o ülkenin sağlıkla ilgili göstergelerinin en önemli belirleyicisi olduğu görülmektedir. Kişilerin kendi sağlıklarına verdikleri önem, sağlık sistemlerinin belirleyicisi ve sağlık politikalarının varlığının etkileyicisi olduğu gibi onlardan da etkilenen, en önemli ikinci belirleyici unsurdur. Ülkenin ekonomik durumu ve gelir dağılımı da bir diğer belirleyici unsurdur (Sargutan, 2005).

Sağlığı, sadece hasta olmamak değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlayan Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'ne göre sağlık sistemi, herkese gerekli

olan sağlık hizmetinin yüksek kalitede verilmesini sağlamalıdır. Bu hizmet etkili, karşılanabilir bedelde ve sosyal olarak kabul gören tarzda olmalıdır. Her lke sağlık sistemini planlarken bu etkenleri göz önünde tutarak sağlık sistemlerini geliştirmelidir (Tatar, 2007).

Sağlık hizmetlerinin sunulmasında uygulanan farklı sistemlerin, hizmetlerin kalitesinde belirleyici bir rolü bulunmaktadır. Bir lkede hangi sağlık sisteminin uygulanacağı sadece ekonomik değil, siyasi ve sosyal boyutu da olan bir konudur (Kurtulmuş, 1998).

Sağlık politikaları farklı düzeylerde belirlenebilmektedir. Mikro ve makro düzeyde sağlık politikaları belirlenirken sistem düzeyi, program düzeyi ve kurumsal düzeyde de sağlık politikaları belirlenmektedir. Hangi düzeyde belirlenirse belirlensin sağlık politikalarının geliştirilmesinde ve uygulanmasında bazı n Şartlar gerekmektedir (Tatar, 2007).

Sağlık politikasının amacı, vatandaşların hayata sağlıklı bireyler olarak katılımlarını sağlamak ve yaşam standartlarını yükseltmektir. Sağlık hizmetlerinin uygulanmasında farklı sistemler olabilir. Hangi sağlık sisteminin uygulanacağı ekonomik, siyasi ve sosyal boyutu da olan bir konudur.

#### **4.1. Sağlık Sistemleri**

Genel olarak sistem, birbirleri ile ilişkili parçaların oluşturduğu bütünü ifade etmektedir. Btn oluşturan parçaların her biri sistemin elemanları olarak grlmektedir. Sistemin parçası olan elemanlar birbirleri ile doğrudan ya da dolaylı olarak ilişki içindedir (Erkan, 1987).

Sağlık sistemleri, sağlık hizmetleri sunumu, finansmanı, sağlık insan gücünün planlanması, eğitimi, sağlık mevzuatı ve sağlık politikaları gibi unsurların tamamını içeren bir kavramdır (Atabey, 2012).

Sağlık Sistemi; amacı doğrudan sağlığı geliştirmek olan her türlü hizmeti bünyesinde barındıran girdi, çıktı, süreç ve sonuç unsurlarından oluşan bir bütündür (Yıldırım ve Tarcan, 2000).

Bir ülkenin sağlık sistemi, büyük ölçüde o ülkenin otoriteleri ve aktörlerince oluşturulan ve yürütülen sağlık politikalarınca şekillenmektedir. Başka bir ifadeyle bir ülkenin biçimlenen sağlık sistemi o ülkenin uygulaya geldiği sağlık politikalarının bir fonksiyonudur denilebilir (Yıldırım ve Yıldırım 2011).

Ülkeler arasında her alanda olduğu gibi sağlık sistemleri alanında da çok yoğun bir bilgi alışverişi olmaktadır. Bu bilgi alışverişi, 1980'li yılların sonunda ve 1990'lı yılların başında dünyada çeşitli sistemlere ve bu arada da ülke sağlık sistemlerine, politikalarına ve hizmetlerine de etki eden küreselleşme dinamikleri ve bunun bir yansıması olan liberal ekonomik ve siyasal politikalar paralelinde de gittikçe artmıştır (Yıldırım ve Yıldırım 2011).

Her ülke kendi tarihini, kültürünü, ekonomik kalkınmasını ve ülkesindeki hâkim olan siyasi ideolojiyi yansıtan ve tıbbi bilgi ve teknoloji, nüfusun özellikleri, hastalık biçimleri, toplumsal algı ve beklentiler gibi faktörlerden de etkilenen bir ulusal sağlık sistemine sahiptir. Ayrıca uluslar arası ilişkiler ve finans çevreleri de ülkelerin sağlık sistemlerini doğrudan ya da dolaylı etkilemektedir. Her sağlık sisteminin doğası ve kapsamı ağırlıklı olarak hizmetinde

olduğu toplumun tercihlerine, şartlarına ve araçlarına göre şekillenmektedir (Yıldırım ve Tarcan, 2000; Yıldırım ve Yıldırım, 2011).

Görüldüğü üzere ideolojik, ekonomik, sosyal ve kültürel faktörler gibi çeşitli nedenlerden dolayı ülkelerin sağlık sistemleri birbirinden farklılıklar arz etmektedir. (Yıldırım ve Tarcan, 2000; Yıldırım ve Yıldırım, 2011).

Sağlık sisteminin ne olduğu konusunda birçok tanımlama vardır. Field'e (1973) göre sağlık sistemi; sağlık hizmetleri çerçevesinde ülke kaynaklarını belirli çıktılara kanalize eden sosyal bir mekanizmadır. Reinke (1988) ise sağlık sistemini bir toplumun belirli sağlık problemlerini çözmek ve sağlık statüsünü geliştirmek amacıyla toplumun kaynaklarını kullanma mekanizması olarak tanımlamaktadır (Yıldırım ve Tarcan, 2000).

Block (1997) ise bir sağlık sistemini; onu oluşturan iki temel boyutu baz alarak tanımlamaktadır. Buna göre sağlık sistemi; sistemde yer alan aktörler (tüketiciler, hizmet sağlayıcıları, sigortalar, düzenleyici olarak hükümet) ve bu aktörler arasındaki etkileşimden (düzenleme, hizmetlerin sunumu, hizmet ödemeleri, sigorta ödemeleri) oluşan bir bütün olarak tanımlanabilir (Yıldırım ve Tarcan, 2000).

Sağlık sistemleri ile ilgili ilk kapsamlı araştırma 1931 yılında Arthur Newsholme tarafından yapılmıştır. 2. Dünya Savaşı sonrasında da araştırmalar artarak devam etmiştir. Ülkelerin sağlık sistemlerini gruplar halinde inceleyen çalışmalara örnek verecek olursak; Avang sağlık sistemlerini dört grup altında toplamıştır: Batı Avrupa tipi, Amerika tipi, Sovyet Rusya tipi, Gelişmemiş ülkeler tipi. Kılıç ve Bumin'e göre sınıflandırma şu şekildedir. Özel

sigorta ağırlıklı, sosyal sigorta ağırlıklı, ulusal sağlık sistemi, sosyalist sağlık sistemi, karmaşık yapıda sağlık sistemi, ilkel yapıda sağlık sistemi.

Milton I. Roemer, devletin sağlık piyasasına müdahalesinin derecesine göre sağlık sistemlerini; Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistemleri, Refah Yönelimli Sağlık Sistemleri, Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemleri ve Sosyalist Sağlık Sistemleri olarak gruplandırmıştır (Çiftçi, 2014).

Üzerinde mutabakata varılmış evrensel bir tanımlaması olmamakla beraber, genel unsurlarını içeren ve sınırlarını çizerek şekilde Sağlık sistemi; birincil amacı doğrudan sağlığı iyileştirmek, korumak ve geliştirmek olan her türlü faaliyeti kapsayan bir sistem olarak tanımlanabilir (Murray ve Frenk, 1999).

Bu sistem içerisinde temelde sağlığı geliştirmeye adanan tüm kurumlar, kuruluşlar ve kaynaklar yer almaktadır. Başka bir ifade ile sağlık sistemi; birincil amacı doğrudan sağlığı geliştirmek veya iyileştirmek olan finansman, düzenleme ve sunum faaliyetleriyle ilgili olan kuruluşlar, aktörler ve kaynakların üstlendiği tüm faaliyetleri kapsayan bir çerçeveye sahiptir. Bu tanım ile çizilen sağlık sistemi kapsamına yol güvenliğini sağlamak üzere gerçekleştirilen düzenlemeler, ulusal beslenme biçimini değiştirmeye yönelik politikalar olduğu gibi kişisel sağlık hizmetleri ve gruplara veya topluluklara sunulan sağlık müdahaleleri de girmektedir. Diğer taraftan bu tanımla ortaya konulan sağlık sistemi kapsamında yer almadığı halde sağlık sistemini etkileyen dışsal faktörlerde vardır (Yıldırım ve Yıldırım, 2011).

Sağlık sistemleri kısaca belirtecek olursak, sadece insanların fiziksel ve ruhsal sağlığı ile ilgili sorunlara değil aynı zamanda hastalıkların yol açacağı finansal risklere karşı korumak sorumluluğuna da sahiptir.

Sağlık sistemleri, sosyal politika harcamalarının çok büyük bir kısmını oluşturan sağlık politikalarına göre belirlenir. Tüm diğer sosyal programlarda olduğu gibi sağlık sistemleri de, vatandaşlık temelinde ve kapsayıcılık açısından önem arz eder.

Hangi sistemin uygulanıp uygulanmayacağına ülkelerin tercihleri de önemlidir. Örneğin bazı ülkeler bu hizmetleri tamamen devlet yani kamu eliyle gerçekleştirirken, bazı ülkeler özellikle tedavi edici hizmetlerde tamamen özel kesimi kullanmaktadır. Birçok ülke ise sağlık hizmetleri sisteminde hem kamu hem de özel kesimden faydalanılan karma uygulamalara dayalı politikalar uygulamaktadır.

#### **4.1.1. Sağlık Sistemlerini Etkileyen Unsurlar**

Bir sağlık sisteminin başarılı olmasında sınırları dâhilindeki (iç) unsurları kadar sağlık sisteminin dışındaki unsurlar da etkili olabilmektedir. Bir sağlık sisteminin sınırlarını kesin çizgilerle ortaya koymak mümkün değildir (Yıldırım ve Yıldırım, 2011).

##### **4.1.1.1. Sağlık Sisteminin İç Unsurları**

Bir sağlık sistemini, onun dışındaki unsurlardan ayırmak için çok çeşitli sınırlar önerilmiştir. Örneğin klinik düzeyde sunulan bireysel sağlık hizmetleri gibi hizmetler, bütün sağlık sistemi sınır tanımlamaları kapsamında, sistemin iç unsurları arasında sayılmıştır.

Ancak hangi hususların sağlık sisteminin i, hangilerinin ise dış unsurlar arasında yer alacağı konusunda oldukça yoğun tartışmalar söz konusudur. Örneğin, “genel eğitim” sağlık sisteminin i unsurları içinde yer alır mı, almaz mı? Bir sağlık sisteminin sınırlarının tespiti için yapılan çalışmaların çoğu tartışmalıdır. Ancak bir sağlık sisteminin performansının lulebilmesi için bir ereve sınırın ortaya konulması gerekmektedir. Buna göre birincil amacı sağlığı korumak veya geliştirmek olan her türlü sağlık faaliyeti bir sağlık sisteminin sınırları dâhilinde kalan (i) unsurlarını oluşturmaktadır. Örneğin, genel eğitim sağlığı önemli ölçüde etkilemesine rağmen bu tanıma göre sağlık sistemi sınırları içerisinde yer almaz. Ancak zellikli olarak sağlık eğitimi bu tanımın sınırları içindedir. Sağlık eylemlerini yürüten veya bu eylemlere destek veren tüm kaynaklar, organizasyonlar veya aktörler sağlık sisteminin bir parçası olarak kabul edilir. Bunların dışında kalan faktörler de sistemin dışındaki unsurları oluşturmaktadır (Yıldırım ve Yıldırım, 2011).

Sağlık kurumlarında verilen sağlık hizmetinin kapsamı ve kalitesi ortaya konan sağlık sisteminin kalitesini göstermektedir. Bunu belirleyen en önemli unsur da nitelikli sağlık sunucusu personeldir. Bu yüzden doktorların ya da diğer sağlık hizmetleri sunumunda bulunan sağlık personelinin eğitim seviyeleri, yeterlilik düzeyleri, verecekleri sağlık hizmetinin kalitesini artıracadığan önem arz etmekte ve sağlık sisteminin i unsurlarından sayılmaktadır.

#### **4.1.1.2. Sağlık Sisteminin Dış Unsurları**

Bir sağlık sisteminin dış unsurları; birincil amacı sağlığı korumak ve geliştirmek olan her türlü sağlık faaliyetinin dışında kalan tüm unsurlardan oluşmaktadır. Sağlık sisteminin dış unsurları olarak nitelendirilebilecek bu unsurların her birinin ayrı ayrı ve farklı boyutlarda

sağlık sistemleri üzerine etkileri söz konusu olabilmektedir. Sağlık sisteminin içi unsurlarına ve sağlık sisteminin fonksiyonlarına ek olarak bir sağlık sisteminin dışında bulunan faktörler de bir sağlık sisteminin performansını etkilemektedir. Örneğin etkili bir hukuki düzenlemenin varlığı satın alıcıların hizmet sunucuları ile daha iyi sözleşmeler yapmasına imkân tanıyabilecektir. Başka bir örnek, devletin etik konulardaki bakış açısı’’ yönetim ve düzenleme’’ fonksiyonunun performansını önemli ölçüde etkileyecektir. Bütün bunlarda göstermektedir ki bir sağlık sisteminde verilen sağlık hizmetlerinin performansını belirleyen unsurların birçoğu formel sağlık sisteminin sınırları dışında yer alabilmektedir (Yıldırım ve Yıldırım, 2011).

Ülkenin gelişmişliği, kaynak azlığı vb. gibi durumlar yanında sosyal politika kurumlarının nasıl şekillendiği de sağlık sistemin etkileyen dış unsurlar olarak sayılabilir. Krizler içerisinde boğuşan devletler bütçelerindeki açıkları kapatmaya çalışırken uyguladıkları tüm ekonomik ve sosyal politikalar sağlık sistemlerini de dolaylı olarak etkileyen dış unsurlar olarak karşımıza çıkmaktadır.

#### **4.1.1.3. Makroekonomik Unsurlar**

Refah sistemleri literatüründe genel olarak kabul gören bir anlayışa göre, 1970’lerdeki ekonomik krizler, İkinci Dünya Savaşı sonrasında kurulan refah devletlerinin ve onların önemli bir kısmını oluşturan sağlık ve sosyal güvenlik sistemlerinin altın devrinin sona erdirdi. Sonraki yıllarda küresel ekonomide gerçekleşen dönüşümler bu gidişatı değiştirmede; bilakis refah sistemleri küreselleşme, liberalleşme ve ülkeler arasında yeni bir işbölümünün ortaya çıkması gibi gelişmeler ışığında yeni bir dönüşüm sürecine girdi. Bir yandan sermaye piyasaları bütünleşirken, diğer yandan sermaye hareketliliği ve üretim



piyasalarında rekabet hızla arttı. Diğer yandan, genel olarak “liberalleşme” diye tanımlanan piyasa ilişkileri her alanda yaygınlaşmaya başladı. Bu gelişmelerin refah devletlerinin nasıl etkilediği halen birçok çalışmaya konu olmakla beraber, ilk yıllarda egemen olan karamsar tutuma göre, küresel ekonomik koşullar altında rekabet güçlerini kaybetmeyi göze alamayan büyük refah devletleri bir çeşit “dibe doğru yarış” sürecine girdiler. Bu yarış, devletlerin yabancı sermayeyi kaçırmak korkusuyla ciddi ekonomik tedbirler alarak harcamaları azaltmalarını gerektiriyordu. Bu ortamda sosyal programlar, uluslararası rekabeti azalttıkları ölçüde kısıntıların hedefi oldular (Keyder, Üstündağ, Ağartan ve Yoltar, 2013).

Avrupa’da bu genel sorunlara ek olarak, Avrupa Birliği’ne katılım sürecinin beraberinde getirdiği ekonomik koşullar üye ve aday üye ülke hükümetlerinin mali politikaları üzerinde ciddi kısıtlamalar getirdi. Avrupa para birliğine üyelik şartları çerçevesinde hükümetler, kamu harcamalarında kısıtlamalara gitmek ve sosyal güvenlik sistemlerini gözden geçirmek zorunda kaldılar. Bu durum birçok uzman tarafından refah devletlerinin sosyal politika alanında da özerkliklerini kaybetmeye başladıklarının işareti olarak değerlendirildi (Keyder, Üstündağ, Ağartan ve Yoltar, 2013).

Küresel ekonomideki bir diğer gelişme de yeni bir yönetici sınıfın ortaya çıkmasıyla birlikte hizmet sektörünün hızla önem kazanması oldu. Yeni küresel işbölümünün bir sonucu olarak açıklanan bu durum, önemli bir hizmet sektörü olan sağlık alanı için yapısal değişimlerin habercisiydi. Literatürde “sanayisizleşme” ya da “post-endüstrileşme” olarak nitelendirilen bu süreçte endüstriyel istihdam azalırken düzensiz ve esnek istihdam biçimleri yaygınlaşmaya başladı. Tüm bu gelişmeler, temel gelirleri formel sektörde çalışanlar tarafından sosyal güvenlik sistemleri için ciddi tehlikelerin yaklaştığının habercisiydi. Bu koşullara gittikçe yaşlanan Avrupa nüfusunun artan ihtiyaçları ve düşük doğum oranları

eklenince, refah sistemlerinin ve yüksek sağlık harcamalarının sürdürülebilirliği konusunda ciddi endişeler ortaya çıktı (Keyder, Üstündağ, Ağartan ve Yoltar, 2013).

Tüm gelişmiş refah devletlerinin bütçelerinde önemli bir yer kaplayan sağlık hizmetleri doğal olarak bu süreçlerden olumsuz anlamda etkilendi. Bu çerçevede genel olarak refah devletinin, özel olarak da sağlık sistemlerinin yüz yüze kaldıkları kriz, çok hızlı artan harcamalar, bunların karşısındaki yen kaynak yaratmadaki yetersizlik ve eldeki kaynakların verimli olarak kullanılamaması şeklinde tanımlandı. Daha iyimser olan ve refah devleti literatüründe daha fazla kabul gören ikinci bir görüşe göre ise “dibe doğru yarış” iddia edildiği gibi yaygınlaşmamıştı ve birçok Avrupa ülkesi hala refah devletlerini koruyan politikalar uyguluyorlardı. Hatta sağlık sistemleri üzerine çalışan bir grup araştırmacı, yükselen hizmet ekonomisinin bir parçası olarak sağlık hizmetlerinin ayrı bir önem kazandığını iddia etti. Bu görüşe göre, özellikle ilaç ve sağlık teknolojisi alanlarında artan yatırımlar hem hükümetlerin hem de çok uluslu şirketlerin sağlık sektörünü dinamik ve karlı bir endüstri olarak algılamalarına yol açmıştı. Kriz argümanlarının temel etken olarak işaret ettiği, sağlık alanında bir türlü dizginlenemeyen kamu harcamaları, böylece çok uluslu şirketleri çeken yeni bir yatırım aracı olarak tanımlanmış oldu. Bu potansiyelin farkına varan hükümetler ise sağlığın “endüstriyel tarafının” ülke ekonomisinin büyümesine yapacağı katkıyı konuşmaya başladılar (Keyder, Üstündağ, Ağartan ve Yoltar, 2013).

Gelişmekte olan ülkelerde bu ekonomik dönüşümlerden paylarını aldılar.1980’lerin başından itibaren Latin Amerika, Doğu ve Güneydoğu Asya ve Afrika’da birçok ülke ekonomik krizlerle mücadele etmek zorunda kaldı. Bunların çoğu, GSMH’da hafife alınamayacak düşüşlere yol açan ciddi krizlerdi ve bu ülkelerde işsizliğin artması, satın alma gücünün azalması, vergi ve prim toplanmasında zorluklar yaşanması gibi önemli sorunlara

neden oldu. Bu koşullar, kaynakların azalması dolayısıyla sağlık sistemlerini elbette olumsuz yönde etkiledi, bir yandan da IMF ve Dünya Bankası gibi uluslar arası finans kuruluşlarının müdahalelerine uygun bir zemin hazırladı. Gelişmekte olan ülkelerin sağlık sistemlerini inceleyen bir çok çalışma bu ekonomik programların ve borç yükünün sağlık sistemlerini ne derece olumsuz etkilediğini gösteriyor (Keyder, Üstündağ, Ağartan ve Yoltar, 2013).

Ekonomi bilimi ile diğer bilim dalları arasında, ekonomi biliminin sahip olduğu ve geliştirdiği analiz teknikleri ve çeşitli yöntemler nedeniyle bir etkileşim meydana gelmektedir. Bu bağlamda bakacak olursak da sağlık hizmetleri sektörünün de, bilim ve teknolojiden yararlanarak kıt ekonomik kaynaklardan daha fazla verim elde etmek noktasında, ekonomik unsurlardan etkilendiği görülmektedir.

#### **4.1.1.4. İdeolojik Unsurlar**

Liberalleşme ve küreselleşme süreçleri, ekonomik gelişmelerin yanı sıra, önemli ideolojik dönüşümleri de beraberinde getirdi. Bir taraftan müdahaleci devletin, sosyal vatandaşlık anlayışının sağladığı sosyal kazanımların garantilemesini öngören Keynesci anlayış zayıflarken, diğer taraftan Reagan ve Thatcher hükümetleriyle özdeşleştirilen yeni muhafazakârlık tüm dünyaya yayılmaya başladı. Bu ortamda devletin sosyal refah hizmetlerindeki baskın rolü ciddi eleştirilere maruz kaldı. Kamu hizmetleri verimsiz ve kalitesiz olarak tanımlandı ve kamu sektörüne dayanan çözümler genel manada gözden düştü. Ancak gözden düşen sadece kamu hizmetleri değildi, Hekimler de bu süreçten paylarını aldılar. 1990'ların başlarından itibaren, özellikle İngiltere ve Amerika'dan başlayarak, hekimler 'ayrımcılığın kalesi' ya da kendi çıkarlarını ön planda tutan meslek mensupları olarak görüldüler. Ayrıca, hastaların görev ve sorumlulukları da, bu piyasa anlayışına göre

yeniden tanımlandı. Bir yandan hasta hekim karşısında güçlü kılınırken, diğer yandan müşterinin seçme hakkının hekimleri en iyi disipline eden unsur olduğu kabul edildi (Keyder, Üstündağ, Ağartan ve Yoltar, 2013).

Diğer bir deyişle, sağlık ve diğer refah hizmetlerinin aslında piyasa tarafından çok daha iyi ve verimli bir şekilde sağlanacağı anlayışı, sosyal politika çevrelerinde daha fazla kabul görür hale geldi. Fakat bu ideoloji, nasıl ve hangi aktörler aracılığıyla yayıldı? Diğer bir deyişle sağlık sistemlerindeki bu paradigma değişiminde hangi kurumlar ve kişiler önemli roller üstlendiler? Bu çok önemli sorulara birkaç paragrafta cevap vermek imkânsız olabilir. Fakat piyasa ideolojisinin nasıl yayıldığı ve reform süreçlerini hangi aktörler aracılığıyla etkilediği üzerine, gittikçe zenginleşen literatürden bahsetmeden geçemeyiz. Uluslararası öğrenme süreçlerini açıklamaya çalışan bu literatürün en önemli katkısı, şu ana dek reform çalışmalarında ele alınan WB, WHO, OECD gibi uluslar arası örgütlerin yanı sıra, oluşmakta olan küresel politika seçkinlerine dikkati çekmesidir. Bu çerçevede yakın zamanda yayınlanan bir çok araştırma, sağlıkla ilgili bilgilerin toplanması, değerlendirilmesi ve yayılması konularında bu uluslararası örgütlerin oynadığı önemli rolün altını çizmektedir (Keyder, Üstündağ, Ağartan ve Yoltar, 2013).

Kendi alanlarındaki politikalar hakkında geniş bilgi ve birikimiyle bilinen uzmanların bir araya gelerek oluşturdukları bu yapılar, 1990'ların başından itibaren sağlık alanındaki reform tartışmalarına damgasını vurdu. Özellikle sağlık finansmanı alanında küresel seçkin bir grubun ortaya çıktığını görüyoruz. Bu grup hem genel olarak kullanılan kavramlar hem de finansal kaynaklar üzerindeki kontrolleri sayesinde, tartışmaların genel çerçevesini belirlemiş, bu sayede birçok kişi ve kurum tarafından hızla benimsenen bir reform dilinin oluşmasında etkili olmuşlardır. WB gibi uluslararası örgütler de bu tür grupları

etraflarında toplayıp onlara şekil verebildikleri ve kendi analizleriyle politika önerilerini bilimsel çalışmalara dayandırabildikleri ölçüde çeşitli reform girişimlerini etkileyebilmişlerdir. Yakın zamanda sosyal alandaki çalışmalara ve uzmanlar arası diyalogu geliştirmeye önem vermeye başlayan ve daha fazla kaynak ayıran Avrupa Birliği de bu ulus üstü politika yapımı tartışmalarına dâhil oldu. Özellikle AB komisyonunun girişimleriyle uzmanlar ve hükümetler arasında AB seviyesinde iletişim olanakları artırılarak bilgi ve birikimlerin paylaşılması sağlanmış ve bu şekilde bilgi cemaatleri teşvik edilerek, sosyal politika alanında da entegrasyonun gerçekleşebilmesi için önemli adımlar atılmıştır (Keyder, Üstündağ, Ağartan ve Yoltar, 2013).

Bu şekilde, değişik seviyelerde koordine edilen ve paylaşılan ulusal reform tecrübelerinin ışığında, gittikçe daha fazla bütünleşen politika camiaları, belli politikaları savunur hale gelmişlerdir. Reform yapmaya niyetlene ve bu topluluklarla yakın ilişki içinde olan yerel uzmanların ve politika yapımcılarının bu fikirlerden etkilenmeleri gayet doğaldır. Belki de hızla yayılan tek tip reform programının ardında yatan temel etmenlerden biri budur. Ancak bu çerçevede gözden kaçırılmaması gereken bir mesele de gelişmekte olan ülkelerin bu camialara nasıl eklemlendikleridir. Acaba, gelişmekte olan ülkelere gelen uzmanlar, ulus üstü politika öğrenme süreçlerinde gelişmiş ülkelere gelen ya da uluslar arası örgütler bünyesinde çalışan uzmanlar kadar belirleyici olabiliyorlar mı? Yoksa sadece onlar tarafından geliştirilen politikaları kendi ülkelerine uyarlamakla mı yetiniyorlar? Bu sorunun cevabı çok daha detaylı bir çalışmayı gerektiriyor (Keyder, Üstündağ, Ağartan ve Yoltar, 2013).

Liberalleşme süreci, ekonomik gelişmenin yanında, önemli ideolojik dönüşümleri getirdi. Sağlık hizmetlerinin aslında piyasa tarafından çok daha iyi ve verimli bir şekilde sağlanacağı anlayışı, sosyal politika çevrelerinde daha fazla benimsendi.

#### 4.1.1.5. Sağlık Alanına Özgü Sorunlar

Sağlık sistemlerini etkileyen unsurları sadece ideolojik sebepler ya da küresel ekonomik dönüşümlerle açıklamak hatalı olur. Her hükümet ya da sağlık sistemini dönüştürmeye niyetlenen uzman ekip, öncelikle sağlık sistemlerinin ya da sosyal güvenlik sistemlerinin kendine özgü sorunlarından yola çıkar ve bu sorunlara çözüm getirmeyi amaçlar. Ancak şu da unutulmamalıdır ki, bu sorunların nasıl algılandığını ve hangi sorunların önem taşıdığını ya da öncelikli olarak ele alınması gerektiğini de yine bu genel ideolojik ve ekonomik çerçeve belirler. Bu sorunlar, gelişmekte olan ülkelerle gelişmiş ülkeler arasında ciddi farklılıklar gösterse de, genel olarak değişen hastalık profili, demografik dönüşümler ve tıbbi teknolojiadaki akıl almaz ilerlemeler ışığında incelenmelidir. Gelişmiş ülkelerde 20. yy. ortalarında gerçekleşen epidemiyolojik dönüşüm sonucunda, en önemli hastalık ve ölüm nedeni olan salgın ve akut hastalıkların yerini kanser, kalp hastalığı gibi kronik hastalıklar almıştır. Bir yandan halk sağlığı müdahaleleri, diğer yandan da tıp biliminin yeni tıbbi teknolojileri ve yöntemleri kullanarak bulaşıcı hastalıkları kontrol altına almasıyla açıklana bu durum, sadece sağlık sistemi için değil, ülkenin genel demografik profili açısından da önemli sonuçlar doğurdu. Gelişmekte olan ülkelerde ise durum biraz farklıydı. Bu ülkeler, epidemiyolojik dönüşümü tam olarak tamamlayamamak şeklinde tanımlayabileceğimiz, kronik hastalıkların bulaşıcı hastalıklara eklenmesi sonucu ortaya çıkan daha farklı ve vahim bir hastalık profiliyle baş etmek zorundaydılar. Üstelik bu sağlık sistemleri aynı zamanda kırsal yoksulluk ve göç sonucu ortaya çıkan çarpık kentleşme olgusu ve bunun neticesi sağlık problemleriyle de yüz yüze kalmışlardı. Özetle, sağlık sistemlerinin karşı karşıya kaldıkları tüm bu sorunlar, sağlık sistemi uzmanlarını sürekli yeni sağlık politikaları arayışlarına yöneltmektedir (Keyder, Üstündağ, Ağartan ve Yoltar, 2013).

## **4.2. Dünya Devletlerince Uygulanan Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikaları**

Dünya ülkelerinin genelinde, sağlık politikası üretenler için asıl konu tüm ülke insanının ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğu anda nasıl ulaşacağını garanti altına alınması konusudur. Her ülke kendi sosyal, ekonomik, kültürel yapısının özelliğine göre farklı ihtiyaçların göz önünde bulundurulduğu ve fakat temel insani değerleri esas alan, bazı konularda birbirine benzeyen, bazı konularda ise benzemeyen sağlık politikaları uygulamaktadır.

### **4.2.1. Amerika Birleşik Devletleri**

ABD'deki sağlık sisteminin en önemli özelliği çoğunlukla kar amaçlı kuruluşlarla yürütüldüğüdür. Durum böyle olduğundan hastalar, özel sigortalardan özel sağlık sigortalarına kadar geniş bir yelpazede, kendilerine uygun olan hizmeti, hekimi ya da hastaneyi seçebilirler. Gelir düzeyi bu tip organizasyonlara ulaşmakta yetersiz olanlara yönelik düzenlenen “devlet desteği” istenilen düzeyde değildir. Amerikan sağlık hizmetlerinin temel ilkesi toplumun hekimini seçme ve hekimin de hastasını seçme özgürlüğünün olmasıdır (Sargutan, 2006).

Diğer bir açıdan ABD ulusal sağlık sistemin en önemli üç özelliğini şöyle sıralayabiliriz. Birincisi; ABD'de birçok endüstrileşmiş şehir bulunması ve bu şehirler tarafından mevcut kaynakların sağlığa ayrılan oranının yüksek olması, ikincisi; ulusal hükümetin istikrarlı bir sağlık politikası takip etmesi, üçüncüsü, ABD'de kapitalist bir ekonominin varlığıdır (Sargutan, 2006).

ABD Sağlık sisteminin sahip olduğu temel özelliklerden birisi, hizmet alanlara birçok seçeneği sunabilmesidir. ABD’de hastalar, özel sigortalardan özel sağlık organizasyonlarına kadar çok geniş bir yelpazede, kendilerine uygun olan hizmeti, hekimi ya da hastaneyi seçebilirler. Burada dikkat edilmesi gereken nokta sistemin çoğunlukla “özel” (kar amaçlı ya da değil) nitelikteki yapılanmalarla yürütüldüğüdür. Bu durumda da hizmet onu alabilecek güçte olanlara ulaştırılabilmektedir. Gelir düzeyi bu tip organizasyonlara ulaşmakta yetersiz kalanlara yönelik düzenlenen “devlet desteği” ise istenen düzeyde değildir. ABD sağlık sisteminin en çok eleştiri alan yönü budur. Eleştiri alan diğer bir yönü ise sağlık harcamalarının akıl almaz boyutlardaki yüksekliğidir. Tüm ülkeler içinde sağlığa en çok para harcayan ülke olan ABD bu durumdan kurtulmanın çarelerini aramaktadır (Sargutan, 2006).

ABD sağlık politikalarını 4 temel evrede incelemek mümkündür:

a. 1850 - 1900: bu devrede ABD’de sağlık sektörü açısından ilk büyük çaplı hastaneler kurulmuştur. Bu dönemden önce kurumsallaştırılmamış sağlık hizmeti veriliyordu. Yani, organize edilmiş bir sağlık sistemi yoktu. Bu dönem; sağlık bakımının kurumsallaşması evresi olarak da adlandırılmaktadır.

b. 1900 - II. Dünya Savaşı: bu dönem; tıp biliminde ilk kez bilimsel yönetimin uygulanmaya başladığı dönemdir. Tıp; bundan önce tamamen iyi niyetle gerçekleştirilen bilimsel dayanakları bulunmayan enformel bir yapıda verilmekteydi.

Bu dönemde Johns Hopkins University adında yeni bir tıp okulu açılmıştır. Bu okul tıp alanında modern yönetim biliminin başlangıcı olmuştur. tıp bilimsel ve formal bir yapıya kaydırılmıştır.



c. II. Dünya Savaşı - 1980: bu dönemde savaşların toplum üzerinde sosyal, politik, teknolojik ve psikolojik etkileri olmuştur. bu dönemde ABD’de sağlık bakımının özelliklerinin 3 temel noktada odaklandığı görülür:

i. Finansman toplumsal bir sorun olarak görünmeye başlanmıştır. Bundan önceki dönemde finansman yardımlara ve bağışlara dayalı olarak sağlanıyordu.

ii. Federal hükümet sağlık sektörüne daha fazla etki etmeye başlamıştır. Hill Burton kanunu ile devlet sağlık sektörü açısından sorumluluklar yüklenmiştir. Ulusal sağlık enstitüsü kurulmuştur. Bu kurum ile sağlık alanında araştırmalar yapılmaya başlanmıştır. Medicaid ve Medicare kurulmuştur.

iii. Bu döneme kadar sağlık hizmeti bir ayrıcalık olarak algılanırken bu dönemde herkes için bir hak olarak algılanmaya başlamıştır.

d. 1980 - Günümüze kadar: bu dönemde sağlık sektörünün optimum düzeyde teşvik edilmesi gerektiği ve büyümenin yavaşlatılması görüşü hakim olmuştur. Ayrıca var olan kaynakların daha etkili kullanılması için yeni finanssal yöntemlerin ve anlayışların geliştirilmesine çalışılmıştır (Sargutan, 2006).

ABD’de sağlık, kamu elindeki sosyal güvenlik programlarının kapsamının son derece dar olduğu tam bir kapitalist endüstri şeklindedir. Kamu sigortalarının hiçbirisi, hastalık masraflarının tamamını karşılamaz.

#### 4.2.1.1. Kar Amaçlı Özel Sigorta Şirketleri

Özel sigorta şirketlerinin yarısından fazlasını oluştururlar. Bu şirketler çoğunlukla işyerlerine yönelik grup sigortaları yaparlar. Daha küçük diğer sigorta şirketleri ise genellikle bireysel sigorta yaparlar. Bireysel sigortalar daha az tercih edilmektedir ve hastaya masrafları için daha az ödeme yaparlar, yani bir şirketin 500 işçisinin grup olarak sigortalandığını düşünelim. Bu işçilerden bazıları yüksek tansiyon, kalp hastalığı nedeniyle sağlık açısından diğerlerinden daha riskli kişiler olacaktır. Bu kişiler bireysel sigorta yatırdığında daha yüksek prim ödeyeceklerinden, grup sigortada diğer işçiler kadar prim öderler. Fakat son zamanlarda bazı şirketlerin bu kuralın dışına çıktığı da görülmektedir. Bu da kar amaçlı çalışan sigorta şirketlerinin aslında hastayı değil, öncelikle kendi karını düşündüğünü gösteren örneklerden biridir. Özel sigorta şirketlerinin ödemelerle ilgili çeşitli uygulamaları vardır. Bunlardan birisi “kesinti” uygulamasıdır. Birçok poliçede olan bu uygulamaya göre hasta o yıl içindeki harcamaların bir kısmını kendisi yapmak zorundadır. Örneğin ilk 200 \$ harcama hastaya aittir. Sigorta ancak ilk 200 \$’dan sonra devreye girer (Raffael, 1998).

ABD’de Kamu hastanelerinin kalitesi oldukça düşük olup kar amaçlı hastaneler hızla yaygınlaşmaktadır. Hastanelerin % 70’i kar amacı taşımayan özel kuruluşlardır. Bu sebepten de kamu hastaneleri, kronik hastalıklar için ayrılmışlardır.

ABD sağlık sisteminin ekonomik etkinliği ile ilgili olarak pek de iyi şeyler söyleyebilmek mümkün değildir. Çünkü hizmetin aşırı kullanımı söz konusudur. Sağlık sigortası talebi hizmetin fiyatına karşı aşırı derecede duyarlıdır.

#### 4.2.1.2. Maviler: Mavi Haç ve Mavi Kalkan

1930'lu yıllarda Texas'ta kurulan ve önceden belirlenmiş olan aylık masraflar karşılığı oda ve tedavi hizmetleri almayı sağlayan bir sağlık örgütlenmesidir.

Kar amacıyla çalışmayan özel sigorta şirketleridir ve diğer özel sigorta şirketlerinden farkları, birbiriyle rekabet etmeden çalışmalarındır. Her ikisi de 1930'lu yıllarda hastane sahipleri ya da hekimlerin bir araya gelmesiyle kurulmuştur. Mavi haç; hastane masraflarını, Mavi kalkan ise hekim masraflarını sigorta etmektedir. Fakat Mavi kalkan hekim ücretlerini tam olarak karşılayamadığı için mali açıdan daha kötü durumdadır. Maviler tüm ABD'de her eyalette hizmet verirler ve 73 ayrı sigorta planları vardır. 65 yaş altı, nüfusun yaklaşık üçte biri maviler tarafından sigortalıdır. Hem grup poliçe, hem de bireysel poliçe yapabilirler. Eyalet değiştiren kişilerin hakları kolaylıkla devredilir ve sigortası devam eder. Mavilerin en büyük avantajı tedavileri kendi hastanelerinde yapmaları ve daha ucuza mal etmeleridir. Çünkü şirketlerin kuruluşu hastane sahipleri ve hekimler tarafından yapılmıştır ve bu avantajdan yararlanarak tüm maliyetler daha ucuza getirilmektedir. Maviler aynı zamanda başka hastanelerle de anlaşabilirler ve bu hastaneler de anlaşabilmek için tedaviyi mavilerin istediği fiyata yapmayı kabul ederler (Sargutan, 2006).

1930'lu yıllarda Texas'ta kurulan ve önceden belirlenmiş olan aylık masraflar karşılığı oda ve tedavi hizmetleri almayı sağlayan bir sağlık örgütlenmesidir.

### **4.2.1.3. Bağımsız Sigorta Planları**

SDO ve THO benzeri sağlık organizasyonlarının sigorta planlarıdır. Pazar payları giderek artmaktadır. Örneğin; New York kentinde finansmanını New York Sağlık Sigortası Plan'ı (HIP, Health Insurance Plan of Greater New York) yapmaktadır. Bu gruba örnek diğer bir sigorta şirketi Kaiser-Parmononte'dir. Bu sigorta da kar amacı gütmeyen özel sağlık sigortaları kapsamındadır. Fakat SDO ve THO'ların tek finansman şekli bağımsız sigorta şirketleri değildir. Maviler veya diğer kar amaçlı özel sigortalar da eğer sağlık organizasyonları isterse finansmanını sağlayabilirler (Sargutan, 2006).

### **4.2.1.4. Kamu Sigortaları**

#### **4.2.1.4.1. Medicare (Sağlık Sigortası)**

ABD'de 65 yaş üzeri herkes gelir seviyesine veya zenginlik durumuna bakılmaksızın otomatikman Medicare (Sağlık Sigortası) kapsamına alınır. Medicare A ve B olmak üzere iki ödeme planı içerir. Medicare A, hastane masraflarını karşılarken; Medicare B, hekim ve hemşirelik bakımlarını ayakta tedavileri ve laboratuvar giderlerini karşılar. Medicare hizmetlerinin en büyük eksikliği masrafların tamamını karşılamamasıdır. Örneğin hastane masraflarının ilk 625 \$'ını, hekim ücretlerinin ilk 100 \$'ını hasta ödemek zorundadır. (her sene için). Hastanede yatış süresi 61-90 gün arasında ise günde 163 \$'ını hasta öder, üzerini Medicare tamamlar. 150 günün üzerindeki yatışlarda medicare hiçbir ödeme yapmaz. Çoğu ilaçlar, gözlük, işitme cihazları, diş tedavileri gibi pek çok pahalı hizmet medicare tarafından verilmez. Bu aşırı kısıtlamalar nedeniyle medicare'li kişilerin büyük çoğunluğunun ikinci bir sigortası vardır (Sargutan, 2006).

Medicare planına dâhil olan emeklilere ödenecek parayı da belirleyen ulusal düzeydeki Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bölümü, Ulusal Sağlık ve Hastalık Kontrol Önleme

Merkezi Enstitüleri işletir. Eyalet ve yerel sağlık üniteleri, tedavi hizmetleri yerine, bağışıklama programları, epidemiyoloji, temiz su gibi halk sağlığı konularıyla uğraşır. Genellikle büyük şehirlerde, yoksul bölgelerde ucuz veya bedava muayene ve ucuz ilaç sağlayan halk sağlığı klinikleri vardır. Eyalet ve yerel düzeydeki ambulans protokolleri ve standartları, yerel tıp birlikleri ile birlikte hazırlanır (Sargutan, 2006).

Medicare, ulusal bir emeklilik sistemi ve başka menfaatler sağlayan Sosyal Sigortalar İdaresinin finanse ettiği bir federal programdır. Medicare fakirliğe karşı bir program olarak düzenlenmiştir, daha çok federal hükümet tarafından desteklenen ve yönetilen bir tür sağlık sigortasıdır. Sosyal Sigortalar için ödemede bulunan herkes Medicare'den faydalanabilmektedir (Sargutan, 2006).

ABD'deki öteki sağlık bakım kuruluşları gibi Medicare de gittikçe yükselmekte olan fiyatların baskısından etkilenmiştir. Bununla baş etmek için hükümet iki önlem almıştır. İlkinde Medicare, hastaların sigortadan sağlanan yardımların başlamasından önce ödedikleri paraları yükseltti. İkincisi de hastanelere yapılan ödemelerin yönetiminde değişiklikler yapıldı. Adına "makul giderler" denen çapraşık bir sistem yerine, Medicare şimdi hastaya konan teşhise göre bir ödeme yapmaktadır. Bu yolla hastanelerin masraflarını düşük tutmalarına yol açmaktadır. Örneğin safra kesesi ameliyatı gereken bir hasta eğer Medicare'nin ödediği paradan daha ucuza bu tedaviyi gerçekleştirebilirse kar eder. Yapılan tedavi masraflarının Medicare'nin ödediği paradan fazla olması halinde ise hastane doğal olarak zarar edecektir. Medicare'de hastanın ödemelerini gerçekleştirmesi ücretler düzeyinde tedbirler alınmış ve hastane ödemeleri daha sıkı kontrol altına alınmıştır (Sargutan, 2006).

Medicare A ve B olmak üzere iki ödeme planı içerir. Medicare A, hastane masraflarını karşılarken, Medicare B, hekim ve hemşirelik bakımlarını ayakta tedavileri ve

laboratuvar giderlerini karşılar. Medicare hizmetlerinin eksikliği masrafların tamamını karşılamamasıdır.

#### **4.2.1.4.2. Medicaid (Tıbbi Yardım Sigortası)**

Yıllık gelir düzeyi belli bir rakamın altında olan kişiler ya da aileler Medicaid (**Tıbbi Yardım Sigortası**) kapsamına alınır. Medicaid yaklaşık olarak toplumun %10'unu kapsar. Finansmanını federal hükümet ve eyalet hükümetlerinin genel vergileriyle yapar. Bu nedenle Medicare gibi Medicaid de her eyalette geçerlidir. Fakat sınır olarak kabul edilen yıllık gelir düzeyi saptamaları ve Medicaid harcamalarının kapsamı eyaletten eyalete değişmektedir (Sargutan, 2006).

1992 yılı Medicaid harcamaları ulusal sağlık harcamalarının %12'sidir ve bu miktar hükümet tarafından fazla bulunmaktadır. Medicaid ödemeleri de Medicare de olduğu gibi kısıtlamalar ve kesintilerle doludur. Hekimler ve hastaneler de bu nedenle Medicaid hastalarına bakmak istememektedirler (Sargutan, 2006).

Medicaid, ortak bir federal-eyalet programıdır ve fakir insanlara tıbbi bakım sağlar. Medicaid'den yararlanmak yöntemi ve yararlanabilecek sağlık yardımlarının kapsamı eyaletten eyalete farklılık göstermektedir. Medicaid, beklenenden çok daha pahalıya mal olmaktadır ve bazı doktorlar tarafından haksız kazanç elde etmek üzere kötüye kullanılmıştır. Sonuçta hükümet programa katılmayı hak eden kişiler için gerekli koşulları daha da sıkılaştırıp sağlık hizmetlerini kısmaktan başka çare bulamamıştır. Bununla birlikte Medicaid sağlık hizmetlerinin fakirler tarafından geniş çapta kullanımını sağlamıştır (Sargutan, 2006).

Yıllık gelir düzeyi belli bir rakamın altında olan kişiler ya da aileler Medicaid kapsamına alınır. Finansmanını federal hükümet ve eyalet hükümetlerinin genel vergileriyle yapılıır.

Medicaid harcamalarının kapsamı eyaletten eyalete değişmektedir

#### **4.2.1.4.3. Yardım Programları**

Federal ve Eyalet hükümetleri insanlara daha başka yollardan da yardım edebilmektedir (Sargutan, 2006).

Sosyal Sigortalar: programı bunların başında gelmektedir. Program tüm çalışanların ödediği vergilerden finansmanını sağlamaktadır. Birleşik Devletlerde çalışan herkesin ücreti, Sosyal Sigortalar fonuna aktarılmak üzere devlet tarafından belirli oranlarda kesintiye tabidir. (%7 oranında 1985). Bir işçi malul duruma düşer ve çalışmazsa o kişi sosyal sigortalar gelirine hak kazanır. Dul ve yetimler de emeklilik yaşından önce ölen işçilerin maaşlarından yararlanabilirler. Çalışanlar emeklilik yaşı olan asgari 62 yaşına ulaştıklarında artık çalışmayabilirler ve aylık olarak Sosyal Sigortalar aylığından yararlanmaya başlarlar (Sargutan, 2006).

İşsizlik Sigortası: Her eyalet kendi kusurları olmadan iş yerini kaybeden işçilere parasal yardım yapmaktadır. İşsiz kalan bir kişi yeni iş bulana kadar altı ay süreyle haftalık ücret almaktadır. Durgunluk dönemlerinde, yani iş bulmanın zor olduğu dönemlerde bu ödemeler daha uzun süreyle, yani bir yıla kadar uzatılabilmektedir. Bu ödemeler miktar olarak eyaletten eyalete farklılık gösterebilmektedir. Bu ödemelere destek olmak amacıyla federal hükümet paraları da kullanabilmektedir. Eyaletlerin işçileri yeniden eğiten ya da özel

şirketlerce sağlanabilecek iş olanaklarından işçileri haberdar eden acenteleri vardır (Sargutan, 2006).

Emekli Askerlere Sağlanan Yardımlar: Silahlı Kuvvetlere hizmet vermiş kişiler emekli asker özel hastanelerinden ucuz ya da bedava sağlık hizmetlerinden yararlanabilirler. Askerlik görevinde vatana hizmet ederken yaralanan ya da malul kalan askerler de emeklilik maaşı ve bedava sağlık hizmetlerinden yararlanırlar (Sargutan, 2006).

Hastaların özel sigortalardan, özel sağlık organizasyonlarına kadar oldukça geniş bir yelpazede, kendilerine uygun olan hizmeti hekim ya da hastaneyi seçebildiği ABD sağlık sisteminde her vatandaşın sigortalı olmasını sağlayan bir sistem olmadığından, nüfusun önemli bir kısmının herhangi bir sağlık güvencesi yoktur. Sağlık sistemi çoğunlukla “özel” nitelikteki yapılanmalarla yürütülmektedir. Bu durumda da sağlık hizmet ancak onu alabilecek güçte olanlara ulaştırılabilmektedir. Gelir düzeyi bu hizmete ulaşmakta yetersiz olanlara yönelik düzenlenen "devlet desteği" ise istenen düzeyde değildir.

#### **4.2.2. İngiltere**

İlk Ulusal Sağlık Sigortası Kanunu 1911’de Liberal Parti başkanı Lyod George’un liderliğinde Parlamentodan geçmiştir. Bu kanuna en büyük muhalefet, gönüllü sağlık sigortasının yanı sıra bir de sadece yoksullar için kamu sistemi oluşturulmasını savunan doktorlardan gelmiştir (Sargutan, 2006).

Kanun yılda belli bir miktarın altında gelir elde eden işçilere ayakta bakım hizmetleri ile, hastalıktan dolayı gelir kaybına uğrayanların bu gelirlerinin telafisi yönünde koruma sağlamaktaydı. Sisteme dâhil olmak zorunluluk olmamakla birlikte, işçilerin neredeyse



tamamı Kanunun şartlarını sağlayarak üye olmuşlardı. İşçilerin bakmakla yükümlü oldukları kişiler sigorta kapsamında değildi. Ancak bunlar da gönüllü olarak aynı sistemden bedelini ödeyerek yararlandırılabilirdi. Sistemin finanssal kaynağı işçi ve işverenlerin zorunlu prim katkıları ile hükümetin sağladığı katkılardan oluşuyordu. Sağlanan imkânlar Genel Pratisyen (GP) hizmetleri ile reçete edilen ilaçlarla sınırlıydı. Uzmanlık zaten bu dönemde çok fazla gelişmiş değildi. GP'nin uzmana sevk etmesi durumunda, hasta hastane polikliniğine başvurarak uzman hizmetini ücretsiz olarak almaktaydı. Sigorta, yatan hasta hizmetlerini kapsamıyordu. Ancak birçok kamu hastanesi ile bazı büyük gönüllü hastaneler, koğuşlarda yatan hasta hizmetlerini yerel hükümet desteği veya yardım yoluyla finanse ettiklerinden, bu hizmetler zaten ücretsizdir. Kamu otoriteleri tarafından onaylanan bu yardım sandıkları dışılık hizmetleri, sosyal sigorta kanununun kapsamı dışında kalan sigortalıların bakmakla yükümlü oldukları kişiler, yüksek ücretli işçiler için gönüllü ek sigorta gibi diğer bazı hizmetler için de sigorta poliçesi satmaktaydı. Sosyal yardım sandıklarının birçoğu ticari şirketler tarafından kurulmuş, ancak kâr amacı gütmeyen teşkilatlardır (Sargutan, 2006).

Orijinal kanuna göre GP'lere yapılan ödemeler doğrudan yardım sandıkları tarafından değil, her ilde veya beldede kurulan sigorta komiteleri tarafından yapılması gerekirdi. Bu komitelerin üyeleri, seçilmiş sigortalı işçiler (çoğunlukta) ile yerel doktorlar ve sağlık yönetimi temsilcilerinden oluşmaktaydı. Her bölgedeki komitede yer alan doktorlar ücretlerini hizmet başına ücret, kişi başına ücret, bu ikisini bir karması yöntemlerinden hangisiyle alacaklarına kendileri karar verirlerdi. Kararlar genellikle kişi başına ödeme yönünde artmaya başlamış ve 1927 yılına kadar bu uygulama tüm ülkeyi kapsayacak biçimde genelleşmiştir. Bu tercihin nedenleri arasında daha az kırtasiyecilik ve rekabetçi suiistimalin önlenmesi sayılabilir. Bu uygulama, NHS'nin kurulmasıyla birlikte zorunlu hale gelmiştir. Araştırmalar, 1923 yılında sigortalı bireylerin yılda ortalama olarak 3,5 kez doktora

başvurduğunu göstermektedir. Aynı dönemde Amerika'da aynı seviyede gelir elde eden sigortasız işçilerin başvuru oranı 2,2'dir (Sargutan, 2006).

İlk Ulusal Sağlık Sigortası Kanunu 1911'de Liberal Parti başkanı Lyod George'un liderliğinde Parlamentodan geçen kanun yılda belli bir miktarın altında gelir elde eden işçilere ayakta bakım hizmetleri ile hastalıktan dolayı gelir kaybına uğrayanların bu gelirlerinin telafisi yönünde koruma sağlamaktaydı. İşçilerin bakmakla yükümlü oldukları kişiler sigorta kapsamında değildi. Sistemin finansal kaynağı işçi ve işverenlerin zorunlu prim katkıları ile hükümetin sağladığı katkılardan oluşuyordu.

#### **4.2.2.1. İngiltere Özel Sağlık Sistemi**

Büyük Britanya'da hastaneler dışında sağlık hizmeti verenler ağırlıklı olarak özel sektör türünde hizmet verirler. Bunlar genel pratisyenler, diş hekimleri, eczaneler (eczacılar), göz doktorları ve diğer özel sağlık hizmeti sunucularından oluşur. Bunlar kendi işyerlerine sahiptirler. Ancak sağlık merkezlerinde maaş karşılığı çalışan sağlık çalışanlarını bunlardan ayırmak gerekir (Sargutan, 2006).

1980'lerde iktidar partisinin (Muhafazakâr Parti) kamusal harcamaları kısma yönündeki eğilimleri ve kuyruklarda meydana gelen uzamalar, İngiltere NHS'sinde su yüzüne çıkan konulardan bir kaçıdır. Bu tür problemlerin üstesinden gelebilmek için özel sektöre ağırlık vermeye başlanmıştır. Bunların sonuçlarından birisi de, gönüllü sağlık sigortalarının giderek artmasıdır. Devlet bu dönemde bunları çeşitli yönden sübvansе etmiştir.1982'de İngiltere'deki özel sağlık harcamaları tüm harcamaların yaklaşık %5'i kadardır (Sargutan, 2006).

Özel olarak sigortalanan hastaların taleplerine cevap verebilmek için Londra ve çeşitli şehirlerde ağırlıklı olarak Amerikan kökenli hastane zincirleri kurulmaya başlamıştır. 1982’de özel hastanelerin sahip olduğu yatak sayısı 7.500 olarak hesaplanmıştır. Bu yataklar toplam yatak arzının yaklaşık olarak %2’sini oluşturmasına rağmen rekabeti sağlayıcı bir fonksiyon üstlenmektedir (Sargutan, 2006).

Özel hastanelerin daha iyi çalışma koşulları ve daha fazla ücret karşılığında, NHS hastanelerinden tıbbi ve tıbbi olmayan personeli çekmesi, bu dönemlerde gözlenen olgulardan biridir. Ayrıca özel hastaneler hasta kabulünde de seçici davranıyordu. Örneğin kronik hastaları hastaneye kabul etmiyorlardı. Bu gibi durumlar, NHS hastanelerinde çalışan personelin moralinin bozulmasına sebep oldu (Sargutan, 2006).

1979’a kadar özel sektörün NHS içindeki oranı oldukça düşük olmasına karşılık, daha sonraki yıllarda özellikle de 1980’lerde bu oran gittikçe yükselmeye başlamış ve özel sektörün NHS’ye entegrasyonu hızlı bir şekilde devam etmiştir. 1985 e kadar özel sağlık sigortasına kayıtlı kişi sayısı toplam nüfusun %10’u kadar bir orana ulaşmıştır. 1985’de özel sektör toplam hastane yataklarının %3’ü oranında 9.760 tane hastane yatağına sahip olan 198 hastane ile hizmet vermektedir. Sağlık hizmetlerinde özel sektörün faaliyet alanının genişletilmesi çabaları, bu hareketin yandaşları tarafından, kıt olan kaynakların artırılması için bir fırsat olarak değerlendirilmektedir. Ancak sosyal adaleti savunanlar, sağlık ihtiyaçlarının karşılanabilmesi ve sağlıkta adaletin sağlanabilmesi için kamu harcamalarının artırılması yönünde görüş belirtmektedirler (Sargutan, 2006).

Bu görüşe sahip olanların ülkenin yeni hükümeti olarak iş başında olması, bu görüşün uygulanması için bir fırsat olarak belirmiştir. Özellikle Tony Blair'in sosyal devlet anlayışı ve sağlığı da bu unsurun bir parçası olarak görmesiyle halkın da NHS'ye sahip çıkarak özel sağlık hizmetlerini benimsememesi İngiltere'de özel sağlık hizmetinin kaderini belirlemektedir (Sargutan, 2006).

**Tablo 1:** İngiltere Sağlık Sistemi

NÜFUS	GÖREV	FONKSİYONEL SORUMLULUKLAR
Tüm Nüfus	Sağlık Bakanlığı ↓	Parlamento ulusal sağlık politikasını belirler. NHS bütçesi Bölge Sağlık İdaresine dağıtılır.
Ortalama 3,3 Milyon kişi	Bölge Sağlık İdaresi ↓	Bölgesel Yönetim, stratejik planlama ve kaynak tahsisi
Ortalama 250,000 kişi	Alan Sağlık Otoriteleri Alt Bölge Sağlık İdaresi ↓	Temel işveren ve yönetsel düzey. Toplum ve 1. Basamak sağlık hizmetleri, yerel planlama, genel hastaneler
Aile Pratisyeni Komitesi	Alt Bölge Yönetim Ekibi ↓	Toplum Sağlık Konseyi
	Alt Bölge Yöneticisi ↓	
Alt Bölge Genel Hastanesi (NHS Trusts)	Yönetim Birimi	Yerleşim Yeri

İngiltere'de vatandaşlar herhangi bir sağlık kuruluşundan hiç ücret ödemeksizin yararlanabilmektedir.

İngiltere'de vatandaşların hemen hemen hepsi genel vergilerden finanse edilen bir sistemin kapsamındadır. İngiltere sağlık sistemi, ekonomik kaynakların önemli bir kısmını kullanır. Maliyetlerin %85'i hükümet tarafından, %15'i ise işçi ve işverenlerden vergilendirme yoluyla Ulusal Sigorta Fonuna aktarılmaktadır. Büyük ölçüde işverenlerce

finanse edilen Özel Sigortalar olmakla birlikte bunun kapsamı hayli küçüktür. Bugün İngiltere'de sağlık hizmeti tümü ile genel vergilerden finanse edilmektedir. Toplam harcamaların yaklaşık %10'u özel sigortalardan gelmektedir.

#### **4.2.3. Almanya**

Alman Sağlık Sigortası Sistemi'nin, Yasal Sağlık Sigortası ve Özel Sağlık Sigortası sistemi arasındaki ikili bir sistemin etkisinde olduğunu söyleyebiliriz. Yasal sağlık sigortasının her başvuruda bulunan için ulaşılır olmasına karşın, özel sağlık sigortası için bir takım özel şartlar geçerlidir.

Dünyada sağlık hizmetlerinin en güçlü olduğu ülkeler arasında kabul edilen Almanya'da, hastanelerin, doktor muayenehanelerinin ve tıbbi kuruluşların oluşturduğu geniş bir hizmet ağı herkesin sağlık hizmetlerine kolayca ulaşmasını sağlamaktadır.

Almanya'daki sağlık sektörü dört milyonu aşan çalışanıyla aynı zamanda ülkedeki en büyük işgücü sektörü de oluşturmaktadır.

Almanya sağlık eğitimi konusunun bilincine varmış ve önemsemiş ülkelerden biridir. Almanya'da koruyucu sağlık hizmetlerinin önemli bir bölümü halkın sağlık eğitimi ve kitlelere mesajlara ayrılmıştır. Herkes kendi sağlığını korumakla yükümlüdür. Sağlık eğitiminde devlet, eyalet ve belediyelerce sorumluluğu paylaşılmış, iç içe geçmiş bir sistem vardır. Sağlık Bakanlığı ve eyalet düzeyinde en yüksek sağlık makamları sağlık eğitiminden sorumludur. Bakanlığa bağlı Devlet Sağlık Eğitim Merkezi (BZgA) sağlık eğitimini üstlenmiştir (Sargutan, 2006).

Buradan hareket edilerek bazı eyaletlerde Sağlık Eğitim ve Çalışma Merkezleri kurulmuştur. Okullardaki sağlık eğitimini de Eğitim Bakanlığı ve eyaletlerin Eğitim Senatoları üstlenmiştir. Resmi olmayan düzenlemede çatı örgüt Alman Ulusal Sağlık Derneği ve Alman Halkının Sağlığını Koruma Merkezi'dir. Sağlık Bakanlığının bu kurumlara finanssal desteği vardır. Buradan da anlaşılacağı gibi Almanya sağlık eğitimine de büyük önem vermektedir. Almanya sağlık sistemi Bismark Sistemi olarak da adlandırılmaktadır. Amaç, toplumun tümünü mümkün olan en geniş yelpazede sağlık hizmeti kapsamına almaktır. Hizmet sunum olanakları büyük ölçüde kamunun elindedir. Sağlık hizmetleri talebinin finansmanı büyük ölçüde sosyal sigorta sistemine dayalı olarak işlemektedir. Bugünkü sistem 1950'lerde kurulmuştur. 1980'lere gelindiğinde Dünyada 85 ülke bu sistemle yapılanmaya girmiş ve bunu benimsemiştir. 1850 ve 60'lı yıllarda Almanya sanayileşmenin en yoğun olduğu ülkedir. Buna bağlı olarak işçi sağlık sorunları da ön plandadır. Bu dönemde İngiltere'de olduğu gibi işçiler kendi aralarında yardım sandıkları kurmaya başlamışlardır. 1860-70'li yıllarda sağlık sigortasını içine alan birçok sağlık sandığı mevcuttur. Bu dönemde işçi sorunları öylesine önemli boyutlara ulaşmıştır ki, sosyalist eğilimin artması ve bunu savunan İşçi Partisi'nin iktidara gelmesinden endişelenen Muhafazakâr Parti'nin lideri Bismark bir kanunla, işçilerin lehine olan ve işverenlerce finanse edilen genel sigorta zorunluluğu getirmiştir. Bu kanun düşük gelirli işçilerin zorunlu olarak genel sigorta kapsamına girmesini sağlamıştır. Sonuç sosyal sigortacılık kavramının doğuşu olmuştur (Sargutan, 2006).

Bu sistemde sigorta kapsamı içine giren kişiler gelirleriyle orantılı olarak sağlık sigortası primi öderler. Risk bölüşümünü ve önceden ödemeyi öngören bu sistemde, genellikle işveren de çalışan adına sağlık primi öder. Oluşan bu sağlık sigortasının Almanca

ismi Krankenkassen'dir. Almanya'da başlangıçta hizmet kapsamı dardı. Bugün bile ilave sigorta paketlerine başvurulmaktadır. Krankenkassenlerin yanı sıra çok sayıda kamuya açık organizasyonda sağlık hizmetleri verilir. İşçi Sosyal Yardım Kurumları, Alman Eşitlikçi Sosyal Yardım Birliği, Alman Kızıl Haç'ı, Almanya-Yahudi Sosyal Yardım Birliği gibi yardım kurumları bu guruptadırlar. Yasal yükümlülük, sağlık hizmetlerinde eyaletler ve Devlet arasında bölüşülmüştür. Sağlık alanındaki önemli yetkiler Anayasanın 74. maddesinde tanımlanmıştır. Federal Hükümet yasayı uygulama yetkisini kullanma gereğini duymadığı sürece bu yetki eyaletlerindir. Alman sağlık sistemi merkeziyetçilik değil; çoğulculuk ve özerk yönetim ilkelerine dayanır. Almanya'daki her bir eyalet Lander olarak adlandırılır. Bunlar yerel yönetimlerdir. Landerlerin yönetimlerine büyük yetkiler bırakılmıştır (Sargutan, 2006).

Federal devlet sağlık hizmetlerinin pek çok alanını yasalarla düzenleyerek uygulamada birlik sağlamıştır. Bu yasaları federe devletler düzeyinde uygulamak eyaletlerin görevidir. Bu bağlamda başlıca yasalar şunlardır:

- Salgın Hastalıklar Yasası.
- Kamu Sağlık Sigortası Yasası.
- Hekimler Yasası.
- Diş Hekimleri Yasası.
- Hekim, Diş hekimi ve Eczacıların eğitimleri düzenleyen Yasa.
- İlaç ve Bağışıklama Hizmetleri Yasası.
- Hastane Finansmanı Yasası.

Bunların yanında sağlık hizmetlerinin sunumunu dzenleyen bir çok eyalet yasası vardır. Örneğin; Tedavi Edici Meslekler ve Odalar Yasası, Resmi Sağlık Hizmetleri Yasası (Sargutan, 2006).

Sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı yanında çalışma ve Sosyal İşler, Doğa evre ve Nükleer Güvenlik, Araştırma ve Teknoloji Bakanlıklarınca ortaklaşa yrtlmektedir. Çalışma ve Sosyal İşler Bakanlığında resmi sağlık sigortası yanında sosyal sigortalar, sosyal tıp, iş güvenliği ve rehabilitasyon, işçi sağlığı konuları ele alınmaktadır. Doğa, evre ve Nükleer Güvenlik Bakanlığında ise evre kirliliği nedeniyle oluşan risklere karşın sağlığın korunması, su, hava ve toprak kirliliğinin önlenmesi, gıda maddelerinin korunması, radyasyon ve gürültüye karşın alınacak önlemlerin belirlenip uygulanmakta, evre Koruma alışmalarında Hkmete bilimsel ve teknik danışmanlık yapılmaktadır. Bunu Bakanlık çatısı altında oluşturulmuş alt birimler gerçekleştirmektedir (Sargutan,2006).

Bu alt birimler şunlardır;

- Devlet evre Koruma Bürosu.
- Devlet Radyasyondan Korunma Bürosu.
- Hava, Su ve Toprak Hijyeni Enstitüsü.

Teknoloji ve Araştırma Bakanlığında ise sağlığın geliştirilmesine yönelik programlar yapılmaktadır. Bu Bakanlık “Sağlık Araştırması 2000” başlıklı hükümet programı çerçevesinde hastalıklarla savaş ve sağlık hizmetleri konularında araştırmalar yapar (Sargutan, 2006).



#### **4.2.3.1. Sosyal Güvenlik ve Finansman**

Almanya Federal Cumhuriyeti'nde sosyal güvenlik sistemi uzun yıllar boyunca gelişmiştir. Almanya'da sosyal sigortanın başlangıcı, maden işçilerinin, kazaya uğrayıp sefaletle düşen arkadaşlarını desteklemek için yardım sandıkları kurdukları ortaçağa uzanır. Fakat geniş çapta bir sosyal sigortanın kurulması 19. yy.ın sonunda mümkün olmuştur Bu sistemin yüksek kapasitesi ülke dışında da övgüyle belirtilmektedir (Sargutan, 2006).

Sosyal ödemelerin gayri safi yurtiçi hâsıladaki payı %33,3'tür. Tüm sosyal ödemelerin miktarı 1994 yılında 1106 milyar Mark tutmuştur. Bu miktarın üçte birine yakını emekli sigortasına, beşte birinden fazlası da yasal hastalık sigortasına isabet ediyor. Bu ödemeler ile devlet, Temel Yasa'dan aldığı bu görevi yerine getirmektedir. Devletin hedefi, hastalık, kaza ve yaşlılık zamanında güvenceden çocuk parasına, konut yardımı ya da işsizlik parasına kadar çok çeşitli sosyal yardımları düzenlemektir. Ayrıca devlet önemli yaşam şartlarını da güvence altına almıştır. Geniş kapsamlı sosyal güvenlik ağı, 1990 yılından bu yana eski Demokratik Alman Cumhuriyeti'nde mağdur olan emekliler, savaş malulleri ve özürülleri de kapsamına almıştır. 1990 yılında çıkarılan Parasal, Ekonomik Ve Sosyal Birlik ve Birleşme Anlaşması, sosyal Alman devletinde, bir geçiş döneminden sonra herkesin aynı sosyal güvenceye sahip olması için gerekli temeli yaratmıştır (Sargutan, 2006).

#### **4.2.3.2. Emekli Sigortası:**

Yasal Emekli Sigortası, Almanya Federal Cumhuriyeti'nde sosyal güvenliğin temel direğidir. Bu sigorta, çalışanların meslek yaşamından ayrıldıktan sonra sıkıntıya düşmeyip uygun bir yaşam düzeyinde kalabilmelerini hedefler. Bütün işçi ve hizmetliler, yasa gereği

emekli sigortasına tabidir. Belirli bir meslek grubuna dahil oldukları için zorunlu sigortaya tabi olmayan serbest çalışanlar, sigorta yükümlülüğü için başvuruda bulunabilirler. Sigorta yükümlülüğü olmayan kimseler de emekli sigortasına gönüllü olarak yazılabilirler. Emekli sigortası primleri (halen brüt gelirin %19,2'si) sınır olarak kabul edilen 8000 marka kadar gelirlerden alınır ve yarı yarıya çalışan ve işveren tarafından ödenir. Emekli sigortası, emekli aylığı ve meslek icra edemeyenlerin ya da çalışamayanların aylıklarını öder. Sigortalının ölümünden sonra, emekli aylığının belli bir kısmı geride kalan ailesine ödenir. Emekli aylığı normal olarak 65 yaşını doldurduktan sonra ödenir. Belirli şartlar altında, 63 ya da 60 yaşını doldurduktan sonra da verilebilir. Kadınlar emekli aylığını 60 yaşından itibaren alırlar. Emekli aylığı ödemek, emekli sigortasının tek görevi değildir. Bu sigorta ayrıca, sigortalının çalışma yeteneğini koruma, düzeltme ve yeniden yerine getirmeye de hizmet eder. Bu arada, örneğin sigortalılara sağlık kürüne gitme olanağı sağlar ve sağlık nedeniyle eski mesleğini icra edemeyip yeni bir meslek öğrenmek zorunda kalanları destekler (Sargutan, 2006).

Bu sigorta, çalışanların meslek yaşamından ayrıldıktan sonra sıkıntıya düşmeyip uygun bir yaşam düzeyinde kalabilmelerini hedefler. Serbest çalışanlar, sigorta yükümlülüğü için başvuruda bulunabilirler. Sigortalının ölümünden sonra, emekli aylığının belli bir kısmı geride kalan ailesine ödenir. Bu sigorta, sigortalı kişinin çalışma yeteneğini korur, düzeltir ve yeniden yerine getirir.

#### **4.2.3.3. 1996 Yıllık Vergi Yasası'nın Sosyal Hizmetleri**

1996 yılı başında Yıllık Vergi Yasası yürürlüğe girdi. 1999 yılında vergiden muaf tutarın arttırılarak 13000/26000 DM'a çıkarılması planlanmıştır. Vergiden muaf tutulan bu asgari geçim miktarından sonra vergi yükü %25,9 ile başlıyor, en yüksek vergi bedeli ise %53

tutuyor. Aileler aylık çocuk parası ile vergiden muaf tutulacak bir miktar arasında seçim yapabilmektedirler. Çocuk parası birinci ve ikinci çocuk için 220'şer, üçüncü çocuk için 300, üçüncüden sonraki her çocuk için de 350'şer Mark ödeniyor. Bundan sonraki çocuğu kendisi bakmak isteyen anne ve baba, üç yıla kadar çocuk bakım izni alabiliyor. Bu süre boyunca izinli anne ya da babanın işine son verilemiyor (Sargutan, 2006).

#### **4.2.3.4. Savaşta Zarar Görenlere Yardım**

Savaşta sakatlananlara, dul ya da yetim kalanlara bir mali tazminat ödenir. Savaşta zarar görenlere, miktarı ekonomik gelişmeye göre ayarlanan bir aylık bağlanır. Ayrıca savaş sakatları için tedavi, iş ve meslek önlemleri vardır. Aynı şekilde Federal Savunma Kuvvetlerinde sağlığı zarar gören askerlere, şiddet olaylarının kurbanlarına ve geride kalan ailelerine de yardım edilir (Sargutan, 2006).

#### **4.2.3.5. Sosyal Yardım**

Almanya Federal Cumhuriyeti'nde geçimini kendisi sağlayamayan ve başka bir yerden yardım göremeyen kimseler sosyal yardım alırlar. Sosyal Yardım Yasası'na göre, Almanya'da oturan herkes böyle bir duruma düştüğü zaman, sosyal yardım isteme hakkına sahiptir. Sosyal yardım kapsamında, geçim masrafı yardımı ile sakatlık, hastalık ya da yaşlılık gibi özel durumlarda verilen yardımlar vardır. Sosyal yardım belediyeler tarafından ödenir (Sargutan, 2006).

#### **4.2.3.6. Sosyal Sigorta Ağı**

Almanya'da devlet vatandaşları için kapsamlı olmayan bir sosyal sigorta hizmeti oluşturmuştur. Bu hizmetler yaşlılara ve ihmal edilmiş insanlara yöneliktir ve hastalık, iş kazası, mental fonksiyon yitiği, iş göremezlik ve işsizlik durumunda bu kişileri sigorta kapsamına alır. Finansman büyük ölçüde işçi ve işveren ödentileri ile sağlanmaktadır. Bu uygulama resmi sağlık sigortalarınca yürütölmektedir. Hastalık, kaza, işsizlik ve emeklilik sigortası dalları özerk yönetim biçiminde çalışmakta ancak son kararlarında yasa hükümlerine bağlı kalmaktadırlar (Sargutan, 2006).

#### **4.2.3.7. Genel Sağlık Sigortası Modeli**

1881'de Muhafazakar Partinin lideri Şansölye Otto von Bismarck, tüm düşük ücretli işçiler için hükümet ve işveren kayıtları ile işleyen tek bir ulusal hastalık sigortasının oluşturulması ile ilgili yasa tasarısını sundu. Ancak Sosyal Demokratlar bunun devletçi sözde iyilikçi bir yaklaşım olduğunu öne sürerek karşı çıktılar ve sigortanın fakirliğin nedenlerini ortadan kaldırmayacağını belirttiler. Bir sene sonra taraflar uzlaşmaya vardılar ve 15 Haziran 1883 yılında Hastalık Sigortası Yasası çıkarıldı ve işçilerin primlerin 2/3'ünü, işverenin 1/3'ünü ödemesi kabul edildi. 1884 yılında endüstriyel kazaların kapsandığı tamamen işveren tarafından karşılanan sigorta yasalaştırıldı ve daha sonra birçok risk kapsam altına alındı. Bu "Sosyal Sigortacılık" kavramının doğuşu oldu ve daha sonra birçok ülkeye yayıldı. Bugün Almanya sigorta sistemi, başta Avusturya, İtalya, Hollanda, Belçika, Lüksemburg, İsveç ve Norveç olmak üzere birçok ülkeye örnek teşkil etmiştir (Sargutan, 2006).

Bugün nüfusun % 99 sigorta kapsamındadır.

Bu sisteme bağlı olan çeşitli kasalar (Krankenkassen: hastalık sigorta fonları) köy, bölge, eyalet, federal devlet düzeyi gibi çeşitli düzeylerde örgütlenebilmektedirler. Bunlar kendi aralarında birlikler kurabilirler. Böylece daha güçlü hale gelmeye çalışmaktadırlar. Çoğu çeşitli meslek gruplarına yönelik çalışmaktadır. Daha yüksek risk karşılayan veya daha düşük gelirleri kapsayan fonlar (Hastalık Fonu Sigortası) vardır. Sigorta programının yönetimi, işveren temsilcileri, seçilmiş sigortalı işçi temsilcileri ve yerel yöneticilerden oluşan yönetim kurullarınca yönetilir. Mevcut hastalık fonları genellikle kendi gelirleri ile giderlerini karşılarlar, hazine katkısı azdır. Zorunlu sigortaya tabi olanlarda, sigortalı ve işveren eşit veya az farklı oranlarda programa katılmaktadır. Bir işveren bağlı olarak çalışan herkesin priminin yarısını işveren karşılar. Genç nüfusun gittikçe azalması sonucu, daha önce kesilmediği halde, emeklilerden de %5,2 oranında kesinti yapılmaktadır. Diğer kişiler primlerini kendileri karşılamaktadırlar. Emekli ve güçsüzlerin sağlık harcamaları, “sazialversicherung” adlı özel fondan, işsizlik yardımı ve diğer temel ihtiyaçlar ise Çalışma Bakanlığınca karşılanır (Sargutan, 2006).

Almanya'daki genel hastalık sigortası sistemi hastalık risklerine karşı sigorta yapar. Dolayısıyla da tedavi edici hizmetlere yöneliktir. Temel hizmet ayakta bakım ve tedavi hizmetidir. Hastalık kavramı tam olarak tanımlanmış ve bunun dışındaki bütün olgular sigorta kapsamı dışında bırakılmıştır. Geniş bir yelpazede, sağlık ve diş tedavisi, koruyucu muayene, ilaç vb. hizmetleri karşılarlar. Diş tedavilerinde tüm masraf hastalık fonu tarafından karşılanır. İlaçlarda sigortalı hasta yazılan her ilaç için belli bir miktarını, gerisi ise sigorta tarafından karşılanır. Ayrıca, evde hemşire nezaretinde tedavi, erken teşhis için muayeneler verilen hizmetler arasındadır. Dört yaşına kadar çocuk hastalıkları taraması, 45 yaşından sonra

erkeklerde, 30 yaşından sonra kadınlarda kanser taraması yapılır. Sağlık yardımından yararlanmak için bir bekleme süresi yoktur. İstifade için üyeliğin başlaması yeterlidir. Hastalığın başlamasından itibaren yararlanma başlar. Hastalık sigortaları fonu, hekim ve hastanelerle anlaşmalar yapar. Kişinin doktorunu seçme hakkı vardır. Hastalanan kişi muayenesi sonucu, hastaneye gitmesi gerekiyorsa hekimin sevki ile hastaneye gider. Hastanelerde yatak ücretsizdir. Özel odalarda kalanlar ise özel oda farkını öderler. Kilit rol serbest çalışmakta olan ve kasalarla sözleşme yapan bir kasa hekimindedir. Sözleşme, Kasa Hekimleri Birliği üzerinden bütün kasalar için geçerli olmak üzere yapılır. Hekimin ücreti, temelde eşitlenmiş olan tarifeler üzerinden ve her hizmet için hesaplanarak yapılır. Hekim, kasalarla yapacağı sözleşmede teorik olarak özgürse de gerçekte durum hukuk dilinde “şart tasarruf” denilen biçimdedir. Hastanın Krankenschein’ı arkasına hekim, yaptığı her işlemi yazar ve ücretlerini toplayarak hesaplar. Eğer hasta hastane ya da bir uzman hekime havale edilecekse o hekim de kendisine getirilen havale kâğıdının arkasına aynı şekilde kendi hizmetini madde madde yazar. Yasa hastanın yol masrafını da kasalara yüklediğinden, kasalar Almanya’nın her tarafında her türlü tıbbi olanağın el altında bulunabilmesini isterler. Böylece hastaların bir muayene için yüzlerce kilometre götürüp getirmekle kasaların zarara uğraması önlenir. Hasta bölgesindeki herhangi bir genel uygulama yetkisi olan hekimi kendisine aile doktoru (Hausarzt) olarak seçer ve yılın ¼’ü için o hekime bağlı kalmak zorundadır. Kasalar ödemelerini, Hekimler Birliği Kasasında toplanmış olan hesapları üzerinden ve yılın 1/4’leri sonunda yaparlar. Hekimler Birliği Kasası, hekimlerin faturaları üzerinde formal bir denetim uygular. Böylelikle bir hekimin öbür meslektaşlarından daha fazla kazanabilmesi ancak daha fazla hastası olmasıyla mümkündür. Bir hekimin hasta başına ortalama talebi genel ortalamadan yüksek gidiyorsa iş itiraz komisyonuna gider (Sargutan, 2006).

Ayrıca Ersatzkasse'ler ve özel kasalar, kendi müşterilerine her türlü en iyi bakımı garantilediklerinden bakım ve tedavi gibi bütün teşhis olanaklarını da bütün Almanya'ya eşit dağılımında ısrar ederler. Böylelikle Hekimler Birliği Kasası her uzmanlık dalı için bir hekime kaç hasta düşeceğini hesaplar ve buna göre o kadar nüfus için bir hekimle sözleşme yapar. Örneğin Almanya'da ortalama on bin kişiye bir kadın-doğumcu, 35 bin kişiye de bir göz hekimi düşüyorsa hinterlandı ile birlikte 50 bin kadar nüfus sunan bir kent için 5 hatta 6 kadın-doğum uzmanı, ama ancak 1 göz uzmanı ile sözleşme yapılır. Böylelikle bu göz uzmanına ortalamadan 15 bin fazla olarak yüklenen nüfus, sapa ve verimsiz olan 10 bin nüfuslu bir başka yere bir göz hekimi gitmesini zorlayıcı bir etki yapsın istenir. Ancak böylelikle 50 bin nüfuslu yerdeki hekim, 15 bin nüfus fazlasıyla kazanırken 10 bin nüfuslu yeri kabul etmek zorunda bırakılan meslektaşın çok mütevazı koşullarla yetinmek zorunda kalabilir. Bu bakımdan hekimler, ayrıntılı uzmanlık dalları yerine genel pratisyenlik ve cerrahi ya da dâhiliye alanlarına yığılırlar. Çünkü bunların hepsi Hausarzt (aile doktoru) olarak sözleşme yapabilir ve Almanya'da her 400-600 sigortalı için bir genel tıp hekimi öngörülmüştür. Sağlıklı olmak ve sağlıklı kalmak, gelirine, sosyal konumuna ve yaşadığı yere bakılmaksızın bütün vatandaşlara tanınmış bir haktır. 01.01.1991'den itibaren Almanya yeni eyaletlerdeki sigortalıların da dâhil edildiği fonksiyonel, denenmiş, uluslararası planda da tanınmış bir sağlık sigorta sistemi sunmaktadır. Sosyal sigortaların en eskisi olarak hastalık sigortaları dikkati çekmektedir. Sağlık hizmetleri Almanya'da dayanışma ve yardımlaşma ilkelerine dayanmaktadır. Bu ilkenin güçlü bir yansıması özerk yönetimlerdir. Alman sağlık sisteminde devletin görevi bütün katılımcılar için gerekli yasal düzenlemeyi yapmak ve hizmetlerin çerçevesini çizmektir (Sargutan, 2006).

Resmi hastalık sigortalarında 1992'de 1.111'i eski eyaletlerde olmak üzere 1.221 hastalık kasası vardır. Bunların bir kısmı tamamen yeni kurulurken, bir kısmı eski

eyaletlerdeki hastalık kasalarının etki alanlarını yeni eyaletlere doğru genişletmesiyle oluşmuştur. Kasalar bölge, işletme, esnaf kasaları ve ek kasalar olarak sınıflanmaktadır. Çiftçiler çiftçi hastalık kasalarında, denizciler deniz hastalık kasalarında, maden işçileri Alman Madenciler Birliği'nde sigortalanmışlardır. Bunun yanında memur ve işçiler için Almanya'da 14 ek kasa vardır. Sigortalılar, Sosyal Yasa'nın ilgili 5. maddesi hükümlerine göre faaliyet gösteren kasalardan hizmet alırken herhangi bir ödeme yapmazlar. Hizmeti sunanlara ödemeyi kasalar yapar (Sargutan, 2006).

Almanya'daki genel hastalık sigortası sistemi hastalık risklerine karşı sigorta yapar. Dolayısıyla tedavi edici hizmetlere yöneliktir. Temel hizmet ayakta bakım ve tedavi hizmetidir.

#### **4.2.3.8. Özel Sigortalar**

Birçok yaşam riskleri sigortalanabilir. Özel sigortalarla yaşlılık bakımı, hastalık, kaza ve yaralanma durumları için anlaşmalar yapılabilir. Bu anlaşmalar resmi sağlık sigortalarıyla da birleştirilebilir. Eğer kişinin resmi sağlık sigortası zorunluluğu yok ve herhangi bir resmi sigortaya da kayıtlı değilse, özel sigorta kişinin tek güvencesi olabilir. Resmi sigortanın prim ödenti sınırının üstünde gelire sahip olanlar özel sigortalarla kısmen ya da tamamen anlaşma yapabilirler. Devlet hizmetinde hastalık riskine karşı sigortalanan memurlar tamamlayıcı bir özel sigorta ile anlaşabilirler. Kasaların zorunlu sigortalıları da isterlerse özel sigortalarla sözleşme yapabilirler. Örneğin hastanelerde 1-2 kişilik odalarda kalabilme, bölüm şefi tarafından izlenebilme gibi (Sargutan, 2006).



Özel sigortaların hizmetleri de kasalardaki gibidir, ancak burada sigortalı kendi harcamalarını karşılar. Sigorta şirketi harcamaların tamamını ya da bir kısmını geri öder. Resmi sigortaların “salt hizmet” ilkesine karşılık olarak bu sistem “harcamaların geri ödenmesi” ilkesi olarak tanımlanabilir (Sargutan, 2006).

1992 ortasında özel sigortalar birliğinin 52 üyesi vardı ve eski Batı Almanya’da 12,2 milyon kişi tam ya da kısmen özel sigorta yaptırmıştı. Resmi kaza ve emeklilik sigortaları, sigortalıları yaşam boyu karşılayabilecekleri iş kazası, yaralanma, yaşlılık ve ölüm gibi tehlikelere karşı güvence altına alırlar. Resmi kaza sigortalarının öncelikli görevi, iş kazaları ve meslek hastalıklarına karşı kişileri korumaktır. Buna karşın ortaya çıkan olumsuzluklarda tıbbi ve mesleki rehabilitasyon, ölüm yardımı, yaralının bakım ve taşıma ücreti gibi hizmetleri yerine getirir. Resmi emeklilik sigortasının görevi ise hastalık veya zihinsel işlev yitiği ile oluşmuş iş göremezlik durumunu rehabilite edici önlemler ile azaltmak veya eski durumuna dönmesini sağlamaktır. Böylece sigortalının iş göremezlik durumu ortadan kaldırılmaya çalışılır. Her şeye karşın geri döndürülemez iş göremezlik durumunda sigortalı, resmi emeklilik sigortalarından yaşam boyu maaş alır (Sargutan, 2006).

Toplumun neredeyse tamamının, birbiri ile rekabet etmeyen, yasal statüsü olan hastalık fonları ile özel gruplara hedeflenmiş özel sigortalar tabii olduğu sosyal sigorta temeline dayanan Alman sağlık sisteminin, herkese eşit ulaşım olanağı sunması, tüketici ve üreticiye seçme hakkı tanınması gibi esas amacı olduğunu söyleyebiliriz.

#### 4.2.4. Fransa

19. yüzyıldan itibaren başlayan sağlık hizmeti giderlerini yayma politikaları, sağlık sisteminde ana ekonomik ve politik güç olarak Fransa Ulusal Sağlık Sigortası'nı güçlendirmiştir. Almanya ve diğer Avrupa ülkelerinde olduğu gibi, işçiler ve madenciler hastalık giderlerini ve maaş kayıplarını karşılamak için, yüzlerce yerel Sağlık Fonları kurmuşlardır. Kurulan bu sağlık fonları 1945, 1967, 1971, 1974, 1978 ve 1984 yasa değişiklikleri ile geliştirilmiştir. 1928'deki yasadan sonra her ildeki sağlık fonları federasyonlara gruplanarak bir araya getirilmiştir. 1967'de başbakan Charles de Gaulle'nin sosyal güvenlik raporlarıyla bu konuda yeniden düzenlemeye gidilmiştir. 1967'den bu yana Fransız halkının büyük çoğunluğu (nüfusun %74'ü olan maaşlı çalışanlar) Ulusal Sağlık Sigortası Programı kapsamına alınmıştır. Tarım işçileri (nüfusun %7'si) bir fonun, işyeri sahipleri (nüfusun %9'u) üçüncü bir fon kapsamına girmişlerdir. Bu fonlar tamamen özerk, yasal ve hükümete ait olmayan fonlardır fakat bütün düzenlemeleri devlet tarafından yapılmaktadır. Nüfusun %6'sı Sağlık Bakanlığı tarafından yönetilen özel refah programlarının, kalan %2'si bazı gönüllü kuruluşların kapsamındadır (Sargutan, 2006).

1990-1994 yılları arasında sosyal güvenlik ödeneklerinden yararlanan kişi sayısı %8,7 artmıştır. Bu ödenekler; engelli ödeneği, özel bağlantı ödeneği, yerleştirme geliri ödeneği olmak üzere üç temel ödenekten oluşmaktadır. 1997-1998'de işsizlik sigortasına bağlı kişilerin işsizlik tazminatı %8 artırılmıştır. 1998 yılı itibariyle 2.350.000 işsiz tespit edilmiştir. 1 Temmuz 1998'de 11.800.000 kişiye emekli aylığı verilmektedir. Son beş yılda emeklilerin alım gücü düşmüştür (Sargutan, 2006).

Bugünkü yapılaşma, sosyal güvenlik organizasyonunun yöneten Sosyal İşler ve İstihdam Bakanlığı'nın Sosyal Güvenlik Yönetimi (Genel Müdürlüğü)'ne bağlı Ulusal Sağlık Sigortası Programı kapsamındaki Sağlık Fonları biçimindedir.

Sosyal güvenlik organizasyonunun yöneten Sosyal İşler ve İstihdam Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Yönetimi (Genel Müdürlüğü)'nün iki önemli görevi vardır. Birincisi, sosyal koruma sistemlerini, kaynakların ve toplulukların ihtiyaçlarındaki değişime ve gelişimine uyarlamak, ikincisi sosyal güvenliği finanse etmektir. Program, büyüklük ve önem bakımından 3 değişik grupta 5 ana risk (hastalık, yaşlılık, sakatlık, iş kazaları, aile ödenekleri) için ödeme yapmaktadır.

Sosyal Güvenlik Yönetimi'nin amaçları: Sistemin genel idari ve finanssal yönetimi, isteğe bağlı ve zorunlu sigortaları ile aile yardımlarının uygulanması ve finansmanlarının kontrolü, verimliliğin artırılması ve harcamaların optimizasyonu (Sargutan, 2006).

Sosyal Güvenlik Yönetiminin organizasyonu

Tedavi talepleri finansmanı alt yönetimi, tedavilere giriş alt yönetimi, emeklilik alt yönetimi, iş kazaları alt yönetimi, sosyal güvenlik yönetimi ve finans alt yönetimi şeklinde tasarlanmıştır.

Sosyal Güvenlik Yönetiminin ülke çapında organizasyonu Ulusal düzeyde, Bölgesel düzeyde ve İl düzeyinde olmak üzere 3 temel idari ayırım üstüne kurulur.

Sosyal güvenlik yönetiminin aktiviteleri Ulusal düzeyde, İşletmeleri bölgesel düzeyde, Harcamalar ise İl düzeyinde kontrol edilir.

Roemer'in 1991 yılında yaptığı gruplandırmaya göre Fransa, sağlık sistemi politikası yönünden kişi başına GSMH'sı 24.990 \$ ile endüstrileşmiş müreffeh bir ülkedir. Ülke

ekonomilerinde bir sektörün ekonomik önemini ortaya koyan temel iki kriter; sektör için yapılan harcamalar ve harcamaların aile bütçesi içindeki yeridir. Fransa'da 1996 yılında GSMH'dan sağlık sektörüne ayrılan pay %9,6 dır. Fransa'nın 1995 yılında kişi başına sağlık harcaması 2.550 franktır. Ülkede yapılan sağlık harcamaları içinde kamu harcamalarının oranı, kamunun sağlığa verdiği önemin bir göstergesidir. Buna göre Fransa'da 1996 yılında GSMH'dan ayrılan %9,6'lık oranın %7,8'i, yani harcamaların % 81,3'ü kamu kaynaklıdır (Sargutan, 2006).

Sağlık sektörüne yapılmış olan bu harcamaların ilk yansıması, sağlık sektörünün alt yapısının gelişmesi üzerine olmuştur. Bu gelişmelerin sonucunda temel sağlık göstergesi olarak kabul edilen Bebek Ölüm Hızı Fransa'da 1997 yılında %0 7, Türkiye'de %0 45'tir. Türkiye'deki oranın yüksek olması ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin iyi yürütülmediğini gösterir. Diğer bir gösterge olan doğumda yaşam beklentisi Fransa'da 78 yıldır. Fransa'da sağlık sisteminin ana otoritesi Sağlık Bakanlığıdır. Sağlık Bakanlığı sağlık politikalarının belirlenmesi, çevresel sağlığı kontrol etmek, hastane yönetici ve doktorlarını atamak gibi görevleri vardır . Aynı zamanda 22 bölgeye ayrılmış olan Fransa'da her bölgede sağlık müdürlüğü vardır. Bunlar Valiye bağlıdır. Görevi ise; bulaşıcı ve zührevi hastalıkların kontrolünü sağlamak, çocuk sağlığını desteklemektir. Fransa'da nüfusun hemen tamamı sosyal sağlık sigortası kapsamındadır. Talep finansman modeli sigorta primi usulüne dayanır. Nüfusun %74'ü Ulusal Sağlık Sigortası Fonu, %7'si tarım işçilerinin oluşturduğu fon, %9'u işveren, %6'sı Sağlık Bakanlığı tarafından yönetilen özel fonlar, %2'si ise bazı özel kuruluşlar kapsamındadır. Kişi aldığı sağlık hizmetlerinin parasını öder. Sonra bağlı olduğu fondan ödediği paranın %75'ini geri alır. Fransa'da her bölgede bölgesel hastane merkezleri kurulmuştur. Bu çalışmayla gereksiz hastane yapılması engellenmiş fakat bölgelerarası eşitsizlik ortadan kaldırılamamıştır. Devlet hastanelerinde servis sayısı az olduğu için diğer

hastanelerle gerek personeli gerekse teknolojiyi kullanmak için anlaşmalar yapılmıştır. Devlet hastaneleri diğerlerine göre daha yüksek kapasiteye, daha iyi teknolojiye ve personele sahiptir. Fransa’da ilaç fiyatları, ilacın sosyal sigortalar tarafından ödenen ilaçlar listesinde bulunup bulunmamasına bağlı olarak farklı hükümlere göre tespit edilmektedir (Sargutan, 2006).

Alman sağlık sisteminde olduğu gibi Fransız sağlık sistemi de Bismark modeli sosyal sigortacılığa dayanır. Almanya'daki hastalık fonlarına benzer kuruluşlarca yönlendirilen ancak sosyal güvenlik sistemi tarafından finanse edilen Bu sigorta sisteminde tüm toplum zorunlu sağlık sigortası kapsamındadır. Sosyal sigorta Kurumunun en büyük finansör durumunda olduğu Fransa’ da bugün, sağlık hizmetlerinin finanse edilmesinde ilk olarak devletin finansmana katılması, işçi ve işveren primleri ve son olarak ta doğrudan ödemeler gelmektedir.

#### **4.2.5. Hollanda**

Hollanda’da sağlık sistemi kamu ve özel sağlık sektörünün birleşmesiyle oluşur. Bu hizmetlerin gelişmesinde özel sağlık kuruluşlarının önemli bir etkisi bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin mevcudiyeti ve ulaşılabilirliği ve bunlara mali destek sağlama yasalarla garanti altına alınmıştır. Sağlık Bakanlığının bütçesi vergi gelirleriyle finanse edilir ve finansman tüm sağlık harcamalarını kapsar (Sargutan, 2006).

Hollanda’da sağlık sistemi kamu ile özel sağlık sektörünün birleşiminden meydana gelir. Ayrıca özel sağlık kurumları sağlık sisteminde önemli rol oynar.

Diğer taraftan, ülkenin genel sağlık politikaları ile ilgili temel ilkelere ilişkin ayrıntılı politikaları içeren bir doküman olan Sağlık Hizmetleri Programı, ulusal ve özel sigorta primlerinden kaynaklanan harcamaların büyük bir kısmını karşılamayı öngörmektedir. Sağlık Hizmetleri Programı tarafından karşılanan harcamaların kaynaklarının yaklaşık dörtte üçü ulusal sağlık sigorta primlerinden, kişisel katkılardan ve özel sağlık sigortası primlerinden gelir. Bütçe ve Sağlık Hizmetleri Programı arasında ayrıca yasal bir ayırım da söz konusudur. Bütçe, yıllık olarak parlamentoya sunulur ve kabul edilir. Program ise, kabinenin finanssal ve politik önerilerini çerçeveleyen bir dokümandır. Sağlık Hizmetleri Programı, 1980'lerde Dünya Sağlık Örgütü'nün kabul ettiği 2000 Yılında Herkese Sağlık Stratejisi doğrultusunda, Örgüt'ün Avrupa Bölgesi stratejisi esas alınarak, Hollanda politik, teknokrat ve bürokrat çevrelerince uzun müzakerelerden sonra hazırlanmıştır. Ülke sağlık hedef ve stratejilerini içeren, politik olmayan teknik ve bürokratik yapılı, bir temel yasal belge niteliğindeki Program 2000 adlı memorandumla ilişkili, yıllık bir dokümandır (Sargutan, 2006).

Program 2000, izleme raporları aracılığıyla sürekli olarak güncellenir ve geliştirilir. Ayrıca Hükümet, sağlık bütçesi ekinde, Program ile ilgili o yıla ait uygulama plan ve stratejilerine ait olan Sağlık Hizmetleri Programı'nı da Parlamenteoya sunar. Sağlık, Refah ve Spor Bakanlığı, bu Programı ilk defa 2000 yılında "Sağlık Hizmetleri Programı" adıyla hazırlamıştır. Önceki yıllarda bu doküman Yıllık Sağlık Hizmetleri Araştırması olarak isimlendirilmekteydi. Bu isim değişikliğinin önemi, dokümanın amaçlarının yorumlanmasındaki farklılıkta yatmaktadır. Burada amaç, daha finansal merkezli olmaktan çıkıp, daha politik merkezli bir doküman oluşturmaktır. Bu nedenle Sağlık Hizmetleri Programı'nın yapısı eski Yıllık Sağlık Hizmetleri Araştırmalarından farklılık göstermektedir. Yeni doküman açık bir şekilde, hükümetin ulaşmak istediği hedefler ile sağlık hizmetlerinin finansman yapısı ve harcamalarının geçmişten günümüze ne şekilde geliştiğini belirtmektedir.

Aynı zamanda bu Program sektörden sektöre sağlık harcamalarını, finansman şekillerini ve gelecekte hangi enstrümanların bu amaçlara ulaşmak için kullanılacağını tanımlar. Sonuç olarak, Sağlık Hizmetleri Programı, doğru bir şekilde belirlenmiş hedeflerle elde edilen sonuçların karşılaştırılmasını yapabilmek için oluşturulmuştur (Sargutan, 2006).

#### **4.2.5.1. Sosyal Güvenlik**

Sağlık sistemleri iki şekilde finanse edilir. Bu yollardan biri sigorta primleri diğerleri de vergi gelirleridir. Avrupa ülkelerinin çoğunda sağlık hizmetleri, birbirine benzer biçimde, kamu kaynaklarıyla ve nüfuslarının çoğunu kapsayan zorunlu yasal sağlık sigortalarıyla finanse edilmektedir. Hollanda da kar amaçlı özel sigorta şirketleri sosyal sigorta programlarına göre daha önemli bir rol oynamaktadır. Ülke vatandaşları, gönüllü sigorta sistemine katılabilmektedir. Kolektif olan ve olmayan sağlık sigorta sistemlerine yüksek oranda katılım nedeniyle, sağlık hizmetleri sıradan bir tüketim malı olarak görülmediği söylenebilir. Vergi veren kişiler olarak halk, maliyetlerin minimum seviyede tutulması konusunda duyarlıdır. Halkın görüş açısı değişmekte, hizmet ihtiyacı olduğunda mümkün olan en iyi sağlık hizmetini alabilmeye öncelik verilmektedir. Fertler sağlık harcamalarına karşı sigortalı olduklarından, ortak kamu harcamaları için ödeme yapmayı tercih etmektedirler. Aksi takdirde hizmet alıcılarının, sunulan hizmet üzerinde çok küçük bir etkiye sahip olacağı düşünülmektedir. Hükümet, hizmet talebini azaltmayı amaçlayan bazı yöntemler uygulamaktadır. Hükümet, sigortalarca sunulan hizmet paketleri üzerinde kısıtlamaya gidebilir, hastalara kendi hizmetlerinin ücretlerini kendilerinin ödemesi konusunda görüş bildirebilir veya uzman hekimlerin, fertlerin gerçekten sağlık hizmetlerine ihtiyacı olup olmadığına karar vermesini isteyebilir. Diğer birkaç Avrupa Birliği üyesi ülkede olduğu gibi Hollanda'da da pratisyen hekimler ön eleyici vazifesi görürler. Hastalar istedikleri zaman

kendi pratisyen hekimlerine danışabilirler. Daha pahalı olan sevk edilme durumunda bazen hastalar bu durumun maliyetlerine katlanmak zorunda kalabilir. Hollanda'da hastalar, ücretlerinin sadece küçük bir yüzdesini ödemektedir (Sargutan, 2006).

Avrupa ülkelerinde uygulanan basit sağlık hizmeti paketleri genel olarak aynıdır. Fakat bazı ülkelerde zorunlu sigorta sistemi tüm hizmetlerden faydalanmayı garanti etmez. Olağanüstü Sağlık Hizmetleri Harcama Planı'ndaki tüm nüfus, büyük risklere karşı sigortalıdır. Hemşire bakım evi hizmetleri ülke çapında hizmetlerdendir ve Olağanüstü Sağlık Hizmetleri Harcama Planı tarafından fonlanmaktadır. Pek çok ülkede yaşlı bakımı sağlık hizmeti olarak görülmemekte ve ayrı sosyal sigortalar ve yerel otoriteler tarafından karşılanmaktadır. Diğer ülkelerdeki yaşlı nüfus genellikle evde bakım hizmetlerine, hastanede bakım hizmetlerinden daha fazla ücret öderler. Çoğu ülkede evde bakım hizmetleri sağlık hizmetlerinin bir parçası olarak verilmezler. Çoğu ülkede koruyucu sağlık hizmetleri ve ana çocuk sağlığı hizmetleri ücretsizdir. Hollanda ise, zorunlu veya tercihi sigorta paketleri geniş kapsamlıdır ve yukarıda sayılan ve sayılmayan hemen tüm hizmetleri kapsar (Sargutan, 2006).

Hollanda'da belirli bir gelir düzeyinin altında olan işçiler için, olağanüstü riskleri içermeyen, Zorunlu Sağlık Sigortası Planı uygulanmaktadır. Bu plan son yıllarda daha da genişletilmiş ve emeklileri ve uyuşturucu madde bağımlılarını da içerir hale gelmiştir. Bununla birlikte, 1986 yılında hükümetin kamu görevlilerini özel sigorta kapsamına girmeleri yönündeki zorlaması ve gönüllü hastalık fonu uygulamasını kaldırması sonucunda, bu planın üye sayısı azalmıştır. Bu uygulama ile planın içerdiği nüfus oranı, %69'dan %62'ye gerilemiştir. Zorunlu Sağlık Sigortası Planı ile sağlanan yararlar pratisyen hekimlik, uzmanlık, diş bakım, doğum, hastane, ilaç ve ulaşım hizmetlerini içermektedir. Sigortalıların



hastane hizmetlerinden daha üst düzeyde yararlanabilmeleri için ek destekleyici sigorta da bulunmaktadır (Sargutan, 2006).

Hollanda'da Sosyal Sigorta planları 3 türdür. İlk olarak, Hollanda'da ikamet eden her birey, Olağanüstü Sağlık Hizmetleri Harcama Planı adı altında, yüksek sağlık harcamaları ve kronik sağlık hizmetleri riskleri için oluşturulmuş zorunlu ulusal sağlık sistemi kapsamı içine alınmıştır (Sargutan, 2006).

İkincisi, her yıl tespit edilen bir yıllık gelir seviyenin altında bulunan kişilere devlet ödemesiyle ve orta gelirli halkın prim ödemeleriyle pratisyen hekim, diş, uzmanlaşmış hizmetler, annelik, hastane, ulaştırma hizmetlerini zorunlu olarak kapsayan ve finanse edilen bir sigorta türüdür. Bu kişiler normal tıbbi harcama risklerini kapsayan Sağlık Sigortası Fonu tarafından zorunlu olarak sigortalanırlar. Ülke çapında hizmet veren yaklaşık 30 kar amaçsız Sağlık Sigortası Fonu mevcuttur. Sigortalılar belli bir yüzde ile katkı yapar ve işverenler de ödemelerde bulunur. Bu program hükümetin yıllık olarak kararlaştırdığı miktarlarla mali açıdan desteklenmektedir. Aynı zamanda belli bölgelerde görev yapan memurları kapsamına alan bir yasal sağlık sigorta sistemi mevcuttur (Sargutan, 2006).

Üçüncü olarak, belirli bir düzeyi aşan gelire sahip olan kişiler akut sağlık hizmetleri risklerini kapsayan özel sigortalardan faydalanma imkânına sahiptirler. Özel sigortalar kamu sigorta sisteminin sunduğu standart sigorta paketini oluşturmakla yükümlü olup, sigortalanan riskler ve ödenmesi gereken maksimum prim miktarları yasal düzenlemelerle belirlenmiştir (Sargutan, 2006).

Sigorta hizmeti bileşenleri (hizmet paketi) de, sigorta planlarına paralel olarak 3 türe ayrılabilir:

1. Sigorta edilemeyen riskler ve uzun süreli sağlık hizmeti
2. Rutin sağlık hizmetleri
3. Destekleyici sağlık hizmetleri

**Sigorta Edilemeyen Riskler ve Uzun Dönemli Sağlık Hizmetleri:** Bu hizmetler, evde bakım hizmeti ve yüksek maliyeti içeren çeşitli sağlık hizmetlerini kapsar. Bu tür hizmetler, Olağanüstü Sağlık Hizmetleri Harcama Planı'nın alanına girmektedir. Bu gruba giren sağlık hizmetleri diğer iki bileşen gruplarına transfer edilemez. **Rutin Sağlık Hizmetleri:** Yasal olarak tanımlanmış rutin sağlık hizmetleri grubudur. Sağlık sigorta planlarıyla devlet memurlarına verilen sağlık sigorta planında bulunan hizmetlerle aynıdır. Finansmanı, Sağlık Sigortası Fonu ve özel sağlık sigortaları tarafından sağlanmaktadır. **Destekleyici Sağlık Hizmetleri:** Yasal olarak tanımlanmış hizmet paketinin dışında kalmaktadır. Bu hizmetler, almak isteyenlere, destekleyici özel sigorta kuruluşları aracılığıyla verilmektedir. Bunların dışında psikiyatrik hastane bakımı, ayakta mental hastalık tedavisi, toplum hemşireliği ve evde hemşire bakımı hizmetleri için de ayrı bir sigorta fonu bulunmaktadır. Bu plan, olağanüstü sağlık harcamaları için, nüfusun tümünü içeren zorunlu bir sigortadır. Bu planda, hemşirelik evlerinde uzun süreli bakım gören, psikiyatrik kurumlardan yararlanan ve genel hastanelerde 365 günden uzun süre yatan hastaların giderleri karşılanmaktadır. Bu plan genel olarak gelire ilişkili katkılarla finanse edilmektedir. İşçilerden ve işverenlerden alınan paylar da yer almaktadır. Kendi adına çalışanlar da katkı payı ödemek zorundadırlar. Çok az bir kısım da vergiler yoluyla karşılanmakta, ayrıca hasta ve yakınlarının da çok az ödemede buldukları görülmektedir. Kamu görevlileri, Sağlık Sigortası Fonuna tabi kişilere sağlanan

seçeneklerle aynı zorunlu sigorta planına tabidirler. Katkılar gelire ilişkilidir ve yakın zamanlara kadar işçi ve işverenler yarı yarıya katkıda bulunmaktadırlar. Bağımlılar ve emekliler de kapsam içindedir. Bu planlar da, yararın türüne göre değil, bütün halinde ödemede bulunmaktadır. Bu planlar, yaklaşık olarak nüfusun %6'sını içermektedir. Zorunlu Sağlık Sigortası Genel Fonu, harcamaları, Olağanüstü Sağlık Hizmetleri Harcama Planına ve Sağlık Sigortası Fonuna kanalize eder. Katkı payları için merkezi havuz rolü yanında, hükümetten gelen katkıları da alır. Her ne kadar Hükümet kendi katkı payını kendisi belirlese de, Fon tarafından yapılan ödemeler potansiyel olarak açık uçludur. Borçlar ve tasarruflar gelecek yıla aktarılır (Sargutan, 2006).

Tüm toplumun evde bakım ve yaşlılar evi gibi hizmetlerden yararlanma hakkı vardır. Bu hizmetler Olağanüstü Sağlık Hizmetleri Harcama Planı, genel vergiler ve özel harcamalar gibi karma kaynaklardan finanse edilmektedir. Sağlık Sigortası Fonları hükümet dışı kurum statüsündedir ve genellikle bölgesel düzeyde çalışmaktadırlar (Sargutan, 2006).

Özel sigortalar, kendi adına çalışanlar ve belirli bir gelir düzeyinin üstündeki kişiler için, olağanüstü riskleri içermeyen bir seçenektir. Özel sigortaya tabi kişi sayısı, yaklaşık olarak nüfusun %32'sini içermektedir. Bu sigortalar gönüllüdür ve bireyler bazı riskleri göze alırlar. Primler kişi başına temeline dayanır ve tıbbi riskin niteliğine, istenilen hastane hizmeti düzeyine vb. göre değişmektedir. Özel sigorta primleri, Sağlık Sigortası için ödenen katkı miktarlarını geçen oranda vergi indirimlerinde kullanılmaktadır. Geleneksel olarak özel sigorta primleri sosyal niteliklidir. Ancak bu uygulama 1970'li yıllarda bozulmaya başlamıştır. Özellikle yaşlılar başta olmak üzere yüksek risk altındaki bireyler primlerdeki artışlarla karşı karşıyadır (Sargutan, 2006).

Özel sektörün hep önemli bir rolü olduğu Hollanda'da diğer Avrupa ülkelerine benzer şekilde, sanayileşme sonrası meydana gelen ekonomik genişleme ile birlikte ortaya çıkan büyümeden en fazla oranda payım alan sektör sağlık sektörü olmuştur. Ancak buna karşılık koruyucu hizmetlerin tümü hükümetin denetim ve finansmanında gelişmiştir. Kaynakların %75'i kamudan gelmektedir. Nüfusun %61'i hastalık sigortalıdır. Bu bir kamu sigortasıdır. Geliri belli bir düzeyin altında olanlar sigortalanmaya zorundadır. Kalan %39 ise özel sigortalara kayıtlıdır. Özel Hastalık Harcamaları Yasası ile de fiziksel, mental yetmezlik durumları gibi büyük harcamalara karşı güvence sağlamaktadır.

#### **4.2.6. Japonya**

Asya kıtasında sağlık sigortası yasası yürürlüğe ilk 1922 yılında Japonya'da girmiştir. Başlangıçta belirli grupları kapsayan sağlık sigortası 1961 yılından itibaren tüm toplumu kapsamaya başlamıştır. Bütün dünyada olduğu gibi Japonya'da da sağlık hizmetlerinin maliyetleri hızla yükselmekte bu durum kaynak arayışlarını beraberinde getirmektedir. Bugün, Japonya'da ayaktan tedavi hizmetlerinin yaklaşık %90 yatarak tedavi hizmetlerinin ise %87'si kamu fonları dolayısıyla genel bütçe vergi gelirleri ile finanse edilmektedir. Sigorta zorunludur, sigorta primleri gelirlere göre farklılık gösterir dolayısıyla sistem aktüarye l41 bir prim sisteminden daha çok bir vergi niteliğindedir (Tanaka, 1990).

Sigorta, zorunlu ve isteğe bağlı olarak iki grupta ele alınmaktadır. Zorunlu olan sağlık sigortası, sağlık masraflarının %70 ile %100'ünü karşılamaktadır. Ödeme sistemi üçüncü parti ödeyiciler tarafından gerçekleştirildiği için hasta ile sağlık üretiminin birimi ve kurumu-kişisi arasında doğrudan parasal bir ilişki bulunmamaktadır. Sigorta şemaları önceden düzenlenmekte dolayısıyla kişiler istedikleri sigortayı seçememektedirler. Çeşitli sigortaların

hizmet kapsamı ise aynıdır. Bu sigorta kuruluşları kar amaçlı değildirler. Sağlık hizmetlerinin maliyeti büyük ölçüde kamu sigortasınca karşılanır. Hastalanan kişiler ek sigorta payı ödedikleri için, sağlıklı ve hasta olanlar arasında adalet sağlanmaya çalışılır. Sigortalar devlet tarafından yönetilir ve ortaya çıkan yönetim harcamaları devlet tarafından karşılanır. Sigorta sistemi; İşçi Sağlık Sigortası, serbest çalışanlar ve emeklileri kapsayan Ulusal Sağlık Sigortası ve Sağlık ve Tıbbi Bakım Sigortası olmak üzere üç kategoriye ayrılmıştır (Tsuda, 1994).

Japonya'da hastane ve hekim ücretleri ülke çapında yapılmış sözleşmelere göre ödenir. Kamu hastanelerindeki hekimler maaşlı olup özel çalışan hekimlere hizmet başına ödeme yapılmaktadır. Japonya'da ilginç olarak hekimler ilaç reçeteleme ve dağıtımından önemli ölçüde gelir sağlamaktadır. Japonya'daki hastanelerin %80'i özel olup genellikle hekimlere aittir. Bunların dışında kar amaçlı hastane yoktur. Japonya'da ayrıca sağlık hizmetlerini aldıkları kişi ya da kuruma yaptıkları hediyeler ve bağışlarla önemli bir yer tutmaktadır. Ancak bunların kesin tutarının belirlenmesi ise çok güçtür (Hayran, 1998).

Uzun bir yaşama sahip olmakla tanınan 172 milyon nüfusa sahip Japonya' da bunun en önemli nedeni olarak “Japon sağlık sistemi” gösteriliyor.

Birtakım küçük kısıtlamalar haricinde hastane ve doktor muayenehanesi açılmasının tamamen serbest olduğu Japonya'da vatandaşlar, ülkenin her yerinde sağlık karnelerini göstererek belli bir katkı payı ödemek şartıyla istedikleri doktor veya hastaneye giderek muayene ve tedavi olabiliyorlar. İngiltere ve Almanya'nın aksine, bir “aile doktoru” uygulaması olmadığı ülkede, hükümetin gereksiz tedavi yapılmaması ve aşırı harcamaya gidilmemesi için aldığı yoğun tedbirler var.

Temel olarak sağlık masraflarının yüzde 30'unu kendisi ödediği ölkede ancak bazı yüksek masraflı tedavilerde, ödediği bu paranın, yüzde 70'ine kadar bir bölümünü geri alabiliyor.

Tüm ilaç fiyatları yılda bir kez tamamen gözden geçirilip yeniden belirlendiği Japonya'da eşdeğer ilaç üretimine önem veriliyor. Son yıllarda ise, eşdeğer ilaçları teşvik etmek amacıyla, doktorların "eşdeğer ilaç yazdıkları reçete başına 20 Yen ödenmesi" uygulaması ve eczanelere sattıkları her eşdeğer ilaç için 120 Yen ödenmesi gibi seri tedbir alındığı görölmektedir.

Asya kıtasında sağlık sigortası yasanı yürürlüğe ilk olarak 1922 yılında Japonya'da girmiştir. Sigorta, zorunlu ve isteğe bağlı olarak iki grupta ele alınmaktadır. Zorunlu olan sağlık sigortası, sağlık masraflarının %70 ile %100'ünü karşılamaktadır. Çeşitli sigortaların hizmet kapsamı ise aynıdır. Bu sigorta kuruluşlarında kar amacı yoktur. Sigortalar devlet tarafından yönetilir ve ortaya çıkan yönetim harcamaları devlet tarafından karşılanır. Japonya'da hastane ve hekim ücretleri ölkede yapılan sözleşmeler göz önünde bulundurularak ödenir. Uzun bir yaşama sahip olmakla tanınan 172 milyon nüfusa sahip Japonya'da bunun en önemli nedeni olarak "Japon sağlık sistemi" gösteriliyor. Tüm ilaç fiyatları yılda bir kez tamamen gözden geçirilip yeniden belirlendiği Japonya'da eşdeğer ilaç üretimine önem veriliyor.

#### **4.2.7. Kanada**

Kanada'da sağlık sistemi devlet kontrolündedir. Herkesin bir aile doktoru vardır. Aile doktorlarını insanlar özgürce seçebilirler. Eyalet hükümetleri sorumlu olduğu Sağlık

hizmetlerine ancak federal hükümet de katkıda bulunmaktadır. Çalışanlardan ve işverenlerden primler toplanan primlerin sağlık bakanlığı hesabına yatırıldığı Kanada'da doktorlara ve hastanelere de sağlık bakanlığı ödeme yapmaktadır ve sağlık hizmetleri daha kolay bir şekilde işlemektedir.

Sigorta uygulaması Kanada'da 1945-46 döneminde Saskatchewan eyaletinde hastane sigortacılığı olarak başlamış, benzer program British Columbia ve daha sonra 1957 yılında Newfoundland ve Alberta eyaletinde uygulanmıştır (Ewans, 1996).

Eyalet hükümetlerince kurulmuş sağlık sigortaları vardır. Her eyalet kendi sağlık sistemini federal yasa ve yönetmeliklere bağlı olarak yürütür ve federal bütçeden bir miktar destek alır. Sağlık harcamalarının %73'ü kamu tarafından finanse edilmekte, %20'si ise cepten yapılan harcamalardan oluşmaktadır. Hizmeti asıl sayın alan hükümet olması sebebi ile bütçenin hastane ve hekimlere dağılımı kontrol altındadır. Eyalet yönetimi, hastanelerin oluşturduğu bir konsorsiyum ile meslek odalarının görüşü doğrultusunda bütçeyi belirler (Ergör, 1994).

Eyaletler, federal kurallar çerçevesinde, sağlığa ne kadar harcama yapacakları, sigortaların kapsamının ne olacağı ve eyalet payının nasıl finanse edileceğine karar verirler. Doktor ve hastanelerin tüm ödemeleri eyalet sağlık bakanlığı tarafından yapılır. Tüketiciden alınan primler, vergiler federal hükümet ve eyaletlerin yönetimlerinde toplanmaktadır. Federal devlet, eyalet planlarını onayladıktan sonra federal devlet kaynakları ve eyalet kaynakları eyalet sağlık bakanlığının elinde birleştirilip harcamalar tek elden yapılmaktadır (Ergör, 1994).

Kanada'da sağlık sistemi devlet kontrolünde olur. Herkesin bir aile doktoru vardır. Aile doktorlarını insanlar özgürce seçebilirler. Eyalet hükümetleri tarafından kurulan sağlık sigortaları vardır. Her eyalet kendi sağlık sistemini federal yasa ve yönetmeliklere bağlı olarak yürütür. Doktor ve hastanelerin tüm ödemeleri eyalet sağlık bakanlığı tarafından karşılanır.

#### **4.2.8. İsrail**

İsrail'de çalışanların ücretleri üzerinden bir katkı bedeli alınan sigorta' ya dayalı bir sağlık sistemi mevcuttur. Çalışanlardan toplanan bu sigorta primleri Ulusal Sigorta Kuruluşu tarafından sağlık kuruluşlarına transfer edilmektedir. Sağlık standartlığının yüksekliği bakımından Japonya ve AB ülkeleri ile aynı seviyededir.

Küreselleşme ve gelişen ekonomiyle birlikte sağlık hizmetleri maliyetlerinin artmasına neden olmuş, ortaya çıkan bütçe açıklarını kapatmak için yapılan reformlarla birlikte sağlık hizmetlerinin büyük kısmı özelleştirilmiştir.

İsrail'de, şu anda mevcut olan sağlık sisteminin kurulması İsrail Devleti kurulmadan önceki İngiliz Manda Yönetimi zamanına dayanır. İngiliz Manda Yönetimi İsrail Topraklarında 1918'den 1948'e kadar hüküm sürmüştür. İşte bu sıralarda koruyucu hekimlik hizmetleri konularında ilk anlamlı çalışmalar yapılmıştır. Bugün İsrail'deki sağlık hizmetleri anlayışı tüm ülkedeki yaşayan bireyleri sağlık sigortasına tabi kılmayı hedeflemektedir. 20.400 kilometre karelik İsrail topraklarında yaklaşık 5 milyon kişi yaşamaktadır. Bu kişilerin yaklaşık %95'i herhangi bir şekilde ülkedeki sağlık sigortası sistemlerinden biriyle ilişkilidir.<sup>27</sup> Devlet ise kaliteli, kapsamlı ve her bölgeye ulaşan bir tıbbi hizmet sunmayı amaçlamıştır. İsrail'de ki tüm koruyucu sağlık hizmetleri, ana ve çocuk sağlık hizmetleri



tamamen ücretsizdir. Gayri Safi Milli Hâsılası'nın Yaklaşık %8'ini sağlı hizmetine ayıran İsrail, bir Orta Doğu Ülkesi olmasına rağmen, sunduğu sağlık hizmetleri açısından tüm bölge ülkelerinden çok farklıdır ve gelişmiş batı ülkeleri seviyesine ulaşmıştır (Toker, 1995).

İsrail'de çalışanların ücretleri üzerinden bir katkı bedeli alınan sigorta'ya dayalı bir sağlık sistemi vardır. İsrail'deki sağlık hizmetleri anlayışı tüm vatandaşlarını sağlık sigortasına tabi kılmayı hedeflemektedir. İsrail'de ki tüm koruyucu sağlık hizmetleri, ana ve çocuk sağlık hizmetleri ücretsizdir. Küreselleşme ve gelişen ekonomiyle birlikte sağlık hizmetleri maliyetlerinin artması sonucu, ortaya çıkan bütçe açıklarını kapatmak için yapılan reformlarla birlikte sağlık hizmetlerinin büyük kısmı özelleştirilmiştir.

#### **4.2.9.İsveç**

İsveç'te toplumun tümü otomatik olarak işleyen bir kamu sistemine tabidir. Fonların %10'u işverenden alman vergiler, %65'i yerel vergiler, %6,5'i ise federal vergilerden oluşmaktadır. Nüfusun %7'sinin ek olarak özel sektör işverenlerince finanse edilen sigortası vardır. İsveç'teki sistem, sigortalının günlük 10\$ katkısı- yılda 150\$'ı aşmayacak şekilde ayaktan bakım hizmetlerinin %100'ünü, reçetelenen temel ilaçların da %100'ünü kapsamaktadır (Dirican, 1994).

Sağlık hizmetleri kalitesinin diğer gelişmiş ülkelerle benzerlik gösterdiği İsveç'te bebek ölüm oranı dünyadaki en düşük beş ülkeden biridir. Ortalama yaşam süresi oranının yüksek olduğu ülkede tedavi arayan herhangi bir İsveç vatandaşı, kısa sürede özel doktorlara erişebilmekte, birçok farklı tedavi şekli de talep edilebilmektedir. Ülkede vatandaşlar çok düşük miktarlarda tüm sağlık hizmetlerinden sıra beklemeksizin yararlanabilmektedir.

İsveç Sağlık Sistemi 23 Yerel Konsey ile 3 Belediye Bölgesince yönetilmektedir. Yerel Konseylerce ya da bunlar tarafından işletilen bölge hastaneleri geri ödemeye dayanan bir yıllık bütçeyle çalışmaktadır. Ayaktan bakım hizmetlerinin büyük bir kısmı bölgesel ilk basamak kliniklerce yürütülmektedir. Hastane hekimleri maaşlıdır. İsveç finans sistemi İngiltere'ye benzemektedir. Finansmanın önemli kısmı, bölge düzeyinde oransal vergilerden gelmekte ve bu da yine aynı bölge tarafından yönetilen hastane ve ayaktan tedavi birimlerine transfer edilmektedir. Bunun dışında ayaktan tedavi birimlerine transfer edilmektedir. Ayaktan tedavi edici hizmetler için küçük bir miktar hasta ödentisi olmaktadır. İsveç sistemi İskandinav ülkeleri için tipik bir örnektir. Finansman genel vergilerden, hizmet sunumu ise hükümet organlarınca yapılmaktadır. İngiltere'den tek farkı sistemin 26 adet bölge üzerine kurulmuş olmasıdır. Sorumlu kurum konsülleridir. Sistemi besleyen başlıca vergiler; bölge konsüllerine ödenen orantılı gelir vergileri (gelirin %10'u) ve sosyal sigorta kurumuna ödenen payroll tax (yuvarlanan vergi) (gelirin %9'u)'dir (Dirican, 1994).

Ulusal, bölgesel ve yerel olmak üzere üç düzeyde işlemekte olan sağlık politikasının uygulanmasından ulusal düzeyde Sağlık ve Sosyal İşler Bakanlığı, bölgesel ve yerel düzeyde belediyeler ve il konseyleri sorumludur. İsveç Parlamentosu'nda kabul edilen Halk Sağlığı Hedefleri Yasası ile İsveç, ulusal bir halk sağlığı politikasına kavuşmuştur. Bu yasanın en önemli amacı, halk sağlığını sosyal politikanın temel parçası haline getirmek olarak belirlenmiştir.

#### 4.2.10. Kore

Kore’de 1970’li yılların ortalarında sağlık sisteminde eşitlik ve etkinliği artırma amacıyla zorunlu sağlık sigortası uygulamaya konulmuştur. Ancak kapsamlı olarak 1977 Haziran’ında ilk kez kapsamlı bir sigorta uygulamasına başlanmıştır. Geçmiş dönemlerde diğer ülkelerdeki uygulamalara paralel olarak sağlık hizmetleri büyük ölçüde tüketicilerin doğrudan cepten ödemeleriyle finanse edilmekteydi ( Mutlu ve Işık, 2012).

Günümüzde Kore hükümetinin amacı, ülkedeki bütün bireyleri bir sigorta kapsamına alabilmektedir. Bugün nüfusun %90’ı bir sigorta programına kayıtlı iken, geri kalan %10’luk yoksulluk sınırının altındaki kesimlerde kamu yardımları programları adı altında katkılar yapmaktadır. Sigortalı olan birey prim ödemek zorundadır. Sigorta iki grubu kapsar. Birinci grup, şirketlerde çalışanlar ve memurlardan oluşur. Bu uygulamalarda prim nominal ücretlerin belli bir oranıdır. Eskiden çalışanların ödediği prim oranı (%3,6) ise, yeni çalışanların ödediği prim oranına (%4,6) daha düşüktür. Diğer grup kırsal ve şehrsel programlar başlığı altında ele alınmaktadır. Bu bölgelerde yaşayan bireyler ve aileler aylık olarak kazandıkları ve varlıklarından dolayı sahip buldukları sosyal sınıf için belirlenen oran üzerinden prim öderler. Kore’de 313 tane bağımsız, kar amaçlı olmayan organizasyon ve bölgesel sigorta grupları vardır. Her bir sigorta grubu kendi yönetim yapısını kurmakta, üyelerinin sağlık hizmetlerinin finansmanını yüklenmektedir. Ancak bu gruplar merkezi idarenin koymuş olduğu kurallar ve çerçeve yüzünden yönetimde tam olarak söz sahibi değildirler. Bu gruplar arasındaki rekabet ise yok denecek kadar azdır. Sağlık hizmetlerinin finanse edilmesinde bugün Kore’de merkezi idarenin genel bütçe vergi gelirleri ile yaptığı finansman ile birlikte, işçiler ve işverenlerden kesilen primlerden sağlanmaktadır. Bunun yanında, doğrudan ödemeler de diğer bir finansman türüdür. Uygulamada sigortalı olanların bütün masraflarını

ise zorunlu sağlık sigortası finanse etmemektedir. Örneğin, sağlık hizmeti tüketicileri klinik hizmetlerinde % 30'luk bir katkı yapak zorundadır (Mutlu ve Işık, 2012).

Güney Kore'de 1989'dan itibaren uygulamaya başlanan genel sağlık sigortası sistem başlangıçta iyi işlerken, 1997'deki ekonomik kriz ve sonrasında IMF'nin ekonominin patronluğuna geçişi sonrasında harcamalarda meydana gelen yükselme beraberinde kriz ortaya çıkmıştır. İlaç geri ödemelerini diğer sağlık ödemelerinden ayırma yoluna giden Ulusal Sağlık Sigortası Krizle başa çıkmaya çalışmıştır. Eczacıların yanı sıra doktorlar da hastalarına ilaç verebildikleri ülkede alınan bu tedbir, beklenenin aksine etki göstererek ilaç harcamalarının arttırmasıyla sonuçlanmıştır.

Özel sektör ağırlıklı olması Kore sağlık sisteminin zaaflarından bir tanesi olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık hizmeti sunucularının %90'ı kar amaçlı özel hastanelere ait olduğu Kore'de, sağlık ocağı benzeri bir teşkilat ile Amerikan ordusundan kalma Ulusal Tıp Merkezi ve Japon işgalinden kalma bölge tıp merkezleri hariç devlete ait önemli bir sağlık sunucusu bulunmamaktadır. Özel sağlık sunucuları da ileri teknoloji ile pahalı bir sağlık hizmeti üretiliyorlar.

Sistemin ikinci zaafı olarak Kore'de doktorların büyük çoğunluğunun uzman olmasını söyleyebiliriz. Hatta uzman doktorların da iki ya da daha fazla uzmanlığı bulunmaktadır. Gelişmiş üniversite hastanelerinin de fazlaca ticarileşmiş olması ve uzman oranının bu kadar yüksek olması daha fazla tetkik ve pahalı tedaviler kullanılmasına neden olarak tedavi maliyetlerini arttırmaktadır.

Devlet sağlık tedavi maliyetlerini kontrol ederken, sağlık sunucularını denetleme ve dűzenlemede yetersiz kalmış ve sağlık harcamalarını kontrol edemez hale gelmiştir.

Tűrkiye’ de bir dűnem uygulanan Yeřil Kart uygulamasına benzer Kore’de de Medical Aid adı verilen bir sađlık gűvencesi kurumu bulunmaktadır. Sigorta primi űdeme gűcű olmayan vatandařlara sınırlı bir sađlık gűvencesi sađlamaktadır. Bu sistemden yararlanabilmek için, asgari yařam standardı ۆlűleri geliřtirilmiřtir.

#### **4.2.11. Kűba**

Kűba geliřmekte olan bir ۆlke olmasına rađmen sađlık alanında gűsterdiđi performans iyidir. 1959 devriminden sonra halk sađlıđı konusunda kısa sűrede hedeflerine ulařmıřtır. Dűřűk tűberkűloz, yűksek ařılama oranları ve dűřűk bebek ۆlűmleri birinci basamak sađlık hizmetlerinin etkin verildiđinin gűstergesidir. Kanalizasyon probleminin özűlmesi, temiz su temini bulařıcı hastalıkların ۆnlenmesine katkıda bulunmuřtur. Dűnyadaki 189 ۆlke arasında, sađlık gűstergeleri en iyi olan 30 ۆlkeden biridir (ifti, 2014).

Devrim ۆncesi diğer Latin Amerika ۆlkelerinde olduğu gibi bűyűk kentlerde orta sınıfa paralı hizmet veren bűyűk ۆzel sağlık kuruluşları ile diğer kesimlere yűnelik hizmet sunan kűűk sağlık kuruluşları mevcuttu. Bu da hekimlerin kentlerde yoğunlaşarak eşitsiz dağılımına neden olmakta idi. 1960 dan sonra daha çok koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık veren devletin sağlık hizmetleri Sağlık ve Sosyal Refah Bakanlığı ile daha kapsamlı bir yapıya ulaşmıştır. 1980’li yıllarda yaşanan bazı olumsuzluklar sağlık alanında sıkıntıların yaşanmasına neden olmuştur. Ekonomik sıkıntılar sağlık hizmetlerinin arzını da etkilemiştir (ifti, 2014).

Özellikle ABD'nin ambargosunun sağlık alanındaki etkileri de ciddi şekilde hissedilmiştir. Bunları sıralayacak olursak; gıda maddelerinin yeterince bulunmaması insanların beslenmesini etkileyerek sağlıklarının bozulmasına neden olmuştur. Tedavi hizmetleri açısından ambulansların benzin ve yedek parça sıkıntısı bu hizmetlerin yeterince verilememesine neden olmuştur. Sağlık personeli de, işe geliş gidişin uzamasından fazla çalışmak zorunda kalmaya, sağlık dışı işlerle uğraşmak durumunda kalmaktan eksik malzeme ile mesleklerini yapmak konumunda olmaya kadar birçok sıkıntı ile karşı karşıya kalmıştır (Çiftçi, 2014).

Sağlık sektöründe finansmanın tamamen devlet tarafından karşılandığı görülmektedir. Halk sağlığı, ücretsiz ve evrenseldir. Devlet kısıtlı imkânlarla rağmen koruyucu hekimlik hizmetlerini, tanısal testleri, hastane 135 hizmetlerini ve yatan hasta ilaçlarını ücretsiz olarak sunmaktadır. Cepten harcamaların oranı düşüktür. Sağlık kurumlarının tamamı kamuya aittir ve personelin tamamı ücretli çalışmaktadır (Çiftçi, 2014).

#### **4.2.12. Portekiz**

1976 Anayasası ile demokratik cumhuriyet olan Portekiz sağlık hizmetleri, 1979 dan beri Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS) temelinde örgütlenmiştir. NHS devlet bütçesinden finanse edilmektedir. Sistem kamu sözleşme modeline dönüşmüş, hizmeti sunan ile hizmeti finanse eden birbirinden ayrılmıştır. Sistemde zorunlu olmayan özel sigortalarda yer almaktadır. Bakanlık NHS'nin düzenlenmesi, planlanması, koordinasyonu ve denetlenmesi işlevlerini yürütür (Çiftçi, 2014).

Portekiz'de sağlık sistemi organizasyon yapısı bakımından beş bölgeye ayrılmıştır. Bölge Sağlık Yönetimleri, ulusal sağlık politikaları doğrultusunda hizmetlerin yerine getirilmesini sağlar. Bu hizmetler başlıca; hastaneler ve sağlık merkezlerinin yönetimi, özel kuruluşlar ile protokol oluşturulması ve denetimi, bölgedeki sağlık birimlerinin koordineli bir şekilde çalışmasıdır. Özel sektörde sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli bir yere sahiptir. Toplam hastanelerin % 42 si özel sektöre aittir. Ulusal Sağlık Sistemi özel hastanelerden sözleşmeler yolu ile hizmet satın almaktadır (Çiftçi, 2014).

Portekiz' de sağlık hizmetlerinin finansmanı ağırlıklı olarak genel vergilerden (1992 yılı verisine göre %61,6) karşılanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanında ikinci sırada ise sosyal sigorta katkıları yer almaktadır. Sistemde özel sağlık sigortası da kullanılmaktadır. Kullanıcı katkıları da sistemde kullanılan diğer bir finansman biçimidir. Portekiz'de toplam sağlık harcamaları 1970 yılına kadar % 3 sınırlarında iken bu oran 2004 yılında % 10 olmuş ve % 9 olan AB ortalamasının üzerine çıkmıştır (Çiftçi, 2014).

#### **4.2.13. Arjantin**

Ülkede Özel Teşebbüs / Serbest Pazar tipindeki sağlık sisteminden refah yönelimli yapıya geçmeyi sağlayacak sağlık sigortaları yapılandırılmış olup, kapsamının yaygınlaştırılmasına çalışılmaktadır. Sağlık hizmetleri sağlık bakanlığı tarafından yürütülmektedir. Kamu sağlık politikalarının ve yasal çatısının belirlenmesi sağlık kuruluşlarının denetimi de sağlık bakanlığınca yapılmaktadır (Sargutan, 2006).

Sağlık hizmetleri arzında özel sağlık kuruluşları yaygındır ve oldukça önemli pay sahibidir. Fakir olan halka ise devlet hastanelerinde ücretsiz hizmet sunulmaktadır. Ancak 2001 ekonomik krizi sonrası özel sağlık sektörü küçülmüştür (Sargutan, 2006).

Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde en üst otorite konumunda Federal Sağlık konseyi bulunmaktadır. Sağlık bakanlığı merkezi yönetimin unsuru olarak daha çok politika belirleyici, yasal düzenlemeleri hazırlayıcı ve sağlık hizmeti sunucularını denetleyici bir rol üstlenmektedir. Türkiye’ de de sağlık bakanlığı aynı rolleri üstlenmekle birlikte sağlık hizmetlerini düzenleyici en üst otorite konumundadır (Sargutan, 2006).

#### **4.2.14. Türkiye**

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumu, ağırlıklı olarak devlet tarafından karşılanmaktadır. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetleri ile diğer tedavi, ilaç ve vb. hizmetler de kamu tarafından etkin olarak sunulmaya çalışılmaktadır. Ancak sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında yer alan kurum kuruluşların çok başlılığı, makro iktisadi sorunların yol açtığı kaynak yetersizliği gibi nedenlerle yeterli sağlık hizmeti sunumu sağlanamamıştır. 1980’li yıllarla birlikte etkisini artıran küreselleşme ve neoliberal politikaların etkisiyle ülkelerin kamu politikalarında önemli değişimler olmuştur. Diğer kamu politikası alanları gibi kamusal sağlık hizmetleri sunumuna yönelik sağlık politikaları da bu değişimden etkilenmiştir. Küreselleşmeyle birlikte kamu hizmetlerinin Sağlık hizmeti satın alabilecek bireylere piyasa tarafından sağlık hizmeti sunulması süreci de başlamış, ülkemizdeki sağlık politikaları genel olarak özelleştirmenin teşviki ve devletin hizmet üretiminden çekilerek düzenleyicilik işlevini üstlenmesi biçiminde şekillenmiştir. 1982 Anayasa'sının 56. Maddesine göre Türkiye’de herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yasama



hakkına sahiptir. Buna göre Türkiye sağlık sistemi kamusal, yarı kamusal, özel ve gönüllü kuruluşlardan oluşan bir yapıya sahiptir.

Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamakla ve sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenlemekle görevlidir. Devlet bu görevini özel kamu kurum ve kuruluşları vasıtasıyla yerine getirir.

Türkiye’de sağlık politikaları sağlık Bakanlığı ağırlıklı olmakla birlikte, sağlık sektöründe hizmet sunan ve finansman sağlayan çok sayıda kurum ve kuruluş aracılığıyla gerçekleştirilmektedir.

Türk sağlık sisteminin genel görünümü Tablo’da verilmiştir.

**Tablo 2.** Türkiye’de Sağlık Sisteminde Yer Alan Örgütler

<b>KURUMUN OYNADIĞI ROL</b>	<b>KURUM</b>
Politika Oluşturulması	<ul style="list-style-type: none"><li>• Türkiye Büyük Millet Meclisi</li><li>• Devlet Planlama Teşkilatı</li><li>• Sağlık Bakanlığı</li><li>• Yüksek Öğretim Kurumu</li><li>• Anayasa Mahkemesi</li></ul>
İdari Yetki	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sağlık Bakanlığı</li><li>• İl Sağlık Müdürlükleri</li></ul>
Sağlık Hizmetleri Sunumu: Kamu	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sağlık Bakanlığı</li><li>• Sosyal Sigortalar Kurumu</li><li>• Üniversite Hastaneleri</li><li>• Savunma Bakanlığı</li><li>• Diğerleri</li></ul>
Sağlık Hizmetleri Sunumu: Özel	<ul style="list-style-type: none"><li>• Özel Hastaneler</li><li>• Özel Hekimler</li><li>• Poliklinikler ve Tanı Merkezleri</li><li>• Laboratuvar ve Tanı Merkezleri</li><li>• Eczacılar</li><li>• Diğerleri</li></ul>
Sağlık Hizmetleri Sunumu: Hayır Örgütleri, İnsani Yardım Kuruluşları	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kızılay</li><li>• Vakıflar</li></ul>
Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı	<ul style="list-style-type: none"><li>• Maliye Bakanlığı</li><li>• SSK</li><li>• Bağ-kur</li><li>• Emekli Sandığı</li><li>• Özel Sağlık Sigortası Şirketleri</li><li>• Cepten Harcamalar</li><li>• Uluslararası Kurumlar</li></ul>

Kaynak: Savaş, S. Sağlık Sistemlerinde Dönüşüm Süreci, Kılıçaslan Matbaacılık, Ankara, 2002.

Osmanlı Devleti'nde sağlıkla ilgili işler “Sıhhiye Umum Müdürlüğü” adlı genel müdürlük tarafından yürütölüyordu. Cumhuriyet öncesi sağlık alanında, savaş durumlarında acil sağlık hizmetlerine yönelik birkaç yasa dışında yapılmış ciddi manada bir düzenleme yoktu. TBMM'nin kuruluşundan sonra devlet sağlık hizmetlerinde birinci derecede görev almaya başlamıştır.

Tüm ülkedeki sağlık hizmetlerinin yürütölmesi 2 Mayıs 1920 tarihli Kanun ile Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekâleti'ne verilmiş ve Dr. Adnan ADIVAR ilk sağlık bakanı olmuştur (Aslan, 2001).

Cumhuriyetin kuruluşundan günümüze kadar uygulanan sağlık politikaları genel olarak ülkedeki siyasi durumdan ve ekonomi politikalarından doğrudan etkilenmiş ve bunların doğrultusunda şekillenmiştir denebilir.

Dr. Refik Saydam cumhuriyetin ilanından sonraki ilk Sağlık Bakanı olarak 1937 yılına kadar süren görevi süresince Türkiye sağlık sisteminin kurulmasına öncülük etmiş ve önemli katkılarda bulunmuştur. Hıfzıssıhha enstitülerinin kurulması, koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi, hekim, sağlık memuru ve ebe yetiştirilmesi, numune hastaneleri, doğum ve bakım evleri açılması gibi hizmetlerde bulunmuştur.

Refik Saydam Dönemi sağlık politikalarını belirleyen unsurlar aşağıdaki biçimde verilebilir (Akdağ, 2009).

1. Sağlık hizmetlerinin plan ve programı ile yönetiminin tek elden yürütölmesi,

2. Koruyucu hekimliğin merkezi yönetimin, tedavi edici hekimliğin ise yerel yönetimlerin hizmet alanı olarak ayrışması,

3. Sağlık insan gücü ihtiyacını karşılamak üzere tıp fakültelerinin cazibesinin artırılması, yatılı talebe yurtları açılması, mezunlarına mecburi hizmet konulması,

4. Sıtma, frengi, trahom, verem, cüzzam gibi bulaşıcı hastalıklarla mücadele programlarının başlatılması.

Cumhuriyet Dönemi ilk sağlık planı olarak da adlandırılan “Birinci On Yıllık Sağlık Planı” 1946 tarihinde Sağlık Bakanı Behçet Uz tarafından açıklanmıştır. Ancak yoğun bir çalışmayla hazırlanan bu plan kanunlaşmadan, Behçet Uz, Sağlık Bakanlığında ayrılmak zorunda kalmıştır. Yaklaşık bir buçuk yılda kanun tasarısı haline gelen ve yeni Sağlık Bakanı Dr. Kemal Beyazıt tarafından kanunlaşmadan geri çekilen Milli Sağlık Planı yasal metin haline getirilerek tümüyle uygulanamamış olsa da, içerdiği düşüncelerden büyük bir kısmı ülkemizin sağlık yapılanmasının temelini teşkil etmiştir. Milli Sağlık Planında ülkemiz yedi sağlık bölgesine ayrılmış, her bölgeye (Ankara, Balıkesir, Erzurum, Diyarbakır, İzmir, Samsun, Seyhan) bir tıp fakültesi kurularak hekim ve diğer sağlık personelinin sayısını artırılması düşünülmüştür. Bu planda, çağdaş sağlık yönetiminin temel ilkelerinden biri olan, koruyucu ve iyileştirici hizmetlerin bütünleştirilmesi ve hizmet birimlerinin genel idareden ayrılarak nüfus esasına göre kurulması gibi amaçların benimsendiği görülmektedir. Böylece, koruyucu ve iyileştirici hizmetleri ayrı ayrı ele alan, yataklı tedavi hizmetlerini yerel idarelere bırakan anlayış terk ediliyor sağlık hizmetlerin tümü merkezi hükümet görev ve sorumluluğu haline getirilmiş oluyordu (Akdağ, 2009).

1960 İhtilal'i ile birlikte, dünyada hâkim olan refah devleti uygulamalarına paralel olarak sağlık ve sosyal güvenlik hizmetleri 1961 Anayasası'nın 48. ve 49. maddelerinde anayasal bir devlet görevi haline getirilmiştir. Silahlı Kuvvetlerin hükümeti devir almasının ardından, sektörler arası bir yapı olan Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) kurulmuştur. DPT'nin koordinasyonu ile sağlık da dâhil olmak üzere her sektör planlanan sosyal ve ekonomik hedeflere ulaşmak amacıyla yeniden düzenlenmiştir. Böylece ülkede DPT'nin başkanlığında yürütülen planlı dönem başlamıştır (Öztek, 2014).

1960'ların sonundan itibaren, ekonomide tercih edilen özelleştirme girişimleriyle beraber, sağlık alanında özel sektöre ağırlık verme gayretlerinde belirgin bir artış olmuştur. Sağlık hizmetinin sunumu esnasında ödeme sisteminin yaygınlaşması için tedbirler alınarak sağlık hizmetlerinin yapılanmasında da özel sektörün ağırlık kazanması beklenmiştir. Ancak, bu alandaki, karlılığın düşük olması halkın sağlık talebi azlığı ve ödeme gücünün gibi sebeplerle hızlı bir özelleşme gerçekleşmemiştir. Hekimlerin tek tek çalıştığı muayenehanelerin sayısında belirgin artışlar olmuş ancak şirketleşmeler ve büyük hastaneler gelişmemiştir.

Bu dönem sağlık politikalarının özelliğine bakılacak olursa diğer tüm dönemlerde olduğu gibi, dönemin siyasi tercihlerinin etkilerini görürüz. Dünyada egemen olmaya başlayan neo-liberal politikaların etkisi, Türkiye'de de hissedilmeye başlamış ve 1970'li yıllarda sosyal devlet anlayışından uzaklaşmış, özellikle 1980'li yıllardan sonra sağlık politikalarında önemli bir dönüşüm sürecine girilmiştir.

1980 sonrası dönemde dünyada kamu yönetimi alanında başlayan liberal dönüşüm süreci Türkiye'deki yönetim anlayışını, dolayısıyla sağlık politikalarını da önemli ölçüde

etkilemiştir. 1980’li yıllara kadar Türkiye’de genel olarak kamusal ağırlıklı olarak biçimlenen sağlık sektörü, 1980’den itibaren 12 Eylül Rejimi’nin ekonomik tercihleriyle uyum sağlayacak şekilde değişikliğe uğrayarak köklü değişimler geçirmiştir. “Sağlık Reformları Dönemi” olarak da aktarılan bu dönemde sağlık politikaları, ülkede genel olarak uygulanan kamu yönetimi politikalarındaki liberal değişim dinamiklerinin yanı sıra, uluslararası örgütlerin sağlık hizmetleri alanındaki yönlendirmelerinden ve AB sağlık politikalarından da etkilenmiştir.

1980’li yıllardan itibaren ülkemizde etkisini artıran küreselleşme ve hızla uygulamaya sokulan neo-liberal politikaların etkisiyle demokrasi, katılım, siyasal etkileşim, sosyal adalet, eşitlik, topluma karşı sorumluluk, kamu çıkarı gibi kavramlar da kullanılmaya ve yeniden tanımlanmaya başlanmıştır. 24 Ocak 1980 Kararları ile de neoliberal görüş, resmi ve yazılı devlet politikası haline gelerek sağlık hizmetlerinde “Aktif Özelleştirme Dönemi” diyebileceğimiz döneme geçilmiştir.

24 Ocak 1980 Kararları’ndan sonra, sağlık hizmetlerinin bir kamu sorumluluğu olması düşüncesi değişmeye başlamıştır. Daha önceki yıllarda, serbest piyasanın doğal gelişimine bırakılan sağlık hizmetlerinin özelleşmesi konusu bizzat hükümet yoluyla teşvik edilmeye başlanmış; bir yandan kamu kaynaklarından sağlığa ayrılan paylar azaltılarak diğer yandan hizmet birimlerinin yapısına müdahale edilerek özelleşme faaliyetleri hızlandırılmıştır.

Sağlığı hak olarak gören 1961 Anayasasındaki devlete birtakım görevler yükleyen sosyal devlet anlayışının yerini düzenleyici devlet anlayışı almıştır.

1987 yılında çıkarılan 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa göre: Kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık kuruluşları, kamu tüzelkişiliğini haiz sağlık işletmesine dönüştürülecek ve yeterli işletme büyüklüğünde bulunmayan sağlık kuruluşları tek bir sağlık işletmesi altında toplanabilecektir. Kanunun geçici 3 ve 4. maddelerinde genel sağlık Sigortası ile ilgili düzenlemeler de yer aldığından sağlık sigortası oluşturmanın ilk adımlarını tanımlaması açısından da önem arz ettiğini söyleyebiliriz.

1990'lı yıllar, Türk sağlık sistemine ilişkin izlenen sağlık politikalarında önemli bir dönüm noktasıdır. Bu dönemde yapılmaya çalışılan çalışmalarının başlangıcı DPT'nin sağlık alanındaki raporu ile başlamaktadır (Şahin, 2004).

Bu dönemde Dünya Bankasının önerdiği politikalar benimsenmiş ve bu politikaları desteklemeye yönelik dokümanlar hazırlanarak araştırmalar yapılmıştır. Bu amaçla başta DSÖ olmak üzere Uluslararası kuruluşların görüşü alınıp detaylarıyla tartışılarak bir sağlık reformu teklifini de kapsayan politika dokümanı hazırlanarak 1993 yılında 2. Ulusal Sağlık Kongresinde sunulmuştur (Bekir, 2014).

Bu dokümanda ve daha sonra geliştirilen politikalarda genel sağlık politikaları açısından aşağıdakiler benimsenmiştir (Bekir, 2014):

1. Sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanının birbirinden ayrılması. Bu çerçevede, hizmet sunucuları açısından rekabeti teşvik edecek bir “dâhili piyasanın” kurulması.

2. Aile hekimliği ile güçlendirilmiş bir birinci basamak sağlık hizmetleri örgütlenmesi.

3. Nüfusun tamamını güvence altına alacak bir genel sağlık sigortası sisteminin kurulması.

4. Hastanelerin özerk sağlık işletmelerine dönüştürülerek kendi gelirleri ile giderlerini karşılayabilen kurumlar haline dönüştürülmesi.

Türk sosyal güvenlik sisteminin primli sistem ve primsiz sistem olarak adlandırabileceğimiz iki farklı program oluştuğunu söyleyebiliriz.

Primsiz Sosyal Güvenlik Sistemi; kimsesiz, muhtaç, yaşlılar, malul, dul, yetim ve korunmaya muhtaç çocuklara karşılıksız olarak yapılan ve genel bütçe, belediyeler, çeşitli vakıf ve gönüllü kuruluşlar tarafından finanse edilen sosyal yardım ve hizmetleridir. Ancak bu tür harcamaların GSMH içindeki payı çok düşük olduğundan sağlanan yardım ve hizmetler yetersizdir.

Primli Sosyal Güvenlik Sistemi ise; esas olarak sigorta edilen kişinin kendi katkısı ile finanse edilen ve katkı oranında fayda sağlama ilkesine dayanan bir sistemdir. Bu sistem, Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu (Bağ-Kur) ve Emekli Sandığı (ES) tarafından yürütülmektedir. SSK, özel sektörde çalışan işçiler, kamu işçileri, tarım işçileri ve isteğe bağlı sigortalılara hizmet vermektedir. Bağ-Kur, esnaf ve sanatkarlar ve diğer bağımsız çalışanlar ile çiftçiler ve isteğe bağlı sigortalıları (ev hanımı ve muhtarlar), ES ise devlet memurlarını kapsamaktadır.

Bu üç kurumun yanı sıra mesleki sosyal güvenlik kurumları olarak sınıflandırabilecek çeşitli sandıklar (POLSAN, İLKSAN, OYAK vb.) ve kişilerin gönüllü

katılımlarına dayalı özel hayat sigortaları da faaliyet göstermektedir. Ancak bu kuruluşların sistem içerisindeki paylarının oldukça düşük olduğunu söyleyebiliriz.

#### **4.2.15. Gelişmiş Ülkelerin Sağlık Politikalarının Ortak Özellikleri**

Finansman yöntemleri bakımından aralarında birtakım farklar olmakla beraber gelişmiş ülkelerde ortak birtakım özellikler bulmak mümkündür. Bu ülkelerin sağlık sistemlerinde kaynaklar bol, hizmetler genelde tüm toplumu kapsayacak şekilde, yönetim yapısı oldukça üniform, kontrol ve standardizasyonu güçlü sistemler olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bu ülkelerde sağlık hizmetlerinin organize edilmesinde etkili olan birden çok faktör söz konusudur. Daha çok özgür bir tercihe dayalı sistem ve bunun yanında tüketiciler (hastalar) ve hizmet sağlayanlar arasında bir değişim ilişkisi vardır. Burada aynı zamanda tüketiciler hizmetlerden tam ve doğrudan yararlanırken, ortaya çıkan finansman gereksinimleri ve riskleri ortak bir havuzdan karşılanır. Bu şekilde oluşturulan bu havuzdan sağlık hizmetinin bedeli bu hizmeti üretenlere ödenir. Bu yüzden ilk başta tüketici (hasta) ile üretici (hizmeti sağlayanlar) arasındaki ikili işleyen ilişki finansal kurumların ya da fon organizasyonlarının devreye girmesiyle üçlü bir ilişki halini alır. Üçlü model ele alındığında finansal organizasyonların rolleri, fonların mobilitesinin sağlanması (toplanması gibi) ve fonların hizmeti sağlayanlara ve üretenlere ödenmesi biçiminde rolleri vardır. Bu şekildeki fonların gelir kaynakları arasında vergiler yer aldığı gibi sigorta yaptırmış çok sayıda bireyden alınan sigorta primleri de yer almaktadır. Bu yöntemle sağlık sorunlarından dolayı ortaya çıkacak sağlık hizmetlerinin maliyet yükü de karşılanmış olmaktadır. Bu uygulamada primlerin ödenmesi sağlık hizmetlerine erişebilme ve kaynakların tahsis edilmesinde koşul olarak ileri sürülen bir faktördür. Bu uygulama ile yapılan toplam harcamalar kontrol altında



tutulmaktadır. Gelişmiş ülkelerde özellikle üçüncü taraf ödeyiciler veya taraflar olarak adlandırılan finansman kurumları ağırlıklı olarak yer almaktadır. Bunun böyle olması doğrudan cepten yapılan ödemelerin önemini azaltmaktadır. Bu grup içinde kamu kesiminin kurmuş olduğu sigorta kurumları yer aldığı gibi özel sektörün kurmuş olduğu kar amaçlı olan sigorta kurumları da vardır. Gelişmiş ülkelerdeki bu yapılanma nedeniyle sağlık hizmetleri tüketicisi ve sağlık üretim birimi veya kişisi arasında doğrudan bir para ilişkisi bulunmamaktadır. Ödemelerde tüketici katkısının ne olduğu yönüyle farklılıklar olabilir. Tabii bu yapı ve oran ülkelere göre değişiklik göstermektedir. Kamunun kurduğu ya da işleyişine katkıda bulunduğu sigorta kurumlarına ödenen primler belirlenirken, bireylerin risk durumu ve geçmişteki hizmetten yararlanma düzeyleri göz önüne alınmaz. İster işveren ister çalışanlar tarafından olsun ödenen primler gerçek maliyetleri yansıtmamaktadır. Buna karşın kar amaçlı sigorta kurumları primlerinin belirlerken, risk grupları farklı olan bireylere farklı prim uygulaması getirdikleri gibi maliyetlerden aşağı toplam ve bireysel prim tutarını belirleyemezler. Çünkü bu onların zarar etmesi anlamına gelmekte ve kuruluş amaçlarına ters düşmektedir. Gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetini üreten; bağımsız bir şekilde çalışan hastane ve kliniklerin yanında, hizmeti finanse etme konumundaki bir kamu ve özel sektör kurumu olabilir. Gelişmiş olan ülkelerde kamu kesimine bağlı olarak çalışan çok iyi sağlık üretim birimleri ve personel bulunduğu gibi, özel sektörde aynı özellikteki kurum ve uzmanlara sahiptir. Bu aynı zamanda bu kurumlar arasında rekabeti de yaratabilmektedir. Bu durum tüketicinin faydasının maksimize edilmesi açısından yararlı bir olgudur. Gelişmiş olan veya refah düzeyi yüksek olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin finansmanı, ödeme sistemleri ve organizasyonlar aşağıdaki tablo yardımıyla daha detaylı incelenebilir (Mutlu ve Işık, 2012).

**Tablo 3.** Seçilmiş Bazı Gelişmiş Ülkelerde Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı, Ödeme Sistemleri ve Organizasyon yapıları

ÜLKE	FİNANSMAN	SAHİPLİK	ÖDEME	ORGANİZASYON
Kanada	Genel vergiler merkezi ya da bölgesel yönetimler	Kamu ve özel krş./karma	Genel bütçe ve tek kanal	Hizmetler entegre olmamıştır
Fransa	Kontrollü sosyal sigorta, iki tönlu kamu ve özel kesim planlaması	Kamu ve özel krş./karma	Genel bütçe ve tek kanal	Hizmetler entegre olmamıştır
Almanya	Kontrollü sosyal sigorta, iki yönlü kamu ve özel kesim planlaması	Kamu ve özel krş./karma	Genel bütçe ve tek kanal	Hizmetler entegre olmamıştır
Japonya	Kontrollü sosyal sigorta, iki yönlü kamu ve özel kesim planlaması	Kamu ve özel krş./karma	Genel bütçe ve tek kanal	Hizmetler entegre olmamıştır
G. Kore	Kontrollü sosyal sigorta, iki yönlü kamu ve özel kesim planlaması	Kamu ve özel krş./karma	Harcamalar üzerinde herhangi bir sınırlandırma yoktur.	Hizmetler entegre olmamıştır
İsveç	Genel vergiler ve yerel yönetimler	Kamu kesimi	Global bütçe	Hizmetler entegre olmamıştır
İngiltere	Genel vergiler	Kamu kesimi	Global bütçe	Hizmetler entegre olmamıştır
ABD	Pluralistik, serbest tercih hakkı ve rekabet	Kamu ve özel krş./karma	Harcamalar üzerinde herhangi bir sınırlandırma yoktur.	Hizmetler entegre olmamıştır

Kaynak: Mutlu ve Işık,2012.

#### 4.2.16. Gelişmekte Ülkelerin Sağlık Politikalarının Ortak Özellikleri

Gelişmekte olan ülkelerde sağlık sektörü ile ilgili ortaya çıkan üç temel sorun söz konusudur; ilki yeterli düzeydeki kaynakların sağlık hizmetlerine mobilitesi nasıl gerçekleştirilecektir? İkincisi bu kaynaklar veya fonlar nüfusun büyük bir bölümünün fayda sağlayacağı biçimde sağlık ve sağlık hizmetleri üretimi ve organizasyonu için nasıl tahsis edilecektir? Ve sonuncu olarak ortaya çıkan maliyetlerin kontrolü nasıl sağlanacaktır? Kamu

kesiminin elinde bulunan fonların sınırlı olması sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların diğer alanlara ayrılan kaynaklarla bir rekabet içerisinde girmesini gerektirir. Söz gelimi eğitim, ekonomik gelişme, ulaşım ve iletişim alanları gibi. Sağlık hizmetlerine daha fazla kaynak ayrılması bütçe sınırlaması altında diğer sektörler için daha az kaynak ayrılmasına neden olmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerin önemli bir bölümünde gerçek fiyatlarla sağlık sektörüne ayrılan kaynakların özellikle 1980 yılından sonra azaldığını söylemek mümkündür. Bunun anlamı gelişmekte olan ülkelerin hastanelere, diğer sapsık kurumlarına temel sağlık hizmetleri ile önleyici sağlık hizmetlerine yeterli düzeydeki kaynağın aktarılmaması demektir. Diğer yandan sağlık ve sağlık hizmetleri ile ilgili talebin ve beklentilerin giderek artması kamu kesimi kaynakları ve özellikle kamu bütçesi üzerinde sınırlandırıcı bir etki yaratmaktadır. Yukarıda ifade edilen konular gelişmekte olan ülkelerde bu alanda kısa dönemde ve hemen ortaya çıkabilecek problemlerdir. Bunların yanında uzun dönemli bir takım problemler de ortaya çıkmaktadır. Çünkü uzun dönemde; ortaya çıkan hızlı tıbbi gelişmelerin ve yeni ilaçların sağlık hizmetlerine kazandırılması sorunu ortaya çıkmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde aynı zamanda yaşanan hızlı demografik değişiklikler, nüfusun artması gibi, bu idarelerin bütçeleri üzerinde iki yönlü bir etki ve yük getirmektedir. Bu epidemolojik sorunlar; parazitik hastalıklar ve enfeksiyonlar özellikle kırsal nüfus üzerinde zarar verici düzeyde etkiler yapar, şehir nüfusunun kronik hastalıklarla mücadele ettiği bir ortamda bunların yaratacağı olumsuz yükte doğrudan artacaktır. İdareler şehirleşme ve kırsal bölgeler arasında bir kaynak tahsisi yapmak zorunda kalacaktır. Kırsal kesime daha fazla kaynak ayrılması şehir nüfusunun sıkıntı çektiği kronik hastalıklara daha az kaynak ayrılması durumunda bu kez de kırsal nüfusun ihtiyacı olan sağlık hizmetlerine yeterli kaynak ayrılamayacaktır. Bu yüzden gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin nasıl finanse edileceği ve bunun için nasıl politikalar izleneceği önemli bir konudur. Gelişmekte olan ülkeler sağlık politikalarını oluştururken ya da yeniden dizayn ve reform yaparken bireysel

görüşler, ekonomik gerçekler ile sosyal ve kültürel şartlar göz önüne alınmak suretiyle yapılmalıdır. Gelişmekte olan ülkelerde sağlık politikaları aşağıdaki özellikleri göstermektedir. Bu ülkelerin çoğunda sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesi ve finanse edilmesinde kamu kurumları sorumludur. Bu ülkelerde kamu kaynaklarının sınırlı olması finansman açısından problemler doğurmaktadır. Uygulamada kamu finansmanlı tiplerden kamu sözleşmesi modeli ve karışık model geçerlidir. Alt yapı yetersizdir. Bu alana ayrılacak kaynaklar sınırlıdır. Var olan kaynakların önemli bir bölümü cari harcamalar içinde daha çok personel harcamalarına ayrılmaktadır. Personelin yetiştirilmesi ve sistemi yönüyle problemler vardır. Örneğin, büyük ölçüde uzman ihtiyacı olduğu ve bu uzmanların yetiştirilmesi uzun süre aldığı için gereken eğitim düzeyinin yakalanması zordur. Alt gelir grubundaki vatandaşların önemli bir bölümü sağlık hizmetlerinden etkin bir şekilde yararlanamaz. Bu ülkelerde ilaç harcamaları önemli bir yer tutmaktadır. Bu ülkelerde önemli ölçüde finansman devlet tarafından karşılanmaktadır. Özel sektörün bu alandaki faaliyetleri ve kaynakları sınırlıdır. Üçüncü grup ödeyiciler gelişmemiştir. Gelişmiş ülkelerde özellikle sigorta kurumlarının gelişmesi ve halkın bu bilinçte olmasına karşın, gelişmekte olan ülkelerde sigorta kurumları gelişmemiştir ve bununla ilgili yeterli sağlık bilinci oluşmamıştır (Mutlu ve Işık, 2012).

Gelişmekte olan ülkelerde, özel sağlık sigortasının sektör olarak büyümekte olduğu görülmektedir. Bu büyümeye en temel sebep olarak serbest piyasa ekonomisi, sigortacılık alanında sürekli artan uluslararası ticari etkileşimle birlikte ekonomik büyümeye bağlı olarak artan müşteri taleplerini sayabiliriz. Sürekli değişen ve çeşitliliği artan müşteri talepleri neticesinde sigorta sektörünün sunduğu ürün çeşitliliğinin arttığını görebiliriz.

Gelişmekte olan ülkelerde kontrol mekanizmalarının yeterli olmayışı ve regülasyon yapısı ya da daha anlaşılır bir ifadeyle yasal mevzuattaki eksiklikler gibi nedenlerle daha

düşük primlerle daha kapsamı geniş ürünler sunma anlamında sigorta sağlayıcıları yeterli olamamaktadır.

## 5. SAĞLIK SİGORTASI

Sigorta ya da güvenlik; bugünden geleceğe yönelik önlemler almaktır. Bugünkü modern sigorta anlayışının gelişmesine, sıkıntısındaki insanlara yardım etmenin toplum olarak yaşamanın bir sonucu ve insanlık onuruna yaraşan bir sosyal yükümlülük olduğunun kabul edilmesi yol açmıştır (Kaya, 1999).

Bir ülkenin gelişmişlik düzeyinin sağlık ve eğitim sorunlarının çözümlenmiş olmasıyla paralellik gösterdiği kabul edilmektedir. Sağlık sorunlarının çözümlenmiş olabilmesi için herkese, ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini uygun kalitede sunmak ve sağlık hizmetini herkes için ulaşılabilir kılmak gerekmektedir. Uygun bir sağlık sistemi ile herkese ulaşarak sağlık sorunlarına çözüm getirmenin bir yolu da sağlık sigortasıdır. Sağlık sigortası ilk uygulamalarda, hasta olan kişilere yardım etmek şeklinde ortaya çıkmıştır (Orhaner, 2014).

Sağlık sigortası, hastalık ve kaza sonucu oluşabilecek masraflara ait tüm riskleri içerisinde barındırır. Sağlık sigortalarının, kişilerin birbirine hastalık ve kaza hallerinde yardım etme ihtiyacı duyduklarında ortaya çıktığını söyleyebiliriz. İlk çağlarda dağınık ve düzensiz olarak yapılmaya çalışılan bireysel hareketlerden sonra, orta çağda daha organize yardım amaçlı derneklerin kurulduğunu ve hastalık veya kaza sonucu maddi manevi sıkıntıya düşen kişilere destek olunmaya çalışıldığı görülmektedir. Avrupa'da, çeşitli yerlerde çok dar kapsamlı kurulan bu dernekler, sağlık sigortalarının ilk adımları olarak algılanabilir.

Sigorta veya güvenlik; bugünden geleceğe yönelik önlemler almaktır. Bir ülkenin gelişmişlik düzeyinin sağlık ve eğitim sorunlarının çözümlenmiş olmasıyla paralellik gösterir. Sağlık sorunlarının çözümlenmiş olabilmesi için herkese, ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini

gerektiği gibi vermek ve sağlık hizmetini herkese ulaşilabilir olması gerekir. Sağlık sigortası, hastalık ve kaza sonucu oluşabilecek masraflara ait tüm riskleri içerisinde bulundurur. Sağlık sigortalarının, kişiler birbirine hastalık ya da kaza hallerinde yardım etme ihtiyacı duyduklarında ortaya çıkar.

### **5.1. Sağlık Sigortası Kavramı**

Sağlık sigortaları; bir sosyal güvenlik kurumuna kayıtlı olsun ya da olmasın sosyal sigorta şartlarına veya poliçe genel şartlarına göre sigortalının, özel veya iş hayatında karşılaşacağı hastalık ve/veya kaza sonucunda ihtiyaç duyacağı masraflar ile hekimin göreceği lüzum üzerine yazmış olduğu reçetedeki ilaç masraflarını karşılayan bir sigorta türüdür (Kongar, 1989).

Tanımından da anlaşılacağı üzere sağlık sigortaları, kişiler hastalandığında veya kazaya uğradıklarında sağlık konusunda yapılan harcamaları karşılamaktadır. Ancak, sağlık bakımının maliyeti ne olacağı ve sağlık harcamalarının karşılığında verilen sağlık yardımlarının kalitesinin ne olacağı soruları büyük önem taşımaktadır. Çünkü özellikle gelişmekte olan ülkelerde altyapı ve finansman yetersizliği, sağlık yardımlarının kalitesini düşürmekte ve sağlık bakım maliyetlerinin tespiti de zor olmaktadır. Sağlık sigortasının tanımında ayrıca sosyal güvenlik kurumuna kayıtlı olanların yanında kayıtlı olmayanların da sağlık sigortasına sahip olabileceği işaret edilmektedir. Kişiler özel sigorta şirketlerine de sağlık sigortası yaptırabilirler. Uygulama da ise hem sosyal güvenlik kurumuna üye olup hem de özel sağlık sigortası yaptıran kişiler mevcuttur (Orhaner, 2014).

Sağlık Sigortası isminden de anlaşılacağı üzere sağlığı güvence altına alan düzenlerle ilgili değil, hastalık olgusu ile ilgilidir. Sağlık Sigortası, hastalık denilen durum ortaya çıktığında bunun giderilmesi ve sağlığın yeniden sağlanması için gereken mali yükü üstlenmek amacı taşıyan bir sigorta türüdür. Kısaca Sağlık Sigortası: Sağlık sorunları ile ilgili tetkik ve tedavi giderlerini karşılayan sigorta türüdür. Tüm sağlık giderlerini limitler halinde sigorta kapsamına alır. Amacı, gelecekte karşılaşılabilecek sağlık sorunlarının mali yıkıma dönüşmesini önlemektir. Sağlık sigortası ayrı olarak veya hayat sigortalarına eklenmek suretiyle yapılan bir sigorta çeşididir. Sağlık sigortalarının konusu esas itibarıyla kazadan ileri gelmeyen bütün hastalıkların tedavileri için yapılan masrafların ödenmesi olmakla beraber kaza sonucu meydana gelen yaralanma vs. tedavisi için yapılan masrafların ödenmesini de içerir (Orhan, 1995).

Sağlık Sigortası: Sağlık sorunlarını tetkik ve tedavi giderlerini karşılayan sigorta türüne denir. Amacı, gelecekte karşılaşılabilecek sağlık sorunlarının mali yıkıma dönüşmesini engellemektir.

## **5.2. Sağlık Sigorta Sisteminin İşleyişi ve Riskler**

Risk ya da riziko genel olarak, ileride gerçekleşmesi olası zarar ya da zarara uğrama tehlikesi olarak açıklanmaktadır. Türk Ticaret Kanununun 1401. Maddesine göre sigorta sözleşmesi tanımında riziko yerine mal sigortalarında tehlike, hayat sigortalarında da olay deyimine yer verilmiştir. Burada belirtilen tehlike ya da olay gelecekte meydana gelebilecek bir olaydır. Sağlık sigortasında tehlike/olay kişinin sağlığını kaybetmesidir. Kişi sağlığını ya hastalandığı için ya da bir kazaya uğradığı için kaybeder. Sağlık sigortası, bu durumda kişiye muayene, teşhis ve tedavisinde gerekli masrafları belli limitler dâhilinde ödemek zorundadır.



Sağlığını kaybeden kişi ya tedavi olarak sağlığına kavuşur ya da tedavi olmasına rağmen sağlığına kavuşamadığı için geçici veya daimi maluliyet durumu ortaya çıkar. O halde sağlık sigortasında tehlike/olay, hastalanmak veya kazaya uğramak dolayısıyla sağlığın kaybedilmesidir. Sağlık sigortasında yer alan riskleri hastalık, iş kazaları ve meslek hastalıkları olmak üzere başlıca üç grupta toplayabiliriz (Orhaner, 2014).

Hastalık çevresel faktörler veya kalıtsal faktörlerin etkisiyle ortaya çıkmaktadır. Genel olarak insanın dışındaki her şey çevrenin ögesidir. Çevresel kökenli hastalıklar; iklim koşulları, hava kirliliği, içme ve kullanma suları vb. gibi fiziksel etmenlerle, bakteriler, virüs, mantar ve parazitler vb. gibi kimyasal ya da diğer etmenlerle ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla çevre, doğrudan hastalık nedeni olduğu gibi hastalıklar için zemin hazırlamakta, bazı hastalıkların yayılmasını, sonucunu ve gelişimini etkilemektedir. Kalıtsal faktörlerle ortaya çıkan hastalıklar; renk körlüğü, hemofili vb. gibi genlere veya kromozomlara bağlı hastalıklardır. Hastalık ister çevresel ister kalıtsal nedenlerle ortaya çıksın, hastalık ile kişinin fiziksel yapısında bozukluk ortaya çıkmaktadır. Hastalanan kişinin teşhis, tedavi, ilaç vb. gibi hizmetlerden yararlanması gerekmekte ve kişi çalışmadığı için geliri azalmaktadır. Kişinin hastalanmasına neden olan bir diğer risk kaynağı ruhsal sorunlardır. Ruhsal sorunlar da çevresel ya da kalıtsal kökenli olabilir. Ruhsal sağlık riskleri kişinin alışkanlıkları, yaş, cinsiyet, medeni durumundan da etkilenmektedir (Orhaner, 2014).

İş kazası, belirli bir zarara ya da yaralanmaya neden olan, beklenmeyen ve önceden planlanmamış olan bir olaydır. Önceden planlanmamış bu olay ile çoğu kez kişisel yaralanmalar, makine, araç ve gereçlerin zarara uğraması söz konusu olur ve üretim durabilir. İş kazası, sigortalının iş yerinde bulunduğu sırada işveren tarafından yürütülmekte olan iş

nedeniyle, sigortalı kendi nam ve hesabına çalışıyorsa yürütmekte olduğu iş dolayısıyla görevli olarak bir başka yere gönderilmesi nedeniyle meydana gelen ve sigortalıyı hemen veya sonradan bedenen ve ruhen zarara uğratan olaydır. İş kazalarına yol açan tehlikelerle sağlık konusunda; yaralanma ile sonuçlanan kazalar, sürekli iş görmezliğe neden olan kazalar, bir günden fazla işten uzaklaşmaya neden olan kazalar, ölümlü sonuçlanan kazalar gibi riskler ortaya çıkabilir (Orhaner, 2014).

Sigortalının çalıştığı veya yaptığı işin niteliğinden dolayı tekrarlanan bir nedenle ve işin yürütüldüğü şartlar yüzünden sigortalının uğradığı geçici veya sürekli hastalık, bedensel ve ruhsal özürhülük halleri meslek hastalığı olarak tanımlanmıştır. Sigortalının çalıştığı işten dolayı meslek hastalığına tutulup tutulmadığı, sağlık hizmet sunucuları tarafından usulüne uygun düzenlenen sağlık kurulu raporu ile tespit edilmektedir. Meslek hastalıkları nadir görülmekle birlikte çalışma hayatına özgü sağlık sorunlarıdır. Meslek hastalıkları işyerinde yapılacak bazı düzenlemelerle korunabilir sağlık sorunlarıdır. İşyerinde etkili önlemler alınabilir, tıbbi koruma sağlanabilir. Meslek hastalıklarının tedavisinde de; hastalık sona erdirilebilir, varsa özel tedavi uygulanır ve destekleyici tedavi ile hastanın sağlığı korumaya çalışılır. Meslek hastalıkları, belirli mesleklere özgü hastalıklardır. Kişi söz konusu işte çalışmamış olsa bu hastalığın çıkması mümkün değildir (Orhaner, 2014).

Sağlık sigortasında tehlike/olay kişinin sağlığını kaybetmesidir. Kişi sağlığını hastalandığı için veya bir kazaya uğradığı için kaybeder. Sağlığını kaybeden kişi ya tedavi olarak sağlığına kavuşur ya da tedavi olduğu halde sağlığına kavuşamadığı için maluliyet durumu ortaya çıkar. Sağlık sigortasında yer alan riskleri hastalık, iş kazaları ve meslek hastalıkları olarak üç grupta toplayabiliriz.

### 5.3. Sağlık Sigortasının Dünyada Gelişimi

Hekimlik, çağlar boyu, satılan bir hizmet olagelmiştir. Hekimlerin hastaya yaptıkları hizmet karşılığında ücret almaları geleneksel uygulamadır. Bu ücret de, hemen daima ve her ülkede, dar gelirli ailelerin mali güçlerini aşan bir düzeyde olagelmiştir (Fişek, 1985).

Halkın, sağlık hizmetinden mutlu bir azınlığın yararlandığı düzeyde yararlanma isteğinin, ilk önce, 19. yüzyıl sonlarında Almanya’da güçlendiğini görüyoruz. Almanya’da yöneticiler ve hekimler, halktan gelen baskı altında dokuz yıl kadar süren bir çalışma sonunda, mevcut düzeni bozmadan halkın isteğini karşılayacak bir çözüm yolu bulmuşlardır. Bu çözüm, zenginler hariç herkesin katılma zorunda olduğu ve kâr amacı gütmeyen “hastalık sandıkları” kurulmasıdır. Çalışan herkes geliri ile orantılı olarak her ay hastalık sandıklarına belli bir prim ödeyecek, kişi hasta olduğu zaman hekim, ilaç ve hastane masraflarını bu sandıklar hekime, eczaneye veya hastaneye ödeyecektir. Bir başka deyimle sigorta bir finansman kurumu olacak, hizmet serbest hekim ve hastaneler tarafından halka sunulacaktır (Fişek, 1976).

Almanya’da başlatılan bu sistem, diğer batı ülkelerinde de benimsenmiş ve aynı ilkelere dayanan sağlık sigortası sistemi kısa bir süre içinde batıda yayılmıştır. Batı ülkeleri arasında Amerika Birleşik Devletleri (A.B.D.) sağlık sigortası yönünden özellik gösterir. A.B.D.’de zorunlu sigorta bugün dahi yoktur. ABD’de isteğe bağlı ilk sağlık sigortası, Birinci Dünya Harbini takip eden depresyon döneminde hekim ve hastane yöneticilerinin girişimiyle başlamıştır. Bu hareketin esas amacı halkın ödeyemediği hekim ve hastane faturalarının ödenmesini sağlama bağlamaktır. Mavi Haç ve Mavi Kalkan adı verilen bu sigorta şirketleri özel şirketlerdir ve yöneticileri çoğunlukla hekim ve hastane yöneticileridir. Bu sigorta

şirketlerinin kuruluşundan sonra, bu işin kârlı bir iş olduğunu gören özel sigorta şirketleri de bu alana el atmışlardır. Bu şirketler tamamen kâr amacı ile çalıştığından, hastalanma şansı az olanlardan az prim alınmakta, yaşlılardan daha çok prim istenmekte ve kronik hastalığı olanlar sigorta edilmemektedir. ABD’de sağlık sigortasının kime yaradığını belirtebilmek için yakınlarda bu konuyu inceleyen Amerikalı bir yazarın yazısına koyduğu başlığı aktarmak yeter: “Capitalizing on Illness“ bu yargıya serbest bir çeviri ile “hastaların sırtından sermaye geliştirme“ diyebiliriz. Tüm dünyada sağlık hizmetinin sunulması ve finansmanı konusunda son yıllarda görülen gelişmeyi anlayabilmek için bu konuda sosyalistlerin görüşünü de bilmek gerekir. Sosyalist kurama göre sağlık hizmetini herkese eşit şekilde götürmek devlet görevidir. Devlet bu hizmetleri kendi kaynakları ile finanse eder, hekimler de tüm emekçiler gibi belli bir ücretle çalışırlar. İktidarların halkoyu ile oluştuğu kapitalist ülkelerde hükümetler halkın üzerinde önemle durduğu hizmetleri, sosyalist kuramın öngördüğü biçimde herkese sunma zorunluluğunu duymuşlar ve duymaktadırlar. Sosyal adaleti sağlama sloganı, üretim ilişkilerini değiştirmeden, sosyal alanda sosyalizm ilkelerini uygulama politikasını yansıtır. Unutmamak gerekir ki, kapitalist düzen yıkılmamak için sosyal adaleti kısa zamanda gerçekleştirme zorundadır. Sağlık alanında bu, sigorta yolu ile veya genel bütçeden finanse edilerek yapılabilir. Sosyalist görüşün güç kazandığı bir çağda, kapitalist devlet halka sosyal alanda hizmet ettiğini göstererek halkın güvenini kazanmak zorundadır. Sağlık hizmeti sigorta tarafından desteklendiği zaman halk, devletin bu alanda kendisine bir şey yapmadığı, kendi ödediği primin karşılığını aldığı bilincindedir. Bu nedenle devletin halkı prim ödemeğe zorlayacağı yerde genel bütçe gelirini arttırıp “koruyucu devlet” olarak görünmesi daha akılcı bir yoldur. Bu ve aşağıda açıklanacak diğer nedenlerle çağımızda sağlık alanında sigortacılık önemini yitirmiş ve devlet genel bütçesinden finanse edilen kamu hizmet düzeni çağdaş yaklaşım olmuştur (Fişek, 1976).

Bu gelişime örnek olarak İngiltere, İsveç ve Norveç gösterilebilir. Sağlık sigortası düzenini tamamen terk eden ilk ülke İngiltere'dir. İngiltere, 1911 yılından beri uyguladığı sağlık sigortasını 1946 yılında lağvetmiş ve yerine genel bütçeden finanse edilen "Ulusal Sağlık Hizmetini (National Health Service)" kurmuştur. Dünyada sağlık düzeyinin en yüksek olduğu İsveç, bu hizmeti hemen tamamen (yüzde 82) genel bütçeden ödenen bir hizmet haline getirmiştir. Norveç'te de durum aynıdır. Bu ülkede sigorta primlerini vergi dairelerinin toplaması hizmetin ne kadar devletleştirildiğinin kanıtıdır. Sistemini değiştirmeyen tek ülke Almanya'dır. Bunun nedenleri hekimlerin hükümet üzerindeki büyük baskısıdır (Fişek, 1976).

#### **5.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Finansmanında Sağlık Sigortasının Önemi**

Sağlık sigortaları, sigortaladığı kişinin hastalık ya da kaza gibi durumlarında karşılaştığı sağlık giderlerini karşılamak için, bir takım özel ve genel şartlar dâhilinde, belirli limitlere göre poliçesinde belirtilen riskler kapsamında yapılmış planlardır. Bu plan dâhilinde sigortalananlar, tercih ettikleri sağlık kurumunu ve doktorunu seçebilme özgürlüğüne sahiptir.

Sağlık hizmetlerine ait maliyetler sürekli artmaktadır. Sağlık hizmetlerine ulaşabilmekteki sınırlı erişim sorunu da, kişilerin gelecekte oluşabilecek herhangi bir sağlık maliyetine karşı sigortalanma isteğini artırmaktadır. Bu maliyet artışı ve sınırlı erişim sorunu sağlık sigortasındaki büyümeyi tetikleyen en önemli iki unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Artan hizmet maliyetlerine paralel olarak sigorta maliyetleri de artmaktadır. Hizmet sunucularının yatırımlarını artırması ve bunları geri alabilmesi için fiyatlar artmakta, bu da sigorta primlerinin artmasına neden olmaktadır.

Sosyal güvenlik yaklaşımı içinde sağlık sigortasının hizmet sunumunda direkt yöntem ve endirekt yöntem olmak üzere iki yöntem bulunmaktadır (Tatar, 1995).

Direkt Yöntem; Sosyal güvenlik örgütü kendi hastanelerinde ya da sağlık merkezlerinde kendi personeli aracılığı ile hizmet vermektedir. Bu yöntem gelişmekte olan ülkeler tarafından benimsenmektedir (Tatar, 1995).

Endirekt Yöntem; Sağlık hizmetlerinin mevcut kamu ya da özel kuruluşlardan ve doktorlardan satın alınmasını içermektedir. Sağlık sigortası ya doğrudan hastaneye ödeme yapar ya da hizmeti sağlayana ödemedede bulunur. Bu yöntem gelişmiş ülkeler tarafından benimsenmiştir (Tatar, 1995).

Sağlık sigortası, insana yatırım olması bakımından ülkenin kalkınma ve gelişmesinde önemli bir araç, başlı başına bir finansman kaynağıdır. İnsan hayatının kalitesi bakımından arzu edilebilir bir girdi olmakla beraber hem bireylerin gelir seviyelerini hem de toplumların ekonomik düzeylerini yükselten esas unsurlardan biri sağlıktır. Hastalıklı ya da daha genel bir ifadeyle sağlıksız olmak sadece fertlerin iktisadi kayıplarıyla sonuçlanmaz. Hastalık nedeniyle aile gelirlerinde azalışlar, işgücünün verimliliğinde düşüşler, zaman kayıpları gibi son derece önemli kayıplarda meydana gelmektedir.

Günümüzde, ülkelerin ekonomik yönden gelişmesi için en önemli unsurlardan birisi nüfusun sağlıklı insanlardan oluşmasıdır. Bedensel, zihinsel ve toplumsal huzurun birinci şartı sağlıklı olmaktır. Sağlık düzeyi yönünden gelişmiş ülkelerin üretimi, ihracatı, turizm gelirleri ve de ulusal geliri daha fazla olacaktır. Sağlık konusunda alt yapının oluşturulması, sağlık

harcamaları için finansman yaratılması ve toplumda herkesin sağlık sigortası kapsamına alınması, sağlıklı toplum için gereklidir. Sağlık kişiler için önemlidir; fakat toplumun sağlıklı olması daha da önemlidir (Orhaner, 2014).

Sağlık sigortası ile kişiler, sağlıklı oldukları sürede verdikleri prim ve katkılarla hastalandıklarında ya da kazaya uğradıklarında kendileri için yapılacak sağlık harcamalarının finansmanına katılmaktadırlar. Böylece faydalandıkları sağlık hizmetlerinin finansmanına kaynak oluşturmaktadırlar. Çünkü diğer kamu hizmetlerinde olduğu gibi sağlık hizmetlerinin de en iyi şekilde sunulması; yetişmiş personel, teknik bilgi, araç-gereç, ilaç vb. çok fazla harcamayı gerekli kılmaktadır. Sağlık sigortası ile sağlık hizmetlerinin satın alınması kolaylaşmakta ve diğer sigorta branşlarında olduğu gibi kişiler yarın endişesinden uzak yaşamaktadırlar (Orhaner, 2014).

Sağlık sigortasının gelişmiş ülkelerde nüfusun tamamını kapsadığı görülürken gelişmekte olan ülkelerde kapsamın dar olduğu görülmektedir. Dolayısıyla sağlık sigortası kapsamı ülke ekonomisinin gücüyle orantılıdır. Sağlık sigortasının yararlarını şöyle sıralayabiliriz:

Sağlık hakkı, anayasal bir haktır. Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Devlet bu görevi yerine getirirken kamu ve özel kesimdeki sağlık kurumlarından faydalanmaktadır. Dolayısıyla devletin sağlıkla ilgili görevlerini yerine getirmede, sağlık sigortası uygulaması önemli bir destektir. Devlet ayrıca sağlık hizmetlerinin finansmanını sadece vergilerle karşılamada zorluk çekeceğinden, sağlık sigortası nedeniyle

toplanan primler, vergi gelirlerine destek olacak böylece sağlık hizmet sunucuları, hizmet arzını artırmış olacaktırdır (Orhaner, 2014).

Sağlık sigortası gereksiz ve maliyeti yüksek teşhis ve tedavi yöntemlerinin kullanımını dolayısıyla da arzını artırabilir. Talebi ilk başvuruda kişiler yapmakta ancak hekimler hizmet talebini dolayısıyla arzını artırmaktadır. Örneğin hizmet başına ödemenin geçerli olduğu ÷lkelerde hekim, gereksiz ve maliyeti yüksek teşhis ve tedavi yöntemlerini teşvik ediyorsa hem hastanın hırpalanmasına hem arzın artışına hem de sigorta açısından maliyetlerin yükselmesine neden olabilir. Ayrıca sağlık sigortası kişilerin geleceğe güvenle bakmalarını sağlayacak, tüketim ve yatırım kararlarını olumlu etkileyecektir. Sağlık hizmeti nedeniyle talep artışı, beraberinde sağlık hizmet arzının daha fazla artmasına neden olacak, sağlık sektöründe gelir artışı, istihdam artışı ve hizmet kalitesinde artışı beraberinde getirecektir. Her talep artışı ekonomide, genellikle yatırım ve istihdam artışına neden olur (Tatar, 1994).



## 6. ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI

Özel sigortalar, başlıca emeklilik, sağlık, kaza, nakliyat ve hayat sigorta dallarında sosyal güvenlik garantisi sağlamaktadırlar. Özel sigortaların sosyal sigortalardan en önemli farkı zorunlu olmayışlarıdır. Özel sigortalar, kişisel gönüllük üzerine karşılıklı sözleşme esasına dayanarak kişileri kapsamına almaktadır. Herhangi bir sosyal güvenlik kapsamında bulunanlar için özel sigortalar, ek sosyal güvenlik kurumu olma özelliği taşımakta, sosyal sigortalarla sağlanan güvencenin üstünde bir güvenceye kavuşma imkanı vermektedir. Günümüzde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin çoğunda, sosyal güvenlik alanında yapılan reform çalışmalarının önemli bir bölümünde, sosyal güvenlik sisteminin özel programlarla desteklenmesi öngörülmektedir. Sosyal güvenlik sistemleri çok sayıda kişiye belli sayıda risklere karşı asgari güvence sağladığından daha fazlasının tarafların isteğine uygun olarak özel sistemden karşılanması, sosyal güvenlik sistemini rahatlatacaktır. Özel sigorta şirketleri uygulayacakları özel programlar ile çalışma hayatında bazı riskleri sigortalayacak, böylelikle hem sosyal sigorta kuruluşlarının yükü hafifleyecek hem de sigortalılar arzulanan kalite ve ölçüde hizmetten yararlanacaktır (Orhaner, 2014).

Yoğun sübvansiyon ve hizmetlerin kamu eliyle ücretsiz olarak sunulduğu gelişmiş ülkelerin çoğunda devlet (kamu) sağlık hizmetlerinin finansmanında dominant (baskın) aktör olmasına rağmen özel finansmanda da önemli yer tutmaktadır (Tatar, 1994).

Özel sağlık sigortası, az gelişmiş ülkelerden çok, gelişmiş ülkelere ve genellikle sosyal sigortanın National Health Service (NHS) gibi ulusal sistemlerin bulunduğu ülkelerde yaygın bir biçimde başvurulmuş finansman mekanizmasıdır. Ulusal sosyal sigorta veya NHS gibi örgütlenmelere sahip ülkelerde, daha özel ilave hizmet almak isteyenlerin ihtiyaçlarına

cevap vermek üzere özel sağlık sigortası şirketleri vardır. Farklı kişisel beklentilere cevap vermek açısından, ulkenin temel finansman yapısını tehdit etmediği sürece, olumlu bir katkıya sahip olabilir. Özel sağlık sigortalarına yalnız başına bir finansman mekanizması olarak başvurulmasını engelleyen en önemli nedenlerin başında “piyasa başarısızlıkları” gelmektedir (Tatar, 1994).

Özel sigortayı, sosyal sigortadan ayıran iki özellikten söz edilebilir:

- i. Özel sağlık sigortası sosyal sigortada olduğu gibi emekliliği ve sakatlığı kapsamaz.
- ii. Özel sigorta primleri sigortada olduğu gibi bir havuzda toplanmış riske göre değil sigortalanan bireyin ya da grubun hastalanma olasılığını göz önünde bulundurarak belirlenir.

Buna bağlı olarak da primler kişiden kişiye ya da gruptan gruba farklılık gösterebilmektedir. Bunun sonucu, primlerin yüksek olması nedeniyle sigorta edilen kişilerin miktarının azalması ve bazı grupların özellikle kronik hastalığı olanların "kötü risk" grubuna girmeleri nedeniyle özel sigorta kapsamı dışına bırakılmaları olabilir (Tatar, 1994).

Kamu sektörü içerisinde yeterince esnekliğin olmaması, NHS'deki bekleme listeleri ve özel sigortanın daha iyi otel hizmetleri (daha iyi yiyecek ve özel oda gibi) sunabilmesi nedeniyle İngiltere'de nüfusun yaklaşık %14-17'si GVG'den yararlanmaya ek olarak gönüllü olarak sigorta yaptırmaktadır. Yapılan bir araştırmada uzun süreli bekleme listeleri ile özel sağlık sigortası yaptırma arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Başka bir ifade ile

İngiltere’de uzun süreli bekleme listeleri kişileri özel sigorta yaptırmaya yöneltmektedir (Bessley, 1999).

Özel sağlık sigortaları, ülkenin ekonomik gelişme seviyesi arttıkça daha fazla kabul görüp yaygınlaşmaktadır. Sosyal sigortalardan yararlanabilmek için sigortalının işçi, memur, çiftçi vb. gibi belli bir statüyü kazanmış olması gerekmektedir. Oysa özel sigortalara tabi olma keyfiyeti hiçbir statünün sonucu değildir. Bu tamamen bağımsız bir şekilde kişinin iradesinden doğmaktadır (Alper, 2003).

Gelişmiş ülkelerin çoğunda özel sigorta sistemi, sosyal sigorta sistemine bir alternatif olarak değil bu sisteme ek ve gönüllü bir sigorta olarak düşünülmektedir. Özellikle ABD’de son derece yaygın bir uygulama alanı bulan özel sağlık sigortaları sağlık sorununa da önemli bir çözüm getirmiştir (Kongar, 1989).

Sağlık hizmetlerine olan erişim sorunu nedeniyle, kişiler gelecekte karşılaşılabilecekleri herhangi bir sağlık maliyetiyle ilgili oluşacak riski sigorta şirketleri ile paylaşma yoluna gitmektedirler. ABD’deki özel sağlık sigorta sektörünün sağlık hizmetlerine olan sınırlı erişim sebebiyle büyük bir gelişme kaydettiği görülmektedir.

Gelişmiş ülkelerde özel sağlık sigortalarının rolü hastalık hizmetlerinin organizasyonlarına bağlıdır. Özel hastalık sigortası ile devlet sigortası arasında denge bakımından büyük farklar mevcuttur. Özel hastalık sigortasının birçok kez devlet sigortasına tamamlayıcı bir nitelik taşıdığı görülmektedir. Bazı ülkelerde ise Devlet sigortasının yerini aldığı ve devlet sigortalarının sağlamadığı veya üstü teminatları veren tamamlayıcı bir sigorta olarak görev yaptığı görülmektedir.

## 6.1. Özel Sağlık Sigortası Kavramı

Sağlık sigortasının ortaya çıkış nedeni, hastalanma veya kaza riskine ve bunun yaratacağı ekonomik sonuçlarına karşı bir önlem alma gereksinimidir. Tek kişinin karşılaştığı risk nedeniyle uğradığı zararı karşılaması, aynı risk altında olup henüz zarar görmemiş insanlar topluluğunun katılımıyla karşılanmasına göre daha zordur. Sigorta şirketleri burada aynı tehlike altında olan kişilerin varlıkları arasında denge sağlayan bir aracı kurum durumundadır.

Sağlık sigortası, birey ve grubun taşıdığı sağlık hizmetlerinin yüksek maliyetlerini karşılayamama riskini topluma veya diğer sigortalılara yayan bir uygulamadır (Tiryaki ve Tatar, 2000).

Sağlık sektörünün belirsizlik (risk), hastalık ve sakatlık hali ile ne zaman, nerede, nasıl karşılaşılacağına bilinmemesi ve sağlık hizmeti ihtiyacının doğduğu durumda bu hizmetlerin bedelinin kişilerin ekonomik güçlerini aşabilme olasılığı gibi kendine özgü özellikleri, kişilerde sağlık hizmeti gereksinimlerini güvenceye alma arzusunu doğurmuştur. Bu gereksinim, sağlık sigortasının temel gerekçesini oluşturmaktadır (Tiryaki ve Tatar, 2000).

Özel sağlık sigortalıların sağlık hizmetlerinden bürokratik engellere veya sıkışıklıklara takılmadan, kamu sigorta sistemlerine göre daha kolay yararlanabilmeleri, bu gereksinimi arttırmaktadır. Sigortanın temelinde yatan, bireyleri ve grupları olası zararlara karşı koruma amacıdır ve sigorta şirketleri bunu risk paylaşımı uygulaması ile yani bireyin ve grupların taşıdığı riskin tüm sigortalılara yayılması ile sağlamaktadır (Tiryaki ve Tatar, 2000).

Sigortacılık faaliyetlerinin amacı, sigortalanması mümkün olan risklerin meydana gelmesinden kaynaklanan zararların teminat altına alınarak maddi varlıkların kaybını önlemek, mali sorumlulukların karşılanmasını temin etmek, sigortalıya güvence ve koruma sağlamaktır (Tiryaki ve Tatar, 2000).

## **6.2. Özel Sağlık Sigorta Sisteminin İşleyişi**

Özel sağlık sigortasını, sigortalıların sigorta süresi içerisinde yaralanmaları veya hastalanmaları durumunda tedavi giderlerinin poliçede belirtilen şartlara göre karşılandığı bir sigorta türü olarak tanımlamak mümkündür. Ancak bazı durumlarda sağlık riskinin ve riske neden olan durumun sigorta süresi içerisinde oluştuğunun belirlenememesi, bu sigorta türünün kendine özgü güçlüklerinden biridir. Bireylerin tamamen sağlıklı olarak sigorta sistemine girmeleri beklenmemekte ya da sağlık sigortası yalnızca tamamen sağlıklı insanlara pazarlanmamaktadır. Bireyleri, yüksek tedavi gideri getirmeyeceği öngörülen kabul edilebilir hastalık ve şikâyetleri ile sigortalamak da mümkün olabilmektedir. Bireyler belirli rahatsızlık ve şikâyetlerini sigorta şirketine beyan etmekte, bu sağlık beyanında belirtilen ve büyük risk getirmediği düşünülen bazı mevcut hastalıklar için hiç bir kısıtlayıcı koşul konulmamaktadır. Risk getireceği öngörülen bazı hastalıklar için, hastalığın tedavisinin sigorta şirketine getireceği mali yüke göre, standart prime ek olarak ayrıca prim alınmaktadır (Ekener, 1995).

Birçok ülke (örneğin Polonya, Romanya, İspanya, Birleşik Krallık) kamu tarafından finanse edilen zorunlu sağlık sigortalarını destekleyen özel sağlık sigortası piyasalarına sahiptir. Destekleyici piyasalar hâlihazırda zorunlu sağlık sigortası sistemlerinin kapsam altına aldığı sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmakta ve kamu tarafından karşılanan muayenelerde görülen sıra beklemeleri ortadan kaldırmaktadır. Buna ek olarak özel sağlık

sigortasının daha önemli roller üstlendiği de görülmektedir. Örneğin, tamamlayıcı özel sağlık sigortaları, kamu tarafından finanse edilen zorunlu sağlık sigortalarında kapsam dışında tutulan bazı hizmetleri sunarken (Danimarka ve Hollanda örneklerinde olduğu gibi) kamu tarafından finanse edilen zorunlu sağlık sigorta kullanıcı masrafları ile ekstra doktor ödemelerini (Belçika ve Fransa örneklerinde olduğu gibi) karşılamaktadır. Zira tamamlayıcı özel sağlık sigortası piyasaları, kamu tarafından finanse edilen sağlık sigorta sisteminin kısmen karşıladığı veya hiç karşılamadığı sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmayı hedeflemektedir. Diğer bazı ülkelerde ise özel sağlık sigortaları, kamu tarafından finanse edilen zorunlu sağlık sigortalarından yararlanmaya ehil olmayan (Çek Cumhuriyeti) veya söz konusu sigortaya dâhil olmamayı tercih eden (Almanya) bireyler için alternatif bir sigorta niteliğindedir. Genel olarak özel sağlık sigortası piyasalarının destekleyici bir işleve sahip olduğu görülmektedir. Özellikle Belçika ve Hollanda'da zorunlu sağlık sigortalarının yaygınlaşmasıyla alternatif özel sağlık sigortası piyasalarının ortadan kalktığı görülmüştür. İrlanda piyasası ise zaman içerisinde alternatif özel sağlık sigortası sisteminden destekleyici ve tamamlayıcı özel sağlık sigortası sistemine geçmiştir. Destekleyici özel sağlık sigortası sisteminin uygulamaya konmasıyla Danimarka piyasasının da son beş yılda önemli bir büyüme kaydettiği görülmektedir (tsb.org.tr, erişim tarihi 2014).

## 7. SONUÇ

Sağlık sadece bireysel açıdan değil müreffeh bir toplum yapısının oluşması bakımından da önem arz etmektedir. Bundan dolayıdır ki sağlık hizmetleri günümüzde, bir ülkenin gelişmişlik düzeyini gösteren en önemli hizmetlerden sayılmaktadır. Sağlıklı bir toplumda işgücü performansı ve verimlilik artacağından buna paralel olarak ekonomik büyüme artacaktır. Bu aynı zamanda sabit sermaye yatırımlarının yanı sıra yabancı sermaye yatırımlarının da artması demek olacağından sağlık alanında uygulanan politikalar günümüzde önemini artırmaya başlamıştır.

Ekonomiye bu kadar doğrudan etki eden sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli sunulması ise izlenecek sağlık politikalarına bağlıdır. Bir ülkede uygulanan sağlık politikalarının belirlenmesinde o ülkenin sosyal ve kültürel seviyesi, GSMH ve ekonomik gelişmişlik düzeyi, nüfus dağılımı gibi doğrudan etkili olan nedenler dışında, küreselleşmeyle birlikte daha hızlı yayılan uluslararası siyasi ve ekonomik düşünceler, savaşlar, salgın hastalık gibi nedenler de dolaylı olarak etkili olmaktadır.

Sosyal güvenlik insanoğlunun doğumundan ölümüne kadar bütün hayatı boyunca kendini güvence altına almak isteğiyle geliştirdiği sosyal politikaların en geniş kapsamlı aracıdır. İktisadi olarak çok önemli araştırmalara konu olan sosyal güvenliğin en yaygın uygulama alanı sağlık hizmetlerinin finansmanında üstlendiği roldür. Sağlık hizmetlerinin finansmanındaki en belirleyici unsura uygulanacak olan sağlık politikalarıdır.

Genel olarak devletler tarafından kamusal hizmet olarak algılanan ve devlet tarafından sunulması gerekli bir hizmet olarak kabul edilen sağlık hizmetlerini organize eden sağlık politikaları da bu yönde şekillenmiştir.

Liberal akımların etkisi ve küreselleşmeyle birlikte özellikle 1980 sonrası dönemde kamu yönetiminde yaşanan değişimlere paralel olarak sağlık politikaları da kendine özgü özellikleriyle birlikte farklılaşmaya başlamıştır.

Bir ülkenin gelişmişlik düzeyini gösteren en önemli göstergelerden biri olarak kabul edilen sağlık harcamalarının varlığı, bu hizmetlerin finansmanını dolayısıyla da sigortacılığı beraberinde getirmektedir. Dünya sağlık sektöründe yaşanan rekabet koşulları ülkelerin sağlık sigorta sistemlerini şekillendirmektedir. Sağlık hizmetleri günümüzde halen bazı çevreler tarafından kamu hizmeti olarak kabul edilse de, bu hizmeti planlayan sağlık politikalarının finansman ayağında özel sigorta şirketleri de sisteme dâhil olmakta ve bir kaynak alternatifi oluşturmaktadır.

Gelişmiş ülkelerde, sağlık sigortalarının finansmanı Almanya’da uygulanan Bismark modeli, İngiltere’de uygulanan Beveridge modeli ve ABD’de uygulanan karma sistem olmak üzere başlıca üç tür uygulamaya dayanmaktadır. Bismark modeli, mesleki bir katılım oranına dayanmakta, işverenlerin ve ücretlilerin zorunlu katılım paylarından oluşmaktadır. Beveridge modelinde sağlık topluma sosyal koruma veren kamu tekeli şeklinde uygulanmaktadır. ABD’de görülen karma sistem modelinde ise sağlık sigortası zorunlu olmayıp, bütün vatandaşlar bir teminat içinde yer almamaktadır.



Sigortacılığın gelişmiş olduğu çeşitli ülkelerde politikalarına bağlı olarak özel sağlık sigortasının rolü de değişmektedir. Gelişmiş ülkelerde özel sağlık sigortası ile devlet sigortası arasında denge bakımından büyük farklar mevcuttur. Özel sağlık sigortası, çoğu kez devlet sigortasına tamamlayıcı bir nitelik taşımakla birlikte bazı ülkelerde ise devlet sigortasının yerini almaktadır. ABD’de sağlık harcamalarının neredeyse yarısı özel sağlık sigortaları tarafından sağlanmakta ve nüfusun yaklaşık %70’i devlet sigortasını tamamlayıcı veya onun yerine geçici bir şekilde hizmet veren özel sigortalardan faydalanmaktadır. Sağlık hizmetleri ve finansmanında devletin oldukça ağırlıkta olduğu İngiltere, İsveç gibi ülkelerde ise özel sigortaların payı yaklaşık yüzde 10 gibi düşük bir orandadır. Türkiye, Kore gibi ülkelerde ise özel sigortalar ikinci derecede kalmaktadır.

Finansman anlamında devlet sigortalarını tamamlayıcı özellik taşımasıyla beraber özel sağlık sigortasının uygulandığı ülkelerde yoksulların sağlık hizmetlerinden tam anlamıyla yararlanamadığı da söylenebilir. Tamamen özel sigortaya bağlı politikaların uygulandığı ülkelerde sistemin zahmetini yoksullar çekmektedir. Zenginler daha fazla para vererek sağlık hizmetleri alırken, yoksullar hastanenin yakınından bile geçemiyor. Bu durum en temel insan hakkı olan sağlık hakkının her insana eşit şekilde sağlanması konusunda ayrımcılık meydana getirmekte ve sosyal adalet kavramını zedelemektedir. Örneğin özel sigorta sistemini uygulayan ABD’de yaşlılar, sağlık sorunları olanlar, kronik hastalığı olanlar, sakatlar ve yoksullar sigorta kapsamına alınmamaktadır. Devlet bu kesimlerin sigortalanmasını şart koştuğunda sigorta şirketlerinin piyasadan çekilerek ya da müşterilerin primlerini hesaplamak için çeşitli genetik testlere tabi tutmak gibi girişimlerde bulunarak sistemi daha da içinden çıkılmaz bir hale getirmektedir. Tüm bunlar kişi başına düşen sağlık harcaması en yüksek olan ülke olmasına rağmen ABD’nin gelişmiş ülkeler içinde sağlık yönünden en geri kalmış ülkeler arasına sokmaktadır.

Sağlık hizmetleri özel sektöre emanet edilemeyecek kadar önemli olması ve kamu malı olmasına rağmen büyük bir ticari ve ekonomik işleyişinde olduğu bir sektör haline gelmiştir. Bu nedenledir ki kamu ve özel sektör arasında sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı bakımından meydana gelecek rekabet sağlık alanındaki hizmet kalitesini yükseltecektir.

Devletlerin kaynaklarının boşa harcanmaması, sağlık alanında bir rekabetin meydana getirilerek alternatif finans kaynağı oluşturmak ve sağlık hizmet sunumunu iyileştirmek bakımından, sosyal adalet kavramını zedelemeyecek şekilde, özel sigorta sistemlerinin devlet sağlık politikalarını tamamlayıcı unsur olarak yer aldığı sağlık sistemlerinin oluşturulmasının uygun olacağı değerlendirilmektedir.

## **Kaynakça**

- Abel S.B., Poverty, Development and Health Policy. Public Health Papers 69, WHO, Geneva, 1978.
- Abel-Smith B., (1994) An introduction To Health. Policy, Planning and Financing Longman Group Limited, New York.
- Akalın Ş.A., Türkçe Sözlük, II. Baskı Atatürk Kültür Dil ve Tarih yüksek Kurumu Yayınları: 549, Ankara 2011.
- Akdağ R., Türkiye Sağlıkta Dönüşüm 2008 İlerleme Raporu, Sağlık Bakanlığı Yayın No:749, Ankara, 2009.
- Akdoğan A., Kamu Maliyesi, Gazi Üniversitesi Yayın No: 67 Ankara, 1985.
- Adur R., Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslanması, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara,2000.
- Aktan C.C., Müdahaleci Devletten Sınırlı Devlete, Yeni Türkiye Yayınları, Ankara, 1999.
- Alper Y., Türkiye’de Sosyal Güvenlik ve Sosyal Sigortalar,İstanbul,2003.
- Arık Ö., Avrupa Birliğine Giriş Sürecinde Türkiye’ de Özel Sağlık Sigortalarının Durumu ve Avrupa Birliği’ ndeki Özel Sağlık Sigortası Uygulamaları ile Bir Karşılaştırma, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2010.
- Arrow K. J., Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, American Economic Review, Volume 53, No:5, 1963.
- Aslan Y., TBMM Hükümeti Kuruluşu, Evreleri, Yetki ve Sorumluluğu (23 Nisan 1920- 30 Ekim 1923), Yeni Türkiye Yayınları, Ankara, 2001.

- Atabey S.E., Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası,2012.
- Batırel Ö.F., Sağlık Hizmetleri ve Devlet Politikası, MÜİİBFD, cilt 3, sayı 3, 1986, s: 171-180.
- Belek, İ., Sosyal Devletin Krizi ve Sağlıkın Ekonomi Politikası, Sorun Yayınları, İstanbul, 1994.
- Besim Ş., Sağlık Ekonomisi-Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Maliyet Kavramı Sağlık Hizmetleri Kavramı,Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel SayısıCilt:2, Sayı: 40, 2001.
- Besley, T., Hall, J. and Preston, I., The Demand for Private Health Insurance: Do Waiting Lists Matter?Journal of Public Economics, 72(1999), s:156.
- Çelik Y., Sağlık Ekonomisi, Siyasal Kitabevi, 2013.
- Dirican M. R., İsveç Sağlık Hizmetleri Sistemi, Toplum ve Hekim, Cilt 9, Sayı 64-65, Kasım 1994- Şubat 1995
- Donalson C., And Gerard K., The Visible Hand: The Economics of Health Care Financing, McMillan: London, 1992.
- Ergör A., Kanada Sağlık Sistemi, Toplum ve Hekim, Cilt9, Sayı 64-65, Kasım 1994- Şubat 1995 ss. 39-40.
- Erkan H., Sosyal Piyasa Ekonomisi-Ekonomik Sistem ve Piyasa Ekonomisine İşlerlik Kazandırılması, İzmir: Silm Ofset, 1987.
- Ekener H., Sigortacılıkta Tıp, Generali Sigorta A.Ş. Yayınları, Yayın No:2, İstanbul, 1995.
- Ewans Robert G. end Maureen M. Law, "The Canadian Health Care System: Where Are we and HowDid We Get Here", An International Assessment of Health Care

Financing, Lessons for Developing Countries (edited by David W. Dunlop and Jo. M. Martins), The World Bank Washington, 1996, s:83.

Fişek N.H., Sağlık Alanında Sigortacılık, Ankara Tabip Odası Bülteni, Sayı:13-14, Ekim-Kasım,1976.

Fişek N.H., (1985) Halk Sağlığına Giriş, Hacettepe Üniversitesi-DSÖ Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi, Yayın No: 2, Ankara.

Fuchs V. R., The Health Economy, Harvard University Press, Cambridge Massachusetts and London, USA, 1986.

Hansluwka, H.E., 1985, "Measuring the Health of Populations, Indicators and Interpretations", Social Science and Medicine, Vol.20, N.12, p.1207-1224.

Hayran O., Sağlık Hizmetleri El Kitabı, Yüce Yayınları, ss. 48-50, 1998.

Kaya M., Bankacılık ve Sigortacılık, Murat Açık Öğretim Yayınları, Ankara 1999, s:15-16.

Keyder Ç., Üstündağ N., Ağartan T. ve Yoltar Ç., Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları, İletişim Yayıncılık, 2013.

Kongar B., Sağlık Sigortaları, Türkiye Sosyal, ekonomik ve Siyasal Araştırmalar Vakfı,1989.

Kurtulmuş S., Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi, Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul,1998.

Lee, K. and Goodman, H., (2002), "Global Policy Networks: The Propagation of Health Care Financing Reform Since the 1980s", Lee, K., Buse, K., Fustukian, S., (eds.), Health Policy in a Globalising World içinde, s.97-119, Cambridge University Press.

- Mach E.P., The Financing of Health Systems in Developing Countries: Discussion Paper, Social Science and Medicine. Vol12:7-11,1978.
- Murray C., ve Frenk J.(1999) A. WHO Framework for Health System Performance Assessment. Evidence and Information for policy. GPE Discussion Paper Series No:6, EIP/GPE/EQC, WHO Geneva.
- Murray C.J.L., and Frenk J. A Framework for Assessing the Performance of Health Systems. Bulletin of the World Health Organization, 2000,78 (6): 717-728.
- Mutlu A. ve Işık A.K., Sağlık Ekonomisi ve Politikaları, M.Ü. Maliye Araştırma ve Uygulama Merkezi, Yayın No: 14, 2002.
- Mutlu A. ve Işık A.K., Sağlık Ekonomisine Giriş 2012.
- Newbrander W et al., Developing Countries Health Expenditure Information: What Exists and What is Needed?. Health Policy and Planning, 9 (4),pp. 396-4.8,1994.
- Orhaner E., Türkiye’de Sağlık Sigortası, Siyasal Kitabevi, 2014.
- Orhaner E., Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası. Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi, Yıl: 2006, Sayı: 1.
- Orhaner E., Kamu Maliyesi, Siyasal Kitabevi, 2007.
- Orhan G., Açıklamalı Sigorta ve Reasürans Terimleri Sözlüğü, İstanbul 1995.
- Öçal T., Mikro İktisat, Ankara, Savaş Yayınları, Mayıs, 2005.
- Özlü, T., Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Kılavuzu, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, Haziran 2007.

- Raffael M.W., The US Health System: Orgins and Functions, Third Edition, DelmarPublishers, New York, USA., 1998
- Roemer ,M.I., Natonel Health Systems of the World. Volume One: The Countries. New York. Oxford Üniversity Press,1991.
- Saltık A., Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar, Toplum ve Hekim Dergisi, Cilt 10, Sayı 68, Temmuz-Ağustos 1995.
- Saracci, R., (1997) "The World Health Organisation Needs to Reconsider Its Definition of Health", British Medical Journal, 314:1409 10 May.
- Sargutan A.E., Türk Sağlık Hizmetleri Yapı ve Ürünlerinin İyileştirilmesi, Sağlık-İş Sendikası Yayını 1993.
- Sargutan A.E., Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi Cilt: 8, Sayı: 3 2005.
- Sargutan A.E., Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara,2006.
- Savaş S., Sağlık Sistemlerinde Dönüşüm Süreci, Kılıçaslan Matbaacılık, Ankara, 2002.
- Schieber G. and Akiko M., Health Care Financing and Delivery in Developing Countries,Health Affairs May/June 1999, s:193.
- Şahin B., Hastane Endüstrisinde Değişen Sınırlar: Avrupa Ülkelerinde Yaşanan SonYirmi Yıllık Süre, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:7, Sayı:1, Ankara, 2004.
- Tanaka S., Japan in : Advances in Health Economics and Health Services Research.Supplement I,Comparative Health Systems, JA1 Pres Inc., 1990, s:169-170.

- Tatar M., Teorik Boyutlarıyla Genel Sağlık Sigortası ve Türk Sağlık Yöneticilerine Öneriler, I.Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, 4-7 Mayıs 1994.
- Tatar M., Teorik Boyutlarıyla Genel Sağlık Sigortası ve Türk Sağlık Yöneticilerine Öneriler, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, 1995.
- Tatar F., Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları, Toplum ve Hekim. Cilt 11, Sayı: 72, Mart-Nisan 1996.
- Tatar, M., Sağlık Politikası Ve Politika Belirleme Süreci : Teori Ve Türk Sağlık Politikalarına Genel Bir Bakış, içinde Aktan, C.C. ve Saran U. (eds), Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi, Sağlıkta Umut Vakfı, Ankara 2007.
- Tiryaki D., Tatar M., Sağlık Sigortası: Teori ve Uygulama, Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt 5, Sayı: 1., 2000.
- Tokat M., Türkiye' de Sağlık Harcamaları ve Finansmanı, 1998.
- Toker S.O., Orta Doğu 'da Sağlık Hizmetlerine Değişik Bir Yaklaşım; İsrail Örneği, Toplum ve Hekim Dergisi, Cilt 9, Sayı: 64-65. 1995.
- Toprak İ., Sağlık İhtiyacı ve Hastalık Sigortası, Doçentlik Tezi, Erzurum, 1982.
- Tsuda T., Hıdeyasu and Froom, A., "Primary Health Care in Japan and the United States" in: Social Science and Medicine, Volume 38, No:4, February 1994, s:489-94.
- Who, Health 21: The Health For All Policy Framework for the WHO European Region. European Health For All Series No:6, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1999.
- Who (2000a), The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance, Geneva.



Yalçın T., Yıldırım H.H., Sağlık Hizmetleri Finansmanı, Yeni Türkiye Dergisi, Sağlık Özel Sayı, No:40,2001.

Yaşar Y.G., Sağlıkın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri ABD, Doktora Tezi, (2007).

Yıldırım H.H., Tarcan M., Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri:Türkiye İçin Çıkarılacak Dersler,Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi, 20-21 Mayıs 2000,Ankara.

Yıldırım H.H., Yıldırım T., Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Türkiye,2011.

Yıldırım H.H.,Yıldırım T., Akbulut Y., Sağlık Sigortacılığı,T.C. Anadolu Üniversitesi Yayın No: 2527, Açıköğretim Fakültesi Yayın No:1498,2012.

Yıldız Z., Sağlık Hizmetleri Piyasasının Nitelikleri ve Kamu Ekonomisi İçindeki Yeri, Verimlilik Dergisi, MPM Yayını, Sayı 4, 1996.

### **İnternet Kaynakları**

Aktan C.C. ve Işık A.K., Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler,[www.canaktan.org/ekonomi/saglik](http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik) (Erişim tarihi 08.11.2014).

Bekir M., "Türkiye'nin Sağlık Sorunları-Cumhuriyet Döneminde Sağlık Politikaları [www.un.org.tr](http://www.un.org.tr) (Erişim tarihi 03.12.2014).

Çiftçi H.İ., Çeşitli Ülkelerde Sağlık Sistemleri ve Finansmanı, [www.tusad.net](http://www.tusad.net) (Erişim tarihi:14.11.2014).

Öztek Z., Türkiye' de Ulusal Sağlık Politikasının Gelişimi [www.un.org.tr](http://www.un.org.tr) (Erişim tarihi 10.11.2014).

Walt G., Walt, G. (1994) Health Policy: An Introduction to Process and Power. [www.hpsa-africa.org](http://www.hpsa-africa.org) (Erişim Tarihi: 15.11.2014)

Yıldırım H.H., Sağlıkta Dönüşüm Programı: Sağlık Hizmetleri Finansmanı Açısından Bir Sorgulama, www.saglikyonetimi.org. (Erişim tarihi 04.05.2011).

[http:// www.ttb.org.tr/n\\_fisek/kitap-1/28.html](http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap-1/28.html). (Erişim tarihi 01.11.2014).

<http://www.tsb.org.tr/images/documantes/05PHIreport.doc> (Erişimtarihi 17.11.2014).