

**T. C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
İŞLETME ENSTİTÜSÜ**

**TÜRK SAĞLIK FİNANSMAN SİSTEMİNİN MEVCUT
DURUMU NEDİR VE NASIL GELİŞTİRİLEBİLİR?
SEKTÖR AKTÖRLERİ ÜZERİNE BİR ÇALIŞMA**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ebrar ULUSINAN

Enstitü Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT

HAZİRAN – 2021

Ebrar Ulusinan tarafından hazırlanan “Türk Sağlık Finansman Sisteminin Mevcut Durumu Nedir ve Nasıl Geliştirilebilir? Sektör Aktörleri Üzerine Bir Çalışma” başlıklı bu tez, 07/06/2021 tarihinde Sakarya Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yapılan Tez Savunma Sınavı sonucunda başarılı bulunarak, jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Prof. Dr. Mahmut Akbolat

Sakarya Üniversitesi

Jüri Üyeleri: Dr. Öğretim Üyesi Mustafa Yıldırım

Sakarya Üniversitesi

Doç. Dr. İnci Erdoğan Tarakçı

Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi

 SAKARYA ÜNİVERSİTESİ	T.C.		Sayfa : 1/1
	SAKARYA ÜNİVERSİTESİ		
	İŞLETME ENSTİTÜSÜ		
	TEZ SAVUNULABİLİRLİK VE ORJİNALLİK BEYAN FORMU		
Öğrencinin			
Adı Soyadı	:	Ebrar ULUSINAN	
Öğrenci Numarası	:	Y189047002	
Enstitü Anabilim Dalı	:	İşletme	
Enstitü Bilim Dalı	:	Sağlık Yönetimi	
Programı	:	☒ YÜKSEK LİSANS	☐ DOKTORA
Tezin Başlığı	:	Türk Sağlık Finansman Sisteminin Mevcut Durumu Nedir ve Nasıl Geliştirilebilir? Sektör Aktörleri Üzerine Bir Çalışma	
Benzerlik Oranı	:	%7	
İŞLETME ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE,			
☒ Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen tez çalışmasının benzerlik oranının herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi beyan ederim.			
			25/05/2021 İmza
☒ Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen öğrenciye ait tez çalışması ile ilgili gerekli düzenleme tarafımda yapılmış olup, yeniden değerlendirilmek üzere@sakarya.edu.tr adresine yüklenmiştir.			
Bilgilerinize arz ederim.			
			.././2021 İmza
Uygundur			
Danışman Unvanı / Adı-Soyadı: Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT Tarih: 25.05.2021 İmza:			
☐ KABUL EDİLMİŞTİR ☐ REDDEDİLMİŞTİR EYK Tarih ve No:			Enstitü Birim Sorumlusu Onayı

ÖNSÖZ

Yüksek lisans öğrenciliğimde tanışma şansı yakaladığım, öğrenciliğim boyunca akademik birikimiyle, yorumlarıyla ve yapıcı eleştirileriyle destek olan sayın danışmanın Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT'a sonsuz teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım. Nitel araştırma konusunda ki kıymetli tecrübelerini benimle paylaşarak çalışmama büyük katkı sağlayan Arş. Gör. Mustafa AMARAT hocam başta olmak üzere Arş. Gör. Ayhan DURMUŞ ve Arş. Gör. Dr. Özgün ÜNAL hocalarıma teşekkürü bir borç bilirim.

Yüksek lisans eğitimim boyunca desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen babam Şevket ULUSİNAN'a, dualarını ve desteğini her zaman yanımda hissettiğim annem Naziye ŞANLI' ya ve daima yanımda olan kardeşlerim Hanne ULUSİNAN, Gülşen AYGÜN ve Gülşah AKÇAY'a sonsuz minnetlerimi sunarım. Akademik hayatımın her alanında ve tez yazım süreci boyunca yanımda olup sabır gösteren ve motive eden Dr. Öğr. Üyesi Burakhan ÇUBUKÇU'ya sevgilerimi ve sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Son olarak burada ismini sayamadığım bugüne kadar bana değer katmış bütün öğretmenlerimin ve arkadaşlarımin her birisine ayrı ayrı teşekkürlerimi sunarım.

Ebrar ULUSİNAN

07/06/2021

İÇİNDEKİLER

TABLO LİSTESİ.....	v
ŞEKİL LİSTESİ.....	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT.....	viii

GİRİŞ.....	1
------------	---

BÖLÜM 1: SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANI	5
--	----------

1.1. Sağlık Finansmanı Kavramı.....	5
1.2. Sağlık Finansmanının İşlevleri	6
1.3. Sağlık Finansmanının Amaçları.....	8
1.3.1. Hakkaniyet.....	9
1.3.2. Erişim.....	11
1.3.3. Verimlilik.....	13
1.3.4. Sürdürülebilirlik.....	14
1.4. Sağlık Hizmetleri Finansman Yöntemleri	16
1.4.1. Vergi Tabanlı Finansman Sistemi	17
1.4.1.1. Vergi Tabanlı Finansman Sistemini Uygulayan Ülke Örnekleri	19
1.4.2. Sosyal Sağlık Sigortası	22
1.4.2.1. Sosyal Sağlık Sigortasını Uygulayan Ülke Örnekleri	24
1.4.3. Özel Sağlık Sigortası	27
1.4.3.1. Sosyal Sağlık Sigortası ve Özel Sağlık Sigortası Arasındaki Farklar	30
1.4.3.2. Özel Sağlık Sigortası Sistemini Uygulayan Ülke Örnekleri	31
1.4.4. Cepten Ödemeler	32
1.4.5. Tıbbi Tasarruf Hesapları.....	35
1.4.6. Kamu Özel Ortaklığı Finansman Modeli	37

BÖLÜM 2: SAĞLIK HİZMETLERİNDE GERİ ÖDEME YÖNTEMLERİ	39
--	-----------

2.1. Program ve Genel Bütçe ile Ödeme	41
---	----

2.2. Hizmet Başına Ödeme	43
2.3. Gün Başına Ödeme	45
2.4. Vaka Başına Ödeme.....	46
2.5. Kişi Başına Ödeme	48

BÖLÜM 3: TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANI VE GERİ ÖDEME YÖNTEMLERİ

50

3.1. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı.....	50
3.1.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi.....	50
3.1.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası.....	51
3.2. Türkiye Sağlık Hizmetlerinde Geri Ödeme Yöntemleri.....	56

BÖLÜM 4: ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

59

4.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi	59
4.2. Nitel Yöntemin Gerekliği	59
4.3. Araştırma Sorusu	61
4.4. Örneklem Seçimi	61
4.5. Veri Toplama Süreci.....	62
4.6. Verilerin Analizi	63
4.7. Geçerlilik-Güvenirlilik.....	63

BÖLÜM 5: BULGULAR

65

5.1. Güçlü Yönler.....	67
5.1.1. Erişim.....	68
5.1.2. Hakkaniyet.....	69
5.1.3. Devletin Üstlenici Rolü	70
5.1.4. Geri Ödeme Yöntemleri	71
5.1.5. Katkı Paylarının Düşük Olması	71
5.2. Zayıf Yönler.....	72

5.2.1. Geri Ödeme Yöntemleri	73
5.2.2. Sürdürülebilirlik.....	76
5.2.3. Hakkaniyetsizlik	77
5.2.4. Vatandaşın Sorumluluk Almaması	78
5.2.5. Sevk Zinciri	79
5.2.6. Uluslararası Tedarik.....	80
5.2.7. Toplanan Fon	81
5.2.8. Erişim.....	83
5.2.9. Koruyucu Hekimliğe Önem Verilmemesi	84
5.3 Geliştirilebilecek Yönler	85
5.3.1. Fonun Arttırılması	85
5.3.2. Özel Sigorta İle İlgili Düzenlemeler.....	87
5.3.3. Geri Ödeme Yöntemleri	88
5.3.4. Bilincin Arttırılması.....	89
5.3.5. Özele Yer Verilmesi	91
5.3.6. Yerli Üretim.....	92
5.3.7. Sevk Zinciri	93
5.3.8. Koruyucu Hekimlik	94
TARTIŞMA VE SONUÇ	96
EKLER	126
ÖZGEÇMİŞ	138

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
BAĞ-KUR	: Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
CCG	: Clinical Commissioning Groups (Klinik Görevlendirme Grupları)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ES	: Emekli Sandığı
GKV	: Gesetzliche Krankenversicherung (Yasal Sağlık Sigortası)
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
GSYİH	: Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
KÖÖ	: Kamu Özel Ortaklıkları
NHS	: National Health Service (Ulusal Sağlık Hizmeti)
NIS	: National Insurance Services (Ulusal Sigorta Hizmetleri)
OECD	: Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü)
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
SSN	: Servizio Sanitario Nazionale (Ulusal Sağlık Sistemi)
SUT	: Sağlık Uygulama Tebliği
TİG	: Teşhis İlişkili Gruplar
TSH	: Toplam Sağlık Harcaması
WLZ	: Wet Langdurige Zorg (Uzun Süreli Bakım Yasası)
ZVW	: Zorgverzekeringswet (Sağlık Sigortası Yasası)

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Katılımcılara Ait Demografik Bilgiler.....	65
Tablo 2: Temalara Görüş Bildiren Katılımcı Sayısı ve Referans Sayısı.....	67



ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Sağlık Hizmetleri Üçgeni	5
Şekil 2: Sağlık Finansmanının İşlevleri ve Toplum İlişkisi.....	8
Şekil 3: Türkiye Sağlık Sisteminde Finansal Akış	54
Şekil 4: OECD Ülkelerinin Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Oranı, 2018 (veya En Yakın Yıl)	55
Şekil 5: OECD Ülkelerinin Toplam Sağlık Harcamaları İçinde Kamunun Oranı, 2017 (veya En Yakın Yıl)	55
Şekil 6: Finansman Türüne Göre Sağlık Harcamaları, 2017 (veya En Yakın Yıl)	56
Şekil 7: Mülakatlardan Elde Edilen Temalar ve Kategoriler.....	66
Şekil 8: “Güçlü Yönler” Temasına Ait Kategoriler.....	68
Şekil 9: Hane Halkı Cepten Sağlık Harcamasının Toplam Sağlık Harcamasına Yüzdesel Oranı (2018).....	72
Şekil 10: “Zayıf Yönler” Temasına Ait Kategoriler.....	73
Şekil 11: Yıllara ve Hizmet Kapsamına Göre Hekime Müracaat Sayısının Oranı, (%), Tüm Sektörler	84
Şekil 12: “Geliştirilebilecek Yönler” Temasına Ait Kategoriler.....	85

Tezin Başlığı: Türk Sağlık Finansman Sisteminin Mevcut Durumu Nedir ve Nasıl Geliştirilebilir? Sektör Aktörleri Üzerine Bir Çalışma

Tezin Yazarı: Ebrar ULUSİKAN

Danışman: Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT

Kabul Tarihi: 07.06.2021

Sayfa Sayısı: viii (ön kısım) + 125(tez) + 13(ek)

Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi

Toplumsal sağlık düzeyini geliştirmek için ihtiyaçlar sonsuz kaynaklar kıttır. Bu durum kaynakların etkili, verimli, hakkaniyete uygun ve sürdürülebilir bir şekilde toplanması, havuzlanması ve hizmet sunucularına tahsis edilmesi için sürekli yeni arayışları gerektirmektedir. Bu doğrultuda yapılan çalışmanın amacı; Türk sağlık finansman sisteminin güçlü ve zayıf yönlerine ilişkin paydaş görüşlerini almak, paydaş görüşlerinden yararlanarak geliştirilmesi gereken alanları belirlemek ve bu alanların geliştirilmesine yönelik öneriler sunmaktır.

Çalışmada sektörde rol alan aktörlerin görüşlerini daha derinlemesine elde etmek amacıyla nitel araştırma yöntemlerinden yararlanılmıştır. Veri toplama aracı olarak literatürden de faydalanılarak oluşturulan yarı yapılandırılmış mülakat formu kullanılmıştır. Elde edilen veriler Nvivo programı yardımı ile içerik analizine tabi tutulmuştur. Yapılan analiz neticesinde, ‘güçlü yönler’, ‘zayıf yönler’ ve ‘geliştirilebilecek yönler’ olmak üzere toplam 3 tema ve 22 kategori oluşturulmuştur. Çalışmanın bulgularına bakıldığında, sistemin güçlü yönleri temasında en çok vurgulanan kategoriler; *erişim* ve *hakkaniyet* olmuştur. Sistemin zayıf yönleri altında *ödeme yöntemleri* ve *sürdürülebilirlik* en fazla üzerinde görüş bildirilen konulardır. Sisteme yönelik sunulan önerilerin yer aldığı geliştirilebilecek yönler temasında en çok üzerinde durulan kategoriler; *toplanan fonun arttırılması (katkı payları, prim ödemeleri, kayıt dışılık)*, *özel sigorta ile ilgili düzenlemeler*, *geri ödeme yöntemlerine yönelik düzenlemeler* ve *vatandaş bilincinin arttırılması* olmuştur.

Elde edilen temalara bakıldığında bazı ortak ifadelerin farklı temalar altında yer aldığı görülmektedir. Bu durum sistemin bir taraftan erişim ve hakkaniyet gibi konularda üstünlük sağlamasına karşılık diğer taraftan erişimi aşırı düzeyde kolaylaştırmanın ileride sürdürülebilirlik sorunları yaşanmasına sebep olabileceği öngörüsünden kaynaklanmaktadır.

Çalışmada güçlü ve zayıf yönlerin her ikisinde de yer alan kategoriler olmakla birlikte, zayıf yönlerin geliştirilmesine yönelik sonuçlar öne çıkmaktadır. Bu sonuçlara göre, Türkiye’de sağlık hizmetleri finansman sisteminin zayıf yönlerinin ortadan kaldırılması için katkı paylarının arttırılması, SGK prim ödemelerinin arttırılması, kayıt dışı istihdamın önüne geçilmesi, sevk zincirinin geliştirilmesi, koruyucu hekimliğin geliştirilmesi, vatandaşların sağlık hizmetlerinin kullanımına yönelik bilinçlendirilmesi ve biyomedikal üretimde yerli üretimin arttırılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Türk Sağlık Finansman Sistemi, Sürdürülebilirlik, Hakkaniyet, Erişim, Verimlilik

Title of the Thesis: What is the Current Situation of the Turkish Health Financing System and How Can It Be Improved? A Study on Sector Actors	
Author: Ebrar ULUSINAN	Supervisor: Proffesor Dr. Mahmut AKBOLAT
Date: 07.06.2021	NP: viii (pre text) + 125 (main body) + 13(App.)
Department: Health Management	
The needs are unlimited and resources are scarce in order to improve the health status of the population. This requires constant new research for the collection, pooling and allocatin of resources to service providers in an effective, productive, fair and sustainable manner. The aim of the study conducted in this direction is; to obtain stakeholder views on the strengths and weaknesses of the Turkish health financing system, to determine the areas that need to be improved by using stakeholder views, and to offer suggestions for the development of these areas. In the study, qualitative research methods were used in order to obtain more in-depth the views of the actors in the sector. As a data collection tool, a semi-structured interview form developed from the literature was used. The data obtained has been analysed with the help of the Nvivo programme. As a result of the analysis, 3 themes and 22 categories were created as "strengths", "weaknesses" and "aspects that can be improved". When looking at the findings of the study, the most emphasized categories in the theme of strengths of the system are; there has been <i>access</i> and <i>fairness</i>. Under the weaknesses of the system, <i>payment methods</i> and <i>sustainability</i> are the issues that are mostly commented on. The most emphasized categories in the theme of directions for improvement, which includes suggestions for the system; <i>increasing the collected fund (contributions, premium payments and informality)</i>, <i>regulations related to private insurance</i>, <i>regulations on repayment methods</i>, and <i>increasing citizen awareness</i>. Looking at the resulting themes, we see that some common expressions take place under different themes. This situation stems from the foresight that while the system has superiority in issues such as access and equity, on the other hand, facilitating access at an excessive level may lead to sustainability problems in the future. Although there are categories in both strengths and weaknesses in the study, results for the development of weaknesses stand out. According to these results, in order to eliminate the weaknesses of the health services financing system in Turkey, increasing the contributions, increasing the social security premium payments, preventing unregistered employment, improving the referral chain, developing preventive medicine, raising awareness of the citizens about the use of health services and biomedical production it is recommended to increase.	
Keywords: Turkish Health Financing System, Sustainability, Fairness, Access, Productivity	

GİRİŞ

Toplumların, ülkelerin ve hatta uluslararası kuruluşların daha iyiye ulaşmak amacıyla devamlı tartışmalar sürdürdüğü ve politikalar geliştirdiği konuların başında sağlıklı bir toplum oluşturmak gelmektedir. Nitekim hangi siyasi ya da ideolojik bakış açısına sahip olunursa olunsun ülkelerin sahip oldukları vizyona erişmeleri, refahlarını sürdürmeleri ve daha iyiye hedeflemeleri sağlıklı birey ve toplumlardan geçmektedir (Akyürek, 2012: 125). Sağlıklı toplumlara ulaşmak için sonsuz olan sağlık ihtiyaçlarına karşın sağlık hizmetlerine ayrılan kaynaklar daima kısıtlı olma özelliğine sahiptir. Bu finansal kısıtlılar hükümetleri kaynakları olabildiğince etkili, verimli, hakkaniyete uygun ve sürdürülebilir bir şekilde tahsis etmeye ve kullanmaya itmektedir (Munir, 2018: 1). Bu sebeple sağlık sisteminin etkin şekilde yürütülmesi için yeterli kaynağın bir araya getirilmesi ve bu kaynakların kullanım şekli son derece önem arz etmektedir (WHO, 2010: 41). Yalnızca düşük gelirli ülkelerde değil; dünyanın her yerinde politika yapımcılar, sağlık hizmetlerinin finansmanını, fonların toplanma şeklini, toplanan fonların nasıl havuzladığını ve hizmet sunucularına nasıl ödeme yapıldığını sürekli takip etmektedir. Ülkeler arasında hedefler farklılık gösterse dahi ortak endişe sağlık hizmetlerinin sunumu için fon yaratmak, maliyetleri düşürmek, verimliliği arttırmak, mali riskleri azaltmak ve insanların ihtiyaç duyduğu hizmetleri almalarına engel oluşturmayacak bir bakım maliyetine sahip olmaktır. Bu işlevlerin dizayn edilme biçimi sağlık finansmanın etkinliğini ve hakkaniyetini belirlemektedir (WHO, 2005: 1).

Finansman ve sunum yöntemlerinden hangisi tercih edilirse edilsin her ülkede en önemli amaç; sağlık hizmetlerinin hakkaniyetli ve verimli bir şekilde kabul edilebilir bir erişim düzeyinde hizmet sunmasıdır. Çünkü sağlık hizmetlerinin finanse ediliş biçimi ve finansman için gerekli fonun nasıl toplandığı sağlık hizmetlerinin kapasitesinin, erişiminin, verimliliğinin ve hakkaniyetinin temel belirleyicisidir (Tatar, 2011: 104).

Sağlık hizmetleri finansman yöntemleri temel olarak; vergilerle finansman, sosyal sağlık sigortası, özel sağlık sigortası ve cepten yapılan ödemeler olarak ele alınmaktadır. Vergiler ile finansman yönteminde kaynaklar, vatandaşlardan çeşitli zorunlu katkılar yoluyla toplanır ve bir havuzda birikir, daha sonra bu gelir devletin uyguladığı karar mekanizmaları ile çeşitli sektörlerle dağıtılarak kullanımı sağlanır (Tatar, 2011: 111). Sosyal sağlık sigortasında çalışan ve işveren katkılarıyla finanse edilen kamu tarafından zorunlu kılınan primler ile finansman söz konusudur (Schieber vd., 2006: 226). Sosyal

sağlık sigortasında; çalışan, işveren ve devlet bütünlüğü vardır (Şahin, 2018: 9). Özel sağlık sigortası, aynı türdeki tehlikelerle karşılaşma ihtimali olan kişilerin, belirli oranlarda para ödemesi ile toplanan tutarın, yalnızca bahsi geçen tehlikenin yaşanması halinde zarara uğrayanların zararlarını karşılamak için kullanılan risk paylaşım sistemidir (TSB, 2013). Hiçbir sağlık sisteminde vergi veya sigorta primleri ile toplanan fonlardan sağlık hizmetlerinin maliyetinin tamamı karşılanamamaktadır. Bu durumda cepten ödemeler söz konusu olmaktadır. Cepten ödemeler ya doğrudan hizmet giderlerinin karşılanması ya da katkı payları şeklinde gerçekleşmektedir. Burada üzerinde durulması gereken önemli bir konu, alınan katkı paylarının bireylerin sağlık bakımına erişimini azaltacak düzeyde yüksek olmamasıdır (WHO, 2005: 2).

Her finansman kaynağı kendine has avantaj ve dezavantajları barındırmaktadır. Bir ülkenin seçmiş olduğu finansman yöntemi, o ülkenin sağlık ve refah durumunun ana göstergesi olmakla birlikte bir ülkede çok iyi yürütülen bir finansman yöntemi başka bir ülkede beklenen faydayı sağlamayabilir. Bunun sebebi her ülkenin kendine özgü sosyo-ekonomik, kültürel ve politik değişkenlerinin olmasıdır (İstanbuloğlu, Güleç ve Oğur, 2010: 86; Yalçın ve Yıldırım, 2001: 1642). Sağlık hizmetlerine etkin erişim, yalnızca sağlık için daha fazla kaynak üretmekle bitmemekte aynı zamanda kaynakların verimli ve hakkaniyetli kullanımı da önem arz etmektedir (Sparkes vd., 2019: 184). Bu bağlamda fonların toplanması ve havuzlanmasının yanı sıra dağıtımı da yani sağlık hizmetleri sunucularına yapılan geri ödeme yöntemleri de büyük öneme sahiptir.

Paranın devletten, sigorta şirketinden veya diğer fon sahibinden sağlık hizmeti sunucuna transferi olan geri ödeme yöntemleri (Maceira, 1998: 1), bir taraftan sağlık hizmet sunucularının finansman yöntemini belirlerken diğer taraftan da sağlık harcamalarının kontrolünü sağlamaktadır. Bu bağlamda geri ödeme yönteminin hizmet maliyetini azami ölçüde verimle sağlayabilecek, kaliteli ve maliyet etkin bir yöntem olmasına ihtiyaç duyulmaktadır (Arık ve İleri, 2016: 79).

Verilen bilgiler doğrultusunda hazırlanan bu çalışmada Türkiye’de sağlık sektöründe yer alan aktörlerin sağlık hizmetleri finansmanına yönelik görüş ve önerilerinin alınması ve analizi yapılmaktadır. Bu yanı sıra çalışmanın literatüre ve sektöre katkı sağlaması beklenmektedir.

Yukarıda problematiği kısaca özetlenen çalışma beş bölümden oluşmaktadır. Çalışmanın birinci bölümünde sağlık hizmetlerinin finansman kavramı tartışılmaktadır. Bu bağlamda sağlık finansmanının kavramsal incelemesinin yanı sıra işlevleri, amaçları ve yöntemleri

üzerinde durulmaktadır. Birinci bölüm sağlık hizmetleri finansman yöntemlerinin üç işlevinden ilk ikisi olan fon toplama ve havuzlama adımlarını kapsamaktadır. Çalışmanın ikinci bölümünü fon oluşturulduktan sonra fonun hizmet sunucularına tahsisini ele alan geri ödeme yöntemleri oluşturmaktadır. Çalışmanın üçüncü bölümünde Türkiye’deki sağlık hizmetleri finansman sistemi ve geri ödeme yöntemleri incelenmektedir. Çalışmanın dördüncü bölümünde çalışmanın yöntemi ele alınmakta olup; çalışmanın amaç ve önemine, örneklem seçimine, veri toplama araçlarına, araştırma sorularına ve analiz yöntemlerine yer verilmektedir. Çalışmanın beşinci bölümünde çalışmanın bulguları ele alınmakta ve son bölüm olan altıncı bölümde elde edilen bulgular doğrultusunda mevcut sonuçlara yer verilmekte ve literatür ile kıyaslanarak öneriler sunulmaktadır.

Çalışmanın Konusu

Türkiye’de kullanılan sağlık hizmetleri finansman yöntemleri, varsa mevcut sorunları ve sorunlara ilişkin çözüm önerileri tez çalışmasının konusunu oluşturmaktadır.

Araştırmanın Amacı

Türk sağlık finansman sisteminin güçlü ve zayıf yönlerine ilişkin paydaş görüşlerini almak, paydaş görüşlerinden yararlanarak geliştirilmesi gereken alanları belirlemek ve bu alanların geliştirilmesine yönelik öneriler sunmaktır.

Araştırmanın Önemi

Diğer birçok ülke gibi Türkiye’de de sağlık hizmetleri finansmanı ile ilgili çalışmalar bulunmakta ve sistemin olumlu ve olumsuz taraflarını tespit ederek öneriler sunulmaktadır (Çetiner ve Özer, 2019; Erol ve Özdemir, 2014; Güvercin, Mil ve Tarım, 2016; Yardım ve Üner, 2018). Yapılan çalışmalar incelendiğinde literatürde sağlık hizmetleri finansmanı ile ilgili sektör aktörlerinin görüşlerinin alındığı çalışmaya rastlanmakta fakat Özer ve Yıldırım’ın (2016) yapmış olduğu çalışmada Türkiye sağlık hizmetleri finansman sisteminin sürdürülebilirlik açısıyla ele alındığı görülmektedir. Bu bağlamda yapılan bu çalışma Türkiye sağlık hizmetleri finansman sistemini genel bakış açısıyla ele alma ve sektör aktörlerinin görüş ve önerileri alınarak yorumlama açısından önem arz etmektedir.

Araştırma Yöntemi

Çalışma nitel araştırma yöntemlerinde yer alan temel nitel araştırma perspektifinde dizayn edilmiştir. Uygun araştırma yöntemi çalışmanın amacı ve yapılan literatür taraması göz önünde bulundurularak belirlenmiştir. Bu bağlamda çalışmanın amacı *“Türk sağlık finansman sisteminin güçlü ve zayıf yönlerine ilişkin paydaş görüşlerini almak, paydaş görüşlerinden yararlanarak geliştirilmesi gereken alanları belirlemek ve bu alanların geliştirilmesine yönelik öneriler sunmak”* olduğundan sektörde rol alan aktörlerle derinlemesine mülakat tekniklerinin yapılmasının faydalı olacağı düşünülmüştür. Katılımcılar ile literatür incelemesi neticesinde kurgulanan sorulardan oluşan yarı yapılandırılmış mülakat görüşmeleri gerçekleştirilmiştir. Görüşmelerden elde edilen ses kayıtları ve görüşmeler sırasında tutulan notlar sonrasında Microsoft Word belgesi haline getirilmiştir. Ulaşılan verilerin analizleri Nvivo istatistik programı ile temalar ve kategoriler oluşturularak yapılmıştır.

Kısıtlılıklar ve Varsayımlar

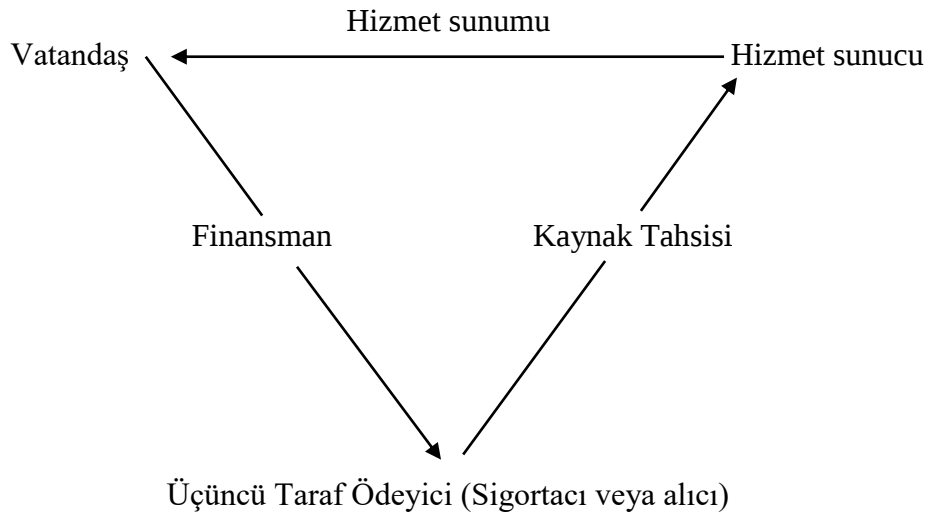
Bu çalışma pandemi sürecinde gerçekleştirilmiştir. Bu sebeple özellikle politikacı paydaşların katılımı hizmet sunucu ve üçüncü parti ödeyicilerde olduğu kadar güçlü olmamıştır. Amaçlı örnekleme yöntemine göre önceden görüşme planlanan kimi paydaşlar görüşme talebine daha sonra olumlu karşılık vermemiştir. Çalışmada katılımcılara online görüşme önerisi götürülmüş ve kabul eden katılımcılar ile görüşmeler online olarak yapılmıştır. Bu bağlamda hem online hem de yüz yüze yapılan görüşmelerde görüşme süreleri kısıtlanmak zorunda kalmıştır.

BÖLÜM 1: SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANI

1.1. Sağlık Finansmanı Kavramı

Geniş kapsamlı bir kavram olan sağlık finansmanı genel anlamda sağlık sektöründe finansal kaynakların harekete geçirilmesi ve bu kaynakların kullanılması olarak ifade edilmektedir (Lee ve Goodman, 2002: 98). Daha basit bir şekilde sağlık hizmetlerinin üretimi için gerekli olan finansal kaynakların temini şeklinde tanımlanabilir (Şeref, 2001: 1628). Mossialos ve Dixon (2002a: 2) kavramı, kaynakların değişimi veya transferi olarak daha basit bir şekilde ifade etmektedir. Bu yaklaşıma göre, hizmeti sunan taraf, hizmet sunum sürecinde hastalara kendi uzmanlık bilgisini aktarırken hastalar veya üçüncü taraf ödeyiciler de hizmet sunucularına finansal kaynakları aktarmaktadır.

Hizmet sunum sürecinde alınan hizmet veya mala karşılık yapılabilecek en basit ödeme yöntemi doğrudan ödeme yöntemi olup; bu yöntem hizmet kullanıcılarına finansal bir koruma sağlamamaktadır. Bu nedenle nüfusun finansal korumasını sağlamak amacıyla özel veya kamu kuruluşu olan üçüncü taraf ödeyiciler geliştirilmiştir (Altman ve Blendon, 1979). Şekil 1’de görüldüğü gibi, nüfusu güvence altına alan üçüncü taraf ödeyiciler, sağlık hizmetleri finansmanını sağlamak için vatandaşlardan doğrudan veya dolaylı olarak gelir toplamaktadır. Finansman kaynağı olarak havuzlanan bu gelir daha sonra sundukları hizmet karşılığında hizmet sunucularına aktarılmaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002a: 2-3).



Şekil 1: Sağlık Hizmetleri Üçgeni

Kaynak: Mossialos ve Dixon, 2002a: 2

Sağlık hizmetleri finansmanına ilişkin iki temel yaklaşım bulunmaktadır. Bu yaklaşımlardan ilkinde sağlık yalnızca bireysel değil toplumsal bir olgu olarak kabul edilir. Bu sebeple sağlık hizmetleri sunumu için ihtiyaç duyulan finansman devletler tarafından sağlanmalıdır. Sosyal devlet anlayışıyla uyum gösteren bu yaklaşıma göre sağlık, toplumdaki her bireyin doğuştan sahip olduğu bir haktır ve alınıp satılan bir mal değildir. Devlet her vatandaşına ihtiyaç duyduğu hizmeti sunmakla görevlidir. İkinci yaklaşıma göre ise her birey kendi sağlığından sorumludur ve nasıl ki diğer ihtiyaçlar için bir bedel ödeniyorsa sağlık ihtiyacı içinde bedel ödenmelidir. Bu durumda vatandaşın ihtiyacı olan sağlık hizmetlerinin karşılanması ödevi devletten vatandaşa doğru bir değişim göstermektedir. Bu iki yaklaşım arasında denge oluşturmaya çalışan bir üçüncü yaklaşım olarak bu iki yaklaşımın farklı oranlarda karışımı söz konusu olabilmektedir. Buna göre, bazı sağlık hizmetlerinin devletin sorumluluğunda olduğu ve bu nedenle kamu kaynaklarından finanse edilmesi gerektiğini savunulurken bazı sağlık hizmetlerin bedellerinin bireyler tarafından ödenmesi gerektiği ileri sürülmektedir (Şeref, 2001: 1628). Ülkelerin söz konusu yaklaşımlardan hangisini tercih edeceği kültürel, politik, ideolojik ve ekonomik yapılarına bağlı olarak değişim göstermektedir. (Kumbasar ve Boz, 2016: 76; Liaropoulos ve Goranitis, 2015: 2-3).

1.2. Sağlık Finansmanının İşlevleri

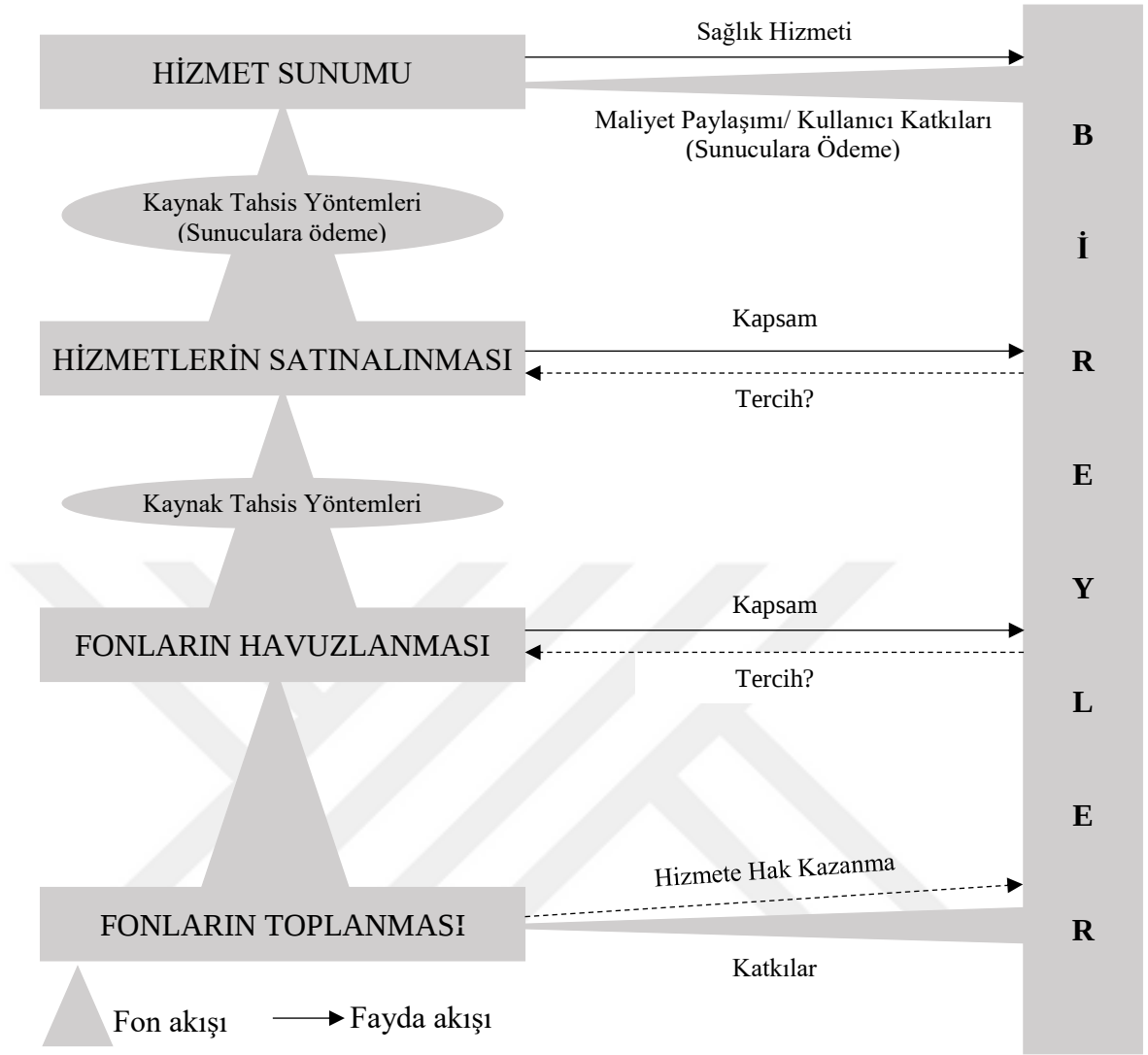
Sağlık hizmetleri finansmanının gelir toplamak, fon havuzlamak ve hizmet sunucularına ödeme yapmak olmak üzere üç işlevi bulunmaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002a: 3).

Sağlık hizmetleri finansmanın üç işlevini oluşturan gelir toplama, fon havuzlama ve hizmet sunucularına ödeme yapma mekanizmalarındaki çeşitlilik sağlık finansmanını da çeşitlendirmektedir (Belek, 2016: 112-115). Ancak genel olarak fonların toplanması, havuzlanması, kaynak tahsisi, hizmetlerin satın alınması ve hizmet sunum sürecinden oluşmaktadır (Şekil 2).

Fonlar genel olarak hane halkından toplanmakla birlikte farklı kuruluşlar ve dış bağışçılardan da sağlanabilmektedir (Dixon, Langenbrunner ve Mossialos, 2004: 52). Bu aşama para toplamayı gerektirdiği için kişilerin gelirleri üzerinde önemli etkilere sahiptir. Sağlık hizmetleri finansmanı için toplanan para toplumun gelir dağılımı üzerinde eşitlikçi bir yapıya sahip olmalıdır. Bunun için mali yönden dezavantajlı kişilerden toplanan oranların varlıklı kesimden toplanan oranlardan daha düşük olması gerekmektedir. Bunun tersi durumlarda, bozuk olan gelir dağılımı daha da kötüleşerek, sağlıkta eşitsizlikler

ortaya çıkabilmektedir. Sağlık finansmanı sistemindeki para akışının varlıklardan yoksula, sağlıklıdan hastaya, gençten yaşlıya, bir başka deyişle sağlık riski daha az olandan daha çok olana doğru olması gerekmektedir. Dolayısıyla fon toplama aşamasında, fonların kimden ne kadar ve nasıl toplanacağı konuları cevaplanması gereken önemli politik sorunlar arasında yer almaktadır (Belek, 2016: 112-115).

Havuzlama adımı, sağlık ihtiyacı ortaya çıkmadan ön ödeme yoluyla finansal riskin paylaşılmasını ifade etmektedir (Dixon, Langenbrunner ve Mossialos, 2004: 52). Bu sayede sağlıklı ve hasta birey arasında, zengin ve yoksul arasında dayanışma sağlanmaktadır. Ülkeler doğrudan ödemelere olan bağımlılığı azaltarak sağlık hizmetlerinin evrensel kapsama alanında ilerlemesini hızlandırabilmektedir. Bunu sağlamak için ön ödeme ve havuz oluşturma sistemlerinin güçlendirilmesi gerekmektedir (WHO, 2010: 40). Fonların bir araya getirilmesi vergiler ve/veya sigorta yoluyla yapılabilmektedir. Bazı ülkelerde tek bir havuz varken (örneğin, ulusal sağlık sigortası fonu) bazılarında özel sigorta şirketleri tarafından yönetilen, birbiri ile rekabet içinde olan birçok havuz, bazı ülkelerde ise bu havuzların hepsi bir arada olabilmektedir (Belek, 2016: 112-115; WHO, 2010: 4).



Şekil 2: Sağlık Finansmanının İşlevleri ve Toplum İlişkisi

Kaynak: Kutzin, 2001: 174

Fon oluşturulduktan sonra sağlık hizmetlerine tahsisi sağlanmakta ve bu tahsisat koruyucu/ tedavi edici/ birinci basamak/ ikinci basamak/ üçüncü basamak hizmet sunucuları, personel ücretleri ve yatırımlar gibi farklı boyutlara dağıtmakta ve bu dağılım sağlık sektörünün verimliliğini ve etkililiğini doğrudan etkilemektedir (Belek, 2016). Bu aşamada fonların toplanması ve havuzlanması kadar, geri ödeme yöntemlerinin iyi seçilmesi de sürece katkı sağlamaktadır.

1.3. Sağlık Finansmanının Amaçları

İyi bir sağlık sistemine ulaşma çabası sürekli. Yüzyıldan fazla süredir ulusal sağlık sistemlerinin kapsamlı bir şekilde organize edildiği ülkelerde dahi etkili finansmanın, organizasyon yapısının ve sağlık bakımının en iyi şekilde nasıl tasarlanacağı tartışmaları her zaman canlılığını korumaktadır (Davies ve Carrin, 2001: 587). Bu çerçevede, politika

yapıcıları için sağlık sistemini düzenlerken temel konular şunları kapsamaktadır (Dunlop ve Martins, 1995: 257):

- Evrensel kapsam, hakkaniyet, verimlilik ve tüketicinin hizmet sunucusu seçme hakkı nasıl sağlanmalı?
- Maliyet yoğunluğu yaşarken sürdürülebilir ve yeterli finansmanın sağlanması için hangi finansman yöntemi seçilmeli?
- Hizmet sunucularının ve hastaların davranışlarındaki verimliliği sağlamak için finansman mekanizmalarında hangi teşvikler yer almalı?
- Önceliklerin belirlenmesi ve sağlık bakım kaynaklarının verimli ve eşit biçimde tahsis edilmesi için uygun mekanizmalar nelerdir?

Sağlık hizmetleri finansmanına ilişkin bu sorular cevaplanırken aşağıdaki amaçlar dikkate alınmalıdır (Preker vd., 2004: 14; Thomson, Foubister ve Mossialos 2009: 25; WHO, 2004a: 11-12; WHO, 2004b: 18):

- Tüm toplumun etkili ve yeterli halk sağlığı ve kişisel sağlık hizmetlerine erişim sağlaması için, fon sağlamak ve doğru finansal teşvikler oluşturmak,
- Sağlık hizmetleri için fon toplama yöntemlerinde hakkaniyeti sağlayarak toplumda yıkıcı sağlık harcamalarına veya yoksullaşmaya sebep olmamak,
- Sağlık için yeterli ve sürdürülebilir kaynak oluşturmak,
- Oluşturulan kaynağın verimli şekilde kullanımını sağlamak,
- Sağlığı iyileştirmek ve bilinen hastalıkları teşhis etmek, önlemek ve tedavi etmek için finansal kaynakları harekete geçirmek.
- Ödeme gücünden ziyade ihtiyaca dayalı sağlık hizmetlerine erişim ile hizmetlerin hakkaniyetli kullanımını sağlamak.
- Belirtilen hedeflere ulaşılmasına katkıda bulunmayan maliyetleri en aza indirerek idari verimliliği teşvik etmektir.

Bu amaçlar doğrultusunda incelenmek üzere dört ölçüt belirlenmiştir. Hakkaniyet, erişim, verimlilik ve sürdürülebilirlik olarak belirlenen bu ölçütleri yerine getirmeyen finansman sisteminin, sağlık hizmetleri finansmanına ilişkin belirtilen amaçlara erişme imkânı bulunmamaktadır (Yenimahalleli Yaşar, 2010: 41).

1.3.1. Hakkaniyet

Sağlık hizmetlerinde hakkaniyet, özellikle ekonomistler tarafından önemli bir politika hedefi olarak kabul edilmektedir. Hatta bazıları, hakkaniyetin verimlilikten bile önce

geldiğini savunmaktadır (Wagstaff ve Van Doorslaer, 2000: 1805; Yu vd, 2008: 2). Nitekim hem politika yapıcılar hem de iktisatçılar arasında sağlık hizmetlerinin finansmanı ve hakkaniyetine ilişkin ilgi giderek artmaktadır (Wagstaff ve Van Doorslaer, 2000: 1805).

Önemli problemlerden biri hakkaniyet ve eşitlik kavramlarının karıştırılmasıdır. Sıklıkla karıştırılan bu iki kavram farklı anlamlara karşılık gelmektedir. Hakkaniyet kavramı doğası gereği değere dayalı yani normatiftir ve faydaların toplum genelinde adil dağılımına atıfta bulunmaktadır. Eşitlik kavramı ise faydaların toplum genelinde eşit dağılımı açısından nesnel bir ölçüttür (Chang, 2002: 488; Lawanson ve Opeloheru, 2016: 224). Örneğin farklı kişiler tarafından ödenen vergilerde eşitlik söz konusu olmasa dahi ödeme gücü ilkesi dâhilinde hakkaniyet sağlanmaktadır (Martinelli ve Medellin, 2007: 29)

Hakkaniyet, yatay hakkaniyet ve dikey hakkaniyet olmak üzere iki şekilde incelenmektedir. Sağlıkta hakkaniyet hedefine ulaşabilmek için iki tür hakkaniyet için de iyileştirmeler yapılması önerilmektedir (WHO, 2000: 55).

Yatay Hakkaniyet: Yatay hakkaniyet; aynı ya da benzer ödeme gücüne sahip kişilerin cinsiyetlerine, eğitim seviyelerine, ikamet yerlerine ya da sosyo-ekonomik durumlarına bakılmaksızın aynı katkı payı ile sağlık hizmetlerinden yararlanma durumu ile ilgilidir (Fleurbaey ve Schokkaert, 2011: 88; Lawanson ve Opeloheru, 2016: 224; Roberts vd., 2009: 159; Uğurluoğlu ve Özgen, 2008: 153; Wagstaff, Van Doorslaer ve Paq 1989: 94, 98). Yatay hakkaniyetsizlik birkaç farklı nedenden dolayı ortaya çıkmaktadır. Özel sigorta sisteminde yaşlılar veya sigara içenler gibi yüksek risk grubunda kabul edilen kişilerin aynı ödeme gücüne sahip kişilere kıyasla daha fazla ödeme yapması bu durumun en tipik örneğidir. Benzer şekilde bir sosyal sigorta sisteminde, farklı gruplar farklı sağlık sigortası sistemleri için uygun olabilmekte ve bu sebeple farklı katkı programlarına dahil olabilmektedir (Wagstaff ve Van Doorslaer, 2000: 1828; Xu, 2003: 557).

Dikey Hakkaniyet: Dikey hakkaniyet, ödeme gücü farklı düzeylerde olan bireylerin ya da hane halklarının sağlık finansmanına farklı seviyelerde katkı sağlamasıdır. Dikey hakkaniyet en fazla sosyal sigorta ve vergiler ile sağlanabilirken, cepten harcamalar ile hakkaniyet sağlanmasında ciddi problemler yaşanmaktadır. Finansman çeşitlerinde hakkaniyeti sağlamanın en zor yolu olan cepten harcamaların varlığı ve boyutu maddi yönden dezavantajlı nüfus için daha fazla olumsuzluk oluşturmaktadır (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008: 153). Bireylerin ödeme gücü arttıkça sağlık hizmetleri finansmanına

yapmış oldukları katkı da artıyorsa artan oranlı (progressivity), ödeme gücü arttıkça daha az katkı yapmaları azalan oranlı (regressivity) (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008: 150-151) ve sağlık hizmetleri için ödenen gelir oranı gelir düzeyi gözetmeksizin tüm bireylerde aynı ise sistem orantılı olarak ifade edilmektedir (Wagstaff ve Van Doorslaer, 1992: 371). Bu bağlamda, daha hakkaniyetli bir yapıdan söz edebilmek için sistemin artan oranlı olması gerektiği söylenebilmektedir (Wagstaff, Van Doorslaer ve Paq 1989: 94). Cepten yapılan ödemeler finansal riske en çok maruz bırakan ve genellikle en fazla azalan oranlı ödeme yöntemi olarak kabul edilmektedir (Wagstaff ve Van Doorslaer, 2000: 1827).

Yukarıdaki tartışmaları genel olarak toparlamak için hakkaniyete ilişkin ilkeler şu şekilde sıralanabilir (Whitehead ve Dahlgren, 2007: 22):

- Hizmetlerin sağlanmasında ödeme gücü değil ihtiyaçlar temel alınmalıdır. Bu şekilde yüksek risk grubundaki bireyler tarafından düşük risk grubundaki bireylerin sübvansede edilmesi sağlanmaktadır.
- Hastalar asla kar amacıyla sömürülmemeli ve halk sağlığı hizmetlerinin yürütülmesinde kar amaçlı örgütlere yönlendirme yapılmamalıdır.
- Aynı standarttaki hizmetler sosyal, etnik, cinsiyet veya yaşa göre ayırım yapılmaksızın herkese aynı şekilde sunulmalıdır.
- Mevcut sağlık sisteminin temel aldığı değerler ve eşitlik hedefleri açıkça tanımlanarak bu hedeflere en verimli şekilde ulaşılmasını sağlamak için izleme yapılmalıdır.

1.3.2. Erişim

Sağlık hizmetlerine erişim, toplumun ve bireylerin sağlık hallerinin sürdürülmesi ya da sağlık hallerinin sağlanması için ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerinden veya talep edilmese dahi sağlık personeline tedarik edilen temel sağlık hizmetlerinden eşit, nitelikli bir biçimde hiçbir engelle karşılaşmadan faydalanması şeklinde tanımlanmaktadır (Kurt, 2007: 70). İnsan hakları yaklaşımı açısından bakıldığında, insanların hastalandıklarında çektikleri acıları dindiren, onları koruyan ve önleyici hizmetleri sunan ve sağlık durumlarını sürdürmelerine yardımcı olan etkili sağlık hizmetine erişebilmesi temel bir hak olarak kabul edilmektedir (Whitehead ve Dahlgren, 2007:8). Bu bağlamda, sağlık hakkı, makul bir yaşam ve eğitim standardı ve ayrımcılığa uğramama ve kişinin topluma

tam olarak katılma özgürlüğü dahil olmak üzere diğer haklardan ayrı tutulmamaktadır (Braveman ve Gruskin, 2003: 255)

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 1999 yılında ortaya çıkan “21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık” politikasının on evrensel hedefinde “genel kapsamlı, temel ve yüksek kaliteli sağlık hizmetlerine erişimin artırılması” ibaresi yer almaktadır (WHO, 1999: 174). DSÖ, 2010 yılında yayınladığı raporunda ise sağlık finansmanının kapsamını, “kişilerin ihtiyaç duydukları önleyici, geliştirici, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerine yeterli kalitede ve etkinlikte erişimlerini sağlamak ve bu hizmetlerin kullanımı sırasında bireylerin finansal zorluklara maruz kalmalarını engellemek” şeklinde tanımlamaktadır (WHO, 2010: 64). Şüphesiz sağlık, toplumun genel refah seviyesini arttırmak için geliştirilmesi gereken sektörlerden birisidir. Sağlık sektörünün sahip olduğu dışsallık özelliği göz önüne alındığında kişilerin sağlık seviyesi toplum sağlığını da kayda değer bir biçimde etkilemektedir. Toplum sağlığının daha yüksek olması için sağlık hizmetine erişimin kolay olması gerekmektedir. Bu sebeple uluslararası ve ulusal sağlık kuruluşları sağlık hizmetlerine erişimi iyileştirmek adına hedefler belirlemektedir (Gözlü ve Tatlıdil, 2015: 146).

Finansman yöntemleri, sağlık hizmetlerini erişim, verimlilik ve hakkaniyeti bakımından olumlu veya olumsuz etkileme gücüne sahiptir. Bu sebeple sağlık finansman yöntemi seçilirken, etkili risk havuzlama ile bireylerin kamu ve özel sağlık hizmetlerine erişiminin sağlanması, etkili, hakkaniyetli ve yönetiminin kolay olması ve sağlık hizmeti sunucularına uygun ödeme yöntemlerinin geliştirilmesi gerekmektedir (Schieber, 2005).

Sağlık sigortasına sahip olmama, hizmetlere erişim konusunda en büyük riski oluşturmaktadır (Docteur ve Oxley, 2003: 11). Bu bağlamda evrensel sağlık sigortasının uygulanması ve kapsamının genişletilmesi, sosyal devlet anlayışını benimseyen ülkeler için esas sorumluluk olarak görülmektedir. Nitekim sağlık hizmetlerine erişim, hizmet almak isteyen vatandaşların finansal tehditlere karşı korunması ve finansman yükünde hakkaniyetli olunması ile sağlanmaktadır (Aydemir, 2017: 417).

Bireylerin sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyduğu zamanlarda kullanıcı katkıları ve ilaç ödemeleri de dahil olmak üzere doğrudan ödemelerle karşılaşması, erişim açısından engel teşkil etmektedir (WHO, 2010: 40). Nitekim kullanıcı katkıları, farklı sosyoekonomik grupları aynı şekilde etkilememektedir. Bazı bireyler için, katkı payları hizmete erişim önünde bir engel oluşturmazken, bazıları için önemli bir caydırıcı unsur olabilmektedir. Bu etki katkı payının ne kadar olduğuna ve bireyin ödeme gücüne bağlıdır. Katkı

paylarının düşük olması ise hizmetlerin aşırı tüketimine yol açabilmektedir. Kullanıcı ücretlerinin ardındaki mantık, hizmetlerin anlamsız kullanımını caydırmak, sağlık hizmeti için geliri arttırmak ve tükettikleri hizmetlerin değerini bireylere hatırlatmaktır. Nitekim bu sağlanırken hizmete erişim konusunda dezavantaj oluşturmamalıdır (Gulliford vd., 2002:38).

1.3.3. Verimlilik

Sağlık sektöründeki verimlilik, mevcut kaynaklarla mümkün olan en yüksek sağlık seviyesine erişmekle ilişkilidir (Chisholm ve Evans, 2010: 3). Sağlık için fon sağlamak, hem evrensel kapsama ulaşmayı hem de mevcut kaynaklardan en iyi şekilde faydalanmayı amaç edinen ülkeler için aynı düzeyde önemlidir (WHO, 2010: 61).

Verimlilik kavramı, teknik ve tahsis verimliliği olmak üzere iki tür verimliliği kapsamaktadır (Akazili vd., 2008: 149; Kashian vd., 2015: 8; WHO, 1993).

Teknik verimlilik; sağlık hizmetlerinin sunumunun minimum maliyetle sağlanmasını ve kaynakların israf edilmemesini ifade etmektedir (WHO, 1993: 8). Teknik verimlilik belirli girdiler ile mümkün olan en yüksek çıktıyı elde etmek ya da belli çıktıları mümkün olan en az girdi ile sağlamayı gerektirmektedir (Kashian vd., 2015: 8; Kirigia ve Asbu, 2013: 2; Retzlaff-Roberts, Chang ve Rubin, 2004: 55). Bu bağlamda teknik verimlilik, kaynaklara dair yapılan seçimlerden ziyade işletmenin fonksiyonel performansı ile ilgilidir (Cylus, Papanicolas ve Smith, 2017:8).

Tahsis verimliliği; eldeki kaynakların sağlık hizmetleri arasında uygun şekilde tahsisini içermektedir (WHO, 1993: 8). Başka bir ifade ile tahsis verimliliği, belirli çıktıları elde etmek için farklı kaynak girdilerinin en uygun şekilde seçilerek birleştirilme başarısını ifade etmektedir (Akazili vd., 2008: 149; Kashian vd., 2015: 8). Tahsis verimliliği kaynakların uygun alanlara aktarılması bakımından önemlidir. Sağlık hizmetlerinde tahsis verimliliğini incelemenin üç yolu; eldeki kaynakların sağlık hizmetleri ile diğer sektörler arasındaki paylaşımı; sağlık hizmetlerinin kendi dalları arasındaki paylaşımı ve geri ödeme kapsamına alınacak ilaçların seçimi ve ne kadar olacağının belirlenmesidir (Mossialos ve Dixon, 2002b: 289).

Sağlık sistemlerinde kaynakların verimsiz kullanımı bazı nedenlerden ötürü ciddi endişelere sebep olmaktadır (Cylus, Papanicolas ve Smith, 2017: 7):

- Sağlık hizmetlerinden faydalanan hastaların en iyi bakımı alamaması sebebi ile sağlık kazanımları azalabilir.
- Kaynakların verimsiz kullanımı sonucunda etkisiz tedaviler ortaya çıkabilir ve tedaviden yararlanabilecek hasta sayısı azalabilir.
- Sağlık sektöründe kaynakların verimsiz kullanımı, farklı sektörlerdeki tüketim fırsatlarını kısıtlayabilir.
- Sağlık hizmetleri finansmanında kamu kaynaklarının ağırlıklı olduğu ülkelerde, kaynakların uygun şekilde kullanılmaması toplumun sağlık hizmetlerine katkıda bulunma isteklerini azaltabilir. Bu durumun sonucunda sosyal dayanışma, sağlık sistemi performansı ve sosyal refah zarara uğrayabilir.

Hastanelerin, eczanelerin ve kliniklerin mülkiyet ve organizasyon yapısı sağlık sisteminin verimliliği üzerinde önemli etkiye sahip olan faktörlerden birisidir. İktisat teorisi, sahibi tarafından işletilen, kar amacı güden firmaların, mümkün olan en yüksek kar düzeyine ulaşabilmek için oldukça verimli çalışacaklarını ifade etmektedir. Kar amacı gütmeyen firmalar ise daha az verimli çalışacaktır. Organizasyon yapısı da benzer şekilde verimlilik açısından önemli bir faktördür. Sağlık hizmetlerinin çok sayıda ve çeşitli olması sebebiyle, hizmetlerin sevk sistemleri aracılığıyla nasıl entegre edileceği, genel verimliliklerini etkileyecektir (Hsiao, 1995: 18-19).

1.3.4. Sürdürülebilirlik

Sağlık harcamaları son 20 yılda tüm OECD ülkelerinde ekonomik büyümeden daha hızlı bir artış göstermektedir (OECD, 2015). Bu durumun sebepleri arasından emeklilik yaşının kısalması, istihdam oranlarının düşmesi, sağlık hizmetleri için artan talep, hasta beklentilerinin artması, tıbbi hizmetlerdeki yeni teknolojiler, nüfusun yaşlanması, ortalama yaşam süresinin 65-70’li yaşlardan 80 üstü yaşlara çıkması yer almaktadır. Sağlık harcamalarındaki söz konusu artış ile birlikte sürdürülebilirlik ile ilgili endişeler de giderek artmaktadır (Faezipoura ve Ferreira, 2013; Liaropoulos ve Goranitis, 2015: 3; OECD, 2015).

Thomson ve arkadaşları (2009: 2-3) finansal sürdürülebilirlik sorununu üç şekilde karakterize etmektedir.

- Teknolojik ilerleme, demografik değişim ve tüketici beklentilerinin değişmesi neticesinde sağlık harcamalarındaki artış.

- Hükümetin sağlık sistemi yükümlülüklerini karşılamak için yeterli kaynak üretme konusundaki yetersizliği veya isteksizliği neticesinde kaynak kısıtlamaları,
- Sağlık harcamalarının gayri safi yurtiçi hasıla (GSYİH) içerisindeki payının çok fazla olması. Bu durum neticesinde diğer mal ve hizmetlere yönelik harcamaları ‘dışlayacağı’ endişesi oluşturmaktadır.

Kalkınma Bakanlığı (2014a: 93) sağlık sistemlerindeki mali sürdürülebilirlik kavramını, “sağlık sisteminin kendisinden beklenen sorumluluklarını yerine getirebilmesi için gerekli miktarda kaynak toplayabilmesi ve topladığı kaynaklarla sağlık statüsünü korumak ve sağlık statüsünü geliştirme sorumluluğunu yerine getirebilme kabiliyeti” olarak tanımlamaktadır. Bir başka tanımda sürdürülebilirlik kavramı sağlık sisteminin yetkiler ve tesis edilmiş haklar açısından sahip olduğu yükümlülükler ile sağlık sisteminin bu yükümlülükleri sürekli olarak yerine getirme yeteneği arasındaki denge olarak ifade edilmektedir (Thomson, Foubister ve Mossialos, 2009: 5).

Sürdürülebilirlik kavramı, sadece içinde bulunulan zaman dilimini idame ettirmek değil, aynı zamanda gelecek nesillerin de sağlığını koruma ve iyileştirme bakımından önem arz etmektedir (Uğurlu, 2017: 44). Sağlık hizmetleri finansmanının, sağlık sistemlerinin mevcut ve gelecekte beklenen sağlık hizmetleri harcamalarını karşılamaya yetecek kadar şimdi veya gelecekte gelire sahip olmasını gerektirmektedir (Skinner, 2009: 27). Sosyal sigorta primlerini desteklemek amacıyla vergilerin daha fazla yer alması, fonların toplanmasının güçlendirilmesi, havuz sayısının azaltılması veya tek bir ulusal havuzun oluşturulması sürdürülebilirliği geliştirme yolunda izlenebilecek adımlardan bir kaçını oluşturmaktadır (Thomson, Foubister ve Mossialos, 2009: 94).

Dünya Ekonomi Forumu’nda yapılan uzman görüşleri neticesinde verimlilik iyileştirmeleri ve sürdürülebilirliğe katkı sağlayacağı düşünülen ilk yedi alan belirlenmiştir (World Economic Forum, 2012: 15).

1. Değerler ölçülerek en yüksek getiri sağlayacak alanlara yatırım yapılmalı. Yalnızca ölçülebilen şeylerin iyileştirilmesi mümkündür. Kaliteli yaşam ve sağlık açısından getirilerin artması için daha fazla kaynak yatırımı yapılmalı.
2. Değer bilincine sahip bilinçli tüketiciler oluşturulmalı. Hastalar ve bireyler, kendileri için doğru seçimleri yapabilmeleri için doğru zamanda doğru bilgi ile donatılmalıdır.

3. Kapsam için değil, değer için ödeme yapılmalı. Hizmet sunucuları ve ödeme yapanlar maliyet etkin hizmetleri karşılaştırarak hem sosyal bakım hem de sağlık için ödeme yeniliklerine gidebilir.
4. Hastalıkları yönetmek, tahmin etmek ve önlemek için proaktif önlemler alınmalı. Sağlık sistemlerinde en yüksek riskleri barındıran hastaların belirlenerek, tedavilerini planlanması ve yönetilmesi ve ihtiyaç duyulan entegre bakıma odaklanılarak daha yüksek maliyetlerin ortaya çıkmasını engellemek gerekmektedir.
5. Hizmet sunum sistemleri yeni sağlık hizmetleri modelleri ile yeniden dizayn edilmeli. Evde bakım ve hasta merkezli modeller düşük maliyetli kaliteli bakım sunulmasına fayda sağlayabilir.
6. Kaliteyi yükseltmek amacıyla maliyetleri azaltan ve yeteneklerden yaralanan teknolojik yeniliklere teşvik artmalı.
7. Modern yönetim uygulamaları tercih edilmeli ve performansa odaklanılmalı. Tüm alanlarda performansa odaklanan sıkıyönetim uygulamaları oluşturulmalıdır.

1.4. Sağlık Hizmetleri Finansman Yöntemleri

Her ülkede sağlık harcamaları ve sağlık hizmetleri finansmanı, sağlık politikacılarının tartıştığı en önemli konular arasında yer almaktadır (Tatar, 2011: 104). Nitelikli sağlık hizmeti için yeterli fonun nasıl sağlanacağı, risk paylaşımı için havuzlamanın nasıl yapılacağı ve en faydalı, etkin ve adil şekilde nasıl kullanılacağı, kaynakların kullanım oranlarının ve aralarındaki dengenin ne olacağı cevaplanması gereken en kritik sorular arasında yer almaktadır (İstanbuloğlu, Güleç ve Oğur, 2010: 86; Tatar, 1996: 42).

Nitekim siyasal tercihlerin ve sosyal hedeflerin sağlık hizmetlerinin finansman şeklinde rol oynadığı görülmektedir. Bazı ülkelerde sağlık harcamalarının büyük çoğunluğu devlet bütçesinden sağlanırken, bazı ülkelerde genel bütçenin yanı sıra katma bütçe ve mahalli idarelerin kaynaklarından da faydalanılmaktadır. Kimi ülkelerde ise kişinin sağlığını koruma ve geliştirmede çalışan ve işverenin katkıları ile finansman tercih edilmektedir (Devlet Planlama Teşkilatı, 2000: 118).

Sağlık hizmetleri finansman sisteminin ülkeden ülkeye farklılık göstermesinin yanı sıra, aynı finansman yöntemi benimsense dahi ortaya çıkan sonuçlarda farklı olabilmektedir. Bunlara ek olarak ele alınan finansman yöntemlerinin tamamı veya birkaçı, bir ülkede aynı anda bulunabilmekte; bu sebeple ülkelerin sağlık hizmetleri finansman

sınıflandırmaları yapılırken sistem içinde daha ağırlıklı olarak kullanılan finansman şekli esas alınmaktadır (Tatar, 2011: 104).

Söz konusu finansman seçenekleri; vergilerle finansman, sosyal sağlık sigortası, özel sağlık sigortası, tıbbi tasarruf hesabı ve cepten yapılan ödemeler olarak sıralanabilmektedir (İstanbuloğlu, Güleç ve Oğur, 2010: 86).

1.4.1. Vergi Tabanlı Finansman Sistemi

DSÖ üyesi olan 191 ülkenin 106'sında sağlık harcamaları için önemli kaynak oluşturan genel kamu gelirleri ile finansman yöntemi en sık kullanılan finansman yöntemidir (Savodoff, 2004: 2). Bununla birlikte, vergiler ile finansmanın, ülkelerin finansman sistemi içinde kullanım ağırlığı, ekonomik ve politik rejim farklılıkları başta olmak üzere çeşitli faktörlere bağlı olarak değişiklik göstermektedir (Tatar, 1996: 45). Beveridge modeli olarak da bilinen (Çelik, 2016: 172) bu model, 1942'de İkinci Dünya Savaşı sonrasında Birleşik Krallık'ta uygulandığı için çoğunlukla Birleşik Krallık Ulusal Sağlık Hizmeti (National Health Service (NHS)) ile bağdaşmaktadır (Tatar, 2011: 110-111).

Sağlık hizmetlerinin vergiler yolu ile finansmanında, ülkeden toplanan vergilerin genel bütçe vasıtasıyla sağlığa ayrılması gerektiği için sağlık ve diğer kamu politikaları arasında tercih yapmayı gerektirmektedir. Sağlığa ne kadar kaynak ayrılacağına, ayrılan kaynakların sağlık personeli, malzemeler, yatırım, tüketim, halk sağlığı veya tedavi edici hizmetler gibi farklı alanlarda nasıl paylaştırılacağı, sağlık hizmetleri verimliliğinin nasıl sağlanacağına belirlenmesi önem arz etmektedir (Çelik, 2016: 175-176; Mossialos ve Dixon, 2002a: 15).

Bu yöntemin hizmet sunumu içerisindeki etkileri uygulanan ülkenin vergilendirmesinin ne kadar adil olduğu ve vergi toplama kapasitesinin nasıl olduğu ile ilişkidir (Tengilimoğlu, Akbolat ve Işık, 2017: 307). Çünkü sağlık hizmetlerinin vergiler ile finansmanının hakkaniyetli olması için ülkelerin vergilendirme sistemi adaletli şekilde yürütülmeli, genel bütçe harcamalarında sağlığa öncelik verilmeli ve ülkenin refah düzeyi yüksek olmalıdır (Yıldırım, 2006: aktaran, Çakır, 2016: 10).

Vergiler toplandığı kaynaklara göre (doğrudan veya dolaylı), farklı vergilendirme seviyelerine göre (ulusal veya yerel) ve farklı türlere göre (genel veya varsayılmış) sınıflandırmalara tabi tutulmuştur. Yapılan her türlü vergilendirme eşitlik ve verimlilik açısından farklı özelliklere sahiptir. En temel ayrım ise doğrudan ve dolaylı vergilendirme sınıflandırmasında görülmektedir. Doğrudan vergiler; bireyler, haneler veya firmalara

servetleri ya da gelirleri üzerinden uygulanmaktadır. Kişisel gelir vergisi, kurumlar vergisi ve emlak vergisi gibi doğrudan kar ya da gelirlerden elde edilen vergiler bu tür vergilerin en tipik örnekleridir (Mossialos ve Dixon, 2002a: 14). Sistemde gelir arttıkça vergi oranı da artmaktadır. Dolayısıyla doğrudan vergilerden elde edilen gelir ne kadar yüksek olursa ödenen vergi oranı o kadar yüksek olur ki bu da hakkaniyetin temel unsurudur (Dixon, Langenbrunner ve Mossialos, 2004: 53).

Dolaylı vergiler ise katma değer vergisi, gümrük vergisi gibi tüketime dayalı ya da giderleri esas alan vergilerdir. Bu sebeple mal ve hizmetlerin el değiştirmesi durumunda söz konusu olmaktadır. Bu vergileri ödemekten kaçınmak mümkün olmadığı için özellikle kayıt dışı ekonominin fazla olduğu ülkelerde yoğun biçimde kullanılmaktadır. Bu vergilerin kazançla değil tüketimle ilişkili olması sebebiyle temel problem finansal yükü kimin üstlendiğidir. Çünkü dolaylı vergilerin doğrudan vergileri geçtiği ülkelerde vergi havuzunda gelir düzeyi düşük olan vatandaşlar gelir düzeyi yüksek olan vatandaşlara oranla daha fazla katkıda bulunmuş olur (Tatar, 2011: 112-113).

OECD ülkelerinin çoğu kamu hizmetlerinin finansman kaynağı olarak önemli ölçüde gelir (doğrudan) vergilerine dayanarak GSYİH'nın %30'unu kullanmaktadır. Gelişmekte olan ülkeler ise GSYİH'nın %15'ini kamu hizmetleri için kullanmakta ve bu kaynak büyük ölçüde dolaylı vergilerinden karşılanmaktadır (Çelik, 2016: 174).

Vergi tabanlı finansman sisteminin avantajları (Habtom, 2017: 54; Savedoff, 2004: 3-6; Tengilimoğlu, Akbolat ve Işık, 2017: 305);

- Sistemin en önemli avantajlarından biri sağlık risklerine karşı etkili bir havuzlama sistemi sağlamasıdır. İster kamu ister özel sigorta olsun ödemelerin isteğe bağlı olduğu finansman sistemlerinde yaşanan sıkıntılar bu sistemde ortaya çıkmamaktadır. Sağlık hizmetlerine erişimin, gelir ya da sağlık statüsü ile ilişkilendirilmemesi gereken, temel bir hak olarak gören ülkeler için vergiler ile finansman büyük öneme sahiptir.
- Ayrıca bu modelde, sosyal güvenlik yardımları bakımından teklik ve yönetimde birlik ilkesi mevcuttur. Tüm vatandaşlar katkı payı gibi ek ödemeler dışında sağlık hizmetlerinden ödeme yapmaksızın faydalanabilmektedir.
- Vergiye dayalı sistemlerde daha yüksek gelire sahip hanelerin daha yüksek ödemeler yapması sebebiyle yoksullar büyük sağlık bakım maliyetlerine karşı korunur.
- Kullanıcı ücretlerini azaltması sebebiyle finansal erişilebilirlik yüksektir.

- Kullanıcıların ihtiyaçlarına göre sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı vermesi sebebiyle hakkaniyetli bir yapı sağlamaya fayda sağlar.

Vergi tabanlı finansman sisteminin dezavantajları (Carrin, Waelkens ve Criel, 2005:799; Çelik, 2016: 174);

- Hizmetlere ücretsiz biçimde erişilmesi bazı gruplar tarafından bir dezavantaj olarak ele alınmaktadır. Çünkü bu sistemde ailelerin ve bireylerin daha sağlıklı kalabilmek için kişisel çaba göstermeyeceği düşünülmektedir.
- Sağlam bir vergi tabanının olmaması ve vergilerin etkin bir şekilde toplanamaması finansman kapasitesini düşürmektedir.
- Vergi toplama gücünün yetersiz olması sebebiyle havuzda toplumun sağlık ihtiyaçlarını karşılayacak fonların toplanamaması ve neticede sağlık hizmetlerinin nitelik ve miktar olarak yetersiz kalması söz konusu olmaktadır.
- Bazı yüksek gelirli ülkelerde dahi kayıt dışı ekonomi ve vergiden kaçınma verimsiz vergi sorunlarına sebep olmaktadır.

1.4.1.1. Vergi Tabanlı Finansman Sistemini Uygulayan Ülke Örnekleri

Sağlık hizmetleri finansmanının ağırlıklı olarak vergiler ile sağlandığı ülkelerden bazıları; başta Birleşik Krallık olmak üzere, Norveç, Danimarka, İsveç, Yeni Zelanda, İtalya, Kanada, İrlanda, İspanya, Portekiz, İspanya, Finlandiya'dır (OECD, 2019: 157). Ülke örneklerinden bir kaçı aşağıda sunulmuştur.

Birleşik Krallık; vergi tabanlı finansman yönteminin ülkelerde uygulanış biçimine bakıldığında; uygulamanın çıkış yeri olan Birleşik Krallık' ta sağlık hizmetleri sunumu ve finansmanı genel vergiler ile sağlanmaktadır. Tüm vatandaşların ücretsiz ve kapsamlı şekilde sağlık hizmeti almasını sağlayan NHS (Harker, 2019; Thorlby ve Arora, 2017: 49). 1948'de iyi bir sağlık hizmetine erişimin ödeme gücüne değil, klinik ihtiyaçlara dayalı olduğu ilkesinden yola çıkmıştır (The NHS Constitution, 2013: 2). NHS birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunumlarını kapsamaktadır (Liu ve Wong, 1998: 3).

Sistemde belli tedavi ve ilaçlar için ödenen katkı payları ve özel sağlık hizmeti sunanlara ödenen cepten ödemeler gibi diğer finansman kaynakları yer alsa dahi, bunların finansman içindeki payının vergilere oranla daha az olması sebebiyle belirleyici bir rol oynamamakta ve vergiler ile finanse edilen sistemlere örnek olarak gösterilmektedir (Boyle, 2011: 96-67; Cylus vd., 2015: 42; Keable, 2014: 8-10; Tatar, 2011: 104).

Birleşik Krallık 2012 yılında Sağlık ve Sosyal Bakım Yasası (The Health and Social Care Act-2012) ile birlikte yerel nüfusun sağlığını iyileştirmeye odaklanmıştır. Bu yasa kapsamında genel pratisyenlerden oluşan klinik görevlendirme grupları (Clinical Commissioning Groups (CCG)) kurulmuştur. Bu yasa ile birinci basamak hekimlerinin, sorumlu oldukları bölgelerdeki bireylerin sağlık ihtiyaçlarına karşı daha fazla sorumluluk almaları, etki ve güçlerini arttırmaları hedeflenmektedir (Ataç ve Sur, 2016: 64; Cylus vd., 2015:20). Pratisyenler haricinde uzman hekimlerinde yer aldığı CCG'lere NHS üzerinden ödeme yapılmaktadır. Sistemde önemli olan konulardan bir diğeri ise sevk zinciridir. Bireyler kayıtlı oldukları pratisyenlere başvuru yapıp sevk zincirine uygun biçimde hizmet almaları halinde hizmetlerden ücretsiz şekilde yararlanmaktadır. Kişinin sevk zincirini takip etmemesi durumunda maliyetleri cebinden ödemektedir (Ataç ve Sur, 2016: 64).

Danimarka; tüm halkı kapsam içine alan bir sağlık sistemini benimsemektedir. Sağlık sisteminin ana finansman kaynağı devlet, il ve belediye vergilerinden oluşmaktadır. Kamu tarafından finanse edilen sağlık hizmetleri, tüm temel, koruyucu, tedavi edici ve geliştirici hizmetlerin yanında ruh sağlığı ve uzun süreli bakım hizmetleri, 18 yaşının altındakilerin tüm diş hekimliği hizmetlerini kapsayarak, tam kapsamlı bir sosyal güvenlik sistemi ile finanse edilmektedir (Vrangbaek, 2017: 39-40).

Finlandiya; sağlık finansmanı, esas olarak devlet ve belediye vergileri ile karşılanmakta olup, zorunlu ve gönüllü sigortalar ve cepten ödemeler az da olsa finansmanda rol oynamaktadır. Sağlık hizmetleri sunumu, planlaması ve yönetimi belediyelerin sorumluluğunda yürütülmektedir. Belediyeler sağlık hizmetleri finansmanında kilit rol oynadıkları için devlet tarafından sübvansede edilmektedir. Bununla birlikte, belediyeler sağladıkları hizmetleri şekillendirme konusunda önemli özerkliğe sahiptir. Bu durum sağlanan finansal hizmetlerin temel profilinde, kapsamında, hizmet sunumunda ve kişi başı sağlık harcamalarında büyük farklılıklara sebep olmaktadır. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin mevcudiyeti belediyelere göre farklılık göstermektedir. Hangi belediyeye ne kadar finansal akış sağlanacağı belirlenirken, belediye içindeki nüfusun yapısı, işsizlik oranı, nüfusun ihtiyaçları ve yoğunluğu gibi kriterler göz önüne alınmaktadır (Keskimäki vd., 2019: 50; Yıldırım ve Yıldırım, 2011).

İzlanda; sağlık sistemi ağırlıklı olarak kamu tarafından finanse edilen bir sistemdir. Sistem genellikle vergiler ile finanse edilmekle birlikte zorunlu sağlık sigortası da finansmanda rol oynamaktadır. Sağlık hizmetlerinin sağlanması, düzenlenmesi ve

finansmanına ilişkin sorumluluk sağlık bakanlığına aittir. Finansal kaynakların devlet kurumlarına tahsisi merkezi bir süreç ile yürütülmektedir ve her yıl ulusal bütçeden hangi devlet kurumuna ne kadar tahsisat yapılacağı belirlenmektedir (Sigurgeirsdóttir, Waagfjörð ve Maresso, 2014: 15-16, 58).

Norveç; sağlık sistemi genel vergiler, Ulusal Sigorta Hizmetleri (National Insurance Services (NIS)) ve cepten ödemeler olmak üzere üç gelir kaynağı ile finanse edilmektedir. Söz konusu gelir kaynakları arasında genel vergilerin oranı yüksek olduğundan ana gelir kaynağının genel vergiler olduğu söylenebilmektedir. Nitekim sağlık harcamalarının %85'ini kamu kaynakları oluşturmaktadır. Bu oranın %74'lük kısmını vergi gelirleri, %11'lik kısmını NIS kapsamaktadır. Kamu harcamaları dışında kalan özel sağlık finansmanının çoğu ilaç, dış bakımı ve uzun vadeli bakıma yapılan cepten ödemelerden oluşmaktadır. (Saunes, Karanikolos ve Sagan, 2020: 62-63)

Kanada; sağlık harcamalarının yaklaşık% 70'inin federal, eyalet ve bölge hükümetlerinin genel vergi gelirleri aracılığıyla finanse edildiği ağırlıklı olarak kamu tarafından finanse edilen bir sağlık sistemine sahiptir. Yine de reçeteli ilaç tedavilerinin, dış bakımının, uzun süreli bakım hizmetlerinin, göz sağlığı hizmetlerinin ve akıl sağlığı hizmetlerinin kapsama alınmaması özel sağlık sigortasının ve cepten yapılan ödemelerin artışına sebep olmaktadır. (Marchildon, Allin ve Merkur, 2020: 53)

İspanya; İspanyol Ulusal Sağlık Sistemi (Spanish National Health System) evrensellik, ücretsiz erişim, eşitlik ve adalet ilkelerine dayanmaktadır ve esas olarak vergilerle finanse edilmektedir. Kamu harcamaları toplam sağlık harcamalarının %68,8'ini oluşturmaktadır. (Bernal-Delgado vd., 2018: 50).

İtalya; 1978'de yapmış olduğu bir reformla birlikte, tüm vatandaşları kapsamına alan sağlık hizmeti sunarak eşitliği arttırmak amacıyla Ulusal Sağlık Sistemini (Servizio Sanitario Nazionale (SSN)) kurmuş ve böylece Bismarck tipi modelden Beveridge tipi modele geçiş yapmıştır (Roland, 1998; Simonet, 2010: 482). SSN büyük ölçüde ulusal ve bölgesel toplanan vergiler ile finanse edilmektedir. Kamu kaynakları, toplam sağlık harcamalarının %78,2'sini oluşturmaktadır. Sağlık harcamalarının %17,8'ini cepten yapılan sağlık harcamaları oluşturmaktadır. Toplam sağlık harcamalarının yalnızca yaklaşık %1'i özel sağlık sigortası tarafından finanse edilmektedir (Ferre vd., 2014: 41). SSN sisteminin idaresi, ulusal, bölgesel ve yerel düzeydeki üç kurumsal kademe ile sağlanmaktadır (Jakubowski ve Busse, 1998: 84-85). Finansmanın çoğu ulusal düzeyde

toplanıp bölgelere dağıtılmasına rağmen, bölgelerde önemli farklılıklar ve vergi dağıtımında eşitsizlikler yaşanmaktadır (Ferre vd., 2014: 42).

1.4.2. Sosyal Sağlık Sigortası

Sigorta; toplanan belirli primler karşılığında, benzer risklerin tehdidi altında olan kişileri bir araya getirerek bu risklerin meydana gelmesi sonucunda ortaya çıkan maddi hasarları karşılayan ve böylece sosyoekonomik çöküntülere karşı kişileri koruyan kurumdur (Güvel ve Güvel, 2018). Bu tanımdan yola çıkarak sigortanın temelini belirsizliğin oluşturduğu söylenebilir. Bireylerin ne zaman ne şekilde hastalanacağı, hastalandığında ne kadar harcama yapacağı bilinmemektedir. Yani burada belirsizlik söz konusudur. Dolayısıyla olası sağlık risklerine karşı bireyleri korumak ve bu riskleri kolektif şekilde karşılamak amacıyla sigorta ile finansman şekli geliştirilmiştir (Tapan, 2008: 16).

Sosyal sağlık sigortası sistemi ilk kez 1883 yılında, Otto Van Bismarck liderliğinde, Almanya'da uygulamaya koyulması sebebiyle Bismarck Modeli olarak da bilinmektedir. Sistemin Almanya'da uygulamaya koyulmasının sonrasında 1887 yılında Avusturya'da, 1902 yılında Norveç'te, 1910 yılında İngiltere'de ve 1921 yılında Fransa'da uygulama çalışmaları başlamıştır (Ron, Abel-Smith ve Tamburi, 1990: 8).

Sosyal sağlık sigortası geleneksel olarak çalışan ve işverenlerden zorunlu olarak elde edilen primler ile finanse edilmektedir. Bu primlere ek olarak bazı durumlarda hükümetin katkıları ve hizmetten yararlanan kişilerin hizmeti kullanımları sırasında yapacakları ödemelerde söz konusudur (Tengilimoğlu, Akbolat ve Işık, 2017: 307). Sosyal sağlık sigortasının en temel amaçlarından biri sosyal dayanışma anlayışı ile bireylerin risklere karşı korunmasını sağlamak olduğu için bireysel riskler, sağlık statüsü gibi özellikler ödenecek primlerde bir değişiklik oluşturmamaktadır. Yani yüksek sağlık riski olan bir kişi daha fazla, düşük olan bir kişi daha az prim ödemez. (Tatar, 2011: 115-116). Primler gelire orantılı olduğu için yüksek gelire sahip grupların düşük gelirli gruplara göre sisteme daha fazla katkı yapması sebebiyle düşük gelir grubunda olan bireyler için bir sübvansiyon meydana gelmektedir (Çelik, 2016: 177). Temel özelliği dayanışma ve risk paylaşımı olan sosyal sağlık sigortasının etkinliği sosyal sağlık sigortasının yapısına ve toplumun katılım düzeyin bağlı olarak değişmektedir (Akazili ve Mooney, 2011: 680; Dixon, Pfaff ve Hermesse, 2004: 170-171).

Sosyal sağlık sigortasındaki önemli konulardan biri kapsamın genişliği ve derinliğidir. Nitekim daha iyi bir sigorta sistemi için daima kapsamın genişliğinin ve derinliğinin geliştirilmesi gerekmektedir (Kutzin, 2000:3).

Kapsamın Genişliği: Finansal korumaya sahip olan nüfusun oranını ifade etmektedir (Kutzin, 2000:3). Kapsamın genişliği, sağlık hizmetlerine erişimde finansal koruması olmayan nüfusu kapsayacak şekilde genişletilmelidir (WHO, 2008: 25-26). Sistem nüfusun tamamını kapsama alanına almışsa buna genel sağlık sigortası denmektedir. Yüksek gelire sahip ve gelişmiş ülkelerde nüfusun tamamı kapsama alanına alınabilirken, gelişmekte olan ve tarım sektörünün yoğunlukta olduğu ülkelerde kapsam daha dardır. Yine hizmetlerin ne kadarının garanti altına alındığı da sigorta fonunun yani ülkenin ekonomik gücü ile ilişkilidir (Çelik, 2016: 178-179)

Kapsamın Derinliği: Hizmetlerin cepten ödemeye maruz kalmadan kişilere ne ölçüde sunulduğunu yani mevcut hizmet yelpazesini ifade etmektedir (Kutzin, 2000: 3; WHO, 2008: 25-26). Sağlık hizmetlerine erişmek için yapılan cepten ödemelerin varlığı nüfusun tamamına sağlık güvencesi sağlanmamasından kaynaklanabileceği gibi bazı hizmetlerin kapsam dışında bırakılmasından da kaynaklanmaktadır. Dolayısıyla sağlık hizmeti alımının finansal riskine karşı koruma sağlamak için nüfusun tamamına sağlık sigortası sağlanması yeterli olmamaktadır. Kapsamın derinliği kavramı da finansal riske karşı koruma sağlamak için önemlidir (Yenimahalleli-Yaşar, 2007:103, 130).

Sistemde kimlerin kapsama dahil edileceği, bu kapsamın derinliğinin ne olacağı, hangi hizmetleri kapsayacağı, hizmet sunumunun hükümet tarafından mı, özel sektör tarafından mı yürütüleceği gibi sistemin yapısı, işleyişı ve teknik yönleri ülkeden ülkeye farklılık göstermekte ve bunun doğal bir sonucu olarak toplumsal eşitliği olumlu veya olumsuz şekilde etkilemektedir (Çelik, 2016: 178-179; Tengilimoğlu, Akbolat ve Işıık, 2017: 308).

Sosyal sağlık sigortasının avantajları (Orhaner, 2018: 115-116);

- Sağlık hizmetlerinin finansmanını sadece vergiler ile sağlamakta zorluk çeken devletler için ek kaynak oluşturulması,
- Sağlık hizmetlerinin finansmanına katkı sağlanacağı için hizmet sunucuların arzı arttırması,
- Kişilerin geleceğe olan güveninin artması ile tüketim ve yatırım kararları üzerinde olumlu etki sağlamasıdır.

Sosyal sağlık sigortasının dezavantajları ise (Dixon, Langenbrunner, Mossialos, 2004: 63; Orhaner, 2018: 115-116; Tatar, 2011: 116-117);

- İnfomal ve tarım sektöründe çalışanların kapsama dâhil edilmesinde karşılaşılan güçlükler ve maliyet kontrolünün sağlanması ile yaşanan sıkıntılar,
- İşsizlik seviyesinin yüksek olduğu ülkelerde, az sayıda çalışan ve işverenin katkı sağlaması ile yeterli gelirin elde edilememesi,
- Sigortanın sağlanması ile birlikte kişinin sağlığına daha az dikkat etmesi ve böylece sağlık ihtiyaçlarına olan talebin artış göstermesidir.

1.4.2.1. Sosyal Sağlık Sigortasını Uygulayan Ülke Örnekleri

Sağlık hizmetleri finansmanının ağırlıklı olarak sosyal sağlık sigortası ile sağlandığı ülkelerden bazıları; başta Almanya olmak üzere Fransa, Lüksemburg, İsviçre, Çek Cumhuriyeti, Hollanda, Türkiye, Belçika'dır (OECD, 2019: 157). Ülke örneklerinden bir kaçı aşağıda sunulmuştur.

Almanya; Sosyal sağlık sigortasının ülkelerde uygulanış biçimine bakıldığında uygulamanın çıkış yeri olan Almanya'da sağlık sistemi Bismarck modeline dayalı olarak finanse edilmektedir. Yasal sağlık sigortası ve özel sigorta tüm toplumu kapsamaktadır (Kulesher ve Forrestal, 2014: 130). Yasal sağlık sigortası (Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)), yıllık gelir miktarı dikkate alınarak katılımcıların katılmak zorunda olduğu bir sistemdir. Bu miktar yıllara göre farklılık göstermektedir. 2016 yılı itibariyle yılda 56.250 Avro'dan daha az kazanan tüm vatandaşlar ve emekliler zorunlu olarak GKV kapsamına girmektedir. Yasal sağlık sigortasına bağlı kişilerin ailesinde para kazanmayan/ az kazanan kişi veya 18 yaşını doldurmamış çocuk varsa prim ödemeksizin kişiye bağlı olarak sigorta kapsamındadır. Yasal sağlık sigortası; koruyucu sağlık hizmetleri, hastane bakımı, doktor hizmetleri, akıl sağlığı bakımı, dış bakımı, fizik tedavi, ilaçlar, rehabilitasyon, palyatif bakım, çocuk muayeneleri, temel aşılamalar, belirli yaşlarda kanser taramaları gibi hizmetleri kapsamaktadır. Ancak bazı durumlarda (evde bakım ve bazı dış tedavileri) ek sigortalara başvurulması gerekmektedir (Blümel ve Busse, 2017: 69-70).

Belçika; sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak (serbest meslek sahipleri için bazı kısıtlamalar ile) sosyal sağlık sigortası ile finanse edilen ülkelerden biri Belçika'dır. Ülkede ki nüfusun %99'undan fazlası zorunlu sağlık sigortası kapsamında olmakla birlikte isteğe bağlı olarak özel sağlık sigortası imkânı da bulunmaktadır. Federal hükümetten sağlanan

sübvansiyonlar ve sosyal güvenlik primleri, zorunlu sağlık sigortası sisteminin ana finansman kaynağını oluşturmaktadır. Toplanan sosyal güvenlik primleri gelirle ilişkilidir ve kişilerin sahip oldukları hastalık risklerinden bağımsız olarak uygulanmaktadır. (Gerken ve Merkur, 2010: 15). Ulusal Hastalık ve Engellilik Sigortası Enstitüsü (National Institute for Health and Disability Insurance), merkezi bir rol oynamaktadır ve bütçenin hastalık fonlarına dağıtımından sorumlu olan programdır (Schokkaert ve Van Voorde, 2005: 25-26).

Fransa; Fransız sağlık sistemi ağırlıklı olarak sosyal sağlık sigortası ile finanse edilmekle birlikte kamu ve özel finansman yöntemlerinin ikisini de barındırmaktadır (Flood ve Haugan, 2010: 11-12).

1945 yılından bu yana, Fransa’da sağlık hizmetleri evrensel ve eşitlikçi bir anlayışı benimseyerek, devlet kontrolündeki işçi ve işveren örgütler tarafından finanse edilen sosyal katkılar ile finanse edilmektedir. 1945 yılında zorunlu sigortanın kurulmasını takiben 1961’de çiftçiler ve tarım işçileri için sosyal sigorta fonu ve 1966’da bağımsız çalışanlar için ulusal fon oluşturulmuştur. 1999 yılında sistemin kapsamı ve evrenselliği genişletilerek sağlık hizmetlerine ücretsiz erişim sağlanmıştır (Nay vd, 2016: 4-5).

Zorunlu sağlık sigortası kapsamında ki prosedürler, ilaçlar ve tıbbi cihazların listesi ulusal düzeyde tanımlı ve tüm bölgeler için aynı oranda geçerli olmakla birlikte hastane bakımı, ayakta tedavi hizmetleri, huzurevi bakımı, reçeteli ilaçlar ve evde bakım hizmetleri kapsam dahilindedir. Bu hizmetler dışında uzun süreli bakım ve akıl sağlığı hizmetlerini kısmen, dış hekimliği hizmetlerini ise çok az kapsamaktadır (Rodwin, 2003: 33; Zaleski, 2017: 60).

İsviçre; sağlık sistemindeki görev ve sorumlulukları, federal, kanton ve belediye arasında bölünmüş bir şekilde yürütülmektedir. Kantonların kritik bir rol oynaması sebebiyle sistem merkezi olmayan bir yapıdadır. 26 kantonun her biri kendi anayasasına sahiptir ve hizmet sunucularını lisanslamaktan, hastane hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamaktan ve kurumları desteklemekten sorumludur. Federal hükümet ise zorunlu sağlık sigortası ve diğer sosyal sigortalar ile yürütülen finansmanın düzenlenmesinde önemli bir rol oynamaktadır (Sturny, 2017: 155).

İsviçre sağlık hizmetleri finansman kaynakları karma bir sistemden oluşmakla birlikte üç kamu finansmanı vardır (Sturny, 2017: 155):

1. İsviçre Konfederasyonu, kantonlar ve belediyeler için vergi destekli bütçeler ile sağlık hizmeti sunucularına sağlanan finansman,
2. Zorunlu sağlık sigortası
3. Kaza sigortası, yaşlılık sigortası, maluliyet ve askeri sigortaların primlerinden sağlığa ayrılan kısım.

İsviçre’de zorunlu sağlık sigortası 1996 yılında Federal Sağlık Sigortası Kanunu ile yürürlüğe girmiştir (Dormont, Geoffard ve Lamiraud, 2007: 3). Bu kanununla birlikte kişiler farklı sigorta şirketlerinden birinde zorunlu sağlık sigortası yaptırmak zorundadır ve ailenin her üyesi bireysel olarak sigortalanmalıdır. Bu sigorta işveren tarafından desteklenmemektedir. Sigorta tüm sigorta şirketlerinin kapsamına alması gereken hastalık, kazalar ve doğum gibi durumlardaki tıbbi teşhis ve tedavi masraflarını kapsamaktadır. Her birey sigortacısını seçmekte özgürdür ve sigorta şirketini her yıl gerçekleşen aday seçme zamanlarında şirketini değiştirebilmektedir (OECD, 2011). Bunlara ek olarak ayrımcılığı önlemek amacıyla sigorta şirketleri tüm başvuranları kabul etmek zorundadır (Dalley ve Gubb, 2013). Sigorta şirketleri 0’dan 19 yaşa kadar, 19’dan 26 yaşa kadar ve 26 yaş ve üstü olmak üzere üç farklı yaş grubu için farklı primler uygulamaktadır (De Pietro vd., 2015: 4). Bu primler belirlenen yaş grupları içerisinde tüketicinin sağlığına veya gelirine göre farklılık göstermemekte, yoksullar zenginler ile aynı ödemeyi yapmaktadır. Yalnızca düşük gelire sahip bireyler, primlerin maliyetini düşürmek için kantondan mali destek alabilmektedir (OECD, 2011).

Lüksemburg; zorunlu sağlık sigortasının hakim olduğu sistemlerden biridir. Sosyal sağlık sigortasının kapsamını sağlık bakımı, kaza sigortası ve uzun süreli bakım hizmetleri oluşturmaktadır. Sağlık sigortasının sosyal katkı paylarının %40’ı devlet tarafından karşılanmakta, kalan% 60’ı sigortalı nüfus ve işverenler arasında eşit olarak paylaşılmaktadır. Sistemde sosyal sağlık sigortasına ek olarak tamamlayıcı sağlık sigortası da rol oynamaktadır. Sağlık sistemlerini düzenleme sorumluluğu Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı arasında paylaşılmaktadır. Sağlık Bakanlığı sağlık politikaları geliştirmekte, sağlık sunucuları için geçerli olan yasa ve yönetmelikleri çıkarmakta, bakım hizmetlerini planlamakta ve organize etmekte ve halk sağlığı programlarını doğrudan finanse etmektedir. Sosyal Güvenlik Bakanlığı; sosyal politikalar geliştirmekte, politikalar ile ilgili yasa çıkarmakta ve sağlık, kaza ve uzun vadeli bakım sigortaları tarafından finanse edilen kurumları denetlemektedir. Aile Bakanlığı, uzun

sürekli bakım hizmetleri sunan tesisleri denetlemekte ve ruhsatlandırmaktadır (Berthet vd., 2015).

Hollanda; ağırlıklı olarak zorunlu katkılar ve primlerle finanse edilen ülkelerden biridir. Hollanda’da sağlık sistemleri iki yasal sigorta ile kapsam altına alınmaktadır. Bunlardan ilki “temel sigorta” olarak adlandırılan ve genel tıbbi tedavileri kapsayan Zorgverzekeringswet (ZVW)’dir. Diğeri ise uzun süreli hemşirelik ve bakım hizmetlerini kapsayan Wet Langdurige Zorg (WLZ)’dir.

Hollanda hükümeti sağlık sisteminin yönetiminden sorumlu değildir. Sosyal sağlık sigortasının yönetimi kar amacı gütmeyen özel sağlık sigortacılarına devredilmiştir. Hollandalı vatandaşlar otomatik olarak WLZ için sigortalıyken, herkes (18 yaşın altındakiler hariç), kendi temel sağlık sigortasını (basisverzekering) yaptırmak zorundadır. Sigortalar doğrudan sigortalıdan alınan ve vergi dairesi tarafından toplanan prim ve gelire bağlı işveren katkıları ve devlet katkıları (örneğin 18 yaşın altındakiler) ile oluşmaktadır. 18 yaşını doldurmuş bireylerin sigorta yaptırmaması durumunda ilk olarak kişiye uyarı yapılmakta uyarıya cevap vermeyen kişilere para cezası uygulanmaktadır (Kroneman vd., 2016: 66, 79). Yasal teminata ek olarak özel sağlık sigortası ve ilaçlar için alınan ek ödemeler de finansmanda rol oynamaktadır. Nüfusun %84’lük oranı dış bakımı, alternatif tıp, fizyoterapi, gözlük ve lensler gibi faydaları kapsayan tamamlayıcı sağlık sigortasına tabidir (Wammes vd., 2017: 113)

1.4.3. Özel Sağlık Sigortası

Özel sağlık sigortası, aynı türdeki tehlikelerle karşılaşma ihtimali olan kişilerin, belirli oranlarda para ödemesi ile toplanan tutarın, yalnızca bahsi geçen tehlikenin yaşanması neticesinde zarara uğrayanların zararlarını karşılamak için kullanılan risk paylaşım sistemidir. Böylece kişiler, tehdit altında olduğu tehlikelerle karşılaşması durumunda, maruz kalacağı maddi zararı önemsiz bir duruma getirmektedir (TSB, 2013). Özel sağlık sigortaları ilk başta kar elde etmeyi amaçlamakla birlikte, sigortalıların sağlıklarını korumayı, sağlık hallerinin bozulması durumunda ortaya çıkan sağlık harcamalarını üstlenmeyi ve hastalanma, sakatlanma ve iş göremezlik hallerinde kişilere gelir sağlamayı amaçlamaktadır (Orhaner, 2017: 407). Özel sağlık sigortası çoğu zaman gönüllülük esasına dayanmaktadır (çalışma koşullarının bir parçası olarak çalışanlar için zorunlu olabilir) (OECD, 2020b).

Özel sağlık sigortaları, kişiler ve özel sigorta şirketleriyle karşılıklı sözleşme esasına dayanarak yapılmaktadır (Orhaner, 2018: 124). Sigorta sözleşmesinde sigortanın türü, hangi durumlarda sigortalıya ödeme yapılacağı, sigortalının ne kadar ödeme yapacağı, sigortanın ne zaman başlayıp ne zaman biteceği gibi bilgiler yer almaktadır (Çelik, 2016: 183). Her özel sigorta şirketinin kendine özgü genel şartları ve teminat sınırları bulunmaktadır. Söz konusu şartlar ve teminat sınırları kendi risk değerlendirmelerine bağlı olarak belirlenmektedir. Dolayısıyla teminat paketleri ve prim oranları sigorta şirketlerinde farklılık göstermektedir (Keskin, 2019: 28). Bunlara ek olarak özel sağlık sigortacılığında prim oranları gelirle değil riskle orantılı olarak belirlenmektedir. Primler, bireyin sağlık durumu, yaşı, cinsiyeti, mesleği, tıbbi geçmişi, ailedeki hastalık öyküsü, olası hastalık riski gibi faktörlere bağlı olarak değişiklik göstermektedir (OECD, 2020b; Thomson ve Mossialos, 2009: 42).

Politika yapıcılar çeşitli nedenlerle özel sağlık sigortası kullanımını genişletmeyi düşünmektedir (Thomson, Foubister ve Mossialos, 2009: 57);

- Mevcut maliyetleri özel sigortacılara ve bireylere kaydırarak kamu harcamalarını azaltmak,
- Tüketicilerin seçeneklerini arttırmak,
- Kamu ve özel hizmet sunucuları arasındaki rekabeti teşvik etmek,
- Finansal sürdürülebilirlik bağlamında kamu bütçeleri üzerindeki baskıyı azaltmak.

Özel sağlık sigortaları; İkame edici/birincil, tamamlayıcı ve destekleyici sigorta olarak sınıflandırılmaktadır (Mossialos ve Thomson, 2004: 16). Birçok ülkede özel sağlık sigortasının tamamlayıcı ve destekleyici modelleri kullanılmakla birlikte, (Thomson, Foubister ve Mossialos, 2009: 57). Bu modeller arasındaki ayrım her zaman net değildir (Mossialos ve Thomson, 2004: 66).

Birincil (temel ve ikame edici) sağlık sigortası modeli; bu model herhangi bir sağlık sigortası kapsamına dahil olmak için tek erişimin olduğu sigorta yöntemidir ve temel sigorta ve ikame edici sigorta olmak üzere iki tür sigorta altında incelenmektedir (OECD, 2020b).

- ***Temel sigorta;*** kamu kapsamı ya da sosyal sağlık sigortası yoktur veya bireyler hükümetin sunduğu sosyal sigorta programlarına girmeye uygun değildir (OECD, 2020b). Bu model, kamu sağlık hizmetlerinden yararlanamayan bireyler için oluşturulan modeldir (örneğin yeni göçmenler) (Balkanlı, 2017: 45).

- **İkame edici sigorta;** hükümetin sunduğu sosyal kapsam hakkına sahip fakat bu kapsamın dışında kalmayı seçerek özel sağlık sigortası sahibi olan kişileri içermektedir (OECD, 2020b)

Destekleyici sağlık sigortası modeli; bireylerin hizmetlere ulaşımını hızlandıran, lüks otelcilik hizmetlerine erişimi sağlayan ve hükümetin kapsama almadığı hizmetlere ulaşım imkanı sağlayarak bireylerin seçim şanslarını arttıran sigorta türüdür (Mossialos ve Thomson, 2004: 16; Uzun, 2015: 122).

Tamamlayıcı sağlık sigortası modeli; hükümetin/ sosyal sigorta programlarının teminat paketleri içinde yer almayan (dış tedavisi, alternatif tıp gibi) veya kamu tarafından yalnızca belirli kısmının kapsama alındığı (kullanıcı katkıları gibi) hizmetleri içeren sigorta modelidir (Balkanlı, 2017: 46; Mossialos ve Thomson, 2004: 16; OECD, 2020b)

Özel sağlık sigortasının avantajları (Brunner ve ark., 2012: vii; Orhaner, 2017: 410; Yıldırım, 2012:59);

- Gelir durumu daha iyi olan kişilerin özel sağlık sigortasına yönelmesiyle birlikte kısıtlı olan kamu kaynakları özel sağlık sigortasına sahip olmayan yoksul ve dezavantajlı kişilere sağlık hizmeti sunma fırsatı sağlar,
- Sağlık hizmetlerinden faydalanmak isteyen bireylere daha fazla seçenek imkânı sunar,
- Özel sağlık sigortası ile kişiler uzun bekleme süresi olmadan ihtiyaç duydukları zaman hizmete erişim imkânı yakalar,
- Kamu sisteminin kapsamadığı maliyetlere karşı finansal koruma sağlayabilir.

Özel sağlık sigortasının dezavantajları (Akdur, 2001: 1577; Evans, 2002: 37; Maynard ve Dixon, 2002: 114);

- Özel sağlık sigortasındaki rekabet ortamı, sigorta şirketlerini kişilerden alınacak primleri risklere göre ayarlamaya zorlamaktadır. Böylece, primler kişilerin sahip olduğu gelirden ziyade hastalık deneyimi, hastalanma olasılığı, risk durumları, cinsiyet, yaş, sigara içme ya da içmeme durumu ve spor yapma durumu göz önüne alınarak toplanır. Genellikle hasta ve yaşlı kişilere ayrımcılık yapar ve bu ayrımcılık hizmetlere erişimde eşitsizlik yaratır.
- Rekabet ile gereksiz artan primler neticesinde sağlık statüsü iyi olan ve hastalık riski az olan kişiler bu artan primleri ödemek istemeyecek, dolayısıyla sigorta havuzunda çoğunlukla yüksek riske sahip hastalar yer alacaktır. Neticede bu

durum sigorta kurumlarının gelir gider dengesini sağlayamamasına sebep olarak zamanla finansmanın sürdürülebilirliği riske girecektir.

- Sağlık harcamaları için toplanan paranın önemli bir kısmının gerçek sağlık harcamalarına değil şirketlerin kar paylarına ve yönetim giderlerine harcanması sebebiyle, finansman çeşitleri arasında paranın sağlık hizmetine dönüşme oranı en düşük olan yöntemdir.

Belirtilen sebepler dolayısıyla bir ülkenin sağlık sisteminde ağırlıklı olarak özel sağlık sigortasının kullanılması hakkaniyet ve eşitlik açısından sakıncalı olup sistem sosyal sağlık sigortasını veya vergileri destekler/tamamlar özellikte olmalıdır (Çelik, 2016: 184; Tatar, 2011: 115).

1.4.3.1. Sosyal Sağlık Sigortası ve Özel Sağlık Sigortası Arasındaki Farklar

- En temel fark özel sağlık sigortasının sosyal sağlık sigortası gibi zorunlu olmayıp gönüllü olarak tercih etme durumuna bağlı olmasıdır (Şahin, 2018: 24).
- Sosyal sağlık sigortasında ödenen primler kişilerin sağlık statüsü ile değil tamamen gelirleri ile ilişkiliyken, özel sağlık sigortasında kişilerden alınacak prim sağlık durumu ve riskleri ile ilgilidir. Başka bir ifade ile özel sağlık sigortasında diyabet, hipertansiyon gibi herhangi bir hastalığı olan ya da sigara, alkol kullanması sebebiyle sağlık riskine sahip olan kişiler diğer kişilere oranla daha fazla prim ödemektedir. Dolayısıyla, sağlık finansman sistemlerinde olması gereken en temel özellik olan sağlık statüsü iyi olandan kötü olana finansman akışının tam tersi bir durum ortaya çıkmaktadır (Tatar, 2011: 115).
- Sosyal sağlık sigortasında önemli olan toplumun sağlık hizmetlerine ulaşımını kolaylaştırmak, toplum sağlığını korumak ve iyileştirmek iken özel sağlık sigortasında bireysel çıkarlar söz konusudur (Orhaner, 2018: 126-127).
- Sosyal sağlık sigortasında sigorta süresi devamlıyken özel sağlık sigortasında genellikle bir yıl olmakla birlikte bir hafta, bir ay, üç ay gibi farklı aralıklarda da olabilmektedir (Orhaner, 2018: 126-127).
- Sosyal sağlık sigortasında prim oranı sabit olup, sadece gelir miktarına göre değişim gösterirken, özel sağlık sigortasında enflasyon oranı, teminat kapsamı, indirimler vb. ile her yıl değişiklik göstermektedir (Orhaner, 2018: 126-127).

1.4.3.2. Özel Sağlık Sigortası Sistemini Uygulayan Ülke Örnekleri

Özel sağlık sigortasının kullanımı ülkelere göre farklılık göstermektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) ve Almanya gibi bazı ülkelerde birincil ve tamamlayıcı özel sağlık sigortası kullanılmaktadır. Fransa, İngiltere, Belçika, İtalya, İspanya, Portekiz, Avusturya, Danimarka gibi ülkelerde kamu tarafından finanse edilmeyen kısımları finanse etmek için tamamlayıcı veya destekleyici özel sağlık sigortaları uygulanmaktadır (Balkanlı, 2017: 45; Mossialos ve Thomson, 2004: 67; OECD, 2020b).

ABD'de nüfusun büyük çoğunluğu özel sağlık sigortasına sahiptir. Dünya'da sadece Amerika Birleşik Devletleri'ne ait olan bir oranla nüfusun %75'i özel sağlık sigortası kapsamındadır (Arslan, 2019: 38). Dolayısıyla özel sağlık sigortası nüfusun büyük çoğunluğu için temel sağlık finansman kurumu ve sağlık sigortası kapsamının en önemli kaynağıdır (Congressional Research Service, 2021; Tatar, 2011: 115).

ABD, sağlık hizmetleri finansmanında ayrı insan sınıfları için birçok ayrı sistem sürdürmesi açısından diğer ülkelerden farklılık göstermektedir (Kulesher ve Forrestal, 2014: 134). Ülkenin sağlık sistemi dört sağlık sistemi modelinin karmasından oluşmaktadır. Çocukların ve gazilerin sağlık hizmeti alması bakımından Beveridge modeli ile yaşlılara hizmet sunması bakımından ulusal sağlık sigortası modeli ile, çalışanlara sunulmuş olan sağlık hizmetleri açısından Bismark modeli ile nüfusun %18'inin sağlık sigortası olmaması sebebiyle ise cepten ödeme modeli ile benzerlik göstermektedir (Arslan, 2019: 34; Daştan ve Çetinkaya, 2015: 108). Medicaid, geliri düşük olan yetişkinler, hamile kadınlar, yaşlılar, çocuklar ve engelli bireyler dahil olmak üzere 63.9 milyon Amerikalı'ya sağlık sigortası hizmeti sağlamaktadır (medicaid.gov). Medicare ise 65 yaş ve üstü kişiler, bazı engellere sahip 65 yaş altı kişiler ve diyaliz ve böbrek nakli gerektiren kalıcı böbrek yetmezliğine sahip kişileri sigorta kapsamına alan programdır (medicare.gov) .

Almanya'da ikame edici, destekleyici ve tamamlayıcı sağlık sigortaları uygulanmaktadır. Tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortası yasal sağlık sigortası kapsamına girmeyen bazı küçük faydaları ve daha iyi olanakları kapsayan tamamlayıcı bir rol oynar. (Blümel ve Busse, 2017: 69; Çevik ve Yüksel, 2019). Buna ek olarak ikame sağlık sigortası, yüksek gelirli çalışanlar gibi yasal olarak sigortalanmayan kişileri kapsar (Thomson ve Mossialos, 2009: 14). Almanya'da özel sağlık sigortası (Private Krankenversicherung) herkesin tercih edemeyeceği, 2016 yılı itibarıyla geliri 56.250 EUR ve üzeri olanlar ve bazı meslek gruplarının kullanabileceği bir yöntemdir (Blümel ve Busse, 2017: 69; Çevik

ve Yüksel, 2019). Aynı şekilde bu gelir grubuna sahip bireyler de sosyal güvenlik kurumuna dahil edilmemektedir (Balkanlı, 2017). Bu sebeple ikame edici sağlık sigortası söz konusu bireyler için tek teminat kaynağı olmaktadır (Thomson ve Mossialos, 2009: 106).

Hollanda’da 2006 yılında Sağlık Sigortası Yasası (Zorgverzekeringswet) getirilmeden önce özel sağlık sigortası yalnızca gelir düzeyi belirli bir seviyenin üzerinde ki kişileri kapsama alan ve ikame edici bir sağlık sigortası modeline sahipti. 2006’daki yasayla birlikte bu ayrımı kaldırdı ve büyük ölçüde tamamlayıcı sağlık sigortası modeline geçti (OECD, 2020b; Thomson ve Mossialos, 2009: 14).

Belçika’da zorunlu sağlık sigortasının kapsamadığı sağlık hizmetleri için (plastik cerrahi, gözlük ve ortodonti masraflarını belirli koşullar altında kapsamakta ve alternatif tıp uygulamalarını kapsamamaktadır) özel sağlık sigortası tamamlayıcı bir rol oynamaktadır (Gerken ve Merkur, 2010: 88).

Fransa’da gönüllü sağlık sigortaları ise zorunlu sağlık sigortası tarafından yetersiz şekilde kapsanan tıbbi mallara ve hizmetlere tamamlayıcı nitelikte olup toplumun %90’ından fazlası tarafından tercih edilmektedir (Chevreul, Brigham ve Zaleski, 2015: 60).

İsviçre’de zorunlu sağlık sigortasına ek olarak, bireyler herhangi bir ek sigorta almakta özgürdür ve özel harcamalar 2014 yılında toplam sağlık harcamalarının yüzde 32,6’sını oluşturmaktadır (Dalley ve Gubb, 2013; Sturny, 2017: 156).

Danimarka’da ise gönüllü/ özel sağlık sigortaları ilaç ve diş bakımı ödemelerini ve devlet tarafından karşılanmayan (örn. fizyoterapi) hizmetleri kapsar (Vrangbaek, 2017: 39). Yaklaşık olarak 2,9 milyon Danimarkalı genişletilmiş imkânlardan faydalanmak için bu sigortaya sahiptir (CEPOS, 2014).

İtalya’da özel sağlık sigortası ise ülkede son derece sınırlı bir rol oynayıp, 2014’teki toplam harcamaların yaklaşık %1’ini oluşturmaktadır (Donatini, 2017: 95).

1.4.4. Cepten Ödemeler

Cepten ödemeler, bireylerin almış oldukları mal ve hizmete karşılık olarak hizmet sunuculara doğrudan yaptığı tüm ödemeleri kapsamaktadır. Bu ödemeler bir geri ödeme kurumu ya da devlet tarafından yapılmadığı için finansal koruma sağlamamaktadır (Güvercin, Mil ve Tarım, 2016: 85; McIntyre, 2012: 3; Mossialos ve Dixon, 2002a: 22;

Tatar, 2011: 113). İnsanların hizmeti aldıkları noktada ödeme yapması hizmet kullanımlarını engeller ve aynı zamanda sağlık kontrollerinin ertelenmesine sebep olur (WHO, 2010: 5). Bu nedenle bu uygulama toplumun sağlık düzeyini, özellikle maddi gücü olmayan kesimi olumsuz etkileme riski oluşturması sebebiyle sadece zorunlu durumlarda başvurulması ve başvurulduğu zaman bireyin gelir durumu ile bağlantı kurulan bir finansman yöntemi olmalıdır. Bazı ülkelerde diyabet, hipertansiyon gibi kronik hastaların, kansere ilişkin harcamaların ve düşük gelire sahip kişilerin katkılardan muaf tutulması alınabilecek tedbirlere örnektir (Çelik, 2016: 191; Tatar, 2011: 113-114).

Ödemenin doğrudan hizmeti sunan tarafa yapılması sebebiyle cepten harcamalar, sağlık hizmetleri finansman sistemleri içerisinde kaynak transferinin en sade ve basit şeklidir (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008: 147). Bu ödeme yöntemi her sağlık sisteminde mevcut olmakla birlikte sağlık hizmetlerine ne zaman, nerede ve ne kadar maliyet ile ihtiyaç duyulacağının bilinmemesi sebebiyle tek başına veya ağırlıklı olarak kullanılan bir finansman yöntemi olması uygun değildir (Tatar, 2011: 113-114). Cepten ödemelere karşı koruma; vergilendirme, sosyal sigorta ve özel sigorta ile sağlanabilir (Szende, 2003: 60; Wagstaff ve Van Doorslaer, 1997: 500). Bireyler bu finansman yöntemlerine sahip olmadıklarında veya sağlık hizmetlerine erişim sıkıntıları yaşadıkları zaman sağlık ihtiyaçlarını cepten ödemeler ile karşılama yoluna gideceklerdir. Sosyal devlet anlayışının benimsendiği ülkelerde cepten yapılan sağlık harcamalarının daha az düzeyde olması beklenmektedir (Kalkınma Bakanlığı, 2014a: 61).

Cepten yapılan ödemeler; doğrudan ödemeler, kullanıcı katkıları ve informal ödemeler olmak üzere üç başlıkta incelenmektedir (Mossialos ve Dixon, 2002a: 22).

Doğrudan ödemeler; sosyal güvence kapsamına dahil edilmemiş ve hizmet arzı kısıtlı olan ya da bekleme sürelerinin uzun olduğu hizmetler için yapılan ödeme türüdür. Özel hekim muayeneleri, özel hastaneler, dış sağlık hizmetleri, güvence kapsamına dahil edilmemiş ilaçlar için eczaneler gibi hizmet sunucularına yapılan ödemeler doğrudan ödemelere örnek olarak verilebilir (Mossialos ve Dixon, 2002a: 22).

Kullanıcı katkıları; güvence kapsamına dahil olan hizmetlerin kullanımı sırasında yapılan ödeme türüdür (Mossialos ve Dixon, 2002a: 22). Kullanıcı katkısının ortaya çıkmasının temel sebebi sağlık hizmetlerine olan talebi düzenlemek, gereksiz talebin önüne geçmektir (Tatar, 2011: 113-114). Bu ödemeler hizmetin gereksiz kullanılmasının önüne geçerek verimliliği arttırması ve hizmetin sürdürülebilirliği için ek gelir oluşturması gibi amaçlar taşımaya karşın farklı sağlık sistemlerinde farklı sonuçlar

oluşturabilmektedir. Nitekim yapılan çalışmalarda kullanıcı katkılarının talebi ve hastanede yatılan gün sayısını azalttığı görülürken, gerek duyulan hizmetleri de kullanmakta engel oluşturduğu ve finansmanda adaleti bozduğu görülmüştür (Çelik, 2016: 191). Özellikle düşük sağlık statüsü ve düşük gelir arasındaki bağlantıya dikkat edildiğinde, ödeme yükünün her iki durum içinde dezavantajlı olan kişilere yüklendiği görülmektedir (Tatar, 2011: 113-114). Bu sebeple kullanıcı katkılarının düzenlenmesinde hizmete erişim de dikkate alınmalıdır. Gerekirse erişim problemi yaşayan hanelere sosyal destek sağlanarak erişim önündeki engeller ortadan kaldırılmalıdır.

İnformel ödemeler; sosyal güvence kapsamına dahil olan hizmetler için yapılan yasal olmayan ödeme türüdür (Mossialos ve Dixon, 2002a: 22). Bu ödeme türü resmi olarak onaylanmamasına rağmen kamu sektöründe sıklıkla yapılmaktadır. Hizmet sonrasında verilen ‘teşekkür’ amaçlı hediyeler ya da hizmet öncesinde hizmetleri güvence altına almak için verilen hediye ya da paralardan oluşmaktadır. Bu ödeme türünün görülmesinin en önemli nedenleri; kamu sistemindeki mali kaynakların yetersizliği, özel sektörün tam olarak gelişmemesi sebebiyle parası olan hastaların başka yerlerde hizmet almak için daha az seçeneğinin olması ve toplumun kültürel yapısıdır (Mossialos ve Dixon 2002a: 23-24). İnformal ödemelerin fazla görüldüğü durumlarda toplumun kendi içerisinde işleyen ve çoğunlukla düzensizliğe sebep olan özel bir sistem oluşmakta ve yapılan diğer cepten ödeme türleri gibi bireyler arası adaleti bozmakta ve hakkaniyet ilkesini zedelemektedir. Zira ödeme gücü daha düşük olan kişilerin hizmetlerden eşit biçimde yararlanmaları güçleşmektedir. İnformal ödemeleri tek tek müdahale ederek ortadan kaldırmak çok zordur. Bu nedenle uzun süreli stratejilerin uygulanması gerekmektedir (Çelik, 2016: 193).

Fransa’da cepten yapılan ödemeler toplam sağlık harcamalarının %7,5’ini oluşturmakta ve özellikle gözlük, diş bakımı ve ilaçların ödemeleri için tercih edilmektedir (Chevreul, Brigham ve Zaleski, 2015: 60). İsviçre’de ise toplam sağlık harcamalarının yüzde 18,6’sını oluşturmakta ve bu ödemelerin çoğu diş hekimliği ve uzun süreli sağlık bakım hizmetleri için harcanmaktadır (Sturny, 2017: 156). Danimarka’da cepten yapılan ödemeler; ilaç, diş hekimliği hizmetleri ve gözlük alımlarında temel ödeme yöntemi iken diğer hizmetler için çok küçük bir rol oynamaktadır (Olejaz vd., 2012: 68-69). İzlanda’da cepten yapılan ödemeler, sağlık sistemi finansmanının önemli bir kısmını oluşturmakta ve payı giderek artmaktadır. Bu harcamaların yarısından fazlasını ilaç ve diş hekimliği hizmetleri oluşturmaktadır. Gönüllü sağlık sigortaları ise sistemde hemen hemen hiç rol

oyynamamaktadır (Sigurgeirsdóttir, Waagfjörð ve Maresso, 2014). Letonya'da cepten (OOP) ödeme seviyeleri yüksek olup 2017'de% 41,8'e ulaşarak Avrupa'da sağlıkla ilgili en yüksek özel harcamalardan biridir.(Behmane vd., 2019: 45)

1.4.5.Tıbbi Tasarruf Hesapları

İlk olarak 1984'te Singapur'da gelişen tıbbi tasarruf hesapları bireylerin gelecekte oluşabilecek olan sağlık ihtiyaçlarına karşılık, kendilerine ait banka hesaplarına gelirlerinin bir kısmını önceden yatırma ve bu parayı yalnızca sağlık ihtiyaçları için harcama temeline dayanmaktadır (Tengilimoğlu, Akbolat ve Işık, 2017: 309). Bazı göstergeler, tıbbi tasarruf hesaplarının daha fazla eşitsizliğe yol açtığını göstermektedir. Çünkü tıbbi tasarruf hesap planlarını daha iyi eğitilmiş, genç ve sağlıklı olanların daha rahatlıkla yapabileceği görüşü vardır. Bazı düşünceler ise birçok kesim için tıbbi tasarruf hesaplarının arzu edilse bile yapılamayacağı yönündedir. Örneğin ekonominin istikrarsız, ortalama gelirin düşük, gelir eşitsizliklerinin fazla olduğu ülkelerde tıbbi tasarruf hesabındaki yatırımın muhtemel sağlık bakım maliyetlerini karşılamak için yeterli olmayacağı düşünülmektedir (Dixon, 2002: 415).

Tıbbi tasarruf hesaplarının kullanımında Singapur örneği;

Sağlık hizmetleri için finansman yöntemi olan tıbbi tasarruf hesapları 1984'te uygulanmaya başlanmıştır (Maynard ve Dixon, 2002: 121). Singapur'da sağlık hizmetleri finansmanında tıbbi tasarruf hesaplarının yanı sıra kamu hastanelerinde ve birinci basamak polikliniklerinde toplam bakım maliyetinin %80'ine kadar karşılayan devlet sübvansiyonlarında rol oynamaktadır (Liu ve Haseltine, 2017:139). Finansmanın bu ayağı 'S' ile simgelenmektedir. Sistemde finansmanı sağlayan tıbbi tasarruf hesapları üç alt hesaptan oluşmakta ve bu hesaplar da '3M' ile simgelenmektedir. Dolayısıyla sistemin tümü S+3M modeli ile finanse edilmektedir. Bu hesaplarda tasarruflar kişi adına birikmekte ve bireyler arasında risk paylaşımına izin vermemektedir (Ataç ve Sur, 2018; Liu ve Haseltine, 2017: 139).

3M sistemi Medisave, MediShield ve Medifund olmak üzere üç tıbbi tasarruf hesabını kapsamaktadır (Liu ve Haseltine, 2017: 139; Maynard ve Dixon, 2002: 121-122).

Medisave: Çalışanların maaşlarının belirli bir yüzdesini ve işverenlerin katkısını kişisel bir hesaba aktarılmasını gerektiren zorunlu bir tıbbi tasarruf programıdır (Liu ve Haseltine, 2017: 139). MediSave hesabındaki fonlar, bireylerin kendisinin veya bakmakla yükümlü oldukları kişilerin hastane yatışları, günlük ameliyatları ve belirli ayakta tedavi

masraflarını karşılamak için kullanılmaktadır. Hesaptan para çekme limiti, Singapurluların yaşlılık dönemlerinde bakım ihtiyaçlarını karşılamalarına yetecek fonlarının kalması için sınırlandırılmıştır (MOH, 2020).

MediShield Life: 1990 yılında oluşturulmuş olan hesap (Maynard ve Dixon, 2002: 121-122), kişilerin MediSave hesaplarının karşılayamayacağı maliyetli ve uzun süreli hastalıklarını karşılamasına yardımcı olan temel bir sağlık sigortası türüdür. Hastaların yüksek faturaları için daha az MediSave/nakit ödeyecekleri şekilde kurgulanmıştır (Liu ve Haseltine, 2017:139; MOH, 2020). Ödeme kapsamı hastanenin niteliğine göre farklılık göstermektedir. Singapur'da hastaneler özelliklerine göre A, B1, B2, B2+ ve C olmak üzere 5 kategoriye ayrılmaktadır. A sınıfı hastanelerin odaları klimalı, tek kişilikken C sınıfı bir hastanede ortak banyo-tuvaletlerin bulunduğu koğuş tipi odalar bulunmaktadır. Tıbbi tasarruf hesaplarının karşıladığı ücretlerin oranı da bu hastane sınıflandırmalarına göre farklılık göstermektedir (Ataç ve Sur, 2018). Örneğin, MediShield B2 ve C tipi hastaneler için sabitlenmiştir. A ve B1 tipi bir hastanede kalmayı tercih eden hastalar yine MediShield kapsamına alınmakta fakat ödemeler faturanın yalnızca küçük bir kısmını karşılamaktadır (MOH, 2020).

Medifund: 1993 yılında kurulan Medifund maddi yönden dezavantajlı kişilere yardım etmek için kurulan bir bağış ödeneğidir (Liu ve Haseltine, 2017: 139). Bir vakıf fonu olarak, sermaye tutarlarından elde edilen faiz gelirleri, Medifund kapsamına giren hastaların tıbbi fatura ödemelerine yardımcı olmak için onaylı sağlık kurumlarına tahsis edilmektedir. Medifund ödemeleri, devlet sübvansiyonlarını aldıktan, MediSave, MediShield Life ve nakit ödemeler dahil olmak üzere ödeme yöntemlerinden faydalandıktan sonra hala kalan faturalarıyla ilgili mali zorluklar yaşayan hastalar için bir güvenlik ağı sağlamaktadır (MOH, 2020). Yardımın miktarı hastanın ve ailesinin gelirine, hastanın sosyal ve tıbbi durumuna ve tedavi masraflarına göre farklılık göstermektedir (Liu ve Haseltine, 2017: 140).

Singapur sağlık sisteminde sağlık harcamalarına yapılan cepten ödeme oranları (% 55) oldukça yüksektir. Hükümet ise, bu durumun sistemin suiistimal edilmesine engel olduğunu ifade etmektedir (Ataç ve Sur, 2018).

Tıbbi tasarruf hesabı ile sağlanan finansman yöntemi Singapur'un yanı sıra, Çin, ABD ve Güney Afrika ülkelerinde uygulanmaktadır (Maynard ve Dixon, 2002:121). ABD'de küçük işveren ve bağımsız çalışanlar için alternatif bir finansman yöntemi olacağı düşünülmeye karşılık beklenen ilgiyi görmemiştir (Mossialos ve Dixon, 2002a: 21-22).

Tıbbi tasarruf hesapları ülkelere göre farklılık göstermekte ve gönüllü veya zorunlu sağlık sigortaları veya vergiler ile desteklenmektedir (Dixon, 2002:409).

1.4.6. Kamu Özel Ortaklığı Finansman Modeli

Her geçen gün artan rekabet, etkinlik ve verimlilik ihtiyacı ile karmaşıklaşan günümüz ekonomi ve finans yapısı ülkeler üzerinde baskı yaratmaktadır (Kalkınma Bakanlığı, 2014b: 1). Kamu kaynakları ve mali alan üzerindeki kısıtlamalarla karşı karşıya olan hükümetler, ekonomilerinin büyümesine yardımcı olmak amacıyla finansman açığını kapatmak için alternatif bir finansman kaynağı olan özel sektöre giderek daha fazla yönelmektedir (The World Bank, 2020). Söz konusu mali zorlukların da etkisiyle, Kamu Özel Ortaklıkları (KÖO) 1984'te İngiltere'de başlayıp ardından Avrupa'daki pek çok ülkede yaygınlaşmıştır (Beh, 2015: 664)

KÖO, altyapı için özel finansman girişimlerinin iyileştirilmesi ve devlet, özel ve tüketicilerin katılımı ile kamu varlıklarının ve hizmetlerinin sağlanmasını içermekte ve kamusal projeler ile tam özelleştirme arasındaki boşluğu doldurmaktadır (Grimsey ve Lewis, 2005: 346). KÖO modelinin temel amacı, devletin tamamen çekilmek istemediği ve devlet katkısı olmadan özel sektörün sağlamaktan çekindiği hizmetlere özel sektörün desteğini sağlayarak devletin finansman sorununu aşmaktır (Acartürk ve Keskin, 2012:28:27). KÖO modeli Yap-İşlet-Devret, İşletme Hakkı Devri ve Yap-Kirala gibi çeşitli yöntemleri kapsamaktadır (Kalkınma Bakanlığı, 2014b).

Kamu Özel Ortaklığı Finansman Modelinin Avantajları (Kalkınma Bakanlığı, 2018: 1-2; The World Bank, 2020; Villalba-Romero ve Liyanage, 2015: 14);

- Daha iyi kamu hizmetlerini sağlamak için özel sektör teknolojisinden ve yeniliğinden faydalanmak,
- Artan altyapı geliştirme talebini karşılamak amacıyla sınırlı kamu kaynaklarının kapasitesini genişletmek,
- Kamu ihtiyaçlarına cevap verirken yeni iş imkânları sağlayarak sosyal fayda sağlamak,
- Hem kamu otoriteleri hem özel sektör arasındaki ilişkinin karşılıklı fayda sağlaması ile her iki tarafında büyümesini sağlamak,
- Özellikle ekonomik sıkıntıların arttığı dönemlerde ortaklığın kurulması ile hem kamu hem de özel sektörün ihtiyaçlarını karşılamaktır.

Kamu Özel Ortaklığı Finansman Modelinin Dezavantajları (The World Bank, 2020; Pagoni ve Patroklos, 2019: 1);

- KÖO modelinin uygulanmasıyla kamu borçları birikebilir ve hükümetin mali alanını ve temel hizmetleri sunma yeteneklerini kısıtlayabilir.
- Model uygulansa dahi hükümetin sorumluluğu devam edecektir. Dolayısıyla vatandaşlar kamu hizmetlerinin kalitesinden hükümeti sorumlu tutmaya devam edecektir.
- Hükümetin, KÖO modelindeki düzenlemeleri anlayabilmek, anlaşma kapsamındaki kendi yükümlülüklerini yerine getirmek ve özel sektörün performansını izlemek için yeterli uzmanlığa sahip olması gerekecektir.
- Projelerin uzun vadeli olması ve karmaşıklığı göz önüne alındığında, tüm olasılıkları belirlemek zordur. Dolayısıyla sözleşme sırasında taraflarca öngörülemeyen olayların ve sorunların ortaya çıkma ihtimali vardır. Tarafların beklenmedik durumlara karşı sözleşmeyi yeniden müzakere etmesi gerekebilir.
- Hükümet politikalarındaki değişiklikler, özel sektörün ya da hükümetin sorumluluklarını yerine getirmemesi veya projenin vadesinin dolması gibi bir dizi sebepten ötürü, bazı projelerin başarısızlık ile sonuçlanması mümkündür.

Kamu özel ortaklığı finansman modeli bu çalışmanın kapsamı dışında tutulmuştur.

BÖLÜM 2: SAĞLIK HİZMETLERİNDE GERİ ÖDEME YÖNTEMLERİ

Geri ödeme yöntemi, sağlık hizmeti sunucularının (bireysel ya da kurumsal) sunmuş oldukları hizmetler karşılığında, ödeyici kurum veya kuruluşlar tarafından hangi esaslara göre geri ödeme alacağını belirleyen sistemdir (Akyürek, 2012: 125). Farklı ödeme mekanizmaları, hizmet sunucularının hangi hizmetleri, nasıl sunacakları ve hangi girdileri kullanacakları konusunda farklı etkiler ve teşvikler oluşturmaktadır. Nitekim hiçbir ödeme yöntemi mükemmel özelliklere sahip değildir ve her yöntemin güçlü ve zayıf yönleri vardır (WHO, 2017: 2). Bazı ödeme sistemleri verimlilik konusunda, bazıları hakkaniyet konusunda, bazıları ise hasta ve/ veya hizmet sunucusu tarafından suiistimal edilme durumlarına göre dezavantajlara sahiptir. Ancak ödeme modelleri, suiistimali önleyen, etkililiği, verimliliği ve insancılığı temel alan ve bunlar arasında uygun bir denge sağlayan yapıda olmalıdır (Kaya, 2008: 44). Bu nedenle ülkeler, sağlık sistemi önceliklerine ve hedeflerine uygun teşvikler sağlayacak ödeme yöntemlerinin bir karmasını oluşturmaktadır (Cashin, 2015: 14). Karma ödeme yöntemi sadece bir yöntemden güvenmekten daha üstündür (Barnum, Kutzin ve Saxenian, 1995: 1). Bu sayede her ödeme yönteminin istenmeyen sonuçları azaltılarak güçlü yönlerinden en üst seviyede yararlanmak, birbirini tamamlayan ödeme yöntemlerinin bir karışımını oluşturmak ve ödeme politikasından sağlık sistemine en fazla faydayı sağlamak önem arz etmektedir (WHO, 2017: 2).

Ödeme sistemleri (Langenbrunner, Cashin ve O'dougherty, 2009: 3; Miller, 2007: vii; Waters ve Hussey, 2004: 178);

- Kaynakların etkili ve verimli kullanımını ve maliyet kontrolünü teşvik ederken, hastalar için gerekli sağlık hizmetlerine erişimi, yüksek hizmet kalitesini ve eşitliği teşvik ederek sağlık politikası hedeflerine ulaşma konusunda yardımcı olmalıdır.
- Gereksiz hizmet sunumunu, aşırı tedaviyi, gereksiz yatışları, hasta tercihlerine duyarlı olmayan hizmet sunumunu teşvik etmemeli ve ödüllendirmemelidir.
- Ciddi sağlık sorunu olan hastaları veya birden çok sağlık sorunu olan hastaları dışlamaya engel olmalıdır.
- Hizmet sunucuları, kontrolleri dahilindeki kalite ve maliyetlerden sorumlu tutulmalı fakat kontrolleri dışındaki durumlar için sorumlu tutmamalıdır.

- Belirlenen fiyatlar, sunulan hizmetlerin maliyetlerini doğru bir şekilde yansıtmalı ve sistem sürdürülebilirliğini desteklemelidir. Nitekim fiyatlar gerçek maliyetlerini yansıtmadığı ve sağlık hizmetlerinin fiyatlandırmasında halk sağlığı hedefleri dikkate alınmadığı takdirde, istenmeyen bir dizi sonuç ortaya çıkabilmektedir (tedarikçiler gayri resmi ödemeler talep etmesi gibi).

Geri ödeme yöntemleri çeşitli sınıflandırmalara tabi tutulmaktadır. En sık karşılaşılan sınıflandırmalardan biri yapılan ödemelerin sunulan hizmetlere, tedavi edilen kişi sayısına veya vakaya göre değişim gösterip göstermediğini temel alan sabit ve değişken sistemlerken diğer sınıflandırma ise ödemelerin ileriye veya geriye yönelik olarak yapılmasına dayanmaktadır (Jegers, vd, 2002: 257).

Sabit ve değişken ödeme sistemleri arasındaki ayrım, faaliyet ile yapılan geri ödemeler arasındaki ilişkiye göre yapılmaktadır. Sunulan hizmetler arttıkça veya azaldıkça, geri ödenen tutarda bir değişimin söz konusu olmadığı sistemler, sabit ödeme sistemi olarak adlandırılırken hizmetlerdeki değişime bağlı olarak ödeme tutarının arttığı veya azaldığı sistemler ise değişken ödeme sistemi olarak adlandırılmaktadır (Jegers, vd, 2002: 257). Kişi başına ödeme, hizmet başına ödeme ve vaka başına ödeme değişken ödeme sistemlerinde, global bütçe ise sabit ödeme sistemlerinde yer almaktadır (Waters, Hussey 2004: 3).

Ödeme yönteminin ileriye veya geriye yönelik olarak sınıflandırılması ise ödemenin hizmeti aldıktan veya almadan önce yapılmasına bağlıdır (Top ve Tarcan 2007: 171). Ödeme oranı, hizmet sunulmadan önce müzakere edilip, belirleniyorsa söz konusu sistem ileriye yönelik sistem olarak adlandırılmaktadır. Bu sistemlerde sağlık hizmeti sunucuları daha yüksek finansal riskle karşı karşıya oldukları için verimliliği artırma yönünde teşvike sahiptir. Ödeme oranı, hizmetin gerçekleştiği sırada veya sonrasında belirleniyorsa sistem geriye yönelik ödeme sistemidir ve maliyetleri düşürmenin aksine arttırabilme potansiyeline sahiptir (Maceira, 1998: 4). Gün başına ödeme yöntemi (Akyürek, 2012: 134), vaka başına ödeme ve kişi başına ödeme yöntemi ileriye yönelik iken hizmete dayalı ödeme sistemi geriye yönelik ödeme sisteminde yer almaktadır (Maceira, 1998: 5). Sabit sistemler her zaman ileriye yönelik olmasına karşın ileriye yönelik sistemler hem değişken hem sabit ödeme sistemlerinde yer alabilmektedir (Jegers, vd., 2002: 262).

Söz konusu geri ödeme yöntemleri program ve genel bütçe ile ödeme, hizmet başına ödeme, gün başına ödeme, vaka başına ödeme ve kişi başına ödeme yöntemleridir.

2.1. Program ve Genel Bütçe ile Ödeme

Program ve genel bütçe, hastane ve hizmet alıcısının üzerinde anlaşmaya vardığı bir dizi sağlık hizmetini sağlamak için belirli bir süre (genellikle bir yıl) boyunca hastanenin toplam harcamalarını karşılamak üzere önceden belirlenen ve hastaneye tahsis edilen bütçe şeklinde tanımlanmaktadır (Langenbrunner, Cashin ve & O'dougherty, 2009: 11). Bu ödeme mekanizması, sağlanan hizmetlerin kalitesini ve fiyatını sınırlayan harcama limiti olarak da nitelendirilebilmektedir (Dredge, 2004: 1). Program ve genel bütçe ile sağlık hizmetlerinin sunumunda kullanılan (ilaçlar, gıda, vb.) ana kategoriler için ayrıntılı bir bütçe belirlenir. Yapılacak bütçe tahsisi genellikle bir önceki yılın tahsisi ve/ veya öngörülen hizmet sunumu göz önüne alınarak belirlenir (Lagarde, 2011: 156). Bu modelde yöneticiler tahsis edilen bütçeyi en verimli şekilde kullanmak zorundadır. Dolayısıyla kaynakları en etkili ve verimli şekilde nasıl kullanacaklarını araştırmaları gerekmektedir (Kaya, 2008: 44).

Kavram basit olmakla beraber, bütçe türleri bütçenin esnekliğine, alıcı sayısına, tedarikçi türleri ve sayısına ve bütçe üst sınırına ve tabanına göre değişim göstermektedir (Langenbrunner, Cashin ve O'dougherty, 2009: 11). Bütçeler masraf kalemlerine göre (maaş, ilaç, yatırım, izin vb.) belirleniyor ve bu kalemler arasında para aktarımına izin vermiyor ise söz konusu ödeme türü program bütçeleme yöntemi olarak adlandırılmaktadır (Çelik, 2016). Bu ödeme mekanizması sağlayıcılara hizmetlerin hacmi ve kalitesine yönelik çok az sorumluluk vermesi sebebiyle para transferi yeteneğini sınırlandırmakta (Langenbrunner, Cashin ve O'dougherty, 2009: 11) ve verimliliği arttırmak için herhangi bir teşvik sunmamaktadır (Cashin vd., 2015). Bu ödeme yöntemi, hükümetlerin hasta sayıları ve hasta özellikleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması sebebiyle daha karmaşık ödeme mekanizmaları uygulayamadığı düşük gelirli ülkelerde yaygın olarak kullanılmaktadır (Lagarde, 2011).

Genel bütçede ise yine hastanelere belirli bir süre için toplu ödeme yapılmakta fakat program bütçelemeden farklı olarak, bütçe esnek bir şekilde harcanabilmekte ve harcama kalemlerine göre ayrılmamış olup tek bir kalemde yapılmaktadır (Cashin vd., 2015; Barnum, Kutzin ve Saxenian 1995: 3). Bu ödeme mekanizmasında hastane yönetimine sağlık hizmetlerinin verimini iyileştirmek için daha fazla özerklik ve esneklik sağlanmaktadır (Berenson vd., 2016: 33). Genel bütçe her ne kadar kaynak kullanımı konusunda sınırlar dahilinde esneklik verse de sunulan hizmetlerin miktar ve fiyatlarında meydana gelecek değişime karşı son derece duyarlıdır. Yapılan ödemelerin tamamı

dönem sonunda kullanılmamış ise ödemedenden geri kalan miktar, hizmet sunucusunun inisiyatifine göre diğer alanlarda kullanılabilmektedir. Fakat ödemeler dönem sonu gelmeden bitmiş ise olası harcamaların başka kaynaklardan karşılanması söz konusu olacaktır. Dolayısıyla, tahsis edilecek ödeme miktarı kesinleştikten sonra bütçe olanaklarını aşmadan hizmet vermek zorunda olan hizmet sunucular, sundukları hizmetlerin miktarını ya da maliyetlerini kontrol altında tutmak ile sorumlu olacaklardır (Çelik, 2016).

Program ve Genel Bütçe ile Ödeme Yönteminin Avantajları (Akyürek, 2012: 125; Berenson vd., 2016; Langenbrunner ve Wiley, 2002; Normand ve Weber, 2009):

- Bütçe sisteminin uygulandığı ülkelerde, sağlayıcılara maliyetlerini kontrol etme teşviki sağlanması sebebiyle maliyet sınırlama deneyiminin olumlu yönde geliştiği görülmektedir. Hizmet sağlayıcılar bazı durumlarda, pahalı ilaçlardan ve operasyonlardan kaçınarak daha ucuz olan alternatif tedavi yöntemlerini uygulayıp tasarruf etme girişimlerinde bulunmaktadır.
- Kişi başına ödeme yöntemine benzer şekilde, hastanelerin karşılaştığı teşvikleri değiştirerek, işletme verimliliğini arttırmak ve ayakta tedavi işlemlerini, vaka hacmini ve hasta başına düşen hizmet sayısını azaltmaya yönelik doğrudan bir teşvik sağlamaktadır.
- Sıkı bir şekilde uygulanan genel bütçe uygulaması, harcama limitlerini özenle uygulamakta ve sağlık politikası belirleyicileri ve ödeyicileri için harcamaların öngörülebilirliğini sağlamaktadır.
- Bütçe ödeme mekanizması Teşhis İlişkili Gruplar (TİG) gibi daha karmaşık ödeme mekanizmalarına göre daha az karmaşık bir yapıyla maliyet etkililiği sağlayarak bir gelişim sağlamaktadır.
- Bu ödeme mekanizması hizmetlerin gider ve miktarını kısıtlarken, kaynakların bütçe sınırları içinde kullanımını sağlamak ve sıkı bir biçimde uygulandığında verimliliği arttırmaktadır.

Program ve Genel Bütçe ile Ödeme Yönteminin Dezavantajları (Berenson vd., 2016; Davis, 2002):

- Bütçe ödeme mekanizması, hastaneleri rekabet konusunda desteklemez ve pazar payının büyümesi sebebiyle ödüllendirmez.
- Belli başlı performans teşvikleri ve değerlendirmeleri olmadan, bütçeleme kapsamındaki hastanelerin harcamaları azaltma yaklaşımı hizmete erişimi ve

hizmet kalitesini olumsuz etkilese bile harcamaları sınırlandırarak bütçe dahilinde hizmet verebilmektedir.

- Bütçenin geçmiş dönemleri esas alarak belirlenmesi, ihtiyacın ve piyasa değerinin tam olarak yansıtılmadığı kaynak akışlarına neden olmaktadır.
- Normatif bir yaklaşım ile bütçeleme yönteminin çok ayrıntılı ve doğru verilere dayandığı varsayılmaktadır. Fakat yapılan harcamaların tarihsel harcamalardan çok fazla sapması, hastanelerin mali bakımdan güç duruma düşmesine ve bu durum neticesinde hastanelerin kalite ve bakıma erişimden ödün vermesine sebep olabilmektedir.
- Toplam harcamaları kısıtlamasında etkili olmasına karşın, hastalara karşı duyarlılığı arttırmak, üretkenliği arttırmak veya bakım kalitesini arttırmak konusunda teşvik sağlamamaktadır.

2.2. Hizmet Başına Ödeme

Hizmet başına ödeme sisteminde belirli hizmetlere ve ilaç ve tıbbi malzemelere yönelik fiyatlar belirlenmektedir (Normand ve Weber, 2009: 86). Bu metot, birçok ülkede özellikle özel sağlık sektöründe yaygın olarak kullanılmaktadır (Legarde, 2011: 153). Hastanın hastanede hizmet aldığı süre içindeki bütün maliyetleri faturasına yansıtmakta ve hastanın kendisi veya onun adına üçüncü şahıslar tarafından hastaneye ödemesi yapılmaktadır (Tengilimoğlu, Akbolat ve Işık, 2017). Örneğin, bir hekimin yapmış olduğu muayene veya cerrahi bir girişim için, eczacının sunmuş olduğu ilaç veya medikal ürün için ya da bir hastaneye, hekimlerinin sunmuş oldukları tedavi için ödeme yapılmasıdır. Bu ücretlerin veya fiyatların kontrol edilmesinin güç olmasından dolayı her hizmet sunucusu pazarın ödeyebileceği kadar ücret talebinde bulunabilmektedirler. Sistemde genel olarak pazar kuralları hakim olmakla birlikte (Normand ve Weber, 2009: 86) maliyet artışlarını önlemek amacıyla üçüncü şahıslar tarafından bir üst sınırdan belirlenebilmektedir (Tengilimoğlu, Akbolat ve Işık, 2017). Bunun en güzel örneği, kamu ve özel hastaneler için Sosyal Güvenlik Kurumu'nun yayınladığı Sağlık Uygulama Tebliği'nde (SUT) yayınlanan fiyatlara göre hizmet sunucularına ödeme yapılmasıdır. Ayrıca, bu uygulama yalnızca Türkiye'de kullanılmamakta aynı zamanda Almanya, Fransa ve Belçika'da da benzer uygulamalar görülmektedir (Çelik, 2016).

Hizmet başına ödeme sisteminin eleştirisi alan pek çok özelliğinin olmasıyla birlikte sistem üzerine etkileri, yoğunlukla ücret düzenlemelerinin nasıl yapıldığına bağlıdır. Örneğin, belirli hizmetler teşvik edilmek isteniyorsa, bu hizmetlerin fiyatları gerçek maliyetlerinin

üzerinde belirlenebilir. Eğer amaç hekimlerin belirli hizmetleri fazla üretmesini önlemek ise, bu hizmetlerin fiyatları gerçek maliyetlerinin biraz altında belirlenebilir (Normand ve Weber, 2009: 89).

Hizmete Başına Ödeme Yönteminin Avantajları (Çelik, 2016; Jegers vd., 2002; Kaya, 2008: 56):

- Hizmet sunucularının daha sağlıklı hastaları seçme konusunda teşvik edilmediği tek ödeme mekanizmasıdır.
- Hem hizmeti alanlar hem de ödeyenler açısından yönetsel bakımdan uygulaması kolaydır.
- Hizmet sunucularını üretken olma ve hastalara çok sayıda hizmet sunma konusunda güçlü bir teşvik sağlamak ve sağlık hizmetlerine erişimi garanti altına almaktadır.
- Hekimler hastalara karşı daha naziktir.
- Diğer basamaklara sevk daha azdır.

Hizmete Başına Ödeme Yönteminin Dezavantajları (Durmaz ve Erdem, 2017: 588; Kaya, 2008: 56; Miller, 2007; Normand ve Weber, 2009; Sauerland, 2001):

- Bu ödeme sisteminde sunuculara sunmuş oldukları her bir hizmet için geri ödeme yapıldığı için, hizmet sağlayıcısının teşhis ve tedavi için gerekenden daha fazla talep oluşturması konusunda teşvik sağlanmaktadır.
- İhtiyaç duyulmayan hizmetlerin sunulması neticesinde sağlık harcamalarının artması ve israf oluşturması söz konusu olmaktadır.
- Bu ödeme mekanizmasında hizmet sunucular belirli bir süre içinde daha fazla hizmet sunmak isteyecekleri için, hizmeti mümkün olduğunca kısa süre içerisinde sunmaya meyilli olabilirler.
- Toplam geliri arttırmak amacıyla daha az kalifiye personele çalıştırma eğilimi oluşturabilir.
- İdari açıdan pahalı bir ödeme mekanizması olabilir. Hizmet sunucular için, faturalandırma prosedürleri, dolaylı ve doğrudan hizmet sunumları ile karmaşık bir hal almaktadır.
- Koruyucu hizmetlere verilen önemin azalmasına sebep olabilir.

2.3. Gün Başına Ödeme

Gün başına ödeme yöntemi, hastalara sunulan hizmetler için hizmet sunucularına hizmet sunulan gün sayısı dikkate alınarak ödeme yapılan bir sistemdir. Bu sistem, sunulan hizmetleri ve hizmetlerin maliyetlerini göz önünde bulundurmaksızın tamamını tek çatı altında toplamaktadır (Çelik, 2016). Hizmet sunucularına ne kadar ödeme yapılacağı, geçmiş yıllara ait verilerden yola çıkarak belirlenmektedir. Geçmiş yıllara ait herhangi bir veri bulunmuyorsa, hizmet sunucularının ve üçüncü taraf ödeyicilerin, günlük ödeme tutarlarının belirlenmesi için ortalama hasta maliyetini bulmada kullanılan çeşitli faktörlerin göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Belli başlı faktörler arasında kalış süreleri, maliyetler, hastalık şiddetleri ve hizmet hacimleri yer almaktadır (Akyürek, 2012: 135). Bu ödeme mekanizmasında kırsal bölgede faaliyet gösteren bir hastane ile bir üniversite hastanesine yapılacak ödeme arasında farklılık olması beklenmektedir. Yapılacak ödemeler hizmet sunucu ile sağlık fonu arasındaki görüşmeler neticesinde belirlenmektedir. Günlük oran sabit ise hastaneleri maliyetleri ve test ve prosedürlerini düşürme ve verimli olma konusunda teşvik etmektedir. Fakat bu durum maliyetleri düşürürken sürecin kalitesini de düşürebilmektedir. Kalite standartlarının kontrolünü yapan kuruluşların olduğu sistemlerde bu durumun oluşması daha az olasıdır (Normand ve Weber, 2009).

Gün Başına Ödeme Yönteminin Avantajları (Çelik, 2016; Langenbrunner ve Wiley, 2002):

- Günlük ödeme yöntemi, verilen hizmetlerin detaylı bilgisine ve kompleks ödeme yöntemlerine ihtiyaç duyulmaması sebebiyle hem ödemeyi yapan hem de sağlayıcı için idari olarak kolaydır.
- Hastaların iyileşmeden taburcu edilmesini önlemesi ve yeniden yatış oranlarını azaltması sebebiyle, sağlık hizmetlerinin kalitesi üzerinde olumlu etkiye sahip olduğu söylenebilmektedir.

Gün Başına Ödeme Yönteminin Dezavantajları (Akyürek, 2012:135; Berenson vd., 2016; Cashin vd., 2015):

- Günlük ödeme yöntemlerine yöneltilen en büyük eleştiri, yöntemin hastanede yatarak tedavi görenlerin sayısını arttırmaya ve kalış sürelerini uzatmaya teşvik etmesidir.
- Kişi başına kullanılan malzeme sayısının azalması ile verimlilik artarken kalitenin düşmesi gözlemlenebilmektedir.

- Kişi başına yapılan ödemeler, hastanelerin gerçek klinik aktiviteleri konusunda şeffaflık sağlamamaktadır. Bu nedene, hastaların kalış sürelerinin uzamasına sebep olurken, üretilen çıktılar ve faaliyetler konusunda hastaneler arasında karşılaştırma yapmaya izin vermemektedir.

2.4. Vaka Başına Ödeme

Vaka başına ödeme yönteminde, sağlık sunucuları tarafında tedavi edilen her vaka veya taburcu için standart bir ödeme yapılmaktadır (Lagarde, 2011: 157). Vaka grupları, vakaları tanımlamak ve tedavi etmek için benzer klinik özelliklere ve benzer kaynak gereksinimlerine sahip olma durumuna göre oluşturulup her grup için uygun geri ödeme belirlenmektedir (Langenbrunner, Cashin ve O'dougherty, 2009).

Bu ödeme sisteminde iki temel model türü vardır. İlk model olan vaka başına veya taburcu başına ödeme modelinde, vaka türüne bakılmaksızın taburcu edilen her hasta için aynı ödeme yapılmaktadır (Langenbrunner ve Wiley, 2002: 155). Bu ödeme yöntemi uygulama açısından kolay olmasına karşın, vakalar arasında ayırım yapmaya ve geri ödeme miktarının maliyetleri aştığı vakaları seçmeye yönlendirmektedir (Çelik, 2016). İkinci model de ise vaka sınıflama sistemleri kullanılmaktadır ve uluslararası alanda en yaygın kullanılan vaka sınıflandırma yaklaşımı ise ‘Teşhis İlişkili Gruplar’ (TİG) yaklaşımıdır (Langenbrunner ve Wiley, 2002: 155)

TİG ilk kez 1983 yılında ABD’deki Medicare Programı kapsamında uygulama koyulmuştur (Geissler vd., 2011: 9). Bu ödeme sistemi, verimsiz ve giderek daha pahalı hale gelen hizmet başına ödemelerine dayalı hastane finansmanına olan bağımlılıktan kurtarma amacıyla gelişmiştir. Uygulamaya başlandığı günden itibaren TİG temelli hastane ödemeleri, verimlilik ve etkinliğin artırılması amacıyla uluslararası alanda yaygın biçimde kullanılmaktadır (Street vd., 2011: 93).

TİG ödeme sistemi “Hastalıkların klinik ve maliyet verileri kullanılarak gruplandırılmasını ve benzer hastalıkların benzer gruplara atanmasını içeren bir yöntemdir.” Bu bağlamda bir yatan hasta sınıflandırma yöntemi olarak TİG; ortaya çıkan maliyetler doğrultusunda hasta türlerini tanılarına ve işlemlerine göre sınıflandırıp türdeş vakalar ile tedavi için harcanan kaynakları ilişkilendirmeyi sağlamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Vaka Başına Ödeme Yönteminin Avantajları (Demir vd., 2013: 23; Narmanlı vd., 2012: 31; Street vd., 2011: 93-94; Akbulut, 2012: 108):

- Hastaların hastanede gereksiz yere ve uzun süre kalmasının önüne geçmektedir.
- Maliyetleri kontrol altına alarak azalmasını sağlamaktadır.
- Hastanın kalış süresini uzatma arzusu oluşturmamaktadır.
- Hastaneler, hastaların kalış süresini azaltacağı için bakım kalitesinin arttırabilmektedir.
- Vakanın tedavisi için harcanan zaman, maliyet ve malzeme kullanımını minimum düzeyde tutulmaktadır.
- Teknik verimliliğe katkı sağlamaktadır.
- Sınırlı olan kaynakların vakaların şiddetine ve türlerine bağlı olarak adil biçimde dağılmasını ve hastaneler arasında eşitliğin sağlanması mümkün kılmaktadır.
- TİG temelli hastane ödemelerinde, sürecin nesnel ve veri odaklı yürütülmesi sebebiyle sağlık hizmetleri finansmanında şeffaflık sağlamak ve hastaneler arasında karşılaştırma yapmaya izin vermektedir.
- Hastaneler arasında aynı TİG'deki hastaların kalış süresini, tedavi maliyetlerini ve kalitesini karşılaştırabilme imkanı sağlamaktadır.
- TİG tabanlı ödeme sistemi hizmet sunucularını, etkinliği arttırma ve maliyetleri en aza indirme konusunda teşvik sağlayıp verimliliğin artmasına katkı sağlamaktadır.
- TİG ödeme sistemi hastanın kalışı sırasında sunulan her hizmetin uygunluğunu gözden geçirme ihtiyacını ortadan kaldırdığı için denetim faaliyetleri hastanede kalış süresinin uygunluğuna yoğunlaşabilmektedir.

Vaka Başına Ödeme Yönteminin Dezavantajları (Berenson vd., 2016: 26-27; Geissler vd., 2011: 15; Quentin vd., 2011):

- Hizmet sunucuları hizmet sunulmamış vakalar için fatura kesebilmekte ve fatura izleme ve düzeltme maliyetleri eklemektedir.
- Vaka başına düşen maliyetleri düşürmek için kalite göz ardı edilebilmektedir.
- Tanılara dayalı sistem, vakaların doğru tanı gruplarına tahsis edildiğini, hastaların gereksiz şekilde bir sağlayıcıdan diğerine aktarılmadığını ve belirli bir kalite düzeyinin korunduğunu kontrol etme ihtiyacı oluşturmaktadır.
- Hastaneler, ayakta tedavi yönteminin uygun olması halinde dahi, hastaneye yatırılan hasta sayısını arttırmak konusunda teşvik edilmektedir.

- Hastaneler hastalara gereken hizmetin tamamını sunmayıp uygunsuz biçimde erken taburcu edebilmektedir. Bunun neticesinde maliyetler azalsa dahi verimlilikte iyileşme yaşanmamaktadır.
- Hastaneler, düşük maliyetli hastaları seçme ve karsız yüksek maliyetli hastaları transfer etme veya bunlardan kaçınma eğiliminde olmaktadır.
- Hastanın gerçekte sahip olduğu tanıdan daha karmaşık bir tanının kaydedilmesi söz konusu olabilmektedir.
- TİG'ler diğer ödeme yöntemlerine kıyasla daha karmaşık olup veri sistemleri, kodlama uzmanlığı ve kodlamanın aktif gözetimini gerektirmektedir.
- TİG ödeme sisteminde hasta grupları arasındaki farkların veya sunulan hizmetlerdeki farkların yeterince kontrol edilmemesi, çok karmaşık vakalar için düşük ödemeler, daha az karmaşık vakalar için yüksek ödemeler ile sonuçlanabilmektedir. Bunun sonucunda hastanelerin daha karmaşık hastaları tedavi etme riskinden kaçınmaları söz konusu olabilmektedir.

2.5. Kişi Başına Ödeme

Kişi başına ödeme yönteminde hizmet sunucularına belirli bir süre (çoğunlukla bir yıl) boyunca hasta başına belirli bir tutar ödeme yapılmaktadır. Hizmet sunucularına yapılan ödemeler, sunulan hizmetlerin yoğunluğundan ve kalitesinden bağımsız olarak yalnızca hasta sayısı temel alınarak yapılmaktadır (Berenson vd., 2016: 14; Jegers vd, 2002: 266). Sunulan hizmetlerin karmaşıklığına ya da kapsamına yönelik herhangi bir düzenleme yoktur (Akyürek, 2012: 132). Hizmet sunucular kişi başına sunulan bütçeden daha yüksek maliyet oluşturan hastalarla karşılaşması durumunda risk altında kalmaktadır ve bu nedenle her bir kişi için kullanılan girdileri azaltma teşviki söz konusudur (Langenbrunner ve Wiley, 2002: 157). Kişi başına ödeme yöntemi, potansiyel olarak hasta ile düzenli temasta bulunan hizmet sunumları için uygundur. Model, sigortalı kişiyi sürekli olarak aynı hekimi kullanmaya teşvik ettiği için özellikle birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcıları için tercih edilmektedir. Belirli kişiler ile yürütülen hizmet sunumları kaliteli hizmet sunma konusundaki teşvikleri azaltabilmektedir. Bu sorun hastalara hekimleri (sağlayıcıları) değiştirme hakkı vererek çözülebilmektedir. Kalitesiz hizmet sunan bir hekimin yeterli hasta sayısına ulaşma ihtimali azalacaktır. Nitekim bu çözüm sadece hastaya iyi bir hekim seçme şansı için yeterli hekimin var olması ve hastanın sunulan hizmetin kalitesini değerlendirebilmesi durumunda fayda sağlamaktadır (Normand ve Weber, 2009: 96).

Kişi başı ödeme sistemleri basit ya da karmaşık yapıda uygulanabilmektedir. Basit sistemlerde, hizmet sunucusuna kayıtlı her hasta için aynı miktarda ücret ödenmektedir. Daha karmaşık sistemlerde ise, hizmet sunucusuna yapılan ödemeler hastanın yaşı, cinsiyeti veya ikamet alanı gibi farklı parametrelere göre değişim göstermektedir (Normand ve Weber, 2009: 95).

Kişi Başına Ödeme Yönteminin Avantajları (Berenson vd., 2016; Durmaz ve Erdem, 2017: 589; Normand ve Weber, 2009: 95-96):

- Kişi başına ödeme sistemlerinin en büyük avantajı, gereksiz sağlık hizmet sunumunu ortadan kaldırarak, maliyetlerin azaltılması konusunda teşvik sağlamasıdır. İsraf veya gereksiz maliyetler oluşturabilecek hiçbir parametre yoktur.
- Diğer ödeme yöntemlerine kıyasla sağlığın önlenmesi ve geliştirilmesi konusunda daha fazla teşvik sağlamaktadır.
- Bu ödeme modelinde sağlayıcılar, her ay bir hasta listesi için ödeme aldığı için yönetimi oldukça kolaydır.

Kişi Başına Ödeme Yönteminin Dezavantajları (Berenson vd., 2016; Cashin vd., 2015: 22-24; Waters ve Hussey, 2004: 6):

- Kişi başına ödeme sisteminde belirlenen fiyatlar gerçek maliyetleri yansıtmazsa, tedarikçilerin yetersiz resmi ödemeleri telafi etmek amacıyla gayri resmi ödemelere yönelmesi, yüksek maliyetli hastaları tedavi etmekten kaçınması veya sunulan hizmetlerin düşük kalitede olması gibi bir dizi istenmeyen sonuçlar ortaya çıkabilmektedir.
- Kişi başı ödemelerinin kapsamı dışında kalan hastaların diğer hekimlere sevk edilmesi söz konusudur.
- Hastalar arasında ayırım yaparak daha sağlıklı (daha az maliyetli) kişileri seçme konusunda teşvik oluşturmaktadır.
- Hizmet sunucuları açısından en riskli ödeme modelidir.

BÖLÜM 3: TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANI VE GERİ ÖDEME YÖNTEMLERİ

3.1. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı

Türkiye sağlık hizmetleri finansmanı ve geri ödeme yöntemleri açısından karma bir yapıya sahiptir (Şantaş ve Çıraklı, 2019: 18). Bir taraftan belirli bir kesim için Beveridge Modeli uygulanırken diğer taraftan Bismark Modeli tercih edilmekte ve aynı zamanda sistemin finansmanında özel harcamalar da yer almaktadır (SASAM, 2017: 4). Vatandaşlar sağlık ihtiyaçlarını kamu kuruluşlarından temin edebildikleri gibi serbest piyasa sisteminde kar amacıyla işletilen özel sağlık kurumlarına da başvurabilmektedirler. Dolayısıyla sağlık hizmetleri sisteminde hem hizmet arzı hem de hizmet talebi bakımından çeşitlilik olduğu söylenebilmektedir (Yurdadoğ, 2007: 592). Sistemin bu karmaşık yapısı etkin işleyişi güçleştiren unsurlardan biridir (Özbay vd., 2007: 178).

Türkiye sağlık hizmetleri finansmanı köklü değişimlere uğrayan bir yapıya sahiptir. Özellikle Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile birlikte finansman alanında kayda değer değişimler uygulanmıştır. Bu bağlamda Türkiye sağlık hizmetleri finansmanını SDP öncesi ve sonrası olarak incelemek faydalı olacaktır.

3.1.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi

SDP öncesinde Türkiye sağlık hizmetleri finansman sistemi içerisinde Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Emekli Sandığı (ES), Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu (Bağ-Kur) ve Yeşil Kart olmak üzere farklı sosyal güvenlik kurumları yer almaktaydı (Işık, 2013: 71).

SSK: Kamuda işçi statüsünde çalışanlara ve özel sektör çalışanlarına hizmet veren SSK (Erişti vd., 2004: 5) ile ilgili ilk düzenleme 27.06.1945 tarih ve 4772 sayılı İş Kazaları, Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortaları Kanunu’dur. Bu kanunun ardından 16.07.1945 tarih ve 4792 sayılı İşçi Sigortaları Kurumu Kanunu çıkarılmış ve 1946 yılında yürürlüğe konmuştur. 1961 Anayasası’nın uygulanmaya başlanması ile işçi statüsünde çalışanları kapsayan sigorta kollarına ilişkin düzenlemeler, yeniden incelenerek 17.07.1964 tarih ve 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu’nda birleştirilmiştir (Işık, 2013: 71).

Bağ-Kur: Üyelerinden tahsis edilen primlerle finanse edilen Bağ-Kur esnaf, sanatkârlar, bağımsız çalışanlar ve tarımla uğraşanları kapsayan bir sosyal güvenlik kurumudur. Bağ-Kur, 02.09.1971 tarih ve 1479 sayılı “Esnaf ve Sanatkarlar ve Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu” kanunuyla kurulmuş ve 01.10.1972 tarihinden itibaren faaliyet göstermeye başlamıştır (Erişti vd., 2004: 6)

Emekli Sandığı: Kamu sektöründe çalışan memurlar ile askeri personelin maluliyetlerinde ve emekliliklerinde kendilerinin, ölümlerinde ise dul ve yetimlerinin sosyal güvenliklerini garanti etmek amacıyla oluşturulan ES, 1950 yılında 5434 sayılı kanunla kurulmuştur. Kurum aktif çalışan memur ücretlerinden elde edilen kişi ve kurum kesintileri ile finanse edilmektedir. ES’nin SSK’dan farklı olarak kendi hizmet sunum birimleri bulunmamaktaydı. Sağlık ihtiyaçlarını kamu sektörü ve özel hizmetlerden sağlamakta ve gelirleri ile harcamaları arasındaki fark, merkezi devlet kaynaklarından karşılanmaktaydı (Erişti vd., 2004: 5)

Yeşil Kart: 18.06.1992 tarih ve 3816 sayılı kanunla düzenlenen Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması hakkında kanun ile hayata geçirilen Yeşil Kart uygulaması (Erişti vd., 2004: 3), hiçbir sosyal güvenlik kurumuna dahil olmayan ve sağlık hizmetleri giderlerini karşılamak için ödeme gücü olmayan Türk vatandaşlarını kapsamaktaydı (Işık, 2013: 71).

3.1.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası

Türkiye’de sağlık hizmetleri finansmanı, devlet bütçesinden tahsis edilen ödemeler, sosyal güvenlik kurumları ve bireylerin cepten yaptıkları harcamalar olmak üzere üç temel fon kaynağından sağlanmaktadır. Ancak bu kaynaklar arasında önemli bir yer tutan kamu finansmanının karmaşık bir yapıya sahip olması finansmana ilişkin sorunları da beraberinde getirmektedir (Işık, 2013: 75). Oldukça parçalı bir yapıya sahip olan sağlık finansman sistemi için norm birliğinin oluşması ve sürdürülebilir bir sosyal güvenlik sisteminin sağlanması için, 5502 Sayılı Kanunla 2006 yılı Mayıs ayında BAĞ-KUR Genel Müdürlüğü, Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı ve Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü’nü tek çatı altında birleştiren Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı kurulmuştur. Bu reformla birlikte sigorta hak ve zorunluluklarının eşitlendiği, sürdürülebilir ve tek bir emeklilik ve sağlık sigorta yapısının kurulması öngörülmüş ve kolay, ulaşılabilir ve kaliteli sağlık hizmeti sunumunu hedefleyen genel sağlık sigortasının oluşturulması amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda 2006 yılı

Mayıs ayında 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu kabul edilmiş ve 01.10.2008 tarihinde tüm hükümleri ile yürürlüğe girmiştir. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun tam manasıyla uygulanması 2012 Ocak ayında yeşil kart ödemelerinin SGK bünyesine dahil edilmesi ile sağlanmıştır. Ancak yeşil kartlı vatandaşlar için teminat paketi farklılık göstermektedir. Örneğin yeşil kart sahipleri aile hekimliğine ve Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelere başvuru yapabilirlerken, üniversite hastanelerinden istisnai durumlar dışında sadece sevkli hasta olarak hizmet alabilmektedirler. Özel hastanelerden ise acil haller, yoğun bakım için kamu hastanelerinde yer olmaması gibi istisnai durumlar için hizmet alabilmektedirler (SASAM, 2017: 6).

Temel ilkesi “herkesten gücüne göre prim alıp, herkese gereksinimine göre hizmet vermek” olan (Erol ve Özdemir, 2014: 13) GSS gelirleri sigorta katkıları (primler), devlet katkıları (genel vergi gelirleri) ve kullanıcı katkıları (katkı payları) olmak üzere üç temel mekanizma tarafından sağlanmaktadır. Sigorta katkıları, %5'i çalışan ve % 7,5'i işveren olmak üzere gelirin %12,5'ini kapsamaktadır. Ödeme gücü olmayan kişilerin primleri ise devlet tarafından ödenmektedir (Şantaş ve Çıraklı, 2019: 17). Ancak, GSS'nin yoksulu koruma açısından ne kadar yeterli olduğu tartışmaya açık bir konudur. Aylık geliri asgari ücretin üçte birinin üzerinde olan vatandaşlar her ay prim ödemektedir. Geliri brüt asgari ücretin üçte birinden fazla olan bireylerin ödeyeceği prim tutarı brüt asgari ücretin %3'ü tutarındadır. Dolayısıyla 2021 yılında bu kapsamdaki bireylerin ödeyeceği prim tutarı aylık 107,33 TL'dir (SGK, 2021). Geliri asgari ücretin üçte birinden az olan kişilerin primleri devlet tarafından karşılanmakta ve sağlık hizmetlerine ücretsiz erişimi sağlanmaktadır. Ancak, yoksulluk sınırının asgari ücretin üçte biri olarak belirlenmesi önemli bir sorundur. Nitekim bu sınırın gerçek yoksulluk sınırına ne derece yakın olduğu tartışılmalıdır (Erol ve Özdemir, 2014: 13).

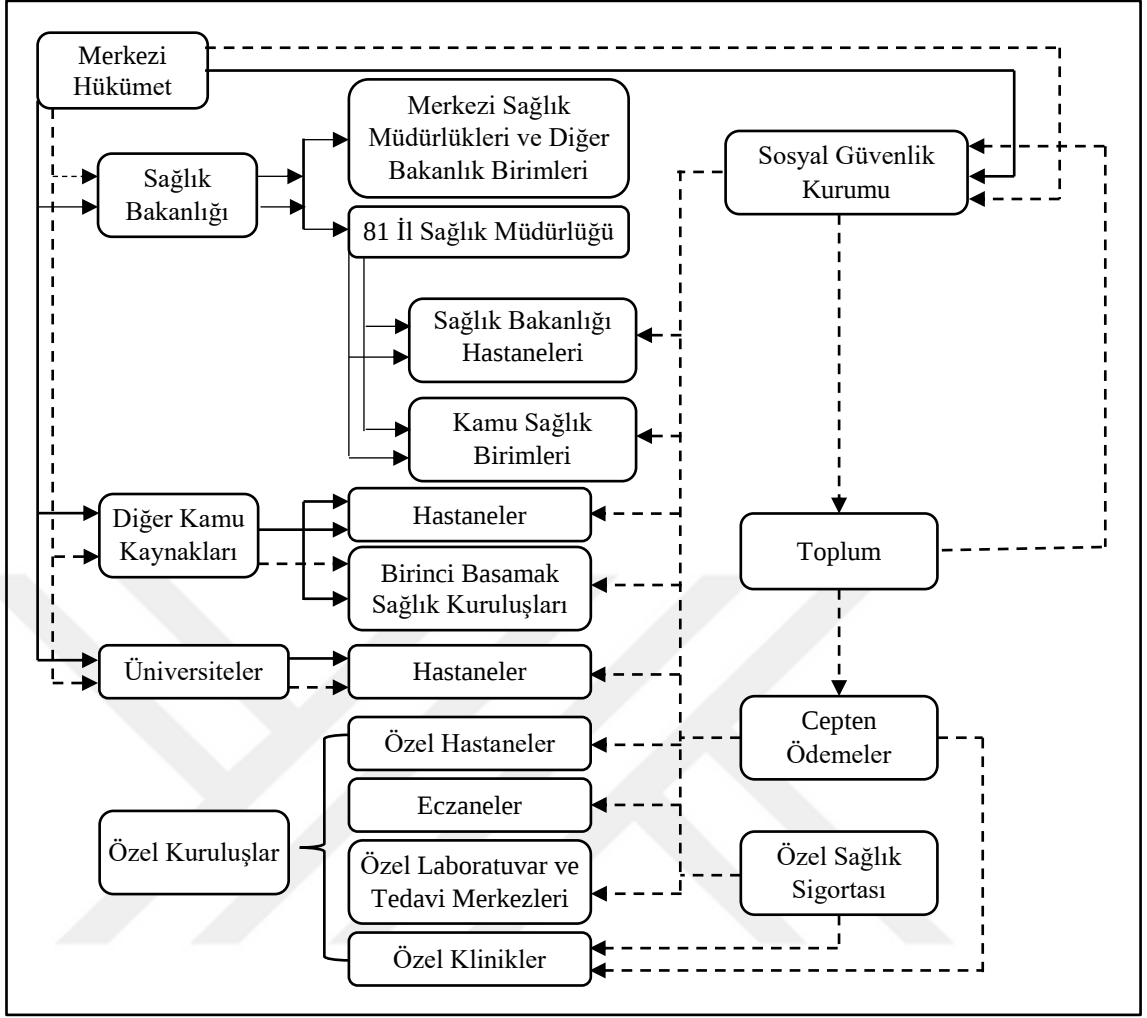
GSS'nin diğer gelir kaynağı ise katılım payıdır. 2018 yılı itibariyle ikinci basamak resmi sağlık hizmetlerinden faydalanmak isteyen vatandaşlar 6 TL, Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastanelerinden hizmet almak için 7 TL, üniversite hastanelerine bağlı üçüncü basamak sağlık hizmetleri için 8 TL ve özel sağlık hizmetleri sunan kurumlar için 15 TL katılım ücreti ödemelidir. Özel sağlık hizmeti sunan kurumlar %200'e kadar ek ücret talep edebilmektedir. SGK tarafından geri ödeme kapsamında olan ilaçlar için kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları

kişilerden %10, diğer bireylerden %20 oranında katılım payı tahsis edilmektedir. Ayakta tedavilerde reçete edilen 3 kutu ilaca kadar 3 TL, 3 kutuya ilave edilen her bir kutu ilaç için 1 TL katılım ücreti alınmaktadır (SUT, 2018).

SDP sürecinde sağlık hizmetleri kapsamında özel sektörün rolü artmıştır. Kamu hastaneleri tıbbi hizmetlere odaklanabilmek ve verimliliği arttırmak amacıyla bilgi teknolojileri, temizlik, lojistik, güvenlik ve yemek gibi altyapı hizmetlerini özel firmalardan temin etmeye başlamıştır. Bunun dışında, kaliteli sağlık hizmeti üretmek ve sunmanın yanında teknolojideki yenilikleri yakalamak için özel kurumlardan teşhis ve tanı hizmetleri satın alma yaygınlaşmıştır. SDP ile birlikte özel sağlık kurumlarına erişim daha kolay bir hal almıştır. SGK, ayakta ve yatan hastalara sunulan hizmetlere yönelik özel kurumlarla sözleşmeler sağlanmış ve bu teşvikler neticesinde özel hastane sayısı artış göstermiştir (Toprak, 2019: 26).

GSS 01.10.2008 tarihinden itibaren ülkede ikamet eden herkesi kapsam altına almakta ve prim ödemek ile zorunlu tutmaktadır. Özel sağlık sigortası GSS'den ayrılamamakta ve ekstra prim ödemeyi gerektirmektedir. Dolayısıyla özel sağlık sigortası beklenen talebi görememekte ve özel sağlık sigortası “isteğe bağlı sağlık sigortası” veya “tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortası” olarak adlandırılmaktadır (Dinçköklü Çakır, 2016: 113; Orhaner, 2017:407).

Türkiye’de sağlık sigortalarının genel çerçevesi “Hastalık Sigortası Genel Şartları” ile devlet tarafından belirlenirken özel sağlık sigorta şirketleri belirlenen şartlara eklemeler yapabilmekte ve istedikleri hizmetin teminatını müşterilere sunabilmektedir. Yani özel sağlık sigortalarında fiyatlar ve teminatlar serbest piyasa koşullarında oluşmaktadır (Uzun, 2015: 111). Özel sağlık sigortası GSS’nin temel teminat paketinde bulunmayan, bulunup tamamen karşılanmayan ya da kişilerin daha yüksek standartta sağlık hizmeti talebinde bulunduğu durumlarda fayda sağlamaktadır (Balkanlı, 2017: 46). Bununla beraber 5510 sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu”nun 98. maddesinin ikinci fıkrasında; “Bu kanun gereğince sağlık hizmetlerinden yararlananların ödemekle yükümlü oldukları katılım payları, özel sigorta şirketleri tarafından teminat veya ödeme konusu yapılamaz.” hükmü yer alarak katılım paylarının özel sağlık sigorta sözleşmesinde yer alamayacağı açıkça belirtilmektedir (Uzun, 2015: 117). Tamamlayıcı ve destekleyici özel sağlık sigortası 23 Ekim 2013 tarihinde Hazine Müsteşarlığınca yayınlanan Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliğine göre düzenlenmektedir (Balkanlı, 2017: 46).

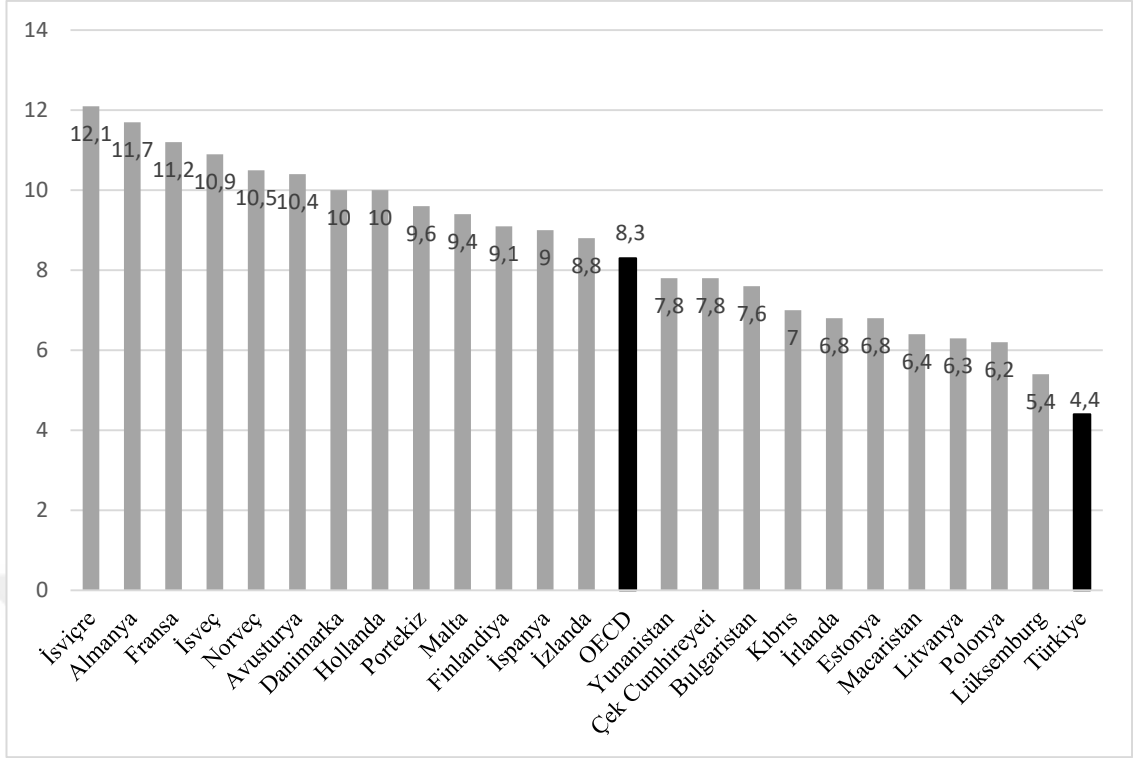


Şekil 3: Türkiye Sağlık Sisteminde Finansal Akış

Kaynak: Tatar vd., 2011: 39

*Not: Düz çizgiler yönetsel ilişkileri gösterirken, kesikli çizgiler finansal ilişkileri göstermektedir.

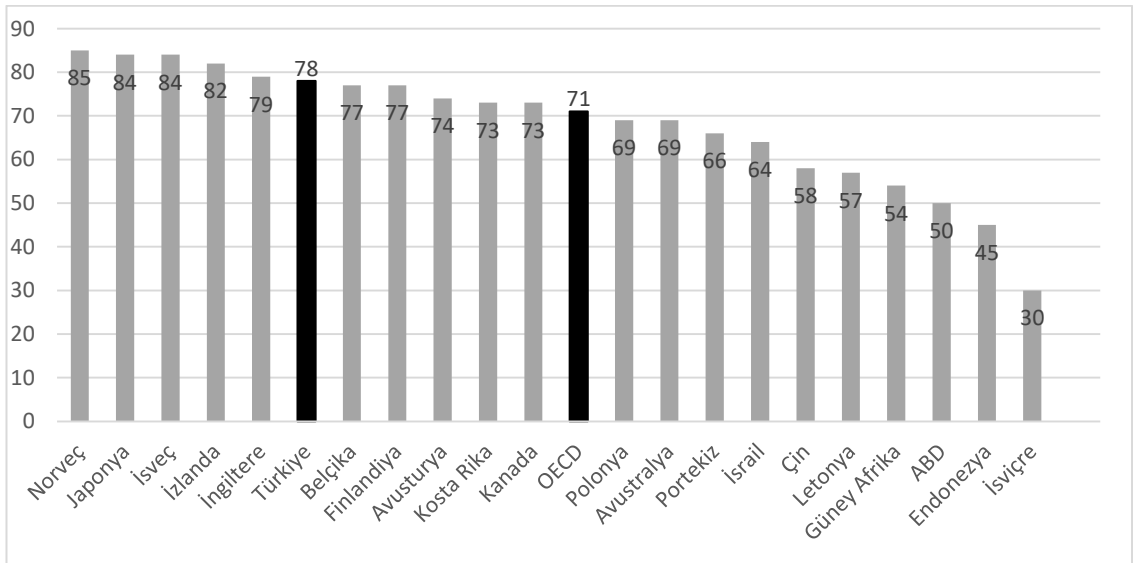
Şekil 4’de OECD ülkelerinin toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki oranı gösterilmektedir. OECD ülkelerinin ortalaması %8,8 iken İsviçre %12,1 oran ile sağlık sektörüne ile en fazla kaynak ayıran ülkedir. Türkiye’nin ise toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki oranı %4,2’dir. Türkiye ile birlikte Hindistan ve Endonezya gibi ülkelerde en az kaynak ayıran ülkeler arasındadır.



Şekil 4: OECD Ülkelerinin Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Oranı, 2018 (veya En Yakın Yıl)

Kaynak: OECD, 2020a: 161.

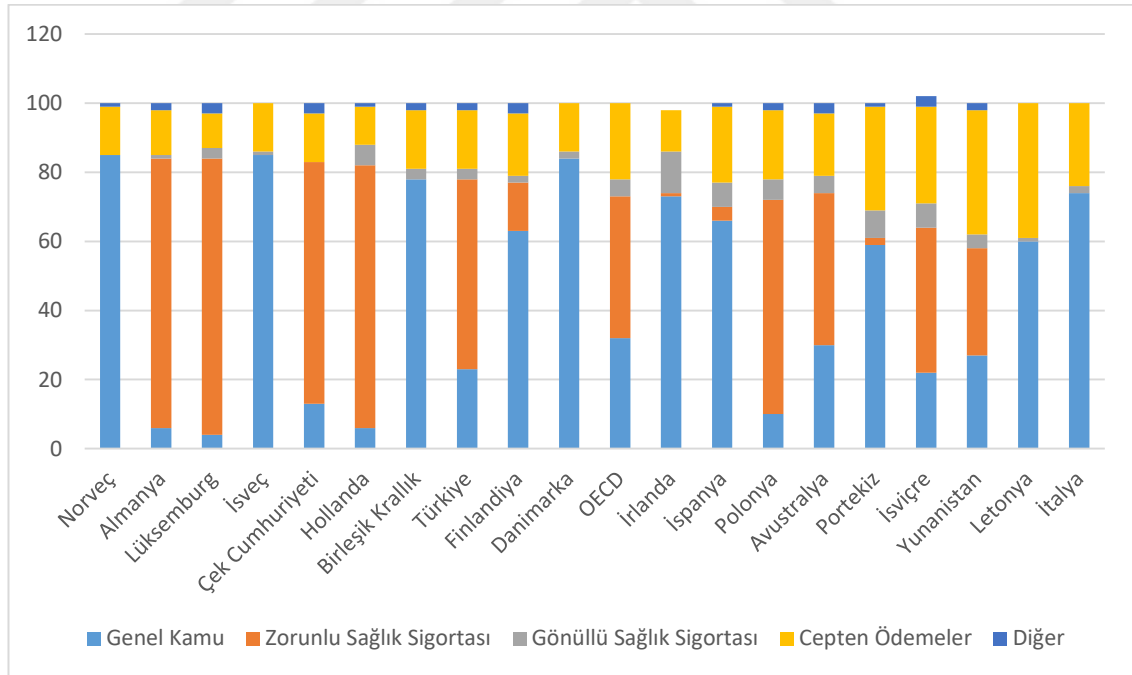
Şekil 5’de OECD ülkelerinin toplam sağlık harcamaları içinde kamu sağlık harcamalarının oranı görülmektedir. Şekilden de anlaşıldığı gibi bu oranın OECD ortalaması %71’dir. Türkiye %78’lik oran ile hem OECD ortalamasının hem de pek çok ülke üzerinde kamu sağlık harcaması yaptığı görülmektedir.



Şekil 5: OECD Ülkelerinin Toplam Sağlık Harcamaları İçinde Kamunun Oranı, 2017 (veya En Yakın Yıl)

Kaynak: OECD, 2019: 159.

Şekil 6’da OECD ülkelerinin yaptıkları sağlık harcamalarının finansman türlerine göre ayrımı görülmektedir. Neredeyse tüm OECD ülkelerinde kamu ve zorunlu sağlık sigortasının ağırlıklı olarak kullanılan finansman yöntemi olduğu görülmektedir. Norveç, İsveç, Birleşik Krallık ve İrlanda ‘da sağlık harcamalarının %70’ten fazlası genel kamu harcamalarından oluşmaktadır. Polonya, Hollanda gibi ülkelerin sağlık harcamalarının %70’den fazlasının zorunlu sağlık sigortasından oluşmaktadır. Türkiye’de sağlık harcamaları %23 oranında genel kamu harcamalarından, %55 oranında zorunlu sağlık sigortası harcamalarından, %17 oranında cepten yapılan harcamalardan ve %3 oranında gönüllü sağlık sigortası harcamalarından oluşmaktadır. OECD ülkelerinin ortalamasına bakıldığında %32 kamu harcamaları, %41 zorunlu sağlık sigortası harcamaları, %5 gönüllü sağlık sigortası, %22 cepten yapılan sağlık harcamaları ve %1 diğer harcamaları yer aldığı görülmektedir. Bu bağlamda Türkiye’nin zorunlu sağlık sigortası harcamalarının ortalamanın üzerinde olduğu, kamu harcamalarının ve cepten yapılan sağlık harcamalarının ortalamadan düşük olduğu görülmektedir.



Şekil 6: Finansman Türüne Göre Sağlık Harcamaları, 2018 (veya En Yakın Yıl)
Kaynak: OECD, 2020a: 163.

3.2. Türkiye Sağlık Hizmetlerinde Geri Ödeme Yöntemleri

Türkiye’de sağlık hizmet sunucuları sundukları hizmetler için SGK tarafından geri ödeme almaktadır (Arık ve İleri, 2016: 86). SGK’nın sağlık hizmetleri satın alma fonksiyonunu icra etmede kullandığı temel kılavuz olan SUT’ta SGK tarafından geri ödeme kapsamına

dahil edilen hizmet ve işlemler ve fiyatları yer almaktadır. Bunlara ek olarak, hizmet alınan sağlık kurumunun ve hizmetin çeşidine göre nasıl bir yöntemle geri ödeneceği (hizmet başı ödeme, paket fiyat veya global bütçe gibi) sağlık hizmetinin aciliyetine, türüne ve sağlık kurumunun özelliğine göre farklılık göstermektedir (Kalkınma Bakanlığı, 2014a: 98-99). Dolayısıyla Türkiye’de yapılan geri ödeme yöntemlerine bakıldığında farklı hizmet sunucuları için farklı ödeme sistemleri tercih edilmektedir. Aile hekimliği sağlık hizmetlerinde kişi başına ödeme yöntemi, yoğun bakım ve palyatif bakım hizmetlerinde gün başına ödeme yöntemi, Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde ve kamu üniversite hastanelerinde global bütçe ile geri ödeme yöntemi, özel sağlık kuruluşlarında ise SUT’da belirlenen usul ve esaslara göre hizmet başına geri ödeme yöntemi uygulanmaktadır (Arık ve İleri, 2016: 79; Işıkçelik, Öztürk ve Ağırbaş, 2019: 444).

Türkiye’de Global Bütçe Uygulamaları;

2006 yılından önce Sağlık Bakanlığına bağlı bin civarındaki işletme sundukları hizmetin bedelini bütçe uygulama talimatı doğrultusunda geri ödeme kurumlarına fatura ederek tahsil etmekteydi. Bu yöntem, pek çok açıdan işlenmeyen, oldukça bürokratik ve maliyetli bir faturalama ve tahsilat biçimiydi. 27 Aralık 2005 tarihinde yapılan 2006 yılı bütçe görüşmelerinde bu yöntemin Sağlık Bakanlığı açısından sürdürülebilir olmadığı tartışılmıştır. Sağlık harcamalarında finansal sürdürülebilirliği sağlarken vatandaş memnuniyetinden ve hizmet kalitesinden ödün vermemek adına 2006 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı için global bütçe uygulamasına geçilmiştir (Atasever, 2014: 111). SUT kapsamında faturalarda gerekli incelemeler yapılarak fatura karşılığı ödeme uygulanan global bütçe uygulaması ile birlikte sağlık hizmetlerine yapılacak toplam ödemeler ile sağlık harcamalarının kontrol altına alınması hedeflenmiştir (Koç, 2017; Sağlık Bakanlığı, 2012: 324).

Global bütçenin miktarı Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) arasında protokol imzalaması ile belirlenmektedir. 08.03.2007 tarihli ve 5597 sayılı Kanunun 4. maddesi ve 5502 sayılı Kanuna eklenen Ek Madde-2 ile global bütçe uygulamasının ilk adımı atılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2012: 326). Aralık 2010 tarihi itibarıyla global bütçenin hastanelere dağılımı TİG uygulaması göz önüne alınarak yapılmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012: 328). 2014 yılında SGK ve üniversite hastaneleri arasında Global Bütçe Protokolleri imzalanmaya başlanmış ve 2015 yılında üniversite hastaneleri de global bütçe uygulamasına geçmeye başlamıştır (Işıkçelik,

Öztürk ve Ağırbaş, 2019: 434; Özkan, 2018: 10). Özel sağlık kuruluşlarında ise global bütçe henüz uygulanmamaktadır (Özkan, 2018: 10).

Türkiye’de TİG Çalışmaları

Türkiye’de hastanelerin geri ödemelerinde kullanılan TİG’e ilişkin ilk çalışmalar 2005 yılında Hacettepe Üniversitesi’nin yürüttüğü “Sağlık Hizmetleri Finansman Yapısının Yeniden Yapılandırılması Projesi ”nin bir alt projesi olarak başlamıştır. Bu proje 2009 Kasım ayı itibariyle neticelenmiştir. 2009 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesinde kurulan Teşhis İlişkili Gruplar Şube Müdürlüğü, 2012 yılında Teşhis İlişkili Gruplar Daire Başkanlığı’na dönüştürülmüştür (Sağlık Bakanlığı, 2014a: 5-6). TİG çalışmalarında temel alınan yapı Avustralya TİG sistemidir. Yapılacak ödemelerde yatan hastalar için TİG sistemi, ayakta hastalar için “Branş Bazlı Ayaktan Gruplama” (BBaG) ve ayaktan gelip günübirlik hizmet alan hastalar için ise “İşlem Bazlı Ayaktan Gruplar” (İBaG) sistemi temelinde ödemeler yapılandırılmıştır. TİG temelinde yapılan hastane ödemeler 01.12.2010 tarihinde 50 pilot hastanenin Kasım dönemine ait sağlık hizmeti bedellerinin TİG ve BBaG sistemi temel alınarak ödenmesi ile başlamıştır. Aralık ayı itibariyle il merkezlerinde bulunan 206 kamu hastanesinde sistem uygulanmaya başlanmış ve ocak ayı itibariyle tüm ilçe hastaneleri sisteme eklenerek 555 kamu hastanesinin ödemesinin %10’u TİG üzerinden yapılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2011: 9). 2013 yılı başı itibariyle, ülkemizde kullanılan TİG sistemi içerisinde her bir TİG kalemi için maliyet analizi çalışması yapılmış ve Daire Başkanlığı tarafından bilimsel kurallar temelinde bilgisayar teknolojilerinden faydalanılarak hesaplanmıştır. Yapılan TİG çalışmalarında 81 pilot hastanede yapılan maliyet analizi çalışmaları neticesinde üretilen 661 TİG bağıl değeri kullanılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2014a: 12). Ocak 2015 itibariyle global bütçe TİG’e dayalı olarak dağıtılmaya başlanmıştır. 2016 yılından sonra TİG’e dayalı ödemeler sonlandırılıp TİG verileri istatistik bilgi amaçlı tutulmaya devam edilmiştir (Işıkçelik, Öztürk ve Ağırbaş, 2019: 437).

BÖLÜM 4: ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Çalışmanın bu bölümünde; çalışmanın amaç ve önemine, araştırmanın yöntemine, örneklemine, soru formunun oluşturulmasına, veri toplama sürecine ve araştırma sorularına ait bilgiler verilmektedir.

4.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Sağlık hizmetlerinin iyi finansal yöntemler ile idame ettirilmesi tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de önemli bir konudur. Birçok ülke tarafından, sağlık hizmetlerinin temel insan hakkı olduğu, özel ilgi ve finansman gerektirdiği ve sürdürülebilirliğin en önemli ölçütü olduğu kabul edilmektedir. Özellikle son on, on beş yılda artan sağlık maliyetleri, değişen yaşam tarzı, gelişen teknoloji ve artan beklentiler ile birlikte sağlık maliyetleri ciddi oranda artış göstermektedir. Büyük önem taşıyan finansal kaynakların kullanımı politikacılar ve sağlık uzmanları arasında daima tartışılan bir konu olmaktadır (Qolipour, Faraji Khiavi ve Saadati, 2017: 33). Bu doğrultuda yapılan bu çalışmanın amacı Türk sağlık finansman sisteminin güçlü ve zayıf yönlerine ilişkin paydaş görüşlerini almak, paydaş görüşlerinden yararlanarak geliştirilmesi gereken alanları belirlemek ve bu alanların geliştirilmesine yönelik öneriler sunmaktır. Diğer birçok ülke gibi Türkiye’de de sağlık hizmetleri finansmanı ile ilgili pek çok çalışma bulunmakta ve sistemin olumlu ve olumsuz taraflarını (Çetiner ve Özer, 2019; Erol ve Özdemir, 2014; Güvercin, Mil ve Tarım, 2016; Yardım ve Üner, 2018) ve sürdürülebilirliğini inceleyen çalışmalar bulunmaktadır (Özer ve Yıldırım, 2016). Buna karşılık, literatürde sağlık hizmetleri finansmanı ile ilgili sektör aktörlerinin görüşlerinin derinlemesine incelendiği çalışmalara ulaşılamamaktadır. Bu bağlamda yapılan bu çalışma Türkiye sağlık hizmetleri finansman sistemini genel bakış açısıyla ele alma ve sektör aktörlerinin görüş ve önerilerini alarak ilk defa sektör paydaşlarının görüşlerini ortaya koyarak çalışmanın literatüre ve sektöre katkı sağlaması bakımından önem arz etmektedir.

4.2. Nitel Yöntemin Gerekliliği

Çalışma nitel araştırma yöntemlerinden temel nitel araştırma deseninde oluşturulmuştur. Nitel araştırma, “verinin sayılarla ifade edilmediği görgül araştırmadır” (Punch, 2014). Nitel araştırmalar çalışmanın amacına uygun olarak sosyal veya beşeri problemlere yönelik olarak birey/grupların yükledikleri anlamları ortaya çıkarmak ve anlamlandırmak için kullanılmaktadır (Creswell, 2020). Başka bir ifade ile araştırmadaki bireylerin sosyal

gerçeklikleri nasıl anlamlandırdıkları ve yorumladıkları nitel araştırma yaklaşımının odağını oluşturmaktadır (Bryman, 2003). Dolayısıyla nitel çalışmalar anlam anlama ve sürece odaklanma, amaçlı örnekleme, mülakat, gözlem ve dokümanlar aracılığıyla veri toplama, tümevarımsal ve karşılaştırmalı veri çözümlemesi, bulguların etraflı betimlenmesi, tema ve kategorileştirilerek sunulmasını kapsamaktadır (Merriam, 2013: 37).

Denzin ve Lincoln (2011)'un ortaya koydukları tanıma göre nitel araştırma; “Dünyadaki gözlemcinin yerini tespit eden konumlandırılmış bir aktivitedir. Nitel araştırma, dünyayı görünür hale getiren bir dizi yorumlayıcı, materyal uygulamalarından oluşur. Bu uygulamalar dünyayı dönüştürür. Bu uygulamalar dünyayı; alan notları, mülakatlar, konuşmalar, fotoğraflar, kayıtlar ve araştırmacının yazdığı notları içeren bir temsiller serisine dönüştürür. Bu düzeyde, nitel araştırmanın dünyaya dair yorumlayıcı ve doğal bir yaklaşımı vardır. Bu nitel araştırmacıların kendi doğal ortamlarındaki şeyleri insanların olaylara verdiği anlamlar açısından anlamlandırmaya çalışması veya yorumlaması anlamına gelir”. Araştırma süreci, sorulacak soruların geliştirilmesi ve uygulanacak işlemlerin hazırlanması, katılımcıların ortamlarından verilerin elde edilmesi, tümevarımsal veri analizinin yapılması, verilerin anlamının yorumlanması adımlarını oluşturmaktadır. Yazılan son rapor ise esnek bir yapıdadır (Creswell, 2017). Nitel araştırma, genellikle teorilerin oluşturulmasında ve keşfedici araştırmalarda kullanılmaktadır (Güçlü, 2019). Ayrıca nitel araştırma, daha çok teori geliştirmek için kullanılan yaklaşım olsa da şüphesiz hipotez ve teorilerin sınanması için de yapılabilir (Punch, 2014).

Araştırma yöntemi çalışmanın amacı ve yapılan literatür taraması göz önünde bulundurularak belirlenmiştir. Bu bağlamda çalışmanın amacı doğrultusunda sektörde rol alan aktörlerle derinlemesine mülakat yapılmasının faydalı olacağı düşünülmüştür. Derinlemesine mülakat tekniği, araştırma yapılan konuyu tüm boyutlarıyla kapsayan, açık uçlu sorular ile detaylı cevaplara ulaşılmasına olanak sağlayan birebir görüşülerek bilgi toplanmasına imkân veren bir veri toplama tekniğidir (Tekin, 2012: 101). Bu sebepler göz önünde bulundurularak çalışma nitel olarak planlanmış ve saha araştırması bu yönetime göre kurgulanmıştır. Veri toplama aracı olarak literatür incelemesi neticesinde geliştirilen sorulardan oluşan yarı yapılandırılmış mülakat formu kullanılmıştır. Yarı yapılandırılmış mülakat görüşmeleri araştırmacıya önceden belirlediği soruların yanı sıra mülakatın seyrine göre ek sorular yöneltebilme ve

görüşmenin akışını etkileyebilme imkânı vermektedir (Türnüklü, 2000: 546). Böylece görüşme sürecinde daha nitelikli ve kullanılabilir veri toplamaya yardımcı olabilmektedir.

Araştırmada veri toplama amacıyla oluşturulan yarı yapılandırılmış form, alanında uzman dört akademisyenin görüşleri alınarak revize edilmiştir. Ayrıca, soruların anlaşılabilirliğini test etmek amacıyla pilot görüşmeler yapılmıştır. Bu aşamalar sonucunda soruların anlaşılır olduğu belirlendikten sonra uygulanmaya devam edilmiştir.

4.3. Araştırma Sorusu

Araştırmanın amacına uygun olarak geliştirilen temel araştırma soruları aşağıda sunulmaktadır;

- Sağlık sektöründe rol alan aktörlerin Türk sağlık finansman sisteminin güçlü ve zayıf yönlerine ilişkin görüşleri nelerdir?
- Sağlık sektöründe rol alan aktörlerin Türk sağlık finansman sisteminin geliştirilmesine yönelik önerileri nelerdir?

4.4. Örneklem Seçimi

Çalışma nitel bir çalışma olması sebebiyle örneklem seçimi iki aşamada gerçekleştirilmiştir. İlk olarak örneklem seçiminde nitel araştırmalarda sıklıkla kullanılan yöntemlerden birisi olan amaçlı örnekleme (Baltacı, 2018: 244) yöntemi kullanılarak çalışmaya katılacak kişilerin nitelikleri belirlenmiştir. Bu yöntem; belirlenen soruları zengin bilgi ile aydınlığa kavuşturacak kişileri seçmeyi temel almaktadır (Tarhan, 2015: 653). İkinci aşamada ise nitel araştırmalarda sürekli tartışılan örneklem büyüklüğünün belirlenmesi (Trotter, 2012) üzerinde durulmuştur. Ancak nitel araştırmalarda örnek hacminin belirlenmesinde kullanılan kesin bir yöntem bulunmamaktadır. Örnek hacmi, araştırmacının bilmek istedikleri, araştırmanın amacı, gündemi neyin oluşturduğu, hangi bilgilerin kullanışlı olacağı, araştırma süresi ve kaynak durumuna bağlı olarak farklılık göstermektedir (Baltacı, 2018: 261; Yıldız, 2017.). Bu sebeple çalışmada tüm soruların cevapları ayrıntılı bir şekilde alınana kadar ya da ilave görüşmelerde yeni kavramlar veya temalar ortaya çıkamayana kadar; başka bir ifade ile veriler doygunluğa ulaşıncaya kadar mülakat yapılmaya devam edilmektedir (Trotter, 2012). Çalışmanın örneklem büyüklüğü bu prensiplere uygun olarak; yani mülakatlardan elde edilen veriler birbirini tekrar etmeye başlayıncaya kadar görüşmelere devam edilmiştir. Bu suretle toplamda 19 katılımcı ile görüşme yapılmıştır. Görüşme yapılan 19 katılımcı amaçlı örnekleme

yöntemine uygun olarak hizmet sunucuları, kamu ya da özel sağlık sigortacıları ve politikacılar arasında oluşmaktadır. Katılımcılarla mülakatlar yapılırken bir taraftan da elde edilen veriler deşifre edilerek NVIVO nitel veri analiz programına aktararak analiz edilmiştir. Analizler sonucunda 19. görüşmeden sonra verilerin doyuma ulaştığına karar verildiğinden, veri toplama sürecine son verilmiştir.

4.5. Veri Toplama Süreci

Nitel araştırmalarda veri toplamak amacıyla derinlemesine görüşme, odak grup görüşmesi, gözlem, doküman inceleme gibi bazı yöntemler kullanılabilir (Yıldırım & Şimşek, 2018). Araştırmanın tercih ettiği yaklaşıma göre kullanılacak yöntem de farklılık göstermektedir. Örneğin; fenomenolojik araştırma için görüşme yöntemi kullanılması önerilmesine karşılık; hikâye analizi araştırmaları için doküman ve arşiv materyalleri, yapılandırılmamış görüşme ve gözlem, gibi yöntemler tavsiye etmektedir. (Creswell, 2020). Veri toplama yöntemlerinden hangisinin seçildiğine bakılmaksızın önemli olan, zengin bir bilginin ulaşılmasına ve incelenen olgunun derinlemesine bir bakış açısı ile incelenmesine yardımcı olmasıdır (Güçlü, 2019: 99).

Çalışmada nitel araştırmalarda veri toplamada yaygın bir şekilde kullanılan görüşme yöntemi kullanılmıştır. Görüşme yöntemi temelde insanların geçmiş, şimdi ya da gelecekle ilgili tutum, görüş ve davranışları hakkında bilgi toplamak amacıyla kullanılmaktadır (Güler, Halıcıoğlu & Taşgın, 2015). Görüşme yöntemi ile veri toplamak amacıyla yapılandırılmış, yarı yapılandırılmış ve yapılandırılmamış olmak üzere üç farklı veri toplama aracından yararlanılmaktadır. Bu çalışmada önceden belirlenmiş sorular ile birlikte, görüşme esnasındaki gelişmelere bağlı olarak yeni sorularında sorulabilmesine imkân sağladığından (Güler, Halıcıoğlu ve Taşgın, 2015) yarı yapılandırılmış veri toplama formu kullanılmıştır. Böylece bir taraftan katılımcılardan belli konularda alınması planlanan aynı tür bilgiler alınmaya çalışılırken; diğer taraftan da görüşme sürecine göre sorulan ilave sorularla derinlemesine bilgi sağlanmaya ve katılımcıların özelliklerine göre farklı bilgiler alınmaya çalışılmıştır.

Çalışmada araştırmaya katılma talebini kabul eden katılımcıların onamı alınmış ve halen sektörde aktif olarak rol alan 19 katılımcı ile yapılan görüşmeler 23.02.21- 14.04.2021 tarihleri arasında veri toplanmıştır. Görüşme süresi ortalama 30 ± 10 dakika sürmüştür.

Pandemi sebebiyle online ya da yüz yüze görüşme alternatifi sunulan katılımcıların bir kısmı (11 kişi) ile yüz yüze; bir kısmı ile de (8 kişi) online olarak görüşme yapılmıştır.

4.6. Verilerin Analizi

Çalışmada, mülakatlarda elde edilen ses kayıtları ve görüşmeler sırasında alınan notlar deşifre edilerek Microsoft Word belgesi haline getirilmiştir. Ulaşılan verilerin analizlerinde Nvivo istatistik programından yararlanılmıştır.

Çalışmada analiz yöntemi olarak kelimelerin anlamlarını tümevarımsal bir yaklaşımla araştırmayı hedefleyen özetleyici içerik analizi kullanılmıştır (Güçlü, 2019). Kelimelerin veya içeriğin sayılmasını ve bu niceliğin yorumlanmasını kapsamına alan bu yöntem, verilerde bulunan belirgin temalara ve gizli anlamlara odaklanarak bulguların elde edilmesine odaklanmaktadır.

4.7. Geçerlilik-Güvenirlilik

Nitel ya da nicel olmasına bakılmaksızın çalışma sonuçlarının inandırıcılığını değerlendirmek amacıyla en yaygın olarak kullanılan ölçütler geçerlilik ve güvenilirliktir (Güçlü, 2019). Nitel araştırmalar için betimsel geçerlilik, yorumlayıcı geçerlilik, kuramsal geçerlilik (iç geçerlilik), genellenebilir geçerlilik (dış geçerlilik) ve değerlendirmeci geçerlilik gibi yöntemler kullanılmaktadır (Güçlü, 2019; Maxwell, 1992). Ancak, nitel araştırmaların geçerliliğini kanıtlamaya yönelik çabaları yersiz bulan görüşler de bulunmaktadır (Güçlü, 2019). Bu çalışmada geçerliliği sağlamak amacıyla kuramsal geçerlilik yaklaşımından yararlanıldı. Bu yaklaşım, araştırmanın kavramsal veya kuramsal modeli ile veri toplama amacının uyumlu olmasını öngörmektedir (Şencan, 2015).

Güvenirlilik, süreçlerin ve sonuçların tam olarak tekrarlanabilirliğini ifade etmektedir. Ancak farklı paradigmalara sahip nitel araştırmada, bu tür bir güvenilirliğin tanımlanması oldukça güçtür. Bu sebeple nitel araştırmalarda güvenilirliğin özünü tutarlılık oluşturmaktadır (Leung, 2015). Bu sebeple güvenilirlik yerine güvenilebilirlik ya da tutarlılık kavramları kullanılmaktadır. Güvenilebilirlik, araştırmanın bulguları ve yorumlarının tutarlı bir sürecin ürünü olmasını ifade etmektedir (Arastaman, Fidan & Fidan, 2018: 51). Araştırmada güvenilirliği sağlamak için üçgenleme yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntemde amaç, majör sonuçları desteklemek amacıyla en az üç bilgi kaynağının kullanılmasıdır. Üçgenleme, veri kaynaklı üçgenleme, teori üçgenleme ve

yöntem üçgenleme şeklinde yapılabilir (Başkale, 2016). Bu çalışmada verilerin toplanması, analizi ve yorumlanmasında birden fazla araştırmacının görev almasını kapsamına alan araştırmacı üçgenlemeden yararlanılmıştır.

Bu çalışmada araştırmacı üçgenlemeden yararlanılmıştır. İlk aşamada veri toplama formu hazırlanırken alanında uzman 4 akademisyenin görüşleri alınarak yarı yapılandırılmış görüşme formu oluşturulmuştur. Daha sonraki aşamalar olan verilerin toplanması, analizi ve yorumlanmasında da birden fazla araştırmacı görev almıştır. Analizler yapılırken temalara ayrılma sürecinde başka akademisyenlerden destek alınmış olup araştırmacı ve destek alınan akademisyenler birbirlerinden bağımsız olarak verileri tema ve kategorilere ayırmıştır. Daha sonra elde edilen analizlerin karşılaştırması yapılarak temalar ve kategoriler arasındaki tutarlılık incelenmiş ve birbirleri arasında uyum olduğu belirlendiğinde analizlerin son hali verilmiştir.

BÖLÜM 5: BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde araştırma soruları kapsamında elde edilen verilerin analizi sonucunda oluşturulan temalar ve kategoriler başlıklar halinde incelenmektedir.

Tablo 1’de katılımcıların sosyo- demografik özelliklerine ilişkin bilgiler bulunmaktadır. Örneklemi oluşturan katılımcıların kişisel bilgilerinin korunması için isimleri verilmemiş olup, kodlama yapılarak diğer bilgileri ile birlikte yaptıkları görevler verilmiştir.

Katılımcılara ait demografik bilgileri tablo 1’ de gösterilmektedir.

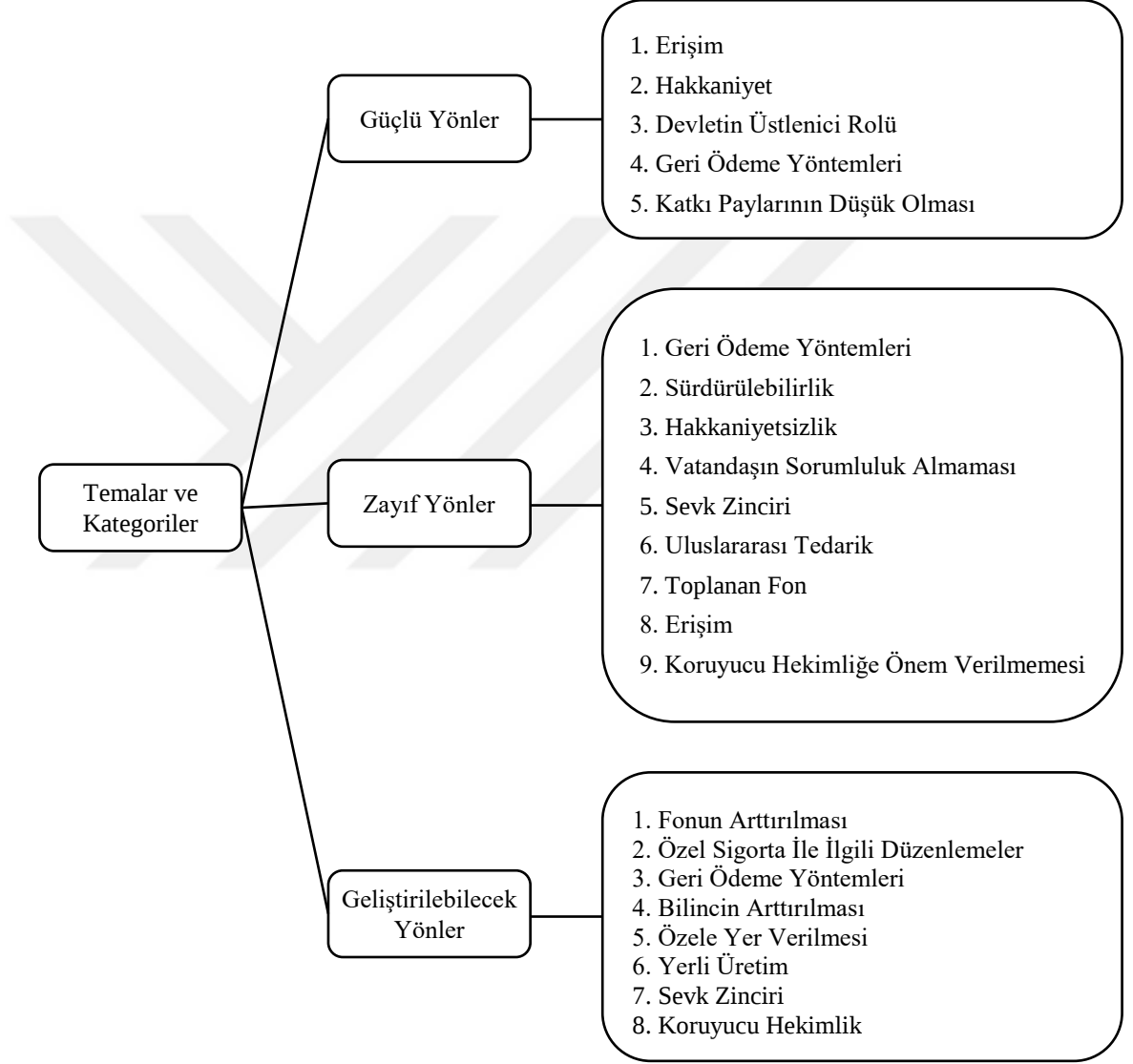
Tablo 1: Katılımcılara Ait Demografik Bilgiler

Katılımcı	Cinsiyet	Eğitim Durumu	Unvan
K1	Erkek	Lisans	Hastane İdari ve Mali İşler Müdürü
K2	Erkek	Lisans	Hastane İdari ve Mali İşler Müdürü
K3	Erkek	Lisansüstü	Hastane Baş Müdürü
K4	Erkek	Lisansüstü	Başhekim
K5	Erkek	Lisansüstü	Hastane Mesul Müdür Yardımcısı
K6	Erkek	Lisans	Hastane Genel Direktör Yardımcısı
K7	Erkek	Lisans	Hastane İdari ve Mali İşler Müdür Yardımcısı
K8	Erkek	Lisans	İl Sağlık Müdürlüğü Mali Hizmetler Uzmanı
K9	Erkek	Lisans	İl Sağlık Müdürlüğü Mali Hizmetler Uzmanı
K10	Erkek	Lisansüstü	Başhekim
K11	Erkek	Lisans	SGK Mali Hizmetler Genel Müdürü
K12	Erkek	Lisans	SGK İl Müdürü
K13	Kadın	Lisansüstü	Milletvekili
K14	Kadın	Lisans	Özel Sigorta Şirketinde Yönetmen Yardımcısı
K15	Erkek	Lisans	Özel Sigorta Şirketinde Bölge Müdürü
K16	Erkek	Lisansüstü	SGK İl Müdürü
K17	Erkek	Lisans	İl Sağlık Müdürlüğü Başkan Yardımcısı
K18	Erkek	Lisans	Milletvekili
K19	Erkek	Lise	Milletvekili

Şekil 7’de katılımcılar ile yapılan görüşmelerden elde edilen verilerin analizi neticesinde güçlü yönler, zayıf yönler ve geliştirilebilecek yönler olmak üzere belirlenen üç tema ve 22 kategori görülmektedir. Temalar incelendiğinde aynı kategorinin birden fazla tema altında yer aldığı görülmektedir. Bu durum:

- Görüşmeler sırasında bazı kavramların katılımcıların bir kısmı tarafından güçlü yön bir kısmı tarafından zayıf yön olarak farklı bakış açılarıyla ele alınması,

- Katılımcıların zayıf yön olarak nitelendirdikleri konu başlıklarının tamamına geliştirilebilecek yönler kısmında çözüm önerileri sunulması sebebiyle bu iki tema arasında da ortak kategori başlıklarının bulunması,
- Katılımcıların farklı meslek gruplarından (hizmet sunucular, özel ve kamu sağlık sigortacıları ve politikacılar) seçilmiş olması sebebiyle aynı kavramın farklı katılımcılar tarafından farklı biçimlerde ele alınmasından kaynaklanmaktadır.



Şekil 7: Mülakatlardan Elde Edilen Temalar ve Kategoriler

Tablo 2’de temalara görüş bildiren katılımcı sayısı ve konuya ilişkin sunulan ifadelerin sayısı yer almaktadır. Tablo 2 incelendiğinde Türkiye sağlık hizmetleri finansmanı olarak güçlü yönlerimizden bahsedilirken en çok ifade edilen temanın 12 katılımcının toplamda 25 defa vurguladığı sağlık hizmetlerine erişim gücü olduğu görülmektedir. Sistemin zayıf yönlerinden bahsederken 10 katılımcı ile en çok katılımcının görüş bildirdiği tema sistemin sürdürülebilirlik açısından zayıf olması olmuştur. Geri ödeme yöntemleri ise 9

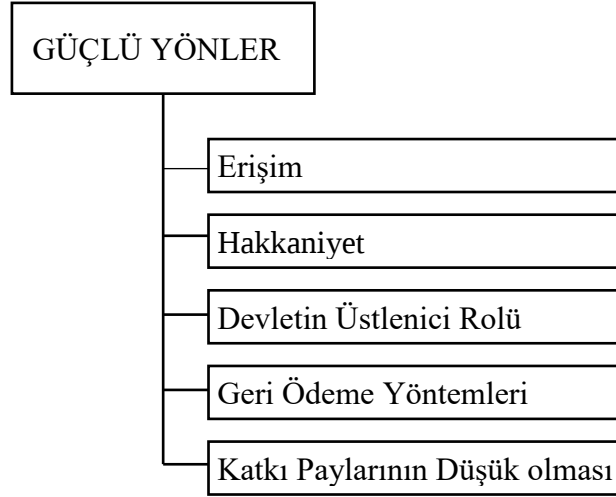
katılımcı tarafından 27 defa bahsedilerek en çok bahsedilen zayıf yön olmuştur. Daha iyi bir finansman sistemine erişebilmek adına sistemde yapılması gereken düzenlemelerden bahsederken katılımcılardan 11 tanesinin 27 defa ifade ettiği fonun arttırılmasına yönelik tema en fazla üzerinde durulan ve öneri sunulan konu olmuştur.

Tablo 2: Temalara Görüş Bildiren Katılımcı Sayısı ve Referans Sayısı

Temalara Ait Kategoriler	Katılımcı Sayısı	Referans Sayısı
Tema 1: Güçlü Yönler		
Erişim	12	25
Hakkaniyet	8	11
Devletin Üstlenici Rolü	6	8
Geri Ödeme Yöntemleri	4	5
Katkı Paylarının Düşük Olması	4	5
Tema 2: Zayıf Yönler		
Geri Ödeme Yöntemleri	9	27
Sürdürülebilirlik	10	18
Hakkaniyetsizlik	6	7
Vatandaşın Sorumluluk Almaması	5	6
Sevk Zinciri	4	7
Uluslararası Tedarik	3	6
Toplanan Fon	3	7
Erişim	3	5
Koruyucu Hekimliğe Önem Verilmemesi	3	5
Tema 3: Geliştirilebilecek Alanlar		
Fonun Arttırılması	11	27
Özel Sigorta İle İlgili Düzenlemeler	9	9
Geri Ödeme Yöntemleri	7	9
Bilincin Arttırılması	6	12
Özele Yer Verilmesi	6	10
Yerli Üretim	5	10
Sevk Zinciri	4	6
Koruyucu Hekimlik	2	7

5.1. Güçlü Yönler

Bu tema, Türk sağlık finansman sisteminin güçlü yönlerini ortaya koymaktadır. Tema finansmanda hakkaniyet, devletin rolü, geri ödeme yöntemleri ve geri ödeme sistemlerine ek olarak erişim ve bu bağlamda katkı paylarının düşük olmasını kapsamaktadır. Şekil 8’de görüldüğü gibi, beş kategoriden oluşan temaya ilişkin önemli ifadeler Ek 1’de görülmektedir.



Şekil 8: “Güçlü Yönler” Temasına Ait Kategoriler

5.1.1. Erişim

İnsanların sahip olduğu en temel haklardan birisi olan sağlık hizmetlerine erişim, literatürde de sağlık hizmetleri finansmanın amaçlarından biri olarak sıkça tartışılmaktadır. Hizmet kullanımından daha ziyade ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerinin ulaşılabilir olması olarak ifade edilebilen erişim (Wagstaff ve Doorslaer, 2000), bireylerin sosyo-ekonomik durumlarına bakılmaksızın ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetine ulaşabilmesidir (Mossialos, Papanicolas ve Smith, 2008). Son derece büyük önem arz eden erişilebilirlik teması, Türkiye sağlık hizmetleri finansmanının güçlü yönü olarak 12 katılımcı tarafından 25 defa ifade edilmektedir. Bu haliyle güçlü yönler teması altında en fazla üzerinde durulan kategori olma özelliği taşımaktadır. Katılımcılardan bazıları Türkiye’nin sağlık hizmetlerine erişim açısından dünyada önde gelen ülkelerden birisi olduğunu ifade etmekte ve bu görüşlerini şu cümleler ile açıklamaktadır;

“Bunun dışında devlet hastaneleri için erişilebilir hizmet seviyesi içerisindeyiz. Bu arada şunu da söyleyeyim Türkiye’de kendimizi Avrupa ile diğer ülkeler ile hep mukayese ederiz. Yurt dışı rüyası vardır hep, ben sağlık sistemi olarak birçok ülkeden çok daha ileride olduğumuzu düşünüyorum. Sağlığa erişim, hizmetlerden faydalanma, maliyetler, hasta maliyeti için de durum aynı şekilde.” (K14)

“Yani güzel ulaşılabilirliği ve ücretsizleri açısından tırnak içerisinde söylüyorum dünyanın en önde gelen sağlık hizmetlerinden birini alıyoruz ülkemizde, bunun kıymetini bilmeliyiz.” (K8)

Bir katılımcı ise Türkiye’de sunulan sağlık hizmetlerine yalnızca Türkiye’de yaşayan vatandaşların değil ihtiyaç duyan farklı ülke vatandaşlarının da sağlık hizmetlerine erişim

sağlamasına olanak tanıdığını “Aslında sadece Türkiye’de yaşayan vatandaşlarımız değil özellikle son dönemlerde Suriye’den gelen vatandaşlar, Afganistan da buraya gelen, her müracaat eden vatandaş mutlaka değerlendiriliyor. Yani insan gözüyle insan faktörü ile bakılıyor. Türkiye’nin şöyle bir özelliği var: Kimse ortada bırakılmıyor. Yani biz kendi vatandaşlarımızın yanında batı ülkesi gibi davranış içerisinde bulunmuyoruz. Gerçekten kişinin sağlık hizmetine ihtiyacı varsa onu karşılıyor, gerekli karşılama yapılıyor yani. Bir şekilde karşılanıyor.” (K3) cümleleri ile ifade etmektedir.

Bir başka katılımcı Türkiye’de sağlık hizmetlerine erişimin yapısal ve yasal değişimleri ve GSS’nin yapılanması neticesinde, ödeme gücünün öneminin ortadan kalktığını ve bireylerin sağlık hizmetlerine erişim olanaklarının arttığını ifade etmekte ve bu görüşünü şu cümleler ile açıklamaktadır.

“Sağlıkta dönüşüm projesi çerçevesinde yapılan yapısal ve mevzuatsal değişimler sonucunda ülkemizde ödeme gücü olsun olmasın genel sağlık sigortası yapılanması sayesinde sağlık hizmetlerine erişimde vatandaşlarımıza ödeme gücüne bakılmaksızın kapsamlı bir biçimde sağlık hizmetlerine erişim imkânı tanınmaktadır.” (K17).

5.1.2. Hakkaniyet

Türkiye sağlık hizmetleri finansman sisteminin güçlü yönü olarak en çok bahsedilen ifadelerden bir diğeri hakkaniyettir. Çalışmada sağlık hizmetleri finansmanında hakkaniyet; bireylerin sağlık hizmetlerine erişimde ödeme gücü, yaş, cinsiyet, ırk vb. her hangi bir unsurun artı veya eksi duruma sebep olmadan her bireyin ihtiyaç duyduğu anda sağlık hizmeti alabilmesi olarak ele alınmaktadır. Katılımcılardan biri hakkaniyeti açıklar nitelikte belirttiği görüşü ile Türkiye’nin gurur duyulacak bir tabloya sahip olduğunu şu cümleler ile ifade etmektedir.

“Bugün yurdumuzun her bir köşesinde doğusunda batısında, güneyinde, kuzeyinde her hangi bir vatandaşımız ekonomik durumu ne olursa olsun sosyo-kültürel yapısı ne olursa olsun dili, dini, ırkı, cinsi ne olursa olsun eşit hizmet alabiliyor. Bu gerçekten Türkiye’nin gurur duyacağı bir tablo. Dolayısıyla erişilebilirlik konusunda eşitlik neredeyse sağlanmış durumda.” (K13)

Başka katılımcılar da benzer şekilde Türkiye’deki sistemin hakkaniyetli bir yapıya sahip olduğuna ilişkin görüşlerde bulunmuş ve şu cümleler ile açıklamıştır;

“Kamuda her birey aynı ölçüde hizmete erişebiliyor. Çünkü dediğim gibi kamuda %90 hizmetler ücretsiz olduğu için ekstra bir maliyet istenmediği için kamuda %90 gelen herkes eşit, burada ve herkes her hizmete erişebiliyor diye düşünüyorum. Hakkaniyetli bir yapı var.” (K7).

“Tam anlamıyla hakkaniyetli demek için bütün her şeye, bütün detaya hakim olmam lazım; ama mevcut şartlarda olabileceğinin en iyisine yakın bir ulaşılabilirlik olduğunu düşünüyorum.” (K8)

5.1.3. Devletin Üstlenici Rolü

Türkiye, sağlık hizmetleri sunumunu sosyal devlet anlayışını benimseyerek ve mevcut sistemi bu ilke doğrultusunda kurgulayarak yürütmektedir (Karaca ve Çam, 2019). Görüşme yapılan katılımcılar bu ilke doğrultusunda devletin üstlenici bir rol benimsemiş olmasını sistemin güçlü yönlerinden biri olarak ifade etmektedir. Devletin üstlenici rolü temasını sistemin güçlü yönü olarak ele alan katılımcılar incelendiğinde görüş bildiren katılımcıların hizmet sunucularından ve bir politikacıdan oluştuğu görülmektedir. Özellikle özel sigorta şirketinde çalışan katılımcılar tarafından bu doğrultuda bir ifade gelmemesi de önemli bir bulgudur.

Katılımcılardan biri sağlık hizmetlerinin kontrolünde devlet iradesinin mutlaka olması gerektiğini *“Genel olarak sağlık hizmetlerinde devlet elinin hiç çekilmemesi Türkiye’nin artı yönlerinden biri. Şimdi biliyorsunuz sağlık hizmetleri eğitim gibi tüm gelişmiş ülkelerde dahi devlet politikalarında aslında çıkmak istedikleri, o yükümlülükleri almak istemedikleri bir alan. Çünkü neden? Pahalı. Ama şu da bir gerçek ki salgın döneminde gördük, eğer bu özel sektörün eline de bırakılırsa hakikaten kişilerin insafına ve vicdanına bırakılmış gibi oluyor. Bu da çok büyük bir sıkıntı. Mutlaka devlet eli ile kontrol mekanizmalarının bulunması gerekiyor.” (K1)* sözleri ile ifade etmektedir.

Bir başka katılımcı sağlık giderlerinin yüksek olmasına karşın devletin bu durumu vatandaşa yansıtmadığını ve yükü üstlenici bir rol benimsediğini şu cümleler ile açıklamaktadır;

“Bizde sağlık giderleri ciddi rakamlar tutuyor, fakat insanı yaşat ki devlet yaşasın şiarından yola çıkarak insan sağlığını her şeyin üzerinde tuttuğumuz için bu yüke katlanıyoruz. Tabi bir bu kadar da vatandaşa yansımaları az, sağlık giderleri noktasında.” (K13)

5.1.4. Geri Ödeme Yöntemleri

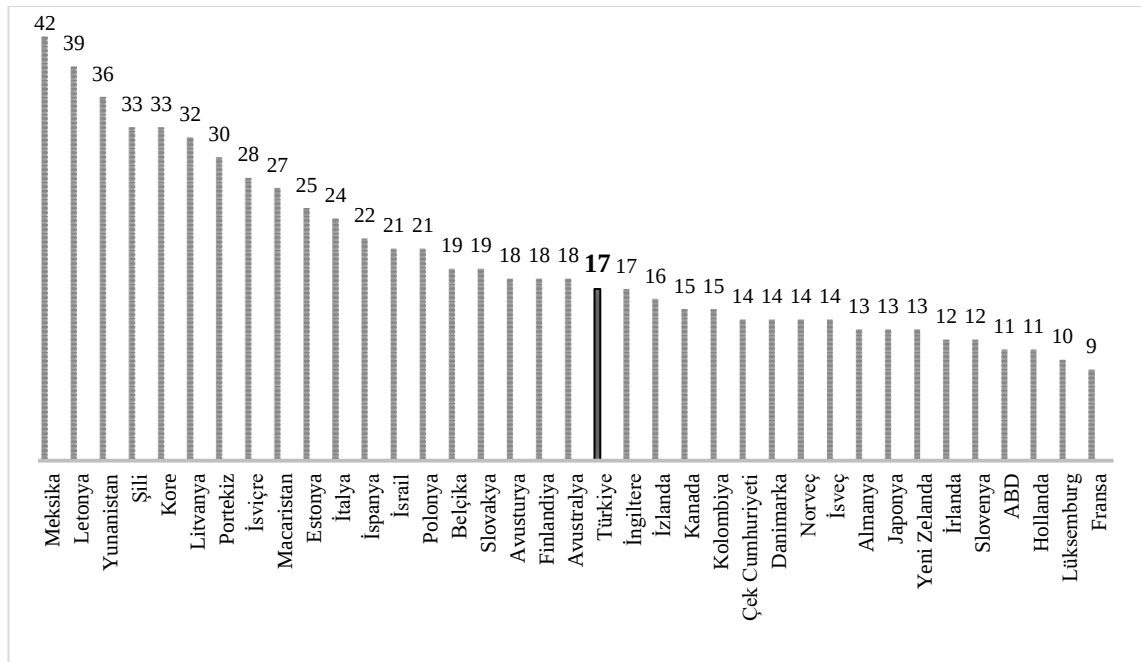
Görüşmelerde Türkiye’de sağlık kurumlarına yapılan geri ödeme yöntemleri en çok eleştiri yapılan alan olmasına karşın, bazı katılımcıların bunu sistemin artı yönü olarak belirttiği görülmektedir. Katılımcılardan bir tanesi mevcut sistemin en etkili yöntem olduğunu şu cümleleri ile ifade etmektedir;

“Uygulanan mevcut yöntem en efektif olanı aslında. Tabi bu konuda SGK sürekli teknolojik altyapısını güçlendirmekte ve sistemi daha da kolaylaştıracak yeni uygulamalar geliştirilmektedir.” (K16)

Bir başka katılımcı ise sistemin basit ve yalın bir sistem olduğunu *“Şuan uygulanan geri ödeme modeli karmaşık değil, basit bir uygulamadır. Hastanın hak sahipliği SGK medula sisteminden provizyon alınarak kabul edilir, hizmetler verilir ve süresinde kayıt edilir, taburculuk sonrası fatura oluşturulur. SGK’dan da izleyen ay on beş gün içerisinde ödeme gelir. Sistem yalın ve basittir.” (K17)* şeklinde ifade etmektedir.

5.1.5. Katkı Paylarının Düşük Olması

Şekil 9’da da görüldüğü gibi, Türkiye sağlık hizmeti finansmanında bireylerin sağlık ihtiyaçlarına yönelik yaptıkları harcamalar Dünyanın pek çok ülkesi ile karşılaştırıldığında oldukça düşük seviyelerdedir. Nitekim katılımcıların bir kısmı da cepten yapılan sağlık harcamalarının düşük olmasını sistemin artı bir yönü olarak ele almaktadır.



Şekil 9: Hane Halkı Cepten Sağlık Harcamasının Toplam Sağlık Harcamasına Yüzdesel Oranı (2018)

Kaynak: WHO, 2021.

Katılımcılardan bir tanesi katkı paylarının düşük olmasının sağlık hizmetlerine erişim açısından önem arz ettiğini ve sağlık hakkının devlet tarafından karşılanması gereken en önemli haklardan birisi olduğunu belirtmiş ve görüşünü şu cümleler ile açıklamıştır.

“Yani şu seviye hem erişebilir ulaşılabilir olması için makul seviyelerde. Herkesin her vatandaşın ödeyebileceği bir tutar, bu sağlık çünkü devletin sağlaması gereken en önemli hizmet.” (K14).

Bir başka katılımcı ise eskiye kıyasla katkı paylarına bir düzenleme getirildiğini ve neticesinde vatandaşa her hangi bir yük getirmeyecek seviyelere ulaştığını belirtmiş ve görüşünü *“Önceden hatırlıyorum benim lise dönemlerimde bir ilaç alacağınız zaman ilacı alırken bile üzerine güpür yapıştırıp size şu liradan değil de bu liradan oldu dediğini hatırlıyorum. Hatta eve geldiğimde en çok ilgimi çeken şey o güpürleri teker teker söküp altındaki fiyata bakmaktı. Yani bu ilaç kaç paraya gelmiş ama kaç defa zam gelmiş en son ki fiyatı nedir? Dolayısıyla güpürlerin havada uçtuğu, zam üzerine zam geldiği dönemden artık şu anda neredeyse birçok vatandaşımız ilaçların doğru düzgün rakamlarını bilmez, çünkü çok minimuma inmiştir. Dolayısıyla bu anlamda bir yük bindirildiğini de kesinlikle düşünmüyorum.”(K13)* cümleleri ile ifade etmiştir.

5.2. Zayıf Yönler

Türk sağlık finansman sisteminin zayıf yönleri teması altında güçlü yönler içerisinde zikredilen bazı kategoriler de yer almaktadır. Bunun her iki tema altında yer almasının sebebi bir taraftan sistemi destekleyen güçlü yönleri göstermekle birlikte; bir taraftan da sistemin zayıflıklarını ifade eden kategorileri de kapsamına almasıdır. Şekil 10’da görüldüğü gibi, dokuz kategoriden oluşan temaya ilişkin önemli ifadeler Ek 2’te görülmektedir.



Şekil 10: “Zayıf Yönler” Temasına Ait Kategoriler

5.2.1. Geri Ödeme Yöntemleri

Türk sağlık hizmetleri finansman sistemi içerisinde fonların dağıtılması noktasında yer alan geri ödeme yöntemleri katılımcıların en çok üzerinde durduğu konu başlıklarından biri olmuştur (9 katılımcı, 27 defa). Geri ödeme yöntemlerinde karşılaşılan sorunlar aynı zamanda sistemdeki verimsizliğe de sebep olduğu ifade edilmektedir. Bu bağlamda konunun literatürde vurgulanan sağlık hizmetleri finansmanın amaçlarının başında gelen verimlilik açısından da büyük önem arz ettiği söylenebilmektedir.

Katılımcıların sunduğu ifadelerin bir kısmı ödeme gün süreleri ile ilişkili olmakla birlikte bu ifadelerden bazıları şu şekildedir;

“Şu an biz borçluluk gün süresi olarak 400’lü günlerdeyiz. Bu aslında biraz sıkıntılı bir süreç bizim için. Yani bu da ne demek oluyor? Finansal riskimiz hakikaten yüksek. Yani biz ürettiğimiz sağlık hizmeti ile borcumuzu karşılayabilecek güçte değiliz.” (K1)

“Ödeme gün sürelerimiz yükseliyor. Nasıl? Bundan iki sene önce bizim ödeme gün sürelerimiz, Sağlık Bakanlığındaki kamu hastanelerinin ödeme gün süreleri 150 gün iken şu an 300-350 günleri buldu. Yani bir seneyi bulmakta. Bu da karşılığında size şunu getiriyor. Bir ürünü iki liraya almak varken vade farkından dolayı 3 liraya 3,5-4 liraya almanıza sebep oluyor. Yani bu da sağlık hizmetlerinde kurumların özellikle maliyetlerinin yükselmesine sebep oluyor. Bunu ülke genelindeki genel bir sorun olarak görebiliriz.” (K7)

Türkiye sağlık hizmetleri finansmanına yönelik yapılan ortak eleştirilerin başında SUT fiyatlarına yönelik güncellemelerin yetersiz olduğu gelmektedir. Hatta geri ödeme

yöntemlerini sistemin zayıf yönü olarak nitelendiren 9 katılımcıdan 8'inin SUT fiyatlarında güncelleme olmamasına değindiği görülmektedir. Katılımcıların SUT fiyatlarına yönelik görüşlerinin bir kısmı şu şekildedir;

“Burada kişilerin hizmetini verdikten sonra biz kişiler için verilen hizmetin ücretini SGK'dan alıyoruz. SGK da bize bir ücret tarifesi gönderiyor. Diyor ki şu işlemi yaparsan ben sana şu kadar öderim gibi. Şimdi buraya baktığımızda SGK'nın SUT'u ben 7 yıldır buradayım 7 yıldır yaptığı değişiklik oranı %10 ya da 20'dir. Fiyat noktasında. Ama son 7 yılda baktığınızda malzemenin, iş gücünün, işçinin ücretinin hepsinin ücreti çok daha fazla artmıştır. Burada kurum bazında baktığınız zaman bu bizim borçluluğumuzun artması, borcumuzun yükselmesi, vaade süremizin artmasının birincil temeli budur diye düşünüyorum. Çünkü malzeme veya ücretler çalışan ücretleri artmasına rağmen bizim verdiğimiz hizmetin ücreti hiç artmadı. Öyle düşünün. O zaman bir şirket ayakta kalabilir mi sizce, kalamaz. Yani bunun da sebebi şu anda bu.” (K7)

“İşte SUT ile kamu satış tarifesi ile bunları uyguluyor. Ama baktığınız zaman oradaki miktarlar diğer taraftaki artan miktar kadar artmıyor. Onun için biz ne kadar sağlık hizmetini fazlada üretsek, orada almış olduğumuz üretim maliyetlerini karşılayabilecek bir tahakkuku ortaya koyamıyoruz. Bu da doğal olarak bizim ödeme gücümüzü zayıflatıyor. Bu anlamda bunun biraz düzeltilmesi gerekir diye düşünüyorum” (K1)

“Türkiye’de her yıl onlarca hastane kapanıyor ya da el değiştiriyor. Sırf ayakta kalamamaktan dolayı. İşte maliyetlerin artması ilaç ve sarf malzemelerinin maliyetlerinin artması personel giderlerinin artması. Ama gelirler hiç değişmiyor. 2008 yılından beri SUT fiyatlarında bir değişiklik, çok nadir oldu. Güncelleme olmadı. Ama maliyetlere baktığımız zaman maliyetler en az 10 kat arttı. Bunun için sağlık zor ve prestijli bir iştir, ama maliyetli bir iştir, ama karlılığımız çok düşüktür.” (K6)

“Global bütçeden ödeme yapıyor ama sonuçta belirlenen bir bütçe var. Gider ve gelir bütçeniz. Şimdi SUT fiyatlar dediğim gibi son 7 yılda fazla bir değişikliğe uğramadı. Belirlenmiş bir miktar var, tutar var, onun üzerinden biz mesela x kişisi hastaneye geldi. Kişiye safra kesesi ameliyatı yapıldı. Bunun tutarını da SGK diyor ki safra kesesi ameliyatını yaparsan ben bu kişi için sana 150 TL öderim, sabit, fix. Ama ben safra kesesi ameliyatında kullandığım malzemeler çalışan personel, anestezi teknikeri, hemşiresi, doktoru, temizlik personeli bunların hepsini üst üste koyduğün zaman benim maliyetim 300 lira, ama 150 hep sabit. Yani olay bu şekilde. SUT fiyatlarında güncelleme olması gerekiyor. Olması tabii ki finansal açıdan devlet kurumlarını çok rahatlatacaktır. Ama

onların SUT fiyatlarını güncellediği zaman fiyatı yükselttiği zaman SGK kurumun sigortalılarından kesintiyi daha fazla yapması gerekiyor. Bu seferde bu vatandaşa yansıyacak.” (K7)

“Kesinlikle SGK tarafından global bütçe dahilinde yapılan geri ödemelerin şu andaki mevcut sağlık harcamalarının karşılığı olabilecek nitelikte olduğunu düşünmüyorum. Özellikle son 7-8 yıldır. İşte bu döviz kurlarındaki yükselmeler, sabit giderlerdeki fazlalaşmalar, işte neticede ilaç ve sarf konusundaki ithal mala olan mahkûmiyetten dolayı hala ben meslek hayatıma başladığımdaki muayene ücreti ile şu anda yine ikinci basamaktaki muayene ücreti aynı. 10 yıl olmuştur benim çalıştığım. Güncelleme kesinlikle olmadı. Ara ara bazı düzeltmeler ve güncellemeler oluyor ama onlar kesinlikle bu durumu karşılayabilecek ya da finansal sürdürülebilirliği sağlayacak seviyede olmadığı gibi gün geçtikçe makas git gide büyüyor.” (K8)

“SGK’nın 11 kişilik bir komisyonu var bu komisyonda sağlık bakanlığından bir tane kişi var. Ve bu finansman SUT’da yayınlanan fiyatlarla oluyor. Daha doğrusu o puanların fiyata çevrilmesi ile oluyor. Buradaki puanları, fiyatları belirleyen tamamen bir komisyon ve piyasa rayiçleri piyasadaki dalgalanmalar hiç dikkate alınmadan bu işler yapılıyor. Bunun için de hastanelerin hemen hemen hepsi borç içinde. SUT fiyatları güncellenmiyor. Ne hizmet, ne malzemeler. Güncellenmesi gerekiyor. Son iki yıl içerisinde ufak tefek bir kıpırdanmalar yaptılar, onlar da çok dişe dokunur şeyler değil.” (K2)

İki katılımcı, yapılan geri ödemelerdeki sorunların verilen hizmetteki maliyet ve riskin göz önünde bulundurulmamasından kaynaklandığını ifade etmektedir. Katılımcıların bu ifadeleri “geliştirilebilecek yönler” teması altında da sunulan TİG ödeme yöntemlerine atıf yapar nitelikte olduğu söylenebilmektedir. Katılımcılar konuya ilişkin görüşlerini şu cümleler ile ifade etmektedir;

“Yani hali hazırda karasu devlet hastanesinde her hangi bir genel cerrahinin yapmış olduğu bir apandisit ameliyatında SUT karşılığını 500 lira ise eğitim araştırmada ana bilim dalı başkanının hastalığının yanında şeker hastalığı, tansiyonu belki de KOAH ı olan bir hastayı ameliyat etmesindeki ödediği paranın fiyatı aynı. Aslında maliyet aynı değil, risk aynı değil, hiçbir şey aynı değil, ama ödediği para aynı. Adaletsizlik bu açıdan var.” (K2)

“Diyelim ki safra kesesi ameliyatı yapıyorsunuz devlet diyorki ben 1000 lira veririm diyor. Ama bu safra kesesi hastası ister bir gün, yatsın ister 10 gün yatsın, ister hasta bir gün sonra evine gidecek kadar sağlıklı olsun, diğer hastalıklar açısından da ister yoğun bakım gerektiren hasta olsun, hep aynı. Şimdi böyle olduğu zaman benim hastam 10 gün yattığı zaman bana 10.000 liraya mal oluyor bu hasta. Ama ben bin lira alıyorum. Ama devlet hastanesinde ya da diğer kurumlarda sağlıklı hastalar ameliyat edildiği zaman o bin lira yetiyor. Kara bile geçiyor. Aynı zamanda otelcilik hizmeti karşısında belli bir miktar da alabiliyorlar. Bütün bunlar göz önüne alınarak bir geri ödeme sistemi oluşturulursa çok daha verimli olur.” (K4)

5.2.2. Sürdürülebilirlik

Literatürde “sağlık hizmetleri finansman sisteminin amaçları” başlığı altında yer alan sürdürülebilirlik kavramı katılımcıların Türk sağlık finansmanında en çok bahsettiği zayıf yönlerden biri olmuştur. 10 katılımcı 18 defa sürdürülebilirlikten söz etmektedir. Sunulan görüşlerden bazıları, mevcut sistemin sürdürülebilir olmamasını vatandaşın üzerindeki yükün az olmasından kaynaklandığını şu cümleler ile ifade etmektedir.

“Kamunun fazla yük yüklenmesi vatandaşın üzerindeki yükün dünyaya kıyasla az olması ileriki dönemlerde sürdürülebilirlik açısından sorun oluşturabilir. Onun içinde en azından maliyetleri azaltıcı çalışmalar yapılması lazım. Çünkü Türkiye bu anlamda sağlık hizmeti sunabilen nadir örneklerden. Bunu sürdürebilmesi için de dediğim gibi sağlık hizmeti alanındaki girdileri üretici bir toplum olmamız lazım.” (K1)

“Çünkü bu sürdürülebilirlik çok uzun gitmez. Sürekli her şeyi devlet yapsın mantığıyla bu olmaz. Sağlık zaten pahalı bir hizmet he devlet mutlaka yapacaktır, mutlaka üzerine alacaktır. Ki ülkemiz yapıyor bunu. Ama sonrasında bir katkı sağlama noktasında da muhtemelen vatandaştan bir şekilde katkı paylarını arttıracaklarını tahmin ediyorum. Şu haliyle bütün yük devlette, vatandaş da dolayısıyla çok fazla sorumluluk almıyor.” (K10)

“Sürdürülebilirlik ileride sorun olacaktır. Özellikle katkı payı vatandaşın bu noktada çok düşük. Çünkü her türlü ilacı alıyorsun. Biz ilaçların çoğunu sonuçta yurt dışından ithal ediyoruz. Devlet belki büyük paraya ithal ediyor, ama vatandaş her hangi bir katkı payı ödemedi ya da çok cüzi bir şey ödeyerek bu ilaçları alıyor. Öyle olunca da tabii ki bu ne kadar devam eder? Bunu da bilmiyoruz. Biz de bir laf vardır hazıra dağ dayanmaz. Bu da öyle bir tablo.” (K10)

Katılımcılardan bazıları sistemin sürdürülebilir bir yapıda olmamasını hastanelerin mali durumları ile ilişkilendirmektedir. Bu görüşe dayanan ifadelerden biri şu şekildedir;

“Yakında batarız. Sürdürülebilirliğini sağlamak çok zor. Niye çok zor? Bu hızla giderse çok zor dediğim gibi her şey devlet tarafından karşılanıyor. Hastanelerin borçları hat safhada. Aslında bu bir kısır döngü. Hastanenin borcu demek aynı zamanda devletin borcu demek. Devletin kime borcu var? Firmalara borcu var. Firmaların alacak gün sürelerinin uzaması, aynı zamanda maliyetlerin de artmasına sebep oluyor. Yani bir kısır döngü ne kadar geç parasını alırsa o kadar pahalıya satıyor. Ne kadar pahalıya satarsa o kadar geç parasını alıyor. Bu kısır döngü böyle gidiyor. Onun için bu finansman bu haliyle çok da uzun gitmez gibi geliyor bana.” (K2)

Türkiye’deki sağlık hizmetleri finansman sisteminin sürdürülebilir olmadığına dair belirtilen diğer görüşlerden bazı örnekler şu şekildedir;

“Ben bu sistemin sürdürülebilir olduğunu düşünmüyorum. Zaten SGK, hastanelerin şu anki bütçelerinden durumun sürdürülebilir olmadığı ortada. Başta SGK olmak üzere yapısal reformlara ihtiyaç var.” (K18)

“Bir süre sonra şuan gayet modern olarak aldığımız hizmet burada çakılır kalır. İnsanlar kendilerini yenileyemezler. Batarlar. Mümkün değil. Bu paralarla bu kazançlarla bu aletleri yenilemek bu gelişimi sürdürülebilir halde tutmak mümkün değil.” (K5)

“Bugün örnek veriyorum bir rakam verecek olursak Sosyal sağlık hizmetlerinden faydalanabilmek için 500 liralık bir kesinti durumu finanse ediyor haldeyken zaman ilerledikçe artık o finansmanda yavaş yavaş erimeye gidecek ve bugün az önce bahsettiğim sağlık hizmetlerinin ücretsiz olma durumu ve dünya standartlarının ilerisinde olma durumu zamanla kaybolacağı endişesindeyim. O yüzden bu konu hakkında acilen bir çözüm getirilmeli.” (K8)

5.2.3. Hakkaniyetsizlik

Literatürde “sağlık hizmetleri finansman sisteminin amaçları” başlığının altındaki alt başlıklarından bir diğeri olan hakkaniyetin önemine çalışmanın içerisinde birçok kez değinilmektedir. Görüşme yapılan katılımcılardan bir kısmının sağlık hizmetleri finansman sisteminin hakkaniyetli olmadığını ifade ettikleri görülmektedir. Katılımcılardan biri sağlık hizmetlerine erişimde ödeme gücünün önem arz ettiğini ve bu durumun hakkaniyetsizliğe sebep olduğunu şu cümleler ile açıklamaktadır;

“Cebinde parası olan özel hastaneye gidebiliyor, ama parası olmayan kişi özellikle riskli bir hastalık olduğunu düşünün bazen bir iki ay beklemek zorunda kalıyor tedavi olabilmek için. Şu son zamanlarda yaşadığımız şeylerde de devlet hastanelerinde yer yok, özel hastanelere parası olan yoğun bakımda yer buluyorsa gidiyor, tedavisini gerçekleştirebiliyor. Kendisi cepten finanse edebilecek birisi değilse ne yazık ki tedavisi görülemiyor. O noktada çok hakkaniyetli değil diyebiliriz.” (K14)

Bir başka katılımcı hakkaniyetin yalnızca devlet hastanelerinde sağlandığını, fakat geniş açıdan bakılırsa ödeme gücünün bir fark oluşturduğunu, dolayısıyla hakkaniyetsizliklerin görülebildiğini şu cümleler ile açıklamaktadır;

“Sadece devletin hastaneleri açısından bakarsak üç aşağı beş yukarı adil olduğunu söyleyebiliriz. Çünkü hiç biri para almıyor. Herkes randevu ile erişim sağlayabiliyor. Onun için sadece devletin hastanelerinde bu hakkaniyetten bahsedebilir. Ama Türkiye’deki sağlık sistemini global olarak düşünürsek o zaman çokta hakkaniyetten bahsedemeyiz. Ödeme gücünün farklılaştığı noktalarda hakkaniyetsizlikler ortaya çıkabiliyor.” (K2)

5.2.4. Vatandaşın Sorumluluk Almaması

Türk sağlık hizmetleri finansman sisteminden bahsederken bazı katılımcılar devletin sağlık hizmetleri sunumunu üstlenici bir rol benimsemesini güçlü bir yön olarak ele alırken; bazı katılımcılar bunu tam tersi bir bakış açısı ile değerlendirmekte ve durumu vatandaşın sorumluluk almaması olarak ifade etmektedir.

Katılımcılardan bazıları vatandaşın sağlık hizmetine az katkı ile kolay erişiminin hizmetleri kullanımdaki israfı arttırdığını ifade etmektedir. Bu ifadelerin bazıları şu şekildedir;

“Dediğim gibi çok ucuza vermemiz nedeniyle şöyle bir dezavantajımızda var; insanların sağlığa kolay erişebiliyor olması bir bakıma bazen israfı da getirebiliyor.” (K10)

“Ama dediğim gibi bu katkı payının alınmaması gereksiz kullanımı arttırıyor, bu bir. İkincisi zaten çok yüksek olan bir sağlık harcamamızın olması katkı payının da olmaması ister istemez sağlık alanında hangi ülke olursa olsun zora sokacaktır.” (K10)

“Şimdi kurumlar açısından değerlendirirsem şu anda Türkiye’de ciddi anlamda bir sağlık hizmeti israfı olduğunu düşünüyorum. Ülkemizdeki sağlık okuryazarlığı konusunda halkın geri planda olduğunu düşünüyorum. Çünkü insanlar ne zaman hasta olduklarını,

ne zaman tedaviye ya da sağlık tesisine ihtiyaç duyup duymadıklarını kestirme konusunda ciddi bir sıkıntı yaşıyorlar. Bu yüzden sağlık harcamaların da ciddi bir israf olduğunu düşünüyorum. Bu israfın sonucunda da kesilen SGK primlerinin artık ilerleyen dönemlerde yeterli olamayacağını ve katkı paylarının devlet tarafından arttırılmak zorunda olunacağı bir sürece doğru ilerlediğimizi düşünüyorum. Çünkü çok fazla israf var, bu israf tedavi ihtiyacından daha sonra ilaç israfına da yol açıyor. Yeri geliyor gereksiz lüzumsuz operasyonlara da yol açıyor.” (K8)

Diğer katılımcılardan bazıları yine devletin üstlenici rolünün fazla olmasının vatandaş üzerinde bir rehavete sebep olduğundan bu durumun güçlü bir yön değil dezavantaj olduğundan bahsetmekte ve şu cümleler ile açıklamaktadır;

“Sağlık sisteminde devletin bu kadar finanse eden rolünü üstlenmesi artı gibi gözüксе de eksi bir yön. Mesela sigara içtiğinden dolayı kanser olduysan devlet tamamen bedava tedavi etmemeli.” (K2)

“Bana göre devlet üzerine düşeni yapıyor, fakat vatandaş üzerine düşen şeyleri yapmıyor. Yani orada o problem var onu söyleyebiliriz. Bizim insan yapımızda ne kadar verdikçe o kadar istiyor. Bazı şeyler kısıtlama veya yasaklama olmadığı müddetçe düzeltilmesi zor oluyor gibi geliyor bana.” (K3)

5.2.5. Sevk Zinciri

Yapılan görüşmelerde katılımcıların bir kısmı sevk zincirini Türk sağlık finansman sisteminin zayıf yönü olarak ifade etmekte ve gereksiz kullanımı azaltmak ve finansal devamlılığı sağlayabilmek adına düzeltilmesi gereken alanlardan biri olduğunu vurgulamaktadır. Nitekim katılımcılardan birisi sevk zincirinin uygulamaması ile birlikte basamak kavramının ortadan kalkmasını Türkiye’deki sağlık hizmetleri sunumundaki en önemli problemlerden biri olarak nitelendirmekte ve şu cümleler ile açıklamaktadır;

“Türkiye’deki en önemli problemlerden biri sağlıkta basamak kavramının ortadan kalkması. Sağlıkta basamak kavramı ortadan kalktığı için herkes her istediğı kuruma gidince, kurumların mahremiyetleri, kurumların derecelendirilmesi kalktığı için vatandaşın hizmet alırken çektiğı sıkıntılar işte oradan kaynaklanıyor. Grip olan aile hekimine de gidebiliyor; gelip burada profesöre de gidebiliyor. Her hangi bir ücret ödemezse profesörü tercih ediyor.” (K4).

Katılımcı sevk sistemin önemini vurgulamayı şu cümleler ile sürdürmektedir. *“Dolayısıyla üniversite hastanelerinin ekonomik sıkıntılar çektiği gerçek. Onun da çözümleri ile ilgili Sağlık Bakanlığı ile, Maliye Bakanlığı ile SGK ile Devlet Malzeme Ofisi ile görüşmeler devam ediyor. Ama Devletin verdiği rakamlar. Sevksiz bir sistem derecesiz bir sistem içerisinde mali yürütülebilirliğimizi ve sürdürülebilirliği bozuyor.”* (K4)

Bir başka katılımcı sevk sistemin uygulanmamasının hizmet sunumunda da çok ağır sonuçlara sebep olabileceğini şu cümleler ile açıklamaktadır.

“Meslek hayatımda acilde de görev yaptım. Yani orada sırf başı ağrıdığı için evde ilaç alamayıp acile gelen hastalarda sıra beklediği için kalp krizi geçirip ölen onlarca insan gördüm. Ben bunun sebebi bu insanların işte az önce bahsettiğim konularda yeterince bilinçli olmadığı, yani gideceksin yapacaklar, mecburlar gibi kalıplar ve tabularla sağlık hizmetini görüp kendi kafasında basitleştirdiğinden, sıradanlaştırdığından kaynaklandığının düşüncesindeyim.” (K8)

Katılımcılardan bir diğeri sevk sisteminin doğru biçimde yürütülmemesi halinde bunun maliyet açısından olumsuz sonuçlar doğurabileceğini şu cümleler ile ifade etmektedir.

“Yani bir aile hekimimden bir başı ağrıyan da gelebiliyor veya normal operasyon geçirecek vatandaş da gelebiliyor. Yani öncelik konusunda bazen problemler yaşanıyor. Tetkik, araştırmalar hepsi maliyetli; yani çok basit bir baş ağrısı buraya geldiği zaman korkunç bir maliyet oluşabiliyor. Yani tetkiklerden film tomografi buna benzer şeyleri zaman zaman vatandaşların birkaç sağlık kurumuna giderek maliyet artırıcı unsurlarla karşılaştırabiliyor devleti.” (K3)

5.2.6. Uluslararası Tedarik

Hizmet sunucusu olan katılımcılardan biri alım gücünün düştüğünü ve uluslararası tedarik noktasında sorun yaşadıklarını şu cümleler ile açıklamaktadır;

“İşin finans kısmında ise özel sektörün ayakta kalması için biliyorsunuz bütün malzemeler hemen hemen dışarıdan geliyor. Bizim küçük diyebileceğimiz bir kalem grubunu işte gazlı bezdi, pamuklu oksijenli suydı onları saymıyorum; ama kullandığınız diğer bütün malzemeler dışarıdan geliyor. Bunları dolar ya da Euro bazında alıyoruz. Maliyetler durmadan yükseliyor, personel harcamaları durmadan yükseliyor, vergiler

deseniz zaten dünyada mücadele ettiğimiz diğer ülkelere ve sistemlere göre bizim üzerimizdeki yük çok fazla.” (K5)

Bir başka katılımcı ödeme gün sürelerinin devamlı bir artış içerisinde olduğunu ifade ederek bunun sebebinin bir kısmının SUT fiyatlarına dayansa bile asıl sorunun temin edilen malzemelerin fiyatlarındaki artış olduğunu şu cümleler ile açıklamaktadır;

“Yani çünkü hastanelerin borç yükü, ödeme gün süresi gün geçtikçe artık kontrol edilemeyecek ya da çevrilemeyecek artık iç borçlanmayla da çözülemeyecek bir noktaya gelmiş durumda. Özellikle son 4-5 yıldır. Size şöyle örnek vereyim bundan 7-8 yıl önce bizim tahakkuk tahsilat oranımız %91 ya 92 iken hastanelerin borç ödeme gün süreleri 100 gün 120 gün civarındaydı. Şu an 100 lira tahakkuk ediyoruz 130 lira 140 lira para geliyor. Ama yine de yetmiyor. Aslında burada temel sorun ülkenin bu döviz konusunda yaşadığı sıkıntıdan kaynaklanıyor. Normal şartlarda %93-94-95 oranındaki tahsilat ile hastaneler çok rahat dönüyordu. Yani SUT fiyatları evet şu anda göze gözüdür olan o, ama esasında SUT fiyatları hiç güncellenmemiş olsa dahi hizmet kalemlerindeki harcamalardaki o fahiş yükselişler, hedefi biraz SUT noktasındaki fiyatları koyuyor. Yoksa şu anda ilaç ya da sarf fiyatları çok fazla yükselmemiş olsaydı şu an hiç birimiz SUT fiyatlarından bahsetmiyor olurduk. Neticede suç SUT’un değil de artan dövizin maliyeti.” (K8)

5.2.7. Toplanan Fon

Literatürde sağlık hizmetleri finansman sisteminin fon toplama, havuzlama ve fonların dağıtımı olmak üzere üç işlevi bulunmaktadır. (Mossialos ve Dixon, 2002a: 3). Görüşmecilerden bir kısmı finansman sisteminin üç işlevinden ilki olan fon toplama adımıyla yaşanan sıkıntılar üzerinde durmaktadır.

Katılımcılardan biri yaşanan sorunun, prim toplanırken çalışan üzerine çok fazla yük oluşmasından kaynaklandığına değinmekte ve bunu şu cümleler ile ifade etmektedir.

“Şimdi sağlık hizmetlerinin finansmanı açısından şöyle bir durum var: Biliyorsunuz SGK kurumu bütün finansman SGK tarafından sağlanıyor. Burada çok ciddi bir rasyo var. Yani çalışanın emekliye oranı var. Yani topladığımız prim ile yaptığımız hizmet arasında aslında Avrupa ülkelerinde 3 çalışana bir emekli düşerken. Bizde bir çalışana 1,73 emekli düşüyor. O yüzden finansman açısından SGK çok ama çok zorda. Bunun için istihdamı arttırıp çalışan sayısını arttırmamız lazım, yani toplayacağımız primi, daha fazla prim

toplamamız lazım yani. Yani 80 lira ile 90 lira ile hasta bakmak ne kadar devletin bütçesi bunu kaldıracak.” (K11)

“Şöyle ki çünkü burada belli bir kesimin üzerine yük biniyor. Prim kesintisiyle alakalı. O yüzden yani Türkiye'nin belli bir kısmı çalışmayan belki emekli bir kısmına bakmak zorunda kalıyor.” (K9)

Katılımcılardan biri toplanan fondaki yaşanan sorunun vergiler ile ilgili düzenlemelerden kaynaklandığını şu cümleler ile ifade etmektedir

“Devlet verginin %70'ini patrondan almıyor, harcadandan alıyor. Şimdi bu ne kadar sürdürülebilir. Bir defa vergi sisteminde çoktan çok, azdan az değil. Ben burada merkez müdürü değil, kaymakam da olsam memurum. Ben burada bir memurum, burada esnafın %80 i benden az vergi veriyor. Aslında sorunun özetinin çoğu burada saklı. Gidiyor Mercedes alıyor vergiden düşüyor, BMW alıyor vergiden düşüyor, ev alıyor vergiden düşüyor. Eee, ben de vergi ödüyorum benimkinden niye düşmüyorsun? Yani sürdürülebilirliğin yanında, yani bu 1 e 3 oranının dışında şu anda bence daha elzem olan bu. Paramızı alamıyoruz. Çok net söylüyorum şu anda biz bu yapılanma döneminde SGK her hangi bir özel firmada olsun bu alacaklarının %90'ını alır, ama biz %10'unu ancak alıyoruz. Yani devlet SGK kurumunu yalnızca iktidarlar için söylemiyorum. Vergi dairesi ve SGK'lar tüm iktidarların bu anlamdaki elindeki kozu. Her 2 yılda bir yapılandırmalar, hani bu kısım ile ilgili biraz daha siyaset yapıyor gibi. Siyaset yapmıyorum. Bütün iktidarlarda bu zamanında oldu. Bizim gibi kurumların biraz daha şey olması lazım. Yani burada birinin sigorta priminin vergisini affettiğimiz zaman 80 milyonun burada hakkı var.” (K11)

Bir başka katılımcı fon toplama aşamasında yaşanan sorunun kayıt dışılıktan kaynaklandığını şu cümleler ile açıklamaktadır;

“Bence mevcut sistem vatandaşlar vergisini düzgün yatırdığı müddetçe özellikle kayıt dışılık çok çok önemli bir kayıt dışılık kamu bütçesine yaklaşık 1 milyon dolarlık bir ekstra bir yük getiriyor. Şimdi şu anda Türkiye çapında kayıt dışılık yaklaşık %34 lük civalarda. Ki bu 10 il içerisinde %34'lere kadar geliyor. Bu kayıt dışılığın önlendiği takdirde bu finansmanın sürdürülebilirliği daha sağlam temellere oturur diye düşünüyorum.” (K12)

5.2.8. Erişim

Literatürde “sağlık hizmetleri finansman sisteminin amaçları” başlığının altında yer alan ve bir ülkenin sağlık hizmetleri için son derece büyük öneme sahip olan erişim bazı katılımcılar açısından Türkiye’de yaşanan sorunlardan biri olarak nitelendirilmekte ve şu cümleler ile açıklanmaktadır;

“Erişimde ödeme gücü son derece önemli. şöyle özel hastaneler söz konusu olduğu zaman altından kalkılacak rakamlardan bahsetmiyoruz. Özellikle orta gelir ve orta altı gelir seviyesi için. Gelir seviyesinin belirli bir çıtanın üzerinde olması gerekiyor. Ya da özel sağlık sigortasına sahip olmak gerekiyor.” (K14)

Katılımcılardan biri sağlık hizmetlerine erişimin dönüşüm programı ile birlikte güçleştiğini; bunun da sebeplerinden birinin alınan katkı paylarındaki artış olduğunu şu cümleler ile ifade etmektedir;

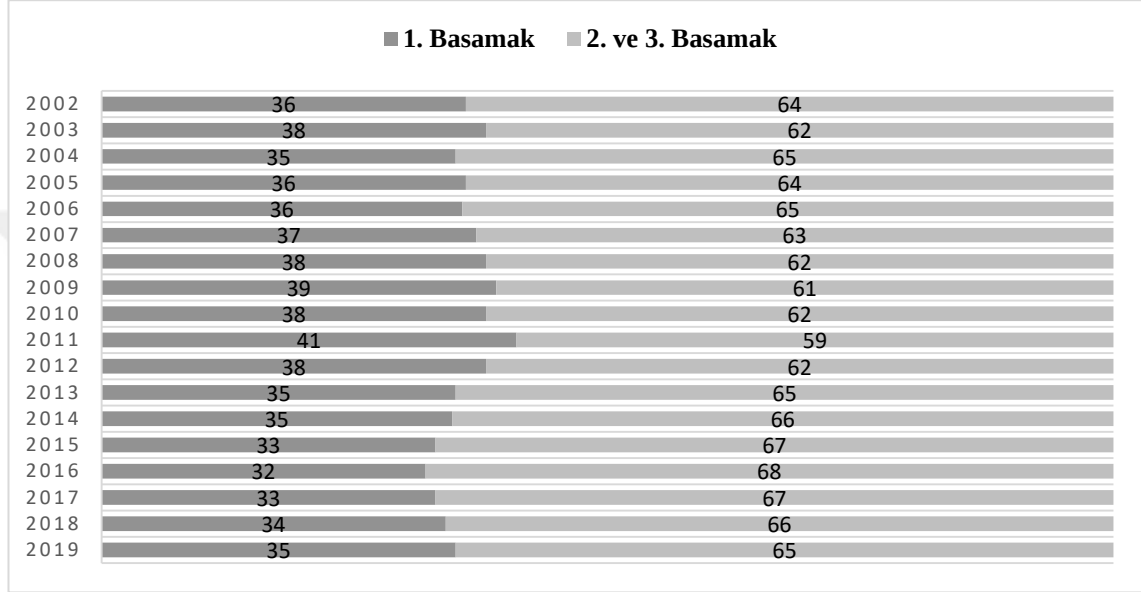
“Mevcut haliyle eskiye nazaran yine dönüşüm yasasına geleceğim başlangıcı ile şu nokta arasında fark var çünkü bazı ilaçlar ödenirken ödenmez duruma geldi. Sonra reçetede yazılan ilaçlar için artı bir ücret alınmaya başladı. Fark tutarları alınmaya başladı doktora göre. Dolayısıyla bu ödenemez, katlanılamaz seviyeye geliyor bazen, dar gelirli vatandaş için. Orta ve orta gelirin üstü kişiler için bir sorun oluşturmuyor, evet ama şu an günümüz ekonomik koşullarında gelir seviyesinin ne kadar düştüğünü göz önünde bulundurursak insanların özellikle ekmek alırken bile zorlandığını düşünürsek bu hizmete erişmesi çok zor.” (K14)

Bir başka katılımcı sağlık hizmetlerine erişim noktasında engeller olduğunu bununda sağlıktaki özelleştirmelerden kaynaklandığını ifade etmekte ve şu cümleler ile açıklamaktadır;

“Türkiye’de büyükşehirler dışında pek çok ilde sağlığa erişim noktasında sorunlar vardır. Buna hastane yetersizliği, ekipman yetersizliği ve personel yetersizliği sebep olmaktadır. Türkiye sosyal bir devlet olmasına rağmen, son 20 yılda uygulanan sağlık politikalarıyla maalesef sağlık giderek özelleşmiştir. Bu bağlamda vatandaşın cebinde parası yoksa nitelikli sağlık hizmetine erişimde sorun yaşamaktadır. Sağlık hizmetlerine erişim tüm devletlerin öncelikli meselesidir. Türkiye açısından da kritik önemdedir.” (K18)

5.2.9. Koruyucu Hekimliğe Önem Verilmemesi

Katılımcıların bazıları koruyucu hekimliğin önemini vurgulayarak Türkiye’de bu alanda eksikliklerin olduğunu ve geliştirilmeye ihtiyaç duyulduğunu belirtmektedir. Şekil 11’de bakıldığında görüleceği gibi, 2002 yılından 2019 yılına kadar birinci basamak sağlık hizmetlerine yapılan müracaat oranlarının ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine yapılan müracaat oranlarının hemen hemen yarısı kadardır.



Şekil 11: Yıllara ve Hizmet Kapsamına Göre Hekime Müracaat Sayısının Oranı, (%), Tüm Sektörler

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2019).

Katılımcılardan bir tanesi vatandaşlarda sağlık bilincinin tam anlamıyla oluşmadığını bu sebeple aile hekimliğinin gelişim gösteremediğini şu cümleler ile açıklamaktadır;

“Bu bilinç vatandaşlarda henüz oluşmamış. Onun için aile hekimliği sistemi biraz daha kenara itildi. Devlette biraz daha popülist olsun diye tedaviye eğildi. Çünkü tedavi ettiğin şey gözüktüyor, ama koruduğun şey uzun zamanda gözüktüyor. Onun için biraz daha tedavi edici hizmetlere, biraz daha önem verilmiş durumda.” (K2)

“Biz bazı şeyleri tam uygulamıyoruz. Koruyucu hekimlik doğuştan başlayarak bir aile hekimi oluyor. Bütün periyotlar takip ediliyor, ekstra bir şey olduğu zaman normal hastane veya devlet hastanesine yönlendiriyor. Bizde bu hiç olmuyor. Bunun bir başlangıcı olmadığı için süreci takip eden kişi de olmuyor, yani öyle bir problem var bizde. Ama koruyucu hekimlik olsa tabii ki daha iyi olur.” (K3)

5.3 Geliştirilebilecek Yönler

Türk sağlık finansman sisteminin geliştirilebilecek yönleri teması altında çoğu zayıf yönlerde sayılan konular olmakla birlikte; güçlü yönler içerisinde sayılan bazı kategoriler de yer almaktadır. Şekil 12’de görüldüğü gibi, sekiz kategoriden oluşan temaya ilişkin önemli ifadeler Ek 3’de görülmektedir.



Şekil 12: “Geliştirilebilecek Yönler” Temasına Ait Kategoriler

5.3.1. Fonun Arttırılması

Yapılan görüşmelerde fonun arttırılmasına yönelik pek çok farklı görüş bildirilmektedir. Fonun arttırılması kategorisi; zayıf yönler temasının altındaki; toplanan fon ile ilgili zayıflıklar, sürdürülebilirlik ile ilgili yaşanan zayıflıklar gibi farklı başlıklar için çözüm sunan önerileri kapsamaktadır. Fonun arttırılmasına ait kategori ile ilgili olarak 11 katılımcı tarafından 27 defa söz edilen konular üç başlık altında toplanmaktadır

1. Katkı Payları: Katılımcılardan bir kısmı fonun arttırılabilmesi ve sürdürülebilirliğin sağlanması için çözüm yolunun katkı paylarının arttırılması olduğunu ileri sürmektedir. Bu ifadelerden bir kaçısı şu şekildedir;

“Yani ama katkı paylarının tabi bir miktar arttırılması sağlık sisteminin sürdürülebilirliği veya gereksiz kullanımlar, ilaç israfı, bu tür şeylerin önüne mutlaka geçecektir.” (K10)

“Sürdürülebilirlik açısından, katkı paylarının mutlak şart olduğunu ve genişletilerek uygulanması gerektiğini düşünüyorum.” (K17)

“Katkı payları arttırılmalı. Hatta çok çok arttırılmalı, yani sağlıkta hizmet bu kadar bedava olmamalı. Çünkü tamam sosyal devlet, ama sosyal devletin vermesi gerekenin çok çok üzerinde bir sağlık hizmeti veriyoruz biz. Her şey bedava, sağlık hizmetinin tedavi edici kısmından daha çok koruyucu hekimliğini bedava yapar ve tedavi edici kısmındaki katkı payını arttırsak insanların kendini koruması çok daha elzem olacaktır. Böyle bir sistem daha sürdürülebilir olacaktır.” (K2)

“Ekonomik güce göre durumu iyi olan insanların sağlıkta bir takım hizmetler alırken katkı vermelerinin sağlanması önem arz ediyor. İşte ameliyatı bir an önce olmak isteyen vatandaş bunu bir ödeme ile yapabilir. Yani bu diğer vatandaşın önüne geçmek anlamına gelmiyor. Aslında verdiği katkı ile diğer vatandaşa verilecek hizmetin daha da kaliteli hale getirilmesini sağlıyor. Yani bakıldığı zaman sanki parası olan hizmeti alsın parası olmayan hizmeti almasın anlamına gelebilir bu. Ama onu kastetmiyorum ben. Zenginden alıp fakirin hizmetine daha kolaylaştırmanın yollarına gitmek bir başka metodoloji olarak da düşünülebilir. Onun için ekonomik durumu iyi olan vatandaşlar hizmet alırken hizmet kalitelerini belki arttırmak için bir miktar ödeme yapmalarını sağlamak daha doğru olur diye düşünüyorum. Onun dışında herkes her türlü sağlık hizmetini alıyor. Yani ama tercih noktasında katkıda bulunması önemli bence.” (K4).

2. Prim Ödemeleri: Katılımcıların bir kısmı fonun arttırılması gerektiğini vurgularken bunun prim ödemelerinin arttırılması ile olabileceğini söylemektedir. Bazı katılımcılar çalışanların ödedikleri primlerin doğrudan arttırılmasını önermekte ve şu cümleler ile ifade etmektedir;

“Sağlık hizmetlerinin finansmanının en temel unsuru sürdürülebilirliktir. Bu bakımdan, sigorta primlerinin ve vatandaş katkısının bir miktar daha artırılması gerektiğini düşünüyorum.” (K17)

“Prim kesintilerinin artırılması ve katkıların atılmasını söyleyebilirim. Vatandaşa yansiyacak, yani tabii ki ilk etapta başka türlü bir finansman nereden sağlanabilir? Tabii ki burada ilk akla gelen bu oluyor.”(K9)

Katılımcıların bir kısmı ise çalışan sayısının arttırılması ile prim ödemelerindeki artışın sağlanması gerektiğini ifade etmekte ve bunu şu cümleler ile açıklamaktadır;

“Bu sefer tek şu oluyor sadece çalışana biniyor yük. İşveren bu sefer yetmedikçe prim oranları arttırılacak, işveren ezilecek. Yani burada bir istihdamı yani sosyal güvencede prim ödeyenlerinin sayısını ve prim ödeme miktarını arttırmak lazım.” (K11).

“İstihdamı arttırırsak, bir emekliye 3 çalışan denk getirebileceğimiz duruma gelene kadar istihdam. Bunu getirirsek bu sistemi sürdürebiliriz. Ama bu sistemi ben çok merak ediyorum ne kadar daha sürdürebiliriz.” (K11)

3. Kayıt dışılık: Katılımcılardan bir kısmı fonun arttırılması için vergi ödemelerindeki kayıt dışılığın önüne geçilmesi gerektiğini ifade etmekte ve şu cümleler ile açıklamaktadır;

“Kayıt dışılık önleildiği takdirde bu finansmanın sürdürülebilirliği daha sağlam temellere oturur diye düşünüyorum.” (K12)

“Dediğim gibi eğer netice itibariyle burada her halükarda devletin genel bütçeden SGK sağlık harcamalarına katkısını minimize etmek adına dediğim gibi öncelikle kayıt dışılığı önlememiz gerekiyor. Kayıt dışılığı belli bir seviyeye getirirsek eğer sürdürülebilirlik te son derece sağlam olur. Önemli olan kayıt dışılığı azaltmak. Kayıt dışılık dediğim sadece çalışan kişinin primini vermeme ya da çalışan kişiyi sigortalı göstermeme değil. Kişinin gerçek kazancı üzerinden primini vermemesi de kayıt dışılık.” (K12)

5.3.2. Özel Sigorta İle İlgili Düzenlemeler

Görüşme yapılan katılımcıların bir kısmı özel sigorta ile ilgili bir takım düzenlemelerin ve değişikliklerin yapılmasının daha iyi bir finansal sistemin sağlanabilmesi adına faydalı olacağını ifade etmektedir. Özel sağlık sigortası ile ilgili yapılacak düzenlemelerin sistemin zayıf yönlerinden birisi olan sürdürülebilirlik açısından fayda sağlayacağı düşünülmektedir.

Bazı katılımcılar özel sağlık sigortasının işleyişi ile ilgili yetkinin kamu elinde olmasının ve ekstra alınacak SGK primleri ile özel sağlık sigortasının genel sağlık sigortasına entegre edilmesinin daha faydalı olacağını şu cümleler ile ifade etmektedir;

“Özel sağlık sigortasının kamunun elinde olması daha faydalı olur. Çünkü bazı şeyleri vicdana bırakmamak lazım. Denetime tabi olması lazım. Çünkü denetime tabi olmayan yer, her zaman suiistimale açık olan yerdir. Özelde yapılan şeylerde bakıldığında hep karlılık ön plandadır, yani kişinin mağduriyeti, hassasiyeti önplanda gibi gözükür; ama arkasında karlılık çabası da her zaman vardır. En azından devlet bu anlamda kendi

vatandaşına sağlayacağı hizmette daha adilane olabilir diye düşünüyorum. Bu anlamda bence dizayn edebilmeli.” (K1).

“Vatandaşlar ekstra para ödeyerek daha fazla ayrıcalıklı hizmet almak isteyebilirler. Aslında bu daha mantıklı bir uygulama. Böylece kamu hastanelerindeki yükü de azaltabilir. Direkt SGK kapsamında daha fazla prim ödeyerek daha iyi bir hizmet almak isteyecek, o zamanda özel hastanelerle anlaşmaların SGK ile yapılması gerekir ona göre. Yapılabilir, mantıklı.” (K7).

Özel sağlık sigortacılığında üst düzey yönetici olan iki katılımcı ise diğer katılımcılardan farklı olarak özel sağlık sigortacılığında hibrit sistemin yaygınlaştırılmasının daha faydalı bir uygulama yöntemi olacağını ifade etmektedir. Katılımcılar bu görüşlerini şu cümleler ile açıklamaktadır;

“Hibrit model üzerinde çalışılmaya başlandı. Hem özel sağlık sigortası hem de tamamlayıcı sağlık sigortasının bir arada sunulduğu ürünler üzerine çalışmalar yapılıyor. Yani hastaneye gidildiğinde gittiği hastanenin SGK ile anlaşması varsa öncelikli olarak tamamlayıcı sağlık sigortası devreye girsin, ama atıyorum Y Hastanesi’ne gidiyorsa SGK ile anlaşması olmadığı için bu örneği veriyorum. X hastanesine gidiyorsa o zaman özel sağlık sigortası devreye girsin, yani sorunuza cevabım hayır ikisi de devam etsin. İkisi de devam etmeli ikisinin de yeri farklı. Bu hibrit model önümüzdeki yıllarda gittikçe yaygınlaşmaya başlayacak sektörde.” (K14).

“Hibrit modeller, zaten şu pandemi ile beraber hayatımıza giren en önemli kelime hibrit. Dolayısıyla tüm modellerin hibrit şekilde ilerliyor olması gerekir. Çünkü neyle karşılaşacağımız değişecek olan şey, çok çok hızlı değişiyor. Çünkü nasıl değişeceğini hiç kimse öngöremez. Ne kanun koyucu öngörebilir ne buradaki şirketler özel şirketler öngörebilir. Dolayısıyla hibrit modelle devam ediyor olması, hatta mümkünse sağlık sigortasının dışında tamamlayıcı emeklilik modelinin gelişiyor olması. Yasa koyucunun burada ana hattı belirlemesi şirketlerinde bu ana hat üzerinde gerçekten de insanlara değer katan hizmet veriyor olması çok çok önemli. O yüzden tamamen SGK’sız ya da tamamen SGK’lı bir yaklaşımdan ziyade birbirini tamamlayan sistemlerin olması, hibrit modellerin olması, şu aşamada en faydalısı gibi geliyor.” (K15).

5.3.3. Geri Ödeme Yöntemleri

Zayıf yönler temasının altında en fazla ifade birliğinin sağlandığı geri ödeme yöntemleri yine bunun doğal bir sonucu olarak pek çok katılımcı tarafından öneri getirilen alan

olmuştur. Geri ödeme yöntemlerine getirilen önerilere bakıldığında bunların büyük çoğunluğunun SUT fiyatlarında güncellemelere gitmek olduğu görülmektedir. Bu ifadelerden bir tanesi şu şekildedir;

“Şunu yapabilirler özel hastanelerden aldıkları hastadan aldıkları farkları serbest bırakabilirler veya SUT fiyatlarında artış yaptırıp alacakları fiyatları kısıtlayabilirler. Hem özel hastanelerin aldıkları fiyatlara karışıp hem SUT fiyatlarını güncellemezseniz hastanelerin ayakta kalma şansı hiç olmaz.” (K6).

Başka bir katılımcı döner sermayeden ödenen personel bütçesinin genel bütçeye aktarılması önerisini ileri sürmektedir. Özellikle kamu sağlık örgütlerinde farklılıklara sebep olan bu durum şu cümleler ile açıklamaktadır;

“Belki bu personelin ücreti genel bütçeye aktarılmış olsaydı, oradan karşılanmalar söz konusu olsaydı sağlık sektöründe daha fazla kaynak arttırma şansımız olurdu. Ama burada maalesef dengesiz olan şu; Bazı üniversitelerde bu bahsettiğim kadroların ücretleri maliye bakanlığı tarafından karşılanmasına rağmen; bizimde dahil olduğumuz ve yoğunlukta olan bazı üniversite hastanelerinde ücretlerin tamamını biz kendimiz karşılıyoruz. Böyle bir problemimiz var.” (K3)

Aynı katılımcı bazı hastanelerde ödemeler yapılırken personel giderlerinin genel bütçeden ayrı olduğunu ifade etmekte ve bunun sebebini ve çözüm önerilerini şu cümleler ile açıklamaktadır;

“Oradakiler daha önce kuruluş aşamasındayken kadroları Maliye Bakanlığı’ndan sağlamışlar, sınavı onlar yapmışlar, kadrolar ondan istenmiş. Fakat bu 6-7 avantajlı il dışında diğer hastanelerde böyle değil. Ama doğrusu onlardaki gibi olması. Yani o dediğim kaynak oraya gitmemiş olsa bizim kendi kaynağımız sağlık sektöründe daha fazla hizmet verme şansımız olacak. Fakat bu dile getirilse de bazı yanlışların kısa süre içinde düzelmesi zor oluyor tabi. Bunlar uzun vadeli belki de her yıl 300-500 bin personeli Maliye Bakanlığına bağlansa çözülebilir. Çünkü büyük bir yüküdür onlarda işte kaynak göndererek bu durumu düzeltmeye çalışıyor ama yeterli gelmiyor.” (K3)

5.3.4. Bilincin Arttırılması

Geliştirilebilecek alanlardan olan bilincin arttırılmasının zayıf yönlerde yer alan “vatandaşın sorumluluk almaması” temasına karşılık geldiği söylenebilmektedir. Katılımcılar Türkiye’de sağlık hizmeti alan vatandaşların bilinçsiz kullanımının genel

manada sürdürülebilirlik açısından sorun oluşturacağını, dolayısıyla bu bilincin vatandaşlara aşılmasının önemli konu olduğunu ifade etmektedir. Katılımcılardan bir tanesi bilincin arttırılmasının sürdürülebilirliği sağlamak adına en önemli konulardan biri olduğunu ve buna yönelik bazı çalışmaların hayata geçirilmesi gerektiğini şu cümleler ile açıklamaktadır;

“Sürdürülebilirliğin sağlanmasının en önemli yollarından bir diğer husus da gereksiz hastane kullanımı veya gereksiz ilaç kullanımının önüne geçmektir. Bu da vatandaşın bir şekilde bilinçlendirilmesi, buna yönelik bir takım eğitim programları, belki sosyal medya, belki ulusal medya, bunlarda bir takım çalışmaların yayılması vatandaşın gereksiz ilaç kullanımı, işte gereksiz sağlık sistemini meşgul etmesi gibi bir takım şeylerde alınabilecek önlemler.” (K10)

Aynı katılımcı görüşmenin devamında bilincin arttırılmasına yine vurgu yaparak sağlık hizmetlerinin bireylerin ihtiyacı kadar alınması gereken bir hizmet olduğu ifade etmektedir;

“Şöyle söyleyeyim, katkı payını arttırsak da arttırmazsak da sağlık sistemimiz sınırsız değildir. Bunu mutlaka bilinçli bir şekilde kullanmalıyız. İhtiyacımız olduğunda kullanmalıyız. Ya bu bizim açımızdan önemlidir. Yani sen ne kadar arttıırırsan arttır ister sınırsız yap. Parasını da arttır ben param var diye her şeyi elde edebilirim mantığından ziyade, ihtiyacım olanı elde edebilirim diyebilmek.” (K10).

Bir başka katılımcı vatandaşın bilincinin arttırılmasının yatırım yapmaktan çok daha önemli olduğunu ifade etmekte ve aynı ifadelerin içerisinde koruyucu hekimliğin önemine de değinmekte ve görüşlerini şu cümleler ile açıklamaktadır;

“Ama öncelikle sağlık anlamında bilgilendirmenin ve bilinçlendirmenin yapılıyor olması aslında tüm bu yatırımların çok daha ötesinde bir anlam taşıyacaktır. İnsanlarımız sağlığını nasıl koruyacaklarına dair belki de ilkokuldan itibaren bunun ile ilgili bir eğitim almaları gerekir.” (K15).

Katılımcılardan bir tanesinin vatandaşın bilincinin arttırılmasının önemine ve neler yapılabileceğine dair konuyu özetler nitelikteki cümleleri şu şekildedir;

“Ben bu konunun öncelikle paranın azaltılıp çoğaltılması ile ilgili değil de bu bilincin hastalarda, vatandaşta oturtulması ile bu işin çözülebileceğini düşünüyorum. Çünkü parayı arttırdıkça harcamada artacak, hiç bir şey değişmeyecek, hiçbir çözüm olmayacak yani. Bir süre sonra artık parayı arttırmakta kısa süreli bir çözüm haline gelecek. O

yüzden bu konuda örneğin vatandaşa ne zaman hasta olduğunu bilmesi ne zaman tedaviye ihtiyaç olduğunu bilmesi, hakkını bilmesi, aynı zamanda hekimin ve sağlık personelinin de hakkını ve sorumluluklarını bilmesi konusunda gerekli bilincin aşılması gerekiyor. Bu neyle olabilir mesela işte şu zamana kadar ben vatandaş ile ilgili birçok kamu spotu gördüm devlet ile ilgili ama sağlık harcamaları ile ilgili hiçbir kamu spotu hatırlamıyorum. Yani ne zaman nereye gitmeliyiz, ne gereklidir, acillerde ne yapılır. Şu anda herkes dilediği gibi hakkı da olsa hakkı olmasa da bir şekilde bazı unsurların gücü ile hakkı olmayan belki de gereği olmayan bir sürü sağlık harcaması yapıyor. Ayıryeten bu süreçte de ciddi anlamda sağlık harcamasına ihtiyaç duyan diğer bireylerin de önüne geçerek hem hizmetin aksamasına sebep oluyor hem de mağduriyetler yaşanmasına sebep oluyor.” (K8).

5.3.5. Özele Yer Verilmesi

Katılımcıların bir kısmı Türkiye’nin daha iyi bir finansal yapıya kavuşabilmesi adına özele daha fazla yer verilmesinin faydalı olacağı görüşünü bildirmektedir. Özele yer verilmesi temasının sistemin zayıf yönleri temasında yer alan sürdürülebilirlik ile ilgili kategoriye karşılık geldiği söylenebilir.

Katılımcılardan bazıları özel sağlık sigortasının artırılması gerektiğini böylece devletin yükünün azalacağını ve dolayısıyla sürdürülebilirliğin artacağını ifade etmekte ve şu cümleler ile açıklamaktadır;

“Özel sağlık sigortası aslında desteklenmeli, devlet üzerindeki yükün bir kısmını özel sigorta şirketlerine bırakmalı sürdürülebilirliği sağlaması için. Mevcut koşullarda bu şekilde sürdürülebilir olması çok zor. Çünkü artık nüfus yaşılanıyor. Yaşlı nüfus sayısı çok fazla, dolayısıyla bunların hastaneye maliyetleri inanılmaz fazla. Çalışan kesim daha az sayıda, dolayısıyla alınan primler ve vergilerin sağlık giderlerini finanse etmesini göz önünde bulundurursak ortada ciddi bir dengesizlik var. Devletin sigorta şirketlerini kısmen destekleyerek üzerindeki yükü atması gerekir.” (K14).

“GSS’nin payı ve üstlendiği hizmetler zaman içerisinde azaltılarak özel sağlık sigortasının payı artırılması yoluna gidilebilir. Finansal sürdürülebilirlik bakımından bu gereklidir.” (K17)

Bir başka katılımcı devletin koruyucu hekimlik noktasında aktif rol oynamasını tedavi edici hekimlikte ise özele yer vererek hizmet sunan değil hizmeti denetleyen bir rol oynaması gerektiğini ifade etmekte ve şu cümleler ile açıklamaktadır;

“Belirli yerlerde sistemi sağlayabilmek için devletin elinde de hastaneler olmalı. Hatta vakıfların elinde de hastaneler olmalı, sendikaların da olmalı, yani sistemler kendilerini koruma altına almalılar. Özel öne çıksın, ama Sağlık Bakanlığı daha çok koruyucu olsun.” (K5)

“İkinci kademede tedavi edici sağlık hizmetleri tedavi edici sağlık hizmetlerinde devlet bence denetleyici olmalıdır. Bir de özeline olmadığı yerlerde olmalıdır. Böyle olması gerekiyor. Ama bizde tam tersine, her şeyi devlet yapsın isteniyor. Halkımızda böyle istiyor, bedava olsun. Ama halkın bilmediği bir şey daha var, sağlık en pahalı sistemlerden bir tanesidir. Bu kadar pahalı bir sistemi hiç ödemesiz karşılamak o kadar kolay değil. Bir örnek vereyim, herkes arabası olsun ister, bence hakkıdır da; ama herkes Ferrari’si olsun isterse olmaz. Böyle bir dünya yok çünkü. Ama maalesef herkes Ferrari’si olsun istiyor. Yani hem para vermeyecekler hem de en iyi sağlık hizmetine en modern sağlık hizmetine erişmek isteyecekler. Hem vergi vermeyecekler hem de bunu devlet sağlayacak. Yani bu olmayacak iş ile iştigal ediyoruz.” (K5).

“Özel sektöründe birçok şeyi yüklenmesi gerekiyor. Devlet ne yapacak? Sadece güzel denetleyecek. O işlemi doğru yaptıklarından ve çok fazlada almadıklarından denetlemesi gerekiyor. Hem işlevi hem de finansmanı iyi denetlemesi lazım.” (K5)

5.3.6. Yerli Üretim

Sistemin zayıf yönleri teması içerisinde uluslararası alım gücünün düştüğünü ve bunun sistemin sorunlarından biri olduğunu vurgulayan ifadeler görülmektedir. Yerli üretimin artırılması gerektiğine yönelik yapılan açıklamaların sistemin zayıf yönlerinde yer alan “uluslararası tedarik” temasında sunulan görüşlere karşılık geldiği söylenebilir.

Bir katılımcı yerli üretimi en önemli konu olarak ele almakta ve konuyu şu cümleler ile açıklamaktadır;

“En önemlisi üretim. Yani ilacını da kendin üreteceksin, cihazını da kendin üreteceksin; bunu sadece üretmek yetmiyor aynı zamanda dışarıya da ihraç edeceksin. Bu konuma geldiğimiz zaman sağlık sistemi bir şekilde kendi kendinin amortismanını sağlamış olacaktır.” (K10)

“Ama bu noktada dediğim gibi üretimimizi kendimiz yaparsak, ihracatımızı kendimiz yaparsak tabii ki olay çok daha farklı olacaktır. Mutlaka vatandaşın bilinci arttırılacak, mutlaka argeye yönelik çalışmalar yapacağız, mutlaka katma değeri yüksek ürünler

üreteceğiz; sağlıkta da bu böyle yani olay sadece savunma sanayinde veya başka şeyde değil. Sağlıkta da mutlaka katma değeri yüksek ürünler üretmek zorundayız. Başka çaresi yok bunun. Biz en azından üretimimizi kendimiz yapar dışarıya paramızı vermezsek ülke içerisinde dönen bir çarkla bu şekilde bu sirkülasyon devam edecektir.” (K10).

“Bir de ne var mesela solunum cihazları üretmeye başladık bu son derece önemli. Dışarıya bile ihraç etmeye başladık. Tabi siz kullanmış olduğunuz bütün malzemeleri ithal ederseniz eğer ne kadar kazanırsanız kazanın ne kadar fiyatlandırırırsanız fiyatlandırın dışarıdan gelen o ürünün fiyat oynaması doğal olarak sizin vermiş olduğunuz hizmetin kalitesini de ücretini de etkileyecektir. Onla birlikte bizimde teknolojik açıdan da kendi kullandığımız malzemeleri üretebilir bir teknolojiye sahip olmamız gerekiyor. Biz kendi içimizde ihtiyacımız olan şeyleri üretmeye başladık. Bunlar da olursa bir sıkıntımız olmaz.” (K10).

Bir başka katılımcı yerli üretimin önemini ve geliştirilmesi gereken yönlerden bir tanesi olduğunu şu cümleler ile açıklamaktadır;

“Finansman sistemi olarak ben şunu isterdim sağlık sistemi hızla yabancıların eline geçiyor. Ben yerli yatırımcılarda kalmasını ve yerli yatırımcıların desteklenmesi gerektiğinin altını özellikle çizmek istiyorum. Bugün bir Mercedes dediğiniz zaman bütün dünya alman diyor bir Mitsubishi dediğiniz zaman Japon diyor. Biz sağlıkta belki de Türk dedirtebilecek firmalar çıkartabilirdik, hatta çıkartmıştık, ama bunlar süratle yabancılara satılıyor. Onların eline geçince de tabiri caizse kendi tarlamızda ırgat olarak çalışmaya başlıyoruz. Ben desteklenmesi gerektiğini, en önemli konunun bu olduğunu söyleyeceğim.” (K5).

5.3.7. Sevk Zinciri

Türkiye sağlık hizmetleri finansman sisteminin zayıf yönlerinden biri olarak ele alınan “sevk zinciri” yine aynı tema ile öneri sunulan alanlardan birisi olmaktadır.

Katılımcılardan bir tanesi sevk zincirinin sağlanması için bir takım yasal düzenlemelerin getirilmesi gerektiğini ve aile hekimliklerinin güçlenmesi gerektiğini ifade etmekte ve şu cümleler ile açıklamaktadır;

“Yasada engelleyici bir şey olmadığı sürece vatandaş dediğim gibi bir profesör varken bir normal doktora araştırma doktoruna gitmeye çekinir. Ya da oradaki tıbbi tetkik ve görüntülemeler yetersiz olduğundan dolayı direkt olarak zamanını orada harcamak

istemeyip buraya geliyor. Orada yapacak bir şeyimiz yok, ama yasal bir şey olmuş olsa farklı olurdu. Aslında geçmişte de böyle basamaklandırma vardı. Fakat vatandaşlarımız buna uymuyor. Aile hekimlikleri şu anda ilaç yazıyor, ufak tefek şeylere bakıyor. Son zamanlarda pandemi ile ilgili bayağı destek verdiler, ama her kurum gerekli. Fakat onların güçlendirilmesi, biraz daha disiplin altına alınması gerekir diye düşünüyorum.” (K3).

Bir başka katılımcı vatandaşın üniversite hastanesinde muayene olabilmesi için aile hekimliğinden ve devlet hastanesinden geçmesi gerektiğini bunu yapmadığı takdirde alınan katkı paylarında değişiklik yapılması gerektiğini ifade etmekte ve şu cümleler ile açıklamaktadır;

“Ama siz buna şunu söylerseniz; aile hekimine gitmeden devlet hastanesinden geçmeden üniversiteye gelemesin. Eğer böyle bir tercih yaparsan bu muayene ücreti 50 TL ise 50 TL karşılığında sen de bir 50 TL ödeyerek profesöre muayene olabilirsin, bunu da sisteme yatırarak gelersin, profesör ile hiçbir tür para bağlantın olmaz dersen, bu çok hakkaniyetli ve sürdürülebilir bir sistem olur.” (K4)

5.3.8. Koruyucu Hekimlik

Güçlendirilebilecek alanlardan birisi olarak katılımcıların sunmuş oldukları önerilerden birisi, sistemin zayıf yönlerinde de yer alan, koruyucu hekimlik olmuştur. Katılımcıların koruyucu hekimliği arttırmaya yönelik farklı çözüm öneriler bulunmaktadır. Bu çözüm önerilerinden bir tanesinin sistemin ödüllendirme ile ilişkilendirilebileceğine yönelik olduğu görülmektedir. Bu öneride koruyucu hekimliği verilen önemi arttırmak amacıyla erken teşhislerin olduğu durumlarda hastadan katkı payının alınmaması veya sistemi gereksiz kullanma durumunda ceza uygulamasının uygulanabileceğini şu ifadeler ile açıklanmaktadır;

“Yani belki burada bir ödüllendirme, bir puanlandırma sistemi ile de yapılıyor olabilir. Yani gidildiğinde gerçekten bir erken teşhis söz konusu ise çünkü erken teşhisler kişinin hayatını kolaylaştırıyor, hem de sistemin buradaki maliyetini düşürerek sürdürülebilirliği arttırıyor. Erken teşhis söz konusu olduğunda belki katkı payının alınmaması gibi farklı farklı modeller kullanılabilir.” (K15)

“Şimdi burada cüzdan uygulamamız var mesela. X sigortasında da (Katılımcının kendi çalıştığı sigorta adının geçmesi sebebiyle ifade X olarak değiştirilmiştir) gereksiz yere kullanmayana ödüllendirmeler gibi. Benzer şekilde mevcut sisteminde bu noktaya geçiyor

olması gerekir. Yani çok hassas bir nokta sağlık olduğunda ceza ve ödül sistemini getiriyor olmak gerçekten hassas bir nokta. Ama tedbir alanı daha fazla ödüllendirmek atıyorum belirli kiloda olanın orada olma çabasını göstereni daha fazla ödüllendirmek, sigara içmeyeni daha fazla ödüllendirmek vesaire gibi toplumun alışkanlıklarını değiştirecek nitelikte bazı şeylerin ödül olarak sunulması çok daha sistemi koruyucu ve sistemi daha sürdürülebilir hale getirici bir unsur olur diye düşünüyorum.” (K15)

Katılımcılardan bir diğ erinin koruyucu hekimliği arttırmaya yönelik sunmuş oldu ğ u öneriler şu cümleler ile açıklanmaktadır;

“Devlet ş unu demeli: Ben sana koruyucu hekimlik eğ itimi veriyorum. Günde iki sefer diş lerini fırçalaman lazım, bunu yaparsan bu sebeplerden dolayı ancak çürükler oluşur. Bunlar yoksa mesela kalsiyum eksikliği yoksa çürük oluşmaz. Sen yeterli beslenemiyorsan kalsiyum eksikliği de olur. Bunları sağlayamıyorsa devlet sana ve koruyucu hekimliği de verdikten sonra ş ayet hala sen diş lerini fırçalamamış ve gel benim diş ime dolgu yap devlet diyorsan ya da kontrolüne gitmemişsen bunları aksatmışsan devlet diyecek ki ben bunun tamamını karşılamıyorum. %50’sini sen vereceksin hasta diyecek. Vatandaşın katkısı ve sorumlulu ğ u çok az çok daha fazla olmalı. Çünkü sorumluluk eş ittir para.” (K2)

TARTIŞMA VE SONUÇ

Türk sağlık finansman sisteminin güçlü ve zayıf yönlerine ilişkin paydaş görüşlerini almak, paydaş görüşlerinden yararlanarak geliştirilmesi gereken alanları belirlemek ve bu alanların geliştirilmesine yönelik öneriler sunmak amacıyla yapılan araştırmada, yarı yapılandırılmış mülakat formu kullanılarak veriler toplanmıştır. Yapılan analiz sonucunda Türkiye sağlık hizmetleri finansman sisteminin *güçlü yönleri* (erişim, hakkaniyet, devletin üstlenici rolü, geri ödeme yöntemleri, katkı paylarının düşük olması), *zayıf yönleri* (geri ödeme yöntemleri, sürdürülebilirlik, hakkaniyetsizlik, vatandaşın sorumluluk almaması, sevk zinciri, uluslararası tedarik, toplanan fon, erişim, koruyucu hekimliğe önem verilmemesi) ve önerilerin yer aldığı *geliştirilebilecek yönleri* (fonun arttırılması, özel sigorta ile ilgili düzenlemeler, geri ödeme yöntemleri, bilincin arttırılması, özele yer verilmesi, yerli üretim, sevk zinciri, koruyucu hekimlik) olmak üzere 3 tema ve 22 kategori oluşturulmuştur.

Oluşturulan temalarda bazı ortak ifadeler yer almaktadır. Bu durum sistemin işleyişi ile ilgili bir takım kategorilerin sistemin güçlü yönlerini oluşturmakla birlikte, bir takım geliştirme alanlarına ihtiyaç duyulmasından kaynaklanmaktadır. Örneğin erişimin sağlanması bakımından sistem güçlü olmasına karşılık; aynı zamanda gereksiz hizmet arzına da sebep olabilmektedir. Dolayısıyla burada bir taraftan erişimin önüne engel koymadan halkın ihtiyacı olan hizmetleri almasını sağlarken, diğer taraftan gereksiz hizmet talebine ve arzına da tedbir almak, bunun için arz tarafına kısıtlayıcı veya cezalandırıcı önlemler alınırken; talep tarafının gereksiz hizmet alımını önlemek için özendirici tedbirlere başvurulabilir. Nitekim geliştirilebilecek yönler teması altındaki kategorilerin çoğunun zayıf yönlerde de bulunması, önemlidir. Zira bu şekilde zayıf yönler için geliştirme önerileri de elde edilmiştir.

Türkiye sağlık hizmetleri finansman sisteminin güçlü yönlerine ait sonuçlar

Sistemin güçlü yönleri olarak ele alınan temalara bakıldığında Türkiye’de sunulan sağlık hizmetlerinin erişilebilir ve hakkaniyetli olduğuna dair çok güçlü bir vurgu yapılmaktadır. Burada SDP sonrası oluşturulan GSS ve üniversite ve bazı belediye tesisleri dışındaki kamu hizmet sunum örgütlerinin tek çatı altında toplanması etkili olmaktadır. SDP öncesinde nüfus mali güvence açısından farklı gruplara ayrılmaktaydı. Bu grupların farklı sağlık tesislerinden yararlanması ve farklı yardım planlarına dahil olması sebebi ile adaletsiz bir yapı hakimdi (Turguttopbaş, 2020: 1651). SDP ile birlikte Türkiye’deki

parçalı organizasyon birleştirilmiş, sağlık hizmetleri tek çatı altında toplanmış ve kişiler arasındaki ayrım ortadan kaldırılmıştır (MÜSİAD, 2012). Yoksul kesimi de kapsam altına alarak sağlık sigortası kapsamı genişletilmiş ve sağlık hizmetlerine erişimi iyileştirmede önemli başarılar elde edilmiştir (Chakraborty, 2009). Nitekim Türkiye'deki sağlık sistemi reformlarını yorumlayan bir çalışmada, SDP'nin eşitliği önemli ölçüde arttırmayı sağlayan evrensel sağlık kapsamına ulaşmak için etkili olduğunu, daha iyi bir finansal koruma ile finansmanda daha fazla adalet sağladığını, sağlık hizmetlerine erişimin arttığını ifade edilmektedir (Atun vd., 2013: 65). Bu çalışmanın bulgularına benzer şekilde Jadoo ve arkadaşlarının (2014: 4) 482 katılımcı ile Türk halkının sağlık sistemi reform sürecine ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada katılımcıların %82'si erişilebilirlikte bir artış olduğunu ifade etmektedir. 200 hasta ile yapılan başka bir çalışmada da katılımcıların %70'i SDP ile birlikte "sağlık güvencelerinin arttığını", %90'ı "gelir düzeyi yetersiz bireylerin ve 18 yaşın altında çocukların devletçe kapsama alınmasının olumlu bir gelişme" olduğunu düşündüklerini belirtmektedir (Soysal ve Yağar, 2015: 333).

Türkiye'de sağlık hizmetlerine erişimin sağlandığını vurgulayan bu çalışmanın bulgularını destekleyen çalışmalar olmasına karşın aksini ifade eden çalışmalarda yer almaktadır. Bunlardan bir tanesi TÜİK 2016 Türkiye Sağlık Araştırmaları veri seti kullanılarak yapılan çalışmadır. Bu çalışmada Türkiye'de ödeme gücü ile yaşanan sorunlar sebebiyle karşılanamayan sağlık ihtiyaçları %13,2 olarak tespit edilmekte ve bu bulgunun gelişmiş ülkelerde yapılan araştırma sonuçlarına kıyasla daha yüksek bir oran olduğu ifade edilmektedir (Yetim ve Çelik, 2020: 432).

Katılımcılar çoğunluğu Türkiye'de sağlık hizmetlerine erişim sağlanabildiği ve hakkaniyetli bir finansman yapısının hakim olduğuna dair pek çok ifade sunmuş olsa da bazı katılımcılar erişim ve hakkaniyetsizliği sistemin zayıf yöne olarak ele almaktadır. 2012 yılı itibariyle nüfusun tamamını kapsam altına alan GSS ile birlikte bireylerin sağlık hizmetlerine erişimlerinin ve sağlık hizmetleri finansman yapısında ki hakkaniyetin arttığı söylenebilmektedir. Fakat her ne kadar nüfusun tamamını kapsam içine alan bir uygulama olsa da bireylerin sağlık primlerini karşılayamaması veya gelir testini yaptırmayarak kapsama dahil olmaması erişim önündeki bazı engeller olabilir. Bu bağlamda teoride olduğu gibi pratikte de nüfusun tamamını kapsayacak uygulamalar önerilmektedir.

Katılımcılar tarafından sistemin güçlü yönü olarak ele alınan diğer unsurlar; erişim ve hakkaniyetle de bağlantılı olan devletin üstlenici bir rol oynaması ve katkı paylarının düşük olmasıdır. Nitekim Türkiye sağlık hizmeti finansmanında bireylerin sağlık ihtiyaçlarına yönelik yaptıkları harcamalar Dünyanın pek çok ülkesi ile karşılaştırıldığında oldukça düşük seviyede olduğu görülmektedir. Sağlık hizmetlerinden faydalanmak için ödenen katkı paylarının bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini engelleyecek düzeyde olması hakkaniyetsizliğe yol açarken hiç katkı payının alınmaması da hakkaniyetsizliğe sebep olmaktadır (Sönal, 2020: 1625-1626). Katkı paylarının temel amacı; sağlık hizmetlerine gereksiz kullanımı önlemek ve bu sayede gerçekten hizmete ihtiyaç duyan bireylerin hizmete daha rahat erişmesini sağlamaktır. Bu amaçla birlikte sürdürülebilirliğe katkıda bulunmak, sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırmak, tahsisat verimliliğini arttırmak gibi avantajları da sağlamaktadır (Korucu ve Oksay, 2018; Sönal, 2020: 1626; Ugurluoğlu, Ürek ve Demir, 2019: 27). Ancak bireylerin gerçekten ihtiyaç duydukları hizmetlere erişimlerini kısıtlayabilecek düzeydeki katkı payları hakkaniyetsiz bir sisteme sebep olmaktadır (Sönal, 2020: 1625). Nitekim sağlık hizmetlerine erişimde katkı paylarının kısıtlayıcı bir rol oynadığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Belli, Gotsadze ve Shahriari, 2004; Fisher ve Hatton, 2010; Thomson, Cylus ve Evetovits, 2019).

Her ne kadar bu çalışmada Türkiye’de katkı payları uygulamaları katılımcılar tarafından sistemin güçlü yönü olarak ele alınsa da bireylerin gelirleri dikkate alınmaksızın herkes için eşit ölçüde katkı payı uygulaması maddi yönden dezavantajlı kesimin sağlık hizmetlerine erişimi engelleyeceğini düşünen çalışmalar da vardır (Sönal, 2020: 1625). Türkiye’de sağlık hizmetlerine erişimde kullanıcı katkılarının kısıtlayıcı bir rol oynayıp oynamadığını belirlemek adına yapılan çalışmalara rastlanmamıştır. Bu konuda özellikle tüketici görüşleri, istekleri ve şikâyetleri önem arz etmektedir. Dolayısıyla konuya ilişkin daha net fikirler ortaya koyabilmek için tüketici görüşleri dikkate alınarak gerçekleştirilen çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Çalışmada katılımcıların sistemin güçlü yönü olarak ele aldığı bir diğer kategori geri ödeme yöntemleridir. Bu kategori zayıf yönlerde en çok üzerinde durulan konu olması sebebiyle *‘Türkiye sağlık hizmetleri finansman sisteminin zayıf yönlerine ait bulgular’* kısmında tartışılmaktadır.

Türkiye sağlık hizmetleri finansman sisteminin zayıf yönlerine ve sisteme yönelik önerilerin sunulduğu geliştirilebilecek alanlara ait sonuçlar

Sistemin zayıf yönleri olarak ele alınan temalara bakıldığında sağlık hizmetlerine yapılan geri ödeme yöntemlerine yönelik güçlü bir vurgu yapılmıştır. Bu çalışmada geri ödeme yöntemlerini sistemin zayıf yönü olarak vurgulayan katılımcıların tamamının hizmet sunucuları kategorisinde yer alırken güçlü yön olarak ele alan katılımcıların hiç birinin bu kategoride yer almaması dikkat çekmektedir. Çalışmada geri ödeme yöntemlerinin uygunluğu sorgulanırken maliyet riskinin ödeyici tarafta kalması temel alınmaktadır. Fakat hizmet sunucularının geri ödeme yöntemlerini ele alırken bunu göz önünde bulundurmamaları sebebiyle bu farklılığın ortaya çıktığı düşünülmektedir. Katılımcıların geri ödeme yöntemlerine yönelik özellikle üzerinde durdukları konunun SUT fiyatlarında güncellemeye gidilmemesi olduğu dikkat çekmektedir. Müstakil Sanayici ve İşadamları Derneği (MÜSİAD)'nin 2012 sağlık sektör kurulu raporunda da benzer konulara değinildiği görülmektedir. Söz konusu raporda SUT fiyatlarının maliyet ve kar oranları göz önüne alınmadan belirlendiği ve özel hastanelerde finans dengesizliğine ve mağduriyetine sebep olan etkenlerden biri olduğu vurgulanmaktadır.

Bunlara ek olarak çalışmanın geri ödeme yöntemlerine yönelik bulgularını destekler nitelikte pek çok çalışma olduğu görülmektedir. Yiğit ve Yiğit'in (2016: 265) 15 üst düzey üniversite hastanesi yöneticisi ile görüşme yaptığı çalışmada üniversite hastanelerinin finansal sürdürülebilirliğini etkileyen en temel dış etkenin geri ödeme sistemi ve fiyatlandırma olduğu ve üniversite hastanelerinin borçlanma düzeylerinin devamlı arttığı vurgulanmaktadır. Çalışmada SUT fiyatlarında artış olmadığı ve uygulanan geri ödeme yöntemlerinin üniversite hastanelerini sürdürülebilirlik açısından zora soktuğu ifade edilmektedir.

Benzer şekilde, Göktaş 2018 tarihli yazısında 2006 yılından beri SUT fiyatları üzerinde ciddi bir düzenlemeye gidilmediğini vurgulamaktadır. Bu durumun özellikle üniversite hastanelerinde daha ileri teknoloji kullanılması, diğer sağlık kurumlarında yapılmayan işlemlerin yapılması sebebiyle kurumları iflasa sürükleyen en önemli nedenlerden birisi olduğunu belirtmektedir.

Acar'ın (2019) bürokratlar, üst düzey yöneticiler ve akademisyenler ile geri ödeme yöntemlerine ilişkin görüşlerini belirlemek üzere yapmış olduğu kapsamlı çalışmada benzer sonuçlara rastlanmaktadır. Yapılan çalışmada katılımcıların SUT fiyatlarının güncellenmemesine dair pek çok vurgu yaptığı görülmektedir. Bunun yanı sıra katılımcıların bir kısmı, geri ödeme sistemlerinin sağlık hizmeti sunucularına farklı şekilde uygulanmasını eleştirmekte ve geri ödeme sistemlerinde ortak tek bir sistemin

belirlenmesi ile denetimin daha rahat yapılacağını ve birlik sağlanacağını ifade etmektedir.

Bu çalışmalardaki bulgulardan farklı olarak Çetiner ve Özer (2019: 250)'in hastane yöneticileri ve mali ve idari birim çalışanları ile yapmış oldukları çalışmada ise SUT fiyatlarındaki ücretlerin gerçek maliyetleri yansıtmaması” maddesinin algılanan en düşük sağlık sorunu olarak ele alındığı görülmektedir.

Türkiye sağlık hizmetleri finansman sisteminin zayıf yönü olarak en çok vurgu yapılan geri ödeme, geliştirilebilecek yönler kategorisinde öneriler sunularak en fazla üzerinde durulan alanlardan biri olmuştur. Katılımcılardan geri ödeme yöntemlerine yönelik gelen önerilerden biri TİG ile ödeme yönteminin geliştirilmesine yöneliktir. TİG yönteminin hastaneyi değil hastayı baz alması ve dengeli ve yeterli kaynak dağılımına olanak sağlaması açısından sağlık hizmetleri finansmanının sürdürülebilirliğini arttıracakı düşünülmektedir (Arık ve İleri, 2016: 86). Nitekim yapılan pek çok çalışma da TİG ödeme yönteminin olumlu bir takım çıktılar sağladığını göstermektedir (Aycıl ve Köse, 2020: 53; Choi vd., 2019: 8). Ersoy'un (2014) hastane yöneticileri ile yapmış olduğu çalışmada, yöneticilerin büyük çoğunluğunun TİG ödeme sistemine ilişkin olumlu düşüncelere sahip olduğu ve dahası bu sistemin tam anlamıyla uygulanması ile sağlık sektöründe önemli ilerlemelerin hayata geçeceği görüşünde oldukları görülmektedir.

Benzer bir şekilde başka bir çalışmada TİG yönteminin hastanede kalış sürelerini azaltarak sağlık hizmetlerinin verimliliğini arttırabileceği fakat TİG ödeme kapsamında olmayan hastalar açısından hakkaniyeti zedelediği ve kaliteye zarar verebildiği vurgulanmaktadır (Zou vd., 2020).

Konu ile ilişkili 21 makalenin incelemesinin yapıldığı başka bir çalışmada da benzer sonuçların elde edildiği görülmektedir. TİG ödeme yönteminin hastanede kalış sürelerini azalttığı ve sağlık maliyetlerini düşürdüğü, öte yandan hizmetlerin sınırlandırılması ve yetersiz hizmet sunumu ile kalitenin olumsuz etkilendiği ifade edilmektedir (Barouni vd., 2020: 10).

TİG ile ödeme yöntemi hem bu çalışmada katılımcılar tarafından önerilmekte hem de sisteme yönelik avantajları yukarıda sunulan örnek çalışmalar ile desteklenmektedir. TİG bir ödeme yöntemi olmasına ek olarak aynı zamanda verileri istatistiki amaçla tutarak karşılaştırma yapma ve gelecekte yapılacak politikalarda fikir sağlama açısından fayda sağlamaktadır. Bu bağlamda uygulamaya yönelik avantaj ve dezavantajlar ele alınarak

TİG ile geri ödeme yönteminin desteklenmesinin hem verimlilik hem de sağlık sistemlerine yönelik profilin ortaya koyulmasında faya sağlayacağı düşünülmektedir.

Yapılan çalışmada bulgular incelendiğinde katılımcıların bir kısmı Türkiye sağlık hizmetleri finansman sisteminde devletin üstlenici bir rol oynamasını ve katkı paylarının düşük olmasını sistemin güçlü yönü olarak ele aldığı görülmektedir. Buna karşın bazı katılımcılar vatandaşların sorumluluk almamasını ve toplanan fonların düzeyini ve toplanma şeklini sistemin zayıf yönü olarak ele almakta ve bu durumun sistemin sürdürülebilirliğini olumsuz etkilediğini ifade etmektedir. Bunun doğal bir sonucu olarak katılımcılar arasında fonların ve vatandaşın bilincinin artırılması gerektiğine yönelik pek çok fikir sunulmaktadır. Katılımcılar tarafından, daha sürdürülebilir bir sistem için katkı paylarının artırılması, çalışan istihdamının artırılması, kayıt dışı istihdamın önüne geçilmesi, sigorta primlerinin artırılması, sunulan önemli öneriler arasında yer almaktadır.

Literatür incelendiğinde de bu çalışmayı destekler nitelikte çalışma bulgularına ve fikirlere rastlanmaktadır.

Erumut (2015) yapmış olduğu çalışmada kayıt dışı istihdamdaki artışın, sağlık sistemini primler vasıtasıyla finanse eden Türkiye gibi ülkelerde yeterli fonun toplanamaması ile birlikte adalet ilkesinin zedelemesine sebep olduğunu ifade etmektedir. Bunlara ilave olarak önceki yıllarda emeklilik yaşının daha düşük olması, primlerin tahsis edilme oranlarının düşüklüğü ve primlerin tahsis edilmesi ile ilgili yaşanan sorunların çözüme kavuşmaması finansal sorunların büyümesine katkıda bulunmaktadır. Daha sıkı SGK denetimleri ile kayıt dışı istihdamın önüne geçilmesi, prim tahsilat oranlarını arttırarak SGK gelirlerinin arttırılması gerektiğini vurgulayan başka çalışmalara da rastlanmaktadır (Dikme ve Sucu, 2020: 938; Güvercin, Mil ve Tarım, 2016: 92; Kocataşkın, 2019: 279).

Özer'in (2016) yapmış olduğu çalışmada bu çalışmayla benzer şekilde paydaşlar tarafından finansal sürdürülebilirliğin sağlanması için "sağlık hizmetlerinin gereksiz veya kötüye kullanımının engellemek", "kayıt dışı ekonomi ile etkili bir şekilde mücadele etmek" ve "istihdamı arttırmak" önerileri yer almaktadır.

Bu çalışmanın bulgularında katılımcılardan birinin "*Sağlık sisteminde devletin bu kadar finanse eden rolünü üstlenmesi artı gibi gözükse de eksi bir yön.*"(K2) ifadesi önem arz etmektedir. Nitekim Acar'ın (2019) yapmış olduğu çalışmada da benzer şekilde GSS

kapsamının geniş olması avantaj olarak ele alınmakta fakat gereksiz talebe yol açarak harcamaların artmasına sebep olduğu vurgulanmaktadır.

Konca ve Yıldırım'ın (2020) 45 paydaş ile yapmış oldukları çalışmada bu çalışmaya benzer şekilde katılımcılar tarafından sunulan öneriler arasında; kullanıcı ücretlerinde artış yapılması, tüketiciye ve çevreye zarar veren ürünlere (alkol, sigara vb.) ek vergiler uygulanması, sıkı vergi politikaları ile gelirlerin arttırılması, çalışan istihdamının arttırılması ile sağlık primlerinin arttırılması yer almaktadır.

Çalışmada katılımcılar sağlık hizmetlerinin finansal sürdürülebilirliğini ve verimliliğini arttırmak adına geliştirilmesi gereken bazı alanlar belirtmektedir. Öneri sunulan alanlar arasında özele daha fazla yer verilmesi, yerli üretimin arttırılması, sevk zinciri ile ilgili düzenlemelerin getirilmesi ve koruyucu hekimliğin arttırılmasına yönelik ifadeler yer almaktadır.

Nitekim bu çalışmanın sonuçlarına benzer şekilde Kalkınma Bakanlığının (2018) yayınlamış oldukları raporda da özel sağlık sigortasına olan talepleri arttırmaya yönelik uygulamalara, birinci basamak sağlık hizmetlerini hem hizmet sunucular hem de vatandaş açısından daha cazip hale getirilmeye, daha etkili bir sevk zincirinin oluşturulmasına, vatandaş bilincinin ve sağlık okuryazarlığının arttırılmasına yönelik çalışmalara, koruyucu hekimliğin kullanım alanının genişletilmesinin önemine değinildiği ve bu amaca yönelik konular üzerinde durulduğu görülmektedir.

Benzer şekilde Güvercin ve diğerlerinin (2016) yapmış oldukları çalışmada sağlık hizmetlerinde ki sürdürülebilirliği arttırmak ve sağlık harcamalarını azaltmak amacıyla aile hekimliğinin güvenilir hizmet sunumunun sağlanması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin daha etkin çalışması ve sevk sisteminin istenilen biçimde işlemesi için girişimlerin yapılması gerektiği ifade edilmektedir.

Katılımcıların sistemin zayıf yönlerine yönelik üzerinde durduğu temalardan bir diğeri sürdürülebilirlik ve tedarik gücünün düşük olmasıdır. Yapılan görüşmeler sırasında katılımcılar özellikle ithal ürünlerle çalışmalarının zorluğu üzerinde durmaktadır. Katılımcılar döviz kurlarındaki artış ile birlikte alım güçlerinin düştüğünü ve sistemin sürdürülebilirlik açısından sorun yaşadığını ifade etmektedir. Bu bağlamda hem daha verimli hem daha sürdürülebilir bir finansman yapısına kavuşmak amacıyla yerli üretimin arttırılması üzerinde durulmuştur.

Aynı şekilde Uğurlu'nun (2018) yapmış olduğu çalışmada da sağlık hizmetlerinin daha sürdürülebilir sistemler olması için Ar-Ge çalışmalarına ağırlık verilerek ülkenin dışa bağımlılığının azaltılması gerektiği vurgulanmaktadır.

Acar'ın (2019) yapmış olduğu çalışma da sağlık hizmetleri finansmanındaki sorunların temelde finansal sürdürülebilirlikten kaynaklandığı ifade edilmekte ve Türkiye'de kullanılan tıbbi cihazların ithal edilmesinin ileriki dönemde sıkıntı oluşturacağı öngörülmektedir.

Benzer şekilde Konca ve Yıldırım'ın (2020) yapmış olduğu çalışmada katılımcılar tarafından sunulan öneriler arasında; tıpta ve tıbbi teknolojiye dışa bağımlılığın azaltılması, etkili koruyucu sağlık hizmetleri ve halk sağlığı uygulamaları vasıtasıyla olası sağlık harcamalarının önüne geçilmesi ifadeleri yer almaktadır.

Yapılan çalışmada katılımcıların çoğunluğu Türkiye'de sağlık hizmetleri finansman sistemini değerlendirirken erişilebilirliği ve hakkaniyeti sistemin güçlü yönü olarak ele almaktadır. Fakat diğer taraftan yine büyük çoğunluğunun sistemin finansal sürdürülebilirliği ve verimliliği açısından endişelerinin bulunduğu görülmektedir. Mevcut endişelere ve sistemin zayıf yönlerine yönelik sistemde değiştirilmesi, geliştirilmesi veya düzeltilmesi gereken konular arasında katkı paylarının arttırılması, SGK prim ödemelerinin arttırılması, kayıt dışı istihdamın önüne geçilmesi, sevk zincirinin geliştirilmesi, koruyucu hekimliğin arttırılması, vatandaşların sağlık hizmetlerinin kullanımına yönelik bilinçlendirilmesi, yerli üretimin arttırılması gibi farklı önerilerin öne çıktığı görülmektedir. Fakat finansal sürdürülebilirliği ve verimliliği arttırma çabalarının karşısında vatandaşın sağlık hizmetlerine erişiminin kısıtlanmaması ve hakkaniyet unsurunun göz ardı edilmemesi gerekmektedir. Literatür incelemesi, elde edilen bulgular ve yapılan farklı çalışmalar göz önüne alındığında sisteme yönelik bazı öneriler sunulmaktadır:

- Çalışmada ortaya çıkan önemli sonuçlardan biri fonların toplanmasına ilişkindir. Türkiye sağlık hizmetleri finansman sisteminde fon toplama konusunda yükün büyük bir kısmı kamunun üzerindedir. Bu durumun ileriki dönemlerde finansal sürdürülebilirlik açısından sorun oluşturacağı ön görülmektedir. Katkı payları ile ilgili vatandaşların sağlık hizmetlerine erişimini azaltmayacak, hakkaniyeti zedelemeyecek şekilde düzenlemelerin yapılması önem arz etmektedir. Özellikle katkı paylarının sevk zincirine uygun şekilde arttırılması hem gereksiz hizmet kullanımının önüne geçecek hem de kamu üzerinde ki yükü hafifletecektir. Sevksiz

şekilde doğrudan 2. veya 3. basamak sağlık hizmetlerinden faydalanmayı tercih eden vatandaşlardan ekstra muayene ücreti ya da yatan hastadan yatak ücreti alınması önerilmektedir. Söz konusu ceza sistemine ek olarak uygulamaya koyulacak ödül sistemleri ile sevk zincirine yönelik teşvikler arttırılacaktır. Örneğin, sevk zincirine uyarak sistemi daha bilinçli kullanan ya da sağlık kurumlarına gereksiz başvuru yapmayan vatandaşları tespit ederek katkı paylarının düşürülmesi gibi ödül sistemleri sevk sistemine katkı sağlayacaktır. Bu şekilde aile hekimlikleri daha etkili hale gelirken sistemdeki gereksiz ve yanlış kullanımlar azalacak ve kamu üzerindeki mali yük daha sürdürülebilir hale gelecektir.

- Yukarıda bahsedilen uygulamalarla birlikte bireylerde sağlıklı yaşam bilincinin geliştirilmesine yönelik çalışmaların ve projelerin arttırılması sağlık hizmetlerine olan talepleri ve dolayısıyla ortaya çıkan maliyetleri azaltmaya fayda sağlayacaktır. Bu bağlamda iş yerlerinde sigara kullanmadığı için mesai saatlerinde kısa aralıklarla mola vermeyen çalışanlara fazladan izin günlerinin tanınması gibi düzenlemeler uygulamaya koyulabilir. Bu sayede sağlıklarını koruyan bireyler ödüllendirilirken sigara kullanan vatandaşlarında sigarayı bırakmaları teşvik edilebilir. Bunlara ek olarak; vatandaşlara, sağlık hizmetlerinin kısıtlı kaynaklarla sunulduğu ve gereken sorumluluğu almamaları halinde finansal sorunlarla karşılaşılabilceği ilkokul döneminden başlayarak eğitimlerle ve konuya ilişkin kamu bilgilendirmeleri ile aşılmalıdır. Bu nokta da aile hekimliklerinin ve toplum sağlık merkezlerinin rolünün arttırılması önem arz etmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin kullanımı ile birlikte sağlık sisteminin diğer alanlarındaki hizmet kullanım oranları azalacak ve daha sağlıklı toplumların oluşmasına fayda sağlayacaktır.
- Bireylerde sağlıklı yaşam bilincinin geliştirilmesine yönelik ana sınıftan başlayarak spor yapma, sağlıklı beslenme, kötü alışkanlıkların sonuçları gibi sağlıklı yaşam eğitimleri verilebilir. Bunlara ek olarak hastanelerde yatan bireylere hasta okullarında kronik hastalıklarla yaşam, doğru ilaç kullanımı, taburcu olduktan sonra dikkat, ilaç ve yiyecek etkileşimleri ile beslenme gibi eğitimler verilmelidir.
- SUT fiyatlarında yeterince güncelleme yapılmadığı sağlık hizmeti sunucuları tarafından sıklıkla dile getirilen konulardan biri olduğu görülmektedir. SUT fiyatlarında güncellemeye gidilmemesi özel sağlık kuruluşları ve kamu kuruluşları açısından ele alınabilir. SUT fiyatlarında güncellemeye gidilmemesi sebebiyle özel sektör finansal sıkıntılar yaşamakta ve ilave ek ödemelere yönelmektedir. Artan fiyat artışları özellikle orta gelir ve alt gelir grubundaki vatandaşların özel sağlık

kuruluşlarına gitmesinde engel oluşturmaktadır. SUT fiyatlarında güncellemeye gidilmemesi kamu sağlık örgütleri açısından mali yetersizliklere sebep olmaktadır. Bunun doğal bir sonucu olarak uzun vadede hizmet kalitesinde ve finansal sürdürülebilirlik konusunda sorunlara sebep olacağı öngörülmektedir. Bu bağlamda SUT fiyatları ile ilgili söz konusu probleme çözüm üretmek önem arz etmektedir. Bunun sebeple SUT fiyatlarını belirleyen komisyona kamu ve özel sektör hizmet sunucularının da dahil edilmesi önerilmektedir. Bunlara ek olarak katılımcılarında ifade ettiği üzere dövizin etkisi ve maliyet artışları ile birlikte alım gücü düşmektedir. Dolayısıyla SUT fiyatlarının UFE/TUFE ve döviz oranları dikkate alınarak periyodik olarak güncelleme yapılması gerekmektedir. Bu fiyat güncellemeleri esnasında söz konusu oranlara ek olarak personel giderlerini katmak amacıyla, asgari ücret artış oranları, toplu sözleşmelerin ortalama değeri ve memur maaş katsayılarındaki değişimlerde göz önünde bulundurulmalıdır. Dikkate alınan bu unsurların sonucunda bir katsayı belirlenerek fiyat artışlarının buna uygun şekilde gerçekleştirilmelidir.

- Türkiye’de sağlık hizmetleri finansmanının ağırlıklı olarak sosyal sigorta ile finanse edilmesi sebebiyle toplanan primler büyük önem taşımaktadır. Bu bağlamda kayıtlı ekonomi ile istihdamın arttırılması toplanan primleri arttırmak için önemlidir. Dolayısıyla iş istihdamının arttırılması ve kayıt dışı istihdam oranının düşürülmesine yönelik önlemlerin alınması finansal refahı arttıracaktır.

Araştırmacılara sunulan öneriler:

- Çalışmada özellikle üzerinde durulan kayıt dışı istihdamın azaltılması, sevk zincirinin arttırılması, finansal sürdürülebilirlik, geri ödeme yöntemleri gibi konulara ilişkin ayrıntılı çalışmaların yapılmasının fayda sağlayacağı düşünülmektedir.
- Bu çalışmada sağlık hizmetleri finansman sisteminin amaçları arasında yer alan verimlilik, hakkaniyet, erişim ve sürdürülebilirlik genel bakış açısıyla ele alınmaktadır. Fakat her birinin büyük önem taşıdığı bu kavramlarla ilgili daha spesifik ve ayrıntılı çalışmaların arttırılması, konuya ilişkin önerilerin sunulması önem arz etmektedir.

KAYNAKÇA

- Acar, E. (2019). *Sağlıkta geri ödeme sistemlerinin incelenmesi ve Türkiye’de kullanılan geri ödeme sisteminin değerlendirilmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Acartürk, E., & Keskin, S. (2012). Türkiye’de sağlık sektöründe kamu özel ortaklığı modeli. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 17(3), 25-51.
- Akazili, J., & Mooney, G. (2011). Social health insurance: to each according to his needs; from each according to his means—but what might that mean?. *International Journal of Health Services*, 41(4), 679-690.
- Akazili, J., Adjuik, M., Chatio, S., Kanyomse, E., Hodgson, A., Aikins, M., & Gyapong, J. (2008). What are the technical and allocative efficiencies of public health centres in Ghana?. *Ghana medical journal*, 42(4), 149–155.
- Akbulut, Y. (2012). Sağlık sigortacılığında ödeme yöntemleri. İçinde H. H. Yıldırım (Ed.), *Sağlık sigortacılığı* (ss.100-121). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Web-Ofset.
- Akdur, R. (2001). Sağlık hizmetlerinde finansman ve ulusal ekonomi. *Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı II*, 40(7), 1571-1585.
- Akyürek, Ç. E. (2012). Sağlıkta bir geri ödeme yöntemi olarak global bütçe ve Türkiye. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 2(2), 124-153.
- Altman, S. H., & Blendon, R. (1979). *Medical technology: The culprit behind health care costs?* Washington: U.S. Government Printing Office.
- Arastaman, G., Fidan, İ. Ö., & Fidan, T. (2018). Nitel araştırmada geçerlik ve güvenilirlik: Kuramsal bir inceleme. *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 15(1), 37-75.
- Arık, Ö., & İleri, Y.Y. (2016). Sağlıkta geri ödeme sistemleri ve global bütçe. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(4), 78- 92.
- Arslan, T. (2019). *Türkiye cumhuriyeti ve Amerika Birleşik Devletleri’ndeki sağlık harcamalarının sağlık finansmanına göre karşılaştırılması*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Bahçeşehir Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Ataç, Ö., & Sur, H. (2016). Sağlık sistemleri - 1: Almanya ve Birleşik Krallık. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 40, 60-65. Erişim adresi: <http://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/500/Saglik-sistemleri---1-Almanya-ve-Birlesik-Krallik.aspx> (Erişim tarihi: 17.05.2021).
- Ataç, Ö., & Sur, H. (2016). Sağlık sistemleri – 4: singapur. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 46, 76-79. Erişim adresi: <https://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/549/Saglik-sistemleri-4-Singapur.aspx> (Erişim tarihi: 20.05.2021).

- Atasever, M. (2014). *Türkiye sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sağlık harcamalarının analizi 2002-2013 dönemi*. Ankara: Bakanlık Yayın No: 983. Erişim Adresi: https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/saglik_hizmetlerinin_f finansmani_2_002_2013.pdf (Erişim tarihi: 02.01.2021)
- Atun, R., Aydın, S., Chakraborty, S., Sümer, S., Aran, M., Gürol, I., ... & Akdağ, R. (2013). Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity. *The Lancet*, 382(9886), 65-99.
- Aycıl, K., Köse, İ. (2020). Türkiye'de sağlık yöneticileri açısından DRG uygulamasının değerlendirilmesi. *Sağlık Sistemleri ve Politikaları Dergisi*, 2(1), 33-55.
- Aydemir, İ. (2017). Sağlık sistemi finansman hedefleri ve politika enstrümanları. *Akademik Bakış Dergisi*, 62(2), 410-428.
- Balkanlı, M. (2017). *Özel sağlık sigortası Türkiye ve dünya uygulamaları*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Başkent Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Baltacı, A. (2018). Nitel araştırmalarda örnekleme yöntemleri ve örnek hacmi sorunsalı üzerine kavramsal bir inceleme. *Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(1), 231-274.
- Barnum, H., Kutzin, J., & Saxenian, H. (1995). *Incentives and provider payment methods*. USA: World Bank HRO Working Papers.
- Barouni, M., Ahmadian, L., Anari, H. S., & Mohsenbeigi, E. (2020). Investigation of the impact of DRG based reimbursement mechanisms on quality of care, capacity utilization, and efficiency-A systematic review. *International Journal of Healthcare Management*, 1-12. DOI: 10.1080/20479700.2020.1782663
- Başkale, H. (2016). Nitel Araştırmalarda Geçerlik, Güvenirlik ve Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesi. *DEUHFED*, 9(1), 23-28.
- Beh, L. S. (2015). Managing across public-private partnerships: A review of implementation in China and Australia. *Contemporary Chinese Political Economy and Strategiz Relations: An International Journal*, 1(3), 663-698.
- Behmane, D., Dudele, A., Villerusa, A., Misins, J., Kļaviņa, K., Mozgis, D., & Scarpetti G. (2019). Latvia: Health system review. *Health Systems in Transition*, 21(4):i-165.
- Belek, İ. (2016). *Sağlığın politik ekonomisi* (4. Baskı). İstanbul: Yazılama.
- Belli, P., Gotsadze, G., & Shahriari, H. (2004). Out-of-pocket and informal payments in health sector: evidence from Georgia. *Health Policy*, 70(1), 109-123.
- Berenson, R. A., Upadhyay, D. K., Delbanco, S.F., & Murray, R. (2016). *Payment methods and benefit designs: How they work and how they work together to improve health care*. Washington D.C: Urban Institute.

- Berthet, F., Calteux, A., Wolter, M., Weber, L., van Ginneken, E., Spranger, A., & World Health Organization. (2015). Luxembourg: HiT in brief. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/333260> (Erişim tarihi: 20.05.2021).
- Bernal-Delgado, E., García-Armesto, S., Oliva, J., Sánchez Martínez, F. I., Repullo, J. R., PeñaLongobardo, L. M., Ridao-López, M., & Hernández-Quevedo, C. (2018). Spain: Health system review. *Health Systems in Transition*, 20(2):1–179.
- Blümel, M., & Busse, R. (2017). The German health care system. İçinde E. Mossialos, A. Djordjevic, R. Osborn & D. Sarnak (Eds.), *International profiles of health care systems* (ss. 69-76). Erişim adresi: https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/media_files_publications_fund_report_2017_may_mossialos_intl_profiles_v5.pdf (Erişim tarihi: 12.04.2020).
- Boyle, S. (2011). United Kingdom (England): Health system review. *Health Systems in Transition*, 13(1), 1–486.
- Braveman, P., & Gruskin, S. (2003). Defining equity in health. *Epidemiol Community Health*, 57(4), 254–258.
- Bryman, A. (2003). *Quantity and quality in social research*. New York: Routledge
- Carrin, G., Waelkens, M. P., & Criel, B. (2005). Community-based health insurance in developing countries: a study of its contribution to the performance of health financing systems. *Tropical Medicine & International Health*, 10(8), 799-811.
- Cashin, C., Ankhbayar, B., Thi Phuong, H., Jamsran, G., Nanzad, O., Phuong, N. K., ... Tsilajav, T. (2015). *Assessing health provider payment systems: A practical guide for countries working toward universal health coverage*. Washington DC: Joint Learning Network for Universal Health Coverage.
- Center for Politiske Studier (CEPOS). (2014). *Halvdelen af danskerne har nu en privat sundhedsforsikring*. Erişim adresi: <https://cepos.dk/artikler/halvdelen-af-danskerne-har-nu-en-privat-sundhedsforsikring/> (Erişim tarihi: 17.12.2020).
- Chakraborty, S. (2009). Health systems strengthening lessons from the Turkish experience. *Europe and Central Asia Knowledge Brief*, 12. Erişim adresi: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/10222> (Erişim tarihi: 18.05.2021).
- Chang, W. (2002). The meaning and goals of equity in health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 56(7), 488-491.
- Chevreur, K., Brigham, K. B., & Zaleski, I. D. (2015). France: Health system review. *Health Systems in Transition*, 17(3), 1–218.
- Chisholm D., & Evans D. B. (2010). *Improving health system efficiency as a means of moving towards universal coverage*. WHO World health report. Erişim adresi: <https://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/28UCefficiency.pdf> (Erişim tarihi: 15.11.2020).

- Choi, J. W., Kim, S. J., Park, H. K., Jang, S. I., Kim, T. H., & Park, E. C. (2019). Effects of a mandatory DRG payment system in South Korea: Analysis of multi-year nationwide hospital claims data. *BMC health services research*, 19(1), 1-9.
- Creswell, J. W. (2017). *Araştırma Deseni Nitel, Nicel ve Karma Yöntem Yaklaşımları*. Demir, S.B. (Çev.), 3. Baskı, Ankara: Eğiten Kitap.
- Creswell, J.W. (2020). *Nitel araştırma yöntemleri beş yaklaşıma göre nitel araştırma ve araştırma deseni*. Demir, S.B. & Bütün, M. (Çev.), 5. Baskı, Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Cylus, J., Papanicolas, I., & Smith, P. C. (2017). *Health systems and policy analysis: How to make sense of health system efficiency comparisons?*. Denmark: WHO Regional Office for Europe
- Cylus, J., Richardson, E., Findley, L., Longley, M., O'Neill, C., & Steel, D. (2015). United Kingdom: Health system review. *Health Systems in Transition*, 17(5): 1–125.
- Çakır, D. Ö. (2016). *Türkiye ve Avrupa Birliği'nde uygulanan sağlık finansman politikalarının değerlendirilmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Çelik, Y. (2016). *Sağlık ekonomisi* (3. Baskı). Ankara: Siyasal.
- Çetiner, E. M., & Özer, E. (2019). Sağlık kuruluşlarının karşılaştığı finansal sorunların tespiti ve sorunlara çözüm önerileri. *Finans Ekonomi ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 4(3), 235-259.
- Çevik, N. K., & Yüksel, O. (2019). Türkiye, Almanya ve Hindistan sağlık sistemleri: Karşılaştırmalı bir analiz. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(16), 209-218.
- Dalley, C., & Gubb, C. (2013). *Healthcare systems: Switzerland*. Erişim Adresi: <https://civitas.org.uk/content/files/switzerland.pdf> (Erişim tarihi: 14.04.2020).
- Daştan, İ., & Çetinkaya, V. (2015). OECD ülkeleri ve Türkiye'nin sağlık sistemleri, sağlık harcamaları ve sağlık göstergeleri karşılaştırması. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(1), 104-134.
- Davies, P., & Carrin, G. (2001). *Risk-pooling--necessary but not sufficient?*. Ref. No. 01-1388. Bulletin of the World Health Organization, 79(7), 587.
- Davis, K. (2002). The Danish health system through an American lens. *Health Policy*, 59(2), 119–32.
- De Pietro, C., Camenzind, P., Sturny, I., Crivelli, L., Edwards-Garavoglia, S., Spranger, A., ... Quentin, W. (2015). Switzerland: Health system review. *Health Systems in Transition*, 17(4), 1–288.
- Demir, M., Beylik, U., Öztürk, M., & Doluküp, İ. (2013). Sağlık hizmetlerinde teşhisle ilişkili gruplar (TİG): Diyabet vakaları üzerine karşılaştırma. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 6(2), 1-23.

- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2011). *Introduction: The discipline and practice of qualitative research*. The Sage handbook of qualitative research. (4th Edition). Thousand Oaks CA: Sage.
- Devlet Planlama Teşkilatı. (2000). *Sekizinci beş yıllık kalkınma planı (2001-2005)*. Erişim adresi: http://www.bilgitoplumu.gov.tr/wp-content/uploads/2015/01/Sekizinci_Kalkinma_Planı.pdf (Erişim tarihi: 13.02.2020).
- Dikme, H., Sucu, İ. (2020). Sağlık kurumlarında SWOT analizi ve kurumun iletişim sürecine etkisi. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 13(70), 930-940.
- Dixon, A. (2002). Are medical savings accounts a viable option for funding health care. *Croatian Medical Journal*, 43(4), 408-416.
- Dixon, A., Langenbrunner, J., & Mossialos, E. (2004). Facing the challenges of health care financing. İçinde J. Figueras, M. McKee, J. Cain & S. Lessof (Eds.), *Health systems in transition: Learning from experience* (ss.51-84). European: on Health Systems and Policies. Erişim adresi: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/98395/E83108.pdf (Erişim tarihi: 05.02.2020).
- Dixon, An., Pfaff, M., & Hermesse, J. (2004). Solidarity and competition in social health insurance countries. İçinde R. B. Saltman, R. Busse & J. Figueras (Eds.), *Social health insurance systems in western Europe* (ss. 170-186). New York: Open University Press.
- Docteur, E., & Oxley, H. (2003). *Health-Care Systems: Lessons from the reform experience*. OECD Health Working Papers. Erişim adresi: <https://www.oecd.org/els/health-systems/22364122.pdf> (Erişim tarihi: 27.04.2020)
- Donatini, A. (2017). The Italian health care system. İçinde E. Mossialos, A. Djordjevic, R. Osborn & D. Sarnak (Eds.), *International profiles of health care systems* (ss. 95-104). Erişim adresi: https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/media_files_publications_fund_report_2017_may_mossialos_intl_profiles_v5.pdf (Erişim tarihi: 12.04.2020).
- Dormont, B., Geoffard, P., & K. Lamiraud. (2007). *The influence of supplementary health insurance on switching behaviour: Evidence on Swiss data*. Erişim adresi: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00587785/document> (Erişim tarihi: 10.05.2020).
- Dredge, R. (2004). *Hospital global budgetin*. Washington DC: The international bank for reconstruction and development / The World Bank.
- Dunlop, D., & Martins J. (Eds.).(1995). *An international assessment of health care financing: Lesson for developing countries*. Washington DC: World Bank.

- Durmaz, T., & Erdem, R. (2017). Hastanelerde arz kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti kullanımının hasta algısı üzerinden değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, 29(4), 579-604.
- Erişti, H. E., Özbay, H., Arı, H. O., Imıl Duyuran, N., Öncül, H. G., & Karaman, Ö. (2004). *OECD sağlık hesapları sistemine göre Türkiye sağlık hesapları 1999-2000*. M. Kartal & S. Mollahaliloğlu (Eds.) Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü.
- Erol, H., & Özdemir, A. (2014). Türkiye’de sağlık reformları ve sağlık harcamalarının değerlendirilmesi, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 4(1), 9-34.
- Ersoy, Z. (2014). *Geri ödeme modeli olan teşhis ilişkili gruplar (TİG) ve bu model üzerinde sağlık yöneticilerinin görüşlerinin değerlendirilmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Erumut, M. (2015). Türkiye için alternatif sağlık finansman önerisi: iki sütunlu sistem. *Sosyal Güvence Dergisi*, (5), 93-126.
- Evans, R. G. (2002). Financing health care: Taxation and the alternatives. Theory and experience. İçinde E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras & J. Kutzin (Eds.), *Funding health care: Options for Europe* (ss. 1-30). Great Britain: Biddles Limited.
- Faezipou, M., & Ferreira, S. (2013). A system dynamics perspective of patient satisfaction in healthcare, *Procedia Computer Science*, 16, 148-156.
- Ferré, F., Belvis, A. G., Valerio, L., Longhi, S., Lazzari, A., Fattore, G., Ricciardi, W., & Maresso, A. (2014). Italy: Health system review. *Health Systems in Transition*, 16(4), 1-168.
- Fisher, A. A., Hatton, D. C. (2010). A Study of women prisoners' use of co-payments for health care: Issues of access. *Women's Health Issues*, 20(3), 185-192.
- Fleurbay, M., & Schokkaert, E. (2011). Equity in health and health care. *Handbook of Health Economics*, (2), 1003-1092.
- Flood, C. M., & Haugan, A. (2010). Is Canada odd? A comparison of European and Canadian approaches to choice and regulation of the public/private divide in health care. *Health Econ Policy Law*, 5(3), 319-341.
- Geissler, A., Quentin, W., Scheller-Kreinsen, D., & Busse, R. (2011). Introduction to DRGs in Europe: Common objectives across different hospital systems. İçinde R. Busse, A. Geissler, W. Quentin & M. Wiley (Eds.), *Diagnosis-Related Groups in Europe Moving: Towards transparency, efficiency and quality in hospitals* (ss. 9-22). USA: Open University Press.
- Gerkens, S., & Merkur, S. (2010). Belgium: health system review. *Health Systems in Transition*, 12(5), 1-266.

- Göktaş, P. (2018). *SUT fiyatlarında 12 yıldır düzenleme yapılmamasının sonuçları ne oldu?*. Erişim adresi: <https://www.klimik.org.tr/2018/01/03/sut-fiyatlarinda-12-yildir-duzenleme-yapilmamasinin-sonuclari-ne-oldu/> (Erişim tarihi: 01.05.2021).
- Gözlü, M., & Tatlıdil, H. (2015). Türkiye'deki 81 ilin kamu tarafından sunulan sağlık hizmetlerine erişim durumları. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(2), 145-165.
- Grimsey, D., & Lewis, M. K. (2005). Are Public Private Partnerships value for money?: Evaluating alternative approaches and comparing academic and practitioner views. *Elsevier, In Accounting Forum*, 29(4), 345-378.
- Gulliford, M., Figueroa-Munoz, J., Morgan, M., Hughes, D., Gibson, B., Beech, R., ... Sedgwick, J. (2002). What does 'access to health care' mean? *J Health Serv Res Policy*, 7(3), 186-188
- Güçlü, İ. (2019). *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri teknik – yaklaşım – uygulama*. (1. Baskı). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Güler, A., Halıcıoğlu, M.B. & Taşgın, S. (2015). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma*. (2. Baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Güvel, E. A., & Güvel, A. Ö. (2018). *Sigortacılık kavramlar- türler- belgeler- mevzuat* (6. Basım). İstanbul: Seçkin.
- Güvercin, A., Mil, H. İ., & Tarım, B. (2016). Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sosyal güvenlik kurumu (SGK). *Bartın Üniversitesi İ.İ.B.F Dergisi*, 7(13), 80-94.
- Habtom, G. K. (2017). Designing innovative pro-poor healthcare financing system in sub-Saharan Africa: The case of Eritrea. *Journal of Public Administration and Policy Research*, 9(4), 51-67.
- Hacettepe Üniversitesi. (Sağlık Hizmetleri Finansman Yapısının Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması için Altyapı Geliştirilmesi Projesi (DRG'lere Dayalı Ödeme ve Hastane Bütçeleme Modellerine Geçiş Planlaması D.B.7.1). Erişim adresi: <https://shgmsgudb.saglik.gov.tr/Eklenti/3517/0/dc71finalv2turpdf.pdf> (Erişim tarihi: 18.04.2020).
- Harker, R. (2019). *NHS funding and expenditure*. Erişim Adresi: <https://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/SN00724/SN00724.pdf> (Erişim tarihi: 10.03.2020).
- Hsiao, W. C. (1995). A framework for assessing health financing strategies and the role of health insurance. İçinde D. W. Dunlop & J. M. Martins (Eds.), *An international assessment of health care financing* (ss. 15-30). Washington D.C.: The World Bank.
- Işık, O. (2013). Sağlık hizmetleri finansmanı ile ilgili mevzuat. İçinde Özgür U. (Eds.), *Sağlık kurumları mevzuatı* (ss. 67-83). Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi.
- Işıkçelik, F., Öztürk, N., & Ağırbaş, İ. (2019). Sağlık hizmetlerinde geri ödeme yöntemlerinden teşhis ilişkili gruplar. *SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi*, 9(2), 431-448.

- İstanbuloğlu, H., Güleç, M., & Oğur, R. (2010). Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri. *Dirim Tıp Gazetesi*, 85(2), 86-99.
- Jadoo, S. A. A., Aljunid, S. M., Sulku, S. N., & Nur, A. M. (2014). Turkish health system reform from the people's perspective: a cross sectional study. *BMC health services research*, 14(1), 1-9.
- Jakubowski, E., & Busse R. (1998). *Health care systems in the EU—a comparative study*. Lüksemburg: European Parliament.
- Jegers, M., Kesteloot, K., Graeve, D. D., & Gilles, W. (2002). A typology for provider payment systems in health care. *Health Policy*, 60(3), 255-73.
- Karaca, C., & Çam, Y. (2019). Türkiye’de sosyal devlet anlayışının değerlendirilmesi. *Maliye Dergisi*, 176, 72-97.
- Kashian, R. D., Kueffer, A., Peterson, J., Grunfelder, D. J., & Cummings, M. (2015). *Technical efficiency and cost-ratios of state health care*. Whitewater: Fiscal and Economic Research Center University of Wisconsin.
- Kaya, N. (2008). *Sağlık yöneticilerinin sağlık hizmetleri finansmanına ve sunumuna yönelik görüşlerinin değerlendirilmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Başkent Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Keable, E. (2014). *Hypothecated taxation and the NHS*. British Library, Erişim adresi <https://www.bl.uk/collection-items/hypothecated-taxation-and-the-nhs> (Erişim tarihi: 10.04.2020).
- Keskimäki, I., Tynkkynen, L. K., Reissell, E., Koivusalo, M., Syrjä, V., Vuorenkoski, L., ... Karanikolos, M. (2019). Finland: Health system review. *Health Systems in Transition*, 21(2), 1-166.
- Kirigia, J. M., & Asbu, E. Z. (2013). Technical and scale efficiency of public community hospitals in Eritrea: An exploratory study. *Health Econ Rev*, 3(6), 1-16.
- Kocataşkın, E. Türkiye’de sağlık finansman sisteminde genel vergilerin yeri ve önemi. *Akademi Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(17), 270-279.
- Koç, O. (2017). Sağlık sisteminde ödeme mekanizmaları. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu*, 42, 70-73. Erişim adresi: <http://sdplatform.com/Dergi/1021/Saglik-sisteminde-odeme-mekanizmalari.aspx> (Erişim tarihi: 25.10.2020)
- Konca, M., & Yıldırım, H. H. (2020). How can Turkey create fiscal space for its health care system? A qualitative approach, *International Journal of Healthcare Management*, DOI: 10.1080/20479700.2020.1721749
- Korucu, K. S., & Oksay, A. (2018). Sağlık hizmetlerinde cepten ödemelerin bir çeşidi: katkı payları. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(32), 265-313.

- Kroneman, M., Boerma, W., Van den Berg, M., Groenewegen, P., de Jong, J., & Van Ginneken, E. (2016). The Netherlands: health system review. *Health Systems in Transition*, 18(2):1–239.
- Kulesher, R., & Forrestal, E. (2014). International models of health systems financing. *Journal of Hospital Administration*, 3(4), 127-139.
- Kumbasar, A., & Boz, C. (2016). Sağlık hizmetlerinde finansman yöntemleri. İçinde *Sağlık politikaları* (ss.69-96).Erişim adresi: http://auzefkitap.istanbul.edu.tr/kitap/saglikkurumlariisletmeciligi_ao/saglikpolitikalari.pdf (Erişim tarihi: 24.05.2021).
- Kurt, Ö. (2007). Ülkemizde sağlık hizmetlerine erişim sorunlu mudur? Aile hekimleri bu sorunu çözebilir mi?, İçinde M. Eskiocak (Ed), *Kentsel bölgede sağlık örgütlenmesi: Çok sektörlü yaklaşım aile hekimliği ülkemiz için uygun bir model midir?* (ss. 69-78). Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları.
- Kutzin, J. (2000). Towards universal health care coverage: A goal-oriented framework for policy analysis. Washington: World Bank.
- Kutzin, J. (2001). A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements, *Health Policy*, 56(3), 171-204.
- Lagarde, M. (2011). Provider payments. İçinde Lorna G. & Virginia W. (Eds) *Introduction to health economics*. (2. Baskı) (ss. 148-160). New York: Open University Press.
- Langenbrunner, J. C., & Wiley, M. M. (2002). hospital payment mechanisms: Theory and practice in transition countrie. İçinde M. McKee & J. Healy (Eds), *Hospital in a changing Europe* (ss. 150-176) Philadelphia: Open University Press.
- Langenbrunner, J. C., Cashin, C., & O'dougherty, S. (2009). What, how, and who: An introduction to provider payment systems. İçinde J. C. Langenbrunner, C. Cashin & S. O'Dougherty (Eds), *Designing and implementing health care provider payment systems: How to manuals*, (ss.1-26). Washington DC.: The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank.
- Lawanson, A. O., & Opeloyeru, O. S. (2016). Inequity in healthcare utilization: Analysis of the Nigeria situation. *International Journal of Business And Social Science*, 7(5), 223-232.
- Lee, K., & Goodman, H. (2002). Global policy networks: The propagation of health care financing reform since the 1980s. İçinde K. Lee, K. Buse & S. Fustukian (Eds.), *Health policy in a globalising world* (ss. 97-119) Cambridge: Cambridge University Press.
- Legarde, M. (2011). Provider payments. İçinde L. Guinness & V. Wiseman (Eds), *Understanding public health: Introduction to health economics* (ss. 148-159). England: Open University Press.

- Leung, L. (2015). Validity, reliability, and generalizability in qualitative research. *Journal of family medicine and primary care*, 4(3), 324-327. DOI: 10.4103/2249-4863.161306
- Liaropoulos, L., & Goranitis, I. (2015). Health care financing and the sustainability of health systems. *International journal for equity in health*, 14(80), 1-4.
- Liu, C., & Haseltine, W. (2017). The Singaporean health care system. İçinde E. Mossialos, A. Djordjevic, R. Osborn & D. Sarnak (Eds.), *International profiles of health care systems* (139-145). Erişim Adresi: https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/___media_files_publications_fund_report_2017_may_mossialos_intl_profiles_v5.pdf (Erişim tarihi: 12.04.2020).
- Liu, E., & Wong, E. (1998). *Health care expenditure and financing in the United Kingdom*. Hong Kong: Provisional Legislative Council Secretariat.
- Maceira, D. (1998). *Provider payment mechanisms in health care: Incentives, outcomes and organizational impact in developing countries*. Erişim adresi: <https://pdfs.semanticscholar.org/0e95/abb6121dd3d6779b992af2cb5d5d26247c96.pdf> (Erişim tarihi: 21.07.2020).
- Marchildon, G. P., Allin, S., & Merkur, S. (2020). Canada: Health system review. *Health Systems in Transition*, 22(3): i-194.
- Martinelli, D., & Medellin, L. (2007). *Assessment of bus transit equity in two metropolitan areas*. Morgantown: West Virginia University.
- Maxwell, J. (1992). Understanding and validity in qualitative research. *Harvard Educational Review*, 62(3), 279-301.
- Maynard, A., & Dixon, A. (2002). Private health insurance and medical savings accounts: Theory and experience. İçinde E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras & J. Kutzin (Eds.), *Funding health care: Options for Europe* (ss. 109-127). Great Britain: Biddles Limited.
- McIntyre, D. (2012). *Health service financing for universal coverage in east and southern Africa*. Cape Town: Equinet Discussion Paper 95. Erişim adresi: https://equinetafrica.org/sites/default/files/uploads/documents/Diss_paper_95_UHC_Dec2012.pdf (Erişim tarihi: 08.04.2020).
- Medicaid (2020). Erişim adresi: <https://www.medicaid.gov/> (Erişim tarihi: 11.04.2020).
- Medicare (2020). Erişim adresi: <https://www.medicare.gov/> (Erişim tarihi: 11.04.2020).
- Merriam, S. B. (2013). *Nitel araştırma desen ve uygulama için bir rehber*. S. Turan (Çev.). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Miller, H. (2007) *Creating payment systems to accelerate value-driven health care: Issues and options for policy reform*. Erişim adresi: <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund->

[reports/2007/sep/creating-payment-systems-accelerate-value-driven-health-care](#)
(Erişim tarihi: 12.05.2020).

Ministry of Health (MOH). 2020. *Healthcare schemes & Subsidies*. Erişim adresi: <https://www.moh.gov.sg/cost-financing/healthcare-schemes-subsidies> (Erişim tarihi: 22.05.2021).

Mossialos, E., & Dixon, A. (2002a). Funding health care: An introduction. Theory and experience. İçinde E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras & J. Kutzin (Eds.), *Funding health care: Options for Europe* (ss. 1-30). Great Britain: Biddles Limited.

Mossialos, E., & Dixon, A. (2002b). Funding health care in Europe: Weighing up the options. İçinde E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras & J. Kutzin (Eds.), *Funding health care: Options for Europe* (ss. 272-301). Great Britain: Biddles Limited.

Mossialos, E., Papanicolas, I., & Smith, P. C. (2008). Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Munir, U. (2018). *How does capacity in health financing impact the alignment between priorities and expenditures in the health sector: A case study of Kenya and Mozambique* (Yayımlanmamış doktora Tezi). Harvard University, Boston.

Müstakil Sanayici ve İşadamları Derneği (MÜSİAD). (2012). Sağlık sektör kurulu rapor. Erişim adresi: <https://www.musiad.org.tr/icerik/yayin-40/ptn-3> (Erişim tarihi: 10.04.2021).

Narmanlı, M., Ertong, G., Dikici, A., Soysal, E., Tümay, A., & Güngör, M. K. (2012, Kasım). *Ulusal teşhis ilişkili gruplar sistemine geçiş için yol haritası*. IX. Ulusal Tıp Bilişimi Kongresi, Ankara.

Nay, O., Béjean, S., Benamouzig, D., Bergeron, H., Castel, P., & Ventelou, B. (2016). Achieving universal health coverage in France: Policy reforms and the challenge of Inequalities. *The Lancet*, 387(10034), 1-28.

Normand, D., & Weber, A. (2009). *Social health insurance a guidebook for planning* (2. Baskı). Germany: VAS, Ludwigstr.

Olejaz, M., Nielsen, A. J., Rudkjøbing, A., Birk, H. O., Krasnik, A., & Quevedo, C. H. (2012). Denmark health system review. *Health Systems in Transition*, 14(2), 1–192.

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2011). *OECD reviews of health systems: Switzerland*. OECD Publishing.

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2015) *Healthcare costs unsustainable in advanced economies without reform*, Erişim adresi: <http://www.oecd.org/health/healthcarecostsunsustainableinadvancedeconomieswithoutreform.htm> (Erişim tarihi: 21.05.2021).

- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2019). *Health at a Glance 2019: OECD indicators*. Paris: OECD Publishing.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2020a). *Health at a Glance 2020: OECD indicators*. Paris: OECD Publishing.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2020b). OECD health statistics 2020 definitions, sources and methods: Private health insurance. Erişim adresi: <http://stats.oecd.org/wbos/fileview2.aspx?IDFile=e11b92da-6cc5-4cea-afe9-1d4cce02e5a4> (Erişim tarihi: 19.05.2021).
- Orhaner, E. (2017). Sağlık harcamalarının finansmanında özel sağlık sigortalarının rolü. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 3(3), 398-412.
- Orhaner, E. (2018). *Türkiye’de sağlık sigortası* (2. Basım). Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Özbay, H., Öncül, H. G., Gökçimen, M., Arı, H. O., & Mollohaliloğlu, S. (2007). *Sağlık sektörü finansmanı Türkiye’de sağlığa bakış*. Ankara: Bölük Ofset Matbaacılık
- Özer, Ö., & Yıldırım, H., H. (2016). Türkiye sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliğine yönelik bir uygulama. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8(16), 149-161.
- Özkan, O. (2018). *Sağlık hizmetlerinde geri ödeme yöntemleri ve teşhis ilişkili gruplara dayalı bir uygulama*. (Yayınlanmamış doktora tezi). T.C. Ankara Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Pagoni, E. G., & Patroklos, G. (2019). A system dynamics model for the assessment of national public–private partnership programmes’ sustainable performance. *Simulation Modelling Practice and Theory*, 97(101949), 1-28.
- Preker, A. S., Carrin, G., Dror, D., Jakab, M., Hsiao, W. C., & Arhin, D. (2004). Innovations in health service delivery: The corporatization of public hospitals. İçinde A. S. Preker & G. Carrin (Eds.), *Health financing for poor people: Resource mobilization and risk sharing* (ss. 3-51). Erişim adresi: <http://documents.worldbank.org/curated/en/519081468780547446/pdf/289860PAPER0Health0financing010the0poor.pdf> (Erişim tarihi: 07.02.2020).
- Punch, K. F.(2014). *Sosyal araştırmalara giriş: nicel ve nitel yaklaşımlar*. (3. Baskı). Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Qolipour, M., Faraji Khiavi, F., & Saadati, M. (2017). An association between change in health expenditures and health indicators; A cross country comparison. *Iranian Journal of Health Sciences*, 5(2), 32-41.
- Quentin, W., Geissler, A., Scheller-Kreinsen, D., & Busse, R. (2011). Understanding DRGs and DRG-based hospital payment in Europe. İçinde R. Busse, A. Geissler, W. Quentin & M. Wiley (Eds.), *Diagnosis-Related Groups in Europe Moving: Towards transparency, efficiency and quality in hospitals* (ss. 23-36). USA: Open University Press.

- Retzlaff-Roberts, D., Chang, C. F., & Rubin, R. M. (2004). Technical efficiency in the use of health care resources: A comparison of OECD countries. *Health Policy*, 69(1), 55-72.
- Roberts, M. J., Hsiao, W., Berman, P., & Reich, M. R. (2009). *Sağlık reformunun doğru yapılması performans ve hakkaniyetin geliştirilmesi için bir kılavuz*. Ankara: Onur Matbaacılık.
- Rodwin, V. G. (2003). The health care system under French national health insurance: lessons for health reform in the united states. *American Journal of Public Health (AJPH)*, 93(1), 31-37.
- Roland, M. (1998). Le forfait à la capitation pour les soins primaires: une revue de la littérature internationale. *Santé Conjugée*, 71-83. Erişim adresi: <https://www2.ulb.ac.be/esp/mfsp/forfait.html> (Erişim tarihi: 28.03.2020).
- Ron, A., Abel-Smith, B., & Tamburi, G. (1990). *Health insurance in developing countries: The social security approach*. Geneva: International Labour Organization.
- Sauerland, D. (2001). The German strategy for quality improvement in health care: still to improve. *Health Policy* 56(2), 127–147.
- Saunes, I. S., Karanikolos, M., & Sagan, A. (2020). Norway: Health system review. *Health systems in Transition*, 22(1): i–163.
- Savedoff, W. (2004). *Tax-Based financing for health systems: Options and experiences*. Geneva: World Health Organization.
- Schieber A. (2005). *Sustainable health sector financing high level forum on the health MDGs in Asia-Pasific*. Tokyo-Japan: World Health Organization.
- Schieber, G., Baeza, C., Kress, D., & Maier, M. (2006). Financing health systems in the 21st century. İçinde D. T. Jamison, J. G. Breman, A. R. Measham, M. Claeson, D. B. Evans, ... P. Musgrove (Eds), *Disease control priorities in developing countries* (2. Baskı) (ss. 225-242). Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank.
- Schokkaert, E., & Van de Voorde, C. (2005). Health care reformin Belgium. *Health Economics*, 14(S1), 25-39.
- Sigurgeirsdóttir, S., Waagfjörð, J., & Maresso, A. (2014). Iceland: Health system review. *Health Systems in Transition*, 16(6), 1–182.
- Simonet, D. (2010). Healthcare reforms and cost reduction strategies in Europe: the cases of Germany, UK, Switzerland, Italy and France. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 23(5), 470-488.
- Skinner, B. J. (2009). *Canadian health policy failures: What's wrong?, Who gets hurt?, Why nothing changes?*. Canada: Fraser Institute.

- Sosyal güvenlik Kurumu (SGK). (2021). 2021 yılı için GSS prim tutarı ne kadardır?. Erişim adresi: http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/calisan/gss_tescil_sureci/2021-yili (Erişim tarihi: 22.05.2021).
- Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği. (2018). Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği. Resmi Gazete Tarihi: 24.03.2013. Resmi Gazete Sayısı: 28597 Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/03/20130324-3.pdf> (Erişim tarihi: 12.05.2021). Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği, 2013
- Soysal, A., & Yağar, F. (2015). Sağlıkta Dönüşüm Programı: Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde bir araştırma. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 12(2), 313-344.
- Sönal, T. (2020). Sağlık hizmetleri finansmanında katkı payları ve hakkaniyet. *Journal of Social, Humanities and Administrative Sciences*, 6(31):1617-1627.
- Sparkes, S. P., Bump, J. B., Özçelik, E. A., Kutzin, J., & Reich, M. R. (2019). Political economy analysis for health financing reform. *Health Systems & Reform*, 5(3), 183-194.
- Street, A., O'Reilly, J., Ward, P., & Mason, A. (2011). DRG-based hospital payment and efficiency: Theory, evidence, and challenges. İçinde R. Busse, A. Geissler, W. Quentin & M. Wiley (Eds.), *Diagnosis-Related Groups in Europe Moving: Towards transparency, efficiency and quality in hospitals* (ss. 93-114). USA: Open University Press.
- Sturny, I. (2017). The Swiss health care system. İçinde E. Mossialos, A. Djordjevic, R. Osborn & D. Sarnak (Eds.), *International profiles of health care systems* (ss. 155-162). Erişim adresi: https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/_media_files_publications_fund_report_2017_may_mossialos_intl_profiles_v5.pdf (Erişim tarihi: 12.04.2020).
- Szende, A. (2003). *Equity in health and health care in Hungary: Health status, finance, and delivery of health care*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). University of York Department of Economics and Related Studies, İngiltere.
- Şahin, H. (2018). *Sağlık finansmanında tamamlayıcı sağlık sigortasının rolü ve uygulanabilirliği*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Şantaş, F., & Çıraklı, Ü. (2019). Sağlık hizmetlerinin finansman ve geri ödenme yöntemleri: Türkiye'de mevcut durum. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 5(1), 12 -20.
- Şencan, I., Kesinkılıç, B., Ekinci, B., Öztemel, A., Sarıoğlu, G., Çobanoğlu, N., & Bolay Yavaşoğlu, G. (2015). *Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2015-2020)*. TC Türkiye halk Sağlığı Kurumu, TC Sağlık Bakanlığı Yayın, (988), Ankara.

- Şeref, B. (2001). .Sağlık ekonomisi, sağlık hizmetleri sunumunda maliyet kavramı, sağlık hizmetleri finansmanı ve Türkiye. *Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı II*, 40(7), 1622-1633.
- T. C. Kalkınma Bakanlığı. (2014a). *Onuncu kalkınma planı 2014-2018: Sağlık hizmetlerinin etkinliğinin artırılması ve mali sürdürülebilirlik özel ihtisas komisyonu raporu*. Erişim adresi: https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/10/10_SaglikHizmetlerininEtkinligininArtirilmasiveMaliSurdurulebilirlik.pdf (Erişim tarihi: 18.07.2020).
- T.C. Kalkınma Bakanlığı. (2014b). *Onuncu kalkınma planı 2014-2018: Kamu özel işbirliği özel ihtisas komisyonu raporu*. Erişim adresi: https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/10/10_KamuOzelIsbirligi.pdf (Erişim tarihi: 22.05.2021).
- T.C. Kalkınma Bakanlığı. (2018). *On birinci kalkınma planı 2019-2023: Sağlık hizmet kalitesi ve mali sürdürülebilirlik özel ihtisas komisyonu raporu*. Erişim adresi: https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2020/04/SaglikHizmetKalitesi_ve_MaliSurdurulebilirlikOzelIhtisasKomisyonuRaporu.pdf (Erişim tarihi: 19.05.2021).
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2019). Erişim adresi: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/40564,saglik-istatistikleri-yilligi-2019pdf.pdf?0> (Erişim tarihi: 08.06.2020). T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011). *TİG uygulama rehberi*. Performans ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı. Ankara: Pozitif Matbaa.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2012). *Türkiye sağlıkta dönüşüm programı değerlendirme raporu (2003-2011)*. R. Akdağ (Ed.), Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2014) *Teşhis ilişkili gruplar bilgilendirme rehberi*. Erişim adresi: <https://www.saglikaktuel.com/d/file/rehber-tig-16122015son-ik.pdf> (Erişim tarihi: 09.05.2020).
- Tapan, B. (2008). *Genel sağlık sigortasının sürdürülebilirliği için tamamlayıcı sağlık sigortasının gerekliliği*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Kadir Has Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Tarhan, Ö. (2015). Sosyal bilgiler öğretmen adaylarının politik okuryazarlığa ilişkin görüşleri. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 3(9), 649-669.
- Tatar, F. (1996). Sağlık hizmetleri finansman kaynakları. *Toplum ve Hekim*, 11(72), 42-72.
- Tatar, M. (2011). Sağlık hizmetlerinin finansman modelleri: Sosyal sağlık sigortasının Türkiye’de gelişimi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1(1), 103-133.
- Tatar, M., Mollahaliloğlu, S., Şahin, B., Aydın, S., Maresso, A. & Hernández-Quevedo, C. (2011). Turkey: Health system review. *Health Systems in Transition*, 13(6), 1-186.
- Tekin, H. (2012). Nitel araştırma yönteminin bir veri toplama tekniği olarak derinlemesine görüşme. *İstanbul University Journal of Sociology*, 3(13), 101-116.

- Tengilimoğlu, D., Akbolat, M., & Işık, O. (2017). *Sağlık işletmeleri yönetimi* (8. Basım). İstanbul: Nobel Yayıncılık.
- The NHS Constitution. (2013). Guide to the healthcare system in England including the statement of NHS accountability. Erişim adresi: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/194002/9421-2900878-TSO-NHS_Guide_to_Healthcare_WEB.PDF (Erişim tarihi: 19.05.2021).
- The World Bank. (2020). *Government objectives: Benefits and risks of PPPs*. Erişim adresi: <https://ppp.worldbank.org/public-private-partnership/overview/ppp-objectives> (Erişim tarihi: 20.05.2021).
- Thomson, S., & Mossialos, E. (2009). *Private health insurance in the European Union, LSE health and social care*. Erişim adresi: <http://www.remipellet.com/Resources/Assurance%20sante%20privee%20en%20Europe%202009%20.pdf> (Erişim tarihi: 15.05.2021).
- Thomson, S., Cylus, J., & Evetovits, T. (2019). Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe. *Eurohealth*, 25(3), 41-46.
- Thomson, S., Foubister, T., & Mossialos, E. (2009), *Financing health care in the european union: Challenges and policy response*. Denmark: World Health Organisation.
- Thomson, S., Foubister, T., Figueras, J., Kutzin, J., Permanand, G., & Bryndová, L. (2009). *Addressing financial sustainability in health systems*. Denmark: World Health Organization.
- Thorlby, R., & Arora, S. (2017). The English health care system. İçinde E. Mossialos, A. Djordjevic, R. Osborn & D. Sarnak (Eds.), *International profiles of health care systems* (49-57). Erişim Adresi: https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/___media_files_publications_fund_report_2017_may_mossialos_intl_profiles_v5.pdf (12.04.2020).
- Top, M., & Tarcan, M. (2007). Hastane sektöründe kaynak akışı: Hastane ödeme yöntemleri (mekanizmaları). *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 9(1), 169-189.
- Toprak, D. (2019). Türkiye’de sağlık harcamalarının karşılaştırmalı analizi. *Ekonomi Bilimleri Dergisi*, 11(1), 24-38.
- Trotter, R. T. (2012). Qualitative Research Sample Design And Sample Size: Resolving And Unresolved Issues and Inferential Imperatives. *Preventive Medicine*, 55(5), 398-400.
- Turguttopbaş, N. (2020). Analysis of the equity of health care financing system in Turkey. *Turkish Studies-Economy*, 15(3), 1639-1653.
- Türkiye Sigorta Birliği (TSB). (2013). *Sigorta tanımları*. Erişim adresi: <https://www.tsb.org.tr/> (Erişim tarihi: 25.02.2020).

- Türnüklü, A. (2000). Eğitim bilim araştırmalarında etkin olarak kullanılabilecek nitel araştırma tekniği: Görüşme. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi Dergisi*, (24), 543-559.
- Uğurlu, M. (2017). *Ülke deneyimleri ışığında sağlık teknoloji değerlendirmesinin sağlık finansman sisteminin sürdürülebilirliğine etkisi ve türkiye için model önerisi*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). T. C. İstanbul Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Uğurlu, M. (2018). *Sağlık teknolojisi değerlendirmesi ülke uygulamaları ve Türkiye için model önerisi*. Ankara: T.C. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı Yayınları.
- Uğurluoğlu, E., & Özgen, H. (2008). Sağlık hizmetleri finansmanı ve hakkaniyet. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2), 133-160.
- Uğurluoğlu, Ö., Ürek, D., & Demir, İ. B. (2019). Evaluation of individuals' satisfaction with health care services in Turkey. *Health Policy and Technology*, 8(1), 24-29.
- Uzun, S. (2015). *Tamamlayıcı sağlık sigortası*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Okan Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Villalba-Romero, F., & Liyanage, C. (2016). Implications of the use of different payment models: The context of PPP Road Projects in the UK. *International Journal of Managing Projects in Business*, 9(1), 11-32.
- Vrangbaek, K. (2017). The Danish health care system. İçinde E. Mossialos, A. Djordjevic, R. Osborn & D. Sarnak (Eds.), *International profiles of health care systems* (ss. 39-48). Erişim adresi: https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/media_files/publications/fund_report_2017_may_mossialos_intl_profiles_v5.pdf (Erişim tarihi: 12.04.2020).
- Wagstaff, A., & Van Doorslaer, E. (1992). Equity in the finance of health care: Some international comparisons. *Journal of Health Economics*, 11, 361-387.
- Wagstaff, A., & Van Doorslaer, E. (1997). Progressivity, horizontal equity and reranking in health care finance: A decomposition analysis for the Netherlands. *Journal of Health Economics*, 16(1997), 499-516.
- Wagstaff, A., & Van Doorslaer, E. (2000). Equity in health care finance and delivery. İçinde A. J. Culyer & J. P. Newhouse (eds.), *North holland handbook of health economics* (ss. 1803-1863). Amsterdam: Elsevier Science
- Wagstaff, A., Van Doorslaer, E., & Paq, P. (1989). Equity in the finance and delivery of health care: Some tentative cross-country comparisons. *Oxford Review of Economic Policy*, 5(1), 89-112.
- Wammes, J., Jeurissen, P., Westert, G., Tanke, M. (2017). İçinde E. Mossialos, A. Djordjevic, R. Osborn & D. Sarnak (Eds.), *International profiles of health care systems* (113-119). Erişim Adresi: https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/___media_fil

es_publications_fund_report_2017_may_mossialos_intl_profiles_v5.pdf
(12.04.2020).

Waters, H., & Hussey, P. (2004). *Pricing health services for purchasers: A review of methods and experiences*. Washington: The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank.

Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2007). *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up part 1*. Denmark: World Health Organization Regional Office.

World Economic Forum. (2012). *The financial sustainability of health systems: A case for change*. (Ref No. 110112). Erişim adresi: http://www3.weforum.org/docs/WEF_HE_SustainabilityHealthSystems_Report_2012.pdf (20.05.2021).

World Health Organization (WHO). (1993). *Evaluation of recent changes in the financing of health services*. Switzerland: World Health Organization.

World Health Organization (WHO). (1999). *The health for all policy framework for the WHO European Region*. Erişim adresi: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf (Erişim tarihi: 27.04.2020).

World Health Organization (WHO). (2000). *The World Health Report 2000. Health systems. Geneva: Improving*. Erişim adresi: <https://www.who.int/whr/2000/en/> (Erişim tarihi: 01.03.2020).

World Health Organization (WHO). (2004a). *Health system metrics: Monitoring the health system in developing countries*. Erişim adresi: https://www.who.int/hiv/pub/en/Report_Health_System_Metrics_meeting.pdf (Erişim tarihi: 22.02.2020).

World Health Organization (WHO). (2004b). *Reaching universal coverage via social health insurance: Key design features in the transition period*. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69018> (Erişim tarihi: 25.02.2020).

World Health Organization (WHO). (2005). *Social health insurance: sustainable health financing, universal coverage and social health insurance: Report by the secretariat*. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/20302> (Erişim tarihi: 24.04.2021).

World Health Organization (WHO). (2008). *Primary health care: Now more than ever*. Geneva: World Health Organization. Erişim adresi: https://www.who.int/whr/2008/08_chap2_en.pdf?ua=1 (Erişim tarihi: 18.05.2021).

World Health Organization (WHO). (2010). *Health systems financing: The path to universal coverage*. Erişim adresi: <https://www.who.int/whr/2010/en/> (Erişim tarihi: 20.02.2020).

- World Health Organization (WHO). (2017). *Provider payment methods and UHC technical brief strategic purchasing for UHC*. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/258894> (Erişim tarihi: 22.04.2020).
- World Health Organization (WHO). (2021). *Global Health Expenditure Database* Erişim adresi: <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en> (Erişim tarihi: 24.04.2021)
- Xu, K., Klavus, J., Aguilar-Rivera A. M., Carrin, G., Zeramardini, R., Murray, C. J. L. (2003). Summary measures of the distribution of household financial contributions to health. İçinde C. J. L. Murray & D. B. Evans (Eds.) *Health systems performance assessment* (ss. 543-556). Genava: World Health Organization
- Yalçın, T., & Yıldırım, H. H. (2001). Sağlık hizmetleri finansmanı. *Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı II*, 40(7), 1642-1656.
- Yardim, M. S., & Üner, S. (2018). Equity in access to care in the era of health system reforms in Turkey. *Health Policy*, 122(6), 645-651.
- Yenimahalleli Yaşar, G. (2010). Sağlık finansmanını değerlendirme ölçütleri. *Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 9(1), 31-43.
- Yetim, B., & Çelik, Y. (2020). Sağlık hizmetlerine erişim: Karşılanmamış ihtiyaçlar sorunu. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31(2), 423-440.
- Yıldırım, A. & Şimşek, H. (2018). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*. (11. Baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Yıldırım, H. H. (2012). Sağlık harcamaları ve sağlık finansmanı. İçinde H. H. Yıldırım (Ed.), *Sağlık sigortacılığı* (ss.40-69). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Web-Ofset.
- Yıldırım, H. H., & Yıldırım, T. (2011). *Avrupa Birliği sağlık politikaları ve Türkiye*. Ankara: Sağlık-Sen Yayınları.
- Yıldız, S. (2017) Sosyal Bilimlerde Örneklem Sorunu: Nicel ve Nitel Paradigmalardan Örneklem Kuramına Bütüncül Bir Bakış, *Kesit Akademi Dergisi (The Journal of Kesit Academy)*, 3(11), 421-442.
- Yiğit, A., & Yiğit, V. (2016). Üniversite hastanelerinin finansal sürdürülebilirliği, *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü dergisi*, 8(16), 265-266.
- Yu, C. P., Whynes, D. K., & Sach, T. H. (2008). Equity in health care financing: The case of Malaysia. *International Journal for Equity in Health*, 7(15), 1-14.
- Yurdadoğ, V. (2007). Türkiye’de sağlık harcamalarının finansmanı ve analizi. *Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 16(1), 591-610.
- Zaleski, I. D. (2017). The French health care system. İçinde E. Mossialos, A. Djordjevic, R. Osborn & D. Sarnak (Eds.), *International profiles of health care systems* (ss. 59-68). Erişim adresi: [https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/ media fil](https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/media_fil)

[es_publications_fund_report_2017_may_mossialos_intl_profiles_v5.pdf](#) (Erişim tarihi: 12.04.2020).

Zou, K., Li, H. Y., Zhou, D., & Liao, Z. J. (2020). The effects of diagnosis-related groups payment on hospital healthcare in China: a systematic review. *BMC health services research*, 20(1), 112



EKLER

EK 1: Güçlü Yönler Temasına Ait Katılımcı İfadeleri

Temalar ve Kategoriler	Katılımcıların İfadeleri
Tema 1: Güçlü Yönler	
Katkı Paylarının Düşük olması	“Sağlık hizmetlerine yapılan katkı, sembolik bir rakam olarak belirlenmiştir. Dolayısıyla Kanunda belirlendiği şekilde uygulanmasının devamının uygun olacağı kanaatindeyim.” (K16) “Önceden hatırlıyorum benim lise dönemlerimde bir ilaç alacağınız zaman ilacı alırken bile üzerine güpür yapıştırıp size şu liradan değil de bu liradan oldu dediğini hatırlıyorum. Hatta eve geldiğimde en çok ilgimi çeken şey o güpürleri teker teker söküp altındaki fiyata bakmaktı. Yani bu ilaç kaç paraya gelmiş ama kaç defa zam gelmiş en son ki fiyatı nedir? Dolayısıyla güpürlerin havada uçtuğu, zam üzerine zam geldiği dönemden artık şu anda neredeyse birçok vatandaşımız ilaçların doğru düzgün rakamlarını bilmez çünkü çok minimuma inmişti. Dolayısıyla bu anlamda bir yük bindirildiğinde kesinlikle düşünmüyorum.” (K13)
Erişim	“Yani şu anda hangi hastalığınız olursa olsun bütün sağlık kuruluşları dahil bunun içerisinde özel dahil çok cüzi belki özelde cüzi katkı paylarıyla her türlü sağlık hizmetini bir şekilde alabiliyorsunuz. Bu noktada tabii ki vatandaşımız için büyük şans yani ödeme gücü önemlidir hani sağlıktan faydalanmak bir bakıma insanlık hakkıdır ve devletlerin bunu sağlaması gerekiyor. Bu noktada bizim ülkemiz genel olarak vatandaşını zora sokmadan sosyal güvencesi olsun veya olmasın her türlü şeyini sağlayabildiği için çokta sıkıntı olduğu kanısında değilim. Genel olarak çünkü vatandaşımız her türlü sağlık hizmetine çok rahat bir şekilde erişebiliyor.” (K10) “Şuanda normalde Türkiye’de bir vatandaş şu 2021 asgari ücretine göre ödemeleri yapılmıyorsa şu anda 102 lira. 102 liralık bir ücret ile kişi sınırsız bir şekilde rahatlıkla sağlık yardımını alabilecek durumda oluyor. Her hangi bir sosyal güvenlik kapsamında çalışmıyor olmuş olsa dahi GSS olma imkanı var. Dünyanın hiçbir ülkesinde böyle bir şey yok.” (K12) “Türkiye’de ödeme gücünün sağlık hizmetlerine erişiminde engelleyici ya da kısıtlayıcı bir durum değil.” (K12) “İhtiyaç duyan her birey, ödeme gücüne bakılmaksızın başta acil sağlık hizmetleri olmak üzere tüm sağlık hizmetlerine erişebilmektedir.” (K17) “Şuan da sağlık hizmeti talep eden her vatandan erişim sağlayabiliyor.” (K4) “Dünyada ki diğer ülkelerle karşılaştığımız zaman bizim Türkiye de insanlar her türlü sağlık hizmetine ücretsiz erişime durumuna sahip bu büyük bir kısmını kapsıyor. En azından %99 unu kapsıyor. Ekonomik durumu olmayan vatandaşlarda yani o tür sosyal güvence imkanı olmayan vatandaşlarda hatta yabancı vatandaşlar acil hizmetlerini bedava zaten alabiliyorlar. Ama acilden sonra sosyal güvencesi olmayan insanlar belki bir takım güçlükler çekiyor onun içinde devletin bir takım kolaylaştırmalar yaptığını biliyoruz. Bu vatandaşların her türlü sağlık hizmetine ulaşmasını kolaylaştırıyor.” (K4)
Hakkaniyet	“Evet, kamu, özel ve üniversite ayrımı gözetmeksizin aynı fiyat tarifi üzerinden adil bir biçimde sağlık hizmetleri finanse edilmektedir. Sistem hakkaniyete uygun olarak işlemektedir. Özel sektörde bu finansmana ilave olarak, başvuran kişilerden de ilave ödeme altında +bir finansal kaynak oluşturulmaktadır.” (K17) “Hocalarımız bu konuda kişinin ekonomik gücüne bağlı olarak bir çalışmaları yok. Amatör bir ruhla çalışıyorlar buraya gelen kişi ekonomik gücü ne olursa olsun gerekli katkıyı veren bir yapıları var. Hakkaniyet sisteminin doğru işlediğini düşünüyorum.” (K3) “Finansman açısından bakıldığında bir hakkaniyetsizlik olduğunu düşünmüyorum ben. Yani şöyle bir şey yok. Parası olan hizmeti daha iyi alıyor parası olmayan almıyor diye bir şey yok.” (K4)
Geri Ödeme Yöntemleri	“Uygulanan mevcut yöntem en efektif olanı aslında. Tabi bu konuda SGK sürekli teknolojik altyapısını güçlendirmekte ve sistemi daha da kolaylaştıracak yeni uygulamalar geliştirilmektedir.” (K16) “Şuan uygulanan geri ödeme modeli karmaşık değil, basit bir uygulamadır. Hastanın hak sahipliği SGK medula sisteminden provizyon alınarak kabul edilir, hizmetler

	verilir ve süresinde kayıt edilir, taburculuk sonrası fatura oluşturulur. SGK dan da izleyen ay on beş gün içerisinde ödeme gelir. Sistem yalın ve basittir. Yalnızca sağlık hizmet sunucularının temel talebi ve beklentisi birim fiyatların SUT ta yükseltilmesi yönünde olmaktadır.” (K17)
Devletin Üstlenici Rolü	“Yük belki oluşturabilir ama biz diğer ülkelerle ayrıldığımız nokta nedir? Mesela sağlık bakanımızı da bu pandemi sürecinde dikkatle takip ettiyseniz, yaşlılarımıza biz önem veriyoruz. Mesela İtalya’da tabiri caizse bir yaşlı kıyımı oldu. Sahip çıkılmadı, huzur evinde insanlar öldü. Biz hala 65 yaş üzeri hem aşılama öncelikli hem de pandeminin başlarından itibaren onları korumaya yönelik bir yasaklanmalara talimatlandırıldık. Bu anlamda evet kronik hastalıklar belki sağlık alanında bir yük evet yaşlılarımız iş gücü anlamında değer katmıyor olabilir ama biz toplumsal ve kültürel faktörlerimizi göz önünde bulundurursak onlar bizim değer verdiğimiz insanlar. Bu anlamda da devletimiz bu kişilerin korunmasını daha öncelikli tutuyor. Mutlaka kronik hastalıkların muayenesi, tedavisi pahalı ancak devletimiz bunu göğüsleyebilecek güçte ve bu şekilde de bir politikası var. Yani sağlık hizmetlerine yapılan cepten ödemeler kişilerin diğer ihtiyaçlarını karşılamasında engel oluşturmuyor.” (K1) “Türkiye bir şekilde vatandaşı kucaklayan bir politika izlediği için bunun sürdürülebilir olması işte son dönemde COVID ile ilgili yaşadık buna rağmen devlet üzerine düşen bütün görevini yapıyor yani bu COVID ile ilgili özellikle donanım malzemeleri koruyucu ekipmanlar büyük ölçekte maliyet getirmektedir kurumlara. Ama bunun karşısında devletin vatandaşlardan aldığı herhangi bir ücret yoktur. Yani nihayetinde salgın bir hastalık vatandaşı korumak da devletin görevidir orada bir derecede maddiyata bakılmaz yani o daha sonraki süreçtir. Ama Türkiye şu anda sağlık hizmetinde son zamanlarda her türlü özveri yapılmaktadır.” (K3)

EK 2: Zayıf Yönler Temasına Ait Katılımcı İfadeleri

Temalar Ve Kategoriler	Katılımcıların İfadeleri
Tema 2: Zayıf Yönler	
Koruyucu Hekimliğe Önem Verilmemesi	“Yani en önemli derdimiz bence önlemek. Hastalık çıktıktan sonraki tedavi yöntemi değil çıkmadan önceki tedbiri alan bir sisteme bir bilince kavuşuyor olmak daha sürdürülebilir bir yapının oluşmasına dolayısıyla daha hakkaniyetli bir yapıya kavuşmaya sebep olabilir.” (K15) “Koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaşması sistemin daha sürdürülebilir olmasına katkıda bulunacaktır. Bizim toplumumuzda çok oturmamış bir sistem. Bütün sağlık alanında bu var.” (K2) “Biz bazı şeyleri tam uygulamıyoruz. Koruyucu hekimlik doğuştan başlayarak bir aile hekimi oluyor. Bütün periyotlar takip ediliyor ekstra bir şey olduğu zaman normal hastane veya devlet hastanesine yönlendiriyor. Bizde bu hiç olmuyor bunun bir başlangıcı olmadığı için süreci takip eden kişi de olmuyor yani öyle bir problem var bizde ama koruyucu hekimlik olsa tabii ki daha iyi olur.” (K3)
Vatandaşın Sorumluluk Almaması	“Sağlık sisteminde devletin bu kadar finanse eden rolünü üstlenmesi artı gibi gözükse de eksi bir yön. Mesela sigara içtiğinden dolayı kanser olduysan devlet tamamen bedava tedavi etmemeli.” (K2) “Bana göre devlet üzerine düşeni yapıyor fakat vatandaş üzerine düşen şeyleri yapmıyor. Yani orada o problem var onu söyleyebiliriz. Bizim insan yapımızda ne kadar verdikçe o kadar istiyor. Bazı şeyler kısıtlama veya yasaklama olmadığı müddetçe düzeltilmesi zor oluyor gibi geliyor bana.” (K3) “Ama dediğim gibi bu katkı payının alınmaması gereksiz kullanımı artırıyor bir. İkincisi zaten çok yüksek olan bir sağlık harcamamızın olması katkı payının da olmaması ister istemez sağlık alanında hangi ülke olursa olsun zora sokacaktır.” (K10)
Geri Ödeme Yöntemleri	“Bizim en büyük sıkıntılarımızdan geri ödemeler çünkü biz sonuçta peşin çalışıyoruz ama tabiri caizse veresiye tahsis ediyoruz. Yani ben sağlık harcamasını yapıyorum hastaya her türlü sağlık hizmetini sunuyorum. Ama bunun karşılığını SGK kurumundan taksitle alıyorum bir ay sonra 2 ay sonra 3 ay sonra. Böyle olunca ister siteme bir takım aksaklıklar olabiliyor.” (K10) “Genel anlamda bizim verdiğimiz açıklar 3000-3500 personel çalışıyor bundan kaynaklı. Cari giderlerimiz çok fazla yani sağlık sistemi hizmet olarak görülse bile genel anlamda bir istihdam alanı var. Bunların bütün cari giderleri bize verilen bütçeler tarafından karşılanmaktadır. Bu bütçeyi döner sermaye işletme müdürüne ait olan bütçenin çoğunluğunu cari giderlere gitmesi sağlık kesimine ayırdığımız paranın azalmasına sebep oluyor. Onlara da sürekli zam gelmesi mesela geçmişte işte 400-500 TL elektrik faturamız oluyorken şimdi 1 milyon 200 bin aylık faturamız oluyor buna benzer personele yapılan zam oranları bunlar doğrudan doğruya bizim bütçeyi etkilemektedir. Dolayısıyla sağlık tarafına ayırdığımız parada azalmaktadır.” (K3) “Türkiye’de sağlık ile ilgili her şey aldığınız hizmet, malzemeler, vesaire liberal ekonomi içerisinde fiyatları otomatik belirleniyor. Ama Sağlık Bakanlığı ya da SGK biz de yaptığımız işlerin fiyatlarını belirliyor, diyor ki senin şu yaptığın işlemin fiyatı 10 lira ve son 15 yıldır fiyatlar arttırılmıyor. Ama dolar kurunun artması, maliyetlerin artması, işçilik giderlerinin artması gibi kavramları düşündüğünüz zaman verilen rakam 10-15 yıl içerisinde onda birine düşmüş anlamına geliyor.” (K4) “Daha öncede dediğim gibi buradaki en büyük eksiklik SGK uzun süredir zam yapmadı direk halkın üzerine yıktı. Kural olarak aslında sistemi güzel belirlemiş sadece oranları geride kaldı. Onu güncelleseler onun bir mahsuru yok, sistem güzel bence. Diyorum ya bizim sistemimiz kötü değil, sadece güncellemelere çok kapalı.” (K5) “Devletin belirlediği standartlarda uygulduğu açısından SUT fiyatlarının yetersiz buluyorum. Ama zamanında ödemeleri konusunda hiçbir sıkıntı yaşatmıyor devlet. Belirlediği zaman diliminde, periyotlarda ödemelerini yapıyor. Biz yapılan geri ödemeler yeterli mi yetersiz mi bunu tartışabiliriz. Bunun cevabı da yetersiz.” (K6)

	“Son zamanlarda oluşan ekonomik sıkıntılardan dolayı SUT fiyatlarımız var biliyorsunuz o SUT fiyatları üzerinden malzemeler almak zorunda kalıyoruz onları aldığımız zamanda kurumlar zarar ediyor.” (K4) “Devletin yaptığı ödeme bizim günlük giderlerimizi karşılayamıyor.” (K4) “SGK aktarıırken ortalama 8 yıldır zam yapmadı. Kendi verdiği paraya. SGK ilk önce %30 ile başladı yani dedi ki ben bu işlem için 30 lira mı veriyorum sen de vatandaştan bunun için 9 TL katkı payı alabilirsin sonra %50 ye çıktı sonra %100 çıktı sonra %200 e çıktı epey bir zamandır %200 ile devam ediyor. Yani ben zam yapmayayım sen vatandaştan al. Ben yine 30 TL vereyim sen vatandaştan 30 değil de 60 TL al şimdi bu hakkaniyet mi? Ama senin yıl içerisinde topladığın paralar arttı. Her yıl topladığın para arttı oysa ödediğin para aynı.” (K5) “Onun için şöyle söyleyeyim hem devletin sosyal kurumunun özel hastanelere sunduğu sağlık desteği SUT fiyatlarının çok düşük olduğu, bu fiyatlarla hiçbir özel hastanenin ayakta kalma şansı yok.” (K6)
Uluslararası Tedarik	“İşin finans kısmında ise özel sektörün ayakta kalması için biliyorsunuz bütün malzemeler hemen hemen dışarıdan geliyor. Bizim küçük diyebileceğimiz bir kalem grubunu işte gazlı bezdi, pamuktu oksijenli suydı onları saymıyorum ama kullandığınız diğer bütün malzemeler dışarıdan geliyor. Bunları dolar ya da Euro bazında alıyoruz. Maliyetler durmadan yükseliyor, personel harcamaları durmadan yükseliyor, vergiler deseniz zaten dünyada mücadele ettiğimiz diğer ülkelere ve sistemlere göre bizim üzerimizde ki yük çok fazla.” (K5) “Almanya’da diyelim ki 24 bin Euro’ya ultrason alıyor ben onu 24 değil 40 bin Euro’ya alıyorum.” (K5) “Hizmeti verirken almış olduğumuz malzemeler, ürünler bunlar tamamen finansman gerektiren işler. Ve birçoğu yurt dışı kaynaklı %80’i yurt dışı kaynaklı özellikle tıbbi cihazlar noktasında özellikle son yıllarda 2-3 yılda Türkiye’nin ekonomik durumu da göz önünde bulundurulduğunda bunları temin noktasında biraz fiyatlar yükseldi. Bu fiyatların yükselmesi tabi ki bizim sağlık hizmetlerinde de ülke olarak bence kurum olarak sıkıntılı bir süreçler yaşanıyor.” (K7)
Sevk Zinciri	“Yani bir profesör gidip normal poliklinik yapmaz. Yapmamalı. Normal hastaya o bakarsa zor hastalara kim bakacak. Sistem doğru kurulmuş fakat yanlış işletiliyor. Bunun düzeltilmesi lazım tekrar. Sevk zinciri düzeltilmeli.” (K5) “Meslekte hayatımda acilde de görev yaptım. Yani orada sırf başı ağrıdığı için evde ilaç alamayıp acile gelen hastalarda sıra beklediği için kalp krizi geçirip ölen onlarca insan gördüm. Ben bunun sebebi bu insanların işte az önce bahsettiğim konularda yeterince bilinçli olmadığı yani gideceksin yapacaklar, mecburlar gibi kalıplar ve tabularla sağlık hizmetini görüp kendi kafasında basitleştirdiğinden, sıradanlaştırdığından kaynaklandığının düşüncesindeyim.” (K8) “Şu anda benim başım ağrıyor diye 3. Basamak bir sağlık hizmetine gidememem lazım ama şu anda uygulamada yok. Türkiye’de bu aile hekimliği sistemi ilk başta dayatıldığı kuralları çerçevesinde çok başarılı olduğu düşüncesinde değilim. Şu an aile hekimliği gidip ilaç yazdırıyor dedikimiz bir yer. Tabi aile hekimleri de neticede bu işten gelir elde ettikleri için onlarda hasta bakma yarışı içerisine girdi. Hastalara mecburen yok diyemiyorlar ya da doğal olarak riski göze alamayıp hemen kısa sürede sağlık tesisine sevk yoluna kaçıyorlar.” (K8)
Toplanan Fon	“Bence mevcut sistem vatandaşlar vergisini düzgün yatırdığı müddetçe özellikle kayıt dışılık çok çok önemli bir kayıt dışılık kamu bütçesine yaklaşık 1 milyon dolarlık bir ekstra bir yük getiriyor. Şimdi şu anda Türkiye çapında kayıt dışılık yaklaşık %34 lük civalarda. Ki bu 10 il içerisinde %34’lere kadar geliyor. Bu kayıt dışılığın önlendiği takdirde bu finansmanın sürdürülebilirliği daha sağlam temellere oturur diye düşünüyorum.” (K12) “Finansman açısından kişilerin yükünün ben çalışan üzerinde olduğunu düşünüyorum. Finansman açısından” (K9) “Şöyle ki çünkü burada belli bir kesimin üzerine yük biniyor. Prim kesintisiyle alakalı. O yüzden yani Türkiye’nin belli bir çalışmayan belki emekli bir kısma bakmak zorunda kalıyor.” (K9)
Erişim	“Erişimde ödeme gücü son derece önemli. Şöyle özel hastaneler söz konusu olduğu zaman altından kalkılacak rakamlardan bahsetmiyoruz. Özellikle orta

	gelir ve orta altı gelir seviyesi için. Gelir seviyesinin belirli bir çıtanın üzerinde olması gerekiyor. Ya da özel sağlık sigortasına sahip olmak gerekiyor.” (K14) “Türkiye’de büyükşehirler dışında pek çok ilde sağlığa erişim noktasında sorunlar vardır. Bunda hastane yetersizliği, ekipman yetersizliği ve personel yetersizliği sebep olmaktadır. Türkiye sosyal bir devlet olmasına rağmen son 20 yılda uygulanan sağlık politikalarıyla maalesef sağlık giderek özelleşmiştir. Bu bağlamda vatandaşın cebinde parası yoksa nitelikli sağlık hizmetine erişimde sorun yaşamaktadır. Sağlık hizmetlerine erişim tüm devletlerin öncelikli meselesidir. Türkiye açısından da kritik önemdedir.” (K18) “Türkiye’de öncelikle her bireyin sağlık güvencesi olmadığını görüyoruz. Dezavantajlı bölgelerde yaşayan insanlar nitelikli sağlık hizmetine ulaşamıyor. Büyük operasyonlar için büyükşehirlerle gelmek zorunda kalıyorlar. O yüzden her birey erişebiliyor diyemeyiz.” (K18) “Maalesef günümüz koşullarında her birey sağlık hizmetlerine erişememektedir. Parası olanın daha kolay aldığı hizmeti vatandaşımız alamamaktadır.” (K19)
Hakkaniyetsizlik	“Hakkaniyetli bir şekilde yapıldığını düşünmüyorum. Şu an da yeni yaratılan sistemde parası olanın iyi sağlık hizmeti aldığı olmayanların alamadığı bir düzen var.” (K18) “Maalesef günümüz koşullarında her birey sağlık hizmetlerine erişememektedir. Parası olanın daha kolay aldığı hizmeti vatandaşımız alamamaktadır.” (K19) “Sadece devletin hastaneleri açısından bakarsak üç aşağı beş yukarı adil olduğunu söyleyebiliriz. Çünkü hiç biri para almıyor. Herkes randevu ile erişim sağlayabiliyor. Onun için sadece devletin hastanelerinde bu hakkaniyetten bahsedebilir. Ama Türkiye’deki sağlık sistemini global olarak düşünürsek o zaman çokta hakkaniyetten bahsedemeyiz. Ödeme gücünün farklılaştığı noktalarda hakkaniyetsizlikler ortaya çıkabiliyor.” (K2)
Sürdürülebilirlik	“Ben bu sistemin sürdürülebilir olduğunu düşünmüyorum. Zaten SGK, hastanelerin şu anki bütçelerinden durumun sürdürülebilir olmadığı ortada. Başta SGK olmak üzere yapısal reformlara ihtiyaç var.” (K18) “Bu nereye kadar gider çünkü bizim kamunun sadece sağlık sektöründe değil bütün durumlarda devlette kurtarıcı gözüyle görmektedir. Yani herhangi bir katkı vermeden bir afet olur yine devleti yanında ister, bir pandemi olur devleti yanında yine ister, yangını olur devleti yine yanında ister. bunun ileride ne gibi zorlukları olacağı veya sürdürülebilir olmasını kestirmek çok zor. Ama nihayetinde bir gün sıkıntı yaşanacaktır eğer bir çalışma olmadığı müddetçe.” (K3) “Bir süre sonra şuan gayet modern olarak aldığımız hizmet burada çakılır kalır. İnsanlar kendilerini yenileyemezler. Batarlar. Mümkün değil. Bu paralarla bu kazançlarla bu aletleri yenilemek bu gelişimi sürdürülebilir halde tutmak mümkün değil.” (K5) “Sağlık hizmetleri finansmanı şu anda sürdürülebilir seviyede gidiyor ancak bu aradaki uçurum çünkü sağlık tesislerinde bu konu ilgili aktarılan ödenekler, ödemeler vs.ler zamanın ve harcamaların çok gerisinde kaldığını finansal yapılanmadan net bir şekilde biz işin içinde olduğumuz için görebiliyoruz. Böylelikle hastanelerin borç yükleri fazlalaşıyor hastanelerin borç yükleri fazlalaşınca ve SGK kurumundan, maliye bakanlığındaki bakanlıklardan aynı artış oranında paralar ya da ödenekler finanse edilmediği müddetçe bu durumda şu an çok mümkün gözükmüyor. Zamanla bu durumu vatandaşa, hastaya katkı payları oranlarına yansıtılmak zorunda kalınacak.” (K8)

EK 3: Geliştirilebilecek Yönler Temasına Ait Katılımcı İfadeleri

Temalar ve Kategoriler	Katılımcıların İfadeleri
Tema 3: Geliştirilebilecek Alanlar	
Geri Ödeme Yöntemleri	“Bizim sağlık hizmeti kapsamında vermiş olduğumuz sağlık hizmeti ile SGK ya fatura ettiğimiz faturaların karşılığında elde ettiğimiz gelirin bize ödenmesini değerlendirecek olursak. Burada biraz daha vermiş olduğumuz sağlık hizmetindeki tahakkukunu arttırabilmemiz adına belki SUT 'un bazı konularının güncellenmesi gerekiyor. Çünkü hakikaten bakıyoruz dışarıda bir rayiç bedel oluşmuş diyelim ekmek 1 TL den satılıyor o rayiç bedel oturmuş ama sen inatla bu tarafta diyorsun ki bu ekmek 0,5 kuruş buradaki gerçekliğe uyuyor mu? Uymuyor. Onun için bence SUT unda bu anlamda gerçekliğe biraz daha yakınlaştırılması gerekiyor. Biraz daha adilane olması lazım” (K1) “Bence geri ödeme sistemi daha bağımsız olsa daha verimli olabilir. Misal veriyorum biz şu anda kimi denetliyoruz. Bir defa 2 başlılık var SGK bir tarafta sağlık bakanlığı bir tarafta. Şimdi ben Konya için söyleyeyim 5-6 tane hekimle 10 milyon nüfusa bakan bir il. Konya var, Niğde var Nevşehir var, karaman var bizde mesela 4-5 il var biz buna bakıyoruz. Ne kadar kontrol edebiliriz bence etkin bir kontrol mekanizması biraz daha etkin kılınabilir. Bu yapılabilir. Fiyat güncellemesi kesinlikle yapılmalı. Burada da fonun nereden sağlanacağı konusu gündeme geliyor. Bunun için de daha önce söylediğim çalışan kişi sayısının arttırılması gerekmektedir. Bunun başka çıkar bir yolu yok. Yani bunda hani deseniz ki b şıkkınız var mı yok.” (K11) “Kamu mali politikaları ile doğru orantılı olarak Sağlık Uygulama Tebliği fiyat listesinde yukarı yönde değişiklik, sistem aktörlerini mali bakımdan daha da rahatlatacaktır.” (K17) “Vatandaş katılım payları artırılarak ve sağlık hizmet sunucularına geri ödeme birim fiyatlarında iyileştirme yapılarak istenen finansal sürdürülebilirliğin elde edilebileceğini ve bunun da gerekli olduğunu düşünüyorum.” (K17) “Şöyle özetleyecek olursam SUT fiyatının bir kere mecburen artması lazım. Çünkü günümüz şartlarında bu fiyatlarla yani bizim hastanelerin kara geçme şansın yok. Yani öyle söyleyeyim. Mecburen bir artırıma gidilmesi lazım. Bunda da vatandaşa ekstra bir yük getirilmesinden başka bir alternatif gözüküyor. Ya vatandaşa bunu yükleyeceğiz veya farklı kaynaklar üretilip ülke sağlık sistemini bu şekilde aynı şu an yaptığı gibi finanse edecek.” (K9)
Yerli Üretim	“Ben sağlık alanında ki finansmanın üretmiş olduğu hizmet bedeli ile birlikte daha güçlü olduğunu düşünüyorum. Buna en büyük katkı sağlayacak şey bence sağlık hizmetini sunabilmek adına verilen mal ve malzemelerin yerli üretim olarak arttırılmasından geçiyor. Tıbbi ilaçtan tut tıbbi sarf cihaza kadar biraz daha bu yönde gelişim göstermeli. Nasıl ki savunma sanayisinde bir gelişim atağımız var ki pandemide de ne yaptık solunum cihazlarını ürettik, MR cihazları üzerine çalışma yapılıyor. Eğer bu gibi şeyleri sağlayabilirsek bence sağlık finansmanına büyük katkı sağlanacaktır. Ve daha sürdürülebilir bir noktaya da gelecektir.” (K1) “Belki bazı şeyleri üretiyoruz ama ileri düzey teknoloji gerektiren şeylerde hala çok eksiklerimiz var bunları üretebilmemiz gerekiyor. Bunları ürettiğimiz zaman sağlıkta da kendi kendimize yetiyor olacağız.” (K10) “Katma değeri yüksek ürün üretilip, dışa satar döviz getirisi artarsa ister istemez hastanelerde de bir takım şeyler aratacaktır. Veya sağlık sisteminin daha doğrusu sübvansiyonu daha rahat olacaktır. Sürdürülebilirliği daha rahat olacaktır. Çünkü çok fazla sağlık harcaması olan bir ülkeyiz. Her şeyi devlet yapıyor.” (K10) “Yerli üretime geçilmesi sürdürülebilirliği arttıracaktır. Yerli şeyleri mutlaka desteklemek gerekiyor. Bir yönetici olarak ben kendi birimimde mümkün olduğunca yerli alabildiğim her şeyi yerli alıyorum. Bu firmaların gelişmesi lazım.” (K5)
Koruyucu Hekimlik	“Artık zaten sigorta şirketleri belki çok küçük bir harf değişikliği ama ödeyen değil önleyen bir anlayışa geçiyor olması gerekiyor. Devlet yapısındaki sisteminde, çok erken belki söylediğim ama, ödeyen değil önleyen olması gerekir. Devlet baba diyoruz ya belki de işte anaçta olmalı öncesinde önleyen, öngören, bunun için gerekli olan tedbiri alan bir noktaya geliyor olması lazım. Umarım çocuklarımız buna kavuşur.” (K15) “Birincisi koruyucu sağlık hizmeti tedavi edici sağlık hizmetinden daha ucuz daha verimli ve daha sağlıklı toplumların oluşmasına sebep olabilecek bir yöntem. Öteki türlü hasta olanı tedavi ediyorsun. Mesela toplumdaki 1 milyon kişiyi bir milyon liraya

		koruyucu hekimlikten faydalandıracağına bu bir milyon kişinin içinden 10 tane hasta olan adamı tedavi için 3 milyon lira para harcıyorsun. Çünkü koruyucu hekimlik çok daha efektif ve daha sürdürülebilir.” (K2)
Sevk Zinciri		“Ama siz buna şunu söylerseniz; aile hekimine gitmeden devlet hastanesinden geçmeden üniversiteye gelemesin. Eğer böyle bir tercih yaparsan bu muayene ücreti 50 TL ise 50 TL karşılığında sen de bir 50 TL ödeyerek profesöre muayene olabilirsin bununda sisteme yatırarak gelirsın profesör ile hiçbir tür para bağlantın olmaz dersin bu çok hakkaniyetli ve sürdürülebilir bir sistem olur.” (K4) “Dolayısıyla bizim bir sevk zincirimizde olmadığı sürece bu işleri sürdürebilmemiz mümkün olmaz. Onun için devlet şunu yapması gerekiyor; bizlere gider bazı harcaması sistemi ile üniversite hastanelerini şekillendirmeli ve ayrıca da sevk zincirini koymalı. Bize zor hastalar gelmeli insanların yönetemediği zorlandığı vakalar Üniversite Hastanelerinde yönetilmeli. He onun dışında insanlar üniversitede hocaya ameliyat olmak istiyorsa basit bir şey için onun bedelini de katkı ile ödemeli. Yani bunu bir sistem olarak oturtursanız. Sevk sistemi de güzel çalışır O zaman işler yürütülebilir devletin verdiği paraları da devlet arttırır. Bize gönderilen vakalara Aile Hekimliğine 1 veriyorsa devlet hastanesinde 2 lira veriyorsa bize de o zaman 3 lira vererek bizim yaptığımız vakaların güçlüğünün karşılanması mümkün olabilir.” (K4) “Yani bir profesör gidip normal poliklinik yapmaz. Yapmamalı. Normal hastaya o bakarsa zor hastalara kim bakacak. Sistem doğru kurulmuş fakat yanlış işletiliyor. Bunun düzeltilmesi lazım tekrar. Sevk zinciri düzeltilmeli.” (K5)
Fonun Arttırılması	Katkı Payları	“Sağlık sistemi tek başına sadece devletin sübvanses etmesi ile olacak bir şey değil. Belki ileriye yönelik olarak bir miktar vatandaş katkı payının arttırılması gerekebilir.” (K10) “Devlet katkı paylarına belirli bir noktada müdahale ediyor. Diyor ki bunun üzerinde alamazsınız. Ama Türkiye’deki neredeyse tüm hastaneler bunun üzerine geçiyor. O zamanda hasta ve hastane karşı karşıya kalıyor. Tabi ki katkı paylarının serbest bırakılması gerekir. Her hastanenin kendi katkı payını kendi belirlemesi lazım. Hastalarda ona göre tercih etmesi lazım. Az önce dediğim gibi x hastanenin 1 milyon liralık yatırımı var benim 30 milyonluk yatırıмым var ama devletin bana verdiği para ile ona verdiği aynı. Aslında sınıflandırması gerekiyor hastaneleri a, b, c, d diye. Veya nasıl otelleri 3,4,5 yıldızlı olarak sınıflandırıyor hastaneleri de bu şekilde sınıflandırmalı.” (K6) “Tabii ki katkı paylarının getirilmesi veya arttırılması kurum için finansal sürdürülebilirlik açısından çok faydalı olur. Kurum açısından düşündüğüm zaman arttırılması taraftarıyım tabii ki ama makul fiyatlarda ama diğer taraftan işleyişe baktığınız zaman daha çok devletin bunu politika olarak nasıl gördüğü önemli. Yani ben vatandaşımın sağlık ücreti için katkı payı alayım ya da almayayım karar vermesi gerekiyor. Zaten alayım dediği zaman otomatikman kurumlarının biraz daha finansal açıdan daha düzlüğe çıkacağını düşünüyorum.” (K7) “Dediğim gibi biraz önce katkı payından bahsettik. Geri ödeme olarak katkı payı ilaveten getirilirse tabii ki kamudaki sağlık kurumlarının finansal sürdürülebilirliği finansal riskleri daha aza iner. Onun dışında şu an benim şu an ki sistemde ekstra bir şey getirilebileceğini çokta düşünmüyorum. Ya SUT fiyatlarını güncellemeleri gerekir ya da katkı payı koyup arttırılması gerekir.” (K7)
	Prim Ödemeleri	“Hem sosyal devlet anlayışını korumak hem sürdürülebilirliği sağlamak için tek çare istihdam. Üreteceğiz, daha fazla üreteceğiz, daha fazla ihracat yapacağız, daha fazla kişiye iş imkanı sunacağız.” (K11) “GSS sigortasından borcu faydalanma ya da prim ödeme alışkanlığının yeterince oluşmamış olması 107 tı gibi bir rakamında (geliri olmayanlar veya düşük olanlar hariç) devlet tarafından üstlenilmesinin beklenmesinden vaz geçilmesi gerektiğini düşünüyorum. Tabi GSS 2012 yılında hayatımıza girdi. Daha çok yeni bir uygulama. Toplumsal anlamda kabul ve değer görmesi tabi ki zaman alacak. Bunun bir kültür meselesini olduğunu düşünüyorum, yeterli zaman geçtiğinde bu kültüründe necip milletimizin sinesinde kabul göreceğine inanıyorum.” (K16) “Sağlık hizmetlerinin finansmanının en temel unsuru “sürdürülebilirliktir” bu bakımdan, sigorta primlerinin ve vatandaş katkısının bir miktar daha arttırılması gerektiğini düşünüyorum. Tamamen ücretsiz ve katılım payı ödenmeksizin erişilebilen sağlık hizmetlerinde yer yer gereksiz başvurular yaşanmakta, bu hem

	<i>hizmeti hem finansmanı zorlaştırmaktadır. Taamen ücretsiz, hiçbir katkı payı ödenmeden erişilebilir olmasının (acil haller hariç) doğru olmadığını düşünüyorum.” (K17)</i> <i>“Yani ben kamu harcamalarında biraz kısıtlamaya gidilmesi gerektiğini düşünüyorum. Biraz daha primler de veya işte katkılarda tabii ki bunun vatandaşa yansması olacak ve artırılması gerektiğini düşünüyorum. Tabi ki bunun finansmanın sağlanması açısından. Çünkü ya diğer sorudaki gibi ileriki süreçte bu sıkıntıya neden olacak.” (K9)</i>
Kayıt Dışılık	<i>“Kayıt dışılığın önlendiği takdirde bu finansmanın sürdürülebilirliği daha sağlam temellere oturur diye düşünüyorum.” (K12)</i> <i>“Eğer kayıt dışılık makul seviyelere getirilirse eğer hem sosyal güvenliğin sürdürülebilirliği hem de bu sağlık yardımlarının verilen hizmetin finansmanı noktasında da pek bir sorunun kalacağını zannetmiyorum.” (K12)</i> <i>“Genel müdürü, muhasebecisi, bahçıvanı aynı prim üzerinden gösteriliyor. Asgari ücret üzerinden pirelendiriliyor ama ödemelerin banka kanalı ile ödeme zorunluluğu getirildi. Ama o dahi herhâlde manipüle ediliyor gibi. Kişi gerçekten almış olduğu ücret üzerinden gerekli olan primi yatırdı mı bir de kayıt dışılık önlendi mi ülke bunu çok rahat bir şekilde sürdürür. Bir de ne var mesela solumun cihazları üretmeye başladık bu son derece önemli.” (K12)</i>
Bilincin Arttırılması	<i>“Rakamdan ziyade bilincin oluşması için gerekli olan çalışmalara da izin verilmesi çok önemli bence. Hele ki pandemi döneminde herhâlde son 100 yılda sağlığı en çok konuştuğumuz yıl içerisindeyiz. Umarım, sterim bu sürecin içerisinde sağlıklı bir şekilde çıkalım. Hiç bu kadar sağlığı konuşacağımız başka bir zaman olmayacaktır. Dolayısıyla aslında bunu bir fırsata dönüştürebiliriz. Bu kadar sağlık konuşulan bir noktada bu bilincin oluşması için hem yasa koyucu hem bu konudaki tüm şirketler gerek hastaneler gerek hizmet veren şirketler gerek sigorta şirketleri eğitim şirketlerde dahil olmak üzere taşın altına elini koyduklarında alınacak bu yolu ancak para ile değil bence bilinçli yaklaşarak hızlandırabiliriz, çözebiliriz bu bilincin arttırılması çok çok önemli.” (K15)</i> <i>“Yani sağlık harcamasının önemli bir harcama olduğu milli bir gelir olduğu ilerleyen dönemde ki bu israfın herkesi etkileyeceğinin bilincinin vatandaşa aktarılmasının çok büyük önem arz ettiğini düşünüyorum.” (K8)</i> <i>“Burada esasında devletin ihmalden çok vatandaşın bu konuda devlet tarafından bilinçlendirilerek bu sistemin daha uzun süre ayakta kalmasının bir an önce sağlanması lazım. Çünkü bir süre sonra artık bu bizim maaşlarımızdan kesilen ya da eczanelerde yatırdığımız katkı payları bu kadar hizmetin sağlık hizmetini finanse edebilecek seviyenin çok çok uzağında kalıyor.” (K8)</i>
Özele Yer Verilmesi	<i>“Sigorta şirketlerini destekleyerek aldığı vergiler ile ya da bilemiyorum bir takım özel şartlar ile ya da tedavinin belirli bir tutarının üzerine devlet karşılayabilir. Belirli bir tutara kadar özel sigorta şirketi öder. Bu şekilde sürdürülebilir olmasını sağlayabilir ama şu koşullarda çok zor. Bir kanser hastalığı için izim 2 milyon tazminat ödeyen sigortalımız var böyle örnek vereyim. Devlet hastanelerinde tutar bu kadar değil evet ama inanılmaz yüksek. Kanser ilaçlarını görüyorsunuz SMA ödeyemiyor devlet bunları ve kapsama almıyor. İnsanlar yazık aslında devletin birinci görevi vatandaşın sağlık ihtiyacını karşılamak bince karnını doyurmaktan sonra. Dolayısıyla özel sektörü biraz daha oyunun içine alabilir. Belli kolaylıklar sağlayabilir. En azından vergi avantajı o vergi avantajı ile birlikte biz bunu primlere yansıtıp primleri düşürüp daha çok kişinin sisteme dahil olmasını sağlayabiliriz.” (K14)</i> <i>“Özel sağlık sigortası Türkiye’de pek yaygın değil. Ama olmasında fayda var tabi bizim yükümüzün bir kısmını sigorta karşılayacak.” (K3)</i> <i>“Özel Sağlık Sigortasının artırılması finansal sürdürülebilirlik için daha iyi olurdu.” (K3)</i> <i>“Özel sağlık sigortasının artması sürdürülebilirliğe katkı sağlar. Şöyle olur neticede bütün sigorta şirketleri vergi mükellefi devlete ödedikleri vergiler kazandıkları parayla doğru orantılı bir duru evet artar. İkincisi kamu hastanelerinde olan yolluklar eğer hani o aradaki makas uçurumu, maddi uçurumu azaldığı takdirde mutlaka daha fazla azalacaktır. Çünkü özel hastanelerde yük binecek çünkü özel sağlık sigortalarının zaten esasında kabaca temel amacı daha lüks daha üst seviye tırnak içerisinde tabi detayını bilmiyoruz. Hastanelerde sağlık tesisinin bastırılması. Devletin böylelikle kamu çalışanları için personel ihtiyacı azalabilir bunlar dolaylı şeyler. Harcadığı sağlık</i>

	<i>harcaması azalabilir. Çünkü şirket bunu aldığı primlerden finanse etmek zorunda kalacak. Faydası tabii ki olur.” (K8)</i> <i>“Özel sağlık sigortaları noktasında şöyle ben yaygınlaşması düşüncesindeyim. Nasıl ki arabamıza kasko yaptırıyorsak kişilerinde bir nebze Avrupa’da ağırlıklı olarak zaten özel sigortalar var. Bizde de başlamaya en azından kamudaki yükü almak adına özel sağlık sigortalarının yaygınlaşması taraftarıyım.” (K9)</i>
Özel Sigorta İle İlgili Düzenlemeler	<i>“SGK’dan ayrılmaktan daha ziyade tamamlayıcı olması daha avantaj olabilir. Çünkü insanlar özel sağlık sigortası olsa da devletteki bir hocadan görüş almak isteyebilir ya da devletten her hangi bir hizmet almak isteyebilir. Tekrar iki ayrı çalışma sistemi olmak yerine sanki tamamlayıcı olsa daha sağlıklı olur diye düşünüyorum.” (K13)</i> <i>“Hibrit modeller zaten şu pandemi ile beraber hayatımıza giren en önemli kelime hibrit. Dolayısıyla tüm modellerin hibrit şekilde ilerliyor olması gerekir. Çünkü neyle karışılacağımız değişecek olan şeyi çok çok hızlı değişiyor çünkü, nasıl değişeceğini hiç kimse ön göremez. Ne kanun koyucu ön görebilir ne buradaki şirketler özel şirketler öngörebilir. Dolayısıyla hibrit modelle devam ediyor olması hatta mümkünse sağlık sigortasının dışında tamamlayıcı emeklilik modelinin gelişiyor olması. Yasa koyucunun burada ana hattı belirlemesi şirketlerinde bu ana hat üzerinde gerçekten de insanlara değer katan hizmet veriyor olması çok çok önemli. O yüzden tamamen SGK’sız ya da tamamen SGK’lı bir yaklaşımdan ziyade birbirini tamamlayan sistemlerin olması hibrit modellerin olması şu aşamada en faydalısı gibi geliyor.” (K15)</i> <i>“Aslında özel sağlık sigortasına sahip olanların genelden çıkarılmasında fayda var. Çünkü hem orası hem orası olmaz. Çünkü işine geldiği zaman onu kullanacak işine geldiği zaman onu kullanacak o yanlış olur. Bence vatandaşta bunu tercih etmemeli madem özel sağlık sigortasına prim yatırıyor oradan istifade etmesi lazım.” (K3)</i> <i>“Özel sağlık sigortasına tabi olanların genel sağlık sigortasından ayrılması tabi evet daha faydalı olur. Devletteki finansal yükü azaltmak adına” (K9)</i>

EK 4: Çalışmada Kullanılan Mülakat Formu

1. Sağlık hizmetlerine “Erişimde” ödeme gücünün önemini izah eder misiniz?
2. Türkiye sağlık hizmetleri finansman sistemini değerlendirebilir misiniz?
3. Sağlık hizmetlerinde finansman sisteminin hakkaniyete uygun şekilde işlediğini düşünüyor musunuz?
4. Sağlık hizmetlerine yapılan katkı paylarının azaltılması ya da arttırılması gerektiğini düşünüyor musunuz?
5. Sağlık hizmetlerine yapılan katkı paylarının oluşturduğu avantajlar ve dezavantajlar nelerdir?
6. Diğer ülkeler ile karşılaştırıldığında cepten ödemelerin çok yüksek olmadığını biliyoruz fakat yine de hastaların ödemelerinde (özellikle kronik hastaların) engel oluşturduğunu düşünüyor musunuz?
7. Uygulanan geri ödeme yöntemlerinin uygunluğu konusunda görüşleriniz nelerdir?
8. Sigorta sisteminin yanı sıra özel sağlık sigortasının kullanımı hakkında görüşleriniz nelerdir?
9. En son bir değerlendirme olarak, Türkiye’de sağlık hizmetleri finansmanının sürdürülebilir olduğu konusunda görüşleriniz nelerdir? Sürdürülebilirliğin sağlanması için neler yapılabilir?

EK 5: Etik Kurul Kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 29/12/2020-E.11715



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Kurulu



Sayı : E-61923333-050.99-
Konu : 29/12 Ebrar ULUSINAN

Sayın Ebrar ULUSINAN

İlgi : Ebrar ULUSINAN 20/11/2020 tarihli ve 0 sayılı yazı

Üniversitemiz Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu Başkanlığının 09.12.2020 tarihli ve 29 sayılı toplantısında alınan "12" nolu karar örneği ekte sunulmuştur.
Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Abdülvahit İMAMOĞLU
Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu
Başkanı V.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Bilgi Teknolojileri Kodu: BİLCEBTA01 Bu Kodu: 58100 Bilgi Teknolojileri Kodu: BİLCEBTA01 Bu Kodu: 58100
Adres: Esentepe Kampüsü 54187 Söğütözü SAKARYA / KEP Adresi: Adres: Esentepe Kampüsü 54187 Söğütözü SAKARYA / KEP Adresi:
sakaryauniversitesi@n01.ksp.tr Bilgi için: Harun Babacan
Telefon No: 0264 295 50 00 Faks No: 0264 295 50 31 Uzman: Birim Evrak Sorumlusu
e-Posta: cdc@sakarya.edu.tr Elektronik Ağı: www.sakarya.edu.tr



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. Bu belgeyi doğrulamak için (VALURL) adresinden yapılabilir.

KARAR

12. Ebrar ULUSİNAN'ın “ Türk Sağlık Finansman Sisteminin Mevcut Durumu Nedir ve Nasıl Geliştirilebilir? Sektör Aktörleri Üzerine Bir Çalışma ” başlıklı çalışması görüşmeye açıldı.

Yapılan görüşmeler sonunda Ebrar ULUSİNAN'ın “ Türk Sağlık Finansman Sisteminin Mevcut Durumu Nedir ve Nasıl Geliştirilebilir? Sektör Aktörleri Üzerine Bir Çalışma ” başlıklı çalışmasının Etik açıdan **uygun** olduğuna oy birliği ile karar verildi.

ÖZGEÇMİŞ

Ebrar ULUSİNAN ilk ve orta öğretimini Sakarya’da tamamladıktan sonra lise eğitimini yine Sakarya’da Mithat Paşa Şükrü Ayna Anadolu Lisesi’nde tamamladı. Lisans eğitimini Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi bölümünde tamamladı. 2018 yılında yüksek lisans eğitimine Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı’nda başladı. Ocak 2020’den itibaren Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü’nde araştırma görevlisi olarak görev yapmaktadır.

